

照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 相对于常规的药物和静脉注射的治疗方式, 格列美脲联合二甲双胍在治疗老年人 2 型糖尿病方面, 具有治疗时间短、见效快、安全性高的优势, 且能够极大的降低并发症的发生率, 提高患者在治疗期间的生活质量, 在治疗老年人 2 型糖尿病的应用中效果理想。

[参考文献]

(1) 谈晓娅, 童强. 格列美脲联合二甲双胍对初诊 2 型糖尿病患者糖脂代谢、胰岛功能及血清 miR-126 表达的影响 (J). 中国药房, 2018, 29(4): 505-508.

(2) 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) (J). 中华糖尿病杂志, 2018, 10(1): 4-67.

(3) 何凌云, 陈尚武. 二甲双胍联合格列美脲对老年 2 型糖尿病患者糖脂代谢, 血液流变学及氧化应激的影响 (J). 中国老年学杂志, 2020, 40(11): 2283-2286.

(4) 严蕴霞. 老年 2 型糖尿病慢性并发症发病时间及危险因素分析 (J). 糖尿病新世界, 2018, 21(16): 3-5.

(5) 郝兆虎, 邵海琳, 黄霄, 等. 达格列净与西格列汀对胰岛素控制不佳的超重及肥胖 2 型糖尿病患者的疗效观察 (J). 中华糖尿病杂志, 2019, 11(9): 592-596.

(6) 郭珍, 蔡卫平, 杜亚平. 吡格列酮联合二甲双胍治疗对老年 2 型糖尿病患者 HbA1c、血脂及胰岛素敏感性的影响 (J). 中国老年学, 2018, 14(4): 816-818.

[文章编号] 1007-0893(2021)14-0175-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.14.079

微创穿刺血肿清除术治疗脑出血的效果及安全性分析

楚鹏飞 成文平*

(安阳市第六人民医院 河南 安阳 455000)

[摘要] **目的:** 探讨微创穿刺血肿清除术治疗脑出血的效果及安全性。**方法:** 选取 2016 年 6 月至 2019 年 10 月安阳市第六人民医院收治的 70 例脑出血患者为研究对象, 按随机数字表法分为观察组和对照组, 各 35 例。对照组予以传统开颅清除术治疗, 观察组采用微创穿刺血肿清除术治疗, 观察比较两组患者手术时间、术中出血量、重症监护室 (ICU) 入住时间和住院时间、住院总费用、血肿清除率、昏迷指数评分和术后并发症发生情况。**结果:** 观察组患者血肿清除率为 97.14%, 高于对照组的 77.14%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者手术时间、住院时间、ICU 入住时间均短于对照组, 住院费用低于对照组, 术中出血量少于对照组, 昏迷指数评分高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率为 17.14%, 低于对照组的 57.14%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 微创穿刺血肿清除术治疗脑出血具有微创、经济、高效的特点, 且安全性高。

[关键词] 脑出血; 微创穿刺血肿清除术; 开颅清除术

[中图分类号] R 743.34 **[文献标识码]** B

脑出血是一种常见的脑血管疾病, 其病因主要与高血脂、糖尿病和高血压等相关, 急性期病死率高达 40%, 对患者的身心健康和生命安全产生严重威胁^[1]。手术是临床治疗脑出血的常用方式之一, 对于提高患者生存质量有重要意义。近几年研究发现, 传统开颅手术由于其创伤较大, 不利于患者预后恢复导致其应用效果受限, 而微创穿刺血肿清除术具有创伤小、安全性高等特点, 对于改善脑出血患者预后有着重要意义^[2]。本研究选取 70 例脑出血患者探讨微创穿刺血肿清除术治疗脑出血的效果和安全性, 内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 6 月至 2019 年 10 月本院收治的脑出血患者 70 例, 随机数字表法分为观察组和对照组, 各 35 例。观察组男 20 例, 女 15 例, 年龄 51 ~ 74 岁, 平均年龄 (63.24 ± 3.16) 岁; 对照组男 18 例, 女 17 例, 年龄 54 ~ 75 岁, 平均年龄 (63.75 ± 3.26) 岁; 两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 全部患者均符合临床脑出血相关诊

[收稿日期] 2021-05-23

[作者简介] 楚鹏飞, 男, 主治医师, 主要研究方向是神经外科。

[*通信作者] 成文平 (E-mail: chengwenping123@163.com; Tel: 0372-5020020)

断标准；借助计算机断层扫描等影像学设备及其他方式确诊为脑出血^[3]；（2）送抵本院时出现脑出血现象 ≥ 72 h；

（3）患者或家属均知情同意并参与本研究。排除标准：

（1）合并重症心血管、肝肾等脏器功能严重受损的患者；（2）因头部遭受外部巨大作用力、动静脉畸形或脑部动脉瘤等引发脑出血症者；（3）入院时生命体征波动性较大者；（4）对本研究持抵触态度，无法良好配合者。

1.2 方法

两组患者术前均接受常规补液和对症处理。

1.2.1 对照组 采用传统开颅清除术治疗：气管插管全身麻醉后，于患者颅脑出血部位做一马蹄形切口，以脑非功能区为进入路，采用骨瓣开颅，在脑沟部分开脑回，待术野清晰后将患者脑部血肿吸出，术中若患者出现活动性出血，则需要以电凝止血，确保无出血点后在脑出血部位放置闭式引流装置，术后常规关颅并进行抗感染治疗。

1.2.2 观察组 予以微创穿刺血肿清除术治疗：麻醉方式同对照组，消毒铺巾后于患者脑出血部位最大层面选取穿刺点，待手术准备后避开脑部血管和功能区，在血肿中心位置放置长度适量的引流管穿刺针，确定穿刺管位于血肿内后以注射器将血肿吸出，后以引流管连接穿刺管，后续以持续引流方式吸出血肿，过程中经三通阀向引流管间断静脉滴注入 100 mL 0.9 % 氯化钠注射液稀释的 20000 U 尿激酶（南京南大药业有限责任公司，国药准字 H32023290）后闭合，

待 2 ~ 3 h 重新打开，2 ~ 3 次 · d⁻¹，待血肿清除后拔除引流管并闭合穿刺点，术后予以抗感染治疗。

1.3 观察指标

（1）患者手术时间、术中出血量、重症监护室（intensive care unit, ICU）入住时间、住院时间和住院总费用；

（2）3 d 内血肿清除率；（3）昏迷指数评分，采用格拉斯哥昏迷评分法（Glasgow coma scale, GCS）对两组患者昏迷指数进行评估，内容包括睁眼反应、语言反应、肢体运动 3 项，总分 15 分，得分越高表示意识越清晰；（4）两组患者术后并发症发生情况，包括肺部感染、颅内感染和血肿残留。

1.4 统计学方法

数据纳入 SPSS 22.0 软件分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期各临床指标比较

观察组患者血肿清除率为 97.14 %（34/35），高于对照组的 77.14 %（27/35），差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；观察组患者手术时间、住院时间、ICU 入住时间均短于对照组，住院费用低于对照组，术中出血量少于对照组，昏迷指数评分高于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者围手术期各临床指标比较 (n = 35, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	住院时间 /d	ICU 入住时间 /d	住院费用 / 万元	术中出血量 /mL	昏迷指数评分 / 分
对照组	95.18 ± 8.07	21.15 ± 5.26	7.21 ± 2.01	3.45 ± 0.32	385.24 ± 24.18	10.27 ± 1.73
观察组	47.34 ± 4.27 ^a	8.64 ± 2.13 ^a	3.57 ± 1.43 ^a	2.15 ± 0.23 ^a	63.45 ± 5.16 ^a	13.15 ± 1.45 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

注：ICU 一重症监护室

2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组患者的并发症发生率为 17.14 %，低于对照组的 57.14 %，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 (n = 35, n (%))

组别	肺部感染	颅内感染	血肿残留	总发生
对照组	15(42.86)	2(5.71)	3(8.57)	20(57.14)
观察组	5(14.29)	1(2.86)	0(0.00)	6(17.14) ^b

与对照组比较，^b*P* < 0.05

3 讨论

近年来，随着心脑血管疾病发生率的上升，脑出血几率明显提高，对人们身心健康产生严重影响。现代研究发现，脑出血的发生和不良饮食习惯、生活习惯、情绪过激以及过度劳累等因素有关，其早期死亡率极高^[4]。为此，加强脑出血早期干预治疗尤为重要。

血肿清除术是治疗脑出血的有效方法之一，其目的是通过降低颅内压，减少持续出血几率，进而维持患者生命功能。传统开颅清除术由于其创伤较大且术后并发症较多，无法满

足现阶段临床和患者日益增长的生活质量需求。而微创手术的出现逐渐弥补了传统开颅手术的不足，其具有创伤小、疼痛轻和恢复快的特点，可以有效改善患者预后^[5]。本研究发现，微创穿刺血肿清除术相较于传统开颅清除术其手术时间更短、术中出血量少且血肿清除效果更好，进一步证实上述结果。此外，本研究还发现，微创血肿穿刺清除术并发症发生率为 17.14 %，显著低于传统开颅手术的 57.14 %，其结果和杨瑞林等^[6]结果一致，其原因多为微创穿刺对患者造成的创伤更小，手术时间短，可以减少颅脑伤口接触时间和接触面积，避免多种并发症发生。而传统开颅手术创伤较大且出血量较多，手术时间的延长容易增加细菌侵入几率，使其并发症发生率较高。综上所述，微创穿刺血肿清除术用于脑出血治疗效果良好，且安全性高。

[参考文献]

(1) 杨军, 聂晓凤. 小骨窗开颅血肿清除术与微创血肿穿刺清除术治疗脑出血临床疗效对比分析 (J). 河北医药, 2015, 17(4): 563-565.

- (2) 阿布来提, 胡达白地, 黄书岚. 开颅手术和 MRI 导航下穿刺术治疗脑脓肿的疗效分析 (J). 中国临床神经外科杂志, 2018, 23(7): 33-34.
- (3) 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南 (2019) (J). 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.
- (4) 刘宇梁, 王建伟, 李凤利. 微创穿刺血肿清除术治疗基底节区高血压脑出血疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2015, 24(36): 4069-4071.
- (5) 郭继锋, 朱建国, 单显民. 微创穿刺血肿清除术治疗脑出血过程中血肿清除时间对预后的影响探讨 (J). 中国实用医药, 2018, 33(2): 24-26.
- (6) 杨瑞林, 李博. 微创穿刺血肿清除术治疗高血压脑出血 65 例 (J). 陕西医学杂志, 2016, 45(10): 68-69.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)14-0177-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.14.080

硬膜外腔麻醉和全身麻醉对老年人股骨颈骨折手术的麻醉效果比较

何艳 周玉 李云

(息县第二人民医院, 河南 息县 464300)

〔摘要〕 **目的:** 探讨硬膜外腔麻醉和全身麻醉用于老年人股骨颈骨折手术的效果。**方法:** 选取 2017 年 9 月至 2018 年 9 月期间息县中心医院接收并治疗的老年股骨颈骨折患者共 46 例为研究对象, 采用随机数字法分为对照组和观察组, 各 23 例。所有患者均采用手术治疗, 给予对照组患者全身麻醉, 给予观察组患者硬膜外腔麻醉。探讨两组患者血流动力学变化 (血压、心率) 以及不良反应发生情况。**结果:** 与同组麻醉前比较, 对照组麻醉后心率升高、血压均降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 而观察组麻醉后无明显差异 ($P > 0.05$); 麻醉后, 组间血压、心率水平比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者不良反应的发生率为 8.7%, 明显低于对照组的 30.4%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 相比全身麻醉而言, 硬膜外腔麻醉用于老年人股骨颈骨折手术的效果更加显著, 能够明显减轻血流动力学变化, 降低术后并发症的发生概率。

〔关键词〕 股骨颈骨折; 硬膜外腔麻醉; 全身麻醉; 老年人

〔中图分类号〕 R 614 〔文献标识码〕 B

股骨颈骨折是骨科常见的骨折类型疾病^[1], 在老年人群中的发病率较高。针对老年人股骨颈骨折, 临床多采用手术治疗, 以促进骨折愈合^[2], 提高生活质量。不同的麻醉方法, 对手术疗效存在一定的影响^[3], 目前老年人股骨颈骨折手术可采用全身麻醉和硬膜外腔麻醉方法进行麻醉, 但关于二者麻醉效果的临床研究较少。因此, 本院选取 46 例老年股骨颈骨折手术患者为研究对象, 探讨硬膜外腔麻醉和全身麻醉用于老年人股骨颈骨折手术的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 9 月至 2018 年 9 月期间本院接收并治疗的老年股骨颈骨折患者共 46 例为研究对象, 采用随机数字法分为对照组和观察组, 各 23 例。其中, 对照组患者中, 男性 10 例, 女性 13 例, 患者年龄 61 ~ 73 岁, 平均年龄

(67.04 ± 0.15) 岁。观察组患者中, 男性 11 例, 女性 12 例, 患者年龄 60 ~ 75 岁, 平均年龄 (66.88 ± 0.19) 岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合老年人股骨颈骨折临床判定标准者 (Garden 分型, 根据骨折移位程度分为 4 型。I 型为外翻嵌入或不完全骨折; II 型, 完全骨折但无移位; III 型, 完全骨折部分移位; IV 型, 完全移位。对于治疗可简单分为不移位 (Garden I 和 II 型) 和移位骨折 (Garden III 和 IV 型)); (2) 年龄 ≥ 60 岁者; (3) 符合手术治疗适应证者; (4) 符合全身麻醉适应证者; (5) 符合硬膜外腔麻醉适应证者。

1.1.2 排除标准 (1) 重要脏器功能障碍不能耐受手术者; (2) 合并恶性肿瘤疾病者; (3) 肝肾功能异常、凝血功能障碍者; (4) 有精神类疾病者; (5) 存在明显沟通障碍者。

〔收稿日期〕 2021 - 05 - 09

〔作者简介〕 何艳, 女, 主治医师, 主要从事麻醉科工作。