

内科

临床医学

临床病例讨论集

主编 李薇 高素君 袁长吉

NEIKE LINCHUANG BINGLI TAOLUNJI

教师版



吉林人民出版社

内科

临床病例讨论集

主 编 李 薇 高素君 袁长吉

副主编 (按姓氏笔画排列)

朴云峰 华树成 刘 全

刘 艳 邹洪斌 郑 扬

赵学忠 高 普 苏 勃 彭 海 院 图 书 馆

藏 书 章

NEIKE LINCHUANGBINGLI TAOLUNJI

吉林人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科临床病例讨论集/李薇 高素君 袁长吉主编. - 长春:吉林人民出版社,2008.8
(临床医学)

ISBN 978 - 7 - 206 - 04586 - 3

I. 病… II. ①李… ②高… ③袁 III. 临床医学 - 内科临床病例讨论集

IV. R·4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 072885 号

临床医学 - 内科临床病例讨论集(教师版) 主编:李薇 高素君 袁长吉

责任编辑:孙 一

版式设计:刘荣泽

责任校对:高 洁

出版:吉林人民出版社

印刷:长春市南关区太平彩印有限公司

经销:全国新华书店

开本:787 × 1092 毫米 1/16 字数:151 千字 印张:7

印数:1 - 3000 册

版次:2008 年 8 月第 1 版

印次:2008 年 8 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978 - 7 - 206 - 04586 - 3

定价:38.00 元

(本书如有印刷、装订等质量问题,本社负责调换)

临床

医学

编委 (按姓氏笔画排列)

王红月 王英凯 朱粟文 刘 伟 刘 全 刘 军
刘克辉 刘春水 刘 艳 许 颖 孙京男 孙珉丹
杜玉君 杨立志 杨 雷 李 丹 李 洋 吴 昊
时 阳 邹洪彬 张 立 陈 晓 陈 燕 林 海
郑 杨 孟祥伟 赵学忠 郝守艳 秦俊杰 高 影
郭晓林 郭 晖 唐彤宇 崔明姬 彭丽萍 谢晓娜
裴 非

前 言

病例讨论是内科学教学的重要环节。如何使学生把课堂中学习到的知识,结合错综复杂的临床表现和内容繁多的检验结果,正确进行综合分析、演绎推理和鉴别诊断,是内科见习教学的关键所在,病例讨论是实现这一目标的最行之有效的手段,是培养学生临床思维的重要措施。

由于内科教材的不断更新,我们重新编写了内科临床病例讨论集,供在我院内科实习的临床医学生使用。本次病例讨论集分学生版和教师版,不仅有利于学生自学,而且使临床教学规范化。

编写过程中可能会出现不当之处,请使用此病例讨论集的师生及时提出宝贵意见,以便于我们不断修改,日趋完善,在此我们深表谢意!

编 者

2008年8月

目
录

呼吸系统病例讨论	1
病例 1 阵发性气喘、咳嗽	1
病例 2 反复咳嗽、咳痰	3
病例 3 咳嗽、咳痰伴气促,心悸、气短	5
病例 4 发热、咳嗽	7
病例 5 反复咳嗽、咳痰,加重伴发热、咯血	9
病例 6 发热、左侧胸痛、干咳	11
病例 7 干咳、痰中带血	13
循环系统病例讨论	15
病例 1 阵发性胸骨后疼痛,晕厥	15
病例 2 胸闷、气短、浮肿	17
病例 3 头晕、头痛,气短、胸闷,双下肢浮肿	19
病例 4 咳嗽、咳痰,呼吸困难	21
病例 5 呼吸困难、咳嗽、咯血	22
病例 6 发作性胸痛、胸闷	24
消化系统病例讨论	28
病例 1 食欲不振、呕咖啡样物、意识错乱	28
病例 2 上腹部疼痛,反酸	29
病例 3 腹痛,恶心、呕吐	31
病例 4 黏液脓血便伴腹痛	33
病例 5 黄疸、柏油样便、谵妄	36
病例 6 上腹部疼痛,黑便,呕血	37
病例 7 腹胀,黑便,呕血	40
泌尿系统病例讨论	42
病例 1 尿频、尿急、尿痛	42
病例 2 肉眼血尿、水肿、乏力	44



病例 3	水肿、蛋白尿	47
病例 4	恶心、呕吐、尿少	50
病例 5	发热、皮疹、少尿	52
病例 6	腰痛、血尿、蛋白尿	54
病例 7	皮疹、水肿、少尿	57
病例 8	浮肿、蛋白尿、少尿	61
病例 9	水肿、蛋白尿、夜尿增多	65
病例 10	水肿	67
血液系统病例讨论		70
病例 1	贫血、酱油色尿	70
病例 2	贫血、黄疸	71
病例 3	皮肤瘀点、瘀斑	73
病例 4	齿龈出血不止,全血细胞减少	75
病例 5	发热、面色苍白	77
病例 6	尿色加深、白细胞升高	79
病例 7	乏力、腹胀	82
病例 8	颈部、腋窝肿物伴发热	84
内分泌系统病例讨论		86
病例 1	怕热、乏力、意识不清	86
病例 2	多饮、多尿,意识不清	87
病例 3	心悸、怕热、多汗、乏力、体重下降	89
病例 4	乏力、多汗、心悸、低热	90
病例 5	畏寒、颜面浮肿	92
病例 6	烦渴、多饮、多尿	93
病例 7	多汗、乏力、恶心、呕吐	95
病例 8	口渴、多饮、多尿伴体重减轻	96
病例 9	闭经、腹泻、意识丧失	97
病例 10	口渴、多饮、多尿	99
病例 11	面部皮肤变黑、乏力	101



呼吸系统病例讨论

病例 1

阵发性气喘、咳嗽

王××,女性,25岁。

主诉 阵发性气喘9年,发作2天。

现病史 9年前因装修新居接触油漆后感咽部不适,继而咳嗽、气喘,经治疗后缓解。此后,接触油漆、汽油、煤油等即诱发气喘。春秋季节易发作,使用支气管解痉剂后迅速缓解。非发作期心肺功能如常人。曾做支气管舒张试验,吸喘乐宁200 μ g,15分钟后FEV₁增加21%。2天前曾患上感,继而咳嗽、咳黄痰,发热38.5 $^{\circ}$ C,并逐渐出现气喘,不能平卧,遂入院治疗。

既往史及家族史 年幼时有皮肤湿疹,无烟酒嗜好,母亲有哮喘病,职业无特殊。

体格检查 神志清晰,T 37.5 $^{\circ}$ C,P 104次/分,R 30次/分,Bp 135/90mmHg。端坐位,气促状,口唇、指甲无发绀,额部微汗,颈软,颈静脉无怒张。胸廓无畸形,叩诊呈过清音,两肺呼吸音低,闻及广泛哮鸣音,两肺底细湿啰音。心浊音界未扩大,HR 104次/分,律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软,肝脾肋下未触及,双下肢无浮肿,无杵状指(趾)。

辅助检查 血常规:血红蛋白126g/L、红细胞 4.02×10^{12} /L,白细胞 11.6×10^9 /L,中性粒细胞0.86,淋巴细胞0.14。胸片:两肺纹理增多。ECG:正常。吸喘乐宁200 μ g后,峰流速为正常预值的62%,动脉血气分析:pH 7.53,PaCO₂ 43mmHg,PaO₂ 64mmHg(吸空气)。

问题 1 总结本病例临床特点?

解说 本病例临床特点:

- ①青年女性,发病9年,发作性喘息。诱因是接触油漆、汽油、煤烟等,有明显诱因。
- ②春秋季节发作。
- ③年幼时有皮肤湿疹,母亲有哮喘病。
- ④端坐位,呼吸促,两肺叩诊稍呈过清音,呼吸音低,哮鸣音低广泛,两下肺伴细湿啰音。
- ⑤白细胞总数及中性粒细胞计数增高,胸片示两肺纹理增多。
- ⑥峰流速为正常预计值的62%。
- ⑦动脉血气分析 pH 7.53,PaCO₂ 43mmHg,PaO₂ 64mmHg(吸空气)。



问题2 该患者的临床诊断是什么？该病如何分类？常见并发症有哪些？

解说 根据上述特点,可诊断为支气管哮喘。

支气管哮喘根据发作情况可分为缓解期、非缓解期、非急性发作期和急性发作期,本病例属急性发作期。急性发作期患者,根据症状、体征、肺功能、动脉血气分析分为轻、中、重和危重四度,本病例属于中度发作。支气管哮喘可引起气胸、纵隔气肿、肺不张、呼吸衰竭等并发症。本例的病史中尚未见上述并发症的征象。

问题3 该疾病应与哪些疾病相鉴别？

解说 根据初步诊断,结合临床资料应与以下疾病相鉴别:

①喘息性慢性支气管炎 以咳嗽、咳痰起病,发病年龄较大,冬季易发作,往往有吸烟史,也有气喘症状,肺部可有哮鸣音,吸入支气管解痉剂后效果不如哮喘显著。与本例不符。

②心源性哮喘 以左心功能不全为主要表现,老年人多见,大多数由高血压、冠心病、二尖瓣狭窄等引起。典型发作以夜间阵发性气急、胸闷、肺部听诊有哮鸣音等为主要表现。可咳粉红色泡沫样痰,脉搏细弱频数,心界向左下扩大,心尖部奔马律,双肺底有湿啰音。与本例不符。

③支气管肺癌 病史较短,咳嗽、痰少,痰中带血,肿瘤阻塞气管内径一半以上可出现胸闷、气短、憋气,往往为吸气性呼吸困难,肺部局限性哮鸣音。病情进行性进展,对支气管解痉剂反应差,一般无过敏性疾病病史和家族哮喘史。与本例不符。

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么？

解说

①支气管哮喘合并慢性支气管炎或阻塞性肺气肿 支气管哮喘反复发作可合并慢性支气管炎或阻塞性肺气肿,使临床表现和实验室检查的特征变得不典型,对支气管扩张剂反应较差,病情缓解也较慢。通过仔细询问最初起病时临床表现和复习有关资料,不难作出鉴别。

②哮喘合并气胸 支气管哮喘合并气胸后,气喘往往加重,并有发绀、胸闷和胸痛。对支气管扩张剂反应明显减弱。由于双肺广泛过度充气,气胸体征可能并不明显,可通过胸片证实。

③以咳嗽为主要表现的哮喘 少数哮喘患者无气喘症状,肺部也无哮鸣音。表现为经久不愈的咳嗽,往往误诊为慢性支气管炎,按常规止咳、化痰和抗生素治疗后疗效不佳,按哮喘治疗有效。

问题5 该患者应如何进行治疗？

解说

控制急性发作:

①寻找急性发作的诱因并作相应处理 急性发作往往由某些诱因激发,如肺部感染、利尿后呼吸道失水、接触过敏源等。本病例发作可能与呼吸道感染有关,可静脉滴注抗生素控制感染。

②合理应用平喘药 根据发作的轻重分度选择平喘药。本病例为中度发作,可口服氨茶碱,并雾化吸入 β_2 受体激动剂和糖皮质激素,也可合并吸入胆碱能受体阻断剂。

③控制并发症 哮喘发作期可能合并存在酸碱紊乱、电解质平衡失调、低氧血症、脱



水、气胸、纵隔气肿等,应及时纠正。本病例尚未见上述并发症。

防止复发:哮喘是一种慢性气道炎症性疾病,急性发作控制后仍应坚持治疗,以防止复发。

- ①与患者共同分析发作情况以及生活工作环境,制定长期防治计划。
- ②坚持每天测峰流速,监测肺功能变化,并记哮喘日记。
- ③吸入维持剂量糖皮质激素。
- ④避免接触哮喘激发因素。
- ⑤特异性变应原的免疫方法。

案例短评 本例为典型外源性支气管哮喘患者,根据此例可了解支气管哮喘的诊断、治疗和预防。

(彭丽萍)

病例 2

反复咳嗽、咳痰

李××,男性,65岁。

主诉 咳嗽、咳痰20年,加重1周。

现病史 20年来每年冬季咳嗽、咳痰,痰量少,白色黏状,伴有气短,无咯血、无低热、纳差、盗汗。1周前受凉,上述症状加重,气急明显,痰呈黄色脓性,不易咯出,无胸痛、咯血和呕吐、腹泻等,为求进一步诊治来院。

既往史及家族史 吸烟史20年,每日10支,饮酒史20年,每日饮黄酒半斤。其父因“肺气肿”病故,余家族史无特殊。

体格检查 T 37℃,P 104次/分,R 26次/分,Bp 120/75mmHg。营养中等,神志清楚,自主体位,无发绀,咽部略充血,胸廓正常,两侧呼吸运动对称,叩诊两肺清音,双肺可闻及哮鸣音和湿啰音,心率104次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平软,全腹无压痛,肝脾肋下未触及,无杵状指(趾)。

辅助检查 血常规:血红蛋白146g/L,红细胞 $4.2 \times 10^9/L$,白细胞 $11.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.84,淋巴细胞0.16。X线胸片:两肺纹理紊乱、增多。

问题 1 总结本病临床特点?

解说 本病例的临床特点:

- ①老年患者,男性,发病20年,反复咳嗽、咳痰,冬季发作,加重1周,吸烟20年。
- ②两肺散在哮鸣音和湿啰音。
- ③血常规白细胞总数偏高,中性粒细胞计数增多,胸片示两肺纹理增多紊乱。
- ④无粉尘接触史,无过敏性疾病病史。



问题2 该患者的临床诊断是什么？该病如何分类？常见并发症有哪些？本病例是否存在并发症？并发症是什么？

解说 根据上述特点,可诊断为慢性支气管炎(喘息型)急性发作期。

慢性支气管炎是根据症状诊断的,但必须通过病史、体格检查、有关检查排除其他引起咳嗽、咳痰的疾病。本病例有20年反复咳嗽、咳痰病史,排除其他疾病后,可诊断为慢性支气管炎。有气喘症状,肺部可闻及哮鸣音,故属于喘息型。近1周咳嗽、咳痰、气短加重,处于急性发作期。

慢性支气管炎有肺部感染、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病等并发症。根据病史本例有肺部感染,但无阻塞性肺气肿和肺心病征象。可做肺功能测定、心电图、超声心动图以明确。

问题3 该病的鉴别诊断有哪些？

解说 根据初步诊断,结合临床资料应与以下疾病相鉴别:

①支气管扩张症 也有反复咳嗽、咳痰,但起病年龄较轻,并有大量脓性痰或反复咯血。与本例不符。

②支气管哮喘 有家族史或个人史,大都自少年或幼年起病,春秋季节发作,支气管解痉剂效果显著。与本例不符。

③矽沉着病(矽肺) 有粉尘接触史,胸片上有矽结节,可与慢性支气管炎鉴别。

④支气管肺癌 病史较短,刺激性干咳为主,常有痰中带血,可闻及哮鸣音,胸片发现块状阴影。与本例不符。

⑤肺结核 常有低热、盗汗、乏力、消瘦、纳差等结核中毒症状,胸片显示结核病灶。

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么？

解说

①以咳嗽为主要表现的哮喘 部分哮喘患者表现为经久不愈的咳嗽,常误诊为慢性支气管炎。该症气道反应性增高,按慢性支气管炎治疗无效,用支气管解痉剂有效。

②支气管哮喘合并慢性支气管炎 在起病时有支气管哮喘的临床表现,以后合并慢性支气管炎后,哮喘的症状变得不典型,容易误诊为慢性支气管炎。通过仔细询问病史,仍可作出正确的诊断。

问题5 该患者应如何进行治疗？

解说

①控制急性发作 以控制感染、化痰和平喘为主,及时使用有效、足量抗生素,一般按常见致病菌选用适当抗生素,有条件时做痰培养+药敏鉴定,根据药敏合理选择抗生素。痰量较多者不适宜用镇咳药。

②防止复发 患者病情缓解后应提高机体抗病能力,预防急性发作,如肌肉注射肺炎链球菌疫苗(思奇康)。

案例短评 通过本病例,掌握慢性支气管炎的诊断标准及急性发作期的临床特点。

(李洋)



病例 3

咳嗽、咳痰伴气促,心悸、气短

王××,男性,62岁。

主诉 咳嗽、咳痰伴气促20年,心悸、气短3年,加重。

现病史 反复咳嗽、咳痰伴气促20年,冬季易发作,每年持续2~3个月。咳嗽以早晚重,咳白色泡沫样痰,有时为黄痰,经常服用抗生素和止咳、化痰药物,2~3年来症状加重,发作时出现心悸、呼吸困难,夜间不能平卧,自服抗生素不见好转。1周前着凉而发热,气短加剧而入院。

既往史及家族史 吸烟史30年,每日10支,否认饮酒史。

体格检查 T 38.1℃,P 120次/分,Bp 105/60mmHg。慢性病容,营养中等,神志清楚,端坐呼吸,口唇发绀,颈静脉怒张,桶状胸,肋间隙增宽,两肺叩诊过清音,双肺呼吸音低,可闻及散在较多干湿啰音,心尖搏动位于剑突下,心率120次/分,律齐,心音遥远,三尖瓣区闻及2级收缩期吹风样杂音, $P_2 > A_2$ 。腹软,全腹无压痛,肝肋下2cm,剑突下5cm,质软、光滑,肝颈静脉回流征阳性,脾肋下未触及,双下肢凹陷性浮肿。无杵状指(趾)。

辅助检查 血常规:血红蛋白156g/L,红细胞 $4.8 \times 10^9/L$,白细胞 $14 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.86,淋巴细胞0.14。血钾4.2mmol/L,血钠136mmol/L,血氯100mmol/L。X线胸片:两肺透亮度增高,纹理多呈网状,肋间隙增宽,右下肺动脉干横径18mm,右前斜位肺动脉圆锥突起。心电图:窦性心动过速,肺型P波,电轴右偏 $+120^\circ$ 。动脉血气:pH 7.35,PaCO₂ 54mmHg,PaO₂ 42mmHg(吸空气)。

问题 1 总结本病例临床特点?

解说 本病例的临床特点:

①老年男性,反复咳嗽、咳痰伴气促20年,近2~3年来伴双下肢浮肿,加重10天。吸烟史30年。

②口唇发绀,颈静脉怒张,有肺气肿体征,两肺闻及散在较多干湿性啰音,心尖搏动位于剑突下,心率120次/分,三尖瓣听诊区可闻及2级收缩期吹风样杂音, $P_2 > A_2$,肝大,肝颈回流征阳性,双下肢浮肿。

③血白细胞总数及中性粒细胞计数增高,胸片示两肺透亮度增高,纹理多呈网状,肋间隙增宽,右下肺动脉干横径18mm,右前斜位肺动脉圆锥突起。

④心电图 窦性心动过速,肺型P波,电轴右偏 $+120^\circ$ 。

⑤动脉血气 pH 7.35,PaCO₂ 54mmHg,PaO₂ 42mmHg(吸空气)。

问题 2 根据上述资料,该患者的临床诊断是什么?该病如何分类?常见并发症有哪些?本病例是否存在并发症?并发症是什么?

解说 根据上述特点,可诊断为慢性支气管炎(喘息型)急性发作期、慢性阻塞性肺



气肿、慢性肺源性心脏病、心功能Ⅳ级、Ⅱ型呼吸衰竭。

本病例的基础疾病为慢性支气管炎,并由此引起阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病,肺气肿和肺心病可引起一系列并发症。本病例有右心衰竭和呼吸衰竭存在,此外还有上消化道出血、肺性脑病、酸碱平衡失调。

问题3 该病的鉴别诊断有哪些?

解说 根据初步诊断,结合临床资料应与以下疾病相鉴别:

①冠心病 慢性肺源性心脏病和冠心病都见于老年患者,且均可发生心脏扩大、心律失常、心力衰竭,但冠心病可有心绞痛表现,常伴有高血压、肥胖和高脂血症,平静或运动心电图显示缺血型ST段压低,以左心增大为主,常无基础肺部疾患。与本例不符。

②原发性扩张型心肌病 原发性扩张型心肌病心脏广泛增大,无肺部基础疾患。与本例不符。

③风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴关闭不全 风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴二尖瓣关闭不全与肺源性心脏病一样都是引起肺动脉高压和右心肥大的常见原因,但风湿性心脏病病人可有关节炎或心肌病病史,心脏杂音与本例不同,心电图有二尖瓣型P波,X线或超声心动图显示左心房扩大。与本例不符。

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

解说 原发性肺动脉高压 原发性肺动脉高压属于无分流的先天性心血管病,有肺动脉高压表现,但无慢性肺部疾患史,常规肺功能正常,动脉血气分析 PaCO_2 , PaO_2 轻度减低,故与慢性肺源性心脏病可以鉴别。

问题5 该患者应如何进行治疗?

解说

①控制诱因 慢性肺源性心脏病属慢性病,往往由于某些诱因而引起急性加重。本例诱因为肺部感染,故应用抗生素控制感染,先以静脉滴注为主,药物选择应参考痰培养和药敏试验。

②控制并发症

a. 呼吸衰竭:通过减轻呼吸负担,如支气管解痉剂、化痰、控制肺部感染等,同时给予呼吸支持,使动脉血气维持在安全范围。患者有低氧血症,应予以氧疗,为防止高氧对呼吸中枢的抑制作用,应控制吸氧浓度在30%以下,以 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 为目标,不必过高。本例 PaCO_2 偏高,但pH在正常范围,可不用呼吸兴奋剂刺激通气,以免加重通气负担,使耗氧量增加。待肺部感染控制,通气阻力减低以及全身体力恢复, PaCO_2 可恢复正常。也有缓解期长期高碳酸血症,不强求正常。

b. 右心衰竭:随着低氧血症和高碳酸血症的纠正或改善,肺动脉高压会相应减轻,为右心衰竭的控制创造了前提。同时给利尿剂并辅以血管扩张剂,以减轻右心负荷。在低氧血症情况下强心剂容易中毒,一般不用。若经上述处理仍无改善者,强心剂应减量使用,并选用作用时间短、排泄快的制剂。

③防止复发 待病人度过急性发作期,进入缓解期,仍应坚持康复治疗,如腹式呼吸、缩唇呼气、呼吸肌负荷训练等,也可应用中西药物提高免疫力。缓解期 $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ 者,应进行长期家庭氧疗。

案例短评 本例介绍 COPD 病史,查体突出肺动脉高压和右心功能不全的体征,辅助



检查给出肺心病的心电图和 X 线诊断标准,治疗上给出右心衰竭以及呼吸衰竭的应用指征。

(李丹)

病例 4

发热、咳嗽

董××,男性,26岁。

主诉 发热、咳嗽3天。

现病史 3天前淋雨受凉后突发寒战、高热、咳嗽、咳黄痰,伴有右侧胸痛,并出现疲乏、头痛、全身肌肉酸痛,遂收治入院。

既往史 无特殊。

体格检查 神志清楚,稍气促,T 39.5℃,P 110次/分,R 26次/分,Bp 105/60mmHg。口唇可见疱疹,咽部充血,颈软,胸廓无畸形,胸壁无压痛,右下肺叩诊稍浊,触觉语颤增强,右下肺可闻及湿啰音和支气管呼吸音,语音传导增强,未闻及胸膜摩擦音。心浊音界未扩大,心率110次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,全腹无压痛,肝脾肋下未触及。无杵状指(趾)。

辅助检查 血常规:血红蛋白136g/L,红细胞 $4.5 \times 10^9/L$,白细胞 $18 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.92,淋巴细胞0.08。X线胸片:肺纹理增多,右下肺可见大片均匀致密阴影。痰直接涂片:革兰阳性成对球菌。动脉血气:pH 7.36,PaCO₂ 40mmHg,PaO₂ 53mmHg(吸空气)。

问题1 总结本病例临床特点?

解说 本病例的临床特点:

①青年男性,急性起病,淋雨受凉为诱因,继而出现寒战、高热、咳嗽、咳黄痰、右侧胸痛等症状。

②右下肺实变体征。

③血白细胞总数及中性粒细胞计数增高。

④胸片示右下肺大片状均匀实变影。痰直接涂片见革兰阳性成对球菌。

问题2 根据上述资料,该患者的临床诊断是什么?该病如何分类?常见并发症有哪些?本病例是否存在并发症?并发症是什么?

解说 根据上述特点,可诊断为右下肺下叶肺炎球菌肺炎。

本病例为青年人,平素身体健康,为社区获得性肺炎,肺炎球菌为常见致病菌。正常人上呼吸道也有肺炎球菌寄生,当机体抵抗力降低或呼吸道防御功能受损时发病,受寒、饥饿、疲劳、酗酒、长期卧床,心力衰竭等均有诱因。本病例诱因为淋雨受凉。肺炎球菌肺炎可引起呼吸衰竭、休克、化脓性胸膜炎、败血症、肺脓肿等并发症。本病例有呼吸衰竭



存在。

问题3 该病的鉴别诊断是什么?

解说 根据初步诊断,结合临床资料应与以下疾病相鉴别:

①肺结核 浸润型肺结核与轻症肺炎易混淆,但前者起病缓慢,毒血症轻,病灶多位于肺尖、锁骨上下部或下叶背段。干酪性肺炎多有长期发热、乏力、消瘦,X线胸片呈大片密度稍高阴影中有多个不规则空洞,并有肺内播散,痰结核菌阳性。均与本例不符。

②肺癌引起阻塞性肺炎 发病年龄较大,常有刺激性咳嗽和少量痰中带血,起病较缓慢,全身症状较轻,抗生素疗效较差,胸部阴影吸收缓慢。与本例不符。

③肺梗死 常见于心瓣膜病或静脉血栓形成者,发热和白细胞增多的程度较低而短暂,咯血多见,胸痛剧烈,X线片有特征性表现。与本例不符。

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

解说

①下叶肺炎 下叶肺炎可以刺激膈胸膜,疼痛可放射到同侧肩部或上腹部,可误诊为急腹症。但仔细体检可发现腹部并无压痛和反跳痛,患者有呼吸系统症状,下肺可又有肺实变体征,X线胸片可证实肺炎存在。

②胸腔积液 胸腔积液在X线胸片上表现为均匀一致密度增高影,与肺炎相似。但胸水可使胸廓饱满,肋间隙增宽,气管和纵隔向健侧推移,触觉语颤和呼吸音减低,可以鉴别。当然,肺炎球菌肺炎可合并反应性胸膜炎,也可因细菌侵犯到胸膜而引起细菌性胸膜炎,使临床情况变得复杂。反应性胸膜炎胸水量一般不多,随肺炎好转而吸收。细菌性胸膜炎全身中毒症状较重,胸水脓性,白细胞数较高,胸水培养有细菌生长。

③其他病原体引起的肺炎 肺炎是病理解剖学的诊断。为了有效地控制肺炎,应当通过临床表现、X线胸片和病原体检查等作出病因诊断,才能有的放矢的治疗。院外感染以肺炎球菌为多见,但支原体肺炎、病毒性肺炎、肺炎杆菌肺炎、军团菌肺炎等也应警惕,并做相应检查。

问题5 该患者应如何进行治疗?

解说

①病因治疗 一般首选青霉素 80 万 U,每天肌肉注射 2 次。重症者可静脉滴注 400 万 U/d,也可选用第一代头孢菌素。对青霉素过敏者,可用林可霉素或红霉素。做痰培养并根据细菌药敏结果选择药物更好,但因细菌培养需要数天,可先按常见病原采取经验性用药,以免延误治疗。

②对症和支持治疗 如饮食补充营养和静脉补液,保持水和电解质平衡,用退热剂、化痰剂和雾化吸入等。

③防止复发 感染性休克和呼吸衰竭是较严重的并发症。此外,还有败血症,化脓性胸膜炎、化脓性心包炎和脑膜炎等。本病例存在 I 型呼吸衰竭,应立即氧疗,使 PaCO₂ 保持 60mmHg 以上。

案例短评 通过本病例了解典型肺炎球菌肺炎的临床特点、诊断和治疗,同时列举了肺炎球菌肺炎可出现的并发症,意在使临床医生在临床诊断该病时,要密切留意是否存在感染性休克、呼吸衰竭等严重并发症,以便及早诊治。

(刘伟)



病例 5

反复咳嗽、咳痰,加重伴发热、咯血

吴××,男性,25岁。

主诉 反复咳嗽、咳痰10年,加重伴发热1周,咯血1天。

现病史 患者咳嗽、咳痰已10年,痰量逐年增多,咳黄色脓痰,有时带有腥味,每日可达200ml左右。间断发热,有时可达39℃,有时仅为低热。10年中共咯血13次,有时为痰中带血,有时每天10余口,有时400ml/d。近1周来因受凉咳嗽、咳痰加重,黄脓痰,黏稠,量骤增,发热38.9℃,盗汗、纳差,有时胸闷。入院前1天咯血100ml。

既往史及家族史 年幼时患有百日咳,否认肺结核病史,家族史无异常。

体格检查 发育正常,营养中等。神志清楚,Bp130/85mmHg。皮肤黏膜无黄染,无发绀。浅表淋巴结未触及。颈静脉无怒张,气管居中。胸廓对称,肋间隙无增宽,呼吸运动正常,触觉语颤正常,两肺叩诊清音,左下肺可闻及湿啰音。心率100次/分,律齐,各瓣膜区未闻及杂音。腹软,全腹无压痛,肝脾肋下未触及。无杵状指(趾)。

辅助检查 白细胞 $12.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.82。X线胸片:心影正常,左下肺纹理增粗、紊乱、收缩,间有“轨道”征,并有斑片状阴影。高分辨率CT显示:左肺下叶圆形或卵圆形薄壁低密度阴影。支气管壁增厚,周围不规则斑点状高密度炎性阴影。心电图正常。

问题 1 总结本病例临床特点?

解说 本病例临床特点:

- ①青年男性,反复咳嗽、咳痰10年,间断有发热和咯血,年幼时患有百日咳。
- ②左下肺固定湿啰音。
- ③胸片示:左下肺纹理增粗、紊乱,并有斑片状阴影,“轨道”征。
- ④高分辨率CT:左下肺胸片示左肺下叶薄壁卵圆形低密度阴影,周围有高密度斑片状炎性阴影。
- ⑤心电图正常。

问题 2 根据上述资料,该患者的临床诊断是什么?该病如何分类?常见并发症有哪些?本病例是否存在并发症?并发症是什么?

解说 根据上述特点,可诊断为支气管扩张症。此病有先天性和后天性之分。

先天性支气管扩张大都由于支气管及其周围组织的慢性炎症和感染导致支气管阻塞。感染和阻塞长期互为因果,使支气管管壁损害,形成支气管扩张。支气管在吸气时因胸腔负压而扩张,呼气时因气阻塞而影响回缩,使分泌物积存,形成感染-阻塞-破坏的恶性循环。

支气管扩张的好发部位以下叶多于上叶,左侧多于右侧,更多见的是左下肺支气管扩



张。因为左下支气管细长,且与主支气管夹角大,又受心脏大血管压迫,故而引流不畅。右肺中叶支气管口有3组淋巴结包绕,感染时肿大淋巴结挤压右中叶支气管,使之引流不畅,所以右肺中叶也是支气管扩张好发部位。根据体征、X胸片、CT片本病例支气管扩张好发部位考虑在左肺下叶。

胸部X片支气管扩张患者常无特征性改变。因此,根据平片很难诊断和估计病变范围。最有意义的诊断方法是支气管碘油造影,但此方法给患者带来一定的痛苦,高分辨率CT能比较好地显示支扩病变,又无痛苦,值得推荐。

支气管扩张的主要并发症为感染、咯血、肺气肿和肺心病。本例有发热、咳大量脓痰,血WBC增高,胸片和CT均可见炎性阴影,故肺部感染存在。咯血也是常见并发症。本例有咯血。根据体征、胸部X片、心电图,目前尚无肺气肿和肺心病的征象。可以做肺功能和心脏超声检查以进一步明确。

问题3 该患者所患疾病应与哪些疾病相鉴别?

解说 根据初步诊断,结合临床资料应与以下疾病相鉴别:

①慢性支气管炎 慢性支气管炎也以咳嗽、咳痰为主要症状,但多于中老年起病,咳白色黏痰,合并感染时咳脓痰,偶有痰中带血,一般无大咯血,两肺散在啰音,不固定,胸部X线检查:双肺纹理增强紊乱,以双下肺野明显。与本例不符。

②肺脓肿 以高热、咳嗽、咳大量脓臭痰为特征,其中50%患者伴有咯血。3个月未愈可演变成慢性肺脓肿,脓血痰或浓痰常较多,有臭味,痰量可达300~500ml/d,多有杵状指。但慢性肺脓肿有急性病史,X线和CT检查可见大的空腔和液平,空腔周围为大片炎性浸润阴影。与本例不符。

③肺结核 青少年发病较多,长期咳嗽,咳少量白痰,痰中带血或大咯血。但肺结核一般为低热,无大量咳脓痰,病灶多位于两肺上叶。与本例不符。

④肺癌 老年男性好发,干咳少痰,可有痰中带血,但大咯血罕见。病程较短,X线胸片和CT检查可见块影或纵隔肺门淋巴结肿大。均与本例不符。

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

解说

①干性支扩 平素无咳嗽、咳痰史,仅以咯血为主要表现,故容易误诊为其他疾病。通过支气管碘油造影或高分辨率CT检查可以确诊。

②先天性支扩 婴儿期出现症状,一般无前驱性肺部疾患,可有明显的家族史。常伴有其他先天性畸形,如Kartagener综合征即由先天性支扩、内脏转位和鼻窦发育不良组成。

③继发性支扩 为其他肺部疾病基础上合并产生的支扩,容易漏诊。以结核性支扩较为常见,大都位于两肺上叶。肿瘤、异物或肉芽肿引起支气管狭窄,管腔外肿块淋巴结压迫。支气管周围纤维组织牵拉,胸膜肥厚或肺不张等都可引起支扩。免疫功能缺陷,如低丙种球蛋白血症患者,气道反复感染或长期吸入腐蚀性气体损伤气道也可引起支气管扩张。

问题5 该患者应如何进行治疗?

解说 支气管扩张的治疗原则为去除感染源,促进痰引流,控制感染和咯血,必要时手术切除。