

·个案报告·

重度脑积水脑室-腹腔分流术后继发硬膜下血肿 2 例

于 峰 王 路 门学忠 朱 冰 孙希炎

【关键词】 脑积水; 脑室-腹腔分流术; 硬膜下血肿

【文章编号】 1009-153X(2015)03-0192-01 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 742.7; R 619

脑室-腹腔分流术是治疗脑积水有效方法。本文总结 2 例重度脑积水脑室-腹腔分流术后继发硬膜下血肿的处理经验。

1 病例资料

病例 1,男,25岁,因突发头痛伴恶心呕吐6 h于2011年9月14日入院。头颅CT及MRI检查示慢性脑积水。体格检查:头围64 cm,明显大于正常成人,未发现神经系统阳性体征,患者幼儿、儿童时期头颅明显大于正常儿童头围。给予甘露醇250 ml+地塞米松5 mg,2次/d,治疗7 d,效果好。2011年9月21日行第一次右侧脑室-腹腔分流术,使用抗虹吸中等压力脑室腹腔分流管,术后颅内压增高症状减轻。9月29日复查头部CT发现双侧少量硬膜下积液。10月30日病人头痛症状明显加重,行走不稳,头颅CT扫描示双侧巨大慢性硬膜下血肿,脑组织受压形成裂隙脑室,行硬膜下血肿钻孔引流术后症状很快好转。11月3日复查头部CT显示脑组织回复,脑室形状基本正常。11月13日更换为Strata可调压分流管,将压力调节至最高档并打开引流管腹腔端。11月22日复查头部CT显示脑组织及脑室回复,仍有硬膜下积液,病人症状好转出院。出院后又经过两次调压,将压力调至第三档后,病情未再反复。2012年3月和6月两次复查CT显示双侧硬膜下血肿,脑室形状基本正常。患者生存状况良好,可从事办公室工作。

病例 2,女,11岁,因突发头痛呕吐7 d入院。头颅CT及MRI检查示慢性脑积水。体格检查:头围76 cm,远大于正常儿童头围,精神发育迟滞,智力低下,神经系统检查示行走不稳,尿失禁。给予静脉滴注甘露醇(250 ml,2次/d)治疗效果

好。2008年5月21日行右侧脑室-腹腔分流术,使用抗虹吸中等压力脑室腹腔分流管,术后颅内压增高症状明显减轻,患者出院。2010年5月复查头部CT发现双侧大量硬膜下血肿,但患者除行走不稳、尿失禁外无头痛、呕吐等颅内压增高症状。2012年7月再次复查头部CT硬膜下血肿无明显变化,患者症状无明显变化。

2 讨 论

脑室-腹腔分流术是治疗脑积水的常用方法,术后过度分流因改变脑脊液动力学会导致急性、亚急性、慢性硬膜下血肿和裂隙脑室综合征等。解决过度分流导致的硬膜下血肿以前常用方法有改用高压阀门或关闭引流管,同时引流硬膜下血肿,也可开颅清除血肿,但大量输液使脑组织膨胀或向脑室内注入等渗等张液体等方法很少使用。近年来,抗虹吸分流管、可调压分流阀的出现一定程度上可以减少过度分流的发生,但对重度积水患者来说,因长期脑积水导致脑室巨大,脑实质菲薄,脑膨胀能力差,平衡硬膜下和脑室内压力的能力薄弱,所以脑室-腹腔分流术后因过度分流脑室内压力下降,即会导致脑实质塌陷、桥静脉撕裂,出现硬膜下腔空间增加而形成液体积聚、硬膜下血肿。

本文两例患者均出现术后双侧巨大硬膜下血肿,其中第1例经过钻孔引流和更换可调压阀后病情得到控制,第2例虽有慢性硬膜下血肿形成,但没有高颅内压和神经缺失症状,两例患者均能保持正常生活。这说明经过脑脊液分流和硬膜下血肿的形成,颅内压力达到新的平衡,颅内压降低的同时脑血流量供应充足,无缺血缺氧。所以我们认为此类病人即使出现巨大硬膜下血肿,只要无明显临床症状,就无需处理。另外巨大硬膜下血肿有时会钙化,覆盖在脑皮层上成为“被壳或盔甲”,好像又一层颅骨,血肿形成钙化的时间从3个月到几年不等,如无明确证据表明临床症状与此类钙化血肿有关同样不需手术。

(2013-11-26 收稿, 2014-01-08 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.03.025

作者单位:250031 济南,济南军区总医院神经外科(于峰、门学忠、朱冰、孙希炎);100034,解放军第309医院旗坛寺门诊部五官科(王路)