DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.02.030

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）

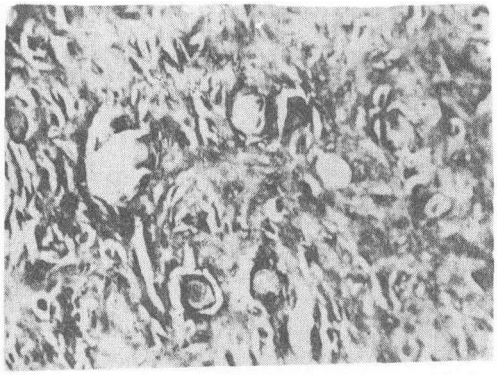
李光源（新桥医院 耳鼻喉科）

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



附图 高倍示砂粒体纤维母细胞及少量的脑膜细胞。HE×210

色较厚之脆性组织。切开此组织，其中为一7×5 cm²椭圆形腔洞。周壁之脆性组织0.7cm厚。腔洞内吸出大量之粘液性分泌物。额窦之内、后、下壁缺如。肿瘤位于硬脑膜外，占据整个右额窦、筛窦及部分鼻腔。将脆性组织全部刮尽，见硬脑膜光滑，有弹性。妥善止血后，置一橡皮管于额窦底部至前鼻孔引流。病理报告为右额窦及筛窦脑膜瘤，砂粒型，见附图。术后两周痊愈出院，随访已4年余无复发。

2 讨论

2.1 肿瘤之起源

本病原发或由颅内侵犯至鼻窦者罕见。Wolman统计375例脑膜瘤中仅2例。1970年Majoros[1]报文告献记载仅8例。1981年王风中[2]报告国内外统计共17例。本例虽大片脑膜暴露，但刮尽肿瘤组织后，脑膜显示光滑，有弹性。因之考虑原发于鼻窦。至于脑膜瘤发生于颅外之原因，大多认为于胚胎时期异位残留的蛛网膜组织。另有认为原发于神经外胚叶的神经鞘膜雪旺氏细胞。

2.2 诊断

本病多见于青少年，但可发生于任何年龄。一般认为男女无明显差异。但近年来国内文献报道多为女性[2][3][4][5]。肿瘤发展缓慢，主要为压迫症状、面部畸形、眼球移位、鼻塞、视力障碍等，容易误诊，本例曾误诊为囊肿、息肉、骨化纤维瘤。确诊必须依靠病理检查。

2.3 治疗

主要手术彻底切除。文献报告有恶变者，应注意随访观察。

参 考 文 献

1. Majoros M. Laryngoscope 1970; 80(4):640
2. 王风中。原发鼻窦脑膜瘤一例报告。耳鼻咽喉经纬 1981; 1(3):191
3. 霍仲田。鼻窦脑膜瘤一例。中华耳鼻咽喉科杂志 1979; 14(3):192
4. 金康业，等。脑膜瘤侵犯额窦并发眼球突出一例。中华耳鼻咽喉科杂志 1983; 18(3):180
5. 张学斌。异位脑膜瘤。中华肿瘤杂志 1979; 1(3):219

（收稿：1988.02.29；修回：1988.12.03）

急性心肌梗塞胸痛向双下肢放射1例

何作云（新桥医院 心内科）

急性心肌梗塞（AMI）的胸痛放射到脐以下，尤其是腿实属罕见。我院近来收治1例AMI胸痛除向躯干和双上肢放射外，还向双下肢放射，特报道如下。

1 病例

患者，男，65岁。1987年8月5日8:30/AM接收按摩治疗时突感心前区压榨性疼痛，但无放射，历时10min左右，终止按摩和休息后缓解。当日中午饮白酒约30ml，1:30/PM心前区呈撕裂性疼痛，同时向躯干和双上肢及膝关节以上的双侧股部放射，疼时伴恶心、呕吐、面色苍白和大汗，但无四肢感觉和运动障碍，约1h后疼痛减轻呈闷胀感，其部位仅限于心前区。院外口服消心痛和去痛片（剂量不详）无效而收入我院。住院期间经罂粟碱30mg肌注，极化液和消心痛40mg/天等治疗7天，胸痛获愈。患者否认高血压、

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