

神经内镜与显微镜下垂体瘤切除术的临床比较

刘 志¹ 江耀华² 胡志恒³ 任洪波^{通讯作者}

1. 河北工程大学临床医学院, 中国·河北 邯郸 056000

2. 承德医学院, 中国·河北 承德 067000

3. 邯郸市中心医院, 中国·河北 邯郸 056000

通讯作者: 邯郸市中心医院, 中国·河北 邯郸 056000

【摘要】目的: 探讨在神经内镜与显微镜下进行垂体瘤切除术的临床疗效比较。方法: 选取本院神经外科2019年9月~2021年8月收住院的68例行垂体瘤手术的患者, 平均分为两组, 分别经神经内镜与显微镜进行垂体瘤手术, 比较两组患者的术中出血量、手术与住院时间。结果: 神经内镜组中其手术与住院时间以及术中出血量均显著低于显微镜组, 有差异性($P < 0.05$)。结论: 经神经内镜进行垂体瘤手术具有较好的临床疗效, 值得临床推广。

【关键词】神经内镜; 显微镜; 垂体瘤

垂体瘤是一种常见的神经内分泌肿瘤, 约占脑肿瘤的10%, 其中大部分为良性肿瘤, 少数为恶性, 男性多于女性。近年来本病的发病率呈上升趋势。手术切除肿瘤是临床上治疗垂体瘤最有效的方法, 手术入路多为经鼻蝶入路。目前常用的手术切除垂体瘤的方法是在神经内镜或显微镜下进行。随着医疗技术的发展, 神经内镜技术水平也在不断提高, 神经内镜下垂体瘤手术的应用越来越广泛。本文对我院收治的垂体瘤患者进行分组, 在显微镜下进行神经内镜和经鼻蝶窦垂体瘤切除术治疗。比较两组的临床疗效。报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2019年9月~2021年8月在本院神经外科住院的68例垂体瘤手术患者为实验对象, 将其随机分为两组, 每组34例。显微镜组男女比例为19:15; 平均年龄为(38.13 ± 7.42)岁; 平均病程为(4.12 ± 1.06)年; 肿瘤平均直径为(21.47 ± 4.37)mm。神经内镜组男女比例为20:14; 平均年龄为(41.38 ± 8.26)岁; 平均病程为(3.93 ± 1.12)年; 平均肿瘤直径为(23.42 ± 5.26)mm。与一般资料相比无差异($P > 0.05$), 具有可比性。

入选标准:①符合垂体瘤的诊断标准;②自愿接受手术治疗, 且配合积极者;③首次进行颅脑手术, 术前未进行其他治疗者;④手术顺利完成, 未中转开颅。

排除标准:①有垂体瘤切除术手术禁忌证;②伴有严重的基础疾病无法耐受手术者;③完整切除肿瘤困难者;④术后病理为恶性者。

1.2 方法

神经内镜组:患者全麻仰卧于手术床上, 用碘伏对面部进行消毒, 贴保护膜, 用碘伏棉球对鼻腔进行充分消毒, 铺毛巾。选择正确的鼻腔入路, 在直接神经内镜下缓慢进入鼻腔, 充分暴露蝶窦开口, 沿着其开口上方内侧约1公分方向, 切开鼻中隔粘膜并掀起, 露出蝶窦的骨性结构。若鞍底偏下的位置, 可将鞍底骨质磨平, 将窗口直径保持在1到1.5厘米之间。肿瘤在鞍上被切除。瘤腔完全填满明胶海绵, 鞍底用医用生物胶密封。手术完成后, 用充气海绵填充手术侧鼻腔, 术后次日取出鼻腔。

显微镜组:手术前的准备工作和麻醉工作与神经内镜组患者相同。肾上腺素棉片(0.01%)贴于鼻黏膜有效收缩, 将显微镜置于合适位置, 在鼻孔开口处放置鼻牵开器, 逐渐扩张并深入鼻腔, 上蝶窦开口横切鼻中隔黏膜0.2cm左右, 充分显露蝶窦前壁及双侧窦口。磨去蝶窦前壁, 保持开口距离约2.0cm, 刮去窦黏膜。手术完成后, 取出扩张器, 重新定位骨性鼻中隔及其黏膜。

1.3 观察指标

比较两组患者术中出血量、手术时间及住院时间。

1.4 统计方法

采用SPSS25.0统计学软件分析实验数据。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 用t检验分析; 计数资料以率(%)表示, 用 χ^2 检验分析。 $P < 0.05$ 表示有显著差异。

2 结果

神经内镜组手术与住院时间以及术中出血量均明显低于显微镜组, 具有明显差异($P < 0.05$)见下表。

两组患者手术与住院时间以及术中出血量比较

组别	例数	手术时间(min)	住院时间(d)	术中出血(ml)
神经内镜组	34	131.35 \pm 28.82	7.68 \pm 2.41	72.35 \pm 13.46
显微镜组	34	161.53 \pm 32.07	10.54 \pm 3.25	89.62 \pm 12.87
t		4.081	4.122	5.407
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

患者术后恢复临床效果较好。在经鼻蝶骨手术切除垂体瘤的过程中, 使用显微镜治疗有以下优点:①显微镜的立体感更强, 通过清晰的层次解剖形成立体图像;②临床上用于治疗肿瘤, 技术较早, 临床上发展较早。经验比较成熟。同时, 显微镜手术也存在一些弊端。其运动范围和手术视野小, 导致盲区大, 难以完成肿瘤切除, 并可能对周围组织造成侧面损伤, 造成脑脊液漏等严重后果。使用神经内镜进行手术的优点是:①神经内镜组手术不需要鼻内窥镜, 不会对鼻中隔造成损伤;②神经内镜组镜片柔韧性强, 视野大, 光线明亮。可清晰观察垂体瘤周围组织, 避免损伤周围神经和血管, 确保肿瘤完全切除。但采用神经内镜手术治疗同样有部分缺点:虽然内镜成像的效果较好, 但其成像为二维影像, 立体感差;另外, 术者需单手扶镜, 手术操作的难度相对较大, 而且内镜深入鼻腔后极易沾染黏液, 常需撤镜清洗, 对于突发状况的出血较难止血。在当前科技水平的快速发展的社会, 许多医疗问题均有了较大的改善, 同样解决了镜头雾化的问题。且在临床实践中发现, 经鼻蝶窦路径手术切除垂体瘤, 且手术致残、致死风险率较大, 而且鼻腔蝶窦为污染状态, 因此术中应严格无菌操作, 避免术中术后感染。

本研究结果表明, 神经内镜组病人的手术与住院时间分别是(131.35 ± 28.82)min、(7.68 ± 2.41)d, 均显著低于显微镜组的(161.53 ± 32.07)min、(10.54 ± 3.25)d, 具差异性($P < 0.05$); 神经内镜组术中出血量为(72.35 ± 13.46)ml, 明显少于显微镜组的(89.62 ± 12.87)ml, 具差异性($P < 0.05$)。由此可见, 临床中神经内镜下经鼻蝶手术切除垂体瘤治疗, 效果更加显著。

综上所述, 垂体瘤患者采用神经内镜下经鼻蝶手术切除垂体瘤较显微镜的效果更佳, 缩短了患者的手术时间与住院时间, 减少了术中出血量, 有利于患者的早日康复, 值得临床应用推广。

参考文献:

- [1]郝大江.显微镜、神经内镜用于垂体瘤切除术临床比较[J].世界最新医学信息文摘, 2015, 15(99):86-87.
- [2]张自发, 陈来照, 李守斌.垂体瘤的外科治疗及进展[J].亚太传统医药, 2008, 11.