

# 蝶鞍及第三脑室区域肿瘤所致丘脑 下部症状

(附43例分析)

湖北医学院附属第二医院脑系科 袁先厚 邹昌文 郭国炳

丘脑下部的生理功能极其重要，可引起丘脑下部功能障碍原因很多，肿瘤、尤其是蝶鞍及第三脑室区域肿瘤，即为其中的常见原因之一，本文就我院1972年8月～1982年6月经手术和病理证实属于蝶鞍及第三脑室区域的43例肿瘤及其所引起的丘脑下部症象进行分析。

## 临床资料

一般资料：本组男30例，女13例。年龄为1.5～66岁；其中10岁以下3例，11～20岁15例，21～30岁7例，31～40岁7例，41～66岁11例。

病变性质及部位：43例中颅咽管瘤9例，其中有4例突入第三脑室内生长，5例位于鞍上及第三脑室前部，垂体腺瘤12例，其中嫌色性垂体腺瘤7例，嗜酸性垂体腺瘤3例，混合性垂体腺瘤2例。第三脑室内肿瘤8例，其中星形胶质细胞瘤5例，胶质母细胞瘤、室管膜细胞瘤、表皮样囊肿各1例。松果体瘤5例，其中3例属于异位松果体瘤，1例位于鞍上长入第三脑室内，1例位于右侧脑室前角附近，1例位于视交叉左前方。蝶骨嵴内1/3脑膜瘤3例。丘脑肿瘤2例。鞍上脊索瘤、鞍上星形胶质细胞瘤、鞍内血管瘤和左侧侧脑室体部脑膜瘤各1例。

丘脑下部症状表现形式：丘脑下部症象包括很多方面，基于受累部位及发病机理的差异不可能有某一病例表现为症候群的全部内容，而只显示其中某一项或几项症状。我们参照一些作者对一些丘脑下部症群的论述<sup>(1,2,3,4,5)</sup>，本组病例所表现的丘脑下部症象归纳如下：43例中表现为嗜睡者14例（占32.56%），肥胖13例（占30.23%），多饮多尿14例（32.56%），性功能低下16例（37.21%），过

早成熟，性器官发育超过年龄4例（9.3%），毛发（包括胡须、眉毛、腋毛、阴毛等）稀疏和/或脱落7例（16.28%），面部毛发增多3例（6.97%），贪食2例（4.65%），水牛背2例（4.65%），体温调节障碍4例（9.3%），心血管方面有症状者4例（9.3%），24小时尿17羟类固醇17酮类固醇降低6例（13.95%），男性乳房增大1例（2.33%）。

## 讨 论

一、丘脑下部功能紊乱的发生率：丘脑下部功能紊乱有几种主要形式，如肥胖、嗜睡、肢端肥大、多饮多尿，发育过早或性功能减退、糖代谢障碍、体温调节障碍、水盐代谢障碍、恶液质等。从观察看来丘脑下部功能紊乱无论是亢进或是低下往往是以某一种或几种形式突出的表现。在某一疾病的过程中，如果属上述主要形式之一者即使是一种表现也能作为丘脑下部功能紊乱的诊断基础<sup>(4,5)</sup>。按照这种统计，本组共有38例表现有丘脑下部症状，占88.73%。为了对照，我们统计了额叶肿瘤42例，同样以上述标准分析只有6例具有丘脑下部症状，占14.3%。Kapeller<sup>(4)</sup>统计过一组434例脑膜瘤中发生丘脑下部症状属于额叶脑凸面前1/3的脑膜瘤占19%，属于顶枕部肿瘤占3.2%，属于嗅沟脑膜瘤占37%，后者发生率最高的原因是肿瘤向蝶鞍发展，直接影响到垂体或垂体柄所致。相比而言，蝶鞍及第三脑室区域肿瘤对垂体及垂体柄的损害更直接，因此这是该区病变丘脑下部症状发生率更高的原因。

二、丘脑下部症状的临床意义：上述丘脑下部症状是通过临床的小结，今后又如何把丘脑下部症状指导临床实践，这是很细致的问题。尽管这些部位的病变多数要通过特殊检查才能最后确诊，然而仔细分析丘脑下部症状与某些疾病之间的关系是属于一般性还是特殊性，多发性还是偶发性，这对指导临床结合必要的特殊检查作出正确诊断很有意义。结合本组病例和有关资料<sup>(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)</sup>提出如下看法：

本组病例所表现的症状比较多见的是性功能减退，多饮多尿，肥胖和嗜睡。前三种都属于内分泌紊乱的表现，我们观察：鞍区肿瘤尤其是垂体腺瘤性功能减退多见（本组10例），实为最早发症状，但往往不是主诉症状。如为女性，表现为月经最先停止。肥胖多为全身性即Cushing综合症，在蝶鞍及第三脑室区肿瘤均可见到，然而多见的还是垂体腺瘤。丘脑下部的肿瘤肥胖者少见。本组13例肥胖患者中，垂体腺瘤5例，颅咽管瘤4例，第三脑室内肿瘤1例，鞍上胶质瘤1例，松果体区肿瘤1例，丘脑肿瘤1例。肥胖同时伴有性功能低下即所谓丘脑下部脂肪蓄积，也称Frohlich综合症，即性器官萎缩性肥胖症。颅咽管瘤多见于这一类型。颅咽管瘤多见于儿童和青年，其内分泌紊乱的类型应由其病变位置来决定。颅咽管瘤表现肥胖且同时有生殖器官发育不良这一特点较为普遍。可想而知儿童或青年该部位的其他类型肿瘤如鞍上、第三脑室前部肿瘤也可能有这种症状发生。

多饮多尿常是由于鞍上或第三脑室区肿瘤直接或间接影响到丘脑下部的视上核或室旁核，尤其是视上核或是丘脑下部视上区。本组有多饮多尿症状者成人7例，儿童7例。儿童的症状都较成人显著。多饮多尿的形式有的表现为频渴而昼夜饮水总量并不特多，一般在5000毫升左右，但有的频渴症状突出，饮水总量也很惊人，笔者遇得1例5岁

第三脑室内囊皮样囊肿的患儿昼夜饮水总量达7500~8000毫升。口渴现象认为是肿瘤导致丘脑下部的口渴中枢紊乱，口渴中枢受刺激出现多饮多尿，一旦口渴中枢破坏，则没有口渴症状。

嗜睡是丘脑下部后部损害的症状之一，与性功能低下、多饮多尿、肥胖相比较、对诊断蝶鞍及第三脑室区肿瘤的临床意义较少，因为任何原因的颅内压增高，如外伤、炎症、肿瘤等都可早期出现意识改变而嗜睡。只不过说，该部位的肿瘤更容易出现，因此单凭这一点作为诊断这部肿瘤的特有症状看来是不合适的。只有结合病史把嗜睡与全身性肥胖或尿崩结合起来对该区肿瘤诊断才有较大参考价值。

本组肿瘤中还表现有全身发育障碍及性腺发育障碍，后者表现为性早熟或性功能停顿或迟缓，第二性征的变化等。本组资料主要见于颅咽管瘤、第三脑室肿瘤、及鞍上异位的松果体瘤。松果体瘤与性腺关系极为密切，成人与儿童有二种不同的形式，儿童出现性早熟，成人则为性功能迟缓或停顿，本组各有1例。

肢端肥大主要表现于垂体腺瘤，是一种垂体分泌过剩的内分泌疾病。可同时伴有其他内分泌紊乱，如疲倦、关节疼痛、无性欲、毛发脱落等。本组中有3例上述症状突出，3例中有1例出现糖代谢障碍，有2例24小时尿中17羟类固醇、17酮类固醇降低。

肢端肥大的病例中有的皮肤呈灰黄色或苍白的外观，眼的周围有皱纹，外侧眉毛脱落、且无头发生长。这些细微的临床现象是由于垂体前叶产生促生殖腺激素及促生长激素的细胞开始死亡的表现。无论是有分泌活动或无分泌活动的垂体肿瘤，病程晚期都有可能导致脑下垂体功能衰竭。

## 参 考 文 献

1. 王忠诚主编：《神经外科学（二）颅内肿瘤》，第一版，275—312页，人民卫生出版社，北京，1979

# 贲门癌的术前放疗

河北医学院第四医院

放疗科 万 钧 朱孝贞 冯 诚 朱新湛  
胸外科 平育敏 严嘉顺

现已知，胃癌患者行术前放疗可以增加切除率，对中晚期胃癌患者提高5年生存率，而手术的难度及术后并发症并不增加。贲门在解剖上属于胃，按理贲门癌术前放疗理应取得与胃癌相似的效果。但实际上如何，临床报道少见。本文拟对贲门癌患者的术前放疗加手术与单纯手术的结果进行对比，以期评价贲门癌术前放疗的作用。

## 资料和方法

河北医学院第四医院放疗科和胸外科，自1982年4月至1983年9月，共治疗贲门癌118例，其中7例原诊断为贲门癌，术后证实为食管下段鳞状细胞癌，另1例单纯手术组病人，入院后两次食管镜检查，均不能证实贲门部病变而出院，以上3例均已除外，其余110例做为本组分析的资料。

此110例临床诊断为贲门癌的患者，用双盲法随机抽样分为两组，计术前放疗加手术组（下简称术前放疗组）56例，单纯手术组54例。参加抽签病人的条件是由胸外科医师检查，确认为贲门癌而无明显禁忌症可行手术者。本组110例中，1例于治疗后生存1年零6个月后失访，按生存1年后死亡计，全组随访率为99.1%。

性别：术前放疗组：男48例，女8例；单纯手术组：男50例，女4例。

年龄分布情况见表1。

2. 武汉医学院第二附属医院外科：颅脑损伤，第一版，68—86，上海人民出版社，1975
3. 上海第一医学院华山医院等编：实用神经病学，第一版723—727页，上海科技出版社，1978
4. Fahlbusch R. et al: Endocrine disorders associated with intracranial tumours, In: Vinken P. J. (Ed), Tumours of the brain and skull, Vol. 16 PP 341—356, New York, 1974
5. Walton J. N: Syndromes of the Hypothalamus in the Brains Diseases of the nervous system PP 1078, New York, Toronto 1977
6. Laws E. R. et al: J. Neurosurg 50 (4): 454 1979
7. Montgomery D. A. D et al: Medical and surgical endocrinology, PP 13—48, London 1975
8. 袁先厚等：中华神经精神科杂志，11:19, 1983

表1 患者年龄分布情况

	~39	40~49	50~59	60~69	总
术前放疗	男 3	11	22	12	48
	女		7	1	8
单纯手术	男 3	9	21	17	50
	女	2	2		4

术前放疗的方法：在X线钡餐透视下定出肿瘤部位，采用钴60前后两野相对照射，射野常用10×10cm，肿瘤总量掌握在3.5周内给35GY。放疗结束后休息2—4周行开胸探查术。

手术情况见表2。

表2 两组患者手术情况

	瘤切除	单纯探查	转流	未手术	总
术前放疗	41	7	1	7	56
单纯手术	43	9	2	54	

在未手术的9例中，因病人一般情况差不宜手术者4例（术前放疗组3例，单纯手术组1例）；家属或病人惧怕手术2例（术前放疗组）；2例术前放疗组患者，放疗前无锁上淋巴结肿大，但于术前被证实锁上淋巴转移；术前B型超声检查诊断有肝转移者1例（单纯手术组）。

## 结 果

肿瘤切除率：全组110例中，行手术探查者共101例。肿瘤切除率在术前放疗组为83.7%（41/56），单纯手术组82.7%（43/52），两组近似。

1. Laws E. R. et al: J. Neurosurg 50 (4): 454 1979
2. Montgomery D. A. D et al: Medical and surgical endocrinology, PP 13—48, London 1975
3. 袁先厚等：中华神经精神科杂志，11:19, 1983

（本文承蒙蒋先惠教授修改特此致谢）。