

研究神经介入联合显微神经外科治疗重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血的临床疗效

王娜 雷敏

延安大学咸阳医院, 陕西 咸阳 712000

摘要:目的:探究神经介入联合显微神经外科治疗重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血的临床疗效。方法:选取我院2017年7月至2019年7月收治的64例重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者作为研究对象。将所有患者随机分成对照组(行常规治疗)与实验组(行神经介入联合显微神经外科治疗),各32例。比较两组预后效果及并发症发生情况。结果:相比对照组,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:予以重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者神经介入联合显微神经外科治疗效果确切,可有效改善患者病情并降低患者并发症发生率,临床应用价值较高,可予以推广。

关键词:神经介入;显微神经外科;重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血

动脉瘤性蛛网膜下腔出血(aSAH)为急性脑血管病之一,其可损伤中枢神经、全身多脏器,极大影响患者生活质量及生命安全^[1]。其中,重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血(SaSAH)具有起病急、病情重、进展快、致残率及致死率高等特点,已成为临床高度关注的疾病。以往临床对经夹闭、切除动脉瘤等手术予以治疗,但因重症患者本身神经功能差,手术难度及风险更高,术后死亡率也随之升高^[2]。因此,如何有效

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

2 结果

2.1 对比两组预后效果

由表1可知,相比对照组,实验组治疗总有效率更高, $P < 0.05$, 比较有差异性。

表1 对比两组预后效果[n(%)]

组别	例数	恢复良好	轻度残疾	中度残疾	重度残疾	植物生存	死亡	总有效率
实验组	32	8	10	7	6	1	0	25 (78.13)
对照组	32	1	3	4	8	8	8	8 (25.0)
χ^2 值								18.080
P 值								<0.01

治疗 SaSAH 患者一直是临床研究的重点。基于此,本文以我院收治的64例 SaSAH 患者为例,经分组治疗,探究神经介入联合显微神经外科治疗的效果,以供参考,现阐述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2017年7月至2019年7月收治的64例重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者作为研究对象。将所有患者随机分成对照组与实验组,各32例。本研究已经我院医学伦理委员会批准同意,所有患者均确诊为动脉瘤性蛛网膜下腔出血,均知情同意本研究,并已排除恶性肿瘤、脏器严重功能障碍等患者。其中,实验组有18例男性患者,14例女性患者,年龄52-74岁,平均年龄(60.73±8.79)岁; Hunt-Hess 分级:15例V级,17例IV级。对照组有20例男性患者,12例女性患者,年龄53-72岁,平均年龄(60.89±8.85)岁; Hunt-Hess 分级:14例V级,18例IV级。两组患者的基础数据经统计学计算后显示, $P > 0.05$, 比较无统计学差异,可予以对比。

1.2 方法

对照组行常规治疗,按照数字造影检查结果在确定病变部位后选择行保守治疗、外科手术、单纯血管内治疗。其中,保守治疗为:应用尼莫地平脑血管痉挛预防,并止血剂行再出血预防,同时叮嘱患者呈绝对卧床休息装填,并予以降血压与颅内压及营养强化支持、对症治疗等。实验组行神经介入联合显微神经外科治疗,即:经数字造影确定病变部位后选择适宜方式行动脉瘤神经介入治疗,再经神经外科显微技术确定病变血肿部位并予以血肿清除,再将引流管置入脑枕叶处行颅内减压术,并将脑膜张开将血肿引出,再缝合脑膜,将颅内压强复原即可。

1.3 观察指标

比较两组预后效果及并发症发生情况。治疗后6个月,参考格拉斯哥昏迷(GOS)分级评分法对患者预后予以评定,共分恢复良好、轻度残疾、中度残疾、重度残疾、植物生存、死亡五级,治疗总有效率为恢复良好率+轻度残疾率+中度残疾率。

1.4 统计学方法

2.2 对比两组并发症发生率

由表2可知,相比对照组,实验组并发症发生率更低, $P < 0.05$, 比较有差异性。

表2 对比两组并发症发生率[n(%)]

组别	例数	再出血	颅内感染	脑血管痉挛	总计
实验组	32	1	1	0	2 (6.25)
对照组	32	3	3	5	11 (34.38)
χ^2 值					7.819
P 值					0.005

3 讨论

动脉瘤破裂较易诱发重症蛛网膜下腔出血,该病预后较差,且致残率、致死率极高。有数据显示,蛛网膜下腔出血中约有20%为 SaSAH。以往临床对予以患者保守治疗,但效果较差,死亡率可达90%以上,并不利于患者预后提高。而外科手术、单纯血管内治疗虽可夹闭或切除动脉瘤,但对 SaSAH 患者来说,其自身神经功能评分较低且肿胀显著,手术风险及难度均更高,术后再出血、脑血管痉挛或颅内高压情况较易出现,也可对患者生命安全造成威胁。近年来随着医疗技术及显微技术的不断发展,有研究发现,经神经介入及手术治疗可在一定程度上改善 SaSAH 患者病情。神经介入手术不易受术前 SaSAH 患者神经状态所影响,且术后不会使脑组织受损情况加重,可有效降低患者术后再出血、加快患者脏器功能恢复。但临床研究发现,单纯采取神经介入治疗患者死亡率依旧较高,这可能与患者出血严重程度相关。而显微外科技术可使血肿占位效应得以显著降低,从而阻止因颅内压增加所致的恶性循环,并使术中脑组织牵拉得以降低,进而使大脑结构功能得以保持,若于短期内将血肿清除还可避免脑血管痉挛发生。本文研究中,笔者予以了实验组患者神经介入联合显微神经外科治疗,研究结果显示,相比行常规治疗的对照组,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,在提高 SaSAH 患者疗效上神经介入联合显微神经外科治疗效果显著。

综上所述,予以重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者神经

介入联合显微神经外科治疗效果确切,可有效改善患者病情并降低患者并发症发生率,临床应用价值较高,可予以推广。

参考文献

[1]王丽春.神经介入联合显微神经外科治疗重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血的临床疗效研究[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(56):25-27.

[2]黄绪鑫,周立云,连宗德,等.神经介入配合显微神经外科手术治疗重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血的效果观察[J].中国临床新医学,2017,10(05):461-463.