

生物技术有限责任公司提供。抗-HIV1/2 初筛阳性者重新抽血复查,阳性血清标本送泰州市疾控中心艾滋病确认实验室做确认试验。

2 结 果

传染科患者 TP 抗体、HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 阳性率最高,分别为 8.77%、24.59%、2.67%、0.19%。孕产妇各项指标阳性率最低,但仍有阳性,见表 1。

表 1 三类人群感染性标志物阳性率[n(%)]

组别	n	TP 抗体	HBsAg	抗-HCV	抗-HIV
孕产妇	3 072	54(1.76)	109(3.55)	4(0.13)	1(0.03)
准备输血和手术患者	7 703	236(3.06)	430(5.58)	39(0.51)	4(0.05)
传染科患者	1 049	92(8.77)	258(24.59)	28(2.67)	2(0.19)

3 讨 论

本次调查发现,本市输血患者此 4 项感染性标志物的检测率已接近 100%,本院的手术患者的检测率也可达到此种水平,可是其他医院的检测率则还有相当大的差距。此次统计发现,这类人群的感染性标志物总阳性率已达到 9.20%,与同省相邻城市的调查(10.57%)大致相同^[1]。这说明大约有 9.20% 的患者在入院前就已感染了传染性疾病。由于当前医疗检测水平的限制,如病毒感染“窗口期”的存在、试剂灵敏度的差异等,输血和手术时仍有可能感染某些不能预测、不能防止的传染病。因此,要求输血和手术患者感染性标志物的检测率达到 100%。

调查显示,笔者所在医院孕产妇 HBsAg 阳性率虽只有 3.55%,明显低于我国自然人群 HBsAg 的携带率(9.75%)^[2],但其对于孕产妇和胎儿的危险性仍是不可小视的。有研究表明,HBV 不论在妊娠期、新生儿期还是婴幼儿期都是极其危险的,甚至可能导致产妇产后大出血等严重后果^[3]。本次调查中妊娠梅毒的阳性率为 1.76%,目前认为该病有上升趋势。患梅毒的孕产妇,梅毒螺旋体可通过胎盘感染胎儿。有资料表明,未经治疗的一、二期梅毒,胎儿感染率几乎可达 100%^[4]。孕产妇人群中抗-HCV 和抗-HIV 阳性率虽然不高,但也有存在的风险,因此不可忽视。提早进行此 4 项检测对于孕产妇来说是极其必要的,对于有标志物阳性的孕产妇来说,生理上的巨大变化加上疾病本身的发展和预后可能会让她们产生严重的心理压力。因此在临床工作中应加强对她们的护理干预和健康指导,提高她们的自信心,建立合理的认知,以促进母婴的健康。

无骨折硬膜外血肿的机制及治疗的探讨

唐雄伟,吴 军,贾孝军,龙 飞(重庆市合川区人民医院 401520)

【摘要】 目的 探讨血肿部位无骨折硬膜外血肿的发生机制和治疗经验。**方法** 回顾合川区人民医院神经外科 2003 年 1 月至 2012 年 8 月血肿部位无颅骨骨折的硬膜外血肿患者 36 例,对其机制和治疗进行分析总结。**结果** 其中手术治疗 29 例,保守治疗 7 例;痊愈 33 例,轻残 2 例,死亡 1 例。**结论** 无骨折性硬膜外血肿多见于未成年人(小于 15 岁),意识瞳孔的观察及动态 CT 的监测对其诊治意义重大。

【关键词】 无骨折; 硬膜外血肿; 机制; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)07-0890-02

硬膜外血肿是位于颅骨内板与硬脑膜之间的血肿,好发于幕上半球凸面,约占外伤性颅内血肿的 30%左右。多因外伤

本次对传染科患者的调查发现,4 项感染性标志物的阳性率均显著高于其他两类人群,其中 HBsAg 的携带率是普通人群的 2.5 倍,梅毒感染率高达 8.77%,与马平等^[5]调查的相似人群感染率相近(8.29%),显著高于国内部分地区报道的 0.12%~0.46%^[6];HCV 阳性率也远高于李亮等^[7]调查的本省自然人群的阳性率(0.44%)。由此可见,医院存在较多传染源,环境污染十分严重,尤其是传染科病房及门诊诊疗室。有报道称,我国的医务人员血清 HBsAg 阳性率是普通人群的 3~6 倍,其他传染病的感染率也远高于普通人群^[8]。

总之,作者认为此 4 项感染性标志物对于孕产妇、准备输血或手术的患者以及传染科患者的检测率应达到 100%,并切实做到“确保检验结果的准确性、及时地发出报告单、完整地保存检验过程的原始记录”^[9]。这样一方面可以为临床提供及时且有效的诊断依据,对于减少院内感染有着重要的意义;另一方面在必要时可有效应对医疗纠纷,做到举证有据。

参考文献

- [1] 童凤琴,宋超.输血前及术前传染病病原检测结果分析[J].临床和实验医学杂志,2012,11(2):134-135.
- [2] 崔恒春,闫永平,邵中军,等. HBsAg 阳性母亲的婴儿血乙型肝炎病毒标志物的动态变化[J].中华传染病杂志,2009,27(2):118-122.
- [3] 杨忠伟. HBsAg 和 HBV 妇女如何正确对待生育[J].中外健康文摘,2011,8(29):138.
- [4] 游小红.妊娠合并梅毒 103 例的临床分析[J].中外健康文摘,2011,8(11):28-30.
- [5] 马平,陈大灵,袁建明.南通市三类人群梅毒感染状况调查及影响因素分析[J].江苏预防医学,2012,23(2):34-36.
- [6] 陈元锋,唐建华,司桂玲,等.对不同献血人群的梅毒血清学检测比较[J].中国艾滋病性病,2005,11(2):138-139.
- [7] 李亮,刘社兰,朱凤才,等.江苏省病毒性肝炎血清流行病学调查研究[J].江苏预防医学,2005,16(3):21-23.
- [8] 覃正学,蓝玉清,闭雄杰.输血前患者血清感染性指标检测的意义[J].中外健康文摘,2011,8(4):353-354.
- [9] 武建国,王毓三,许斌,等.提高检验质量 杜绝医疗事故“座谈会纪要”[J].临床检验杂志,2003,21(1):57-58.

(收稿日期:2012-09-26 修回日期:2012-11-28)

致颅骨骨折撕破脑膜中动脉或静脉,造成出血、进而形成血肿。不伴有颅骨骨折的硬膜外血肿较为少见。本院从 2003 年 1 月

至 2012 年 8 月共收治硬膜外血肿 531 例,其中血肿部位没有发现颅骨骨折的硬膜外血肿 36 例,约 6.78%,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本院 2003 年 1 月至 2012 年 8 月共收治硬膜外血肿 531 例,其中血肿部位没有发现颅骨骨折的硬膜外血肿 36 例,男 25 例,女 11 例;年龄小于 15 岁 29 例,大于 15 岁 7 例,平均 13.5 岁;跌伤 15 例(其中枕部着地的约 10 例),击伤 17 例,车祸伤 4 例。

1.2 临床表现 伤后 1 d 内入院的 15 例,1~3 d 内入院的 18 例,3 d 后入院的 3 例,其中 2 例为伤后 1 个月入院。入院时 GCS 小于 8 分的 15 例,9~12 分的 13 例,13~15 分的 8 例。患者主要表现为头痛、呕吐的 30 例,单侧肢体无力的 2 例,伤后出现原发性昏迷的 29 例,无原发性昏迷 7 例。

1.3 影像资料 所有患者入院后均行头颅 CT 平扫骨窗位及颅骨 X 片检查,15 例行头颅 CT 颅骨三维成像,血肿部位均未发现骨折影像。29 例入院时头颅 CT 已发现有硬膜外血肿,7 例首诊时头颅 CT 未见异常,均予留院观察。2~4 h 后复查头颅 CT 发现硬膜外血肿,15 例复查头颅 CT 提示硬膜外血肿增多。急性硬膜外血肿 33 例,亚急性及慢性硬膜下血肿 3 例。额部血肿 26 例,颞部血肿 7 例,顶部血肿 3 例,额颞顶部血肿 2 例,伴有额叶及颞叶挫伤 5 例。

1.4 治疗方式 其中手术治疗 29 例,保守治疗 7 例。27 例行急诊手术开颅清除血肿,除 5 例因有脑挫裂伤而去除骨板减压外,其余 22 例均还回颅骨;2 例慢性硬膜外血肿,1 例行骨瓣开颅清除血肿后还回颅骨,1 例行钻孔引流术。

2 结果

按 GOS 预后评分,33 例恢复良好,2 例轻残,1 例死亡。死亡患者由于顶部静脉窦破裂大出血死亡。

3 讨论

一般为直接暴力造成着力部位的颅骨骨折,骨折线波及脑膜血管沟,损伤脑膜中动脉及其分支导致急性硬膜外血肿;硬脑膜静脉、静脉窦和板障血管出血,导致亚急性或慢性硬膜外血肿^[1]。无骨折性急性硬膜外血肿临床较为少见。有学者报道其约占硬膜外血肿的 2.28%~11.9%^[2-4]。本组病例的无骨折硬膜外血肿发生率约 6.78%,与临床大多数病例报道相符。

无骨折的硬膜外血肿出血的可能机制为:(1)瞬间暴力造成硬脑膜与颅骨内板之间潜行剥离。这类血肿以儿童和青少年为主,本组病例小于 15 岁的约占 80.55%。考虑儿童颅骨有机质含量较其他年龄段要高,颅骨较软,弹性较好,在损伤瞬间,作用于头部的力量使局部颅骨变形,向内塌陷后又弹起,造成硬脑膜与颅骨分离,硬脑膜上的纤维血管及静脉窦出血^[5]。(2)对冲性硬膜外血肿的形成机制。目前认为枕部受力引起的颅骨变形和额骨产生的负压使硬脑膜从颅骨上剥离,导致小静脉出血形成血肿。减速伤时着力侧的颅骨所受的反作用力沿周围颅骨传递到对冲侧颅骨,而对侧颅骨因惯性继续向反作用力的相反方向运动,这两个因素同时作用于对冲侧颅骨使之产生变形,使颅骨和硬脑膜分离,同时可损伤颅骨的板障静脉、导静脉。此外,在对冲伤发生时对冲侧的大脑块移动,使对冲侧颅腔负压产生,这也可以使对冲侧的硬脑膜静脉、导静脉撕裂出血形成血肿^[6]。(3)静脉窦损伤的可能发生机制。①解剖变异,有少数人静脉窦壁薄,韧性极差,在巨大的攀力作用下窦内血液发生流速变化,反复击荡,对血管壁的冲击是造成这些薄弱窦壁损伤出血的重要原因。②导静脉在窦壁处的断裂,暴力

作用下,窦壁与颅骨内板剥离。虽然颅骨变形未超过其弹性限度发生骨折,但颅骨的变形内陷,致使硬膜与颅骨分离,造成进入静脉窦的导静脉在窦壁处被拉断,断端回缩,形成窦壁小孔出血。③突入静脉窦处的蛛网膜颗粒损伤,由于瞬间的突然暴力,造成窦腔压力改变,血液冲击,导致蛛网膜颗粒及周围薄弱的硬膜破裂。④流入窦壁处的皮层静脉损伤,由于在巨大的暴力作用下,尤其是颜面部挤压伤,头颅变形造成脑的移动变形,皮层回流入窦壁处的静脉张力增加被牵拉损伤,形成破口或断裂^[7]。

在对本组 36 例无骨折性硬膜外血肿的患者的诊治中,笔者发现,(1)入院首次头颅 CT 就发现有血肿者,无论是否伴有颅骨骨折,治疗方案相同,有手术指征的积极手术治疗。暂无手术指征的严密观察神志瞳孔及生命体征变化。特别强调要动态复查头颅 CT,了解血肿进展情况。(2)入院首次查头颅 CT 未发现有血肿者,可根据当时受伤程度、部位、有无原发性昏迷等情况决定头颅 CT 复查时间,一般为外伤后 2~4 h 比较适宜,如患者突发意识障碍加重或出现瞳孔变化者,需立即复查头颅 CT,并积极做好手术准备。(3)顶部静脉窦损伤引起的硬膜外血肿手术需谨慎。本组的死亡患者就是因静脉窦破裂大出血,无法止血而死亡。因此,此类患者手术需谨慎,能不手术尽量不手术,若患者病情必须手术,需在术前做好术中大出血的充分准备。(4)慢性硬膜外血肿的治疗。对已有明显病情恶化的患者,应及时施行手术治疗。除少数血肿发生液化,包膜尚未钙化者,可行钻孔冲洗引流之外;其余大多数患者须行骨瓣开颅清除血肿,达到暴露充分与不残留颅骨缺损的目的,同时有利于术中查寻出血点和施行止血操作。对已液化的慢性硬膜外血肿可行钻孔引流术,但多数情况下,为了清除积化的血凝块或寻找出血源应行开颅清除血肿。

不同部位的硬膜外血肿其受伤机制也不尽相同,可能与瞬间暴力导致颅骨内板与硬脑膜剥离,减速性损伤造成颅内负压及静脉窦的解剖变异有关。但其确切发生机制目前尚不完全清楚,需进一步研究。无骨折的硬膜外血肿大多数发生在未成年人,因其发病较有颅骨骨折的病例缓慢,故临床表现有一定隐匿性。且因其血肿部位与头部着力点有时不一致,往往造成临床定位诊断困难,故临床上应特别注意观察患者的意识瞳孔及动态 CT 的监测。

参考文献

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 1998;332-334.
- [2] 孟凡国,于建军. 无颅骨骨折的硬膜外血肿 12 例报告[J]. 职业与健康,2001,17(9):135-136.
- [3] 杨德平,王文明. 无颅骨骨折的急性硬膜外血肿[J]. 现代神经疾病杂志,2002,2(4):252-253.
- [4] 顾涤恒,陈海涛,王建,等. 无骨折性硬膜外血肿的临床探讨[J]. 中国实用医药,2010,5(17):98-99.
- [5] 招建华,鲍洪,吴开华,等. 儿童外伤性硬膜外血肿的临床特点和救治[J]. 临床医学,2007,27(2):21-22.
- [6] 娄晓辉,杨瑞疆. 对冲性硬膜外血肿 6 例[J]. 中华创伤杂志,2005,21(7):557.
- [7] 龚洪福,雍利军,何明方. 无颅骨骨折的静脉窦损伤 24 例报告[J]. 创伤外科杂志,2001,3(增刊):44-45.