

县级医院颅脑损伤的救治体会

黄中湖¹, 吴书奎², 甘红枫³

(贵州省独山县中医院①骨伤科, ②急诊科, ③资料室, 贵州 独山 558200)

【关键词】 颅脑损伤; 救治; 体会; 临床研究

中图分类号: R651.1 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.03.027

颅脑损伤是创伤急危重症之一, 其救治水平可以从一个侧面反映出医院的急诊急救能力和综合实力。本院 2002 年 10 月至 2009 年 12 月共救治颅脑损伤患者 1 773 例, 积累了一定的经验, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 颅脑损伤患者中男 1 341 例; 女 432 例, 年龄 3~84 岁, 平均 33.6 岁, 其中 18~50 岁 1 228 例, 占 69.3%。入院诊断: 头部软组织损伤 846 例; 颅骨骨折 326 例; 脑组织损伤 601 例; 单纯颅脑损伤 854 例, 复合性损伤 919 例, 由 120 接诊 1 507 例, 以其他方式入院 266 例。交通事故 985 例, 工伤 553 例, 其他因素 235 例。

1.2 救治方法

1.2.1 院前急救: 院前救护重在时间, 突出一个“快”字。2000 年, 本院成立了 120 急救中心, 2002 年建立了急诊科, 配备专职人员、救护车以及相关救护设备, 并分为 3 组, 24 h 值班待命, 一旦接到急诊信息, 第一时间赶赴现场实施救护。对于颅脑损伤患者, 首先及时清除呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 如果患者发生呕吐, 应将头部转向一侧, 以免呕吐物堵塞气道, 造成患者窒息或死亡。其次是有效给氧, 以缓解由于创伤所致的需氧增加和由于呼吸不利所致供氧不足的矛盾。再次是建立静脉通道, 抗休克, 必要时给予抢救药物。有头皮裂伤, 要迅速包扎止血, 以防止出血过多而导致失血性休克。有肢体骨折的患者可用小夹板进行适当的外固定。

1.2.2 院中抓诊断: 患者到达医院后, 抓紧检查, 以明确诊断, 突出一个“准”字。除常规体格检查外, 最重要的是进行头颅 CT 扫描, 了解患者有无颅骨骨折、有无颅内血肿及出血量、有无脑挫(裂)

伤或脑疝等。如病情允许应进行相关的物理检查和实验室检查, 为治疗提供可靠依据。

1.2.3 住院抓治疗: 患者住院后, 治疗突出一个“当”字。皮下血肿不必特殊处理; 头皮擦伤和头皮裂伤应及时清创缝合。颅骨骨折通常无需特殊处理, 除非有碎骨片下陷压迫脑组织或较大面积凹陷性骨折, 应早期进行整复。颅底骨折为开放性骨折, 易逆行感染, 并常引起脑脊液漏, 治疗上骨折不需处理, 脑脊液漏宜引流, 加强消炎。需注意的是, 脑组织较为脆弱, 造成颅骨骨折时的巨大暴力会导致脑组织有不同程度的损伤, 因此, 治疗重点要转移至脑组织损伤方面。脑震荡不需特殊治疗, 对症处理可愈; 对轻中度脑水肿应给予脱水、营养脑细胞、激素等保守治疗; 脑挫伤和脑挫裂伤易继发脑水肿和颅内血肿, 使颅内压增高, 甚至形成脑疝, 危及生命, 这是颅脑损伤救治的重要环节。对于颅内血肿较大(幕上 40 ml, 幕下 10 ml)和(或)脑挫裂伤合并脑水肿, 意识障碍进行性加重或已有一侧瞳孔散大的脑疝表现, 手术治疗是惟一的选择, 主要采用颅内血肿清除术及颅骨大骨瓣开窗减压。对于重度颅脑损伤, 无论手术前后, 除内科常规用药外, 应给予足量纳洛酮。对合并胸腹及其重要器官损伤应及时妥善处理, 对暂不危及生命的病症待患者脱离生命危险病情相对稳定后再行处理。确实存在疑难者, 请上级专家会诊、指导手术。

1.3 疗效判定标准: 参照格拉斯哥预后评分(GOS), 优: 恢复好, 无任何后遗症; 良: 恢复尚好, 有轻微的语言、运动障碍; 尚可: 恢复一般, 有思维、语言、运动明显障碍, 生活基本能自理; 差: 恢复较差, 有严重的后遗症, 生活不能自理或植物生存状态; 死亡。

1.4 结果: 本组患者出院时进行 GOS 评分结果显示, 优 742 例, 占 41.8%; 良 645 例, 占 36.4%。尚可 285 例, 占

16.1%; 差 53 例, 占 3.0%; 死亡 48 例, 占 2.7%。

2 讨论

颅脑损伤死亡原因主要是颅内出血和脑挫裂伤, 两者相互关联, 均会发展成脑疝, 脑疝在 2~3 h 则可造成伤员致残, 时间越长, 抢救成功的机会越小, 脑疝超过 6 h, 生存机会很渺茫^[1-4]。因此, 及时性不仅是院前救护的追求, 也贯穿于诊治的每一个环节。

重型颅脑损伤患者不宜长途转运, 应就近就地救治。作为基层医院, 专科实力并不强, 急诊科也可能无手术室。要加强协作, 一是须积极创造条件, 加强急诊急救能力建设, 规范创伤救治体系, 加强各科室的协作, 才能赢得先机^[4]; 二是密切与上级医院的关系, 对疑难重症请上级专家会诊、指导手术, 完善上下联动机制, 以提高救治水平, 降低医疗风险。

外科治疗是重型颅脑损伤救治的重要手段^[5], 加强内科治疗也必不可少。有研究表明, 重型颅脑损伤患者血 β-内啡肽含量较轻中型明显增高, 纳洛酮对 β-内啡肽受体有竞争性拮抗作用, 早期足量使用纳洛酮, 对于保护脑组织、减轻脑组织的继发性损伤有积极意义^[6]。

参考文献

- [1] 隋晓俊, 方召云, 宫艳飞. 重型颅脑创伤的救治体会. 中国危重病急救医学, 2007, 19(6), 352.
- [2] 吴在德, 吴肇汉. 外科学. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003, 270-272.
- [3] 天津医院骨科. 临床骨科学, 创伤. 北京: 人民卫生出版社, 1973, 451-452.
- [4] 王洪生, 赵佩林, 刘洪泉, 等. 重型颅脑损伤 892 例临床救治总结. 华北国防医药, 2006, 18(1), 36-38.
- [5] 谭翔. 重型颅脑损伤的治疗进展. 中国危重病急救医学, 2006, 18(5), 317-319.
- [6] 金国良, 俞学斌, 李锦泉, 等. 重型颅脑损伤患者血 β-内啡肽含量的变化及纳洛酮的拮抗作用. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(2), 86-88.

(收稿日期: 2011-02-04)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 黄中湖(1957-), 男(布依族), 贵州省人, 副主任医师, Email: dsx.zyy@163.com.