

(责任编辑:莫鼎新、何启彬)

外伤性颅内血肿80例临床分析

何春良 (广西平南县人民医院外科 537300)

平南县人民医院1985~1994年收治的外伤性颅内血肿病例,就其诊断及治疗作临床分析如下。

1 临床资料 全组80例,男性63例,女性17例,年龄1.5~65岁;其中坠落伤30例,车祸伤40例,打击伤10例。作X线颅骨片检查45例,发现颅骨骨折30例,无骨折15例;作头颅A超检查28例,有中线波移位超过25 mm 15例,无明显移位13例;作CT扫描诊断颅内血肿30例。血肿类型:急性硬膜外血肿38例,急性硬膜下血肿25例,急性混合性血肿9例,亚急性硬膜下血肿8例。血肿部位:与头伤同侧血肿40例,在对冲侧血肿25例,两侧均有血肿15例。伤后12小时内手术治疗者68例,死亡14例,占20.6%;12小时以上手术者12例,死亡6例,占50%。

2 讨论 外伤性颅内血肿是颅脑损伤中最严重的并发症之一。要降低颅内血肿的死亡率关键在于早期诊断和早期手术治疗。

2.1 诊断方面 (1) 正确分析伤情 头颅CT扫描能给颅内血肿以最直观的确切诊断。没有CT诊断仪的基层医院必须认真了解病史,了解暴力性质和头皮损伤部位,以作正确诊断。减速性损伤,要注意有对冲伤的情形;挤压性损伤,不能忽略脑部损伤的复杂性^[1]。只有仔细分析头部着力点,致伤暴力性质,才能正确判断是否伤侧或者对冲侧有血肿。本组对冲侧血肿25例均是减速伤所致。拍摄颅骨片能了解骨折线走行范围及其与脑膜血管的关系,据此,可推测有无颅内血肿及血肿类型。本组有8例发现骨折线经过脑膜中动脉或前动脉及其分枝,手术均证实其有硬膜外血肿。头颅A超检查,本组15例有中线波移位25 mm以上,手术均证实一侧幕上有血肿。但也发现5例在额底、颞底血肿和4例双侧性血肿无中线波移位。

(2) 动态观察意识、瞳孔的变化 本组在住院期间有5例由清醒状态转入昏迷,手术探查有硬膜外血肿,意识变化时间最短的只有15分钟,最长的达72小时。我们体会到,凡精神状态变化十分显著,无论是抑制转入兴奋或兴奋转入抑制都有可能是颅内血肿的先兆;伤后进行性意识恶化,即应考虑到颅内血肿的可能。Goss昏迷分级评分能更好地提供参考。在观察期间一侧瞳孔发生了变化(大小及光反射改变)伴随意识、肢体的神经反射变化均有利于及早发现颅内血肿。

(3) 迟发的神经体征出现,常能提示颅内血肿发生之可能。本组有2例,住院时神志模糊,观察20分钟后一侧肢体出现抽搐,继后强直,该侧腹壁反射,提睾反射减弱,膝反射亢进,巴氏征阳性,手术证实为硬膜外血肿。

2.2 治疗 (1) 早期钻颅探查既是诊断又是治疗颅内血肿的积极态度 在缺乏先进检查手段的基层医院,对脑颅外伤后病情变化急剧,疑有颅内血肿者(特别是后颅窝血肿)应尽快钻颅探查,避免和减轻继发性脑干损害。钻颅简单、快速,早期血肿液尚不凝固很易被吸引清除及引流。有人指出^[2]:即使探查阴性也比等待神经定位征出现或强调全面检查而延长时间造成不良后果为好。

(2) 适当使用脱水剂及电解质液 颅脑损伤后一般均需使用脱水剂,但在观察期间尚未明确有无颅内血肿时盲目使用大剂量脱水剂(如甘露醇),有时会掩盖症状,影响血肿的早期诊断,甚至会延误抢救时间。本组曾有2例,伤后即大剂量使用甘露醇脱水,分别于48小时及72小时后才表现颅内血肿的指征,手术发现肿块很大,脑组织大范围凹陷,清除血肿后脑组织复原很慢,病情恢复较差;笔者尚遇到1例小儿,在清醒期间由于过分控制电解质液,而又较大量使用脱水剂,2天后突然出现昏迷及抽搐,疑为颅内血肿,钻颅探查结果阴性。殊不知血生化检查有严重低钾、钠、钙。后继相应补充,患儿脱险。曾有文献报告^[3]:晶体液有利于维持血容量和血浆渗透压,恢复细胞膜电位梯度和细胞功能,而高张晶体液在控制颅内压和预防脑水肿方面有突出的优点。因而脑外伤的治疗应防止过分控制钠盐等电解质,特别是使用脱水剂时电解质的补给必须附合生理之需要,否则对病情不利。

(3) 保持气道通畅,确保脑氧供 昏迷者常有痰涎或舌后坠阻塞气道,必要时应作气管切开通畅呼吸,并利吸痰。本组行气管切开12例均收到较好效果。笔者认为:只要昏迷时间长,呼吸道不易保持通畅,气管切开是一明智的做法。

(4) 加强监护及各种综合治疗,防治各种并发症,是提高脑外伤抢救成功率不可忽略的重要方面。

参考文献

- 1 薛庆澄主编. 神经外科学. 天津科技出版社, 1990; 134~135.
- 2 潘宏学. 小儿后颅窝血肿治愈6例报告. 中华小儿外科杂志, 1989; 10 (6): 366.
- 3 江学成. 对神经外科手术中输入液体的重新评价. 国外医学(神经病学. 神经外科学分册), 1990 (1): 9.