经验交流

文章编号:1000-5404(2009)04-0370-02

去骨瓣减压术后顽固性皮瓣下积液的处理

张晓东,池京洋 (天津市环湖医院颅脑损伤抢救中心,天津 300060)

临床工作中常遇到去骨瓣减压术后皮瓣下积液的患者,少数患者为顽固性皮瓣下积液,且积液周围形成囊壁包裹,穿刺引流消失后很快重新出现,临床上处理较为棘手,并且反复穿刺引流极易引起颅内感染,而囊腔-腹腔分流费用高,且容易梗阻,家属及患者往往不能接受[1]。我们尝试在颅骨修补术的同时对皮瓣下积液进行手术处理共50例,取得满意效果,术后随访3个月至3年,平均1.5年,无1例积液复发,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本科自2002年3月至2008年3月,在全麻下对去骨瓣减压术后伴有顽固性皮瓣下积液患者50例行颅骨修补术,男性39例,女性11例,年龄20~55岁,平均37.5岁。去骨瓣减压术后时间为3~6个月。额颞皮瓣下积液38例,占76%,颞瓣皮下积液8例,占16%,双额皮瓣下积液4例,占8%。颅压高症状35例,以头痛呕吐表现为主,骨窗张力增高,皮瓣下可触及波动感,应用脱水药物或穿刺引流均能缓解症状;其中5例出现对侧肢体无力,穿刺引流后可缓解;局限性癫痫发作11例,其中精神运动性发作7例,使用抗癫痫药物均可控制;压迫优势半球影响语言功能14例。

1.2 影像学检查

CT平扫可见骨窗皮瓣下低密度影,密度均匀一致,CT值为7.1~14(8.9±1.2)Hu。圆形或椭圆形大面积低密度灶,与脑脊液密度近似,类似蛛网膜囊肿,其边缘清楚,囊壁无强化影。其下的脑组织受压萎缩,周围无水肿[2]。严重的可伴有同侧脑室受压及中线移位。脑池造影时造影剂不能进入囊内。MRI检查T_1加权呈低信号,T_2加权呈高信号[3]。

1.3 脑电图检查

皮瓣下相应皮层出现低幅慢波的42例,占84%,11例局限性癫痫患者局部皮层出现棘慢波的有7例。

1.4 手术治疗

①颅骨三维CT成像扫描,钛金属网成型,高压灭菌消毒2遍备用。②全麻下原手术切口入路,电刀分离皮瓣或皮肌瓣暴露囊肿壁层,即假膜。③囊壁切除术及脑池蛛网膜下腔疏通术。U字型剪开假膜,可见淡黄色囊液流出,因其蛋白含量的不同,囊液颜色深浅略有不同。探查囊肿四周可发现假膜脏层与脑皮层粘连,其囊腔为一封闭腔隙。显维镜下用神经剥离子及显微剪刀分离假膜脏层与脑皮层的粘连,将囊腔与四周蛛网膜下腔打通,尤其是通往脑池的方向,如侧裂池。将脑池表面的蛛网膜打开,使囊腔与脑池相通。镜下剥离脑皮层表面的囊壁脏层,考虑囊壁脏层可能存有分泌功能,尽量做到全部切除囊壁脏层组织,因囊腔已与蛛网膜下腔及脑池相通,故残存少量具有分泌功能的囊壁脏层也不会造成积液复发,但我们还应努力全部切除囊壁脏层[4]。④大量无菌生理盐水反复冲洗,确认无出血后,连续严密缝合假膜,将成形好的钛网覆盖于骨窗上,假膜中间悬吊,四周钛钉固定钛网,钛网外放置硅胶引流管,逐层缝合伤口。

2 结果

50例患者术后1周复查CT均未发现积液复发,术后随访3个月至3年,平均随访1.5年,无1例积液复发。35例颅高压症状消失,中线移位恢复,其中5例对侧肢体无力均有恢复;11例局限性癫痫,5例停用抗癫痫药物,另外6例抗癫痫药物减量;14例语言功能障碍均有不同程度改善。原发脑损伤也可造成这些神经症状,但皮瓣下积液引起的局部脑组织压迫而致的神经症状改善是可逆的。术前皮瓣下积液引流时,症状暂时性改善,停止引流时,积液又复出现,神经症状再次出现。囊壁切除术及脑池蛛网膜下腔疏通术后,局部脑组织压迫及颅高压的解除,持续的改善了对侧肢体肌力和语言功能,癫痫程度减轻。

3 讨论

该方法对顽固性皮瓣下积液能达到一次治愈,解除皮瓣下积液对脑组织的压迫并同时完成颅骨修补成型术。术中应注意以下几点。

(1)去骨瓣减压术后顽固性皮瓣下积液的原因主要是手术区域蛛网膜粘连形成,尤其合并有蛛网膜下腔出血的患者,蛛网膜粘连的概率更大。脑外伤患者术区的脑挫裂伤往往加重蛛网膜的粘连,本组50例均为脑外伤术后患者。

(2)手术切除皮瓣下囊肿的指征:①有明显颅高压征。②神经系统局灶性体征较重,CT示脑组织或脑室受压明显。③癫痫,脑电图提示癫痫灶位于受压皮层附近。④多次穿刺引流积液不能消除[5]。本组50例均符合上述指征,手术后症状及体征均有明显改善,对无明显症状体征的,去骨瓣减压术后不足3个月的,可保守观察,定期复查CT,若皮瓣下积液进行性增大或出现临床症状,且去骨瓣减压术后超过3个月的应及早手术治疗。

(3)手术时应尽量切除皮下积液周围的囊壁,清除囊液,解除其对脑组织的压迫,防止复发。对巨大的囊肿,放出囊液时要缓慢,以免中线快速移位而造成严重后果。随着显微技术的普及,显微镜下切除囊壁,可以争取在不损伤脑组织的前提下

作者简介:张晓东,男,天津市人,副主任医师,主要从事颅脑损伤方面的研究,发表论文6篇。电话:(022)23354770-2228,E-mail:tjjerryzhang@hotmail.com

收稿日期:2008-09-09;修回日期:2008-10-27

尽量将囊壁全部切除,残留少部分囊壁则不必电凝,因易致血管损伤或痉挛。应广泛将囊肿四周与蛛网膜下腔或脑池打通,即囊肿-脑池交通术,这对防止囊液复发有重要意义[6]。

(4)囊腔必需反复冲洗干净,以免术后交通口粘连闭塞。严密缝合假膜前,应以生理盐水填充囊肿腔,以避免术后颅内积气[7]。

(5)固定钛网后一定充分悬吊假膜,尤其是脑组织局部塌陷较明显的,充分悬吊假膜可使假膜紧贴钛网内侧面,缩短了头皮内侧面与假膜的粘连时间。因钛网厚度不足 1 mm,且成网格状,故皮瓣与假膜粘连速度较快。不使用硅胶板的原因是其厚度大,不利于快速粘连,自体组织对硅胶反应较大,假膜外容易出现新的积液,故此手术不建议使用人工硅胶颅骨。

(6)术后患者平卧位,酌情增加入量,3 d 后应用脑血管扩张药物,这些也能使脑组织膨胀,加快假膜与头皮之间的粘连。

关键词: 去骨瓣减压术;顽固性皮瓣下积液;液囊壁切除;脑池蛛网膜下腔疏通;颅骨修补

中图法分类号: R615　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] 张玉琪, 马振宇. 囊肿 - 腹腔分流术治疗儿童颅内蛛网膜囊肿[J]. 中华神经外科杂志, 2000, 16(4): 216 - 218.
[2] 高　亮, 周良辅. 颅中窝蛛网膜囊肿的外科治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2000, 5(3): 161 - 163.
[3] Ibarra R, Kesava P P. Role of MR imaging in the diagnosis of complicated arachnoid cyst[J]. Pediatr Radiol, 2000, 30(5): 329 - 331.
[4] Abbott R. The endoscopic management of arachnoidal cysts[J]. Neurosurg Clin N Am, 2004, 15(1): 9 - 17.
[5] De-Angelis D, Venturiero V, Coiro P, *et al*. Asymptomatic giant arachnoidal cyst[J]. Neurology, 2003, 61(8): 1148
[6] Elhammady M S, Bhatia S, Ragheb J. Endoscopic fenestration of middle fossa arachnoid cysts: a technical description and case series[J]. Pediatr Neurosurg, 2007, 43(3): 209 - 215.
[7] Fernandez C, Soulier M, Coulibaly B, *et al*. Acrocallosal syndrome in fetus: focus on additional brain abnormalities[J]. Acta Neuropathol, 2008, 115(1): 151 - 156.

(编辑　王　红)

文章编号:1000-5404(2009)04-0371-01

个案与短篇

桡动脉高位起点变异 1 例

苟　东[1],向　润[1],杨晓蓉[1],黄　琳[1],雍刘军[2]　(成都医学院: [1]临床系 2 队,[2]解剖学教研室,成都 610083)

作者在解剖 1 具成年男性标本时发现:左臂桡动脉高位变异。与现有的变异相比,此桡动脉变异起于腋动脉第 1 段,实属罕见。现报告如下。

该桡动脉起于胸小肌上缘(图 1),起始部横径 0.39 cm,在肘窝处横径 0.32 cm,在腕部处横径 0.23 cm。桡动脉向下与正中神经、肱动脉伴行于肱二头肌内侧沟,桡动脉居前,正中神经、肱动脉依次居后,在前臂前区与正常走形一致。在桡动脉起始处内下发出第 1 条分支胸上动脉进入胸部肌肉,其起始部横径约 0.10 cm;在桡动脉距起点 0.70 cm 处发出第 2 条分支胸肩峰动脉,其起始部横径 0.25 cm;在桡动脉距起始点 1.20 cm 处发出第 3 条分支胸外侧动脉,其起始部横径 0.11 cm,分布到前锯肌、胸大肌和胸小肌。桡动脉在臂部发出数条分支于臂前群肌。腋动脉在第 2 段无明显分支,在第 3 段分支正常,并在背阔肌下缘延续为肱动脉,肱动脉在臂部走行正常,在肘关节前方肱动脉穿过肱二头肌腱深面直接延续为尺动脉。

此种桡动脉高位起点变异比较少见,临床上在上肢手术中具有一定的参考价值。

关键词: 桡动脉;变异

中图法分类号: R322.12　　**文献标识码**: B



A: 腋动脉; B: 胸肩峰动脉; C: 正中神经; D: 肱动脉; E、F: 第 4、5 分支; G: 胸上动脉; H: 桡动脉; I: 胸外侧动脉

图 1　桡动脉高位起点变异

参考文献:

[1] 曲永松, 吕美玲, 刘润涛, 等. 高位桡动脉变异 1 例[J]. 中国临床解剖学杂志,2004,22(6):595.
[2] 李鉴轶,刘晓静,尹　东,等. 高位桡动脉及Ⅲ型肌皮神经变异 1 例[J]. 中国临床解剖学杂志, 2002,20(6): 440.
[3] 谷永善. 桡动脉起点变异 1 例[J]. 济宁医学院学报, 1999,22(1):76.
[4] 周俊峄,梁鸿寅, 李　松, 等. 桡动脉高位起始及行程变异 1 例[J]. 中国临床解剖学杂志, 2007, 25(3): 301.
[5] 张　瑗,李宏国,沈伟伟,等. 桡动脉起点变异 1 例[J]. 第三军医大学学报, 2001, 23 (7): 799.

(编辑　王　红)

作者简介:苟　东,男,四川省巴中市人,学员,E-mail:gd. cmc. edu@163. com
通信作者:雍刘军,电话:(028)68289155,E-mail:YLJ@cmc. edu. cn
收稿日期:2008-11-20;**修回日期**:2008-12-08