

. 短篇报道 .

进展型外伤性硬膜下积液治疗分析

孟志勇 库洪彬

【关键词】 外伤性硬膜下积液;颅内压监测;持续腰大池引流术

【文章编号】 1009-153X(2015)02-0128-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 651.1⁺; R 651.1⁺1

外伤性硬膜下积液(traumatic subdural hygroma, TSH)是颅脑损伤的常见并发症,发生率约为 5%。我院 2008 年 2 月至 2013 年 7 月收治 TSH 患者 187 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择标准 ①有明确头部外伤史,受伤当时颅脑 CT 无硬膜下积液,动态复查头部 CT 出现逐渐增多的硬膜下积液;②出现颅内压增高的表现,如头痛、头晕、呕吐或意识障碍加深;③出现局灶性神经系统体征,如语言功能障碍、偏瘫、癫痫。

1.2 一般资料 本组共纳入符合标准 TSH 病例 187 例,根据治疗方法分为观察组和对照组。观察组 95 例,其中男 58 例,女 37 例;平均年龄 51 岁;单侧额颞部硬膜下积液 68 例,双侧额颞部硬膜下积液 28 例,其中伴有纵裂硬膜下积液 12 例。对照组 92 例,其中男 54 例,女 38 例;平均年龄 51.3 岁;单侧额颞部硬膜下积液 64 例,双侧额颞部硬膜下积液 27 例,其中伴有纵裂硬膜下积液 9 例。两组患者性别、年龄、硬膜下积液部位、积液量等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法 观察组先行软通道引流术,以生理盐水冲洗硬膜下腔至澄清,缝合固定引流管,末端通过 3 通管一端接强生公司生产的 Codman 有创颅内压监护仪,另一端接引流袋。然后颅内压监测下行腰大池持续引流术。每小时记录颅内压一次,如颅内压 ≥ 80 mmH₂O,腰大池引流管及硬膜下腔引流管持续开放;如颅内压 <80 mmH₂O,腰大池引流管及硬膜下腔引流管暂时关闭,待颅内压升至 80 mmH₂O 或以上再开放。硬膜下腔引流管带管 3~5 d 后,颅脑 CT 示硬膜下积液消失后拔除引流管,带腰大池引流管继续引流 7 d 后拔除。对照组单纯行硬膜下腔引流术,手术方式和拔管指征同观察组,引流量控制每小时 10 ml 左右。两组患者引流管处每 48 h 换药一次,每 48 h 检查脑脊液一次,了解脑脊液细胞数、糖

及蛋白含量变化情况。

2 结果

观察组颅内感染发生率(1.1%, 1/95)与对照组(0)差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组术后硬膜下血肿发生率(1.1%, 1/95)较对照组(9.8%, 9/92)明显降低($P<0.05$)。观察组硬膜下积液术后复发率(4.2%, 4/95)较对照组(30.4%, 28/92)明显降低($P<0.05$)。

3 讨论

目前认为, TSH 与外伤后蛛网膜撕裂形成单向活瓣有关。约 1/3 TSH 患者最终会转变为慢性硬膜下血肿。因此,对符合手术指征的 TSH 患者应积极手术治疗。目前, TSH 的常用手术方法有软通道引流术和硬膜下腔-腹腔分流术,其中软通道外引流术因操作简单最为常用,但其术后复发率较高。硬膜下腔-腹腔分流术需全麻,操作复杂;由于积液内蛋白含量较高易导致分流管堵塞,造成复发机会较高。本文应用传统软通道引流术治疗 TSH 的同时,联合应用颅内压监测下持续腰大池引流术,术后复发率仅为 4.2%,与对照组单纯应用钻孔引流术治疗 TSH 的术后复发率(30.4%)比较,明显降低,说明颅内压监测下持续腰大池引流联合软通道引流术可明显降低 TSH 术后复发率。

本文硬膜下腔引流及腰大池持续引流在颅内压监测下进行,如出现低颅内压情况,可及时停止引流,从而避免低颅内压导致的颅内出血。文献报道,引流过度致低颅内压的患者中,约 10%并发硬膜下血肿。本研究对照组术后硬膜下血肿发生率(9.78%)明显高于观察组(1%)。传统软通道引流术联合应用颅内压监测下持续腰大池引流治疗 TSH 可减少并发症。

总之,本研究发现颅内压监测下持续腰大池引流加软通道引流术,操作简单,微创,安全,可有效降低进展型 TSH 术后复发率。

(2014-01-22 收稿, 2014-12-11 修回)