

目前,此类肿瘤建议积极手术治疗,可采取切除或刮除等方式,在适当情况下,完整切除肿物是最佳的选择。当完整切除肿物难以实现时,可采取刮除术。无论采取哪种治疗方式,均应该尽可能全切除肿瘤,因为肿瘤的残留会导致病变的复发。目前,其放疗仍存有争议。为了预防肿瘤切除后脊柱不稳,需同时行内固定术以维持脊柱稳定性。本文病

例病变位于胸椎,手术切除肿瘤未影响脊柱稳定性,未行内固定术。文献报道病变全切除后仍有一定复发比例,最长的复发时间为 30 年;因此,建议长期随访。本文病例病变位于胸椎,采取刮除治疗,术后 15 个月随访无肿瘤复发,但仍应该继续密切随访。

(2019-02-25 收稿,2019-06-18 修回)

大面积脑梗死后遗症伴慢性硬膜下血肿 1 例

闫兴尧 张宏兵

【关键词】慢性硬膜下血肿;大面积脑梗死;手术

【文章编号】1009-153X(2021)01-0062-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1*5; R 651.1*1

1 病例资料

68 岁男性,2018 年 12 月 20 日因间断头痛伴不能行走 6 个月、嗜睡 3 d 入院。2015 年出现右侧额颞顶部大面积脑梗死(图 1A),遗留左侧肢体活动障碍,可行走,自服药物、康复锻炼等治疗。2 年前有摔倒致头部外伤史,逐渐出现左侧肢体活动障碍较前加重,仍可搀扶行走,头部轻微不适,小便次数增多,每日 10 余次。6 个月前,再次摔倒,头痛逐渐加重,逐渐不能行走,需坐轮椅。入院体格检查:神志嗜睡,左侧上肢挛缩,左侧上肢肌力 I 级,左侧下肢肌力 III 级,左侧肢体肌张力高,右侧肢体肌力 IV 级,右侧肢体肌张力正常。头颅 MRI 检查示右侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿、部分血肿机化,脑组织受压明显,陈旧性脑梗死(图 1B、1C)。入院后在脑立体定向下进行额部分层处慢性硬膜下血肿钻孔引流术,术中可见土黄色液体流出,引流干净后可见慢性硬膜下血肿包膜呈黄色,引流量约 150 ml。术后复查头颅 CT 检查示右侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿较前明显减少,中线结构基本居中(图 1D)。术后 10 d 出院,可搀扶行走,活动障碍较前改善,小便次数正常。

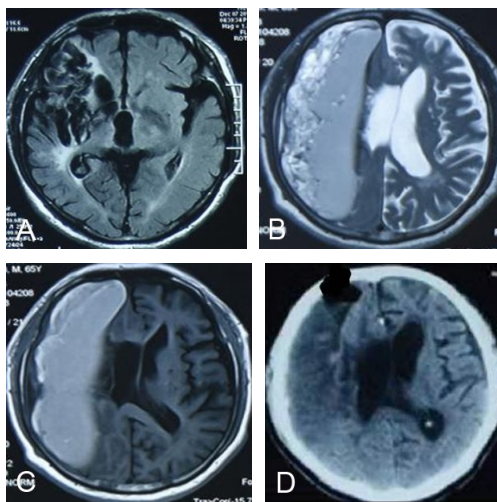


图 1 大面积脑梗死后遗症伴慢性硬膜下血肿钻孔引流术前后影像

A. 术前 MRI 示脑梗死后表现;B、C. 术前 MRI 示右侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿、部分血肿机化,脑组织受压明显,陈旧性脑梗死;D. 术后头部 CT 示脑受压组织明显好转

2 讨论

本文病例既往有大面积脑梗死病史,2 年前有头部外伤并有肢体活动障碍加重病史,结合术前头颅 MRI 检查,符合慢性硬膜下血肿病情发展演化过程,后期血肿逐步机化、坏死,加之有局部脑萎缩,病情相对较轻并趋于稳定;6 个月前再次摔倒,可能出现再次慢性硬膜下血肿,相对于一般病人病史仍较长,所以出现血肿腔既有液体也有机化坏死,形成了术前这样的慢性硬膜下血肿影像学表现。

仔细评估后,考虑颅骨钻孔引流术治疗,引流液化血肿。由于脑组织萎缩,机化血肿组织不会产生脑组织的受压,可能对脑组织的保护还有一定的益处。优先选择液化血肿与机化血肿交界处钻孔,手术深度小,有助于充分引流,减少损伤。常规的钻孔引流术有可能定位不准确,存在一定困难,所以,决定在脑立体定位指引下钻孔引流术,手术顺利。术后复查头颅 CT 检查示引流效果良好,达到手术目的。

本文病例提示,在临床工作中,应注意详细询问病史,结合病史演变进行认真分析,做出正确的诊断。手术计划应全面仔细,在没有导航等高端设备下,引用脑立体定位仪等现有条件,精准定位,提高手术效率。应该注意大面积脑梗死病人的日常护理,防止跌伤等情况,预防不良后果。

(2019-02-22 收稿,2019-05-27 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.01.024

作者单位:721004 陕西宝鸡,解放军联勤保障部队第 987 医院神经外科(闫兴尧、张宏兵)

通讯作者:张宏兵,E-mail:zhang-hong-bing@sohu.com