

效果观察[J]. 实用临床护理学杂志, 2019, 4(3): 142.

[13] 张一拾. 人工流产后计划生育干预对妇女避孕知识和措施落实的影响[J]. 中外女性健康研究, 2019(4): 78-79.

[14] 余丽娟. 浅谈无痛人流的围手术期护理[J]. 中国医药指南, 2016, 14(13): 231-232.

[15] 王巧萍, 李景, 王晓辉. 术后恶心呕吐的危险因素与防治

的研究进展[J]. 麻醉安全与质控, 2019, 3(4): 240-244.

[16] 沈沁, 沈薇. 快速康复外科理念对腹腔镜胃肠手术患者术后恢复情况、心理状态及并发症的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(18): 2984-2987.

(收稿日期: 2021-01-28 修回日期: 2021-07-11)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.20.028

神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术治疗 高血压脑出血临床效果比较^{*}

苏俊, 陈艾, 吴海, 程波, 谈志辉, 文亮[△]

重庆市南川区人民医院神经外科, 重庆 408400

摘要:目的 探讨神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术治疗高血压脑出血患者的效果及其对手术相关指标的影响。方法 选取 2019 年 5 月至 2020 年 5 月该院收治的高血压脑出血患者 50 例。根据手术方式的不同分为对照组和观察组, 各 25 例。对照组患者行微创血肿穿刺引流术, 观察组患者行神经内镜血肿清除术, 观察两组患者手术相关指标、Barthel 指数评分、格拉斯哥结局评分(GOS 评分)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、总有效率及并发症发生情况。结果 观察组患者手术时间、术中出血量、血肿清除率及住院时间等相关手术指标均显著优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 术后 1 个月, 两组患者 Barthel 指数、NIHSS 评分及 GOS 评分均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组总有效率显著高于对照组, 并发症总发生率显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 高血压脑出血患者临床治疗选用神经内镜血肿清除术, 可有效降低手术用时, 减少术中出血量, 临床疗效较好, 且并发症发生率较低。

关键词: 高血压脑出血; 微创手术; 内镜手术; 手术时间; 手术出血量; 并发症

中图分类号: R651.1; R619

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)20-3024-04

高血压脑出血属于临床神经科较常见的一种多发性疾病, 其在脑卒中中的致死、致残率均位居第一, 且约有 30% 的存活患者伴有神经功能性障碍等严重后遗症^[1]。血肿块的占位效应可引起继发性脑组织损伤, 因此, 高血压脑出血的治疗关键是及时清除血肿, 修复神经, 降低颅内压, 促使患者脑组织血流灌注得以恢复。临床治疗中, 治疗高血压脑出血的常用术式有开颅血肿清除术、微创血肿穿刺引流术及神经内镜血肿清除术等^[2]。其中开颅血肿清除术的应用最为广泛, 但该术式具有创性大、出血量多等多方面缺陷, 因此, 目前临床治疗中更倾向于创伤性较小的微创手术^[3]。近年来, 临床上对高血压脑出血患者的治疗中, 神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术均获得了良好的疗效, 但关于两种术式疗效方面的对比研究较少。基于此, 本研究主要探讨高血压脑出血患者临床治疗中分别选用微创血肿穿刺引流术与神经内镜血肿清除术的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月至 2020 年 5 月本院收治的高血压脑出血患者 50 例。根据手术方式不同分为观察组和对照组, 各 25 例。纳入标准: (1) 符合高血压脑出血临床诊断标准, 并经临床颅脑 CT 检查获得确诊^[4]; (2) 首次发病出血, 出血量超过 20 mL; (3) 格拉斯哥结局评分(GOS 评分) 大于 5 分^[5]。排除标准: (1) 出血破入脑室, 且术前存在脑疝; (2) 存在重要脏器(心、肾、肝等) 严重功能不全者; (3) 颅内动脉瘤或脑血管畸形破裂出血、脑卒中者; (4) 存在神经系统疾病、认知障碍、精神性疾病, 治疗依从性差者。对照组男 15 例, 女 10 例; 年龄 35~80 岁, 平均(50.7±14.7)岁; 发病至手术时间 4.2~11.4 h, 平均(7.2±2.7)h; 血肿血量 21.2~79.1 mL, 平均(48.1±11.1)mL。观察组男 14 例, 女 11 例; 年龄 34~80 岁, 平均(50.2±11.8)岁; 发病至手术时间 4.3~11.8 h, 平均(7.5±1.6)h; 血肿血量 21.4~

* 基金项目: 重庆市南川区科技计划项目(cx202027)。

[△] 通信作者, E-mail: 287173513@qq.com。

79.2 mL,平均(48.5±10.1) mL。两组患者性别、年龄、发病至手术时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会审核并批准。两组患者及其家属均已签署相关知情文件,可进行下一步研究。

1.2 方法 对照组患者行微创血肿穿刺引流术,手术操作方式如下:全身麻醉,结合手术前头颅 CT 检查结果,于头颅表面将血肿的体表投影及其最大面积进行标记;选取血肿中心处及头颅表面作为穿刺点;待麻醉生效后,于穿刺点位置实施颅骨钻孔,直径约为 1 cm;尖刀切开硬膜,电凝止血后,采用尖刀放射状将腹膜切开,电凝止血;根据 CT 显示结果将导管穿刺于血肿中心位置,到达预设位置后,采用 5 mL 注射器轻柔吸取血肿;抽取完成后,留置引流管,给予尿激酶注射治疗;结合血肿清除状况撤除引流管。

观察组患者行神经内镜血肿清除术,具体操作如下:全身麻醉,结合手术前头颅 CT 检查结果,于头颅表面将血肿的体表投影以及其最大面积、长轴方向等做好标记,手术入路尽可能避开脑功能、血管等重要区域,尽可能将其切口设于标准开颅切口线上,直径为 5 cm,钻孔 1 枚,铣刀成骨瓣直径约 3 cm;悬吊硬膜,采用 CT 再次确认穿刺方向、深度及血肿长轴;尖刀切开硬膜,直径约 1 cm;电凝止血后,将直径为 7 mm 的一次性穿刺套管管芯,沿着 CT 显示的血肿长轴穿刺血肿,将透明套管轻柔置入,拔除套管内芯;经由套管将神经内镜与吸引器置入血肿腔,将血肿抽除,并于吸取的同时将套管缓慢退出;若遇到紧密粘连的小血凝块,不需强行将其清除;对少量渗血现象进行止血处理,对明确的活动性出血则需采用电凝止血方式止血,以减少对血肿壁的过多操作;确认止血彻底后,于血肿腔内留置引流管;最后,将套筒管撤掉,采用凝胶海绵填充骨孔;术后给予 CT 复查,结合患者血肿清除状况决定是否给予其尿激酶注射治疗与拔除引流管。

1.3 观察指标及评定标准 观察两组患者手术相关指标,包括手术时间、术中出血量、住院时间及血肿清除率。结合颅脑 CT 检查结果计算两组患者血肿清除率。血肿清除率=(术前血肿血量-术后血肿血量)/术前血肿体积×100%。术后 1 个月对患者进行随访,

观察两组患者 Barthel 指数评分、GOS 评分、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分及总有效率,观察患者术后硬膜下积液、脑积水、疼痛等并发症发生情况。

采用 Barthel 指数评分对患者治疗前后的日常生活能力进行评估。Barthel 指数评分分为 5 等级:0 级(生活能自理,计 100 分)为日常活动能力良好,不依靠他人帮助;Ⅰ级(轻度功能障碍,计 61~99 分)为对于部分日常活动可独立完成,但还需依靠他人一定的帮助;Ⅱ级(中度功能障碍,计 41~60 分)为日常活动需依靠他人较大帮助才可完成;Ⅲ级(重度功能障碍,计 21~40 分)为大部分日常活动均不能完成或需全部依靠他人照顾;Ⅳ级(完全残疾,计 0~20 分)为无任何生活自理能力,日常生活完全依赖他人照顾^[6]。分值越高表示日常生活能力越差。

采用 GOS 评分对患者预后情况进行评估。GOS 评分标准:分数范围 1~5 分。死亡计 1 分;植物生存状态计 2 分;重度残疾,意识清醒,但丧失日常生活自理能力,计 3 分;轻度残疾,日常生活自理能力基本恢复,在他人保护下可工作,计 4 分;恢复良好,可独立生活与工作,计 5 分^[7]。

采用 NIHSS 评分对患者神经功能损伤进行评估,内容包括意识、反应、语言功能、局部刺激及肌力等 5 个维度,共包含 15 个项目,总分为 100 分^[8]。分值越高表示患者精神损伤越严重。

疗效评估标准:患者术后恢复情况良好,具备正常的生活、学习以及工作能力为显效;术后恢复情况一般,具备基本的生活自理能力,不需要依靠他人照顾为有效;植物生存状态、严重残疾,完全依靠他人照顾为无效;死亡。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 通过 SPSS22.0 软件完成数据统计学分析,计数资料以率或构成比描述,组间比较行 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 描述,组间比较行 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组手术相关指标比较 观察组患者手术用时、术中出血量、血肿清除率及住院时间等指标均明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(h)	术中出血量(mL)	血肿清除率(%)	住院时间(d)
对照组	25	3.02±0.39	174.11±1.57	79.20±2.36	19.01±0.54
观察组	25	1.15±0.18	67.10±1.96	93.22±2.42	7.02±0.96
<i>t</i>		21.767	213.059	20.738	54.428
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组 Barthel 指数、NIHSS 评分及 GOS 评分比较 两组患者术前 Barthel 指数及 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 两组患者术后 Barthel 指数及 NIHSS 评分均较术前有改善, 且观察组改善效果及 GOS 评分均优于对照组, 差异有统计学意义

($P<0.05$), 见表 2。
2.3 两组临床疗效及并发症发生情况比较 观察组术后临床总有效率高于对照组, 并发症总发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 3。

表 2 两组患者 Barthel 指数、NIHSS 及 GOS 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	Barthel 指数评分		NIHSS 评分		术后 GOS 评分
		术前	术后	术前	术后	
对照组	25	14.04±1.21	51.11±1.14 ^a	25.20±2.35	18.01±2.17 ^a	3.10±0.13
观察组	25	14.06±1.18	68.10±1.23 ^a	25.22±2.30	11.02±2.10 ^a	4.38±0.24
t		0.059	50.654	0.030	11.573	23.447
P		0.953	<0.001	0.975	<0.001	<0.001

注:与术前比较, ^a $P<0.05$ 。

表 3 两组临床疗效及并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	疗效					并发症			
		显效	有效	无效	死亡	总有效率	硬膜下积液	脑积水	疼痛	合计
对照组	25	6(24.00)	4(16.00)	7(28.00)	8(32.00)	10(40.00)	2(8.00)	2(8.00)	4(16.00)	8(32.00)
观察组	25	11(44.00)	8(32.00)	3(12.00)	3(12.00)	19(76.00)	0(0)	0(0)	1(4.00)	1(4.00)
χ^2						6.650				4.878
P						0.009				0.027

3 讨 论

高血压脑出血是高血压患者较常出现的严重并发症, 具有高致死与致残率等特点。有报道指出, 高血压脑出血患者病情发作后 1 个月的致死率高达 44%^[9]。脑内血肿是引起高血压脑出血症状的核心因素, 其可使患者中枢神经系统发生继发性损伤。因此, 清除脑血肿可有效减少其对脑组织带来的损伤, 从而提升患者生活质量与生存率。

微创血肿穿刺引流术具有微创、操作简便等特征, 因此被临床广泛用于治疗高血压脑出血^[10]。但血肿穿刺引流术一次性穿刺成功率较低, 且术后为了方便引流还需向患者体内多次注射尿激酶, 以提升血凝块溶解速度, 而正常情况下需耗费 3~5 d 才可获得满意的效果, 手术耗时较长, 还增加了颅内感染风险与脑组织细胞损伤程度^[11]。此外, 血肿穿刺引流术无法在直视的视野下完成止血, 且也无法深度止血, 因此出血量与再出血的发生率均较高。柳羲等^[12]研究表明, 神经内镜血肿清除术的血肿清除率较高, 术中止血效果较佳, 且术后并发症发生率均较少, 有利于改善患者生活质量及预后。本研究结果显示, 观察组手术相关指标、Barthel 指数评分、NIHSS 评分、GOS 评分及总有效率均优于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 说明神经内镜血肿清除术用于治疗高血压脑出血患者, 可获得良好的治疗效果。分析其

原因可能是神经内镜血肿清除术中采用一次性穿刺套管创建手术通道, 对血肿周边脑组织的损伤度较小, 不仅有利于保护患者神经功能, 还可降低术中出血量, 从而提升患者生存质量与预后; 手术过程中, 通过内镜可探查脑部深处血肿状况, 视野宽广且定位准确, 可将患者脑部深处病变充分暴露于施术者的视野下; 在神经内镜的辅助下进行手术, 可确保手术操作的精准度, 预防因盲目操作所致的出血, 并可及时察觉术中出血, 以便给予及时止血处理, 从而降低出血风险; 30°内镜可使患者脑深处血肿腔侧面充分暴露于手术视野下, 可有效预防死角遗漏, 并能从不同角度进行手术, 提升血肿清除率。有研究表明, 神经内镜血肿清除术对高血压脑出血患者的血肿清除率达 86%~100%^[13]。通过微创通道直接对血肿进行清除, 可快速降低患者颅内高压, 改善其脑神经功能, 从而缩短手术用时, 减少手术操作对颅内血管与神经元的损伤, 阻断继发性病理损害, 提升预后效果。相关研究还指出, 手术麻醉时间的长短与术后并发症的发生率呈正比^[14]。本研究结果显示, 观察组术后硬膜下积液、脑积水等并发症发生率明显低于对照组, 说明神经内镜血肿清除术的预后效果更佳, 且安全性更好。究其原因是神经内镜血肿清除手术耗时短, 麻醉时间也相对较短, 因此有利于降低术后并发症发生率。神经内镜血肿清除术中出血量较小, 故无需进

行输血,从而降低了输血并发症发生率。

综上所述,高血压脑出血患者临床治疗中采用神经内镜血肿清除术,可有效降低手术用时,减少术中出血量,获得良好的治疗效果,且并发症发生率较低。

参考文献

- [1] 魏嘉良,董艳,侯立军. 高血压脑出血微创手术治疗进展[J]. 第二军医大学学报, 2015, 36(12): 1333-1338.
- [2] QURESHI A I, QURESHI M H. Acute hypertensive response in patients with intracerebral hemorrhage pathophysiology and treatment[J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2018, 38(9): 1551-1563.
- [3] 王紫薇,祁竞,刘晓. 显微手术治疗高血压基底节出血的护理风险管理:评《微创主动脉瓣手术学》[J]. 电子显微学报, 2020, 39(1): 105.
- [4] 肖涛,万娟,蒋文武. 幕上高血压脑出血患者神经内镜微创手术与开颅手术的疗效对比研究[J]. 中国脑血管病杂志, 2019, 16(9): 456-460.
- [5] 王孟阳,段发亮,吴京雷,等. 内镜血肿清除术与钻孔引流术治疗高血压基底节出血的对比研究[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2019, 48(4): 454-457.
- [6] 廖佳奇,许金仙,涂勇,等. 神经内镜结合脑立体定位膜在高血压脑出血手术中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(1): 86-89.
- [7] ZIAI W C, THOMPSON C B, MAYO S, et al. Intracranial

al hypertension and cerebral perfusion pressure insults in adult hypertensive intraventricular hemorrhage: occurrence and associations with outcome[J]. Crit Care Med, 2019, 47(8): 1125-1134.

- [8] 姬明,焦晓晖. 神经内镜微创手术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 中国全科医学, 2018, 21(2): 150-152.
- [9] 伍学斌,康强,李敏,等. 3D-Slicer 联合 sina 软件辅助神经内镜微创手术治疗高血压脑出血的疗效观察[J]. 中国脑血管病杂志, 2018, 15(3): 134-139.
- [10] RATRE S, YADAV N, PARIHAR V S, et al. Endoscopic surgery of spontaneous basal ganglionic hemorrhage[J]. Neurol India, 2018, 66(6): 1694-1703.
- [11] 葛新,陈晓雷,孙吉庆,等. 神经内镜微创手术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血疗效比较[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(10): 605-608.
- [12] 柳羲,薛鹏,刘利. 神经内镜血肿清除术治疗高血压脑出血研究进展[J]. 中华神经医学杂志, 2016, 15(4): 429-432.
- [13] 魏嘉良,董艳,侯立军. 高血压脑出血微创手术治疗进展[J]. 第二军医大学学报, 2015, 36(12): 1333-1338.
- [14] 陈晓雷,徐兴华,张家墅. 高血压脑出血外科手术治疗[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2018, 18(12): 845-849.

(收稿日期:2021-03-13 修回日期:2021-07-19)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 20. 029

知信行护理干预对 2 型糖尿病患者心理状态及生活质量的影响^{*}

毛 芳,肖玉琴,王海丽,王莹澄,孙 斐

九江市第一人民医院内分泌科,江西九江 332000

摘 要:目的 探究 2 型糖尿病(T2DM)患者应用知信行护理干预在改善心理状态、生活质量方面的作用。方法 将 2019 年 1 月至 2020 年 5 月在该院接受治疗的 110 例 T2DM 患者分为对照组和观察组,其中对照组(55 例)进行常规护理干预,研究组(55 例)进行知信行护理干预,观察两组患者护理前后焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)评分及生存质量特异性量表(DSQL)评分情况。结果 干预后,两组 SAS、SDS 评分均有所下降,且研究组下降幅度大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,研究组 DSQL 各个维度评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 知信行护理干预能够有效改善 T2DM 患者的焦虑、抑郁等情绪,帮助患者建立良好的心态,有利于其生活质量的提升。

关键词:2 型糖尿病; 知信行护理干预; 心理状态; 生活质量

中图法分类号:R473. 5; R587. 2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)20-3027-03

2 型糖尿病(T2DM)是以血糖升高为主要特征的一种慢性代谢性疾病,主要由于胰岛素抵抗或胰岛素作用障碍所致,表现为多尿、多饮、体质量减轻等,约占糖尿病总人数的 90%^[1]。近年来,随着人们生活方

式及饮食结构的改变,T2DM 发病人数呈逐年增加趋势,成为严重危害人们生活质量的慢性疾病之一^[2]。积极控制患者血糖水平,降低其各种急慢性并发症发生率,是目前临床上治疗 2 型糖尿病的重要目标。健

^{*} 基金项目:江西省卫生健康委科技计划项目(20204198)。

本文引用格式:毛芳,肖玉琴,王海丽,等. 知信行护理干预对 2 型糖尿病患者心理状态及生活质量的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(20): 3027-3029.