

# . 个案报告 .

## 视神经鞘开窗术后视力下降的特发性颅内压增高 1 例

熊 坤 冷 彪 黄向群 袁饶饶 洪力群 张 焱

【关键词】特发性颅内压增高;视神经鞘开窗术;视力下降;脑脊液分流术

【文章编号】1009-153X(2021)06-0490-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 742

### 1 病例资料

49 岁男性,因视力下降、视野缺损 10 个月伴加重 1 个月入院。既往 40 年前脊柱结核病史,7 个月前外院行视神经鞘开窗术(optic nerve sheath fenestration, ONSF)史。入院体格检查:身高 145 cm,体重 64 kg,神志清楚,GCS 评分 15 分,双侧瞳孔直径 3 mm,对光反应灵敏,双眼球结膜充血水肿,双侧视盘色淡界清,双眼球稍向外凸,双眼视力 0.4,双侧视野有缺损,左肩高,脊柱胸段向左侧凸伴后凸畸形,四肢肌力、肌张力正常,脑膜刺激征阴性。入院后行腰椎穿刺术测得颅内压为 260 mmH<sub>2</sub>O,脑脊液检查未见异常。颅脑 MRI 平扫显示空泡蝶鞍,双侧大脑半球白质多发缺血灶(图 1A、1B)。DSA 检查双侧颈总动脉迂曲且造影过程中造影剂充盈延迟,提示颅内压高,未见明显静脉异常(图 1C、1D)。脊柱 MRI 平扫(颈、腰、胸)显示脊柱侧弯畸形(胸段为甚)。视野检查:右眼管状视野,左眼下大缺损,上方周边缺损。双侧眼底检查:双眼后极部分视网膜静脉见白鞘包绕,双眼视网膜动脉硬化(图 1E、1F)。入院后,予以甘露醇、乙酰唑胺保守治疗,仍感视力持续下降,颅内压仍高于 260 mmH<sub>2</sub>O。排除颅内脊柱占位、静脉窦血栓形成及狭窄、脑脊液流出道梗阻、结核、感染等病因,诊断为特发性颅内压增高(idiopathic intracranial hypertension, IIH)。行腰大池-腹腔分流术(lumbo-peritoneal shunt, LPS),术后 3 d 双眼球结膜充血、眼球外凸明显改善,9 d 后出院。术后 1 个月,视力视野稳定;术后半年,视力视野稍有改善。

### 2 讨论

IIH 是一组病因不明,缺乏临床、实验室、影像学证据的颅内压增高性疾病。其发病机制尚不清楚,目前主要认为是脑脊液分泌增多、吸收减少引起颅内静脉压的升高。肥胖是其危险因素,其余危险因素还包括女性、激素、遗传等。IIH 为罕见病,临床上通常表现为头痛、呕吐、视乳头水肿等

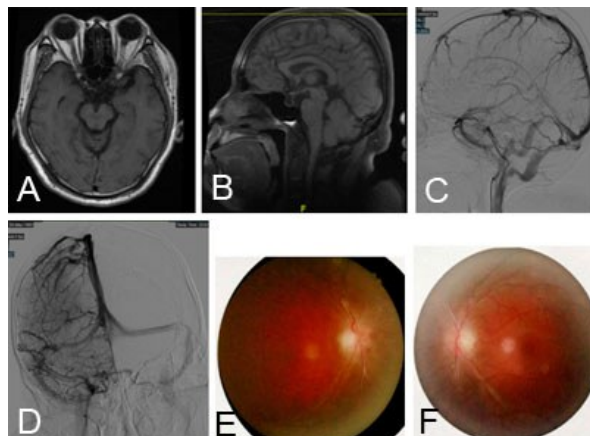


图 1 特发性颅内压增高影像学表现

A、B. 头颅 MRI 示空泡蝶鞍;C、D. DSA 未见静脉异常;E、F. 双侧眼底表现

颅内压增高症状为主(无意识障碍),其中头痛最常见,而视乳头水肿引起的永久性失明是最严重的并发症。腰椎穿刺术测颅内压及脑脊液成分检查为诊断该病的关键手段,排除其他疾病,颅内压>250 mmH<sub>2</sub>O、脑脊液成分正常,即可诊断。

减轻体重和乙酰唑胺为 IIH 的一线治疗方案,但仍有 18%~22% 的病人无效,需行手术治疗。IIH 主要手术方式包括 ONSF、脑室-腹腔分流术(ventriculo-peritoneal shunt, VPS)、LPS、静脉窦支架植入术。静脉窦支架植入术主要适用于静脉窦闭塞或狭窄的病人。75% 的病人最早接受的手术方式是 ONSF,具有手术简单、并发症少的优点,但对头痛改善不确切,且术后仍有 16% 的病人出现症状改善之后的恶化,其中近 70% 的病人进行二次 ONSF。二次 ONSF 病人手术部位会发生纤维化,但不增加并发症发生率。脑脊液分流术(VPS 和 LPS)可有效改善视力、视野、视乳头水肿及头痛。由于 IIH 脑室较小,VPS 存在严重颅内并发症的可能,临床 VPS 的应用少。许多病人接受 ONSF 后,仍可能需行脑脊液分流术,而 IIH 是没必要行 2 次手术的,因为脑脊液分流手术足以缓解头痛及视力下降等症状。本文病例既往行 ONSF,术后视力持续下降,若不采取有效措施,最终可能失明,我们采用 LPS 降低颅内压,改善视觉症状,从而达到终止病情进展的目的。

(2019-06-22 收稿,2019-07-03 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.06.030

作者单位:330006 南昌,南昌大学第二附属医院神经外科(熊 坤、冷 彪、黄向群、袁饶饶、张 焱);344400 江西抚州,宜黄县人民医院骨科(洪力群)

通讯作者:张 焱,E-mail:doctorzhangyan@163.com