

· 专家论坛 ·

颅脑损伤去骨瓣减压术后是否实施有创  
颅内压监测的商榷

马廉亭

【关键词】 颅脑损伤;去骨瓣减压术;有创颅内压监测

【文章编号】 1009-153X(2020)02-0065-01 【文献标志码】 C 【中国图书资料分类号】 R 651.1<sup>+</sup>5; R 651.1<sup>+</sup>1

中国医师协会神经外科医师分会、中国神经创伤专家委员会于 2011 年 5 月 15 日制订了《中国颅脑创伤颅内压监测专家共识》,并刊登在《中华神经外科杂志》2011 年 10 月第 27 卷第 10 期 1073-1074 页。此“共识”对全国神经外科医师救治颅脑损伤有很大借鉴、指导参考价值,使临床神经外科医生在工作中有章可循,便于总结交流经验,也为解决医疗纠纷提供了参考依据。

然而,此共识临床应用 8 年多来,也被发现存在某些不足,而且随着科学技术的发展,以及颅脑损伤救治经验的积累和水平的提高,应与时俱进,补充新内容,完善不足之处。如“共识”中对急性颅脑损伤去骨瓣减压术后,是否应进行有创颅内压监测,未明确规定。但在临床应用中,有不少单位的神经外科医生实施了有创颅内压监测。我认为在修订“共识”时,应明确界定其适应证,因为对急性颅脑损伤去骨瓣减压术后实施有创颅内压监测对临床判断颅内组织结构病理与病理生理改变,以及鉴别继发颅内压增高是继发血肿、脑水肿、脑肿胀、脑积水等是没有实用价值的,不适合实施有创颅内压监测。

为什么急性颅脑损伤去骨瓣减压术后不应实施有创颅内压监测呢?

正常情况下,颅脊腔是密闭的,颅腔容积 1 400~1 500 ml。

颅内容物包括脑组织(1 400 ml)、循环的血液(75 ml)和循环的脑脊液(75 ml)。颅内压是颅内容物对颅腔壁产生的压力,以平静呼吸情况下,侧卧位

腰椎穿刺术测得的压力代表颅内压,成年人在 6~13.5 mmHg(81.6~183.6 mmH<sub>2</sub>O),儿童在 3.00~6.75 mmHg(40.8~91.8.6 mmH<sub>2</sub>O)。正常人颅腔容积大于颅内容物总体积,有 8%~10%的代偿空间。当颅内容物因某种原因体积增大、重量增加,超过颅腔代偿空间时便出现颅内压增高。

正常颅内压值是在颅腔密闭情况下,根据颅腔容积和颅内容物总体积之间比例关系得出的数值。去骨瓣减压术扩大了颅腔容积、增加了颅内容物的代偿空间,改变了颅腔容积与颅内容物总体积之间的比例关系,因此,去骨瓣减压术后的颅内压到底多少为正常值,至今国内外没有一个可供参考的正常值,而且去除骨瓣的大小与扩大颅腔容积成正相关,其颅内压“正常值”也会有变化。

鉴于:①由于没有去骨瓣减压术后颅内压正常值,因此,去骨瓣减压术后实施颅内压监测,测得的值无法与正常值对照,不好评价对比,就是在监测过程中发现有升高,也不能鉴别引起颅内压增高的原因是脑血肿、脑水肿、脑肿胀、脑积水引起的,还要靠 CT 检查来判断。

②既然去了骨瓣,就可凭触摸去骨瓣处张力高低,发现有变化,立即行 CT 检查,也可以明确引起颅内压增高的原因是脑血肿、脑水肿、脑肿胀或脑积水。过去多年来,就是靠这种严密观察的办法,同样解决了问题。

③有创颅内压监测增加病人费用 1 万多元,还增加并发症的机会,如颅内感染、脑脊液漏的机会。

因此,不仅急性颅脑损伤病人去骨瓣减压术后不适合实施有创颅内压监测,就是其它原因,例如脑肿瘤、颅内感染、脑血管病、脑积水等,病人只要去除了骨瓣,就不宜实施有创颅内压监测。

(2019-12-28 收稿)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.02.001

作者单位:430070 武汉,中国人民解放军中部战区总医院神经外科/中国人民解放军神经外科研究所/国家级重点学科神经外科(马廉亭)