

. 经验介绍 .

脑室-Ommaya囊穿刺引流术在后颅窝肿瘤合并脑积水围手术期中的应用

姚龙飞 陈少军 赵东刚 杨春林 闫俊 管玉华 姜莱 韩晶

【摘要】目的 探讨脑室-Ommaya囊穿刺引流术在后颅窝肿瘤合并脑积水围手术期中的应用效果。**方法** 2011年4月至2015年8月收治后颅窝肿瘤合并脑积水168例,肿瘤切除前均采用脑室-Ommaya囊引流术处理,切除术后根据需要进行引流。**结果** 168例引流术后颅内压增高症状均明显好转;肿瘤切除术后3周内脑积水消失160例,8例行脑室-腹腔分流术;出院后随访6个月,160例无脑积水,8例脑室-腹腔分流术后分流效果稳定。**结论** 在后颅窝肿瘤合并脑积水围手术期中应用脑室-Ommaya囊穿刺引流术,有助于缓解颅内压增高症状,并能减少切除术后并发症。

【关键词】 后颅窝肿瘤;脑积水;切除术;脑室-Ommaya囊引流术

【文章编号】 1009-153X(2017)04-0256-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R739.41; R 651.1[†]

后颅窝肿瘤病人入院时多伴有脑积水和颅内压增高症状^[1]。2011年4月至2015年8月收治后颅窝肿瘤伴脑积水168例,肿瘤切除前在局麻下行脑室-Ommaya囊穿刺引流术,明显改善切除术前症状,并减少切除术后并发症的发生率。

1 临床资料

1.1 研究对象 168例中,男60例,女108例;年龄15~45岁,平均27岁。均有头痛、恶心症状,有精神淡漠、明显意识障碍10例。

1.2 影像学检查 术前头颅CT均有不同程度侧脑室扩大。头颅MRI检查示肿瘤位于小脑蚓部25例,小脑半球60例,第四脑室23例,桥脑小脑角区60例。

1.3 引流方法 均在局麻下行脑室-Ommaya囊穿刺引流术。局麻下,经常规侧脑室额角穿刺,置入引流管,连接Ommaya囊后将囊体置入额部头皮下。经头皮穿刺Ommaya囊体后持续缓慢引流脑脊液,缓解颅内压,2 d后更换穿刺针及引流袋。根据肿瘤切除术前检查要求随时拔针停止引流。168例在完善相关术前准备后均行后颅窝肿瘤切除术。切除术后继续经头皮穿刺Ommaya囊体后持续缓慢引流脑脊液,2 d后更换穿刺针及引流袋。

2 结果

168例引流术后颅内压增高症状均明显好转,

无明显引流过度等情况。肿瘤切除手术后1周内停止引流且无明显脑积水症状30例,1~2周内停止引流无明显脑积水症状55例,2~3周停止引流无明显脑积水症状75例;3周后停止引流仍有脑积水症状8例,行脑室-腹腔分流术。出院后随访6个月,8例行脑室-腹腔分流术的病人分流效果稳定,脑脊液引流通畅,未出现分流感染及堵管等情况;160例复查均未发生迟发性脑积水情况;半年内均在局麻下取出Ommaya囊。

3 讨论

后颅窝容积狭小,一旦发生肿瘤很容易堵塞导水管、第四脑室,导致梗阻性脑积水,造成颅内压增高^[2]。后颅窝肿瘤起病隐匿,进展缓慢,发病早期病人头痛多可以耐受。当肿瘤生长使脑脊液循环受阻,引起梗阻性脑积水,脑室逐渐扩张,病人症状明显加重。头颅CT检查多表现为脑室扩张,常规行脑室外引流术。但多数病人肿瘤切除术前相关检查不完善,且平诊手术排期常常受病人数量、手术用血、术前内科并发症控制情况等因素导致排期时间较长,脑室外引流术时间有限且不易护理,易出现引流管脱出等情况造成低颅内压、颅内出血、小脑幕切迹上疝、颅内感染等严重后果。采用脑室-Ommaya囊穿刺引流术,头皮针穿刺引流缓慢,引流时间较长,临床比较容易护理,出现穿刺针脱出即自动停止引流,不易出现上述等严重不良后果。经穿刺Ommaya囊早起持续引流脑脊液降低颅内压,可减少脱水药物治疗量,降低因药物大量使用造成肝肾功能受损的几率^[3]。

后颅窝肿瘤切除过程中,需要释放脑脊液降低颅内压,为肿瘤切除操作预留较大空间。脑室-Ommaya 囊穿刺引流术在肿瘤切除术过程中,可根据需要随时穿刺引流,操作方便。

后颅窝肿瘤术后常见的并发症为颅内感染、皮下积液、切口脑脊液漏^[4]。开颅术后颅内感染的发生率为 1.8%~8.9%,病死率为 21.02%。而后颅窝术后颅内感染发生率是大脑半球的 3 倍^[5]。我们采取脑室-Ommaya 囊穿刺引流术后未出现颅内感染,及时、通畅的引流,对尽快控制感染很有必要^[6]。另外,术后持续引流,将颅内压控制在较低范围,使皮下积液及切口脑脊液漏的发生均得到有效控制。

肿瘤切除术后血性脑脊液及早期脑水肿可能导致脑室系统扩大,术后继续穿刺引流,根据实际需要,可长时间引流,可以彻底置换血性脑脊液,从而减少术后脑积水的发生,也减少分流手术后堵管的情况发生。

综上所述,在后颅窝肿合并脑积水瘤围手术期中应用脑室-Ommaya 囊穿刺引流术,对缓解颅内压增高症状、降低颅内压,以及减少术后并发症均匀较明显效果,且手术操作简单,护理方便,不易并发低

颅内压、颅内出血、小脑幕切迹上疝、颅内感染等严重后果。

【参考文献】

[1] 赵继宗. 颅脑肿瘤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004. 940.

[2] 赵继宗. 颅脑肿瘤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004. 936.

[3] 姚龙飞,陈少军,赵东刚,等. Ommaya 囊在去骨瓣减压术后切口疝治疗中的临床应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19(2): 86-88.

[4] 马廉亭. 神经外科血管内治疗学[M]. 第 1 版. 北京:人民军医出版社, 1994. 1052.

[5] 王晓红, 勒桂明, 吴笑春. 成人肺部感染患者健康等级及住院费用 logistic 回归分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(11): 1229-1231.

[6] 王林甫, 李良芳, 金彩辉. 后颅窝肿瘤切除术后并发颅内感染的治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(6): 366-367.

(2016-05-10 收稿, 2016-07-07 修回)



闭孔神经鞘瘤 1 例并文献复习

汪 洋 李志鹏 叶春伟 李海丹 和木臣 李卓衡 蔡 潜 张黄成昊

【摘要】目的 探讨闭孔神经鞘瘤的临床表现、诊断、治疗。方法 回顾性分析 1 例闭孔神经鞘瘤的临床资料,结合相关文献进行分析。结果 病人早期无明显临床症状,因体检时超声检查发现膀胱右后方一肿块就诊。腹腔镜下行肿瘤全切术,术中发现右侧闭孔神经一分支穿越肿瘤。术后病理诊断为神经鞘瘤。术后随访 2 年未见复发。结论 闭孔神经鞘瘤临床罕见,缺乏特异性临床表现,确诊靠病理组织学,腹腔镜手术是有效治疗方法,良性神经鞘瘤预后好。

【关键词】神经鞘瘤;闭孔神经;腹腔镜手术

【文章编号】1009-153X(2017)04-0257-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.43

闭孔神经鞘瘤较为罕见。2013 年,我院收治 1 例,现结合文献复习报道如下。

1 病例资料

病人,男,54 岁,因体检时超声检查发现膀胱右

后方肿块 1 个月入院。既往身体健康。入院时体格检查未发现阳性体征。血常规、尿常规、肝功能、肾功能、凝血功能、血清前列腺特异性抗原均正常。膀胱镜检查可见膀胱右后壁一椭圆形压迹。B 超示膀胱右后方低回声包块。腹部 CT 示盆腔肿块(图 1A、1B),性质待定。术前诊断为盆腔肿瘤。择期在全麻下行腹腔镜下盆腔肿瘤切除术,术中见肿瘤位于膀胱右侧后方,与盆壁粘连紧密,右侧闭孔神经主干发出一分支,分支从肿瘤内穿过,肿瘤血供由右侧髂内动脉发出,腹腔镜下逐步完整切除肿瘤。术后病理结果示神经鞘瘤(图 1C、1D)。术后随访 2 年无复

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.04.020
作者单位:435000 湖北黄石,鄂东医疗集团黄石市中心医院泌尿外科(汪 洋);650000 昆明,昆明医科大学第二附属医院泌尿外科(李志鹏、叶春伟、李海丹、和木臣、李卓衡、蔡 潜、张黄成昊)
通讯作者:李志鹏, E-mail: lzp661021@163.com