

该仔细阅片排除多发病灶的可能,特别是对于有明确家族遗传病史的病例。本文 1 例囊实性肿瘤术后 9 个月肿瘤呈大囊、多点状复发,病人有明确的家族遗传病史,详细回看外院术前 MRI 增强影像,可见小脑上一些散在轻度点状强化,高度怀疑术前为小脑多发病灶。

桥小脑角区、脑干较大的实性血管母细胞瘤,手术难度大,风险高,术后并发症多。术前栓塞供血动脉与显微手术切除同等重要。熟练掌握两种技术的神经外科中心可以同时应用。我们认为术前栓塞部分供血动脉,术中应用电生理监测技术,可以提高手术全切除率,减少术后神经功能障碍。

总之,联合应用栓塞供血动脉、神经电生理监测辅助显微手术切除颅后窝血管母细胞瘤可以减少术中出血及神经损伤风险、提高肿瘤全切除率。

【参考文献】

[1] Huntoon K, Lonser RR. Findings from the natural history of central nervous system hemangioblastomas in von Hippel.

[2] Kanno H, Kuratsu J, Nishikawa R, *et al.* Clinical features of patients bearing central nervous system hemangioblastoma in vonHippel–Lindau disease [J]. Acta Neurochir (Wien), 2013, 155(1): 1–7.

[3] 兴 涛,柳 彬,刘 传,等. DWI 及 ADC 值鉴别后颅窝实质型血管母细胞瘤与其它富血供肿瘤的价值[J]. 放射学实践,2015,(4):319–322.

[4] 姚国杰,杨 铭,潘 力,等. 毗邻脑干的大型实质性血管母细胞瘤的外科治疗(附 2 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志,2015,20(8):449–452.

[5] Liu X, Zhang Y, Hui X, *et al.* Surgical management of medullaoblongata hemangioblastomas in one institution: all analysis of 62 cases [J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(4): 5576–5590.

[6] 刘雪松,张跃康,刘文科,等. 显微手术治疗脑干实体性血管母细胞瘤的疗效分析[J]. 中华神经外科杂志,2016,32(5):463–466.

(2019-11-22 收稿,2020-05-25 修回)

经鼻蝶入路神经内镜手术和显微手术治疗垂体腺瘤的疗效

王建飞 石东付 卢国奇 袁军辉

【摘要】目的 探讨神经内镜手术和显微手术治疗垂体腺瘤的疗效。**方法** 回顾性分析 2016 年 1 月至 2018 年 1 月手术治疗的 110 例垂体腺瘤的临床资料,均采用经鼻蝶入路,其中 45 例采用显微手术(显微组),65 例采用神经内镜手术(内镜组)。**结果** 内镜组肿瘤全切除率(93.85%,61/65)明显高于显微组(71.11%,32/45; $P<0.05$)。内镜组并发症总发生率(12.31%,8/65)明显低于显微组(33.33%,15/45; $P<0.05$)。**结论** 对于合适的垂体腺瘤,与显微手术相比,神经内镜手术可提供肿瘤全切除率,减少术后并发症。

【关键词】 垂体腺瘤;经鼻蝶入路;显微手术;神经内镜手术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2021)02-0117-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1*1

垂体腺瘤常选择手术治疗^[1],常用的手术方式包括显微手术^[2]和神经内镜手术^[3]。研究表明,显微手术存在一定缺陷,如部分病人术野受限,可能造成切除不完整,或其它神经血管受损,增加手术风险^[4]。神经内镜手术具有创伤小、无盲点、术野清晰等优点

^[5]。本文回顾性分析 110 例垂体腺瘤的临床资料,对比分析神经内镜手术和显微手术的疗效。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析 2016 年 1 月至 2018 年 1 月收治的 110 例垂体腺瘤的病例资料,采用神经内镜手术治疗 65 例(内镜组),显微手术治疗 45 例(显微组)。内镜组男 35 例,女 30 例;年龄 20~71 岁,平均(45.12±9.35)岁;病程 2.1~4.1 年,平均(3.14±0.55)

年。对照组男 25 例,女 20 例;年龄 21~73 岁,平均(46.42±8.35)岁;病程 2.3~4.2 年,平均(3.14±0.55)年。

1.2 手术方法 均采用经鼻蝶入路。显微组在显微镜下找寻蝶窦入口处,打开蝶窦前壁,剥离部分黏膜,磨除鞍底,打开硬膜,切除肿瘤后保证鞍隔塌陷,确认肿瘤切除完全,尽可能避免脑脊液漏。内镜组使用 0°内镜寻找蝶窦入口,切开鼻中隔黏膜,磨除蝶窦黏膜、前壁及间隔后充分暴露鞍底,磨开直径约 1.5 cm 骨窗,穿刺硬膜确认安全后,电灼并“十字”切开确认肿瘤位置,沿鞍区周围依次刮除肿瘤,直至内镜下肿瘤全切,并确认肿瘤无残留。两组肿瘤切除后均进行鞍底重建。

1.3 观察指标 ①术后复查 MRI 判断肿瘤切除情况。②统计术后并发症发生情况(术后尿崩症、水电解质紊乱、脑脊液鼻漏及嗅觉退化)。

1.4 统计学方法 运用 SPSS 20.0 软件分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肿瘤切除程度比较 内镜组肿瘤全切除 61 例,次全切除 2 例,大部分切除 2 例;显微组肿瘤全切除 32 例,次全切除 9 例,大部分切除 3 例,部分切除 1 例。内镜组肿瘤全切除率(93.85%, 61/65)明显高于显微组(71.11%, 32/45; $P < 0.05$)。

2.2 两组术后并发症比较 内镜组术后发生尿崩症 4 例、水电解质紊乱 1 例、脑脊液鼻漏 1 例及嗅觉退化 2 例;显微组术后发生尿崩症 6 例、水电解质紊乱 3 例、脑脊液鼻漏 4 例及嗅觉退化 2 例。内镜组并发症总发生率(12.31%, 8/65)明显低于显微组(33.33%, 15/45; $P < 0.05$)。

3 讨论

垂体腺瘤是颅内常见的良性肿瘤。目前,经鼻蝶入路应用越来越广泛,其优点是切口小,隐蔽性好,手术创伤小,术中不需分离鼻中隔及粘膜,出血量少;而且,由于保留鼻中隔,不会影响病人面貌。然而,部分垂体腺瘤由于术野受限,可能造成切除不完整,或其它神经血管受损,增加手术风险^[4]。

近年来,随着神经内镜技术的发展,神经内镜在垂体腺瘤中应用越来越多^[6]。神经内镜的优势在于借助神经内镜有利于对病灶组织及周围重要神经血管组织清晰辨认,以便更好进行切除病变组织的操

作;神经内镜视野宽,利于辨认病变区域,切除肿瘤时,有助于保护邻近重要血管神经组织,减少术后并发症^[7]。本文内镜组术后总并发症发生率明显低于显微组。这与胡火军等^[8]等研究相符合。

研究报道显微镜下经鼻蝶入路手术切除垂体腺瘤,在鼻腔狭窄有限的空间内暴露蝶窦口,虽能提高照明作用,但也存在盲区,完整切除肿瘤难度较高。而神经内镜体积较小,可随意调控操作方向和深度,还可通过不同镜头探清病灶,深部照明好,光线强,既可以发现较为隐匿的病变,避免切除时遗漏,提高肿瘤切除率。本文内镜组肿瘤全切除率明显高于显微组。这也与王玉玉等^[9]研究报道类似。

综上所述,对于合适的垂体腺瘤,神经内镜手术可有效提高肿瘤全切除率,减少术后并发症。

【参考文献】

- [1] 朱惠娟. 鞍区病变的诊断与治疗[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(1): 49-50.
- [2] 焦 风, 王栋梁, 刘 波, 等. 全内镜技术经鼻蝶入路手术治疗鞍区病变临床观察[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016, 23(20): 1372-1375.
- [3] 于焕新, 刘 钢. 内镜经鼻蝶入路手术治疗鞍区囊性病 46 例临床分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 50(5): 369-373.
- [4] 鲁晓杰, 陈开来, 王 清, 等. 内镜和显微镜下经鼻入路鞍区的解剖学对比研究[J]. 中华显微外科杂志, 2010, 33(2): 140-142.
- [5] Zuniga MG, Turner JH, Chandra RK. Updates in anterior skull base reconstruction [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2016, 24(1): 75-82.
- [6] 孙维晔, 王富元, 李爱民, 等. 42 例神经内镜下经单鼻孔蝶窦入路切除垂体瘤的临床分析[J]. 重庆医学, 2012, 41(31): 3327-3329.
- [7] Singh H, Essayed WI, Cohen-Gadol A, et al. Resection of pituitary tumors: endoscopic versus microscopic [J]. J Neurooncol, 2016, 130(2): 309-317.
- [8] 胡火军, 王雄伟, 黄益玲, 等. 内镜下经鼻蝶入路手术治疗鞍区病变疗效观察[J]. 山东医药, 2012, 52(2): 48-49.
- [9] 王玉玉, 李 刚, 李 毅, 等. 神经内镜下经单鼻孔蝶窦入路垂体瘤切除术的临床效果分析[J]. 第三军医大学学报, 2013, 32(12): 1317-1318.

(2019-05-02 收稿, 2019-11-07 修回)