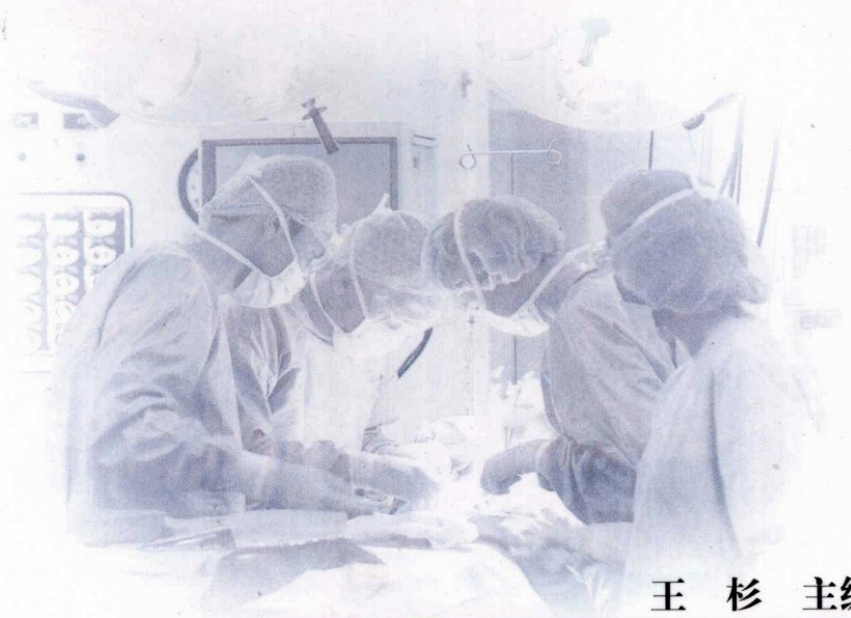




王 杉 主编

WAIKE YINAN BINGLI JINGCUI

外 科

疑难病例精粹

新华书店
PDG



北京大学医学出版社

外科疑难病例精粹

主 编 王 杉

副主编 田 伟 张彦芳

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 俊 王 杉 王晓峰

田 伟 孙永华 陈 彧

张彦芳 鲍圣德

秘 书 周 静

北京大学医学出版社

新华书店
PDG

图书在版编目 (CIP) 数据

外科疑难病例精粹/王杉主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2008. 1

ISBN 978-7-81116-151-9

I. 外… II. 王… III. 外科—疑难病—诊疗 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 181984 号

外科疑难病例精粹

主 编: 王 杉

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 赵 曼 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/32

印张: 27.5 字数: 801 千字

版 次: 2008 年 2 月第 1 版 2008 年 2 月第 1 次印刷 印数: 1 - 4000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-151-9

定 价: 99.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编写人员 (按姓氏笔画排序)

北京大学第一医院

田孝东 万远廉 王东民 刘荫华 张彦芳 杨尹默 汪欣
陈焕年 陕飞 黄庭庭 鲍圣德

北京大学人民医院

尹慕军 王杉 王俊 王秋生 王晓峰 王福顺 叶雄俊
叶颖江 白文俊 刘军 刘刚 刘隆 刘士军 刘彦国
安友仲 曲星珂 朱继业 许克新 许清泉 张小明 张学民
张晓鹏 李伟 李运 李剑锋 李清 李清乐 杨帆
杨波 杨晓东 杨德启 陈或 陈国强 周静 季勇
金滨 姜冠朝 赵鸿 赵辉 徐涛 梁斌 黄晓波
彭吉润 焦洋 程西奎 董雷 廉波 熊六林

北京大学第三医院

修典荣 姚宏伟

北京大学第四临床医学院 (北极积水潭医院)

于东宁 毛玉江 田伟 田文 刘波 刘兴华 孙林
孙永华 朱以明 吴新宝 张波 张辉 张自琴 张伯松
张国安 张普柱 李庭 李莹 李文东 苏永刚 贡小英
陈欣 武勇 赵春鹏 高志强 曹奇勇 黄雷 龚晓峰
蒋协远 覃凤钧 解亦斌 蔺锡侯

目 录

一、神经外科	(1)
病例 1 颈胸部麻木 10 年, 疼痛 4 年	(3)
病例 2 左上肢活动不利 7 个月	(10)
病例 3 间断腹痛 3 个月, 头晕、视物成双 2 个月	(18)
病例 4 第二性征发育及情绪烦躁 15 个月	(24)
病例 5 产后头痛, 精神差 6 个月	(32)
二、胸外科	(39)
病例 6 进行性气促 10 余年	(41)
病例 7 进行性呼吸困难 10 个月, 明显加重 1 个月	(50)
病例 8 左肩背部持续性疼痛 2 个月, CT 发现左肺 尖部占位 1 月余	(56)
病例 9 咳嗽、咳痰 1 个月, 胸片发现右肺占位半个月	(64)
病例 10 刺激性咳嗽 3 个月, CT 检查发现右肺占位 2 个月	(71)
病例 11 间断咳嗽 7 个月, 加重 3 个月, 胸部 CT 检查发现双侧肺 门占位及纵隔多发肿大淋巴结 1 月余	(78)
病例 12 全身乏力 2 个月, 查体发现双肺多发结节 2 周	(85)
病例 13 四肢无力进行性加重 40 余天, CT 发现双侧胸膜病变、纵 隔肿瘤 10 余天, 吞咽困难 10 天	(91)
病例 14 胸闷 3 个月, CT 发现前纵隔囊实性占位半个月 ...	(100)
病例 15 右上肢无力 1 年 3 个月, 加重伴眼睑有时下垂 3 个月, 发 现前纵隔占位 1 个月	(107)
三、心脏外科	(113)
病例 16 发现心脏杂音 17 年	(115)
病例 17 发现心前区杂音 3 年, 活动后气促、紫绀 1 年半 ...	(122)
病例 18 劳累后气促 7 年, 加重伴夜间不能平卧 1 个月	(129)

病例 19	渐进性乏力 10 余年,加重伴呼吸困难 4 个月	(137)
病例 20	发作性胸前区疼痛 5 个月,加重半个月	(144)
病例 21	劳累时胸闷半年,突发胸前区疼痛 2 小时	(153)
病例 22	突发胸前区疼痛 4 个月,活动后心悸、胸闷 2 个月	(161)
病例 23	胸前区及后背突发撕裂样疼痛 6 小时	(169)
四、普通外科		(177)
病例 24	发现右乳肿物 5 个月	(179)
病例 25	左乳头血性溢液 40 天	(191)
病例 26	右乳癌术后 9 年,发现左乳肿物,伴不能直立行走半个月	(197)
病例 27	周身骨痛 1 年,加重半年	(204)
病例 28	双下肢出现皮肤瘀斑伴乏力、头晕 1 个月,发热 3 周	(213)
病例 29	反酸、烧心 1 月余,胃镜发现胃窦肿物 1 个月	(224)
病例 30	呕吐隔日宿食反复发作 3 月余	(234)
病例 31	上腹部胀痛 12 年,伴寒战、发热、皮肤巩膜黄染间断发作 6 年,再次发作 1 周	(241)
病例 32	十二指肠乳头癌行胰十二指肠切除术后 2 年,间断黑便 9 个月,加重伴便血 4 天	(248)
病例 33	间断左侧腹痛 3 月余	(257)
病例 34	纳差、上腹痛 1 周,恶心、呕吐 1 天	(268)
病例 35	大便习惯改变 2 年,结肠镜发现乙状结肠肿物 1 周	(277)
病例 36	第二胎妊娠 28 周,突发下腹部疼痛 7 小时	(288)
病例 37	腹痛、腹胀伴排气、排便减少 1 周	(295)
病例 38	黏液便 2 月余,血便伴顽固性高热 1 个月	(301)
病例 39	右上腹胀痛伴纳差、乏力 1 个月	(310)
病例 40	原位肝移植术后 3 个月,间断皮肤、巩膜黄染 1 个月	(318)
病例 41	黑便	(328)

病例 42	顽固性便血 4 年	(334)
病例 43	阵发性上腹痛 3 月余, CT 发现胰腺肿物 2 天	(339)
病例 44	发现腹部包块 40 天.....	(347)
病例 45	厌食伴体重减轻 2 个月, 左上腹痛 20 天, 午后低热 1 周	(359)
病例 46	剧烈腹痛伴呕吐、腹泻 5 天, 血便 2 次	(366)
病例 47	腹痛 10 天, 黑便 5 天.....	(377)
病例 48	间断黑便 2 年余, 加重伴呕血 1 周	(385)
病例 49	反酸、烧心 2 年, 伴进食哽噎 2 个月	(391)
病例 50	反复发作性右上腹痛 4 年余, 加重 1 个月	(399)
病例 51	发现胆囊结石 10 年, 间歇性右上腹痛 5 年, 脐周痛伴停止排便 7 天	(407)
病例 52	反复左下腹痛 3 个月, 加重伴便血 6 天	(413)
病例 53	偶发进食不适, 胃镜发现十二指肠球部肿物 1 年	(420)
病例 54	记忆力下降、失语 6 周, 右侧肢体麻木、 牙龈出血 3 周, 癫痫 1 天	(427)
病例 55	剧烈活动后左下肢乏力 4 月余, 加重伴发凉 1 个月	(435)
病例 56	剧烈心前区疼痛 50 分钟.....	(446)
五、泌尿外科		(459)
病例 57	间断左腰部酸胀 2 年, B 超发现左肾积水 2 周	(461)
病例 58	右侧腰部胀痛不适 1 月余, B 超发现右肾积水 1 个月	(473)
病例 59	右腰部摔伤后疼痛 1 天	(482)
病例 60	被倒塌墙壁砸伤后不能站立和排尿 2 小时	(490)
病例 61	骨盆骨折、尿道会师牵引术后 1 年, 进行性排尿困难 10 月余	(500)
病例 62	尿频、尿痛 2 年余, 加重 5 个月	(510)
病例 63	体检发现右肾结石 1 个月	(518)
病例 64	体检发现左肾结石 10 天.....	(524)

病例 65	右侧腰部胀痛半年, 无痛性肉眼血尿伴低热 1 个月	(530)
病例 66	间歇全程无痛肉眼血尿 5 个月	(538)
病例 67	间歇性无痛性全程肉眼血尿 2 年	(547)
病例 68	反复无痛性全程肉眼血尿伴尿频、尿急 3 个月	(557)
病例 69	全程肉眼血尿 3 天	(565)
病例 70	终末肉眼血尿 3 个月	(573)
病例 71	左阴囊肿大 1 年余	(583)
病例 72	尿频 7 年, 进行性排尿困难 6 个月, 不能自行排尿 5 天	(590)
病例 73	溢尿 9 年, 膀胱颈悬吊术后 5 年, 症状复发 1 年	(601)
病例 74	发现血压升高 10 余年, 发现低血钾 3 年	(613)
病例 75	阵发性心悸, 伴头痛、冷汗、大汗 10 年, 偶然发现左上腹部肿物 1 月余	(621)
病例 76	阴茎不能勃起 5 年	(631)
病例 77	肾移植术后 3 年, 间断无痛肉眼血尿 20 天	(640)
病例 78	肾移植后 7 个月, 伴重度贫血 3 个月	(649)
六、烧伤		(659)
病例 79	大面积烧伤合并 ARDS 的救治	(661)
病例 80	大面积烧伤后期急性肾衰竭的治疗	(665)
病例 81	严重烧伤合并多脏器功能损伤病例的救治	(669)
病例 82	严重烧伤合并吸入性损伤、中毒的休克期治疗	(673)
病例 83	特殊原因烧伤治疗的思考	(679)
七、骨科		(689)
病例 84	计算机导航下齿状突内螺钉固定治疗前路齿状突骨折	(691)
病例 85	极外侧腰椎间盘突出	(694)
病例 86	腰椎后凸畸形截骨矫形	(700)
病例 87	粉碎性肱骨髁间骨折	(708)
病例 88	肱骨远端前方骨折	(713)
病例 89	肘关节损伤三联征	(718)

病例 90	Essex-Lopresti 损伤	(725)
病例 91	桡骨远端骨折切开复位钢板螺丝钉内固定术	(733)
病例 92	改良的 Sauve-Kapandji 手术治疗下尺桡关节陈旧性脱位	(741)
病例 93	舟骨骨折 A-O 空心钉内固定术	(747)
病例 94	加空心钉治疗特殊类型的股骨颈骨折	(756)
病例 95	股骨颈骨折: 闭合或切开复位, 空心钉内固定	(762)
病例 96	股骨颈骨折: 闭合或切开复位, 光电导航系统辅助 空心钉内固定	(769)
病例 97	粗隆间骨折 PFN 内固定.....	(776)
病例 98	股骨干骨折感染性不愈合	(779)
病例 99	开放植骨治疗胫骨感染性骨折不愈合	(787)
病例 100	距骨骨折.....	(796)
病例 101	陈旧跟骨骨折.....	(805)
病例 102	跟骨骨折.....	(811)
病例 103	骨盆骨折.....	(815)
病例 104	髌臼骨折.....	(823)
病例 105	骨盆骨折伴股骨干骨折.....	(833)
病例 106	肱骨近端骨折.....	(841)
病例 107	创伤后复发性肩关节前脱位.....	(849)
病例 108	右膝前交叉韧带损伤, 内侧半月板损伤.....	(857)

— 神经外科

病例 1 颈胸部麻木 10 年，疼痛 4 年 /3

病例 2 左上下肢活动不利 7 个月 /10

病例 3 间断腹痛 3 个月，头晕、视物成双 2 个月 /18

病例 4 第二性征发育及情绪烦躁 15 个月 /24

病例 5 产后头痛，精神差 6 个月 /32

病例 1 颈胸部麻木 10 年，疼痛 4 年

张彦芳 鲍圣德

► 病历摘要

女，42 岁。主因“颈胸部麻木 10 年，疼痛 4 年”入院。入院前 10 年无诱因出现颈胸部麻木，常在做饭时烫伤，有时被利器划伤不自知。在当地医院间断服用复方维生素 B、丹参等药物治疗无明显改善。近 4 年来出现颈部疼痛，自觉麻木等不适逐渐加重。当地医院行 X 线平片报告“脊柱侧弯、颈椎僵直”，诊断为“颈椎病”，给予中成药（药名不详）、按摩等治疗无好转。1 个月前在我院神经内科就诊，查体发现双侧 C5-T4 痛觉消失，触觉存在，双手鱼际肌萎缩，诊断为脊髓空洞症。1 周前在外院行 MRI 检查显示左侧基底节、脑干左侧、脊髓空洞症（图 1A、B、C、D）；Chiari 畸形 I 型。为进一步治疗收入我科。

患病以来无头痛、恶心及呕吐，四肢活动无障碍。既往体健，否认“抽风”、“鼻窦炎”、“中耳炎”、“高血压病”等病史。个人史和家族史无特殊。

体格检查：T 37℃，P 72 次/分，R 18 次/分，BP 130/70mmHg。体重 60 千克，身高 1.62 米。皮肤、巩膜未见黄染，全身浅表淋巴结无肿大。咽不红，扁桃体不大，甲状腺不大。颈部对称，双侧颈动脉搏动一致，未见静脉怒张。双肺呼吸音清，未闻干湿性啰音。心界无扩大，心音有力，心律整齐，心率 72 次/分。腹软，无压痛，无反跳痛，肝脾未触及。四肢关节无红肿、畸形。头颅正常，胸椎向右侧凸。神志清楚。理解力、记忆力和计算力正常。时间、人物、地点定向力正常。双眼视力正常、视野无缺损。眼底：视乳头边界清楚，色淡红；动、静脉直径比 2/3，未见出血及渗出。左侧睑裂小，眼球稍内陷；双眼球自然居中位，各方向活动充分，无复视和眼球震颤；双眼调节和辐辏运动正常。左侧瞳孔小于右侧，直径

2mm, 右侧 3mm; 双侧瞳孔正圆, 对光反应灵敏。左侧面部少汗, 痛觉下降。右侧面部痛触觉正常, 双侧颞肌、咬肌对称有力, 无肌萎缩。双侧角膜反射对称灵敏, 下颌反射无亢进。双侧额纹、鼻唇沟对称; 双眼闭目及鼓腮对称有力, 示齿、口角无偏斜。双耳听力正常, 双侧 Rinne's test (+), Weber's test 居中, 双侧 Schwabach's test 对称正常。无吞咽困难和构音不清。悬雍垂居中, 双侧软腭上抬有力对称, 咽、腭反射稍迟钝。双侧转头耸肩对称有力, 双侧胸锁乳突肌、斜方肌无萎缩。伸舌居中, 未见舌肌萎缩及肌束纤颤。双侧 C5-T4 痛觉消失, 触觉、音叉震动觉和关节位置觉正常。双手鱼际肌、双前臂尺侧和冈上肌群萎缩, 右手和前臂可见肌束纤颤。四肢肌力 V 级, 肌张力正常。双上肢指鼻试验、下肢跟膝胫试验稳准。双侧腹壁反射对称灵敏。双上肢肱二头肌反射、肱三头肌腱反射、桡尺骨膜反射、双下肢膝腱反射和跟腱反射对称。双侧掌颌反射(-), 双侧 Hoffmann 征及 Rossolimo 征(+). 双足 Babinski 征和 Chaddock 征(-)。颈无抵抗, 双 Kernig 征(-)。其他系统检查无阳性发现。

入院诊断: 脑、脊髓空洞症。

术前诊治经过: 入院后查血尿便常规及心、肺、肝、肾功能检查未见明显异常。胸部 X 线平片报告“两肺、心未见异常”。

► 病历讨论

A 医师 (神经外科医师): 本病例定位、定性诊断很明确, 是脑脊髓空洞症, 属少见病例。但临床表现与 MRI 显示的病变范围不一致。有如下特点: (1) 感觉障碍的范围小于病变长度。如果空洞在脊髓实质内, 感觉障碍的范围应与空洞长度一致。(2) 空洞很粗, 临床仅发现上肢的肌肉萎缩, 下肢无锥体束损害的表现。(3) 左侧睑裂小, 眼球内陷和瞳孔缩小属于 Horner 综合征, 应该与颈膨大损害有关。但面部感觉障碍与空洞在脑干部位的一侧, 没有交叉性表现, 不好解释。(4) 按照 Gardner 学说, 脊髓空洞应与 IV 脑室存在交通。但本病例的空洞从脊髓延伸到基底节, 却没有显示脊髓空洞与 IV 脑室的通道。所以, 本病例用 Gardner 学说难以解释。由此也

引出本病例的治疗问题。单纯枕下减压术不一定有效。空洞很长，但不能确定上下是否贯通。建议同时行枕下减压术和空洞-蛛网膜下腔分流术。

B 医师（神经外科医师）：基本同意 A 医师的意见，本病例属脑、脊髓空洞症，临床上罕见。面部感觉障碍应与同侧三叉神经脊髓束或脊髓核受累有关，所以无脑干损害应有的交叉性表现。本病例脑内空洞基本上未引起神经系统缺陷。一般来说，囊性压迫要比实性压迫轻。与脊髓髓内肿瘤相比，脊髓空洞症起病隐匿，发展缓慢，病程较长，这也是传统上进行鉴别诊断的要点。换句话说，脊髓空洞症的临床表现就是较轻，与影像学显示可以不一致。脊髓空洞症的形成因素复杂，目前还没有一种学说能够完全解释。原发性脊髓空洞症几乎都合并 Chiari 畸形或其他枕颈区畸形。Chiari 畸形分为三型，而脊髓空洞症主要见于 Chiari 畸形 I 型，合并空洞症者为 A 型，无空洞者为 B 型。所以，本病例脊髓空洞症的形成仍可能是先天性发育异常，不能单纯用脑脊液动力学说解释。病情不断发展可能与脑脊液动力有关，其原因主要是枕颈区的脑脊液循环梗阻。无论何种学说，解除枕颈区的脑脊液循环梗阻是关键，所以枕颈区减压术很重要。本病例空洞粗而长，同时行空洞-蛛网膜下腔分流术，效果可能更可靠。

C 医师（神经外科医师）：同意 B 医师的分析诊断。与其他髓内囊性病变如肠源性囊肿等相比，本病例的临床表现特别是锥体束受损的表现仍然较轻，这主要与空洞主体位于脊髓中央管有关。脊髓空洞症也称为脊髓积水空洞症，包括脊髓积水和空洞两种病理状态，临床上难以区分。有些儿童出生时即有很长的脊髓空洞症，伴有多种先天发育异常，如 Chiari 畸形、脊髓纵裂畸形等。同时临床也见到脊髓空洞增大增粗的病例，大多数病例在成年出现症状，缓慢逐渐发展。所以同意 B 医师的意见，空洞的形成和发展因素有可能不同。本病例病情逐渐加重且伴有疼痛，有手术适应证。可以行枕下减压术和空洞-蛛网膜下腔分流术。

► 手术及术后恢复情况

完善术前各项辅助检查后，于 1988 年 9 月在全麻下行枕下 C1-T2 减压和 T1-T2 空洞-蛛网膜下腔分流术，术后 1 周疼痛消失。术后 8 个月复查 MRI 示脑、脊髓空洞均明显缩小（图 2A、B、C、D）。神经系统体征无变化。

► 最后诊断

脑、脊髓空洞症。

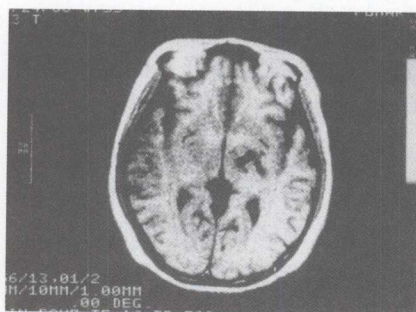


图 1 A

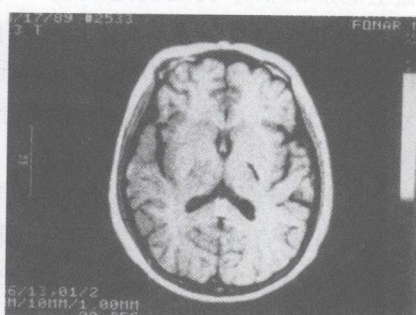


图 2 A

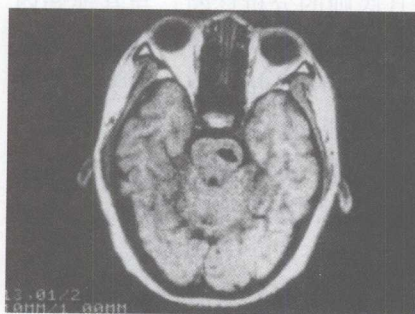


图 1 B

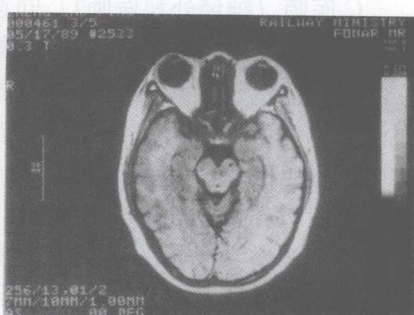


图 2 B

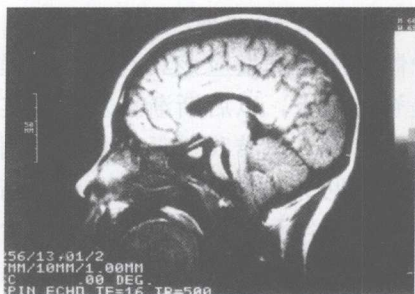


图 1 C

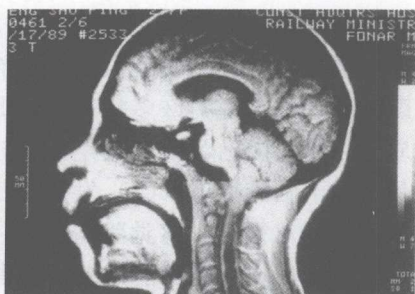


图 2 C

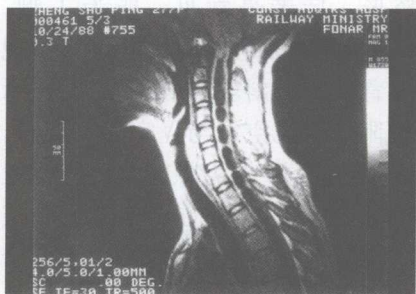


图 1 D



图 2 D

► 专家点评

脊髓空洞症分为交通性和非交通性。前者指空洞与中央管和第Ⅳ脑室相交通，这种交通在影像学资料上还不易发现，目前多指合并枕颈区畸形的患者；后者指髓内独立的空腔，多见于继发性脊髓空洞症。交通性脊髓空洞症也叫脊髓积水空洞症，包括两种病理类型。早在1827年 Oliver 就发现扩大的脊髓中央管，使用了脊髓空洞症来描述这一状态。以后，Stilling（1859）证实了幼年和成年脊椎动物的脊髓中央管终生存在。Schüppel（1865）将病理性扩大的脊髓中央管称为脊髓积水症。Simon（1875）将与中央管不连续的髓内空洞称为脊髓空洞症。到目前为止，临床还不能将存活患者的两种病理状态明确区分。

本病以节段性分布的痛温觉下降而触觉保留的分离性感觉障碍

为主要临床表现。运动障碍以手、前臂的下运动神经元麻痹为主。大多数患者的临床表现较轻，与脊髓实质内病变应该具有的表现程度很不一致。说明许多病例可能是脊髓积水，以后渐渐累及脊髓实质。目前业内已习惯脊髓空洞症这一名称。总结我科近 200 例病例具有以下临床特点：（1）发病年龄最小见于出生后 3 个月；（2）临床表现相对很轻。感觉障碍的范围均小于空洞的长度。运动障碍少于感觉障碍，仅限于前角细胞损害表现的手部肌肉不同程度的萎缩。极少数患者出现锥体束征。与此相比，创伤、脊髓血管畸形伴发的空洞比较细小，但临床表现较重。（3）基本上都合并枕颈区发育异常，如扁平颅底、Arnold-Chiari 畸形，后者最常见，皆为 I 型。MRI 显示 Arnold-Chiari 畸形 I 型的扁桃体背面在枕骨大孔区多呈现转折，嵌顿明显。II、III 型的扁桃体背面为一斜坡。（4）MRI 显示脑脊液在枕骨大孔区围绕扁桃体尖梗阻，未见空洞与 IV 室存在交通。3 例后正中孔异常，手术证实 2 例局部粘连；1 例为颗粒状淀粉样组织。（5）改善枕颈区蛛网膜下腔脑脊液循环的多种方法均能见到空洞塌陷。有的病例在术后第 2 天即可见到空洞塌陷。有的则在 3 个月后才发现空洞塌陷。

在 MRI 应用于临床以前，枕颈区畸形主要通过 X 线平片发现。对于本病常伴发的 Chiari 畸形的发生率之高认识不足。MRI 应用于临床以后，大家发现几乎所有的交通性脊髓空洞症患者都伴发 Chiari 畸形，由此带来对本病发病机理的认识和治疗观念的很大改变。Chiari 畸形又称小脑扁桃体下疝。是以小脑扁桃体延长为主的后颅窝中轴脑组织向下移位，经枕骨大孔进入颈椎管的畸形。本病分为三型：I 型，仅有小脑扁桃体下疝。II 型，小脑扁桃体和下蚓部、延髓、脑桥、IV 脑室均延长下移，末端进入椎管内。III 型，在 II 型的基础上，伴脑积水和脊膜、小脑膨出。成人以 I 型最多见，常合并脊髓空洞症。合并脊髓空洞者为 A 型；无脊髓空洞者为 B 型。II、III 型多见于婴幼儿。为什么脊髓空洞症多见于 I 型 Chiari 畸形，业内少有解释。我们推测 I 型患者更容易造成枕骨大孔区脑脊液循环的梗阻。有关脊髓空洞症发生发展的学说主要包括脑脊液动力异常学说（Gardner 水锤效应学说；Ball 和 Dayan 血管周围间隙