



· 论 著 ·

大骨瓣减压术在重型颅脑损伤治疗中应用探讨

唐忠明 (道县人民医院神经外科 湖南永州 425300)

摘要:目的 探讨大骨瓣减压术在重型颅脑损伤治疗中的应用价值。方法 本研究以我院 2017 年 4 月-2018 年 3 月收治的 200 例重型颅脑损伤患者为观察对象,将其随机分为实验组与对照组,对照组患者接受常规大骨瓣减压术治疗,实验组患者接受改良大骨瓣减压术治疗。回顾分析两组患者的临床治疗效果。结果 实验组患者并发症发生率和临床治疗效果均明显优于对照组($P<0.05$)。结论 本次医学研究结果证实,改良大骨瓣减压术是一种较为理想的重型颅脑损伤临床治疗方法。

关键词:大骨瓣减压 重型颅脑损伤 应用价值

中图分类号:R651.1 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)07-058-02

重型颅脑损伤(SHI)是一种发病率较高的外科疾病,该疾病具有预后情况差、死亡率高、致残率较高以及发病率高基本特征,随着我国临床医疗技术的快速发展和完善,重型颅脑损伤的临床治疗技术也实现了进一步的发展^[1]。SHI 临床治疗的首要目标就在于对患者的颅内压力进行及时有效的调整,降低临床死亡率和致残率。本研究选取我院 2017 年 4 月-2018 年 3 月收治的 200 例重型颅脑损伤患者为观察对象,探讨大骨瓣减压术在重型颅脑损伤治疗中的应用价值。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本研究以我院 2017 年 4 月-2018 年 3 月之间收治的 200 例重型颅脑损伤患者为观察对象,男性 121 例,女性 79 例,年龄 47-73 岁,平均 (58.5 ± 4.6) 岁。患者受伤与入院时间间隔在 1-5h,平均 (3.2 ± 1.2) h,治疗前格拉斯哥(GCS)昏迷评分在 3-9 分,平均 (6.5 ± 2.2) 分。其中,开放性颅脑损伤 30 例,约占 15%,闭合性颅脑损伤 170 例,约占 85%。受伤原因包括:跌倒伤 34 例,坠落伤 54 例,车祸伤 100 例,其他 12 例。通过随机分组法将患者分为对照组和实验组,每组 100 例。且两组观察对象治疗前情况对比无明显的统计学差异($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组观察对象接受常规大骨瓣开颅减压术治疗,实验组观察对象接受改良大骨瓣开颅减压术治疗。具体方法为:患者保持 15° 头高脚低位的仰卧位,以颞弓耳廓前 1cm 左右处为手术切口,由其上侧耳廓处向乳突上缘部位延伸,并沿中线自钉结节弧形处向上延伸 2cm,直至前额部中线发际缘,按照患者的具体情况,酌情移动切口。将患者头皮分层切开,将肌肉瓣和皮瓣完全分离,将咬除蝶骨嵴外侧和大骨瓣钻孔锯开,将骨窗扩大,保证其能够将出血部位和挫裂脑组织完全覆盖^[2]。将硬膜沿蝶骨嵴半月形切开,硬膜向骨窗边缘放射状切开,将血肿和伤脑组织完全清除并充分减压,彻底冲洗止血,减张缝合人工脑膜或减张缝合硬膜-颞肌。按照患者术中所见,对其手术方法进行适当选择,通常为部分去骨瓣或完全去大骨瓣减压。其中,前者主要为咬除颞上线下方部分的下骨瓣。骨瓣剩余部分事实颞肌下减压术,如有需要可实施“井”、“土”、“T”形切开颞肌筋膜,从而充分外展颞肌,将颞肌筋膜上缘一残余骨瓣颞上线骨缘尽量缝合^[3]。

1.3 统计学处理

使用 SPSS17.0 软件对本次医学研究数据进行统计学分析。使用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料。使用单因素方差分析法对数据进行比较分析。使用 χ^2 检验方法对计数资料进行统计学分析。若 $P<0.05$,则表示数据之间差异具有明显的统计学意义。

2 结果

2.1 并发症情况

实验组 100 例重型颅脑损伤患者并发症情况为:两次手术或迟发血肿 4 例,约占 4%,切口感染 0 例,约占 0%,外伤性癫痫 2 例,约占 2%,脑积水 9 例,约占 9%,急性脑膨出 2 例,约占 2%;对照组 100 例重型颅脑损伤患者并发症情况为:两次手术或迟发血肿 9 例,约占 9%,切口感染 3 例,约占 3%,外伤性癫痫 7 例,约占 7%,脑积水 15 例,约占 15%,急性脑膨出 8 例,约占 8%。两组患者术后并发症发生率对比具有明显的统计学差异($P<0.05$)。

2.2 预后情况

实验组 100 例重型颅脑损伤患者中,死亡 15 例,约占 15%,植物生存 7 例,约占 7%,重残 16 例,约占 16%,中残 25 例,约占 25%,良好 37 例,约占 37%,患者平均 GOS 评分为 (3.87 ± 0.85) 分;对照组 100 例重型颅脑损伤患者中,死亡 29 例,约占 29%,植物生存 11 例,约占 11%,重残 20 例,约占 20%,中残 20 例,约占 20%,良好 20 例,约占 20%。患者平均 GOS 评分为 (2.43 ± 0.43) 分。两组观察对象预后情况对比具有明显的统计学差异($P<0.05$)。

3 讨论

3.1 大骨瓣减压术适应证

①患者血肿组织清除后,脑组织搏动功能通常较差,且颅内处于高压状态,无明显的血肿残留现象;②需要双侧开颅且年龄小于 15 岁的患者;③晚期脑疝、术前生命体征不稳定以及外伤性全脑肿胀的患者;④术前光反射消失,瞳孔双侧散大,且合并大脑强直的患者;⑤脑皮层广泛性血管栓塞的患者;⑥无严重器官衰竭且生命体征指标较为稳定。又无明显并发症的患者;⑦环池、基底池消失以及 CT 扫描证实中线移位不足 1cm 的患者^[4]。

3.2 大骨瓣减压术的基本优势

①能有效止血,有助于脑组织氧分压、改善脑血流和降低颅内压,进而缓解术后脑组织缺血性损害现象;②避免发生急性脑膨出,增强脑脊液引流的通畅性,减压后加快脑疝还纳速度,充分降低外侧裂静脉压力,咬除蝶骨嵴,降低颞叶底面压力,且标准外伤大骨瓣骨窗位置较低、范围较大;③术后颅内压力较低;第四,将挫伤区坏死的脑组织、脑内、硬膜下以及额颞顶硬膜外血肿完全清除,充分显露中颅窝、前颅窝、顶叶、颞叶、额叶等部分^[5]。大骨瓣减压术能够为患者后续的颅骨修补治疗提供有利条件,避免发生脑细胞损害,促进患者解剖结构和生理功能的恢复,避免出现脑膨出症状;同时,大骨瓣减压术还有助于患者脑水肿和脑干缺血缺氧症状的改善,恢复其脑脊液循环,改善中枢性高热应激性溃疡出血等并发症^[6]。

3.3 注意事项

①将骨瓣完好保存,手术 3~5 个月后将骨瓣植回原位;②术后将骨瓣去除,减张缝合硬脑膜。预留充分的空间以应

(下转第 60 页)



财务风险识别能力和适应能力, 加强对医院财务风险的管理和控制, 实现医院的利润最大化。

2.4 加强对医院日常经营活动的资金管理

加强医院日常经营活动的资金管理。充分结合医院的长远发展进行科学合理地医院投资决策, 进行投资决策前合理预估资金需求量, 然后合理分析可供选择的融资方式, 选择最优的融资方式进行投资。对医院的财务指标如资产负债率、资本结构等进行分析时, 应当进行综合评估决策, 选择最优的资金结构和负债水平, 以避免造成不合理利用医院的资金, 同时避免医院过度依赖银行借债。也就是说在医院的日常经营活动, 医院的经营决策的依据是医院的长期经营目标, 同时医院的财务指标中要合理地选择资本结构, 以降低医院的财务风险。

3 结论

医院的财务状况的好坏直接关系到医院运营工作是否顺利进行和发展, 所以医院要建立完善的财务管理监督体系,

以对医院的财务活动中的风险进行有效防范、管理和控制, 来降低因社会环境、自然环境、市场环境等等不可确定和预见性因素造成的可能性财务风险, 以实现医院的利润最大化, 促进医院的健康可持续稳定的发展。

参考文献

- [1] 张艳君. 刍议医院财务风险的防范与控制[J]. 企业导报, 2016(16):164-165.
- [2] 曹月琴. 浅析公立医院财务风险的成因及防控措施[J]. 行政事业资产与财务, 2017(33):73-74.
- [3] 姜丽芬. 医疗收费票据管理的探索[J]. 时代经贸, 2013(16):126.
- [4] 张焕萍. 我国医院经营者激励机制研究[D]. 北京: 首都经济贸易大学, 2002:20.
- [5] 郭芬. 医院财务风险因素分析及管理措施[J]. 经济, 2016(12):96.
- [6] 张畅玲. 医院财务风险的防范和管理对策研究[J]. 财经界: 学术版, 2016(9):279.

(上接第 56 页)

的病各不相同, 向患者进行健康教育要因人而异, 抓住重点, 讲究针对性。(3) 综合教育, 突出有效性。向患者进行健康教育是一项综合性很强的工作, 主渠道当然是护理全过程, 但运用多种载体全方位地在病区营造健康教育的氛围, 也是非常重要的。要以效果为最终的检测标准, 紧紧围绕减轻患者的心理负担, 激发患者生活热情, 主动配合治疗和护理, 促进患者早日康复为目标, 来实施健康教育, 引导患者养成健康的行为习惯, 维持最佳健康状态^[6]。从本文的研究结果中能够看出, 进行系统康复训练的患者, 对功能锻炼的配合程度明显高于对照组患者, 且两组相比具有显著差异($P<0.05$)。

综上所述, 对于脊柱骨折患者进行健康教育, 能够提高患者对功能锻炼的配合程度以及护理满意度, 对患者疾病的康复能够起到积极作用。

(上接第 57 页)

为标本中有各期梅毒, 而其只对二期梅毒特异性高。叶秀仪的研究结果认为只有通过 TPPA 法和 TP-ELISA 法这两种方法的有效性结合起来, 才可以有效防止误诊、漏诊, 还有良好的重复性的优势, 与本研究结果一致^[3]。

以上三种方法各有优缺点, 合理的运用这三种方法应该可以有效地提高梅毒检测效率, 在大批量梅毒检测时, TP-ELISA 法的效率远高于其他两种方法, TPPA 法可以用于难以确诊的病人或处于潜伏期的病人, TRUST 法在不同时期的检出率差别太大, 更适用于二期梅毒, 当患者患有某些感染、自身免疫系统疾病、结缔组织疾病时常常出现假阳性, 影响检验效率。在今后的研究中还应扩大样本量, 同时纳入不同地区的受试者, 这样的结果会更加客观更加真实, 这也是本实验的不足。

综上所述, TP-ELISA 法阳性检出率高且操作方便, 可作

为常规筛选检测; TPPA 法检出率高, 但是其操作时间较长且成本偏高, 适用于 TP-ELISA 法筛选出阳性标本的进一步检测。TRUST 法在 TP-ELISA 法和 TPPA 法检测结果均为阳性的情况下可以观察病情的进展。

参考文献

- [1] 赖宇丽, 杨志鹏, 王禹淇. 酶联免疫吸附试验梅毒螺旋体明胶颗粒凝集试验甲苯胺红不加热血清学试验三种梅毒检测的方法学比较[J]. 实用医技杂志, 2016, 23(1):68-70.
- [2] Cole M J, Perry K R, Parry J V. Comparative evaluation of 15 serological assays for the detection of syphilis infection[J]. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 2007, 26(10):705-713.
- [3] 叶秀仪. 探讨 TPPA 法及酶联免疫吸附法应用在梅毒诊断中的有效性[J]. 中国医学工程, 2015(12):86-86.

(上接第 58 页)

对脑组织肿胀; ③对于颅内压力较高的硬膜下血肿患者, 需要将硬脑膜分次切开, 并将血肿组织充分清除, 避免出现过大的颅内压力, 进而诱发脑组织膨出; ④手术过程中在骨窗边缘悬吊硬脑, 避免诱发迟发性硬膜外血肿; ⑤术中将蝶骨嵴咬除时, 尽可能达到颅底部, 保证侧裂区血管充分减压。

综上所述, 大骨瓣减压术是一种较为理想的重型颅脑损伤临床治疗方法, 能够有效降低患者并发症发生率, 改善治疗效果, 其优势明显, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李良民. 改良去骨瓣减压术与传统外伤大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016,

19(10):106-108.

- [2] 刘宏新. 标准大骨瓣减压术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的疗效探讨[J]. 中国医药指南, 2016, 14(1):70-71.
- [3] 郭根明. 比较标准大骨瓣减压术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的疗效[J]. 临床医学, 2016, 36(2):73-74.
- [4] 秦德广, 黄文勇, 杨灵, 等. 高渗盐水在重型颅脑损伤去骨瓣减压术后颅内高压治疗中的应用研究[J]. 中华神经医学杂志, 2016, 15(12):1267-1273.
- [5] 张敏, 章云涛. 标准大骨瓣减压术结合颅内压监测治疗重型颅脑损伤的效果观察[J]. 浙江创伤外科, 2017, 22(4):653-654.
- [6] 王文刚, 贾亚宁. 控制性减压与大骨瓣减压术在重型颅脑损伤中的疗效和安全性比较[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(21):74-75.