



· 论 著 ·

小骨窗开颅手术与骨瓣开颅手术治疗高血压脑出血的临床效果

金 辉 刘 亮 阮福强 王 浩 (宁乡县人民医院 湖南宁乡 410600)

摘要: **目的** 探讨小骨窗开颅手术与骨瓣开颅手术应用于高血压脑出血治疗的临床效果。**方法** 选择我院 2013 年 1 月-2015 年 12 月期间收治的高血压脑出血患者 95 例,根据手术方式的不同,分为观察组 1 (n=47) 和观察组 2 (n=48),观察组 1 采用小骨窗开颅手术,观察组 2 采用常规骨瓣开颅手术,观察两组患者手术情况、住院时间以及治疗 6 个月后的临床疗效。**结果** 观察组 1 在手术持续时间、术中输血量及术后切口脑脊液侧漏发生率方面均优于观察组 2, P 均 <0.05, 差异有意义。观察组 1 患者住院时间明显短于观察组 2, P<0.05, 有意义。出血量 30-60ml 时, 两组患者的治疗总有效率差异不明显 (P>0.05); 出血量为 61-80ml 时, 观察组 2 治疗总有效率明显高于观察组 1, P<0.05, 差异有意义。**结论** 对于高血压脑出血患者, 需要根据患者出血量合理选择手术方式, 确保临床治疗效果, 保证患者的生存质量, 提升手术的安全系数。

关键词: 高血压脑出血 小骨窗开颅手术 骨瓣开颅手术 治疗效果

中图分类号: R651.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 05-060-02

对于高血压脑出血患者, 常用的治疗方法为手术治疗, 为了进一步探讨小骨窗开颅手术和骨瓣开颅手术这两种术式在高血压脑出血治疗中的效果, 为患者提供更加合适的手术方式参考, 特选择我院 2013 年 1 月-2015 年 12 月期间收治的高血压脑出血患者 95 例作为研究对象, 开展研究, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2013 年 1 月-2015 年 12 月期间收治的高血压脑出血患者 95 例,根据手术方式的不同,分为观察组 1 (n=47) 和观察组 2 (n=48)。观察组 1: 男性患者 26 例, 女性 21 例, 年龄分布在 37-70 岁, 平均为 (56.82±4.94) 岁, 患者分别具有高血压史 (28 例)、糖尿病史 (13 例) 和冠心病史 (6 例), 其中, 25 例患者出血量为 30-60ml, 22 例患者出血量为 61-80ml, GCS 评分为 (8.44±2.96) 分。观察组 2: 男性患者 25 例, 女性 23 例, 年龄分布在 38-71 岁, 平均为 (57.44±5.75) 岁, 患者分别具有高血压史 (26 例)、糖尿病史 (15 例) 和冠心病史 (7 例), 出血量为 30-60ml 的患者有 26 例, 61-80ml 的患者有 22 例, GCS 评分为 (8.71±3.04) 分。两组患者在一般资料方面经统计学检验, P>0.05, 无统计学意义, 可比性强。

1.2 方法

1.2.1 观察组 1, 给予观察组 1 患者小骨窗开颅手术。术前要对患者进行颅脑 CT 检查, 明确血肿位置, 将出血最大面积 CT 扫描平面和靠近颅骨最小距离 CT 层面为中心点, 待患者全麻后做头皮切口 5cm, 切口处用乳突牵开器撑开, 钻孔, 形成 3-4cm 的骨窗, 通过穿刺, 将部分血肿抽出, 减压, 并将硬脑膜按照十字形切开, 在大脑非功能区切开脑皮质, 约 2-3cm, 从而缓慢到血肿腔, 低压吸出血肿, 并进行冲洗和止血, 直至洗液清亮, 并用明胶海绵贴于创面, 血肿腔置管引流。

1.2.2 观察组 2, 给予观察组 2 患者常规骨瓣开颅手术, 术前全麻, 并应用扩大翼点的方法开颅, 由发际内中线旁 3cm 处的顶结节前开始, 转向颞部, 在耳前 1cm 的颞弓处结束, 将骨瓣翻向颞侧, 皮瓣翻向前下。待到血肿清除后, 血肿腔置入引流管, 在皮肤的其他地方戳口引出, 常规浮动骨瓣并咬除部分颞骨, 从而使得颞肌下得以减压。对于出血时间长、部位深、出血量大的患者, 应该通过去除骨瓣的方式减压。

1.3 评价指标

观察两组患者手术情况、住院时间以及治疗 6 个月后的临床疗效。对于临床疗效的评价标准, 可参照神经功能缺损程度评分标准, 分为治愈、显效、有效、无效和死亡五个等级, 治疗总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 * 100%。

1.4 统计学方法

本次研究中所涉及的数据均采用统计学软件 SPSS20.0 进行处理, 计量资料接受 t 检验, 计数资料接受卡方检验, P<0.05, 差异具有统计学意义。

2 结果

· 60 ·

2.1 两组患者手术情况比较

详见表 1, 观察组 1 在手术持续时间、术中输血量及术后切口脑脊液侧漏发生率方面均优于观察组 2, P 均 <0.05, 差异具有统计学意义。

表 1: 两组患者手术情况比较

组别	例数	手术持续时间 ($\bar{x} \pm s$, h)	术中输血量 ($\bar{x} \pm s$, ml)	术后切口脑脊液侧 漏发生率 [n (%)]
观察组 1	47	3.25±1.05	88.62±40.26	1 (2.13)
观察组 2	48	7.02±1.14	176.53±49.77	10 (20.83)
T/ χ^2		14.5547	9.0906	8.1159
P		0.0000	0.0000	0.0044

2.2 两组患者住院时间比较

观察组 1 患者住院时间为 (24.22±4.61) d, 观察组 2 患者平均为 (35.44±3.93) d, 观察组 1 患者住院时间明显短于观察组 2, 经统计学检验具有统计学意义 (t=12.7753, P=0.0000)。

2.3 临床疗效对比

详见表 2, 在出血量为 30-60ml 的情况下, 两组患者的治疗总有效率差异不明显 (P>0.05); 当出血量为 61-80ml 时, 观察组 2 治疗总有效率明显高于观察组 1, P<0.05, 差异具有统计学意义。

表 2: 不同出血量患者临床疗效对比 [n (%)]

出血量	组别	痊愈	显效	有效	无效	死亡	总有效率
30-60ml	观察组 1 (n=25)	8	6	5	5	1	19 (76.00)
	观察组 2 (n=26)	7	6	5	7	1	18 (69.23)
	χ^2						0.2932
	P						0.5881
61-80ml	观察组 1 (n=22)	5	4	4	7	2	13 (59.09)
	观察组 2 (n=22)	8	6	5	2	1	19 (86.36)
	χ^2						4.1250
	P						0.0423

3 讨论

高血压脑出血是临床常见的脑血管疾病, 该病发病危重, 具有高死亡率和致残率的特点。特别是随着现代生活方式的改变, 人们生活水平的提升, 人口老龄化问题的凸显, 高血压脑出血为代表的脑血管疾病的发病率逐渐上升, 对于广大老年人的身心健康造成了严重威胁。目前, 对于高血压脑出血的治疗, 临床上主要是手术治疗, 常用的方法为小骨窗开颅手术和常规骨瓣开颅手术。在本次研究中, 给予观察组 1 小骨窗开颅手术, 给予观察组 2 常规骨瓣开颅手术, 结果显示: 观察组 1 在手术持续时间、术中输血量及术后切口脑脊液侧漏发生率方面均优于观察组 2, P 均 <0.05, 差异有意义。观察组 1 患者住院时间明显短于观察组 2, 经统计学检验具有统计学意义 (t=12.7753, P=0.0000)。在出血量为 30-60ml 的情况下, 两组患者的治疗总有效率差异不明显 (P>0.05); 当出血量为 61-80ml 时, 观察组 2 治疗总有效率明显高于观察组 1, P<0.05, 差异具有统计学意义。

(下转第 62 页)



临床常规西医治疗 CGN 以药物为主,包括预防水、钠潴留,有效控制局部血容量,进而缓解症状、保护肾脏功能,预防并发症,使肾脏病变组织和功能得以修复。在本研究中,应用的厄贝沙坦片是治疗慢性肾炎的主要西药,能够有效控制和降低蛋白尿量,改善肾脏功能;双嘧达莫片则可有效改善机体高血流粘滞状态,更好的控制血小板聚集。

在传统中医学理论中,将 CGN 纳入到“水肿”、“尿血”等范畴。中医病机为肺失调和、脾失运化、肾失开阖;脾肾功能失调,导致水湿而内滞,郁积而化热。所以,湿、热、瘀为 CGN 的主要病因。基于此理论,应给予清热解暑,行气利湿,活血化痰药物治疗。雷公藤是传统中医中较为常用的一味中草药,具有清热解毒、活血通络、散湿止痛之效。雷公藤多甙是从雷公藤中提取的一种脂溶性混合物,现代药理研究证实,雷公藤多甙能够有效保护并修复肾小球基底膜蛋白,并可维持肾小球基底膜电荷屏障完整性,进而抑制和减少尿蛋白排泄^[4]。另外,还可有效抑制肾小球多聚阴离子丢失,保护肾小球电荷屏障,稳定尿蛋白水平,改善肾小球硬化剂肾间质纤维化。本研究中,探究组患者常规西药治疗基础上加用雷公藤多苷,临床总有效率达到 92.3%,高于单纯西药治疗对照组的 80.4%,且治疗后 2h 尿蛋白定量、

Scr、ALB 及 BUN 等指标显著改善,优于对照组。与操轩等人的研究报告基本一致^[5]。但要指出的是雷公藤在应用中可能对肝、肾功能产生一定影响,所以在治疗中必须定期进行肝功能检查,减少不良反应。

综上所述,在 CGN 临床治疗中,应用中成药雷公藤多甙片有助于提升疗效,控制病情发展,促进患者肾功能恢复,有重要的临床应用价值。

参考文献

- [1] 姚丽,孙立,杨爽,等.雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿的疗效观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2011,06:538-539.
- [2] 庄凌.雷公藤多甙片治疗慢性肾小球肾炎 45 例观察[J].医药论坛杂志,2011,23:78-79.
- [3] 刘振华.胰激肽原酶加雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2014,02:9-10.
- [4] 刘珊,刘伦志,覃智慧,等.雷公藤多甙对老年大鼠肾小球肾炎的疗效及炎症指标的影响[J].中国免疫学杂志,2014,05:627-629.
- [5] 操轩.雷公藤多甙片对慢性肾小球肾炎患者的疗效研究[J].河北医药,2014,19:2924-2925.

(上接第 58 页)

早产儿早期护理计划,让其全面配合临床工作,在完成院内护理工作后,进行随访指导,为其制定家庭照护计划,护理人员定期进行电话随访,及时解答家长疑问,为幼儿成长发育提供延伸护理^[5]。

本研究结果显示,与对照组相比,观察组新生儿的每天进奶量、每天睡眠时间等具有明显优势,住院时间、体重恢复正常所需时间明显缩短,经比较具有显著差异($P < 0.05$),有临床统计学意义。因此,通过实施重症监护室早产儿应用发展性照顾护理模式可显著增加早产儿的体重,提升早产儿的生存质量,改善患儿的喂养情况,促进早产儿正常发育,临床效果确切,值得临床推广。

参考文献

- [1] 刘永琴,王汉青,徐芬,等.发展性照顾在促进早产儿胃肠,免疫功能成熟中的应用效果研究[J].中华现代护理杂志,2014,49(2):155-157.
- [2] 赵艳芳.早产儿发展性照顾在新生儿重症监护室的应用研究[J].中国卫生标准管理,2016,7(7):208-209.
- [3] 毛苑兰.发展性照顾在早产儿护理中的应用[J].现代临床护理,2010,9(4):26.
- [4] 李清霞,黄华娟.间歇持续喂养联合非营养性吸吮在极低出生体重早产儿中的应用[J].现代医院,2014,14(10):36-37.
- [5] 杨园园,梁爽,陈华.音乐疗法对早产儿体格及神经行为发育的影响[J].护理研究,2014,28(4A):1227-1228.

(上接第 59 页)

表 2: 两组患者的医院感染发生率对比

组别	例数	医院感染例数(例)	医院感染发生率(%)
对照组	296	12	4.05
观察组	296	3	1.01
χ^2			12.868
P 值			0.041

3 讨论

在洁净手术室内开展的手术往往较为复杂和具有侵袭性,若手术切口较大、出血量多,极容易发生医院感染,加剧病情,影响疗效,不利于术后康复^[3]。同时,洁净手术室医院感染的发生、发展均与洁净手术室的护理管理水平密切相关。对此,本研究中,观察组在对照组的基础上,进一步规范、加强洁净手术室的护理管理,旨在分析洁净手术室医院感染的护理效果。在本研究的规范、加强洁净手术室的护理管理过程中,包括术前护理评估、心理护理和健康宣教、规范手术操作流程、改进医护人员的手卫生管理、安全管理手术位置及方式,对于改善患者的心理状态、增强健康意识、提高对医院感染的认知程度、纠正医护人员的不规范现象、保持手卫生、减小切口感染的风险^[4,5]。通过本研究表 1 可知,观察组洁净手术室护理管理过程中的不规范现象发生率为 12.50%,显著小于对照组的 3.72%,差异具有

统计学意义($P < 0.05$)。提示规范、加强洁净手术室的护理管理,可纠正不规范行为。王元^[6]等研究认为,改善手术患者的心理状态、加强健康宣教、重视医院感染等,均作为提高洁净手术室护理管理水平的重要举措。此外,由本研究表 2 可知,观察组患者医院感染发生率为 1.01%,显著小于对照组的 4.05%,差异具有统计学意义($P < 0.05$);亦提示规范、加强洁净手术室的护理管理,对于纠正不规范行为,减少医院感染发生均具有积极作用,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 曹诗荣,张晓霞,陈欣等.洁净手术室医院感染的现状分析[J].中华医院感染学杂志,2014,24(1):220-221,241.
- [2] 解金凤.手术室护理管理对骨科手术医院感染的干预效果分析[J].河北医学,2015,12(7):1215-1217.
- [3] 窦德花.手术室护理管理对骨科手术医院感染的干预效果分析[J].中国伤残医学,2016,24(15):86-87.
- [4] 许文珍.优质护理干预对降低手术室医院感染的效果分析[J].铜陵职业技术学院学报,2016,15(2):38-39.
- [5] 张薇.预见性护理在基层医院手术室感染控制中的应用价值分析[J].中国继续医学教育,2015,16(18):227-228.
- [6] 王元,江燕华.护理三级质量管理在手术室医院感染控制中的效果分析[J].当代护士(专科版),2014,07(5):172-173.

(上接第 60 页)

综上,对于高血压脑出血患者,需要根据患者出血量合理选择手术方式,确保临床治疗效果。

参考文献

- [1] 李守建.小骨窗开颅手术与常规骨瓣开颅手术治疗高血压脑

出血的临床效果[J].临床合理用药杂志,2015,12:83-84.

[2] 郑守铨.小骨窗与常规骨瓣开颅治疗高血压脑出血的临床效果比较[J].当代医学,2014,12:93-94.

[3] 郑守铨.采用小骨窗与常规骨瓣开颅手术治疗高血压脑出血的临床效果分析[J].当代医药论丛,2014,10:235-236.