

对比钻孔引流和开颅手术治疗基底节区自发性脑出血的临床效果

史立超

(安平网都医院神经外科 053600)

(Anpingwangdu hospital Neurosurgery 053600)

摘要:目的:对比钻孔引流和开颅手术治疗基底节区自发性脑出血的临床效果。方法:选择2022年1月-2022年12月本院收治的40例行钻孔引流的基底节区自发性脑出血患者作为观察组研究对象,收集40例2022年前本院行开颅手术治疗的基底节区自发性脑出血患者资料作为对照组研究对象。对比两组治疗效果。结果:观察组血肿清除率为(97.50%)高于对照组的(87.50%),观察组40例患者手术存活人数36例(90.00%)较对照组的(80.00%)偏高,观察组发生术后并发症发生情况较对照组偏低($P>0.05$);观察组神经损伤1例(2.5%),对照组9例(22.50%),两组差异显著($P<0.05$);观察组手术成功患者术后生存状态与对照组相比更好,但差异不显著($P<0.05$)。结论:在治疗基底节区自发性脑出血使用钻孔引流手术比使用开颅手术治疗创伤更小,恢复更快,但对于出血严重患者需要进行开颅手术。

关键词:钻孔引流;开颅手术;基底节区自发性脑出血;疗效

基底节是位于脑深部的一组神经核团,对于调节运动、情绪和认知功能起着重要作用。自发性脑出血是指没有明显外因引起的脑出血,通常与高血压、脑动脉瘤、血管畸形等血管疾病有关。基底节区自发性脑出血是一种严重的神经外科疾病,常伴有剧烈头痛、呕吐、意识改变、肢体活动障碍等症状,对患者的生活和健康造成极大的威胁^[1]。钻孔引流和开颅手术是目前常用的治疗方法,两者在临床上都有一定的应用。为此,本文针对钻孔引流和开颅手术治疗基底节区自发性脑出血的临床效果开展探究,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2022年1月-2022年12月本院收治的40例行钻孔引流的基底节区自发性脑出血患者作为观察组研究对象,包括22例男性患者和18例女性患者,年龄区间为49-74岁,平均年龄为(59.69±4.57)岁。同时,收集40例2022年前本院行开颅手术治疗的基底节区自发性脑出血患者资料作为对照组研究对象,包括23例男患者和17例女患者,年龄区间50-75岁,平均(60.12±4.56)岁。两组间的比较结果表明,差异不具有统计学显著性($P>0.05$)。纳入条件:全部研究对象均确诊为基底节区自发性脑出血,且家属均知晓本次研究且同意;排除标准:资料不全者;合并其他恶性肿瘤者;血液疾病者。

1.2 方法

对照组行开颅手术治疗,具体操作如下患者会接受全身麻醉,确保患者在手术过程中没有疼痛感。使用头架或头固定器将患者的头部固定在手术台上,在患者头部进行切口,剥离头皮,以便接触到颅骨。使用骨钻或锯将一块颅骨切除,以暴露脑组织^[2]。通常会选择靠近出血灶的位置进行开窗。采用吸引器、手术器械或洗涤器来帮助清除血肿。在清除血肿时,医生应尽力控制出血源。使用电凝、缝合或栓塞等方法进行止血。

完成手术后,使用钛钉或其他材料将颅骨片固定在原来的位置上,并将头皮缝合。手术完毕,患者将被送往恢复室接受监护,并在术后几天内接受密切观察。医生会根据患者的具体情况决定是否需要进行进一步的治疗

观察组行钻孔引流手术治疗,具体操作如下:患者接受全身麻醉,通过神经影像学检查,确定出血灶的位置和大小。医生根据出血灶的位置选择合适的入路。使用头架或头固定器将患者的头部固定在手术台上。在患者头部进行切口,剥离头皮,以便接触到颅骨。选择靠近出血灶的位置进行开窗,使用钻头在颅骨上钻一个小孔,然后通过导丝将导管引入出血灶区域。利用导管将血液引出。手术结束后,取出导管,清理手术区域,闭合切口,进行缝合^[3]。

两组患者出院后对患者进行随访,了解两组研究对象术后生存状态。

1.3 观察指标

(1)对比两组手术效果。(2)对比两组研究对象的生存状态。

1.4 数据处理

本研究采用SPSS 22.0统计软件进行比较分析。测量数据以均值±标准差(s)表示,使用t检验进行比较。计数资料以n(%)表示,使用 χ^2 检验进行比较。当P值小于0.05时,表示该组比较结果具有显著性。

2 结果

2.1 对比两组手术效果

观察组血肿清除率为(97.50%)高于对照组的(87.50%),观察组40例患者手术存活人数36例(90.00%)较对照组的(80.00%)偏高,观察组发生术后并发症发生情况较对照组偏低($P>0.05$);观察组神经损伤1例(2.5%),对照组9例(22.50%),两组差异显著($P<0.05$)。数据见表1。

表 1 对比两组治疗效果

组别	n	血肿清除率(%)	患者手术存活率(%)	术后并发症(例)	神经损伤(例)
观察组	40	39(97.50%)	36(90.00%)	1(2.5%)	1(2.5%)
对照组	40	35(87.5%)	32(80.00%)	3(7.5%)	9(22.50%)
X ²		1.920	1.569	1.053	7.314
P		0.166	0.210	0.305	0.007
组别	n	住院时间(d)		出血量(ml)	
观察组	40	6.81 ± 2.33		80.21 ± 15.56	
对照组	40	15.39 ± 2.48		200.09 ± 16.78	
t		15.947		33.132	
P		0.000		0.000	

2 结果

2.2 对比两组手术成功患者术后的生存状态

观察组手术成功患者术后生存状态与对照组相比更好,但差异不显著(P<0.05)。数据见表2。

表 2 对比两组手术存活研究对象术后的生存状态[n(%)]

组别	n	恢复良好	中残	重残	植物生存	死亡
观察组	36	17	15	2	1	1
对照组	32	10	12	4	2	4
X ²		2.739	0.503	0.721	0.346	1.920
P		0.098	0.478	0.396	0.556	0.166

3 讨论

3.1 基底节区自发性脑出血

基底节区自发性脑出血是一种严重的脑血管疾病,发病率较高,病情危重,治疗难度较大^[1]。基底节区是大脑深部的重要结构,包括壳核、尾状核、丘脑等,负责调节运动、认知和情绪等功能。当血管在这一区域发生破裂或破裂时,血液会渗入周围组织,引起脑组织的损伤和功能障碍。基底节区自发性脑出血的临床表现多样,包括剧烈头痛、恶心呕吐、意识障碍、肢体瘫痪等。病情严重时,可导致患者昏迷和死亡。因此,及时诊断和治疗至关重要。

3.2 钻孔引流和开颅手术

钻孔引流和开颅手术是治疗基底节区自发性脑出血的两种常见方法,它们在临床效果上有一些不同之处。钻孔引流是通过钻孔穿刺技术将导管引入到脑内出血灶,通过负压或引流泵的作用,将血液排出体外^[5-6]。这种方法的优点是创伤小、手术时间短,能够迅速减压并排除血肿。钻孔引流适用于出血量较小、较浅表的患者,且患者的一般情况较好,手术风险较低。然而,钻孔引流的局限性在于无法直接观察和处理出血源,对于深部出血或大出血量的患者,效果可能不理想。相比之下,开颅手术可以提供更好的视野和操作空间,医生可以直接暴露出血灶,准确定位和处理出血源。这种方法的优点是对血肿的处理更全面,能够准确止血,清除血肿,

并处理其他可能的病变(如血管畸形、肿瘤等)。然而,开颅手术的缺点是手术创伤大,手术时间长,术后恢复周期较长,风险较钻孔引流要高。本文对钻孔引流和开颅手术治疗基底节区自发性脑出血的临床效果进行探究,研究结果显示,采用钻孔引流手术的观察组血肿清、手术存活人数、术后并发症发生情况较对照组偏低,观察组手术成功患者术后存活状态较对照组偏好,但差异不显著(P>0.05),而观察组神经损伤情况显著低于对照组(P<0.05),可见钻孔引流创伤更小,恢复更快,但对于出血严重的患者并不适用。

综上所述,钻孔引流和开颅手术需根据患者的具体情况和病变特点来选择的,以达到最佳的治疗效果。

参考文献:

- [1]王黎,李宏斌,邱会斌. 经脑沟间皮层入路显微手术治疗基底节区自发性脑出血的疗效[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2021, 33(3): 33-35+46.
 - [2]黄晓斌. 微创钻孔引流术联合尿激酶在基底节区 HICH 患者中的应用效果[J]. 西藏医药, 2020, 41(6): 14-17.
 - [3]乔鹏,闫东明. CT 引导下微创血肿清除术治疗基底节区自发性脑出血的临床观察[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2018, 16(6): 37-40.
 - [4]刘海兵,魏梁峰,赵琳,王守森,洪景芳. 立体定向微创钻孔引流与保守治疗未昏迷的基底节区出血患者的疗效对比[J]. 临床神经外科杂志, 2018, 15(1): 38-41+45.
 - [5]顾生才,赵振涛. CT 引导下微创血肿清除术对基底节区自发性脑出血患者术后 NIHSS 评分及并发症发生率的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(7): 42.
 - [6]曹毅峰,吴海兴,李优文. 基底节区自发性脑出血的最佳手术入路及其治疗效果[J]. 中国医学创新, 2013, 10(26): 56-58.
- 作者简介: 姓名: 史立超, 性别: 男, 出生年月日: 1984-12-19, 籍贯: 河北省保定市, 职称: 主治医师, 学历: 本科, 毕业院校: 河北医科大学, 研究方向: 神经外科。