

人民军医出版社

[美] E · 拉赫曼 主编

临床病案解剖分析

LINCHUANGBINGAN
JIEPOUFENXI

R361.1

LHM 0.3
~~0.2~~

017668

90597

临床病案解剖分析

LINCHUANG BINGAN JIEPO FENXI

〔美〕E·拉赫曼 主编

李向坤 译

徐世豪 校



2160200

人民军医出版社

1985年·北京

214669 197

内 容 提 要

本书是美国著名病理解剖学教授E·拉赫曼根据自己的实践经验主编的一本病案讨论集,由牛津大学出版,在世界几十个国家发行,颇受读者欢迎。全书共七章约30万字,共收集典型病案50例,包括内、外、小儿、妇产各科。每一案例内容均包括病史介绍,检查所见,疾病诊断,治疗经过及讨论等部分,而侧重于从解剖学的角度对病因、病理进行分析。内容别具一格,论述有独到之处,科学性很强,对许多教课书中悬而未决的问题都作了较为肯定的回答,对临床工作有很大的实用性和借鉴作用。

本书适合临床各科医生、医学院校师生及法医工作者。

临床病案解剖分析

[美] E·拉赫曼主编

李向坤 译

责任编辑:罗子铭

人民军医出版社出版

(北京复兴路22号甲3号)

天水新华印刷厂印刷

新华书店北京发所发行

开本850×1168毫米^{1/32} 印张10.25 252千字

1986年1月第1版 1986年1月(天水)第1次印刷

印数1——14,800

统一书号:14281·032 定价:2.40元

前 言

《临床病案解剖分析》是美国Oklahoma大学医学院已故解剖、放射学会董事，解剖学，放射学家，伟大的医学教育家，著名教授Ernest Lachman博士主编，Oklahoma大学医学院解剖学教授Kemeth K Faulkner博士合编的一本书。由牛津大学出版。自1965年以来，先后再版三次，发行几十个国家。本译文是根据E·Lachman博士生前最后一次修订印发的版本翻译的。

第三版本在第二版本的基础上对全书进行了较大的修改，增添了8个新的病例分析和十二个反射的周围解剖。全书共分七章，前六章依次为头与颈，体壁和背部，胸腔脏器，上肢，下肢，共列举了50个有代表性的病例分析。每一病例分析的结构基本上遵循病史介绍，检查所见，疾病诊断，治疗进展和讨论的形式进行。文体简练，主题突出，有问有答。基本上回答了医疗实践和学习中遇到的各专科有关解剖领域里的问题。阐述的观点科学性强，对许多教课书中悬而未决的议题都作了较为肯定的回答。内容也别具一格。病史十分典型，对临床工作者借鉴有很大的实用性。许多题材在国内尚未见文献叙述。多数病例都有许多独到的见解，尤其是第9绞刑解剖，第27胃下垂，第35阴道痉挛，第40锁骨下盗血综合症，更富特色，字里行间包孕着作者对美国解剖学领域所做的巨大贡献。对我们医疗实践活动有指导、借鉴意义。

第七章所精选的十二个常见反射的周围解剖学研究，多数是作者亲自研究或验证后的结晶，对初学者，乃至从事多年医疗工作

的人员也有着十分重要的参考价值。

本书的生命力就在于它的宗旨是着重解决学习、工作中所出现的具体问题，当然，观点新颖，科学性强也贯穿本书始终。它既可帮助初学者深入理解、融合贯通基础学科的知识，增强学习的兴趣，又能解决进入临床工作后，对因忘记基础知识所遇到的困难。如果把学校里学习诊断学作为基础课转向临床课学习的“桥梁”，那么，本书可以比拟为由学校走向临床实践的“桥梁”。

本书的校对，得到了解放军进修学院创伤中心主任徐世豪老师的大力支持，在此表示衷心感谢。

由于译者水平有限，难免有许多缺点错误，敬请广大读者正之。

译者

1984.12.于兰州

目 录

第一章：头与颈	(1)
第1例：面神经麻痹 (Bell氏瘫痪)	(1)
第2例：三叉神经痛.....	(4)
第3例：海绵窦血栓.....	(14)
第4例：唇癌的淋巴扩散.....	(21)
第5例：双侧下颌骨脱位.....	(29)
第6例：颞颌关节类风湿性关节炎.....	(35)
第7例：下颌骨骨折.....	(39)
第8例：气管造口术.....	(44)
第9例：绞刑解剖.....	(52)
第10例：斜颈.....	(59)
第11例：颈部撞击损伤.....	(64)
第二章：体壁和背部	(72)
第12例：乳腺癌.....	(72)
第13例：间接腹股沟斜疝.....	(78)
第14例：椎间盘脱出.....	(85)
第15例：腰椎穿刺.....	(89)
第16例：腰大肌脓肿.....	(96)
第三章：胸腔脏器	(104)
第17例：肺段脓肿.....	(104)
第18例：中叶综合症.....	(107)
第19例：肺癌转移.....	(113)
第20例：纵膈胸膜炎.....	(120)
第21例：心绞痛.....	(125)
第22例：心肌梗塞.....	(128)
第23例：主动脉狭窄.....	(134)

0275708/1986/8/15/2.40

第24例: 上腔静脉阻塞	(141)
第25例: 食道癌	(147)
第四章: 腹部和盆腔脏器	(153)
第26例: 胆绞痛——胆囊切除术	(153)
第27例: 胃下垂	(159)
第28例: 胃溃疡穿孔	(165)
第29例: 十二指肠系膜动脉阻塞	(171)
第30例: 肝脓肿合并破裂入肺	(178)
第31例: 阑尾炎	(184)
第32例: 由于肾血管畸形而致的肾盂积水	(189)
第33例: 子宫脱垂	(193)
第34例: 输精管切除术	(198)
第35例: 阴道痉挛	(204)
第36例: 男性淋病的解剖	(211)
第37例: 女性淋病的解剖	(222)
第五章: 上肢	(232)
第38例: 锁骨骨折	(232)
第39例: 颈肋综合症	(237)
第40例: 锁骨下盗血综合症	(241)
第41例: 上肢动脉栓塞	(247)
第42例: 静脉注射	(251)
第43例: 腱鞘和鱼际间隙感染	(258)
第44例: 腕管综合症	(262)
第六章: 下肢	(271)
第45例: 臀内注射	(271)
第46例: 股骨囊内骨折	(276)
第47例: 膝关节不适三联症	(286)
第48例: 髌骨分离和腓肠豆	(292)
第49例: 胫前综合症	(297)
第50例: 扁平足	(301)
附录: 精选的12个内脏反射的外周解剖	(310)

第一章 头与颈

第1例：面神经麻痹(Bell氏瘫痪)

Facial Paralysis

一个36岁的女图书管理员，开着窗子，在冷风吹朔的窗口熟睡了一夜，早晨，她醒来后感到耳部及其周围痛疼，感到右侧脸部麻木，肿胀，起床后，她发现自己的脸部歪斜并变形，右眼不能关闭。说话、吃饭、喝水也有些困难。食物似乎滞留在牙齿与右颊之间。虽然肿胀不十分厉害，但她试着吞咽唾液和饮水时，却从右口角流出。这时她完全明白自己患了病，立即去找内科大夫医治。

检查

检查患者发现右侧脸部运动丧失，肌张力消失。右侧全部额纹消失，右侧的鼻唇沟明显的比右侧变浅。右眼眉下垂，右下眼睑下垂，眼泪流到脸颊部。鼻子和嘴好象被拉向健侧，右口角下垂。

进一步检查发现，面部运动障碍，当让患者皱眉时，右侧皱眉运动消失；患者试图闭眼时，右眼不能完全关闭，不能紧闭嘴唇，不能吹口哨和鼓腮。要求患者寒齿时，仅仅健侧牙齿可以显露，而且嘴唇被拉向健侧。说话时，面部歪斜变得更加显著和明显。

诊断

这个患者的全部症状和体征所表现的疾病被诊断为面神经麻痹或Bell氏瘫痪。(后者是永久性的名字,用来纪念Charles Bell。他是英国解剖学家和外科医生,在1821年首次描述了这个疾病)。

治疗和进展过程

用止痛剂,皮质激素和局部热敷治疗,痛疼即行消失。后期应用电刺激受累肌肉,局部按摩和主动锻炼方法施治,患者在5周以后几乎完全康复,并且验证了早先的麻痹,特别是周围的麻痹。

讨 论

真正的外因还不知道,但可以推断面神经麻痹是由于面神经管发炎引起的。回忆面神经在颞骨岩部的走行,在那里,甚至神经轻微的肿胀就使它紧紧的贴在周围骨上,从而使神经受到破坏性挤压。那根神经从颅骨穿出呢?面神经管下端的开口的名字是什么呢?这个孔也是供应面神经管内神经营养动脉穿入的位置吗?一些作者认为神经的损伤是由于动脉受寒,压迫神经造成损伤。然而,这条动脉是哪个动脉的分支呢?面神经是从颅骨茎乳孔出颅的,这个孔是茎突乳突动脉穿入的位置,茎突乳突动脉是颌外动脉的一个分支。

麻痹对面肌的影响

出现在这个病历的运动缺陷,可作为对由第七对颅神经支配的面部肌肉作用的范例。这些肌肉习惯上被归类于头部模仿肌或面部表情肌,并且负责面部自发性运动和面部表情。你如何叙述在面神经麻痹时,固定的面沟和额头皱纹消失呢?必须认识到皮肤上正常的一些沟纹,如额头上的额纹和眼周围的放射状波纹。随着面肌瘫痪,在前额形成正常横纹的额肌,或形成鸦爪纹的环

形眼肌（这些肌肉一端附着于皮肤）的张力丧失并且沟纹消失。

哪块肌肉瘫痪可引起右眼关闭无力和引起下眼睑下垂呢？形态的缺陷产生了面神经麻痹最严重的并发症，即：角膜和结膜发炎，也可以造成溃疡，象本病例表现的那样。下眼睑下垂导致本身外翻，眼泪外溢。眼泪正常情况从什么地方排泄呢？哪块肌肉使眼睁开呢？面瘫时它受到影响吗？眼轮匝肌，当其保持角膜湿润和清洁的眨眼运动功能受到影响时，它的瘫痪有时可引起眼部严重的并发症。眼泪正常情况通过泪点、泪小管到泪囊，然后从这儿经由鼻泪管至鼻腔。担负开眼的肌肉是提上睑肌，它的躯体肌部分是由不受影响的动眼神经支配，而它的另一部分（内脏部分，即平滑肌）是由从颈上神经节发出的交感神经纤维支配。

主要是因哪块肌肉瘫痪才引起食物滞留在颊与牙齿之间和不能吹口哨呢？颊肌具有维持颊部张力和保持食物通过颊部与牙齿之间的功能，它也能防止颊粘膜在咀嚼运动时隔于牙齿之间。

受影响一侧紧闭嘴唇和寒齿能力的消失是由于口轮匝肌瘫痪而引起，口轮匝肌通过它的部分或整体活动既能在撅嘴时突唇，又能拉唇压齿。

微笑和说话模仿表情的消失是由许多面部小肌肉，象颧肌、笑肌、鼻肌和提唇肌功能丧失而引起的，这些肌肉都位于浅层皮下组织部位，无肌肉筋膜，并且附着到皮肤上。它们的瘫痪就是前边提及的Bell瘫痪的特征，即：在瘫痪时，象喜怒忧思悲惊恐等情感表露消失。

头部肌肉（项和枕）和耳部外表肌肉的受累情况，如同茎突舌骨肌和二腹肌后腹一样难以确定。

在面神经麻痹中，耳的症状和味觉的消失：

偶尔，蹬骨肌也可瘫痪。能举出有害因素作用的部位吗？如果面神经在面神经管里受损，（面神经到蹬骨肌的神经分支的中心起点就在面神经管里）那么，这种瘫痪即可出现。因为蹬骨肌

具有通过敲打蹬骨蹬来限制听小骨振动的功能，然而什么因素能引起这块肌肉麻痹呢？提高听力敏感度伴随的结果，的确能引起患者烦躁不安。

你如何解释耳和耳周围疼痛及面部麻木感呢？面神经含有何种普通躯体感觉传入纤维呢？它们的胞体位于哪个神经节？膝状神经节含有这些躯体感觉纤维的细胞体。在面神经麻痹中，纤维从耳部传递疼痛信息的外部过程有时还不清楚。可能有两种途径：其一是从面神经管最下段的面神经到迷走神经的耳支，然后再到外耳的传递途径；其二是，经由与面神经耳后支运动纤维伴行的感觉纤维传递的途径。面神经是否含有传递面部深感觉，包括深部疼痛的纤维，目前还有争议。

因为内脏传出冲动象传入冲动一样，通常利用鼓索传递，（也可以借助其它途径传递），所以，临床上缺乏鼓索受累肯定的体征对确定鼓索起点以下损伤的部位没有什么帮助。这使得常常难以确定病例是否存在鼓索损伤。如果鼓索受累，味觉冲动的传导通道中断。然而，舌的那些主要的部位味觉消失呢？回答：在受累侧舌的前2/3味觉消失。

第2例：三叉神经痛

Trigeminal Neuralgia

患者，女性，60岁，患有逐年加重的右下睑、右鼻、颊和右上唇严重的发作性灼样刺痛。起初，这种疼痛发作仅持续数秒钟，但患者似乎难以忍受，以至于需要立即治疗。患者主诉：开始发作的疼痛其强度，范围（仅感到鼻侧疼痛）发作的频率都比目前要轻，要小，要少。发作间歇为4个月，但后来，疼痛愈来愈剧烈，且次数增多。她的几颗上牙已被拔除，并做了上颌窦引流术，

但也未好转，咀嚼、喝水、洗脸、擦脸或捏鼻子都能引起疼痛发作。轻触鼻侧同样能激惹疼痛发作。患者尽力保护面部不受碰触并用围巾防止冷风吹塑。奇怪的是，发作时，疼痛始终局限在右侧并从不超越中线。

检查

在检查时，可看到患者面部有抽搐样畏缩变形的损害，由于吃饭喝水困难，患者体重下降了15磅并且出现了脱水。神经系统检查，可发现运动功能没有丧失，由三叉神经传导的任一感觉通道均不受影响。其它的颅神经功能检查也均为阴性。除患者出现的痛苦和焦虑外，生理检查没有明显改变。

诊断

三叉神经上颌支神经痛 (tic douloureux)

治疗与进展过程

患者接受了镇静剂和止痛剂治疗。除此之外，也试用了几种被称为治疗三叉神经痛的特效药。这些药包括抗癫痫药和维生素B₁、B₂。患者定期医治，但治疗仅收到暂时缓解的效果。因为疼痛经久不消，她要求手术治疗。在局麻下，用95%的酒精1ml注射到翼腭窝三叉神经上颌支出园孔处的附近。

注射后15个月，患者疼痛发作完全缓解。患者感到体重增加，十分舒适，但是，在上颌神经支分布区有令人讨厌的麻木和感觉异常（刺痛和烧灼）（见图1和图2）。

在酒精注射1年半后，患者两次出现剧烈的发作性疼痛。在翼腭窝，用酒精对上颌神经支做了第二次封闭。这次疼痛消失期仅为8个月左右。所以，采用了更激进的方法，即，切断了三叉神经节以后三叉神经的感觉根（神经根切断术）。

可选择三叉神经感觉根临时性硬脑膜外处理的方法。患者取坐位于椅子上，或相似的牙科座椅上，头保持垂直，气管内常规麻醉。垂直切开外耳道前壁并向上延长到颧弓。颧筋膜和其下的颧

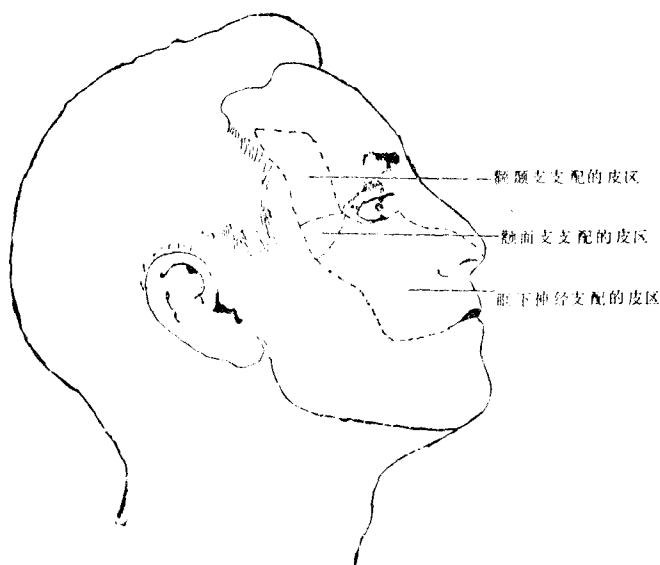


图1 由三叉神经上颌支支配的皮肤区域

肌被切断，牵开。用钻锥，钻开颞骨鳞部并使之扩大到直径为4 cm。用纯器将硬脑膜从岩骨前斜面和中颅窝板上分离开来。切断，凝固并结扎位于棘孔中央的脑膜中动脉。进一步分离硬脑膜，在三叉神经进入卵圆孔部位，暴露三叉神经下颌支。卵圆孔位于棘孔的前正中。沿着下颌支（ V_3 ）的后缘，术者可看到三叉（半月）神经节，离开三叉神经节的后中上方向就是三叉神经的感觉根。切开神经节和神经根的硬脑膜及蛛网膜套。打开这些结构周围的蛛网膜下腔，可使脑脊液流出。吸出脑脊液直到视野区变干为至，术者可小心地切断三叉神经第二、第三支的感觉纤

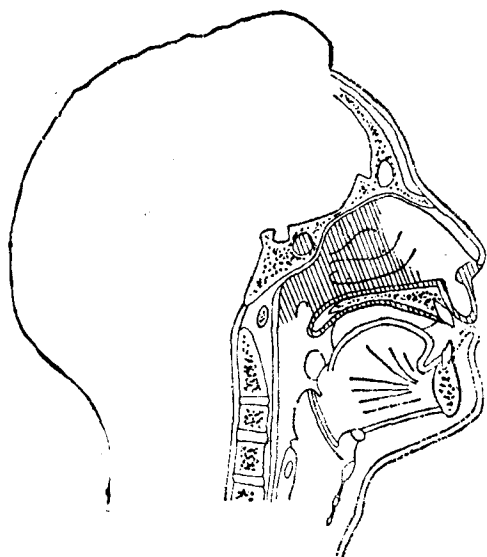


图2 由三叉神经上颌支配的粘膜区域

注意：在注射或手术治疗后，麻木区由于三叉神经其它支或其它的颅神经或颈神经的重迭支配，有时会更小一些。

维，但不是第一支的感觉纤维。因为这些支位于界线清楚的神经根后部位置，所以，这可能就是感觉根的次全切除。这一部分占据了神经节后部约 1~0.5cm，但不包含眼支的感觉纤维和下颌神经支的运动支（图3），眼支的感觉纤维位于三叉神经感觉根的中上部。偶尔，它们被裂隙分为两支纤维，这个过程使得选择更容易进行。脑神经运动根能通过本身不太透明的征象及走行方向，特别是本身位置较深来与感觉根相区别。运动根是 45° 角向下向前，在卵圆孔处加入到下颌支的感觉部分。在所有的出血点

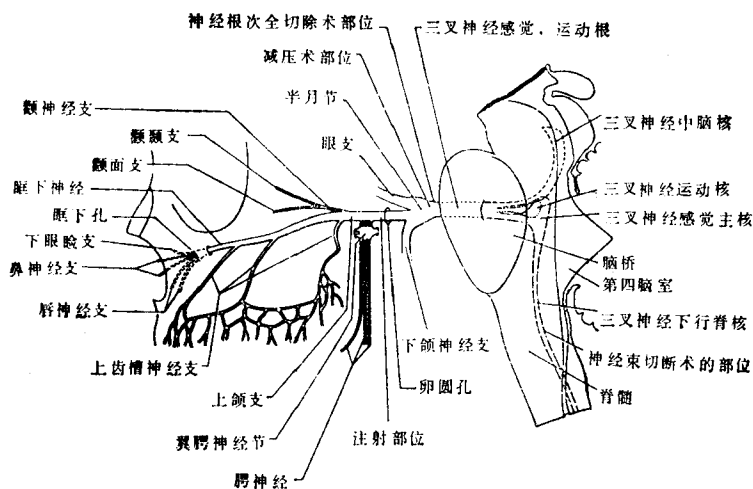


图3 三叉神经核、束、根、神经节和三叉神经的分支；上颌神经支分布的区域

注意手术治疗，即：神经束切断术，神经根切断术，减压术和酒精注射的部位。

控制住后，切口被拉拢关闭，并且缝合颞肌断端及颞肌筋膜和皮肤。患者术后迅速恢复，疼痛消失。她的唯一主诉是右侧脸麻木。患者感到与以前的酒精封闭相比，术侧的影响基本相似并且容易忍受。

讨 论

三叉神经痛的一般定义

这个病人患有累及三叉神经上颌支（第二支）的三叉神经

痛。酒精封闭神经能得到暂时性缓解，通过次全神经节后部分去除术（神经根去除术）使之治愈。患者特征是高龄，女性且侵害了受累侧三叉神经的一支。该病在老年女性较为常见，并且容易累及三叉神经的上颌支，一些作者指出下颌支受累的机会最多。

虽然不至于致命，但三叉神经痛确能使一个患者饱偿人类最大的痛苦，这种痛苦能驱使患者走向自杀。

神经痛的特点是受累的三叉神经的一支或多支感觉纤维分布区出现发作性疼痛。短时持续性和痛疼有缓解间歇，单侧性，缺乏客观的神经系统表现（不论是临床检查，还是尸体解剖）以及在面部或粘膜有触发区是本病发作性疼痛的特征。这些区域，当轻微叩击时，可引起疼痛发作。在有限的病历中，感染和肿瘤象中毒，血管或营养因素一样可能在产生这种病理状况中起着作用。然而，能找到很多很多不引起患病的例子。在我们列举的患者当中，未累及鼻窦，拔牙也不能带来任何缓解。

术语“三叉神经痛”（Tic douloureux）有时可造成误解，把肌肉痉挛误认为是疼痛的原因。事实上，这个结果是可逆的。疼痛是难以忍受的，它可以引起患者怯懦和面部肌肉变形。

上颌神经的走行，分布及其应用解剖

在我们的病例中，唯一受累的一支是三叉神经的上颌支（第二支）。它的走行及周围分布是什么呢？皮肤和粘膜的那些区域由它管理呢？上颌神经（这一支要反复的提到），沿着海绵窦后壁离开三叉神经的中部。然后离开中颅凹，通过棘孔进入翼腭窝，在我们的病例，酒精封闭就在这儿。（图3）颅骨检查表明封闭必须刺入到颧弓下，下颌骨支前方的颧下窝。神经穿过翼上颌裂隙进入翼腭窝。在离开棘孔以后，在发出分支之前，恰好在这儿，它延伸成下颌神经。

皮肤和粘膜的那些区域由上颌支的分支支配呢？太阳穴前部和颊部的皮肤由颧神经支配（为上颌支终末支之一）。主干（眶下

支)通过眶下裂进入眼眶,沿着眶下槽,眶下管穿行,通过眶下孔抵止皮肤,支配眼睑以下,鼻背侧和唇以上的皮肤。其它分支,不是上颌支就是眶下支,支配鼻窦,鼻咽,硬腭,软腭,牙齿和上腭齿、眼、壁腔,下睑联合及上唇的粘膜。

虽然疼痛可局限在皮肤或粘膜更小一点的区域,如眶下区或腭部,但是,所提及的区域局部,在上颌支神经疼痛中均有剧烈的疼痛。至此,我们也了解了为什么上颌支神经痛,常常拔除上齿,做鼻窦引流,而在我们经治的病人中,又无一阳性结果的原因。

在酒精封闭上颌支以后,麻醉区大致与上颌支分支的解剖分布一致。然而,由于三叉神经其它支或其它颅神经,脊神经的感觉纤维可分布到上述区域的皮肤和粘膜,实际情况准许疼痛时不一定全部与神经分布区相一致。在上颌支形成它的根部处麻醉后,患者常常主诉在去神经区有烦人的麻木之感。

你怎样解释,象我们经治的患者发生的那样,在酒精封闭神经后,仍反复发作神经痛呢?酒精封闭造成感觉神经纤维蜕变,因而阻断了痛觉传导。因为神经部位的疤痕和纤维化阻止了酒精到达所有的纤维,所以,反复封闭成功率将每况欲下。

三叉神经的再生和神经痛复发可通过将酒精注射到神经节部位来避免。在这个部位,注射的酒精破坏了感觉纤维的胞体,使之不能再生。这个过程不利的是能导致相关的损伤和并发症。

通晓三叉神经解剖的人不难理解,封闭破坏三叉神经节可能造成许多有害的影响。三叉(半月)神经节是对应脊神经的后根神经节,含有称做单极神经细胞的胞体。这些胞体发出分为中央纤维(轴突)和周围纤维(树突)的“T”形突起,中央纤维传送三叉神经感觉根的信息到脑干,周围纤维将周围的感觉冲动传到神经节胞体。三叉神经节被硬脑膜,蛛网膜套所包绕,蛛网膜是后颅凹脑膜转折处的延续。脑膜和蛛网膜下腔延伸到神经节的