

临床 起死 回生

主编 陈兆民 陈灏珠



例

上海科学技术出版社

R4
CEM

临床起死回生 100 例

主 编

陈兆民 陈灏珠

编 委

侯尚权 凌人志

柯若义 刘忠铭

王玉民 闫西艳

吴鄂生 李秀钧



A0289550

上海科学技术出版社

责任编辑 杨成功

临床起死回生 100 例

主编 陈兆民 陈灏珠

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 常熟市第六印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 11.25 字数 243,000

1998 年 6 月第 1 版 1998 年 6 月第 1 次印刷

印数 1—5,000

ISBN 7-5323-4367-7/R · 1155

定价: 15.00 元

本书如有缺页、错装和坏损等严重质量问题,
请向承印厂联系调换

内 容 简 介

本书收集曾因诊断、治疗失误,而延误病情、增加痛苦,甚至致危,但最后终于纠正诊断、调整治疗、转危为安的 100 个病例。内容包括内科、外科、妇产科领域的各个系统。病例主要是由全国十几所医学院校的附属、教学医院的有关专家、教授提供的。深入浅出,兼顾理论和实际,是一本临床医生值得一读的书籍。

前 言

目前出版关于成功经验的临床书籍不少;但关于失败教训的书不多;而关于兼顾失败和成功两个方面内容的专著更少,本书就是应此而生的。

俗话说:“教训的学费最贵”;其实“经验的学费也不便宜”;而那些揭示出来的从一再失误到恍然大悟的转折点更是无价的。“吃一堑长一智”。一个医生的一生,精力和时间都是非常有限的,不论是经验或是教训总不能事事都靠自己的直接体验。为了事半功倍的提高业务能力,去借鉴别人的既有经验和教训就显得特别重要。本书就是旨在与读者共享 100 个病例的失败和成功两个方面的经历。

本书病例的来源主要是国内几十所医学院校的有关专家及医生们的亲身经验,并由他们亲自执笔撰写的,深入浅出,理论联系实际,确是具有较好的参考价值。

本书编写过程中一直受中华医学会鞍山分会副理事长张久勤先生的多方关怀和支持;马玲、周素华、王凯丽等同志积极参加稿件的多次誊清,在此一并深表谢意。

限于水平,不当之处在所难免,尚望指正。

编 者

1997. 6. 10.

目 录

1. 甲亢房颤误为风心连续电击失败,治愈甲亢后房颤消失.....	1
2. 抗心律失常药物引起的严重心律失常——窦性停搏导致 Adams-Stokes 综合征抢救成功 1 例	4
3. 一例酷似“风心、左房室瓣狭窄”的缩窄性心包炎勘误后治愈的经验.....	7
4. 心腔粘液瘤长期误诊的体会	11
5. 这种病理性 Q 波像是心肌梗死,但又不是心肌梗死	14
6. 甲状腺片治疗甲状腺功能减低症诱发急性心肌梗死的教训	18
7. 顽固的室性心律失常患者垂危,经细心探索,破例用药,患者转安.....	22
8. 昏迷 35d 的急进性高血压抢救成功的体会	29
9. 主动脉窦动脉瘤破裂一度误为风心病,后终于确诊而治愈	32
10. 再次心肌梗死合并室颤 12 次,抢救成功的经验	35
11. 风心病合并亚急性感染性心内膜炎漏诊风湿活动的教训	39
12. 一个误为癫痫和嗜铬细胞瘤的肾血管性高血压终于	

确诊治愈的病例	43
13. 普萘洛尔伍用维拉帕米致“电-机分离”,经及时确诊 抢救起死回生	47
14. 慢性心衰因肝大、浮肿、腹水而过度禁水的教训	51
15. 心包间皮瘤多次误诊为缩窄性心包炎的教训	54
16. Marfan 综合征伴升、降、胸、腹主动脉全程夹层动脉 瘤从误诊到确诊的体会	59
17. 从软组织挫伤引起严重肺动脉高压症的一死一生中 提高了认识	63
18. 心肌梗死误为胆石症的教训	66
19. 心包积液穿刺误致心包血肿,两维超声床旁确诊救 治转安	69
20. 先后误诊为肝硬变和缩窄性心包炎的肝静脉回流 障碍(Budd-Chiari 综合征)治愈经验	71
21. 甲亢性心脏病长期漏诊的教训	74
22. 老年人急性全心衰被延误诊疗 1 例	78
23. 尖端扭转型室速从误诊到治愈的体会	81
24. 肺动脉瓣狭窄被长期误诊为风湿性心脏病	85
25. 是“装甲心”,不是肝硬化	89
26. 低血容量时误用超大量硝普钠一度致危的教训	93
27. 一例倒在医生怀里的奎尼丁中毒性晕厥	96
28. 心和肺双重疾患并发大咯血,病因困惑,终于确诊 而根治	100
29. 肺大疱误为气胸穿刺排气变成真气胸	103
30. 哮喘持续状态治疗欠妥致危,改正后救治成功	107

31. 胸部顿挫伤后“气管内增生物”引起窒息·····	110
32. 气管内鳞癌长期误为支气管哮喘·····	113
33. 首发表现为脑血管意外的肺癌病例·····	115
34. 哮喘持续状态吸氧不当的挫折·····	118
35. 肺结核长期被误为肺炎和肺脓肿·····	122
36. 一药源性肺炎反复误诊至勘误治愈·····	125
37. 巨大卵巢腺瘤被误诊 5 年·····	128
38. 肾脏像“哑巴”，应予充分注意 ·····	132
39. 肾盂肾炎？败血症？原为膀胱异物·····	136
40. 狼疮性肾炎延误诊治造成尿毒症·····	139
41. 对一例慢性肾炎尿毒症救治欠妥至矫治成功的 体会·····	142
42. 原发性肾小管酸中毒长期误诊为风湿性关节炎·····	146
43. 成人迟发型远端肾小管酸中毒误诊的教训·····	150
44. 莫把妊娠剧吐性黄疸误为急性病毒性肝炎·····	154
45. 外伤性延迟性脾破裂出血一度误诊为溃疡病并发上 消化道出血·····	157
46. 暴发型非特异性溃疡性结肠炎并发中毒性巨结肠经 多次误诊后终获确诊而救治成功·····	160
47. 将胃镜检查致食管穿孔伴上纵隔脓肿误认为一般 肺部感染·····	164
48. 治疗年余的“缺铁性贫血”原是结肠癌·····	167
49. 对一例误诊为糖尿病的胰管结石和胰腺癌的 体会·····	171
50. 空肠血管瘤破裂致大出血诊断曲折经抢救成功·····	175

51. 胆心综合征误为冠心病心绞痛·····	178
52. 对少见的肠源性脂肪代谢障碍(Whipple 病)应予 警惕·····	181
53. 误诊 Ménière 病 20 年,久治不愈,后确诊“正常颅压 脑积水”经手术治愈 ·····	185
54. 隐球菌性脑膜炎被长期误为结核性脑膜炎·····	187
55. 原发性低颅压症一再被误诊为神经官能症·····	190
56. 莫把马尾病变误为坐骨神经痛·····	194
57. 自发性蛛网膜下腔出血伴晕厥,先后误为心源性 休克和流脑·····	197
58. 高血压并发蛛网膜下腔出血误诊为慢性肺心病并发 肺性脑病·····	200
59. 结核性脑膜炎合并化脓性脑膜炎诊治上多次反复的 教训·····	203
60. 多发性硬化症长期延误诊断致昏迷经抢救成功·····	206
61. 一例老年“Gilles de la Tourette 综合征”从长期误诊 到治疗好转的体会·····	209
62. 癔病一再误诊住院年余,经心理治疗速愈 ·····	213
63. Sheehan 综合征危象被误认为急性心肌梗死 ·····	215
64. Sheehan 综合征危象误诊后勘误转安 ·····	220
65. 甲亢术后致甲状旁腺功能减退症并发危象竟误为 癔病·····	223
66. 连续误诊 9 年方得确诊的一例特发性甲状旁腺功能 减退症的体会·····	227
67. 原发性“甲减”性昏睡在诊治挫折后终于治愈·····	230

68. 甲状腺功能亢进症误诊为周期性麻痹达 3 年多·····	235
69. 对一例伴有慢性肌病、周期性麻痹、声带麻痹及嗜铬 细胞瘤样发作的“甲亢”病例诊治曲折的体会·····	238
70. 甲状旁腺功能亢进症术后治疗欠妥导致多种电解质 紊乱且病情垂危·····	242
71. 一例原发性甲状旁腺功能亢进症从诊断一再失误到 矫正诊治的经验·····	246
72. 糖尿病酮症酸中毒误诊误治致垂危, 正确诊治转危 为安·····	250
73. 一例肢端肥大症术后诱发糖尿病酮症昏迷, 误诊为 术后尿崩症的教训·····	254
74. 胰岛素瘤曾误诊为多种疾病 1 例·····	257
75. 反复昏迷抽搐 21 个月误为瘧病和脑炎, 确诊胰岛 细胞瘤术后治愈·····	259
76. 一例严重嗜铬细胞瘤的误诊和治愈经验·····	261
77. 原发性痛风误诊为风湿性关节炎·····	267
78. Rh 血型不合, 引起严重输血反应被误诊为单纯的 DIC ·····	270
79. 对一个长期误诊为风湿、贫血、胸膜炎和骨结核的 多发性骨髓瘤病例矫正诊治的体会·····	275
80. 真性红细胞增多症并发痛风延误诊治的教训·····	279
81. 不识以腹痛为主要表现的系统性红斑狼疮·····	283
82. 一例成人“Hand-Schüller-Christian 病”误为结核病、 变应性亚败血症和尿崩症·····	286
83. 一例 Still 病正确诊疗的体会 ·····	289

84. Sjögren 综合征一度误诊为间质性肺炎	293
85. 误为脑血管意外而愈治愈重,确诊“流脑”后迅速 治愈	297
86. 肺吸虫病误诊为脓毒血症达半年之久	299
87. 肺吸虫病所致的胸膜腔积液误认为结核性胸 膜炎	302
88. 伤寒并发蛛网膜下腔出血误诊为散发性脑炎	305
89. 一例耐药性伤寒并发 DIC 的救治经验	308
90. 重度暴发型副伤寒丙因延误诊断而致危	310
91. 急性血行播散型结核一再贻误为其他多种 疾病	313
92. 用皮质激素治疗“风湿痛”3 年,待发现流注脓肿 方知失误	317
93. 一例热带念珠菌性肠道感染长期误诊为结核性 腹膜炎	320
94. 成功治愈一例长期误为结核病的组织胞浆病	323
95. “原因不明”的发热及淋巴结肿大应疑及弓形 体病	327
96. 有机磷中毒一再延误诊治致 6 次心肺骤停	330
97. 甲亢患者反复发生心脏停搏的救治体会	334
98. 冠心病由长期误诊引起循环骤停予复苏成功的 经验	337
99. 在阑尾炎术后严重并发症中只抓住了心肌梗死, 漏掉了肺不张和肺梗死的教训	340
100. 宫外孕对内科医生的困惑	343

1. 甲亢房颤误为风心连续电击失败， 治愈甲亢后房颤消失

本文提要

本文介绍一个甲状腺功能亢进症(简称甲亢)并发房颤的病例。先后被两个医院误诊为“风湿性心脏病伴心房纤维颤动”。并先后接受连续3次的没有显示任何效果的电击转律治疗。失败之后,在重新仔细查体时发现了甲亢线索。甲亢治愈的同时,房颤也不治自消。讨论中除概述了甲亢导致心脏疾病的机制外,作者还着重提请注意:在电击治疗房颤时一定要想到是不是已经排除了甲亢并发房颤的问题。

病例介绍

患者男性、40岁,因心悸、气短2年余,加重半年而于1975年住院。2年多来患者常感心悸、气短,劳累后症状明显,近半年又有加重,并咯血2次,为暗红色血块,时有双小腿浮肿。本次住院前3个月曾去某医院就诊。查心电图为:“心房颤动”,诊为“风湿性心脏病伴有心房纤颤”。服过地高辛、普萘洛尔、泼尼松、普罗卡因酰胺和溴化钾等药物,病情不见好转。遂来我院,经门诊收入心内科病房住院治疗。

查体:T 37.2℃,Bp 17.3/9.3kPa,HR 158次/min,心律不齐,心尖可闻Ⅱ级收缩期吹风样杂音,肺征无殊。心电图示

心房颤动。胸部 X 射线透视:双肺淤血,心影呈左房室瓣(二尖瓣)-主动脉瓣型,主动脉增宽,右心房、右心室增大;服钡后左房有轻度压迹。入院诊断:风湿性心脏病;左房室瓣关闭不全,心脏扩大,心房颤动,心衰。

入院后给予洋地黄毒苷(0.2mg/d)和呋塞米、异丙嗪等药物治疗。查血沉,抗链球菌溶血素“O”,C 反应蛋白,肝、肾功能等均属正常范围。治疗 1 星期后患者症状无好转,房颤仍持续。入院后第 12 日按照同步除颤常规,在地西洋(安定)注射液静脉麻醉下行直流电击。首次予 100J 未转复。5min 后又予 150J 电击又未能转复。距第 2 次电击 7min 后再予 300J 第 3 次电击仍未转复。连续电击 3 次,焦耳增至 300 均未能转为窦性心律。3 次治疗失败后遂放弃转律治疗,继续观察病情,对症治疗。

距电击转律 1 星期之后,发现患者双侧甲状腺轻度肿大,左侧甲状腺部位有轻度血管杂音。再经详细追问病史,得知患者近来感觉性情易于急躁。测基础代谢率明显增高,符合甲亢表现。此后除继续原有对症治疗外,同时进行抗甲状腺功能亢进治疗:予他巴唑口服,每日 30~40mg。1.5 个月后基础代谢率恢复了正常;心房颤动亦随着甲亢的控制而自行转为窦性心律。又 2 个月后复查 X 射线胸片:心影较前明显缩小。HR82 次/min,心律整齐。出院时诊断为:甲状腺功能亢进性心脏病伴心房纤维颤动。

讨 论

本例患者有心悸、气短、咯血、浮肿,以及“风湿性心脏病病史”。听诊时心尖区有Ⅰ级收缩期吹风样杂音;心电图示心房颤动;X 射线发现心脏扩大,很容易使人误诊为风湿性心脏

病伴左房室瓣损害。但事后仔细分析杂音性质以收缩期为主,无明显舒张期杂音。虽然单纯左房室瓣关闭不全时可无舒张期杂音,但是杂音的性质与心脏扩大情况亦有可疑之处。本例患者心脏 X 射线表现以右心房、右心室增大为主,这与左房室瓣关闭不全时一般以左心室、左心房扩大为主的情况不符。另一方面,本例病史上,患者也没有典型甲亢之乏力、多汗、怕热、食欲亢进、手颤等症状,因而对其房颤病因首先考虑到风心病所引起是可以理解的。然而本例住院前后曾 2 次使用洋地黄制剂治疗无效,入院后连续 3 次电击,房颤又均连续失败,这就又不能不提示我们需要思考诊断是否正确的问题。后通过密切观察病情,终于找到了甲亢根据。当按甲亢治疗之后,不但甲亢得以顺利控制,而且房颤也不治自消,转为窦性心律。

甲亢时导致的心血管改变,有人认为系甲状腺分泌过多或可能与自身免疫功能障碍所产生甲状腺兴奋性抗体有关。甲状腺激素对心脏有类似儿茶酚胺的作用,并可激活腺苷环化酶使环磷腺苷增多,因而心肌收缩力增加,心率加快,排血量增多,使患者出现心悸、气短等不适。甲亢性心脏病可以发生左房室瓣关闭不全和心房颤动。当本例患者口服他巴唑后,甲亢得到控制、心率下降、症状减轻、心脏逐渐缩小、心房颤动自行消失,治疗上取得了满意的效果。从这一角度来看,支持甲亢性心脏病的诊断。所以作者体会到:电击转复房颤前应想到是否已经除外了不典型甲亢作为病因的问题。

王玉山 任焄平* (中国医学院阜外医院内科)

* 进修医师(鞍山市中心医院)

2. 抗心律失常药物引起的严重心律失常——窦性停搏导致 Adams-Stokes 综合征抢救成功 1 例

本文提要

这是一例冠心病心肌梗死后发生了心律失常和心力衰竭的老年患者。在常规应用普通剂量的矫治心律失常药——钙通道阻剂和洋地黄等期间发生了严重的窦性停搏和(Adams-Stokes)综合征。幸而及时发现,有效抢救,才得脱险转安。本文提示:在同时伍用多种抗心律失常药时,宜适当减少相应药物的剂量。尤其对心肌已有损害者和老年患者更应注意。

病例介绍

患者男性、66 岁,因胸痛、气短、端坐呼吸、咳泡沫样痰,并有贫血,于 1987 年 8 月 11 日入院。患者于 2 个月前,曾因心肌梗死(前间壁、下壁和右室)发生阵发性房颤及急性右心衰竭。

查体: T 36.9℃, P 82 次/min, R 20 次/min, Bp 11.3/6.7kPa。一般状态差,半卧位,端坐呼吸,明显贫血貌。皮肤及巩膜无黄染,浅表淋巴结不肿大,颈静脉充盈。气管居中,甲状腺不肿大。胸部对称,呈桶形,叩诊过度反响,右第四肋间以下

叩诊浊音,双腋下及双肺底有多数水泡音。心界叩诊不大,心律整齐,心尖部可闻及第三心音及轻度收缩期杂音。腹软,无压、叩痛,肝在肋下刚触及、质软、无压痛。脾未触及。双下肢无水肿。双足背动脉搏动良好。生理反射存在,病理反射未引出。

实验室检查:Hb 88g/L, WBC 2.9×10^9 /L, N70%, PC 174×10^9 /L, ALT 及 AST 均在正常范围内。血浆蛋白:血清清蛋白 40g/L、球蛋白 26g/L, BUN 6.98mmol/L, Cr 106 μ mol/L, 血 K^+ 3.6mmol/L, 血 Na^+ 138mmol/L; 血 Cl^- 99mmol/L, 胆固醇 4.5mmol/L, 三酰甘油(甘油三酯) 0.94mmol/L。X 射线胸片示:轻度肺气肿,右叶间包裹性积液,主动脉弓有钙化,右心缘延长。超声心动图示:前壁、下壁、右室壁活动明显减弱。拟诊为急性心肌梗死(前间壁,下壁,右室)的恢复期;梗死后心绞痛并发急性心衰;贫血原因待查。入院后给硝酸异山梨酯 5mg 4 次/d,双嘧达莫 25mg 3 次/d,地尔硫草 30mg 3 次/d,地高辛 0.25mg 1 次/d,利尿合剂 2 号 1 片 3 次/d。8 月 12 日(入院次日)因出现室性早搏加用美西律 150mg 3 次/d。8 月 13 日硝酸异山梨酯改为 10mg 4 次/d,呋塞米 40mg 静推。8 月 14 日静推呋塞米 40mg;并输 O 型全血 200ml。经上述治疗后病情平稳、胸痛及心律失常消失,但到 8 月 15 日 2 时 30 分心电监护突然发现窦性停搏与快速房颤交替出现。窦性停搏 30 余次,最长达 9.6s,伴神志恍惚,肢体轻度抽动,情况危在旦夕。此时房颤室率最快达 120 次/min。当时发现窦性停搏后,即在静脉滴管小壶内加入异丙肾上腺素 1mg;又将另外 1mg 异丙肾上腺素加入 300ml 液体中继续静脉滴注;并同时立即停用美西律、地尔硫草和地高辛等所有有关药物。经上述处理后,病情缓解。5 点 30 分转为窦性心律,

心率 68 次/min。关于贫血,10 月 17 日骨髓穿刺检查,各系统血细胞增生减低,诊断为骨髓异常增生症。停药后又继续住院观察 2 个月,未再出现窦性停搏及房颤。

讨 论

本例用药,就病情适应证来说用硝酸异山梨酯、地尔硫草治疗心肌梗死后的心绞痛;用地高辛、利尿剂治疗心力衰竭;以及用美西律治疗室性早搏,本属于对病对症的常规用药。适应证正确,各药用量也不过量。且就洋地黄来说,8 月 11 日及 8 月 15 日 2 次测定血液浓度分别为 1.90ng/ml 及 1.86ng/ml,也均在治疗范围内。那么为什么本例发生了窦性停搏及 Adams-Stokes 综合征呢?考虑原因可能为:①地高辛与地尔硫草伍用可以增加对窦房结和房室传导的抑制作用。据 Bussey 等发现,各种钙离子拮抗剂与地高辛合用时均能使地高辛浓度增加;地尔硫草与地高辛合用时可使地高辛血液浓度增加 20%,而美西律对心脏传导功能正常者并不影响窦房结功能或 QRS 时限、QT 间期;对窦房结功能异常和房室传导阻滞者,它可能抑制窦房结功能和窦-房传导和 His-Purkinje 系统的传导功能。②现在这 3 个常规剂量的抑制心脏的药物同时应用,引起了窦性停搏。心肌缺血、缺氧和血钾偏低,又提高了心肌对药物的应激敏感性,助长了窦性停搏的发生。本例患者已有冠心病,近期内又发生过心肌梗死,窦房结功能和窦-房传导功能可能都有不同程度的损害,因而对药物的抑制作用更加敏感。利尿剂虽不改变地高辛排泄的动力学,但可导致体内失钾,使血钾浓度降低。而血钾降低是与洋地黄敏感性有关,这又可增加洋地黄的毒性。③老年人的潜在肾功能减退,可使地高辛浓度增加,而且老年人对洋地黄似乎有更高的