



•论 著•

比较腰大池-腹腔分流术与侧脑室-腹腔分流术治疗交通性脑积水的临床疗效

刘亚林

(邵阳学院附属第二医院 湖南邵阳 422000)

摘要：目的：研究比较腰大池-腹腔分流术与侧脑室-腹腔分流术治疗交通性脑积水的临床疗效。方法：择取2015年6月~2017年4月期间我院收治的交通性脑积水患者72例，采用双色球随机法均分为2组，包括对照组和试验组各36例，对照组患者接受侧脑室-腹腔分流术治疗，试验组患者接受腰大池-腹腔分流术治疗，对两组疗效进行对照研究。结果：组间在脑积水消失率上比较差异无统计学意义($p>0.05$)；两组治疗前的神经功能缺损评分比较无明显差异($p>0.05$)，治疗后试验组显著低于对照组($p<0.05$)；组间在并发症发生率上比较，试验组也比对照组显著更低($p<0.05$)。结论：临床治疗交通性脑积水采用腰大池-腹腔分流术的效果与侧脑室-腹腔分流术相当，但腰大池-腹腔分流术对患者神经功能的恢复更有利，同时还可降低并发症发生率，安全性更高，值得推广。

关键词：腰大池腹腔分流术；侧脑室腹腔分流术；交通性脑积水

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)06-004-02

交通性脑积水是神经外科常见疾病，指由脑外伤、脑血管畸形、炎症等导致脑脊液回流障碍引起的一系列症状，发生脑积后可出现眩晕、头痛、呕吐等表现，严重可导致患者残疾或死亡[1]。临床在交通性脑积水的治疗上，手术治疗是主要手段，而传统开颅手术是以往主要使用术式，该术式具有术时长、并发症发生率高、缺点，且手术后仍有较高的病死率，故而在临床受到限制。腰大池腹腔分流术和侧脑室腹腔分流术的开展为交通性脑积水的治疗带来新的进展，不过关于两种术式疗效的比较较少。为探索更佳的治疗方式，本研究分析比较在交通性脑积水的治疗上，腰大池-腹腔分流术与侧脑室-腹腔分流术的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

择取我院收治的交通性脑积水患者72例，时间2015年6月~2017年4月，采用双色球随机法均分为2组，包括对照组和试验组各36例。试验组中男19例，女17例；年龄31~75岁，平均(53.4±6.5)岁；对照组中男20例，女16例；年龄33~72岁，平均(52.8±5.7)岁。纳入标准：①符合交通性脑积水相关诊断标准；②无手术禁忌症；③临床资料完整。排除标准：①严重心血管疾病；②凝血功能障碍；③免疫系统疾病；④严重肝肾等脏器官器质性疾病；⑤不耐受手术。本次研究经伦理委员会批准，患者均自愿参与并签署知情同意书。两组基本资料比较无明显差异($p>0.05$)。

1.2 方法

对照组患者接受侧脑室腹腔分流术：根据患者情况选择分流管，采用C形套管针进行穿刺，穿刺位置在腹部麦氏点位置和腹壁呈指向骨盆45°方向，穿刺进入腹腔后将枕芯拔出，在腹腔端导入分流管并将C形管退出，从套管缺口位置脱出分流管，分流管留置腹腔内的长度在30cm左右。试验组患者接受腰大池腹腔分流术：采用可体外调压型脑脊液分流管和25号穿刺套针，给予患者全身麻醉后，使患者处于左侧卧位，选择与常规腰椎穿刺术相同的穿刺点，使用切片刀作0.5cm切口于穿刺点上，针头斜面朝上进针，深度为4~5cm，在进针出现落空感时撤出枕芯，在脑脊液流出后应转针头至臀侧，将针芯拔出，沿着穿刺针套管，于椎管腰大池内插入分流管3~5cm深度，在脑脊液流出后将针拔出，作3cm切口于穿刺点水平线上腋中线位置，通过皮下通条于该切口导入腰穿分流管。于肚脐和右下腹髂前上棘连线中外1/3处找出腹部切口位置，逐层切开并将腹膜打开，取20cm末端分流管置入于盆腔，在右髂棘处切口通过皮下通条引入腹侧分流管。将分流管多余部分剪除，按规定方向连接远近端分流管和体外可调压分流阀门，最后结扎、固定并进行缝合。

1.3 观察指标

①观察两组治疗后脑积水改善情况。②采用神经功能缺损(NIHSS)评价量表对两组患者治疗前后神经功能情况进行评分，分数越低则说明患者神经功能越好。③观察两组并发症发生情况，包括颅内感染、分流管移位、近端堵管、切口感染等。

1.4 统计学方法

采用SPSS19.0软件统计，以百分比表示计数资料，行 χ^2 检验；以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料，行t检验。 $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑积水消失率对比

两组患者治疗后均接受颅骨X线片检测、MRI扫描，结果显示试验组患者脑积水消失率为88.89%(32/36)，对照组患者脑积水消失率为83.33%(30/36)，组间脑积水消失率比较差异无统计学意义($\chi^2=1.292, p=0.255$)。

2.2 两组神经功能缺损评分对比

两组治疗前的神经功能缺损评分比较无明显差异($p>0.05$)，治疗后试验组显著低于对照组($p<0.05$)。见表1。

表1 两组神经功能缺损评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前评分	治疗后评分
试验组	36	26.13±4.96	14.21±5.38
对照组	36	26.87±5.12	21.45±5.43
t	-	0.622	5.682
P	-	0.535	0.000

2.3 两组并发症情况比较

组间在并发症发生率上比较，试验组比对照组显著更低($p<0.05$)。详见表2。颅内感染、分流管移位、近端堵管、切口感染

表2 两组并发症发生率对比

组别	n	颅内感染	分流管移位	近端堵管	切口感染	总发生率(%)
试验组	36	0	1	1	1	8.33
对照组	36	3	2	3	2	27.78
χ^2	-	-	-	-	-	12.784
P	-	-	-	-	-	0.000

3 讨论

交通性脑积水的手术治疗目前主要采取侧脑室腹腔分流术、腰大



池腹腔分流术、脑室胸腔分流术等术式,其中侧脑室腹腔分流术和脑室胸腔分流术均有较高的并发症发生率,不利于患者神经功能恢复[2]。侧脑室腹腔分流术并发症高的原因可能为脑积水患者在脑室穿刺时由于穿刺位置不当,导致分流管易出现堵塞,甚至致使脑组织出血损伤,该类情况使分流管堵塞的发生率明显提高,而且侧脑室腹腔分流术时较长,增加了患者感染率,穿刺期间也可损伤脑皮质,进而引起癫痫[3]。

腰大池腹腔分流术则具有较高的安全性,其不需要对脑组织进行穿刺,故而能够降低癫痫、出血的发生率,还能够有效降低分流管阻塞情况,腰大池腹腔分流术手术时间也更短,还能够根据患者情况选择最合适的分流管[4]。本研究结果显示,试验组与对照组的脑积水清除率比较无明显差异,而神经功能缺损评分上试验组改善更为显著,并发症发生率也比对照组明显更低,充分证实了腰大池腹腔分流术的显著优势,印证了上述结论。不过实际应用时应注意掌握手术适应症,术后根据患者颅内压进行分级并调节压力。

综上所述,临床治疗交通性脑积水采用腰大池-腹腔分流术的效果与侧脑室-腹腔分流术相当,但腰大池-腹腔分流术对患者神经功能的恢复更有利,同时还可降低并发症发生率,安全性更高,值得推广。

参考文献:

- [1]吴俊波.腰大池-腹腔分流术与侧脑室-腹腔分流术治疗交通性脑积水临床效果的对比研究[J].实用心脑血管病杂志,2015,12(3):83-84,85.
- [2]韩润敏.腰大池-腹腔分流术治疗交通性脑积水 36 例临床研究[J].中国实用神经疾病杂志,2015,22(23):76-77.
- [3]鲁军体,王娜,刘炎伟等.腰大池腹腔分流术与侧脑室腹腔分流术治疗交通性脑积水患者的效果比较[J].检验医学与临床,2017,14(10):1429-1430,1433.
- [4]叶建华,姜学高,黄毅等.腰大池-腹腔分流术与脑室-腹腔分流术后并发症的对比研究[J].四川医学,2014,32(6):673-675.

(上接第1页)

内微生态环境。结合本次研究结果,观察组总有效率经评定为96%,明显高于对照组85%;观察组在外因瘙痒消失时间、外阴灼痛消失时间、分泌物减少时间、黏膜充血消失时间均低于对照组;观察组复发率为2%,明显低于对照组11%,具统计学差异($P<0.05$)。所以采用苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉菌性阴道炎较为安全,可以达到根治疾病的目的。同时也需改掉不良的生活习惯,保持生殖器官的卫生。

综上,霉菌性阴道炎采用苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗,效果显著,能有效提高治疗效果,降低复发率,使临床症状早日消失,促进患者快速康复,值得推广应用。

参考文献:

- [1]王娜梅,崔琳,马春芬,等.苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉

菌性阴道炎的临床观察[J].中国中药杂志,2015,40(05):978-980.

- [2]周成,付丽丽,薛国勇,等.舒阴汤、苦参凝胶联合氟康唑治疗霉菌性阴道炎的临床疗效研究[J].中国药理学与临床,2015,31(5):133-135.

- [3]张宇杰,周莉莉,王立,等.硝呋太尔制霉菌素栓治疗霉菌性阴道炎的观察[J].中国医药指南,2013,8(7):129-131.

- [4]王春艳,胡旦红.苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉菌性阴道炎的疗效观察[J].新中医,2016,47(08):180-181.

- [5]张雪莉.蛇床子汤外阴阴道冲洗联合硝酸咪康唑栓治疗湿热下注型霉菌性阴道炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2014,28(5):90-92.

- [6]刘朝辉,廖泰平.外阴阴道假丝酵母菌病(WC)诊治规范修订稿[J].中国实用妇科与产科杂志,2012,28(6):401-401.

(上接第2页)

关的权威文献及临床医疗资料,并充分结合患者整体情况,为患者提供针对性较强的护理方案。目前我国临床护理工作中对于循证护理还在不断的进行探索,欧美等国护理工作中循证护理模式应用十分广泛。循证护理有3大要素:科学合理的护理研究依据;护理人员丰富的临床护理经验和护理技能;患者的状况和意愿。循证护理基于患者的实际出发,通过利用最佳的科学研究依据以及护理人员的临床护理经验和护理技能对患者实施针对性的护理干预[6]。本次研究结果表明,实施不同护理措施后,研究组患者的临床效果及护理满意率均明显高于对照组,研究组患者的并发症发生率明显低于对照组,由此可见,说明循证护理措施用于心肌梗死患者并发心力衰竭护理中可有效提升临床疗效及患者的护理满意度,降低心肌梗死患者并发心力衰竭的死亡率及并发症发生率。

参考文献:

- [1]金艳.早期康复护理干预在老年急性心肌梗死患者中应用的意义[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,02:309-310.

- [2]于波.循证护理在急性心肌梗死并发心力衰竭患者护理中的应用[J].中国医学工程,2013,21(5):143.

- [3]张兴菊.循证护理在心肌梗死并发心力衰竭患者护理中的应用效果[J].河南医学研究,2015,24(1):146.

- [4]李文玲,张英,郁蓉芳,等.延伸护理对老年慢性心力衰竭患者生活质量的影响[J].中国实用护理杂志,2010,04:6-9.

- [5]赵彩辉.护理干预对慢性心力衰竭患者治疗依从一注及生活质量的影响研究[J].赤峰学院学报:自然科学版,2015,31(24):67-68.

- [6]汪晓娟.循证护理在机械通气患者吸痰护理中的应用[J].护理实践与研究,2014,11(3):16-17.