

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

学生版



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 杨

赵学忠 高



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(学生版) 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:73 千字 印张:5.75

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:25.00 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	2
病例 3 咳嗽、咳痰伴气促,心悸、气短	3
病例 4 发热、咳嗽	4
病例 5 反复咳嗽、咳痰,加重伴发热、咯血	5
病例 6 发热、左侧胸痛、干咳	6
病例 7 干咳、痰中带血	7
循环系统病例讨论	8
病例 1 阵发性胸骨后疼痛,晕厥	8
病例 2 胸闷、气短、浮肿	9
病例 3 头晕、头痛,气短、胸闷,双下肢浮肿	10
病例 4 咳嗽、咳痰,呼吸困难	11
病例 5 呼吸困难、咳嗽、咯血	12
病例 6 发作性胸痛、胸闷	13
消化系统病例讨论	14
病例 1 食欲不振、呕咖啡样物、意识错乱	14
病例 2 上腹部疼痛,反酸	15
病例 3 腹痛,恶心、呕吐	16
病例 4 黏液脓血便伴腹痛	17
病例 5 黄疸、柏油样便、谵妄	18
病例 6 上腹部疼痛,黑便,呕血	19
病例 7 腹胀,黑便,呕血	20
泌尿系统病例讨论	21
病例 1 尿频、尿急、尿痛	21
病例 2 肉眼血尿、水肿、乏力	22



病例 3	水肿、蛋白尿	23
病例 4	恶心、呕吐、尿少	24
病例 5	发热、皮疹、少尿	25
病例 6	腰痛、血尿、蛋白尿	26
病例 7	皮疹、水肿、少尿	27
病例 8	浮肿、蛋白尿、少尿	28
病例 9	水肿、蛋白尿、夜尿增多	29
病例 10	水肿	30
血液系统病例讨论		31
病例 1	贫血、酱油色尿	31
病例 2	贫血、黄疸	32
病例 3	皮肤瘀点、瘀斑	33
病例 4	牙龈出血不止,全血细胞减少	34
病例 5	发热、面色苍白	35
病例 6	尿色加深、白细胞升高	36
病例 7	乏力、腹胀	37
病例 8	颈部、腋窝肿物伴发热	38
内分泌系统病例讨论		39
病例 1	怕热、乏力、意识不清	39
病例 2	多饮、多尿,意识不清	40
病例 3	心悸、怕热、多汗、乏力、体重下降	41
病例 4	乏力、多汗、心悸、低热	42
病例 5	畏寒、颜面浮肿	43
病例 6	烦渴、多饮、多尿	44
病例 7	多汗、乏力、恶心、呕吐	45
病例 8	口渴、多饮、多尿伴体重减轻	46
病例 9	闭经、腹泻、意识丧失	47
病例 10	口渴、多饮、多尿	48
病例 11	面部皮肤变黑、乏力	49



呼吸系统病例讨论

病例 1

阵发性气喘、咳嗽

王××,女,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 μg ,15分钟后 FEV_1 增加21%。2天前曾患上感,继而咳嗽、咳黄痰,发热38.5 $^{\circ}\text{C}$,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,T37.5 $^{\circ}\text{C}$,P104次/分,R30次/分,Bp135/90mmHg。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,HR104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 $4.02 \times 10^{12}/\text{L}$,白细胞 $11.6 \times 10^9/\text{L}$,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 μg 后,峰流速为正常预值的62%。动脉血气分析:pH7.53, PaCO_2 43mmHg, PaO_2 64mmHg(吸空气)。

- 问题1 总结本病例临床特点?
- 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?
- 问题3 该疾病应与哪些疾病相鉴别?
- 问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?
- 问题5 该患者应如何进行治疗?

(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 总结本病例临床特点?

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?

问题 3 该病的鉴别诊断有哪些?

问题 4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

问题 5 该患者应如何进行治疗?

(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,双肺呼吸音减弱,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, $PaCO_2$ 54mmHg, PaO_2 42mmHg(吸空气)。

问题1 总结本病例临床特点?

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?

问题3 该病的鉴别诊断有哪些?

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

问题5 该患者应如何进行治疗?

(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?

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?

问题 3 该病的鉴别诊断是什么?

问题 4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

问题 5 该患者应如何进行治疗?

(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，Bp 130/85mmHg。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？

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？

问题3 该患者所患疾病应与哪些疾病相鉴别？

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么？

问题5 该患者应如何进行治疗？

(彭丽萍)



病例 6

发热、左侧胸痛、干咳

王××,女性,30岁。

主诉 发热、左侧胸痛、干咳1个月。

现病史 患者低热1个月,体温波动在 $37.5^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 左右,伴有左胸刺痛、干咳,时有气急,尤以活动后明显。起病以来食欲不振,乏力、消瘦,体重减轻约4kg。

既往史 无心脏病和肝肾病史。

体格检查 稍气急,不发绀,气管轻度右移,颈静脉无怒张,左胸廓饱满,呼吸运动减弱,触觉语颤减低,叩诊呈实音,呼吸音消失,未闻及胸膜摩擦音。心率90次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,肝脾肋下未触及,腹部无移动性浊音。下肢无浮肿。

辅助检查 白细胞 $8.4 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.70,血沉40mm/h,尿常规正常。PPD试验(+)。胸水常规:外观黄色清亮,比重1.024,雷氏试验阳性,RBC $320 \times 10^6/\text{L}$,白细胞 $1400 \times 10^6/\text{L}$,单核细胞0.82;胸水抗酸杆菌涂片2次(-)。胸水脱落细胞:未找到癌细胞。胸部X线显示:左中下肺密度均匀一致的阴影。上缘外高内低,心膈角消失,纵隔右移。胸部CT显示:左侧胸水,两肺无肿块,纵隔淋巴结不大;胸腔超声:探及左侧胸水,定位左肩胛线第9肋间,液平56mm。胸膜活检病理找到结核结节。

问题1 总结本病例临床特点?

问题2 根据上述资料,该患者的临床诊断是什么?

问题3 本病应与哪些疾病相鉴别?

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

问题5 该患者应如何进行治疗?

(刘伟)



病例 7

干咳、痰中带血

刘××, 男性, 59岁。

主诉 干咳、痰中带血2个月。

现病史 患者2个月前感冒后, 出现干咳、咳少许白痰, 偶有血丝痰, 经抗生素治疗无效而收住院。

既往史及家族史 吸烟指数[支/日×年龄(年)]600, 偶饮酒。10年前有左肺上叶肺结核史, 经抗结核治疗后痊愈。有反复咳嗽、咳痰史10年, 每逢冬春季节发作。家族史无特殊记载。

体格检查 神志清楚, 发育正常, 消瘦, 浅表淋巴结未触及肿大, 气管居中, 胸廓桶状, 两肺无干湿啰音, HR86次/分, 律齐, 无杂音。腹平软, 肝脾肋下未触及。两下肢无浮肿。

辅助检查 实验室检查: 白细胞 $16.0 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.85, 痰找癌细胞 3次阴性, 痰找抗酸杆菌 3次阴性, 痰培养无致病菌生长。PPD(+), ESR 86mm/h, CEA $10 \mu g/ml$, 动脉血气分析 PaO_2 80mmHg, SaO_2 93%。X线胸片示右肺门上方肿块 $3cm \times 4cm$, 分叶状, 密度均匀, 无空洞形成。纤维支气管镜检查: 隆突尖锐, 左上叶前段支气管开口见新生物, 活检报告为鳞癌。胸部CT显示: 肺门和纵隔淋巴结不肿大。颅脑CT和骨扫描未见转移灶。

问题1 总结本病例临床特点?

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?

问题3 本病需与哪些疾病相鉴别?

问题4 不典型表现与易误诊的原因是什么?

问题5 该患者应如何进行治疗?

(李丹)



循环系统病例讨论

病例 1

阵发性胸骨后疼痛，晕厥

于××，男性，48岁。

主诉 阵发性胸骨后疼痛2年，加重20天伴晕厥1次。

现病史 患者2年前于快速步行时出现胸骨后疼痛，呈憋闷样疼痛，位于胸骨中段，范围约手掌大小，休息后约3~5分钟左右疼痛逐渐缓解。此后每于快速步行、工作劳累或者情绪激动时均出现上述症状，休息后或者自服“速效救心丸”症状能缓解。20天前工作劳累时再次出现胸骨后憋闷样疼痛伴大汗，疼痛程度较前明显加重，被迫休息约20余分钟后症状缓解。此后发作次数较前频繁。10天前患者于上班途中突发意识不清，跌倒，小便失禁，具体持续时间不详，当时无恶心呕吐及抽搐，无肢体活动功能障碍。醒后自觉胸骨后持续性闷痛伴大汗，就诊于当地医院住院治疗（具体不详），症状缓解不明显，为求进一步诊治转诊我院。病程中无发热，无咳嗽、咳痰，无呼吸困难，无夜间憋醒，无尿频、尿急、尿痛，无恶心、呕吐，饮食、睡眠良好，二便如常。

既往史 高血压病史8年，血压最高达145/110mmHg，曾规律服用珍菊降压片1片/次，每日3次，血压控制在130/80mmHg左右，近1年停用降压药物，血压维持在130/80mmHg左右。“腔隙性脑梗塞”病史8个月。“甲状腺功能减退症”病史8个月（具体治疗不详）。否认肝炎、结核、肾病病史，有吸烟史。

体格检查 T 36.8℃；Bp：右上肢125/70mmHg，左上肢120/70mmHg，右下肢130/75mmHg，左下肢130/80mmHg。R 18次/分；P 76次/分。口唇无发绀，颈静脉无怒张，两肺呼吸音清，未闻及干、湿啰音，心界无扩大，心左界最远点位于左第5肋间左锁骨中线内0.5cm，心率76次/分，节律规则， $A_2 = P_2$ ，各瓣膜听诊区未闻及杂音及额外心音，未闻及心包摩擦音。腹软，无压痛，肝、脾肋下未触及，双下肢无浮肿。

问题1 该患者应该首先做哪些检查？

问题2 根据目前的临床资料能否明确诊断？

问题3 该患者持续性胸痛还应该与哪些疾病进行鉴别？如何进行鉴别？

问题4 患者10天前出现一过性意识丧失的可能原因是什么？

问题5 患者近1年停用降压药物，血压仍可以维持在130/80mmHg左右，导致血压改变的原因可能有哪些？可进一步行哪些检查？

问题6 造成该患者心肌梗死的危险因素有哪些？

问题7 该患者目前的最佳治疗措施有哪些？进一步的治疗措施有哪些？

（裴非 郑杨）



病例 2

胸闷、气短、浮肿

李××, 男性, 45岁。

主诉 发现心脏大5年, 反复胸闷、气短2年, 加重3天。

现病史 患者于5年前体检时发现心脏大, 未在意, 亦未行系统诊治。于2年前因劳累突然出现胸闷、气短, 咳嗽、咳粉红色泡沫痰, 无胸痛等症状, 立即就诊于当地医院, 检查时发现心脏普大, 有心脏杂音(诊断不详)。给予纠正心衰对症治疗病情好转, 此后病情反复发作, 劳累或感冒可诱发, 并逐渐出现厌食、乏力、腹胀、双下肢浮肿, 均经住院治疗后好转。于3天前劳累后胸闷、气短加重, 无咳嗽、咳痰, 夜间有憋醒, 自服药物(不详), 无好转, 为求进一步诊治来我院。病重以来, 饮食、睡眠欠佳, 尿量减少(24小时800ml左右)。

既往史 否认高血压、冠心病史。无烟、酒嗜好。

体格检查 T 37.2℃, P 124次/分, R 30次/分, Bp 130/80mmHg。端坐位, 颈静脉怒张, 肝颈静脉返流征阳性, 呼吸急促, 皮肤湿冷, 双肺布满干、湿性啰音。心界向左下扩大, 心率124次/分, 律不齐, 心音钝, 可闻及舒张各期奔马律, 心尖部可闻及3/6级收缩期吹风样杂音, 性质较粗糙, 向左腋下传导。腹部软, 肝肋下2cm, 剑突下4cm, 质韧, 无压痛。双下肢中度浮肿。

问题 1 根据病史、体格检查应该考虑哪些疾病? 给出初步诊断?

问题 2 为明确诊断应提哪些相关的检查?

问题 3 针对目前的诊断, 应给予哪些治疗?

问题 4 此类疾病应用三腔起搏器的原理是什么?

(郝守艳 赵学忠)



病例 3

头晕、头痛，气短、胸闷，双下肢浮肿

赵×，男性，56岁。

主诉 头晕、头痛12年，周身无力3年，气短、胸闷半年，双下肢浮肿2个月。

现病史 患者于12年前开始出现头晕、头胀痛，尤其在情绪激动与劳累时明显，严重时伴有恶心但未呕吐。在当地医院测血压为180/96mmHg，间断服用硝苯地平10mg治疗，症状时有好转。近5年每当有头痛时测血压最高可达220/120mmHg，伴有记忆力下降，活动耐力下降；3年前开始出现周身乏力，体重略有减轻，伴有双手手指麻木感。近半年心悸、气短、胸闷、咳少量白痰，时有夜间憋醒。3个月来出现双下肢浮肿、尿量减少、腹胀、食欲减退、常有恶心，曾有呕吐。病后无明显心前区疼痛。

既往史及家族史 未做过系统检查。吸烟23年，15支/日；少量饮酒。其母52岁时诊断为糖尿病和高血压病。

体格检查 Bp:右上肢180/105mmHg，左上肢174/100mmHg，右下肢202/116mmHg，左下肢210/118mmHg；P 98次/分；R 20次/分；T 36.8℃。一般状态尚可，神志清楚。身高170cm，体重86Kg。半卧位，颜面口唇发绀，颈静脉怒张，左下肺可闻及小水泡音，右下肺呼吸音明显减弱。心界向左扩大，心音略弱，心律不整，可闻及早搏，心尖部有舒张期奔马律，主动脉第二听诊区可闻及舒张期杂音， $A_2 > P_2$ 。腹部膨隆，肝大，双下肢浮肿。

辅助检查 空腹血糖12.6mmol/L，胆固醇7.1mmol/L，甘油三酯5.34mmol/L，低密度脂蛋白3.89mmol/L，肌酐167mmol/L，尿素氮17.8mmol/L，尿蛋白(2+)，尿中红细胞(2+)，尿比重1.009，酮体(±)，红细胞 $287 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白8.9g/L，白细胞 $13\,000 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞78%。心脏超声LVD 62mm，EF 38%，室间隔厚度11mm，左室后壁厚度12.5mm，主动脉瓣钙化，瓣口返流面积6.4cm²，二尖瓣口返流面积3.4cm²。心电图：多发室性期前收缩，胸前多导联T波低平， $V_4 \sim V_6$ 导联ST段下移0.1mv。

问题1 根据以上资料，该患者的临床诊断是什么？诊断依据是什么？

问题2 应该进一步检查的项目是什么？

问题3 对此患者的治疗原则是什么？

问题4 怎样评估高血压患者的预后？

(刘全)