

# 锥颅尿激酶溶解术治疗慢性硬膜下血肿 12 例

吕彦锋

石家庄市中医院神经外科(石家庄 050051)

主题词 慢性硬膜下血肿/药物治疗;尿激酶/治疗应用

中图分类号 R743.34

我科自 1995 年 1 月~1999 年 6 月共收治慢性硬膜下血肿 47 例,钻孔引流治愈 35 例,锥颅尿激酶溶解治愈 12 例。现将锥颅尿激酶溶解治疗 12 例总结报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 12 例,男性 7 例,女性 5 例,年龄 27~81 岁,平均 57.56 岁;出血量 90~230 ml(按 CT 片田氏公式计算),平均 154 ml;中线结构移位:10~30 mm,平均 17.6 mm,部位均位于额颞顶叶,左:右=8:4;引流时间 2~5 d,平均 3.5 d;尿激酶用量 3~8 次,平均 6 次。

1.2 手术方法 按 CT 片以最大层面、血肿最厚部位为穿刺点,局麻徒手锥颅,置入内径 2~3 mm 带侧孔硅胶引流管,无菌绷带固定,接闭式无菌引流瓶,引流瓶低于耳屏水平,行低位引流。

1.3 尿激酶用法:用尿激酶前先用生理盐水反复冲洗,至冲洗液为淡红色,予生理盐水 10 ml+尿激酶 1 万 u 引流管注入,夹闭 2 h 后放开。如引流液为暗红色,且有陈旧小血块和(或)纤维样降解产物,每 12 h 用尿激酶 1 次,如引流液为浅黄色,清亮,无沉淀物,则观察 24 h,引流量不多(一般少于 20 ml/24 h),复查 CT,脑组织复位良好,拔除引流管。

1.4 一般治疗:头低脚高位(15~30°);大量补液,3 000~4 000 ml,其中盐水 1 000~1 500 ml,糖盐水 2 000~2 500 ml,以利脑组织复位,必要时行腰穿鞘内注入或侧脑室穿刺注入生理盐水,迫使脑组织复位。

## 2 讨论

致。血肿增大的原因因为血肿液中纤维蛋白降解产物升高,纤维蛋白原缺乏,血肿新生包膜产生局部的纤溶酶增加,在抗凝作用下,血肿内失去凝血机能,且血肿包膜的外层有新生而粗大的毛细血管,有血浆自管壁破裂出血到囊内而引起血肿体积增加<sup>[1]</sup>。故手术及防止复发的关键是术中除了将囊内血性液体排空外,需用生理盐水反复冲洗,将陈旧血块、纤维蛋白降解产物及纤维物质尽可能冲洗干净。

钻孔引流术是目前治疗慢性硬膜下血肿的最佳治疗方法。最近有报道采用单纯锥颅冲洗术,用生理盐水冲洗至清亮,每隔 3~4 d 重复锥颅冲洗,一般 2~4 次。对于生命垂危患者,及时手术,一般均能获得较好预后。

笔者体会锥颅尿激酶溶解术与传统钻孔引流术相比,具有以下优点:操作简单,只需颅锥、无菌包、引流装置,可床旁进行。局麻锥颅,引流管内径 2~3 mm,组织创伤小,痛苦轻,易于被患者接受,尤其高龄、合并症较重患者。尿激酶通过激活纤溶酶原转变成纤溶酶,从而使陈旧血块中纤维蛋白降解,能有效的防止引流管道及侧孔口的血液粘附或血块堵塞,为保持引流管通畅创造条件;用尿激酶前先用生理盐水反复冲洗,即可保证引流管通畅,又可将颗粒状小血块及纤维降解产物冲洗出来,弥补了引流管内径较细,易引流不畅的不足,有效防止血肿复发。脑组织复位过程相对较缓慢,尤其对于较大血肿(>90 ml),中线移位过大者(>12 mm),可避免突然脑组织复位,出现严重神经系统障碍及并发颅内血肿。闭式、持续引流,避免多次锥颅的痛苦,减少感染发生率及张力性气颅的发生。取材方便、价廉,即使没有合适的硅胶引流管,也可用输血器头皮针部去除钢针后代替硅胶引流管。该法技术要求不高,安全可靠。

慢性硬膜下血肿,多数学者认为由于头部受轻度外伤所