

横窦骑跨性硬膜外血肿清除术 35 例分析

贡伟一 周金方 王文明

【摘要】目的 探讨横窦骑跨性硬膜外血肿的诊断、治疗、手术指征及手术方法。**方法** 回顾性分析 35 例横窦骑跨性硬膜外血肿的诊治经过。**结果** 幕上骨瓣、幕下骨窗开颅清除横窦骑跨性硬膜外血肿,术后无手术部位再出血。4 例出现对冲伤部位的颅内血肿扩大,再次开颅手术清除血肿。根据 GOS 评分评定预后,恢复良好 26 例,中残 4 例,重残 3 例,死亡 2 例。**结论** 横窦骑跨性硬膜外血肿早期诊断和及时手术是治疗成功的关键,一旦确认有手术指征,应尽早手术。幕上骨瓣、幕下骨窗开颅并保留横窦上骨桥是一种清除横窦骑跨性硬膜外血肿可靠的手术方式。

【关键词】 硬膜外血肿;横窦;血肿清除术

【文章编号】 1009-153X(2016)12-0785-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1*5; R 651.1*1

横窦骑跨性硬膜外血肿临床少见,症状常不典型,不易被发现,但病情可急剧恶化,甚至危及患者生命。2007 年 6 月至 2014 年 6 月收治 35 例横窦骑跨性硬膜外血肿,行幕上骨瓣、幕下骨窗开颅并保留横窦上骨桥清除血肿,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 35 例中,男 23 例,女 12 例;年龄 23~58 岁,平均 39.31 岁;受伤至入院时间为 1~13 h,平均 3.1 h。交通事故伤 24 例,坠落伤 8 例,打击伤 3 例。所有病例均有枕部受力史。

1.2 临床表现 所有病例伤后均有不同程度的头痛、恶心呕吐、颈部及后枕部疼痛等。受伤后有典型的中间清醒期 5 例,有短暂昏迷史 29 例,伤后持续昏迷 5 例,无昏迷史 1 例。鼻出血 7 例,外耳道出血 16 例,枕区肿胀或耳后瘀斑 26 例。单侧瞳孔散大 6 例,双侧瞳孔散大 1 例。GCS 评分 >12 分 5 例,9~12 分 20 例,3~8 分 10 例。头颅 CT 检查示:枕骨骨折和人字

缝分离 21 例;后颅窝单侧血肿 29 例,双侧血肿 6 例;对冲部位脑挫裂伴脑内血肿 11 例,硬膜下血肿 8 例,仅有蛛网膜下腔出血 2 例。幕下血肿量:5~9 ml 13 例,10~20 ml 22 例;幕上血肿 <10 ml 5 例,10~19 ml 10 例,20~29 ml 14 例,≥30 ml 6 例。

1.3 治疗方法 对于血肿总量小于 30 ml、幕下区域血肿量小于 10 ml、意识清楚、临床症状稳定、CT 未见明显的占位效应的病例,可在密切观察下,进行保守治疗。如意识障碍加重,须立即复查 CT。6 例入院后先保守治疗,其后出现意识状态恶化或临床症状加重,复查头颅 CT,血肿较前扩大,后立即行手术治疗。35 例手术均在全麻下进行,多采用枕下直切口或枕下倒钩形切口。根据血肿部位、大小选择切口大小,幕上采用骨瓣开颅、幕下采用骨窗开颅,于横窦处留一骨条,以保护横窦。术毕悬吊横窦两侧及骨窗缘硬膜,幕上骨瓣根据颅内压情况回置或去骨瓣,硬膜外置一硅胶负压引流管。2 例横窦出血用明胶海绵或生物胶覆盖压迫止血。骨瓣复位固定采用钛连接片固定。清除血肿后,若发现硬膜下呈蓝色,硬膜张力高时,要探查硬膜下,清除硬膜下血肿。

2 结果

术后复查头颅 CT,血肿基本完全清除,手术部

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.12.020

作者单位:215300 江苏,昆山市第一人民医院神经外科(贡伟一、周金方、王文明)

通讯作者:王文明,E-mail:wangwen6026@sina.com

位未发生再出血。4例出现对冲伤部位的颅内血肿扩大,再次开颅手术清除血肿。术后根据GOS评分评定预后,恢复良好26例,中残4例,重残3例,死亡2例。

3 讨论

创伤性后颅窝硬膜外血肿受伤的机制为枕部直接暴力所致,发生率为硬膜外血肿的4%~7%^[1],而横窦骑跨性硬膜外血肿作为其特殊类型更为少见。本文35例均有明显枕部受伤史,21例头颅CT骨窗位发现枕骨骨折。术中证实硬膜外血肿多来源于静脉窦和骨折板障出血,出血向幕上、下延伸形成血肿。相对于硬膜中动脉出血形成的硬膜外血肿,横窦骑跨性硬膜外血肿的早期临床表现常无特异性,主要表现为头痛、恶心呕吐,并伴有颈枕部疼痛。由于后颅窝容积较小,代偿能力有限,血肿一旦造成明显占位效应,可使脑干和第四脑室受压,影响脑脊液循环通路,导致颅内压急性增高,迅速发生枕骨大孔疝,危及患者生命。患者可在神志清楚的状态下突然发生呼吸骤停,特别是血肿以幕下为主时,意识障碍和瞳孔改变常出现在呼吸停止之后,临床上往往没有足够的重视,而产生严重的后果。

横窦骑跨性硬膜外血肿救治的关键在于早期明确诊断。对于颅脑损伤患者,有明确的枕部外伤史,CT骨窗显示枕骨骨折,特别是骨折线骑跨横窦或者窦汇,应高度警惕^[2]。我们认为,首次CT仅发现枕骨骨折,未见明显血肿的患者,伤后6h内复查头颅CT是很有必要的。对于一开始入院后行保守治疗的患者,必须严密观察患者临床症状的变化,安排动态的头颅CT检查。本文6例首次血肿量不足20ml,入院后行保守治疗,而后复查头颅CT发现血肿量增大而行开颅血肿清除术。

目前对于横窦骑跨性硬膜外血肿的手术指征尚无统一标准。但由于其病情的特殊性及其后果的严重性,大多数的观点还是倾向早期积极的开颅清除血肿^[3]。其手术治疗的主要依据为:①神经系统症状和体征如头痛、恶心呕吐、锥体束征等,在治疗过程中得不到缓解,甚至进一步加重。②血肿量,幕下大于10ml,或者总量大于30ml。③占位效应,头颅CT显示第四脑室受压,幕上有脑积水征象。

随着手术器械的改进,比如铣刀和磨钻的应用,

有学者手术时开始尝试使用一次性骨瓣成形术治疗横窦骑跨性硬膜外血肿,并认为有一定的优势^[4,5]。但我们认为颅脑损伤患者主要救治单位还是县一级的基层医院,这类新的手术器械尚未普及,就目前而言,采用幕上骨瓣、幕下骨窗开颅并保留横窦上骨桥仍然是一种经典的手术方式^[6]。我们认为手术时主要注意以下几点:①由于这类患者常有枕部受力史,常常合并枕部的头皮裂伤或者头皮血肿,在手术切口的设计时,要加以考虑。②术中仔细分辨横窦的骨性解剖标记,以免电钻开颅或者硬膜悬吊时误伤。③对于骨桥下、横窦表面的少量的血肿不要强行清除,以免造成止血困难。④如有必要探查打开硬膜,探查硬膜下,释放血性脑脊液,有利于患者的恢复。⑤对于幕上的骨瓣,尽量复位,使其符合解剖学的要求。

综上所述,对于枕部受力史,尤其CT发现枕骨骨折线跨越横窦的患者,应特别注意有横窦骑跨性硬膜外血肿可能,密切观察病情变化。一旦手术指征明确,即可行开颅血肿清除术。根据血肿与横窦的位置关系,选择相应的骨瓣设计。同时这类患者常合并额颞部对冲伤,因此要注意对冲伤的处理和病情观察。

【参考文献】

[1] Dirim BV, Orük C, Erdoğan N, *et al.* Traumatic posterior fossa hematomas [J]. *Diagn Interv Radiol*, 2005, 11(1): 14-18.

[2] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海:上海医科大学出版社,2001. 236.

[3] 何国龙,金许洪,秦福创,等. 枕部骑跨性硬膜外血肿清除术43例分析[J]. *浙江创伤外科*, 2012, 17(5): 605-606.

[4] 梁成,朱宗锦,刘俊华. 骨瓣成形术治疗横窦骑跨型硬膜外血肿17例[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2009, 14(12): 744-745.

[5] 梁枫,龚宏杰. 骑跨横窦骨瓣成形术治疗横窦骑跨性硬膜外血肿16例报告[J]. *苏州大学学报(医学版)*, 2010, 30(5): 1098-1099.

[6] 张洪俊,司永兵,张荣伟,等. 横窦骑跨性硬膜外血肿的诊断治疗[J]. *中华神经外科杂志*, 1996, 11(12): 381.

(2015-01-15收稿,2015-03-19修回)