

观察颅内血肿软通道微创介入治疗技术的神经外科治疗效果

雷敏 王娜

延安大学咸阳医院, 陕西 咸阳 712000

摘要: 目的: 探究颅内血肿软通道微创介入治疗技术的神经外科治疗效果。方法: 将我院神经外科收治的 64 例脑出血患者按照治疗先后顺序分成对照组(予以硬通道微创颅内血肿清除术)、实验组(予以软通道微创介入颅内血肿清除术), 各 32 例。比较两组治疗效果及并发症发生情况。结果: 相较于对照组, 实验组治疗总有效率更高, 并发症发生率更低, $P < 0.05$, 比较有差异性。结论: 予以脑出血患者软通道微创介入血肿清除术效果颇佳, 利于患者疗效提高及并发症发生率降低, 可予以推广应用。

关键词: 颅内血肿; 软通道微创介入; 神经外科

颅内血肿为神经外科高发率危急重症之一, 其具有极高致残率、致死率, 须临床予以及时治疗^[1]。以往临床多经开颅消除血肿, 随疗效较为理想, 但因创口较大, 并发症多, 并不利于患者术后快速恢复^[2]。近年来随着微创技术的快速发展, 颅内血肿也开始广泛应用微创技术予以治疗, 并取得了良好的效果。基于此, 本文以我院收治的 64 例脑出血患者为例, 经分组治疗, 探究颅内血肿软通道微创介入治疗技术的效果, 以供参考, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院神经外科 2018 年 7 月至 2019 年 12 月收治的 64 例脑出血患者按照治疗先后顺序分成对照组、实验组, 各 32 例。所有患者均确诊为脑出血, 且患者、家属均知情同意本研究。其中, 实验组有 18 例男, 14 例女, 年龄 41-65 (53.09 ± 3.81) 岁; 出血量 15-50 (32.05 ± 3.82) ml。对照组有 19 例男, 11 例女, 年龄 43-63 (53.16 ± 3.90) 岁; 出血量 16-48 (32.47 ± 3.94) ml。两组数据经统计学计算后显示, $P > 0.05$, 可予以对比。

1.2 方法

对照组予以硬通道微创颅内血肿清除术, 即: 行局麻后, 由操作医生按照术前 CT 确定穿刺点、靶点, 以患者血肿部位为中心, 血肿所在平面即为穿刺平面, 穿刺平面垂直方向即为靶点做穿刺点于患者额部皮肤投射点, 穿刺深度为靶点与穿刺点间距。固定好穿刺针后, 行垂直进针至出现落空感, 将针拔除, 安装塑料针芯, 进针至血肿处, 吸除血肿, 可经血肿粉碎针予以冲洗, 每日进行 1-2 次血肿液化冲洗至血肿彻底清除为止。实验组予以软通道微创介入颅内血肿清除术, 即: 行局麻后, 由操作医生按照术前 CT 颅脑定位, 明确患者血肿部位, 并已血肿部位为中心行穿刺, 穿刺应避开重要血管及运动区, 再行开头皮、颅骨钻孔后, 固定好固定器, 将软引流管连接好探针轻轻抽吸血肿中心部分液化血肿, 再于手术视野头皮上将引流管固定好, 连接好引流装置后, 于血肿腔内注入 1-2 万 U 尿激酶等渗盐水, 行夹管处理, 30min 后再开放, 并按照患者病情行尿激酶反复注入操作, 并密切监测患者术后实际病情变化。

术后予以两组氧供给, 确保呼吸道畅通, 并密切监测心电图情况; 同时应结合患者实际病情予以营养液静滴、抗生素治疗等。

1.3 观察指标

比较两组治疗效果及并发症发生情况。患者治疗效果分治愈(神经功能缺损评分降幅在 90%-100%)、显著(神经功能缺损评分降幅在 46%-89%)、有效(神经功能缺损评分降幅在 18%-45%)、无效(神经功能缺损评分降幅低于 18%)、恶化(神经功能缺损评分增幅超 18%或死亡)五级, 治疗总有效率为治愈率与显著率、有效率相加。

1.4 统计学方法

以统计学软件 SPSS22.0 处理数据, 计数资料为 $n(\%)$, 经 χ^2 检验; 计量资料为 ($\bar{X} \pm s$), 经 t 检验, $P < 0.05$ 表明比较有统计学差异。

2 结果

2.1 对比两组治疗效果

相较于对照组, 实验组治疗总有效率更高, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 对比两组治疗效果[n (%)]

组别	例数	治愈	显著	有效	无效	恶化	总有效率
实验组	32	12	13	4	2	1	29 (90.63)
对照组	32	8	9	4	7	4	21 (65.63)
χ^2 值							5.851
P 值							0.016

2.2 对比两组并发症发生情况

相较于对照组, 实验组并发症发生率更低, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 对比两组并发症发生情况[n (%)]

组别	例数	出血	器官衰竭	感染	总计
实验组	32	1	1	1	3 (9.38)
对照组	32	4	2	4	10 (31.25)
χ^2 值					4.730
P 值					0.030

3 讨论

临床研究发现, 脑出血的主要诱因为血肿或血肿占位效应。因此, 临床若想提高脑出血疗效, 须及时清除血肿, 以免加重神经功能受损情况, 增加患者致残率、致死率^[3]。目前, 外科手术依旧是清除颅内血肿的主要手段, 但外科手术创伤较大, 且并发症多, 并不利于患者术后恢复。近年来, 随着微创介入手术应用于神经外科, 其已为临床所接受并被广泛用于颅内血肿清除治疗中。目前, 微创介入治疗颅内血肿包括硬通道、软通道两种。硬通道密闭性较好, 且抽吸血肿能力较强, 不会使负压抽吸管腔出现塌陷情况; 此外其穿刺针可有效切除固定、半固态血肿, 并使液化血肿快速排出; 但其灵活性不高, 无法及时调整穿刺针方向进而将残留血肿引流出^[4]。相比硬通道, 软通道灵活性更好, 可及时对进针方向、角度予以调整, 且其针管为硅胶制作, 较为柔软, 不会对脑组织造成二次损伤^[5]。本文研究中, 笔者分别予以了对照组、实验组硬通道及软通道血肿清除治疗。研究结果显示, 相较于对照组, 实验组治疗总有效率更高, 并发症发生率更低, $P < 0.05$, 比较有差异性。由此可见, 软通道微创介入血肿清除术在治疗脑出血上效果更佳。但需要注意的是, 软通道密闭性不高, 较易在抽吸时使管腔塌陷, 且其仅能清除液态血肿, 无法有效抽吸固态、半固态血肿, 还有待临床进一步深入探究其疗效。

综上所述, 予以脑出血患者软通道微创介入血肿清除术效果颇佳, 利于患者疗效提高及并发症发生率降低, 可予以推广应用。

参考文献

- [1] 扶元森. 软通道微创介入治疗颅内血肿的有效率及病死率观察[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(14): 76.
- [2] 单春格, 周艳宏, 李鹏强. 软通道微创介入治疗颅内血肿 86 例的体会[J]. 中国社区医师, 2016, 32(05): 23-24.
- [3] 黄毅, 邓景阳, 邱子文. 软通道微创介入血肿清除术治疗高血压脑出血的有效性[J]. 中国医药科学, 2019, 9(24): 226-228.
- [4] 廖世才. 软通道微创介入治疗高血压脑出血的疗效及安全性分析[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(18): 2870-2872.