

# 标准大骨瓣开颅减压术治疗颅脑外伤的临床效果

陈大鹏

(遵义市播州区人民医院 563100)

**摘要:** 目的: 探讨大骨瓣在头颅损伤中的应用价值。方法: 收集 2018 年 1 月-2021 年 1 月住院的 70 例颅脑损伤病人, 并将其分成两组 35 例。采用传统的骨瓣减压法和传统的大骨瓣开颅减压法, 将两组患者的颅内压、神经功能指标和临床效果进行对比。结果: 术后 1.3,7 天, 治疗组比治疗组的脑组织压力降低 ( $P<0.05$ ); 两组患者的总有效率均显著低于两组 ( $P<0.05$ ); 结论: 标准大骨瓣开颅减压对颅脑损伤有明显的疗效, 可有效地降低病人的颅内压, 使病人的神经功能得到明显的改善, 是一种值得在临床上推广的方法。  
**关键词:** 标准大骨瓣开颅减压术; 颅脑外伤; 临床效果

颅脑损伤是一种较为普遍的严重、复杂、多变的脑部损伤, 是目前的治疗热点和难点<sup>[1-2]</sup>。外科是创伤性脑损伤的首要选择, 探索一种安全、高效的外科方法尤为必要<sup>[3]</sup>。常规的大骨瓣切除可有效的去除坏死的脑部及颅内淤积的血液, 但由于其自身的调控作用, 使其在手术过程中伴随着部分的运动、运动、运动等方面的损伤, 因此, 寻找合适的手术方法对改善创伤性颅脑损伤的长期生存至关重要<sup>[4]</sup>。我们选择 2018 年 1 月-2021 年 1 月间 70 名创伤性颅脑损伤病人, 探讨其应用于创伤性颅内损伤的疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2018 年 1 月-2021 年 1 月间我院住院的 70 例颅脑损伤病人, 将其随机分成两组, 分别为 35 例和 35 例。观察组 25 名男性患者, 10 名女性患者; 年龄 23~72 岁, 平均年龄 (47.51 ± 1.32) 岁。对照组男 24 例, 女 11 例; 年龄 24~72 岁, 平均年龄 (48.22 ± 1.32) 岁。两组临床资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。此项试验已经获得我院道德委员会的认可。入选条件: ①格拉斯哥昏迷指数 (grasgaugrowth syndrome, GCS) 得分 < 8; ②病人或家庭成员在手术前均已知情同意, 并在手术中签字。排除标准: ①有认知障碍, 凝血功能障碍; ②有手术禁忌症的病人。

### 1.2 方法

对照组为常规骨瓣减压法。麻醉后, 在病人的颞顶、额颞叶及额叶上分别切开一个小口子, 在病人的额叶上、额叶上和额叶上分别切开一个小口子。对照组均行大骨瓣标准开颅骨减压<sup>[5]</sup>。在病人的脸颊上方 1 cm 处开一个切口, 切口向下, 一直到正中线, 然后沿着正中线, 一直到额头的发际内侧。采用含颞肌的骨瓣法或自由骨瓣法, 将全部的颞骨及鳞状组织全部咬下, 移除骨瓣法, 同时清除硬膜外的血肿。在额前部将硬脑膜剖开, 做一个 T 字形切口, 将硬脑膜下和脑内的血肿全部切除, 在去除了病变之后, 使用脑压板轻轻抬起颞叶底面, 并用 0.9% 的氯化钠溶液进行多次冲洗。

### 1.3 观察指标

临床疗效判定标准, 显效: 治疗后, 患者临床症状消失; 有效: 治疗后, 患者临床症状缓解; 无效: 治疗后, 患者临床症状加重。总有效率 = 显效率 + 有效率。

### 1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS24.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 率计数资料采用  $\chi^2$  检验, 并以率 (%) 表示, ( $P<0.05$ )。

## 2 结果

### 2.1 两组术后颅内压水平对比

术后 1.3,7 天, 实验组的脑组织中的水份比对照组的脑组织中的水份要低 ( $P<0.05$ ), 两组较有显著性差异 ( $P<0.05$ )。

表 1 两组术后颅内压水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ , mmH<sub>2</sub>O)

组别	例数	术后 1d	术后 13d	术后 7d
观察组	35	303.24 ± 2.54	264.54 ± 2.00	216.35 ± 2.14
对照组	35	430.44 ± 1.98	388.45 ± 2.87	324.25 ± 2.65
t	-	12.654	14.365	15.652
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.2 两组患者临床疗效对比

两组患者的总有效率均明显优于两组,  $P<0.05$ , 见表 2。

表 2 两组患者临床疗效对比 (n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	28 (80.00)	6 (17.14)	1 (2.86)	34 (97.14)

对照组	35	17 (48.57)	5 (14.29)	13 (37.14)	22 (62.86)
t	-	13.254	13.698	14.012	14.555
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

## 3 讨论

头皮血肿、颅骨骨折、脑挫裂伤、颅内血肿、头皮撕脱伤、头皮裂伤及头皮裂伤等都是因为受到了外界暴力的直接或间接作用于头部而造成的伤害<sup>[6-8]</sup>。目前, 临床上主要采用的是外科手术, 但传统的开颅术具有创伤大、并发症多、致残率高等特点, 限制了其在临床上的应用。采用大骨瓣进行减压, 可有效地减轻血肿对脑干的压力, 提高脑部氧分压, 提高脑血流量, 防止血肿等并发症的发生<sup>[9]</sup>。标准大骨瓣开颅减压的优点是: ①可选择的术式较广, 可以有效地控制术中的出血量, 减少延迟性颅内血肿的发生; ②充分的外部减压, 减轻颅内压力, 防止手术中由于骨瓣过小而造成的脑膨出, 造成嵌顿、坏死; ③有助于手术中损伤部位的脑部坏死区的完全清除<sup>[10]</sup>。结果表明: 术后 1.3,7 天, 实验组的脑组织中的水份比对照组的脑组织中的水份要低 ( $P<0.05$ ); 结果: 两组的总有效率均明显优于两组,  $P<0.05$ ; 常规的开颅术中, 因血肿位置及挫裂伤等因素, 对小骨窗进行减压, 但其减压效果并不理想, 而且在除去血肿及坏死组织的过程中, 还需要将正常脑组织切除, 这会对病人的神经功能造成一定的影响, 也会导致因减压后脑组织缺血再灌注而导致的脑膨出及嵌顿等并发症的发生。相对于常规的大骨瓣减压手术, 大骨瓣减压手术具有更高的安全、更好的疗效和更好的术后神经功能。大骨瓣标准开颅减压在颅脑损伤中具有较好的疗效, 可明显降低颅内压力, 提高病人的生活质量。

### 参考文献:

- [1]Wang X,Gao Z , Li L , et al. Clinical efficacy of flap transfer coverage in the treatment of vesicovaginal fistula[J]. International Urogynecology Journal, 2023;1-6.
- [2]林绘周迺黄炳锋. 标准大骨瓣开颅减压术治疗颅脑外伤的临床效果[J]. 当代医学, 2022, 28(10):38-40.
- [3]Li G ,Zhang L,Qian J, et al. Clinical study of skull repair in different periods after craniocerebral injury with bone flap decompression[J]. Minerva surgery, 2021.
- [4] 陈小标李彦. 标准大骨瓣减压术治疗重型脑外伤的临床研究[J]. 医药界, 2021, 000(015):P.1-1.
- [5] 周妙兵贾根来. 标准大骨瓣开颅手术对颅脑损伤患者的疗效及颅内压水平, 并发症的改善分析[J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2021, 018(004):233-236.
- [6]Yokota H,Wajima D,Ida Y . Lumbo-sacral subdural hematoma associated with cranial subdural hematoma and craniocerebral surgery: three cases and a systemic literature review[J]. Neurochirurgie, 2021.
- [7] 张建飞, 张丽霞, 李小静, et al. 改良标准大骨瓣减压手术在开颅手术中的应用效果观察[J]. 饮食保健 2021 年 12 期, 36 页, 2021.
- [8]Zhao D,Zhang H,Li J . Clinical study of skull repair in the treatment of epilepsy after bone flap decompression in patients with severe brain injury[J]. Panminerva Medica, 2021.
- [9] 倪世慧孙飞郭娜贾宇锋. 标准大骨瓣减压术治疗颅脑外伤的临床效果研究[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(1):35-37.
- [10]Unnithan A K A . A brief review of dural venous sinus injury with a short case series[J]. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 2022, 58(1):1-10.