

临床教学 典型病例分析

赵凤琴 王中彬 主编

 科学技术文献出版社

R4
Z.FQ

2016/11

临床教学典型病例分析

主 编 赵凤琴 王中彬

副主编 赵 伟 刘卫党 张 爽

编委会委员 (以姓氏笔画为序)

于晓玲 王中彬 王 红 白 光

孙奎治 年文华 刘兴波 刘卫党

李春满 张 爽 赵 伟 赵凤琴

赵 莹 赵兴元 侯凤英 胡占升

董 喆 董明岩 魏广生

主 审 席焕久

科学技术文献出版社

(京)新登字 130 号

责任编辑/张金水

责任出版/全 未

封面设计/雪 梅

图书在版编目(CIP)数据

临床教学典型病例分析/赵凤琴,王中彬主编.-北京:
科学技术文献出版社,1998.6

ISBN 7-5023-3055-0

I. 临… II. ①赵… ②王… III. ①常见病-医学教育-
案例-分析 ②多发病-医学教育-案例-分析 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 11828 号

出 版 者/科学技术文献出版社

地 址/北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

发 行 者/新华书店北京发行所

印 刷 者/北京金特印刷厂

版(印)次/1998 年 6 月第 1 版,1998 年 6 月第 1 次印刷

开 本/787×1092 16 开

字 数/454 千字

印 张/18

印 数/1—5000 册

定 价/25.00 元

© 版权所有 违法必究

(购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者本社发行部负责调换)

发行部电话/(010)68514035 总编室电话/(010)68515544-2935

社长室电话/(010)68515037

前 言

为了提高临床教学的质量,帮助医学院校学生提高对疾病诊断、治疗的能力,弥补某些医院收诊病人的局限性,我们编写了这本《临床教学典型病例分析》,希望其成为高等医学院校临床医学理论教科书的一本补充教材。

本书以目前卫生部组织的统一考试的内科、外科、妇产科和儿科为主要内容,以给出典型病例并提出问题和附有较详细答案的方式,构成全书的各章节。书中所收集的典型病例,绝大部分来源于我们所收治过的病人。因此,在阅读本书的过程,读者会有一种身临其境、看到真实病人、亲自为患者诊治疾病的感觉。如能达此目的,我们将会十分欣慰。

本书编写是以当前临床医学本科教学大纲为基础,适当增加一些医学发展的前沿内容,对正在进行临床学习的医学生将是一本有价值的参考书。同时对刚参加工作的临床医生也有一定的指导意义。

刘竞毅教授、李淑芳教授、赵桂勤教授、佟敏教授、王宏志教授,认真地阅读本书的原稿,并提出了有意义的修改意见,在此表示衷心的感谢。

由于时间仓促,编者水平有限,书中可能会有不妥之处,恳请读者指正,以便再版时完善。

编者

1998年2月于锦州医学院第一附属医院

目 录

第一章 内科学	(1)
第一节 循环系统	(1)
一、典型病例	(1)
二、参考答案	(20)
第二节 呼吸系统	(31)
一、典型病例	(31)
二、参考答案	(39)
第三节 消化系统	(50)
一、典型病例	(50)
二、参考答案	(61)
第四节 血液系统	(74)
一、典型病例	(74)
二、参考答案	(80)
第五节 内分泌系统	(85)
一、典型病例	(85)
二、参考答案	(87)
第六节 泌尿系统	(91)
一、典型病例	(91)
二、参考答案	(95)
第七节 风湿性疾病与中毒	(100)
一、典型病例	(100)
二、参考答案	(102)
第八节 神经系统	(104)
一、典型病例	(104)
二、参考答案	(109)
第二章 外科学	(119)
第一节 外科总论	(119)
一、典型病例	(119)
二、参考答案	(126)
第二节 普外科	(135)
一、典型病例	(135)
二、参考答案	(149)
第三节 心胸外科	(167)

一、典型病例	(167)
二、参考答案	(173)
第四节 骨外科	(178)
一、典型病例	(178)
二、参考答案	(185)
第五节 泌尿科	(192)
一、典型病例	(192)
二、参考答案	(199)
第六节 烧伤外科	(206)
一、典型病例	(206)
二、参考答案	(207)
第七节 脑外科	(209)
一、典型病例	(209)
二、参考答案	(210)
第三章 麻醉学	(213)
第一节 麻醉与复苏	(213)
一、典型病例	(213)
二、参考答案	(216)
第二节 疼痛	(218)
一、典型病例	(218)
二、参考答案	(219)
第四章 妇产科学	(220)
第一节 妇科	(220)
一、典型病例	(220)
二、参考答案	(229)
第二节 产科	(236)
一、典型病例	(236)
二、参考答案	(245)
第五章 儿科学	(256)
第一节 新生儿疾病	(256)
一、典型病例	(256)
二、参考答案	(257)
第二节 小儿常见疾病	(258)
一、典型病例	(258)
二、参考答案	(269)

第一章 内科学

第一节 循环系统

一、典型病例

病例 1

患者女，39岁。心悸、气短反复发作8年，近半年加重，有时双下肢水肿，未经诊治。入院前一天，因“急性胃肠炎”进行静脉输液，当输液3小时，进液量约1000ml时，病人突然呼吸困难，心悸伴频繁咳嗽，咯白色泡沫痰，且痰中带血，不能平卧而急诊来院。既往史：20年前有风湿热病史。

体格检查：体温37.5℃，脉搏90次/min，呼吸30次/min，血压16.0/9.3kPa（120/70mmHg）。明显发绀，大汗，端坐呼吸。双肺布满中小水泡音及哮鸣音，心率130次/min，心律不规整，第一心音强弱不等，心脏杂音听不清，于心尖部可听到舒张期奔马律。肝脾未触及，双下肢无水肿。

辅助检查：白细胞（WBC） $12.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞（N）80%，淋巴细胞（L）20%。便常规WBC 10个/HP，余未见异常。血清 K^+ 3.5mmol/L， Na^+ 110mmol/L， Cl^- 103mmol/L。胸部X线示心脏外形呈梨形增大，肺淤血。超声心动图显示左心房增大，右心室增大，二尖瓣前叶呈城垛样改变。

分析思考：

- （1）请全面诊断并提出诊断依据？
- （2）本病例病情急剧变化的原因？
- （3）病人当时的病情必须与何种疾病进行鉴别？如何鉴别？
- （4）抢救措施？

病例 2

患者男，17岁。心悸、气短2年，加重半个月。该病人于2年前较剧烈活动时，自觉心悸、气短伴出汗，休息后可缓解。上述症状每于活动及“感冒”时加重，从未治疗过。半个月前，因再次“感冒”而出现心悸气短加重，同时伴有发热，夜间不能平卧，咳嗽，咯白色泡沫痰，有时为黄痰，无臭味及咯血。近5天出现双踝部水肿，病人自觉呼吸困难较前减轻，可平卧休息。本次发病以来饮食下降，尿量减少。既往史：慢性扁桃体炎5年。

体格检查：体温38.5℃，脉搏100次/min，呼吸20次/min，血压13.0/8.0kPa（100/60mmHg）。发育正常，营养中等，神志清楚，平卧位，口唇轻度发绀，可见颈静脉怒张，未见颈动脉异常搏动，甲状腺不大，气管居中。肺部叩诊清音，听诊双肺底中小水泡音。心界叩诊浊音界向左扩大，心率120次/min，第一心音强弱不等，心律绝对不匀齐。心尖部可听到舒张中晚期隆隆样杂音，较局限，无传导。 P_2 亢进、分裂。腹部平坦对称，无胃肠型及蠕动波，肝脏于右锁骨中线肋缘下3.0cm，边缘钝，有压痛，质地中等，脾脏未触及，移

动性浊音阴性。双下肢中度水肿。

辅助检查：血常规 WBC $13.5 \times 10^9/L$ ，N 80%，L 20%。血沉（ESR）第 1 小时 15mm。胸部 X 线片右前斜位（吞钡）可见食管明显受压；后前位心左缘第二弓扩大。右肺中野可见絮状阴影。心电图显示 P 波消失，可见 f 波，频率 500 次/min，R—R 间隔不匀齐，心室率 120 次/min。

分析思考：

- (1) 诊断及依据？并说明依据中哪一点最重要？
- (2) 易造成 P_2 亢进的疾病有哪几种？
- (3) 说明为什么双下肢水肿出现后，病人呼吸困难减轻的原因？

病例 3

患者女，25 岁。劳累性心悸、乏力 3 年，间断咯粉红色泡沫痰 1 年，加重 1 周而入院治疗。病人于 3 年前每当走路快或上楼梯时，自觉明显气短，休息后可缓解，未曾诊治，能胜任一般的日常活动。1 年前开始有时睡眠中因气短而憋醒，坐起后症状缓解，间断咯粉红色泡沫痰。1 周前由于“感冒”自觉上述症状加重，夜间睡眠憋醒坐起后，症状不缓解。发病以来无发热，无少尿、水肿。既往史：15 岁时开始经常四肢大关节肿痛。

体格检查：体温 36.5°C ，脉搏 110 次/min，呼吸 24 次/min，血压 10.6/6.7kPa (80/50mmHg)。端坐位，口唇发绀，颈静脉无怒张，双肺底可听到中小水泡音。心脏叩诊心浊音界向左扩大，心率 100 次/min，心律规整，各瓣膜区未听到明显的杂音，心尖部第一心音亢进， P_2 亢进伴分裂。肝脾未触及，双下肢无水肿。

辅助检查：血常规 WBC $8.0 \times 10^9/L$ ，N 76%，L 24%。红细胞 (RBC) $3.78 \times 10^{12}/L$ 。胸部 X 线片示左心房及右心室扩大，肺动脉段突出，双肺淤血。心电图显示窦性心律，P 波增宽达 0.13s，呈双峰型，峰间距大于 0.04s， $R_{aVR} 0.7\text{mV}$ ， $R_{V1} 11.4\text{mV}$ ， $R_{V1} + S_{V1} = 15.1\text{mV}$ 。心电轴 $+120^\circ$ ， $P_{tfV1} < -0.04\text{mm}\cdot\text{s}$ 。

分析思考：

- (1) 本病例最可能的诊断是什么？病例中哪些表现支持诊断？
- (2) 为进一步明确诊断最重要的检查项目是什么？并说明此项检查的阳性所见？
- (3) 心脏杂音的产生机制？此病人为什么听不到杂音？
- (4) 此病人如果出现急性肺水肿，在常规治疗用药时，需注意什么？
- (5) 夜间阵发性呼吸困难的发生机制？

病例 4

患者男，25 岁。大量咯血一天入院。此病人于一天前无明显诱因突然咯鲜红色血，一天内咯血数次，总量约 500ml，自觉头晕，无力。发病以来无低热盗汗，否认结核病史。

体格检查：体温 36°C ，脉搏 100 次/min，呼吸 20 次/min，血压 12.0/8.0kPa (90/60mmHg)。两颊紫红，口唇发绀，双肺无干湿性啰音。心尖搏动向左移位，心尖部可触及舒张期震颤，叩诊心脏浊音界呈梨形，心律规整，心率 100 次/min，心尖部可听到舒张中晚期隆隆样杂音，第一心音亢进，可听到开瓣音， P_2 亢进伴分裂，胸骨左缘第二肋间可听到舒张早期杂音 (Graham Steell 杂音)。肝脾不大，双下肢无水肿。

辅助检查：血常规 WBC $10.0 \times 10^9/L$ ，N 68%，L 32%。心电图示窦性心律，P 波增宽 $>0.12\text{s}$ 。超声心动图 (M 型) 二尖瓣曲线回声增粗，反光增强，EF 斜率减慢，A 峰消失，二尖瓣前叶呈城垛样曲线。左房、右室增大。

临床诊断：风湿性心脏病二尖瓣狭窄合并大咯血。心功能Ⅰ级。

分析思考：

- (1) 治疗本病应首选何药？如效果不佳时还可采取何种疗法？
- (2) 风心病二尖瓣狭窄为什么会出现大咯血？用止血药效果如何？
- (3) 试述风心病二尖瓣狭窄的并发症有哪些？
- (4) 人工瓣膜置换术的适应证？

病例 5

患者女，36岁。心悸、气短5年，加重伴双下肢水肿1年。病人于5年前由于过劳自觉心悸、气短，休息后可缓解，未经任何治疗，能胜任一般的日常工作。近一年反复出现双下肢水肿，在当地医院用利尿药后水肿消退。近2天由于着凉，再次出现气短、水肿而来院求治。既往史：间断咯血7年。

体格检查：体温36.7℃，脉搏130次/min，呼吸20次/min，血压16.0/9.3kPa（120/70mmHg）。呼吸略促，口唇发绀，可见颈静脉怒张，双肺底可听到干湿性啰音，心界叩诊向左扩大，心尖部可触及舒张期震颤，心率130次/min，心律规整，心尖部可听到舒张中晚期隆隆样杂音，第一心音亢进，并听到清脆响亮的开瓣音。全腹软，无压痛，肝脏于右锁骨中线肋缘下触及3.0cm，前正中线剑突下5.0cm，脾脏未触及，双下肢中度水肿。

辅助检查：血常规WBC $10.0 \times 10^9/L$ ，N 60%，L 40%。血清K⁺、Na⁺、Cl⁻均在正常范围。尿常规未见异常。心电图窦性心律，心电轴右偏+120°，P波呈双峰型，峰间距>0.04s，R_{V1}1.2mV，R_{V1}+S_{V5}=2.1mV。

分析思考：

- (1) 请提出完整诊断？
- (2) 此病例最易并发的心律失常是什么？听诊及心电图各有何特点？
- (3) 此病人的治疗原则？最有效的根治方法是什么？
- (4) 请做出该病例的心电图诊断？

病例 6

患者男，60岁。心悸、气短20年，近5年加重。此病人于20年前由于“感冒”自觉心悸、气短，曾去某医院诊治，诊断为“风心病”，经对症治疗症状好转。近5年自觉上述症状加重，不能胜任一般的日常工作，经常服用地高辛、利尿剂，气短症状时轻时重。近1周再次“感冒”，自觉症状加重而来院求治。既往史：关节肿痛30年。

体格检查：体温37℃，脉搏100次/min，呼吸22次/min，血压23.9/9.3kPa（180/70mmHg）。呼吸急促，口唇发绀，可见颈静脉怒张及颈动脉明显搏动，气管居中，胸廓对称，双肺呼吸音粗糙，肺底可听到干湿性啰音。心界向左下扩大，心率100次/min，心律规整，于胸骨左缘第3肋间可听到舒张期叹气样杂音，并向胸骨下端和心尖部传导。腹部平软，肝脏于右锁骨中线肋缘下3.0cm，前正中线剑突下5.0cm，压痛明显，肝颈静脉回流征阳性，双下肢中度水肿。

辅助检查：血常规WBC $10.5 \times 10^9/L$ ，N 72%，L 28%。尿常规正常。

分析思考：

- (1) 请写出此病例的完整诊断？
- (2) 查体时还可有何种体征？
- (3) 周围血管征包括哪些？产生此征的直接原因是什么？

(4) 如心脏 X 线摄影 (后前位), 心外形会出现何种改变?

(5) 试述应用洋地黄的适应证、禁忌证及不宜应用的情况?

病例 7

患者女, 38 岁。幼年起反复周身关节游走性疼痛, 3 年前开始出现劳累性呼吸困难。曾去某医院治疗, 诊断为“风心病, 心衰”, 给予地高辛 0.25mg, 日一次口服, 症状好转。2 个月前, 由于着凉开始咳嗽, 咯粉红色泡沫痰, 气短明显, 自服地高辛 0.25mg~0.5mg, 每天 2 次, 症状略有好转。近 1 周无诱因气短加重, 去当地医院做心电图显示: 快速房颤。又服地高辛 0.25mg, 每天 3 次, 近 2 天出现呕吐, 稀便而来院就诊。

体格检查: 体温 36.7℃, 脉搏 48 次/min, 呼吸 32 次/min, 血压 18.2/11.8kPa (137/89mmHg)。呼吸急促, 口唇紫绀, 可见颈静脉怒张, 两肺底可听到小水泡音。心界向左下扩大, 心率 48 次/min, 心律规整, 心尖部可听到 3/6 级收缩期粗糙的吹风样杂音, 向左腋下左肩胛下传导, 并可听到舒张期隆隆样杂音。肝脏于右锁骨中线肋缘下 3.0cm, 有压痛, 质地 III 度硬, 肝颈静脉回流征阳性。脾未触及, 双下肢水肿。

辅助检查: 血常规 WBC $11.0 \times 10^9/L$, N 70%, L 30%。肾功血尿素氮 (BUN) 36mmol/L (正常值 3.6~7.1mmol/L), 血肌酐 (Scr) 270 $\mu\text{mol/L}$ (正常值男 60~120 $\mu\text{mol/L}$, 女 50~105 $\mu\text{mol/L}$)。心电图见图 1。

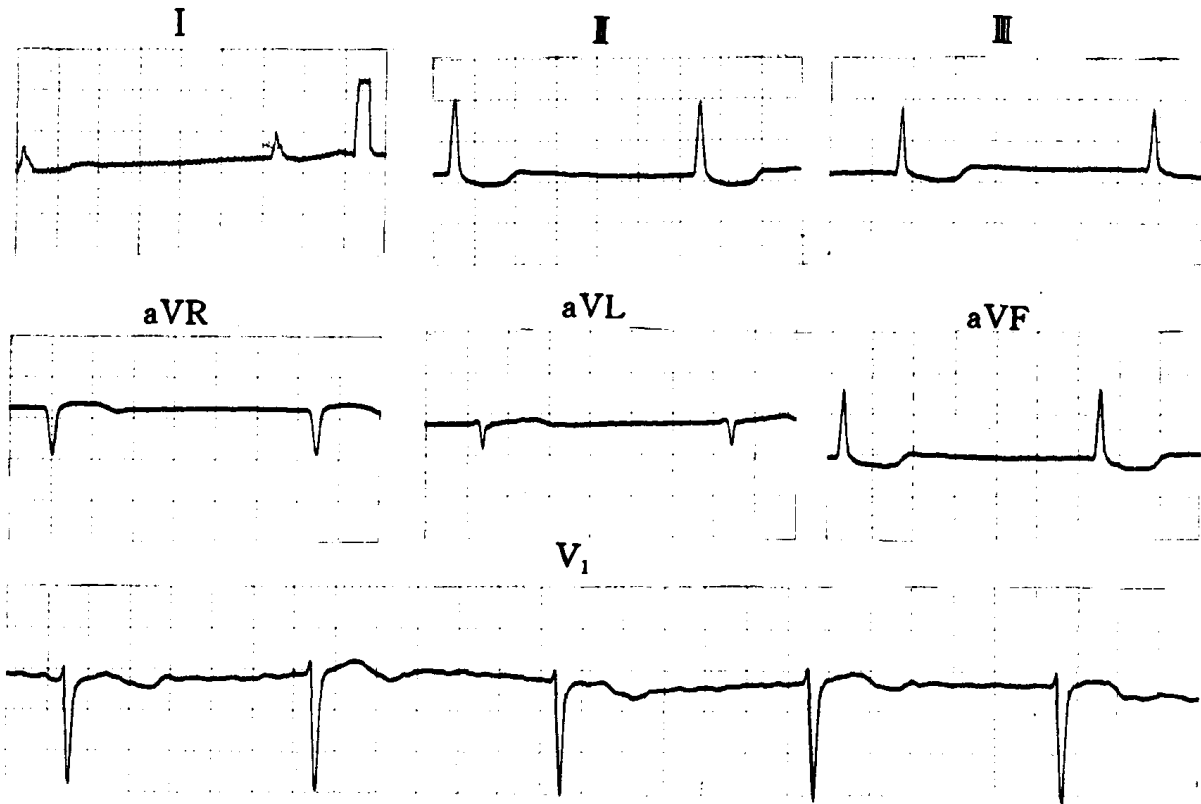


图 1

分析思考:

- (1) 请做出完整诊断并阐明其依据?
- (2) 心电图特征及临床意义?
- (3) 处理原则?

(4) 目前地高辛的给药方法有几种? 如何给与?

病例 8

患者女, 42 岁。活动后心悸、气短 16 年, 发热、咳嗽伴双下肢水肿 2 个月而住院治疗。该病人于 15 岁时 (27 年前) 曾因发热, 全身大关节红肿伴游走性疼痛及活动障碍而住院治疗, 当时诊断为风湿性关节炎, 经治疗 (具体用药不详) 好转。25 岁时, 在一次正常体检中发现“心脏杂音”, 因无明显症状而未介意, 能胜任任何体力活动。16 年前, 在妊娠分娩时, 自觉心悸、气短。以后每当劳累上述症状加重, 经休息及对症治疗后好转。2 个月前无明显诱因自觉发冷、发热, 体温在 38~39℃ 之间, 同时伴有咳嗽, 咯白痰, 无黄痰及咯血。在当地医院治疗, 投与地高辛 0.25mg, 每天 1 次口服, 青霉素肌注 (具体用量不详), 上述药物已连用 2 个月, 病情未见好转, 且有加重趋势。本次发病以来食欲下降, 腹胀, 尿少, 因夜间不能平卧而睡眠欠佳。

体格检查: 体温 38.5℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 23 次/min, 血压 14.6/9.3kPa (110/70mmHg)。二尖瓣面容, 口唇轻度发绀, 睑结膜可见大小不等的出血点。颈静脉怒张明显, 双肺底中小水泡音, 心率 110 次/min, 心尖部第一心音强弱不等, 心律绝对不匀齐, 并可听到舒张中晚期隆隆样杂音, 在主动脉瓣区特别是第二听诊区可听到舒张早期叹息样杂音, 肝脏于右锁骨中线肋缘下可触及 3.5cm, 前正中线剑突下 6.0cm, 脾脏侧卧位左肋缘下可触及 2.0cm。中度硬。双下肢水肿, 可见杵状指 (趾)。

辅助检查: 血常规 WBC $14.0 \times 10^9/L$, N 84%, L 16%。Hb 80g/L。血沉第 1 小时 56mm。尿常规蛋白 (++)。

分析思考:

- (1) 请提出全面诊断? 并指出目前主要的疾病是什么? 依据如何?
- (2) 为明确目前疾病的诊断还应做哪些检查, 结果如何?
- (3) 目前主要疾病的治疗原则?
- (4) 还有哪些疾病可在心尖部听到舒张期杂音?
- (5) 心衰的诱因有哪些?

病例 9

患者男, 64 岁, 干部。该病人于 7 年前曾有过 1 次心前区疼痛, 持续约 5min 自行缓解, 一直未治疗, 此后未再发生上述症状。3 小时前无明显诱因突然发生胸骨后中段闷痛, 不向他处放散, 伴气短, 出汗及恶心, 持续 20min 后缓解, 2 小时前又出现上述症状, 约 30min 自行缓解, 1 小时前再次出现上述症状, 直至来院时尚未缓解, 在急诊室曾含服硝酸甘油及消心痛各 2 片, 均未能缓解。

体格检查: 体温 36.2℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 14 次/min, 血压 17.3/12.0kPa (130/90mmHg)。神志清楚, 平卧位, 口唇不发绀, 颈静脉无怒张, 双肺无啰音。心尖部 2/6 级收缩期吹风样杂音, 心律规整, 心率 80 次/min。全腹软, 无压痛, 肝脾未触及, 双下肢无水肿。

辅助检查: 心电图见图 2 (入院后即描记)、图 3 (入院 2 小时后描记)。

分析思考:

- (1) 诊断及依据?
- (2) 从此次发病至入院这段时间, 应做如何考虑? 为什么?
- (3) 病人为什么恶心?

(4) 还应做何种辅助检查？估计结果会有何改变？

(5) 治疗原则？

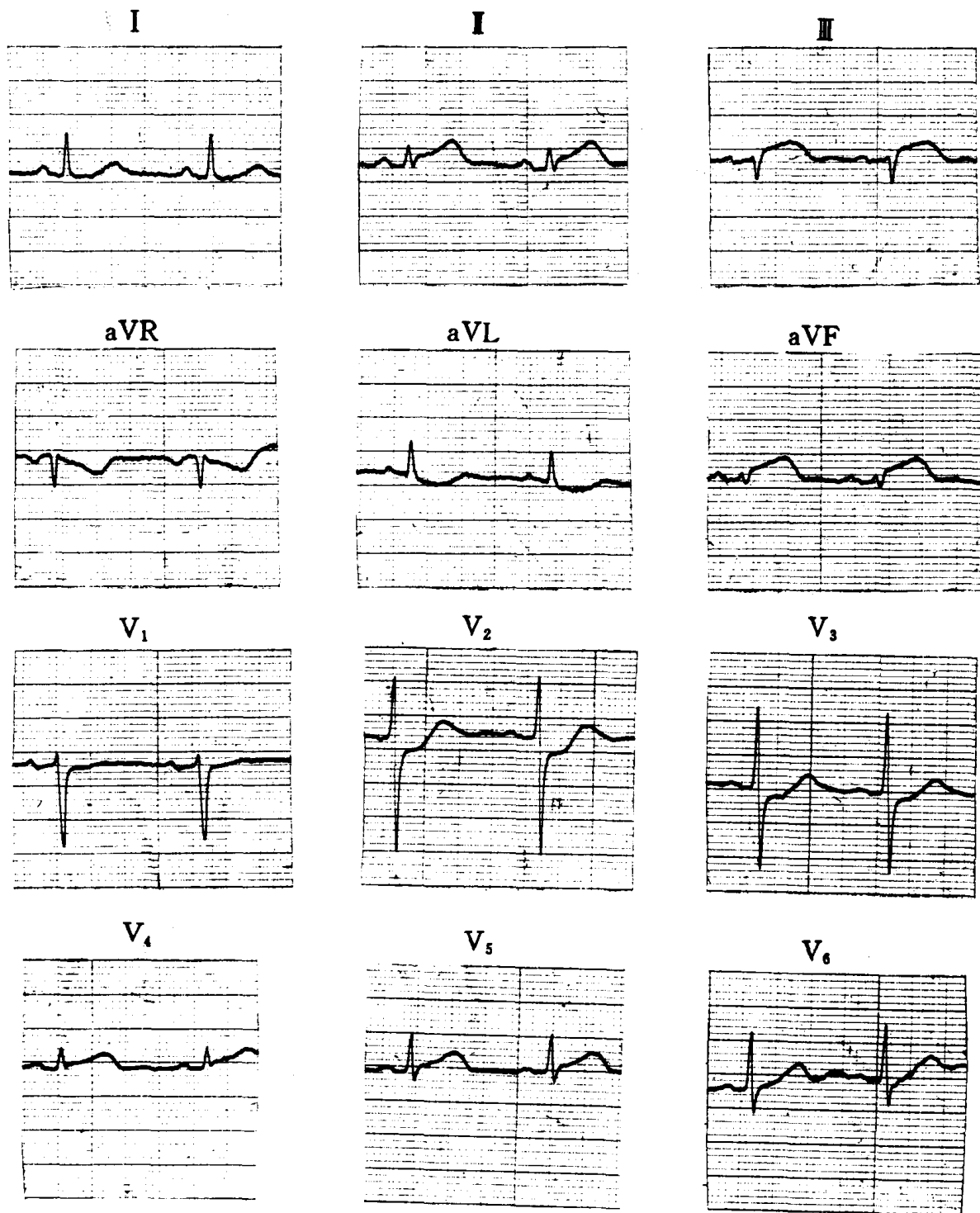


图 2

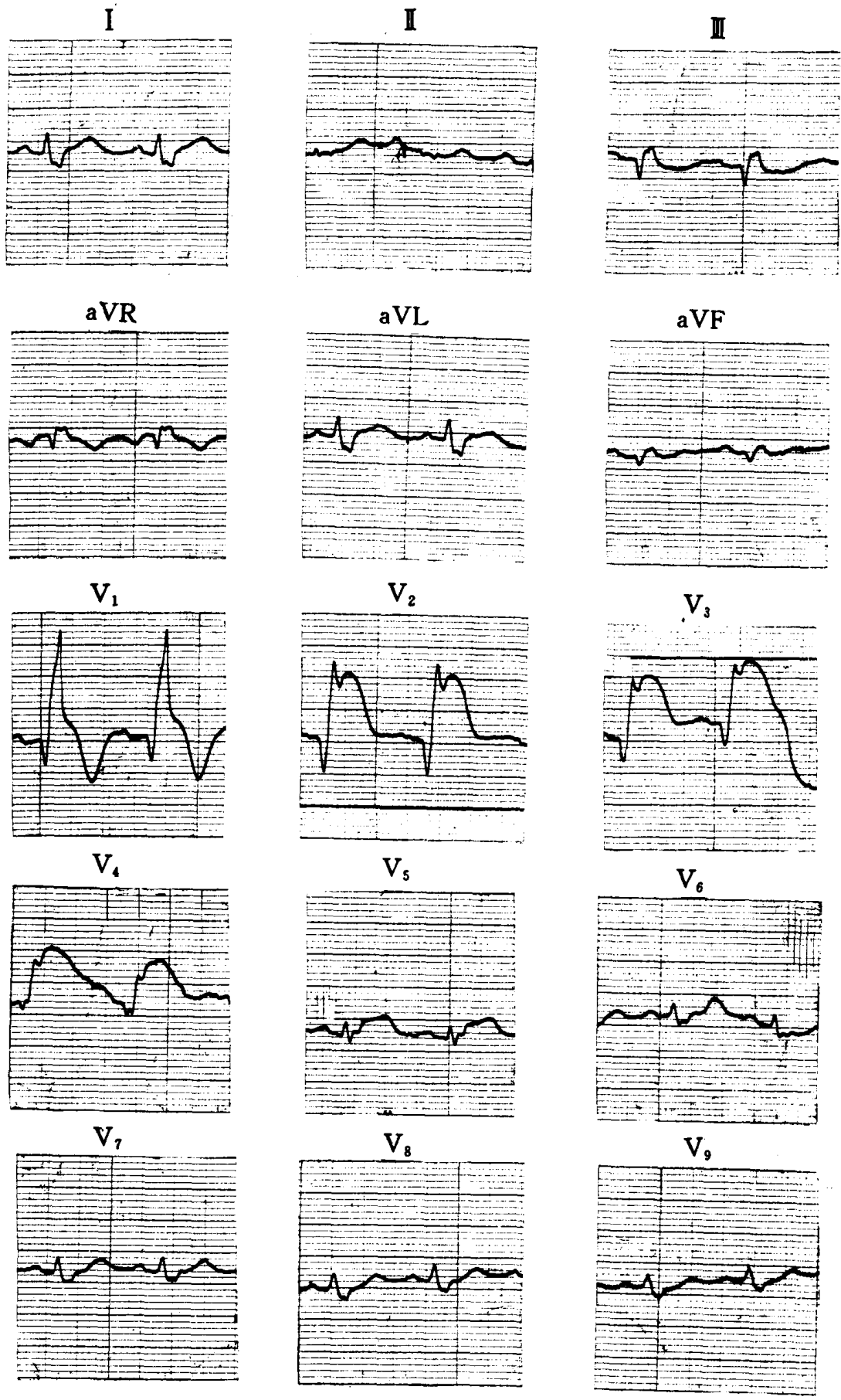


图 3

病例 10

患者男，57岁。患高血压病10余年，平时血压一直波动在23.9/14.6kPa（180/120mmHg）。近2年来每当过劳或情绪激动时，出现胸骨后闷痛，历时10min左右，休息后可自行缓解，未曾治疗过。近1周来胸痛发作频繁，每天2~3次，入院前2小时，无诱因突然胸骨后剧烈疼痛持续不缓解，伴有窒息感，恶心并呕吐2次，为胃内容物。

体格检查：体温36.8℃，脉搏20次/min，呼吸17次/min，血压19.9/13.3kPa（150/100mmHg）。痛苦表情，呻吟不止，神志恍惚，所答非所问，躁动不安。颈静脉无怒张，双肺无异常。心律不规整，心率（平均）20次/min，有时可听到“大炮音”。心尖部3/6级收缩期吹风样杂音，主动脉瓣第二心音（A₂）亢进。腹部平软，肝脾未触及，双下肢无水肿，四肢活动自如，未引出病理反射。

辅助检查：血清K⁺、Na⁺、Cl⁻均在正常范围。心电图见图4。

分析思考：

- (1) 请提出全面诊断？
- (2) 目前紧急抢救的措施？
- (3) 该病人为什么心率缓慢？
- (4) 对病人神志改变应如何考虑？
- (5) 如本病人用静脉尿激酶溶栓治疗，那么间接判断溶栓成功的指标是什么？
- (6) 溶栓治疗的禁忌证？

病例 11

患者男，54岁。4年来，时有胸骨后疼痛，与劳累相关，即干活时或走路累时均可诱发，为压榨性疼痛，休息1~2min可以缓解，一般疼痛发作时持续3~5min，病人未介意，因此未曾就诊。此次是于1天前晨起发病，表现胸骨后中上段疼痛，比以往疼痛剧烈而持续时间较长，2小时才自行缓解，当晚9时又发生疼痛，持续3小时不缓解，并恶心、呕吐1次，于凌晨1时急诊入院。

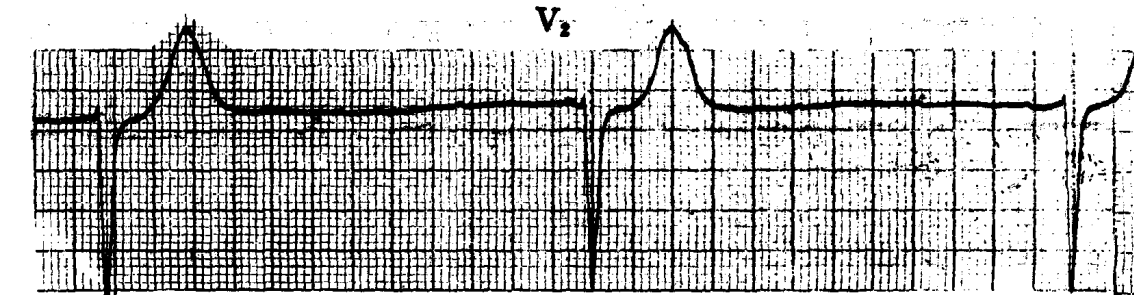
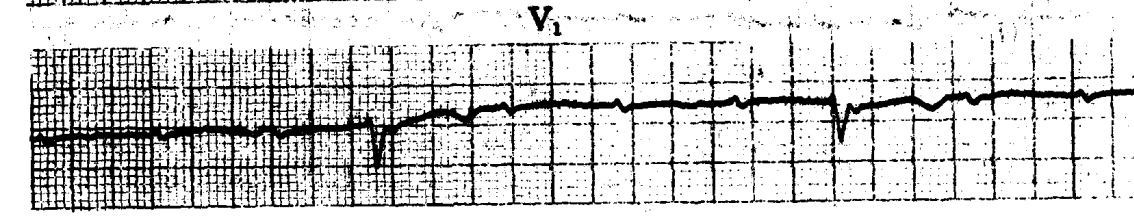
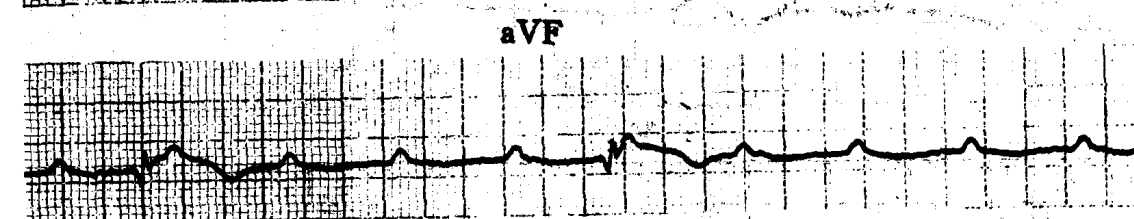
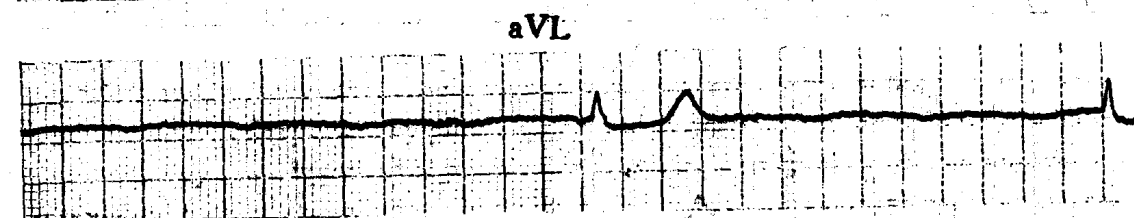
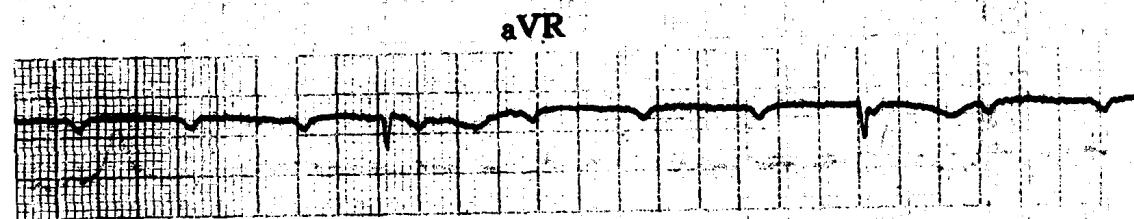
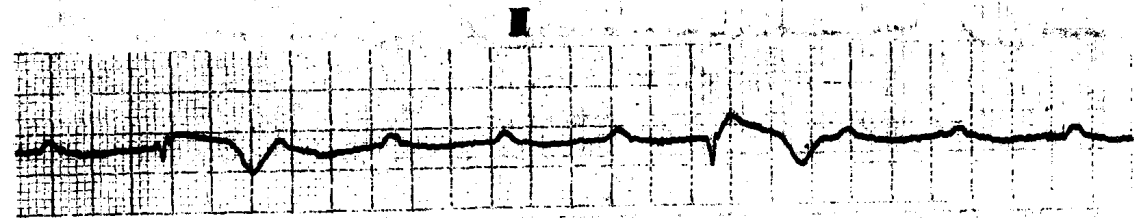
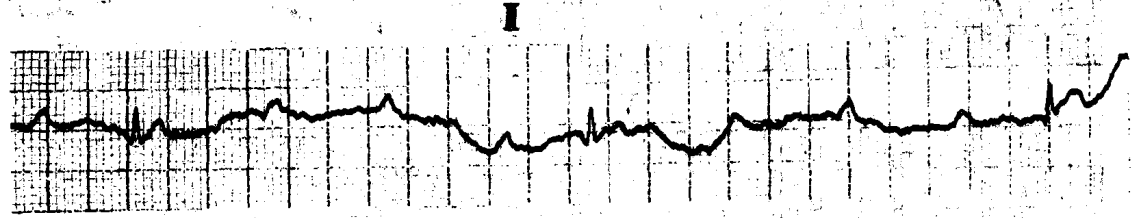
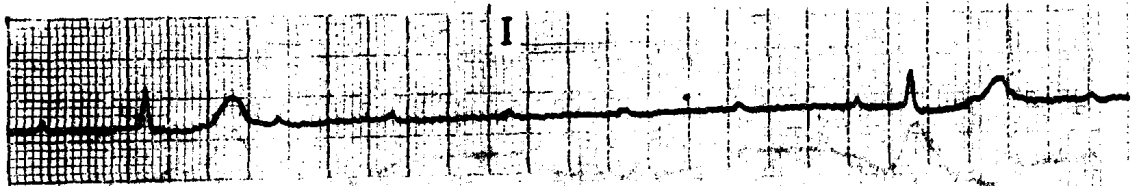
体格检查：体温36.7℃，脉搏56次/min，血压15.0/11.0kPa（112/82mmHg）。神志清楚，痛苦表情，强迫安静体位，呼吸平稳。双肺无异常，心界不大，心音低钝，心尖部2/6级收缩期吹风样杂音，心率56次/min，心律规整。全腹软，无压痛，肝脾未触及，双下肢无水肿。

辅助检查：血常规WBC $12.0 \times 10^9/L$ ，N 70%，L 30%。心电图第一份（A）入院当时（凌晨1时）描记：ST_{V3}下降0.1mV，余无异常；第二份（B）AM 2:40描记：与（A）相同；第三份（C）AM 6:40描记：T_{V3}增高，余无异常；第四份（D）AM 7:10描记：显示典型急性下壁心肌梗塞图型，即Ⅱ、Ⅲ、aVF导联出现病理性Q波及ST段抬高。

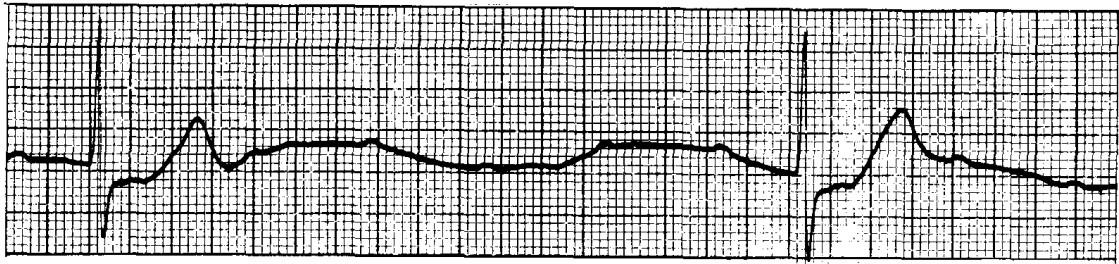
临床诊断：急性下壁心肌梗塞。

分析思考：

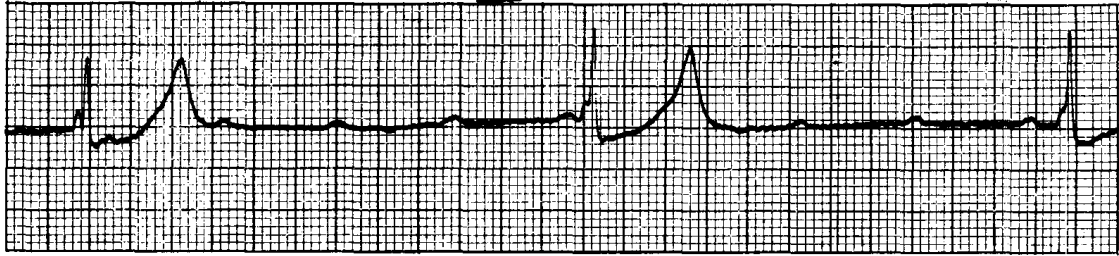
- (1) 病史中哪段时间属于梗塞先兆？有何意义？
- (2) 为进一步确定诊断，还需做何种实验室检查？有何意义？
- (3) 本病最常出现的心律失常是什么？如何治疗？
- (4) 此病例的心电图改变过程，应吸取什么教训？
- (5) 此病人如做冠状动脉造影（冠造）会发现哪支病变？



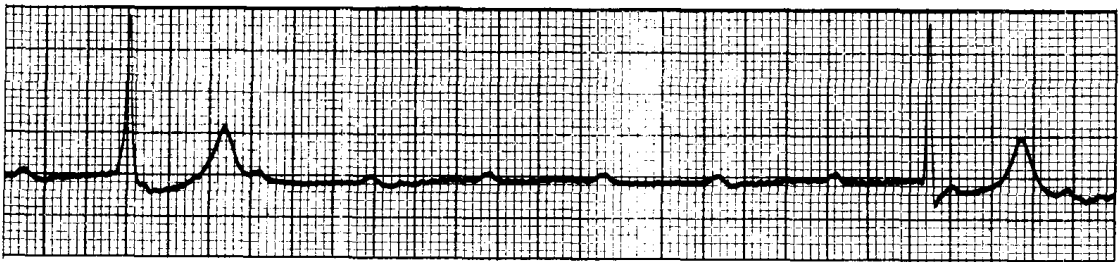
V₃



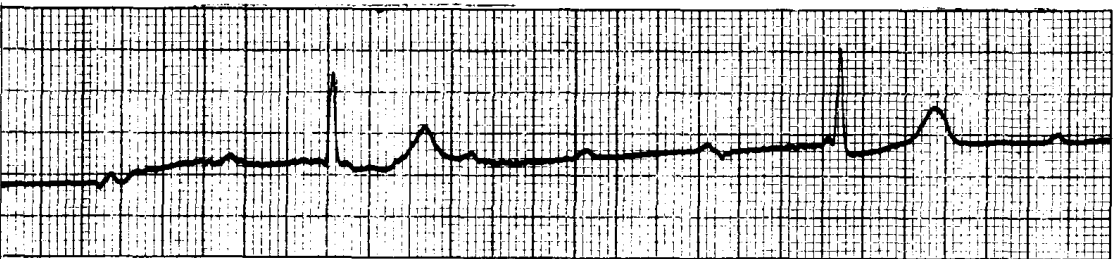
V₄



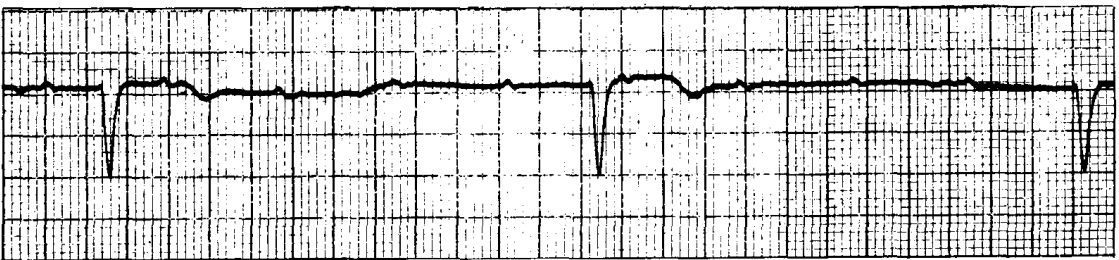
V₅



V₆



V_{3R}



V_{4R}

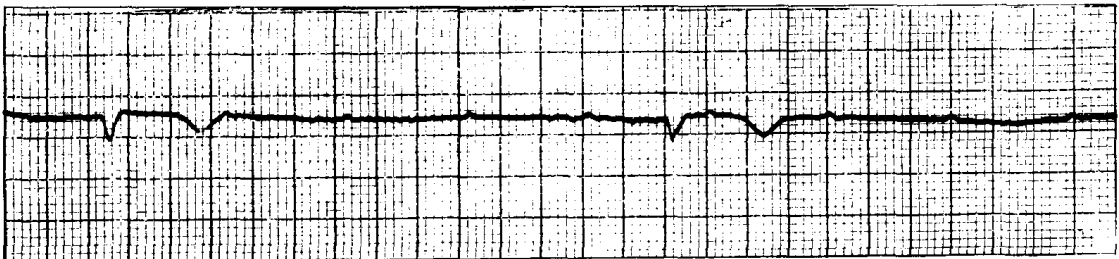


图 4

病例 12

患者男，65岁。晨起跑步途中突然出现胸骨后疼痛，伴大汗。持续1小时不缓解而急诊来院。既往健康。

体格检查：体温36℃，脉搏40次/min，呼吸16次/min，血压12.0/8.0kPa（90/60mmHg）。大汗淋漓，面色苍白，痛苦表情。口唇轻度发绀，胸廓对称，双肺呼吸音清晰。心界叩诊不大，心率40次/min，心律规整，各瓣膜区无病理性杂音。腹部平软，肝脾未触及，双下肢无水肿。

辅助检查：血常规WBC $10.0 \times 10^9/L$ ，N 67%，L 23%。心电图示窦性心律，P波与QRS波群无关系，P波频率90次/min，QRS波群频率40次/min，在Ⅱ、Ⅲ、aVF导联可见病理性Q波，ST段弓背向上抬高，T波正负双向，V_{3R}、V_{4R}、V_{5R}导联呈QS型，ST段抬高，T波倒置。

住院第2天：体温38℃，脉搏40次/min，呼吸20次/min，血压10.6/6.7kPa（80/50mmHg）。病人出现颈静脉怒张，肝脏于右锁骨中线肋缘下2.0cm，触痛明显，双下肢水肿。

分析思考：

- (1) 该病人的诊断及依据？
- (2) 本病的治疗原则？
- (3) 本病常见的并发症有哪些？临床上如何进行观察？如何治疗？

病例 13

患者男，55岁。晨6时，病人无诱因自感胸部闷痛，持续2小时不缓解而来院求治。追问病史，近3年来每当劳累时则出现胸骨后中上段部位疼痛，为压榨性，休息片刻即可缓解，每次持续5~6min，今晨再次出现胸部闷痛，较剧烈伴大汗，含硝酸甘油2片未能缓解。既往史：否认高血压、糖尿病病史。

体格检查：体温36.5℃，脉搏80次/min，血压15.9/9.3kPa（120/70mmHg）。神志清楚，痛苦表情，自动体位，呼吸平稳，无发绀。未见颈静脉怒张，双肺无异常。心界叩诊不大，第一心音低钝，无杂音，可听到早搏5次/min，心率86次/min。肝脾未触及，双下肢无水肿。

辅助检查：血清酶 ①谷草转氨酶（GOT）22U/L（正常7~25U/L）；②乳酸脱氢酶（LDH）95U/L（正常110~450U/L）；③肌酸磷酸激酶（CPK）34U/L（正常15~130U/L）；肌酸磷酸激酶同功酶（CK—MB）5U/L（正常16U/L）。心电图示窦性心律，V₃~V₅呈Qr型，S-T段抬高，呈单向曲线。频发室性早搏。

分析思考：

- (1) 该病人应诊断为何病？依据如何？
- (2) 该病例常见何种类型的心律失常？易发生于何时？
- (3) 如果发生了心律失常应如何进行治疗？
- (4) 为避免心律失常的发生，可否应用药物进行预防？为什么？

病例 14

患者男，62岁。2年前，病人骑自行车上坡途中，自觉胸骨后剧烈闷痛，烧灼样感觉，伴大汗、气短及下颌部及左肩部麻木感。被迫下车休息约10min后，上述症状缓解。以后每于骑自行车、走路急或上楼梯时即感上述症状复现，经休息均能缓解，未服用任何药物。入