

垂体肿瘤_神经外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E5_9E_82_E4_BD_93_E8_82_BF_E7_c22_610753.htm

垂体腺瘤垂体腺瘤是属于内分泌系统的一种肿瘤，其发病率仅次于胶质瘤和脑膜瘤居颅内肿瘤的第三位。绝大多数的肿瘤发生在腺垂体。体积小小时一般呈灰白色或灰红色，实质性，与周围的正常组织分界明显；肿瘤长大后，往往将正常垂体组织挤向一旁，使之萎缩。

【诊断】1. 临床表现（1）病史 症状与肿瘤类型及生长方向有关，无分泌功能的腺瘤，多向鞍上及鞍外发展，病人多有神经损伤症状，有分泌功能的腺瘤则早期出现内分泌症状。（2）头痛 多数无分泌功能的腺瘤可有头痛的主诉，早期系肿瘤向上发展牵拉鞍隔所致，当肿瘤穿破鞍隔后症状减轻或消失。而gh型腺瘤则头痛症状明显而持久、部位不固定。（3）视神经受压 肿瘤将鞍隔顶起或穿破鞍隔向鞍上生长可压迫视神经交叉，产生视力及视野改变如视力减退及双颞侧偏盲。（4）内分泌功能紊乱 女性病人表现为泌乳、闭经、不孕和肢端肥大等；男性病人则表现为性欲减退、阳痿、阴毛腋毛及胡须稀少及肢端肥大等。

2. 辅助检查(1)血生化检查 注意伴发糖尿病等内分泌疾病。(2)内分泌学检查 通常采用放射免疫法测定激素水平，包括prl、gh、acth、tsh、fsh、lh、msh、t3、t4及tsh。垂体激素的分泌呈脉冲性释放，有昼夜节律的改变，因此单项基础值不可靠，应多次、多时间点抽血检查。对疑为acth腺瘤病人，常需检测血浆皮质醇、24小时尿游离皮质醇(ufc)以及行地塞米松抑制试验及acth束「激试验。(3)视力及视野的检查。(4)影像学检查1) 头颅x线平片或蝶

鞍断层检查 要求有正侧位，了解蝶鞍大小、鞍背、鞍底等骨质破坏的情况。2) ct检查 应行轴位及冠状位检查，薄层扫描更有意义。以了解额窦及蝶窦发育状态、蝶窦纵隔的位置及蝶鞍区骨质破坏的情况、肿瘤与蝶窦的关系、有无钙化等。3) mri检查 了解肿瘤与脑池、海绵窦、颈内动脉、第三脑室的关系。对微腺瘤的诊断更有意义。4) dsa检查 主要用于除外鞍旁动脉瘤。5) 视觉诱发电位(vep)检查 协助判断视路的损害情况。

3. 鉴别诊断(1) 颅咽管瘤 小儿多见，首发症状常为发育矮小、多饮多尿等内分泌异常表现，ct扫描肿瘤多呈囊性，伴周边钙化，或较大的钙化斑为其特征，mri可见垂体信号，蝶鞍扩大不明显，通常多向鞍上生长。(2) 脑膜瘤 成年人多见，内分泌学检查正常，ct及mri检查为均匀信号强度的病变，明显强化，可见脑膜尾征，囊性变少见，可见垂体信号。(3) 床突旁动脉瘤 无明显内分泌障碍。ct及mri可见正常垂体信号，鞍旁可有或无钙化，混杂信号强度。明确诊断需dsa检查。(4) 视神经胶质瘤 少儿多见，主要表现为明显视力下降，无内分泌异常表现，可合并神经纤维病变的表现。(5) 脊索瘤 好发于颅底中线部位的肿瘤，常有颅神经损害的表现，ct及mri示肿瘤主要位于斜坡可侵及蝶窦，但较少向鞍上生长，可见骨质破坏及垂体信号。(6) 表皮样囊肿 易于鉴别，通常在ct及mri分别表现为低密度及低信号强度病变，边界锐利，沿脑沟及脑池生长。(7) 异位生殖细胞瘤 少儿多见，首发症状为多饮多尿，垂体激素水平正常或低下。(8) 空泡蝶鞍综合征 有时在临床表现上与垂体腺瘤无法鉴别。但ct及mri可见同脑脊液样信号强度相同病变局限于鞍内，无鞍上发展。(9) 拉克囊肿 系颅咽管的残留组织，多表现为囊性病变，内分泌异常表现

少见。(10)垂体脓肿 甚为少见。其特征为:ct或mri可见明显的环状强化影像。可有或无手术史、全身感染史。

4.临床分类

(1)按有无分泌功能

- 1)功能性腺瘤 gh型垂体腺瘤. prl型垂体腺瘤. acth型垂体腺瘤. tsh型垂体腺瘤。
- 2)非功能性腺瘤

(2)按常规组织染色

- 1)嗜酸性。
- 2)嗜碱性。
- 3)嫌色性。
- 4)混合性。

【治疗】

1.手术治疗

(1)开颅手术

- 1)经额入路 适于肿瘤大部位于鞍上，未侵及第三脑室前部。
- 2)经纵裂入路 适于肿瘤大部位于三脑室前部，充满鞍上池，未侵入三脑室。
- 3)经胼胝体入路 适于肿瘤侵入三脑室及:或侧脑室，脑积水明显。
- 4)经侧脑室入路 适于肿瘤侵入侧脑室，室间孔明显梗阻。
- 5)经翼点入路 适于肿瘤向鞍旁、中颅窝底生长，并向鞍后发展者。

(2)经蝶手术

- 1)经口-鼻-蝶入路 适于肿瘤位于鞍内，或虽向鞍上生长，但未向蝶鞍两侧发展者。
- 2)经鼻-蝶入路 适于肿瘤位于鞍内，且鼻孔较大者。
- 3)经筛-蝶入路 适于肿瘤位于鞍内，并向筛窦发展者。

(3)术后处理 常规经蝶入路术后，由于鼻咽部渗血渗液，为防止误吸，仍需保留气管内插管2~3小时，待病人完全清醒后，方可拔除气管内插管。术后当日应严密观察尿量，控制尿量在250ml/h以下。若尿量超过8000~10000ml/24h，尿比重低于1.005，应肌注垂体后叶素5~10u，抗利尿作用可达4~6小时，也可口服弥凝。无论经额还是经蝶术后均应注意有无脑脊液鼻漏。出院前应复查内分泌激素水平，根据检查结果，继续激素的补充或替代治疗。出院时建议病人3~6月后，门诊复查mri和内分泌水平，长期随访。

2.非手术治疗

(1)若肿瘤未能全切，术后2~3周可行普通放射治疗.若残留的肿瘤远离视神经及下丘脑等重要结构，可行立体定向放射治疗(伽玛刀或x刀)。(2)若肿瘤巨大，属侵

侵袭性肿瘤者，可考虑于术前进行放射治疗，但应注意放射治疗的剂量，一般不超过50gy，否则会引起严重的放疗副作用，甚至死亡。(3)对于未婚未育者，应向家属及本人讲明，放射治疗后可能影响生育。

3.药物治疗原则

(1)垂体腺瘤术后，垂体功能严重低下者，应口服激素，主要有强的松、甲状腺素片等以替代垂体功能的不足。服药时间的长短视垂体功能恢复情况而定。(2)病史中或手术后有癫痫发作者，应口服抗癫痫药，如苯妥英钠、卡马西平、丙戊酸钠等，至少服药3~6个月以上，如无发作方可考虑药物减量，并于1~2年内完全停药。(3)血内分泌检查高泌乳素者，可口服溴隐亭。生长激素水平增高者，可使用生长抑素类药物如善宁(sandostatin)。

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