

. 短篇报道 .

囊肿-腹腔分流术治疗老年人枕大池蛛网膜囊肿

张继武 梁树立 李 猛 苑国华

【关键词】 枕大池蛛网膜囊肿;老年人;囊肿-腹腔分流术

【文章编号】 1009-153X(2015)01-0062-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1⁺1

自2003年1月至2012年12月,共收治老年人枕大池蛛网膜囊肿49例,其中16例有颅内压增高症状,均采取囊肿-腹腔分流手术治疗,效果明显,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者16例均符合枕大池蛛网膜囊肿诊断,其中男11例,女5例;年龄60~78岁,平均69.2岁。病史2~23年,平均24年。头痛头晕9例,头痛伴恶心呕吐2例,存在不同程度走路不稳伴共济失调12例。

1.2 影像学检查 颅脑CT扫描密度和MRI扫描信号同脑脊液。位置在枕大池,形态多为椭圆形、圆形,脑沟受压,边界清晰,脑组织无明显水肿。囊肿直径均大于3.5 cm,颅骨变薄13例。术前均常规侧卧位腰椎穿刺术检查测定颅内压为180~210 mmH₂O。

1.3 手术方法 均选择美国凤凰公司生产的成人低压脑室-腹腔分流管。全麻成功后,病人取左侧卧位,先标记出颈后部正中切口,长约3 cm。右下腹部麦氏点处做长约3 cm切口。常规消毒术区,用0.5%利多卡因注射液30~40 ml做分流管皮下走行的皮下浸润麻醉,同时切开颈后部皮肤、显露颅骨及右下腹部皮肤、剪开腹膜,连接用皮下通条经颈后部-胸背部-右下腹部将分流管导于右下腹皮下。颅骨钻钻空后,可见蓝色的硬脑膜。根据事先测量的囊肿大小确定放入囊肿腔分流管的长度,一般2~3 cm,连接好分流泵,用丝线固定连接头,用小尖刀刺破硬膜,见脑脊液喷流而出,置入分流管到囊肿腔内,按压分流管泵检查远端分流管有清亮的脑脊液流出,停止按压后观察数分钟,有脑脊液匀速从分流管远端滴出,确定分流管通畅后,将分流管远端置入盆腔,置入长度约20 cm。缝合切口。

1.4 结果 本组患者术后自述头痛头晕、恶心呕吐及共济失调

症状明显好转。并在术后3月、6个月、12个月各做1次头颅CT复查。1年内16例患者囊肿均有不同程度缩小,其中2例患者囊肿体积缩小30%。本组病例中曾出现1例患者引流管堵塞,再次出现颅内压增高症状,及时更换引流管,1例患者出现腹腔感染,给予抗炎治疗后,1例患者引流过度,出现低颅内压症状,给予结扎引流管,经治疗患者症状均缓解。

2 讨论

颅内蛛网膜囊肿多为蛛网膜胚胎期发育异常所致的由一层蛛网膜包裹着脑脊液而形成,多数是一种先天性良性病变,少数为后天因素如颅脑损伤和炎症反应等所致。颅内蛛网膜囊肿可见于任何部位,主要见于颞极中颅窝底和枕大池。枕大池蛛网膜囊肿位于后颅窝从小脑半球和小脑蚓部向下,可延伸至枕骨大孔区甚至上颈段。囊肿一旦增大容易引起脑脊液循环梗阻,造成颅内压增高,出现颅内压增高症状及神经功能障碍。

目前较为认可的手术指征是有明显颅内压增高表现(如囟门未闭、头围增大、囊肿造成颅内压而出现明显头痛),或伴有癫痫经脑电图检查定位与囊肿部位相符,囊肿压迫引起神经功能障碍。手术方法有:①显微镜下切除蛛网膜囊肿壁并行蛛网膜囊肿和蛛网膜下腔或脑池造瘘术;②蛛网膜囊肿-腹腔分流术;③立体定向囊肿脑池造瘘术;④神经内镜下蛛网膜囊肿壁部分切除+囊肿-脑池造瘘术或囊肿-蛛网膜下腔造瘘术。不同手术术式对颅内蛛网膜囊肿均有较好的疗效。但传统的治疗方法对老年患者手术创伤大、囊壁剥除困难,术后囊腔空间不消失、易复发。神经内镜治疗颅内蛛网膜囊肿是近年来迅速发展的技术,具有创伤小、损伤小、疗效好等优点,但在基层医院难以推广。我们对有颅内压增高症状的老年人枕大池蛛网膜囊肿患者,行囊肿-腹腔分流术,由于引流管长期引流,均能达到缓解颅内压,解除囊肿对脑组织的压迫之目的。该手术具有创伤小、出血少、并发症少、手术简便易行、安全可靠的优点。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.01.021

作者单位:274700 山东,郓城诚信医院神经外科(张继武、李 猛、苑国华);100048 北京,解放军总医院第一附属医院神经外科(梁树立)

(2013-08-02 收稿,2013-10-16 修回)