

## . 经验介绍 .

## 神经内镜辅助手术治疗慢性硬膜下血肿 103 例分析

罗 明 闵 强 杨国平 张 婉

**【摘要】目的** 探讨神经内镜辅助手术清除慢性硬膜下血肿的临床疗效。**方法** 回顾性分析我科采用神经内镜辅助手术治疗的 103 例慢性硬膜下血肿患者的临床资料。**结果** 本组分隔或多房性血肿 45 例。103 例患者术后 24 h 内头部 CT 复查示血肿完全清除 68 例,大部分清除 35 例。未发生颅内出血、颅内感染、脑脊液漏及癫痫等并发症。84 例术后 1 月复查头部 CT 示,少量硬膜下积液 14 例,复发 3 例。复发病人均再次行内镜手术,全部治愈,未再复发。**结论** 神经内镜辅助手术清除慢性硬膜下血肿疗效好,安全,直观,复发率低。

**【关键词】** 慢性硬膜下血肿;神经内镜;手术

**【文章编号】** 1009-153X(2015)02-0111-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1<sup>+</sup>5; R 651.1<sup>+</sup>1

目前,神经内镜辅助手术是治疗慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)有效方法,尤其是分隔状 CSDH<sup>[1,2]</sup>。我科 2007 年 1 月至 2012 年 12 月应用神经内镜辅助手术治疗 CSDH 患者 103 例,取得了良好疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 64 例,女 39 例;年龄 55~94 岁,平均 67.3 岁;病程 3 周至 3 个月。

1.2 临床表现 头痛、头晕 95 例,反应迟钝、记忆力下降 28 例,意识障碍、精神异常 7 例,肢体肌力障碍 71 例,言语障碍 7 例,癫痫 5 例。所有病例均经头颅 CT 扫描确诊。血肿部位:额颞顶枕部 79 例,额颞部 24 例;血肿量 80~160 ml,平均为 124.4 ml。均为单侧血肿,均无凝血功能障碍、颅内血管畸形病变,均无近期服抗凝药物病史。

1.3 手术方法 所有病人都采用 rudolf 软质纤维神经内镜,根据 CT 定位选择切口及颅骨开孔位置,切口尽量靠近额前发际内,颅骨开孔处下方血肿厚度应大于 8 mm,以利于纤维内镜头端自由插入血肿腔内而不损伤脑组织,摆体位时注意将颅骨钻孔点调至最高位,以利于在手术结束注水能够填满残留的血肿腔而不外溢,减少术后硬膜下间隙积气和血肿复发几率。颅骨钻孔后十字切开硬膜,先用吸引器直接吸出骨孔下血肿,而后再将纤维内镜插入血肿腔,经纤维内镜工作通道吸除血肿及血肿腔内的纤维样絮

状物,遇血肿腔内分隔时,用纤维内镜头端或活检钳小心捅破分隔,当内镜头端越过分隔后,继续清除血肿直至血肿边界清晰可见、视野下血肿被完全清除。术中注意保持镜头在血肿腔间隙内操作,避免镜头划伤血肿包膜表面蛛网膜血管导致出血。血肿清除干净后,退出内镜,用生理盐水冲洗血肿腔。术后尽量采取患侧卧位或去枕平卧体位,不用脱水药物,以利于脑组织复张。

## 2 结果

本组术前及术中血肿内可见明显分隔或多房性血肿 45 例。103 例患者术后 24 h 内头部 CT 复查示血肿完全清除 68 例,大部分清除 35 例。所有病例术后均顺利康复,未发生颅内出血、颅内感染、脑脊液漏及癫痫等并发症。84 例术后 1 月随访复查头部 CT 示,少量硬膜下积液 14 例,复发 3 例。复发病人均再次行内镜手术,全部治愈,未再复发。

## 3 讨论

我们采用神经内镜辅助手术治疗 CSDH,复发率为 3.6%(3/84)。我们体会内镜手术减少复发率的原因主要有:①在操作娴熟的情况下,神经内镜手术不但能够很好地吸尽硬膜下腔的液态血肿,还能够尽可能地清除固态或半固态的血肿,可以用镜头或活检钳捅破分隔的包膜,从而最大限度地清除血肿腔内的嗜酸性粒细胞、纤维蛋白原等物质,减少复发的可能性。②神经内镜下操作比盲目置管引流更安全可靠,可减少术中损伤出血。我们起初采用颞顶部血肿最厚处钻孔,进行内镜手术,虽取得一定疗效,但内镜需要弯曲 90°左右的角度才能进入硬膜下腔,

操作需要的空间较大,一旦脑组织很快复张,往往就无法再使用内镜操作。随着经验的不断累积,我们针对所有血肿累及额部的患者均于血肿前部钻孔,内镜几乎可以平直的进入硬膜下腔,操作仅需要 0.8~1.5 cm 的间隙。即便脑组织复张,由于本身脑萎缩及脑组织受重力影响的自然塌陷,在额部往往还有充足的空间可供内镜操作。在内镜直视下可以尽可能地紧贴硬膜进行操作,避免划伤脑表面,避开可能引起出血的桥静脉等。③由于仰卧位的额部钻孔点是最高点,非常有利于冲洗后气体自骨孔排出,减少了术后颅内积气的发生。

我们把 CSDH 患者分为三类:①液态血肿为主;②固液态血肿混合;③含有分隔的血肿。有报道认为液态血肿为主的患者行钻孔引流术效果较好,但术中需多方向反复冲洗,将血凝块冲洗排除。后两种 CSDH 复发率高,有些学者建议可行开颅血肿清除术<sup>[3,4]</sup>,有些学者建议内镜手术<sup>[5]</sup>。我们体会:神经内镜能在直视下冲洗血肿,比钻孔引流术中的盲目

冲洗更安全、效果更确实;同时又能够分割增生的纤维束分隔、清除血肿腔内分隔,避免因盲目置管导致损伤和出血;更免去开颅的创伤和风险。

### 【参考文献】

- [1] 闵强,杨国平,韦君武,等.神经内镜下清除慢性硬膜下血肿 76 例[J].中国临床神经外科杂志,2010,11(15):686-687.
- [2] 魏长年,王宾.慢性硬膜下血肿手术治疗方式的选择[J].实用医药杂志,2011,4(28):315.
- [3] 王向阳,李强,任建伟.慢性硬膜下血肿 76 例诊断及治疗分析[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(9):56-57.
- [4] 郑典刚,马树海,柴迎春.慢性硬膜下血肿的临床分析[J].中国现代医药杂志,2010,12(10):97-98.
- [5] 吴先良,姜洪,邓忠勇,等.微创手术治疗慢性硬膜下血肿的临床分析[J].微创医学,2010,5(4):409-410.

(2014-07-19 收稿,2014-09-11 修回)