文章编号:1000-5404(2013)08-0805-02

经验交流

80例神经内镜治疗颅内蛛网膜囊肿的临床疗效分析

王玉玉,李 刚,李 毅,吴海涛,陈小忠,赵洪新,任光阳,王 培 (563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院神经外科)

[关键词] 神经内镜;蛛网膜囊肿;临床效果
[中图法分类号] R743.35 [文献标志码] B

颅内蛛网膜囊肿是一种蛛网膜良性病变,占颅内占位性病变的1%左右,到目前为止,该病的发病机制和病因尚未完全清楚[1-2]。研究表明,其发生部位约50%于中颅窝附近,且多发于左侧大脑。75%的病变发生于天幕上部,也有发生于侧裂池和鞍区的。蛛网膜囊肿在儿童和成人均有发生,并以男性为多见[3]。本研究选取我院神经外科收治的80例蛛网膜囊肿患者行神经内镜手术治疗,观察患者治疗前后的效果、临床症状的改善情况及并发症的发生等,为临床治疗蛛网膜囊肿提供选择手术方式的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取遵义医学院附属医院神经外科1999年3月至2011年7月收治的80例蛛网膜囊肿患者作为研究对象,其中男性55例,年龄(26.4±3.7)岁;女性25例,年龄(28.7±1.5)岁。80例患者的临床症状为头疼30例、颅内高压20例、癫痫17例、颅脑畸形9例及认知功能障碍4例。所有患者均进行头颅CT或MRI检查,明确囊肿的大小、部位等,其中颞叶囊肿37例、外侧裂区囊肿29例、额顶部囊肿14例。

1.2 方法

所有患者均进行神经内镜手术治疗。对患者进行开颅手术后暴露蛛网膜囊肿,在显微镜下分离囊肿周围血管以及周围粘黏组织,并分离重要的静脉血管进行妥善保存。其中48例将囊肿壁及病灶组织完全切除,其余为囊肿壁大部分切除,并将囊肿周围的脑池、蛛网膜下腔打通,松解囊肿内层下血管,分离囊肿周边血管上的蛛网膜,并尽可能广泛的打通囊腔与周围大的脑池或脑室之间的通路。具有癫痫症状的患者以较低电流局部皮层进行热灼术。其余病例在避开皮质功能区和重要血管的原则下,选择剥离最近的部位,在颅骨开孔,采用球囊导管进行造瘘,使囊肿与周围的脑池或脑室充分交通。

2 结果

经神经内镜手术,术前有头痛症状者30例,而术后28例症状明显消失,有效率93.33%;术前颅高压表现者20例,术后17例症状明显改善,有效率达85%;共有17例患者术前表现为癫痫发作,术后16例经随访未再发生癫痫,有效率94.12%。而术前呈现颅脑畸形及认知功能障碍者也有一定疗效。患者的头痛、头晕、颅内高压和癫痫等症状在进行内镜手术后得到明显改善。经CT复查术后囊肿位置等可见,影像学检查显示患者囊肿明显较少或消失。神经内镜手术的总有效率到85%,手术后患者的状态明显优于治疗前状态。

所有患者经过内镜治疗后行CT检查,再次观察患者的囊肿位置和手术治疗效果,具有不同程度的改善。其中术前颞叶囊肿37例,术后35例消失,治愈率94.59%。手术前外侧裂区囊肿者29例,术后27例消失,治愈率达93.10%。位于额顶部囊肿,术前14例,术后11例复查未再见囊肿,治愈率78.57%。

3 讨论

目前治疗蛛网膜囊肿的手术治疗方式主要有囊肿切除术、囊肿-腹腔分流术、神经内镜手术等,其中神经内镜术治疗蛛网膜囊肿是较好的手术方式之一。该手术方法是神经内镜直视下囊肿-脑池造瘘术和在内镜下囊肿切除术,打通囊腔与蛛网膜下腔、脑池或脑室的脑脊液通路,与传统手术比较具有创伤小、出血量较小等优点[5]。

蛛网膜囊肿致病的主要原因为先天因素所致,较少由外伤引起[5]。通常,蛛网膜囊肿引起颅内占位性病变而产生一系列临床症状的时候需要进行手术治疗。研究表明,进行手术的指征具有以下几个方面:一是患者合并有头痛、呕吐等颅内压增高表现或局部脑组织受压移位;二是合并有癫痫;三是合并局灶性神经功能缺损症状;四是合并有囊内出血或是硬膜外出血的患者。如果该病发生在儿童,则更应该强调及早进行手术治疗,因为囊肿有随儿童年龄逐渐增大的威胁[6-7]。本研究80例患者均有不同程度的因囊肿引起的临床症状,如头疼、颅内压增高等,且所有患者的影像学检查均能发现占位性病变所在,能找到病灶部位。病灶主要集中在颞叶、外侧裂区和额叶顶部,而患者的临床表现主要为占位性病变而引起的。

神经内镜显微技术具有许多独特的优势[8-9]:显微内镜手术符合微侵袭的手术要求,创伤性较小,可简化手术的步骤,能对正常组织的创伤降低到最低程度。利用内镜技术能实现多视角观察和放大手术视野,将光线投射到显微镜光线无法达到的角落,能观察到细微的神经解剖关系。这样的手术操作较传统的手术比较而言具有创伤小、出血少、术后出现的并发症也相对较少的特点,且手术能取得令人满意的效果[10]。本结果表明,采用神经内镜治疗蛛网膜囊肿总有效率达85%,具有较好的手术效果。手术后能缓解患者因占位性病变而引起的临床症状和体征,改善患者的生活质量。而且影像学检查也证明,手术具有较好的治疗效果,是值得在临床上推广的手术方式。

[通信作者] 吴海涛,电话:(0852)8608057,E-mail:wht0327@163.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130326.0907.001.html(2013-03-26)

神经内镜治疗蛛网膜囊肿虽然具有很多优点,但手术中仍有许多问题需要注意。内镜手术仍需要解决止血的问题,虽手术的创面较小,但是如果出血不能止住,影响手术中的视野,这时,通常需要大量的冲洗液进行长时间的冲洗,这样便会引起颅内压增高的情况;内镜手术还受工作通道和光缆通道的限制性;内镜造瘘口后在术后一段时间内会逐渐闭合,囊肿的缩小程度有一定的限制性等[11-12]。这些问题都是神经内镜术今后改进的方向。总之,神经内镜手术治疗蛛网膜囊肿仍是较好的手术方式之一,应该在临床上大力推广。

参考文献:

[1] Johnson R D, Chapman S, Bojanci S. Endoscopic fenestration of middle cranial fossa arachnoid cysts: does size matter? [J]. J Clin Neurosci, 2011, 18(5): 607-612.

[2] 郭俭, 席永强, 汤深. 囊壁切除加囊腔屏蔽术治疗颅内蛛网膜囊肿[J]. 中国临床神经外科杂志, 2008, 13(11): 688-690.

[3] 张俊义, 李玉峰, 王建军, 等. 肌肉填塞治疗颅内蛛网膜囊肿[J]. 中华神经外科杂志, 2003, 19(2): 155.

[4] 左明武, 张陇平, 陈宁军, 等. 蛛网膜囊肿外科治疗55例临床分析[J]. 临床医学, 2010, 30(11): 104-105.

[5] 张婷, 马杰. 颅内蛛网膜囊肿的诊断与治疗新进展[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2010, 9(2): 187-189.

[6] 杨利孙, 章翔, 费舟, 等. 儿童颅内蛛网膜囊肿的手术探讨[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(3): 163-165.

[7] Netra R, Min L, Shao-Hui M, *et al*. Spinal extradural meningeal cysts: an MRI evaluation of a case series and literature review[J]. J Spinal Disord Tech, 2011, 24(2): 132-136.

[8] Nowoslawska E, Polis L, Kaniewska D, *et al*. Neuroendoscopic techniques in the treatment of arachnoid cysts in children and comparison with other operative methods[J]. Childs Nerv Syst, 2006, 22(6): 599-604.

[9] Fleck S K, Baldauf J, Langner S, *et al*. Arachnoid cyst confined to the internal auditory canal-endoscope-assisted resection: case report and review of the literature[J]. Neurosurgery, 2011, 68(1): E267-E270.

[10] Alexiou G A, Varela M, Sfakianos G, *et al*. Shunting for the treatment of arachnoid cysts in children[J]. Neurosurgery, 2010, 67(6): 1632-1636.

[11] Gedikbasi A, Palabiyik F, Oztarhan A, *et al*. Prenatal diagnosis of a suprasellar arachnoid cyst with 2- and 3-dimensional sonography and fetal magnetic resonance imaging: difficulties in management and review of the literature[J]. J Ultrasound Med, 2010, 29(10): 1487-1493.

[12] 崔刚, 吕健, 巩守平. 神经内镜手术治疗外侧裂蛛网膜囊肿临床分析[J]. 临床神经外科杂志, 2009, 6(1): 21-23.

(**收稿**:2012-10-12;**修回**:2013-02-21)

(编辑 栾 嘉)

经验交流

文章编号:1000-5404(2013)08-0806-03

血塞通和银杏达莫治疗急性脑梗死临床对照研究

安志刚,王 威,任 江 (110101 沈阳,辽宁省血栓病中西医结合医疗中心)

[**关键词**] 急性脑梗死;血塞通;临床观察;银杏达莫

[**中图法分类号**] R743.33 [**文献标志码**] B

急性脑梗死已成为严重危害人类健康的疾病之一。李学国[1]于2007年尝试在西医常规治疗的基础上,配合中医治疗急性脑梗死,取得了一定的临床效果。我们于2009-2010年,利用中药针剂血塞通注射液和银杏达莫注射液分别治疗急性脑梗死各120例,取得了比较满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2009-2010年来我院中西医结合医疗中心内科、诊断为"急性脑梗死"的住院患者。纳入标准:①发病<3 d。首次发病。②符合全国第4次脑血管病学术会议修订的诊断标准。③CT扫描确诊:梗塞灶面积的最大直径在3 cm以下。

[**通信作者**] 安志刚,E-mail:azg117@sina.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130131.1705.002.html(2013-01-31)

排除标准:选择病例时排除了颅内出血、合并严重器质性疾病、感染性疾病(乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎、戊型病毒性病毒肝炎、艾滋病)、脑外伤、严重心血管疾病如心肌梗死和代谢性疾病如尿酸症和严重糖尿病等及近期手术者。该临床研究项目经过本院伦理委员会批准,并与患者签订了知情同意书。

1.2 诊断标准

按照1995年第4届全国脑血管病学术会议制定的脑梗死诊断标准[2],选择发病3 d以内的病例,全部病例经头部CT和/或MRI确诊。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》[3]。

1.3 分组及治疗方法

患者分为2组,血塞通治疗组:120例,男性61例,女性59例,年龄48~68岁,平均57岁;银杏达莫治疗组:120例,男性66例,女性54例,年龄50~70岁,平均58岁。2组患者年龄、性别、神经功能障碍及伴发疾病无明显差别。

血塞通治疗组:给予血塞通注射液10 mL(200 mg,云南植物药业有限公司,国药准字z53020134)加入5%葡萄糖注射液