

超早期高血压基底节区出血经侧裂岛叶入路手术治疗方法及要点

李广华¹ 闫国防¹ 朱明亮²

1 金沙县金沙林东医院 贵州毕节 551800 2 中国人民解放军联勤保障部队第922医院 湖南衡阳 421001

【摘要】目的 探讨应用经侧裂岛叶入路手术方案对超早期高血压基底节区出血治疗的效果及技术要点。**方法** 选取超早期高血压基底节区出血患者84例，均为我院神经外科2013年1月至2018年1月收治，随机分组，就采用常规开颅血肿清除术（对照组，n=42）与采用经侧裂岛叶入路手术（观察组，n=42）临床疗效、血肿清除情况、并发症情况展开对比。**结果** 观察组手术优良率及大部分血肿清除占比均高于对照组（ $P<0.05$ ），并发症率低于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论** 应用经侧裂岛叶入路手术方案对超早期高血压基底节区出血治疗，可提高手术质量，增强血肿清除效果，并保障临床安全。

【关键词】 经侧裂岛叶入路手术；超早期；高血压基底节区出血；手术效果；血肿清除率

【中图分类号】 R651.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 11-6-02

临床神经外科多发且危重疾病领域，高血压脑出血占比较高比例，极易引发致死事件，且幸存的患者也多有程度不等的神经功能障碍伴发，促使生存质量显著下降^[1]。故临床在救治时，除重视生命的挽救外，如何促进神经功能有效恢复也为工作的重点内容。经侧裂岛叶入路手术与显微手术结合，可在降低创伤的同时，将颅内血肿干净、迅速清除，效果明显优于传统开颅术^[2]。本次研究针对所选超早期高血压基底节区出血的病例，应用经侧裂岛叶入路手术治疗，取得了理想效果，现总结结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取超早期高血压基底节区出血患者84例，均为我院神经外科2013年1月至2018年1月收治，与《外科学》相关诊断标准符合。随机分组，观察组42例，男24例，女18例，年龄39~73岁，平均 (60.9 ± 3.1) 岁；高血压史1~22年，平均 (15.7 ± 5.4) 年；对照组37~71岁，平均 (60.7 ± 3.4) 岁；高血压史1~20年，平均 (15.3 ± 5.5) 年。组间自然信息可比（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合上述诊断标准，并经CT检查对基底节区脑出血证实；②GCS >6 分，血肿 $>30\text{ml}$ ；③发病 $<7\text{h}$ ；④患者家属对本实验知情同意书自愿签署，并报经伦理学组织委员会批准。排除标准：①凝血机制障碍者；②其它重要器官功能不全者。

1.3 方法

对照组病例经额顶瓣或颞顶瓣行常规开颅血肿清除术。

观察组病例经侧裂岛叶入路行显微手术，步骤：协助病例取

仰卧位，保持头部后仰 15° ，偏向健侧 30° ，全麻，经翼点入路，在促使骨瓣形成后，依据实际情况，决定是否开展去骨瓣减压术。后对耳屏前 1cm 区域定位，作为术口下端，评估血肿程度，并以此对骨窗大小予以确定。将显微镜置入，对硬脑膜做剪开处理，放射状剪开剩余硬脑膜，充分对基底池中积滞的脑脊液释放，钝性对外侧裂蛛网膜分离，并沿额颞间隙，应用脑压板牵开额盖部至岛叶，经精准穿刺，对血肿所处位置明确后，于脑岛短回皮质处取长度为 1.5cm 的切口，入血肿腔，将血肿块干净吸除，并用 0.9% 氯化钠溶液做反复冲洗处理，后双极电凝止血，常规引流管放置及感染防控。

1.4 观察指标

（1）对比手术优良率；（2）对比血肿清除不同比例情况；（3）对比并发症率，包括肺部感染、泌尿系统感染、再出血、消化道出血等。

1.5 疗效评定标准

参考GOS量表评估，为5级评分值，以1~5分为范围，从低至高分别对应优、良、中、差、死亡。

1.6 统计学分析

相关数据均在SPSS17.0中输入，手术优良率、血肿清除占比率、并发症率采用（%）表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 差异具统计学意义。

2 结果

2.1 手术优良率

观察组基底节区出血患者手术优良率经评定为61.9%，高于对照组38.1%，差异具统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1：两组基底节区出血手术优良率对比[n(%)]

组别	优	良	中	差	死亡	优良率
观察组 (n=42)	15(35.7)	11(26.2)	13(30.9)	2(4.8)	1(2.4)	61.9%
对照组 (n=42)	9(21.4)	7(16.7)	13(30.9)	7(16.7)	6(14.3)	38.1%
χ^2	-	-	-	-	-	4.762
P	-	-	-	-	-	0.029

2.2 血肿清除情况

观察组血肿 $\geq 90\%$ 清除、彻底清除即大部分血肿清除占比高

于对照组，差异具统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2：两组血肿清除情况比较[n(%)]

组别	彻底清除	$\geq 90\%$	70%~89%	$<70\%$	大部分清除
观察组 (n=42)	18(42.9)	18(42.9)	5(11.9)	1(2.4)	85.7%
对照组 (n=42)	11(26.2)	13(30.9)	9(21.4)	9(21.4)	57.1%
χ^2	-	-	-	-	6.203
P	-	-	-	-	0.013

2.3 并发症情况

观察组仅泌尿系统感染1例，并发症率为2.4%，对照组消化道出血1例，再出血1例，腹泻2例，肺部感染1例，泌尿系统感染2例，并发症率为16.7%，差异具统计学意义（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

经侧裂岛叶入路手术为临床重要对超早期高血压基底节区出

血治疗的方式，其可对颞叶重要结构予以保护，在开放侧裂池后，将血肿近距离且直接清除，与最短手术入路原则符合。另外，开放侧裂池，充分释放脑脊液，可有效降低脑压，且在显微镜下完成各项操作，术野较为清晰，避免了助手牵拉步骤，对脑挫伤水肿具防范作用^[3-4]。相较传统大骨瓣开颅术创伤大、操作时间长

（下转第8页）

2.3 精神分裂症患者疗效比较

对比实验组与参照组精神分裂症疗效情况(见表3),实验组精神分裂症总疗效(89.74%)高于参照组(64.10%),两者差异明显($P < 0.05$)。

表3: 精神分裂症患者疗效比较 [n (%)]

组别	例数(n)	显效	有效	无效	总疗效
实验组	39	21 (53.85)	13 (33.33)	4 (10.26)	35 (89.74)
参照组	39	10 (25.64)	15 (38.46)	14 (35.90)	25 (64.10)
χ^2					7.2222
P					0.0072

2.4 精神分裂症患者治疗后 PANSS 量表评分比较

实验组精神分裂症治疗后 PANSS 量表评分(34.06±5.82)分,参照组为(58.61±10.29)分,组间对比 $t=12.9687$, $P=0.0000$ 。对比实验组与参照组精神分裂症治疗后 PANSS 量表评分情况,实验组精神分裂症治疗后 PANSS 量表评分低于参照组,两者差异明显($P < 0.05$)。

3 讨论

临床中针对精神分裂症患者主要采用药物与行为干预形式予以治疗,但大部分患者除了在院治疗之外,其家庭康复管理亦对其疗效产生重要影响。对此,本研究为提升患者院外照护水平,针对患者家属实施团体辅导形式,在改善患者家属照护能力方面起到了积极影响^[6]。精神分裂症患者家庭支持近年来成为临床相关研究的重要方向之一,家庭支持对患者症状改善、社会功能提升等方面具有起到了关键影响。但是,临床中大部分患者家属均难以开展科学、正确的家庭照护及管理措施,尤其针对部分年龄较大的患者家属,在获取知识途径环节较为薄弱,在一定程度上

影响了患者疗效^[7]。针对患者家属实施团体辅导,一方面,为患者家属提供精神分裂症家庭照护方面的知识,完善家庭照护各项工作,进而提高患者的疗效。另一方面,团体辅导将处于同等状态下的患者家属置于同一环境中,患者家属之间彼此形成紧密的联系,不仅能够通过相互交流与探讨完善其认知能力,同时也有助于彼此之间释放压力,对改善精神分裂症患者家属心理状态方面起到了积极影响。

综上所述,给予精神分裂症患者家属实施团体辅导效果显著,患者家属团体辅导形式具有临床推广及应用的优势。

参考文献

- [1] 冯辉, 陈玉明, 庄晓伟, 等. 精神分裂症患者家属心理健康状况与应对方式的相关性[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(8):968-972.
- [2] 陈玉明, 冯辉, 庄晓伟, 等. 精神分裂症患者家属照料负担和生存质量及其相关因素[J]. 中国心理卫生杂志, 2017, 31(3):203-207.
- [3] 刘晓东, 张代江. 住院精神分裂症患者家属焦虑、抑郁情绪现状调查及影响因素分析[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(10):1388-1390.
- [4] 高德芳, 赵永红, 张传波, 等. 情志顺势心理治疗对妊娠期精神分裂症患者家属心理健康的干预研究[J]. 精神医学杂志, 2016, 29(2):123-125.
- [5] 艾宪英. 团体互动式护理干预对精神分裂症患者家属的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(13):14-16.
- [6] 李捷, 庞润慧, 刘晓. 精神分裂症患者家属生活质量及影响因素分析[J]. 中国实用医药, 2017, 12(1):189-191.
- [7] 郭宁, 王肖川. 未婚首发精神分裂症患者家属的就医态度及心理状态调查[J]. 中国民康医学, 2017, 29(3):63-65.

(上接第5页)

E2、FSH 及 LH 属于目前临床中较为常见的生殖激素指标,虽然其会受到月经周期等方面的影响,但是也存在一定诊断意义。甲状腺激素在卵巢中直接作用,对卵泡发育具有直接影响,还会影响到卵巢储备力,利用测定血清 AMH、FSH、LH 和 E2 的含量,能够对患者卵巢储备功能直接的反应出来。另外,在本文最后研究中,孕妇并没有出现胎儿畸形、死胎的情况^[5]。

综上所述,在对妊娠期甲状腺功能减退患者使用甲状腺激素治疗的过程中的效果良好,并且还能够对患者卵巢功能及人身结局进行改善。

参考文献

- [1] 甲状腺激素治疗剂量调整对妊娠期亚临床甲状腺功能减退患者的影响[J]. 中国现代药物应用, 2016, 12(4):157-158.

(上接第6页)

的问题,可防范并发症发生。结合本次研究结果示,观察组手术优良率及大部分血肿清除占比均高于对照组($P < 0.05$),并发症率低于对照组($P < 0.05$),与刘琦等^[6]研究结果一致。在其的研究中,针对所选超早期高血压基底节区出血病例,观察组应用经外侧裂入路术,对照组行传统手术,观察组血肿清除效果明显优于对照组,并发症率明显低于对照组。

为进一步保障手术效果,需注意的要点包括:(1)在设计切口时,可应用改良翼点入路的方式,除具微创特点外,还可达有效的术野暴露;(2)对侧裂池所具有的自然间隙特征和释放脑脊液的优势充分利用,先对侧裂池作少许分离,入血肿腔后,对血肿部分清除,脑压有一定程度降低后,再行侧裂池分离操作,促更多的脑脊液释放,使颅压降低,再入血肿腔作清除处理。

综上,应用经侧裂池入路手术方案对超早期高血压基底节区出血治疗,可提高手术质量,增强血肿清除效果,并保障临床

安全。

参考文献

- [1] 师吉青. 用经翼点小切口侧裂-岛叶入路手术治疗高血压基底节区脑出血的疗效观察[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(5): 189-191.
- [2] 王东生. 翼点切口侧裂-岛叶入路治疗 36 例基底节脑出血的临床研究[J]. 西部医学, 2014, 26(6): 745-747.
- [3] 郑华煜, 王和功, 秦智勇. 经侧裂-岛叶入路显微手术治疗基底节区高血压脑出血患者的疗效观察和脑血管保护[J]. 中国医药指南, 2015, 13(6): 58-59.
- [4] 李建, 刘惠祥, 沈鸟松, 等. 经外侧裂-岛叶入路显微手术结合颅内压监测治疗基底节区高血压脑出血[J]. 临床神经外科杂志, 2017, 14(6): 460-462.
- [5] 刘琦, 田少斌, 陈劲松. 显微镜下经侧裂岛叶与颞叶皮质入路早期手术治疗基底节区高血压脑出血的疗效[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(13): 99-100.