

. 经验介绍 .

小翼点入路手术夹闭前循环动脉瘤 42 例

向春晖 田仁富 潘 轲

【摘要】目的 总结小翼点入路手术夹闭前循环动脉瘤的经验。**方法** 回顾性分析 2018 年 1 月到 2019 年 12 月经小翼点入路夹闭术治疗的 42 例前循环动脉瘤的临床资料。**结果** 2 例床突段动脉瘤术后复查发现瘤颈残余,其余均成功夹闭。术后出现脑挫裂伤并血肿 3 例,脑梗死 2 例,硬膜下血肿 1 例,硬膜外血肿 1 例。术后平均随访 11.2 个月,预后良好 37 例,预后不良 5 例;CTA 或 DSA 随访显示载瘤血管通畅,无动脉瘤复发及再出血情况。**结论** 小翼点入路手术能安全有效地暴露并夹闭前循环动脉瘤,手术时间短,出血少,损伤小。

【关键词】 前循环动脉瘤;小翼点入路;显微夹闭术

【文章编号】 1009-153X(2021)05-0367-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 651.1²

翼点入路是颅脑手术常用的入路,可处理颅前、中窝及眼眶、鞍区、鞍旁、海绵窦、蝶骨嵴、斜坡、岩斜区病变^[1],适用范围广,但若处理不恰当,可能导致术后面神经分支损伤、颞肌功能障碍、颅骨局部凹陷、额窦开放和手术疤痕等。小翼点入路由 Figueiredo 等^[2]提出,是传统翼点开颅术的另一种方法。2018 年 1 月到 2019 年 12 月经小翼点入路夹闭前循环动脉瘤 42 例,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 42 例(52 枚)中,男 22 例,女 20 例;年龄 24~74 岁,平均(53±7.5)岁。未破裂动脉瘤 10 例;破裂动脉瘤 32 例,术前 Hunt-Hess 分级 I~II 级 28 例,III~IV 级 4 例。动脉瘤直径≤5 mm 有 42 枚,6~10 mm 有 8 枚,≥10 mm 有 2 枚。

1.2 手术方法 入院 72 h 内手术。切口自颞弓上缘 1 cm 起,向前上方做弧形切口至同侧瞳孔中线,沿发际线行走,暴露关键孔前方颞骨额突,以实现骨窗向眶顶平面的扩展。先在颞线贴近切口后界交点钻一孔,然后铣下包含关键孔的骨窗,直径约 4 cm。悬吊硬膜,磨除蝶骨嵴、眶顶,视情况切除前床突。半月形剪开硬脑膜,切口朝向眶上缘,显露额叶、侧裂和颞上回下侧面。打开颈动脉池、视交叉池甚至终板,释放脑脊液,使脑组织张力下降,视动脉瘤的位置情况分离侧裂。

1.3 预后评估 采用 GOS 评分评估预后,4~5 分为预

后良好,1~3 分为预后不良。

2 结果

2 例床突段动脉瘤术后复查发现瘤颈残余,其余均成功夹闭。术后出现脑挫裂伤并血肿 3 例,脑梗死 2 例,硬膜下血肿 1 例,硬膜外血肿 1 例。术后平均随访 11.2 个月,预后良好 37 例,预后不良 5 例;CTA 或 DSA 随访显示载瘤血管通畅,无动脉瘤复发及再出血情况。

3 讨论

随着微创理念的普及,颅内动脉瘤手术追求的是最大程度的暴露和最小程度的脑组织损伤^[3]。翼点入路适用于鞍旁、鞍区、外侧裂及基底动脉病变的手术治疗,通过充分磨除蝶骨嵴,解剖外侧裂池及各颅底脑池形成锥形空间^[4],不但可很好暴露前交通复合体以及脑底面,而且可避免对脑组织过分牵拉^[5]。但暴露的颅内范围较大,易发生面神经分支的损伤、额窦开放和脑脊液漏引起的颅内感染,过度的颞肌剥离引发颞肌萎缩导致容貌发生变化。眶上外侧入路是目前处理前循环动脉瘤的常见入路,骨窗小,可减少颞肌与面神经损伤^[6],缺点是有眶上神经损伤风险,也会因颞部骨窗的限制,无法提供更加偏向外侧的视角,对指向后方的前循环动脉瘤,如大型、巨大型大脑中动脉瘤,特别是指向蝶骨翼外侧和低位基底动脉顶端动脉瘤,仍存在局限性^[7]。小翼点入路手术视角较标准翼点入路靠前^[8],将颅骨切开术的大小、颞肌解剖的程度、侧裂解剖分离程度做到很好的平衡。

小翼点入路切口位于发际内,下端在颞弓上方

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.05.016
作者单位:445000 湖北,恩施土家族苗族自治州中心医院神经外科
(向春晖、田仁富、潘 轲)