

(1)保守治疗:即不宜于外科手术及介入治疗者,可采用内科药物治疗,主要是针对原发病及降低门静脉压力的药物;非出血者主要是针对胰腺基础疾病的治疗,可用抗凝药物防止脾静脉血栓的形成,预防性使用胃黏膜保护药。伴有出血者可立即予药物止血、三腔二囊管压迫止血及对症支持,但远期疗效欠佳,经内科治疗后均应转外科手术。(2)介入治疗:包括选择性脾动脉栓塞术或经皮脾动脉栓塞等,但是均不能根本解决问题,亦可产生如脾脓肿、脾梗死等并发症。目前临床上较少应用,主要用于不能耐受手术,原发疾病不能去除不宜手术者及重度胃底静脉曲张、中重度脾亢需要处理者。(3)外科治疗:胃底静脉曲张无出血史者,行单纯脾切除术即可缓解高压。胃底静脉曲张且有出血史者,行脾切除加贲门周围血管离断术^[5]。本例患者无肝病病史,术前肝功能正常,术中见肝脏形态及质地正常,有食道-胃底静脉曲张,据上述临床特点,诊断区域性门脉高压明确。结合患者有出血及脾大表现,有施行脾切除联合胃贲门周围血管离断术手术指征;术后并发胃结肠瘘,经肠外、肠内营养治疗后,顺利康复。作者的体会:区域性门脉高压症合并脾肿大、脾亢、上消化道出血者,脾切除联合胃贲门周围血管离断术,仍是首选的方式;理论上对区域性门静脉高压症患者可以进行分流手术,但实际上由于胰腺病变造成的血管解剖困难和脾静脉栓塞及分流术后脾功能亢进的存在,分流手术治疗区域性门脉高压的疗效有限,临床很少应用。当然也有文献报道^[6]对主要累及胰头病变引起的胰源性门脉高压,大多为外压型,去除病变部位后若脾静脉阻塞改善,可考虑保留脾脏。但术前应充分估计手术难度,备足血源,术中分离致密粘连,防止大出血,尽量减少对胃肠壁的损伤是手术的关键。一旦发生大出血时,快速切除脾脏是控制出血的有效方法。估计手术难度较大者术前如行血管造影及脾动脉栓塞对术中出血的控制有利,可考虑;同时为减少术中粘连,可适当予地塞米松治疗 5 d 等。对于早期无出血史的患者,也可选择脾动脉栓塞介入、食道曲张静脉套扎等治疗^[5],但也有导致脾梗死、异位静脉曲张形成的风险。本例患者术后发生胃瘘及胃结肠内瘘,其原因可能:胃壁、结肠壁损伤;术后贫血未及时得到纠正;彻底断流术后胃壁缺血、坏死;胃瘘后局部感染侵蚀修补的结肠壁。如何

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.055

扁平肥厚型脑膜瘤 1 例并文献复习

夏海龙¹,杨刚²,汪奇柏¹,马书明^{1△}

(1.重庆市红十字会医院/江北区人民医院神经外科 400020;

2.重庆医科大学附属第一医院神经外科 400016)

中图分类号:R651.1

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)04-0574-03

脑膜瘤为成人颅内最常见的良性肿瘤,约占所有颅内肿瘤的 20%。按其生长形态特点可分为类球型和扁平肥厚型脑膜瘤(MEP)。前者临床多见,诊断和治疗相对容易;而后者发病率低,起病隐逸,早期诊断困难,易误诊、漏诊,治疗难度大,一直是神经外科医生的一大难题。现将左侧蝶骨嵴颅-面巨沟通性 MEP 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,60 岁,因“左眼突出 9 年,视力下降 2 年,头痛 6 个月,加重 15 d”入院。9 年前患者无明显诱因出现左眼突出,呈缓慢进行性加重。头颅 CT 示:左侧额部局部颅骨明显增生

避免术中胃肠壁损伤、保证断流术后胃壁尤其胃底的血供、纠正贫血、改善全身营养状况等是预防术后胃瘘的关键。据张斌^[7]报道,脾切除术后并发胃瘘,经局部通畅引流,肠外营养及肠内营养的应用,改善营养状况,等待时间(3~6 个月,甚至更长),多能自行愈合。本例患者发生胃、结肠瘘后,原拟于术后 6 个月再次行手术治疗,但经积极肠内外营养支持治疗、外漏引流及瘘口细心护理等保守治疗后痊愈,对于此类患者的治疗,作者认为还要充分评估再次手术的风险,谨慎行事。另外,该例患者成功的救治、顺利康复,与医务人员即时、有效、耐心细致的医患沟通及患者和家属积极配合是分不开的。

总之,胰源性区域性门脉高压症手术治疗仍然是首选、有效的治疗方法,术前应充分估计手术的难度,准备充分,如肠道准备;在出血完全控制的情况下,应仔细检查有无胃肠道等周围器官的损伤,及时处理,防止手术并发症的发生,同时积极有效处理相应的并发症,以减少患者的痛苦。

参考文献:

- [1] 唐杰,曹传平,王建荣.胰源性门脉高压症所致的上消化道出血[J].北京医学,2003,25(2):136.
- [2] John PL,David MN,Duabe I,et al. Sinistral portal hypertension splenectomy or expectant management[J]. Ann Surg,1993,217(1):35.
- [3] 张东海.胰源性区域性门脉高压症[J].胃肠病学和肝病杂志,2001,10(1):22-24.
- [4] 张谊.区域性门静脉高压症研究进展[J].肝胆胰外科杂志,2006,18(5):323-325.
- [5] 张谊,廖毅.区域性门静脉高压症的诊断与治疗[J].肝胆胰外科杂志,2009,21(1):34-36.
- [6] 王凯,余斌,管洪庚.胰源性区域性门脉高压症临床诊治[J].中国现代医药杂志,2008,12(1):18-19.
- [7] 张斌.脾切除术后并发胃瘘的临床治疗[J].中国实用医药,2012,32(8):60-61.

(收稿日期:2014-09-19 修回日期:2014-10-15)

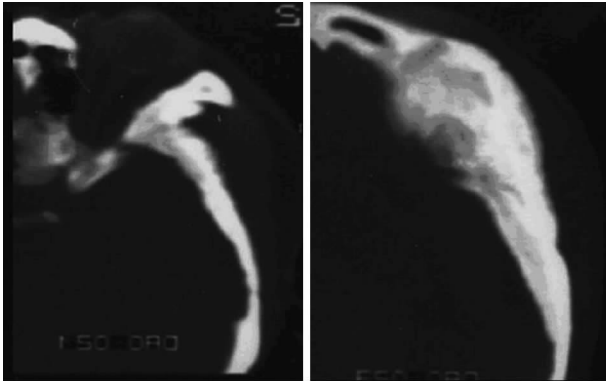


图 1 9 年前头颅 CT 骨窗

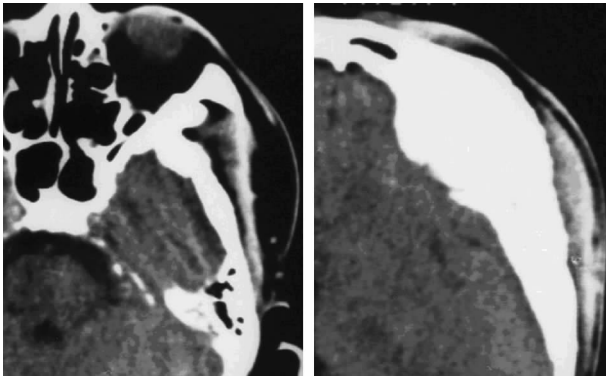
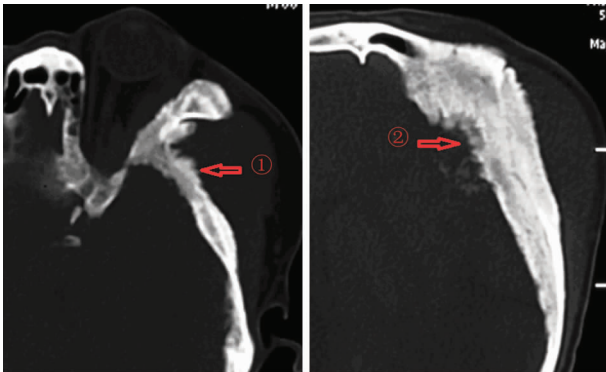


图 2 9 年前头颅 CT 脑组织窗



①: 显示毛刷样不规则边缘; ②: 显示颅骨虫蚀样破坏。

图 3 术前头颅 CT 轴位

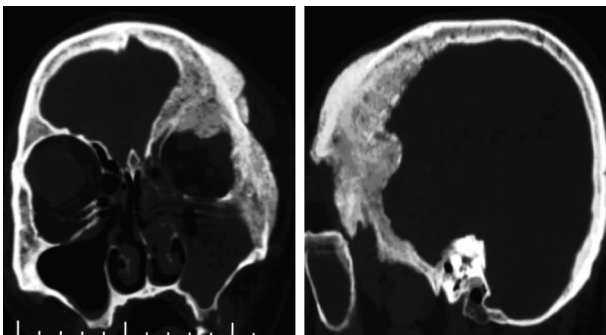


图 4 术前头颅 CT 冠矢位

入院诊断为左侧额部颅面沟通性肿瘤, 考虑为颅骨来源的恶性肿瘤, 以骨纤维异常增殖恶变可能性最大。完善术前检查, 在全麻下行左侧额部颅面沟通性肿瘤切除术, 术中见左颞骨骨瓣外、颞肌间有一直径约 5 cm 软组织包块, 质硬, 与颞骨骨瓣骨外板粘连, 与颞肌粘连, 取部分组织行术中冰冻提示为“脑膜瘤”。颅内部分肿瘤蒂位于左侧蝶骨嵴处, 肿瘤呈扁平

样生长, 广泛侵蚀硬脑膜, 与其下脑皮层粘连紧密, 质地中等、韧, 血供丰富。左侧蝶骨嵴、眶外侧壁、眶顶壁、中颅窝底及侧裂上方颞骨骨质广泛增生, 骨质较硬。手术切除颞肌下、骨瓣外软组织包块, 切除左侧颞骨增生骨质, 磨除左颞底、眶外侧、眶顶壁增生骨质, 连同硬膜一起切除肿瘤(大小约 7 cm×3 cm×2 cm)。

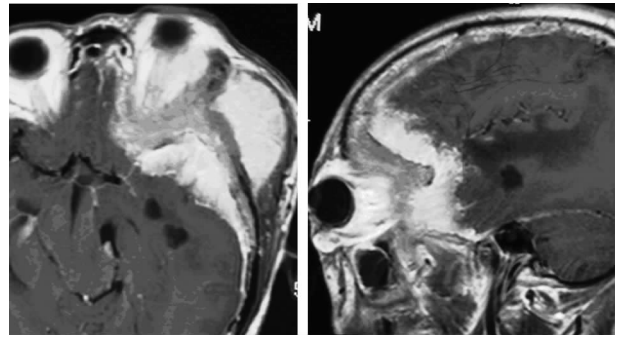


图 5 术前增强 MRI

2 讨论

MEP 首先由 Cushing 和 Eisenhardt 在 1938 年提出, 是脑膜瘤一种罕见的特殊类型, 其发生率仅占所有脑膜瘤的 2%~4%^[1], 好发于中年女性, 发病高峰为 40~50 岁, 女: 男为 (3~5): 1。又由于其最好发于蝶骨嵴, 常与眼眶相通, 临床也称为蝶-眶脑膜瘤。

本例为 60 岁男性患者, 于发病初(9 年前)被诊断为骨纤维异常增殖综合征; 此次入院后术前考虑诊断为左额部颅骨来源的恶性肿瘤, 骨纤维异常增殖综合征恶变可能性大, 均出现了临床误诊情况。切除组织连同颅骨一起送病理检查, 结果提示为脑膜瘤, 增生部分颅骨提示有肿瘤浸润, 见图 6。其误诊原因与 MEP 临床特点密切相关, 作者结合文献总结其临床特点如下。(1)MEP 生长方式特殊: 与大多凸面脑膜瘤的呈类圆形的膨胀性生长方式不同, MEP 多呈地毯状匍匐样生长。典型的 MEP 好发于蝶骨嵴, 常以蝶骨大翼为中心沿硬脑膜呈浸润性的向四周扩散^[2], 故肿瘤多具有较宽大的基底。又由于蝶骨大翼处的硬脑膜经过视神经管和眶上裂等自然腔隙与眶内的眶骨膜相延续, 导致肿瘤往往易通过视神经管和眶上裂的腔隙浸润至眶内, 这就导致 MRP 的形状往往不规则, 部分可呈哑铃状。临床还可见到肿瘤通过颅底的孔、隙浸润至颅外, 如颞窝、颞下窝、翼腭窝等处。(2)MEP 的生物学行为异常: 临床上可见到部分脑膜瘤伴有邻近的颅骨增生性改变, 据报告脑膜瘤并发颅骨增生的总体概率为 4.5%^[3], 其颅骨增生多呈均匀膨胀性生长。然而对 MEP 而言颅骨增生更加常见, 有报道称其发生率可高达 25%~49%, 几乎是 MEP 最重要的标志性特征, 甚至被认为其比肿瘤本身更加重要^[4]。且 MEP 所致的骨质增生程度常常与肿瘤的大小不成相关性, 极小的 MEP 也可伴随非常明显的颅骨增生^[5], 故临床易将其误诊为骨纤维异常增殖综合征, 本例患者早期即是如此。MEP 所致的颅骨增生形态不规则, 甚至可见虫蚀样、边缘毛刷样改变, 极易导致人们联想到颅骨的恶性肿瘤, 如本例的术前诊断。MEP 导致颅骨增生的原因临床上尚存在争议, 大多围绕颅骨增生是肿瘤直接浸润还是仅仅为肿瘤继发性改变而颅骨本身并无肿瘤浸润展开^[6], 本例支持前者。(3)临床表现欠典型: 脑膜瘤最常见的临床症状为头痛、恶心伴呕吐等的颅内高压表现, 或癫痫、局灶性神经功能缺失等。然而, 有别于普通的类圆形脑膜瘤, MEP 最常见的首发症状为因局部颅骨增生所致的进行性的眼球突出^[3], 这种眼球突出多为单侧、不可逆、非搏动性。MEP 后期还可出现视力下降、视野缺损、眼球活动障碍等表现, 都很难让

人首先就将其与脑膜瘤相联系。(4)影像学表现特异:如考虑患者存在颅内占位性病变,临床多先行头颅 CT 平扫检查进行初筛。然而对于 MEP,其颅内病变较小甚至缺如,CT 上除提示局部骨质增生外,往往不能发现任何脑膜瘤征象,进而导致误诊、漏诊。随着病程进展,肿瘤体积逐渐增大后,CT 才可能发现颅内或眶内病变。对于 MEP,头颅增强 MRI 更有特异性,其 T_1 像呈现为等或低信号, T_2 像多为高信号,增强像可见肿瘤及被侵犯的硬脑膜明显均匀强化。肿瘤的颅内部分边缘欠规则,但仔细观察可发现其与脑组织之间多存在明显的蛛网膜间隙。MEP 的瘤周水肿往往较普通脑膜瘤更加严重,这可能与 MEP 增殖活性高及易破坏血脑屏障有关^[7]。

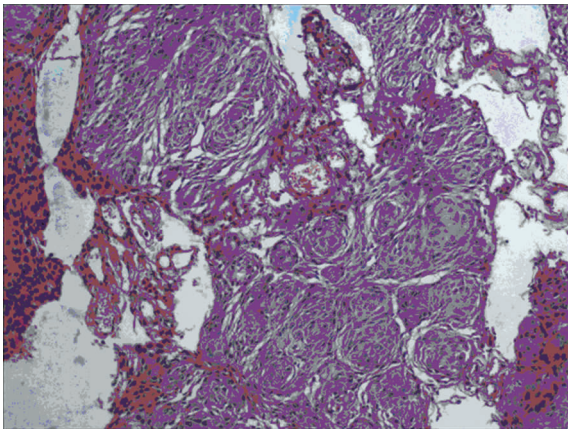


图 6 术后病理切片(40×10)

MEP 生长方式特殊、生物学行为异常、临床症状不典型、影像学表现特异导致其早期诊断困难,易误诊、漏诊。为减少其误诊、漏诊的概率,临床上对于以进行性突眼为首发症状的患者,需警惕为 MEP 可能。如结合 CT 上有局部颅骨增生表现,MEP 的诊断应进一步怀疑。针对 CT 提示颅骨增生明显,颅内未见确切软组织肿块影的患者,MRI 检查非常必要,其在

诊断 MEP 方面较 CT 具有明显的优势。

MEP 临床少见,临床特点鲜明,早期诊断困难,其并发颅骨增生的机制尚不明确,治疗也无统一的方案,复发的概率大,具有重要的临床研究价值。作者期待对其进一步研究与探讨,以期为其诊断和治疗提供参考。

参考文献:

- [1] Ringel F, Cedzich C, Schramm J. Microsurgical technique and results of a series of 63 sphenoidal meningiomas [J]. Neurosurgery, 2007, 60(4 Suppl 2): 214.
- [2] Li Y, Shi JT, An YZ, et al. Sphenoid wing meningioma en plaque: report of 37 cases [J]. Chin Med J, 2009, 122(20): 2423-2427.
- [3] Hongmin J, Kang SH, Lee JB, et al. Hyperostotic meningioma with minimal tumor invasion into the skull [J]. Neurol Med Chir, 2005, 45(5): 480-483.
- [4] Gupta SK, Mohindra S, Radotra BD, et al. Giant calvarial hyperostosis with bi parasagittal en plaque meningioma [J]. Neurol India, 2006, 54(2): 1626-1627.
- [5] Jin UB, Young DC, Jae CY, et al. An osteolytic meningioma en plaque of the sphenoid ridge [J]. Korean Neurosurg Soc, 2008, 43(1): 34-36.
- [6] Goyal N, Kakkar A, Sarkar C, et al. Does bony hyperostosis in intracranial meningioma signify tumor invasion? A radio-pathologic study [J]. Neurol India, 2012, 60(1): 50-54.
- [7] Kuitao Y, Yan C, Li L, et al. Study on the clinic-pathology and imaging features of cranio-orbital communicating meningioma [J]. Pract Radiol, 2009, 25(11): 1551-1554.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-11-10)

(上接第 569 页)

减轻骨折区受力;对于颌间牵引的患者每日进行张口训练,向患者及家属讲明功能锻炼的重要性^[12]。

随着现代生物材料学的进展和骨折内固定技术的进步,颌面部骨折治疗技术有了长足的进步。坚强内固定已经是治疗颌面部骨折的常用方法,能够进行早期的开口训练,有利于患者早期康复^[13]。护理本组患者的体会有:医护人员要很好的配合,尤其是护理人员要在术前了解医生的手术计划,术后要向医生详细了解手术情况,这样在与患者沟通时才心中有数。本组患者经过作者积极的临床护理,所有患者基本都恢复了术前面部外形,并获得了良好的咬合关系和咀嚼功能,达到了预期的治疗效果。

参考文献:

- [1] 谢旺祥,陈明福,高亮,等.颌面部多发性骨折治疗方法的探讨[J].口腔颌面外科杂志,2011(4):90-92.
- [2] 汪艳,尹华,匡凌云.下颌骨骨折切开复位内固定术 68 例围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2010,16(21):67-68.
- [3] 何伟.颌面部创伤 356 例的临床分析[J].口腔颌面外科杂志,2013,23(5):387-389.
- [4] 魏有红,夏翠兰,周运彩,等.手外伤致残患者心理状态调查及护理干预[J].中华全科医师杂志,2013,11(9):1426-1427.

- [5] 张世凡,黄国莲.口腔颌面外伤患者生活质量的心理学研究[J].江西医药,2013,48(6):562-563.
- [6] 吴丽霞.小型钛板内固定治疗颌骨骨折的围术期护理[J].哈尔滨医药,2013,33(4):329-330.
- [7] 马玲宁,薛桂红.83 例颌面部骨折患者围术期的护理体会[J].贵阳中医学院学报,2012,34(4):150-151.
- [8] 林伟真,陈娇艳,张美焦.健康教育在颌面部骨折患者护理中的应用分析[J].现代医药卫生,2012,28(22):3469-3470.
- [9] 谢莲金.全麻术后患者苏醒期的监测及护理管理[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(22):3389-3390.
- [10] 吴小红,王霞,何淑波.舒适护理在无痛消化内镜检查术中的应用[J].重庆医学,2014,43(8):1006-1007.
- [11] 刘芹,魏婷,孙世尧,等.口内入路坚强内固定术治疗颌骨骨折的护理体会[J].临床口腔医学杂志,2010,26(1):50-51.
- [12] 连白玲,李玮,赵虹.上颌骨骨折颌间牵引固定术后预防并发症的护理[J].全科护理,2014,12(3):216-217.
- [13] 陈婷婷.微钛板颌骨骨折内固定术后的临床护理分析[J].中外医疗,2013,3(10):151-153.

(收稿日期:2014-09-10 修回日期:2014-10-15)