

慢性硬膜下血肿钻孔引流术后联合阿托伐他汀治疗效果

孟凡翰

中国中铁阜阳中心医院脑系科 安徽阜阳 236000

【摘要】目的 慢性硬膜下血肿(CSDH)钻孔引流术后联合阿托伐他汀治疗的效果探讨。**方法** 选取2017年11月—2019年7月于我院接受治疗的CSDH患者20例作为研究对象,研究对象分为联合治疗组和单纯手术组,每组各10例,数据 $P>0.05$,分析其治疗效果。**结果** 联合治疗组的总有效率高于单纯手术组,ADL评分高于单纯手术组,临床症状消失时间短于单纯手术组,并发症发生率和复发率为均联合治疗组更低,且 $P<0.05$ 。**结论** 慢性硬膜下血肿钻孔引流术后联合阿托伐他汀治疗效果明显,可改善术后神经功能的康复,有效减少复发,值得在临床推广应用。

【关键词】慢性硬膜下血肿;钻孔引流术;联合阿托伐他汀

【中图分类号】R651.15

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753(2019)09-012-02

慢性硬膜下血肿(CSDH)是神经外科常见的疾病之一,发生率约占颅内血肿的10%。最早1857年由VIRCHOW首先对其进行了阐述,但至今其发病机制仍未研究透彻,脑外伤是此病最常见的诱发因素。目前主要的治疗手段就是外科手术,包括有钻孔冲洗引流术以及微创锥孔引流术等,手术并不复杂,致死率也并不高,但其复发率相对较高。因此寻找能够降低CSDH术后复发率的方法成为研究热点,最近姚鹏飞^[1]等的研究表明阿托伐他汀可以用于治疗CSDH,并且能够有效地降低CSDH的术后复发率。本研究旨在探讨钻孔引流术联合阿托伐他汀对CSDH治疗的效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年11月—2019年7月于我院接受治疗的CSDH患者20例作为研究对象,所有患者血肿对侧肢体肌力下降,全组病例均符合CSDH的相关诊断标准,并经颅脑CT扫描确诊。所有患者近期均未接受其他药物治疗,并均排除阿托伐他汀应用禁忌。研究对象分为联合治疗组和单纯手术组,每组各10例。联合治疗组10例,男8例,女2例;年龄52~81岁,平均 (69.2 ± 10.1) 岁;血肿量 $40\sim 150\text{mL}$,平均 $(81.2\pm 17.5)\text{mL}$;中线结构移位 $\geq 1\text{cm}$ 为6例, $< 1\text{cm}$ 为4例;单纯手术组10例,男6例,女4例;年龄56~84岁,平均 (68.9 ± 10.2) 岁;血肿量 $39\sim 142\text{mL}$,平均 $(78.3\pm 17.5)\text{mL}$;中线结构移位 $\geq 1\text{cm}$ 者7例, $< 1\text{cm}$ 者3例。两组患者年龄、性别、血肿量等基本资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

所有患者入院后均完善各项术前检查,包括血常规、血型、凝血功能、生化指标、心电图和颅脑CT等,明确无手术

禁忌证后,依据术前CT检查定位血肿最厚处。常规消毒铺巾,局部浸润麻醉后作长约4cm直切口,全层切开头皮,电凝止血后撑开头皮暴露颅骨,颅骨钻孔后用咬骨钳稍扩大骨孔,骨蜡封闭板障止血,硬脑膜电凝后“十”字形切开并悬吊,于血肿腔内置入12-14号硅胶管,用生理盐水于各个方向反复多次冲洗至清亮后血肿腔内置置硅胶管一根,从切口旁引出,注水排气后用明胶堵孔后分层缝合头皮关颅,引流管固定并外接引流袋。术毕,引流管低位引流2-3d后拔管(拔管前后各复查一次颅脑CT)。单纯手术组予以头低位卧床1周并给予常规抗感染、止血、促进脑组织复张等治疗;联合治疗组在单纯手术组上述治疗的基础上,术后第1天即给予阿托伐他汀(立普妥)口服,剂量为 20mg/d ,给药时间视颅脑CT复查结果及患者恢复状况而定。随访3个月,期间定期进行血生化指标检测,观察患者服药反应,如有严重肝功能损害、药疹等情况出现,及时停药。

1.3 观察指标及疗效评价

对两组患者的血肿量消失程度、复发率及并发症发生率、日常生活能力(ADL)评分进行比较。临床疗效评价标准:血肿消失 $\geq 99\%$ 为治愈;血肿消失 $50\%\sim 99\%$ 为显效;血肿消失 $30\%\sim 50\%$ 为有效;血肿消失 $< 30\%$ 为无效。

2 结果

表1: 两组患者的有效率统计情况

组别	N(例)	治愈	显效	无效	总有效率
联合治疗组	10	8	1	1	90%
单纯手术组	10	5	3	2	80%

且 $P<0.05$

表2: 两组患者的治疗参数对比

组别	N(例)	ADL 评分		临床症状消失时间	并发症发生率	复发率
		术前	术后			
联合治疗组	10	29.4 ± 6.2	75.2 ± 7.1	$20\pm 12\text{d}$	10%	0
单纯手术组	10	29.4 ± 6.2	57.1 ± 6.3	$31\pm 18\text{d}$	30%	10%

且 $P<0.05$

3 结论

CSDH好发于老年人群,早期常无特征性临床表现,极易误诊、漏诊,而随着病情的发展,患者随之出现头晕、头痛、进行性痴呆和肢体乏力等神经功能障碍,甚至出现严重的意识障碍。目前钻孔引流术是治疗CSDH的主要方法,但手术复

发率高。因此,如何提高CSDH的手术效果和降低其复发率已经成为研究的热点。

研究认为老年患者的脑萎缩、凝血机制异常、低颅压及硬膜下积液的形成与CSDH的发展有着密不可分的联系^[2]。但是目前越来越多的研究证实,在CSDH的发生发展中,血管损

(下转第14页)

患者死亡的主要因素^[3]。当应激反应减弱或消失时,机体相应的恢复正常的血糖调节作用,有效降低急诊危重病患者的病死率。使用胰岛素常规治疗,主要是控制患者血糖水平在8.2-11.3mmol/L,对患者的血糖水平改善疗效不佳,使患者仍易发生低血糖症状,不利于其恢复及预后。而采用胰岛素强化治疗,可随患者的血糖水平升高,慢慢加大其使用剂量,有效控制患者血糖水平,益于改善患者预后。

本实验结果,观察组血糖水平低于对照组,观察组抗生素使用时间、住院时间短于对照组,观察组生活质量显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明胰岛素强化治疗可有效控制患者血糖水平,减少患者低血糖病症的发生,改善预后。且可以缩短患者抗生素使用及住院时间,即降低发生感染几率,提高患者配合积极性,有效改善患者生活质量,从而提高治疗效果。

综上所述,应用胰岛素强化治疗急诊危重症患者临床效

果显著,严格控制患者血糖水平,且有效缩短患者抗生素使用时间,有效的改善患者生活质量。同时,要注意低血糖及血糖大幅波动情况的发生,提高患者血糖监测的频率、注意患者年龄因素的影响,加强巡视,注重患者饮食习惯,依据血糖的检测变化,及时调整胰岛素的输入速度^[4]。

参考文献:

- [1] 孙丽梅.危重症患者强化胰岛素治疗研究进展[J].中国处方药,2018,16(3):16-17.
- [2] 段娜.急诊危重症应用胰岛素强化治疗的临床效果分析[J].北方药学,2019,16(4):109-110.
- [3] 王坤,彭春霞,周亚光.对急诊危重症患者应用胰岛素强化治疗的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(34):6614-6615.
- [4] 杨铮雯,白桂红,邵润霞.短期胰岛素强化治疗重症肺炎的临床疗效[J].实用医学杂志,2016,32(19):3287-3288.

(上接第10页)

果较高,而对照组较低,结果再次证实了此治疗方式的有效性。综上,将蒙脱石散和地塞米松混合康复新液保留灌肠联合使用在急性放射性直肠炎患者的治疗中,其效果比较明显,应被积极使用和推广。

参考文献:

- [1] 臧春宝,吴爱林,王慧妍,徐成胜,尹琨,柯学,倪进,刘珂,刘云琴.磷酸铝凝胶联合康复新液保留灌肠预防宫颈癌放疗后放射性肠炎的临床研究[J].蚌埠医学院学报,2019,44(08):1004-1008.
- [2] 王雪梅,严光俊.蒙脱石散和地塞米松混合康复新液

保留灌肠治疗急性放射性直肠炎的临床疗效[J].中国中西医结合消化杂志,2019,27(08):629-632.

- [3] 臧春宝,杨广山,徐成胜,尹琨,柯学,倪进,刘云琴.康复新液保留灌肠预防宫颈癌放疗后放射性肠炎临床研究[J].安徽中医药大学学报,2018,37(04):27-29.
- [4] 王泽阳,任文君,黄欣,赵静,苏晓华,隋爱霞.康复新液保留灌肠预防与治疗急性放射性直肠炎的疗效分析[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(03):301-304.
- [5] 黄淑梅,王晶,邹淑芹,刘叶青,张小春.免疫三氧联合康复新液保留灌肠治疗放射性直肠炎的效果观察[J].中国当代医药,2016,23(27):34-36.

(上接第11页)

具有祛瘀生新、去腐生肌等作用,可改善患者呕吐、头晕等不良反应现象^[3]。

有研究指出,通过中西医结合疗法,对急诊内科上消化道出血患者进行治疗,有效率可达到95%-98%,不良反应可平均下降10%-15%,这与本研究成果基本一致^[4]。

综上所述,止血散配合西药治疗,对急诊消化内科上消化道出血患者效果显著,止血速度快,安全性高,可推广。

参考文献:

- [1] 杨莉,刘红玲,宋欢欢.生长抑素联合奥美拉唑治疗上消化道出血的临床疗效和安全性分析[J/OL].四川解剖学杂

志,2019(03):24-25[2019-09-19].

- [2] 汪英.上消化道出血采用内镜钛夹联合抑酸剂治疗的效果观察[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(03):120-121.
- [3] 丁士刚,王晔.抗栓治疗期间消化道出血内镜治疗的时机与方法[J].中国医刊,2019,54(09):939-942.
- [4] 赵雪芳,陈秀芳.奥曲肽联合不同剂量泮托拉唑治疗消化性溃疡伴消化道出血的效果及安全性[J].临床医学研究与实践,2019(25):53-55.
- [5] 盛铭梅.泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床效果评估[J].中国农村卫生,2019,11(16):14-15.

(上接第12页)

伤和局部炎症反应发挥着重要的作用,可导致血管生成受阻、血液渗漏,促进血肿不断增大增多,加重了病情。阿托伐他汀具有降低血脂、稳定心血管斑块、抗氧化、抑制炎症因子表达、促进血管成熟和改善血管内皮功能的作用。文献^[3]等的研究证实,阿托伐他汀能够有效促进硬膜下血肿大鼠的新生血管生成,对炎症反应具有明显的抑制作用。基于此,本研究进行了联合治疗组和单纯手术组的对比分析,结果联合治疗组术后复发率及并发症发生率明显低于单纯手术组,且术后患者日常生活自理能力能得到较快的恢复。同时,因阿托伐他汀在临床上已经有了长期的应用,其安全性及可靠性已经得到了广泛的认同。另外,阿托伐他汀能够通过缓解脑血管痉

挛而改善脑供血,促进受压脑组织复张,不仅可以减少CSDH复发的可能,还有利于患者相应临床症状的改善。阿托伐他汀对于CSDH患者的治疗,不失为一种既安全可靠又有效的补充治疗措施,能有效控制术后复发率及再次手术的风险。

参考文献:

- [1] 姚鹏飞,石鹏飞,荔志云.慢性硬膜下血肿发病机制及治疗研究的进展[J].临床神经外科杂志,2017(06).
- [2] 杨云娜,张茜,顾征,李彤.阿托伐他汀辅助钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿患者的临床效果及对血清NSE的影响[J].中国生化药物杂志,2016(08).
- [3] 葛元鸿,徐学君,张新宇,郑毅.他汀类药物对慢性硬膜下血肿术后复发的影响[J].四川医学,2016(01).