

表 2 两组患者出院前意识状态情况比较[n(%)]

组别	n	意识清楚	意识好转	昏迷
研究组	43	8(18.6)	30(69.8)	5(11.6)
对照组	43	2(4.7)	18(41.9)	23(53.5)
χ^2	—	4.073	6.789	17.157
P	—	<0.05	<0.01	<0.01

注:—表示无数据。

3 讨 论

颅内动脉瘤具有临床发病率高、病死率高、致残率高、并发症多等特点,治疗难度非常大。动脉瘤一旦破裂,将引起蛛网膜下腔出血,患者病情危重^[9-10]。万定等^[11]指出,尤其是 Hunt-hess 分级为 4 级和 5 级的患者,其临床病死率极高,预后非常差。有统计显示,颅内动脉瘤患者中,约 50% 死于首次破裂,约 75% 死于第二次破裂^[12-13]。因此临床提倡早发现早治疗,积极预防颅内动脉瘤破裂出血,从而降低危险性,达到最佳治疗效果,提高患者生存质量^[14]。

目前临床对于颅内动脉瘤提倡手术治疗,动脉瘤夹闭术为最有效的治疗方法,被临床医师广泛认同。动脉瘤夹闭术在开颅的前提下实施,手术危险性高,难度大,尽管随着影像学检测水平的提高、显微技术的发展及血管内治疗技术的拓展,动脉瘤夹闭术获得了长足的发展与进步,治疗效果有所提高,但临床的致残率和致死率仍然高达 50% 和 30%^[15-16],不仅严重威胁患者生命健康,也不利于预后,降低患者生存质量。

颅内高压是颅内动脉瘤发病的主要表现之一,腰池引流术可有效降低颅内压,缓解不良症状,同时也有利于使术野更加清晰,减少术中对照脑组织的损伤^[17]。还有持续高颅压易加重患者脑组织损伤,而腰池引流通过降低颅内压可减少临床应用高渗出脱水剂的剂量,从而起到一定的脑组织保护作用,改善组织功能,减少致残因素,提高患者生存质量^[18]。在本组研究中,采用腰池引流的研究组患者治疗后 GOS 评分改善明显优于对照组,患者出院前意识清楚和意识好转率高,而昏迷患者比例明显低于未行腰池引流术的对照组。

脑水肿也是严重影响颅内动脉瘤夹闭术成功与手术安全性的重要因素之一^[19]。脑水肿均影响动脉瘤血管远、近端的充分暴露,从而影响术者术野,易致组织损伤或动脉瘤再破裂。腰池引流可早期引流蛛网膜下腔的积血,减轻脑水肿,使术者的操作更加简便和快速。还有,脑血管痉挛发生的高峰期一般在动脉瘤破裂后出血 3~10 d 内,有研究证实,颅内动脉瘤破裂出血后,血液可分解产生组胺、5-HT、含氧血红蛋白、血栓素 A2 等活性物质,对颅内血管产生刺激作用,引发血管痉挛;还有,动脉瘤造成血管内皮细胞损伤,内皮素 ET 水平上各式及一氧化氮水平下降也易造成血管痉挛^[20]。腰池引流通过改善蛛网膜下腔积血也有利于阻断血管痉挛的发生机制。

研究结果表明,研究组血性脑脊液清除率明显高于对照组,说明腰池引流术对蛛网膜下腔血肿的清除效果较好,从而综合改善脑水肿及血管痉挛等病理现象。还有,对患者预后情况的研究结果显示,研究组患者并发症发生率明显低于对照组,病死率较低,证实腰池引流术的应用价值。总之,腰池引流术联合实施颅内动脉瘤夹闭术治疗颅内动脉瘤破裂具有较好的有效性和安全性,可降低并发症发生率和病死率,提高疗效,改善患者生存质量。

参考文献

[1] 张晓海,曾祥富,胡涛,等.神经内镜辅助颅内动脉瘤夹闭

术临床分析[J].中国医学工程,2009,17(3):218-220.

[2] 温中华,周康胜,陈小锋.急性重型颅脑外伤患者血管内皮生长因子的表达及临床意义[J].检验医学与临床,2010,7(7):237-238

[3] 龙建武,郭之通,郑巽,等.颅内压监测及脑室引流在破裂动脉瘤夹闭术后的临床应用[J].中国神经精神疾病杂志,2010,36(12):745-748.

[4] 舒宗建,田友春.颅脑外伤合并颈髓损伤患者应用预见性护理效果分析[J].检验医学与临床,2013,10(15):147-149.

[5] 祝刚,姚晓腾,晏广,等.颅内动脉瘤夹闭术破裂分析及处理[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(12):38-40.

[6] 熊海兵,朱继,黄伟,等.腰池引流在颅内动脉瘤夹闭术中及术后的应用[J].重庆医学,2013,42(30):3617-3618.

[7] 韦廷求,叶劲.腰穿持续引流在开颅动脉瘤夹闭术中的应用[J].广西医学,2012,34(4):470-472.

[8] 叶文娟.急性颅脑损伤患者凝血和抗凝血功能监测的意义[J].检验医学与临床,2012,9(2):128-129.

[9] 田登攀.神经内窥镜辅助下动脉瘤夹闭治疗分析[J].当代医学,2012,18(13):62-63.

[10] 曾春,赵继宗.颅内动脉瘤夹闭术后死亡线 9 例分析[J].北京医学,2011,33(1):21-23.

[11] 万定,张斌,黄德俊,等.脑室外引流术在 12 例早期和急诊颅内动脉瘤夹闭手术的应用[J].宁夏医科大学学报,2012,34(11):1202-1203.

[12] 王春艳,刘淑杰,李慧,等.动脉瘤夹闭术前行腰大池引流术的意义及护理体会[J].吉林医学,2012,33(4):826-828.

[13] 高品玫,张晓林,路阳.开颅动脉瘤夹闭术前后持续腰穿外引流治疗颅内动脉瘤 20 例的护理[J].医药世界,2009,11(10):663-665.

[14] Celik O, Niemela M, Romani R, et al. Inappropriate application of Yasargil aneurysm clips: a new observation and technical remark [J]. Neurosurgery, 2010, 66(3): 84-87.

[15] 康睿,陈刚.持续腰大池引流在动脉瘤夹闭术后的应用[J].重庆医学,2013,42(3):281-282.

[16] 李来刚.良性颅内压增高症 12 例临床分析[J].检验医学与临床,2010,7(10):963-964.

[17] 马丽.颅内动脉瘤血管内栓塞治疗后并发症的观察与护理[J].检验医学与临床,2013,11(21):2880-2881.

[18] 李红,冯桂苹,冯春.颅内动脉瘤夹闭术后腰大池穿刺持续外引流 48 例的观察与护理[J].中国误诊学杂志,2010,10(11):2686-2687.

[19] 李多,张宇,程松.创伤性硬膜下积液 92 例临床分析[J].检验医学与临床,2012,9(11):345-347.

[20] Ahraj A, Charbel FT, Amin-hanjani S. Peri-operative measures for treatment and prevention of cerebral vasospasm following subarachnoid hemorrhage [J]. Neurol Res, 2009, 31(6): 651-659.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-03-24)