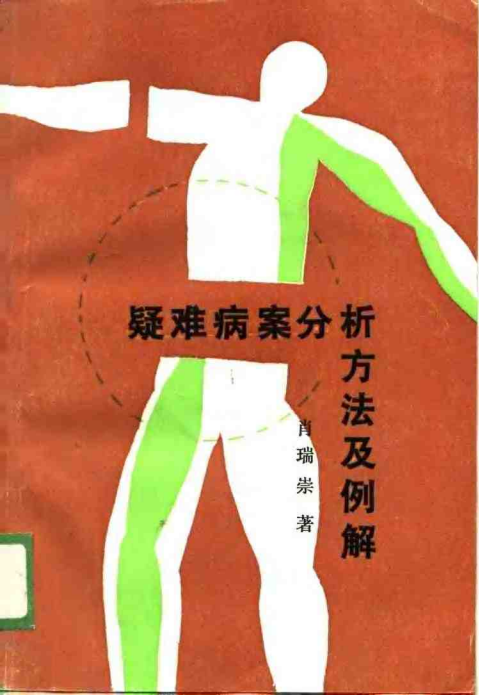


A stylized human figure is depicted against a textured reddish-brown background. The figure is composed of white and bright green sections. The head, neck, and torso are white, while the arms and legs are primarily green with white highlights. A dashed white line forms a circle around the waist area. The title text is positioned to the right of the figure's torso.

疑难病案分析 方法及例解

肖瑞崇 著

责任编辑：陆秀华

封面设计：鞠洪深

疑难病案分析方法及例解

肖瑞崇 著

云南科技出版社出版发行 （昆明市书林街100号）

云南新华印刷厂印装

开本：787×1092 1/32 印张：11 字数：250 000

1989年9月第1版

1989年9月第1次印刷

印数：1—2,000

ISBN 7-5416-0077-6/R·18 定价：4.80 元

前 言

本书应用病史、体检和有关资料（不依赖穿透性检查手段），着重强调临床辨证思维方法，介绍了若干疑难病例分析方法，例如素材分析法、病历特点分析法、单刀直入法、异途同归法、优选法、剥笋法、排除法、摘要分析法等，并举病例说明，还示范了构思图解，通过这些方法一层剥一层，一环扣一环地深入分析了特殊疑难病例，有的病例甚至在手术和病理切片报告已作定论的基础上，通过分析的提示，重新纠正诊断，救治了病人。

本书最大的特点是不同于市售的各种疑难病案分析书籍，它们只是较为精简的讨论诊断依据，然而本书是以帮助同道为前提，将整个思维过程全盘托

出，由表及里，由浅入深，对每例疑难病案均进行了透彻分析，层次清晰，使读者举一反三，体会分析方法，掌握剖析的钥匙。不仅如此，还应参加考核同志的要求，示范了一例未经修改的统考时的“疑难病案分析”临场闭卷考试的答案，供大家参考。

除此之外，本书还一丝不苟地总结了临床经验和教训，可供城乡医务人员、医学院校学生和准备参加职称考核者、各级卫生人员等同道训练临床病案分析方法参考。

本书承蒙沈允斌副院长（主任医师）李尚能副院长（主任医师）审校，谨此致谢。

编 著 者

目 录

1	心慌、气短、突然昏迷、黄疸待诊·····	1
2	黄疸待诊·····	21
3	发热、肝脾肿大三年待诊·····	45
4	紫绀、气促、心悸、肝脾肿大待诊·····	78
5	甲状腺结节待诊·····	118
6	极度软弱、乏力、浮肿、高血压、 色素沉着待诊·····	162
7	骨痛、骨质疏松待诊·····	217
8	发热、腰痛、进行性休克待诊·····	278
后记	·····	343

心慌、气短、 突然昏迷、黄疸待诊

简 介

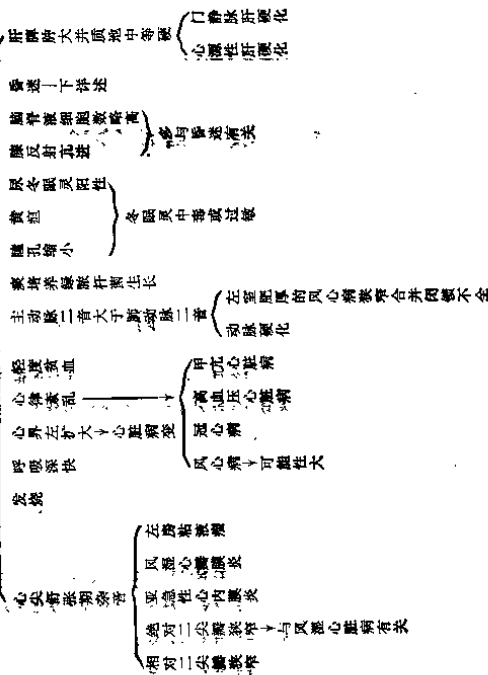
这是一份卫生人员技术职称考核的临床病案分析闭卷考试答案（未经任何修改）。

分 析 方 法

由于这是一份考试试题，要掌握两个特点，第一笔者对病历毫无感性认识。第二时间紧迫立论既需精练又要准确，遂采用素材分析法，首先全面占有每一项材料，通过对症状、体征逐个分析，找出疾病的内在联系，确认心脏问题，昏迷原因、黄疸及肝脏和肾脏疾患是认识

构 思 图 解 (一)

素材分析



构思图解(二)

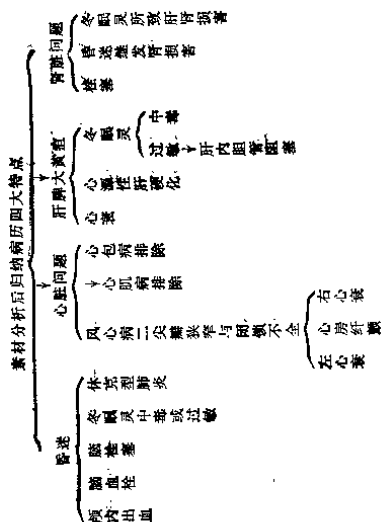
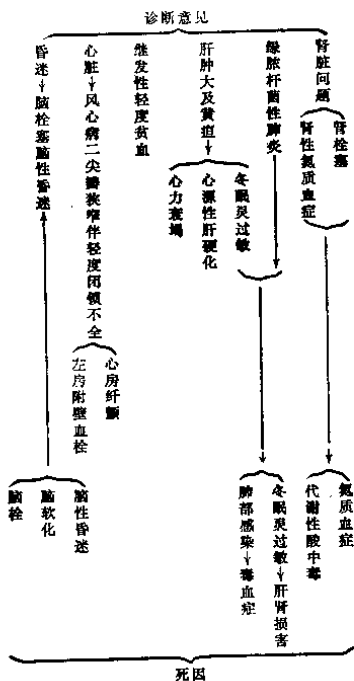


表 3

构 思 图 解 (三)



本病历的焦点，然后再分头对以上四个问题展开剖析讨论，排除各种可能性，最后得到恰当的诊断；又通过死因分析，反证诊断的正确性。见构思图解。

内 容 提 要

一、病历摘要

二、病案分析

素材分析；病历特点；

鉴别诊断；

死因分析；

诊断意见；

经验教训；

专家组评审意见；

附尸检诊断意见。

病 历 摘 要

患者 男 41岁 住院号207863 因心慌、气短8年、昏迷3天于1973年7月12日入院。

患者8年来经常劳累后心慌、气短，休息后好转。3年前因过劳、心慌、气短加重，下肢浮肿，不能平卧，诊为“风湿性心脏病”、“心力衰竭”，治疗1个月后逐渐好转。入院前1周，又觉心慌加重，心电图检查诊为心房纤颤。

入院前3天，午睡时突然被人发现昏迷不醒，周身大汗，尿床，不抽搐，送至当地县医院，因患者躁动，肌注冬眠灵1支。腰穿检查正常，转来我院。

既往有多年游走性关节痛史，无肝病及精神病史。

查体：

血压100/70毫米汞柱，体温38.2°C，呼吸40次/分，脉搏78次/分。昏迷，急性病容，皮肤黏膜无黄染，周身表浅淋巴结未触及。瞳孔缩小，直径1.5毫米，两侧等大，对光反射存在。颈软，气管居中，甲状腺不大。胸廓对称，呼吸深快，两肺野清。心界向左侧扩大，心尖可闻舒张期隆隆样杂音，心率84次/分，心律不齐， $A_2 > P_2$ 。腹软，腹壁未见静脉曲张及肠型，肝在肋缘下4厘米，质中等。脾在肋缘下1.5厘米触及，质较硬。肠鸣音活跃，无腹水征。下肢轻度浮肿，四肢营养无畸形，生理反射除左侧膝腱反射亢进外均正常，双侧巴氏征阳性，克氏征阴性。

化验：

血红蛋白10.4克%，白细胞8800/毫米³，肝功能GPT134单位，TTT正常，胆红素0.9毫克%，非蛋白氮60毫克%，尿常规：蛋白(++)，红细胞1~3/高视野，白细胞4~6/高倍镜。尿毒物分析：冬眠灵定性阳性。痰培养：绿脓杆菌，副大肠杆菌生长。脑脊液检查：压力120毫米水柱，无色透明，潘氏试验阴性，糖5管阳性，总细胞14/毫米³，白细胞0，蛋白25.4毫克%，氯化物745毫克%，糖80毫克%。

患者入院后予以输液，纠正酸中毒。青、链霉素肌注。第2天复查尿冬眠灵定性转为阴性。第3天发现巩膜黄染，血胆红素5毫克%，GPT313单位，并有呼吸困难和发热。经气管切开吸痰，肌注可拉明、洛贝林，症状不见好转，于入院第5天死亡。

病案分析

该病例从以下六方面进行分析：

一、病史分析（以出现之先后为序）

1. 入院后血压100/70mmHg，属正常。

2. 有中等发热、体温 38.2°C 。

3. 呼吸40次/分，加深加快，两肺有哮鸣。

4. 瞳孔直径1.5mm示缩小，但等大，对光反射存在。

5. 心界向左侧扩大，说明为左心房室扩大，但是右室扩大之早期也可先是绝对浊音界加宽和向左侧扩大，然后才逐渐向右侧扩大。

6. 心尖舒张期杂音。有以下几种情况：

(1) 相对二尖瓣狭窄：如主动脉闭锁不全，二尖瓣闭锁不全，先天性心脏病动脉导管未闭等所产生的奥佛二氏杂音。其机理为左侧房室环的扩大不及左室扩大明显。导致相对狭窄。杂音较轻，多为舒张中期。

(2) 亚急性细菌性心内膜炎也可有舒张期杂音，但性质不固定，多变。

(3) 鲁登伯氏综合征：是先天性心脏病中之一种，为房间隔缺损合并二尖瓣狭窄，此病为绝对性二尖瓣狭窄，应与风湿性二尖瓣狭窄鉴别，但是该病极为少见，且从幼年开始发病。可以排除。

(4) 风湿性心瓣膜炎，以舒张中期杂音多见，且合并“急性风湿热”症群，而隆隆样舒张中晚期杂音少见。

(5) 苯酮病：（即粘多糖沉着症Ⅰ型），为常染色体隐性遗传疾患，合并其他先天性畸形、小头、眼宽距……等。心尖区可闻舒张期杂音，该病少见，且为幼年发病，亦可排除。

(6) 左房粘液瘤：可有心尖部舒张期杂音，变换体位时昏厥（如坐位昏厥，卧位好转），杂音时有时无。本例患者持续杂音，无昏厥史。

(7) 风心病二尖瓣狭窄，心尖区出现隆隆样杂音，均为器质性的（一般来说心尖部舒张期杂音多为器质性的，轻者亦

可能为相对性的，决没有功能性的，不似收缩期杂音大量属功能性的）。

其中以风心病二尖瓣狭窄最多见。理由如下：

a. 风心病国内统计95~100%累及二尖瓣，其中单纯侵犯二尖瓣占70~90%，发病率如此之高。

b. 病员8年前已有心慌心跳，气促史。

c. 3年来过劳后，心慌、气喘、下肢浮肿，不能平卧，提示“心衰”。

d. 1周前心电图示心房纤颤，二尖瓣狭窄，左房淤血，发生“房颤”居于首位。

e. 多年游走性关节痛史。

综上所述，该病人风心病二尖瓣狭窄可能性大。

7. 心律不齐，已由心电图证实为心房纤颤。

原因：

(1) 风湿性心脏病二尖瓣狭窄。有一宗统计二尖瓣狭窄并发心房纤颤占30~40%。故该病可能性大。

(2) 冠心病。41岁，年龄不太大（但不绝对），病史未述这方面证据。

(3) 高心病。本例血压正常，不考虑高心病。

(4) 甲亢心脏病。无眼征，无甲状腺征，无代谢增高症群。

(5) 手术。

(6) 药物。

(7) 心肌病。

(8) 功能性。

(5)、(6)、(7)、(8)所致心房纤颤均无证据。

8. $A_2 > P_2$ ，按单纯风心病，应有肺淤血（特别二尖瓣狭窄） $P_2 > A_2$ 。该例 $A_2 > P_2$ 要考虑。

(1) 合并闭锁不全, 临床忽视, 特别本病例心脏向左侧扩大, 更应考虑合并二尖瓣闭锁不全。 A_2 可以大于 P_2 。

(2) 风心病之晚期, 左、右心室同时增大, 或左、右心衰并存。

(3) 年过40岁, 有否动脉硬化加杂, 但从病历上无证据。

9. 肝肋下4 cm, 质中, 脾肋下1.5 cm质硬, 说明有“肝硬化。”

其原因可有以下几方面:

(1) 以心源性肝硬化可能性大, 理由如下:

a. 有风心病史8年。

b. 心衰史三年, 但未述反复否? 此为病历记录之缺陷。

c. 肝功、除GPT及II外, 絮状正常, 可用慢性肝瘀血解释。

(2) 门静脉性肝硬化, 肝脾大、硬、在门静脉肝硬化代偿期可以出现, 又因许多肝硬化并无肝炎史, 原因不易追, 应提出鉴别。可是病历无资料。

10. 左膝反射亢进, 双侧巴比氏征(+), 在昏迷病人和用冬眠灵过量均可发生。还应考虑右侧脑部栓塞病变(下述)。

11. 血红蛋白10.4g%; 正常值男性应为12.5g% (内基标准), 多考虑“继发性轻度贫血”。

12. 胆红素0.9mg%, 属正常值, 临终前升到5 mg%。应考虑为加杂因素(原来无黄染)。

13. NPN60mg%, 尿蛋白(++), RBC 1~3 / 高倍, WBC 4~6 / 高倍, 说明肾脏有实质性改变, 男性尿中红细胞增加, 结合本例有无肾栓塞应警惕。

14. 尿冬眠灵阳性, 说明用过冬眠灵, 并不能代表中毒。

15. 痰培养: 绿脓杆菌, 副大肠杆菌生长, 说明呼吸道可

能有感染。

16. 脑脊液检查除细胞数稍高 $14/\text{mm}^3$ 外，余正常，可能与昏迷原因有关（下述），脑栓可解释脑脊液细胞数增高。脊液中无红血球多系缺血性脑病变。

二、病历特点

（一）8年来经常心慌、气短、劳累加重，休息好转。

（二）3年前因过劳，心慌心跳、气短加重，下肢浮肿，不能平卧，诊断为“风心病心衰”，此次住院心尖区闻及隆隆样舒张期杂音，既往有游走性关节痛史。

（三）一周前加重，心电图示心房纤颤。

（四）三天前午睡时昏迷，昏迷后用冬眠灵一针，双侧瞳孔缩小。

（五）入院时体温 38°C ，呼吸深快，心界左下扩大，杂音闻前，肝脾大、硬，双侧巴比征阳性。双下肢轻度浮肿。临终前黄疸。

三、鉴别诊断

根据素材分析及病历特点分四个问题作鉴别诊断。

分述如下：

（一）心慌气喘——系一大宗病因

1. 肺源性，分吸气性，呼气性、混合性呼吸困难三种：

①咽喉异物，脓肿及肿瘤压迫，喉水肿及痉挛等，应为吸气性呼吸困难，有吸气相增长，吸气性哮喘及病史可资鉴别，本例缺乏

②感染性的肺和支气管炎，为混合性呼吸困难，本例呼吸道症状不明显

③阻塞性：肺气肿，纤维化、肺不张等，为呼气性呼吸困难为主，应有呼气相增长及肺气肿体征等。病历中未述及。

④其余，支气管哮喘，过敏性嗜酸性细胞增多症，尘肺、肺蛋白沉着症，呼吸动力障碍等均可排除。

2. 心源性：

①心力衰竭。②心包疾患。③心肌动力不足。下重点叙述

3. 中毒性：

①酸中毒，肝昏迷，尿毒症。

②感染中毒，如败血症，脓毒血症。

③变性血红蛋白病，a. 还原血红蛋白病，如二氧化碳中毒。

b. 碳血红蛋白病。c. 高铁血红蛋白病。

④药物中毒，如冬眠灵中毒可使血压下、降心动过速，以及水杨酸类中毒等，均可造成心慌气促征。

以上中毒性疾病除冬眠灵是否有中毒？下详述外，余无病史，不赘述。

4. 血源性，重度贫血。（本例仅轻度贫血）。

5. 神经源性，脑外伤，间脑病变，本例无正面证据。

根据病人的特点以上疾患均可排出，只需要提出心源性的几个病来鉴别。（表4）

故综述此病员多系心源性心慌气促，重点鉴别：心力衰竭；心肌动力不足；心包疾患。

1. 心力衰竭：

1) 左心衰：应有心慌气促，劳力性呼吸困难，夜间阵发性呼吸困难，严重者呈端坐睡眠，心动过速，咳嗽，急性者有粉红色的泡沫痰。

该病员只有心慌气促，劳累后呼吸困难，没有咳嗽及吐粉红色泡沫痰，提示轻度左心衰。

表 4

心源性心慌气喘与本例对比表

心源性心慌气喘特点	本 例
有严重心脏原发病	支持
发绀气促，端坐呼吸	有心慌气促
心脏体征	左心大，心尖舒张期杂音
肺罗音	本例不详
X光肺瘀血	未 作
静脉压高，臂舌及臂肺时间延长	未 作

(2) 右心衰：除心慌气促外，应有颈静脉充盈，肝大，肝颈静脉回流征阳性，水肿、腹水、静脉压高等。

该病人有心慌气促水肿症群，3年前已有心衰史，此次有心房纤颤，发烧、感染，按理干扰心血管因素突出，应有心衰诱发，而且又是二尖瓣狭窄病变，最易导致右心衰竭和左房衰竭。可惜该病历未详细记录是其缺陷。但因有水肿，仍考虑有右心衰。

2. 心肌动力不足，有以下5方面特征。

①心音低弱单调，似啄木鸟音。②QT延长，收缩期异常缩短。③低血压。④X光正常。⑤原因：感染中毒，低钾、肝病，血紫质病等。

该病例不符合，可排除。

3. 心包积液及缩窄性心包炎，临床无提示，从略。

故从心源性心慌、气促来分析，原因多系：

(1) 风心病，二尖瓣狭窄伴闭锁不全，轻度左右心衰？

(2) 心房纤颤，严重干扰心血管所致心慌、气促。

(二) 昏迷问题

昏迷的原因很多，分述如下：