

听神经瘤性眩晕_耳鼻喉科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_90_AC_E7_A5_9E_E7_BB_8F_E7_c22_609221.htm

听神经瘤起源于听神经的鞘膜，又称听神经鞘瘤，为良性肿瘤，大多发生于一侧。少数为双侧者，多为神经纤维瘤病的一个局部表现。绝大多数听神经鞘瘤发生于听神经的前庭支，起于耳蜗神经支者极少。该肿瘤多先在内听道区发生，然后向小脑脑桥角发展。肿瘤包膜完整，表面光滑，也可有结节状。肿瘤主体多在小脑脑桥角内，表面覆盖一层增厚的蛛网膜。显微镜下主要有两种细胞成分：antonia和antonib型细胞，可以一种细胞类型为主，或混合存在，细胞间质主要为纤细的网状纤维组成。随肿瘤向小脑桥脑角方向生长及瘤体增大，与之邻近的颅神经、脑干和小脑等结构可相继受到不同程度的影响。往往向前上方挤压面神经和三叉神经；向下可达颈静脉孔而累及舌咽、迷走和副神经；向内后发展则推挤压迫脑干、桥臂和小脑半球。【诊断】1.临床表现（1）病史 听神经瘤的病程较长，自发病到住院治疗时间平均期限为数月至十余年不等。

（2）症状 首发症状几乎均为听神经本身的症状，包括头昏、眩晕、单侧耳鸣和耳聋。耳鸣为高音调，似蝉鸣样，往往呈持续性；听力减退多同时伴发。1）耳蜗及前庭神经症状头昏、眩晕、耳鸣和耳聋。2）头痛 枕和额部疼痛。3）小脑性共济运动失调、动作不协调。4）邻近颅神经损伤症状 患侧面面部疼痛、面肌抽搐、面部感觉减退、周围性面瘫。5)颅内压增高 双侧视盘水肿、头痛加剧、呕吐和复视等。6)后组颅神经和小脑损伤症状 吞咽困难、进食发呛、眼球震颤、小脑

语言、小脑危象和呼吸困难。2.辅助检查(1)听力的试验1)电测听检查 比较准确的听力检查方法。蓝色为气导曲线，红色为骨导曲线。正常值为20db。听神经鞘瘤为高频听力丧失。2)脑干听觉诱发电位(baep) 目前最客观的检查方法。听神经鞘瘤通常为 ~ 和 ~ 波峰潜伏期延长，或除 波外余波消失。(2)神经影像学检查1)头颅平片 可拍摄侧位片、汤氏位片或司氏位片。以了解内听道口及岩骨破坏情况，特别是内听道口扩大最具诊断意义。2) ct扫描 要求有ct增强像，以避免遗漏小的肿瘤，并有岩骨的骨窗像，从中可了解内听道口及岩骨的破坏情况及肿瘤性状。3) mri扫描 可以清楚地显示肿瘤的性状(大小、边界、血运、侵及的范围、瘤周水肿)、与周围组织的关系，特别是了解与脑干和血管的关系，有无继发幕上脑积水。3.鉴别诊断 应与表皮样囊肿，脑膜瘤，三叉神经鞘瘤或其他颅神经鞘瘤，第四脑室肿瘤，小脑或脑干外侧肿瘤，转移瘤或其他恶性肿瘤，蛛网膜囊肿等相鉴别。

【治疗】1.手术入路及适应证(1)枕下入路 倒钩形切口是最常用的手术切口，适于 ~ 型肿瘤切除；乳突后直切口适于 型及部分 型肿瘤的切除；其他还有旁正中切口，马蹄形切口等。(2)经岩骨入路 是以岩骨为中心，中颅窝、后颅窝的联合入路，适于向斜坡发展的肿瘤切除。(3)经迷路入路 适用于位于内听道的小肿瘤。听神经鞘瘤显微手术全切的标准应该是肿瘤的全切除3面听神经的解剖保留，小肿瘤还应争取听神经功能的保留。2.术后处理(1)给予脱水、激素、注意出现消化道出血。(2)病人术后神志未清醒，应行ct检查。(3)术后面瘫、眼睑闭合不全者，应用眼罩将眼封闭，每日涂抗生素眼膏。如发现结膜炎，可缝合眼睑。(4)术后3

天内应严格禁食，3天后可试进流食。病人术后的第一次进食，应该由医生实施，从健侧口角试喂水，严密观察有无后组颅神经损伤的表现。因吞咽呛咳不能进食，术后3天起给予鼻饲，加强营养。

3.随诊与复查 听神经鞘瘤术后主要是观察面听神经的功能，特别是对于术前有残存听力的病人，术后听力情况更为重要，了解有无纯音听力，或语言听力。

4.对未能全切除的肿瘤者，可行伽玛刀或x刀治疗。

5.面瘫严重者，可于术后一年内行面神经功能重建手术，如面 - 舌下神经吻合术。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com