

小骨窗开颅手术治疗老年性慢性硬膜下血肿

朱焕春

(河南省驻马店市中心医院 驻马店 463000)

摘要:目的:总结小骨窗开颅手术治疗老年性慢性硬膜下血肿的临床经验。方法:对 38 例经小骨窗开颅手术治疗的老年性慢性硬膜下血肿患者临床资料进行回顾性分析。结果:治愈 38 例,均无血肿残留,脑受压、移位缓解。结论:本方法创伤较小,操作简单、安全可靠,效果良好,适应证广。

关键词:小骨窗开颅手术;老年性;慢性硬膜下血肿;手术疗法

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.061

老年性慢性硬膜下血肿起病过程隐匿,常在早期无明显临床症状,发现症状时,血肿量多已很大,需外科手术治疗。恰当的手术方式,是取得满意效果的关键。常用的手术方法有钻孔引流术或骨瓣开颅血肿清除术,各有利弊。我科采用小骨窗开颅手术,吸收了二者的优点,避免了二者的弊端,效果良好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 38 例,男性 23 例,女性 15 例;年龄 60~89 岁,平均 71 岁;头部有明确轻度外伤史 21 例,无明确外伤史 17 例;病程 3 周~6 个月。痴呆、反应迟钝、表情淡漠 29 例,肢体无力 17 例,记忆力减退 16 例,头痛、头晕 13 例,恶心、呕吐 10 例。全组病例均行头颅 CT 扫描和(或)头颅 MRI 检查确诊。血肿部位:额颞枕 12 例,额颞顶枕 26 例。双侧血肿 5 例,单侧血肿 33 例。血肿量 90~160 mL。

1.2 手术方法 能配合者可选择局麻,不配合者可选择基础麻醉加局麻。根据头颅 CT 片或 MRI 片所示血肿部位,确定手术切口位置,一般选择近血肿中心部位,尽量使手术切口位于发际内,切口长约 5 cm。利多卡因局部浸润麻醉头皮各层,全层切开头皮,剥离骨膜,牵开器牵开,暴露颅骨。钻骨孔,用咬骨钳扩大骨窗约 2 cm× 3 cm,骨蜡止血,悬吊硬脑膜于骨窗周骨膜上。“十”字切开硬脑膜,若有包膜,

在可视范围内行包膜部分切除。缓慢放出液化血水,用剪有 3~5 个侧孔的硅胶引流管,不同方向置入血肿腔内,生理盐水反复冲洗,尽量排出残余絮状物和凝血块,直至冲洗液清亮。分别向额部、枕部方向置入剪有 3~5 个侧孔的硅胶引流管各一条,分别从切开两侧端另外打孔引出,固定。间断缝合硬脑膜,但不要严密缝合。术后无需颅骨修补,分层缝合头皮。再从枕部方向引流管缓慢注入生理盐水,待颅内积气排空,生理盐水从额部方向引流管排出时,闭管,外接闭式引流袋。

1.3 术后治疗 常规行止血、应用神经营养药物及神经功能恢复锻炼、对症处理等治疗,尽量多补充生理盐水,不用脱水药物,鼓励多饮水、吹气球。根据受压脑组织膨复情况,术后 3~5 d 拔除引流管,一般先拔除枕部方向引流管,1~2 d 后再拔除额部方向引流管,最迟 1 周内全部拔除。

1.4 结果 治愈 38 例,均无血肿残留,脑受压、移位缓解。其中脑膨复良好者 21 例,留有少量硬膜下积液者 17 例,但临床症状均基本消失。手术后 1 个月复查,残留硬膜下积液均无增多,其中 9 例较出院时明显减少。

2 讨论

慢性硬膜下血肿是老年常见的颅内疾病,约占颅内血肿的 10%,多数有轻微外伤史,病程在 3 周以上,有的长达数月^[1]。本组患者多在 3 个月以内。

后嘱续服 10 剂,以巩固疗效。

5 讨论

肾小球肾炎水肿,外感内伤皆有,但病理变化主要在于肺脾肾三脏。《景岳全书·肿胀》云:“凡水肿等证,乃肺脾肾三脏相干之病,盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水唯畏土,故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水,脾虚则土不制水而反克,肾虚则水无所主而妄行。”其中以肾为本,以肺为标,以脾为制水之脏。此外,瘀血阻滞,损伤三焦水道,往往可使水肿顽固不愈。临床辨证应以

阴阳为纲,尚须注意阴阳、寒热、虚实之间的错杂与转化。治疗方法有发汗、利尿、攻逐、健脾、温肾、降浊、化瘀等。笔者治肾小球肾炎水肿:大凡风邪袭肺、痰热内蕴者,治以疏风宣肺、发表利水、清热化痰;凡脾气虚弱,运化失职,水液内停者,治以益气健脾利水;凡肾阳不足,气化失司,水势泛滥者,治以补肾温阳利水;凡瘀血内阻,络脉阻滞,水道壅塞者,治以活血化瘀利水。综上述四种治法,屡用于临床,疗效令人满意。

(收稿日期:2012-10-15)

针灸配合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病 86 例体会

齐运卫

(河南省洛阳市第一中医院 洛阳 471000)

关键词:椎动脉型颈椎病;针灸;手法推拿

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.062

椎动脉型颈椎病是颈椎病的常见类型之一,临床以眩晕、恶心呕吐等症状为特点。自 1996 年 1 月~2010 年 10 月,作者采用针灸配合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病 86 例,临床效果显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 86 例,男 29 例,女 57 例,年龄 25~73 岁,病程最长 5 年,最短 2 d。86 例均有不同程度的眩晕、恶心、颈部酸痛,其中伴心慌者 35 例,头痛或偏头痛 46 例,视物不清、眼睛酸胀者 52 例。慢性硬膜下血肿的发生与老年人的生理特点有关,如脑萎缩致桥静脉张力高、颅内压低、动脉硬化、血管脆性增加、抗凝治疗等。轻微的外伤亦可引起血管破裂出血且不易自止,血液集聚于硬膜下腔,形成血肿。通过纤维蛋白降解产物(fibrin degradation product, FDP)测定,发现血肿液内 FDP 高于血液含量。FDP 是纤溶酶作用于纤维蛋白的多肽碎片,血肿液高浓度 FDP 会引起血肿外膜中毛细血管和小静脉不断出血使血肿逐渐增多,血肿腔内有新鲜血液又产生更多的 FDP,如此形成恶性循环,血肿逐渐扩大。手术中应彻底冲洗,充分引流,尽可能将 FDP 冲洗干净,阻断恶性循环链,以防术后复发。本组小骨窗开颅手术,无复发病例,原因如下:(1)骨窗缘骨蜡止血并悬吊硬脑膜,止血彻底完善;(2)有足够空间,在可视范围内行包膜部分切除,方便置管冲洗操作;(3)手术时缓慢放出液化血水,减压缓慢,避免了颅内压骤降引起硬脑膜与颅骨间小血管撕裂和脑血管损伤破裂出血的危险;(4)剪有 3~5 个侧孔的硅胶引流管,不同方向置入血肿腔内,可捅破多血肿腔的分隔膜,生理盐水反复冲洗,尽量排出残余絮状物和凝血块,直至冲洗液清亮,阻断 FDP 恶性循环链;(5)术后先拔除枕部方向引流管,1~2 d 后再拔除额部方向引流管,脑组织在重力作用下逐渐由下向上膨起,挤压血肿腔内血性液流向血肿腔上方(额部),从引流管侧孔排出颅外,同时颅内少量积气在脑组织挤压下压力高于大气压,也从引流管排出体外,此种放置引流管的方法在不妨碍血性液排出的同时又有利于气体的排出;(6)间断缝合硬脑膜,但不要严密缝合,使部分开放的硬

例,猝倒史者 12 例。查体:头部旋转试验阳性 76 例,椎旁压痛 63 例。本组均摄颈椎 X 线侧位片、双斜片、张口位片或 CT、MRI,其中颈椎生理曲度变直或反弓者 75 例,椎间孔变小 48 例,环枢椎半脱位 69 例,颈椎间盘突出者 52 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 针灸疗法 取穴:主穴:第 1、2、3 颈夹脊穴(即颈椎第 1、2、3 棘突下旁开 0.5 寸)及风池、完骨、天柱、百会。配穴:心慌、恶心呕吐加内关、丰隆,头

脑膜及包膜起到进一步向头皮软组织引流的作用。头颅 CT 影像学资料,对术中冲洗难易程度判断有帮助。CT 提示低密度影者,血肿多呈黄褐色或淡黄色液体,易冲洗干净。CT 提示为等密度影者,血肿为褐色或红褐色液体,冲洗次数明显增加。CT 示稍高密度影者,血肿呈黑色柏油状及有血凝块,包膜较薄,术中需反复冲洗,有些血凝块需要用吸引器吸出。CT 提示为高密度影和混杂密度影者,血肿腔常有分隔膜,血肿常不易清除,可把引流管反复向不同方向置入血肿腔内,尽量捅破多血肿腔的分隔膜,保证手术疗效。

约 2 cm× 3 cm 的小骨窗开颅手术,避免了钻孔引流术和骨瓣开颅血肿清除术的弊端,吸收了二者的优点,效果良好。钻孔冲洗引流血肿,创伤小,但视野差,置管盲目,易插破蛛网膜而进入脑内,引起脑脊液漏、脑挫伤、脑内血肿等并发症。且血肿腔内絮状物和凝血块不易冲洗干净,术后血肿易复发。而开颅血肿清除术,创伤大,老年人多不能耐受。高龄患者多有脑萎缩,在慢性硬膜下血肿长期压迫下,已适应病理状态下的脑组织缩小,术后脑组织膨复不良,常残留颅内积液^[1]。对此类病人,术后采用头低足高卧位,多饮用开水或增加补液量,鼓励吹气球等,可减少残留液体量。本组病例,术后 1 个月复查,残留硬膜下积液均无增多,其中有 9 例较出院时明显减少。

参考文献

[1]段国升,朱诚.手术学全集·神经外科卷[M].北京:人民军医出版社,1995.90-92
[2]王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2005.442-444

(收稿日期:2012-10-24)