

# 神经内镜钻孔治疗慢性硬膜下血肿的临床研究

申 隆<sup>1</sup> 申 晖<sup>1</sup> 梁小珊<sup>2</sup> 杨金理哥<sup>1</sup> 黄开让<sup>1</sup> 郑秀娥<sup>1</sup>

1 阳江市人民医院 529500 2 阳江市公共卫生医院 529500

〔摘要〕目的：探讨神经内镜辅助下钻孔治疗慢性硬膜下血肿的临床治疗效果。方法：选取我院 2020 年-2023 年期间收治的 120 例手术治疗慢性硬膜下血肿的患者，随机分为观察组和对照组，对照组采用钻孔治疗，观察组在神经内镜辅助下钻孔治疗，统计患者颅内积气量、硬膜下积液量及住院时间，记录血肿残余和血肿复发发生例数。结果：两组颅内积气量、硬膜下积液量对比，差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )，观察组住院时间明显少于对照组，观察组血肿残余和血肿复发发生率明显低于对照组，对比差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论：神经内镜辅助下钻孔治疗慢性硬膜下血肿可有效降低血肿残余及复发发生率，可有效缩短患者的住院时长。

〔关键词〕神经内镜；钻孔；慢性硬膜下血肿

〔中图分类号〕R651 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2024) 02-009-02

慢性硬膜下血肿多发生于中老年患者，是临床中比较常见神经外科疾病，常规治疗颅骨钻孔置管引流是常见的神经外科手术方法，但术后复发及并发症较多，易造成出血损伤；术后积气及血凝块堵塞需注射尿激酶溶解；置管时间长感染几率提高；引流不彻底需长期口服立普妥促积血吸收等，极大的影响患者的临床疗效和预后<sup>[1]</sup>。而采用神经内镜下清除慢性硬膜下血肿具有直视下操作，清楚血肿彻底及置管时间短，引流明确不易复发等优点<sup>[2]</sup>，为研究神经内镜辅助下钻孔治疗慢性硬膜下血肿的临床治疗效果。我院选取收治的手术治疗慢性硬膜下血肿的患者 120 例，对照组采用钻孔治疗，观察组在神经内镜辅助下钻孔治疗，统计患者颅内积气量、硬膜下积液量及住院时间，记录血肿残余和血肿复发发生例数，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院 2020 年-2023 年期间收治的 120 例手术治疗慢性硬膜下血肿的患者，所有患者及家属均签署知情同意书，其中男 64 例，女 56 例，年龄 48-78 岁，平均年龄 (63.5±10.9) 岁，术前 GCS 评分：110 例 13-15 分，10 例 9-12 分。将所有患者随机分为观察组和对照组，每组各 60 例，两组在性别、年龄及术前 GCS 评分方面对比，差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )，说明两组具有可比性。

### 1.2 方法

观察组患者取仰卧位，采用全麻或局麻加强化，标记血肿最厚处钻孔并适当扩大，骨窗前缘开槽。电凝硬脑膜后，“十”字型切开硬膜，置管，以无菌盐水反复冲洗直至流出清亮液体，可见“酱油色”陈旧性液体涌出。释放部分积血后，置入神经内镜，沿内板推进，同时以生理盐水冲洗。多角度观察血肿腔，直视下用吸引器吸除血凝块，双极电凝出血点。如遇到包裹分隔型，尽量完全去除血肿外侧包膜及条索，但需注意保持蛛网膜完整，避免血液进入蛛网膜下腔。待冲洗液完全清亮、检查无活动性出血后，置入引流管，缓慢退出内镜，引流管另戳孔引出。术后头低位，适量补液，鼓励多饮水。注意引流液颜色及引流量，复查头颅 CT 后，一般持续引流 24-48h 即可拔管。

对照组患者手术治疗方法与观察组一致，仅为术中不使

用神经内镜辅助。统计患者颅内积气量、硬膜下积液量及住院时间，记录血肿残余和血肿复发发生例数。

### 1.3 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计软件进行分析所得数据，时间等计量资料以 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示，比较采用 t 检验，发生率等计数资料以百分频数表示率等，比较采用  $\chi^2$  检验，以  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 颅内积气量、硬膜下积液量及住院时间

两组颅内积气量、硬膜下积液量对比，差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )，观察组住院时间明显少于对照组，对比差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，见表 1。

表 1 两组颅内积气量、硬膜下积液量及住院时间对比分析

组别	例数	颅内积气量 (ml)	硬膜下积液量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	60	2.34±0.88	20.05±5.14	7.24±0.86
对照组	60	2.52±0.94	21.12±4.83	9.56±0.86
t		1.243	1.432	3.542
P		>0.05	>0.05	<0.05

### 2.2 血肿残余和血肿复发

观察组血肿残余和血肿复发发生率明显低于对照组，两组对比差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 两组血肿残余及血肿复发对比分析

组别	例数	血肿残余	血肿复发
观察组	60	0 (0.0)	1 (1.7)
对照组	60	6 (10.0)	8 (13.3)
$\chi^2$		6.579	5.634
P		>0.05	>0.05

## 3 结论

常规治疗颅骨钻孔置管引流是常见的神经外科手术方法，但术后复发及并发症较多，随着神经内镜的技术提升和普及，国内外神经外科医生将神经内镜应用于慢性硬膜下血肿的手术治疗，采用神经内镜下清除慢性硬膜下血肿，尤其是分隔、包裹、易复发型，具有直视下、多角度操作、术野清晰明确、效果明确、术后并发症少等优点，解决了传统方法难以避免

(下转第 12 页)

效益同步性较好；头孢呋辛酯片、阿莫西林胶囊、克拉霉素片的 B/A 值大于 1.0，表明该药物使用频度高，价格低廉，社会效益优于经济效益；阿奇霉素干混悬剂、头孢克洛干混悬剂、阿莫西林克拉维酸钾片的 B/A 值小于 1.0，表明该药物价格偏高，使用频度低，经济效益优于社会效益。

综上所述，我院 2022 年 12 月-2023 年 11 月门急诊抗菌药物的总体使用率控制在合理范围，除口腔科外，其他科室均符合政策要求，需要对口腔科进行监督管理；现有品类的抗菌药物中，青霉素类药物用量最大，头孢菌素类和硝基咪唑类药物用量紧随其后；单品种抗菌药物 DDDs 排序与临床使用情况总体合理，但距离规范合理使用抗菌药物还存在进步的空间，需加强医疗人员对抗菌药物使用的相关培训，严格遵守抗菌药物使用原则，明确掌握药物抗菌谱及预防用药指征，拓展医疗信息系统数据的广度及深度，关注抗菌药物的疗效及不良反应，发挥药师专业技术特长，与临床医师相互沟通，多维度、多方向地规范抗菌药物临床应用，提升治疗质量，保证患者安全、有效、合理、经济地使用抗菌药物。

[参考文献]

[1] MASCOLO L, BALD D. Cytochrome bd in Mycobacterium tuberculosis: a respiratory chain protein involved in the defense against antibacterials [J]. ProgBiophysMolBiol, 2020(152): 55-63.

[2] 赵丽娅, 李艳梅, 余艳琴, 等. 妇产科门诊抗生素使

用情况调查研究 [J]. 系统医学, 2016, 1(12):129-131.

[3] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典临床用药须知 (2020 年版) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020.

[4] 关于印发抗菌药物临床应用指导原则 (2015 年版) 的通知 [J]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报, 2015(7):29.

[5] 蒋思远, 曹云. 新生儿耐碳青霉烯类肠杆菌感染的防治 [J]. 中国小儿急救医学, 2021, 28(2):92-97.

[6] 王丹, 王颖丽, 段石硕. 2015-2019 年西安市第一医院 β-内酰胺酶抑制剂复方制剂临床应用合理性分析 [J]. 现代药物与临床, 2020, 35(12):2467-2472.

[7] 王梦芝, 谢家隆, 吕慧, 等. 基于药学监护手段对 β-内酰胺类过敏患者使用该类药物的临床研究 [J]. 广东药科大学学报, 2022, 38(6):59-63.

[8] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典临床用药须知 (2020 年版) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020.

[9] 肖威. 急性上呼吸道感染患者抗生素使用情况现状及用药建议 [J]. 预防医学与公共卫生, 2017, 14(23):27-28.

[10] 黄闰娣, 余佳琳, 潘忠泉. 清热暗疮胶囊联合多西环素治疗炎性痤疮的临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(32):88-89.

[11] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南 (2019 修订版) [J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(9):583-588.

(上接第 8 页)

相比之下，高锰酸钾治疗则没有这种预防作用。金硝逐瘀汤中的中药成分一般较为温和，副作用相对较少，患者更容易接受和坚持治疗。而长期使用高锰酸钾可能会产生皮肤干燥、脱屑等副作用。金硝逐瘀汤采用中药外敷的方式进行治疗，将药粉或药液直接敷于患处，能够快速发挥作用，减轻肿痛和炎症。这种方法比口服药物更直接、更迅速，且副作用相对较少<sup>[3]</sup>。金硝逐瘀汤中的中药成分能够促进患处组织的再生和修复，加速伤口愈合。这对于痔疮患者来说非常重要，因为痔疮的愈合需要时间，而快速愈合可以减少并发症和感染的风险。金硝逐瘀汤中的中药成分还具有抗菌、抗炎的作用，可以预防感染。痔疮患者往往伴随着肠道菌群失调和肛门周围的细菌感染，预防感染对于减轻症状和促进愈合都非常重要。金硝逐瘀汤治疗不仅关注患者的身体健康，还关注其生活质量。在治疗过程中，医生会建议患者调整饮食、增加运动等，帮助患者全面改善生活习惯，从而更好地缓解痔疮症状，

提高生活质量。相比一些昂贵的西药和手术费用，金硝逐瘀汤的治疗费用相对较低。对于一些经济条件有限的患者来说，这是一种更为经济实惠的治疗选择。

总而言之，金硝逐瘀汤在痔疮肿痛治疗中具有多重作用机制、整体观念、个体化治疗、预防复发、副作用少、中药外敷、促进愈合、预防感染、改善生活质量以及费用相对较低等优势。

[参考文献]

[1] 艾世鹏, 王胜文. 苦参地肤子汤熏洗用于痔疮术后临床观察 [J]. 光明中医, 2022, 37(2):201-203.

[2] 耿朋博, 魏志军, 赵向东, 等. 升督槐榆汤联合痔瘘祛毒熏洗剂保守治疗痔疮的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(2):295-300.

[3] 肖晓熠, 刘由敏. 升督槐榆汤联合痔瘘祛毒熏洗剂保守治疗痔疮患者的临床效果研究 [J]. 中外医学研究, 2023, 21(16):53-56.

(上接第 9 页)

或解决的并发症，是一种可行的安全有效手术方法，取得了良好的临床效果，但由于基层医院条件有限，目前在广大基层医院未得到广泛开展<sup>[3]</sup>。神经内镜下慢性硬膜下血肿清除的治疗，具有直视下操作，对比盲穿置管手术确切，血肿清除彻底（尤其对分隔型血肿），手术效果提升，同时术后感染及复发几率降低，拔管时间快缩短住院时间<sup>[4]</sup>。

通过本组资料研究显示，两组颅内积气量、硬膜下积液量对比，差异不显著，观察组住院时间明显少于对照组，观察组血肿残余和血肿复发发生率明显低于对照组，充分肯定了应用神经内镜的临床价值。

综上所述，神经内镜辅助下钻孔治疗慢性硬膜下血肿可有效降低血肿残余及复发发生率，可有效缩短患者的住院时

长，值得进行临床推广应用。

[参考文献]

[1] 胡跃云, 胡顺安, 丁磊, 等. 神经内镜辅助下小骨窗开颅术与传统钻孔术治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效 Meta 分析 [J]. 临床神经外科杂志, 2023, 7(3):317-322.

[2] 何蓓, 张鹏, 宋建荣, 等. 神经内镜辅助下钻双孔治疗慢性硬膜下血肿的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 12(33): 49-51.

[3] 李知阳, 柯子勇, 郭桥, 等. 慢性硬膜下血肿神经内镜与钻孔引流疗效对比分析 [J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2021, 10(3): 101-104.

[4] 朱勇. 神经内镜辅助下手术治疗慢性硬膜下血肿的疗效分析 [J]. 浙江创伤外科, 2021, 10(4):661-663.