文章编号:1000-5404(2014)02-0189-03

短篇论著

机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿的临床分析

袁 鹏,王 佳,邹胜伟,刘 科 (400014 重庆,重庆市急救医疗中心神经外科)

[摘要] **目的** 探讨机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿的临床特点及最佳治疗方式。**方法** 回顾性分析6例机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿的临床治疗经过,并文献复习。**结果** 6例均行开颅手术,术后症状均有缓解。6个月CT复查,其中4例包膜全切患者脑组织复位好,其余2例脑组织部分复位。**结论** 机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿的病史一般较长,临床症状与普通慢性硬膜下血肿相似,CT常表现为新月形低密度区,伴有钙化、分隔,MRI表现为混杂信号,运用显微技术切除机化血肿及包膜是治疗的关键。

[关键词] 机化;钙盐沉积;慢性硬膜下血肿
[中图法分类号] R651.15 [文献标志码] A

慢性硬膜下血肿是指位于硬脑膜与蛛网膜之间具有包膜的血肿[1]。多发生于大脑额颞顶凸面,好发于老年人及小孩。通常患者于外伤后3周出现症状,多数经钻孔引流可以治愈。我科自2000年9月至2012年9月共收治286例慢性硬膜下血肿患者,其中6例经开颅手术治疗,病理检查诊断为机化伴钙盐沉积型血肿。机化伴钙盐沉积型慢性硬膜下血肿在临床中少见,其治疗方式与常见慢性硬膜下血肿截然不同,所以选择正确的治疗方式与预后关系密切,现将其病例特点报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组资料男性5例,女性1例;平均年龄69(50~88)岁;均有外伤史,伤后至就诊时间11个月至10年,平均约3年;临床表现:阵发性头晕,头痛,淡漠,记忆力减退,反应迟钝,肢体偏瘫。其中3例有精神情感改变,2例伴有癫痫,1例伴有恶心、呕吐症状。

1.2 影像学检查

血肿均为单侧,左侧4例,右侧2例。位于额颞顶枕区,影像学特征:5例CT表现为颅骨内板下新月形或半月形高低混杂密度影,1例CT表现为梭形。血肿量60~260 mL,中线移位4~10 mm,脑沟裂变窄或消失,血肿腔内有分隔,增强扫描可见包膜增强,边缘局部钙化灶。MRI扫描均证实有明确包膜存在,短T_1长T_2混杂信号。

1.3 手术方法及过程

4例患者经术前阅片后直接开颅手术,2例患者先行钻孔引流,未见液化血肿流出(钻孔区见血肿呈泥沙样改变,无法引流,后立即扩大切口改为显微镜下开颅)。术中见硬膜极薄,剪开硬膜后发现血肿包膜极厚(0.3~0.5 cm),表面光滑,质韧,呈淡黄色改变。剪开血肿壁层包膜,见血肿完全机化,呈红褐色半固态泥沙样改变,局部有钙化结节。于包膜内清除机化泥沙样物质,小心剥离血肿包膜,彻底清除血肿,尽可能多地切除包膜组织。壁层包膜切除较顺利,脏层包膜广泛增厚,其切除取决于包膜组织与脑组织蛛网膜之间粘连的程度;本组4例全部切除,1例因包膜与乙状窦区域粘连较重未行全切,1例因包膜与额极颞极返折区粘连,同时与上吻合静脉的粘连,局部保留包膜脏层,松弛剪开,未行全切。止血彻底后,见脑组织张力不高,低于骨窗缘,还纳骨瓣,常规关颅。

2 结果

2.1 病理学观察

可见大量机化血块及囊壁组织,囊壁由增殖梭形细胞及增生毛细血管构成,血肿腔内可见团片状嗜碱性钙盐沉积,钙盐周围胶质细胞增生,但无异形性。

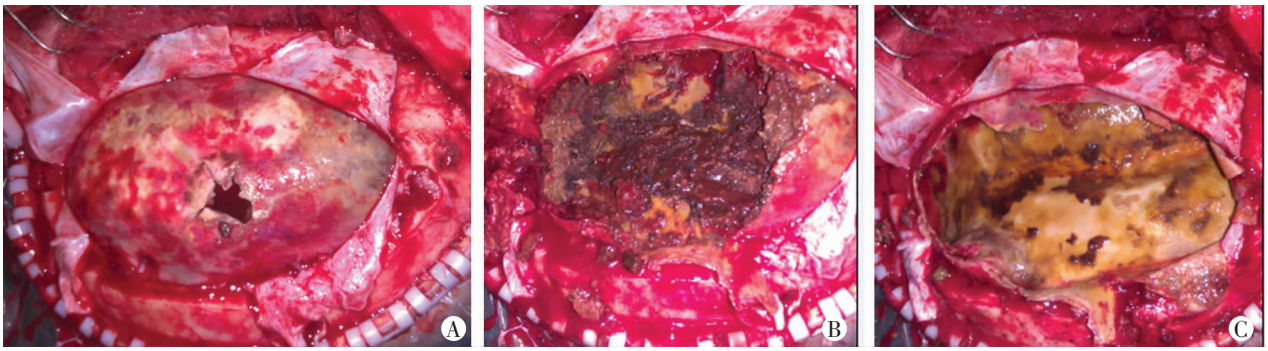
2.2 术中血肿肉眼形态

血肿有明显包膜,且包膜极厚,术区硬脑膜因长期受压原因极为菲薄。血肿机化明显,质地韧,呈红褐色砂粒结节样改变。见图1。

2.3 术后CT复查影像学表现

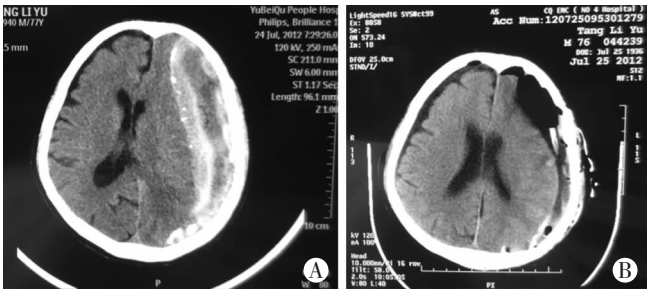
术后6个月CT复查结果显示,4例包膜全切患者脑组织复位好,其余2例脑组织部分复位,血肿完全清除,中线移位有改善,脑组织复位困难,由积液占据。见图2。

[基金项目] 重庆市卫生局医学科研重点项目(2013-1-041)
[通信作者] 刘 科,E-mail: liudaoqi@tom.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131014.1127.021.html(2013-10-14)



A:硬膜极薄,血肿壁层包膜极厚;B:血肿机化呈红褐色砂粒结节样改变;C:血肿清除后,见增厚的脏层包膜

图1 机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿患者开颅手术术中血肿形态观察



A:术前;B:术后

图2 机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿患者手术前后CT表现

2.4 临床症状

6例患者术后其精神症状、记忆力、偏瘫等均有改善;2例原有癫痫发作者术后需继续服用德巴金预防,无新增癫痫发作病例。

3 讨论

以血肿机化伴钙盐沉积为病理改变的慢性硬膜下血肿临床上少见,国内外报道较少[2],其临床特点、CT、MRI表现均有一定特殊表现,可与普通慢性硬膜下血肿、亚急性硬膜下血肿鉴别。

病史中多数头伤轻微,起病隐袭,临床表现无明显特征。血肿机化伴钙盐沉积型慢性硬膜下血肿从受伤到发病的时间较长,文献中报道有长达34年之久者[3]。血肿不断扩大与患者脑萎缩、颅内压降低、凝血机制异常等因素有关[4]。据术后标本电镜观察,血肿内侧膜为胶原纤维,没有血管;外侧膜含有大量毛细血管网,其内皮细胞间的裂隙较大,基膜结构不清,具有异常的通透性,在内皮细胞间隙处,发现到红细胞碎片、血浆蛋白和血小板,说明有漏血现象。研究[5]表明,血肿外膜中除红细胞外,尚有大量嗜酸性粒细胞浸润,并在细胞分裂时有脱颗粒现象,这些颗粒基质内含有纤维蛋白溶解酶原,具有激活纤维蛋白溶解酶而促进纤维蛋白溶解。外伤后硬膜下少量渗血(以桥静脉断裂,皮层挫伤出血为主),缓慢出血量达到一定程度,腔内压力增高导致渗血停止,随着时间延长,血肿随纤维化收缩,包膜逐渐增厚,包膜局部血管闭塞,结缔组织变形发生钙化[6]

CT及MRI是诊断慢性硬膜下血肿最简捷有效的方法。慢性硬膜下血肿CT影像学呈等密度,横断位表现为浅弧形或新月形,在冠状位表现为略呈梭状。MRI:T_1WI可以为高信号、等信号和较低信号,T_2WI则全部为高信号。亚急性硬膜下血肿MRI表现为脑凸面的新月状或弧线状短T_1WI和长T_2WI或短T_1、短T_2信号影,Flair序列为高信号影。由于影像表现与血肿期龄密切相关,仔细阅读术前CT/MRI即可判断血肿液化程度,有无分隔、机化、钙化等。本病CT常表现为颅骨内板下方新月形、半月形低密度区,少部分表现为梭形,有误诊为硬膜外血肿的报道。也可表现为高密度、等密度或混杂密度,易误诊为亚急性硬膜下血肿[7]。因其CT表现常伴有明显钙化、分隔,可与普通慢性硬膜下血肿鉴别。我们发现其MRI表现无论在T_1还是T_2均为混杂信号改变,结合Flair改变可与硬膜外血肿及亚急性硬膜下血肿,大脑凸面的脑膜瘤相鉴别。

机化伴钙盐沉积型巨大慢性硬膜下血肿术前诊断极为重要,诊断要点:该病的病史一般较长,其CT常表现为新月形低密度区,高密度表现的增厚包膜,多伴有钙化、分隔,可与常见慢性硬膜下血肿相鉴别。治疗方面运用传统的钻孔引流术,或微创YL-1穿刺引流方法是不可取的。根据病史资料,影像学特征分析,选择正确术式,以尽量创伤小的手段解除占位,促进脑组织浮张,减少并发症是保证疗效的关键。我们认为此类病例应开颅手术清除血肿及钙化的组织,显微镜下行

包膜切除(包膜如果厚韧,尽可能在显微镜下仔细剥离,如包膜较薄,则放射状切开脏层包膜,类似于硬脑膜减压,便于术后脑组织复位,不可一味追求包膜全切而损伤脑表面的血管),术后证实效果满意。

此手术目的是彻底清除血肿及其包膜,消除占位,缓慢改善脑移位,减轻对大脑皮层的刺激[8]。手术重点难点:①术前骨瓣的设计充分,需完全显露甚至超过血肿范围;②完全清除血肿,尽可能全切包膜,利于脑组织浮张,促进脑功能恢复。若血肿包膜脏层与脑皮层软脑膜之间粘连,有条件需在镜下操作,缓慢仔细分离,减少手术导致的二次损伤[9];③术后加强胶体及蛋白的补入可以缩短脑组织的浮张时间,促进神经功能恢复。

准确的术前诊断,同时选择正确的手术方式,该病预后是良好的。但该病例临床数量少见,尚需进一步总结积累资料。

参考文献:

[1] 孙绪祥, 白海平, 赵海康, 等. 开颅手术治疗机化型慢性硬膜下血肿 7 例临床分析[J]. 中国现代医药杂志, 2009, 11(1): 66.
[2] 付辉, 韩珣, 牛祥军, 等. 开颅术治疗慢性硬膜下机化性血肿[J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22(7): 423.
[3] 郭峰, 孙里杨, 王列, 等. 骨瓣开颅治疗机化型慢性硬膜下血肿的探讨[J]. 浙江临床医学, 2008, 10(1): 71.
[4] 郭世文, 闫忠军. 慢性硬膜下血肿扩大的研究进展[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2010, 9(1): 84 - 85.
[5] 苏少波, 张建宁. 慢性硬膜下血肿发病机制研究进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2009, 36(3): 221 - 224.
[6] Moon K S, Lee J K, Kim T S, *et al*. Contralateral acute subdural hematoma occurring after removal of calcified chronic subdural hematoma [J]. J Clin Neurosci, 2007, 14(3): 283 - 286.
[7] 李志明, 李文. 罕见巨大慢性硬膜外血肿 1 例[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2011, 9(3): 285.
[8] Tatli M, Guzel A, Altinors N. Spontaneous acute subdural hematoma following contralateral calcified chronic subdural hematoma surgery: an unusual case[J]. Pediatr Neurosurg, 2006, 42(2): 122 - 124.
[9] Hammerle C H, Jung R E, Yaman D, *et al*. Ridge augmentation by applying bioresorbable membranes and deproteinized bovine bone mineral: a report of twelve consecutive cases[J]. Clin Oral Implants Res, 2008, 19(1): 19 - 25.

(**收稿**:2013-08-23;**修回**:2013-09-13)
(编辑 王小寒)

文章编号:1000-5404(2014)02-0191-03

短篇论著

延续护理在介入治疗下肢闭塞性动脉硬化症患者康复中的应用

张琳娜[1],侯艳玲[2],左桂芝[3],杨 植[1],刘艳春[1],高 畅[1],王 敏[1] (067000 河北 承德,承德医学院附属医院血管外科[1];067000 河北 承德;河北钢铁集团承钢医院内科[2];067000 河北 承德,承德市第三医院超声科[3])

[**摘要**] **目的** 探讨延续护理在介入治疗下肢闭塞性动脉硬化症患者康复中的作用。**方法** 选择经过介入治疗的下肢闭塞性动脉硬化症患者 67 例,随机分为干预组(n=34)和对照组(n=33)。2 组患者均接受常规健康教育,干预组还接受课题小组的延续护理教育。出院后随访 6、12、24 个月,对比 2 组患者生活质量、遵医行为和疾病复发情况。**结果** 干预组患者在出院后 6、12、24 个月生活质量和完全遵医行为明显优于对照组(P<0.01);2 组患者术后 6 个月内狭窄率均不高,术后 12、24 个月干预组患者的狭窄率低于对照组(P<0.01)。**结论** 延续护理可以明显提高患者的生活质量和遵医行为,防止和减少疾病的复发。

[**关键词**] 延续护理;动脉闭塞性疾病;血管外科手术;腔内介入;生活质量;遵医行为
[**中图法分类号**] R473.2;R543.2 [**文献标志码**] A

对于轻度下肢闭塞性动脉硬化症(arteriosclerosis obliterans,ASO)患者可以采用药物治疗与运动锻炼相结合的办法,促进侧支循环的建立。对于药物治疗效果不佳的重症间歇性跛行患者或者已经出现重症下肢缺血的患者来说,介入治疗可以快速使闭塞段的血管重建与再通,尽快恢复有效血供[1]。然而,介入治疗并不能消除引起动脉硬化的潜在致病因素,患者仍可能再次出现管腔狭窄或闭塞、血栓形成等,导致生活质量严重下降。而延续护理通过电话随访、家庭访视等

[**通信作者**] 张琳娜,E-mail:zhangln_cd@126.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130910.1408.003.html(2013-09-10)