

标准外伤性大骨瓣开颅术治疗额颞脑挫裂伤 42例分析

吴 峰

[摘要]目的:探讨标准外伤性大骨瓣开颅术治疗额颞脑挫裂伤的效果。方法:回顾分析采用标准外伤性大骨瓣开颅术治疗 42 例额颞挫裂伤患者的临床资料。结果:出院时根据 GOS 分级标准,恢复良好 20 例,中残 6 例,重残 3 例,植物生存 2 例,病死 11 例。结论:标准外伤性大骨瓣开颅术能充分有效的清除脑挫伤和充分的减压,利于提高患者的生存率。

[关键词] 脑损伤; 脑/外科手术; 骨瓣

[中国图书资料分类法分类号] R 651.15 [文献标识码] A

额颞挫裂伤患者病情重,变化复杂,治疗难度大,常因脑挫裂伤导致广泛脑水肿、脑肿胀,伤后病情发展迅速,病死率高达 85%^[1]。2001 年 1 月 ~ 2006 年 10 月,我们采用标准外伤性大骨瓣开颅术治疗额颞脑挫裂伤 42 例,降低了病死率,现对此总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 42 例中,男 32 例,女 10 例;年龄 18 ~ 72 岁。其中脑疝 9 例。受伤至入院时间 0.5 ~ 18 h。受伤原因:车祸伤 35 例,坠落伤 6 例,打击伤 1 例。按着力部位分:枕部着力 11 例,颞部或额颞部着力 23 例,不祥 8 例。

1.2 临床表现 42 例入院时 Glasgow 评分 (GCS): 3 ~ 5 分 21 例, 6 ~ 8 分 16 例, 9 ~ 10 分 5 例。双侧瞳孔散大、对光反射消失 3 例;单侧瞳孔散大、对光反射消失 6 例。入院时患者嗜睡至昏迷,主要表现为头痛、呕吐、躁动、尿失禁、抽搐等。42 例均经 CT 检查证实额颞脑挫伤,大部分合并簿层硬膜下血肿,少部分合并脑内小血肿,中线结构明显移位,超过 1 cm 有 31 例。

1.3 治疗方法 标准外伤性大骨瓣开颅术关键是暴露颞底,从侧方解除对脑干的压迫。具体步骤:手术切口开始于颞弓上耳屏前 1 cm,于耳廓上方向后上方延伸至顶骨中线,然后沿正中线向前至前额部发际。骨瓣下达颞弓,上旁开正中矢状窦 2 ~ 3 cm。切开硬脑膜从顶环形翻向颞弓或十字打开翻向正中,硬脑膜切开可以显露额叶、颞叶、顶叶、前颅窝和中颅窝。清除硬膜下血肿和挫裂伤及坏死的脑组织,彻底止血。根据脑水肿和脑肿胀的情况决定缝合或修补硬脑膜,必要时敞开硬脑膜。去除颅骨

瓣来缓解术后脑水肿和脑肿胀,硬脑膜外置带侧空引流管,关闭头皮。

1.4 疗效评定 出院时根据 GOS 分级标准分为恢复良好(成人能工作、学习),中残(生活自理),重残(生活需他人照顾),植物生存(长期昏迷,呈去皮质或去脑强直状态),死亡。

2 结果

42 例中,38 例入院时急诊手术,其余 4 例经观察 2 小时至 7 天,因病情加重而手术。42 例标准外伤性大骨瓣开颅病例中,恢复良好 20 例 (47.6%),中残 6 例 (14.3%),重残 3 例 (7.1%),植物生存 1 例 (2.4%),病死 12 例 (28.6%)。

3 讨论

脑挫裂伤是脑挫伤和脑裂伤的统称,通常脑表面的挫裂伤多在暴力打击的部位和对冲的部位,尤其是后者,较为严重,并常以额、颞前端和底部为多见,这是由于脑组织在颅腔内的滑动碰撞所引起的。脑实质内的挫裂伤,则常因脑组织的变形和剪性应力引起损伤,往往见于不同介质的结构之间,并以挫伤及点状出血为主^[2]。额颞部广泛性脑挫裂伤是临床常见的重型颅脑损伤,枕部或颞部着力所致的对冲伤是其主要的致伤机制。

我们通常采用的马蹄形骨瓣即额颞瓣、颞顶瓣等,不能充分暴露额极、颞极以及脑的底部,难以彻底清除坏死脑组织及对出血来源的止血,容易增加继发性血肿和(或)脑水肿所致的脑疝的发生率,亦可增加血肿急性减压后脑组织缺血再灌注所致的脑膨出和脑组织嵌顿。

标准外伤大骨瓣暴露范围广,可以显露额叶、颞叶、顶叶、前颅窝和中颅窝,清除窝、颞、顶硬脑膜下血肿及脑内血肿,能清除约 95% 的单侧幕上急性血肿;清除额叶、颞叶前回及眶回等挫裂伤区坏死脑组

[收稿日期] 2007-05-18

[作者单位] 安徽省定远县人民医院 脑外科, 233200

[作者简介] 吴 峰 (1970-), 男, 主治医师。

织;控制桥静脉、矢状窦、横窦及岩窦撕裂出血;控制前颅窝、中颅窝颅底出血;降低了迟发性血肿的发生率和再次手术率。由于标准外伤大骨瓣位置低,术中可咬除颞骨至颅底并充分咬除蝶骨嵴,从颞叶底面减压,清除了对侧裂静脉及大脑凸面静脉的压迫,促进了血液回流,减轻了脑膨出,促进了脑疝的还纳,提高了治愈率。本组 42例中,恢复良好 20例,中残 6例,重残 3例,植物生存 2例,死亡 11例。我们体会,标准外伤性大骨瓣开颅术能充分有效的清除挫裂伤的脑组织和充分的减压,利于提高患者的生存率。

标准外伤大骨瓣开颅术能显著降低重型及特重型患者的病死率,为重型颅脑损伤的临床治疗提供了一种有效的方法^[3]。但标准外伤大骨瓣开颅术创伤大,操作时间长,术中出血多,对有多重并发症、生命体征不稳定或老年患者应慎重。标准外伤大骨瓣适用于额颞顶广泛性脑挫裂伤的患者,有较好地缓解脑水肿和脑肿胀。但因额颞顶广泛性脑挫裂伤

的患者术后脑水肿和脑肿胀较重,部分患者仍难以度过危险期,故术中仍需根据脑水肿和脑肿胀的情况决定缝合或修补硬脑膜,必要时敞开硬脑膜。我们一律去除颅骨瓣来缓解术后脑水肿和脑肿胀。术后要加强病情的观察和支持治疗,预防并发症和血管痉挛的发生,必要时及早行气管切开,术后脱水剂减量,从术后 10~14天以后开始,廖圣芳等^[4]也认为脱水剂减量时应根据病情、头颅 CT而定,如果脱水剂量撤得过快过早,易形成脑疝。

[参 考 文 献]

- [1] 毛之奇,陆永建,朱世强,等. 双侧额颞脑挫裂伤保守及手术治疗临床对比研究[J]. 中华神经医学杂志, 2006, 5(3): 270-273.
- [2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 324-326.
- [3] 吕记峰,周艳宏,王 楠. 标准外伤大骨瓣开颅术治疗额颞顶部广泛脑挫裂伤[J]. 中原医刊, 2006, 33(17): 65.
- [4] 廖圣芳,王汉东,陈汉民,等. 双额叶重度脑挫裂伤 83例诊治经验与教训[J]. 临床军医杂志, 2006, 34(1): 43-45.

[文章编号] 1000-2200(2007)05-0603-02

。临床医学。

中期妊娠前置胎盘 25例临床分析

叶晓林

[摘要]目的:探讨中期妊娠前置胎盘的临床意义。方法:采用经阴道超声(TVS)对 60例中期妊娠孕妇进行连续观察,对结果进行 χ^2 检验。结果:前置胎盘组剖宫产、难产、产后出血数均比胎盘位置正常组多($P < 0.05 \sim P < 0.01$);中期妊娠前置胎盘与宫腔操作史(包括人工流产、流产清宫、引产)及本次妊娠期阴道出血两组孕妇差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:前置胎盘是引起妊娠晚期出血的主要原因之一,妊娠期阴道出血者应行 TVS检查,了解胎盘位置,并积极对症处理、观察。

[关键词] 胎盘/病理学;前置胎盘;出血;妊娠,中期

[中国图书资料分类号] R 714.56 [文献标识码] A

前置胎盘是由于胎盘附着于子宫下段或覆盖于宫颈内口处,位置低于胎儿先露部,是引起妊娠晚期出血的主要原因之一。近年来由于经阴道超声(TVS)在临床的广泛应用,大大提高了前置胎盘诊断的准确率,同时也发现中期妊娠前置胎盘较多现象。笔者采用 TVS对 60例中期妊娠孕妇进行连续观察,探讨中期妊娠前置胎盘的预后。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2004年 1~12月初诊为孕 13~28周孕妇,进行 TVS检查,28周前每 4周 1次,28周后每 2周 1次,直至分娩,共收集完整病例

60例。

1.2 前置胎盘诊断标准^[1] (1)完全前置胎盘:宫颈内口全部为胎盘组织所覆盖;(2)部分性前置胎盘:宫颈内口部分为胎盘组织所覆盖;(3)边缘性前置胎盘:胎盘附着于子宫下段,边缘达宫颈内口,但未超过内口;(4)低置胎盘:胎盘下缘达子宫下段,边缘距宫颈内口 7 cm以内。确诊方法以终止妊娠最后一次 TVS检查结果为准,并经剖宫产或阴道分娩后胎盘检查证实。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 发生率及其转归 60例观察对象中,初诊时发现前置胎盘 25例,发生率 41.67%,其中完全性前置胎盘 11例(44%),部分性前置胎盘 3例

[收稿日期] 2006-06-29

[作者单位] 安徽省安庆市第一人民医院 妇产科, 246000

[作者简介] 叶晓林(1967-),女,主治医师。