

神经内镜下冲洗引流术治疗硬膜下脓肿 2 例

张 林 孙 涛 余化霖 刘文春 李经辉 陈 晔

【关键词】硬膜下脓肿;硬膜下血肿;钻孔引流术;神经内镜;引流术
【文章编号】1009-153X(2017)04-0287-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1+1

1 病例资料

病例 1:男,59 岁。因左侧额顶硬膜下血肿钻孔引流术后 2 个月伴头痛伴发热 3 d 入院。入院时体格检查:神经系统未见阳性体征,头部手术切口愈合佳。头部 MRI 示左侧额顶部硬膜下新月形短 T₁/不均质长 T₂混杂信号影,增强见柔脑膜增厚强化,中线结构无明显偏移(图 1A、1B)。血常规示白细胞正常范围,中性粒细胞占 74%。

病例 2:男,69 岁。因左侧额顶枕硬膜下血肿钻孔引流术后半个月伴偶发言语不清、左上肢麻木 2 d 入院。入院时体格检查:神经系统未见阳性体征,头部手术切口处红肿,可见少许淡血性渗液。头部 MRI 示双侧额顶枕硬膜下新月形异常信号;左侧额部长 T₁、长 T₂信号,顶枕部短 T₁、长 T₂信号;右侧短 T₁、稍长 T₂信号;增强见左侧额顶部硬脑膜及柔脑膜明显强化,中线结构略右偏(图 1D、1E)。血常规示白细胞正常范围,中性粒细胞占 71%。

两例入院后均初步诊断为术后感染可能,根据经验静脉应用抗菌药物,并给予抗癫痫治疗;均行神经内镜下冲洗引流术。术后继续强力抗感染治疗。病例 1 术后症状缓解,术后 6 d 复查 CT 未见明显异常(图 1C)。病例 2 术后症状缓解,术后 10 d 复查 MRI 脓肿大部分清除(图 1F)。两例术后脓液细菌培养均阴性。

2 讨论

硬膜下脓肿临床较少见,常继发于副鼻窦炎、中耳炎,也可发生于开放性颅脑损伤和硬膜下血肿术后。本文 2 例均继发于慢性硬膜下血肿术后。硬膜下脓肿缺乏典型的临床表现,易误诊。除原发病表现外,常见临床表现有发热、意识障碍、癫痫、偏瘫等,85% 的病人可出现局灶性神经系统体征。外周血白细胞数常升高,但也可能因原发病治疗中常规使用

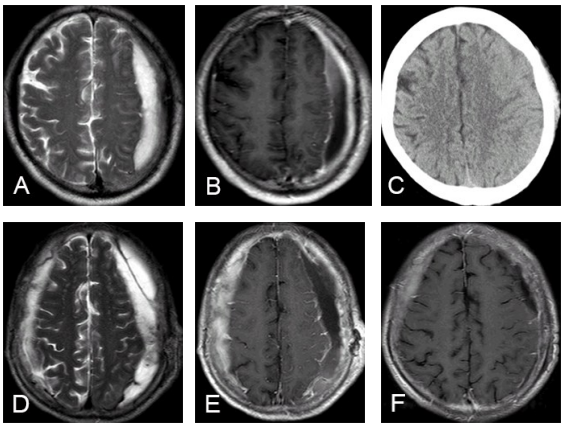


图 1 硬膜下血肿钻孔引流术后并发硬膜下脓肿影像
A~C. 左侧额顶枕硬膜下血肿钻孔引流术后并发硬膜下脓肿手术前后影像;A. 内镜下冲洗引流术前 MRI T₂WI 平扫;B. 内镜下冲洗引流术前 MRI T₂WI 增强;C. 内镜下冲洗引流术后 6 d CT 平扫;
D~F. 左侧额顶枕硬膜下血肿钻孔引流术后并发硬膜下脓肿手术前后影像;D. 内镜下冲洗引流术前 MRI T₂WI 平扫;E. 内镜下冲洗引流术前 MRI T₂WI 增强;F. 内镜下冲洗引流术后 10 d MRI 增强

抗生素,或感染局限于脓腔,致感染症状不典型,白细胞数正常的情况。本文 2 例白细胞数均在正常范围。CT 表现类似慢性硬膜下血肿或硬膜下积液,增强 CT 可见脓肿壁强化。MRI T₁WI 呈中等信号或低信号,信号低于脑实质但高于脑脊液,T₂WI 呈高信号,信号高于脑实质略低于脑脊液。确诊常依赖手术及细菌学检查。但本文 2 例脓液培养阴性,考虑可能为术前使用抗生素所致。

硬膜下脓肿常用的手术方式有钻孔引流术和开颅脓肿清除术。钻孔引流术常适用于脓肿局限、脓液稀薄、脑水肿不重、考虑无分隔形成的病人,但约 20% 的病人还需择期行开颅手术。而对脑水肿明显及颅内压高的病人,脓液常聚积在脑沟或脑裂内、大脑镰旁或后颅窝等部位,以及炎症导致硬膜下腔粘连,尤其是多房脓肿,常需行脓肿清除加去骨瓣减压术。本文 2 例神经内镜下冲洗引流术相比传统钻孔引流术的优势在于:直视下观察脓肿腔,对脓肿腔的结构、脓液的分布、硬脑膜和蛛网膜的粘连增厚情况、分隔包膜的形态和

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.04.032
作者单位:650032 昆明,昆明医科大学第一附属医院神经外科(张林、孙涛、余化霖、刘文春、李经辉、陈晔)

走形一目了然;可以直视下吸除一些蛛网膜和硬脑膜之间的假膜样组织,并用其自带冲洗装置对脓液进行确切冲洗,有助于降低脓肿复发率;内镜下准确放置引流管,降低了传统钻孔手术置管时可能导致的脑组织损伤和蛛网膜刺破后的

脓液扩散;对术中活动性出血,可以直视下进行止血;对诊断不明确的患者可以同时起到诊断和治疗的作用,避免个别病例误诊后手术时的被动。

(2015-03-10 收稿,2015-04-02 修回)

原发性中枢神经系统淋巴瘤 1 例

李玉龙 狄广福 江国权 徐善水

【关键词】原发性中枢神经系统淋巴瘤;诊断;治疗

【文章编号】1009-153X(2017)04-0288-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1+1

1 病例资料

病人,男,53 岁。因头痛伴记忆力减退 1 个月、加重 3 d 入院。入院时体格检查:神志清楚,言语流利,右侧肢体肌力Ⅲ~Ⅳ级,肌张力正常。头部 MRI 平扫示:左侧额、颞叶见一不规则形肿块影,大小约 6.5 cm×5.0 cm×4.3 cm;T₁呈等或低信号(图 1A),T₂呈不均匀高信号(图 1B),边缘不清;增强后呈不均匀强化(图 1C),左侧侧脑室明显受压,中线右移,脑室系统未见明显扩大。全麻下行肿瘤切除术,术中观察肿瘤质软,红色,血供丰富,与周围组织粘连,边界不清。术后病理诊断为弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(图 1D)。

2 讨论

原发性中枢神经系统淋巴瘤占原发性颅内肿瘤的 3%~5%,最常见的是 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤。主要临床表现为:①局灶性神经功能缺损,以颅神经功能障碍较多见;②癫痫发作;③精神状态改变;④颅内压升高。影像学特点包括:①病变位于大脑中线附近,深部脑组织,如胼胝体、丘脑、基底节等部位;②CT 可表现为低密度、等高密度、稍高密度甚至混杂密度影,明显强化;MRI 平扫 T₁呈等低信号, T₂呈等高信号,增强扫描呈团块状、不规则明显强化;部分病例见“脐凹征”;瘤体囊变、钙化、出血少见;瘤周水肿较轻。目前,其治疗方法较多。①手术治疗:由于淋巴瘤在中枢神经系统的侵犯常常呈多灶性、弥散性,常累及脑脊髓膜,容易复发,手术根治很困难,可行手术缓解颅内压增高,并可取得病理为术后进一步的放化疗创造条件。②化疗:目前原发性中枢神经

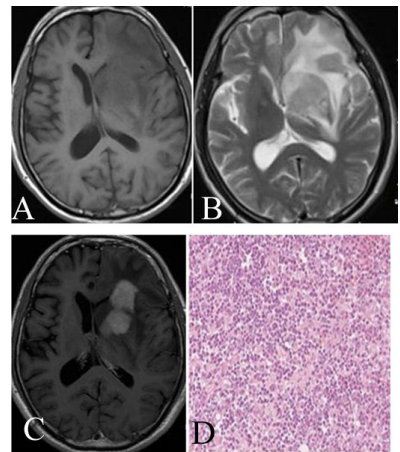


图 1 原发性中枢神经系统淋巴瘤影像学、病理表现
A. 术前 MRI T₁WI 平扫呈等或低信号;B. 术前 MRI T₂WI 平扫呈不均匀高信号,边缘不清;C. 术前 MRI 增强后明显强化;D. 术后病理示弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(HE,×100)

系统淋巴瘤没有非常明确的分子生物学治疗靶点,普通化疗药不能通过血脑屏障,极大影响治疗效果,但含大剂量甲氨蝶呤的方案基本达到共识,也是美国国立综合癌症网络指南的一线用药。③糖皮质激素:抗水肿作用和针对淋巴细胞的细胞毒作用可以迅速使肿瘤病灶缩小或消失,可用于治疗原发性中枢神经系统淋巴瘤,但是长期应用激素会导致免疫力低下,及诸如感染等并发症。此外部分病人应用糖皮质激素,肿瘤缩小,以致在影像学上肿瘤出现“消失”,这给组织病理学诊断取材带来困难,影响治疗。④放疗:中枢神经系统淋巴瘤是一类对放疗敏感的肿瘤。目前放疗主要用于那些不能耐受化疗的老年、体弱或化疗效果不好的病人。⑤自体干细胞移植:化疗结合自体干细胞移植可以克服肿瘤细胞耐药,提高药物生物利用度,减少放化疗造成的神经毒性。

(2015-04-07 收稿,2015-05-07 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.04.033

作者单位:241001 安徽芜湖,皖南医学院附属弋矶山医院神经外科(李玉龙、狄广福、江国权、徐善水)

通讯作者:徐善水,E-mail:wyswxss66@126.com