

标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的临床效果

陈秀红

广西柳州钢铁集团有限公司医院神经外科 545002

[摘要] 目的 通过采用标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤,观察标准外伤开颅术的临床疗效。**方法** 采取回顾性分析法,对 2015 年 4 月至 2018 年 3 月期间在我院进行重型颅脑损伤治疗的患者 98 例,随机分成对照组和观察组,分别采用常规骨瓣开颅术和标准外伤开颅术,术后治疗方法一致,观察两组患者的术后并发症情况以及治疗效果。**结果** 两组患者的术后恢复效果采用 GOS 预后评分标准,对照组恢复良好率、病死率分别为 30.61%、18.36%,观察组恢复良好率、病死率分别为 63.27%、10.20%,观察组的恢复良好率比对照组高,病死率比对照组低,两组比较结果均有显著性差异,具有统计意义 ($P < 0.05$)。**结论** 用标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的效果良好,具有积极临床意义,值得深入探讨和推广。

[关键词] 标准外伤大骨瓣; 开颅术; 重型颅脑损伤

[中图分类号] R651.15

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 04-007-02

颅脑损伤主要是由于直接或者间接加暴力于头部而引起的颅脑组织损伤。GCS6-8 分,颅脑损伤后昏迷在 6 小时以上者或者在伤后 24 小时内意识恶化再次昏迷 6 小时以上者则根据 GCS 评分法判定为重型颅脑损伤。近年来,重型颅脑损伤病人的致死、致残率较高,如何提高重型颅脑损伤患者的生存率成为神经外科医师的重要关注课题^[1]。我们就 2015 年 4 月至 2018 年 3 月期间于我院治疗重型颅脑损伤的患者 98 例进行统计分析,现将结果报告如下:

1 一般资料

1.1 患者资料

98 例患者,对照组患者 49 例,女 19 例,男 30 例,年龄分布 17—67 岁,平均年龄 42.6 岁,观察组患者 49 例,女 21 例,男 28 例,年龄分布 15—65 岁,平均年龄 41.9 岁,两组患者在性别、年龄、病症方面存在统计意义 ($P > 0.05$),结果具有可比性。所有患者在入院时,13 例患者一侧瞳孔扩大,12 例患者双侧瞳孔扩大,17 例患者伤后一直昏迷,其他患者入院前均意识清醒。对于造成重型颅脑损伤的原因进行分析有以下几种情况:摔跌 27 例,车祸 39 例,殴打 14 例,坠落 18 例。

1.2 GCS 评分标准

昏迷程度以 E、V、M 三者分数总和评估,13—14 分为轻度昏迷,9—12 分为中度昏迷,3—8 分为重度昏迷^[2]。

1.3 GOS 预后等级评分

死亡;植物生存:仅有如眼能睁开的微小反应;重度残疾:头脑清醒,生活不能自理;轻度残疾:身患残疾,生活可自理;

恢复良好:虽有轻度后遗症,可正常生活。

1.4 方法

对照组患者进行常规骨瓣开颅术,在颞顶马蹄形或者额颞处进行切口,采用弧形剪开方式对硬脑膜进行减压,去除骨瓣大约 10cm×10cm;观察组患者进行标准外伤大骨瓣开颅术,减少颞肌筋膜的张力用以硬脑膜修补,去除骨瓣大约 15cm×12cm。术后,两组患者的治疗方式和治疗条件以及设施一致,时时观察记录患者术后反应,CT 扫描复查头部,及时了解患者术后的脑积水、脑切口疝、癫痫、硬膜下积液等并发症情况^[3]。

1.5 统计方法

数据统计及分析处理此次试验所获取的说有数据均借助统计软件 SPSS18.0 来进行分析与处理,其中用 t 检验来表示计量资料,用 χ^2 检验来表示计数资料,只有当 ($P < 0.05$) 的时候,比较才具备统计学意义。

2 结果

2.1 术后并发症统计

对于颅脑损伤患者进行手术后,常见的并发症有脑积水、脑切口疝、癫痫、硬膜下积液以及切口脑脊液漏等,两组不同手术方法进行治疗的效果相比,观察组的并发症患者比对照组少,具体统计结果见表 1。

2.2 术后恢复情况

对照组和观察组在术后同等护理方式下的恢复情况相比,对照组的死亡率比观察组高,恢复良好率比观察组低,采取标准外伤大骨瓣开颅术治疗可提高患者的生存率,详细结果见表 2。

表 1: 术后并发症统计 (例, %)

组别	例数	癫痫	脑积水	硬膜下积液	脑切口疝	切口脑脊液漏
观察组	49	6 (12.24)	10 (20.41)	11 (22.44)	5 (10.20)	2 (4.08)
对照组	49	10 (20.41)	18 (36.73)	15 (30.61)	12 (24.49)	6 (12.24)
χ^2	—	5.214	4.968	4.874	5.014	5.127
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2: 术后恢复情况比较 (例, %)

组别	例数	良好	中度残疾	重度残疾	植物生存	死亡
观察组	49	31 (63.27)	4 (8.16)	7 (14.29)	2 (4.08)	5 (10.20)
对照组	49	15 (30.61)	9 (18.36)	10 (20.41)	6 (12.24)	9 (18.36)
χ^2	—	4.015	4.969	5.011	5.124	4.753
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

重型颅脑损伤以顶枕部、额颞部损伤为主,具有病情发展快、病死率高的临床特点。目前,临床均借助手术疗法进行治疗,以颞顶入路、额颞入路等临床手术最为常见,此类手术虽可清除患者血肿,但无法充分暴露额、颞等部位,无法将坏死组织彻底清除,甚至会导致患者脑水肿、脑疝等并

发症出现,危及患者生命健康。

虽然本病目前已有大量研究报道,但针对其致病机制医学界尚无统一见解^[4]。并且在发病时,颅脑损伤还可能导致患者的内分泌代谢(尤其是腺垂体功能)出现一系列改变,导致患者病情加重,进而影响到预后的救治工作。关于颅脑损伤后患者的垂体前叶功能变化在近阶段的多项研究中均有

报道,但对于其发生率则众说纷纭,基本集中在 15%到 90%之间。结合本组实验结果来看,我们对 80 例颅脑损伤患者进行了相关检查,发现大多数(82.5%)患者有垂体前叶功能紊乱的现象发生,且以腺垂体功能改变为主^[5]。为此,我们建议,临床在诊治颅脑损伤时,需要将垂体功能紊乱的具体程度列为重点考虑范畴,以评患者的预后状况,提高临床救治水平。并且,在本次实验中,经过 Logistic 回归分析我们得出,本病的危险因素主要与患者的 Glasgow 昏迷指数低于 8 分、中线结构移位超过 0.5cm 有关。这与相关报道存在基本的相似性。从解剖学原理的角度来看,一方面患者颅脑损伤程度越严重,患者昏迷程度越深,其下丘脑—垂体水平的损坏率也有明显提升;另一方面,当中线结构出现较明显移位时,垂体门脉系统可能因剪切性损伤而引起该部位原本就脆弱的血管受损,进而造成垂体前叶功能紊乱的情况^[6]。不过对于上述血管受损情况,现代临床依靠常规 CT、MRI 等诊断方式并无法做到准确诊断,这也成为了目前研究该类疾病的一个重点问题。

(上接第 4 页)

合广大要求保留生育能力的妇女。采用米非司酮口服与彩超导视下清宫术相结合的是一种效果确切,疗效短,值得临床中推广使用。

[参考文献]

- [1] 刘妍,张英姿.B 超引导清宫术联合甲氨蝶呤米非司酮治疗瘢痕妊娠的临床研究[J].中国保健营养,2016,26(28):35-36.
- [2] 张旭东.口服米非司酮片联合局部注射甲氨蝶呤治疗剖宫产切口瘢痕妊娠的临床疗效观察[J].中国临床新医学,2015,8(8):734-736.

(上接第 5 页)

显著高于参照组(71.05%)。两组患者治疗前其中医症候积分无统计学差异($P>0.05$),治疗后实验组其症候积分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明抗心力衰竭组方治疗确实可以明显提高慢性心力衰竭的临床疗效,提高患者治疗效果。但本病多属本虚标实,虚实夹杂证,涉及多处脏腑失调,因而在治疗过程中要注意分清虚实,辨证准确、选药恰当,施治合理、注意调节气血,指标更治本,才能使患者取得良好的疗效。

由此可见,对慢性心力衰竭患者在进行常规基础治疗的同时联合中医治疗能取得良好效果。可使患者的临床症状得到明显改善,可为以后的临床医治慢性心力衰竭提供有用的参考与借鉴。值得临床推广。

(上接第 6 页)

效果更好,并且手术切口小,尽可能保留各节段椎体活动度,防止由于长关节固定造成的临近节段退变^[5]。

本次研究结果显示,治疗后研究组椎体后凸角明显比对照组小($P<0.05$),椎体高度压缩率、VAS 评分明显比对照组低($P<0.05$),提示 PKP 在改善患者椎体后凸角与椎体高度压缩率上的优势;研究组骨水泥渗漏率明显比对照组低($P<0.05$),提示 PKP 可降低骨水泥渗漏率。综合以上内容,将 PKP 应用到老年骨质疏松性多节段骨折治疗中,在减小椎体后凸角、降低椎体高度压缩率、缓解疼痛、减少骨水泥渗漏上能发挥积极作用。

[参考文献]

- [1] 刘玉春,樊俊刚.经皮穿刺椎体后凸成形术与保守疗法治疗骨

综上所述,颅脑损伤后患者多有垂体前叶功能紊乱的现象,准确掌握导致本病的主要危险因素,是临床今后实现尽早、有效救治本病的重点。

[参考文献]

- [1] 张家富.双侧标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床效果分析[J].中国医学创新,2016,13(9):132-135.
- [2] 鹿克华.标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床效果观察[J].世界临床医学,2017,11(16):32-33.
- [3] 吴勇.单侧标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2017(90):102-103.
- [4] 袁新春,董伟.标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床分析[J].中外医疗,2016,35(28):53-54.
- [5] 柯子勇,刘军.标准外伤大骨瓣开颅术联合亚低温治疗重型颅脑损伤的临床研究[J].中国实用神经疾病杂志,2016(2):29-31.
- [6] 陈盛勇,吴分浪,关则俭.标准外伤大骨瓣开颅术和常规区域性骨瓣开颅手术治疗额颞部重型颅脑损伤的效果对比[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(8):1033-1034.

- [3] 秦小棠.瘢痕子宫早期妊娠药物流产配合无痛清宫术临床效果观察[J].母婴世界,2015(14):121-122.

- [4] 姚纪,王瑞云.米非司酮片联合卡前列甲酯栓在瘢痕子宫、早孕人工流产术前的应用与疗效[J].海峡药学,2017(12):161-163.
- [5] 王娟,李洁,刘虹.米非司酮口服联合依沙吖啶羊膜腔注射对瘢痕子宫中期妊娠的引产效果及安全性评价[J].中国药业,2018(6):56-57.
- [6] 张莉香,江萍,黄春生.足三里曲马多注射联合米非司酮、利凡诺尔对瘢痕子宫中期妊娠引产的临床疗效[J].中国当代医药,2012,19(28):76-77.

[参考文献]

- [1] 鲁礼涛.中西医结合治疗老年慢性心力衰竭的效果体会[J].中国保健营养,2016,26(30):15-16.
- [2] 徐爱国.缙沙坦联合卡维地洛在慢性心力衰竭治疗中的临床价值体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(16):1-2.
- [3] 王爱国.胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并糖尿病患者室性心律失常的临床价值体会[J].湖南中医药大学学报,2016(A02):979-980.
- [4] 曹卫华.贝那普利和倍他乐克治疗慢性心力衰竭的临床体会[J].中国医药指南,2016,14(14):185-186.
- [5] 叶婷,张宇,张梦,等.中医药治疗慢性心力衰竭药理机制研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(8):841-843.
- [6] 陈婕,王肖龙,阮小芬.中医药治疗慢性心力衰竭的研究进展[J].陕西中医,2016,37(6):761-762.

质疏松性多节段椎体压缩骨折的临床对照研究[J].现代中西医结合杂志,2017,26(7):759-761.

- [2] 郑杰,陆禹严.经皮椎体后凸成形术与经椎弓根螺钉内固定术治疗老年多节段骨质疏松性椎体骨折的疗效比较[J].广西医学,2016,38(10):1460-1462.

- [3] 颜学亮,曹奇,陈小明.小剂量骨水泥经皮椎体成形术治疗老年性骨质疏松性多节段跳跃性脊柱压缩性骨折的疗效分析[J].中南医学科学杂志,2016,44(4):368-370.

- [4] 张学伟,李士春.单节段骨质疏松性腰椎压缩骨折行椎体后凸成形术后应用唑来膦酸注射液治疗的效果观察[J].中国综合临床,2017,33(1):48-52.

- [5] 郭振鹏,尚晖,黄润强,等.经皮椎体成形术和后凸成形术治疗老年骨质疏松性椎体爆裂骨折的对比研究[J].骨科,2016,7(3):159-163.