

## 颅内大型脑膜瘤的显微手术疗效观察

苏松, 陆显祯, 罗选荣, 赵璧, 袁川, 朱云飞  
(文山州人民医院神经外科, 云南文山 663000)

[关键词] 脑膜瘤; 显微手术; 疗效

[中图分类号] R739.4 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 02-0136-02

自2002年8月至2006年6月, 文山州人民医院收治大型脑膜瘤患者14例, 全部经显微手术切除肿瘤, 效果满意, 现进行回顾性分析, 报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本观察组病例共14例, 其中男10例, 女4例, 年龄18~61岁, 病程4个月~10a。镰旁脑膜瘤4例, 蝶骨嵴脑膜瘤2例, 鞍结节脑膜瘤3例, 嗅沟脑膜瘤3例, 桥小脑角脑膜瘤2例, 头痛、头晕11例, 视力减退2例, 癫痫发作2例, 嗅觉减退2例, 眼球活动受限2例。

#### 1.2 影像学检查

本观察组患者均行MRI和CT扫描检查, 其中行CTA检查6例、MRA检查3例, 瘤体最大约6cm×6cm×6cm, 瘤体最小约5cm×2.5cm×3cm, 入选病例肿瘤最大径均要求>3.0cm, 无手术禁忌症。

#### 1.3 方法

14例病例中, 根据CT、MRI、CTA (CT增强血管造影), MRA (核磁共振动脉血管成像) 达到精确定位, 选择不同的手术入路开颅, 其中翼点入路2例, 冠状切口入路3例, 马蹄形切口入路6例, 改良翼点入路2例, 旁正中入路1例, 通过手术显微镜完成肿瘤摘除手术。

### 2 结果

本组14例中, 肿瘤全切12例, 次全切1例,

大部切除1例, 3例鞍结节脑膜瘤中1例术后出现尿崩和水电解质紊乱, 因经济原因家属要求自动出院, 2例视力明显恢复, 1例嗅沟脑膜瘤及1例镰旁脑膜瘤术后癫痫发作明显减少, 其余患者均治愈出院, 术后3个月复查提示患者预后良好, 绝大部分已恢复正常生活和工作。

### 3 讨论

大型脑膜瘤, 尤其是颅底的大型脑膜瘤, 因肿瘤与颅底结构关系密切, 同时肿瘤生长使脑组织发生相对明显的移位, 解剖关系发生变化, 因此手术难度大, 全切除率低, 并发症高, 掌握熟练的解剖知识及手术技巧, 选择恰当的手术入路从而能够达到良好的肿瘤显露, 同时要及时处理术后并发症等是手术成功的关键, 体会如下: (1) 手术入路: 可通过多种途径达到精确定位<sup>[1]</sup>, 如: CT、MRI, 还可通过CTA (CT增强血管造影)、MRA、MRV (核磁共振动脉、静脉血管成像) 等方法了解邻近血管及静脉窦的情况, 根据肿瘤大小、位置、侵袭范围、生长方向采用不同手术入路, 借助可旋转和升降手术床和空间操作灵活的多功能显微镜, 能够获得满意显露; (2) 肿瘤切除: 肿瘤切除步骤是手术过程中的重中之重, 耗时长, 手术操作在显微镜下进行, 尽量减少脑组织的牵拉, 避免损伤神经、脑组织、血管为原则<sup>[2]</sup>。最有效的方法是首先部分分离肿瘤基底, 然后分块切除肿瘤中心部分, 这样可造成一个可牵拉薄层瘤壁的空间, 注意相关结构的保护。减少损伤, 术者必须根据肿瘤大小、部位、患者情况及出血进度来决定最佳手段迅速切除肿瘤, 缩短手术时间, 减少失血量和术后并发症,

[作者简介] 苏松 (1973~), 男, 云南建水县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事神经外科临床工作。

肿瘤要争取做到全切是减少复发的最有效的方法。本组病例实现了绝大多数病例肿瘤全切(12例全切),取得良好的治疗效果;(3)关闭颅脑及术后处理<sup>[3]</sup>:术后笔者选择缝合硬脑膜,重建硬膜下腔,此方法的好处是防止发生脑脊液漏和脑组织疝出,避免术后感染及脑皮层疤痕粘连。硬脑膜的修补可用自体筋膜、骨膜、人工脑膜修补等,术后的主要问题是:血肿或脑水肿致局部或广泛的颅内压升高,进行性神经功能障碍及天幕裂孔疝,术后应严密观察,定期复查头颅CT及肝、肾功电解质,防止及纠正并发症。

颅内大型脑膜瘤是神经外科治疗的一个难点,尤其是位于颅底的大型脑膜瘤,肿瘤很难做到全

切,同时术后恢复也是一大考验,会有或多或少的神经功能障碍,要有足够的认识,术前要有充分的思想准备。本组病例严格遵循手术原则,获得良好的治疗效果。

#### [参考文献]

- [1] 杨树源. 实用神经外科手术技巧[M]. 天津:天津科学技术出版社,2002:121.
- [2] ROBERTG.GROSMAN主编,王任直主译,神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:389.
- [3] HENRYH.SCHMIDKE主编,王任直主译,神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:699.

(2012-01-05 收稿)

(上接第131页)

胆汁淤积和 ERCP 无法显示的肝内三级胆管扩张。肝脏内肿块影、门静脉、肝门淋巴结肿大及胸、腹水等影像。结合 Dopplar 可了解局部肿物血流情况。胆管内 US (IDUS) 利用小口径探头的超声检查,可产生胆管壁各层的清晰图像,通过对各种胆管疾病管壁厚度的研究发现, PSC 的胆管壁增厚与远端胆管癌、胆管结石组及对照组有明显差异性<sup>[7]</sup>。因此,超声内镜及 IDUS 联合对于 PSC 及伴发胆管癌的诊断以及了解疾病关联部位情况有重要意义。结合超声引导下穿刺切割针取到足够的组织对疾病诊断应有一定价值,内镜超声在胆管疾病的诊断上可有良好的应用前景。

#### [参考文献]

- [1] ANGULO P, LINDOR K D. Primary sclerosing cholangitis [J]. Hepatology, 1999, 30:325-332.
- [2] 中村,雄太乾. ほか. PSCの画像診断:腹部エコー一

[J]. 胆と膵. 2005, 26(4):393-396.

- [3] TAKIKAWA H. Analysis of 388 cases of primary sclerosing cholangitis in japan:presence of a subgroup without pancreatic involvement in older patients[J]. Hepatol Res, 2004, 29:153-159.
- [4] 杨艳华,谢青. 原发性硬化性胆管炎的研究进展[J]. 肝脏, 2007, 10(12):406-408.
- [5] BERSTAD A E, AABAKKEN L, SMITH H J, et al. Diagnostic accuracy of magnetic resonance and endoscopic retrograde cholangiography in primary sclerosing cholangitis [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2006, 4:514-520.
- [6] MAJOIE CBLM, SMITS N J, PHOA SSKS, et al. Primary sclerosing cholangitis:sonographic findings [J]. Abdom Imaging, 1995, 20(2):109-113.
- [7] TAMADA K, TOMIYAMA T, OOHASHI A, et al. Bile duct wall thickness measured by intraductal US in patients who have not undergone previous biliary drainage [J]. Gastrointest Endosc, 1999, 49(2):199-203.

(2012-01-24 收稿)