

小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的临床效果分析

贾贻伟

北大荒集团建三江医院 黑龙江省 佳木斯市 156300

【摘要】目的：探讨显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的疗效。**方法：**对 28 例高血压脑出血患者应用显微镜进行小骨窗开颅手术，经皮层造瘘显微镜下清除脑内血肿，观察治疗效果。**结果：**28 例患者术后立即复查头颅 CT，显示手术清除血肿量 >75%。所有患者随访 3 个月~1 年，按日常生活能力 (ADL) 分级进行统计与评价，恢复良好率为 75%。**结论：**显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血是治疗高血压脑出血有效的方法之一，疗效好，创伤少，可提高治愈率，降低死亡率及并发症发生率。

【关键词】 高血压脑出血；小骨窗开颅手术；显微镜

【中图分类号】 R651.14

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2021)21-0013-02

高血压脑出血是一种在临床常见的疾病，其发病率、死亡率、致残率均不断升高^[1]。随着现今影像设备的发展，微创技术日益成熟。高血压性脑出血患者治疗中需要考虑的首要因素是患者生命及神经功能恢复情况，因此需要选择有效手术术式，提高患者术后生活质量。由于受到患者出血部位、病情发展及血肿大小因素的影响，国内外关于患者应采取何种术式治疗仍存在争议^[2]。传统开颅手术治疗时需要对患者全麻，且手术时间过长，也容易导致患者出现感染等，手术中遇到的风险较大。因而可以选择微创手术，可准确快速直达血肿腔，配合显微镜冲洗、引流血肿，可使得手术时间缩短，改善患者神经功能。本科 2019 年 5 月至 2021 年 4 月采用显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血患者 28 例，现将具体结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月至 2021 年 4 月收治的高血压脑出血患者 28 例，其中男 17 例，女 11 例；年龄 38~73 岁，平均年龄 63.1 岁；发病到入院时间 0.5~23.0h。经统计：25 例为基底节区脑出血，其中 4 例为破入脑室；3 例为大脑半球皮质下出血。入院时平均血压 (170±12)/(102±7) mmHg (1mmHg=0.133kPa)。入选手术标准：出血部位：浅部出血要优先考虑手术，如皮层下、壳核及小脑出血；出血量：脑叶出血 ≥ 30mL；基底节出血 ≥ 30mL；小脑出血 ≥ 10mL。格拉斯哥昏迷评分 (GCS) ≤ 13 分，患者呈浅昏迷、不完全或完全性偏瘫，术前无明确脑疝，术前均行头颅 CT 检查及定位。

1.2 方法 28 例患者均给予显微镜下小骨窗开颅手术治疗，气管插管全身麻醉，头偏向出血部位的对侧，以血肿最大层面为中心 (已在 CT 下定位)，选直切口或马蹄型手术切口，长约 6cm，切开头皮，铣刀铣开骨瓣，形成直径长约 3~4cm 小骨窗，“十”字切开硬脑膜，悬吊于周围骨膜上，用探针穿刺，证实血肿部位，显微镜下电灼皮层，沿穿刺针通道用吸引器吸取脑实质，向血肿方向分离，双极电凝止血，形成一窦道 (直径约 1.5cm)，显露血肿，在显微镜下轻轻吸除固体和液体状的血肿，由浅入深慢慢吸除血肿，由血肿中心向周围吸取血肿，动作需轻柔，要耐心，以减少创伤，注意避免吸引力过大，以免损伤周围组织及血管，并用双极电凝凝固出血点。

2 结果

28 例患者术后立即复查头颅 CT，显示手术清除血肿量 >75%。23 例患者 (82%) 术后 1~3d 患侧肢体肌力改善；有 19 例患者意识好转，1 例患者植物生存，3 例患者术后死亡。12 例患者术后合并肺部感染，2 例患者合并消化道出血，1 例为肾功能不全，3 例患者因再出血而二次手术。所有患者随访 3 个月~1 年，按 ADL 分级进行统计与评价：其中 I 级 5 例，II 级 9 例，III 级 7 例，IV 级 3 例，V 级 1 例，死亡 3 例，恢复良好率 (I~III 级) 为 75%。

3 讨论

随着 CT 的广泛应用，脑出血患者准确诊断并能准确定位，根据血肿量的多少及患者的 GCS 评分作出是否手术或保守治疗的决定。开颅手术的目的是挽救患者的生命；最大限度减轻患者的病残程度，提高患者的生存生活质量。显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血，在手术中引入显微镜下操作技术，选择较小的皮层切口，精确显露和控制出血点，保护脑组织及保护血肿周边的穿支血管，改善脑的微循环。本研究中 28 例高血压脑出血患者均进行开颅血肿清除术，并有较好的临床效果。

3.1 手术要点 设计好皮瓣、骨窗。参考 CT 影像，运用头皮画线法对血肿定位，多选择直切口。缩短开颅时间，减少出血量。该组手术病例多采用距血肿最近的脑皮质皮层切开。在手术过程中，应用吸引器及双极电凝造瘘，形成通往血肿腔的瘘道，可以有效地减少人工拉钩对脑组织可能造成的损伤。

3.2 手术适应证 显微镜下小骨窗开颅手术适应证应从以下方面综合考虑：①意识状况：患者清醒或轻度嗜睡，出血量不大，幕上血肿 <30mL，一般不需要手术^[3]；脑疝形成前或脑疝初期，病情进展迅速者不宜行小骨窗手术，应考虑行大骨瓣开颅血肿清除术。②出血量及出血类型：基底节区、皮质下出血如 >30ml，小脑出血 >10mL 有手术指征。③病情速度：高血压脑出血后保留一定程度的意识及神经功能，可能后期出现恶化，应考虑有再出血可能，应考虑手术。

3.3 术后再出血 本研究中，有 3 例患者因再出血而二次手术。再次手术，1 例为皮层与血肿腔之间的小血管壁破裂出血，术后 2h 出现瞳孔散大；另 2 例为血肿腔底部的创面渗血，手术结束前在血肿腔底部、血肿壁贴纱布，术后再未出血。对以上再出血术后分析：1 例皮层下血管出血为新鲜出血，与发病出血血管无关，可能为手术中损伤；另 2 例于基底部止血不彻底，造成再出血。

3.4 术后其他并发症 28 例患者术后并发症主要表现为发热、肺部感染、消化道出血，经统计，12 例患者肺部感染，2 例患者消化道出血，1 例为肾功能不全。

3.5 手术评价 与穿刺引流术对比，显微镜下小骨窗开颅血肿清除术能快速降低颅内压^[4]。临床上一般认为开颅血肿清除术操作复杂、创伤大、时间长，且术后并发症较多。本组对 28 例患者进行显微镜下小骨窗开颅血肿清除术治疗，取得较好的临床疗效。作者认为开颅血肿清除术技术较成熟，随着新的神经外科器械的引入，使得手术时间缩短，出血量减少。此外，小骨窗开颅血肿清除术的优点有血肿清除彻底、止血确切，可经去骨瓣降低颅内压，降低患者的死亡率、再出血率、致残率。

参考文献

[1] 张伟, 姜晓东, 蔡体平, 等. 高血压脑出血的外科治疗进展. 医学综述, 2013,19(22):4135-4138.

[2] 汪雷, 苏传平, 范新娟, 等. 显微镜下经外侧裂入路手

术治疗高血压性脑出血的临床疗效 [J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2015, (2): 93-95.

[3] 孙道法, 张帆, 谢均灿, 等. 小骨窗开颅手术治疗高血压

脑出血临床分析 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(8): 75-76.

[4] 徐卫旭. 小骨窗开颅显微手术治疗高血压基底节区脑出血临床分析. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(16): 8-10.

(上接 3 页) 麻醉风险, 那么一定要结合实际情况选择安全性更高的检查方式。无痛胃镜不适于以下人群, 如存在某些基础性疾病的患者, 包括呼吸系统疾病、心脑血管疾病、严重器官功能障碍、恶性肿瘤晚期、麻醉药物过敏、过度肥胖者等。麻醉本身会对患者生理状态产生一定影响, 首当其冲就是呼吸系统, 虽然一般情况下患者不用进行额外的呼吸支持, 但是呼吸机必须准备就位, 因为即使麻醉较浅, 患者呼吸中枢仍然会受到一定影响, 所以对于存在呼吸系统基础性疾病且病情相对比较严重的患者而言, 无痛胃肠镜是比较危险的^[2]。肥胖者呼吸系统负担较大, 接受麻醉后由于呼吸中枢在一定程度上受到影响加上肥胖者存在舌后坠等生理问题, 所以其风险性也比较大, 尤其是一些严重超重的患者, 一般不采取无痛胃肠镜检查。药物过敏自然不必多说, 同样不能通过麻醉来接受无痛胃镜。有胃潴留、胃反流等消化系统疾病的患者也不能采取无痛胃肠镜的形式进行检查, 这主要是因为此类患者在麻醉状态其喉反射受到一定抑制, 导致其更容易出现返流的情况, 加上患者在麻醉状态下刺激反射消失, 很容易导致返流物呛入肺部造成危险。

除了很多生理问题人们不适合做无痛胃肠镜外, 接受无痛胃肠镜检查还需要了解以下内容。很多患者在接受普通胃肠镜检查时, 会有比较明显的疼痛刺激感, 在这种情况下, 患者直观的通过各种行为表现出不适感受, 此时医生结合影像显示可以发现内镜对患者黏膜造成刺激的原因, 能及时作出相应的调整, 而在无痛胃肠镜检查中, 由于患者并无不适感反馈, 所以需要医生有更为精湛的技术水平才能避免给患者造成额外损害, 而且对设备要求也相对比较高, 虽然常规情况下不需要额外的呼吸支持, 但是在进

行检查时仍需要有完善的呼吸支持设备。在进行相应检查后, 由于药物代谢也需要一定时间所以患者也需要等待药物完全代谢后才能够完全恢复正常, 在恢复过程中患者, 不能进行驾车这类需要集中注意力的活动, 因此无痛胃肠镜检查要求患者必须有家属陪同。最后, 无痛胃肠镜因为需要进行麻醉, 因此准备时间相对较长, 整个检查持续时间也相对较长, 所以医院相关科室每天能够接纳的患者数量也相对较少, 因此一般情况下大型医院的无痛胃肠镜检查都需要提前很久预约, 因此想要尽快进行检查了解具体情况也无法即时选择无痛胃肠镜^[3]。

其实常规胃肠镜检查的痛苦并没有很多人想象的那么大, 既然其一直应用于临床工作中就说明检查过程中产生的不适感多数人是能够耐受的。在进行普通胃肠镜检查时, 通常也会用利多卡因等局部麻醉剂来减轻不适感, 而且技术精湛的医生整个检查时间不会持续很长, 所以说大家应该结合自身实际情况来科学选择胃肠镜的种类。

参考文献

[1] 王君惠. 无痛胃肠镜术前准备与术中护理配合 [J]. 智慧健康, 2019, 5(30): 48-49.

[2] 孙玉欣, 单连美. 优质护理在无痛胃肠镜麻醉患者中的应用效果 [J]. 健康之友, 2019(20): 187-188.

[3] 贺媛, 周国珍. 无痛胃肠镜麻醉患者护理中优质护理的应用效果分析 [J]. 健康必读, 2019(24): 103.

(上接 9 页)

3.3 小结

总之, 本市农村 2 型糖尿病患者药物治疗依从性较差, 其中家庭支持情况、文化程度以及药物不良反应等情况为药物治疗依从性影响因素, 临床应加强对患者进行用药指导、健康宣教等, 进而全面提升患者药物治疗依从性。

参考文献

[1] 张洁, 余丽. 分析药学干预对 2 型糖尿病患者用药依从性

及药品不良反应的影响 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(30): 162-164.

[2] 杜秀琴. 2 型糖尿病患者药物治疗依从性的影响因素及其对策分析 [J]. 中国医院统计, 2019, 26(4): 278-280.

[3] 聂雨. 影响 2 型糖尿病患者自我血糖监测依从性的现况调查 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(13): 290-291.

[4] 邓诗姣, 于杰, 于海星, 等. 2 型糖尿病患者依从性现状及其与社区管理年限的关系研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23(34): 4381-4385, 4393.

(上接 10 页) 好且几乎无副作用。

综上所述, 对急性心肌梗死合并心力衰竭患者采用新活素治疗能够得到显著疗效, 降低 DBP、SBP 和 HR 指标, 安全性高。

参考文献

[1] 罗智浩, 赖钰, 刘云涛, 等. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭的疗效及安全性 Meta 分析 [J]. 海南医学院学报, 2020, 26(06): 430-438+443.

[2] 徐洪庆. 新活素治疗急性心肌梗死合并心力衰竭患者的

效果 [J]. 中国民康医学, 2020, 32(15): 11-12, 15.

[3] 张秋梅. 新活素治疗急性心肌梗死合并急性心力衰竭的疗效观察与安全性评价 [D]. 昆明: 昆明医科大学, 2020.

[4] 王纪良. 新活素治疗急性心力衰竭患者的临床疗效与机制分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(14): 18-20.

[5] 胡敏, 蔡东东, 费金雷. 急性心肌梗死合并心力衰竭应用新活素治疗效果观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(33): 23, 25.

(上接 13 页) 6.25%, 要低于对照组的 25.00% ($P < 0.05$)。可见, 在治疗子宫肌瘤患者的过程中, 微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术的运用, 能减少出血、并发症, 有助于子宫形态的恢复。

参考文献

[1] 马强, 陈雯, 吴乾凤, 等. 术中超声应用于腹腔镜子宫肌瘤剔除术对肌瘤残留及复发率的影响分析 [J]. 中国生育健康杂

志, 2020, 31(2): 155-157, 97.

[2] 杜琳, 王春燕, 李海清. 微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床价值 [J]. 医药论坛杂志, 2019, 40(10): 72-74.

[3] 刘小芬. 开腹与腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的疗效及术后并发症比较 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(1): 159-160.