

## 微创穿刺术与小骨窗开颅术治疗高血压脑出血的疗效比较

韩瑞军

(兰州军区乌鲁木齐总医院神经外科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

**【摘要】** 目的 比较微创穿刺术与小骨窗开颅术治疗高血压脑出血的临床疗效。方法 选取我院 2010 年 6 月至 2012 年 12 月的住院高血压脑出血患者 84 例。随机将其分为 42 例微创组和 42 例小骨窗开颅组, 对两组患者的日常生活活动能力(ADL)、神经功能缺损程度(NID)、住院期间的死亡率及并发症情况进行综合评价。结果 治疗后 14 d, 日常生活能力及神经功能缺损程度两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 并发症发生率开颅组明显高于微创组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后 3 个月, 患者自理能力评分 Barthel 指数及 MRS 量表测评, 微创组明显优于开颅组( $P<0.05$ )。微创组与开颅组在死亡率方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 微创穿刺术治疗高血压脑出血患者, 可以明显减少并发症的发生率, 提高患者日常生活能力, 明显优于小骨窗开颅术。

**【关键词】** 高血压脑出血; 微创穿刺术; 小骨窗开颅术; 临床疗效

**【中图分类号】** R743.34 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2013)19-2908-02

高血压脑出血是临床上较为常见的出血性卒中, 随着人类生活方式的改变, 目前高血压病的发生率日趋增长, 高血压性脑出血患者也随之越来越多。脑出血病情凶险, 致残率、致死率较高, 严重威胁人类生命安全, 且极易遗留后遗症影响患者日常生活。对高血压性脑出血的治疗, 若为较少量出血, 可通过药物治疗, 若出血量大于 30 ml, 则需紧急行手术治疗, 抢救生命<sup>[1-2]</sup>。传统的手术方法为小骨窗开颅术, 其创伤较大, 并发症多, 目前临床越来越多应用微创穿刺术来清理血肿, 治疗脑出血, 其明显减少了并发症的发生率, 同时提高了患者生活自理能力<sup>[3]</sup>。本文通过

对微创穿刺术与小骨窗开颅术的临床疗效比较, 进一步探讨微创穿刺术的临床可行性, 具体报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2010 年 6 月至 2012 年 12 月的住院高血压脑出血患者 84 例。所有入组患者均经头颅 CT 确诊为脑出血, 出血量为 30~60 ml, 均有高血压病史; 排除外伤性出血。把所有入组患者随机分为微创组 42 例和开颅组 42 例, 两组患者的年龄、性别、出血量、出血部位、术前神经功能缺损程度及术前生活自理能力评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者的基本资料比较

组别	男/女	平均年龄(岁)	出血部位(左, 例)	出血部位(右, 例)	出血量(ml)	GCS 评分(分)	术前 SSS 评分(分)
微创组	23/19	56.12±10.97	23	19	45.78±8.42	9.89±1.78	12.18±5.46
开颅组	22/20	55.84±10.53	21	21	45.96±7.98	9.75±1.71	11.74±5.12
P 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 治疗方法 两组患者均签署知情同意书, 尽早实施手术治疗, 对于病情稳定的患者, 可推迟手术至发病 6 h 实施, 患者术后均转至 ICU 监护病房。具体手术方法: 微创穿刺术, 首先通过头颅 CT 对血肿进行标尺定位, 穿刺使用颅内血肿粉碎穿刺针, 抽吸血肿时, 抽吸量要少于总的 20%, 在手术后第 2 天, 注入尿激酶, 通过引流管进行, 每天注入 1~2 次, 每次 <2 万单位, 需 3 d; 小骨窗开颅术, 对头皮做一直线型切口, 做一直径 <3 cm 的骨窗, 十字形剪开硬脑膜, 对脑内血肿进行脑针穿刺探查, 皮层切口 <2 cm, 避开功能区, 清除血肿的 60% 以上, 手术过程使用显微镜, 留置引流管, 缝合硬脑膜。

1.3 评价指标 (1) 使用 SSS(中风量表)<sup>[4]</sup>测定

术前及治疗 14 d 时两组患者的神经功能改善情况; (2) 采用 Rankin 量表(MRS)<sup>[5]</sup>测定治疗 14 d 及治疗 3 个月时两组患者的日常生活能力恢复情况; (3) 治疗 3 个月时的日常生活能力恢复情况评价分别采用 Barthel 指数表和 MRS 评分<sup>[6]</sup>; (4) 记录患者死亡及并发症情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 数据软件对所得数据进行统计学分析, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 计量资料采用  $t$  检验, 以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组患者的并发症及死亡情况 住院期间微创组有 3 例(7.14%)死亡, 开颅组有 3 例(7.14%)死亡, 两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者

的并发症情况见表 2。

2.2 两组患者治疗 14 d 及治疗 3 个月时的 SSS 评分、MRS 评分和 Barthel 指数比较 治疗 14 d 时,两组

患者 SSS 量表及 MRS 量表差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 术后 3 个月时, 患者 MRS 量表及 Barthel 指数, 微创组优于开颅组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表 3。

表 2 两组患者的并发症情况比较 [例(%)]

组别	呼吸道感染	消化道出血	电解质紊乱	再出血	颅内感染	肾功能衰竭	心衰
微创组( $n=42$ )	7 (16.67)	3 (7.14)	3 (7.14)	3 (7.14)	0 (0)	3 (7.14)	1 (2.38)
开颅组( $n=42$ )	24 (57.14)	9 (21.43)	9 (21.43)	8 (19.05)	3 (7.14)	2 (4.76)	3 (7.14)
$\chi^2$ 值	10.42	8.69	8.69	8.05	0.83	0.00	0.06
$P$ 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 3 两组患者不同时点各项评分的比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	SSS 量表			MRS 量表			Barthel 指数 (术后 3 个月)
	术前	术后 14 d	差值	术后 14 d	术后 3 个月	差值	
微创组	12.18 $\pm$ 5.46	29.57 $\pm$ 6.23	17.39 $\pm$ 3.24	4.01 $\pm$ 0.39	1.55 $\pm$ 1.09	3.62 $\pm$ 0.83	82.94 $\pm$ 18.59
开颅组	11.74 $\pm$ 5.12	29.19 $\pm$ 5.92	17.45 $\pm$ 3.18	3.97 $\pm$ 0.32	2.39 $\pm$ 1.14	1.58 $\pm$ 0.81	66.86 $\pm$ 20.98
$t$ 值	0.01	0.51	0.00	0.37	6.72	5.61	10.83
$P$ 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

### 3 讨论

高血压脑出血是常见的高血压并发症, 也属于出血性卒中的一种, 在我国的发病率逐年升高, 且有年轻化趋势<sup>[7]</sup>。脑出血病情凶险, 较大量的出血可使颅内压急剧升高, 引发脑疝, 另外, 还可因压迫局部微血管而导致缺血性痉挛、坏死等, 严重影响患者生命, 致残率较高<sup>[8-11]</sup>。目前常用的治疗方法中, 对于少量出血, 出血量在 30 ml 以下者, 可采取保守药物治疗, 对于出血量 >30 ml 的中重度出血, 则应紧急给予手术治疗, 传统的手术方法主要是小骨窗开颅血肿清除术, 此方法的创伤大, 并发症多, 因对组织损伤较大, 常影响日后生活能力恢复; 微创技术逐渐成为热点, 凭借其创伤小、并发症少、日常生活能力恢复好等优点, 已经逐渐替代小骨窗开颅术<sup>[12-14]</sup>。临床研究发现<sup>[15]</sup>, 采用微创技术清除颅内血肿要比开颅手术的并发症明显减少, 而且生活能力的恢复也较开颅手术有明显优势, 在死亡率方面差异则无统计学意义。

本文通过对 84 例高血压脑出血患者采取微创穿刺术与小骨窗开颅术治疗, 结果显示, 治疗后 14 d, 日常生活能力及神经功能缺损程度两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 并发症发生率开颅组明显高于微创组( $P<0.05$ )。治疗后 3 个月, 患者自理能力评分 Barthel 指数及 MRS 量表测评, 微创组明显优于开颅组( $P<0.05$ )。微创组与开颅组在死亡率方面无明显差异。微创组在呼吸道感染、消化道出血、电解质紊乱及再出血方面的发生率明显低于开颅组; 颅内感染、肾功能衰竭、心衰及尿道感染的发生率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

综上所述, 微创穿刺血肿清除术较小骨窗开颅血肿清除术的并发症少, 后遗症少, 生活能力恢复好, 创伤小, 更易被接受。但影响并发症及生活自理能力恢

复的因素, 除了客观的手术方式不同外, 与术者手术操作熟练程度、无菌观念及手术时机等也有密切联系。

#### 参考文献

- [1] 马立鑫, 陈海滨. 术前 GCS 在高血压基底节区脑出血术式选择中的意义[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15(2): 110-112.
- [2] 姜勇, 张爱军, 高军, 等. 高血压脑出血手术适应证多因素分析和数学模型的建立[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 8(1): 27-31.
- [3] 王京宽. 80 例高血压脑出血患者手术治疗分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(8): 1004-1005.
- [4] 陈伟招, 林波森, 徐如祥, 等. 神经内镜高血压脑出血微创手术的三维重建手术定位[J]. 中华神经医学杂志, 2011, 10(3): 280-283.
- [5] 石奕, 黄媛. 临床观察 48 例高血压性脑出血微创治疗[J]. 海南医学, 2008, 19(8): 108-109.
- [6] 马力, 崔洁, 贺崇欣, 等. 小骨窗开颅血肿清除率对高血压脑出血的预后影响[J]. 立体定向和功能神经外科杂志, 2008, 21(5): 290-292.
- [7] 庞采明, 梁裕盛. 微创治疗高血压脑出血的发展现状[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(1): 72-74.
- [8] 赵继宗, 周定标, 周良辅, 等. 2464 例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究[J]. 中华医学杂志, 2005, 85(32): 238-242.
- [9] 张光亮, 徐忠辉, 马颖, 等. 不同方法治疗高血压脑出血的效果分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(3): 129-132.
- [10] 王刚, 田学力, 吕新兵, 等. 神经内镜结合小骨窗治疗高血压脑出血[J]. 中华神经外科杂志, 2010, 26(9): 826-828.
- [11] 王涛. 神经内镜辅助手术治疗高血压丘脑出血 35 例[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(4): 246-247.
- [12] 陈其钻, 陈谦学, 郭振涛, 等. 微创术联合亚低温治疗高血压脑出血的 Meta 分析[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2013, 20(1): 30-33.
- [13] 杨国瑛, 王彪, 樊保华. 立体定向血肿吸除术治疗高血压脑出血手术时机选择(附 63 例临床分析)[J]. 立体定向和功能神经外科杂志, 2008, 21(4): 223-226.
- [14] 刘红梅, 王文志, 李涂. 微创穿刺术与小骨窗开颅术治疗脑出血的随机对照研究[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2008, 8(6): 512-513.
- [15] 时晓光, 师镜峰, 李超. 高血压脑出血手术方法及时机对术后出血的影响[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2010, 9(2): 177-178.

(收稿日期: 2013-03-21)