

汤德强 黄德顺 合编

内科复杂病例讨论集

浙江科学技术出版社

责任编辑 励慧珍

封面设计 周初明

内科复杂病例讨论集

汤德骥 黄德贍 合编

*

浙江科学技术出版社出版

浙江新华印刷厂印刷

浙江省新华书店发行

开本787×1092 1/32 印张10.625 字数240,000

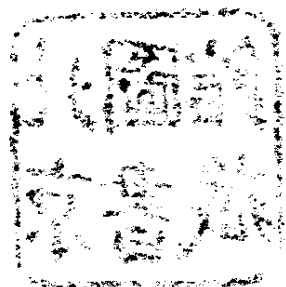
1986年3月第一版

1986年3月第一次印刷

印数：1—5,100

统一书号：14221·90

定 价：1.65 元



编者的话

一九八一年编者收集了临床表现各异、诊断和治疗略有曲折的50个病例，编写成《病例讨论集》(腹部疾病专辑)一书，出版之后，两次印刷发行，深受读者欢迎，有的来信，热情洋溢，认为对提高临床综合、分析能力和诊断水平很有帮助；有的指出缺点和希望，鞭策有加。为此，不揣谫陋，再次选择50余例，编写成《内科复杂病例讨论集》。

本书收集范围较广，有循环、消化、呼吸、血液和神经等系统疾病，各系统例数虽然不多，但都有一定特点，有的临床表现比较复杂，致使诊断困难；有的虽较简单、常见，但易忽视，造成漏诊、误诊，所有病例均经尸体病理解剖验证，可以从中吸取经验或教训，以供临床青年医师或基层医务人员借鉴。

疾病的诊断是一门复杂的科学，临床实践中遇到的病种浩如烟海，病情变化多端，同一病种可以有多种不同表现。如何在纷繁、复杂的表现中，取舍和鉴别，抓住重点，作出合理的临床诊断，既要有丰富的临诊经验，更要有充实的医学理论基础，青年医师所缺的是临诊经验不足，由于思路不广，对复杂病例的诊断，往往感到茫然，对简单的病例，容易只抓一点，不见全貌，因此，本书的编写，除病历摘要外，着重于临床分析和讨论，前者提供思维线索，便于综合、分析，后者证实病变性质和范围，有助于经验的积累。限于水平，本书的不足和错误之处，尚祈读者指正。

血气分析是近年来临床常用的诊疗技术，对判断酸碱平衡失调、类型和代偿程度极其有利，鉴于目前尚未普遍采用，对其临床意义和指导治疗的重要性亦未重视，特附录于书末，以供查阅。

编 者

一九八四年十一月

目 录

循环系统疾病病例

- 一、心悸、气急、浮肿和心脏杂音（主动脉瓣动脉痿伴室间隔膜部未闭）（ 1 ）
- 二、心悸、气急、心脏杂音和发热（风湿性心脏病，亚急性细菌性心内膜炎）（ 6 ）
- 三、心悸、胸痛和气急（风湿性心脏病，二尖瓣腱索断裂）（ 11 ）
- 四、心悸、气急、浮肿伴黄疸（风湿性心脏病，亚急性肝坏死）（ 17 ）
- 五、胸闷、心悸、气急、抽搐伴神志不清（动脉粥样硬化，冠状动脉硬化性心脏病）（ 22 ）
- 六、心前区剧痛、心悸和气急（主动脉、冠状动脉粥样硬化，左心壁及中隔心肌弥漫性小灶性坏死）（ 30 ）
- 七、发作性胸骨下部剧痛，血华、康氏反应阳性（梅毒性主动脉炎伴左右冠状动脉口狭窄）（ 38 ）
- 八、发热、心悸伴气急（脓毒血症，纤维蛋白性心包炎）（ 45 ）
- 九、胸闷、心悸、气短伴浮肿（特发性心脏肥大）（ 49 ）
- 十、心悸、气急、浮肿、不能平卧（慢性复发性风湿性全心炎）（ 54 ）
- 十一、心悸、气急、升主动脉扩大、心脏杂音

(Marfan 综合征)	(59)
----------------------	--------

消化系统疾病病例

一、饭后腹痛、泛酸、暖气、吐咖啡样液体 (胃溃疡)	(66)
-----------------------------------	--------

二、乏力、腹胀、睾丸疼痛伴腹水 (胃癌)	(69)
------------------------------	--------

三、发热、腹痛、呕吐、腹泻、休克 (出血性坏死性小肠—大肠病)	(74)
---	--------

四、腹痛、腹泻、乏力、发热 (溃疡性结肠回肠炎)	(80)
----------------------------------	--------

五、腹泻、脓血便 (血吸虫性结肠回肠炎)	(85)
------------------------------	--------

六、腹痛、腹胀、低热、腹水 (阑尾未分化腺癌伴腹膜面广泛种植)	(92)
---	--------

七、腹泻、发热、上腹痛、腹块、心悸 (细菌性肝脓肿，化脓性心包炎)	(97)
---	--------

八、腹痛、发热、黄疸 (胆道蛔虫病伴细菌性肝脓肿)	(102)
-----------------------------------	---------

九、畏寒、发热、右上腹痛、肝脾肿大 (肝脓肿)	(107)
---------------------------------	---------

十、上腹痛、黄疸、发热、腹胀 (胆总管先天性囊肿)	(112)
-----------------------------------	---------

呼吸系统疾病病例

一、咳嗽、咳痰、发热、腹泻和血压下降 (纤维空洞性肺结核病)	(118)
--	---------

二、腹胀、腹部逐渐增大、咳嗽、咳血 (支气管肺癌，血吸虫性肝硬化)	(124)
---	---------

三、咳嗽、胸闷、气急 (胃粘液腺癌，转移性肺癌)	(128)
----------------------------------	---------

四、咳嗽、气急、右侧胸腔积液（右侧胸膜间皮瘤，左肺血栓栓塞）	(133)
五、发热、腹泻、咳嗽（急性血吸虫病，脓毒血症）	(139)
六、发热、全身酸痛、咳嗽、咳血（钩端螺旋体病）	(145)
七、发热、胸痛、腹痛、腹胀、巩膜黄染（右侧出血性、纤维蛋白性、脓性胸膜炎，慢性胆囊炎、胆石症）	(150)
八、浮肿、蛋白尿、肾移植术后少尿、咳嗽、咳血（霉菌性脓毒败血症）	(155)
九、发热、左小腿疼痛、咳嗽、咳血、气急（左下肢腓肠肌与比目鱼肌间脓肿）	(164)
血液系统疾病病例	
一、齿龈出血、鼻衄、头昏、乏力、发热（再生障碍性贫血）	(171)
二、发热、乏力、颈部淋巴结肿大（何杰金病）	(176)
三、高热、纵隔肿块（淋巴肉瘤）	(184)
四、头昏、乏力、腹胀伴血性腹水（腹膜后右肾及肾上腺旁组织细胞肉瘤）	(189)
五、发热、颈部及腋下淋巴结肿大（组织细胞肉瘤）	(194)
六、发热、消瘦、乏力、腹胀（何杰金病）	(198)
神经系统疾病病例	
一、头痛、低热、呕吐（结核性脑膜炎）	(204)

二、头痛、发热(新型隐球菌性脑膜炎)	(209)
三、右侧肢体偏瘫、意识不清(脑脓肿)	(214)
四、头痛、呕吐、昏迷(左小脑出血)	(218)
五、头痛、呕吐、嗜睡(颅咽管瘤)	(223)
六、头痛、神志不清、大小便失禁(大脑星形细胞瘤)	(228)

泌尿系统、内分泌及代谢疾病病例

一、少尿、浮肿、气急(亚急性肾小球肾炎)	(235)
二、少尿、浮肿、血尿伴恶心(急进性肾炎)	(239)
三、腰痛、无尿、浮肿、发热(肾、输尿管结石)	(245)
四、血尿、尿频、尿急伴尿痛(右肾结核, 左侧肾盂积水, 矽肺结核病)	(251)
五、关节疼痛、浮肿、气急(痛风)	(257)
六、肺叶切除术后咳嗽、发热伴昏迷(糖尿病)	(264)
七、手足厚大、易怒、乏力、腹部增大(肢端肥大症, 坏死后性肝硬化合并原发性肝细胞性肝癌)	(269)

其他疾病病例

一、发热、关节疼痛、心包摩擦音(金黄色葡萄球菌性败血症)	(276)
二、胸痛、胸部肿块、休克(梅毒性升主动脉瘤)	(282)
三、昏迷、休克(一氧化碳中毒)	(288)

四、发冷、发热、右上腹痛、心悸伴气急(肝脓 肿)	(293)
五、腹胀、腹部膨隆、黄疸(血吸虫性肝硬化合 并血性腹水)	(298)
附录一 血气分析的临床意义及应用	(305)
附录二 临床重要检验正常值	(317)

循环系统疾病病例

一、心悸、气急、浮肿和心脏杂音

病 历 摘 要

患者男，34岁，工人，住院号105754。因劳动后常感心悸、气急7年，近3个月来症状加重，伴胸痛、浮肿、腹胀，于1974年5月30日入院。

9年前偶因“感冒”在青海某医院就诊，发现心脏有杂音，经心导管检查后诊断为“室间隔缺损”，但无自觉不适。7年来每于劳动后感心悸、气急，休息片刻，即能缓解。3个月来持续感心前区针刺样疼痛，夜间呼吸困难，不能平卧，尿量减少，下肢浮肿，食欲减退，腹胀。当地医院给狄高辛、强的松、氨茶碱、速尿等治疗，症状未能缓解，转来本院。病程中无发热及关节疼痛。

患者平素体健，否认冶游史。

体格检查：体温36.9℃，脉搏92次/分，血压150/0mmHg。一般情况软弱，发育良好，营养中等，呼吸稍急促，半卧位。两下肢有凹陷性水肿。无出血点，浅表淋巴结未肿大。巩膜无黄染。颈静脉怒张。心脏浊音界扩大，心尖搏动弥漫，在左侧第6肋间锁骨中线外3cm，胸骨左缘第3、4肋间可触及收缩期猫喘，并闻及Ⅲ级响亮、高音调的吹风样收缩期及Ⅱ级吹风样弛张期杂音，不向锁骨下区传导。心率92次/分，心律齐。股动脉

可闻及枪击音，有明显毛细血管搏动及水冲脉。两肺呼吸音粗糙。腹部膨隆，有明显移动性浊音。肝于肋下3cm、剑突下5cm触到，质软，有压痛。脾脏未触及。四肢、关节及神经系统检查均无异常发现。

实验室检查：血红蛋白12g，白细胞3800，中性67%，淋巴33%。尿及大便常规检查无特殊。红细胞沉降率和血抗链球菌溶血素“O”滴定正常，肝功能检查（白、球蛋白，黄疸指数，锌浊度和谷丙转氨酶测定）及血钠、钾、氯化物等亦在正常范围内。血培养无细菌生长，血康氏反应阴性。腹水检查：李凡他试验阴性，红细胞1400，白细胞82。心电图检查：左室肥大，心肌损害。

住院经过：入院后经狄高辛、速尿、氯化钾、青霉素等治疗后，心悸、气促及浮肿稍好转，但心前区针刺样疼痛及腹胀未减轻。住院1个月后出现心律不规则，作心电图检查提示心房颤动，Ⅰ度房室传导阻滞及心肌损害。停用狄高辛后，心房颤动仍持续存在。9月24日下午坐在椅子上突然昏倒，心跳、呼吸停止，抢救无效，死亡。

临 床 分 析

本病例重要的临床表现有充血性心力衰竭和胸骨左缘第3、4肋间闻及吹风样收缩期及弛张期杂音。临床上高血压、肺动脉高压、心包疾患、心肌疾患、心脏肿瘤、先天性心脏病及瓣膜性心脏病等均可引起充血性心力衰竭。根据本病例有显著心脏杂音，主要应考虑先天性心脏病或/及瓣膜性心脏病两种可能。过去曾作心导管检查、入院后作心电图检查均提示左室肥大，与室间隔缺损的诊断相符，但这个诊断不能解释胸骨左缘第3、4肋间的吹风样弛张期杂音、水冲脉、毛细血管搏动

及枪击音的表现,这些体征都是主动脉瓣关闭不全的特征。因此对本病例除有室间隔缺损外,是否同时有主动脉瓣关闭不全,应加以考虑。

一、室间隔缺损伴主动脉瓣叶脱垂:约15%室间隔缺损病人可发生主动脉瓣叶脱垂,引起进行性主动脉瓣关闭不全。由于有连续性的收缩期和弛张期杂音存在,物理检查确诊非常困难。

二、主动脉窦部动脉瘤破裂伴室间隔缺损:先天性Valsalva窦部动脉瘤是一种较为少见的先天性心脏病,男性较多见,当向右室或右房穿破,可造成主动脉心脏瘘,引起胸骨左缘第4肋间连续性收缩期及弛张期杂音、脉压增大及心力衰竭。未破裂的动脉瘤通常不引起症状和血液动力学异常,如果动脉瘤压迫心内传导系统,偶可引起房室传导阻滞,压迫冠状动脉时可引起心肌缺血。破裂常突然发生,可引起胸痛及产生连续性动静脉分流及过度增加左、右心室腔的容量负担,引起心力衰竭。诊断只能由主动脉造影作出,近年来切面超声心动图配合声学造影也可诊断。但当一个有长期心脏收缩期杂音(或无杂音)的病人,突然出现主动脉瓣关闭不全时,应该怀疑是否有主动脉窦部动脉瘤穿破的诊断。

在上述两种可能中,结合本病例有胸痛症状和心力衰竭逐渐加重,病程中又出现房室传导阻滞等,后一种可能性较前一种为大,曾建议患者手术治疗,被拒绝。

此外,根据主动脉瓣区有连续性杂音,脉压增大,也应考虑动脉导管未闭,心肌梗塞引起的心室间隔穿孔及二尖瓣乳头肌断裂,风湿性心脏病及梅毒性心脏病等。动脉导管未闭的可能性不大。因本病例连续性杂音的位置不在胸骨左缘第1、第2肋间及左肩胛区,不向锁骨下区传导;心肌梗死引起的心室

间隔穿孔及乳头肌破裂也可排除，因本病例过去无高血压及冠状动脉缺血病史，心电图无心肌梗塞表现。至于风湿性心脏病，如果是主动脉瓣病变，根据患者体征，在胸骨左缘第3、4肋间可触及收缩期猫喘及闻及Ⅲ级吹风样收缩期杂音，病变应以主动脉瓣狭窄为主，水冲脉、毛细血管搏动等周围血管体征，不应象本病例这样明显。无关节疼痛史及无明显二尖瓣病变迹象，也对这个诊断不利。本病例年龄较轻，无冶游史，血康氏反应阴性，梅毒性心脏病可以不予考虑。

尸体解剖摘要

尸体编号A2228，剖验主要发现：心脏重620g，外形显著增大。左、右心室均肥大及扩张，尤以右心室扩张显著。主动脉瓣周径7.5cm，增厚，略变形，表面粗糙，局部质硬，似为钙化，但三个瓣膜基本保持原来的形状。在未剖开动脉前，用水灌注时，未见有明显的关闭不全现象。在主动脉右侧半月瓣的窦部有一瘻管，直通右心室的膜部，瘻口直径约1cm，边缘纤维化增厚，局部较硬，似钙化，瘻口通向右心室处形成一个长约1.2cm的膜性漏斗，漏斗出口处直径约0.7cm。紧贴该瘻管口的下缘，即相当于室中隔膜部亦见一小孔，孔口呈扁圆形，约0.3×0.2cm，其他瓣膜未见明显异常。二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣的周径分别为12.5、13及9cm。左心室壁增厚达1.5cm，右心室壁近肺动脉根部处达0.7cm，近心尖部为0.3cm。卵圆孔及肺动脉导管均已闭锁，未见其他畸形。镜检：主动脉瓣切片见纤维组织增生，可见散在的淋巴细胞浸润。

病理诊断：主动脉窦动脉瘻伴室间隔膜部未闭，左、右心室肥大、扩张，肺郁血水肿；肝慢性郁血伴纤维组织增生，脾肾郁血。

讨 论

主动脉窦部动脉瘤是一种较为少见的先天性畸形, 1914年 Smith 提到在8138个尸体解剖中只发现7例。主动脉窦部动脉瘤多发生于主动脉的右瓣或后瓣, 常向右室或右房穿破形成动脉痿。有的文献报道右瓣的动脉瘤常在其紧贴的下方伴有室中隔缺损 (Amer Heart J, 63:405, 1962), 本例即属此类。

关于此病的发生, Edward 认为在胚胎发育过程中, 主动脉根部的中层及纤维环连接处薄弱所致, 故其发展是生后逐渐形成的, 一般至30~40岁时发生破裂。此病常伴有细菌性心内膜炎, 有的学者认为细菌性心内膜炎可导致窦部动脉瘤(痿)的形成 (Brit Heart J, 11:325, 1949)。我们认为本病例属于先天性疾病, 但伴有继发感染, 以致出现主动脉瓣及痿周组织纤维化和粗糙不平。

本病的预后视主动脉窦部动脉瘤的类型及破裂部位而定。破裂后可即刻死亡(破裂入心包腔)或存活若干年, 但多数病人在破裂后1年内死于进行性心力衰竭 (Am Heart J 63:708, 1962), 心内膜炎常是加速病人死亡的并发症。近年来, 由于心脏外科手术的迅速发展, 可在体外循环的条件下, 切开心脏, 在直视下有效的将破裂的瘤体加以切除并予以修补。此病内科治疗无效, 因此一旦作出诊断, 即应考虑外科手术治疗。

本病例入院前诊断为风湿性心脏病, 住院后经详问病史, 了解到9年前曾在青海某医院作过心导管检查, 结合胸痛等症状, 考虑主动脉窦部动脉瘤破裂伴室间隔缺损可能, 说明详问病史对正确诊断是非常重要的。

二、心悸、气急、心脏杂音和发热

病 历 摘 要

患者男，19岁，农民，住院号 132051。从事劳动后感心悸、气急1年，于1980年9月4日入院。

1年来患者从事劳动后感心悸、气急，且逐渐加重，目前已不能参加体力劳动，在当地医院诊断为风湿性心脏病，转来本院要求作换瓣手术治疗。

患者以往体健，于1972年曾因两侧膝关节、踝关节及肩关节游走性肿痛伴发热住当地医院，经青霉素及强的松治疗2个月后症状消失。

体格检查：体温36.8℃，脉搏74次/分，血压110/80mmHg。发育、营养中等，呼吸平稳，皮肤无浮肿，无紫绀和出血点，浅表淋巴结未肿大，巩膜无黄染，颈静脉无怒张，甲状腺不肿大。心脏浊音界向左扩大，心尖搏动在锁骨中线外1cm，心尖区可闻及Ⅲ级滚动样弛张期杂音及Ⅱ级吹风样收缩期杂音，向腋下传布，肺动脉瓣区第二音亢进。两肺无罗音，腹部平坦、柔软。肝肋下1cm触及，质中等，无压痛。无移动性浊音。脾脏未触及。脊柱、四肢及神经系统检查均无特殊。

实验室检查：血红蛋白11.5g，白细胞3600，中性68%，淋巴32%，血小板12万。尿及大便常规检查无特殊，红细胞沉降率11mm/小时，血白、球蛋白、锌浊度试验、谷丙转氨酶测定，黄疸指数、尿素氮、肌酐、钾、钠、氯化物及抗链球菌溶血素“O”滴定度等，均在正常范围内。胸部X线检查：两肺纹理增多、增粗，右心室及右心房增大，肺动脉段

膨隆，左下心缘弧度延长，两膈无殊。心电图检查：心电轴显著右偏，左心房肥大，PR间期、QT间期、ST-T均在正常范围。

住院经过：入院后第9天患者感喉痛、畏寒、发热、咳嗽及全身不适，体温 37.8°C ，白细胞计数10000，中性80%，淋巴18%，单核2%，即给予青霉素肌肉注射，前后10余天，每天体温仍波动在 $37.6\sim 39^{\circ}\text{C}$ 间。咳出黄色痰液，右侧肺部呼吸音粗糙。脾脏于肋下刚触及，质软，无压痛。皮肤及口腔粘膜无出血点，无杵状指。血抗链球菌溶血素“O”滴定度333单位，红细胞沉降率117mm/小时，血培养阴性。尿蛋白痕迹，红细胞(+)，心电图检查显示：①窦性心律不齐，心率68次/分；②右心房肥大；③QT间期延长，为0.44秒(正常值0.41秒)；④ST段明显压低，T波平坦，提示心肌缺血、缺氧。乃加大青霉素剂量(320万单位/日)，并加用链霉素和强的松等药物。于住院第22天晚上脱衣上床睡觉时，突然两眼上翻，神志不清，心跳、呼吸停止，死亡。

临 床 分 析

本病例的重要临床表现有以下几点：①19岁青年男性患者，11岁时有典型风湿性关节炎病史；②1年来有心功能不全症状，且逐渐加重；③体格检查显示心脏浊音界扩大，心尖区可闻及滚动样弛张期杂音及吹风样收缩期杂音，肺动脉瓣区第二心音亢进；④胸部X线检查显示右心室及左心房增大，肺动脉段膨隆；⑤住院期间突然出现持续发热伴喉痛、咳嗽，白细胞总数及中性粒细胞增多，红细胞沉降率增速，镜下血尿及心电图显示QT间期延长及心肌缺血、缺氧表现，并在发热13天后，在没有肺水肿表现的情况下，突然死亡。以下几个问题

需作进一步分析:

一、引起心脏疾病的病因:右心室增大,肺动脉瓣区第二心音亢进、肺动脉段膨隆及心电图显示心电轴显著右偏,暗示有肺动脉高压存在。由于本病例没有慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、弥漫性肺部疾病如肺结核,和肺血管病变如原发性肺动脉高压等病史及体征,因此考虑继发性肺动脉高压可能,结合本病例心尖区可闻及滚动样弛张期杂音及吹风样收缩期杂音,过去有急性风湿性关节炎病史,肺动脉高压显然由慢性风湿性心内膜炎引起的二尖瓣狭窄及闭锁不全所致。

二、引起持续发热的原因:风湿性心瓣膜病患者发生原因不明发热历时1周以上时,应怀疑亚急性细菌性心内膜炎及/或活动性风湿热可能。结合本病例在畏寒、发热的同时,有全身不适、白细胞总数及中性粒细胞增多、血沉明显增快及脾脏肿大等全身性感染表现,并出现显微镜下血尿,应首先考虑在风湿性心瓣膜病的基础上发生亚急性细菌性心内膜炎可能。但血培养阴性,无杵状指,无心脏杂音性质改变,无皮肤、粘膜瘀点,对诊断不利,但不能将其排除。此外,结合患者在发热时有上呼吸道感染症状,发热后复查血沉明显增速,及心电图出现QT间期延长、ST-T波改变等心电图异常,也应考虑并发风湿热、风湿性心肌炎或风湿活动可能。但发热后无明显心动过速、无游走性关节痛,抗链球菌溶血素“O”滴定度未增高,对风湿活动的诊断不利。

三、引起突然、瞬间死亡(猝死)的原因:猝死(没有创伤)的定义是指一个正常生活的人突然在24小时内自然发生的死亡,也包括病人在住院期间发生出乎意外的突然死亡(Harvey A Mc, et al: Differential Diagnosis 2nd ed. 1970; P.230),临床上如果能排除创伤及中毒,通常引起突然死亡的原