

# 示范病历

楼方岑 主编

福建中医学院  
五洲大药厂  
中国人民解放军第二军医大学

1983

PDG

## 编辑说明

一、病历书写是医疗工作中的重要环节,它是根据医生对病人情况进行充分的调查研究,即病史询问、体格检查、实验室检查及器械检查的结果,进行综合、分析和整理后书写成的记录。在整个诊疗过程中,还须记录其病情变化、治疗效果、各项检查结果、各级有关医生的诊疗意见、会诊建议等内容。完整的病历应该是诊疗工作的一份全面记录和总结。它具有准确而丰富的调查研究资料,完整地反映诊疗工作的全过程,可供病人再次患病进行诊疗时参考,并为临床教学、医学科研和政法工作提供宝贵的素材和重要依据。此外,完整的病史还深刻体现着医疗质量和学术思想水平。因此,临床医生必须不断地努力学习,以极端负责的精神和实事求是的科学态度,做好病历书写工作。

二、《医疗护理技术操作常规》(第二版)已对病历书写的各项要求做出具体规定,但许多临床医生,包括若干参加临床工作多年的住院医师,对于如何在实际工作中正确体现这些要求与规定,仍感困惑。为此,1982年我校第二附属医院(上海市长征医院)组织临床各部分人员进行了本书的编写,并经第一附属医院(上海市长海医院)有关人员审阅,可供临床医生书写病历的参考。

三、本书分三章:入院病历、入院记录、病程记录和病案首页是主体,为第一章;各科会诊、检查、治疗申请单和报告单的填写,以及门诊记录分列第二章、第三章。第一章是按临床各科专业划分21节,每节包括1~2份入院病历、入院记录和病程记录。病案首页只选用了不同式样的2份作为代表,第二、三章也只选用部分临床科的记录为代表;主要是为了节约篇幅。本书内容虽然来自实际病例,但为了病人的利益,对病人姓名、工作单位、住址、门诊号、住院号等项多数已予修改,各级医生署名也不是真的。为了示范的需要,部分内容也作了一些修改和补充。

四、本书对医学用词、书写格式、基本内容都尽量按《常规》要求统一。但“诊断讨论和诊疗计划”有的专页书写,有的作为病程记录的第一段,主要根据内容的详略而定。年份的书写有的全称1982年,有的半称82,只要不会引起误会,也不勉强统一。

五、药物名词应该尽量遵照《中华人民共和国药典》最新版(1977年版)所定正式名词(参见附录),以免误解。1982年国家卫生部规定停产停用的药物不应再用。

六、度量衡名称,按国务院规定今后“逐步采用国际制”的要求,今后应采用国际通用符号。详见《医疗护理技术操作常规》第二版(第1907~1911页)。例如:

度: m (米)	cm (厘米)	mm (毫米)	μm (微米)	
量: l (升)	dl (分升)	ml (毫升)	μl (微升)	fl (飞升)
衡: kg (公斤)	g (克)	mg (毫克)	μg (微克)	ng (纳克,
原称毫微克)	pg (皮克, 原称微微克)			

物质的量以mol(摩尔,克分子量)表示,原用mEq/l(毫当量/升)应改为mmol/l(毫

摩尔或毫克分子量/升)。

血细胞计数单位应以  $\mu\text{l}$  代替  $\text{cu mm}$  或  $\text{mm}^3$ 。国际单位用 IU 表示。

温度用 C 表示，删去  $^{\circ}\text{C}$  上左角的小圈。脉搏、血压、血红蛋白、红细胞、白细胞等的计算单位在不易引起误会的条件下，可以免去。如可写脉搏 88，血压 150/95，血红蛋白 13g，红细胞 400 万，白细胞 7 600 等。

超过三位数的大数，删去每三位数间所用逗号，而改为留四开空隙。如以 241 000 代替 241,000。

血压目前仍以 mmHg (毫米汞柱) 为单位，今后逐渐改用 kPa (千帕，每  $1\text{ kPa} \approx 7.5\text{ mmHg}$ ， $1\text{ mmHg} \approx 133\text{ Pa}$ ， $120\text{ mmHg} \approx 16\text{ kPa}$ ， $80\text{ mmHg} \approx 10.7\text{ kPa}$ )。

时间：min (分) h (小时) d (日)

七、简体字：只能采用 1964 年文字改革出版社出版的《简化字总表》(第二版) 所定简化字。禁用杜撰简化字，停用第二批公布征求意见的简化字，如付(副)、旦(蛋)、仃(停)之类，均不可用。

八、限于编辑水平，缺点、错误在所难免。恳切希望使用本书的同志随时提出修改意见，俾便再版更正。

# 目 录

第一章 入院病历、入院记录、病程记录及病案首页	
第一节 消化内科	1
第二节 呼吸内科	9
第三节 心血管内科	16
第四节 血液内科	23
第五节 内分泌内科	30
第六节 中医科	38
第七节 传染病科	44
第八节 神经精神科	58
第九节 皮肤科	67
第十节 儿科	73
第十一节 普通外科	82
第十二节 矫形外科	92
第十三节 胸部外科	97
第十四节 泌尿外科	104
第十五节 神经外科	112
第十六节 整形外科	119
第十七节 眼科	126
第十八节 耳鼻咽喉科	136
第十九节 口腔科	143
第二十节 产科	150
第二十一节 妇科	159
第二十二节 病案首页	166
第二章 各科会诊、检查、治疗申请单及报告单	
第一节 临床各科会诊记录	168
第二节 X线检查	170
第三节 心电图检查	172
第四节 脑电图检查	173
第五节 病理学检查	174
第六节 骨髓、淋巴结、肝、脾细胞学检查	175
第七节 物理治疗	176
第三章 门诊记录	

第一节 内科.....	177
第二节 传染病科.....	179
第三节 神经精神科.....	180
第四节 儿科.....	181
第五节 外科.....	183
附录	
一、中华人民共和国药典1977年版采用的西药名称.....	184

# 第一章 入院病历、入院记录与病程记录

## 第一节 消化内科

### 入院病历

姓名	张发全	部职别	上海缝纫机四厂退休工人
性别	男	住址	本市黄浦区南无义路10号
年龄	56岁	入院日期	1982-4-30
婚否	已	病史采取日期	1982-4-30
籍贯	上海	病史记录日期	1982-4-30
民族	汉	病情陈述者	本人

主诉 反复发作性上腹痛20年，加重2月，发现肝肿大5个月。

现病史 缘于1961年冬开始出现上腹正中隐痛，疼痛范围约手掌大小，痛在饭后2小时发生，程度不剧，尚能忍受，一直持续至下次进餐。疼痛不影响食欲，进食后能缓解。有时晚间临睡前及夜间12点钟也会出现疼痛，吃几片饼干，甚至喝点开水也能去痛入睡。每次发作持续约二周，经用维生素U后疼痛缓解。以后每逢寒冷季节、饮食不当、受凉及情绪不佳可诱发上腹痛，发作时伴有反酸、嗝气，无呕吐及腹泻。天气转暖疼痛消失。长期以来，间断服用普鲁本辛、胃舒平，未曾住院治疗过。80年冬天起，上腹痛加重，每次发作时间延长，间歇时间缩短，发作次数也增多。81年11月在北站医院行胃肠钡餐及胃镜检查，均诊断为“十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃炎”。同月，体检时发现肝大，检验肝功能正常，AFP、HBsAg阴性。今年3月份觉上腹痛加重，服阿托品无效，疼痛失去规律性，呈持续性，进食后不缓解甚或加重，常因疼痛不敢进食。疼痛向背部放射，但无右肩放射痛及发热，不厌油，痛时喜按，好右侧卧位。4月22日解柏油样软便一次，量约200g，当时无头昏、冷汗及口干，亦无呕血，经用安络血后血止。4月30日来本院消化专科门诊，检查发现“肝肿大”收容检查治疗。近来体重无明显减轻，饮食由每餐五两减至二两。睡眠欠佳，易惊醒。近二日大便未解，尿色不黄。

过去史 平素身体尚健。1981年冬季及今年二月患“疟疾”，经服氯喹及伯喹治愈。否认肝炎、肺结核、血吸虫病等传染病史。多年未接受预防接种。

各系统病史

五官器：无红眼、视力障碍；无鼻阻、脓涕；无听力障碍、眩晕及咽痛。

呼吸系：近10年来冬季常有咳嗽，咯少量白色粘痰，每年持续约3个月；无咯血史。

循环系：无心慌、气急、心绞痛、阵发性夜间呼吸困难及高血压史。

消化系：无慢性腹泻、黄疸史，余见现病史。

血液系：无皮肤或粘膜出血、瘀点、瘀斑、紫癜等病史。

泌尿生殖系：无尿频、尿急、尿痛、腰痛及血尿史。

神经精神系：无头痛、失眠、惊厥、意识不清、运动障碍及精神失常病史。

运动系：无四肢关节红、肿、疼痛及活动受限史。

外伤、手术史：5年前发生腰扭伤，以后每遇天气转阴或劳累，即感腰酸。

中毒及药物等过敏史：无。

个人史 自幼生长在上海，1970年到安徽省凤阳县农村劳动，1980年返沪，无血吸虫病疫水接触史。20岁起吸烟至今，每日半包。偶饮酒。26岁结婚，生育一女。其妻患有“风湿性关节炎，神经衰弱”，女儿体健。

家族史 父患“伤寒”20年前病故，母因腹部肿块（性质不详）10年前病亡。

### 体格检查

一般状况 体温36.8C，脉搏76次/分，呼吸18次/分，血压120/80，身高170cm，体重56kg。发育正常，营养中等，自动体位，慢性病容，神志清楚，对答切题，检查合作。

皮肤 色泽正常，弹性良好，无水肿、多汗、紫癜，未见黄疸、血管蛛及肝掌。

淋巴结 锁骨上、腋下及腹股沟淋巴结均未触及。

头部 头颅大小正常，无畸形，毛发分布均匀，无疖、癬、外伤及疤痕。

眼：眼睑无水肿，结膜不充血，巩膜无黄染，角膜透明，两侧瞳孔同圆等大，对光反应正常，视力轻度老花。

耳：两耳廓正常，外耳道无脓性分泌物，乳突区压之不痛，两耳听力略下降。

鼻：外形正常，鼻腔通畅，鼻中隔无偏曲，鼻窦部无压痛，嗅觉无障碍。

口腔：口无臭味，唇不发绀，牙齿 $\begin{matrix} 8 & & 45678 \\ 87654321 & | & 12345678 \end{matrix}$ 镶补，牙龈不肿胀，无溢血、溢脓及色素沉着，口腔粘膜无溃疡、出血点，舌质淡，苔薄白，扁桃体不肿大，咽淡红，软腭运动正常，悬雍垂居中。

颈部 两侧对称，颈软，无颈静脉怒张及颈动脉异常搏动，甲状腺不肿大，无血管杂音，气管居中。

胸部 胸廓呈桶状，两侧对称，胸壁无肿块及扩张血管，肋间隙增宽，肋弓角约90°，双乳对称，未见异常。

肺脏 视诊：胸式呼吸稍弱，节律正常，两侧对称。

触诊：语言震颤两侧相等，无摩擦感。

叩诊：反响增强，肺下界在肩胛下角线第10

肋间，呼吸移动度2cm。

听诊：呼吸音及语音传导双侧对称，但有减

低现象，无摩擦音及干、湿性罗音。

心脏 视诊：未见心尖搏动，心前区无局限隆起。

右(cm)	肋间	左(cm)
2	II	2
2	III	3
3	IV	4.5
	V	6

触诊：心尖搏动未触及，心前区无抬举性冲动、震颤及摩擦感。

叩诊：心浊音界不大，如附表。锁骨中线距前正中线9cm。

听诊：心率 76 次/分，律齐，各瓣膜区心音正常，未闻及杂音， $A_2 > P_2$ ，无心包摩擦音。

腹部 视诊：腹壁对称，平坦，无静脉曲张及胃肠蠕动波，脐部下凹。

触诊：腹壁柔软，中上腹有压痛，无反跳痛，未触及包块、异常搏动及波动。肝下缘在右肋缘下1.5cm，剑突下4cm，边缘钝，质中，表面光滑，轻触痛。脾未及。双肾均未触及。

叩诊：肝浊音上界在锁骨中线第5肋间，上下径全长13cm，肝脾区均无叩击痛，无过度回响及移动性浊音。

听诊：肠鸣音不亢进，3~5次/分，胃区无振水声，肝脾区无摩擦音，未闻及血管杂音。

外阴及肛门 外生殖器发育正常，无包茎，尿道口无分泌物，睾丸不肿大，无压痛。附睾两侧正常，精索无增粗、压痛、结节及静脉曲张。阴囊无脱屑，无皲裂及肿胀。肛门无外痔或瘻。

脊柱及四肢 脊柱无畸形、压痛及叩击痛，肋脊角无压痛及叩击痛；四肢无畸形，无杵状指趾、水肿、外伤、骨折及静脉曲张；肌张力与肌力正常，未见萎缩；关节无红肿、畸形及运动障碍；甲床无微血管搏动；股动脉及肱动脉无枪击音，桡动脉搏动正常，血管壁硬度正常。

神经系 四肢运动及感觉良好，膝腱反射、跟腱反射、二头肌腱反射、三头肌腱反射、腹壁反射及提睾反射均正常，巴彬斯奇征及克尼格征阴性。

检验及其他检查 血象：红细胞420万，血红蛋白12g，白细胞计数7600，中性66%，淋巴34%。尿常规阴性。粪常规：棕黑色、软，隐血试验 $++$ ，余阴性。A型超声波检查：肝肋下1cm，剑突下4cm，较密微波。脾正常。餐后胆囊于右锁骨中线第7肋间探及直径1cm胆囊波型，无异常反射。

### 小 结

患者男性，56岁，因反复发作性上腹痛20年，加重2月及发现肝肿大5个月，于1982年4月30日入院治疗。1961年冬季起病，病初上腹痛有规律性，有时夜间痛，进食后缓解。以后每年寒冷季节或饮食不当、受凉及情绪不佳时上腹痛就发作，天气转暖时消失。80年冬痛加重，发作时间延长，发作次数增多，间歇时间缩短。81年11月胃肠钡餐及胃镜检查均诊断为“十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃炎”。同月发现肝大，查肝功正常，AFP及HBsAg阴性。今年3月份疼痛加重，失去规律性，进食后不缓解甚或加重。4月22日解柏油样大便一次。自病加重以来，无明显消瘦，不伴发热及黄疸。慢性咳嗽、咯痰10年，有吸烟嗜好。体检：慢性病容，巩膜皮肤无黄染，未见血管蛛及肝掌，浅表淋巴结不肿大。牙齿  $\frac{8}{87654321} \mid \frac{45678}{12345678}$  镶补。桶状胸，肋间隙增宽。心脏正常。两肺无干、湿罗音。腹平软，中上腹有压痛，肝在右侧



肋缘下1.5cm，剑突下4cm，质中，轻触痛。胆囊及脾不大。肝上界在右锁骨中线第7肋间，上下全长13cm，肝区无叩痛。血、尿常规正常。大便为棕黑色软便，隐血试验++。A型超声波检查肝肋下1cm，剑突下4cm，较密微波；胆囊及脾正常。

**最后诊断** (82—5—10)

1. 十二指肠球部溃疡  
合并不完全性幽门梗阻
2. 胃粘膜脱垂症
3. 慢性浅表性胃炎
4. 隐匿型肝硬化
5. 慢性支气管炎
6. 慢性阻塞性肺气肿
7. 义齿 

8	45678
87654321	12345678

梅小林

**初步诊断**

1. 十二指肠球部溃疡，活动期
2. 慢性浅表性胃炎
3. 肝肿大原因待查
4. 肺气肿，老年性
5. 义齿 

8	45678
87654321	12345678

梅小林/石夕生

## 入院记录

张发全，男，56岁，已婚，汉族，上海人，上海缝纫机四厂退休工人，家住黄浦区南无义路10号。因反复发作性上腹痛20年、加重2月及发现肝肿大5个月，于1982年4月30日经门诊入院。本人供史，当天记录。

缘于1961年冬无诱因地出现上腹正中隐痛，呈间歇性，通常在饭后2小时发生，有一定的节律性，疼痛—进食缓解—疼痛。有时临睡前及深夜也会出现疼痛，吃几片饼干，甚至喝点开水也能去痛入睡。该次发作持续约二周，经用“维生素U”疼痛缓解。以后每年冬季发作，饮食不当、受凉等亦可诱发，发作时伴有反酸、嗝气，无呕吐及腹泻。长期以来，间断服用普鲁本辛、胃舒平等，从未住院治疗。80年冬天起上腹痛加重，发作时间延长，间歇时间缩短。81年11月份在北站医院行胃肠钡餐及胃镜检查，均诊断为“十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃炎”。同月，体检时发现肝大，化验肝功正常。AFP和HBsAg阴性。今年3月份开始上腹痛加重，服阿托品无效，疼痛失去节律性，进食后不缓解、甚或加重，常常因疼痛不能进食。疼痛向背部放射，但无右肩痛及发热，不厌油，痛时喜按，好右侧卧位。4月22日解柏油样软便一次，约200g，不伴头昏、冷汗及口干，经用安络血后血止。4月30日来本院消化专科门诊，以“肝肿大”收容诊治。近来无明显消瘦，饮食由每餐五两减至二两。睡眠欠佳，易惊醒。近二日大便未解，尿色不黄。

平素体健，1981年秋季及今年2月患“疟疾”，经服氯喹及伯喹治愈。否认肝炎、肺结核、血吸虫病等传染病史，无药物过敏史。近10年冬季咳嗽、咯痰，每年约3个月。5年前有腰扭伤史。

自幼生长在上海，1970年到安徽省凤阳县农村劳动。1980年回沪。20岁起吸烟至今，每日半包，偶饮酒。26岁结婚，生育一女。其妻患有“风湿性关节炎，神经衰弱”，女儿体健。

父于20年前患伤寒逝世。母于10年前因腹部肿块（性质不详）病亡。

## 体格检查

体温36.8℃,脉搏76次/分,呼吸18次/分,血压120/80,发育正常,营养中等,慢性病容,神志清楚,对答切题。体检合作,皮肤色泽正常,弹性良好,无血管蛛及肝掌。浅表淋巴结不肿大,头颅无畸形,巩膜不黄,耳无溢脓,鼻部正常,唇无发绀,牙齿  $\frac{8}{87654321} \mid \frac{45678}{12345678}$  义齿,扁桃腺不肿大。颈软,无颈静脉怒张及颈动脉异常搏动,气管居中,甲状腺不肿大。胸廓呈桶状,双侧对称,肋间隙增宽,胸式呼吸稍弱,语颤两侧相等,无摩擦感,叩诊反响增强,呼吸音双侧同等减低,无摩擦音及干、湿性罗音。未见心尖搏动,心前区无局限隆起,无抬举性冲动、震颤及摩擦感,叩诊心界不大,心率76次/分,律齐,各瓣膜区无杂音,心音正常,  $A_2 > P_2$ ,无心包摩擦音。腹部平坦,柔软,无静脉曲张、胃肠蠕动波,中上腹部有压痛,无反跳痛,未及包块。肝下缘在右肋缘下1.5cm,剑突下4cm,边缘钝,质中,表面光滑,有轻压痛;胆囊未及,脾不大。肝浊音上界在右锁骨中线第5肋间,上下全长13cm,无移动性浊音。肠鸣音不亢进,胃区无振水音,未闻及血管杂音。外生殖器正常,肛门无外痔及瘘管。脊柱、四肢、关节无畸形,活动良好,无周围血管征。神经系统检查:生理反射正常,病理反射未引出。

检验:红细胞420万,血红蛋白12g,白细胞计数7600,中性66%,淋巴34%。尿常规阴性。粪常规:棕黑色,软,隐血试验++,余阴性。A型超声波检查:肝肋下1cm,剑突下4cm,较密微波。脾正常。餐后胆囊于右锁骨中线第7肋间探及直径1cm胆囊波型,无异常反射。

最后诊断 (82—5—10)

初步诊断

1. 十二指肠球部溃疡  
合并不完全性幽门梗阻
2. 胃粘膜脱垂症
3. 慢性浅表性胃炎
4. 肝硬化, 隐匿型
5. 慢性支气管炎
6. 慢性阻塞性肺气肿
7. 义齿  $\frac{8}{87654321} \mid \frac{45678}{12345678}$

1. 十二指肠球部溃疡, 活动期
2. 慢性浅表性胃炎
3. 肝肿大原因待查
4. 肺气肿, 老年性
5. 义齿  $\frac{8}{87654321} \mid \frac{45678}{12345678}$

张 康

梅小林

## 诊断分析及诊疗计划

患者男性,56岁,因反复发作性上腹疼痛20年,加重2月,发现肝肿大5个月入院求治。病初上腹痛有规律,进食后缓解,去年冬季症状加重,在外院胃肠钡餐及胃镜诊断为十二指肠球部溃疡,慢性浅表性胃炎。同月,体检发现肝肿大,检验肝功正常,AFP及HBsAg阴性。近二月疼痛无规律,进食不能缓解甚或加重。本月22日解成形黑便一次,量中等。吸烟近40年,近10年冬季咳嗽,咯白色粘痰,每年约3个月。病重以来无消瘦。入院体检:慢性病容,皮肤巩膜无黄染,无血管蛛及肝掌,浅表淋巴结不肿大,胸廓呈桶状,肋间隙增宽,反响增强,两肺无罗音,心脏正常,腹平软,肝上界第7肋间,肋下1.5cm,质中,偏硬,

边缘钝，表面光滑，有触痛，脾未及，无移动性浊音。血常规：红细胞420万，血红蛋白12g，白细胞计数7600，中性66%。淋巴34%。尿常规正常。大便：棕黑色，软，隐血试验<sup>++</sup>，余阴性。A型超声波探查肝肋下1cm，剑突下4cm，较密微波，胆囊及脾正常。

根据上述症状、体征及实验室检查，对诊断考虑如下：

(一)病人吸烟近40年，近10年来冬季常有咳嗽，咯白色粘痰，每年持续约3个月，体检有肺气肿征，因此，慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿的诊断可成立。

(二)病人上腹痛具有慢性、节律性及周期性特点，进食及服硷性药物后能缓解，一年多前GI及胃镜检查均报告“十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃窦炎”。由此不难诊断病人患有十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃窦炎。临床资料曾说明溃疡病存在下述情况之一时，其疼痛的规律性便可消失：①伴有慢性胃炎，②伴有胃粘膜脱垂，③溃疡病高度活动期，④巨型胃溃疡，⑤幽门管溃疡，⑥球后部溃疡，⑦复合性溃疡，⑧穿透性溃疡，⑨并发出血，⑩并发恶性变。此病人近二月来上腹痛无规律，进食后不能缓解，出现黑便，说明溃疡在活动期，可能还伴有胃粘膜脱垂。是否并发恶性变？病人一般情况好，浅表淋巴结不肿大，无明显消瘦，目前证据不足。然而，要证实初步诊断及排除恶性变，需要复查GI及胃镜检查。

(三)病人肝上界第7肋间，右肋下1.5cm，剑突下4cm，上下全长13cm，说明肝大确实存在。肝肿大的原因很多，结合该病人情况，主要考虑以下几种疾病：

1. 原发性肝癌 病人年已56岁，出现肝肿大，肝质地偏硬，有触痛，应该考虑到肝癌的可能，但病人无肝区疼痛、黄疸及消瘦，因此目前肝癌的证据不够充分，需要作甲胎蛋白测定、肝扫描及B型超声波检查。

2. 疟疾 患者既往有疟疾反复发作史，肝大也许是疟疾的后果，但临床经验表明疟疾引起脾肿大多见，单独引起肝肿大少见，该病人肝大考虑为疟疾的后果可能性小。

3. 肝硬化 病人以前虽无肝炎、长期饮酒、接触化学药品等病史，但肝硬化仍需考虑，因部份病人肝硬化可找不出明确的原因，称之为隐匿型肝硬化，而此病人肝脏轻度肿大，质偏硬，此病的可能性较大，但确诊尚需要作肝功、蛋白电泳、肝酶谱以及肝扫描协助。

基于以上分析及初步诊断，拟定下一步诊疗计划如下：

#### (一)诊断方面

1. 化验肝功，HBsAg，抗HBe，抗HBc；AFP，AKP，肝酶谱；
2. 肝胆B型超声波检查，肝扫描；
3. 胃肠钡餐检查，胃镜；
4. 心电图及其它检查酌情安排。

#### (二)治疗方面

1. 一般治疗：休息、软食；
2. 制酸；
3. 解痉止痛；
4. 根据诊断的进一步所得，给予相应处理。

梅小林

## 病程记录

1982—5—1

张主治医师上午查房，先听取了病史汇报，然后检查了病人，分析如下：

(一)患者肝肿大，质偏硬，触痛较明显，最初考虑肝脏恶性肿瘤，从目前检查结果来看，AFP火箭电泳31ng/ml，肝酶谱(LDH, PHI,  $\gamma$ -GT)正常，肝扫描及B型超声波检查未见肝内占位性病变，因此肝癌可以排除，但是，肝功总蛋白5.4g, A/G=1, 余项正常，蛋白电泳 $\gamma$ -球蛋白23%超过正常，HBsAg $\ominus$ ，抗HBc及抗HBc $\ominus$ ，故不像慢性肝炎，可诊断为隐匿型肝炎肝硬化。

(二)上腹疼痛甚重，胃镜下见有潴留液，提示不完全性幽门梗阻。早期幽门梗阻可无呕吐，而仅表现为食后上腹部疼痛，晨轻晚重，需仔细观察疼痛性质、部位及时间。

(三)治疗方面：改流食，并每晚洗胃，然后抽胃液，观察有无潴留。如治疗一周不能缓解，应予外科治疗。

以上意见已开始执行。

梅小林

### 82—5—20 交班记录

患者男性，56岁，因反复发作性上腹痛20年，加重2月及肝大5月，于1982年4月30日入院。1961年冬起病，病初疼痛有规律性，为空腹痛，服药及进食后能缓解。81年11月外院GI及胃镜检查诊断为“十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃炎”。同月，体检中发现肝肿大，查肝功正常，AFP及HBsAg阴性。近二月来疼痛无规律性，食后痛加重，4月22日解黑便一次。吸烟近40年，近10年每冬咳嗽、咯痰约3个月。入院时体检：一般情况尚好，皮肤无黄染及血管蛛，心脏正常，两肺有轻度肺气肿征，中上腹有压痛，无肌卫及反跳痛，肝在右肋缘下1.5cm，剑突下4cm，质中有触痛，脾不大，无移动性浊音。入院初步诊断主要有：1. 十二指肠球部溃疡，2. 慢性胃炎，3. 肝大原因待查。入院后一方面给予制酸、解痉止痛治疗；另一方面有步骤地进行了一系列检查：肝酶谱(LDH、PHI、 $\gamma$ -GT)、乳酸脱氢酶同工酶、免疫球蛋白均正常，肝功总蛋白5.4g, A/G=1, 胆红素及谷丙转氨酶正常，HBsAg $\ominus$ ，AKP 5U，AFP火箭电泳31ng/ml，蛋白电泳， $\gamma$ -球蛋白增高，占23%。胸片示老慢支，胆囊造影无异常，钡气双重造影报告为十二指肠球部溃疡，胃粘膜脱垂，胃炎。胃镜检查报告为十二指肠球部畸形，慢性浅表性胃炎，不完全性幽门梗阻。B型超声提示肝肿大，无占位病变，肝扫描阴性。张主治医师看过病人，认为肝大不是肿瘤及炎症病变，可能系隐匿型肝炎肝硬化所致。上腹痛无规律，是由球部溃疡合并不完全性幽门梗阻所引起，嘱给病人流食并洗胃，观察有无胃内容物潴留。现已进流食三天。

张康/梅小林

### 1982—5—21 接班记录

入院病历、病程记录及交班记录已详阅。病人因反复发作性上腹痛20年，加重2月，发现肝大5个月入院诊治。入院后的临床观察和一系列的辅助检查资料已排除了肝脏的炎症及

肿瘤。基本确定十二指肠球部溃疡合并不完全性幽门梗阻，隐匿型肝硬化。接班后需要继续治疗不完全性幽门梗阻，给流食，并洗胃判断有否潴留液。接班后查病人一般情况好，两肺轻度气肿征，心脏正常，腹平软，中上腹压痛不明显，肝下缘在右肋缘下1.5cm，剑突下4cm，有触痛，脾未及，无移动性浊音。

梅小林

#### 1982—5—24 出院记录

张发全，男性，56岁，退休工人，因反复发作性上腹痛20年，加重2月，发现肝大5个月，于1982年4月30日入本科治疗。入院体检：一般情况好，两肺轻度气肿征，心脏正常，中上腹部有压痛，无反跳痛，肝在右肋缘下1.5cm，剑突下4cm，质中，有触痛，脾未及，无包块。入院初诊：十二指肠球部溃疡，肝大原因待查。住院期间一面给予制酸、解痉止痛，另一方面进行了一系列的辅助检查，经检查明确诊断为十二指肠球部溃疡，胃粘膜脱垂，不完全性幽门梗阻，隐匿型肝硬化；排除了肝脏的炎症及占位性病变。给病人流食，并洗胃8天，解除了不完全性幽门梗阻。现病人一般情况尚好，无上腹痛，进普食而无不适，溃疡症状已缓解。主治医师同意后，于1982年5月24日出院，共住院24天。

出院诊断：1. 十二指肠球部溃疡，合并不完全性幽门梗阻；2. 胃粘膜脱垂症；3. 浅表性胃炎；4. 隐匿型肝硬化；5. 慢性支气管炎，慢性阻塞性肺气肿；6. 义齿  $\frac{8}{8\sim 1} \left| \begin{array}{l} 4\sim 8 \\ 1\sim 8 \end{array} \right.$ 。

出院时嘱咐：建立有规律的生活秩序，避免辛辣等刺激性食物，戒烟酒，防止受凉，并携带氢氧化铝凝胶、三硅酸镁及保肝药回家继续治疗，必要时门诊复查。 张 康/梅小林

## 第二节 呼吸内科

### 入院病历

姓名	林福根	部职别	上海越剧院退休琴师
性别	男	住址	上海市新河路51弄12号
年龄	68岁	入院日期	1981—12—7
婚否	已	病史采取日期	1981—12—7
籍贯	浙江省嵊县	病史记录日期	1981—12—7
民族	汉	病情陈述者	本人

主诉 反复咳嗽、咯痰20年，心悸、气急、浮肿2年，加重半月。

现病史 患者自1962年始，每遇天气转冷，咳嗽咯痰即发作，清晨咳嗽较剧，痰量少，白色粘稠。每次发作持续7~10天。无气急、气喘、咯血及盗汗。经服四环素、咳必清等药即可好转。每年发作2~3次，多在秋末冬初时。工作、生活不受影响。1974年以来，咳嗽、咯痰加重，早晚尤剧，有时伴气急。每日痰量约10~20ml，为白色泡沫样。经青霉素等药治疗可缓解。每次持续约3个月以上，天气转暖时上述症状缓解。上楼、干重活有心悸、气急感，但日常生活尚可胜任。曾多次到地段医院就诊，诊断为慢性支气管炎、肺气肿。常服用止咳、化痰、平喘药。1979年冬始，咳嗽咯痰终年不停，无明显季节性。常有发热（多在38℃左右）。痰量每日50~60ml，仍为白色泡沫状。发热时，痰呈黄色脓性，痰量可增至100ml，伴有气急、心悸、胸闷、双下肢浮肿。动则气急、心悸。去年曾在本市红光医院住院三次，诊断均为慢性肺源性心脏病。经青霉素、链霉素、氨茶碱、氢氯噻嗪、氨苯蝶啶等药物治疗，心悸、气急好转，浮肿消退。出院后日常生活不能完全自理，有时静卧亦觉气急。

今年11月28日受凉后，上述症状又发。痰为黄色脓性，易咯出，心悸、气急，双下肢明显浮肿，口唇、指端发绀，进食少许即觉上腹部饱胀不适，伴恶心呕吐。经庆大霉素、氨茶碱、消咳喘、氢氯噻嗪治疗未见好转。尿量每日约600~800ml。今日下午来我院急诊。血象：白细胞8200、中性80%。胸部透视示慢性支气管炎、两下肺感染、肺气肿，今日下午收入我科。

过去史 平素身体较差。幼年曾患“麻疹”、“水痘”、“流腮”，10岁患“流脑”，1958年患“流感”。近10年未预防接种。

各系统病史

五官器：无畏光、流泪、流脓涕，无嗅觉及听力障碍史。牙3/4因龋病拔除。

呼吸系：现病以前无特殊呼吸系统疾病史。

循环系：现病以前无特殊循环系统疾病史。

消化系：无慢性腹痛、腹泻、呕血、黑便史。78年经X线钡餐透视诊断“胃下垂”。

血液系：无头晕、鼻出血、齿龈出血及皮下瘀斑史。

泌尿系：无尿频、尿急、尿痛史，80年因有排尿困难史，诊断前列腺肥大。

神经精神系：无头痛、头昏、昏厥、抽搐及意识障碍史。

运动系：无游走性关节疼痛、运动障碍、骨折史。

内分泌系：无畏寒、怕热、多汗、多饮、多食、视力障碍史。

外伤、手术史：无。

中毒及药物等过敏史：无。

个人史 出生原籍，23岁来沪至今。无血吸虫疫水接触史。吸烟40年，每日10支左右，1974年已戒烟。无饮酒史。担任琴师30年，有长期松香接触史。妻及一子三女身体均健康。

家族史 父1948年病故，死因不明。母1950年死于肺气肿。否认家族中遗传病史及慢性传染病史。

### 体格检查

一般情况 体温36.1℃，脉搏104次/分，呼吸32次/分，血压90/60。发育正常，营养中等。神志清楚，慢性重病容，平卧位。呼吸及言语困难，急躁。体检欠合作。

皮肤 色泽尚正常，弹性较差，无水肿、皮疹或皮下出血，未见血管蛛及皮下结节。

淋巴结 两颌下及两腹股沟均可触及米粒大之淋巴结1~2个，质软、活动、无压痛、无粘连。其余浅表淋巴结未触及。

头部 头颅：无畸形，发花白、较稀疏，顶稍秃。

眼：眉毛无脱落，眼睑无水肿及下垂，无倒睫。眼球运动自如，无突出、凹陷及震颤。结膜稍充血，无出血、水肿、颗粒、滤泡及疤痕。巩膜无黄染。角膜透明，无溃疡、斑翳。瞳孔两侧等大等圆，对光反应、调节反应灵敏。戴老花镜。

耳：耳廓无畸形，外耳道无分泌物，无牵拉痛，乳突无压痛。听力无明显减退。

鼻：无畸形，鼻前庭无异常分泌物，通气良好，鼻中隔无偏曲，鼻窦无压痛。

口腔：无特殊气味。唇发绀，无疱疹，口角糜烂。口腔粘膜无溃疡、出血及色素沉着。

3/4 缺齿。齿龈颜色正常，无出血、肿胀、溢脓及色素沉着。伸舌居中。扁桃体不肿大，悬雍垂居中，咽部充血，声音略嘶哑。

颈部 对称，颈无抵抗，未见颈动脉搏动，可见颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性。气管居中。甲状腺不大，未触及结节及细震颤，无血管杂音。

胸部 桶状胸，肋间隙增宽，辅助呼吸肌参与呼吸运动。胸壁无静脉怒张及压痛。双乳无异常。

肺脏 视诊：呼吸运动两侧对称，节律规则，32次/分。

触诊：两侧语颤减弱，无胸膜摩擦感及皮下气肿握雪感。

叩诊：两肺反响增强，呈过清音，两侧肺下界在肩胛下角线第11肋间，呼吸移动度

不明显。

听诊：两肺呼吸音较弱，呼气音延长，两侧肩胛下区可闻及细湿罗音，两肺上部可闻及干性罗音。未闻及胸膜摩擦音。

心脏 视诊：心前区无隆起。剑突下可见心尖搏动，范围较弥散。

触诊：剑突下可触及心尖搏动，未触及细震颤。

叩诊：心浊音界叩不出。

听诊：心音弱，心率104次/分，律齐，各瓣音区未闻病理性杂音。

腹部 视诊：腹部平坦，腹壁无静脉曲张，未见肠型及蠕动波，腹式呼吸存在。

触诊：腹壁柔软，全腹无压痛及反跳痛；肝下缘在锁骨中线肋缘下3 cm，质中等，边缘钝，触痛轻；脾未触及。全腹未触及包块。

叩诊：肝浊音上界右锁骨中线第六肋间，无移动性浊音，两季肋部及肾区无叩击痛。

听诊：肠鸣音正常，胃区无振水声，肝脾区未闻摩擦音，未闻及血管杂音。

外阴及肛门 发育正常，无包皮过长，尿道口无压痛，无分泌物，阴囊皮肤无脱屑、皸裂、肿胀，睾丸正常，无触痛。肛门无痔、瘻。

脊柱及四肢 脊柱无畸形，无压痛及叩击痛；肋脊角无压痛及叩击痛；四肢无畸形，无杵状指、趾，双下肢有凹陷性水肿，无外伤、骨折、静脉曲张；肌张力与肌力正常，未见肌萎缩，关节无红肿、畸形及运动障碍；甲床无微血管搏动，股动脉及肱动脉无枪击音，桡动脉搏动正常，血管壁硬度无特殊。

神经系 四肢运动及感觉良好。膝反射、跟腱反射、肱二头肌腱反射、三头肌腱反射、腹壁反射、提睾反射均可引出，两侧对称。巴彬斯奇征及克尼格征阴性。

检验及其他检查 血象：白细胞计数8 200，中性80%，淋巴15%，单核2%，嗜酸2%，嗜碱1%，血红蛋白15.6g。

胸部X线片：两肺透亮度增加，纹理增强、紊乱，右下肺动脉干横径18mm。心影大小正常。

## 小 结

患者因反复咳嗽、咯痰20年，心悸、气急、浮肿2年，加重半月，收容入院。自1962年始，每遇冬季咳嗽、咯痰发作，7~10天即可好转，每年发作2~3次。74年以来逐年加重，每次持续三个月以上，天气转暖方可缓解，上楼、干重活有气急感。79年冬始，咳嗽咯痰终年不停，受凉后加重，有心悸、气急、下肢浮肿。近两年静卧亦觉气急，日常生活不能自理。半月前受凉后，上述症状又发。于今日收入院。母因“肺气肿”于50年病故。患者担任琴师30余年，有长期松香接触史。体检：体温36.1℃，脉搏104，呼吸32，血压90/60。神志清，慢性重病容，口唇、指端发绀。颈静脉怒张，气管居中。肺气肿征。两肺上部可闻干罗音，两肩胛下区可闻细湿罗音。心尖搏动位剑突下。肝肋缘下3cm，质中、边缘钝，脾未及。双下肢凹陷性水肿。血象：白细胞计数8 200，中性80%。胸片提示慢性支气管炎，肺气肿；右下肺动脉干横径18mm。



## 最后诊断 (1982—1—5)

1. 慢性阻塞性肺疾病  
慢性支气管炎急性加重  
慢性阻塞性肺气肿, 呼吸衰竭, 肺  
功能Ⅲ级  
慢性肺源性心脏病, 心力衰竭, 心  
功能Ⅳ级
2. 胃下垂
3. 前列腺肥大
4. 缺齿 34

李 玉

## 初步诊断

1. 慢性支气管炎感染加重  
慢性阻塞性肺气肿, 呼吸衰竭  
慢性肺源性心脏病, 心力衰竭Ⅲ度
2. 胃下垂
3. 前列腺肥大
4. 缺齿 34

刘 海/胡小山

## 入院记录

患者林福根,男,68岁,已婚,浙江嵊县籍,汉族,上海越剧院退休琴师。因反复咳嗽、咯痰20年,心悸、气急、浮肿2年,加重半月,于1981年12月7日14:30急诊入院。

患者自1962年起,每遇天气转冷,咳嗽咯痰即发作,清晨咳嗽较剧,痰量少,多为白色粘痰。无气急、气喘、咯血及盗汗。每次发作持续7~10天,经四环素、咳必清等药治疗即可好转。每年发作2~3次,多在秋末冬初时。工作、生活不受影响。1974年以来,咳嗽咯痰加重,早晚尤剧,有时伴气短。每日痰量约10~20ml,为白色泡沫样。需青霉素等药物治疗方可缓解。每次持续3个月以上,天气转暖上述症状缓解。上楼、重干活有心慌、气急感,但日常生活尚可自理。曾多次到地段医院就诊,诊断为“慢性支气管炎、肺气肿”。经常服用止咳、祛痰、平喘药。1979年冬始咳嗽,咯白色泡沫痰终年不停,无明显季节性。常有发热,多在38℃左右。痰量每日50~60ml,发热时痰量可增至100ml左右,且呈黄色脓性痰,伴气急、气短、心悸、双下肢浮肿。动则气急、心悸加重。曾在本市红光医院住院三次,诊断均为慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。经青霉素、链霉素、氨茶碱、氢氯噻嗪、氨苯喋啶等药治疗,心悸、气急好转,浮肿消退。出院后日常生活不能完全自理,有时静卧亦觉气急。

此次于11月28日受凉后,上述症状又发作。咯黄色脓性痰,不易咯出。心悸、气急加重,双下肢浮肿,口唇发绀。进食少许即觉上腹部饱胀不适,并有轻度恶心。尿量每日600~800ml。经青霉素、链霉素、消咳喘、氢氯噻嗪等药治疗未见好转。于今日送我院急诊。检验白细胞8200,中性80%,X线胸片示“两肺透亮度增加,肺纹理紊乱、增强,右肺下动脉干横径18mm”。今日下午急诊入院。

平素身体较差,幼年曾患“麻疹、水痘、流脑、流腮”等急性传染病,1958年曾患“流感”。1978年诊断为“胃下垂”,1980年因尿潴留诊断为“前列腺肥大”。

出生原籍,23岁来上海,19岁始从事琴师工作,共30余年,有长期松香接触史。吸烟40年,每天10支左右,1974年已戒烟。无饮酒嗜好。1938年结婚,妻健在。一子三女身体均健康。