

颅脑损伤双瞳孔散大的治疗

胡珍渊,任小朋,赵晓平

(陕西中医学院附属医院脑外科,陕西 咸阳 712000)

摘要:目的:探讨颅脑损伤双瞳孔散大的手术时机及治疗。方法:对29例颅脑损伤致双侧瞳孔散大病人进行手术治疗。结果:术后10例获救,生活自理7例,生活不能自理2例,植物生存1例。结论:颅脑损伤后双瞳孔散大,手术效果可靠,但死亡率极高。

关键词:颅脑损伤;双瞳孔散大;CT检查;手术治疗

中图分类号:R64 **文献标识码:**B **文章编号:**1002-168X(2004)01-0020-02

我院自1996年1月至2003年1月,共收治颅脑损伤双瞳孔散大病人31例,占同期脑疝病人的31%,现报告如下:

1. 临床资料与结果

1.1 一般资料:男性20例,女性11例,年龄5—73周岁,平均年龄45岁,交通事故25例,建筑工伤5例,打架斗殴1例。来院发现双瞳孔散大23例,住院后发生双瞳孔散大8例。手术治疗29例,术中发现广泛脑挫伤伴硬膜下血肿13例,硬膜外血肿11例,急性硬膜下积液5例。

1.2 治疗结果:2例未手术均死亡,手术后死亡19例。其中来院即双瞳孔散大而手术21例,死亡18例,死亡率为89%。住院后发生双瞳孔散大而手术8例,死亡1例,死亡率为12.5%,本组总死亡率为68%。患者出院时生活自理7例,生活不能自理2例,植物生存1例。

2. 讨论

2.1 死亡原因:瞳孔变化是判断颅脑损伤病情发展和预后的重要标志之一,双瞳孔散大是病情发

3. 治疗效果

3.1 疗效标准 基本痊愈:瘫痪肢体肌力4级以上,病残程度为0;显效:瘫痪肢体肌力3级以上,生活基本自理,病残程度1—3级;有效:瘫痪肢体肌力2级以上,生活需人照料,病残程度4—5级;无效:瘫痪肢体肌力不到1级,卧床,病残程度6级。

3.2 治疗结果(见表1)

表1 两组治疗结果及疗效比较

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
治疗组	42	11	18	10	2	1	92.46*
对照组	38	7	12	9	8	2	73.68

注:与对照组比较 *P<0.05

4. 讨论

脑梗塞属中医“中风”、“卒中”范畴。本病是由于气血亏虚,肝肾阴阳失调,阴亏于下,阳亢暴张,血随气逆,挟痰、挟瘀、挟火致血脉不畅,脑络痹阻而发病。现代医学认为脑梗塞是脑的某一局部血

流减少或血流中断,造成梗塞区缺血缺氧,神经细胞受损,另外血液的高凝状态也是其发病主要原因。

本病多见于中老年气阴两虚、肾阳不足、心血瘀阻之人。历代医家有“治风先治血、血行风自灭”,“瘀血不祛、新血不生”的理论。故在临床上当以活血祛瘀为主,同时更要补气行血,方中重用黄芪,以益气行血;葛根对脑缺血损伤有一定的保护作用,扩张脑动脉,改善脑血流及微循环有一定作用;水蛭破血逐瘀;当归有祛瘀而不伤气血之妙用;川芎、赤芍、牛膝、红花、僵蚕活血行气化瘀;石菖蒲开窍醒脑;天麻、钩藤平肝息风。全方合用,共达益气活血,通络开窍,化瘀消散,促进神经功能的恢复不失为一种较好的治疗方法。

参考文献:

[1]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志.1996,29(6):379.

(收稿日期:2003-11-16)

展的濒危阶段。发生越早,表明原发伤越重,预后越差。本组放弃治疗2例,均死亡。来院后发现双瞳孔散大而手术21例,死亡18例,存活仅3例。究其原因,我们在手术探查中,发现广泛脑挫裂伤或巨大颅内血肿而造成的脑肿胀,致小脑幕切迹疝。有些病人因脑挫伤而不得进行额极、额极切除、去骨瓣减压等才能勉强缝合头皮。其次是手术时机的延误,有些病人,来院途中双瞳孔已散大,到来院时双瞳孔散大已1小时加上术前准备、家属对手术治疗的顾虑,造成继发脑干损伤而死亡。我们的体会,大于60分钟者,脑损伤重,并发脑肿胀者多,死亡率高,预后越差,以致造成不可逆脑干损伤,不宜手术。双瞳孔散大缓慢,而且持续时间短,小于30分钟,以颅内血肿为主者大部分可挽救,预后较好。广泛性脑挫伤、脑肿胀、弥漫性轴索损伤、蛛网膜下腔出血量大者不宜手术。单纯颅内血肿、硬膜下积液、单侧或局限性脑挫裂伤应及时手术。

2.2 术前抢救:所有术前病人均必须有效抢救,为手术成功创造条件。这些病人往往处于深昏迷,呼吸道分泌物多,有些伴有口、鼻出血及呕吐,极易造成误吸,一定要保持呼吸道通畅,及时清除鼻腔、口腔内异物。术前常规下胃管、吸氧,必要时行气管插管或气管切开。双瞳孔散大,只要不伴有休克应立即快速静点20%甘露醇250ml—500ml,静推速尿20—40mg。我们观察,经过以上处理,有些病人瞳孔散大回缩,往往这类病人预后较好。若经以上处理,瞳孔无变化,往往提示广泛脑肿胀,预后差,死亡率更高。瞳孔散大伴休克,常常合并腹腔脏器破裂液气胸等^[1],这类病人要在休克纠正后才能脱水、手术,预后都很差。若双瞳孔散大病人血压下降属中枢性,则属濒死状态,呼吸心跳随时停止,不宜手术。

2.3 术前CT检查:若术前根据受伤机制及查体能定位不必行CT检查。一般来讲瞳孔先散大一侧,或双侧瞳孔均散大经脱水治疗先回缩的对侧往往是血肿或挫伤部位。如不能定位,在不延误手术时机的情况下,应行头颅CT,为手术方式提供依据。本组绝大多数未行CT检查,术中均未出现因判断失误而造成探查失误。2例术前行头颅CT检查,均为硬膜外血肿,术中证实血肿,量远较CT片上多,

这再次说明CT只能反映检查当时颅内情况。

2.4 手术范围:在能定位情况下我们主张探查一侧,探查范围应大,即:额颞大骨瓣顶减压,必要时还可行内减压,至于是否去骨瓣应根据脑压情况而定。

2.5 术后处理:进ICU病房、吸氧、心电监护、颅压监护、戴冰帽、脱水、预防感染。老年人应用甘露醇应慎重,以防引起肾功能损害。烦躁不安者,在排除颅内血肿的情况下,可给予镇静。必要时,复查CT。

2.6 并发症的防治:这类患者术后并发症较多,根据临床表现分别处理。

2.6.1 肺部感染:给予气管切开,雾化吸入,使用抗菌素。中药麻杏石甘汤加减^[2],方用:炙麻黄12g,杏仁10g,石膏30g,炙甘草10g,桔梗12g,贝母12g,连翘30g,牛蒡子10g,鱼腥草30g,二花30g,板蓝根30g,佩兰10g,水煎取汁400ml,分两次从胃管注入。

2.6.2 上消化道出血:术前常规行胃肠减压,若发现胃管内有咖啡色样物或红色液体,一般考虑应激性溃疡,给予洛塞克40mg静推,每日三次,中药用白芨50g,地榆50g,大小蓟各20g,仙鹤草20g,莱菔子30g,大黄12g(后下),厚朴15g,百部12g,桔梗10g,焦三味12g,水煎服,每次200ml从胃管注入,每日两次。

2.6.3 偏瘫失语:针灸治疗,选百会、足三里、三阴交、合谷等穴位。

颅脑损伤双瞳孔散大者死亡率极高,有报道达80%^[3],本组死亡率达68%,这类患者治疗周期长,并发症多,存活者生存质量差,这些问题除疾病本身的因素外,相信随着科学技术的发展会逐步解决。

参考文献:

[1]陈伯林,朱诚,张光霁,等.颅脑损伤合并全身其他部位损伤的诊治问题探讨[J].中华神经外科杂志,1987;(3):36.

[2]郑守曾.中医学[M].人民卫生出版社,2000年5月第5版,202.

[3]刘敬业,只达石,等.急性重型颅脑损伤453例临床分析[J].中华神经外科杂志,1995,11:141.

(收稿日期:2003-10-15)