

钻孔引流术与开颅清除术治疗高血压脑出血 114 例

霍龙伟

【摘要】目的 探讨钻孔引流术与传统开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效。**方法** 2011 年 12 月至 2013 年 12 月收治高血压脑出血患者 114 例,采用传统开颅清除术治疗 57 例(开颅组),采用钻孔引流术治疗 57 例(钻孔组)。**结果** 钻孔组手术时间、术中出血量、术后患者意识恢复时间、下床活动时间和主住院时间均明显少于开颅组($P<0.05$)。术后 6 个月,钻孔组日常生活能力评分、神经功能缺损评分、GOS 评分均明显优于开颅组($P<0.05$)。**结论** 与传统开颅血肿清除术相比,钻孔引流术治疗高血压脑出血的效果更好。

【关键词】 高血压脑出血;钻孔引流术;开颅血肿清除术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2015)06-0372-02

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 743.34; R 651.1*2

2011 年 12 月至 2013 年 12 月采用钻孔引流术和开颅血肿清除术治疗高血压脑出血 114 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 114 例高血压脑出血患者根据治疗方法分为两组开颅血肿清除术组(开颅组)和钻孔引流术组(钻孔组)。开颅组 57 例,其中男 38 例,女 19 例;年龄 61~78 岁,平均(68.5 ± 7.9)岁;高血压病史 2~19 年,平均(8.4 ± 2.3)年;出血量 20~55 ml,平均(37.9 ± 5.8)ml。钻孔组 57 例,其中男 37 例,女 20 例;年龄 60~79 岁,平均(68.4 ± 8.6)岁;高血压病使 3~21 年,平均(8.6 ± 2.8)年;出血量 25~60 ml,平均(38.2 ± 6.3)ml。两组患者年龄、性别、高血压病使、出血量均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 钻孔组参考 CT 影像学检查结果,确定穿刺点,参照血肿最大层面和颅底层面的距离,设定置管深度,要让穿刺点达到血肿的中心位置,穿刺方向为血肿最大长轴线和最大正中矢状线之间夹角。必要时,使用尿激酶液化引流。同时动态复查头颅 CT,根据 CT 结果调整引流管,血肿量低于 5 ml 时可拔除引流管。开颅组采用传统开颅血肿清除术。

1.3 评定标准 术后 6 个月,采用日常生活能力评分、改良爱丁堡斯堪的那维亚卒中量表(modified Scandinavian stroke scale, mSSS)评分和 GOS 评分评定患者预后。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 16.0 软件进行分析,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术效果比较 两组手术时间、术中

表 1 两组患者的手术效果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(例)	手术时间(h)	术中出血量(ml)	意识恢复时间(d)	下床活动时间(d)	术后住院时间(d)
开颅组	57	3.8±1.0	376.5±38.4	5.0±1.2	6.2±1.3	23.5±3.1
钻孔组	57	1.6±0.4*	42.8±12.6*	3.3±0.7*	5.4±0.8*	18.0±2.7*

注:与开颅组相应值比,* $P<0.05$

出血量、术后住院时间、意识恢复时间、下床活动时间均有统计学差异($P<0.05$)。详见表 1。

2.2 两组患者预后比较 术前开颅组和钻孔组日常生活能力评分分别为(21.9±2.4)分和(22.3±1.8)分,两组无统计学差异($P>0.05$);术后 6 个月开颅组日常生活能力评分[(43.6±11.2)分]较术前明显增高,钻孔组[(57.8±10.5)分]也叫术前明显增高($P<0.05$),而且钻孔组明显高于开颅组($P<0.05$)。

术前开颅组和钻孔组 mSSS 评分分别为(36.7±3.8)分和(36.9±4.2)分,两组无统计学差异($P>0.05$);术后 6 个月开颅组日常生活能力评分[(21.8±9.3)分]较术前明显降低,钻孔组[(15.4±6.7)分]也叫术前明显增高($P<0.05$),而且钻孔组明显低于开颅组($P<0.05$)。

术后 6 个月,开颅组恢复良好 3 例(5.3%),中残 46 例,重残 6 例,植物生存 2 例;钻孔组恢复良好 19 例(33.3%),中残 37 例,重残 1 例。钻孔组恢复良好率明显高于开颅组($P<0.05$)。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 开颅组术后发生呼吸道感染 2 例,再出血 1 例,切口感染 3 例,脑梗死 1 例,颅内感染 2 例;并发症发生率为 15.8%(9/57)。钻孔组术后发生呼吸道感染 1 例,切口感染 1 例;并发症发生率为 3.5%(2/57)。两组患者术后并发症发生率有统计学差异($P<0.05$)。

3 讨论

高血压脑出血具有较高的死亡率和致残率,可造成机体神经功能缺失,大幅降低患者的生活质量^[1]。手术治疗是高血压脑出血的有效治疗方法^[2-4],可及时清除脑内血肿,并控制病情进展,改善患者神经功能缺失,提高患者生活质量。目前临床常用的手术方法为开颅清除术,对患者造成的创伤较大,术中出血量也较大,患者术后恢复时间长。钻孔引流术对患者造成的手术创伤较小,可明显加快患者术后恢复速度,有利于改善患者预后^[5]。本研究结果表

明,钻孔组手术时间、术中出血量、术后住院时间均明显少于开颅组;术后 6 个月日常生活能力评分、mSSS 评分和 GOS 评分均明显优于开颅组,术后并发症发生率明显低于开颅组。这说明与传统开颅血肿清除术相比,钻孔引流术治疗高血压脑出血的效果更好。

钻孔引流术治疗高血压脑出血具有诸多优点:①损伤小,钻孔引流术不需要开颅,对患者造成的手术损伤更小。②操作简单,对手术环境的要求也较低,在床旁或担架上就可使用,因而可大幅缩短患者的抢救时间,比开颅手术的治疗更为及时。③手术时间短。钻孔引流术虽然可快速降低患者颅内压,但该方法不能有效止血,需要配合药物进行止血治疗,也存在再出血的可能性。

总之,我们认为钻孔引流术和开颅血肿清除术是治疗高血压脑出血的有效手段,钻孔引流术治疗效果相对更好。

【参考文献】

[1] 李 刚,陈劲草,赵东刚,等. 神经内镜辅助手术治疗高血压脑出血(附 21 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(4):209-211.

[2] 段发亮,杨国平,韦君武. 神经内镜辅助手术与小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血疗效比较[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15(6):357-358.

[3] 徐向东,那汉荣,费小斌,等. 高血压脑出血患者术后再出血的防治[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19:238-239.

[4] 张宏兵,马 青,苏宝艳,等. 2045 例高血压脑出血个体化手术治疗分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 296-298.

[5] 李 雄,李忠民,刘 军,等. CT 定位辅助神经内镜手术与常规开颅手术对高血压脑出血治疗效果比较[J]. 中国临床神经外科杂志, 2009, 14(12):760-761.

(2014-06-14 收稿,2014-07-17 修回)