

临床实录

编著 胡文安

——从医四十年的经验与教训



中国医药科技出版社

序

近年，随着基础医学科学以及各种诊疗技术的迅速发展，现代临床医学对疾病作出正确的诊断，从而进行有效的治疗，应该认为具备了优越的条件。但遗憾的是，仍然有不少疾病不应被误诊的误诊了，不应被误治的误治了，导致了不良疗效，甚至发生差错。胡文安教授在他四十年的医疗生涯中，对此种情况总结出了不少经验教训，乃写出这本《临床实录》。由于胡教授是一位神经外科医生，所叙述的病例多涉及神经学科疾病，虽然有其一定的特殊性，且仅仅介绍了 17 个病例，但具有普遍的代表性。归纳起来可以分为四种情况：①医生的理论知识匮乏；②医生的实践经验不足；③医生的责任心不够；④病人自己延误了治疗。内容丰富，分析透彻，读之引人入胜。

胡文安教授从医 40 年，勤于学习，善于思考，勇于探索；他对病人十分负责，医风医德甚佳，是我的一个好学生。在这本《临床实录》里，他直率地叙述了所经历的临床事例，对一个临床医生如何做到不误诊、不误治，读之是大有裨益的。

在这里我引用我国已故著名医学家张孝骞的一句名言：“医疗工作如踏虎尾，如履春冰”，这应作为每个临床

医生的座右铭，必须严谨治学，谨慎从医，来不得半点马虎大意。必须深入了解病情，有的放矢地进行检查分析，急症必须当机立断，疑难病例必须多方思考。要明白，一个病人、一项治疗就是一个工程，要求精心设计、精心施工，绝不能一般化。

在此书即将付梓之际，应胡文安教授之邀，我乐为作序，并推荐这本读物给广大青年医生，从中获得启发和教训。

蔡法祖

中国科学院院士
华中科技大学同济医学院名誉院长
2000，立冬

前 言

我从事医疗工作已四十多年，现在要离开医疗岗位时，许多过去亲身经历和耳闻目睹的病例，结局不尽如人意的地方，如今又历历在目，萦绕在脑间，挥之不去。为了弥补这个缺憾，蒙生了写书的念头，将过去的问题，总结出来作为前车之鉴，对年轻的医生也许能有所启示。写在“临床实录”中，共 17 例，可概括为四方面的情况：

第一种情况，如第 1 例，说明医生应该具备广博的医学知识，应该做到老，学到老，要敢于承认自己知识的不足，努力向书本学习，向其他科、其他专业的医生学习，只有这样才能避免因自己的理论知识不足，造成错误的诊断，以致进行错误的治疗。对于全科医学知识缺乏，除了虚心学习之外，没有其他途径可以取代。要想不犯错误，就应该虚心学习。否则治错了病，又给病人增添了新的病痛，自己不知曾在什么地方出了错，这样行医一辈子始终没弄个明白。

第二种情况，如第 8 例，是未经过临床的实践锻炼，缺乏实际操作技能，在实际处理病人时，犹豫不决，或觉悟的时候为时已晚，造成了对病人的损害。这些医生要多在实践中操作，虚心向上级学习，向一切有专门知识技能的人学习。实践多了，处理病人就会得心应手。一切都会顺利起来。

第三种情况，如第 15 例，多发生在有一定知识和实践经验的医生身上。因为不虚心，对别人不服输，自以为是，或是为虚荣心所困，不敢承认自己的短处和不足，独断专行，造成对病人的损害。这类医生应加强修养，认识医生职业的神圣和高尚就在于救死

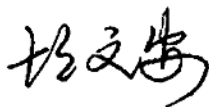
扶伤。坚持不改，对社会、对病人都将造成不可挽回的损失。应该珍惜病人的生命，发挥爱心，做一个有益于人民的人。

第四种情况，如第5例，作为医生来说，要认真对待每一个病人。处理病人前，先要全面弄清病史，仔细进行体格检查，不放弃任何一个疑点，全面综合分析，采用当今所具备的各种诊断及治疗手段，千方百计地从病人利益出发，有时还要对病人做说服工作，使其接受医生的诊治意见。把对病人认真负责的精神贯彻到自己的医疗实践中。

这本书除了上述内容外，还有相当大的篇幅是写这些病例事件相关的疾病，目的是向读者介绍一些常见疾病的诊断与治疗知识。几乎包括了所有的常见病，如感冒，消化性溃疡，冠心病，颅脑损伤，食物中毒和疟疾等。此书不仅对医生有参考价值，对病人和家庭也提供了对疾病护理和生活中的注意事项，能从中找到许多帮助。

在编写过程中，得到过蒋先惠教授，李龄教授，薛得麟教授，王国安教授及雷霆教授的指导和帮助，尤其雷霆教授在人力物力上给予了大力支持。此书的出版还得到了刘岱岳教授，余传隆教授的帮助。舒凯医师为本书打印手稿，花费了不少力量。在此一并致以衷心的感谢。

如出任何书一样，此书由于个人经历和能力有限，一定有很多缺点，希望从事医疗的同行们不惜给予批评指正。如果将来有再版的机会，我相信将会更加完善。



2000.11.26

目 录

第 1 例 癫痫与脑膜瘤	(1)
第一节 脑膜瘤	(3)
第二节 胰岛素瘤	(11)
第三节 癫痫	(15)
第 2 例 视力减退与垂体肿瘤	(31)
第一节 视神经炎	(33)
第二节 视神经乳头水肿	(36)
第三节 视交叉损害	(38)
第四节 垂体瘤	(40)
第 3 例 牙髓炎与三叉神经痛	(50)
第一节 牙髓病	(52)
第二节 三叉神经痛	(57)
第 4 例 椎间盘突出症与帕金森病	(65)
第一节 帕金森病	(66)
第二节 椎间盘突出	(73)
第 5 例 硬脑膜外血肿与结核性脑膜炎	(77)
第一节 结核性脑膜炎	(78)
第二节 硬脑膜外血肿	(85)
第 6 例 硬脑膜外血肿与硬脑膜下血肿	(86)
第一节 头皮损伤	(88)
第二节 颅骨损伤	(90)
第三节 脑损伤	(92)

第 7 例	脑积水与慢性硬脑膜下血肿	(110)
第一节	脑积水	(111)
第二节	慢性硬脑膜下血肿	(114)
第 8 例	脊髓损伤与头皮撕脱伤	(115)
第一节	脊髓损伤	(116)
第二节	头皮撕脱伤	(123)
第 9 例	脊髓空洞症与脑肿瘤	(124)
第一节	脊髓空洞症与延髓空洞症	(125)
第二节	颅内肿瘤	(130)
第 10 例	散发脑炎与三脑室肿瘤	(140)
第一节	单纯疱疹病毒感染	(141)
第二节	多发性硬化	(147)
第三节	三脑室肿瘤	(156)
第 11 例	感冒与蛛网膜下腔出血	(176)
第一节	流行性感冒	(179)
第二节	其他病毒性呼吸道感染	(184)
第三节	细菌性食物中毒	(189)
第四节	蛛网膜下腔出血	(198)
第 12 例	感冒与硬脊膜外脓肿	(208)
第一节	脊髓硬脊膜外脓肿	(209)
第二节	感冒	(214)
第 13 例	冠心病与消化性溃疡	(215)
第一节	冠状动脉性心脏病	(216)
第二节	消化性溃疡	(261)
第 14 例	肾盂肾炎与肾下垂	(274)
第一节	尿路感染	(276)
第二节	肾下垂	(289)
第 15 例	疟疾与急性阑尾炎	(291)

第一节	急性阑尾炎	(292)
第二节	疟疾	(298)
第16例	异位妊娠与急性阑尾炎.....	(314)
第一节	异位妊娠	(316)
第二节	急性阑尾炎	(324)
第17例	手术与输血.....	(325)

第 1 例

癫痫与脑膜瘤

一、病历资料

姓名：潘某某，性别 男 年龄 55 岁

就诊时间：1984 年 10 月

主诉：“抽筋”发作 4 年余

现病史：阵发性抽搐，从 1979 年开始，无外伤，无发热，每次在街上发作，倒在路上，被人送回家。平素健康，安静休息时无发作，每次发作 1~2 分钟，每年发作次数不规律。发作抽搐外，无大小便失禁。没有先兆，亦无局灶征象。作脑电图无异常。二月前在某医院作 CT，报告大脑镰旁脑膜瘤，该院医师建议开颅手术。因惧怕开颅，经亲戚介绍来我院专家门诊。经再阅 CT 片，见大脑镰前部有高密度病灶，范围 $< 2\text{cm}$ ，无水肿征象。怀疑此等大小的脑膜瘤，不致引起癫痫，再次询问病史，得知每次发作均在劳累后，饥饿时发病，联想到，该症为“胰岛细胞瘤”所引起，因此建议往内分泌科进行确诊。

内分泌科经过检查和化验，仍不能确诊胰岛细胞瘤，但内分泌专家认为，此病人仍为胰岛细胞瘤的可能性大。内科转到基本外科，由基本外科组织会诊，一致认为：胰岛细胞瘤。同意剖腹探

查，经剖腹术，在胰体部发现了 1cm^3 大小的肿瘤，全切，病人治愈，现随访十年未再发病。

二、误诊原因

初诊医师经验不足，医学全科知识缺乏。胰岛细胞瘤具有饥饿，血糖低时发作抽搐，像胰岛素休克。此病不在教学大纲内，因此教科书中多未提及此病，只是在腹部外科专著或大型外科学中可以找到，至于神经外科医生，如不看大型的参考书或癫痫的专著，很难见到此病。作为神经外科医师，继发性（症状性）癫痫是常见病，抽搐发作的病人 CT 发现了脑膜瘤，诊断为“继发性癫痫”没有错，但缺乏深入的分析，不能发现现有诊断与病人病情不符之处，因而不能进行少见病的鉴别。加上全科知识缺乏，所以决定给病人开颅切除脑膜瘤。如果按此错误诊断进行了开颅术，将会有两个不良后果。一是切除了一个不引起症状的脑膜瘤。因为病未根治，病人病症依旧；二是开颅术本身是会造成脑损伤，又可成为“致痫灶”，原病没治好，又添新病，错上加错，造成恶性循环，加重了病人痛苦，又加重了病人的经济负担。原本可以一次手术（剖腹切除胰岛素瘤）治好的病，弄得最终治不好，有可能成为“顽症”。到头来说也说不清。

三、纠正方法

1. 各级医师要加强学习，多看文献，书籍，尊崇古训“做到老，学到老”。医生是一个人命关天的职业，不可一孔之见轻易从事。

2. 遇到诊断与病情相矛盾的地方，请求上级会诊，甚至组织大会诊，这样可以利用别人的知识弥补自己的不足，利用别人的经验减少自己的错误。

四、与本例相关的疾病

第一节 脑 膜 瘤

脑膜瘤是由脑膜组织形成的肿瘤。脑膜组织的发生，来源于蛛网膜细胞，蛛网膜细胞在蛛网膜颗粒比较集中，矢状窦及横窦是蛛网膜颗粒较密集的地方，因此矢状窦旁是脑膜瘤的好发部位。肿瘤多是良性，在颅内肿瘤中，仅次于脑胶质瘤，是颅内第二位的多发肿瘤。病人多属中年，女性发病略多于男性，约3:2。儿童发病较少，仅占儿童颅内肿瘤的0.4%~4.6%。临床症状与相同部位的脑瘤无区别。以刺激性症状较多。多为单发，少数为多发，极少与其他颅内肿瘤伴发，有时发生在眼眶，额窦，眉间或颅骨表面等处，为异位脑膜瘤。

【病理病因】

与其他肿瘤一样，脑膜瘤发病的确切病因，尚未确定。目前只是在实验室的研究，能造成恶性脑膜瘤，但未造成良性脑膜瘤。临床观察有慢性刺激如损伤性瘢痕，凹陷性骨折片刺激，异物遗留等，可能是脑膜瘤形成诱因之一。

脑膜瘤来源于蛛网膜细胞。蛛网膜细胞能转变为多种其他细胞。刺激蛛网膜时，细胞形成具有阿米巴运动，具有吞噬作用的细胞和多核巨细胞，修复脑膜损伤的过程中，变为纤维母细胞。这一过程可以解释，如何在某一些脑膜瘤中心部位，发现有碎骨片或异物。脑膜瘤肉眼所见大小悬殊，小如大头针帽，大的超过拳头。Rao等(1971)报告1例，位于左顶叶硬脑膜上的脑膜瘤，重1890g，侧观似双头。一般常见的脑膜瘤有如鸡蛋大。肿瘤常呈球形，多位于脑和脊髓的表面或脑室内。位于脑底者，有时呈地毯状，在颅底骨嵴或硬脑膜游离缘上的肿瘤，可能是哑铃形或马鞍形。在椎管内的

肿瘤，多呈椭圆形或长柱状。颅内脑膜瘤经常嵌入脑内生长。为何这种生长方式，一般认为蛛网膜颗粒位于硬脑膜内，脑表面；其二则是硬脑膜于颅骨间并无间隙，无肿瘤发展的空间。

肿瘤为结节形分叶状，也有为颗粒状，大都有坚韧的包膜，表面有丰富的血管。质地坚韧的占多数，也有为颗粒状，极少数有囊性变，少数中心出血坏死，色暗红，剖面粗糙，也有呈鱼肉样改变。还有部分脑膜瘤质地坚韧如皮，或坚硬如石，中心色淡或灰白。极少数质地如胶胨状，易出血，脆弱容易切除。

少数脑膜瘤界限不清，呈浸润性生长。与骨质相邻者，可侵蚀颅骨，导致颅骨破坏或反应性增生。在儿童中有的慢性增长压迫颅骨，引起局部变形突起。有少数颅骨破坏，侵犯头皮和颞肌。在颅底生长的脑膜瘤可侵入眼眶、筛板和斜坡。

病理分型；由于脑膜是由蛛网膜内皮细胞，纤维母（梭形）细胞形成，脑膜瘤的主要成分也就是这两种细胞。脑膜内皮细胞具有向纤维母细胞演变的特性，因此过渡型和混合型与前面的两种细胞没有本质区别。其他脑膜瘤的次要成分与前面的次要成分，大都也是脑膜瘤的主要成分的化生或退行性变而来。

（1）脑膜上皮（内皮）型：由细胞浆丰富，境界不清的合体细胞组成，呈巢状排列，形成大小不同的片状或条状，间质中噬银纤维较少。蛛网膜内皮细胞排列成大小各异的漩涡状同心圆是其特征，漩涡中心有血管壁增厚透明变形，形成钙化的沙砾体。大部分沙砾是漩涡中细胞或纤维透明变形和钙化。

（2）纤维母（梭形）型：瘤细胞及其核呈梭形，胶原纤维多。细胞排列成疏松的同心圆性漩涡。有的细胞排列并不规则，有的出现巨嗜细胞性异物反应，大量的胆固醇结晶沉积的胆质瘤样变。有的梭形细胞呈星芒状改变，但磷钨酸苏木精染色是阴性，以此区别于胶质瘤。

（3）过渡型：又称砂砾型、原始型脑膜瘤。细胞呈梭形，排列

成漩涡状，中央有血管。胞浆中有胶原纤维。漩涡中心的沙砾小体，是由变形细胞钙化和同心层钙盐沉积组成。

(4) 血管细胞型：镜下见细胞丰富，血窦很多，大多数是微血管。血管内皮增生而导致管腔闭塞。间质中杂有多角形的血管内皮细胞，细胞界线不清，胞浆中常有类脂质颗粒，偶见核分裂相。间质中网状纤维丰富。

(5) 混合型：为各种细胞兼具的脑膜瘤，镜下见不能决定何种细胞结构为主，也不能区分何种成分为主。

(6) 恶性脑膜瘤：有时肿瘤虽具有良性特点，同时具有恶性生长的特性，可以有局部的浸润性生长，发生颅外转移及随脑脊液播散。以血管细胞型脑膜瘤发生恶变的可能性居多。

(7) 原发性脑膜肉瘤：肿瘤从开始生长即表现恶性，多为 10 岁以下的儿童。病情发展快，手术切除后迅速复发，还可远处转移。由梭形细胞，蛛网膜内皮细胞和多形细胞组成，以梭形细胞恶性程度为高。

(8) 多发性脑膜瘤：常见于多发神经纤维瘤病的病人，肿瘤体积小，大小不等，同时发现颅内有多数肿瘤。肿瘤分布常在一个母瘤附近，也可分散在颅腔不同部位。

【临床表现】

脑膜瘤占人群发病率的 2/10 万，1938 年 Cushing 报告占全颅内肿瘤的 13.4%。Percy 等的报告占原发性脑瘤的 38%。好发部位为矢状窦旁，大脑凸面，大脑镰旁，蝶骨嵴，筛板，颅中窝，侧脑室，小脑幕（下），桥小脑角，斜坡，鞍结节。以及与颅腔相通的骨孔周围。

脑膜瘤的一般表现：(1) 良性脑膜瘤生长缓慢，病程长达数年乃至十多年，在不引起脑积水的病例，在引起局灶症状时，尤其如此；(2) 由于生长缓慢，肿瘤对脑组织只是一个缓慢的推压过程，神经组织有足够多的时间退让以适应肿瘤的占位压力；所以肿瘤可

以长到很大而颅内压增高仍不明显，在小儿还可以造成头颅局限凸起而不出现症状；(3) 肿瘤为扩张性生长，不引起麻痹症状之前，往往先出现刺激症状，如癫痫，视神经损害等。(4) 大脑凸面脑膜瘤有时相邻颅骨发生改变。

几种常见部位的脑膜瘤

1. 大脑凸面脑膜瘤 指的是肿瘤附着处既不在颅底硬脑膜上；也没有侵犯硬膜窦。发生在大脑凸面任何部位的肿瘤。病理类型以脑膜内皮型和纤维型多见。肿瘤呈球形附着于硬脑膜上，接受颈内、外动脉双重供血。部分病例肿瘤侵犯至硬膜外，引起颅骨增生，变薄或被侵蚀破坏，大脑凸面脑膜瘤最初分为额叶、顶叶、枕叶、颞叶和旁中央诸型。Cushing 等将其分为冠状缝前型，冠状缝型，冠状缝后型，旁中央型，枕叶型及颞叶型。近来一些学者根据肿瘤的附着部位将大脑凸面脑膜瘤分为前、中、后及颞叶型。前部指肿瘤生长及附着处位于冠状缝前，中部指肿瘤生长及附着处在中央沟区域。后部指肿瘤附着处位于顶后和枕叶，以感觉障碍为主要症状。颞叶指肿瘤主要生长在颞叶内。

临床表现：①大多数有头痛或剧痛；②额叶者有精神症状；③颞叶可有癫痫，位于优势半球的常见感觉性失语或命名性失语，也可见肢体轻瘫；④枕叶的多有视力视野改变；⑤顶叶肿瘤有对侧肢体轻瘫、感觉障碍和癫痫，若为局灶性癫痫（杰克逊癫痫，Jackson epilepsy），发作形式由面部或手部开始抽搐，然后引发全身性大发作。

2. 矢状窦旁脑膜瘤 指肿瘤附着于矢状窦一侧或两侧，占据矢状窦角，肿瘤与上矢状窦之间没有空隙（图 1-1）。临床表现：肿瘤生长缓慢，一侧肢体无力或抽搐是常见的症状。小的肿瘤是体检的偶然发现。此部位的脑膜瘤，常因与矢状窦及中央静脉的关系不能根治。

3. 大脑镰旁脑膜瘤 肿瘤位于大脑的纵裂内，附着于大脑镰



A. 正位



B. 侧位

图 1-1 矢状窦旁脑膜瘤

上的脑膜瘤。多数位于一侧呈球形生长，少数为双侧性。病理以脑膜内皮型、纤维性占多数。根据所在大脑镰的部位，将其分为前 1/3、中 1/3 和后 1/3 三种。前为鸡冠至冠状缝，中为冠状缝至人字缝，后为人字缝至窦汇。临床表现：前 1/3 可长期无症状或仅感头痛，肿瘤增大后可出现颅内压增高。少数病人有癫痫及神经症状，表现生活懒散，不拘礼节，情感淡漠，欣快和性格改变。中 1/3 发病较多，早期即出现运动或感觉障碍。常由下肢开始，还可出现癫痫。发生于中部的肿瘤因压迫大脑镰旁中央小叶，可引起“脑瘫”的表现（双下肢痉挛性瘫痪），并可有括约肌功能障碍。肿瘤位于后 1/3 的病人，早期无症状。仅有轻度头痛。肿瘤压迫枕叶时出现幻视，同相偏盲和以视觉错乱为先兆，癫痫大发作（图 1-2）。

4. 蝶骨嵴脑膜瘤 生长于蝶骨小、大翼的肿瘤，内起前床突，外至翼点（图 1-3）。有两种形式生长，呈球形或结节状，有的基底狭窄手术切除较容易。另一种呈地毯状，扁平沿颅底生长，并与颅底脑膜发生广泛粘连，不易手术全切除。肿瘤可向前颅窝、中颅窝、海绵窦和外侧裂生长，引起相应部位的受压症状。根据肿瘤与



图 1-2 大脑镰旁脑膜瘤

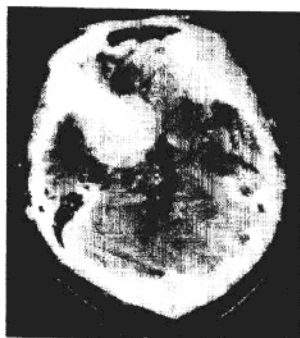


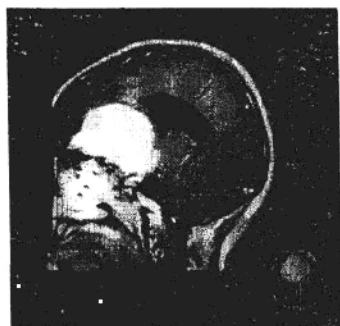
图 1-3 蝶骨嵴脑膜瘤

蝶骨嵴的关系，过去分为内、中、外 1/3 肿瘤，近来有人建议分为两型，即内侧型和外侧型。临床表现：内侧型早期即累及视神经，出现同侧进行性视力下降，视神经萎缩，偏盲和健侧视乳头水肿（Foster-Kennedy 综合征），嗅觉丧失。肿瘤如侵入眼眶和眶上裂，因压迫眼静脉，引起回流障碍，导致患侧眼球突出和结膜水肿。如海绵窦受累可出现眶上裂综合征；表现为动眼，外展，三叉神经（眼支）麻痹，引起眼球运动障碍和感觉减退。处于外侧的肿瘤，可有颞部隆起（见于儿童），眼球突出。可有头痛，患侧中枢性面瘫，癫痫发作。随着肿瘤增大，晚期病人出现颅内压增高的症状。

5. 嗅沟脑膜瘤 肿瘤发生于筛板区的硬脑膜（图 1-4）。占前颅窝脑膜瘤的 75%。肿瘤多为不对称的双侧型。肿瘤向上生长，压迫大脑额叶，蝶鞍前部及颞叶内侧。血供来自前颅窝底中线附近的筛动脉，脑膜中动脉，大脑前动脉和大脑中动脉。临床表现：颅内压增高，有头痛，早期病人常常误诊为“感冒”。肿瘤压迫额叶，引起额叶精神症状群，精神淡漠，欣快，注意力不集中，健忘。嗅觉丧失也是一重要表现，但常为病人忽视。压迫视神经，引起



A. 轴位



B. 矢状位

图 1-4 嗅沟脑膜瘤 (MRI)

Foster-Kennedy 综合征。少数病人因癫痫发作，应引起重视。

6. 颅中窝脑膜瘤 肿瘤发生于蝶骨嵴后，颞骨岩部前面，蝶鞍外侧这一区域内，我们将鞍旁脑膜瘤划入这一型中，因为颅中窝脑膜瘤大多发生于海绵窦外侧。肿瘤与颅中窝的硬脑膜粘连甚牢，手术易损伤重要的神经血管（颈内动脉）。所以采用显微神经外科技术很重要。临床表现：肿瘤侵犯海绵窦可引起眼胀，头痛及动眼神经（ⅢN）、滑车神经（ⅣN）、三叉神经（ⅤN）的症状。肿瘤位于颅中窝的中央和外侧时，有三叉神经痛，少数有轻度面瘫（岩浅大神经受累）。肿瘤向上生长，压迫颞叶，可以出现颞叶癫痫。

7. 脑室内脑膜瘤 起源于脑室内脉络丛组织的脑膜瘤。85%以上属纤维型肿瘤，主要分布在侧脑室，其中尤以侧脑室三角区为多发。其余各部位，各脑室均可发生。肿瘤逐渐增大可引起颅内压增高，病人有头痛，头晕，恶心，呕吐。远隔症状有精神不振，视力减退。对侧肢体乏力，步态不稳及癫痫。肿瘤在优势半球，可有言语困难，失读。肿瘤因体位改变发生移动，部分病人可出现一过