

开骨瓣治疗慢性硬脑膜下血肿 20 例分析

汤秉洪, 覃宗明

作者单位: 610213 四川 双流, 四川省双流县第二人民医院脑外科

作者简介: 汤秉洪(1974-), 男, 学士, 主治医师, 研究方向: 临床神经外科。E-mail: gaowu1973@126.com。

[摘要] 目的 探讨开骨瓣治疗慢性硬脑膜下血肿的适应症、方法及疗效。方法 回顾性总结我院 1998-01~2007-12 所行开骨瓣治疗的 20 例慢性硬脑膜下血肿的临床资料。结果 本组 20 例中, 痊愈 17 例, 1 例术后出现对侧急性硬脑膜外血肿再次手术, 1 例并发肢体功能活动障碍, 1 例并发混合性失语, 随访半年~1 年, 无 1 例复发, 疗效满意。结论 对于复发性、难治性慢性硬脑膜下血肿, 采用开骨瓣手术彻底清除血肿及血肿包膜, 疗效满意, 可基本杜绝复发。

[关键词] 慢性硬脑膜下血肿; 手术; 骨瓣

[中图分类号] R 651.15 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)01-0086-02

Analysis of 20 cases of chronic subdural hematoma cured by bone flap operation. TANG Bing-hong, QIN Zong-ming. Second People's Hospital of Shuangliu, Shuangliu, Sichuan 610213, China

[Abstract] **Objective** To explore the mainly indications and method and therapeutic effect of bone flap operation in the treatment of chronic subdural hematoma. **Methods** The clinical data of 20 patients with chronic subdural hematoma cured by bone flap operation from Jan, 1998 to Dec, 2007 were reviewed. **Results** Among 20 patients, 17 got completely recovery, 1 postoperative contralateral acute epidural hematoma and operation again, 1 motor disturbance complication, 1 mixed aphasia complication. The follow up for 0.5~1 years showed none recurrence. **Conclusion** In flap operation for recurrence's and difficult cured chronic subdural hematoma, clear hematoma and cyst wall completely are helpful to prevent recurrence, and obtain satisfactory therapeutic effect.

[Key words] Chronic subdural hematoma; Therapy; Bone flap

慢性硬脑膜下血肿为脑外科常见疾病, 好发于小儿及老年人, 占颅内血肿的 10%, 为硬脑膜下血肿的 25%^[1], 血肿多位于额颞顶部, 一般采用顶节钻孔引流术治疗即可取得满意疗效, 但其中有部分通过顶节钻孔引流术治疗后复发或反复复发, 处理比较棘手, 我院 1998-01~2007-12 共收治此类病人 20 例, 均采用开骨瓣手术清除血肿及血肿包膜, 取得良好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20 例中, 男 12 例, 女 8 例, 年龄 45~78 岁, 平均 65 岁。有确切外伤史 15 例, 外伤发生在半年~1 年 12 例, 1 年以上 3 例, 否认外伤史 5 例。合并老年性慢性支气管炎 10 例, 合并冠心病 5 例。

1.2 临床表现 本组 20 例均表现为慢性头昏头痛, 智能下降, 伴有一侧肢体功能障碍, 肌力 III~IV 级, 双侧瞳孔等大, 对光反射灵敏。头部 CT 或 MRI 检查, 左侧额颞顶慢性硬脑膜下血肿 11 例, 右侧额颞顶慢性硬脑膜下血肿 9 例, 血肿量根据多田公式计算: 出血量(ml) = 长径(cm) × 宽径(cm) × 血肿层面数(cm) × $\pi/6$, 100~150 ml, 中线移位明显 1.2~2.0 cm, 血肿相对较局限, 血肿包膜完整。本组 20 例均在我

院或院外行 1~2 次慢性硬脑膜下血肿顶节钻孔引流术治疗, 术后 1~2 月复发来我院治疗。

2 治疗与结果

本组 20 例均在气管插管全麻下, 根据头部 CT 或 MRI 检查结果定位, 采用开额颞瓣清除血肿及血肿包膜, 术中发现血肿腔内以液体为主, 血肿部分机化, 血肿包膜厚, 与硬脑膜及软脑膜粘连紧, 有较多滋养血管相连, 术后予以常规治疗。1 例术后出现对侧急性硬脑膜外血肿再次手术, 17 例痊愈, 1 例并发肢体功能活动障碍, 1 例并发混合性失语, 随访半年~1 年, 无 1 例复发, 疗效满意。病理检查结果均血肿包膜伴机化。

3 讨论

3.1 慢性硬脑膜下血肿在临床上首选钻孔引流术治疗, 该手术可以在局麻下进行, 手术方法简单, 术后病人恢复快, 疗效满意。但有少部分病例复发, 可能与以下因素有关: 血肿腔内在结构是否存在分隔、血肿的密度高低、脑萎缩程度、引流流量多少、血肿是否靠近颅底、硬脑膜下腔积气程度、手术时机、血肿纤维蛋白原抗体含量以及血肿液的渗透压等^[2]; 术后同侧硬脑膜下腔宽度与引流管位置^[3]。而我们在临床工

作中总结复发原因更多是与血肿腔内在结构是否存在分隔、机化和血肿包膜厚薄有关,而其它因素可以通过技术改进加以避免。如血肿腔内在结构存在分隔、机化,血肿包膜厚,压迫脑组织明显,即使引流再通畅,脑组织复位程度也低,不能阻断复发发生。对于此类病人适合开骨瓣手术清除血肿及血肿包膜,彻底清除病灶,杜绝复发。我们认为有以下情况适合开骨瓣手术治疗:(1)外伤发生在半年以上,先行钻孔引流术治疗后 7d 复查头部 CT 或 MRI 检查示同侧硬脑膜下腔宽度大于 1 cm 或短时间内复发或反复复发,头部 CT 或 MRI 检查血肿量大、中线移位明显、血肿包膜完整且厚伴部分分隔、机化。(2)钻孔引流术治疗后 1~2d 即可根据头部 CT 或 MRI 检查结果而行开骨瓣手术,本组 1 例行顶节结钻孔引流术治疗后第 2d 复查头部 CT,显示血肿腔未明显缩小(血肿腔宽度约 2 cm),脑组织复位差,果断行开骨瓣清除血肿及血肿包膜,效果良好。

3.2 手术要点:(1)根据头部 CT 或 MRI 检查结果精确定位,以血肿最厚为中心开额颞瓣,骨瓣要尽可能大,使血肿尽可能暴露术野直视下操作。(2)骨瓣翻开后,用 1 号丝线悬吊硬脑膜,避免血肿及血肿包膜清除后压力减低,导致硬脑膜剥离出血甚至出现硬脑膜外血肿。(3)切开硬脑膜,钝性分离硬脑膜,切开血肿包膜并清除血肿或积液及表面包膜,但清除速度不能太快,避免压力减低过快,使对侧硬脑膜剥离出血形成硬脑膜外血肿。本组 1 例即为此种情况而再手术。(4)切开与脑组织紧贴的包膜。由于包膜与脑组织粘连紧且有较多滋养血管相连,应分块多次,先用双极电凝烧灼滋养血管,再钝性分离,操作要精细轻柔,避免暴力分离损伤脑组织及桥静脉,用棉垫随时保护脑组织和血管。本组 2 例因分离出血,用电凝烧灼止血,术后发生脑梗塞,并发肢体功能活动障碍及混合性失语。(5)对于远端剥离困难的包膜,不必强行剥离,可以残留,用双极电凝烧灼包膜,避免其分泌液体,去除日后复发根源。(6)检查无出血后用生理盐

水填充残腔,置二根引流管于残腔,分别靠近额极和枕部,并排气,逐层关颅结束手术。

3.3 术后治疗要点:(1)常规情况下术后 4~6h 如病员意识状态未恢复到术前水平,无论瞳孔大小有无改变,均应考虑有再出血可能,立即复查头部 CT。本组 1 例术后 6h 意识状态差,无瞳孔大小改变,复查头部 CT 示对侧急性硬脑膜外血肿,及时再次手术。(2)由于多为老年人,常伴有脑萎缩,术后 2~3d 采取头低卧位,并给予大量的生理盐水和等渗溶液(>2000 ml)静脉滴注,以促进原受压脑组织膨起复位,消除死腔^[4],术后 3d 拔除引流管。(3)术后不用 20% 甘露醇脱水,但若并发脑水肿,根据脑水肿程度应用适量脱水剂,特别注意水、电解质平衡,维持体内环境稳定。(4)积极处理和合并症。合并老年慢性支气管炎者,根据经验或药敏结果合理选用抗生素,并应用止咳、平喘药物;合并冠心病者,应用改善微循环药物,预防心肌梗死及心肌梗塞发生。(5)并发症的处理。对于并发肢体功能活动障碍者,早期给予肢体被动运动,7d 以后对肢体进行理疗及针灸,对于并发混合性失语,进行语言功能训练,通过反复训练,使受损区域代偿功能恢复。

参考文献

- 1 王忠诚主编. 神经外科学[M]. 第 1 版. 武汉:湖北科技出版社, 2004:336-337.
- 2 Oishi M, Toyama M, Tamatani S, et al. Clinical factors of recurrent chronic subdural hematoma[J]. Neurol Med Chir, 2001, 41(8):382-386.
- 3 张文川, 孙晓川. 慢性硬膜下血肿术后引流管安置的临床研究[J]. 中华创伤杂志, 2006, 1(22):25-26.
- 4 裘法祖, 孟承伟主编. 外科学[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社, 1995:227.

[收稿日期 2008-09-12][本文编辑 谭毅 刘京虹]

(上接 85 页)

(4)急性起病、脑脊液白细胞高是假瘤型脱髓鞘病的依据之一。(5)镜下小血管周淋巴细胞浸润、较多的泡沫状巨噬细胞浸润及星形胶质细胞反应性增生是脱髓鞘假瘤的一个显著特征。增生的星形胶质细胞核大、染色较深,可见不规则形或巨核的胶质细胞而易误诊为胶质瘤。但胶质瘤细胞密度更大,异型性更明显,核分裂相多见,瘤细胞排列紊乱而无一定方向性,瘤组织中缺乏脱髓鞘假瘤所见的大量巨噬细胞。进行免疫组化染色可帮助两者诊断:CD68(++)提示大量巨噬细胞存在;GFAP(++)提示反应性星形细胞增生;用组织化学 Luxol fast blue 法染髓鞘和 Bielschowsky 法染轴索可证实白质中存在脱髓鞘以及轴索完整。(6)影像学上脱髓鞘假瘤环形强化为非闭合性环形增强(半月征)^[3],可能与周边炎症程度不一、新生血管不均而致强化环薄而不完整有

关;而肿瘤炎症强化较少出现半月征。脱髓鞘假瘤灶水肿带会随病程推移而减轻或消失,而胶质瘤则无此改变,脊髓胶质瘤多位于脊髓中央并易合并脊髓空洞,而脱髓鞘假瘤多位于脊髓周边白质区,邻近无继发空洞。临床鉴别诊断困难时,可试用激素进行试验性治疗,避免急于手术或行放射治疗而延误病情。

参考文献

- 1 刘振春, 陈新. 脑肿瘤的 CT 诊断[J]. 临床医学影像学杂志, 1997, 8(1):829.
- 2 王礼同, 汤晓明, 周丹, 等. 脑胶质瘤术后不同时期 CT 随访研究[J]. 放射学实践, 1999, 14(4):226-228.
- 3 谢淑萍. 神经系统疾病鉴别诊断思路[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2006:128.

[收稿日期 2008-09-23][本文编辑 宋卓孙 章柯浩]