

锥颅引流术联合尿激酶治疗老年慢性硬膜下血肿 (附60例报告)

祝广林 齐鸿飞 曲良锁 张 伟 孙 凯

【摘要】目的 探讨锥颅引流术联合尿激酶治疗老年慢性硬膜下血肿的疗效。**方法** 对60例老年慢性硬膜下血肿均行CT定位后病房内一次性锥颅钻孔后放置F12脑室引流管,接无菌引流袋,抬高固定。术后次日行尿激酶5万U治疗,第2天复查CT,最多共需注入尿激酶2~3次。**结果** 60例均锥孔置管顺利,经过2~4 d引流,血肿清除理想。出院4周复查头颅CT 55例无复发;5例复发,予以行骨瓣开颅血肿清除+包膜切除术。**结论** 锥颅引流术联合尿激酶治疗老年慢性硬膜下血肿手术创伤小、安全可靠、方法简便易行,老年患者容易接受,清除血肿理想。

【关键词】 老年慢性硬膜下血肿;锥颅引流术;尿激酶;疗效

【文章编号】 1009-153X(2016)03-0179-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1*5; R 651.1*1

2008年3月至2014年3月锥颅引流术联合尿激酶治疗老年慢性硬膜下血肿60例,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男46例,女14例;年龄61~85岁,平均69岁;有明确外伤史48例,既往有高血压病史28例、糖尿病史15例、脑梗死病史17例,口服阿司匹林1年以上15例。

1.2 临床表现 头痛、头晕15例,肢体无力36例,呕吐5例,反应迟钝、表情淡漠、记忆力减退18例,精神行为异常18例,共济失调6例。

1.3 影像学检查 术前CT示双侧血肿9例,单侧血肿51例;中线移位51例,最大移位1.5 cm。7例行MRI检查,2例表现为T₁低信号,5例高信号;T₂均为高信号;血肿量为70~200 ml。

1.4 治疗方法 所有患者均采用局麻。根据颅脑CT

或MRI进行定位,避开头皮血管及脑膜中动脉。于出血侧顶结节前2.0 cm处或血肿最厚处切开长0.3~0.5 cm切口。根据血肿范围稍倾斜颅锥锥孔至穿透硬膜,缓慢拔除颅锥,见有陈旧血或棕褐色血液流出,立即沿预定方向置入事先准备好的F12脑室引流管,外接无菌引流袋并抬高,缝合固定引流管。

术后不急于引流血肿,抬高引流袋,缓慢引流血肿,防止血肿引流过快导致脑组织快速复位引起迟发颅内血肿。同时给予抗生素预防感染,取患侧卧位,头低足高位2~3 d,补液(生理盐水为主),以利脑组织复位。术后次日常规严格无菌操作下一次性注入尿激酶5万U,夹闭引流管间断变换体位进行溶解残余血块、血肿包膜及纤维网隔,夹闭3~4 h后放开引流管。术后第2天复查头颅CT,根据有无残余血肿及残余量决定是否再次注入尿激酶。尿激酶溶解2~3次后引流液颜色变微黄,再次复查头颅CT,血肿多在2~4 d基本消失,拔除引流管。

2 结果

60例均经过2~4 d引流,血肿清除90%以上,效果满意。术后临床症状均有不同程度改善。术后4

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.03.018

作者单位:255120 山东淄博,淄博矿业集团有限责任公司中心医院
神经外科(祝广林、齐鸿飞、曲良锁、张 伟、孙 凯)

例发生少量积气,1周左右均完全吸收;无再出血。出院4周后复查头颅CT,5例复发,行骨瓣开颅血肿清除+包膜切除术。

3 讨论

慢性硬膜下血肿的形成和进展的机制较复杂,目前认为其发病的主要原因与老年人脑萎缩、颅内压降低、静脉压增高、凝血机制障碍等因素有关^[1]。绝大多数有头部外伤史,由于老年人反应迟钝,防护和应变能力差,更容易受到意外伤害。有相当一部分患者可能由于伤后症状较轻或受伤时间已较长,很难回忆,就诊时否认有外伤史,若仔细询问病史,多数可追溯到轻微头部外伤史。头部外伤使大脑表面汇入上矢状窦的桥静脉损伤渗血,血液集聚于硬膜下腔,引起局部的炎症反应,形成包膜。血肿外膜上病理性血管分泌的组织型纤溶酶原激活剂进入血肿腔,造成凝血机能障碍和局部纤溶亢进,新生的毛细血管网反复微量出血以及异常的血管高渗透性等促进了血肿增大^[2]。

老年人多存在脑萎缩,脑与颅骨之间的间隙增大,可容纳一定量的血肿而不出现临床症状。另外,老年人多患有高血压、高脂血症以及糖尿病等慢性疾病,即使出现慢性硬膜下血肿也很容易被漏诊,因此临床遇有老年患者疑似脑血管病时,应尽早行颅脑CT或MRI检查,以求明确诊断。

硬膜下积液也是形成慢性硬膜下血肿的另一个危险因素,其机制可能是老年人多存在脑萎缩,为积液不断增加提供了空间,积液逐步转变为水瘤。硬脑膜内层和蛛网膜在硬膜下积液刺激下细胞分裂,增生新生微小毛细血管长入,逐步形成新包膜,新生包膜毛细血管反复出血,逐渐演变成慢性硬膜下血肿^[3]。

目前多主张钻孔冲洗引流术或锥颅引流术,但反复血肿腔冲洗易致颅内感染、颅内积气、损伤出血及血肿复发等并发症^[4]。我们主张老年人尽量采取局麻下锥颅引流术。老年人基础疾病较多,多有高血压、冠心病、糖尿病、脑梗死病史,锥颅相对创伤较小,操作简单,切口长0.3~0.5 cm,患者及家属很容易接受,术中不用生理盐水冲洗血肿,这样减少了气体进入颅内的机会,防止了张力性气颅的发生;另外,可以减少颅内感染的发生;不冲洗,血肿腔内环境不变,减少新生血管出血的可能。

我们在治疗过程中的几点体会:①锥颅部位位于血肿上极或颅骨最高处,尽可能减少空气进入血

肿腔或硬膜下腔^[5]。本组病例出现颅内少量积气可能是放置引流管过程中颅内压力变化时以及注入尿激酶过程中空气进入颅内。我们体会尽量选择钻孔部位在最高位、注入尿激酶时严格夹毕前段引流管后注入大部分能够避免。②术后抬高引流系统,缓慢引流血肿,防止血肿引流过快导致脑组织快速复位引起对侧硬膜与颅骨间小血管撕裂和脑血管损伤破裂出血引起迟发颅内血肿。③置管动作要轻柔,置管长度不超过血肿腔半径,避免伤及脑实质。④术后次日常规注入尿激酶,不仅可以溶解血肿,还可以溶解血肿包膜以及分隔,防止复发。尿激酶可一次注入5万U。目前注入尿激酶多主张每次2~3万U,每日2次。我们觉得操作次数增加会增加感染几率,且本组患者注入尿激酶5万U未见再出血。⑤注入尿激酶时尽量采取对侧卧位,并经常变换体位,以利尿激酶在血肿腔内充分作用,溶解血肿。⑥术后以及尿激酶溶解血肿放开引流管后取患侧卧位、头低足高位,拔管时手指压紧皮下隧道外皮肤,这样可以减少气颅的发生。⑦F12脑室引流管上面带有刻度,置管时容易掌握深度,内置导丝,很容易自锥孔处置入;再者,脑室引流管前端较一般硅胶管头端质软,不容易损伤脑组织。⑧锥颅引流术后血肿复发,应果断改行骨瓣开颅清除血肿+包膜切除术。

老年患者多伴有高血压、糖尿病、冠心病等基础疾病,锥颅引流术创伤小,时间短,感染机会减少,是治疗老年慢性硬膜下血肿的有效方法。

【参考文献】

[1] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2004. 233.

[2] Nakaguchi H, Tanishima T, Yoshimasu N. Factors in the natural history of chronic subdural hematomas that influence their postoperative recurrence [J]. J Neurosurg, 2001, 95(2): 256-262.

[3] 秦 赢,王海峰,徐 宁,等. 老年人机化型慢性硬膜下血肿8例临床分析[J]. 中国老年医学杂志, 2012, 32: 1064.

[4] 马英杰,于晓静. 慢性硬膜下血肿108例钻孔引流术后并发症及其治疗[J]. 中国误诊学杂志, 2005, 5(17): 3303-3304.

[5] 陈国强,张光明,王晓松,等. 神经内镜下钻孔冲洗术治疗老年人慢性硬膜下血肿[J]. 中华老年医学杂志, 2005, 7(24): 505-506.

(2014-09-19收稿,2014-12-05修回)