

脑外伤致硬膜下血肿 46 例手术疗效观察

陈龙

(湖南省长沙市宁乡县人民医院 宁乡 410600)

摘要:目的:分析脑外伤致硬膜下血肿的临床特点及手术治疗的效果。方法:选择脑外伤致硬膜下血肿患者 46 例,根据不同病情采用针对性的外科手术方案,包括骨瓣开颅血肿清除术、骨窗开颅血肿清除术、小骨窗开颅血肿清除术及钻孔引流术,随访 6 个月,观察治疗效果及 ADL 能力分级。结果:46 例患者中痊愈 36 例(78.26%),轻残 3 例(6.52%),中残 3 例(6.52%),重残 2 例(4.35%),植物生存、死亡各 1 例(2.17%),治疗总有效率为 91.30%。所有患者 ADL 能力分级 1 级 36 例(78.26%),2 级 4 例(8.70%),3 级、4 级及 5 级分别为 2 例(4.35%)。结论:术前根据影像检查及临床症状对硬膜下血肿的特点进行分析,制定个性化的外科治疗方案,可明显提高治疗效果,改善患者的预后。

关键词:硬膜下血肿;脑外伤;特点分析;手术疗效

中图分类号:R651.15

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.025

脑外伤所致硬膜下血肿是较严重的一种神经外科疾病,病死率可达 0%~85%,即使患者有幸生存下来,往往导致中残甚至重残,对患者的生活质量造成严重的影响^[1]。硬膜下血肿是临床比较常见的一种类型,伤后短时间内迅速发生,若未得到及时、正确的处理,患者有较高的致死、致残率^[2]。本文对 46 例脑外伤所致硬膜下血肿患者根据其病情特点分别采取了不同的手术方法治疗,临床效果显著。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院神经外科 2011 年 1 月~2012 年 6 月期间收治的脑外伤所致硬膜下血肿患者 46 例,其中男性 28 例,女性 18 例;年龄 13~68 岁,平均年龄(43.2±8.8)岁;患者自发病至就诊时间为 2.8~20 h,平均(11.4±4.6)h;患者交通事故伤 21 例、高空跌落伤 16 例、钝器伤 9 例;就诊时 GCS 评分:≤8 分的 13 例,9~12 分的 22 例,>12 分的 11 例;头颅 CT 检查硬膜下血肿分布部位:额部 17 例、枕部 14 例、颞顶部 9 例和颞底部 6 例;中线移位<1 cm 的 29 例,中线移位≥1 cm 的 17 例;采用 Peterson 公式对硬膜下血肿量进行计算:11 例<20 mL、18 例 20~40 mL、17 例>40 mL。所有患均经颅脑 CT 或 MRI 等辅助检查确诊。

1.2 手术方法 所有患者根据血肿部位及血肿量的不同,分别采取不同的手术方法。所有患者均进行术前备皮、常规手术区域消毒及局部头皮麻醉。手术的中心点确定在血肿的中心位置。骨瓣开颅血肿清除术:该种手术方式适用于血肿量>40 mL 并出现意识模糊甚至昏迷等意识障碍的幕上血肿患者,手术过程中无颅内压增高者,可直接修复硬脑膜以保持其完整性;而对于颅内压增高者,则打开硬脑膜,并适当扩大骨窗,去除骨瓣以使硬脑膜减压,修

补钛网。骨窗开颅血肿清除术:适用于位于幕下和(或)幕上的血肿超过 40 mL 的患者。常规开颅后,瓣形切开硬脑膜及皮质,血肿部位暴露后,进行清除,手术处理方法同骨瓣开颅血肿清除术。小骨窗开颅血肿清除术:对于血肿量在 30 mL 以下的患者,根据术前 CT 定位,在颞部耳前作 3~4 cm 的小切口,对颅骨进行钻孔后,扩大形成约 3 cm×3 cm 左右的骨窗,将硬脑膜瓣形切开,将超过 80%的血肿清除。钻孔引流:适用于血肿量<30 mL 的患者,根据术前 CT 定位、血肿分布及大小穿刺后,第一次将血肿量的 2/3 吸除,放置引流管持续引流,术后血肿腔内注入尿激酶 2 万 U,逐步抽吸,将剩余血肿逐渐清除,对血肿进行动态颅脑 CT 检查,血肿量小于 5 mL 后可将引流管拔除。

1.3 效果评估 手术评估标准依据 GCS 评分,即痊愈、轻残、中残、重残、植物生存和死亡^[3]。有效=痊愈+轻残+中残,无效=重残+植物生存+死亡。采用 ADL 能力分级法对患者生存质量进行测评:生活、工作恢复正常为 1 级;部分恢复正常,可独立生活为 2 级;扶拐可行走,需人照顾部分生活为 3 级;卧床,生活不能自理,但意识清醒为 4 级;植物生存状态为 5 级。

2 结果

2.1 患者临床疗效结果 46 例患者中痊愈 36 例(78.26%),轻残 3 例(6.52%),中残 3 例(6.52%),重残 2 例(4.35%),植物生存、死亡各 1 例(2.17%),治疗总有效率为 91.30%。

2.2 患者 ADL 分级结果 所有患者 ADL 能力分级 1 级 36 例(78.26%),2 级 4 例(8.70%),3 级、4 级及 5 级分别为 2 例(4.35%)。

3 讨论

急性硬膜下血肿是颅脑外伤中的致命疾病之

一, 占外伤性颅内血肿的 20%左右, 有着较高的死亡率和致残率^[4]。血肿及其分解产物对脑组织可形成颅内占位效应, 故治疗首要目的是将血肿及时清除和有效止血^[5]。手术治疗能将血肿迅速彻底清除, 成为首选的治疗方法^[6]。其中骨瓣开颅血肿清除术及骨窗开颅术血肿清除术的创伤大, 手术时间长, 易发生各种并发症; 应该注意的是, 在血肿清除后, 若硬膜下呈现蓝色, 则表明有血肿的存在, 应当立即清除^[7]。钻孔引流术操作简便、创伤小、安全性高, 对于清除深部血肿及重要功能区的血肿效果较好, 适用于年龄较大和全身情况较差的患者, 但需分多次清除血肿, 对于患者脑组织受压迫现象不能及时解除。随着微创及显微外科技术的发展, 小骨窗血肿清除术由于其创伤小的特点, 在临床上得到广泛应用, 但存在手术视野局限, 术中血肿不能充分暴露及减压不充分等缺点^[8]。本组手术根据患者血肿分布及血肿量分别采取不同的手术方式, 治疗总有效率为

91.30%, 患者 ADL 能力分级 1 级者占 78.26%, 效果显著。综上所述, 脑外伤所致硬膜下血肿的治疗应根据患者的血肿特点采取不同的手术方法, 可显著提高治愈率, 降低致残率和病死率。

参考文献

[1]付强,徐文博.外伤性硬膜外血肿 58 例治疗体会[J].中国社区医师, 2009,11(15):185
[2]常兵.脑外伤所致硬膜下血肿手术治疗分析[J].吉林医学,2012,33(15):3 282
[3]Yamada H,Watanabe T,Mutata S,et al.Developmental process of chronic subdural collections of fluid based on CT scan findings[J]. Surg Neurol,1980,13(6):441-448
[4]胡振华,梁柱楼,陈学华,等.探讨脑外伤导致硬膜下血肿的手术治疗效果[J].吉林医学,2012,33(36):7 972-7 974
[5]罗家扬.脑外伤所致硬膜下血肿手术治疗分析[J].中国医药指南, 2011,9(15):111-112
[6]谢长平.脑外伤所致硬膜下血肿外科治疗分析[J].中外医学研究, 2012,10(10):123-124
[7]谭红兵,赵海翔,曾海军.脑外伤所致硬膜下血肿手术治疗分析[J].中国当代医药,2010,17(33):180-181
[8]丁建魁,吴喜,额布,等.大骨瓣开颅治疗急性脑挫裂伤伴硬膜下血肿的体会(附 64 例报告)[J].中华神经外科杂志,2010,26(3):280

(收稿日期: 2014-05-09)

TVT-O 术前术后使用阴道雌激素软膏治疗压力性尿失禁 30 例临床报告

杨莉¹ 袁琼² 付慧琴³

(1 江西省樟树市人民医院妇产科 樟树 331200; 2 江西省宜春市妇幼保健院 宜春 336000; 3 江西省樟树市鹿江社区卫生院 樟树 331200)

摘要:目的:研究经闭孔阴道无张力性尿道中段悬吊术(TVT-O)术前术后使用阴道雌激素软膏治疗女性压力性尿失禁的疗效和临床意义。方法:回顾性分析我院 2011 年 7 月~2013 年 3 月收治的 30 例压力性尿失禁患者,采用强生公司 TVT-O 吊带系统对无张力尿道中段吊带术,术前术后使用阴道雌激素软膏治疗。结果:29 例患者治愈,1 例改善,手术时间 20~50 min(平均手术时间 30 min),术中无并发症、无膀胱损伤。其中 3 例术后出现大腿根部牵扯痛,未作处理,10~14 d 症状自行消失;3 例术后尿潴留,其中 2 例经持续导尿 3 d 后再行膀胱操,2 d 后自行排尿,1 例针灸理疗并加服特拉唑嗪后恢复。术后随访 6~12 个月,术后排尿功能恢复良好,无复发、网片侵蚀及暴露病例。结论:TVT-O 术前术后使用阴道雌激素软膏治疗女性压力性尿失禁简便、易操作、效果可靠、恢复快、尤其不易损伤膀胱,是治疗女性压力性尿失禁的安全理想有效方法,适合基层医院开展。

关键词:压力性尿失禁;阴道雌激素软膏;无张力尿道悬吊术

中图分类号:R697.54

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.026

女性压力性尿失禁(SUI)是中老年女性的一种常见疾病,其发病原因包括分娩导致盆底与支撑有关的组织损伤、雌激素水平降低、过度肥胖以及尿道固有括约肌缺乏等^[1]。此外,女性尿道较短也是易患压力性尿失禁的重要因素。压力性尿失禁对患者的心理、日常生活及社交活动均有不利影响。2006 年中国流行病学调查显示,压力性尿失禁在成年女性的发生率为 18.9%, 是一个重要的卫生和社会问题^[2]。压力性尿失禁的手术方法很多,有 100 余种,目前公认的金标准术式为耻骨后膀胱尿道悬吊术和阴道无张力尿道中段悬吊术。因阴道无张力尿道中段悬吊术更为微创,现已成为一线手术治疗方法。而

经闭孔阴道无张力尿道中段吊带(TVT-O)是一种最新的手术方式。采用 TVT-O 操作方便且不易穿破膀胱,并发症少,在手术中不需看膀胱镜,也不易损伤到髂血管^[3]。樟树市人民医院妇产科 2011 年 7 月~2013 年 3 月对 30 例压力性尿失禁女性患者采用强生公司 TVT-O 吊带系统实施无张力性尿道中段吊带术,术前术后使用阴道雌激素软膏,结果疗效满意。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 7 月~2013 年 3 月樟树市人民医院妇产科收治的 30 例 SUI 患者。术前患者均表现为腹压增大时尿自溢,经尿动力学检查