



医疗事故技术鉴定100例 典型案例分析 (2010年)

主 编 刘 岩 于群贤
张 林 于广梅



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

医疗事故技术鉴定 100 例 典型案例分析 (2010 年)

主编 刘 岩 于群贤 张 林 于广梅

图书在版编目(CIP)数据

医疗事故技术鉴定 100 例典型案例分析/刘岩等主编.
—济南:山东科学技术出版社,2010
ISBN 978-7-5331-5674-9

I. ①医… II. ①刘… III. ①医疗事故—认定—案例—分析—中国 ②医疗事故—民事纠纷—案例—分析—中国 IV. ①D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 184509 号

**医疗事故技术鉴定 100 例
典型案例分析
(2010 年)**

主 编 刘 岩 于群贤
张 林 于广梅

出版者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路 16 号

邮编:250002 电话:(0531)82098088

网址:www.lkj.com.cn

电子邮件:sdkj@sdpress.com.cn

发行者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路 16 号

邮编:250002 电话:(0531)82098071

印刷者:山东肥城新华印刷有限公司

地址:肥城市老城工业园

邮编:271600 电话:(0538)3463159

开本:720mm×1020mm 1/16

印张:26

版次:2010 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-5331-5674-9

定价:50.00 元

主 编 刘 岩 于群贤 张 林 于广梅

副主编 (按姓氏笔画排序)

成学燕 李 真 李国永 林 静 岳冬丽

徐 筱 栾彩妮

编 委 (按姓氏笔画排序)

丁元萍 门同义 马小曼 王 玮 王振声 王振宏

王继孟 王集愕 王善政 王谢桐 王增涛 王德江

王德昌 亓玉忠 尤乃祯 左常婷 卢美源 边绍兰

毕建忠 曲元明 朱正禹 刘俊兰 刘润玢 刘新民

汤继文 许仁和 孙少川 孙嘉珍 苏宗岷 李丙臣

李守先 李晓光 李家福 李慎勤 杨 敏 杨爱民

来庆友 吴树明 汪 翼 宋代辉 张广军 张友忠

陈允震 陈景寒 陈增海 范西红 周 文 周东生

庞 琦 庞在英 郑宝忠 郑燕平 单礼成 郝俊芳

胡三元 段明英 姜 勇 姜卫国 倪家连 徐永萍

徐克森 高春正 郭宗远 梁 进 董玉璞 董建春

韩丹春 韩秀珍 温泽清 雷茂禄 鲍修风 解 建

蔡锦方 樊兆民 黎 莉 潘菡清

前 言

《医疗事故处理条例》实施后,山东省医学会积极承担起了医疗事故鉴定工作。几年来,山东省医学会已完成鉴定案件 900 余例。在省医学会和广大鉴定专家的共同努力下,医疗事故鉴定的质量和公信力不断提高,医学会出具的大量鉴定结论为行政处理和司法判决医疗纠纷提供了有力依据,同时也为规范医疗行为、促进医学的健康发展、维护社会的稳定发挥了积极作用。

医疗事故鉴定是科学地解决医疗纠纷的关键环节,在鉴定过程中,发现了很多临床工作中的薄弱环节及医院管理的漏洞。为使这些经验教训转化为整个卫生行业的财富,避免广大医务人员在以后的工作过程中重蹈覆辙,山东省医学会从鉴定案件中筛选了部分典型案例,由鉴定专家执笔撰写了案情生动、教训深刻的典型案例分析报告。这些案例既是医疗事故鉴定的经验总结,也是鉴定专家智慧的结晶。因每一篇案例分析都由专家独自撰稿,文章观点仅代表撰稿者个人观点见解,不作为法律依据及案例鉴定的参考依据。因水平有限,本书可能存在不足之处,敬请各位读者指正。

本书编委会

目 录

内科

案例 1 主动脉夹层误诊误治	1
案例 2 急性心肌梗死、心力衰竭漏诊误治	5
案例 3 高血压并发脑卒中	8
案例 4 慢阻肺患者胸颈部穴位针灸治疗应小心	12
案例 5 产妇流行性出血热死亡	14
案例 6 脑桥及脑桥外髓鞘溶解症	17
案例 7 主动脉瘤破裂死亡	22
案例 8 脑出血误诊	27
案例 9 伽马刀致放射性脑坏死	30
案例 10 放射治疗颞部皮肤癌致放射性脑损伤	34

外科

案例 1 髂窝脓肿清除术误伤髂内动脉	37
案例 2 刀刺伤漏诊	45
案例 3 误诊致胃大部切除	50
案例 4 伪造病理报告引发纠纷	52
案例 5 甲亢手术致甲状旁腺功能减退	56
案例 6 乳腺癌误诊	60
案例 7 脾破裂漏诊	66
案例 8 急性梗阻性化脓性胆管炎误诊	69
案例 9 腹外伤漏诊	72
案例 10 胃癌手术方式不规范	76
案例 11 手术致臂丛神经损伤	80
案例 12 结肠镜检查致肠穿孔	82
案例 13 骨筋膜间室综合征致残	92
案例 14 内固定物断裂	94
案例 15 腰椎手术部位错误	97

案例 16	膝关节复合损伤漏诊	100
案例 17	内固定物固定位置错误	103
案例 18	腰椎压缩性骨折延误诊治	108
案例 19	人工髋关节置换致纠纷	112
案例 20	腰椎间盘突出症并椎管狭窄治疗不当	114
案例 21	肘部损伤致前臂缺血性肌挛缩	117
案例 22	治疗不当致肱骨外科颈骨折	122
案例 23	激素应用不慎致股骨头缺血性坏死	125
案例 24	腰椎管封闭治疗致瘫痪	128
案例 25	开放性骨折异物存留致感染	133
案例 26	手法扳拿致颈髓损伤	139
案例 27	诊治不当致膝关节功能障碍	141
案例 28	股骨颈骨折漏诊	143
案例 29	血管损伤漏诊致下肢坏死截肢	147
案例 30	内固定失败致股骨骨折不愈合	151
案例 31	股骨干骨折并腘动脉断裂致下肢截肢	155
案例 32	髌骨骨折患者心肌梗死死亡	160
案例 33	肱骨髁上骨折致缺血性肌挛缩	162
案例 34	脑外伤诊治不利致医患纠纷	168
案例 35	休克抢救不及时致轻型脑外伤患者死亡	171
案例 36	巨大垂体腺瘤诊治失误	174
案例 37	外伤性癫痫误治	179
案例 38	CT 故障延误诊治	184
案例 39	输尿管镜手术致肾功能丧失	188
案例 40	过早拔除导尿管致尿道闭锁	192
案例 41	误诊致睾丸切除	195
案例 42	围术期处理不当致尿道损伤	198
案例 43	手术操作失误致截瘫	203
案例 44	术后膈疝	207
案例 45	自发性气胸治疗失误	210
案例 46	食管平滑肌瘤治疗不当	212
案例 47	阑尾炎术后肠粘连梗阻	214
案例 48	诊治失误至钡剂入肺	218
案例 49	术后主动脉窦瘤破裂	223
案例 50	主动脉高位夹层动脉瘤外膜破裂出血致猝死	226
案例 51	肠套叠治疗失误	230

案例 52 瘢痕切除术后血栓形成致患者死亡	234
-----------------------------	-----

妇 儿 科

案例 1 剖宫产后新生儿脑瘫	237
案例 2 前置胎盘致患者大出血死亡	240
案例 3 利凡诺引产致子宫不全破裂	247
案例 4 剖腹探查术引起的不必要纠纷	252
案例 5 蓖麻油引产致产妇死亡	260
案例 6 产后出血致产妇死亡	265
案例 7 输卵管妊娠破裂大出血误诊致患者死亡	267
案例 8 异丙酚麻醉意外致患者植物人	273
案例 9 处理不当致新生儿脑瘫	277
案例 10 肩难产致新生儿臂丛神经损伤	281
案例 11 违规引产致子宫切除	288
案例 12 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠	294
案例 13 孤立异位多囊肾切除致慢性肾功能不全	300
案例 14 术后盆腔“金属异物”	303
案例 15 子宫切除术后直肠破裂	305
案例 16 子痫抽搐后脑出血致产妇肢体瘫痪	309
案例 17 新生儿窒息猝死	312
案例 18 巨大儿分娩肩难产致臂丛神经损伤	315
案例 19 妊娠子宫误诊为子宫肌瘤	317
案例 20 子宫内膜癌术后膀胱破裂	320
案例 21 胎膜早破处理失误致患者死亡	323
案例 22 腹部包块诊断不明	326
案例 23 引产不当致患者死亡	330
案例 24 输液反应致患儿死亡	332
案例 25 瑞氏综合征致患儿脑损害	335
案例 26 喉梗阻致患儿死亡	340
案例 27 耳毒性药物致婴儿耳聋	344
案例 28 责任心不强致患儿误诊死亡	348

其他

案例 1 误输青霉素致过敏反应 350

案例 2 有机磷农药中毒抢救后大咯血死亡 353

案例 3 胃穿孔治疗不当致纠纷 356

案例 4 医患沟通不及时引起的纠纷 359

案例 5 违反医疗质量核心制度规范引起的纠纷 364

案例 6 谨慎处置拔牙患者 367

案例 7 鼻息肉手术术中及术后处理不妥 372

案例 8 外耳道表皮样瘤并肉芽形成误诊 376

案例 9 服用硫唑嘌呤引起骨髓抑制 380

案例 10 甲硝唑用药量过大引起损害 385

案例 11 外耳道成形术后外耳道闭锁 389

案例 12 气管切开术后气管套管脱出致患儿死亡 394

案例 13 交通复合型外伤治疗失误致患者死亡 398



案例 1 主动脉夹层误诊误治

一、案例介绍

患者因“腰痛 1 小时”，于 2003 年 10 月 3 日 23:30 到当地人民医院急诊外科就诊。查尿蛋白(++)，初诊：泌尿系结石。请急诊内科会诊，白细胞 $13.4 \times 10^9/L$ ，红细胞 $5.29 \times 10^{12}/L$ ，腹部透视未见明显液体及膈下游离气体，尿淀粉酶 101 U/L，诊断：肾绞痛。给予消炎、止痛等对症治疗，病情时轻时重。次日 7:00，患者病情未见好转，心电图(ECG)示：I、II、aVL、V5、V6 T 波倒置，V2、V3 ST 段抬高；查肌钙蛋白 0.026 ng/ml。考虑为无 Q 波心肌梗死，建议住心内科治疗。患者于 7:30 突然昏厥，血压 7.73/6 kPa，小便失禁。给予对症治疗，请心内科会诊。心内科医生考虑心肌梗死？给予抗休克及对症支持治疗，患者病情无好转，于 8:30 呼吸、心搏停止，给予胸外按压、气管插管、呼吸机辅助治疗等抢救措施，1 小时后抢救无效死亡。

二、鉴定结果

(一)患者方认为

院方极端不负责任及误诊、漏诊，延误了最佳治疗时机，导致患者死亡。

(二)院方认为

其医疗行为妥当，无违法违规行为。

(三)鉴定结果

1. 违法违规事实 院方原治疗行为有多处违反治疗护理规范、常规：

- (1) 病史收集不详细，病历中无患者既往高血压病病史记录。
 - (2) 没有进行常规查体和必要的辅助检查。
 - (3) 对患者的高血压没有及时发现，发现后又没做任何处理。
 - (4) 没有及时组织相关科室对患者进行会诊。
2. 因果关系 院方的诊疗过失行为与患者死亡有因果关系。
3. 责任程度 院方应负主要责任。
4. 事故等级 一级甲等。

三、案例分析

(一) 本案分析

尸解可见：患者左心室显著增厚；左冠状动脉前降支可见一管型偏心性肥厚，管腔狭窄，范围为 90%；胸主动脉和腹主动脉血管中膜分离并有出血；心室腔内见大量血凝块；双侧肾被膜周围血肿。病理诊断：①夹层动脉破裂出血，急性心包填塞并胸腔内心包腔内出血，主动脉根部血肿，双肾被膜周围血肿；②冠心病；③高血压病（Ⅲ期），左心室向心性肥厚。

本案例尸解及病理诊断已确定为主动脉夹层致心包填塞，同时有冠状动脉疾病、双侧肾被膜周围血肿。因此，该患者的死因应该是主动脉夹层导致的心包填塞猝死。

该患者为青壮年，男性，既往高血压病史，本次就诊第 1 次测量血压为 28/18.67 kPa。入院后剧烈腰痛及腹痛，止痛药物不能缓解，而接诊医生没有按照诊疗常规进行全面查体及询问病史，仅就腰痛、腹痛局部查体。并且该院多位接诊医生，对患者诸如心率、心律、血压情况均未检查，更无病历记载。违反了诊疗常规。

另外，从病历记载上可以看出，从患者入院一直到次日凌晨，将近 6 个多小时没有任何记录。一直到患者病情恶化仅见一次血压记录，为 28/18.67 kPa，如此高的血压仅有给予一般止痛消炎药物治疗的记录，既没有继续观察，也没有给予任何降压药物治疗的记录，属于误诊，因而导致没有给予相应的治疗。而本病如果诊断及时，给予降压、降低心肌收缩力药物治疗，则病情有可能控制。对于有显著异常体征而医生却没有给予干预治疗，这显然存在失误。这是不能用“该病属于十分罕见病，属医务人员无法预见、无法避免的情形”来解释的。

此外，患者方申诉及证明材料均证实患者在持续腰腹痛、严重高血压、病情不稳定期间，医生护士没有仔细观察病情，更无病史记载，而是各自休息，违反了职业道德，造成了患者家属的严重不满，致使本案必然发生。

(二) 对主动脉夹层的正确认识

主动脉夹层是血液渗入主动脉壁中层形成夹层血肿，并沿着主动脉壁延伸剥离的严重心血管急症，也是猝死的原因之一。高血压是导致本病的重要因素。突发剧烈的胸痛常易误诊为急性心肌梗死，疼痛发作时心动过速、血压升高，可迅速出现夹层破裂（如破入心包引起急性心包填塞）或压迫主动脉大分支的各种不同表现（摘自《内科学》，第 2 版，2004，P251）。

主动脉夹层又称主动脉内膜剥离症。主动脉夹层动脉瘤，系指由各种原因造成的主动脉壁内膜破裂，并在内膜与中外层之间，由于血液流体力学的压力沿此层面纵行剥离而形成壁内血肿。主动脉内膜撕裂，血流进入主

动脉壁纵向剥离内膜形成“假瘤”，称“双腔动脉”或主动脉瘤样扩张，而并非真正的动脉瘤。真正的动脉瘤病变应包括主动脉的全层，而夹层动脉瘤则是由于内膜及中层剥离而形成双腔的动脉膨大，其向腔外扩张的部分只有中层及外膜。

主动脉夹层在国外，特别是在美国，是最常见与最危险的主动脉急性疾病。国内自 1982 年报道外科手术成功以来，本病的报道有明显增加的趋势，至 2006 年 6 月，曾有作者报道了 427 例主动脉夹层的外科治疗。该病男女发病率之比为 2:1~5:1，最常发生于 50~60 岁男性，年轻患者常有特殊的危险因素，病死率并不低于老年患者。70%~80% 的主动脉夹层由高血压所致，其自然过程十分险恶，如未能及时诊断和治疗，死亡率极高。根据报道，未及时治疗的患者中，24 小时内有 25% 的患者死亡；1 周内 50% 死亡；75% 的患者 1 个月内死亡。3/4 的死亡是由于剥离的夹层破入心包形成心包填塞或破入气管、支气管或食管导致大出血。

主动脉夹层的病因包括先天性因素，如马凡综合征、二叶式主动脉瓣等；后天因素，如 80%~90% 的患者合并有高血压或高血压病史，动脉粥样硬化、外伤、感染、自发免疫性疾病、医源性损伤、妊娠等均可为本病的病因。

主动脉夹层的临床表现：①疼痛为首发症状，骤发剧烈疼痛又不能完全缓解，疼痛呈撕裂样、切割样，即使出现休克表现而血压仍高是其主要的特点；②疼痛突然发作且集中在胸腹中线；③疼痛部位随着夹层分离的路径走行；④假腔的血液冲击远端破裂入主动脉腔可使疼痛缓解，甚至消失，若疼痛反复出现，应警惕夹层继续扩展；⑤随夹层累及的动脉可出现多系统症状，如累及冠状动脉致心绞痛，急性心肌梗死；累及腹主动脉可致腹痛、恶心、肝功损害，小肠缺血性坏死，严重肾性高血压急性肾衰竭；累及头颈动脉可出现头晕、晕厥及脑卒中；另外，还可出现声音嘶哑、声带麻痹、霍纳综合征及主动脉瓣脱垂、截瘫等症状。

本病最后的全面诊断，需要借助影像学的诊断方法，包括 X 线胸部平片检查、超声显像检查、计算机体层扫描检查（CT 和 64 排 CT 造影）、磁共振检查主动脉造影术和数字减影血管造影术检查。而 CT 和多排 CT 及磁共振检查则是本病最为满意、安全的检查方法。

急性主动脉夹层的处理原则为：①严密监测生命体征，如血压、心率、心律、尿量等；②立即进行降低血压、解除疼痛，特别是降低心肌收缩力，控制内膜进一步剥离和扩大的药物治疗措施，控制收缩压在 13.33~16 kPa 之间，可应用强有力的降压药物，如硝普钠、乌拉地尔、钙拮抗剂等静脉持续用药，同时口服 β -受体阻滞剂及其他长效降压药物，以使血压平稳保持在安全范围之内；③一旦生命体征稳定，应进行最后诊断检查，如超声、CT、多排 CT、磁共振等，以确定下一步治疗方案；④如出现威胁生命的并发症，应立

即考虑紧急手术治疗。

四、警示及启示

(一)医生在接诊患者时,一定要按照诊疗常规,认真仔细的全面查体,并记录在案。

(二)对异常的体征,应给予高度重视,认真分析其与主诉之间的联系,特别是对危及生命的体征,应在弄清诊断的同时,予以积极适当的干预,使之在安全范围之内,在患者的生命体征不在正常范围时,应守候在患者床旁,随时观察病情变化,并积极联系多方会诊,集思广益,寻找病因,以求最大限度地减少误诊误治。

(三)作为一个医生应该不断学习,充实自己,扩大知识面。

山东大学齐鲁医院 黎 莉

案例 2 急性心肌梗死、心力衰竭漏诊误治

一、案例介绍

患者,男,78岁。因“咳嗽、咳痰20余年,加重2天”,入当地医院呼吸内科。胸部X线片示:慢性支气管炎合并感染。入院诊断为:慢性支气管炎;慢性阻塞性肺气肿;冠心病;前列腺增生症。治疗以抗感染对症治疗为主,并完善各项检查,持续吸氧,心电监护。给予力派0.9g入0.9%生理盐水250ml静脉滴注,一日一次;氨茶碱0.25g入5%糖盐250ml静脉滴注,一日一次;生脉注射液50ml入5%糖盐250ml静脉滴注,一日一次,诺迪康10g肌注,一日一次,头孢曲松0.2g入0.9%生理盐水20ml静脉注射,一日一次。静脉滴注数小时后,患者出现憋喘加重,不能平卧,心率达130次/分。给予毛花苷C 0.2mg,症状缓解不明显;4小时后又给予毛花苷C 0.2mg,症状逐渐缓解。24小时后,患者自行去厕所时突然摔倒,出现呼吸、心搏骤停,立即行心肺复苏术,于半小时后心搏恢复,给予呼吸机治疗,病情渐恢复。3天后撤下呼吸机,于心肺复苏6天后转入心内科病房,次日因呼吸衰竭死亡。

二、鉴定结果

(一)患者方认为

院方诊疗过程中存在过失,与患者抢救无效死亡有关。

1. 患者既往有早搏史,血压低(12/8 kPa)。
2. 心肺复苏后未一直用葡萄糖。
3. 7天未进食。

(二)院方认为

患者入院后诊断明确,诊疗方案正确及时,用药合理,出现呼吸心搏暂停时抢救及时,整个过程无误诊之处。

(三)鉴定结果

1. 违规违法事实 患者入院后,院方诊断为“慢性支气管炎,慢性阻塞性肺气肿,冠心病”并按以上诊断治疗。根据患者入院时的症状、结论及2002年11月15、16日心电图、心肌酶检查结果,应诊断为“急性前间壁心肌梗死,心力衰竭”,但11月22日签署的住院病案首页仍诊断为“冠心病”。入院后一直未明确诊断,导致漏诊误治。

2. 因果关系 医院的医疗行为违反了诊疗抢救规范常规,漏诊、误治导致患者最终死亡。

3. 责任程度 院方应对患者的死亡承担主要责任。

4. 事故等级 一级甲等。

三、案例分析

(一)该患者入院时心电图示心率偏快,有多年的慢支、肺气肿病史,入院后应用抗菌、消炎、止咳平喘药物,无明显不适当处理。从之后出现的憋喘加重、不能平卧及体征看,急性左心衰竭不能排除,究其原因,可能是与患者机体对某种药物特别敏感有关,也可能与输液速度、患者情绪等有关,但由于无病历记载,无从查证。从院方用药上看,应该符合临床治疗的常规。

(二)在这一阶段,院方积极寻找引起症状加重的原因并给予相应的治疗和抢救,但缺乏尽可能全面的检查(如超声心动图)评价心脏功能,以及相关科室(如心内科)的会诊。

(三)在患者心率仍在 120 次/分、双肺仍有湿啰音(系心衰症状)及心肌酶偏高、心电图表示缺血的 ST 段有动态改变的情况下,仅口头向家属交代病情,嘱绝对卧床休息,床上大小便,而没有及时更改护理级别及病情级别医嘱,致使患者在无医护人员监护下自行去厕所大小便,造成心搏、呼吸骤停的发生。

(四)该患者心搏、呼吸骤停发生时,院方给予了积极有效的抢救,患者不仅心搏、呼吸恢复,且神智在次日逐渐恢复,至此,心肺复苏是成功的。但从病历记载可见,自患者心搏、呼吸恢复至死亡之间 5 天时间里,尿量明显减少,究其原因,发现在患者禁饮食的状况下,自第 1 天至第 5 天每日补液量为 1 590 ml、1 256 ml、2 502 ml、1 694 ml、1 656 ml,明显低于人体最低液体量要求,且热卡供应显著不足,每日为 50~88 g 葡萄糖。明显低于人体能量代谢需要的葡萄糖。尽管多次检查血生化、蛋白质、电解质均在正常范围,但体内水分缺乏,血液浓缩,完全可造成这些指标正常的假象,这可能是导致患者病情再次恶化的症结所在。

另外,该患者死亡后无尸检结果,因此,冠状动脉病变及心脏结构状况都无从得知。

四、警示及启示

(一)对危重患者,特别是经过抢救的患者,在病情没有完全稳定时应及时更改病情及护理级别医嘱,以引起当班医护人员注意,按照医疗护理常规进行操作。

(二)对于禁饮食的患者,应该采取完全胃肠外营养的方法,对患者进行

能量和水分的补充。应该按照患者的体重严格按照每日需要的热卡,分别计算葡萄糖、蛋白质及脂肪的补充量,特别是对危重患者抢救的成功是非常重要的。

山东大学齐鲁医院 黎 莉

案例 3 高血压并发脑卒中

一、案例介绍

(一)入院情况

患者,男,69岁,已婚,汉族。2000年3月4日就诊入某医院。

主诉:腹胀,恶心,进食差,全身乏力1周。

现病史:1周以来出现腹胀、恶心、进食量减少;头晕、头痛、眼花、睡眠差。经当地治疗效果不好。无发热,无呕吐。大便秘结,小便正常。

既往史:高血压病病史30年,伴冠心病、骨关节炎。否认糖尿病、肝炎病史。常年口服降压药物,肠溶阿司匹林。

个人史:生于原籍,已婚,妻、子女均健康。

查体:体温 36.4℃、脉搏 90 次/分、呼吸 19 次/分、血压 26.67/13.33 kPa。

老年男性,营养良好。神志清,精神不振,语言清晰、流利。自主体位,查体合作。全身皮肤无黄染,无出血点。浅表淋巴结无肿大。头颅无畸形,口唇无发绀。咽部无充血,气管居中,颈静脉无充盈。胸部对称,双肺呼吸音粗糙,未闻及干湿性啰音,心音清,主动脉瓣听诊区心音亢进,心律规整,二尖瓣听诊区闻及 SM II 级杂音。腹部平软,未触及包块,右上腹部压痛,莫菲征(-)。肝区叩击痛(+),肝脾肋下未触及,腹水征(-),无移动性浊音,肠鸣音弱。双侧瞳孔等大等圆,颈软,脊柱、四肢均无异常。生理反射存在,病理反射未引出。

实验室及各项辅助检查

入院血常规:白细胞 $9.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.68,淋巴细胞 0.3,血红蛋白 120 g/L。

尿常规:尿葡萄糖(-),尿潜血(+++),尿蛋白(+++).

肝功能检查:谷丙转氨酶 62 U/L,谷草转氨酶 152 U/L,总蛋白 70 g/L,白蛋白 45 g/L,球蛋白 25 g/L,乙肝表面抗原(-)。

心电图:Ⅰ,Ⅲ,aVL,V3,V6 缺血性改变。胆固醇 9.07 mmol/L(正常值最高 6.10 mmol/L),血脂 3.90 mmol/L(正常值最高 1.95 mmol/L),血糖 7.34 mmol/L(正常值最高 6.00 mmol/L)。

入院诊断:肝损伤(原因待查);高血压病(Ⅲ期);脑动脉硬化,冠心病;骨关节炎。