

脑脊液漏 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_84_91_E8_84_8A_E6_B6_B2_E6_c22_305239.htm 名称脑脊液漏所属科

室神经外科临床表现 脑脊液鼻漏多见于前颅凹骨折，发生率高，可达39%（Ray）。尿糖试纸deg.卧向患侧，使脑组织沉落在漏孔处，以利贴附愈合。同时应清洁鼻腔或耳道，避免擤鼻、咳嗽及用力屏气，保持大便通畅，限制液体入量，适当投给减少脑脊液分泌的药物，如醋氮酰胺

（Acetazolamide, Diamox），或采用甘露醇利尿脱水。必要时亦可行腰穿引流脑脊液，以减少或停止漏液，俾使漏孔得以愈合。大约有85%以上的脑脊液鼻漏和耳漏病人，经过1~2周的姑息治疗而获愈。二. 手术治疗：需行手术治疗的外伤性脑脊液漏仅占2.4%，只有在漏孔经久不愈或自愈后多次复发时才需行脑脊液漏修补术。1. 脑脊液鼻漏修补术：术前必须认真作好漏孔的定位，方法已如上述。确定漏口位置之后，可行患侧或双侧额部骨瓣开颅。首先应通过硬脑膜外探查，按术前疑及的部位将硬膜自额窦后壁、眶顶、蝶嵴或筛板区小心分离。凡漏孔所在处常可见硬脑膜增厚并陷入骨折缝中，应尽量靠近颅骨分离、剔下漏孔，勿使漏口扩大。颅骨破孔处的软组织电灼后推入骨缝内，如为窦壁则推入窦腔，再用骨蜡或医用凝胶封闭颅骨裂口。然后，密切缝合或修补硬脑膜上的破孔。通常多用颞肌筋膜、骨膜或帽状腱膜作为修补片，缝合务求严密完善。若漏口较大或经硬脑膜外有困难时，好可瓣状切开硬脑膜，抬起额叶底部经硬脑膜下直接查寻前窝底部的漏口。通常漏孔多位于筛板区、额窦后壁、鞍内或鞍旁，偶然也可能发生在过度气化的蝶骨大翼部。有漏

孔的地方，蛛网膜与脑组织往往突向患处，局部有粘连及胶质增生，有时还可见到炎性肉芽组织，甚至有脓肿形成。在良好隔离的情况下，先将粘附在漏孔处的脑组织分离、抬起，再将漏口部炎性组织刮净、电凝止血。漏孔不大的可以用肌肉片蘸医用胶填堵，其上再用手术区可利用的硬脑膜、脑镰、骨膜、颞肌筋膜或帽状腱膜，平铺在漏口上，然后严密缝合或用医用胶贴牢、压紧。若颅底骨缺损较大，则常须经硬膜内、外探查，根据发现决定修补硬脑膜破口及颅骨缺损的手术方法。一般多采用组织片铺盖粘合硬脑膜内面破口，再以较大的带蒂颞肌及盘膜瓣于硬脑膜外面修补，以提高成功率。然后将医用凝胶与骨屑或肌肉碎块混合，填堵骨缺损处。若颅骨缺损与鼻窦相通，则应先刮除窦内粘膜，再用肌肉块堵塞窦腔，然后粘堵骨孔。严密缝合伤口各层，不放引流。术后应降低颅内压并强力抗菌治疗。常用的医用胶有氰基丙烯酸异丁酯（Isobuty1-2-Cyanoacry-late，IBC）、氰基丙烯酸甲酯、氰基丙烯酸烷

（Alkyl-2-Cyanoacrylate,Biobond,Aron-Alpha）等。2.脑脊液耳漏修补术：术前必须查明耳漏的具体部位，由颅中窝骨折累及鼓室盖，使脑脊液直接进入中耳腔经破裂耳鼓膜流至外耳道，属迷路外耳漏；因颅后窝骨折累及迷路，使蛛网膜下腔与中耳腔交通者，属迷路内耳漏。两者手术入路不同。采用颞枕骨瓣开颅可修补颅中窝耳漏，以外耳乳突为中心作颞部弧形皮瓣，骨瓣基底尽量靠近中窝。先经硬膜外循岩骨前面探查鼓室盖区有无漏孔。若属阴性即应改经硬脑膜下探查，切勿过多向中窝内侧分离，以免损伤岩大浅神经、三叉神经、脑膜中动脉及海绵窦。发现漏孔后，封堵及修补方法已如

上述。若属岩骨后面骨折，此入路尚可兼顾后窝，即沿岩骨嵴后缘切开天幕，注重勿损伤岩上窦及乙状窦。将天幕翻开即可探查岩骨后面的漏孔，其位置多在内听道稍外侧，局部常有小脑组织及蛛网膜突入，较易识别。此处漏孔较难缝补，一般均以肌肉或筋膜片蘸医用胶粘堵，其上再加带蒂肌肉覆盖固定。术毕严密缝合头皮各层，不放引流。术后应降低颅内压，并强力抗菌治疗。另外，对迷路内耳漏亦可经枕下部颅入路进行岩骨后面漏孔的修补。

3.脑脊液伤口漏（皮漏）：首先应认真进行非手术治疗，大力控制感染，同时在距伤口漏以外（ $>6\text{cm}$ ）头皮完好处行脑室穿刺、或行对侧脑室穿刺持续引流，或经腰穿置管引流脑脊液，调节引流量至漏口停止溢液为度，不宜过多。伤口漏处如无急性炎症，可剪除皮缘坏死部分，然后全层缝合。若有急性炎症，应清除脓液和腐朽组织，清洁消毒，继续更换敷料，俾使肉芽组织健康生长。待急性炎症控制后再次缝合或于肉芽面上种子植皮消灭创面，封闭漏口。

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