

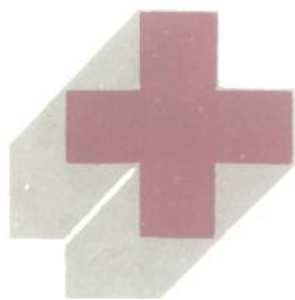
WEIZHONG YINAN

BINGLI CHULI

PAOXI

危重疑难病例 处理剖析

主编 陈施惠



军事医学科学出版社

危重疑难病例处理剖析

主编 陈施惠

军事医学科学出版社



C0167511

内容提要

该书共分 11 章, 涉及急性肾功能衰竭、急性呼吸衰竭、急性肺水肿、主要器官的葡萄球菌感染、结节病概述、肾上腺皮质激素的副作用、抗真菌药物的临床应用和进展等专题, 并在专题后附有病例分析, 共 49 例。本书既不同于通常的专题综述, 又不同于一般的临床病例和病理讨论汇编。因此, 该书对提高危重疑难病例诊断水平和临床鉴别诊断能力颇有裨益, 可作为临床医疗教学参考书; 也可供临床医生参阅。

*

*

*

图书在版编目(CIP)数据

危重疑难病例处理剖析/陈施惠编者。

—北京: 军事医学科学出版社, 1995. 11

ISBN 7-80121-020-4

I. 危… II. 陈… III. 疑难病-案例-诊断-研究
IV. R4 42.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(93)第 21118 号

危重疑难病例处理剖析

主编: 陈施惠

责任编辑: 王文武

军事医学科学出版社

(北京市太平路 27 号 邮政编码: 100850)

新华书店北京科技发行所发行

北京四环科技印刷厂印刷

*

开本: 787×1096mm 1/32 印张: 5.8 字数: 130 千字

1995 年 12 月第 1 版 1995 年 12 月第 1 次印刷

印数: 1~1500 册 定价: 7.00 元

ISBN 7-80121-020-4/R·010

序

陈施惠主任医师系解放军 309 医院原专家组成员,解放军医学杂志编委,曾参与《实用中西医结合诊断治疗学》巨著的编著工作。主编和创办了由 309 医院、军医进修学院结核病中心出版的《防痨信息》杂志。从医半个世纪以来,积累了丰富的临床经验,对危重疑难病的诊断和鉴别诊断根底较深。本书系作者对危重疑难病例处理的理论与实际的经验总结,也是他近年来的力作之一。

该书涉及临床危重疑难病例的诸多问题,既非一般的专题综述,又不同于通常的临床病例和病理讨论,内容新颖,简明实用。本书可作为医学院校学生的课外读物,也可作为见习医生及临床医生的参考用书。本书的出版将有助于减少临床危重疑难病的误诊误治,为促进临床医疗质量的提高做出贡献。

解放军 309 医院

庞忠玉

1995 年 9 月

前 言

改革开放以来,临床医学及医疗设备突飞猛进,医疗质量在不断提高,对危重疑难病例的研究更为重视。为了提高医疗质量,减少误诊误治,从各个层次,结合临床实际,总结经验,吸取教训更显必要。为了这一目的,我们编写了《危重疑难病例处理剖析》一书。全书共分 11 个专题,有急性肾功能衰竭、急性呼吸衰竭、急性肺水肿、主要器官的葡萄球菌感染、结节病概述、肾上腺皮质激素的副作用及抗生素的临床应用和进展等。并在专题后附有病例,共 49 例。限于篇幅,病例描述力求简明,便于分析。因此,该书既不同于通常的专题综述,又不同于一般的临床病例和病理讨论。

由于我们水平有限,错误之处在所难免,敬请同道指正。在编写过程中得到 309 医院领导大力支持,并且 309 医院院长庞忠玉同志为该书作序,我们在此一并致谢。

陈施惠

1995 年 2 月于北京

目 录

第一章 急性肾功能衰竭	陈施惠(1)
一、病因及分类.....	(1)
二、发病率.....	(2)
三、发病机理.....	(3)
四、临床表现.....	(4)
五、诊断及鉴别诊断.....	(7)
六、治疗.....	(10)
七、预后.....	(14)
病例 1 CO 中毒致急性肾功能衰竭.....	张 林(15)
病例 2 产后溶血性尿毒综合征.....	张 林(16)
病例 3 急进性肾小球肾炎.....	张 林(18)
病例 4 急性间质性肾炎并急性肾小管坏死 合并 IgA 肾病.....	张 林(20)
病例 5 产后特发性 ARF.....	张 林(22)
病例 6 利福定所致 ARF.....	杨凤仙(23)
病例 7 抗癆治疗用含利福平方案 要警惕 ARF 的发生.....	杨凤仙(24)
第二章 急性呼吸衰竭	赵济文 陈施惠(27)
一、病因.....	(27)

二、临床表现	(29)
三、诊断	(31)
四、治疗	(32)
病例 8 老年慢性支气管炎夜晚痰阻所致急性 呼吸衰竭	赵济文 陈施惠(38)
病例 9 食管癌术后胸腔胀气反复引起 急性呼吸衰竭	陈施惠(39)
病例 10 妇科病术后昏迷腹带过紧所致 急性呼吸衰竭	陈施惠(40)
病例 11 急性肺炎痰阻所致急性呼吸衰竭	陈施惠(40)
病例 12 多发性肋骨骨折所致急性呼吸衰竭	陈施惠(41)
第三章 急性肺水肿	陈施惠(43)
一、分类	(43)
二、病因	(43)
三、病理生理	(44)
四、发病机理	(47)
五、临床表现	(48)
六、诊断和鉴别诊断	(48)
七、治疗	(49)
病例 13 急性肾功能衰竭后急性肺水肿	陈施惠(50)
病例 14 主动脉瓣回流所致大咯血	陈施惠(51)
病例 15 急性支气管胸膜瘘致胸水吸入引起 急性肺水肿	陈施惠(52)

第四章 主要器官的葡萄球菌感染 陈施惠(53)

- 一、细菌学 (53)
- 二、流行病学 (55)
- 三、发病机理 (56)
- 四、症状学 (57)
- 五、诊断学 (70)
- 六、治疗学 (71)
- 七、预后 (72)
- 八、预防 (73)

病例 16 金葡菌败血症并胸膜炎治疗要点 陈施惠(74)

病例 17 金葡菌败血症、肺炎、非肺出血、
肾炎综合征 汪夫义 陈施惠(75)

病例 18 金葡菌败血症、肺脓肿与骨髓炎 陈施惠(79)

第五章 结节病概述 陈施惠(83)

病例 19 结节病长期误诊为肺结核的原因 陈施惠(84)

病例 20 结节病的诊断和鉴别诊断 陈施惠(85)

病例 21 结节病的早期快速诊断步骤 陈施惠(89)

第六章 肾上腺皮质激素的副作用

——类固醇性结核病的防治 陈施惠(92)

病例 22 血播粟粒性结核合并结脑及 9 处骨关节结核
未确诊前应用类固醇激素治疗 陈施惠(94)

病例 23 无反应性结核 王仲元 陈施惠(98)

病例 24 类固醇性结核病 王仲元 陈施惠(99)

第七章 抗真菌药物的临床应用和进展

- 陈施惠 潘 希(101)
- 一、两性霉素 (101)
- 二、伊曲康唑 (101)
- 三、酮康唑 (102)
- 四、氟康唑 (102)
- 五、咪康唑 (102)
- 六、氟胞嘧啶 (103)
- 七、其它 (103)
- 病例 25 病原学阴性隐球菌脑膜炎两性霉素 B
治疗毒副反应的处理 ... 潘 希 陈施惠(104)
- 病例 26 病原学阴性隐球菌脑膜炎的诊断
——1 例误诊的探讨..... 潘 希 汪夫义(108)
- 病例 27 肺念珠菌病——多次转院误诊误治
..... 陈施惠(111)
- 病例 28 肺结核合并肺、支气管微小根毛霉菌感染
首次在人体上发现 冯家熙 陈施惠(115)
- 病例 29 肺曲霉病合并肺出血、肾炎综合征、
风湿病诊断的商榷 陈施惠(117)
- 第八章 抗痨药物的临床应用和进展..... 陈施惠(122)
- 一、抗痨药物 (122)
- 二、治疗原则 (124)
- 三、化疗方案的选择 (124)

四、难治病例化疗方案的选择	(125)
五、最佳方案	(125)
六、疗效判定	(125)
病例 30 耐药性肺结核、淋巴结支气管瘘	
合理化疗	陈施惠(127)
病例 31 粟粒性结核、淋巴结支气管瘘并化疗反应性结	
核病、反复发生复张性肺不张	陈施惠(129)
病例 32 粟粒性结核化疗效应最具诊断意义	
.....	陈施惠(133)
病例 33 肺癌空洞肺门淋巴转移与肺门淋巴结核	
原发灶性空洞	陈施惠(134)
病例 34 右上肺结核、左上急性肺炎诊断的商榷	
.....	汪夫义 陈施惠(137)
病例 35 类白血病反应——结核性食管气管瘘	
.....	陈施惠(139)
病例 36 肝结核合并化疗反应性结核病	陈施惠(144)
第九章 肿瘤患者的继发感染	陈施惠(146)
一、感染的情况	(146)
二、感染率高的原因	(146)
三、常见致病源	(147)
四、感染的预防	(148)
病例 37 肺癌化疗中合并肺结核 ... 周 林 陈施惠	(149)
病例 38 肺癌化疗中合并败血症、感染性休克	
.....	周 林 陈施惠(150)

病例 39	何杰金氏病化疗中合并肺结核 周 林 陈施惠(151)
病例 40	胃癌术后化疗中反复金葡菌尿路感染 陈 峥(152)
第十章	其他疑难病例..... 陈施惠(154)
病例 41	胞内分枝杆菌肺病长期误诊为肺结核 张萃英 陈施惠(155)
病例 42	流行性乙型脑炎脑干病变的临床表现 陈施惠(157)
病例 43	股骨中开放性骨折首次双髓针内 固定再复位 陈 峥(159)
病例 44	对多种抗生素过敏病例, ... 陈 峥 陈施惠(160)
病例 45	输血后间日疟——输血一周后发热 要除外疟疾 陈 峥(163)
病例 46	无名动脉扭曲症的诊断 胸透是关键 杨凤仙 汪夫义(165)
病例 47	查体肝脓肿患者手力宜轻 陈施惠(167)
病例 48	急性心包炎所致心室壁穿孔 陈施惠(169)
病例 49	肾结石——腹部平片省不得 陈施惠(170)
第十一章	抗生素药物的临床应用和进展..... 陈施惠(171)
	一、抗生素的类别 (171)
	二、抗生素的选择 (176)
	三、抗生素应用中存在的问题 (176)

第一章 急性肾功能衰竭

急性肾功能衰竭(ARF)是由许多不同性质、不同部位疾病引起的临床综合征。肾功能迅速下降,导致水电解质、氮的代谢产物在体内的堆集。ARF 的临床表现特征常为尿毒氮及血清肌酐水平每天分别以 3.6 mmol/L 及 $44 \mu\text{mol/L}$ 速度增高,少尿,每天排出 $<400 \text{ ml}$,少尿型最常见。但是,少数患者尿排出超过此界限,成为非少尿型的 ARF。完全无尿排出者极为少见。

一、病因及分类

(一) 肾前性

1. 血容量绝对减少 常见大量失血,皮肤丢失(手术、出汗、烧伤),肠道丢失(腹泻、呕吐),肾丢失(尿崩症、糖尿病、酸中毒),服用大量利尿药,败血症及服用大量血管扩张药后,体液急剧丢失(大量腹水、腹膜炎)。

2. 血容量相对减少 充血性心力衰竭,心律失常,过敏反应,肝功能衰竭,心源性休克,急性心肌梗塞,多种原因的休克,血压降至 10.7 kPa 以下时。

3. 动脉闭锁 双肾血栓或单肾血栓形成,主动脉或肾动脉瘤。

(二) 肾后性

1. 尿路梗阻 尿道狭窄,膀胱颈阻塞,前列腺肥大,输尿管结石,血块,手术误结扎输尿管,腹膜后纤维化。

2. 静脉闭锁 双肾或单肾肾静脉血栓形成。

3. 神经性膀胱 神经病变,神经节阻断剂。

(三) 肾性

1. 血管性病变 约占 25%,见于坏死性血管炎,过敏性血管炎,恶性高血压,血管加压剂,双侧急性肾静脉血栓形成或肾动脉闭锁,妊娠子痫,胎盘早期剥离,弥漫性血管内凝血(DIC)等。

2. 肾小球性 约占 26%,急性肾小球肾炎,急进型肾炎,肺出血肾炎综合征,活动性弥漫性狼疮性肾炎及紫癜性肾炎等。

3. 肾小管病变 约占 40%,(1)缺血,明显低血压(休克),肾移植,血管加压药;(2)肾小管内色素,血红蛋白尿,肌红蛋白尿;(3)肾小管结石,尿酸、草酸、磺胺、吡嗪姆(尿道杀菌药);(4)肾小管间质病变,由药物、放射、感染引起的肾小管间质性肾炎;(5)肾中毒。

引起肾间质病变的抗生素有:(1)青霉素,甲氧西林,青霉素 G,氨苄西林;(2)氨基糖甙类,如庆大霉素、妥布、链霉素、阿米卡星、卡那霉素、新霉素;(3)头孢类抗生素,如头孢噻啶;(4)两性霉素 B;(5)四环素类;(6)新型喹诺酮类,如氧氟沙星;(7)抗痨药物,如利福平、乙胺丁醇;(8)重金属类,如汞、铬、铋、砷、银、铁、锰、铈、镉;(9)溶剂类,如四氯化碳、四氯乙酰胺、乙二醇;(10)碘化造影剂,如链唑毒、顺铂等。

二、发病率

据报道,在医院内外科的发病率为 5%,其中 1/2 为医源性的。国内统计,在川贵地区发病率为 33%,男女比为 23:1, <10 岁者占 2%,11~60 岁者为 91.0%,>60 岁者为 7%。死

亡率约为 50%。

三、发病机理

目前,发病机理尚未完全阐明。根据各种类型动物模型观察及各家假说,大致可分为两个阶段,即启动阶段和持续阶段。在肾组织缺氧、毒剂及免疫反应作用下,首先肾素分泌增多,肾血管收缩,肾血流量减少,随后为持续阶段,肾血管持续收缩,肾小球滤过减少,肾小球液体渗透性降低,进一步减少了肾小球滤过的能力。加之在肾小球内诸因素的作用,累及到肾小管,使其基底膜细胞脱落,而堵塞尿流。另外受损的肾小管上皮许可肾小球适当的滤过,并返漏到肾小管周围的毛细血管。在急性肾功能衰竭的缺血、肾中毒型中,因肾血管收缩、肾小球渗透性减低、肾小管内堵塞及肾小管中滤液的返漏 4 种原因,降低了肾小球的有效滤过率。

在少尿期,一些患者肾血流尽管恢复到正常水平,24~48 h 恢复得慢,即使这样,由于肾小球渗透性降低,肾小球的滤过率一直保持很低水平。

在引起少尿期各种病因消除后,肾实质病损愈后,可以预见到各类型的 ARF 的功能恢复,但因为肾功能丧失及纤维化程度不同,肾小球滤过长期不能恢复。远期随访者有的转归为慢性肾功能衰竭,老年人恢复得慢。少尿期愈长,肾损愈明显。恢复与氮质血症程度不一定相关。ARF 的病因很多,其发病机理不可能都一样。少数 ARF 发病时为多尿,常见于药物毒剂诱发者,多尿的原因可能为:(1)肾单位受损程度不均,少数肾小球滤过功能受损轻,而其肾小管重吸收则明显减退,或所有肾单位皆受损,而各单位肾小管重吸收的程度显著减退,

加之氮质代谢产物堆积时,渗透性利尿,遂使尿量增多;(2)肾小管浓缩功能受损致使尿量增多。

四、临床表现

可分为4期,即早期、少尿期、多尿期及恢复期。

(一) 早期

对严重创伤、感染、大手术及大量体液丢失、大出血、休克、血容量减少和水电解质紊乱的患者,必须预见到发生ARF的可能,需密切注意尿量和尿的比重。尿量减少,而其比重不高,更是重要的警号,应及时保持水电解质的平衡。对免疫反应介导的ARF,通常伴有全身过敏表现,且多发生在接受第二次病因毒剂时,因此对再次用病因毒剂的患者,应注意过敏反应表现,并警惕ARF发生的可能性。

(二) 少尿期

起病急骤,常为数小时至数日,患者和医生首先注意到尿量减少,在少尿型中出现水肿,有压陷。少数患者可无明显先驱症状,突然出现少尿。尿量 $<400\text{ ml/d}$ 或 17 ml/h ,称少尿,尿量 $<100\text{ ml/d}$ 时称无尿,完全无尿者少见。如患者尿量在 $800\sim1\,000\text{ ml/d}$,称非少尿型ARF,如尿量 $>2000\text{ ml/d}$,一般病情较少尿者轻,但仍不能排除体内代谢产物。本期为肾功能衰竭的关键阶段,一般持续 $10\sim14\text{ d}$,甚至 30 d ,如仍无尿,则提示两肾皮质有坏死的可能。由于少尿,造成水、盐及氮的代谢产物的潴留,可出现一系列症状。

1. 水肿 因尿排出减少,进水过多及组织分解产生,水肿常明显伴发水血症,血压增高,心输出增多,易导致心力衰竭。

2. 心力衰竭 因有水血症及贫血,应经常注意心脏受累

情况,如心动过速,脉搏宏强,心界增大, P_2 音亢进或出现奔马律,肺部哮鸣音,或肺底部湿啰音,可能为肺水肿的早期症候,纤维素性心包炎亦不少见,应及时处理。

3. 高血压 早期血压低或休克血压,少尿期后血压逐渐升高,收缩压上升常较舒张压明显,脉压增大,提示血容量增加,致心输出量增多,肾素分泌增加也可加剧高血压,血压过高可出现高血压脑病。

上述三症候由于近年来对水盐的控制,渐趋减少。

4. 高钾血症 常发生于:(1)尿少——丢失少;(2)组织破坏——溶血;(3)组织分解——酸中毒,细胞内钾到细胞外;(4)内出血——血钾骤升可引起猝死。证实诊断为EKG表现及测血清钾。

5. 高镁血症 不如高钾血症多见,增高原因主要是:(1)从细胞内释出;(2)尿排出减少。出现时患者嗜睡,肌力减弱,终致昏迷,中枢性呼吸麻痹,心脏骤停。

6. 低钠血症 发生原因是:(1)葡萄糖或其它无钠液的补充;(2)组织分解产生水分;(3)钠随丢失体液(腹泻、呕吐、渗液)丧失;(4)钠钾泵失调,钾到细胞外液钠到细胞内,水分向细胞内渗透,造成细胞水肿,严重时抽搐、癫痫发生及昏迷等脑水肿症候。

7. 酸中毒及尿毒综合征 发病较缓慢,其特征为厌食、呕吐、神经兴奋、扑翼震颤、癫痫发作、昏迷,出血,包括紫癜及胃肠出血,心包炎。酸中毒随尿毒症程度而增加。发病迅速与组织破坏程度相关,重者2~3 d内症状即明显,一般在5~6 d时最严重。

8. 贫血 其轻重视有无失血、溶血、氮质潴留及血稀释程

度而定,其贫血属正常血色素正常细胞性贫血,红细胞压积降低到 20%~25%,血红蛋白亦降低。

9. 感染 由于严重代谢紊乱,抵抗力低下,感染机会增多,以肺部感染最多,占 40%~70%;其次为尿路感染,败血症亦常见,ARF 时感染引起的全身症状常不明显,因此要提高警惕。

少尿期尿检查:(1)尿呈酸性,早期比重可正常或增高,以后固定在 1.012 左右,有蛋白尿、红细胞及各种管型;(2)血常规白细胞常增高,中性粒细胞增多;(3)血小板在 DIC 时可降低;(4)尿素氮、肌酐、血清钾增高。

(三) 多尿期

尿量>400 ml 时为多尿期的开始,本期历时 2~3 周,尿量开始增加而长期停留在数百毫升,往往提示肾脏的损害较重,不可逆的损害部分较多,预后不好。此期死亡者约占死亡总数的 1/4,水及氮质代谢产物的潴留仍然明显。进入多尿期数天后,尿量增至 1 500~2 000 ml 时,水肿开始消退,水血症好转,血压下降。多尿系因肾小管上皮开始恢复,阶段选择性重吸收功能尚差,不能保留机体所需要的水及电解质,患者可有失钠、失水及失钾,也可发生高钙或低钙和低镁血症,个别患者,因失水过多出现高钠血症。多尿期常有低热,可自行消失。尿常规呈轻度异常,比重偏低,白细胞增多等,蛋白质及管型则明显减少。可持续数周到数月,尿的浓缩能力一般在 3 个月内尚不能达到正常水平,有时甚至持续一年以上。

(四) 恢复期

患者体力耗损明显,尤以严重创伤者为甚,表现软弱无力,肌肉萎缩,可有末梢神经炎。重症需 3~6 个月方恢复,残