

. 经验介绍 .

老年双侧慢性硬膜下血肿的钻孔引流术治疗

张宗恒 杨金福 卢韶华

【摘要】目的 比较一期和分期钻孔引流术治疗老年双侧慢性硬膜下血肿的临床效果。**方法** 回顾性分析 2015 年 1 月至 2019 年 1 月钻孔引流术治疗的 26 例双侧慢性硬膜下血肿的临床资料。16 例一期完成双侧钻孔引流术(一期组), 10 例分期完成双侧钻孔引流术(分期组)。**结果** 两组术后均未出现死亡病例及颅内感染病例。一期组术后发生气颅 5 例(31.2%, 5/16), 血肿复发 3 例(18.7%, 3/16)。分期组未发现气颅及血肿复发。两组术后气颅发生率、血肿复发率均无统计学差异($P>0.05$)。一期组住院时间 $[(11.6\pm3.6)\text{d}]$ 较分期组 $[(14.7\pm2.2)\text{d}]$ 明显缩短($P<0.05$)。一期组手术时间 $[(82.9\pm5.1)\text{min}]$ 、引流管留置时间 $[(5.9\pm1.9)\text{d}]$ 与分期组 $[(81.3\pm20.8)\text{min}]$ 、 $[(6.8\pm2.3)\text{d}]$ 均无统计学差异($P>0.05$)。术后 1 个月, 一期组 Markwalder 评分 0 分 9 例, 1 分 4 例, 2 分 2 例, 3 分 1 例, 分期组 0 分 7 例, 1 分 2 例, 2 分 1 例。两组术后 1 个月 Markwalder 评分无统计学差异($P>0.05$)。**结论** 一期和分期完成双侧钻孔引流术, 均可有效治疗老年双侧慢性硬膜下血肿, 但一期手术可缩短住院时间。

【关键词】 双侧慢性硬膜下血肿; 老年人; 钻孔引流术; 一期手术; 分期手术; 疗效

【文章编号】 1009-153X(2021)03-0202-02 **【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 Haematoma, CSDH)多见于老年人, 其中 16%~20% 为双侧 CSDH^[1], 尤其是 75 岁以上以及凝血机制障碍的病人, 更为常见^[2]。钻孔引流术是治疗 CSDH 的主要方式^[3]。2015 年 1 月至 2019 年 1 月钻孔引流术治疗双侧 CSDH 共 26 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 入组标准: 年龄>60 岁; 符合双侧幕上 CSDH 诊断标准^[4], 术前无昏迷, 术前头部 CT 示中线移位<1 cm; 接受钻孔引流术治疗; 术后常规口服阿托伐他汀满 5 周; 术后随访资料及影像资料完整。排除标准: CSDH 并急性出血; 有严重基础疾病不能耐受手术。

纳入符合标准的 CSDH 共 26 例, 其中 16 例一期完成双侧钻孔引流术(一期组), 10 例分期完成双侧钻孔引流术(分期组)。两组性别、年龄、术前 GCS 评分、抗凝药物服用史等均无统计学差异($P>0.05$, 表 1)。

1.2 手术治疗 采取侧卧位, 选取顶结节附近血肿最厚区域为钻孔部位, 一般钻一个孔, 使其位于最高点, 围绕钻孔部位做冠状直切口, 长约 3 cm, 全层切

开至颅骨并将伤口撑开。钻孔后可用咬骨钳适当扩大骨孔, 直径约 1.5 cm。硬膜外止血彻底后, 从切口向枕后旁开 2 cm 皮下引出硅胶引流管, 尾端夹闭, 前端保留足够长度。“+”字型逐层挑开硬膜并分离至血肿膜, 引流管前端往额叶方向轻柔捅破血肿膜置入约 4 cm, 确定引流管通畅, 缝合伤口并固定引流管, 外接密闭引流系统。一般情况下, 不常规作术中灌洗。一期组完成一侧钻孔引流术后, 紧接着变换体位, 对侧行对侧钻孔引流术。分期组先行血肿量多的一侧钻孔引流术, 术后根据引流情况及复查头部 CT 情况, 在拔除首次手术引流管后再行对侧钻孔引流术。

1.3 术后处理 术后采取头低脚高卧位, 在心脏条件允许的情况下, 每日输等渗液 2 000~3 000 ml 促进脑组织复张。引流瓶位置略低于切口位置 5~10 cm。术后口服阿托伐他汀(20 mg/d)。术后 3 d 内、术后 7~14 d 以及术 14~30 d 至少复查一次头部 CT(一个月内至少复查三次)。若 CT 示脑组织复张满意或血肿残留<10 ml, 考虑拔除引流管; 若血肿残留较多, 延长引流管留置时间, 予尿激酶 2 万 U(1 次/12 h), 在引流量明显减少且颜色变淡时, 复查 CT 考虑拔管。

1.4 评价指标 包括手术时间(分期手术为两次总手术时间)、住院天数、引流管留置时间(分期手术为两次总的带管时间)、气颅发生率、血肿复发率以及术后 1 个月 Markwalder 评分^[5]。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 20.0 软件分析; 计量资料

表 1 两组病人基线资料比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄(岁)	术前 GCS 评 分(分)	外伤史(例)		抗凝药物服用史(例)		血肿分层(例)	
		男	女			有	无	有	无	有	无
一期组	16	10	6	70.4±6.5	12.3±1.0	15	1	7	9	5	11
分期组	10	6	4	72.9±8.9	12.3±1.2	8	2	4	4	4	6

以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 Fisher 确切概率法检验;等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验;以 $P<0.05$ 差异为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后并发症比较 两组术后均未出现死亡病例及颅内感染病例。一期组术后发生气颅 5 例(31.2%, 5/16),血肿复发 3 例(18.7%, 3/16)。分期组未发现气颅及血肿复发。两组术后气颅发生率、血肿复发率均无统计学差异($P>0.05$)。

2.2 两组术后临床效比较 一期组住院时间[(11.6±3.6)d]较分期组[(14.7±2.2)d]明显缩短($P<0.05$)。一期组手术时间[(82.9±5.1)min]、引流管留置时间[(5.9±1.9)d]与分期组[分别为(81.3±20.8)min、(6.8±2.3)d]均无统计学差异($P>0.05$)。

术后 1 个月,一期组 Markwalder 评分 0 分 9 例,1 分 4 例,2 分 2 例,3 分 1 例,分期组 0 分 7 例,1 分 2 例,2 分 1 例。两组术后 Markwalder 评分无统计学差异($P>0.05$)。

3 讨论

本文结果显示一期手术和分期手术后 1 个月 Markwalder 评分无统计学差异($P>0.05$),说明手术分期本身并不能改变双侧 SDH 的总体预后。但是一期手术可缩短 3 d 左右住院时间;与术前预估不一致的是,一期手术并不能降低引流管留置时间($P>0.05$)。Torihashi 等^[6]认为老年双侧 CSDH 病人多数脑萎缩明显,脑组织术后复张较慢。一期手术同时行双侧血肿引流术可能较单侧引流更不利于脑组织复张,在脑组织未充分复张的情况下,血肿残余较多,会增加引流管留置时间。

另外,本文并未发现分期手术病人一侧血肿减压后对侧血肿明显扩大情况。这可能由于 CSDH 并不象急性硬膜下血肿存在活动性动脉出血点^[7],而通过自然引流并不会急剧改变局部颅腔压力。同时辅以适当药物治疗控制局部血管炎症反应也有利于避免这一情况。本文 3 例分期手术病人首次手术完成

优势血肿侧引流后,通过药物治疗,对侧血肿未再进一步扩大,病人症状好转后家属不愿再行手术治疗,随访 1 个月血肿较前缩小。研究表明,阿托伐他汀治疗 CSDH,可减少血肿复发及再次手术治疗的几率^[8]。因此,我们认为如果双侧 CSDH,在优势血肿钻孔引流后情况平稳且对侧血肿没有扩大,予以阿托伐他汀药物治疗并观察也是一个选择。

综上所述,一期和分期完成双侧钻孔引流术,均可有效治疗老年双侧慢性硬膜下血肿,但一期手术可缩短住院时间。

【参考文献】

[1] Penchet G, Loiseau H, Castel JP. Chronic bilateral subdural hematomas [J]. Neurochirurgie, 1998, 44(4): 247-252.

[2] Oyama H, Ikeda A, Inoue S, *et al.* The relationship between coagulation time and bilateral occurrence in chronic subdural hematoma [J]. No To Shinkei, 1999, 51: 325-330.

[3] 赵 明,傅相平,张志文,等. 慢性硬膜下血肿钻孔术中生理盐水冲洗对治疗效果的影响[J]. 中国临床神经外科杂志, 2020, 25(3): 167-168.

[4] 吴承远,刘玉光主编. 临床神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 157-159.

[5] Markwalder TM, Steinsiepe KF, Rohner M, *et al.* The course of chronic subdural hematomas after burr-hole craniostomy and closed-system drainage [J]. J Neurosurg, 1981, 55(3): 390-396.

[6] Torihashi K, Sadamasa N, Yoshida K, *et al.* Independent predictors for recurrence of chronic subdural hematoma: a review of 343 consecutive surgical cases [J]. Neurosurgery, 2008, 63(6): 1125-1129.

[7] Markwalder TM. Chronic subdural hematomas: a review [J]. Neurosurgery, 1981, 54: 637-645.

[8] Min X, Pin C, Xun Z, *et al.* Effects of atorvastatin on conservative and surgical treatments of chronic subdural hematoma in patients [J]. World Neurosurg, 2016, 91: 23-28.

(2019-04-20 收稿, 2020-07-16 修回)