

时就诊。在手术治疗食管癌时,应对食管行全长切除,并尽可能扩大清扫范围及注意对区域淋巴结的清扫,以减少食管癌术后复发。

参考文献

- 1 邵令方,高宗人,卫功铨,等.食管癌和贲门癌外科治疗进展—9107例资料分析[J].中华胸心血管外科杂志,1994,10(1):41.
- 2 陈灏珠主编,内科学[M].人民卫生出版社,1997.341.

- 3 张三申,曹景峰,魏林生,等.食管癌切除适宜长度的探讨[J].中华外科杂志,1994,32(15):281.
- 4 邵令方,李章才,王明福,等.食管癌和贲门癌6123例外科治疗的结果分析[J].中华外科杂志,1987,25:452.
- 5 曹福生,王立新,周文华,等.食管癌219例根治性切除的淋巴结转移规律[J].中国癌症杂志,1999,9(2):88.
- 6 Sanohe Y, Hiratsuka R, Doki K, et al. Lymph node metastases in cancer of the thoracic esophageal, Am J Surg, 1981, 141: 216.

(2000-04-17 收稿)

颅内脂肪瘤致视力障碍一例

朱大光

【中图分类号】R739.41 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0352-01

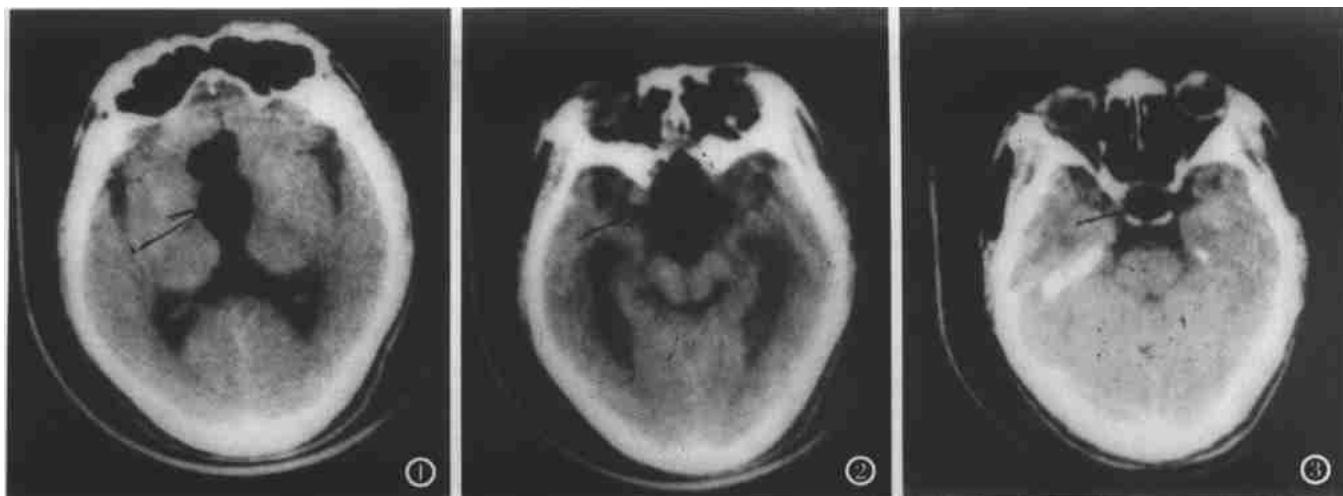


图1,2 三脑室前方胼胝体膝部跨中线见一类“8”字形低密度灶。CT值-60HU,向上累及鞍上池。

图3 鞍窝球形扩张,内见脂肪样低密度影。

颅内脂肪瘤是一种罕见的颅内肿瘤,而引起视力障碍的颅内脂肪瘤更是鲜见报道。现将我们遇到经CT、手术及病理证实的1例报告如下。

患者 男,28岁。因双眼视物模糊3年,近半年双眼视力下降,伴头痛、头晕等,于1999年3月28号入院。入院前无外伤或手术史。体检:神志清,心、肺、肝等未见异常。眼科检查:右眼视力0.4,左眼0.45,眼压指测正常,双眼外眼及眼前段正常。双眼底视盘轮廓模糊不清,生理凹陷消失,呈囊状,向前隆起约3D,视盘表面毛细血管扩张,中央静脉纡曲扩张,动、静脉之比1:3,视盘周围视网膜水肿明显,呈灰白色,无出血和渗出,黄斑中心窝反光存在。双眼周围视野向心性缩小 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$,双眼中心视野生理盲点扩大。

CT检查:三脑室前方,胼胝体膝部跨中线见一类“8”字形低密度病灶,大小约 $4.0\text{cm} \times 4.8\text{cm} \times 2.5\text{cm}$,密度均匀,边缘光滑锐利。CT值-60HU,向上累及蝶鞍,鞍窝球形扩张,鞍上池及鞍窝内均见低密度影,两侧脑室前角略受压(图1,2,3)。增

强扫描病灶无强化。印象诊断:胼胝体膝部脂肪瘤。

手术及病理:手术经额上入路,沿纵裂进入约2cm见一瘤组织,包膜菲薄,切开包膜,外观呈黄色,质软,分块切开,肿瘤全切约 $4.0\text{cm} \times 5\text{cm} \times 3\text{cm}$ 。病理诊断:脂肪瘤。

术后病人3月后视力有所好转,半年后双眼视力均1.0以上。

讨论 文献报道本病的发生率占颅内肿瘤的0.34%~0.46%^[1]。发病机理目前尚不清楚。从组织发育上讲,该肿瘤不是新生物,为颅内间叶组织发育障碍致一种错构瘤,该瘤以中线多见,多数以30岁以下年轻人。它可以发生大脑底部、大脑外侧裂池、脑干、小脑、各颅神经根部、侧脑室脉络、中脑背侧及胼胝体。以胼胝体为好发部位。本文报道1例就发病于胼胝体膝部,且肿瘤较大,累及视交叉,故引起视力障碍。文献报道该瘤体积较小^[2],本例与文献报道不相符。由颅内脂肪瘤引起视力障碍国内文献尚未见报道。

参考文献

- 1 梁玉敏综述.颅内脂肪瘤[J].国外医学神经病学神经外科学分册,1992(3):124.
- 2 沈天真,等.中枢神经系统CT和MRI[M].上海医科大学出版社,1992.231.

(2000-03-02 收稿)

作者单位: 476600 河南永城市人民医院 CT室
作者简介: 朱大光(1972~),男,河南永城人,主治医师,从事头颅CT诊断及研究