

# 病例分析精选

福建科学技术出版社



# 病例分析精选

---

朱劲超 林果 编

福建科学技术出版社

一九八七年·福州

责任编辑：陈金良

**病例分析精选**

朱劲超 林果 编

\*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 12.875印张 283千字

1987年1月第1版

1987年1月第1次印刷

印数：1—4,800

书号：14211·143 定价：2.20元

## 前 言

正确的诊断是治疗的前提，而各种病症的临床表现错综复杂，有其共性也有其个性。富有经验的医生都善于从初步印象中选择必要的实验室或其他辅助检查做出准确的诊断，即使在无完善设备情况下，也会运用简便的方法去诊断疾病，而不至于束手无策。为培养和提高临床工作者的诊断思维能力，使之在千变万化的临床现象中抓住主要矛盾作出诊断，我们汇编了《病例分析精选》一书。

本书内容包括临床各科，其中以常见病、多发病为主，也介绍些复杂病例，但都依照临床实际过程，从症状、体征、实验室或辅助检查出发，运用排除法或归一法提出可能的疾病，进而建立诊断依据和提出治疗原则。可供临床医生，特别是基层医务人员和医学生在实际工作或学习中参考。

由于我们业务水平有限，难免存在错误之处，敬祈同道批评指正。

编 者

1986年6月

# 目 录

心悸、气促、不能平卧·····	( 1 )
咳嗽、脓痰伴心慌、气促、浮肿·····	( 9 )
发热、咯血痰、肺内块影、右腿行动困难·····	( 21 )
发热、肝脾肿大·····	( 26 )
长期黄疸·····	( 34 )
下腹痛伴腹泻·····	( 41 )
黄疸、出血、发热·····	( 47 )
纳差、乏力、腹胀、尿少、黄疸、神志不清·····	( 54 )
剑突下腹痛伴心悸、气促·····	( 61 )
腹痛、皮下出血、伤后渗血不止·····	( 69 )
头晕、眼花、全身乏力、面色苍白·····	( 74 )
上腹饱胀、食量锐减伴右上腹绞痛、呕吐·····	( 82 )
发热、脑膜刺激征、脑脊液改变不典型·····	( 92 )
小儿突发惊厥与昏迷·····	( 99 )
产后持续高热、神志不清·····	(104)
突发性心力衰竭、心脏杂音·····	(109)
腹泻、血便、发热·····	(117)
腹痛、便血、腹块·····	(127)
发热、休克、上消化道出血、大量蛋白尿·····	(134)
蛋白尿、浮肿、冷球蛋白血症·····	(139)
长期贫血、全身虚肿·····	(146)
恶心、呕吐、心悸、进行性消瘦·····	(152)
左腰部剧痛、血尿·····	(157)

反复浮肿、肥胖、血压增高	(163)
医源性婴儿急性胃粘膜出血	(168)
头痛、呕吐、抽搐	(170)
右下腹肿块、腹痛、腹胀、发热、恶病质	(176)
右侧阴囊肿物肿痛伴恶心呕吐	(181)
转移性右下腹部痛	(184)
腹部外伤后血尿、蛋白尿、心悸、气急	(187)
猝死	(193)
咳嗽、咯血、憋气	(201)
胸痛、咳嗽、黄疸、昏迷	(208)
浮肿、少尿、呼吸困难、休克	(215)
低热、恶心呕吐、右上腹不适、高度黄疸	(228)
下腹绞痛、腹水、腹部包块、消瘦	(236)
发热、血便、胸腔积液、睾丸肿大	(243)
长期发热、进行性贫血、间歇性黄疸、肝脾肿大	(249)
怕热、突眼、吞咽和呼吸困难	(255)
贫血、少尿、心功能不全	(259)
咳嗽、咯血、肺部肿块	(267)
出生后12小时出现青紫	(274)
发热、出血、急性少尿、全血细胞减少	(280)
产后43小时猝死	(288)
发热、头痛、呕吐	(298)
伤寒、副伤寒误诊为上感、败血症或感染性 休克	(306)
特殊表现的间日疟误诊为呼吸道、胃肠道、泌尿道 和中枢神经系统疾患或血液病	(316)
休克型肺炎误诊为急性胃肠炎或胃肠穿孔或肝胆疾	

患、肾盂炎、“心梗” .....	(322)
右肺下脓肿误诊为阿米巴肝脓肿 .....	(327)
肺血管瘤误诊为肺结核球 .....	(329)
周围型肺癌误诊为肝胆病 .....	(331)
放射性肺炎误诊为肿瘤晚期广泛转移 .....	(335)
自发性食管破裂误诊为胸膜炎、心肌梗塞 .....	(338)
结核性脑膜炎早期误诊为非神经系统疾患、晚期误诊 为中枢神经系统疾病 .....	(341)
脑脊液鼻漏误诊为“流脑” .....	(346)
肾上腺皮质危象误诊分析 .....	(348)
原发性醛固酮增多症误诊为原发性高血压 .....	(353)
痛风长期误诊为血管炎 .....	(355)
变应性亚败血症误诊为淋巴结炎、药疹 .....	(357)
游走脾误诊为急性阑尾炎或肠梗阻或腹内肿瘤 .....	(359)
慢性有机磷中毒误诊为格林巴利综合征或脑干炎 .....	(363)
颈内动脉血栓误诊分析 .....	(367)
纵隔淋巴结结核压迫食管误诊为食管癌 .....	(369)
单侧椎旁脓肿误诊为肿瘤 .....	(371)
肋骨结核伴寒性脓肿误诊为胸膜间皮瘤 .....	(373)
髌臼骨折深部血肿误诊为恶性肿瘤 .....	(375)
敌鼠钠盐中毒的误诊和治疗 .....	(378)
幼儿胆总管囊肿破裂误诊为机械性梗阻 .....	(382)
异位妊娠误诊 .....	(384)
中孕引产误诊 .....	(390)
腹部包块术前误诊的教训 .....	(394)
尿石症误诊为慢性肾盂肾炎、膀胱炎、肾炎、肾结 核或急性阑尾炎、胆囊炎 .....	(400)

# 心悸、气促、不能平卧

## 病 历 摘 要

患者女，24岁，农民。因反复心悸、气促5年，浮肿2年，咳嗽、呼吸困难、不能平卧1周入院。

患者于5年前在一次田间劳动时，突然感到心悸、气促伴干咳，经休息半小时左右症状消失，此后，每于劳动1~2小时就感心悸、气促、咳嗽，遂去当地公社卫生院医治，诊断为“心脏病”，经治疗后症状缓解，但劳累后仍有反复，自感体力不如既往，夜喜高枕而卧。近2年来感右上腹部闷胀不适、尿少，出现下肢浮肿，不能胜任田间劳动，可做一般家务劳动，曾先后2次住院，均诊为“风湿性心脏病”（简称风心）。1周前因受凉后发热，上述症状加剧，频频喘咳，不能平卧，咯白色泡沫状痰，尿少，下肢浮肿加剧，胃纳差，当地医治无效，车送入院。

从小经常有咽喉疼痛，有时伴发热，但无关节肿痛史。个人及家属无特殊。

【体检】体温37.5℃，呼吸30次/分，脉搏92次/分，脉律不规则，血压110/70mmHg。发育正常，半坐卧位，慢性病容，口唇及指（趾）端发绀，巩膜及皮肤轻度黄染，咽稍充血，两侧扁桃体Ⅰ肿大、充血，颈软，甲状腺不大，颈静脉怒张，胸廓对称，二肺底有中小水泡音，心界向左下扩大，心尖位于左第六肋间锁骨中线外2cm，搏动范围直径约4cm，可扪及舒张期震颤，心率130次/分，心房颤动，心音



强弱不一，心尖区Ⅲ级全收缩期吹风样杂音及Ⅱ级舒张期雷鸣样杂音，向腋下传导，无二尖瓣开放拍击音，肺动脉区第二音亢进并分裂，Ⅱ级舒张早中期递减型杂音（Graham-steele氏杂音）。无周围血管征。腹部平软，可疑移动性浊音，肝肋缘下5cm，质中伴轻压痛，肝颈静脉回流征阳性，脾未扪及。双肾区无叩压痛。四肢关节无异常，无环形红斑及皮下结节，下肢浮肿（++），未引出病理神经反射。

【实验室检查】红细胞 $380\text{万}/\text{mm}^3$ ，血红蛋白 $11.2\text{g}\%$ ，白细胞 $8850/\text{mm}^3$ ，其中：中性 $78\%$ ，淋巴 $22\%$ 。血沉 $10\text{mm}/\text{小时}$ ，抗溶血性链球菌素O（ASO） $333\text{u}$ ，血钾 $4.0\text{mEq}/\text{L}$ ，钠 $140\text{mEq}/\text{L}$ ，GPT $150\text{u}$ ，黄疸指数 $22\text{u}$ ，总胆红素 $1.8\text{mg}\%$ ，尿素氮 $20\text{mg}\%$ 。尿蛋白（+），红细胞 $1\sim 2\text{个}/\text{HP}$ 。心电图：房颤，左右心室肥大并劳损。X线：两肺中度充血，心向左右扩大，心腰部膨隆，食管钡餐透视可见食管局限性受压向后右移位。

【住院经过】拟诊（1）风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并关闭不全，心房颤动，左右心增大，心功能4级，全心衰竭；（2）上呼吸道感染。

入院后即按心力衰竭（下称心衰）治疗，包括：吸氧、镇静剂、低盐饮食、氨茶碱，入院当天静注西地兰 $0.4\text{mg}$ ，6小时后再静注 $0.4\text{mg}$ ，然后用地高辛 $0.25\text{mg}$ ，每日2次。静注速尿 $40\text{mg}$ ，后改口服 $20\text{mg}$ ，加用双氢氯噻嗪 $25\text{mg}$ ，均每日3次。肌注青霉素每次 $80\text{万u}$ ，链霉素 $0.5\text{g}$ ，均每日2次。经上述治疗1周，病情无明显改善。

### 临 床 分 析

住院医师：（汇报病历——见病历摘要——患者入院后

按心衰常规处理和抗感染治疗，但心衰控制不满意，请教授给我们谈一谈诊疗意见。

教授：根据本例临床表现和有关检查，同意诊断为风心病二尖瓣狭窄并关闭不全，肺动脉高压，目前有全心衰竭。遇到心衰难以控制的风心病，除考虑由于瓣膜病变本身导致严重的血液动力学障碍使心衰难以控制外，先应考虑以下几个问题：（1）有无使心衰加重、难治的诱因或并发症存在，是否已经解除；（2）治疗是否恰当（包括洋地黄、利尿剂应用是否恰当），钠盐限制是否彻底；（3）有无电解质紊乱和酸碱平衡失调；（4）瓣膜病变能否手术矫正。

使风心病心衰加重，难治的最常见诱因包括劳累、感染——特别是呼吸道感染和亚急性心内膜炎（Subacute infectious endocarditis, SIE）、风湿活动。近年来临床上典型的风湿热表现减少，尤其在已有瓣膜病变的患者，往往表现不典型，特别是潜伏进行的活动风湿，目前诊断仍有一定困难。本例根据修订的 Jones 诊断风湿热标准（Circulation 32:664, 1965），不能肯定有无风湿活动，必须严密观察和进一步做必要的检查。在平时查房过程中尤其要注意下列几点：（1）注意原有的心脏杂音性质短期内有无变化或出现新的病理性杂音；（2）心脏有无进行性扩大；（3）有无新出现的心律失常，这对于已有瓣膜病变患者识别有无风湿活动或合并SIE有重要意义。本例血沉降正常，1次ASO为333u，不能据此排除风湿活动，因为风湿活动并心衰时血沉降可以正常，待心衰控制后反而可加快。有人认为成人ASO滴度 $>250u$ 就应考虑其滴定度是增加的，是近期有链球菌感染的证据。约有15~20%早期风湿热病人其ASO滴度可低或达临界水平，必须重复检查。在此情况下，最好加做其他链球菌

抗体试验，如抗透明质酸酶、抗链球菌激酶、抗去氧核糖核酸（DNA）酶。新近的检查方法还包括链球菌溶血酶、抗DNA酶Ⅰ、抗核苷酶等。近年来用高度提纯的M蛋白放射免疫测定技术，进行链球菌感染后的相应抗体测定是最敏感和最特异性方法，但抗原提纯及标记有一定困难，检查设备复杂，故不易推广。一般认为若能同时检查2项以上链球菌抗体试验，每2周1次，若试验中的1种其2个稀释管或以上的抗体滴度增高，即可证明有再发风湿活动。此外，在基层医疗单位可开展C反应蛋白（CRP）试验，虽为非特异性，但对炎症是一个比较敏感的指标。咽试链球菌培养也可考虑。本例病情较重，若一时不能确诊，可试用抗风湿治疗，先用阿司匹林。

待病情许可时建议作超声心动图检查，除观察瓣膜病变、心功能状态和心腔大小外，要特别注意有无赘生物存在。目前分辨力好的M型或二维超声心动图能发现直径只有2mm的赘生物，这对于鉴别有无SIE存在有重要价值；但超声心动图不能鉴别赘生物病因性质和病灶有无活动性，必须结合临床综合分析。

进修医生：不典型的风湿活动与不典型的SIE在临床上有时很难鉴别，但处理上却截然不同，请教授能否谈一谈这方面的经验。

教授：二者的鉴别有时确实比较困难，上面已经谈到超声心动图检查对二者的鉴别有一定价值。此外，在临床实践中应注意以下几点：（1）由于SIE有时呈间歇性排菌，加上很多病人（包括本例）已使用了抗生素，使血培养难以获得阳性结果，故必须连续抽血样2~3次，每次血量至少5ml以上（一般可抽10ml）可提高检出率；（2）近年来SIE的菌

种和菌株均发生了变化，对可疑患者应加做厌氧菌和霉菌培养，培养时间要长至2~3周，即使这样做，仍有15~20% SIE病人血培养甚至动脉血、骨髓培养始终阴性；(3) 一般认为风心病并SIE多发生于瓣膜病变的早期，多见于二尖瓣和主动脉瓣轻至中度关闭不全及轻度狭窄者，二尖瓣显著狭窄，房颤和心衰者则较少。本例病程长，瓣膜病变较重，又有房颤和心衰，发生机会减少，但不能据此排除，建议作血培养；(4) 若病人短期内出现杵状指(趾)、进行性贫血、脾肿大、重要脏器栓塞和有全身感染、瓣膜穿孔等征象，应高度怀疑SIE；(5) 若系风湿活动对水杨酸类药物治疗效果良好，而SIE则无效；(6) 若二者并存时，诊断更困难，对已确诊为SIE患者若经足量抗生素治疗后，症状仍无改善应考虑合并风湿活动，反之亦然。

实习医生：病人有黄疸，GPT增高，是否系合并传染性肝炎？

教授：本例是否合并肝炎当然还需要作有关检查，如抽血检HBsAg，缺乏肝炎的流行病学史不足以排除肝炎，不过风心病并心衰出现黄疸并不少见，其血中胆红素增高的机理包括：(1) 瓣膜病变造成肝郁血引起肝小叶中心性缺氧坏死；(2) 合并肺梗塞、重度肺水肿可造成组织坏死而增加体内胆红素的产生；(3) 毛细胆管胆汁淤滞能促成阻塞性黄疸。如果随心衰好转而黄疸、肝大、肝功能也好转，则有利于是心源性病因。

住院医生：请教授对本例心衰处理方面能否作些具体指导。

教授：患者采用低盐饮食和使用利尿剂，但仍存在浮肿，故应严格采取戒盐饮食，这对减轻心脏负荷、水钠潴留

是十分必要的，因一般不加盐的饮食中氯化钠含量每日约2~4g，已超过严重心衰者应摄入的限度(<1g)，故必须给予低钠饮食和控制摄入量。本例在使用利尿剂方面也有一些问题，双氢氯噻嗪和速尿均有排钾作用，二者并用更易发生低血钾和电解质紊乱，也易诱发洋地黄中毒。慢性心衰患者多有继发性醛固酮增多，故最好与保钾的、抗醛固酮的利尿剂和氨苯喋啶或安体舒通联用，可抵消钾的丢失而增强利尿作用。本例不能排除风湿活动，故洋地黄使用也要十分小心，风湿活动对洋地黄的耐受量降低，容易中毒，剂量不足当然不能充分发挥作用使心衰不能控制，剂量过大亦可使心排量降低，产生心律失常、心肌耗氧增加和外周血管阻力增加，反而起促退作用，使心衰加重，若把它误认为是剂量不足，盲目增加洋地黄用量，极易引起洋地黄中毒。血清地高辛浓度的测定对监测洋地黄用量颇有帮助，一般认为治疗量血清地高辛浓度为0.8~1.6μg/ml，中毒时为2~3μg/ml。必须指出，控制心衰应采用综合措施，决不能单纯依靠洋地黄。本例洋地黄用量偏大，地高辛应由0.25mg每日2次改为每日1次。以往国内应用洋地黄的负荷量偏大，容易造成中毒。通常一个中等身材的肾功能正常的慢性心衰者，每日地高辛维持量为0.25mg，即使不给负荷量而仅给维持量，5~7天后也已达治疗作用。

近年来在心衰处理方面出现了两类新的治疗方式，即血管扩张剂及非洋地黄类的正性收缩能药物的应用。目前血管扩张剂疗法在一定程度上是经验性的，若血液动力学研究显示体循环血管阻力和心室充盈压增高，根据病情的紧急与否，可以开始用硝普钠治疗或用呱唑嗪或用肼苯哒嗪和消心痛联合治疗。本例是在慢性心衰基础上病情加剧，可在血液

动力学监测下，用硝普钠 5~10mg 加入 5% 葡萄糖液 100ml 内静滴，滴速开始为 20 $\mu$ g/分，视病情可逐渐增至 100 $\mu$ g/分，一般每日量为 12.5~50mg，每日给药时间为 4~6 小时，可连用 1~2 周，若基层单位无有关设备，则应勤测血压、脉搏和观察病情、肺底罗音、四肢温度等。病情改善后逐渐减量，改用胍苯哒嗪 12.5~25mg，每日 3 次，视病情也可加用消心痛 5~10mg，每日 3 次。经上述治疗仍无效，可考虑加用正性收缩能药物。近年来国内应用山莨菪碱（654-2），每日 10~20mg 加入 25% 葡萄糖液 20ml 缓慢静注，根据病情每 15~30 分钟 1 次，对控制心衰也有一定疗效。

主治医生：最后是否请教授和我们谈谈国外心衰治疗的某些进展。

教授：目前心衰治疗的趋势是血管扩张剂和强心剂的联用，这样既能降低心阻抗（减轻心脏前后负荷），又增加心肌收缩力，从而增进心排出量，业已证明，二者联用其效应明显超过单独使用。根据其药理和血液动力学效应，目前把这些药物可归纳为 4 类：（1）硝酸酯类，主要扩张静脉系统，降低左室充盈压，对心输出量影响较少；（2）胍苯哒嗪、多巴酚丁胺、吡丁醇（是一种新的类交感胺口服药，作用于 $\beta$ -受体，具有增强心肌收缩力和周围血管扩张作用，一般剂量是 20mg，每日 3~4 次）、苄胺唑啉等，这类药主要增加心输出量，而对左心室充盈压下降作用较少；（3）硝苯吡啶、硝普钠、呱唑嗪（系作用于突触后的 $\alpha$ -肾上腺素能阻滞剂，一般口服剂量为 1~3 mg，每日 3~4 次）、三甲唑嗪（属啞那唑啉衍生物，系 $\alpha$ -肾上腺素能受体阻滞剂，初始剂量为 50mg，每日 2~3 次，维持量一般为每日 150~900mg）。这类药物则均衡地使心输出量增加和左室充盈压降低；（4）氨联吡

啞酮，是一种双吡啶衍生物类新型正性收缩能药物。作用机理未明，似乎并非通过抑制钠钾ATP酶泵而起作用，不同于洋地黄和儿苯酚胺类药物，且有增强心肌收缩力和降低周围动脉阻力和扩张静脉作用，且可与洋地黄联用，洋地黄治疗无效者也往往有效，是很有发展前途的药物，一般剂量口服为1.6~4 mg/kg，每日2~3次，严重心衰可用0.75~1 mg/kg，以1mg/秒速度静注或用6~10 $\mu$ g/kg/分静滴。此外，血管紧张素转换酶抑制剂甲巯丙脯酸，不仅能有效地控制各种原因引起的高血压，近来也用于治疗心衰。

## 后 记

根据教授的意见，做了有关检查，结果CRP阳性，咽拭培养有A簇乙型溶血性链球菌生长，抗透明质酸酶和抗链球菌激酶滴定度增高，第2次ASO为625u，证实有风湿活动，即用地塞米松和阿司匹林抗风湿治疗。2次血培养阴性，超声心动图检查未发现感染性赘生物，基本上排除SIE。根据教授意见在心衰治疗方面采用忌盐饮食，更改地高辛和利尿剂的用法，每日静滴硝普钠25mg（按20~25mg/分滴速滴入），连用5天，心衰症状明显好转，黄疸消退，改用口服胍苯哒嗪25mg，消心痛5mg，均每日3次，治疗1周后病人能下地步行，1个半月后病人心功能由4级变为2~3级好转出院，继续在当地治疗，1年后再次入院施行了二尖瓣人造瓣膜换置术，术后恢复良好。

（陈国伟）

# 咳嗽、脓痰伴心慌、气促、浮肿

## 病 历 摘 要

患者女，26岁，已婚。因咳嗽、咳脓痰25年，心慌、气促、浮肿3年，加重半月，于1983年12月26日入院。患者于1岁时因发烧、痉咳，在当地医院诊为“百日咳”，治疗3个月好转。此后每于感冒受凉后即咳嗽、咳痰（多为黄粘痰），偶带血丝，以冬春季较重，需用抗菌素治疗。近3年来，除咳嗽、咳痰外，并有心慌、气短、喘憋等症，偶有下肢水肿。近半个月来咳、憋加重，且有多量脓痰及白色泡沫痰，面唇紫绀，下肢及腹部浮肿，夜间不能平卧。近两天患者神志恍惚、嗜睡，门诊以“支气管扩张并感染、肺心病并“心衰”收入院。现停经4个月。

【体检】体温36.5℃，脉搏120次/分，呼吸30次/分，血压110/70mmHg。发育欠佳，精神萎靡、嗜睡、气急（呈半卧位）。唇、舌、面颊及肢端显著紫绀，鼻翼煽动。颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性，气管居中。胸呈桶状，双肺语颤较弱，两肺满布干、湿性罗音。心界不大，心律规整， $P_2 > A_2$ ，各瓣膜区未闻及杂音。腹部膨隆，肝肋缘下3.5cm，剑下5cm，质韧、边钝、触痛。脾未及，腹水征（+）。宫底脐下2指。双下肢凹陷性水肿Ⅰ°，杵状指趾。

【实验室检查】血红蛋白11.5g%，白细胞15800/mm<sup>3</sup>，中性80%，淋巴12%，血钾4.2mEq/L，钠130mEq/L，氯90mEq/L，二氧化碳结合力21.4mEq/L。GPT及硫酸锌浊



度均正常。总蛋白5.8g%，白蛋白3.0g%，球蛋白2.8g%。胸片示两肺野呈弥散性斑片状阴影，右室大。心电图示窦性心动过速，电轴右偏，极度顺钟向转位。动脉血气分析： $\text{PaO}_2$  27.1mmHg，动脉血氧饱和度 ( $\text{SaO}_2$ %) 58%， $\text{PaCO}_2$  44.8mmHg， $\text{pH}$  7.515， $\text{HCO}_3^-$  36.5mEq/L， $\text{BE} + 11.3\text{mEq/L}$ 。右心漂浮导管检查：右心室压84/28mmHg， $\text{PO}_2$  23.1mmHg；肺动脉压80/40mmHg， $\text{PO}_2$  27mmHg；肺楔压18.7mmHg，肺血管压梯度34.7mmHg。初诊为支气管扩张、慢阻肺、慢性肺心病、右心衰竭、妊娠4个月。

【住院经过】入院后持续低流量鼻塞氧疗，静滴青霉素640万u/日，肌注链霉素、静注毒毛旋花素K，口服利尿剂及平喘祛痰药，超声雾化吸入，但患者缺氧症状仍逐渐加重，心衰增剧。入院后第四天，呼吸浅促（频率32~40次/分），意识不清，紫绀重，血压110/60mmHg，两肺满布湿性罗音，心率120次/分。经加大氧疗流量，静滴硝普纳100 $\mu\text{g}$ /分后，神志渐清，呼吸困难稍改善。复查血气为 $\text{PaO}_2$  32mmHg， $\text{SaO}_2$  63%， $\text{PaCO}_2$  56.7mmHg， $\text{pH}$  7.454， $\text{HCO}_3^-$  40mEq/L， $\text{BE} + 12.8\text{mEq/L}$ 。第六天患者自然流产，娩出3个月大小死胎（已浸软），胎盘部分坏死。因病情严重，对治疗反应差，故考虑系肺心病合并呼吸窘迫综合征（ARDS），每日给予数次高频呼气终末正压（5cmH<sub>2</sub>O）吸氧，静滴地塞米松。经治疗，患者呼吸困难、缺氧症状及两肺湿罗音逐日减轻，心率降至90~100次/分，紫绀和浮肿基本消失。血气分析结果为 $\text{PaO}_2$  66mmHg， $\text{SaO}_2$  91.6%， $\text{PaCO}_2$  51.9mmHg， $\text{pH}$  7.392， $\text{HCO}_3^-$  31.5mEq/L， $\text{BE} + 5\text{mEq/L}$ 。患者病情改善，且较平稳，但遇感冒仍有波动。