

病案討論集

編著 岳子珠

審編 曹鍾梁
王裕生

科学技术文献出版社 重庆分社

样 本 库

病 案 讨 论 集

YX176/21

编著 岳子珠

审编 曹钟梁

王浴生

科学技术文献出版社重庆分社

1069505

病 案 讨 论 集

岳 子 珠	编 著
曹 钟 梁 王 浴 生	审 编
科学技术文献出版社重庆分社	出 版
重庆市市中区胜利路91号	
四川省新华书店重庆发行所	发 行
科学技术文献出版社重庆分社印刷厂	印 刷

开本：787×1092毫米1/32	印张：5.875 字数：13万
1981年9月第1版	1981年9月第1次印刷
科技新书目 11—235	印数：33000

书号：14176·68

定价：0.65元

前 言

我于一九七五年开始，根据临床实践和培训基层医务人员的需要，陆续在新医学、赤脚医生、湖南医药等杂志，发表了多篇我写的常见病、多发病的病案讨论。每篇病案讨论的重点均介绍了病史、诊断、鉴别诊断、检查方法和中西医结合的防治知识等。受到了全国城乡基层医药卫生人员、卫校学生、赤脚医生的欢迎。现在，为满足读者需要，将病案讨论重新进行了修改，并增加了新的内容，汇集出版。

本书选编了内、儿、传染科的病案讨论，选编这本“病案讨论集”的目的，是为了帮助城乡基层中西医药卫生人员、卫校学生、赤脚医生掌握对一些常见病、多发病的病史、诊断、鉴别诊断、检查方法、中西医结合的防治和危重病人的抢救知识，以提高读者临床思维能力和防治工作水平。

汇编过程中，四川医学院付院长曹钟梁教授、四川医学院药理教研室主任王浴生副教授，热情地对本书进行了全面细致的审阅和修改，在此我表示衷心的感谢。

我还要特别感谢科学技术文献出版社重庆分社出版处的编辑同志，他们对本书的出版始终予以很大鼓励和支持，对此，作者致以亲切的谢意。

由于我的水平不高，加之编写时间比较仓促，书中难免出现缺点错误，恳切希望广大读者给予批评指正。

四川省广元铁路医院 岳子珠

一九八一年四月

目 录

1.猩红热.....	(1)
2.伤寒.....	(7)
3.阿米巴痢疾.....	(13)
4.结核性渗出性胸膜炎的诊断和处理.....	(18)
5.浸润型肺结核.....	(25)
6.肺吸虫病.....	(32)
7.急性胰腺炎.....	(38)
8.白喉.....	(44)
9.流行性脑脊髓膜炎 (简称“流脑”)	(51)
10.亚急性细菌性心内膜炎.....	(58)
11.急性风湿病.....	(64)
12.胃溃疡合并出血.....	(71)
13.肺脓肿.....	(77)
14.肾结核.....	(82)
15.甲状腺机能亢进症.....	(87)
16.丝虫病.....	(92)
17.脑动脉血栓形成.....	(97)
18.原发性血小板减少性紫斑.....	(101)
19.阿米巴肝脓肿.....	(106)
20.支气管哮喘.....	(112)
21.金黄色葡萄球菌败血症.....	(117)
22.支气管扩张.....	(121)
23.糖尿病.....	(127)
24.急性出血性胰腺炎.....	(133)

25.自发性气胸.....(137)

26.慢性风湿性心脏病.....(142)

27.胆道蛔虫病合并胆道感染.....(148)

28.大叶性肺炎.....(154)

29.急性肾盂肾炎.....(160)

30.细菌性肝脓肿.....(165)

31.蛛网膜下腔出血.....(170)

32.钩虫病.....(175)

33.冠状动脉硬化性心脏病(简称冠心病).....(180)

猩 红 热

病 历 摘 要

患儿李×，男，5岁。因发热、头痛、咽痛、呕吐三天，出皮疹一天，于1973年11月7日上午8时住院。

现病史：患儿于11月5日下午突然发热，体温39℃，伴有头痛、咽痛、呕吐。6日上午身上出现皮疹，自颈、胸及腋下起始，数小时内即蔓延至腹及四肢，当时到附近铁路保健站诊治（用药不详），疑诊为“猩红热”，即转来我院住院治疗。

既往身体健康，无药物疹等病史。

体格检查：体温39.3℃，脉搏135次/分，呼吸25次/分，血压100/70毫米汞柱。发育、营养中等，神志清楚，呈急性病容。面部发红，口唇周围苍白，舌苔灰白，舌面有白色舌刺突起，咽峡充血，扁桃体肿大，有白色渗出物，易剥离。颌下淋巴结肿大，有压痛。皮疹呈弥漫性鲜红色粟粒样，压之退色，遍布全身。心肺未见异常。腹软，肝脾未触及。四肢、脊柱及神经系统检查均无异常发现。

实验室检查：白细胞计数16,000/立方毫米，中性粒细胞87%，淋巴细胞11%，嗜酸粒细胞2%。咽拭取渗出液细菌培养有乙型溶血性链球菌生长。

诊断：猩红热（普通型）

住院经过：入院后即按猩红热常规护理。肌肉注射青霉素水剂40万单位，1日2次。住院第三天，体温降至37.8℃，皮疹颜色转暗渐退，白细胞计数12,000/立方毫米，中性粒

细胞75%，淋巴细胞16%，嗜酸粒细胞9%。住院第6天，体温正常，皮疹消退，有皮肤脱屑。共住院7天，痊愈出院。

讨 论

一、诊 断

本例患儿诊断为猩红热（普通型），有以下几项根据：

（一）猩红热是一种由乙型溶血性链球菌感染引起的呼吸道传染病。多见于冬春季，2~10岁儿童发病较多。本例患儿为5岁儿童，发病于11月份，符合猩红热的发病季节及好发年龄。

（二）临床表现：猩红热的临床经过，一般分为潜伏期、前驱期、出疹期及脱屑期四个阶段。潜伏期为1~7天。前驱期主要表现为发热，头痛，咽痛，咽峡充血，扁桃体肿大，有白色渗出物，容易剥离，颌下淋巴结肿大，并有压痛。发病至1~2天即进入出疹期，皮疹先从颈、胸、背及腋下起始，数小时内即蔓延至腹及四肢，皮疹鲜红，细小密集，有时似点状出血，疹间皮肤红晕，压之退色，十几秒钟后恢复原来形态。面部无皮疹，只有红晕，以两颊最明显，与口唇对照，唇的四周皮肤明显苍白，称为“环口苍白圈”。肘前、腋窝、腹股沟等皮皱处，皮疹明显，呈线状疹（帕氏征）。发病第2~3天舌苔灰白，舌乳头突起呈白色舌刺，似白杨梅，称为“白杨梅舌”，3~4日后，灰白舌苔脱落，并见红色舌刺突起，叫“杨梅舌”。皮疹经3~7天渐消退，体温恢复正常，其他体征消失，进入脱屑期。脱屑呈小片或大片状，多于2~4周脱完。

本例患儿具有发热、咽痛、“杨梅舌”及猩红热典型皮疹，

诊断为猩红热是较肯定的。

(三)实验室检查：白细胞多增至10,000~20,000/立方毫米，中性粒细胞常达75~90%，在第一周内及三周以后嗜酸粒细胞可有增加趋势。咽拭取渗出液作细菌培养，有乙型溶血性链球菌生长。本例患儿白细胞计数增高，咽拭培养有乙型溶血性链球菌生长，有助于猩红热的诊断。

据以上，本例患儿发生于冬季，有典型的猩红热皮疹，结合实验室检查，可以确诊为猩红热（普通型）。

除上述典型病例（普通型）外，临床类型尚有极轻型、中毒型及脓毒型等。

(一)极轻型：患儿有轻度发热、咽峡炎和短期局部的皮疹，有时见到皮肤脱屑或出现并发症时才诊断为本病。因不易诊断，在流行季节应加注意。

(二)中毒型：起病急骤，可有高热、惊厥、昏迷、休克等症状，皮疹出现早，颜色紫红，咽峡明显充血，但无渗出物。病情危重，必须及时抢救。

(三)脓毒型：感染经血行播散，呈脓毒败血症。全身症状严重，咽部症状明显，并有化脓性病灶。

自磺胺抗菌素问世以来，中毒型及脓毒型已很少见。

在猩红热患儿中，有时可见下述并发症：(1)化脓性：咽部感染病灶向周围蔓延，如下颌淋巴结炎、中耳炎，或由血液循环侵犯其他器官，致化脓感染，如化脓性关节炎、化脓性心包炎、脓胸等；(2)中毒性：多见于早期，如中毒性心肌炎；(3)变态反应性：多见于病后2~4周，如急性肾小球性肾炎、风湿热等。

二、鉴别诊断

猩红热与同病原的链球菌咽峡炎、扁桃体炎主要依靠皮

疹进行临床鉴别。此外，皮疹和咽部表现还应与下列疾病鉴别：

(一)药物疹：奎宁、颠茄、安替比林等药物，有时可致猩红热样皮疹。但药物疹均有服药史或既往有药物过敏史，除原有疾病症状外，发热不明显，无咽峡炎或舌部体征，皮疹多为斑丘疹，分布不甚均匀。这些均与本例患儿不符，可以除外。

(二)麻疹：本病前驱期有显著的上呼吸道卡他症状，颊粘膜可有麻疹斑，面部有皮疹，皮疹为玫瑰色斑丘疹，自耳后及颈部开始，疹间有正常皮肤，血液白细胞计数多不增高。这些特征都是本病例所没有的。但应注意在麻疹的前驱期，偶有暂时的似猩红热样皮疹。

(三)风疹：有时很象猩红热。但本病耳后、枕部淋巴结多肿大、白细胞计数不增高，细菌培养没有乙型溶血性链球菌。这些均可与本例患儿鉴别。

(四)幼儿急疹：本病咽峡炎症状很轻，发热三、四日后热退时出皮疹，白细胞计数多不增加，这些与本例患儿不符。

(五)白喉：本例患儿有发热、咽痛及扁桃体出现白色渗出物等，应考虑白喉的可能。但白喉起病缓慢，发热不高，咽部有典型假膜，不易剥掉，无皮疹，咽拭细菌培养能找到白喉杆菌。可与猩红热鉴别。

(六)脓毒败血症：由金黄色葡萄球菌或其他细菌所致的脓毒败血症可出现类似猩红热皮疹。但本病皮疹出现较晚，常在病后3~5天才出现，全身中毒症状重，常有原发病灶如脓肿、骨髓炎等，无“杨梅舌”及“环口苍白圈”，如有条件可作细菌培养查出致病菌。本例患儿中毒症状不重，病后第二日即出现皮疹，有“杨梅舌”等，可排除本病。

三、预 防

如患儿为可疑猩红热患者，或诊断已经确定，都应当隔离（一般7天），最短不少于5天。如果当地流行较严重，或体弱儿密切接触猩红热患者时，须给予药物预防。目前，一般采用口服磺胺嘧啶，每日二次，每次0.25~0.5克，连续使用3~4天。本病流行期间，小儿尽可能不串门。

四、治 疗

（一）一般治疗：一般患儿可在家隔离治疗。病情重或在家不能得到良好护理和治疗者应住院。急性发热期间须注意卧床休息，给予流质或半流质饮食，充分供给水分，注意皮肤及口腔卫生。

（二）病因治疗：青霉素是治疗猩红热可靠的有效药物，用药1~3日后，90%以上患儿可退热，细菌培养转为阴性，对脓毒性并发症的治疗和预防也有显著作用，且能使患儿口、鼻的病原菌早日消灭，减少带菌状态。治疗方法有下列几种：

（1）肌肉注射水剂青霉素，每日2万~4万单位/公斤，分2次注射；（2）如用青霉素油剂则仅需每日肌肉注射一次，每次30万~60万单位，上述二药均应连续注射7~10日；（3）对轻型病人，可用长效青霉素如苄星青霉素，只需肌肉注射一次，剂量为60万~90万单位。对青霉素有过敏反应的患儿，改用土霉素、四环素、金霉素或红霉素，各药用法基本相同，每日40~50毫克/公斤，分4次口服。疗程一般均为7~10日。本病例经用抗菌素治疗后，病情迅速好转，未发生并发症。

磺胺药：磺胺药也有一定疗效，可用磺胺嘧啶，剂量每日0.1~0.2克/公斤，分4次口服，或用磺胺二甲基嘧啶，该药剂量及服法同磺胺嘧啶，连服7~10日。

（三）中医中药治疗：本病中医称“喉痧”或“烂喉丹痧”，

属于“温热疫病”范围。中医药对本病亦有满意疗效。治疗原则以泄热解毒为主，若皮疹尚未透足，加辛凉透表药，引邪外泄，若皮疹已透足时，不宜再透表，免伤阴液，如有其他兼证则随证施治。基本方药：连翘9克、银花9克、丹皮6克、鲜生地15克、大青叶15克、白茅根9克，初起兼有表证，皮疹未透足者，加薄荷6克、葛根6克，高烧烦躁，加生石膏15克。恢复期则以清热养阴为治，方用：银花、元参、生地、丹皮、赤芍各9克。。

伤 寒

病 历 摘 要

患者男，26岁，铁路工人。因持续发烧8天，全身不适11天，于1974年7月13日入院。

现病史：患者于7月2日感觉全身不适，乏力，食欲减退。于7月4日开始发烧，体温逐日升高(38~40℃)，伴有头昏头疼、腹胀腹疼。经当地某卫生所用青霉素治疗无效。逐于1974年7月13日转入我院住院。

患者既往身体健康，从未接受过伤寒预防注射，居住附近有伤寒流行。

体格检查：体温40.5℃，脉搏85次/分，呼吸25次/分，血压130/75毫米汞柱。发育营养中等，表情淡漠。于胸腹部见7粒针头大小淡红色皮疹，稍隆起，压之退色。五官无特殊，舌苔厚腻，颈软。心肺均未发现异常。肝未触及，脾肋下2厘米，质软。四肢脊柱及神经系统均无异常发现。

实验室检查：白细胞计数5,000/立方毫米，中性粒细胞52%，淋巴细胞48%。尿常规阴性。伤寒血清凝集试验(血清肥达氏反应)：伤寒“O”1/160、伤寒“H”1/320。取血做细菌培养：有伤寒杆菌生长。

入院诊断：伤寒

住院经过：按消化道传染病隔离(床边隔离)常规护理。立即给氯霉素0.25克，一日4次。给药至7月18日(用药后5天)，体温恢复正常，脉搏亦随体温下降而减至60次。患者

一般情况显著改善，仅诉头昏、乏力。腹痛消失，腹胀减轻，脾亦显著缩小，至7月24日不能触及。氯霉素在体温恢复正常2天后，改为0.125克，每日4次，又连用12天（至7月30日停止）。此时血培养转为阴性。伤寒血清凝集试验：伤寒“O”1/320、伤寒“H”1/640。白细胞计数7,000/立方毫米，中性粒细胞63%，淋巴细胞35%，嗜酸粒细胞2%。除用氯霉素治疗外，对高烧以物理降温（冰袋、酒精擦浴、温水擦浴），偶用小量阿司匹林。腹胀，用松节油腹部热敷或肛管排气。食欲不振，给以无渣半流质饮食（稀饭、挂面、豆腐等），每日进水不少于3,000毫升，完全不能进食时，每日给静脉输入5%葡萄糖盐水500~1,000毫升及10%葡萄糖液1,500~2,000毫升，加10%氯化钾20~30毫升。

继续观察20日，大便培养2次阴性，临床症状消失，于8月20日痊愈出院。

讨 论

老师（医院办赤脚医生学习班）：今天想通过本病例的讨论，使同学们对持续发烧，脾肿大，白细胞降低等临床表现的病例有一正确认识。请同学们根据现有材料进行分析，提出诊断意见。

甲同学：本病例发生在7月分，起病缓，第一周体温呈梯形上升，第二周后呈持续发热，伴有相对缓脉，有头昏头疼，表情淡漠等神经精神中毒症状。存在食欲不振、腹胀、腹痛等消化系统症状。氯霉素治疗有显著疗效。查体：有玫瑰疹，脾肿大、白细胞计数减少，分类中嗜酸粒细胞病重时消失，恢复期时出现。伤寒血清凝集试验：伤寒“O”1/160，“H”

1/320。血培养有伤寒杆菌生长。根据以上临床特点：本病例发生于夏季伤寒流行高峰期，居住附近有伤寒流行，临床表现及实验室检查，均符合伤寒，故诊断伤寒是肯定的。

乙同学：本例伤寒血清凝集试验效价增高，并随病程递增，血培养有伤寒杆菌生长，诊断容易。但入院时只有持续发热，白细胞减少，皮疹，脾肿大，一时确诊是困难的，如遇此情况，应与那些疾病相鉴别？

丙同学：病人发病于夏季，男性青年，高烧，神志迟钝、腹疼痛、腹胀。需要考虑与急性血吸虫病相鉴别。该病的特点：（1）热型一般为间歇或弛张热，每日临晚到达高峰 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，伴有盗汗，而本例为稽留热型，无盗汗；（2）用氯霉素治疗无效，而本例疗效显著；（3）应有肝肿大，有显著压疼，本例则无；（4）白细胞计数增加，嗜酸粒细胞明显增加，而本例白细胞计数减少，嗜酸性粒细胞早期消失。以上特点，与本病例不符，故可排除急性血吸虫病。

丁同学：本例有持续发烧，伴相对缓脉，白细胞减少，符合革兰氏阴性杆菌败血症。但该病可往往有胆道、泌尿道、肠道等处的原发病灶可寻，嗜中性粒细胞百分比增高，同时血培养无伤寒杆菌生长。本例患者，无原发病灶可寻，嗜中性粒细胞百分比减少，血培养有伤寒杆菌生长，这些均不支持革兰氏阴性杆菌败血症之诊断，故可不考虑该病。

戊同学：这病人厌食、高烧、脾大、白细胞减少，应想到急性粟粒性肺结核。但该病有肺结核史，发烧不规则伴盗汗，无缓脉，有呼吸急促，发绀，血培养无伤寒杆菌生长。故本例不符合急性粟粒性肺结核。

甲同学：本例有高烧，脾大，白细胞及早期嗜酸性粒细胞消失，与黑热病相似，但该病，食欲佳，有时可有双峰

热，脉搏与体温平行升降，脾较硬且较大，病程中无玫瑰疹，血培养阴性，这些与本例均不相符，故黑热病可排除。

丁同学：在诊断伤寒时，应注意本病的并发症：（1）肠出血：系本病较常见的并发症，多发生在第三周。腹泻与饮食不当常为其诱因。少量出血每无明显症状，仅大便隐血试验阳性，大量出血时大便黑色或暗红色，患者有头昏、口渴、体温骤降、出汗、脸色发白、四肢冰冷、脉搏细而速、血压下降、烦躁不安等休克症状；（2）肠穿孔：为本病严重的并发症，多发生在病程的第三周。常先有腹胀、腹泻或肠出血。肠穿孔处多在回肠末端，症状为右下腹部突然剧疼，恶心、呕吐、脉细速、全身冷汗、血压下降。体温先是骤降，不久迅速上升，出现腹膜炎症状；（3）少数病人可有支气管炎、心肌炎、血栓性静脉炎等并发症。

老师：大家讨论得很热烈，得出的结论很对，请同学们再讨论一下伤寒的防治。

甲同学：治疗重点在于积极控制感染。氯霉素与合霉素仍为目前治疗伤寒有效的首选药物。服药后一般在5日内退热，病情减轻，病程缩短，肠出血，肠穿孔等并发症减少，病死率降低，但复发率则反有增加。氯霉素剂量：成人每日1克；儿童为每日每公斤体重40~50毫克，合霉素加倍，分4次口服。体温退后剂量即可减半，继续给药至体温正常后至少10日，否则会増加复发的机会。疗程为14~21日。

丁同学：用氯霉素治疗伤寒应注意什么？

丙同学：自临床应用氯（合）霉素后，复发率未见减少，肠出血、肠穿孔仍有发生，因此在治疗过程中应予以注意。严重的可发生粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血等，重者可因而致命。白细胞总数及中性粒细胞百分比减少者比较多

见，因此在治疗过程中应经常检查血象。一般伤寒病人，应用氯（合）霉素治疗后，随病情好转，白细胞计数也逐渐恢复。如病情好转，白细胞计数逐渐降低要慎重，在白细胞计数已降至2,500以下，则应立即停药，改换其他抗菌药物。

甲同学：用于治疗伤寒的其他药物有：（1）甲砒霉素：抗菌作用与氯霉素相似，但毒性比氯霉素低。成人剂量每日1.5克，小儿每日每公斤体重25~30毫克，疗程同氯霉素；

（2）氨卞青霉素：对伤寒有一定疗效，但与氯霉素相比，则并无特殊优越性。本药可作为治疗伤寒的二线药物，在白细胞减低较著或氯霉素治疗无效时可以选用。成人每日2~4克，儿童每日每公斤体重40~80毫克，分4次口服或注射（肌肉注射或静脉点滴）；（3）近年报道用呋喃唑酮治疗伤寒，疗效良好。成人每日用量为600~800毫克，分3次口服。待病人体温降至正常时，减为半量，继续用药6天，此药价格便宜，对造血系统无影响，故有人建议，在无条件查血的情况下，应首先试用此药；（4）甲氧卞胺咪啉和磺胺甲基异恶唑合用治疗伤寒，目前已证明与氯霉素同样有效。

乙同学：本病相当于中医的“湿温”，或习称“湿温伤寒”，有效的方药大多数有黄连，故采用黄连素治疗伤寒也有一定的疗效。治疗时剂量宜大，成人每日4~6克，分4次口服。一般在用药后4~5日退烧，热退后继续用药7~10日。当发展至毒血症而有高烧、神昏、谵语时，应清营凉血为主，以清营汤加减，方药：大青叶30克，生地、玄参、银花、连翘各15克，麦冬、黄连、竹叶各9克。

加减：神昏谵语较重者，加服安宫牛黄丸半粒；热伤血络、大便下血，加大黄炭、地榆炭各9克，槐花炭12克。

丙同学：要重视对症治疗，高烧时以物理降温为主（酒