DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.030

幕上急性外伤性硬膜下血肿127例报告

张保民* 王宪荣 林江凯 （西南医院 脑外科）

幕上急性外伤性硬膜下血肿在外伤性颅内血肿中发病率最高，病情复杂，死亡率高达38%～77.8%[1][2][3]。我科1978年～1987年年收治经手术证实、资料完整的幕上此类血肿127例，占同期颅脑外伤的9.95%，占同期外伤性颅内血肿的43.34%，死亡率38.58%。本文从临床角度着重讨论与预后及治疗有关的问题。

1 临床资料

1.1 一般资料

男93例，女34例，年龄1.5月～75岁。车祸伤42例、坠落伤10例、跌伤15例、打击伤13例，其它17例。其中明确记载对冲伤53例，单发血肿78例，多发血肿49例。血肿位于单侧118例，双侧9例。血肿位于额部35例、颞部12例、顶部10例、额颞部47例、额顶部6例、颞顶部13例，记录不详4例。死亡49例，死亡率38.58%。

1.2 临床表现

除5例外均有不同程度原发昏迷，其中有中间清醒期者54例，GCS记分90例，7分以下61例（3分者25例），8分以上29例。有生命征改变者43例，其中术前呼吸停止18例，呕吐92例，大小便失禁87例。去脑强直19例，瞳孔散大102例，其中2例发生在血肿对侧，术前双瞳散大28例，锥体束征阳性96例。拍颅骨X线片58例，骨折49例。颈动脉造影49例，均有阳性发现。4例未昏迷患者经CT检查而确诊。25例多发伤中胸部伤16例占64%。出现各种并发症34例，其中肺部并发症22例，占64.7%。2例术后GCS记分呈递减改变，经颈动脉造影发现继发血肿，再次手术获救。本组77例来院时已发生脑疝，来不及作任何检查而直接手术。

2 讨论

2.1 影响预后的因素

2.1.1 脑疝出现的时间：发生脑疝时间越早死亡率越高，伤后迅速发生脑疝的病例即使早期手术，效果也不乐观[1][2][3]，不手术者效果更差。本组伤后1 h内出现脑疝者死亡率90.48%，1 h～3 h者死亡率53.57%。3 h～12h者死亡率24.14%，12h以上者死亡率11.11%。脑疝出现愈早、愈急，说明原发脑伤愈严重，脑水肿出现早且广泛。即使清除血肿压迫，也常难以改善病情及预后。

2.1.2 脑疝存在时间与预后：除特急性硬膜下血肿外，伤后病情经过一段发展才出现脑疝的急性硬膜下血肿，尤其是单纯性硬膜下血肿，手术清除血肿越早，预后越好。本组脑疝发生后3h内手术者死亡率为13.33%；而3h以上手术者死亡率则高达75%。说明尽快解除脑干受压，是降低死亡率的关键。

2.1.3 脑压、血肿量与预后：清除血肿后脑压仍高者死亡率79.63%，脑压不高者死亡率13.04%，（$0.05>P>0.01$）相差显著。血肿量在60ml以上及以下的死亡率分别为54.75%和42.59%（$P>0.05$），表明单纯从血肿的大小不能作为判断预后的依据。某些病例血肿仅为颅内压增高的附加因素，清除血肿后颅内压是否能满意缓解，取决于原发或继发脑伤程度。

* 现在北京307医院脑外科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.1.4 GCS记分 GCS记分能反映原发脑伤的程度，对治疗及预后有指导意义，本组GCS记分90例，7分以下者死亡率67.21%（其中有33例3～4分者死亡率高达96.97%）；8分以上者死亡率仅6.9%，（$P<0.01$）相差极为显著。术后连续GCS记分极为重要，能较客观判断意识情况，如呈递减变化则提示有颅内继发血肿或严重脑水肿，及时处理常能挽救部分伤员生命。

2.1.5 其它因素（见附表）：影响幕上急性硬膜下血肿预后的其它因素，尚有患者年龄、多发伤、并发症、瞳孔大小、术前呼吸状态和血肿数目等。但其中并发症、瞳孔改变和术前呼吸状态与预后的关系最为明显。年龄60岁以上、有多发伤死亡率也增加，但无统计学意义。单发血肿或多发血肿的死亡率几乎相等。

附表 影响急性硬膜下血肿预后的其它因素

	年龄		多发伤		并发症		双瞳散大		术前呼吸		血肿数	
	<60	>60	有	无	有	无	有	无	尚存	停止	单发	多发
例数	107	20	25	102	34	93	28	99	109	18	78	49
死亡率%	35.51	55.00	52.00	35.29	67.85	27.96	85.71	25.25	30.28	88.89	38.46	38.78
*P*值	>0.05		>0.05		<0.01		<0.01		<0.01		>0.05	

2.2 *提高疗效应注意的问题*

2.2.1 强调早诊断、早治疗[1][2][3][4]，尤其是单纯性血肿，手术的早晚直接影响预后。

2.2.2 已出现脑疝者应放宽探查指征[4]，不过份依赖特殊检查，如探查阴性，术后恢复又不明显者应尽早做CT扫描或脑血管造影。呼吸停止及双则瞳孔散大不应视为手术禁忌症。

2.2.3 彻底做好脑部清创，清除挫伤严重、失去生机的脑组织，以利减轻术后脑水肿。清除血肿后脑压仍高者应多部位探查，避免遗漏多发血肿，并去骨瓣减压。

2.2.4 术后定时GCS记分。

2.2.5 重视全身治疗，积极处理合并伤，预防并发症，维持营养及水电解质平衡。

2.2.6 有条件时术后都行颅内压监护，如能置于脑室引流管既可用于颅内压监护又可引流CSF缓解颅内压。放脑室引流管失败者可采取硬膜下引流。

2.2.7 本组大部病人来院前已出现脑疝，如能提高各级医疗机构的诊治能力，必能大大减少死亡率。在基层医院出现脑疝者可先钻孔引流，暂时缓解脑压，再后送或等待支援。

参考文献

1. 赵雅度。急性硬膜下血肿53例分析。天津医药杂志 1964;6(4):285
2. 高立达 丘裡光 吴和光。外伤性小脑幕上硬膜下血肿（附70例报告）。中华外科杂志 1965;13(11):981
3. 段国升 刘炳存 张 纪，等。急性硬膜下血肿诊断和治疗的研讨（附92例分析）。中华医学杂志 1978;58(11):682
4. Andrews BT, Pitts LH, Lovely MP. Is computed tomographic scanning necessary in patients with tentorial herniation? Neurosurgery 1986;19:408～474

（收稿：1990.07.17；修回：1991.03.16）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net