

张 禹 编

临床
病案讨论
精选

人 民 军 医 出 版 社

圖書 (CIP) 目錄查詢系統

編出圖書另入，京北，麻禹 張、張書合、張書來、張

临床病案讨论精选

张禹 编



馆藏专用章

北京中医药大学图书馆

北京市丰台区... 100071

1994年10月10日 (1994年10月10日) 100071 100071 100071

100071 100071 100071 100071 100071 100071 100071 100071

100071 100071 100071 100071 100071 100071 100071 100071

100071 100071 100071 100071 100071 100071 100071 100071

人民军医出版社

1994年·北京

页码：... 100071

（...）



图书在版编目 (CIP) 数据

临床病案讨论精选/张 禹编.-北京:人民军医出版社, 1994.10

ISBN 7-80020-474-X

I. 临… II. 张… III. ①临床医学-病案-汇编②病案-临床医学-汇编 IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字 (94) 第01152号

责任编辑 杨磊石

人民军医出版社出版

(北京复兴路22号甲3号)

(邮政编码: 100842 电话: 8222916)

北京孙中印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

开本: 787×1093mm 1/32·印张: 18.5·字数: 409千字

1994年10月第1版 1994年10月(北京)第1次印刷

ISBN 7-80020-474-X 印数: 1~6000定价: 24.00元

ISBN 7-80020-474-X/R·415

〔科技新书目: 326—182⑨〕

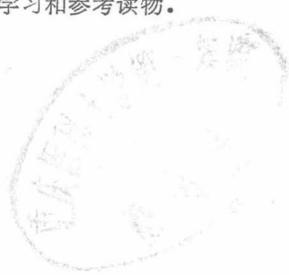
(购买本社图书, 凡有缺、损、倒、脱页者, 本社负责调换)



9 787800 204746

内 容 提 要

本书是从1984~1993年在“人民军医”和“解放军医学杂志”上发表的病案讨论中精选了部分病案，由临床经验丰富的张禹主任医师进行重新整理编审而成。病案涉及内、外、妇、儿、传染和肿瘤等科，多为病情曲折容易误诊的常见病，也有少见的疑难病；有专家、教授独到见解的发言，也有基层医师亲身体会的讨论意见；有诊断治疗成功的经验，也有误诊误治的教训。内容丰富充实，讨论分析细致入理，对培养分析和解决问题的能力，提高诊治水平很有裨益，是临床医师、医学院校师生良好的学习和参考读物。



如何搞好临床病理

(例)讨论(代序)

众所公认，临床病理(例)讨论(以下简称讨论)是提高临床医师诊断水平、汲取成功经验和接受失败教训的好方法，对丰富临床实践能起重要作用。根据我的体会，讨论收效大小与对其组织的好坏有直接关系。有鉴于此，兹就如何搞好讨论谈谈我的一些粗浅看法，供同道参考。

一、讨论前的准备

1. 选好病例。要讨论的病例，必须具备以下两条：①病情较复杂曲折的常见病，或是较疑难的少见病。如果病情简单，让人一看病历摘要就知道是什么病，那就失去了要讨论的意义。②一定要有明确诊断。如果是临床病理讨论，要有病理诊断；若是临床病例讨论，则要有活体组织检查资料或其他临床确诊依据。如果选择的病例诊断不清楚，讨论结果便不能明辨是非，就得不出正确结论，也不会总结出经验教训。

2. 写好病历摘要。要求既要简明扼要，又要能说明问题。内容要系统充实，文字要简洁明快，使人看后能对患者的病情有一个清晰完整的印象。患者的病情可能很复杂曲折，病历中记载的内容很多，那些该摘那些不该摘，要经反

复推敲后再决定取舍。应注意：①一般不明确写出病理诊断或临床确诊。②为了文字简洁，一些阴性或正常检查结果可不必一一写出，而只写某某等项检查均为阴性或正常即可。为了引导思维，对诊断有决定意义的检查结果也不要明确写出，可写成已取活体组织送病理检查或曾作某项检查等类似字样。③物理检查的重要阴性发现应该写出，以备在临床讨论时供鉴别诊断参考。④如同时存在多种疾病，不要只写其中的一种主要疾病，每种疾病的临床表现均应描述。

二、讨论时应掌握的要领

1. 一般采用鉴别诊断法。参加讨论的临床医师，对病历摘要要反复阅读和认真思考，经过权衡和挑选，先把临床表现中的主要内容提出来，即所谓本例的临床特点。然后根据这些特点，提出一组可能的疾病，作为进行鉴别的对象。在提出待鉴别的疾病时，应尽量包括凡有可能性的疾病，以免遗漏造成漏诊或误诊；但也不要漫无边际，罗列一些关系不大或毫不相干的疾病。对提出的这组待鉴别疾病，可相互比较，根据疾病表现出来的共同规律（共性）和特殊规律（个性）进行鉴别，逐一排除可能性较小的疾病，使鉴别诊断范围缩小，直到留下一个或几个可能性较大的疾病。对经过筛选和剔除剩下来的疾病，当确定其中一个为可能性最大者时，通常应首先考虑常见病和多发病。只有在用上述疾病不能圆满解释患者的临床表现时，才考虑少见病或罕见病。

2. 注意发现疾病的特殊病征。所谓特殊病征是指仅见于该病不见于其他疾病的临床表现，例如，柏油样便通常是上消化道出血的特殊病征，痛风石是痛风的特殊病征，心包摩擦音和胸膜摩擦音则分别是心包炎和胸膜炎的特殊病征，等

等。特殊病征的发现对疾病的诊断价值很大，有时对确诊能起决定作用。但特殊病征必须和临床密切结合，如该特殊病征所提示的疾病，不能解释患者全部主要症状时，尚需考虑同时患两种或多种疾病。

3. 不要忽视某些重要的阴性所见。阴性所见对否定某些疾病、缩小鉴别诊断范围有帮助，如深浅淋巴结不肿大，不支持恶性淋巴瘤的诊断；血和骨髓象正常，可排除血液病；心音正常无杂音可排除心瓣膜病；甲状腺吸碘试验、基础代谢和 T_3 、 T_4 正常，可排除甲状腺机能亢进，等等。

⑧ 4. 疾病的临床表现要用“一元化”解释。患者的病情不管多么复杂，如果能用一个疾病解释，就不要用两个或多个疾病解释，这样做可以减少误诊，是诊断疾病时应遵循的基本原则。

5. 发扬争鸣精神。要尽量表述不同的见解，因为真理越辩越明，诊断也是越辩越清。百家争鸣的精神应在讨论时充分体现。

三、讨论后的文稿整理

把讨论的结果整理成文，发表出来，能使更多的临床医师得到启示、借鉴和提高，其意义远比单纯一次讨论本身大得多。一篇好的讨论文章，就是一篇一般教科书上找不到的活教材，值得认真总结和整理。这种文章的内容主要包括：标题、病历摘要、临床讨论和尸检所见（或其他临床确诊根据）与讨论。整理时的要求是：

1. 标题。把病人最主要最有代表性的症状和体征列出，即是标题。标题一般不超过20个字，举例：“右上腹肿块、高热、消瘦、衰竭”。

2. 病历摘要。写法在前面已作说明，此处不再赘述。

3. 临床讨论。这是文章的重点，要写的观点鲜明，矛盾突出。内容要有讨论、有争议、有商榷。因为临床讨论时并不知道最后诊断，所以要充分摆事实讲道理，各抒己见。行文必须表达出讨论是在不知确诊的情况下进行的这个特点。中心应是围绕着明确诊断，当然与临床有关的其他问题的讨论也可以写，但应放到第二位。这部分内容的写法通常有两种形式：第一种为挑选几个在讨论时有代表性、创见性和内容充实的发言，以个人发言的形式写。写时要注意：①每位发言要有自己的重点和特点；②不同发言者雷同的观点和意见尽量少重复，而应着重描述发言者的不同见解和争论；③不要把发言者的原话一句不漏的写出，要在不失原意的前提下进行加工整理，使文字通畅洗炼，内容集中概括，发言的中心意思更加鲜明突出。第二种为不用个人发言的形式写，而是由整理者把在讨论时发言者的意见集中起来，加以提炼和概括，摘取有用的内容，去掉无关的东西，使讨论更加重点突出、系统条理和具有逻辑性、说理性，并可避免不必要的重复。上述两种写作形式各有其优缺点，前者显得生动活泼，引人入胜，使读者感到犹如亲临讨论会场，不足的是可能逻辑性差些；后者逻辑性、系统性、说理性强，但显得有些呆板。究竟采取何种形式写，可由整理者根据材料决定。

4. 关于尸检所见（或临床确诊根据）与讨论。在临床讨论中存在着的分歧、争论和看法，哪是对的？哪是错的？诊断到底是什么？这些都要依尸检所见（病理诊断）或临床确诊根据来揭示。病理报告之后要进行讨论，重点应放在：①论证诊断的确凿性；②从病理学角度进一步解释和阐明患者的临床表现。通过临床和病理讨论，必然发现在诊断和治疗上以及对某些问题的看法，有些是对的，是成功的经验，有

前言

(原《人民军医》杂志编辑内中整理)

1983年我曾受人民军医出版社委托,将《人民军医》杂志1974年复刊后至1983年10年间刊登的病例讨论,重新进行编审选编成册,定名为《临床病案讨论集》出版,在全国新华书店发行。当时,那本书受到了部队和地方医院各级医师的普遍欢迎和喜爱,出书后很快便销售一空,后来又再版发行。从那时起至今又过了10年,现我又受人民军医出版社委托,将《人民军医》杂志和《解放军医学杂志》最近10年发表的病例讨论和专家查房录,再次作重新编审选编成册,定名为《临床病案讨论精选》出版,供广大医务工作者学习、参考。

在本书整理编审过程中,深感随着时间的推移,医学技术也在不断进步。本书和前书相比,内容更为充实、丰富,无论是对疾病的诊治水平抑或对医学理论的见解,都有明显的提高和进展;书中谈到的成功经验和失败教训,都是得来不易的实践结果,是很宝贵的财富。“前事不忘,后事之师”,阅后会使你(妳)有开阔眼界、扩展思路、可作借鉴和收获颇丰之感。希望广大医务人员像喜爱前书一样喜爱它。

由于编者水平所限,加之时间仓促,疏漏不当之处恐难避免,敬希广大读者不吝赐教和批评指正。

编者

1993年12月于北京

目 录

内 科	
第1例 弥漫性恶性淋巴瘤	(1)
第2例 充血性心肌病伴淀粉样变性	(7)
第3例 感染性心内膜炎	(15)
第4例 胃肠道恶性淋巴瘤	(22)
第5例 残胃癌	(26)
第6例 慢性中性粒细胞白血病	(32)
第7例 先天性心脏病(室间隔缺损)	(37)
第8例 胆囊颈粘液腺癌伴胆石症	(42)
第9例 胃髓外浆细胞瘤并溃疡形成	(47)
第10例 急性暴发型溃疡性结肠炎	(52)
第11例 胰体尾高分化腺癌	(55)
第12例 营养不良性巨幼红细胞贫血	(63)
第13例 原发性肝鳞状细胞癌	(69)
第14例 克隆病	(76)
第15例 急性胰腺炎诱发多脏器衰竭	(83)
第16例 原发性肝细胞癌伴广泛转移	(87)
第17例 肺脱屑性间质性肺炎	(93)
第18例 急性心肌梗塞	(99)
第19例 原发性胆管结石	(104)
第20例 肝纤维板层癌	(110)
第21例 垂体前叶机能减退症	(117)
第22例 原发性肝胆管细胞癌	(122)

第23例	胃贲门腺癌伴广泛转移	(127)
第24例	肝内胆管性囊腺癌	(133)
第25例	原发性心肌病	(139)
第26例	肺泡蛋白沉积症	(145)
第27例	先天性主动脉瓣两瓣叶畸形	(153)
第28例	支气管肺癌	(158)
第29例	肺泡细胞癌	(163)
第30例	肝炎后肝硬化并发原发性肝癌	(171)
第31例	胰巨细胞癌	(178)
第32例	恶性组织细胞病	(183)
第33例	原发性醛固酮增多症	(190)
第34例	播散性组织细胞增生症	(195)
第35例	空回肠恶性组织细胞病	(201)
第36例	肢端肥大症合并糖尿病	(208)
第37例	胰腺导管型腺癌伴糖尿病	(211)
第38例	淋巴母细胞型肠系膜恶性淋巴瘤	(218)
第39例	原发性全身性淀粉样变性病	(222)
第40例	急性出血坏死性胰腺炎(猝死型)	(231)
第41例	肝胆管腺癌伴两肺转移并发肝脓肿	(237)

传 染 科

第42例	无反应性播散性粟粒型结核病	(249)
第43例	华支睾吸虫病	(255)
第44例	流行性出血热	(259)
第45例	伤寒杆菌性脾脓肿	(266)
第46例	非典型伤寒并发肝损害	(271)
第47例	伤寒并发肠出血	(275)
第48例	全身播散性新型隐球菌病	(279)
第49例	狂犬病	(284)

第50例	脑毛霉菌病	(288)
第51例	何杰金病并发组织胞浆菌病	(293)

外 科

第52例	无痛无黄疸性胰头癌	(299)
第53例	急性梗阻性化脓性胆管炎	(305)
第54例	慢性胃溃疡并穿孔	(311)
第55例	恶性纤维组织细胞瘤	(316)
第56例	肝胆管癌伴胆管结石、蛔虫和感染	(321)
第57例	肾动脉栓塞	(327)
第58例	睾丸扭转	(333)
第59例	挤压综合征	(337)
第60例	唇部疔肿并发海绵窦血栓形成	(346)
第61例	右侧附睾结核	(351)
第62例	蜂窝织炎伴深部脓肿	(355)
第63例	糖尿病并发右肾周围脓肿	(362)
第64例	肾紫癜病	(369)
第65例	出血性肾小球肾炎	(373)
第66例	胸椎压缩骨折并发截瘫	(378)
第67例	肝硬变门脉高压食管胃底静脉曲张出血	(382)
第68例	十二指肠溃疡穿孔修补及胃空肠吻合术后腹胀、 呕吐粪样物	(391)
第69例	胆道结石并发急性感染	(397)
第70例	颈淋巴结切除致副神经损伤	(404)
第71例	肾肿瘤	(408)
第72例	双肾及输尿管结石	(413)
第73例	胆总管癌	(420)
第74例	十二指肠结石	(425)
第75例	小肠系膜平滑肌肉瘤	(430)

第76例	肠系膜囊肿	(436)
第77例	前列腺癌伴广泛转移	(438)
第78例	慢性缩窄性心包炎	(444)
第79例	甲状腺瘤致骨质疏松脱钙	(447)
第80例	直肠癌全身广泛转移	(453)
第81例	真性红细胞增多症并发肠系膜血管血栓形成	(459)
第82例	大脑顶枕叶脑实质出血	(466)
第83例	性腺外腹膜后精原细胞瘤	(471)
第84例	异物致食管穿孔	(477)
第85例	脑猪囊虫病	(483)
第86例	桥脑与延脑星形细胞瘤	(488)
第87例	多发性脑脓肿	(493)

妇 科

第88例	席汉病	(499)
第89例	卵巢透明细胞癌伴肺、脑、肾上腺转移	(504)
第90例	右卵巢假粘液性囊腺瘤	(511)
第91例	左卵巢卵黄囊瘤、 α -地中海贫血	(514)
第92例	右侧卵巢乳头状腺癌	(521)
第93例	结核性输卵管炎、腹膜炎	(525)

其 他

第94例	肝母细胞瘤	(535)
第95例	腹膜恶性间皮瘤	(542)
第96例	肺癌放疗后并放射肺炎	(549)
第97例	抗痨药物致亚急性肝坏死	(555)
第98例	海蓝组织细胞增生症	(561)
第99例	原发性脾肿大	(568)
第100例	肾小球性肾炎咯血综合征	(573)

内 科

第1例——弥漫性恶性淋巴瘤

病历摘要

患者女，70岁。诉右下腹疼痛伴发热12天，于1987年1月3日入院。缘于1986年12月22日感右下腹疼痛，同时体温升高（37.5℃左右）。发病后食欲、大小便均正常，在本院门诊查白细胞为 $24 \times 10^9/L$ ，中性0.86，应用抗生素治疗无效，遂收容住院。既往史：1958年患子宫颈癌，行子宫全切术；1983年起白细胞增高，原因不明。家族史无特殊。

检查：体温36.3℃，脉搏88次/min，血压12/8kPa（90/60mmHg）。营养发育中等，浅表淋巴结不肿大，巩膜及皮肤无黄染。呼吸音正常，心律规整，心率88次/min，心音正常。肝脾未触及。右下腹部可触及一7cm×7cm包块，表面光滑，质地较硬，轮廓清楚，较固定，压痛（+）。四肢及脊椎正常。血红蛋白115g/L，白细胞 $12.5 \times 10^9/L$ ，中性0.69，淋巴0.3，单核0.01；血小板 $200 \times 10^9/L$ ；血沉36mm/h、80mm/2h；A/G=3.2g/3.1g，胆碱脂酶63U，血糖（空腹）8.8mmol/L，甲胎蛋白、乙型肝炎表面抗原（-）。碱

性磷酸酶、ALT、血清胆红素、 γ -谷氨酰转肽酶、凝血酶原时间及活动度、血清电解质、 CO_2 结合力和尿素氮等均正常。全消化道造影印象：(1)十二指肠升段憩室；(2)右下腹包块与肠道关系不明。B超印象：(1)胆囊炎、胆石症；(2)中下腹部包块(与结肠关系密切)；(3)肝、胰、肾未见占位性病变。钡剂灌肠造影印象：(1)回盲部病变穿孔周围形成炎性包裹可能性大；(2)不能排除其他性质的病变。右下腹CT扫描印象：回盲部有肿块影象，与肠管关系密切，脓肿可能性大，不排除肿物。心电图大致正常。胸片正常。

经过：入院后体温持续升高，波动在 38°C 上下，偶尔可达 39°C 以上，应用各种抗生素治疗无效。时感右下腹痛，并有纳差、体虚和周身无力。白细胞呈升高趋势，有时总数高达 $30 \times 10^9/\text{L}$ 以上，中性粒细胞亦偏高。因内科治疗无效，且右下腹包块有新增长，乃于2月18日剖腹探查。术后切口不愈合，全身情况进一步恶化，食欲更差，身体呈进行性消瘦衰竭，遂给予静脉高营养。病程中多次出现电解质紊乱，钾、氯偏低(最低时各为 2.3mmol/L 和 94mmol/L)。A/G= $2.6\text{g}/3.7\text{g}$ ， γ -谷氨酰转肽酶 225U 。右下腹包块又复出现且迅速增长，最后几乎占居整个肠腔，并出现巩膜、皮肤黄染和柏油样便。因进食极差，终致恶病质形成。患者于1987年6月11日7时30分死亡。

临床讨论

本例特点：(1)女性，高龄；(2)右下腹疼痛并触及包块；(3)发热；(4)纳差；(5)白细胞增高；(6)身体进行

性消瘦衰竭，最后形成恶病质；(7)电解质紊乱；(8)病程晚期出现黄疸和柏油样便。上述特点中最主要的特点是右下腹部包块，其他的临床特点都与此有关，故应紧紧抓住这一特点进行分析。引起本例右下腹包块的疾病考虑可能是：

1. 阑尾周围脓肿。成因是急性阑尾炎未及时治疗而发生穿孔，在穿孔前阑尾已为大网膜及肠系膜包裹，穿孔后化脓性感染局限于阑尾周围，于是形成阑尾周围脓肿。本病是急性阑尾炎最常见的并发症。本例有：(1)右下腹阑尾部疼痛和包块，压痛明显；(2)低到中等度发热；(3)白细胞总数增高。以上符合本病。但本例的白细胞增高自1983年起即持续存在，并非此次发病时才有，故白细胞增高不一定是急性阑尾炎或阑尾周围脓肿引起；另外，本病预后一般较好（脓肿破溃发生泛发性腹膜炎时预后差，本例无腹膜炎表现），而本例预后恶劣，发病后约半年死亡。这些则不象本病。

2. 回盲部结核。增殖型肠结核常在回盲部形成肿块，据上海广慈医院统计的104例慢性回盲部病变，其中以结核病为最多，结合此例有低热和血沉增速，此病亦应想到。但此病易发于全身情况较好的青壮年，病变进展缓慢，早期多无症状，一般不会出现消瘦衰竭和恶病质，多同时有肺结核存在，并有肠道症状如不完全性肠梗阻、呕吐、腹泻或便秘等，X线检查回盲部有充盈缺损、肠壁增厚僵硬、肠腔狭窄以及回肠扩张等，以上则不支持本病。

3. 克隆病。此病约1/3的患者有腹部包块，以右下腹为多见。主要临床表现是腹痛、腹泻、腹部包块、贫血、低热和肠梗阻，本例与此病有某些相似之处。不似之处是：(1)