

血府逐瘀汤治疗老年人慢性硬膜下血肿围手术期疗效观察

黄涛, 张志强, 谢才军, 沈有碧, 谢海涛, 谭齐家

广东省中医院神经外科, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察应用血府逐瘀汤治疗围手术期老年人慢性硬膜下血肿的临床疗效。方法: 将60例老年慢性硬膜下血肿患者随机分为2组各30例, 对照组行钻孔引流术, 术后引流3~5天拔管, 术后常规给予补液等治疗; 治疗组在对照组基础上辨证给予血府逐瘀汤加减方口服, 2周为1疗程, 分别于入院第1天、术后2、5、14天查头颅CT, 观察血肿吸收情况; 术后第2、5、14天对治疗效果进行评定。结果: 术后第2、5、14天, 2组临床疗效比较, 经秩和检验, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组各时段疗效优于对照组; 术后第5、14天, 治疗组血肿体积均明显小于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 围手术期应用血府逐瘀汤, 能够促进慢性硬膜下血肿患者术后血肿的吸收, 提高临床治疗效果。

[关键词] 慢性硬膜下血肿; 围手术期; 中西医结合疗法; 血府逐瘀汤

[中图分类号] R743 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0090-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.041

慢性硬膜下血肿(CSDH)为神经外科的一种常见病症, 是老年颅内血肿中最常见的一种。钻孔引流术是治疗CSDH最常用的方法, 但由于老年人体质差、手术耐受有限, 易导致血肿清除不彻底、血肿复发、术后感染、术后癫痫等并发症的发生。围手术期是外科治疗的关键时期, 对手术的预后和转归具有重要意义。笔者近年来, 对老年CSDH患者在围手术期应用血府逐瘀汤治疗, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 经影像学 and 实验室检测及临床表现确诊为CSDH的患者; 年龄18~80岁; 患者病情在Ⅰ~Ⅲ级, 卡氏评分40分以上; 有可测量和可评价的客观观察指标;

对可观察病灶近1月内未进行其他药物及手术治疗; 心、肝、肾、血常规基本正常; 能够配合治疗, 按时用药者。

1.2 排除标准 年龄在 ≤ 18 岁或 ≥ 80 岁; 妊娠或哺乳期妇女; 对中药汤剂过敏者; 1月内有服其他药物及手术治疗者; 心、肝、肾功能严重不全; 合并其他重要脏器功能衰竭等估计生存期小于3月者; 有严重感染、电解质紊乱及酸碱平衡失调者; 精神病患者和不能合作者; 不符合纳入标准, 不能按计划用药, 资料记录不全, 影响疗效判断者。

1.3 一般资料 观察病例均为本院2007年10月~2010年10月收治的脑出血患者共60例, 随机分为2组。治疗组30例, 男26例, 女4例; 年龄61~78岁, 平均 (64.57 ± 18.53) 岁; 其中双侧血肿8例, 单侧22例; 血肿量71~180 mL,

平均 (87.27 ± 35.62) mL。对照组30例, 男24例, 女6例; 年龄62~77岁, 平均 (63.62 ± 18.62) 岁; 其中双侧血肿7例, 单侧23例; 血肿量60~190 mL, 平均 (85.53 ± 34.72) mL。2组患者性别、年龄、血肿单双侧及血肿量等情况经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用局部麻醉, 行颅骨钻孔外引流术, 使用钻一孔或二孔, 如为双侧硬膜下血肿则采用双侧钻孔, 钻孔定位于影像学血肿最大的横断平面, 引流管向血肿腔前极或后极放置, 如有血肿分隔, 要穿破隔膜。置管后用温生理盐水冲洗血肿腔。术后静脉增加补液1 000~1 500 mL, 并将头部放低, 引流管留置时间3~5天, 最多不超过7天, 治疗期间多饮水。

2.2 治疗组 在对照组基础上, 从术后第1天开始, 予血府逐瘀汤辨证加减治疗。基本方: 当归、生地黄、桃仁、枳壳、红花、牛膝各15g, 柴胡、赤芍、桔梗、川芎各10g, 甘草5g。辨证加减: 水瘀互结型去生地黄, 加茯苓、白豆蔻、薏苡仁; 气滞血瘀型加黄芪、乳香、三七; 心脾两虚型去川芎, 加黄芪、郁金、酸枣仁; 肝肾阴虚型加大生地黄用量, 加山药、山茱萸、牡丹皮。另外, 积血量多者加茯苓、滑石; 头痛重者去生地黄、柴胡, 加全蝎、蜈蚣、天麻; 烦躁多梦者加酸枣仁、夜交藤; 口臭、舌燥、苔黄腻者去生地黄, 加栀子、黄芩。每天1剂, 水煎2次, 共煎取药汁600 mL, 早晚分2次服, 2周为1疗程。服药期间忌食油腻、生冷食物。

[收稿日期] 2014-03-27

[基金项目] 广东省自然科学基金项目 (编号: S2011010005403); 广东省科技计划项目 (编号: 粤科函社字 [2010] 1096)

[作者简介] 黄涛 (1975-), 男, 博士研究生, 副教授, 研究方向: 中枢神经系统损伤修复、胶质瘤治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者临床疗效及血肿体积变化。血肿体积检测:2组患者分别于入院第1天、术后第2、5、14天查头颅CT,测量血肿体积。血肿体积用多田公式计算:出血量(mL)=($\pi/6$) \times 长 \times 宽 \times 层面,即:在CT机显示屏或胶片上直接计算出长径、宽径、层面,然后套入公式计算出血肿体积。

3.2 统计学方法 所有临床观察结果均采用统计软件SPSS11.0进行统计学处理,计数资料采用两独立样本等级资料比较的秩和检验,由于样本量大于10,应用近似正态 u 检验;计量资料采用两独立样本 t 检验。

4 疗效标准与治疗效果

4.1 疗效标准 依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[1]拟定。痊愈:临床症状消失,颅脑CT/MR检查示硬膜下血肿吸收100%;显效:临床症状消失,颅脑CT/MR检查示硬膜下血肿吸收50%~99%;有效:临床症状好转,颅脑CT/MR检查示硬膜下血肿吸收30%~49%;无效:临床症状无改善,颅脑CT/MR检查示硬膜下血肿吸收0~29%;加重/复发:临床症状加重或是好转后再度加重,颅脑CT/MR检查示硬膜下血肿吸收后,出现高密度信号及体积增大。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。术后第2、5、14天,2组临床疗效比较,经秩和检验,差异均有显著性意义($P < 0.05$),治疗组各时段疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较

组别	时间	n	痊愈	显效	有效	无效	加重/复发
治疗组	术后2d	30	2	10	10	4	4
对照组		30	0	5	11	8	6
治疗组	术后5d	30	4	15	6	3	2
对照组		30	2	7	11	6	4
治疗组	术后14d	30	10	15	3	2	0
对照组		30	6	11	7	5	1

4.3 2组不同时段血肿体积比较 见表2。术后第5、14天,治疗组血肿体积均明显小于对照组,差异有显著性或非常显著性意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

表2 2组不同时段血肿体积比较($\bar{x} \pm s$) mL

组别	n	入院第1d	术后2d	术后5d	术后14d
治疗组	30	86.27 \pm 35.62	22.43 \pm 4.32	10.25 \pm 3.84	4.34 \pm 1.72
对照组	30	86.53 \pm 34.72	23.76 \pm 3.91	12.67 \pm 4.26	7.11 \pm 1.93
t 值		0.192	-1.250	-2.311	-5.869
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.01

5 讨论

CSDH为神经外科的一种常见病症,主要临床表现为头痛、痴呆和精神障碍,严重者致脑组织受压、移位、脑疝形

成,病死率为6%~25%,是老年颅内血肿中最常见的一种^[2]。有报道称,CSDH是与生理性萎缩有关的老年性疾病,对于慢性硬膜下血肿的老年患者,血管壁硬化、弹性差、通透性不佳、身体适应能力差,所以病情往往比较严重;又由于老年人代偿功能差,但吸收及修复能力减退,故恢复较缓慢^[3]。钻孔引流术是治疗CSDH最常用的方法,但因为老年人体质差、手术耐受有限等因素,易导致血肿清除不彻底、血肿复发、术后感染、术后癫痫等并发症的发生^[4]。

中医学虽无CSDH之病名,但根据其临床表现应归属于头痛、眩晕等范畴。中医学理论认为,头为“诸阳之会、清阳之府”,五脏精华之血、六腑清阳之气皆上注于此,跌打损伤或年老久病易成瘀血内阻而为病。有关CSDH中医中药治疗报道甚少,血府逐瘀汤是较早应用的方剂之一。血府逐瘀汤立方以“瘀血不除、新血难安”为理论基础,以“活血不伤新血、止血不留瘀血”为选药宗旨,全方有很强活血化瘀功效。沈林强等^[4]对72例CSDH患者均行钻孔外引流术,术后给予血府逐瘀汤口服,结果全部病例均治愈,无并发症。

随着中西医结合学科的发展,将手术治疗与中医辨证论治有机结合,成为围手术期治疗方法之一。人体是统一的整体,内因为主导,外因是条件。手术对患者来说不只是单纯的手术创伤和手术部位的局部改变,而是整体的阴阳失衡。老年患者由于原发病、慢性合并症的存在以及各器官功能的退行性改变,导致机体对应激改变的耐受力显著下降。为提高老年患者的手术耐受性和疾病治愈率,围手术期的治疗则显得尤为重要^[5]。近年来,围手术期中西医结合临床研究在术前、术后处理和辨证论治等方面积累了一定的经验,并取得了一些进展,其重要作用越来越受到人们的重视^[6-7]。

本次临床观察表明,术后第2、5、14天,治疗组临床疗效均优于对照组($P < 0.05$);术后第5、14天,治疗组患者术后血肿量明显要低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。提示CSDH患者在围手术期服用血府逐瘀汤,能够有效促进术后血肿的吸收,减少术后血肿的残留,改善临床症状,提高治疗效果。

[参考文献]

- [1] 孙伟兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2版. 北京:人民军医出版社,2002:207.
- [2] Ducruet AF, Grobelny BT, Zacharia BE, et al. The surgical management of chronic subdural hematoma[J]. Neurosurg Rev, 2012, 35(2): 155-169.
- [3] Stippler M, Ramirez P, Berti A, et al. Chronic subdural hematoma patients aged 90 years and older[J]. Neurol Res, 2013, 35(3): 243-246.
- [4] 沈林强, 颜福根, 沈彬. 中西医结合治疗慢性硬膜下血肿72例临床观察[J]. 中外健康文摘, 2012(50): 408-409.

- [5] Damulevičienė G, Lesauskaitė V, Macijauskienė J, et al. Perioperative factors affecting length of hospital stay among elderly patients [J]. Medicina (Kaunas), 2013, 49(6): 247-253.
- [6] 邓超, 代志刚, 陈咏今, 等. 参附注射液预处理对体外循环下主动脉瓣置换术患者围手术期脑保护作用的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 22(5): 602-605.
- [7] 林宗汉, 郭家庆, 黄保华. 中药预防老年人髋部骨折围手术期并发症的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(13): 1376-1377, 1380.
- (责任编辑: 冯天保)

生肌膏与 VSD 负压封闭引流技术治疗创面对比分析

林培顺, 曾洁明, 张文佳, 罗树凤

广州市中西医结合医院, 广东 广州 510800

[摘要] 目的: 观察比较生肌膏与 VSD 负压封闭引流技术对创面修复的影响。方法: 将 30 例创面修复患者随机分为 2 组, 治疗 1 组 14 例采用生肌膏治疗, 治疗 2 组 16 例采用负压封闭引流技术, 观察比较 2 组患者临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 85.7%, 对照组为 87.5%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗后 2 组创面大小及临床症状积分均较治疗前明显降低, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 治疗后 2 组间上述指标比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。2 组未愈者追加 2 周治疗后, 治疗 1 组、治疗 2 组均各有 14 例治愈; 随访 3 月, 复发率治疗 1 组为 0.07%, 治疗 2 组为 0.13%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 生肌膏与 VSD 负压封闭引流技术治疗创面均有较好疗效, 负压封闭引流技术对于肌腱及骨质外露或血运不良创面有更好的优势。

[关键词] 创面; 生肌膏; VSD 负压封闭引流技术; 对比研究

[中图分类号] R641 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0092-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.042

现代社会工业化程度高速发展, 严重的皮肤损伤常常是临床常见的案例。应用生肌膏或 VSD 负压封闭引流技术治疗创面, 临床中疗效各异。近年来, 笔者收治创面修复患者 30 例, 分别应用中药生肌膏及 VSD 负压封闭引流技术治疗, 并进行了临床对比观察, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均为本院 2008 年 3 月~2011 年 10 月收治的创面修复患者共 30 例。其中男 20 例, 女 10 例; 年龄 16~65 岁, 平均 35.6 岁; 新鲜创面 20 例, 陈旧创面 10 例。随机分为 2 组。治疗 1 组 14 例, 新鲜创面 9 例, 陈旧创面 5 例。治疗 2 组 16 例, 新鲜创面 11 例, 陈旧创面 5 例。2 组一般资料比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗 1 组 应用生肌膏(广州中医药大学第一附属医院研

制, 由珍珠层粉、炉甘石、冰片等组成)治疗创面, 经简单消毒, 直接外涂生肌膏, 包扎, 直至伤口愈合。若治疗中出现肌腱外露, 则改用负压封闭引流术。

2.2 治疗 2 组 应用 VSD 负压封闭引流技术(引流装置为自制)治疗创面, 按照清创无菌要求, 进行负压封闭引流术, 时间 5~7 天 1 次, 根据创面具体情况而定, 必要时进行第 2 次负压封闭引流术。

2 期手术行游离植皮或游离皮瓣技术修复创面。2 组均治疗 2 周统计疗效。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察 2 组患者临床疗效、创面大小(cm^2)、临床症状积分(分)、复发情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计学软件中进行统计学分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

[收稿日期] 2014-04-16

[作者简介] 林培顺 (1970-), 男, 主治医师, 研究方向: 脊柱、关节疾病。