

微创手术治疗慢性硬膜下血肿30例临床分析

杨 华,周 静,滕宏伟,仇劲松

(滨海县人民医院神经外科,江苏 滨海 224500)

【摘要】 目的 探讨慢性硬膜下血肿微创手术治疗的经过及疗效。方法 选取在我科诊治的30例慢性硬膜下血肿患者,均采用微创单钻孔冲洗引流术治疗,分析其临床特点和影像学特征,并观察其预后情况。结果 30例慢性硬膜下血肿患者,血肿单侧24例,双侧6例,术后患者恢复好,无并发症,少数病例术后CT发现有少量硬膜下积液,因颅内压不高无需处理,均达到临床治愈标准。结论 慢性硬膜下血肿微创手术是安全有效的治疗方法,且简单,值得普及。

【关键词】 慢性硬膜下血肿;微创手术;CT

【中图分类号】 R743.35 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2014)01-0085-03

慢性硬膜下血肿(Chronic subdural hematoma, CSDH)是神经外科的常见疾病,多发于老年人,约占硬膜下血肿的25%,其出血来源以及发病机制目前尚不完全清楚^[1-2]。目前普遍认为CSDH的诊疗方法相对简单,随着现代医学技术的发展以及外科技术的不断改进,越来越多的神经外科医生目前追求如何使用微创的方法来治疗该疾病^[3-5]。我科近年来对慢性硬膜下血肿患者采用微创钻孔引流术治疗,取得比较满意的临床疗效,患者预后良好,现将相关的经验体会介绍如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2008年4月至2013年4月

在我科住院治疗的30例慢性硬膜下血肿患者,其中男性16例,女性14例,年龄55~80岁(平均67.5岁),病程7 d~3个月。有明确头部外伤者21例,否认头部外伤者9例。临床表现为缓慢进行性头痛、呕吐伴行走不稳23例,失语5例,昏迷2例。

1.2 影像学表现 所有患者入院时均行头颅CT检查。血肿位于左侧大脑半球者14例(图1A),右侧10例(图1B),6例为双侧慢性硬膜下血肿(图1C)。CT表现为颅骨内板下新月形或半月形低密度影18例,等密度或混杂密度影12例,同侧侧脑室受压变形、中线向对侧移位10例。

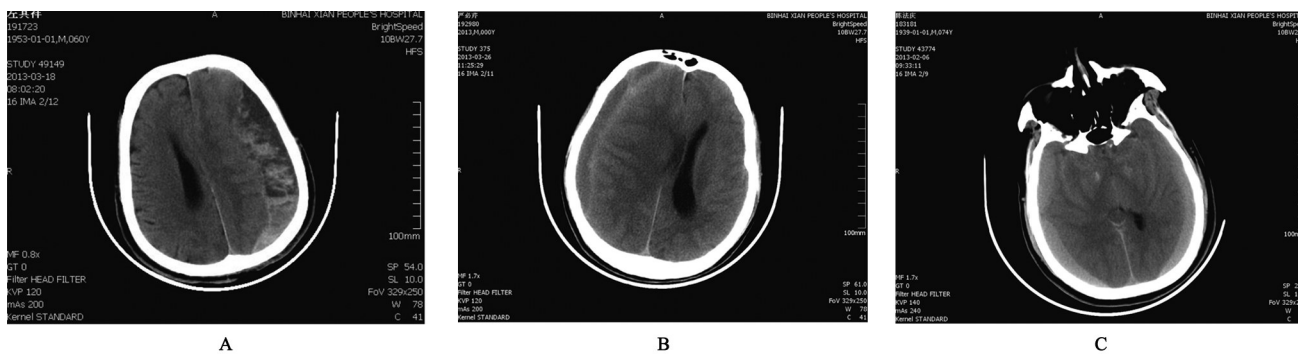


图1 术前头颅CT

注:A,血肿位于左侧大脑半球;B,血肿位于右侧大脑半球;C,血肿位于双侧慢性硬膜下。

1.3 手术方法 术前完善必要的辅助检查,包括血常规、肝肾功能、电解质、血糖、出凝血时间、血型、肝炎三对半、艾滋病检测(HIV)、梅毒检测(RPR)、胸片和心电图,其中最重要的是评估血小板数量以及出凝血时间。术前根据头颅CT确定穿刺部位,以血肿的最厚处为穿刺点,一般选择顶结节前2 cm处平行于眶耳线(Orbitomeatal, OM)线。本组病例均应用

由北京万特福科技有限责任公司生产的YL-I型一次性使用颅内血肿粉碎穿刺针进行血肿穿刺^[5]。根据头颅CT扫描挑选合适长度的穿刺针。临床上基本上选择2.0 cm长度穿刺针,选择穿刺点必须避开大血管走行区域和大脑皮层重要功能区。根据血肿部位摆好头位,常规消毒铺巾后,0.5%利多卡因局部浸润麻醉至骨膜,将选好的穿刺针安装于枪式电钻后,在定

点上垂直于颅板,一次性快速穿透颅骨及硬脑膜进入硬膜下血肿腔,进入血肿腔后拔出钻头,置针芯粉碎器,接侧管,从侧孔中自行流出部分暗红色血性液体,如无血肿流出或者流出速度缓慢,反复用生理盐水持续冲洗血肿腔至淡红色液体流出为止。后用无菌敷料包覆,用 500 ml 生理盐水持续冲洗血肿腔至液体颜色明显变淡,无血肿流出,冲洗液量一般 1 500~2 000 ml,冲洗时间一般不超过 24 h,引流管留置 3~5 d。术后常规复查头颅 CT 了解血肿腔及脑组织复位情况,复位良好,拔管。对于双侧 CSDH 患者可采用双侧钻孔引流。

1.4 术后处理 术后一般采用平卧位或者侧卧位,头稍偏患侧低位引流。术后补液适当增加盐水量,临床上一一般补充 1 500~2 000 ml 盐水,以促进脑组织膨起和血肿腔闭合,慎用脱水药。

2 结果

本组 30 例患者均采用颅内血肿微创穿刺引流术,术后患者头痛立即减轻或消失,偏瘫、失语体征均于术后一周内恢复。术后常规复查头颅 CT,根据 CT 情况和引流量拔管,头颅 CT 提示术后血肿消失,脑组织复位良好(图 2A),无气颅。在本组病例中,有部分患者出院前复查头颅 CT 示少量硬膜下积液(图 2B),未出现颅内压增高迹象不需特殊处理。有 1 例患者术后出现癫痫大发作,经丙戊酸钠对症治疗后控制。所有患者生活质量均达到发病前状态,达到临床治愈,且住院时间短。

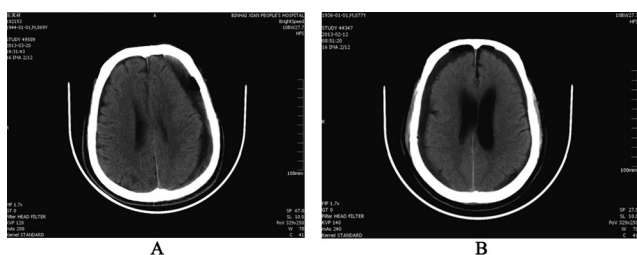


图 2 术后头颅 CT

注:A:血肿消失,脑组织复位良好;B:少量硬膜下积液。

3 讨论

慢性硬膜下血肿(CSDH)是指颅内出血血液积聚于硬脑膜下腔、伤后 3 周以上才出现颅内压增高和脑受压的临床症状者,其发生率约占颅内血肿的 10%,占硬膜下血肿的 25%,约 65%~75% 的患者有不同程度的头部外伤史^[1]。形成慢性硬膜下血肿的起始原因可能与老年患者头部外伤有关,特别是老年患者因头部撞击后,脑组织在颅腔内活动范围大,脑表面的桥静脉易撕破出现硬膜下血肿。对于慢性硬膜下血肿扩大的原因,目前多数研究证明,硬脑膜下腔出血

后导致纤维蛋白沉积机化,在硬脑膜下新生包膜形成的同时有新生毛细血管长入包膜内。包膜内的毛细血管不断破裂出血和过度纤维蛋白溶解酶原的释放,使血浆渗出和再出血的速度快于血肿液化再吸收的速度,从而使血肿体积逐渐扩大^[6]。

本组病例中 21 例患者明确头部外伤史占 70%,剩余的无头部外伤史,可能形成慢性硬膜下血肿原因不一样,但治疗方案一样,首选手术治疗,本组均行微创单孔引流术,术后均治愈出院。临床治愈标准:从临床疗效来看,影像学显示血肿基本消失,意识障碍好转且清晰,记忆力恢复,无头痛呕吐症状,神经受累体征基本消失,可仅留下轻微头痛、记忆力轻度衰退等症状,不影响工作和生活。

目前对慢性硬膜下血肿的患者一般主张手术治疗,手术方法包括双孔钻孔冲洗引流、单孔钻孔冲洗引流、开颅包膜切除以及血肿清除等。目前普遍认为钻孔冲洗引流和微创穿刺引流是两种有效的治疗方法^[4,7]。相比较而言,传统的钻孔引流术易发生脑损伤、张力性气颅、颅内血肿、颅内感染等并发症,总发生率为 8.3%~16.5%^[8-11]。而微创穿刺引流术采用 2 cm 长穿刺针,穿刺深度容易控制,并且创伤极小,痛苦少,并发症少,颅内感染机会低。经临床实践证明,微创引流术是安全且有效的手术方法。

不妨分析一下手术整个过程,实际上就是针对血肿及发生机制所采用的手术方法,因此微创引流术是治疗慢性硬膜下血肿的最佳方法,笔者认为影响疗效有以下几个因素:(1)术中钻孔动作轻柔,防止用力过猛造成副损伤如脑挫伤、硬膜下出血、硬膜外血肿等;冲洗动作遵循无菌操作,杜绝床边操作,可防止气颅或颅内感染。(2)如何避免复发。尽量排空血肿腔内陈旧性血性液体,就要谈到针芯粉碎器装置,当用生理盐水冲洗时就像喷泉一样四处喷射,因此用生理盐水冲洗时不须转动冲洗管,就可以从不同方向冲洗血肿腔,直至引流液清亮,目的是将血肿腔内的纤溶物质及纤维蛋白降解产物尽可能地冲洗掉,以阻断纤溶酶原的溶解作用;术后还可以血肿腔内持续冲洗引流,以致残留纤溶物质排空,利于脑组织膨起。(3)如何预防癫痫发作。术前常规使用安定可以预防癫痫发作,因为硬膜下血肿予冲洗液置换时脑皮层所处内环境及温度变化,易引起癫痫发作。本组术后就发生这种情况,有 1 例患者发作持续时间约 10 min,经用药后好转后又发作一次,分析原因可能与脑皮层刺激有关,立即停止冲洗液持续冲洗,抗癫痫药治疗控制癫痫,缓解好转。(4)脱水药使用恰当,术前颅内压增

胎儿脐动脉血流 S/D 比值与围产儿结局的相关性分析

张 婷

(海口市妇幼保健院妇产科门诊,海南 海口 570203)

【摘要】 目的 探讨胎儿脐动脉血流 S/D 比值与围产儿结局的关系。方法 将 2005 年 9 月 1 日至 2012 年 12 月 31 日在我院门诊检测胎儿脐动脉血流 S/D 值正常的 300 例孕妇作为正常组,异常 S/D 值的 233 例孕妇作为异常组,比较两组在胎儿生长受限、早产、分娩方式、死胎、新生儿死亡、新生儿窒息和出生时羊水混浊的差异。结果 两组胎儿生长受限分别为 5 例和 56 例、早产分别为 0 例和 41 例、剖宫产分别为 91 例和 177 例、羊水 I°混浊分别为 13 例和 36 例,其差异均有统计学意义($P < 0.01$);两组死胎分别为 0 例和 5 例、新生儿死亡分别为 0 例和 3 例、新生儿轻度窒息分别为 5 例和 13 例、重度窒息分别为 0 例和 4 例、II°~III°混浊分别为 5 例和 12 例,其差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 胎儿脐动脉血流 S/D 值随孕周增加而异常增高者,其胎儿生长受限、早产、剖宫产、死胎、新生儿死亡和新生儿窒息发生率则越高。

【关键词】 脐动脉血流;S/D 值;围产儿

【中图分类号】 R714.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2014)01-0087-02

随着社会的进步及对出生人口质量的提高,为保障母婴安全,降低围产儿死亡率,通过检测胎儿脐动脉血流 S/D 值可尽早发现胎儿宫内供血供氧信息,及时给予正确处理,是保障围产儿安全的最早检测指标。为探讨胎儿脐动脉血流 S/D 比值与围产儿结局的关系,笔者将异常 S/D 值与正常 S/D 值围产儿的结局进行比较分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2005 年 9 月 1 日至 2012 年 12 月 31 日 533 例在我院门诊检测胎儿脐动脉收缩期

末最大血流速度/舒张期末最大血流速度(Eend Systolic velocity/end Diastolic velocity, S/D)比值的孕妇。将 300 例胎儿脐动脉血流 S/D 值正常的孕妇作为正常组,最后检测时间距离胎儿娩出时间为 6 h~7 d,孕周为 35⁺⁶~41⁺²周;233 例 S/D 值异常的孕妇作为异常组,其中有 22 例脐动脉舒张末期正向血流缺失(Absent end-diastolic velocity, AEDV),最后检测时间距离胎儿娩出时间为 2 h~12 d,孕周 26⁺⁶~40⁺⁵周。两组孕妇年龄分别为 18~43 岁和 20~43 岁,平均 27.63 岁和 28.57 岁,两组孕妇年龄、孕周、胎产次差异无统

通讯作者:张 婷。E-mail:4744921@qq.com

高症状,可使用脱水药,术后一般不用。(5)慢性硬膜下血肿头颅 CT 上提示混杂密度影,有时需要使用尿激酶溶解血凝块。

总而言之,微创穿刺引流术创伤小,密闭引流操作下且一次性穿刺针使用,减少了感染机会。微创穿刺引流术基本不受年龄限制,并且简便有效、经济、并发症少,是一种很值得推广的治疗方法。

参 考 文 献

[1] 刘永刚,林贵军,高峰.慢性硬膜下血肿发病机制与治疗进展[J].国际神经病学神经外科学杂志,2007,34(3):233-236.
 [2] 苏少波,张建宁.慢性硬膜下血肿发病机制研究进展[J].国际神经病学神经外科学杂志,2009,36(3):221-224.
 [3] 江基尧,朱 诚.现代颅脑损伤学[M].上海:第二军医大学出版社,1999:267.
 [4] 叶 坤,李成勋.微创锥孔与常规钻孔引流治疗慢性硬膜下血肿

对比分析[J].当代医学,2012,18(15):95-96.
 [5] 郭华强,郭予全,吴至声,等.CT 定位微创穿刺治疗慢性硬膜下血肿 23 例[J].当代医学,2012,18(1):143-144.
 [6] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998:336-338.
 [7] 杨鹏范.手术治疗慢性硬膜下血肿 318 例[J].中华创伤杂志,2000,16(8):215-216.
 [8] 程亭秀,俞建臣,李 成,等.慢性硬膜下血肿钻孔引流术的并发症[J].中风与神经疾病杂志,2003,20:61.
 [9] 钟 海,吴吉元,何荣涛,等.112 例慢性硬膜下血肿引流术后并发症分析[J].中国临床神经外科杂志,2008,13(8):499-500.
 [10] 朱保平,渠敬峰,郭宗杨,等.慢性硬膜下血肿临床特点及术后并发症分析[J].中国临床神经外科杂志,2008,13(3):176-177.
 [11] 陆业平,郭一新,赵文旭,等.慢性硬膜下血肿钻孔引流术并发症及其防治体会[J].中国临床神经外科杂志,2007,12(12):759-760.

(收稿日期:2013-05-30)