

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0162-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.074

不同方法治疗基底节脑出血的临床效果分析

苏苟大 叶伟仪

(江门市新会区中医院, 广东 江门 529100)

〔摘要〕 **目的:** 分析和研究锁孔开颅显微镜下筒状牵开器与神经内镜下治疗基底节脑出血的临床效果。**方法:** 选取2018年7月至2019年12月于江门市新会区中医院接受治疗的64例基底节脑出血患者, 根据手术方法的不同将患者分为对照组32例和观察组32例。对照组应用锁孔开颅显微镜下筒状牵开器清除基底节血肿; 观察组应用神经内镜清除基底节血肿, 比较两组的疗效。**结果:** 观察组患者的术中出血量明显少于对照组, 手术时间明显短于对照组, 血肿清除率明显高于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者的格拉斯哥预后分数(GOS)及日常生活能力分数(ADL)评分均优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 将神经内镜应用于基底节脑出血能够有效降低并发症发生率。

〔关键词〕 基底节脑出血; 神经内镜手术; 锁孔显微手术

〔中图分类号〕 R 743.34 〔文献标识码〕 B

高血压脑出血的常见症状之一便是基底节脑出血^[1]。对于一些出血量较大的基底节脑出血患者来说, 及时进行有效的治疗至关重要, 否则将会对健康造成极大的威胁, 对于疾病的主要治疗方式为血肿清除术^[2]。根据临床研究证实, 神经内镜下血肿清除术优势明显, 具有照明效果优异、影像系统及时展现广阔手术视野、切开皮层范围较小、脑组织牵拉程度较低的优点, 对于基底节脑出血实施神经内镜下血肿清除术效果确切^[3]。同时锁孔显微手术也是治疗基底节脑出血的一个常用治疗方法, 对于上述两种手术方法临床效果的优劣研究较少, 基于此, 笔者以于本院接受治疗的64例基底节脑出血患者为研究对象, 分析和研究锁孔开颅显微镜下筒状牵开器与神经内镜下治疗基底节脑出血的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年7月至2019年12月于本院接受治疗的64例基底节脑出血患者, 根据手术方法的不同将患者分为对照组32例和观察组32例。纳入标准: 全部患者经临床确诊为基底节脑出血, 符合中国脑出血诊治指南(2014)中脑出血的诊断标准^[3], 血肿体积大于30 mL。排除标准:

(1) 进行手术前格拉斯哥昏迷评分(Glasgow coma scale, GCS)小于5分患者(评分标准: 轻型颅脑损伤13~15分; 中型颅脑损伤9~12分; 重型颅脑损伤3~8分); (2) 具有出血倾向疾病史患者; (3) 具有其他神经系统疾病患者; (4) 具有其他器官严重疾病患者。观察组男19例, 女例13例, 年龄52~74岁, 平均年龄(62.03 ± 5.03)岁; 基底节出血位

置: 左侧14例, 右侧18例; 平均血肿量(36.2 ± 6.3) mL。对照组男20例, 女12例, 年龄52~73岁, 平均年龄(61.98 ± 5.12)岁; 基底节出血位置: 左侧13例, 右侧19例; 平均血肿量(36.5 ± 6.1) mL。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 应用锁孔开颅显微镜下筒状牵开器清除基底节血肿, 主要流程: 使用设备为常规显微器械和筒状透明脑牵开器。帮助患者保持头偏向健侧仰卧卧位, 与患者血肿位置结合进行手术切口未知的确定, 切口长5 cm, 为弧形^[4]。颅骨显出后钻1枚骨孔, 使用铣刀将其扩至3.0 cm×3.0 cm骨窗, 将硬脑膜呈十字剪开。在显微镜下降脑沟分离, 切开皮层长约1.5 cm左右。首先使用牵开器和锥形引导器在门门系统的帮助下锁住, 之后将透明筒状牵开器引入皮质中放入血肿腔。清除完毕后确认无遗留血肿进行止血处理。将收缩压提升20%左右, 仔细观察后确认血肿腔无出血现象, 贴敷止血纱, 固定骨髓, 逐层对皮肤切口缝合。

1.2.2 观察组 应用神经内镜清除基底节血肿, 主要流程: 使用设备为0°和30°硬质内镜、对应录像、显示器设备和相关手术器材。通过手术前计算机体层摄影(computed tomography, CT)影像进行定位, 取冠状缝前旁开中线3 cm, 手术切口为3~5 cm, 颅骨显出后钻1枚骨孔, 使用铣刀将其扩至2~3 cm大小的骨窗, 将硬脑膜呈十字剪开。切开皮层时躲避脑皮质表层的血管, 使用内镜引导器, 通过CT血肿显示位置, 首先用细穿刺器进行穿刺, 取得预期效果后将针内芯拔出, 使用注射器对血肿抽吸以降低颅内压,

〔收稿日期〕 2020-12-26

〔作者简介〕 苏苟大, 男, 副主任医师, 主要从事神经外科工作。

之后将内镜引导器放入，拿出穿刺器，使用手术台蛇形拉钩将导引器固定，将留置的导引器当作进行内镜微创手术的通道^[5]。通过内镜直视将基底节区血肿清除。清除完毕后确认无遗留血肿进行止血处理。将收缩压提升 20 % 左右，仔细观察后确认血肿腔无出血现象，贴敷止血纱，固定骨髓，逐层对皮肤切口缝合。

1.3 观察指标

(1) 对两组患者手术时间、术中出血量、血肿清除率进行比较。(2) 对两组患者术后 3 个月格拉斯哥预后分数 (Glasgow coma scale, GOS) 和日常生活能力分数 (activity of daily living scale, ADL) 进行比较, GOS 大于 4 分则说明患者临床恢复较好, ADL 大于 75 分则说明患者生活能力恢复较好。(3) 比较两组患者并发症发生率。常见的并发症为肢体功能障碍及出血。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、术中出血量、血肿清除率比较

观察组患者的术中出血量明显少于对照组, 手术时间明显短于对照组, 血肿清除率明显高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者手术时间、术中出血量、血肿清除率比较 ($n = 32, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	血肿清除率/%
对照组	233.04 ± 7.14	249.03 ± 7.53	83.00 ± 3.00
观察组	154.23 ± 10.12 ^a	183.92 ± 13.12 ^a	98.00 ± 1.00 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者 GOS 及 ADL 评分比较

观察组患者的 GOS 及 ADL 评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者 GOS 及 ADL 评分比较 ($n = 32, \bar{x} \pm s, 分$)

组别	GOS	ADL
对照组	3.01 ± 0.52	81.41 ± 8.54
观察组	4.42 ± 0.51 ^b	93.42 ± 9.63 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

注: GOS 一格拉斯哥预后分数; ADL 一日常生活能力分数

2.3 两组患者的并发症发生率比较

观察组患者的并发症发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者的并发症发生率比较 ($n = 32, 例$)

组别	肢体障碍	出血	发生率/%
对照组	2	4	18.75
观察组	0	1	3.12 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

基底节是高血压脑出血中普遍出现区域, 该症状发病率及致死率较高, 为患者及患者家庭带来巨大的负担。对于基底节脑出血进行早期治疗是一种有效的方法^[6]。目前对于基底节脑出血应用最为广泛的两种治疗方法为神经内镜手术和锁孔显微镜手术, 两种手术方法各具特点, 对于两者的比较具有较大的争议。近些年来相关学者提出管型脑牵开器治疗方法, 用于取代传统脑压板方法, 在神经外科微创手术中效果确切^[7]。当下对于显微镜下辅助筒状牵开器和神经内镜下血肿清除手术治疗基底节脑出血的对比研究较少。但是根据临床研究显示, 神经内镜下血肿清除手术优势明显, 其耗时较短, 术中出血量降低, 并且和术后并发症关系密切, 可有效降低术后并发症发生率^[8]。

本研究结果显示, 观察组患者的术中出血量明显少于对照组, 手术时间明显短于对照组, 血肿清除率明显高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的 GOS 及 ADL 评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。所以神经内镜治疗基底节脑出血均有较好的效果, 该方法手术时间较短, 同时手术过程中对脑组织的牵拉所造成的损伤较小。

综上所述, 将神经内镜治疗方法应用于基底节脑出血均能够有效降低并发症发生率, 效果确切。

〔参考文献〕

- (1) 申林, 周虎传, 卫飞, 等. 大脑中动脉水平段狭窄与基底节脑出血及脑梗死关系的临床研究 (J). 局解手术学杂志, 2019, 28(12): 964-969.
- (2) 陆一高, 沈伟, 乐海伟, 等. 自发性基底节区脑出血血肿扩大的危险因素分析 (J). 浙江创伤外科, 2019, 24(6): 1100-1103.
- (3) 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2014)(J). 中华神经科杂志, 2015, 48(6): 435-444.
- (4) 齐跃. 微创血肿清除术治疗高血压基底节区脑出血预后的影响因素分析 (J). 中国实用神经疾病杂志, 2019, 22(21): 2405-2411.
- (5) 王江波. 立体定向引导下前额锁孔入路神经内镜血肿清除术治疗高血压基底节区脑出血的短期效果 (J). 河南医学研究, 2019, 28(22): 4072-4073.
- (6) 卢乐年, 许小兵, 骆实, 等. 神经内镜与锁孔显微治疗基底节脑出血的疗效对比研究 (J). 中华神经创伤外科电子杂志, 2018, 4(5): 268-271.
- (7) 颀奎, 杨勇, 祝斐, 等. 超早期锁孔入路显微手术治疗基底节区高血压脑出血 (J). 中华神经外科杂志, 2018, 34(4): 406-408.
- (8) 齐宇, 朴松鹤, 孙志博. 神经内镜与显微手术治疗高血压基底节区脑出血的效果对比分析 (J). 黑龙江医药科学, 2019, 42(5): 83-84.