

. 个案报告 .

# 经鼻蝶入路垂体腺瘤切除术后严重颅内感染合并脑积水 2 例

毋 江 杨红利 解旭鹏 王甲光

【关键词】垂体腺瘤;经鼻蝶入路;显微手术;颅内感染;脑积水

【文章编号】1009-153X(2017)10-0734-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1<sup>+</sup>1

经鼻蝶入路手术已成为垂体腺瘤公认的首选手术方法。2013 年 1 月至 2016 年 4 月收治经鼻蝶入路垂体腺瘤切除术后发生严重颅内感染合并脑积水 2 例,现报道如下。

## 1 病例资料

病例 1:男,38 岁,因性功能障碍 4 年、视物模糊 1 个月入院。入院时体格检查:左眼视力 0.5,右眼视力 0.1;双侧颞侧视野偏盲。血清激素水平:泌乳素>200 ng/ml,睾酮 1.42 ng/ml,促甲状腺激素 1.376 uIU/ml,游离三碘甲状腺原氨酸 4.76 pmol/L,游离甲状腺 1.376 pmol/L,促黄体激素 1.28 min/ml,促卵泡生成素 1.70 min/ml。2013 年 1 月行经鼻蝶入路垂体腺瘤切除术,肿瘤大部分切除。术后 5 个月再次入院手术,术后 3 d 出现脑脊液鼻漏,术后 7 d 出现头痛、呕吐、颈项强直,体温 39.6 ℃,脑脊液培养为金黄色葡萄球菌。全身应用抗生素(美罗培南+万古霉素),并行腰椎穿刺术置管,脑脊液检查白细胞总数  $9.650 \times 10^6/L$ ,引流脓性脑脊液,48 h 后置管阻塞,病人出现谵妄、乱语,行侧脑室外引流术,每日引流量在 260~350 ml,第 6 天拔除引流管,行脑脊液鼻漏修补术,术中见蝶窦腔内大量炎性分泌物,黏膜水肿,部分脓液流出,彻底刮除坏死及炎性组织,清除骨质残渣,反复冲洗后取自体肌肉块、脂肪填塞,生物胶封固;第 20 天,脑脊液细菌培养连续三次均为阴性,头颅 CT 及鞍区 MRI 增强扫描示脑室前角明显扩大,脑脊液外渗明显,脑积水形成,行侧脑室-腹腔分流术,分流术后恢复良好,随访 6 个月,性功能障碍无明显恢复,视力及视野明显改善。

病例 2:女,55 岁,因垂体腺瘤术后 15 d 意识障碍伴高热 6 d 入院。MRI 示鞍区占位,大小约 4.5 cm×2.6 cm,呈长 T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub> 混杂信号。急诊行经鼻蝶入路鞍区占位切除术及血肿清除术,手术顺利,术中发现脑脊液漏,以明胶海绵、生物胶封堵,

凡士林纱条压迫,术后第 5 天出现脑脊液鼻漏,全身应用抗生素,并行腰椎穿刺术置管,脑脊液检测白细胞数增高,蛋白含量 0.6~1.8 g/L,细菌培养为金黄色葡萄球菌感染,引流第 7 天时出现高热、颈项强直,引流管阻塞,再行腰椎穿刺术置管失败,急诊行侧脑室外引流术并持续用生理盐水冲洗引流,继续全身应用抗生素 2 周,病情好转,第 5 天行脑脊液鼻漏修补术,术中见蝶窦腔内大量脓液,粘稠、坏死的黏膜组织,骨质碎屑,粘条状鼻腔分泌物,鞍底蛛网膜破损,脑脊液外溢,彻底刮除蝶窦前壁黏膜,用双氧水、抗生素盐水冲洗后,取自体筋膜修补。12 d 后拔除脑室引流,再行腰椎穿刺术,1 个月后进行脑室-腹腔分流术,再经控制血糖及康复治疗。2 个月后出院,高级智能严重减退,言语含糊,四肢肌张力高,肌力 2~3 级,双侧病理征阳性,卧床 6 个月后死于糖尿病酮症酸中毒及肺部感染。

## 2 讨论

经鼻蝶入路垂体腺瘤切除术后颅内感染往往与脑脊液漏有关,术中鞍膈蛛网膜破裂,脑脊液经破损的蛛网膜流出,鼻腔、蝶窦或鞍内感染可侵及颅内,常规使用易透过血脑屏障的抗生素,必要时腰椎穿刺术置管行脑脊液引流,一旦置管被脓性分泌物阻塞,脑脊液引流不畅时,应先行侧脑室外引流术,以缓解颅内压增高,尽早行脑脊液鼻漏修补术,清除感染源。脑室外引流时间不宜过长,一般不超过 2 周。脑脊液鼻漏修补时,应将蝶窦腔坏死异物彻底清理,务必刮除蝶窦前壁黏膜,使用自体筋膜、肌肉填塞。当鼻漏愈合,感染得到控制需及时复查头颅 CT,一旦脑积水诊断确立,需待脑脊液检查细胞数、蛋白含量正常,细菌培养确定阴性时行侧脑室-腹腔分流术。我们的体会:当腰椎穿刺术置管阻塞,出现颅内压增高,感染加重时,采用侧脑室外引流术或持续冲洗引流,彻底清除蝶窦腔感染灶,并行脑脊液鼻漏修补术是可行的。

doi:10.1379/2017.09/j.issn.1009-153X.2017.10.025

作者单位:454000 河南焦作,解放军第 91 中心医院神经外科(毋江、杨红利、解旭鹏、王甲光)

(2017-03-19 收稿,2017-06-26 修回)