

重型颅脑损伤并创伤性大面积脑梗死 15 例临床分析

叶奇勋 吴天顺 叶军 胡建民 李成宇

(江西省铅山县人民医院 铅山 334500)

摘要:目的:探讨创伤性大面积脑梗死的手术方式和预后。方法:对 15 例完整临床病例资料进行归纳、分析和总结。结果:本组 15 例病例手术方式均采用标准外伤大骨瓣血肿清除及坏死脑组织切除内外减压术,15 例病例中:恢复良好 2 例,中度残疾 3 例,重残 4 例,持续性植物状态 2 例,死亡 4 例。结论:标准外伤大骨瓣血肿清除及坏死脑组织切除内外减压术并辅以扩容、减轻脑血管痉挛、改善脑循环和高压氧舱等综合治疗是治疗创伤性大面积脑梗死的有效措施。

关键词:颅脑损伤;创伤性大面积脑梗死;标准外伤大骨瓣内外减压术

中图分类号:R 651.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0027-02

我院 2001 年 1 月~2006 年 7 月共收治 15 例重型颅脑损伤并创伤性大面积脑梗死病例,现分析总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 15 例病例中男 11 例,女 4 例;年龄 8~66 岁,平均 40.5 岁;受伤类型:坠落伤 7 例,打击伤 3 例,车祸伤 5 例;就诊时间 0.5~5h,平均 1.5h;入院时 GCS 评分 13~15 分 2 例,6~8 分 7 例,3~5 分 6 例,平均 GCS 评分为 6 分;入院时意识状态:浅昏迷 2 例,中昏迷 3 例,深昏迷 6 例,嗜睡 3 例,清醒 1 例;瞳孔情况:8 例入院时一侧瞳孔散大,2 例双侧瞳孔散大,等大等圆 5 例。

1.2 颅脑损伤情况 急性硬膜外血肿并脑肿胀 5 例,急性硬膜下血肿、脑挫伤并基底池结构不清或蛛网膜下腔出血 11 例,15 例中存在颅骨骨折 10 例,所有病例均有不同程度的脑中线移位。

1.3 脑梗死情况 发生时间:<24h 2 例,24~48h 9 例,48~72h 4 例;梗死部位:额颞叶 8 例,枕叶 2 例,顶叶 2 例,桥脑 1 例,同时累及基底节或丘脑 2 例;梗死发生的直径为 2~8cm,其面积 8~50cm²,平均 23.1cm²,其中有 2 例梗死灶合并出血;梗死的 CT 值 6.6~28Hu,平均 26.8Hu。

2 治疗及结果

15 例患者均经手术治疗,手术方式采用标准外伤大骨瓣血肿清除^[1]及坏死脑组织切除内外减压术,除手术治疗外,均在发现梗死灶后第 1~2 天给予尼莫同或加低分子右旋糖酐和丹参,治疗时间 15~30d,治疗后复查 CT,梗死灶在 10~14d 均明显好转,有 8 例在康复期给予高压氧舱治疗。根据格拉斯哥预后评分(GOS)标准^[2],15 例病例中:恢复良好 2 例,中度残疾 3 例,重残 4 例,持续性植物状态 2 例,死亡 4 例。死亡原因:2 例因梗死灶范围过大严重脑水肿死亡,1 例中枢性衰竭,1 例肺部感染并多脏器功能衰竭死亡。

3 讨论

3.1 脑损害病因 创伤性大面积脑梗死引起的脑损害,常较其他原因引起者严重,一方面由于脑损伤后脑组织及颅内血管产生了原发或继发性损害,血管闭塞进一步加重了脑缺氧、脑水肿;另一方面,外伤性梗死发病急,侧枝循环很难在短时间内建立,脑缺血后导致严重脑水肿、脑梗死、脑软化、脑组织容量急剧增加,使颅内压迅速增高,部分脑组织向压力较低处移位,压迫脑干,产生意识障碍,生命体征改变,瞳孔不等大,对光反射消失,肢体的感觉、运动障碍,甚至去脑强直等脑疝症状^[3]。脑疝发生后,脑的有效循环血量进一步减

少,脱水药物不能进入脑内起到脱水作用,手术减压是唯一能够抢救患者生命的方法。本组 15 例病例手术方式均采用标准外伤大骨瓣血肿清除及坏死脑组织切除内外减压术,标准外伤大骨瓣开颅去骨瓣减压后,脑组织向减压侧骨窗膨出,代偿了颅腔容积,解除了脑疝对脑干的压迫,有效地保护了脑功能,疗效明显优于常规骨瓣开颅术^[4]。

3.2 标准外伤大骨瓣内外减压术 标准外伤大骨瓣血肿清除及坏死脑组织切除内外减压术是治疗外伤性大面积脑梗死的有效手段,彻底清除失活脑组织是手术的关键^[4]。坏死脑组织是刺激脑组织加重脑水肿的异物,所以应将其彻底清除,以达到内外充分减压,防止脑水肿的加重。手术中应使减压窗够大且位置够低,约 12cm×12cm 大小,并咬除蝶骨嵴,充分暴露侧裂区,使侧裂血管减压,便于清除颅底挫伤坏死的脑组织及血肿,有利于颞肌与脑表面的敷贴,以改善脑组织缺血状况。并尽量行减张修补硬膜,可以减少术后脑膨出、切口疝、脑脊液漏及硬膜下积液的发生率。另外,在手术清除血肿后,如脑组织仍肿胀明显,多处渗血,这时应尽量减少双极电凝电灼,而用明胶海绵压迫止血,尽可能减少脑梗死的发生。

3.3 综合治疗 磁共振波谱分析发现颅脑损伤后 3h 伤区脑组织即呈缺血性改变,于伤后 24h 达高峰,故对重型颅脑损伤的治疗应强调早期采取有效的措施,改善脑微循环,纠正脑缺血,减少继发性脑损害^[5]。创伤性大面积脑梗死多发生在伤后 3d 内(本组资料中 80.00%发生在伤后 3d 内),而急性期的治疗与颅脑损伤的治疗有冲突,况且创伤性脑梗死本身缺乏有效的治疗方法。大量实验研究表明钙拮抗剂对局灶性缺血有一定的治疗作用,钙拮抗剂能解除脑血管痉挛,改善脑缺血灶及其附近脑组织的血流,减轻酸中毒,减少细胞内游离钙含量,阻断钙对神经毒性作用^[6]。因此在急性期先给予钙拮抗剂尼莫同,其次给予低分子右旋糖酐和丹参注射液。低分子右旋糖酐可改善微循环,减轻红细胞在血管内凝聚,降低血液黏稠度,增加组织灌注。待病情有所改善并在条件允许的情况下及早给予高压氧舱治疗,进一步改善受损脑细胞的功能恢复,同时加强多方面的功能锻炼,从而达到最大限度的恢复,降低致残率和死亡率。

本组资料中治愈率仅为 13.33%,致残率和死亡率分别为 46.67%和 26.67%,持续性植物状态为 13.33%。可以看出重型颅脑损伤合并创伤性大面积脑梗死,其死亡率、植物生存率和致残率均较高,一方面与原发伤情有关,另一方面创伤性

中西医结合治疗对臀痛型腰椎间盘突出症甲皱微循环的影响

周立飞¹ 刘振东¹ 高肖波¹ 叶子²

(1 浙江省临海市中医院 临海 317000; 2 浙江省临海市第一人民医院 临海 317000)

关键词:臀痛型腰椎间盘突出症;甲皱微循环;中西医结合疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0028-02

临床上部分椎间盘突出病人以臀部疼痛,感觉减退及臀肌张力改变为主症,腰痛及坐骨神经分布区域的放射痛并不明显,称之为“臀痛型腰椎间盘突出症”,可占所有腰突症患者的 3.5%^[1]。我们采用中西医结合方法治疗 78 例本病患者,并进行了治疗前后的甲皱微循环动态观察。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 78 例患者均符合臀痛型腰椎间盘突出症诊断要求,男 42 例,女 36 例;年龄 25~69 岁,平均 39.8 岁;病程 4 个月~12 年,平均 3.6 年。CT 显示 L₄₋₅ 椎间盘突出者 21 例,L₅-S₁ 椎间盘突出者 57 例;中央型 27 例,偏中央型 43 例,偏侧型 8 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 骶管内药物注射 醋酸确炎舒松-A 针 15mg、川芎嗪针 80 mg、维生素 B₁₂ 针 0.5g、2%利多卡因针 5 mL、0.15%布比卡因针 5mL,加上生理盐水 20 mL 组成混合液,两骶骨角连线中点凹陷处为进针点,常规消毒,以 7 号注射针头垂直刺入皮肤,刺入后改变方向与皮肤成 45° 角指向头部,穿破骶尾韧带时有突破感,将针夹放平与皮肤成 10°~15°,再向前推进 2 cm 左右,抽吸无回血,推药后隆起,即可缓慢注入药液,每周 1 次。

1.2.2 腰椎机械牵引 采用国产 RXPC-2000 型快慢牵引系统。病人取卧位,牵引力及旋转角度视病人体重及腰椎动态片观察而定。一般患者前屈 0°~25°,后伸 0°~10°,旋转-15°~15°,牵引力为体重加减 10%。

1.2.3 针刺推拿法 患者取俯卧位,主穴取病变椎体相应的气海俞、大肠俞、关元俞及相应节段的华佗夹脊穴,均取双侧,配穴取患侧的环跳、承扶、要中、阳陵泉、承山、昆仑,行提插捻转,得气后留针 30min,10min 行针 1 次。针刺结束后,在患侧腰臀用轻柔揉按点揉拿等手法治疗 3~5min 后行腰椎斜板法,1 周 1 次,2 周为 1 个疗程。

1.2.4 中药熏疗法 药用川乌 15g,草乌 15g,独活 15g,乳香 15g,没药 15g,鸡血藤 30g,伸筋草 20g,威灵仙 20g,透骨草

20g,艾叶 20g,放入中药熏疗器内,把蒸气孔对准病变椎体部位,让药液随蒸气直接作用病变部位,1d 2 次。

1.2.5 药物内服法 (1)扶他林 25mg/次,1d 3 次,餐后服用。(2)中药服用三参汤,方药:丹参 30g,猫人参 30g,太子参 20g,桑寄生 15g,川断 15g,怀牛膝 10g,地龙 10g,乌梢蛇 10g,甘草 6g,徐长卿 10g,赤芍 15g,每日 1 剂,1d 3 次。

1.2.6 功能练习 (1)俯卧飞燕:俯卧位双下肢及上肢抬高;(2)仰卧位直腿抬高;(3)仰卧位桥式运动(五点支撑):屈肘屈髋抬高臀部。以上治疗均 15d 为 1 个疗程,共观察 2 个疗程。

1.3 甲皱微循环检测方法 采用无锡建信科仪有限公司生产的多媒体微循环检测仪,按照田牛《实用临床微循环学》^[2]所定方法检测全部对象的左手无名指,结果加权积分由检测仪配置的微循环图像处理软件自动计算。所有患者治疗前后各检测 1 次,同时检测正常人 30 例进行对照。

1.4 统计分析 应用 SPSS11.0 统计分析比较软件对结果进行处理,符合正态分布的数据均以均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$)表示,不符合正态分布的数据,经自然对数转换正态分析。各组间比较采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 疗效评定 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病症诊断疗效标准》中的腰椎间盘突出症的疗效标准。结果治愈 40 例(51.3%),好转 36 例(46.2%),无效 2 例(2.6%),总有效率 97.4%。

2.2 甲皱微循环 治疗组在治疗前其总积分、形态积分、流态积分均高于正常组 (*P*<0.05),经治疗后,与治疗前比较,有明显下降 (*P*<0.05)。见表 1。

表 1 甲皱微循环检测结果 分						
组别	<i>n</i>	总积分		形态积分		流态积分
治疗组	78	治疗前	2.55±1.01* [△]	1.07±0.53* [△]	0.98±0.49* [△]	0.51±0.41* [△]
		治疗后	1.52±0.47	0.63±0.49	0.51±0.71	0.37±0.21
正常组	30		1.41±0.39	0.54±0.17	0.47±0.29	0.41±0.30

注:与正常组比较,**P*<0.05;与治疗前比较,[△]*P*<0.05。

大面积脑梗死引起的脑缺血又进一步加重脑损伤,从而导致预后不佳。总之,创伤性大面积脑梗死的临床特点和诊断治疗有其特殊性及其复杂性,笔者认为标准外伤大骨瓣血肿清除加颞肌敷贴及坏死脑组织切除内外减压术,并辅以扩容、减轻脑血管痉挛、改善脑循环和高压氧舱等综合治疗是治疗创伤性大面积脑梗死的有效措施。

参考文献

[1]江基尧,李维平,徐蔚,等.标准外伤大骨瓣与常规骨瓣治疗重型颅脑损伤多中心前瞻性临床对照研究[J].中华神经外科杂志,

2004,20(1):37~40
[2]江基尧,朱诚.现代颅脑损伤学[M].上海:第二军医大学出版社,1999.117~118
[3]王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科技出版社,2005.484
[4]郭玉璞,王文志,李允德.中国脑血管病治疗专家论文集[C].沈阳:沈阳出版社,1995.30~33
[5]刘卫平,易声禹,章翔,等.大鼠急性脑损伤后局部代谢磁共振波谱分析[J].中华神经外科杂志,1998,14(1):23~25
[6]龚铁逢,李铁林,段传志,等.外伤性大面积脑梗死的诊断与治疗[J].脑与神经疾病杂志,2002,10(3):157~159

(收稿日期: 2007-01-29)