·短篇报道·

穿刺术联合开颅手术治疗外伤性脑疝28例

刘 伟 李德龙 戢太红

【关键词】颅脑损伤;脑疝;穿刺术;开颅血肿清除术;疗效
【文章编号】1009-153X(2018)04-0302-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1+5; R 651.1+1

我院自2010年3月至2016年5月先行穿刺引流术再行开颅手术抢救28例外伤性脑疝,效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 *研究对象* 28例中男19例,女9例;年龄17~71岁,平均(47.1±11.2)岁;交通事故伤16例,坠落伤5例,摔跌伤3例,钝器伤3例,火器伤1例;硬膜外(下)血肿17例,脑内血肿5例,硬膜外(下)血肿合并脑内血肿6例;出血量70~120 ml,平均(75.8±7.2)ml;中线偏移12~19 mm,平均(14.1±1.9)mm,4例双侧脑疝中线无偏移。双侧脑疝行双侧穿刺术3例,单侧穿刺术4例;从CT扫描到穿刺术结束时间14~20 min,平均(15.9±2.4)min。

1.2 *治疗方法* 头颅CT明确颅内伤情后,立即快速静脉滴注甘露醇脱水并在床边或CT扫描下以颅内血肿最大层面中心点并避开重要血管选择穿刺点,使用YL-1型颅内血肿粉碎穿刺针穿刺至血肿腔中心,缓慢抽吸血肿。一般抽吸出血肿总量的1/2~2/3即可,以免发生再次出血。然后,全麻下行颅内血肿清除及去骨瓣减压术,必要时行内减压。若穿刺针在皮瓣区,在皮瓣掀开前拔除,否则视情况决定是否保留。

2 结 果

术后5例瞳孔回缩致等大,16例有所缩小,双侧瞳孔散大4例一侧瞳孔缩小,3例无效。一侧抽吸血肿量为25~50 ml,双侧抽吸血肿量为40~70 ml。开颅术后,22例瞳孔回缩致正常,均存活且恢复良好;2例植物存活;3例由双侧脑疝转为单侧脑疝抢救无效死亡;1例术中死亡。

3 讨 论

脑疝是颅内压增高的最终病理表现,病死率在60%~90%;且脑疝时间越长,预后越差。因此,对外伤性颅内血肿所致脑疝,应及早发现、及时处理,在保持呼吸道通畅的情况下积极去除血肿所致占位效应。

外伤性颅内血肿所致脑疝常规治疗方法为颅内血肿清除及去骨瓣减压术,必要时可扩大骨窗甚至内减压。而此类脑疝的救治,尽可能的缩短从入院到手术减压的时间至关重要。开颅血肿清除术从术前准备到全麻插管再到清除血肿减压通常需1.5~2 h,颅后窝手术则时间更长。也有学者使用开颅前小切口钻孔后打开硬脑膜释放部分血肿以减压,此方法较前者可缩短时间30~40 min,但此方法对于脑内血肿或硬膜外(下)较坚实的血肿作用有限。颅内血肿穿刺清除术具有准备时间快、手术时间短、创伤小、麻醉风险低、操作简单、易被患者接受等优点。本文采用穿刺抽吸术平均手术时间为16 min左右,出血量极小,可忽略不计,即便术中出现再出血,也可在之后的开颅手术中解决,且穿刺针抽吸时可根据抽吸血肿性状判断是否为新鲜出血并决定是否保留穿刺针。该术式简单易行,能快速解除血肿对周围脑组织的压迫,缓解颅内压增高,进而减轻脑缺氧和脑水肿,遏制脑干的继发性损伤,为后续的开颅手术争取时机,以达到提高治愈率和生存质量的目的。本文17例单纯硬膜外(下)血肿中,除1例因脑疝时间>2 h而致术后迁延性昏迷外,其余均恢复良好,术后1个月Barthel指数均>80分。

毋庸置疑,颅内血肿清除及去骨瓣减压术仍是降低颅内压效果最直接、最有应用价值的方法,能有效改善脑血液循环,减轻继发性损害,挽救危重病人生命。颅内血肿穿刺术弥补了开颅血肿清除术带来的时间缺陷,为挽救病人赢得了宝贵的时间。尤其对于凝血功能障碍合并脑疝病人,穿刺创伤小、出血少,不仅能在最短的时间内起到减压、缓解脑疝的作用,而且为之后的开颅手术争取手术时间、创造手术条件。穿刺抽吸术联合开颅血肿清除术亦适用于大量高血压脑出血而无穿刺禁忌的病人。但以下情况中并不适用:广泛脑挫裂伤导致的脑疝且血肿尚未形成;弥漫性脑肿胀,无具有穿刺价值的血肿;血肿跨静脉窦或穿刺通道上有重要血管时穿刺需慎之又慎。

(2016-11-03收稿,2016-12-10修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.04.028
作者单位:442100 湖北,房县人民医院神经外科(刘 伟、李德龙、戢太红)