

# 重症高血压脑出血患者的早期分步控制性减压手术治疗效果观察

米 松

湖北省利川市民族中医院 湖北 恩施 445400

**摘要：**目的：分析和研究采用早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血患者对改善其病症起到的效果和作用。方法：本次研究时间为2023年6月至2024年6月，随机选择该时间段在本院实施手术治疗的60例重症高血压脑出血患者为研究对象，将其按照治疗方式的不同进行分组，选择常规减压手术治疗的30例患者纳入对照组，选择早期分步控制性减压手术治疗的30例患者纳入观察组，治疗后对患者多项指标进行比较。结果：对比研究结果可以得知，观察组患者身体指标优于对照组（ $P < 0.05$ ），观察组患者术后不同时间段脑水肿体积低于对照组（ $P < 0.05$ ），术后观察组患者并发症发生率为6.67%，对照组为20%，差异明显（ $P < 0.05$ ）。结论：早期分步控制性减压手术应用在重症高血压脑出血患者中有较好的治疗效果，既能改善患者预后，也能降低并发症发生率，应用价值较高。

**关键词：**重症高血压脑出血；早期分步控制性减压术；治疗效果；分析研究

前言：重症高血压脑出血疾病非常突然，是指血压急剧升高导致的脑血管破裂，由于出血量较大、出血速度较快，所以会引发严重的脑功能障碍。正是由于该疾病致残率和致死率较高，所以患病后落实及时、有效治疗非常重要。手术能够直接对患者脑部血肿进行清除，进而减少血肿对周围脑组织的压迫，并有效降低颅内压。颅内压得到降低时，脑灌注压就能得到改善，以此就能维持脑组织代谢和功能。医疗行业发展中，治疗重症高血压脑出血的手术方式种类也有所增加，为了对重症高血压脑出血患者提供优质、细致的治疗，就对早期分步控制性减压手术和传统减压手术的效果进行了对比，以此为临床治疗提供有价值的依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究范围：2023年6月~2024年6月，研究对象数量：60人。纳入对照组患者数量：30人，男性患者数量：15人，女性患者数量：15人，该组最小年龄数据：48周岁，最大年龄数据：78周岁，得出平均年龄（ $62.12 \pm 2.12$ ）岁，患者血肿量（ $83.74 \pm 23.15$ ） $\text{cm}^3$ 。纳入观察组患者数量：30人，男性患者数量：16人，女性患者数量：14人，该组最小年龄数据：49周岁，最大年龄数据：79周岁，得出平均年龄（ $62.24 \pm 2.68$ ）岁，患者血肿量（ $84.18 \pm 24.08$ ） $\text{cm}^3$ 。经分析年龄、性别等基本资料并无差异（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：患者年龄  $\geq 45$ 岁；经临床诊断确诊为重症高血压脑出血；患者及家属签署知情同意书；患者处

于较重的意识障碍状态。

排除标准：其他疾病导致脑出血患者；合并严重全身性疾病患者；凝血功能异常者；有既往严重颅脑外伤史患者；临床资料不完整患者。

### 1.2 方法

对照组实施常规减压手术：手术之前会全面评估患者病情，并根据评估结果以及临床检查结果，确定手术治疗方案。为了确保手术治疗顺利性、安全性，术前6小时要求患者禁食，并放置尿管，也会通过静脉滴注抗生素预防术中感染。患者进入手术室后，为指导其保持合理体位，一般情况下为仰卧位，并根据患者身体状况选择使用吸入麻醉气体或静脉注射麻醉药物方式实施全身麻醉。确保麻醉治疗后，会根据头颅CT确定患者脑部出血的部位，并合理选择手术切口，通常会在颅内血肿附近做一个3~4厘米的弧形切口，并用开颅钻在颅骨进行开孔操作。开孔后会用咬合钳进行扩大骨孔的操作，形成一个 $2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 小骨窗。上述操作完成后会利用显微镜或放大镜小心切开硬脑膜，该过程中要避免损伤脑膜下血管和脑组织，完成后会使用吸引器、脑压板等器械对血肿进行清除，清除的过程中避免过度牵拉和损伤，对于脑组织粘连紧密的小血管，也应尽量避免强行清除。清除完成后会仔细检查出血点，对于小的出血点会止血纱布、明胶海绵压迫止血，对于较大的渗血点会使用双极电凝止血。如果患者脑组织肿胀较为明显，该情况下会适当扩大骨窗进行减压，经一系列操作后确保没有明显出血症状，会放置引流管并缝合硬脑膜、颅骨骨瓣

及头皮<sup>[1]</sup>。

观察组采用早期分步控制性减压手术治疗,手术之前也会全面对患者身体状况进行评估,并在基础上会通过颅内压监测探头实时对患者颅内压变化情况进行监测。患者进入手术室后会为其实施全身麻醉,确保麻醉质量后会正式进行手术操作。手术操作时根据头颅CT图像快速对血肿区域进行定位,以此明确手术切口、穿刺点。为了防止硬脑膜与颅骨分离导致急性硬膜外血肿,在打开硬脑膜前,会在骨窗边缘适当悬吊硬脑膜。手术操作时会先切开硬脑膜的一小部分,之后缓慢释放部分血肿,使颅内压有一个初步的下降过程。该情况下医护人员会观察脑组织膨出情况和颅内压变化情况。释放部分血肿后等待5~10分钟,让脑组织和脑血管适应灌注压变化。如果患者颅内压仍较高且脑组织膨出不严重,会进行第2步减压,主要是通过扩大硬脑膜切口范围,清除剩余血肿,该过程中会严格控制减压速度。如果患者脑组织肿胀依然明显,在血肿清除和止血完成后可通过人工硬脑膜进行减张缝合或适当扩大骨窗的方式实施进一步减压措施。该过程中如果患者颅内压增高,可根据实际病情去骨瓣充分减压,如果不高则保留骨瓣并进行常规缝合<sup>[2]</sup>。

1.3 观察指标

1.3.1 对两组患者身体指标进行对比,采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)了解患者神经功能损伤情况,指数越高说明损伤越严重,采用格拉斯哥预后评分(GOS)了解患者预后情况,3~5分为预后良好,1~2分为预后不良。

1.3.2 对两组患者不同时间脑水肿体积进行对比,主要从术后1天、3天、5天、14天等时间段进行比较,体积小说明患者疾病改善效果越好。

1.3.3 对两组患者术后并发症发生率进行对比,常见并发症有术区渗血、术后脑梗死、去骨瓣减压,发生率越低说明治疗方式效果越好。

1.4 统计学处理

研究结果使用SPSS26.0统计软件包处理研究中的计数资料和计量资料两大内容。例数和百分比用来表示其中的计数资料,组间使用 $\chi^2$ 进行检验。 $(\bar{x}\pm s)$ 标准差表示其中计量资料,使用独立样本 $t$ 检验。如果研究结果 $P < 0.05$ 表明研究有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标对比

如表一所示,治疗前两组患者NIHSS评分和GOS评分并无明显差异( $P > 0.05$ ),治疗后观察组患者改善情况优

于对照组( $P < 0.05$ )。

表1 两组患者临床指标对比( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	NIHSS评分		GOS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	12.28±2.09	5.26±1.18	2.45±0.72	3.10±0.95
观察组	30	12.29±2.15	3.02±0.43	2.44±0.77	2.45±0.91
$t$ 值		0.559	10.927	0.581	10.028
$P$ 值		$> 0.05$	$< 0.05$	$> 0.05$	$< 0.05$

2.2 两组患者不同时间脑水肿体积对比

如表二所示,术后不同时间段观察组患者脑水肿体积均低于对照组( $P < 0.05$ )。

表2 两组患者不同时间脑水肿体积对比( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	术后1天	术后3天	术后5天	术后14天
对照组	30	7.09±2.61	23.95±5.43	25.16±5.51	4.79±1.57
观察组	30	5.56±1.21	8.55±1.68	8.90±1.72	1.52±0.75
$t$ 值		9.618	10.228	9.867	10.297
$P$ 值		$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$

2.3 两种患者术后并发症发生率对比

如表三所示,观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

表3 两组患者术后并发症发生率对比( $n/\%$ )

组别	例数	术区渗血	术后脑梗死	去骨瓣减压	发生率
对照组	30	3	2	1	20%
观察组	30	1	1	0	6.67%
$\chi^2$ 值					10.034
$P$ 值					$< 0.05$

3 讨论

高血压脑出血在临床实践中较为常见,出血量较多的患者会迅速陷入昏迷状态,这是因为脑出血后血肿会压迫周围组织,使大脑皮质无法正常接收及处理感觉信号,进而导致意识丧失。除了该症状之外,也有部分患者会出现神经功能缺损、颅内压增高的情况,正是由于该疾病发病急、病情凶险、并发症多,所以具有较高的致残率和致死率。脑出血后周围组织的血液循环会受到阻碍,进而导致脑组织缺血、缺氧,而在发病后的黄金时间为患者实施有效治疗,能够最大程度保护神经功能,进而有效改善患者预后和保障其生命安全。以往临床实践中常采用常规减压术为患者治疗,常规减压术是通过一系列操作快速清除患者脑部血肿,以此及时解除脑组织压迫。治疗中随着脑血管床突然减压,受损血管再灌注压急剧恢复的情况下容易出现再灌注损伤,进而加重脑水肿。另外,随着颅内压的突然降低,脑组织也会迅速向减压区移位膨出,这种脑膨出会在一定程度上导致脑血管扭曲、牵拉,进而引发血管破裂出血。正是

由于常规减压手术存在较多的不足,为了确保患者治疗有效性、安全性,就对早期分步控制性减压手术进行了应用<sup>[3]</sup>。

早期分步控制性减压手术原理是逐步降低患者颅内压,能有效地控制减压速度和程度,进而使脑血管常有一个逐渐适应灌注压恢复的过程,以此能够较大程度降低再灌注损伤,与常规减压手术相比也能减少脑组织突然膨出导致的多种并发症。分析本次研究结果可以得知,落实早期分步控制性减压手术治疗的观察组患者神经功能缺损情况及预后情况均优于对照组患者。早期分步控制性减压手术不但能通过逐步降低颅内压减轻再灌注损伤和减少脑膨出相关损伤,也能有效地稳定颅内压和血流灌注,这是由于该手术方式是使患者颅内压在一个相对稳定的状态下逐渐下降,能够平衡颅内各区域的压力梯度,以此能减少因颅内压急剧变化引起的血液循环紊乱情况。有效的血液循环能保证脑组织的正常血液灌注,因此可以在一定程度上促进神经细胞的恢复和功能维持。再灌注损伤、膨出这些不良问题的出现都会影响患者身体恢复及预后,而通过分步控制性减压手术避免这些不良情况时,就能使患者恢复过程更加顺利,进而GOS评分优于对照组<sup>[4]</sup>。

此外,观察组患者术后不同时间段脑水肿体积低于对照组。术后再灌注损伤会使血液中的炎症介质、氧自由基等物质大量涌入脑组织,进而增加血管通透性,并引发脑水肿。早期分步控制性减压手术能有效降低术后再灌注损伤,能够减少氧自由基、炎症介质等有害物质的产生和释放,因此能降低因再灌注导致的脑水肿问题出现。另外,常规手术治疗时会使患者颅内压在短时间内大幅降低,这种颅内压力梯度的急剧变化会导致血液循环紊乱,进而易使其他脑组织血液灌注异常,当脑组织出现缺血、缺氧情况时,就会加重脑水肿。通过研究可以得知,早期分步控制性减压手术能够避免患者颅内压力梯度发生急剧变化,以此也能减少因颅内压急剧变化所引起的脑水肿问题<sup>[5]</sup>。

最后,观察组患者术后并发症发生率低于对照组。缺氧、缺血都会引发脑梗死并发症,早期分步控制性减压术能较大程度改善局部脑组织缺血、缺氧状态,因此能降低术后的风险发生率。减少再灌注损伤能降低压力冲击所导致的血管内皮受损可能性,进而能降低术区渗血并发症发生率。水肿是导致颅内压升高的重要因素,患者治疗时如果脑水肿严重,为了降低颅内压常常需要进行去骨瓣减压。早期分步控制性减压术能减轻术后脑水肿,所以与常规减压术相比能够降低去骨瓣减压情况<sup>[6]</sup>。

虽然早期分步控制性减压术与常规减压术相比具有多重优势,但为了实现患者身体的有效改善,在手术完成之后也应落实相应的护理服务。

#### 结束语

综上所述,为重症高血压脑出血患者实施早期分步控制性减压术能改善其疾病状况、预后情况,也能降低并发症发生率。

#### 参考文献

- [1]王涛.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血的有效性探讨[J].系统医学,2024,9(12):21-24.
- [2]郭建国,林丽婷.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血的效果研究[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(06):676-677.
- [3]闫禹,党帅.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血患者的临床疗效[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(19):83-85.
- [4]解锋.早期分步控制性减压手术对重症高血压脑出血患者的可行性及预后效果分析[J].系统医学,2022,7(17):76-79.
- [5]陶建.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血患者的疗效分析[J].系统医学,2021,6(15):62-65.
- [6]张开鑫,方宪清,程彪,等.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血患者的疗效分析[J].临床神经外科杂志,2020,17(04):434-438.