

外伤性硬脑膜下积液_神经外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E5_A4_96_E4_BC_A4_E6_80_A7_E7_c22_610724.htm 又名外伤性硬脑膜下水瘤（traumatic subdural hydroma），是因颅脑损伤时，脑组织在颅腔内强烈移动，致使蛛网膜被撕破，脑脊液经裂孔流至硬脑膜下与蛛网膜之间的硬脑膜下间隙聚集而成。发生率为颅脑损伤的1.16%，约占外伤性颅内血肿的10%左右。【诊断】本病的确诊必须依靠特殊检查，如ct或mri，有时，即使采用ct扫描，也可能与等密度或低密度的硬膜下血肿相混淆。不过在mri图像上积液的信号与脑脊液相近，而血肿信号较强，特别是t2加权像时，血肿均呈高强信号，可资鉴别。

【治疗措施】积液的治疗，一般多采用钻孔引流术，即在积液腔的低位处，放置引流管，外接封闭式引流袋（瓶），防止气颅。于术后48~72小时，在积液腔已明显缩小，脑水肿尚未消退之前，拔除引流管，以免复发。对慢性积液者，为使脑组织膨起，更好地闭合积液腔，术后可以不用或少用强力脱水剂。病人采平卧或头低位卧向患侧，以促进脑组织复位。必要时尚可经腰穿缓慢注入20~40ml生理盐水，亦有利于残腔的闭合。对少数久治不愈的复发病例，可采用骨瓣或骨窗开颅术清除积液，将增厚的囊壁广泛切开，使之与蛛网膜下腔交通，或置管将积液囊腔与脑基底部脑池连通，必要时可摘除骨瓣，让头皮塌陷，以缩小积液残腔。术后再经腰穿注入生理盐水或过滤空气以升高颅内压，亦可通过增加静脉补液量，或适当提高血压，同时，给予钙阻滞剂减低脑血管阻力，从而改善脑组织的灌注区，以促进脑膨起。【发病

机理】其机理是由于蛛网膜破孔恰似一个单向活瓣，脑脊液可以随着病人的挣扎、摒气、咳嗽等用力动作而不断流出，却不能返回蛛网膜下腔，终致硬脑膜下形成水瘤样积液，从而引起局部脑受压和进行性颅内压增高的后果。

【临床表现】硬脑膜下积液的临床表现酷似硬脑膜下血肿，亦有急性、亚急性和慢性之分，术前难以区别。其临床特征为轻型或中型闭合性头伤，脑原发性损伤往往较轻，伤后有逐渐加重的头疼、呕吐和视乳头水肿等颅内压增高的表现。病程发展多为亚急性或慢性，偶而可呈急性过程。严重时亦可导致颞叶钩回疝，约有30.4%的病人出现单侧瞳孔散大，约半数有意识进行性恶化及锥体束征阳性。硬脑膜下积液量一般为50~60ml，多者可达150ml。其性状，急性者多为血性脑脊液，稍久则转呈黄色清亮液体，蛋白含量稍高于正常。

【预后】硬脑膜下积液病人，原发性脑损伤一般较轻，如果处理及时合理，效果较好，若脑原发性损伤严重及/或伴有颅内血肿者，则预后较差，死亡率可达9.7%~12.5%。

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