外伤性硬膜下积液 28 例治疗体会

龚 明，黄旅黔，章德勇，刘金辉，廖 昆
（兴义市人民医院 神经外科，贵州 兴义 562400）

［摘 要］**目的：**探讨外伤性顽固性硬膜下积液的治疗方法。**方法：**对 28 例患者行小骨窗积液清除、蛛网膜造瘘加腰大池引流治疗。**结果：**28 例患者治疗后随访 1 ~ 12 月，26 例积液消失，2 例明显减少，未发生并发症。**结论：**小骨窗积液清除、蛛网膜造瘘加腰大池引流治疗外伤性顽固性硬膜下积液是有效的方法。

［关键词］外伤性硬膜下积液；蛛网膜；引流术
［中图分类号］R651.11 ［文献标识码］B ［文章编号］1000-2707(2012)03-0308-02

外伤性硬膜下积液（traumatic subdural effusion，TSE）是颅脑损伤后较为特殊的类型，它可发生在颅脑外伤的当时，也可发生在颅脑外伤之后的迁延恢复期，发生率占颅脑外伤的 1.16% ~ 10%[1]。大部分硬膜下积液可经药物治疗吸收，但顽固性硬膜下积液经单纯引流或开颅积液清除仍不能治愈。2006 年 6 月 ~2011 年 6 月收治顽固性外伤性硬膜下积液 28 例，均采用小骨窗积液清除、蛛网膜造瘘加腰大池引流的手术方法，疗效良好，现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男性 20 例，女性 8 例；年龄 18 ~ 80 岁，平均 50.16 岁；急性 6 例，亚急性 16 例，慢性 6 例。受伤原因：车祸伤 18 例，坠落伤 6 例，跌打伤 4 例。TSE 均经头颅 CT 或 MRI 检查证实，位于额颞部或额颞顶部，其中单侧 10 例，双侧 18 例。积液量按多田公式计算在 40 ~ 120 ml，平均 60 ml。

1.2 临床表现 头痛 20 例，头昏 16 例，呕吐 5 例，意识障碍 6 例，肢体偏瘫 6 例。其中伴脑挫伤 20 例，硬膜下血肿 5 例，脑内血肿 5 例，硬膜外血肿 4 例，外伤性蛛网膜下腔出血 5 例，颅骨骨折 6 例。有 18 例行手术治疗，10 例保守治疗。清醒 16 例，嗜睡 6 例，浅昏迷 5 例，中度至深度昏迷 1 例。

1.3 手术指征 （**1**）积液量大于 30 ml，保守治疗无效；（**2**）头颅 CT 或 MRI 检查有明显脑受压或出现中线偏移；（**3**）因积液引起颅内压增高或出现昏迷；（**4**）慢性硬膜下积液量逐渐增加或出现临床症状或体征。

1.4 治疗方法 28 例 TSE 患者均先保守治疗无效后，有 16 例行单纯钻孔引流术，4 例行腰大池引流术，8 例行蛛网膜造瘘术，所有病例术后均积液复发，治疗无效。最后 28 例患者均行小骨窗积液清除、蛛网膜造瘘加腰大池引流的手术方法治疗。所有患者均选择全麻，头偏向对侧（双侧积液患者以积液量多侧为手术侧），于额颞顶部取小问号切口，取大小约 5 cm × 4 cm 骨瓣，暴露外侧裂区，悬吊硬脑膜一圈后，呈马蹄形剪开硬脑膜，清除积液及包膜后，在显微镜下沿外侧裂主干和前部剪开蛛网膜，使侧裂池与积液腔相通，漏口壁烧灼确切，漏口大于 2 cm，防止再次愈合，保持脑脊液循环通畅并用生理盐水反复冲洗，部分患者侧裂区蛛网膜有破口，扩大破口即可。缝合硬脑膜，回纳骨瓣，彻底止血后严密缝合肌肉及筋膜，术后返回病房即行腰大池持续引流 5 ~ 7 d。同时增加补液量，限制脱水，改善脑循环。在治疗期间，限制病人过度活动，防止因外力导致桥静脉断裂而转成硬膜下血肿[2]。

2 结果

术后第 2 天复查头颅 CT，术区有不同程度的积液及积气，部分患者出现头痛加重或呕吐等症状，给予对症处理后均缓解；术后随访 1 ~ 12 月复查头颅 CT，26 例患者积液消失，2 例积液明显减少，无并发症发生，疗效满意。

3 讨论

外伤性硬膜下积液又称外伤性硬膜下水瘤，其

发病原理主要有:(**1**)多数是由于颅脑损伤造成蛛网膜破裂,破口存在单向活瓣作用;(**2**)颅脑损伤后破坏了正常血脑屏障,毛细血管通透性增强,血浆成分大量渗出,形成积液聚集于硬膜下腔;(**3**)广泛脑挫裂伤,开颅术后脑水肿,脑血管痉挛,术后脑外膨时脑组织嵌压在骨窗边缘造成蛛网膜粘连,使脑脊液循环受阻,聚积在局部形成积液[3,4]。目前国内外多数学者认同蛛网膜单向活瓣作用学说[5],认为外伤致侧裂、视交叉区及脑表面的蛛网膜撕裂形成单向活瓣,蛛网膜下腔的脑脊液随着脑搏动通过裂口进入蛛网膜下腔,但不能回流,硬膜下腔与脑脊液循环不相通,脑脊液渗入到硬脑膜下腔,在短时间内不能吸收,聚积而形成积液[6]。

硬膜下积液大部分患者可用药物保守治疗吸收,少部分患者无效甚至积液量增加。开颅单纯钻孔引流积液,但术后容易复发,是因单纯钻孔引流持续有脑脊液流入积液腔,积液量并不减少,拔管后复发甚至加剧[7]。蛛网膜造瘘术后蛛网膜下腔与硬膜下腔相通,能够促进硬膜下积液回流入蛛网膜下腔,但它们之间有脑脊液流动,不利于破口愈合,仍有积液存在。给予腰大池引流后,脑脊液从腰大池外流,硬膜下腔与蛛网膜下腔无液体流动,很容易粘合在一起,从而导致积液与腔隙消除;另外,腰大池引流还可促进脑脊液循环,减少远期脑积水的发生率。

本组患者外伤性顽固性硬膜下积液采用小骨窗积液清除、蛛网膜造瘘加腰大池引流疗效好,创伤不大,未见复发,值得临床推广。

4　参考文献

[1] 陈凯,何鹏,陆俊地,等. 外伤性硬膜下积液临床分析[J]. 现代诊断与治疗,2007(3):183 - 184.

[2] 冯士军,石瑞成,张春阳,等. 腰池引流及腰穿放液治疗外伤性硬膜下积液[J]. 中国临床医生,2009(9):246 - 248.

[3] 李战义,吕荣乾,翟晓慧,等. 外伤性硬膜下积液和水瘤[J]. 中华神经外科杂志,1995(6):113 - 114.

[4] 王忠诚. 神经外科学:2 颅脑损伤篇[M]. 21 版. 武汉:湖北科学技术出版社,1998:343.

[5] Leeks,Bee Wk,DohJW. et al. Origin of chronic subdural hez matoma and relation to traumatic subdural lesions[J]. Brain in 2 jury,2008(12):901 - 910.

[6] 刘小波,林爱国,何程,等. 小骨窗开颅加蛛网膜造瘘治疗外伤性硬膜下积液[J]. 西部医学,2009(4):178 - 180.

[7] 刘英超,孟祥靖. 顽固创伤性硬膜下积液的治疗[J]. 创伤外科杂志,2007(1):49 - 52.

(2012 - 02 - 01 收稿,2012 - 03 - 14 修回)

编辑:余　堃

(上接第 307 页)

[6] Travis LB,Rabkin C, Brown LM, et al. Cancer survivorship-genetic second primary cancers: research strategies and recommendations[J]. Natl Cancer Inst,2006(1):15 - 25.

[7] Travis LB,Fossa SD,Sehonfeld SJ,et al. Seeond cancers among 40,576 testicular cancer Patients:focus on long - term survivors[J]. Natl Cancer Inst,2005(18):1354 - 1365.

[8] 蔡昌豪,杨少波,吴本俨,等. 多原发癌组织中 p53 表达状况研究[J]. 肿瘤防治研究,2005(5): 282 - 283.

[9] Simpkin F,Zahurak Y, Armstrong D,et al. Ovarian malignancy in Breast cancer patients with an adnexal mass [J]. Obstet Gynecol,2005(3):507 - 513.

(2012 - 02 - 27 收稿,2012 - 03 - 23 修回)

编辑:潘　娅