

手术治疗外伤性颅内血肿 62 例临床分析

蒲云学¹, 左永明^{2*}, 陈荣兵^{1**}

(1. 重庆市北碚区中医院 神经外科, 重庆 北碚 400700; 2. 解放军第三军医大学 预防医学院公共卫生系, 重庆 沙坪坝 400038)

[摘要] 目的: 探讨外伤性颅内血肿的手术时机、手术方式及疗效。方法: 对 62 例外伤性颅内血肿手术病人的临床资料、颅脑 CT 检查结果及手术方法进行分析, 根据 GOS 标准评价治疗效果。结果: 术后恢复良好 36 例, 中度残疾 10 例, 重度残疾 8 例, 持续性植物状态 2 例, 死亡 6 例。结论: 选择合适的手术时机和恰当的手术方式可降低外伤性颅内血肿患者的病死率, 并改善其预后。

[关键词] 颅内血肿; 创伤, 神经系统; 神经外科手术

[中图分类号] R651.15 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)03-0320-02

颅脑损伤的发生率在全身创伤中仅次于四肢骨折, 但其致死致残率却高居首位^[1]。外伤性颅内血肿是颅脑损伤中最常见的疾病, 由于外伤性颅内血肿常合并脑损伤、脑水肿、脑缺血缺氧、脑疝等, 因此常常迅速危及患者生命。手术是治疗外伤性颅内血肿的主要方法之一。目前国内外对外伤性颅内血肿的手术时机、手术方式尚有不同主张。2009 年 1 月~2010 年 6 月共收治外伤性颅内血肿患者并行手术治疗 62 例, 现对上述病例的手术时机、手术方式及疗效进行分析, 并报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者中男 42 例, 女 20 例, 年龄 16~87 岁, 平均 44.7 岁。其中, 车祸伤 16 例, 高处坠落伤 10 例, 打击伤 12 例, 摔(跌)伤 22 例, 刀(斧)砍伤 1 例, 火器伤 1 例。入院时 GCS 评分 5 分 4 例, 6~8 分 13 例, 9~12 分 18 例, 13~15 分 27 例。单侧瞳孔散大伴对光反射消失 9 例, 双侧瞳孔散大 5 例, 瞳孔大小及对光反射正常 48 例。受伤至入院时间 0.5~3 h 11 例, 3~8 h 20 例, 8~12 h 17 例, 12~72 h 10 例, 72 h 以上 4 例。

1.2 颅脑 CT 扫描检查 单纯硬膜外血肿 14 例, 单纯硬膜下血肿 18 例, 脑挫裂伤合并颅内血肿 30 例, 合并蛛网膜下腔出血 39 例, 合并脑室内积血 9 例, 合并颅骨骨折 24 例, 骨折波及矢状窦 1 例。出血量: 10~20 ml 1 例, 21~30 ml 4 例, 31~50 ml

21 例, 51~70 ml 18 例, 71~90 ml 9 例, 91~120 ml 7 例, >120 ml 2 例。术前 CT 提示鞍上池及环池消失 18 例。

1.3 治疗方法 本组病例入院时均予以头颅 CT 检查明确诊断后采用手术治疗。对于小脑幕上的急性硬膜外血肿出血量达 30 ml 以上或虽不足 30 ml 但伴一侧或双侧瞳孔散大有高颅压危象者, 采用硬膜外血肿清除术和硬膜外引流术, 必要时打开硬膜及去骨瓣减压; 对于幕上急性硬膜下血肿出血量达 20 ml 以上或合并脑挫伤及广泛性脑水肿并出现脑疝前期症状, 采用标准外伤大骨瓣减压术和颅内血肿清除术; 对于挫伤严重的脑组织术中予以清除, 尤其是额极、颞极, 但要注意尽可能保留功能区大脑皮质。术中出现脑肿胀、急性脑膨出者, 在排除迟发型出血后切除大部分颞肌扩大减压空间, 合并脑室内积血者加行脑室外引流术; 小脑幕下硬膜外血肿达 10 ml 以上则行硬膜外血肿清除及枕下减压术; 开放性颅脑损伤者行清创及颅内血肿清除术, 并发凹陷性颅骨骨折者行骨折复位术。术后视病情在 24~48 h 内复查 CT。

2 结果

本组 62 例患者按 GOS 标准评估预后, 恢复良好 36 例, 中度残疾 10 例, 重度残疾 8 例, 持续性植物状态 2 例, 死亡 6 例。恢复良好率 58.06%, 残废率 29.0%, 死亡率 9.67%。死亡原因主要枕骨

* 第三军医大学预防医学院公共卫生系 2008 级研究生。

** 通讯作者 E-mail: 854938537@qq.com

大孔疝导致的脑干功能衰竭,其次是长期卧床及自行出院后护理措施不到位导致的肺部感染,1 例因骨折伤及矢状窦术中失血性休克死亡。

3 讨论

通过对 62 例手术治疗的外伤性颅内血肿病例回顾性分析,认为针对具体病例选择合适的手术时机、恰当的手术方式对于抢救外伤性颅内血肿患者生命、改善预后至关重要。

首先,患者的症状和体征(特别是意识、瞳孔、GCS 评分)、CT 检查血肿的部位及出血量、颅内压的高低程度、合并损伤的程度、年龄及脑萎缩程度是判断是否手术治疗的重要依据。通常幕上一处或多处合计出血量大于 30 ml,占位效应明显,可作为急性颅内血肿是否开颅手术的指征。对于弥漫性脑挫伤伴特急性硬膜下血肿的青壮年病例,即使达到 20 ml 出血量也需紧急手术减压。高龄患者因存在明显脑萎缩,即使颅内出血量达 40~50 ml,占位效应也不一定明显,故对于原发脑伤较轻的高龄患者,亚急性期幕上血肿的手术指征把握应稍严,因为此类患者在密切监测下经过规范的非手术治疗有望成功^[1]。

其次,不同类型的颅内血肿,由于血肿形成机制和危害性的差异,采用的手术方式也有所不同。(1)硬膜外血肿:多因硬脑膜血管、静脉窦或板障静脉出血所致^[2],有出血快、量大、吸收缓慢的特点;如出血量大(≥ 20 ml),或者出血短期内进行性增加,则采用骨瓣开颅清除硬膜外血肿;对于术前已经发生脑疝者,可能出现外伤性脑梗塞及脑水肿,可采用大骨瓣开颅减压。(2)硬膜下血肿:往往伴广泛的脑挫裂伤,额颞顶部者常采用标准外伤大骨瓣开颅,术中除了要清除血肿外,还需充分减压以度过脑水肿期;本组 26 例急性硬膜下血肿伴额颞顶叶广泛脑挫伤患者均采用标准外伤大骨瓣减压并行颞肌大部分切除术,该术式暴露范围广,减压充分,可减少术后脑水肿所致二次脑疝的

发生^[3,4]。(3)何时采用内减压:主张优先选择外减压,在充分咬除颅骨板、切除大部分颞肌后仍无法达到满意减压效果时,才采用内减压;焦迎斌等^[4]将切下的颞肌运用阿基米德原理测得切除颞肌后可获得约 50 ml 的减压容积,提示在标准外伤大骨瓣开颅术中切除颞肌能够替代部分内减压术,特别是在额颞极本无严重挫裂伤时,这可减少对患者的医源性损害;本组患者中仅有 4 例术中附加内减压术,获得较好疗效。(4)脑疝:无论何种颅内血肿,一旦出现脑疝症状,都应在造成脑干不可逆损害之前急诊手术,及早去骨瓣减压加颅内血肿清除,同时控制脑水肿,防止肺部感染及多器官功能衰竭,降低死亡率^[5,6]。本组死亡病例中有 6 名入院时脑疝已经形成超过 4 h,碍于社会因素仍坚持积极手术抢救,事实证明手术效果很差。

总之,在处理外伤性颅内血肿时,应密切观察患者意识及体征,根据患者具体情况把握好手术时机,选择适当的手术方法,注意控制并发症,才能降低患者的病死率,改善其预后。

4 参考文献

- [1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2005:365,440-442.
- [2] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海:复旦大学出版社:上海医科大学出版社,2001:234.
- [3] 江基尧. 介绍一种美国临床常用的标准外伤大骨瓣开颅术[J]. 中华神经外科杂志,1998(6):381.
- [4] 焦迎斌,窦以河,闫志勇,等. 去骨瓣减压术中切除颞肌的应用体会[J]. 中国临床神经外科杂志,2012(1):39-41.
- [5] 钟海,杨国华,邓江波,等. 急性外伤性颅内血肿合并脑疝的救治体会[J]. 中国综合临床,2009(9):900-901.
- [6] 任岩海,关富龙,赵秀峰. 手术治疗急性颅内血肿合并脑疝临床分析[J]. 中国医药导刊,2010(3):416-418.

(2012-03-01 收稿,2012-05-04 修回)

编辑:张丽君