

《现代医院》杂志栏目

现代化纵论	专业技术篇
学科进展	论著·论述
实验与应用研究	临床经验
传统医学	医技诊疗
临床药学	护理技术
心理医学	医改实践
质量管理	应急管理
文化建设	人力资源
后勤支持	信息服务
社区卫生服务	预防保健
医师手记	港澳台链接
科技新知	辞海查新
院刊集锦	医院采撷篇

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

文章标题 所有栏目 关键字

钻孔吸除加尿激酶溶解引流治疗硬膜外血肿48例

[作者：石昌林 湖南省保靖县人民医院神经外科 416500]

来源：本站原创

阅读数：167

摘要 目的：探讨钻孔吸除加尿激酶溶解引流治疗硬膜外血肿的疗效。方法：回顾分析48例硬膜外血肿患者进行钻孔吸除加尿激酶溶解引流的临床资料、手术方法和治疗效果。结果：本组1例患者术中因出血而改为开颅起骨瓣血肿清除术，其余患者均引流满意。定期复查头颅CT显示，1-4d血肿基本清除，平均2.3d。住院时间7-20d，平均11.3d。3个月后门诊随访，格拉斯哥预后评分恢复良好36例，轻度残疾10例，重度残疾2例。结论：钻孔吸除加尿激酶溶解引流治疗硬膜外血肿疗效确切，操作简便，创伤小，但需严格掌握适应证，是基层医院行之有效的治疗方法。

我院2006年3月至2009年12月共对48例硬膜外血肿患者采用钻孔吸除加尿激酶溶解引流的方法治疗，效果良好，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男36例，女12例，年龄12-68岁，年龄中位数32例。受伤原因：车祸伤31例，打击伤8例，坠落伤9例。

1.2 临床表现 临床表现为头痛32例，呕吐19例，一侧肢体偏瘫者5例，3例伴有一侧动眼神经损伤，原发昏迷39例，继发昏迷2例。术前格拉斯哥昏迷评分（GOS）：9-12分19例，13-15分29例。术前一侧瞳孔散大3例。所有患者生命体征稳定。

1.3 影像学资料 所有患者均经头颅CT检查确诊为硬膜外血肿。血肿部位位于颞顶叶13例，顶枕叶12例，额颞叶18例，后颅窝5例。血肿量30-50mL者34例，15-50mL者34例，15-30mL者13例，其中1例位于额顶部横跨中线，血肿量为120mL。合并脑挫裂伤9例，颅骨骨折31例。

1.4 手术方法 手术选择局部浸润麻醉，根据头颅CT选择血肿最大层面为钻孔位置，常规消毒铺巾，作一长约4cm直切口，全层切开头皮，牵开头皮后钻孔（注意钻孔时壁开骨折线），钻透颅骨后见硬膜外黑色血凝块或黑色血性液流出，小心置入10-12号多孔胶管，力求达到血肿中心，孔缘用明胶海绵填塞，防止头皮血性液沿孔流入硬膜外。缝合头皮，固定好引流管，检查无明显活动性出血，沿引流管内注入尿激酶5万U+生理盐水5mL，夹管1-2h开放。第2天复查头颅CT，视血肿引流情况决定是否需再次注入尿激酶，一般经过1-4次注入尿激酶就可以达到引流目的，根据头颅CT检查血肿引流干净后拔管。在引流过程中，要密切观察患者意识变化及引流液颜色，如果患者出现意识障碍或引流液颜色变红，则急诊复查头颅CT，根据CT结果决定是否需改行开颅血肿清除术。

1.5 辅助治疗 用抗生素预防感染，防止并发症，维持水、电解质平衡及其他支持治疗。根据症状、体征及影像学结果决定是否使用甘露醇、呋塞米、甘油果糖、人体血清白蛋白等脱水药。酌情选用胞二磷胆碱注射液、神经节苷脂、纳洛酮等脑功能保护药。

1.6 疗效评定 伤后3月时门诊复查随访，按照格拉斯哥预后评分标准将疗效分为恢复良好（恢复正常生活，尽管有轻度缺陷）；轻度残疾（残疾但可独立生活；能在保护下工作）；重度残疾（清醒、残疾，日常生活需要照料）；植物生存（仅有最小反应，如随着睡眠/清醒周期，眼睛能睁开）；死亡。

2 结果

本组1例患者术中因出血而改为开颅起骨瓣血肿清除术，其余患者均引流满意。定期复查头颅CT显示，钻孔吸除加尿激酶溶解引流1-4d血肿基本清除，平均2.3d。住院时间7-20d，平均11.3d。本组患者未观察到颅内感染等并发症。3个月后门诊随访，GOS恢复良好36例，轻度残疾10例，重度残疾2例。

3 讨论

硬膜外血肿是神经外科最常见的外伤性疾病之一，也是重型颅脑损伤主要死亡原因之一，硬膜外血肿既往多采用传统的开颅血肿清除术，需在全麻下进行，手术时间长，损伤大，医疗费用也较大。随着CT、MRI的普及，要求以最小的创伤来达到最佳治疗效果的现代微创神经外科成为研究的热点。多项研究[1-4]表明，钻孔吸除加尿激酶溶解引流术是一种简便、微创、安全、有效的治疗硬膜外血肿的方法，可部分代替传统的骨瓣开颅手术。尿激酶是一种非选择性纤溶酶激活剂，其药理作用是激活纤维蛋白溶酶原，使其转变为纤维蛋白溶酶，快速消耗纤维蛋白原，溶解血凝块。小剂量使用尿激酶，短时间内即能达到溶解血凝块作用，但用于颅内血肿的剂量和灌注保留时间文献报道不一[5-7]。我们的经验是钻孔吸除部分血肿后定期复查头颅CT，根据硬膜外残余血肿的量，取尿激酶5万U，用生理盐水5mL稀释，经引流管缓慢注入血肿腔内，夹管保留1-2h后开入引流，每天1次，一般1-4d残余血肿基本清除。

当然该方法也有一定的局限性，故选择病例一定要严格掌握其适应证。我们一般选择有以下适应证的患者：患者神志清楚或轻度意识障碍者，尤其是外伤24h以上的，生命体征稳定，无明显脑疝表现；幕上血肿量<80mL，幕下血肿量<20mL，GOS评分8分以上；年老体弱患者，特别是年龄在70岁以上，不能耐受手术者。而对于伤后8h内

的急性硬膜外血肿，而且血肿仍有增大趋势；中颅窝底的硬膜外血肿；硬膜外血肿伴意识障碍；合并有其他颅脑损伤；如广泛脑挫伤等患者均行普通开颅血肿清除手术治疗。本组病例中有一例患者因血肿跨中线，考虑有矢状窦损伤可能，出血达120mL。但因血肿位置高，而且伤后一直神志清楚，故在严密观察病情的前提下8h后行钻孔引流，最终引流满意，康复良好。在手术过程中，根据头颅CT定位于血肿最厚层面为中心进行钻孔，上流管应置入血肿中心为宜，置管时注意避免引流管扭曲，否则导致术后引流不畅及不能注入尿激酶。置管成功后需于引流管边用明胶海绵填塞，避免头皮血液沿钻孔处流入引起硬膜外血肿，术中若发现出血凶猛，且不易止血，应及时行起骨瓣血肿清除术。另外，在应用本法后一定要严密观察患者病情，若血肿增大或症状、体征有重者应立即改行骨瓣开颅血肿清除术。

总之，通过对本组病例的治疗分析，我们认为只要严格掌握适应证，钻孔吸除尿激酶溶解引流治疗硬膜外血肿是一种行之有效的治疗手段，其疗效确切，操作简便，创伤小，且费用低廉，特别对是基层医院更不失为一种较好的临床治疗方法。

4 参考文献

- 1 蔡涛, 钻孔尿激酶灌注引流选择性治疗外伤性硬膜外血肿[J]. 国际医药卫生导报, 2008, 12(4): 25-27.
- 2 刘道兵, 闫金伟, 王青山, 等. 小切口钻孔尿激酶溶解引流治疗急性硬膜外血肿23例观察[J]. 实用神经疾病杂志, 2010, 8(1): 71-72.
- 3 王兴铤, 于福建, 梁绍侠. 快速钻颅加尿激酶引流治疗硬膜外血肿[J]. 承德医学院学报, 2009, 22(2): 121-122.
- 4 李杰, 史继新, 王汉东, 等. 钻孔吸除尿激酶溶解引流治疗硬膜外血肿[J]. 医学研究生学报, 2009, 16(7): 513-514, 517.
- 5 Spagnoli M V, Grossman R I, Packer R J, et al. Magnetic resonance imaging determination of gliomatosis cerebri [J]. Neuroradiology, 2010, 29(1): 15-18.
- 6 Nevin S. Gliomatosis cerebri [J]. Brain, 2009, 61: 170-190.
- 7 张培车, 程林贵, 罗去峰, 等. 微创锥颅治疗外伤性硬膜外血肿[J]. 浙江创伤外科杂志, 2008, 2(1): 59.