

小骨窗经侧裂显微术对高血压基底节区血肿患者日常生活能力恢复的影响

于 波

(江苏省苏北人民医院 神经外科, 江苏 扬州 225001)

[摘 要] 目的: 探讨小骨窗经侧裂显微术对高血压基底节区血肿患者日常生活能力恢复的影响。方法: 高血压基底节区血肿患者 116 例, 分为对照组和观察组, 对照组采用传统大骨瓣开颅术式, 观察组采用早期小骨窗经侧裂显微术式; 观察 2 组患者术后 12 h 血肿清除情况、术后 6 月日常生活能力 (ADL) 恢复情况、记录术后 5 d 术后血肿复发率、病死率及术后 6 月并发症。结果: 两组患者血肿清除率均较好, 观察组血肿清除达 90% 以上患者比例略大于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者 ADL 恢复良好比例 (84.38%) 高于对照组 (57.69%), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 10.225, P < 0.05$); 两组患者血肿复发及病死率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 对照组并发症发生率 (36.54%) 高于观察组 (7.81%) 观察组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 小骨窗经侧裂显微术治疗高血压基底节区血肿有良好的效果, 患者术后 ADL 恢复良好。

[关键词] 颅内出血, 高血压性; 脑血管基底神经节出血; 显微外科手术; 治疗结果; 生活质量

[中图分类号] R743.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2014)06-0937-03

高血压脑出血 (hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH) 是神经外科的常见病和多发病, 发病原因多为高血压动脉硬化^[1-2]。大脑基底节区出血约占脑出血的 2/3, 是 HICH 的好发部位, 发生率约 60%^[2]。手术是治疗 HICH 的有效手段之一, 但手术会引发术中出血及创伤性神经细胞和纤维损伤, 导致患者日常生活自理障碍^[3]。合理选择微创手术治疗 HICH 能够降低对神经功能的损伤, 提高治疗效果和术后患者生活质量。本文对微创手术治疗的 64 例高血压基底节区血肿患者术后神经功能恢复情况进行调查, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 高血压基底节区血肿患者 116 例, 年

龄 21 ~ 61 岁, 平均 (41.47 ± 7.58) 岁, 男 66 例, 女 50 例, 高血压诊断参照《WHO 高血压治疗指南》。纳入标准: (1) 符合典型高血压基底节区血肿体征, CT 诊断血肿 30 ~ 50 mL; (2) 心功能及肝功能正常, 无遗传疾病史; (3) 均为初次脑部手术; (4) 无精神病史, 可以正常交流; (5) 格拉斯哥昏迷评分 ≥ 6 分, 发病时间 ≤ 24 h。116 例患者分为观察组和对照组, 对照组患者 52 例采用传统大骨瓣开颅术式, 观察组患者 64 例采用早期小骨窗经侧裂显微术式, 两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义, 见表 1。

1.2 方法 两组患者均采用全身麻醉, 观察组: 患者仰卧体位, 头转向健侧 30°, 后仰 15°。结合头颅 CT 影像确定血肿位置及离侧裂皮质最近的层面, 以此为中心, 于耳屏前 1 cm 向上或向前做一直切

表 1 两组患者一般资料比较

Tab. 1 Comparison of general data of patients between the two groups

组别	n	性别 (男/女)	年龄 (岁)	身高 (m)	体重 (kg)	出血量 (mL)
对照组	52	28/24	40.92 ± 7.93	1.62 ± 0.35	55.34 ± 5.67	48.32 ± 6.43
观察组	64	38/26	42.01 ± 7.22	1.63 ± 0.33	54.67 ± 6.34	49.55 ± 7.02
t/χ^2		0.358	1.247	0.682	0.204	0.354
P		0.550	0.578	0.445	0.847	0.654

口或小斜切口,铣刀开骨窗约 3 cm×3 cm,于显微镜下平行侧裂直线切开硬脑膜中浅静脉额侧切开蛛网膜,沿额颞叶间隙进行解剖分离,避开大脑中动脉及其分支,达岛叶后以脑穿针穿刺,进一步确定血肿位置,在无血管区切开岛叶皮层达血肿腔,应用吸引器清除血肿至没有活动性出血,若有出血可采用双极电凝止血,术毕逐层关闭切口,减张连续缝合硬膜,骨瓣复位。对照组采用标准大骨瓣颅,开颅后行经侧裂-岛叶入路显微手术清除血肿,术后缝合并骨瓣复位。两组患者术后监测颅内压。

1.3 观察指标 记录患者术后 12 h 内血肿清除情况,术后 5 d 的血肿复发,术后 6 月后病死率及日常生活能力(activity of daily living, ADL),应用 Barthel 指数分级法^[4]评价患者的 ADL:I 级为生活可自理,恢复正常日常生活;II 级为部分恢复,仍有部分依赖;III 级为部分自理,仍需要帮助、拄拐可行走;IV 级为卧床,极度依赖,意识清醒;V 级为植物生存状态或死亡。I~III 级为恢复良好,IV、V 级为恢复较差。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。计数资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血肿清除情况 两组患者血肿清除率均较好,观察组血肿清除达 90% 以上患者比例略大于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组高血压基底节区血肿患者术后 CT 复查血肿清除情况

Tab.2 Hematoma clearance conditions of patients with hypertensive basal ganglia hematoma in the two groups				
组别	<i>n</i>	血肿清除率(<i>n</i> ,%)		
		≥90%	60%~90%	≤60%
对照组	52	44(84.62)	6(11.54)	2(3.85)
观察组	64	56(87.50)	7(10.94)	1(1.56)
χ^2		0.201	0.010	0.694
<i>P</i>		0.654	0.919	0.441

2.2 术后 6 月 ADL 分级 观察组患者 6 月后 ADL 恢复良好比例(84.38%)高于对照组(57.69%),差异有统计学意义($\chi^2 = 10.225, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组高血压基底节区血肿患者术后 ADL 恢复情况(*n*,%)

Tab.3 ADL recovery conditions of patients with hypertensive basal ganglia hematoma in the two groups after operation						
组别	<i>n</i>	ADL				
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	52	5(9.62)	11(21.15)	14(26.92)	16(30.77)	6(11.54)
观察组	64	12(18.75)	22(34.38)	20(31.25)	7(10.94)	3(4.69)
χ^2		2.837	2.142	0.259	7.098	1.882
<i>P</i>		0.092	0.143	0.611	0.008	0.170

2.3 术后血肿复发率、病死率及并发症 两组患者术后 5 d 血肿复发率及 6 月后病死率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组肺部感染、泌尿感染、消化道出血等并发症发生率(36.54%)高于观察组(7.81%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组高血压基底节区血肿患者手术预后及并发症情况(*n*,%)

Tab.4 Prognosis and complication conditions of patients with hypertensive basal ganglia hematoma in the two groups							
组别	<i>n</i>	血肿复发	死亡	并发症			
				泌尿系感染	肺部感染	消化道出血	腹泻
对照组	52	3(5.77)	3(5.77)	2(3.85)	4(7.69)	8(15.38)	5(9.62)
观察组	64	2(3.13)	3(4.69)	0(0)	1(1.56)	2(3.13)	2(3.13)
χ^2		1.103	0.852			4.078	
<i>P</i>		0.334	0.586			0.042	

3 讨论

随着我国社会老龄化程度的加深及生活水平的提高,HICH 发病率不断升高^[5]。基底节区是 HICH 的常发部位,发病率和死亡率较高。目前,手术是治疗 HICH 的有效手段,清除血肿成功率也在不断提高^[6]。手术能促使颅内压降低,早期及时治疗对于减轻出血引发脑损害,恢复受损神经元具有重要意义。但传统手术往往会对患者脑部神经产生损伤,导致患者神经功能障碍^[7]。本研究中,52 例 HICH 患者采用传统大骨瓣开颅手术,术后患者神经功能恢复良好比例仅为 57.69%,并且术后有 36.54% 的患者并发肺部感染、泌尿感染、消化道出血等合并症。

小骨窗开颅作为一种微创手术,具有神经损害面小、出血量少、预后效果好等优点。近年来随着

CT技术、显微手术等技术的逐渐成熟,小骨窗开颅显微术应用于清除脑内血肿取得较好效果^[8]。尤其经侧裂入路治疗基底节区脑出血的手术方法,被众多研究者认为是治疗HICH效果最佳方法^[9]。本研究中,采用早期小骨窗经侧裂显微术治疗的HICH患者神经功能恢复良好比例可达为84.38%,显著高于采用传统大骨瓣开颅手术的57.69% ($P < 0.05$),并且术后并发症显著降低,表明早期小骨窗经侧裂显微术对高血压基底节区血肿患者有良好的治疗效果,对患者脑组织损伤较小,患者术后神经功能恢复良好。

4 参考文献

- [1] 沈伟俊. 超早期小骨窗微创脑出血清除术治疗高血压脑出血效果分析[J]. 当代医学, 2012(11):48-49.
- [2] Li F, Chen Q X. Risk factors for mental disorders in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage following neurosurgical treatment[J]. Journal of the Neurological Sciences, 2014 (1-2):128-132.
- [3] Elliott J, Smith M. The acute management of intracerebral

hemorrhage: a clinical review[J]. Anesth Analg, 2010 (5):1419-1427.

- [4] Troisi E, Matteis M, Silvestrini M, et al. Altered cerebral vasoregulation predicts the outcome of patients with partial anterior circulation stroke[J]. European Neurology, 2012 (4):200-205.
- [5] 黄松, 严召喜, 罗志军. 锁孔手术治疗高血压脑出血120例[J]. 贵阳医学院学报, 2010(4):433-435.
- [6] 韩树生. 超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血的疗效及对IL-2、IL-6、TNF- α 的影响[J]. 贵阳医学院学报, 2014(2):231-232,236.
- [7] Panchal H, Shah M, Shah D. Intracerebral Hemorrhage Score and Volume as an Independent Predictor of Mortality in Primary Intracerebral Hemorrhage Patients[J]. Indian J Surg, 2012(22):1-3.
- [8] 闭豪伟, 覃重桥. 小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血64例疗效分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012(10):1706.
- [9] 王振宇, 黄光富, 李志立, 等. 经侧裂入路显微手术治疗基底节区出血48例临床效果观察[J]. 实用医院临床杂志, 2011(6):136-138.

(2014-09-15 收稿, 2014-10-25 修回)

编辑: 吴昌学

(上接第936页)

不同的侵袭性操作类型,其医院感染率亦不同,以使用呼吸机的医院感染率最高,其次为气管切开/插管、插导尿管。徐恒艺等^[7]的研究也发现使用呼吸机的患者,发生医院感染几率最高,其次就是气管切开和气管插管。据报道,经过严格消毒的无菌导管,插管一段时间后半数以上的气管内可发现菌丝,这可能与隐匿于咽喉的菌丝在气管插管时进入了气管内有关。有报道导尿技术、导尿管消毒和尿管的留置时间与泌尿系统感染密切相关^[8-9]。抗生素使用的种类繁多尤其是经常更换使用抗生素,会导致机体内耐药菌株增多^[10-12],抗生素的不合理使用还会导致机体菌群失调,从而引起真菌及条件致病菌的双重交叉感染。本研究未发现激素、免疫抑制剂的使用、抗生素使用时间、手术、其他基础疾病为医院感染危险因素。

4 参考文献

- [1] 孔媛媛, 孙亚朦, 张群, 等. 门诊患者对病毒性肝炎防治知识了解情况的调查与分析[J]. 首都医科大学学报, 2012(3):330-333.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001(5):314-320.
- [3] 邓敏, 刘磊. 老年肝病患者医院感染特点及相关危险因

素的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2004(11):1234-1236.

- [4] 申川, 赵彩彦. 重型乙型肝炎的免疫学机制研究进展[J]. 中华传染病杂志, 2011(9):573-576.
- [5] 沈燕, 胡必杰, 高晓东, 等. 上海市72所医院3年医院感染现患率调查[J]. 中华医院感染学杂志, 2013(7):1503-1506.
- [6] 王建俊, 王金鹏, 沈超, 等. 免疫球蛋白在肝病患者血清检测中的应用价值[J]. 河北医药, 2012(1):49-50.
- [7] 徐恒艺, 王钱荣, 姚煜明, 等. 纤维支气管镜吸痰对气管插管患者术后肺部感染的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2013(8):1799-1800.
- [8] 郭翠华, 张颖. 集尿袋护理与保留尿管腔内感染的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2011(8):976-977.
- [9] 施金芬, 王建荣. 留置尿管表面生物被膜感染的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2009(27):2840-2842.
- [10] 陈旭岩. 耐药时代——抗感染治疗策略的新思考[J]. 中国急救医学, 2012(4):289-290.
- [11] 刘苓, 胡林, 刘娅琳, 等. 贵州省幽门螺杆菌临床菌株的抗生素耐药现状[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012(8):702-705.
- [12] 叶明, 杨喜民, 王刚. 1756株医院感染病原菌的菌群分布及耐药性分析[J]. 实用临床医药杂志, 2012(5):47-49.

(2014-10-07 收稿, 2014-11-04 修回)

编辑: 周凌