

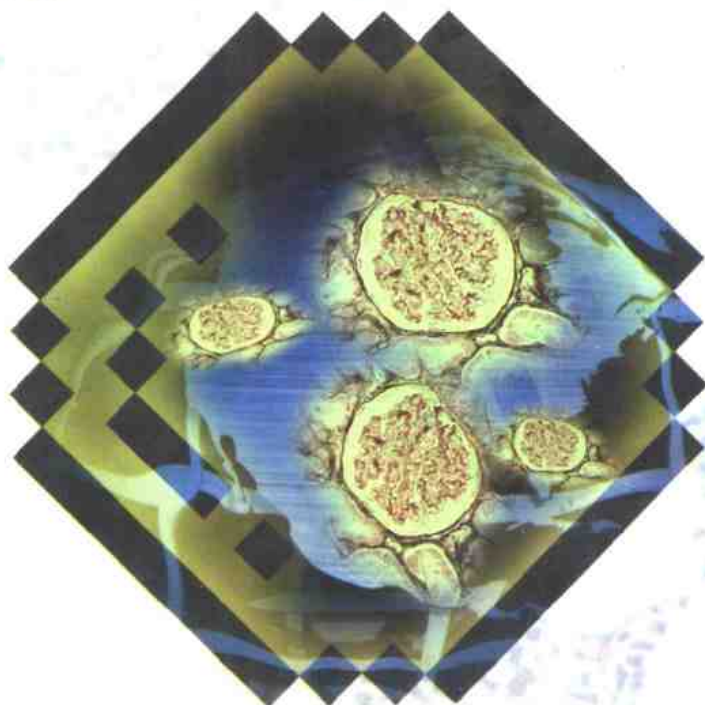
医学福尔摩斯 丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附 100 例临床病案推理分析

曹建林 / 主编 袁正强 / 编著

(内科)



贵州科技出版社

医学福尔摩斯

丛书

常见 的疑难病 和 疑难的常见病

——附 100 例临床病案推理分析

（内科）

贵州科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见的疑难病和疑难的常见病:附 100 例临床病案推理分析/袁正强编著. —贵阳:贵州科技出版社,

2001 11

(医学福尔摩斯丛书/曹建林主编)

ISBN 7-80662-142-3

I 常… II 袁… III 疑难病—诊疗

IV R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 071219 号

策 划 夏同珩 夏顺利
责任编辑 夏顺利
封面设计 张 彪

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人:丁 聪

贵阳宝莲彩印厂印刷 贵州省新华书店经销

787mm×1 092mm 16 开本 26.25 印张 640 千字 4 插页

2001 年 11 月第 1 版 2001 年 11 月第 1 次印刷

印数 1—3 000 定价:45.00 元

序

耐心地询问病史,认真的体格检查,广泛的医学基础知识和缜密的逻辑思维,是一名优秀内科医生的必备要素,后者尤为重要。思维是人在遇到问题时进行分析、判断和解决问题的思维活动。临床医生所面对的病人,其病情千奇百怪、变幻不一。同一种疾病,既有共性的典型临床症状,但由于病人的年龄、机体状态及病程不同,又有其独具个性的特殊临床表现。本属常见病,因其症状的不典型性,就变成了“疑难病”;反之,某些少见的疑难病其早期临床表现酷似常见病,故常见病与疑难病难以截然分界。医生必须学会从复杂的病情中分析、归纳主要的问题所在,从而做出正确的诊断和合理的处理方案。同时,要牢记“实践是检验真理的惟一标准”这一名言。当治疗未能获得预期效果时,医生必须勇于清醒地面对现实,考虑原来的诊断或治疗是否有错误。要不断总结正反两个方面的经验,来修正和提高自己的思维方法。本书作者将多年临床实践积累的100例病案,逐一进行了由浅入深、由表及里的推理分析,从纷繁复杂的症状中,找出有价值的线索,从而得出正确的诊断,取得良好的疗效。每例病案均附有“后记”及“体会”,以外(妇)科手术、病理活检、特殊化验及器械检查的发现或治疗后追踪观察的结果揭示谜底,令读者信服其诊断及处理的正确性,并总结诊治过程中的经验和体会。病例中所反映的诊治过程中走过的弯路,是我们日常医疗工作中屡见不鲜的,读者不仅可以从中学习到很多具体的业务知识,更主要的是还能学习到有关的逻辑思维方式。这不仅对青年医生有益,对具有一定临床经验的医生也可资借鉴。笔者作为一名从事内科医疗工作近50年的老兵,阅读本书每一病例,都可以从中得到启示,获益匪浅。医生诊断病案的过程,其思维逻辑与刑警侦破案例有惊人的相似之处。作者将本书纳入医学福尔摩斯丛书之一,寓意深刻。希望医疗和公安战线上都涌现出众多新时代的福尔摩斯,以保障人民的健康和社会的安定。

孙 显 明

于遵义医学院附属医院

2001年7月

前 言

近年来,对疾病诊断的正确率并未随着诊疗设备的不断更新而逐渐增加,误诊或漏诊的现象仍屡见不鲜。其主要原因是由于一些临床医师经验匮乏,不注重诊断思维的培养,不善于总结工作的得失、病史的草率采集和疏忽全面细致的体格检查,以及过分或盲目依赖辅助检查结果等,其误诊或漏诊的结果往往是以生命作为代价的。为此,我们根据自己多年的临床工作和教学经验,以临床实际病例为基础,编写了这本《常见的疑难病和疑难的常见病》,书中借用“福尔摩斯”破案的形式,在复杂的临床表现中找出有价值的线索,科学地推理“破案”,最终达到正确诊治,旨在帮助临床医师建立正确的诊断逻辑思维,并娴熟地应用于临床,从而提高诊疗水平。

本书从如何询问病史,如何进行体格检查,如何进行相关辅助检查,如何观察和总结病情变化,以及书写住院病历的技巧和查房技巧等方面做了新颖的示范性尝试。就如何综合分析这些资料,并从中捕获疾病的诊断线索,按图索骥地提供了临床经验。着重提出了疾病的诊断线索和思维程序,叙述了临床各科常见的“疑难”病和“疑难”的常见病的诊断与鉴别诊断技巧。

为了更符合和适用于临床,该书以作者临床工作中的实际病例作为资料;以症状、体征和辅助检查为编排顺序;以查房分析的形式,综合临床各种资料对疾病诊断进行逐一剖析,由浅入深,耐人寻味。又以年轻医师提问的方式,强调诊断所涉及的难点或疑点,最后分析误诊的原因,总结出临床体会和教训。在编写过程中,作者利用基础医学知识和临床医学知识对病案中所提供的错综复杂的资料进行了综合分析,并运用严谨、科学的逻辑思维推理方法,达到疾病的正确诊断。作者除了参考大量的医学专著和文献外,更注重将自己的临床经验融入书中,为临床医师在工作中如何建立良好的诊断逻辑思维,将起到推动作用。本书所列举的病例,还可供各级临床医师作病案讨论之用。

在本书的编写过程中,得到了遵义医学院附属医院内科孙显明教授的审阅和指导,并亲笔为序。在此,表示真诚的感谢和敬意。

由于临床诊断逻辑思维是一项复杂的过程,尽管做了很多努力,但错误和疏漏之处仍在所难免,恳切期望读者不吝赐教,提出批评指正。

编 者

2001年7月



曹建林:男, 54岁,上海市人。现为遵义医院副院长、内科教授、主任医师。曾有《实用临床泌尿系统基础图解》、《实用临床诊断线索与思维程序》、《实用水、电解质紊乱的诊治》三种专著出版。



袁正强:男, 33岁,贵州人。1991年毕业于贵阳医学院医学系,现为遵义医院内科主治医师,主要从事危重病专业工作,发表科研论文 14 篇。

目 录

[病例 1]	
发热,肝、脾肿大	(1)
[病例 2]	
右上腹痛伴肺部块影	(5)
[病例 3]	
少尿,肾功能异常	(9)
[病例 4]	
呕血、黑便	(13)
[病例 5]	
活动后心悸、气促伴乏力	(17)
[病例 6]	
持续发热	(21)
[病例 7]	
发热、咽痛伴干咳	(25)
[病例 8]	
头昏、头痛,心悸、乏力	(29)
[病例 9]	
右颈部淋巴结肿痛,右臂活动障碍	(33)
[病例 10]	
发热伴颈部淋巴结肿大	(37)
[病例 11]	
浮肿、蛋白尿、少尿	(41)
[病例 12]	
发热、皮疹、关节痛	(46)
[病例 13]	
心前区疼痛,上腹痛伴呕吐	(50)
[病例 14]	
上腹疼痛、呕吐	(54)
[病例 15]	
食道癌术后心悸、气促	(59)

[病例 16]	
畏寒、发热伴持续剑突下疼痛	(64)
[病例 17]	
左腰痛、呕吐、发热	(69)
[病例 18]	
妊娠,反复抽搐	(74)
[病例 19]	
肝大、贫血	(79)
[病例 20]	
血尿、腰痛	(83)
[病例 21]	
发热、浮肿、肝脾肿大	(87)
[病例 22]	
咳嗽、气急、心脏增大伴右侧胸腔积液	(91)
[病例 23]	
头昏、乏力、记忆力减退	(95)
[病例 24]	
头昏、心慌、心前区不适	(99)
[病例 25]	
发热、出血点、肾功能异常	(103)
[病例 26]	
头痛、咽痛、发热	(107)
[病例 27]	
发热、柏油样便	(111)
[病例 28]	
消瘦、多汗、头昏	(116)
[病例 29]	
昏迷、呕吐、抽搐	(120)
[病例 30]	
腹胀、腹泻、呕吐、消瘦	(125)
[病例 31]	
反复双下肢无力、高血压	(129)
[病例 32]	
眩晕、呕吐	(133)
[病例 33]	
额部、手掌、足底黄染伴月经紊乱	(137)

[病例 34]	
腹痛、呕血、黑便,术后呕吐	(141)
[病例 35]	
上腹灼痛、反酸、嗝气	(145)
[病例 36]	
咳嗽、咳痰	(149)
[病例 37]	
尿频、尿急、尿流中断	(153)
[病例 38]	
发热、贫血、皮下结节	(156)
[病例 39]	
心悸、气短、眩晕	(160)
[病例 40]	
眩晕、站立行走困难	(164)
[病例 41]	
反复头昏、乏力、嗜睡	(167)
[病例 42]	
头昏、头痛、乏力	(171)
[病例 43]	
腹痛、关节痛伴紫癜	(175)
[病例 44]	
子宫、附件切除术后腹胀、呕吐	(179)
[病例 45]	
意识障碍、粉红色泡沫痰	(183)
[病例 46]	
发作性寒战、皮肤竖毛	(187)
[病例 47]	
发热、关节痛、气短	(191)
[病例 48]	
腹胀、腹泻、消瘦	(194)
[病例 49]	
发热、四肢无力	(198)
[病例 50]	
腹痛,肝、脾、淋巴结肿大	(203)
[病例 51]	
腹泻、消瘦	(207)

[病例 52]	
反复腹胀、怕冷、颜面浮肿	(211)
[病例 53]	
腹部绞痛、呕吐	(215)
[病例 54]	
腰痛、发热	(219)
[病例 55]	
尿毒症、胸腔积液	(223)
[病例 56]	
呕吐、腹泻、乏力	(226)
[病例 57]	
左上腹不适,肝、脾肿大	(230)
[病例 58]	
腹痛、腰痛、消瘦	(234)
[病例 59]	
咳嗽、咳痰、咯血	(238)
[病例 60]	
发热、干咳,双肺多发结节	(242)
[病例 61]	
黄疸、消瘦	(246)
[病例 62]	
发作性意识障碍	(249)
[病例 63]	
持续发热	(253)
[病例 64]	
发热、贫血、血沉快	(257)
[病例 65]	
发热、关节疼痛	(261)
[病例 66]	
腹胀、纳差、消瘦	(265)
[病例 67]	
发热、腹痛、便血	(269)
[病例 68]	
失语、左侧肢体无力	(273)
[病例 69]	
间断性双下肢浮肿、发热、肝大	(277)

[病例 70]	
肝、脾肿大伴腹水	(281)
[病例 71]	
恶心、呕吐	(285)
[病例 72]	
紫癜、意识障碍	(289)
[病例 73]	
月经量增多、经期不规则	(293)
[病例 74]	
关节疼痛、脾大、粒细胞减少	(297)
[病例 75]	
发热、咳嗽、咯血伴胸痛	(301)
[病例 76]	
寒战、高热伴右侧腹痛	(305)
[病例 77]	
反复关节疼痛	(309)
[病例 78]	
发热、咳嗽、胸痛、嗜睡	(313)
[病例 79]	
心悸、气促、发热、关节疼痛	(317)
[病例 80]	
呕吐、少尿	(321)
[病例 81]	
发热、心悸、关节疼痛	(325)
[病例 82]	
发热、关节疼痛	(330)
[病例 83]	
关节疼痛、咳嗽	(334)
[病例 84]	
腹痛、粘液血便伴里急后重	(338)
[病例 85]	
胸痛、咳嗽、气促、心悸	(341)
[病例 86]	
发作性意识障碍、抽搐	(345)
[病例 87]	
腹痛、呕吐、意识障碍	(349)

[病例 88]	
发热、咳嗽、皮疹	(353)
[病例 89]	
反复晕厥	(357)
[病例 90]	
腰背疼痛、贫血、蛋白尿	(361)
[病例 91]	
复视、眼睑下垂、乏力	(365)
[病例 92]	
上腹饱胀不适伴腰部酸胀痛	(369)
[病例 93]	
全身骨骼疼痛	(373)
[病例 94]	
发热、咯血、肾功能异常	(377)
[病例 95]	
腹痛、腰痛、发热	(381)
[病例 96]	
间断性喘息	(384)
[病例 97]	
转移性右下腹痛伴呕吐	(388)
[病例 98]	
头痛、呕吐、视物模糊	(392)
[病例 99]	
咳嗽、咯血、胸痛、腹部包块	(396)
[病例 100]	
右腰部、右下腹痛伴休克	(400)
症状、体征索引	(404)
疾病索引	(406)

【病例 1】

发热,肝、脾肿大

病 史

患者男性,52岁,已婚,农民。因寒战、发热10天入院。10天前,无明显诱因而出现寒战、发热(测体温为39.2℃),伴乏力、纳差、恶心及腹胀。当地医院拟诊“感冒”,给予口服“感冒清、银翘片、APC”以及静脉滴注“青霉素”等治疗后,仍发热不退,以下午及夜间发热为甚,汗少,且出现双耳听力下降,否认耳鸣,无头痛及鼻塞,亦无咳嗽、咳痰及胸痛。为进一步诊治而转诊我院。门诊以“发热原因”收入院。患病期间有便秘,小便无异常。来自伤寒流行地区。

体格检查

体温:38.9℃,脉搏:122次/min,呼吸:20次/min,血压:110/80mmHg。急性热病容,营养中等,神志清楚,反应尚可。皮肤未见出血点及皮疹,浅表淋巴结无肿大。巩膜无黄染,双耳听力下降,外耳道无分泌物,双侧乳突压痛(-),咽部无充血,双侧扁桃腺无肿大,舌苔薄白。胸廓对称,双肺叩诊呈清音,呼吸音清晰,未闻干、湿性啰音,无胸膜摩擦音。心界不大,心率122次/min,节律整齐,心音有力,各瓣膜区未闻及杂音。腹平、软,全腹无压痛;肝肋下2cm,质软、无触痛,肝区无叩痛;脾肋下1.5cm,质软,无触痛,未扪及包块;双肾区无叩痛。四肢关节无红、肿及活动受限,神经系统检查无异常。

实验室检查

血常规:血红蛋白(Hb)117g/L,红细胞计数(RBC) $4.13 \times 10^{12}/L$,白细胞计数(WBC) $1.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)0.92,淋巴细胞(L)0.08,嗜酸性粒细胞计数为0。尿常规:蛋白(±),大便常规无异常。肝功能:谷氨酸丙酮酸转移酶(GPT)900nmol/s(改良赖氏法;正常值<416nmol/s),乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阴性。肾功能:尿素氮(BUN)15.1mmol/L,血清肌酐(Cr)79μmol/L。血清:钾4.1mmol/L,钠140mmol/L,氯97mmol/L,钙2.2mmol/L。肥达反应阴性。伤寒快诊(LPS-PHA)阴性。

器械检查

胸部X线摄片(简称胸片):右下肺小片状阴影。B超:肝、脾轻度肿大。

第1次查房(入院后第2天)

住院医师:汇报病历如上。

主治医师:该病例有以下特点:①中年男性,既往体健;②起病较急,病程10天,入院后观察呈稽留热型,伴有听力下降及消化道症状;③来自伤寒流行地区;④体检除肝、脾肿大以外,右下肺呼吸音低,胸片提示右下肺小片状阴影;⑤实验检查提示白细胞计数极低,但中性分类高,嗜酸性粒细胞计数为0。根据以上特点,支持感染性发热,要注意下列疾病:

患者平素体健,急性起病,以发热为突出表现,右下肺呼吸音低,胸片示右肺小片状阴影,故要考虑肺炎的可能。但病人始终没有呼吸道症状,且白细胞计数极低,单用肺炎不好解释。

此外,结核是本地区的常见病、多发病。有报道肺结核的发病率有逐年增多的趋势,尤其是急性粟粒性肺结核,病初常常以高热为突出表现。该患者来自结核病流行地区,故要考虑有粟粒性肺结核的可能。然而患者否认既往有结核病史,无结核病的密切接触史,且胸片不支持,暂不予考虑该病。

该患来自伤寒流行地区,虽不是流行季节,但该病可常年散发。结合本病例以持续发热为主要表现,呈稽留热型,肝、脾肿大及血象特点,最大可能的诊断是伤寒。事实上,伤寒合并肺部感染在临床上并不少见,所以诊断伤寒也不难解释胸片的改变。伤寒病人白细胞降低是其特异性的表现,但该患者白细胞计数低到如此程度,临床上却不常见,故应复查血常规,进一步做骨髓检查及培养,有助于明确诊断。

治疗:按伤寒治疗,要避免用损肝药物,进行保肝治疗。密切观察发热及消化道情况,进清淡饮食,防止消化道出血及穿孔。

第2次查房(入院后第4天)

主治医师:该患者临床考虑伤寒,按伤寒治疗已经3天,仍持续高热,体温 $39.6\sim 41^{\circ}\text{C}$,并出现少量齿龈出血,双手注射部位有瘀斑,右下肺可闻湿性啰音。复查血常规:Hb 108 g/L , WBC $0.6\times 10^9/\text{L}$, N 0.97, L 0.03, 血小板 $12\times 10^9/\text{L}$, 出血时间4分, 凝血时间3分, 网织红细胞计数 $64\times 10^9/\text{L}$ 。已连续进行两次骨髓检查,均报告急性造血功能停滞,中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)积分分别为10分和20分。目前诊断尚不明确,请主任查房进一步明确诊治。

副主任医师:本病例以持续高热和白细胞显著减少为突出表现,伴有肺部体征和肝、脾肿大以及肝功能异常,治疗效果不理想,且在治疗过程中出现全身出血倾向和血小板计数低,两次骨髓检查均提示急性造血功能停滞。另外,从体温记录单反映出心率增快与体温升高不成比例,心率明显增快,表明心肌也有损害,用伤寒尚不能解释其所有的临床表现。结合病史及治疗反应,要考虑有败血症的可能,致病菌很可能是革兰阴性菌。因为这类细菌感染最易抑制骨髓,临床上常表现为外周血象某一系或三系列细胞减少,要确立该诊断尚需待血培养和骨髓培养结果。针对患者目前有出血倾向及心率明显增快的现象,应进一步查凝血酶原时间、3p

试验及血小板计数。同时查心肌酶学,若心肌酶学有异常,则中毒性心肌炎诊断可成立。

治疗:加用奎诺酮类抗生素增强抗感染作用,同时加强支持 and 对症治疗,维持水、电解质及酸碱平衡,可适当应用激素以控制出血情况。密切监测生命体征及全身出血情况,防止脑出血、休克和 DIC 的发生。

第3次查房(入院后1周)

主治医师:通过加强抗炎及应用激素治疗后,体温曾降至 38℃,出血倾向得到控制,但停用激素后再度出现高热,全身情况与入院时比较有明显衰竭。查心肌酶学:谷草转氨酶(GOT)185.7 单位/L(正常值 8~30 单位/L),谷丙转氨酶(GPT)69.4 单位/L(速率法:正常值 8~40 单位/L),乳酸脱氢酶(LDH)760 单位/L(正常值 15~220 单位/L),肌酸磷酸激酶(CPK)495 单位/L(正常值 26~196 单位/L)。血浆渗透压 285 mmol/L,尿渗透压 500 mmol/L,凝血酶原时间(PT)13.5"/13.6",3P 试验(±)。复查血常规:Hb 80g/L, WBC $0.9 \times 10^9/L$, N 0.93, L 0.07,嗜酸性粒细胞计数仍为 0,血小板计数 $20 \times 10^9/L$,两次血培养和两次骨髓培养均无细菌生长。请主任查房明确伤寒诊断能否确立?是否有其他疾病?

主任医师:本病例入院后多次经实验室检查均提示粒细胞减少,可以诊断为粒细胞减少症。虽然患者病程没有明显的呼吸道症状,但作为以发热起病,肺部有啰音,胸片也提示右下肺有片状阴影,说明肺部感染是存在的。该肺部感染应考虑可能是在粒细胞减少症的基础上并发的。如果以粒细胞减少症作为诊断线索,其原因应考虑有以下几种可能:

该患者以持续发热为主要表现,结合病人最初入院的临床资料,确实首先考虑伤寒这类疾病。但我们忽视了病人始终未表现出伤寒本身常有的一些特征,例如病程中缺乏无欲貌、缺乏相对缓脉,不知道大家是否注意到病人的舌苔并不厚腻,这些都是不利于诊断伤寒的线索。况且经过 1 周的抗感染治疗,病人的症状并无明显改善,血和骨髓培养也无细菌生长,故基本上可排除该病。

药物是临床上引起粒细胞减少症较常见的原因之一。患者病后曾服用抗“感冒药”,但否认服用氯霉素、磺胺等药物史,故暂可排除药物所致。此外,某些有机化合物也是引起粒细胞减少症的常见原因,该患者为农民,否认有苯、含铅化合物等接触史,故也不考虑。

本例患者白细胞和血小板显著减少,红细胞也有减少,两次骨髓检查均报告急性造血功能停滞,故应想到急性再生障碍性贫血的可能。但是,该患者有肝、脾肿大,网织红细胞不低,急性再生障碍性贫血也可除外。

最后应考虑恶性组织细胞病(malignant histiocytosis,简称恶组)。该病为一组具有不同性质和细胞来源的异质性疾病群,真正来源于单核-巨噬细胞系统者较少见,大多数为不同类型的 IV 期淋巴瘤,但临床表现类似。以长期发热、全身衰竭、肝脾淋巴结肿大、出血倾向、血象三系明显减少等为常见。然而,根据有关报道,本病首发症状不一,早期缺乏特异性,其初期误诊率可达 70%。值得注意的是,恶组骨髓检查的中性粒细胞碱性磷酸酶活性(NAP)降低是诊断恶组的重要线索之一。曾有报道应用细胞化学研究了恶组患者中 NAP,结果显示恶组患者 NAP 阳性率平均为 1.4%,积分平均值为 2.0,显著低于正常人和其他疾病患者。本例有以下几点值得我们注意:①长期发热,抗感染治疗无效;②经过住院观察有进行性衰竭表现;③肝、

脾肿大,病程中伴有皮肤、粘膜出血倾向;④入院即有白细胞计数显著减少,随后发现血小板减少和进行性贫血;⑤具有多器官损害的表现,如肝、脾、心肌等损害;⑥两次骨髓检查 NAP 均偏低。因此,应高度怀疑恶组的可能性。需再做骨髓检查。据报道本病胸骨穿刺检出率较高,该患者尚未行胸骨骨髓检查,应选取胸骨部位穿刺协助诊断。另外,该患者多次查嗜酸性粒细胞计数均为 0,是否为恶组的另一特征,目前尚未见报道,有待于进一步地探索。

治疗:仍应加强抗感染治疗,可换用三代头孢菌素,在诊断未明确前,暂不考虑输血,以防延误诊断。

进修医师:请问老师,该患者经两次骨髓检查均未发现恶性组织细胞,为什么还要考虑恶组呢?

主任医师:恶组早期,恶性组织细胞侵犯骨髓可以呈不均匀分布,故两次骨髓检查阴性并不能排除本病。凡临床高度怀疑恶组时,应多部位穿刺,以防漏诊。

后 记

第 3 次胸骨骨髓检查发现异常组织细胞占 12.5%,明确诊断恶性组织细胞病。

体 会

对持续发热,外周血象三系列不同程度减少,在经抗感染治疗尚未奏效,且又不能用其他感染解释时,要想到恶组的可能。当临床高度怀疑恶组时,切勿以 1 次或 2 次骨髓检查阴性而放弃诊断,应进行多次、多部位骨髓检查。

参 考 文 献

- 1 Lichtman MA, Komp DM Inflammatory and malignant histiocytosis. In: Williams Hematology. Fifth ed. New York: McGraw-Hill, 1995, 885~891
- 2 Cline MJ. Histiocytes and histiocytosis. Blood, 1994, 84: 2 843~2 853
- 3 周建国. 恶性组织细胞病. 见:陈灏珠主编. 实用内科学. 第 10 版. 北京:人民卫生出版社,1997:1 980~1 982
- 4 袁正强,曹建林. 恶性组织细胞病误诊 10 例分析. 中华误诊学杂志,2000,4(13):1981~1982

【病例 2】

右上腹痛伴肺部块影

病 史

患者女性,60岁,已婚,退休工人。因右上腹痛1年余,发现右肺块影10天入院。1年多来反复出现右上腹痛,以钝痛为主,无反酸、嗝气,亦无发热及盗汗。近两个月来疼痛加剧,呈持续性,无恶心、呕吐。曾经在多家医院诊治,症状无明显好转。10天前在当地医院行胸部CT检查提示“右肺癌”,腹部B超及CT检查提示“右肝下段癌”,为进一步确诊而转入我院。患病期间大、小便无异常。既往史:30年前曾患急性黄疸型肝炎,经治疗后好转。否认结核病史。

体格检查

体温:36.8℃,脉搏:88次/min,呼吸:18次/min,血压:120/80 mmHg。慢性病容,自动体位,神志清楚,体检合作。皮肤无出血点及皮疹,全身浅表淋巴结无肿大。头颅五官无异常,巩膜无黄染。胸廓对称,呼吸活动不受限,双肺叩诊呈清音,右下肺呼吸音低,未闻干、湿性啰音,无胸膜摩擦音。心界不大,心率88次/min,节律整齐,心音有力,各瓣膜区未闻及杂音。腹平软,右上腹及右下腹轻压痛,无反跳痛及肌紧张;肝肋下2cm,质软,轻触痛;脾未扪及,全腹未扪及包块,移动性浊音阴性,双肾区无叩痛,肠鸣音4次/min。脊柱、四肢无异常,双下肢无水肿,神经系统检查未引出病理征。

实验室检查

血常规:Hb 118g/L, RBC 4.25×10^{12} /L, WBC 5.6×10^9 /L, N 0.68, L 0.29, E 0.03, 血小板 164×10^9 /L。尿常规:淡黄色、清亮,比重 1.018,尿蛋白(-),pH 值 5.5,尿糖(-),镜检 WBC 0~1个/HP。大便常规:黄色、软便,镜检(-)。肾功能:BUN 6.5mmol/L, Cr 115 μ mol/L。血离子:钾 3.8mmol/L,钠 140mmol/L,氯 99 mmol/L,钙 2.6 mmol/L。血糖:5.9mmol/L。血沉:78mm/h。肝功能:总胆红素 9.1 μ mol/L,一分钟胆红素 3.3 μ mol/L,总蛋白 68g/L, A/G 39/29, GPT < 416nmol/s(改良赖氏法:正常值 < 416nmol/s), HBsAg(-), TTT 3单位。血脂:胆固醇 4.4mmol/L,甘油三酯 1.9mmol/L。痰脱落细胞检查1次阴性,痰查抗酸杆菌1次阴性。