

微创手术治疗高血压脑出血的疗效观察

马占宾

北京北亚骨科医院 北京 102445

【摘要】目的：对高血压脑出血患者进行微创手术治疗，做好对应的效果观察。**方法：**选取高血压自发性脑出血患者共计60例，收治时间均在2020.1-2021.1月间，发病至入院时间在3h以下，并经头颅CT检查进行确诊。对照组给予常规颅脑清除术，试验组给予微创血肿清除术，做好对应的效果比较。**结果：**通过对两组患者进行疗效、脑血管意外及血肿量的比较，观察组患者在治疗5天后血肿量、日常能力水平分别为 $12.09 \pm 5.26\text{ml}$ 、 80.25 ± 1.26 分，相比较对照组来说整体效果相对较优，二者具有一定差异，治疗5天后两组患者具有一定差异($p < 0.05$)。观察组脑出血患者相比较对照组来说存在一定差异，观察组不良事件分别为2例、1例、1例，比例为13.33%，经比较，两组患者具有一定差异。观察组自发性脑出血患者中显效、有效、无效人数分别为22例、5例、3例，整体有效率为90.00%，对照组整体有效率在83.33%，经比较，两组患者差异具有统计学意义。**结论：**对脑出血患者行颅内血肿的微创治疗，神经功能恢复改善较好，不良事件出现率较低，整体效果好。

【关键词】微创手术；高血压脑出血；疗效观察

脑出血作为现阶段的难治性疾病，当前脑出血发病数占据脑卒中的2成左右，同时发病率一般在35%以上，整体致残率较高^[1]。自发性脑出血主要是受高血压引起的，一般情况下自发性脑出血伴有血压增高，在此情况下导致致残风险。本文通过对60例脑出血患者进行资料分析，探求微创治疗在自发性脑出血治疗的意义和研究价值，具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过选取高血压自发性脑出血患者共计60例，收治时间均在2020.1-2021.1月间，发病至入院时间在3h以下，并经头颅CT检查进行确诊。通过将60例患者进行分组，对照组、观察组分别采用不同形式。排除标准：第一，心肝肺功能不全患者。第二，动脉瘤疾病患者。第三，脑外伤患者。

1.2 方法

对照组采用常规手术治疗，依据患者的病灶部位、血肿大小来确定切口，在对病患穿刺的过程中要确保能够达到血肿区域，并彻底清除血肿。在手术完成之后要根据患者的病情恢复情况是否能够去除颅瓣，如果血肿已经深入脑室，应及时行侧脑室外引流。

观察组脑出血患者应采用血肿微创清除术，首先应做

好全身麻醉，在对患者进行检查的过程中，使用CT对患者的血肿部位进行定位，在离出血部位最近的地方作一切口，切口应控制在3-4cm左右，随后使用脑穿针进行穿刺，并对血肿部位进行定位。使用神经内镜辅助吸除凝血腔，同时做好电凝止血。在上述步骤完成后，血肿腔放置引流管，并做好固定。尤其硬脑膜缝合时，要做好血肿清除复查，如果没有血肿残留还应使用尿激酶溶液做好冲洗。

在整个手术完成后，对脑出血患者进行术后情况的观察，并给予针对性的管理^[2]。

1.3 观察指标

- (1) 显效、有效、无效人数。
- (2) 血肿、血肿增大、脑梗塞人数。
- (3) 日常生活能力。

1.4 统计学分析

选用spss20.0进行数据统计学分析，分别用 t 、 P 表示， $P < 0.05$ 具有统计学差异。

2 结果

2.1 通过对两组自发性脑出血患者进行临床效果比较，观察组自发性脑出血患者中显效、有效、无效人数分别为22例、5例、3例，整体有效率为90.00%，对照组整体有效率在83.33%，经比较，两组患者差异具有统计学意义。

表1 两组自发性脑出血患者的临床效果对比

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	20	5	5	83.33
观察组	22	5	3	90.00
t				8.053
P				0.000

2.2 通过对两组患者进行脑血管事件发生率的情况比较，其中对照组自发性脑出血患者中血肿、血肿增大、脑

梗塞人数分别为3例、5例、2例，总体不良事件发生率为33.33%，观察组自发性脑出血患者相比较对照组来说存

在一定差异，观察组不良事件分别为2例、1例、1例，比例为13.33%，经比较，两组患者具有一定差异。

表2 两组患者出现脑血管事件的发生率情况

组别	血肿	血肿增大	脑梗塞	总发生率
对照组	3	5	2	33.33
观察组	2	1	1	13.33
<i>t</i>				10.3424
<i>P</i>				0.0013

2.3 通过对两组患者进行血肿量及日常生活能力水平的比较，观察组患者在治疗5天后血肿量、日常能力水平分别为12.09±5.26ml、80.25±1.26分，相比较对照组来说

整体效果相对较优，二者具有一定差异，治疗5天后两组患者具有一定差异 ($P < 0.05$)。

表3 两组患者血肿量以及日常生活能力比较

组别	例数	血肿量 (ml)	血肿量 (ml)	日常能力 (ADL)	日常能力 (ADL)
		(治疗前)	(治疗5d)	(治疗前)	(治疗5d后)
观察组	30	19.14±2.36	12.09±5.26	43.40±10.47	80.25±1.26
对照组	30	19.20±2.26	14.25±6.25	43.48±10.25	68.38±2.57
<i>t</i>	-	0.894	4.653	0.428	7.084
<i>P</i>	-	0.357	0.000	0.469	0.000

3 讨论

自发性脑出血主要是指非外伤性脑实质出血，主要是由颅脑、其他系统引起的，当前出现此种疾病的几率中中老年人偏高。脑出血对患者的社会、家庭等造成严重影响，因此做好对应的疾病防治具有重要价值。受饮食、生活不规律、疾病等多重因素均会引发脑血管疾病并造成脑出血的产生，部分患者在长期服用抗凝药物的同时将会出现明显的凝血机制障碍。患者在发病时一般表现为头痛、恶心、肢体活动障碍、神志不清，基底节区为脑出血的常见部位，脑叶出血相对较少。不同年龄组的自发性脑出血发病原因不同。在当前来说，在自发性脑出血中整体病死率、致残率较高，一般占据卒中患者的10%左右。高血压作为常见致病因素，除此之外凝血障碍、静脉畸形均为发病原因^[3]。

脑出血作为现阶段的神经外科急症，受过度疲劳、剧烈运动等的影响，临床特征表现为失语、偏瘫。目前对脑出血诊断中一般采用CT检查，对于脑出血的诊断率在100%左右。在临床诊断中，CRP在浓度不同时数值不同，对于一些昏迷的病人，hs-CRP浓度较高。

脑血管疾病作为现阶段的主要疾病，受环境、遗传因素等因素影响，易导致生命安全受到威胁。脑出血目前占急性脑出血的20%左右，发病率高、死亡率高，同时容易出现预后不良的情况。脑出血作为现阶段临床一种常见病，临床表现为呼吸困难、气管分泌物等呼吸功能障碍，对于此种疾病来说，如果不及时处理将会出现呼吸衰竭状况^[4]。由于脑出血起病急、进展快，如果病情严重将会导致患者的自理能力明显丧失，因此预防感染是当前的一个主要方

面。该病情急，起步迅速，在发病后容易出现血压升高的情况，如果症状严重还会伴随肢体功能、语言功能障碍。院前急救作为急诊抢救链，应将其应用于救治的各个缓解，以此来规范急救工作，保障分工，并为患者赢得更多的时间。通过保障呼吸道通畅、吸氧支持，并做好血压控制。经研究表明，脑出血患者出现院内感染的主要因素和年龄、疾病特点以及治疗措施具有明显关系。一些临床研究表明，在急性发热期发热患者预后效果较差。部分学者认为应积极进行发热控制。常规降温方法包含冰敷、降温毯、退热药物等。目前我国学者在颅脑损伤、蛛网膜下腔出血中使用血管内降温法能够有效控制病人的发热^[5]。

高血压脑出血整体病死率、致残率高，对于出血量较大患者，还会存在明显的功能障碍。对于高血压脑出血患者来说，容易导致周围组织受到压迫，同时对于一部分血脑屏障的损害将会出现脑水肿，并导致患者的生命受到威胁。通过清除血肿，降低继发性脑损伤，减少病死率的发生具有重要意义。

对于脑出血昏迷病人来说，容易导致肺部感染几率增加。脑出血昏迷患者容易出现肺部感染：第一，在昏迷时，如果脑出血患者的中枢神经受到影响，将会导致感染出现。第二，在昏迷时，由于机体处于高代谢状态，在机体抵抗力不足的同时将并发感染。第三，在出现昏迷时，如果鼻饲饮食反流也会产生不良情况。对于脑出血患者来说，胃管容易出现错误插入情况。对于一部分咳嗽、吞咽反射减弱的病人，应做好相关管理。临床中常用的方法包含胃液抽出、注射器在胃管末端注入空气方式，并使用听诊器进行听诊看是

否存在胃管。第三,胃管固定。一般情况下采用胶布固定方式,但容易出现胃管滑出的现象。通过在胃管近鼻翼处打结,能够有效固定。第四,鼻饲误吸。对于一部分意识不清患者,如果出现咳嗽、呕吐情况将会增加误吸的可能性。因此还应做好相关管理,对脑出血患者及家属讲解相关知识,建立医护关系并做好配合^[6]。在缓解脑出血患者焦虑情绪的同时确保配合治疗。对脑出血患者给予流质饮食,并做好鼻饲插管,做好酸碱平衡的维持。做好特殊管理。部分脑出血患者采用亚低温疗法,在给予头置冰帽治疗的同时减少耗氧量,并做好体温监测^[7]。

对于脑出血患者来说,昏迷不是CPR增高的主要原因。经研究表明,患者在CPR增高时容易出现肺部感染情况,同时CPR浓度增高和肺部感染程度具有明显关系,具体原因如下:第一,上呼吸道感染、细菌感染具有明显关系。第二,血液中CPR作为血压偏高的危险因素^[8]。

开颅清除术能够清除血肿,但对于患者来说,整体损伤大需要进行全麻治疗,在术后病死率相对较高。相比较上述方法来说,采用微创颅内血肿清除对于患者的要求相对较小,同时合并症相对较少^[9]。对于手术时机来说,应在发病后6h为主,对于血肿腔内应立即进行止血,从而避免出现再出血的发生。对于部分患者,如果出现恶化,还应严密监察患者的体征变化。如果出现病情恶化,对于血肿扩大还应继续进行手术^[10]。对于一部分出血量不大的患者,出血量不大,但神经功能难以改善。对于一部分患者还应考虑水肿情况,对于一部分血肿部分溶解患者,还应选择抽吸水肿手术,以此来改善患者的神经功能,促进疗效的缩短。通过采用微创血肿清除术能够有效提升患者的生存效果,整体生存质量明显提高。

参考文献:

- [1] 何春林. 开颅手术与微创手术治疗高血压脑出血的临床效果分析[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(01): 215-218
- [2] 陈文海. 超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血的临床疗效及对神经功能的影响[J]. 吉林医学, 2022, 43(01): 109-110.
- [3] 沈亚星, 刘兴文, 成毅. 超早期小骨窗微创脑出血清除术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(35): 63-64.
- [4] 李茂. 微创软通道手术治疗幕上高血压脑出血的临床疗效及安全性评价[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(23): 101-102.
- [5] 白金伟. 微创软通道穿刺引流术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血72例的疗效分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(32): 47-50.
- [6] 张亚萌, 任晓渊. 微创手术治疗高血压脑出血的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(19): 115-117.
- [7] 黄国洲, 廖振南, 利文倩, 吴亮, 周传凯. 手术方式和小骨窗微创手术治疗时间的选择对高血压脑出血患者疗效及生活质量的影响[J]. 河北医科大学学报, 2021, 42(10): 1215-1220.
- [8] Wei J H, Tian Y N, Zhang Y Z, et al. Short-term effect and long-term prognosis of neuroendoscopic minimally invasive surgery for hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. 世界临床病例杂志, 2021, 9(28): 8.
- [9] 丁锡武, 贾向军. 超早期小骨窗微创脑出血清除术应用于高血压脑出血治疗中的疗效及并发症发生率分析[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(05): 762-764.
- [10] calid SuXiaoLei, Wang Huazhu, wang wei, Wu Xing, Zhang Zhi. Transshipment model combined modified early warning score system in spinal injury effect of combined application of multiple trauma patients nosocomial transshipment [J]. Journal of college of armed police logistics (medical), 2018, 27 (8) : 689-692.

(上接 191 页)

- [10] 张秀淋, 陈文媛, 黄惠芳. 吞咽功能障碍患者应用间歇性经口管饲法对管饲相关并发症的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(2): 157-159.
- [11] 高兰, 郭桂丽, 明晓峰, 等. 间歇性经口至食管管饲在脑卒中吞咽障碍患者中的应用进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(9): 115-118.
- [12] 温梦玲, 李春霞, 卜淑娟, 等. 家属参与间歇性经口置管注食对吞咽障碍患者营养状况的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, (3): 38-40.
- [13] 孙俊, 管文娟. 吞咽功能康复锻炼在脑卒中鼻饲患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(23): 153-154.
- [14] 刘美青, 刘小菁, 吴建芬, 等. 间歇性经口至食管管饲技术在脑卒中合并吞咽功能障碍患者中的应用[J]. 中国当代医药, 2020, 27(3): 210-212.