

【精神、神经系统】

第一部分

一、颅脑损伤

(一) 头皮血肿

1. 皮下血肿:血肿体积小,位于头皮损伤中央,中心软,周围硬,无波动感、触痛明显。小的无需处理。稍大血肿适当加压包扎。
2. 帽状腱膜下血肿:血肿范围广,可蔓延全头,张力低,波动感明显(甚至休克)。穿刺抽吸并加压包扎。
3. 骨膜下血肿:血肿范围不超过颅缝,张力高,大者可有波动感,常伴有颅骨骨折。早期冷敷,禁忌加压包扎,否则易脑疝

(二) 头皮裂伤

处理原则:全身裂伤除头皮以外,处理均是6-8小时,6-8小时内清创缝合,6-8小时后只清创不缝合!但头皮血供丰富,故缝合的时间可以延长到24小时。有抗生素的情况可延长到72小时。

(三) 颅骨损伤

1. 诊断:头部外伤史*X线:颅盖部的线状骨折发生率最高(确诊);
2. 颅底骨折——临床表现(水漫道路):①鼻出血/脑脊液漏;②迟发性局部淤血;③颅神经损伤。
3. 凹陷骨折手术指征①大面积凹陷骨折或静脉窦处的凹陷骨折。②骨折位于重要功能区;位于非功能区,但深度超过1cm。③开放性骨折的碎骨片易致感染,须全部取出;硬脑膜如果破裂应予缝合或修补。

(四) 颅底骨折临床表现及处理

1. 颅前窝骨折:熊猫眼征、鼻出血、鼻漏、脑脊液漏;脑神经损伤II。
2. 颅中窝骨折:耳出血、鼻出血,鼻漏、耳漏,脑神经损伤II-VIII或垂体,搏动性突眼。
3. 颅后窝骨折:Battle征:迟发性乳突部皮下瘀血斑,枕下部肿胀及皮下瘀血斑,脑神经损伤IX-XII。
4. 处理原则:①头高位卧床休息。②避免用力咳嗽、打喷嚏。③全身应用抗生素。④避免堵塞及冲洗耳道、鼻腔。⑤脑脊液漏停止前不作腰穿。⑥经1个月治疗,脑脊液漏不停止可手术治疗。⑦合并视神经损伤在12h内行视神经探查减压术。
5. 脑脊液瘘的处理:不堵、不冲(预防感染)、不要穿!(防止颅内压高引起脑疝)

二、脑损伤

好发部位-额极、颞极及其底面。原发性脑损伤——立即发生的脑损伤,无需手术。

继发性脑损伤——指受伤一定时间后出现的脑受损病变,需及时开颅手术。

1. 脑震荡:

- (1) 临表:小于30分钟的昏迷,逆行性遗忘+三无(神经检查、脑脊液、CT均无异常)
- (2) 治疗:①留诊24小时。②解除病人思想顾虑。卧床休息1周。

2. 脑挫裂伤:

- (1) 临表:持续半小时以上意识障碍+一般症状+三有(相应的神经功能障碍或体征、腰穿脑脊液呈血性、CT点、片状高密度)。意识障碍是脑挫裂伤最突出的症状之一。疼痛、恶性、呕吐是脑挫裂伤最常见的症状。
- (2) 治疗原则:①床头抬高30°;②保持呼吸道通畅;③观察生命体征、神志、瞳孔变化;④维持水电解质平衡;⑤脱水;⑥止血;⑦激素;⑧抗生素。

3. 脑干损伤——不伴有颅内压增高表现。

(1) 临表：脑干损伤=深昏迷+瞳孔改变（瞳孔不等大或双侧极度缩小或散大，对光反射消失）+去大脑强直。

(2) 治疗：冬眠疗法，降低脑代谢；积极抗脑水肿；使用激素及神经营养药物。

记忆：颅脑外伤出现角弓反张-脑干损伤；脚被锈钉损伤出现角弓反张-破伤风。重型颅脑损伤最常见的死亡原因是---脑疝；最常见的致命性并发症是消化道出血（库欣溃疡）。最常见的并发症是---肺部感染

三、颅内血肿

1. 硬脑膜外血肿：脑膜中动脉损伤，最常见；损伤常位于颞区。

2. 硬膜外血肿、硬膜下血肿及脑内血肿的鉴别

①硬膜外血肿：多有中间清醒期，典型进行性瞳孔扩大，CT提示内板下凸透镜样高密度影。

②硬膜下及脑内血肿：最常见，多为进行性意识障碍，CT提示新月形或半月形高密度影。

重点区别：硬脑膜外：中间清醒期，CT凸透镜；硬脑膜下：持续性昏迷，CT新月影。

3. 颅内血肿手术适应证①脑疝。②颅内压在270mmH₂O以上，并呈进行性升高。③有局灶性脑损害体征。④血肿较大（幕上>40ml，幕下>10ml）。⑤脑室、脑池明显受压，中线结构明显移位(>1cm)。⑥病情恶化。

总结：确诊颅盖骨线形骨折首选-X线。确诊、定位颅底骨折首选-临床表现。

确诊脑震荡、脑疝-临床表现。确诊蛛网膜下腔出血、颅内肿瘤、颅内血肿首选-CT。

诊断脑干损伤MIR优于CT。颅盖骨线形骨折、脑震荡、颅底骨折治疗-不需治疗。

脑疝=甘露醇+急诊手术。蛛网膜下腔出血=手术夹闭

四、蛛网膜下腔出血

1. 蛛网膜下腔出血：动脉瘤脑、血管畸形颅内动脉瘤+急骤数分钟达高峰+血压正常+剧烈头痛、+脑池、脑室及蛛网膜下腔高密度出血征+血性脑脊液。

2. 脑出血：高血压、动脉粥样硬化+数十分钟至数小时达高峰+血压显著升高+持续性昏迷+偏瘫、失语、偏身感觉障碍+眼底动脉硬化+脑实质内高密灶+洗肉水样脑脊液。

治疗：有颅内高压----甘露醇，不做腰穿；手术----A瘤夹闭。

五、颅内肿瘤

1. 最常见的脑瘤是胶质瘤(glioma)。

2. 局部症状和体征：精神症状---额叶肿瘤（痴呆，个性改变）；癫痫发作---额叶多见（痉挛性大发作/局限性）。感觉障碍-顶叶（两点觉，实体觉，肢体位置觉）；视野缺损-枕叶及颞叶深部；失语症---优势半球肿瘤（运动性/感觉性/混合性失语）。

3. 最具有诊断价值的是CT及MRI检查。4、治疗原则是以手术治疗为主。

六、颅内压增高

1. 颅内压正常值：成人为0.7~2.0kPa(70~200mmH₂O)，儿童0.5~1.0kPa(50~100mmH₂O)。

2. 颅内压增高临床表现“三主征”：头痛、呕吐、视神经乳头水肿。Cushing反应“两慢一高”：心跳和脉搏变慢，血压升高。

3. CT-首选。

4. 药物降颅内压：如果病人意识清醒，颅内压增高轻，先口服药物（氢氯噻嗪、速尿、乙酰唑胺）；若病人意识障碍、颅内压增高严重，静脉注射20%甘露醇250ml；作气管切开，以保持呼吸道通畅。

七、脑疝

1. 小脑幕切迹疝：生命体征改变晚+瞳孔改变早+瞳孔先小后大，偏瘫+意识障碍早。

2. 枕骨大孔疝：生命体征改变早+瞳孔改变晚++意识障碍晚+枕下疼痛、颈项强直、强迫头位、后组颅神经。

3. 治疗(★)快速静脉输注甘露醇20分钟。确诊后，迅速完成开颅术前准备，尽快手术。

老年患者+高血压病史+急性起病+意识障碍、定位体征+CT 高密度影=脑出血；

老年患者+高血压病史+激动或安静+偏瘫+病理征+CT 未见到病灶或低密度影=脑梗死

突发头痛+脑膜刺激征=蛛网膜下腔出血；脑外伤+中间清醒期+CT 梭形血肿=硬膜外血肿。