

. 经验介绍 .

慢性硬膜下血肿钻孔引流术中尿激酶的应用体会

曾昭戎

【摘要】目的 探讨尿激酶在慢性硬膜下血肿(CSDH)患者钻孔引流术中应用价值。方法 2004~2013年收治CSDH患者58例,均采用钻孔引流术治疗,其中术中应用生理盐水冲洗38例(冲洗组),术中不冲洗+尿激酶辅助引流20例(尿激酶组)。结果 冲洗组38例均治愈,无死亡病例;手术时间为(1.5±0.2)h;术后出现气颅35例(92.1%)、对侧出现颅内血肿1例(2.6%)。尿激酶组20例均治愈,无死亡病例;手术时间为(0.5±0.1)h;术后出现极少量气颅8例(40.0%),未出现对侧颅内血肿病例。尿激酶组手术时间和气颅发生率较冲洗组均明显减少($P<0.05$)。结论 钻孔引流术治疗CSDH,不冲洗+尿激酶辅助引流可缩短手术时间,减少术后气颅发生率。

【关键词】慢性硬膜下血肿;钻孔引流术;尿激酶;效果

【文章编号】1009-153X(2015)08-0491-02 **【文献标志码】**B **【中国图书资料分类号】**R 651.1⁺5; R 651.1⁺1

慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)起病隐袭,病程长,症状不典型,好发于老年人,约占颅内血肿的10%。CSDH的出血来源与形成机制尚未完全明了。一般认为,出血多由皮层小血管或矢状窦旁桥静脉损伤引起^[1]。在外力作用下,脑组织与坚硬的颅骨碰撞,形成少量出血,但蛛网膜保持完整,在血肿外形成包膜。血肿增大与血肿内膜漏血以及外膜中含大量嗜酸性粒细胞浸润有关^[2]。嗜酸性粒细胞可脱颗粒而释放大量纤维蛋白溶解酶原,被激活后,可促进纤维蛋白抑制血小板凝集,引起持续性慢性出血。钻孔引流术被认为是治疗CSDH的经典方法,具有创伤小、操作简便、疗效确切等优点。我院自2004~2013年钻孔引流术治疗CSDH患者58例,本文探讨术中尿激酶的应用价值。

1 临床资料

1.1 病人分组 2004~2010年采用钻孔引流术+生理盐水冲洗治疗CSDH患者38例(冲洗组),其中男21例,女17例;年龄50~75岁,平均68岁。有明确头部外伤史30例。头部CT检查示:CSDH位于额颞顶部37例,延及枕部1例;密度不均36例,密度均匀2例。2010~2013采用钻孔引流术+尿激酶治疗CSDH患者20例(尿激酶组),其中男12例,女8例;年龄48~76岁,平均69岁。有明确头部外伤史15例。头部CT检查示:CSDH均位于额颞顶部;密度不均19例,密度均匀1例。

两组患者性别、年龄、血肿部位和密度无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 手术方式 两组患者均采用气管插管全麻。冲洗组术中反复用生理盐水冲洗,并调整引流管方向,直至冲洗较清亮为止,引流期间不使用尿激酶。

尿激酶组一般选顶结节血肿较厚处做冠状切口,长约3 cm,全层切开至颅骨。钻孔后可用枪状咬骨钳适当扩大骨孔,直径约2 cm。止血彻底后,从切口向枕后旁开2 cm皮下引出引流管,尾端夹闭,前端保留足够长度。“+”字型逐层挑开硬膜并分离至血肿膜,引流管前端往额叶方向轻柔捅破血肿膜置入约5 cm,确定引流管通畅。术后引流瓶位置与床头齐平,在心脏条件允许的情况下,每日输等渗液3 000~4 000 ml,当引流速度明显减慢时,鼓励患者多练习吹气球。术后第2天,复查头部CT,若血肿残留,予尿激酶4万U+生理盐水5 ml,通过三通管往血肿腔注射夹闭2 h后解除,1次/12 h,在引流量明显减少且颜色变淡时,复查CT考虑拔管。若引流量每日200 ml以上,则考虑脑脊液漏,须调整引流瓶高度。拔管时通常都会有硬膜下积液,且可能长期存在,可门诊行高压氧疗改善微循环促进吸收^[3],定期复查,若无进行性增加,无需特殊处理。

2 结果

冲洗组38例均治愈,无死亡病例;手术时间为(1.5±0.2)h;术后出现气颅35例,包括较严重张力性气颅1例,发生率为92.1%,经保守治疗后均治愈出院。对侧出现颅内血肿1例,发生率为2.6%,放弃治疗出院。尿激酶组20例均治愈,无死亡病例;手术

时间为(0.5±0.1)h;术后出现极少量气颅 8 例,发生率为 40.0%,均在 2~3 d 内自行吸收。未出现对侧颅内血肿病例。尿激酶组手术时间和气颅发生率较冲洗组均明显减少($P<0.05$)。

3 讨论

治疗 CSDH 关键是彻底清除血肿,使血肿腔闭合,减少血肿复发及防止并发症的发生。钻孔引流术具有手术简单、疗效确切、对技术和设备要求低等优点,已是基层医院广泛开展的神外科手术。术中应用生理盐水冲洗,麻醉时间会相应变长,特别对于高龄、体弱患者,麻醉时间增加,手术风险也会增加。术中若操作不当极易出现对侧血肿及气颅甚至张力气颅,这些术后并发症均可能导致严重后果。术中不冲洗,只要注意引流速度,不存在对脑组织的反复冲击,自然不易出现对侧血肿。置管和引流基本上在密闭情况下进行,发生气颅的几率也小。但是血肿分隔不冲洗是否会出现血肿残留?我们认为血肿腔的分隔只是血肿腔内不规则的纤维蛋白混乱排列,在尿激酶的作用下,也就不存在什么独立分

隔。CSDH 通常有包膜增生症状,使用尿激酶进行治疗能够促进血块的溶解,加速纤维蛋白的降解,使血肿腔中的纤维蛋白溶解酶直接转变,其药物作用主要在血肿腔内部,且尿激酶不具有抗原性,会受到血液中 α -巨球蛋白抑制,进而失去活性,患者局部用药不会产生较为严重的全身性不良反应。

总之,钻孔引流术治疗 CSDH,不冲洗+尿激酶辅助引流可缩短手术时间,减少术后气颅发生率。

【参考文献】

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 第 1 版. 武汉:湖北科学技术出版社,1998. 336-338.
- [2] Shim YS, Park CO, Hyun DK, *et al.* What are the causative-factors for a show, progressive enlargement of a chronic subdural hematoma [J]? *Yonsei Med J*, 2007, 48(2): 210-217.
- [3] 李学无,赵青菊,马翔宇. 高压氧在慢性硬膜下血肿治疗中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志,2009, 13: 688-689. (2013-10-21 收稿,2013-12-03 修回)

