

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.12.026
文章编号: 1005-8982 (2019) 12-0123-02

临床报道

颅内肿瘤术后非术区硬膜外血肿 2 例

尤金良¹, 李文鹏², 张显峰¹

(1. 吉林大学白求恩第一医院, 吉林 长春 130012; 2. 中山大学孙逸仙纪念医院, 广东 广州 510120)

摘要: 硬膜外血肿指发生在颅骨内板和硬膜之间的血肿, 常见于颅脑外伤后。而颅内肿瘤术后继发硬膜外血肿则较少见, 发生在非术区更少见, 约占开颅手术的 0.14%。本文报道 2 例颅内肿瘤术后非术区的硬膜外血肿。

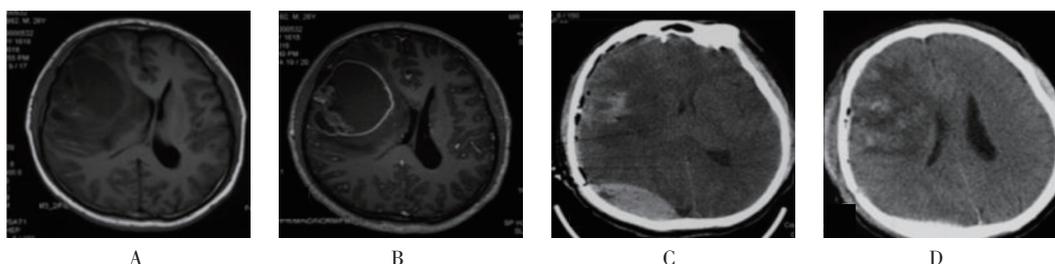
中图分类号: R743.9

文献标识码: B

1 临床资料

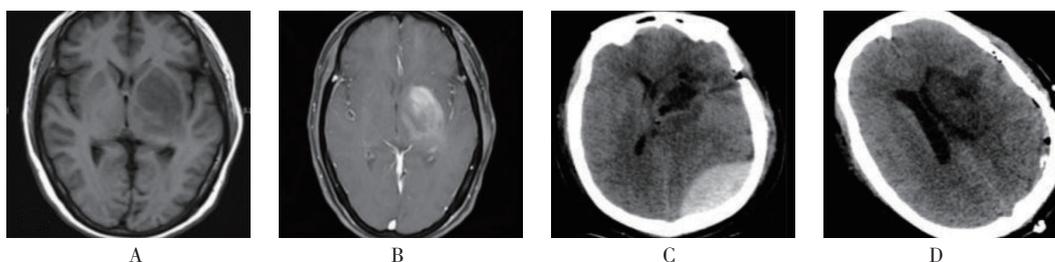
病例 1: 男性, 26 岁, 因头痛 1 个月余, 加重伴嗜睡入院。查体: 嗜睡, 口齿不清, 四肢肌力正常, 余神经系统未见异常。入院后行头部 MRI 示: 右侧额叶占位, T₁ 稍低信号 T₂ 高信号 (见图 1A), 环形强化 (见图 1B)。考虑胶质瘤, 行开颅手术治疗, 术后复查 CT 示, 右侧顶枕部硬膜外血肿 (见图 1C)。因患者意识状态神清语明, 行保守治疗, 严密观察患者状态。后复查 CT, 患者血肿吸收 (见图 1D)。

病例 2: 女性, 52 岁, 因乏力伴右侧肢体活动灵活度下降 1 个月入院。查体: 神清语明, 左侧肢体肌力 V 级, 右侧 IV 级, 肌张力正常, 无病理征, 余神经系统未见异常。头部 MRI 示, 左侧基底节区占位 (见图 2A、B)。考虑为胶质瘤, 行开颅手术治疗。术后患者长时间未苏醒, 处于浅昏迷, 复查 CT 示, 左侧顶枕部硬膜外血肿 (见图 2C)。因患者意识状态差, 急诊行去骨瓣血肿清除术, 术后复查 CT, 血肿清除 (见图 2D), 患者恢复良好。



A: 术前 MRI; B: 术前增强 MRI; C: 术后当天 CT; D: 保守治疗后复查 CT

图 1 病例 1 头部 MRI



A: 术前 MRI; B: 术前增强 MRI; C: 术后当天 CT; D: 清除血肿后 CT

图 2 病例 2 头部 MRI

收稿日期: 2018-12-27

[通信作者] 张显峰, Tel: 15804301460

2 讨论

颅内肿瘤术后并发非术区硬膜外血肿,多数位于术区邻近以及远隔部位。因发生在麻醉术后,加上神经外科特殊部位肿瘤影响患者觉醒,导致起病隐匿。若不能及早发现,可能造成严重后果,甚至死亡。术后产生硬膜外血肿的主要因素有血肿形成的常见危险因素包括,①年龄。与老年人相比,青年人的硬膜与颅骨之间粘连不紧密,当颅压下降时,硬膜与颅骨易产生剥离,造成桥静脉撕裂、出血^[1]。②低颅压。术中硬脑膜切开,脑脊液释放过快,术前瘤体巨大或并存脑积水,瘤体切除后致使脑组织进一步塌陷^[2-3];③术中大出血。有研究表明,当术中出血量>800 ml时,术后患者发生硬膜外血肿的风险增加^[4]。④术后脑脊液引流过度。硬膜外引流管放置过低,导致脑脊液大量流出,造成低颅压,从而出现硬膜外血肿。故即使严密缝合硬脑膜,仍无法阻止脑脊液自硬膜外引流管流出。⑤术后远隔部位血肿多位于额颞顶区,尤其以额颞区多见,原因是额颞顶的硬脑膜与颅骨内板粘连疏松,容易剥离,而枕部的硬脑膜与颅内板粘连较紧,不易剥离。另外仰卧位时,枕部脑组织有颅骨支撑,不易塌陷,而额颞顶区脑组织无颅骨托扶容易塌陷^[5]。

对于术后产生硬膜外血肿的早期诊断有以下几点:①瘤体切除后脑压仍较高,甚至术区脑组织膨出^[6];②麻醉药物代谢结束,患者仍无法苏醒、苏醒时间延长、苏醒后意识水平不理想或苏醒后又昏迷;③术后出现的神经系统阳性体征,手术损伤不能完全解释;④术后尽早复查头颅CT;⑤术中B超可帮助明确术野周边部位的血肿形成^[7]。

硬膜外血肿常见的治疗方式包括,①保守治疗。如血肿体积较小,患者意识较好,可动态复查CT,密切关注意识、瞳孔、生命体征(尤其自主呼吸)以及肢体运动等。持续间断格拉斯哥昏迷指数评分计分,24 h内禁止大剂量脱水药物的使用^[8],术区或邻近区域的硬膜外血肿大部分可由引流装置吸出。②钻孔置管引流术。适用于血肿体积小,意识状态差,或意识状态变化快,开颅手术无法及时处理^[2];③开颅手术

治疗。如血肿体积较大、意识进行性下降及CT复查过程中出血量增多,穿刺引流无法彻底引流出血肿,均是手术指征,手术往往采用开颅清血肿。然而大多数找不到出血点,术中需要严密悬吊硬脑膜,术毕放置引流管。

开颅术后急性硬膜外血肿发生率低,危险因素复杂,且不易察觉,若得不到及时处理致死率亦较高。因此对于有可能发生硬膜外血肿的高危患者,术前应给予相应的预防措施,术中应操作小心,术后即时复查CT,一旦出现硬膜外血肿,应高度重视、积极采取相应治疗措施。如处理及时,大部分患者预后良好。

参 考 文 献:

- [1] GLOTZBECKER M P, BONO C M, WOOD K B, et al. Postoperative spinal epidural hematoma: a systematic review[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2010, 35(10): DOI: 10.4076/1757-1626-2-8584.
- [2] NIIMURA M, TAKAI K, TANIGUCHI M. Postoperative epidural haematomas associated with hydrocephalus caused by intraoperative overdrainage of cerebrospinal fluid: two case reports with a literature review of 19 cases[J]. BMJ Case Rep, 2015: DOI: 10.1136/bcr-2014-206654.
- [3] YAMAGUCHI-OKADA M, FUKUHARA N, NISHIOKA H, et al. Remote extradural haematomas following extended transsphenoidal surgery for a craniopharyngioma—a case report[J]. Br J Neurosurg, 2014, 28(5): 694-696.
- [4] KIM S H, JUNG S Y, KIM M G, et al. Comparison of steroid administration methods in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a retrospective observational study[J]. Clin Otolaryngol, 2015, 40(3): 183-190.
- [5] YU J, YANG H, CUI D, et al. Retrospective analysis of 14 cases of remote epidural hematoma as a postoperative complication after intracranial tumor resection[J]. World J Surg Oncol, 2016, 14(1): 1.
- [6] OHATA H, YAMADA T, DOHI S. Postoperative epidural hematoma remote from the site of craniotomy for STA-MCA anastomosis[J]. Masui, 2008, 57(6): 756-760.
- [7] LUO H, WANG C, LIU M, et al. Inhibition of SOX9 promotes inflammatory and immune responses of dental pulp[J]. J Endod, 2018, 44(5): 792-799.
- [8] PICHIERRI A, RUGGERI A, DONNARUMMA P, et al. Postoperative extradural hematomas[J]. J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg, 2013, 74(1): 25-28.

(唐勇 编辑)