

小骨窗开颅与硬通道穿刺治疗高血压脑出血的疗效对比

何 军

韶山市人民医院 湖南韶山 411300

【摘 要】目的 观察对比小骨窗开颅与硬通道穿刺治疗高血压脑出血（HCH）的疗效。**方法** 以我院收治的 48 例 HCH 患者为研究对象，应用小骨窗开颅术的 24 例归为小骨窗开颅组，应用硬通道穿刺术的 24 例归为硬通道穿刺组，对比两组疗效。**结果** 术后 3d 小骨窗开颅组 HCH 患者恢复良好率达 87.50%，远高于硬通道穿刺组，差异显著（ $P<0.05$ ）；术后小骨窗开颅组出现并发症的几率为 12.50%，对比硬通道穿刺组明显偏低，差异显著（ $P<0.05$ ）；术后 1、2、4 周小骨窗开颅组的神经功能损伤评分明显低于硬通道穿刺组，差异显著（ $P<0.05$ ）。**结论** 小骨窗开颅术后患者恢复情况、并发症情况和神经功能恢复情况明显好于硬通道穿刺术，因此该术式使用价值更高。

【关键词】 小骨窗开颅；硬通道穿刺；高血压脑出血

【中图分类号】 R651.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561（2017）04-007-02

HCH 为长期高血压引起的脑出血疾病，多见于患者基底节区，患者主要集中在 ≥ 50 岁的高血压或脑动脉硬化患者中，其致残、致死概率极高^[1]，因此备受临床工作者和相关专家学者重视。本研究对比研究了小骨窗开颅与硬通道穿刺两种术式在 HCH 治疗中的使用价值与临床效果，其中小骨窗开颅术效果更显著，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2013 年 01 月～2017 年 01 月我院收治的 48 例 HCH 患者为研究对象，男女结构 31/17，年龄 43～80（56.15 $\pm$ 7.50）岁，出血量 23～49（40.13 $\pm$ 3.56）ml。应用小骨窗开颅术的 24 例归为小骨窗开颅组，应用硬通道穿刺术的 24 例归为硬通道穿刺组。两组 HCH 病例基线资料成组对比无显著差异，可予以对比（ $P>0.05$ ）。医学伦理委员会既已批准本研究方案。

1.2 纳入标准

同高血压诊断标准相符合者；GCS 评分 ≥ 6 分者；CT 诊断为自发脑出血者；无早期脑疝症状表现者；知情同意者。

1.3 排除标准

除基底节区域以外，其他部位发生血肿者；出血量 >60 ml 并破入至脑室者；瘤卒中、血液病或动脉畸形等引发颅内出血者。

1.4 方法

硬通道穿刺组：将 CT 图像内血肿最大层面处血肿中心视为靶点，对穿刺点加以确定，以一次性的血肿颅内粉碎型穿刺针做垂直进针，待穿刺针进入至血肿边缘，抽出针芯，将针芯连接至侧管，随后抽吸血肿部位邻近区域的析出液，其后将穿刺针继续推进至血肿部位，在抽吸操作完毕后使用生理盐水做颅内冲洗。

小骨窗开颅组：通过术前 CT 图像确定出最大血肿层面，并在头颅部位确定中心点，随后做一长约 4～6cm 的颞部切口，以十字形或星形将硬膜切开，其后先对血肿予以证实、定位，再做 1～1.5cm 深入血肿腔的皮质切开处理，清除固态及液态性状的血肿。

1.5 观察指标

对比两组病例术后 3d 恢复情况与术后并发症情况，术后并发症包括胃肠道反应、颅内再出血及颅内感染等；对比两组病例手术前后神经功能缺损情况，通过 NIHSS 评分分别在术前与术后 1、2、4 周对其神经功能缺损进行评估，评分越高则神经功能缺损越为严重。

1.6 统计学方法

研究数据皆选择 SPSS17.0 版统计软件做处理分析， $\bar{x}\pm s$ 结构的数据为计量数据，其组间数据对比用 t 检验， $n\%$ 结构的数据为计数指标，其组间数据对比用卡方检验，如 $P<0.05$ ，即可判定差异显著。

2 结果

2.1 两组患者术后 3d 恢复情况与术后并发症情况对比（表 1）

表 1. 两组患者术后 3d 恢复情况与术后并发症情况对比 $n\%$

组别	n	术后 3d 意识恢复		术后并发症			
		不良	良好	颅内再出血	胃肠道反应	颅内感染	合计
小骨窗开颅组	24	3/12.5	21/87.50	1/4.17	1/4.17	1/4.17	3/12.50
硬通道穿刺组	24	10/41.67	14/58.33	3/12.50	3/12.50	4/12.50	10/41.67
卡方值			5.17				5.17
P 值			0.02				0.02

2.2 手术前后两组病例神经功能缺损评分对比（表 2）

表 2. 手术前后两组病例神经功能缺损评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

时间	硬通道穿刺组（ $n=24$ ）	小骨窗开颅组（ $n=24$ ）	T 值	P 值
术前阶段	43.92 $\pm$ 6.02	44.02 $\pm$ 5.66	0.06	0.95
术后阶段				
1 周	37.37 $\pm$ 5.44	34.06 $\pm$ 4.04	2.39	0.02
2 周	26.71 $\pm$ 4.58	22.11 $\pm$ 3.43	3.94	0.00
4 周	17.68 $\pm$ 3.30	15.19 $\pm$ 2.18	15.47	0.00

3 讨论

HCH 在老年人人群中呈现出明显的常见性及多发性，HCH 患者出血部位多为基底节区，并且常有偏瘫、失语等各种严重性神经功能障碍类表现，具有极高的致残率与极高的致死率，是威胁社会老年人群体身体健康以及生命安全的重要疾病之一^[2-3]。HCH 的主要危害性在于血肿可对周围脑组织造成严重压迫，容易造成脑神经损伤，因此针对 HCH 主要依靠术后治疗来清除患者颅内血肿，以减轻压迫^[4]。鉴于 HCH 在老年人中带有多样性，并且此类人群患 HCH 后，由于身体机能状况不佳，对创伤性手术的耐受力不足，在术后阶段感染及颅内出血等相关手术并发症有着极高的发生几率，以致治疗时间不得予以延

长才能满足治疗需要，这些都提高了 HCH 病症的治疗难度系数。因此，在 HCH 治疗中，尤其是针对老年 HCH 患者，应尽可能地降低手术治疗单位创伤性，同时力求在 HCH 早期进行手术，有效清除血肿，控制并降低颅内压，有效预防或减轻病发与治疗一系列可能出现的继发病变，尽可能对 HCH 患者采用微创化的手术疗法。

既有研究指出，小骨窗开颅与硬通道穿刺此两种手术疗法在 HCH 治疗中为主要运用手段，但同硬通道穿刺、骨瓣开颅等其他术式相比，小骨窗开颅术在并发症方面的发生概率明显更低，特别是同骨瓣开颅术相对比，尽管这两种术式无明显的远期疗效性差异，但小骨窗开颅术的并发症概率要明显偏低，其原因在于骨瓣开颅与小骨窗开颅术在可在直视状态下完成血肿清除，从而可迅速减压，但小骨窗开颅术的创伤更小，时间更短，因此 HCH 患者更耐受，这也降低了并发症概率。

在本研究中，术后 3d 小骨窗开颅组 HCH 患者恢复良好率达 87.50%，远高于硬通道穿刺组，且差异显著（ $P<0.05$ ）。同时术后小骨窗开颅组 HCH 患者出现并发症的几率为 12.50%，与硬通道穿刺组相比明显偏低，差异显著（ $P<0.05$ ）。此外，经过治疗与护理，两组患者神经功能损伤情况均有好转，但小骨窗开颅组的评分明显低于硬通

（下转第 9 页）

段脊柱结核多发且严重的并发症, 不仅患者的双下肢肢体神经功能、生活质量受到很大影响, 也使得治疗难度大增。关于胸腰段脊柱结核伴截瘫的治疗, 临床多主张行外科手术。关于此类患者的手术治疗指征, 既往传统观点是: ①患者经保守治疗未见效。②存在大范围、吸收困难的冷脓肿。③存在难以治愈窦道。④存在明显死骨。⑤存在脊髓受压相关体征、症状。但近年来有越来越多的临床研究证明, 根据患者的全身状况、病灶部位以及致压物性质进行综合评估, 根据个体差异明确手术指征与手术时机; Fuster 等^[3]认为严重脊柱结核一经确诊即应早期手术, 尤其是伴有神经缺失症状进行性加重的患者, 为避免耽误最佳手术时期, 在排除开放性、粟粒性和病变恶化期后, 应视为急诊尽早手术。我们的体会, 全身条件差的患者可先接受为期 1 个月的抗结核治疗及全身支持治疗, 若确认无效果再手术^[4]; 但如患者全身条件允许, 有双下肢瘫痪进行性加重者或抗结核治疗 1-2 周后血沉较入院时下降明显者, 在充分向患者及家属介绍手术风险并征得其理解同意后, 应尽早手术以减轻脊髓压迫及损害, 对患者双下肢神经症状的改善更有利。

在术式选择方面, 脊柱结核患者行手术治疗根本目的在于: 对病灶予以清除, 同时促进药物能够准确进入病灶, 强化局部组织的修复效率; 将脊髓压迫状况解除; 对后凸畸形予以矫治; 对脊柱稳定性予以重建, 促进患者能够尽早下床及自主活动。而大部分伴有截瘫患者是由于前柱与中柱受到结核菌侵蚀导致脊柱畸形与稳定性下降造成, 故手术目的应当是有效减压, 彻底清除病灶, 而前路手术则是首选^[5]^[6]。胸腰段结核导致椎体受到破坏还常伴有后凸畸形, 选择术式时还需将后凸畸形的程度考虑在内。此次研究纳入的患者受到破坏的椎体多位于前柱、中柱, 截瘫症状偏重且多数患者有 45° 内的后凸畸形,

我们为此类患者选择前路病灶清除并利于撑开器对后凸畸形进行矫正。研究结果显示, 本组患者术后切口全部愈合; 血沉水平在术后 2 周下降明显, 至 4—6 周均恢复至正常; 本组患者在接受治疗后的 Cobb 角、VAS 量表评分均较治疗前有明显改善, 接受治疗后对比差异有明显统计学意义, $P < 0.05$; 双下肢神经功能 Frankel 分级术后较术前明显改善 (见表 2)。研究结果证明, 前路病灶清除及一期植骨融合内固定术是治疗胸腰段脊柱结核伴截瘫的有效方法之一。

综上所述, 前路病灶清除及一期植骨融合内固定术治疗胸腰段脊柱结核伴截瘫能起到满意效果, 即可重建脊柱稳定性, 又可促进患者双下肢肢体神经功能改善, 提高康复效率及提高患者术后生活质量。但若想获得最佳效果, 还需综合考虑患者的个体差异, 明确手术指征与时机。

[参考文献]

- [1] 唐本森, 孙立, 向阳, 等. 病灶清除一期植骨前路内固定治疗胸腰椎结核 [J]. 中国骨伤, 2012, 15(14):106-107.
- [2] 张生权, 邱永湘, 伍玉军. 一期前路病灶清除植骨内固定治疗胸腰椎结核 [J]. 职业卫生与病伤, 2011, 11(22):195-196.
- [3] Fuster S, Sala P, Prat S, et al. Spinal tuberculosis: early surgical treatment combined with medical treatment. Med Clin (Barc) 2001; 20, 117(12):457-9.
- [4] 冯孟明, 胡明, 马远征, 薛海滨, 李大伟. 胸腰段脊柱结核伴截瘫的外科治疗 [J]. 中国骨伤, 2011, 24(4):323-326.
- [5] 李长军, 吴邦耀, 牟雪松, 周续祥. 脊柱结核并截瘫的外科手术治疗 [J]. 中国医学工程, 2012, 20(1):44-45.
- [6] 马远征. 脊柱结核治疗原则及相关问题 [J]. 中国骨伤, 2010, 23(7): 483-485.

(上接第 5 页)

科技人员长期反映的项目分散重复、多头申请、程序材料繁琐、评审负担沉重等问题正在得到解决, 科技人员有了更大的技术路线决策权和更好的潜心研究氛围。进一步解决科研经费管得过死过严过细问题, 完善放管结合、优化服务相关措施, 组织开展专项督查, 持续加大政策落实力度。

[参考文献]

- [1] 张俊桂, 吴圣龙. 深化医院科研体制机制改革创新思考 [J].

黑龙江高教研究, 2015(10): 57-59.

- [2] 杨登才, 石照辉, 等. 协同创新机制下医院科研管理模式探析 [J]. 中国医院科技, 2015(10): 31-33.
- [3] 瓮晚平. 我国医院科研管理的困境与改进策略 [J]. 现代教育科学, 2015(3): 78-81.
- [4] 赵丹娜, 鲁超, 戴晓支, 陈任, 秦侠. 医院科研管理人员能力建设现状分析及对策探讨 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2010, 30(10): 825-826.

(上接第 6 页)

组的并发症发生情况均明显比对照组的更低, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。本研究结果与相关的研究报道数据吻合^[6]。说明微创技术在创伤骨科患者中的手术时间短、出血量少, 切口小, 术后恢复快, 切口肿胀和切口感染都得到有效控制。

综上所述, 对于创伤骨科患者, 临床上可以采用微创技术, 能够有效缩短手术时间、减少手术出血, 促进患者术后快速恢复, 同时减少术后并发症的发生, 临床上可以将其作为创伤骨科患者的有效手术方式。

[参考文献]

- [1] 周辉, 赵天杰. 探究微创技术在创伤骨科患者中的临床应用效果

[J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2014, 18(36):1124-1125.

- [2] 谢铁松, 李爱华, 陈晓丽. 关于创伤骨科之中微创技术的应用分析 [J]. 医学信息, 2014, 24(14):550-551.
- [3] 李氏. 微创技术在创伤骨科临床治疗中的应用效果观察 [J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(3):97-99.
- [4] 张强, 李强, 张镇江, 等. 微创技术在创伤骨科临床治疗中的应用效果观察 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(31):100-101.
- [5] 郭洪波. 微创技术在创伤骨科中的应用价值分析 [J]. 中国医学装备, 2016, 13(8):54-57.
- [6] 李海波. 微创技术在创伤骨科临床治疗中的应用效果观察 [J]. 医学理论与实践, 2016, 29(19):3368-3369.

(上接第 7 页)

道穿刺组, 改善情况更显著, 术后 1、2、4 周评分对比均有显著差异 ($P < 0.05$)。从研究结果可知, 小骨窗开颅术后患者恢复情况、并发症情况和神经功能恢复情况明显好于硬通道穿刺术, 因此该术式使用价值更高, 应积极推广此结论与朱泳鹏^[5]等研究相似。

结语:

综上所述, 小骨窗开颅术在 HCH 上的疗效优于硬通道穿刺术, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 梁日初, 周敏, 廖勇仕等. 小骨窗开颅与硬通道穿刺治疗高血

压脑出血的对比 [J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25(16):66-69.

- [2] 戚宪国, 刘红颖. 不同术式治疗高血压基底节区脑出血的临床疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2015, 13(20):161-162.
- [3] 刘海玉. 小骨窗开颅和穿刺引流清除高血压脑出血血肿疗效比较 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(27):89-90.
- [4] 吴蜀平. 微创穿刺术与小骨窗开颅术治疗中等量高血压脑出血的疗效比较 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(15):90-91, 98.
- [5] 朱泳鹏, 杨太生, 何志深等. 小骨窗开颅与硬通道穿刺治疗高血压脑出血的临床疗效及安全性分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(36):4517-4518.