

全国高等医药院校规划教材

循证医学临床实践

主编 黄海溶



科学出版社

全国高等医药院校规划教材

循证医学临床实践

顾 问 李幼平 黄元华

主 审 杨建军

初 审 李爱玲 杨敬源

主 编 黄海溶

副主编 李晓珍 李其富

编 者 (以姓氏笔画为序)

孙早喜 (海南医学院)

李其富 (海南医学院)

李晓珍 (海南医学院)

李海斌 (新乡医学院)

杨天华 (四川大学华西医院)

林 川 (海南医学院)

钟 丽 (海南医学院)

莫景富 (海南医学院)

黄海溶 (海南医学院)

秘 书 李晓珍 (兼)

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共四部分,各部分目的明确,通过各部分关键知识的介绍,结合案例分析旨在医学生通过本课程学习,针对临床问题,掌握查证、用证、创证的方法和技能。本书汇集了编者一线积累的教学、实践、科研经验,紧扣李幼平教授的主编教材,借鉴了国际前沿的循证方法及标准,求真务实。

本书以医学生为主要使用对象,既可以作为本科生教材,也可以作为研究生的基础教材或参考书,还可以供一线教师教学科研、临床医务工作者循证实践、读者自学以及相关培训等参考。

图书在版编目(CIP)数据

循证医学临床实践 / 黄海溶主编. —北京: 科学出版社, 2016.6

全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-048479-6

I. ①循… II. ①黄… III. ①临床医学-医学院校-教材
IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第121782号

责任编辑: 杨鹏远 / 责任校对: 张凤琴

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

大厂书文印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2016年6月第一版 开本: 787×1092 1/16

2016年6月第一次印刷 印张: 13

字数: 307 000

定价: 39.80 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

序

1992年, Gordon Guyatt等在 *JAMA* 上发表第一篇循证医学 (evidence-based medicine, EBM) 文章, 标志着循证医学的正式诞生。短短 24 年, 循证医学以其独特的视角, 科学的方法和跨学科、跨地域合作的创新模式, 迅速传到 150 多个国家和地区的医疗卫生领域和医学教育, 成为 20 世纪医学领域最具影响力的创新和革命之一。

循证医学从临床问题出发, 结合临床技能与当前可得最佳证据, 同时考虑患者价值观、意愿及临床环境后做出最佳决策。强调循证临床决策的基础是临床技能, 关键是最佳证据, 实践必须考虑患者意愿和决策环境。

循证医学引进中国已 20 年, 其理念和基本思想已在医疗卫生领域逐渐得到普及。如何从在校教育抓起, 培养医学生在临床实践中发现问题和解决问题的能力, 成为终生的自我教育学者, 学习和掌握循证医学的基本理论、基本方法和技能十分重要。本书在实现上述目标方面有如下特点:

(1) 该书以案例为导向, 与我们主编的“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材《循证医学》的理论知识相辅相成, 是很好的配套教材。

(2) 全书按照循证临床实践的基本步骤, 用实例诠释了从临床实践中提出和构建临床问题、针对问题检索证据和评价证据的方法, 并介绍了生产最高级别证据系统评价的软件应用和统计方法。

(3) 评价研究证据部分, 编者从研究证据的报告质量、偏倚风险及证据的真实性、临床重要性和适用性三方面全面进行评估, 不仅帮助读者正确鉴别证据的优劣和合理应用证据, 且有助于研究者明确现有证据的局限, 改进今后研究的质量和报告规范。

(4) 书中案例来自编者在临床和教学实践的实例, 经过一线教学的应用、反馈和完善, 有助于加深读者理解和应用循证医学理论知识。

相信本书的出版对从事循证医学临床实践和教学的一线医务人员十分有益, 将进一步推动循证医学在我国的发展和应用。

李幼平 李 静

2016.4.5 于四川大学华西医院

中国循证医学中心

循证医学教育部网上合作研究中心

前 言

1999年,世界医学教育委员会将循证医学教育作为全球医学生培养的最低标准。循证医学是一门实践性很强的朝阳学科,要求医学生不仅要掌握基本的理论知识,还要培养他们的实践能力和创新思维,造就素质良好的医学人才。编者认为循证医学的主要目的是解决临床问题,包括发病与危险因素→认识与预防疾病;疾病的早期诊断→提高诊断的准确性;疾病正确合理治疗→应用有疗效的措施;疾病预后的判断→改善预后,提高生存质量。本书旨在教会医学生掌握“针对问题,查证用证创证”的方法和技能,参考国际前沿的方法、标准,紧扣李幼平教授主编的主干理论教材,强调科学性、规范性、实用性、系统性、创新性,以医学生为主要使用对象,可供一线教师教学科研、读者自学及相关培训等参考。

本书编排上主要贯穿循证医学实践的“五步骤”,采取每部分实践的目的、相关知识点、案例分析、实践内容相结合形式编写。全书共分四部分。

第一部分:提出循证临床问题。把握如何根据病例提出循证临床问题的原则,真实病例由内、外、妇、儿、肿瘤、传染病等类疾病组成,每类按病因、诊断、治疗、预后等问题提出。

第二部分:检索研究证据。根据第一部分中的案例详尽介绍 Summaries 类数据库和非 Summaries 类数据库中重要的常用的中外数据库检索过程。

第三部分:评价研究证据。根据国际前沿的各研究报告规范、偏倚风险评价工具、研究证据评价的真实性、重要性、适用性的标准,对参考引用的病因研究、诊断性研究、治疗性研究、预后研究、不良反应研究、临床经济学研究、系统评价或 Meta 分析、临床实践指南等进行评价。

第四部分:系统评价常用软件的应用。主要介绍文献管理软件 EndNote 和统计分析软件 RevMan 常用功能的应用。

本书的编者有来自一线循证医学、流行病学、卫生统计学教学的专业教师,有资深的临床医生,有丰富专业经验的文献检索专家,还有从事药物不良反应研究及卫生经济学专业的博士教师。在编审过程中,编审者汇集了一线积累的教学、实践、科研的经验,付出了辛勤的汗水。本教材相关内容引用了一些临床患者资料、国内外的数据库、网站资料、软件、教材、期刊、文献等,在此一并深表感谢!

本书获得了海南医学院出版基金的支持及学校领导的关心与指导,特别值得感谢与欣慰的是,本书在编审过程中得到了领导创建中国循证医学中心的李幼平教授、四川大学华西医院中国循证医学中心的李静教授、中国循证医学杂志社杜亮社长的悉心帮助和指点,并提出了有见地的宝贵意见,使编者获益匪浅!李幼平教授和李静教授还欣然为本书作序,在此编者表示衷心的感谢!

由于编者水平、时间有限,不妥之处在所难免,诚望兄弟院校的教师及读者提出宝贵的意见和建议,以期进一步完善,我们深表谢意!

黄海溶

2015年10月6日于海口

目 录

第一部分 提出循证临床问题	1
第二部分 检索研究证据	12
第三部分 评价研究证据	79
一、病因研究证据的评价	79
二、诊断性研究证据的评价	85
三、治疗性研究证据的评价	91
四、预后研究证据的评价	99
五、不良反应研究证据的评价	105
六、临床经济学证据的评价	109
七、随机对照试验的系统评价/Meta 分析的评价	117
八、临床实践指南的评价	124
第四部分 系统评价常用软件的应用	130
一、文献管理软件 EndNote 的应用	130
二、统计分析软件 RevMan 的应用	168
参考文献	202

第一部分 提出循证临床问题

【目的】

掌握提出问题的方法和问题的基本结构；熟悉循证临床问题的种类；了解提出问题的重要性和问题的来源。

【知识点】

- (1) 临床问题的特点和常见来源。
- (2) 循证构建临床“前景”问题的 PICO 原则。

【案例分析】

循证构建回答临床问题时通常根据 PICO 原则，包括 4 个基本要素：①P——patient/problem，指患者或问题，包括患者的诊断及分类；②I/E——intervention/exposure，指干预措施，包括暴露因素、诊断试验、预后因素和治疗方法等；③C——comparison，指对比措施，与拟研究的干预措施进行对比的措施；④O——outcome，指结局指标，不同的研究选用不同的指标，如有效性、安全性等。下面以实际病例介绍如何根据 PICO 原则进行循证构建回答临床病因、诊断、治疗、预后问题。

患者，男性，68 岁。主诉“右侧肢体乏力 3 小时”。患者 3 小时前无明显诱因出现右侧肢体无力，不能行走，不能持物，言语含糊不清，伴头晕，有恶心、呕吐，呈非喷射性，呕吐物为胃内容物，无头痛，无视物模糊、视物旋转，无意识障碍，无肢体抽动，无大小便失禁，无畏寒、发热。遂就诊某院急诊科，行头颅 CT 提示双侧放射冠、右侧小脑半球、脑桥左侧多发腔隙性脑梗死。既往史：高血压病史 5 年，最高血压 180/100mmHg，未规律服用降压药物。查体：T36.5℃，P90 次/分，R20 次/分，BP190/102mmHg。双肺呼吸音粗。心率 90 次/分，心律齐，心脏各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，肝肾区无叩击痛，双下肢无水肿。神经系统体征：嗜睡状态，言语含糊不清，右侧鼻唇沟变浅，伸舌居中，右侧肢体肌力 3 级，左侧肢体肌力正常，四肢肌张力正常，双侧 Babinski 征阳性。入院后医生告知目前诊断为“①急性脑梗死；②高血压 3 级，很高危组”。

1. 患者提出如下 4 个临床问题

(1) 患者读报纸时看到“时间就是大脑”的说法，所以发病 3 小时就急诊入院，能否使用重组组织型纤溶酶原激活剂(rtPA)溶栓治疗，rtPA 对 3 小时以内时间窗的急性脑梗死治疗是否有效？

(2) 经过治疗患者右侧肢体肌力较前恢复，管床医师建议患者进一步完善头颅磁共振血管成像(MRA)了解颅内血管情况，但患者之前看报纸说全脑血管造影术(DSA)是脑血管检查的金标准，患者想知道 MRA 和 DSA 对脑血管狭窄检查哪一项更好？

(3) 患者有高血压 5 年，但一直未规律服药，患者想知道高血压是不是本次脑梗死的高危因素？

(4) 患者出院以后是否需要长期服用阿司匹林预防卒中再次发生？

2. 针对以上临床问题，根据 PICO 原则循证构建可回答的临床问题如下

(1) 治疗问题：rtPA 对时间窗 < 3 小时的急性脑梗死治疗是否有效？

P—急性脑梗死患者

I—rtPA 溶栓

C—不用 rtPA 溶栓

O—有效性

(2) 诊断问题: MRA 和 DSA 对脑血管狭窄检查哪项更准确?

P—脑血管狭窄

I—MRA

C—DSA

O—准确性

(3) 病因问题: 患高血压的人是不是更容易患脑梗死?

P—一般人群

I/E—高血压

C—不患高血压

O—脑梗死发病率

(4) 预后问题: 长期服用阿司匹林能否预防卒中再次发生?

P—脑梗死患者

I—阿司匹林

C—不服用阿司匹林

O—脑梗死复发率

【实践】

请把以下病例按 PICO 原则循证构建可回答临床问题。

(一) 内科性疾病案例

1. 病例 1 患者, 男性, 45 岁。主诉“反复上腹痛 1 年, 再发 1 周, 呕血 5 小时”。患者于 1 年前开始无明显诱因出现上腹部疼痛, 呈阵发性疼痛, 与进食无明显关系, 无放射痛, 有时伴暖气、反酸, 多次在当地医院门诊就诊, 经治疗症状可好转, 但反复发作。1 周前无明显诱因上述症状再发, 未予治疗。5 小时前患者突然出现呕血, 为鲜红色血液, 共呕吐 3 次, 总量约 1000ml, 伴头晕、乏力、胸闷、心悸, 伴烦躁不安, 无晕厥, 无发热, 无解黑便。既往史: 否认肝炎病史, 否认高血压、糖尿病、冠心病病史。查体: BP 75/45mmHg, 神志清楚, 重度贫血貌, 面色苍白, 四肢厥冷, 皮肤无出血点及皮疹, 浅表淋巴结无肿大, 双肺无异常, 心率 120 次/分, 律齐, 无杂音。腹平软, 无压痛、反跳痛, 肝脾肋下未触及, 肠鸣音活跃。入院后医生告知目前主要诊断“上消化道出血”(消化性溃疡并出血)。临床问题如下:

(1) 患者此次因呕血入院, 家属了解到所用的主要止血药物是奥美拉唑, 患者家属通过网上了解到奥美拉唑为质子泵抑制剂, 主要抑制胃酸分泌, 希望询问医生, 质子泵抑制剂对消化性溃疡出血有效吗?

(2) 患者反复上腹痛 1 年, 当地医院医生多次建议胃镜检查, 但患者害怕胃镜检查, 通过医学科普书籍了解到上消化道钡餐亦可诊断胃十二指肠疾病, 胃镜和上消化道钡餐检查对于消化性溃疡哪项更准确?

(3) 患者诉近 2 年饮白酒, 每天 100g 左右, 患者想知道饮酒是不是消化性溃疡的危险因素?

(4) 患者胃镜检查提示十二指肠球部溃疡, 幽门螺杆菌(HP)检测呈阳性, 治疗幽门螺杆菌感染是否可以预防溃疡的复发?

2. 病例 2 患者, 男性, 8 岁。主诉“反复发作愣神 2 年”。患者 2 年前开始无明显诱因出现愣神, 表现为活动中动作突然停止, 双眼凝视, 呼之不应, 有时手中持物会掉落, 持续 6~10 秒后意识恢复, 继续原来的动作, 不能回忆刚才发生的事情。上述症状反复发作, 每天数次到二十余次, 发作时无肢体抽搐, 无大小便失禁, 无发热、头痛等。既往史: 2 岁时有高热惊厥史, 否认头外伤史, 否认家族遗传史, 生长发育正常。查体: 内科系统及神经系统查体无阳性体征。

辅助检查：血常规（-），血生化（-），甲状腺功能正常；24小时视频脑电图示失神发作期可见3Hz的棘慢复合波暴发。医生考虑诊断为：“儿童失神癫痫”。临床问题如下：

- (1) 医生建议使用丙戊酸钠缓释片治疗，丙戊酸钠缓释片对儿童失神癫痫是否有效？
- (2) 医生建议患儿进一步行头颅磁共振(MRI)检查，头颅MRI检查是否比CT检查更好？
- (3) 患儿2岁时出现高热惊厥，高热惊厥是否为患儿发病的危险因素？

(4) 医生介绍患者需要规律服用抗癫痫药物，完全不发作2~3年后方可停药，完全不发作2年后停药或3年后停药哪个更好？

3. 病例3 患者，女性，23岁。主诉“怕热、多汗、手抖、心悸、消瘦1个月”。患者1个月前无明显诱因出现怕热、多汗、手抖、心悸、消瘦，无口干、多饮、多尿，无咳嗽、咯血、胸痛。发病来体重减轻约6kg。既往体健。查体：P 120次/分，BP 130/80mmHg。甲状腺Ⅱ度肿大，未触及结节，可闻及血管杂音。双肺呼吸音清。心率120次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，肝肾区无叩击痛，双下肢无水肿。双手细颤征(+)。辅助检查：血常规示WBC $7.08 \times 10^9/L$ ，N $3.62 \times 10^9/L$ ，Hb 135g/L。肝功能正常。甲状腺功能示TSH 0.01mU/L (0.35~4.94)，FT₄ 35.83pmol/L (9.01~19.05)，FT₃ 25.59pmol/L (2.63~5.7)，TRAb 254.05 U/ml (0~30)。目前诊断为“甲状腺功能亢进症”（甲亢，Graves病）。临床问题如下：

- (1) 目前主要抗甲亢药物包括甲巯咪唑和丙硫氧嘧啶，选择哪种药物更有效？
- (2) 患者通过网上了解到甲亢可以行I¹³¹治疗，药物治疗和I¹³¹治疗哪种方法更有效？
- (3) 医生告知患者需要进行进一步影像学检查，可以选择彩色多普勒超声和CT检查，哪一项检查对患者的病情诊断更有帮助？

(4) 患者听说食用加碘盐可能对预防甲亢有重要意义，患者想知道加碘盐是否对甲亢有预防作用？

4. 病例4 患者，女性，63岁。主诉“发现血糖高2天”。患者2天前在某院体检查空腹血糖7.16mmol/L，今就诊于该院内分泌科，行糖耐量试验(OGTT)，空腹血糖7.34mmol/L，服糖后2小时血糖16.68mmol/L，糖化血红蛋白(HbA_{1c})7.2%。发病来无口干、多饮、多尿、多食、消瘦。既往体健。查体：BP 120/80mmHg。双肺呼吸音清。心率76次/分，心律齐，心脏各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，肝肾区无叩击痛，双下肢无水肿。辅助检查：①生化(2天前)：空腹血糖7.16mmol/L，TC 6.92 mmol/L，LDL-C 4.56mmol/L，TG 2.7mmol/L，肝肾功能正常。②OGTT：空腹血糖7.34mmol/L，空腹胰岛素108.2pmol/L (13.23~160.2)，服糖后2小时血糖16.68mmol/L，服糖后2小时胰岛素785.93pmol/L。HbA_{1c} 7.2%。目前考虑诊断为：“①2型糖尿病；②高脂血症”。临床问题如下：

(1) 患者听说糖尿病可以使用胰岛素皮下注射治疗和口服药物治疗，2型糖尿病哪一种方法疗效更好？

(2) 药物治疗方面，二甲双胍片和瑞格列奈片两者的降糖效果哪个更好？

(3) HbA_{1c}是反应患者最近3个月的血糖水平，患者想知道HbA_{1c}>6.5%对诊断糖尿病是否有意义？

(4) 糖尿病是血管疾病的危险因素，患者想知道控制糖尿病是否能够减少缺血性卒中发生的风险？

5. 病例5 患者，男性，30岁。主诉“乏力、纳差2周，尿黄、身目黄染5天”。患者约2周前因饮酒后开始出现明显乏力，食欲下降、厌油、腹胀、恶心，呕吐胃内容物2次，无呕血，无发热、腹痛、腹泻，约5天前发现尿色变黄如浓茶，无尿痛、尿频，无腰痛，伴有眼睛、皮肤变黄，无明显皮肤瘙痒，无鼻出血、牙龈出血，大便正常。1天前在当地社区医院就诊查肝功能示：ALT 3020 U/L，AST 2600 U/L，TBIL 180 μmol/L，DBIL 120 μmol/L。既往史：有“HBsAg阳性慢性乙型肝炎”病史约10余年，每年单位体检一次肝功能均正常，未规律诊治。查体：T 36.5℃，P 90次/分，R 20次/分，BP 120/70mmHg。神志清楚，定向力、计算力正常，皮肤巩膜中度黄染，

无皮疹或出血点，无肝掌或蜘蛛痣，双肺呼吸音清粗，无啰音。心率 90 次/分，律齐，心脏各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，肝肾区无叩击痛，双下肢无水肿。入院后医生告知目前诊断：“慢性乙型病毒性肝炎”（活动期）。临床问题如下：

(1) 患者了解到目前抗乙型肝炎治疗可以选择核苷类似物，恩替卡韦片和拉米夫定片比较哪一种更为有效？

(2) 患者了解到干扰素也可以用于慢性乙型病毒性肝炎，干扰素和拉米夫定片比较哪一种更为有效？

(3) 肝硬化是慢性乙型病毒性肝炎常见的合并症，彩色多普勒超声和腹部 CT 比较哪一种检查方法对诊断肝硬化更准确？

(4) 患者了解到患有慢性乙型病毒性肝炎不宜饮酒，想知道此次发病是否与饮酒有关？

6. 病例 6 患者，男性，65 岁。主诉“发热、昏睡 2 日”。患者约 2 日前无明显诱因出现发热，最高 39℃，发热无明显规律，无明显畏寒、寒战，精神食欲下降明显，无咳嗽咳痰，无胸痛胸闷，无腹痛腹泻，无尿频尿痛，有轻度肌肉酸痛，无关节痛，发热时有轻度头痛，口服退热药物后随体温降低头痛可缓解，但数小时后体温仍又升高。在社区医院查尿常规提示白细胞计数升高、亚硝酸盐阳性。血常规提示：白细胞总数 $12 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 80%。既往史及个人史：否认近期旅游史，否认药物过敏史（包括抗菌药物），否认糖尿病、心脑血管疾病及肝肾疾病史。查体：T 38.5℃，P 105 次/分，R 20 次/分，BP 100/50mmHg。轻度嗜睡状态，自主体位，无皮疹或皮肤破损，瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，口唇对称。颈软，双肺呼吸音清粗，无啰音。心率 105 次/分，律齐，心脏各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，肝肾区无叩击痛，双下肢无水肿。克氏征阴性。四肢肌力肌张力正常。辅助检查：尿常规示白细胞(3+)，可见脓细胞。入院后医生告知目前诊断：“①脓毒血症；②尿路感染”。临床问题如下：

(1) 医生告知患者家属尿路感染，老年男性尿路感染患脓毒血症的风险是否增高？

(2) 为明确诊断抽血送实验室检查（包括血培养）并行清洁中段尿镜检，目前临床上常用“降钙素原”作为脓毒血症重要的标志物，问“降钙素原”对脓毒血症是否有诊断价值？

(3) 医生考虑病来自尿路感染，在病原学检查结果及药敏报告结果出来前应经验性使用抗生素，选择左氧氟沙星注射液抗感染是否合适？

(4) 患者目前血压偏低，精神状态极差，有发生感染性休克的风险，补液治疗是否能够预防感染性休克？

7. 病例 7 患者，男性，49 岁。主诉“发作性胸痛 2 年，加重 1 小时”。患者于 2 年前开始于剧烈活动后出现胸痛，呈烧灼样，位于胸骨中上段，向左肩及背部放射，伴有出汗、乏力，无心悸、气促，无头晕、黑矇、晕厥，无恶心、呕吐，持续 3~5 分钟，休息后可缓解，未予诊治。1 小时前无明显诱因胸痛再发，程度较前剧烈，有濒死感，伴气短、大汗、乏力、面色苍白，持续不能缓解，紧急拨打“120”送至我院急诊科。既往史：有“高血压”病史 4 余年，最高血压达 170/100mmHg，未服药及监测血压。有“高脂血症”病史 10 余年。否认“糖尿病”、“甲亢”等病史。否认“肝炎”、“结核”等病史。否认食物及药物过敏史。个人史：有吸烟史 28 年，20 支/日。无酗酒史。查体：BP 120/80mmHg，神志清楚，颈静脉无怒张，双肺叩诊音清，双肺听诊呼吸音清，未闻及干、湿性啰音。心界不大，心率 84 次/分，心音低钝，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，未触及包块，肝、脾肋下未触及，墨氏征阴性，肝区、双肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音正常，4 次/分。双下肢无水肿。辅助检查：心电图 II、III、aVF、V₃R-V₅R ST 段弓背向上抬高 0.1~0.25mV。考虑诊断：“①急性心肌梗死；②高血压 3 级很高危；③高脂血症”。临床问题如下：

(1) 患者及其家属被告知最好的治疗是再灌注治疗，有药物和急诊介入治疗两种方法，孰优孰劣？请你帮助选择治疗方案。

(2) 患者及家属对冠脉介入治疗存在疑虑，冠脉介入治疗后可能出现支架狭窄，使用氯吡格雷

和阿司匹林双联抗血小板聚集是否比单用一种抗血小板药物有效?

(3) 患者及家属反复强调患者平素身体健康, 只有高血压病史和高脂血症病史, 高血压病史是急性心肌梗死的危险因素吗?

(4) 患者急性期治疗后是否需要长期服用他汀类降脂药物稳定斑块, 预防心肌梗死再发?

8. 病例 8 患者, 男性, 52 岁。主诉“血压升高 20 年, 加重伴头晕半年”。患者 20 年前体检检测血压 140~150/90~95 mmHg, 无不适, 未诊治。10 年前血压升高明显, 最高至 180/110 mmHg, 开始服用降压药物, 间断应用多种药物。近半年血压控制不佳, 在三联用药情况下血压波动在 160~180/100~110 mmHg, 时常头晕, 无视物旋转、头痛、肢体活动不利。1 个月前降压药调整为硝苯地平控释片 30mg/d, 比索洛尔 5mg/d, 厄贝沙坦氢氯噻嗪片 150mg/d, 血压仍在 150/100 mmHg 左右。病程中无肢体麻木、乏力、夜尿增多、心慌、胸闷, 饮食和睡觉佳, 夜间打鼾明显。近 1 年体重增加 5kg。既往史: 否认糖尿病、肾脏疾病史。2005 年曾查出血脂升高, 空腹血糖正常, 具体不详。患者吸烟史 30 年, 20 支/日; 饮酒史 30 年, 啤酒为主, 500ml/d。母亲有高血压、糖尿病, 同胞 3 人, 2 人患高血压, 1 人患糖尿病。查体: 体温 36.5°C, 脉搏 84 次/分, 呼吸 18 次/分, 血压 156/94 mmHg, 身高 1.67m, 体重 77kg, 体质指数(BMI) 27.61kg/m², 腰围 102cm, 臀围 92cm。心肺及腹部查体均无异常。实验室检查: 三酰甘油(TG) 5.44 mmol/L, 总胆固醇(TC) 5.96mmol/L, 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) 1.43 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 3.75mmol/L。24 小时尿蛋白定量结果为 200 mg/1.5 L。OGTT 正常。目前考虑诊断: “①高血压病 3 级很高危; ②高脂血症”。临床问题如下:

(1) 针对患者血压升高的情况, 钙离子拮抗剂是否比血管紧张素受体阻滞剂更有效?

(2) 患者下一步检查将行心脏彩色多普勒检查和胸部平片, 哪项检查对确诊更有意义?

(3) 单用足量降压药物和小剂量联合降压哪一种效果更好?

(4) 该患者发生心脑血管疾病的风险是否比没有高血压的人更高?

9. 病例 9 患者, 男性, 43 岁。主诉“左眼睑闭合不全伴口唇歪斜 6 小时”。患者受凉后晨起(6 小时前)觉左耳后疼痛, 左眼睑闭合不全, 同时家属发现其口角歪斜, 无头痛, 无头晕, 无恶心、呕吐, 无肢体活动障碍, 无肢体麻木, 无面部疼痛, 无复视, 无耳鸣, 无听力下降, 无发热, 无意识障碍, 遂来急诊。既往史: 否认高血压史, 否认糖尿病史。查体: 神志清楚, 左额纹浅, 左侧皱额不能, 左眼睑闭合不全, Bell 征(+), 左睑裂大于右睑裂, 右侧皱额闭目正常, 眼球活动正常, 无眼震, 左鼻唇沟浅, 左鼓腮露齿差, 伸舌居中, 面部针刺觉对称, 咽反射存在。双侧肌张力对称, 四肢肌力 5 级, 病理征(-), 针刺痛觉对称。辅助检查: 急诊头颅 CT 未见明显异常。考虑诊断: “左侧特发性面神经炎”。临床问题如下:

(1) 患者处于面神经炎急性期, 激素治疗是否有效?

(2) 患者想知道目前抗病毒治疗是否有效?

(3) 患者想知道早期使用甲钴胺注射液是否改善面神经炎预后?

(4) 医生建议患者行肌电图检查了解面神经受损情况, 患者想知道肌电图检查是在早期(<1 周)还是在 2 周后做更好?

10. 病例 10 患者, 男性, 40 岁。主诉“双侧眼睑下垂, 视物成双 2 年”。2 年前无明显诱因出现双眼睑下垂, 视物成双, 晨轻暮重, 逐渐累及四肢肌肉, 感觉全身乏力, 在劳动后及傍晚时更明显, 清晨及休息后可以减轻, 曾做新斯的明试验(+), 5 天前, 患者上感发热, 出现咳嗽无力、气急、呼吸困难、言语声低、吞咽困难。现来我院急诊。既往体健。体格检查: T 38°C, P 72 次/分, R 30 次/分, BP 120/80mmHg。神志清楚, 重病容, 双侧眼睑下垂, 睁目困难, 伸舌居中, 颈软, 抬头无力, 四肢肌张力减低, 四肢肌力 3 级, 双侧下肢病理征(-), 深浅感觉正常, 深吸气后连续报数到“13”, 患者音语音低, 尚清晰, 呼吸急促、浅弱, 口唇及四肢末端有青紫。辅助检查: 血常规白细胞(WBC) 15.6×10⁹/L, 中性粒细胞(N) 87%, 淋巴细胞(L) 11%。腾喜龙试验: 予注射腾喜龙 4mg 后, 患者呼吸好转。胸片: 两侧肺纹理增多, 右膈略抬高, 心影大小正常, 余

未见异常影。考虑诊断：“重症肌无力”。临床问题如下：

- (1) 医生建议使用大剂量激素冲击治疗，患者想知道该疗法对重症肌无力是否有效？
- (2) 患者了解到重症肌无力还可以用免疫球蛋白治疗，但其与大剂量激素冲击治疗孰优孰劣？
- (3) 部分重症肌无力的患者合并胸腺瘤，切除胸腺瘤后是否改善患者的生存质量？
- (4) 医生建议行重复电刺激检查，患者想知道重复电刺激阳性对重症肌无力的诊断价值？

11. 病例 11 患者，男性，34 岁。主诉“进行性四肢乏力 3 周，加重 4 天”。患者于入院前 3 周出现鼻塞、流涕及发热症状，体温波动于 38℃ 左右，口服退热片后体温于 5 天后恢复正常，但患者一直感觉四肢乏力，尚未影响生活、工作，入院前 4 天患者症状加重，上楼梯、解衣扣都有困难，并出现右上肢麻木感、胸闷、声音嘶哑、吞咽困难、进食呛咳，遂来本院诊治。既往体健。体格检查：神志清楚，呼吸平稳，声音嘶哑，双眼闭合差，眼球活动好，右侧额纹消失，右侧鼻唇沟浅，伸舌居中，四肢肌 5 级，肌张力降低，腱反射迟钝，四肢呈手套袜子样感觉减退，双下肢病理征（-），眼底（-）。辅助检查：EEG 正常。ECG 窦性心律不齐。血常规：WBC $11.2 \times 10^9/L$ ，N 85%。血清钾、钠、氯正常。腰穿（入院后 3 天）：CSF 压力 100mmH₂O，蛋白质 1.9g/L，糖 3.6mmol/L，氯化物 125mmol/L，潘氏试验（+），细胞总数 $42 \times 10^6/L$ ，白细胞计数 $2 \times 10^7/L$ 。考虑诊断：“吉兰-巴雷综合征”。临床问题如下：

- (1) 患者想知道上呼吸道感染是否为吉兰-巴雷综合征的危险因素？
- (2) 使用激素治疗吉兰-巴雷综合征是否有效？
- (3) 脑脊液显示蛋白-细胞分离现象是诊断吉兰-巴雷综合征的重要依据，患者想知道是在 1 周时做腰穿检查还是在 3 周时做腰穿检查合适？
- (4) 患者想知道今后是否需要长期口服激素来预防吉兰-巴雷综合征复发？

12. 病例 12 患者，男性，48 岁。主诉“突起头痛、右侧肢体麻木无力伴言语不清 6 小时”。6 小时前患者正在做体力活动时突感左侧头痛，随即出现右侧肢体无力、麻木，站立不能，伴言语不清、口角流涎，无恶心、呕吐、抽搐和意识障碍，急送入当地医院，测血压为 190/95mmHg，急诊颅脑 CT 检查提示“左侧基底核区出血”收入院。起病以来患者精神差，未进食，无大小便失禁。既往无类似病史，否认高血压、糖尿病、高脂血症和心脏病史，有长期吸烟饮酒史。患者母亲有高血压，6 年前死于脑出血。入院查体：T 36.6℃，R 20 次/分，P 80 次/分，BP 190/95mmHg。发育正常，营养中等，自动体位，神志清楚、查体合作；双侧瞳孔等大等圆，直径 3mm，对光反射灵敏，眼球运动自如，无眼球震颤，双侧额纹对称，右侧鼻唇沟稍浅，口角左歪，伸舌向右偏斜；颈软；双肺未闻及干湿啰音；心率 80 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及杂音。专科体格检查：运动性失语，眼底未见视乳头水肿，右侧肢体肌力 0~1 级、肌张力减低，腱反射消失，痛、温度觉较左侧减退，深感觉正常；左侧肢体肌力 5 级，肌张力、腱反射和痛、温度觉正常；病理反射未引出，克氏征、布氏征阴性。辅助检查：实验室检查 WBC $8.7 \times 10^9/L$ 、N 80%，血糖、血脂、肝肾功能、电解质均正常。颅脑 CT：左侧基底核脑出血，内囊受累。考虑诊断：“①脑出血；②高血压病 3 级很高危”。

- (1) 对于脑出血急性期，在急诊检查选择头颅 CT 或是 MRI 哪个更合适？
- (2) 脑出血行手术治疗或是保守治疗效果哪个更好？
- (3) 在脑出血急性期，积极降压治疗是否能改善患者预后？
- (4) 医生考虑患者为脑血管畸形所致脑出血，全脑血管造影术 (DSA) 和 CT 血管造影，哪一种方法更好？

(李其富 杨天华)

(二) 外科性疾病案例

1. 病例 1 患儿，男性，2 岁。代诉“左腹股沟可复性肿物 2 年余，不能回纳 1 天”。2 年前

发现左侧腹股沟区有一肿物，逐渐增大的肿物于咳嗽、站立或行走时突出，平卧位可自行消失。1天前肿物不能回纳，无腹痛腹胀、无呕吐腹泻、无发热寒战，未予重视。今遂来我院就诊并收住院。患儿足月顺产，按时添加辅食，生长发育如同龄人；按时按计划预防接种；否认特殊病史记载。体格检查及外科情况：生命体征正常，心、肺、腹无异常。左腹股沟区可见一约4cm×4cm×3cm的肿物，呈椭圆形，局部皮肤无红肿，皮温正常，表面光滑质软，无压痛，进入阴囊，不能回纳入腹腔，透光试验(-)，双侧睾丸存在。初步诊断“左侧腹股沟嵌顿性斜疝”。临床问题如下：

(1) 根据上述病史及检查，该患儿疾患诊断为“左侧腹股沟嵌顿性斜疝”是否成立？

(2) 儿童腹股沟嵌顿性斜疝治疗方法有手法复位、急需行传统的手术治疗。家属得知如果手法复位成功，患儿以后也需手术治疗。因此，家属建议此次急行手术治疗。请问家属的建议可取吗？

(3) 手术方式有传统手术和微创手术。请问儿童斜疝应选择何种手术？

(4) 手术并发症有腹股沟等神经、精索或输精管损伤及复发等并发症，家属对此十分关心，请问如何与家属沟通和预防？

2. 病例 2 患者，男性，57岁。主诉上腹部疼痛20余天。患者自诉于20余天前无明显诱因出现上腹部疼痛，呈持续性胀痛，阵发性加剧，伴有轻度恶心、呕吐，无畏寒、发热，到当地医院就诊，考虑“急性胰腺炎”住院治疗(具体用药不详)，经治疗后，腹痛有明显缓解，住院期间行腹部B超检查提示：“急性胰腺炎，胰头区占位性病变待查”。遂到我院就诊并收住院。近期来患者体重下降约5kg。否认手术、重大外伤史及特殊病史记载，否认家族遗传性疾病史，家族中无类似疾病患者。体格检查及外科情况：T 35.7℃、P 104次/分、R 20次/分、BP 150/106 mmHg；全身皮肤黏膜无苍白、黄染；腹部平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹软，腹部无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，墨氏征阴性，肝、肾、脾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音正常，无振水音及血管杂音。辅助检查：腹部X线提示胰头区团块异常信号，性质待查。血清肿瘤指标：AFP 5.93ng/L、CFA 21.41ng/L、CA19-9 314.40ng/L。初步诊断“①胰头区占位：胰头癌；②急性胰腺炎”。临床问题如下：

(1) 根据上述病史及检查结果，诊断为“急性胰腺炎，胰头区占位：胰头癌”证据充分吗？

(2) 从临床诊疗安全原则出发，在癌症患者诊疗过程中通常采取保护措施，请问此患者在被诊断为“胰头癌”的前后，是否应向患者采取保密措施？

(3) 急性胰腺炎，特别是重症急性胰腺炎是一种急性致死性疾病；胰腺癌是一种慢性致死性疾病，此患者既有急性胰腺炎，又有胰腺癌。请问在治疗上是先选择治疗急性胰腺炎，还是两种疾病同时进行治疗？

(4) 此患者既有急性胰腺炎，又有胰头癌治疗，患者家属认为两种疾病的病死率都很高，治愈的希望不是太大，想放弃治疗。作为医师的你该如何建议？

3. 病例 3 患者，男性，44岁。主诉“进行性皮肤黄疸1个月”。患者自诉于1个月前无明显诱因出现全身皮肤黏膜黄疸，进行性加重，无明显腹痛腹胀，无恶心呕吐、便血及畏寒发热。在当地医院诊治，予以护肝治疗，疗效欠佳，遂至我院门诊就诊并收住院。近期患者精神睡眠一般，饮食欠佳，大小便通畅，体重稍有下降。既往有“乙肝病毒携带10年，肝硬化病史多年，3年前在我院行脾切除术”。否认高血压、冠心病、糖尿病病史，否认家族遗传病史。体格检查及外科情况：T 36.6℃、P 80次/分、R 20次/分、BP 120/80 mmHg；全身皮肤、黏膜、巩膜黄染，无出血点、皮疹；腹平坦，未见胃肠型蠕动波，左侧腹部可见陈旧性手术瘢痕。腹软，全腹无压痛及反跳痛，肝脾未触及，墨菲征(-)，肝肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音3次/分。肛门指检：未触及明显肿物，指套无血迹。初步诊断“①黄疸查因；②肝硬化失代偿期；③乙肝病毒携带；④脾切除术后”。临床问题如下：

(1) 黄疸分为外科性黄疸、内科性黄疸及传染性黄疸，在治疗上有本质不同。因此，黄疸类型的确定及性质的区分十分重要。病史、体检、血生化检查、影像学检查等可区分黄疸性质与确定黄疸类型。请问如何使用上述手段对此患者“黄疸”的类型及性质进行确定？

(2)乙型肝炎反复发作可引起肝硬化,继而引起黄疸和肝功能失代偿。此患者“乙肝病毒携带10年”与初步诊断中“黄疸查因、肝硬化失代偿期”是否存在因果关系?

(3)家属从网上发现,“黄疸查因、肝硬化失代偿期、乙肝病毒携带”的治疗有保守治疗和肝移植治疗,作为主管医师的你建议做何种治疗?

(4)选用保守治疗或手术治疗,患者的预后如何?

4. 病例4 患者,男性,22岁。主诉“右下腹疼痛2天”。患者诉2天前无明显诱因出现右下腹疼痛,呈阵发性发作,无放射痛,无恶心呕吐,无畏寒发热,无尿急尿痛、无肉眼血尿。发病后曾到某医院诊疗(具体不详),腹痛无减轻,腹胀有加重。急来我院诊疗,并收住院。发病以来,患者精神食欲、睡眠差,大便未解,尿少而色黄。体格检查及外科情况: T 37.0℃、P 108次/分、R 20次/分、BP 133/77 mmHg;全腹平坦,未见胃肠型及蠕动波。右下腹肌紧张,压痛、反跳痛,以麦氏点为甚,全腹未触及明显包块,肝脾肋下未触及,墨菲征(-),肝、肾、脾肾区无叩击痛,移动性浊音阴性,肠鸣音 0~1次/分。腰大肌试验、闭孔内肌试验阴性。辅助检查:血常规提示 WBC $20.81 \times 10^9/L$ 、N 83.3%、RBC $6.62 \times 10^{12}/L$ 、HGB 193g/L;血生化示 K^+ 3.1mol/L、TBIL 40 μ mol/L、DBIL 12 μ mol/L、IBIL 30 μ mol/L;腹部平片提示中腹部小肠积气、无明显扩张及气液平,结肠内容物较多。初步诊断“①急性阑尾炎;②局限性腹膜炎”。临床问题如下:

(1)家属听说彩色“B”超是急性阑尾炎诊断的一个辅助检查,家属想知道根据患者的病史、现有检查结果,是否需要做彩色“B”超?

(2)根据患者右下腹疼痛病史;右下腹肌紧张,压痛、反跳痛,以麦氏点为甚;WBC $20.81 \times 10^9/L$ 、N% 83.3%的辅助检查结果,“急性阑尾炎、局限性腹膜炎”诊断是否成立?

(3)目前,急性阑尾炎的治疗有微创手术治疗和传统剖腹手术治疗,家属不知道选择何种手术治疗,作为主管医师的你建议家属采用何种手术治疗?

5. 病例5 患者,女性,67岁。主诉右乳肿物5个月。患者诉5个月前无明显诱因发现右乳肿物,约核桃大小,偶有疼痛。患者遂就诊于当地医院,彩超提示:右乳腺实性肿块,病理性质待定;右侧腋窝淋巴结增大,活检提示:转移性乳腺癌。给予新辅助化疗,化疗过程顺利,未出现明显的化疗毒副作用。现患者遵医嘱来我院行手术治疗。病程中无畏寒发热,无咳嗽咳痰及咯血胸痛。有高血压病史4年(最高血压达170/95mmHg),口服硝苯地平片治疗;有冠心病3年,口服单硝酸异山梨酯及阿司匹林治疗,有青霉素过敏史;家族中无类似患者。体格检查及外科情况: T 37.0℃、P 79次/分、R 20次/分、BP 130/70 mmHg;双侧胸廓运动对称,触觉语颤对称,双肺叩诊清音,双肺听诊呼吸音清,无乳头溢血溢液,局部皮肤无溃破、红肿及橘皮样改变,无乳头凹陷;脊柱无畸形,棘突无压痛。全身浅表淋巴结未触及肿大;右腋下可见一长约10cm陈旧性手术瘢痕;双侧腋窝未触及明显肿大淋巴结。初步诊断“①右乳腺癌并右腋窝淋巴结转移;②冠状动脉粥样硬化性心脏病;③高血压病”。临床问题如下:

(1)根据乳腺癌临床、病理分期指标,上述病历资料能说明“右乳腺癌并右腋窝淋巴结转移”病程到了晚期吗?

(2)“冠状动脉粥样硬化性心脏病;高血压病”等非肿瘤性慢性病是手术患者常见的危险因素,患者家属想知道患者目前的慢性疾病对患者进行手术治疗有多大影响?

(3)乳腺癌作为实体性肿瘤,手术是根治的主要手段,化疗、靶向治疗、生物治疗、放疗或中医药治疗只是一种辅助性治疗,家属想知道此患者除了手术治疗,是否还需要辅助性治疗?如果需要,如何选择辅助性治疗?

(4)放化疗是较传统的辅助性治疗手段,生物治疗或靶向治疗是比较新的辅助性治疗,请问两者的疗效如何?

6. 病例6 患者,女性,50岁。主诉声音嘶哑5年,左颈前肿物1周。患者自诉约5年前无明显诱因出现声音嘶哑,无咽喉颈部疼痛,未予重视。于1周前无意间发现左颈前有两肿物,大小各约1.5cm×1.0cm、2.0cm×1.5cm,颈部疼痛,无皮肤红肿、无畏寒发热、无盗汗消瘦、无心

悸手抖、无易饥多食、无呼吸困难、无吞咽困难，在我院门诊就诊，查甲状腺彩超示“甲状腺术后：残余甲状腺左侧叶多发结节；残余甲状腺下方、气管前方实性团块。右侧颈部多发结构异常淋巴结声像；左侧颈部多发增大淋巴结声像”。门诊拟以“左颈前肿物性质待查”收住院诊疗。曾因甲状腺右叶肿瘤在某医院行两次手术，第一次术式不详，第二次术式为甲状腺右叶全切、左叶大部分切除术，病理结果不详，术后口服左旋甲状腺素钠治疗；否认家族性遗传病、精神病、传染病及肿瘤病史；末次月经 2014-06-09，平素月经规律。体格检查及外科情况：T 36.5℃、P 72 次/分、R 18 次/分、BP 140/90 mmHg；颈前见一长约 8cm 的弧形手术瘢痕，颈软，颈静脉无怒张，气管居中，甲状腺右叶缺如，原左叶处可触及两个肿物，大小各约 1.5cm×1.0cm, 2.0cm×1.5cm，质韧、边界欠清、无压痛、可随吞咽上下移动，未闻及血管杂音。入院诊断“①左颈前肿物性质待查：结节性甲状腺肿？②甲状腺右叶肿瘤术后”；修正诊断“①甲状腺右叶乳头状瘤术后复发；②残余甲状腺左叶结节性甲状腺肿”。临床问题如下：

(1) 患者家属了解到，颈部肿块的最后确认是要经过手术后的病理检查或免疫组化检查。因此，家属想知道患者的修正诊断“①甲状腺右叶乳头状瘤术后复发；②残余甲状腺左叶结节性甲状腺肿”是否经历了上述两种检查？

(2) 甲状腺乳头状瘤术后复发、残余甲状腺结节性肿的治疗有手术治疗、放化疗、生物治疗及中医治疗等多种治疗方法，请根据患者的情况及可选择的多种治疗方法，给患者选定治疗方案？

(3) 家属了解到颈部肿块最好的治疗方法是手术切除，患者已经历了两次手术治疗，想知道这次手术治疗时神经损伤等并发症如何预防？

(4) 患者经历了多次治疗和复发的痛苦，想知道此次治疗后是否会复发？

7. 病例 7 患者，女性，40 岁。主诉颈部肿物 6 个月余。患者自诉 6 个月前自觉右颈部一大小约大豆样的无痛性肿物，无多食多饮，无多汗，无畏寒发热，无胸闷气短、心慌，无声音嘶哑，无吞咽及呼吸困难。遂就诊于当地医院行彩色 B 超示：考虑甲状腺肿物，未予处理。患者自服中药，症状未见好转，肿物进行性增大，为进一步诊治，遂来我院就诊。门诊拟“甲状腺肿物性质待查”收住院。既往有 2 次剖宫产史，否认特殊病史记载。体格检查及外科情况：T 36.8℃、P 92 次/分、R 20 次/分、BP 140/81mmHg；颈软，无抵抗，气管居中，颈静脉无怒张，右叶甲状腺可触及一约 3.0cm×2.5cm 肿物，左叶甲状腺可触及一结节，大小约 3.0cm×2.8cm，质中，表面尚光滑，边界清，可随吞咽动作上下移动，未闻及明显血管杂音，区域淋巴结无肿大。辅助检查：彩色 B 超示“考虑甲状腺囊肿”。初步诊断“甲状腺肿物性质待查”，最后诊断“甲状腺乳头状癌”。临床问题如下：

(1) 家属听说癌症的诊断是十分慎重的，对于实体肿块诊断为癌需要病理学检查。家属想知道仅凭体检及彩色 B 超是否可以得出“甲状腺乳头状癌”的诊断？

(2) 家属了解到颈部实性肿块最好的处理方法就是手术，手术不仅切除了肿块，同时，切下的肿块还可以做病理学检查。患者家属想知道此患者最好的治疗方案是手术吗？

(3) 甲状腺乳头状癌与甲状腺右叶乳头状瘤术后复发比较，哪一种情况治疗的效果好？

(4) 家属了解到，癌症治疗效果中 5 年生存率是一个指标，家属想知道患者可以生存 5 年吗？

8. 病例 8 患者，男性，33 岁。主诉颈前肿大 4 年。患者自诉 4 年前无明显诱因的情况下发现颈前肿大，在某院住院查甲功五项考虑为甲亢，间断服用甲巯咪唑等对症处理，症状控制可(具体不详)。为求进一步诊治，今来我院门诊要求手术治疗，门诊给予口服卢氏液半个月后以“甲状腺功能亢进”收入住院。病程中患者无多汗、乏力、消瘦、手抖及脾气暴躁等高代谢症状，无突眼及胸闷心慌、心悸，无畏寒发热及头昏头痛，无声音嘶哑及饮水呛咳，无呼吸、吞咽困难等不适。否认特殊病史记载，家族中无类似疾患者。体格检查与外科情况：T 36.7℃、P 88 次/分、R 19 次/分、BP 125/80mmHg；全身浅表淋巴结未触及肿大；甲状腺双侧叶增大，左侧叶大小 5cm×3cm×2cm，右侧叶大小约 6cm×3cm×3cm，质地中等，表面光滑，可随吞咽上下移动；未触及异常肿物；区域淋巴结未见异常，未闻及血管杂音。初步诊断“原发性甲状腺功能亢进”。

临床问题如下：

(1) 上述诊治依据，可以对此患者给出“原发性甲状腺功能亢进”的诊断吗？

(2) 患者了解到甲状腺功能亢进的治疗首先是药物保守治疗，在严格的药物治疗效果不佳而且严重影响工作生活时需要手术治疗。因此，患者想知道他的疾病目前适合手术治疗吗？

(3) 对此患者实施手术治疗的^{风险}有近期并发症，如血肿导致窒息、神经损伤引起声音嘶哑或失声等，患者十分担心，你是如何避免此类并发症的，并让患者放心手术治疗。

(4) 患者获知，原发性甲状腺功能亢进手术治疗有一定复发率，但并不是每一个人都会复发。因此，患者想知道，如果他实施手术治疗会复发吗？如何防止复发？

9. 病例 9 患者，女性，47 岁。主诉体检发现宫颈病变 3 个月余。患者自诉 3 个月前到某院体检：查 CT 示：HSIL，遂行阴道镜及宫颈活检术，活检病检提示：宫颈 9 点、11~1 点上皮内瘤变 II 级，局灶 CNTU 级，累及腺体；宫颈 3~4 点上皮内瘤变 I 级。于 2014-04-04 在门诊行 LEEP 刀宫颈环形切除术，术后病检提示“宫颈前唇、宫颈后唇、宫颈管 CINIII，累及腺体。宫颈后唇灶性高级别腺上皮内瘤变”。并收住院诊疗。既往无特殊记载。月经规律，13 岁初潮，经期 4 天，周期 28~30 天，量中，无痛经。孕足月顺产分娩 2 男活婴、1 活女婴，现均体健。否认家族遗传病史。体格检查与妇科情况：T 36.4℃、P 82 次/分、R 20 次/分、BP 140/79 mmHg。外阴：发育正常，阴毛呈女性分布，已婚已育型。阴道：通畅、壁光滑，见少量白色分泌物，无异味；宫颈：轻度糜烂，正常大小，质中，无接触性出血。子宫：前位，大小正常，质中，活动可，无压痛；附件：双侧附件区未触及包块。辅助检查见体检结果。初步诊断“CINIII 累及腺体”，最后诊断“①子宫颈中分化腺癌；②子宫平滑肌瘤”。临床问题如下：

(1) 根据上述病史及检查分析，患者经历了门诊的 CT 检查、阴道镜及宫颈活检术、LEEP 刀宫颈环形切除术与术后病理检查，得出的诊断结果为“CINIII 累及腺体”，而最后诊断为：①子宫颈中分化腺癌；②子宫平滑肌瘤。请问最后诊断的依据是什么？

(2) 根据最后诊断结果“①子宫颈中分化腺癌；②子宫平滑肌瘤”，你推断患者经历了什么治疗和检查？

(3) “①子宫颈中分化腺癌；②子宫平滑肌瘤”手术治疗后 5 年生存率有多高，此患者能存活多少年？

10. 病例 10 患者，女性，35 岁。主诉取卵术后 1 天腹痛腹胀半天。患者自诉因输卵管原因在某生殖中心行 IVF-ET，予短方案先调节后促排卵取卵。术后 1 天，患者无明显诱因出现腹痛、腹胀，呈阵发性闷痛。遂来就诊并收住院。曾行腹腔镜检术(具体不详)。否认特殊病史记载及家族遗传病史；28 岁结婚，配偶体健，精液正常。12 岁月经初潮，平素月经规律，周期 30 天，经期 3 天，量中，偶有痛经，能耐受，无药物治疗。体格检查与妇科情况：T 36.7℃、P 80 次/分、R 20 次/分、BP 111/61 mmHg。外阴：外阴发育正常，阴毛呈女性分布，已婚未产型。阴道：通畅，未见异常分泌物。宫颈：稍光滑，质软，有举痛，顶口闭。子宫：中位，质软，宫体有压痛。双侧附件区：有轻压痛及反跳痛，未触及包块。腹部 B 超示未见异常；阴道 B 超示盆腔积液，子宫、右侧卵巢未见明显异常；血常规示 WBC $18.99 \times 10^9/L$ 、HCT 39.8%、NE88.5%。初步诊断“①急性盆腔炎；②卵巢过度刺激综合征”。临床问题如下：

(1) 根据患者取卵术后 1 天腹痛腹胀半天，宫颈举痛、宫体压痛，双侧附件有轻压痛及反跳痛，阴道 B 超示盆腔积液，血常规示 WBC $18.99 \times 10^9/L$ 等资料，能诊断“急性盆腔炎、卵巢过度刺激综合征”吗？

(2) 如患者既有急性盆腔炎，又有卵巢过度刺激综合征。在这种情况下如何选择治疗方案，需要手术治疗吗？

(3) 如果此次患者经手术治疗，或非手术治疗，治愈后患者的受孕机会会有多少？

11. 病例 11 患者，女性，93 岁。主诉上腹部疼痛 3 天，加重 6 小时。患者自诉 3 天前无明显诱因出现上腹痛，呈阵发性，以饥饿痛为主，进食后可缓解，无恶心呕吐，无胸闷气促，无畏

寒发热，6小时前突发腹痛加重，呈刀割样持续性疼痛，有恶心呕吐，呕吐2次，呕吐物为胃内容物，每次约10ml；在当地医院考虑“消化道穿孔”，给予胃肠减压后转入某院继续治疗。既往有股骨头粉碎性骨折史，否认高血压、糖尿病及类似病史。已婚已育，丧偶。体格检查与外科情况：T37.0℃、P98次/分、R18次/分、BP127/70mmHg。腹部平坦，未见胃肠型、无蠕动波、未见腹壁静脉曲张，全腹肌稍紧张，压痛、反跳痛明显，以上腹部为主，肝脾触诊不满意，未触及腹部包块，肝浊音界变小，移动性浊音(-)，肝、肾、脾区无叩击痛，肠鸣音0~1次/分。辅助检查：胸、腹部平片“①符合气腹征；②主动脉弓迂曲钙化；右上纵隔增宽”。初步诊断“①消化道穿孔”；②急性弥漫性腹膜炎。临床问题如下：

(1)上腹部疼痛3天，呈阵发性，以饥饿痛为主，进食后可缓解；加重6小时，呈刀割样持续性疼痛；全腹肌稍紧张，压痛、反跳痛明显，肝浊音界变小；腹部平片提示气腹征等资料能作为此患者疾病诊断依据吗？

(2)患者为93岁高龄女性，诊断“①急性弥漫性腹膜炎；②消化道穿孔”是比较明确的。此次发病时间为3天，突然加重6小时。家属从网上了解到，消化道穿孔时间短以保守治疗为主；而对于高龄患者又担心存在癌症，因此又主张手术治疗，作为主管医师的您为患者的治疗方案如何进行选择。

(3)高龄患者与青壮年患者的消化道穿孔并发急性弥漫性腹膜炎，其治疗方案有一些差异，请问其差异是什么？

12. 病例12 患者，女性，40岁。主诉腹痛、腹胀伴肛门停止排便2天。患者自诉2天前无明显诱因出现腹胀、腹痛，腹痛呈持续性胀痛、阵发性加重，伴肛门停止排气、排便，有恶心、呕吐胃内容物，呕吐后腹痛可缓解，无畏寒、发热，无胸痛、胸闷，无皮肤黄染，于某医院就诊，考虑为肠梗阻，予抗炎、解痉、禁食等处理，效果差。之后来我院就诊，并收住院。曾行右卵巢巧克力囊肿手术，子宫肌瘤切除术。否认其他病史记载。初潮14岁，每次持续6~7天，周期28~30天，未育。体格检查与外科情况：T36.1℃、P109次/分、R20次/分、BP129/84mmHg。腹稍隆起，下腹部可见约20cm陈旧性手术瘢痕，腹肌软，下腹部有压痛，无反跳痛，全腹未触及明显包块，肝脾肋下未触及，肝、肾、脾区无叩击痛，移动性浊音(-)，肠鸣音约2次/分。腹部平片提示小肠不完全性梗阻。初步诊断“粘连性肠梗阻”，修正诊断“①粘连性肠梗阻；②小肠部分扭转坏死；③切口感染”。临床问题如下：

(1)家属认为，从第1次就诊到初步诊断为“粘连性肠梗阻”，再到修正诊断“小肠部分扭转坏死”说明此疾病诊治过程中存在一定问题，主要是治疗观察过程中不认真所致，作为主管医师的你是如何看待这个问题的。

(2)粘连性肠梗阻治疗观察过程中应重点注意什么？

(3)家属从网上了解到“粘连性肠梗阻治疗有保守治疗和手术治疗，重点是保守治疗”，作为医师的你认为对吗？

(4)“粘连性肠梗阻并小肠部分扭转坏死”实施手术治疗，通常是将坏死、失活的肠管切除，有些患者由于坏死、失活肠管过多而切除过多的肠管，继而导致短肠综合征。作为主管医师的你是如何认识过多肠管被切除的后果？

(孙早喜 李海斌)