

气时间及住院时间、血清 HCG 恢复时间均明显低于对照组,表明单切口腹腔镜下联合宫腔镜能够有效提高手术效率,其次血清 HCG 的恢复时间越短越能利于患者妊娠。同时观察组术后出现切口感染、子宫腔粘连、子宫穿孔、恶心或呕吐及腹痛的并发症发生率均低于对照组,提示单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗能够减少患者的术后并发症,减轻患者痛苦。同时,观察组患者的治疗总有效率明显高于对照组,表明单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗能够有效提高治疗效果,促进患者恢复。此外观察组患者术后 6 个月的月经正常率、妊娠率均显著高于对照组,表明单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗更能利于患者预后,提高妊娠率,分析可能与单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗能够保留子宫与输卵管的正常生理功能及形态,因此该方法可对生育的影响降到最低。笔者发现,宫腔镜手术中存在静脉气体栓塞的可能性,宫腔镜进入宫腔前应当使灌注管中的空气彻底排出,且需密切观察膨宫液避免走空;同时应尽量保持患者为头低脚高位,利于气体由宫颈空排出;此外还需尽可能地减少血管创面暴露。此外腹腔镜操作中应当注意气腹针和套管针的深度适应,避免造成腹腔内血管损伤。本研究无任何患者出现静脉气体栓塞和腹腔内血管损伤。

综上所述,单切口腹腔镜联合宫腔镜治疗宫角妊娠可以改善患者预后,提高患者治疗有效率,值得在临床上广泛应用。

参考文献

[1] 陈忠,许建娟,冯一中,等. 宫角妊娠早期诊断与治疗分析[J]. 中国妇幼保健研究,2010,21(6):823-824.
[2] Adeyemi AS,Atanda OO,Adekunle AD. Successful pregnancy in one horn of a bicornuate uterus[J]. Ann Afr Med,2013,12(4):252-254.
[3] 曹华妹,蔡珠华,夏秋霞. 宫腹腔镜联合诊治宫角妊娠的探讨[J]. 中国内镜杂志,2012,14(1):59-60.
[4] Afifi Y,Mahmud A,Fatma A. Hemostatic Techniques for

• 临床探讨 •

Laparoscopic Management of Cornual Pregnancy;Double-Impact Devascularization Technique[J]. J Minim Invasive Gynecol,2015,8(14):214-219.
[5] 张惜阴,戴钟英,于传鑫. 实用妇产科学[M]. 北京:人民出版社,2008:1052-1054.
[6] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:110-112.
[7] Chang YW,Tsai HW,Wang PH,et al. Single-port laparoscopic surgery for cornual pregnancy after failure of methotrexate treatment[J]. Taiwan J Obstet Gynecol,2015,54(3):322-326.
[8] 霍翠兰. 宫腔镜结合腹腔镜诊治未破裂型宫角妊娠的价值[J]. 中国妇幼保健,2011,26(2):287-288.
[9] Oral S,Akpak YK,Karaca N,et al. Cornual heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and uterine septum resection resulting in term delivery of a healthy infant[J]. Int J Appl Basic Med Res,2015,5(3):203-205.
[10] 瞿伟华,郎立中. β -HCG 动态测定在宫角妊娠诊断中的应用[J]. 检验医学,2012,27(3):228-230.
[11] 黄桂芹. 宫腔镜与腹腔镜联合治疗宫角妊娠临床疗效观察[J]. 河北医学,2014,20(8):1369-1371.
[12] 杜秀娟,张丽丽. 宫腔镜治疗宫角妊娠的临床疗效观察[J]. 医学综述,2013,19(21):4025-4026.
[13] 牛玉红. 宫腔镜联合腹腔镜治疗宫角妊娠 38 例临床观察[J]. 黑龙江医药科学,2014,42(4):49-50.
[14] 冷艳,程光丽,姚书忠. 宫腹腔镜下吸宫术治疗宫角妊娠 32 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(12):940-942.

(收稿日期:2016-11-30 修回日期:2017-01-23)

椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合对胸腰段脊柱爆裂性骨折患者近远期疗效观察

肖运祥,陈海丹,刘 杨,程云忠
(湖北省宜昌市中心人民医院脊柱外科 443000)

摘要:目的 观察椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合对胸腰段脊柱爆裂性骨折患者近远期疗效。方法 选取该院胸腰段脊柱爆裂性骨折患者 70 例作为研究对象,按照随机数字表法分为研究组和对照组各 35 例,对照组采用椎弓根固定方式治疗,研究组在对照组基础上联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合方式治疗,观察两组患者疼痛程度、胸腰椎功能障碍程度、脊柱后凸畸形矫正、伤椎前缘及中部高度比以及并发症情况。结果 两组术后 1 个月、6 个月、1 年视觉模拟疼痛量表(VAS)评分均较术前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组患者术后 1 个月、3 个月、6 个月、1 年日本骨科协会胸腰椎治疗评估表(JOA)评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者术后 6 个月、1 年 Cobb 角均较术前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组术后 6 个月、1 年伤椎前缘及中部高度比均较术前升高,差异有统计学意义($P<0.05$),且研究组显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组并发症发生率(5.71%)低于对照组(14.29%)($P<0.05$)。结论 椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折可提高近远期治疗效果,值得临床推广。

关键词:椎弓根固定; 脱钙骨基质; 植骨融合; 爆裂性骨折; 疗效
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)09-1337-04
胸腰椎爆裂性骨折是临床脊柱损伤常见类型,多由外来暴力所致,临床症状为脊髓神经受损、胸部以及腰背部疼痛等,如

不及时治疗,可造成脊髓神经功能永久性损害^[1]。目前临床治疗胸腰椎爆裂性骨折主要以手术为主,椎弓根固定是较为成熟手术方式,取得了一定治疗效果^[2-3]。另有研究显示,在此基础上联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合可有效提高近远期疗效^[4]。本研究拟通过观察椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折近远期疗效,以期为此类患者找到更为安全可靠治疗方法,并有效控制治疗过程中所产生的并发症,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 1 月本院收治的胸腰段脊柱爆裂性骨折患者 70 例,将其按照随机数字表法分为对照组和研究组,每组 35 例。其中研究组男 22 例,女 13 例;年龄 22~54 岁,平均(35.62±4.51)岁;致伤原因:重物压砸 11 例,高处坠落 8 例,交通事故 9 例,运动伤 7 例;损伤节段:T₁₁ 8 例,T₁₂ 9 例,L₁ 10 例,L₂ 8 例。对照组男 23 例,女 12 例;年龄 23~55 岁,平均(36.21±4.36)岁;致伤原因:重物压砸 12 例,高处坠落 9 例,交通事故 8 例,运动伤 6 例;损伤节段:T₁₁ 9 例,T₁₂ 10 例,L₁ 11 例,L₂ 5 例。两组患者在年龄、致伤原因以及损伤阶段等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)经影像学检查确诊为胸腰段脊柱爆裂性骨折,未出现其他系统脏器损伤;(2)本研究所有患者均知情同意;(3)单个椎体受伤,骨折双侧椎弓根完整;(4)未接受其他方式治疗患者。排除标准:(1)依从性差,无法配合本研究者;(2)骨质疏松、糖尿病以及甲亢等严重代谢性疾病;(3)严重心脑血管、血液系统以及肝肾等疾病;(4)妨碍评估视听、失语等躯体功能缺陷者;(5)陈旧性胸腰段骨折者或严重胸腰段骨折伴脱位;(6)既往有精神障碍病史或严重神经系统疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组治疗方法 首先给予患者全身麻醉,取俯卧位进行手术,为减少术中出血,将软枕置于胸部与髋部下方,降低静脉内压力。采用 C 型臂 X 线机透视,先对伤椎进行过伸复位,确定良好后以其为中心进行皮肤切口,切口位置为后正中。切开皮下组织至棘突尖,沿棘突至突关节外侧进行常规剥离。将螺钉置于伤椎上、下两侧椎弓根部位,螺钉置入深度以达到椎体 80%为宜。神经损伤严重患者可采用椎板减压进行处理,修补破损的硬膜囊,并使用顶压法将压迫硬膜囊的骨块推回椎体。两侧置棒后,通过撑开加压促使椎体前中柱恢复高度,适当加压防止出现断钉现象。检查完毕后安装横梁,用氯化钠注射液冲洗切口并进行缝合。术后给予患者常规对症治疗,指导进行康复训练。

1.3.2 研究组治疗方法 在对照组基础上联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合方式治疗。在对照组椎弓根固定手术基础上,剥离患者椎旁肌,术野扩大后,打磨伤椎部位横突和未经减压处理的侧椎板,使其成为合适的植骨床。采用同种异体骨股板覆盖伤椎缺损部位,清除突关节囊,咬除关节软骨并融合椎小关节。在横突、椎板以及关节突等部位植入脱钙骨基质复合自体骨的骨条或骨质,达到后外侧融合效果之后,进行常规引流管安置,对手术切口进行冲洗,最后逐层缝合切口。为避免神经根水肿,可在术后给予地塞米松治疗,并保护患者胸腰背。

1.4 观察指标 (1)疼痛程度:观察术前以及术后 1 个月、6 个月、1 年疼痛程度,采用视觉模拟疼痛量表(VAS)进行评定:0 分表示无疼痛感;1~3 分表示轻微疼痛;>3~7 分表示中度

疼痛,可以忍受;>7~10 分表示剧烈疼痛,需服用镇痛或镇静药物,满分为 10 分。取标有 0~10 的直尺,患者根据自身疼痛程度在直尺上标出,疼痛程度随分数升高而加重。(2)胸腰椎功能障碍程度:采用日本骨科协会胸腰椎治疗评估表(JOA)对患者术后 1 个月、3 个月、6 个月、1 年胸腰椎功能进行评估,主要包括主观症状(0~9 分)、膀胱功能(0~6 分以及)日常活动受限(0~14 分),胸腰椎功能随分数升高而加重。(3)脊柱后凸畸形矫正情况:分别于术前以及术后 6 个月、1 年对患者进行影像学检查,确定脊柱后凸畸形 Cobb 角后进行评估。(3)伤椎前缘及中部高度比:分别于术前、术后 6 个月、1 年对患者进行影像学检查,测定伤椎前缘及中部高度比(骨折椎椎体前缘高度/上下相邻椎椎体前缘高度的平均值×100%)并进行评估。(4)并发症情况:对患者进行为期 1 年随访,观察患者是否出现肺部感染、断裂、脊柱后凸畸形、气胸以及内固定物松动等症状。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 进行数据处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛程度比较 两组患者术前 VAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者术后 1 个月、6 个月、1 年 VAS 评分均较术前降低($P<0.05$),且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 不同时间 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	术前	术后 1 个月	术后 6 个月	术后 1 年
研究组	35	8.32±1.24	5.15±0.79 ^a	3.78±0.34 ^{ab}	1.87±0.25 ^{abc}
对照组	35	8.40±1.27	6.98±0.47 ^a	4.59±0.64 ^{ab}	2.45±0.17 ^{abc}
<i>t</i>		0.267	11.778	6.612	11.350
<i>P</i>		0.791	0.000	0.000	0.000

注:与术前比较,^a $P<0.05$;与术后 1 个月比较,^b $P<0.05$;与术后 6 个月比较,^c $P<0.05$

2.2 腰椎功能障碍程度比较 两组患者术后 1 个月、3 个月、6 个月、1 年 JOA 评分差异具有统计学意义($P<0.05$),且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 不同时间 JOA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 1 年
研究组	35	22.38±2.69	16.54±2.37 ^a	10.64±1.86 ^{ab}	4.58±1.07 ^{abc}
对照组	35	24.45±2.72	18.36±2.24 ^a	12.86±1.94 ^{ab}	6.75±1.21 ^{abc}
<i>t</i>		2.108	3.302	4.887	7.948
<i>P</i>		0.014	0.002	0.000	0.000

注:与术后 1 个月比较,^a $P<0.05$;与术后 3 个月比较,^b $P<0.05$;与术后 6 个月比较,^c $P<0.05$ 。

2.3 脊柱后凸畸形矫正情况比较 两组患者术前 Cobb 角差异无统计学意义($P>0.05$),两组患者术后 6 个月、1 年 Cobb 角均较术前降低,且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 不同时刻 Cobb 角比较(°, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	术前	术后 6 个月	术后 1 年
研究组	35	29.38±4.25	14.36±3.87 ^a	11.27±3.25 ^{ab}
对照组	35	29.41±4.30	16.24±3.76 ^a	13.52±3.14 ^{ab}
<i>t</i>		0.029	2.061	2.946
<i>P</i>		0.977	0.043	0.004

注:与术前比较,^a $P<0.05$;与术后 6 个月比较,^b $P<0.05$ 。

2.4 伤椎前缘及中部高度比情况比较 两组患者术前伤椎前缘及中部高度比差异无统计学意义($P>0.05$),两组术后 6 个

月、1 年伤椎前缘及中部高度比均较术前升高,且研究组显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 伤椎前缘及中部高度比较 (cm, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	伤椎前缘高度			伤椎中部高度		
		术前	术后 6 个月	术后 1 年	术前	术后 6 个月	术后 1 年
研究组	35	1.64±0.34	2.63±0.22 ^a	3.41±0.31 ^{ab}	1.53±0.28	2.57±0.24 ^a	3.14±0.27 ^{ab}
对照组	35	1.63±0.32	2.21±0.14 ^a	3.07±0.11 ^{ab}	1.52±0.21	2.28±0.14 ^a	2.89±0.12 ^{ab}
t		0.127	9.529	6.115	0.169	6.175	5.006
P		0.900	0.000	0.000	0.866	0.000	0.000

注:与术前比较,^a $P<0.05$;与术后 6 个月比较,^b $P<0.05$ 。

2.5 并发症情况 随访期间,两组患者均未出现气胸、肺部感染、脊柱后凸畸形等严重并发症,研究组出现 2 例内固定物松动,并发症发生率为 5.71%;对照组出现 2 例断裂,3 例内固定物松动,并发症发生率为 14.29%,研究组并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

胸腰段脊柱爆裂性骨折属于高能量损伤,多发生于 T₁₁~L₂ 节段,对前柱、后三柱以及中柱造成严重损伤,使脊柱稳定性缺失,治疗不及时,可造成神经根以及脊髓受损,对患者生活质量产生不利影响^[5]。其治疗原则为解除椎管中神经压迫,避免继发损伤,同时维持脊柱稳定性^[6]。椎弓根固定是临床常用治疗方法,可有效增加脊柱稳定性,促进伤椎前缘以及中部高度恢复,防止术后出现胸腰痛以及椎管狭窄等并发症^[7-8]。此外,椎弓根固定还可有效纠正后凸畸形情况,减少神经损伤,缓解疼痛^[9]。但该手术方法存在一定不足,易导致椎弓根骨折、硬膜撕裂等并发症,有关资料显示^[10],在此基础上联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合可取得较好治疗效果。

脱钙骨基质修复骨缺损主要方式是骨诱导和骨传导,其含有骨形态发生蛋白、胰岛素样生长因子、β 生长转化因子等多种成骨因子,能够诱导未分化的间充质细胞,通过促进细胞增殖,并转化为软骨细胞,经钙盐沉积后形成新骨,最终形成骨髓,对于修复骨折具有重要作用^[11]。此外其具有天然空隙结构,为骨活性物质和细胞因子进入提供有利条件,从而充分发挥骨传导作用。胸腰段脊柱爆裂性骨折中采用脱钙骨基质复合自体骨进行植骨,可有效维持脊柱稳定性,并分担脊柱应力,同时减轻内固定轴向负担,最终降低内固定所承担的重力,最大限度避免内固定物出现断裂或者疲劳等并发症^[12-13]。胸腰段脊柱爆裂性骨折易造成前纵韧带断裂,使用脱钙骨基质复合自体骨植骨融合治疗可有效促进伤椎恢复高度,并针对后凸畸形症状进行矫正,加强伤椎稳定性^[14]。甄建国^[15]研究表明,采用脱钙骨基质复合自体骨植骨融合治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折更符合人体生物力学,有助于保持脊柱稳定性。本研究结果显示,术后研究组不同时刻 VAS 评分、JOA 评分、Cobb 角伤椎前缘及中部高度比优于对照组,提示采用椎弓根固定联合植骨融合治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折效果好,可有效促进胸腰椎功能恢复。本研究结果显示,研究组并发症发生率低于对照组,表明两种方法联合使用可有效减轻术后并发症,安全性较好。

脱钙骨基质在临床中应用较为广泛,但由于材料与制作方法等因素影响,会造成一定免疫排斥,影响成骨活性,造成骨移植失败。原材料受到污染后可能存在致病微生物,因此在使用

时应慎重。
综上所述,采用椎弓根固定联合植骨融合治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折具有较好临床效果,可有效促进胸腰椎功能恢复,及时矫正脊柱后凸畸形症状,并发症较少,有助于患者恢复,值得进一步推广。

参考文献

[1] Koh I, Marini G, Widmer RP, et al. In silico investigation of vertebroplasty as a stand-alone treatment for vertebral burst fractures[J]. Clin Biomech (Bristol, Avon), 2016, 34 (21):53-61.

[2] 王克强, 吴积. 胸腰段脊柱爆裂骨折的不同内固定方式疗效对比研究[J]. 当代医学, 2012, 18(22):10-11.

[3] 王振, 郑沛中, 萧锦瑜. 椎弓根螺钉联合连接棒内固定法治疗胸腰段脊柱骨折的临床疗效[J]. 当代医学, 2012, 18 (25):55-57.

[4] 赵庆华, 刘其明, 张珂, 等. 后路椎弓根螺钉固定及经椎弓根植骨治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折[J]. 浙江创伤外科, 2012, 17(6):784-785.

[5] Azhari S, Azimi P, Shahzadi S, et al. Decision-Making process in patients with thoracolumbar and lumbar burst fractures with thoracolumbar injury severity and classification score less than four[J]. Asian Spine J, 2016, 10 (1):136-142.

[6] 付远锋, 谢祖全. 脊柱前路固定器治疗胸腰段爆裂骨折的临床疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(22): 2459-2460.

[7] 张焰, 谭伦, 林旭. 应用伤椎椎弓根螺钉固定术治疗胸腰段爆裂骨折的临床疗效观察[J]. 求医问药, 2013, 11 (10):146-148.

[8] 谢文瑾, 李小飞, 盛路新. 短节段椎弓根内固定治疗胸腰椎爆裂性骨折的临床疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(11):1729-1731.

[9] 熊健, 余远举, 许永涛. 椎弓根螺钉短节段固定联合椎体成形术治疗单节段胸腰段骨质疏松性椎体爆裂骨折疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(7):738-740.

[10] 罗一, 邓展生, 陈静. 不同植骨融合方式对胸腰椎爆裂性骨折疗效的影响[J]. 中国修复重建外科杂志, 2011, 25 (11):1302-1307.

[11] 王鹏, 崔一民, 陈晓东. 完全脱钙骨基质与骨髓间充质干细胞体外诱导构建组织工程纤维软骨[J]. 中国组织工程

研究与临床康复, 2011, 15(8): 1350-1354.

[12] 罗开富, 王云海. 后路内固定辅以植骨融合治疗胸腰椎爆裂性骨折的疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2014, 11(5): 131-134.

[13] 谭家昌, 徐鸿育, 杨有猛, 等. 经伤椎椎弓根内固定联合椎间植骨融合术治疗下腰椎爆裂性骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2010, 25(3): 244-245.

[14] 林健泽, 余铮, 杨欣建, 等. 经伤椎椎弓根螺钉内固定治疗

• 临床探讨 •

胸腰段爆裂骨折的疗效研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2012, 22(3): 137-140.

[15] 甄建国. 经伤椎椎弓根内固定联合椎间植骨融合术在下腰椎爆裂性骨折治疗中的应用[J]. 现代预防医学, 2011, 38(13): 2644-2645.

(收稿日期: 2016-12-02 修回日期: 2017-01-25)

超早期与早期手术治疗高血压脑出血患者的疗效比较

周 业

(海南省琼海市人民医院神经外科 571400)

摘 要:目的 比较超早期与早期手术治疗高血压脑出血(HICH)的临床疗效及对患者神经功能和炎性因子的影响。方法 收集 2012 年 1 月至 2015 年 12 月接受手术治疗的 100 例 HICH 患者作为研究对象, 回顾性分析其临床资料, 按照发病至手术时间分为超早期组(≤ 6 h, $n=50$)和早期组($6\sim 24$ h, $n=50$)。采用美国国立研究院卒中量表(NIHSS)评价神经功能缺损状况。术后, 比较疗效相关指标(主要包括术后再出血率、病死率、GOS 评分优良率), NIHSS 评分及血清炎性因子水平。结果 治疗后, 与早期组相比, 超早期组患者病死率较低(16.0% vs. 4.0%), GOS 评分优良率升高(68.0% vs. 90.0%), 差异均有统计学($P<0.05$), 而再出血发生率比较差异无统计学意义(12.0% vs. 8.0%, $P>0.05$)。与早期组相比, 超早期组患者 NIHSS 评分降低[(16.5 $\pm$ 3.6)分] vs. (10.1 $\pm$ 2.8)分], 血清肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素(IL)-6、超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)等炎性因子水平降低[(51.9 $\pm$ 4.5)g/L vs. (40.2 $\pm$ 3.6) g/L, (30.5 $\pm$ 4.2)ng/L vs. (18.2 $\pm$ 3.1)ng/L, (10.3 $\pm$ 2.0 mg/L) vs. (7.5 $\pm$ 1.7)mg/L], 组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 超早期手术在 HICH 中应用效果良好, 能够提高疗效, 改善神经功能, 减轻炎性反应, 且可增加术后再出血率, 临床上值得进一步研究。

关键词:超早期; 早期; 手术; 高血压脑出血; 神经功能; 炎性因子

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.052 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)09-1340-03

随着生活方式的改变及社会老龄化趋势的加剧, 脑血管疾病的发生率表现出逐渐上升趋势, 其中高血压脑出血(HICH)是常见的脑实质内出血性疾病, 约占据脑卒中的 21%~48%^[1]。HICH 发病急, 病情进展快, 预后差, 其病死率高达 38%~43%, 即使存活, 也会遗留不同程度的神经功能障碍, 影响生活质量^[2]。手术清除血肿、解决血肿占位效应是该疾病的重要治疗手段, 但目前对于手术时机的选择仍然存在较大争议, 有待进一步研究。本研究通过回顾性分析, 比较超早期与早期手术治疗 HICH 疗效及对患者神经功能和炎性因子的影响, 以期提供更多临床证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 1 月至 2015 年 12 月于本院本科接受手术治疗的 100 例 HICH 患者作为研究对象, 回顾性分析其临床资料, 按照发病至手术时间分为超早期组(≤ 6 h, $n=50$)和早期组($6\sim 24$ h, $n=50$)。纳入标准: (1)存在明确高血压病史, 无其他导致脑出血的相关基础疾病; (2)经头颅 CT/MRI 检查提示脑出血; (3)出血量为 30~70 mL, 并排除起病超过 24 h、已存在脑疝、昏迷、合并颅内感染、血液系统疾病、严重心肺、肝肾功能不全、存在手术禁忌症等患者。其中超早期组患者男 28 例, 女 22 例, 年龄 50~68 岁, 平均(57.8 $\pm$ 7.4)岁, 平均出血量(58.4 $\pm$ 10.6)mL; 手术方式: 小骨窗开颅血肿清除术 15 例, 微创血肿清除术 35 例。早期组患者男 26 例, 女 24 例; 年龄 48~70 岁, 平均(58.5 $\pm$ 8.5)岁, 平均出血量(57.5 $\pm$ 11.8)mL; 手术方式: 小骨窗开颅血肿清除术 18 例, 微创血肿清除术 32 例。超早期组和早期组患者性别、年龄、出血量及手术方式等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),

具有可比性。

1.2 方法 所有患者入选后, 均给予常规内科治疗, 主要包括监测生命体征、控制血压、保持呼吸道通畅、维持水电解质、酸碱平衡、保护重要脏器功能等措施。超早期患者在起病 6 h 内行手术治疗清除血肿, 而早期患者在起病 6~24 h 内行手术治疗清除血肿。

1.3 观察指标 2 周后, 比较疗效相关指标, 主要包括术后再出血率、病死率和格拉斯哥预后评分(GOS)优良率。GOS 评分具体如下: 5 分为优, 患者治疗后恢复良好, 遗留轻度的神经功能障碍, 不影响正常生活; 4 分为良, 患者治疗后遗留中度残疾, 但生活能够自理; 3 分为中, 患者治疗后遗留重度残疾, 意识清楚, 但生活不能自理; 2 分为差, 患者治疗后为植物生存状态; 患者死亡为 1 分^[3]。治疗前后, 采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分评价神经功能缺损情况, 评分越高, 缺损情况越严重。并抽取患者静脉血, 采用酶联免疫吸附试验(ELISA 法)检测两组患者血清肿瘤坏死因子(TNF)- α 、白细胞介素(IL)-6、超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)等炎性因子水平, 试剂盒均购于南京森贝伽生物科技有限公司。

1.4 统计学处理 所有数据均采用统计学软件 SPSS16.0 分析, 计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验; 计数资料采用率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗后疗效比较 治疗后, 早期组患者术后再出血率、病死率及 GOS 评分优良率分别为 12.0%、16.0%和 68.0%, 超早期组分别为 8.0%、4.0%和 90.0%, 与早期组相