

社区医师丛书

教学查房

JIAO XUE
CHA FANG

吉林科学技术出版社

社区医师丛书

《中国乡村医生》杂志名牌栏目之

教 学 查 房

徐梦斌 主编

严超英 等著

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

教学查房/徐梦斌主编.-长春:吉林科学技术出版社,2000
(社区医师丛书)

ISBN 7-5384-2208-0

I. 教… II. 徐… III. 临床医学-问答 IV. R4-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 57609 号

责任编辑:孟波 许晶刚 赵兵 封面设计:王博

2V85/34

教 学 查 房

徐梦斌 主编 严超英 等著

*

吉林科学技术出版社出版、发行

长春市人民印刷材料厂印刷

*

850×1168 毫米 32 开本 16.375 印张 4 插页 403 000 字

2000 年 1 月第一版 2000 年 1 月第一次印刷

定价:26.00 元

ISBN 7-5384-2208-0/R·405

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题,可寄本社退换。

社址 长春市人民大街 124 号 邮编 130021 电话 5635174 5635177

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn 传真 5635185

内 容 介 绍

《教学查房》一书系吉林科学技术出版社编辑出版的社区医师丛书系列之一，是由《中国乡村医生》杂志多年培育的深受广大读者喜爱的“教学查房”栏目精选、编辑而成。本书作者为具有多年临床工作经验的临床主治医师、主任医师及各大医学院校附属医院的临床教师、教授。通过教学查房，把临床的一些疑难病及易误诊、漏诊的疾病，由表及里、深入浅出地进行讨论、讲解，使临床医师面对千变万化的疾病，能够抓住疾病的实质，准确地认识疾病的特征，及早做出正确诊断，把握治疗时机。本书共分内科、外科、妇科、儿科四部分，对从事临床工作的基层医师具有一定的指导意义。

目 录

内 科

低热、乏力 1 年, 浮肿 6 个月·····	赵林阳等	(1)
浮肿、尿少、右足剧痛·····	赵玉芝等	(6)
反复咳嗽 3 年, 加重伴呼吸困难 7 天·····	刘 赞等	(11)
呕吐、腹泻 1 天, 高热、昏迷 10 小时·····	韩景祥等	(16)
发热、贫血、心脏杂音·····	吕亚莉	(22)
四肢无力 5 个月, 全身浮肿 20 天·····	王素秀	(26)
发热, 淋巴结肿大, 皮疹·····	罗丹红等	(32)
腹痛、腹胀、恶心、抽风、昏迷·····	李洪春等	(36)
发热、皮疹、关节痛 3 个月, 加重伴咽痛 5 天 ·····	刘玉山等	(41)
全身浮肿, 口腔溃疡, 关节、肌肉疼痛·····	孟宪刚等	(45)
关节痛、活动受限、肾功衰竭·····	高淑贤等	(49)
四肢麻木、口干、腹胀、排尿困难·····	刘倩倩等	(53)
发热、肌痛无力、多脏器损害·····	陈云鹏等	(56)
上腹灼痛 2 日, 突然心悸、气短半小时·····	于俊杰	(61)
头晕、心悸、胸闷、四肢麻木、昏厥·····	梁云林	(66)
周期性发热、肝脾肿大、腹水·····	陈云鹏等	(70)
咯血、晕厥、右侧偏瘫·····	孔祥泉等	(75)
腹胀、纳差、腹水·····	王建中等	(80)
头痛、呕吐、抽风·····	李艳芳	(84)

持续发热、关节疼痛、皮下结节·····	刘仲华等	(89)
头晕、乏力、颜面苍白·····	杨梓梅等	(93)
间断发热伴关节肿痛5个月,面部红斑2个月, 加重1周·····	刘晓敏等	(97)
下肢浮肿伴腹胀2年,加剧2个月·····	何汝敏	(101)
反复发作性肉眼血尿伴腰酸半年余·····	陈晓农等	(106)
关节肿痛2年余,胸腹水5个月·····	孙 辽等	(112)
盗汗、发热、面色苍白伴腹胀·····	曾晓颖等	(116)
寒战、高热、右肺片状阴影·····	李春瑛	(121)
胸闷、气喘3年,浮肿2个月,偏瘫1天·····	焦民安	(126)
心悸、气促、消瘦1个月·····	邓水泉等	(132)
反复咳嗽、喘30余年,进行性呼吸困难5小时 ·····	刘 赞等	(137)
反复发热、咳嗽、进行性呼吸困难·····	丁 翔	(142)
高血压10年伴胸痛、腹痛1天·····	刘 赞等	(146)
发热、咳嗽、气促、皮疹·····	瞿绪光	(152)
突然昏迷、偏瘫24小时·····	鞠 浩等	(157)
咳嗽、气喘、双下肺斑片状阴影·····	刘世翔	(162)
跛行7年,突发呼吸困难3天·····	黄艳梅等	(167)
发热、心慌、气促、心脏杂音·····	丛日照等	(172)
发热、腹泻、无尿、休克1天·····	倪艳霞	(178)
长期发热、关节疼痛及蛋白尿·····	郭文海	(184)
餐后腹痛,消瘦,脂肪泻3个月·····	刘蕴光等	(190)
气短、心前区刺痛、晕厥1周·····	姚德山等	(195)
突然剧烈左肩背疼痛,一过性低血压·····	刘秀芝	(200)
心悸、气短、浮肿2年,近日加重·····	倪艳霞	(205)
胸骨后痛伴大汗、左上肢麻木4小时·····	陶 方	(210)
胸闷、气急2年,肝大、浮肿半月·····	张 伟	(215)

头晕、乏力、失眠、多汗 10 天	刘元杰等	(220)
发热、消瘦、浆细胞增多、心脏杂音	宋振岚等	(226)
间断发热、关节疼痛、蛋白尿	高素范等	(231)
突然胸骨后压榨性疼痛、气促 1 天	丛日照	(236)
胸骨后闷痛、抽搐	李福顺等	(242)
胸闷、气喘、进行性加重	陈爱华	(248)
呼吸困难、运动后晕厥	崔爱光	(252)
心悸、气短、全身浮肿	张孔潜等	(257)
重度黄疸 2 个月余	唐宝璋	(264)
进行性黄疸	倪艳霞	(272)
心悸、气短、双下肢浮肿	张殿勋等	(278)
突发性呕吐、烦躁、尿失禁	左树凯	(283)
长期发热伴肝脾肿大	杨文升等	(288)
心慌、胸闷、肝脾肿大	许士凯等	(294)
持续存在的夜间阵发性呼吸困难	江凤林等	(300)
黄疸、关节酸痛、出血倾向 4 个月	蔡敬仁	(307)
腹泻、低热、上腹部闷痛 6 个月	黄跃	(312)
胸闷、气促、淋巴结肿	宋修军等	(317)
上腹部绞痛伴呕吐、便秘 6 天	黄跃	(322)
头晕、头痛、心悸、呕吐、咳粉红色泡沫样痰	周方钧	(327)

外 科

上腹疼痛伴一过性黄疸、便潜血	肖泽钊等	(333)
反复血便 1 个月	钱子英	(338)
左腰部肿块 8 个月	李明伟等	(343)
膀胱部分切除术后 4 天，持续性右下腹痛		

伴压痛 1 天	李旭等	(348)
反复黑便、休克	冯崇斌	(351)
胃大部切除术后上消化道大出血	韦浩俊等	(354)
腹痛、腹胀、停止排气、排便 3 天	韩志伟	(359)
腹胀、纳差、乏力伴左上腹部包块	周力等	(364)
上腹痛、腹部包块	周府伯等	(369)
黑便、呕血、休克	宋述仁	(375)
黄疸、发热、胆囊肿大 1 个月	刘福德	(380)
脊柱侧弯、双下肢不全瘫痪	高炳义等	(386)
上腹疼痛转全腹痛 4 小时	刘秉义	(391)
间歇跛行 5 年，伴二便障碍半年	杨晓钰等	(395)
外伤后肝区痛、肝脏肿块	李殿富等	(400)
呕血、黑便 5 个月，右侧腹部包块 1 个月余	方玉兰	(405)
黑便、消瘦、左锁骨上淋巴结肿大、血压增高	王利	(410)
呕血、便血 2 天	韩志伟	(415)

妇 科

妊娠 9 个多月，头昏、乏力、齿龈出血伴皮肤瘀斑	张凯竞等	(420)
产后进行性腹胀、黄疸	陈维卓等	(424)
腹痛、乏力、纳差 2 个月，腹胀 2 周	林伙水	(427)
阴道流血伴腹痛 1 个月	孙少敏等	(432)
腹痛、吐泻伴头晕、出汗 12 小时	范宗勤等	(435)
腹痛 6 天，伴恶心、呕吐、阴道不规则流血 10 天	陈继甫	(440)

儿 科

腹胀、食欲减退 1 个月	张惠民	(445)
全身皮肤黄染 7 天	严超英等	(450)
发烧、肝脾肿大、浮肿	邓华秀等	(455)
腹部隐痛，全身皮肤瘀点斑 7 天，腹痛突然加重，多汗半小时	杨学义等	(461)
缄默，步态不稳，尿失禁	王玉清	(466)
皮疹、发热、结膜充血	林爱雪	(471)
黄疸 1 周，发热 2 天	沈小英	(476)
哭闹 6 天，抽风 1 天	张惠民	(481)
生后进乳后呕吐 9 个月余，加重 2 个月余	谢宝珊等	(486)
发热、皮疹、精神萎靡	曹秀英	(490)
中度发热 2 个月	张惠民	(495)
发热、头痛、腹痛、腹泻	张淑芬等	(500)
发热、皮疹、淋巴结肿大	王正寿	(505)
发烧伴呕吐、腹泻 3 天，精神萎靡 1 天	白有田等	(510)

低热、乏力 1 年，浮肿 6 个月

白求恩医科大学三院 赵林阳 周方钧

1995 年 3 月 21 日查房记录——

主任医师 请经治医师详细汇报病历。

医师甲 患者男性，34 岁，因低热、乏力 1 年，浮肿 6 个月，于 1995 年 3 月 10 日入院。患者于 1 年前始出现低热、多汗、乏力，体温波动在 37.5~38.2℃ 之间，曾在当地医院就诊疑为“结核”、“胶原病”，给予抗痨及激素治疗不见好转，半年前出现少尿、浮肿。浮肿多于清晨出现于眼睑，未予介意，近 1 个月加重，来本院就诊，门诊尿常规检查发现，尿中有蛋白、红细胞及管型，以慢性肾炎收入院。病程中无抽搐、腹痛、尿频、尿急、尿痛及咯血，夜间发作性呼吸困难等症状。

既往身体健康，无相关病史可查。

体格检查：BP 18/12kPa，P 96 次/分，T 37.8℃，R 20 次/分，发育正常，慢性病容，贫血貌，自动体位，皮肤、粘膜可见散在瘀斑，眼睑苍白，浮肿，颈静脉无怒张，胸部无畸形，双肺呼吸音清晰，心尖搏动位于左第五肋间锁骨中线内 0.5cm，搏动不弥散，听诊主动脉听诊区可闻及 2/6 级收缩期喷射性杂音， $P_2 > A_2$ ，心律齐，心率 96 次/分，腹部平坦，肝未触及，脾脏于左侧位可触及，腹部未触及包块及肿大淋巴结，肾未触及，肾区及输尿管无痛点，无叩、压痛，四肢关节无畸形，双下肢胫前轻度指压痕，膝腱反射存在，巴彬斯基氏征未引出。

实验室检查：血常规：WBC $7.2 \times 10^9/L$ ，RBC $1.25 \times 10^{12}/L$ ，Hb 8.2g/L，血小板 $1.5 \times 10^{11}/L$ ，尿常规：蛋白（+++），颗粒管型 2~3，红细胞 5~8/400，血浆蛋白 6.1g/DL，A/G：1.0，ALB50%， r^2 8%~7%，血肌酐 296 μ mol/L，BUN 13.9mmol/L，CO₂CP 19mmol/L，ESR 60mm/小时，CRP（+），抗“O” 1：400，狼疮细胞，类风湿因子阴性，免疫球蛋白，补体 C₃ 正常，抗心肌抗体阳性，血培养阴性，结核菌素试验、肥达氏反应阴性。腹部 B 超：肝、胆囊、胰腺正常，脾 52×6cm 大小，回声增强，左肾 11.4×4cm，右肾 11.3×4.1cm，肾盂、肾盏正常。胸部 X 光片及心电图检查未见异常。

医师乙 根据病历报告该患者有如下临床特点：①年轻男性，既往身体健康，低热，乏力，多汗，贫血，皮肤粘膜散在瘀斑，血小板计数正常。②浮肿 6 个月，尿蛋白（+++），伴管型，低血浆蛋白，肾功减退。③胸片正常，结核菌素、肥达氏反应阴性，血培养阴性。④血沉快，脾大。⑤主动脉瓣区 2/6 级喷射性杂音。

根据以上特点：①慢性肾小球肾炎（肾病型），慢性肾功能不全，氮质血症期诊断可以确立，但患者既往无肾炎史，病程短，进行性肾功恶化，尚需查明原因。②关于低热问题，目前可除外结核、伤寒、风湿热，缺乏肿瘤主要证据，胶原病更不支持。白细胞不高，血培养阴性，亚急性感染性心内膜炎也不好解释。

医师甲 同意上述对肾脏病变的分析。我想进一步说明的是该患发热，乏力等全身症状在先，肾脏改变在后，因而我认为该患存在一个多脏器损伤的全身性疾病，肾脏改变只是全身病变的一部分。就慢性低热而言，首先要考虑结核，但该患无潮热、盗汗等结核中毒症状，无尿路刺激症状，腹部无触痛，胸片未发现结核灶，PPD 试验阴性，可以除外。二是风湿热，患者无明

确链球菌感染史，无多发性关节炎、皮下结节、舞蹈病、环形红斑及明确的心肌炎体征。抗“O”不高，CPR 阴性，虽血沉快，贫血，仍不支持风湿热，第三，胶原病，包括系统性红斑狼疮、类风湿、系统性脂膜炎、硬皮病、节结性动脉周围炎，其中红斑狼疮常引起包括肾脏在内的多脏器损伤，并可出现狼疮性肾炎，本例患者多脏器损伤，但免疫学检查结果并不支持。第四是心房粘液瘤，本病最常见的症状是转移性栓塞，根据粘液瘤在左房，或是右房，分别可出现体循环、肺循环栓塞症状、心脏体征，血培养阴性，心脏 B 超可发现心房粘液瘤。另外可考虑的是亚急性感染性心内膜炎，本患者低热，乏力，贫血，皮肤粘膜瘀斑，脾大，心脏改变，因而不能除外本病。建议做床边心脏 B 超检查以发现重要线索。

超声室医师 心脏 B 超结果，发现该患为少见的主动脉瓣二叶畸形，主动脉瓣可见微小赘生物，支持亚急性感染性心内膜炎诊断。

进修医师 如何解释血培养阴性，基层医院没有发现心脏改变。

主治医师 这是一个典型亚急性心内膜炎病人，具有发热，出汗，乏力等全身症状，也有心脏改变，赘生物形成，转移性栓塞，如脾大，以及免疫反应产生的异常免疫球蛋白和免疫复合物沉积在外周组织引起的损伤如血沉快、Roth 斑、肾小球肾炎。

那么为什么致病菌培养阴性呢？①患者在来院之前就长期不规则地使用不足剂量的抗生素。②左心内膜炎可能缺乏周期性血培养阳性结果。③血培养缺乏正规性，应在 12 小时内分别进行 4~6 次细菌培养。④需特殊培养条件：未能满足。即使是血培养阴性，只要有赘生物证据也不妨碍心内膜炎的诊断，文献报道这类情况发生率为 5%~15%。

心脏基础病变有时可能是心内膜炎诊断的唯一线索，基础心

脏病中以风湿性心脏病为最常见，占有病人的 40%～60%，随着抗生素的应用，这一比例将越来越低。先天性心脏病占总数的 20% 以上。其中动脉导管未闭，室间隔缺损，主动脉瓣狭窄，法鲁氏三联症是主要易患感染性心内膜炎的基础先心病，40% 以上病人既往无明确的心脏病史，其中包括原有基础心脏病，但症状不明显，当出现感染性心内膜炎时，才发现原有的基础病变，如轻度风湿性心脏病，轻度二尖瓣脱垂，先天性二尖瓣型主动脉瓣，钙化性主动脉瓣狭窄，二尖瓣钙化，肥厚性心肌病等，当然也存在正常心脏基础上发生感染性心内膜炎者，这种情况 50% 以上的致病菌为金黄色葡萄球菌。心脏内放置人工装置者如人工心脏瓣膜、心脏补垫、起搏器者也易罹患感染性心内膜炎。本例基础心脏病变为先天性二叶主动脉瓣，这种病人平素多无症状，缺少明确的心脏体征，超声心动图检查对于经验不足者极易漏诊。因而当病人有提示心内膜炎的不容忽视的临床表现，如原因不明的发热或进行性贫血，脾肿大，血沉快，症状迅速加重，难治性充血性心力衰竭，主要的周围动脉栓塞或多发性肺栓塞，脑血管意外，慢性进行性肾炎，不管是否有心脏杂音，尽管血液培养阴性，超声赘生物阴性均应提高对感染性心内膜炎的警惕，因为感染性心内膜炎早期赘生物可阴性，而血培养又有 5%～15% 的假阴性率。

感染性心内膜炎的治疗应考虑致病菌类型及其对抗生素的敏感性，抗生素是本病唯一的重要药物，选用杀菌类抗生素，大剂量，静脉给药，疗程至少 4～6 周，对于感染性心内膜炎患者在适当的时候预防性使用抗生素，不失为感染性心内膜炎的重要预防手段。

进修医师 感染性心内膜炎患者发生肾小球肾炎的机制是什么？

主治医师 亚急性感染性心内膜炎相关的损伤和过程包括，

原发部位赘生物形成；赘生物引起的局部和全身性“机械性”损伤；长期存在的感染过程导致的免疫性损伤。特别是后者是感染性心内膜炎后肾小球肾炎的发病机制，由于机体不能对原发部位发生化脓或肉芽肿反应，机体代之产生了大量的体液性抗体。赘生物作为抗原被抗体包绕，产生免疫复合物，当这些免疫复合物沉积在肾小球基底膜上导致肾小球肾炎。

主任医师 同意上述医师意见，这次讨论很成功。这是一例以慢性发热、皮肤粘膜瘀斑、脾大为主症，后期出现肾炎、肾功能不全的体征和表现的感染性心内膜炎患者，原发基础心脏病变是先天性主动脉瓣二叶畸形，是一种少见的先天性心脏病变，体征不明显，多次血培养阴性，因而多次被误诊为“结核”、“胶原病”、“肾炎”。通过这个病例给我们的启迪是对于病情和临床资料要深入、细致地了解，科学地有机整合，去伪存真，由表及里，由浅入深方能得到科学的结论，从而避免片面性。

浮肿、尿少、右足剧痛

白求恩医科大学三院 赵玉芝 赵林阳 周方钧

1996年2月18日查房纪要——

教授 首先由实习医师报告病历。

实习医师 患者男性，25岁。感冒后3天开始出现浮肿、尿少，24小时尿量300ml，在当地医院用青霉素、利尿剂等治疗，病情不见好转，水肿加重，伴有头晕、头痛症状，于入院前一天出现右足疼痛，难以忍受。为进一步诊治而入院。既往无肝炎、肾炎病史，亦无心脏病及高血压病史。入院查体：T36.7℃，P84次/分，R20次/分，BP21.5/13.3kPa。轻度贫血貌，眼睑及颜面浮肿，咽赤，扁桃体Ⅱ°，表面有少许脓性分泌物，两肺未见异常，心界向两侧扩大，心率110次/分，律整、心音遥远。腹部膨满，腹水征阳性，肝脾肾均未触及，两肾区有叩击痛。腰骶部有凹性水肿，阴茎、阴囊明显水肿。两下肢有明显可凹性水肿，右足皮温低，右足背动脉搏动消失。辅助检查：末梢血象血红蛋白86g/L，红细胞 $2.6 \times 10^{12}/L$ ，尿蛋白(++++)，红细胞10~15个/400x，颗粒管型2~4个/400x，血浆总蛋白值5.2g/dl，白蛋白2.2g/dl，球蛋白3.0g/dl。血脂正常。血尿素氮14.5mmol/L。胸片心影增大，心膈角变锐。

进修医师 患者既往无肾病史，现病史很短，是急性还是慢性肾脏疾病不好确定，请上级医师谈谈诊断问题。

主治医师 该病例有如下特点：①青年男性，起病较急；②感冒后3天发病，浮肿尿少，血压升高；③全身高度水肿；④右足剧痛，足背动脉搏动消失；⑤轻度贫血，尿蛋白(++++)，

RBC10~15个/400x, 颗粒管型 2~4/400x, 血尿素氮升高; ⑥血脂正常, 血浆白蛋白降低。

结合上述特点应考虑以下疾病: ①急性肾小球肾炎。发病急, 病程短, 应考虑急性肾炎, 但本病多于上感后 10~14 天发病, 无明显贫血, 血浆蛋白不低, 而此病例上感后 3 天发病, 有贫血及低蛋白血症, 不符合急性肾小球肾炎。②急进性肾小球肾炎。患者有感冒病史, 发病急, 水肿重, 大量蛋白尿, 支持感染后免疫复合物型急进性肾炎。但病人尿沉渣中仅有 10~15 个/400x 红细胞, 未见红细胞管型, 贫血程度轻, 肾功损害不重, 故急进性肾炎可能性不大。但因本病多于 3~6 个月内出现进行性少尿, 肾功进行性恶化, 虽然目前肾功损害不严重, 也应警惕本病。做肾脏活体组织检查肾小球囊腔新月体形成超过 50% 为重要诊断依据。本病例可做肾活检进一步证实诊断。③原发性肾病综合征 I 型。病人为 25 岁, 男性, 尿蛋白(++++) , 血浆蛋白低, 高度水肿, 可考虑原发性肾病综合征 I 型。但患者有高血压、贫血, 镜下血尿 RBC10~15 个/400x, 尿素氮增高等可排除 I 型。④原发性肾病综合征 II 型。患者具有高度蛋白尿, 血浆白蛋白低, 高度水肿等表现, 虽血脂正常, 肾病综合征的诊断可以确立。在肾病综合征的诊断依据中, 高蛋白尿, 低蛋白血症是必备条件, 而血脂水平与水肿程度只是参考条件, 通常所说的三高一低, 只要有高蛋白尿, 低蛋白血症就够了。因病人伴有高血压、贫血、血尿, 肾功损害等特点, 符合肾病综合征 II 型, 其病因为慢性肾小球肾炎所致。

右足皮温低, 足背动脉搏动消失, 在肾病综合征基础上发生此症状, 首先要考虑肾病综合征的血栓栓塞并发症。

实习医师 原发性肾病综合征 I 型与 II 型如何鉴别?

主治医师 原发性肾病综合征 I 型为单纯性肾病综合征, 又称原发性肾小球肾病, 脂性肾病。发病年龄以 6~11 岁为多, 通

常不超过 25 岁，起病急，三高一低表现突出，特别是高血脂尤为明显，水肿程度重。无高血压，无血尿（尿 RBC 每高倍镜视野少于 10 个），无肾功损害，无贫血，为选择性蛋白尿，尿中 FDP、C₃ 阴性。其病理特点肾小球在光镜下正常，在电镜下为微小病变，免疫荧光检查阴性。此型对糖皮质激素敏感性高，但易复发。而原发性肾病综合征Ⅱ型是各种慢性肾炎引起的肾病综合征。急性肾炎，急进性肾炎，IgA 肾病引起的肾病综合征也为Ⅱ型，此型病人均有不同程度的贫血，高血压，血尿和肾功损害，但水肿轻重不一，血脂亦可正常。尿蛋白为非选择性蛋白尿，尿 FDP 阳性，C₃ 增多，病理改变明显，免疫荧光阳性，对糖皮质激素敏感性不如Ⅰ型。

实习医师 右下肢病变与肾病的相关性如何？

主治医师 右下肢病变与肾病综合征密切相关，是肾病综合征的严重并发症之一。肾病综合征的血液高凝状态和血管内膜的损伤是形成动静脉血栓的重要原因，大量蛋白质从尿中丢失，肝脏加速蛋白合成的同时，也加快了合成凝血因子的速度，抗血栓因子Ⅲ及血清素原的活性下降，血小板凝集力增加，进而使血液粘滞度增加。长期使用肾上腺皮质激素可诱发 α_2 巨球蛋白和血小板生成，抗原抗体复合物可促进高凝和血管损伤，高血压和高血脂可使血管壁受损伤，加速血栓形成。动静脉血栓栓塞并发症是肾病综合征的严重并发症之一，它可以发生在脑、心、肺、肾和肢体动静脉等，本并发症病死率高达 60%，但长期以来，并没有引起重视，甚至有的延误诊断时间，失去了最佳的治疗时机（缺血时间 6 小时以内），而造成死亡或终生残废。肢体动静脉血栓形成，导致肢体缺血缺氧，由于无氧代谢产物所引起肾代谢综合征，对肾脏进一步造成损害，可发生肾功衰竭，诱发高血钾而危及生命。因此，对于此并发症必须予以足够重视。

进修医师 请主治医师讲一讲有关本病的治疗问题。