

疑难病例讨论选

郑伟如 主编



疑难病例讨论选

郑伟如 主编

缪鹤章	饶邦复	王正中	湛取鼎
王小根	林琴英	俞瑞霞	张素华
刘新才	曾淑蓉		

广西人民出版社

疑难病例讨论选

郑伟如 主编

☆

广西人民出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西新华书店发行 广西新华印刷厂印刷

*

开本787×1092 1/32 10.625印张 232千字

1986年2月第1版 1983年2月第1次印刷

印数 1—18,100册

书号: 14113·34 定价: 0.94元

前 言

临床上诊断疾病，大多先以病人所供症状及经检查发现的体征为依据，经过客观分析，并采用相应的检验方法，以证实所拟的诊断或否定所疑似的疾病。由于种种原因，同一疾病在不同的人身上可有不同的表现，不同的疾病也可在不同的人身上有相似的表现，致使诊断的途径迂回曲折，容易误入歧途。为此，为了便于交流经验，帮助读者掌握正确的临床思维方法，以提高诊断水平，特汇编《疑难病例讨论选》一书。

本书选载我院临床疑难病案五十二例，包括传染、呼吸、循环、消化、内分泌、造血、神经等系统疾病。这些实例虽属常见疾病，而在临床上表现较为特殊或隐蔽，致使诊断存在着困难的。每例病案讨论一般介绍病历摘要、临床讨论、病理（手术）或实验室检查、最后诊断和小结等内容。其中着重介绍临床医生如何结合诊断要点，应用基础理论和文献资料；在纷繁复杂的病症表现中，通过认真细致的观察与分析，抓住病变的本质，作出最后诊断。采用这种讨论的方式，有助于读者，特别是青年医生掌握正确的临床思维方法，以提高诊断水平，这是我们汇编本书的愿望。

由于我们基础理论水平有限，临床经验不足，本书存在的不足之处，尚希读者批评指正。

编 者

一九八二年五月于重庆医学院第一医院

目 录

腹痛、腹泻、畏寒、发热·····	(1)
妊娠、腹痛、发热、黄疸·····	(8)
长期发热、上腹胀痛、肝脾肿大·····	(15)
胸痛、气急·····	(22)
发热、头痛、呕吐·····	(28)
头痛、呕吐、复视、脑膜刺激征·····	(36)
头痛、复视、失语、发热·····	(44)
头痛、意识障碍·····	(50)
发热、咯血、呼吸困难·····	(56)
发热、贫血、黄疸·····	(62)
√腹痛、呕吐、黑便·····	(69)
不规则发热、血痰、癫痫·····	(76)
√腹泻、肝肿大、恶液质·····	(81)
颜面部游走性包块、眼球红肿·····	(88)
高热、昏迷、全身性出血·····	(92)
发热、贫血、黄疸·····	(100)
咯血两年·····	(107)
发热二十天·····	(111)
发热十四天，咳嗽、胸痛六天·····	(116)
咳嗽二十年，发热、神志恍惚一天·····	(120)

声嘶、血痰四月	(126)
心动过缓、反复昏厥	(132)
心脏增大、完全性左束支阻滞、左心衰竭	(139)
突发性心力衰竭、心脏杂音	(148)
进行性心力衰竭、心脏增大及杂音、发热	(154)
晚发性紫绀、心脏杂音	(161)
中上腹痛十五年	(166)
发现腹部包块十余天	(170)
中上腹痛二十年，伴食欲减退二月	(175)
间歇性黑粪半月	(179)
腹痛、腹泻十六月	(183)
长期发热、消瘦、肝肿大	(193)
发热、腹痛、上腹包块	(199)
腹痛、腹泻、休克	(205)
突眼、甲状腺肿大、心脏杂音	(213)
高血压、性早熟、腹块	(220)
高血压和肌麻痹	(227)
呕吐、嗜睡、意识模糊	(235)
腹块、高血压	(240)
发热、贫血、白细胞减少	(247)
长期发热、皮疹、白细胞减低	(254)
出血、乏力、发热	(260)
肝脾肿大、贫血、丙种球蛋白增高	(266)
突发右肢抽搐、偏瘫、意识障碍	(272)
突然昏倒、精神异常、高热	(279)
发热、头痛、精神异常、昏迷	(285)
头痛、呕吐、尿潴留	(292)

发热、咳嗽、左侧偏瘫·····	(298)
发热、偏瘫、嗜睡·····	(305)
发热、头痛、红眼、重听·····	(311)
妊娠、黄疸、瘙痒·····	(318)
妊娠、黄疸、昏迷·····	(325)

腹痛、腹泻、畏寒、发热

病 历 摘 要

患者男性，24岁，工人。因腹痛、腹泻2月余，畏寒发热20余天，便血2天，于1960年11月29日入院。入院前2月余开始左下腹持续性疼痛，伴阵发性加剧，不放射。大便每天3~6次，黄色，无脓血，便后腹痛稍缓解，无里急后重。入院前20余天开始出现畏寒，39°C左右持续高热及乏力等。曾住某医院服合霉素无效。入院前2天排紫红色粪600毫升左右，腹痛加剧，乃转入我院。既往史无特殊。

体检：体温39°C，脉搏116次/分，呼吸20次/分，血压110/70毫米汞柱。急性病容，软弱无力。未见皮疹及瘀点，浅表淋巴结未扪及，头颈部正常。心率116次/分，心音钝，心律齐，肺（-）。腹壁略紧张，肝脾未扪及，左下腹有一3×3厘米肿块，边缘不清，质硬，不活动，有明显压痛，肛门指征（-）。红细胞278万，血红蛋白8.3克%，白细胞3,200，中性79%，淋巴21%。粪便暗红色，红细胞++，白细胞+，尿常规（-）。

住院经过：入院当日排紫红色血便1,000余毫升。次日作直肠镜检查，进入15厘米见粘膜无出血点或肿块。同日下午行剖腹探查，发现大网膜移向左下腹，并有粘连，在降结肠

和乙状结肠交界处为一肿块，该处有 3×2 厘米之穿孔，连接肿块之结肠无特殊。当时切除肿块肠管10厘米，并作吻合术。该坏死组织的普通培养无致病菌生长。病理切片结肠上有溃疡，肠壁各层有充血及炎症细胞浸润，无阿米巴滋养体及结核等病变，诊断为溃疡性结肠炎。12月4日出现精神失常，喃喃自语，有惊恐表情及幻听幻视；经用氯丙嗪25毫克，每日3次，3天后逐渐好转。12月25日由外科转至传染科，发现肝肿大在肋下1厘米，脾肿大2厘米。入院后先有不规则以后呈持续型发热，经合、金、青、链、土、新霉素等治疗，体温仍不下降。病程中3次血培养、骨髓培养、肥达反应、粪便培养及找阿米巴均(-)，腹水培养2次均得绿脓杆菌。曾多次输血，最后一周内曾使用肾上腺皮质激素。病程中红细胞计数在140万~250万之间，中性55~85%，嗜酸细胞计数0~3，血小板118,000，出血时间2分，凝血时间1分。12月30日胸部透视(-)，膈肌运动佳。1月3日胃肠道钡餐透视，小肠未见受压移位，结肠未能完全显影。1月5日下午5时又便血2次，量共800毫升。次日又反复大量便血多次，并伴休克。1月6日在局麻下再次剖腹探查，发现上次手术疤痕下有少许粘连，原吻合口下方肠壁很薄，几近穿孔，其近端又有新溃疡形成，肠腔内有积血。乃将病变肠曲3厘米切除，由于病人情况欠佳，仅作人工肛门。手术后患者全身衰竭，经去甲肾上腺素、ACTH、肾上腺皮质激素、抗生素、输血等治疗，病情未见好转。1月14日上午先见血压下降，随即呼吸心跳停止而死亡。

讨 论

内科医师甲：根据腹痛、腹泻、便血、发热、溃疡形成

在降结肠及乙状结肠、血培养阴性，以及各种抗生素治疗无效，且并发肠出血及肠穿孔，溃疡性结肠炎可能性较大。持续性发热、血常规白细胞计数减少，也应考虑伤寒的可能，至于合霉素治疗无效，可能剂量及疗程不够充分。血培养及肥达反应阴性，可能与全身情况较差及抗生素的应用有关，故仍不能排除伤寒的可能。病情呈进行性恶化，消瘦明显，结肠癌也应考虑。

医师乙：患者腹痛、腹泻2月余，继发性肠穿孔，各种抗生素治疗无效，阿米巴痢疾可能性较大；发热可用继发性感染解释，粪便未找到阿米巴也不能否定诊断。血培养及肥达反应阴性，穿孔在降结肠，合霉素治疗无效，不符合伤寒诊断，但也不能完全除外。起病急，急性穿孔，链霉素治疗无效，手术发现均不符合肠结核。一般情况太差，激素治疗无效，直肠镜检查阴性，均提示慢性溃疡性结肠炎的可能性很小。

医师丙：如果肠阿米巴病，在急性病程中粪便和病理检查未找到阿米巴滋养体是少有的。肠结核虽也可以有反复大量出血，但病程如此急，更为少见。本例有腹泻、持续发热、肠穿孔及出血，血常规白细胞及中性粒细胞计数降低，脾肿大均符合伤寒，问题是何以穿孔部位在乙状结肠。其粪便呈紫红色，提示结肠高处也有病变。但屡次血培养及肥达反应均为阴性，抗伤寒治疗无效等，都与伤寒不符，但不能以此否定伤寒。尤其使人不解的是：本例先有腹泻、左下腹痛40余天后，方有发热，我怀疑最初是否患菌痢？

医师丁：患者有痢疾样大便，病变在左下腹，反复肠出血、肠穿孔，血培养、骨髓培养及肥达反应均阴性，合霉素治疗无效等，均符合非特异性溃疡性结肠炎，可能属暴发型，

但白细胞降低则不甚符合。本例伤寒仍有可能，血培养及肥达反应阴性，可能是一般情况差及抗生素应用所致。肠息肉、结肠血管瘤可能性小。

外科医师甲：本例的诊断虽以溃疡性结肠炎可能性较大，但病程较短，出血较多，病变局限于结肠，而溃疡又是孤立的（直肠未发现溃疡），因而这一诊断仍不能肯定。此外应考虑下述几个可能性：（1）结肠憩室炎，这病好发部位在乙状结肠——直肠段，多见于40岁以上的肥胖患者，一旦粪便进入憩室即不能排出，引流不畅即引起发炎、穿孔或大量出血。本例病情虽不尽符合，但不能完全排除。（2）放线菌感染，病情较持久，可能造成慢性穿孔及局部脓肿，但本例手术所见不符。（3）局部创伤，例如异物从肠腔内穿出所造成，这当然是罕见的。手术后发热可能由于肠道细菌经门静脉系统引起肝脏感染、腹膜炎或败血症所致，而高热可能导致中毒性精神病。激素治疗是否为肠道再度出血的诱因？死亡原因最可能是败血症及毒血症所致的全身衰竭。

外科医师乙：本例有畏寒、发热、粘液性腹泻、大量便血，体质急骤转弱以及病变在结肠，以非特异性溃疡性结肠炎可能性最大，结肠癌伴有感染次之。但术前直肠镜检查阴性，则与Edward报告的较高阳性率（95%）不符。

病 理 检 查

尸体解剖于死后12小时进行（脑未检查），外观呈恶病质。腹膜明显充血，有散在出血点，部分覆盖脓性渗出物，在升结肠近盲肠处有不规则的穿孔，腹腔中有600毫升的混浊液体，其中有蛋花样脓块。

小肠及结肠粘膜水肿，尤以结肠及回肠最为显著，自

空肠下段到降结肠人工肛门处分布有许多溃疡,直径1~1.5厘米;在小肠段相当于集合淋巴结处,在结肠段则孤立分布。溃疡呈圆形或椭圆形,边缘隆起,有出血带环绕,溃疡面为暗绿色污浊的坏死渗出物所覆盖。最大的一个溃疡位于升结肠近端,直径约8厘米。肠系膜淋巴结无明显肿大,切面充血。肝及其切面中均有散在的直径1~1.5厘米灰白色小脓肿。脾重310克,体积明显肿大,包膜紧张,包膜面局部覆盖纤维素脓性渗出物,切面呈暗红色,淋巴滤泡结构不清。心脏重218克,左右心室腔均有扩大,心肌切面混浊,质地略软。肺体积明显增大,切面可见边缘部分有散在性灰白色小脓肿。镜检回肠处溃疡切片见表面有一层纤维素性坏死渗出物,粘膜下层及网状内皮细胞大量增生,其中有许多大吞噬细胞,吞噬有淋巴球及红细胞等。小血管管壁及外膜为多数单核细胞所浸润,肌壁及浆膜血管充血,其中也有上述细胞的浸润。肝细胞分离,呈严重肿胀,肝窦充血,肝窦中可见上述细胞的灶性浸润,有时三、五个簇集在一起,形成小结节状,并可见到小脓肿形成。脾窦极度充血,其中也有吞噬细胞浸润。心肌细胞严重变性,有小脓肿。局部肺泡结构破坏,代之以小脓肿。

病理诊断: (1) 肠伤寒并发多次肠出血及穿孔,引起弥漫性化脓性腹膜炎及脓毒血症。(2) 内脏(肺、肝、肾上腺及心肌等)转移性脓肿。(3) 急性败血性脾肿大。(4) 肝、肾、心肌等混浊肿胀。(5) 恶病质。

小 结

根据尸体解剖所见肠道溃疡性病变,肝脾肿大,以及淋巴网状系统中淋巴细胞和大单核细胞增生及大吞噬细胞浸

润，结合病史中有长期发热，白细胞计数下降等，可以诊断为伤寒。最后因并发多次肠出血和穿孔，引起腹膜炎和脓毒血症而死亡。

生前切除的结肠标本曾诊断为溃疡性结肠炎，经复查标本和组织切片，发现溃疡呈孤立状分布，边缘较整齐，镜检主要是淋巴细胞和单核细胞浸润，这些病变完全与尸检发现一致。

典型的伤寒为人们所熟知，而异常表现的伤寒则极易误诊。我院自1970~1979年间收住伤寒病人108例，其中有异常表现的12例。兹将其主要不同表现分述如下：

一、全身浅表淋巴结及脾脏明显肿大有3例，其中1例于病程第八天肥达反应“O”及“H”均为1:40。第十一天取右肋下淋巴结活检，病理报告为淋巴结结构大部分破坏，有大量网状细胞增生，多数为成熟型，少数为较幼稚的细胞；并可见吞噬红细胞及细胞碎屑，伴有坏死，提示“恶网”。入院后第二十天复查肥达反应“O”及“H”均为1:320，随着对伤寒的控制，浅表淋巴结不再扪及，肝脾缩小，可见这类病变为伤寒所致的反应性网状细胞增多症。

二、全身大量玫瑰疹：3例全身有较多玫瑰疹，其中1例于病程第八天皮肤出现密集淡红色斑丘疹，直径2~5毫米不等，压之退色，不融合，呈向心性分布，以胸腹及背部为多，共362个。其他2例也分别于病程第四、八周出现全身散在分布的多发性玫瑰疹。一般文献描述伤寒的玫瑰疹在病程第二周出现，大多不超过10个，而非典型伤寒，玫瑰疹可多到百个以上，并可在病程的任何时期出现。

三、全身皮肤瘀点、类似败血症：伤寒出血性皮炎主要见于暴发型及并发弥散性血管内凝血的患者，普通型者罕见。

故有瘀点的患者常易误诊为败血症、流行性出血热及血液病等。但瘀点可与玫瑰疹同时存在，而出血性皮疹又常为伤寒患者有亚临床型弥散性血管内凝血的轻型表现。

本例以左下腹持续性疼痛阵发性加剧，排紫色血便，颇似肠道感染性疾病。

尽管伤寒临床表现多样化，但长期发热，白细胞不高为基本特点。玫瑰疹对伤寒的诊断有重要意义，因此临床上应仔细、反复寻找。

从本例误诊，我们得出如下几点教训（1）伤寒引起之溃疡，并非绝对在小肠或右侧结肠，凡有淋巴组织处都可发生，甚至可波及食管、胃与咽峡部等。（2）肥达反应是间接诊断法，其结果受多种因素影响，至少10%的伤寒患者在病程中始终为阴性，因抗体形成与蛋白质代谢有关，在营养不良情况下，肥达反应的阴性率可能更高。在目前临床上尚无更灵敏而稳定的免疫学诊断方法时，肥达反应仍不失为诊断伤寒的有效试验。（3）合霉素治疗无效不能否定伤寒的诊断，因其为抑菌剂，必须与机体防御免疫机能配合，才能清除伤寒杆菌。（4）结肠溃疡应与全身症状密切联系起来，方能得出正确诊断。如伴有毒血症包括中毒性精神病、血液白细胞及中性粒细胞降低、肠出血及穿孔等，均应考虑为伤寒病。（5）临床医生不宜单纯依靠病理报告作诊断，而应全面考虑问题。

关于伤寒治疗方面，外科治疗利少弊多，不应剖腹探查，抗生素用量宜大而疗程长，氯霉素仍为伤寒首选药物，毒血症重者考虑短期合用激素。

妊娠、腹痛、发热、黄疸

病 历 摘 要

患者女性，27岁，已婚，护士。因右上腹阵发性疼痛48小时，于1977年11月20日来院就诊，当时以“妊娠合并急性胆囊炎”收入院。48小时前无诱因突然右上腹持续性胀痛，阵阵加剧，放射至左背部，吸气及改变体位都使腹痛加剧，伴恶心，呕吐3次，为所进食物。旋即出现畏寒、寒颤与发热，体温 $38^{\circ}\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。病后曾用庆大霉素及阿托品等药治疗，由于腹痛加剧转来我院。病后解糊状大便1次，不带脓血与粘液。小便量少、色黄。既往无类似发作，也无黄疸与腹泻史。二胎一产，末次月经1977年4月1日。

体检：体温 38.2°C ，脉搏120次/分，呼吸36次/分，血压110/60毫米汞柱。急性痛苦病容，神志清楚，巩膜轻度黄染。颈软，甲状腺不肿大，气管居中。心肺无异常。腹部膨隆，子宫底在剑突下四指，有胎动。右上腹明显压痛，无明显肌紧张与反跳痛，未扪及肝脏与胆囊，肠鸣正常。双肾区无叩痛，四肢与脊柱无异常。

实验室检查：白血球16,500~18,200，中性88~89%。尿常规（-），尿胆红质阳性。二氧化碳结合力28.6容积%，肌酐3.7毫克%，血清淀粉酶66高氏单位。血清总胆红质1.3

~5.4毫克%，1分钟胆红质0.3~1.4毫克%，絮状试验正常，谷——丙转氨酶147单位。胆汁黄混浊，白细胞10~15/高倍视野。T管造影：左右肝管通畅，2级肝管显影，总胆管下端也通畅，无蛔虫及结石。

住院经过：入院后即用庆大霉素抗感染，补液、安胎等治疗。次日，腹痛范围向中上腹及左上腹蔓延，右上腹及剑下压痛及肌紧张，改用氨基苄青霉素与新青霉素Ⅰ治疗。入院后第三日，体温上升达39.6℃，腹痛甚剧，呻吟不止，大汗淋漓，有跳楼自尽意念。先后给予杜冷丁、冬眠灵、阿托品等治疗。腹痛稍有缓解，然持续高热、黄疸加深，查白血球升高。考虑胆囊炎及胆道蛔虫伴感染皆有可能，当即在镇静安胎、硬膜外麻醉下行剖腹探查，术中见肝脏大小、形态、色泽正常，质软。胆囊大小正常，无炎症，总胆管粗0.8~1厘米，未扪及结石与蛔虫；切开总胆管，管壁不厚，胆汁金黄色清亮，无结石与蛔虫。放置“T”管。术后腹痛稍减轻，然而黄疸加深，阵阵畏寒，腹胀难忍。11月28日（术后5天），患者出现右腰与右侧肋缘处疼痛，咳嗽、气急，呼吸每分钟56次，咯痰少许。检查右下胸叩压痛不明显，右肺下部可闻及细湿罗音。肝上界第四肋间隙，右季肋区无确切压痛点。右肾区叩痛。X线胸透：右下肺近心缘旁有片状渗出性病灶，为炎症改变。右膈肌较高，动度稍差。

讨 论

鉴于病情严重而复杂，虽经剖腹手术仍不能明确其诊断，组织临床讨论并归纳如下：

一、腹痛、黄疸、发热问题

（一）胆道蛔虫病：为常见病，且多见于青年，尤其在

妊娠时因可引起人体胃肠道功能紊乱，蛔虫因其寄生环境发生变化而易窜动，上行到达十二指肠引起本病。该患者起病急骤，上腹及右上腹持续性阵痛，阵发性加剧，疼痛发作时辗转不安、大汗淋漓，伴恶心与呕吐，解痉剂可缓解其疼痛；随后有发热，黄疸，白细胞增高。剑突下及右上腹压痛、轻度肌紧张。因而首先考虑胆道蛔虫伴感染之可能。

（二）胆囊炎、胆石症：鉴于妊娠期血液和胆汁中胆固醇常升高，胆固醇与胆盐的比例发生改变，胆囊常呈低张力扩张，排空延迟，胆汁粘稠，常促使胆石及胆道疾患的形成。该患者右上腹胆囊区也有明显压痛及肌紧张，疼痛后即出现发热与黄疸，因而术前并不能排除胆囊炎及胆石症的存在。但经剖腹探查胆囊并无炎症与结石。

（三）蛔虫性肝脓肿：值得注意的是患者术后腹痛减轻，黄疸加深，从“T”管引流胆汁较少，是否蛔虫已上窜到肝管内，阻塞肝管造成急性梗阻性化脓性胆管炎，或蛔虫性肝脓肿。此时，黄疸可以加深并出现严重的毒血症状。临床实践中也曾有类似病例，死后尸解发现肝内有蛔虫性肝脓肿。甚至可由于脓肿侵蚀血管招致大出血，以上消化道大出血的形式出现于临床。但本例嗣后经T管造影无异常发现，故本病也予除外。最后考虑到肝脏内有单个性脓肿，最常见的是阿米巴性肝脓肿。因脓肿多位于肝右叶顶部，刺激膈肌及腹壁而出现胸痛及右上腹疼痛，或压迫右下肺而产生急性反应性胸膜炎或／及肺炎，于是可解释患者出现气急、咳嗽、膈肌抬高、活动受限等现象。但阿米巴肝脓肿多数缓起，一般是先发热后腹痛，以肝区钝痛常见，黄疸轻微，肋间隙常有局限性压痛与浮肿，有痢疾史。由此看来仍不好用本病解释患者整个病情。