突出行腰椎间盘切除术和椎间盘髓核摘除术的CP住院时间设计为9 d。

3 讨论

临床路径是近几年在国外发展起来的一种新型的医疗质量管理方法，它可以缩短平均住院日、规范诊疗形为和降低医疗成本，促进了医疗质量效益型管理模式的实现，在提倡“优质、高效、低耗”的医疗服务改革中，临床路径提供了多专业协作的工作模式，保证了医疗资源的有效利用，同时，促进了医患交流，提高了病人满意度，所以，研究临床路径在我国医疗质量管理中的应用，探索符合我国国情的临床路径实施办法，具有十分重要的现实意义。

在临床路径文本的制订过程中，确定实施的病种之后，必须对其不同的治疗方式进行充分循证和差异性分析，只有治疗方式在住院时间、诊疗流程内容等没有明显差异的情况下，才可以考虑将这些治疗方式合并在同一个临床路径文本，这样，制订出来的路径才会符合临床一线的实际情况，并为临床路径的顺利实施奠定基础，确定临床路径设计住院时间的方法有很多，但不管是哪种方法，都需要对单病种患者的住院时间进行分解，对每一个环节进行分析，找出各个环节中的可控因素，通过科学管理达到缩短住院时间的目的，另外，在设计临床路径住院时间时，除了运用科学的方法，还不能脱离医院的实际，这样，设计出来的CP文本也才能有更好的可操作性。

参考文献：

[1] 鱼 敏. 关键路径法在美国医院中的应用[J]. 国外医学医院管理分册，1996，13(2)：61－63.
[2] 齐德广. 临床路径在医疗质量管理中的应用[J]. 中国医院管理，2002，22(10)：11－12.
[3] 马谢民，莫文平，钟 军，等. 常见手术病种住院流程重组与缩短平均住院日的研究[J]. 中华医院管理杂志，1999，15(10)：603－604.
[4] 李菲菲，马谢民，张 丹，等. 慢性胆囊炎伴胆石症腹腔镜切除术的住院流程重组[J]. 中华医院管理杂志，1999，15(10)：607－608.
[5] Shien C C. Mining time dependency patterns in Clinical pathways[J]. J Med Inform，2001，62(6)：11－25.
[6] Restuccia J D，Payne S M C，Lenhart G，*et al*. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position [J]. Health Care Management Review，1987，12(1)：17－27.

（编辑 冷怀明）

文章编号：1000-5404(2003)01-0065-01

个案与短篇

眼眶内恶性神经鞘瘤2例

A report of 2 cases of Malignant neurilemmoma of the orbit

崔 馨，王维光 （第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所眼科，重庆 400042）

神经鞘瘤（Neurilemoma）是起源于神经鞘雪旺细胞的神经外胚叶肿瘤，多为良性。恶性神经鞘瘤是一种恶性程度较高的恶性肿瘤，发生在眼眶内较为罕见。我科近日收治2例，现报告如下。

1 临床资料

患者1，女性，12岁，因右下睑无痛性包块渐进性增大伴视力下降1个月入院。查：右眼视力0.2，眶下缘外侧部可扪及一5 cm×3 cm×2.5 cm的包块，边界不清，无压痛，累及球结膜及下穹隆部结膜。右眼球向外下及外上方运动受限，眼底正常。眼球突出度：右眼17 mm，左眼13 mm，CT提示：右眼下睑肿块，边界不清，CT值64 Hu，未见骨质破坏。拟诊为：①右眼眶炎性假瘤；②右眼眶血管瘤。在全麻下行右眼下穹隆结膜入路肿瘤切除术，术中见肿瘤呈灰白色息肉样肿块，与软组织紧密粘连。病理诊断为：右眼眶内恶性神经鞘瘤，见图1；免疫组化染色阳性，见图2。

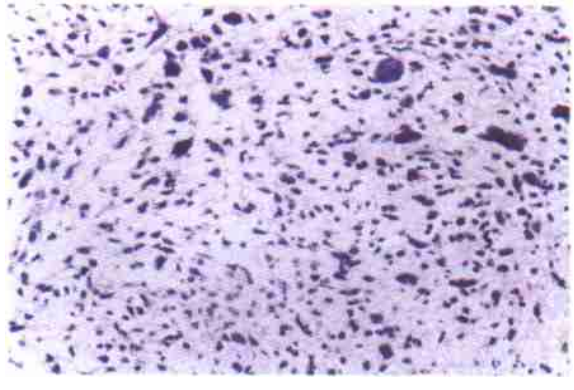


图1 恶性神经鞘瘤 （HE×200）

患者2，女性，19岁，因左上睑无痛性包块渐进性增大5个月入院。查：左眼视力0.3，左眼外上方眶缘可触及一1.5 cm×3.0 cm的包块，边界较清，活动度尚可，无压痛，质较软，左眼球向上方运动受限，眼底正常。眼球突出度：右眼13.5 mm，左眼18 mm。CT提示：左眼眶外上方椭圆形肿块，约3 cm×2 cm，形

（下转68页）

作者简介：崔 馨(1979－)，女，山东省莱芜市人，硕士研究生，医师，主要从事眼表疾病方面的研究。电话：(023)68757341

收稿日期：2002-05-21；修回日期：2002-09-26

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

是安全、有效的，且具有较好的可预测性和稳定性。但远视性 LASIK 手术也有其自身的局限性，如术后瓣下浑浊较近视性 LASIK 更明显，且其矫治远视时需要切取9～10 mm 直径的角膜瓣，切口更接近角膜周边，易导致术中出血，影响了激光对角膜组织的切削。再者就是采用留蒂角膜瓣时，其蒂部在三棱镜抛光时均被波及，致使瓣复位后的角膜表面不光滑，影响了手术的效果。此外对于某些曲率过高或过低、直径过小或厚度过薄的角膜，远视性 LASIK 手术都有其弊端。尽管如此，我们仍认为远视性 LASIK 优于远视性 PRK，应尽量少采用 PRK 矫治远视，因为远视性 PRK 需要刮除的角膜上皮范围广，激光切削后组织反应严重，疼痛时间长，恢复慢，屈光度回退明显，特别是 Haze 持续时间长、范围广、程度重，从而延长了术后用药的时间。这对于部分不能按时用药及眼压偏高患者是不利的[7,8]。

对于远视性 LASIK 手术，不管是采用平推还是旋切，留蒂角膜瓣的蒂部对激光切削始终是一种干扰，为了排除这一干扰，近年来我们采用了切取游离角膜瓣的方法，只要标记线要做好了，瓣的复位不会有任何问题，术中、术后也未遇到过瓣的脱落或丢失等情况，所取得的效果更令人满意。

参考文献：

[1] Dausch D, klein R, Schroder E. Excimer laser photorefractive keratectomy for hyperopia[J]. Refract Corneal Surg, 1993, 9(1): 20—28.

[2] Kirill B, Pershin N, Pashinova F. Refractive surgery for hyperopia[J]. J Refract Surg, 1999, 15(5): 550—555.

[3] 廉井财，叶 纹，周德佑，等. 准分子激光原位角膜磨镶术治疗远视眼[J]. 眼科，2000，9(5)：323—326.

[4] Donald R Sanders, Robert G, *et al*. Posterior chamber phakic intraocular lens hyperopia[J]. J Refract Surg, 1999, 15(3): 309—315.

[5] Juhani P, Petri M, Seppo P, *et al*. Photorefractive keratectomy for —1.25 to—25.00 diopters of myopia[J]. J Refract Surg, 1998, 14(6): 615—622.

[6] Sahah T, Waring G O, Maghraby A, *et al*. Excimer laser *in situ* keratomileusis under a corneal flap for myopia of 2 to 20 diopter[J]. Am J Ophthalmol, 1996, 121(1): 143—155.

[7] Nagy Z Z, Krueger R R. Photorefractive keratectomy for hyperopia in 800 eyes with the Meditec MEL 60 laser[J]. J Refract Surg, 2001, 17(5): 525—533.

[8] Pacella E, Abdolrahimzadeh S, Gabrieli C B. Excimer laser photorefractive keratectomy for hyperopia[J]. Ophthalmic Surg Lasers, 2001, 32(1): 30—34.

（编辑 薛国文）

（上接65页）

态不规则，密度不均，CT 值 48 Hu。拟诊为：左眼眶内泪腺混合瘤。在局麻加强化下行左眼眶前路开眶肿瘤摘除术，完整摘除眶内肿瘤，约 2.5 cm×2.0 cm，病理诊断为：左眼眶内恶性神经鞘瘤；S-P 免疫组化染色阳性。



图 2 恶性神经鞘瘤免疫组化染色阳性 (S-P×200)

2 讨论

恶性神经鞘瘤(Maligant neurilemoma 或叫恶性雪旺细胞瘤 Maligant schwannoma)是一种恶性程度较高的肿瘤，发生于眶内较为罕见[1]，多为个案报道。可发生于各种年龄和性别。Eviater 等 1992 年报道 1 例发生于 15 个月幼儿。一般认为恶性神经鞘瘤多由神经纤维瘤恶变而来。唐宝懿 1989 年报道 1 例神经纤维瘤手术后 3 个月复发恶变。Mortada1968 年报道 2 例孤立的恶性神经鞘瘤，认为此瘤起病较缓慢，间隔数日后，眼球突出进展较快，伴有疼痛和眶周知觉减退与上睑下垂。此病大多为无痛性眼球突出，若眶周疼痛明显，应考虑可能为恶性瘤细胞侵及感觉神经所致[2]。病理诊断：肉眼观察肿瘤呈分叶状或球形，白色或灰白色，边界不清，缺乏包膜或包膜不完整。镜下可见肿胀的神经束含有梭形细胞，呈异形化，染色质较多，其中例 1 可见上皮样细胞和多核巨细胞。多数作者认为对恶性神经鞘瘤应首选根治性切除术，有望取得较好的效果。本组 2 例术中冰冻切片证实为恶性神经鞘瘤均做广泛切除。对复发病例，伴丛状神经纤维瘤、伴神经纤维瘤病者预后较差。恶性神经鞘瘤术后短期易复发，并可扩展至邻近组织。平均存活时间为2年，晚期可发生淋巴及血行转移[3]。全身转移常见于肺部，骨骼、肾脏及大小肠[4]。该肿瘤对放疗和化疗均不敏感，5年存活率为 18.0%～30.0%[5]。所以我们认为一旦病理确诊为眼眶内恶性神经鞘瘤，应做眶内扩大切除，包括肿瘤所侵犯的眶骨，术后放疗和化疗是必要的治疗手段。

关键词：眼眶；恶性神经鞘瘤

中图法分类号：R739.72 文献标识码：B

参考文献：

[1] 宋国祥. 眼眶病学[M]. 北京：人民卫生出版社，1999. 213—218.

[2] 沈 颖，张朝然，丁天文. 眼眶神经鞘瘤 30 例分析[J]. 中华眼科杂志，1997，33(2)：129—131.

[3] White H R. Survival in malignant schwannoma: an 18—year study[J]. Cancer, 1971, 27(5): 720—724.

[4] Guccion J G, Enzinger F M. Malignant schwannoma associated with Von Recklinghausen's neurofibromatosis[J]. Virchows Archiv, 1979, 383(1): 43—45.

[5] Sordillo P P, Helson L, Hajdu S I, *et al*. Malignant schwannoma-clinical characteristics, survival and response to therapy[J]. Cancer, 1981, 47(4): 2503.

（编辑 郭建秀）

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