

医学福尔摩斯

丛书

常见

的疑难病

和

疑难的常见病

——附 62 例临床病案推理分析

（儿科）

曹建林 周虹 冯慕仁 刘玉琴 / 编著



贵州科技出版社

中国医药出版社

ISBN 7-5067-2111-1

常见

的疑难病

和罕见的常见病

（儿科学）

（儿科学）

（儿科学）



医学福尔摩斯

丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附 62 例临床病案推理分析
(儿科)

贵州科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见的疑难病和疑难的常见病.儿科/曹建林等编著.
贵阳:贵州科技出版社,2002.11

(医学福尔摩斯丛书/曹建林主编)

附 62 例临床病案推理分析

ISBN 7-80662-207-1

I. 常… II. 曹… III. 小儿病疾:疑难病-诊疗
IV. R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 090360 号

策 划 夏同珩 夏顺利

责任编辑 夏顺利

封面设计 张 彪

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人:丁 聪

贵州云商印务有限公司印刷 贵州省新华书店经销

787mm×1092mm 16 开本 12.75 印张 310 千字

2002 年 11 月第 1 版 2002 年 11 月第 1 次印刷

印数 1—3000

定价:28.00 元

曹建林 周虹 冯慕仁 刘玉琴 / 编著

编辑委员会名单

主 编 曹建林

副 主 编 赵 轩 袁正强 温 青 王少浪

编辑委员 (以姓氏笔画为序)

王正光 王少浪 冯慕仁 刘玉琴 周 虹
孙丽君 孙 阳 赵 轩 袁正强 曹建林

前 言

近年来,对疾病诊断的正确率并未随着诊疗设备的不断更新而逐渐增加,误诊或漏诊的现象仍屡见不鲜。其主要原因是由于一些临床医师经验匮乏,不注重诊断思维的培养,不善于总结工作的得失、病史的草率采集和缺乏全面细致的体格检查,以及过分或盲目依赖辅助检查结果等,其误诊或漏诊的结果往往是以生命作为代价的。为此,我们根据自己多年的临床工作和教学经验,以临床实际病例为基础,编写了这本《常见的疑难病和疑难的常见病》。书中借用“福尔摩斯”破案的形式,在复杂的临床表现中找出有价值的线索,科学地推理“破案”,最终达到正确诊治,旨在帮助临床医师建立正确的诊断逻辑思维,并娴熟地应用于临床,从而提高诊疗水平。

本书从如何询问病史,如何进行体格检查,如何进行相关的辅助检查,如何观察和总结病情变化,以及书写住院病历的技巧和查房技巧等方面做了新颖的示范性尝试。就如何综合分析这些资料,并从中捕获疾病的诊断线索,按图索骥地提供了临床经验。着重提出了疾病的诊断线索和思维程序,叙述了临床各科常见的“疑难”病和“疑难”的常见病的诊断与鉴别诊断技巧。

为了更符合和适用于临床,该书以作者临床工作中的实际病例作为资料;以症状、体征和辅助检查为编排顺序;以查房分析的形式,综合临床各种资料对疾病诊断进行逐一剖析,由浅入深,耐人寻味。又以年轻医师提问的方式,强调诊断所涉及的难点或疑点,最后分析误诊的原因,总结出临床体会和教训。在编写过程中,作者利用基础医学知识和临床医学知识对病案中所提供的错综复杂的资料进行了综合分析,并运用严谨、科学的逻辑思维推理方法,达到疾病的正确诊断。作者除了参考大量的医学专著和文献外,更注重将自己的临床经验融入书中,为临床医师在工作中如何建立良好的诊断逻辑思维,将起到推动作用。本书所列举的病例,还可供各级临床医师作病案讨论之用。

由于临床诊断逻辑思维是一项复杂的过程,尽管做了很多努力,但错误和疏漏之处仍在所难免,恳切期望读者不吝赐教,提出批评指正。

编 者

2002 年 11 月

目 录

[病例 1]	
血尿、浮肿、高血压	(1)
[病例 2]	
反复发热、咳嗽、腹泻	(5)
[病例 3]	
呼吸困难、惊厥	(9)
[病例 4]	
发热、关节肿痛、贫血、血红蛋白尿	(12)
[病例 5]	
发热、咳嗽、头痛、呕吐	(15)
[病例 6]	
发热、黄疸、肝大、肝功能异常	(18)
[病例 7]	
厌食、呕吐、腹胀、消瘦	(22)
[病例 8]	
发热、颈淋巴结肿大	(26)
[病例 9]	
发热、抽搐、昏迷	(30)
[病例 10]	
颤抖、气促、发绀、呛奶	(33)
[病例 11]	
反应低下、气促、发绀	(36)
[病例 12]	
呕吐、腹泻、伴脱水	(39)
[病例 13]	
左胸疼痛	(42)
[病例 14]	
贫血、反复发热、咳嗽	(46)
[病例 15]	
浮肿、尿少	(50)

[病例 16]	
长期发热、腹痛	(53)
[病例 17]	
腹痛、茶色尿及少尿	(56)
[病例 18]	
发热、头痛、右侧肢体乏力	(59)
[病例 19]	
咳嗽、气促	(62)
[病例 20]	
腹痛、血尿	(65)
[病例 21]	
气促、腹胀	(68)
[病例 22]	
咳嗽、浮肿	(71)
[病例 23]	
发热、骨关节疼痛、贫血	(74)
[病例 24]	
咳嗽、脸色苍白、镜下血尿	(77)
[病例 25]	
脸色苍白、头晕、气促	(80)
[病例 26]	
胸闷、气短、双下肢浮肿	(83)
[病例 27]	
头痛、截瘫	(86)
[病例 28]	
腹痛、肉眼血尿	(89)
[病例 29]	
肉眼血尿	(92)
[病例 30]	
咳嗽、浮肿	(95)
[病例 31]	
黄疸、发热、腹痛	(98)
[病例 32]	
发热、皮疹、脾大	(101)
[病例 33]	
头痛、脑积水	(104)
[病例 34]	
头痛、抽搐、昏迷	(107)

[病例 35]	
发热、前囟隆起、抽搐	(110)
[病例 36]	
发热、咳嗽、气促	(113)
[病例 37]	
发热、腹泻、尿频、尿急	(116)
[病例 38]	
咳嗽、气促、液气胸	(119)
[病例 39]	
肝脾大、黄疸、咳嗽、抽搐	(122)
[病例 40]	
发热、咳嗽、头痛	(125)
[病例 41]	
发热、头痛、抽搐	(128)
[病例 42]	
呕吐、脱水、酸中毒	(131)
[病例 43]	
咳嗽、抽搐、肝大	(134)
[病例 44]	
发热、头痛、交叉性瘫痪	(137)
[病例 45]	
X 形腿、酸中毒	(140)
[病例 46]	
头痛、多饮、多尿	(143)
[病例 47]	
发热、头痛、腹痛	(146)
[病例 48]	
发热、咽痛、抽搐	(149)
[病例 49]	
咳嗽、心脏扩大	(153)
[病例 50]	
咳嗽、胸闷	(156)
[病例 51]	
发热、咳嗽、肺部浸润	(159)
[病例 52]	
上腹部疼痛	(162)
[病例 53]	
幻听、妄语、行为怪异	(165)

[病例 54]	
发热、腹泻、呕吐、头痛	(168)
[病例 55]	
拒乳、软弱、阵发性青紫	(171)
[病例 56]	
咳嗽、腹泻	(174)
[病例 57]	
面无表情、说话不清	(177)
[病例 58]	
发热、头痛、抽搐、伴呕吐	(180)
[病例 59]	
咳嗽、气促、紫绀、惊厥	(183)
[病例 60]	
发热、头痛、呕吐、斜视	(186)
[病例 61]	
发热、腹胀、腹痛、血便	(189)
[病例 62]	
贫血、肝脾肿大	(192)

【病例 1】

血尿、浮肿、高血压

病 史

患儿,男,7岁。因血尿1周伴浮肿5天入院。1周前不明原因出现血尿,尿色呈洗肉水样,2天后伴颜面部浮肿,渐波及双下肢,尿量稍减少。不伴发热、腰痛、尿频、尿急及尿痛,无心悸、气促、头昏,无皮疹、腹痛及关节疼痛。曾在当地拟诊为“肾炎”、“泌感”,经治疗无效而转诊我院。病前1个月,有疥疮引起的皮肤化脓病史。否认有慢性肾炎及反复血尿史,无肝炎、结核病史。

体格检查

体温:36.8℃,呼吸:28次/min,脉搏:99次/min,体重:26kg,血压:150/120mmHg。发育正常,营养中等,急性病容,神志清楚,面色稍苍白。全身皮肤散在分布抓痕及色素斑,无皮疹及出血点,巩膜无黄染。浅表淋巴结无肿大,全身轻度浮肿,以面部及双下肢明显,呈压陷性。咽部充血,扁桃体Ⅰ肿大,无颈静脉怒张,肝颈回流征阴性。胸廓无畸形,双肺叩清音,呼吸音清晰,无干、湿性啰音。心界不大,心音有力,心率99次/min,节律整齐,各瓣膜区未闻杂音。腹部稍膨隆,无肠型未见蠕动波,肝、脾未扪及。移动性浊音可疑阳性,双肾区轻叩痛。神经系统检查无异常。

实验室检查

血常规:Hb 95g/L, RBC $3.1 \times 10^{12}/L$, WBC $4.6 \times 10^9/L$, N 0.53, L 0.30, M 0.03, E 0.14。尿常规:淡红色,比重 1.020, pH 值 6.0, 蛋白(+++), 红细胞(++), 胆红素(-), 尿胆原(-)。尿相差镜检提示肾小球性血尿。肾功能:BUN 4.7mmol/L, Cr $88\mu\text{mol/L}$ 。胆固醇 4.1mmol/L, 甘油三酯 1.2mmol/L。肝功能:正常, HBsAg(-)。血 C_3 0.7g/L, 总蛋白 50g, A/G = 30/20。

器械检查

胸部 X 线摄片(简称胸片):双肺野清晰,心膈影正常。

第 1 次查房(入院后第 2 天)

住院医师:病史汇报如上。

主治医师:该患儿病史特点有:①学龄期儿童;②病前1个月有皮肤化脓感染史;③血尿1周,尿色为洗肉水样,伴浮肿及尿量稍减少;④体格检查发现血压增高,轻度贫血貌,全身轻度浮肿,呈轻度压陷性,双肾区叩痛,移动性浊音阴性;⑤实验室检查发现大量尿蛋白及红细胞,并提示为肾小球性血尿。

综上所述,肾小球性疾病的诊断可以确定。作为学龄期儿童,起病急,以血尿为主,伴不同程度的浮肿和高血压,血清补体降低,病前1个月有皮肤化脓感染史,支持链球菌感染后急性肾小球肾炎。

由于患儿伴有贫血,还需排除慢性肾炎急性发作的可能。据报道,此病可占“急性肾炎”入院患儿的10%,因二者预后不同,鉴别清楚很重要。此类患儿既往可能有肾脏病史或类似发作史,同时伴较明显的贫血及肾功能不全。该患儿贫血不重,肾功能检查正常,可排除此病。

最后,对于一个血尿伴贫血的患儿,还要与溶血进行鉴别,溶血导致血尿呈酱油色或葡萄酒色,但镜检却无红细胞。此外,临床还常有不同程度的贫血、黄疸及网织红细胞明显增高,根据现有临床资料完全可以排除。

为明确诊断,需进一步检查:24小时尿蛋白定量、抗链球菌溶血素O(ASO)测定及血沉(ESR)。

治疗:急性期应该卧床休息,低盐饮食,应用1~2周青霉素清除潜在的感染病灶,用ViP可改善血管通透性,短期使用利尿剂及降压药。

第2次查房(入院后第13天)

主治医师:住院观察患儿无发热,经上述处理5天后,浮肿消退,血压降至正常,但尿色仍呈洗肉水样。多次复查尿常规均为RBC:(+++)-(++++),Hb:(+)-(+++),WBC:0~8个/高倍视野,24小时尿蛋白定量:0.648g,ESR:28mm/h,ASO:200。请主任查房提出诊治意见。

副主任医师:从现有的临床资料分析,急性肾炎综合征的诊断应该是成立的。但有几点值得注意:①病前1个月虽然有皮肤化脓史,但ASO滴度却不高;②肉眼血尿持续时间过长,也不太符合原发性肾小球肾炎的临床表现。所以,应该高度排除系统性红斑狼疮及过敏性紫癜导致的继发性肾小球肾炎。

系统性红斑狼疮起病缓慢,多见于女孩,均有不规则发热,表现为多系统损害及面部特征性皮损。肾脏是本病最易受侵犯的脏器,临床可呈急性肾炎的表现。白细胞总数及淋巴细胞绝对值减少,是本病的特征。找到狼疮细胞及ANA阳性,可以确诊。还有一种血管炎性疾病,即过敏性紫癜需要考虑。确诊本病主要依靠特征性皮疹,但个别病例肾脏损害可发生在皮疹出现前,极易导致临床误诊。该病的肾小球损害以系膜增生为主,因此常可出现顽固性血尿及持续的低补体血症。此外,尚需排除肾小球以外的肾性血尿,例如肾结核、泌尿系感染等。

为明确诊断,需进一步检查:腹部平片、结核菌素试验(PPD)、尿培养、尿 β_2 微球蛋白,复查血补体、ASO、抗结核抗体,再次复查尿红细胞相差镜检、找狼疮细胞、血清ANA、抗DNA、ENA抗体。

治疗:目前血尿的真正原因还未找到,暂时同意现有治疗。

第3次查房(入院后第28天)

主治医师:经复查血清补体 C_3 已恢复正常,ASO 滴度升高,未找到狼疮细胞,ANA、抗DNA及BNA抗体均为阴性,结核杆菌DNA检测阴性,腹部平片正常,尿未找到抗酸杆菌,尿培养2次阴性,尿 β_2 微球蛋白增高,多次复查尿常规都有少许白细胞。尿相差镜检提示非肾小球性血尿,肾功能正常,同时尿 β_2 微球蛋白升高,血尿仍无减轻。鉴于血尿控制不佳,再次请主任查房帮助明确诊断。

主任医师:血尿常与下列病因有关:①来自肾脏:如同时伴有蛋白或管型,常说明来自肾实质;②来自泌尿生殖道:常见泌尿系感染、出血性膀胱炎、结石及创伤;③肾外疾病:出凝血疾病、细菌性心内膜炎及过敏性疾病等。

鉴于患儿的病史特点符合急性肾小球肾炎的诊断,正如治疗组提出的那样,该血尿就应首先考虑与肾炎有关。现提出以下疑点供大家分析:①急性肾小球肾炎的血尿加重往往发生在肾炎的急性期,而本例患儿在水肿消退、血压正常、血清补体上升的情况下,血尿反而愈加明显;②肾小球肾炎的血尿几乎都是肾小球性血尿,可最近1次尿相差镜检提示非肾小球性血尿。上述两个疑点用急性肾小球肾炎是难以解释的,势必就应考虑是否在肾小球肾炎的基础上合并有其他疾病。从两次尿检来看,尿中都有少量白细胞,虽然急性肾小球肾炎尿中出现少量白细胞也是无可非议的,关键在于第2次尿中红细胞相差镜检提示的是非肾小球性血尿,同时尿 β_2 微球蛋白升高,所以尿中少量白细胞可能对揭示血尿的诊断具有至关重要的价值。理顺这些关系后,估计后阶段血尿的直接原因可能和尿路感染直接有关。不知大家是否知道小儿泌尿系感染与成人不同,临床表现可以不典型,可不伴全身及尿路刺激症状,尿中也可以不出现较多的白细胞或脓细胞。而且患急性肾炎时,由于全身免疫功能的障碍,容易导致尿路感染的发生。所以,应再次送清洁中段尿培养和3小时尿细胞计数,以明确诊断。

治疗:确诊后需积极采取抗感染治疗。抗生素的选择,应遵循以下原则:

- (1)上尿路感染选用血浓度高的药物,下尿路感染选用尿浓度高的药物。
- (2)根据药物敏感试验选用。
- (3)选用肾毒性小的药物。

后 记

第3次尿培养有大肠杆菌生长,菌落 >10 万/ml,3小时尿细胞计数明显高于正常,最后2次尿常规检查出现较多白细胞及脓细胞。选用头孢曲松钠、益萨林联合抗感染治疗,1周后尿色逐渐转清,2周后肉眼血尿消失,复查尿常规:RBC 0~2个,蛋白阴性。

体 会

(1)小儿泌尿系统感染时,临床表现可不典型,年龄越小越不典型,可缺乏全身症状、尿路刺激症状及尿改变,确诊需清洁中段尿培养细菌生长,菌落计数 >10 万/ml。

(2)在原有肾脏疾病基础上易合并泌尿系统感染。

(3)原发性肾小球肾炎病程中,在相关的临床指标好转过程中,如果肉眼血尿持续时间过长,应排除肾小球以外的因素。

参 考 文 献

毛超英,庞学民.谈谈急性肾炎与泌尿系感染.中国农村医学,1992,(5):51~52.

汪声明.合理使用抗菌药物治疗泌尿系感染.贵州医药,1990(1):30~32.

吴瑞平,胡亚美,等主编.实用儿科学.第6版.北京:人民卫生出版社,1996.

【病例 2】

反复发热、咳嗽、腹泻

病 史

患儿,女,3岁。因反复发热、咳嗽1年,伴腹泻3个月入院。1年前无任何诱因而出现发热,体温波动在38℃左右,伴咳嗽。在当地医院拟诊为“肺炎”,经用青霉素及丁胺卡那治疗,咳嗽好转,但体温经常波动在37.5~38℃之间。半年前再次出现高热及咳嗽,当地医院又拟诊为“伤寒”,再次使用抗生素治疗,热退、咳嗽减轻。1个月后又再次高热,同时面部出现红色斑疹,口腔可见白斑,浅表淋巴结轻度肿大,肺部CT检查提示有“肺结核”的可能,予异烟肼、利福平及吡嗪酰胺联合抗痨治疗,症状有所缓解,但仍有不规则发热及咳嗽。入院前3个月出现腹泻,为黏液脓血便,又按“痢疾”治疗,经用氧氟沙星等抗生素后脓血便消失,但大便仍多为稀糊状,有时为水样黏液或豆腐渣样。病前身体健康,系第1胎、第1产、孕8周剖腹产,出生体重为3kg,人工喂养,按时预防接种。父母均在国外经商,父亲有结核病史,否认有遗传病史。

体 格 检 查

体温:38.8℃,呼吸:36次/min,脉搏:102次/min,体重:10kg。发育、营养差,一般情况尚可,神志清楚,贫血貌。皮下脂肪约4mm,躯干部皮肤可见散在分布皮疹,压之退色,无出血点。巩膜无黄染,全身浅表淋巴结轻度肿大,质软,活动,无粘连。头颅、五官无畸形,口腔黏膜内可见广泛分布的片状白色膜状物。胸廓无畸形,双肺可闻及少许干性啰音。心界不大,心音有力,心率102次/min,节律整齐,各瓣膜区未闻及杂音。腹部平软,无压痛及包块,肝脏肋下3cm,剑突下4cm,脾未及。双下肢无水肿,四肢关节无红肿。神经系统检查无异常。

实 验 室 检 查

血常规:Hb 78g/L, RBC $2.5 \times 10^{12}/L$, WBC $2.8 \times 10^9/L$, L 0.70, N 0.28, E 0.02。大便常规:RBC 1~3个/HP, WBC 3~5个/HP, 潜血阴性, 阿米巴阴性, 霉菌(++)。血沉:130mm/h。C反应蛋白阴性。伤寒早诊及肥达氏反应均阴性。肝功能:正常。HBsAg(-)。骨髓检查:增生活跃, 粒系增多。

器械检查

胸部 X 线摄片:两肺间质改变,未见结核征象。

第 1 次查房(入院后第 3 天)

住院医师:病史汇报如上。

主治医师:目前患儿具备以下病史特点:①幼儿,起病缓慢,病情反复迁延不愈;②表现为长期不规则发热伴咳嗽,近期出现腹泻,曾反复使用抗生素;③曾在外院诊断为肺结核,进行抗痨治疗后有一定效果;④体格检查见发育、营养差,口腔黏膜可见片状白色膜状物,浅表淋巴结及肝脏轻度肿大;⑤辅助检查外周血白细胞总数偏低,大便检查发现霉菌,胸片提示间质性肺炎。

综合以上病史特点,患儿主要表现为长期发热,同时伴多系统症状,初步考虑以下几种疾病:

(1)感染性疾病:感染性疾病是长期发热较为常见的原因,其中结核是最为多见的。结合患儿有结核接触史,表现为反复高热与低热交替出现,伴咳嗽及消瘦,曾在外院检查肺 CT 提示肺结核,经抗痨治疗有效,所以结核应属首先考虑的疾病。结核病的易感者主要是小儿,家庭内的传染极为重要。其主要类型为原发性肺结核,可以出现长期不规则发热、咳嗽、食欲不振、盗汗及消瘦等慢性结核中毒症状。多数呈良性经过,可自行吸收或钙化。如果年龄小、感染菌量多或抵抗力弱的患儿,病情可以恶化。

(2)结缔组织疾病:结缔组织性疾病也是临床上导致长期发热的重要原因之一。该患儿为女性,长期发热,具多系统症状,同时伴反复皮疹,这在结核病中是极为少见的。因此,应该注意排除系统性红斑狼疮。系统性红斑狼疮病是一种累及多系统和多脏器的全身性结缔组织病,其症状不尽相同,与免疫物沉积于不同的脏器有关。其主要表现有长期不规则发热,多数为高热,少数也可为低热,发热同时或先后出现其他临床症状和特征,绝大多数伴有皮肤病状,典型的为面部蝶形红斑,其他皮肤表现有斑丘疹或红斑疹,但在疾病早期可无典型表现。血中查到狼疮细胞(LE)、抗核体阳性,这对诊断具有重要价值。本患儿可进一步做检查予以排除。

(3)恶性疾病:长期发热伴慢性消瘦,也可以是某些恶性疾病早期的主要表现。结合患儿的临床特点,重点需排除淋巴瘤。该病绝大多数发生于婴幼儿时期,主要表现为发热、皮疹及肝、脾、淋巴结肿大。发热呈持续或周期性,皮疹随发热分批出现,以躯干及面部多见,为出血性或渗出性皮疹,消失后有色素沉着或白斑。若有肺部浸润则表现为咳嗽等呼吸道症状。本病常伴有肝、脾及淋巴结轻到中度肿大,其他尚可见腹泻、营养不良及贫血等。皮疹是诊断的重要依据,确诊有赖于病理检查,未经治疗者常于发病后 6 个月内死亡。该患儿目前具备本病的大部分特点,惟有病程过长不太符合,可进一步检查予以确定。

(4)霉菌感染:由于患儿有长期反复使用大量抗生素的病史,加之营养不良,机体免疫功能低下,体格检查时口腔黏膜可见片状白色膜状物,大便呈豆腐渣样,查找到霉菌,因此患儿目前合并鹅口疮及霉菌性肠炎的诊断可以成立。

为进一步明确诊断,应该继续检查以下项目:结核菌素试验(PPD)、血抗结核抗体、抗核抗