

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.02.049

星形细胞瘤Ⅳ级出血术后并发脑性盐耗综合征 1 例

赵显清

(青海省交通医院脑外科, 西宁 810001)

[中图分类号] R651

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)02-0285-02

星形细胞瘤Ⅳ级出血术后并发脑性盐耗综合征, 迄今为止, 国内外尚少见明确的报道。本科曾收住 1 例颅内占位并出血的患者, 经开颅手术取肿瘤组织活检, 病检结果: 星形细胞瘤Ⅳ级。该患者术后出现顽固性低血钠、高尿钠及低中心静脉压, 经多次化验并结合相关症状和体征, 参考相关资料后确诊为: 脑性盐耗综合征(CSWS), 予以补钠、补液等科学合理的治疗, 第 5 天后上述指标均得以纠正, 后又进一步巩固治疗, 使其彻底恢复正常, 逐步康复。

1 临床资料

患者, 女, 53 岁。主因言语障碍 1 周, 加重伴意识障碍 1 d, 于 2014 年 4 月 15 日入院。患者 1 周前无明显原因出现言语不清, 语速缓慢; 入院 1 d 前上述症状加重, 发音困难, 语音含糊, 意识差, 呈昏睡状, 呕吐数次, 非喷射状。体温: 36.6℃, 脉搏: 70 次/分钟, 呼吸: 21 次/分钟, 血压: 160/100 mm Hg, 神志呈昏睡状, 言语不清, 双瞳孔等大等圆, 直径约 3.0 mm, 对光反射灵敏, 颈软, 心肺查无异常, 左侧上、下肢肌力 V 级, 右上肢肌力 2 级, 右下肢肌力 3 级, 右侧肌张力降低, 右侧巴氏征阳性。头颅 CT 示: 左颞顶占位病变, 呈略低密度影, 边界不清, 中间夹杂点片状高密度影, 见图 1; 头颅磁共振成像(MRI) T1、T2 加权见图 2、3。初步诊断为: 胶质瘤并出血。入院后急诊在全身麻醉下行开颅肿瘤切除术, 术中电凝切开皮层约 0.2 cm 后见肿瘤组织, 有伪包膜, 显微镜下切除肿瘤组织, 大小约 4 cm×4 cm×3.5 cm, 呈鱼肉状, 质脆, 血运差, 内见散在陈旧性血凝块(1 周后病检结果: 星形细胞瘤Ⅳ级, 见图 4)。术后予以对症处理, 常规治疗, 患者情况逐渐好转, 术后第 3 天复查电解质: 钠 110 mmol/L, 氯 85 mmol/L, 钾 3.3 mmol/L, 监测 24 h 尿钠 85 mmol, 行锁骨下静脉穿刺, 测定中心静脉压 3.5 cm H₂O, 综合考虑后诊断为脑性盐耗综合征(CSWS)。在常规治疗的基础上, 补充钠及钾的量, 其中补钠可参考补钠公式($\text{mmol/L} = [\text{血清钠正常值}(142 \text{ mmol/L}) - \text{血清钠测得值}] \times \text{体质量}(\text{kg}) \times 0.5(\text{男性 } 0.6)$), 可按 17 mmol/L 钠相当于 1 g 钠换算, 根据所算得的钠量补充, 再加上生理需要量 4.5 g, 一同补入。此外, 饮食中加入适当食盐。在治疗过程中, 每日需监测血、尿钠, 一般早晚各 1 次, 必要时随时复查, 并辅助氯化可的松静点, 待血、尿钠正常时可酌减; 在治疗过程中, 需动态监测中心静脉压, 适当输入清蛋白、血浆等, 恢复血容量。该患者治疗过程中血钠、中心静脉压逐步上升, 尿钠减少, 治疗第 5 天后均恢复正常, 测得血钠 136 mmol/L, 尿钠 30 mmol/L; 中心静脉压 8 cm H₂O, 酌情减钠及液体量的摄入, 血钠正常 1 周后停钠的静脉滴入, 只适当予以口服, 后连续复查多次, 血钠在 136~144 mmol/L, 平均(140.0±3.8) mmol/L。住院 40 d 后再次复查电解质, 均正常, 遂出院。

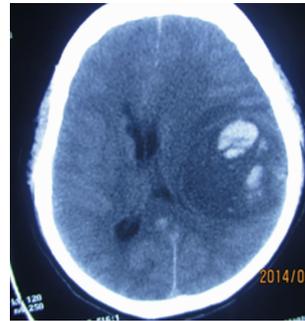


图 1 头颅 CT 平扫

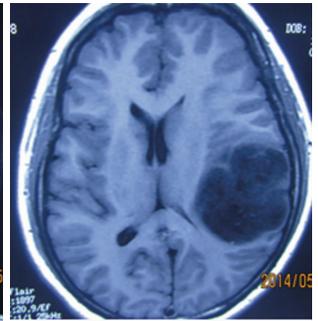


图 2 头颅 MRI T1 加权

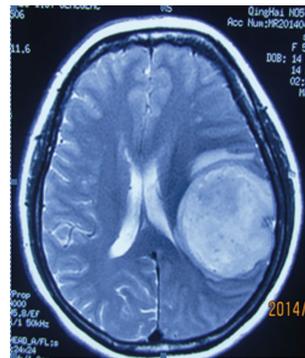


图 3 头颅 MRI T2 加权

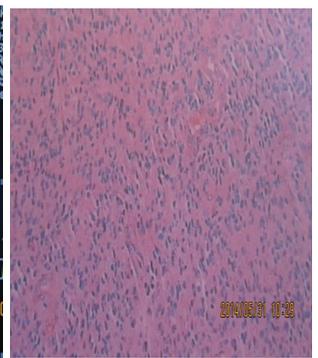


图 4 脑肿瘤组织病理切片图(HE, ×100)

2 讨论

星形细胞瘤为神经上皮肿瘤中最常见的一类肿瘤, 在国内 50 组综合统计中占神经上皮肿瘤的 50.8%, 占颅内肿瘤的 21.8%, Ⅳ级星形细胞瘤系多形性胶质母细胞瘤, 分化差, 恶性程度高, 细胞多形, 明显血管增生和坏死^[1]。本病例瘤内出血原因考虑为因肿瘤生长过快, 而瘤内血管生长相对较慢, 致使血管的生长迟于肿瘤的生长, 再者, 由于肿瘤侵犯其内部血管, 致血管病理性增生, 血管壁弹性差, 极易破裂出血^[2], 该患者罹患高血压, 则是瘤内血管破裂出血的主要诱因。

CSWS 系统病损后心钠素和脑钠素介导的肾脏调节功能紊乱, 造成肾小管对钠的重吸收障碍, 使肾脏保钠功能下降, 钠从尿中大量流失, 并带走过多水分, 从而导致低钠血症和细胞外液容量下降, 以低钠血症, 尿钠增高和低血容量为三大临床症状^[3]。该患者在手术过程中可能损伤了脑内一些结构后, 致使内分泌紊乱, 造成心钠素(ANP)增高, 严重影响了肾脏对水及电解质的调节, 从而引发 CSWS。

CSWS 的特点是缺钠和血容量的不足, 故此在治疗上要求补钠和补充血容量同时进行, 掌握晶、胶液的比例, 补钠时可用 2%~3% 的高渗盐水静脉输入, 同时饮食中加入适量食盐, 兼用适量氯化可的松, 以促进肾小管对尿钠及水分的重吸收, 对

抗低渗性利尿,升高血钠和血容量。但在静脉补充时要严格监测血钠浓度,每小时上升不超过 0.5~0.7 mmol/L,24 h 不超过 10 mmol/L,以避免脑桥脱髓鞘病变的发生^[4]。

其实,CSWS 在脑出血、颅脑损伤及颅脑术后等情况下损伤颅内一些主要结构时往往会引发,但需与类似的抗利尿激素不适当分泌综合征(SIADH)相鉴别,因为二者临床表现近似,但治疗方法迥异,故对其类若发现及时,诊断准确,进行科学处理,一般均会得到理想的纠正和疗效。

参考文献

[1] 杨树源,只达石. 神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.02.050

社,2008:500-501.

[2] 吴忠平,邹常新. 以出血为首表现的胶质瘤二例报道[J]. 中华肿瘤防治杂志,2006,13(23):1797.

[3] 张晓荷,王宏珍,王永兰. 高海拔地区重型脑创伤后并发脑性盐耗综合征的观察护理[J]. 西北国防医学,2013,34(6):587-588.

[4] 吴雪海,高亮,胡锦,等. 颅脑创伤后尿崩症合并脑性盐耗综合征[J]. 中华神经外科杂志,2011,27(11):1140.

(收稿日期:2016-07-11 修回日期:2016-10-06)

Cockett 综合征介入腔内治疗后并发腹膜后巨大血肿 1 例

赵艳平¹,陈楚文²,董清华²,孙 浩²

(1. 南昌大学第一附属医院普外三科,南昌 330006; 2. 南昌大学医学部 2012 级,南昌 330006)

[中图分类号] R654.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)02-0286-02

近年来,下腔静脉滤器植入对于致命性肺栓塞的预防得到认可,被血管外科同仁所接受。合理植入腔静脉滤器(inferior vena cava filter,IVCF)对于防止致死性肺栓塞及二次肺栓塞起到重要作用,但由于 IVCF 长期植入而导致下腔静脉阻塞并发症^[1-2]。随着可回收 IVCF 广泛应用,出现术后并发症也随之增加。本文提到的在下腔静脉滤器取出过程中,滤器将下腔静脉穿破,此类并发症鲜有报道,本文就出血原因及血栓形成进行讨论,同时总结治疗过程中的经验。

1 临床资料

患者,女,51 岁。因左下肢肿痛 3d 入院,患者于 1 个月前在南昌大学第一附属医院诊断为左侧髂静脉压迫综合征、下肢静脉曲张、高血压,患者拒绝行左侧髂静脉支架植入术,后行双侧大隐静脉高位结扎及静脉剥脱术。既往有高血压病史,高脂血症。体检:体温 36.5℃,脉搏 65 次/分钟,呼吸 17 次/分钟,血压 102/72 mm Hg。专科检查:左下肢肿胀,呈指压性凹陷,组织肌张力高,无浅静脉曲张,无色素沉着,无溃疡发生,皮肤温度增高,足背动脉搏动可扪及,左下肢活动受限,深静脉畅通实验阳性,Homans 征阳性,右下肢未见明显异常。彩超示:左下肢深静脉血栓形成(急性期);髂静脉压迫综合征(左)。入院后完善相关检查,血常规:红细胞 $3.92 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 120 g/L,红细胞比积 0.369;血生化检查:总胆固醇 5.99 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 4.14 mmol/L,载脂蛋白 B 1.34 g/L,脂蛋白 a 828 mg/L;电解质正常。后给予伊诺肝素钠抗凝、尿激酶溶栓治疗,华法林口服,入院第 4 天在局部麻醉下行下腔静脉滤器植入术(滤器型号:先健科技 Aegisy 腔静脉滤器)。术前凝血功能检查:凝血酶原时间 11.4 s,凝血酶原时间比率 0.98,凝血酶原时间活动度 107.6%,国际标准化比率 0.98,活化部分凝血活酶时间 52.7 s,纤维蛋白原 3.42 g/L,凝血酶时间 15.5 s,D-二聚体(定量实验)5.490 mg/L FEU,术中患者诉左腰部短暂钝痛,未处理后予以插管溶栓。术后 4 d 在局部麻醉下行左髂静脉闭塞段球囊扩张及支架植入术及下腔静脉滤器取出术,术中先行髂静脉造影,可见左侧髂静脉回流受阻,侧

支循环显影,支架植入后可见髂静脉显影良好,回流通畅,侧支循环显影明显减少,见图 1。

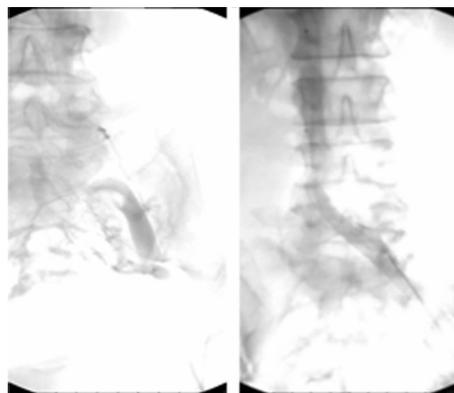


图 1 支架植入的前后对比

后滤器回收过程中滤器倾斜,回收钩贴壁,经左侧套取失败,后经对侧股静脉入路将滤器拖入右侧髂静脉后抓捕回收钩协助取出,如图 2。

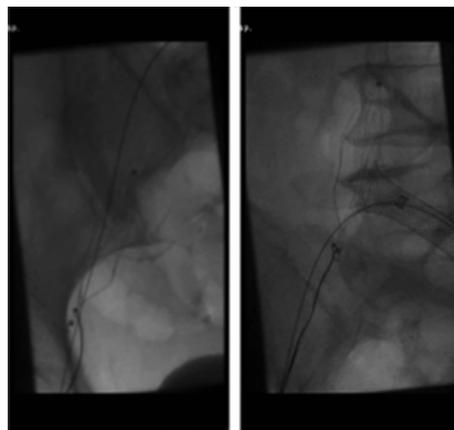


图 2 滤器回收过程

术中患者述腰部疼痛,大汗,心慌,怀疑低血糖,口服葡萄