

显微手术治疗矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤 30 例临床体会

Microsurgery for 30 Cases with Parasagittal and Parafalcine Meningiomas

WANG Zhi-li, MENG Zhao-peng, HOU Lin-sheng

王志利, 孟兆鹏, 侯林生

(天津市宁河县医院, 天津 宁河 301500)

摘要: [目的] 观察与分析显微手术治疗矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤的效果。[方法] 对 30 例矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤患者给予显微手术治疗。[结果] 显微手术 Simpson I 级全切除率为 56.67%, Simpson II 级切除率为 33.33%, 且手术前后生活质量评分相比存在明显差异, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。[结论] 显微手术治疗矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤效果显著。

关键词: 显微手术; 矢状窦; 大脑镰; 脑膜瘤

中图分类号: R739.4 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2013)06-0498-02

矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤在各种部位脑膜瘤中最多见, 占颅内脑膜瘤的 23%~28%^[1], 矢状窦旁脑膜瘤发生于蛛网膜粒, 在脑表面可看到, 一般不侵入脑组织, 但 40%~50% 侵犯矢状窦; 大脑镰旁脑膜瘤从大脑镰或下矢状窦长出, 在脑表面多看不到, 生长于两大脑半球之间, 少数在大脑镰内浸润生长。由于矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤本身结构较为复杂且所处部位特殊, 且多侵犯矢状窦, 所以外科手术治疗较为棘手。我科于 2000 年 4 月~2012 年 7 月利用显微手术治疗矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤 30 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有患者均符合《临床神经外科学》^[2]中有关矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤诊断标准及手术适应证, 其中男性 8 例, 女性 22 例; 年龄 25~68 岁, 平均 (53.26 ± 2.00) 岁。发病至就诊时间为 2 个月至 5 年, 平均 (2.00 ± 0.31) 年。30 例患者术前临床表现: 头痛 24 例 (80.00%), 恶心呕吐 14 例 (46.67%), 记忆力下降 2 例, 大小便失禁 1 例, 轻度意识障碍 1 例; 神经系统检查: 额叶体征 17 例 (56.67%), 视乳头水肿 16 例 (53.33%), 脑神经功能障碍 7 例 (23.33%); 脑膜瘤直径 2.50~7.50cm, 平均 (5.10 ± 0.20) cm。肿瘤位于上矢状窦前 1/3 旁的 11 例 (36.67%), 肿瘤位于上矢状窦中 1/3 旁的 16 例 (53.33%), 肿瘤位于上矢状窦后 1/3 旁的 3 例 (10.00%)。

1.2 研究方法

回顾性观察与分析 30 例矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤患者病历资料, 同时参考《临床神经外科学》^[2]中及目前临床试验方案设计标准, 设计“30 例矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤患者显微手术治疗效果观察表”, 并由专人对表中内容 (包括患者姓名、性别、年龄、发病时间、伴随疾病、临床表现、脑膜瘤情况及显微手术方法和效果等) 进行观察与详细记录, 然后对所

收稿日期: 2013-02-05; 修回日期: 2013-05-17

得数据进行统计学处理与分析。

1.3 显微手术方法

所有患者均取其仰卧位, 给予气管插管全麻, 并根据患者具体情况给予选用不同的头皮切口: ①脑膜瘤主要位于矢状窦前中 1/3 的, 给予额顶部入路开颅, 通常矢状窦旁的脑膜瘤行靠矢状窦的一侧开颅, 注意保护中央沟静脉, 避免其受损伤。②脑膜瘤主要位于矢状窦后 1/3 的, 给予顶枕部入路开颅。开颅术中需防止在锯开骨瓣, 或掀起骨瓣时矢状窦或周围病理血管的撕裂引起大出血。然后硬脑膜切开后在显微镜下进行相应的手术治疗, 对于直径小于 3cm 者给予整块切除, 大于 3cm 者实施分块切除且边切除边暴露, 同时该手术对受肿瘤侵蚀的硬脑膜给予切除, 可用替代材料修补缺损的硬脑膜; 同时对受肿瘤侵蚀的矢状窦给予相应的处理, 切除矢状窦, 再根据具体情况行矢状窦修补或重建术, 或给予保留矢状窦, 仅给予窦壁电灼以灭活肿瘤组织。同时对受肿瘤侵蚀的颅骨根据具体情况给予相应的处理, 可用磨钻磨除增生的内板, 或将骨瓣煮沸 20~30min 灭活后还纳骨瓣。

1.4 生活质量评定标准

参考 Spitzer 指数^[3], 即患者活动能力、日常生活、健康感受、生活感受、家庭支持 5 项, 总分为 10 分, 分数越高说明患者生活质量越好。

1.5 统计学处理

所得全部数据均利用 SPSS13.0 统计分析软件处理。其中计量资料数据符合正态分布的采用 t 检验, 数据用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示; 不符合正态分布的计量资料采用 Mann-Whitney U 检验; 计数资料则采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 30 例矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤患者手术情况

Simpson I 级全切除 17 例 (56.67%), Simpson II 级全切除 10 例 (33.33%), 肿瘤次全切除 3 例 (10.00%)。30 例患者术后 1 个月时的临床表现: 头痛 2 例 (6.67%), 无恶心呕吐病例, 记忆力下降的 2 例记忆力较前改善, 大小便失禁消失, 轻度意识障碍治愈; 神经系统检查: 额叶体征 2 例 (6.67%), 视乳头水肿 3 例 (10.00%), 脑神经功能障碍 1 例 (3.33%), 较术前有明显的好转, $P < 0.05$ 。

2.2 30 例矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤患者手术前后生活质量对比结果

手术治疗前后除家庭支持外, 其他项目相比, 差异有统

计学意义($P<0.05$),提示经过此次显微手术治疗后患者生活质量有较大改善,手术治疗有效(Table 1)。

3 讨论

临床研究表明矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤早期症状不明显,因此给早期诊断造成困难,一旦肿瘤被发现时常比较大,同时该肿瘤周围存在重要血管等^[4],所以矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤手术风险较高。

我们利用显微手术治疗矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤,效果显著,对改善患者的生活质量具有十分重要的临床意义。总结该组病例,我们对该手术治疗的临床体会如下:①如肿瘤未侵入矢状窦应争取完全切除肿瘤;②开颅术中需防止在锯开骨瓣,或掀起骨瓣时矢状窦或周围的病理血管撕裂引起大出血,较好的办法是在骨瓣区多钻几个孔,必要时用咬骨钳咬开骨瓣,而代替线锯或铣刀锯开骨瓣,矢状窦或周围的病理血管撕裂引起的出血可用止血海绵、止血纱布压迫止血;③开颅后先电灼脑膜中动脉向肿瘤供血的分支,在分离肿瘤中,逐一电灼切断各供血血管,用湿棉条保护脑组织,找到肿瘤与矢状窦的附着点予以切断,即可完整切除肿瘤;④在切除中央区矢状窦旁脑膜瘤时,要注意保护中央沟静脉,避免损伤,否则可能造成肢体瘫痪的严重后果;⑤对于肿瘤侵蚀上矢状窦,完全切除较困难时只能对窦壁进行电灼,不可贸然强求全切肿瘤,以免引起矢状窦大出血;⑥对于肿瘤侵犯矢状窦并造成矢状窦阻塞的患者,原则上切除肿瘤的同时根据情况

Table 1 Quality of Life pre- and post-operation

Phase	Total score	Activity of daily life	Feelings of Life	General health	Family support	Daily life
Pre-operation	5.42±1.00	0.82±0.43	0.84±0.31	0.76±0.21	1.86±0.41	1.09±0.36
Post-operation	7.54±1.23*	1.46±0.63*	1.47±0.32*	1.35±0.40*	1.87±0.42	1.68±0.37*

*: $P<0.05$ 。

可将矢状窦一并切除,以达到肿瘤全切除的目的,减少肿瘤复发的可能性,但冠状缝后的肿瘤不能将其后的矢状窦结扎和切除,应行矢状窦修补术或重建术。

显微手术治疗矢状窦和大脑镰旁脑膜瘤效果显著,严格掌握显微手术操作标准、提高手术操作技巧对降低手术风险、提高手术治疗效果具有十分重要的临床价值。

参考文献:

- [1] Yang SY,Zhi DS.Neurosurgery[M].Beijing: People's Medical Publishing House,2008.553.[杨树源,只达石.神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.553.]
- [2] Zhang X. Clinical neurosurgery[M].Beijing: People's Military Medical Press,2006.374-380.[章翔.临床神经外科学[M].北京:人民军医出版社,2006.374-380.]
- [3] Spitzer WO,Dobson AJ,Hall J,et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians[J].J Chronic Dis,2008,34(12):585-597.
- [4] Sun HX,Feng LX. Microsurgical treatment of cerebral falx meningioma [J]. Henan Journal of Surgery,2010,16(4):47-48.[孙含蓄,冯丽霞.镰旁脑膜瘤的显微手术治疗[J].河南外科学杂志,2010,16(4):47-48.]

《肿瘤学杂志》投稿须知

1.文稿务必材料可靠,数据准确,论点清楚,论据充足,结论明确。

2.文字通顺、准确和简练,重点突出,层次清楚。论著需附结构式摘要,包括目的、方法、结果、结论四部分。中文摘要200~300字;英文摘要务必与中文摘要一一对应翻译。英文摘要前加英文文题、作者姓名汉语拼音、单位英文全称、所在城市名及邮政编码。

3.图表请附中英文各一份,包括图表的题目、内容及注释。

4.所列参考文献限作者亲自阅读的已发表的近3年文献为主,按文内引用先后顺序列于文末,并在正文内引文处右上角以[]号注明序号。具体格式举例如下:

期刊:[序号]作者(3位以下全部写出,不同作者姓名中间加逗号,英文文献作者为姓全称,加名缩写;3位以上时只写前3位,于后加“,等.”或“,et al.”)文题[J].刊名(英文为缩写),年,卷(期):起页-止页。

书籍:[序号]作者.书名[M].版本.出版地(即城市名):出版者,出版年.起页-止页。

学位论文:[序号]作者.学位论文名[D].城市:培养单位,年。

电子文献:[序号]作者.题名[电子文献类型].可获得的网址,发表或更新的日期。

其中,电子文献类型,是网上期刊时,用[J/OL];是网上电子公告时,用[EB/OL];是网上联机数据库时,用[DB/OL]。

特别注意的是,从2013年起,所有中文文献,需同时附对应的英文翻译。

5.有通讯作者的文稿,请在文章首页左下角注明通讯作者职务、职称、学位、工作单位(详细到科室)、详细通讯地址(邮编)和E-mail。

6.本刊启用稿件远程处理系统,只接受网上投稿,网址 <http://www.chinaoncology.cn>。不再接收电子邮件投稿和纸质稿。

网上投稿成功1周内,请将稿件处理费20元通过邮局汇款至编辑部(务必注明第一作者姓名、稿号和详细地址);并将单位介绍信邮寄至编辑部。若文稿内容受国家或省、厅级项目资助,请附上基金项目批文的复印件,并在正文首页脚注中说明。

7.编辑部对来稿有文字修改权,凡涉及内容的修改,则提请作者考虑,文责自负。文稿一般不退,请作者自留底稿。来稿一经录用,收取一定版面费,发表后寄赠当期杂志2册并酌付稿酬。