

1.3 观察指标 (1)临床指标:包括肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解率等,术后腹胀 1~12 h 消失为显效,12~24 h 消失为有效,24 h 后消失为无效,缓解率 = (显效 + 有效例数) / 总例数 × 100%; (2)疼痛评分:自制疼痛评分量表,0~10 分,其中 0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~9 分为重度疼痛,10 分为极度疼痛; (3)术后认知功能障碍 (Postoperative Cognitive Dysfunction, POCD) 发生率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计软件包对本研究数据进行分析处理,计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验;计数资料用率 (%) 表示,采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标比较 实验组临床指标均显著优于对照组,差异显著 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	肛门排气时间 (h)	肠鸣音恢复时间 (h)	腹胀缓解率 (%)
实验组	40	5.8 ± 3.2*	4.6 ± 2.9*	97.5*
对照组	40	10.4 ± 3.5	9.6 ± 4.2	77.5

注:与对照组比较,**P* < 0.05。

2.2 两组患者疼痛评分比较 实验组疼痛评分为 (3.2 ± 0.4) 分,对照组疼痛评分为 (5.4 ± 2.1) 分,两组比较,*P* < 0.05,差异具有统计学意义。

2.3 两组患者 POCD 发生率比较 实验组 POCD 发生率为 22.5% (9/40),对照组为 37.5% (15/40),两组比较,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

手术疼痛是腹腔镜手术患者不可避免的预后症

状,但根据患者耐受程度的不同,术后疼痛的严重程度也因人而异^[2]。通常术后 3 d 内的伤口疼痛属于中度疼痛,一些患者需要借助精神疗法、物理疗法缓解疼痛,而穴位按摩是老中医们为患者缓解疼痛的主要方法。术后认知功能障碍是应用麻醉药物的手术患者最常见的并发症之一,应用中医康抚可通过精油的自然芳香刺激嗅觉神经传至大脑,可起到降低 POCD 发生率的效果^[3-4]。在中医康抚治疗中,点压胃之募穴(中脘)与胃之下合穴(足三里)能够发挥理肠胃的作用,对胃酸的分泌与肠胃的蠕动具有促进效果^[5];足三里为强壮要穴,点压后不仅可以帮助人调节免疫能力,还可以促进机体的代谢,从而增加了人体正气,同时使腹胀症状有效消除。本研究结果显示,实验组的肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解率、疼痛评分以及 POCD 发生率均明显优于对照组,说明中医康抚治疗能够改善腹腔镜术后腹胀,缓解疼痛,促进肛门排气,同时 POCD 发生率极低。综上所述,给予腹腔镜术后腹胀患者应用中医康抚治疗,不仅能够显著改善临床指标,而且能够有效降低疼痛评分与 POCD 发生率,具有较高的临床推广价值。

参考文献

[1]沈国美.中医康抚护理与新斯的明治疗腹腔镜术后腹胀疗效比较研究[J].护士进修杂志,2012,27(21):1928-1930
[2]张霞晖.中医康抚护理与新斯的明护理对 40 例腹腔镜术后腹胀患者的影响[J].求医问药(下半月),2013,11(11):248-249
[3]王红霞,卢开信,陆金美.穴位按摩对腹腔镜术后患者腹胀及满意度的影响[J].实用临床医药杂志,2014,18(2):97-98
[4]仲娟.妇科腹腔镜术后腹胀的中医护理效果评价[J].中国医药科学,2014,4(11):132-133,136
[5]刘婧,宋家志,饶琳.新斯的明对全麻下行腹腔镜胆囊切除术恢复期患者术后认知状态及胃肠功能恢复的影响[J].河北医药,2016,38(9):1357-1359

(收稿日期:2016-12-05)

微创小骨窗开颅血肿清除术治疗高血压脑出血临床效果观察

王伟丰

(河南省济源市人民医院神经外科 济源 459000)

摘要:目的:观察微创小骨窗开颅血肿清除术治疗高血压脑出血(HCH)临床效果。方法:抽取 2014 年 10 月~2016 年 10 月我院收治的 68 例 HCH 患者,根据随机数字表法分成两组,各 34 例。对照组采用常规开颅手术治疗,研究组采用微创小骨窗开颅血肿清除术。统计两组临床疗效及术后并发症发生情况。结果:研究组治疗总有效率 94.12% (32/34),高于对照组的 55.88% (19/34),差异有统计学意义 (*P* < 0.05);研究组术后并发症总发生率为 38.24% (13/34),低于对照组的 64.71% (22/34),差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。结论:微创小骨窗开颅血肿清除术治疗 HCH 可明显改善患者临床治疗效果,减少术后并发症发生情况,具有推广价值。

关键词:高血压脑出血;微创手术;血肿清除术

中图分类号:R651.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.035

高血压脑出血 (Hypertensive Cerebral Hemorrhage, HCH) 是一种因高血压动脉硬化,导致脑内小血管发生破裂引发的脑出血,临床症状多表现为恶心、呕吐,且伴有躁动、昏迷等,易引发术后心血管系统疾病等并发症,严重影响患者生命健康及

生活质量水平^[1]。王国江等^[2]学者研究指出,随着微创技术及临床医学不断发展,微创手术逐渐应用于高血压脑出血临床治疗中,且具有良好效果。本研究选择 HCH 患者 68 例分组探讨,旨在观察微创手术治疗 HCH 临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取 2014 年 10 月~2016 年 10 月我院收治的 68 例 HCH 患者,根据随机数字表法分成两组,各 34 例。研究组女 15 例,男 19 例;年龄 41~78 岁,平均(59.12± 5.44)岁;病程 4~18 年,平均病程(11.12± 5.62)年;颅内出血量 40~50 ml,平均颅内出血量(45.51± 4.55) ml。对照组女 14 例,男 20 例;年龄 42~79 岁,平均(59.53± 5.41)岁;病程 5~19 年,平均病程(11.10± 4.25)年;颅内出血量 39~50 ml,平均颅内出血量(45.56± 3.37) ml。对比两组病程、年龄、性别等基线资料,无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 研究组行微创小骨窗开颅血肿清除术治疗。根据头颅 CT 定位,取直切口长约 8.0 cm。切开头皮,撑开器撑开,颅骨钻孔,形成直径约 3.0 cm 的骨窗,剪开硬脑膜,显微镜下清除血肿,彻底止血,血肿腔留置硅胶管引流,缝合切口。术后于 24~48 h 进行 CT 检查,若检查结果显示血肿残余量较少或彻底清除即可拔出引流管。对照组采用常规开颅手术治疗,全麻,切开头皮并掀开,骨瓣开颅,剪开硬脑膜,清除血肿,止血彻底后置入引流管。24~48 h 后行 CT 检查,若检查结果显示血肿残余量较少或彻底清除即可拔出引流管。

1.3 观察指标 (1)统计对比两组临床疗效,血肿彻底清除率 $\geq 80\%$ 且临床症状显著改善为显效;60% $\leq$ 血肿清除率 $<80\%$,临床症状明显改善为有效;血肿清除率不足 60%,临床症状无明显改善或加重为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。^[3] (2)统计两组并发症发生情况。

1.4 统计学分析 采用 SPSS20.0 软件对数据进行分析,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行配对 t 检验,以例(%)表示计数资料,行配对 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 研究组治疗总有效率 94.12%(32/34),高于对照组的 55.88%(19/34),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
研究组	34	12(35.29)	20(58.82)	2(5.88)	32(94.12)
对照组	34	8(23.53)	11(32.35)	15(44.12)	19(55.88)
χ^2					13.255
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组术后并发症对比 研究组术后并发症总发生率为 38.24%(13/34), 低于对照组的 64.71%

(22/34),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	呼吸系统	泌尿系统	心血管系统	总发生
研究组	34	3(8.82)	4(11.76)	6(17.65)	13(38.24)
对照组	34	7(20.59)	11(32.35)	4(11.76)	22(64.71)
χ^2					4.769
<i>P</i>					<0.05

3 讨论

HCH 作为神经外科常见疾病,近年来发病率呈上升趋势,且年龄越大发病率越高^[4]。血压增高是导致 HCH 主要因素,且高血压可引发脑小动脉痉挛,致使远端脑组织缺氧缺血甚至坏死,进而引起出血,且 HCH 病情进展较快,及时采取治疗措施可有效改善其预后效果。临床多采用手术减少血肿对脑组织压迫,降低颅内压,避免形成脑疝,进而有效降低毒性及脑水肿,达到改善患者生活质量水平的目的^[5]。

随着微创技术及临床医学不断发展,传统开颅手术因创伤大、时间长、术后并发症多等缺点已逐渐减少使用,微创手术治疗高血压脑出血,不仅可有效避免创伤大及术中严重出血情况,且具有以下优势:(1)有效清除血肿,直视下操作可精准定位血肿位置并快速清除,并便于术中止血;(2)缩短手术时间,由于微创手术切口较小,开颅快,易缝合,且通过手术显微镜放大术野,便于术中操作,从而有效减少手术时间,保障手术顺利进行;(3)并发症较少,因微创手术创伤小,切口小,颅内不易感染且合并症可能性较小。张旭等^[6]学者研究指出,采用直切口小骨窗微创手术治疗 HCH 可有效减少血肿数量,且术野清晰,便于止血,多适用于皮质下血肿位置表浅者。本研究结果显示,研究组治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$),表明微创手术治疗 HCH 可有效清除血肿,提高治疗效果。微创手术通过 CT 准确定位血肿,建立血肿清除通道,快速进至颅内清除血肿,不仅能有效缩短手术时间,方便止血,且可明显减少并发症发生率。本研究结果还显示,研究组术后并发症总发生率低于对照组 ($P<0.05$),表示微创小骨窗开颅血肿清除术治疗 HCH 可显著降低术后并发症发生率。综上所述,微创手术治疗 HCH 可明显改善患者临床治疗效果,减少术后并发症发生情况,值得推广及应用。

参考文献

[1]段飞,赵悦,赵虎威,等.神经内镜微创手术治疗高血压脑出血的疗效评估[J].广西医科大学学报,2016,33(2):312-314
[2]王国江,陈辉,袁菲菲,等.不同时机微创手术治疗高血压脑出血疗效及短期预后的多因素分析[J].立体定向和功能神经外科杂志,2015,28(5):292-295
(下转第 65 页)

布擦拭腹腔。对胃内容物多的患者需吸净胃液,并观察穿孔边缘,及时进行病理检查,对非癌性穿孔需给予修补,用丝线缝合伤口后用大网膜覆盖,并固定和修补穿孔部位,修补后吸净渗液,用生理盐水清洗并经引流管排出,引流中注意对引流管进行良好固定,并及时更换胶带,避免引流管脱落。

1.3 观察指标 对比两组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量和胃穿孔治疗效果、术后并发症发生率。显效:腹痛、恶心呕吐等症状消失,穿孔处检查愈合;有效:腹痛、恶心呕吐等症状减轻,穿孔处检查部分愈合;无效:未达到上述标准,症状无明显改善,穿孔未愈合。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%^[3]。

1.4 统计学处理 以 SPSS19.0 软件处理,计数资料行 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者消化道功能恢复时间、住院天数、出血量、引流量比较 腹腔镜组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量均明显优于传统组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组消化道功能恢复时间、住院天数、出血量、引流量比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	消化道功能恢复时间(d)	术后住院平均天数(d)	术中平均出血量(ml)	术后平均引流量(ml)
腹腔镜组	40	1.14± 0.15	6.02± 0.53	24.52± 2.92	34.52± 2.92
传统组	40	3.24± 1.91	9.98± 2.72	69.26± 4.57	59.26± 4.57
t 值		9.033	8.825	8.512	8.235
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者胃穿孔治疗效果比较 传统组显效 12 例,有效 18 例,无效 10 例,总有效率为 75.00%;腹腔镜组显效 27 例,有效 12 例,无效 1 例,总有效率为 97.50%。腹腔镜组胃穿孔治疗总有效率明显高于传统组, $P<0.05$ 。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 传统组 2 例尿潴留,4 例切口感染,3 例腹胀;腹腔镜组仅 1 例切口感染。腹腔镜组术后并发症发生率明显低于传统组, $P<0.05$ 。

3 讨论

胃穿孔为临床常见多发急腹症之一,具有发病急、病情变化快等特点,目前临床多采用急诊开腹探查以及穿孔修补手术对胃穿孔进行治疗^[4]。在穿孔

修补手术中,采用腹腔镜下进行修补,可对整个腹腔进行观察,且观察角度可调整,具有直观和清晰的特点,可为手术提供广阔视野。同时,还可对病变部位进行清晰观察,可明确穿孔部位、范围和程度^[5-6]。传统开放手术切口可达到 12 cm 左右,可带来较大的创伤和疼痛感,术后恢复比较慢,且探查范围受到明显限制。而腹腔镜下胃穿孔手术治疗只需戳几个孔即可完成手术,创伤小,腹部无明显疤痕残留,且经腹腔探查容易发现合并疾病,还可发挥诊断作用,可减少并发症的发生,具有良好的美容效果,有利于缩短住院时间,术后胃管和引流管可及早拔除,减少感染的发生,减轻患者不适感,有利于术后早日康复。但需要注意的是,腹腔镜下胃穿孔手术治疗尚无法完全替代传统手术方法,对于高度怀疑胃癌、穿孔直径大的高龄患者需慎用腹腔镜下胃穿孔手术治疗^[7-8]。

本研究结果显示,腹腔镜组胃穿孔治疗总有效率明显高于传统组,术后并发症发生率明显低于传统组, $P<0.05$ 。腹腔镜组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量均明显优于传统组, $P<0.05$ 。综上所述,腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔效果确切,可有效缩短消化道功能恢复时间,减少引流量和出血,术后住院时间短,值得推广应用。

参考文献

[1]余春,毛兴龙,林水泉,等.加速康复外科理念在腹腔镜上消化道穿孔修补术中的应用[J].肠外与肠内营养,2013,20(3):139-141
[2]袁军.腹腔镜上消化道穿孔修补术临床疗效观察[J].实用临床医药杂志,2012,16(11):59-60
[3]张炽棠.腹腔镜与开腹手术治疗上消化道穿孔疗效比较[J].中国现代普通外科进展,2012,15(1):62-63
[4]蔡建群.经胃、经脐腹腔镜探查术与外科腹腔镜探查术对不明原因腹水的对比研究[D].广州:南方医科大学,2013
[5]孙颢,陈佳栋,高友福,等.肝圆韧带在腹腔镜上消化道穿孔手术中的应用[J].中国微创外科杂志,2016,16(5):463-464
[6]谢明秀.腹腔镜下消化道穿孔修补术术后的护理研究[J].临床医学工程,2016,23(5):681-682
[7]安玉怀,杨青.腹腔镜、胃镜、腹部 CT 三维重建三者联合对急性上消化道穿孔诊治的临床体会[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16(9):64
[8]姜涛,张少成,高海冰,等.经腹腔镜行胃穿孔修补术治疗急性胃穿孔患者临床效果分析[J].临床研究,2016,24(4):39-40

(收稿日期: 2016-12-07)

(上接第 62 页)

[3]刘仲涛,刘涛,田继辉,等.B 超引导神经内镜微创手术治疗高血压脑出血的临床应用[J].宁夏医科大学学报,2015,37(2):147-149
[4]韩树生.超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血的疗效及对 IL-2、IL-6、TNF- α 的影响[J].贵阳医学院学报,2014,39(2):231-232

[5]叶富跃,杨堃,郑传宜,等.颅内微创血肿清除术与传统开颅清除血肿手术在高血压脑出血中的应用效果分析[J].河北医学,2016,22(1):17-20
[6]张旭,丁志君,赵伟,等.直切口小骨窗微创手术治疗高血压脑出血[J].徐州医学院学报,2014,34(11):750-751

(收稿日期: 2016-12-05)