

# 小骨窗开颅术与立体定向置管抽吸在基底节区 高血压脑出血治疗中的对比分析

黄林洲, 向恒达, 屈有山

(湖北省秭归县人民医院外一科, 湖北 秭归 443600)

**摘要:**目的 对比分析小骨窗开颅术与立体定向置管抽吸治疗基底节区高血压脑出血的临床疗效。方法 选取 64 例基底节区高血压脑出血患者, 随机分为实验组和对照组, 分别给予小骨窗开颅术和立体定向置管抽吸术, 比较两组患者临床疗效、预后及并发症的发生。结果 实验组患者术后 GOS 分级评定优于对照组患者, 术后 6 个月 ALD 分级评定优于对照组患者, 且术后并发症发生率显著低于对照组患者, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 小骨窗开颅术较立体定向置管抽吸术治疗基底节区高血压脑出血临床疗效高, 生活能力恢复好, 且并发症低, 是理想的治疗方法。

**关键词:** 小骨窗开颅术; 立体定向术; 基底节区; 颅内出血, 高血压性

**中图分类号:** R743.34 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2015)02-0231-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.02.026

随着我国老龄化程度的不断加大, 高血压患者呈现年轻态势, 高血压脑出血的发病率逐年上升, 是神经外科常见的疾病, 具有发病快、致残率和致死率高的特点, 严重威胁患者的生活质量<sup>[1]</sup>。目前临床上主要采取小骨窗开颅术和立体定向置管抽吸术清除颅内血肿, 但是两种方法各有利弊, 本文旨在对比分析小骨窗开颅术与立体定向置管抽吸治疗基底节区高血压脑出血的临床疗效, 为选择合适的手术方法提供一定的理论依据。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取 2011 年 2 月~2014 年 12 月我院神经外科收治的 64 例基底节区高血压脑出血住院患者作为研究对象, 所有患者经 CT 检查均符合《神经外科学》<sup>[2]</sup>关于基底节区高血压脑出血的诊断标准, 影像学显示患者均为基底节区出血, 伴有高血压病史; 排除脑动脉瘤、动静脉畸形、恶性肿瘤及其它脏器器质性病变患者。将患者随机分为实验组和对照组, 每组 32 例, 实验组患者男 19 例, 女 13 例, 年龄 35~68 岁, 平均年龄(38.27±15.89)岁, 出血量 30~40 ml 12 例, 40~50 ml 17 例, >50 ml 3 例, 平均出血量(48.25±6.78)岁, GCS 昏迷评分(10.29±1.92)分; 对照组患者男 20 例, 女 12 例, 年龄 34~71 岁, 平均年龄(39.69±14.05)岁, 出血量 30~40 ml 10 例, 40~50 ml 15 例, >50 ml 7 例, 平均出血量(48.25±6.78)岁, GCS 昏迷评分(10.29±1.92)分。经统计学分析两组患者性别、年龄、出血量、GCS 昏迷评分等基本情况差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。均遵循知情同意原则, 并报医院医学伦理委员会审查和备案。

**1.2 治疗方法** 实验组采用小骨窗开颅术, 患者入室后行气管插管全麻, 取仰卧位, 以翼点为中心切开头皮, 钻孔后扩张形成直径约 2~3 cm 的骨窗, 切开硬膜, 在显微镜的监视下打开侧裂池, 释放脑脊液, 使脑组织减压回缩, 将岛叶切开, 到达血肿部位, 适当负压清除血肿, 手术过程中要保护好重要功能部位, 底部坚硬的血肿不能强行剥离, 彻底止血后置引流管。对照

组采用立体定向置管抽吸术, 患者入室后行全麻, 安装安科公司提供的立体定向框架(ASA-602), 术中全程 CT 监视, 将血肿最大层面的中心作为手术的靶点, 确认立体定向的三维仪坐标, 选择合适的手术切口, 切记避开重要功能区, 颅骨钻孔并切开硬脑膜, 从额部置入血肿排空针, 确认到达血肿位置后, 负压缓慢吸引, 清除血肿后, 置引流管。两组患者术后积极抗生素抗感染治疗, 及时复查 CT 查看血肿清除情况, 严密观察患者各项生命体征。

**1.3 疗效评定与观察指标** 疗效评定: (1)GOS 预后量表<sup>[3]</sup>对患者术后 1 个月进行临床效果评定。5 分: 恢复正常生活、工作; 4 分: 残疾, 但是生活自理, 可适当进行工作; 3 分: 生活无法自理, 需要他人照顾; 2 分: 长期处于昏迷状态, 但有微弱的反应; 1 分: 死亡。(2)采用日常生活活动能力(ADL)分级标准评定预后<sup>[3]</sup>。I 级: 日常生活完全自理; II 级: 部分功能障碍, 日常独立生活尚可; III 级: 日常生活需要帮助; IV 级: 意识清晰且生活不能完全自理; V 级: 患者长期处于植物生存状态。观察记录并比较两组患者并发症和病死率。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 17.0 对数据进行统计分析, 计数资料以  $n(\%)$  表示, GOS、ADL 分级评定为多分类等级资料, 采用 Mann Whitney U 分析, 其余行  $\chi^2$  检验, 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用成组  $t$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者术后 GOS 分级评定对比分析** 实验组患者术后 GOS 分级评定优于对照组患者, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者术后 GOS 分级评定对比分析 ( $n, \%$ )

分组	$n$	5	4	3	2	1
实验组	32	15(46.88)	11(34.38)	4(12.50)	2(6.25)	0(0.00)
对照组	32	8(25.00)	7(21.88)	10(31.25)	4(12.50)	3(9.38)

注:  $Z = -2.681, P = 0.007$

2.2 两组患者术后 ADL 分级评定对比分析 实验组患者术后 6 个月 ALD 分级评定优于对照组患者,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者术后 ADL 分级评定对比分析 ( $n, \%$ )

分组	$n$	I	II	III	IV	V
实验组	32	14(43.75)	10(31.25)	4(12.50)	2(6.25)	2(6.25)
对照组	32	6(20.69)	7(24.14)	8(27.59)	5(13.79)	6(13.79)

注:  $Z = 2.367, P = 0.017$

2.3 两组患者术后并发症及病死率对比分析 实验组患者术后并发症发生率显著低于对照组患者,差异具有统计学意义( $P < 0.001$ ),两组患者病死率差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者术后并发症及病死率对比分析 ( $n, \%$ )

分组	$n$	并发症				死亡
		消化系统	呼吸系统	泌尿系统	合计	
实验组	32	6(18.75)	3(9.38)	4(12.50)	13(40.63)	0(0.00)
对照组	32	12(37.50)	8(25.00)	6(18.75)	26(81.25)	3(9.38)
$\chi^2$		0.614	2.744	0.474	11.093	3.148
$P$		0.433	0.098	0.491	0.001	0.076

### 3 讨论

高血压脑出血(Hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH)是高血压病诱发的脑实质出血的现象,该病发病急,病情发展快,具有很高的病死率和致残率,其中临床上又以基底节区出血常见,发病后患者均有不同程度的肢体神经功能障碍,严重的生活无法自理,意识模糊,甚至威胁患者的生命安全<sup>[4-6]</sup>。

目前主要采取外科手术清除患者颅内血肿,不但可以降低血肿造成的颅内高压,还能够避免血肿对脑组织造成的进一步伤害。随着影像技术的不断发展,立体定向置管抽吸术被广泛应用于清除高血压脑出血造成的血肿中,该方法采用立体定向仪,在穿刺位置上起到全方位的把握作用,采用三维立体坐标可以进行标准定位,缩小误差可有效避免对脑组织重要功能区的伤害,同时该手术可以缩短手术时间,在较短的时间内降低颅内高压,为挽救患者的生命赢得时间,血肿清除后在 CT 的监视下放置引流管,位置准确,加快患者的恢复<sup>[7]</sup>。但是该方法也存在自身的局限性,术中暴露不充分,血肿清除率低,易出血。小骨窗开颅术较传统开颅手术有所改进,通过脑回的自然缝隙进入血肿腔,能够有效避免对脑组织重要功能区的损伤,手术给

患者造成的创伤也显著降低,在充分暴露脑组织下,可迅速清除颅内血肿,清除率高,避免残余血肿对脑组织的进一步伤害<sup>[8-9]</sup>。该方法与立体定向置管抽吸术来比较,创伤仍显得较大,但是血肿清除才是治疗该病的关键。本研究显示采用小骨窗开颅术治疗的高血压脑出血患者 GOS 分级评定和生活能力的恢复均显著优于立体定向置管抽吸术治疗的患者,及时血肿完全清除,有效止血同时也降低了并发症的发生,与马少彬等<sup>[10]</sup>学者研究一致。

小骨窗开颅术较治疗立体定向置管抽吸基底节区高血压脑出血临床疗效高,生活能力恢复好,且并发症低,是理想的治疗方法。

### 参考文献:

- [1] 陈卉. 小骨窗开颅术治疗中等量基底节区高血压脑出血的临床疗效[J]. 四川医学, 2012, 33(11): 1950-1952.
- [2] 杨树源, 只达石. 神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1112.
- [3] 杨光. 小骨窗微创开颅术与颞叶微创穿刺引流术治疗基底节区高血压脑出血疗效对比[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(5): 85-86.
- [4] Holtzman PN, Brust JC, Ainyette IG. A cute even tricular hem orrhage in adults with hydrocephalus man aged by corpus cal losotomy and fenestrati on of the septum peilucidum [J]. Neurosurg, 2012, 95(1): 111-115.
- [5] 何书为, 吴惠慈, 林中满. CT 立体定向置管抽吸法治疗基底节区高血压脑出血 25 例疗效观察[J]. 海南医学, 2011, 22(4): 41-42.
- [6] Mendelow AD, Gregson BA, Fernandes HM, et al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supra tentorial intracerebral haematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage (STICH): a randomized trial[J]. Lancet, 2011, 365(9457): 387-397.
- [7] 袁宜荣. CT 立体定向置管抽吸法治疗双侧基底核区高血压脑出血的临床疗效[J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(6): 84-85.
- [8] 杨修昭. 立体定向置管抽吸与小骨窗开颅治疗基底节区高血压脑出血的临床对照研究[D]. 山西: 山西医科大学, 2007: 1-8.
- [9] 魏毅君, 王晓峰, 唐宗椿. 小骨窗开颅手术治疗基底节区高血压性脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(12): 743-744.
- [10] 马少彬, 黄志刚, 陈德生, 等. 立体定向术与经外侧裂小骨窗开颅术治疗高血压脑出血的临床研究[J]. 中国医学工程, 2012, 12(12): 8-10.

收稿日期: 2015-01-19