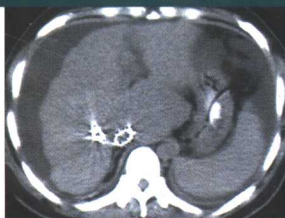
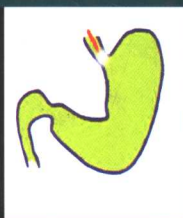
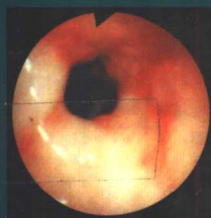


内科学 分册

张君邦 刘国良 主编

临床病例诊治演习



科学出版社
www.sciencep.com

本书附有光盘

临床病例诊治演习

内科学分册

张君邦 刘国良 主编

科学出版社

2002

内 容 简 介

本书精选 200 个内科病例,并且附有影像资料光盘,按照医生接诊和处理病人的程序,创造出诊治疾病的场景,以问答的形式,形象、生动地解说诊治病人的思维过程,将理论知识与临床实践紧密地结合在一起,对培养和提高临床思维能力具有很强的指导作用。本书可作为高等医学院校临床医学专业学生、临床专业学位研究生和住院医师规范化培训的参考教材,也可作为临床医师的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

临床病例诊治演习·内科学分册/张君邦,刘国良主编.一北京:科学出版社,2002

ISBN 7-03-009998-2

I. 临… II. ①张…②刘… III. ①临床医学 ②内科-疾病-诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 096881 号

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2002 年 6 月第 一 版 开本:720×1000 B5

2002 年 6 月第一次印刷 印张:32

印数:1—4 000 字数:629 000

定价:49.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈北燕〉)

《临床病例诊治演习·内科学分册》编写人员

主 编 张君邦 刘国良

副 主 编 李振华 胡 健 庄宝珠 王力宁 翟 明

柴静媛 张 锦 黄建群 王宏达 张朝东

编 者 (以姓氏笔画为序)

马健飞 王力宁 王宏达 王宗谦 王炳元

王晓非 田莉莉 刘 郁 刘国良 刘闰男

齐国先 朱万勤 何 娟 李振华 肖卫国

庄宝珠 陈佰义 陈淑兰 柳忠兰 单忠艳

胡 健 张 锦 张君邦 张朝东 赵 唯

柴静媛 徐秀英 袁凤山 黄建群 贾志梅

翟 明 樊 华 霍海洋 曹云鹏

光盘制作 李惠波 刘 屹

前 言

临床思维能力对医生来说,无疑是最重要的能力。因为无论是收集资料,还是提出诊断和下医嘱,以及观察病情变化,重新评估诊断或调整医嘱,都是医生将一般的规律应用于特定的个体的过程,无处不存在着医生的临床思维。从疾病的表象中推导出更接近于疾病本质的结论,提出符合特定病体的诊断和治疗计划,是每个医生的职责和义务。然而,形成和确立临床思维能力是一个非常艰难的过程,对于医学生和住院医师来说,尤其如此。因此,深感应给予医学生和住院医师多一些的练习机会。

本书以“演习”命名,就是练习和示范的意思,书中选用的内科病例,多是临床常见的,但在诊断或治疗上,对医学生和住院医师来说又多有一定的困难。本书采取问答的形式,并把影像资料录制成光盘,力求充分体现医生接诊和处理病人的程序,充分体现诊治病人的思维过程,充分体现医生对认识对象个体性的把握和分析。同时,还介绍了临床诊治成功与失败的经验教训,期望对临床医师有所裨益。

一批有临床经验和学术造诣的专家、教授参加了本书的编写。它既可作为高等医学院校临床医学专业学生、临床专业学位研究生和住院医师规范化培训的参考教材,又可作为临床医师的参考用书。

尽管如此,编写中肯定存在不足和值得商榷的内容,甚至是错误,恳请读者不吝批评指正。

张君邦 刘国良

2001年3月1日于中国医科大学

目 录

前言

病例 1	咳嗽、气喘、浮肿、神志不清	1
病例 2	咳嗽、咳痰、气急、神志恍惚	4
病例 3	咳嗽、咳痰、发热	5
病例 4	咳嗽、咳痰、气短	7
病例 5	咳嗽、咳痰、发热、神志不清	8
病例 6	进行性呼吸困难	10
病例 7	寒战、高热、咳嗽、气促、四肢厥冷	12
病例 8	咳嗽、咳黄痰、间断高热	13
病例 9	呼吸困难、间断发热	15
病例 10	间断发热、胸闷、干咳、呼吸困难	17
病例 11	腹痛、恶心、胸闷、呼吸困难	19
病例 12	发热、咳嗽、咳痰	21
病例 13	发热、咳嗽、咳痰、咯血	23
病例 14	发热、双下肢瘫	26
病例 15	反复发作性喘息、意识不清	29
病例 16	反复发作性呼吸困难	30
病例 17	发热、咳嗽、痰中带血丝	32
病例 18	发热、咳嗽、咳痰、胸痛	34
病例 19	发热、咳嗽、神志模糊	36
病例 20	心前区闷痛伴气短	38
病例 21	突发性呼吸困难、心悸	40
病例 22	左侧面部无汗、咳嗽、咯血	42
病例 23	发热、杵状指、咳嗽	44
病例 24	咳嗽、咯血、胸痛	46
病例 25	咳嗽、喘息、突发性呼吸困难	47
病例 26	寒战、高热、头痛、咳嗽	49
病例 27	发作性喘息、咳嗽、咳黄痰	50
病例 28	发热、咳嗽、咳脓痰	52
病例 29	咯铁锈色血痰、胸痛、皮下包块	53
病例 30	咳嗽、咳痰、咽痛	54
病例 31	咽痛、发热	56

病例 32	胸痛、恶心、呕吐	58
病例 33	胸痛伴窒息感	61
病例 34	胸骨后及心前区压榨性窒息感	63
病例 35	心悸、心前区疼痛	66
病例 36	反复心前区疼痛	68
病例 37	心前区疼痛伴左上肢麻木、大汗	71
病例 38	胸痛、晕厥	73
病例 39	心前区疼痛伴气短	75
病例 40	心悸、气短	77
病例 41	腹痛、恶心、呕吐、大汗	80
病例 42	心悸、气短、晕厥	81
病例 43	咯血、心悸、乏力	84
病例 44	晕厥、心悸、气短	88
病例 45	心悸、呼吸困难、咯血、水肿	91
病例 46	心悸、咳嗽、咳痰	95
病例 47	呼吸困难、呕吐、腹泻	97
病例 48	心悸、发热、呼吸困难	100
病例 49	呼吸困难、发热	102
病例 50	心悸、呼吸困难、水肿	105
病例 51	心悸、呼吸困难、咳嗽	107
病例 52	头晕、头痛	110
病例 53	头晕、头痛、呼吸困难	114
病例 54	头晕、呼吸困难、少尿、水肿	116
病例 55	少尿、腹胀、腹水	119
病例 56	气短、乏力	121
病例 57	呼吸困难、少尿、水肿、低热	125
病例 58	发热、心脏杂音	128
病例 59	心悸、呼吸困难、水肿	131
病例 60	咽痒、夜间呛咳	134
病例 61	反复发作性胸前区疼痛	138
病例 62	上腹部疼痛、呕血	141
病例 63	头晕、眼花、厌食、消瘦	143
病例 64	头晕、乏力	146
病例 65	上腹隐痛、晕厥	148
病例 66	突然右下腹至全腹剧痛	151
病例 67	上腹隐痛、食欲减退、尿黄、消瘦	154

病例 68	上腹胀痛、呕吐	157
病例 69	上腹胀痛、包块、厌食、消瘦	160
病例 70	发热、上腹痛、呕血、黑粪	163
病例 71	乏力、腹胀、牙龈出血、意识恍惚	166
病例 72	乏力、纳差、下肢浮肿	169
病例 73	进行性右季肋部疼痛、纳差、消瘦	172
病例 74	发热、腹痛、腹泻、呕血	175
病例 75	纳差、腹胀、意识错乱	178
病例 76	乏力、发热、腹胀	181
病例 77	右季肋部疼痛、手抖、食欲减退	183
病例 78	腹胀、浮肿、少尿	186
病例 79	右下腹痛、进行性消瘦	189
病例 80	腹胀、乏力、皮肤黄染	192
病例 81	上腹部包块伴胀痛	195
病例 82	高热、右季肋部疼痛	197
病例 83	高热、寒战、右上腹痛	200
病例 84	腹泻、便血	203
病例 85	持续性上腹部疼痛、呕吐、发热	205
病例 86	腹痛、便血、腹部包块	208
病例 87	呕吐、消瘦	210
病例 88	腹痛、腹胀、腹水	212
病例 89	腹泻、脓血便	214
病例 90	腹泻、脓血便、消瘦	216
病例 91	腹痛、腹泻、发热	218
病例 92	持续高热、便血	220
病例 93	反复便血	222
病例 94	右上腹包块伴绞痛	224
病例 95	无症状性血尿	226
病例 96	浮肿、心悸、气短	229
病例 97	浮肿、少尿、呼吸困难	231
病例 98	发热、少尿、浮肿、咯血	233
病例 99	浮肿、尿量减少、乏力、食欲不振	235
病例 100	头晕、乏力、心悸、气短	237
病例 101	急腹症术后少尿	239
病例 102	水肿、气促	240
病例 103	尿频、尿急、尿痛、发热、腰痛	243

病例 104	反复尿频、尿急、尿痛	244
病例 105	少尿、恶心、呕吐	246
病例 106	浮肿、尿少	250
病例 107	多饮、多尿、乏力、间断性软瘫伴骨痛	254
病例 108	乏力、纳差、恶心、呕吐	259
病例 109	头晕、食欲下降、浮肿	263
病例 110	头晕、乏力	264
病例 111	头晕、乏力、双手麻木	266
病例 112	皮肤瘀斑、咳嗽、发热	268
病例 113	无力、反复鼻出血、皮肤瘀点	270
病例 114	黄疸、乏力	274
病例 115	酱油色尿	277
病例 116	乏力	280
病例 117	舌血疱、切开后出血不止	283
病例 118	发热、皮肤瘀斑	285
病例 119	肛周疼痛、发热	287
病例 120	乏力、腹胀	289
病例 121	颈部淋巴结肿大	292
病例 122	腰痛、头晕、乏力	294
病例 123	发热、面色苍白、呼吸困难	296
病例 124	眩晕、颜面红紫	301
病例 125	鼻出血、无力	304
病例 126	无力、腹胀	306
病例 127	鼻与牙龈出血	308
病例 128	发热、皮肤紫癜	312
病例 129	皮肤出血点	314
病例 130	怕热、多汗、心慌、消瘦	318
病例 131	间断浮肿	320
病例 132	心慌、下肢瘫痪	323
病例 133	发热、腹泻	326
病例 134	多饮、多尿、多食、消瘦	328
病例 135	多饮、多尿、乏力	331
病例 136	多尿、恶心、呕吐	333
病例 137	多饮、多尿、昏迷	335
病例 138	多尿、下肢水肿	337
病例 139	关节痛、多饮、多尿、闭经	339

病例 140	消瘦、乏力·····	342
病例 141	月经量少、不孕·····	344
病例 142	消瘦、乏力、皮肤变黑·····	347
病例 143	体重增加·····	349
病例 144	头痛、视力减退·····	352
病例 145	寒战、高热、白细胞数不高·····	354
病例 146	紫癜、口腔溃疡、光敏、发热、关节痛·····	356
病例 147	微热、乏力、关节痛、白细胞数减少·····	360
病例 148	胸闷、气短、下肢浮肿、肢端发凉·····	363
病例 149	乏力、关节痛、晨起腰部不适、发僵·····	365
病例 150	发热、关节痛、皮疹、白细胞增高·····	368
病例 151	胸痛、咯血、紫癜、血尿·····	371
病例 152	微热、关节痛、反复口腔与外阴溃疡·····	374
病例 153	发热、乏力、周身痛·····	378
病例 154	口干、眼干、乏力、关节痛与紫癜·····	382
病例 155	关节肿痛、变形·····	386
病例 156	心悸、喘息、咳粉红色泡沫样痰·····	389
病例 157	后背持续性疼痛、低血压·····	391
病例 158	咳嗽、呼吸困难、晕厥·····	394
病例 159	意识不清伴呕吐·····	396
病例 160	腹胀、腹痛、无排气、排便·····	399
病例 161	头痛、呕吐、视物不清·····	401
病例 162	呼吸困难、呕吐、晕厥·····	404
病例 163	黄疸、皮肤黏膜出血、昏迷·····	407
病例 164	胸骨后疼痛伴腹痛·····	410
病例 165	呕吐、发绀、呼吸困难·····	412
病例 166	头痛、无力、出汗·····	415
病例 167	发热、周身皮疹·····	417
病例 168	阵发性腹痛·····	421
病例 169	神志不清伴右侧肢体肿胀·····	424
病例 170	昏迷伴抽搐·····	425
病例 171	发作性左侧肢体活动不利·····	428
病例 172	头晕、饮水呛咳、吞咽困难·····	431
病例 173	左侧肢体瘫痪·····	432
病例 174	高热、眼球肿胀、眼球运动障碍·····	434
病例 175	单侧肢体肌萎缩·····	436

病例 176	突然头痛、神志不清、左侧肢体活动不利	438
病例 177	四肢麻木、无力	440
病例 178	突然头晕、脑脊液中红细胞数增高	442
病例 179	突然剧烈头痛、血性脑脊液	444
病例 180	双下肢无力、行走困难	445
病例 181	四肢无力、呼吸困难、进食呛咳	446
病例 182	四肢麻木、无力	449
病例 183	走路不稳、构音障碍	452
病例 184	说话不清、双上肢震颤	454
病例 185	头面部及四肢不自主运动	456
病例 186	四肢活动困难、震颤	459
病例 187	发作性左面部剧痛	462
病例 188	头痛、反复抽搐、右侧肢体瘫痪	464
病例 189	反复抽搐、昏迷	467
病例 190	发作性抽搐、走路不稳、呛咳	469
病例 191	右面部疼痛、眩晕、视力下降	471
病例 192	睁眼费力、复视、呛咳	474
病例 193	四肢瘫痪	476
病例 194	抽搐、头痛、呕吐	478
病例 195	右眼视力下降、双下肢无力	480
病例 196	发热、头痛、意识障碍	482
病例 197	头痛、呕吐、发热	485
病例 198	反复发作性偏盲、头痛、呕吐	487
病例 199	四肢无力、呛咳	489
病例 200	进行性四肢无力	491
附录	临床检验参考值	494

病例 1

咳嗽、气喘、浮肿、神志不清

张××, 男性, 71 岁。

主诉 咳嗽、喘息 30 余年, 心悸、活动后气短、下肢水肿 10 年, 神志不清 1 天。

现病史 患者有慢性咳嗽、咳痰病史 30 余年。每遇感冒常引起咳嗽、咳痰、喘息发作, 以冬春季节为甚, 且逐年加重。近 10 年来, 犯病时上述症状加重, 并出现心悸、气短, 双下肢浮肿。入院前 2 周, 因受凉感冒后上述症状明显加重, 痰量增多, 呈黏液脓性痰, 不易咳出, 出现明显呼吸困难、发绀, 不能平卧。入院前 1 天因为头痛、烦躁、谵妄、夜间不能睡觉, 家属给其地西洋(安定) 2 片, 服后即入睡不醒。

既往史 吸烟 40 年, 40 支/日。无其他慢性病史。

问题 1 根据病史首先考虑本病是呼吸系统的哪一类疾病? 病情加重原因是什么?

解说 患者有咳嗽、咳痰病史 30 余年, 近 10 年出现活动后气短伴心悸。结合有长期吸烟史, 该患者应属于呼吸系统疾病的慢性阻塞性肺疾病(COPD)。本次出现病情加重的主要原因是呼吸道感染。由于感染, 呼吸道分泌物增多, 加重气道阻塞, 进一步造成缺氧和二氧化碳潴留, 使病情加重。使病情加重的另一个原因也是医源性的: 在呼吸不畅的情况下, 又给患者服了镇静催眠药, 使呼吸中枢受到抑制, 进一步加重了缺氧和二氧化碳潴留。患者昏迷是处于二氧化碳麻醉状态, 又称为肺性脑病。值得注意的是, COPD 患者在应用镇静剂, 特别是有抑制呼吸作用的镇静剂时应慎重。否则, 将导致肺性脑病的发生。

问题 2 根据上述病史及症状, 估计患者可能出现哪些并发症? 在体检时应侧重哪几方面的检查?

解说 从上述病史及临床症状, 考虑患者在 COPD 基础上, 由呼吸道感染诱发肺心病右心功能不全和肺性脑病。在体格检查方面, 除一般的生命指标外, 应侧重于神经系统和循环系统的检查, 如患者的神志状态、昏迷的程度、瞳孔大小、球结膜水肿状态以及病理反射情况。循环方面应注意检查心界大小、心脏搏动、心瓣膜杂音以及腹部肝脾肿大、浮肿等情况。

体格检查: 神志不清, 压眶有反应, 慢性病容, 体温 37.2℃, 脉搏 112 次/分, 心律齐, 呼吸 24 次/分, 血压 18.7/12kPa(140/90mmHg), 皮肤潮红、湿润, 巩膜无黄染, 瞳孔等大, 球结膜轻度水肿、充血。口唇、甲床明显发绀, 颈静脉怒张。桶状胸, 叩诊过清音, 两肺广泛存在干、湿啰音及散在哮鸣

音。心浊音界缩小,剑突下可见明显心脏收缩期搏动,肺动脉瓣区第二心音亢进,三尖瓣区闻及2/6级收缩期杂音。腹软,肝大,肋下4cm,质地中等,触痛阳性,肝颈静脉回流征阳性,脾不大。双下肢轻度浮肿。病理反射未引出。

问题3 通过上述病史及体格检查,为确定某些诊断或排除某些诊断,应做哪些实验室辅助检查?

解说 除血、尿、粪常规检查外,为确诊肺心病,首先应拍摄X线胸片;做心电图检查,以确定是否存在肺动脉高压、右心室肥大。为进一步确诊肺性脑病及酸碱紊乱,做动脉血气分析是必要的。此外,为了排除由离子紊乱(如低钠血症)引起的种种精神症状,需做血离子检查,如血清钾、钠、氯和钙、磷、镁离子。本例辅助检查结果:血常规:血红蛋白(Hb)18.0g/L,红细胞(RBC) $6.2 \times 10^{12}/L$,白细胞(WBC) $12.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)0.86;血清钾离子(K^+)4.2mmol/L,钠离子(Na^+)139mmol/L,氯离子(Cl^-)102mmol/L;血pH 7.39,动脉血氧分压(PaO_2)6.1kPa(46mmHg),二氧化碳分压($PaCO_2$)9.5kPa(71.3mmHg),碳酸氢根离子(HCO_3^-)42mmol/L,碱剩余(BE)12.2mmol/L;心电图:窦性心动过速,肺性P波,重度顺钟向转位,心肌劳损;X线胸片(图1):两肺透过度增强,肺动脉段突出,右肺下动脉干横径17mm,右心室增大。

问题4 根据上述病史、体格检查及辅助检查,本例应做出哪些诊断?依据是什么?

解说 关于诊断

(1) 慢性支气管炎:根据慢性支气管炎的诊断标准,咳嗽、咳痰两年以上,并排除其他心、肺疾患时,可做出诊断;如每年发病持续不足3个月,而有明显的客观检查依据亦可诊断。该患者病史中有慢性咳嗽、咳喘30余年,冬春季加重,符合诊断标准,慢性支气管炎诊断成立。

(2) 慢性阻塞性肺气肿:①有慢性支气管炎病史,逐年加重的呼吸困难症状;②查体:两胸呈桶状,叩诊过清音,心浊音界缩小等肺过多含气体征;③X线胸片显示两肺透过度增强,心电图有肺性P波;④患者应做肺功能检查,第一秒用力呼气量占用力肺活量百分比(一秒率,FEV₁%)<70%,残气量/肺总量(RV/TLC)>40%,但患者因病情关系未做此项检查。

(3) 慢性肺源性心脏病(肺心病)、右心衰竭:①慢性咳嗽、咳痰30余年,气短伴下肢浮肿10年;②查体:肺动脉瓣区第二心音亢进,剑突下心脏搏动阳性,三尖瓣区闻及2/6级收缩期杂音;③心电图示肺性P波,电轴右偏,重度顺钟向转位;④X线胸片显示肺动脉段突出,右肺下动脉横径增宽(大于15mm),右室增大;⑤有颈静脉怒张、肝大、肝颈静脉回流征阳性、下肢水肿等体循环淤血的体征。据此,诊断慢性肺源性心脏病、右心衰竭。

(4) II型呼吸衰竭、肺性脑病:①COPD病史,明显呼吸困难症状,神志不

清;②血气分析示 PaO_2 6.1kPa(46mmHg), PaCO_2 9.5kPa(71.3mmHg);严重低氧和二氧化碳潴留。

(5)呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒:患者有明显二氧化碳潴留,高碳酸血症, PaCO_2 9.5kPa(71.3mmHg),呼吸性酸中毒。 HCO_3^- 42mmol/L,明显高于正常值,由于二氧化碳分压增高,机体通过代偿机制可使碳酸氢根增加,其增加的预计公式 $\Delta\text{HCO}_3^- = \Delta\text{PaCO}_2 \times 0.35 \pm 5.58$,故碳酸氢根预计值为 29.38~40.54mmol/L,结合 BE 值,考虑诊断代谢性碱中毒。

问题 5 如何治疗本例的并发症?

解说 本例 COPD 患者其主要并发症为肺心病、右心衰竭;慢性呼吸衰竭、肺性脑病;呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒。

(1)肺心病、右心衰竭:经积极控制支气管肺部感染、保持呼吸道通畅、纠正缺氧和二氧化碳潴留等综合处理后,随着呼吸功能的改善、肺动脉压的降低,右心功能不全亦随之缓解。部分患者除上述处理外,尚需使用适量的利尿剂和强心剂。利尿剂:小剂量、短疗程、间歇给药,排钾和保钾利尿剂同时应用。常用药物有:氢氯噻嗪(双氢克尿塞)25~50mg,氨苯蝶啶 50~100mg,一日 3 次,口服。一般用四天停三天。如效果不好,可给呋塞米(速尿)20~40mg 肌内或静脉注射。同时注意补充氯化钾。强心剂:选用作用短、小剂量、排泄快的药物,一般为洋地黄化常规量的 1/2~2/3。常用制剂为毛花苷 C(西地兰)0.2~0.4mg/次,或者毒毛花苷 K 0.125~0.25mg/次,加入 5% 葡萄糖溶液 20ml 中静脉缓注。

(2)呼吸衰竭、肺性脑病:①强调抗感染、解除支气管痉挛、保持呼吸道通畅和控制右心衰竭、纠正酸碱失衡及离子紊乱的综合治疗。②重点治疗危及生命的低氧血症和造成肺性脑病的二氧化碳潴留。合理的氧疗:COPD 引起的呼吸衰竭多属于 II 型呼吸衰竭。主张低流量、低浓度和持续给氧,即给氧浓度 25%~35%,流量 1~3L/分,24 小时不间断吸氧,或至少保持在 15 小时以上。建立人工气道和机械辅助通气:机械通气是纠正缺氧和二氧化碳潴留的有效措施。方法有采用面罩、气管插管和气管切开三种方法。神志清楚的患者多采用面罩,昏迷或分泌物堵塞患者宜采用气管插管或气管切开。③出现脑水肿时,可给 20% 甘露醇溶液 250ml,降低颅内压,减轻水肿。适当应用呼吸兴奋剂,可有利于二氧化碳的排除。

(3)酸碱失衡:①呼吸性酸中毒:主要是由于二氧化碳潴留引起的高碳酸血症,治疗以改善通气为主。但对二氧化碳排出不宜过快、过低。 PaCO_2 一般在 6.7~8kPa(50~60mmHg)左右为宜,允许轻度高碳酸血症,这对氧代谢有利。②呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒:当 pH 小于 7.2 以下时,可考虑补充小剂量碱性药物,5% 碳酸氢钠溶液 250ml 静脉滴注。③呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒:此类型酸碱紊乱对机体影响最大,必须给予纠正。主要经静脉补充氯化钾。静脉滴注精氨酸对纠正代谢性碱中毒亦有一定作用。

案例短评 本例从症状入手,应用程序诊断法,提出基础疾病后,着重叙述并发症及其治疗原则。阅读本例应掌握右心功能不全、肺性脑病以及酸碱紊乱的治疗。

(李振华)

病例 2

咳嗽、咳痰、气急、神志恍惚

王××,女性,69岁。

主诉 咳嗽、咳痰 20 年,活动后气急 5 年,咳黄痰、气急加剧 1 周。

现病史 慢性咳嗽、咳痰 20 余年,冬季加重。近 5 年出现活动后气急。1 周前感冒后咳痰量增多,黄痰,气急加剧。近两天白日嗜睡,夜间兴奋不能入睡。

体格检查 神志恍惚,不能正确回答问题,皮肤潮红、多汗。球结膜水肿,无颈项强直,双肺闻及干、湿啰音。

辅助检查 WBC $18.6 \times 10^9/L$, N 0.90。动脉血气分析: pH 7.29, PaO_2 6.5kPa (49mmHg), $PaCO_2$ 96.2kPa (72.3mmHg), HCO_3^- 27mmol/L, BE -3.5 mmol/L。

问题 1 根据病史及化验检查结果,可考虑哪些诊断?

解说

(1) 诊断:①COPD;②Ⅱ型呼吸衰竭合并肺性脑病;③肺内感染;④呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒。

(2) 依据:①慢性咳嗽、咳痰 20 年,活动后气短 5 年,提示 COPD。② $PaCO_2$ 增高, PaO_2 下降,符合Ⅱ型呼吸衰竭诊断标准。③白天嗜睡,结合 $PaCO_2$ 增高,提示肺性脑病或肺性脑病早期改变。④咳黄痰,量增多,双肺闻及干、湿性啰音;化验:WBC $18.6 \times 10^9/L$,COPD 合并肺内感染。⑤pH 7.29,酸血症,结合 $PaCO_2$ 增高,首先考虑呼吸性酸中毒,但实际测得 HCO_3^- 27mmol/L,比理论值低,说明合并代谢性酸中毒。

问题 2 对该患者应采取哪些治疗措施?对呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒是否需要静脉给碱性药物?

解说 患者急性加重的原因主要是感染,感染导致呼吸道堵塞,造成机体缺氧和二氧化碳潴留,所以,首先选择有效的抗生素控制肺部感染。选择抗生素主要根据痰细菌培养和药敏试验结果。如病情不允许等待结果出来后用

药,可根据经验治疗,患者肺部感染可能为混合菌(复数菌)感染,应选择二、三代头孢菌素进行治疗。针对气道狭窄、分泌物阻塞、二氧化碳潴留,可静脉滴注氨茶碱和适当用呼吸兴奋剂及化痰药物,以纠正呼吸性酸中毒,防止肺性病进一步加重。合理的氧疗是纠正缺氧、治疗呼吸衰竭的重要措施(参见病例1)。该患者虽然存在呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒,但由于有较重的高碳酸血症,机体通过各种途径(主要是肾脏回吸收 HCO_3^-)进行代偿,使体内 HCO_3^- 增高,故此时不要急于补充碱性药,如 pH 低于 7.20 以下时,才能考虑适当补充碱性药。

问题 3 经过上述治疗病情不见好转,患者自主呼吸停止,此时应立即采取什么措施?

解说 患者自主呼吸停止,临近死亡,应立即采取心肺复苏措施。首先开放气道,行人工辅助通气,即气管插管加机械通气,以保证机体供氧,并按心肺复苏成功后的处理措施进行治疗。

问题 4 患者经抢救后病情有改善,但在机械通气过程中,突然出现氧饱和度下降,气道压力升高。查体:发现右肺呼吸音弱,啰音消失,叩诊呈气鼓音。考虑患者出现何种并发症?其原因是什么?如何处理此种并发症?

解说 根据上述临床表现和查体所见,可能出现了气胸的并发症,胸片证实并发自发性气胸。对于 COPD 患者,由于气道阻塞而行机械通气时,气道压力增高,使肺大疱(特别是胸膜下肺大疱)破裂产生气胸。此时,最恰当的处理措施是做胸腔闭式引流,引出气体,减轻胸腔压力。在自主呼吸恢复后,尽早撤掉呼吸机。

案例短评 首先根据病史及化验结果确定诊断,重点讨论在呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒时如何正确使用碱性药,同时指出机械通气时并发症——自发性气胸的处理方法。

(李振华)

病例 3

咳嗽、咳痰、发热

李××,男性,60岁。

主诉 咳嗽、咳痰 20 年,喘息 5 年,发热 1 周。

现病史 20 年前因受凉开始咳嗽、咳白色黏液及浆液泡沫样痰。以后每

逢劳累、气候变化或感冒后症状加重,逢冬季病情复发,持续3个月,气候转暖时可自然缓解。5年前出现喘息,服用氨茶碱可稍缓解。近1周因受凉咳嗽、咳痰症状加重,痰为黏液脓性,伴发热,体温38~39℃,曾静脉滴注青霉素不见好转而来院。

体格检查 体温38.5℃,脉搏100次/分,呼吸24次/分,血压18/12kPa(135/90mmHg)。神志清楚,热病容,呼吸略促,口唇无发绀,无颈静脉怒张,胸廓对称,肺肝界于右锁骨中线第五肋间,叩之呈清音,双肺背部及双肺底部均可闻及散在干、湿性啰音,心脏各瓣膜听诊区未闻及杂音,心律齐,心率100次/分。腹软,无压痛,肝脾未触及,双下肢无浮肿。

辅助检查 X线胸片(图2)显示两肺纹理增粗紊乱呈网状阴影,下野较明显。血常规WBC $15.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N) 0.90,淋巴细胞(L) 0.10。

问题1 本例诊断及诊断依据是什么?

解说

(1) 诊断:慢性支气管炎(喘息型),急性发作期。

(2) 依据:咳嗽、咳痰或伴喘息,每年冬春季起病,发病持续3个月以上,连续2年或以上,并排除其他心、肺疾患(如肺结核、肺尘埃沉着病(尘肺)、哮喘、支气管扩张症、肺癌、心脏病心力衰竭等)时,可做出慢性支气管炎的诊断。咳嗽伴有喘息,用解除支气管痉挛药物可缓解,可考虑为喘息型。此次犯病是由于感冒后咳嗽加重,痰液为黏液脓性痰,考虑为急性发作期。

问题2 本例需与哪些疾病相鉴别?

解说

(1) 支气管哮喘:因患者咳嗽、咳痰伴有喘息,肺部听诊闻及干鸣音,应与支气管哮喘相鉴别。哮喘常发生于青少年,突然起病,一般无慢性咳嗽、咳痰史,以发作性哮喘为特征。发作时两肺布满哮鸣音,缓解后可无症状,哮鸣音消失;常常有个人或家族过敏性疾病。而慢性支气管炎多见于中、老年患者,一般以咳嗽、咳痰并发喘息为主要症状,感染控制后症状多可缓解。典型病例不难鉴别,但哮喘并发慢性支气管炎和肺气肿时则难于区别,有时需要做肺功能来鉴别,第一秒用力呼气量占用力肺活量百分率($FEV_1\%$)的改善率 $\geq 15\%$ 或峰流速(PEF)变异率 $\geq 20\%$ 时,应诊断为支气管哮喘。

(2) 支气管扩张症:具有咳嗽、咳痰反复发作等特点。合并感染时有咳大量脓臭痰或反复咯血史。肺部以湿啰音为主,多位于一侧,且固定在下肺,称“固定性湿啰音”。可有杵状指(趾)。X线胸片检查常见下肺纹理粗乱或呈卷发状。支气管碘油造影或CT可以鉴别。

(3) 肺结核:肺结核患者除有咳嗽(或咳痰)外,多数有结核中毒症状或局部症状(如发热、乏力、盗汗、消瘦、咯血等),经X线检查和痰结核菌检查可以明确诊断。

(4) 肺癌:患者年龄常在40岁以上,特别是有多年吸烟史,常发生刺激性咳