

胡大一 主编

临床疑难重症

大查房

(一)



辽宁科学技术出版社

临床疑难重症大查房

(一)

辽宁科学技术出版社

沈阳

图书在版编目 (CIP) 数据

临床疑难重症大查房(一)/胡大一主编. —沈阳:辽宁科学技术出版社, 2005. 3

ISBN 7-5381-4186-3

I. 临… II. 胡… III. 疑难症: 险症 - 诊疗 IV. R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 049569 号

出 版 者: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印 刷 者: 丹东印刷有限责任公司

经 销 者: 各地新华书店

幅面尺寸: 145mm × 210mm

印 张: 9

字 数: 230 千字

印 数: 1 ~ 4000

出版时间: 2005 年 3 月第 1 版

印刷时间: 2005 年 3 月第 1 次印刷

责任编辑: 倪晨涵

封面设计: 刘 枫

版式设计: 于 浪

责任校对: 刘 庶

定 价: 18.00 元

联系电话: 024-23284360

邮购热线: 024-23284502 23284357

E-mail: lkzsb@mail.lnpgc.com.cn

<http://www.lnkj.com.cn>

内容简介

《临床疑难重症大查房》一书由胡大一教授主编，邀请了国内 60 多位知名学者共同撰写。全书依据作者临床中的具体病例，通过多专业、多学科医生一起讨论和（或）查房等活动，运用病例讨论的体裁，以病历摘要、诊治讨论和借鉴点评等内容撰文，总结出疑难重症在临床实际工作中的诊断和治疗经验。本书突出的特点是有很强的实用性，对普及内科的基础知识，扩大知识面，提高疾病的诊治思维能力，有广泛的现实意义。因此，本书是广大临床医生和医学院校的学生临床实践中的活教材。

主 编 胡大一 北京大学人民医院

执行主编 任延刚 中国实用医学杂志社

作者名单

(按书中出现先后为序)

- 江 涛 重庆医科大学附属第一医院
 卢文娟 黑龙江省富锦建三江分局中心医院
 李天德 中国人民解放军总医院
 王 璞 重庆医科大学附属第一医院
 刘坤申 河北医科大学第一附属医院
 刘 刚 河北医科大学第一附属医院
 王学胜 贵阳医学院附属医院
 田静文 贵阳医学院附属医院
 吴立荣 贵阳医学院附属医院
 邹德才 大连市中心医院
 吴春齐 大连市中心医院
 宣伟光 大连市中心医院
 王 刃 大连市中心医院
 夏 岳 河北医科大学第一附属医院
 王 颖 中国医科大学第二临床学院
 李 岩 中国医科大学第二临床学院
 田 丰 中国医科大学第二临床学院
 胡友主 暨南大学附属第一医院
 徐以浩 暨南大学附属第一医院
 王存川 暨南大学附属第一医院
 张 强 苏州市第三人民医院
 骆万青 苏州市第三人民医院

- 陈易人 苏州大学附属第一医院
傅亚平 甘肃省人民医院
尹伯约 甘肃省人民医院
李 平 南京鼓楼医院
朱大龙 南京鼓楼医院
武晓泓 南京医科大学第一附属医院
刘 超 南京医科大学第一附属医院
刘彦琴 沈阳军区总医院
张素芬 沈阳军区总医院
单 健 北京大学第三医院
陈凤荣 北京大学第三医院
展德廷 沈阳军区总医院
杨晓凤 空军沈阳医院
白 洁 中国医学科学院血液病研究所
王金泉 南京军区南京总医院
唐 政 南京军区南京总医院
杜 宏 南京军区南京总医院
杨 光 南京军区南京总医院
程 震 南京军区南京总医院
曲 方 沈阳军区总医院
王耀山 沈阳军区总医院
贾绍斌 宁夏医学院附属医院
李玉梅 宁夏医学院附属医院
谢晓冬 沈阳军区总医院
刘永叶 沈阳军区总医院
许力舒 新疆维吾尔自治区人民医院
王 钊 新疆维吾尔自治区人民医院
郭 敏 新疆维吾尔自治区人民医院
雷建新 新疆维吾尔自治区人民医院

- 刘福坤 南京军区南京总医院
陈 彻 南京军区南京总医院
宋薇薇 中国医科大学第二临床学院
何 洁 中日友好医院
林江涛 中日友好医院
崇 巍 中国医科大学第一临床学院
宋福林 沈阳军区总医院
杨 原 沈阳军区总医院
狄军艳 沈阳军区总医院
冯正平 重庆医科大学附属第一医院
邓华聪 重庆医科大学附属第一医院
郭广涛 岫岩满族自治县中心医院
张思杰 辽宁省肿瘤医院
张 文 上海第二医科大学附属瑞金医院
赵云峰 重庆医科大学附属第一医院
罗永艾 重庆医科大学附属第一医院

序 言

胡大一教授主编的《临床疑难重症大查房》一书同广大读者见面了。这是一本专门介绍临床上遇见的疑难重症、急症，通过查房和病例讨论，获得了正确诊疗的病例资料而撰写的书。我看过了部分病例，作者通过在医疗实践中的诊治过程，特别是多学科不同专业的医生在一起讨论，从不同侧面提出诊断治疗方法，有经验、有教训，感到十分宝贵。此书的出版，必将得到读者的欢迎和喜爱。

本书的显明特点是临床实践出发，解决疑难重症、急症的诊断和治疗问题，具有较强的实用性。通过大查房和讨论的病例，扩大了读者的思考范围，开阔了眼界，提高了对疾病的诊断理论水平和诊治思维综合分析能力，具有很高的实用价值。

当今医学领域新技术、新方法、新仪器不断涌现，临床上分科越来越细；高度的专业化，势必提高了专科疾病的诊疗水平。然而，临床实践告诉人们，分科过细又带来了一些弊端。譬如有的医生只重视新仪器、新技术的应用，忽略了对临床思维培养；重视依靠物理检查，忽略了临床基本的问病史，细微地查体，严密临床观察。分科过细甚至出现了只会“看病”，而不会“看病人”；只能处理单一病种和(或)某器官病，而不能有效地解决一个病人身上的多系统疾病问题。

临床工作是医生最直接、最具体的实践。如何在新形势下，以病人为中心，以人为本，整合各学科专业资源优势，

合理地将高科技新方法、新器材与基础医疗实际问题结合起来；如何全面培养年轻医生诊断思考过程中的科学思维，不断提高对疾病的诊断、治疗及预后判断水平。我相信《临床疑难重症大查房》一书，将会使你获得深刻的启迪。

因此，我高兴地为本书作序，并向读者推荐此书。

北京大学人民医院 何叔瀛

2004年5月28日于北京

前 言

临床医学是经验科学，有目的、有意义地医疗总结，是事业发展之必然。随着科学技术的迅猛发展，学术上高层次、高专业化的进步，促进医学临床上各专业分科越来越细，这无疑对医疗临床的诊断和治疗水平有飞跃的提高。然而，现代的医疗实践中亦有困惑：临床实际客观存在着一些复杂、疑难重症，同时涉及多专业、多学科；分科过细使医生知识面变窄，不能及时解决患者中的综合、复杂病例问题；中青年医生成长需通过系统基础与专科知识的实践学习提高。本书收集的疑难重症病例，通过查房、会诊大讨论，多学科、多专业医生交叉分析，集思广益，开阔思路，扩大眼界，提高了对疾病诊断与治疗的思维能力。

临床上，医生们都有切身体验，日常的医疗活动会碰到一些疑难重症病人，病情复杂凶险，经治医生一时难以搞清病因，或长期治疗病情不见好转。然而，通过查房、会诊等讨论，就有可能峰回路转，茅塞顿开；从一筹莫展中解脱出来，诊治效果，立竿见影。临床实践中就是这么丰富多彩。经验是日积月累，医学宝库叠石成山！

《临床疑难重症大查房》一书，收集了一部分属少见病例，大部分是常见病中的复杂疑难重症病例。介绍这些病例在诊断与治疗中的经验与教训，对临床工作的提高必有意义。本书的撰稿来自全国各地知名学者临床实际，有广泛性、代表性及权威性。特别是通过对每个病例进行深入分析，贴近

临床、贴近治疗、贴近实际，有更大的参考价值。在编辑修改加工过程中，为了尊重作者的写作特点、表达方式，尽力保持原文的写法，剂量单位按法定计量修改，文字及文中的医学名词、术语，以科学出版社出版的《医学名词规范》和人民军医出版社出版的《编写技术规范》为依据。编辑上原则尊重作者撰文内容，能不改者尽量不改，除非极个别可疑有明显不妥者，经协商研究后修改。

本书的出版及编辑过程中，得到北京大学医学院、中国医科大学、沈阳军区总医院部分专家教授热情支持，广大作者在临床工作繁忙之中，短时间内积极为本书撰稿，谨此一并致谢！

本书收集的病例有的时间较长，病历记录随时间的变化有一定局限性，讨论资料受时间的影响，加上编辑水平有限，必定存在不足或错误，敬请广大同道批评指正。

北京大学人民医院 胡大一

目次

乏力 纳差 气促 1 个月	(1)
胸闷 气短 呼吸困难	(5)
上腹痛 胸片胸部多个结节影	(11)
胸部闷痛 呼吸困难 下肢水肿 嗜睡	(18)
浮肿 胸闷 气短 蛋白尿	(24)
胸痛 上肢麻木 劳累加重	(32)
胸闷 胸痛 意识丧失	(37)
外伤治后胸痛 胸闷 气促 头晕	(44)
间断心悸 发作时腹剧痛 气短	(49)
腹泻 发热 腹胀痛	(54)
下肢麻木 无力 浮肿 腹胀肝脾大	(60)
腹痛 肝畸形 胆囊异位	(66)
上腹痛 寒战高热 黄疸	(73)
便血 腹痛	(79)
发作性头痛 心悸 高热 肝功能损害	(86)
阵发性胸闷 心悸 怕热 手抖	(91)
反复四肢无力	(96)
躯干 四肢复发性红斑	(100)
面色苍白 手肿胀 高热伴鼻衄出血	(104)
头痛 恶心 呕吐 胸痛 心悸	(110)
左上腹痛 发热 畏寒 恶心	(117)
贫血 间断性癫痫样抽搐	(124)

2 目 次

反复出血 输血可止 关节肿大 不孕	(129)
生长迟缓 肝脾大 高脂血症 肾功能不全	(137)
乏力纳差 血尿轻链升高 肾功能减退	(150)
不规则发热 贫血 肾功能减退 血小板减少	(157)
反复颌下肿块 尿检异常 嗜酸性细胞增多	(167)
痴呆 右侧肢体瘫痪 抽搐	(178)
多次发作 站立性头晕 恶心	(188)
发热 咯血 消瘦	(194)
反复浮肿 胸闷 气短	(202)
肛门坠胀 有便意 经期大便带红色黏液	(208)
妊娠 8 个月 头晕周身黄染 5 天	(214)
发热 皮下结节 双肺多发阴影	(220)
发热 昏迷 淋巴结肿大	(228)
发热 咽痛 浅表淋巴结肿大 3 天	(232)
皮肤变黑 四肢麻木 乏力	(240)
顽固性呕吐 纳差 低血钾 蛋白尿	(247)
少尿 心悸 呼吸困难	(251)
胸背肩痛 截瘫 双肺粟粒型病灶	(259)
编后记	(268)

乏力 纳差 气促1个月

病历摘要

患者女性，67岁。因乏力、纳差、气促1个月，于2002年11月收入院。

患者入院前1个月，无明显诱因出现乏力、纳差、轻微干咳，并逐渐出现活动后气促，导致患者懒言、少语，每日多数时间卧床。患病期间无发热、盗汗、咳痰、胸痛等不适，在当地医院给予“抗生素和治胃病的药（具体药名不详）”治疗无效，遂到我院门诊就诊。胸透提示右侧胸腔中量积液，以胸腔积液待查收入院。个人史：无烟、酒嗜好及有毒、有害物质接触史，长期在家做家务。已婚，丈夫及孩子均体健。已停经18年。家族史无特殊。

入院查体 T 36.4℃, P 96/min, R 20/min, BP 110/64mmHg。慢性消瘦面容，全身皮肤无淤斑、皮疹，浅表淋巴结未扪及肿大。头颅、五官无畸形，唇、舌无紫绀，颈软、颈静脉无怒张。右侧胸腔稍膨隆，叩呈实音，呼吸音减低，双肺未闻及干湿性啰音。心率 96/min，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平、软，肝、脾未扪及肿大，全腹无压痛、反跳痛。脊柱、四肢无畸形。

入院后摄胸片及右侧位片提示：右侧胸腔中量积液，余未见异常。住院中查肝、肾功能，血、尿、大便常规均正常。腹部B超：肝、胆、胰、脾、肾未见异常。胸穿抽液3次，抽

出草黄色、微浊胸液共计 3 500ml, 常规: 颜色淡黄, 轻度浑浊, 李凡他试验阳性, 细胞总数 $5\ 300\times 10^6/L$, 白细胞总数 $2\ 560\times 10^6/L$, 中性 0.10, 淋巴 0.90。生化: 总蛋白 55g/L, 白蛋白 35g/L, LDH 390U/L, ADA 35U/L。反复 3 次脱落细胞检查未查到癌细胞, 胸腔积液结核抗体阴性。PPD 皮试阴性。给予对症治疗。住院治疗 1 周, 监测体温无发热。入院诊断: 胸腔积液待诊。

讨 论

放射科医师 右侧胸腔积液诊断明确, 原因待查, 胸部平片检查, 难以看出胸腔积液所掩盖的肺组织有无其他病变, 最好能做胸部 CT 检查。

呼吸内科(主治医师) 该病人因经济困难, 未行 CT 检查, 胸腔积液常规、生化的结果提示为渗出液, 故可排除肝、肾、心等疾病所致的胸腔积液, 初步考虑为肺、胸膜局部病变引起。患者无发热、盗汗, 胸腔积液结核抗体阴性, PPD 试验阴性, 结核性胸膜炎的可能性不大, 虽然 3 次胸液脱落细胞检查未查到癌细胞, 但不能排除癌性胸腔积液的诊断。

呼吸内科(副教授) 患者系老年女性, 胸腔积液为渗出液。患者无结核中毒症状, PPD 试验阴性, 有消瘦、乏力、纳差等表现, 故首先考虑癌性胸腔积液, 其他肿瘤如乳腺癌转移等引起的胸腔积液也不应忽视, 但没有相应的表现。肿瘤性胸腔积液大约 60% 可在胸液中查到癌细胞。该病例 3 次脱落细胞检查阴性, 但不能完全除外恶性病变所致。可采取其他方法进一步明确诊断, 如胸腔镜检查、纤维支气管镜检查、胸膜活检等。另外, 结核性胸膜炎也不能完全除外, 虽然患者的临床表现和现有实验室检查结果不支持该诊断, 但该病是我国的常见病, 而且也是能够治愈的疾病。如果患者确因经济困难不愿接受进一步检查, 可以征得患者本人及家属同意后给予抗痨治

疗，并密切随访。

普内科（副教授） 患者虽然临床表现支持肿瘤性胸腔积液，但多次脱落细胞检查未查到癌细胞，故还应想到其他疾病引起的可能性，如结缔组织疾病。最常引起胸腔积液的结缔组织疾病是类风湿性关节炎和系统性红斑狼疮。类风湿性关节炎多见于中年男性，胸液亦是渗出液，胸液细胞分类以T淋巴细胞为主，比较有特征性的表现是胸液中葡萄糖含量极低，常低于3.5g/L，有时低于2.5g/L，而血糖正常，胸液中CH₅₀和C₃、C₄低下，IgM、类风湿因子阳性率高于血清。该病例虽为老年女性，可做一下这方面的相应检查。系统性红斑狼疮合并胸腔积液约为50%~75%，但多为双侧，患者常有发热，胸液中可检出狼疮细胞，抗核抗体常阳性，胸液中补体C₃、C₄含量甚低。该患者无系统性红斑狼疮的相应表现，不太支持该诊断。

呼吸内科（教授） 该病例是有关渗出性胸腔积液的诊断和鉴别诊断，同意前面几位医师的分析。渗出性胸腔积液以结核性胸膜炎占大多数。该病多见于青壮年，起病急，有发热、干咳全身不适等表现。胸液常规检查以淋巴细胞为主，胸液ADA（腺苷脱氨酶）常大于450U/L，PPD试验多为强阳性，甚至有作者认为，行PPD增强试验仍为阴性的患者，可排除结核性胸膜炎，该患者很多方面都不支持，但不能完全排除老年人的无变应性结核病，目前考虑肿瘤性胸腔积液的可能性大，除肺癌胸膜转移和其他肿瘤转移至胸膜腔外，胸膜间皮瘤也应考虑。该病以进行性胸痛、呼吸困难、血性胸液（约75%为血性胸液）及胸膜增厚为主要表现，可有乏力、纳差、体重减轻和刺激性咳嗽，胸片可见胸膜呈不规则状、波浪状或结节状增厚，而不伴胸廓凹陷，确诊需靠胸膜活检或脱落细胞检查，但脱落细胞阳性率不如肺癌胸膜转移的患者高。该病例无石棉等接触史，临床上亦无进行性胸痛、呼吸困难、血性胸液及胸膜呈不规则状、波浪状或结节状增厚的表现，不支持点

仍较多。其他原因引起的胸腔积液,如胆固醇性胸膜炎、乳糜性胸腔积液等均有其比较特征性的表现,该病例没有相应的支持点,暂时不考虑。

借鉴点评

讨论次日行胸腔镜检查,在脏、壁层胸膜上均可见较多灰白色新生物,约 $0.4\text{cm}\times 0.3\text{cm}$ 大小,钳夹不易出血,钳取物送病理检查。术后在镜检切口的原位行闭式引流,2天后无胸液引出拔管,伤口愈合好。钳取的新生物病检报告为结核,给予异烟肼、利福平、乙胺丁醇治疗9个月,同时间断给予2个疗程的斯奇康(卡提素),肌肉注射。随访1年,病人全身状况恢复良好,胸液也未再复发。

该病例为老年结核病患者,老年结核病近年来有增多的趋势,我国3次流行性调查肺结核中 ≥ 60 岁组明显高于其他年龄组。老年结核症状不明显,多数发病隐匿(占67.2%),结核菌素反应阳性率随年龄的增长而减低,有报道老年结核菌素反应阴性与弱阳性者占71.6%,提示老年结核菌素反应阴性与弱阳性者不能排除结核的可能性。临床上绝大多数结核病患者结核菌素试验呈阳性或强阳性,但有少数患者因各种因素的影响结核菌素试验呈阴性,称为无变应性结核病,临床上平均发生率为4.6%。其发生原因主要有以下几种:(1)结核菌素试验的技术误差;(2)效价降低;(3)接种传染病疫苗后免疫反应受抑制;(4)重症结核病;(5)恶性肿瘤;(6)使用了某些抑制免疫功能的治疗;(7)营养不良、恶液质;(8)结节病;(9)免疫缺陷病;(10)结核感染的变态反应前期;(11)妇女月经期、妊娠期与哺乳期;(12)老年。该病例估计属于老年免疫功能低下人群,临床上对这类人群不能仅仅依据没有结核病的典型表现而排除结核病的诊断。

(江 涛)