DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.03.013

颅内蛛网膜囊肿

(附4例病例报告)

张存生 王宪荣
(第一附属医院 神经外科)

摘 要

本文报告4例颅内蛛网膜囊肿。多数作者认为蛛网膜囊肿占全部颅内占位病变的1%，随着头颅CT的运用增加，这种病变有较多发现。对这种少见病变的病因学、发病机理、症状、诊断、治疗进行了讨论。儿童最常见的症状是脑积水，成人最常见的症状是头痛，而局灶性体征取决于病变部位。对多数病人直接手术切除是首选治疗。蛛网膜囊肿手术治疗有一定的手术指征，我们同意手术死亡率是不容忽视的。我们报告的4例病人没有死亡。

自1816年Howship首先报告颅内蛛网膜囊肿后（当时称为含澄清囊液的非肿瘤性脑囊肿），而后文献中曾用不同的命名，诸如囊肿性蛛网膜炎、蛛网膜憩室、颞叶发育不全综合征、颅内良性囊肿、脑囊肿、慢性囊肿性蛛网膜炎等[1]。自七十年代随着头颅CT的运用增多，国外文献病例报告略见增多，但仍为颅内少见病变，一般认为发病率约占颅内占位病变的1%[1][2][3]。本文报告自1976年以来我科诊治的四例，其中例1为颅内多发性蛛网膜囊肿，例2为大脑纵裂内蛛网膜囊肿，在国外文献报告中亦属罕见，国内尚未见专题报告，故作介绍并加讨论，以引起临床注意，减少误诊及提高疗效。

病 例 报 告

例1 女，8岁，生后左颞略隆起，近年左颞膨隆渐进增大，左眼球突出伴头昏，左额颞胀痛，双下肢乏力。平时健康，无头部外伤及感染史。于82年4月9日入院。

入院体检见发育及健康状况良好。头围56 cm，左颞部膨隆，左眼球前突、活动良好，视神经乳头无水肿，神经系统余无异常。

颅骨X线片显示头颅大、颅板薄，颅缝轻度分离，左侧颞骨鳞部纸样非薄向外膨隆，左侧中颅凹明显扩大。

左侧颈动脉造影显示正位片大脑前动脉无侧移位，大脑中动脉水平段上移。侧位片大脑前动脉拉伸，大脑中动脉明显上抬。

脑室Conray造影见轻度脑积水，左侧侧脑室颞角上抬，三脑室后下份上抬，导水管及第四脑室明显前移。见附图。

先由左颞开颅，颞骨非薄，硬脑膜张力高，弧形切开硬脑膜，左颞叶上抬，外观正常。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

左侧中颅凹有二个分隔良好的巨大透明囊肿，囊肿壁由完整的蛛网膜构成，外侧囊壁与硬脑膜无粘连，内侧囊壁与软脑膜略有粘连附着。囊液无色澄清如脑脊液，囊壁次全切除，吸除囊液，脑底中线结构受压，外观正常。鞍后上、三脑室后下份有一同性质囊肿，囊壁部分切除，吸除囊液约30ml。再行后颅凹中线开颅，见硬脑膜已由颅骨内板分离、塌陷，切开硬脑膜，见后颅凹巨大蛛网膜囊肿已空虚，考虑幕上三个囊肿清除后，压力顿减，后颅凹囊肿经环池向幕上溃破，囊壁仍由完整的蛛网膜构成，囊壁次全切除。双侧小脑及蚓部明显受压，四脑室无异常。术中将右侧环池处蛛网膜囊壁大部分切除，达幕上、下满意疏通，后颅凹减压。由左侧中颅凹囊腔部位留置细硅胶管经皮下引流至腹腔，缝合各切口。估计囊液总量约200ml。

术后恢复顺利，逐渐抬高头位，拆线后下床活动，无何不适，左侧突眼恢复，神经系统检查无异常。囊壁病理切片为蛛网膜组织。术后十天出院，复学后成绩优良。

例2　男，19岁，于7年前头部被砖块击伤，无昏迷。伤后一月发作性四肢抽搐，头、眼向右侧偏斜，无意识障碍，持续数分钟自行缓解，间隔1—2周发作一次。于76年4月30日入院。

体检一般状况可，智力迟钝，语言缓慢，视神经乳头无异常，右侧肢体轻偏瘫、肌力4°、腱反射活跃、病理征（－）。

左侧颈动脉造影，正位片显示大脑前动脉左移，中动脉第一段下移，第二、三段外移。侧位片大脑前动脉水平段后下移位，中动脉下移。

左侧额颞部开颅，上方切口在头颅矢状线上，弧形切开硬脑膜向矢状窦侧翻折，脑中央沟前方大脑纵裂内有二个分隔完好、体积略等的扁球形囊肿，大脑镰侧囊壁为蛛网膜，无粘连，脑面囊壁为软脑膜，行蛛网膜囊壁次全切除，吸除无色澄清囊液约120ml，颅内压骤降，脑皮层离内板约2cm，脑皮层及胼胝体外观无异常。囊壁病理切片为蛛网膜组织有慢性炎症。术后神经系统体征无改变，半月出院。术后至今6年，偏瘫消除，癫痫发作减少。

例3　男，9岁，于一月前感冒，高烧达39℃，头痛伴有呕吐，治疗后好转，仍头痛，间有呕吐。三年前有“脑膜炎”病史。于81年6月22日入院。

体检一般状况可，头略向右偏，双视乳头水肿，左视有水平眼颤，右上肢力弱，余神经系统无异常。

头颅X线片示颅板变薄，指压纹增多。脑室Conray造影示脑室轻度积水，四脑室、导水管前移。

后颅凹中线开颅，硬脑膜张力高，V型切开硬脑膜，后颅凹有一巨大透明囊肿，囊外壁为蛛网膜，略增厚，作次全切除，囊内壁为小脑软脑膜，囊液无色澄清，吸除约60ml。受压小脑外观正常，双侧扁桃体下疝，中孔及四脑室无异常，后颅凹减压。囊外壁病理切片为蛛网膜，少量炎症细胞浸润。术后恢复顺利，症状、体征消失。术后第十天出院，至今无复发。

例4　男，12岁，自幼左颞膨隆，轻微胀痛。于76年3月22日入院。

体检一般状况可，神经系统无异常。

头颅X线片示左侧颞骨菲薄，向外膨隆，左侧中颅凹略扩大。

左颞部直切口，小骨窗探查，硬膜张力不高，硬膜下为一透明囊肿，囊外壁为蛛网膜，以细针穿刺获20ml无色澄清囊液。缝合头皮切口。术后顺利，随访至今六年病情无变化。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

讨　论

颅内蛛网膜囊肿是由于脑外脑脊液异常积聚而形成[2]。根据其病因可分为二类[3]：（1）原发性蛛网膜囊肿（又称先天性蛛网膜囊肿），在蛛网囊肿内占多数，常见于儿童，但由于囊肿可多年潜伏，故成年人也可见，甚而尸检发现。本组中例1、4属于此型。（2）继发性蛛网膜囊肿（又称获得性囊肿），多由于颅脑损伤、感染、颅内手术、脑瘤放疗后形成。例2、3属于此型。病理组织学上可分为二组[2]：（1）蛛网膜内囊肿，此类囊肿属先天性，囊肿壁由完整的蛛网膜构成，是由于胚胎时期蛛网膜发育异常，蛛网膜分裂成二层膜而构成完整的囊壁，脑脊液迷聚入这二层膜内而形成真性蛛网膜囊肿。囊肿内壁与所贴近的脑表面存在蛛网膜下腔，囊肿与蛛网膜下腔无直接交通。例1属此型。（2）蛛网膜下囊肿，囊肿外壁为蛛网膜，内壁为所贴近脑的软脑膜构成，可看作异常扩大的蛛网膜下腔。囊肿与周围蛛网膜下腔可粘连封闭或可直接交通。为本组之例2、3。蛛网膜下囊肿在病因学上有以下几种可能[2]：1）继发于脑发育不全部位的蛛网膜下腔扩大而形成的先天性蛛网膜囊肿（Robinson's颞叶发育不全综合征）。例1应属此型，但未手术探查，也无病理。不并发囊内出血、囊内分房而使囊肿扩大，通常可无症状。2）蛛网膜与软脑膜粘连致使蛛网膜下腔分房而形成继发性囊肿。3）先天性脑脊液循环障碍。如Lilliequist's膜闭锁使脚间池与视交叉池分隔，脑脊液积聚而形成鞍上蛛网膜囊肿。4）蛛网膜是间皮源性，意味着结缔组织病变可有蛛网膜弹性变低，如Marfan's综合征可有脑、脊髓多发性蛛网膜囊肿[2]。

颅内蛛网膜囊肿的常见部位依次是：中颅凹、后颅凹、四叠体池。大脑纵裂内、鞍上囊肿罕见，多发性囊肿、脑室内蛛网膜囊肿更十分罕见。

Holst提出与蛛网膜囊肿共存的脑损害不是原发性病变，而是由于囊肿的膨胀压迫作用[1]。Robinson氏本人后来也放弃了“颞叶发育不全综合征”这一命名。

诊断问题

颅内蛛网膜囊肿无独特的临床表现，多见于儿童。本组3例儿童、1例青年。性别上无差异。囊肿可长期潜伏无症状。儿童常见症状为脑积水，成人多诉有头痛，而局灶性神经体征取决于病变部位。常由于轻微头部外伤而觉有症状就医。囊肿可产生严重的急性并发症，如囊内分房、囊内出血、蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿或脑积水而使临床症状急剧恶化[2]。病程中也可由于囊肿和蛛网膜下腔间断交通，囊肿体积改变而使临床症状有波动变化。

颅骨X线平片可显示颅内压增高征象，中颅凹囊肿有病侧颞骨变薄向外膨隆、中颅凹扩大。幕上一侧囊肿可使松果腺钙斑移位。鞍上囊肿可见蝶鞍扩大或J型蝶鞍。鞍上、四叠体池、后颅凹、脑室内囊肿均可显示脑积水改变[3]。

蛛网膜囊肿的囊液类似脑脊液，而蛋白质含量略高。本组病例相一致。Bhandary报告病例中，腰穿脑脊液蛋白含量在10—48mg/dl，而囊液蛋白含量高为31—80mg/dl，这似乎支持由于囊肿与蛛网膜下腔的渗透压梯度而使囊肿增大的理论[2]。

气脑、脑室、脑血管造影均可显示类似颅内占位病变的相应改变，而与蛛网膜下腔有直接交通的囊肿经气脑造影气体进入囊腔可确定诊断。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

颅脑CT的临床运用对蛛网膜囊肿的诊断简易而可靠，使得蛛网膜囊肿发现增多，也有利于术后随访。通常显示为病变部位圆形或卵圆形规则的透亮区，其衰减系数相当于脑脊液，运用对比剂不增浓囊肿壁。但仍必须与颅内少见的囊肿病变如神经上皮囊肿、上皮样囊肿、颅咽管囊肿、包虫囊肿、硬膜下水瘤等鉴别。[1][2][3]

治疗问题

颅内蛛网膜囊肿的治疗意见尚未一致。对无症状性囊肿多数作者认为可不治疗，而密切随诊观察，这些病人易受到外伤而引起发病。本组例4仅细针穿刺囊肿获取少量囊液，并无治疗作用，随访六年病情无变化。蛛网膜囊肿的手术指征如下[2]：1，颅内压增高。2，颅内出血，如囊肿内出血、蛛网膜下腔出血、硬膜下出血或血肿形成。3，有局灶性神经体征。手术治疗包括二个部分：1，囊肿本身的手术。2，合并脑积水的手术。对囊肿本身，多主张对囊壁作次全或大部分切除，囊肿外壁易于全切，囊肿内壁常因贴近脑重要结构、粘连重而难能全切。切除囊壁要达到囊腔与周围脑池充分疏通。对巨大囊肿囊液应缓慢吸除，避免脑剧烈塌陷或脑骤然移位而造成严重后果。为避免囊肿手术复发，提倡加作囊腔-脑室分流术或囊腔-腹腔分流术。对合并脑积水的治疗，多主张当囊肿直接手术后，脑积水持续存在时加作脑室-腹腔分流术。手术并不复杂，本组4例无死亡，但手术死亡率仍不容忽视。迄至目前，颅内蛛网膜囊肿尚无大组病例及成熟经验报告，本组报告四例尚需长期观察随访，逐步积累诊治经验。

参考文献

(1) Masayuki Matsuta, et al: Neural Med Chir(Tokyo)22:71—76, 1982

(2) González CA, et al: Acta Neurochirurgica 60:281—296, 1982

(3) Okamoto K, et al: Acta Neurochirurgica 57:87—93, 1981

(4) Robinson RG: Brain 87:87—106, 1964

(5) Robinson RG: Prog Neurol Surg 4,133—174,1971

(6) Chatak NR, et al:J Neurosurg 35:477—482, 1971

Intracranial Arachnoid Cyst

Zheng Cunsun, Wang Xianrong

(Department of Neurosurgery, First Teaching Hospital)

Most authors agree that arachnoid cyst accounts for about 1% of all intracranial space-occupying lesions, but this lesion is more frequently found now-a-days as the application of cranial CT becomes more common. Four cases of intracranial arachnoid cyst were reported with discussions on its etiolgy, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and treatment.

In children, the presenting symptom is hydrocephalic manifestations; while in adults, it is headache with various focal symptoms depending on the locations of the cyst. There are certain indications for surgical therapy but direct excision is the treatment of choice in most cases. Surgical mortality should be seriously considered and not be neglected. No death occurred in our four cases.

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

征 订 启 事

《第三军医大学学报》是医学综合性的学术刊物，主要刊登教学、医疗和科研方面的学术论文，研究报告，临床病例（理）讨论，个案报导，专题讲座，文献综述以及教育学、科研管理学和医院管理学等方面的文章。宜于医学院校、医院及其他医药卫生科技人员参阅。

本刊已于一九八三年第三季度起在国内公开发行，系季刊，每季末出版，每册0.50元，全年2元。从一九八三年第三季度开始订阅，欲订阅者请汇款至重庆市第三军医大学器材处。

开户银行：中国人民银行重庆市沙区高滩岩服务组；帐号：851513

《第三军医大学学报》编辑室　1983.9

颅内蛛网膜囊肿（附4例病例报告）（正文见232页）



图1

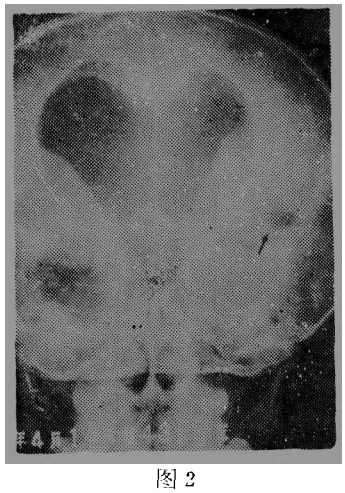


图2

马凡（Marfan）氏综合征猝死一例尸检报告（正文见245页）

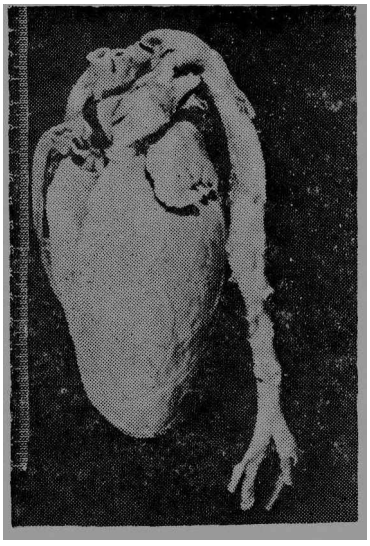


图1　心脏明显增大，上下径增加特别明显，似锥形。

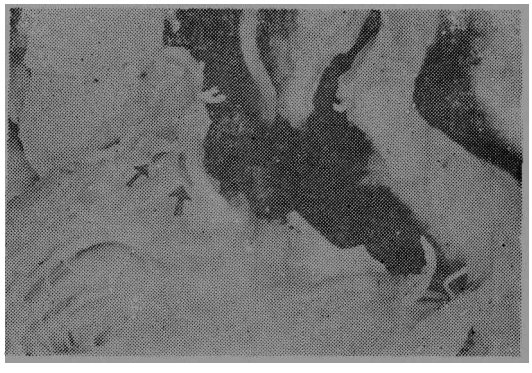


图2　肺动脉瓣稍增厚，两个瓣叶各见小穿孔一个。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net