

紧急锥颅、天幕裂孔切开术治疗重型特重型颅脑伤脑疝的疗效分析

[作者: 陈伟平 谢贤营 陈劲飞 邹普汉 陈远辉]

THE EFFECT OF EMERGENCY PYRAMIDAL AND TRANSTENTORIAL INCISION IN TREATING CEREBRAL HERNIA DUE TO SEVERE AND SPECIAL ADVANCED CRANIOCEREBRAL TRAUMA

CHEN Weiping, XIE Xianying, CHEN Jingfei, et al

【摘要】 目的 探讨紧急锥颅、天幕裂孔切开术在救治重型特重型颅脑伤合并颞叶钩回疝中的作用。方法 对我科2004年2月~2006年3月间收治25例重型特重型颅脑伤合并颞叶钩回疝继发脑干伤的患者先实施紧急锥颅引流部分血肿,后迅速送手术室开颅血肿清除去大骨瓣减压,在此基础上加行天幕裂孔切开术。结果 GCS: 3-5分10例中生7例,其中恢复良好2例,中重残4例,植物生存1例,死亡3例。GCS: 6-8分15例全部存活,恢复良好11例,中重残4例。结论 紧急锥颅、天幕裂孔切开术有利于缓解颞叶钩回疝所致的继发性脑干伤,减少了并发症,降低了致残率及死亡率。

【关键词】 重型特重型颅脑伤 颞叶钩回疝 紧急锥颅 天幕裂孔切开术 预后

为了提高重型、特重型颅脑伤合并颞叶钩回疝患者的存活率和生存质量,我科从2004年2月~2006年3月间对25例这类患者试行紧急床边锥颅抽吸部分血肿,继而以最快速度送手术室行开颅血肿清除去骨瓣减压,在此基础上加行天幕裂孔切开术,收到较好的治疗效果,现报告如下。

陈伟平 谢贤营 陈劲飞 邹普汉 陈远辉 : 博罗县人民医院 广东博罗 516100

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男18例,女7例,年龄12-70岁,平均38.5岁。致伤原因:车祸伤13例,打击伤9例,坠落伤3例。就诊时双侧瞳孔不等大18例,双侧瞳孔散大并呼吸不规则7例。瞳孔散大至就诊具体时间不详。受伤至就诊时间为0.5-8.0 h。术前GCS: 3-5分10例; 6-8分15例。头CT检查:脑挫裂伤合并硬膜下血肿10例;脑挫裂伤合并〔CM (81.5mm)〕硬膜外血肿8例;硬膜下血肿合并脑内多发血肿7例;脚间〔FL〕0〕

池、环池、回叠体池受压消失17例;中线均偏移 ≥ 10 mm。

1.2 治疗方法 25例患者入院后均在20-30 min完成头CT检查,对呼吸不平稳者行气管插管,根据头CT片所示血肿最厚层的部位,局部剃头,局麻下用较粗的锥颅钻钻通颅骨,然后置入一条多孔引流管,抽出部分血肿,继而以最快速度送手术室在插管全麻下行开颅血肿清除、去大骨瓣减压术,骨瓣基部靠近中颅窝底,后缘靠近横窦。清除血肿后,若颅内压仍高,则切除挫伤的颞叶脑组织,亦可切除颞中回以下脑组织,同时给予过度换气并加强脱水,使脑张力减弱后再轻轻抬起颞叶底部,向内稍向后探查,见天幕裂孔后,用弯钩挑起天幕边缘,直视下用三角刀将之切开约2 cm,电凝切开的天幕边缘、止血。如行双侧去骨瓣开颅,则应切开瞳孔先散大侧天幕裂孔。

1.3 结果 ①锥颅引流后变化:本组病例经紧急锥颅后病情大都有所改善,表现为患侧瞳孔开始缩小18例,患侧未缩小但对侧缩小7例,呼吸不平稳转变为平顺7例,GCS: ≤ 5 分2例,6-8分8例, ≥ 9 分15例。锥颅引流前后对比病情有明显改变。②本组病例最后生存23例,死亡2例。生存病例随访最长为18个月,最短为3个月,平均14.0个月。疗效评定按GOS标准评定,GCS: 3-5分10例中生7例,其中恢复良好2例,中重残4例,植物生存1例。GCS: 6-8分15例全部存活,恢复良好11例,中重残4例。中重残及死亡率共48%。

2 讨论

2.1 紧急锥颅引流的作用 急性颅内血肿合并脑疝形成和急剧的颅内压升高均可导致脑组织及其脑干、下丘脑等重要结构的损害,超过一定的时限将出现不可逆性损害,且时间越长预后越差。这一点有学者通过动物实验研究证实

[1]: 双瞳散大持续90分钟是接近意识不可逆时限,持续3小时是接近呼吸功能不可逆时限。而通常开颅手术前准备需1-2 h,在此期间如得不到有效的抢救,往往容易错过最好的救治时机,造成患者死亡或遗留有严重的后遗症。紧急锥颅抢救脑疝的原理是 [2]: 颅腔容积与压力关系极为密切,在临界点前机体尚可代偿,超过临界点后,颅内容积微小的增加都会使颅内压剧增。故锥颅引流部分血肿,哪怕只是数毫升,即可使颅内压显著下降。所以,当病人出现脑疝时,迅速给病人锥颅放出血肿液体部分,再配合快速静脉输入甘露醇250 ml加地塞米松10 mg,均可使病情出现转机,为下一步开颅手术治疗赢得宝贵的时间。本组经术前紧急锥颅引流血肿后瞳孔均有不同程度的缩小,呼吸由不规则变为规则7例,意识状态也有所好转。说明紧急锥颅术在抢救重症颅脑伤合并脑疝时是值得应用的一种有效方法。〔HJ1.33mm〕



会员登陆

用户名

密码

验证码

确认 免费会员注册

历年期刊

- 2008年3月第8卷第3期
- 2008年2月第8卷第2期
- 2008年1月第8卷第1期
- 2007年12月第7卷第12期
- 2007年11月第7卷第11期
- 2007年10月第7卷第10期
- 2007年9月第7卷第9期
- 2007年8月第7卷第8期
- 2007年7月第7卷第7期
- 2007年6月第7卷第6期

更多

本刊信息

2.2 天幕裂孔切开术的作用 对于重型、特重型颅脑伤合并脑疝患者以往处理多是开颅清除血肿和去骨瓣减压，术后行脱水、激素等治疗，但这样的处理并没有从根本上改变其预后 [3]。为此，我们连续为25例重型、特重型颅脑伤合并脑疝的病人行天幕裂孔切开术，使此类患者的中重残加死亡率较本科以往未行天幕裂孔切开的重型、特重型颅脑伤患者中重残加死亡率（56%）下降了8%。此点与文献报道是相近似的 [4]。取得这样好的疗效与天幕裂孔切开后缓解或解除继发性脑干损伤有关，另外同时也因此减少了各种并发症的发生，如大脑后动脉梗死、梗阻性脑积水、应激性消化道出血等。大脑后动脉梗死是天幕裂孔疝较常见而严重的并发症，它可引起大脑枕叶广泛性水肿甚至梗死出血，而天幕裂孔切开可解除大脑后动脉的受压并改善其预后。另外，中脑导水管、中脑周围脑池是脑脊液回流的必经通路，天幕裂孔疝可使中脑导水管受压阻塞、中脑周围脑池闭塞。所以，开幕裂孔切开不仅解除了脑疝对动眼神经、大脑后动脉及脑干的压迫，而且也有效地降低了上述各种并发症的发生，使病员恢复得更快，生存质量更好。

2.3 选用颞下入路天幕裂孔切开的优点 该入路的骨窗位于耳前，抬起颞叶底部很少造成颞底回流静脉尤其是对Labbe静脉的过度牵拉 [5]；若手术显露主要以小脑幕切迹为中心，作小脑幕切迹切开可获得很好的手术视野 [6]。为此，我们多采用颞下入路来解决天幕裂孔疝的问题。有文献介绍小脑幕裂孔疝采用乳突后入路行天幕切迹切开的方法 [7]。经实践我们觉得这种方法操作较复杂，天幕切迹位置深，有时不易显露，尤其是在脑肿胀脑室受压变扁或消失时，脑室穿刺不易成功，导致脑组织张力仍高，抬起枕叶显露天幕切迹困难。另外，由于骨窗要求贴近横窦边缘，稍有不慎易引起较大的出血。为此，我们觉得颞下入路优于乳突后入路。

2.4 天幕裂孔切开术应注意的问题 ①设计皮瓣时应考虑骨窗尽可能贴近中颅窝底，骨窗要够大够低。②抬起颞叶时动作要轻巧，逐渐进入颞底，脑压板下应预先填好棉片，用力要均匀，注意脑压板完全与皮层相平。③注意避开和尽可能地保护好Labbe静脉，因损伤该静脉后可造成同侧颞后叶有严重水肿。④良好的照明十分重要，暴露好天幕裂孔后，可用弯钩挑起天幕的边缘，直视下用三角刀将之切开约2 cm，此时常有脑脊液溢出，表明脑疝已得到松解。⑤电凝止血时