

颅脑损伤专题知识宣 教

第一节 头皮损伤

一、头皮血肿：皮下血肿、帽状腱膜下血肿、骨膜下血肿

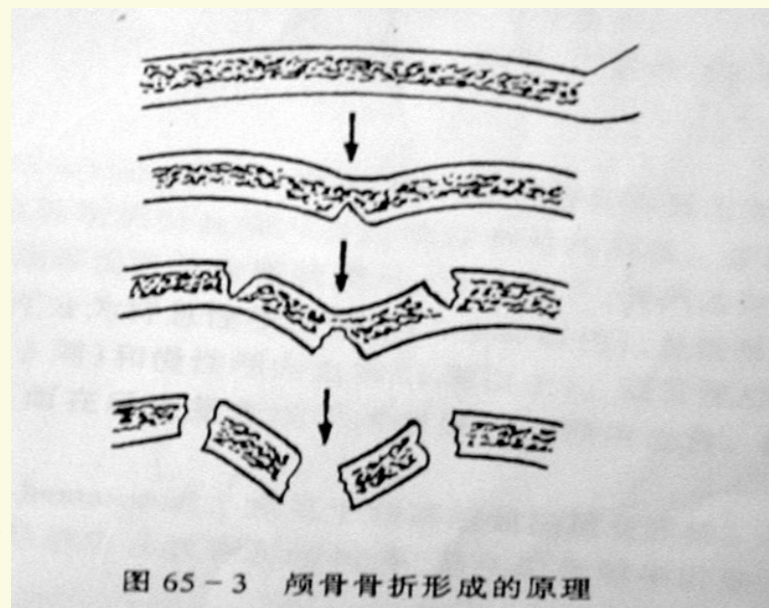
二、头皮裂伤：出血多 易致失血性休克。注意检验有无 颅骨及脑损伤。

三、头皮撕脱伤：易致失血性或痛性休克。

第二节 颅骨损伤

一、线形骨折：

颅盖骨骨折：颅盖骨的线形骨折率最高。要注意骨折线经过的位置。及可能伴发的脑损伤、血肿、气颅。



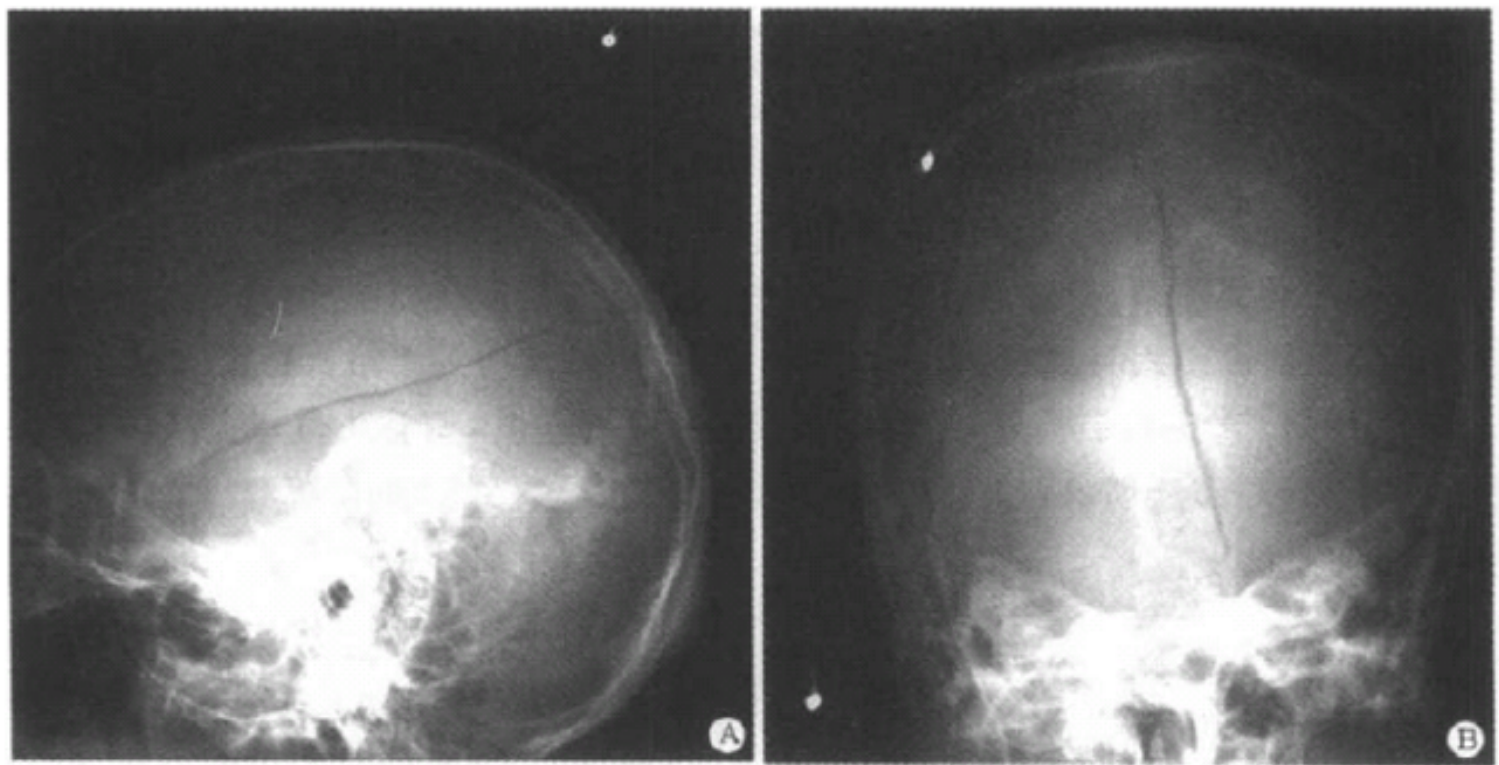


图 5-1 线形颅骨骨折

A. 额顶骨线形骨折 B. 后颅窝线形骨折

颅底特点

前后厚薄不一

有许多空、裂、管
是血管、神经通道

硬膜与颅底
粘连密切

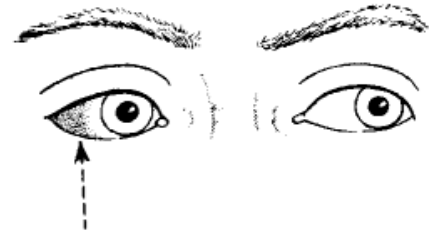
ANTERIOR FOSSA FRACTURE
CSF rhinorrhoea



Bilateral periorbital
haematoma

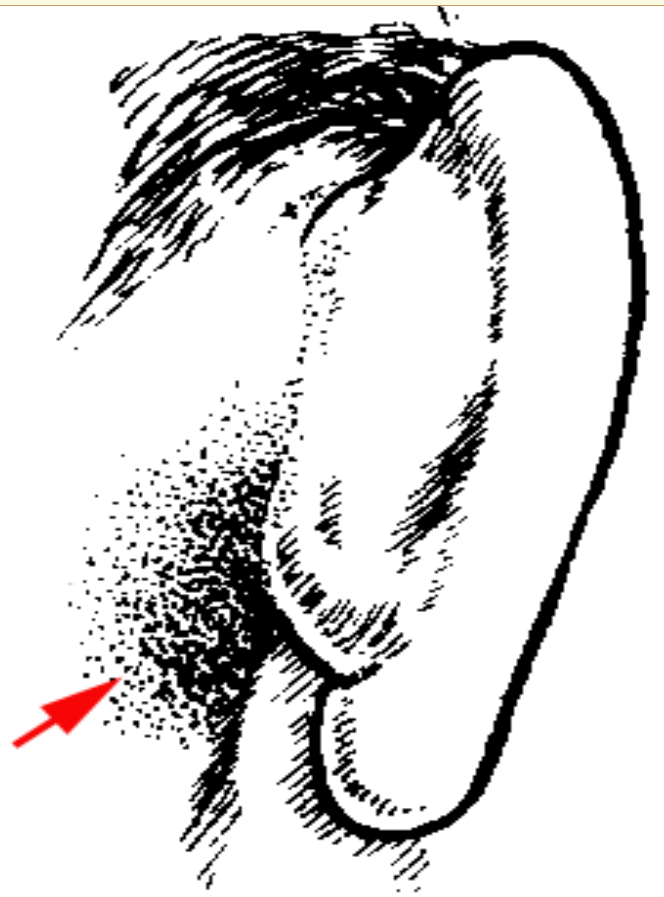
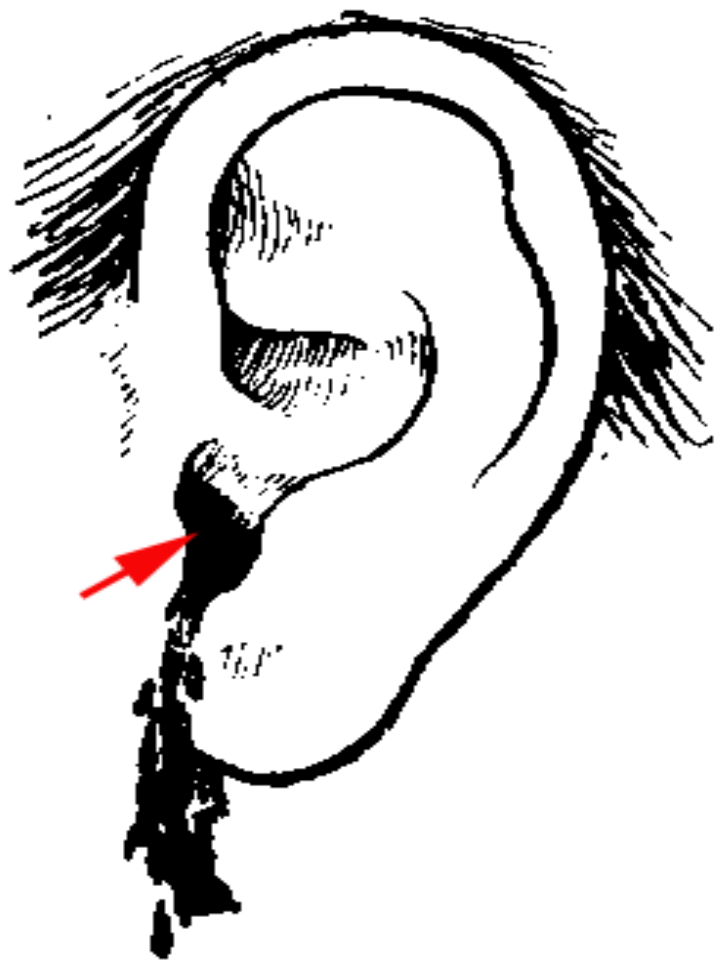


Subconjunctival haemorrhage



(一) **颅前凹骨折**：累及眶顶及筛骨可形成“熊猫眼征”、脑脊液鼻漏。可合并嗅、视神经损伤。

(二) **颅中凹骨折**：**累及蝶骨**→鼻出血或脑脊液鼻漏。**累及岩骨**→脑脊液耳漏或经鼻咽部流出。常合并损伤第VII、VIII颅神经。**累及蝶骨及颞骨的内侧部**，可损伤垂体及II、III、IV、V、VI颅神经。**累及颈动脉海绵窦段**可出现动静脉瘘体现为搏动性突眼及颅内杂音。**累及破裂管或颈动脉管处**损伤可体现为致命性鼻出血。



(三) **颅后凹骨折**：**累及**颞骨岩部后外侧
迟发性 \rightarrow 乳突部皮下淤血癍 (Battle)。**累及**

枕骨底部 \rightarrow 枕下部肿胀及皮下淤血
癍。**累及**枕大孔或岩尖后缘可合并后组
颅神经损伤。

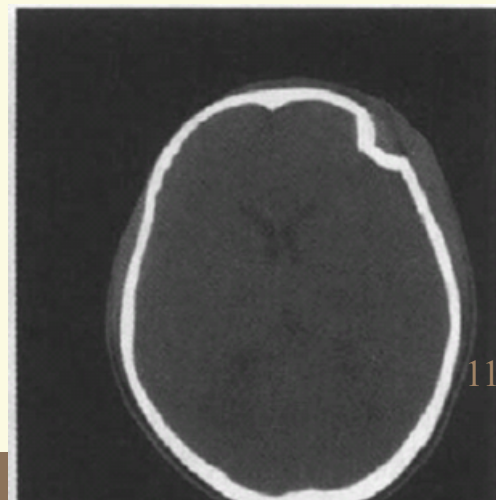
诊疗：**特点**：多合并脑脊液漏、特定部位
迟发性的淤血癍、往往不是暴力作用点。
X线仅30%---50%显示率。CT对鼻窦及眼
眶、视神经管骨折有帮助。

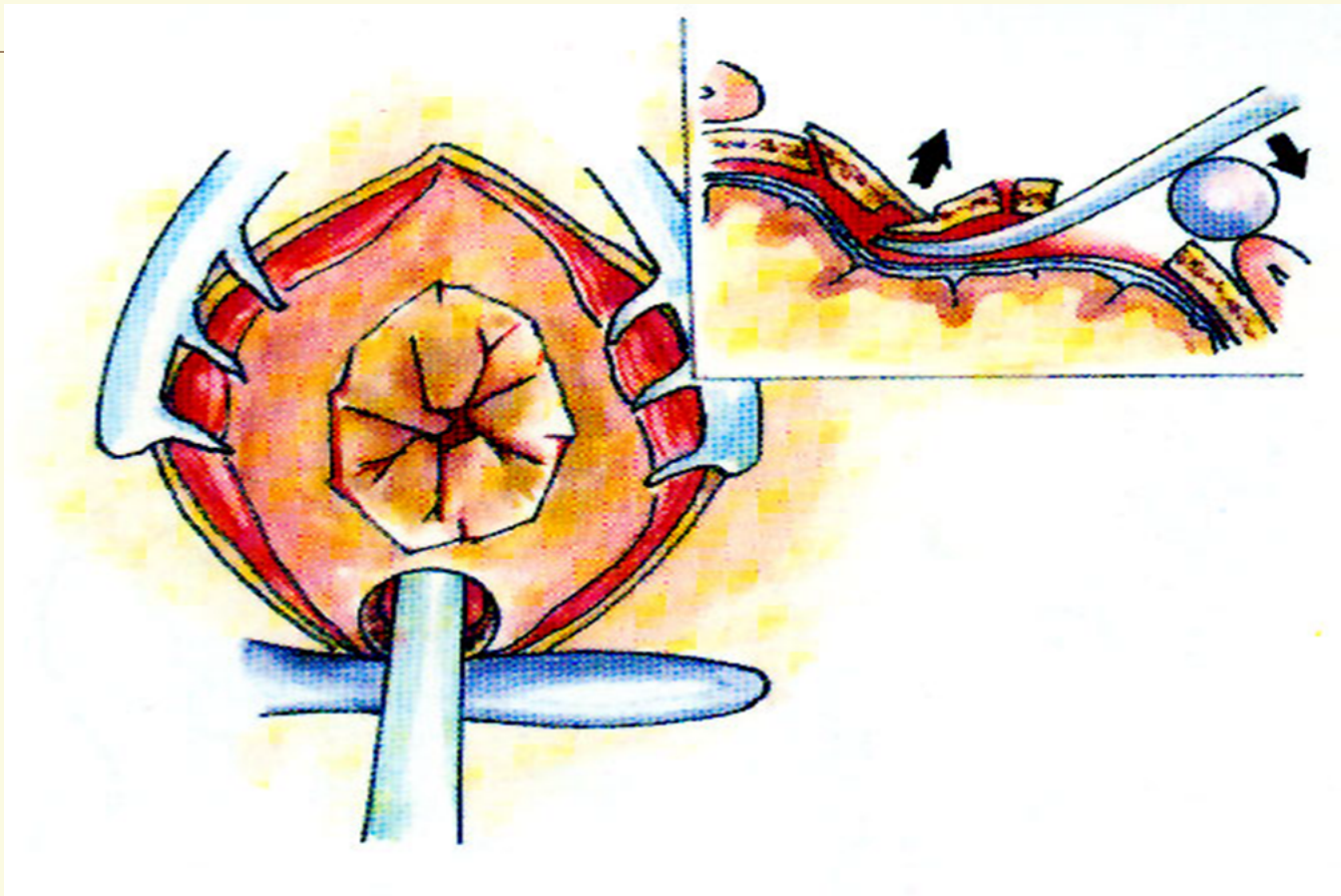
4 治疗： 主要针对有无脑损伤及脑脊液漏、颅神经损伤等治疗。原则：对脑脊液漏的病人应保持耳鼻孔处清洁，防止一切变化颅压的动作，如擤鼻、咳嗽等动作以防颅内积气，脑脊液漏期间禁做腰穿以防逆行性感染。头高位，合适应用抗生素。对有明确视神经管骨折并压迫视神经造成视力下降者可手术减压。

二、凹陷性骨折 好发额骨、顶骨

手术适应征：1、大面积骨折伴脑损伤。

2、骨折位于主要功能区。3、深度超出1cm。4、位于大静脉窦区的凹陷性骨折，视情况而定。5、开放性骨折。6、前额等对美观要求较高处。





第三节、脑损伤

一、闭合性脑损伤的机制

4 概念：

闭合性脑损伤：多为钝器伤或间接暴力伤，**硬脑膜、蛛网膜完整**。

开放性脑损伤：锐器伤或火器伤，**硬脑膜破裂、脑脊液外溢**。

作用力：1、接触力：冲击点伤。单由接触力造成的脑损伤，其范围可较为固定和局限，可无早期昏迷的体现。



2、惯性力：起源于受伤瞬间头部的减速或加速运动，使脑在颅内急速移位，与颅壁相撞，与颅底摩擦以及受大脑镰、小脑幕牵扯，而造成多处或弥散性脑损伤。

冲击点伤：受力侧的脑损伤。

对冲伤：受力对侧的脑损伤。

加速性损伤：冲击点伤重
对冲伤轻

减速性损伤：冲击点伤或
轻或重，对冲伤重

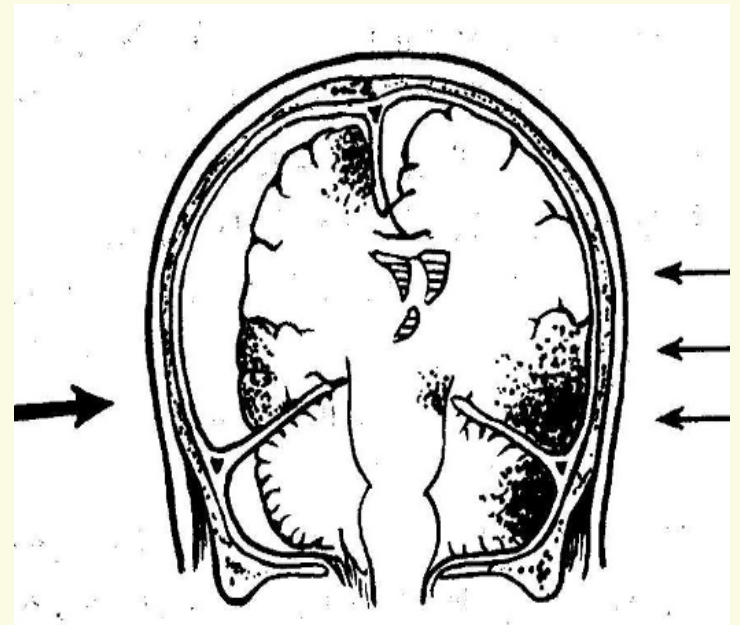


图 19-2 头部作减速运动时的脑损伤机制
粗箭头表示头部运动的方向，细箭头表示头部
受到外界物体的阻止

二、原发性脑损伤和继发性脑损伤

H 概念：

原发性脑损伤：暴力作用于头部时**立即**发生的脑损伤，主要有脑震荡、脑挫裂伤及原发性脑干损伤。

继发性脑损伤：指受伤**一定时间后**出现的脑受损病变，主要有脑水肿和颅内血肿。

(一) 脑震荡：一过性脑功能障碍。

诊疗原则：1、伤后立即出现的短暂意识障碍，一般不超出半小时。2、有逆行性遗忘。3、神经系统检验无阳性体征。CSF (-)、CT (-)。4、有头痛、恶心、呕吐等。

处理：观察、休息、对症

(二) 弥漫性轴索损伤 弥漫性脑损伤

惯性力致弥漫性脑损伤，脑白质广泛性轴索损伤，可分布在大脑半球、胼胝体、小脑、脑干。

主要体现：伤后立即昏迷，时间较长，临床体征多变，昏迷程度与影像学检验不符。预后较差。

处理：对症处理、严重的可亚冬眠、后期高压氧治疗。

H （三）脑挫裂伤 大脑皮层的损伤

H 病理：好发于额极、颞极及其底面的大脑皮层的点片状出血。损伤不合计软脑膜为脑挫伤；反之为脑裂伤。合称脑挫裂伤。主要体现为出血、水肿、坏死、软化。

H 临床体现：

- 1、意识障碍：伤后立即出现，程度和时间与脑挫裂伤的程度和范围有关。绝大多数在半小时以上。
- 2、局灶症状与体征：受伤当初立即出现的与伤灶相相应的神经功能障碍和体征。

3、头痛与恶心呕吐：颅高压 脑膜刺激

4、颅内压增高与脑疝：为继发脑水肿或血肿造成。体现为意识障碍加重、体征增长、加重。

CT：接近颅骨缘的片状低密度内点片状高密度混杂影，多见于双颞、双额叶。可伴发硬膜下血肿。



(四) 原发性脑干损伤：不同于继发，其症状于体征开始即出现。极少单独出现

(五) 下丘脑损伤：常于弥漫性脑损伤并存。体现为：意识障碍 高热、体温不升、尿崩、水电解质紊乱、消化道出血、神经源性肺水肿。

治疗原则：1、轻症应亲密观察，
适量应用脱水剂，限制入液量。
2、对昏迷的重症病人应保持呼
吸道通畅、吸氧。脱水防治脑水
肿，防治并发症，营养支持，对
症处理。必要时可亚低温治疗。
颅内压危象可手术减压。

三、颅内血肿

H 按血肿起源部位分：

硬膜外血肿

硬膜下血肿

脑内血肿

H 按发生后时间分：

急性（72小时内）

亚急性（3日---3周）

慢性（3周以上）



(1) 硬脑膜外血肿



(2) 硬脑膜下血肿



(3) 脑内血肿

硬膜外血肿

H **形成机制**：头部外伤引起颅骨变形时，脑膜与颅骨内板剥离，硬膜外血管在骨折及颅骨变形时损伤出血，骨折缝向硬膜外渗血等使出血积聚增多，形成血肿。

H **特点**：1、多由直接暴力引起，90%有骨折。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/137113024154006154>