

神经外科手术治疗高血压脑出血临床疗效的分析

李建飞

(湖北老河口市第一医院神经外科 441800)

摘要: 目的: 分析神经外科手术治疗高血压脑出血临床疗效。方法: 对我院收治的高血压脑出血患者进行研究。根据治疗方案不同将患者分为参照组(开颅手术)与实验组(微创手术)。观察两组NIHSS评分、GOS评分、ADL评分、手术相关指标及术后并发症。结果: 治疗前, 两组NIHSS评分、GOS评分以及ADL评分均无明显差异, $P > 0.05$; 治疗后, 实验组NIHSS评分(5.12 ± 0.25)分低于参照组的(8.25 ± 0.25)分, GOS评分(35.12 ± 2.12)分以及ADL评分(71.21 ± 3.21)分, 均高于参照组的(29.26 ± 2.09)分、(60.25 ± 3.25)分, $P < 0.05$ 。实验组手术时间(43.22 ± 10.05)min、住院时间(15.98 ± 0.51)d, 均短于参照组的(63.26 ± 12.03)min、(22.83 ± 1.21)d, $P < 0.05$; 实验组术中出血量(120.93 ± 14.18)ml、切口长度(3.09 ± 1.12)cm, 均低于参照组的(335.11 ± 25.23)ml、(15.92 ± 2.02)cm, $P < 0.05$ 。实验组术后并发症发生率6.67%, 低于参照组的26.67%, $P < 0.05$ 。结论: 微创手术更利于改善高血压脑出血患者症状, 且手术安全性更高, 术后并发症发生率更少, 更值得推广。

关键词: 神经外科; 开颅手术; 微创手术; 高血压脑出血; 临床疗效

脑出血是指原发性的、非外伤性的脑实质的出血, 约占脑卒中20%~30%^[1-3]。可根据出血部位的不同分为大脑半球的出血, 小脑出血和脑干出血等。引起脑出血的常见病因是高血压合并动脉硬化^[3-4]。动脉硬化致使血管弹性降低、血管管壁增厚、血管管腔变得狭窄, 当血压突然升高时, 失去弹性的血管容易产生破裂, 进而诱发脑出血。同时如果本身存在脑血管畸形, 容易对局部脑组织的血流造成阻碍, 很容易导致血压升高或诱发血管瘤, 就很可能造成脑出血。血管瘤是在血管壁局部膨出而产生瘤状组织, 在血管瘤血管最薄弱的部位, 而高血压会引起血管内壁发生病理性改变, 从而容易导致血管破裂出血而诱发脑出血。高血压脑出血常见的症状包括头痛、呕吐、肢体偏瘫、语言功能障碍、眼底出血、意识障碍等。临床对于高血压脑出血的治疗主要根据脑出血的出血量和出血部位的不同而选择不同治疗方案。最主要的目的是清除血肿, 降低颅内压, 尽可能减少对脑神经的损伤^[5-6]。目前临床对于高血压脑出血的手术治疗主要可分为开颅血肿清除术、微创手术以及去骨瓣减压术三种, 当然部分患者可以采用脑室引流及血块溶解术, 虽然可以引流出脑室内血液, 但难以保证引流通畅, 且由于此脑室引流较为缓慢, 单纯使用的效果较差。因此, 在临床应用较少。开颅血肿清除术可以有效减压, 改善患者功能, 降低患者二次伤害的风险。但开颅手术对机体存在的创伤较大, 术后易发生并发症, 如切口感染、颅内感染等, 从而不利于术后恢复。同时近年来外科快速康复理念的不断深入, 限制了开颅血肿清除术在临床中的应用。去骨瓣减压术是在其他手术不可用或不可行时的最后手段, 用以提高患者存活率。微创手术治疗虽然具有一定的创伤性, 但是相比开颅手术创伤微乎其微, 又比保守治疗的效果显著, 非常适合在基层医院开展该技术, 因此在临床上更适宜推广。本研究通过对120高血压脑出血患者进行研究, 分析微创手术与开颅手术的临床效果。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

对我院2022年1月-2022年12月所收治的120高血压脑出血患者进行研究。根据治疗方案不同将患者分为参照组(60例)与

实验组(60例)。参照组男性40例, 女性20例, 年龄最小40岁, 最大74岁, 平均年龄为(57.12 ± 1.25)岁。实验组男性38例, 女性22例, 年龄最小41岁, 最大75岁, 平均年龄为(58.05 ± 1.93)岁。两组资料无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

参照组实施开颅手术: 全麻满意后, 根据患者实际情况给予不同切口方式, 包括直切口、弧形切口、问号形切口等。切开皮肤及肌肉, 暴露颅骨。采用颅骨钻在颅骨上钻孔4-5个, 使用铣刀切开颅骨, 暴露硬脑膜, 皮层造瘘进入血肿腔, 分块吸除血肿后使用双极电凝止血, 观察无活动出血后逐层缝合关颅。

实验组实施微创手术: 术前对头部进行CT检查, 明确血肿部位和范围, 寻找适宜的穿刺点和穿刺路径。颅骨钻孔, 将带内芯的引流管置入到达血肿最深处, 拔掉针芯, 用5ml注射器进行缓慢抽吸, 分次抽取血肿量的三分之一后, 切开旁5cm皮下潜行引出引流管并固定, 逐层缝合手术切口, 引流管接防虹吸引流装置。术后次日复查头部CT后根据情况通过三通阀向血肿腔内注入生理盐水稀释后的尿激酶, 夹闭引流管, 3小时后进行开放引流, 术后开放引流4小时, 在这一过程严格消毒, 并严密监测患者神志瞳孔及生命体征变化和血肿消除效果。

1.3 观察指标

观察两组NIHSS评分^[7]、GOS评分^[8]、ADL评分^[9-10]、手术相关指标及术后并发症。

1.4 统计学分析

采用SPSS 27.0对数据处理, 计数、计量分别采用%、($\bar{x} \pm s$)表示, 使用 χ^2 校检; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗前后NIHSS评分、GOS评分以及ADL评分对比
治疗前, 两组NIHSS评分、GOS评分以及ADL评分均无明显差异, $P > 0.05$; 治疗后, 实验组NIHSS评分低于参照组, GOS评分以及ADL评分均高于参照组, $P < 0.05$, 详见表1。

表1 两组治疗前后NIHSS评分、GOS评分以及ADL评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIHSS 评分		GOS 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	60	12.25 ± 1.25	8.25 ± 0.25	22.25 ± 1.25	29.26 ± 2.09	45.14 ± 2.12	60.25 ± 3.25
实验组	60	12.31 ± 1.36	5.12 ± 0.25	22.38 ± 1.64	35.12 ± 2.12	45.01 ± 2.26	71.21 ± 3.21
t 值		0.251	68.574	0.488	15.247	0.324	18.584
P 值		0.400	0.000	0.313	0.000	0.372	0.000

2.2 两组手术相关指标对比

实验组手术时间、住院时间均短于参照组, $P < 0.05$; 实验组术中出血量、切口长度均低于参照组, $P < 0.05$, 详见表2。

表 2 两组手术相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	切口长度 (cm)	住院时间 (d)
参照组	60	63.26 ± 12.03	335.11 ± 25.23	15.92 ± 2.02	22.83 ± 1.21
实验组	60	43.22 ± 10.05	120.93 ± 14.18	3.09 ± 1.12	15.98 ± 0.51
t 值		9.902	57.323	43.027	40.408
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组术后并发症发生情况对比

实验组术后并发症发生率 6.67%，低于参照组的 26.67%， $P < 0.05$ ，详见表 3。

表 3 两组术后并发症发生情况对比 (n/%)

组别	例数	失语	偏瘫	再出血	发生率
参照组	60	7 (11.67)	4 (6.67)	5 (8.33)	16 (26.67)
实验组	60	1 (1.67)	1 (1.67)	2 (3.33)	4 (6.67)
χ^2 值					8.640
P 值					0.003

3. 讨论

随着人口老龄化现象的加剧，我国慢性疾病发生率明显增加，其中以高血压最为常见，发生率可达 27%，在 65 岁以上人群中甚至可达 50%^[11]。而高血压是心脑血管疾病的重要因素，相关研究表明，在脑出血患者中约 95% 患者存在高血压。主要是由于长期高血压会导致血管发生硬化，增加血管脆性，降低耐受性。同时血压的不稳定会不断刺激血管，当达到血管临界值时会直接引起血管破裂。而一旦发生脑出血，会导致正常组织受到明显的压迫，甚至会导致中线出现移位，有可能形成脑疝危及生命的。同时脑出血如果发生在内囊等部位，患者会出现肢体的瘫痪，一般是偏瘫为主，如果偏瘫比较明显，患者可能需要长期卧床，这样有可能造成肌肉萎缩、关节的畸形、褥疮、下肢深静脉血栓形成等风险，严重时危及患者的生命。高血压脑出血也会引起患者出现语言功能障碍，无法正常交流。除此之外还有可能导致患者出现性格改变，出现明显的焦虑抑郁等情绪。而不良心理情绪会加剧自身生理反应，促进各种激素分泌，从而影响患者身体恢复，部分存在严重心理情绪患者甚至可再次诱发脑出血，加重病情。即使进行手术治疗脱离危险后，还是不能完全恢复。本研究结果显示，治疗前，两组 NIHSS 评分、GOS 评分以及 ADL 评分均无明显差异， $P > 0.05$ ；治疗后，实验组 NIHSS 评分低于参照组，GOS 评分以及 ADL 评分均高于参照组， $P < 0.05$ 。说明了微创手术更利于改善患者症状。分析其原因在于手术创伤小，术后并发症低，使其在生理、心理等功能上的改善效果优于开颅手术。同时微创手术可降低对神经功能的损伤，提高患者术后生活自理能力。

脑出血的治疗可分为内科与外科治疗，内科治疗包括药物治疗、呼吸支持以及血压管理等，用以改善脑循环，保护脑神经，预防再次出血。但由于脑出血病情危重，发病突然，且多数患者伴有明显颅内血肿，从而导致内科治疗效果并不理想。手术治疗则能有效清除血肿，减少脑组织受损程度。虽然手术治疗可以有效提高患者生存几率，降低致残率，但开颅手术对机体伤害大，术后易发生并发症，影响疗效。与开颅手术相比，微创手术明显更具优势^[12]。首先微创手术采用局部麻醉，在尽量控制患者应激反应的同时，也降低了麻醉药物对神经功能的影响。其次，微创手术对操作简便，对机体创伤较小，大大的降低感染风险。同时微创手术创伤小，对脑组织损伤小，降低术后神经功能障碍发生率。此外，由于切口小、

并发症少，术后患者恢复快，可以极大的缩短患者住院时间，降低患者医疗负担。本研究结果显示，实验组手术时间、住院时间均短于参照组， $P < 0.05$ ；实验组术中出血量、切口长度均低于参照组， $P < 0.05$ 。实验组术后并发症发生率 6.67%，低于参照组的 26.67%， $P < 0.05$ 。说明了微创手术的效果更好。分析其原因在于微创手术利用穿刺针插入血肿，可以全方位的对血肿进行清除，使其疗效更高。同时对机体创伤小，在完成引流管后即可结束手术，使其手术时间更短，更利于康复。此外，微创手术有效的避免对脑组织及脑神经的损伤，从而有利于减少术后并发症发生风险。

综上所述，微创手术更利于改善高血压脑出血患者症状，且手术安全性更高，术后并发症发生率更少，更值得推广。

参考文献：

- [1]周向阳,丁正斌,董昕,蒋文武,刘洪. 穿刺引流术与小骨窗开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效对比[J]. 中国医师杂志,2023,25(02):263-265.
- [2]刘锋,杨涛,李东波,夏多贵,王坤,罗显华,李海,王松林,王亚萍,罗长稳. 微创穿刺术和小骨窗开颅术治疗老年高血压基底节区脑出血临床疗效分析[J]. 贵州医药,2022,46(12):1950-1951.
- [3]赵建伍,王兆斌,薛勇,赵学俊. 显微镜下小骨窗开颅术对高血压脑出血的临床疗效及患者近期预后与生活质量的影响[J]. 医药论坛杂志,2022,43(20):44-47.
- [4]李鹏程,魏凤. 神经内镜微创手术与小骨窗开颅显微手术治疗幕上高血压脑出血患者的临床疗效比较[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(11):50-53.
- [5]郑晓磊,成毅,王光明,李满强,郑义亮. 谈神经外科手术治疗高血压脑出血的临床疗效[J]. 医学食疗与健康,2021,19(15):45+51.
- [6]孙吉庆. 显微镜下小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(15):122-123.
- [7]罗文波,黎源,彭俏菁,唐蜜,王志强. 小骨窗开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 基层医学论坛,2021,25(20):2841-2843.
- [8]张亮,张凤岐,郑贵超. 超早期小骨窗开颅脑出血清除术治疗高血压脑出血的临床效果分析[J]. 中国医药指南,2021,19(16):91-92+95.
- [9]王志强. 神经外科手术治疗高血压脑出血临床疗效的分析[J]. 中国农村卫生,2020,12(20):11.
- [10]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.
- [11]周妙兵. 探讨神经外科手术治疗高血压脑出血的临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(A0):8+10.
- [12]崔领库,徐志杰. 神经外科手术治疗高血压脑出血临床疗效的分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(08):90-91.