

微侵袭血肿引流术治疗高血压脑出血的临床观察

蔡书雄

(河南省濮阳市油田总医院神经外科 濮阳 457001)

摘要:目的:探讨微侵袭血肿引流术治疗高血压脑出血的临床效果。方法:选取我院 2016 年 3 月~2017 年 3 月收治的 70 例高血压脑出血患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 35 例。对照组采用传统开颅血肿清除术,观察组采用微侵袭血肿引流术,比较两组患者手术情况和神经功能。结果:观察组手术时间、术中出血量、住院时间均明显低于对照组,血肿清除率明显高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组患者神经功能缺损评分比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,两组神经功能缺损评分均明显改善,且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。结论:微侵袭血肿引流术治疗高血压脑出血临床效果显著,可明显提高血肿清除率,促进患者术后康复。

关键词:高血压脑出血;微侵袭血肿引流术;神经功能缺损评分

中图分类号:R651.11

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.043

高血压脑出血为高血压急症之一,具有起病急、病情险的特点,死亡率高^[1]。临床多以手术治疗,可有效帮助患者快速消除血肿,改善脑循环^[2]。本研究探讨微侵袭血肿引流术的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 3 月~2017 年 3 月收治的 70 例高血压脑出血患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 35 例。对照组男 19 例,女 16 例;年龄 45~73 岁,平均年龄(58.5±7.2)岁;脑室出血 3 例,丘脑出血 7 例,基底核出血 18 例,混合出血 7 例。观察组男 20 例,女 15 例;年龄 44~72 岁,平均年龄(58.3±7.4)岁;脑室出血 4 例,丘脑出血 6 例,基底核出血 19 例,混合出血 6 例。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准认可,所有患者及其家属均签署同意书。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组 采用传统开颅血肿清除术。根据 CT 检查结果定位,在血肿病灶的上方位置作马蹄形切口,切开皮层后清除血肿;浅部血肿操作深度一般为 5 cm 左右,深部血肿操作深度可达 7 cm。注意手术过程中,尽量不损伤血肿壁,术后行血肿引流,并采取防脱水措施。

1.2.2 观察组 采用微侵袭血肿引流术。根据 CT 检查结果确定微创手术穿刺点,局麻下钻颅,刺破硬脑膜后缓慢导入软性脑内血肿吸引管至靶点位置,连接侧管,边抽吸边旋转穿刺针,对血肿中心进行抽吸,推注生理盐水尿激酶冲洗液,置入引流导管。

1.3 观察指标 比较两组患者手术时间、住院时间、术中出血量及血肿清除率。采用美国国立卫生院所制定的神经功能缺损评分量表对患者治疗前后神经状况进行评估,分值越低则患者神经功能越好。

1.4 统计学分析 采用 SPSS20.0 统计学软件处理数据,计数资料以%表示,进行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 观察组手术时间、住院时间及术中出血量明显低于对照组,血肿清除率明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(h)	住院时间(d)	术中出血量(ml)	血肿清除[例(%)]
对照组	35	3.25±0.45	14.55±3.56	350.44±12.25	28(80.00)
观察组	35	1.25±0.64	11.79±2.59	50.78±10.21	32(91.43)
t		18.997	20.369	72.555	8.121
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 治疗前后两组患者神经功能缺损评分比较 治疗前,两组患者神经功能缺损评分比较无明显差异, $P>0.05$;治疗后,两组均有明显改善,且观察组神经功能缺损评分低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 治疗前后两组患者神经功能缺损评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	35	32.711±5.51	24.46±6.21	15.297	<0.05
观察组	35	32.646±4.97	16.44±5.26	25.346	<0.05
t		0.884	17.126		
P		>0.05	<0.05		

3 讨论

临床上治疗高血压脑病多以开颅手术清除血肿为主,但该术式创伤大、脑组织暴露时间长,患者术后易出现脑神经功能损伤或脑组织水肿等症状^[3-4]。研究显示,使用微创技术可有效改善患者预后,促进患者病情好转^[5]。本研究观察组患者采用微侵袭血肿引流术治疗,结果显示其手术时间、住院时间及术中出血量明显低于对照组,血肿清除率明显高于对照组($P<0.05$)。说明微侵袭血肿引流术具有手术时间短、创伤较小、血肿清除效果理想等优势,有利于

患者术后恢复。此外,治疗前两组患者神经功能缺损评分比较无明显差异($P>0.05$);治疗后两组均有明显改善,且观察组评分低于对照组($P<0.05$)。说明与传统开颅手术比较,微侵袭血肿引流术对神经功能的改善效果更为理想。综上所述,采用微侵袭血肿引流术治疗高血压脑出血,可显著改善患者神经功能,提高血肿清除率,有利于疾病的转归和预后,值得临床推广应用。

参考文献

[1]罗俊杰,戴永建,田学成,等.微创钻孔引流术与开窗血肿清除术治

疗高血压脑出血疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(13):1444-1446

[2]迟大鹏,姜晓东,顾九馥,等.醒脑开窍中药联合软通道微创血肿引流术治疗高血压脑出血的临床研究[J].中国中医急症,2016,25(12):2253-2255

[3]何晓云.大骨瓣开颅血肿清除术、小骨窗显微血肿清除术和钻孔血肿抽吸引流术治疗高血压脑出血临床疗效对比观察[J].临床和实验医学杂志,2016,15(16):1612-1614

[4]王力伟,侯迎秋,李学良,等.CT 三维重建定位下血肿穿刺引流治疗高血压脑出血效果观察[J].中国综合临床,2015,31(7):643-645

[5]孙霄,陶英群,许峰,等.ROSA 辅助治疗高血压脑出血的优越性及可行性研究[J].中国微侵袭神经外科杂志,2017,22(2):51-53

(收稿日期:2017-09-01)

中西医结合治疗急性踝关节扭伤的疗效及对疼痛程度影响

杨嵩

(河南省郑州市骨科医院下肢骨科 郑州 450052)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗急性踝关节扭伤的临床效果及对疼痛程度的影响。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院急性踝关节扭伤患者 80 例,随机分为参照组和研究组各 40 例。参照组予以西医治疗,研究组予以中西医结合治疗,比较两组临床疗效及疼痛评分。结果:研究组临床治疗总有效率明显高于参照组($P<0.05$);治疗前,两组患者疼痛评分比较无明显差异($P>0.05$),治疗后,研究组患者疼痛评分明显低于参照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗急性踝关节扭伤疗效显著,有效缓解疼痛,安全性高,值得临床推广应用。

关键词:急性踝关节扭伤;中西医结合疗法;疼痛程度

中图分类号:R684.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.044

急性踝关节扭伤是指在外力作用下,踝关节突然向一侧活动,且活动幅度超过关节承受能力,从而引发踝关节周围软组织发生裂伤的一种关节损伤,多为急性突发性,伴有活动受限、疼痛严重^[1]。本研究选取近两年来我院收治的急性踝关节扭伤患者为研究对象,分析中西结合治疗在临床治疗中的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院急性踝关节扭伤患者 80 例,随机分为参照组和研究组各 40 例。参照组男 22 例,女 18 例;年龄 16~48 岁,平均年龄(25.87 ± 3.65)岁。研究组男 23 例,女 17 例;年龄 16~50 岁,平均年龄(25.63 ± 3.71)岁。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准进行。排除有踝关节扭伤史、踝关节炎史、严重器质性疾病、肿瘤疾病、意识障碍、精神疾病史的患者^[2]。所有患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组 所有患者入院后均立即予以踝关节局部冷敷治疗,1 次/h,20 min/次,直至受伤 48 h 后予以热敷治疗。参照组予以西医治疗,首先予以弹性绷带包扎处理,限制踝关节活动;再给予双氯芬酸

钠双释放肠溶胶囊(国药准字 H20170098)餐后口服,1 次/d,75 mg/次,连续用药 3 d;此外要根据患者的实际情况指导其进行关节功能锻炼,遵循循序渐进原则,逐渐提高患者踝关节活动水平。

1.2.2 研究组 在参照组基础上予以中医治疗。包括中药药膏外敷治疗和推拿治疗。中药药膏成分为:红花、乳香、没药、地榆、伸筋草、冰片各 15 g,秦艽、透骨草、桃仁、大黄各 20 g,将上述药物研磨成粉,辅以香油调成糊状,于踝关节处外敷,1 次/d,10 h/次;在此基础上予以推拿治疗,对扭伤部位进行轻柔按摩,并遵循血管方向实施推拿,以右手握伤足前部,左手手掌对脚踝肿胀部位进行推拿按摩,力道由轻到重,持续 5 min。

1.3 观察指标及疗效判定 (1)比较两组患者疼痛评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评分^[3]:总分 1~10 分,分数越高疼痛程度越重。(2)比较两组患者临床疗效。判定标准^[4]:肿胀、疼痛完全消失,活动能力恢复正常,为治愈;肿胀、疼痛明显改善,活动能力基本恢复正常,为显效;肿胀、疼痛有所改善,行走不稳,为有效;肿胀、疼痛、活动受限均未得到改善,甚至恶化,为无效。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析 采用 SPSS21.0 统计学软件处理