维普资讯 http://www.cqvip.com

颅内血肿；儿童；外科手术；诊断 2009(8)

2. World. J Swrg 1989; 13 (5): 522.
3. 刘 标. 巴西尼腹股沟疝修补术的沿革. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 145.
4. 冯云鹏. 等. 双层后壁修补术治疗腹股沟疝. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 141.
5. 董国光. 等. 腹横筋膜重叠缝合治疗腹股沟斜疝. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 152.
6. 王寿林. 等. 腹股沟斜疝径腹修补术的疗效观察. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 132.
7. 樊 立. 等. 带血管的肌肉转移修补腹股沟疝. 实用外科杂志 1989; 9 (3): 140.
8. 吉承华. 带蒂全层皮瓣修补腹股沟疝. 实用外科杂志 1992; 12 (3): 153.
9. 李德春. 等. 替代物修补腹股沟疝. 实用外科杂志 1992; 12 (3) 123.
10. Usher FCA. new plastic Prosthesis for repairing stissue defects of the chest and abdominal wall Am J Surg. 1959; 97: 626.
11. 成怀鲁. 等. 用碳纤维修补老年复发疝 5 例体会. 实用外科杂志 1992; 12 (3): 156.

16—17

小儿外伤性颅内血肿在基层医院的手术诊治体会

陕西省乾县医院脑外科 何金荣 薛栋才
（陕西乾县，邮政编码 713300）

R726.511.5

CT：是诊断颅内血肿的重要工具，在基层医院尚待普及，为了因病因地制宜，积极发挥一线及时救治作用，笔者重点强调了小儿急性外伤性颅内血肿在基层医院的诊断和治疗。

1987～1991 年，我院共收治小儿重型颅脑损伤 182 例，其中小儿颅内血肿 68 例、占 37%，48 例经手术治疗，诊治体会浅谈如下：

临床资料

本组 68 例：男 42 例，女 26 例；年龄：4 个月～12 岁，平均年龄 6.7 岁，小于 2 岁者 27 例，3～6 岁者 22 例，7～12 岁者 19 例；受伤原因：坠落伤 34 例，碰伤 15 例，车祸 19 例；CT 脑扫描确诊 20 例，手术探查确诊 48 例；脑内单个血肿 6 例，脑内多发性小血肿 5 例，硬膜外血肿 20 例，硬膜下血肿 33 例，开放性颅脑损伤脑内血肿 4 例；手术探查和前囟穿刺引流 49 例，其余 19 例均经非手术治疗；治疗结果：按哥拉斯预后分级，良好者 52 例，中残 4 例，重残 3 例，死亡 9 例，治愈率 76%，死亡 13.2%

讨 论

一、关于小儿急性外伤性颅内血肿的诊断：在小儿神经系统发育尚未成熟的阶段，由于大脑皮质抑制功能较低，在创伤的初期，常缺乏典型的临床症状，很容易与脑挫裂伤、脑水肿、脑干损伤相混淆。我们通过 68 例的临床观察，发现小儿急性外伤性颅内血肿在意识改变方面，不但与成人不同，而且与年龄有绝大关系。在 4 个月～2 岁以下的幼儿 27 例中，他们受伤大多为床上和怀中坠落伤，受伤部位以额顶部为主，出现硬膜下血肿者 20 例，常伴有颅缝哆开和乒乓球样骨折，伤后一直清醒者 18 例。7 例为双侧硬膜下血肿，伤后无原发性昏迷，由清醒逐渐进入昏迷。27 例很少有昏迷～清醒～再昏迷、他们的主要特点是：抽搐，呕吐、呆滞，两眼向上凝视，开始双侧瞳孔缩小，光反射迟钝、脑疝形成后、血肿侧瞳孔不圆～散大。其中有 10 例在头部受伤后 3～7 天发病，以发烧、癫痫为主要症状，伴有四肢肌张力增高，如不详细询问受伤史的情况下往往被误诊为高烧惊厥。因此，小儿与成人硬膜下血肿不同的原因是：成人硬膜下血肿大多数因局部和对冲性脑挫裂伤，脑表面小动脉出血引起，故原发性脑损伤较重，意识障碍出现较早又较典型，而婴幼儿大多数因桥静脉断裂引起，脑挫伤较轻，对冲伤发生少、意识障碍出现较晚，所以年龄越小表现尤为突出。

在 6～12 岁的小儿颅内血肿中、其中脑内血肿 11 例，硬膜下血肿 6 例，硬膜外血肿 20 例、他们与成人不同的特点是：伤后意识清醒～昏迷～昏迷逐渐加深 24 例、伤后一直昏迷 13 例，随着昏迷程度不断加深而出现一侧瞳孔散大。特别在硬膜外和硬膜下血肿中表现较为突出。在额底部和额顶部的脑内血肿中，以昏迷为主，瞳孔变化较慢，无一例有中间清醒期。当颅内血肿引起的颅内高压时，与成人不同的是呼吸不是减慢，而是增快（本组 18 例），呼吸不规则 8 例，脉慢少见、脉快

维普资讯 http://www.cqvip.com

者本组20例，血压增高14例，其余23例均以血压下降和休克为主。这是小儿血容量少，血肿大小与成人相似，故易产生贫血和休克的结果。我们认为在年龄偏大的小儿颅脑损伤中，有以下几点要考虑颅内血肿的出现：1. 伤后清醒～昏迷～昏迷加深；2. 头痛、呕吐、抽搐；3. 呼吸、脉搏增快、血压下降或升高；4. 肢体肌力减退，锥体束征阳性；5. 颅骨拍片有线状骨折（本组32例）；6. 一侧瞳孔进行性散大。如需进一步检查，可根据病人情况和基层医院现有的设备进行超声波探查或脑血管造影，注意中线有无移位和血管受压，尽可能获取正确诊断。

二、关于治疗：我们的体会是，前囟穿刺和切开引流是我们基层医院治疗婴幼儿硬膜下血肿简单、安全、可靠、及时诊断和治疗的好方法，对于2岁以下者，当颅内血肿引起的颅内高压时，首先就是前囟饱满，膨隆，搏动消失。由于血肿大多为硬膜下液态血肿，我们对17例采用前囟角切开放管引流，10例经多次穿刺抽吸均获治愈，无一例死亡，治疗效果良好。

对于12岁以下的小儿颅内血肿、手术探查22例，脑疝形成前血肿清除17例，死亡1例；脑疝形成后血肿清除5例，死亡5例，说明脑疝形成之后，脑组织出现不可逆转的恶性循环，直接影响着呼吸、心跳，即是血肿清除，也无法能挽救患儿的生命。我们及时探查的主要部位是：受伤部位、骨折部位，对冲部位。由于小儿硬膜与颅骨附着紧密，颅骨扳障只是一层薄软的弹性骨扳，脑组织和脑血管弹性较大，外力作用易发生凹陷和线状骨折，致局部硬膜撕裂和脑组织挫伤，很少引起远隔区域的血管脑组织损伤，故伤后血肿多发生着力部位，局部探查阳性率较高。

关于在手术后和非手术的综合治疗中，特别注意除补给应给的电介质外。补液量：以脱为主，宁少勿多，由于小儿体表面积小，消耗量较成人低，输液过多、最易发生肺水肿，加重脑水肿，也是造成死亡的一个重要原因。我们常规的使用冬眠药物，控制高烧和癫痫，减轻脑水肿和脑消耗，防止脑组织的缺血和缺氧。对于昏迷较深估计昏迷时间较长的患儿，应尽早行气管切开，千万不要迟疑。

在另外3例的死亡中：1例死于去做CT的路途中，另2例刚检查完CT死于脑疝，说明小儿颅内血肿虽与成人相似，但比成人耐受性差，容易形成脑疝和病情恶化，从中我们吸取的教训是：对于急性外伤性颅内血肿绝对不要舍近求远，根据病情，因地制宜，充分利用我们基层医院现有的设备条件，极积发挥一线的急救作用，尽早手术探查、急时清除血肿，解除脑受压。

参考文献 略

17-18

骶管直入法在临床麻醉中的应用

陕西省乾县医院麻醉科 叶陈前

（陕西乾县，邮政编码 713300）

R614

传统的骶管阻滞操作方法是斜入法、即从骶裂孔进针，循着骶管的方向向头端刺入骶管腔。采用此法有时穿刺困难、失效率高，且易损伤血管出现局麻药中毒、进针过深有发生全脊髓麻痹的危险。作者采用骶管直入法在临床麻醉中应用131例，获得较满意的效果、现报告如下。

一般资料 本组131例，男56例，女75例，年龄16～59岁。肛门、会阴、阴道手术94例，子宫切除手术（硬膜外＋骶管麻醉）37例，骶裂孔正常者116例，占88.55%，骶裂孔不明显者9例，占6.87%，骶裂孔过长（本文指骶管裂）者6例、占4.58%，

操作方法 患者取侧卧位、腰背向后弓。骶裂孔正常者选骶裂孔中央的上缘穿刺，经骶裂孔中央的上缘穿刺失败或骶裂孔不明显进针困难者，选骶3或骶4裂孔穿刺，即自骶角连线沿骶中嵴向上探摸，有裂孔时、面上软组织向下凹陷、并在深处能摸到骨性边缘、便可穿刺、但应注意、因蛛网膜下腔的盲端止于骶2平面，故所选穿刺点不应超过髂后上棘内下方1.5cm，以免误入蛛网膜下腔；骶裂孔过长者选骶裂孔中央的中点穿刺。用6～6$\frac{1}{2}$号短肌肉注射针头自穿刺点垂直刺入，当

麻醉，骶管直入法