



·论 著·

大骨瓣开颅和小骨窗开颅治疗高血压脑出血的疗效对比分析

全显波 (沅陵县中医院 湖南沅陵 419600)

摘要:目的 对大骨瓣开颅和小骨窗开颅治疗高血压脑出血的临床效果进行对比分析。方法 回顾性分析 2015 年 01 月至 2017 年 01 月期间在我院进行开颅手术的 78 例高血压脑出血患者的临床资料,根据手术方式的不同将患者分为 2 组,观察组 39 例患者采取小骨窗开颅术进行治疗,对照组 39 例患者采取大骨瓣开颅术进行治疗。结果 观察组患者手术时间及住院时间均显著低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者病死率及并发症发生率分别为 12.82% 和 23.08%,明显低于对照组的 23.08% 和 43.59%,差异具有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者术后 1 周 GCS 评分及术后 6 个月 COS 评分均明显优于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 小骨窗开颅术治疗高血压脑出血临床效果确切,患者预后良好,病死率低具有临床推广及使用价值。

关键词: 大骨瓣开颅 小骨窗开颅 高血压脑出血 临床疗效

中图分类号: R732.2+3

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 17-022-01

高血压脑出血 (hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH) 是神经外科常见疾病,多见于 50~70 岁的中老年人群,具有病情危急,病死率及致残率高等特点。保守治疗患者死亡率高达 50% 以上,临床效果并不理想,外科手术治疗已取得良好的治疗效果,是目前 HICH 的主要治疗方式^[1]。传统的大骨瓣开颅血肿清除术及小骨窗开颅血肿清除术是目前 HICH 常用外科手术治疗方案,为寻求更优质的治疗方案,提高临床治疗效果,选取 2015 年 01 月至 2017 年 01 月期间在我院进行开颅手术的 78 例高血压脑出血患者作为研究对象,对大骨瓣开颅和小骨窗开颅治疗高血压脑出血的临床效果展开探究,报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取于 2015 年 01 月至 2017 年 01 月在我院进行开颅手术的 78 例高血压脑出血患者作为研究对象,根据手术方案的不同将患者分为对照组 39 例和观察组 39 例。对照组男性患者 21 例,女性患者 18 例,年龄 45~78 岁,平均 (65.38±4.29) 岁,高血压病史 3~19 年,平均病史 (10.57±2.41) 年;观察组男性患者 20 例,女性患者 19 例,年龄 43~76 岁,平均 (64.86±4.41) 岁,高血压病史 4~21 年,平均病史 (11.03±2.33) 年。所有患者均在发病后 48h 内入院,均具有明确高血压病史,经 CT 或 MRI 检查提示为脑出血,血肿量均 >20ml。排除脑干功能衰竭、出血及继发脑梗死出血患者,所有患者无手术禁忌症,两组患者的基本资料组间比较无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 手术方式

观察组 39 例患者采取小骨窗开颅术进行治疗:术前根据 CT 或 MRI 检查结果,对血肿最大的层面及皮层之间最为接近的距离进行标识,确定血肿具体位置^[2]。患者全麻后,纵向切开头皮各层,切口长度约为 5cm,使用小孔牵开器暴露患者颅骨,电钻钻开颅骨并对骨窗直径进行扩大 (≤ 3 cm),硬脑膜针进行穿刺,抽吸血肿内的血液。待血肿体积缩小、颅内压降低后,电凝切开大脑皮层 2cm,在放大镜下,利用负压对血肿内残留的血液及渗出液进行抽吸^[3],缝合硬膜并置引流管 1~2d,术后控制血压,注意感染及并发症的防治。

对照组 39 例患者采取大骨瓣开颅术进行治疗:术前根据 CT 或 MRI 检查结果,对血肿最大的层面及皮层之间最为接近的距离进行标识,确定切口位置,患者全麻后在切口位置做一长度约为 15cm 的马蹄形切口,掀开皮瓣暴露颅骨后,在颅骨钻孔并游离骨瓣,剪开硬脑膜对血肿进行清除^[4],缝合硬膜并置引流管。

1.3 观察指标

观察比较两组患者的手术时间、住院时间、病死率、并发症发生率、术后 1 周 GCS (格拉斯哥昏迷评分) 及术后 6 个月 GOS (格拉斯哥预后评分) 评分。COS 评分判定标准:5 分为恢复良好,4 分为中度残疾,3 分为重度残疾,2 分为植物存在,1 分表示临床死亡。

1.4 数据处理

采用 SPSS18.0 软件对患者一般资料及实验结果进行统计学处理,计量资料比较使用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者手术效果比较

观察组患者手术时间及住院时间均显著低于对照组,病死率及并发症发生率分别为 12.82% 和 23.08%,明显低于对照组的 23.08% 和 43.59%,详细数据见表 1:

表 1 两组患者手术时间、住院时间、病死率及并发症发生率比较

组别	手术时间 (min)	住院时间 (d)	病死率 (%)	并发症发 生率 (%)
对照组 (n=39)	136.32±21.39	23.48±4.23	23.08 (9/39)	43.59 (17/39)
观察组 (n=39)	82.48±17.48	15.64±3.70	12.82 (5/39)	23.08 (9/39)

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组患者术后 GCS、GOS 评分调查

观察组患者术后 1 周 GCS 评分及术后 6 个月 COS 评分均明显优于对照组,差异具有统计学意义,详细数据见表 2:

表 2 两组患者术后 1 周 GCS 评分及术后 6 个月 COS 评分比较

组别	术后 1 周 GCS 评分 (分)	术后 6 个月 COS 评分		
		1 分 (n)	2~3 分 (n)	4~5 分 (n)
对照组 (n=39)	14.04±1.56	3 (7.69)	15 (38.46)	21 (53.85)
观察组 (n=39)	12.34±1.06	1 (2.56)	12 (30.77)	26 (66.67)

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

脑出血是神经外科常见疾病,出血后形成的局部血肿可对患者周围的局部组织产生压迫作用,导致脑组织的水肿、软化及坏死。目前外科手术通过迅速清除血肿、降低颅内压、减轻对脑组织的压迫来减少脑组织的损伤。

传统的大骨瓣开颅血肿清除术创伤较大,手术时间长,对神经功能也造成较大的损伤,对患者的手术效果及预后造成不利影响,而小骨窗开颅术不仅具有大骨瓣开颅手术钻孔及流量的优点,而且手术创伤小,时间短,手术操作较简单,可在直视条件下彻底清除血肿,止血效果良好,手术过程中对脑组织的牵拉较少,有效减少了患者手术脑水肿等并发症的发生,降低了因骨瓣减压敞开硬脑膜切口脑脊液漏的发生率,有利于患者术后语言、肢体功能的恢复,治疗高血压脑出血临床效果明显优于大骨瓣开颅手术。

手术是高血压脑出血治疗的重要环节之一,要降低患者的致死率、致残率,减少术后并发症的发生还需要加强患者术后基础护理,维持术后血压的稳定,改善局部脑血流,预防脑水肿、消化道出血及肺部感染的发生,注意切口及引流管的护理,预防感染等并发症的发生。综上所述:小骨窗开颅术治疗高血压脑出血,创伤小、手术时间短、愈后快,能够明显缩短患者的住院时间,降低患者并发症发生率及病死率,能够显著改善患者预后,降低患者临床死亡率及残疾率,具有临床推广及使用价值。

参考文献

- [1]袁文生. 小骨窗开颅放大镜下血肿清除术在高血压脑出血患者中的疗效探讨[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7 (6): 51-52.
- [2]邢栋. 36 例大骨瓣开颅术治疗高血压脑出血的临床体会[J]. 医学信息, 2015, 28 (4): 154-155.
- [3]荣向辉, 吕蒙. 小骨窗开颅术与常规骨瓣开颅手术治疗高血压脑出血的效果观察[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8 (13): 76-78.
- [4]钟景阳, 杜晓光, 宋立涛. 不同手术时机和方式在高血压脑出血患者血肿清除中的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19 (23): 59-61.