


内科疑难病案剖析

杨柏林 张德锦 吴晓梅 编著



中国科学技术出版社

98
R5
57



内科疑难病案剖析

杨柏林 张德锦 吴晓梅 编著

XH 0108



3 0001 1931 7

中国科学技术出版社

• 北京 •

图书在版编目(CIP)数据

内科疑难病案剖析/杨柏林、张德锦、吴晓梅编著。—北京：
中国科学技术出版社，1997.2
ISBN 7-5046-2367-9

I. 内… I. ①杨… ②张… Ⅲ. 内科—疑难病—病案—研究 N. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 04609 号

中国科学技术出版社出版
北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码:100081
新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售
哈尔滨新路印刷厂印刷

开本:787×1092 毫米 1/32 印张:6.125 字数:130 千字
1997 年 3 月第 1 版 1997 年 3 月第 1 次印刷
印数:1—3 000 册 定价:7.50 元

内 容 提 要

本书收集、整理有关呼吸、循环、消化、血液、神经及内分泌等各科系统疑难病症,并通过临床分析、讨论及最终病理证实,对各类疑难病例作出正确的诊断及治疗,从而有助于从事临床工作的医务人员掌握正确的思维方法,提高诊治疑难病症的能力。

主 编 杨柏林 张德锦 吴晓梅

副主编 (以姓氏笔画为序)

庄亚萍 孙 辉 杜 辉

赵承宇 郭学英 韩大跃

焦志俭

编 委 (以姓氏笔画为序)

丛桂芹 刘宏侠 安惠霞

吴丽荣 李景兴 张天成

张 丽 杜清芹 杨晓光

罗秋菊 郭 峰 秦四兰

责任编辑 许 慧 周晓慧

封面设计 岳大地

内容提要

医院如何开展正规教学查房？如何提高查房水平？《内科医师教学查房精选》一书将给你以启示。该书以一些常见病、多发病为中心，先介绍典型病史，然后展开业务讨论。讨论中定出重点，联系实际，启发式地论述疾病的诊断、治疗及有关理论问题。全书共收录内科常见病、多发病 80 余种。本书具有一定的科学性和实用性，适合于临床内科医师和医学院校师生阅读。

《内科医师教学查房精选》编委会名单

主 编 陈庆生
副主编 钱叔清 王维中
编 委 陈庆生 钱叔清 王维中 蒋季杰 陈谋森
叶 藻 朱全发 李百坚 张瑞均 支健生
倪松石
总顾问 翁心华
顾 问 杨仲昆 蔡迺绳 夏学鸣 蒋季杰 王殿彬
陈谋森 薛元坤

责任编辑 屈惠英
封面设计 王铁麟
责任校对 孟华英
责任印制 王 洋

前 言

为了帮助从事临床工作的内科医生掌握正确的临床思维方法,提高诊断水平,我们编了《内科疑难病案剖析》一书。

本书收集了我们自己遇到的疑难病案 60 余例,涉及呼吸、循环、消化、血液、神经及内分泌等系统疾病。这些病例有些是常见疾病,有的是少见病例,在临床上表现特殊,在诊断和治疗上均经历了一番周折。对每个病案首先介绍病历摘要,然后进行临床讨论,最后附有病理报告,并进一步作出分析讨论。其中重点介绍医生如何依据病例特点,应用基础理论和文献资料,在复杂的临床表现中,通过认真分析,抓住主要矛盾,作出鉴别诊断,并指出应吸取的经验和教训。因而有助于初、中级医生等掌握正确的思维方法,提高解决疑难病症的能力。

由于我们水平有限,书中不妥之处在所难免,敬请读者批评指正。

编 者

1996 年 7 月

于哈尔滨医科大学附属二院

目 录

1. 右侧胸痛,右肺下内侧块状阴影…………… (1)
2. 发热,心悸,气短和全身浮肿…………… (4)
3. 急剧进行性腹胀,腹水…………… (7)
4. 腹痛,腹部肿块,血性腹水…………… (9)
5. 休克,胸痛…………… (12)
6. 浮肿,无尿,咯血,呼吸困难…………… (15)
7. 腹痛,发热,呕吐,便血…………… (18)
8. 呕吐,腹泻,白细胞异常增高…………… (23)
9. 高热,皮疹,黄疸,腹水,肝脾肿大…………… (26)
10. 呕血,腹水,下肢浮肿…………… (30)
11. 寒战,高热,大量便血…………… (33)
12. 心慌,胸闷,大量心包积液…………… (37)
13. 腹胀伴隐痛不适…………… (40)
14. 多饮,多尿,多食,皮肤色素沉着…………… (43)
15. 右小腿痛,发热,呼吸困难…………… (46)
16. 腹痛,腹泻,昏迷…………… (48)
17. 进行性呼吸困难,两肺弥漫性病变…………… (51)
18. 心悸,气短,浮肿,偏瘫,无脉…………… (54)
19. 发热,腹痛,便秘,便血…………… (57)
20. 浮肿,心悸,高脂血症…………… (60)
21. 系统性红斑狼疮并发无反应性结核病…………… (62)
22. 发热,咽痛,腹痛…………… (65)

23. 咳嗽,呼吸困难,神志模糊..... (68)
24. 咳嗽,心悸,声嘶,浮肿 (71)
25. 高热,头痛,抽搐..... (74)
26. 突然心慌,抽搐,心脏停搏..... (77)
27. 上腹痛及包块伴低热..... (80)
28. 高血压,肥胖,嗜睡及呼吸停顿..... (83)
29. 腹痛,腹水,转氨酶增高,进行性黄疸 (86)
30. 骨及关节痛,高钙血症 (89)
31. 发热,神智恍惚,急性腹膜炎..... (92)
32. 发热,乏力,皮疹..... (95)
33. 高热,胸水 (98)
34. 胸闷,胸痛,咳嗽,心包积血..... (101)
35. 咳嗽,气促,腹水,水肿..... (104)
36. 皮下结节,发热,出血 (107)
37. 心悸,气短,心包腔及胸膜腔大量积液 (110)
38. 发热,脾大,贫血,白细胞减少..... (112)
39. 右颌下,背部及四肢散在性肿物..... (116)
40. 头晕,乏力,左上腹包块 (118)
41. 腰背痛,心慌,胸闷,心包积液..... (121)
42. 水肿,右侧大量胸水,昏迷,消化道出血..... (124)
43. 高热,血痰,黄疸,瘀斑,进行性呼吸困难 (127)
44. 直肠癌根治术后,无尿、氮质血症 (130)
45. 高度水肿,双侧胸水,左身瘫痪 (133)
46. 发热,黄疸,皮肤出血,尿异常,昏迷 (137)
47. 发热,腹痛,呕血,黑便..... (140)
48. 发热,颈强,神志不清 (143)

49. 发热,贫血,头痛,黄疸,昏迷	(146)
50. 低热,胸腔积液,进行性肝肿大	(149)
51. 干咳,呼吸困难,两肺弥漫性病变	(152)
52. 发热,两侧胸水	(155)
53. 心悸,气短,呕吐,房颤	(159)
54. 发热,白细胞增高,食道堵塞感	(161)
55. 胸闷,气短,多浆膜腔积液	(164)
56. 发热,咯血痰,右腿疼痛	(167)
57. 气短,下肢浮肿	(169)
58. 发热,咳脓痰伴气短	(172)
59. 肺一侧性弥漫性粟粒样病变	(175)
60. 发热,血性痰,尿频,尿急	(177)
61. 发热,腰痛,无尿,呼吸困难	(180)
62. 血尿	(183)

1. 右侧胸痛,右肺下内侧块状阴影

病历摘要

患者女性,40岁。因右侧胸痛、胸闷两年余,近1个月来加重,于1981年10月9日住院,患者于两年前常感右侧胸闷、胸痛,劳累后明显,伴有咳嗽,少量白痰,时有低热,体温 37.4°C 左右,无咯血。曾多次在外院就诊,拟诊“右侧胸腔包裹性积液”,用青霉素、链霉素及异烟肼等治疗,疗效欠佳。既往史:1972年发现“右上肺结核”,抗痨治疗好转,无其他疾病病史,月经正常,无特殊家族史。

查体:体温 37.4°C ,脉搏92次/min,呼吸22次/min,血压17.3/10.7kPa,神志清楚,合作,营养发育正常,五官正常,右肺下部呼吸音稍弱,其余未见异常。

实验室及胸片检查:WBC $6.7 \times 10^9/\text{L}$,血沉23mm/1h,痰查抗酸杆菌3次(-),痰查癌细胞(-),胸部正位片:右上肺锁骨下区斑点状阴影,右肺下心膈角区见块状阴影,边缘光滑,密度均匀一致,与膈面及右心缘相连,左肺正常,心脏形态大小正常。侧位片见块状阴影与右膈面相连,呈山丘状凸起,无分叶改变。

住院经过:患者入院后仍有低热,体温 37.4°C ,咳嗽少痰伴右胸痛,活动后心悸,胸闷加重,给予抗生素治疗无效,于11月9日做剖胸探查。

临床讨论

内科医师:本病例主要临床特点:①患者中年女性,右侧胸闷,胸痛,低热少痰,病程两年余。②抗菌、抗痨治疗无效。

③体检除右下呼吸音稍弱外,无其他阳性体征。④实验室检查血沉稍快。⑤胸片右上肺斑点状阴影,右肺下内侧见一块状阴影,边缘光滑,并与膈面及右心缘相连。综合以上特点,应考虑以下几种疾病的诊断:

(1)胸膜病变:①包裹性胸膜炎。如局限于横膈上,可形成上述 X 线表现,但此病常见有助膈角消失或变钝,而仅局限于横膈上者少见,故本病例与该病不符。②局限性胸膜间皮瘤。好发于膈胸膜上,可以孤单一个,但很容易引起胸膜反应,胸腔积液,而患者持续两年病情无明显变化,此病不好解释。

(2)肺部病变:①肺段隔离症。可表现为圆形密度均匀,外缘光滑锐利之阴影,大多发生于左肺基底段,确诊需做支气管造影及动脉造影,甚至剖胸才能确诊。②肺内炎性假瘤。女性多见,常见于 30~50 岁者,可有胸痛,咳嗽,发热,病灶孤立单发,好发于肺的周边,本病例不完全除外。

(3)膈肌本身异常:①膈神经麻痹。可引起一侧横膈麻痹,但此患者住院期间透视下观察膈肌无矛盾运动,故可除外。②先天性膈膨出。此病在病理上呈现一层纤维性薄膜,受累膈面向胸部抬高,膨出,临床上多无症状,偶有胸闷,心悸,但此病在透视下同样具有膈肌矛盾运动,故与本病例不符。③膈疝。如囊内容物为大网膜,腹膜外脂肪组织或肝脏,则可发生右心膈角区的致密块影,且边缘锐利,宛如新生物,本病例应考虑此病的可能性。可用人工气腹或气胸加以证实。

(4)心包异常:①心包脂肪垫。常见于左心膈角区,右侧少见,呈三角形,为沉着于此处的脂肪组织。但一般在胸部侧位片上表现为比较模糊的三角阴影,此与病例不符。②心包囊肿。是心包囊腔在形成心包过程中未与其他囊腔相融合而致,

X线表现为圆形、密度均匀、外缘光滑的阴影。基底与膈肌相连,好发于前下纵膈,右侧比左侧多3倍,这些均与本病例相符合。不符合处,是由于心包囊肿靠近膈肌和心脏,又因壁薄,故可随呼吸而改变其形状或看到传导性搏动,本病例在透视时未见有类似描述。最后我们考虑可能的诊断:①膈疝;②心包囊肿;③局限性良性胸膜间皮瘤。

外科医师:患者于11月9日剖胸探查,剖胸见前下纵膈心包处有一个4cm×5cm×5cm大小的囊肿,其前界为心包,下界为膈肌,内界为下腔静脉,有膈神经贯穿于囊肿的浆膜内。囊肿的切面直径3cm,壁厚0.1cm,壁内外层呈浅紫色,腔内有水样液,腔外包有薄层脂肪组织。镜检囊内壁被覆单层扁平细胞或立方细胞,有的区域细胞增生,囊壁为纤维结缔组织。病理诊断为右膈角心包囊肿。

主任医师:心包囊肿不多见,占纵膈肿瘤的3.85%。囊肿系先天性发育障碍所致,心包囊肿通常位于前纵膈内,一般在横夹角区,因而又名胸膜膈角囊肿,多见于右侧,约3倍于左侧,少数见于心底部。心包囊肿是一薄壁囊肿,在X线检查时,有一定的特征,多呈半圆形或椭圆形阴影,密度均匀,边缘光滑,不粘连时可有传导搏动。如囊肿小,侧位观察,其形状如“泪滴”;如囊肿较大,可随呼吸或体位变动而变形,并压迫心脏移位,本例在X线透视时,无上述特征性记述,故对心包囊肿的诊断未能提供有利的依据。B型超声检查对心包囊肿可见液性暗区,可惜未做检查。常见的原发性纵膈肿瘤或囊肿,各有其好发部位,对临床诊断有很大帮助,根据X线侧位片提示块状阴影在前下纵膈,首先要考虑是心包囊肿,其次少数畸胎瘤或皮样囊肿,也可发生在这里,需要鉴别排除,关于治

疗,心包囊肿虽为良性病变,但较大的囊肿可使心脏及邻近组织和器官产生压迫症状。因此,一般多主张手术切除。

(杨柏林)

2. 发热,心悸,气短和全身浮肿

病历摘要

患者男性,29岁。1986年2月30日因不规则发热,心前区疼痛,心悸,全身浮肿入院。1985年10月出现间歇发热,体温38℃左右,同时伴有心前区痛,劳累后心慌,夜间不能平卧,偶有阵发性呼吸困难,对症处理无效。1986年1月开始两下肢浮肿,尿少,曾给予强心、利尿及抗痨治疗1个月,病情继续加重,浮肿遍及全身并心悸,气急不能平卧。自幼体健,无结核病史。

查体:体温37.6℃,脉搏110次/min,呼吸30次/min,血压13.2/10kPa。端坐体位,口唇青紫,颈静脉怒张,左背部肩胛下角以下叩诊呈浊音,呼吸音消失,无罗音,心尖搏动不明显,心界向两侧扩大,以左为主,心音低钝,各瓣膜区无病理性杂音,无心包摩擦音,心率120次/min,心律不齐(房颤),腹水征阳性,肝肋下6cm,质硬,双下肢明显凹陷性水肿。

实验室检查:Hb114g/L,RBC 3.7×10^{12} /L,WBC 9.9×10^9 /L,N0.83,L0.08,尿无异常。血沉40mm/1h,血尿素氮8.2mmol/L,血清总蛋白74.3g/L,白蛋白32.9g/L,腹水为淡黄色渗出液,未见癌细胞及抗酸杆菌。胸片:心影增大,右心缘向下突出,圆形密度增高阴影,左心缘达腋前线。左前斜位,心

影向前;后突出,左主支气管无抬高,食道吞钡无压迹。心电图示:心房纤颤,左右心室肥厚,Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、aVF的ST段平坦,T波倒置,入院后用强心、利尿、抗心律失常药物及激素、抗痨治疗。病情进一步恶化,3月14日出现急性心功能不全,抢救无效而死亡。

临床讨论

本病例主要临床特点:①患者青年男性,发病较缓,进行性加剧。②间歇性发热,体温 $37\sim 38^{\circ}\text{C}$,心前区疼痛,劳累后心悸,气急,偶有阵发性夜间呼吸困难。③颈静脉怒张,肝大,全身浮肿、心界向两侧扩大,无杂音,心律不齐。④X线检查,心影明显增大,右心缘有一致密突出的阴影。⑤胸膜腔、心包腔穿刺抽出血性渗出液。⑥强心、利尿、抗痨治疗无效。依据以上特点,应考虑以下几种疾病:

(1)结核性心包炎及其他原因的心包积液:患者以间歇性发热,心前区疼痛,呼吸困难发病,体检心界向两侧扩大,心音低钝伴有体循环淤血体征。结合X线和心电图及血沉增快,首先要考虑结核性心包炎,但患者无结核病史,浆膜腔积液中未见抗酸杆菌,OT试验(-),抗结核治疗无效,故结核性心包炎可排除。其他如化脓性、风湿性、尿毒症性心包炎,因无相关症状,也可除外。

(2)心包肿瘤:本例患者病程不长,病程进展快,且右下心缘有一突出圆形密度增高阴影,间歇性发热,血沉加快,心包及胸腔积液均为血性,抗痨治疗无效,病情逐渐恶化,故应考虑心包肿瘤的可能性。其一,继发性肿瘤。据报道,心脏继发性肿瘤约为原发性肿瘤的16倍,常从邻近淋巴组织直接蔓延而来,最常见的系支气管肺癌和乳腺癌的转移,当心包受累时

可因急性心包腔内出血或大量渗出液而造成心包腔填塞,常可找见肿瘤细胞。本例患者无其他部位原发性肿瘤的迹象,故转移性肿瘤的诊断缺乏根据。其二,原发性心包肿瘤、心包原发性肿瘤较少见,常有纤维瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤、畸胎瘤和间皮瘤等,而上述肿瘤中约1/2为间皮瘤。原发性心包间皮瘤可出现类似结核性心包积液症状及体征,临床上常误诊为结核性心包炎,但下列几点可作为鉴别诊断的要点:①无炎性表现的血性心包积液。②心包形态异常和不规则突起。③无原发性心脏病而有心律失常、“心衰”表现,特别是静脉压高,肝肿大,浮肿,腹水等。④上腔静脉阻塞征。本病例基本具备上述特点,其突出的表现为难治的“心衰”,可能系心包肿瘤压迫心脏或癌组织侵入心肌,使心肌变性坏死而造成反复间歇发热,抗痨治疗无效,可能是肿瘤性毒素或肿瘤坏死组织进入血液造成。

病理报告及讨论

患者心包壁层及脏层弥漫性增厚,厚薄不均,表面粗糙不平,质硬,心包腔隙几乎消失,其表面有不等大小的结节,左、右心室壁增厚,心包腔残存血性液体300ml。心包及结节的切片镜检:多数癌细胞形态不一,相互融合成大泡状,有的呈乳头状,少数呈腺样结构,癌细胞呈多形性,多数细胞核偏位,核染色质粗糙,着色过深的核少见。病理诊断:原发性恶性心包间皮瘤。

本例患者生前未能作出明确诊断,其原因之一是在多次浆膜腔液中未找到恶性间皮细胞,表明本病诊断不论在临床和病理上均比较困难,应对积液多做些有关肿瘤的检测,如癌胚抗原、透明质酸、铁蛋白等检查,对诊断会有裨益。另外,对