



微创穿刺碎吸引流术治疗小量基底节区脑出血的临床疗效评价

赵 董

临夏人民医院 甘肃临夏 731100

【摘要】目的 对微创穿刺碎吸引流术治疗小量基底节区脑出血的治疗效果进行评价分析。**方法** 择取2016年1月至12月间我院收取的小量基底节区脑出血病患68例作为研究对象,根据治疗方式分为保守组和微创组,分别给予内科保守治疗、微创穿刺碎吸引流术治疗,后对比其NISSH、ADL评分、脑水肿及脑血肿体积变化等。**结果** 经治疗,微创组病患脑水肿及脑血肿体积减小显著优于保守组,且NISSH、ADL评分亦更优, $P<0.05$ 。**结论** 小量基底节区脑出血患者行微创穿刺碎吸引流术治疗有较好的临床治疗效果。

【关键词】 微创穿刺碎吸引流术;小量基底节区脑出血;临床疗效

【中图分类号】 R651.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-083-02

脑出血作为临床神经科常见疾病的一种,其发病迅速且严重威胁患者的生命健康。于临床治疗时,相较于行内科保守治疗,采取早期微创穿刺碎吸引流术能有效改善病患的血肿及水肿情况,对于其神经功能缺损情况及日常生活能力有较好的改善^[1]。本文就此研究微创穿刺碎吸引流术治疗小量基底节区脑出血的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取68例2016年1月至12月间我院收治的小量基底节区脑出血病患为研究对象,所择取病患均符合脑出血疾病诊断标准,且其出血部位均为基底核区,对于本次研究内容均了解且同意参与。排除先天性精神病患,神志不清或伴有严重脏器病患病者。

根据病患的治疗方式将68例小量基底节区脑出血患者分为保守组和微创组两组,各组34例患者。保守组中男女比例为19:15,年龄段为37岁至72岁间,年龄均值为 (48.32 ± 5.13) 岁,出血量为17ml至30ml,平均出血量为 (23.54 ± 1.63) ml;微创组中男女比例为18:16,年龄段为36岁至71岁间,年龄均值为 (48.48 ± 5.11) 岁,出血量为18ml至30ml,平均出血量为 (23.17 ± 1.54) ml。经对比分析可知,保守组和微创组两组病患的一般资料(如性别比例、年龄、出血量等)对比差异无统计学意义($P>0.05$),可进行临床对比。

1.2 方法

保守组:行内科保守治疗。即行常规降压药、脱水剂、神经营养药及止血剂等治疗干预。

微创组:在常规内科保守治疗同时,于病患发病7h内采取微创穿刺碎吸引流术治疗,即以CT扫描下血肿最大层面的血肿中心作为靶点,通过体表标志物CT定位法来确定穿刺点、穿刺针长度以及穿刺方向等。后使穿刺针进入血肿中心,将针芯拔出后加密封帽,连接侧管后负压缓慢吸收血肿,于吸收同时转动针体直至无法抽出血凝块,后将2万U尿激酶注入机体血肿腔内,夹管4h后通过保留液行开放引流处理。后通过头颅CT复查以明确机体血肿引流情况,若90%左右血肿被引流则可将穿刺针拔出。

1.3 观察指标

于治疗前后通过CT或MRI对所选取病患行脑血肿、脑水肿体积测量、记录,同时采用脑卒中量表(即NIHSS)及日常生活量表(即ADL)对病患的神经功能缺损情况及日常生活能力进行评价、记录,其中NISSH评分分值在0至42分间,患者评分越低则表示其恢复情况越好,而ADL评分分值在0分至100分之间,评分越高则表示患者的日常生活能力越强。

1.4 数据处理

使用SPSS22.0软件行数据处理,结果指标均为计量资料,以均数 $\pm$ 标准差表示,组间数据比较行t检验。 $p<0.05$ 即比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑血肿、脑水肿体积变化

治疗前,保守组、微创组病患的脑血肿体积分别为 (22.92 ± 1.74) ml、 (23.04 ± 1.57) ml,脑水肿体积分别为 (64.21 ± 12.05) ml、 (64.13 ± 12.11) ml,对比无差异($P>0.05$);经相应治疗14d后保守组、微创组病患的脑血肿体积分别为 (14.95 ± 2.90) ml、 (4.41 ± 1.83) ml,脑水肿体积分别为 (59.03 ± 10.34) ml、 (22.87 ± 3.74) ml,经对比可知微创组改善效果更为显著($P<0.05$)。

2.2 ADL评分及NISSH评分比较

治疗前,保守组、微创组ADL评分分别为 (58.76 ± 3.25) 分、 (59.63 ± 3.41) 分,NISSH评分分别为 (29.65 ± 3.14) 分、 (28.76 ± 3.51) 分,对比无差异($P>0.05$);经相应治疗14d后保守组、微创组ADL评分分别为 (65.47 ± 4.27) 分、 (85.68 ± 3.28) 分,NISSH评分分别为 (23.64 ± 2.57) 分、 (13.25 ± 2.68) 分,经对比可知微创组改善更为显著($P<0.05$)。

3 讨论

由于现今人们日常饮食结构及生活方式的变化,临床上高血压疾病的发病率逐年上升,该疾病有致死率高、致残率高且复发率高的临床特点,而中小量基底核区高血压性脑出血所引发的脑水肿为主要危险因素之一^[2]。临床治疗小量基底节区脑出血时以控制脑水肿、消除血肿为主要目的,多行内科保守治疗措施,有一定的治疗局限性且疗效并不显著^[3]。

临床常用手术治疗方式有开颅去除血肿术、定向立体排空血肿术及本文所研究的微创穿刺碎吸引流术。其中开颅术对患者的造成的创伤较大且术后并发症多,定向立体手术操作复杂且技术要求较高,均不利于临床推广应用^[4]。而微创穿刺碎吸引流术是依据CT定位,选用合适长度穿刺针推送至血肿中心后完成血肿粉碎液化,且能够穿刺抽吸液态血肿^[5],对于患者的造成的损伤较小,且手术操作简单,基本能够满足于超早期(即病患发病7h内)行血肿清除的需求。且由于机体感觉及运动传导纤维束聚集于基底节区,若能够于早期进行血肿清除,对于避免病患出现躯体感觉、视野及运动障碍情况有较好的临床价值^[6]。

本次研究的结果数据亦较好显示,行微创穿刺碎吸引流术治疗的小量基底节区脑出血患者术后脑血肿体积及脑水肿体积均显著减小,与内科保守治疗相比差异显著($P<0.05$),且术后患者的ADL评分 (85.68 ± 3.28) 分、NISSH评分 (13.25 ± 2.68) 分均改善显著,且与内科保守治疗相比差异显著($P<0.05$)。

综上所述,对小量基底节区脑出血患者采取微创穿刺碎吸引流术治疗,能有效减小脑水肿、脑血肿体积,并改善其神经功能缺损情况及日常生活能力,临床价值显著,可根据患者的具体脑出血情况于临床上推广应用。

(下转第87页)



机分配为每组 36 例, 观察组和对照组两组形式。进行小切口手术治疗的, 是观察组患者; 运用传统开放手术治疗的, 是对照组的脊柱创伤患者。对两组患者在手术之后以及手术之中的情况进行对比分析, 调查两组患者在手术之后的满意度。相较于对照组, 观察组患者在手术之中的出血量明显较少, 手术之后的活动时间、手术时间、住院时间也都明显较短, 疼痛评分显著低于对照组, 因此差异具有统计学的意义 ($P < 0.05$); 在手术之后, 观察组患者的镇痛药使用率、并发症发生率明显的低于对照组, 观察组患者的满意度明显的高于对照组, 因此差异具有统计学的意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 采用小切口手术对脊柱创伤患者进行治疗, 在手术中的出血量比较少, 住院时间、手术的时间比较短, 术后并发症和切口感染率比较低, 疼痛程度比较轻, 安全性较高、疗效良好, 具有临床应用价值。

参考文献:

- [1] 崔益富. 分析小切口阑尾手术对老年患者术后恢复的影响[J]. 医疗装备, 2016, (08):142-143.
- [2] 孙振伟. 微创技术对脊柱创伤手术患者疼痛及并发症发生率的影响[J]. 医学理论与实践, 2016, (16):2211-2212.
- [3] 刘剑, 高鹏. 小切口手术治疗脊柱创伤的效果及安全性[J]. 医学综述, 2016, (18):3736-3738.
- [4] 谭立军, 潘爱欢. 腹腔镜与小切口直肠癌根治术影响机

体细胞免疫功能的比较[J]. 中国医药导刊, 2014, (01):7-8.

[5] 梁伟新, 赖勇强, 黄尚书, 冯伟兆. 腔镜经胸乳入路与腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术炎症反应的对比研究[J]. 中国微创外科杂志, 2014, (08):707-710.

[6] 张午临, 刘晖, 贾涛, 张云杰. 胸腔镜小切口手术对非小细胞肺癌患者 CRP、TNF- α 及 IL-6 等指标水平的影响[J]. 实用癌症杂志, 2014, (10):1294-1297.

[7] 周跃. 微创技术在腰椎外科手术中的应用概述[J]. 中国骨与关节外科, 2013, (S1):17-23.

[8] 马维疆, 周丰华. 微创小切口手术治疗老年人腰椎间盘突出 66 例[J]. 广东医学, 2012, (08):1165-1166.

[9] 褚开伟, 彭正武, 徐会云, 石岩, 祝庆超. 小切口椎板开窗法手术治疗单节段腰椎间盘突出症[J]. 安徽医学, 2012, (05):578-579.

[10] 赵希君. 小切口阑尾手术对老年患者的影响[J]. 求医问药(下半月), 2012, (06):56.

[11] 孟凡敏, 徐忠华, 徐英民, 张京东, 熊升远. 后腹腔镜与小切口肾囊肿去顶术治疗肾囊肿的对比研究[J]. 中外医学研究, 2013, (03):1-4.

[12] 刘成昌, 张福维, 何振波. 胸腔镜辅助行小切口手术治疗胸部肿瘤疗效分析[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2013, (06):91-92.

(上接第 83 页)

参考文献:

- [1] 陈华澎. 超早期微创穿刺碎吸引流术治疗小量基底节区脑出血的临床疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(3):162-163.
- [2] 周小利, 卢二勤, 查继辉等. 微创穿刺术治疗高血压脑出血临床效果分析[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(18):2868-2870.
- [3] 曹镇洋. CT 定位置软管颅内血肿碎吸引流术治疗高血压性脑出血 92 例疗效分析[J]. 中外医疗, 2016, 35(16):45-46.

[4] 于剑, 王庭忠, 高飞等. 微创穿刺脑室外引流术联合早期腰大池引流术治疗脑室出血的疗效分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2014, 14(5):437-440.

[5] 蔚强, 蔡学强, 吕俊生等. 立体定向钻孔引流术与小骨窗开颅术治疗老年高血压丘脑出血患者疗效观察[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2016, 18(6):645-646.

[6] 余鹏飞, 袁兴进, 符树强等. 不同手术方式治疗高血压脑出血的疗效比较及复发影响因素分析[J]. 重庆医学, 2015, 44(13):1839-1841.

(上接第 84 页)

组日常生活能力、生活质量评分明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 这项研究与本次研究结果一致^[5]。由此可知, 高血压基底节脑出血患者在发病后 7h 给予手术治疗, 能获得较大生存率, 能改善患者各项治疗效果, 提升患者日常生活能力^[6]。

结论:

综上所述, 在高血压基底节脑出血患者发病 7h 对其进行手术治疗, 能有效改善患者日常生活能力和生活质量, 提升临床治疗优良率, 值得在临床推广。

参考文献:

- [1] 陈信荣. 不同手术治疗时机高血压基底节脑出血的临

床比较[J]. 中外健康文摘, 2014, 29(20):158-159.

[2] 汪亮, 黄录茂, 雍成明等. 小骨窗显微手术治疗基底节区高血压性脑出血最佳时机的选择[J]. 解剖与临床, 2013, 17(4):305-308, 309.

[3] 董耀荣, 王东军. 影响手术治疗基底节区高血压脑出血预后的因素分析[J]. 中国基层医药, 2015, 25(13):2031-2033.

[4] 刘敏. 高血压基底节区脑出血患者应用不同小骨窗开颅手术时机的疗效观察[J]. 当代医学, 2016, 22(2):44-45.

[5] 向明俊. 不同手术时机治疗高血压基底节脑出血的临床比较[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 21(16):83-84.

[6] 黄剑, 魏长新, 陈苑新等. 不同手术时机治疗基底节内侧面型脑出血的效果分析[J]. 中国实用医药, 2015, 23(16):75-76, 77.

(上接第 85 页)

进行分析和探讨, 本次研究收集我社区卫生服务中心 2014 年 1 月至 2016 年 1 月期间的社区老年高血压患者 110 例, 然后将 110 例患者随机分为对照组 (55 例) 和观察组 (55 例), 对对照组的患者进行常规的药物治疗, 对观察组的患者实行综合治疗, 然后对两组患者的治疗效果进行分析和对比。最终结果显示, 在治疗之前, 两组患者的收缩压和舒张压差异不明显, 没有统计学意义 ($P > 0.05$)。在治疗后, 两组患者的收缩压和舒张压比治疗前明显降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。在治疗后, 观察组患者的收缩压和舒张压低于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

由此我们可以得出结论, 综合治疗在社区老年高血压患者的治疗中有良好的治疗效果, 它可以有效平稳患者的血压, 促进患者的健康, 因此可以进行临床推广应用。

参考文献:

[1] 彭贤娟, 周红, 吴海霞. 社区老年高血压患者采取综合护理干预的临床效果分析[J]. 吉林医学, 2015, 01:149-150.

[2] 陈碧, 缪立串, 陈伟强. 同伴支持配合社区干预对空巢老年高血压患者治疗依从性、自我管理及生存质量的影响[J]. 海南医学, 2015, 08:1120-1123.

[3] 杨瑞春, 文彬. 中医辨证治疗社区老年高血压临床疗效观察[J]. 天津中医药, 2015, 04:197-200.