

微创钻孔引流术在慢性硬膜下血肿治疗中的应用

吴玉麟 吴 波 阮洁梅 冯玉璇 梁解妹

广东省阳江市人民医院 529500

〔摘要〕目的：探讨微创钻孔引流术在慢性硬膜下血肿治疗中应用的临床效果。方法：选取我科收治的慢性硬膜下血肿患者 46 例作为研究对象，分为对照组和研究组各 23 例，对照组行一般引流，研究组行微创钻孔引流术引流，就两组引流效果进行对比分析。结果：研究组在临床疗效高于对照组。研究组较对照组在破裂出血评分、24h 引流量、愈合率评分上结果值改善上有着显著的临床效果。结论：微创钻孔引流术对慢性硬膜下血肿患者的临床疗效突出，更能显著改善患者预后，值得临床推广。

〔关键词〕微创钻孔引流术；慢性硬膜下血肿；治疗

〔中图分类号〕R651.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2024) 04-041-02

慢性硬膜下血肿是多发于颅脑外伤患者、中老年女性、长期服用抗凝剂、抗血小板药物的老年人、行动不便的老年人、儿童等人群的常见病^[1]。患者临床表现为慢性颅内压增高、神经功能障碍、智能障碍、精神障碍，其危害程度表现在并发急性硬膜外血肿、癫痫发作、脑卒中上。本病的主要治疗原则为：消除血肿，根据患者的意愿及病情，决定手术术式。而常规引流尽管取得了一定的效果，但仍旧存在着一定的局限性^[2]。而微创钻孔引流术在本病治疗中的临床效果探究，一度成为相关研究领域的热点议题。本文为探究微创引流在本病的效果，选取我科收治的慢性硬膜下血肿患者 46 例作为研究对象，具体细节分析报道如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取于 2023 年 3 月-2023 年 9 月我科收治的慢性硬膜下血肿患者 46 例作为研究对象，分为对照组和研究组各 23 例。其中对照组和研究组的男女比例、年龄、平均年龄差异对比分别为 13 例/10 例：12 例/11 例，年龄(50-66)岁：(51-65)岁，(56.2±1.8)岁：(56.3±1.7)岁。两组的一般资料在性别、年龄上差异教小，本次研究具有可比性。

1.2 方法

对照组：一般引流，开颅取标准大骨瓣切口，形成肌骨瓣，或直接去除颅骨。“U”形剪开脑膜翻向矢状窦侧，在非功能区切开皮层、清除血肿。

研究组：术前剔除全部头部毛发；常规麻醉后，取患者平卧位，头偏向一侧。在一侧头顶部位（顶结节或额部稍微靠后位置），取一长约 3cm 的直切口，将头皮撑开，撑开后在颅骨板上用电钻。将颅骨打孔，打孔以后将硬膜剪开，剪开后在硬膜以下置入一到两根引流管，将管子留置于颅腔内部，缝合头皮，接外接引流袋，根据颅腔内部压力将液态死血经颅腔内部压力挤出来，定期复查头颅 CT，必要时适时拔管。

1.3 统计学分析

应用 BMDP (Biomedical computer programs, 生物医学计算程序) 统计学软件包对所有研究数据进行统计分析，计数资料和计量资料为(%)、($\bar{x} \pm s$)表示，用 χ^2 、t 检验， $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后的临床疗效情况

研究组在临床疗效高于对照组，有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1：

表 1 两组治疗后的临床疗效情况比较 (%)

组别	例数	有效	显效	无效	临床疗效
对照组	23	8 (34.78)	10 (43.48)	5 (21.74)	18 (78.26)
研究组	23	10 (43.48)	12 (52.17)	1 (4.35)	22 (95.65)
χ^2					7.695
P					0.003

2.2 两组其他指标情况

研究组较对照组在破裂出血评分、24h 引流量、愈合率评分上结果值改善上有着显著的临床效果，有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后的质量指标情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	破裂出血评分 (分)	24h 引流量 (ml)	愈合率评分 (分)
对照组	23	1.20±0.17	90.62±0.94	91.57±4.28
研究组	23	3.43±0.54	67.05±1.17	80.16±3.45
t		18.891	75.316	9.954
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

慢性硬膜下血肿为神经外科常见和多发病，在老年患者中较常见。颅内压升高；常规钻孔引流术尽管有一定的效果，但因手术时间长、出血量多，术后并发症发生率高，故局限性较强。而微创钻孔引流术具有微创特点，对患者损伤较小，对于耐受度较低、年龄较大的老年患者可采取该方法，同时微创针、引流管密闭性好，不易发生出血、气颅等风险，故在上述研究中被证实为有效的治疗方法。

既往研究在本论题的研究结果表明，微创穿刺术与钻孔引流术治疗 CSDH 的总有效率及治愈率相似，但与钻孔引流术相比，微创穿刺术能更有效地缩短 CSDH 患者手术时间、住院时间，减少术中出血量、术后残余血肿量，降低术后复发率及并发症发生率。与钻孔引流术相比，微创术在治疗慢性硬膜下血肿中操作简单，并发症少，安全性高，疗效确切；术中出血量少，血肿清除率高，并发症发生率低^[3]。

从治疗价值来讲，微创钻孔引流术在本病中的应用，主要通过将软性神经内窥镜及冲洗管同时置入血肿腔，边冲洗边

(下转第 44 页)

治疗优良率上为 98.21%，小夹板组为 78.57% ($p < 0.05$)。桡骨远端骨折采用外固定架与小夹板治疗时，外固定架治疗可以更好地提升治疗优良率，加快骨折愈合时间、住院时间等指标的原因主要有以下几点：外固定架通过外部固定装置将骨折端稳定固定，可以提供更加稳定的固定效果，有效避免骨折端的移位和再次损伤，有利于骨折的愈合。相比之下，小夹板固定的稳定性较差，容易受到外界因素的影响，如活动、碰撞等，导致骨折端移位。外固定架可以根据骨折的具体情况 and 需要进行调整，如调整固定角度、松紧度等，以适应骨折愈合的不同阶段。而小夹板的固定方式相对固定，无法根据需要进行调整。外固定架治疗可以避免一些小夹板固定可能引起的并发症，如压迫性溃疡、皮肤坏死等。这些并发症可能会影响骨折的愈合和患者的康复。外固定架治疗允许患者在早期进行功能锻炼，促进骨折愈合和关节功能的恢复。而小夹板固定由于固定范围较大，可能会限制患者的活动范

围，影响早期功能锻炼。

总而言之，外固定架治疗在桡骨远端骨折的治疗中具有更好的稳定性和可调整性，可以减少并发症的发生，促进骨折愈合和早期功能锻炼，从而提高治疗优良率，加快骨折愈合时间、住院时间等指标。

[参考文献]

- [1] 刘广明. 外固定架与小夹板治疗桡骨远端骨折患者的临床效果 [J]. 医疗装备, 2022, 35(06):85-86.
- [2] 吕健. 比较手法整复小夹板固定与外固定架固定治疗老年桡骨远端骨折的临床效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(62):62+68.
- [3] 邓志勇, 谢水发, 李金平. 桡骨远端骨折应用外固定架固定与小夹板固定治疗的临床比较研究 [J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(14):52-54.

表 2 各组患者治疗优良率结果 [n(%)]

分组	优	良	可	差	优良率
外固定架组 (n=56)	29 (51.79)	26 (46.43)	1 (1.79)	0 (0.00)	98.21%
小夹板组 (n=56)	17 (30.36)	27 (48.21)	9 (16.07)	3 (5.36)	78.57%

注：两组对比， $p < 0.05$

(上接第 41 页)

观察血肿腔的情况，直至冲洗液清亮。原因与硬膜下血肿是常见的脑损伤类型，这种血肿是位于颅骨和脑实质之间的硬膜下血肿，对大脑的主要影响是颅内压和局部压的升高。对于钻孔，只有在用一个特殊的电钻控制深度后才能钻穿头骨，而电钻不受大脑组织的影响。该术式可在具备神经内镜下手术条件下，在神经内镜下观察血肿腔及大脑皮层，观察有无活动性出血，指导止血治疗等效果突出。本方法尽管引流时间较长，但因手术时间短、住院时间短、费用低，故在疗效和安全性上极高，血肿总清除率与钻孔引流术接近。但手术中，受可能引发的颅内感染等并发症的发生，故需在术前对血肿部位准确定位，并对穿刺点予以精准确认，手法要轻柔，同时引流速度及其引流管拔除时机作为手术重点，是保障手术质量的关键，应高度重视^[4]。

综上所述，微创钻孔引流术对慢性硬膜下血肿患者起效

明显，且治疗后在患者的破裂出血评分、24h 引流量、愈合率评分改善上有着显著的临床效果，值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 王进进, 施辉, 董文胜, 等. 微创钻孔引流联合尿激酶和阿托伐他汀对慢性硬膜下血肿患者术后神经功能及复发率的影响 [J]. 脑与神经疾病杂志, 2022, 29 (4): 222-227.
- [2] 陈锐锋, 朱安林. 微创钻孔引流术联合阿托伐他汀对慢性硬膜下血肿患者术后并发症及复发率的影响 [J]. 安徽医学, 2023, 40 (1): 62-65.
- [3] 万力源, 秦晓雅, 赵晓平, 等. 微创穿刺术与钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿临床效果的 Meta 分析 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 27 (8): 20-25.
- [4] 高学军, 曾静波, 赵强, 等. 微创钻孔密闭引流术对慢性硬膜下血肿患者 HIF-1 α 、Claudin-5、TGF- β 及 Smad2/3 表达的影响 [J]. 中国医师杂志, 2022, 21 (9): 1345-1348.

(上接第 42 页)

因。在临床症状表现上，有起病快特征，急性腹胀、腹痛等明显，部分病情严重患者有休克表现。若未及时控制治疗，将对患者生命健康带来严重威胁。临床治疗中，常采用保守治疗方式，如奥曲肽的应用，对胰腺组织液分泌抑制以及胰腺修复可起到重要作用。假若治疗中可给予其他辅助性治疗，如中药清肠汤，其中的芒硝、柴胡、大黄以及丹参等都有一定的胰腺修复作用，如酶活性的抑制、肠道黏膜修复以及肠道毒素清除等^[2]，这样在对症治疗的基础上，引入综合治疗方式，更有助于治疗效果的提高^[3]。

本次研究中发现，观察组腹痛、腹胀、发热等消失时间以及血淀粉酶恢复时间均少于对照组，治疗有效率高于对照组，充分说明急性胰腺炎治疗中综合治疗方式取得的疗效显著。实际进行治疗中，医护人员应对急性胰腺炎疾病知识

充分了解，患者入院后可快速准确的做好急性胰腺炎症状判断，如存在全身中毒、有感染情况的患者，要求给予手术治疗，而其余大多患者一般建议以非手术保守治疗方式为主。

综上所述，急性胰腺炎患者治疗中，综合治疗方法的运用对提高临床治疗有效率可发挥重要作用，有助于临床症状的快速缓解，应在实践中推广应用。

[参考文献]

- [1] 刘健, 加拉力丁·买买提. 急诊内科治疗急性胰腺炎的临床疗效观察 [J]. 中国社区医师, 2022, 32(27):44+46.
- [2] 刘亚男, 曹玉萍. 急诊内科治疗急性胰腺炎的临床治疗分析 [J]. 医学综述, 2021, 19(22):4195-4196.
- [3] 王建华, 毕华文. 急诊内科治疗急性胰腺炎的临床治疗体会 [J]. 中国农村卫生, 2023, (15):55-55.