

# 老年性慢性硬膜下血肿 36 例临床分析

程志刚

(江西省婺源县人民医院 婺源 333200)

**摘要:**目的:探讨老年人慢性硬膜下血肿(Senium Chrinic Subdural Hematoma,SCSDH)的临床特点与诊治。方法:回顾性分析 36 例 SCSDH 的临床资料与 CT 改变。结果:外伤史不明显占 72%,高颅压征不突出,以意识精神行为改变为主症;CT 表现形式多样。结论:临床以意识精神行为改变为突出表现的老年患者,应行脑 CT 检查,以明确诊断。

**关键词:**老年人;慢性硬膜下血肿;CT;临床分析

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0048-02

老年人慢性硬膜下血肿是临床神经科常见疾病,由于其表现缺乏特异性,临床易误诊、漏诊。本文回顾性分析我院 2000 年 1 月~2007 年 12 月收治的 60 岁以上 SCSDH 病例 36 例,分析报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 36 例病例中,男性 24 例,女性 12 例;年龄 61~84 岁,平均年龄 71.2 岁;急性起病 6 例,亚急性起病 22 例,慢性起病 8 例;有外伤史者 10 例,否认外伤史者 26 例;既往有高血压病史 12 例、高血脂 7 例、糖尿病 4 例、脑梗死 8 例,服阿司匹林半年以上 5 例。

1.2 临床表现 主要表现为意识障碍者 11 例,精神行为异常者 18 例,头痛 15 例,呕吐 5 例,偏瘫 12 例,偏身感觉障碍 7 例,癫痫发作 3 例。

系统的缺血事件,又称为后循环缺血<sup>[1]</sup>。临床表现为眩晕、步态不稳,甚至伴有耳鸣、视物模糊,且无明显神经系统体征和神经影像学异常,是椎-基底动脉系统的一种短暂的脑循环障碍。症状能够完全恢复且不遗留明显后遗症,但有一部分可以发展为脑梗死,症状极易反复发作。VBI 的病因复杂,如颈椎病、颈椎外伤、动脉硬化、糖尿病、心脏病或低血压等引起。VBI 的治疗主要是针对病因采取相应治疗,总的原则是改善椎-基底动脉系统的供血状况,减轻相应的临床症状,预防脑梗死。目前主要采用抗凝(肝素、华法林)、抗血小板聚集(阿斯匹林、氯比格雷)、溶栓(tPA、尿激酶)等治疗措施<sup>[2]</sup>。

灯盏花素可以减少血管阻力,增强冠脉血流量,提高心肌耐缺氧能力,同时降低血液黏稠度,促进纤溶活性,防止或消弱血栓的形成<sup>[3]</sup>。目前已广泛应用于心脑血管疾病,在 VBI 的治疗方面也取得了较好的疗效,并且具有良好的发展前景。据报道,用 1 个疗程(10d)灯盏花素后,经颅多普勒超声 TCD 检测,显示椎动脉(VA)、基底动脉(BA)、大脑后动脉(PC)血流速度较用药前明显加快<sup>[4]</sup>。辅酶 Q<sub>10</sub> 是生物体内广泛存在的脂溶性醌类化合物,在人体呼吸链中质子移位及电子传递中起重要作用,可作为

1.3 误诊情况 行 CT 检查确诊前误诊为脑出血 6 例,脑梗死 12 例,脑供血不足 8 例,偏头痛 8 例,老年性癫痫 2 例。

1.4 CT 改变 36 例患者均行脑 CT 检查,其中平扫 36 例,平扫加增强 6 例。发现慢性硬膜下血肿 50 处,其中双侧血肿 14 例,血肿位于额颞顶部 17 例,额颞部 18 例,额颞顶枕部 8 例,单纯额部 5 例,枕部 2 例。血肿密度均匀者 20 例,其中呈等至稍高密度 9 例,稍低密度 6 例,低密度 5 例;另有 16 例血肿密度不均匀,其中 12 例血肿呈三层不均匀密度,表现为上层低密度、中层等密度、下层高密度,其内可见液平。血肿存在不同程度占位效应,中浅偏移大于 1cm 者 16 例,中浅偏移小于 1cm 者 14 例。3 例等密度血肿及 3 例稍低密度均匀血肿经增强扫

细胞代谢和细胞呼吸激活剂,还是重要的抗氧化剂和非特异性免疫增强剂,具有促进氧化磷酸化反应、保护生物膜的结构完整性、保护缺血细胞、降低外周血管阻力及抗醛固酮作用,被称为心脏的守护神<sup>[5]</sup>。在神经疾病治疗中,可有效地防止脑组织损伤,改善神经细胞存活率及功能<sup>[6]</sup>。两药合用,可以有效地改善椎-基底动脉供血,保护缺血组织细胞,防止病情发展为脑梗死,减轻药物的不良反应。

本研究结果显示,在常规治疗的基础上加用灯盏花素合辅酶 Q<sub>10</sub>,可以增加两药的治疗作用,减少药物的不良反应,加速 VBI 患者的病情恢复,缩短住院时间。

## 参考文献

[1] 史玉泉.实用神经病学[M].第 2 版.上海:上海科技出版社,2001. 610-614,629-633

[2] 焦万田.新编简明药物手册[M].第 3 版.北京:人民军医出版社, 2003.344,635

[3] 郑泽荣,刘晖,宋小珍.灯盏花素治疗椎基底动脉供血不足 58 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2006,4(6): 484-486

[4] 石森林,徐莲英.灯盏花素制剂防治脑血管病的现状与前景[J].中国 医药科技,2004,11(6): 382-385

[5] 王珏.心脏的守护神 - 辅酶 Q<sub>10</sub>[J].知识经济(中国直销),2009,11(2): 86-87

[6] 洪浩, 刘国卿. 缺血性脑病与神经保护剂 [J]. 中国药理学通报, 2004,20(1): 19-24

(收稿日期: 2009-05-03)

描显示不同程度血肿膜强化, 受压脑组织表面脑回状强化, 血肿轮廓较平扫时清晰。

1.5 统计学处理 全部数据使用 SPSS13.0 统计软件进行统计学分析。两组间比较采用  $t$  检验, 计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为有统计学显著意义。

## 2 结果

2.1 血肿与血压关系 本组病例有高血压病史者 12 例, 发病后测得血压偏高 ( $>140/90\text{mmHg}$ ) 者 20 例, 血压正常 16 例。高血压组出血量大, 中浅移位  $>1\text{cm}$  者 12 例, 正常血压组中浅移位  $>1\text{cm}$  者仅 4 例, 两组比较有显著性差异 ( $P < 0.01$ )。

2.2 临床症状与年龄关系 本组病例年龄在 61~70 岁 18 例, 71~80 岁 14 例, 81~88 岁 4 例。发现 70 岁以下组头痛明显者 12 例, 呕吐 3 例; 70 岁以上组精神行为异常者 13 例, 年龄与临床症状有其特异性。

2.3 CT 影像学改变与临床关系 36 例患者均发现有慢性硬膜下血肿存在, 且因血肿存留时间不同表现各异, 血肿量越大, 中浅结构移位越明显, 意识障碍越重, 头痛表现越突出, 位于额颞顶部者精神行为改变明显, 枕部 2 例仅表现为头昏、精神差。

2.4 治疗及预后 本组病例行钻孔冲洗引流 27 例, 术后 3~6d 复查 CT 22 例, 血肿明显减少, 中线复位 17 例, 术后 2~4 个月复查 CT 27 例, 血肿基本消失 24 例, 尚余少量积血 3 例。根据脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准<sup>[1]</sup>, 基本痊愈 23 例, 显著进步 2 例, 2 例复发再次手术基本痊愈 1 例, 并发肺部感染高热自动出院 1 例。9 例出血量少者经激素、血栓通或丹参静脉点滴等内科保守治疗 4~6 周基本痊愈出院, 2~4 个月后复查 CT, 血肿完全吸收 7 例, 硬膜下仅余少量条带状血肿 2 例。

## 3 讨论

本病是因外伤因素引起血液在硬脑膜与蛛网膜之间的积聚所形成的血肿, 好发于男性老年人<sup>[2]</sup>, 早期症状轻或无症状, 后期主要表现为头痛、呕吐、意识障碍、精神行为异常。由于其症状无特异性, 加上老年人记忆力差, 反应迟缓, 往往不能提供明确的外伤史, 老年人的脑容积的萎缩, 脑与颅骨之间的间隙增大, 可容纳一定量的血肿而不出现症状, 直到血肿量较大时才表现出高颅压征及意识障碍; 老年人又常患有高血压、高血脂、糖尿病等慢性疾病, 因此常误诊为脑血管意外而延误治疗。本组误诊为脑卒中、脑供血不足 26 例, 占 72.2%。因此临床遇有疑似脑血管病变的老年患者, 应尽早行脑 CT 或 MRI 检查, 必要时加做增强扫描, 以求明确诊断。

本组资料显示, 血肿大小与血压存在一定相关性, 高血压患者出血量较正常血压组大, 中线移位更明显, 这可能与脑动脉在长期高血压作用下硬化程度重、脆性大、易破裂且不易闭合有关。本组尚有 5 例服阿司匹林 75~100mg/d 半年以上, 魏社鹏等报道在一组 119 例病例中也发现有 6 例长期服用阿司匹林<sup>[3]</sup>。服用阿司匹林在血肿形成过程中是否有一定促进作用, 尚有待于今后更多病例数的观察论证, 但就其对凝血过程中的影响而言, 对于 80 岁以上高龄患者在选择阿司匹林作脑梗死预防用药时应慎重考虑, 以防其可能引起出血等不利影响。

Ramachandran 报道 SCSDH 的主要症状是头痛、步态不稳和痴呆<sup>[4]</sup>。本组病例除头痛、精神行为改变为主要表现外, 尚发现患者症状与发病年龄有一定相关性, 70 岁以下患者以头痛表现为主, 而 70 岁以上患者则以意识、精神行为改变为突出表现。这可能与高龄患者脑功能已因慢性缺血损伤存在衰退, 加以颅内血肿的打击而使认知功能损害更加重有关; 70 岁以下患者脑萎缩相对较轻, 高颅压征表现更明显。

SCSDH 的主要治疗方法是钻孔冲洗引流, 通过冲洗引流清除血肿腔内的血凝块及组织碎片, 消除由此而产生的高渗透压和致炎因子, 降低颅内压及炎症反应, 促使偏瘫肢体功能恢复和头痛缓解。本组钻孔引流 27 例, 术前有意识障碍 11 例, 术后第 2 天意识清醒 10 例, 意识障碍减轻 1 例, 第 3 天完全清醒; 术前有精神行为异常 16 例, 1 周内认知功能改善及恢复者 14 例; 术前头痛 12 例, 术后 3d 内头痛消失及减轻 11 例。Okada 认为, 慢性硬膜下血肿的完全吸收大约需要 6 个月的时间<sup>[5]</sup>。本组手术钻孔引流术后 2~4 个月血肿完全吸收占 88.9%, 内科保守治疗 2~4 月后血肿完全吸收占 77.8%, 两组比较差异无显著性 ( $P > 0.05$ )。由于内科治疗组病例均为血肿量小的轻症病人, 因此钻孔引流血肿消失要较内科保守治疗快; 但保守治疗无创, 适合于身患多种疾病不能耐受手术的高龄患者。对于血肿量大、脑中线移位明显者仍主张手术治疗。

### 参考文献

- [1] 王新德. 神经病学: 神经系统血管性疾病[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001. 536-538
- [2] 徐启武, 蒋雨平. 临床颅脑病学[M]. 天津: 天津科技出版社, 2003. 196-208
- [3] 魏社鹏, 张明奇, 郭辉, 等. 慢性硬膜下血肿 3 种治疗方法的疗效比较[J]. 中国临床神经科学, 2007, 15(5): 501-504
- [4] Ramachandran R, Hegde T. Chronic subdural hematomas-causes of morbidity and mortality[J]. Surg Neurol, 2007, 67: 367-372
- [5] Okada Y, Akai T, Okamoto K, et al. A comparative study of the treatment of chronic subdural hematoma-burr hole drainage versus burr hole irrigation[J]. Surg Neurol, 2002, 57: 405-409

(收稿日期: 2009-04-14)