



张奉春 主编

北京协和医院
PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

内科大查房

(一)



中国协和医科大学出版社

北京协和医院

PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

内科大查房

(一)

主 编 张奉春

副主编 李太生 严晓伟 李 航



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

北京协和医院内科大查房 (一) / 张奉春主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2016. 1
ISBN 978-7-5679-0455-2

I. ①北… II. ①张… III. ①内科-诊疗 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 267306 号

北京协和医院内科大查房

主 编: 张奉春
责任编辑: 韩 鹏
助理编辑: 杨小杰

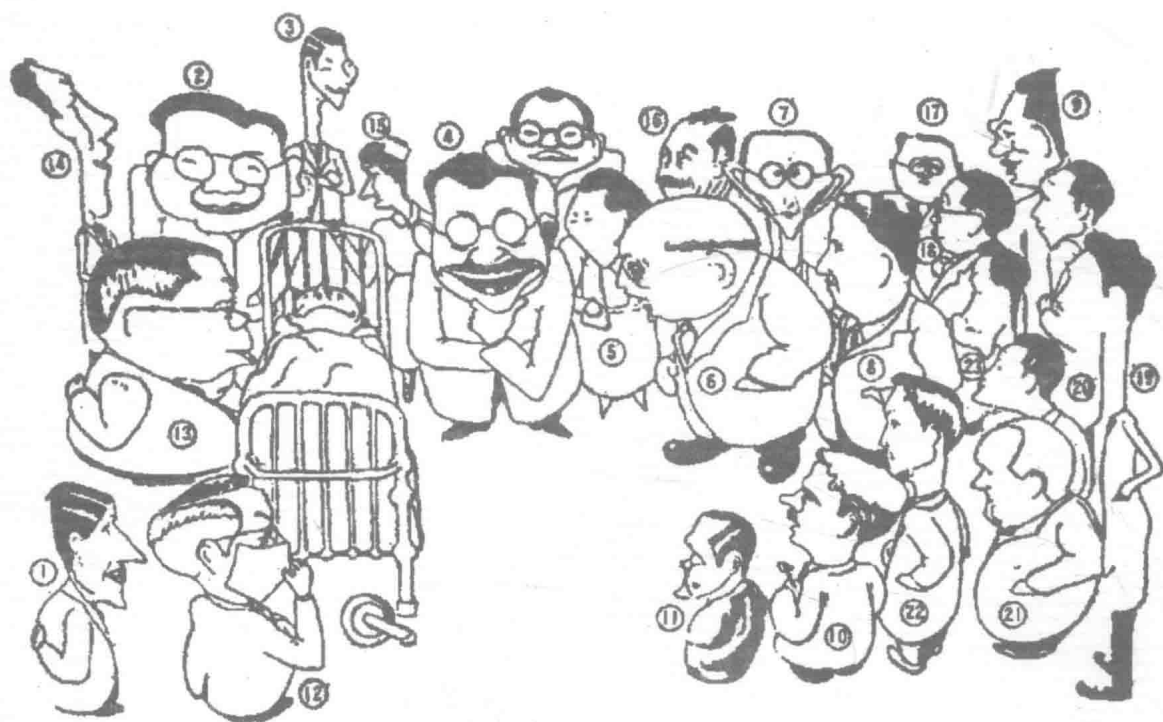
出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/16 开
印 张: 17.75
字 数: 400 千字
版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 70.00 元

ISBN 978-7-5679-0455-2

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)



源于20世纪20年代、传承至今的内科大查房，始终是北京协和医院内科临床、教学工作的亮点。上图是北京协和医学院1940级学生林俊卿所做，以漫画形式描绘了当年内科大巡诊的壮观场面。

- | | | | | |
|-----------------|--------|------|--------|------|
| 内 科：①朱宪彝 | ②刘士豪 | ⑤郁采馨 | ⑥斯乃博 | ⑦诸福棠 |
| ⑫董承琅 | ⑬钟惠澜 | ⑭张光壁 | ⑮美籍护士长 | ⑯王叔咸 |
| ⑳王季午 | ㉑阿斯布兰德 | ㉒卞万年 | ㉓邓家栋 | |
| 皮 肤 科：③李洪迥 | ④傅瑞思 | | | |
| 放 射 科：⑨谢志光 | ⑪许建良 | | | |
| 病 理 科：㉔秦光煜 | | | | |
| 神经精神科：⑩希 尔 | ⑬魏毓麟 | | | |
| 寄 生 虫 科：⑪许雨阶 | | | | |
| 儿 科：⑧麦考里 | ⑯范 权 | | | |
| 病 毒 科：㉕黄祯祥 | | | | |

内科大查房时，几百名医生“集思广益”，为一个病人会诊，解决患者诊治过程中的疑难问题，可以称得上是真正意义上的全科，甚至全院大会诊。很多查房时提出的意见和建议极具针对性，既解决了罕见、复杂、疑难病例的诊断与提出下一步治疗方案，更是培养医学生、青年医师形成临床思维的好形式。

《北京协和医院内科大查房（一）》

主 编 张奉春

副主编 李太生 严晓伟 李 航

编 委

张 磊	朱园园	张 昀	陈 洋	王 亮	张 婷
张 路	张晟瑜	钱 浩	徐 蕙	胡蓉蓉	王 为
范俊平	白 炜				

审稿人 (按姓氏笔画排序)

马小军	方卫纲	方理刚	王 迁	王书杰	叶文玲
田欣伦	吕 红	庄俊玲	张 文	李 航	李明喜
李景南	范洪伟	施举红	曾学军	韩 冰	

编 者 (按姓氏笔画排序)

马 杰	马小军	毛玥莹	王 为	王 玉	王 亮
王 强	王 颖	王书杰	王 文	乐 偲	叶益聪
白 炜	乔 琳	刘 岩	刘 赫	刘金晶	刘爱玲
孙雪峰	朱铁楠	池 玥	严雪敏	余 敏	吴 迪
张 雨	张冬梅	张可可	张博为	李 玥	李 敏
李 菁	李文彬	李晓青	杨 毅	杨莹韵	杨德彦
杨燕丽	陈 川	陈 苗	陈 罡	陈太波	陈闽江
周 爽	周 聪	周佳鑫	郑西希	姚 远	赵久良
赵昔良	赵南婕	夏 鹏	徐洪丽	郭潇潇	曹欣欣
黄晓明	黄程锦	赖雅敏	裴 强	樊晓红	魏 冲

前 言

自 1921 年北京协和医院建院以来，内科每周一次的疑难病例讨论一直传承至今。一代代协和医生从这项医疗实践工作中终生获益，掌握了对临床病例的分析和解决问题的方法，医疗水平也因此不断提高。他们中很多人成为各个医疗学科的知名医师及学科带头人。严格意义上讲，临床医学就是实践科学，没有实践就不能产生真正的医生。医学书本知识要与医学实践相结合，否则书本读得再好，也难以正确的诊治一个病人。

当今医学快速发展，临床医学更是分科不断细化，不仅有内外科等等，根据不同的系统又划分为三级科系，比如：内科的心血管内科、呼吸内科、消化内科等，甚至在有些医院已经细划到专病。这样的划分，有利于专科医生对所从事学科的专业化，研究更深入，能更好地把握国内外进展，对疾病的诊治也更精准。但也随之出现了另外一个问题。一个患者绝不可能都知道自己患了什么样的疾病，一个疾病也可以同时有多种表现或不同表现，一个人也可能同时患几种疾病。那么这个时候由谁来为他们诊治，首诊由谁来进行。特别是首诊医师，无论是否为专科医生都应对病人做出相应的准确诊断，完成最基本的诊疗过程，然后为病人指引一个明确的就医路线，避免让病人延误诊断和治疗，而走很多弯路，浪费很多时间和金钱。

试想，在大型综合医院中，专科发展深入，每个专科医师只关心本专业疾病，遇到与本专业不符的病人就一推了之，或者遇到出现其他系统损伤，哪怕一点小问题也都要请专科会诊，病人看一个病可能要找几个科室，几个医师才能得到有效的诊治，如果这样我们的医疗体制将是一个什么样的局面。

现在举国在讨论医改，都希望改变政府不满意，医务人员不满意，患者也不满意的状态。这其中重要一环就是关注临床医学两个方面的发展。即：专科与综合的发展并重。只有两个方面都得到发展才能真正解决看病难，也很大程度降低了就医的费用。

本册书本中所描述的每一个病历都是北京协和医院内科病历讨论中的真实病历。读者从这些病历中可以体会到，当一个疾病在一个病人身上出现，往往伴随很多教科书上

无法完全描述的各种表现。而这些表现所能反映出的疾病也错综复杂，有时可能是单一疾病的不同表现，也可能是一个病人同时患几种疾病，而交织在一起的表现，这时候，往往需要非常有临床经验的医师进行分析才能得出准确的结论，这种经验和医学知识只有理论联系实际，通过对大量的疑难病例进行广泛的疾病认识和细致的分析，才能逐渐达到这样的水准。在这些病例的讨论中，集众多医师的集体智慧，使众多病人的疾病得到了正确的诊治，也使我们的医师对疾病有了更深的认识。我们选取了一些病历，把他编书成册。而且，我们将把《北京协和医院内科大查房》办成系列丛书，提供给读者，就是希望我们的读者能通过对这些病例的认识从中获益。

北京协和医院内科学系主任

张奉春

2015年11月20日

目 录

感 染 科

间断发热 3 月余	(3)
-----------------	-------

呼 吸 科

间断胸痛伴憋气 1 年余	(13)
发热 13 天, 呼吸困难 8 天	(19)
间断发热、干咳、活动后气短 1 年	(26)

免 疫 科

口腔溃疡 4 年, 视物模糊、皮疹 9 月, 发热、呼吸困难半月	(37)
间断鼻出血 10 年, 腹痛 6 月, 双下肢水肿 1 月	(42)
间断发热、皮疹 4 年余, 再发 3 月	(49)
反复腹痛、全身淋巴结肿大 1 年余	(60)
口眼干 10 年, 间断发热 1 年余, 腹痛 6 月	(70)
间断皮疹伴发热 3 年余, 加重伴头痛 1 月	(76)

普 内 科

头晕、头痛 4 月, 双眼视力下降、右下肢肿胀 2 月余	(85)
发现胆红素水平升高 1 年, 皮肤黄染、牙龈出血 3 月	(94)
皮肤变黑 9 年, 反复腹水 7 年, 右下肢肿胀 4 月余	(100)
面部肿胀、发热、张口受限 2 年, 上睑下垂 1 年	(109)

肾 内 科

间断发热伴肉眼血尿 2 月, 双下肢水肿 1 月余	(121)
间断双下肢水肿 15 年	(127)
双下肢水肿 1 个月, 加重伴抽搐 1 天	(135)
上腹部胀痛、上眼睑肿胀 10 年, 双下肢水肿半年	(143)
水肿、少尿、黄疸 3 月	(149)
尿中泡沫增多 9 月, 双下肢水肿 5 月, 加重 1 月余	(157)

消化科

四肢水肿 10 余年，双侧胸腔积液 2 年余，腹围增加 8 月余	(167)
发热、咳嗽 1 年余，皮肤溃疡 5 月，腹泻 1 月	(173)
咳嗽、咳痰、发热 2 月余，腹胀 50 天	(182)
尿色加深 3 月余，腹痛伴皮肤巩膜黄染 2 月	(189)
乏力伴尿色加深 5 月，皮肤、巩膜黄染 2 月	(197)

心内科

体检发现心功能不全 2 周	(207)
反复一过性意识丧失 3 月余	(214)
双下肢水肿 1 年余，四肢肌无力 6 月	(221)
双下肢水肿 3 年，咳嗽近 2 年，活动后憋喘 1 年余	(227)
发现血压升高、胸闷 5 月，喘憋 2 月	(235)

血液科

左下肢疼痛 2 月余，腹痛 1 月	(243)
皮肤变黑 5 年余，乏力、心悸 10 月	(251)
全身皮肤瘙痒 6 月余，发现淋巴结肿大 1 月余	(258)
口干、多饮、多尿 3 年余，骨痛 3 月	(265)

附录 缩略词表	(271)
---------------	-------

感 染 科

间断发热3月余

这是一例起病初期以间断发热为主、后期以持续高热伴肝脾进行性增大为临床表现的青年女性患者。辅助检查发现肝脾、多处淋巴结等单核内皮系统增生。历时3个月未能明确诊断，入院后多次会诊，首先考虑淋巴瘤可能性最大。5次骨髓活检未能确诊，在经验丰富的骨髓形态学专家阅片后，将诊断方向确定为黑热病、荚膜组织胞浆菌病；因未发现利什曼原虫的镜下确诊依据——动基体，提示临床重点排查荚膜组织胞浆菌病。第6次骨髓穿刺并培养，镜检发现酵母样菌体，在延长标本培养时间至61天时，终于确诊为荚膜组织胞浆菌。经抗真菌治疗后症状完全缓解出院。



一、病例摘要

患者，女，30岁。因“间断发热3月余”于2014年7月11日入院。

(一) 现病史

患者于2014年3月22日无明显诱因出现发热， $T_{\max}$ 38.7℃，伴畏寒、肌肉酸痛、头晕，无皮疹、头痛、咳嗽、咳痰、胸痛、腹痛、腹泻、尿频、尿痛，自服布洛芬后体温降至正常。2014年4月15日再次出现发热，间隔2~3天发热1次， $T_{\max}$ 39.5℃，伴随症状同前，服用解热镇痛药可退热。外院给予头孢米诺、左氧氟沙星、西索米星抗感染，利巴韦林抗病毒治疗，发热无改善。2014年5月持续发热，每天1个热峰， $T_{\max}$ 39.5℃。2014年5月19日就诊于外院，查血常规：WBC $4.6 \times 10^9/L$ ，NEUT% 57.1%，Hb 100g/L，PLT $159 \times 10^9/L$ 。肝肾功能：TP 48g/L，Alb 29g/L，PA 33mg/L；ESR、RF、铁蛋白均正常。凝血功能：Fbg 8.0mg/L。抗单纯疱疹病毒I型-IgM、抗单纯疱疹病毒II型-IgM、CMV-IgM、抗甲流病毒IgM、抗乙流病毒IgM及抗副流病毒1，2，3型IgM、抗腺病毒IgM、抗肺炎支原体IgM、抗肺炎衣原体IgM、抗军团菌IgM、抗Q热IgM均(-)，外周血涂片找疟原虫×2次、肥达外斐试验、结核分枝杆菌淋巴细胞培养+干扰素测定(T. SPOT-TB)及血吸虫、肺吸虫、弓形虫等血清抗体均为阴性。外周血涂片：血小板散在分布，可见大血小板，红细胞大小不一，部分细胞中淡染，偶见破碎红细胞。骨髓涂片：骨髓增生活跃，粒红两系增生活跃，粒系伴核左移，ALP积分减低，巨系尚增生，可见单核样组织细胞及噬血组织细胞。

骨髓活检未见异常。免疫指标：ANA、抗 ENA 抗体均（-）。肿瘤指标：AFP、CEA、CA19-9、CA125 均（-）。PET/CT：右颌下、锁骨上、后腹膜、肠系膜多发淋巴结代谢增高，SUV 2.2~3.5，脾大，少量盆腔积液。予头孢吡肟+左氧氟沙星抗感染治疗，症状无改善。2014 年 6 月下旬患者出现颜面部及躯干片状斑丘疹，无破溃、脱屑，当地医院考虑风疹，给予中药治疗，12 天后疹退，未遗留瘢痕和色素沉着。6 月底于当地诊所静脉滴注青霉素+地塞米松 5mg×6 天，第 1、2 天体温正常，第 3 日再次发热，T_{max} 38.5℃。为进一步诊治入院。

患者自患病以来，精神、体力、食欲欠佳，睡眠可，尿便正常，体重下降 5.5kg。

（二）既往史

否认明确慢性病史，否认结核、肝炎等传染病史及接触史，否认食物药物过敏史。

（三）个人史

生于浙江省台州市，2014 年 3 月 15 日参加过一次野外露营，近期末出国及去外地。

（四）月经史、婚育史、家族史

无特殊。

（五）入院查体

T 39.2℃，HR 88 次/分，BP 95/60mmHg，R 19 次/分，SpO₂ 93%。浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，无压痛、反跳痛、肌紧张，肝下界于锁骨中线肋下 3cm，肝区无叩痛，脾肋下未触及，移动性浊音（-），肠鸣音 3 次/分，双下肢不肿。

（六）诊治经过

入院完善相关检查。

血常规：WBC $2.42 \times 10^9/L$ ，NEUT% 65.7%，EOS% 0.4%，Hb 73g/L，PLT $112 \times 10^9/L$ 。尿常规、便常规+潜血（-）。肝肾功能：Alb 27g/L，余未见异常。血清铁 16.5μg/dl，转铁蛋白 1.13g/L，总铁结合力 139μg/dl，转铁蛋白饱和度 10.4%，铁蛋白 610ng/ml。凝血功能：PT 13.0s，APTT 39.3s，D-Dimer 1.86mg/L。ESR 16mm/h，hsCRP 35.62mg/L。T 淋巴细胞亚群：B 淋巴细胞比例减少（6.7%），计数减少（36/μl）；CD4⁺T 细胞比例正常，计数减少（42.4%）；CD8⁺T 细胞比例升高（40.8%），计数减少（217/μl）；CD4⁺T/CD8⁺T 比例正常（1.04）；纯真 CD4⁺T 细胞比例正常（45.0%），计数降低（101/μl）；CD4⁺T 细胞第二信号受体（CD28）表达比例正常（97.5%）；CD8⁺T 细胞第二信号（CD28）表达比例升高（72.1%）；CD28⁺T 细胞有异常激活。G 试验：1591.20pg/ml；CMV-IgM、PP65、微小病毒 B19-IgM、利什曼原虫抗体、隐球菌抗原、弓形虫抗体、肥达外斐试验、肺军团抗体（-）。血培养×3 次（-）。ANA 19 项、抗 ENA 抗体、ANCA（-）。胸腹盆 CT：双肺多发斑片索条影，双侧胸腔积液，纵隔内多发肿大淋巴结。肝、脾大，胆囊壁厚伴周围积液，

肝内胆管略扩张，腹膜后、系膜根部多发肿大淋巴结；右侧附件囊实性密度影。腹部超声：肝剑下 2.5cm，肋下 5.6cm，右肝斜径 13.4cm，肝回声均。脾厚 5.0cm，长径 16.4cm，肋下 1.5cm。超声心动图：三尖瓣可见少量反流，估测肺动脉收缩压 47mmHg，微量心包积液。7月14日行第一次骨髓穿刺送检骨髓涂片可见：疑似组织胞浆菌（图1）。骨髓病理：造血组织中粒红系比例大致正常，巨核细胞可见，可见散在及小灶浆细胞浸润。治疗上7月22日开始伊曲康唑口服液 0.25g q12h 治疗（至8月4日），体温无下降。7月25日复查骨髓穿刺，送检骨髓真菌涂片：见到大量酵母样孢子（图2）。骨髓病理：组织细胞内可见酵母菌样真菌菌体，PAS 染色（+），六胺银染色（+），黏卡（-）。结合特殊染色（图3）及病史不除外组织胞浆菌或马尼菲青霉菌。7月29日将伊曲康唑更换为两性霉素 B 逐渐加量至 25mg qd 静脉输液治疗，给药前予 1mg 地塞米松入壶，8月12日停用 地塞米松，后未再发热。

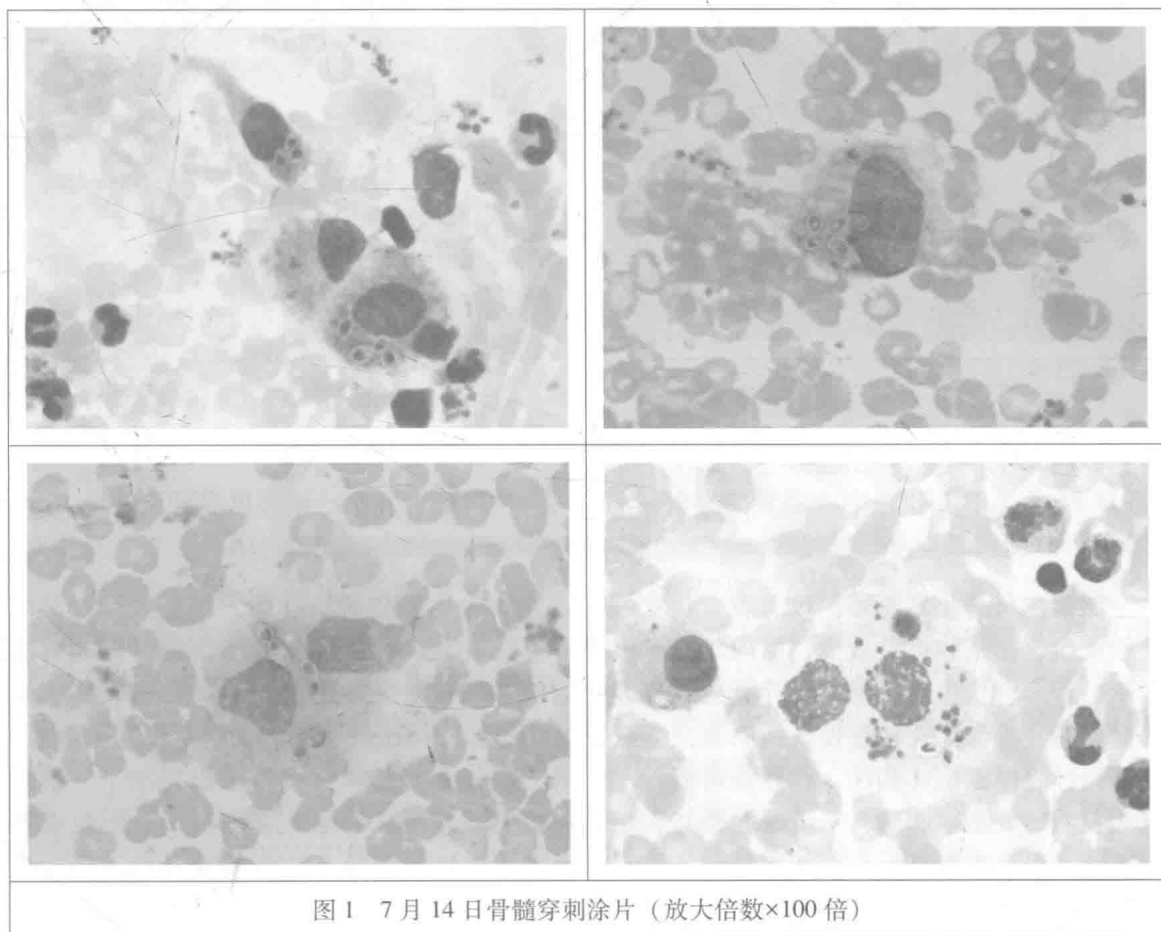


图1 7月14日骨髓穿刺涂片（放大倍数×100倍）

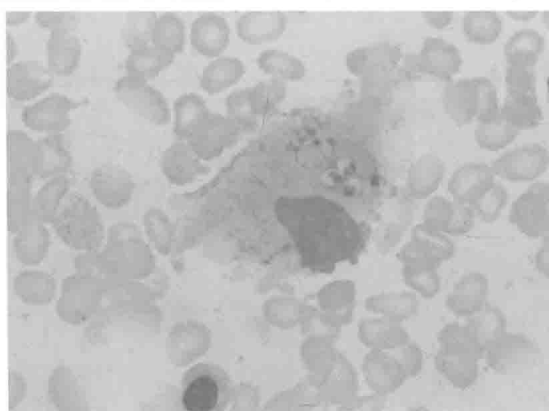
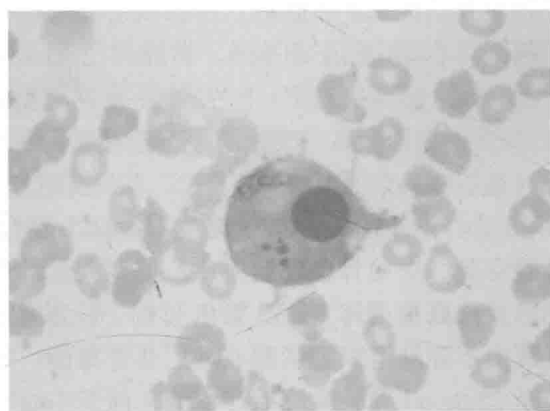
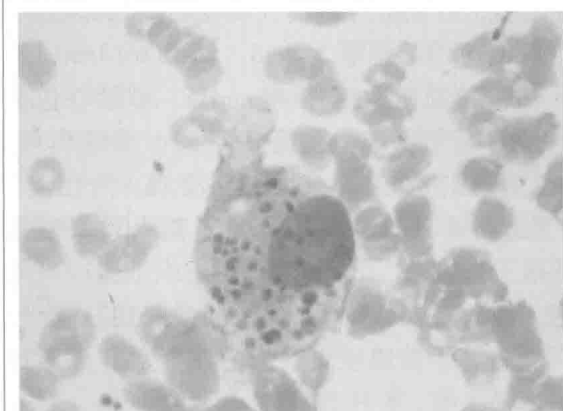


图2 7月25日骨髓穿刺瑞氏染色
(放大倍数 $\times 100$ 倍)



二、讨论

感染内科马小军医师：该患者青年女性，以发热为主要症状，查体发现肝大，血常规提示贫血、白细胞计数减少，影像学提示多发淋巴结肿大，在外院就诊3个月，未能明确诊断，予多种抗生素抗感染治疗无效，以发热待查收入院。入院后进行相关筛查，G实验明显增高，骨髓涂片检查发现病原体，考虑组织胞浆菌、利什曼原虫、马尼菲青霉菌可能。送检利什曼原虫抗体阴性，黑热病可能性小。第2次复查骨髓涂片发现酵母样孢子，诊断双相真菌感染基本明确，予抗真菌治疗，患者病情明显缓解。马尼菲青霉菌多见于免疫抑制人群，而该患者并无免疫抑制基础。虽有白细胞、中性粒细胞、 $CD4^+$ 细胞计数下降，考虑与真菌感染后引起骨髓抑制。综上所述，目前诊断考虑组织胞浆菌可能性大。此次提请内科大查房，主要目的如下：①散发组织胞浆菌在国内时有报道，但我院却不多见，相关经验不多；②该患者来自于南方，有流行病学依据；诊断倾向于组织胞浆菌，但目前无明确病原学、相关抗原检测结果，需与兄弟科室探讨具体病原学；③如该患者组织胞浆菌病诊断明确，分型应属于播散型组织胞浆菌病，疗程判断尚有争议，国内专家多推荐10周，但国外专家更推荐1年，故与各位专家探讨相关疗程。

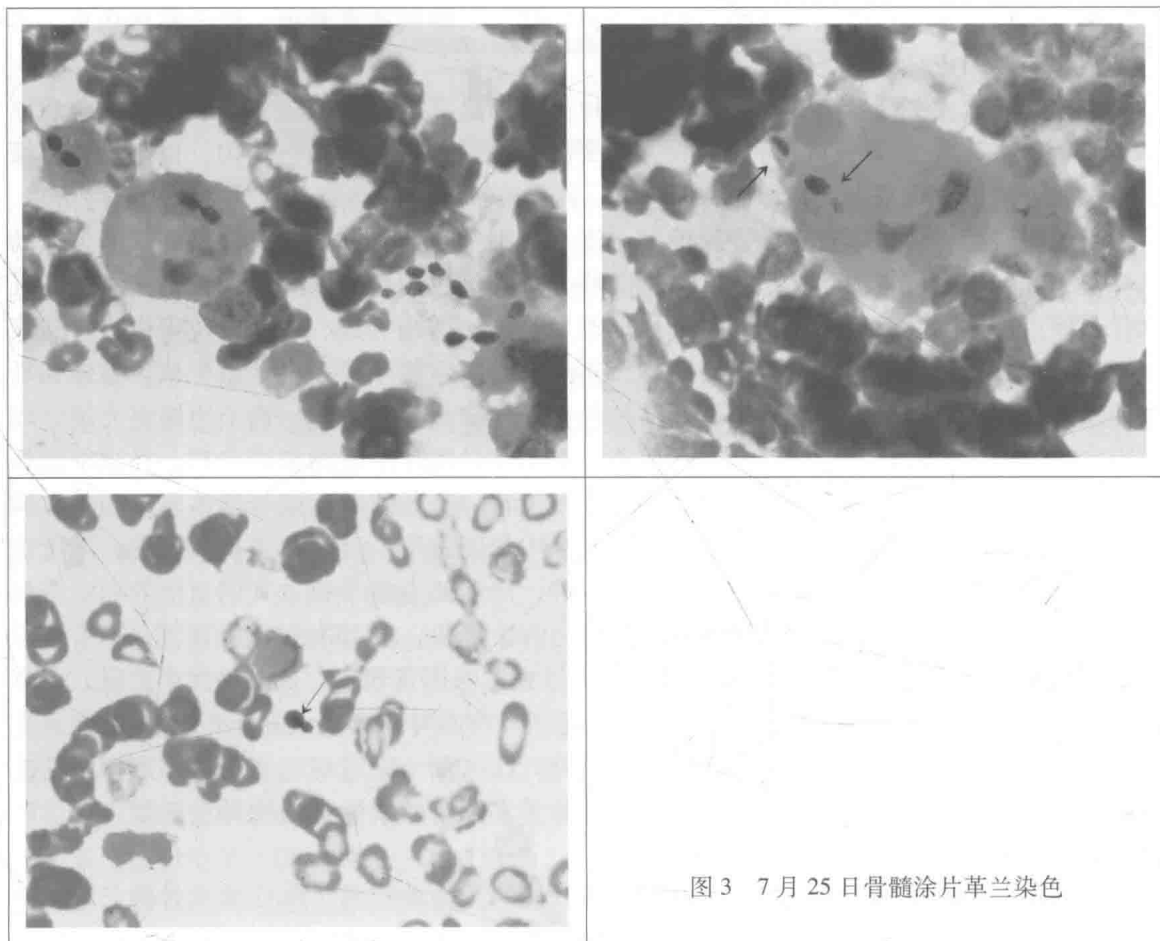


图3 7月25日骨髓涂片革兰染色

骨髓室蒋显勇医师：患者为青年女性，先后送检3次骨髓涂片。2014年7月14日第一次骨髓穿刺，片中吞噬细胞内可见病原体，淡蓝色胞质，周围有白色空晕，局部可见核分裂，形态类似利什曼原虫，但全片未见动基体，诊断依据不足。骨髓象需要鉴别病原体有：利什曼原虫、组织胞浆菌、马尼非青霉菌，各自特点如下：①骨髓涂片诊断利什曼原虫最主要依据即为找到动基体，该患者骨髓涂片没找到动基体；②马尼非青霉菌在骨髓涂片上形态不规则，圆形、椭圆形或长椭圆形、腊肠样，病原体成簇时呈桑葚样，部分病原体内可见一不着色的透明样横隔；③组织胞浆菌病原体形态较规则，呈类圆形，周围可伴有空晕，由细胞壁固缩而成，糖原染色阳性。鉴于以上几点，从形态学上考虑组织胞浆菌可能性较大，加做糖原染色阳性，进一步支持上述考虑。第3次送检骨髓涂片：部分细胞核变形，吞噬细胞内病原体减少，可能与抗真菌治疗后反应有关。

病理科姜英医师：该患者共送检两次骨髓活检。7月14日第1次送检骨髓组织内可见片状出血，造血组织减少。高倍镜下所见，造血组织粒红系比例正常，可见少量单核样细胞，未见上皮样肉芽肿等真菌感染相关表现。CD3⁺染色及CD20⁺染色可见散在阳性细胞，病初考虑不排除淋巴增殖系统疾病，从该片来看，不支持。第2次骨髓活检与第1次进行比较，造血组织增多，高倍镜下可见少量胞质淡染细胞、周围有空晕的酵母样真菌菌体，

黏卡染色阴性，不支持隐球菌感染。PAS 染色阳性，六胺银亦有着色，结合临床病史，不排除组织胞浆菌或马尼菲青霉菌。

细菌室杨启文医师：第1次骨髓穿刺涂片，可见出芽生殖真菌较特异表现，综合病原学大小、形态，考虑酵母样菌可能性大。第2次骨髓涂片：革兰染色均匀、偏阳性，边缘清楚，符合酵母样孢子表现，考虑真菌感染。需要鉴别的病原体有：利什曼原虫、弓形虫、荚膜组织胞浆菌、马尼菲青霉菌、隐球菌。逐一鉴别：利什曼原虫涂片应见到动基体，动基体位于细胞边缘、与细胞核平行、呈腊肠样，瑞氏染色蓝色，该患者未见到该结构，且利什曼原虫抗体阴性，均不支持。弓形虫形态呈长形、两端尖细、细胞核位于中央，与该患者骨髓涂片所见不符，弓形虫 IgM 阴性，不考虑。组织胞浆菌系出芽型生殖，芽体和母体相连处较细，与其他出芽型生殖菌如马拉色菌子代窄径出芽不同。孢子边缘不光滑，局部有突起，与该患者骨髓涂片符合。马尼菲青霉菌在骨髓片中成团簇分布，吞噬细胞外成腊肠样改变，多有横隔，与该患者骨髓片表现不符。隐球菌晕荚膜与菌体厚度相等，镜下见晕圈较大，周围有多发荚膜抗原。该患者片中晕圈较窄，且隐球菌抗原阴性，不考虑隐球菌感染。为明确诊断，该患者已行骨髓培养，培养皿有血平板、真菌血培养瓶、需氧菌血培养瓶等，组织胞浆菌和马尼菲青霉菌均为两性真菌，在 25℃ 时呈真菌相，37℃ 时呈酵母菌相，目前已培养近 20 天，仍未生长。该检查影响因素较多：如取得标本的量，内含细菌量，是否用抗真菌药物等。荚膜组织胞浆菌培养所需时间较长，国外有报道 30 余天才可有微弱生长，目前需要继续观察培养结果。此外，已联系外院组织胞浆菌抗原测定，如抗原阳性亦支持诊断。除上述检查外，还可补充分子学测定，如能查到特异性核酸，对诊断也有较大价值。

感染科李太生教授：该患者为青年女性，以发热为主要症状，病灶累及骨髓，有小淋巴结大，肝脏大，呈全身播散型分布。诊断真菌感染基本明确，下一步诊断重点集中在具体病原学方面。①从播散型特点来看，倾向于组织胞浆菌或马尼菲青霉菌，隐球菌感染虽亦可呈播散型，但主要累及肺部、脑；②流行病学方面，目前浙江地区尚未有利什曼原虫感染，马尼菲青霉菌感染常见于广东、广西、云南，而组织胞浆菌在江浙地区有感染病例报道。

感染科马小军教授：目前真菌病诊断明确，具体病原还需各科合作进一步诊断。治疗上，组织胞浆菌及马尼菲青霉菌治疗均首选两性霉素 B，如不能耐受可考虑伊曲康唑。疗程方面，国内推荐不短于 10 周，但国外推荐更长疗程，故拟计划在依据临床症状及 G 实验好转情况下进一步制定，不短于 10 周。该病诊治体会有两点：①多学科合作对于诊断少见病、疑难病有十分重要的意义；②对于有诊断意义的实验室检查，必要时需要重复进行。



三、转 归

2014 年 7 月 25 日送检骨髓培养于 2014 年 9 月 23 日回报荚膜组织胞浆菌，故播散型组织胞浆菌病诊断明确。患者出院后未再发热，于 2014 年 12 月 11 日停用两性霉素 B（累积计量 3.3g），改为伊曲康唑口服溶液治疗，计划总体疗程 1 年，规律随诊中。