

去大骨瓣减压术治疗外伤性急性硬膜下血肿的经验体会

孙 军

江苏省人民医院浦口分院(浦口区中心医院)神经外科

【摘要】目的 探讨标准外伤去大骨瓣减压术在急性硬膜下血肿患者中应用效果。**方法** 选取2015年1月至2020年1月收治的83例急性硬膜下血肿患者,依据手术术式不同随机分组,对照组41例采用常规骨瓣开颅术治疗,观察组42例实施标准外伤去大骨瓣减压术治疗,观察比较两组手术前后格拉斯哥昏迷指数(GCS)评分及术后不同时间点(135d)颅内压变化情况,并统计两组并发症发生情况。**结果** 术后观察组GCS评分高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组术后135d颅内压均小于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组并发症发生率为4.76%(2/42),小于对照组21.95%(9/41),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 标准外伤去大骨瓣减压术可降低急性硬膜下血肿患者颅内压,改善昏迷状况,降低并发症发生率。

【关键词】 硬膜下血肿;急性;标准外伤去大骨瓣减压术;GCS评分;颅内压

【中图分类号】 R651.15

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2020) 07-047-02

急性硬膜下血肿为神经外科常见急危重症,约占颅脑外伤的5%^[1]。患者发病时常伴有脑组织缺氧,颅内压升高等病理改变,若未得到及时救治,短时间内患者即可出现急性脑肿胀,严重者甚至引发脑疝,增加了病残病死率。半侧颅骨切除术治疗急性硬膜下血肿,疗效确切,具有血肿清除彻底减压充分等优势,但该术式切口包含额颞顶枕,需采用气钻开颅,手术创伤大,存在一定局限性。常规去骨瓣开颅术切口范围虽有所减小,但其额颞马蹄形切口难以充分暴露颞极、额极、额颞底部,导致血肿清除不彻底,且易引发继发性血肿及脑疝,增加脑膨出发生率,增加治疗难度,预后效果差^[2]。本研究探讨标准外伤去大骨瓣减压术对急性硬膜下血肿患者术后GCS评分及颅内压变化的影响,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年1月至2020年1月收治的83例急性硬膜下血肿患者,依据手术术式不同随机分组,对照组41例,女18例,男23例,年龄20~65岁,平均年龄(48.1±9.7)岁,瞳孔变化:瞳孔单侧散大19例,瞳孔双侧散大22例,致伤原因:交通事故22例,高处坠落12例,其他7例;观察组42例,女17例,男25例,年龄22~64岁,平均年龄(48.80±9.55)岁,瞳孔变化:瞳孔单侧散大20例,瞳孔双侧散大22例,致伤原因:交通事故23例,高处坠落13例,其他6例。比较两组瞳孔变化年龄性别致伤原因等基线资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),且本研究经医院学术委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:均经头颅CT或MRI检查确诊为急性硬膜下血肿;患者或家属知情同意本研究排除标准:伴有四肢骨折伤;凝血功能异常者;合并严重精神疾病患者;出现明显呼吸功能障碍。

1.3 方法

对照组(常规去骨瓣开颅术):行头颅CT检查确认血肿部位,并标记;辅助患者行仰卧位,于患者头顶行马蹄形切口,6.0cm×8.0cm左右骨窗大小,将硬膜剪开,对颅内血肿及失活脑组织予以清除。观察组(标准外伤去大骨瓣减压术):术前行头颅CT检查,明确血肿位置血肿量等情况,行仰卧位,全麻,于额颞顶发际内中线旁约2~3cm处起行弧形切口,直至耳屏前1cm处(直达颞弓部位);常规钻孔扩大骨窗,于硬脑膜上行弧形切口,直至颅顶部;将颅内坏死脑组织及血肿清除,止血,对蛛网膜下腔进行冲洗,缝合切口。

1.4 观察指标

手术前后GCS评分变化,采用格拉斯哥昏迷指数(GCS)评估,采用颅内压计测定两组术后1d3d5d颅内压变化情况。并发症(急性脑膨出脑脊液漏迟发性血肿)。

1.5 统计学方法

通过SPSS19.0对数据进行分析,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料(GCS评分颅内压),行t检验,计数资料行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组GCS评分比较

观察组和对照组相比,术前的GCS评分无明显差别(7.20±1.3 vs 7.01±1.27),术后与对照组比较,观察组GCS评分较高(12.30±1.40 vs 10.29±1.12),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组术后颅内压变化情况

术后第一天,观察组颅内压较对照组小(22.70±5.89 vs 31.40±6.75);术后第三天,观察组颅内压较对照组小(17.68±4.22 vs 24.41±5.28);术后第五天,观察组颅内压较对照组小(14.12±3.11 vs 22.34±6.01),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率(4.76%),小于对照组(21.95%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

急性硬膜下血肿是一种严重危害患者生命健康的重症颅脑损伤,主要由桥静脉或动静脉破裂出血所致,多发生于额颞顶区凸面,且多与蛛网膜下腔出血,脑挫裂伤并存,标准外伤去大骨瓣减压术相比于传统去骨瓣开颅术具有以下优势:手术视野开阔,可将患者颅中窝额颞顶叶等病灶部位充分暴露,有助于术者及时彻底清除脑血肿及失活脑组织,消除颅内占位效应^[3];骨窗面积大位置低,可迅速降低颅内压,减轻颞叶底面及侧裂区血管的受压,及早恢复脑组织血液供给,促进预后恢复;术者于直视下进行手术可针对出血源进行彻底止血,减少再次血肿的发生;可将侧裂池打开,释放血性脑脊液,缓解脑血管痉挛;且该术式暴露颅底充分,可将颞叶抬起,有助于颞叶沟回复位,促进预后恢复。本研究发现观察组术后GCS评分高于对照组,术后颅内压均小于对照组,提示对急性硬膜下血肿患者实施标准外伤去大骨瓣减压术治疗,效果显著,可降低颅内压,改善预后。本研究中观察组术后并发症发生率明显低于对照组,这可能与标准外伤去大骨瓣减压术开阔的手术视野有效缩短了手术时间有关^[4]。实施标准外伤去大骨瓣减压术时应注意以下几点:若术中颅内压较高,则先于硬膜上行小切口,颅内压有所降低后再行手术操作,防止发生脑膨出;术中若出现脑膨出,则需敲开硬脑膜,去除骨瓣,迅速将皮下组织皮肤严密缝合,切忌盲目切除局部脑组织。

综上,标准外伤去大骨瓣减压术应用于急性硬膜下血肿患者,效果显著,术后并发症发生率低,有助于降低颅内压,减轻患者昏迷程度,具有较高临床推广应用价值。

(下转第49页)

2.2 手术监测指标

术前1组、2组、3组血氧饱和度分别为(98.58±0.78)%、(98.51±0.69)%、(98.51±0.57)%；心率分别为(81.33±11.35)、次/min、(81.12±12.65)次/min、(81.01±12.35)次/min；平均动脉压分别为(103.25±12.21)mmHg、(103.46±12.37)mmHg、(104.68±11.35)mmHg；比较差异均无统计学意义(P>0.05)；术中三组均有所降低，血氧饱和度分别为(95.11±1.37)%、(96.65±1.42)%、(97.21±0.88)%；心率分别为(76.85±8.35)、次/min、(76.26±7.25)次/min、(68.39±10.45)次/min；平均动脉压分别为(98.68±6.34)mmHg、(96.88±4.24)

mmHg、(93.56±7.25)mmHg，但3组平均动脉压、心率指标明显低于1组(t=3.362、4.000，P<0.05)与2组(t=2.500、3.913，P<0.05)，血氧饱和度高于1组(t=12.041，P<0.05)与2组(t=2.120，P<0.05)。

2.3 不良反应

三组均有不良反应发生，但3组不良反应发生率最低，其次是2组，最后是1组。3组与1组比较差异具有统计学意义($\chi^2=7.440$ ，P=0.006)，1组与2组比较，2组与3组比较，差异无统计学意义($\chi^2=1.147$ ，P=0.284； $\chi^2=2.003$ ，P=0.157)。

表2：不良反应发生率比较[n(%), n=40]

组别	恶心	呕吐	呼吸不畅	低氧血症	嗜睡	总发生率
1组	2 (5.00)	2 (5.00)	3 (7.50)	1 (2.50)	2 (2.50)	11 (27.50)
2组	1 (2.50)	1 (2.50)	3 (7.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	7 (17.50)
3组	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)

3 讨论

在老年下肢骨折手术治疗中，咪达唑仑、右美托咪定是较为常用的镇静药物，能够在一定程度上提高麻醉效果，提高手术成功率。本研究通过对比分析咪达唑仑、右美托咪定、咪达唑仑联合右美托咪定在老年下肢手术患者中的镇静效果与不良反应。发现咪达唑仑联合右美托咪定的镇静效果最好，其次是右美托咪定，最后是咪达唑仑。说明联合用药相对单独用药而言，更具有有效性，能够满足老年下肢手术镇静需求。同时，右美托咪定与咪达唑仑联合右美托咪定患者中平均动脉压、心率指标低于咪达唑仑，血氧饱和度高于咪达唑仑。说明右美托咪定能够在一定程度上维持患者呼吸系统正常，降低镇静药物对患者呼吸系统的不利影响。此外，咪达唑仑联合右美托咪定未见呕吐、呼吸不畅、低血氧正等不良反应发生，咪达唑仑联合右美托咪定与右美托咪定不良反应发生率均低于咪达唑仑。可见右美托咪定在老年下肢手术治疗中的应用具有较高安全性、可靠性。究其原因：咪达唑仑属苯二氮草类药物，虽然能够在短时间内起到镇静效果，但持续时间较短^[4]。而老年下肢骨折手术治疗所用时间相对较长，故需要延长用药时间或加大用药剂量。这在一定程度上违背咪达唑仑小剂量用药原则，容易使老年患者产生呼吸抑制，增加不良反应发生率。右美托咪定属于高选择性 α_2 肾上腺素受体激动药物，能够作用于 α_2A 受体（主要分布在大脑中）、 α_2B 受体（血管平滑肌中）、

α_2C 受体，产生镇静催眠镇痛、抗伤害性感受、降低交感活性、抑制应激反应、抗寒战、稳定血流动力学等作用。有研究发现右美托咪定不会产生呼吸抑制，能够降低恶心、呕吐等不良反应发生率，但不合理使用，也会引发低血压、心动过缓等不良反应^[5]。将咪达唑仑与右美托咪定结合应用，能够在一定程度上减少给药剂量。随着镇静药物的减少，其引发的不良反应得到控制。因此，相对于单独用药而言，联合用药的有效性、安全性更高。

参考文献

- [1] 张莹莹, 王云朋, 杨莹, 等. 不同右美托咪定给药方式对老年轻度认知障碍患者术后认知功能的影响[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(06):788-791.
- [2] 李清军, 刘峰, 杨晓艳. 右美托咪定联合瑞芬太尼、丙泊酚对神经外科手术麻醉效果及Nogo-A、低氧诱导因子1 α 表达的影响[J]. 广西医科大学学报, 2020, 37(05):922-928.
- [3] 郑坤. 右美托咪定与咪达唑仑对行全身麻醉患者的镇静效果比较[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(11):77-78.
- [4] 罗文文, 罗文姿, 刘志丽, 等. 右美托咪定与咪达唑仑镇静对老年TURP患者术中炎症、应激反应及术后疼痛介质分泌的影响[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(06):99-103.
- [5] 唐立峰, 方朕. 右美托咪定对老年股骨粗隆间骨折术后镇痛以及认知功能的影响[J]. 浙江创伤外科, 2019, 24(06):1270-1271.

(上接第45页)

91.07%，并且采用舍曲林+认知训练方式的治疗中，HAMD评分也明显低于传统单一用药的治疗方式。这与周勤、赵后锋、朱晓茜的研究结果一致^[6]。

综上所述，舍曲林+认知训练在儿童青少年抑郁症治疗中效果更加突出，治疗有效率高于传统单一药物治疗的方式，并且随着治疗时间的增加，儿童青少年抑郁症患者的HAMD评分逐渐下降，充分证明了舍曲林+认知训练在儿童青少年抑郁症治疗中的实际效果，因此值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 周勤, 赵后锋, 耿德勤, 等. 舍曲林+认知训练治疗儿童青少年抑郁症的效果分析[J]. 世界复合医学, 2019(7).

(上接第47页)

参考文献

- [1] 戚继, 贾桂军, 王伟庆, 等. PBL教学法在急性硬膜下血肿诊治教学中的应用效果[J]. 山东医药, 2017, 57(20): 98-100.
- [2] 刘倩媛, 罗效萍. 急性硬膜下血肿合并脑疝行去骨瓣减压术96例临床疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(6):

92-94.

- [3] 杨秀纯. 微创介入治疗急性外伤性硬膜外血肿临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(7): 91-92.
- [4] 柴泽华, 王波, 李飞飞. 合并对侧脑挫裂伤的老年急性硬膜外血肿的手术时机探讨[J]. 中国实用医刊, 2016, 43(1): 115-116.