



医药学院 610 2 12023332



西京系列丛书

精析病例

JING XI BING LI

(2011版)

主编 熊利泽 董新平



第四军医大学出版社



西京系列丛书



医药学院 610 2 12023332

精析病例

JING XI BING LI

(2011版)

主 编 熊利泽 董新平



第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

精析病例 / 熊利泽, 董新平主编. —西安: 第四军医大学出版社,
2012.4

ISBN 978-7-5662-0142-3

I. ①精… II. ①熊… ②董… III. ①病案—分析 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第061137号

精析病例

主 编 熊利泽 董新平
责任编辑 杨耀锦
出版发行 第四军医大学出版社
地 址 西安市长乐西路17号(邮编:710032)
电 话 029-84776765
传 真 029-84776764
网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>
印 刷 陕西金和印务有限公司
版 次 2012年4月第1版 2012年4月第1次印刷
开 本 889×1194 1/16
印 张 9
字 数 150千字
书 号 ISBN 978-7-5662-0142-3/R·998
定 价 68.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

《精析病例》编者名单

主 编 熊利泽 董新平

副主编 苏景宽 李谨革

编 委 李晓康 安书杰 同丽萍 刘 涛

刘晓雷 姜延帅 王 旁 李 扬

名术工程好

——樊校长在西京医院名术工程之“精析病例”活动上的讲话 (代序)

参加这项名术工程活动，收获颇丰。我讲两点体会，第一，是作为医生的一点感受，第二，是作为校长的一点建议。

作为医生，我认为名术工程之“精析病例”活动非常重要。记得三十一年前我刚来学校时，类似这样的临床病例讨论很多，不光我们医院比较多，外面的其他医院也比较多。我们经常去学习交流，就临床医生来说这是一种最好的学习方式，就是在诊治病人过程中我们走过了一段路，在一个时间节点上再反过来看，哪些做得对，哪些做得不对。虽然是事后诸葛亮，但先当事后的，将来就成了事前诸葛亮了。这对我们医生的成长十分重要，把别人的经验学到手，汲取别人发生的血的教训，这也是我们西京医院迅速发展、健康发展，赢得同行赞誉和群众信任的重要原因。就今天讨论的这个危重复杂创伤患者而言，与其说是这个病人选择了西京医院，不如说是转诊他的医院选择了西京医院。因为当时学校有规定不允许医生私自外出会诊，对方医院的副院长就给我打了电话，说他那里有一个危重病人，他们治不了，国内其他大医院来会诊的医生也说治不了，最好请西京医院的医生来会一下诊，于是对方就邀请我们的医生协助诊治，我当时答应了，并通知医院派了骨科医院的刘建教授去会诊。对方非常相信我们。为什么对方会选择西京医院？因为我们学科齐全，而且每个学科都很强，是声名远扬！更主要的是西京医院的医生对复杂病情有综合处置的能力，这一点是水平。我认为将来我们医院的医术要高，高就高在这里。一个危重病人到来后，各种各样复杂的情况都会出来，这里有主有次，有因有果，非常复杂，优秀的医生能识别出主要的问题，抓住主要的矛盾，纲举目张，病人就转危为安了。而有的医生不知道，就头痛医头、脚痛医脚，医生很累，病人最后死了，

精

析

病

例

西京医院名术工程

XIJINGYIYUANMINGSHUGONGCHENG

还花了大量经费。比如，这个病人的病情就十分复杂，有的地方我们考虑到了，有的地方没考虑到。我认为处理这样复杂的问题，一个是局部处理，我想局部处理对西京医院的医生没有任何困难，局部处理要掌握正确的处理原则和时机，时机非常重要，时机掌握得好能救病人的命，时机掌握得不好就会送病人的命；二是要有全局的观念，这是最重要的，来了一个无论内科还是外科的重症病人，我们应该怎样去考虑？我想首先要考虑的是SIRS，全身炎症反应综合征。SIRS是病人应对危急情况的一种本能应激，以保住性命。应激充分，命就保住了，应激不了，就会死亡。当然这段时间医生可以帮助病人应激。另一种情况是应激过度，病人内环境发生严重紊乱，最后也是要死的，此时医生可以帮助减轻这种内耗式的损害，CRRT就是一种可用的方法。整个SIRS过程非常复杂。医生要有判断SIRS、处置SIRS的本领，使病人渡过难关。第二就是感染，尤其是复杂的感染，感染还有可能找不到来源。多脏器衰竭，第一个衰竭的就是肠道，会引起细菌移位。第三就是营养，患者身体消耗后，无论是肠内还是肠外营养都非常重要。通过对这个病人的成功救治充分体现了西京医院的综合处置能力。我们还要在这三方面狠下功夫，进一步提高处理复杂问题的综合能力。

第二点，作为校长，我认为开展名术工程之“精析病例”活动非常非常重要。特别是作为医院，它是把我们若干个精品的知识加以综合，能在病人身上见到成效的一个活动。我们现在要创建中华名院，就要实施精品战略，这是指导全校和医院发展的唯一战略。精品战略分三个战役，包括若干个精品工程，西京医院的精品战略就是中华名院，包括名人、名品、名术和名科，就是“四名”振西京。医院的建设和发展要紧紧围绕这个目标，开展“四名”工程，我认为你们的名术工程，应该有若干个项目、一系列活动，其中精析病例是推动名术发展的。这项活动是集多种技术和知识，多学科联合讨论，最后对所有人都有教育意义的活动。可以把刚才诸位的发言好好总结一下，每场活动后都形成书面文字，最后汇编成册，这既是对精析病例的宣传推广，更是为医务人员提供了宝贵的学习资料。要建设中华名院，光是名术工程还不够，还要搞名人工程、名品工程、名科工程等等。比如名

人工程包括博士论坛、长江学者、主任委员的培育等等；名品指大的成果、奖项、论文、药品等；名科包括我们的“院中院”模式、现在的名科和现在不是“院中院”、不是名科的向“院中院”、名科发展。每个科都想想自己在四名工程中做了什么，要做什么，比如西京医院牵头，联合多家医院制定的临床用药指南，就提升了西京医院档次、扩大了西京医院影响力。各科都应主动作为，多出名人、名品、名术，若干个名人、名品、名术，加起来就成了名科。

总而言之，西京医院的名术工程之“精析病例”活动，作为医生，我认为非常好、非常重要，作为校长，我认为非常非常好、非常非常重要！

樊代明

目 录

□ 一例严重多发伤伤员的救治	1
□ 甲型H1N1流感危重症病例救治	8
□ 一例围手术期预防使用抗菌药物死亡病例的思考	19
□ 一例复杂的神经系统疾病的诊治	28
□ 一例原发性中枢神经系统血管炎病例的诊治	39
□ 成功救治急重症感染的启示	45
□ 令人“疑惑”的腹水	52
□ 疑惑的“胰腺炎”	57
□ 罕见钢筋贯通伤的救治	64
□ 腹部复合伤救治	74
□ 罕见胸部电击伤的救治	79
□ 一例复杂性急性肾功能衰竭的诊治	89
□ 秘境追踪：多发病理性骨折的隐形杀手	102
□ 亡羊补牢 未为晚矣 ——肺部包块患者的诊治思考	112
□ 肝脏里的“不速之客”	121

一例严重多发伤伤员的救治

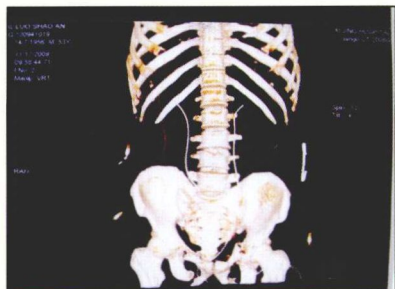
■麻醉ICU

2009年“十一”国庆长假尚未结束，我院接到邻省一家兄弟医院的紧急会诊请求。病人系严重骨盆骨折、多发伤，生命垂危。经校、院首长研究，即派我院创伤骨科刘建主任前去会诊。

患者系中年男性，外伤后髋部疼痛、活动受限，伴无尿、呼吸困难1个月。

患者一月前驾车不慎坠入8米深沟，致下腹部、臀部、髋部疼痛、出血、活动受限，被急送附近县医院救治。县医院初诊为：①创伤失血性休克；②多发骨折：骨盆粉碎骨折，多发腰椎横突骨折；③泌尿系损伤（肾脏、膀胱）；④多发软组织挫裂伤；⑤胸、腹脏器闭合性损伤待排。

由于受当地血源条件限制，即将患者送往某市中心医院，途中历经约7小时。到达中心医院时已监测不到血压，立即给予抗休克连夜急诊抢救。输血5000ml后，血压回升至90/60mmHg，于当晚11时行剖腹探查、膀胱修补、造瘘术。术后送ICU时即发生心跳、呼吸骤停，经抢救复苏成功，但随后出现多脏器功能衰竭：呼吸衰竭（ARDS），给予气管切开、呼吸机辅助呼吸；肾功能衰竭，给予CRRT治疗；肝功能严重损害，给予保肝治疗等。伤后第3天，臀背部、大腿、

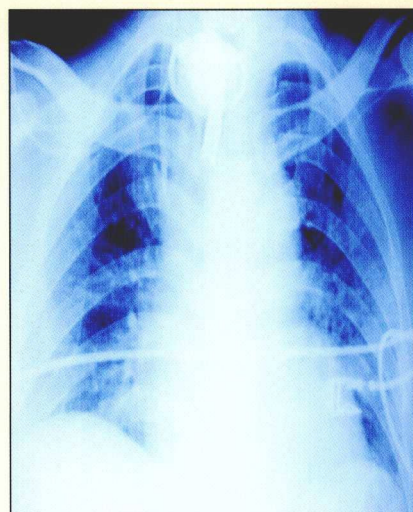


阴囊大面积挫裂伤出现严重肿胀，大量渗出，行深筋膜切开减压置管引流、阴囊切开减压术；膀胱探查造瘘伤口皮缘坏死、裂开，伤口持续出血，再次手术止血、血肿清除，重置引流管。病程中，合并肺部、腹部伤口、左眼角膜等多发严重感染及脓毒血症，给予大剂量、广谱、联合应用抗生素治疗。

经上述全力救治，患者病情曾一度趋于稳定，除肾衰无尿无好转迹象外，其他生命体征渐近正常，并开始恢复进食。但在伤后第25日进行腹膜后血肿引流术后，病情再次恶化。腹膜后引流新鲜出血不止，每日超过1000ml，无奈只得用碘纱布填塞止血。填塞数日后，渗血未止，纱布已有异味。病人全身情况急转直下、极度衰竭；血压波动不稳；肺部感染加重氧合指数280；肾衰无逆转；生命垂危。为此，该院曾先后请数家大医院创伤专家会诊，请求协助诊治并希望转院治疗。但会诊结果，均因伤情复杂、病情危重，认为回天已乏术，建议请有经验的军医大学专家会诊。

刘建主任将会诊情况向部院首长汇报后，决定在做好充分准备、确保安全的前提下，速将患者转来我院救治。该患者于10月10日安全转入我院麻醉ICU病房。

麻醉ICU张西京主任介绍院内救治经过：



伤员入科时，神志尚清楚，T 38.1℃，BP102/65mmHg，脉搏115次/分，消瘦，营养状况差。左眼角膜溃疡化脓。气管切开，带金属套管，呼吸音粗，双下肺可闻及湿罗音。腹部不规则伤口，可见下腹壁皮肤缺损，带膀胱造瘘管、耻骨后引流管、骶尾部引流管各一根，引流液均为脓血性。腹软无压痛反跳痛，肠鸣音正常，右髂窝可见填塞纱布头，仍有鲜血流出，入院后24h渗出鲜血约1000ml。腰背部左臀及左大腿大面积皮肤破损，创面感染有脓性分泌物，腰背部和左大腿皮肤漂浮有皮下积液，引流管可从左大腿破溃处伸至腰背部。双下肢活动受限，右下肢感觉减退，左下肢正常。

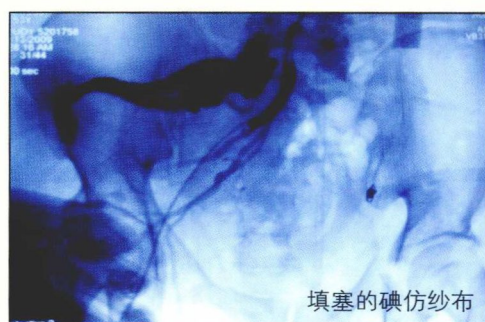
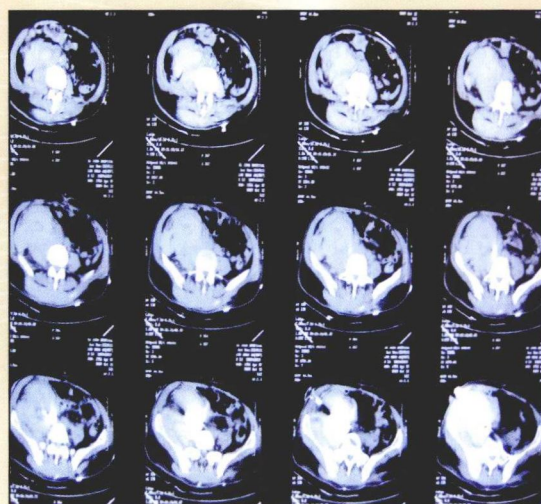
化验检查示白细胞 $12.3 \times 10^9/L$ ，中性83.9%，Hb97g/L，血小板 $81 \times 10^9/L$ 。凝血全套示凝血功能基本正常。在CRRT治疗下肝肾功基本正常。入院时的X线片双肺可见斑片状渗出影，透光度减低，双肺感染；骨盆骨折，可见条索状碘仿纱布填塞于盆腔。

放射科医生介绍CT片：胆囊大，双肾大，有轻度瘀胆。

伤员病情危重，表面的平静难掩实际处理的困难，填塞的纱布已经6天且有臭味，每天仍有1000ml的出血，靠输血维持血压。如何进一步处理，请大家发表意见。

我将当时全院会诊意见及治疗过程作一简单汇报：纱布必须取，因为，填塞的纱布已经不能有效止血，已放置6天，有恶臭，已有感染迹象；为了降低手术风险、提高成功率、增加安全性，先行盆腔血管造影术查找出血点，如能找到，栓塞出血点，保留动脉穿刺鞘管，留到术中取出纱布时，如再发出血，栓塞髂内动脉，如仍有出血，继续纱布填塞

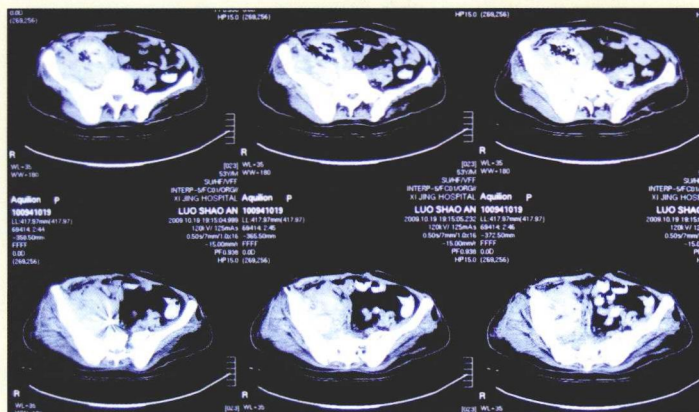
因为伤员伤情严重，不能耐受大的创伤，仅做





取纱布术，不宜大动，置入引流管，每日冲洗保持引流管通畅，加强抗感染支持治疗。由于伤员仍无尿，继续每天日间持续肾脏

替代治疗（CRRT）。手术顺利地取出了填塞的纱布，未发生大出血，并放置了引流管。



左图是术后的CT，血肿仍在，但已有所缩小，这是放置的弹簧圈。

伤员填塞的纱布虽已取出，出血的风险暂时解除，第一次战役取得了胜利，但

血肿仍在，出血的风险仍然存在。全身多部位感染包括肺、创面、盆腔以及腰背部软组织等。在外院培养出多种耐药菌，在外院已使用过多种广谱抗生素包括特治星、泰能等，全身一般状况差，重度营养不良，免疫力低下。

伤员术后体温最高达 39.1°C ，心率 $130\sim 150$ 次/分， $\text{WBC} 21.89 \times 10^9/\text{L}$ ，中性 91% ，前降钙素原（PCT）超过正常值200倍，感染仍时刻威胁伤员的生命，我们虽然做了血培养和引流液培养但结果还没有出来，时间不等人，下一步如何选择抗菌药物？血肿能不能手术清除？

如何控制和治理感染，请大家发表意见。

当时综合全院会诊意见认为：伤员伤情重不能耐受大的手术，暂不适合手术清创，敞开伤口保持引流管通畅，持续冲洗，加强换药，每日换药是一项艰

巨的工作，每次需要将近两个小时。

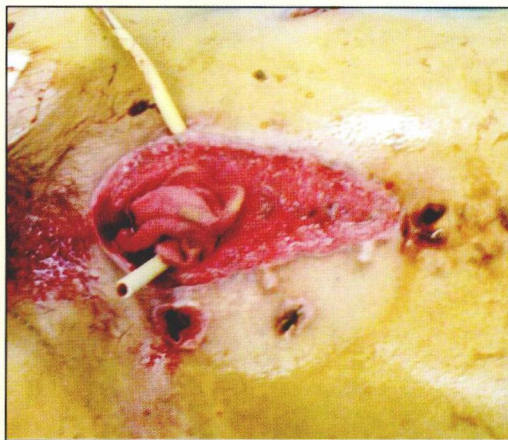
根据经验性用药，选择美罗培南，根据培养结果适时调整用药。加强支持治疗，伤员肠道仍有功能，逐渐过渡到以肠内营养为主，保护胃肠粘膜，减少细菌移位。我们选择了美罗培南1g，3/日。根据美罗培南PK/PD特点是一种时间依赖抗生素，持续静脉泵注，三天后血培养结果回报产ESBL超广谱B内酰胺酶的大肠埃希氏菌，我们选择的药物有效。伤员体温逐渐恢复正常，白细胞逐渐下降。

但好景不长，病情一波三折。伤员一周后体温再次升高，最高达40℃。考虑已经使用过广谱抗生素，二重感染可能性大，PCT也再次升高。真菌和耐药革兰氏阳性细菌感染可能性大。由于伤员仍无尿，肾功未恢复，我们选择对肾功影响小的利奈唑胺和氟康唑，真菌感染仍以念珠菌为主且大多数对氟康唑敏感，氟康唑的肝肾毒性相对较小。送检结果回报，我们的选择正确，培养出热带假丝酵母菌和屎肠球菌对我们所选择的抗生素敏感。

此后，伤员的感染未再加重，但体温总是波动在37~38℃，心率在130~150次/分，虽然已经能进食，但量不多。10月29日伤员先吃了西瓜后吃了火龙果，我们还鼓励多吃，心想这下老罗胃口大开了。第二天换药时发现伤口内有一颗西瓜籽，还奇怪老罗是怎么将瓜籽吐到伤口里的，但紧接着又看到了细细的火龙果籽，才知不妙，可能有肠痿。这也能解释为什么在强力抗感染情况下，伤员仍低热、心率快，我们再一次组织全院会诊，推测低位肠痿，经肛门逆行造影确定了痿口位置，准备第二天手术造痿。

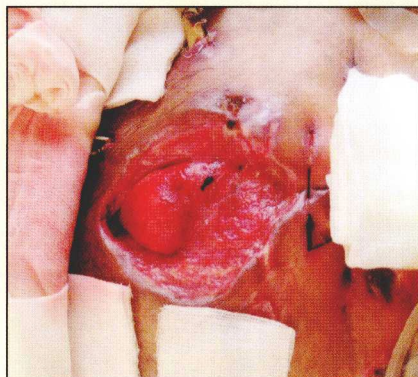
当天下午突发紧急情况，发生了大出血，下腹部伤口一小时出血2000ml，血压下降至90/50mmHg，急诊手术探查发现闭孔动脉的分支出血，给予结扎止血，清除腹膜后血肿，结肠造口，由于车祸导致膀胱破裂和双侧输尿管损伤因此给予双侧输尿管置管引流。

术后，虽然伤口很长、引流管很多，但伤员情



况进一步好转，体温逐渐正常，心率降至100次/min左右，肾功也在这次手术后十天逐渐恢复。

由于膀胱已破损成数块无法修补，行双侧输尿管造口，待后期重造膀胱。下腹壁皮肤缺损、膀胱壁外露，植皮消灭创面。经过多学科的大力协助，在大家的共同努力下，患者正逐步康复，目前已经出院。



治疗心得

骨盆骨折临床并不少见，骨盆骨折常引起内出血，出血量可达3000ml以上，形成腹膜后血肿。对于这类伤员早期要进行积极的抗休克治疗，输血输液。形成的腹膜后血肿不能轻易地手术治疗打开血肿，否则容易引起难以控制的大出血。

对于严重创伤感染的治疗，在有明确感染灶的情况下一定要充分引流，选择机体能够耐受手术的情况下，适时手术清创，同时合理应用抗生素，产ESBL的细菌不能使用三代头孢菌素和喹诺酮类药物，应首选炭青霉烯类，提高机体免疫力。

PCT 前降钙素原，由甲状旁腺C细胞产生，人体在没有感染或慢性感染、病毒感染时表达水平很低，但在细菌或真菌急性感染时高表达，并且根据感染

程度相应升高。我们可以根据PCT的浓度指导临床应用抗生素。我们ICU在两年前已经开始观察PCT对抗生素的指导作用，但还没来得及发表，已经有一篇多中心的临床研究相关文章发表在《JAMA》上。

另外，治疗要抓主要矛盾，这名伤员的成功救治正是由于抓住了出血和感染这两个主要矛盾。还有就是发挥了我院多学科协作的优势，综合实力强也是成功救治的保障。这正是：精品工程结硕果，西京医疗创奇迹。

甲型H1N1流感危重症病例救治

■急诊科

主持人：医教部李晓康副主任

急诊是医院的第一线，作为急诊科医生，每天都要面对各类突发应急事件。2003年，SARS铺天盖地而来，惊慌失措的人类在医学科学的庇护下，在医务工作者英勇无畏的战斗中，最终取得了胜利。2009年，病魔死神又卷土重来，甲型H1N1流感肆虐横行，在这场没有硝烟却上演着生死搏斗的战争中，坚守在一线的我们能否再次克敌制胜？请听名术工程之精析病例第二场报告会——甲型H1N1流感危重症病例救治。

汇报人：急诊科尹文主任

从2009年3月至今全世界因甲型H1N1流感病毒感染已造成超过13000余人死亡。在陕西省感染人数超过5800余人，死亡20人。西京医院发热门诊至今已处置发热病人四万余人次，我院检验科检测到甲型H1N1流感病毒PCR核酸阳性者约7000余人。其中陕西省第二例甲型H1N1流感危重症患者在我科确诊，经过我院多学科的联合救治，患者已好转出院。下面我们把救治经验和体会向大家汇报并进行专题讨论，希望能为今后应对类似呼吸道传染性疾病提供宝贵的经验。

患者，男性，14岁，体重80kg，主因咽部不适、干咳3天，伴发热2天，于2009年11月10日入院（图1）。患者特点：体型肥胖，体重指数达31.25，

有甲型H1N1流感病人接触史。根据《甲流诊疗方案第三版》，该患者属于重症病例的高危人群。入院后立即进行了甲型流感病毒初筛试验，结果阳性。继之又检测了甲型H1N1病毒核酸-PCR，结果也是阳性。我们对该患者进行隔离治疗，口服磷酸奥司他韦75mg，1次/日。同时将标本送检西安疾病预防控制中心（CDC）以明确诊断。



图1：患者入院当天的状况（2009-11-10）

患者病情演变非常迅速，隔离当天（11月10日）体温波动在 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 39.2^{\circ}\text{C}$ 之间，于夜间出现腹泻，伴全身乏力。次日（11月11日）患者体温降至正常，腹泻缓解，但胸闷、气短症状逐渐加重，不能平卧、口唇紫绀，双肺底呼吸音增粗，心率增快至 $110 \sim 120$ 次/分，呼吸频率 $30 \sim 35$ 次/分， SpO_2 在高浓度吸氧条件下只能维持在

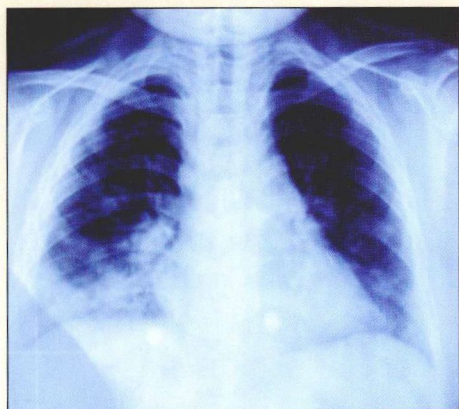


图2：患者入院第2天的胸片（2009-11-11）

$55\% \sim 70\%$ 。化验检查显示 $\text{WBC } 6.17 \times 10^9/\text{L}$ ， $\text{N } 0.84$ ， $\text{L } 0.13$ ； $\text{CK } 661 \text{ IU/L}$ 、 $\text{LDH } 598 \text{ IU/L}$ 、 $\text{ALT } 64 \text{ IU/L}$ 、 $\text{K}^+ 2.9 \text{ mmol/L}$ 。胸片显示双肺弥漫性渗出性改变，以右下肺为甚（图2）。血气分析示 $\text{pH } 7.47$ 、 $\text{PaO}_2 38 \text{ mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 31 \text{ mmHg}$ 、 $\text{BE} -0.8 \text{ mmol/L}$ 、 $\text{HCO}_3^- 22.1 \text{ mmol/L}$ 。此时CDC回报该患者甲型H1N1病毒核酸检测阳性。根据上述病史、体征以及各项检查，患者明确诊断为：

甲型H1N1

流感病毒感染（危重症），I型呼衰，重症肺炎。并上报我院医教部和陕西省卫生厅。由于病情进展迅速，缺氧严重，我们立即给予无创呼吸机辅助呼吸，联合抗病毒、预防感染、营养心肌等对症支持治疗。但患者症状改善效果却令人沮丧，胸闷、气短症状持续加重，双肺出现散在湿罗音。在呼吸机给予100%纯氧条件下，患者 SPO_2 仅维持在 $85\% \sim 90\%$ ， PaO_2 维持在 $46 \sim 51 \text{ mmHg}$ 、 PaCO_2 维持在 $30 \sim 41 \text{ mmHg}$ ，此时患者出现了严重的呼吸窘

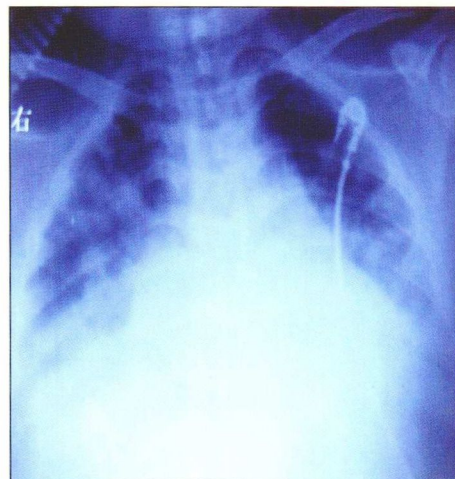


图3：患者入院第3天的胸片（2009-11-12）