

标准外伤大骨瓣开颅术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的临床效果

陈奕朵

(于都县人民医院 342300)

摘要:目的: 探讨并分析标准外伤大骨瓣开颅术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的临床效果。方法: 选取我院 2021 年 8 月到 2022 年 8 月期间 60 例重型颅脑损伤患者, 作为本次研究对象, 并采取计算机表法, 将其分为对照组 (n=30) 和研究组 (n=30), 对照组采取常规骨瓣开颅术治疗, 研究组采取标准外伤大骨瓣开颅术治疗, 对比两组手术治疗效果。结果: 术后, 研究组 NIHSS 评分以及颅内压水平平均低于对照组; 手术疗效高于对照组; 术后并发症的总发生率低于对照组, 组间存在差异。结论: 对重型颅脑损伤采取标准外伤大骨瓣开颅术治疗, 其手术效果明显优于常规骨瓣开颅术, 能够明显改善患者的神经功能, 降低其颅内压, 值得推广应用。

关键词:标准外伤大骨瓣开颅术; 常规骨瓣开颅术; 重型颅脑损伤

颅脑损伤是目前神经外科中的常见性疾病, 主要是由于暴力直接或者间接作用于头部所引发的一种表现^[1]。对于重症颅脑损伤患者而言, 其颅脑组织损伤较为严重, 极易造成患者出现脑疝、脑神经病变等情况, 对于患者的机体健康安全造成了极大的威胁^[2]。在现阶段临床中, 对于重型颅脑损伤患者通常采取外科手术治疗, 其中常规骨瓣开颅术较为常见, 但是由于手术创伤性较大, 容易对患者的脑组织造成二次损伤, 加上手术视野受限, 在一定程度上会影响患者脑血肿的清除效果^[3]。标准外伤大骨瓣开颅术是近年来广泛应用的外科手术方式, 且治疗效果显著, 能够更好的清除颅内血肿, 控制颅内压, 有利于患者预后的改善。基于此, 本文旨在探究以上两种手术方式在治疗重型颅脑损伤的治疗效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

截取时间范围为 2021 年 8 月到 2022 年 8 月期间, 选取我院 60 例重型颅脑损伤患者, 将其作为本次研究对象, 通过计算机表法进行组别划分, 其中, 对照组 30 例患者, 男性 17 例、女性 13 例, 年龄范围为 25-64 岁, 平均年龄为 (47.35 ± 3.28) 岁; 研究组 30 例患者, 男性 18 例、女性 12 例, 年龄范围为 25-65 岁, 平均年龄为 (47.57 ± 3.47) 岁。将上述两组患者的临床基本数据资料, 进行统计后实施对比, 显示 (P > 0.05), 代表具有对比性。

1.2 方法

对照组采取常规骨瓣开颅术治疗: 首先, 需要协助患者取合理体位, 并对其实施气管插管全身麻醉, 对患者的血肿部位进行体表投射定位和标记, 确定手术区域后, 作 U 形马蹄状切口, 将骨瓣进行切开, 并调整骨窗大小为 8cm × 10cm, 在其硬脑膜充分暴露后, 需要进行常规手术操作, 将大骨瓣和颅内血

肿及组织进行清除, 并置入人工硬脑膜。在手术完成, 需要保证患者无任何出血风险后, 在对其切口进行逐层缝合, 并做好引流。

研究组采取标准外伤大骨瓣开颅术治疗: 在协助患者保持合理体位后, 需要对其实施气管插管, 进行全身麻醉, 将患者的头部向健侧方偏, 其角度大约为 35-45°, 并将患者的手术床头进行适当抬高, 于患者颞弓上耳屏前 1cm 部位处, 作手术切口, 并将其切口延伸至患者的耳廓上方、发际线后上方, 直至患者的前额发际中线位置处。通过颅骨钻孔的方式, 对其大骨瓣制作, 在其顶部骨瓣旁行 3cm 位置处作切口, 将硬脑膜切开, 并对其血肿、坏死组织、硬膜下血肿、血内血肿等进行清除。在止血完毕后, 需要对患者置入人工硬脑膜, 并留置引流管, 随后逐层对其切口进行缝合。两组患者术后需要给予患者常规脱水、止血、抗感染等改善微循环等治疗。

1.3 评价指标及判定标准

对比两组神经功能以及颅内压情况: 通过美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIHSS) 对其神经功能的缺损情况进行判定, 评分标准为 0-42 分, 分数越高, 代表神经功能的缺损程度越严重; 并对两组患者术前术后的颅内压水平进行监测。

对比两组手术疗效: ①显效: 术后, 患者神经功能症状明显缓解, 其意识状态良好, 格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 评分增加 4-6 分, 肢体活动能力提高 3-4 级; ②好转: 术后, 患者神经功能症状存在一定缓解, 其意识状态基本清醒, GCS 评分增加 2-3 分, 肢体活动能力提高 2 级; ③无效: 未达到上述标准。

对比两组术后并发症的发生情况: 其中主要包括脑积水、癫痫、颅内感染、脑脊液漏等并发症的总发生率。

1.4 统计学处理

在本次研究中, 两组重型颅脑损伤患者的相关研究数据均

应用 SPSS21.0 软件进行处理, 其计数资料以 (n%) 表达, 对其实施卡方检验; 其计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表达, 对其实施 t 检验, 且 $P < 0.05$ 代表组间存在差异。

2 结果

2.1 NIHSS 评分以及颅内压水平分析对比

术后, 研究组 NIHSS 评分以及颅内压水平平均低于对照组, 组间存在差异 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 NIHSS 评分以及颅内压水平分析对比

组别	NIHSS 评分 (分)		颅内压 (mmHg)	
	术前	术后	术前	术后
对照组 (n=30)	32.54 ± 4.36	29.72 ± 4.13	30.38 ± 4.85	24.68 ± 3.25
研究组 (n=30)	32.68 ± 4.72	21.73 ± 3.34	30.51 ± 5.04	15.70 ± 2.64
t	0.1193	8.2392	0.1017	11.7468
P	0.9054	0.0000	0.9193	0.0000

2.2 手术疗效分析对比

研究组手术疗效高于对照组, 组间存在差异 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 手术疗效分析对比 (%)

组别	显效	好转	无效	总有效
对照组 (n=30)	8	15	7	76.67 (23/30)
研究组 (n=30)	13	16	1	96.67 (29/30)
χ^2				5.1923
P				0.0226

2.3 术后并发症的发生率分析对比

研究组术后并发症的总发生率低于对照组, 组间存在差异 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 术后并发症的发生率分析对比 (%)

组别	脑积水	癫痫	颅内感染	脑脊液漏	总发生率
对照组 (n=30)	2	1	2	1	20.00 (6/30)
研究组 (n=30)	0	0	1	0	3.33 (1/30)
χ^2					4.0431
P					0.0443

3 讨论

颅脑损伤通常是由外界暴力引起颅脑组织出现损伤的一种情况, 其中, 交通事故、高处坠落、工伤事故等都为常见外伤因素, 有研究数据资料表明, 近年来, 我国颅脑损伤的总体发病风险处于较高水平^[4]。并且重度颅脑损伤具有发病急、病情发展迅速、致残率及病死率高等特点, 严重威胁患者的机体安全。在外科手术治疗中, 其目的主要是为了清除脑部坏死的组织和血肿, 控制其颅内压, 进而达到降低患者伤残与死亡风险的目的

的^[5]。在常规骨瓣开颅术中, 由于骨瓣开颅术骨窗较小, 手术视野受限, 无法彻底清除患者的血肿部位, 使得减压效果并不理想, 进而增加患者的病死风险^[6]。而标准外伤大骨瓣开颅术具有位置低、范围广、视野清晰以及降压快等优势, 将其用于重型颅脑损伤治疗中, 能够充分暴露患者的颅内血肿部位, 可在直视状态下, 对其进行彻底清除, 并且定位准确, 能够更加精准的对其进行止血, 同时, 能够有效降低患者的颅内压水平, 进而最大程度的保障患者的手术效果及安全性^[7]。结合本次研究结果可知, 术后, 研究组 NIHSS 评分以及颅内压水平平均低于对照组; 手术疗效高于对照组; 术后并发症的总发生率低于对照组, 两组之间比较存在差异, 说明, 标准外伤大骨瓣开颅术, 对于治疗重型颅脑损伤而言, 其手术效果十分理想, 能够明显促进患者神经功能的恢复, 使其颅内压水平的控制效果较佳, 患者术后并发症的发生风险较低, 能够更好的保障患者的术后安全性。

综上所述, 对重型颅脑损伤采取标准外伤大骨瓣开颅术治疗, 其手术效果明显优于常规骨瓣开颅术, 对于患者预后的改善具有重要的应用价值。

参考文献:

- [1] 龚伟. 标准外伤大骨瓣开颅术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的临床对比研究[J]. 中外医疗, 2022, 41(33): 52-55+60.
- [2] 孙海业, 王华卿. 标准外伤大骨瓣开颅术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的效果分析[J]. 中国社区医师, 2022, 38(26): 16-18.
- [3] 徐俊, 邓科, 黄洪春. 标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤患者的效果及对满意度和神经功能的影响[J]. 中国医学创新, 2022, 19(22): 148-151.
- [4] 张一帆, 傅强, 张鹏轩. 常规骨瓣开颅术与标准外伤大骨瓣开颅术对重型颅脑损伤的效果比较[J]. 贵州医药, 2021, 45(11): 1757-1758.
- [5] 郭贵杰. 双侧标准外伤大骨瓣开颅去骨瓣减压术治疗双侧额颞部重型颅脑损伤患者的疗效及安全性分析[J]. 系统医学, 2021, 6(18): 62-64.
- [6] 于涛. 标准外伤大骨瓣开颅术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的效果差异与安全性分析[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(02): 166-167.
- [7] 尉卫桥. 双侧标准外伤大骨瓣开颅去骨瓣减压术治疗双侧额颞部重型颅脑损伤患者的疗效及安全性分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(12): 25.