

● 临床论著 ●

引用:王君胜. 硬通道微创穿刺配合通窍健步汤治疗慢性硬膜下血肿 30 例[J]. 湖南中医杂志,2022,38(6):1-3.

硬通道微创穿刺配合通窍健步汤 治疗慢性硬膜下血肿 30 例

王君胜

(衡南县人民医院,湖南 衡南,421100)

[摘要] 目的:探讨硬通道微创穿刺配合通窍健步汤治疗慢性硬膜下血肿(CSDH)的临床疗效。方法:将 60 例 CSDH 患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组采用硬通道微创穿刺治疗,治疗组在对照组的基础上加用通窍健步汤治疗。比较 2 组综合疗效及日常生活能力量表(ADL)评分。结果:总有效率治疗组为 100.00%(30/30),对照组为 83.33%(25/30),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组 ADL 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:硬通道微创穿刺配合通窍健步汤治疗 CSDH,能有效改善患者临床症状,提高日常生活能力。

[关键词] 慢性硬膜下血肿;中西医结合疗法;硬通道微创穿刺;通窍健步汤

[中图分类号] R277.739 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.06.001

Clinical effect of hard-channel minimally invasive puncture combined with Tongqiao Jianbu decoction in treatment of chronic subdural hematoma: An analysis of 30 cases

WANG Junsheng

(The People's Hospital of Hengnan County, Hengnan 421100, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of hard-channel minimally invasive puncture combined with Tongqiao Jianbu decoction in the treatment of chronic subdural hematoma (CSDH). Methods: A total of 60 patients with CSDH were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the control group were given hard-channel minimally invasive puncture, and those in the treatment group were given Tongqiao Jianbu decoction in addition to the treatment in the control group. Overall response and Activities of Daily Living (ADL) score were compared between the two groups. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [100.00% (30/30) vs 83.33% (25/30), $P<0.05$]. Both groups had a significant change in ADL score after treatment, and there was a significant difference in ADL score between the two groups after treatment ($P<0.05$). Conclusion: In the treatment of CSDH, hard-channel minimally invasive puncture combined with Tongqiao Jianbu decoction can effectively improve clinical symptoms and activities of daily living.

[Keywords] chronic subdural hematoma; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; hard-channel minimally invasive puncture; Tongqiao Jianbu decoction

慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)是头部外伤 3 周后逐渐开始出现的临床表现,好发于中老年人,发病率约占颅内血肿的 10%,占硬膜下血肿的 25%,其双侧发病率达 14%^[1]。血

肿的位置在硬脑膜与蛛网膜之间,一般具有包膜。血肿持续存在超过3周以上则出现临床症状,且起病隐匿,进展缓慢。当血肿增大引起颅内压增高时,常出现头痛、呕吐、肢体活动障碍及精神症状等。CT和MRI等影像学检查是确诊CSDH最简便、有效的方法。目前,手术仍然是主要治疗方法,包括开颅血肿清除术、微创钻孔引流术及内镜辅助下小骨窗开颅血肿清除术^[2]、骨瓣开颅血肿清除术,但由于其病死率较高及并发症较多,现仅用于复发、机化、脑组织复张困难的CSDH^[3]。传统钻孔引流术是临床治疗中老年CSDH的主要手段,虽具有较好的疗效,但创伤较大,患者术后康复时间较长^[4-5]。因而,笔者采用硬通道微创穿刺配合通窍健步汤治疗慢性硬膜下血肿30例,取得良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将2018年2月1日至2020年2月28日我院神经内科收治的CSDH患者60例,按照随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各30例。治疗组中男22例,女8例;年龄58~90岁,平均 (72.14 ± 2.66) 岁;病程21~28 d,平均 (22.5 ± 2.0) d。对照组中男23例,女7例;年龄53~85岁,平均 (73.37 ± 2.72) 岁;病程23~28 d,平均 (23.5 ± 2.5) d。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《外科学》^[6]中CSDH的诊断标准。经头颅CT或MRI检查,明确硬膜下存在血肿,有明确的头部外伤史或不明原因的头晕头痛,肢体轻度偏瘫或典型锥体束征,四肢无力,一侧较为明显,视乳头水肿。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定头痛气虚血瘀证的辨证标准。主症包括头痛如刺、固定不移,神疲乏力,气短自汗,舌紫暗、或有瘀斑,苔薄白,脉细涩或沉细。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)自愿参加本研究,并签署知情同意书;3)具有手术适应证:慢性硬膜下血肿最大厚度 ≥ 10 mm或中线移位 ≥ 7 mm或伴有明显占位效应,意识状态持续恶化(格拉斯哥昏迷指数评分下降2分或以上),双侧瞳孔不等大等体征明显。

1.4 排除标准 1)合并心血管、肝、肾、造血系统等严重疾病;2)患有精神疾病;3)依从性不佳,不能配合治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用硬通道微创穿刺治疗。患者剃头备皮后,由CT引导下定位血肿最厚层面,作好穿刺点标记,对穿刺标记点周围15 cm范围进行常规头皮消毒、铺巾,用1%利多卡因作皮下浸润麻醉。麻醉成功后,采用一次性无菌颅内穿刺引流装置(北京万特福医疗器械有限公司,国械注准字:20153661560,规格:20 mm),安装充电高速电钻后,将钻头对准标记穿刺点进针,注意钻头进针力度均衡,防止钻头打滑及用力过猛,进入后拔出钻头,加密封盖,连接侧管,接10 ml注射器抽吸血肿液。再用0.9%氯化钠注射液反复冲洗血肿腔,等量置换至冲洗液基本澄清为止,留置穿刺针并接引流袋持续闭式引流。术后患者保持头低脚高,常规补液2500~3000 ml。心功能较差者补液不宜过快,必要时查B型脑钠肽(BNP)等。术后48~72 h拔针,拔针后予以纱布加压包扎,均不缝合穿刺口。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加通窍健步汤治疗。处方:黄芪60 g,当归10 g,丹参15 g,川芎10 g,红花12 g,桃仁12 g,天麻10 g,鸡血藤30 g,赤芍15 g,水蛭6 g,地龙12 g,炙甘草5 g。由我院中药房煎煮,每天1剂,早晚温服,连续用药21 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。根据中医症状与血肿清除情况评价综合疗效。2)日常生活能力。日常生活自理能力根据日常生活能力量表(ADL)进行评价。ADL评分有10项,每项10分,满分100分,评分越高表示患者生活自理能力越好^[8]。

3.2 疗效标准(自拟) 显效:临床症状完全消失,头颅CT检查无血肿;有效:临床症状部分消失,头颅CT检查血肿量明显减少或中线移位明显改善;无效:临床症状未缓解,头颅CT检查血肿量未减少,甚至增加。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行分析。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 100.00%,对照组为 83.33%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	22(73.33)	8(26.67)	0	30(100.00) ^a
对照组	30	20(66.67)	5(16.66)	5(16.67)	25(83.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 ADL 评分比较 2 组 ADL 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 ADL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	57.26 $\pm$ 5.31	84.64 $\pm$ 3.46 ^{ab}
对照组	30	58.36 $\pm$ 6.28	74.21 $\pm$ 4.53 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

CSDH 这一疾病最早见于 17 世纪。当时人们普遍认为该病属“卒中”范畴,19 世纪时则认为其是一种炎症性疾病,20 世纪时又认为其是一种创伤性病变,后来又发现外伤不是发生 CSDH 的必要条件,而目前有学者认为其应归为退行性病变而非外伤性病变^[9]。随着我国老龄化进程加快,长期服用华法林等抗凝血药物的人群增多,CSDH 发病率也在逐年增高^[10]。有研究预计未来 10 年该病发病率在普通人群中将增加近 1 倍,从 10.35/100000 增加到 17.6/100000,很可能在 2030 年成为成人最常见的颅神经外科疾病^[11]。

中医学根据 CSDH 的临床表现将其归于“头痛”范畴。头为“诸阳之会”“清阳之府”,五脏六腑之精血、清阳之气皆上注于头。其病位在头,致病因素包括风、火、痰、虚、瘀等。久病伤气伤血,气虚则血行不畅,导致瘀血,瘀血阻于脑络,则发为头痛。本研究所用的通窍健步汤系根据王清任的“补阳还五汤”化裁而成。方中重用黄芪大补元气,当归养血活血,二药共为君药,合奏补气活血之效;丹参、川芎、红花、桃仁、赤芍活血祛瘀,为臣药;天麻平肝息风;鸡血藤祛瘀血,生新血,合水蛭、地龙通经活络,为佐药;甘草调和诸药,为使药。诸药合

用,共奏补气祛瘀、活血通络止痛之效。本研究结果表明,总有效率治疗组为 100.00%,高于对照组的 83.33%,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组 ADL 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,由于在基层医院受设备及技术的限制,神经内镜技术及数字减影血管造影下介入栓塞脑膜中动脉治疗 CSDH 难于开展。对于有手术适应证的中老年患者,采用硬通道微创穿刺配合通窍健步汤治疗,可促进患者术后机体康复,提高患者日常生活能力,缩短住院时间,减少住院费用,减轻患者家庭经济负担,值得在基层医院推广应用。

参考文献

[1] 周良辅.现代神经外科学[M].2 版.上海:复旦大学出版社,2015:354-365.

[2] ASHWAL S,HOLSHOUSER B,TONG K,et al. Proton spectroscopy detected myoinositol in children with traumatic brain injury[J]. Pediatr Res,2004,56(4):630-638.

[3] GERLACH R,DITTRICH S,SCHNEIDER W,et al. Traumatic epidural hematomas in children and adolescents:Outcome analysis in 39 consecutive unselected cases[J]. Pediatr Emerg Care,2009,25(3):164-169.

[4] 张向前,佟建洲,李树文,等. 钻孔引流术后联合脑血疏口服液治疗慢性硬膜下血肿的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(15):2379-2381.

[5] 陈小忠,王培,王玉玉,等. 神经内镜下脑池改良术与传统钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的疗效比较[J]. 中华创伤杂志,2016,32(11):1019-1020.

[6] 陈孝平,汪建平,赵继宗,等. 外科学[M].9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:223-234.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:91-104.

[8] 孙丽. ADL、MMSE、GDS 量表在老年患者入院评估中的联合应用[J]. 护理学杂志,2013,28(13):53-54.

[9] LEE KS. History of chronic subdural hematoma[J]. Korean J Neurotrauma,2015,11(2):27-34.

[10] 马成鑫,秦尚振. 慢性硬膜下血肿的研究进展[J]. 中国临床神经外科杂志,2014,19(8):507-509.

[11] BALSER D,FAROOQ S,MEHMOOD T,et al. Actual and projected incidence rates for chronic subdural hematomas in United States Veterans Administration and civilian populations[J]. J Neurosurg,2015,123(5):1209-1215.