维普资讯 http://www.cqvip.com

经单鼻孔蝶窦入路垂体腺瘤切除45例分析

马玉新[1],殷林祥[1],毛培军[1],黎柏源[1],白海平[1],李增生[1],张 伟[2],陈焕然[2],安 宁[2],何家全[2],杨 辉[2] (1.解放军第323医院神经外科,陕西 西安 710054;2.第三军医大学附属新桥医院神经外科,重庆 400037)

[摘 要] **目的** 探讨经单鼻孔蝶窦入路显微手术垂体腺瘤切除的方法和效果。**方法** 对45例垂体腺瘤患者采用经单鼻孔蝶窦入路显微手术切除6例微腺瘤及39例大腺瘤,其中泌乳素(PRL)腺瘤18例,生长激素(GH)腺瘤8例,混合性(PRL+GH或PRL+ACTH)腺瘤12例,无功能性腺瘤7例。**结果** 显微镜下全切除43例,次全切除2例。术后一过性尿崩症28例,经治疗1周左右恢复。无手术死亡、脑脊液鼻漏、术区出血及脑膜炎等并发症。术后平均住院8 d,全组病例术中未输血;随访1~5年,1例复发。**结论** 单鼻孔经蝶窦入路较传统经蝶入路具有安全、简便、微创、术后并发症少、恢复快、效果满意等优点,是鞍内肿瘤切除的良好径路。

[关键词] 垂体腺瘤;蝶窦;显微外科;手术
[中图分类号] R736.4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2007)01-0025-03

Single-nostril transsphenoidal pituitary adenoma microsurgery in 45 cases

MA Yu-xin, YIN Lin-xiang, MAO Pei-jun, LI Bai-yuan, BAI Hai-ping, LI Zeng-sheng, ZHANG Wei, CHEN Huan-ran, AN Ning, HE Jia-quan, YANG Hui(Department of Neurosurgery, the 323rd Hospital of PLA, Xi'an 710054, China)

Abstract: Objective To study the methods and evaluate the clinical effects of Single-nostril transsphenoidal pituitary adenoma microsurgery. **Methods** 45 pituitary adenoma patients accepted Single-nostril transsphenoidal pituitary adenoma microsurgery, including 6 cases minute and 39 cases large adenoma. 18 cases were PRL adenoma, 8 cases were GH adenoma, mixed type (including PRL plus GH type or PRL plus ACTH type) and no functional adenoma 7 cases. **Results** 43 cases accepted total resection and 2 cases deuto total resection. 28 cases had temple diabetes insipidus after surgery and recovered by one week's treatment. There were no complications such as death, cerebrospinal rhinorrhea, hemorrhage and so on . in the surgery region and meningitis. The mean 8 days in hospital after surgery. All the cases had no blood transfusion during surgery. The longest following up visit was 5 years, and 1 case recurred. **Conclusion** Single-nostril transsphenoidal microsurgery was safe, convenient micro-insult, minor complications and fast recovering comparing with traditional approach. It was an effective and satisfactory approach to cut the intra-saddle tumor.

Keywords: pituitary adenoma; nostril transsphenoidal; microsurgery

近年来,随着神经影像技术和内分泌功能检查的迅猛发展,微创理念的普及,显微外科技术的日益成熟,尤其是单鼻孔经蝶窦入路术式的日臻完善和手术熟练程度有了很大的提高,垂体瘤的手术效果也得到公认。在神经内镜下经鼻-蝶窦垂体瘤手术较传统口-鼻-蝶窦入路具有良好的效果和较小的手术风险。作者自2000年3月至今开展单鼻孔入路经蝶窦垂体腺瘤手术45例,疗效较好。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男18例,女27例,年龄12~69岁,平均43.5岁。病程1月~10年,平均18个月。临床表现:头痛38例,表现以前额及双侧额角为主的持续性钝痛,视力减退32例,视野缺损29例,溢乳13例,多饮多尿9例,肢端肥大8例,性欲减退13例,闭经6例,不育3例,高血糖3例,尿崩症3例,癫痫3例。术前血清垂体激素检查:泌乳素(PRL)>100 μg/L者30例,生长激素(GH)>20 μg/L者20例。T_3、T_4低下18例。鞍区冠状位MRI检查显示,大多数肿瘤边界清楚规则,部分鞍底倾斜,骨质吸收变薄或破坏。瘤体直径3~45 mm,小于10 mm者6例,10~20 mm者9例,20~40 mm者18例,40~60 mm者7例,大于60 mm者2例,向鞍旁发展者2例。复发垂体瘤1例。CT检查显示,鞍底骨质破坏吸收12例。

1.2 手术方法

采用气管插管,全身麻醉成功后,患者取仰卧位,头部后仰15度,头托固定。双侧鼻腔及颜面碘伏常规消毒铺巾,肾上腺素盐水收敛鼻腔粘膜,放置鼻腔牵开器。在鼻中隔骨部和软骨部弧形切开鼻腔粘膜,离断鼻中隔根部,用咬骨钳咬开或磨钻磨除蝶窦前下壁进入蝶腔,蝶窦开窗约1.5 cm×1.2 cm,咬除蝶窦纵隔和横隔,显露鞍底。咬骨钳咬除并扩大鞍底,大小约1.0 cm×1.0 cm。常规鞍内穿刺,用镰状刀"+"字形切开鞍底硬脑膜,电凝其边缘止血,用吸引器和小剥离子分离肿瘤,可见肿瘤呈灰白色,部分肿瘤有明显卒中,注意观察肿瘤与周围组织关系,尽量彻底切除肿瘤。鞍上池陷入鞍内。用凝血酶局部

[作者简介] 马玉新(1963-),男,江苏省南通市人,副主任医师,在读博士生,主要从事癫痫和颅底肿瘤方面的研究。电话:13108923382,E-mail:07myx323@mail.tmmu.com.cn

[收稿日期] 2006-09-30 [修回日期] 2006-12-27

维普资讯 http://www.cqvip.com

止血,术毕双侧鼻腔填塞红霉素油纱条。填塞物48 h后取出。术中如有蛛网膜破损,可取自体腹壁或大腿脂肪并用耳脑胶作漏口修补,明胶海绵封堵[1]。

2 结果

本组45例垂体瘤中显微镜下行全切除15例,次全切除2例。无手术死亡。有25例术后出现一过性尿崩,每日尿量4 000~6 000 ml,持续1~12 d,经给尿崩停和双氢克尿塞治疗后均逐渐恢复。本组病理类型PRL腺瘤18例,GH腺瘤8例,混合性(PRL+GH或PRL+ACTH)腺瘤12例,无功能性腺瘤7例。术后患者头痛减轻或消失,视力、视野均有不同程度的改善,术后垂体激素检查均有不同程度下降,溢乳消失等;无脑脊液鼻漏、视神经损伤、垂体功能低下、无口腔溃疡及上唇麻木,无切口感染、脑膜炎、鼻中隔穿孔及术区出血等并发症。

术后1个月均行常规放疗。术后3个月复查CT及MRI。本组病例术后均随访1~5年。术后垂体瘤复发1例。

3 讨论

垂体腺瘤在颅内肿瘤中占第3位,居鞍区肿瘤首位[2]。头痛、视力、视野改变及内分泌功能紊乱是其最主要的临床表现,因而对有典型或不典型的视力、视野缺损,伴有或不伴生长发育迟缓和内分泌有紊乱表现的患者,应常规进行CT或MRI检查,尽量作到早期诊断和治疗。本组资料表明一般视力、视野障碍出现后,愈早解除肿瘤压迫,恢复的可能性愈大。如果症状持续1年以上,即使切除肿瘤后,视力、视野恢复的可能性亦小。垂体腺瘤的治疗主要包手术治疗、放射治疗和药物治疗。手术治疗是其首选的治疗方案[3]。垂体腺瘤传统手术途径分为经额颞开颅与经口-鼻-蝶窦入路两种。这两种手术入路由于创伤大,术后患者反应重,并发症多,患者多有恐惧心理[4]。较传统的经口-鼻-蝶入路而言,经鼻-蝶入路手术的优点是无需切开齿龈和分离软鼻中隔粘膜,手术距离缩短,从切口到进入蝶窦一般为20 min,直接显露蝶窦,暴露垂体瘤,整个手术时间也大大缩短,约40 min完成手术,损伤小且不必担心咬除鼻嵴影响神经功能。只要操作细致、轻柔,一般出血极少,术后无门齿麻木,无需压迫上唇止血,次日即能进食,术后无任何疤痕。在显微镜或神经内镜下操作精度高,术中清晰显露肿瘤和正常腺体,可将肿瘤完整切除达到根治的目的,明显提高了全切率和安全系数。景深减小,照明得到改善,术后并发症少,死亡率小于1%,术后恢复快,患者术后12 h可下床活动,术后7~10 d出院。因此,大多数垂体微腺瘤患者,尤其是年轻患者更趋向接受手术治疗。我们体会经鼻-蝶入路行垂体腺瘤切除手术时还需注意以下几个方面:①认真的术前评估 主要评估腺瘤的大小、生长范围、患者的年龄、多巴胺激动剂类药物服用后的效果和承受能力等方面因素。CT和MRI扫描检查是确诊垂体腺瘤的重要手段,术前应行头颅冠状CT平扫和增强扫描、MRI扫描及蝶鞍侧位X线片检查,了解瘤性特征(大小、质地、形态)。②骨质情况 主要是蝶窦发育状况,蝶窦前下壁与鼻腔关系,肿瘤对蝶鞍、蝶窦及其与周围颈内动脉、视神经、海绵窦之关系、有无侵袭及其范围和程度,为制定手术方案提供依据;严格掌握手术指征及禁忌症。垂体腺瘤是中线病变,两侧鞍旁有重要的血管神经,术中应随时保持中线入路,不可偏差,器械操作随时保持在视野清晰可见的状态,以免损伤鞍旁的神经血管。该术式通道狭小,术者必须熟悉鼻腔、蝶窦、鞍底及鞍旁的解剖结构和神经内镜的操作特点,提高手术熟练程度,才能顺利进行手术。内镜及器械进出鼻腔时动作要轻柔,减少鼻粘膜的损伤出血。对头颅CT显示肿瘤密度偏高或肿瘤>4 cm者,肿瘤切除难度大,明显向额底、鞍旁、第三脑室和脚间池生长的肿瘤不适合该手术,蝶窦气化不明显者无法行该手术,需行开颅手术治疗。术中根据梨骨、蝶嘴等骨性标志及鞍底塌陷等来判断位置。术中切除肿瘤时应当以鞍底为中心,用环状刮齿向四周反复刮出,以每次能触及鞍底骨质为最佳。向鞍上生长的肿瘤,一般随着鞍内肿瘤的切除,其鞍上的部分肿瘤也会逐渐从鞍隔孔下塌陷入鞍内,可进一步刮出,若不然,可令麻醉师增加患者呼气正压或压颈或从腰穿置管注水,使鞍上部分肿瘤下塌鞍内,便于暴露切除,此时的蛛网膜往往是粘连较多,须仔细轻柔分离。肿瘤切除完全的标志是出血停止,可见残存垂体,鞍上池陷入鞍内,可见脑脊液搏动。此入路在两处需注意防范,一是分离蝶窦粘膜时,颈内动脉可凸入窦内,甚至部分裸露在腔内,颈内动脉损伤往往是致命的;二是鞍内刮除肿瘤时一定要小心轻柔,尤其是接近鞍旁时[5]。大腺瘤囊内挖除后,肿瘤囊壁与蛛网膜之间有一正常压缩薄层垂体组织,注意区分保护,尽量勿损伤蛛网膜。切除肿瘤时要注意保护肿瘤周围的残留垂体组织,勿损伤垂体柄,以免术后发生垂体功能不足和尿崩症。尽量保留鞍上池蛛网膜完整,以避免脑脊液漏。肿瘤切除后用生物蛋白胶封闭。鞍底和蝶窦以明胶海绵或蛋白胶封堵[6]。经鼻蝶手术放置双瓣窥器时往往稍偏一侧,尽量从偏肿瘤侧鼻腔放置,利于暴露,在未能明确蝶鞍前后位置时,尽量先向前寻找,即术者一侧,避免向后寻找损伤重要结构。我们体会术后应常规放疗,以杀灭残存瘤细胞,延长复发时间,但对于有生育要求者,术后放疗要慎重,应在激素下降至正常范围,获得生育后再进行。

[参考文献]

[1] 李士其,杨德泰,鲍伟民.经蝶窦入路的并发症及其防治[J].中华

维普资讯 http://www.cqvip.com

神经外科杂志,1993,9(4):321-322.
[2] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科技出版社,1997.489.
[3] 甘渭河,汤树洪,陆伟水,等.内镜下经单鼻孔蝶窦切除垂体瘤10例[J].广西医科大学学报,2003,20(1):122-123.
[4] Kawamata T, Iseki H, Ishizaki R. Minimally invasive endo-scope-assisted endonasal trans-sphenoidal microsurgery for pituitary tumors: experience with 215 cases comparing with sublabial trans-sphenoidal approach [J]. Neurol Res,2002,24(3):259-265.
[5] 惠国桢.垂体瘤[M].北京:人民军医出版社,2004.267.
[6] Cappabianca P, Cavallo LM, Colao A. Surgical complications associated with the endoscopic endonasal transsphenoidal approach for pituitary adenomas[J]. Neurosurg,2002,97(2):293-298.

(编辑:蒋登金)

·个案与短篇·

经皮穿刺桡动脉介入治疗冠心病的护理及体会

周 娟 (第三军医大学附属西南医院心内科,重庆 400038)

[关键词] 冠心病;桡动脉介入治疗;护理
[中图分类号] R541.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0027-01

随着介入心脏病学的飞速发展,冠状动脉造影的应用日益受到重视,介入治疗也成为治疗冠心病重要而有效的手段之一,且介入治疗具有其他方法无法比拟的优势,如创伤小、易于接受、疗效较好等[1],而桡动脉的介入治疗又在传统的股动脉穿刺上有了进一步的发展。我科自2004年12月至2005年7月共为8例男性患者做了桡动脉穿刺行冠状动脉造影的检查,术后均无并发症,效果较好。现报告如下。

1 护理

1.1 术前护理

1.1.1 手部血管的选择 应选择粗、弹性好,无疤痕的桡动脉。另外对于无桡动脉搏动者,或因血液透析做过动静脉瘘者以及桡动脉细小者如个子矮小的老年妇女等患者,不能行桡动脉介入治疗[2]。术前应做Allen试验,方法如下:同时按压桡动脉和尺动脉,作6~7次掌指屈伸运动,手掌颜色变白时解除对尺动脉的压迫,持续压迫桡动脉,其手掌颜色在10 s内变为正常说明侧支循环存在为阴性,才可进行桡动脉穿刺。

1.1.2 心理护理 首先应做好病人及家属的心理护理,大多数患者对桡动脉穿刺进行介入治疗的有关知识了解甚少,担心手术能否成功,护理人员应根据不同的心理状态,有针对地进行指导,使其对桡动脉穿刺进行介入治疗有正确的认识,自愿接受手术。

1.1.3 术前准备 术前积极治疗慢性炎症,常规手术野皮肤准备、局麻药、抗生素药过敏试验及检测凝血时间、输血前ICT及血常规等,准备好抢救药品及器材,做好手术房间的紫外线消毒。

1.2 术后观察及护理

术后应入住CCU,持续心电监护,严密观察血压、心率、心律、体温等生命体征及尿量情况。术后使用抗生素3~5 d,预防感染。指导患者术后不需绝对卧床,可适当下床活动,但术侧肢体略高勿下垂,并用绷带固定,4 h后拆除绷带以利于静脉回流,但腕部制动6 h。严密观察桡动脉伤口及出血情况:注意手部皮肤温度及颜色,伤口有无疼痛、渗血、出血以及手指、甲床颜色等,有异常及时汇报医师并做对症处理。并发症的观察:①桡动脉痉挛,其发生与术者的经验有一定关系。患者精神紧张、疼痛、操作粗暴或时间过长均有诱发桡动脉痉挛的可能;②桡动脉闭塞,术后即刻发生率在5%左右[3]。指导患者术后一周应避免抬重物,饮食清淡易消化,戒烟限酒等。

2 体会

通过对穿刺桡动脉进行冠状动脉造影患者的观察及护理发现,桡动脉介入治疗与经股动脉穿刺途径相比较,存在明显优势。首先病人术后不需绝对卧床,可下床活动,减轻了因长时间卧床带来的腰痛等不适症状。不再因体位限制而需导尿。穿刺后止血较容易,出血等并发症减少,同时也减轻了医护人员的工作量。因此医护人员只要术中穿刺熟练准确,术后认真细致的观察病情,减少并发症发生。桡动脉的穿刺能减小病人的痛苦,同时也是安全可靠的。

[参考文献]

[1] 曹 滢,郭 晖.冠心病介入治疗的围手术期护理[J].局解手术学杂志,2004,13(4):242.
[2] 杨省利,吕安林,蔚虎文,等.经桡动脉冠状动脉介入治疗护理技术研究[J].解放军护理杂志,2003,20(2):14-16.
[3] 刘桂芝,郑效云,单信芝.经桡动脉冠状动脉介入治疗的观察与护理[J].齐鲁医学杂志,2005,20(5):447.

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2006-10-16 [修回日期] 2006-12-17