

姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊 总主编

临床病案分析丛书



神经外科疾病

病案 分析

许百男

主编

典型病例集萃

临床思维展示

误诊原因剖析

专家精彩点评



科学出版社

www.sciencep.com

临床病案分析丛书

姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊 总主编

神经外科疾病病案分析

许百男 主编

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书精选 53 个典型病例,病例包括颅内肿瘤、脑血管病、颅脑损伤、脊柱脊髓疾病、先天性异常病变及颅内炎性病变等神经外科常见病、多发病以及疑难重症,详细介绍了每一种疾病的临床表现、诊断和鉴别诊断及治疗经过。本书内容翔实,可供神经外科医师参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

神经外科疾病病案分析/许百男主编. —北京:科学出版社,2006.2

(临床病案分析丛书)

ISBN 7-03-012331-X

I. 神… II. 许… III. 神经外科学—病案—分析 IV.R651

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 095378 号

责任编辑:向小峰 黄 敏 / 责任校对:柏连海

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2006 年 2 月第 一 版 开本:B5(720×1000)

2006 年 2 月第一次印刷 印张:19

印数:1—3 000 字数:406 000

定价:48.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

姜泗长简历



姜泗长 主任医师,教授,中国工程院院士,博士研究生导师。1913年9月15日生于天津。中国共产党党员。中华医学会理事,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会名誉主任委员,全军医学科学技术委员会副主任委员及总后卫生部专家组组长。曾任解放军总医院副院长。第四、五、六届全国人大代表。20世纪50年代,在国内首先开展内耳开窗术、镫骨底板切除术治疗耳硬化症聋,为中国的耳科学发展做出了开创性的工作。在他的主持下,在国内首先开展了AP调谐曲线、耳声发射、耳蜗微循环、毛细胞离子环境与聋病关系等一系列课题研究。荣获国家科技进步二等奖2项,国家科技大会奖3项,荣获军队教学成果一等奖1项,军队科技进步一等奖1项、二等奖9项。编写了我国第一部《临床耳鼻咽喉科学》等8部专著,发表学术论文130余篇。长期担任党和国家领导人的医疗保健任务。医、教、研成就突出,荣立二等功3次、三等功4次。1990年7月起享受国务院特殊津贴。培养造就了大批耳鼻咽喉科专业人才,培养博士后、博士、硕士研究生和专科医师400余名。1993年9月4日,中共中央总书记、中央军委主席江泽民同志为**姜泗长**题词“技术精益求精,海人桃李天下”。

牟善初简历



牟善初 主任医师,教授。1917年11月生于山东日照。中国共产党党员。1937年10月考入南京中央大学医学院,1943年7月毕业并获医学学士学位。1949年5月任第二野战军医科大学讲师。1956年7月参加中国人民解放军。历任第二军医学院内科教授,第四军医大学内科主任、教授,解放军总医院临床三部副主任。1979~1987年,任解放军总医院副院长。1987年2月起任解放军总医院第三届至第六届医学科学技术委员会委员。主持完成的研究课题“老年人心肌梗死的临床及实验研究”获军队科学技术进步二等奖。主编、参编学术专著11部。长期负责党和国家领导人的医疗保健工作,功绩卓著。3次荣获中央保健委员会颁发的医疗保健特殊贡献奖,荣立一等功1次、二等功1次、三等功5次。1998年,获得中国工程技术奖,并被解放军总后勤部评为“一代名师”。1999年,荣获中国人民解放军专业技术重大贡献奖。

黄志强简历



黄志强 主任医师,教授,中国工程院院士,博士研究生导师。1922年1月生于广东。中国共产党党员。现任军医进修学院学位委员会主席,解放军总医院普通外科研究所所长,中华医学会资深会员,国际外科学会会员,《中华外科杂志》编辑委员会顾问,中华外科学会顾问,中华外科学会胆道外科学组顾问,《美国医学杂志》(JAMA)中文版总编辑,中国医学基金会理事。1948年,在国内首次报道了应用迷走神经切断术治疗消化性溃疡的经验。1958年,在临床首次应用肝叶切除术治疗肝内胆管结石。1963年,组织创建我国第一个集医疗、教学、科研于一体的肝胆外科专业;首次实施脾-下腔静脉端侧吻合术、肠系膜上-下腔侧侧吻合术进行门静脉高压的外科治疗。1985年,首次组织进行全国性胆结石和肝内胆管结石流行病学调查分析。1990年,在国内首先报道了肝门部胆管癌的扩大根治术。“肝胆管结石及其并发症的外科治疗与实验研究”荣获2001年国家科技进步一等奖。相继出版了17部著作,共计1200余万字。荣立二等功2次、三等功2次。迄今,已培养博士后、博士、硕士及高级研修人员300余名。被评为全军优秀教师,并被总后授予“一代名医”称号。

朱士俊简历



朱士俊 主任医师,教授。1944年7月生于江苏扬州。1967年,毕业于第二军医大学医疗系。现为解放军总医院、军医进修学院院长。中国共产党十五大、十六大代表。中央保健委员会委员。中华医院管理学会副会长,北京市医院协会副会长,中华医院管理学会医院感染专业委员会主任委员。全军医院管理学术委员会副主任委员,全军医学科学技术委员会常委。第二军医大学医院管理学教研室兼职教授,美国南加利福尼亚州立大学医学院名誉教授。《中华医院感染学杂志》总编辑,《中华医院管理杂志》常务编委,《中国医院杂志》副主任编委,主持完成军队“八五”、“九五”攻关课题各1项,承担国家自然科学基金课题1项。获军队教学成果一等奖1项,军队科技进步二等奖1项、三等奖1项。获国家卫生部科技进步三等奖1项。主编、参编专著7部,发表论文60余篇。1997年,被北京市医院管理协会评为“优秀中青年医院管理专家”。1999年,被中华医院管理学会、健康报社评为“全国百名优秀院长”。2001年,被北京医院协会评为优秀医院管理干部。

《临床病案分析丛书》编辑委员会

总 主 编 姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊

副总主编 卢世璧 王士雯 盛志勇 王晓钟 秦银河 苏元福

编 委 (按姓名汉语拼音排序)

蔡金华 柴家科 陈香美 程留芳 段国升 费也淳

盖鲁粤 高长青 韩东一 洪 民 洪宝发 黄 烽

黄大显 黄志强 江朝光 姜泗长 蒋彦永 焦顺昌

匡培根 李 荣 李功宋 李贺栓 李天德 李小鹰

刘洪臣 刘又宁 刘振立 卢世璧 陆菊明 马 林

马望兰 牟善初 潘长玉 蒲传强 秦银河 沈 洪

盛志勇 施桂英 宋 磊 苏元福 孙玉鹗 唐锁勤

田 慧 王 岩 王福根 王继芳 王建荣 王鲁宁

王孟薇 王士雯 王晓雄 王晓钟 王玉堂 夏 蕾

许百男 杨明会 杨伟炎 杨云生 姚 军 姚善谦

张伯勋 张黎明 张玲霞 张卯年 周定标 周乃康

周宁新 朱 克 朱宏丽 朱士俊

编辑办公室

主 任 姚 军 夏 蕾

成 员 孙 宏 卢光明 吴佳佳 郭建刚

临床病案分析丛书

序

在临床医学领域,新的医疗设备的开发和利用,新的诊疗手段的应用和推广,为人类健康保健提供了可靠的保障,同时也对临床医师提出了更高的要求。面对这一发展形势,编写一套全面而系统的《临床病案分析丛书》来总结临床疾病诊治过程中的经验教训,提高临床诊治水平尤显必要。因此,解放军总医院及时组织编写了这套《临床病案分析丛书》。

《临床病案分析丛书》编辑委员会为这套丛书制定的编写方针是:各分册精选已经明确的较疑难的典型病例,在诊断与治疗方面有其特殊性,并完整地表达对本病的诊治思维过程;每一分册力求覆盖本学科大部分病种;所选病例患者均为真实住院患者,主编对每个病例的真实性均做了认真细致的核查。这套丛书中的每一分册,都是经过编审委员会组织有关专家、教授反复论证修改才得以完成的。本套丛书病例诊治具有一定的先进性、实用性,反映了当代临床医学前沿,并具有相对的系统完整性。参加《临床病案分析丛书》编撰工作的同志都是学有专长、术有所擅的临床医学专家,他们之中有姜泗长、黄志强、王士雯、盛志勇院士,有各临床科室主任、老专家和中青年业务骨干,不少同志在国内外享有盛誉。正是由于这一批临床医学专家无私奉献、通力合作和辛勤劳动,才使得这套高水平的《临床病案分析丛书》得以完稿和出版。深信《临床病案分析丛书》的问世,不仅能给广大的临床医师提供大量典型的临床病例,同时也为医学教育,特别是临床医学专业学位教育,提供丰富的临床案例教学资源。在此,谨对《临床病案分析丛书》的出版表示祝贺。

中国工程院院士

黄志强

2003年1月

临床病案分析丛书

前 言

应用先进的技术和手段对各种临床疾患给予科学、合理、及时、有效的诊治,提高人民群众的健康水平是广大医务工作者的神圣使命。人类已进入新世纪,临床医学进展异常迅速,随着新理论、新技术、新设备、新方法的不断出现,临床疾病的诊断技术、治疗方法和治疗效果都有了很大的提高。

解放军总医院是全军规模最大的综合性医院,集医疗、保健、教学、科研于一体,负责军委和四总部的医疗工作,承担全军各大军区、军兵种疑难病的诊治,担负国家及军委领导人的医疗保健任务,同时也收治来自全国各地的地方病人。经过近 50 年的建设,已发展成为人才技术密集、临床学科齐全、仪器设备先进、整体医疗水平较高、在国内外享有较高声誉的现代化医院。解放军总医院同时又是军医进修学院,现有博士学位授权点 25 个,硕士学位授权点 38 个,博士后流动站 2 个,国家重点学科 3 个,每年培养博士、硕士研究生近 200 名。

在长期的临床、教学、科研实践中,我们积累了大量丰富的临床病例资料,这是医院的宝贵财富。为了充分发挥其作用,我们组织了该院及其他兄弟医院多名专家教授,精选了各学科的经典和疑难病例,并参阅了大量国内外文献,以病例形式精心编就此书,以期对各级临床医师、临床医学研究生、进修生、实习生的临床工作有所启示、有所指导。

编写这套丛书的指导思想是通过完整表现病例诊治的思维过程,充分反映临床医学的新进展、新成就。编写中,我们力求做到病例内容真实、新颖,编排系统、全面,临床实用、有效。

本丛书编写过程中,我们得到了科学出版社的热情鼓励和指导。对此,我们表示衷心的感谢。

由于本丛书涉及内容浩繁,加之时间仓促,错谬之处在所难免,敬请读者不吝赐教。

解放军总医院院长

2003 年 1 月

前 言

神经外科最早创立于 19 世纪后叶,至今已有百余年历史。我国的神经外科起步较晚,在新中国成立之后才逐步开展起来。近 20 年来,随着医学科技的发展,特别是现代神经影像技术的广泛应用,大大提高了神经外科的诊断水平,许多神经外科疾病得到了重新的认识。在临床治疗方面,随着显微外科、神经导航、微侵袭神经外科、血管内治疗和放射外科的相继问世,颅内各种疾病的治愈率显著提高,神经功能损伤大大减轻。神经外科临床病例是反映每一种神经外科疾病的第一手资料,可以系统地阐述疾病的诊治过程,是神经外科医生良好的学习材料。

《神经外科疾病病案分析》以临床教学为主要目的,主要面向广大年轻的及基层单位的神经外科医师。本书是解放军总医院神经外科数十年临床经验的结晶。全书共分六章,53 个病例,包括颅内肿瘤、脑血管病、颅脑损伤、脊柱脊髓疾病、先天性异常病变及颅内炎性病变等,详细介绍了每一种病例的临床表现、诊断和鉴别诊断及治疗,同时结合国内外最新发展动态,使读者对每一疾病有更深入、广泛的认识,有利于临床诊治水平的提高。本书内容翔实,配有大量影像学资料,以方便学习和参考。由于编写时间仓促,加之编者经验有限,书中难免有遗漏和不足之处,衷心希望各位读者批评指正。

本书是集体创作的成果。在编写过程中得到乔广宇博士的鼎力相助,朱萍、姜燕技师录入和校对,在此表示诚挚的谢意。

许百男

2003 年 5 月 22 日

目 录

第一章 颅内肿瘤	1
病案 1 左眼视力下降16个月,右眼视力下降 10 个月 (鞍结节脑膜瘤)	1
病案 2 间断性头痛、呕吐 2 个月,复视 1 个月余 (鞍上生殖细胞瘤)	4
病案 3 间断性头痛伴进行性视力减退6个月 (不同细胞类型的颅内多发原发肿瘤)	9
病案 4 多饮、多尿伴头痛、头晕4个月 (垂体内芽肿)	13
病案 5 进行性右侧肢体无力3个月 (多发性脑膜瘤)	16
病案 6 进行性背痛、双下肢无力2年 (多发血管网状细胞瘤)	21
病案 7 发作性腹痛伴视物变形 3 年 (多形性黄瘤星形细胞瘤)	26
病案 8 头痛半年伴双眼视力下降18天 (结节性硬化合并室管膜下巨细胞型星形细胞瘤)	30
病案 9 经蝶和经颅分次切除极大垂体腺瘤 (极大垂体腺瘤)	34
病案 10 复视1年,颅底脊索瘤手术残留并增长 2 年 (颅底脊索瘤)	45
病案 11 右耳听力障碍10年,右侧面部麻木 1 年 (右侧巨大听神经瘤)	57
病案 12 头痛5年 (颅内神经上皮性囊肿)	63
病案 13 头痛、左眼视力进行性下降2个月 (囊性颅咽管瘤)	68
病案 14 头痛10年,伸舌右偏2年 (舌下神经鞘瘤)	74

病案 15	间断性头痛半个月 (室管膜下巨细胞型星形细胞瘤)	79
病案 16	间断性头痛15个月,头晕、视物模糊10个月 (松果体区毛细胞型星形细胞瘤)	83
病案 17	左侧半身麻木40天,头痛20天 (原发性中枢神经系统淋巴瘤)	89
病案 18	间断性头痛9个月 (中枢神经细胞瘤)	96
病案 19	反应迟钝、记忆力下降伴双下肢无力 3 个月 (左额叶-胼胝体胶质瘤)	100
第二章 脑血管病		107
病案 20	间断性头痛2个月,加重1个月,昏迷3周 (床突旁动脉瘤)	107
病案 21	双眼外展不能伴口角歪斜及行走不稳2个月 (动静脉畸形导致桥脑出血)	115
病案 22	间断性头痛、头晕 1 个月余 (基底动脉巨大动脉瘤)	121
病案 23	脑肿瘤术后12年,阵发性头晕、头痛9天 (床突上段颈动脉巨大动脉瘤)	125
病案 24	头部外伤术后40天,左侧眼球搏动性突出12天 (颈内动脉-海绵窦瘘)	131
病案 25	发作性头晕伴意识不清7个月 (颅内海绵状血管瘤)	136
病案 26	阵发性抽搐伴意识丧失5年 (脑动静脉畸形)	142
病案 27	发作性右眼黑矇、左侧肢体麻木、无力6个月 (双侧颈动脉狭窄)	154
病案 28	头部外伤4个月,鼻腔流血2个月 (外伤性颈内动脉假性动脉瘤)	162
病案 29	突发失语、右侧肢体无力2年,加重18天 (烟雾病)	165
病案 30	突发头痛、呕吐,昏迷4小时 (自发性脑室内出血,动静脉畸形)	169
第三章 颅脑损伤		174
病案 31	左颞顶弹片伤3天 (火器性颅脑损伤)	174

第四章 脊柱脊髓疾病	179
病案 32 胸椎“脉管瘤”术后 7 年,双下肢无力2个月 (Cobb 综合征)	179
病案 33 胸痛3个月、双下肢无力20天 (肠源性囊肿)	183
病案 34 跛行10余年,背部疼痛3个月 (成年发病的脊髓纵裂畸形)	188
病案 35 左侧肢体麻木、无力20年,加重伴右侧肢体麻木2个月 (脊髓内畸胎瘤)	194
病案 36 四肢麻木、无力1年半 (脊髓髓内肿瘤)	197
病案 37 双侧下肢麻木、无力4年 (颈髓内畸胎瘤)	202
病案 38 四肢麻木10余年,加重伴行走困难2年余 (颈椎病)	206
病案 39 颈髓肿瘤术后8年,四肢麻木、无力2年 (颈椎管哑铃形肿瘤)	209
病案 40 双上肢麻木半年,四肢无力4个月 (多节段颈椎病)	214
病案 41 进行性双下肢无力4年,加重伴大小便失禁1个月 (胸段硬脊膜内髓外肿瘤)	220
病案 42 性功能减退10年,大小便困难1年,伴双下肢无力6个月 (圆锥-终丝黏液乳头状室管膜瘤)	224
病案 43 右下肢麻木和疼痛,坐便时加重 (椎管内骨巨细胞瘤)	231
第五章 先天性异常	238
病案 44 头面部向右侧偏转3个月,不能回到正视位2周 (痉挛性斜颈)	238
病案 45 右侧颞骨异常隆起3年,右眼视力减退1年 [颅骨纤维结构不良(症)伴视神经压迫症]	244
病案 46 自幼头颅发育较小,头痛2个月余 (狭颅症)	247
病案 47 双上肢麻木18年,左上肢无力8年,头痛1年 (小脑扁桃体下疝畸形合并脑积水)	253
病案 48 右舌及右咽后壁疼痛11年 (原发性舌咽神经痛)	258
病案 49 跛行10余年,背部疼痛3个月	

(脊髓纵裂,双脊髓)	263
第六章 炎症性疾病	270
病案 50 口角歪斜伴右侧肢体活动不灵半个月 (脱髓鞘性炎性假瘤)	270
病案 51 左半身麻木2个月,头晕、左半肢体活动不灵20余天 (延髓脱髓鞘性炎性假瘤)	274
病案 52 头痛和行走不稳2个月 (隐球菌性脑脓肿)	280
病案 53 视物模糊4个月,左半身麻木2个月,昏迷3天 (原发性阿米巴脑炎)	284

第一章 颅内肿瘤

病案 1 左眼视力下降 16 个月,右眼视力下降 10 个月 (鞍结节脑膜瘤)

鞍结节是脑膜瘤好发部位之一,临床表现以视力减退或(和)视野缺损与头痛症状比较常见,易与眼科疾患混淆。目前,结合病史和影像学资料,鞍结节脑膜瘤多在术前能得以确诊。最需与其鉴别的是垂体瘤。大型鞍结节脑膜瘤(直径 $>4\text{cm}$),应行脑血管造影(DSA)。手术切除鞍结节脑膜瘤是其惟一有效的治疗方法。一旦确诊,应及早施行手术。毗邻鞍区有诸多重要神经和血管,以及丘脑下部和垂体柄,切除鞍结节脑膜瘤曾被视为神经外科医师的畏途。现代神经外科借助显微外科技术和术中导航技术,鞍结节脑膜瘤全切除率显著提高,并发症明显减少。

一、病例介绍

(一) 主诉

左眼视力下降 16 个月,右眼视力下降 10 个月。

(二) 病史

患者,女性,21 岁,汉族,江苏宿迁籍。16 个月前,患者出现左眼视物不清,不伴眼痛、畏光和流泪,亦不伴有头痛、恶心和呕吐。到当地县医院就诊,查视力为左眼前半尺指数,右眼视力 0.7。未经治疗,6 个月后,右眼也视物不清。随后来京就医。在近 1 年时间内,5 次就诊于北京某著名医院眼科,考虑为双眼弱视,口服维生素 B_1 片,腺苷辅酶 B_{12} 片治疗,无效。直至左眼视力降至仅有光感,右眼视力降至眼前 0.33m 指数,才做颅脑 MRI(核磁共振)检查,提示鞍上占病变。于 1998 年 2 月 4 日收住解放军总医院。

(三) 入院查体

视力:左眼前光感,右眼前 0.33m 指数;双眼视野无法判断;双侧瞳孔等大、等圆,直径约 3.5mm,对光反应迟钝;双眼底均能窥入,双侧视盘苍白,边缘清晰,动脉静脉管径比例为 1:2,分支稀少。

(四) 辅助检查

血常规检验结果:血红蛋白 134g/L ;白细胞总数 $6.0 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.63,淋

巴细胞 0.35, 单核细胞 0.01, 嗜酸粒细胞 0.01, 血小板 $267 \times 10^9/L$ 。尿、粪常规检验结果正常。血清生化检验结果: 钾 4.5mmol/L , 钠 136mmol/L , 氯 103mmol/L , 二氧化碳 25mmol/L ; 表面抗原 (-); 肝功能 GPT 4.7U/L 、GOT 7.8U/L , 肾功能 BUN 2.77mmol/L , Cr $66.4\mu\text{mol/L}$, 凝血酶原时间 10.6s, 凝血酶原活动度 94%。心电图检查报告为窦性心动过速, 正常范围心电图。头颅正侧位像显示颅骨骨质无改变, 蝶鞍形态正常, 无明显扩大, 鞍底无破坏。颅脑核磁共振检查提示基底部在鞍结节的等 T_1 、等 T_2 的可被顺磁物质强化的占位性病变, 大小约 $4\text{cm} \times 4\text{cm} \times 3.5\text{cm}$, 其双侧壁外可见颈内动脉床突上段流空影, 其后上壁外可见大脑前动脉或前交通动脉段流空影, 其下方可见垂体信号影。

(五) 住院经过

入院后经三级检诊, 皆诊断为鞍结节脑膜瘤。术前常规检查无禁忌证, 因双眼视力极差, 尤其强调了术后双眼视力不一定能改善, 甚至有双眼失明的可能, 本人和家属同意手术治疗并签字为证。做好充分的术前准备后, 于 1998 年 2 月 18 日在气管插管全身麻醉下, 经右额下入路在手术显微镜下全切鞍结节脑膜瘤, 达到 Simpson grade II 级标准。术中发现双侧视神经位于肿瘤侧下方, 被挤压成薄片状, 视交叉被压迫向后推移位于肿瘤后下方, 鞍隔受压下陷, 垂体被压迫成弧形, 自被挤扁的视交叉后下方伸入鞍隔孔, 双侧颈内动脉床突上段和双侧大脑中动脉 M_1 段紧贴在肿瘤外侧壁上, 双侧大脑前动脉 A_1 段和前交通动脉嵌入到肿瘤后上方内。肿瘤大小约 $4\text{cm} \times 4\text{cm} \times 3.5\text{cm}$, 生长点位于鞍结节上稍偏左侧, 隆起范围约 $1.0\text{cm} \times 1.5\text{cm}$, 局部硬脑膜被电凝烧灼炭化。切除移出肿瘤后, 瘤腔左侧左后交通动脉、左大脑后动脉、基底动脉均清晰可见。以上正常解剖组织均保留完整。因上双侧大脑前动脉 A_1 段受骚扰较多, 管径明显变小, 故以浸泡罂粟碱的棉片贴敷 A_1 段 5 分钟, 以期缓解动脉痉挛。麻醉清醒后, 患者即诉双眼均无光感, 术后主要给予脱水利尿, 血管解痉扩张和抗感染治疗。术后第 8 天, 体温、血象正常, 手术切口愈合良好 (I/甲), 双眼失明, 于 1998 年 3 月 9 日在家属引导下步行出院。

送检的肿瘤标本病理报告为脑膜瘤(内皮细胞型)。

患者出院后, 在解放军总医院眼科门诊继续为恢复视力治疗了 3 个月, 双眼失明无改善。术后半年复诊和术后 1 年随访, 双眼仍为失明, 成为残疾人。

二、诊断思维过程

总结本例患者的病情可将其特点归纳为: ①病程 16 个月, 症状为先后出现双眼视力下降, 即不对称的视力下降; ②入院后神经系统检查发现主要的阳性体征有: 左眼视力为眼前光感, 右眼视力为眼前一尺指数; 双眼视野已无法判断; 双眼底检查发现视盘苍白, 边缘清晰, 动静脉管径比例 1:2, 血管分支稀少, 即为双侧原发性视神经萎缩; ③磁共振检查发现鞍上等 T_1 、等 T_2 的肿瘤信号, 能被顺磁物质强化, 其基底部在鞍结节上, 符合鞍结节脑膜瘤的影像学特征; ④X 线片, 蝶鞍形态正常, 无明显扩大, 鞍底无

破坏。综合以上特点,诊断为鞍结节脑膜瘤证据充足。最需要鉴别诊断的是垂体腺瘤,其主要差异为三点:①鞍结节脑膜瘤的视力视野损害多为不对称性;垂体瘤的视力视野损害多为对称性。②鞍结节脑膜瘤多不伴有内分泌功能异常症状;垂体瘤多伴有内分泌功能异常症状。③鞍结节脑膜瘤在影像学上多表现有鞍结节增生或破坏,蝶鞍不会扩大;垂体瘤在影像学上多有蝶鞍扩大。此外,还需要鉴别诊断的有颅咽管瘤、异位松果体瘤和视神经胶质瘤。颅咽管瘤患者多有发育异常、垂体内分泌功能低下、肿瘤囊性变或钙化等。异位松果体瘤、生殖细胞瘤患者多有性早熟、尿崩、精神症状等。视神经胶质瘤影像学上可见视神经和(或)视交叉增粗。最终确诊为鞍结节脑膜瘤还有赖于术中对脑膜瘤生长点的确认。因核磁共振提示肿瘤大小为 $4\text{cm} \times 4\text{cm} \times 3.5\text{cm}$,属中型鞍结节脑膜瘤,且无重要血管被肿瘤包埋,故术前未做脑血管造影。根据术者的习惯和能力选择了右额下入路,术中做到了尽量自外侧裂和额叶底面放出脑脊液至脑组织塌陷良好;使用手术显微镜;自蝶骨平台处切除肿瘤前极至其基底(生长点)离断肿瘤,阻断其血供;瘤内切除肿瘤;牵引瘤壁至术野内,仔细剥离附着在瘤壁上的颈内动脉、大脑中动脉 M_1 段、大脑前动脉 A_1 段、前交通动脉及其分出的穿通动脉;电凝烧灼肿瘤生长点部残余肿瘤和硬脑膜至炭化;浸泡罂粟碱的棉片湿敷骚扰较多的双侧大脑前动脉和前交通动脉,防止血管痉挛。

三、点 评

本例患者因双眼不对称性视力下降(估计伴有双眼视野不对称性缺损,但缺少外院该类资料),曾在外院眼科就诊 16 个月之久,直至双眼视力接近失明,才考虑为颅内占位性病变所致而做磁共振检查,结果提示为鞍结节脑膜瘤,虽经解放军总医院神经外科完全切除肿瘤,终不能挽救双眼视力而留下残疾,引为遗憾。外院眼科延误诊断的原因可能是将视力下降拘泥于眼球或视神经的病变,而忽视了视力下降和视野缺损有可能是鞍区占位性病变的首发症状,尤其是眼科和神经外科的年轻医师一定要掌握临床边缘学科的知识,才有可能尽量减少类似的误诊。本例患者手术治疗值得一提的经验是术前即反复向患者本人和家属解释了术后极可能出现双眼失明,其原因:①术前双眼视力极差,提示双侧视神经受损极其严重,可能发生了不可逆转的视神经变性坏死。②术中难免不骚扰功能将近衰竭的视神经,难免不破坏已很脆弱的视神经血供。所以,术后患者双眼失明,并未引起医患纠纷。

四、关于鞍结节脑膜瘤的进展

鞍结节脑膜瘤属鞍区肿瘤,发生率约占颅内脑膜瘤总数的 $1/10$ 。1899 年,Stewart 首次介绍鞍结节脑膜瘤,1929 年,Cushing 等称之为“鞍上脑膜瘤”。但仍以命名为鞍结节脑膜瘤比较确切。鞍结节脑膜瘤直径在 2.5cm 以下者为小型, 4cm 以上者为大型,介于两者之间者为中型。临床表现以双眼不对称视力减退、视野缺损和头痛症状比较常见,病情进展缓慢。眼底有原发性视神经萎缩征象。依据 CT 检查,尤其是依据 MRI 检查多能得以确诊。颅骨 X 线片不可或缺。大型肿瘤或 MRI 提示颈内动脉及其主要

分支被包绕术前的肿瘤应做脑血管造影,可了解肿瘤血供,并可了解肿瘤与重要血管的关系。鞍结节脑膜瘤须与垂体瘤、颅咽管瘤、鞍区生殖细胞瘤(异位松果体瘤)等做鉴别诊断。手术切除肿瘤是鞍结节脑膜瘤最根本的治疗方法,一旦确诊,应尽早手术治疗。根据肿瘤的大小、生长方向、手术室条件、术者的习惯和能力可采取以下手术入路:①经单侧额下入路,需切断一侧嗅束;②经翼点入路(额颞部),能保留同侧嗅束,但需切断大脑中静脉至蝶顶窦的桥静脉;③经纵裂入路,可不切断嗅束,如发现双侧大脑前动脉发育良好,且前交通动脉足够长,则可切断前交通动脉向两侧牵开额叶,可获得敞亮的显露。如肿瘤基底部骨质受累需要磨除时,应尽量避免开放蝶窦或筛窦(后组)。一旦开放,无论其黏膜是否完整,都应取适当大小的筋膜块涂抹生物胶或耳脑胶覆盖开口做颅底修补。个别神经外科医师采取取经(口)鼻蝶窦入路做鞍结节脑膜瘤切除,作者认为若为小型肿瘤或术前误诊为垂体瘤,其情尚可原谅,否则不可避免地会损伤正常垂体,还有可能损伤与鞍结节脑膜瘤上下位置极不恒定的视神经和视交叉,且不易止住脑膜瘤基底部出血。所以,取经(口)鼻蝶窦入路切除鞍结节脑膜瘤值得商榷。近年来,随着鞍区显微解剖知识的普及,显微外科技术的发展和术中导航系统的应用,鞍结节脑膜瘤的全切率逐步提高,手术效果不断改善。

(朱儒远)

参 考 文 献

- Go KG. 1997. The normal and pathological physiology of brain water. *Adv Tech Stand Neurosurg*, 23:47~142
- Hanstoch CC, Faden AI, Bendall MR et al. 1994. Diffusion-weighted imaging differentiates ischemic tissue from traumatized tissue. *Stroke*, 25:843~848
- Ide H, Kobayashi H, Handa Y et al. 1993. Correlation between somatosensory-evoked potential and magnetic resonance imaging of focal cerebral ischemia in cats. *Surg Neurol*, 40:216~223
- Schaefer PW, Buonanno FS, Schwamm LH. 1997. Diffusion-weighted imaging discriminates between cytotoxic and vasogenic edema in a patient with eclampsia. *Stroke*, 28(5):1082~1085

病案 2 间断性头痛、呕吐 2 个月,复视 1 个月余

(鞍上生殖细胞瘤)

鞍上生殖细胞瘤为一种少见先天性肿瘤,尤其临床上有少量患者影像学表现不典型,病情发展快,易于与炎症混淆,解放军总医院神经外科近几年来已经遇到数例患者,有个别患者术前很难诊断,只有通过术后病理才能确诊。

一、病例介绍

(一) 主诉

间断性头痛、呕吐 2 个月,复视 1 个月余。