

病案讨论汇编

第二辑



病案讨论汇编

第二辑

人民卫生出版社

病案讨论汇编

第二辑

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

兰州八一印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 32开本 10 $\frac{1}{4}$ 印张 216千字

1980年12月第1版第1次印刷

印数：1—27,150

统一书号：14048·3899 定价：0.74元

出版说明

一九七五年十二月出版第一辑《病案讨论汇编》后，《赤脚医生杂志》又陆续发表了几十篇病案讨论，受到广大读者的欢迎。现在，应读者的需要，汇编出版第二辑，以供基层医务人员参考。

本书选编了内、外、妇产、儿、五官、皮肤科病案讨论共49篇，每个病案重点介绍了诊断、鉴别诊断、检查方法和中西医结合的防治知识，可以帮助基层医务人员提高临床思维能力和防治工作水平。

对本书存在的缺点和错误，希望广大读者提出宝贵意见，以便改进工作。

人民卫生出版社

1980年2月

目 录

主诉：畏寒、发热、全身酸痛5天，伴尿少1天	(1)
主诉：发热、头痛、皮疹、谵妄10天.....	(9)
主诉：发热10天，伴有畏寒、便溏.....	(17)
主诉：发冷、发热、微汗20多天，巩膜发黄5天	(24)
主诉：发热4天，神志不清4小时.....	(28)
主诉：腹痛、腹泻、便血4月余，近1月来心悸、 气短、浮肿.....	(34)
主诉：发热12天，咳嗽9天，咯铁锈色痰、胸痛5 天.....	(43)
主诉：心悸、眼花8个月，近1个月来间断解黑便	(48)
主诉：昏迷、偏瘫3小时.....	(54)
主诉：发热、咳嗽4天，咯血1天.....	(60)
主诉：发热、咳嗽9天，昏迷3天.....	(68)
主诉：咳嗽、气喘20余年，心慌、浮肿10余天，昏 迷1天.....	(74)
主诉：畏寒、发热、咳嗽、胸痛9天.....	(83)
主诉：乏力、咳嗽、胸痛10余天.....	(90)
主诉：发热、咯血、胸痛、气急1年.....	(97)
主诉：反复鼻衄、皮肤逐渐苍白、乏力10个月.....	(105)

主诉：右腹部疼痛 5 天·····	(111)
主诉：发作性游走性关节红肿热痛 17 年，耳廓、踝 关节出现玉米粒及米粒大结节 1 年·····	(117)
主诉：乏力、头晕、恶心一年半，呕吐、腹泻 3 天，神志不清 2 天·····	(123)
主诉：上腹部隐痛、黄疸半月，腹痛加剧、呕吐、 腹胀 2 日·····	(132)
主诉：上腹部饱胀、纳减及乏力 1 月余，伴有黄疸 进行性加深·····	(138)
主诉：食后引起突发上腹剧痛 5 小时·····	(145)
主诉：右下腹突然剧痛持续 18 小时·····	(151)
主诉：腹泻两周，1 天来阵发性哭闹、呕吐，排便 血 1 次·····	(158)
主诉：发热、腹内肿块 30 余天·····	(165)
主诉：头昏头晕、腹胀腹痛 3 天，发热 2 天·····	(171)
主诉：便血、腹泻 5 月余·····	(178)
主诉：恶心、呕吐 3 天，发热 1 天·····	(185)
主诉：妊娠 36 周，下肢浮肿 3 个月，头痛半天，抽 搐 2 次·····	(190)
主诉：妊娠 36 周，突然阴道大量流血·····	(198)
主诉：妊娠 38 周，突然阴道流水·····	(204)
主诉：停经近 4 个月，阴道大量流血 3 天·····	(210)
主诉：突发腹痛 1 小时、休克·····	(214)
主诉：停经 3 个月，半月来阴道少量出血·····	(221)
主诉：停经 3 月余，阴道出血，伴有葡萄样组织排 出·····	(228)

主诉：妊娠足月，突然出现阵发性腹痛18小时，伴 有恶心呕吐·····	(235)
主诉：停经 7 月余，腹部迅速增大 2 月·····	(241)
主诉：接触性阴道少量出血 7 年·····	(247)
主诉：停经 3 个月，下腹部肿物 1 个月余·····	(254)
主诉：右眼胀痛，视力减退伴偏头痛、恶心、呕吐 6 小时·····	(260)
主诉：右耳流脓 4 年，发热、剧烈头痛 5 天·····	(270)
主诉：5 个月婴儿，3 天来口内起白口糊，吮乳哭 闹不安·····	(278)
主诉：鼻内反复出血 6 天·····	(281)
主诉：右耳发生堵塞感近 1 年，颈部肿块半年，腰 痛半月·····	(286)
主诉：注射链霉素数秒钟后，出现胸憋、嗓子发 紧、面色变白·····	(294)
主诉：头部红斑 6 年余，伴有黄色结痂·····	(297)
主诉：发热伴全身皮疹 3 日·····	(303)
主诉：头痛、乏力、食欲减退、恶心、呕吐 1 天·····	(308)
主诉：上腹部疼痛，伴恶心、呕吐、腹泻、发热 2 小时·····	(313)

主诉：畏寒、发热、全身酸痛5天，伴尿少1天

湖北省汉川县人民医院内科 陈明琛

病 历 摘 要

患者张××，男，35岁，农民，湖北汉川人，于1975年2月4日入院。

患者于5天前开始出现畏寒、发热，热持续不退，并伴有全身酸痛，尤以腰痛为甚。恶心，曾呕吐数次，吐物为胃内容物及黄水。无咳嗽、流涕。在当地诊断为上呼吸道感染，曾用氨基比林和复方阿斯匹林等解热镇痛药治疗。用药后热度下降，但恶心、呕吐加重，尿量减少，精神差，烦躁不安，遂于2月4日急诊入院。

既往身体健康，一个月前曾在新开垦水利工地劳动过。

体格检查：体温 37.5°C ，脉搏90次/分，呼吸16次/分，稍深大，血压80/64毫米汞柱。发育营养中等，神志清楚，呈酒醉面容。两腋下见抓痕样出血点，压之不退色，注射部位可见瘀斑。咽部及软腭处充血，球结膜充血水肿。心音尚有力，心率96次/分。肺无异常发现。双侧肾区无叩击痛。腹软，肝脾未扪及。无病理神经反射。

实验室检查：红细胞计数580万/立方毫米，血红蛋白15克%，白细胞计数31,000/立方毫米，中性粒细胞80%，

淋巴细胞20%，可见异性淋巴细胞。尿常规：蛋白+++，红细胞+，白细胞+，颗粒管型少许。

入院后于24小时内急查血液二氧化碳结合力为30容积%，非蛋白氮50毫克%。立即注射5%碳酸氢钠100毫升和静脉滴注150毫升，然后用50%葡萄糖100毫升加维生素丙1克和20%甘露醇100毫升每隔6小时注射1次，连用2次。再用10%和25%葡萄糖各500毫升加氢化考的松200毫克和维生素丙3克静脉滴注。

经上述处理后，血压于入院后48小时回升至110/70毫米汞柱，较稳定。但患者每日尿量却由1,100毫升减少至450毫升。于是在入院第三天改用利尿合剂加20%甘露醇100毫升静脉推注1次。

入院第四天患者恶心呕吐，烦躁不安，出血加重，尤以牙龈出血和鼻衄为甚。24小时尿量在100毫升左右。血压150/90毫米汞柱。复查血液非蛋白氮100毫克%。遂停用利尿合剂，改用大黄芒硝导泻：大黄一两，芒硝15克，泡水服，每天一剂。连用二天后肠道排水2,500毫升，继而小便渐增至1,000毫升。但患者又出现头痛、呕吐、意识恍惚，检查血压为160/100毫米汞柱，脉搏洪大而有力，颈项稍强直，抬颈试验（布氏征）、提腿试验（克匿格氏征）均为阳性。继续用大黄50克、芒硝五钱导泻；注射利血平1毫克，每天2次；加用氯丙嗪50毫克和异丙嗪50毫克，每6小时注射一次；出现躁动时加用苯巴比妥0.15克肌肉注射和10%水合氯醛25毫升加水至50毫升保留灌肠各一次；加大止血药用量，止血敏每日4克，止血芳酸每天200毫克；每天静脉滴注氟美松10毫克。

以上药物连用三天后患者病情好转，神志清楚，头痛、呕吐减轻，尿量每天达到3,000毫升以上，血液非蛋白氮下降至68毫克%，血压140/90毫米汞柱。遂以口服补液为主，同服中药固肾汤。半月后患者尿量恢复正常，每天1,500~2,000毫升，血压110/80毫米汞柱，肾功能恢复正常，遂出院随访观察。

思 考 题

1. 本病应诊断为什么病？其依据是什么？
2. 本病应与哪些疾病相鉴别？如何鉴别？
3. 在患者病情发展的各个阶段，对此病的处理原则是什么？

讨 论

一、诊断问题

患者因畏寒、发热、全身酸痛、伴少尿而入院，结合流行病史、充血、出血等体征以及低血压和尿常规的变化等，可诊断为流行性出血热。

(一) 流行季节：本病是一种自然疫源性疾病，多散发于湖沼地区新垦工地，由于接触鼠(主要是野鼠)，被寄生在鼠身上的革螨叮咬后感染病毒而发病。本病全年均有散在发生，本地区大多发生于12月至次年2月。本病例发生于2月上旬，正为本病流行季节。

(二) 临床表现：

1. 感染中毒症状：流行性出血热往往起病急、畏寒、发热持续5~7天，体温38~40℃之间。呈重病容、头痛、眼

脘及腰部疼痛、不思饮食、恶心呕吐。极少数病人感上腹部及右下腹部疼痛，可误诊为急腹症。本病例具有发病急、发热持续不退、伴有全身酸痛，尤以腰痛为甚的特点，并有恶心、呕吐的临床表现。

2. 充血水肿及出血倾向：颜面、颈部、胸前充血潮红，眼结膜充血及出血，咽部及软腭充血、瘀点，胸前及腋窝散在或抓痕样条索状出血等，为本病常见而特殊的表现。本病例上述症状均表现较为明显，呈酒醉面容。

3. 肾脏损伤症状：以出现严重的蛋白尿为其特点，并有红细胞及管型，重症可有膜状物随尿排出，有轻重不等的肾功能损伤（非蛋白氮升高）。本病例入院后曾作小便常规化验：蛋白+++、红细胞+、白细胞+、颗粒管型少许，非蛋白氮为50毫克%。

4. 血象改变：早期白细胞计数正常或减少，3~4天后白细胞总数上升，中性分叶及杆核粒细胞增多，少数可呈类白血病反应。血象中常可发现较多异型淋巴细胞，此为其特征之一。本病例血象改变也较明显，白细胞31,000/立方毫米，分类可见异型淋巴细胞。

5. 典型病程：一般本病病程可分发热、休克、少尿、多尿及恢复期等五期，部分病例休克期或少尿期短暂或没有，部分病例的二期、三期重叠。本病例五期经过较明显。入院后即进入休克期、少尿期，经积极抢救，顺利进入多尿期直至恢复。

本病例根据发病季节和临床表现来看，可确诊为流行性出血热。

二、鉴别诊断

1. 上呼吸道感染：本病例畏寒、发热、头痛及全身酸痛

等，类似上呼吸道感染。但上呼吸道感染病人中毒症状较轻，热退后病情即好转，上呼吸道症状明显，白细胞计数偏低或正常，无休克、少尿、肾功能损伤现象，无明显皮肤粘膜的充血出血症状。出血热则中毒症状明显，热退后病情往往加重，白细胞计数明显升高，充血、出血及肾功能损伤明显。

2.流行性脑膜炎：本病例有畏寒、发热、头痛、呕吐、皮肤出血点、白细胞计数升高，易误诊为流脑。但流脑中毒症状在中枢神经系统方面表现得更为突出，头痛及呕吐严重且早期出现，有明显脑膜刺激征，脑脊髓液常规化验有明显脓性改变。但一般无肾脏损伤，抗菌素治疗效果好，多见于儿童。流行性出血热除中毒症状外，还有较广泛和严重的出血现象，严重的肾脏损伤和五期经过等。用抗菌素治疗效果不明显，多见于青壮年野外作业者。

3.钩端螺旋体病：本病例畏寒、发热、全身酸痛、颜面充血、皮肤出血点及肾脏损伤等与钩端螺旋体病相似。但钩端螺旋体病有疫水接触史、流行季节在6~9月、腓肠肌痛特别显著，有时有黄疸、肺出血等，凝集溶解试验阳性，青霉素疗效好。出血热则多见于新开垦区野外作业者，流行高峰本地多见于12月至次年2月，常表现全身酸痛，尤以腰痛为显著，临床表现以三大特征为主。青霉素疗效不明显，凝集溶解试验阴性。

4.败血症、过敏性紫癜、急性肾炎、急腹症等疾病与本病较易鉴别、鉴别点从略。

三、治疗问题

首先，要大抓以除害灭病为中心的爱国卫生运动，普及

防治知识，使群众知道流行性出血热的危害性、严重性，而且是可防可治的。实践证明，大力开展灭鼠，降低鼠密度是预防的有力措施。根据国内各地的经验，出血热的治疗主要是贯彻中西医结合，做到“三早一就”（早发现、早休息、早治疗、就地治疗，避免长途转送）。早期应用中西医结合治疗能改变病理损伤，阻断病情的发展。

发热期：病人要早期卧床休息，对高热、呕吐不能进食病人应补充足够液体及营养，维持电解质平衡，可用葡萄糖、生理盐水、维生素丙、激素，配以少量碱性药物进行预防性治疗。同时可按热性病辨证施治：

发热初期，热在卫分：病人发热、恶寒、头痛、身痛、腰痛，口干、食减，颜面潮红，舌苔薄或略黄，脉浮数。治则：辛凉解表，清热解毒，用银翘散加减（银花、连翘、豆豉、荆芥、薄荷、生甘草、芦根、板蓝根、杭芍、女贞子、旱莲草）。

热在气分：如病人壮热口渴，汗出气粗，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉洪大，宜辛凉清气，滋阴解毒，用白虎汤加减（如银花、生地、丹皮、生石膏、知母、麦冬、连翘、甘草、沙参、薄荷、板蓝根等）。

热入营血：病人心烦不安、斑疹隐隐，衄血便血，神昏谵语，舌质红绛，脉弦细数，应清营泄热，凉血解毒，可用清营汤〔犀角（可用水牛角代替，但剂量要增大5~10倍）、生地、玄参、竹叶、银花、连翘、黄连、丹参、麦冬等〕或牛黄清心丸、安宫牛黄丸等。

本例入院时，已进入发热末期，血压下降，血红蛋白上升，说明血浆外渗，血容量减少。入院后立即采取补充血容

量、纠正酸中毒、抗血浆外渗等措施。

(一) 补充血容量：迅速恢复有效循环血容量。本病例采用50%葡萄糖100毫升加维生素丙1克和20%甘露醇100毫升静脉推注。通常每隔6小时注射一次，如血压稳定，脉压差增大就停用。本病例经用上述方法治疗48小时后，因血压稳定而停用。部分病人有低血压倾向病情较重者，可早期给低分子右旋糖酐100毫升，静脉推注或低分子右旋糖酐500毫升静脉滴注，每日一次，可改善微循环。本病例无此需要。

(二) 纠正酸中毒：本病例二氧化碳结合力为30容积%，首次静脉推注5%碳酸氢钠100毫升，然后再静脉滴注5%碳酸氢钠150毫升而纠正。纠正酸中毒要在补充血容量、提高血压、改善微循环的基础上进行。反过来若不纠正酸中毒，休克也难以好转。

(三) 减少血浆渗出：本病例血浆外渗、血液浓缩，故用10%或25%葡萄糖1,000毫升，加氢化可的松200毫克、维生素丙3克、止血敏2克，静脉滴注，目的就是为了减少血浆渗出。

本病例采取补充血容量、纠正酸中毒、抗血浆外渗等综合治疗后，血压即回升稳定，并进入少尿期。有一部分病人经补充血容量后，血压仍不稳定，则可酌情适当应用血管收缩药，如阿拉明10毫克/100毫升或去甲肾上腺素1毫克/100毫升静脉滴注。若在补充血容量后脉压差下降而肢端紫绀厥冷者，表明有微循环障碍，则可应用血管扩张药，如异丙基肾上腺素0.5毫克/200毫升静脉滴注。

本病例入院后第三天进入少尿期，应用利尿合剂到第四天尿量更少，24小时只100毫升，同时恶心、呕吐、烦躁不

安，便血加重，血中非蛋白氮高达100毫克%，血压为150/90毫米汞柱。这说明肾脏有实质性损伤，使代谢产物不能排泄而在血液内大量蓄积，形成尿毒症，利尿合剂已不再起作用。此时，必须导泻排水。因为此时外渗体液大量回收入血液循环，而又不能由肾脏排出，形成高血容量症。故用导泻疗法，通过肠道排出水分，有利于肾功能恢复。

近年来，某些地区采用中西医结合治疗本病尿毒症时，以清热解毒、凉血消瘀为主，多采用加味桃仁承气汤加减（如大黄、芒硝、桃仁、甘草、白芍、丹皮、银花、黑山栀、泽泻、竹叶等）。应用大黄、芒硝，促使清下、排出水分及体内代谢产物。早期也可用玉米须泡茶服，对预防和治疗出血热的尿少和尿闭也有一定作用，且无副作用。本病例在少尿期用大黄一两、芒硝五钱煎服，同时严格控制进水量（每日入水量为丢失水量加500毫升，宁少勿多）处理后，从肠道排水2,500毫升，24小时尿量达到1,000毫升。此时患者又突感头痛、呕吐、神志恍惚、并出现有脑膜刺激征，考虑可能发生脑水肿，因而采用下列措施，患者则转危为安。

1. 头部冷敷，农村中可用井水。

2. 人工冬眠或镇静剂的应用：用氯丙嗪50毫克和非那根50毫克（或半量），每隔6小时肌肉注射一次；或10%水合氯醛20毫升加水至50毫升，保留灌肠。

3. 减轻脑水肿：可用地塞米松每日两次，每次10毫克静脉推注，或静脉推注20%甘露醇250毫升，每日两次。本病例曾用地塞米松10毫克，每日一次静脉滴注，连用三天，脑水肿症状好转后而停用。

本病例入院时已出现低血压、少尿等症状，这说明血浆

外渗，血液浓缩，血容量已减少，治疗时补液成分主要是糖和甘露醇，补充电解质时给钠离子又较少，这可能是未能中断病情发展的因素。另外，患者每日尿量虽然达到1,000毫升，但肾功能损伤尚未完全恢复，各种并发症，如脑水肿、呕血等仍有发生的可能，应密切注意，切不可丧失警惕。

主诉：发热、头痛、 皮疹、谵妄10天

贵州省水城矿务局中心医院 夏来顺 周英杰

病 历 摘 要

患者王××，女，19岁，农民，住院号：6102。因持续发热10天于1976年1月24日入院。

患者于10天前下水田劳动时着凉，出现低热、头痛、腰痛。8天前（病后2天）出现恶寒高热，体温达 39.5°C ，同时伴前额及枕部剧烈疼痛，不敢转颈，呕吐2次，经用青霉素每次40万单位，每日2次肌肉注射，口服磺胺嘧啶每日6克，分6次口服治疗2天，但体温仍波动在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间，头痛不减轻。6天前（病后第4天），前额及上臂又出现鲜红色皮疹，迅速蔓延全身，不伴痒感，且胃纳减退，全身疲倦乏力。发病后时有咳嗽，咳少许白痰，小便量少色黄，常尿床，大便秘结。于入院前2天（病后第8天）开始整日昏睡，时而胡言乱语，问话不答，不进饮食，病情逐日加重而

来院急诊。

病人最近一个月参加农田基本建设，在野外集体吃住。既往无慢性咳嗽史，无腹痛、黄疸、麻疹等病史。

入院时体检：体温 39.6°C ，脉搏140次/分，血压90/50毫米汞柱。发育正常，消瘦，表情淡漠，神志恍惚，昏睡，问话不答。头发蓬乱，内有虱子。颜面潮红似醉酒状，结合膜充血水肿，双瞳孔等圆，直径约4毫米，对光反应正常。口周无疱疹，口腔粘膜无瘀点。舌苔厚腻，黄白色。扁桃体 I° 肿大，无脓栓。前胸、两上肢内侧及背部皮肤见均匀密布大小不等的斑丘疹，大者直径约0.5厘米，小者如大头针帽，以充血疹为主，腋窝及皮肤皱折处、背部间有暗红色出血疹，疹间肤色潮红，无脱屑，下肢皮疹散在，面部无皮疹。浅表淋巴结不大。颈有抵抗。胸廓无畸形。双肺底有散在性小水泡音。心界稍大，心音弱，心律整齐，心率140次/分，未闻病理性杂音。腹壁软，肝在右肋下2厘米可触及，质软无触痛；脾在肋下3厘米可扪及，亦无触痛；无腹水征。四肢和脊柱无畸形。左小腿外侧有一 3×2 厘米²的浅表溃疡，其上覆有脓痂。膝反射正常，病理反射未引出。

实验室检查：血白细胞总数4,300/立方毫米，分类：中性粒细胞67%，淋巴细胞32%，嗜酸性粒细胞1%。血红蛋白13克。血小板14万/立方毫米。出血时间6分，凝血时间2分半。血沉8毫米/第1小时。红细胞压积41%。尿常规：黄色混浊，呈酸性，比重1.030。蛋白(+)，颗粒管型(++)，有白细胞少许。脑脊液：无色透明，细胞数6个/立方毫米，潘氏试验(-)，葡萄糖50毫克%，氯化物730毫克%，未查到细菌。血液生化检查：钾20毫克%，钠299毫