

脊髓内脓肿一例

山东省立医院神经外科 董 勇 宋玉瑄

患者 女, 6岁。3个月前无明显诱因突然高热达39°C, 同时有右下肢阵发性刀割样剧痛, 每次持续10~30分钟, 7~8次/天, 夜间为重, 大腿外侧明显, 与体位无关。入院前10天, 再度发热, 体温38°C左右, 右下肢无力, 足不能抬起, 足底麻木。近3天小便频数, 排尿费力。以“脊髓病变”于85年9月9日收入小儿科。检查: 右髌、膝关节肌力Ⅱ级, 踝趾关节0级, 右下肢肌张力低, 右膝腱反射(+), 肛周反射消失, 右腹股沟区以下疼觉减退, 右下腹壁反射减弱。入院后查WBC $8.2 \times 10^6/L$ ($8200/mm^3$), ESR5mm/h, 腰底X光片正常, 腰椎穿刺为椎管不全梗阻。CSF化验: 潘氏(+), 细胞数20个/ mm^3 , 蛋白0.7g/L(71mg%), 培养无细菌生长。CT报告T₁₂椎管内占位, 椎管造影示L₁椎管内占位病变。10月2日转入我科, 全麻下行椎

管探查。打开T₁₂、L₁棘突椎板见硬脊膜外脂肪组织少, 硬脊膜颜色正常, 搏动弱, 张力略高。平L₁脊髓饱满, 切开硬脊膜, 髓外硬脊膜下未见病变。脊髓呈梭形膨大, 穿刺抽出灰白色稀脓液4ml, 无粪臭味。抽后局部凹陷。用4%庆大霉素液脓腔内冲洗, 未切开脊髓, 未行引流缝合硬膜。脓液Gram(+)球菌。给予抗感染治疗。术后第1天右腿疼痛减轻, 右踝、趾关节肌力恢复至Ⅱ级; 第3天体温降至36.5°C, 疼痛麻木消灭; 术第10天, 右下肢肌力大致恢复正常, 大小便正常, 右腹股沟区以下对痛觉刺激敏感。腰椎穿刺示椎管通畅, CSF细胞数为“0”, 脓液培养无细菌生长。10天后痊愈出院。术后2个月随访, 恢复良好。

(1985年10月29日收稿)

听神经瘤合并小脑半球海绵状血管瘤一例

中国人民解放军第三军医大学第三附属医院神经外科 邹咏文

患者 男, 54岁。1979年5月始右耳鸣, 听力减退, 同年11月头颅平片示右内听道稍扩大。后病情缓慢进展, 出现头痛, 走路不稳。1983年12月病情加重, 视物不清, 呕吐, 四肢无力, 卧床不起。1984年2月6日入院。体检: 双视乳头水肿, 眼底有火焰状出血; 右耳听力减退, Weber氏征偏左; 向有粗大水平眼震。颈有抵抗。四肢肌力V级, 右侧肌张力减低, 腱反射较左侧弱。右侧共济运动差。未引出病理征。入院后即行右侧脑室外引流。脑室Conray造影示中脑导水管以上脑室系统对称性高度扩大, 导水管向前、向左侧移位。造影时曾发生意识丧失, 呼吸暂停。因病情危重, 未做其它检查。1984年2月13日在全身麻醉下行后颅凹开颅, 切开硬脑膜后见右侧小脑半球明显膨隆, 沟回变

平。右侧小脑扁桃体下疝至颈₁水平。行右小脑半球穿刺, 抽出黄色液体15ml, 静置后呈胶冻状。切开小脑见一囊腔, 又吸除囊液约10ml, 囊腔内壁光滑, 其内下方有一2×1.5cm红色肿块, 在根部上银夹后切除。再探查桥脑小脑角见一3×3×3cm实质性肿瘤, 包膜光滑, 行包膜内切除。病理诊断: 右小脑半球海绵状血管瘤, 右听神经纤维瘤。术后恢复良好。于1984年3月2日出院。

体会: (1) 当病人的症状、体征或检查结果不能用一种病解释时, 可考虑多发病灶; (2) 术中当发现一处病灶后, 不要忘记探查有关部位, 以免遗漏多发病灶。

(1985年3月19日收稿)