DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.12.002

经皮血管成形术和支架成形术的应用，会很大程度上解决以上的问题。尤其现在，血管内治疗的器械、材料越来越先进，大大的降低了治疗过程中的血管损伤及栓子脱落的危险。以前，血管内治疗的技术主要是神经外科医生掌握的技术，而缺血性脑血管病都是在神经内科就诊，神经内科医生掌握这一技术，将进一步提高缺血性脑血管病的疗效，降低缺血性脑血管病的致死率、致残率及复发率。我们有理由相信，由于血管内治疗在神经内科的广泛应用，缺血性脑血管病的治疗将上一新的台阶。

当然，我们必须强调的是血管内治疗在神经内科中的应用还很年轻(超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗稍年长一些)，有很多问题还需要我们在实践中不断的摸索、总结、发展。我不希望看到"有条件要上，没有条件也要上的"不科学和缺乏责任心带来的"轰轰烈烈"的血管内治疗的场面，我也不希望看到，神经内科医师在新的时期患者给我们提出了更高需要、科技给我们提供了新治疗可能的时候，我们仍然视而不见。

关键词：脑血管疾病；血管内治疗
中图法分类号：R743 文献标识码：A

参考文献：

[1] Gomez C R. Carotid angioplasty and stenting: new horizons[J]. Curr Atheroscler Rep, 2000, 2(2): 151—159.
[2] Yadav J S. Management practices in carotid stenting[J]. Cerebrovasc Dis, 2001, 11(1): 18—22.
[3] Whitaker J N. Medical and endovascular therapy for intracranial atherosclerotic vascular disease[J]. Arch Neurol, 2001, 58(10): 1 692—1 693.
[4] Castellan L, Causin F, Perini S. Exdovascular treatment of carotid stenosis [J]. Radio Med, 2001, 101: 348—354.
[5] Castellan L, Causin F, Perini S. Endovascular treatment of carotid stenosis [J]. Radiol Med (Torino), 2001, 101(5): 348—354.
[6] Niwa J, Kubota T, Chiba M, *et al*. Acute surgical and endovascular therapy for stroke: especially patients with brain infarction[J]. No Shinkei Geka, 2000, 28(6): 499—504.
[7] Huang Hellinger F R, Morris P P, Buonanno F S, *et al*. Intraarterial thrombolysis for the treatment of acute stroke[J]. Intervertional Neuroradiol, 1997, 3: 43.
[8] Frazee J G, Luo X, Luan G, *et al*. Retrograde transvenous neuroperfusion: a back door treatment for stroke[J]. Stroke, 1998, 29(9): 1 912—1 916.
[9] Mori T, Kazita K, Mori K. Cerebral angioplasty and stenting for intracranial vertebral atherosclerotic stenosis[J]. AJNR, 2000, 21: 787—789.
[10] Gomez C R, Misra V K, Campbell M S, *et al*. Elective stenting of symptomatic middle cerebral artery stenosis[J]. AJNR, 2000, 21: 971—973.

(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2002)12-1384-01

动眼神经鞘瘤1例

A case report of schwannoma of oculomotor nerve

罗春霞，陈康宁，李露斯 (第三军医大学附属西南医院神经内科，重庆 400038)

患者，女性，15岁。因右眼睑下垂8年，右眼球固定，复视3年于2001年7月30日收住院。入院后神经系统检查，视力：(远)左眼0.9，右眼0.3，(近)左眼1.2，右眼0.2。眼底正常，右眼睑下垂，眼裂8 mm，左眼裂15 mm，右侧瞳孔散大，直径6 mm，直接及间接光反射消失，左侧瞳孔直径3 mm，右眼球固定，外展露白14 mm，内收露白6 mm，上下视不能，有复视，右眼稍突。右侧面部痛觉减退，角膜反射敏感。

辅助检查：腰穿示脑脊液清亮无色透明，初压130 mmH_2O，细胞总数48×10^9/L，白细胞数12×10^9/L，蛋白2.0 g/L，糖3.2 mmoL/L，氯122 mmol/L。全脑血管造影检查、眶后到颅中窝段CT及头颅MRI平扫均未见异常。头颅MRI薄层扫描示右侧海绵窦区颈内动脉外上方一病灶显示，形态不规则，大小0.5 cm×0.7 cm×1.2 cm，界限清楚。病灶显示长T1长T2信号，注射造影剂后，有强化征象显示。临床诊断：海绵窦综合征。于2001年10月15日在神经导航定位下行肿瘤全切术。

术中所见：病灶组织与正常组织界限存在，起源于动眼神经，边界清楚，质地中，予以分块切除，逐步基本完全切除病灶约10 g。术后诊断：右动眼神经鞘瘤。

病理诊断：神经鞘瘤。

术后坚持服用B族维生素、ATP片至今，随访见上睑下垂有所改善。

作者简介：罗春霞(1976—)，女，重庆市永川县人，医师，主要从事脑血管病方面的研究。电话：(023)65498301
收稿日期：2002-07-15；修回日期：2002-10-05

讨论

动眼神经鞘瘤是起源于动眼神经鞘膜细胞的良性肿瘤。甚罕见，经文献检索仅见16例报道[1]。好发于动眼神经海绵窦段，各年龄均可发病，最小一例为6岁，男女发病比例无明显差异。其临床表现为：①动眼神经麻痹。②高颅压。(3)邻近结构受侵的相应表现。辅助检查：腰穿可有颅压增高，蛋白增高。头颅CT或MRI可有阳性发现。亦见有以眼肌麻痹型偏头痛为临床表现及无症状的动眼神经鞘瘤报道。常需与脑干肿瘤、鞍区颅咽管瘤、脑膜瘤等鉴别。本例病例以海绵窦综合征为临床表现，根据临床症状，体征定位明确，但头颅CT及MRI平扫、脑血管造影均未在影象学上发现病灶，通过头颅MRI薄层扫描发现病灶。说明在根据临床表现准确定位的基础上头颅MRI薄层扫描对诊断微小病变的重要意义。动眼神经鞘瘤由于其位置深在，临近结构复杂，手术常不易切除，神经导航系统增加了术中定位的准确性，减少了对临近结构的损害。术后坚持长期服用B族维生素、ATP等神经营养剂对神经损伤的修复有一定帮助。

关键词：动眼神经鞘瘤
中图法分类号：R730.264 文献标识码：B

参考文献：

[1] Asaoka K, Sawamura Y, Murai H, *et al*. Schwannoma of the oculomotor nerve: a case report with consideration of the surgical treatment[J]. Neurosurgery, 1999, 45(3): 630—633; discussion 633—634.

(编辑 汪勤俭)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net