

单孔双管冲洗引流术治疗慢性硬膜下血肿

刘泽飞, 孔德东, 杨仁伟, 孙 涛

(1) 曲靖市第二人民医院神经外科, 云南 曲靖 655000; 2) 昆明医科大学第一附属医院微创神经外科, 云南 昆明 650031

[关键词] 单孔双管; 冲洗引流; 慢性硬膜下血肿

[中图分类号] R743.34 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 07-0108-02

慢性硬膜下血肿是神经外科最常见的疾病之一, 约占颅内血肿的 10%, 起病隐袭, 病程较长, 症状多不典型, 好发于中老年人, 不同年龄段都有发生, 病人常有头部损伤病史, 发病隐匿, 但后果严重. 慢性硬膜下血肿的有效方法是钻孔引流, 但具体操作有多种方式, 仍然存在血肿残留、复发、颅内积气及并发硬膜外血肿的问题. 曲靖市第二人民医院自 2005 年 1 月 2011 年 12 月通过开展慢性硬膜下血肿单孔双管冲洗引流术治疗病人 136 例, 效果良好, 现报道如下.

1 资料与方法

1.1 临床资料

自 2004 年 6 月至 2012 年 5 月, 在曲靖市第二人民医院神经外科神经外科通过单孔双管冲洗引流术为 136 例慢性硬膜下血肿患者进行治疗. 本组病例男性 95 例, 女性 41 例; 年龄 42 ~ 91 岁, 平均 64 岁. 有明确致伤原因的 77 例, 原因不明的 59 例. 病程 25 ~ 146 d. 临床表现以颅内压增高症状为主的 71 例, 肌力减退为主的 41 例, 精神症状为主的 11 例, 意识模糊 9 例, 癫痫为主的 4 例. 其他症状还合并有头晕、性格改变、记忆力、判断力减退、痴呆、精神异常等. 查体示: 视神经乳头水肿 55 例, 锥体束征阳性 27 例. 入院时均经行头颅 CT 或 MRI 确诊, 血肿位于额颞顶枕 103 例, 额颞部 20 例, 额顶部 13 例, 其中双侧血肿 15 例.

1.2 治疗方法

麻醉成功后行双管冲洗引流术. 具体方法如下: (1) 根据术前 CT 或 MRI 选择血肿最厚层的中心点为钻孔点, 以此点为中心, 纵形切开头皮肌肉全层约 4 cm; (2) 皮缘及肌肉止血彻底, 钝性剥离骨膜, 乳突撑开器牵开头皮及肌肉形成骨窗, 中心部位钻孔, 并于骨孔的额枕方向各咬开约 5 mm 缺损, 外板多咬出一些形成斜坡状骨槽以备引流管置入. 骨蜡封闭板障出血点; (3) 双极电凝脑膜止血; (4) 尖刀片切开脑膜, 减压, 电凝脑膜出血, 同时四角悬吊硬脑膜防止硬膜外血肿形成; (5) 置入 F12 硅胶引流管沿各个方向冲洗至流出液清亮、无血块; (6) 分别向额、枕方向置入 F12 ~ 14 号带侧孔的硅胶引流管, 管端尽量达到血肿边缘, 两管在骨孔处交叉后通过骨槽从头皮切口两侧另戳孔引出, 检查引流通畅后明胶海绵填塞骨孔; (7) 分层缝合头皮并固定引流管^[1,2]. 头部复位后从枕部引流管冲入生理盐水, 排除颅内积气. 枕部引流管经三通接引流袋, 额部引流管接引流袋. 包扎伤口术毕; 双侧血肿的患者同法行另一侧手术; (8) 回病房后用 500 mL 生理盐水经三通接到枕部引流管, 30 ~ 60 滴 /min 持续冲洗血肿腔, 根据冲洗液情况, 可以冲洗 1 ~ 3 次, 冲洗液清亮后动态复查头颅 CT, 术后 24 ~ 48 h 引流干净后拔出引流管. 术后观察对症处理.

1.3 治疗效果

一侧手术时间约 30 ~ 40 min, 术后患者头痛等临床症状明显减轻或消失, 偏瘫肢体肌力逐渐恢复正常, 达到临床治愈的效果. 136 例中 92 例血

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目 (81260297); 云南省科技厅 - 昆明医科大学联合专项基金资助项目 (2012FB037)

[作者简介] 刘泽飞 (1968 ~), 男, 云南宣威市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事神经外科临床工作.

[通讯作者] 孙涛. E-mail:stysyj@163.com

肿完全消失; 31例有少量硬膜下积液, 无明显占位效应; 1例并发硬膜外血肿, 给予开颅手术; 1例残留血肿并且仍有占位效应, 再次手术发现血肿分隔, 打开隔膜再次置管引流; 1例术后1月复发再次手术后恢复. 本组病例中患者术后随访1a, 损伤后神经功能障碍恢复, 康复良好^[9].

2 讨论

慢性硬膜下血肿发生的病理生理机制主要有渗透压学说、局部纤溶亢进学说和血肿包膜形成学说等. 当因高龄、脑萎缩等原因所致的硬脑膜下腔足够大时, 液体的吸收通常被延迟, 导致硬膜下积液. 硬膜下积液的持续存在, 进而刺激慢性硬膜下血肿的形成和发展. 患者既往有头部外伤病史, 且多为老年人, 额部和枕后区受力后, 脑组织移动牵拉硬脑膜, 损伤大脑表面与硬脑膜相连的结构如桥脉、静脉窦和蛛网膜粒后出血, 逐渐出现慢性颅内压增高的临床症状^[4].

慢性硬膜下血肿有外科手术指针者, 采用的外科手术方式有两种: (1) 钻孔引流法: 大家多采用单孔单管、双孔双管、单孔双管等方法; (2) 通过开颅清除血肿和包膜(骨瓣方式). 但其创伤大, 只在慢性硬膜下血肿形成早期及包膜形成后使用^[4]. 手术并发症: (1) 脑组织损伤: 术中要认真细致操作, 尤其是处理硬脑膜和埋管清洗时; (2) 气颅(张力性): 颅腔内空气排不净或者术后继发^[5]; (3) 血肿复发: 血肿取出后, 颅内压变化引起静脉损伤出血或者血肿包膜处理不彻底(4) 硬脑膜外血肿: 术中损伤到硬脑膜与颅骨之间的静脉所致^[6]; (5) 血肿残留或硬膜下积液: 患

者因高龄、脑萎缩等原因所致的硬脑膜下腔扩大, 导致硬膜下积液, 硬膜下积液的持续存在, 或因血肿腔引流不彻底或者血肿腔内渗透压高所致.

曲靖市第二人民医院神经外科开展的单孔双管冲洗引流术治疗慢性硬膜下血肿, 针对本病的发病机理和可能出现的并发症而设计, 具备以下优点:

(1) 通过一个骨孔留置两根引流管, 创伤小; (2) 减少血肿死腔, 引流彻底; (3) 双管冲洗可以完全排出颅内积气, 同时冲洗引流不仅解除了高颅压, 也缓解了血肿液的高渗透压、高纤溶状态, 防止血肿的复发和残留, 保持引流管的通畅; (4) 四角悬吊硬脑膜, 防止硬膜外血肿的发生.

综上所述, 单孔双管引流术是慢性硬膜下血肿有效的治疗方式之一, 术式简便, 治疗效果好. 我科所治疗的136例患者, 虽然有3例出现了不同的并发症, 但较文献报道的并发症低, 临床效果满意, 值得临床推广.

[参考文献]

- [1] 周良辅. 神经外科手术图解[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 236.
- [2] 王国涛. 单孔双管和双孔双管引流治疗慢性硬膜下血肿疗效探讨[J]. 中国现代医生, 2009, 47(11): 153.
- [3] 向欣, 杨华, 李玉明, 等. 不同术式治疗慢性硬膜下血肿比较分析[J]. 贵州医药, 2008, 32(7): 618 - 619.
- [4] 苏少波, 张建宁. 慢性硬膜下血肿发病机制研究进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2009, 36(3): 223.
- [5] 朱创业, 黄思庆, 周俊, 等. 改良钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿[J]. 华西医学, 2009, 24(9): 2 230 - 2 231.
- [6] 陈尚友, 丁伯强. 慢性硬膜下血肿术后复发原因探讨及对策[J]. 安徽医学, 2005, 26(5): 411.

(2013 - 03 - 18 收稿)