

# 小骨窗开颅显微镜下血肿清除与保守治疗 30~40 mL 高血压基底节出血的效果比较

李 越, 欧海荣, 李 辉 (广东省吴川市人民医院神经外科, 广东湛江 524500)

**摘要:**目的 比较小骨窗开颅显微镜下血肿清除与保守治疗 30~40 mL 高血压基底节出血的疗效。方法 57 例 30~40 mL 高血压基底节出血患者随机采用小骨窗显微镜下血肿清除( $n=30$ )或保守治疗( $n=27$ ), 比较两组住院时间、神经功能缺损评分(NIHSS)评分、格拉斯哥昏迷评分(GCS)、并发症情况。结果 与保守组比较, 手术组住院时间较短, 并发症较少, NIHSS 评分较低, 而 GCS 评分较高( $P<0.01$ )。结论 小骨窗开颅显微镜下血肿清除治疗 30~40 mL 高血压基底节出血的疗效较好、更安全。

**关键词:** 显微镜下血肿清除; 小骨窗; 高血压基底节出血

**中图分类号:** R651.1<sup>+</sup>2

**文献标志码:** A

**文章编号:** 2096-3610(2021)02-0198-03

## Clinical efficacy of endoscopic hematoma evacuation with small bone window versus conservative treatment in hypertensive basal ganglia hemorrhage with 30–40 mL

LI Yue, OU Hai-rong, LI Hui(Department of Neurosurgery, Wuchuan People's Hospital, Zhanjiang 524500, China)

**Abstract:** Objective To compare the clinical efficacy of endoscopic hematoma evacuation (EHE) with small bone window and conservative treatment in hypertensive basal ganglia hemorrhage (HBGH) with 30–40 mL. Methods Fifty-seven patients with 30–40 mL HBGH were randomly treated with EHE ( $n=30$ ) and conservative therapy ( $n=27$ ). Hospital stay, NIHSS, Glasgow coma scale (GCS) and complications were compared between two groups. Results Compared with conservative group, hospital stay, complications and NIHSS were lower, while GCS was higher in operation group ( $P<0.01$ ). Conclusion EHE with small bone window is effective and safe in patients with 30-40 mL HBGH.

**Key words:** endoscopic hematoma evacuation; small bone window; hypertensive basal ganglia hemorrhage

高血压脑出血在临床上颇为常见, 发病率甚高<sup>[1]</sup>。发病部位以幕上基底节区多见, 起病非常急, 病情极严重, 致残致死率高<sup>[2]</sup>。目前, 对于基底节脑出血主要有开颅手术和保守治疗两种方法, 但均存在致残、致死风险, 而且二者的选择在临床上还存在一定的争议<sup>[3-4]</sup>。为此, 笔者收集 57 例高血压基底节脑出血患者作为观察对象, 对比分析开颅手术和保守疗法的效果, 旨在为临床工作提供参考。

### 1 资料和方法

#### 1.1 病例和分组

选取 2018 年 1 月–2020 年 6 月本院收治的 57 例高血压基底节脑出血患者, 所有患者均存在明显的脑出血症状, 诊断符合《现代神经外科学》标准<sup>[5]</sup>, 发病时间不超过 48 h, 格拉斯哥昏迷(GCS)评分 6~14 分, 无颅脑其他疾病、心肝肾肺等脏器功能严重不全、凝

血功能障碍、手术相关禁忌证等, 经 CT 血管造影术检查排除动静脉瘘、脑血管畸形和颅内动脉瘤。57 例随机分为手术组和保守组。手术组 30 例, 其中男 18 例, 女 12 例; 年龄 42~75 岁, 平均( $59.4\pm 6.2$ )岁; 颅内血肿量( $35.8\pm 2.4$ ) mL; 格拉斯哥昏迷(GCS)评分( $9.2\pm 1.0$ )分。保守组 27 例, 其中男 16 例, 女 11 例; 年龄 40~76 岁, 平均( $58.9\pm 6.4$ )岁; 颅内血肿量( $35.7\pm 2.5$ ) mL; GCS 评分( $9.4\pm 0.8$ )分。两组患者的性别、年龄、病情等资料的差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具可比性。本研究经医院伦理委员会审核同意后开展研究, 入选的患者或其家属对本次研究知情并同意参与。

#### 1.2 方法

1.2.1 治疗方法 手术组患者采用小骨窗开颅手术疗法治疗, 患者均行气管插管全身麻醉, 于患侧颞部上平行于外侧裂投影线做一 4~5 cm 长皮肤切口, 在颞骨上钻孔铣刀铣开一个直径 3 cm 左右的游离骨瓣, 硬脑膜"十"字切开。经颞中回或侧裂入路。切开脑皮层长约 1.5 cm, 用窄脑压板沿切口进入血肿腔, 自

收稿日期: 2020-10-07; 修订日期: 2021-01-10

作者简介: 李 越(1978-), 男, 本科, 副主任医师

动牵开器辅助,显微镜下用吸引器轻柔吸除脑内血肿并止血,修补硬膜。血肿腔常规置引流管,关颅。保守组患者采用保守疗法治疗,常规监测患者心率等生命体征,给予预防下肢深静脉血栓、维持电解质酸碱平衡、抑酸护胃等基础治疗,同时给予神经保护、改善循环等治疗;另外给予气管切开、抗癫痫、物理降温、纤支镜吸痰、抗血管痉挛、抗感染等对症治疗。

1.2.2 观察指标及评定标准 比较两组患者的住院时间;治疗后患者独立完成的美国国立卫生院神经功能缺损评分表(NIHSS,总分为0~42分,分级标准如下:0~4分为正常或轻度神经功能障碍,5~20分者为中度或中-重度神经功能障碍,21~42分者为重度神经功能障碍<sup>[6]</sup>)与格拉斯哥预后评分量表(GOS,评分等级包括1、2、3、4、5五个等级,其中死亡者计为1级,植物生存仅有最小反应者计2级,清醒、重度残疾者计为3级,可独立生活、轻度残疾者计为4级,恢复正常生活、有轻度缺陷者计为5级<sup>[7]</sup>)评分情况;并发症发生情况。

### 1.3 统计学处理

采用SPSS17.0软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 住院时间、NIHSS评分、GOS分级

手术组患者的住院时间比保守组短,治疗后NIHSS评分低于保守组,而GOS分级高于保守组( $P<0.01$ ),见表1。

表1 两组患者住院时间、NIHSS评分、GOS分级的比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	住院时间/d	NIHSS 评分/分	GOS 级别/级
手术组	30	30.38±6.56 <sup>a</sup>	5.94±1.16 <sup>a</sup>	4.01±0.72 <sup>a</sup>
保守组	27	36.16±6.07	9.23±2.85	3.44±0.59

与保守组比较:<sup>a</sup> $P<0.01$

### 2.2 并发症发生情况

手术组并发症总发生率低于保守组( $P<0.01$ ),见表2。

表2 两组患者并发症发生情况的比较

组别	<i>n</i>	死亡	呼吸衰竭	血肿扩大	肺部感染	颅内感染	脑梗死	消化道出血	合计
手术组	30	1(3.3)	1(3.3)	0	5(16.7)	3(10.0)	0	1(3.3)	11(36.7) <sup>a</sup>
保守组	27	3(11.1)	3(11.1)	3(11.1)	9(33.3)	0	1(3.7)	2(7.4)	21(77.8)

与保守组比较:<sup>a</sup> $P<0.01$

## 3 讨论

高血压脑出血具有极高的致死率,及时救治是保障患者生命安全的关键<sup>[8]</sup>。一般情况下,颅高压症状不明显,幕上出血小于30 mL的患者可以采用保守疗法治疗,而有颅高压症状,幕上出血大于30 mL的患者往往需要进行手术治疗,常用手术方法包括血肿清除、引流等,治疗目的在于解除脑受压,打破危及生命的循环通路,保守疗法及手术疗法均是临床治疗基底节脑出血常用的治疗手段<sup>[9-10]</sup>。本文比较了开颅手术和保守疗法治疗高血压幕上脑出血的效果,结果显示,手术组患者的住院时间比保守组短,NIHSS评分低于保守组,GOS分级高于保守组( $P<0.01$ )。住院时间可以在一定程度上反映患者治疗效果及康复效果,住院时间越长,则治疗周期越长,疾病治疗进展越慢,对手术治疗患者而言,提示其术后机体恢复速度较慢,治疗效率较低;另一方面,住院时间对患者的治疗费用有直接影响,缩短住院时间可减轻患者经济负担。NIHSS评分及GOS分级反映了两种不同治疗方式的疗效差异,其中NIHSS评分是临床用于评估患者神经功能障碍程度的常用指标,评分越高表示患者的神经功能障碍及病情越严重<sup>[11]</sup>;GOS分级可反映患者预后,治疗后GOS级别越高,则患者预后越好,治疗效果越好<sup>[12]</sup>。本文结果显示,和保守治疗相比,开颅手术可以有效缩短患者住院时间,提高治疗效率,减轻患者身心负担。另外,开颅手术还可以保护患者神经功能,减轻患者神经功能障碍程度,其疗效显著,预后更好。笔者认为,这可能和以下原因有关:与保守疗法相比,开颅手术可以及时清除颅内血肿,减少其占位效应,可以尽量降低损害范围和严重程度,减少继发性脑损伤,保护患者神经功能,促进患者脑循环,实现更好的治疗效果和预后,显著提高治疗效率。本文结果还显示,手术组并发症发生率低于保守组患者( $P<0.01$ )。并发症发生率反映了治疗风险的大小,降低并发症发生率是临床治疗的重点之一。本文结果显示,和保守疗法相比,开颅手术可以降低并发症发生率,提高治疗的安全性。

综上所述,相对于保守疗法治疗高血压幕上脑出血而言,开颅手术的治疗效果显著,安全性更高,值得临床应用。

#### 参考文献:

- [1] 金贇,潘云峰,沈王振,等.老年幕上高血压脑出血血肿体积影响因素分析[J].心脑血管病防治,2020,20(3):318-320.
- [2] 张入丹,蒋敏,余政,等.高血压幕上脑出血不同手术方法的疗效对比[J].中国实用神经疾病杂志,2020,23(13):1169-1172.
- [3] 孙文江,候国涛,蔡加全,等.幕上高血压性脑出血162例手术治疗分析[J].中国临床神经外科杂志,2019,24(11):699-701.
- [4] 李长栋,蔡志标.幕上高血压脑出血患者的临床救治分析[J].中国实用神经疾病杂志,2019,22(19):2153-2159.
- [5] 周良辅.现代神经外科学[M].2版.上海:复旦大学出版社,2015:1004-1008.
- [6] 怀鹏,王溪,王维,等.神经内镜下幕上高血压脑出血清除术临床研究[J].中国现代神经疾病杂志,2019,19(9):661-665.
- [7] 姜华,李冬梅,别春娟,等.重症幕上高血压脑出血的围术期优质护理干预[J].国际护理学杂志,2019,38(24):4156-4159.
- [8] 何森,薛芳,谢飞,等.幕上中等量高血压脑出血不同手术方式的临床疗效比较[J].国际神经病学神经外科学杂志,2020,47(1):1-5.
- [9] 顾佳伟,刘畅,李祥.幕上高血压脑出血早期血肿扩大的相关因素和预后分析[J].国际神经病学神经外科学杂志,2019,46(6):622-627.
- [10] 肖涛,万娟,蒋文武.幕上高血压脑出血患者神经内镜微创手术与开颅手术的疗效对比研究[J].中国脑血管病杂志,2019,16(9):456-460.
- [11] 王光胜,胡婷,杨金建,等.不同临床分型脉络膜前动脉梗死患者影像学特征及其神经功能障碍严重程度影响因素分析[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(10):113-117.
- [12] 黄金钟,邱伟智,王佳音,等.幕上高血压脑出血不同手术方式的疗效对比分析[J].福建医科大学学报,2019,53(3):168-172.

## 11例急性颅脑损伤非计划再次手术原因分析

余庆旺,陈兵\*,刘豪然,陈启文,吴成坤,岑学程,廖壮槟,黄拔齐,吴伟川,莫伟,龙霄翱  
(广东医科大学附属第一医院神经外科,广东湛江524001)

**摘要:**目的 分析急性颅脑损伤非计划再次手术的原因和对策。方法 回顾性分析广东医科大学附属第一医院神经外科2012年1月至2019年6月急性颅脑损伤非计划再次手术11例患者的临床资料。结果 11例中有9例非计划再次手术原因为术后出血及脑肿胀,2例为创伤后慢性脑积水。根据格拉斯哥预后量表(GOS)评分:恢复良好者7例,严重残疾及植物生存3例,死亡1例。结论 急性颅脑损伤非计划再次手术发生原因主要为再次出血、脑水肿及脑积水,为减少非计划再次手术,术前严格掌握手术指征及手术时机;术中力求精准和精细,仔细解剖,减轻损伤;术后密切观察各种监测及检查结果和患者临床表现,早期处理。

**关键词:**急性颅脑损伤;颅内血肿;开颅术;非计划再次手术

中图分类号:R651.15

文献标志码:A

文章编号:2096-3610(2021)02-0200-04

### Analysis on the reasons for unplanned reoperation for acute craniocerebral injury: 11 cases

YU Qing-wang, CHEN Bing\*, LIU Hao-ran, CHEN Qi-wen, WU Cheng-kun, CEN Xue-cheng, LIAO Zhuang-bin, HUANG Ba-qi, WU Wei-chuan, MO Wei, LONG Xiao-ao (Department of Neurosurgery, Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang 524001, China)

**Abstract:** Objective To investigate the causes for unplanned reoperation for acute craniocerebral injury and the countermeasures thereof. Methods Retrospective analysis was performed on clinical data of 11 patients with acute craniocerebral injury who underwent unplanned reoperation from January 2012 to June 2019 in the Department of Neurosurgery, Affiliated Hospital of Guangdong Medical University. Results Among the 11 patients, 9 patients had

收稿日期:2020-09-25;修订日期:2020-12-07

作者简介:余庆旺(1994-),男,在读硕士生,住院医师,E-mail:15992961454@163.com

通信作者:陈兵(1970-),男,博士,副教授,E-mail:13707878900@139.com