的到来，第四脑室受压，导致脑脊液循环通路受阻，并发了梗阻性脑积水，经积极脑室外引流治疗有效；②局部压迫，术后局部出血并脑水肿，导致局部小脑皮层及皮层下齿状核等结构受压；③血管痉挛，右侧小脑半球术后局部出血刺激右侧小脑半球血管，导致血管痉挛，局部脑组织缺血，功能障碍。

总之，虽然CMS好发于儿童，但小脑在言语功能上具有重要地位，所以对任何年龄段病人，颅后窝病变术后均可发生CMS。虽然目前尚无确切有效预防CMS的方法，也无确切治疗手段，但为避免CMS的发生，术中应操作轻柔，避免损伤小脑的正常血管，尽一切可能保护正常脑组织及各穿支血管，避免过度牵拉，术后出现并发症时，应积极处理。

（2019-01-08收稿，2019-05-03修回）

神经内镜手术治疗慢性硬膜下血肿锥颅术后短期复发1例

王学建 蒋晓明

【关键词】慢性硬膜下血肿；锥颅引流术；神经内镜手术；术后复发
【文章编号】1009-153X(2020)11-0813-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1+5; R 651.1+1

1 病例资料

73岁女性，因无诱因出现右侧偏瘫、反应迟钝、症状进行性加重15 d与2018年12月17日入院。头部CT示右侧额顶叶慢性硬膜下血肿（图1a）。12月18日行锥颅引流术治疗，并持续冲洗，术后3 d拔除引流管（图1b）并出院。12月25日出现头痛，伴行走不稳，复查头部CT示右侧额顶叶慢性硬膜下血肿复发（图1c、1d）。因头痛及行走不稳加重于12月31日再次入院治疗。2019年1月1日使用神经内镜手术治疗。依据头颅CT定位，选择层面最厚且与既往锥颅点接近的位置取横切口5 cm，丝线悬吊固定切口，铣刀取3 cm×2 cm骨窗，悬吊硬膜，X形切开硬膜，可见淡黄色血肿液流出，压力较高，棉片缓慢引流减压，置入神经内镜，探查可见血肿腔多发粘连，且在其中一个锥颅骨孔旁存在桥静脉悬挂及粘连，予以分离（图1f~i）。置入引流管，两枚颅骨锁固定骨窗瓣，逐层缝合头皮。术后神志清楚，肢体肌力好转。术后停用甘露醇。术后第二天复查头部CT示脑中线结构居中，脑室、沟无移位，右侧血肿基本消失，少量积气（图1e）。术后第3天拔管，1周拆线痊愈出院。

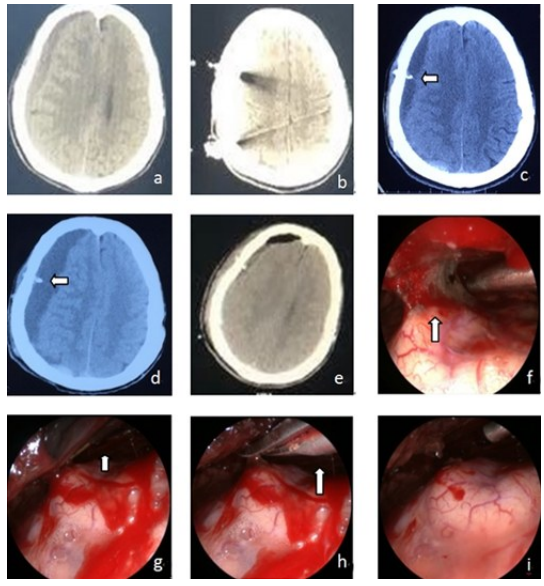


图1 右侧右额顶叶慢性硬膜下血肿手术前后影像学表现

a. 锥颅引流术前头部CT示右额顶叶慢性硬膜下血肿；b. 锥颅引流术后3 d拔管前复查头部CT；c、d. 锥颅引流术后7 d复查头部CT示右侧额顶叶慢性硬膜下血肿复发；e. 再次神经内镜手术后术后2 d复查头部CT示脑中线结构居中，脑室、沟无移位，右侧血肿基本消失，少量积气；f~i. 神经内镜术中观察

2 讨 论

慢性硬膜下血肿在临床较为常见，老年人多见。一直以来，锥颅引流术及钻孔引流术是治疗慢性硬膜下血肿血肿的有效的手术方式。但是对于复发的病例及存在分隔的病例，此两种手术方式不能探查及明确复发的原因，即使手术也可能不能很好的解决问题，临床上有选择开颅清除慢性血肿等手术方式，但是创伤大，且在骨窗选择及方位等方面，仍然存在不足的可能，视野不及，不能解决问题。目前，神经内镜手术技术在临床逐渐推广运用，可以选取较小的骨窗，探查颅内复发的原因，使受压脑叶能复位而痊愈。采用神经内镜技术治疗慢性硬膜下血肿，尤其是分隔型的、复发的病例，可以使血肿引流较彻底，血肿腔探查完全，条件简单、方便。

（2019-01-20收稿，2019-02-13修回）

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.11.030
基金项目：南通市科技项目（MS12015016）；江苏省中医药科技项目（YB2015113）；南通市医学重点人才基金项目（重点03）
作者单位：226001 江苏南通，南通大学第二附属医院神经外科（王学建）；226000 江苏，南通市如东县人民医院神经外科（蒋晓明）