

“倡导健康行动”特别报道

# 潍坊市人民医院神经外科

潍坊市人民医院神经外科成立于1961年,是我省该专业最早成立的专 之一。科室于2001年被确定为硕士研究生培养点,2003年被省卫生厅评定为山东省医药卫生特色专科。目前共有病床136张,专业技术人员113人,医师34人,其中主任医师4人,副主任医师8人,主治医师12人,医师9人,主管护师2人,护师22人,护士25人,博士后1人,在读博士6人,硕士19人,是我省规模最大的神经外科专科之一。

目前科室已发展成为基础扎实、人才梯队健全、亚专科设置合理,整体实力强,设备先进,集医疗、教学、科研为一体的临床学科,开展了神经外科所有常规与疑难病例的诊疗工作。



专家查房

## 专家介绍:

学科带头人王道奎,主任医师,潍坊医学院教授,硕士研究生导师,潍坊市专业技术拔尖人才,潍坊名医,山东省医学会神经外科分会委员,山东省医学会神经外科分会功能神经外科分会副主任委员,山东省疼痛研究会常务理事,山东省疼痛研究会神经外科专业委员会副主任委员,山东省医师协会神经外科专业委员会委员,山东省激光医学会神经外科专业委员会委员,山东省医师协会神经外科专业委员会委员,具有丰富的专业知识和临床工作经验,尤其在复杂动脉瘤、脑血管畸形、颅底肿瘤、脑干病变、三叉神经痛及难治性癫痫手术治疗等方面有丰富的经验,近年致力于显微神经外科、颅底外科及功能神经外科的学习和研究,对颅底肿瘤特别是垂体腺瘤和听神经瘤切除、脑胶质瘤治疗、颅内动脉瘤手术、三叉神经痛和癫痫的外科治疗等方面积累了丰富的经验并具专长,所开展的“经纵裂蝶鞍入路显微手术切除巨大垂体腺瘤”、“经远外侧入路切除颅底岩区肿瘤”、“乙状窝前入路切除岩区肿瘤”、“颅内肿瘤的激光辅助切除术”、“复杂颅底缺损重建术”、“三叉神经痛病因与外科治疗相关性研究”、“巨大动脉瘤手术治疗”等多项技术达到了国际或国内先进水平,并分别填补了省内或市内的空白,近五年承担省、市科研项目共8项,其中获科技进步一等奖2项,二等奖2项,已发表学术论文30余篇,其中发表在中华神经外科杂志和中华外科杂志的论文10余篇,参与编写了《临床神经外科学》及《神经外科手术规范及典型病例点评》两部著作,获得国家专利1项,承担了潍坊医学院本科课堂教学和临床实践教学,培养指导硕士研究生17名,指导在职硕士学位研究生8名,已毕业15名。

2. 难治性癫痫的外科治疗:我科从70年代就开展了功能神经外科工作,在此领域有较强的优势,在省内外有一定影响,专业技术居国内先进水平,在此基础上,我们于2006年成立癫痫治疗中心,引进国内最先进的数字化脑电立体定位系统,开展长程视频脑电监测,通过对头皮脑电图、蝶骨电极脑电图等监测结果进行有效分析,癫痫灶精准定位,结合高分辨率的颅脑MRI、功能MRI、磁共振波谱分析(MRS)等先进的定位检查,为难治性癫痫术前综合评估,确定致痫灶位置,同时开展了术中皮层脑电图监测,结合术前评估结果,制定手术方案,分别采取致痫灶切除、周围致痫性皮层切除、低功率电凝热灼术等综合手术方法,已实施难治性癫痫的外科手术治疗30余例,取得了满意疗效,在临床治疗的同时,我科开展了有关癫痫外科治疗的基础及临床研究,2项课题获得潍坊市科委立项。

## 神经外科优势技术:

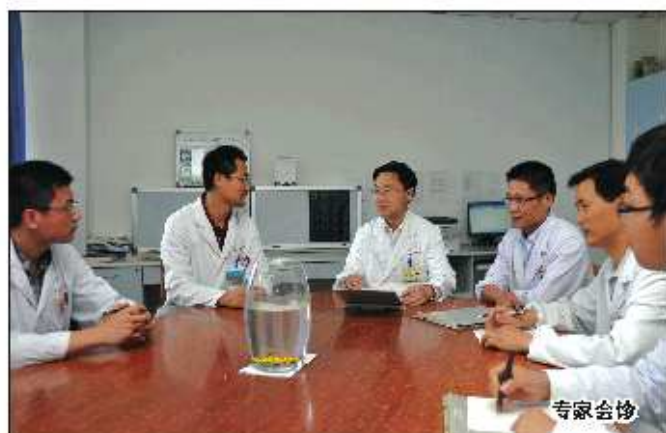
1. 垂体腺瘤的综合治疗:垂体瘤的基础和临床研究是我们的传统优势项目和重点发展方向,我们在基础和临床展开全面研究的同时,重点进

行了病理和外科治疗的研究,特别是在大型巨大性垂体腺瘤的治疗研究上有了不断突破和创新,居国内领先水平,在临床工作中,每年开展垂体腺瘤手术150例以上,开展了经口鼻蝶入路、鼻蝶入路切除向鞍上的垂体大型、巨大型腺瘤,并提出了经蝶入路切除大腺瘤的适应症及方法,经鉴定达国内先进水平,并获潍坊市科技进步一等奖和山东省科技进步三等奖,近年来,我们开展的巨大侵袭性垂体腺瘤的研究,在鞍鞍区显微应用解剖学研究基础上,设计采用了改良冠状切口经纵裂、蝶鞍入路显微切除巨大侵袭性垂体腺瘤的新方法,显著提高了肿瘤全切除率和治疗效果,其成果经鉴定达国际先进水平,并在全国推广应用,此外,垂体腺瘤基因表达的临床和病理的研究成果也通过鉴定达国内领先水平,另外,我们对垂体腺瘤“γ-刀”治疗的研究方面也具有特色,达国内领先水平,2010年,我科引进德国鲁道夫神经内镜系统,开展了内镜辅助单侧鼻蝶鞍入路垂体腺瘤切除术,取得了良好的效果,近5年来,在国内重要学术刊物上发表了10余篇有关垂体腺瘤的研究文章。

3. 脑血管病的综合治疗:我科2006年成立了脑血管病治疗中心,每年完成颅内动脉瘤开颅手术百余例,开展了巨大动脉瘤、复杂性动脉瘤及后循环动脉瘤夹闭等高难度手术,在此基础上,在潍坊市率先开展脑血管病介入检查治疗,成功完成动脉瘤栓塞、动静脉畸形、海绵状血管瘤、硬脑膜动静脉瘘等的血管内介入治疗数百例,此外,率先开展了颈动脉内膜剥脱术、颈动脉支架术,颅内血管介入手术,颅内血管吻合术等治疗缺血性脑血管病,获得良好的社会效益,目前承担了潍坊市科技局、潍坊卫生局立项课题各一项,在中华医学会系列期刊上发表相关论文5篇。

## 神经外科特色技术

1. 纵裂裂蝶鞍入路切除鞍区肿瘤:垂体瘤及颅咽管瘤等鞍区病变手术一般选择额下入路、翼点入路,翼点经纵裂裂蝶鞍入路,经鞍垂体-穹隆间入路



专家会诊



神经外科手术

等,作为国人独创的手术入路,经纵裂入路以其微创、显露病变充分、利于操作得到神经外科界的共识,本学科从1998年开始在国内较早,省内率先开展经纵裂入路切除垂体腺瘤、颅咽管瘤、前交通动脉瘤等鞍区病变的病变的解剖与临床研究,获得了理想的疗效。

2. 基于干细胞移植治疗神经功能缺损性疾病:我科于2006年在国内较早开展人骨髓基质干细胞移植治疗脑出血、脑梗塞或脊髓外伤后遗症等神经功能缺损性疾病,我们提取患者自体骨髓,分离培养干细胞,并移植于脑或脊髓病变部位,临床效果良好,为治疗神经缺损性疾病探索了新路,积累病例50余例,取得了初步了成果,在《Journal of Stem Cells Cell Biology Translational》等SCI收录期刊上发表论文3篇。

3. 球囊及支架辅助闭塞复杂颅内动脉瘤:本科在山东省较早,潍坊市率先开展介入检查颅内动脉瘤,目前采用球囊及支架辅助等技术检查宽颈及夹层、假性颅内复杂动脉瘤,能在保持载瘤动脉通畅的基础上保证动脉瘤闭塞性,我们自2006年开展这项技术,目前积累病例超过100例,取得了良好的效果。

4. 岩斜区肿瘤切除:岩斜区肿瘤由于病变位置深在,周围神经血管结构复杂,手术并发症多,因此全部切除困难,乙状窝前入路可以充分暴露肿瘤,缩短手术操作深度,有利于保护重要结构,术后并发症少,肿瘤全切率高,是手术切除岩斜区巨大脑膜瘤的最佳选择,代表当前颅底外科的最高水平,我院通过乙状窝前入路治疗巨大岩斜区脑膜瘤等肿瘤,肿瘤全

切率高,病人恢复良好,在树立了良好的技术规范形象,病人家属已多方就诊,在我院取得满意疗效,创造了良好的社会效益。

5. 经蝶鞍入路颅咽管瘤切除:开颅颅咽管瘤切除术是神经外科难点和研究热点,颅咽管瘤一般向鞍上发展,压迫下丘脑及第三脑室,压迫视神经,造成严重神经功能障碍,传统开颅入路包括额下入路和翼点入路,对突入第三脑室的肿瘤无法切除,该新技术特别适合巨大肿瘤特别是肿瘤突入第三脑室发展者,能大大增加肿瘤切除率,减少术后并发症的发生,延长患者生命,提高生活质量,目前该入路已成为我科切除巨大颅咽管瘤的常规手术入路,已经有多例例验证该入路的成熟性和相对传统手术入路的巨大优势。

## 典型病例

病例1:患者王××,男,39岁,山东潍坊人,病人因突发意识不清2小时入院。  
入院查体:血压190/120mmHg,中深昏迷,双瞳孔等大等圆,光反应迟钝,刺激肢体强直,颈部抵抗,双侧巴彬斯基征阳性,呼吸深慢,双肺可闻及散在湿罗音,颅脑CT示:脑干出血,我院通过乙状窝前入路治疗巨大岩斜区脑膜瘤等肿瘤,肿瘤全

诊疗经过:病人入院后,入住神经ICU病房,呼吸不规则,给予气管插管,呼吸机辅助呼吸,复查颅脑CT示脑干高密度区较前明显增大,遂急诊在气管插管全麻下行枕下正中入路血肿清除+去骨瓣减压术,手术中于四脑室底左侧前角发现脑干透明呈紫色,于此处切开脑干,清除血肿约5ml,术后给予气管切开,间断腰穿释放血性脑脊液,并加强对症支持治疗,患者病情逐渐平稳,生命体征稳定,意识逐渐转清,治愈出院。

病例2:患者叶××,男,68岁,菲律宾人,患者因突发意识丧失1小时入院。

入院查体:血压165/99mmHg,深昏迷,无自主呼吸,双侧瞳孔直径1.5mm,光反应消失,刺激肢体无反应,GCS评分3分,CT示右侧小脑半球高密度影,第四、第三脑室铸型,双侧侧脑室扩展。

入院诊断:1.小脑出血;2.枕骨大孔疝;3.高血压病(三期,极高危)

诊疗经过:入院后给予气管插管,呼吸机辅助呼吸,急诊行脑室穿刺引流术,然后急诊在全麻下行后颅窝开颅小脑血肿清除+去骨瓣减压术,手术顺利,术中清除血肿30ml,术后患者意识逐渐转清,拔出脑室外引流后出现脑积水,行脑室腹腔分流术,手术顺利,术后患者恢复良好,转外院行康复治疗。

病例3:患者秦××,男,30岁,山东省高密市人,患者因突发头痛5天入院。

入院查体:神志清醒,精神差,言语流利,无神经系统定位体征,颅脑CT是蛛网膜下腔出血。

入院诊断:自发性蛛网膜下腔出血。

诊疗经过:入院后行DSA全脑血管造影术,示基底动脉顶端动脉瘤,遂在气管插管全麻下行右侧翼点入路开颅动脉瘤夹闭术,手术顺利,完全夹闭动脉瘤,无载瘤动脉周围穿支动脉误夹,术后患者恢复良好,出院诊断:基底动脉动脉瘤。

病例4:王××,女,61岁,山东省潍坊市人,患者因头痛伴复视,右脸下垂,饮水呛咳2月余入院。

入院查体:血压180/100mmHg,神志清醒,言语流利,右眼脸下垂,右眼外展受限,右眼球向各方向活动受限,双侧瞳孔等大,直径约2.5mm,右侧光反应消失,双侧水平眼震,右侧颈部浅,右侧角膜反射减退,双耳听力下降,双侧咽反射减退,伸舌右偏,左侧肢体肌力4级,左侧下肢反射活跃,颅脑MRI示:右侧海绵状血管瘤,岩骨尖,斜坡及桥小脑角区不规则等T1、长T2信号占位,病变明显均匀强化,周围脑组织受压。

入院诊断:1.脑膜瘤(右侧海绵状血管瘤,岩骨尖,斜坡及桥小脑角区)

2.高血压病(三期,极高危)

诊疗经过:入院后经术前准备,择期行右侧额下入路肿瘤切除术,手术全切右侧海绵状血管瘤,岩骨尖,斜坡及桥小脑角区肿瘤,未造成新的神经功能障碍,术后患者恢复良好,治愈出院,复查颅脑MRI,未见肿瘤残留。

病例5:患者陈淑三,女,47岁,山东潍坊人,患者因突发剧烈头痛4天入院。

入院查体:血压140/70mmHg,神志恍惚,精神差,颈部抵抗,无神经系统定位体征,外院CT示蛛网膜下腔出血。

入院诊断:自发性蛛网膜下腔出血。

诊疗经过:入院后行全脑血管造影术,是右侧大脑中动脉M1段及M2段2个宽颈动脉瘤,左侧后交通动脉宽颈动脉瘤,遂在气管插管全麻下行介入栓塞术,术中采用球囊及支架辅助技术,一次性将3个动脉瘤全部栓塞,无载瘤动脉误栓,术后患者恢复良好,治愈出院。

咨询服务电话:0536-2603808