DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.02.029

个案与短篇

听神经瘤术后并发幕上硬膜外血肿1例报告

高伯元 （西南医院 神经外科）

病例 李×，男性，25岁，住院号60620。患者幼年时右耳流脓致右耳听力丧失。1973年9月开始头痛、头昏。1974年5月出现复视，走路不稳。1979年起语言不清，吞咽发呛，且头痛逐渐加重。1979年11月10日经X照片发现右侧内听道扩大，考虑右侧听神经瘤收入院。检查：神清，语言不清，双侧视乳头水肿，右侧颅神经5、6、7、8、9、10损害，四肢肌力Ⅴ级，肌张力和腱反射正常，双侧巴彬氏征阴性，右侧小脑性共济失调。脑室造影提示右侧桥小脑角肿瘤。1979年11月22日全麻坐位下行右侧听神经瘤次全切除术，术中顺利，止血彻底。术后意识障碍呈嗜睡状态，术后第1天下午病人意识障碍加深呈昏迷，血压高达20.0/14.7kpa（150/110mmHg），右侧瞳孔散大，光反应消失，右侧巴彬氏征阳性。立即行颅脑超声波检查，中线左移1cm。右侧颈动脉造影示右顶巨大无血管区，立即开颅清除右顶硬膜外血肿100ml左右，未见出血源。术后意识渐清醒，病理报告为听神经纤维瘤，于1979年12月26日痊愈出院。

讨论 颅内肿瘤手术后并发远隔部位血肿少见，易误为全麻未清醒，而放松警惕，一旦形成脑疝，病情多较严重，死亡率极高[1][2]。本例幕下肿瘤手术后意识恢复不佳，误为全麻过深，早期未予重视，直至脑疝形成，才紧急造影、手术，应引以为戒。颅内远隔部位继发血肿，可能由于手术坐位，术中脑脊液流出过多，颅内压迅速降低，使硬脑膜与颅骨分离，致渗血或小血管撕裂出血而形成血肿[2]。故对全麻坐位者，应逐步抬高头位，防止体位突变导致血压、颅内压迅速下降。对后颅窝肿瘤，最好术前先作脑室外引流，使颅内压逐步降低。此外，颅内肿瘤手术后应严密观察病人的意识、瞳孔、生命征及肢体活动情况，一旦出现异常，应立即作颈动脉造影或头颅CT扫描，尽早确诊和手术。

参 考 文 献

1. 陈道莅，等。颅脑手术后并发远隔部位硬膜外血肿9例报告。中华神经外科杂志 1989；3：225
2. Tjan TG, et al. Bifrontal hematoma after shunt operation and posterior fossa exploration, Neuroradiology 1980; 19:51

（收稿：1987.11.27；修回：1989.11.21）

鼻窦脑膜瘤（附1例报告）

李光源（新桥医院 耳鼻喉科）

鼻窦脑膜瘤，临床很少见。近年来我院收治1例，报告如下：

1 病例

患者曹××，住院号60160，女性，20岁，未婚，农民。以右眼球突出，于1983年11月18日入院。患者于1979年发现右眼眶内上方长一小指头大小之包块。不痛，逐渐长大。在本地医院手术，诊断为囊肿。术后包块未消失，并逐渐长大。于1980年3月，1981年6月及1982年10月先后3次住重庆市某医院手术，分别诊断为“额筛窦囊肿”，“鼻息肉”，“骨化纤维瘤”，术后包块仍不消失，且发展更快，而来我院求治。检查：双眼裂不对称，右低左高，右上睑缘平左下睑缘，双眼睑上举功能正常。视力右1.2，左1.5。无复视，眼底正常。右眼球向外下突出，运动不受限。右眼眶内上方皮肤瘢痕。内上方的眶缘可触及约4 cm^2大小之硬块。质硬，固定，表面光滑，有轻微压痛，皮肤无红肿，鼻根部平坦。右中鼻道有2.5×1 cm^2大小之淡红色新生物。质软，对麻黄素不收缩。X线拍片报告：右眼眶内上方骨壁大片缺损，眶内缘筛窦纸板破坏消失。于1983年11月30日在全麻插管下，鼻外径路行额筛窦根治术。术中见额窦前壁骨质破坏，有灰

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