

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

普通外科疾病 临床诊疗思维

主编 姜洪池



人民卫生出版社

国内首部、全科、临床思维
普通外科疾病诊疗思维

普通外科疾病 临床诊疗思维

主编 曹克俊



人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

普通外科疾病 临床诊疗思维

主 编 姜洪池

副主编 孙 备

编 委 (按姓氏笔画排序)

王锡山 代文杰 朴大勋 刘 冰 刘连新

刘颖斌 许 军 孙 备 孙 辉 吴志勇

吴德全 邹小明 张 浩 张太平 张伟辉

张学文 张浩民 所 剑 庞 达 孟庆辉

姜洪池 姜维良 唐健雄 崔云甫 梁德森

楼文晖 蔡建刚 薛英勋

学术秘书 唐昊昕

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

普通外科疾病临床诊疗思维 / 姜洪池主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012.5

(国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-15614-1

I. ①普… II. ①姜… III. ①外科—疾病—诊疗—
研究生—教材 IV. ①R6

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第054173号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

普通外科疾病临床诊疗思维

主 编: 姜洪池

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 25 插页: 8

字 数: 640千字

版 次: 2012年5月第1版 2012年5月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15614-1/R·15615

定 价: 59.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普通外科疾病临床诊疗思维 | 主编 姜洪池 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴福兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利 |

外科学是一门实践科学,着眼于解决外科疾病的实际问题,而问题的解决往往得益于正确的临床思维。希波克拉底认为医学家必须同时是哲学家,因为科学的临床思维可以使疾病得到及时的正确诊断,错误和不恰当的临床思维则会导致疾病的贻误或治疗的错误。换言之,外科医师在临床实践中必然会遇到各种情况,面对众多问题,必须进行思考,即启动临床思维的过程。正确进行临床思维活动是医师的一项基本功,必须熟练掌握并不断提高,要勤于思维、善于思维,并从思维中受益,从总结交流中受益。

外科疾病往往以手术作为主要治疗手段,但仅仅手术做得好并不意味着就是一名优秀的外科医师。要成为一名好医师,首先要具备坚实的基本理论、基础知识和基本技能并上升为专业理论知识。而拥有这些并不等于就能自然而然地将其运用于临床实践,理论与实践之间需要联系才能验证理论并指导实践,临床思维就是理论联系实际的桥梁。对此,我国老一辈医学家很久以前就对“学习—实践—思考”三者如何辩证统一的问题做过精辟论述。想要搭好“临床思维”这座桥梁,在很大程度上要靠反复的“学习—实践—思考”所得经验的积累。自己的经验诚然宝贵,但毕竟有限,如能很好地学习他人经验,就可以少走弯路,以求增广见闻、开启心智。《普通外科疾病临床诊疗思维》一书的编写,目的就是把众多知名医学专家理论和实践联系的经验、严谨的诊疗思维程序、思维路线、思维的缘由道理等编纂成册,为广大医学生、医务工作者提供一个互相学习交流的视窗和平台。就国内医学教育(包括长学制学生和五年制学生等)而言,前期课堂教学阶段主要是基本知识和基本思维方法的培养。而临床实践阶段则注重学生主动思维能力和创造能力的培养。但国内图书中,无论是教材还是参考书,目前还没有一套系统地以引导学生或中青年医师建立主动临床诊疗思维的相关图书。而本书以临床思维为贯穿全书的主线,以普通外科日常诊疗实践中真实的病例为载体,将普通外科常见疾病的临床诊疗思维向读者逐层展开,启发和引导读者建立起科学缜密的临床思维。为此,我们邀请了国内著名医学院校相关领域的专家,从一个崭新的视角,结合自身的临床经验、心得体会,着重展现如何应用正确的临床思维方法,解决实际问题。旨在帮助医学生及中青年外科医师增长经验,培养正确的临床诊疗思维能力。

承蒙人民卫生出版社的厚爱与支持,得到全国各位专家在百忙的医学教研工作中给予的支持,使本书最终得以出版,此刻油然而生无尽的感谢。由于本书以一种独特形式展现临床诊疗思维,可以说是一种尝试,错误和漏洞在所难免,望广大读者不吝赐教,如有修订机会必会加以改正。

姜洪池
2012年1月

目 录

病例 1	颈部肿物 20 年, 右侧颈肿物增大较快伴红肿痛 15 天	1
病例 2	颈部肿物 30 年伴颈部压迫感 1 个月	6
病例 3	体检发现甲状腺结节	11
病例 4	右侧颈部淋巴结肿大 1 个月	14
病例 5	体检发现甲状腺肿物 1 周	19
病例 6	颈前随吞咽活动肿物 2 个月伴压气感 2 周	21
病例 7	行走困难, 四肢及腰部疼痛 2 年余	25
病例 8	双乳胀痛 6 个月	28
病例 9	左乳疼痛、局部红肿伴高热 3 天	32
病例 10	右乳肿物 3 个月	36
病例 11	左乳肿块 2 个月, 近 1 个月增大明显	39
病例 12	双乳多发肿块	46
病例 13	右腹股沟区可复性肿块 6 个月	49
病例 14	腹胀伴呕吐半天	53
病例 15	右腹股沟疝术后 2 年腹股沟区发现可复性肿块 6 个月	57
病例 16	发热伴腹胀, 腹痛 4 天	61
病例 17	腹痛腹泻 2 周伴右上腹红肿疼痛 6 天	65
病例 18	下腹部胀痛伴发热 1 个月, 排尿困难 4 天	68
病例 19	右下腹痛 2 个月, 加重 3 天, 右下腹肿物 1 个月	72
病例 20	持续性腹部隐痛 14 日, 排气、排便停止 7 日	76
病例 21	阑尾切除术后 2 年, 下腹部疼痛 2 个月	81
病例 22	消瘦贫血 4 个月, 发现腹腔肿物 1 个月	84
病例 23	上腹疼痛 2 个月	88
病例 24	间断上腹痛 14 年	92
病例 25	突发上腹痛 3 小时	95

病例 26	突发上腹痛 5 小时, 伴恶心、呕吐	99
病例 27	上腹饱胀、恶心、呕吐 3 个月, 加重 1 周	102
病例 28	上腹胀痛不适伴黑便 1 周	105
病例 29	餐后呕吐 2 周, 胃镜诊断“胃溃疡”1 周	108
病例 30	上腹痛 4 周, 进食不适感渐重, 体重减轻	112
病例 31	黑便 2 天, 呕血 1 天	116
病例 32	腹部肿物 1 个月, 黑便半个月	121
病例 33	车祸撞伤腹部 2 小时	126
病例 34	腹痛、腹胀、呕吐、停止肛门排气排便 2 日	130
病例 35	腹痛、腹胀伴恶心、呕吐 1 日	135
病例 36	急性全腹部绞痛 3 天, 腹胀伴血便 1 天	139
病例 37	右下腹钝痛伴腹泻、消瘦 2 个月	143
病例 38	间断性腹部钝痛伴黑便 3 个月	147
病例 39	肠镜息肉电切后急性腹痛 1 天	153
病例 40	便血伴下腹部及肛门疼痛 5 小时	156
病例 41	反复发作腹泻、血便伴腹痛、里急后重半年	159
病例 42	间断便血 1 个月	163
病例 43	排便困难 1 个月, 肛门停止排气排便 3 天	168
病例 44	便血 3 个月, 伴大便变细 1 个月	171
病例 45	腹痛伴排便次数增加 4 个月, 贫血 2 个月	175
病例 46	便中带血伴肛门疼痛 4 个月, 便条变细 1 个月	178
病例 47	排便疼痛, 伴出血半年	182
病例 48	肛旁肿痛伴脓性分泌物 1 年, 加重 3 日伴发热	185
病例 49	肛旁肿痛 1 周伴发热	188
病例 50	间歇性血便 3 个月	191
病例 51	排便困难 3 年	195
病例 52	肛门凸出肿物 20 年, 加重 1 年	198
病例 53	腹部外伤 2 小时, 伴腹胀	202
病例 54	转移性右下腹痛 28 小时	204
病例 55	转移性右下腹部疼痛 3 天	207
病例 56	右下腹痛 50 小时伴发热	210

病例 57	右下腹疼痛反复发作 4 个月	213
病例 58	胃部隐痛反复发作 2 个月, 转移性右下腹痛 1 天	216
病例 59	右上腹部挫伤 5 小时	219
病例 60	发热、寒战伴右上腹疼痛 7 天	223
病例 61	发热, 右上腹痛 3 周, 伴呼吸困难 1 周	226
病例 62	腹胀伴有发热 1 个月余	229
病例 63	右上腹不适 3 年, 加重半个月	232
病例 64	右上腹间歇性钝痛 1 个月, 伴食欲缺乏 3 周	235
病例 65	上腹部胀痛不适伴腹泻半年	241
病例 66	右锁骨上肿物 3 个月, 伴体重减轻 2 周	246
病例 67	上腹部餐后饱胀、疼痛 3 年	251
病例 68	反复呕血伴黑便 1 个月	257
病例 69	间歇性中上腹痛伴皮肤黄染 3 个月	263
病例 70	右上腹痛 1 天, 伴发热半天	268
病例 71	右上腹不适 1 个月余	271
病例 72	反复右上腹痛 20 余年, 再发 1 个月余	273
病例 73	进油腻食物后出现右上腹疼痛 6 小时	276
病例 74	间断右上腹疼痛 1 年	282
病例 75	乏力, 皮肤瘙痒半年, 伴黄疸 1 个月	286
病例 76	右上腹胀痛, 偶伴恶心、呕吐 3 个月	292
病例 77	腹痛、寒战高热伴黄疸 1 天	295
病例 78	体检发现胆囊占位性病变 1 周	298
病例 79	胆囊切除术后 1 周, 发现胆囊癌 2 天	302
病例 80	皮肤黏膜黄染 10 天	305
病例 81	全身皮肤巩膜黄染 2 个月余	308
病例 82	上腹部胀痛伴呕吐 3 日	311
病例 83	左上腹持续疼痛伴消瘦 1 个月	319
病例 84	左上腹闷胀不适 2 个月, 加重 1 周	322
病例 85	皮肤巩膜黄染 1 个月余	326
病例 86	上腹部间歇性胀痛不适 20 天	330
病例 87	反复腹泻伴反酸、胃灼热、呕吐 19 个月	333

病例 88	间断乏力、心悸、出汗伴发作性意识障碍 3 年余	337
病例 89	右下肢发凉、麻木 8 个月,右足跗趾变黑 1 个月	341
病例 90	双下肢发凉、麻木 2 年,伴间歇性跛行 4 个月	346
病例 91	左下肢疼痛、冰冷 6 小时	350
病例 92	双下肢出现迂曲静脉团块 20 余年	355
病例 93	左下肢肿胀 3 天,伴疼痛 1 天	359
病例 94	突发中上腹部疼痛 2 天	363
病例 95	腹部搏动性包块半年	368
病例 96	左下肢火器伤十余小时,伴肿胀、疼痛、麻木	371
病例 97	发作性心前区疼痛 4 天,加重 1 日余	375
病例 98	左大腿包块 2 年,左下肢发凉、疼痛 10 天	380
病例 99	左下肢粗长,伴浅静脉曲张 10 余年	384
附:病例诊断结果		388

病例 1 颈部肿物 20 年，右侧颈肿物增大较快伴红肿痛 15 天

患者女性，61 岁，颈部肿物 20 年，近 15 天发现右侧颈部近胸锁乳突肌处一肿物增大较快并伴有红肿疼痛，曾应用“青霉素”抗感染治疗 1 周，无明显缓解。

主诉：颈部肿物 20 年，右侧颈肿物增大较快伴红肿痛 15 天。

一、病史询问及思维提示

1. 颈部肿物的诊治经过？颈部肿物 20 年，如果曾进行过相应的检查，可以提供肿物可能的诊断，有助于问诊思路的展开。

2. 右侧颈部肿物发现时间？需要明确增大较快肿物是刚发现的，还是既往此处已有的肿物。急性淋巴结炎一般是新近出现的肿物，并且增大较快，可伴有红肿疼痛。淋巴结结核也可能是新近出现且增大较快，但红肿多不明显，如合并急性感染时也有可能出现急性淋巴结炎的表现。肿物恶变增大较快时（如未分化癌），一般肿物既往已经存在，近期增大较快，累及皮下组织或皮肤，出现红肿疼痛症状。还有一种较为少见的鳃裂囊肿合并感染时肿物增大较快，表现为急性炎症改变。

3. 是否有新近的皮肤或黏膜感染，是否有糖尿病病史？口腔溃疡、牙周炎等口腔感染或咽喉部感染，可能会作为感染源引起相应区域的淋巴结或其他病灶内产生感染症状。糖尿病是容易感染的一个诱发因素。

4. 是否有发热？急性淋巴结炎属细菌感染，若出现明显菌血症或脓毒血症时会伴有明显高热症状。淋巴结结核可能会伴有明显午后低热，普通抗生素无效。肿瘤亦可能会出现低热，抗生素应用效果不明显。

5. 是否有盗汗、肺结核或其他脏器结核病史？结核可有盗汗症状，肿瘤或细菌性炎症多无此症状。如果有结核病史患者虽无明显盗汗、低热也不除外为颈淋巴结结核的可能。

6. 是否有心悸、多食、多汗、消瘦等伴随症状，是否有呼吸困难病史？患者有结节性甲状腺肿病史，合并甲状腺功能亢进时可能会出现心悸、多食、多汗、消瘦等症状，如果有甲状腺功能亢进，甲状腺肿物为恶性的概率较小，同时后续治疗时注意采取预防甲状腺危象的治疗措施。结节性甲状腺肿如产生压迫症状，可能会出现呼吸困难、声音嘶哑症状。

7. 是否有刺激性干咳、咳痰或痰中带血？肺癌或肺结核可能会出现颈部淋巴结肿大，但肺癌的颈部淋巴结肿大，多不会出现红肿和明显疼痛症状。肺部或主支气管炎症改变可能会作为感染源，引起颈部其他部位的感染。

8. 是否有对侧颈部、腋窝或腹股沟浅表淋巴结肿大？淋巴瘤少有单侧颈部淋巴结肿大，多数是全身多处颈部淋巴结肿大。

询问结果：患者 20 年前发现颈前右侧一鸡蛋黄大小肿物，无红肿疼痛。10 年前曾于当地医院就诊，超声检查发现甲状腺右叶肿物，近等回声，边界清晰。20 天前右侧第一磨牙脱落，牙龈红肿 2 天，未给予用药，自行缓解。15 天前发现右侧原肿物外侧一约蚕豆大小的新发肿物，增大较快，并伴有红肿疼痛，偶有发热，体温最高 38.4℃。1 周前于当地医院就诊，具体诊疗不详，给予青霉素 800 万 U，每日一次静脉点滴。疼痛无明显缓

解,肿物持续增大,体温偶有升高,最高达 37.8°C ,为求诊治来我院。患者不伴有心悸、多食、多汗、消瘦等伴随症状,无呼吸困难病史,无盗汗、肺结核或其他脏器结核病史,无刺激性干咳、咳痰或痰中带血病史,无其他部位皮下肿物病史。睡眠可,饮食如常,大小便如常,体重无明显减轻。

二、初步体格检查及思维提示

1. 观察患者局部皮肤情况 如果有疖、痈,则急性淋巴结炎的可能性大。

2. 明确肿物的活动度及边界是否清晰 结节性甲状腺肿或其他甲状腺肿物如无对周围组织的侵袭或粘连,多数肿物活动度较好,可随吞咽动作上下移动,这是鉴别肿物是否为甲状腺肿物的一个重要依据。明确增大较快肿物是否与甲状腺有明显的界限,甲状腺肿物恶性改变时肿物与甲状腺的关系不清,若肿物固定于周围组织,则邻近甲状腺组织活动度明显减弱。

3. 触诊肿物的质地 结节性甲状腺肿多质地韧,若结节表面合并弧状钙化,则可能质地较硬,但边界清晰。甲状腺癌多质地硬,少数质地韧。急性炎症时触诊可有明显疼痛、压痛,如质地软,有波动感,不排除急性化脓性炎症可能。

4. 明确颈部浅表淋巴结是否肿大 急性淋巴结炎,炎症淋巴结周围可能会有其他淋巴结肿大,部分可能相互融合,分界不清。

5. 颈部和肺部听诊 如伴有明显甲状腺功能亢进,腺体处可闻及血管杂音。气管或肺部有炎症时可闻及异常呼吸音。

检查结果:增大较快肿物与周围组织关系不清,不随吞咽动作上下移动,甲状腺活动度无明显受限。甲状腺Ⅱ度肿大,双叶触及多枚结节,质地韧,表面光滑,边界清晰。

三、初步诊断检查项目——颈部超声检查

1. 选择颈部超声检查的原因 超声属无创检查,是颈部疾病诊断的首选检查方法。超声检查具有无创、实时、动态观察、可重复性强、价格低廉等优点,其二维图像对于甲状腺结节内部结构及周边情况显示良好,可以从多个方面观察结节的大小、形态、边界、内部回声、后方声影、周边晕环等,并观察周围淋巴结的情况。对于颈部淋巴结超声可以观察淋巴结的回声是否均匀,是否有囊性变或钙化,淋巴结皮、髓质是否清晰,淋巴结形态是否规则,纵横径的比值,淋巴结与重要血管的关系等,初步判断淋巴结的性质。更重要的是超声可实时观察和测量甲状腺结节或淋巴结内部及周边的血流情况,通过二维和彩色多普勒血流技术的结合,可以提高肿物性质的诊断符合率,避免误诊。

2. 为何不首选其他检查 颈部CT也是颈部较为常用的检查,颈部CT检查能够清楚地显示肿物的大小、形态、病变部位及其与周围组织的关系。尤其是近期开展的颈部增强CT与三维重建技术,使病变组织与周围血管、食管、气管的关系显示更为清晰,对于手术风险性的评估提供了更为有力的帮助。但颈部CT对于颈部肿物性质的预测及治疗原则的制订方面相对于超声较差,不利于疾病的初步判断,且CT价格相对昂贵,不宜作为首选检查。

检查结果: 甲状腺双叶弥漫性增大, 其内可见多个大小不等的低回声、等回声结节, 部分结节呈囊实混合性改变及钙化。右侧颈部甲状腺中部水平胸锁乳突肌深面, 可探及一大小约 $4.5\text{cm} \times 3.5\text{cm}$ 的低回声肿物, 与周围组织界限不清, 其内可见小的液性暗区 (图 1-1)。



图 1-1 甲状腺低回声肿物

四、初步诊断

1. 急性淋巴结炎。
2. 结节性甲状腺肿。

五、进一步检查项目

1. 进一步检查的目的 根据病史、查体、B 超检查初步考虑为急性淋巴结炎、结节性甲状腺肿, 进一步检查的目的主要有:

- (1) 明确增大较快肿物的性质 (病理诊断)。
- (2) 寻找可能的发病诱因。
- (3) 评估患者是否需手术治疗。

2. 进一步检查的措施

(1) 超声引导下穿刺检查: 首选在超声引导下对肿物囊性部分穿刺抽出液体行细菌涂片和细菌培养, 明确是否有细菌感染及进行药敏试验。再者超声引导下对于实质部分行穿刺病理学或细胞学检查, 明确肿物的性质, 除外是否是肿瘤转移淋巴结或增大较快的肿瘤中心性坏死。

(2) 纤维喉镜检查: 纤维喉镜检查可以判断患者咽部是否有溃疡、化脓性改变, 因患有结节性甲状腺肿病史, 声带运动是否有异常。

(3) 胸部正位片、颈部 CT 检查: 判断患者是否有胸骨后甲状腺肿, 是否有气管受压移位、

狭窄。若炎症控制后判断是否需行甲状腺手术治疗。颈部 CT 进一步判断颈部淋巴结与周围组织的关系,尤其是与甲状腺组织的关系。

(4) 心电图、心脏彩超、甲状腺功能检查:如炎症不能控制,需切开引流等手术治疗。患者为老年人,心电图、心脏彩超可作为常规检查,判断心脏功能能否耐受手术。甲状腺功能检查可排除患者是否有隐匿性甲状腺功能亢进,避免手术时因应激反应造成甲状腺功能危象,危及生命。

检查结果:

- 1) 超声引导下穿刺检查:液性部分抽出约 0.5ml 黄色略黏稠液体,细菌图片检查可见革兰阳性球菌,细菌培养对头孢噻肟和环丙沙星敏感。穿刺病理学检查亦证实为急性淋巴结炎。
- 2) 纤维喉镜检查:患者口咽部后壁略红肿,黏膜尚光滑,双侧梨状窝无明显异常。双侧声带运动如常。
- 3) 胸部正位片、颈部 CT 检查:无胸骨后病变,气管无明显受压移位、狭窄。颈部 CT 提示颈部肿物与甲状腺组织似有一分界(图 1-2)。
- 4) 心电图、心脏彩超、甲状腺功能检查:无明显异常。

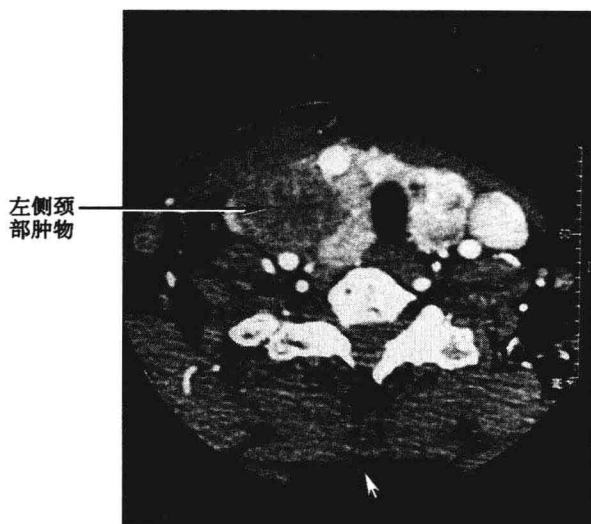


图 1-2 颈部 CT 检查

六、初步治疗方案

1. 方案的理论依据 穿刺病理学、细菌涂片和细菌培养与药敏试验证实增大较快的肿物为急性淋巴结炎,小的液性区域考虑为脓肿形成。建议应用头孢噻肟控制局部炎症,重复超声引导下小的脓腔穿刺抽吸,控制脓肿扩大。如明显脓肿形成原则上应当行脓肿切开引流术,但患者脓腔较小,且年龄较大,故给予穿刺抽出脓液,抗感染对症治疗。

2. 治疗结果 患者治疗 3 天后疼痛缓解,皮肤局部红肿明显减轻,范围缩小。超声检查脓腔无明显扩大,无发热。治疗 6 天患者疼痛消失,局部皮肤红肿消失,脓腔缩小。患者因经

济条件所限要求出院。15天患者随访,疼痛和皮肤红肿无反复,体温无再次升高,脓腔消失,肿物大小约 $2.5\text{cm} \times 1.5\text{cm}$,明显缩小。

病例的思考:本病例从简单病史考虑为结节性甲状腺肿,因增大较快,且伴有局部红肿、疼痛及发热而就诊。患者无明显受压和喘气困难症状,故本次主要解决局部红肿、疼痛问题。颈部肿物伴有红肿疼痛围绕急性淋巴结炎、颈淋巴结结核、甲状腺恶性肿瘤、腮裂囊肿等可能的疾病进行问诊、体格检查及相应的辅助检查。最终根据病史、触诊、B超检查、穿刺病理学及穿刺物涂片及细菌培养,明确为颈部急性淋巴结炎。如明显脓肿形成原则上应当行脓肿切开引流术,但患者脓腔较小,且年龄较大,故给予穿刺抽出脓液,抗感染对症治疗。

(孙 辉)

病例2 颈部肿物30年伴颈部压迫感1个月

患者男性,70岁,颈部肿物30年,颈部压迫感、胸闷1个月,肿物隆起皮肤表面,质地韧,表面光滑(彩图2-1)。

主诉:颈部肿物30年伴颈部压迫感1个月。

一、病史询问及思维提示

1. 肿物的快速增长速度? 单纯性甲状腺肿分为地方性甲状腺肿、散发性甲状腺肿、高碘性甲状腺肿。一般生长缓慢,在发展过程中可出现囊性变、钙化、纤维化等病理改变。如结节性甲状腺肿出现囊内出血,结节可突然增大,一般此种情况不会压迫造成明显的气管狭窄,但可能会出现明显压迫症状,并伴有局部疼痛。单纯性甲状腺肿在漫长的增长过程中,会对气管产生压迫致狭窄可能,造成颈部压迫感。甲状腺肿出现恶性改变会出现肿物突然增大较快。

2. 是否有心悸、多食、多汗、消瘦等症状? 单纯性甲状腺肿有继发甲状腺功能亢进的可能,如果有甲状腺功能亢进症状,需进一步行血清学检查,如证实则首先给予抗甲状腺药物治疗,待甲状腺功能亢进控制后考虑单纯性甲状腺肿手术治疗。

3. 是否曾给予诊断或治疗? 结节性甲状腺肿患者部分已经医院检查诊断过,由于恐惧心理而逃避手术治疗,致使肿物逐渐增大产生症状时才被迫接受手术治疗。甲状腺功能亢进症就诊时可能曾服用过抗甲状腺药物,如不详细追问,可能不主动告诉医师此段病史。

4. 是否有咳嗽、咳痰病史? 慢性阻塞性肺疾病可能出现胸闷不适症状,多数既往有咳嗽、咳痰等疾病的病史。

5. 是否有活动诱发或夜间憋醒等心脏病疾患病史? 对于冠心病患者,可能会出现活动后诱发心绞痛,引起胸闷不适。心脏功能较差者,也会出现活动后胸闷、气喘症状,应注意鉴别。

6. 是否有甲状腺疾病家族史? 甲状腺恶性疾病有家族聚集性,如兄弟姐妹中有甲状腺癌患者,应高度警惕甲状腺癌的可能。

7. 是否有颈部X线照射病史? X线照射病史已经明确是甲状腺恶性肿瘤的一个诱发因素。

询问结果:患者30年前颈前左侧发现一约鸡蛋黄大小肿物,肿物逐渐增大,现约拳头大小,1个月前患者出现颈部压迫感、胸闷,曾来我院门诊就诊,超声检查发现甲状腺左叶囊、实混合性肿物。FT3 10.32pmol/L, FT4 36.53pmol/L, TSH 0.012mIU/L, 给予口服甲巯咪唑片(赛治)早晨20mg, 晚10mg, 为求手术治疗而入院,入院前检查FT3、FT4、TSH均正常。患者无心悸、多食、多汗、消瘦等症状,无咳嗽、咳痰病史,无活动后诱发胸闷和夜间憋醒病史,无家族相关甲状腺疾病病史,无颈部X线照射病史。患者睡眠可,饮食如常,大小便如常。

二、初步体格检查及思维提示

1. 详细的颈部触诊及听诊 明确肿物的质地、大小、活动度、是否随吞咽动作上下移动,