

脑脊液漏_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__E8_84_91_E8_84_8A_E6_B6_B2_E6_c22_610726.htm

脑脊液耳漏常为颅中窝骨折累及鼓室所致，因岩骨位于颅中、后窝交界处，无论岩骨的中窝部分或后窝部分骨折，只要伤及中耳腔，则皆可血性脑脊液进入鼓室。若耳鼓膜有破裂时溢液经外耳道流出，鼓膜完整时脑脊液可经耳咽管流向咽部，甚至由鼻后孔返流到鼻腔再自鼻孔溢出，酷似前窝骨折所致之鼻漏，较易误诊，应予注意。岩骨骨折后常有面神经及听神经损伤，其发生率各为19.8%及31.4%，偶尔可致外展神经或三叉神经损伤。此外，耳后乳突区迟发性皮下瘀斑（battle氏征）亦为颞岩部骨折常见的体征。脑脊液伤口漏（皮漏）几乎均为开放性颅脑损伤初期处理不当所致，多见于火器性脑穿透伤，因为硬脑膜修复欠妥或因创口感染愈合不良而引起。若脑脊液漏直接来自脑室穿通伤时，常有大量脑脊液流失，不仅全身情况低下，而且往往导致严重脑膜炎及脑炎，尤其是儿童患者，要及时进行清创、修复。脑脊液经由鼻腔、耳道或开放创口流出，是颅脑损伤的严重合并症，可导致颅内感染，其发生率约为2%~9%（macgee等，1970），脑脊液漏是因为颅骨骨折的同时撕破了硬脑膜和蛛网膜，以致脑脊液由骨折缝裂口经鼻腔、外耳道或开放伤口流出，使颅腔与外界交通，形成漏孔，同时，空气亦能逆行逸入造成气颅。【诊断】脑脊液漏的诊断首先是确定溢液的性质，脑脊液含糖量较高，故可用“尿糖试纸”测定之。有时漏出液混有血液，系列化测定难于确诊，故可采用红细胞计数法，比较漏液与血液

的血球计数来判定。不过确切的诊断仍须依靠特殊检查方法：颅骨x线平片可以了解有无跨过鼻窦或岩骨的骨折；ct扫描有助于发现有无气颅，并通过窗位调节观察颅底骨折；放射性核素脑池造影，可采用¹³¹i标记的人血清白蛋白（hisa）、^{99m}tc或¹⁶⁹yb-dtpa经腰穿注入蛛网膜下腔行脑池造影，观察漏孔部位或采用水溶性造影剂（metrizamide）注入蛛网膜下腔，在透视下调节病人体位，使造影剂进入脑底部脑池，然后行颅底的薄层ct扫描以显示漏孔部位。【治疗措施】因颅底骨折而引起的急性脑脊液鼻漏或耳漏，绝大多数可以通过非手术治疗而愈，仅有少数持续3~4周以上不愈者，始考虑手术治疗。一. 非手术治疗：一般均采用头高30°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。必要时亦可行腰穿孔流脑脊液，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，偶尔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，注意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（amp. bergland, 1969）。急性病人伤后常有血性液体自鼻腔溢出、眼眶皮下瘀血（俗称熊猫眼）、眼结合膜下出血，可伴有嗅觉丧失或减退，偶而亦有伤及视神经或动眼神经者。延迟性脑脊液鼻漏则往往于颅前窝骨折后长短不一的期间，由于突然咳嗽、用力引起颅内压骤然增高时，使脑膜破孔开裂，漏出液体为清亮的脑脊液。一般在病人起坐、垂头时漏液增加，平卧时停止，因为仰卧位时液体流向鼻后孔而下咽，或积于蝶窦及其他鼻副窦腔内，故这类病人清晨起床时溢液较多。脑脊液耳漏常为颅中窝骨折累及鼓室所致，因岩骨位于颅中、后窝交界处，无论岩骨的中窝部分或后窝部分骨折，只要伤及中耳腔，则皆可血性脑脊液进入鼓

室。若耳鼓膜有破裂时溢液经外耳道流出，鼓膜完整时脑脊液可经耳咽管流向咽部，甚至由鼻后孔返流到鼻腔再自鼻孔溢出，酷似前窝骨折所致之鼻漏，较易误诊，应予注意。岩骨骨折后常有面神经及听神经损伤，其发生率各为19.8%及31.4%，偶尔可致外展神经或三叉神经损伤。此外，耳后乳突区迟发性皮下瘀斑（battle氏征）亦为颞岩部骨折常见的体征。脑脊液伤口漏（皮漏）几乎均为开放性颅脑损伤初期处理不当所致，多见于火器性脑穿透伤，因为硬脑膜修复欠妥或因创口感染愈合不良而引起。若脑脊液漏直接来自脑室穿透伤时，常有大量脑脊液流失，不仅全身情况低下，而且往往导致严重脑膜炎及脑炎，尤其是儿童患者，要及时进行清创、修复。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