

LINCHUANG NEIKE YINAN BING'AN FENXI



临床 内科疑难病案分析

查房选录

主编 王鸣和

上海科学技术文献出版社

LINCHUANG NEIKE YINAN BING'AN FENXI

临床 内科疑难病案分析

查房选录

主编 王鸣和

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床内科疑难病案分析：查房选录 / 王鸣和主编.
—上海：上海科学技术文献出版社，2006. 1
ISBN 7-5439-2747-0

I. 临... II. 王... III. 内科—疑难病—病案—分
析 IV. R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第141304号

责任编辑：科 文

封面设计：何永平

临床内科疑难病案分析

— 查房选录

主编 王鸣和

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市武康路2号 邮政编码200031)

全国新华书店经销

江苏常熟人民印刷厂印刷

*

开本850×1168 1/32 印张12.5 字数313 000

2006年1月第1版 2006年1月第1次印刷

印数：1—3 300

ISBN 7-5439-2747-0 / R·786

定价：25.00元

<http://www.sstlp.com>

内 容 提 要

本书以临床疑难病例为背景,以国内外内科领域诊治新技术、新方法为参考,通过教学查房讨论的形式,对内科 8 个系统,共 69 种临床疑难病例进行了详尽地描述。作者充分运用二次查房、后记的形式,并借助各级医师对疾病的分析讨论,巧妙地阐述了每一种疑难病例的发生、发展、临床转归以及诊疗方法,同时也提供了在临床查房分析过程中的经验和教训。为方便读者查询和参考,本书还特别附录了内科疾病诊断和鉴别诊断索引。

本书是各科临床医师,特别是内科、儿科、老年病科、全科医师的参考书,也是住院医师三基培训、医学院在读学生的重要辅助读物。

编 委 会

主 编：王鸣和

副主编：王 虹 王 骏

编 委：（以下按姓氏笔画排列）

王鸣和 王 虹 王 骏

王梅笑 任梅雄 杨蓓琳

李松阳 李如铮 严铭玉

余长葆 余和平 张大良

张丽娟 陆莲芳 季 瑛

赵秀娥 高建萍 唐 琦

曹慧芳 路建饶 潘丽萍

前言

内科疾病,病种复杂,病情多变,高质量的医师查房过程将是完成疾病诊断及治疗的主渠道。一名优秀的内科医师,成为该项工作的主要实施者,其内涵应是学术型的临床医师,不仅需有高超的医术及渊博的知识,以及时处置复杂的病情变化,而且尚应具备深厚的科研能力,以先进的检查方法去研究和解决临床实践中所发现和提出的问题。时至今日,尽管为数众多的化验及影像学诊断技术不断问世,为临床及时、正确的治疗提供了极大的帮助,但当面临无数疑难疾病时,则仍有赖于临床医师长期从实践中所积累的经验,后者既有感性认识,又有理性认识。除此之外,尚需掌握正确的诊疗思维方法,精辟分析病程衍变,以符合患者的客观实际情况,最大程度地减少错误的发生。本书选载上海市静安区中心医院内科近几年所遇及有临床意义计69例的临床资料,在纷繁复杂的病症中,内科医师通过查房,以严密细致的临床观察、客观逻辑的思维推理,完成了疾病诊断、治疗的全过程。全书按系统分类,既有内科的危重、疑难病症,又纳入一些罕见疾病。基于查房是本书的主旋律,故将涉及疾病的诊断标准、鉴别诊断、治疗方法以及近期医学领域的最新进展一并贯穿于临床查房的全过程,尤其注重症状分析及治疗细节以使读者能对所述疾病诊断的方法、技巧以及治疗方案有较全面及深刻的领悟。为使临床医师查阅方便,作者在编写各系

统疾病时,将具有相同突出症状的疾病归纳在一起。问世后将有助于内科的各级临床医务工作者进一步提高诊治水平及构筑准确的诊断思维方法,而且可成为供临床查房鉴别诊断以及设定医嘱的工具用书,尤其是对年轻医师更为有益。

本书编写得到上海市静安区中心医院领导的关心和支持,在此表示感谢。临床心血管实验室廖坚同志对本书资料的整理打印出力颇多,谨此感谢。另对上海科学技术文献出版社的鼎力合作深表感谢。

由于编者水平有限,书中缺点及不妥之处,恳请专家及读者不吝指正。

上海市静安区中心医院

王鸣和

2005年9月

目 录

第一章 循环系统疾病	1
------------------	---

胸 痛

一、胸痛 心脏杂音 室性心律失常	1
二、胸痛 心悸 低血压	7
三、剧烈胸痛 ST 段抬高 心肌酶升高	14
四、胸痛 冷汗 ST 段压低	21
五、胸痛 低血压 室性心律失常	29
六、胸痛 室性心律失常 心脏增大 心力衰竭	34
七、胸痛 心脏增大 心力衰竭	41

晕 厥

八、晕厥 右心扩大 进行性心力衰竭	47
九、晕厥 尖端扭转型室速 QT 间期延长	53
十、晕厥 右心室增大 室性心动过速	58
十一、反复晕厥 胸痛 ST 段抬高	63
十二、晕厥 心搏停止 复苏后心电图异常	72

高血压

- 十三、高血压 背痛 纵隔增宽 79
- 十四、高血压 胸痛 左心室高电压
巨大倒置 T 波 82

低血压

- 十五、低血压 心动过速 颈静脉怒张 89
- 十六、低血压 尿毒症 腹腔积液 96

发 热

- 十七、发热 心脏杂音 心力衰竭 100
- 十八、发热 胸痛 血管杂音 106
- 十九、发热 寒战 室性心律失常 112

其 他

- 二十、颜面水肿 下肢水肿 心包积液 116
- 二十一、心房颤动 促甲状腺激素(TSH)降低 122
- 二十二、头晕 心悸 室性心动过速 130
- 二十三、心动过速 心脏扩大 心力衰竭 135

第二章 消化系统疾病 144

黄 疸

- 二十四、黄疸 皮肤瘙痒 腹胀 纳差 144
- 二十五、黄疸 高热 低血压 呼吸困难 152

二十六、黄疸 腹痛 呕吐	158
二十七、黄疸 口干 肝功能损害	167

腹 泻

二十八、腹泻 呕吐 消化道多发性溃疡	174
二十九、腹泻 腹痛 肝脾肿大 腹腔积液 嗜酸性粒细胞增多	179
三十、腹泻 腹痛 血糖升高	184

其 他

三十一、肝肿大 发育迟缓 低血糖	188
三十二、乏力 纳差 腹部膨隆	192

第三章 呼吸系统疾病	202
------------------	-----

呼吸困难

三十三、进行性劳累性呼吸困难 双下肺细爆裂音	202
三十四、气急 咯血 下肢水肿	213
三十五、反复咳嗽 咳痰 呼吸困难	220

发 热

三十六、发热 咳嗽 胸痛	224
三十七、发热 咳血性痰 两肺斑片影	228
三十八、发热 咳嗽、咳痰 两肺实变	232

第四章 血液系统疾病 237

贫 血

三十九、贫血 黄疸 酱油样尿 237

四十、贫血 尿毒症 241

四十一、贫血 乏力 气急 246

四十二、贫血 血小板减少
一过性左侧肢体肌力下降 250**发 热**

四十三、高热 咽痛 咳嗽 白细胞减少 256

四十四、发热 肌肉酸痛 肝功能异常 259

第五章 内分泌系统疾病 263

高血糖四十五、高血糖 高血压 阵发性头晕
多汗 心前区压榨痛 263

四十六、高血糖 室性心动过速 昏迷 273

低血钾四十七、低血钾 高血压
双下肢周期性无力 277

其 他

四十八、低血钙 心脏增大 左心衰竭	283
四十九、手抖 多汗 善饥 消瘦	287
五十、烦渴 多饮 多尿	291

第六章 泌尿系统疾病	295
------------------	-----

少 尿

五十一、少尿 咳嗽 低血压 肾功能不全	295
五十二、少尿 痛风 肾功能不全	299

其 他

五十三、乏力 消瘦 肾功能进行性减退	302
五十四、发热 咳嗽 肾功能损害	307
五十五、关节痛 蛋白尿 消瘦	313
五十六、高血压 胸痛 右肾缩小	319

第七章 风湿性疾病	325
-----------------	-----

关节病变

五十七、小关节畸形 风团样皮疹 充血性心力衰竭	325
五十八、类风湿关节炎 心绞痛	329
五十九、关节炎 结膜炎 尿道炎 发热	336
六十、腰痛 脊柱活动障碍	

气促 瓣膜杂音	339
---------------	-----

其 他

六十一、偏瘫 心脏杂音 颊部红斑	344
六十二、间歇性发热 左足疼痛 心包积液 全血细胞下降	348
六十三、皮肤硬变 雷诺现象 心包积液	354
六十四、复视 吞咽困难 两下肢无力	358

第八章 神经系统疾病	363
------------------	-----

头 痛

六十五、剧烈头痛 意识障碍 呼吸心跳停止	363
六十六、右眼睑下垂 头痛 烦渴 多饮 多尿	366

行走不稳

六十七、行走不稳 呛咳 口齿不清	370
六十八、行走不稳 视物大小变化 记忆力下降	373

其 他

六十九、发热 眼睑下垂 视力障碍 尿潴留	375
----------------------------	-----

附 1 主要系统疾病诊断索引	379
----------------------	-----

附 2 内科疾病症状鉴别诊断索引	382
------------------------	-----

第一章

循环系统疾病

胸痛

一、胸痛 心脏杂音 室性心律失常

【病史摘要】

患者,男,67岁。反复胸痛、胸闷2年,加重1个月于10月20日入院。患者于2年前在无明确诱因下出现活动后胸闷、胸痛,呈胸骨后压榨样疼痛,持续数分钟,无放射痛,不伴冷汗、气促、黑矇、昏厥,含服硝酸甘油后迅即缓解,每月发作1~2次。1个月前病情加重,每次持续时间延长,伴活动后心悸、气促,阵发性夜间端坐呼吸,下肢无水肿。既往有高血压病史近40年,血压最高达23.94/15.96 kPa(180/120 mmHg),近年长期服福辛普利治疗,血压控制在18.62/10.64 kPa(140/80 mmHg)左右。否认糖尿病史。家族史无特殊。

体格检查 体温37℃,呼吸20次/分,血压19.95/13.03 kPa(150/98 mmHg)。神志清晰,端坐体位。口唇、甲床无发绀,颈静脉无怒张,甲状腺不肿大。两肺呼吸音清。心前区无隆起,未触及震颤,心浊界稍向左下增大,心率80次/分,心律齐,未闻及期前收缩(早搏),心尖区闻及3级粗糙、反流性、全收缩期杂音,向左腋下传导,未闻及喀喇音,余瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,主动脉瓣第二音等于肺动脉瓣第二音,均无亢进。腹平软,

肝、脾未扪及。下肢无水肿。病理反射未引出。

实验室及器械检查 血红蛋白 119 g/L, 红细胞 3.63×10^{12} /L, 白细胞 7.4×10^9 /L, 中性粒细胞 0.76, 淋巴细胞 0.18, 单核细胞 0.06, 血小板 110×10^9 /L。尿常规、肝功能、肾功能以及血糖正常。血钾 4.3 mmol/L, 血钠 134 mmol/L, 血氯 100 mmol/L, 总胆固醇 3.0 mmol/L, 三酰甘油(甘油三酯) 1.3 mmol/L, 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) 0.91 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 1.86 mmol/L。心肌酶谱正常。甲状腺功能检查正常。X线胸片示左肺门淋巴结钙化, 心胸比例超过 0.5, 左心室增大。心电图示窦性心律, 室性期前收缩、I度房室传导阻滞, 完全性左束支传导阻滞。

【第一次查房】(10月26日)

住院医师 汇报病史如上。该患者有如下特点:①老年男性, 慢性起病, 病程 2 年;②以胸骨后疼痛, 活动后心悸、气促为主要表现, 呈压榨样疼痛, 每次持续数分钟, 含服硝酸甘油可有效缓解;③血压稍增高, 左心室增大, 心尖部可闻及 3 级粗糙、反流性、全收缩期杂音, 向腋下传导;④心电图示室性期前收缩, I度房室传导阻滞, 完全性左束支传导阻滞;⑤既往有高血压史, 血压控制良好。本例有明显的心脏杂音, 结合心脏叩诊及 X 线胸片, 考虑为左房室瓣存在结构或功能异常导致瓣膜不能正常关闭, 当左心室收缩时部分血液反流进入左心房所致。综合患者的临床表现, 拟诊断为:左房室瓣关闭不全;心功能Ⅲ级。有关本例的病因请上级医师指导。

主治医师 本例病程 2 年, 无明确的感染史, 血常规无感染的证据, 可除外急性左房室瓣关闭不全, 尤其是感染性心内膜炎引起的腱索断裂、瓣叶穿孔、撕裂等病变。本例应为慢性左房室瓣关闭不全, 凡能导致左心室扩大和左房室瓣相对性关闭不全, 考虑以下几种疾病。

室间隔缺损 室间隔缺损患者自幼即可发现心脏杂音,主要症状为心悸、气促、乏力、咳嗽等,缺损小者可无症状,体格检查于胸骨左缘第3、4肋间可闻及响亮、粗糙的3~5级全收缩期吹风样杂音,多伴有震颤。心室间隔缺损面积大、伴有左向右分流量较大者可使左心室扩大,引起相对性左房室瓣关闭不全,于心尖区闻及收缩期吹风样杂音。本例为老年患者,病程2年,以胸痛为主要症状,心脏杂音仅位于心尖区,而在胸骨左缘第3、4肋间未闻及,可排除此诊断。

梗阻型肥厚型心肌病 为特发性主动脉瓣下非对称性心室间隔肥厚,导致左心室流出道狭窄。一般表现为心悸、胸痛、劳力性呼吸困难。体格检查心脏增大,在胸骨左下缘与心尖区内侧之间可闻及喷射性收缩期杂音,同时可在心尖区闻及全收缩期杂音,后者系合并左房室瓣关闭不全所致。心电图最常见的异常为左心室肥厚及ST-T改变,前壁导联T波深倒;可有房室传导阻滞和束支传导阻滞、异常Q波等,异常Q波的发生率为30%~50%。本例为老年男性,缓慢起病,表现为胸痛、心悸、气促。体格检查心脏增大,心脏杂音为心尖部3级粗糙、全收缩杂音,上述各点有与肥厚型心肌病相符之处。但本例心电图示室性期前收缩、I度房室传导阻滞、完全性左束支传导阻滞,无典型的左心室肥厚及ST-T改变,肥厚型心肌病的可能性不大,确诊有赖于左心室造影检查,如显示左心室腔缩小变型,心室壁增厚,室间隔增厚突入心腔等表现有助诊断。

高血压心脏病 高血压可致左心室肥厚、扩大,心肌耗氧增加,促进冠状动脉粥样硬化,导致冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)而出现心绞痛、心肌梗死、心力衰竭等表现。但由高血压心脏病引起相对性左房室瓣关闭不全所致的心脏杂音一般较柔和且短促,响亮度在2级以下,随高血压的治疗及心功能改善,杂音可减轻或消失。本例高血压病史近40年,血压高限达23.94/15.96 kPa(180/120 mmHg),入院时血压为19.95/

13.03 kPa(150/98 mmHg),且本例心脏增大明显,有构成相对性左房室瓣关闭不全的病理基础,应疑及。但本例平时血压控制良好,如此明显的杂音可能并非仅由高血压心脏病引起,应疑及存在左房室瓣结构病变之可能。

左房室瓣二尖瓣脱垂 为各种原因使左房室瓣叶在心脏收缩期向左心房脱垂,导致以左房室瓣关闭不全为特征的一组临床症候群。常见症状有胸痛、心悸、乏力、呼吸困难。心脏听诊于心尖区或其内侧可闻及收缩中晚期非喷射样喀喇音,可伴收缩期杂音。85%的患者动态心电图可检出频发室性期前收缩,合并严重左房室瓣关闭不全者可有心房颤动、左心房和左心室增大。本例有胸痛、心悸、气促等表现;左心室增大,心尖部闻及3级粗糙、反流性、全收缩期杂音;心电图示室性心律失常,I度房室传导阻滞,完全性左束支传导阻滞等特征性表现。本例心脏听诊无典型的非喷射样喀喇音,考虑可能是被全收缩期杂音掩盖所致,根据现有的临床资料,本例左房室瓣脱垂的可能性大。

主任医师 同意两位医师的分析。左房室瓣脱垂多为原发性,偶为继发性。后者常见病因有炎症、创伤、肿瘤、结缔组织疾病、系统性红斑狼疮、先天性心脏病等。本例的病史不支持上述病因,但有40余年高血压病史,并有活动后心悸、气促等心功能不全的临床表现,应行冠状动脉造影术及UCG检查以排除冠心病。目前在给予对症、支持等治疗的同时,需尽快确立诊断,以纠正其基础病变。

【第二次查房】(11月26日)

住院医师 汇报检查结果:超声心动图(UCG)检查示左房内径为46 mm,左心室舒张末期内径为54 mm,左心室射血分数0.71,肺动脉收缩压6 kPa(45 mmHg),提示左房室瓣后叶脱垂伴中度左房室瓣反流、中度肺动脉高压。冠状动脉造影及