

# 改良经口鼻蝶入路垂体腺瘤切除术 20 例报告

许 鹏 赵丽萍<sup>①</sup> 幸 兵<sup>②</sup>

( 山东省临沂市沂水中心医院神经外科 ,临沂 276400 )

【摘要】 目的 探讨改良经口鼻蝶入路垂体腺瘤切除术的价值。方法 对 20 例垂体腺瘤改良经口鼻蝶入路垂体腺瘤切除,术中剥离一侧鼻黏膜,完整保留软骨性鼻中隔甚至骨性鼻中隔。结果 17 例全切,1 例扩大切除,2 例大部切除。术中脑脊液漏 3 例。术后 14 例随访 3 ~ 12 个月,平均 6.7 月,1 例术后半年复发。结论 保留鼻中隔的改良经口鼻蝶入路,既达到手术显露的目的,术后又使鼻中隔解剖复位,对鼻中隔的功能不造成影响。

【关键词】 鼻中隔; 口鼻蝶入路; 垂体腺瘤

中图分类号 R651.1+3

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2005)08-0666-02

垂体腺瘤约占颅内肿瘤的 10%<sup>[1]</sup>,仅低于脑胶质瘤和脑膜瘤,手术切除是治疗垂体腺瘤的首选方法。目前,超过 90% 的垂体腺瘤手术经蝶窦入路<sup>[2]</sup>。我院 2003 年 1 月~2004 年 10 月对 20 例垂体腺瘤采用保留鼻中隔的改良经口鼻蝶入路手术,疗效满意,现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 20 例选择第 1 次经蝶手术的病例,肿瘤大小不受限制。男 8 例,女 12 例。年龄 21 ~ 67 岁,平均 38 岁。病程 1 个月~13 年,平均 7.6 年。均有视力下降和不同程度的头痛(额部钝痛),14 例有典型的双颞侧偏盲。女性闭经泌乳或月经不调 6 例,肢端肥大 1 例,向心性肥胖 1 例,肢端肥大伴闭经泌乳 1 例,男性泌乳伴阳痿 1 例,肢端肥大伴性欲亢进 1 例。7 例催乳激素(PRL) > 200  $\mu\text{g/L}$  (正常值:男 0 ~ 20  $\mu\text{g/L}$ ,女 2 ~ 25  $\mu\text{g/L}$ ); 1 例生长激素(GH) 30.6  $\mu\text{g/L}$  (正常值 0.06 ~ 8.6  $\mu\text{g/L}$ ); 1 例 GH 和 PRL 分别增高为 54.7  $\mu\text{g/L}$  和 286.6  $\mu\text{g/L}$ ; 1 例 ACTH 156.7  $\text{pg/ml}$  (正常值 9.6 ~ 22  $\text{pg/ml}$ ),地塞米松抑制试验,小剂量不能抑制,大剂量能抑制;余 10 例内分泌检查正常。11 例 X 线检查,9 例蝶鞍呈球形扩大;16 例 CT 扫描,12 例蝶鞍呈圆形扩大,鞍区肿块呈略高或等密度,强化扫描肿块均匀强化。

20 例 MRI 检查,腺瘤直径 8 ~ 45 mm,其中 < 10 mm 的微腺瘤 1 例,10 ~ 30 mm 的大腺瘤 8 例,> 30 mm 的巨大腺瘤 11 例。主要向鞍上生长 13 例,向鞍上生长并侵入海绵窦包绕一侧颈内动脉 2 例,包绕两侧颈内动脉 1 例,局限在鞍内 4 例。

### 1.2 方法

全麻,气管内插管,插管固定在左侧口角处。病人仰卧,上身抬高约 20°,头稍后仰。上唇、鼻腔底和鼻中隔黏膜下生理盐水浸润,在上唇内面黏膜反折上约 0.5 cm。两犬齿之间做一横形切口,一般长约 4 cm,沿上颌骨剥离上唇,显露双侧梨状孔缘及鼻前棘,一般分离右侧鼻腔底黏膜,左侧鼻腔底黏膜不分离或稍加分离,转而分离右侧鼻中隔黏膜至蝶窦腹侧壁,这时在显微镜下常可以看到右侧蝶窦开口,手术刀在鼻嵴处切口使此处较整齐离断。插入 Cushing 扩张器,稍用力将骨性鼻中隔自根部折断,撑开扩张器,将鼻中隔及鼻中隔黏膜、鼻腔底黏膜推向左侧,显露蝶窦腹侧壁,在蝶窦腹侧壁开窗 1.5 ~ 2.0 cm 见方,进入蝶窦,去除蝶窦黏膜和蝶窦隔,显露鞍底,鞍底骨质一般变得菲薄,咬骨钳稍用力即可使其骨折,根据需要扩大鞍底骨窗。穿刺鞍内若无新鲜血抽出,放射状切开鞍底硬膜,多数可以见到瘤组织溢出,垂体瘤刮匙清除肿瘤组织。对于垂体微腺瘤,经口鼻蝶入路较鼻蝶入路能更好的显露肿瘤和瘤周组织,清楚的扩大切除减少复发。止血,生理

① ( 河北省唐山市人民医院神经外科,唐山 063001 )

② ( 北京协和医院神经外科,北京 1000730 )

盐水冲洗瘤腔,瘤腔内压 1~2 小块明胶海绵,退出扩张器,鼻中隔复位,可吸收线缝合上唇黏膜,油纱条填塞鼻腔。病人完全清醒后拔除气管插管。

## 2 结果

手术时间 1~3 h,平均 1.5 h。3 例因将鞍隔刮破出现脑脊液漏,耳脑胶加明胶海绵修补鞍底,术后 3 d 拔除鼻腔填塞油纱条,卧床 7 d,术后未出现脑脊液鼻漏。全切 17 例,肿瘤切除联合瘤周组织切除(扩大切除)1 例,大部切除(术中切除 80% 以上)2 例。术后病理均为垂体腺瘤。术后未出现鼻中隔穿孔,鼻梁无塌陷。6 例术后出现尿崩症,经用双氢克尿噻和痛可宁治疗 1 周内恢复。20 例术后头痛均缓解;14 例术前视力视野障碍者,12 例术后明显改善。14 例术后随访 3~12 个月,平均 6.7 月。6 例女性闭经泌乳者术后 5~35 d 月经恢复,泌乳消失,3 例术后 3 个月复查 PRL 在正常范围;1 例男性泌乳者术后泌乳消失,3 个月查 PRL 正常;1 例闭经泌乳伴肢端肥大术中全切,术后月经来潮 2 次但未受孕,半年后复查 MRI 见肿瘤复发,查 GH 和 PRL 分别为 24.6  $\mu\text{g/L}$  和 126.8  $\mu\text{g/L}$ ,二次手术经单鼻孔蝶窦入路联合术后放疗半年后复查 MRI 未见肿瘤复发,月经来潮但不规律,仍未受孕。1 例向心性肥胖行肿瘤扩大切除,术后肾上腺皮质功能低下,口服泼尼松 5 mg 2 次/d,术后 20 d 患者自行停药,3 d 后出现恶心呕吐、心悸、血压下降,急诊复查 ACTH 1.8 pg/ml,氢化考的松 100 mg 静脉滴注后好转。

## 3 讨论

经蝶入路有多种,如经口鼻蝶入路,经鼻(单侧或双侧)蝶窦入路,经筛窦蝶窦入路和上颌窦蝶窦入路。目前,经蝶窦入路手术常采用经口鼻蝶或单鼻孔蝶窦入路,根据术者的习惯选择,各有优缺点。对于鼻孔较小的患者或向鞍上及鞍旁生长的大肿瘤,行扩大鞍底入路手术<sup>[3]</sup>还是需要经口鼻蝶入路。经口鼻蝶入路虽然比经单鼻孔蝶窦入路操作复杂,手术时间较长,但是手术视野大,显露好,更容易全切肿瘤。锁孔手术是一个扇形视野,通过手术显微镜的调节可以看到扇面内的物体,距离越远视野越大,经蝶入路手术通过扩张器是一个管状视野,调节手术显微镜的角度受到限制,只有通过增加管状

视野的前后及左右径才能增加手术野的显露,特别是前后径的增大对向鞍上发展的肿瘤显露有明显帮助。经口鼻蝶入路手术能放入宽度比较大的扩张器,手术视野明显比经单鼻孔入路大。改良经口鼻蝶入路适用于所有经蝶手术病例,但是二次经蝶手术由于瘢痕形成,剥离鼻黏膜困难,还是经单鼻孔比较容易达到蝶窦腹侧壁。

经典的经口鼻蝶入路,术中须去除鼻中隔下部的软骨性鼻中隔及骨性鼻中隔<sup>[4]</sup>,使鼻中隔下部失去支撑,术后部分患者鼻梁塌陷,影响美容<sup>[5]</sup>;术中须剥离双侧鼻黏膜,去除鼻中隔,若鼻黏膜不能完整剥离术后易致鼻中隔穿孔,部分患者鼻中隔摆动,影响夜间睡眠。我们改良的经口鼻蝶入路手术剥离一侧鼻黏膜后,在软骨性鼻中隔与骨性鼻中隔连接处分开推向对侧,咬除骨性鼻中隔,术后将软骨性鼻中隔复位。随着手术的熟练,可以将鼻中隔自骨性鼻中隔根部折断,在蝶窦腹侧壁剥离黏膜和骨膜,术后将软骨性及骨性鼻中隔一同复位,达到解剖复位。术中剥离一侧鼻黏膜,节省手术时间。

本组 3 例术中刮破鞍隔出现了脑脊液漏,术中应用耳脑胶加明胶海绵修补鞍底效果肯定,未取股部脂肪或肌肉修补鞍底。

本术式术中保留了鼻中隔,虽然对牵开的宽度有一定影响,但是对前后径不受影响,术中前后的视野是主要的。本术式保留了软骨性鼻中隔甚至骨性鼻中隔,术后达到了解剖复位,即达到了扩大显露的目的,又不对鼻中隔的功能造成影响,使经蝶入路手术更加完美。

## 参考文献

- 1 王忠诚,主编.神经外科学.武汉:湖北科学技术出版社,1998. 489.
- 2 王任直,主编.神经外科手术学.北京:人民卫生出版社,2003. 351.
- 3 王任直,任祖渊,苏长保,等.采用扩大经蝶窦入路方法切除鞍区和斜坡巨大肿瘤.中华医学杂志,2004,20:1693.
- 4 梁新强,蒋广元,宋星志,等.经蝶入路显微手术治疗垂体腺瘤 22 例.中国微创外科杂志,2004,4:225-226.
- 5 魏少波.经单鼻孔蝶窦入路切除垂体腺瘤.临床外科杂志,2004,12:204-205.

(收稿日期 2005-04-14)

(修回日期 2005-06-29)