

. 个案报告 .

获得性免疫缺陷综合征合并慢性硬膜下血肿2例

许万振 董白晶 陈启富 张圣坤 廖广生 初明

【关键词】慢性硬膜下血肿;人类免疫缺陷病毒;获得性免疫缺陷综合征;钻孔引流术

【文章编号】1009-153X(2022)05-0419-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 512.91; R 742

人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)具有嗜神经性,超过70%的获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)出现不同程度神经系统病变。而AIDS合并慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)临床少见。本文报道2例AIDS合并CSDH。

1 病例资料

病例1:54岁男性,因阵发性头痛1个月、加重伴右侧肢体无力1周于2019年11月9日入院。既往HIV感染3年,规范抗病毒治疗。入院体格检查:颈项强直阳性,未见其他神经系统阳性体征。头部CT平扫显示左侧额颞顶枕部硬膜下高低混杂异常密度影,周围脑组织及脑室受压,中线结构右移。HIV I型定量<500 IU/ml,辅助性T淋巴细胞计数693个/ μ l。血常规及血生化、凝血功能检查无明显异常。术前诊断左侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿、AIDS。完善术前准备后,全麻下行左侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿单孔钻孔引流术,术中刺破硬脑膜后见酱油色陈旧血涌出,压力高。术后头痛、右侧肢体无力症状明显缓解。引流3d后复查头部CT显示血肿引流充分,剩余少量硬膜下积液,拔除引流管,给予口服阿托伐他汀1个月后,复查头部CT显示硬膜下积液吸收、血肿无复发,头痛、右侧肢体无力症状完全缓解。

病例2:53岁男性,因头痛3d、加重伴呕吐1d于2019年12月7日入院。既往HIV感染20年,规范抗病毒治疗。3个月前,因左侧后交通动脉破裂瘤行支架辅助弹簧圈栓塞术,术后口服阿司匹林和氯吡格雷,恢复良好,无后遗症。入院体格检查:血压177/82 mmHg;意识嗜睡,查体不合作;双瞳孔不等大,左侧3.5 mm、右侧2.5 mm,左侧对光反射迟钝,右侧

对光反射灵敏;右上肢肌力3级,右下肢肌力2级;右侧病理征阳性。头部CT平扫显示左侧额颞顶枕部硬膜下高低混杂密度影,周围脑组织及脑室受压,中线结构明显右移并压迫右侧脑室变形;右侧额颞顶部硬膜下薄层低密度影。HIV定量<20 CP/ml,辅助性T淋巴细胞计数102个/ μ l。血常规及血生化、凝血功能等检查无明显异常。术前诊断:左侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿、大脑镰下疝、AIDS。急诊在全麻下行左侧额颞顶枕部慢性硬膜下血肿单孔钻孔引流术。术中刺破硬脑膜后见酱油色陈旧血喷出,压力高。术后意识清楚,头痛、呕吐症状缓解。引流3d后,复查头部CT显示血肿引流充分,剩余少量硬膜下血肿及积液,拔除引流管,给予口服阿托伐他汀1个月后,复查头部CT显示硬膜下积液及少许残留血肿吸收、血肿无复发,右侧额颞顶部硬膜下积液亦吸收,头痛、呕吐等症状完全缓解。

2 讨论

CSDH是神经外科常见病、多发病,占颅内血肿的10%,占硬膜下血肿的25%,好发于中老年人,平均年龄约63岁,出血原因可能是轻微惯性力作用使进入上矢状窦的桥静脉撕裂。然而,多数CSDH并无明确外伤史。由于HIV感染可以引起多种炎症性血管疾病,如动脉炎及其他小血管炎症改变等,除此之外,HIV感染还可直接或间接引起脑血管动脉粥样硬化的加速;因此,AIDS合并CSDH可能并不是偶发,可能存在更高的发生率。文献报道,AIDS合并CSDH的出血原因可能是:血小板减少;辅助性T淋巴细胞数降低,并发凝血障碍疾病。本文2例AIDS合并CSDH,都否认外伤史,血小板计数及凝血功能正常,其中1例辅助性T淋巴细胞计数降低、有口服抗血小板药物史,而另1例辅助性T淋巴细胞计数正常、无口服抗血小板及抗凝药物史。鉴于HIV感染与CSDH发生之间可能的关联,我们认为,对于HIV感染并出现神经系统症状的病人,即使没有明确外伤史,也不能在早期鉴别诊断考虑中遗漏CSDH的可能,应尽早进行头部影像学检查,以避免漏诊。

(2020-04-02收稿,2020-11-03修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.05.028

作者单位:518000 广东,深圳市第三人民医院神经外科(许万振、董白晶、陈启富、张圣坤、廖广生、初明);13000 长春,吉林大学第一医院神经外科(许万振)

通讯作者:初明, E-mail: chuming120@163.com