

• 论 著 •

三种手术方式治疗高血压脑出血的临床疗效比较^{*}

罗成军, 王 山, 张 召, 岳 林, 文 伟, 吴虹刚, 詹 傲, 张道宝

(四川省乐山市人民医院神经外科 614000)

摘要:目的 分析小骨窗开颅、钻孔引流术和骨瓣开颅三种手术方式治疗高血压脑出血的临床疗效和安全性。方法 选取该院神经外科 2012 年 6 月至 2015 年 2 月收治的 280 例患有高血压脑出血且行手术治疗的患者作为研究对象, 回顾性分析其临床资料, 其中采用小骨窗开颅术的有 90 例, 采用锥颅钻孔引流术的有 110 例, 而采用骨瓣开颅术的有 80 例。统计并分析三组患者的存活率和远期临床疗效。结果 三组患者在住院期间共有 58 例死亡, 其生存率为 79.3%。小骨窗开颅术组、锥颅钻孔引流术组、骨瓣开颅术组的生存率分别为 73.3%、78.2%、87.5%, 比较差异无统计学意义($P>0.05$); 小骨窗开颅术组、锥颅钻孔引流术组、骨瓣开颅术组愈合率分别为 57.2%、58.7%、30.1%。小骨窗开颅术组和锥颅钻孔引流术组患者的愈合率明显大于骨瓣开颅术组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗 6 周后, 锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组的患者临床疗效明显高于小骨窗开颅术组; 治疗后 12 周, 锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组的神经功能缺损评分明显低于小骨窗开颅术组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 小骨窗开颅术组患者手术时长明显长于锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组, 小骨窗开颅术组患者术中输血量、术后切口脑脊液渗漏发生概率和住院时长均明显少于锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组患者, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 小骨窗开颅术、锥颅钻孔引流术和骨瓣开颅术清除患者脑内血肿时具有不同的临床疗效, 可不同程度提高患者生存率和预后。

关键词:小骨窗开颅术; 锥孔引流术; 骨瓣开颅术; 高血压脑出血; 生存率

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.20.010 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)20-2999-04

Contrastive of clinical effects of 3 kinds of operation mode in treating hypertensive cerebral hemorrhage^{*}

LUO Chengjun, WANG Shan, ZHANG Zhao, YUE Lin, WEN Wei, WU Honggang, ZHAN Ao, ZHANG Daobao

(Department of Neurosurgery, Leshan Municipal People's Hospital, Leshan, Sichuan 614000, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical effects and safety in three surgical methods of small bone window craniotomy, drilling drainage and skull-flap craniotomy for treating hypertension cerebral hemorrhage. **Methods** Two hundreds and eighty cases of hypertension cerebral hemorrhage treated by operation in the neurosurgery department of the hospital from June 2012 to February 2015 were selected as the research subjects and their clinical data were retrospectively analyzed, including 90 cases of small bone window craniotomy, 110 cases of drilling drainage and 80 cases of skull-flap craniotomy. The survival rate and long-term clinical curative effects in these three groups were statistically analyzed. **Results** Among 3 groups, 58 cases died during hospitalization period. The survival rate was 79.3%, which of the small bone window craniotomy group, skull drilling drainage group and skull-flap craniotomy group were 73.3%, 78.2% and 87.5%, the difference had no statistical significance($P>0.05$); the healing rates of the small bone window craniotomy group, skull drilling drainage group and skull-flap craniotomy group were 57.2%, 58.7% and 30.1% respectively, the healing rate of the small bone window craniotomy surgery group and skull drilling drainage group was significantly higher than that of skull-flap craniotomy group, the difference was statistically significant($P<0.05$); the clinical effects after 6 weeks of treatment in the skull drilling drainage group and skull-flap craniotomy group were significantly higher than that in the small bone window craniotomy group; the nerve function defect scores after 12 weeks of treatment in the skull drilling drainage group and skull-flap craniotomy group were significantly lower than that in the small bone window craniotomy group, the difference was statistically significant($P<0.05$); the operative time in the small bone window craniotomy group was significantly longer than that in the skull drilling drainage group and skull-flap craniotomy group, the difference was statistically significant($P<0.05$), while the intraoperative blood infusion amount, occurrence probability of postoperative incision cerebrospinal fluid leakage and hospitalization duration in the small bone window craniotomy group were significantly less than those in the skull drilling drainage surgery group and skull-flap craniotomy group, the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Small bone window craniotomy, skull drilling drainage and skull-flap craniotomy in clearing cerebral hematoma have different clinical effects, can improve the patient's survival rate and prognosis in varying degrees.

Key words: small bone window craniotomy; drilling drainage; iotomy with bone flap; hypertensive cerebral hemorrhage; survival rate

^{*} 基金项目: 四川省卫生和计划生育委员会科技计划资助项目(150067)。

作者简介: 罗成军, 男, 主治医师, 主要从事颅脑出血、肿瘤方面的研究。

高血压脑出血作为神经外科临床常见脑血管疾病之一,该病属于急性占位病变,在老年患者中较为多发,临床上表现为头痛、偏瘫和呕吐等症状,具有极高的致残率和病死率,其中基底节出血是该病的主要类型之一^[1-2]。临床上常采用小骨窗开颅术、锥颅钻孔引流术或者骨瓣开颅等手术方式对其血肿进行清除,改善颅内高压,解除脑组织的压迫,提高患者存活率,对于患者术后神经功能的恢复有重要意义^[3-5]。上述三种手术方式在高血压脑出血的治疗过程中得到了广泛应用,但具体方法的选择对于患者的预后有明显影响,例如前两种方法由于出现脑疝的概率较低而逐渐得到医生和患者的青睐^[6-7]。本研究将本院神经外科 2012 年 6 月至 2015 年 2 月收治的 280 例患有高血压脑出血且行手术治疗的患者作为研究对象,通过对其临床资料进行回顾性分析,比较其临床治疗效果和安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院神经外科 2012 年 6 月至 2015 年 2 月收治的 280 例高血压脑出血且行手术治疗的患者作为研究对象,所有患者均符合高血压脑出血的诊断标准^[8]。将所有患者分为三组,其中小骨窗开颅术组 90 例,锥颅钻孔引流术组 110 例,骨瓣开颅术组有 80 例。回顾性分析其临床资料,所有患者均有高血压病史,其中男 170 例,女 110 例;年龄 32~85 岁,平均(65.7±8.5)岁;出血量>90 mL 的有 33 例,50~90 mL 的有 86 例,30~<50 mL 的有 161 例;发病时间到给予手术时间>24 h 的有 66 例,>7~24 h 的有 96 例,≤7 h 的有 118 例;经 CT 检查其出血位置分布如下:皮层下 82 例,基底节区 100 例,丘脑出血破入脑室 81 例,小脑半球 17 例;格拉斯哥(GCS)评分在 10~13 分 166 例,8~<10 分 102 例,4~<8 分 12 例。三组患者性别、年龄、GCS 评分、脑出血量、脑出血时间及出血部位等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法 小骨窗开颅术组的具体操作方法^[9]:根据患者头部 CT 结果确定其血肿体表的投影区,对其术野进行常规性消毒并铺巾。将其头皮作 1 个长约 4 cm 的切口,切开头皮,头皮下方开直径 3 cm 左右的骨窗,将其硬脑膜十字切开,操作过程中需注意避开其血管和脑功能区,对血肿进行穿刺,而对脑皮层进行电灼处理,沿其穿刺的方向对脑实质到血肿腔的部分进行分离,直视状态下对血肿进行清除。待血肿清除后确定其没有活动性出血,再将引流管置于血肿腔内,采用常规方法对其硬脑膜进行缝合。锥颅钻孔引流术组的具体操作方法^[10]:术前需给予患者剃头,然后根据其头部 CT 的结果确定其出血的位置。并根据其出血部位确定其颅骨的钻孔位置,操作过程中需注意的是避开其血管区和脑功能区,并保持正对其血肿中心位置,于其体表贴上金属作为标记;再次行 CT 进一步确认后,采用局部麻醉联合静脉注射镇静剂,对其术野进行常规性消毒并铺巾,对其进行锥颅并采用穿刺针(由北京万特福公司生产提供)穿刺到其血肿的中心位置;先抽取约 10~20 mL 的血肿,然后将管道保留用作引流管,术后采用 2~4 万单位的尿激酶联合生理盐水注入其血肿腔,并留置 2 h 后释放,每天 2 次,术后 5 d 进行 CT 复查,待血肿清除 80%左右时拔除管道。骨

瓣开颅术组的具体操作方法^[11]:根据其头部 CT 的结果确定其血肿体表的投影区,采用静脉注射全身麻醉,并对其术野进行常规性消毒,铺巾后对其皮肤作 1 个长约 15 cm 的马蹄形切口并骨瓣开颅,将其颞骨鳞部到中颅窝底给予全部咬除并充分减压,呈放射状将其硬脑膜切开;于其皮层血管较少的非重要功能区采用脑穿针对其血肿进行穿刺,将其血肿液体部分缓慢吸出,使其脑压降低后将其皮质切开 1 cm 左右,沿穿针道脑压板对其脑组织进行分离;直视状态下对其固体部分和液体血肿进行清除并充分止血,采用生理盐水进行冲洗,并将引流管置于血肿腔内。术后均需三组患者的血压进行严格控制,预防其上消化道出血、肺部感染、褥疮及下肢深静脉静脉血栓,并常规性脱水降低颅内压,营养神经,加强对症支持治疗。

1.3 指标监测 本次研究三组患者均得到了跟踪随访的资料,其随访时间长 5 个月至 5 年。统计并分析患者住院期间的存活率、手术时长、术中输血量、术后切口脑脊液渗漏发生率和住院时长,采用 GCS 评分系统^[12]对患者的预后进行评估。根据患者的意识和是否可进行正常的日常生活工作等情况将其临床疗效分为 3 个等级,即治愈、好转和无效。其中治愈的临床表现和生命体征为患者意识清醒,肢体的肌力测定高于Ⅲ级,可正常进行日常的生活和工作;好转的临床表现和生命体征为患者意识较清醒,有时轻微模糊,肢体的肌力测定低于Ⅲ级,可基本进行日常的生活和工作;无效的临床表现和生命体征为患者意识模糊,无法正常进行日常的生活和工作。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数×100%。根据《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[13]对患者入院时及治疗后 6 周、12 周分别进行评分,将其神经功能的缺损程度分为 3 个等级,重度缺损为>30~45 分,中度缺损为>15~30 分,轻度缺损为 0~15 分。分值越高表明其神经功能的缺损程度越高。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 软件对数据进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数或百分比表示,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 三组患者的生存率对比分析 本次研究三组患者在住院期间共有 58 例死亡,其生存率为 79.3%。小骨窗开颅术组、锥颅钻孔引流术组、骨瓣开颅术组的生存率分别为 73.3%、78.2%、87.5%。三组患者住院期间的生存率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 三组患者远期生活质量对比分析 本次研究采用 GCS 评分系统对患者的预后进行评估,其分级为 V 级和Ⅳ级则判定为愈合。小骨窗开颅术组、锥颅钻孔引流术组、骨瓣开颅术组愈合率分别为 57.2%、58.7%、30.1%。小骨窗开颅术组和锥颅钻孔引流术组患者的愈合率明显大于骨瓣开颅术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 三组患者临床疗效对比分析 本次研究中,治疗 6 周后,锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组的患者临床疗效明显高于小骨窗开颅术组,差异有统计学意义($\chi^2=15.33, P<0.05$)。见表 1。

表 1 三组患者临床疗效对比分析

组别	<i>n</i>	治愈 (<i>n</i>)	好转 (<i>n</i>)	无效 (<i>n</i>)	死亡 (<i>n</i>)	总有效率 (%)
小骨窗开颅术组	90	25	26	15	24	56.7
锥颅钻孔引流术组	110	55	26	5	24	73.6
骨瓣开颅术组	80	44	21	5	10	81.3

2.4 三组患者神经功能缺损评分对比分析 治疗后 12 周,三组患者的神经功能与住院时相比均有程度不一的改善,其中锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组的神经功能缺损评分明显低于小骨窗开颅术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 三组患者神经功能缺损评分对比分析($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	住院时	治疗后 6 周	治疗后 12 周
小骨窗开颅术组	90	36.8±3.4	30.8±5.0	21.9±4.2
锥颅钻孔引流术组	110	36.5±4.8	18.1±5.1	11.3±4.1
骨瓣开颅术组	80	36.3±4.2	19.6±5.3	12.1±4.1
<i>t</i>		0.366	5.623	5.254
<i>P</i>		0.072	0.036	0.006

2.5 三组患者临床指标对比分析 小骨窗开颅术组患者手术时长明显长于锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组患者,差异有统计学意义($P<0.05$);小骨窗开颅术组患者术中输血量、术后切口脑脊液渗漏发生概率和住院时长均明显少于锥颅钻孔引流术组和骨瓣开颅术组患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 三组患者临床指标对比分析

组别	<i>n</i>	手术时长 ($\bar{x}\pm s, h$)	术中输血量 ($\bar{x}\pm s, mL$)	切口脑脊液 渗漏[<i>n</i> (%)]	住院时长 ($\bar{x}\pm s, d$)
小骨窗开颅术组	90	73.17±0.80	92.49±51.05	2(2.2)	26.62±3.22
锥颅钻孔引流术组	110	3.72±1.11	186.32±64.44	12(10.9)	36.09±2.78
骨瓣开颅术组	80	5.66±2.14	188.55±62.13	13(16.2)	35.99±2.39
<i>t</i> 或 χ^2		9.465	8.509	4.093	6.594
<i>P</i>		0.005	0.003	0.002	0.009

3 讨 论

高血压脑出血是由诸多因素所引发的一类疾病,发病较急,临床上对于此类疾病的治疗一直没有最佳治疗方案。此类出血通常为短暂性大出血。从病理学角度分析,患者的出血灶周围脑组织会由于动脉血流对其给予压迫或冲击而引发原发性损伤,随之其颅内压会发生局部增高,使其周围的脑组织由于受压而发生缺血、移位、坏死及水肿等症状。有学者通过研究发现开颅手术疗法和非手术方法相比^[14],会使患者的脑组织发生较多损伤,且对患者预后的改善帮助较小。对于出血量多的患者来说,采用药物保守治疗的方法通常效果不佳。目前大部分患者均选择采用外科手术方法进行治疗,骨瓣开颅术进行颅内减压时,手术时间较长,对患者造成的创伤较大;而小骨

窗开颅术和锥颅钻孔引流术作为目前临床较常用的手术方法,对患者的创伤较轻。本次研究通过回顾性分析本院收治的 280 例高血压脑出血患者的临床资料,并对其临床有效性和安全性进行了对比分析。

从手术适应证来看,高血压脑出血患者的首要治疗目的是为了 提高患者的生存率和生活质量。临床上通常将患者根据其脑出血量的不同进行分级,对于年龄过大(>70 岁)或其出血量<30 mL 的患者,或者合并患有严重心肺功能障碍的患者采取保守治疗,其余均提倡采用手术方法进行治疗。

当患者血肿量较大时可对其开颅进行血肿清除,尤其是当其发生脑疝时,对患者生命及时抢救具有重要的临床意义。手术治疗的创伤较大,易引发较多并发症,部分患者由于身体素质差无法承受。小骨窗开颅术对于血肿量中等的患者较适用,其操作部位比较表浅,可在局部麻醉的条件下给予手术,适用于身体素质较差或者年龄较大的患者。锥颅钻孔引流术创伤较小,联合纤溶剂对血块给予溶解,采用置管进行引流时具有更好的临床效果,而对于液态血肿也是一种高效的方法,该种方法的缺点是术中再出血不易发现,止血效果和减压效果均较差。曾勇等^[15]通过对基底节区出血的患者进行研究,发现开颅术与锥颅钻孔引流术相比,其失血量较多、手术时间较长、临床疗效较差。还有专家认为选择手术方法需根据其出血部位、病情状态、出血量、血肿是否破入脑室、发病时间等因素决定。而对患者进行分级,Ⅱ~Ⅲ级^[12]患者建议采用锥颅钻孔引流术或小骨窗开颅术对其血肿进行清除,而对于Ⅲ~Ⅳ级患者则适宜采用小骨窗开颅术或骨瓣开颅术清除血肿。对于病情较严重且不稳定的患者,建议采用骨瓣开颅术,而对于发病时间晚或患者病情较稳定的患者,需采用锥颅钻孔引流术清除血肿^[16]。

本研究的结果显示,小骨窗开颅组患者的平均手术时间明显长于常规骨瓣开颅组患者,其术中平均输血量、术后发生切口脑脊液漏的概率、平均住院时间均明显少于常规骨瓣开颅组患者。可见,用小骨窗开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效优于常规骨瓣开颅血肿清除术。微创钻孔引流术用于治疗 30~60 mL 中等量高血压脑出血比小骨窗开颅术有更高的治疗有效率,并且在促进患者神经功能恢复方面作用更为明显。小骨窗开颅术在近几年脑出血的治疗中应用较多,其可以迅速清除颅内大部分血肿,有效缩短患者术后恢复清醒的时间,促进患者神经功能恢复。然而微创钻孔引流术具有操作简便、对患者损伤小、不易损伤血管和脑组织、手术时间短、易于操作、疗效肯定等优点。

本次研究通过对三组患者的临床资料进行回顾性分析,三组患者的生存率差异无统计学意义($P>0.05$),但对其生存率的影响则与患者的出血时间、出血部位、年龄和身体素质相关。而从生活质量来看,采用小骨窗开颅术和锥颅钻孔引流术对患者正常脑组织的影响较小,且对手术造成的创伤较少。但手术方法的选择需根据患者具体的病情具体分析。

参考文献

[1] 杨理媛,孙晓川. 治疗高血压脑出血三种术式疗效和预后

研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(9): 1040-1042.

[2] Schwarz F, Dünisch P, Walter J, et al. Cranioplasty after decompressive craniectomy: is there a rationale for an initial artificial bone-substitute implant? A single-center experience after 631 procedures[J]. J Neurosurg, 2016, 124(3): 710-715.

[3] 张党林, 邓纪学. 不同手术方式治疗高血压脑出血疗效对照研究[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(21): 149-151.

[4] 沙龙贵, 汪锡华, 王之涵, 等. 微创手术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 中国临床医学, 2013, 20(5): 641-643.

[5] 陈小鑫, 钱水清. 小骨窗开颅血肿清除术和大骨瓣开颅血肿清除术治疗高血压脑出血疗效观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(19): 254-255.

[6] Takeuchi S, Nawashiro H, Wada K, et al. Ventriculomegaly after decompressive craniectomy with hematoma evacuation for large hemispheric hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2013, 115(3): 317-322.

[7] 余少雄, 尹勇. 小骨窗开颅与常规骨瓣开颅在高血压脑出血患者中的临床效果对比分析[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2016, 10(8): 1108-1111.

[8] Livesay S, Moser H. Evidence-based nursing review of craniectomy care[J]. Stroke, 2014, 45(11): e217-e219.

[9] 徐鹏飞, 和宁. 不同手术方式治疗高血压脑出血病的体会[J]. 中国医药导刊, 2011, 13(4): 571-572.

[10] Barbeck M, Booms P, Unger R, et al. Multinucleated giant

cells in the implant bed of bone substitutes are foreign body giant cells-new insights into the material-mediated healing process[J]. J Biomed Mater Res A, 2017, 105(4): 1105-1111.

[11] 朱扬清, 张卫, 金浩, 等. 改良小骨窗与大骨瓣开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床对比研究[J]. 国际医药卫生导报, 2012, 18(18): 2744-2746.

[12] Yan YF, Ru DW, Du JR, et al. The clinical efficacy of neuronavigation-assisted minimally invasive operation on hypertensive basal ganglia hemorrhage[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2015, 19(14): 2614-2620.

[13] Wang X, Luo J, Li P, et al. The role of pterional keyhole approach in the microsurgical clipping of anterior circulation artery aneurysms: experiences with 26 cases and literature review[J]. Int J Clin Exp Med, 2016, 9(3): 5922-5931.

[14] 张腾, 邹华山, 陈伟强, 等. 小骨窗开颅术与骨瓣开颅术治疗高血压脑出血疗效比较[J]. 中华神经医学杂志, 2011, 10(9): 953-955.

[15] 曾勇, 张国华. 新型颅内血肿微创穿刺清除术操作定位装置的探讨[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(17): 2628-2629.

[16] 巩学磊. 颅内血肿微创穿刺清除术治疗重症高血压性脑出血的疗效分析[J]. 中南医学科学杂志, 2014, 42(3): 271-273.

(收稿日期: 2017-02-14 修回日期: 2017-04-22)

(上接第 2998 页)

易行, 更能促进患者营养不良发生率的降低, 将有效的临床依据提供给临床知道营养支持治疗方案的科学制订, 值得临床推广。

参考文献

[1] 唐神结, 高文. 临床结核病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 402-403.

[2] 李衡, 孙娟, 王正新, 等. 营养风险及发育不良筛查工具在住院新生儿营养风险筛查中的应用[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(17): 2447-2448.

[3] 金涛波, 唐华. 综合营养评定方法的临床应用与进展[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(12): 1263-1265.

[4] 彭建明, 袁跃西. 肺结核合并肺癌患者外科手术预后影响因素的多元 Cox 回归模型分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(11): 17-19.

[5] 彭文丽. 农村老年肺结核患者焦虑情绪相关因素调查[J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(8): 69-70.

[6] 李佳宁, 郭霞, 赵雅宁, 等. 老年肺结核合并慢性阻塞性肺疾病患者正念水平与自我感受负担及预后的关系研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(3): 19-21.

[7] 陈晔, 张泽明, 尹文斌, 等. 肺结核误诊为肺嗜酸粒细胞浸润症一例并原因分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 23(6): 112-113.

[8] 吴雅芳, 李亚兰, 郑文霞, 等. 普通外科住院患者 665 例营养风险筛查及营养支持状况调查分析[J]. 中国药物与临床, 2014, 14(9): 1215-1216.

[9] 银春莲. 耐多药肺结核合并糖尿病 98 例临床观察[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(9): 1508-1509.

[10] 王淑兰. 84 例结核病感染患者预后影响因素分析[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(1): 40-41.

[11] Da Costa JC, liveira O, Baia L, et al. Prevalence and factors associated with diabetes mellitus among tuberculosis patients: a nationwide cohort[J]. Eur Respir J, 2016, 48(1): 264-268.

[12] Mahishale V, Patil B, Mahishale A, et al. Endobronchial pulmonary mucormycosis diagnosed by fiberoptic bronchoscope: A rare case report[J]. Patil Univ, 2016, 9(1): 132-135.

(收稿日期: 2017-03-07 修回日期: 2017-05-16)