

急性脑积水的研究进展[J]. 中国脑血管病杂志, 2014, 11 (11): 611-616.

[4] Van Gijin J, Van Dongen KJ, Vermeulen M, *et al.* Perimesencephalic hemorrhage: a nonaneurysmal and benign form of subarachnoid hemorrhage [J]. *Neurology*, 1985, 35(4): 496-497.

[5] Brilstra EH, Jeanette WH, Rinke GJ. Quality of life after perimesencephalic hemorrhage [J]. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1997, 63(3): 382-384.

(2016-11-09 收稿, 2016-12-01 修回)



标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的疗效观察

陈家祥 李良平 梁一鸣 许智蕾

【摘要】目的 探讨标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的疗效。**方法** 2012 年 2 月至 2015 年 2 月收治重型颅脑损伤 102 例, 采用常规颞顶骨瓣开颅术治疗 51 例(对照组), 采用标准大骨瓣减压术治疗 51 例(观察组)。**结果** 术后 6 个月, 按 GOS 评分评估预后, 对照组恢复良好 12 例, 中残 11 例, 重残 13 例, 植物生存 11 例, 死亡 4 例; 观察组恢复良好 26 例, 中残 12 例, 重残 7 例, 植物生存 5 例, 死亡 1 例; 观察组 GOS 评分明显优于对照组($P<0.05$)。对照组术后并发症发生率(39.2%)明显高于观察组(17.6%; $P<0.05$)。减压术前, 两组颅内压无统计学差异($P>0.05$)。减压术后 1、5、10 d, 两组颅内压较术前均明显降低($P<0.05$), 而且, 观察组降低更明显($P<0.05$)。**结论** 与常规颞顶骨瓣开颅术相比, 标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤, 能显著地降低颅内压, 提高治疗效果。

【关键词】 重型颅脑损伤; 标准大骨瓣减压术; 疗效

【文章编号】 1009-153X(2017)07-0506-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1⁵; R 651.1¹

重型颅脑损伤致残率或病死率极高, 预后较差^[1]。目前, 临床主要采用标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤, 能有效降低致残率及病死率^[2,3]。2012 年 2 月至 2015 年 2 月收治重型颅脑损伤 102 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 102 例中, 采用常规颞顶骨瓣开颅术治疗 51 例(对照组), 采用标准大骨瓣减压术治疗 51 例(观察组)。对照组男 39 例, 女 12 例; 年龄 22~65 岁, 平均(43.1±4.2)岁; 术前 GCS 评分 4~8 分, 平均(6.4±1.2)分。观察组男 37 例, 女 14 例; 年龄 24~63 岁, 平均(44.7±3.8); 术前 GCS 评分 4~7 分, 平均(6.1±2.5)分。两组性别、年龄、GCS 评分等无统计学差异($P>0.05$)。

入组标准: 入院时 GCS 评分≤8 分; 颅脑 CT 符合重型颅脑损伤特征^[4]; 无严重的脊柱及胸腹脏器合并伤, 无严重的心脑血管及肝肾等重要脏器疾病。

排除标准: 单纯硬膜外血肿; 非手术治疗的急性颅脑损伤; 具有标准大骨瓣减压术禁忌证。

1.2 治疗方法 两组术前均给予对症治疗^[5]。对照组: 依据病人具体损伤的血肿位置、出血部位、挫伤部位以及梗死脑组织所处的位置选择开颅的位置, 主要包括额颞瓣、额瓣以及颞顶瓣, 开颅去骨瓣的骨窗大小为 8 cm×6 cm。彻底清除血肿, 彻底止血, 切除坏死和梗死的脑组织。

观察组: 取仰卧位, 于颞弓上耳屏前 1 cm 处切口, 向上经耳廓延伸至顶骨正中线, 向前到达前额部发际下。采用游离骨瓣或带颞肌骨瓣, 顶部骨瓣必须旁开正中线矢状窦 2~3 cm。骨窗下缘尽量平颅前窝底及颅中窝底, 颅底近蝶骨嵴处尽量向颞底以扩大骨窗, 清除硬脑膜外血肿; 从颞前部开始切开硬脑膜, 再作“T”字弧形切开硬脑膜, 并悬吊硬膜, 切开硬脑膜后可以暴露额叶、颞叶、顶叶、前颅窝和中颅窝, 清除硬脑膜下血肿、脑内血肿, 彻底止血, 减张缝合硬脑膜, 逐层缝合手术切口。

术后两组均进行颅内压监测, 给予降低颅内压等处理, 同时改善脑部血液循环、抗感染以及纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱等; 当合并应激性溃疡或中枢性高热时, 对症处理; 当病情稳定后, 早期进行综合康复治疗、功能训练。

1.3 评价标准 术后 6 个月按 GOS 评分评估预后。比较两组手术前后颅内压的变化; 术后并发症情况, 包括切口疝、急性脑膨出、迟发性血肿、脑积水和癫痫

表 1 两组减压术前后颅内压的变化(mmHg)

组别	例数(例)	术前	术后 1 d	术后 5 d	术后 10 d
对照组	51	34.25±4.48	28.03±3.15*	25.98±3.98*	20.93±2.29*
观察组	51	34.17±4.79	23.51±3.69#	19.56±3.29#	13.71±2.77#

注:与术前相应值比,* $P<0.05$;与对照组相应值比,# $P<0.05$

等^[6]。
1.4 统计学处理 采用 SPSS 16.0 软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组预后比较 对照组恢复良好 12 例,中残 11 例,重残 13 例,植物生存 11 例,死亡 4 例;观察组恢复良好 26 例,中残 12 例,重残 7 例,植物生存 5 例,死亡 1 例。观察组 GOS 评分明显优于对照组($P<0.05$)。

2.2 两组术后并发症比较 对照组术后出现切口疝 6 例,急性脑膨出 3 例,迟发型血肿 2 例,脑积水 5 例,癫痫 4 例;观察组术后切口疝 3 例,畸形脑膨出 1 例,迟发性血肿 1 例,脑积水 2 例,癫痫 2 例。对照组术后并发症发生率(39.2%)明显高于观察组(17.6%; $P<0.05$)。

2.1 两组手术前后颅内压的变化 减压术前,两组颅内压无统计学差异($P>0.05$)。减压术后 1、5、10 d,两组颅内压较术前均明显降低($P<0.05$),而且,观察组降低更明显($P<0.05$)。见表 1。

3 讨论

重型颅脑损伤常因颅内血肿、伤后或术后脑水肿加重,合并严重的颅内压增高,病死率在 42%~70%,主要原因是伤后形成的难以控制的颅内压增高^[7]。急诊开颅手术是常用的治疗措施,但是像颞顶瓣开颅术这种手术方法虽可以清除脑内血肿,但不能充分减压,膨出脑组织会形成切口疝,不利于病人早日恢复^[8]。相较于颞顶瓣开颅术,标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤具有十分明显的优势,首先标准大骨瓣减压术能够充分暴露颞叶、额叶、颅中窝底部、颅前窝,充分清除坏死的脑组织以及脑部的血肿;其次,标准大骨瓣减压术的骨窗范围较大,能够

充分地缓解颅内压增高,减轻脑血管痉挛;最后,手术视野比较开阔,可充分止血,减少继发性血肿^[9,10]。

本文标准大骨瓣减压术后,颅内压增高的缓解程度要明显优于常规骨瓣开颅减压术;术后并发症发生率明显小于常规骨瓣开颅减压术。这与既往文献报道一致^[11-14]。我们认为标准大骨瓣减压术需要注意手术时机的选择、手术前药物降低颅内压、硬膜减张缝合时注意留有足够的用于脑组织恢复的空间。

综上所述,标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤,减压充分,预后效果良好,可有效减少并发症,但是治疗过程中务必重视颅底充分有效减压与硬脑膜减张缝合。

【参考文献】

[1] 孙文栋,刘振杰. 标准大骨瓣减压术和控制性减压术防治老年重型颅脑损伤并发脑梗死的疗效[J]. 中国老年学杂志,2013,33(19):4731-4733.
[2] 张尊国. 标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的手术效果分析[J]. 中国社区医师:医学专业,2013,14(33):81-82.
[3] 刘兴海,马 钢. 外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的远期效果观察[J]. 中外医学研究,2015,13(8):8-10.
[4] 刘树林. 标准大骨瓣减压在重型颅脑损伤治疗中的应用效果分析[J]. 中国当代医药,2015,22(16):64-66.
[5] Rosenfeld JV, Maas AI, Bragge P, et al. Early management of severe traumatic brain injury [J]. Lancet, 2012, 380(9847): 1088-1098.
[6] 刘文鹏,郑 冬,方伟武,等. 标准大骨瓣开颅减压术治疗重型颅脑损伤和大面积脑梗死(附 49 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志,2011,16(10):602-604.

(2015-09-01 收稿,2015-12-03 修回)