

2009年外科辅导：小脑扁桃体疝治疗措施临床执业医师考试  
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/648/2021\\_2022\\_2009\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_A4\\_96\\_c22\\_648019.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2009_E5_B9_B4_E5_A4_96_c22_648019.htm) 本病并非一经诊断都需手术治疗，因为有相当多的病例，临床症状并不严重。对于年龄较小或较长者，应密切观察。仅对症状和体征严重者，方可施行手术。手术的目的在于解除对神经组织的压迫，重建脑脊液循环通路，并对不稳定的枕颈关节加以固定。www.

Examda.CoM考试就到百考试题 手术适应证（1）延髓、上颈脊髓受压；（2）小脑和脑神经症状进行性加重；（3）脑脊液循环障碍，颅内压增高；（4）寰枢椎脱位或不稳。手术方法主要为枕骨部分切除以扩大枕大孔，以及寰椎后弓切除减压术。硬脑脊膜应广泛切开，分离粘连，探查第四脑室正中孔，如粘连闭塞，应小心分离扩张，使之通畅。不能解除梗阻者则应考虑重建脑脊液循环通路的分流手术。对不稳定的寰枢椎脱位，则行枕骨和颈椎融合术。现将本手术介绍如下：手术步骤 术前准备，麻醉和体位同颈椎后路手术。1.切口和显露：切口包括枕部和颈椎两部分，自枕骨粗隆正中向下至颈6~7作纵行切开，显露枕骨、枕骨大孔后缘、寰椎后弓及第二至第六或第七颈椎棘突（图1）。显露方法同前。2.枕骨大孔扩大和寰椎后弓切除：显露和切除方法同前。枕骨大孔切开范围应足够大。通常自枕骨大孔向上咬除2.5cm~3.0cm，其宽度为3.0cm~4.0cm，使枕颈区获得充分减压。3.脊髓空洞蛛网膜下腔分流术：根据磁共振图像，选择脊髓空洞明显节段。注意保护颈2和颈3.最首选部位在颈4~5或颈5~6，或颈4、5~6节段。切除椎板显露硬膜，切开硬膜，将

硬膜切开边缘贯穿以细丝线向两侧分开以作牵引，即显露膨胀的脊髓。观察脊髓表面血管分布状况，选其无血管区，先用细针头刺入脊髓内并轻加吸引可见黄色液体抽出，即表示脊髓空洞所在部位。用锐薄尖刀在针孔处切入脊髓，轻轻切开2.0cm~3.0cm（注意绝不可用力以防止损伤）。将硅胶管或片，长约3.0cm直径1.0mm自脊髓后切口伸入并向下方，深入洞内2.0cm~3.0cm，另一端贯以3-0号细线缝合在蛛网膜上（图2）。最后缝合硬膜。

#### 4.枕颈融合。

采集者退散 术中注意事项和并发症

- 1.手术必须注意枕颈部减压的有效性，枕骨大孔切开扩大范围除要足够大之外，也应考虑到枕骨植骨融合处的稳定问题。
- 2.脊髓后背侧切开，必须选择在无血管区和脊髓空洞部位，防止出血影响手术操作和确保引流部位的准确性。脊髓操作的任何粗糙动作都是造成脊髓损伤的因素。如果应用手术显微镜施行手术则更为准确，损伤更小。

术后处理来源：考试大本手术操作技术复杂，显露范围大，时间长，对脊髓捣动多，术后应用地塞米松和速尿等脱水剂5~7天，常规应用预防剂量抗生素，术后10天拆线，改用头颈胸石膏固定3个月。

更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师技能加入收藏相关推荐：2009年外科辅导：小脑扁桃体疝的病理改变 2009年外科辅导：小脑扁桃体疝临床表现 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)