

神经内镜辅助下清除慢性硬膜下血肿 36 例临床分析

罗选荣, 苏松, 陆显祯, 赵璧, 袁川, 朱云飞
(文山州人民医院神经外科, 云南文山 663000)

[关键词] 慢性硬膜下血肿; 钻孔冲洗引流; 神经内镜辅助下

[中图分类号] R651.1+5 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 11-0120-02

慢性硬脑膜下血肿的治疗首选钻孔冲洗引流^[1]。文山州人民医院自 2009 年 7 月至 2012 年 5 月采用神经内镜辅助下钻孔冲洗引流清除术治疗慢性硬脑膜下血肿 36 例, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共 36 例, 其中男 20 例, 女 16 例; 年龄 47~82 岁, 平均 65 岁。其中 34 例有明确的头部外伤史, 病程 3 周~3 月。

1.2 临床表现

主要有头痛、头晕、恶心呕吐、视力下降、记忆力减退、精神迟钝、失语、偏瘫、局灶性癫痫等。

1.3 影像学检查

36 例患者全部行头颅 CT 平扫, 显示颅骨内板下半月形等密度或者等高密度混合影, 其中血肿量小于 50 mL 者 5 例, 50~100 mL 者 23 例, 大于 100 mL 者 8 例, 中线移位 5~10 mm 者 15 例, 大于 10 mm 者 21 例, 血肿单侧 35 例, 双侧 1 例。其中 6 例行头颅 MRI 检查提示; 硬脑膜下长 T1、长 T2 信号影。

1.4 治疗方法

1.4.1 麻醉、体位 所有患者采用全麻插管, 平卧、头偏向健侧 30~40°。

1.4.2 操作方法 术前定位于血肿中央稍偏向后(枕部), 单孔颅骨钻孔(本科使用蛇牌内镜为硬通道内镜、故颅骨钻孔后行咬骨钳咬扩骨孔成“十”字型、约 2.5 cm×2.5 cm 大小, 以便置入内镜观察冲洗、吸引血肿及清除血肿纤维间隔), 切开硬脑膜, 清除局部血肿包膜, 硬脑膜下血肿多在压力下自行溢出, 待颅内压力缓解后, 此时尚

有相当部分血肿滞留, 朝向各方向置入神经内镜直视下边冲洗边吸引清除血肿, 如有血肿隔膜则用配套标本钳清除纤维间隔, 同时注意对血肿包膜不宜过多骚扰, 以免导致包膜出血或损伤脑组织, 术毕硬脑膜下仍朝向额部置入脑式引流管引流 24~48 h, 头低足高位、卧向患侧, 不用脱水药物, 鼓励患者多饮水及输注低渗盐水等, 术后 1 周可行高压氧治疗 1~2 个疗程 (10~20 d) 可促进残腔内积液的吸收。

2 结果

36 例患者手术均获成功, 术后患者临床症状消失或显著改善, 术后第 1 天复查头颅 CT 血肿较术前明显减少, 血肿残腔内为水样低密度影及少量积气, 受压脑组织及中线移位不同程度恢复(见图 1), 1 例出现新鲜出血, 量约 10 mL, 1 例出现癫痫大发作, 无继发颅内血肿及张力性气颅、脑脊液漏、颅内感染等, 均未行二次手术, 2 周后复查头颅 CT, 血肿残腔水样低密度影及少量积气基本吸收。随防 3 个月至 1 a, 无 1 例复发。

3 讨论

慢性硬脑膜下血肿以老年人多见, 患者多有外伤史, 之前的观点认为; 外伤后 2~3 周血肿包膜形成, 包膜形成后由于血肿液化, 蛋白质分解, 使其内的渗透压增高, 脑脊液自蛛网膜下腔渗入包膜内, 加之血管的血浆渗入, 进一步增加了其内的渗透压, 以致血肿的体积不断增大^[2], 但上述观点目前已被大多数人否定, 认为血肿不断增大, 与病人脑萎缩, 颅内压降低, 静脉张力增高及凝血机制障碍等因素有关, Yamashima 等研究发现,

[作者简介] 罗选荣 (1969~), 男, 云南丘北县人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事神经外科临床工作。

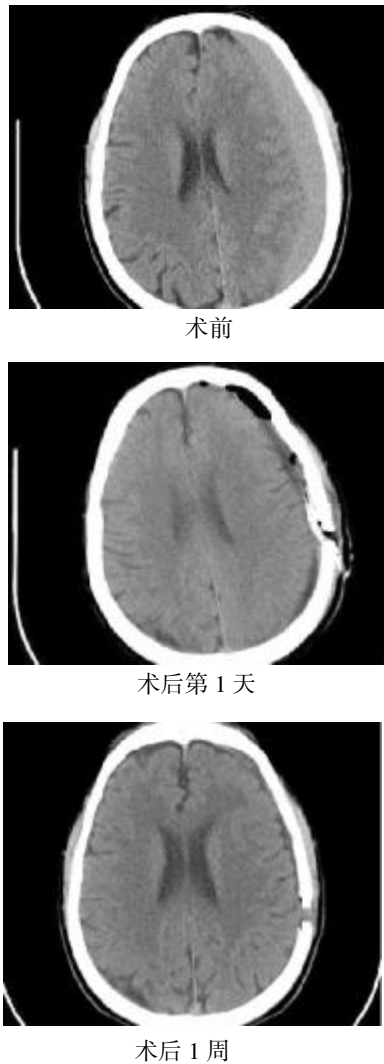


图 1 1 例左侧额颞顶慢性硬膜下血肿术前、术后第 1 天及术后 1 周 CT 片

血肿外膜中除白细胞外, 尚有大量嗜酸性粒细胞浸润, 并在细胞分离时有脱颗粒现象, 这些颗粒基质中含有纤维蛋白溶解酶原, 具有激活纤维蛋白溶解酶而促进纤维蛋白溶解, 抑制血小板凝集, 故而诱发慢性出血^[3]。随着慢性硬脑膜下血肿扩大, 患者出现颅内压增高及脑组织受压后相应局灶性体征的表现, 此时应采取手术治疗, 常规手术方式为钻孔冲洗引流, 因其简单有效, 损伤小, 对于非分隔型

硬膜下血肿效果良好, 但仍有 3.7% ~ 38% 的复发率^[4]。但由于单纯钻孔冲洗引流是在非直视下进行, 所以手术并发症较多, 包括: 血肿清除不完全; 血肿复发; 张力性气颅; 引流管穿破血肿壁误入脑组织; 特别是分隔型硬膜下血肿, 单纯的颅骨钻孔冲洗引流往往由于引流不畅而导致血肿残留, 血肿更易复发^[4], 常需要再次甚至多次反复手术甚至开颅手术, 创伤大, 手术并发症相对增加, 恢复时间长, 治疗费用亦相应增加。而内镜辅助下手术的优势在于: 内镜导入血肿腔, 可以在直视下对整个血肿腔进行观察, 直视下操作可以避免脑组织损伤; 对于分隔型血肿, 可以在直视下穿通间隔, 血肿清除完全, 减少残留; 可以在直视下清除血肿周边的残存血凝块, 避免血肿术后复发; 对于血肿壁上的活动性出血, 可在直视下进行止血; 在内镜引导下放置引流管, 可以避免误入脑组织内蛛网膜下腔^[5]。但有作者则认为不用置入引流管^[6], Hellwig 等^[6]根据 14 例和 50 例神经内镜下手术治疗慢性硬膜下血肿的成功经验, 认为对非分隔型血肿, 其疗效与常规钻孔术相当, 对分隔型血肿, 应取代常规开颅手术。

综上所述, 神经内镜辅助下清除慢性硬膜下血肿是一种简单易行, 疗效确切, 便于推广的微创治疗方法。

[参考文献]

- [1] 杨树源, 只达石. 神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 898 - 900.
- [2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 336 - 338.
- [3] 张亚卓, 邱虢. 内镜神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 317 - 318.
- [4] 闵强, 杨国平. 神经内镜下清除慢性硬膜下血肿 76 例, [J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 11(15): 686 - 688.
- [5] HELLWIG D, KUHN T J, BAUER B L, et al. Endoscopic treatment of septated chronic subdural hematoma[J]. Surg Neurol, 1996, 45(3): 272 - 277.

(2013 - 09 - 21 收稿)