

中西医结合治疗慢性硬膜下血肿研究进展

李陇平¹ 赵晓平²

1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712000; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳 712000

摘要:慢性硬膜下血肿确诊后有临床症状者原则上都应尽早手术治疗,颅骨钻孔免冲洗引流术和YL-1型血肿粉碎针微创清除术具有突出优势,应被广泛推广于基层。神经内镜技术是未来治疗慢性硬膜下血肿的趋势,应该大力发展。尽管手术治疗方式多样,但是术后常常发生大部分血肿被清除而脑组织不能完全复位,存在术后血肿复发以及再次手术治疗等问题,成为临床治疗中急于解决的难题。中西医结合外科手术治疗对这一问题的解决具有明显的优势,可进一步提高临床疗效,因此应成为今后的研究重点,对于指导临床治疗具有重要的意义。

关键词:慢性硬膜下血肿;辨证施治;中西医结合治疗;开颅手术;钻孔引流手术;微创清除术

DOI: 10.16367/j.issn.1003-5028.2016.02.0161

本文引用:李陇平,赵晓平. 中西医结合治疗慢性硬膜下血肿研究进展[J]. 河南中医, 2016, 36(2): 365-367.

中图分类号: R269.511 **文献标志码:** A **文章编号:** 1003-5028(2016)02-0365-03

慢性硬膜下血肿(Chronic subdural haematoma, CSDH)是指颅内出血血液积聚于硬脑膜下腔、伤后3周以上出现症状者,是神经外科临床上的常见病之一。CSDH好发于中老年人,占颅内血肿的10%,占硬膜下血肿的25%^[1]。临床上以慢性颅内压增高为主,表现为头痛,部分有痴呆、淡漠和智力迟钝等精神症状,少数可有偏瘫、失语和局源性癫痫等局源性脑症状。CSDH当属中医学“血证”“头痛”“中风”之范畴,中医药的治疗有显著效果。临床上中西医结合治疗对挽救患者生命、降低致残率和术后复发率、提高生存质量有着极其重要的意义。本文就近年来中西医结合治疗CSDH临床研究进展综述如下。

1 中西医结合治疗

1.1 辨证施治 中医学认为脑为“元神之府”,五脏六腑之精气皆注入脑而为用。《灵枢·贼风》云“若有所坠堕,恶血留内而不去。”CSDH患者考虑其病机系颅脑损伤之后,络伤血溢,瘀血内停,阻滞脑络,血瘀气滞,气机升降出入失常,则清阳不升,气血精微不能上注于脑,使“元神之府”失于濡养,故头痛;气血瘀滞,血脉痹阻致肢体偏废;气机逆乱,津液凝聚成痰,扰乱脑神而致痴呆或癫狂;瘀滞日久则舌色暗红或有瘀斑,脉细涩。临床上多辨证为气虚血瘀和水湿停滞,治以益气活血化瘀或温阳化气行水为主。

1.2 中西医结合西医治疗 临床症状不明显、不能耐受手术或不愿手术的CSDH患者多采用中西医结合西药保守治疗。王孝芳等^[2]观察26例治疗组在21例对照组(西医常规:补液、营养脑细胞、高压氧)治疗的基础上加用复元活血

汤加减治疗,结果治疗组的疗效显著高于常规西医治疗组($P < 0.05$)。李军等^[3]对172例CSDH患者个体化治疗中9例患者CT示脑组织受压不显著,侧脑室无变狭受压,中浅结构无移位者,在西医常规(脱水降颅压、止血、营养神经等对症)治疗基础上采用中药保守治疗,≤70岁(体质较好者)方选补阳还五汤加减治疗; >70岁(体质虚弱者)方选归脾汤加减治疗,结果9例患者脑受压症状基本改善,肌力恢复至IV级以上,颅内高压症状完全缓解,无精神症状,CT检查受压脑组织未能完全膨起,血肿明显减小。王旭军等^[4]治疗25例CSDH患者中,5例根据中医辨证,保守口服血府逐瘀汤加减治疗,结果5例患者在服用1个月后,有4例血肿明显减少,症状减轻。王成华等^[5]观察符合Bender氏法分级属于I级CSDH患者58例,其中31例治疗组在27例对照组(不用药)观察的基础上采用化痰涤痰方治疗,结果有效率治疗组为87.10%,对照组为51.85%,两组比较,具有统计学差异($P < 0.01$);治疗组治疗前后血肿量变化比较,具有统计学差异($P < 0.01$);两组间治疗后血肿量比较,具有统计学差异($P < 0.01$)。线春明等^[6]对31例治疗组在28例对照组(西医常规:脱水、营养神经、防治并发症及支持疗法)治疗的基础上加用复方丹参注射液治疗,结果治疗组有效率77.42%,对照组有效率42.86%,有效率差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

临床大量研究表明如果能在早期介入中药治疗,能大大降低CSDH增多的发生率,减少患者手术治疗病例。

2 外科手术治疗

2.1 开颅手术 骨瓣开颅清除血肿术适合CT提示为血肿有不同程度的钙化、血肿包膜机化和混杂密度有新鲜出血的CSDH患者。林庆喜等^[7]对CSDH腔内机化及包膜增厚12例患者施行开颅手术,结果血肿吸收完全5例,脑组织膨起良好;残留血肿1周后吸收4例,4周后吸收3例,8例获随

收稿日期: 2015-08-22

作者简介: 李陇平(1987-),男,陕西宝鸡人,硕士研究生。

通信作者: 赵晓平, Email: zxp9918@sina.com

访1~9a,无一例血肿复发。小骨窗开颅肿清除引流术适宜于血肿液化不完全患者。朱焕春^[8]对38例经小骨窗开颅手术治疗的老年性CSDH患者临床资料进行回顾性分析,结果治愈38例,均无血肿残留,脑受压、移位缓解,其中脑膨复良好者21例,留有少量硬膜下积液者17例,但临床症状均基本消失。临床研究发现骨瓣开颅血肿清除术应完全清除机化血肿,尽可能切除增厚的内外包膜,但手术创伤大,老年人多不能耐受;而小骨窗开颅血肿清除引流术冲洗彻底,残留血肿的机会相对较少,操作简便,创伤小,效果良好。

2.2 钻孔引流术 临床报道的钻孔引流术包括单孔钻孔引流术和双孔钻孔引流术。临床上血肿较小,血肿液化较完全、范围较局限者宜采用单孔引流术;血肿较大、分隔较明显或不相连续的多个血肿,宜采用双孔引流术。双孔或单孔钻孔引流术,只要操作得当,在疗效上无明显差异。刘小燕等^[9]对217例CSDH患者行钻孔引流术治疗,结果恢复良好者比率为88.94%,血肿残留率4.15%,血肿复发率6.91%。李越等^[10]回顾性分析87例CSDH患者行钻孔冲洗引流术治疗,治愈率87.4%,复发率为10.3%,并发症发生率为8.0%。杜陈^[11]通过对38例钻孔引流免冲洗术及41例钻孔冲洗引流术临床疗效对比,得出两种手术效果并无差异性,CSDH钻孔引流手术中术中冲洗并非必需步骤。常奎等^[12]对非冲洗钻孔引流治疗CSDH的临床分析,指出相比较冲洗引流,单纯引流不冲洗更安全有效,可减少术后并发症。

2.3 微创清除术 随着微创理念的不断深入,近年来微创锥孔穿刺引流术、YL-1型微创血肿粉碎针以及神经内镜下血肿清除术普遍运用于临床。廖圣芳等^[13]通过86例患者采用床边直接锥孔冲洗引流与82例采用传统钻孔引流术相比,结果两组患者住院期间主诉改善、术后继发血肿及复发情况等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但锥孔引流术有创伤小、操作简便、手术时间及平均住院日短等优点。锥孔免冲洗单纯引流术治疗CSDH临床疗效优于传统钻孔引流术,且并发症发生率较低^[14]。魏标松等^[15]对42例CSDH患者采用YL-1型血肿粉碎针行颅内血肿微创清除术,结果38例复查CT血肿完全消失,脑组织膨胀复位,4例基本消失,术后病情即明显好转,临床症状逐渐消失,后随访症状完全消失41例,1例复发。刘明等^[16]对138例CSDH患者使用YL-1型一次性颅内血肿穿刺粉碎针技术,得出能取得较钻孔引流术单纯微创冲洗引流更好的治疗效果。应用YL-1型颅内血肿粉碎针治疗CSDH具有操作简单、创伤小、引流装置密闭,污染机会少,并发症少等优势,较常规钻孔引流术疗效显著。尤其适合年龄偏大,身体条件差或并发糖尿病、心脏病、肝肾疾患的患者。此术式与开颅或钻孔引流术相比,为非直视手术,具有一定的盲目性,手术指征有一定的局限性。

段发亮等^[17]对20例CSDH患者进行神经内镜下清除术,结果20例硬膜下血肿完全清除,高颅内压、偏瘫、意识障碍迅速好转;未见血肿复发和积气等并发症发生。董军等^[18]通过改良内镜手术治疗27例(A组),钻孔冲洗术38

例(B组),结果A组术后3d内中线移位完全回复率为92.6%,高于B组71.1%,具有统计学差异($P<0.05$);B组血肿复发率为23.7%,A组无复发病例。与传统钻孔方法相比较,内镜兼具微创与直视下操作两大优势,可以清楚直视血肿包膜的形态、结构、分隔及与脑组织的关系,分离、打开血肿腔内分隔,打通血肿包膜与周围脑池,完全清除纤维絮状物,改善脑脊液循环;通过窥镜用双极电凝对腔内腔外明显的小活动出血点直接止血,降低新鲜出血的发生率。

3 中医药结合外科手术治疗

多数CSDH患者术后不同程度的出现了继发颅内感染、颅内积气、迟发性颅内血肿、脑脊液漏、精神障碍(兴奋)或癫痫等并发症。中药以其显著治疗效果提高了整体临床疗效。

张占伟等^[19]观察35例治疗组和33例对照组均采用微创颅内血肿碎吸术,术后治疗组加用通窍醒脑汤治疗,结果两组均能改善患者临床症状,但治疗组患者临床治愈率优于对照组($P<0.05$);两组患者术后早期易出现硬膜下积气、积液等并发症,但治疗组硬膜下积气、积液吸收情况优于对照组($P<0.05$);治疗组患者术后住院时间明显少于对照组($P<0.05$)。杨劲松^[20]观察19例治疗组和12例对照组均施行微创清除术,术后治疗组加用补阳还五汤合五苓散加减治疗,结果两组硬膜下血肿早期吸收率治疗组与对照组比较有统计学意义($P<0.05$);治疗组痊愈率与对照组比较亦有统计学意义($P<0.05$)。张良等^[21]对78例患者均采用颅骨钻孔冲洗血肿外引流术治疗,术后配合血府逐瘀汤加减治疗,结果77例患者全部治愈;术后1月复查CT 68例,60例血肿全部吸收,8例仍有少量硬膜下积液,小于20mL;9例患者因无症状未行CT复查,随访2~12个月未见血肿复发。王兆成等^[22]对30例治疗组和28例对照组均施行钻孔引流术治疗,术后治疗组加用益肾逐瘀汤加减治疗,结果术后3周复查CT,治疗组和对照组残留血肿吸收90%以上比率分别为56.67%和17.86%,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$);治疗组总有效率为93.33%,对照组为64.29%,两组总有效率差异具有统计学意义($P<0.01$)。彭道贤^[23]对128例CSDH行血肿穿刺负压引流术,术后给以自拟活血逐瘀汤治疗,结果治愈105例,总有效率97.66%。说明中医药配合手术治疗CSDH疗效优于单纯西医手术治疗,可显著提高血肿吸收率,缩短血肿清除时间,降低术后并发症,预防复发,提高疗效。

4 结语

综上所述,CSDH确诊后有临床症状者原则上都应尽早手术治疗,颅骨钻孔免冲洗引流术和YL-1型血肿粉碎针微创清除术具有突出优势,应被广泛推广于基层;神经内镜技术是未来治疗慢性硬膜下血肿的趋势,应该大力发展。尽管手术治疗方式多样,但是术后常常发生大部分血肿被清除而脑组织不能完全复位,存在术后血肿复发以及再次手术治疗等问题,成为临床治疗过程急于解决的难题。中医药结合外

科手术治疗对这一问题的解决具有明显的优势,可进一步提高临床疗效,因此应成为今后的研究重点,对于指导临床治疗具有重要的意义。

参考文献:

[1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2005:442-444.
[2] 王孝芳, 郑云仙, 宋光太, 等. 中西医结合治疗少量慢性硬膜下血肿的临床研究[J]. 浙江创伤外科, 2012, 17(5):669-670.
[3] 李军, 叶琦, 董勇. 中西医结合个体化治疗慢性硬膜下血肿 172 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2008, 18(3):145-147.
[4] 王旭军, 黄学峰. 慢性硬膜下血肿的中西医结合治疗[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2010, 27(1):106-107.
[5] 王成华, 干磊, 余晓琪, 等. 化瘀涤痰方治疗慢性硬膜下血肿临床研究[J]. 新中医, 2012, 44(11):39-41.
[6] 钱春明, 保广鹤. 复方丹参注射液治疗慢性硬膜下血肿的疗效分析[J]. 医学信息, 2012, 24(4):2298.
[7] 林庆喜, 高进喜, 王守森, 等. 开颅手术治疗慢性硬膜下血肿腔内机化及包膜增厚 12 例[J]. 人民军医, 2011, 54(9):811.
[8] 朱焕春. 小骨窗开颅手术治疗老年慢性硬膜下血肿[J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(1):79-80.
[9] 刘小燕, 叶劲弦. 慢性硬膜下血肿的外科治疗[J]. 实用中西医结合临床, 2012, 12(4):63-64.
[10] 李越, 文上康, 杨朔, 等. 钻孔引流治疗慢性硬膜下血肿 87 例临床体会[J]. 广东医学院学报, 2011, 29(4):394-395.
[11] 杜陈. 慢性硬膜下血肿免冲洗钻孔引流与常规手术疗效对比[J]. 中国医学工程, 2011, 19(11):52-53.
[12] 常奎, 徐敬斌, 马思贤. 非冲洗钻孔引流治疗慢性硬膜下血肿

的临床分析[J]. 淮海医药, 2014, 32(1):41-42.
[13] 廖圣芳, 王玉差, 陈汉民, 等. 锥孔与钻孔引流手术治疗慢性硬膜下血肿的临床应用比较[J]. 临床军医杂志, 2012, 40(1):30-32.
[14] 李克栋, 武娟. 锥颅免冲洗单纯引流术与传统钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(8):592-593.
[15] 魏标松, 刘仰斌. 颅内血肿微创清除术治疗慢性硬膜下血肿 42 例治疗体会[J]. 赣南医学院学报, 2009, 29(6):940.
[16] 刘明, 李永奇, 李凯. 微创穿刺手术治疗慢性硬膜下血肿 138 例[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(12):1938-1939.
[17] 段发亮, 杨国平, 韦君武. 神经内镜手术治疗老年慢性硬膜下血肿[J]. 中国临床神经外科杂志, 2009, 14(4):233-234.
[18] 董军, 朱飞, 陈宝敏, 等. 改良内镜手术治疗慢性硬膜下血肿的疗效[J]. 江苏医药, 2010, 36(5):514-517.
[19] 张占伟, 韩景光. 通窍醒脑汤配合微创颅内血肿穿刺碎吸术治疗老年慢性硬膜下血肿临床研究[J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6):50-52.
[20] 杨劲松. 中药配合微创清除术治疗慢性硬膜下血肿的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(3):375-376.
[21] 张良, 朱明, 陈丽坚, 等. 中西医结合治疗慢性硬膜下血肿 78 例临床观察[J]. 新中医, 2009, 41(5):58-59.
[22] 王兆成, 王志强. 益肾逐瘀汤配合钻孔冲洗引流术治疗老年慢性硬膜下血肿的临床研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2010, 13(9):1371-1374.
[23] 彭道贤. 中西医结合治疗慢性硬膜下血肿 128 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(21):37-38.

(编辑:孙铮)

The Research Progress of Chronic Subdural Haematoma Treated with Combined Therapy of Traditional Chinese and Western Medicine

LI Long-ping¹, ZHAO Xiao-ping²

1. Shaanxi University of TCM, Xianyang, Shaanxi, China 712000;

2. The Affiliated Hospital of Shaanxi University of TCM, Xianyang, Shaanxi, China 712000

Abstract: The patients with chronic subdural haematoma (CSDH) should receive surgery as soon as possible if they are diagnosed with the related symptoms. Skull drilling without washing and drainage and YL-1 hematoma smash-pin micro-debridement have outstanding advantages and are widely used in clinical practice. Endoscopic techniques are the future trends in treatment of chronic subdural hematoma and should develop extensively. Although there are various ways of surgeries after the operation the following problems need solving as quickly as possible. For example, much of hematoma has been removed but brain tissue cannot fully reset leading to recurrence of hematoma and even another surgery. TCM in combination with surgery has obvious advantages for the solution of this problem in further improving clinical curative effect and should become the focus of future research, which is of important significance for clinical treatment.

Key Words: chronic subdural haematoma (CSDH); therapy with syndrome differentiation; combined therapy of traditional Chinese and Western medicine; craniotomy; burr hole drainage surgery; minimally invasive surgery