

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0189-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.090

不同治疗方式对慢性硬膜下血肿的临床疗效观察

楚鹏飞 成文平* 任瑞明

(安阳市第六人民医院, 河南 安阳 455000)

〔摘要〕 目的: 分析比较神经内镜辅助治疗与单纯钻孔引流治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效。方法: 纳入 2018 年 1 月至 2020 年 1 月安阳市第六人民医院收治的 68 例慢性硬膜下血肿患者, 按数字随机表法分为对照组和观察组, 每组 34 例。对照组给予单纯钻孔引流治疗, 观察组采用神经内镜辅助治疗, 比较两组患者相关手术指标、治疗总有效率和复发情况。结果: 观察组患者手术时间长于对照组, 住院时间短于对照组, 组间比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者复发率为 2.94%, 低于对照组的 17.65%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的治疗总有效率为 97.06%, 高于对照组的 79.41%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 神经内镜辅助治疗慢性硬膜下血肿效果良好, 复发率较低。

〔关键词〕 慢性硬膜下血肿; 神经内镜辅助; 单纯钻孔引流

〔中图分类号〕 R 651.1⁺5 〔文献标识码〕 B

慢性硬膜下血肿是一种常见的脑血管疾病, 临床以意识障碍、颅内压增高和头痛等为特征, 部分患者还可出现痴呆或智力迟钝, 若不及时治疗, 不仅会影响患者身心健康, 还会导致患者死亡。手术是临床治疗慢性硬膜下血肿的常用方式, 包括单钻孔引流术, 双钻孔引流术和微创穿刺引流术等, 但临床实践显示^[1], 钻孔引流术创伤相对较大, 患者术后恢复缓慢, 进而导致其无法满足患者日益增长的需求。有学者发现^[2], 神经内镜辅助治疗可以提高手术安全性。基于此, 本研究分析比较神经内镜辅助治疗与单纯钻孔引流治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效, 内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2020 年 1 月本院收治的 68 例慢性硬膜下血肿患者, 按数字随机表法分为对照组和观察组, 每组 34 例。观察组男 23 例, 女 11 例, 年龄 49~74 岁, 平均年龄 (63.57 ± 2.94) 岁, 血肿量范围 40.45~90.30 mL, 平均血肿量 (81.26 ± 4.93) mL; 对照组男 22 例, 女 12 例, 年龄 51~75 岁, 平均年龄 (63.76 ± 3.22) 岁, 血肿量范围 42.33~91.11 mL, 平均血肿量 (81.46 ± 4.98) mL, 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: 所有患者均存在明显手术指征, 经颅脑磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 或计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 影像学检查确诊; 存在明确外伤史; 均知情同意参与本研究且精神异常。排除

标准: 存在凝血障碍、认知缺陷和手术耐受性差者。

1.2 方法

两组患者术前均接受常规对症处理, 营养支持和心电监护。

1.2.1 对照组 采用单纯钻孔引流治疗, 即局部麻醉后, 于患者硬脑膜外做一十字切口, 以电凝止血后将引流管置于血肿腔内, 前行过程中使用 0.9% 氯化钠注射液冲洗, 直至澄清为止, 完成后将引流管沿原路径退出, 并重复上述动作清除其他方向血肿, 完成后清点器械, 外接无菌引流瓶, 术毕关颅并予以抗感染治疗。

1.2.2 观察组 采用神经内镜辅助治疗, 局部麻醉后消毒铺巾, 以影像学仪器确定血肿位置, 完成后于血肿最厚处做一 4 cm 左右纵行切口, 电凝止血后将头皮拉开并分离骨膜, 颅骨钻孔, 铣刀铣下 2.5 cm 骨瓣以十字切开硬脑膜, 止血后沿血肿腔置入神经内镜, 缓慢推入并观察周围组织情况, 以电凝破坏血肿分割膜, 0.9% 氯化钠注射液冲洗血肿和血性液体, 完成后取出神经内镜, 并重复上述方法清除其他部位血肿, 术后还原骨瓣, 留置引流管外接引流瓶, 术毕关颅并予以抗感染治疗。

1.3 观察指标

(1) 记录两组患者手术指标变化, 包括手术时间和住院时间; (2) 比较两组患者的疗效。疗效评定标准^[3], 显效: 影像学检查显示血肿消失在 50%~99%, 有效: 影像学检查显示血肿消失在 30%~50%; 无效: 影像学检查显示血肿消失 < 30%, 甚至病情复发加重。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。 (3) 患者出院后进行为期

〔收稿日期〕 2021-04-17

〔作者简介〕 楚鹏飞, 男, 主治医师, 主要从事神经外科工作。

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

3 个月的随访，记录两组患者复发情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件分析数据，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 两组患者手术相关指标比较

观察组患者手术时间长于对照组，但住院时间短于对照组，组间比较，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较 ($n = 34, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	住院时间/d
对照组	45.08 ± 3.79	9.42 ± 1.17
观察组	54.33 ± 4.13 ^a	7.13 ± 1.03 ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗总有效率和复发率比较

观察组患者的治疗总有效率为 97.06%，高于对照组的 79.41%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 ($n = 34, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	13(38.24)	14(41.18)	7(20.59)	27(79.41)
观察组	17(50.00)	16(47.06)	1(2.94)	33(97.06) ^b

与对照组比较，^b $P < 0.05$

2.3 两组患者的复发率比较

经过 3 个月的随访，观察组患者复发 1 例，对照组复发 6 例，观察组患者复发率为 2.94%，低于对照组的 17.65%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

目前，临床关于慢性硬膜下血肿病因尚未明确。流行病学显示，慢性硬膜下血肿发生率约占颅内血肿 10%，且血肿多存在额顶颞半球凸面，其积血量最高可达 300 mL，由于其起病隐匿且临床易忽视，若不及时干预治疗，不仅影响患者身心健康，还会对其生命安全产生影响^[4]。

本研究发现，神经内镜辅助治疗慢性硬膜下血肿相对于

单纯钻孔引流的疗效更好且能够缩短患者住院时间。神经内镜辅助手术时间较长的因素多与其操作难度相对较大且手术过程需要多次切割和分离有关^[5]。但神经内镜辅助最大的优势在于其能够为临床医师提供更好的术野，从而增加手术的精准度。此外，神经内镜辅助拥有电凝和吸引器工作通道，可以直观地进行血肿吸引^[6]，不同于单纯钻孔引流，神经内镜可以清晰地反映血肿分离情况，利用其能够准确地破坏血肿分隔并进行清除，减少炎症反应。既往朱卿等人^[7]发现，硬质神经内镜辅助手术治疗慢性硬膜下血肿简单、安全、有效，优于传统的钻孔抽吸冲洗术。

本研究结果也显示：观察组患者的治疗总有效率 (97.06%) 高于对照组 (79.41%)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；经过 3 个月的随访，观察组患者复发率为 2.94%，低于对照组的 17.65%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。本研究也进一步证实神经内镜辅助治疗慢性硬膜下血肿的效果值得肯定。

综上所述，神经内镜辅助治疗慢性硬膜下血肿效果临床效果良好，且复发率较低。

〔参考文献〕

- (1) 王凯, 杨永锋. 硬膜下血肿患者钻孔引流术后复发相关因素的回顾性研究 (J). 实用心脑血管病杂志, 2019, 27(8): 10-14.
- (2) 陈小忠, 王培, 王玉玉. 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.
- (3) 袁盾, 赵杰, 刘劲芳, 等. 417 例慢性硬膜下血肿患者的临床特点分析 (J). 中南大学学报 (医学版), 2013, 38(5): 517-520.
- (4) 王克. 老年慢性硬膜下血肿患者的临床表现与治疗方案探讨 (J). 中国组织工程研究, 2016, 20(A2): 27.
- (5) 焦守山. 钻孔引流与神经内镜治疗慢性硬膜下血肿的临床分析 (J). 中国继续医学教育, 2018, 10(28): 111-113.
- (6) 安文志, 王文成, 陈晨. 单纯钻孔引流与神经内镜辅助治疗慢性硬膜下血肿的临床分析 (J). 泰山医学院学报, 2018, 39(4): 394-396.
- (7) 朱卿, 王中勇, 张檀. 硬质神经内镜辅助手术治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效 (J). 中国内镜杂志, 2017, 23(6): 52-57.