

期使用易引发精神紊乱、视力模糊、复视、恶心、呕吐、乏力等不良反应^[5]。

加巴喷丁为新型抗癫痫药物,在抗痉挛过程中,能有效发挥氨基丁酸类似物作用,且对神经病理性疼痛疾病也具有一定的疗效^[6]。研究认为^[7-8],加巴喷丁主要作用于中枢神经,还可抑制外周神经损伤的异常放电,且该药物通过抑制 γ -氨基丁酸介导通路,拮抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体,拮抗中枢神经系统的钙通道,抑制周围神经传导,缓解患者疼痛,降低不良反应发生的风险。

本研究结果显示,治疗前两组疼痛程度及生活满意度比较无明显差异($P>0.05$),治疗后两组均有所改善,且观察组改善程度明显优于对照组($P<0.05$);观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。说明加巴喷丁治疗复发性三叉神经痛疗效显著,可有效改善患者临床症状,缓解疼痛,提高生活

满意度,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘敏洁.卡马西平与加巴喷丁治疗复发性三叉神经痛的临床对比分析[J].甘肃医药,2014,33(10):759-760

[2]文奎.加巴喷丁与卡马西平治疗复发性三叉神经痛的临床疗效对比[J].大家健康(下旬刊),2015,9(4):160-161

[3]张雪.卡马西平与加巴喷丁对复发性三叉神经痛的临床价值比较[J].中国卫生标准管理,2015,6(25):120-121

[4]杨艳丽.加巴喷丁、卡马西平治疗复发性三叉神经痛的疗效对比观察[J].转化医学电子杂志,2015,2(7):13-14,16

[5]曹家驹.加巴喷丁与卡马西平治疗复发性三叉神经痛的临床随机对照评价[J].基层医学论坛,2016,20(30):4237-4238

[6]程远,陈淑萍,郑洁萍,等.加巴喷丁对布托啡诺术后镇痛及镇静程度的影响[J].浙江中西医结合杂志,2014,24(2):144-146

[7]王平生.加巴喷丁与卡马西平治疗复发性三叉神经痛的临床随机对照分析[J].中国实用医药,2016,11(18):194-195

[8]曲丕盛,万海方,王振等.加巴喷丁与卡马西平治疗复发性三叉神经痛的临床随机对照研究[J].中国全科医学,2013,16(21):2444-2446

(收稿日期:2017-11-24)

高血压脑出血患者行细孔穿刺引流术与开颅手术对术后认知功能及肢体功能的影响比较

刘钟阳¹ 赵琼²

(1 河南省安阳市第三人民医院神经外科 安阳 455000; 2 河南护理职业学院教务处 安阳 455000)

摘要:目的:比较高血压脑出血患者行细孔穿刺引流术与开颅手术对术后认知功能及肢体功能的影响。方法:选取2014年1月~2016年1月我院收治的86例高血压脑出血患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组43例。观察组采用细孔穿刺引流术治疗,对照组采用开颅手术治疗。观察比较两组治疗前后的神经功能缺损评分、日常活动能力评分、认知功能评分及肢体运动功能评分情况。结果:治疗前两组的Barthel指数、Fugl-Meyer、NIHSS和MMES评分相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后观察组的Barthel指数、Fugl-Meyer和MMES评分均明显高于对照组,NIHSS评分低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:细孔穿刺引流术对高血压脑出血患者治疗效果更好,可有效改善患者的认知功能和肢体运动功能,安全性更高。

关键词:高血压脑出血;细孔穿刺引流术;开颅手术;认知功能;肢体功能

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.077

高血压脑出血是高血压最严重的并发症之一,冬春季节多发,具有较高的发病率和死亡率,可伴有不同程度的神经功能障碍,严重影响患者的生活质量^[1-2]。如何改善患者的术后神经功能,提高生活质量,是现在临床研究的重要课题。本研究旨在比较高血压脑出血患者行细孔穿刺引流术与开颅手术对术后认知功能及肢体功能的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月~2016年1月我院收治的86例高血压脑出血患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组43例。观察组中男22例,女21例;年龄46~79岁,平均年龄(64.82±5.26)岁;出血量38~49 ml,平均出血量(40.11±10.69) ml;发病时间3~7 h,平均发病时间(4.96±

2.45) h。对照组中男23例,女20例;年龄45~79岁,平均年龄(65.22±5.14)岁;出血量37~49 ml,平均出血量(40.08±10.78) ml;发病时间3~7 h,平均发病时间(5.12±2.13) h。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 符合高血压脑出血诊断标准者;经头颅CT确诊脑出血部位在基底节区且血肿大小未改变,中线未移位者;患者及家属签署知情同意书者。

1.3 排除标准 出血量在50 ml以上者,格拉斯哥昏迷评分8分以下者;形成脑疝者;发病至入院时间超过12 h者;脑部占位性病变或外伤导致出血者;伴有严重全身感染者。

1.4 手术方法

1.4.1 观察组 采用细孔穿刺引流术治疗。经 CT 确定基底节区血肿情况后,在额部中下界进行穿刺,选择距离血肿最近的穿刺点,且额部投影区须避开功能神经区及大血管;在局部麻醉(2%利多卡因)下采用锥颅器进行穿刺,进针方向与矢状面平行,穿透至硬脑膜下后采用脑穿针进行穿刺,达到预定靶点后置入引流软管,将针芯拔出,接无菌注射器缓慢抽吸血肿,酌情抽取 50%~70%的积血即可,最后接闭式引流装置,妥善固定,保持引流通畅。术后行 CT 检查确定引流管位置是否良好;经引流管注射尿激酶 2 万单位/12 h,根据引流量及 CT 复查结果中血肿的大小调整剂量,若引流见新鲜血,则暂停使用尿激酶,待血肿明显减少或消失后,夹闭引流管,24 h 后患者无异常则拔除引流管^[3]。

1.4.2 对照组 采用开颅手术治疗。在全麻下气管插管并进行手术,根据 CT 定位,以血肿靠近脑皮质部位为手术入路,手术切口须避开功能神经区及大血管,行常规骨瓣开颅,根据血肿大小和位置选择脑穿针,经脑沟清除积血,若为活动性出血,应给予双极电凝止血,根据脑组织情况采取去骨瓣减压或复位,术后皮下放置引流管,外接闭式引流装置。

1.5 评价指标 治疗前后,对患者进行神经功能缺损评分(NIHSS)、日常活动能力评估(Barthel 指数)、认知功能评分(MMES 简易智能精神状态量表)及肢体运动功能评分(改良 Fugl-Meyer 评分)。其中神经功能缺损(NIHSS)评分分数越高,表示神

经缺损越严重;Barthel 指数分值为 0~105 分,分数越高表示日常活动能力越好;MMES 量表共 30 分:≤27 分为不同程度的认知功能障碍;27 分以上为正常。改良 Fugl-Meyer 评分中,<50 分为严重运动障碍;50~84 分为明显障碍;85~95 分为中度运动障碍;96~99 分为轻度运动障碍;100 分为正常。

1.6 统计分析 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的 Barthel 指数、Fugl-Meyer 及 NIHSS 评分比较 治疗前两组的 Barthel 指数、Fugl-Meyer 及 NIHSS 评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗后两组的 Barthel 指数、Fugl-Meyer 及 NIHSS 评分均明显改善,且观察组的改善程度优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组的 Barthel 指数、Fugl-Meyer 及 NIHSS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	Barthel 指数	Fugl-Meyer 评分	NIHSS 评分
治疗前	观察组	43	73.21±16.32	26.12±10.38	11.43±4.71
	对照组	43	72.96±17.55	26.25±10.37	11.47±4.54
治疗后	观察组	43	92.37±12.31 ^{##}	77.17±15.43 ^{##}	4.92±3.27 ^{##}
	对照组	43	82.42±18.73 [*]	64.74±14.11 [*]	6.75±4.39 [*]

注:与同组治疗前相比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后相比较,^{##} $P < 0.05$ 。

2.2 两组的 MMES 评分比较 治疗前两组的 MMES 评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗后两组的 MMES 评分均明显改善,且观察组改善程度优于对照组差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组的 MMES 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	定向力	记忆力	注意力和计算力	回忆能力	语音能力	总分
治疗前	观察组	43	5.41±1.32	1.68±0.38	2.36±0.37	1.54±0.57	4.76±1.01	15.75±3.65
	对照组	43	5.36±1.35	1.65±0.47	2.34±0.38	1.49±0.46	4.77±1.01	15.61±3.67
治疗后	观察组	43	12.37±1.55 ^{##}	2.87±0.51 ^{##}	4.75±0.67 ^{##}	2.62±0.62 ^{##}	8.34±1.21 ^{##}	30.95±4.56 ^{##}
	对照组	43	8.96±1.42 [*]	2.14±0.48 [*]	3.92±0.49 [*]	2.13±0.59 [*]	6.53±1.14 [*]	23.68±4.12 [*]

注:与同组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P < 0.05$ 。

3 讨论

高血压脑出血以脑实质出血为主要表现,继而会引起一系列的病理改变,首先血肿的形成会对脑组织形成物理性的压迫并使其移位、变形,还可能使患者颅内压增高,加重脑部的缺血缺氧;其次颅内血肿的形成还会释放蛋白酶、凝血酶原和铁离子等物质,激活大量游离氨基酸,诱发炎症反应,激活补体系统,使神经系统发生继发性损伤^[4]。因此,及时清除血肿,防止脑组织发生继发性改变,对改善患者预后至关重要。开颅手术是传统的手术方式,操作可在直视下进行,血肿清除也较为彻底,但操作过程较为繁琐,手术切口较大,时间较长,医源性风险较高。而细孔穿刺引流术具有较多的优势:(1)手术较为简

单,定位准确性高,可在早期或超早期解除血肿对脑组织和神经的压迫,改善脑部缺血缺氧状态,同时解除血肿占位效应,预防脑疝形成,降低颅内压;(2)术后通过引流管对血肿进行抽吸并冲洗血肿腔,可降低再出血的风险,而且经引流管给予尿激酶,可提高引流效果;(3)手术切口小,创伤小;(4)设备要求低,基层医院也可推行^[5]。

本研究结果表明,治疗前两组的 Barthel 指数、Fugl-Meyer、NIHSS 和 MMES 评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗后观察组的 Barthel 指数、Fugl-Meyer 和 MMES 评分均明显高于对照组,NIHSS 评分低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。综上所述,细孔穿刺引流术对高血压脑出血患

者治疗效果更好,可有效改善患者的认知功能和肢体运动功能,安全性更高。

参考文献

[1]王冠.椎颅穿刺抽吸引流血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效及对神经功能恢复的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(3):59-62

[2]袁明,谢万福.脑出血开颅手术与钻孔引流的疗效对比[J].神经损伤与功能重建,2015,10(3):250-251

[3]邓有琦,李静梅,杨小华,等.简易椎颅穿刺血肿或脑室引流术与开颅

手术治疗高血压性脑出血的对比研究[J].西部医学,2012,24(12):2334-2335

[4]肖伟利,元少鹏,胡建军.CT 立体定位引导微创穿刺颅内血肿清除术与开颅手术治疗高血压脑出血的疗效观察[J].中国医药指南,2014,12(15):50-51

[5]梁亚明,方凯,卢伟坤,等.微创置管引流术和开颅手术在高血压脑出血中应用的效果对比分析[J].吉林医学,2014,35(16):3514-3515

(收稿日期:2017-12-05)

后路椎间盘镜手术与椎板开窗髓核摘除术治疗 腰椎间盘突出症的疗效比较

高军胜 张陆 姚帅辉 张冲 姜岩 刘志昂 唐司亚 刘军
(河南省郑州人民医院 郑州 450012)

摘要:目的:观察后路椎间盘镜手术(MED)与椎板开窗髓核摘除术(OD)治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月我院收治的腰椎间盘突出症患者 96 例,随机分为研究组与对照组各 48 例。对照组采用椎板开窗髓核摘除术治疗,研究组采用后路椎间盘镜髓核摘除术治疗,比较两组治疗效果及手术情况(手术时间、术中出血量、术后卧床时间)。结果:两组手术时间及优良率比较无明显差异($P>0.05$),研究组术中出血量与术后卧床时间均短于对照组($P<0.05$)。结论:后路椎间盘镜髓核摘除术与椎板开窗髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症疗效均佳,但前者创伤小、恢复快,预后良好,值得临床推广应用。

关键词:腰椎间盘突出症;后路椎间盘镜手术;椎板开窗髓核摘除术;疗效

中图分类号:R681.53

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.078

为探讨后路椎间盘镜髓核摘除术与椎板开窗髓核摘除术对腰椎间盘突出症的疗效,对我院 96 例患者的临床资料进行回顾性分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月我院收治的腰椎间盘突出症患者 96 例,随机分为研究组与对照组各 48 例。所有患者均符合腰椎间盘突出症相关临床诊断标准。研究组男 30 例,女 18 例;年龄 40~76 岁,平均年龄(52.3 ± 5.3)岁; $L_3 \sim L_4$ 12 例, $L_4 \sim L_5$ 21 例, $L_5 \sim S_1$ 15 例。对照组男 31 例,女 17 例;年龄 40~75 岁,平均年龄(52.4 ± 5.2)岁; $L_3 \sim L_4$ 13 例, $L_4 \sim L_5$ 20 例, $L_5 \sim S_1$ 15 例。两组患者一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用椎板开窗髓核摘除术治疗,给予硬膜外持续阻滞麻醉,患者取俯卧位,于病变部位椎间隙后正中作一切口,切开表皮、皮下组织和筋膜,剥离椎旁肌,充分暴露椎板和韧带,牵引开神经根,用咬骨钳去除部分椎板,打开纤维环,用髓核钳摘除突出的髓核,消除对神经根的压迫,清洗缝合,常规留置引流管。术后予以抗生素和激素治疗,48 h 后可拔除引流管,72 h 后进行腿部抬高锻炼,7 d 后佩带腰围可下床活动。

1.2.2 研究组 采用后路椎间盘镜髓核摘除术治

疗,行持续硬膜外阻滞麻醉,患者取俯卧位。在 C 臂 X 光机辅助下,于腰椎正中线偏患侧 0.5 cm 处置入导针,直至椎板下缘,明确病变椎间隙,作一切口,沿着导针插入套管,到达患者病变椎间隙,建立手术通道,装好内镜,清理通道中的软组织,显示韧带及椎板下缘,剥离附着位置,用枪式咬骨钳取出部分椎板,露出神经根、硬脊膜,牵引开神经根后,用微型尖刀环形切开韧带和纤维环,以髓核钳摘除突出的髓核组织,解除神经根压迫,清洗缝合后留置引流管。术后予以抗生素、激素等常规治疗,24 h 后可拔除引流管,48 h 后进行腿部抬高锻炼,3 d 后佩带腰围可下床活动。

1.3 观察指标 (1)观察两组临床疗效,判定标准,优:临床症状基本消失,可进行正常工作生活,直腿抬高可达 80° 以上。良:临床症状明显改善,在较长时间工作后有轻微腰痛,直腿抬高可达 60° 以上。可:临床症状有所好转,留有腰痛症状,直腿抬高不足 60° 。差:临床症状无明显变化甚至加重。优良率 = (优 + 良) / 总例数 $\times 100\%$ 。(2)观察两组手术情况,包括手术时间、术中出血量、术后卧床时间。

1.4 统计学方法 使用 SPSS16.0 统计学软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。