维普资讯 http://www.cqvip.com

17例蝶骨嵴脑膜瘤的外科治疗

Surgical treatment of 17 cases of sphenoid ridge meningioma

周智斌,刘 巍,李大志 (奎屯医院神经外科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 脑膜瘤;蝶骨嵴;外科治疗
[中图分类号] R739.45 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)02-0111-02

蝶骨嵴脑膜瘤起源于蝶骨大、小翼上的脑膜瘤。内始自前床突、外抵翼点。其发生率仅次于矢状窦旁脑膜瘤和大脑凸面脑膜瘤,占颅内脑膜瘤的12%左右[1]。最早Cushing将蝶骨嵴脑膜瘤分为内侧型,中1/3型和外侧型三类,后来Watt将其简化为内、外侧两型。由于肿瘤血供丰富,与颈内动脉、视神经、海绵窦等重要结构的关系密切,手术风险大,全切除困难,而死亡率、病残率和复发率较高。文献报道90年代国内内侧型肿瘤全切除率达65%,死亡率6.7%[2]。1998年1月至2005年1月我科共收治蝶骨嵴脑膜瘤17例,现将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组病例17例,男8例,女9例,年龄39~68岁,平均51岁,病程2月至3年,平均19个月。肿瘤左侧7例,右侧10例。内侧型7例,外侧型10例;肿瘤最大直径:内侧型3.5~6 cm,平均4.8 cm;外侧型5.5~7.5 cm,平均6.7 cm。

1.2 临床表现

头痛12例,癫痫发作4例,视力下降8例,眼球运动障碍3例,轻偏瘫1例,眼球突出1例。眼底检查:视乳头水肿14例,继发性视神经萎缩1例,Foster-kennedy综合征1例。

1.3 影像检查

全部病例均行CT检查。10例行MRI检查,CT扫描呈均匀一致的等密度或高密度球形病变,边界清晰,增强后见肿瘤明显强化。MRI检查:病变呈等T1,长T2信号,增强扫描瘤体明显强化。其中侵入海绵窦1例。包裹床突上段颈内动脉2例。

2 结果

本组均在气管内插管全麻下,采用翼点或改良翼点入路行肿瘤切除术。外侧型10例达到肿瘤全切除,术后无并发症;内侧型7例,手术全切除3例,近全切除2例,大部分切除2例,术后轻瘫2例,动眼神经麻痹2例,无死亡病例。术前视力为0.1以上者6例,术后视力均有不同程度恢复;视力在0.1以下者2例,术后视力无明显恢复。术后病理:内皮型脑膜瘤11例,纤维型3例,血管型1例,砂粒型2例,全组随访6个月至5年。全切除病例CT复查未见复发,近全切除及大部分切除病例复查CT未见明显增大。

3 讨论

3.1 手术入路

3.1.1 外侧型肿瘤采用yasaryil翼点入路 对于外侧型肿瘤多采用翼点入路,根据肿瘤的位置、大小采用前移、后扩等变形,一般内侧端以发际前旁中线2~3.5 cm开始,向后下弧形至耳前颧弓根上缘,骨窗前后缘应接近颅底。开颅后先沿蝶骨嵴行硬膜外剥离,边分离边电灼硬脑膜止血,同时行蝶骨嵴骨质咬除或磨除,逐渐深达蝶骨小翼。此过程可切断来自颈外颅底方面的供血,使外侧型脑膜瘤变软,缩小,出血减少。有利于肿瘤的进一步分离切除。然后以蝶骨嵴为中心,弧形切开硬脑膜,打开外侧裂池,放出脑脊液,使脑组织塌陷,从而扩大手术空间。同时借助显微镜及超声吸引,完整或分块切除肿瘤。

3.1.2 内侧型肿瘤采用改良翼点入路 内侧型肿瘤由于位置近中线,且与颈内动脉、大脑中动脉、视神经等关系密切,需要充分的暴露是手术肿瘤全切的基础。改良翼点入路由于切断颧弓,不仅使骨窗接近颅底,便于处理肿瘤基底血肿,而且缩短手术入路距离。经磨平的蝶骨嵴、额叶眶面和颞叶前内侧面所形成的锥形空间到达鞍区,不仅视野开阔,而且从骨窗到蝶鞍的距离与其他入路相比最短[3],利于增加手术操作空间,便于先处理肿瘤基底,早期阻断来自颅底供血,避免手术中失血过多。不需要过多牵拉脑组织,在显微镜下能满意地暴露肿瘤周围血管及神经。

3.2 肿瘤切除

在显微镜下,首先辩认脑组织之间的"蛛网膜界面"并沿此界面进行分离,可避免损害周围脑组织和血管结构。对于小型肿瘤,全切除较容易,可沿蝶骨嵴由外向内逐步分离,反复电凝离断肿瘤基底部,直至将肿瘤完整切除。对于大中型肿瘤,应考虑分块切除,对于外侧型脑膜瘤,术前常规结扎同侧颈外动脉,以减少肿瘤供血。其判断以同侧颞浅动脉搏动消失为准。后分离电凝肿瘤基底,再结合超声吸引器分块切除肿瘤。本组10例外侧型蝶骨嵴脑膜瘤做到全切除。对于内侧型脑膜瘤,其血液供应主要来自于颈内动脉。首先沿蝶骨小翼处理肿瘤基底,用双极电凝器在肿瘤基底与硬脑膜之间烧灼分离。在蝶骨小翼内侧,前床突处肿瘤与硬脑膜粘连紧密,且血供丰富,为肿瘤生长点,反复电凝后离断。若肿瘤较大,无法直接接触及基底部,需先切除肿瘤的前外侧部,再沿蝶骨小翼边切除肿瘤边离断基底。肿瘤主体切除后,鞍旁及鞍上的肿瘤即可松动或包膜下陷,然而,有些重要的血管及神经常埋于残瘤内或贴其表面。AL-Mefty证实颈内动脉出海绵窦后,在进入颈内动脉池之前的1~2 mm范围内是裸露的,而瘤蒂起于前床突下方的脑膜瘤。直接包绕颈内动脉并将其表面蛛网膜沿动脉壁推向分叉或分叉以上。两者间无蛛网膜相隔,故不能将残瘤由动脉壁上分割下来。本组两例大部分切除就是基于此种情况。而瘤蒂起自前床突上方或外侧者,肿瘤与颈内动脉之间有蛛网膜相隔,在显微镜下常能全切残瘤。

3.3 侵及海绵窦的肿瘤处理

内侧型脑膜瘤向下生长时可累及海绵窦。附着于海绵窦

[收稿日期] 2005-01-12 [修回日期] 2005-02-25

维普资讯 http://www.cqvip.com

或海绵外侧壁，上壁或穿过窦壁硬脑膜侵入窦腔内。附着于窦壁者，可用剥离子将其剥下而保持硬脑膜完整。侵入窦腔者，磨除前床突后。从已不完整的海绵窦上壁进入，姑息性切除部分肿瘤，避免损伤颅神经。

［参考文献］

[1] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 第一版. 上海：复旦大学出版社，2001. 429－445.

[2] 郭欢欢，周良辅. 蝶骨嵴脑膜瘤治疗的进一步探讨[J]. 中华外科杂志，1994，32(12)：740－742.

[3] 朱贤立，朱先理，赵洪洋，等. 翼点入路技术改进及其在显微神经外科的应用[J]. 中国临床神经外科杂志，1999，4(1)：1－4.

（编辑：张天飞）

结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合28例诊治体会

One-stage resection and anastomosis of colon carcinoma complicated with acute ileus: a report of 28 cases

李传真，杨铁成，刘美娜 （鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

［关键词］结肠癌；急性肠梗阻；吻合

［中图分类号］R735 ［文献标识码］B ［文章编号］1672－5042(2005)02－0112－01

我科于自1995年1月至2003年1月间，共收治结肠癌并发急性肠梗阻61例，其中行一期切除吻合28例，效果满意，现通过回顾性总结分析，结合文献学习，将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男性18例，女性10例，年龄最小28岁，最大76岁，平均46.5岁。发病至就诊时间10～73 h不等，平均49 h。肿瘤部位及手术种类：盲肠4例，升结肠7例，结肠肝曲5例，均行右半结肠切除；横结肠2例，行横结肠切除；结肠脾曲4例，降结肠3例，均行左半结肠切除；乙状结肠3例，行Dixon手术。

1.2 治疗效果

术后并发切口感染2例，吻合口瘘1例，因合并多脏器功能衰竭死亡1例，其余治愈，总治愈率为96.4%。

2 讨论

对结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合的必要性及可能性探讨：结肠癌并发急性肠梗阻时，往往需要急诊手术解除梗阻，同时切除癌肿。传统观点认为，对结肠癌并发急性肠梗阻施行一期切除吻合较危险，主要因为术前未能进行充分的肠道准备，易发生吻合口瘘，故多主张分期手术处理。近年来，通过实践证明，只要术中对肠道清洁干净，术后加强抗炎支持，一期切除吻合者其手术死亡率和并发症发生率并不明显高于分期手术吻合者。有报道，分期手术5年生存率仅为19%，而一期手术5年生存率为49%。本组死亡率为3.6%。可见，一期切除吻合具有一定的可行性，不仅能提高结肠癌5年生存率，而且能使病人免受多次手术之苦，减少住院天数和治疗费用。因此我们认为，只要术中处理妥当，一期切除吻合的疗效还是比较安全可靠的。

关于一期切除吻合的手术适应症：能否施行一期切除吻合，应视病人具体情况而定。我们体会只要病人一般情况良好、病史不长、术中判定肿瘤无远处转移、无腹腔播散及浸润周围脏器、梗阻近端肠管血运良好、肠管虽然扩张，但水肿不严重、结肠内存粪便较少，就可行一期切除吻合，反之应改为分期手术。

为保证吻合一期愈合，术中需采用结肠灌洗。具体是对梗阻近端肠管的灌洗及减压的方法有：①顺行灌洗法 自回肠末端置入尿管经回盲瓣入盲肠，用温盐水灌洗减压。②逆行灌洗法 病灶切除肠吻合后，自肛门插管灌洗。对右半结肠切除者，我们不做肠道灌洗。只有肠切除前先用粗穿刺针头将梗阻近端肠内积气排出，继而将结肠内粪便尽量推挤向拟作切除的肠段内，连同病灶一并切除。本组共施术15例，无一例出现吻合口瘘，全部治愈。对左半结肠切除、结肠结肠吻合或结肠直肠吻合者，采用逆行灌洗法，灌洗至排除的灌洗液转清为止。灌洗液用量约3 000 ml左右，最后一次灌洗液中甲硝唑250 ml及庆大霉素16万U，保留至关腹后扩肛时再排出。

吻合口瘘的防治应注意以下几点：①梗阻近端的病变肠管可多切除一些，特别对回盲瓣功能不全的病人，连同受累的回肠末段一并切除。尽量选择血运良好、水肿较轻、肠壁脆性小的地方做切线。两端系膜及脂肪组织的清除范围以距切缘0.5～1.0 cm为妥。尽量少损伤肠系膜切线缘的肠管。吻合时将两断端系膜缘侧肠壁略错开并先缝合，采用两层间断缝合，针距及边距均为0.5 cm，勿使内翻过多。右半结肠切除后采用回肠结肠端侧吻合时，结肠吻合口要在纵肌缩成的结肠带上。②术后常规置腹腔引流管于吻合口附近，但勿将引流管接触吻合口，于吻合口瘘危险期过后拔除引流管。③手术结束时扩肛放出最后一次灌洗液；术后6 h再扩肛一次。术后第二天开始每日扩肛2次，共3 d。④术后应用广谱抗生素及营养支持疗法。一般选用头孢类抗菌素，病人禁食期间从静脉补充白蛋白、脂肪乳、氨基酸及多种维生素等。⑤对吻合口瘘者，应做近端结肠造瘘，局部有效的负压间断吸引。一般瘘口能在2～4周内愈合。有条件的医院可同时做深静脉营养。本组发生吻合口瘘1例，发生于左半结肠切除术后，做近端结肠造瘘，口服营养要素治愈。

［收稿日期］2004－10－12 ［修回日期］2004－11－01

（编辑：邱全光）