

断的临床研究[J]. 中国临床医生, 2013, 41(8): 26-27.

2 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5): 314-320.

3 焦建成, 余加林. 新生儿败血症诊断研究进展[J]. 中华儿科杂志, 2010, 48(1): 32-35.

4 黄英, 庄德义, 谭秀兰, 等. 新生儿 NICU 院内感染情况分析 & 对策[J]. 实用临床医学, 2012, 13(9): 75-77, 102.

5 董青艺, 陈平洋, 谢宗德, 等. 新生儿院内感染败血症 35 例回顾性分析[J]. 临床儿科杂志, 2010, 28(6): 523-526.

6 陈波曼, 余加林. 机械通气新生儿气管导管表面细菌生物膜的扫描电镜观察及其与下呼吸道感染的关系[J]. 中华儿科杂志, 2007, 45(9): 655-657.

7 伏洁. 手卫生与新生儿医院内感染的预防[J]. 中国医刊, 2013, 48(11): 13-14.

[收稿日期 2015-11-16][本文编辑 蓝斯琪]

学术交流

标准大骨瓣减压术与常规骨瓣开颅术治疗
重型颅脑损伤的临床效果比较

马一鸣, 蒋东霖

作者单位: 641000 四川, 内江市第二人民医院神经外科
作者简介: 马一鸣(1981-), 男, 大学本科, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 脑血管病及脑外伤的诊治。E-mail: maym569@126.com

[摘要] 目的 比较标准大骨瓣减压术与常规骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的临床效果。方法 对 60 例重型颅脑损伤手术治疗患者的临床资料进行回顾性分析。其中 30 例患者采用标准大骨瓣减压术治疗(标准大骨瓣组), 30 例患者采用常规骨瓣开颅术治疗(常规骨瓣组), 比较两组患者的临床疗效。结果 标准大骨瓣组临床疗效优于常规骨瓣组($P < 0.05$)。术后 6 个月随访, 两组患者神经功能缺损(NIHSS)评分显著下降, 日常生活活动能力(ADL)评分显著升高, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 术后 6 个月, 标准大骨瓣组 NIHSS 评分显著低于常规骨瓣组, ADL 评分显著高于常规骨瓣组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤疗效优于常规骨瓣开颅术。

[关键词] 重型颅脑损伤; 标准大骨瓣减压术; 常规骨瓣开颅术

[中图分类号] R 651.1 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2016)10-0915-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.10.22

Comparison between standard hemicraniectomy and conventional craniotomy for severe brain injury MA Yi-ming, JIANG Dong-lin. Department of Neurosurgery, the Second People's Hospital of Neijiang, Sichuan 641000, China

[Abstract] **Objective** To compare the clinical efficacy between the standard hemicraniectomy and the conventional craniotomy for severe brain injury. **Methods** The clinical data of 60 cases with severe brain injury were respectively analyzed. Thirty cases were treated with the standard hemicraniectomy(standard group), and the other 30 cases were treated with the conventional craniotomy(convention group). The clinical efficacy was compared between the two groups. **Results** The clinical efficacy of the standard group was better than that of the convention group($P < 0.05$). After a follow-up of 6 months, NIHSS scores in both of the groups were significantly lower, and ADL scores were significantly higher than those before the operation($P < 0.01$); NIHSS scores was significantly lower, and ADL scores was significantly higher in the standard group than those in the convention group($P < 0.01$). **Conclusion** Standard hemicraniectomy is more effective than conventional craniotomy in the treatment of severe brain injury.

[Key words] Severe brain injury; Standard hemicraniectomy; Conventional craniotomy

手术是治疗重型颅脑损伤的主要方法。目前常规骨瓣开颅术及标准大骨瓣减压术是治疗重型颅脑损伤的重要方法^[1]。本研究回顾性分析重型颅脑损伤患者 60 例的临床资料, 比较两种治疗方法的临

床疗效。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2012-01 ~ 2015-02 在我院治疗的重型颅脑损伤患者 60 例的临床资料进行回顾性分析。纳入标准:符合重型颅脑损伤标准,CT 或者 MRI 证实为颅内出血,格拉斯哥昏迷评分≤8 分,幕上血肿量≥30 ml,额部血肿量≥20 ml,临床资料完整。排除脑肿瘤、精神病史,高血压、免疫系统疾病史,合并其他系统严重疾病患者,妊娠、哺乳期患者等。其中男 38 例,女 22 例,年龄 21 ~ 68 (46.8 ±

8.3) 岁。致伤原因:交通事故伤 31 例,重物打击伤 11 例,高空坠落伤 18 例。受伤部位:硬膜下血肿伴脑挫裂伤 19 例,单纯硬膜下血肿 7 例,单纯硬膜外血肿 9 例,颅内血肿伴脑挫裂伤 11 例,弥漫性脑水肿 5 例,同时有硬膜外血肿、硬膜下血肿及脑挫裂伤 9 例。30 例患者采用标准大骨瓣减压术治疗为标准大骨瓣组,30 例患者采用常规骨瓣开颅术治疗为常规骨瓣组。两组患者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 两组一般资料比较[$n,(\bar{x} \pm s)$]

组 别	例数	性别		年龄 (岁)	致伤原因			受伤部位					
		男	女		交通 事故	重物 打击	高空 坠落	硬膜下血肿 伴脑挫裂伤	单纯硬膜 下血肿	单纯硬膜 外血肿	颅内血肿伴 脑挫裂伤	弥漫性 脑水肿	硬膜外血肿、硬膜下 血肿及脑挫裂伤
标准大骨瓣组	30	18	12	46.1 ± 7.9	13	7	10	9	4	5	4	2	6
常规骨瓣组	30	20	10	47.2 ± 8.1	18	4	8	10	3	4	7	3	3
t/χ^2	-	0.072		0.533	1.847			2.325					
P	-	0.789		0.596	0.397			0.803					

1.2 治疗方法 (1)标准大骨瓣组:在麻醉成功后,自颧弓上耳屏前 1 cm,经耳廓上方向后上方,至顶骨正中线,继续沿正中线向前至前额发际下,额叶损伤严重的患者切口可延伸至眉间。采用游离骨瓣或者带颞肌骨瓣,自颞前部“T”字弧形切开硬脑膜,悬吊,清除硬脑膜下血肿、脑血肿,并彻底止血,观察无活动性出血后硬脑膜减张缝合,逐层缝合。(2)常规骨瓣组:全麻后仰卧位,头偏向健侧,固定,颞顶或者额顶做马蹄形切口,开骨窗,直径 6 ~ 8 cm,完全清除血肿,切除梗死组织,彻底止血,观察无活动性出血后,逐层缝合。

1.3 评价方法 临床疗效分为良好、植物生存及死亡^[2]。随访 6 个月,采用 Barthel 指数评价患者日常生活活动能力(ADL)及神经功能缺损(NIHSS)评分评价患者神经功能情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计学软件对数据进行处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,重复测量资料采用重复测量资料方差分析,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 标准大骨瓣组临床疗效优于常规骨瓣组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[$n(\%)$]

组 别	例数	良好	植物生存	死亡
标准大骨瓣组	30	26(86.7)	3(10.0)	1(3.3)
常规骨瓣组	30	17(56.7)	10(33.3)	3(10.0)

注:两组良好率比较, $\chi^2=4.176, P=0.041$;两组临床疗效比较, $Z=6.653, P=0.036$

2.2 两组术后 NIHSS 评分及 ADL 评分比较 术后 6 个月随访,两组患者 NIHSS 评分显著下降,ADL 评分显著升高,差异有统计学意义($P<0.01$);术后 6 个月,标准大骨瓣组 NIHSS 评分显著低于常规骨瓣组,ADL 评分显著高于常规骨瓣组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 3。

表 3 两组术后 NIHSS 评分及 ADL 评分比较[$(\bar{x} \pm s)$,分]

组 别	例数	时点	NIHSS 评分	ADL 评分
标准大骨瓣组	30	治疗前	28.9 ± 4.8	15.1 ± 3.6
		治疗后 6 个月	8.1 ± 1.4 ^{△#}	72.7 ± 8.4 ^{△#}
常规骨瓣组	30	治疗前	28.7 ± 5.1	14.9 ± 4.1
		治疗后 6 个月	13.2 ± 2.2 [△]	53.1 ± 6.9 [△]
<i>F</i> 治疗组间			11.079	10.640
<i>F</i> 时点			163.670	247.732
<i>F</i> 治疗组间 × 时点			6.248	5.474
<i>P</i> 治疗组间			0.000	0.000
<i>P</i> 时点			0.000	0.000
<i>P</i> 治疗组间 × 时点			0.001	0.001

注:与治疗前比较,[△] $P<0.01$;与常规骨瓣组比较,[#] $P<0.01$

3 讨论

重型颅脑损伤具有较高的病死率。急诊开颅手术是常规治疗方法,也是主要方法,但是临床疗效并不是非常理想。标准大骨瓣开颅术的适应证目前还没有统一标准,一般认为,有幕上血肿,加上有意识障碍、瞳孔变化,或者术前 CT 显示明显的脑挫伤、脑水肿,中线移位超过 0.5 cm,脑基底池、侧裂池压窄,甚至消失,或者第三脑室、侧裂池缩窄,甚至消失。对于颅内压力较高的患者,同时可行去大骨瓣减压术治疗^[2,3]。小骨窗及传统的额颞瓣、颞顶瓣或颞肌下减压骨窗难以明确出血来源,不能充分暴露额极、颞极以及颅底,难以彻底清除坏死脑组织及对出血来源的止血,同时由于减压不充分,会导致恶性脑水肿、脑膨出,脑组织嵌顿而死亡。在本次研究中,标准大骨瓣组临床疗效优于常规骨瓣组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后随访 6 个月,标准大骨瓣组 NIHSS 评分显著低于常规骨瓣组,而 ADL 评分显著高于常规骨瓣组,说明标准大骨瓣减压术患者神经功能改善更好,患者生活质量更高。单侧幕上急性颅内血肿在标准外伤大骨瓣术下约 95% 能够得到清除,与常规骨瓣开颅术比较,其暴露范围更广,骨窗的位置更低,可在直视下清除额部、颞部、顶叶部及前颅窝、中颅窝血肿;标准外伤大骨瓣术减压

充分,骨窗范围包括了额骨颞突、颞弓、颞鳞部、蝶骨嵴外 1/3,脑肿胀对大脑凸面静脉、侧裂血管压迫消除,血液回流通畅,缓解脑膨出,使减压效果更为彻底;对于颅内压升高严重、脑膨出明显的患者,可通过切除额极、颞极的方法达到充分减压的效果,缓解颅内压增高,使患者能够顺利度过脑水肿的高峰期;标准外伤大骨瓣术骨瓣大,避免术后脑组织自骨窗膨出发生嵌顿和坏死的情况^[4,5]。综上所述,标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤疗效优于常规骨瓣开颅术。

参考文献

1 宋广福. 标准大骨瓣减压术治疗重型脑外伤的疗效观察[J]. 继续医学教育, 2015, 29(7): 70-71.

2 吴秋涛, 罗富华, 陈弼政, 等. 标准大骨瓣减压术对重型颅脑损伤患者颅内压和预后的影响[J]. 吉林医学, 2015, 36(12): 2478-2480.

3 呼和巴特尔, 香 兰, 赵程欣. 标准大骨瓣减压术治疗重型脑外伤的临床分析[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(15): 37-38.

4 王伟伟, 杨瑞生, 李庆安. 重型颅脑损伤标准大骨瓣减压术后行动态颅内压监测的临床意义[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(16): 44-45.

5 曾 文. 标准外伤大骨瓣开颅联合外侧裂池打开引流治疗额颞顶部重型颅脑损伤的疗效分析[J]. 中国临床新医学, 2013, 6(10): 994-996.

[收稿日期 2015-10-13][本文编辑 黄晓红]

学术交流

电子输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石 56 例临床分析

王诗建, 陈善苗, 刘守磊, 罗 晓, 卢红荪, 李耀军, 王 伟

作者单位: 314501 浙江, 桐乡市第一人民医院泌尿外科
作者简介: 王诗建(1966-), 男, 大学本科, 学士学位, 主任医师, 研究方向: 泌尿外科疾病的微创治疗。E-mail: wshjian123@163.com

[摘要] 目的 探讨电子输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石的临床效果。方法 该院 2012-05 至 2015-04 采用电子输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石 56 例。所有患者术前不预先留置双 J 管。先 F8.0/9.8 输尿管硬镜置入患侧输尿管, 观察输尿管情况留置导丝, 沿导丝置入输尿管鞘, 将输尿管软镜经鞘或直接沿导丝入镜至肾盂, 观察肾盂及各肾盏并定位结石。然后进行钬激光碎石, 尽可能将结石粉末化, 直径 >3 mm 的结石尽可能用套石篮取出。结果 56 例成功完成输尿管软镜钬激光碎石术。其中 51 例一次成功放置输尿管鞘, 输尿管鞘放置成功率为 91.0% (51/56), 一次进镜成功率为 96.4% (54/56), 2 例输尿管狭窄输尿管软镜无法上行, 留置双 J 管 1~2 周后再次输尿管软镜手术成功。手术时间 40~240 min, 平均 76 min。围手术期未发生严重并发症。术后 3 个月随访, 结石清除率为 92.8% (52/56)。结论 电子输尿管软镜钬激