维普资讯 http://www.cqvip.com



文章编号:0253－3626(2001)04－0456－01

# 神经内窥镜临床应用的初步经验

钟　东,支兴刚,唐文渊

(重庆医科大学临床学院神经外科　重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R651　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2000－11－20

内窥镜神经外科是微侵袭神经外科的重要组成部分。我科于 2000 年 5 月引进美国 Clarus 神经内窥镜(其硬工作镜外径 4.2 mm ,工作腔直径 2.15mm,组件还包括观察镜、软镜等。)经临床应用,疗效令人满意,现报告如下。

## 1　临床资料

手术均在全麻下经内窥镜进行,诊断均经病理证实,均于术后八天内出院。病例 1、女,57 岁。右额顶纵裂蛛网膜囊肿。因头痛伴左侧肢体乏力 2 年入院。查体:左上、下肢肌力Ⅳ级。头颅 CT 示:右额顶蛛网膜囊肿。行蛛网膜囊肿—脑池造瘘、囊壁部分切除、囊肿—腹腔分流术。术后头痛缓解,复查 CT 示:囊肿缩小。1 月后随访,左侧肢体乏力明显改善。病例 2、男,51 岁。Ⅲ脑室颅咽管瘤。因性欲减退 1 年,左眼视力减退 3 月入院。查体:左眼视力眼前数指。头颅 MRI 示:Ⅲ脑室内囊性肿瘤。行肿瘤部分切除、脑室—腹腔分流术。术后左眼视力 2 米数指。病例 3、男,56 岁。Ⅲ脑室颅咽管瘤。因多饮、多尿 5 年,视力减退 2 年入院。查体:左眼视力 0.01,右眼视力 0.5。头颅 MRI 示:Ⅲ脑室囊性肿瘤伴脑积水。行肿瘤活检、脑室—腹腔分流术。术中见囊性肿瘤位于Ⅲ脑室并阻塞右门氏孔,行透明隔造口。病例 4、女,26 岁。阻塞性脑积水。因头痛 6 月,复视 1 月入院。查体:双眼底视乳头边界不清。头颅 MRI 示:阻塞性脑积水。行Ⅲ脑室底造瘘术。术中见中脑导水管开口处有膜样粘连,且双侧乳头体前方室管膜薄如蝉翼,遂行Ⅲ脑室底造瘘术(瘘口直径约 0.7cm)。术后头痛明显改善,但复视加重,双眼外展较术前差。复查头颅 MRI 示:脑室系统明显缩小。1 月后随访,复视较术前改善。

## 2　讨　论

2.1　对经不同入路的内窥镜下,脑室和脑池内操作的定位标志和解剖特点,要充分了解室间孔的前内侧有隔静脉,后外侧有丘纹静脉,底部有脉络丛,三者在此呈典型的"Y"字形。Ⅲ脑室底两侧淡黄色乳头体前方即透明区,在此造瘘后脑脊液流向脚间池。瘘口直径应大于 5mm,以免术后发生粘连堵塞[1]。

2.2　*止血是操作的难点和关键*　我们用生理盐水向脑室或囊腔作持续冲洗,术中可保持一个清晰的可视空间,冲洗泵的常规速度为 20～40ml/min。出血时先加大冲洗泵的速度至 60～70ml/min 以产生压迫止血作用,并尽快将术野冲洗干净,再用双极电凝或接触性激光止血。病例一术中出血经冲洗压迫止血,病例二术中出血稍多,经冲洗及双极电凝后止血。

2.3　*并发症*　术区或穿刺道出血过多难以控制可能被迫行开颅清除血肿;一过性动眼[2]、外展神经麻痹;Ⅲ脑室内操作不当可致一过性尿崩症等。预防措施包括熟练掌握显微外科技术,熟悉术区的解剖标志等多方面。

2.4　*神经内窥镜的适应症为颅内囊性病变,脑室内及其周围病变,脑积水等。*本文报告之病例均为单纯内窥镜手术。内窥镜辅助的显微神经外科还应用于颅内动脉瘤、听神经瘤[3]等。神经内窥镜手术开、关颅时间短,脑暴露少,损伤小,术后反应轻,可缩短住院时间。神经内窥镜技术进一步丰富了神经外科的治疗手段,掌握其适应证是开展好这项工作的关键。

## 参　考　文　献

[1]　Baskin JJ, Manwaring KH, Rekate HL. Ventriular shunt removal: the ultimate treatment of the slit ventricle syndrome [J]. J Neurosurg, 1998;88:474－484.

[2]　刘恩重,韩占强,潘友志,等. 神经内窥镜的临床应用[J]. 中华神经外科杂志,2000;16(1):11－13.

[3]　King WA, Wackym PA. Endoscope assisted surgery for acoustic neuronas[J]. Neurosurgery, 1999;44:1095－1102.

作者介绍:钟　东(1967－　),男,主治医师,硕士,广东肇庆人,主要研究方向:神经内窥镜