

. 经验介绍 .

高位颅骨钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿

王 斌 杨秀莹

【摘要】目的 探讨高位颅骨钻孔置管冲洗引流术治疗慢性硬膜下血肿(CSDH)的临床疗效。**方法** 回顾性分析 279 例 CSDH 患者经高位颅骨钻孔引流术治疗的临床资料。**结果** 279 例患者血肿清除引流充分彻底,无明显并发症,平均置管引流时间为 2.68 d,平均住院时间 6.97 d,全部治愈。随访 3~18 个月,未见血肿复发及明显并发症,神经功能恢复良好。**结论** 高位颅骨钻孔置管冲洗引流术治疗 CSDH 为局麻下微创手术,病人体位舒适依从性好,双侧手术时无须变换体位,易于操作,引流管易放置无成角折屈,血肿冲洗清除充分,引流通畅,颅内压力,相对平稳、无明显手术并发症,疗效确切。

【关键词】 慢性硬膜下血肿;钻孔引流术;高位颅骨钻孔;疗效

【文章编号】 1009-153X(2016)02-0115-02 **【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)多见于中老年人,症状隐匿,常在出现颅内压力增高、神经功能障碍或精神症状时才被发现。钻孔引流术是目前治疗慢性硬膜下血肿的最佳治疗方法,但若操作不当术后会出现一些并发症,如感染、脑损伤、血肿复发、硬脑膜外或下血肿、张力性气颅和脑脊液漏等。我科自 2008 年 10 月至 2013 年 9 月对 279 例 CSDH 患者采用高位颅骨钻孔引流术治疗,疗效确切,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 206 例,女 73 例;年龄 39~86 岁,平均 60.3 岁。有明确头部外伤史 79 例。病程 26~97 d,平均 56.7 d。

1.2 临床表现 主要表现为不同程度的意识障碍、反应迟钝、智能减退 97 例;定向力差,行走不稳、肢体不同程度偏瘫 122 例;头昏头痛、恶心呕吐 23 例;大小便失禁 21 例;昏迷伴一侧瞳孔散大 16 例。

1.3 影像学检查 本组病例均经头颅 CT 扫描确诊,显示硬膜下血肿多数为新月形不同密度影像,主要表现为低密度影、高低混杂密度影及等密度影。其中单侧硬膜下血肿 203 例,双侧 76 例。血肿量为 50~250 ml,平均约 130 ml。血肿多分布在额、颞、顶、枕部硬脑膜下,有不同程度病变侧的脑沟回消失,脑室受压或消失,或存在不同程度中线偏移。

1.4 手术方法 根据头颅 CT 确定硬膜下血肿部位及大小,并在头皮相应部位标记出硬膜下血肿腔边界

在头皮的大致投影,患者取平卧位,钻孔位置处于血肿腔投影区域内,于血肿腔最高处确定钻孔点,距离血肿腔边缘 2~3 cm 的头部高位,并作标记。病人平卧头略微偏向对侧,双侧颅骨钻孔手术时无须过多变换体位。局麻下手术,于选定标记钻孔处作一长约 2.5 cm 切口,颅骨钻孔,切开硬脑膜,可见积有陈旧性血液液体的硬膜下血肿腔。选用 12~14 号带有刻度的引流管放置于硬膜下血肿腔,生理盐水反复多个方向冲洗血肿腔,冲洗液经硬膜切口处自然流出,部分陈旧性血凝块亦可冲出,直至冲洗液转为比较清亮,血肿腔内陈旧性积血基本清除干净。退出引流管并剪多个侧孔后,沿着血肿腔最大直径方向无阻力置入,直至接近血肿腔最低处,置管深度可于管壁上的刻度显示。引流管放置妥善后,经引流管注入生理盐水充满血肿腔,进入血肿腔内的少量空气自然排出。缝合头皮切口并固定好引流管,引流管接三通阀门后再接无菌引流瓶闭式引流。

1.5 术后处理 病人术后采取较舒适的平卧体位。术后 12 h 内引流瓶放置于与患者头部同等高度水平,打开三通阀门,让硬膜下血肿腔内液体自然流出,术后 12 h 以后引流瓶放置于低于患者头部 3~5 cm 的位置,通过虹吸作用引流血肿腔内液体利于脑组织复张。若纤维素样物体堵塞引流管或者硬膜下血肿腔内有凝固的血碎块,可经引流管三通阀门注入尿激酶液化后引流,整个操作均经三通阀门在较封闭的状态下执行。术后多不使用脱水利尿药物,可给予适当抗感染药物治疗。术后引流 1~4 d,当无引流液或很少时,复查头颅 CT,如硬膜下血肿腔已明显缩小且血肿腔液体基本引流干净、颅内占位效应消失、中线无明显移位、两侧侧脑室比较对称、形

态恢复正常、少量残存在血肿腔内液体接近脑脊液 CT 值时,可拔除引流管。

2 结果

本组病人均临床治愈出院,无明显手术相关的并发症,无死亡病例。平均置管引流时间 2.68 d,血肿清除充分、引流彻底,恢复良好,平均住院时间 6.97 d。有 79 例术后 9 d 复查头颅 CT 扫描示很少量硬膜下积液,3~6 个月后复查头颅 CT 显示硬膜下积液明显减少或基本消失。随访 3~18 个月,未见血肿复发及明显并发症,神经功能恢复良好。

3 讨论

CSDH 是神经外科常见病症之一,占颅内血肿的 10%,占硬脑膜下血肿的 25%,其中双侧血肿的发生率高达 14%,首选治疗的方法是钻孔引流术^[1-4]。

钻孔引流术已被认为是治疗 CSDH 最简单、安全、有效的方法。目前较常用的方法有在血肿中央最厚部位钻孔引流或在血肿部位前后各钻一孔冲洗后低位置管引流^[5-7]。这些术式都可达到治疗目的,但常常存在有不同程度的缺陷。常用的血肿中央部钻孔引流术,因置管方向与脑表面较垂直,容易穿破血肿内包膜,而致脑组织损伤和引起再出血,特别是薄层血肿更容易出现置管时损伤脑组织;同时与脑表面相对垂直的方向置管易致引流管折曲,或引流管陷入血肿内包膜和脑组织内,而致引流管侧孔堵塞,影响引流通畅性;还可能因为引流管有一定的成角张力而压迫脑组织,影响脑组织功能和脑组织复张;颅内进气后也不易引出。双孔冲洗低位置管引流术治疗效果虽优于单孔引流术,但手术体位的舒适性和依从性差,术中可能需要变换体位,手术不易操作,术时延长,手术创伤增加,低位置管术后颅内气体不易排出等等。因此,我们将手术方法做了一些改进,选择病人平卧位时在硬膜下血肿腔最高处的头部高位,行颅骨钻孔置管冲洗引流手术,总结采用这种手术方式治疗 279 例病人,治疗效果良好。

采用高位颅骨钻孔置管冲洗引流术治疗 CSDH,临床体会有如下优点:①选择在平卧位血肿腔最高处钻孔,患者手术体位舒适,依从性好,对于双侧手术时无须变换体位,手术易于操作。患者术后同样采取舒适平卧体位,不必采取病人依从性差的特殊体位。②置管方向与脑表面相对平行,与血肿腔最大直径方向一致,无阻力置管,引流管更容易

置入血肿腔,引流相对不留死角,保证了充分引流。同时,克服了相对垂直的方向置管时,可致引流管成角、折屈、脑组织压迫、脑组织损伤、引流不畅等缺点。③因钻孔点位于高处,手术过程中颅内不易进气,少量气体可经注入生理盐水自然排出,减少了术中排气环节,同时术后也不必采取特殊体位引流排气,从根本上有效减少了手术颅内积气甚至张力性气颅的发生。④平卧体位,让硬膜下积血缓慢自然引出,以及脑组织的自然复张后主动挤压排出血肿腔内液体,颅内压力相对稳定,有效防止了颅内压力明显波动所导致的继发性损伤、脑水肿、出血和血肿复发。⑤术中血肿腔内陈旧性血液已基本冲洗清除干净,术后引流充分而通畅,基本上干净清除 CSDH,相对减少了血肿复发的血液刺激因素和颅内感染机率。

总之,高位颅骨钻孔引流术治疗 CSDH 为局麻下微创手术,病人体位舒适依从性好,双侧手术时无须变换体位,易于操作,引流管易放置无成角折屈,血肿冲洗清除充分,引流通畅,颅内压力相对平稳,无明显手术并发症,患者神经功能恢复良好,疗效确切。

【参考文献】

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 第 1 版. 湖北:武汉科技出版社, 2005. 442-444.
- [2] 傅剑川,王群英,曾媛媛,等. 麻醉方式对慢性硬膜下血肿患者钻孔引流术后焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 89-90, 94.
- [3] 刘国远,潘伟东,曹 磊,等. 钻孔引流术治疗中青年慢性硬膜下血肿 60 例[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 175-176.
- [4] 许永刚,张 帆,张 昱,等. 136 例慢性硬膜下血肿的手术治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 179-180.
- [5] 段国升,朱 诚. 神经外科手术学[M]. 北京:人民军医出版社, 2004. 92-93.
- [6] 王衍廷,袁绍纪,刘子生,等. 钻孔引流术在慢性硬膜下血肿的应用[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2010, 9(1): 78-79.
- [7] 周武涛,崔丙周,王 博,等. 慢性硬膜下血肿钻孔引流术及并发症的防治[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 8(1): 65-66.

(2014-04-13 收稿, 2014-06-23 修回)