

微创治疗老年人慢性硬膜下血肿

李玉明, 隋建美, 刘 沔, 郑 锴, 迟乃新, 连顺生

(贵阳医学院附院 神经外科, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 总结微创治疗老年人慢性硬膜下血肿的效果。方法: 对47例老年人慢性硬膜下血肿患者行改良小骨窗钻孔引流术, 观察微创手术时间、手术中出血量及住院时间, 术后行CT扫描观察治疗效果, 随访并发症发生情况。结果: 手术时间40~120 min, 平均55 min; 术中平均出血量<50 ml, 术后住院天数5~15 d, 平均住院天数7 d; 所有病例手术后均作CT扫描, 证实疗效满意。结论: 改良小骨窗钻孔引流术治疗老年人慢性硬膜下血肿具有创伤小, 治疗效果佳的优点。

[关键词] 老年人; 慢性硬膜下血肿; 钻孔引流术; 微创

[中图分类号] R651.11 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)06-0648-02

慢性硬膜下血肿指外伤发生3周以上才出现症状, 位于硬脑膜与蛛网膜之间具有包膜的血肿, 是一种多发于脑外伤后老年人的常见疾病, 目前钻孔引流或骨瓣成形开颅术式用于治疗此病尚存在一些不合理之处, 2002年6月~2011年10月应用微创改良术式治疗本病, 疗效满意, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 慢性硬膜下血肿病例47人, 男性29例, 女性18例, 年龄60~85岁, 平均69.5岁。临床表现为头痛的33例, 反应迟钝9例, 术前有轻偏瘫11例, 发病前有外伤病史38例。

1.2 治疗方法 皆选用局部麻醉, 在头皮上血肿投影范围内, 一般选择颞顶部做“L”形皮切口, 充分牵开皮肤后用单极电刀“十”字形切开肌层及骨膜暴露颅骨, 用乳突牵开器充分撑开软组织, 钻孔后用咬骨钳扩成约3 cm直径骨窗, “十”字形剪开硬脑膜并缝针悬吊以增加暴露面积, 部分切除血肿包膜壁层, 用双侧孔细导尿管伸入血肿腔各方向反复冲洗至流出液体接近无色透明, 血肿腔内置引流管一根, 缝合硬膜, 用钛网覆盖骨窗再用一枚钛钉固定, 硬膜缝线常规悬吊打结于钛网上, 皮下置引流管一根, 分三层缝合头皮。血肿腔及皮下引流管皆采用闭式引流, 48 h后拔除引流管。

2 结果

18例行双侧硬膜下慢性血肿手术, 29例行单

侧手术。血肿体积70~100 ml者16例, 100~150 ml者26例, 150~200 ml者5例。手术时间40~120 min, 平均55 min, 术中平均出血量<50 ml, 术后住院天数5~15 d, 平均住院7 d。所有病例手术后CT扫描, 证实疗效满意, 住院期间及出院后门诊随访6月皆未出现脑损伤、术后再发急性血肿、术后慢性血肿复发及手术处头皮凹陷或皮肤愈合不良及颅内感染等情况。

3 讨论

鉴于老年人各重要脏器功能皆退化、往往还可能合并其它老年病症的特点, 针对老年患者的手术治疗方式, 应尽量选择医源性创伤小、出血量少、对身体干扰最小的术式, 故微创手术的理念, 对老年患者更为重要。

目前对硬膜下慢性血肿的主流术式为钻孔引流和骨瓣成形开颅术^[1]。在临床实践中发现这些术式存在较多不合理之处, 如血肿较薄或血肿脏层包膜不明显时, 在钻孔放出部分血肿后, 大脑皮层就会迅速膨起贴近骨孔, 再加上骨孔窄小使引流管被插入颅腔时较难改成平行于脑表面的方向, 所以在术者试图将引流管插入血肿腔时, 就有可能误伤皮层乃至插入脑实质内, 引起脑损伤或难以处理的术中出血, 导致手术失败或残留神经功能损害; 骨瓣成形术虽然术中暴露满意, 却因为创伤较大, 往往还必须在全麻下进行, 对老年患者干扰较大, 亦不是一种较为合理的选择。而本组患者采用的术式, 回避了前两种传统术式的缺点, 却兼收二者之

优点,既操作简单省时出血极少,又暴露满意,且几乎无误伤皮层的风险。

相对于双孔引流术式^[2],在绝大部分病例中用本术式,引流管完全可进入血肿腔内各位置,足以引流彻底,对血肿最大径线超过 15 cm 或血肿腔内存在分隔者,可考虑选用双孔术式,其操作过程与本术式相同。

对于部分血肿范围大,且术中发现血肿包膜脏层未形成,血肿流出后脑皮层几乎贴于骨窗缘的患者,考虑到冲洗管进入血肿腔深部有造成损伤尤其是出血的危险,建议冲洗范围不必过大,一般不超过骨孔缘 3 cm。为消除部分血肿内容残留导致血肿复发的可能性,建议用 1 ml 注射器细针尖挑开蛛网膜 0.5 cm,使血肿腔与蛛网膜下腔打通,利用脑脊液不断进入血肿腔以冲洗降低血肿内血红蛋白分解产物浓度的方法预防血肿复发^[3-4]。但部分患者可能会出现术后癫痫或脑血管痉挛,可常规使用抗癫痫药和钙离子拮抗剂来对症治疗。

传统小骨窗手术相对于采用直切口^[5],本组患者手术时圆弧切口或“L”形切口更加合理,因为这两种切口造成的皮肤牵开宽度更大,使手术暴露更充分,且缝合后颅骨创缘及钛板几乎全被皮瓣覆盖,从而大大减少了创口愈合不佳及脑脊液漏等并发症的发生机率。

为避免小骨窗开颅术后远期骨孔处皮肤内陷遗留患者安全隐患和心理障碍的情况发生,建议在关颅时以小片钛板常规覆盖骨窗,并用一枚钛钉固定,以防钛板移动内陷或外翘等意外出现。

使用小骨窗钻孔引流术式需要注意的几个要点:(1)由于手术创面比较小,且本病多好发于体质较衰弱的老年患者,故建议尽量选用局部麻醉或局麻加强化麻醉,以减少全身麻醉对患者所造成的打击;(2)切开头皮后,使用单极电刀切割分离皮下软组织,可明显减少手术出血;(3)“十”字形切开硬膜后,将其四边悬吊缝合,可明显改善暴露,术毕时可借用悬吊线相互打结关闭硬膜切口,并将此悬吊线绕过钛网在外面打结,可起到向外悬吊硬膜减少硬膜外血肿发生的作用;(4)冲洗用导尿管本身已有一侧孔,但术者应在其后方约 5 mm 处再剪

另一侧孔,可有效避免在冲洗及抽吸血肿时造成深部创伤和出血;(5)在血肿腔内留置引流管时,引流管靠大脑一侧常规放置明胶海绵一块,以保护脑组织,减少导管造成脑损伤及出血;(6)缝合关闭硬膜前,应将切口置于高位再用生理盐水沿引流管充分注入血肿腔,彻底排尽血肿腔内积气,避免医源性气颅发生;(7)完全缝合好硬膜后,用明胶海绵覆盖硬膜切口创缘,再覆盖钛板,以减少创口渗血倒流入血肿腔内导致血肿复发;(8)剪开血肿包膜壁层时,若脑压较高导致血肿内液喷射而出,一定要用指尖或脑绵覆盖,用 3~5 min 缓慢释放,以避免患者颅压骤降导致血压下降或颅内其它部位出血^[6-7];(9)在钛板紧贴引流管的部位,应剪出一个小的缺口,确保引流管通畅,并防范拔管时钛板勾扯引流管导致拔管困难或引流管断裂残留;(10)术后患者宜取头低足高体位,并适当扩容治疗,以利脑容积回复,促进血肿腔消失或缩小。

4 参考文献

- [1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2004:450.
- [2] 蒋敏杰. 慢性硬膜下血肿诊治体会[J]. 医学信息,2008(9):1212
- [3] Cuny E. Physiopathology of chronic subdural hematoma [J]. J Neurochirurgie,2001(5):464-468.
- [4] Iplikcioglu AC, Berkman MZ, Bek S, et al. Phenytoin penetration into chronic subdural haematomas [J]. Br J Neurosurg,2004(1):35-39.
- [5] 段国升. 神经外科手术学[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社,2004:59.
- [6] Diaz P, Maillo A. Intracerebral hemorrhage following chronic subdural hematoma evacuation: report of 2 cases and review of the literature [J]. J Neurocirurgia (Astur),2003(6):537-538.
- [7] Sousa J, Golash A, Vaz J, et al. Spontaneous intracerebral haemorrhage following evacuation of chronic subdural hematomas [J]. J Clin Neurosci,2004(7):794-796.

(2012-07-25 收稿,2012-09-25 修回)

编辑:周 凌