老年硬脑膜下积液微创手术 36 例临床分析

杨定博　刘群杰

（浙江省杭州第四医院　杭州 310002）

关键词：老年人；硬脑膜下积液；手术疗法；并发症

中图分类号：R 742.7　**文献标识码**：B　**文献编号**：1671-4040(2008)04-0057-01

本院自 2002 年 9 月 ~2007 年 8 月共收治 36 例老年硬脑膜下积液患者，经微创颅骨钻孔引流 + 蛛网膜剥离术治疗取得理想疗效。现总结如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　36 例手术患者中男 22 例，女 14 例；年龄 62~89 岁，平均 74.3 岁；车祸 10 例，跌伤 22 例，其它 4 例。临床表现为头痛，头晕，恶心，呕吐，精神症状，意识障碍，肢体活动不利，癫痫。颅 CT 示：硬脑膜下积液位于左侧 18 例，右侧 12 例，双侧 6 例，均为小脑幕上；积液量 <60mL 15 例，60~150mL 21 例。合并腔隙性脑梗死或老年性脑萎缩 32 例，脑挫裂伤或蛛网膜下腔出血 8 例，颅内血肿或颅骨骨折 3 例。临床分型：急性 2 例，亚急性 14 例，慢性 20 例。

1.2　手术方法　36 例手术全在基础 + 局麻下操作，根据颅 CT 诊断定位，在硬脑膜下积液低位行颅骨钻孔一处，扩大骨窗直径为 2~2.5cm，电凝硬脑膜处血管后将其十字剪开，缓慢放出 CSF，用硅胶管剥开腔壁周围蛛网膜多处，形成双向活瓣，动作轻柔勿伤及软脑膜处血管，如有硬脑膜下水瘤形成伴蛛网膜肥厚时，可加行剥离骨窗处蛛网膜，撕开约 2~3cm^2 大小，置带侧孔引流管一根，生理盐水冲洗积液腔，持续引流 3~12d，夹闭引流管 72h，复查颅 CT 积液腔基本消失无颅高压症状后拔管[1]。术后应用营养脑神经、改善脑血循环、预防感染等药物治疗，每日补液 2 000~3 000mL，以等渗液为主，充分膨胀脑组织。

1.3　结果　术后 36 例患者颅高压症状消失，精神症状明显减轻，认知能力显著提高，2 周后复查颅 CT，积液消失 31 例，积液 <30mL 无颅高压症状者 5 例，随访 1 年无复发病例。

2　讨论

硬脑膜积液发病机理尚不明确，现学术界中有两种推论：(1) 活瓣学说：外伤后蛛网膜破裂形成一单向活瓣，CSF 在压力作用下进入硬膜下间隙不能回流，压迫脑组织产生颅高压症状[2]。(2) 渗透学说：外伤后破坏了血脑屏障，血浆成分进入硬膜下腔，腔内蛋白含量升高，渗透压增高，周围水分不断渗入，形成积液腔[3,4]。通过对本组病例的治疗观察，临床体会有：(1) 老年硬脑膜下积液病因可能与多种因素相关，作者更倾向于“活瓣学说”，既往单行钻孔清除术，术后复发率高，是其不能根本解决形成积液的原因。(2) 老年人多合并脑萎缩、脑动脉硬化，硬脑膜下间隙增大，蛛网膜修复功能减弱，积液腔长期压迫造成蛛网膜与软脑膜粘连，术中分离蛛网膜难度大，易损伤软脑膜处血管，单纯剥离骨窗处蛛网膜，术后蛛网膜裂口不够大，易与软脑膜再粘连是积液复发的常见原因。(3) 硅胶管可剥开积液腔囊壁四周蛛网膜，形成多处脑积液通道（向额顶、枕部疏通蛛网膜囊壁时，应防止过度分离硬膜下间隙，以免造成血管断裂出血形成颅内血肿）。

我们采用微骨孔引流 + 蛛网膜剥离术治疗 36 例老年硬膜下积液患者，创伤小，术后临床疗效满意，随诊无复发，值得临床推广。

参考文献

[1]王忠诚.神经外科学[M].武汉：湖北科学技术出版社，1998.330

[2]法志强,陈善成.不同年龄组外伤性硬脑膜下积液钻孔引流术疗效比较[J].中国医师杂志，2005,7(10)：1 357

[3]环一雷,梁玉敏.伴精神症状的外伤性硬膜下积液的治疗[J].中国微侵袭神经外科杂志，2006,11(11)：487

[4]江基尧,朱诚.现代颅脑损伤学[M].上海：第二军医大学出版社，1999.470-471

（收稿日期：2008-04-01）

规治疗的基础上，加服自拟中药：炙附子 7.5g，白术 25g，茯苓 25g，白芍 15g，生黄芪 25g，五加皮 25g，细辛 5g，桂枝 7.5g，五味子 10g，甘草 10g，生姜 15g。下肢肿甚加防己 15g；上感咽痛加鱼腥草 25g；咳喘加车前子 25g、杏仁 15g；呕逆不食加砂仁 10g、藿香 4.5g。每日 1 剂，水煎分 2 次口服。

2　疗效观察

2.1　疗效标准　依照《中药新药临床研究指导原则》相关部分拟订。显效：用药后心率减慢，尿量增加，肝脏缩小，水肿减轻，肺淤血减轻，心功能改善 2 级或 2 级以上。有效：心力衰竭症状以及体征减轻，心功能改善 1 级。无效：心功能改善不足 1 级或症状、体征无改善，甚至加重。

2.2　治疗结果　63 例中显效 42 例（冠心病 17 例，高心病 10 例，肺心病 8 例，风心病 6 例，扩张型心肌病 1 例），有效 16 例（冠心病 6 例，高心病 3 例，肺心病 4 例，风心病 2 例，扩张型心肌病 1 例），无效 5 例（高心病 2 例，肺心病 1 例，风心病 1 例，扩张型心肌病 1 例）：总有效率 92.1%。

3　讨论

慢性心力衰竭是由于各种原因引起的心脏收缩和舒张功能减退而导致心排血量下降引发的临床综合征，主要表现为呼吸困难、动则尤甚，乏力，紫绀，肝肿大及水肿，属中医学“心悸”、“怔忡”、“痰饮”及“心水”范畴。慢性心衰，心肺两损，气血两耗，正虚邪实，最终精气被夺，出现心阳衰竭之重病。病理变化其标在心肺，其本在肾。阳气虚衰，水湿不化，内停为肿，上逆凌肺则喘，内遏心阳则悸，故肿、喘、悸是心衰主要表现。肾阳既衰，不能振奋心阳，进而导致血行涩滞，呈现唇青、肝大、颈脉怒张等血淤症候。在治疗上，“病痰饮者，当以温药和之”、“形不足者，温之以气”的理论，对控制心衰、改善循环具有指导意义。本方在于温补，温补可以化气，从而达到阳复阴化、水行悸安的目的。附子壮阳益肾，温散水气；黄芪益气利水；桂枝温阳化水；细辛平喘行水；五加皮消肿去水；配五味子收敛肺气，以益心气，使心肺得补，相得益彰。阳复而水化，改善循环，心阳得振，心衰可解。

（收稿日期：2008-02-02）