

神经内镜手术治疗慢性硬膜下血肿 50 例

李乾锋 吴京雷 杨国平

【摘要】目的 探讨神经内镜辅助下手术治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效。方法 2012年8月至2013年8月对50例慢性硬膜下血肿患者采用神经内镜辅助下手术治疗。结果 手术均获成功,临床症状明显缓解,术后均出现有不同程度硬膜下积液,32例出现不同程度颅内积气。未发生颅内感染、脑脊液漏及癫痫等并发症,无死亡病例。术后半月复查CT,所有病例均未见积气、积液等。结论 神经内镜辅助下手术治疗慢性硬膜下血肿具有疗效确切、术后并发症小、创伤小等特点,是治疗慢性硬膜下血肿的良好方法。

【关键词】慢性硬膜下血肿;神经内镜;手术;疗效

【文章编号】1009-153X(2015)09-0557-02 【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)是指外伤后3周以上开始出现症状,位于硬脑膜与蛛网膜之间具有包膜的血肿,好发于老年人,占颅内血肿的10%,占硬膜下血肿的25%^[1]。目前,其治疗方法主要为开颅血肿清除术和钻孔引流术,其中钻孔引流术为最佳首选方法,疗效满意,但其存在一些严重的并发症。随着显微神经外科的发展及神经内窥镜技术的成熟,我科于2012年8月至2013年8月将神经内镜应用于50例CSDH的手术治疗,取得了满意的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 CSDH患者50例,其中男32例,女18例;年龄50~88岁,平均(65.5±5.2)岁;病程1~3月。有明确外伤史40例,外伤史不明确10例。既往高血压病史41例,糖尿病史7例。双侧硬膜下血肿11

例,单侧硬膜下血肿39例。

1.2 临床表现 头痛、头晕45例,恶心、呕吐、食欲减低18例,不同程度肢体活动障碍14例,语言功能障碍5例,智力下降、精神异常3例,癫痫发作2例,瞳孔散大1例。

1.3 影像学检查 所有患者均行头部CT检查,血肿位于额颞顶部32例,向枕部延伸18例。根据多田公式计算血肿量,<30 ml 2例,31~100 ml 20例,>100 ml 28例;平均为(120±40)ml。

1.4 手术方法 所有病例均在全麻下进行手术,切口根据CT定位确定血肿最厚处,单孔颅骨钻孔,切开硬脑膜,严密止血,使用双极电凝清除局部血肿包膜,部分液化血肿多在压力下溢出,待颅内压稳定后,迅速将神经内窥镜(软镜)插入血肿腔,使用医用联接三通调整吸力大小及冲洗水流速度,清除血肿,在内镜直视下突破纤维分隔,必要时可使用特制标本钳清除纤维沉淀等。反复使用生理盐水冲洗直至冲洗液清淡,根据冲洗情况决定是否留置引流管。必要时可在内镜辅助直视下放置引流管,观察无活动性出血后,退出内镜,再次确认有无活动性出血

后,明胶海绵封孔,缝合皮下组织及头皮,固定引流管。术后患者取头低足高位,卧向患侧,嘱多饮水,必要时适度补充低渗液体等,不使用脱水剂^[1]。

2 结果

本组患者手术均获成功,术后患者颅内压增高症状、肢体活动障碍、言语障碍、精神异常等症状均迅速好转。术后第一天复查 CT 示血肿基本清除,受压脑组织及移位中线不同程度复位。术后均残留有不同程度硬膜下积液,32 例残留有不同程度颅内积气。未发生颅内感染、脑脊液漏及癫痫等,无死亡病例。术后半月复查 CT 所有病例均未见积气、积液等。随访 3~6 月,无血肿复发及并发症发生。

3 讨论

CSDH 的发病机制尚不明确,存在争议,在众多学说理论中,血肿外膜血管形成、出血理论被普遍接受。研究证明,促使血肿不断扩大,与老年人脑萎缩、颅内压降低、静脉窦张力增高及凝血机制障碍有关,同时碱性成纤维细胞生长因子、血管内皮生长因子血管生成因子表达也参与 CSDH 的形成。

CSDH 等不断扩大,一旦出现颅内压增高症状,即应行手术治疗。目前首选的治疗方法是钻孔引流术,其应用已多年,操作简单、创伤小、疗效较满意,但是其术后并发症不容忽视,主要表现为颅内积气、血肿残留、新鲜出血、长期留置引流管易致颅内感染等,其中最常见的并发症为术后血肿复发,有报道术后血肿复发率为 5%~33%^[4],尤其对于分隔型 CSDH^[5]。此类型血肿,常常需多孔钻孔引流或反复多次手术,甚至开颅血肿清除,造成风险增大、患者身心创伤增加,疗效较差。

本组病例均采用神经内镜辅助下清除 CSDH,我们体会:①患者如无明显手术禁忌症,一旦确诊,临床症状明显,均应行手术治疗。临床中,我们发现血肿量较小或经保守治疗病程漫长者可能出现完全吸收或大部分吸收。但患者生活质量差,头痛、乏力、偏瘫、癫痫等症状时常发作。②常规钻孔引流术仅能凭术者经验放置引流管,同时不能观察和术中及时清除硬膜下血肿情况,仅能靠术中生理盐水置换冲洗及术后引流管引流。这些不足导致常规钻孔引流术存在一些严重并发症。而神经内镜辅助 CSDH 钻孔引流术,最大优势在于能在直视下进行手术操作,能够到达血肿腔各个角落,彻底清除血

肿,同时我科创造性的将内窥镜、吸引器、冲洗装置用医用三通联接为一体,方便术中操作,术中边冲洗边吸引,能保持手术视野清晰,保持颅内压恒定,同时能将血肿、沉淀物等冲洗干净,而不伤及脑组织及血管。尤其对于分隔型血肿,我们能利用吸引力大小的变化突破纤维隔,必要时可使用标本钳清除。术中不能过于强调血肿的完全清除,以免损伤血管及纤维组织,导致活动性出血或毛细血管的渗血发生。术后可使用双氧水及局部喷洒止血药物等,对于血肿腔内明显活动性出血点可使用特制的双极电凝止血,一般止血效果较满意。术后可根据术中情况决定是否留置引流管,部分病例未放置引流管,大大降低了颅内感染等风险,同时可在直视下留置引流管,避免了常规钻孔引流术中盲目留置引流管损伤血管,甚至插入脑组织的风险。

随着显微神经外科的发展及神经内窥镜技术的不断成熟,神经内镜手术由于可在直视下清除血肿,清除血肿完全;可清除血肿腔内纤维沉淀物,降低血肿复发率;可清除分隔状 CSDH;直视下止血可靠;部分病人可不放置引流管,感染率下降等优点,所以其为清除 CSDH 的有效治疗方法。但该方法也有不足之处:神经内镜手术成本较高,设备配置要求较高,可能会给患者及社会带来一定的经济负担,但从整体疗效观察,患者术后疗效确切,并发症少,再次手术率低,平均住院日及住院总费用也相对减低,对患者及社会是利大于弊的。

【参考文献】

- [1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2005. 442-444.
- [2] Shono T, Inamura T, Maeda M, *et al.* Vascular endothelial growth factor in chronic subdural haematomas [J]. J Clin Neurosci, 2001, 8(5): 411-415.
- [3] 何升学, 陈建良, 吴耀晨. 慢性硬膜下血肿血液中 VEGF、bFGF 的测定及意义[J]. 中国临床神经外科杂志, 2003, 8(3): 188-189.
- [4] 江基尧, 朱 诚, 罗其中. 现代颅脑损伤学[M]. 第 3 版. 上海:第二军医大学出版社, 2010. 180.
- [5] 黄乔春, 杨国平, 韦君武, 等. 分隔状慢性硬膜下血肿内镜辅助下的钻孔治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2010, 15(1): 43-44.

(2013-09-17 收稿, 2015-03-20 修回)