

success after microvascular decompression for trigeminal neuralgia [J]. J Neurosurg, 2009, 110(4): 620-626.

[8] Rughani AI, Dumont TM, Lin CT, *et al.* Safety of microvascular decompression for trigeminal neuralgia in the elderly [J]. J Neurosurg, 2011, 115(2): 202-209.

[9] Sekula RF, Frederickson AM, Jannetta PJ, *et al.* Microvascular decompression for elderly patients with trigeminal neuralgia: a prospective study and systematic review with meta-analysis [J]. J Neurosurg, 2011, 114(1): 172-179.

(2018-10-26收稿, 2020-04-18修回)

. 个案报告 .

显微手术治疗矢状窦破裂并脑疝 1 例

陈 星 林一飞 徐 劭 苏 秦 严晓蔚 桂 玲

【关键词】 颅脑损伤;矢状窦破裂;矢状窦修补术;脑疝

【文章编号】 1009-153X(2020)08-0556-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 651.1*5; R 651.1*1

1 病例资料

33岁男性,因高空坠落物砸伤头部及双下肢30 min入院,伴头痛、胸闷、气急、双下肢疼痛无法站立。入院体格检查:血压76/52 mmHg,心率118次/min;GCS评分14分,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏;左侧大腿上段局部肿胀,触及骨擦感,闻及骨擦音,可见异常活动及成角畸形;右小腿中段肿胀、成角畸形,可触及骨擦感,闻及骨擦音。边抗休克边行CT检查示:①左侧颞部硬膜外血肿,量约45 ml,左侧颞骨骨折,冠状缝分离骨折,左颞叶脑挫伤,颅底骨折;②右侧耻骨联合、上下支及骶骨右侧多发骨折;③左股骨干骨折;④右侧胫腓骨骨折。入院后突发意识丧失,剧烈呕吐并单侧瞳孔散大,出现脑疝。急诊手术治疗,先钻孔减压以减轻脑疝,据CT影像成形近矢状窦颞瓣,见脑膜动脉完好,矢状窦中1/3处破裂出血,破口约5 mm。病人因矢状窦破裂大量出血后再次休克,出血量约1 400 ml,遂行矢状窦压迫止血后快速抗休克并悬吊非矢状缝侧硬脑膜。血压稳定后“丁”字形延长切口,距矢状窦破口后方1.5 cm处矢状缝右侧钻孔,铣刀向冠状缝方向铣出长约3 cm骨缝,快速成形中间骨桥。病人血压再次下降致休克,此时总出血量约1 900 ml,再次抗休克治疗,生命体征平稳后跨中间骨桥悬吊修补上矢状窦,修补硬脑膜并关颅。术中输血1 800 ml。术后出现弥散性血管内凝血,针

对性治疗后好转。颅内情况稳定后行双下肢骨折内固定术。出院后随访无神经功能损害。

2 讨论

外伤性矢状窦破裂术前诊断困难。对于冠状缝分离骨折及跨矢状缝(或近矢状缝)骨折,需警惕矢状窦损伤,尤其是硬膜外血肿位置相对较高(近矢状缝)、病情进展迅速或脑疝出现迅速时,出现矢状窦损伤可能性明显增加。因为静脉窦损伤导致硬膜外血肿进展迅速,且静脉窦损伤导致的硬膜外血肿病死率高于动脉损伤,较一般的线性骨折更需要尽早手术。矢状窦损伤,即使硬膜外血肿量少,也需要积极手术。矢状窦破裂术中出血汹涌,病死率较高。术中发现矢状窦损伤后,如何快速有效控制致命性大出血并进行及时有效的静脉窦修补、保持静脉窦通畅,是挽救病人生命及减少神经功能损害的关键。对于破口较大上矢状窦破裂的治疗,常采用中间骨桥悬吊修补方案。本文病例采用快速成形中间骨桥方法,仅需对侧钻孔后铣刀铣出所需长度骨缝即可,与常规正中骨桥相比,快速成形中间骨桥时皮瓣再次准备时间短,损伤较小,成形中间骨桥所需时间短,对于重症休克病人更能减少出血量并缩短跨骨桥修补矢状窦所需时间,从而增加病人存活几率。有时,因冠状缝或矢状缝骨折后颅骨结构失稳,常规正中骨桥存在不稳顶可能,而此种方案形成的中间骨桥对颅骨破坏更少,稳定性更高。

(2018-11-15收稿, 2018-12-03修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.08.020

作者单位:214400 江苏江阴,解放军63680部队医院外科(陈 星、林一飞、徐 劭、苏 秦、桂 玲),ICU(严晓蔚)