

doi:10.3969/j.issn.1003-6350.2014.21.1262

• 临床经验 •

慢性硬膜下血肿住院期二次手术一例并文献复习

许慧中,吴晓宏,王冰,华素萍,颜庆华,张猛,季连逸

(南通大学附属东台人民医院神经外科,江苏东台 224200)

【关键词】 慢性硬膜下血肿;钻孔引流;小骨窗开颅

【中图分类号】 R745.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003—6350(2014)21—3220—03

慢性硬膜下血肿(Chronic subdural hematoma, CSDH)是神经外科常见病,约占创伤性颅内血肿的10%,好发于60岁以上老年人,绝大多数患者需手术才能治愈。其中钻孔引流是目前公认的治疗CSDH的首选方法^[1],其次为开颅、内镜、穿刺等术式,不同的患者术式的选择尚无统一标准。本文总结我科1例CSDH患者住院期二次手术的诊治资料并复习相关文献报道如下:

1 病例简介

1.1 一般资料 患者女性,77岁,于2012年7月3日因“头痛、头昏伴行走不稳4 d入院”。患者4 d前无明显诱因出现头痛、头昏,并逐渐加重,未重视。随之出现双下肢乏力,以右侧为著,行走不稳,症状呈进行性加重。体格检查:神志清楚,言语回答正确,定向力正常。双侧瞳孔等大等圆,直径3.0 mm,对光反射灵敏,双眼视力正常。颈软,无抵抗。四肢活动尚可,肌张力正常,左下肢肌力V级,右下肢肌力VI级,双侧巴氏征阴性。血常规检查示:白细胞(WBC) $5.23 \times 10^9/L$, 中性细胞比率0.793, 淋巴细胞比率0.178, 血红蛋白(Hb) 99 g/L。血凝实验示:活化部分凝血活酶时间19.9 s(正常值24~38 s)。颅脑CT示:左侧额顶部颅板下见弧形混杂密度影,前部呈稍低密度,后部呈稍高密度影,左侧侧脑室受压,中线结构右移。入院诊断为:

左侧额顶部慢性硬膜下血肿(图1)。

1.2 诊疗经过 患者入院后完备各项术前检查,于入院第2天在局麻下行左侧额顶部钻孔引流术,术中证实慢性硬膜下血肿,引出酱红色血肿约80 ml(血肿量较术前CT检查量少),含部分血凝块,血肿腔予生理盐水冲洗至干净后结束手术,术后予止血、预防感染等对症治疗。患者术后一度出现右下肢活动障碍,肌力为0级的症状,急诊复查CT示:左侧额顶部硬膜下积血、积液伴少许积气,较前有所吸收(图2),经对症治疗后症状有所好转。术后第3天再次复查头颅CT示:左侧额顶部硬膜下积血、积液伴少许积气,左侧侧脑室受压变性,中线右偏(图3)。考虑患者系血肿腔术前即有分隔形成,钻孔引流只清除了部分血肿,目前仍有血肿存在,占位明显。遂于术后第6天在全麻下行小骨窗开颅二次手术,取原切口后方马蹄形切口(图4),开瓣直径<4 cm的小骨窗开颅,打开硬膜证实为慢性血肿,量约100 ml,血肿性状同前次手术,腔内有明显分隔(图5),予切除,术毕生理盐水冲洗至干净,不修补硬脑膜,骨瓣复位,术后予对症治疗。患者术后无特殊不适,右下肢肌力逐渐恢复至V级。并分别于二次术后第2天、10天复查头颅CT示:左侧额顶部硬膜下积液伴少许积气,左侧侧脑室稍受压,中线基本复位。二次手术效果满意(图6),术后第14天患者康复拆线出院。

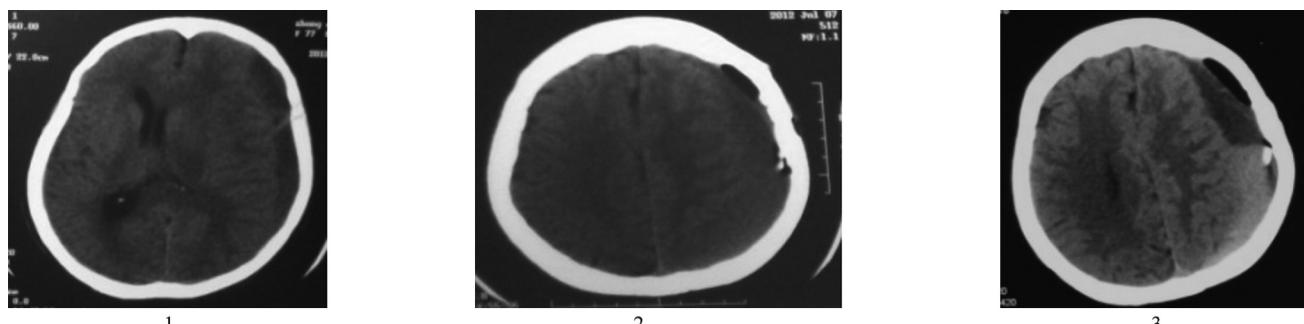
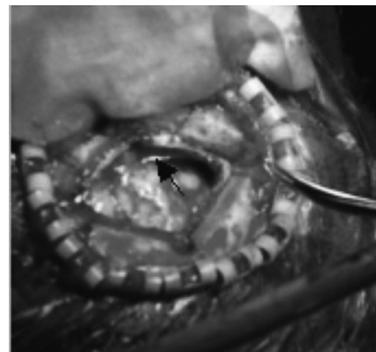


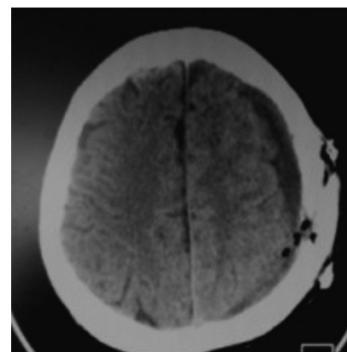
图1 术前头颅CT示慢性硬膜下血肿,左侧额顶部颅板下见弧形混杂密度影,似见分隔,前部呈稍低密度影,后部呈稍高密度影,左侧侧脑室受压,中线明显右移;图2 钻孔引流术后颅板下见弧形低密度影,下层密度稍高,左侧侧脑室受压,中线有右移;图3 钻孔引流术后3 d复查示颅板下见弧形混杂密度影,下层高密度,并见气体,左侧侧脑室受压,中线右偏



4



5



6

图4 二次骨瓣开颅手术切口选择;图5 黑箭头所指系术中见血肿腔分隔膜;图6:出院前CT示颅板下弧形低密度影及少许气体影

2 讨 论

2.1 CSDH的发病原因 目前对于CSDH的病因多数人认为是由各种原因所致的桥静脉缓慢渗血所致,而老年人脑萎缩及脑血管硬化是其发生的病理生理学基础。近年来部分学者提出^[2]外伤性硬膜下积液是CSDH的真正起源。而产伤等被认为是新生儿及婴幼儿CSDH的重要病因。但到目前为止膜内纤溶酶学说似乎是CSDH的发生、发展及术后复发的最完善解释^[3]。

2.2 CSDH临床表现及影像学特征 由于老年人常有不同程度的脑萎缩而使颅腔容积代偿间隙增大,故在较长时间内可没有明显症状。当血肿增大至一定量时可出现颅高压、智力下降、反应迟钝、神经功能障碍、精神症状、癫痫发作、半身不遂等症状,但最常见的表现为头痛、头昏、肢体乏力等。CT是确诊CSDH最简捷、有效的方法,其阳性率>90%^[4]。CT上血肿的密度与血肿形成的时间成反比,即血肿时间越长,密度越低^[5]。根据血肿的密度不同可将其分为五型^[6]:高密度(CT值在40~65 HU)、等密度(CT值在30~45 HU)、混杂密度(CT值在15~45 HU)、低密度(CT值在15~28 HU)和分隔型,分隔型血肿内可见纤维条索状影,可单发或多发。MRI检查可避免CT检查的不足,在T₁和T₂加权像上均呈边缘清楚的半月形或新月形高信号,其可将血肿显示得更清楚。

2.3 CSDH的治疗及复发 CSDH患者仅极少数患者可保守治疗观察,绝大多数需手术治疗。其中钻孔引流是首选手术方法,具有创伤小、操作简单、治愈率高的优点^[7],尤其适用于高龄患者。最初使用较多的为双颅骨钻孔,对冲引流积血及积气。现多使用单颅骨钻孔可取得同样的手术效果,同时减少了创伤。其他的手术方法为微创经皮穿刺软通道引流、开槽引流、改良双针穿刺灌洗引流、小骨窗冲洗引流、神经内镜辅助、锥颅CO₂置换、去大骨瓣手术等,目前各术式选择尚无统一标准。复发的定义指:CSDH术后

3个月内原血肿部位再发血肿,可伴痴呆、偏瘫、失语等神经系统症状或体征^[8]。研究发现即使CSDH行手术治疗,术后仍有2.7%~37%的患者存在复发^[9],其机制尚不清楚,可能存在的原因有:<①患者自身的原因为糖尿病、出血倾向、肝肾功能不良、脑萎缩等;②手术因素:术后血肿腔内积气、术后引流不充分致使多纤维蛋白降解产物残留、血肿包膜未完全形成或未完全液化;③与CSDH相关的因素:双侧血肿、血肿腔内有分隔、巨大血肿、CT显示为高/混杂密度影。

结合复习的文献,该患者首次手术采用了常规的钻孔引流术,术后患者即出现一过性对侧肢体瘫痪,复查CT证实血肿分隔仍存在,且有明显的占位效应,遂在全麻下行了二次骨瓣开颅手术,术中证实系血肿存在分隔致使首次引流不完全而致手术失败。予隔膜切除后充分引流血肿,术后复查示血肿清除满意,患者症状好转后出院。回顾性分析此病例:患者有发病时间短、脑萎缩、术前CT示血肿呈混杂密度影、首次术中引流的血肿量少于术前影像学诊断量等可能致复发的因素存在,如术前直接选择行小骨窗开颅或首次钻孔术中改行小骨窗开颅,则会杜绝复发的发生。然而,有报道说骨瓣开颅血肿清除包膜切除术的病死率可高达30%^[10],同时开颅术后容易发生癫痫等并发症。陈卫东等^[11]认为无论影像学检查是否支持分隔型CSDH的诊断,开颅手术前均应行锥颅引流,引流失败再行开颅手术,以免造成不必要的损伤及并发症。此病例提醒我们在术前和术中需充分判断血肿的性状,而采取相应的手术方式,同时要掌握好骨瓣开颅手术的适应证,在提高手术成功率的同时尽可能减少此手术带来的风险和并发症。

参 考 文 献

- Mori K, Maede M. Surgical treatment of chronic subdural hematoma in 500 consecutive cases: clinical characteristics, surgical outcome, complications, and recurrence rate [J]. Neurol Med Chir, 2001, 41(8): 371-381.

doi:10.3969/j.issn.1003-6350.2014.21.1263

• 临床经验 •

重型颅脑损伤患者的生存风险因素分析

庞继彦

(玉林市第二人民医院神经外科,广西 玉林 537000)

【摘要】 目的 探讨手术治疗重型颅脑损伤患者的生存状况及其影响因素。方法 对我院收治的 98 例行去骨瓣减压术治疗的重型颅脑损伤患者的临床资料进行回顾性分析,根据术后扩展格拉斯哥预后评分(GOSE)分为预后良好组 58 例与预后不良组 40 例,对比两组的临床特点,并对预后因素进行单因素及多因素分析。结果 两组患者年龄、入院瞳孔直径、受伤至手术时间、入院 GCS 评分及 CT 值等比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);多因素回归分析显示,年龄、入院瞳孔直径、受伤至手术时间、入院 GCS 评分及 CT 值等是患者预后的显著影响因素($P < 0.05$);预后良好组的术后并发症发生率显著低于预后不良组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 行手术治疗的重型颅脑损伤患者的生存状况较差,与年龄、入院瞳孔直径、受伤至手术时间、入院 GCS 评分及 CT 值等因素密切相关,应引起临床重视。

【关键词】 重型颅脑损伤;手术治疗;格拉斯哥预后评分;生存状况

【中图分类号】 R651.1⁵ **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003—6350(2014)21—3222—03

Risk factors of living conditions of patients with severe craniocerebral injury undergoing operative treatment.

Pang Ji-yan. Department of Internal Neurosurgery, Yulin Second People's Hospital, Yulin 537000, Guangxi, CHINA

[Abstract] **Objective** To investigate the living conditions and its influence factors of patients with severe craniocerebral injury undergoing operative treatment. **Methods** The clinical data of 98 patients with severe craniocerebral injury who were treated by decompressive craniectomy in our hospital were analyzed retrospectively. All the patients were divided into good prognosis group (58 cases) and poor prognosis group (40 cases) according to the postoperative extension Glasgow outcome score (GOSE). The clinical characteristics of two groups were compared, and its influence factors were analyzed by univariate and multivariate logistic regression analysis. **Results** The difference in age, pupil diameter of admission, time interval from injury, GCS scores and CT number between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that age, pupil diameter of admission, time interval from injury, GCS scores and CT number were all the remarkable influence factors of the prognosis ($P < 0.05$). The postoperative complication rate of good prognosis group was significantly lower than that of poor prognosis group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The living conditions of patients with severe craniocerebral injury treated by operative treatment is poor, which is related to age, pupil diameter of admission, time interval from injury, GCS scores and CT number closely, and close attention should be paid to it in clinical practice.

[Key words] Severe craniocerebral injury; Operative treatment; Glasgow outcome scale (GOSE); Living conditions

通讯作者:庞继彦。E-mail:pygxyl@163.com

- [2] 陶志强, 丁胜鸿, 黄建跃. 慢性硬膜下血肿的起源[J]. 医学研究杂志, 2007, 36(7): 86-87.
- [3] Havenbergh TV, Calenbergh FV, Goffin J, et al. Outcome of chronic subdural haematoma: analysis of prognostic factors [J]. Br J Neurosurg, 1996, 10(1): 35-39.
- [4] 吴恩惠. 头颅 CT 诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 131.
- [5] 曹桂龙, 储呈春, 缪永华, 等. 双侧慢性硬膜下血肿 42 例诊治体会 [J]. 交通医学, 2003, 17(1): 52-53.
- [6] Kostanian V, Choi JC, Liker MA, et al. Computed tomographic characteristics of chronic subdural hematomas [J]. Neurosurg Clin N Am, 2000, 11(3): 479-489.
- [7] Lee JY, Ebel H, Ernestus RI, et al. Various surgical treatments of chronic subdural hematoma and outcome in 172 patients: is membranectomy necessary? [J]. Surg Neurol, 2004, 61(6): 523-527.
- [8] Ko BS, Lee JK, Seo BR, et al. Clinical analysis of risk factors related to recurrent chronic subdural hematoma [J]. J Korean Neurosurg Soc, 2008, 43(1): 11-15.
- [9] Pittock SJ, Moroney JT, Alexander M, et al. Various surgical treatments of chronic subdural hematoma and outcome in 172 patients [J]. Surg Neurol, 2004, 61(6): 523-527.
- [10] 王平, 李志刚, 王本胜. 开颅手术治疗分隔型慢性硬膜下血肿 6 例临床分析[J]. 中国实用神经病学杂志, 2007, 10(2): 123.
- [11] 陈卫东, 贾震, 王传坚. 开颅手术治疗分隔型慢性硬膜下血肿 12 例[J]. 中华创伤杂志, 2002, 18(5): 308.

(收稿日期:2014-02-11)