

在已经有 IAC 的基础上,外伤、剧烈运动是诱发青少年 CSDH 的主要原因。IAC 表面与硬脑膜之间存在桥静脉,囊肿表面有细小血管跨越,这些细小血管可能发育异常,在头部受到外力后,囊壁发生变形扭曲,桥静脉或细小血管破裂出血,这可能是 IAC 并发 CSDH 的原因之一。另外,外伤使 IAC 囊腔与硬膜下间隙相通并形成单向瓣膜,脑脊液进入囊腔致囊内压力和囊肿体积增大,最终囊肿破裂而引起 CSDH。

无症状 IAC 合并 CSDH 可行保守治疗。有症状的病人建议手术治疗,例如单纯钻孔引流术、开颅血肿清除合并囊肿开窗或切除术。单纯血肿引流一般能获得良好的效果,但不

能很好地处理 IAC 及 IAC 内的积血。通过分析本文 2 例的临床资料,我们认为开颅行血肿清除术能较好地处理 IAC 合并 CSDH 的硬膜下血肿,是否需要同时处理囊肿需要评估。若囊肿内积血,且囊肿直径 ≥ 5 cm,应尽量选择能够暴露囊肿的手术入路,将囊肿开窗,沟通囊腔与蛛网膜下腔,缓慢释放囊内压力可减少出血几率,囊肿也可随着囊内压力减小而缩小,获得较好的预后。若囊肿直径 < 5 cm、囊内无积血或积血较少、囊内与蛛网膜下腔已存在沟通或邻近重要血管神经,则只清除血肿而不处理囊肿,也可以获得较好的预后。

(2020-01-13 收稿,2020-03-14 修回)

颅内蛛网膜囊肿致典型三叉神经痛 1 例

张施远

【关键词】蛛网膜囊肿;三叉神经痛;显微手术

【文章编号】1009-153X(2021)03-0221-01

【文献标志码】B

【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1^{*}

1 病例资料

49 岁女性,因反复出现阵发性右面部疼痛 5 个月入院。主要为鼻唇沟到下颌角区域尖锐的放电样疼痛。常在吃饭或者刷牙时出现,数分钟后可以自行缓解。疼痛发作频率从开始时的每日数次发展到每日数十次,并且口服卡马西平片的剂量已经达到 0.6 g/d,症状仍不能明显缓解。入院体格检查未见神经系统阳性体征。入院后头颅 MRI 平扫+磁共振断层血管成像检查,显示右侧三叉神经根部有一个囊性病灶,明显侵蚀脑干, T₁ 像呈低信号, T₂ 像呈高信号,无明显增强(图 1)。初步诊断考虑为继发性三叉神经痛;桥小脑角区蛛网膜囊肿?完善手术准备后行开颅手术治疗。显微镜下探查右侧桥小脑角区确定病灶性质为蛛网膜囊肿,囊肿明显压迫三叉神经根部,切除大部分囊壁后,仔细探查三叉神经根部出入脑干区(root entry zone, REZ)未发现明细的责任血管。术后面部疼痛完全缓解,随访 1 年,无复发。

2 讨论

尽管三叉神经根部 REZ 的血管压迫是三叉神经痛最常见的原因,但多发性硬化、颅后窝肿瘤、颅后窝囊肿、动脉硬化、外伤等也可导致三叉神经痛。蛛网膜囊肿大多数位于侧裂区、枕大池区、鞍上区等,桥小脑角区少见。大部分蛛网膜囊肿长期稳定,但是部分囊肿可能会增大,原因可能有:囊内壁细胞分泌脑脊液活跃;囊液蛋白质浓度较高,导致囊壁内外侧出现渗透梯度;囊肿通过单向活瓣的机制与蛛网膜下腔相通,吸引囊外的脑脊液进入囊内。大多数囊肿是偶然发

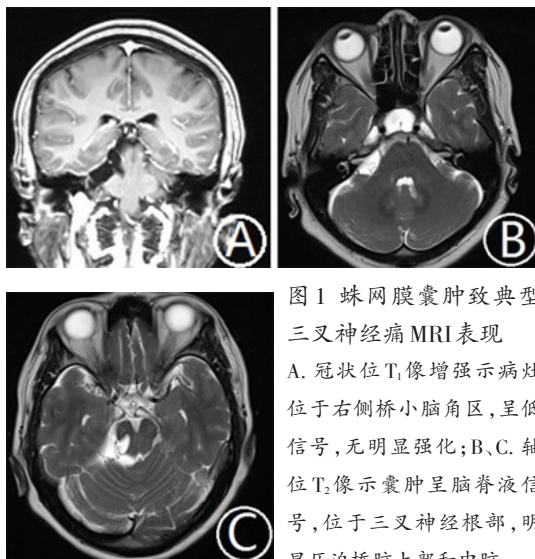


图 1 蛛网膜囊肿致典型三叉神经痛 MRI 表现
A. 冠状位 T₁ 像增强示病灶位于右侧桥小脑角区,呈低信号,无明显强化;B、C. 轴位 T₂ 像示囊肿呈脑脊液信号,位于三叉神经根部,明显压迫桥脑上部和中脑

现的并且没有症状,少部分囊肿可能会导致颅内压增高或压迫周围神经而引起症状,但蛛网膜囊肿压迫三叉神经根部而引起典型三叉神经痛少见。本文病例术前 MRI 未发现三叉神经根部有明确的责任血管,因此考虑桥小脑角区囊肿压迫所致;术中探查也发现三叉神经根部单纯受囊肿的压迫,并且出现明显的压痕,三叉神经 REZ 未发现可疑的责任血管。

蛛网膜囊肿的外科处理方法不一,目前较为常见的方式为单纯囊肿开窗术、脑室造瘘术、囊肿-腹腔分流术、囊肿开窗术+分流术等。应根据囊肿的部位、大小以及是否合并其他症状而采取个体化处理方式。本文病例因囊肿位置较深,并且较小,因此我们仅行囊肿开窗术,术后面部疼痛症状即刻消失,并且随访 1 年无复发。

(2019-03-19 收稿,2019-04-14 修回)