

急性颅内血肿清除后继发对侧迟发性血肿 20例分析

吴保浒, 黄爱强, 许 淮

[摘要]目的: 探讨急性外伤性颅内血肿清除后继发对侧迟发性血肿的治疗方法。方法: 对 20例颅内血肿清除后继发对侧迟发性血肿的临床资料进行回顾性分析。结果: 再次手术清除对侧迟发性血肿者 16例, 另 4例病情较轻行保守治疗; 20例中 10例恢复良好, 残疾 4例, 病死 6例, 病死率 30%。结论: 在清除急性外伤性颅内血肿时, 术中发生急性脑膨出或术后出现病情恶化时, 应想到对侧迟发性血肿形成的可能, 应及时进行对侧钻颅探查或复查头颅 CT 早诊早治以改善预后。

[关键词] 血肿; 颅脑损伤; 颅骨/外科手术

[中国图书资料分类号] R 651.15 [文献标识码] A

颅脑外伤致颅内血肿急诊开颅血肿清除术中或术后可出现对侧迟发性血肿, 随 CT 广泛应用以来, 时有报道。2002年 2月~2005年 6月, 我院共收治 20例。本文就其临床特点、发生机制及治疗要点作一探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20例, 男 13例, 女 7例; 年龄 17~66岁。致伤原因: 交通事故 14例, 摔伤 4例, 坠落伤 2例。发现对侧迟发性血肿的时间, 最短于术中, 最长术后 7天, 其中 24 h内发现者 16例。首次头颅 CT 检查显示急性颅内血肿对侧有脑挫裂伤散在点状出血灶或小血肿 3例。急性颅内血肿对侧有颅骨骨折 16例, 其中横跨静脉窦者 3例 (均发生迟发性硬膜外血肿)。急性血肿出血量 40~100 ml。20例中, 4例为对冲伤, 16例为受力点冲击伤所引起; 位于额颞、颞顶部者 18例, 枕顶部 2例。硬膜外血肿 11例, 硬膜下血肿 6例, 脑内血肿 3例。

1.2 临床表现 伤后均出现不同程度的意识障碍, 入院后查体 GCS \leq 8分 16例, $>$ 9分 4例, 轻度偏瘫 2例; 刺激时无反映 3例, 屈曲和伸直分别 2例和 1例。发生急性血肿侧脑疝 16例, 双侧瞳孔散大光反射消失 3例, 血肿侧瞳孔散大 13例。

1.3 手术方法 20例于术中出现急性脑膨出及对侧瞳孔散大 6例, 均根据术前头颅 CT 所显示的对侧小血肿、颅骨骨折及头皮挫伤的部位为指引, 立即在可疑部位钻颅探查, 5例及时发现血肿并予清除, 疗效较好; 1例于术后头颅 CT 复查发现对侧出现脑内迟发性血肿。其余 14例均为术后 3小时至 7天出现病情加重或出现新的神经系统症状后复查头颅 CT 时发现, 其中 10例行对侧迟发性血肿清除, 4例因病情较轻, 血肿量较小, 采用保守治疗。

1.4 结果 10例恢复良好, 4例残疾, 病死 6例, 病死率 30%。

2 讨论

外伤性迟发性颅内血肿是指头部损伤后, 首次头颅 CT 检查未发现颅内血肿, 经过一段时间后再次检查出现的颅内血肿或于清除颅内血肿的术中或术后, 又在颅内不同的部位发现血肿者^[1]。其发生的机制主要为: (1)血管扩张学说^[2]。颅脑创伤后出现不同程度的低氧血症, 引起局部二氧化碳和酸性代谢产物蓄积, 导致受损脑组织内血管扩张, 血细胞外渗形成血管周围血肿或由于血管痉挛导致局部组织缺血, 软化血管壁, 破裂出血, 最后融合成血肿。(2)压力填塞效应学说^[3]。颅脑创伤后, 脑内小血管及桥静脉易挫伤, 受力部位的骨折板障和破损的硬膜动脉容易出血, 但因原发性血肿和脑水肿产生颅内高压的压迫, 未形成或仅形成少量血肿, 当骨瓣去除、硬膜剪开、血肿清除或应用脱水剂后, 压力填塞效应突然减轻或消除, 原已破损的血管和板障出血, 丧失自主调节功能的小血管也可因血管内外压力差增高破裂出血。

本组 20例提示多种因素引起的对侧迟发性血肿, 主要与血肿清除术中或术后颅内压力的降低, 原来存在的压力梯度差消失, 产生全颅压力的重新平衡, 压力填塞效应减轻或消除有密切关系。当颅脑创伤者已存在颅骨骨折、硬膜剥离、脑内血管损伤或桥静脉、静脉窦、皮质血管的损伤, 但因原发血肿和脑水肿所致颅内高压的压迫, 未出现或仅存在少量出血, 在骨瓣去除、剪开硬膜、清除血肿及挫伤灶时, 压力填塞效应在短时间内消除或减轻, 原已破损的血管和骨折板障迅速出血, 形成新的血肿, 尤其是头部创伤后对侧受损的脑膜中动脉, 此时极易出血形成血肿。本组资料发现在急性颅内血肿清除术中或术后对侧出现迟发性血肿, 既可在冲击点, 也可在对冲点, 但以冲击点多见。可在硬膜下或脑实质内, 但以冲击点的颞顶部及枕顶部硬膜外血肿多见, 此点

与迟发性血肿的发生机制相符合,也与刘艺春等^[4]报道一致。

在预防和减少对侧迟发性颅内血肿方面,应注意在术中消除大量急性硬膜外血肿时不要急于撬起骨瓣,可先在颅骨钻孔的部位先吸除部分血肿,待颅内压缓慢下降后再撬起骨瓣,让脑血管舒缩机制有所恢复。对硬膜下或脑内大量血肿的处理也不要急于剪开硬脑膜,可先在硬脑膜上切一小口,放出部分脑脊液或血肿,使颅内压缓慢下降,然后再进一步处理。术后出现病情加重或出现新的神经症状,应及时行头颅 CT 复查,绝不可掉以轻心,此类血肿一旦早期发现,及时清除将有助于改善预后^[5]。

[文章编号] 1000-2200(2006)05-0542-02

· 临床医学 ·

微创治疗手术临界值的硬膜外血肿

张义辉,周维广,许峰,刘连英,韩艳,赵亮

[摘要]目的:探讨微创治疗手术临界值的硬膜外血肿的疗效。方法:对 21 例手术临界值的硬膜外血肿患者行微创血肿清除加尿激酶冲洗术。结果:21 例中有 1 例出现活动性出血,注入肾上腺素后血止住。1 例再出血伴意识障碍,复查 CT 血肿明显增加达 50 ml,行开颅血肿清除。其余 19 例术后症状均减轻,术后 2~3 天复查头颅 CT 血肿均基本清除。结论:微创血肿清除术治疗手术临界值的硬膜外血肿安全,创伤小,操作简单,疗程短,费用低,适合基层医院推广应用。

[关键词] 血肿,硬膜外;穿刺术;尿激酶

[中国图书资料分类法分类号] R 651.15 R 446.8 [文献标识码] A

手术临界值的外伤性闭合性颅内血肿是指 CT 显示幕上 20~40 ml 幕下约 10 ml 的外伤性闭合性颅内血肿^[1]。由于患者血肿量恰在手术与非手术治疗指征的临界点,使临床医师对于是否手术犹豫不决。1999 年 10 月~2005 年 10 月,我院对 21 例手术临界值的硬膜外血肿患者行微创血肿清除加尿激酶冲洗术,除 1 例再出血行开颅手术外,均取得了较好的治疗效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 21 例中,男 15 例,女 6 例;年龄 5~48 岁。受伤原因:击伤 8 例,跌伤 3 例,车祸伤 10 例。血肿部位:额叶 10 例,颞叶 5 例,顶叶 6 例。血肿量:额叶、顶叶 20~40 ml,颞叶 15~30 ml。其中 8 例合并颅骨骨折。从受伤到就诊时间 1 小时~3 天。临床症状:均有头痛、头晕、恶心症状,其中一过性昏迷 5 例,呕吐 12 例,癫痫发作 1 例,轻瘫 2 例。入院后均意识清楚,除 2 例 CT 确诊为硬膜外血肿伴轻微脑挫伤外,其余均为单纯性硬膜外血

[参考文献]

- [1] 王忠诚主编. 神经外科学 [M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 1998: 339
- [2] Borthne A, Sorland Q, Blakra G. Head injuries with delayed intracranial hemorrhage [M]. Tidsskr Nor Lægeforen, 1992; 112 (27): 3425-3428
- [3] Decker DP, Yong HF. Intracranial hematomas [J]. In Youmans Jr ed. Neurological Surgery [M]. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1990: 2079-2080
- [4] 刘艺春,季海明,马建华. 重型颅脑外伤术中、术后迟发性血肿临床分析 [J]. 江苏临床医学杂志, 2002, 6(6): 575
- [5] 曾昭明,邵强,吴波,等. 急性颅内血肿清除后继发对侧迟发性血肿 35 例 [J]. 广东医学院学报, 2005, 23(4): 443-444

肿,且无脑疝形成。

1.2 手术方法 手术在局麻下进行,年龄较小者,辅为基础麻醉,根据 CT 片确定钻孔位置、进针方向及深度。选择北京万特福科技有限责任公司生产的 YL-1 型一次性使用颅内血肿粉碎穿刺针进行钻孔穿刺,钻孔位置取血肿最厚处。进针深度=头皮厚度+颅骨厚度+1/2 血肿厚度。颅内血肿粉碎穿刺针的长度选 2.5 cm、3.0 cm、3.5 cm 三种。为防止进针过深损伤脑组织,进针深度为血肿厚度的一半,钻孔时在血肿粉碎穿刺针头皮厚度+颅骨厚度位置处安装限位器。用电钻钻孔,钻透颅骨后,拆除限位器,将血肿粉碎穿刺针缓慢送入血肿腔,拔出针芯,可见黑褐色黏稠血性液体流出。用振荡手法注入生理盐水,在血肿腔内融出一小空洞,再用生理盐水反复冲洗,确定无新鲜出血后,将尿激酶 2 万 U 用生理盐水 2~3 ml 稀释后,注入血肿腔,夹闭引流管 4 h 后,开放引流。每天冲洗 2~4 次,根据引流量,复查头颅 CT 决定使用尿激酶的用量和次数。并根据脑复张情况及时调整引流管的深度^[2]。必要时可外拔少许,一般 30 ml 的硬膜外血肿,冲洗 3~5 次就可达到目的。引流 2~3 天拔管。在引流过程中,要注意引流液的颜色和患者的意识变化。如果引流液的颜色变红或者患者有意识障碍者,随时复查头

[收稿日期] 2006-05-10

[作者单位] 安徽省涡阳县人民医院 脑外科, 233600

[作者简介] 张义辉(1966-),男,主治医师。