DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.05.018

令人满意,本组资料显示:视力较术前提高有70.9%,而视力在0.02以上的只有66.0%,视力0.1以上的仅占48.5%。表明改善术后视功能仍是目前需要解决的问题。从本组资料分析有3个特点:①术前视力低下者多(≤0.02占67.9%);②发病到手术的时间长,3个月以上48眼(46.6%),而1个月以上则高达85眼(82.5%);③严重PVR病例多。这些因素都影响术后视功能,而最为重要的是发病至手术的时间,时间越长视网膜的功能越差,PVR的程度越重,手术难度越大,术后的视功能越差。因此,让患者充分认识视网膜脱离的严重性和及时治疗的必要性非常重要。

参考文献:

[1] 王景昭. 玻璃体手术治疗复杂性视网膜脱离[J]. 中华眼科杂志, 1993, 29(4): 205-207.
[2] 张少冲, 高汝龙. 玻璃体显微手术治疗复杂性视网膜脱离[J]. 中华眼科杂志, 1993, 29(4): 202-204.
[3] 韩丽蓉, 彭亚军, 夏风华, 等. 玻璃体切除术治疗复发性复杂性视网膜脱离[J]. 第二军医大学学报, 2000, 21(3): 284-286.
[4] Kapran Z, Uyar O M, Kaya V, *et al*. Recurrences of retinal detachment after vitreoretinal surgery, and surgical approach[J]. Eur J Ophthalmol, 2001, 11(2): 166-70.
[5] 王 方, 张 晢, 李佩娟, 等. 玻璃体切除、全氟丙烷气体或硅油填充治疗复杂性视网膜脱离[J]. 临床眼科杂志, 1997, 5(4): 199-202.
[6] The Silicone Study Group. Vitrectomy with silicone oil or perfluoropropane gas in eyes with severe proliferative vitreoretinopathy: results of a randomized clinical trial[J]. Silicone study report 1. Arch Ophthalmol, 1992, 110(6): 780-792.

(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2004)05-0418-01

显微手术切除蝶骨嵴脑膜瘤

Microsurgical removal of sphenoid ridge meningiomas

廖毅超, 蒋广元, 梁新强, 宋星智, 张征军, 黄 航 (广西壮族自治区第二人民医院神经外科, 桂林 541002)

我科于1996年8月至2001年9月在显微镜下成功切除蝶骨嵴脑膜瘤10例,效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

男4例,女6例。年龄:36~69岁,平均50.1岁。病程半月~8年,平均1.6年。头晕、头痛7例,视力下降2例,癫痫3例,轻偏瘫1例,双侧视乳头水肿4例,精神异常1例,患侧眼外凸及患侧颞部外凸各1例。

1.2 影像检查

所有病例行头颅CT扫描,平扫混杂密度1例,等密度1例,稍高密度8例,瘤周伴水肿4例,蝶骨嵴及颞骨骨质增生增厚2例,增强扫描病灶均匀明显强化9例,部分轻微强化1例(该例术前误诊为脑胶质瘤)。磁共振成像(MRI)检查2例,其中1例发现肿瘤内侧有产生流空效应的血管影,颈内动脉受侵犯并向内移位,同时发出分支动脉参与供血,1例大脑中动脉受压上抬移位。数字减影脑血管造影检查2例:其中1例由眼动脉及大脑中动脉供血,1例由颈内动脉及颈外动脉发出分支双重供血。

1.3 肿瘤大小、部位和病理类型

肿瘤大小按最大径:小于4.5 cm 2例,4.5 cm~7.0 cm 6例,大于7.0 cm 2例。肿瘤部位根据最近简化分类:内侧型(起源于蝶骨小翼或前床突)7例,外侧型(起源于蝶骨大翼向外侵犯颞骨)3例。病理类型:内皮细胞型5例,成纤维型4例,间变性1例。

1.4 手术和结果

1.4.1 手术入路 以翼点为中心额颞部切口,额颞开颅9例,其中2例断颧弓;1例采用额部冠状切口,额一眶一颧开颅联合入路。肿瘤切除程度按改良Simpson's法分级[1]:Ⅰ级3例,Ⅱ级6例,Ⅲ级1例。无手术死亡,术后发生短暂精神障碍综合征2例,对侧肢体轻瘫1例;1例因术后发生术侧额颞叶脑内血肿而行血肿清除及去骨瓣成减压术,术后发生对侧肢体瘫痪。

1.4.2 随访 术后全部病人随访半年至5年,尚未发现肿瘤复发,其中恢复正常生活工作8例,生活自理1例,需要他人照顾1例。

2 讨论

蝶骨嵴是颅底脑膜瘤好发部位之一,手术切除是最有效治疗方法[2],但由于肿瘤起源于蝶骨嵴大、小翼,毗邻周围脑组织非功能区,开始多无明显临床表现,如肿瘤无明显瘤周水肿,发现时多半肿瘤较大,要全切除肿瘤而又不增加对周围正常组织损害并非易事。随着显微手术普及、手术技巧不断提高及现代影像学的飞速发展,手术治疗可得到满意的效果。

2.1 CT、MRI、DSA检查的重要性

根据脑膜瘤为脑外占位病变特征,平扫时病灶为均匀略高密度或等密度,增强后扫描多数发生均匀明显强化,CT即可确

(下转422页)

作者简介:廖毅超(1968-),男,广西壮族自治区桂林市人,主治医师,主要从事颅内肿瘤及脑血管疾病、显微手术治疗方面的研究。电话:(0773)3840010

收稿日期:2002-10-29;修回日期:2002-12-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

与正常对照组的视网膜神经上皮层厚度相比：高度近视组的黄斑中心凹中心(A1)、中心凹边界(A2～A5)、鼻侧及下方旁中心凹(B4～B5)以及周边中心凹(B6～B9)神经上皮层变薄非常显著；颞侧及上方旁中心凹(B2～B3)神经上皮层变薄有显著意义；但中心凹(B1)的神经上皮层平均厚度未见有统计学意义的变化，这可能与 B1 区位于中心凹内，视网膜神经上皮层平均厚度受中心凹坡度的个体差异影响有关[5,6]。该结果表明：高度近视组黄斑中心凹、旁中心凹及周边中心凹视网膜神经上皮层均较正常眼变薄；对黄斑视网膜神经上皮层厚度进行比较时，测量某一点的厚度和该点所在区域的平均厚度应互为补充，综合分析。

高度近视眼黄斑视网膜神经上皮层变薄的具体原因，目前尚不十分清楚。Fitzgerald 等[7]发现近视动物模型中脉络膜血流量减少、脉络膜厚度变薄，同时，高度近视眼的视网膜上成像不清，可导致一系列病理改变而使得眼轴增长、巩膜伸展变薄、机械力学特性减弱[1,8]；在此过程中视网膜神经上皮层可能随之拉伸变薄，但具体机制尚不清楚。此外，高度近视眼的脉络膜视网膜变性、脉络膜和 RPE 萎缩，也可能与神经上皮层厚度变化有关[1,7,9]，不过尚缺乏实验证据支持。而 OCT 提供了以往难以获得的活体视网膜断层扫描图像，具有分辨率高、无损伤、非接触、可定量等优点[4,5]。进一步扩大样本数量，定期随访研究，将有助于对高度近视眼视网膜病理变化及其机制更加深入的认识和理解。

参考文献：

[1] Tano Y. Pathologic myopia: where are we now[J]? Am J Ophthalmol, 2002, 134(5): 645－660.

[2] Liang H, Crewther D P, Crewther S G, *et al*. A role for photoreceptor outer segments in the induction of deprivation myopia[J]. Vision Res, 1995, 35(9): 1217－1225.

[3] Lai J C, Stinnett S S, Jaffe G J, *et al*. B-scan ultrasonography for the detection of macular thickening[J]. Am J Ophthalmol, 2003, 136(1): 55－61.

[4] Konno S, Akiba J, Yoshida A. Retinal thickness measurements with optical coherence tomography and the scanning retinal thickness analyzer[J]. Retina, 2001, 21(1): 57－61.

[5] Guedels V, Schuman J, Hertzmark E, *et al*. Optical coherence tomography measurement of macular and nerve fiber layer thickness in normal and glaucomatous human eyes[J]. Ophthalmology, 2003, 110(1): 177－189.

[6] 阎洪禄，于秀敏. 眼生理学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001. 226－232.

[7] Fitzgerald M E, Wildsoet C F, Reiner A, *et al*. Temporal relationship of choroidal blood flow and thickness changes during recovery from form deprivation myopia in chicks[J]. Exp Eye Res, 2002, 74(5): 561－570.

[8] Rada J A, Johnson J M, Achen V R, *et al*. Inhibition of scleral proteoglycan synthesis blocks deprivation-induced axial elongation in chicks[J]. Exp Eye Res, 2002, 74(2): 205－215.

[9] Horio N, Miyake Y, Horiguchi M. Kinetics of foveal cone photopigment in myopia without chorioretinal degeneration[J]. Jpn J Ophthalmol, 1999, 43(1): 44－47.

（编辑 汪勤俭）

（上接 418 页）

诊；MRI 对显示病灶与周围结构关系更为清晰，通过血管流空效应可显示重要血管与肿瘤关系，且可多维成像，增强后扫描部分可提供肿瘤血供情况，对 CT 定性诊断可疑病例可提供鉴别诊断依据；DSA 检查主要任务是提供肿瘤的供血情况，以帮助术前制定手术方案。我们结合手术中实际情况认为：大型或巨大型内侧型肿瘤除行常规 CT 检查外，MRI 和 DSA 检查是必要的，如遇患者病情特殊或经济困难，也应酌情选择一项予以检查，可起到指导手术的作用。

2.2 手术技巧与预后

内侧型如肿瘤巨大或以颈内动脉供血为主，宜断颧弓，以增加颅底暴露空间，可减轻对脑组织牵拉，外侧型肿瘤掀起骨瓣时须注意先剥离侵犯至颞骨肿瘤，脑膜中动脉可在中颅底棘孔处切断处理，剪开硬脑膜后，在显微镜下先分离阻断颅底硬膜向肿瘤供血，再分离阻断额颞叶底面脑组织血管向肿瘤供血，外侧型肿瘤多可完整切除，内侧型肿瘤尤其是大型和巨大型肿瘤，在分离阻断颅底硬膜供血和部分脑组织血管供血后，应采用边切除肿瘤边止血方法，使瘤体积缩小瘤壁蹋陷，再将瘤壁包膜与周围组织分离，供血血管应电灼后锐性剪断，切忌强行牵拉分离瘤壁，尤其在处理肿瘤内侧部分时，须先用吸引器吸除瘤组织，看清颈内动脉、视神经或大脑中动脉，仔细辨认发出向肿瘤供血分支，电灼切断，如肿瘤与颈内动脉粘紧密或侵犯海绵窦，不可勉强全切，切忌损伤颈内动脉或大脑中动脉，引起致命性后果。术中自动脑牵引器力度宜适中，以不引起脑挫伤为度，定期松弛以减轻脑组织挫伤发生，遇颈内动脉痉挛可用罂粟碱浸泡。本组中 4 例内侧型肿瘤，1 例因侵犯海绵窦无法全切，2 例因颈内动脉痉挛术后发生颞叶脑水肿，产生短暂精神障碍，1 例因术中过度牵拉致术后颞叶挫裂伤并形成血肿，引起严重偏瘫。因此，术者娴熟的显微手术操作及丰富的解剖知识是患者术后高质量生存的保证。

2.3 肿瘤术后复发

文献[3]报道术后长期观察部分病例发现复发，要防止或延缓肿瘤复发关键在于全切肿瘤，包括受累的硬膜和颅骨，本组中 1 例受肿瘤侵犯的颞骨瓣采用蒸馏水煮沸 30 min 后复位，1 例磨除广泛受肿瘤侵蚀的蝶骨嵴和眶外侧壁，起到杜绝或延缓肿瘤复发作用。

关键词：显微手术；蝶骨嵴脑膜瘤

中图法分类号：R739.45 文献标识码：B

参考文献：

[1] 王忠诚. 神经外科手术学[M]. 北京：科学技术出版社，2000. 239－240.

[2] 王忠诚. 神经外科手术学[M]. 北京：科学技术出版社，2000. 167－170.

[3] 苏长保，任祖渊，王维钧，等. 22 例蝶骨嵴脑膜瘤手术治疗体会[J]. 中国神经精神疾病杂志，1995，21(1)：4－6.

（编辑 张大春）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net