

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.06.040

小骨窗微创手术治疗脑出血的疗效及患者满意度分析

代建华

(山东省高密市人民医院 261500)

摘要:目的 分析小骨窗微创手术治疗脑出血的疗效、并发症发生情况及患者满意度。方法 选取该院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的脑出血患者 80 例,按照随机数字表法将患者分为小骨窗微创手术组(40 例)和传统开颅手术组(40 例)两组,对两组患者的临床疗效、术后并发症发生情况、疾病复发及死亡情况、治疗满意度进行分析。结果 小骨窗微创手术组患者治疗的总有效率为 87.5%(35/40),显著高于传统开颅手术组的 65.0%(26/40),差异有统计学意义($P<0.05$);小骨窗微创手术组术后并发症发生率、复发率、病死率分别为 10.0%、0.5.0%,显著低于传统开颅手术组的 17.5%、10.0%、20.0%,差异有统计学意义($P<0.05$);小骨窗微创手术组治疗满意度为 87.5%(35/40),显著高于传统开颅手术组的 70.0%(28/40),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 小骨窗微创手术治疗脑出血的疗效较传统开颅手术显著,同时具有较少并发症及较高的患者满意度,值得在临床推广使用。

关键词:小骨窗微创手术; 脑出血; 并发症; 满意度

中图分类号:R651.11

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)06-0862-03

脑出血属于一种神经外科急危重症,在临床极为常见,具有较高的发病率及病死率^[1]。早期将血肿清除,解除压迫是促进脑出血患者病死率降低的关键^[2]。传统开颅手术具有较大的手术创伤及较多的并发症等^[3]。本研究比较了小骨窗微创手术与传统开颅手术治疗脑出血的效果,发现前者较后者疗效显著,并发症少,患者满意度高,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的脑出血患者 80 例,所有患者均符合脑出血的诊断标准^[4],经 CT 检查证实为自发性颅内出血,均知情同意;将有心肝肾出血、血液系统严重疾病、脑疝、脑外伤及肿瘤引发的脑出血等患者排除。采用随机数字表法将这些患者分为小骨窗微创手术组(40 例)和传统开颅手术组(40 例)两组。小骨窗微创手术组患者中男 21 例,女 19 例;年龄 44~77 岁,平均(59.5±4.3)岁;在病灶分布方面:22 例患者为基底核,7 例患者为小脑,5 例患者为脑干,3 例患者为脑室,3 例患者为脑叶;在临床表现方面:12 例患者为嗜睡,14 例患者为浅昏迷,14 例患者为重度昏迷;在高血压病史方面:31 例患者有高血压,9 例患者无高血压,高血压病程 4~25 年,平均(11.2±4.5)年。传统开颅手术组患者中男 20 例,女 20 例;年龄 45~77 岁,平均(60.1±4.1)岁;在病灶分布方面:23 例患者为基底核,6 例患者为小脑,4 例患者为脑干,4 例患者为脑室,3 例患者为脑叶;在临床表现方面:13 例患者为嗜睡,12 例患者为浅昏迷,15 例患者为重度昏迷;在高血压病史方面:30 例患者有高血压,10 例患者无高血压,高血压病程 5~25 年,平均(11.9±4.4)年。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>$

0.05),具有可比性。

1.2 方法 术前 10 h 督促两组患者禁食,之后传统开颅手术组患者接受传统开颅血肿清除术治疗,将血肿彻底清除后对其进行常规止血,将颅腔关闭。手术过程中全方位监测患者的生命体征,必要的情况下给予患者有针对性的药物治疗。小骨窗微创手术组患者接受小骨窗微创手术治疗,具体操作:依据 CT 检查结果将颅脑血肿位置标记出来,对患者进行局部麻醉,将一切口开在标记处,并行颅骨钻孔,然后将骨窗扩大到 4~5 cm,将脑功能区避开,暴露血肿,应用吸引器将血肿物质抽出来。操作过程中小心谨慎,以避免损坏周围正常脑组织。术后对两组患者的生命体征进行严密观察。

1.3 疗效评定 若治疗后患者的临床症状基本消失,CT 检查显示血肿基本清除,日常生活能力基本恢复,则评定为显效;若治疗后患者的临床症状在一定程度上改善,CT 检查显示血肿有效清除,日常生活能力在一定程度上恢复,则评定为有效;若治疗后患者的临床表现、血肿、日常生活能力均没有改善甚至加重,则评定为无效^[5]。总有效=显效+有效。

1.4 观察指标 对两组患者的临床疗效、术后并发症发生情况、复发情况及死亡情况进行统计。同时,采用问卷形式对两组患者的治疗满意度进行调查,分为满意、基本满意、不满意 3 个选项。满意度=(满意人数+基本满意人数)/总人数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,两组患者的临床疗效、术后并发症发生情况、复发及死亡情况、治疗满意度等计数资料以率表示,组间比较用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者的临床疗效比较 小骨窗微创手术组患者治疗的总有效率为 87.5%(35/40);传统开颅手术组患者治疗的总有效率为 65.0%(26/40)。小骨窗微创手术组患者治疗的总有效率显著高于传统开颅手术组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较[n(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
小骨窗微创手术组	40	10(25.0)	25(62.5)	5(12.5)	35(87.5)*
传统开颅手术组	40	6(15.0)	20(50.0)	14(35.0)	26(65.0)

注:与传统开颅手术组比较,* $P<0.05$

2.2 两组患者的术后并发症发生情况、复发及死亡情况比较 小骨窗微创手术组患者的术后并发症发生率、复发率、病死率分别为 10.0%、0.5.0%,显著低于传统开颅手术组的 17.5%、10.0%、20.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的术后并发症发生情况、复发及死亡情况比较[n(%)]				
组别	n	并发症	复发	死亡
小骨窗微创手术组	40	4(10.0)*	0(0.0)*	2(5.0)*
传统开颅手术组	40	7(17.5)	4(10.0)	8(20.0)

注:与传统开颅手术组比较,* $P<0.05$

2.3 两组患者的治疗满意度比较 小骨窗微创手术组患者的治疗满意度为 87.5%(35/40),高于传统开颅手术组患者的 70.0%(28/40),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的治疗满意度比较[n(%)]					
组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
小骨窗微创手术组	40	28(70.0)	7(17.5)	5(12.5)	35(87.5) *
传统开颅手术组	40	17(42.5)	11(27.5)	12(30.0)	28(70.0)

注:与传统开颅手术组比较,* $P<0.05$

3 讨 论

脑出血属于一种神经系统多发病,患者突然发病,病情凶险,具有较高的致残率及致死率^[6]。脑出血后颅内血肿直接压迫周围脑组织,引发继发性脑损伤,进而损伤患者的神经功能。发生这一现象的原因可能是颅内血肿在极短的时间内形成,颅内压以极快的速度提升,同时血肿将 5-羟色胺、激肽等血管活性物质释放出来,使血管收缩,促进血肿周围脑组织缺血的加重,进而导致神经元坏死,最终造成患者残疾甚至死亡^[7]。

现阶段,在脑出血的治疗中,小骨窗微创手术具有较好的效果^[8]。手术治疗的目的是将血肿压迫解除,促进脑组织水肿的减轻,颅内压的降低,脑灌注压的提升,对出血后脑疝的形成进行积极预防^[9-10]。本研究表明,小骨窗微创手术组患者中显效 10 例,

有效 25 例,治疗的总有效率为 87.5%;传统开颅手术组患者中显效 6 例,有效 20 例,治疗的总有效率为 65.0%。小骨窗微创手术组患者治疗的总有效率显著高于传统开颅手术组($P<0.05$)。这说明小骨窗微创手术治疗脑出血的疗效较传统开颅手术更好。

本研究结果显示,小骨窗微创手术组患者的术后并发症发生率、复发率、病死率均显著低于传统开颅手术组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明小骨窗微创手术治疗脑出血较传统开颅手术具有较少并发症、较低的复发率及病死率。本研究发现,小骨窗微创手术组患者的治疗满意度显著高于传统开颅手术组($P<0.05$),这说明小骨窗微创手术治疗脑出血较传统开颅手术具有较高的患者满意度。从总体上来说,在脑出血的治疗中,小骨窗微创手术具有较短的手术时间、较为简便的操作、较为准确的定位、较高的安全性、较小的手术创伤,患者极易耐受。同时,在年龄较大、体质较弱患者的治疗及在颅内各部位出血的治疗中均适用。此外,其术后神经功能障碍发生率极低,患者预后相对较好^[11-12]。

综上所述,小骨窗微创手术治疗脑出血的疗效较传统开颅手术显著,同时具有较少并发症及较高的患者满意度,值得在临床推广使用。

参考文献

[1] 张清伦.小骨窗微创手术与传统大骨瓣开颅治疗老年性高血压脑出血的对比研究[J].医药论坛杂志,2011,32(5):106-108.

[2] 朱兴,张成荣.小骨窗开颅配合冷光源吸引管手术治疗高血压脑出血 46 例体会[J].现代医药卫生,2011,27(7):1044-1045.

[3] 魏磊,王恒,王克强,等.超早期小骨窗开颅血肿清除治疗高血压脑出血 72 例临床分析[J].西北国防医学杂志,2011,32(2):135-136.

[4] 粟华斌.小骨窗微创手术治疗脑出血 48 例疗效分析[J].中国医药指南,2011,9(6):225.

[5] 江家志,李溥,黄月娜,等.超早期小骨窗微创手术对高血压脑出血 hs-CRP 的影响[J].基层医学论坛,2012,16(13):1662-1664.

[6] 李珺,钱东翔,郭炜.超早期血肿穿刺抽吸辅助治疗高血压脑出血并脑疝患者的体会[J].当代医学,2012,18(3):95-96.

[7] 程波,吴海,谈志辉,等.超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血 62 例临床分析[J].检验医学与临床,2011,8(13):1591-1593.

[8] 唐小东.微创血肿穿刺清除术治疗高血压脑出血的疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2013,21(1):120-121.

[9] 方应洪,周雄鄂,韩金安.直切口小骨窗微创手术治疗高血压脑出血 46 例临床分析[J].中国临床神经外科杂志,2010,15(9):560-562.

[10] 赖智勇,李光勤,付敏,等.微创穿刺术治疗大量脑出血的临床效果研究[J].中国全科医学,2012,15(9):996-998.

[11] MANAENKO A, FATHALI N, KHATIBI N H, et al. Arginine-vasopressin V1a receptor inhibition improves neurologic outcomes following an intracerebral hemorrhagic brain injury[J]. Neurochem Int, 2011, 58(4): 542-548.

[12] JONES J, SAYRE J, CHANG R, et al. Cerebral vaso-
• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 06. 041

spasm patterns following aneurysmal subarachnoid hemorrhage; an angiographic study comparing coils with clips [J]. J Neurointerv Surg, 2015, 7(11): 803-807.

(收稿日期: 2017-09-11 修回日期: 2017-11-21)

自由待产体位及改良产程体位在经阴道自然分娩中的应用

张远惠, 谢 婧[△], 李玲玲, 陈丽苹
(重庆市九龙坡区人民医院 400050)

摘 要:目的 探讨低危初产妇经阴道自然分娩中, 不同待产体位、分娩体位对产妇产程以及会阴状况的影响。**方法** 选择 2015 年 1 月至 2016 年 1 月该院产科收治的足月低危初产妇 89 例作为观察对象。所有产妇均满足经阴道自然分娩指征, 根据产妇待产体位和第二产程分娩体位的差异将其分为对照组与观察组, 对照组 41 例产妇采取传统卧位或侧卧位待产, 观察组 48 例产妇则采用自由体位待产及第二产程改良式体位, 比较两组产妇产程、分娩结局、分娩相关指标, 以及产后会阴情况。**结果** 观察组产妇改行剖宫产率明显少于对照组 ($P<0.05$), 并且观察组产后出血量明显少于对照组, 而新生儿 1 min Apgar 评分高于对照组 ($P<0.05$); 观察组产妇第一、第二及总产程明显短于对照组 ($P<0.05$); 观察组母婴并发症发生率、疼痛程度明显低于对照组 ($P<0.05$); 观察组产后会阴完整率明显高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 对于满足经阴道分娩的足月低危产妇, 采用自由体位待产及第二产程改良式体位可有效改善产妇会阴情况, 促进自然分娩, 提高产妇及新生儿分娩过程的安全性。

关键词: 经阴道自然分娩; 改良式体位分娩; 待产体位; 产程; 会阴
中图法分类号: R714.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2018)06-0864-03

妊娠与分娩是女性生命中最为重要的过程之一, 分娩的结局对产妇、新生儿以及整个家庭、社会产生长期的影响。由于近年来我国女性剖宫产率居高不下, 研究出新的助产模式迫在眉睫。长期以来临床对待产体位缺乏足够重视, 在第二产程中的体位则以仰卧位分娩为主^[1]。但近年来的临床研究显示, 仰卧位待产分娩方式可能会使产妇宫颈无法有效扩张, 进而导致产妇产程延长、胎方位异常, 尤其影响第一产程。仰卧位腰椎曲度较大, 导致胎盘血液循环受到压迫, 进而加重宫内缺氧、回心血量降低等现象, 并且仰卧位骨盆的可塑性受限增加难产等不良结局, 影响产妇及新生儿身心健康及生命安全^[2-3]。本研究通过对产妇的待产体位及第二产程体位进行分析, 探讨不同待产体位及分娩体位对经阴道自然分娩足月的低危产妇产程以及会阴状况的影响, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月至 2016 年 1 月本院产科收治的足月低危初产妇 89 例作为研究对象。所有产妇均满足经阴道自然分娩指征, 根据产妇待产及分娩体位的差异将其分为对照组与观察组, 对照组 41 例产妇采取传统卧位或侧卧位待产和分娩, 观察组 48 例产妇则采用自由体位待产和第二产程改良式体

位分娩。两组产妇一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组产妇一般资料比较				
指标	观察组($n=48$)	对照组($n=41$)	t	P
年龄($\bar{x}\pm s$, 岁)	26.5 $\pm$ 4.4	26.3 $\pm$ 4.2	0.059	>0.05
孕周($\bar{x}\pm s$, 周)	39.8 $\pm$ 1.8	39.6 $\pm$ 1.9	0.982	>0.05
体质量($\bar{x}\pm s$, kg)	58.6 $\pm$ 8.2	57.3 $\pm$ 8.9	2.574	>0.05
胎儿双顶径($\bar{x}\pm s$, mm)	91.5 $\pm$ 3.8	92.1 $\pm$ 4.1	1.620	>0.05
胎儿预计体质量($\bar{x}\pm s$, kg)	3.5 $\pm$ 0.8	3.4 $\pm$ 0.4	0.021	>0.05

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 所有产妇对本研究的目的、方法、内容及风险均完全知情同意, 已通过本院医学伦理委员会审核; 均为单胎头位初产妇; 满足经阴道自然分娩指征; 孕 37 周以上, 胎心音正常。排除标准: 高危妊娠或合并严重妊娠并发症的孕产妇; 非足月妊娠孕产妇; 合并严重内科疾病者; 多胎妊娠者; 骨盆狭窄、头盆不称、胎头高浮者; 产前检查显示畸形胎儿、死胎、巨大胎儿者。

1.3 方法 产妇入院后均及时进行健康教育及心理指导, 向产妇讲解分娩过程中的注意事项, 缓解产妇的紧张、恐惧、焦虑情绪, 降低心理因素、精神紧张对分娩结局的不良影响, 所有产妇整个产程需给予适量的水以及营养补给, 密切监护胎心、子宫收缩、胎头下降等情况。对照组产妇采用传统平卧位或侧卧位的

[△] 通信作者, E-mail: 2519423268@qq.com.