

迟发性外伤性颅内血肿 23例临床分析

娄飞云, 于振国, 姜之全

[摘要]目的: 探讨如何及时发现迟发性外伤性颅内血肿及其发病原因、诊断治疗和预防措施。方法: 23例迟发性外伤性颅内血肿患者, 血肿清除加去骨瓣减压 12例, 显微镜下小骨窗清除血肿 5例, 保守治疗 6例。结果: 23例中, 恢复良好 7例, 仅能生活自理 9例, 植物生存状态 1例, 病死 6例。结论: 迟发性外伤性颅内血肿的发生同外伤部位、脑挫裂伤、颅骨骨折等因素有关, 过量脱水、手术减压、凝血功能异常是诱因。及时诊断和治疗是降低迟发性外伤性颅内血肿的病死率和致残率的关键。

[关键词] 血肿, 颅内; 脑损伤; 迟发性

[中国图书资料分类法分类号] R 651.15 [文献标识码] A

Clinical analysis of delayed traumatic intracranial hematoma: Report of 23 cases

LOU Fei-yun, YU Zhen-guo, JIANG Zhi-quan

(Department of Neurosurgery, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical features and treatment of delayed traumatic intracranial hematoma (DTICH). Methods: Twenty-three cases of DTICH were included in the study. The hematoma in 12 cases were removed and decompressed by craniotomies, 5 cases were removed by means of craniotomy with small bone window resection under microscope, 6 cases received expectant treatment. Results: Of the 23 patients with DTICH, 7 were cured, 9 could take care of themselves, 1 was in vegetative state and 6 died. Conclusions: Position of the trauma, skull fracture, cerebral contusion and laceration are the factors related to delayed traumatic intracranial hematoma. Early diagnosis and treatment is key to successful treatment of patients with DTICH.

[Key words] hematoma, intracranial; brain injuries; delayed

迟发性外伤性颅内血肿 (delayed traumatic intracranial hematoma, DTICH) 是指头部外伤后, 首次 CT 检查未发现颅内血肿, 经过一段时间后再次检查始出现颅内血肿者; 或于清除血肿一段时间后又在颅内不同部位发现血肿者^[1]。由于其“迟发”的特殊性, 在临床工作中有时会被疏漏, 如不及时诊治, 预后较差。2001年 10月~2006年 10月, 我院收治的 327例颅脑外伤患者中发生颅内迟发性血肿 23例, 现作分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 17例, 女 6例; 年龄 9~78

岁。致伤原因: 车祸 13例, 高处坠落 5例, 打击致伤 3例, 摔伤 2例。有意识障碍 18例, 其中嗜睡 2例, 昏睡 3例, 浅昏迷 5例, 昏迷 8例; 一侧瞳孔散大 11例, 双侧瞳孔散大 3例; 一侧肢体瘫者 6例; 抽搐 1例。按入院时格拉斯哥昏迷评分 (GCS): 轻型 (13~15分) 6例, 中型 (9~12分) 10例, 重型 (3~8分) 7例。

1.2 影像学检查 患者均在伤后 0.5~6 h内完成首次 CT扫描, 正常 5例, 脑挫裂伤 9例, 颅骨骨折 12例, 蛛网膜下腔出血 4例, 硬膜下血肿 1例。

1.3 DTICH出现时间 伤后 72 h内出现颅内血肿 18例, 3天~3周发现 5例。血肿位于额叶 9例, 颞叶 7例, 顶叶 3例, 枕叶 1例, 小脑 2例, 基底核 1例, 硬膜外 2例, 硬膜下 1例。多发性血肿 3例。

1.4 治疗方法 血肿清除加去大骨瓣减压 12例, 显微镜下小骨窗清除血肿 5例, 保守治疗 6例。

[收稿日期] 2007-04-13

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 神经外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 娄飞云 (1969-), 男, 硕士, 副主任医师。

游走, 因此, 治疗期间不应接种活病毒疫苗。

综上所述, 大剂量激素 (4mg/kg 隔天晨服) 治疗增生期血管瘤有效率 90%, 治疗不超过 5个月没有严重的并发症发生, 这些并发症在药物减量或停药后会消失, 因此 1~2疗程的激素治疗安全、有效, 是值得推荐的一线治疗方法。

[参 考 文 献]

[1] Bennett ML, Fleischer AB Jr, Chamlin SL, et al. Oral corticosteroid

use is effective for cutaneous hemangiomas: An evidence-based evaluation [J]. Arch Dermatol, 2001, 137(9): 1208-1213.

[2] Bonn IM, Macdonald IM, Mulliken JB. Complications of systemic corticosteroid therapy for problematic hemangioma [J]. Plast Reconstr Surg, 1999, 104(6): 1616-1623.

[3] Blei F. Chinese J. Corticosteroid toxicity in infants treated for endangering hemangiomas: Experience and guidelines for monitoring [J]. Int Pediatr, 1999, 14(3): 146-153.

[4] 郑家伟, 秦中平, 张志愿, 等. 口服皮质激素治疗婴幼儿口腔颌面部血管瘤 [J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2006, 4(3): 228-232.

1.5 结果 按照 GOS 预后评分, 恢复良好 7 例, 中度伤残 5 例, 重度伤残 4 例, 植物生存状态 1 例, 病死 6 例。

2 讨论

2.1 DTICH 的病因与发病机制 可能与以下因素有关: (1) 脑表面或脑组织局灶挫裂伤, 微小血管损伤, 小静脉扩张充血, 血流停滞, 血管壁尤其是毛细血管壁通透性增强, 血细胞外渗, 形成点状出血, 融合成血肿。(2) 脑局灶性损伤使局部 CO₂ 蓄积, 引起局部血管扩张, 血细胞渗出, 形成周围血肿。(3) 颅脑损伤后, 脑血管内皮损伤可以激活内源性凝血通路, 而脑组织损伤暴露组织因子, 激活外源性凝血通路, 这两个通路同时被激活, 消耗大量的凝血因子, 而引起凝血功能紊乱。因此, 外伤后引起的凝血障碍也可能为 DTICH 形成的原因之一^[2,3]。(4) 应用甘露醇、手术血肿减压后或有脑脊液外引流等使颅内压降低, 致脑内原损伤已收缩的血管扩张而发生出血^[4]。

2.2 DTICH 的危险因素 有下列情况应列为高危因素, 须警惕 DTICH 的发生: (1) 中老年患者是 DTICH 的好发人群。因中老年人脑组织生理性萎缩, 血管壁弹性降低, 伤后填塞效应降低, 易形成活动性出血, 造成 DTICH。本组平均年龄 48.5 岁, 验证了此观点。(2) 首次 CT 显示有脑挫裂伤, 并(或)蛛网下腔出血者。减速伤引起的脑对冲部位脑挫裂伤是 DTICH 的好发部位, 以额颞部多见。田力学等^[5]报道发生在脑挫裂伤基础上的迟发血肿占 51.7%, 发生外伤性蛛网膜下腔出血者占 44.8%。(3) 颅骨骨折, 特别为颞骨, 位于或跨过静脉窦者。(4) 术中急性脑膨出者。(5) 强力脱水或术后引流过度造成大量脑脊液丢失。

2.3 DTICH 的早期诊断方法 DTICH 是可以早期诊断和治疗而改善预后的, 继发性损伤, 漏诊、误诊是构成 DTICH 致死、致残的重要因素之一, 其早期病死率达 36.5%~50%, 目前已下降到 20% 内^[1]。故早期诊断对降低病死率显得极为关键, 我们认为, 临床上主要根据以下几个方面进行早期诊断, 指导治疗: (1) 临床观察神经系统的症状和体征是主要的监测方法, 主要是观察意识和瞳孔。意识障碍变化的趋势至关重要。一般来说, 程度的减轻常表示伤情好转, 加重则示恶化。特别对一度严重烦躁不安突然转为安静昏睡状态。瞳孔的变化, 首先是病灶侧瞳孔缩小, 光反应迟钝, 随着病情进展, 动眼神经麻痹, 出现该侧瞳孔逐渐散大, 光反应消失, 最后双侧瞳孔散大。其它还有头痛、呕吐加剧, 或烦躁不安症状、脉搏缓慢、血压上升等颅内压增高

表现。如为术后患者, 术后恢复不良, 较长时间处于低意识水平, 或减压窗外膨隆明显、张力较高。术前神志清醒, 术后出现精神症状或者意识障碍不能以脑挫裂伤及全身疾患所解释者, 术后经降颅压、止血等对症治疗后, 病情仍未见好转者, 术后麻醉未醒者。一般来说, 伤后手术的时间越早, 发生 DTICH 的可能性越大。(2) 影像学检查: CT 扫描是诊断 DTICH 的主要手段, 有以下情况者应及时作 CT 复查: ① 伤后经治疗意识障碍加重或持续无好转时; ② 清除血肿后一度好转又复加重时; ③ 出现新的神经系统阳性体征或对冲性脑挫裂伤保守治疗无好转者; ④ 有典型颅内压增高趋势者。一般动态 CT 检查时间为伤后 24 h、48 h、72 h 及第 1~3、4~12 周。脑挫裂伤合并硬膜下积液, CT 监测时间要长, 积液完全吸收才能停止监测^[6]。

2.4 治疗 外伤性迟发性颅内血肿的治疗包括手术治疗和保守治疗。对一般情况好, GCS 13~15 分, 要严密观察。有手术指征的患者要尽快手术, 手术方法为骨窗开颅或骨瓣开颅进行清除。若术前尚未有脑疝可考虑在手术显微镜下小骨窗清除血肿, 优点是可以在直视下彻底清除血肿, 损伤小, 利于患者恢复, 如需去骨瓣减压扩大骨窗即可。若术前已有脑疝, 建议血肿清除加去大骨瓣减压, 达到立即减压的目的。手术中清除血肿后颅内压缓解不明显者, 还应考虑其它部位的 DTICH 应进行手术探查, 禁止强行关颅, 以免错过手术时机^[7]。手术中迟发性血肿与术中急性脑膨出的关系日益受到临床关注, 董吉荣等^[8]统计资料显示, 术中发生迟发性血肿是颅脑外伤术中急性脑膨出的主要原因之一。在脑疝出现前手术, 患者恢复良好, 脑疝出现后手术致残率高, 双侧瞳孔散大者效果最差, 本组 3 例均死亡。

[参 考 文 献]

- [1] 王忠诚. 神经外科学 [M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 293-339
- [2] Gando S, Nanzaki S, Kemmotsu Q. Coagulation changes after isolated head injury are not different from those in trauma patients without head injury. J Trauma 1999; 46(6): 1070-1076
- [3] Heesen M, Kemkes-Matthes B, Deinsberger W, et al. Coagulation alterations in patients undergoing elective craniotomy. J. Surg Neurol 1997; 47(1): 35-38
- [4] 吴承远, 刘玉光. 实用神经外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 176-177.
- [5] 田力学, 左焕琼, 秦志平, 等. 外伤性颅内迟发血肿的早期诊断 [J]. 中华神经外科杂志, 1995, 11(4): 242-243
- [6] 钟兴明, 郑惠民. 外伤性迟发性颅内血肿的诊断 [J]. 中国危重病急救医学, 2000 12(5): 260
- [7] 董万青, 刘世勤, 张国庆. 急性颅内血肿清除后继发对侧迟发性血肿 30 例分析 [J]. 中国医师杂志, 2004 6(8): 1130
- [8] 董吉荣, 江基尧, 朱 诚, 等. 重型颅脑损伤术中急性脑膨出原因及防治. 附 89 例报告 [J]. 中华神经外科杂志, 1999 15(1): 4-6