

参考文献

[1]李萍,赵树明,胡亚男.脑出血发病机制研究进展[J].中华老年心脑血管病杂志,2015,17(2):214-215.

[2]符黄德,黄海能,邓元央,等.老年高血压急性脑出血患者炎症因子水平与周围脑组织水肿的相关性[J].中国老年学杂志,2017,37(12):2924-2926.

[3]王明,胡孝锋,李聘.老年高血压性脑出血患者预后情况与 CT 影像诊断特征的相关性研究[J].老年医学与保健,2019,25(4):537-541.

[4]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2014)[J].中华神经科杂志,2015,48(6):435-444.

[5]武丽芳,杜剑峰.ACEI/ARB 类和 CCB 类降压药对高血压性脑出血患者血清炎性因子水平和预后的影响[J].实用药物与临床,2016,19(9):1104-1107.

[6]李芳会.不同收缩压、不同降压方案对老年高血压脑出血患者预后影响的比较研究[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(3):56-59.

[7]董蕾.阿托伐他汀治疗高血压急性脑出血的疗效及对患者 C-反应蛋白的影响[J].中国实用医药,2014,9(3):188.

[8]杨祥,龚剑锋,雷伟健.老年急性脑出血病人炎症因子、CRP 表达水平与脑组织水肿的关系[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(18):2170-2173.

[9]吴兴富.尼莫地平联合神经节苷脂治疗高血压脑出血的临床疗效及其对炎性因子、氧化应激的影响[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(8):106-109.

[10]房伟,韦红梅,姜爱华.不同剂量阿托伐他汀对老年高血压患者血脂水平及炎性因子的影响[J].武警医学,2015,26(7):693-695.

(收稿日期:2020-06-25)

# 重型颅脑损伤脑疝患者经脑膜分次开窗剪开辅助去骨瓣减压术治疗的疗效评价

唐应时

(河南省博爱县人民医院神经外科 博爱 454450)

**摘要:**目的:探究脑膜分次开窗剪开辅助去骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤脑疝患者的疗效。方法:回顾性分析 2018 年 1 月~2020 年 9 月收治的 102 例重型颅脑损伤脑疝患者临床资料,采用经脑膜分次开窗剪开辅助去骨瓣减压术治疗的 51 例患者为观察组,采用脑膜常规剪开辅助去骨瓣减压术治疗的 51 例患者为对照组。比较两组总有效率、格拉斯昏迷评分量表评分及并发症(癫痫、脑膨出、切口疝、迟发性血肿)发生率。结果:观察组治疗总有效率为 66.67%(34/51),较对照组的 43.14%(22/51)高( $P<0.05$ );治疗后 7 d 两组格拉斯昏迷评分量表评分均较治疗前升高,且观察组高于对照组( $P<0.05$ );观察组癫痫、脑膨出、切口疝、迟发性血肿等并发症总发生率为 6.82%(3/44),较对照组的 24.39%(10/41)低( $P<0.05$ )。结论:脑膜分次开窗剪开辅助去骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤脑疝患者的效果显著,可有效改善意识状态,减少术后并发症发生,促使病情转归,改善预后。

**关键词:**重型颅脑损伤;脑膜分次开窗剪开;脑疝;去骨瓣减压术

中图分类号:R651.15

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.051

近年来交通及工地等事故频发,重症颅脑损伤(Severe Craniocerebral Injury, SCI)发生率呈上升趋势,占颅脑损伤的 10%~20%,具有病情重、变化快、不易转运、死亡率高等特点,早期容易形成脑疝<sup>[1-2]</sup>。SCI 脑疝患者病死率相对较高,约 30%,临床针对 SCI 脑疝患者多以去骨瓣减压术(Decompressive Craniectomy, DC)治疗,多经脑膜剪开实施救治,但术后易致颅内感染、脑积水、脑膨出等并发症发生,

不利于术后恢复<sup>[3]</sup>。经脑膜分次开窗剪开,于发生急性脑膨出时可立即清除脑血肿、坏死脑组织,相比常规脑膜剪开治疗 SCI 脑疝更具优势。本研究以 SCI 脑疝患者作为研究对象,旨在探究经脑膜分次开窗剪开辅助 DC 的治疗效果。现报道如下:

## 1 资料和方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院 2018 年 1 月~2020 年 9 月收治的 102 例重型颅脑损伤脑疝患者

临床资料,根据治疗方案不同分为观察组和对照组,每组 51 例。观察组女 24 例,男 27 例;年龄 23~60 岁,平均 (41.52± 6.32) 岁;体质量指数 18.3~26.6 kg/m<sup>2</sup>,平均 (22.63± 1.39) kg/m<sup>2</sup>;致伤原因:交通事故 21 例,高空坠落 15 例,钝器伤 9 例,其他 6 例。对照组女 27 例,男 24 例;年龄 25~58 岁,平均 (42.99± 6.64) 岁;体质量指数 18.1~26.4 kg/m<sup>2</sup>,平均 (22.24± 1.42) kg/m<sup>2</sup>;致伤原因:交通事故 23 例,高空坠落 12 例,钝器伤 10 例,其他 6 例。两组一般资料均衡可比 ( $P>0.05$ )。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:符合《颅脑创伤患者脑脊液管理中国专家共识》<sup>[4]</sup>中 SCI 诊断标准;经颅脑 CT 检查证实脑疝存在。(2)排除标准:合并严重器质性病症;合并免疫系统病症、凝血功能不全;伴恶性肿瘤;休克、呼吸衰竭等并发症;生命体征微弱。

1.3 治疗方法 两组均在入院后立即进行术前评估,实行 X 线、CT 等影像学检查,明确脑部情况,予以术前规范处理,及时实施开颅手术治疗。两组均行气管插管全麻复合静脉麻醉,术中生命体征、心电图监测。

1.3.1 观察组 接受经脑膜分次开窗剪开辅助 DC 治疗。开颅(铣刀),去除骨瓣,咬除部分颞部骨质蝶骨脊;作 15 cm× 15 cm 左右骨窗,悬吊硬脑膜止血,于硬脑膜处开约 1 cm 左右切口(尖刀片),剪开脑膜,作 2 cm× 2 cm 左右窗口,释放血性脑脊液、硬膜下出血,待脑压下降,以蝶骨棘为中心弧形剪开硬脑膜,清除颅内血肿及受损脑组织;彻底止血,放置引流管,常规关颅。

1.3.2 对照组 接受经脑膜常规剪开辅助 DC 治疗,DC 同观察组,脑膜常规剪开,清除颅内血肿及受损脑组织,彻底止血,放置引流管,常规关颅。

1.4 观察指标 (1)比较两组治疗总有效率。(2)比较两组治疗前、治疗后 7 d 格拉斯昏迷评分量表(GCS)评分,包含运动、语言、睁眼 3 个方面,分值为 3~15 分,分数越高,意识状态越好。(3)比较两组并发症发生情况,包括癫痫、脑膨胀、切口疝、迟发性血肿等。

1.5 疗效评估标准 于治疗后 3 个月根据 GOS 评分评估疗效,1 分:死亡;2 分:植物生存;3 分:重度残疾;4 分:轻度残疾,但可独立生活;5 分:恢复良好。将恢复良好、轻度残疾计入总有效。

1.6 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件分析,计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,进行  $t$  检验,计数资料以 % 表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗总有效率比较 观察组治疗总有效率为 66.67% (34/51),高于对照组的 43.14% (22/51) ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗总有效率比较[例(%)]

| 组别       | n  | 恢复良好      | 轻度残疾      | 重度残疾      | 植物生存    | 死亡        | 总有效       |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|
| 观察组      | 51 | 22(43.14) | 12(23.53) | 9(17.65)  | 1(1.96) | 7(13.73)  | 34(66.67) |
| 对照组      | 51 | 13(25.49) | 9(17.65)  | 14(27.45) | 5(9.80) | 10(19.61) | 22(43.14) |
| $\chi^2$ |    |           |           |           |         |           | 5.702     |
| P        |    |           |           |           |         |           | 0.017     |

2.2 两组治疗前后 GCS 评分比较 治疗前两组 GCS 评分比较无明显差异 ( $P>0.05$ );治疗后 7 d 两组 GCS 评分均较治疗前升高,且观察组高于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后 GCS 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 治疗前        | 治疗后 7 d    | t      | P      |
|-----|----|------------|------------|--------|--------|
| 观察组 | 44 | 6.26± 0.39 | 8.95± 0.85 | 19.080 | <0.001 |
| 对照组 | 41 | 6.08± 0.45 | 7.96± 0.69 | 14.613 | <0.001 |
| t   |    | 1.974      | 5.870      |        |        |
| P   |    | 0.052      | <0.001     |        |        |

注:观察组剔除 7 例死亡病例,对照组剔除 10 例死亡病例。

2.3 两组并发症发生率比较 观察组癫痫、脑膨胀、切口疝、迟发性血肿等并发症总发生率为 6.82% (3/44),较对照组的 24.39% (10/41) 低 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较[例(%)]

| 组别       | n  | 癫痫      | 脑膨胀     | 切口疝     | 迟发性血肿    | 总发生       |
|----------|----|---------|---------|---------|----------|-----------|
| 观察组      | 44 | 0(0.00) | 1(2.27) | 1(2.27) | 1(2.27)  | 3(6.82)   |
| 对照组      | 41 | 1(2.44) | 3(7.32) | 1(2.44) | 5(12.20) | 10(24.39) |
| $\chi^2$ |    |         |         |         |          | 5.059     |
| P        |    |         |         |         |          | 0.025     |

注:观察组剔除 7 例死亡病例,对照组剔除 10 例死亡病例。

3 讨论

随着我国交通运输和城市化快速发展,颅脑损伤发病率呈逐年递增趋势,其病死率较高,死亡主要因素是颅内高压引发脑疝<sup>[5]</sup>。脑疝多由颅内压急剧上升所致,部分患者会出现脑组织移位,造成神经、血管受压产生相应症状群,为临床比较凶险的危重症,致死、致残率极高,因此解除脑疝、降低颅内压为治疗 SCI 脑疝患者的关键。

DC 为治疗 SCI 的常用术式,可迅速降低患者颅内压,清除颅腔血肿、坏死组织。DC 主要通过剪开脑膜进行治疗,但由于骨窗相对较小,无法充分暴露脑底部、额极等,进而不能完全止血和清除颅内血肿,致使减压不足,引发脑积水、慢性脑膨出等并发症,不利于术后恢复,影响治疗效果<sup>[6]</sup>。脑膜分次开窗剪开,使切口更灵活,可将切口延伸至枕部、顶部等处,清除颅内血肿更为广泛,且可及时发现迟发性

脑出血,易最大限度减少脑干压迫,进而有效缓解脑干功能损伤,提高治疗效果,改善患者预后。本研究结果显示,观察组总有效率 66.67%高于对照组的 43.14%,并发症发生率低于对照组,治疗后 7 d 观察组 GCS 评分高于对照组 ( $P<0.05$ ),可见 SCI 脑疝患者采用脑膜分次开窗剪开辅助 DC 治疗效果显著,可有效改善意识状态,减少术后并发症发生,促使病情转归,改善预后。脑膜分次开窗剪开,暴露范围更广,将脑组织压力分散,减压更为充分,从而有效减少嵌顿发生,使患者顺利度过颅内高压期;同时还可使硬膜下出血、血性脑脊液慢慢流出,于开窗前,先清除部分血肿,而后清除受损脑组织、颅内血肿,从而能避免颅内压力立即释放,降低并发症发生风险,减少脑摆动出现移位,降低相应并发症发生率;同时在急性脑膨出发生时可及时将带蒂颞肌、硬脑膜缝合,进而于短时间内有效避免脑膨出加重<sup>[7]</sup>。

综上所述,脑膜分次开窗剪开辅助 DC 治疗 SCI 脑疝患者效果显著,可有效改善意识状态,减少术后并发症发生,促使病情转归,改善预后,值得临床推广。

参考文献

[1]黄毅.脑疝复位天幕切开手术治疗重型颅脑损伤并脑疝的临床效果[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(1):102-104.  
[2]黄笑英,郭洁欣,朱小冬,等.改进急救护理干预措施对重型颅脑损伤伴脑疝患者并发症和临床预后的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(2):223-226.  
[3]杨学.对比分析重型颅脑损伤采用标准大骨瓣减压术与常规骨瓣开颅术治疗的应用价值[J].中国急救医学,2017,37(1):224-225.  
[4]中华医学会创伤学分会颅脑创伤专业委员会.颅脑创伤患者脑脊液管理中国专家共识[J].中华神经外科杂志,2019,35(8):760-764.  
[5]胡均贤,袁玉明,徐春林,等.血必净注射液在重型颅脑损伤脑疝患者开颅术后的临床应用研究[J].中医药导报,2019,25(17):85-87.  
[6]陈辉,贾映海,陈登奎,等.标准去大骨瓣减压术治疗特重型颅脑损伤并发脑疝的临床效果观察[J].现代医药卫生,2017,33(7):1074-1076.  
[7]钱金明,郭志强,汪彤彤.去骨瓣减压术中脑膜分次开窗剪开治疗重型颅脑损伤脑疝的疗效观察[J].海军医学杂志,2020,41(3):345-347.

(收稿日期: 2020-12-13)

丁硼乳膏联合阿莫西林治疗慢性牙周炎的效果及观察

郭磊

(河南省商丘市中医院口腔科 商丘 476000)

**摘要:**目的:探讨丁硼乳膏联合阿莫西林治疗慢性牙周炎的临床疗效。方法:选择 2018 年 4 月~2019 年 3 月收治的慢性牙周病患者 60 例作为研究对象,按照随机数字表法分为研究组与对照组,每组 30 例。研究组采用丁硼乳膏与阿莫西林联合治疗,对照组采用阿莫西林治疗,比较两组治疗前后牙菌斑指数、牙周袋深度、炎症因子水平及临床疗效。结果:研究组治疗后牙菌斑指数、牙周袋深度及白细胞介素-6、白细胞介素-8、肿瘤坏死因子- $\alpha$  水平均低于对照组 ( $P<0.05$ );研究组治疗总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )。结论:丁硼乳膏与阿莫西林联合治疗对慢性牙周炎患者临床症状有明显改善,可减轻患者炎症反应,并提高临床治疗效率。

**关键词:**慢性牙周炎;丁硼乳膏;阿莫西林;作用机制

**中图分类号:**R781.42

**文献标识码:**B

**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.052

慢性牙周炎是一种由菌斑微生物引起的感染性疾病,导致牙周支持组织的炎症、进行性附着物脱离和骨丧失<sup>[1]</sup>,其临床特点为牙周袋形成与牙槽骨吸收,是最为常见的牙周炎类型。本病多见于成年人,少见儿童和青少年<sup>[2]</sup>,口腔内可见明显菌斑、牙石,与牙周组织的炎症与破坏程度表现一致,患病率随年龄增长而提高,全身症状较少,微生物为主要致病因素,牙结石、牙列不齐、免疫功能缺陷、吸烟、精神压力、骨质疏松等为常见危险因素<sup>[3-4]</sup>。慢性牙周炎进展缓慢,大部分患者病情呈进展性缓慢加重,临床也可出现间歇性疾病活动期。目前临床针对慢性牙周炎缺乏特效药物,本研究旨在探讨丁硼乳膏与阿莫西林联合治疗慢性牙周炎的临床疗效及作用机制。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2018 年 4 月~2019 年 3

月收治的慢性牙周病患者 60 例作为研究对象。选取标准:年龄 $\geq 18$ 岁;符合慢性牙周炎相关诊断标准<sup>[5]</sup>;就诊前半年内无抗生素用药史;患者及家属均知情同意并自愿配合本研究。排除标准:合并严重肝、肾功能不全;妊娠或哺乳期;对本研究药物出现过敏反应。将研究对象按照随机数字表法分为研究组与对照组,每组 30 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | n  | 性别(例) |    | 年龄(岁)            | 患病时间(年)         |
|------------|----|-------|----|------------------|-----------------|
|            |    | 男     | 女  |                  |                 |
| 研究组        | 30 | 16    | 14 | 31.49 $\pm$ 4.56 | 2.02 $\pm$ 1.11 |
| 对照组        | 30 | 17    | 13 | 30.98 $\pm$ 4.68 | 2.01 $\pm$ 1.03 |
| $\chi^2/t$ |    | 0.067 |    | 0.428            | 0.036           |
| P          |    | 0.795 |    | 0.671            | 0.971           |

1.2 治疗方法 两组患者入院后均给予常规治疗,治疗方法参考牙周病治疗指南<sup>[6]</sup>,对患者进行牙周