

. 经验介绍 .

侧脑室颞角 Ommaya 囊植入术治疗孤立颞角综合征： 附 2 例报道并文献复习

喂二所四 杨 晓

【摘要】目的 总结侧脑室颞角 Ommaya 囊植入术治疗孤立颞角综合征的经验。**方法** 回顾性分析侧脑室颞角 Ommaya 囊植入术治疗的 2 例孤立颞角综合征的临床资料,并结合相关文献进行总结。**结果** 2 例均为女性,其中 1 例 50 岁,1 例 56 岁。2 例均因头痛、头昏等入院。因侧脑室三角区肿瘤行手术治疗,术后病理均为脑膜瘤。术后继发侧脑室颞角脑积水,行 Ommaya 囊植入术治疗。术后 1 年复查 MRI,侧脑室颞角未见明显积水,肿瘤未见复发。**结论** 孤立颞角综合征是各种原因引起的一种特殊的局限性脑积水,临床较为少见,多继发于侧脑室三角区肿瘤及其周围结构病变术后。侧脑室颞角穿刺 Ommaya 囊植入术可取得很好的疗效。

【关键词】 孤立颞角综合征;Ommaya 囊植入术;侧脑室颞角;疗效

【文章编号】 1009-153X(2023)12-0716-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 742.7; R 651.1¹

孤立颞角综合征是各种原因引起的一种特殊的局限性脑积水^[1],临床较为少见,表现为颞角与脑室系统相孤立,主要以患侧颞角局限性、进行性扩大为主,多继发于侧脑室三角区肿瘤及其周围结构病变术后。由于脑室壁粘连,脑脊液循环通路狭窄、阻塞导致同侧颞角积水呈局限性扩大,进而压迫相邻的丘脑、基底节区、脑干及颞枕叶皮层而引起症状,轻者可出现颅内压增高、精神障碍、失语、偏瘫、偏盲、记忆减退等症状,重者出现脑疝、死亡^[2-7]。本文回顾性分析 2 例侧脑室三角区脑膜瘤神经内镜切除术后并发孤立颞角综合征的病例资料,探讨孤立颞角综合征的成因、治疗及预防。

1 病例资料

病例 1:女性,50 岁,因间断性头晕 5 个月余入院。入院体格检查:神志清楚,GCS 评分 15 分;双侧瞳孔等大等圆,直径约 2.5 mm,对光反射灵敏;四肢肌力及肌张力正常,生理反射存在,病理反射未引出,脑膜刺激征阴性。入院时头部 MRI、CT 检查示:右侧侧脑室三角区类圆形占位性病变,大小约 2.2 cm×2.5 cm×2.6 cm,考虑脑膜瘤;合并右侧侧脑室下角及后角梗阻性脑积水,右侧侧脑室后角周围脑实质内异常信号,考虑为间质性脑水肿。完善相关术

前检查,无手术禁忌症,行右侧颞枕开颅手术。术中切开蛛网膜后将一次性组织导管扩张器穿刺置入右侧侧脑室三角区,全程在神经内镜辅助下行右侧侧脑室三角区肿瘤切除术。术中可见肿瘤呈椭圆形,浅黄白色,质地较韧,肿瘤血供一般,神经内镜下全切除肿瘤,术后病理诊断为脑膜瘤(WHO 分级 II 级)。术后 1 d,复查头部 CT 发现术区少量积血,未见脑积水、脑水肿,中线居中;病人神志清楚,稍头痛,无恶心、呕吐,四肢活动正常。术后 3 d,拔除头部引流管。术后 6 d,出现明显头痛,伴有恶心、呕吐、意识障碍加深、左侧肢体无力;急诊复查头部 CT 示颞角脑积水,颞叶脑组织肿胀,中线向左偏移,丘脑、基底节区、脑干受压;急诊行右侧颞顶枕部去骨瓣减压术。术后复查头部 CT 显示颞角脑积水加重,病人颅内压增高症状未见明显缓解,意识未见明显好转。在取得病人家属同意后,急诊行 Ommaya 囊植入+囊端穿刺外引流术。术后 7 d,拔除外引流管;复查头部 CT 发现颞角脑积水明显缓解,丘脑、基底节区、脑干未见受压,中线居中;病人颅内压增高症状缓解,意识清楚,四肢活动正常。术后 1 年,复查 MRI 未见颞角明显积水,未见肿瘤复发。

病例 2:女性,56 岁,因突发头痛、头昏 3 d 入院。入院体格检查:神志清楚,GCS 评分 15 分;双侧瞳孔等大等圆,直径约 2.5 mm,对光反射灵敏;四肢肌力及肌张力正常,生理反射存在,病理反射未引出,脑膜刺激征阴性。入院时头部 MRI 及 CT 检查示:右侧侧脑室三角区类圆形占位,大小约 2.3 cm×

2.6 cm×2.9 cm,边界清楚,考虑脑膜瘤。完善术前检查,无手术禁忌症,行右侧颞枕入路手术。术中切开蛛网膜将一次性组织导管扩张器穿刺置入右侧侧脑室三角区,全程在神经内镜辅助下行右侧侧脑室三角区肿瘤切除术。术中可见肿瘤呈椭圆形,浅黄白色,质地较韧,肿瘤血供一般,神经内镜下全切除肿瘤,术后病理示脑膜瘤(WHO 分级Ⅱ级)。术后 1 d,复查头部 CT 未见术区出血,未见脑积水、脑水肿,中线居中;病人神志清楚,未诉头痛,四肢活动正常。术后 2 d,出现发热,体温最高达 39.4 ℃,考虑颅内感染,给予抗感染治疗。术后 3 d,拔出头部引流管。术后 8 d,出现明显头痛,伴有恶心、呕吐、意识障碍加深;急诊复查头部 CT 示颞角脑积水,颞叶脑组织稍肿胀,丘脑、基底节区、脑干受压;给予加强脱水治疗后未见好转,急诊行右侧颞顶枕部去骨瓣减压术,并行 Ommaya 囊植入+囊端穿刺外引流术。术后复查头部 CT 显示颞角脑积水明显缓解,丘脑、基底节区、脑干未见受压,中线居中。术后 1 年,复查 MRI 未见颞角明显积水,未见肿瘤复发。

2 讨论

孤立颞角综合症的病因较为复杂^[7-9],多考虑为各种因素导致侧脑室三角区脑室壁粘连所致,表现为侧脑室三角区明显扩大,周围的间质水肿明显,周围脑组织受压,特别下丘脑、基底节区、脑干等重要结构受压,引起一系列的临床症状。术前侧脑室三角区脑组织水肿明显,术后伴有出血,神经功能缺失,脑室外引流管留置时间较长、引流量过多,术后出现脑膜炎等是孤立颞角综合症的独立危险因素^[1]。也有学者认为术中损伤丘脑导致丘脑局部肿胀引起脑脊液通路临时闭塞,进而出现颞角积水,待脑水肿消除后,孤立颞角综合征可消失^[2]。本文 2 例术后出现颞角孤立综合征的原因主要是:术中使用止血纱、明胶海绵,术后脑室积血,引流管持续开放过度引流,脑室引流管留置时间过长等造成脑室塌陷,加之脑室周围脑水肿,脑室壁损伤重,术后粘连导致脑脊液循环通路阻塞,引起颞角积水。

孤立颞角综合征病情进展快,需根据病情及影像学检查结果,给予有效的治疗,包括动态观察、脑室镜造瘘术、颞角-腹腔分流术等^[2,8]。对无明显颅内压增高症状、无神经功能障碍、颞角扩张不明显、周围间质水肿轻的急性期病人,可选择动态观察,适当给予脱水降颅内压治疗;如急性期内颞角流出道重新开放,则无需治疗。有学者报道行脑室镜造瘘术

治疗 4 例孤立颞角综合征,其中 2 例术后再次出现颞角扩张,1 例术后合并颅内感染^[10]。也有学者采用孤立颞角-腹腔分流术治疗,效果明确,但存在异物植入、感染风险高、终身带管、引流管堵塞、强磁场影响等特殊要求^[11,12]。本文 2 例采用颞角 Ommaya 囊植入+囊端穿刺外引流术,操作简单,病人易接受,效果良好,原因可能是:急性期颞角流出道存在粘连梗阻,重新开放需要时间,而颞角 Ommaya 囊植入术可以缓解颞角脑积水、颅内压增高症状,为颞角流出道重新开放循环赢得时间,待颞角流出道重新开放后,即使拔除外引流管,也未出现颞角积水。

近年来,随着侧脑室三角区肿瘤手术逐步增多,孤立颞角综合征也逐渐被临床医生认识并加于重视,术后一旦出现孤立颞角综合征,将会影响病人的预后,甚至出现严重不可逆的并发症,因此,如何预防其发生对于临床医生来说极为重要。我们总结预防法方如下:①对于术后影像学提示周围脑组织水肿明显的病人,可给予激素治疗,对缓解血管性脑水肿和细胞毒性脑水肿有一定的作用,减少脑室壁粘连。②术中减少脑室壁损伤、减少电灼脉络丛、彻底止血、尽可能避免使用可吸收止血材料、反复冲洗脑室,而引流管自侧脑室三角区置入侧脑室体部室间孔区,维持正常侧脑室房体交界区脑脊液循环通路,最大限度降低无菌性脑膜炎发生率,是避免侧脑室三角区肿瘤术后出现孤立性颞角综合征的关键。③术后引流管间断开放避免引流管过度引流,造成脑室壁塌陷粘连,导致颞角流出道梗阻;术后复查 CT,根据影像学资料调整引流管脑脊液的引流量,避免过度引流。本文 2 例术后 3 d 脑脊液引流量均在 150 ml 左右,均出现孤立颞角综合,考虑存在过度引流。建议脑脊液引流量控制在 100 ml 以内,以保证脑室有足够的充盈空间,有益于颞角流出道重新开放。术后在减少脑脊液引流的同时间断夹闭引流管,复查 CT 如无脑积水、脑室出血发生应尽早拔除引流管,避免增加颅内感染的风险。④术后特别是拔除头部引流管后,需动态复查 CT 或 MRI,尽早了解颞角是否积水扩大,如出现孤立颞角综合征时,应尽早采取正确有效的治疗方法,如可行颞角穿刺 Ommaya 囊植入+囊端穿刺外引流术或脑室-腹腔分流术,均可得到很好的疗效。

【参考文献】

[1] IACCARINO C, ROMANO A, RAMPONI V, et al. Entrap-

ment of temporal horn: first case of bilateral occurrence and review of literature [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2013, 115 (10): 2207-2212.

[2] 郝淑煜,田润发,于兰冰,等. 孤立颞角综合征三例报告并文献复习[J]. 中华神经外科杂志, 2016, 32(12): 1263-1265.

[3] 赵贤军,潘亚文,康 晔,等. 侧脑室三角区术后孤立性颞角形成 3 例报道并文献复习[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2017, 44(4): 405-408.

[4] 彭 鹏,李婧文,王志勇,等. 侧脑室颞角腹腔分流术治疗孤立颞角综合征 1 例[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2017, 43(9): 557-558.

[5] WANG Y, LIN Z, LI Z, *et al.* The incidence and risk factors of postoperative entrapped temporal horn in trigonemenin-giomas [J]. World Neurosurg, 2016, 90: 511-517.

[6] ZHANG B, WANG XS, LI CZ, *et al.* Neuroendoscopic fenestration for entrapped temporal horn after surgery: report of 3 cases [J]. World Neurosurg, 2018, 112: 77-80.

[7] ABDERRAHMEN K, GDOURA Y, KALLEL J, *et al.* Trapped temporal horn, an unusual form of obstructive hydrocephalus: 5 case- reports [J]. Neurochirurgie, 2016, 62: 108-112.

[8] CHEN CC, KASPER EM, ZINN PO, *et al.* Management of entrapped temporal horn by temporal horn to prepontine cistern shunting [J]. World Neurosurg, 2013, 79 (2): 404-407.

[9] HANA T, TANAKA S, SHIN M, *et al.* Neuroendoscopic ventriculocisternostomy with stent placement for trapped temporal horn after the resection of glioblastoma [J]. World Neurosurg, 2015, 84(6): 2075-2078.

[10] KRAHENBUHL AK, BALDAUF J, GAAB MR, *et al.* Endo-scopic temporal ventriculocisternostomy: an option for the treatment of trapped temporal horns [J]. J Neurosurg Pediatr, 2013, 11(5): 568-574.

[11] 张 斌,王新生,李 忠,等. 内镜造瘘术治疗手术后局限性脑积水 4 例[J]. 立体定向和功能神经外科杂志, 2016, 29(2): 94-96.

[12] 李东儒,窦立敏,孙康健,等. 侧脑室三角区肿瘤术后颞角脑积水行显微外科治疗 6 例[J]. 交通医学, 2015, 29(3): 283-285.

(2022-03-24 收稿, 2022-07-02 修回)



分隔型慢性硬膜下血肿的手术治疗

李乾锋 闵 强 罗 明 王春燕 邵 婷 段发亮

【摘要】目的 比较两种手术方法治疗分隔型慢性硬膜下血肿的疗效。**方法** 回顾性分析 2016 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 85 例分隔型慢性硬膜下血肿的临床资料。**结果** 45 例采用神经内镜手术治疗(内镜组), 40 例采用钻孔引流术治疗(引流组)。与引流组相比, 内镜组手术时间、术中失血量明显增加($P<0.05$), 但是术后 6 h 血肿清除率明显提高($P<0.05$), 引流管留置时间和住院时间明显缩短($P<0.05$), 术后硬膜下积气发生率、颅内感染发生率、血肿复发率均明显降低($P<0.05$); 术后 6 个月 Bender 分级明显改善($P<0.05$)。**结论** 两种手术方法治疗分隔型慢性硬膜下血肿, 各有利弊。神经内镜手术具有血肿清除率高、副损伤小、并发症低、复发率低、预后良好的优点。

【关键词】 分隔型慢性硬膜下血肿; 神经内镜手术; 钻孔引流术; 疗效

【文章编号】 1009-153X(2023)12-0718-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1⁺5; R 651.1⁺1

慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)首选钻孔引流术^[1], 但术后复发率较高^[2,3]。分隔型(septated CSDH, sCSDH)为一种特殊类型 CSDH^[4], 术后复发风险更高。本文探讨神经内镜手术和钻

孔引流术治疗 sCSDH 的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 85 例 sCSDH 的临床资料, 其中 45 例采用神经内镜手术治疗(内镜组), 40 例采用钻孔引流术治疗(引流组), 两组基线资料无统计学差异($P>0.05$; 表 1)。

1.2 手术方法

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.12.013

作者单位: 430022, 武汉市第一医院神经外科(李乾锋、闵 强、罗明、王春燕、邵 婷、段发亮)

通讯作者: 段发亮, E-mail: duanfaliang@126.com