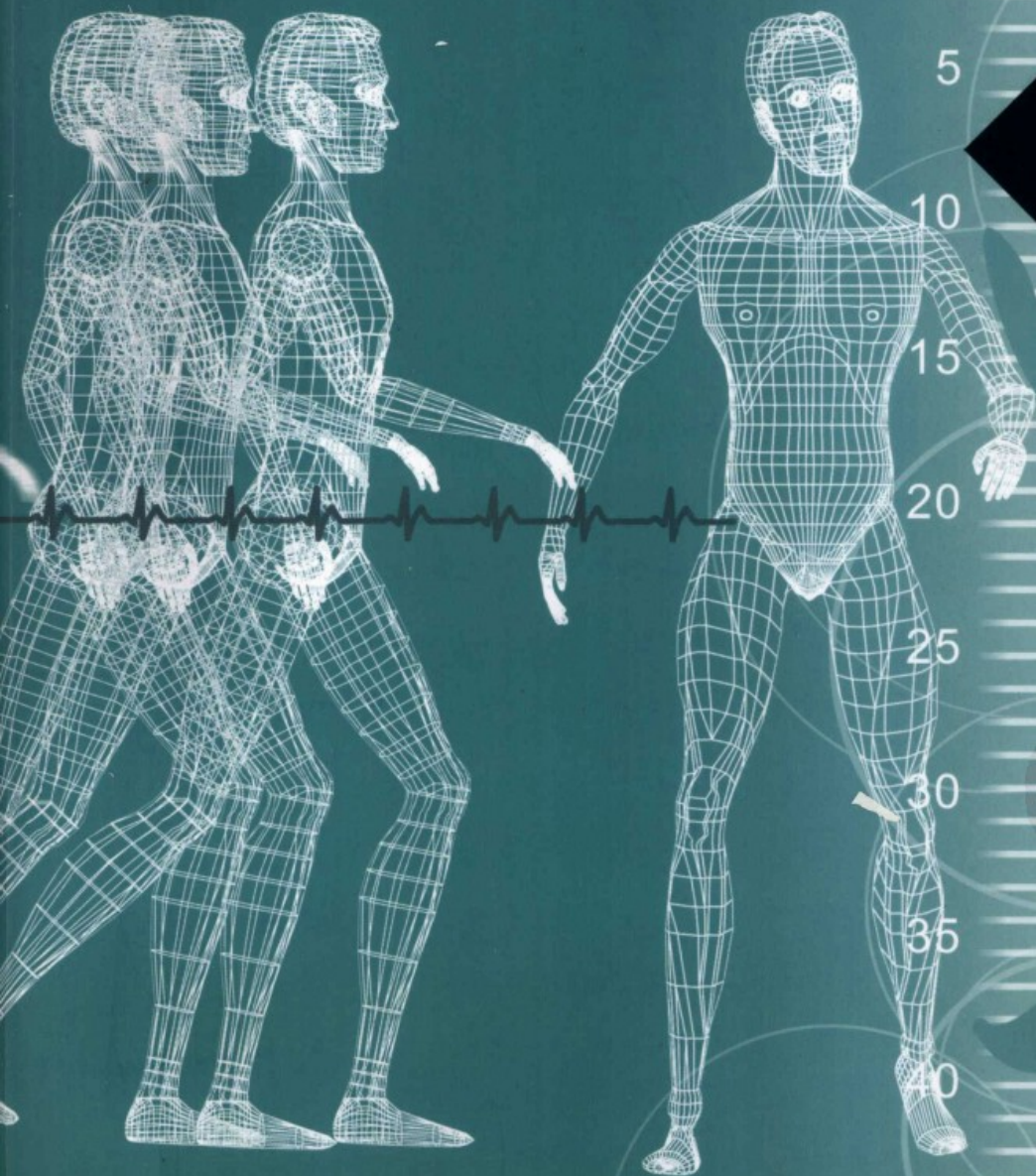


LINCHUANG JIAOXUE
DAXUNZHEN

临床教学大巡诊

——病例释析与进展

陈伟强 冯起校 黄汉伟
主编



广州出版社

临床教学大巡诊

——病例释析与进展

主 编 陈伟强 冯起校 黄汉伟

编 者 (以姓氏笔画为序)

于 斌	王建军	冯起校	卢家璋	卢智胜	叶国娟
关权煊	刘日新	刘水清	刘振海	朱怀文	阮奕劲
吴建斌	吴春芳	吴家辉	吴起武	张 萍	张志刚
张朝顺	张锐江	李 华	李 新	李志波	李怡新
李美荣	杨 灵	杨新魁	肖富新	苏素良	邱超珍
邹达良	陈伟强	陈国祥	陈选明	陈钟欣	麦健敏
周春武	国泽延	易旺云	林 宽	林淑媚	郑进洪
郑敏斯	钟 明	钟伟济	唐顺利	顾秀兰	梁 桢
梁健麟	黄卓林	黄丹丹	黄汉伟	黄顺坛	黄蓉华
彭君醒	谢才兰	廖梓杰	蔡 卓	蔡 雪	蔡俊伟
薛湘萍	霍世寅				

广州出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床教学大巡诊：病例解析与进展/陈伟强，冯起校，黄汉伟主编. —广州：
广州出版社，2007.12

ISBN 978-7-80731-673-2

I. 临… II. ①陈… ②冯… ③黄… III. 临床医学—研究 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 185811 号

书 名 临床教学大巡诊——病例解析与进展

出版发行 广州出版社 (地址：广州市人民中路同乐路 10 号

邮政编码：510121)

责任编辑 杨珊珊

责任校对 任 珍

装帧设计 柳国雄

印 刷 广州华南理工大学印刷厂 (地址：华南理工大学校内

邮政编码：510640)

规 格 889 毫米×1194 毫米 1/16

印 张 51.25

字 数 1100 千字

印 数 3000 册

版 次 2008 年 1 月第 1 版

版 次 2008 年 1 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-80731-673-2

定 价 98.00 元

如有印装质量问题，请与承印厂联系调换

序 言

喜读《临床教学大巡诊——病例解析与进展》一书，感到很有特点，被它吸引而爱不释手。该书的书名恰如其分地反映了它的特点：紧密结合临床，针对教学需要，集思广益的巡诊分析，以及具有导向性的最新研究进展等。

作为一名医生，救死扶伤是我们的天职。而要履行这一天职，必须不断提高临床诊疗水平。本书中的每一案例分析，无一例外地在以下方面给人们以启迪：(1) 每一疾病，虽然都有一般的发生、发展和转归的规律，但相同疾病，在不同个体受累程度与临床表现是不尽相同的。医生必须分析一般规律中的特殊表现，并把握住这一特点，启迪临床思路，作出符合实际的诊断和有的放矢的治疗方案。(2) 每一疾病，虽然都有通常的所属组织系统、病理生理过程和病理改变，但多与周身其他系统有关联；有的甚至被其他系统的相关病变表现所掩盖，造成了疑难、复杂的病症。医生在临诊时，必须要有整体的观念，并需具有支持整体分析的周身各系统疾病的相关知识。这在当前医学学科越来越细的情况下，显得尤为重要。(3) 在大巡诊时遇到个别临床上罕见病例，或某种疾病的罕见表现，通过临床分析讨论，印象很深，终生难忘。以后一旦遇到这种病例，将起到准确的诊断和治疗的导向作用。(4) 在大巡诊时，通过对个别诊断和治疗过程中的经验教训的分析，将对以后在临床上诊断和鉴别诊断以及选择最佳治疗方案起到借鉴的作用。本书中的病例讨论，理论联系实际，临床结合基础；分析具有逻辑性，临床思维符合相关学科专业的发展轨道和方向。因此，本书很有实用价值，在临床上很有指导意义。

教学相长，以教促医。医、教、研并举，是当今教学医院的发展策略。本书编者单位为临床医疗本科教学医院，所巡诊的病例无一例外地在以下方面给人以启示：(1) 每一案例讨论和分析的问题，都是实习医生和低年资医生经常遇到的或困惑、或疑虑的问题。因此，它有释疑、增长知识和积累经验的作用。(2) 每一案例的诊疗过程，都告诉踏入医学生涯的人们，必须在从医伊始，就要有扎实的基本理论、基本知识、基本技能的“三基”功底，并要有严格、严密、严谨的“三严”精神。“三基”和“三严”是从医者与成功有约的牢固奠基石。

临床病例大巡诊（或大查房）在各大医院已有悠久的历史。实践证明，从不同学科、专业的角度，从不同资历医师的层面，对某疑难重症进行诊疗分析，不但有助于医疗水平的不断提高，且有助于医师之间的经验交流，学科、专业之间的沟通和协作。坚持不懈的

高质量的临床病例大巡诊，是反映医院整体医疗实力强和诊疗水平高的一个标志。本书编者均长期坚持临床教学大巡诊，实属难能可贵；其选取的病例，全是他们医院的收治病例。因此，本书尤其适合实习医生、青年医师和广大基层医院的同道阅读。

临床医学是以实践经验为基础的科学。经验的积累离不开实践，所谓“实践出真知”。然而，医学发展一日千里，良好的实践要有知识更新的铺垫。本书中的每一案例，其后都写有相关疾病诊疗研究的最新进展。这样，读者在阅读了每例的分析讨论后，不但分享了临床经验，而且还获得知识更新，起到继续医学教育的作用。

“学海无涯苦作舟”。我们在浩瀚的医学知识海洋中探索，必须精工构建稳固的舟楫。本书是医学知识的载体，愿它如那舟楫一样，载着读者们去探索，去奋进，并抵达目标的彼岸。

首都医科大学附属北京朝阳医院院长 王辰
北京呼吸病研究所所长

2008年1月3日

序 言

他山之石，可以攻玉。由陈伟强、冯起校、黄汉伟等医生编撰的《临床教学大巡诊——病例释析与进展》一书的出版，为临床医师们在临床诊疗的思维方法、诊断和鉴别诊断的逻辑分析、结合实际的治疗对策，以及当前有关的研究进展等方面提供了很好的借鉴。读者们可以从本书每个病例的释析中获益匪浅。

本书的编撰，见证了在临床上病种复杂，病情多端，绝非如教科书上所述的那样千篇一律、一成不变。因此，作为一名临床医师，不仅需要有广博的知识和精湛的医术，还要有分析、处理复杂的病情变化和运用先进的检查方法去研究和解决临床实践中新出现和新提出的问题。在临床上面对经常出现的疑难重症，先进的诊疗方法固然重要，但仍有赖于临床医师长期从实践中所积累的包括感性和理性认识的经验。读者可以从本书的实例释析中学习到如何掌握正确的诊疗思维方法，如何由果及因或由因及果的精辟分析，以符合患者的客观实际情况，最大程度地减少诊疗误差的发生。

本书的出版，体现了临床各科在诊疗疑难重症时的大协作，充分发挥临床各科和各级医师的智慧，形成从不同角度、不同层面进行诊疗分析的“集体大脑”。在释析、论证时，基于以证据为准绳的不同见解的争论，必然起到切磋琢磨、互相启发、教学相长、取长补短的作用。其取得的共识，必然促进医疗质量的提高，也是医院以病人为中心的真实体现。

本书的问世，提供了临床各科与本书中每一实例相关的疑难重症在病因、发病机制、诊断和鉴别诊断以及治疗的最新研究进展。它告诫医师们必须不断更新医学知识，坚持继续医学教育，以丰富自己的内涵，培植自己成为一名学术型的临床医师，以服务社会，造福病人——这是我们医务工作者孜孜以求的目标。

愿共勉之！

广东医学院院长 周克元
2008年1月12日

前 言

临床医学是以实践经验为基础的科学，经验的积累离不开实践。医师查房过程贯穿着医师对病人的诊断和治疗的临床思维活动。诊断是否正确，治疗是否恰当，反映了医师的水平和素质。然而由于受各种客观条件的限制，任何临床医师都不可能积累到全部医学领域的临床经验。阅读文献，借鉴别人的成功经验与失败教训，不失为提高临床诊疗水平的手段。我们编写本书的目的，就在于提供您最新医学知识，帮助您掌握思维方法，协助您正确诊治疾病。

全书主要涉及两方面内容：第一、大巡诊（或大查房）是本书的主旋律。通过病历摘要，系统介绍诊疗过程，其中不乏误诊或走了弯路的病例，也有许多具有代表性的疑难病例；通过析析告诉读者如何掌握诊治思维的规律，缩短诊断时间，降低误诊误治率。尤其注重症状分析及治疗细节以使读者能对所述疾病的诊断方法、技巧以及治疗方案有较全面及深刻的领悟；通过后记，把病人的最后诊断与随诊情况详细做了说明，使读者内心有一个完整的病例诊治过程。第二、介绍疾病诊疗领域的最新进展。本书对每一疾病及其相关知识做了系统的介绍，文献来源于国内外主要刊物近3年内发表的文章，包括基础与临床的进展，充分体现了当代医学临床的新理论、新技术、新观点。

本书部分资料摘选自有关的医学书刊及中华医学会各专业委员会公布的诊疗规范或指南，在此对相关作者表示衷心的感谢！由于编者水平所限，书中存在欠缺和不妥之处，恳请专家及读者择善参考，不吝指教。此外，由于各个部分的内容独立性较强，加之各作者行文风格不同，故未强求编写格式完全统一，敬请读者谅解。

陈伟强 冯起校 黄汉伟
2008年1月7日

目 录

内科部分	1
病例 1 发热 10 天——急性上呼吸道感染	3
病例 2 肺炎伴心肌酶谱显著升高	9
病例 3 咳嗽、气促 6 天，加重 1 天——侵袭性肺曲霉病	29
病例 4 左侧胸痛 7 天，伴胸闷 2 天——结核性胸腔积液	50
病例 5 结核性胸膜炎并胸椎结核	59
病例 6 结核病化疗初期类赫氏反应	66
病例 7 慢性阻塞性肺疾病并发浸润性肺结核	70
病例 8 重度肥胖合并 COPD 致严重低氧血症	92
病例 9 间歇性刺激性干咳 3 个月——咳嗽变异型哮喘	120
病例 10 成功抢救老年重症哮喘 1 例	130
病例 11 活动后气促 3 天——急性肺栓塞	153
病例 12 间断咳嗽 8 年，面黄、眼黄 1 年余——疑诊特发性肺动脉高压	173
病例 13 隐袭性渐进性气促 4 年余——肺泡蛋白沉积症	179
病例 14 发热、咳嗽伴皮疹 3 个月余——肺癌	188
病例 15 以反复偏瘫为首发表现的肺癌	196
病例 16 肺癌患者合并下肢动脉栓塞	203
病例 17 左侧胸痛半年余——胸膜间皮瘤	227
病例 18 内镜下尼龙套扎联合高频电圈套切割治疗呼吸道肿物	233
病例 19 反复头痛 7 年，再发伴心悸、胸闷、气促半月 ——高血压病并心力衰竭	238
病例 20 活动后心悸、气促 2 月，加重伴腹胀 3 天 ——肾实质性高血压	252
病例 21 降压过快致急性脑梗死	259
病例 22 反复心悸、胸闷、气促 ——冠心病、心功能不全合并焦虑状态	266
病例 23 心肌梗死合并脑出血——心脑综合征	274
病例 24 胸痛、发热——急性心肌梗死并发心梗后综合征	283

病例 25	右下肢浮肿 2 月余, 眼黄、尿黄 1 月余 ——疑诊深静脉血栓形成并急性胆管炎	294
病例 26	反复腹痛 3 年, 加重 1 周——疑诊功能性腹痛	302
病例 27	上腹疼痛伴皮肤黄染 2 天——急性胆源性胰腺炎	315
病例 28	气促、胸闷、恶心、上腹不适半天 ——疑诊以糖尿病酮症酸中毒为首发表现的重症胰腺炎	326
病例 29	左上腹疼痛 2 天, 加重 3 小时——胆道梗阻, 化脓性胆管炎	339
病例 30	腹胀伴全身乏力半年 ——肝豆状核变性并肝硬化失代偿期	350
病例 31	食管静脉曲张结扎套圈脱落	360
病例 32~34	非 X 线下食管内支架置入术	365
病例 35~36	甘露醇清洁肠道诱发结肠癌患者急性肠梗阻	369
病例 37	肾病综合征并发脑出血、心肌梗死	375
病例 38	营养性缺铁性贫血	382
病例 39	双下肢浮肿 2 月, 心悸 1 月 ——骨髓增生异常综合征并发低蛋白血症	388
病例 40	高热、咳嗽、精神不振 3 天——急性粒细胞白血病	398
病例 41	发热、全身酸痛 20 余天——慢性淋巴细胞性白血病	405
病例 42	淋巴结肿大、多浆膜腔积液——恶性淋巴瘤	412
病例 43	胸痛 2 月, 加重伴胸骨上段包块近 1 月——非何杰金氏淋巴瘤	425
病例 44	多饮、多尿 10 余年, 全身浮肿 1 年——2 型糖尿病、糖尿病肾病	435
病例 45	纳差、精神恍惚 2 天——高渗性非酮症高血糖性昏迷综合征	447
病例 46	全身浮肿 2 月——系统性红斑狼疮	457
病例 47	反复发热, 面部红斑, 白细胞减少, 大量蛋白尿 ——系统性红斑狼疮、狼疮肾炎	472
病例 48	反复四肢关节痛 10 余年, 加重伴发热 4 天——成人 still 病	476
病例 49	消瘦、盗汗、右眼视力下降、淋巴结肿大——结节病	486
病例 50	反复双眼视力下降 16 年、左下肢活动障碍 3 天——疑诊多发性硬化	494
病例 51	言语不清伴吞咽呛咳 2 月余, 加重 10 余天——重症肌无力	500
病例 52	全身皮肤瘙痒 20 年, 尿少 5 年——寻常性银屑病合并肾损害	505
病例 53	气促伴低热、失眠 4 个月, 加重 2 天——慢性疲劳综合征	514
病例 54	免疫球蛋白冲击治疗大疱性表皮剥脱性皮炎	518
病例 55	低分子右旋糖酐致过敏性休克	524
病例 56	心跳呼吸骤停复苏后伴昏迷 1.5 小时 ——过敏性休克、心跳呼吸骤停	531
病例 57	抗结核药引起药源性肝损害	543
病例 58	抽搐、不省人事 20 分钟——毒鼠强中毒	552

病例 59	发热伴面红耳赤、咳嗽 2 周——猫抓病	558
病例 60	持续高热 14 天, 加重伴气短、胸闷 2 天——恙虫病	563
病例 61~62	持续发热查因——伤寒	569

儿科部分 575

病例 63	发热、咳嗽 1 天, 发绀、呼吸急促 8 小时 ——支气管肺炎并心力衰竭、晚发性维生素 K 缺乏症并颅内出血	577
病例 64	小早产、不吃少动、肺纹网囊状 ——疑诊败血症、Wilson-Mikity 综合征	582
病例 65	发热、腹痛、溶血、肾衰——溶血性尿毒症综合征	586
病例 66	阵发性下腹痛 5 天, 加重伴全腹痛 1 天 ——腹型过敏性紫癜	592
病例 67	发热、咽痛、淋巴结肿大、肝脾肿大 ——传染性单核细胞增多症	598
病例 68	左下肢疼痛 20 余天, 反复发热 10 余天 ——疑诊幼年型类风湿性关节炎(全身型)	602
病例 69	发热、淋巴结肿大、全身性脓疱疹——川崎病	607
病例 70	烦躁、嗜睡伴呕吐 3 小时——维生素 A 中毒症	613

外科部分 617

病例 71	术中心跳呼吸骤停心肺脑复苏	619
病例 72	胸腹部多处刀刺伤感胸闷气紧半小时	628
病例 73~74	老年人慢性硬膜下血肿的治疗	636
病例 75~76	重型颅脑损伤后脑积水的防治	641
病例 77~78	高血压脑出血治疗方法选择	646
病例 79	老年人高血压脑出血脑疝晚期 1 例抢救	652
病例 80	头枕部、颈后部疼痛逐渐加重——小脑扁桃体下疝畸形	660
病例 81~83	脑深部及重要功能区血管畸形出血治疗策略	664
病例 84	眼痛、视蒙伴头痛 6 个月——痛性眼肌麻痹	670
病例 85~86	鼻源性头痛的诊治	673
病例 87	头痛、涕中带血查因——蝶窦囊肿	680
病例 88~93	鼻咽癌临床病例选析	685
病例 94	舌根部肿物伴进食不适半年余——舌根部皮脂腺淋巴瘤	692
病例 95	颈部增粗、心悸、双手震颤 5 年, 再发半年——Graves 病	698
病例 96	右侧肢体无力、言语不清 1 小时——左颈动脉硬化闭塞症	706
病例 97	腰背部疼痛、尿频、尿痛——主动脉夹层	712
病例 98	腹痛 2 天, 解黏液血便 1 天	

.....	——粪块性结肠穿孔并发弥漫性腹膜炎	719
病例 99	面色苍黄、乏力、活动后气促 2 月余——疑诊胰腺癌	725
病例 100	肝癌破裂大出血	738
病例 101	左侧腰腹部疼痛伴畏寒、发热 3 天，尿闭 1 天 ——输尿管结石梗阻并急性肾衰	744
病例 102	经皮肾镜取石术后感染性休克并多器官功能障碍	749
病例 103	左下腹胀痛、排便便 2 个月——直肠类癌	756
病例 104~105	髌部骨折	761
病例 106	胫骨平台骨折	769
病例 107	反复腰腿部疼痛 12 年，加重 10 天 ——疑诊腰椎间盘突出症	774

妇产科部分

病例 108	子宫内膜异位症致一侧输尿管完全阻塞	787
病例 109~110	宫颈妊娠	791
病例 111	促排卵治疗后卵巢内胚窦瘤	796
病例 112	异位葡萄胎的诊断与治疗	800
病例 113	停经 36 ⁺ 周，下腹胀痛 5 ⁺ 小时 ——妊娠合并急性胰腺炎	803

内
科
部
分

病例 1

发热 10 天

——急性上呼吸道感染

黄汉伟 卢智胜 冯起校

病历摘要

患者男性，50 岁，因“发热 10 天”于 2006 年 10 月 24 日入院。缘患者于 10 天前起无明显诱因出现畏寒、发热，体温最高达 40℃，伴全身肌肉酸痛、疲倦、乏力、口干、食欲下降，稍咳嗽，无鼻塞、流涕，无胸痛、气促，无腹痛、呕吐，无尿频、尿急、尿痛、血尿，无广泛出血性皮疹；6 天前曾解黄色烂便，无黏液脓血便，服中药 2 天后大便恢复正常（具体不详）。一直在附近卫生站治疗（具体诊治不详），用药后可退热，但数小时后体温又升高，发热以夜间及早上明显。因病情反复，遂到我院就诊，门诊拟“肺炎？”收入我科作进一步诊治。起病后，患者精神欠佳，小便正常，体重下降 2~3 公斤。数年前曾因“斜疝”在外院行手术治疗。嗜烟酒 10 多年。

入院查体：体温 40℃，脉搏 110 次/分，呼吸 20 次/分，血压 110/80mmHg；急性面容；右上肢近端可见皮疹，右侧腹股沟区见一长约 3cm 手术瘢痕，耳后、腋窝、会阴等处未见焦痂，全身浅表淋巴结未触及肿大；结膜充血；咽充血；双肺呼吸音清，未闻干湿性啰音；心界不大，心率 110 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音；腹平软，全腹无压痛及反跳痛，肝、脾肋下未及，墨菲氏征（-），双肾区、肝区无叩痛，肠鸣音正常；四肢肌力、肌张力正常，生理反射存在，病理反射未引出。

辅助检查：

（2006-10-24）血常规：PLT $43 \times 10^9/L$ ，余正常；生化八项：钙 1.9mmol/L，余正常；疟原虫（-）；尿常规：正常。

（2006-10-25）胸片：支气管炎；心电图：窦性心律，非特异性室内传导延迟，不完全性右束支阻滞。

（2006-10-26）血常规：PLT $74 \times 10^9/L$ ，余正常；风湿三项：CRP 75.5mg/L，余正常；肿瘤标志物阴性；腹部 B 超：肝内外胆管轻度扩张，壁增厚，胆囊壁增厚、毛糙，脾、肾、输尿管、膀胱未见异常。

（2006-10-27）血常规：正常；肥达氏试验（-），外斐氏试验（-）；血培养阴性；血脂四项：CH 2.01mmol/L，TG 2.5mmol/L，HDL-C 0.2mmol/L，余正常；肝功全套：ALT 136IU/L，GGT 73IU/L，TP 57.8g/L，ALB 32g/L，AST 155IU/L，A/G 1.2，余正常；CHE 2783U/L；DIC 套餐：PTINR 1.18，余正常；肝炎免疫全套：HBsAg（+），HBcAb（+），余正常；USR、HIV、抗结核抗体（-）；PPD 试验（-）；C₃、C₄、IgG、IgA、IgM、dS-DNA、ESR 均正常；上腹部 CT：肝左叶内胆管轻度扩张，双侧胸膜增厚。

诊疗经过：入院诊断考虑为发热查因：感染性发热？入院后予以西力欣、左克、病毒唑等抗菌、抗病毒治疗及对症支持治疗，入院后第 4 天患者热退。

巡诊评析

病例特点：1. 男性，50 岁，急性起病。2. 发热 10 天，有畏寒，体温最高达 40℃，伴全身肌肉酸痛、疲倦、乏力、口干、食欲下降，轻微咳嗽，曾解黄色烂便。3. 入院查体：体温 40℃；急性面容；

右上肢近端可见皮疹，耳后、腋窝、会阴等处未见焦痂，全身浅表淋巴结未触及肿大；结膜充血；咽充血；心、肺、腹查体未见明显异常。4. 辅助检查：入院后查了3次血常规，前2次示血小板减少，余正常；第3次示血小板恢复正常。肝功全套：ALT 136IU/L，GGT 73IU/L，TP 57.8g/L，ALB 32g/L，AST 155IU/L，A/G 1.2，余正常。肝炎免疫全套：HBsAg(+)，HBcAb(+)。疟原虫、肥达氏试验、外斐氏试验、USR、HIV、抗结核抗体、PPD试验及血培养均为阴性。风湿三项：CRP 75.5mg/L，余正常。C3、C4、IgG、IgA、IgM、dS-DNA、ESR均正常。肿瘤标志物阴性。腹部B超：肝内外胆管轻度扩张，壁增厚，胆囊壁增厚、毛糙；脾、肾、输尿管、膀胱未见异常。上腹部CT：肝左叶内胆管轻度扩张，双侧胸膜增厚。胸片示：支气管炎。心电图示：窦性心律，非特异性室内传导延迟，不完全性右束支阻滞。5. 经抗生素及抗病毒药物治疗后发热消退。

发热可分为感染性发热和非感染性发热，根据病史、体征及相关检查，结合抗感染治疗有效，本例考虑为感染性发热可能性大。本例患者有发热、畏寒、全身肌肉酸痛等全身中毒症状，入院后3次血常规均示白细胞正常，结合疟原虫、肥达氏试验、外斐氏试验、抗结核抗体、PPD试验、血培养及ASO均为阴性，本例考虑为病毒性感染可能性大。且本例发热的热型也符合病毒感染的机理：病毒攻击细胞，把基因结合到细胞中，当免疫力下降时，基因又再表达出来，再次出现发热，故病毒感染所致的发热多为自限性发热，但会反复发作。另外，本例患者右上肢近端有皮疹，结膜有充血，CT见双侧胸膜增厚，这些均可作为病毒感染时所引起的变态反应所致，而使用解热镇痛药效果好，则进一步证实了这一观点。至于感染的部位，本例患者有高热，结合腹部B超及上腹部CT所见，应注意排除肝胆道感染的可能，但本例无黄疸，墨菲氏征(-)，肝区无叩痛，3次血常规均示白细胞正常，腹部B超及CT均未见肝胆道的结石，故本例为肝胆道感染所致的发热可能性不大；再结合病史、体征及胸片等相关检查，笔者认为本例为病毒性呼吸道感染的可能性较大。综上所述，本例诊断考虑为：1. 急性上呼吸道感染；2. 慢性乙型病毒性肝炎。

本例需与以下几类疾病鉴别：1. 肿瘤性疾病：一般来说，肿瘤患者较少出现高热，且该患者一般情况良好，肿瘤标志物阴性，胸片及各部位的B超、CT均未见占位性病变，结合抗感染治疗效果良好，本例不支持肿瘤性疾病。2. 血液病：本例患者无淋巴结肿大，肝脾不大，血常规除血小板降低外余均正常，且血小板在抗感染治疗后恢复正常，所以血液病可能性不大。3. 风湿性疾病：本例患者各关节、脊柱无畸形、肿痛，dS-DNA、ESR均正常，风湿三项除CRP升高(75.5mg/L)外余均正常(C-反应蛋白为急性炎症指标，其升高反映炎症反应过程，为非特异性指标；在风湿热的诊断中可作一个次要指标，另外近来有报导冠心病也可能与感染有关，其中C-反应蛋白升高也是一个参考指标)，故风湿性疾病可能性不大。4. 药物热：即是药物本身引起的发热，在临床上常与疾病所引起的发热相混淆而不易鉴别；特别是有些病人用药前已有发热，而用药后热度仍持续不退，于是就产生了是由原来疾病引起的发热未退，还是由药物所引起的发热的问题。而鉴别这两种情况又非常重要，因为如发热为药物所引起，则应当立即停用此药；相反如发热为疾病本身所引起，则应当继续用药。临床上较易引起药物热的药物有磺胺药、抗菌药、碘剂、砷剂、水杨酸类、苯妥英钠、巴比妥等。一般来说，药物热多在第二次用药后8~9天产生，但也可在第一次用药后出现。药物热是人体对药物的过敏现象，除发热外，尚可伴有皮疹、淋巴结肿大、血管神经性水肿、周围血液嗜酸性粒细胞增多等表现；但有时也可以发热为唯一的症状。在用药治疗过程中，已下降的热度再出现或更加升高，则应注意药物热的可能；停用原来药物或改用其他药物后热度下降，则药物热即可诊断。本例患者虽右上肢近端可见皮疹，但疹间皮肤正常不呈水肿，而药疹其疹间皮肤常呈水肿现象，故本例皮疹考虑为病毒疹而非药疹；另外，药物热多先发生皮疹，由轻到重，早期皮疹少较稀疏时多无发热，待皮疹加重密集成大片，则可有发热，这与本例病史不符；结合本例无明确的药物过敏史，嗜酸性粒细胞正常，所以可排除。5. 结核：本例虽有发热、白细胞不高、CRP升高，但患者为高热(结核一般较少有高热)，且无潮热、盗汗等结核中毒症状，抗结核抗体、PPD试验阴性，血沉正常，胸片等影像学检查未见结核表现，故可排除之。6. 伤寒：本例虽有腹泻，但服中药两天后止泻，且无表情淡漠、相对缓脉、无玫瑰疹、肝脾肿大，肥达氏试验阴性，血

常规示嗜酸性粒细胞正常（伤寒时嗜酸性粒细胞减少乃至消失），所以伤寒可排除。7. 恙虫病：本例有发热、腹泻症状，而白细胞不高，应注意排除恙虫病可能；但本例无焦痂，淋巴结无肿大，外斐氏试验阴性，可排除。8. 布氏杆菌病：本病症状在细菌感染后 5 天到数月出现，通常为 2 周；特别在疾病早期阶段变动较大。起病以寒颤和发热、严重头痛、肌痛、感觉不适，偶有腹泻而突然发病；亦可仅以轻微不适感、肌痛、头痛、项背部疼痛等症状而隐匿起病。如疾病发展，至傍晚体温可达 $40^{\circ}\text{C}\sim 40.5^{\circ}\text{C}$ ，然后逐渐下降，到清晨回复正常或接近正常，同时有全身出汗。典型病例此种间歇发热持续 1~5 周，其后 2~14 天内症状可大部分或完全消失，之后又再度出现发热。此种反复可仅出现一次，但多数病人发展为慢性布氏杆菌病，在数月或数年内反复出现发热和消退。早期过后，常出现严重的便秘、厌食、体重下降、腹痛、关节痛、头痛、背痛、乏力、易激动、失眠、抑郁和情绪不稳定等症状。最后淋巴结、脾脏和肝脏可发生肿大。本例不支持。9. 肝胆道感染：本例腹部 B 超示：肝内外胆管轻度扩张，壁增厚，胆囊壁增厚、毛糙；上腹部 CT：肝左叶内胆管轻度扩张；但患者无黄疸出现，墨菲氏征（-），肝区无叩痛，白细胞无升高，故急性肝胆道感染的可能性不大。10. 登革热：本例无白细胞下降，无头痛、眼眶痛及眼球后痛，亦无广泛性出血性皮疹及其他出血表现，不支持登革热。11. 流行性出血热：本例患者虽有高热，但无头痛、眼痛、腰痛三痛症状，无面红、颈红、胸红三红症状，亦无低血压、出血、肾功能损害等表现，故也不支持流行性出血热。

本例有明显的血小板减少，以何种病毒引起血小板减少为多见？以及血小板减少与发热有无关系？以上问题值得进一步讨论。血小板减少可见于以下几种情况：血小板生成不足；血小板破坏、消耗过多；血小板分布不均匀。笔者认为本例血小板减少的可能原因为：患者有发热、畏寒、全身肌肉酸痛等毒血症表现，全身中毒性炎症导致血小板破坏、消耗过多，从而使血小板明显减少；另外，患者有长期饮酒史，HBsAg（+）、HBcAb（+），目前胆碱酯酶下降，肝功能示 ALT、AST、GGT 均有升高，故本例血小板减少也可能与酒精性肝病或慢性肝炎有关。而若为脾功能亢进所致的血小板减少，血小板一般较难恢复正常，这与本例不符。必要时可进一步查血涂片及骨髓象等检查以明确诊断。

另外，本例腹部 B 超、CT 均显示肝内胆管扩张（左侧为主），且伴 ALT 升高，结合肝吸虫病一般较少有黄疸出现，故本例不能排除肝吸虫病并感染的可能，建议进一步完善大便找肝吸虫卵等检查。

后 记

本例经抗病毒及对症支持治疗后发热等各种症状消失，血小板恢复正常，病愈出院；另外，本例大便查到肝吸虫卵。最后诊断为：1. 急性上呼吸道感染；2. 慢性乙型病毒性肝炎；3. 肝吸虫病。

研究进展

急性上呼吸道感染：

（一）可有受凉、过累、体弱、呼吸道慢性炎症等病史

（二）分以下各种类型

1. 普通感冒：

（1）病毒感染，秋冬春季多见。

（2）起病较急，局部症状有喷嚏、鼻塞、流涕、咽部干痒、灼热感或咽痛、声音嘶哑或咳嗽，全身症状较轻。

（3）检查可见鼻黏膜充血、水肿、有较多的分泌物，咽部轻度充血。

2. 急性咽-喉-气管炎（也称急性呼吸道疾病）：

（1）病毒引起，冬春季多见。

（2）有咽痛、声嘶、轻度干咳、发热，体温可高达 39°C ，全身酸痛不适。

（3）检查见咽部充血，有灰白色点状渗出物，咽后壁淋巴滤泡增生，颌下淋巴结肿大。

3. 细菌性咽-扁桃腺炎：

(1) 多由细菌引起;

(2) 起病急、咽痛明显、畏寒、发热,体温可达 39℃ 以上,头痛、全身不适、呕吐、腹痛等;

(3) 检查咽部明显充血,扁桃腺肿大、充血,表面有黄白色点状渗出物,颌淋巴结肿大、压痛。

4. 疱疹性咽峡炎:

(1) 病毒引起,多发生夏季。

(2) 明显咽痛、发热。

(3) 检查见咽充血,于软腭、悬雍垂、咽部及扁桃体表面有灰白色丘疱疹及浅表溃疡。

(三) 血象

病毒感染:白细胞较正常或偏低,淋巴细胞比例升高。

细菌感染:白细胞及中性粒细胞增多和核左移现象。

(四) 咽拭子细菌培养和病毒分离可助诊断

(五) 需与麻疹、百日咳、白喉、猩红热等急性传染病的初期症状鉴别

急性病毒性上呼吸道感染的分型:

依病因及临床表现不同,可分为 4 种类型。

(一) 普通感冒(又称急性鼻炎或上呼吸道卡他)

1. 好发季节为冬春季。

2. 局部鼻咽部症状较重,如出现喷嚏、鼻塞、流鼻涕、咽痛等,全身症状轻或无。

3. 可见鼻黏膜充血、水肿,有分泌物,咽部轻度充血。

4. 临床分型有:①顿挫型:有上呼吸道症状,在 24h 内消失,但鼻分泌物并不增加;②轻型:有明显的上呼吸道症状,鼻分泌物明显增加,全身症状轻或无,自然病程 2~4 天;③中度型:局部症状较轻型更为严重,有一定的全身症状,自然病程一周左右;④重型:有明显的上呼吸道及全身症状,常需休息。

5. 白细胞计数偏低或正常,淋巴细胞比例升高。

6. 病毒分离在成人多为鼻病毒,儿童多为呼吸道合胞病毒。

(二) 病毒性咽炎型

1. 好发季节同普通感冒型;

2. 症状以咽部炎症为主,可有咽部不适、发痒、灼热感、咽痛等,可伴有眼结合膜炎、发热、乏力等;

3. 体征有咽部明显充血水肿,颌下淋巴结肿大且有触痛;

4. 白细胞计数正常或减少,淋巴细胞比例增高;

5. 病毒分离多为腺病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒等。

(三) 疱疹性咽峡炎型

1. 多发于夏季,常见于儿童,偶见于成人;

2. 咽痛程度较重,多伴有发热,病程约 1 周;

3. 体征有咽部充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色丘疹及浅表性溃疡,周围有红晕,以后形成疱疹;

4. 白细胞计数正常或减少,淋巴细胞比例增高;

5. 病毒分离多为柯萨奇病毒 A。

(四) 咽结膜热型

1. 多发于夏季,多于游泳时传播,儿童多见;

2. 有咽痛、畏光、流泪、眼部发痒、发热等症状,病程约 4~6d;

3. 有咽腔及结合膜明显充血等体征;

4. 白细胞计数正常或减少,淋巴细胞比例增高;