

临床思维训练与 误诊案例解读

刘 丽 主编



兰州大学出版社

临床思维训练与 误诊案例解读

主 编 刘 丽

副主编 薛莉花 王丽平 温晓辉



兰州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床思维训练与误诊案例解读/刘丽主编. —兰州:
兰州大学出版社, 2009. 4

ISBN 978-7-311-03205-0

I. 临… II. 刘… III. ①临床医学—思维方法
②误诊—案例—分析 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 036262 号

策划编辑 梁建萍
责任编辑 丁武蓉
封面设计 王 笃

书 名	临床思维训练与误诊案例解读
作 者	刘 丽 主编
出版发行	兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路 222 号 730000)
电 话	0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心) 0931-8914298(读者服务部)
网 址	http://www.onbook.com.cn
电子信箱	press@onbook.com.cn
印 刷	兰州残联福利印刷厂
开 本	787×1092 1/16
印 张	12.25
字 数	233 千
版 次	2009 年 4 月第 1 版
印 次	2009 年 4 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-311-03205-0
定 价	22.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

前 言

进入 21 世纪以来,我国临床医学事业取得了突飞猛进的发展,一些高、精、尖等大型仪器设备不断涌现,检验项目不断拓宽,为临床诊治各类疾病带来了很大便利。然而,有研究表明,不管如何更新检查手段,中国目前的临床医疗总误诊率约为 27.8%,某些疑难病例的误诊甚至高达 40%。误诊使患者雪上加霜,误诊及由此引起的误治,是引发医患纠纷的主要原因之一。有关专家对十几万份误诊病例的分析发现,误诊原因只有 16 种,其中分析频率达 14% 的误诊原因仅有 4 项:医学经验不足占 25%,医生问诊与体格检查不细致占 17.3%。专家认为,从医护人员方面找原因有 4 点:一是责任心不强,二是专业技术水平不高,三是临床思维能力欠缺,四是理论基础差。目前国内的临床医生,普遍存在忽视临床基本技能锻炼的问题,诊病时只简单地问几句患病情况,不去深入了解患者生病的详细过程及与本病有关的既往史、个人史、家族史等。体格检查马虎,不能仔细地搜寻一切可能存在的体征。此外,过分依赖辅助检查,并且对辅助检查所获得的各项检查资料不进行归纳分析,全面考虑,临床思维错误,因而极易造成误诊。

临床思维是做出临床决策的前提和基础。正确的临床思维方法和良好的思维习惯是临床医生成长和成功的关键,也是医疗质量的保障。医学是一门实践性非常强的科学,许多疾病如能早期正确诊断,就可以获得理想的治疗效果。因此,在临床工作中,尽可能减少漏诊、误诊,已成为提高治愈率,降低死亡率的关键。一位合格的临床医师在诊断治疗时应该具备:知识面广,不局限于自己专业;头脑灵活,不盲目,不教条,不主观;善于分析,按次序,抓重点;跟上时代,吸取新见解,使用新仪器,考虑新疾病,发现新问题。这一过程的培养,需要从医学生抓起,临床医师也要树立终身学习的意识。人们对客观事物的认识总是通过总结正反两方面的经验而得以提高的,反面的经验更令人终生难忘。近年来,案例教学不断深入课堂,采用启发、讨论、问题式教学方法推进了临床专业课的教学改革。为了帮助医学生拓宽学习视野,了解一些少见病及先进的辅助检查手段,启发和训练年轻临床医师的诊断思维,巩固专业基础知识,我

们从相关的专业杂志和医学网站,整理了一定数量的误诊个案,有些属于疑难病例,内容涉及到循环、呼吸、消化、泌尿、内分泌、结缔组织系统的疾病和急危重症等。书中针对每一个案例,均以讨论问题的方式,从疾病的主要临床特点、病理、诊治过程、鉴别诊断等方面进行综合分析。通过这些案例,希望医学生和年轻医师能改变先入为主、一成不变的僵化性思维,形成理性思维。在临床诊治过程中,不要孤立看待每一项异常表现,要在病情全局和病人整体中衡量其意义和重要性。不要习惯于以本科的病种概念来分析、判断与处理疾病的那种“分科思维”模式,而忽视二级学科水平上的系统诊疗模式。任何疾病都有现象和本质两个方面,现象是疾病的外部表现,如症状、体征和辅助检查异常等;疾病的本质是人体脏器和器官发生病变后的病理生理反应,并通过临床现象表现出来。因此,通过对误诊案例的学习,能使临床医生透过现象看到事物的本质,将基础与临床结合起来。只有学会反复思维,不断地总结、探索、分析、修正对疾病发生发展的认识,把握临床基本功,有针对性地选择辅助检查,验证医生自己的思维是否合乎该病人的实际情况,才能不断提高临床诊治水平。

在该书的编写过程中,曾得到学院领导和西医诊断学教研室的王秋兰、姚凝、梁丽娟等老师,以及兰州大学出版社有关同志的大力支持和帮助,在此表示深深的谢意。由于我们的水平有限,其中难免有缺点和错误,敬望读者给予批评指正。

编 者

2009年2月

目 录

案例一	主动脉窦瘤破裂	001
案例二	直背综合征	003
案例三	心悸、气短、水肿	005
案例四	下肢水肿、气促、腹水、血管杂音	008
案例五	心内膜心肌纤维化	010
案例六	房间隔缺损	012
案例七	上腹部持续性疼痛	013
案例八	心悸、胸闷、上腹部隐痛,血性心包积液	015
案例九	肥厚型心肌病长期误诊为心肌梗塞	016
案例十	冠心病伴肥厚型心肌病	017
案例十一	心包炎误诊为贫血	020
案例十二	主动脉夹层	021
案例十三	二叶式主动脉瓣并发感染性心内膜炎	023
案例十四	亚急性细菌性心内膜炎误诊为肺部感染及肺外结核	024
案例十五	糖尿病合并急性心肌梗死	026
案例十六	反复胸闷、气短10个月余,加重伴不能平卧4个月	028
案例十七	双侧胸腔积液、心包积液	030
案例十八	休克、发热、多浆膜腔积液、咯血	033
案例十九	左下腹痛、腰痛伴呕吐1周	036
案例二十	心肌梗死、脑出血	038
案例二十一	持续发热3周,咳嗽2天	042
案例二十二	反复晕厥16年,腹胀1个月,黑矇2天	045
案例二十三	双下肢疼痛、麻木、无力、活动不能3天	047
案例二十四	皮疹、呼吸困难、肝脏肿大	050
案例二十五	发热、咳嗽、咳痰、双肺弥漫性病变	053
案例二十六	发热、左下肺细湿罗音	054
案例二十七	巨细胞病毒肺炎与成人型呼吸窘迫综合征	057
案例二十八	进行性胸闷、气短、双肺弥漫性病变	061
案例二十九	发现左颈部肿块2个月余,胸部CT见两肺多发阴影	064
案例三十	顽固性喘息、反复游走性肺炎、血嗜酸性粒细胞增高	067
案例三十一	特发性肺含铁血黄素沉着症	069
案例三十二	胸痛、胸腔积液	071
案例三十三	腹痛、腹泻、嗜酸粒细胞增多	074

案例三十四	胰头痛	76
案例三十五	反复便血5年,伴右下腹痛2年	78
案例三十六	克隆氏病肠穿孔误诊致死	80
案例三十七	空肠胃套叠	83
案例三十八	与双侧胸腔相通的自发性食管破裂	84
案例三十九	特发性非硬化性门脉高压症	86
案例四十	发热、右上腹痛、肝肿大	88
案例四十一	腹膜假黏液瘤	90
案例四十二	坠落伤并发食管贲门黏膜撕裂综合征	94
案例四十三	食道憩室破裂	95
案例四十四	间断性右下腹痛、右下腹包块	97
案例四十五	误诊的胃壁脓肿	100
案例四十六	不排便,不排气20天,呕吐、腹痛17天	102
案例四十七	纳差、乏力3个月	104
案例四十八	远端肾小管酸中毒致心肺骤停	107
案例四十九	慢性肾衰误诊为支气管哮喘	108
案例五十	发热、血尿、咯血、抽搐	109
案例五十一	皮肤紫癜伴蛋白尿、镜下血尿	111
案例五十二	乏力、纳差3个月,双下肢水肿伴尿检异常40天	114
案例五十三	恶心、呕吐、发热2个月,血肌酐(Scr)升高3天	117
案例五十四	反复恶心、呕吐5个月,发现肾功能减退10天	121
案例五十五	原发性醛固酮增多症	124
案例五十六	Graves病合并中枢性尿崩症	127
案例五十七	貌似急性脑血管病的低血糖反应	129
案例五十八	膀胱嗜铬细胞瘤	130
案例五十九	甲亢危象	134
案例六十	Sheehan综合征合并垂体前叶危象	136
案例六十一	左上腹肿物、上腹痛、黄疸、呼吸困难	138
案例六十二	发热、关节痛、贫血及肝脾肿大	142
案例六十三	发热、皮疹、多脏器损害、淋巴结肿大	144
案例六十四	发热、皮疹、关节痛	146
案例六十五	间断发热、腹水、黄疸、便血	148
案例六十六	发热、腹痛、皮疹、淋巴结肿大	150
案例六十七	宫内妊娠合并异位妊娠	153
案例六十八	结核性脑膜炎	154
案例六十九	无诱因发热5天	159
案例七十	发热、腹痛、腰痛、血尿	161

案例七十一	鼻衄、肉眼血尿2周	163
案例七十二	双下肢无力3个月	165
案例七十三	肺部疾病还是全身病的表现?	167
案例七十四	咳嗽、喘憋20余天,加重1周	169
案例七十五	干咳、低热、纵隔淋巴结肿大	174
案例七十六	有机磷农药中毒	178
案例七十七	亚硝酸盐中毒	182
案例七十八	戒酒硫样反应	183

案例一 主动脉窦瘤破裂

【案例】

案例1 患者女,20岁。因发现心脏杂音10年,突发胸闷、气促、乏力1周入院。病人10年前体检时即发现有心脏杂音,1周前突发胸闷、气促、乏力、下肢水肿,当地医院行心脏超声检查后,拟诊“先天性心脏病、室间隔缺损、心功能不全”,经对症治疗,稍有好转,转我院手术治疗。查体:血压110/50mmHg,意识清,精神不振,面色苍白,口唇轻度发绀,颈静脉充盈,胸廓无畸形,心界向两侧稍扩大,以左下明显,心率100次/min,律齐,胸骨左缘第3~4肋间可闻及Ⅲ级连续性杂音, $P_2>A_2$, P_2 亢进,两肺呼吸音粗,未闻及干湿性罗音,肝肋下2.0cm,剑突下4.0cm,质软无触痛,两下肢轻度水肿。血电解质、心肌酶谱、心电图均正常。X线胸片示:两肺纹理增粗。超声心动图示:右主动脉窦瘤破入右室。经外科手术确诊。

案例2 患者男,27岁。因突发胸闷、气促、乏力1周来院。1周前病人过性生活时突然出现胸闷、窒息感、全身乏力,次日起出现两下肢水肿,胸闷、气促进行性加重。否认心脏病、梅毒等病史。门诊拟“风湿性心脏病、心功能不全”收入院。查体:血压110/60mmHg,面色萎黄,颈静脉中度充盈,可见搏动,两肺呼吸音粗,心前区可触及广泛猫喘,心界向两侧扩大,心前区可闻及广泛双期机械样杂音, $P_2>A_2$,周围血管征(+).肝肋下3.5cm,剑突下5.0cm,质中,轻触痛,两下肢凹陷性水肿。心电图正常。X线胸片示:两肺纹理增粗、模糊,心脏呈中度扩大,以两心室扩大为主。心脏超声示:右主动脉窦瘤破入右心房。转外科手术后确诊。

案例3 患者男,35岁。因突发性撕裂样胸痛半小时就诊。急诊室查心电图正常,给予硝酸异山梨酯10mg舌下含服,强痛定100mg肌内注射,拟诊主动脉夹层动脉瘤。既往无高血压、心脏病史。查体:血压90/50mmHg,表情痛苦,呼吸急促,口唇中度发绀,颈静脉轻度充盈,两肺呼吸音粗,胸骨左缘第2~3肋间可闻及Ⅲ级收缩期杂音,心尖区闻及Ⅱ级收缩期杂音,肝肋下1.5cm,剑突下2.5cm,质软,两下肢未见水肿。予哌替啶50mg皮下注射,疼痛即止,但胸闷、气促未缓解,超声心动图检查示:右主动脉窦瘤破入右心房。经外科手术确诊。

【讨论问题】

1.三例患者的主要特点是什么?均为年轻患者,临床表现有胸闷或胸痛、气促、下

肢水肿等,颈静脉充盈,心脏听诊有杂音,肝大,心脏超声为右主动脉窦瘤破裂并经手术证实。

2.主动脉窦瘤的特点是什么?主动脉窦瘤破裂又称佛氏窦瘤破裂,此病为较少见的先天性心脏病,是由于主动脉窦壁缺乏正常的弹力组织和肌肉组织,受到高压血流冲击,逐渐形成囊状瘤体。在其发展过程中,瘤体突入心腔内逐渐扩大,其瘤壁逐渐变薄而破裂,以右主动窦向右室破溃为多见。本病成年人发病率高,男性多见。其诊断依据:(1)突然胸痛、心悸、气促;(2)胸骨左缘3~4肋间闻及连续性机械样杂音,伴震颤,有水冲脉和大血管区枪击音;(3)心电图:左室高电压或双室肥厚;(4)X线检查:心影增大,肺纹理增加;(5)彩色多普勒超声心动图:发现主动脉窦瘤及其破口的部位及大小;(6)心导管检查:在右房或右室水平由左向右分流;(7)心血管造影:显示窦瘤破入心脏的部位。

3.本组误诊的原因是什么?(1)本病发病率较低,临床医师对此缺乏认识,经验不足,尤其在基层医院,缺乏先进仪器设备,较难确诊。(2)临床表现多样,有时易与其他心脏疾病混淆。因患者心前区可闻及杂音,如果在胸骨左缘3、4肋间隙以收缩期杂音为主,易误诊为室间隔缺损;如果在心尖区听到双期杂音,易误诊为风湿性心脏病。(3)声像学医师、某些基层医院心脏超声医师由于未曾见过此类病人,经验不足,也易造成误诊。

4.临床上出现哪些情况需要考虑本病?(1)平素体健的中青年,突然出现胸闷或压迫窒息感,伴或不伴胸痛。(2)心悸、头晕、两下肢水肿、少尿等心衰症状突然出现。(3)心前区广泛猫喘,心界扩大,近胸骨左缘第3~4肋间可闻及Ⅲ级以上收缩期与舒张期杂音。(4)心电图正常。

【参考文献】

[1]张卓一.主动脉窦瘤破裂三例误诊原因分析[J].临床误诊误治,1999,12(6)

[2]汪曾炜等.手术学全集·心血管外科卷[M].北京:人民军医出版社,1995:283-

90

[3]于建华,李守先.50例先天性主动脉窦瘤的外科治疗[J].中华胸心血管外科杂志,1999,15(1):4-6

案例二 直背综合征

【案例】

案例1 患者女,21岁。因反复胸闷、心悸、头晕、黑矇3年余,近1年来发作频繁,来我院就医。1年来多次在外院门诊发现心脏杂音,X线正位胸片正常,拟诊先天性心脏病,平素身体健康。查体:血压90/60mmHg,瘦长体型,胸廓扁平,胸椎生理弧度消失变直,肩胛间区内凹。心率86次/min,律不齐,胸骨左缘第2~3肋间闻及Ⅲ级收缩期杂音,立位或深吸气时杂音减弱到Ⅱ级,仰卧位或在胸壁上加压,则杂音增强。心电图:窦性心律不齐。24小时动态心电图正常。彩色多普勒心脏及食管超声:轻度肺动脉高压,心内结构正常。X线胸片:前后位片心肺正常;左侧位片示胸椎平直,胸廓前后径与横径比值为0.35(正常平均值为0.45)。确诊为直背综合征,经对症治疗和心理疏导,病人思想顾虑解除,症状缓解。

案例2 患者女,13岁。因胸闷1月余入院。体检:呼吸20次/min,心率86次/min,身高150cm,体重40kg。胸廓扁平,双侧对称,心前区无隆起,未及震颤,胸骨左缘3、4肋间可闻及Ⅲ/6级收缩期杂音,其响度在卧位时增强,坐位时减弱。心电图示窦性心律不齐。胸腰椎正侧位片示胸廓扁平,右室前壁与前胸壁接触面延长,胸椎后凸度变浅,胸廓横径与前后径之比为2.83:1。超声心动图示:各腔室大小正常,房室间隔连续,未见异常血流信号。

案例3 患者女,7岁。因发热、咳嗽、胸闷5天以“肺炎”收入院。入院体检:体温39℃,脉搏108次/min,呼吸24次/min,身高140cm,体重25kg。急性热病容,咽充血,扁平胸,双肺呼吸音粗,可闻细小水泡音,心前无隆起,无震颤,心前区可闻及Ⅱ/6级的收缩期杂音。心电图示不完全右束支传导阻滞。X线胸片示双下肺可见小点片状阴影,胸廓扁平,胸廓横径与前后径之比2.80:1,诊断为直背综合征并支气管肺炎。超声心动图示:各腔室大小正常,瓣膜形态正常,室壁连续未见中断,未见射流、分流、返流等异常血流。

【讨论问题】

1.患者的主要特点是什么?三例均为青少年,有临床症状,查体心前区有杂音,曾拟诊先天性心脏病,心脏超声示心脏内结构基本正常,X线胸片胸廓扁平,诊断直背综合征。

2.什么是直背综合征?直背综合征(straight back syndrome,SBS)又名平胸综合征。系由于上胸椎先天性异常,缺少生理的弯曲,引致胸腔前后径变短,造成胸骨与脊柱压迫心脏而发生的一组病征。直背综合征多数是由于胚胎时期胸椎发育异常所致,常见于年轻人,女性多于男性。

3.本征临床表现有哪些?(1)多见于青少年,平时一般健康状况良好,可能有轻微的气喘和心悸。(2)坐位或站立时,可见胸椎变直,两肩胛骨之间凹陷,双侧的肩胛骨呈翼状,胸廓的前后径明显变短。(3)胸骨左缘2~3肋间可以听到比较粗糙、喷射性收缩期杂音,其响度可达Ⅱ~Ⅲ级,甚至更高,常伴有震颤。如果用听诊器在胸壁上加压听诊,杂音可明显增强。另外,吸入亚硝酸异戊脂,杂音也可明显增强。吸气时杂音减弱,坐位及立位时杂音明显减弱。(4)胸部X线摄片对本病有诊断价值。可以发现心脏因受压而向左移位,心影明显增大变薄,呈薄饼型。如果再做胸椎侧位摄片,可观察到胸椎变直。

4.本征如何诊断?与哪些疾病鉴别?当青少年体检时如果发现心脏有杂音,查体存在直背的情况。胸部X线摄片:扁胸直背,胸椎生理性后凸消失,胸廓前后径缩小,前后径与横径之比小于0.4,横径与前后径之比大于2.5,在排除了其他的先天性心脏畸形或器质性心脏病以后,便可确诊。由于体查有心脏杂音,常被误诊为器质性心脏病,应该与先天性肺动脉瓣狭窄、房间隔缺损或室间隔缺损、风湿性二尖瓣关闭不全等鉴别。

5.如何进行治疗?本综合征无需治疗,预后良好,但应避免增加心脏负荷的活动。及时治疗呼吸道感染性疾病十分重要。对于直背综合征关键在于预防,预防直背应从婴幼儿时期开始,除了注意营养,适当地补充维生素A、维生素D及钙以外,可做婴幼儿保健体操,如体前屈运动。具体做法:使婴儿面向前站立,两腿伸直并拢,家长一手托婴儿胸部,一手按婴儿膝弯,婴儿上体自行前屈(可放一玩具,让其拾取),两手着地,然后协助婴儿慢慢抬起身体并挺直,可重复5~7次,每日早晚各一遍。较大的孩子可每日做几次弯腰动作,这对预防直背有一定的效果。

【参考文献】

- [1]中国心胸网.病例报道
- [2]邓阿曼,麦根荣.直背综合征二例[J].中华儿科杂志,2000,(7):38
- [3]周永生,黄向明,张承惠.直背综合征的临床X线诊断[J].实用放射学杂志,2002,18(5):397-398
- [4]殷慧.直背综合征的X线表现及误诊原因[J].实用诊断与治疗杂志,2003,17(3):230-231

案例三 心悸、气短、水肿

【案例】

案例1 患者男性,30岁,工人。主诉心悸、气短15年,下肢水肿10年,加重半年,于1983年10月4日第3次入院。患者于1968年因心悸、气短就医时,心脏听诊有杂音,诊为“二尖瓣狭窄”。1974年逐渐出现下肢水肿,休息后消失,当时尿检正常。1978年劳累后因心悸、气短、夜间不能平卧、下肢水肿加重、腹部胀满来院就诊,诊为“二尖瓣狭窄及关闭不全”,入院准备手术。因水肿、腹水不易控制,以洋地黄、利尿药维持治疗,未能手术而出院。当时超声心动检查:二尖瓣呈城垛样改变,左房内径46mm,右室舒张末内径36mm。1982年再次入院,诊断同前,病情缓解出院。父母均患高血压病,否认关节肿痛史。1966年患“心包炎”,心包穿刺2次,抽出血性液体1200mL,抗痨4个月好转。

入院查体:体温36℃,脉搏80次/分,呼吸20次/分,血压114/70mmHg。半卧位,消瘦,慢性病容,颜面水肿,口唇发绀,颈静脉怒张,气管右移,左胸高于右胸,右第三前肋间以下叩浊,语颤,呼吸音减弱,左肺呼吸音增强。心界不大,心尖搏动不清,可扪及舒张期细颤,心律绝对不齐,心率106次/分,心音强弱不等,第一心音亢进,心尖部可闻及舒张期杂音, P_2 增强。腹部膨隆,肝大肋下6cm、剑下8cm,中度硬,轻压痛,表面光滑。脾可及边。腹水征(+). 双下肢凹陷性水肿,无杵状指。

辅助检查:血、便常规正常,尿蛋白(+),血沉15mm/h,抗“O”200U,血浆白蛋白25g/L,球蛋白19g/L。胸水:蛋白5g/L,细胞数 122×10^6 /L,李凡他试验(-)。静脉压250mmH₂O。心电图:快速房颤,右室肥大及完全性右束支阻滞。X线:心脏普大型,肺动脉段突出,肺门影模糊,右前斜位,食道左房弥漫性Ⅱ°压痕。

临床经过:患者入院后经过利尿、洋地黄等治疗2周,症状未见缓解。抽胸水3次1200mL,均为漏出液,以后胸腹水减少,下肢水肿消失,心尖部舒张期杂音显著减弱,经心音图证实为舒张早、中期杂音;心脏计波片显示左、右心缘波齿变钝、缩小。复查超声心动图:左房内径46mm,右室内径39mm,二尖瓣结构、活动均属正常,二尖瓣口径20mm,房室环呈陷窝状,余未见异常。外科手术结果:1983年12月7日上午行心包剥离术,术中发现心包广泛粘连、增厚,心包腔内散在大小不等的粟粒样结节,左心房室环处大量纤维组织增生、粘连缩窄,局部有钙化。进行心包剥离,房室环处松解切除,并留取病理、送检。术中顺利。术后30天,肺淤血显著好转,肝脏缩小,水肿消退,病情明显缓解出院。病检结果符合慢性结核性心包炎改变。

案例2 患者男性,38岁,农民。心悸、胸闷、气促、腹胀3年余,加重3个月后于1989年6月3日入院。患者于1986年5月间劳动后感上腹饱胀不适,随后逐渐出现头昏、心悸、胸闷、气促、无力、双下肢水肿,腹部逐渐出现增大,于1986年7月15日住入某医院,诊断为右心衰、心肌病,经强心利尿等处理后好转出院,出院后曾到过几所医院继续诊治,但疗效不好。1989年3月以来上述症状加重,气促不能平卧,腹部膨大更明显,门诊以腹水原因待查收住院。无发热、盗汗,无咳嗽、咳痰、咯血,无剧烈腹痛。既往无肝炎、结核、心脏病史,无手术外伤史。查体:体温37℃,脉搏108次/分,呼吸24次/分,血压110/90mmHg,慢性病容,营养中下,无发绀,无黄疸,皮肤弹性欠佳,无蜘蛛痣及瘀点,颈静脉怒张,无异常搏动,气管左偏,右侧呼吸动度减弱,右中下语颤减弱,右前第4肋以下及背侧肩胛下叩浊音,右中下呼吸音减弱,心前区无隆起,心界不大,心尖区SMⅡ级,S₂后可闻心包叩击音,无奇脉,腹显著膨隆,腹围106cm,腹壁静脉曲张,有脐疝如鸡蛋大,脐上和脐下静脉血流方向均向上,肝脾触诊不满意,腹水征(+),双下肢无静脉曲张,有轻度水肿。

实验室检查:血常规正常,血沉22mm/h,肝肾功正常。腹水黄色透明,比重1.018,Rivalta试验(+),白细胞 $20.0 \times 10^6/L$,红细胞 $30 \times 10^6/L$,蛋白总量34g/L,糖7.3mmol/L,氯108mmol/L,细菌培养(-),未检出抗酸杆菌。细胞学检查可见少数间皮细胞及淋巴细胞和红细胞,未找到癌细胞。胸水黄色透明,比重1.014,Rivalta试验(+),白细胞 $76.0 \times 10^6/L$,蛋白总量26.9g/L,糖5.2mmol/L,氯108mmol/L,细菌培养(-),细胞学检查(-)。肘静脉压390mmH₂O。心电图电轴右偏+164°,窦速,房早。胸片示右侧密度增高,右心缘看不清,纵隔、心脏稍向左移,左侧各弓清楚可见,心脏搏动良好。食道吞钡通过顺利,食道黏膜连续,未见静脉曲张,无左房压迹。

患者于1989年7月13日在全麻下行心包松解剥离术,术中见心包增厚,像一层纤维硬板,尤以右房、右室前心包为甚。左侧心脏搏动良好,右侧心脏被增厚的心包紧压不见活动,左侧心包厚2mm,右侧心包厚3mm。剥离左室后,在右房、右室前心包取出干酪样坏死组织约60g。上下腔静脉被增厚的心包环绕,右侧胸膜增厚并大量胸水,未见癌性病灶。术后诊断结核性缩窄性心包炎,结核性渗出性胸膜炎。病理支持该诊断。

【讨论问题】

1.两例患者的主要特点是什么?青年男性,病程较长,因有心衰的表现和心脏杂音而被误诊为风心病、心肌病等,最后手术及病理证实为结核性缩窄性心包炎。

2.缩窄性心包炎的特点是什么?缩窄性心包炎是指心脏被致密厚实的纤维化心包所包围,使之在心脏舒张时不能充分扩展,使心室舒张期充盈受限而产生一系列循环障碍的病征。心包缩窄多于急性心包炎后1年内形成,少数可长达数年。其病因在我国仍以结核性为最常见,其次为化脓性和创伤性心包炎后演变而来。少数与心包肿瘤、

急性非特异性心包炎及放射性心包炎等有关。也有部分患者其病因不明。心包缩窄使心室舒张期扩张受阻,心室舒张期充盈减少,使心搏量下降。为维持心排血量,心率必然增快;同时上、下腔静脉回流也因心包缩窄而受阻,出现静脉压升高、颈静脉怒张、腹水、下肢浮肿等。吸气时周围静脉回流增多而已缩窄的心包使心室失去适应性扩张的能力,因此静脉压反而增高,形成了吸气时颈静脉更明显扩张的现象,称Kussmaul征。临床上可因体循环淤血征而误诊为其他心脏病;可因腹水而误诊为肝硬化或结核性腹膜炎等。因此,我们应该提高对该病的认识和警惕,及时诊断,尽早手术治疗非常重要。

3.在诊治此类疾病过程中应该注意什么?(1)检查发现有胸腹水时应该以此此为线索寻找产生的原因。一般按其产生的原因不同分为渗出液与漏出液。渗出液为炎性积液,多由感染、恶性肿瘤、外伤、变态反应性疾病、结缔组织病等引起。漏出液为非炎性积液,主要由血浆渗透压、心力衰竭、肝硬化、静脉淤血等引起。从化验结果看,胸腹水改变介于渗出液与漏出液之间,未找到癌细胞,患者缺乏感染的表现。胸腹水产生的原因多应该从慢性心衰、静脉淤血、肝硬化去分析。慢性充血性心衰并心源性肝硬化,一般发生在器质性心脏病的基础上。常见的原因如扩张型心肌病,可以表现为心界明显扩大,但患者心界不大,至少从查体上依据不够。其他的如高心病、肺心病等,患者无相关的病史故不支持。门脉性肝硬化诊断是否成立?当出现门脉高压时,可出现腹壁静脉曲张,大量腹水。但患者无食道黏膜曲张,脐下静脉血流方向不符合,肝功正常,颈静脉怒张,静脉压增高用肝硬化无法解释。(2)对杂音的分析:当缩窄的心包影响到左侧房室环时,可出现二尖瓣狭窄的杂音。此时应该注意杂音的特点,并结合超声等检查综合分析,才能减少误诊。

4.患者为什么不出奇脉?奇脉不是诊断本病的确定体征。未出现的原因可能与患者大量腹水难以配合深吸气动作,僵硬的心包不受吸气后胸腔负压的影响。

【参考文献】

- [1]傅勇.个案报道[J].实用内科杂志,1990,10(9):487-488
- [2]王松丽等.个案报道[J].实用内科杂志,1990,10(3):159-160
- [3]刘献.缩窄性心包炎误诊12例分析[J].中国误诊学杂志,2001,1(11):1725-1726
- [4]叶任高,陆再英.内科学(第6版)[M].北京:人民卫生出版社,2004:542-551

案例四 下肢水肿、气促、腹水、血管杂音

【案例】

患者女,34岁。因左腿水肿、气促6个月,腹胀半个月,于1998年11月2日入院。患者于1998年5月因“腰椎骨质增生”于当地医院行“腰部手术”。术后约3周开始出现左足水肿,渐延至左下肢,同时感气促、胸闷,多于劳累后出现,渐加重。半月起觉腹胀,当地医院查B超发现腹水,给予“利尿”等治疗(具体药物不详),无效转入我院。起病后伴乏力、食欲减退,无发热、胸痛,无间歇性跛行,尿便尚可,否认既往肝炎、心脏病史,不嗜酒。查体:体温36℃,脉搏96次/分,呼吸20次/分。神清,发育正常,面色稍暗但双颊紫红。皮肤无黄染及蜘蛛痣、肝掌,浅表淋巴结不大,唇轻度紫绀。扁桃腺不大。颈静脉怒张,双肺未闻及罗音,心界向双侧扩大,心率96次/分,闻及奔马律。腹中部、双侧腹股沟区、腰背部脊柱及其附近均可闻及明显收缩期杂音,以腹部为主,其中腹股沟区以左侧显著。四肢末端脉搏基本对称。上肢血压左侧130/60mmHg,右侧120/60mmHg;下肢血压左侧120/53mmHg,右侧120/52mmHg,全腹膨隆。腹壁静脉曲张,分布于腹壁两侧,脐水平下静脉血流向上。肝肋下2cm,剑突下5cm,质韧,无明显触痛,肝颈静脉回流征阳性,脾肋下3cm。全腹未及包块。肝上界正常,移动性浊音阳性。双下肢凹陷性水肿。左侧自髌关节以下明显肿胀,皮肤紧绷,轻度发紫且有色素沉着,右侧自小腿以下轻度水肿。左大腿周径较右大腿长7cm,双下肢未见溃疡及静脉曲张。

实验室和器械检查:血尿粪常规、肾功、血糖、血脂、血沉、免疫球蛋白、甲胎蛋白均正常。HBsAg和类风湿因子阴性。肝功能示胆红素轻度升高,酶和蛋白代谢无明显异常。腹水查符合漏出液,未找到癌细胞。胸片和心脏彩超超声示心脏增大。腹部B超和CT均示肝硬化、脾大、腹水及右侧胸腔积液,下腔静脉明显增宽;盆腔CT尚见左侧髂静脉,股静脉明显宽于右侧。上述腹部和盆腔检查均未见占位性病变,大静脉内未见明确栓子影。

【讨论问题】

1.患者的主要特点是什么?青年女性,下肢肿胀,左下肢明显,气促6个月,腹胀、乏力、食欲减退半月,颈静脉怒张,心界向双侧扩大,闻及奔马律。腹壁静脉曲张,分布于腹壁两侧。脐水平下静脉血流向上,肝颈静脉回流征阳性,肝脾增大,腹中部、双侧腹股沟区、腰背部脊柱及其附近均可闻及明显收缩期杂音,以腹部为主,其中腹股沟区

以左侧显著。下肢血压与上肢血压接近。移动性浊音阳性,腹水漏出液。未找到癌细胞。双下肢凹陷性水肿,左侧显著。腹部B超和CT均示肝硬化,HBsAg阴性。

2.肝硬化诊断是否成立?患者虽有腹胀、乏力、食欲减退、水肿、腹水、脾大,但HBsAg阴性,不嗜酒,常见的酒精性肝硬化和病毒性肝炎后肝硬化不支持。肝大、肝颈静脉回流征阳性,颈静脉怒张,可考虑淤血性肝硬化。

3.患者是否存在心脏疾病?患者有全心衰的表现,如气促、胸闷、水肿、颈静脉怒张、心界向双侧扩大、闻及奔马律、肝大、肝颈静脉回流征阳性、胸水,以右心功能不全为主。但患者缺乏常见的原因如高血压、冠心病、瓣膜病、肺心病等。

4.患者腹部的体征如何解释?(1)腹壁静脉曲张,分布于腹壁两侧,脐水平下静脉血流向上,可提示下腔静脉回流障碍。(2)血管杂音应考虑腹主动脉狭窄、髂动脉狭窄、腹主动脉瘤。如果增大到一定程度可出现压迫症状,但腹部无搏动性包块,腹部和盆腔检查均未见占位性病变。故腹主动脉瘤和其他肿瘤可排外。(3)周围血管疾病:正常情况下下肢血压应该高于上肢,20~40mmHg,但患者下肢血压与上肢接近,应考虑多发性大动脉炎。但患者无间歇性跛行及明显高血压,下肢动脉搏动减弱或消失不存在,故不好解释。(4)下肢静脉血栓:此类问题患者可出现肢体肿胀,但腹部B超和CT大静脉内未见明确栓子影。

5.临床经过如何?因患者对碘过敏而未行动静脉造影,后改行磁共振检查,结果示腹主动脉-下腔静脉近分叉处瘘,右心房明显扩大。患者于1998年12月28日住入南京鼓楼医院,行腹部彩色超声检查发现下腔静脉直径达2.96cm,在分叉处与腹主动脉侧壁相通,血流由动脉向静脉分流,瘘口直径2.15cm,左侧髂静脉直径2.18cm,右侧1.20cm。于1999年1月6日行手术治疗,术后恢复良好。

6.动静脉瘘的特点?动静脉瘘是由于动脉和静脉之间存在异常通道,可先天存在或后天因外伤所致。动静脉瘘使部分动脉血未流经应灌注组织的毛细血管而直接流入静脉,此部分血液未在组织进行物质交换,成为无效循环,可造成组织缺血坏死;总外周阻力降低,血压下降,且使心搏代偿增加,回心血量超过心脏负荷而产生心力衰竭。经皮穿刺动脉造影和手术时创伤是最常见的病因。第四、五腰椎间盘靠近髂血管,做椎间盘切除手术时,易造成髂血管损伤引起髂动静脉瘘。瘘区有杂音和震颤,不管动静脉瘘口径大小,在动静脉瘘部位都可以听到典型、粗糙而持续的隆隆声,称为“机械样”杂音。杂音在心脏收缩期增强,并沿着主干血管近侧和远端传导。由于大量血液经瘘孔迅速地流入静脉,静脉压增高,心脏的回流量增加,引起心脏扩大。心脏进行性扩大可导致心力衰竭。心脏扩大和心力衰竭的程度与瘘口的大小、部位,以及存在的时间长短有密切关系。近年来,由于血管外科迅速发展,血管缝合和移植术水平不断提高,对动静脉瘘一旦诊断肯定,都主张早期手术。这样可避免在等待时期内发生