

·病例报告·

颅内联合径路手术矫正眶距增宽症 1 例报告

许扬滨¹, 朱庆棠¹, 谌业光¹, 劳镇国¹, 冯胜之², 穆雄铮², 毛青²

(1. 中山医科大学附属第一医院显微外科, 广东 广州 510080; 2. 上海第二医科大学第九医院整复外科, 上海 200011)

关键词: 眶距增宽症/外科学; 整形

中图分类号: R779.6

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2001)05-0398-02

眶距增宽症(orbital hypertelorism)是一种严重的颅面部畸形。多数患者智力正常,随着年龄增长,心理压力逐渐增大,出现自卑感,因此渴望治疗。矫形手术是唯一的治疗方法。由于眶距增宽症涉及到眼眶周围的重要解剖结构,如脑组织、视神经、颅骨内板较大的静脉导管等,手术难度大,容易出现严重并发症,造成不良后果。因此,迄今为止,国外文献仅报告了约 200 例此类手术,而国内仅报告了约 50 余例,而且都集中在少数几家医院。2000 年 1 月作者对 1 例眶距增宽症行颅内联合径路矫正术,手术结果满意。现报告如下。

1 病例报告

患者卢 XX,男,12 岁,于 2000 年 1 月入院。体查智力正常,重要器官无异常发现,有关实验室检查结果正常。专科检查发现:双侧骨性眶距 40 mm,双眼内眦距离 58 mm,瞳距 93 mm,外眦距离 110 mm,外眶距 118 mm;鼻背塌陷,扁平宽大,表面有皮肤皱折,基本无鼻尖,符合先天性眶距增宽症诊断。2000 年 1 月 24 日患者在气管内插管全麻下施行颅内联合径路眶距增宽矫正术。手术主要过程包括:①脑外科手术:头顶冠状切口,暴露额骨,前额开窗,暴露眶顶。②暴露眼眶骨骼:沿骨膜下剥离眶周软组织,保留视神经和鼻泪管。③眶周截骨:截除眶间骨性增宽部分,保留鼻中隔的黏膜和筛板黏膜;游离眶周骨性结构。④两眼眶内移,钢丝固定,用自体肋骨填充眼眶内移后的空隙。⑤骨窗的骨瓣复位、固定;软组织复位,缝合。⑥鼻背鼻尖的整复:用自体肋骨隆鼻,形成鼻背和鼻尖。

截骨方式如图 1A 和图 1B。矫正后患者内侧眶距为 20 mm,外观得到了极大的改善,术前和术后患者外观对比见图 2A 和图 2B。

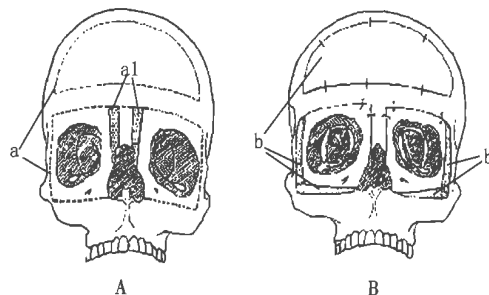


图 1 截骨前(A)与截骨整形后(B)的颅骨示意

Fig. 1 Skull of pre-osteotomy(A) and Skull of post-operative correction(B)

A: a. indicates the line for osteotomy; a1. indicates the bone removed; B: b. indicates the bone graft in the gap



图 2 眶距增宽症术前(A)与眶距增宽症矫正术后(B)

Fig. 2 Orbital hypertelorism Pre operation(A) and Orbital hypertelorism Post-operative correction

患儿在术后 2 d 内在重症监护室进行监护。术后检查生命体征稳定,未出现颅内高压的症状,视力正常。术后 12 d 伤口愈合出院。于术后第 3 周随访发现患儿左眼溢泪,随后有 4 次急性泪囊炎

收稿日期: 2001-06-15

作者简介: 许扬滨(1956-),男,广东澄海人,博士,副教授。

发作,检查后发现左侧鼻泪管堵塞。经鼻内窥镜泪囊开口术后症状解除。术后随访4个月无其他异常发现。

2 讨论

2.1 诊断标准

眶距增宽症是一种较少见的先天性畸形。其特征是两眼眶间骨性距离增宽^[1]。本症应与内眦赘皮和假性眶距增宽相鉴别。内眦赘皮仅有内眦间距离增宽而无眶间骨性距离增宽。而假性眶距增宽是由眼球外侧移位或斜视所致。骨性眶距因种族、年龄和性别不同而有差异。东方人的眶距较西方人宽。东方人的诊断标准: I度(轻度)30~34 mm; II度(中度)35~39 mm; III(重度)40 mm及以上。本患者属于重度眶距增宽症。一般认为眶距增宽症是颅面畸形中的一种^[2],其重要病理特征是前鼻畸形。各种颅面畸形的发病率在澳大利亚为1/4 000,加拿大为1/2 450^[3]。目前,中国尚无这方面的统计资料,可能与以下因素有关:①多数医生对本病认识不足,限制了病例的发现;②相当一部分病人受经济能力限制,无法就医;③目前国内仅有极少数医院能开展这种复杂的手术。

2.2 手术发展史

1967年,法国的Tessier^[4]首次报告施行颅内径路眶距增宽矫正术,取得了较满意的效果。随后Tessier和其他作者对手术作了进一步的改进。但是由于本病不危及患者生命,加之手术难度大,风险高,费用昂贵,因此,目前国内外开展此类手术的报告较少。上海第九医院于1977年成功地施行了国内第1例经颅内外联合径路眶距增宽症的矫正手术,至90年代末,该院已积累了数十例的手术经验^[5],是国内报告此类手术最多的医院。继上海之后,西安第四军医大学和北京医科大学^[6]也开展了数例此类手术。但是国内其他地区尚无进行此类手术的报告。目前此类手术在国内还处于初期阶段,有待于进一步发展。

2.3 治疗特点

2.3.1 多学科性 由于眶距增宽症的矫形术涉及头部多个重要器官,因此许多作者强调应由多学科专家对患者进行术前评估和治疗^[2,7]。本次手术由显微外科、整复重建外科、神经外科等多专科医务人员合作完成,术后患者的鼻泪管复通术则由耳

鼻喉和眼科医生共同完成,体现了此类手术的多学科性。国外还有心理和康复科医生参与患者手术前后的治疗。

2.3.2 术前对畸形的评估 一些作者对如何判断畸形程度以及临床上如何预测截骨量和矫正程度进行了探讨。除了用普通方法对颅部骨性标志进行测量外,CT和三维CT也成为术前对骨、眼和眼周组织进行评估的重要手段^[8,9]。本文作者在术前采用骨性标志测量、CT平扫加三维重建对手术方式和效果进行了预测,达到了满意的效果。

2.3.3 手术年龄的选择 有文献认为5~6岁是手术矫形治疗的最佳时机^[2],其优点是可以在学龄前改善儿童的心理状态,又不会影响颅面骨骼的正常发育。McCarthy^[10]对平均年龄3.9岁的一组病人进行了术后5年随访,认为该年龄施行手术较安全,美容效果好,鼻和上颌的生长发育未受影响。本例患者年龄虽然偏大,但是手术效果仍然满意,而且由于病人年龄大,对手术的耐受性强,使手术更安全,术后恢复更加顺利。

2.3.4 手术并发症 此类手术的严重并发症有颅内高压和视神经损伤。本例未出现上述并发症,仅出现了因鼻泪管阻塞引起的急性泪囊炎。经适当处理后痊愈。

2.3.5 手术效果 绝大多数作者报告手术效果是令人满意的。但是也同时指出由于一次手术很难解决所有问题,术后应长期对病人进行随访,并对不完善之处进行手术矫正,最终可达到最佳效果^[7]。本例手术首先解决了骨性眶距增宽的问题,使外观大为改善,患者及其家属对手术效果甚为满意。但是,为避免鼻背部皮肤张力过大,影响伤口愈合,术中保留了较多的鼻背部皮肤。在术后4个月随访发现患者出现鼻背皮肤过多的现象,此不足之处可通过二期简单整形手术得到弥补。

参考文献:

- [1] Tan S T, Mulliken J B. Hypertelorism: nosologic analysis of 90 patients[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1997, 99(2):317.
- [2] Fearon J A, Bartlett S P, Whitaker L A. The skeletal treatment of orbital hypertelorism[J]. *Neurosurg Clin N Am*, 1991, 2(3):673.

(下转封4)

中的超声波根管锉采用金钢材料,其韧性较小,而镍钛合金其柔韧性是不锈钢的 2~3 倍,抗断性极佳^[2],对于弯曲、细小或堵塞的根管,可以发挥钛合金记忆及柔韧等优点,从而降低了断针和根管侧穿等并发症,并且极大缩短了治疗时间。本实验 B 组出现 9 根断针,而 A 组没有出现断针现象,进一步证实了镍钛合金机用锉性能优良,在根管预备方面有着手扩器械无法比拟的优点。

采用手扩器械不论在根管制备还是在冲洗过程中,均在根管内留下有机物碎片和无机物碎片^[3],甚至挤出根尖孔,加剧根尖炎症。相比而言超声根管锉在根管预备过程中,能够通过超声波高速度冲洗液的机械喷注减少根管内细菌^[4]。在 B 组的 50 颗患牙中,没有一例出现疼痛症状。超声锉在处理弯曲根管时,存在根管成形差、根管粗直、根尖偏移、锉的损耗大、成本高等缺点^[5~7]。而镍钛合金锉恰好弥补了这一缺点, A 组成功的 39 颗牙术后 X 线片见,全部按生理方向走行,患者术后无自觉症状。镍钛合金锉柔韧性好,抗磨损能力及牙本质切削能力优于其它器械,预备弯曲根管至不锈钢器械通常不能达到的工作长度,并保持原根管行径,沿着阻力最小的方向弯曲进入根尖,在预备弯曲、细小或堵塞根管时更为安全、有效、省时省力。虽然它的原理和超

声波根管锉的原理相似,但它可直接安装在普通牙椅上使用,价格低廉,作为新一代的根管预备器械具有良好的发展前景。

参考文献:

[1] 樊明文. 口腔医学新进展[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1999. 209.
 [2] 郭继华. ProFile 镍钛合金根管预备器械研究进展[J]. 国外医学口腔医学分册, 2000, 27(3): 143.
 [3] 史久成, 史俊南. 临床口腔内科新进展[M]. 西安: 世界图书出版公司, 2000. 115.
 [4] 穆 静, 周 慧. 根管超声预备效果的扫描电镜的观察[J]. 中山医科大学学报, 2000, 21(1): 34.
 [5] 洪 瑾, 王晓仪, 王哲明. 超声技术应用于弯曲细小和堵塞根管的治疗分析[J]. 中华口腔医学杂志, 1998, 33(1): 36.
 [6] Scott G L, Walton R E. Ultrasonic endodontics; the wear of instruments with usage[J]. J Endodont, 1986, 12(7): 279.
 [7] Cormier C J, Fraunhofer J A, Chamferlain J H. A Comparison of endodontic file quality and file dimensions[J]. J Endodont, 1988, 14(3): 138.

(编辑 刘清海)

[3] 张涤生. 颅面外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 14~20.
 [4] Tessier P. Orbital hypertelorism. I. Successive surgical attempts. material and methods. Causes and mechanisms[J]. Scand J Plast Reconstr Surg, 1972, 6(2): 135.
 [5] 张涤生. 眶距增宽症的外科治疗[J]. 中华外科杂志, 1983, 21(1): 32.
 [6] 蔡用舒, 陈日亭, 易声禹. 眶距增宽症的手术治疗 5 例[J]. 眼科学报, 1986, 2(2): 79.
 [7] Whitaker L A, Vander K C. Orbital reconstruction in hypertelorism[J]. Otolaryngol Clin North Am, 1988, 21(1): 199.
 [8] Panchal J, Kim Y O, Stelnicki E, et al. Quantitative as-

essment of osseous, ocular, and periocular changes after hypertelorism surgery[J]. Plast Reconstr Surg, 1999, 104(1): 16.
 [9] Posnick J C, Waitzman A, Armstrong D, et al. Monobloc and facial bipartition osteotomies: quantitative assessment of presenting deformity and surgical results based on computed tomography scans[J]. J Oral Maxillofac Surg, 1995, 53(4): 358.
 [10] McCarthy J G, La Trenta G S, Breitbart A S, et al. Hypertelorism correction in the young child[J]. Plast Reconstr Surg, 1990, 86(2): 214.

(编辑 张敏瑞)