

· 经验交流 ·

外伤性小脑幕裂孔下疝的综合治疗

徐勤伟 宋芳

【关键词】 小脑幕裂孔下疝, 外伤性; 血肿; 综合治疗

自 2005 年 3 月开始, 本院对外伤性小脑幕裂孔下疝的患者采用控制颅内血管床容量、术中相对缓慢清除血肿、术中精细操作、术后持续腰大池外引流等综合措施, 抢救成功率明显提高, 致死、致残率显著下降, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 采用回顾性研究方法, 共选择 152 例患者的临床资料, 其中男性 102 例, 女性 50 例; 年龄 6~75 岁。就诊时间: 伤后 <1 h 入院 67 例, 3~6 h 72 例, >6 h 13 例。入院时格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 3~5 分者 38 例, 6~8 分者 103 例, >8 分者 11 例; 全部患者有瞳孔散大的表现。入院时急诊 CT 显示: 脑挫裂伤、硬膜下血肿 134 例, 合并对侧脑挫裂伤并硬膜下血肿 26 例, 合并对侧颅骨骨折并硬膜外血肿 33 例; 同时出现脑内血肿 17 例, 颅骨骨折、硬膜外血肿 18 例。血肿量: <30 ml 者 45 例, 30~80 ml 者 87 例, >80 ml 者 20 例。

本研究符合医学伦理学标准, 经医院伦理委员会批准, 所有治疗获得患者家属的知情同意。

1.2 抢救措施: 确保患者的呼吸道通畅, 必要时在院前或入院后即刻行气管插管; 均即刻给予镇静处理, 必要时微量泵静脉注射 (静注) 冬眠合剂, 根据烦躁程度和生命体征控制静注速度; 甘露醇按 1~2 g/kg 在 10 min 内加压静脉滴注 (静滴), 并以最快的速度完成术前准备后行大骨瓣开颅术, 术中在保证有效灌注压的前提下降低血压。

硬膜下血肿患者在皮肤瓣翻开后先于血肿最厚处钻一个骨孔, 切开硬膜后

释放少许血性液体和部分血凝块, 铣刀游离大骨瓣, 在硬脑膜预计瓣状切开的位置先行前后两个直切口, 相对缓慢地清除部分血肿, 再连通切口后瓣状翻开硬脑膜, 镜下相对缓慢并彻底清除血肿以及挫伤坏死的脑组织, 必要时行颞极、额极切除^[1]。有脑脊液流出者尽量多释放脑脊液, 在清晰术野下尽可能保护皮质静脉以保证脑组织静脉血液回流。合并对侧颅骨骨折、硬膜外小血肿的硬膜下血肿患者, 若术中清除硬膜下血肿时脑组织逐渐膨出, 在硬膜下血肿清除关颅后即行复查 CT; 若硬膜外血肿增大、有手术指征, 即刻给予硬膜外血肿清除。

硬膜外血肿者, 皮肤瓣翻开后先于血肿最厚处钻骨孔一个, 清除少许血凝块, 游离骨瓣后清除硬膜外血肿, 悬吊硬脑膜。关颅后考虑短时间内不能清醒的患者即刻行气管切开术, 术后根据颅内压或骨窗压力尽早行腰大池外引流, 持续或间断释放脑脊液。

术后患者维持足够热量和内环境平衡, 有效、足量抗菌药物防治感染, 严格翻身、拍背、吸痰, 早期良肢位摆放, 尽早行康复治疗。

2 结果

术后出院时按格拉斯哥预后评分 (GOS) 标准评价: 恢复良好 54 例, 轻残 65 例, 中残 20 例, 重残 8 例, 死亡 5 例。

3 讨论

临床中经常遇到, 即使是伤后 1 h 就去掉骨瓣的重症颅脑损伤患者脑组织也可以极度膨出, 颅内压力极高, 但术中观察脑皮质挫伤并不重要, 我们认为此类颅内压增高并非完全是脑挫伤后脑水肿造成的, 而主要原因可能是由于脑外伤后脑功能, 尤其是脑血管舒缩功能紊乱, 导致脑动脉床扩张、静脉床淤血造成颅内压急剧增高所致。因此, 控制颅内血管床容量对降低急性增高的颅内压有肯定价值。所以我们把尽早、有效降低脑内

血管床血容量放在治疗的首位, 治疗效果显著。

术前镇静剂控制烦躁有利于控制动脉血压, 降低脑内注入血液的总量, 减少颅腔内总容量、降低颅内压, 术前、术中控制血压也是遵循这个原理, 但术中、术后保持有效灌注压是前提。术前保证呼吸道通畅可有效纠正患者的缺氧状态, 对脑血管功能紊乱的控制意义较大, 对预防误吸、窒息效果确切。术前快速静注甘露醇对控制颅腔总容量有肯定疗效, 应用甘露醇后瞳孔有缩小表现者治疗效果往往较好。

硬膜下血肿在术中先于血肿最厚处颅骨钻孔释放部分血性液体和血凝块, 而去除骨瓣后相对缓慢地清除血肿, 对控制颅内血管舒缩功能紊乱、有效降低急性脑膨出效果满意。

脑外伤患者病情危急, 神经外科医生往往不能像处理脑肿瘤患者一样精细操作和注意节奏, 术中常常对挫伤坏死脑组织处理不精细、误伤或电凝回流静脉 (尤其是颞极回流静脉) 是造成术后脑内迟发血肿的一个主要原因。因此, 术中在镜下精细操作, 尽量彻底清除挫伤和坏死脑组织、彻底止血, 尽可能保护回流静脉, 是预防术后脑内迟发血肿形成的关键措施。

术后尽早行腰大池外引流有诱发枕骨大孔疝的可能, 是制约临床医生应用此技术的主要原因。我们应用中心静脉导管经侧入路行腰大池置管, 根据颅内压或骨窗压力水平采用间断释放脑脊液或控制引流瓶高度的方法, 维持颅内压力在稍高或正常水平, 效果肯定。

参考文献

- [1] 谭翱, 兰祖秀, 谢宝君, 等. 应用联合减压术治疗中晚期脑疝疗效观察. 中国危重病急救医学, 2005, 17: 171-173.

(收稿日期: 2011-11-04)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma. j. issn.1003-0603. 2012. 04.019

作者单位: 271200 山东, 新泰市中医医院神经外科

通信作者: 徐勤伟, Email: xqw69321@163.com