

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.01100

• 病例报告 •

手术治疗创伤性眶上裂综合征 1 例报告

Surgical treatment of traumatic superior orbital fissure syndrome: a case report

潘承光, 金海, 侯立军*

第二军医大学长征医院神经外科, 上海市神经外科研究所, 上海 200003

[关键词] 颅脑损伤; 眶上裂综合征; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 651.1 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2009)09-1100-02

随着颅脑创伤救治水平的提高,人们越来越重视颅脑创伤合并症的治疗,以降低其病死率和致残率,提高患者生活质量。创伤性眶上裂综合征是由外伤引起眶上裂骨折压迫眶上裂内血管和神经[Ⅲ,Ⅳ,Ⅵ,Ⅴ(1)即眼动神经]所致的一组临床症候群,主要表现为眼球固定、眼睑下垂、眼球突出、角膜反射迟钝或消失、瞳孔散大以及瞳孔对光反射迟钝或消失,严重影响患者视觉功能,逐渐得到临床医师的重视。我科 2007 年收治了 1 例典型的创伤性眶上裂综合征患者,伤后 9 d 行经扩大颧弓入路眶上裂区眼动神经显微外科神经减压术,随访效果满意,现报告如下。

1 病例资料

患者,男,19岁,2007年5月15日车祸致头部撞击。伤后短暂昏迷,醒后左眼睑不能抬起,左眼球不能运动,视物模糊,有复视。5月22日入院,右侧瞳孔直径3mm,直间接对光反射灵敏;左侧眼睑下垂,瞳孔直径4.5mm,眼球固定,直间接对光反射消失。眼眶部CT及三维重建显示,左侧眶上裂失去正常形态,伴骨折片压迫眶上裂区(图1A)。5月24日全麻下行经扩大颧弓入路眶上裂区眼动神经显微外科神经减压术。手术方法:手术切口起自颧弓下3cm,沿耳前1cm向上自耳郭上3cm转向前,终止于中线旁2cm发际内。全层切开头皮后,切开颞肌暴露颧弓,在前后根部离断颧弓,将颞肌从颅骨钝性分离,连同颧弓一起翻向下方,显露中颅窝底。颅骨钻孔做额颞骨瓣,磨除颞底骨质,在硬膜外向卜暴露中颅窝底部,充分显露眶上裂,磨除眶上裂狭窄部骨质,去除碎骨片,达到减压的目的。术后行眼眶部CT及三维重建,显示左侧眶上裂区手术减压充分(图1B)。术后3~5d患者患侧眼睑上抬约3mm,瞳孔直径4mm,眼球能向各方向稍做运动。术后1个月随访,患者患侧眼睑轻微下垂约2mm,双侧瞳孔等大等圆,直接、间接对光反射灵敏,眼球向各方向运动良好。

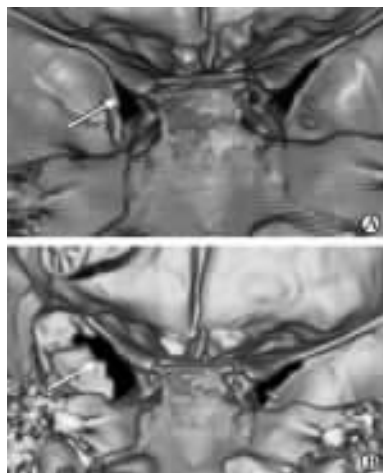


图 1 患者术前(A)、术后(B)
CT 三维重建结果比较

2 讨论

早在 1974 年,日本学者 Nakagawa 等^[1]就提出了“创伤性眶上裂综合征”的概念。主要临床表现为眼睑下垂、瞳孔散大和眼球固定,严重者伴眼球突出,甚至出现神经麻痹性角膜炎。随着交通伤的日益增多和诊断水平的不断提高,创伤性眶上裂综合征的发病率呈上升趋势。该综合征致残率极高,严重影响患者的生活质量。

创伤性眶上裂综合征的诊断主要依赖于外伤史及临床症状,影像学检查也具有一定的辅助诊断价值。Exadaktylos 等^[2]通过对 600 例病例的分析指出,CT 扫描对检出眶部的骨折大有帮助,尤其是那些存在眶部骨折相关症状以及有眼睑水肿的患者。随着 MRI 三维重建技术的发展,MRI 在创伤性眶上裂综合征的诊断上也逐渐发挥出越来越大的作用,Schuknecht 等^[3]通过大量的临床工作,总结出了一些通过 MRI 区分与辨认碎骨片的经验。另外,血管造影也能很好地显示动眼神经周围血供状况,为明确诊断提供了更多的影像学依据^[4]。

[收稿日期] 2009-01-21

[接受日期] 2009-03-11

[基金项目] 全军“十一五”科技攻关项目(08G063), Supported by Project of the “11th Five-Year Plan” for Tackling Scientific Program of PLA(08G063).

[作者简介] 潘承光, 硕士生, E-mail: sir-puppy@hotmail.com

* 通讯作者(Corresponding author). Tel:021-81885673, E-mail: lj_hou@yahoo.com

创伤性眶上裂综合征的手术适应证主要根据临床症状以及CT表现来确定。我科总结大量临床经验发现,出现眼球固定、眼睑下垂、眼球突出、角膜反射迟钝或消失、瞳孔散大以及瞳孔对光反射迟钝或消失等临床症状中2项以上或者出现1项临床症状,同时伴有CT三维重建显示眶上裂区有骨折线、骨折片压迫或眶上裂出现变形的患者需要手术治疗。手术时机的选择主要取决于受伤时间以及患者GCS评分。原则上是越早手术,对神经功能的恢复越有利,3 d以内及时手术者其手术效果最佳,7 d以上手术者其有效率有所下降,总之对于创伤性眶上裂综合征患者在排除神经完全断裂的情况下,尽可能及时行减压术,即使受伤时间较长,也不应轻易放弃。而对于同时存在颅内血肿的患者,根据我科总结的经验,颅内血肿同侧者:GCS 3~5分的特重型颅脑创伤患者45岁以下者可同期行神经减压术;GCS 6分以上者,均可同期行神经减压术。颅内血肿对侧者:GCS 9分以上者,建议同期行神经减压术。在排除神经完全断裂的情况下,尽可能及时行减压术,即使受伤时间较长,也不应轻易放弃。

传统减压手术入路包括经额入路和经翼点入路。我们采取经扩大颞弓入路,此入路到达眶上裂的距离较经额入路

和经翼点入路短,在暂时离断患者颞弓后,可获得清晰的手术视野以及更广的操作范围,是眶上裂区手术的理想入路。手术主要通过对骨性眶上裂狭窄部位的磨除,达到恢复眶上裂正常解剖结构,解除物理压迫的目的。本例通过该术式对患者进行治疗,随访结果显示了良好的手术效果。

[参考文献]

- [1] Nakagawa T, Shiga M. [Traumatic superior orbital fissure syndrome]. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*, 1974, 78: 950-956.
- [2] Exadaktylos A K, Sclabas G M, Smolka K, Rahal A, Andres R H, Zimmermann H, et al. The value of computed tomographic scanning in the diagnosis and management of orbital fractures associated with head trauma; a prospective, consecutive study at a level I trauma center[J]. *J Trauma*, 2005, 58: 336-341.
- [3] Schuknecht B, Sturm V, Huisman T A, Landau K. Tolosa-Hunt syndrome: MR imaging features in 15 patients with 20 episodes of painful ophthalmoplegia[J]. *Eur J Radiol*, 2009, 69: 445-453.
- [4] Paza A O, Farah G J, Passeri L A. Traumatic carotid cavernous fistula associated with a mandibular fracture[J]. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2008, 37: 86-89.

[本文编辑] 商素芳, 孙岩