

早期颅骨修补术治疗脑外伤的临床效果及 SAS 评分分析

江 文

容县人民医院 广西容县 537500

【摘要】目的 分析早期颅骨修补术治疗脑外伤的临床效果及 SAS 评分。**方法** 选择我院 2019 年 1 月-2020 年 1 月脑外伤患者共 70 例, 数字表随机分 2 组每组 35 例, 对照组的患者给予晚期颅骨修补术治疗, 观察组采取早期颅骨修补术治疗。比较两组手术前后患者颅内压、SAS 评分、优良率、不良事件。**结果** 手术前二组患者颅内压、SAS 评分比较, $P > 0.05$, 而手术后两组颅内压、SAS 评分均改善, 而观察组颅内压、SAS 评分低于对照组, $P < 0.05$ 。观察组优良率高于对照组, $P < 0.05$ 。观察组不良事件少于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 脑外伤过程中的早期颅骨修补术治疗可更好降低颅内压, 减轻患者焦虑 SAS 评分, 减少不良事件, 值得推广。

【关键词】 早期颅骨修补术治疗; 脑外伤; 临床效果; SAS 评分

【中图分类号】 R651

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2021) 10-042-02

脑部损伤在临床上比较常见, 主要是跌倒和撞击。严重的病人常有脑水肿及脑缺损。止血、控制颅内压等方法可减轻脑损伤程度。对严重颅脑损伤的病人, 应尽快降低颅内压, 增加抢救生命的可能性。重度脑外伤患者术后易发生脑积水或脑膨出。如不及时治疗, 极易阻碍神经功能和意识的恢复, 严重影响患者预后^[1]。正确处理可有效降低术后不良事件及死亡率。若病人的颅骨保护屏障被手术破坏, 极易引起继发性或其它脑损伤。有效降低脑外伤病人颅内压是治疗颅内压的关键。早期颅骨修复是颅脑损伤后的主要治疗手段。本研究分析了早期颅骨修补术治疗脑外伤的临床效果及 SAS 评分, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2019 年 1 月-2020 年 1 月脑外伤患者共 70 例, 数字表随机分 2 组每组 35 例。其中, 对照组男 21 例, 女 14 例, 年龄 21-68 (38.67±10.63) 岁。观察组男 22 例, 女 13 例, 年龄 23-65 (38.24±10.45) 岁。两组资料无显著差异。

1.2 方法

观察组采取早期颅骨修补术治疗。在损伤 2 个月内同期进行脑室-腹腔分流和颅骨修补。

对照组的患者给予先脑室腹腔分流手术, 在术后 3-6 个月进行颅骨修补术。

其中, 脑室-腹腔分流主要是在患者额角位置开展脑室穿刺, 置入七厘米放置管至脑室, 将腹腔端放置管缓慢置入到腹腔, 之后将分流泵置于患者额头, 引流脑脊液。

颅骨修补手术: 全麻后, 注入肾上腺素混合的 0.9% 氯化钠溶液至骨窗位置内帽状腱膜部位, 之后沿着之前手术切口切开头皮, 清除瘢痕组织, 锐性分离腱膜下, 将皮瓣掀起, 在骨窗标记, 之后在标记部位将无菌钛网以自攻钛钉固定, 确保牢靠。

1.3 观察指标

比较两组治疗前后患者颅内压、SAS 评分、优良率 (优: 症状消失, 生活可自理; 良: 症状改善, 生活基本可以自理; 差: 达不到以上标准)、不良事件。

1.4 统计学方法

在 SPSS23.0 软件中, 计数行 χ^2 统计, 计量取 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 手术前后颅内压、SAS 评分比较

手术前二组患者颅内压、SAS 评分比较, $P > 0.05$, 而手术后两组颅内压、SAS 评分均改善, 而观察组颅内压、SAS 评分低于对照组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1: 治疗前后颅内压、SAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	颅内压 (mmHg)	SAS 评分 (分)
观察组 (35)	治疗前	305.13±26.12	69.28±1.10
	治疗后	141.44±13.45	34.51±2.03
对照组 (35)	治疗前	305.24±26.24	69.21±1.12
	治疗后	187.34±16.13	41.51±1.45

2.2 优良率比较

观察组优良率 33 (94.29) 高于对照组 26 (74.29), $P < 0.05$ 。

2.3 两组不良事件比较

观察组有 1 例出现伤口感染, 占 2.86%, 对照组有 3 例皮下积液、3 例伤口感染和 1 例局部血肿, 占 20.00%, $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑部损伤是临床常见病, 主因是各种伤害。头颅损伤主要发生在工业事故和交通事故中, 能引起大脑、血管、脑膜、颅骨的机械变形, 对患者神经组织造成损伤。脑外伤病人主要表现为脉搏减慢、呼吸迟缓、头痛、昏迷、意识模糊等。颅脑损伤病人如不及时治疗会危及他们的生命^[2]。很多病人出现颅内出血和脑水肿。若病人病情恶化, 可引起颅内高压甚至脑疝。在这类病例中, 开颅手术主要用于颅内血肿的治疗, 需要及早治疗。过去颅脑损伤多为骨瓣减压, 术后不良事件发生率高, 不利于术后康复。严重颅脑损伤合并颅骨缺损的病人, 由于脑脊液丰富, 以往的治疗思路是先行脑室腹腔分流, 三个月后, 等待病人突出的脑组织迅速恢复到与骨缘相同的位置, 继续颅骨修补手术。但是, 这样往往会错过最佳的治疗时机, 严重影响疗效和预后。

早期颅骨修复及脑室腹腔分流术能明显提高配合率, 减少不良事件发生。早期颅骨修复及脑室腹腔分流术能使脑组织快速恢复到与骨壁相同的位置。该方法可修复患者颅腔形态, 促进大脑生理功能及正常颅内压的恢复, 防止分流后脑组织移位, 可大大缩短颅骨缺损修复时间, 并可大大减少由于对颅骨保护不足引起的各种不良事件。及早修复颅骨及进行脑室腹腔分流术能有效减少手术及麻醉风险, 确保病人安全。

腹腔分流术的成功实施是克服传统手术缺陷的关键。单腹腔分流并不能改善病人的病情, 还需要颅骨修复。但是,

临床对颅骨修复的时机尚无定论。颅骨修补术通常用于临床治疗颅脑损伤,此模式可有效地控制脑外伤患者的症状,减少脑肿胀患者的二次伤害。头颅手术中,病人的部分头颅常常被切除。颅骨受损如不及时修复,可引起各种并发症。颅骨修补能明显减少和防止脑积水、癫痫、脑膨出相关继发性损伤的发生。头颅缺损保留时间越长,继发性脑损伤及颅骨缺损综合征的可能性越大。为了恢复颅腔封闭,维持正常颅内压正常,减少颅骨缺损综合征的发生率,一般情况下对直径3cm、无禁忌症、颅骨缺损的病人进行颅骨修复^[3-4]。

本研究显示,手术前二组患者颅内压、SAS评分比较, $P > 0.05$,而手术后两组颅内压、SAS评分均改善,而观察组颅内压、SAS评分低于对照组, $P < 0.05$ 。观察组优良率高于对照组, $P < 0.05$ 。观察组不良事件少于对照组, $P < 0.05$ 。许多学者认为颅骨修复手术应在开颅手术后3~6个月进行,但目前尚无修复前后颅内病理生理学改变的资料。较早修复颅骨有助于改善颅内血流动力学指标,维持稳定健康的颅内微环境,促进神经功能恢复,预防并发症^[5-6]。在颅骨损伤后早期进行颅骨修复,可以帮助大脑循环系统尽快恢复,防止颅骨损伤所致的颅内问题。较晚修复头骨,病人承受外压、颅骨塌陷,病人颅内压不稳定,血液循环系统受损。头颅血流受阻会导致颅内缺氧甚至脑组织缺血坏死。因为头颅长时间缺失,还会破坏内部组织,使颅骨内容物移位,造成脑膜严重粘连,增加了手术分离的难度。尽早修复颅骨可防止颅内充血、皮下积液,平衡颅内压和脑积水,及时恢复血液循

环正常,改善颅内缺氧^[7-8]。

总而言之,早期颅骨修补术可以进一步改善脑外伤患者的预后,降低颅内压,减少不良事件。

参考文献

- [1] 李春林.早期颅骨修补术治疗脑外伤患者的临床疗效分析[J].医学理论与实践,2021,34(19):3353-3354.
- [2] 卢荣加.早期脑室腹腔分流术与颅骨修补术治疗老年脑外伤患者的临床效果[J].中外医学研究,2021,19(26):158-161.
- [3] 关则俭,刘光晃,吴分浪,陈盛勇.早期颅骨修补术及脑室腹腔分流术治疗脑外伤的价值[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(09):151-152.
- [4] 江夕庆,丁绪元.早期颅骨修补术治疗颅脑外伤术后颅骨缺损的有效性及其安全性[J].医学信息,2021,34(08):123-125.
- [5] 张金博.早期颅骨修补术治疗脑外伤的效果及对患者神经功能和日常生活能力的影响分析[J].中国现代药物应用,2021,15(07):43-45.
- [6] 牛国策.早期脑室—腹腔分流术同期联合颅骨修补术治疗脑外伤伴脑积水的临床探讨[J].临床研究,2021,29(04):11-12.
- [7] 齐大光.早期颅骨修补术治疗颅脑外伤术后颅骨缺损的疗效[J].中国实用医药,2021,16(09):33-35.
- [8] 袁永睿.早期颅骨修补术治疗颅脑外伤术后颅骨缺损的临床疗效及其安全性分析[J].名医,2021(03):68-69.

(上接第40页)

用无法确保治疗效果,甚至延误病情,因此还需探寻更加合理有效的治疗方式。阿托伐他汀属于还原酶抑制剂的一种,治疗过程中可以逐渐减少胆固醇合成,以此积极改善患者的各项心功能指标,控制疾病表现。并且伴随降血脂、抗炎症的药效,对患者的肾脏功能起到保护作用。将贝那普利与阿托伐他汀联合治疗2型糖尿病肾病,可以确保理想的治疗效果,积极改善患者蛋白尿的情况^[5]。同时,结合相关临床资料可知,在贝那普利治疗的作用下,可减轻对炎症细胞的刺激,抑制系膜细胞增生与肾小球肥大,以此达到控制病情的目标。

贝那普利联合阿托伐他汀治疗2型糖尿病合并肾病能保证理想的临床疗效,控制并发症,提高患者的临床指标,值得推广应用。

参考文献

- [1] 王建,姜传学,李振军,et al.短时间应用前列地尔联合贝那普利对早期糖尿病肾病患者尿蛋白的影响及治疗效果观察[J].临床误诊误治,2020,33(10):6.
- [2] 何媛.肾炎康复片与贝那普利联合治疗糖尿病肾病的临床研究[J].天津中医药,2019,36(9):3.
- [3] 武俊紫,胡冬雄,赵微,等.川陈皮素对糖尿病肾病大鼠AMPK和eNOS表达的影响研究[J].西部医学,2019,31(11):6.
- [4] 蔡卢铭,巢亚伟,侯梅铃,等.阿托伐他汀联合贝那普利对慢性心力衰竭患者QT离散度及心率变异性的影响[J].心脑血管病防治,2020,20(5):4.
- [5] 尚源融,徐家云,尚向娜.当归补血汤联合贝那普利对糖尿病肾病患者肾功能及RBP4、HbA1C含量变化的影响[J].中医药信息,2020,37(3):4.

(上接第41页)

杆菌数也会因年龄的增长逐渐减少,尤其是老年人,因年龄增长,其体内的双歧杆菌、乳酸杆菌等菌数量显著减少。双歧杆菌是一种改善人体肠道的有益菌,不仅能增添蠕动功能、润滑肠道,使细胞更具有活力,还能将肠壁外的水分吸收进来,从而分泌大量的有机酸,使粪便更易排除,同时还起到抑制病菌生长的作用^[4]。此外,双歧杆菌能够产生大量的乳酸、乙酸等,对肠壁起刺激作用,以改善排便症状。临床上将两种药物联合治疗老年慢性功能性便秘能有效减少不良反应,降低用药副作用,具有显著疗效。本次研究结果显示,观察组患者治疗效果明显高于对照组,且不良反应率也显著低于对照组,数据差异较大($p < 0.05$)。

综上所述,将莫沙必利联合双歧杆菌治疗老年慢性功能性便秘效果显著,能有效减少不良反应,对患者康复及生活质量具有积极意义。

参考文献

- [1] 姚井州.枸橼酸莫沙必利与双歧杆菌四联活菌片联合治疗功能性便秘的临床疗效[J].世界临床医学,2016,10(23):112-112.
- [2] 程海霞.老年便秘通过莫沙必利与双歧杆菌三联活菌胶囊治疗的效果分析[J].医学信息,2016,29(10):230-231.
- [3] 黄嫦.莫沙必利对老年功能性便秘的临床治疗效果评价[J].系统医学,2017,2(8):36-38.
- [4] 郭文英.枸橼酸莫沙必利联合益生菌治疗老年功能性便秘的疗效观察[J].中国冶金工业医学杂志,2016,33(2):150-151.