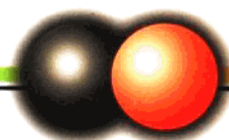


实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列



肿瘤学

刘 巍 冯威健 马 骥 主编

中国科学技术出版社

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列

肿 瘤 学

刘 巍 冯威健 马 骥 主编

中国科学技术出版社

• 北 京 •

图书在版编目 (CIP) 数据

肿瘤学/刘巍, 冯威健, 马骥主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2000.8

(实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列)

ISBN 7-5046-2908-1

I. 肿... II. ①刘... ②冯... ③马... III. 肿瘤学
N. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 67354 号

中国科学技术出版社出版

北京海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京市卫顺印刷厂印刷

*

开本: 787 毫米×1092 毫米 1/16 印张: 9 字数: 220 千字

2001 年 2 月第 1 版 2001 年 2 月第 1 次印刷

印数: 1—4000 册 定价: 13.50 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列

总 前 言

随着医学事业的不断发展,为了提高临床疾病的诊断与鉴别诊断水平,河北医科大学、北京医科大学、南京大学医学院、华西医科大学、河南医科大学和上海精神卫生研究所等10余所附属医院及科研单位的有关内、外、妇、儿、五官科学、影像学和电生理学等专家教授等结合自己多年的临床与教学的实践经验,参考大量国内外有关文献,通力合作编著了这套实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列。此套专著以90年代最新观点,体现当代国内外先进水平,理论联系实际,普及与提高相结合,突出临床实用价值,内容全面、新颖、实用、重点突出、简明扼要,是一套新的实用的诊断与鉴别诊断学专著。

目前国内外有关诊断与鉴别诊断学专著甚少,为了适应科学技术飞速发展和我国医学事业的需要,我们编著了此诊断与鉴别诊断学专著系列。此专著系列共26个分册,包括神经病学、精神病学、呼吸病学、血液病学、心脏病学、消化病学、肾脏病学、内分泌与代谢病学、免疫风湿病学、理化因子病学、传染病与寄生虫病学、老年病学、肿瘤学、地方病与职业病学、普通外科与小儿外科学、胸心外科学、泌尿外科学、脑外科学、骨外科学、整形外科学、妇产科学、儿科学、眼科学、耳鼻喉科学、口腔科学和皮肤性病学。该专著系列以要点形式阐述疾病的诊断与鉴别诊断以及与其有关的实验室、影像学和电生理学等的诊断与鉴别诊断的理论和依据,便于理解、学习、掌握和应用。该专著系列既适用于医学院校师生学习参考,又适用于各类医院和医疗单位医务人员工作和学习使用。

由于我们经验不足,参编人员较多,书中难免存在有缺点或疏漏,请广大读者批评指正。

编著者

2000年8月

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列
编 审 委 员 会

主 编

刘名顺 马 骥 赵继贤

编 委

(依姓氏笔画为序)

马绍金 (教授)	马 骥 (主任医师)	王士杰 (教授)	王克诚 (教授)
王孟山 (教授)	王金凯 (教授)	王梦寅 (教授)	乔占英 (教授)
孙相如 (教授)	刘名顺 (教授)	刘金星 (教授)	刘燕京 (教授)
刘 巍 (主任医师)	李宗五 (教授)	李维成 (教授)	宋新光 (教授)
何玉军 (教授)	陈兴时 (研究员)	张迎泽 (教授)	张培俭 (教授)
张 斌 (教授)	张秀明 (教授)	张金廷 (教授)	孟繁姘 (教授)
林元珠 (教授)	周昌贵 (教授)	赵树元 (教授)	赵继贤 (教授)
段惠军 (教授)	秦同文 (教授)	曹月敏 (教授)	董凤岐 (教授)
董全胜 (教授)	蔡文清 (教授)	蔡广增 (教授)	黎国屏 (教授)

责任编辑 金维克

责任印制 李春利

责任校对 杨京华

本书前言

《实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列·肿瘤学》，是供从事肿瘤学专业的医师、进修医师和实习生及研究生等临床工作和学习的工具书，也可供其他医师学习和工作中参考，也是医学院校师生的重要参考书。

本书特点是由从事肿瘤学的医疗、教学和科研工作的有关专家教授等编著的，内容体现当代最新水平，对每种病既描述临床诊断与鉴别诊断依据，又描述最新的实验室、影像学和电生理学等的诊断与鉴别诊断依据，每种病有英文病名对照。全书以要点形式编排，内容新颖、全面，理论与实践结合，普及与提高结合，文字简明扼要，便于学习记忆，便于临床应用。书后附有中、英文索引，便于查阅。

本书内容包括七章：第一章，肿瘤疾病诊断与鉴别诊断要点；第二章，肿瘤常见症征鉴别诊断要点；第三章，肿瘤X线诊断要点；第四章，肿瘤电子计算机X线体层摄影(CT)诊断要点；第五章，肿瘤磁共振成像(MRI)诊断要点；第六章，肿瘤实验室诊断；第七章，肿瘤脑电地形图(BA)诊断要点以及中文索引、英文索引和附录(实验室检查正常值)。

由于我们水平所限，书中难免有不足之处，欢迎读者批评指正。

编著者

2000年8月

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列

肿 瘤 学

主 编

刘 巍 冯威健 马 骥

编 委

胡邑姜 刘运江 李海平 赵 颖

目 录

第一章 肿瘤疾病诊断与鉴别诊断要点	(1)
第一节 神经系统肿瘤	(1)
第二节 内分泌系统肿瘤	(13)
第三节 呼吸系统肿瘤	(18)
第四节 心脏肿瘤	(21)
第五节 消化系统肿瘤	(23)
第六节 泌尿生殖系统肿瘤	(29)
第七节 造血系统肿瘤	(35)
第八节 骨骼肿瘤	(38)
第九节 体表肿瘤	(40)
第十节 眼部肿瘤	(42)
第十一节 耳肿瘤	(45)
第十二节 鼻肿瘤	(46)
第十三节 咽肿瘤	(47)
第十四节 喉肿瘤	(49)
第十五节 口腔颌面部肿瘤	(50)
第二章 肿瘤常见征鉴别诊断要点	(53)
第一节 恶性肿瘤与良性肿瘤鉴别要点	(53)
第二节 癌性渗出液与感染性渗出液鉴别要点	(53)
第三节 肿瘤致咯血鉴别要点	(53)
第四节 肿瘤致呕血鉴别要点	(54)
第五节 肿瘤致便血鉴别要点	(54)
第六节 肿瘤致血尿鉴别要点	(54)
第七节 肿瘤致腹部肿块鉴别要点	(55)
第八节 肺部肿瘤球形病灶鉴别要点	(56)
第九节 肿瘤致鼻衄鉴别要点	(56)
第十节 肿瘤致眼球突出鉴别要点	(56)
第十一节 肿瘤致阴道出血鉴别要点	(57)
第十二节 肿瘤致乳腺肿块鉴别要点	(57)
第十三节 癌性梗阻性黄疸与非癌性梗阻性黄疸鉴别要点	(57)
第十四节 胰头癌、壶腹癌、胆总管癌鉴别要点	(57)
第十五节 肺部癌性粟粒性病灶与非癌性粟粒性病灶鉴别要点	(58)
第十六节 肺部癌性病灶阴影与非癌性病灶阴影鉴别要点	(58)
第十七节 脑干内和脑干外肿瘤鉴别要点	(58)
第十八节 鞍区常见脑瘤鉴别要点	(59)

第三章 肿瘤 X 线诊断要点	(60)
第一节 呼吸系统肿瘤 X 线诊断要点	(60)
第二节 神经系统肿瘤 X 线诊断要点	(61)
第三节 消化系统肿瘤 X 线诊断要点	(62)
第四节 泌尿系统肿瘤 X 线诊断要点	(63)
第五节 骨骼系统肿瘤 X 线诊断要点	(63)
第六节 眼、耳、鼻及乳突肿瘤 X 线诊断要点	(65)
第四章 肿瘤电子计算机 X 线体层摄影 (CT) 诊断要点	(67)
第一节 神经系统肿瘤 CT 诊断要点	(67)
第二节 内分泌系统肿瘤 CT 诊断要点	(68)
第三节 呼吸系统肿瘤 CT 诊断要点	(69)
第四节 循环系统肿瘤 CT 诊断要点	(71)
第五节 消化系统肿瘤 CT 诊断要点	(71)
第六节 泌尿、生殖系统肿瘤 CT 诊断要点	(74)
第七节 造血系统肿瘤 CT 诊断要点	(75)
第八节 骨骼肿瘤 CT 诊断要点	(75)
第九节 软组织肿瘤 CT 诊断要点	(76)
第十节 眼、耳、鼻、咽喉部、口腔和腮腺肿瘤 CT 诊断要点	(76)
第五章 肿瘤磁共振成像 (MRI) 诊断要点	(80)
第一节 神经系统肿瘤 MRI 诊断要点	(80)
第二节 内分泌系统肿瘤 MRI 诊断要点	(81)
第三节 呼吸系统肿瘤 MRI 诊断要点	(82)
第四节 循环系统肿瘤 MRI 诊断要点	(84)
第五节 消化系统肿瘤 MRI 诊断要点	(84)
第六节 泌尿、生殖系统肿瘤 MRI 诊断要点	(85)
第七节 造血系统肿瘤 MRI 诊断要点	(86)
第八节 骨骼肿瘤 MRI 诊断要点	(86)
第九节 软组织肿瘤 MRI 诊断要点	(87)
第十节 眼、耳、鼻、咽喉部、口腔和腮腺肿瘤 MRI 诊断要点	(88)
第六章 肿瘤实验室诊断	(91)
第一节 血液检查	(91)
第二节 尿液检查	(94)
第三节 胃液检查	(95)
第四节 脑脊液检查	(95)
第五节 胸水和腹水检查	(96)
第七章 肿瘤脑电地形图 (BA) 诊断要点	(97)
附录	
实验室检查正常值	(98)
中文索引	(116)
英文索引	(125)

第一章 肿瘤疾病诊断与鉴别诊断要点

第一节 神经系统肿瘤

一、颅内肿瘤 (intracranial tumour)

(一) 颅内肿瘤的总体诊断要点

1. 有进行性加重的颅内压增高的三个主征

- (1) 头痛,晨起为重,用力咳嗽,打喷嚏时可加重。
- (2) 中枢性呕吐。
- (3) 视乳头水肿。

2. 有肿瘤引起的局灶性症征

(1) 额叶肿瘤症征 记忆力障碍,情感淡漠,注意力不集中,智力减退,强哭强笑,癫痫发作,运动性失语,偏瘫,额叶性共济失调(对侧肢体共济失调,但无眼震),大小便失禁,可出现福斯特—肯尼迪综合征,嗅觉丧失,病变侧原发性视神经萎缩及对侧视乳头水肿等表现。

(2) 顶叶肿瘤症征 对侧躯体的感觉障碍和皮层性感觉障碍,可出现感觉性癫痫,失用症和失读症等。

(3) 颞叶肿瘤症征 出现颞叶癫痫,即复杂部分性发作。感觉性失语,偏瘫,视野缺损(对侧同向偏盲或上象限盲)。

(4) 枕叶肿瘤症征 单侧病变出现对侧同向偏盲或象限盲,但中央视野保存(黄斑回避),双侧出现皮层盲。

(5) 丘脑肿瘤症征 出现尿崩症、肥胖及月经失调等内分泌症征,病变对侧出现深浅感觉障碍及皮层感觉障碍,共济失调,轻偏瘫,锥体外系症征如震颤,舞蹈样动作,手足徐动等以及意识改变,表情淡漠,嗜睡,情绪不稳等。

(6) 小脑肿瘤症征 病变侧共济失调,(蚓部肿瘤共济失调主要为躯干性平衡障碍)头晕、呕吐,眼震,爆发性语言等。

(7) 小脑桥脑角肿瘤症征 出现病变侧第5、7、8、9、10颅神经麻痹症征,对侧肢体中枢性瘫痪症征,以及小脑受损症征,如共济失调,眼震,爆发性语言等。

(8) 脑干肿瘤症征 出现交叉性瘫痪,即病变侧颅神经麻痹,对侧肢体中枢性瘫痪。

(9) 脑室内肿瘤症征 出现布朗氏征(Brun's Sign)即头部处于某一位置时立即引起头痛,头晕和呕吐,变动头位后迅速即缓解。还可出现对侧偏瘫和偏盲,嗜睡,尿崩症、肥胖和性早熟等改变。

3. 有各类肿瘤的自身表现及实验室和特殊检查改变(见如下各类脑瘤的诊断要点)

(二) 胶质瘤 (glioma)

其是由外胚叶组织衍化而来的神经间质细胞的肿瘤,为颅内最常见的肿瘤,发病率占全部颅内肿瘤的40%,其分为以下几种,其诊断要点分述如下:

1. 星形细胞瘤 (astrocytoma)

为胶质瘤中最常见类型。约占 35%~51.2%。

(1) 可发生在任何年龄组，成人和儿童均可发病。

(2) 有上述颅内压增高的三个主征。

(3) 有肿瘤引起的局灶性症征，成人多见于额颞叶，其次顶叶。儿童多见于小脑，其次为脑干、丘脑、视神经旁及脑室旁，而出现上述相应部位的症征。

(4) 脑 CT 改变（见第四章有关内容）。

(5) 病理检查，根据 Kernohan 氏分类分为 I、II、III、IV 级。I、II 级星形细胞瘤属分化良好型，恶性度相对低，多呈浸润性生长，无包膜，与正常脑组织分界不清，瘤内可发生囊变，有者呈一个大囊，壁内有小瘤结节，称“囊内有瘤型”，可有点状钙化，I、II 级血管形成良好，毛细血管内皮结合较紧密，III、IV 级分化不良，恶性度高，为弥漫浸润性生长，与正常脑组织分界不清，生长快易发生坏死和囊变，其血管形成不良，毛细血管内皮细胞结合稀疏。

(6) 有相应的脑电地形图及脑 MRI 表现（见第七章、第五章有关内容）。

2. 多形性成胶质细胞瘤 (polyglioblastoma)

此为成人脑半球常见肿瘤，占胶质瘤的 17%~27%，其诊断要点如下：

(1) 多发生于 40 岁左右患者，男女无差别。

(2) 有颅压高的三个主征，该肿瘤生长迅速故颅内压增高症征出现早而明显。

(3) 局灶性神经症征，此肿瘤以额叶最多，其次颞叶与顶叶，枕叶最少。出现上述部位的局灶性症征，并可有脑瘤出血症征，患者突然昏迷，偏瘫及脑疝形成，有者可侵及基底节、丘脑或脑干，甚至累及脑膜而出现相应症征和脑膜刺激征。患者可有癫痫样发作，可以单纯部分性发作发展为全身强直一阵挛性发作。

(4) 脑 CT 在额或颞顶叶等皮质下区可见较大略高密度肿物，多有囊变及瘤内出血改变，强化呈均一强化或环状强化，脑水肿及占位效应明显。

(5) 有相应脑 MRI 和脑电地形图改变（见第五章、第七章有关内容）。

(6) 有相应的病理改变，肿瘤在皮质下生长，呈浸润性，无包膜与脑组织无明显界限，约半数有囊变，瘤体浸及广泛可经胼胝体侵及对侧，周围水肿明显，瘤体内可有大片出血、坏死，瘤细胞为恶性或间变性形态，大小与排列不一，呈多形性，血管较丰富。

3. 髓细胞瘤 (medulloblastoma)

其恶性程度高，占胶质瘤的 1%~10%。多发生在儿童。

(1) 有上述颅内压增高的三个主征。

(2) 有肿瘤引起的局灶性症征，儿童多发生在小脑蚓部，成人多见于小脑半球，蚓部肿瘤主要引起躯体共济失调，步态不稳，爆发性语言，昂白氏征(+)，累及小脑半球则出现眼震，肢体肌张力减低，肢体意向性共济失调，如指鼻试验和跟膝胫试验阳性等。

(3) 脑 CT 显示后颅凹中部圆形边界清楚均匀一致的略高密度阴影，周围有低密度水肿带，其出血、囊变、钙化少见。第四脑室受压变形或消失，向前移位，第三脑室或双侧侧脑室扩大呈幕上脑积水。增强检查，肿瘤呈均匀一致强化，如有室管膜和蛛网膜下腔转移者可在脑室壁上显示线样强化。

(4) 病理检查为髓细胞瘤，肉眼观察瘤组织呈灰红或灰白色，质软，血管丰富，浸润性生长，边缘不清，一般无坏死、出血、囊变和钙化。

(5) 有相应的 MRI 和脑电地形图改变（见第五章、第七章有关内容）。

4. 少支胶质细胞瘤 (oligodendroglioma)

较少见, 占胶质瘤的 5%, 大多发生在成年人。

(1) 有颅内压增高的上述三个主征, 但出现较晚。

(2) 有肿瘤引起的局灶性症征, 主要为额叶, 其次为顶叶及颞叶症征。出现癫痫发作, 多为单纯部分性发作, 可发展为全身性强直一阵挛发作, 可有记忆力障碍和人格改变等精神症状, 偏瘫和偏身感觉障碍等。

(3) 脑 CT 检查, 肿瘤显示略高密度块状阴影, 有囊变者可呈低密度, 边界清楚, 有弯曲条索状钙化, 外周水肿及占位表现较轻, 增强检查可轻度强化或无强化, 边界清楚, 轮廓不规则。

(4) 病理示少支胶质细胞瘤。

(5) 有相应的 MRI 和脑电地形图改变 (见第五章、第七章有关内容)。

5. 室管膜瘤 (ependymoma)

占胶质瘤的 12% 左右, 比较良性, 以儿童和青年发病最多。

(1) 有颅内压增高的三大主征。

(2) 有肿瘤引起的局灶性症征, 第四脑室室管膜瘤可引起不同程度颈强直和 Brun 氏征, 即头痛与体位有关, 仰伸比俯屈更易诱发, 伴突发眩晕与呕吐, 严重者意识丧失。故患者常强迫头位。第三脑室前部肿瘤可引起双颞侧偏盲, 第三脑室后部肿瘤侵及上丘可出现双眼上视不能。侧脑室体部肿瘤可引起偏瘫和偏身感觉障碍, 侧脑室三角区及颞角肿瘤出现同侧象限盲。有者出现小脑症征即水平或垂直眼震, 肌张力低, 躯体和肢体共济失调, 也可出现脑干症征, 即表现有 5、7、9、10、11 颅神经受累症征, 有可出现排尿功能障碍, 双侧锥体束征, 晚期可呈去大脑强直状态等。

(3) 脑 CT 可显示于后颅凹中线部位、第三脑室, 或侧脑室三角区显示等密度或略高密度肿块阴影, 边界清, 可呈分叶状, 瘤内常散在点状钙化, 有囊变时可见低密度区, 增强检查呈均一强化, 囊变区不强化。

(4) 病理提示室管膜瘤。肉眼观察肿瘤呈灰白或灰红色, 质地均匀呈颗粒状, 有包膜, 与脑实质界限清楚, 易发生囊变及钙化, 少数呈浸润性生长。

(5) MRI 有相应改变 (见第五章有关内容)。

6. 松果体瘤 (pinealoma)

占颅内肿瘤 1%~2%, 来源于松果体内胶质细胞者称松果体胶质细胞瘤, 来源于胚胎残余者称胚胎细胞瘤或畸胎瘤。该肿瘤位于第三脑室后部, 位于第三脑室前部者称为异位松果体瘤, 其诊断要点如下:

(1) 多发于青年和儿童。

(2) 有上述颅内压增高的三大主征, 此肿瘤此症征出现较早。

(3) 有肿瘤引起的局灶性症征, 小脑受累可出现小脑共济失调。中脑四叠体受累引起 Parinaud 氏综合征即出现双眼上视不能, 瞳孔大小不等或两侧扩大, 对光反应迟钝或消失, 调节反应存在。四叠体下丘和内侧膝状体受累可引起耳鸣耳聋。丘脑下部受累可出现尿崩症, 嗜睡症或肥胖性生殖无能。另外, 松果体本身肿瘤使松果体本身分泌抑制性腺的激素减少, 而病人出现第二性征早发育现象。

(4) 脑 CT 显示第三脑室后部可见略高密度或混杂密度肿块, 圆形, 边界清楚, 瘤内可见点状钙化。第三脑室前移并扩大, 双侧侧脑室可扩大, 肿瘤呈均匀一致强化, 如为松果体畸

胎瘤可显示牙齿和骨骼影，如为松果体胶质瘤显示为低密度或等密度肿块，无钙化，周围水肿带较明显。

(5) 病理改变，松果体肿瘤由于来源于细胞的不同而分为以下几种，来源松果体大细胞的肿瘤称松果体细胞瘤，来源于小细胞者称成松果体细胞瘤，或称精原细胞瘤。来源于松果体内胶质细胞者称松果体胶质细胞瘤。来源于胚胎残余的肿瘤称胚胎细胞瘤或畸胎瘤。

7. 脉络丛乳头状瘤 (papilloma of choroid plexus)

此种脑瘤较少见，约占颅内肿瘤的 0.6%~1.9%。

(1) 多发生于青少年，也可见于成年人。

(2) 有颅内压增高的三大主征，可出现 Brun 氏征，即患者出现强迫头位，头位改变出现发作性头晕、头痛和呕吐等症征。

(3) 有肿瘤引起的局灶性症征，该肿瘤多发生于脑室系统，常于侧脑室三角区，第四脑室及第三脑室，偶发生于大脑凸面或桥脑小脑角，可引起偏瘫，交叉性瘫痪，偏身感觉障碍，颅神经麻痹，小脑症征。因此肿瘤血管丰富可破裂出血造成蛛网膜下腔出血而出现相应临床症征。

(4) 脑 CT 显示于侧脑室三角区或第四脑室内出现略高密度分叶状肿块，边界清，可有钙化，脑室系统可扩大，肿瘤呈均一强化。

8. 其他胶质瘤 (other glioma)

包括有小胶质细胞瘤、神经节细胞瘤和混合性胶质瘤等，其诊断要点分别简述如下：

(1) 小胶质细胞瘤，其起源于小胶质，是一种恶性肿瘤，其诊断要点为：①多发生于老年患者。②有颅压高的临床症征。③有额叶、顶叶、颞叶、脑干或小脑上述局灶性症征。④病理提示小胶质细胞瘤。⑤脑 CT 检查显示：肿瘤多为单发，少数为多发，个别呈弥漫性浸润生长，多数约 2/3 肿瘤显示为等密度阴影，1/3 呈高密度阴影，单发肿瘤较大，直径在 4~5cm 左右，边界不清，周围环以不同程度的低密度水肿带，脑室可受压变形，呈均匀一致强化。弥漫浸润时则显示广泛边界不清的低密度区，可不强化。MRI T₁ 加权像上单发者显示为圆形或类圆形低信号或等信号阴影，T₂ 加权像上显示为均匀一致的高信号阴影，多发者表现相同，上是个。

(2) 混合性胶质瘤，是一种以上胶质细胞构成的肿瘤，其表现与星形细胞瘤或少支胶质细胞瘤相似。

(三) 脑膜瘤 (meningioma)

此又称蛛网膜内皮瘤，为一种脑外的良性肿瘤，占颅内肿瘤的 15%~17%，仅次于胶质瘤，凡有蛛网膜颗粒或蛛网膜绒毛的部位均可发病，其诊断要点如下：

(1) 任何年龄均可发病，以成人最多见 (中年人为多)。

(2) 肿瘤生长缓慢，病程较长，平均 2~3 年，生长在大脑非功能区，临床症征不明显，偶在做脑 CT 检查时才被发现。生长在功能区可较早出现症征，肿瘤好发于大脑凸面，矢状窦旁、鞍结节、嗅沟和小脑桥脑角等部位可产生相应部位的定位症征，矢状窦旁脑膜瘤可出现癫痫，单纯部分性 (感觉或运动性) 发作或全身强直一阵挛性发作。对侧下肢轻瘫或感觉障碍。旁正中小叶受累时可出现排尿障碍。鞍结节区者压迫视交叉出现视力障碍与双颞区视野缺损，垂体和下丘脑受累可出现垂体功能减退及尿崩症，肥胖和嗜睡等症征。生长在嗅沟者可出现精神症状，癫痫发作，一侧嗅觉障碍。视神经受累可出现视神经萎缩，有的可出现 Foster-Kennedy 综合征改变，即病变侧原发性视神经萎缩，对侧视乳头水肿。生长在小脑桥

脑角部位者出现上述小脑桥脑角受累的临床症征。

(3) 可出现颅内压增高的临床症征，但较晚。

(4) 脑CT和MRI检查(见第四章、第五章有关内容)，脑电地形图检查有相应改变(见第七章有关内容)。

(四) 垂体瘤 (pituitary adenoma)

此肿瘤约占颅内肿瘤的10%，发病率仅次于胶质瘤和脑膜瘤，此肿瘤可分为嗜色细胞腺瘤(包括嗜酸性和嗜碱性细胞腺瘤)、嫌色细胞腺瘤及混合性细胞腺瘤(有嗜色细胞和嫌色细胞两种成分)，具有良性肿瘤的特征，极少数为垂体细胞腺瘤。其诊断要点如下：

(1) 多见于成年人患者。

(2) 患者出现双眼视力减退，典型者出现双颞侧偏盲或象限盲。

(3) 出现内分泌功能障碍，嫌色性腺瘤出现垂体功能减退，如低血压、低血糖、性机能低下等。嗜碱性腺瘤出现类柯兴氏综合征表现，嗜酸性腺瘤出现巨人症或肢端肥大症征等。

(4) 脑CT和MRI出现相应改变(见第四章、第五章有关内容)。

(5) 病理检查：垂体瘤为良性脑外肿瘤，生长在蝶鞍内，有包膜、呈圆形或分叶状。细胞学检查分别显示嫌色细胞腺瘤，嗜碱性细胞腺瘤，嗜酸性细胞腺瘤或混合性细胞腺瘤，嗜酸性腺瘤较小，主要位于鞍内，很少穿破鞍隔，也很少侵及鞍旁与鞍下。嗜碱性腺瘤也局限于鞍内，很少向鞍上下侵犯。嫌色性腺瘤，可逐渐向上生长可穿破鞍隔而压迫视交叉、视束及第三脑室前部，向下侵及蝶窦和鼻腔，向鞍旁侵及海绵窦，瘤内易出血和囊变，偶有钙化。

(五) 颅内先天性肿瘤 (intracranial congenital tumor)

1. 颅咽管瘤 (craniopharyngioma)

此肿瘤为一种颅内胚胎残余组织的肿瘤，大约占颅内肿瘤的3%~7%左右，此肿瘤位于鞍上，常向鞍后、鞍旁和第三脑室内发展而引起相应临床症征。其诊断要点如下：

(1) 儿童和青少年多见。

(2) 有上述颅内压增高的症征。

(3) 出现视力减退，压迫视交叉或视束出现双颞侧或病变对侧同向偏盲，后期可引起视神经萎缩而致双眼失明等症征。

(4) 可出现内分泌功能障碍症征。儿童期发病可出现垂体性侏儒症表现，青年或成年发病可出现肥胖，性机能低下，乏力，基础代谢率降低。另外患者可出现尿崩症，晚期可出现嗜睡、体温调节障碍及昏迷等。

(5) 头颅X线平片检查可显示鞍上点状或弧线状钙化。后床突骨质疏松、破坏，鞍背变小、蝶鞍变扁，蝶鞍扩大。甚或有脑回压迹增多，颅缝分离等颅内压增高征象。脑室造影可显示双侧脑室扩大，第三脑室前部受压或闭塞，第三脑室后部扩大等改变。

(6) 脑CT检查显示，多呈囊性，单囊型在鞍上显示低密度阴影呈圆或类圆形，少数为分叶状，边界清楚，囊壁为等密度，囊壁可有点状或弧线状钙化。鞍上池受压可显示部分或完全闭塞，第三脑室前部闭塞，双侧侧脑室可对称性扩大。实质性颅咽管瘤可显示为等密度或略高密度肿块阴影，较囊性为小，内有点状或片状钙化，极少数向鞍内生长者可致蝶鞍扩大和骨质破坏，一般蝶鞍无改变。增强检查，囊性者囊壁呈薄环状强化，中心低密度区无强化，实质性者呈均一强化或不强化。

MRI检查，T₁加权图像上呈高、等或较低信号，T₂加权像上为高信号阴影，多为圆形或椭圆形，少数为不规则形。

(7) 病理检查提示为颅咽管瘤。

2. 胆脂瘤 (cholesteatoma)

此肿瘤又称珍珠瘤 (pearly tumor) 或称表皮样囊肿 (epidermoid cyst), 为良性肿瘤, 系外胚叶残留组织引起的先天性肿瘤, 约占颅内肿瘤的 0.5%~3.0%。其诊断要点如下:

(1) 该肿瘤可见于任何年龄, 但以 20~30 岁者多见, 男性多于女性。

(2) 此肿瘤好发于桥脑小脑角区、鞍上和脑室内, 可产生局部症征, 主要表现为三叉神经痛, 以第三支最常受累, 患侧局部可有感觉减退, 听力下降, 走路不稳, 视力减退, 视野缺损多为同向偏盲, 另可出现慢性颅内压增高症征等。

(3) X 线颅骨平片可见前床突骨质吸收, 岩骨尖骨质吸收。

(4) 脑 CT 检查显示低密度不规则肿块影, 无强化, 阿米培克脑池造影可显示药物进入脑池或脑裂中, 将肿瘤分割成分叶状, 此为 CT 特征性表现。

(5) 病理检查, 提示胆脂瘤。

3. 皮样囊肿 (dermoid cyst)

该瘤是一种先天性异位性良性肿瘤, 是在胚胎发育 3~5 周神经沟闭合成神经管时误将部分皮肤组织带入而逐渐形成皮样囊肿, 其约占颅内肿瘤的 0.2% 左右, 其诊断要点如下:

(1) 该病多在青春期发病, 尤在 20 岁左右多见。

(2) 有颅内压增高的症征, 好发于后颅窝中线, 常累及小脑蚓部和第四脑室出现以躯干部为主的小脑共济失调症征。

(3) 后枕部皮肤可见窦道, 部分患者因皮肤窦道感染而反复出现脑膜炎症征。

(4) 脑脊液检查压力增高, 一般蛋白、细胞数正常, 合并脑膜炎时, 可显示炎症改变。

(5) X 线检查头颅平片多见枕骨缺损。

(6) 脑 CT 检查可显示在后颅窝中线部可见圆形或椭圆形低密度肿物, 边界清楚, 比脑脊液密度低, 第四脑室受压移位, 并有幕上脑积水表现, 增强检查一般无强化, 有反复感染者多见瘤壁和窦道强化。

脑 MRI 检查 T_1 、 T_2 加权图像为高信号影, 有时 T_1 为高低混合信号影。

4. 畸胎瘤 (teratoma)

该肿瘤是由于几种胚叶组织衍化不典型的器官所形成的异位良性肿瘤, 约占颅内肿瘤的 1% 左右, 其诊断要点如下:

(1) 该肿瘤多见于儿童。

(2) 此肿瘤好发于松果体区、鞍区、脑室的脉络丛及桥脑小脑角区, 而产生相应的临床症征, 如同松果体瘤或垂体瘤等样临床症征。

(3) 头颅 X 线平片可显示鞍上或松果体区有牙齿或骨骼成分。

(4) 脑 CT 检查 此瘤多呈类圆形或分叶状略高密度肿块影, 边界清楚光滑, 瘤内可见骨骼或牙齿样高密度组织影, 常有占位表现, 如松果体区畸胎瘤使第三脑室后部受压闭塞致双侧侧脑室和三脑室前部扩大, 鞍区畸胎瘤可占据鞍上池大部, 增强检查, 实体部分有不同程度均一强化, 中心囊变区无强化。

脑 MRI 检查, 多为混合信号, T_1 加权图像肿瘤实体为稍低信号, 脂肪为高信号, 囊变为低信号, 骨质、牙齿和钙化为低信号或无信号区, T_2 加权图像肿瘤实体, 囊变区和脂肪为高信号, 脂肪信号最高, 骨质、牙齿和钙化为低信号阴影。

(5) 病理检查, 提示畸胎瘤。

5. 脊索瘤 (chordoma)

此肿瘤是胚胎残余组织脊索形成的先天性肿瘤, 较罕见, 约占颅内肿瘤的 0.3% 左右, 属良性肿瘤, 其诊断要点如下:

(1) 任何年龄均可发病, 而以中、青年多见。

(2) 起病缓慢, 病史长, 可达数年至数十年。

(3) 头痛为早期症状, 颅内压增高症征较轻。

(4) 由于肿瘤累及部位不同, 可产生不同症征, 累及鞍区可出现视野缺损多为双颞侧偏盲, 视神经萎缩, 视力减退, 或垂体功能低下表现, 个别出现下丘脑症征, 累及鞍旁中颅窝可出现第 3、4、5、6 颅神经症征, 或海绵窦综合征症征, 累及后颅窝可出现桥脑小脑角综合征症征, 累及脑干后组颅神经麻痹症征及对侧肢体中枢性瘫痪等等。

(5) 头颅 X 线平片可显示蝶鞍及斜坡及中颅窝底骨质破坏, 瘤体内钙化。

(6) 脑 CT 检查显示于中颅窝底有圆形或不规则形略高密度阴影, 边界清楚, 内有点片状钙化, 增强检查多数不强化, 少数呈轻度均一强化, 另可显示中颅窝底蝶鞍及斜坡骨质破坏。

6. 胶样囊肿 (colloid cyst)

此囊肿又称室间孔囊肿, 或脑上旁突体囊肿或线粒体囊肿, 较罕见, 约占颅内肿瘤的 0.08%, 其是在形成第三脑室室管膜、脉络丛或脑上旁突体过程中, 原始神经上皮变异而形成, 其常位于第三脑室前部, 其诊断要点如下:

(1) 小者可无临床症征, 但尸检中可发现。

(2) 大者可出现发作性头痛伴呕吐, 改变头位时可缓解, 故病人呈强迫头位, 或有颅内压增高症征。

(3) 脑室造影检查可显示第三脑室前部圆形充盈缺损及第三脑室上脑积水改变。

(4) 脑 CT 检查显示第三脑室内可见圆形或卵圆形高密度(少数为等密度)影, 边界光滑, 呈均一或厚环状强化, 及梗阻性脑积水表现, 侧脑室扩大, 多为双侧对称性改变。

(六) 听神经瘤 (acoustic neurinoma)

此肿瘤为颅神经瘤中最常见的一种肿瘤, 其为始于听神经前庭支内听道段的神经鞘膜瘤, 占颅内肿瘤总数的 7%~10%, 仅次于胶质瘤、脑膜瘤和垂体瘤, 约占桥脑小脑角肿瘤的 70%~80%, 此肿瘤为一包膜完整的良性肿瘤。其诊断要点如下:

(1) 本病以 20~50 岁患者多见, 多于中年期发病, 男性略多于女性, 绝大部分为单侧发病, 约 2% 左右患者可双侧发病。

(2) 缓慢起病, 病程较长, 短者几个月, 长者可达数年。

(3) 有桥脑小脑角综合征之症征, 即病侧听神经、面神经及三叉神经受损和小脑症征。

(4) 有颅压增高的症征。

(5) 听力试验: Rinne 氏试验气导大于骨导, Weber 氏试验偏向健侧, 听力曲线的高频率降低较低频率明显, 提示神经性耳聋。前庭功能试验: 常用冷热水试验, 听神经瘤患者对冷热水的反应减退或消失 (正常人潜伏期在 30 秒左右)。

(6) 脑脊液检查: 早期正常, 肿瘤较大时脑压常增高, 蛋白增高, 细胞数多在正常范围。

(7) 头颅 X 线平片, 可显示内听道扩大与岩骨尖骨质吸收, 晚期可有颅内压增高表现。

(8) 脑 CT 显示桥脑小脑角区有等或低密度肿块阴影, 内听道呈锥形或漏斗状扩大, 增强检查多为均一强化, 少数为不均一强化或环状强化。气体 CT 脑池造影, 内听道完全不充气

(正常人可见内听道内充气)。

(七) 三叉神经瘤 (trigeminal neuroma)

此肿瘤是起源于三叉神经节或根的髓鞘的雪旺氏细胞, 为良性肿瘤, 约占颅内肿瘤的0.2%~1%, 其诊断要点如下:

(1) 缓慢发病。

(2) 首发症状为病侧三叉神经感觉障碍或三叉神经痛, 进一步出现第3、4、6对颅神经或7、8对颅神经受累的临床症征。

(3) 头颅X线平片检查显示岩骨尖部骨质吸收或破坏, 而内听道口正常。

(4) 脑CT检查显示岩骨尖区有等或低密度块状阴影, 可有囊性变, 周围无水肿带, 增强检查呈均一强化, 有囊变者可呈环状强化。岩骨尖吸收或破坏, 内听道口正常。

(八) 嗅神经母细胞瘤 (olfactory neuroblastoma)

此肿瘤为起源于鼻腔黏膜嗅神经末梢的恶性肿瘤, 较少见, 侵入颅内者更为罕见, 其诊断要点如下:

(1) 有鼻腔受累的临床症征, 如鼻腔溢出黄稠黏液, 常带血丝、鼻出血和嗅觉障碍。

(2) 有侵入颅内的症征, 出现前额部头痛, 淡漠, 呆滞, 记忆力减退, 情绪不稳, 有握持和摸索反射, 可出现Foster-Kennedy氏综合症症征, 即患侧视神经萎缩, 对侧视神经乳头水肿表现等。

(3) 脑CT检查可显示筛窦内椭圆形或不规则形略高密度块状阴影, 颅底及鼻窦骨质破坏, 侵入前颅窝时在额叶底部显示卵圆形略高密度块状阴影, 可显示鞍上池和侧脑室前角受压移位改变, 肿瘤周围有水腫带, 增强检查呈均一强化, 可有囊变区。

(4) 鼻腔内肿瘤活检可提示嗅神经母细胞瘤。

(九) 血管网状细胞瘤 (angioreticuloma)

此瘤又称血管母细胞瘤, 好发于小脑半球, 偶发生于脑干, 其起源于胚胎中胚层细胞的残余, 其诊断要点如下:

(1) 20~40岁患者多见, 男性略多于女性, 可有家族史。

(2) 缓慢起病, 病程可数月至数年不等。

(3) 有明显的小脑症征, 即头痛、眩晕、呕吐、眼震和共济失调等。

(4) 少数患者可出现延髓麻痹症征, 即声音嘶哑、吞咽困难、呛咳、咽反射迟钝或消失等, 有的可发现视网膜血管瘤, 另有少数患者出现颞顶叶症征, 如癫痫发作、失语、偏身感觉或运动障碍等症征。

(5) 晚期可出现颅内压增高症征。

(6) 脑脊液检查压力增高, 蛋白增高, 外观可微黄。

(7) 脑血管造影, 在动脉中期可见分界清楚的圆形瘤结节和网状血管团。

(8) 脑CT检查可显示囊性型和实质型改变, 囊性型表现为在小脑半球或蚓部可见一圆形或椭圆形、边界清楚、张力较高的低密度囊性病變, 周围有轻度水肿带, 第四脑室向对侧移位, 幕上有轻、中度脑积水改变, 增强检查囊肿壁一般无强化, 少数囊肿周围有轻度强化, 在囊肿边缘靠近小脑表面处可见圆形的, 直径约1~2厘米的壁结节。实质型表现为结节状或分叶状, 边界清楚, 表面不光滑的略高密度阴影, 周围有明显水肿带, 幕上脑积水较重, 增强检查有明显强化。