补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术治疗慢性硬脑膜下血肿临床研究

毛伟龙，姜一鸣，徐卫新

金华市中医医院外三科，浙江 金华 321000

［摘要］**目的：**观察补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术治疗慢性硬脑膜下血肿的临床疗效。**方法：**将83例因外伤所致慢性硬脑膜下血肿患者随机分为观察组42例与对照组41例。2组均经扩大颅骨钻孔引流术治疗，观察组配合服用补阳还五汤治疗，连续治疗90 d。比较2组治疗前及治疗后10 d、30 d、90 d内神经功能缺损程度评分（CSS）、日常生活活动能力（ADL）评分，并比较2组治疗后10 d、30 d、90 d术后血肿残余百分比及治疗后临床疗效。**结果：**治疗后10 d，2组血肿残余量百分比比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后30 d、90 d 2组血肿残余量百分比均降低（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.05$）。治疗前，2组CSS、ADL评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后10 d、30 d、90 d，2组CSS评分逐渐降低（$P<0.05$），ADL评分逐渐升高（$P<0.05$），且观察组同一时间点CSS评分低于对照组（$P<0.05$），ADL评分高于对照组（$P<0.05$）。观察组治疗总有效率95.24%，高于对照组70.73%（$P<0.05$）。**结论：**补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术治疗慢性硬脑膜下血肿，可通络、活血、补气、补脾，纾解病情，降低患者血肿残余量，缓解患者临床症状，提升临床疗效。

［关键词］慢性硬脑膜下血肿；扩大颅骨钻孔引流术；补阳还五汤；神经功能缺损程度评分；日常生活活动能力评分

［中图分类号］R651.15　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2023）05-0054-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.05.010

Clinical Study on Modified Buyang Huanwu Decoction Combined with Extended Burr Hole Drainage of Skull for Chronic Subdural Hematoma

MAO Weilong, JIANG Yiming, XU Weixin

Abstract：Objective：To observe the clinical effect of modified Buyang Huanwu Decoction combined with extended burr hole drainage of skull on chronic subdural hematoma. **Methods：**A total of 83 patients with chronic subdural hematoma caused by external injury were randomly divided into the observation group and the control group，with 42 and 41 cases in each group. The two groups were given extended burr hole drainage of skull，and the observation group was additionally treated with Buyang Huanwu Decoction for 90 days. Before treatment and after treatment for 10 days，30 days and 90 days，the scores of Chinese Stroke Scale (CSS) for neurological severity，and Activity of Daily Living (ADL) were compared，respectively. After treatment for 10 days，30 days and 90 days，the postoperative percentage of residual hematoma and clinical effects in both groups were also compared，respectively. **Results：**After treatment for 10 days，there was no significant difference being found in the comparison of percentage of residual hematoma between the two groups ($P>0.05$)；after treatment for 30 days and 90 days，the percentages of residual hematoma in the two groups were decreased ($P<0.05$)，and the percentage of residual hematoma in the

［收稿日期］2022-05-25
［修回日期］2022-12-14
［作者简介］毛伟龙（1975-），男，主治中医师，E-mail：jhzyymwl@126.com。

observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference being found in the comparisons of scores of CSS and ADL between the two groups ($P>0.05$); after treatment for 10 days, 30 days and 90 days, the CSS scores in both groups were gradually decreased ($P<0.05$), and the ADL scores were gradually increased ($P<0.05$), and the CSS scores at the same time points in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$), and the ADL scores were higher than those in the control group ($P<0.05$). The total effective rate of observation group was 95.24%, higher than that of 70.73% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Modified Buyang Huanwu Decoction combined with extended burr hole drainage of skull for chronic subdural hematoma can free the collateral vessels, invigorate blood, and tonify qi to mitigate the disease, reduce the residual hematoma of patients, alleviate the clinical symptoms and enhance the clinical effect.

Keywords: Chronic subdural hematoma; Extended burr hold drainage of skull; Buyang Huanwu Decoction; Scores of Chinese Stroke Scale for neurological severity; Scores of Activity of Daily Living

慢性硬脑膜下血肿指的是患者由于各种原因导致其硬脑膜与蛛网膜之间出现异常血液积聚的现象，常见于颅脑外伤[1]。大部分的硬脑膜血肿形成是由于长时间的血液积聚造成，早期临床症状不明显，一般于脑外伤2～3周后伴随出现颅内高压、头痛、头晕等临床表征就诊。扩大颅骨钻孔引流术是目前临床上常用于帮助患者解除颅内血肿的手术治疗手段，能够直接作用于患者的血肿部位，清除血肿，恢复颅内健康，在一定程度上缓解患者病情，提升慢性硬脑膜下出血的治愈率[2]。但随着治疗的深入，部分患者在经过手术治疗后其颅内仍会出现血肿残留情况，并且有研究显示，慢性硬脑膜下血肿存在较高的复发率[3]。为进一步改善治疗方法，考虑将中医引进治疗慢性硬脑膜下血肿，以达到降低颅内血肿残留以及术后复发率的目的。慢性硬脑膜下血肿可归属于中医脑瘀、头痛范畴，可通过散瘀解除其病症[4]。补阳还五汤是临床常用的散瘀活血方剂。本研究将其与扩大颅骨钻孔引流术联合治疗慢性硬脑膜下血肿，并观察其临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医符合《临床诊疗指南：神经外科学分册》[5](2012版)中慢性硬脑膜下血肿的诊断标准。临床表现为病史繁复，无法详细言明，常伴随出现轻微脑部外伤史，严重者无法详细回忆；受伤2～3个月后表现出典型颅内压增高症状，如头痛、恶心、视物不清等；患者表现出记忆力减退、智力下降以及精神恍惚等病理性精神智力改变；患者表现出因血肿压迫而出现的局灶性临床症状，如偏瘫、失语以及偏盲等；血常规检查结果显示病理性改变，凝血功能检查异常，影像学资料检查可见明显颅骨板块内密度混杂或等密度新月形或半月形阴影，中线位置发生偏移，患者脑室显示异常受压。中医符合《中医病证诊断疗效标准》[6]中头痛的诊断标准。症见：神情淡漠，善忘易惊厥，舌苔薄白，脉象细涩。

1.2 纳入标准 符合以上诊断标准；发病时间超过3周；年龄49～86岁；近期未接受其他相关药物或手术治疗；家属陪伴，且家属或本人充分了解该项试验的方式以及目的，愿意配合参加。

1.3 排除标准 自身存在严重的恶性疾病；近期内存在心脑血管疾病或其他严重外科手术病史；术前即存在严重的精神智力障碍；对试验药物存在严重过敏反应；合并出现严重基础疾病。

1.4 剔除标准 治疗期间未能严格遵照医嘱进行连续药物治疗的患者；治疗期间出现颅脑外伤意外的患者；未能及时取得联系，及时参加随访调查的患者。

1.5 一般资料 选取2018年1月—2021年1月金

华市中医医院脑外科收治的83例接受扩大颅骨钻孔引流术治疗的慢性硬脑膜下血肿患者作为研究对象，采用随机分配的方式分为观察组42例与对照组41例。观察组男21例，女21例；年龄49～86岁，平均(67.88±8.17)岁；术前血肿量：70～190 mL，平均(126.30±28.64) mL；血肿部位：单侧30例，双侧12例。对照组男20例，女21例；年龄53～82岁，平均(64.98±7.01)岁；术前血肿量：70～190 mL，平均(126.56±27.42) mL；血肿部位：单侧29例，双侧12例。本研究经金华市中医医院医学伦理委员会讨论批准通过(批准号：2022072802)。

2 治疗方法

2组患者经过检查均符合扩大颅骨钻孔引流术手术指征，且均经过手术治疗。具体操作流程如下：影像学资料确定患者血肿位置以及相关病灶大小；采用局部麻醉的方式于血肿最严重处进行颅骨钻孔，操作期间不得损伤患者颅脑功能区域，同时确保钻孔方向与患者颅骨表面垂直；后将该孔洞进行扩大，其直径达到约15～17 mm后将患者硬脑膜进行开创操作，并设置引流管道，对患者血肿部位进行充分引流；引流结束后对患者病灶部位进行盐水冲洗排尽其内部空气，手术完成。

2.1 对照组 术后补液并使用抗炎药物进行抗感染治疗。

2.2 观察组 在对照组的基础上采用补阳还五汤加减治疗。处方：黄芪40 g，地龙、红花、川芎、桃仁、赤芍各10 g，当归12 g。加减：头晕不适，腰膝酸软者加熟地黄、枸杞子各15 g，天麻9 g；口眼歪斜者加僵蚕、白附子各9 g，全蝎6 g；神志不清，意识较为模糊者加代赭石15 g，胆南星6 g；言语不全者加石菖蒲、郁金各12 g，远志10 g；累及肢体功能障碍者加全蝎、蜈蚣各5 g。上药每天1剂，水煎取汁300 mL，分早晚2次服用。对于进食功能障碍患者需通过鼻饲管注入。

2组均治疗90 d。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①术后血肿残余量百分比。分别跟踪记录2组术前及治疗后10 d、30 d、90 d影像学检查结果，并参考相关公式进行血肿量计算。血肿量=血肿最大面积的最长径×与最长径相垂直的最长长度×影像学资料检查显示出血层面数量×1/2；术后血肿残余量百分比=术后血肿量/术前血肿量×100%。②神经功能缺损程度评分(CSS)以及日常生活活动能力(ADL)评分。治疗前以及治疗后10 d、30 d、90 d采用CSS评分及ADL评分评估2组神经功能及生活能力。CSS量表内容主要分为8个维度，每个维度分为2～3个条目，每个条目分别赋值0～6分，总分0～45分，根据分值不同将患者分为轻型、中型以及重型[7]。ADL量表根据分值不同将患者分为不同等级，当患者得分＞60分则代表其有轻度活动障碍，在日常生活中能完成大部分活动项目，但某些情况下仍需他人帮助；当分值为41～60分，则代表患者存在中度活动障碍，在日常生活中需要他人给予极大的帮助方可完成日常活动；当分值＜40分时，则提示该患者存在重度活动障碍，在日常生活不能独立自主生活需他人照顾[8]。③临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件处理数据。计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，2组间比较采用成组t检验，同组治疗前后比较采用配对t检验；不符合正态分布的计量资料以中位数(四分位数间距)[$M(P_{25}, P_{75})$]表示，采用非参数检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》[9]拟定。痊愈：临床症状完全消失，CT复查提示，血肿清除率≥99%；显效：临床症状较治疗前明显好转，CT复查提示，50%≤血肿清除率＜99%；有效：临床症状有所减轻，且CT提示，30%≤血肿清除率＜50%；无效：患者临床症状并未好转，甚至出现进行性加重，CT提示，血肿清除率＜30%，甚至出现扩大。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组治疗后10 d、30 d、90 d血肿残余量百分比比较 见表1。治疗后10 d，2组血肿残余量百分比比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后30 d、90 d 2组血肿残余量百分比均降低($P<0.05$)，且观察组低于对照组($P<0.05$)。

4.3 2组治疗前后CSS、ADL评分比较 见表2。治疗前2组CSS、ADL评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后10 d、30 d、90 d，2组CSS评分逐渐降低($P<0.05$)、ADL评分逐渐升高($P<$

0.05），且观察组同一时间点 CSS 评分低于对照组（$P<0.05$），ADL 评分高于对照组（$P<0.05$）。

表 1　2 组治疗后 10 d、30 d、90 d 血肿残余量百分比比较（$\bar{x}\pm s$）　%

组　别	例数	治疗后 10 d	治疗后 30 d	治疗后 90 d
观察组	42	17.71 ± 1.31	12.07 ± 1.00①	7.70 ± 0.98①
对照组	41	17.00 ± 0.92	14.78 ± 1.03①	10.83 ± 1.15①
t 值		2.842	12.133	13.359
P 值		0.006	< 0.001	< 0.001

注：①与本组治疗后 10 d 比较，$P<0.05$

表 2　2 组治疗前后 CSS、ADL 评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	时　间	例数	CSS 评分	ADL 评分
观察组	治疗前	42	29.55 ± 2.10	67.07 ± 1.52
	治疗后 10 d	42	25.31 ± 1.62①②	74.50 ± 2.06①②
	治疗后 30 d	42	21.64 ± 1.57①②	79.67 ± 1.65①②
	治疗后 90 d	42	16.60 ± 1.06①②	90.45 ± 1.25①②
对照组	治疗前	41	30.17 ± 1.86	68.63 ± 2.01
	治疗后 10 d	41	27.44 ± 1.30①	72.02 ± 1.72①
	治疗后 30 d	41	24.07 ± 1.06①	76.63 ± 1.39①
	治疗后 90 d	41	19.83 ± 1.12①	86.59 ± 2.54①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后同期比较，$P<0.05$

4.4　2 组临床疗效比较　见表 3。观察组治疗总有效率 95.24%，高于对照组 70.73%（$P<0.05$）。

表 3　2 组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	20（47.62）	11（26.19）	9（21.43）	2（4.76）	40（95.24）
对照组	41	14（34.15）	7（17.07）	8（19.51）	12（29.27）	29（70.73）
Z/χ^2 值			2.232			2.963
P 值			0.026			0.003

5　讨论

慢性硬脑膜下血肿多见于颅脑外伤后，血液堆积于患者的硬脑膜与蛛网膜之间，引起颅内的炎症反应。患者体内的相关炎症因子水平急剧升高，进一步激发体内炎症反应，引起患者体内凝血机制异常，加剧患者体内血肿的严重程度。随着病情的恶化，血肿部位的扩大，部分患者会表现出头晕、恶心等临床症状。目前临床上考虑用手术直接解除患者血肿部位，以达到帮助患者恢复颅脑内环境的目的。扩大颅骨钻孔引流术相较于传统手术，能够很大程度地提升颅内血肿的清除率，降低术后复发率[10]。但随着治疗的深入，发现其治愈效果远达不到预期。慢性硬脑膜下血肿归属于中医头痛范畴。病因病机为情志难纾、先天不足、劳累甚重致肝气不足、脾运无能、肾气难充，以致周身循环不畅，血气运转匮乏，津液停滞，久之生瘀，瘀则不通，不通则痛[11]。多以散瘀、补气为治则。

本研究结果显示，观察组治疗总有效率高于对照组，说明补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术治疗慢性硬脑膜下出血疗效显著。分析原因为扩大颅骨钻孔引流术可以直接解除梗阻病灶，去除血肿对周围脑组织的压迫，复通血流，进而促进损伤修复[12]。补阳还五汤方中黄芪为君，补气固表，可补脾虚之态，助生血气之功；当归为臣，通经活络，补血活气，可解头痛表征；佐药地龙通经活络，解脑瘀之困顿。红花活血通经、散瘀止痛，桃仁祛瘀活血、纾解肝郁之气，赤芍活血祛瘀，川芎活血、行气、疏肝化瘀。本研究结果还显示，观察组血肿残余量低于对照组，说明补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术可有效降低血肿残余量。究其原因，其一是手术引流效率更高，引流更为彻底。加之补阳还五汤中黄芪有效成分黄芪甲苷具有促进脑部循环，提高对血肿的代谢效率，进而降低血肿残余量的作用[13-14]。现代药理学研究证明，当归可抑制血小板凝聚，促进纤溶系统表达[15-16]。此外，观察组 CSS 评分低于对照组，ADL 评分高于对照组，说明补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术可有效促进患者神经功能恢复，提高患者日常生活活动能力。

综上，补阳还五汤加减联合扩大颅骨钻孔引流术治疗慢性硬脑膜下血肿，可通络、活血、补气、补脾，纾解病情，降低患者血肿残余量，缓解患者临床症状，提升临床疗效。

［参考文献］

[1] 孙成法，邵国平，邵琦，等. 双侧慢性硬脑膜下血肿的临床特点及治疗方式[J]. 临床神经外科杂志，2021，18（6）：691-694，698.

[2] 李军，董秋峰，李强，等. 两种不同颅骨钻孔引流方式用于慢性硬脑膜下血肿的疗效对比[J]. 贵州医药，2020，44（12）：1903-1904.

[3] 刘涛，孙建军. 硬膜下血肿的手术治疗[J]. 中国医刊，2020，

55(4)：356-358.

[4] 陈旭，周雄波，张毅，等. 中西医结合治疗慢性硬膜下血肿的临床研究进展[J]. 现代中西医结合杂志，2021，30(25)：2835-2838.

[5] 中华医学会. 临床诊疗指南：神经外科学分册[M]. 2012版. 北京：人民卫生出版社，2013，21-22.

[6] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：205-206.

[7] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志，1996，29(6)：381.

[8] COLLIN C，WADE D T，DAVIES S，et al. The Barthel ADL Index：a reliability study[J]. Int Disabil Stud，1988，10：61-63.

[9] 中国人民解放军总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京：人民军医出版社，1991：830-831.

[10] 陈征新. 微创穿刺引流术与钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿疗效比较[J]. 山西医药杂志，2020，49(8)：981-983.

[11] 赵凯，张强，杨明飞，等. 消瘀康胶囊在慢性硬膜下血肿吸收中的研究[J]. 中国全科医学，2021，24(1)：166-168.

[12] 吴云剑，阳启进，陈峰. 补阳还五汤联合阿托伐他汀对慢性硬膜下血肿患者钻孔引流术后预后的影响[J]. 实用心脑肺血管病杂志，2017，25(3)：80-82.

[13] 陈锋，徐翀颖，邹晓慧. 基于Sema3E/PlexinD1和Sema4D/PlexinB1途径探讨黄芪甲苷促进脑梗死大鼠血管新生及改善血脑屏障受损的机制[J]. 中药新药与临床药理，2021，32(8)：1079-1084.

[14] 欧阳波，刘晓丹，杨筱倩，等. 冰片配伍黄芪甲苷和三七总皂苷通过Notch信号通路对大鼠脑缺血再灌注损伤模型的神经保护作用[J]. 中草药，2020，51(23)：5990-5997.

[15] 麻邵契，李晓茹，吕志华，等. 当归多糖对妊娠期易栓症大鼠的抗炎作用及对凝血功能的影响[J]. 广州中医药大学学报，2022，39(3)：612-617.

[16] 高娟，康小琴，刘翰桥. 当归补血汤辅助治疗气血两虚型产后发热疗效及对凝血功能的影响[J]. 四川中医，2021，39(2)：160-162.

（责任编辑：钟志敏）