

分析神经外科手术治疗高血压脑出血的临床效果

邓义俊

(黔西县人民医院 551500)

摘要：目的：分析神经外科手术治疗高血压脑出血的临床疗效。方法 从某院高血压脑出血患者中选择 70 例，并将 70 例高血压脑出血患者随机分为对照组和实验组，每一组的病例为 35 例。针对实验组的高血压脑出血患者采取小骨窗开颅手术治疗方法，而对照组则采用立体定向颅内血肿穿刺抽吸引流手术治疗方法，将对照组和实验组的患者的治疗效果在一定的标准下进行对比。结果 实验组的高血压脑出血患者接受了小骨窗开颅手术之后，患者术后恢复情况相较于对照组更好，尤其是在血肿体积、生活能力，以及其他并发症的情况方面具有明显的优势，对照组和实验组的高血压脑出血患者的术后情况存在差异，此差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 小骨窗开颅手术在治疗高血压脑出血方面能够起到很明显的的作用，值得在临床医疗中加以推广应用。

关键词：神经外科；高血压脑出血；临床效果；手术

引言

随着我国经济水平的提升，很多人的生活变好了，摄入的营养过剩，给身体增加了一定的负担，患上高血压、高血糖、高血脂的人越来越多。高血压作为危及人们健康的问题，容易诱发脑出血，从相关数据来看，我国因为高血压脑出血住院的患者越来越多。高血压脑出血已经成为高发性疾病，属于心脑血管类疾病中占比非常大的一种疾病。此外高血压脑出血不仅仅具有高发病率，还具有高复杂性特点。高血压脑出血容易在人的小脑、丘脑、壳核、脑干等器官中发生，一旦发生则会对机体的中枢神经造成消极影响。如果发生了高血压脑出血疾病且没有得到及时的救助和治疗，则可能导致患者出现微动脉瘤，其他并发症的发生几率也比较高。正因为这些十分现实的原因，令高血压脑出血的研究越来越多，在神经外科手术治疗的过程中也十分注重临床经验的积累，为进一步完善和优化高血压脑出血的治疗技术打好了基础。本文在这些研究成果、临床报告以及其他研究结论的基础之上，选择了某院 70 例高血压脑出血患者，将其分为各 35 例的对照组和实验组，在保障治疗效果的基础之上，选择了两种不同的手术治疗方法，以求从对照组和实验组的患者手术之后的恢复情况中找出问题，将两种手术治疗方法进行对比、分析，希望能够得出最有利于高血压脑出血患者治疗效果提升的结论，为指导临床工作贡献力量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

结合本研究的需求进行了资料的选择与筛查。从某院神经外科 2019 年 1 月到 2021 年 1 月收取治疗的高血压脑出血患者中选择了 70 例患者，并采用随机划分方法将其分为两组，即对照组 35 例，实验组 35 例。对照组中的男性有 20 例，而女性则有 15 例，高血压脑出血的患者的年龄集中在 39~82 之间，高血压脑出血患者的出血量在 30ml~123ml 之间。实验组同样是 35 例，其中女性患者为 17 例，男性患者为 18 例，患者的年龄集中在 41~85 岁之间，高血压脑出血患者的出血量在 34ml~119ml 之间。将对照组和实验组的高血压脑出血患者的一般资料进行统计分析，并不存在差异性 ($P > 0.05$)，具有统计学意义，能够对分析神经外科手术手术治疗高血压脑出血的临床效果产生积极意义。

1.2 方法

对照组中的高血压脑出血患者采用立体定向颅内血肿穿刺抽吸引流手术。采用此种手术的时候需要对高血压脑出血患者进行局部麻醉，确保手术顺利开展。手术之前需要对患者进行 CT 扫描定位，有了具体的标记之后进入到手术切口的确定，穿刺点的确定则以患者的血肿中心到头皮最近的点为基准。三孔硅胶细软引流管要提前准备好，并在手术过程中放置在血肿中心位置，按照标准和要求抽吸患者的血性液体，保持缓慢的抽吸速度，为了达到良好的抽吸效果，可以将三孔硅胶细软引流管固定起来，这样也可以方便给患者的血肿内注入尿激酶，通常以 2 万~5 万 U 的注入量为准，需根据患者的实际情况调整注入量。当这些手术过程中充分完成之后，需要安排护士在医生的指导下观察患者的引流情况，对患者的情况保持实时动态的监测，确保监测记录的精确性，以便于为患者后续病情以及恢复情况评估。通常高血压脑出血患者的引流时间已经到了 5~6d 之后，即可拔出三孔硅胶细软引流管。为了更进一步了解患者的病情，需要对患者进行 CT 扫描。一般情况下高血压脑出血患者在术后七天即可根据患者的 CT 扫描报告决定是否进行手术切口的缝线拆除。

实验组中的高血压脑出血患者则采用小骨窗开颅手术。具体在临床医疗中进行应用的时候需要提前做好准备工作，对手术医生的要求比较高。一开始需要对高血压脑出血患者进行全身麻醉，这里与对照组的高血压脑出血患者存在明显不同。全身麻醉之后的患者需要保持仰卧位，并且要让护理人员抬高患者的肩部，令患者的头部偏向健侧，为了避免患者的体位影响到手术的进度，可以将其头部固定在健侧，从而有效地暴露患者的血肿部位，方便医生操作。实验组的高血压脑出血患者所采用的小骨窗开颅手术确定手术切口时也与对照组不同，通常都是选择患者额前作为入路，要在患者的颞骨处钻上一个孔，医生这时需要用铣刀行出一个切口，切口呈现十字型，切口的长度与切口的宽度分别为 5cm、4cm。在此手术方法的过程中需要应用到脑镜，有效协助医生的操作。脑镜可以方便医生迅速行出一个长度、宽度都保持在 2.5 cm 的脑窗，采用这种方法对于高血压脑出血患者的大脑动脉分支具有一定的保护作用，同时也能够提高高血压脑出血患者的血肿吸除效果。不同的高血压脑出血患者的出血位置可能不同，一些出血位置在小脑或者枕叶的患者接受此手术的时候，入路的确定非常关键，要求医生非常细心谨慎，为了保障手术治疗的效果应当在高血压脑出血患者血肿位置的近处作为入路，促使开颅手术的顺利进行，最大程度地消除患者的血肿。患者接受了此手术之后，医生与指派专业的护理人员对患者的临床表现进行监测、记录，从这些数据中判断患者是否需要采用抗生素进行治疗，采用抗生素治疗的目的是预防患者发生感染，提高患者术后的恢复效果。

1.3 观察指标

对照组和实验组的高血压脑出血患者各自采用的手术治疗方法具有不同的地方，为此结合前面的分析确定两组患者的血肿体积、生活能力、并发症发生情况等具有可对比性，为此观察指标就是患者的血肿体积、生活能力、并发症发生情况。

1.4 统计学方法

为了保障分析结果的准确性，本研究采用了 SPSS19.0 作为分析软件，并采用此软件对实验组、对照组的研究数据进行了处理。

2 结果

从实验组与对照组患者在治疗 7d 以后的血肿体积、生活能力以及并发症发生情况来看，实验组患者在 7d 以后的血肿体积保持在 (19.44 ± 9.34) ml，到了 14d 以后，实验组患者的血肿体积维持在 (11.23 ± 7.45) ml。实验组脑出血患者出现并发症的仅仅 1 例，占比保持在 2.86%，而对照组的高血压脑出血患者出现并发症的有 9 例，占比达到了 25.71%。实验组与对照组的高血压脑出血患者在手术之后的生活能力对比结果中显示出，实验组有 26 例患者的生活能力恢复到了一级标准，有 7 例患者的生活能力恢复到了二级标准，仅有 2 例患者的生活能力维持在三级标准，与对照组的患者相比具有明显的优势。从这些看出实验组所采用的手术治疗方法相较于对照组患者所采用的手术治疗效果更好，优势更明显，两组差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，如下表所示。

实验组和对照组患者临床效果对比分析表

组别	例数	血肿体积 (治疗生活能力 (治疗后))	并发症 (治疗后)	一级 (26) 二级 (7)
实验组	35	11.23 ± 7.45 ml	1 例	一级 (16) 二级 (6)
对照组	35	15.23 ± 8.45 ml	9 例	

3 讨论

高血压脑出血作为脑血管中病死率、致残率都非常高的疾患,对人力的威胁极大。随着医疗技术水平的发展和进步,国内外针对高血压脑出血的治疗不断研究,已经有了众多医学机构对其进行临床实验,但是高血压脑出血的病死率、致残率仍然非常高。从相关数据来看,患上了高血压脑出血的患者即使接受了神经外科手术治疗并存活,但仍然残留不同程度的残疾。随着人们日常生活方式的改变,生活压力的增加,高血压脑出血发病逐渐年轻化,为此需要对其加以重视。很多高血压脑出血患者的年龄集中在 50~60 岁之间,这一年龄阶段的人们出现高血压脑出血的疾患,与其生活方式存在紧密联系,很多患者在发病时存在过度兴奋、过度屏气用力、过度兴奋等情况。高血压脑出血这一疾病的起病急骤,能够得到及时救助的患者比较少。

结合高血压脑出血患者的基本情况,本文介绍了小骨窗开颅手术和立体定向颅内血肿穿刺抽吸引流手术这两种在高血压脑出血临床治疗中常见的手术方式进行分析。在临床治疗中一些医生会根据患者的实际情况选择开颅治疗或者保守治疗的方式,产生的效果不一。当前这些治疗方式的效果达到了最大程度的发挥,但是不可忽视的是很多治疗手术产生的弊端,影响着高血压脑出血患者的愈合效果,也增加了很多高血压脑出血患者的并发症发生率,对其生活能力也会产生消极的影响。本文从各种实验数据的对比分析结果总结认为在高血压脑出血患者的治疗中采用小骨窗开颅手术具有预期的手术效果,值得推广应用。首先是小骨窗开颅手术本身的性质和特点,此种手术对医生的技术要求比较高,但是因此手术的操作时间相对较短,所以无论是对医生还是对患者都具有极大的好处。此外小骨窗开颅手术在应用过程中可以确保高血压脑出血患者尽快得到止血,并且可以方便医生定位手术切口。在此手术中会应用脑镜,脑镜可以提高医生清除血肿的效率,因为脑镜可以保证直视条件的需求得到满足。在这样的状态下进行患者出血部位的处理,以及血肿的清除自然可以起到事半功倍的效果,可以充分保护血肿部位以及出血部位周围脑组织的安全性。除此之外,采用此种手术还可以降低颅骨钻孔给患者造成的消极影响,为患者的预后恢复打好基础。采用小骨窗开颅手术的时候确定患者学中的中心即可以确定手术中点,对于提高手术的整体效率具有积极作用。开颅的位置同样可以从颅骨与血肿外之间的最小距离加以确定,对于患者的血肿清除,以及弱电

凝止血措施的采用都具有积极的意义。此手术对于患者造成的伤害较低,而且可以降低并发症的发生几率,在临床医疗中占据着重要的地位,应用的经验也越来越丰富,能够为后续的高血压脑出血治疗方法的研究提供充分全面的数据,加快我国医疗行业的发展和进步。

结合小骨窗开颅手术的应用情况来看,当患者接受了此手术之后,为了有效控制并发症的发生几率,提高患者的生活能力,则需要做好相应的预防护理。由于高血压属于脑出血的重要病因,尤其是当患者存在持续性高血压的情况时,一旦出现了过度用力、过度激动、过度紧张等问题的时候,都容易增加脑出血的几率。所以在日常预防中需要将血压控制在标准范围内,也要避免血脂、血糖以及血粘度等的增高。要积极宣传科普高血压脑出血的相关健康知识,提高人们的自我保健意识,增强人们的自我保健能力。同时针对高血压脑出血患者则应当采取定期随访、敦促治疗的措施,通过增强高血压脑出血病人的自我预防、自我管理意识来增强他们的术后恢复能力,降低高血压脑出血疾病导致的致残率。并促使高血压脑出血病人在手术之后尽快调整生活饮食方式,保持规律的生活、轻松愉悦的心情,促进健康的恢复。

参考文献

- [1]宋迎,郑慧军.综合护理干预对于神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果分析[J].实用中西医结合临床,2021,21(20):155-157.DOI:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.20.074.
- [2]刘俊,马飞,秦智勇.冠状缝前入路神经内镜手术与外侧裂入路开颅手术治疗基底节区高血压脑出血的临床效果对比[J].中国社区医师,2021,37(06):46-47.
- [3]张开鑫,方宪清,程彪,吕爱宾,胡英明,王希,程志坚,宋泽武,李立新.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血患者的疗效分析[J].临床神经外科杂志,2020,17(04):434-438.
- [4]武大玲.综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(21):111.DOI:10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2020.21.091.
- [5]薛瑶琴,叶春游.综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果评价[J].中外医学研究,2020,18(03):81-83.DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2020.03.034.