

科文医学文库

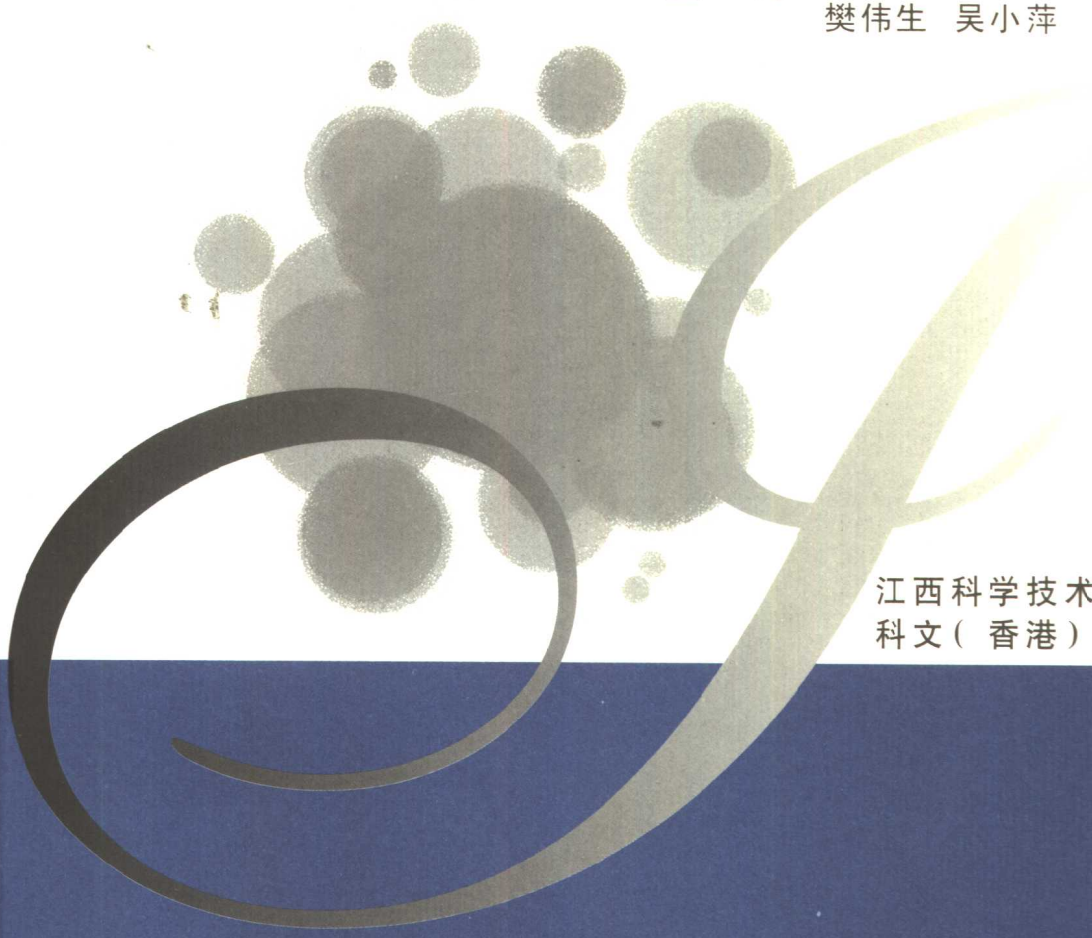
美国最新临床病案精要

Internal Medicine Pearls

内科疾病病案精选

原著者：[美] CLAY B. MARSH, M.D.
ERNEST L. MAZZAFERRI, M.D.

主 译 刘吉勇 张俊勇 方玉琴
樊伟生 吴小萍



江西科学技术出版社
科文(香港)出版有限公司

美 国 最 新 临 床 病 案 精 要

Internal Medicine Pearls

内科疾病病案精选

原著者 [美] CLAY B. MARSH, M.D.
ERNEST L. MAZZAFERRI, M.D.

主 译 刘吉勇 张俊勇 方玉琴
樊伟生 吴小萍

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科疾病病案精选/刘吉勇等译. —南昌:江西科学技术出版社, 2002. 3
(美国最新临床病案精要)

ISBN 7-5390-2096-2

I. 内… II. ①马…②刘… III. 内科-病案-汇编-美国 IV. R5
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 009042 号

国际互联网(Internet)地址:

HTTP://WWW.NCU.EDU.CN:800/

版权合同登记号 14-2002-435

内科疾病病案精选

刘吉勇等译

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市新魏路 17 号
	邮编:330002 电话:(0791)8513294 8513098
印刷	江西科佳图书印装有限责任公司
经销	各地新华书店
开本	787mm × 1092mm 1/16
字数	370 千字
印张	16
印数	3000 册
版次	2002 年 5 月第 1 版 2002 年 5 月第 1 次印刷
书号	ISBN 7-5390-2096-2/R·498
定价	32.00 元

(赣科版图书凡属印装错误,可向出版社发行部或承印厂调换)

前 言

阅读前言只为两种目的:其一是为了了解一门学科当前的知识及其已涉及到的步骤;其二和更重要的是可通过阅读前言加深理解并分析手中的病案。

《学生生活》威廉·奥斯勒著

我们要做的是收集各种病案,更确切地说,收集来自俄亥俄州立大学各医院就诊病人的病案。有时,在培养青年医生的过程中,似乎常把病人康复离开医疗中心视为医疗技术提高的可喜成果。显然,对病人施于人道主义态度和用现代技术治疗并非对立,但仍然存在忘记病人是教学过程的重点这一倾向。

本书刊登的 100 例临床病案,记述了俄亥俄州立大学各医院内科治疗中心接收的最有临床意义和最引起争论的病人。对于住院医师来说,在查房晨会上提出前一天晚上从急诊室接收入院的病人的病史是通常惯例。此外,应将入院几日来仍存在疑难问题或有临床意义的病人的问题和已作出诊断的病人的病案提交科主任或其他负责人。最后提出的病案为“疑难病案”——通常以微妙的方式试图难倒专家。晨会上住院医师与专家之间的热烈讨论是简明的、有针对性的和高水平的学术交流。这种交流始终围绕着病人的诊断和治疗,其特点是采用串联方式,将各种情况综合起来。我们希望学生和住院医师能发现本书的有用之处,并且也希望内科实习医生从中受益。

作者对在本书出版过程中给予了支持的下列专家表示由衷的感谢:他们是唐·米登多夫博士、厄尔·梅茨博士、约翰·施坦格博士、埃德·科普兰博士、沙伦·法伊尔博士、保罗·赫德森博士、琳达·格雷博士、萨姆·卡塔兰德博士、利昂娜·艾尔斯博士、露西·弗里迪博士、迈克·范·阿曼博士、约翰·基塞尔博士、吉姆·瑞安博士、罗伊·圣·约翰博士及克瓦默·奥塞博士。

Clay B. Marsh, M.D.

Ernest L. Mazzaferri, M.D., FACP

1429302



责任编辑 王少浪 温青

封面设计 邓玉琼

目 录

病案 1	进行性吞咽困难伴体重下降	(1)
病案 2	急性腹痛	(3)
病案 3	黑尿和言语不清	(5)
病案 4	脊椎压缩性骨折	(7)
病案 5	低钠血症	(10)
病案 6	乳房结节	(12)
病案 7	胸部不适	(15)
病案 8	发热、肝功异常	(18)
病案 9	糖尿病和缺血性足部溃疡	(20)
病案 10	体重下降,糖尿病、低血钾	(22)
病案 11	心脏瓣膜置换术后发热、寒战	(25)
病案 12	亨廷顿舞蹈病,发热	(28)
病案 13	恶心、呕吐	(31)
病案 14	高血压合并高胆固醇血症	(33)
病案 15	心跳骤停	(35)
病案 16	发热并腹泻	(37)
病案 17	糖尿病并摔倒性晕厥	(39)
病案 18	腹水、贫血、言语不利	(42)
病案 19	小腿痛伴麻木	(45)
病案 20	HIV 感染,接触过结核菌	(47)
病案 21	胸痛、呼吸困难	(49)
病案 22	龟头炎并前列腺结节	(52)
病案 23	劳力性呼吸困难	(55)
病案 24	不典型胸痛	(58)
病案 25	发热	(61)
病案 26	发热、咽痛、胸痛	(63)
病案 27	胸痛	(65)
病案 28	失语	(67)
病案 29	呼吸困难	(70)
病案 30	系统性红斑狼疮合并呼吸困难	(73)

病案 31	关节炎	(76)
病案 32	乏力、声嘶、体重减轻	(79)
病案 33	咽痛、发热	(82)
病案 34	鼻衄、铁幼粒细胞贫血	(85)
病案 35	全身炎症反应,心跳骤停	(87)
病案 36	意识模糊	(90)
病案 37	胸痛、贫血	(93)
病案 38	气短	(95)
病案 39	心肌梗死和新发生的杂音	(98)
病案 40	发热、血小板减少、淋巴结肿大	(101)
病案 41	宽复合波性心动过速	(102)
病案 42	恶心、呕吐、腹泻	(105)
病案 43	贫血	(107)
病案 44	体重下降,周期性腹泻	(109)
病案 45	便血	(112)
病案 46	头痛、呼吸短促	(114)
病案 47	发热、感觉迟钝	(117)
病案 48	潮红、腹泻	(119)
病案 49	精神状态改变	(122)
病案 50	胸痛	(124)
病案 51	发热、盗汗、消瘦	(126)
病案 52	体重下降、乏力、高钾血症	(128)
病案 53	进行性呼吸困难 2 年	(130)
病案 54	外伤后肌肉痉挛、呼吸骤停	(132)
病案 55	工作中晕厥	(134)
病案 56	意识模糊 3 个月	(137)
病案 57	意识模糊	(139)
病案 58	上腹痛,体重下降	(142)
病案 59	糖尿病并高血压	(144)
病案 60	发热、关节痛、假性脑膜炎、脓疱	(147)
病案 61	消化性溃疡并腹泻	(149)
病案 62	无明显不适	(152)
病案 63	发热、左“肺门肿块”和肺炎进行性加重	(155)
病案 64	关节痛、发热、深色尿	(157)
病案 65	肾病、肩膀痛、气短	(160)
病案 66	腹泻后下背部和关节痛	(163)
病案 67	阻塞性肺病	(166)
病案 68	高血压、重度头痛	(168)

病案 69	闭经、头痛、感觉异常	(171)
病案 70	肩背痛、晨僵	(174)
病案 71	体重增加、肌肉萎缩、皮下易发生淤斑	(176)
病案 72	血小板减少症	(179)
病案 73	AIDS 患者的伦理难题	(181)
病案 74	肥胖、浮肿及嗜睡	(183)
病案 75	糖尿病、恶心、呕吐	(186)
病案 76	发热、皮肤损害	(189)
病案 77	甲状腺囊肿、呼吸困难	(191)
病案 78	胸痛	(194)
病案 79	胸痛、出汗、高血压	(196)
病案 80	咽炎后血尿	(198)
病案 81	孕妇,胸腔积液	(200)
病案 82	绝经期	(202)
病案 83	急性呼吸困难	(204)
病案 84	妊娠、恶心、呕吐	(206)
病案 85	意识模糊、呕吐、脱水	(208)
病案 86	虚弱无力	(211)
病案 87	咽喉疼痛	(213)
病案 88	腹水	(216)
病案 89	皮炎、腹泻、痴呆	(218)
病案 90	肾上腺包块	(220)
病案 91	复发性肺水肿	(222)
病案 92	AIDS、呼吸困难、发热、右下肺叶包块	(225)
病案 93	发热、假性脑膜炎、口腔溃疡	(228)
病案 94	远端面神经麻痹、意识模糊、癫痫发作	(230)
病案 95	糖尿病、肝肿大、色素沉着	(232)
病案 96	血小板减少、贫血、肾功能衰竭	(235)
病案 97	疲劳、色素沉着、腹痛、腹泻	(238)
病案 98	颈部放射治疗后出现甲状腺结节	(241)
病案 99	胸痛并向后背放射	(244)
病案 100	发绀	(247)

病案 1 进行性吞咽困难伴体重下降

一位 85 岁的女性,进行性吞咽困难 3 年,体重下降约 9.0kg。当平躺时偶尔会有食物返流和剧烈的咳嗽发作,无吸烟、饮酒史。

体格检查

生命体征:体温、脉搏、呼吸、血压皆正常。

一般情况:慢性病容,恶病质,浅表淋巴结未触及肿大。

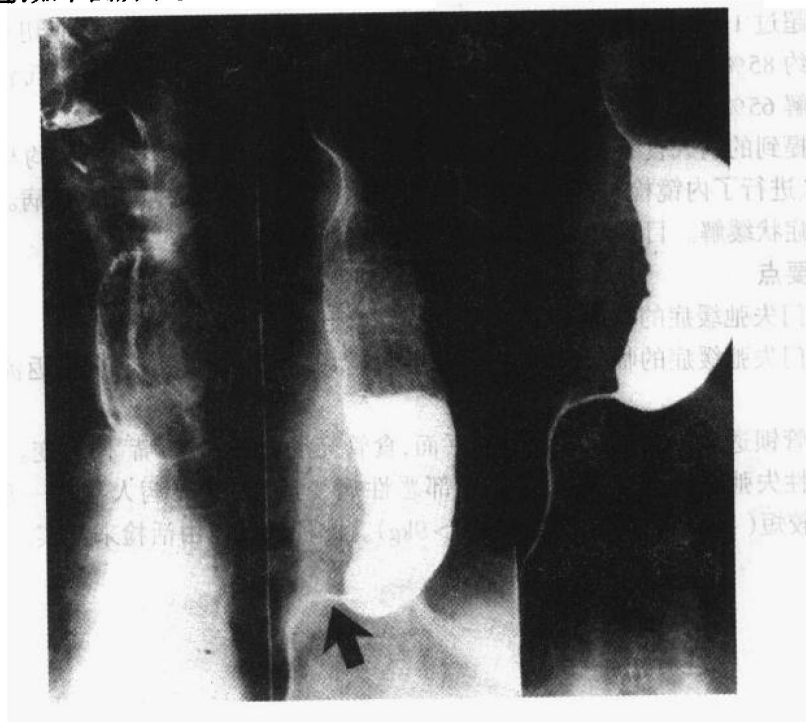
胸部:双肺可闻及哮鸣音和散在湿啰音。

腹部:腹软,未触及包块,无压痛、反跳痛,肝脾未触及,余(-)。

实验室检查

红细胞比积(HCT)0.43(43%),红细胞平均体积(MCV)94fl;血清总蛋白(TP)62g/L(6.2g/dl);白蛋白(ALB)33g/L(3.3g/dl)。

食管钡透:如下图所示。



问题

基于病史和实验室检查,该病人的诊断是什么? 怎样处理?

诊断

贲门失弛缓症。

讨论

贲门失弛缓是食管运动功能紊乱所致,其发病率约为(0.5~1)/10万。其特点是:进行性吞咽困难、食物返流和返流物反复吸入。用测压计测量显示:食管下端括约肌(LES)在吞咽时微弱松弛或根本无松弛出现。括约肌紧张性增加和食管蠕动性降低导致食管进行性扩张,食管从一个简单的运送食物的通道变成了一个可贮存食物的囊袋。因此,病人有返流和食管进一步扩张的危险性。这就是“巨大食管”形成的原因。其病理生理虽然不清楚,但神经节细胞的数量减少和食管远段平滑肌变性似乎是LES不能松弛的基础。

诊断贲门失弛缓症必须依据临床表现和食管透视。胸部平片可见食管高度扩张,在纵隔外呈现“乙状”屈曲,食管内可有较大液平面。远端食管光滑变细,并有“鸟嘴”样改变。

假性失弛缓症是由胃贲门癌或远段食管癌浸润形成,这是失弛缓症需要鉴别的一个疾病。假性失弛缓症病人的特点是年龄较大(>60岁),病程较短(<1年),体重下降较快(一般都超过9kg)。提示诊断的有:食管钡透显示“不规则”的“鸟嘴样”改变,这和失弛缓症病人的食管圆滑性变细截然不同。行内窥镜检查时如不能通过食管,则应怀疑是否存在癌肿。这可由活检及内窥镜证实。如果在南美地区,还应考虑到Chaga病。

重度失弛缓症用钙离子拮抗剂和硝酸盐类药物难以缓解。扩张术只能暂时起作用,一般不会超过1周。许多有严重症状的病人需要行气囊扩张术或食管肌切开术。尽管后者能改善约85%病人的症状,但仍只在气囊扩张术失败后方考虑,因为气囊扩张能有效地长期缓解65%病人的症状。

本文提到的病人食管钡透显示:食管扩张,远端食管平滑变细,这些均与失弛缓症相吻合,病人进行了内镜检查并同时进行多处活组织检查,结果证实无恶性病。行气囊扩张术后病人症状缓解。目前病人感觉良好,体重逐渐增加。

临床要点

1. 贲门失弛缓症的特点是,吞咽时LES呈高压状态,仅微弱松弛。
2. 贲门失弛缓症的临床表现有:食物在食管内潴留,吞咽困难,食物返流及返流物吸入等。
3. 食管钡透显示食管扩张并有液平面,食管光滑变细或“鸟嘴”样改变。
4. 假性失弛缓症是由胃食管连接部恶性病变造成,此类病人年龄一般较大(>60岁),病程较短(<1年),体重下降明显(>9kg)。此种情况需由活检来证实。

病案 2 急性腹痛

一位 32 岁的男性突发腹部剧痛,病人平素体健,否认有类似发作史。

体格检查

生命体征:血压、呼吸、脉搏、体温皆正常。

一般情况:病人呈痛苦貌,翻身时疼痛尤剧。

胸部:右胸有轻叩痛。

实验室检查

白细胞计数(WBC): $8.9 \times 10^9/L$ (8 900/ μl)。

红细胞比积(HCT):0.42(42%)。

尿镜检:红细胞 > 100 个/HP;白细胞 25 个/HP,无菌。

腹部平片:无异常。

诊疗经过:病人被怀疑有肾结石,推荐他做静脉肾盂造影,尽管病人否认以前有食物尤其是海产品过敏史及造影史,但他对行造影仍很犹豫。其顾虑就是他的一个朋友曾因注射造影剂而死在一家医院里。

问题

你怎样才能说服病人进行造影以明确诊断?

答案

与病人在轻松的气氛中交谈,尽量使用通俗易懂的语言,讲明病人所患疾病的可能性以及造影的重要性。并讲明此方法的危险性(过敏反应、极小的死亡率)、其他方法的危险性以及诊断价值。

讨论

如果病人对医生推荐的诊断方法存有顾虑,医生就必须向病人做耐心详细的解释,绝不可以采用强制性手段让病人按指定的方法进行检查,而是采用详尽的、易于使病人理解的语言说明造影的必要性以及可能发生的危险性、其他可选择的方法及其预期效果,实际上要做到这一点是不容易的。一项调查显示:向病人输送一定量的信息必须由合格的医生承担,这样才能使意识清醒的病人作出合理的选择,但很少能阻止病人被医疗细节所困扰。这项调查提示:医生并不需要背诵每一个与诊断有关的检查的危险性,也不能干扰病人的理解力,而使其不能区分出重要的部分,以致不能作出明确的决定。在与病人谈话时要注意的重要部分就是仔细地解释可能危及生命的并发症。

与病人讨论病情要依据临床变化而变化。在紧急情况下,内容应简略,例如在处理病人心肺衰竭或急速发展的败血症性休克时,就无须同病人商讨来征求病人的意见。但在并非紧急的情况下就需要采用一个轻松的方式与病人交谈,给病人足够的时间考虑讨论的内容并能提出疑问。在商讨的最后,医生必须明白病人是否已理解讨论的内容。医生应该在病人同意或否定所推荐方法以后再提出其他可选择的方法,并说明其危险性及效

果。

尽管有时医生已做了真诚的努力,详尽地说明了推荐方法的内容,但病人的理解障碍仍有可能妨碍病人作出选择。使用一些杂乱的术语、过分强调诊断的不明确性,实际上剥夺了病人领会有限信息、作出选择的权力。医生的家长式作风和直截了当的、故弄玄虚的交谈方式会干扰病人的理解力。病人在这种情况下往往变得焦躁不安。注重谈话艺术的医生经常选择书写方式来补充解释讨论的内容,或在谈话末尾问病人一些问题来证实其是否已对谈话内容理解。

对于本文提及的病人,医生向他解释了肾结石症的临床特征,讨论了常规的检查 and 治疗方法、其他方法及其危险性和预期效果。病人没有选择静脉肾盂造影,他仔细地过滤了尿液,最终发现了草酸钙尿石。他计划回本院门诊来查清肾结石的原因。

临床要点

1. 医生与病人商讨的目的就是要病人对诊疗方法作出选择。
2. 交谈时医生必须清楚、真实地说明病人可能的诊断及其诊疗方法,要说明其危险性 & 效果。对其他方法医生也应告知病人,以便病人从中作出选择。
3. 谈话时需由称职的医生负责,这样的医生应该对社会和相关专业都有所了解,并能使意识清醒的病人作出适当的选择。
4. 谈话的障碍包括一直使用专业术语,过分强调对诊断的不明确性、医生的家长式作风、直截了当或故弄玄虚的谈话方式,以及谈话时间的限制等。
5. 在急症情况下,谈话可以简要甚至省略。
6. 病人最后无论是拒绝还是接受都是病人自身的权利。

病案3 黑尿和言语不清

一位30岁的男性,在一场争斗之后因言语不清、步态不稳被送至急诊室。他自述下肢和面部疼痛,1周以前进行过右膝关节内窥镜检查。病人否认服用毒品史,承认在发病前曾喝过1杯啤酒。

体格检查

生命体征:体温 38.4℃,脉搏 112 次/min,呼吸 26 次/min,血压 14.7/12.0kPa (110/90mmHg)。

一般情况:意识清楚,定向力正常,右颧骨轻触痛。

胸部:胸片未见异常,心脏(-),四肢无肿胀及触痛。

实验室检查

白细胞计数 $20.3 \times 10^9/L$ ($20\,300/\mu l$);红细胞比积 0.41(41.1%)。

血液生化:钠 138mmol/L (138mEq/L),钾 5.9mmol/L (5.9mEq/L),氯 106mmol/L (106mEq/L), HCO_3^- 3mmol/L (3mEq/L),钙 1.87mmol/L (7.5mg/dl),镁 1.45mmol/L (3.5mg/dl),磷酸盐 2.26mmol/L (7mg/dl)。血糖 15.79mmol/L (287mg/dl),尿素氮(BUN)5.0mmol/L (14mg/dl),肌酐(Cr)88.4 μ mol/L (1.0mg/dl);凝血酶原时间(PT)14.9秒,部分凝血酶原时间(PIT)38秒。

门冬氨酸氨基转移酶(AST)674U/L,血清丙氨酸氨基转氨酶(ALT)278U/L;肌酸磷酸激酶(CPK)42 630U/L。

乳酸盐 16.2mmol/L。

血浆渗透压 322mOsm/kg。

血气分析(2L鼻套管):pH6.82;二氧化碳分压(PCO₂) 2.53kPa (19mmHg);氧分压(PO₂) 19.06kPa (143mmHg);血乙醇浓度 0g/L。

X线:右膝关节正位片示骨折。

尿液分析:黑棕色尿,镜检无红细胞,潜血呈阳性。

问题

根据体检和实验室检查,提示什么疾病?

诊断

可卡因导致的横纹肌解。

讨论

近年来由于违法使用可卡因的人数骤升,已发展到出现一系列威胁生命的并发症,尽管在大多数情况下可卡因主要影响心脏和中枢神经系统,但可卡因导致的横纹肌溶解正逐渐增加,被认为是导致肾功能衰竭突然发生的一个重要因素。静脉注射、鼻吸入、吸食药面均可致横纹肌溶解。

可卡因导致的横纹肌溶解的病理生理学仍不清楚,动脉强烈收缩使骨骼肌缺血和坏

死是其可能的病理因素。由于具有渗透作用的活性颗粒由已损伤的细胞释放,肌肉组织被限制在肿胀的筋膜室内,血管和神经受压产生压迫症状,进一步使缺血加重,从而导致横纹肌溶解。体温过高、癫痫发作、昏迷病人长期卧床造成的压力性肌坏死,加重了肌肉的损伤。

大多数由可卡因导致的横纹肌溶解的病人,表现为好斗、极其焦躁不安、血清 CPK 浓度一般升到 12 000U/L,有时甚至达到 50 000U/L,其他实验室检查异常的有:肾功能衰竭、肝功能异常、弥散性血管内凝血(DIC),后者能与可卡因导致的单纯性血小板减少症相混淆,尿液分析有助于鉴别。在尿液镜检无红细胞的情况下,潜血试验阳性提示有游离血红蛋白或肌红蛋白。

肾功能衰竭是可卡因导致横纹肌溶解的常见并发症。这是由肾小管阻塞或肾小球受肌红蛋白毒素影响的结果。肾小管血流的改变也是其中因素之一。低钙、高钾、高镁、高磷酸盐和高尿酸血症在横纹肌溶解导致的肾功能衰竭患者中发病初期就非常典型。肾功能衰竭、组织缺氧、肌肉坏死可导致剧烈的酸中毒;DIC 提示预后很差,可卡因的直接肝毒性或低血压可致肝酶谱升高。

处理可卡因导致的横纹肌溶解的方法是支持治疗。严密监视肾功能,防止肾功能衰竭发生,静脉输注液体可以增加尿量,在急需快速利尿的病人可使用甘露醇和利尿剂。尿液碱化是否可阻止肌红蛋白在肾小管中沉积仍有争议。到目前为止,还没有资料证实其是否有益。如果静脉使用碳酸氢盐,就要严密监测血清钙浓度,以免加重低血钙。如出现症状,可行筋膜切开,以减轻肌缺血并可最终使横纹肌溶解终止。在少尿病人,如果不能纠正,并有危及生命的高钾血症代谢性酸中毒时可行血透。有时在横纹肌溶解还可能出现严重的高钙血症。尽管有时已采取了积极和正确的治疗,仍有 50%的病人死亡。

本文提到的病人尿荧光检查显示可卡因阳性,静脉滴注碳酸氢盐、补液、甘露醇以纠正严重的代谢性酸中毒和高钾血症。因筋膜室内压力升高,故做了筋膜切开术,以后切开范围扩展到腹股沟区,又经过短期的血液透析和高压氧治疗后,病人逐渐康复,肾功能也逐渐完全恢复。

临床要点

1. 静脉使用、鼻吸、吸食可卡因可导致危及生命的横纹肌溶解。
2. 横纹肌溶解可因肾功能衰竭和 DIC 而使病情复杂,明显增加死亡的危险性。
3. 明显的高钙血症发生在横纹肌溶解期间。
4. 在无血尿的情况下,潜血阳性提示由游离血红蛋白或肌红蛋白导致血色素性肾病的可能性。

病例 4 脊椎压缩性骨折

一位 55 岁的妇女近期表现为后背疼痛。近 5 年曾有颈项僵硬史、高处跌落后腕部骨折史、身高缩短了 5 厘米。否认有系统性疾病史,月经史正常,49 岁绝经,妊娠 4 次均无异常。绝经后曾服用几个月的雌激素和孕酮行替代疗法,但最终因出血而停止使用。曾行子宫扩张和刮宫术。乳房正位片显示纤维化改变。现在病人惟一使用的药物就是每日服用碳酸钙 600mg。病人的母亲和姐姐曾患骨质疏松症。其家族是北欧后裔。

体格检查

生命体征:体温、血压、脉搏、呼吸均正常。

一般情况:无力体形,甲状腺正常,双侧乳房有纤维化改变,脊柱轻微后凸,腰部脊柱前凸,第八、九脊椎轻压痛,腰部前伸充分,直腿抬高试验(-)。

实验室检查

白细胞计数: $0.5 \times 10^9/L$ ($5\ 123/\mu l$)。

红细胞比积:0.43(43%)。

尿素氮、肌酐正常,钙 2.45mmol/L (9.8mg/dl),磷酸盐 1.10mmol/L (3.4mg/dl),碱性磷酸酶 126U/L (126U/ml)。

血清蛋白电泳正常,中末期甲状旁腺素(PTH)33 万 ng/L (33pmole/L),血清 25-OH-Vit D 22ng/ml (正常 $16\sim 72\text{ng/ml}$)。

24 小时尿钙 4.3mmol (4.3mEq);尿液分析:正常。

胸腰段脊椎侧位片如下图所示:

问题

病人代谢失调的特点是什么?

诊断

I 型骨质疏松症。

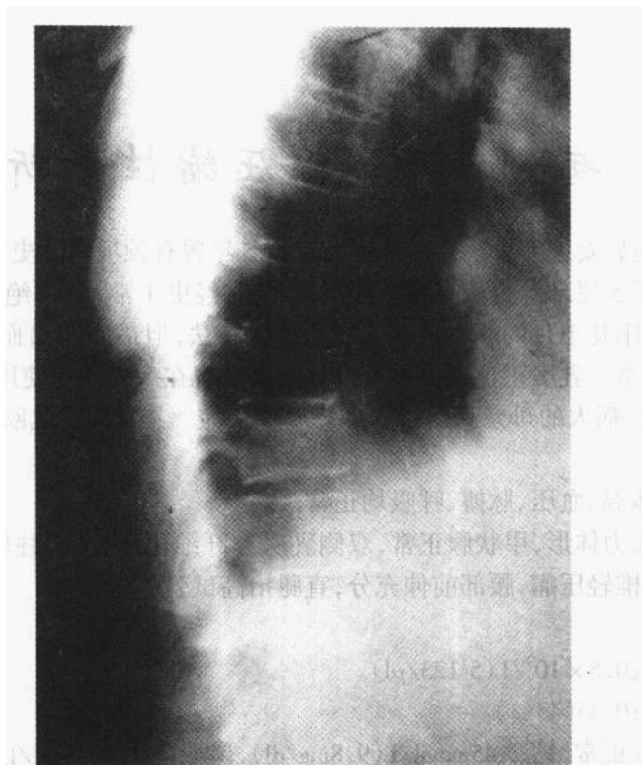
讨论

骨质疏松症是骨骼代谢失调所引起的。其特点是骨体积减少,骨应力降低,从而增加了骨折的危险性。骨质丢失不伴有矿物质与基质比率的改变,或矿物质与基质含量的特异性改变。

全美估计有 2 400 万人罹患骨质疏松症。每年会有 120 万人因此症而骨折。中年以后患病率会增加,其中 80.8% 的妇女会有胸腰段脊椎的压缩性骨折,15% 的人会有克氏骨折,1/6 的妇女会在一生中有髌骨骨折。骨折后 1 年内将会有 20% 的人死亡,50% 的病人需要家庭护理或扩大护理范围。

骨质疏松可以分为 III 型。

I 型:(绝经后骨质疏松症)一般发生在妇女绝经后 20 年,但在老年男性中也会出现。其主要临床特点是:脊椎骨折,但发生克氏骨折、牙齿脱落、骨小梁丢失的频率(椎体、远侧



桡骨、下颌骨)也会远远大于正常,骨皮质丢失仅有轻微异常。骨质丢失加速将会导致PTH分泌减少, $1,25-(\text{OH})_2-\text{Vit D}$ 也会减少,从而使肠道吸收钙减少。

Ⅱ型:多发生于75岁以上男性和女性老年人当中,主要特点是髌骨和脊椎骨易发生骨折,但肱骨、胫骨、骨盆也会发生骨折。一些病人会发生内源性骨形病变,而其他人可能会发生继发性甲状旁腺功能亢进症。与年龄有关的骨质丢失的过程可以解释前者病人的骨质疏松症,后者病人的甲状腺功能会随年龄增加而亢进。这可能与 $25-(\text{OH})_2-\text{D}$ 转化成 $1,25-(\text{OH})_2-\text{D}$ 障碍,使钙吸收减少有关。

Ⅲ型:好发于绝经后头20年的妇女当中,特点是脊椎骨折,PTH浓度绝对升高,骨质变化增速。 $25-(\text{OH})_2-\text{D}$ 转化成 $1,25-(\text{OH})_2-\text{D}$ 障碍导致后者浓度下降。

一些骨质疏松的病人(20%的妇女,40%的男性)将会发生继发性骨质疏松症,常见原因是内分泌功能失调(甲状腺炎、库欣病、原发性甲状旁腺功能亢进症、性腺功能降低)、胃肠道疾病(胃切除术后、吸收不良、原发性胆汁性肝硬化、慢性阻塞性黄疸)、神经性厌食、应用激素及结缔组织病变(骨生成不良)。其他病变包括多发性骨髓瘤、嗜酒、慢阻肺、肝素长期治疗、卧床不起、类风湿关节炎。

病史应集中于妇女的月经史和引起骨折损伤的数量方面。骨质疏松性脊椎骨折往往与每天的日常活动密切相关,而且虽然背痛很普遍,但病人身高方面的改变有时可能是惟一的诊断线索。尽管脊神经和髓核压迫的症状可能出现,但脊柱后凸(妇人驼背)可能是多发性、静止性脊椎骨折的惟一标志。继发性骨质疏松在脊椎骨折的病人中也要排除。

病人就诊时实验室检查应该包括完整的血细胞计数、电解质、肾功能、肝功能、甲状腺功能测定,血钙、磷酸盐、碱性磷酸酶、血清蛋白电泳测定,以及PTH和 $1,25-(\text{OH})_2-\text{D}$

水平,这样有助于提供甲状旁腺功能紊乱和吸收功能紊乱的情况。骨骼 X 线片能粗略估计骨密度,显示骨质丢失 30% 后的变化。不同部位骨质变化的速率均不同,单光子吸收测定法能分析从中段到远段桡骨骨质的变化情况,但因为这些部位有大量的骨皮质,它们对快速代谢变化缺乏敏感性,从而限制了此方法的应用。双重能量射线吸收测定方法是目前较好的方法,可进行多部位测定,如椎骨、髌骨等。

治疗骨质疏松症的方法有:适度的体育锻炼、去除促发因素(如吸烟、激素治疗、嗜酒、服用过量甲状腺素)、减轻疼痛症状,教育老年人正确的起居方式。联合应用雌激素是有效的疗法。只需较小的剂量(0.625mg/d)就可预防性停经后骨质丢失。绝经后头 10 年里预防性应用雌激素效果明显,并对心血管系统也有好处。在每日服用孕酮的基础上周期性或联合应用雌激素可提高治疗效果。但这种方法对于患有乳腺癌的人来说是相矛盾的。对于长期应用雌激素者需定期行乳腺拍片和巴氏涂片。

在无甲状旁腺功能亢进和肾结石的病人还可联合应用其他药物,包括钙剂(每日 $1.5 \sim 2.2\text{mg}$),这样能减少骨质破坏,每日给予含有维生素 D_3 的复合维生素 $400 \sim 800\text{U}$,有利于促进钙质吸收。其他可选择使用的药物有“钙通宁”(皮下注射,价格昂贵)、活性钙、雄激素。新近的研究显示,环形依替磷酸钠合用钙剂,每年能增加骨质 $2\% \sim 3\%$,可减少脊椎骨折的发生(前提是 11 ~ 13 周内不用任何其他药物,用法为每日给予 400mg ,连用 14 天)。

本例患者患有 I 型骨质疏松症,依据是拍片显示弥漫性骨质疏松,椎骨楔形骨折。因为病人有乳房纤维瘤以及出血史,故她拒绝使用雌激素。使用环形依替磷酸钠 1 年后,椎骨密度增加(3%),没有再发生椎骨骨折,背部疼痛也相应缓解。

临床要点

1. 1/6 的妇女有过髌骨骨折,1 年内会有 20% 的病人死亡,50% 的病人需扩大护理范围。

2. I 型骨质疏松症(绝经后):在妇女绝经 20 年内会影响骨骼,其特点是骨小梁缺失逐渐增加和椎骨骨折。

3. II 型骨质疏松症(高龄性):好发于年龄大于 75 岁的男女性老年人中,易发生髌骨和椎骨骨折,其特点是骨转换正常。

4. III 型骨折疏松症好发于少部分绝经后 20 年内的妇女当中,特别是好发椎骨骨折和 PTH 水平升高。

5. 继发性骨质疏松症与许多病变有关,且类似于原发性骨质疏松症。

6. 雌激素和钙剂对治疗绝经后骨质疏松症有效。

7. 环形依替磷酸钠能增加骨密度,减少椎骨骨折。