

多发性颅内血肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E5_A4_9A_E5_8F_91_E6_80_A7_E9_c22_303181.htm

名称多发性颅内血肿
所属科室神经外科临床表现 多发性血肿没有独特的临床征象，虽然可以根据致伤机理和神经功能受损表现，作出初步估计，但因各种多发性血肿之间，症状和体征往往混淆，难以确诊，常须依靠影像学的检查，或经手术探查证实。一般分为三种情况：同一部位不同类型的多发血肿，多为对冲性脑挫裂伤伴急性硬脑膜下血肿及脑内血肿；或着力部位硬膜外血肿伴局部硬脑膜下及/或脑内血肿。不同部位同一类型的多发血肿，常为双侧硬脑膜下血肿，尤其是小儿及老年病人，因额部或枕部减速性损伤所致。当致伤暴力大、脑挫裂伤严重时，常为急性硬脑膜下血肿，往往位于双侧额颞前份。若脑原发性损伤稍微，系脑表面的桥静脉撕裂出血时，则多为慢性或亚急性双侧半球凸面硬膜下血肿。偶而可因挤压伤致双侧颞骨骨折，亦有引起双侧硬脑膜外血肿的可能，但较少见。不同部位不同类型的多发血肿，见于着力部位硬脑膜外血肿及/或脑内血肿伴对冲部位硬脑膜下及脑内血肿。有时枕部减速性损伤，引起枕骨骨折，可致颅后窝硬脑膜外血肿，伴对冲部位硬膜下及/或脑内血肿。此类血肿临床表现常较严重，病人伤后多持续昏迷或意识障碍变化急促，轻易早期出现天幕切迹疝及双侧锥体束受损征。诊断 当疑有多发性血肿可能时，应及早施行辅助检查如CT、MRI或脑血管造影均能于早期明确诊断。颅骨X线平片可以提示有无跨越静脉窦或血管压迹的骨折线。脑***探测若发现中线波无移位或稍有偏

移而与临床体征不符时，即应考虑存在多发血肿。若脑血管造影示有无血管区，而大脑前动脉并未向对侧相应的移位，或移位程度不足血肿原度的1/2时，或血肿甚小而中线移位过大时，均应想到多发血肿的可能。在紧急抢救时，术前未明确多发血肿的手术病人，应注重清除血肿后的颅内压改变。若颅内压无明显缓解，或一度好转随即又复升高，或血压正常而脑组织搏动欠佳，甚至仍有脑膨出时，均需对可能发生多发血肿的部位，进行认真的探查，以免遗漏。治疗对术前已通过影像学检查，定位诊断明确的多发血肿，可以合理设计手术入路、方法和次序；但对术中始疑有多发血肿的病例，应根据致伤机理、着力点和颅骨骨折等情况慎加分析，进行探查，或采用B型**术中适时探测。同一部位不同类型血肿的清除：最常见的是额颞前份对冲性脑挫裂伤，急性硬脑膜下伴脑内血肿，属混合性同一部位的血肿，往往彼此相连，故可在同一手术野内一并清除，偶而需行脑穿刺始能发现；其次是硬脑膜外血肿伴发硬膜下或局部脑内血肿，可疑时必须切开硬脑膜探查硬膜下或行脑穿刺，证实后予以清除。不同部位同一类型血肿的清除：较多见的是双侧硬脑膜下血肿，好发于额、颞前份或额、顶凸面。其次是双侧颞部硬脑膜外血肿，较少见。手术探查及清除这类双侧的血肿时，病人头宜仰卧垫高，消毒铺巾须兼顾两侧施术的要求。一般急性双侧血肿应先于有脑疝的一侧，或血肿较大的一侧行骨窗开颅清除血肿，另一侧行钻孔引流或扩大钻孔至适当的骨窗清除血肿。对亚急性双侧血肿，可以一次手术双侧骨瓣开颅，亦可按血肿之大小分次剖开清除。对慢性硬脑膜下血肿大多采用双侧钻孔引流术。 100Test 下载频道开通，各类考试题

目直接下载。详细请访问 www.100test.com