

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



张向前, 佟建洲, 李树文, 李连进

摘要:目的 探讨慢性硬膜下血肿(CSDH)钻孔引流术后联合脑血疏口服液治疗的临床疗效。方法 入选 2016 年 1 月—2018 年 1 月收治的单侧 CSDH 病人 62 例,随机分为两组,治疗组(31 例)行慢性硬膜下血肿钻孔引流术联合脑血疏口服液治疗;对照组(31 例)单纯行慢性硬膜下血肿钻孔引流治疗,两组均以治疗 2 周为 1 个疗程。比较两组病人的治疗效果、ADL 量表(Barthel)指数评分、症状消失时间、术后并发症情况。结果 治疗后治疗组总有效率为 93.55%,明显高于对照组的 74.19%($P < 0.05$);治疗后两组 Barthel 评分均明显改善,且治疗组优于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义;治疗组症状消失时间比对照组短($P < 0.05$);比较两组术后并发症发生率,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 慢性硬膜下血肿钻孔引流术后联合脑血疏口服液治疗,可有效促进残余血肿吸收,改善预后,且临床疗效明显。

关键词:慢性硬膜下血肿;脑血疏口服液;血肿吸收;Barthel 评分;症状消失时间

中图分类号:R651.1 R289.5 **文献标识码:**B **doi:**10.12102/j.issn.1672-1349.2019.15.037

慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)指头部外伤后超过 3 周,位于硬脑膜与蛛网膜之间的血肿,占颅内血肿的 10%^[1],其好发于中老年人,常见症状为头痛、头晕、肢体活动障碍、偏瘫、失语、智力障碍,有些病人还出现意识障碍,甚至昏迷^[2-3]。CSDH 的发病机制目前尚不清楚,多数认为是头部受到轻微外伤后有可能撕破自大脑表面汇入上矢状窦的桥静脉或静脉窦受损出血,其出血后引起的炎症性反应促进硬膜下血肿的进展。钻孔引流术是 CSDH 最常用手术方法,具有操作简单、创伤小、手术时间短、效果确切等优点,但是钻孔引流术后容易出现血肿复发。脑血疏口服液可改善病人预后,并降低血肿复发率。本研究分析钻孔引流术后联合脑血疏口服液与单纯钻孔引流术治疗 CSDH 的疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院神经外科 2016 年 1 月—2018 年 1 月收治的单侧 CSDH 病人 62 例。纳入标准,所有病例均符合 CSDH 的诊断标准:有轻微头部外伤史或无外伤史,经头颅 CT 或核磁共振(MRI)检查确诊,符合钻孔引流术适应证。排除标准:合并严重心、肝、肺、肾等脏器功能不全,脑血管畸形、凝血功能障碍、严重精神疾病、自身免疫系统疾病,对脑血疏口服液过敏或出现严重胃肠道不良反应者。将所有纳入病人随机分为两组。治疗组 31 例,男 21 例,女 10 例;年龄 32~75 岁,平均 53.2 岁;初发头痛 15 例,肢体无力、麻木及运动障碍 13 例,意识障碍 3 例;血肿量 79~120 mL,平均 90.1 mL。对照组 31 例,男 23 例,女 8

例;年龄 40~85 岁,平均 57.6 岁;首发头痛 16 例,肢体感觉、运动障碍 12 例,意识障碍 3 例;血肿量 82~125 mL,平均 92.3 mL。统计两组病人的初发症状、性别、年龄、血肿量等临床资料,比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 两组病人均在局部麻醉下行 CSDH 钻孔引流术。于顶结节处做一长 3 cm 的直切口,颅骨钻孔一枚,双极电凝镊微灼硬脑膜,呈“+”切开硬脑膜,放置引流管,不同方向用常温、生理盐水反复冲洗,直至冲洗液基本清亮为止,引流管头端放置在额部,间断缝合头皮全层,接引流装置。术后引流袋低于平卧头位。术后 12 h 两组均查头颅 CT 显示无颅内新出血。对照组术后常规输注 1 000 mL 生理盐水。治疗组术后 24 h 在对照组基础上加用脑血疏口服液(山东沃华医药科技股份有限公司,国药准字:Z200770059),鼻饲或口服,3 次/日,每次 10 mL。两组均以 2 周为 1 个疗程。

1.3 观察指标 观察两组治疗后疗效,术前术后日常生活活动 ADL 量表(Barthel)指数评分,术后症状消失时间,引流管留置时间及不良反应等。

1.4 疗效评定标准^[4] 痊愈:临床症状消失,头颅 CT 或 MRI 显示硬膜下血肿吸收 91%~100%;显效:临床症状消失,头颅 CT 或 MRI 显示硬膜下血肿吸收 50%~90%;有效:症状好转,硬膜下血肿吸收 30%~49%;无效:症状无改善,血肿吸收 0~29%;复发:症状好转后再次加重,头颅 CT 或 MRI 显示血肿吸收后,出现高密度或信号及血量增多。Barthel 指标评分满分为 100 分,基本完成: > 60 分;需要帮助:41~60 分;需要较多帮助:20~40 分;完全需要帮助: < 20 分。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验进行计数资料比较,

作者单位 保定市第一中心医院(河北保定 071000)

通讯作者 佟建洲, E-mail: 445055763@qq.com

引用信息 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.

采用 *t* 检验进行计量资料比较。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 两组临床疗效比较

例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	13(41.94)	11(35.48)	5(16.13)	2(6.45)	29(93.55)
对照组	31	10(32.26)	8(25.80)	5(16.13)	8(25.81)	23(74.19)

注:两组总有效率比较, $\chi^2 = 4.292, P = 0.038$

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率为 93.55%, 对照组总有效率为 74.19%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1。

2.2 两组 Barthel 指数评分、术后症状消失时间比较 治疗前两组的 Barthel 指数评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组 Barthel 指数评分均明显提

高,且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组病人症状消失时间比对照组短 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组 Barthel 指数评分及术后症状消失时间($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Barthel 指数评分(分)		症状消失时间(d)
		治疗前	治疗后	
治疗组	31	61.69±7.54	93.35±6.15 ¹⁾	5.24±0.80
对照组	31	58.89±6.67	75.63±5.45 ¹⁾	10.22±1.40
t 值		3.943	17.958	-21.670
P		0.812	0.034	0.039

与本组治疗前比较, 1) $P < 0.05$

2.3 两组术后血肿复发率、并发症发生率比较 两组术后血肿复发率、术后并发症比较差异无统计学意义

($P > 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组术后血肿复发率、术后并发症率比较

例(%)

组别	例数	并发症				血肿量增加	血肿复发
		脑损伤	感染	颅内积气	合计		
治疗组	31	0(0.00)	1(3.23)	1(3.23)	2(6.45)	0(0.00)	2(6.45)
对照组	31	0(0.00)	3(6.45)	3(6.45)	8(19.35)	2(6.45)	9(29.03)

注:两组比较, $P > 0.05$

3 讨论

CSDH 发病机制较复杂,目前尚未明确,相关研究认为与动脉硬化、生理性脑萎缩、颅内压低等因素相关^[5]。脑萎缩后蛛网膜下腔增宽,脑组织在颅内移动范围增大,当头部受到轻微外伤后,因惯性力作用,易撕裂桥静脉或皮质血管出血,增加患病率^[6]。有研究发现,CSDH 的发生、发展与局限性炎症反应相关。因此认为,抑制脑内局部炎症反应,不仅可改善病人预后,同时也可预防慢性硬膜下血肿术后复发。虽然,钻孔引流术可引流出血肿及解除血肿对脑组织的压迫,减轻炎性物质对血肿包膜新生血管的诱导,从而利于病人神经功能的恢复,但是术后仍有 10%~15% 的复发率^[7-8]。

脑血疏口服液是由黄芪、石菖蒲、水蛭、牡丹皮、牛膝、川芎、大黄等多味中药配制而成的一种中药制剂,具有祛瘀生新、活血化瘀、益气通经之功效^[9]。CSDH 术后常见的并发症为血肿复发,国内研究发现,促炎性

细胞因子白细胞介素(IL)-6、IL-8 在术后血肿复发病人中比例明显高于未复发者,而血肿样本中抗炎因子 IL-4、IL-8 比例高的病人术后复发率低。表明炎症反应在 CSDH 病人术后复发中发挥着重要作用^[10]。相关研究表明,脑血疏口服液可起到促进吞噬细胞功能、降低炎性因子、抗自由基、调节硬膜炎症反应等的作用^[11-12]。本研究中治疗组病人血肿复发率明显低于对照组,考虑与病人服用脑血疏口服液后炎性反应被控制有关,具体机制仍有待相关基础研究进一步明确。

近年来,脑血疏口服液用于治疗出血性卒中疾病,疗效确切^[13]。对于部分病人术前头颅 CT 或 MRI 显示混杂或稍高密度或信号影,往往与硬膜下血肿尚未完全液化不能清除,致引流不畅有关,并可增加术后复发率。脑血疏口服液治疗可具有活血化瘀之功效,故可促进硬膜下积血、凝血块的液化、吸收,利于神经功能恢复,并降低 CSDH 病人术后复发概率^[14]。也有相关文献报道,脑出血大鼠应用脑血疏口服液促进血肿

吸收,改善脑微循环,利于神经功能恢复,提升治疗效果^[15]。

本研究结果表明,治疗组有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。两组病人 Barthel 指数评分治疗后均较治疗前明显提高,且治疗后治疗组 Barthel 指数评分比对照组明显更高($P < 0.05$),治疗组症状消失时间比对照组缩短($P < 0.05$)。两组并发症率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),钻孔引流术后联合脑血疏口服液治疗 CSDH,可缩短病人的症状消失时间、住院天数,提高术后 Barthel 指数评分。

钻孔引流术后联合脑血疏口服液治疗慢性硬膜下血肿,可促进残留血肿吸收,降低并发症,进而改善预后。

参考文献:

[1] 贺绪智,许民辉,徐伦山,等.负压抽吸冲洗在慢性硬膜下血肿术后早期脑复位中的作用[J].中华神经创伤外科电子杂志,2016,2(2): 78-82.
 [2] LEE K S.History of chronic subdural hematoma [J]. Korean J Neurotrauma,2015,11(2): 27-34.
 [3] OSUKA K,WATANABE Y,USUDA N, et al .Inhibitory mechanism of the outer membrane growth of chronic subdural hematomas [J].Neurotrauma,2017,34: 1999- 2000.
 [4] 李拓,阿托伐他汀干预硬膜下血肿的吸收的动物实验研究[D].天津:天津医科大学,2014.
 [5] 刘超,李明昌,王军民,等.钻孔引流术联合阿托伐他汀钙片治疗慢性硬膜下血肿疗效分析[J].中华神经医学杂志,2018,3(17):297-298.

[6] 黄毅.2种不同手术方式治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效分析[J].临床合理用药,2018,11(9A):22-23.
 [7] TOI H,KINOSHITA K,HIRAI S, et al .Present epidemiology of churonic subdural hematoma in Japan:analysis of 63,358 cases recorded in a national administrative database[J].J Neurosurg, 2017,128(1):1.
 [8] MANICKAM A,MARSHMAN L A,JOHNSTON R.Long-term survival after chronic subdural hematoma[J].J Clin Neurosci,2016,34: 100-104.
 [9] 杨春光,王艳阳,白永杰,等.脑血疏口服液治疗脑出血微创引流术后继发神经功能损害的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2017,9(15):2205-2206.
 [10] PRIPP A H,STANISIC M.The correlation between pro-and anti-inflammatory cytokines in chronic subdural hematoma patients assessed with factors analysis[J].Plos One,2014,9(2):e90149.
 [11] 王新高,赵性泉.脑血疏口服液治疗急性脑出血的配对研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(7):937-939.
 [12] 胡勇,张亚红,刘重霄,等.脑血疏口服液对大鼠脑出血后神经功能及血肿周围半暗带细胞凋亡的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(15):1735-1737.
 [13] 陈澈,院立新,张根明.脑血疏口服液在脑血管病方面的临床应用和实验研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(8): 1005-1006.
 [14] 郭振宇,师蔚,周任.慢性硬膜下血肿术后辅助应用脑血疏口服液的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(8): 1038-1039.
 [15] 艾鑫,刘翠.脑血疏口服液对脑出血大鼠血肿体积的影响及神经功能的保护作用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(7):859-861.

(收稿日期:2018-12-16)
(本文编辑:王雅洁)

颅外颈动脉支架成形术后颈动脉狭窄的危险因素分析



李作鹏,王天栋,李振宇,杨大鸿,张金,郭军红

摘要:目的 探讨颈动脉支架成形术(CAS)治疗颈动脉狭窄的危险因素,并分析其有效性和安全性。方法 回顾性分析采用 CAS 治疗颈动脉狭窄的 110 例病人资料,根据术后 30 d 内有无不良事件发生分为有不良事件组(24 例)和无不良事件组(86 例),比较两组病人临床资料、危险因素、术前美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、术前血管狭窄程度、狭窄部位等,预后结果采取多因素 Logistic 回归分析,全部 CAS 病例应用脑保护装置防止血栓脱落。结果 110 例病人共植入支架 115 枚,脑保护装置全部回收,支架植入术成功率为 100%。狭窄程度由术前中度、重度变为术后轻度、中度;围术期术后总体并发症 24 例(21.8%),30 d 内不良事件 7 例(6.36%);随访 3 个月后,2 例支架内再狭窄。两组年龄、高血压比较差异有统计学意义($P < 0.05$);多因素 Logistic 回归分析显示高血压是 CAS 治疗颈动脉狭窄的危险因素。结论 CAS 治疗颈动脉狭窄 30 d 内出现不良事件与高血压显著相关,颅外 CAS 可有效减轻病人颈动脉狭窄程度,且围术期是相对安全的。

关键词:颈动脉狭窄;支架;全脑血管造影术;危险因素

中图分类号:R318.1 文献标识码:B doi:10.12102/j.issn.1672-1349.2019.15.038

颈动脉狭窄是引发脑梗死的重要原因,不仅严重威胁病人的生命安全,而且给社会、家庭均造成了沉重

负担^[1-3]。因而积极处理颈动脉狭窄已成为预防脑梗死发生和改善脑供血的重要措施,颈动脉支架成形术(CAS)是目前治疗颈动脉狭窄的有效治疗手段,可快速改善狭窄病人的临床症状,降低脑梗死发生率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集山西医科大学第一医院 2016 年

作者单位 山西医科大学第一医院(太原 030001), E-mail: lizuo peng20040161@126.com
 引用信息 李作鹏,王天栋,李振宇,等.颅外颈动脉支架成形术后颈动脉狭窄的危险因素分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(15): 2381-2384.