（致谢：承蒙中南大学基础医学院梁英锐教授指导，特此致谢！）

关键词：主动脉夹层动脉瘤；猝死；尸检

中图法分类号：R732.21 文献标识码：B

参考文献：

[1] 董平栓. 主动脉夹层诊治的研究进展[J]. 医学综述，2005，11(3)：229－231.

[2] 宋旭东，张 慧，秦启生，等. 14例主动脉夹层动脉瘤致死的法医学鉴定分析[J]. 中国法医学杂志，2003，18(5)：286－288.

[3] 黄 晟，景在平，包俊敏，等. 胸主动脉夹层动脉瘤与高血压的关系及处理[J]. 外科理论与实践，2003，8(1)：79－80.

[4] 胡铁辉. 主动脉夹层动脉瘤的研究进展[J]. 中国医师杂志，2004，6(5)：577－579，646.

[5] 张宏家，孙俗庆，李晓阳，等. 主动脉夹层动脉瘤形成的生物力学机制的实验研究——主动脉在体运动与动态变形分析[J]. 北京生物医学工程，2005，24(3)：166－170.

（编辑 龙 亮）

经验交流

文章编号：1000-5404(2006)09-0998-02

经单鼻孔-蝶窦入路手术切除垂体腺瘤131例的临床分析

陈礼刚，詹书良，夏祥国，董劲虎，杨福兵，李定君，官 明，刘 亮 （泸州医学院附属医院神经外科，泸州 646000）

我科于1987年11月率先在国内应用Criffith等[1]经单鼻孔-蝶窦入路行垂体腺瘤切除[2]，至2004年12月共手术131例。在临床实践中我们对手术器械、具体入路、肿瘤切除后重建鞍底和鼻腔填塞等技术作了改进，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

男性48例，女性83例，年龄18～69岁，平均37.8岁。病程1～7年，平均3.1年。临床表现：头痛78例，视力减退52例，视野缺损39例，闭经67例，泌乳45例，肢端肥大27例，满月脸9例，性功能减退13例，多饮多尿3例，呕吐8例，脑脊液漏2例。肿瘤类型：嗜酸性细胞腺瘤45例，嗜碱性细胞腺瘤68例，混合性腺瘤18例。在1995年后的95例中，泌乳素腺瘤39例，生长激素腺瘤25例，促肾上腺皮质激素腺瘤（ACTH腺瘤）8例，混合性腺瘤12例，无功能腺瘤11例。大腺瘤109例，微腺瘤22例，复发垂体腺瘤2例。

1.2 手术适应证

临床及影像学检查确诊为垂体腺瘤，直径≤4 cm；鞍内肿瘤向蝶窦生长；大腺瘤向鞍上垂直生长；鞍型蝶窦。

1.3 手术方法

全麻插管后，固定气管导管在左口角。无菌纱条填塞口咽部。头后仰25°左偏15°。0.5%碘伏颜面部消毒，清理鼻腔并用0.05%碘伏反复冲洗。肾上腺素盐水纱条填塞双鼻腔，右侧5 min后拔除，左侧待术毕拔除。扩张鼻腔后，沿中鼻甲方向置长臂窥鼻器，用力撑开将鼻甲推向外侧，于长臂窥鼻器间或两块20 mm×50 mm×1 mm硅板之间（1995年后）放入前端外翻的特制蝶窦撑开器。闭合蝶窦撑开器紧贴蝶窦前壁稍用力向左侧旋转折断鼻中隔骨质并撕裂同侧蝶窦前壁黏膜、骨膜。上下滑动撑开器分离骨膜，将黏膜向后外翻，暴露一侧鼻中隔后端及蝶窦前壁骨质，在蝶窦前壁正中旁开约3～5 mm蝶窦开口处向内向下打开蝶窦前壁，形成1.5 cm×2.0 cm的骨窗。剥离蝶窦顶壁黏膜并向外分离，凿开鞍底，形成直径约1cm的骨窗。电凝硬膜，消毒试穿后十字切开，显露肿瘤。在显微镜下刮除或吸除肿瘤。切除肿瘤满意后术腔止血并用抗生素水冲洗。重建鞍底：①2001年前，共70例，大腿皮下脂肪填塞瘤腔，无水酒精固定的阔筋膜修补鞍底；②2001年后，61例，用明胶海绵和医用胶修补。重建鞍底后，对合蝶窦前壁黏膜。拔除左鼻腔内填塞的纱条，鼻中隔复位。重新填塞双侧鼻腔：①1995年前，39例，双侧鼻腔各先置一液状石蜡浸泡过的指套，再向指套内填塞纱条；②1995－2000年，31例，先用液状石蜡浸泡的硅板置于鼻腔两旁，再于硅板之间各置一根硅管；③2001－2004年，61例，直接用液状石蜡浸泡过的硅管置于双侧鼻腔内。术后3日拔除鼻腔填塞物。

2 结果

手术用时35～80 min，平均45 min，手术开始到凿开鞍底常仅需10余分钟，明显短于其他术式，出血<50 ml。肿瘤全切除122例（93.12%），次全切除6例（4.58%），大部切除3例（2.29%）。术后普放15例，γ刀治疗4例。术后尿崩5例，均4周内停止；脑脊液鼻漏4例，3例保守治疗治愈，1例为1995年前病例继发颅内感染死亡。平均住院日仅6 d。术后6个月至16年（平均5.3年）共随访105例，88例患者症状得到改善，其中视力减退恢复正常15例，部分恢复19例，视野缺损恢复正常21例，92例血浆激素水平恢复正常。3例经CT和/或MRI发现复发，无鼻中隔穿孔及复位不良、萎缩性鼻炎及垂体功能低下等并发症，鼻腔通气功能良好，无口周麻木。两种重建鞍底方法中发生脑脊液漏各为2例，3种鼻腔填塞方法术后均未发生鼻腔明显出血。

3 讨论

我们根据国人鼻部解剖特点将普通撑开器尖端制成20°弧

作者简介：陈礼刚（1966－），男，四川省泸州市人，博士，教授，主要从事中枢神经系统再生与修复，功能与立体定向神经外科的基础与临床方面的研究。E-mail：dingjunli03@163.com

收稿日期：2005-09-30；修回日期：2006-03-01

形外翻的特制形状，此撑开器既可阻止黏膜进入术野，减少鼻黏膜损伤，又易于固定，增大手术视角。严格沿中线进行相关操作是该手术入路的关键所在。蝶窦开窗应在两侧蝶窦口连线向后进行，而鞍底开窗以梨骨和蝶嵴为中线标志。肿瘤切除时结合术前影像学评估及术中定位由下而上逐层进行。多数瘤体质地脆软，应用取瘤钳、小刮匙和吸引器即可完全切除，但部分ACTH腺瘤术前MRI表现为T_2低信号，呈均匀强化，术中发现质地较韧，易出血，且与正常垂体组织不易区别，切除困难。切除中央部分肿瘤时，应避免损伤蛛网膜和垂体柄。

早期病例（1995年前）我们采用自体脂肪、阔筋膜，近期使用明胶海绵加生物胶重建鞍底，后者简单实用。纱条填塞鼻腔后，患者需张口呼吸，且拔除纱条时较痛苦，近年我们用硅管填塞，术后鼻腔通畅，拔除方便，患者痛苦轻，止血好及鼻腔结构复位佳。

本组术后脑脊液漏4例，占3.05%，无再次手术修补者病例，但开展手术初期有1例继发颅内感染死亡，可能与早期手术经验和相关并发症处理认识不足有关。术后尿崩5例（3.82%），均近期治愈，未发生永久性尿崩。尿崩多在术后3 d内出现，早期使用双氢克尿噻，保持内环境稳定，尿量太多时短期使用激素替代治疗，均能较好控制。

关键词：垂体腺瘤；显微手术；经鼻蝶入路
中图法分类号：R736.4 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] GRIFFITH H B, VEERAPEN R. A direct transnasal approach to the sphenoid sinus. Technical note[J]. J Neurosurg, 1987, 66(1): 140-142.
[2] 詹书良，袁德良，夏祥国，等. 直接经鼻入蝶窦垂体腺瘤切除术[J]. 华西医学，1995，10(2)：235-236.

（编辑 王 红）

文章编号：1000-5404(2006)09-0999-01

个案与短篇

颊脂垫口外疝1例

汪 昆，周继祥，张从纪，史文进，杨彦春 （第三军医大学西南医院口腔科，重庆 400038）

患者，女，32岁，因“右颊无痛性包块渐大3月余”于2005年11月14日以“右颊部包块”收入院。病史：2005年8月患者无意发现低头时右颊一豌豆大小包块，正常体位包块消失，后包块渐大，行“消炎”治疗包块无缩小，皮肤无异常，全身情况良好。追问病史，患者无颌面部手术及外伤史。入院查体：颌面部左右对称，张口度正常，头低位时右颊部咬肌前缘可触及一突出包块，质软，板栗大小，包块边界不清，触压痛（-）；全身体检（-）。入院诊断：①颊脂垫疝；②颊部囊肿待排除。辅助检查：①B超：右侧面颊部近无回声区，性质待定。②MRI：右咬肌下间隙囊肿。③穿刺：包块穿刺未抽出任何液性物。因包块增大影响面部外形，患者有手术愿望，于2005年11月22日全麻下行“右颊包块探查切除术”，术中见包块位于咬肌前缘间隙中，为黄色脂肪组织，有完整包膜，证实包块实为颊脂垫疝，给予切除大部分脂肪组织，剩余脂肪组织缝合于周围邻近组织。术后病理：送检为（右颊部）脂肪、纤维及血管组织。切除颊脂垫疝组织后，面部左右基本对称，无明显畸形，术后抗炎、对症治疗，患者切口甲级愈合，正常出院。

讨论

颊脂垫是咀嚼脂肪垫中突向颊间隙的一部分，故可认为颊脂垫就是咀嚼脂肪垫的颊突，颊突被覆光滑包膜，仅借极疏松的结缔组织与周围相连，极易游离，在外力作用下可向口内或口外突出形成疝。一般认为，颊脂垫疝的原因有两个[1]：一是外伤性，即颊部软组织受到外伤，颊脂垫经伤口突出；二是医源性，可因颊部或邻近颊部的手术操作伤及颊脂垫区，从而导致颊脂垫突出。本例患者无明确外伤史及手术史，分析原因，可能与解剖因素相关，即颊脂垫浅面组织（颊部皮肤侧）存在薄弱环节，颊脂垫在日常反复的颊部肌肉运动中向口外突出，形成疝。

外伤性颊脂垫疝的诊断可根据外伤史及颊部突出物的颜色等作出[2]。对于闭合的、非外伤性颊脂垫疝，临床上应排除囊肿、血管瘤等，常用的辅助检查有：穿刺、B超、CT、MRI等。本例术前穿刺无液性物，不支持囊肿诊断，而MRI提示为囊肿，与术后诊断不符，提示此类颊脂垫疝的诊断存在一定难度。

颊脂垫在婴幼儿时特别发达，至成年时开始萎缩，老年人显著萎缩，故在功能上是随年龄而退化的，其意义并非十分重要，所以对于颊脂垫疝的治疗，多采用手术切除。另外，手术切除还可避免还纳颊脂垫可能发生的感染。但对于本例颊脂垫疝，疝向口外突出，皮肤无溃破，仅头低位时，颊脂垫突向皮肤表面，引起面部畸形，手术治疗时应考虑以下因素：切除颊脂垫后是否会引起面部塌陷畸形；患者能否接受面部切口瘢痕线。

关键词：颊脂垫；疝
中图法分类号：R782.4 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 陈传俊，顾广居，罗永祥. 颊脂垫疝的临床分析及其分类的探讨[J]. 口腔颌面外科杂志，1994，4(2)：117-118.
[2] 张新芳，周正贵，林景春，等. 创伤性颊脂垫疝[J]. 第三军医大学学报，1995，17(6)：553.

（编辑 薛国文）

作者简介：汪 昆(1976-)，男，陕西省户县人，硕士，医师，主要从事牙种植体即刻负载方面的研究，发表论文11篇。电话：(023)68765397

收稿日期：2006-01-17；修回日期：2006-03-24