维普资讯 http://www.cqvip.com



固定时，根据本文所提供的资料，则可以较恰当地选择固定的方式。

牙骨质瘤常发生于下颌骨的前牙，X线摄片显示根尖周围有高密度阴影，本文亦可为牙骨质瘤的诊断提供表面解剖的资料。

本资料可为颏部的表面划线提供依据，颏部的发生提示在双尖牙以前的下颌体部分，全部向舌侧移动。另一方面，下颌体的唇侧部，除尖牙向附近以外，明显向唇侧移动。另外，颏的上部在尖牙牙槽附近被吸收，向内侧移动[3]，在成人的下颌骨以两侧前牙牙槽窝作连线，再由尖牙牙槽窝底到下颌体下缘作垂直线，将两线以及下颌体下缘所围成的区域作颏部是为合适可行的。

## 参 考 文 献

1.皮 昕，主编.口腔解剖生理学.第四版.北京：人民卫生出版社，2001.26.
2.张锡泽，邱慰云，主编.口腔颏面外科学.北京：人民卫生出版社，1986，46.
3.付民魁，主编.口腔正畸学.第二版.北京：人民卫生出版社，1994.22.

（收稿日期：2003－02－18）

·个案与短篇·

# 对不典型蛛网膜下腔出血的诊断体会

司爱丽* 朱英杰* 张立伟*

蛛网膜下腔出血（SAH），大多数发病突然，剧烈头痛，呕吐，脑膜刺激征阳性。如不及时救治，死亡率高。但一部分病人发病不典型，来诊时，头痛不剧烈，或脑膜刺激征阴性，或头部CT也未显示出来，而神经系统的其它症状比较突出，常掩盖了SAH的临床表现。首诊时医生对病史，体检及病情变化缺乏全面查询分析，易致误珍。作者从本院近一年来所遇首诊不典型SAH病人中，选择8例，报告对SAH的诊断体会。

一、资料与方法

1.临床资料：本组8例，男4例、女4例。年龄45～81岁。例1，女，80岁，左颞部头痛，呈跳痛，恶心，呕吐，脑膜刺激征阴性。例2，女，68岁，四肢运动失灵，伴头痛、恶心、呕吐22 h。入院时查体：脑膜刺激征阴性。例3，男，70岁，头痛，恶心，呕吐，一过性大小便失禁，颈强一横指。例4，男，70岁，头晕，头痛，伴肢体活动不灵2 d，无恶心，呕吐，昏迷，抽搐，颈强二横指，左下肢肌力Ⅱ级，右下肢肌力Ⅲ级，生理反射存在，病理反射未引出。例5，女，45岁，头晕1 d，恶心，呕吐三次，伴上腹痛、返酸，既往有胃炎病史。查体：神萎闭目，颈强二横指，上腹部有压痛。例6，男，81岁，头痛10 d。初时头痛轻微，未引起重视，以后逐渐加重，伴恶心、呕吐，颈强一横指。例7，男，70岁，头痛2 d，行走时突然跌倒，起来后出现头痛，语言笨拙，肢体运动不灵活，头晕，无恶心、呕吐症状，颈强二横指，左下肢肌力Ⅱ级，病理征阴性。例8，女，65岁，头晕，头轻度疼痛，阵发性左侧肢体运动不灵1 d，颈强一横指。以上除例4、例7外，四肢肌力、肌张力均正常。以上8例克氏征、布氏征均阴性。

2.辅助检查方法：就诊时例1～例7均行脑CT检查。对脑CT检查不支持SAH或可疑者，予以腰穿检查。对腰穿时流出持续均匀血性脑脊液者，明确诊断为SAH。例8未行脑CT检查，直接做腰穿检查。

二、结果

本组8例有4例通过腰穿进一步确诊为SAH，经治疗临床症状改善，全部病愈出院。

三、讨论

1.重视现病史，全面分析：病史，体检，辅助检查是首诊医生确定诊断的重要依据，但对病史忌主观臆断。例1，左颞叶头痛，呈跳痛；例6，头晕，恶心，呕吐伴上腹痛，返酸。这常易使医生注意力偏入歧途。笔者认为，对老年患者有脑血管相关病史，无论首诊时主诉是何因，均应详细进行神经系统方面检查，以除外SAH。

2.正确评价脑CT，综观全局：8例中，例1，脑CT未显示，例3，可疑SAH。脑CT检查固然重要，但不可把脑CT作为唯一的检查手段，过分依赖脑CT，而需全局观察。切不可被首诊时CT“阴性”的假象所迷惑，而放松对SAH的警惕。

3.追究病变本质，去伪存真：本文中，例2、4、7表现为肢体运动障碍，易误诊为脑梗塞；例8，阵发性肢体活动障碍，易误诊为TIA；例5，有消化道症状，易误诊为胃炎；例1，表现为血管神经性头痛。总之，因个体差异，发病时，SAH有多种临床表现。而表现最多的是容易发生脑血管痉挛，早期发生一过性意识障碍和轻度神经功能缺失，而误诊为脑梗塞。应寻根究因，去伪存真，切忌一叶障目。

4.动态观察病情，检查体征：上述8例中，或病史或体征或脑CT均为不典型SAH表现。特别是老年患者临床症状不典型，脑膜刺激征可能不明显或出现晚。但经密切观察病情变化，采取相应检查手段，逐步检获神经系统方面各种阳性体征和诊断依据，最终明确诊断。故医生不能满足于首诊的检查结论，一定要动态观察病情变化，不断巡视病人，及时发现新的阳性体征。对一些暂时不能解释的临床表现，必须提高警惕，适当辅助检查（腰穿），以除外SAH。

（收稿日期：2002－10－12）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院神经内科