

. 经验介绍 .

蛛网膜囊肿合并慢性硬膜下血肿 1 例并文献复习

匡柏成 程 坤 刘宗霖 张志强 程新富

【摘要】目的 总结颅内蛛网膜囊肿合并慢性硬膜下血肿的诊治经验。**方法** 回顾性分析 1 例右侧外侧裂池蛛网膜囊肿合并复发性慢性硬膜下血肿的临床资料,并结合相关文献进行分析。**结果** 首次按传统慢性硬膜下血肿治疗方式,行右侧颞部钻孔引流,术后 3 周血肿复发;再次行开颅血肿清除术+蛛网膜囊肿切除术,术后恢复良好,随访 10 个月,血肿无复发。**结论** 对于蛛网膜囊肿合并慢性硬膜下血肿,有明显临床症状者需手术治疗,对于单纯硬膜下血肿,可行钻孔引流术;若合并囊内出血,建议开颅手术,有利于改善病人预后。

【关键词】 颅内蛛网膜囊肿;慢性硬膜下血肿;显微手术

【文章编号】 1009-153X(2019)05-0306-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

颅内蛛网膜囊肿 (intracranial arachnoid cysts, IAC) 是一种颅内良性占位性病变。随着 CT、MRI 检查的普及,其检出率较前有所上升,常见于儿童,多位于颅中窝^[1]。多数 IAC 无症状,IAC 伴发慢性硬膜下血肿 (chronic subdural hematoma, CSDH) 临床少见。我们 2017 年 1 月收治 1 例 IAC 合并 CSDH。本文回顾性分析其病情特点、治疗经过及手术前后影像学变化,并结合相关文献进行分析。

1 病例资料

39 岁男性,因头痛伴恶心、间断呕吐 3 d 入院。否认外伤史。入院体格检查:意识清楚,精神萎靡,双侧瞳孔对光反射灵敏,颈软,四肢感觉、运动正常。头部 CT 示右额颞顶枕部、左顶枕部硬膜下血肿,中线结构左偏 9 mm,右外侧裂区见稍高密度影 (图 1A)。MRI 示右侧硬膜下血肿 (左侧较少量硬膜下血肿考虑系右侧溢出所致),右外侧裂区可见液平 (图 1B、1C)。术前凝血功能、血小板计数等未见明显异常。局麻下行右颞钻孔外引流术,术后头痛症状缓解。术后第 1、2 天分别引流约 260 ml 呈暗红色液体、200 ml 呈淡红色含脑脊液液体。术后第 2 天复查 CT 示硬膜下血肿明显减少,中线移位好转 (图 1D),遂拔除引流管。术后 7 d 拆线出院。出院后,间断头痛,3 周后复查 CT 示硬膜下血肿复发,右侧裂区可见高密度影 (图 1E、1F)。全身麻醉下行开颅血

肿清除及 IAC 部分切除术,术中见硬膜下血肿液化不完全,右侧外侧裂 ICA 破裂、囊肿内出血,清除血肿,行 IAC 部分切除并电凝止血。术后头痛症状消失,复查 CT 示血肿清除,恢复出院。术后随访 10 个月,复查 CT 示硬膜下血肿无复发 (图 1G、1H),病人工作、生活正常。

2 讨论

IAC 占颅内非外伤性占位的 1%,约 50% 位于颅中窝^[1],IAC 大多无症状,囊肿体积增大可能对脑实质的压迫,部分病人可出现继发性硬膜下血肿、硬膜下积液、囊内出血等并发症^[2],临床症状以头痛、癫痫、神经功能障碍常见。

IAC 合并 CSDH 临床少见。Robinson 于 1971 年首先报道该病,Wester 和 Helland^[3]报道 IAC 伴发 CSDH 的发生率约 4.6%。Laconetta 等^[4]报道其年发病率为 0.1%。其发病机制目前尚不明确。研究发现 IAC 表面有细小血管跨越,囊肿与硬脑膜之间存在桥静脉沟通,头部受到外伤或囊肿自发性破裂,导致囊肿与硬脑膜内表面的桥静脉断裂或囊肿表面的微小血管破裂,是其发生出血的主要原因^[5-7]。逐渐形成硬膜下血肿的同时,由于出血时常伴有 IAC 破裂,血液经破口进入囊内,因血液成分与脑脊液密度各不相同,逐渐形成分层,CT 表现为 CSDH,但包含一些特殊部位的高密度影,为 IAC 好发部位,如外侧裂、颞极等。本文病例即显示为侧裂区稍高密度影。MRI 可见液平,表现为囊液分层现象^[8]。本文病例第一次术前影像学检查见右外侧裂区明显异常信号影,但未引起足够重视,因此,CSDH 术前一定要仔细观察 CT 影像,尤其对于中、青年病人,通过仔细

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.05.017

作者单位:430010 武汉,解放军中部战区总医院汉口院区神经外科 (匡柏成、程 坤、刘宗霖、张志强、程新富)

通讯作者:张志强,E-mail:zzq882211@sina.com

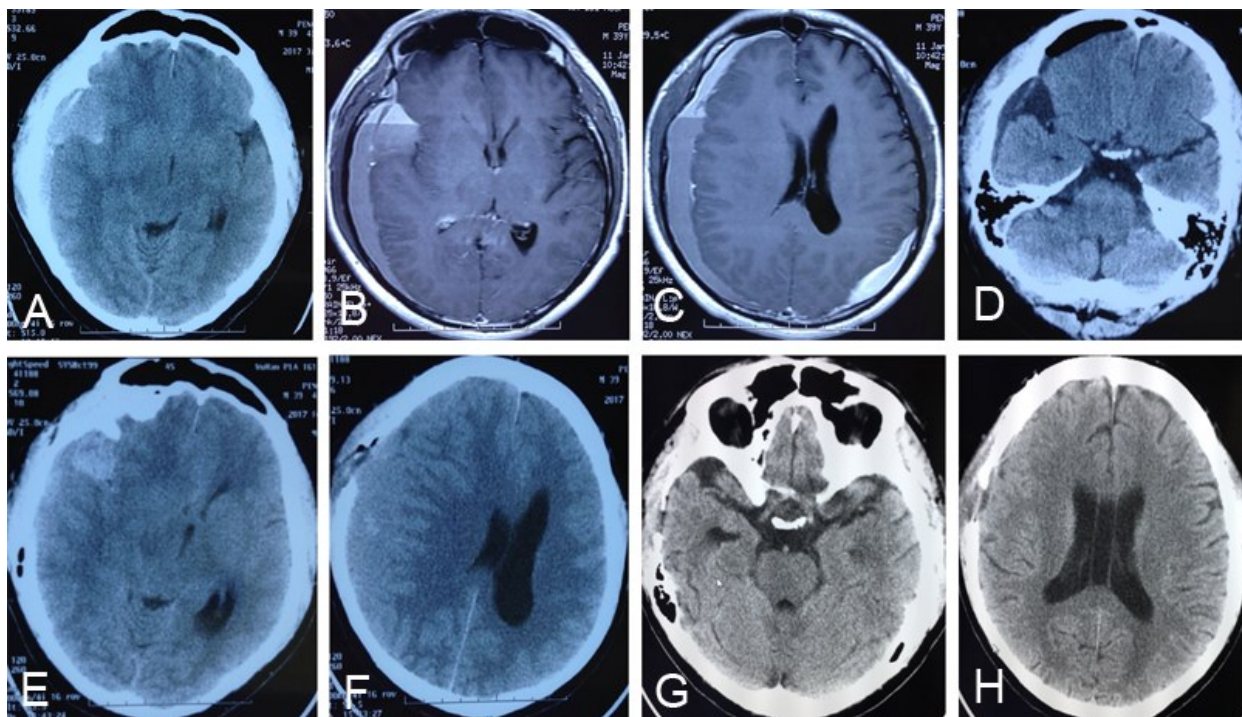


图1 右侧裂蛛网膜囊肿合并慢性硬膜下血肿两次手术前后影像学

A. 第一次术前头部CT, 示右额颞顶枕部、左顶枕部硬膜下血肿, 中线结构左偏9 mm, 右外侧裂区见稍高密度影; B、C. 第一次术前头部MRI, 示右侧硬膜下血肿, 右外侧裂区可见液平; D. 第一次术后2 d复查头部CT, 示硬膜下血肿明显减少, 中线移位好转; E、F. 第一次术后3周头部CT, 示硬膜下血肿复发, 右侧裂区可见高密度影; G、H. 第二次术后3个月头部CT, 示硬膜下血肿无复发

询问病史, 进一步行颅脑MRI扫描, 有助于明确诊断, 避免此类误诊。

目前IAC合并CSDH病例较少, 其治疗方式不一, 手术方式及术后疗效的报道有限。常用的手术方式有单纯硬膜下钻孔外引流术、开颅血肿清除+囊肿开窗或切除术等。有学者认为, 手术目的主要在于解决血肿的占位效应, 而囊肿术后可能自行缩小或消失, 故建议行单纯钻孔外引流术^[9-12]。邱德智等^[13]报道8例均行单纯外引流术, 预后良好。也有学者建议行开颅清除血肿+囊肿开窗术^[2]。本文病例第一次手术行单纯钻孔外引流术, 术后血肿消失, 临床症状缓解, 但出院后不久硬膜下血肿复发; 第二次手术在全麻下行开颅血肿清除+IAC部分切除术, 术后恢复良好。我们认为, 对于IAC合并CSDH, 手术方案的选择关键在于判断是否合并囊内出血; 对于单纯CSDH, 可行传统外引流术, 术后IAC定期随访; 合并囊内出血者, CT常表现为囊肿特定部位如外侧裂区高密度影, MRI可见液平, 行单纯外引流术时, 由于单向阀作用, 硬膜下血肿及脑脊液可经引流管引出(本文病例第一次术后引流大量脑脊液), 仅短期改善症状, 故建议行开颅血肿清除+囊肿开窗或部分切

除术, 有利于改善病人预后。因IAC常位于颅底, 粘连重要的神经血管, 全切常常难以做到且损伤较大, 因此不建议全切。

【参考文献】

- [1] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2004. 952-956.
- [2] 李强, 张建民. 蛛网膜囊肿继发硬膜下血肿和硬膜下积液(附10例报告)[J]. 中华神经外科杂志, 2009, 25: 357-358.
- [3] Wester K, Helland CA. How often do chronic extra-cerebral haematomas occur in patients with intracranial arachnoid cysts [J]? J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2008, 79(1): 72-75.
- [4] Iaconetta G, Esposito M, Maiuri F, et al. Arachnoid cyst with intracystic haemorrhage and subdural haematoma: case report and literature review [J]. Neurol Sci, 2006, 26(6): 451-455.
- [5] Kwak YS, Hwang SK, Park SH, et al. Chronic subdural hematoma associated with the middle fossa arachnoid cyst:

pathogenesis and review of its management [J]. Childs Nerv Syst, 2013, 29(1): 77-82.

[6] Cress M, Kestle JR, Holubkov R, *et al.* Risk factors for pediatric arachnoid cyst rupture/hemorrhage: a case-control study [J]. Neurosurgery, 2013, 72(5): 716-722.

[7] Parsch CS, Krauss J, Hofmann E, *et al.* Arachnoid cysts associated with subdural hematomas and hygromas: analysis of 16 cases, long-term follow-up, and review of the literature [J]. Neurosurgery, 1997, 40(3): 483-490.

[8] 余辉, 杨福兵, 包长顺, 等. 颅内蛛网膜囊肿破裂致同侧慢性硬膜下血肿 1 例[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(1): 22-33.

[9] Domenicucci M, Russo N, Giugni E, *et al.* Relationship between supratentorial arachnoid cyst and chronic subdural hematoma: neuroradiological evidence and surgical treatment [J]. J Neurosurg, 2009, 110(6): 1250-1255.

[10] Bilginer B, Onal MB, Oguz KK, *et al.* Arachnoid cyst associated with subdural hematoma: report of three cases and review of the literature [J]. Childs Nervous System, 2009, 25(1): 119-124.

[11] Sprung C, Armbruster B, Koeppen D, *et al.* Arachnoid cysts of the middle cranial fossa accompanied by subdural effusions-- experience with 60 consecutive cases [J]. Acta Neurochir (Wien), 2011, 153(1): 75-84.

[12] 梅文忠, 林志雄. 以慢性硬膜下血肿为首诊的儿童颅内蛛网膜囊肿五例并文献复习[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(10): 1024-1027.

[13] 邱智德, 王刚, 何俊平, 等. 儿童颅内蛛网膜囊肿破裂致硬膜下积液或出血的治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2016, 32(2): 177-179.

(2018-02-07 收稿, 2018-06-24 修回)

神经内镜下手术清除脑内血肿的疗效分析

周厚杰 刘宏斌 吴涛 郭强

【摘要】目的 探讨神经内镜技术清除自发性脑内血肿的优缺点。方法 回顾性分析采用神经内镜技术治疗的 18 例自发性脑出血的临床资料。结果 术中出血量(131.1±138.9)ml, 手术时间(125.6±21.7)min, 术后残留血肿量(5.8±2.7)ml, 血肿清除率为(89.2±4.5)%。出院时意识清醒 15 例, 昏迷 2 例, 朦胧状态 1 例。出院时 GCS 评分[(12.3±3.6)分]较术前 GCS 评分[(8.1±2.0)分]明显提高($P<0.01$)。结论 熟练的神经内镜技术可有效地清除自发性颅内血肿, 提高血肿清除率, 促进病人早期康复。

【关键词】 自发性脑出血; 神经内镜; 手术

【文章编号】 1009-153X(2019)05-0308-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

自发性脑出血多为高血压引起脑微血管破裂所致。随着神经内镜设备的普及和技术的发展, 很多医院开展神经内镜下颅内血肿清除术。本文对神经内镜下手术治疗的 18 例自发脑出血进行总结分析, 探讨神经内镜下手术治疗脑内血肿的优缺点。

1 资料与方法

1.1 研究对象 18 例中, 男 14 例, 女 4 例; 年龄 31~62 岁, 平均(51.7±8.5)岁。均无颅脑损伤史, 合并高血压 13 例, 有痛风史 1 例, 有肾上腺腺瘤史 1 例。入院时收缩压(177.4±33.2)mmHg, 舒张压(100.9±16.5)

mmHg。血肿位于额颞叶及基底节区 8 例、额颞岛叶及基底节 4 例、基底节区 4 例、颞叶 2 例; 3 例出血并破入脑室。术前嗜睡 15 例, 昏迷 3 例; 瞳孔散大 2 例; 血肿量 40~100 ml, 平均(60±21.6) ml。

1.2 治疗方法 14 例急诊术前行 CTA 检查, 排除颅内动脉瘤、烟雾病、脑动静脉畸形等。2 例瞳孔散大急诊行骨瓣开颅手术, 皮层切开长约 1 cm, 神经内镜下清除血肿, 硬脑膜减张缝合, 去骨瓣减压。16 例利用 CT 扫描, 体表定位头皮上画出血肿范围, 一般以血肿中心行直切口或斜行切口, 长约 6 cm, 切开头皮和皮下组织, 颅骨钻孔, 铣刀形成约 3 cm 直径骨窗, 避开脑功能区, 硬膜切开小口, 先用脑穿针穿刺血肿腔, 神经内镜下先清除部分血肿, 使脑压下降后再剪开硬脑膜, 一般皮层切开 1 cm, 清除脑内血肿后回纳骨瓣。术后予脱水、监测颅内压等处理, 控制血压在 130~140/80~90 mmHg, 一般颅内压探头保留 5~7 d。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.05.018

作者单位: 518035 广东深圳, 北京大学深圳医院神经外科(周厚杰、刘宏斌、吴涛、郭强)

通讯作者: 吴涛, E-mail: wutao2002cn@163.com