

硬脑膜外血肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E7\\_A1\\_AC\\_E8\\_84\\_91\\_E8\\_86\\_9C\\_E5\\_c22\\_305247.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_A1_AC_E8_84_91_E8_86_9C_E5_c22_305247.htm) 名称硬脑膜外血肿所属科室神经外科病因 头部受击引起颅骨局部变形，使硬脑膜与颅骨内面剥离，引起脑膜的小量出血。但积聚起来的血液又使硬脑膜发生新的剥离，产生新的出血。这样血液越积越多，终于形成血肿。随着血肿的扩大，颅内压逐渐增高，如颅内压达到与血肿的压力平衡时出血可自行停止。但在达到这平衡时，多数病人早已出现较明显的颅内压增高的症状。一般血肿量已达25~100g，甚至可更大。病人的临床症状与血肿的大小并不一致，但却与血肿发展的速度及血肿的部位有较大的关系。动脉性出血引起的血肿发展快，可较早出现脑干受压症状及脑疝，但血肿体积并不一定很大。静脉窦出血或板障血管出血引起的血肿发展慢，血肿面积可波及很广，体积也大，但脑受压症状出现较迟。血肿引起颞叶疝时可压迫脑干的血供、大脑后动脉的分支及局部回流静脉，引起脑干、枕叶非凡是距状回区域的血供障碍。这足以解释病人忽然死亡的原因。血肿存在较久（1周以上），可有结缔细胞侵入，使之机化。这时新生血管虽不多，但继发出血颇为常见，使症状再次加重。临床表现（一）典型的表现是头部损伤后病人有原发昏迷，不久意识恢复。约1~24小时后又再度昏迷。在中间清醒期病人有头痛、烦躁不安、恶心呕吐、头昏错乱、反应迟钝及抽搐等症状，并逐渐加重。有时病人头部损伤很轻，没有原发昏迷，或仅有短暂的神志恍惚，经过一段时期，逐渐变得嗜睡，反应迟钝，这也可能是EDH的迹象。也有病人受伤后有持续加深的昏迷而没有中间清醒期。

因此在EDH中的中间清醒期的意义不宜强调过多。Gurdjian（1960）及McKissock（1960）曾对EDH中病人的意识改变作出下列概括，共有五种类型：自伤后至手术一直清醒，伤后没有原发昏迷，以后出现迟发的意识障碍，原发昏迷恢复后一直相当清醒，有明显的中间清醒期，伤后昏迷并持续加深。儿童病例以 型为多见，中老年病例以 型较多见。（二）瞳孔的变化是EDH病程中很常见的征象。约1/3的病人有患侧瞳孔的不正常，其中绝大多数是瞳孔的散大，对光反应的迟钝或消失。这是颞叶疝的征象之一，往往出现于血肿的较后期，是颞叶疝压迫及牵张同侧动眼神经所造成。少数病例在血肿的早期尚有眼球运动障碍，以出现注视的机会较多，两眼向病侧偏斜。（三）视神经乳头水肿由于EDH的发展较快，多数病人在手术前都尚未出现此征象。在EDH中最早发生视乳头水肿者可在伤后6小时。（四）头痛病人自诉头痛者很多，头痛的部位常与血肿所在位置相符。此外病人常有烦躁不安、恶心呕吐、对侧肢体力弱、锥体束征阳性及对侧偏感觉减退等。失语及对语言的理解困难常在术后病人完全清醒后才能发现。（五）生命体征如心动过缓、呼吸不规则、血压升高等多数与颅内压增高有关。这种体征在幕上EDH和幕下EDH没有大的不同。诊断多数病例根据以上病史特点及临床体征即可作出诊断。神经系统体征集中表明病变位于头部的打击侧、颅X线片示有颅盖部骨折，骨折线跨越硬脑膜中动脉沟或静脉窦沟，骨折线表面软组织有肿胀等都足以指示有EDH的可能。脑血管造影对诊断及定位很有帮助，可以看到大脑前动脉向对侧移位，大脑中动脉向内上或内下移位，上矢状窦部分与颅骨内面分离等现象

。CT扫描可以见到颅内有新月形的高密度病变位于颅骨内面与脑表面之间，其CT值在40~100HU之间，同时可显示颅骨骨折，还可显示颅内伴同的其他病变，如硬脑膜下血肿、脑内血肿、蛛网膜下腔出血、脑水肿等。治疗一经诊断确定应立即作急症手术清除血肿，术前用脱水剂以暂时缓解颅内高压是许可的，但必需紧接着手术。要求彻底清除凝血块，制止出血。对于特急的病例可在急症室即进行钻孔，使尚未凝聚的血液引流出来，然而立即转入手术室作正规清除血块的手术。颅后窝硬脑膜外血肿是硬脑膜外血肿中的一种非凡类型。较少见，一般估计约占全部硬脑膜外血肿病例的7~10%。由于它缺乏临床上的特征，常易被忽视。出血一般均来自横窦或窦汇。最常见的原因是枕后部受到暴力的打击所致，因此枕后部头皮上都有挫伤或皮下血肿的痕迹，在头颅X线平片中常可见线形骨折跨越横窦或窦汇，有时尚可见局部有凹陷骨折存在。CT扫描有利于发现这种病例。病人的主要表现为进行性的意识障碍，头痛头昏，呕吐，颈项强直，四肢软弱，肌张力减低，有时可见眼球震颤，两侧锥体束征阳性，并可能有小脑症状出现。如不及时手术，病人常可因枕大孔疝而致命。治疗宜迅速手术清除血块，如手术及时，预后良好。颅前窝硬膜外血肿亦较少见。临床上除了出现进行性的意识障碍加深以外，并无非凡象征，因此易被忽视。出血来源大多是由硬脑膜前动脉而来。只有在可疑的病例作CT扫描或多作钻孔才能发现。治疗以手术清除血肿为主。慢性硬脑膜外血肿是近年来在CT扫描广泛应用后才发现的少见类型，约占EDH总数的3%左右。形成这种血肿的原因主要是出血较缓慢，不足以造成明显的脑压迫症状。血液在硬脑膜外间隙

被包围机化，形成包膜，其内面有肉芽组织，甚至钙化。病人的症状较轻，有的是在作体检中偶然发现。治疗应根据病人症状而定。对没有明显脑移位和颅内压增高的病例可不予手术。否则应作开颅术清除血肿及其血肿壁。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](http://www.100test.com)