

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2004)18-1726-01

颅骨钻孔置管注入尿激酶引流治疗硬膜外血肿 32 例

李和¹ 彭华¹ 张剑宁² 周世军¹ (¹ 宜宾市第二人民医院神经外科 四川 宜宾 644000, ² 第四军医大学西京医院全军神经外科研究所 陕西 西安 710033)

【关键词】微创手术 硬膜外血肿 尿激酶

【中图分类号】R651.15 【文献标识码】B

0 引言 硬膜外血肿占外伤性颅内血肿的 30% 左右, 多见于 15~40 岁青壮年, 临床上多呈特急性或急性表现, 常用骨瓣或骨窗开颅硬膜外血肿清除术。我科 1999/2002 年有选择地对 32 例急性硬膜外血肿采用微创手术, 颅骨钻孔置入引流管注入尿激酶液化引流血肿治疗, 取得满意疗效。

1 临床资料 本组患者 32 例(男 21, 女 11)例。年龄 6~50(平均 35)岁。均有明确的外伤史, 车祸伤 17 例, 跌伤 8 例, 击伤 7 例。伤后有原发昏迷 23 例, 昏迷时间 1~30 min。观察期间出现头痛、头昏 26 例, 呕吐 20 例, 精神萎靡 16 例, 癫痫 4 例。CT 示: 血肿伴局部脑挫伤 9 例, 血肿位于左侧额部 6 例, 颞顶部 10 例, 颞枕部 3 例, 右额部 4 例, 颞顶部 8 例, 顶枕部 1 例。血肿量 15~35 mL。颅骨骨折者 23 例。患者经保守治疗, 观察 4~7 d 后, 复查 CT 根据 CT 定位避开骨折线, 在血肿最厚层面钻孔, 吸出液化血液, 部分血凝块用止血钳夹碎吸出(面积不宜大, 以免造成新鲜出血)。于血肿腔放置引流管。术后当日即用尿激酶 66.7~100.0 nkat 溶于 5 mL 生理盐水中, 从引流管中注入, 夹管 2 h 后开放 1~2 次/d。根据引流出的血液情况及 CT 结果决定拔管。本组 32 例均治愈。术后拔管时间 2~5 d, 其中 2 d 拔管 15 例, 3 d 拔管 10 例, 4 d 拔管 5 例, 5 d 拔管 2 例。本组无一例感染及再出血并发症发生。

2 讨论 硬膜外血肿可分为急性硬膜外血肿、亚急性硬膜外血肿(外伤后第 4 日至 3 wk 内出现临床症状及体征)和慢性硬膜外血肿。根据血肿大小、出血速度及原因可分为两大类: ① 颅骨骨折时脑膜中动脉及其分支被撕裂, 出血常迅猛, 呈特急性或急性血肿, 血肿量较大, 多位于额颞部、颞顶部及额顶部。② 若为骨折损伤脑膜中静脉、板障静脉、穿通颅骨的导血管, 或者静脉窦的小撕伤时, 前颅窝骨折损伤筛前动脉及其

分支(脑膜前动脉)时, 头部外伤后, 并无骨折, 但在外力打击下颅骨瞬间变形, 造成硬膜与颅骨分离, 使硬膜上微血管撕裂时, 所致出血均较缓慢, 血肿量均较小。血肿的大小、出血速度是影响患者病情, 决定治疗方法的两大因素。由于 CT 的普及及交通的发达, 患者受伤后常常即刻送入医院检查及治疗, 临床上慢性硬膜外血肿很少见, 多数为特急性、急性硬膜外血肿, 少数为亚急性硬膜外血肿。硬膜外血肿的治疗分手术和保守治疗。对于病情相对稳定、出血量较小的患者采用非手术治疗, 经过脱水、止血、活血化瘀治疗, 常能自行吸收, 但治疗时间长, 硬膜外血肿较其他颅内血肿吸收时间最慢(多数在 15~45 d 左右吸收)^[1]。对于特急性或急性硬膜外血肿出血量较大者(血肿量超过 40 mL 以上, 中线结构移位 > 1 cm, 或有脑疝形成的急重患者)、亚急性硬膜外血肿包膜增厚者以及慢性硬膜外血肿钙化明显者, 均采用骨窗开颅或骨瓣开颅清除血肿。我们有选择地对部分急性硬膜外血肿先采用保守治疗, 待血肿进入亚急性期(4~7 d)时, 出血已基本停止, 不易再发生大出血, 血肿已开始液化, 尚未形成明显的包膜和钙化, 再行微创颅骨钻孔注入尿激酶液化血肿引流术, 取得了满意的疗效。我们首先根据患者受伤到首次 CT 检查的时间、血肿的位置、血肿量的大小、是否合并有其他脑伤、患者的意识情况来判定硬膜外血肿的出血速度、出血原因, 决定是否急诊开颅手术或暂时保守治疗, 待亚急性期再钻孔引流。此治疗适用于: ① 患者病情平稳, GCS 评分 > 13 分者。② 血肿量 < 40 mL 而 > 10 mL, 中线结构移位 < 1 cm 者。③ 非颅中窝或后颅窝血肿者。④ 保守治疗观察期间无意识恶化、眼底水肿及新病征出现者。此手术的优点: ① 手术创伤小, 患者配合, 可在局麻下进行, 患者易接受。② 手术时间短, 操作简便安全, 疗效佳, 术后反应小, 费用低。③ 既防止因保守治疗血肿自行吸收不佳而钙化, 又缩短了住院治疗时间, 同时又避免了骨窗开颅或骨瓣开颅清除血肿给患者带来的副损伤和并发症等痛苦。在适应证及治疗方面我们认为应该注意: ① 严格掌握适应证, 动态 CT 观察。② 因硬膜外血肿 7~9 d 就开始出现机化, 13 d 就可出现钙化现象^[2], 所以钻孔引流手术时机选在 4~7 d 进行。③ 对粉碎性骨折患者, 出血早期不宜选用。④ 注药后应嘱患者转动体位以利于血肿液化及引流。⑤ 注意观察引流液的颜色及液体量, 如有新鲜出血或 CT 复查见血肿增大, 应及时开颅行血肿清除。⑥ 注入尿激酶应严格无菌操作, 防止颅内感染。

【参考文献】

- [1] 吴承远, 刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 163.
- [2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 332-333.

收稿日期 2004-08-20; 修回日期 2004-09-09

作者简介 李和(1954-)男(汉族), 四川省宜宾市人, 副主任医师, 副教授. Tel. (0831) 8252824 Email. lij_19@sina.com

编辑 袁天峰