

. 经验介绍 .

幕上外伤性硬脑膜外中等量血肿不同时期微创手术治疗的疗效观察

范寿成 李安源 王宏江 蔡发儒

【摘要】目的 观察幕上外伤性硬脑膜外中等量血肿微创手术治疗的效果。**方法** 2007年1月至2013年11月穿刺引流术治疗幕上外伤性硬脑膜外中等量血肿69例,早期(3 d内)手术35例,中期(4 d~1周)手术34例。**结果** 中期手术组再出血率和血肿残留率分别为2.9%、5.9%,早期手术组分别为17.1%、28.6%;两组再出血率及血肿残留率均有统计学差异($P<0.05$)。**结论** 幕上硬脑膜外中等量出血,如病情平稳,不必急着行手术治疗,可先控制再出血,到中期再行手术治疗,这会使手术风险下降,再出血发生率低,术后血肿残留率低。

【关键词】 外伤性硬脑膜外血肿;穿刺引流术;手术时机;疗效

【文章编号】 1009-153X(2016)06-0378-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1*5; R 651.1*1

硬脑膜外血肿在颅脑损伤中较常见,其中急性硬脑膜外血肿病情发展较凶险,若不及时控制和治疗,会产生严重且不可逆转的后果,并导致最终的死亡或植物状态^[1,2]。大量出血应急诊行开颅手术治疗,而中等量血肿治疗方法可以有多种选择。2007年1月至2013年11月收治幕上硬脑膜外中等量血肿69例,在不同时期行微创手术治疗,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 69例,男41例,女28例;年龄13~50岁,平均33岁。血肿位于颞顶部39例,额部14例,颞枕部12例,枕部5例;伴不同程度脑挫裂伤18例。交通事故伤50例,打击伤11例,坠落伤9例。血肿量18~35 ml。

1.2 临床表现 入院时神志清醒60例,嗜睡(尚能配合查体)9例;GCS评分为12~15分。所有患者双瞳孔等大等圆,64例伤侧瞳孔对光发射灵敏,5例伤侧瞳孔对光反射迟钝。

1.3 影像学资料 入院后完善头颅CT、MRI、CT血管造影检查,明确出血量。头颅CT检查示:硬脑膜外血肿,多数患者有不同程度的颅骨骨折、蛛网膜下腔出血、脑挫裂伤等损伤,中线结构偏移不明显。入院后3 d及手术后3 d每天行头颅CT检查,出院后1月及3月复查头颅CT。

1.4 手术时机 35例早期(3 d内)行穿刺引流术治疗,术后连续3 d复查头颅CT,如血肿增大,转为急诊行开颅手术。34例病情无明显变化,中期(4 d~1周)行穿刺引流术治疗,术后连续3 d复查头颅CT,如血肿增大,需转为急诊行开颅手术。

1.5 手术方法 统一采用穿刺引流术,术前CT定位,术后CT复查了解针头位置,术后多次尿激酶注入液化血肿促进引流,注意尿激酶注入量不能太多,防止增加颅压致脑疝形成,术后3 d连续复查头颅CT。对比两组患者术中及术后再出血率,评价手术风险。

1.6 统计学方法 采用SPSS 11.5软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

早期手术35例中,术中或术后再出血6例,再出血率为17.1%;血肿残留10例,血肿残留率为28.6%。中期手术34例中,术中或术后再出血1例,再出血率为2.9%;血肿残留2例,血肿残留率为5.9%。两组再出血率和血肿残留率均差异显著($P<0.05$)。两组均无因血肿增大转为开颅手术治疗的患者。

3 讨论

急性硬膜外血肿出血主要来源于脑膜中动脉、脑膜前动脉、筛前动脉及筛后动脉等,或来源于骨折处的板障静脉、导血管、撕裂的静脉窦及骨折处剥离硬膜。一般情况下,硬膜外血肿少于30 ml时,部分

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.06.021

作者单位:666100 云南,西双版纳州人民医院神经外科(范寿成、李安源、王宏江、蔡发儒)

老年患者少于 40 ml 时,可行保守治疗,而不必手术,让血肿自行缓慢吸收。有学者认为硬膜外血肿吸收缓慢,病人头痛症状消失慢,精神压力大,建议手术治疗,通常采用开颅术^[3]。但开颅术也存在较多缺点,如创伤较大、失血多、术后并发症较多、术后恢复慢等^[4-6]。我们认为这类患者病情尚平稳,无脑疝表现,血肿量中等,可不必行开颅手术治疗,而采取穿刺引流术治疗,减少手术创伤、减低手术风险。根据幕上血肿手术指征评定标准,我们将 18~35 ml 归为中等量血肿。本组 69 例出血量为 18~35 ml, GCS 评分 12~15 分;对于生命体征尚平稳的患者,我们采取穿刺引流术治疗,取得了满意效果。

硬脑膜剥离与出血是发生硬膜外血肿的最重要的因素,硬脑膜外血肿稳定一方面依靠患者血液自凝系统,但更重要的是血肿本身对出血部位的机械压迫,这在早期硬膜外血肿稳定方面起到更为重要的作用^[7]。一般出血在 6 h 后基本停止,但伤后早期(前 3 d)仍有很大的再出血可能性,3 d 后再出血的可能性明显下降。根据血肿发生时间分类,3 d 为急性血肿,3 d~3 周为亚急性血肿。我们将前 3 d 手术的归为早期手术组,3 d~7 d 手术的归为中期手术,7 d 后不再考虑行手术治疗。手术治疗需要注入尿激酶液化血肿促进引流,也可增加再出血风险。因此伤后早期手术有再出血的危险,可待血肿稳定后再手术,比较安全。本研究 35 例采取早期手术治疗,其中 6 例出现再出血情况,4 例出血量较大转为急诊开颅手术,再出血发生率是 17.1%;34 例采取中期手术治疗,其中 1 例出现再出血情况,转为急诊开颅手术,再出血发生率 2.9%。两组再出血率有统计学差异($P<0.05$)。我们认为此类中等量血肿,病情平稳的患者,不必急着行手术治疗,而应先控制再出血,中期再行手术治疗,这样手术风险下降,再出血发生率低。

患者出血早期,血肿液化较低,密度高,手术治疗自行引流的可能性少,需注入尿激酶液化血肿促

进引流,但尿激酶的多次大量使用可能造成再出血,所以尿激酶使用的量和次数不宜过多。因此早期液化较低的血肿,术后残留的可能性较大;中期时血肿已经有一定液化,使用尿激酶的效果要好,残留血肿的可能性要小的多。本研究两组患者,都使用尿激酶液化血肿,早期手术组术后有 10 例血肿残留,血肿残留率为 28.6%;中期手术组术后有 2 例血肿残留,血肿残留率为 5.9%;两组血肿残留率有统计学差异($P<0.05$)。我们认为中期血肿有所液化,密度降低,所以尿激酶使用效果明显好于早期血肿。

总之,我们认为幕上硬脑膜外中等量出血患者,如病情平稳,不必急着行手术治疗,可先控制再出血,在中期再行手术治疗,这样手术风险下降,再出血发生率低,术后血肿残留率低。

【参考文献】

- [1] 崔 杰,王启华,黄春刚,等. 立体定向微创穿刺置管引流与开颅血肿清除手术治疗基底节区脑出血疗效对比观察[J]. 中国综合临床, 2011, 27(11): 1185-1187.
- [2] 张洪斌. 高血压脑卒中早期开颅血肿清除手术治疗分析[J]. 中国医学创新, 2009, 6(33): 225-225.
- [3] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998. 332-333.
- [4] 张英波,龙振海. 外伤性后颅窝硬脑膜外血肿的诊断与治疗[J]. 广西医学, 2007, 29(4): 578-579.
- [5] 李 江,周庆九,林 琳,等. 早期或超早期小骨窗开颅显微镜下治疗高血压脑出血[J]. 中华实验外科杂志, 2009, 26(7): 848-849.
- [6] 商晓鹰,李妹亭,李 丽,等. 开颅手术治疗慢性硬膜下血肿 26 例[J]. 中华创伤杂志, 2008, 24(1): 39-42.
- [7] 张更申,田剑光,赵宗茂,等. 早期应用甘露醇对自发性颅内血肿扩大的影响[J]. 临床荟萃, 2008, 23: 769-771.

(2014-05-18 收稿, 2014-12-31 修回)