

. 个案报告 .

颅内绣花针长期存留 1 例

余其维 罗 晟 李青峰

【关键词】 颅内异物;癫痫;绣花针;显微手术

【文章编号】 1009-153X(2023)05-0352-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 742.1; R 651.1⁺

1 病例资料

72 岁男性,因突发右下肢抽搐、呼之不应 1 d 于 2019 年 9 月 21 日入院。1 d 前,无明显诱因出现右下肢抽搐,伴吐词不清,逐渐发展为呼之不应,无口吐白沫、大小便失禁、双眼凝视等症状。既往 2 个月前曾出现一过性右下肢乏力,未重视,未治疗。合并高血压病 3 年。入院体格检查:神志清楚,两侧瞳孔等大等圆,直径 3 mm,对光反射灵敏;额纹对称,鼻唇沟无变浅,皱眉,鼓腮,吹气可,无声嘶,饮水无呛咳,伸舌居中,指鼻稳准,四肢肌力、肌张力正常,痛觉对称引出,颈阻阴性,双侧 Babinski 征阴性。头颅 CT 平扫示左侧顶叶片状脑脊液样低密度影,考虑脑软化灶,其外缘条状高致密影。头颅增强 CT 示左侧顶枕叶见片状低密度影,未见强化;软化灶可能(图 1A)。头颅 MRI 显示左侧顶枕叶条状高信号(图 1B)。术前考虑颅内异物(绣花针?)。完善术前准备,全麻下行开颅探查+颅内异物取出术。术中见头皮及颅骨表面完整,无明显瘢痕或缺损,打开骨瓣后见异物尾端嵌顿于颅骨内板,尖端刺破硬膜、插入脑组织;打开硬脑膜后见增生的胶质层紧密包裹绣花针,胶质层周围可见坏死液化的脑组织;分离粘连完整取出异物,清除坏死脑组织;见异物为一枚约 3 cm 长的绣花针(图 1C、1D)。术后复查头颅 CT 示异物完全取出(图 1E)。术后 7 d 伤口愈合拆线,出院后规律口服德巴金缓释片药物抗癫痫治疗,术后随访 1 年,未再发作癫痫。

2 讨论

颅内异物多种多样,大致可分为木质、砂石、金属等,一般确有确切外伤史。木质异物亲水性好且结构疏松,易膨胀,是微生物喜爱的培养基,因此颅内化脓性感染是木质异物最常见的合并症,也是导致病人残疾、死亡的主要原因。砂石不跟水反应,可在颅内长期留存。金属异物在颅内经过氧化反应逐渐变成铁锈,在颅内可产生氧、羟自由基及过氧化氢,通过一系列反应破坏细胞膜及改变微环境,造成细胞离子通道和功能异常,引起离子异常跨膜运动,可引起癫痫。本文病例首次发作癫痫时已 72 岁高龄,经反复询问病史,病人自

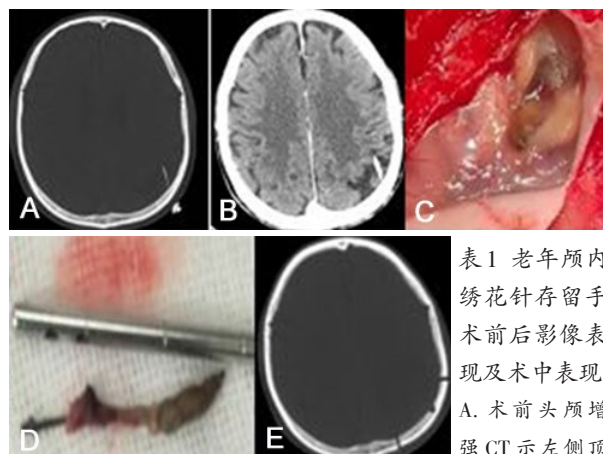


表 1 老年颅内绣花针存留手术前后影像表现及术中表现

A. 术前头颅增强 CT 示左侧顶枕叶见片状低密度影,未见强化;B. 术前 MRI 显示左侧顶枕叶条状高信号;C、D. 术中打开硬脑膜后见增生的胶质层紧密包裹绣花针,胶质层周围可见坏死液化的脑组织;分离粘连完整取出异物,清除坏死脑组织,见异物为一枚约 3 cm 长的绣花针;E. 术后复查头颅 CT 示异物完全取出

记事以来否认头部外伤史,婴儿期被养父母领养后与亲生父母无联系,也始终不知晓亲生父母的情况,现养父母均去世,故无法再追踪病史。入院后头颅薄层(1.5 mm)CT 示颅骨外板正常,针尾嵌顿于内板,针尖指向脑组织深部,术中见头皮及颅骨表面完整,无明显瘢痕或缺损,打开骨瓣后见异物尾端嵌顿于颅骨内板,尖端刺破硬膜、插入脑组织。结合现有情况推测:绣花针在婴儿时期被人从薄弱的颅骨刺入的可能性最高。

不同的颅内异物,治疗方式有所区别。木质异物建议早期手术彻底清创和取出异物。砂石异物可保守治疗。金属异物的治疗尚未达成共识。本文病例出现癫痫症状,金属针的位置表浅,周围已坏死、液化,术中不易损伤周围正常脑组织,术后出现偏瘫等严重功能障碍的可能性小,加上病人手术意愿非常强烈,故决定积极手术治疗。术后恢复好,术后 1 年未再发作癫痫。手术成功的关键在于定位,常用的方法有术前 CT 定位联合术中 C 臂 X 线机定位、立体定向、神经导航技术等。本文病例不具备开展立体定向及神经导航的条件,故采用 CT+电极片作标记的方式定位,具有准确、方便、便宜等优点,效果良好。

(2021-07-09 收稿,2021-11-08 修回)