



· 论 著 ·

大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用观察

龙翔 (华容县人民医院 湖南岳阳 414200)

摘要:目的 探讨大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用效果。方法 选取我院 2017 年 3 月-2018 年 3 月期间收治的对冲性颅脑损伤患者 60 例为研究对象,均分为两组,对照组为常规区域性开颅血肿清除术,观察组为大骨瓣开颅减压术,对比两组治疗情况。结果 治疗后,两组的颅内压低于治疗前,观察组低于对照组,观察组的神经功能缺损评分低于对照组,生活质量评分高于对照组,统计学有意义($P < 0.05$)。结论 大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用效果显著,降低了颅内压,改善了神经功能,提高生活质量,值得应用。

关键词:大骨瓣开颅减压术 对冲性颅脑损伤 应用观察

中图分类号:R651.15 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)03-066-02

对冲性颅脑损伤目前尚无统一手术规范,在临床治疗过程中,多依据医生以往的经验进行治疗,整体的疗效不甚理想,对患者的生活质量和生存质量有着严重的负面影响;随着我国医疗水平的不断提升,大骨瓣开颅减压术在治疗对冲性颅脑损伤患者时被应用,疗效确切^[1]。本文为探讨大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用效果,特选取我院 2017 年 3 月-2018 年 3 月期间收治的对冲性颅脑损伤患者 60 例为研究对象。报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选取我院 2017 年 3 月-2018 年 3 月期间收治的对冲性颅脑损伤患者 60 例为研究对象,均分为两组,每组 30 例,其中,对照组男性患者 19 例,女性患者 11 例,年龄在 16-68 岁,平均年龄为(35.21±1.25)岁,致伤原因:坠落伤患者 14 例、车祸患者 9 例、其他患者 7 例;观察组男性患者 18 例,女性患者 12 例,年龄在 17-69 岁,平均年龄为(35.26±1.24)岁,致伤原因:坠落伤患者 16 例、车祸患者 8 例、其他患者 6 例。两组患者在(年龄、致伤原因、性别)等方面,统计学无意义($P > 0.05$)。纳入标准:依据 WHO 中关于对冲性颅脑损伤的诊断标准^[2],确诊为对冲性颅脑损伤患者;所有患者均签署知情同意书。排除严重器官功能不全者;排除精神疾病者;排除不签署知情同意书者;排除全身免疫性疾病者。

1.2 方法

对照组为常规区域性开颅血肿清除术,对患者的基本资料充分掌握,结合实际情况,为患者制定区域性开颅血肿清除术计划,告知患者及家属其中存在的风险事项,取得患者及家属同意后,签署知情同意书,术前麻醉,在病灶外侧作切口,逐层分离皮下组织,实施骨瓣开颅,找到血肿区域,清除处理,清除干净后,缝合切口,抗感染处理,做好相应记录。

观察组为大骨瓣开颅减压术,对患者的基本资料充分掌握,结合实际情况,为患者制定区域性开颅血肿清除术计划,告知患者及家属其中存在的风险事项,取得患者及家属同意后,签署知情同意书,术前麻醉,气管插管,保持仰卧或侧卧,应用头架将患者的头部固定,在患者的额颞部位实施开颅操作,切口为问号型,选用传统的四孔法进行操作,连接颞肌将骨瓣翻动,实施游离操作,对血肿和坏死脑组织进行彻底清除处理,必要时,可以对患者的额、颞极脑组织进行切除处理;双侧的切口为冠状,对于血肿较大,挫伤较重广泛性露骨骨折的患者,应实施双侧骨瓣减压;对于合并产生的硬膜外血肿患者,实施局部的 U 形皮瓣开颅术对血肿进行清除处理;完成后,止血处理,应用生理盐水反复性冲洗,直到无获得性出血点位置,留置引流管,缝合切口,抗感染处理,做好相应记录。

1.3 观察指标

观察两组治疗前后颅内压水平情况、神经功能缺损、生活质量评分情况。神经功能缺损评分依据神经功能缺损评分量表实施评价,0-32 分,评价分数越高,表示神经功能缺损程度越严重,反之,表示神经功能缺损越轻。生活质量评分依据生活质量评分量表实施评价,0-100

分,评价分数越高,表示生活质量越好,反之,表示生活质量越差^[3]。

1.4 统计学处理

将数据输入到 SPSS19.0 中,分析,用($\bar{x} \pm s$)表示平均值,组间用 t 检验, $P < 0.05$,统计学有意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后颅内压水平情况

治疗前,两组的颅内压进行比较,统计学无意义($P > 0.05$);治疗后,两组的颅内压低于治疗前,观察组低于对照组,统计学有意义($P < 0.05$);见表 1。

表 1: 两组治疗前后颅内压水平情况($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	颅内压	
	治疗前	治疗后
观察组(n=30)	248.62±21.26	218.24±12.65
对照组(n=30)	248.63±21.25	231.24±15.32
t 值	0.5265	4.8565
P 值	> 0.05	< 0.05

2.2 两组神经功能缺损、生活质量评分情况

两组的神经功能缺损、生活质量评分进行比较,观察组的神经功能缺损评分低于对照组,生活质量评分高于对照组,统计学有意义($P < 0.05$);见表 2。

表 2: 两组神经功能缺损、生活质量评分情况($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	神经功能缺损	生活质量
观察组(n=30)	12.24±0.26	86.24±1.26
对照组(n=30)	22.32±0.32	72.45±2.32
t 值	4.6525	4.5426
P 值	< 0.05	< 0.05

3 讨论

对冲性颅脑损伤作为典型的神经外科病症,发病后,会对脑部神经功能产生一定程度的损伤,进而造成各类功能障碍,患者的生存质量和生活质量负面影响较大,一旦确诊,应及时进行治疗,避免对患者脑部产生不可逆损伤,危害性极大,应给予重点关注^[4]。

通过对该疾病的研究,随着我国医疗技术的不断进步,在治疗对冲性颅脑损伤病症时,大骨瓣开颅减压术被广泛应用,大骨瓣开颅减压术主要应用于预计或伴有中线移位、颅内压未能得到控制、血肿症状严重的患者,在对患者实施治疗时,主要的操作为解除患者神经受到的压迫,清除颅内血肿,抑制患者毒素的释放,进而达到控制和预防患者产生继发性损伤的目的,应用效果非常显著^[5];本文中,通过对比常规区域性开颅血肿清除术与大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用效果,发现,治疗后,两组的颅内压低于治疗前,观察组低于对照组,观察组的神经功能缺损评分低于对照组,生活质量评分高于对照组,统计学有意义($P < 0.05$),表明,针对对冲性颅脑损伤患者,在选用大骨瓣开颅减压术治疗后,患者的颅内压得到很

(下转第 68 页)



染,且细菌耐药性较高,增加了临床抗菌药物治疗的难度。SBP 不但会引起肝硬化患者肝功能损坏加重,还可能引起肾功能衰竭以及肝肾综合征,严重的话会导致急性食管胃底静脉曲张破裂出血和肝性脑病,影响最终预后效果,甚至死亡^[5]。

肝硬化患者失代偿期并发 SBP 的肠道菌群以耐药菌株较为多见,此外肝硬化是一种慢性消耗性疾病,其并发症极易反复发作,住院次数增加,再加上抗菌药物的长期滥用,使得细菌对常用抗菌药物的耐药性提高,降低了细菌对抗菌药物的敏感度,最后导致应用抗菌药物进行抗感染治疗时效果甚微。肝硬化患者腹水为病原菌滋生提供了有利的先天条件,且病原菌菌种繁杂、覆盖面广,治疗中难以针对性的选择抗菌药物。临床中一般都会抽取肝硬化患者腹水进行培养然后再选择敏感抗菌药物,不过腹水培养阳性率不高,因此无法完全依赖于腹水培养结果选用抗菌药物。

有国内学者^[3]通过对 419 例肝硬化腹腔感染病原菌及耐药性的研究发现,腹水病原菌培养阳性率只有 19.3%;共发现病原菌 132 株,以革兰阴性菌为主,占 67.4%,其中大肠埃希菌及肺炎克雷伯菌较多;革兰阳性菌比例为 32.6%,其中肺炎链球菌及表皮葡萄球菌较多。还有文献^[6]研究发现,亚胺培南、哌拉西林/他唑巴坦对大肠埃希菌的敏感度较高(达到了 100%),而对头孢塞肟、氨苄西林已有较高耐药性;普通抗菌药物在表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌及肺炎链球菌中已有不同程度的耐药,临床上抗菌药物的选择范围受到了很大限制。本文研究结果提示,肝硬化患者 210 例腹水培养阳性率仍然偏低,与国内外文献报道结果无显著差异。

综合以上分析表明,肝硬化患者失代偿期并发腹腔感染主要病原菌为革兰阴性菌,其中大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌占比最高,均对美罗培南及亚胺培南敏感,临床治疗中可将其作为首选药物;并对三、四代头孢菌素逐渐产生耐药,要结合实际药敏结果给予治疗。

参考文献

- [1] 韩亚芳,陈佐云,赵涛,等.肝硬化合并自发性细菌性腹膜炎的病原菌耐药性调查[J].中华医院感染学杂志,2011,21(15):215-216.
- [2] Ratelle M, Perreault S, Villeneuve JP, et al. Association between proton pump inhibitor use and spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients with ascites[J]. Can J Gastroenterol Hepatol, 2014, 28(6):330-334.
- [3] 李进,胡振斌,李月翠.肝硬化患者自发性细菌性腹膜炎腹水感染的相关因素分析[J].中华医院感染学杂志,2014,24(21):5347-5349.

(上接第 65 页)

床实际应用中需根据实际情况对防治方案进行相应调整,以期获得更好的防治效果。

参考文献

- [1] 江龙志,操志国.2014~2016 年桐城市引江济淮工程沿线血吸虫病疫情监测结果分析[J].热带病与寄生虫学,2017,15(3):170-172.

(上接第 66 页)

好的控制,压力明显下降,进而减少了对患者神经功能的损伤,改善了神经功能缺损症状,减少了患者不良症状的发生率,进而提升了患者的生活质量,加快了患者的身体康复速度,因此,在区域性开颅血肿清除术与大骨瓣开颅减压术均能够实施的情况下,应优先选用大骨瓣开颅减压术。

综上所述,大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用效果显著,降低了颅内压,改善了神经功能,提高生活质量,大骨瓣开颅减压术值得在对冲性颅脑损伤治疗中应用。

参考文献

- [4] 丁胜楠,杜娜,杨伟民,等.肝硬化失代偿期患者细菌感染及治疗现状[J].中华肝病杂志,2014,22(11):863-865.
- [5] 朱明利,李超丹,厉小玉,等.肝硬化患者腹水培养的病原菌分布与耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2010,20(8):1180-1182.
- [6] 李伟.肝硬化并自发性细菌性腹膜炎腹水感染的细菌分布及耐药性分析[J].临床医药文献电子杂志,2015(16):3219-3221.

表 2: 主要格兰阳性菌耐药情况

抗菌药物	肺炎链球菌 (n=6)		表皮葡萄球菌 (n=8)		粪肠球菌 (n=4)	
	株数	耐药率 (%)	株数	耐药率 (%)	株数	耐药率 (%)
青霉素	6	100	8	100	4	100
头孢唑林	2	33.33	4	50.00	3	75.00
头孢噻肟	2	33.33	4	50.00	3	75.00
头孢吡肟	1	16.67	5	62.50	3	75.00
左氧氟沙星	1	16.67	3	37.50	2	50.00
甲氧苄啶/磺胺甲噁唑	5	83.33	7	87.50	2	50.00
庆大霉素	5	83.33	4	50.00	1	25.00
阿米卡星	0	0.00	2	25.00	1	25.00
万古霉素	0	0.00	0	0.00	0	0.00
替考拉宁	0	0.00	0	0.00	0	0.00

表 3: 主要格兰阴性菌耐药情况

抗菌药物	大肠埃希菌 (n=17)		肺炎克雷伯菌 (n=10)		铜绿假单胞菌 (n=9)	
	株数	耐药率 (%)	株数	耐药率 (%)	株数	耐药率 (%)
头孢噻肟	11	64.71	8	80.00	1	11.11
头孢吡肟	8	47.06	7	70.00	2	22.22
头孢曲松	10	58.82	8	80.00	2	22.22
头孢他啶	9	52.94	8	80.00	3	33.33
舒巴坦/头孢哌酮	7	41.18	7	70.00	1	11.11
左氧氟沙星	6	35.29	4	40.00	1	11.11
加替沙星	7	41.18	3	30.00	1	11.11
阿莫西林	17	100.00	10	100.00	1	11.11
阿米卡星	4	23.53	5	50.00	0	0.00
亚胺培南	17	100.00	10	100.00	0	0.00
美罗培南	0	0.00	1	10.00	1	11.11
他唑巴坦/哌拉西林	0	0.00	2	20.00	1	11.11

- [2] 刘宗传,李见兵,罗志红,等.洲滩型血吸虫病流行区以家畜传染源控制为主的集成优化防治措施效果[J].热带病与寄生虫学,2017,15(2):68-71,77.

- [3] 孟庆东,王燕,孙文倩,等.血吸虫病时间分辨免疫荧光检测试剂盒的研制和效能评价[J].中国血吸虫病防治杂志,2017,29(1):64-67.

- [1] 肖宏伟.大骨瓣开颅减压术在对冲性颅脑损伤治疗中的应用观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(18):51-52.

- [2] 王冠,黄卫民,施波.双侧开颅去骨瓣减压术治疗对冲性重型颅脑损伤的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(22):4339-4341.

- [3] 杨开华,冉启山,文远超,等.对冲性重型颅脑损伤双侧去骨瓣减压临床疗效分析[J].泰山医学院学报,2016,37(7):779-780.

- [4] 巩勇.双侧去骨瓣减压开颅术治疗重型对冲性颅脑外伤的疗效分析[J].临床合理用药杂志,2015,8(3):112-113.

- [5] 邢伟.改良外伤大骨瓣开颅减压术治疗特重型颅脑对冲伤的疗效观察[J].河南医学研究,2016,25(9):1695-1696.