

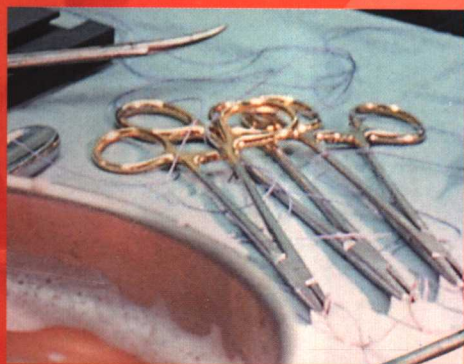
医学福尔摩斯 丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附 60 例临床病案推理分析

(外科)

兑丹华 / 主编
程家平 谢明祥 蔡玉祥 / 副主编



贵州科技出版社

医学福尔摩斯 丛书

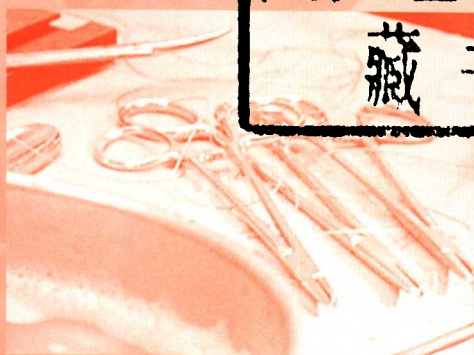
常见 的疑难病

和 疑难的常见病

——附 60 例临床病案推理分析

（外科）

江苏工业学院图书馆
藏书章



贵州科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见的疑难病和疑难的常见病. 外科/兑丹华主编.
贵阳: 贵州科技出版社, 2006. 11
(医学福尔摩斯丛书)
ISBN 7-80662-519-4

I. 常... II. 兑... III. ①外科—常见病—诊疗
②外科—疑难病—诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 134825 号

策 划 夏同珩
夏顺利
责任编辑 夏顺利
封面设计 张彪

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人: 施福根

贵州云商印务有限公司印刷 贵州省新华书店经销

787mm × 1092mm 16 开本 13.125 印张 320 千字 4 插页

2006 年 11 月第 1 版 2006 年 11 月第 1 次印刷

印数 1—3000 册 定价: 30.00 元

兑丹华 / 主编
程家平 谢明祥 蔡玉祥 / 副主编

编辑委员会名单

主 编 兑丹华

副 主 编 程家平 谢明祥 蔡玉祥

编辑委员 (以姓氏笔画为序)

刘 莉	刘远梅	张天宏	兑丹华	何兴川
余 松	宋永祥	赵 鹏	梁国标	梁贵友
谢明祥	程家平	蔡玉祥	蔡治芳	

序

本书的书名为《常见的疑难病和疑难的常见病(外科)》,应如何理解其内涵呢?我的理解是:常见的疑难病为有些病本身是疑难的,一般临床医生在术前难以诊断,但是这些病并非少见。如外伤性膈疝,多数由腹外伤引起,腹部受到暴力打击,发生钝挫伤,暴力向上部传导,膈肌受到暴力间接打击而撕裂,形成膈疝,腹内脏器如胃、脾、小肠等疝入胸腔,发生肺部受压,纵隔移位,引起呼吸困难、心跳加快、紫绀、血压下降等现象,使人以为是胸部疾病而误诊,遗漏了外伤性膈疝的诊断。疑难的常见病为有些病本身是常见病,不难诊断,但是在某些条件复杂的情况下,使人难以想到此病,因而发生误诊。如肝总管空肠 Roux - en - y 吻合术后病人出现腹部包块,腹部包块本身是常见病症,但这种情况是由肠袢结石所致,使人难以想到进而发生误诊。

当今,科技发展日新月异,使医学技术与设备不断更新,对疾病的诊断有很大的帮助,诊断正确率比既往有很大提高。但我们发现在临床上仍有不少误诊与漏诊病例,如何提高治疗前与术前的诊断正确率是一个值得思考的问题。Sackett 于 1996 年提出循证医学的概念(Evidencebasedmedicine,EBM)对提高诊断正确率有很大帮助。他提出的 EBM 的定义是“慎重、准确和明智地应用当前所得的最好的研究证据,同时结合医生个人专业技能和多年临床经验,考虑病人的价值,三者完美地结合起来”。简而言之,在外科的诊治中要做到:①应用最新的证据;②结合临床医生的思考与经验;③考虑到病人的情况。将这三者有机的结合起来,即可做出完善的术前诊断。本书的作者就是在这种概念的指导下循证外科,收集许多有指导意义的病案,给临床医生在诊断疾病中有益的帮助,无疑是一本值得临床外科医师阅读的好书。作者所收集的病案大多数是从临床实践中所得,为撰写本书也参考了一些有价值的病案。他们在一边写书一边继续临床工作情况下写出本书,无疑花了很多心血和劳动。对他们这种对外科事业执着的精神,我向他们表示感谢与祝贺!

褚先秋

2006 年 仲夏

前 言

应贵州科技出版社之约,要我们撰写一本能反映外科临床工作中误诊或漏诊的《常见的疑难病和疑难的常见病》医学图书,就此,我们组织从事外科专业多年的专家进行了编写。近年来,对疾病诊断的正确率虽然随着诊疗设备的不断更新而有所增加,但误诊或漏诊现象仍屡见不鲜。其主要原因是由于一些临床医师经验缺乏,不注重诊断思维的培养,不善于总结工作的得失和疏忽全面细致的理学检查,过多依赖辅助检查的结果等。为此,我们根据自己多年的临床工作和教学经验,以临床实例为基础,并收集了有关的特殊病例资料,经过一年时间的劳动完成了《常见的疑难病和疑难的常见病》一书的编写工作。本书的编写内容突出了以下几个特点:

(1)实用性:本书的主要读者对象是临床外科医师,所列举的病例,可供外科临床医师作病案讨论之用,并为他们在临床工作中如何建立良好的诊断逻辑思维,起到推动作用。

(2)经验性:本书以临床工作中的实际病例作为资料,最深刻的诊治体会与实践经验相结合,利用基础医学和临床医学知识对病案中错综复杂的资料进行综合分析,并运用严谨、科学的逻辑思维推理方法,达到疾病的确切诊断。

(3)特殊性:本书的编写模式为病案讨论形式,以病史、体征和辅助检查为编排顺序,以查房分析的形式,综合临床各种资料由浅入深对疾病诊断进行逐一剖析。强调诊疗过程中的难点、疑点,并通过手术及病理结果证实了逻辑思维的正确性。

在本书的编写过程中,得到了遵义医学院附属医院外科褚先秋教授的审阅和指导,并亲笔为序。在此,表示真诚的感谢和敬意。

因编者水平有限,书中若有不当之处,敬请同道不吝赐教,提出批评指正。

编 者

2006年7月

目 录

[病例 1]	
头痛.....	(1)
[病例 2]	
双眼视物模糊、视力下降	(4)
[病例 3]	
颈痛、头昏、右上肢麻木行走不稳.....	(7)
[病例 4]	
高处坠落后意识障碍	(10)
[病例 5]	
间歇性头痛	(13)
[病例 6]	
反复抽搐	(16)
[病例 7]	
头胀痛	(20)
[病例 8]	
头痛伴肢体麻木	(23)
[病例 9]	
四肢麻木、乏力.....	(26)
[病例 10]	
创伤性腹痛	(30)
[病例 11]	
呃逆、流涎、胸痛、发热.....	(33)
[病例 12]	
创痛、胸痛、呼吸困难	(35)
[病例 13]	
咳嗽、胸闷、乏力	(38)
[病例 14]	
反复发热伴尿频、尿急.....	(42)
[病例 15]	
腹部包块	(45)

[病例 16]	
腹痛、血便、血尿	(48)
[病例 17]	
呕吐、消瘦	(52)
[病例 18]	
腰部胀痛	(55)
[病例 19]	
乏力、反复便血	(58)
[病例 20]	
乏力、贫血、突发腹痛	(62)
[病例 21]	
反复腹痛、腹泻、皮肤、巩膜黄染	(66)
[病例 22]	
反复颈部包块、疼痛	(70)
[病例 23]	
腹痛、腹胀、呕吐、左大腿痛	(74)
[病例 24]	
腹痛、腹胀、气腹	(77)
[病例 25]	
乳腺红肿、肿块	(81)
[病例 26]	
四肢乏力、疼痛、畸形	(84)
[病例 27]	
胃空肠 Roux - Y 吻合术后腹胀、呕吐	(88)
[病例 28]	
消瘦、腹部包块	(93)
[病例 29]	
腹痛、纳差、低热	(97)
[病例 30]	
右下腹无痛性包块	(102)
[病例 31]	
胆肠吻合术后上腹部包块	(105)
[病例 32]	
胆道术后黄疸	(109)
[病例 33]	
胆道术后黄疸、贫血	(112)
[病例 34]	
反复黑便、乏力	(117)

[病例 35]	
腹部胀痛、上腹包块	(121)
[病例 36]	
腹痛、术后黄疸	(125)
[病例 37]	
腹胀、腹泻、呕血、便血	(129)
[病例 38]	
肝移植术后发热、便血	(132)
[病例 39]	
呕血、便血、三次术后再出血	(135)
[病例 40]	
食欲不振、恶心、呕吐,伴四肢疼痛	(139)
[病例 41]	
四肢、腰部肾区、双膝关节疼痛	(142)
[病例 42]	
体检发现右肝后叶占位	(145)
[病例 43]	
无痛性、进行性黄疸	(149)
[病例 44]	
胰十二指肠切除术后呕血、便血	(152)
[病例 45]	
胰十二指肠切除术后发热、便血、呕血	(155)
[病例 46]	
右上腹疼痛,伴恶心、呕吐	(159)
[病例 47]	
腹腔镜胆囊切除术后黄疸	(162)
[病例 48]	
腹痛、腹胀、呕吐	(165)
[病例 49]	
外伤、昏迷、呕吐及颈部僵硬	(168)
[病例 50]	
外伤、腰痛	(170)
[病例 51]	
肩背疼痛、肩关节活动受限	(172)
[病例 52]	
背部疼痛、下肢无力、低热	(175)
[病例 53]	
腰骶部疼痛	(178)

[病例 54]	
下肢痛、跛行	(181)
[病例 55]	
腰痛、双下肢痛	(184)
[病例 56]	
肩背部疼痛	(187)
[病例 57]	
腰背部疼痛	(189)
[病例 58]	
背痛、消瘦	(192)
[病例 59]	
腰腿痛、术后窦道形成	(195)
[病例 60]	
右膝关节肿痛	(197)

【病例 1】

头 痛

病 史

患者,女,48岁,干部。因头痛4天入院。4天前,患者因情绪波动后突发剧烈头痛,呈持续胀痛,难以忍受,伴呕吐数次,吐出胃内容物,呈喷射性。全头部均疼痛,为胀痛,以两颞侧为重,夜间难以入睡。无发热、头昏及意识障碍,无肢体麻木、无力及大小便失禁。病后神志清楚(简称“神清”),饮食及睡眠欠佳。

体 格 检 查

体温:37℃,脉搏:70次/min,呼吸:20次/min,血压:125/90mmHg。发育正常,营养中等,自动体位,神清合作。全身皮肤、黏膜无感染及出血点,浅表淋巴结不大。双瞳孔圆形等大,直径3mm,光反应存在。颈强二指,气管居中,甲状腺不大,胸廓无畸形。双肺呼吸音清,未闻及干、湿啰音,心界不大,心率70次/min,节律整齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平软,肝脾未及,双肾区无叩痛。脊柱四肢无畸形,肛门及外生殖器未查。专科情况:神清,能配合检查,痛苦面容,头颅五官无畸形。双瞳孔圆形等大,直径3mm,对光照射敏感,颈强二指,克氏、布氏征阴性,十二对颅神经正常。四肢肌力肌张力正常,感觉对称存在,生理反射存在,病理征未引出。

实 验 室 检 查

血常规:白细胞(WBC) $7.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)0.85,淋巴细胞(L)0.05。

器 械 检 查

CT:颅脑未见异常。腰椎穿刺(简称“腰穿”):血性脑脊液。心电图:逆钟向转位。

第 1 次查房(神经内科、入院后第1天)

主治医师:汇报病史同上。

副主任医师:该患者的病史有以下特点:①中年女性患者,既往体健,无头痛及外伤史;②起病突然,因情绪激动后出现持续剧烈头痛,病程4天;③伴呕吐,呕吐数次胃内容物,呈喷

射性,无抽搐及瘫痪;④脑膜刺激征阳性:颈强三指,克尼格征、布鲁金斯基征阳性;⑤头颅 CT 颅脑未见异常,腰椎穿刺为血性脑脊液。

综合以上特点,诊断考虑为蛛网膜下腔出血。鉴别诊断要考虑以下疾病:

(1)脑膜炎:均有突发性剧烈头痛,脑膜刺激征(+)等,但该患者无发热及血性脑脊液,不支持本病的诊断。

(2)继发性蛛网膜下腔出血:突发性剧烈头痛,脑膜刺激征(+)且腰穿显示血性脑脊液,但头颅 CT 未发现脑实质内出血征象,也暂不予以考虑。

治疗:

(1)绝对卧床休息 4~6 周。

(2)保持大便通畅,预防颅内压增高因素。

(3)解除脑血管痉挛:尼莫地平,颅通定。

(4)止血:止血芳酸。

(5)进一步完善辅助检查(简称“辅查”):全脑血管造影(DSA)明确病因。

第 2 次查房(神经外科、入院后第 7 天)

住院医师:该患者在神经内科经过相应的治疗,症状好转,头痛明显减轻。全脑血管造影(DSA)显示:右侧后交通动脉起始部有一不规则囊状动脉瘤,尖端指向后内下方,其余血管未见异常。DSA 诊断为右侧后交通动脉瘤。经神经外科会诊后转入外科进行手术治疗。

主治医师:该患者有以下病史特点:中年女性患者,因情绪激动后出现持续剧烈头痛 4 天入院。伴呕吐,呕吐数次胃内容物,呈喷射性,无抽搐及瘫痪史。体检:神清,颈强三指,克尼格征、布鲁金斯基征阳性。CT:头颅未见异常。腰穿显示:血性脑脊液。全脑血管造影(DSA)提示:右侧后交通动脉瘤。DSA 是诊断脑血管类疾病的金标准,因此可确定诊断为蛛网膜下腔出血,原因为右侧后交通动脉瘤。

治疗:

(1)非手术治疗:病人已在神经内科进行了相关的治疗,且病情已明显好转。

(2)手术治疗:开颅动脉瘤夹闭或血管内介入栓塞治疗。

第 3 次查房(神经外科、入院后 20 天)

主治医师:在非手术治疗期间,该患者突发神志障碍,呼吸困难,尿失禁,但生命体征稳定。体格检查:神志呈昏睡状,刺痛可稍睁眼,不语,颈强阳性;双瞳孔圆形等大,直径 3.5mm,光反射敏感,四肢肌力 IV 级,肌张力不高,病理征未引出。CT 复查提示:蛛网膜下腔出血。请主任查房明确诊断并指导下一步治疗措施。

副主任医师:中年女性患者,既往无高血压病史,入院 4 天前因情绪激动后出现头痛,较剧烈,为持续性胀痛。伴呕吐数次,呈喷射性,无昏迷,肢体瘫痪及大小便失禁。曾在门诊诊治无好转,行腰椎穿刺检查为血性脑脊液,收入神经内科治疗。头痛好转后,进行全脑血管造影检查,明确为右侧后交通动脉瘤,准备进行手术治疗。在非手术治疗中再次出现剧烈头痛,抽

搐,伴意识障碍,尿失禁。做 CT 检查发现为蛛网膜下腔出血,考虑为右侧后交通动脉瘤再次破裂出血。目前诊断考虑:①自发性蛛网膜下腔出血,原因为右侧后交通动脉瘤破裂出血,并伴继发性癫痫;②右侧后交通动脉瘤(Hunt-Hess II 级)。

本病需与高血压脑出血及脑动、静脉畸形出血和烟雾病等所致的出血相鉴别,主要依靠脑血管造影进行鉴别。本病经脑血管造影检查诊断明确。颅内动脉瘤的治疗:①非手术治疗:目的在于支持病人渡过急性出血期的危险,防止或延缓复发出血,减轻脑水肿,减轻症状并促进恢复,使病人有手术治疗的机会。②手术治疗:主要有血管内介入栓塞,本患者为宽颈动脉瘤,请外院专家网上阅片会诊认为不适宜行栓塞治疗。故目前治疗上考虑行开颅动脉瘤夹闭术。但患者为两次动脉瘤破裂出血,可能存在蛛网膜下腔粘连,故手术分离显露动脉瘤时可能再次破裂大出血,手术风险及难度较大。

后 记

该患者在全麻下选择右侧翼点游离骨瓣开颅。硬膜止血切开后见右颞叶蛛网膜下腔出血,为淡红色,水肿重。开放并解剖侧裂池,引流脑脊液后,脑压逐渐下降,逐步暴露右侧颈内动脉。开放颈内动脉池引流脑脊液进一步降低颅内压,见动脉瘤位于后交通动脉与颈内动脉交叉部,约 1.0cm × 2.0cm 大小,瘤体不规则。近颈部可见不规则突出,顶位于小脑幕下并形成粘连,暴露瘤颈后选择合适的动脉瘤夹予以夹闭,可见饱满的动脉瘤体塌陷,检查发现近端有一盲端,考虑为另一个瘤体,再予以夹闭。检查瘤夹固定可靠,载瘤动脉通畅,可见颈内动脉痉挛。悬吊缝合硬膜,在硬膜下置多孔引流管 1 枚,持续引流。术后 1 周做脑血管造影检查显示:右侧颈内动脉后交通断动脉瘤夹闭术后改变,动脉瘤完全消失,载瘤动脉通畅,但稍痉挛。DSA 诊断为右侧颈内动脉后交通断动脉瘤夹闭术后改变。半年后随诊,该患者完全恢复正常生活。

体 会

本例为中年患者,既往体健,无高血压病史,突发剧烈持续性头胀痛,伴喷射性呕吐,虽然无昏迷,肢体瘫痪及大小便失禁等,以及颅脑 CT 未见异常。应当考虑到脑血管类疾病所引起的头痛,必须进行脑脊液的检查,或进行全脑血管造影及时发现脑血管疾病,颅内动脉瘤一旦确诊,必须进行手术治疗,以防再出血造成更严重的损伤。

参 考 文 献

- 丁育基,李慎茂,段安全,等. 颅内动脉瘤外科治疗 500 例经验[J]. 中华外科杂志,2001,39(1):32~35
- 刘成基. 脑血管外科学[M](第 1 版). 南京:江苏科学技术出版社,2000:48~78,
- 赵继宗,李京生,王硕,等. 颅内动脉瘤 1041 例显微手术治疗临床研究[J]. 中华医学杂志,2003,83(1):6~8

双眼视物模糊、视力下降

病 史

患者,男,39岁,工人。因双眼视物模糊、视力下降2周入院。该患者入院前2周无明显诱因出现双眼视物模糊、视力下降,朝左侧视物时出现复视,无明显头痛、头晕及恶心呕吐,无畏寒及发热,无抽搐等,行走无异常,无四肢麻木等。就诊于我院,经CT检查后,以“右颞顶叶占位性病变”,收入院。病后饮食、大小便、睡眠均正常。

体 格 检 查

体温:37℃,脉搏:72次/min,呼吸:22次/min,血压:118/78mmHg。神志清醒,皮肤、黏膜无黄染及出血点,气管居中,甲状腺不大。胸廓无畸形,心肺及腹部未发现异常。脊柱四肢无畸形,活动未见异常。外科情况:神清,语言流利,体检合作,头颅五官无畸形。双瞳孔等圆等大,直径3mm,光反射敏感。双眼视力下降,左眼球外展活动受限,视物出现复视,双眼其他方向活动正常,双眼底视神经乳头水肿,周围有渗出。余颅神经体征阴性,颈软,四肢肌力V级,肌张力正常。生理反射存在正常,病理反射未引出。

器 械 检 查

CT:右侧颞叶见类圆形混杂密度影,边界欠清晰,CT值为30~40HU,中心密度稍低,其边缘见蛋壳样高密度钙化,其周围见片状不规则低密度水肿区,右侧脑室、三脑室、外侧裂池、鞍上池明显受压,脑中线结构明显左移,左侧脑室扩张,CT增强扫描显示,病变周围明显强化,CT值为70HU左右,中心未见强化,团块大小约为60mm×70mm×50mm,诊断意见:右侧颞叶脑胶质瘤。MR及MRA:右颞部见55mm×65mm×75mm类圆形肿物,边缘光滑,下缘与中颅凹底接触,周围脑组织受压并水肿,脑中线结构左移17mm,脑干受压变形,右侧脑室受压变形,左侧脑室扩大。右大脑中动脉位于肿块前缘,受压向前上方移位,右侧大脑后动脉向内移位。诊断意见:右颞部肿瘤、脑膜瘤的可能性大。

第 1 次查房(入院后第1天)

住院医师:汇报病史同上。

主治医师:该患者的病史特点如下:①男性患者,39岁,既往体健;②2周前无明显诱因

出现双眼视物模糊视力下降,朝左侧视物时出现复视,无其他症状;③体格检查:神清,语言流利,查体合作,双瞳孔等圆等大,直径3mm,光反射敏感,双眼视力下降,左眼球外展活动受限,视物出现复视,双眼其他方向活动正常,双眼底视神经乳头水肿,周围有渗出,余体征阴性;④辅助检查:CT(外院)诊断意见:右侧颞叶脑胶质瘤;MR及MRA诊断意见:右颞部肿瘤,脑膜瘤可能性大。右大脑中动脉位于肿块前缘,受压向前上方移位,右侧大脑后动脉向内移位。诊断为右侧颞叶脑膜瘤。

治疗:开颅肿瘤切除术。

第2次查房(入院后第2天)

主治医师:该患者入院后相应的术前检查已完成,均正常,无手术禁忌证。但MR提示肿瘤较大,约55mm×65mm×75mm,伴右大脑中动脉受压向前移位,手术中要注意保护,可能难度较大。

副主任医师:诊断:右中颅凹底脑膜瘤。

诊断依据及分析:①青年男性患者,主诉病程仅2周。但CT、MR及MRI的检查结果表明,肿瘤大,脑受压移位重,但代偿好,故病史可能更长;②症状及体征主要在眼部,主要症状为双眼视物模糊,视力下降伴复视,无头昏头痛,无恶心、呕吐,无抽搐及发热。不易与眼部疾病相鉴别,需要仔细分析及询问;③体查:双眼视力均下降,左侧复视,左眼外展不能,双眼其他方向活动正常,双眼底视神经乳头水肿,周围有渗出。双眼视物模糊,视力下降是双眼底视神经乳头水肿的结果。左侧复视,左眼外展不能则是因为脑中线结构左移17mm,脑干受压变形造成对侧外展神经受损有关;④头颅CT:右颞叶肿瘤,圆形,周边有钙化。CT增强扫描病变周围明显强化提示血供丰富,术中可能会发生大出血。由于该肿瘤位置与大脑中动脉一致,故术中方位须辨认,可能损伤,导致术后长期昏迷,甚至出现生命危险;⑤MR及MRA:右颞部见55mm×65mm×75mm类圆形肿物,边缘光滑,下缘与中颅凹底接触,周围脑组织受压并水肿,脑中线结构左移17mm,脑干受压变形,右侧脑室受压变形,左侧脑室扩大。右大脑中动脉位于肿块前缘,受压向前上方移位,右侧大脑后动脉向内移位。虽可详细显示肿瘤与周围的关系,但必须注意肿瘤与颅底硬膜、蝶骨嵴、右侧大脑中动脉粘连紧密,给手术造成困难及大出血,或者不能全切除肿瘤;⑥肿瘤位于右侧颞叶,功能相对不重要,所以症状及体征相对不典型。

鉴别:①胶质瘤:病史短,症状重,肿瘤多位于脑内,边界不清,可鉴别。②颅咽管瘤:多见于儿童,多钙化,但多位于鞍区,可鉴别。

治疗:

(1)作好术前准备,拟在全麻下行肿瘤切除术。

(2)详细与家属谈话,使之充分了解该患者的病情,以及术中、术后可能发生的可预知或不可预知的情况

后 记

该患者在全麻下进行右中颅凹底脑膜瘤切除,取右颞弧形切口颞瓣开颅。术中见:颞骨近

颅底部已变菲薄如纸,肿瘤占据大部颞叶,前与蝶骨嵴及外侧裂粘连紧密,血供丰富,主要为大脑中动脉分支及蝶骨嵴处硬膜供血,具完整包膜,瘤体大小 55mm×65mm×75mm,重约 250g,质地较硬,边缘有钙化,分块彻底切除(连同包膜),彻底止血后,置引流管于瘤体腔内后,回纳骨瓣,3 枚钛钉固定,逐层关闭切口。术中出血约 300ml,麻醉好,术毕安返病房。术后第 5 天 CT 检查:右中颅凹底肿瘤术后改变:右颞顶骨质不连续,肿瘤已完全消失,局部脑组织水肿,硬膜下少许出血及积气,并可见引流管。病理检查:室管膜瘤Ⅱ级,肿瘤细胞表达 EMA(+),CK(+),GFAP(+),NF(-)。其中见灶状坏死,但细胞异型性不明显,核分裂象很少见。

体 会

本例病程短,症状轻,体征少,主要集中在眼部,不易与眼部疾病相鉴别,需要仔细分析及询问。但 CT、MR 及 MRI 的检查结果表明肿瘤位于右侧颞叶,功能相对不重要,所以症状及体征相对不典型。但所有的症状及体征均可由右中颅凹底肿瘤及所产生继发性改变而解释。病理为室管膜瘤Ⅱ级,与术前诊断不相吻合。室管膜瘤多位于脑室内,极少数发生于异位的室管膜组织者,可位于脑实质内,CT 可见钙化及囊变。常规的病理学检查亦不容易与脑膜瘤鉴别,必须依靠免疫组化的结果进一步确定。

参 考 文 献

余新光,周定标,张远征,等. 颅底中央区脑膜瘤的显微外科治疗[J],中国临床神经外科杂志 2002,7(6):322~324

王忠诚主编. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1998:435~438