

· 个案报告 ·

急性硬膜下血肿致同侧肢体偏瘫3例

周利城 潘晓虎 张业司 陶开剑 王建 李萍 倪巨 高久计

【关键词】急性硬膜下血肿; Kernohan-Woltman 现象; 手术

【文章编号】1009-153X(2015)05-0318-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1*5; R 651.1*1

1929年, Kernohan和Woltman报道颅内肿瘤引起的病灶同侧肢体偏瘫的病例, 此后学者们把颅内病变导致的病灶同侧肢体偏瘫, 称为Kernohan-Woltman现象。颅内血肿合并脑疝的病人常遗留病灶对侧肢体不同程度的偏瘫, 但是同侧肢体偏瘫比较少见。现将我院收治的外伤性急性硬膜下血肿导致同侧肢体偏瘫的3例病例报告如下。

1 临床资料

病例1, 女, 66岁, 因头部外伤后持续昏迷3 h余入院。入院时体格检查: 患者深昏迷; 血压180/90 mmHg; GCS评分6分; 右侧瞳孔直径约4.0 mm, 左侧约2.0 mm; 四肢无活动。头颅CT示右侧额颞顶急性硬膜下血肿, 中线明显偏移。急诊全麻下行硬膜下血肿清除+去骨瓣减压术, 术后患者逐渐清醒。术后复查头颅CT: 左侧皮质运动区及内囊等部位未见明显异常。出院时GCS评分15分, 右侧肢体肌力II级, 左侧肢体肌力V级。术后6个月, 患者右侧肢体肌力III级, 左侧肢体肌力V级, 智力明显下降。

病例2, 男, 61岁, 因头部外伤后持续昏迷3 h余入院。入院时体格检查: GCS评分6分; 右侧瞳孔直径约3.0 mm、左侧约6.0 mm; 刺痛四肢屈曲。头颅CT示左侧额颞顶急性硬膜外、硬膜下血肿, 中线明显偏移。急诊全麻下行硬膜下血肿清除+去骨瓣减压术。术后2 d行气管切开术。患者逐渐清醒, 能言语。术后复查头颅CT: 右侧皮质运动区及内囊等部位未见明显异常。出院时GCS评分15分, 左侧肢体肌力II级, 右侧肢体肌力V级。术后6个月, 左侧肢体肌力II级, 右侧肢体肌力V级, 智力稍差。

病例3, 男, 41岁, 因头部外伤后持续昏迷2 h余入院。从约2.0米高处坠落, 伤后持续昏迷, 伴有呼吸困难。入院时体格检查: 患者深昏迷; GCS评分5分; 右侧瞳孔直径约5.0 mm, 左侧约2.0 mm; 刺痛四肢无活动。头颅CT示右侧额颞顶急

性硬膜下血肿, 中线明显偏移。急诊全麻下行硬膜下血肿清除+去骨瓣减压术, 术后6 d行气管切开术。术后复查头颅CT: 左侧皮质运动区及内囊等部位未见明显异常。术后2个月, GCS评分15分, 右侧肢体肌力IV级, 左侧V级。术后6个月, 右侧肢体肌力V级, 左侧肢体肌力V级, 智力正常。

2 讨论

关于Kernohan-Woltman现象形成机制, 主流观点认为: 颅内血肿产生的占位效应导致脑干被推挤向对侧移位, 致使对侧大脑脚与对侧小脑幕游离缘相互挤压, 损害对侧的皮质脊髓束。但是也有学者对Kernohan-Woltman现象的形成机制提出不同的看法, 认为有可能是未交叉皮质脊髓束交叉的比例占优势, 大脑运动皮质主要支配同侧半身运动。还有学者认为可能是中枢神经系统不同部位或节段存在着比一般人群多的未交叉纤维而出现同侧偏瘫, 考虑与生理变异有关。目前, 关于神经系统下行运动纤维中未交叉比例占优势的这一解剖学变异已在动物解剖中得到验证, 而在人体中并未得到证实, 在Kernohan-Woltman现象中是否存在这一神经系统解剖学变异有待进一步研究。

Kernohan-Woltman现象是脑疝的一种特殊类型。急性硬膜下血肿发生Kernohan-Woltman现象后持续时间越长, 对侧的大脑脚受小脑幕缘压迫的时间也就越长, 大脑脚产生形态上改变的可能性也越大, 进而引起难以恢复的肢体偏瘫。最有效的处理方法就是尽快开颅清除血肿, 缓解颅内压增高, 使得疝入小脑幕裂孔的脑组织尽快复位, 解除大脑脚受到的压迫, 减轻皮质脊髓束的损害。本组3例病人受伤后颅内出血量大, 病情进展迅速, 很快呈现脑疝状态, 就诊时深昏迷, GCS评分5~6分; 入院后均以最快速度进行开颅手术。病例3恢复比较理想, 仅遗留右侧肢体的轻度偏瘫; 而病例1和病例2不仅遗留明显的肢体偏瘫, 还有不同程度的智力水平下降。遗憾的是, 我们在早期对Kernohan-Woltman现象认识不足, 这3例病例均未进行颅脑MRI扫描, 未能明确大脑脚中是否存在形态上损害的影像学表现。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.05.023

作者单位: 211700 江苏, 盱眙县中医院神经外科(周利城、潘晓虎、张业司、陶开剑、王建、李萍、倪巨、高久计)

(2013-12-05收稿, 2014-01-09修回)