

脑室-腹腔分流管腹腔端外露 1 例报告

• 病例报告 •

黄琦丹, 黄志伟, 陆健吾, 文超勇, 郑捷敏, 李学东, 陈家康

作者单位: 545005 柳州, 广西医科大学第四附属医院神经外科

作者简介: 黄琦丹(1980-), 男, 大学本科, 住院医师, 研究方向: 脑血管疾病, 颅脑肿瘤。E-mail: huangqidan00@yahoo.com.cn

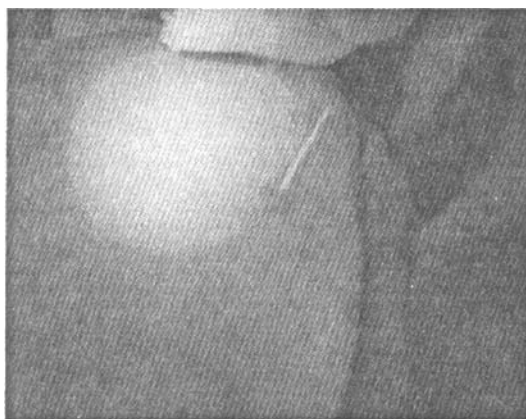
[关键词] 脑室-腹腔分流管; 腹腔

[中图分类号] R 742.7 [文章编号] 1674-3806(2010)02-0190-01

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.38

1 病例介绍

患者男性, 62 岁, 因“脑室-腹腔分流术后 3 年, 发现腹部异物半天”步行入院, CT 提示: 脑室系统扩张, 见分流管脑室端位于右侧脑室内。腹部 X 线: 可见分流管位于腹部。查体: 精神亢奋, 对答错误, 记忆力、计算力、定向力差, 腹平软, 无肌紧张, 无压痛以及反跳痛, 分流管路径体表皮肤无红肿、破溃, 右下腹可见一约 6 cm 陈旧性手术疤痕, 脐下正中约 3 cm 处可见一皮肤潮红窦道, 长约 3 cm, 分流管从窦道穿出, 压迫分流泵, 分流管腹腔端可见清亮脑脊液流出(见附图)。急诊行脑室-腹腔分流管拔除术(手术步骤: 从右额颞部脑室-腹腔引流泵皮肤隆起处做一约 3 cm 切口, 切开皮肤、皮下, 止血, 分离出脑室-腹腔分流泵, 松解引流管, 从腹腔端外露端拔除整副引流管, 从腹部窦道探查未与腹腔相通), 术后定期腰穿释放脑脊液以及使用药物减少脑脊液分泌, 切口愈合拆线出院。术后 1 个月电话回访, 患者无自主生活能力, 精神萎靡, 懒言, 易激惹, 记忆力、计算力、定向力较前明显加重, 行走不稳, 建议其返院复查, 未果。



2 讨论

2.1 经查阅有关文献^[1-3], 众多的术后并发症其原因为:

(1) 分流管堵塞。①脑室端: 置管过浅或过深; ②腹腔端: 大网膜包裹、分流管腹腔端扭曲成角、腹腔端与脏器长期摩擦刺激导致粘连; ③分流泵: 以脑脊液蛋白含量高、血凝块阻塞分流泵或者整个分流管道。(2) 术后感染。包括颅内感染、腹腔感染、分流管皮下隧道感染。①颅内感染: 通常与手术无菌操作不严格, 分流管消毒不充分, 管道逆行感染有关; ②腹腔端感染: 可因腹腔内脏器炎症蔓延引起; ③分流手术因手术隧道长, 术野大, 皮肤表面的细菌可通过皮肤切口、甚至管道与皮肤接触, 有时候分流管放置皮下过浅, 导致管道长期摩擦逐渐外露, 引起感染, 术前需控制腹腔脏器炎症以及腹膜炎, 术中控制皮下置管深度。(3) 分流过度。对颅内压测定不准导致分流管低阻抗, 术中穿刺进入脑室后放液过快、过多, 术后按压力分流泵次数过多而造成分流过度。所以, 术前应准确掌握颅内压力, 选择合适的分流管, 术后控制按压力分流泵次数, 尽量避免分流过度引起的严重后果。

2.2 在众多脑室-腹腔分流术并发症中, 腹腔端外露非常罕见, 结合本例总结病因如下: (1) 病人精神障碍, 欠配合, 时常自行牵拉皮下分流管, 导致分流管移动度较大。(2) 腹腔端固定处松脱, 管道与皮下组织、皮肤长期摩擦, 形成窦道。(3) 手术操作, 缝合不稳固。(4) 长期咳嗽, 腹腔内压力增高, 冲击分流管。(5) 由于侧脑室-腹腔分流术手术野较大, 感染机会增加, 腹腔内炎症, 分流管弯曲打折。

参考文献

- 1 章翔, 易声禹, 吴声伶. 脑室-腹腔分流术治疗非肿瘤性成人脑积水[J]. 中华神经外科杂志, 1990, 6(4): 280-282.
- 2 陈建平. 脑室腹腔分流术的改进[J]. 中华神经外科杂志, 1996, 12(1): 59-60.
- 3 Puca A, Anile C, Maira G, et al. Cerebrospinal fluid shunting for hydrocephalus in adult: factors related to shunt revision[J]. Neurosurgery, 1991, 29(6): 822-826.

[收稿日期 2009-06-07][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]