

内外侧联合开眶治疗眶内肿瘤 35 例

张晓峰, 董辉, 崔璟琳

作者单位: (161000) 中国黑龙江省齐齐哈尔市第一医院眼科
作者简介: 张晓峰, 男, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 青光眼、眼眶病。
通讯作者: 董辉, 主任医师, 研究方向: 青光眼、眼眶病、白内障。
DOCTOR DONGHUI@126. com
收稿日期: 2009-12-24 修回日期: 2010-01-25

张晓峰, 董辉, 崔璟琳. 内外侧联合开眶治疗眶内肿瘤 35 例. 国际眼科杂志 2010; 10(3): 613

0 引言

随着现代化影像学技术如超声、CT、MRI 的进展^[1], 术前对眼眶肿物正确判断率接近 100%, 而且可正确地估计肿瘤与周围组织有无明显粘连, 这对手术入路的选择非常重要。我院 1994-03/2009-09 手术治疗眶内肿瘤 35 例并分析其手术适应证、术式选择和联合开眶入路的优缺点, 报告如下。

1 临床资料

病例选择 35 例 35 眼, 其中男 18 例, 女 17 例; 年龄 13 ~ 62 (平均 49.2) 岁。病史 40d ~ 11a。视力: 黑朦 ~ 0.09 者 2 例; 0.7 ~ 0.9 者 6 例; 1.0 以上者 27 例。眼位: 向前方突出者 18 例; 向其它方向突出者 17 例。眼球运动: 正常 24 例; 受限 11 例; 触及肿物 17 例。眼球突出度: 两侧相差 2mm 以上者 21 例。影像检查^[2]: X 线平片: 眶腔增大 6 例; 骨破坏及骨增生 5 例。B 超探查: 显示肿物影像边界清楚 6 例; 高密度无回声 12 例; 直接定性海绵状血管瘤 5 例, 其影像为边界清楚的圆形占位, 内有复反射并均匀、中等声衰减, 压迫眼球, 肿物变形。CT 扫描: 检查 28 例, 均发现占位, 位于眶前部的 14 例, 眶中部 15 例, 位于视神经内侧 5 例, 位于眶尖 1 例, 所有病例中有 8 例确认为皮样囊肿, 其 CT 征多位于蝶骨大小翼骨缝及颧额缝附近, 呈半圆, 椭圆或哑铃形, 病变内容有负 CT 值区, 内有高密度, 不被造影剂强化, 病变周围有环状高密度影, 可被造影剂增强, 眶骨凹陷。手术方法: 全身麻醉后, 于外眦水平切开 2cm 至深筋膜, 剪开外眦, 置牵张器。暴露眶外缘, 沿眶外缘 5mm 弧形切开骨膜, 在骨膜切开上下两端各做一横切口, 使切口呈“工”字形, 分离骨膜, 暴露骨壁。用骨凿做两开口, 用咬骨钳夹住骨瓣后, 向外骨折, 于眶骨膜中央水平切开, 在于眶缘处做横切口, 使切口呈“T”形, 进入眶内。于泪阜内侧球结膜弧形剪开 180°, 暴露并分离出内直肌, 内直肌用 3/0 丝线预置, 自直肌附着点剪断肌肉

及韧带。将内直肌向内牵拉, 眼球向颞窝牵拉, 此时视神经内侧术野宽阔, 一般眼球可向内牵拉 25° ~ 30°, 沿眼球向眶后分离进入肌锥内, 做眶内侧和眶尖部肿瘤的手术切除, 充分止血后缝合内直肌, 缝合球结膜, 缝合骨膜, 恢复骨瓣, 缝合皮下、皮肤及睑裂。切口置引流管, 加压包扎, 同时放视力监护灯泡, 切除的肿物送检病理。术后全身应用抗生素、激素及止血剂等药物, 每日观察, 注意有无渗血及渗液, 术后 7d 拆除皮肤及睑裂缝线, 当日使用止痛药物, 术后随访 6mo ~ 8a, 平均 2.6a。结果: 肿瘤位置: 3 例肿瘤位于视神经内下方, 1 例位于视神经内上, 其余均位于视神经外侧、外下或外上。肿瘤位置与术前 B 超和 CT 判断一致。肿瘤形状: 主要为圆形、类圆形或椭圆形。肿瘤粘连程度: 除 2 例粘连较重外 (术前已估计到), 其他均与术前判断一致, 肿瘤无明显粘连, 顺利取出。并发症: 3 例术后出现术后复视, 15d 后恢复; 3 例结膜下或睑皮下出血; 1 例出现部分上睑下垂; 其余无视力丧失、上睑下垂、眼球固定等严重并发症。

2 讨论

眶内肿瘤的最好治疗方法仍然是手术^[3]。随着影像诊断技术的不断进展, 对眼眶肿瘤的诊断及治疗产生着巨大影响, X 线检查对眶腔扩大、骨质破坏、眶孔及眶裂的扩大、眶壁骨折钙化等仍有意义, 但不能显示软组织的改变。B 超它可显示球内和眶内病变, 可根据病变的形状、边界、内回声的多少及强弱、透声性及肿瘤的可压缩性等特征, 较准确地判断出肿瘤的性质。CT 可直接显示病变, 图像直观, 并可在同一层面同时显示眶内、眶周、副鼻窦、颅内的变化, 根据肿瘤的位置、形状、内密度及一些继发性改变来判断肿物的性质。MRI 检查软组织分辨率强。B 超主要用于判断病变内的声学性质, 区分肿瘤类别, 以及肿瘤和视神经、眼外肌的关系。CT 用来确定病变的空间位置^[4], 它能显示眶内及周围结构, 定位准确, 对于视神经管内和颅内蔓延的肿瘤应做 MRI。内外侧联合开眶治疗眶内肿瘤, 术野暴露清楚, 副损伤小, 易于切除病变。术中不可过度牵拉, 以防眼球供血障碍而影响视力。眼眶手术后应常规应用抗生素及激素 1wk, 以预防感染及减轻组织水肿, 术后加压包扎, 24 ~ 48h 是组织反应性水肿期, 换药不利于创口愈合, 一般第 5d 换药, 视力情况应用自制视力监护灯置于包扎纱布中, 清醒后立即接通电源, 观察有无光感, 如有引流条 48h 取出, 术后 7d 拆除皮肤缝合线。

参考文献

- 1 宋国祥. 眼眶病学. 北京: 人民卫生出版社 1999: 135-142
- 2 倪遵, 马小葵, 郭秉宽. 1422 例眼眶肿瘤病理分类. 中华眼科杂志 1991; 27
- 3 宋国祥, 田文芳. 眼眶海绵状血管瘤临床分析. 中华眼科杂志 1988: 103-105
- 4 肖利华. 眼眶手术学之图解. 郑州: 河南科技出版社 1998: 255-260