# 50个经典病例分析及答案

53个经典病例分析及答案

1.高血压性心脏病病例分析

［病例摘要］

男性，61岁，渐进性活动后呼吸困难五年，明显加重伴下肢浮肿一个月

五年前，因登山时突感心悸、气短、胸闷，休息约1小时稍有缓解。以后自觉体力日渐下降，稍微活动即感气短、胸闷，夜间时有憋醒，无心前区痛。曾在当地诊断为"心律不整"，服药疗效不好。一个月前感冒后咳嗽，咳白色粘痰，气短明显，不能平卧，尿少，颜面及两下肢浮肿，腹胀加重而来院。既往二十余年前发现高血压（170/100mmHg）未经任何治疗，八年前有阵发心悸、气短发作；无结核、肝炎病史，无长期咳嗽、咳痰史，吸烟40年，不饮酒。

查体：T37.1℃，P72次/分，R20次/分，Bp 160/96mmHg，神清合作，半卧位，口唇轻度发绀，巩膜无黄染，颈静脉充盈，气管居中，甲状腺不大；两肺叩清，左肺可闻及细湿罗音，心界两侧扩大，心律不整，心率92次/分，心前区可闻Ⅲ/6级收缩期吹风样杂音；腹软，肝肋下2.5cm，有压痛，肝颈静脉反流征（+），脾未及，移动浊音（-），肠鸣音减弱；双下肢明显可凹性水肿。

化验：血常规Hb129g/L，WBC6.7×109/L，尿蛋白（＋＋），比重1.016，镜检（-），BUN：7.0mmol/L，Cr：113umol/L，肝功能ALT 56u/L，TBIL：19.6umol/L.

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.高血压性心脏病：心脏扩大，心房纤颤，心功能IV级

2.高血压病Ⅲ期（2级，极高危险组）

3.肺部感染

（二）诊断依据

1.高血压性性心脏病：高血压病史长，未治疗；左心功能不全（夜间憋醒，不能

平卧）；右心功能不全（颈静脉充盈，肝大和肝颈静脉反流征阳性，双下肢水肿）；心脏向两侧扩大，心律不整，心率>脉率

2.高血压病Ⅲ期（2级，极高危险组）二十余年血压高（170/100mmHg）；现在

Bp160/100mmHg；心功能IV级

3.肺部感染：咳嗽，发烧，一侧肺有细小湿罗音

二、鉴别诊断（5分）

1.冠心病

2.扩张性心肌病

3.风湿性心脏病二尖瓣关闭不全

三、进一步检查（4分）

1.心电图、超声心动图

2.X线胸片，必要时胸部CT

3.腹部B超1分

4.血A/G，血K+，Na+，Cl-

四、治疗原则（3分）

1.病因治疗：合理应用降血压药

2.心衰治疗：吸氧、利尿、扩血管、强心药

3.对症治疗：控制感染等

2：左侧肺炎病例分析

［病例摘要］

男性，63岁，工人，发热、咳嗽五天

患者五天前洗澡受凉后，出现寒战，体温高达40℃，伴咳嗽、咳痰，痰量不多，为白色粘痰。无胸痛，无痰中带血，无咽痛及关节痛。门诊给双黄连及退热止咳药后，体温仍高，在38℃到40℃之间波动。病后纳差，睡眠差，大小便正常，体重无变化。既往体健，个人史、家族史无特殊。

体检：T38.5℃，P100次/分，R20次/分，Bp120/80mmHg.发育正常，营养中等，神清，无皮疹，浅表淋巴结不大，头部器官大致正常，咽无充血，扁桃体不大，颈静脉无怒张，气管居中，胸廓无畸形，呼吸平稳，左上肺叩浊，语颤增强，可闻湿性罗音，心界不大，心率100次/分，律齐，无杂音，腹软，肝脾未及。

化验：Hb130g/L，WBC11.7？109/L，分叶79%，嗜酸1%，淋巴20%，plt210？109/L，尿常规（-），便常规（-）

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

左侧肺炎（肺炎球菌性可能性大）

（二）诊断依据

1.发病急，寒战、高热、咳嗽、白粘痰

2.左上肺叩浊，语颤增强，可闻及湿性罗音

3.化验血WBC数增高，伴中性粒细胞比例增高

二、鉴别诊断（5分）

1.其他类型肺炎：干酪性肺炎，革兰阴性杆菌肺炎，葡萄球菌肺炎等

2.急性肺脓肿

3.肺癌

三、进一步检查（4分）

1.X线胸片

2.痰培养+药敏试验

四、治疗原则（3分）

1.抗感染：抗生素

2.对症治疗

3：急性一氧化碳中毒病例分析

［病例摘要］

男性，65岁，昏迷半小时

半小时前晨起其儿子发现患者叫不醒，未见呕吐，房间有一煤火炉，患者一人单住，昨晚还一切正常，仅常规服用降压药物，未用其他药物，未见异常药瓶。既往有高血压病史5年，无肝、肾和糖尿病史，无药物过敏史

查体：T36.8℃，P98次/分，R24次/分，Bp160/90mmHg，昏迷，呼之不应，皮肤粘膜无出血点，浅表淋巴未触及，巩膜无黄染，瞳孔等大，直径3mm，对光反射灵敏，口唇樱桃红色，颈软，无抵抗，甲状腺（-），心界不大，心率98次/分，律齐，无杂音，肺叩清，无罗音，腹平软，肝脾未触及，克氏征（-），布氏征（-），双巴氏征（+），四肢肌力对称

化验：血Hb130g/L，WBC6.8×109/L，N68%，L28%，M4%，尿常规（-），ALT：38IU/L，TP：68g/L，Alb：38g/L，TBIL：18umol/L，DBIL：4umol/L，Scr：98umol/L，BUN：6mmol/L，血K+：4.0mmol/L，Na+：140mmol/L，Cl-：98mmol/L

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.急性一氧化碳中毒

2.高血压病I期（1级，中危组）

（二）诊断依据

1.急性一氧化碳中毒患者突然昏迷，查体，见口唇樱桃红色，无肝、肾和糖尿病病史及服用安眠药等情况，房间内有一煤火炉，有一氧化碳中毒来源，无其他中毒证据

2.高血压病I期（1级，中危组）血压高于正常，而未发现引起血压增高的其他原因，未见脏器损害的客观证据

二、鉴别诊断（5分）

1. 脑血管病

2.其他急性中毒：安眠药等中毒

3. 全身性疾病致昏迷：肝昏迷，尿毒症昏迷，糖尿病酮症酸中毒昏迷

三、进一步检查（4分）

1.碳氧血红蛋白定性和定量试验

2.血气分析

3.脑CT

四、治疗原则（3分）

1.吸氧，有条件高压氧治疗

急性心肌梗死糖尿病2型病例分析

［病例摘要］

男性，65岁，持续心前区痛4小时。

4小时前即午饭后突感心前区痛，伴左肩臂酸胀，自含硝酸甘油1片未见好转，伴憋气、乏力、出汗，二便正常。既往高血压病史6年，最高血压160/100mmHg，未规律治疗，糖尿病病史5年，一直口服降糖药物治疗，无药物过敏史，吸烟10年，每日20支左右，不饮酒。

查体：T37℃，P100次/分，R24次/分，Bp150/90mmHg，半卧位，无皮疹及出血点，全身浅表淋巴结不大，巩膜无黄染，口唇稍发绀，未见颈静脉怒张，心叩不大，心律100

次/分，律齐，心尖部Ⅱ/6级收缩期吹风样杂音，两肺叩清，两肺底可闻及细小湿罗音，腹平软，肝脾未及，双下肢不肿。

化验：Hb134g/L，WBC9.6×109/L，分类：中性分叶粒72%，淋巴26%，单核2%，

plt 250×109/L，尿蛋白微量，尿糖（+），尿酮体（-），镜检（-）

［分析］

一、诊断及诊断依据

（一）诊断

1.冠心病急性心肌梗死心不大心律齐急性左心衰竭

2.高血压病Ⅲ期（1级，极高危险组）

3.糖尿病2型

（二）诊断依据1.老年男性，持续心绞痛4小时不缓解，口服硝酸甘油无效

2.有急性左心衰表现：憋气、半卧位，口唇稍发绀，两肺底细小湿罗音

3.高血压病Ⅲ期（1级、极高危险组），有糖尿病和吸烟等冠心病危险因素

二、鉴别诊断（5分）

1.心绞痛

2.高血压心脏病

3.夹层动脉瘤

三、进一步检查（4分）

1.心电图、心肌酶谱

2.床旁胸片、超声心动图

3.血糖、血脂、血电解质、肝肾功能、血气分析

四、治疗原则（3分）

1.心电监护和一般治疗：包括吸氧等

2.治疗急性左心衰竭和止痛（吗啡或哌替啶）、利尿剂、血管扩张剂

3.溶栓和抗凝治疗

4.糖尿病治疗可加用胰岛素

5.高血压暂不处理，注意观察

4：胃癌病例分析

［病例摘要］

男性，52岁，上腹部隐痛不适2月

2月前开始出现上腹部隐痛不适，进食后明显，伴饱胀感，食欲逐渐下降，无明显恶心、呕吐及呕血，当地医院按"胃炎"进行治疗，稍好转。近半月自觉乏力，体重较2月前下降3公斤。近日大便色黑。来我院就诊，查2次大便潜血（+），查血Hb96g/L，为进一步诊治收入院。

既往：吸烟20年，10支/天，其兄死于"消化道肿瘤".

查体：一般状况尚可，浅表淋巴结未及肿大，皮肤无黄染，结膜甲床苍白，心肺未见异常，腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹软，肝脾未及，腹部未及包块，剑突下区域深压痛，无肌紧张，移动性浊音（-），肠鸣音正常，直肠指检未及异常。

辅助检查：上消化道造影示：胃窦小弯侧似见约2cm大小龛影，位于胃轮廓内，周围粘膜僵硬粗糙，腹部B超检查未见肝异常，胃肠部分检查不满意。

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断胃癌

（二）诊断依据

1.腹痛、食欲下降、乏力、消瘦

2.结膜苍白、剑突下深压痛

3.上消化道造影所见

4.便潜血2次（+）

二、鉴别诊断（5分）

1.胃溃疡

2.胃炎

三、进一步检查（4分）

1.胃镜检查，加活体组织病理

2.CT：了解肝、腹腔淋巴结情况

3. 胸片

四、治疗原则（3分）

1.开腹探查，胃癌根治术

2.辅助化疗

2.防治脑水肿、改善脑组织代谢

3.对症治疗：保证气道通畅，防止误吸，预防感染

4.防治并发症和预防迟发性神经病变

5：梗阻性黄疸：胰头或壶腹周围癌病例分析

［病例摘要］

男性，53岁，无痛性、进行性皮肤黄染伴皮肤瘙痒半月入院

半月前，患者自觉全身皮肤瘙痒，数日后，偶然发现皮肤发黄，伴尿色深，但无明显纳差、腹痛及发热等表现，因既往有胆石症病史，故自行服用消炎利胆片及头孢拉啶胶囊，黄疸未见消退，并有加重趋势，遂来院就诊传染科，门诊检查：ALT 145IU/L，AST 105IU/L，ALP 355IU/L，GGT 585IU/L，Tbil 80μmol/L，Dbil 68μm ol/L，Glu 7.80mmol/L，B 超提示肝内胆管扩张，胆囊13×8×6cm3，肝外胆道受气体影响显示不清，发病以来体重下降3kg.否认既往肝炎、结核、胰腺病史，否认药物过敏史，查体：T36.8℃，P70次/分，Bp110/79mmHg，发育良好，营养中等，全身皮肤黄染，有搔痕，无出血点及皮疹，浅表淋巴结不大，巩膜黄染，颈软，无抵抗，甲状腺不大，心界大小正常，心律齐，未闻杂音，双肺清，未闻及干湿性罗音，腹平软，全腹未及压痛及肌紧张，肝脾未及，右上腹可触及鸡蛋大小肿物，压之不适，肠鸣音3-5次/分。

辅助检查：Hb102g/L，WBC10.5×109/L，中性73%，淋巴24%，单核3%，尿胆红素（+），尿胆原（+），便Rt（-），HbsAg（-），肝功能、B超检查已如上述。

［分析］

6：右输尿管结石病例分析

［病例摘要］

男性，55岁，右侧腰痛伴血尿3个月

3个月前，右侧腰部胀痛，持续性，活动后出现血尿并伴轻度尿急、尿频、尿痛。去医院就诊，反复化验尿中有较多红细胞、白细胞，给予抗炎治疗。1月前B超发现右肾积水，来我院就诊，腹平片未见异常。静脉尿路造影（IVP）右肾中度积水，各肾盏成囊状扩张，输尿管显影，左肾正常。发病以来，食欲及大便正常。近2年来有时双足趾红肿痛，疑有"痛风"，未作进一步检查。否认肝炎，结核等病史。吸烟30余年，1包/日

查体：发育正常，营养良好，皮肤巩膜无黄染，浅表淋巴结不大，心肺无异常。

腹平软，肝脾、双肾未及，右肾区压痛（+），叩痛（+）。右输尿管走行区平脐水平，有深压痛。

化验：血常规正常，尿pH5.0，尿蛋白（+），RBC30-50/高倍，WBC2-4/高倍，血肌肝141umol/L，尿素8.76mmol/L，尿酸596mmol/L（正常90-360mmol/L），肝功能正常，电解质无异常。24hr尿酸定量1260mg（正常<750）。B超：右肾盂扩张，皮质厚度变薄，未见结石影，右输尿管上段扩张，内径1.2-1.5cm.左肾未见明显异常。膀胱镜检查正常。右逆行造影，插管至第5腰椎水平受阻，注入造影剂在受阻水平有一2.6cm×1.5cm大小充盈缺损，上段输尿管显著扩张。

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.右输尿管结石（尿酸结石）

2.右肾积水，肾功能轻度受损

（二）诊断依据

1.右侧腰痛，活动后血尿，既往疑有"痛风"病史

2. 右肾区压、叩痛，右输尿管走行区有深压痛

3. B超及IVP所见：右肾积水，右输尿管充盈缺损，上段输尿管扩张

4.血尿酸及尿尿酸均增高，尿pH

5.0.

二、鉴别诊断（5 分）

1.输尿管肿瘤

2.阑尾炎

3.尿路感染

三、进一步检查（4 分）

1.CT检查

2.输尿管镜检查

四、治疗原则（3分）

1.碎石治疗或输尿管切开取石

2.术后积极采取预防结石复发的措施

7：胃癌病例分析

［病例摘要］

男性，52岁，上腹部隐痛不适2月

2月前开始出现上腹部隐痛不适，进食后明显，伴饱胀感，食欲逐渐下降，无明显恶心、呕吐及呕血，当地医院按"胃炎"进行治疗，稍好转。近半月自觉乏力，体重较2月前下降3公斤。近日大便色黑。来我院就诊，查2次大便潜血（+），查血Hb96g/L，为进一步诊治收入院。

既往：吸烟20年，10支/天，其兄死于"消化道肿瘤".

查体：一般状况尚可，浅表淋巴结未及肿大，皮肤无黄染，结膜甲床苍白，心肺未见异常，腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹软，肝脾未及，腹部未及包块，剑突下区域深压痛，无肌紧张，移动性浊音（-），肠鸣音正常，直肠指检未及异常。

辅助检查：上消化道造影示：胃窦小弯侧似见约2cm大小龛影，位于胃轮廓内，周围粘膜僵硬粗糙，腹部B超检查未见肝异常，胃肠部分检查不满意。

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断胃癌

（二）诊断依据

1.腹痛、食欲下降、乏力、消瘦

2.结膜苍白、剑突下深压痛

3.上消化道造影所见

4.便潜血2次（+）

二、鉴别诊断（5分）

1.胃溃疡

2.胃炎

三、进一步检查（4分）

1.胃镜检查，加活体组织病理

2.CT：了解肝、腹腔淋巴结情况

3. 胸片

四、治疗原则（3分）

1.开腹探查，胃癌根治术

2.辅助化疗

8：急性前壁心肌梗死病例分析

［病例摘要］

男性，55岁，胸骨后压榨性痛，伴恶心、呕吐2小时

患者于2小时前搬重物时突然感到胸骨后疼痛，压榨性，有濒死感，休息与口含硝酸甘油均不能缓解，伴大汗、恶心，呕吐过两次，为胃内容物，二便正常。既往无高血压和心绞痛病史，无药物过敏史，吸烟20余年，每天1包

查体：T36.8℃，P100次/分，R20次/分，BP100/60mmHg，急性痛苦病容，平卧位，无皮疹和紫绀，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，颈软，颈静脉无怒张，心界不大，心率100次/分，有期前收缩5-6次/分，心尖部有S4，肺清无罗音，腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

心电图示：STV1-5升高，QRSV1-5呈Qr型，T波倒置和室性早搏。

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断：冠心病

急性前壁心肌梗死

室性期前收缩

心功能Ⅰ级

（二）诊断依据：

1. 典型心绞痛而持续2小时不缓解，休息与口含硝酸甘油均无效，有吸烟史（危险因素）

2. 心电图示急性前壁心肌梗死，室性期前收缩

3. 查体心叩不大，有期前收缩，心尖部有S4

二、鉴别诊断（5分）

1. 夹层动脉瘤

2. 心绞痛

3. 急性心包炎

三、进一步检查（4分）

1. 继续心电图检查，观察其动态变化

2. 化验心肌酶谱

3. 凝血功能检查，以备溶栓抗凝治疗

4. 化验血脂、血糖、肾功

5. 恢复期作运动核素心肌显像、心血池、Holter、超声心动图检查，找出高危因素，作冠状动脉造影与介入性治疗

四、治疗原则（3分）

1. 绝对卧床休息3-5天，持续心电监护，低脂半流食，保持大便通畅

2. 溶栓治疗：发病6小时内，无出凝血障碍及溶栓禁忌证，可用尿激酶、链激酶或t-PA 溶栓治疗；抗凝治疗：溶栓后用肝素静滴，口服阿期匹林

3. 吸氧，解除疼痛：哌替啶或吗啡，静滴硝酸甘油；消除心律失常：利多卡因

4.有条件和必要时行介入治疗

9：缺铁性贫血消化道肿瘤病例分析

［病例摘要］

男性，56岁，心慌、乏力两个月

两个月前开始逐渐心慌、乏力，上楼吃力，家人发现面色不如以前红润，病后进食正常，但有时上腹不适。不挑食，大便不黑，小便正常，睡眠可，略见消瘦，既往无胃病史。

查体：T36.5℃，P96次/分，R18次/分，Bp130/70mmHg，贫血貌，皮肤无出血点和皮疹，浅表淋巴结不大，巩膜无黄染，心界不大，心率96次/分，律齐，心尖部Ⅱ/6级收缩期吹风样杂音，肺无异常，腹平软，无压痛，肝脾未及，下肢不肿。

化验：Hb75g/L，RBC3.08×1012/L，MCV76fl，MCH24pg，MCHC26%，网织红细胞1.2%，WBC8.0×109/L，分类中性分叶69%，嗜酸3%，淋巴25%，单核3%，plt：136×109/L，大便隐血（+），尿常规（-），血清铁蛋白6μg/L，血清铁50μg/dl，总铁结合力450μg/dl.

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.缺铁性贫血

2.消化道肿瘤可能大

（二）诊断依据

1.贫血症状：心慌、乏力；小细胞低色素性贫血；大便隐血（+）；有关铁的化验支持诊断

2.病因考虑消化道肿瘤：依据：中年以上男性，有时胃部不适，但无胃病史；逐渐发生贫血，体重略有减轻

二、鉴别诊断（5分）

1.消化性溃疡或其他胃病

2.慢性病性贫血

3.海洋性贫血

4.铁粒幼细胞性贫血

三、进一步检查（4分）

1.骨髓检查和铁染色

2.胃镜及全消化道造影、钡灌肠或纤维肠镜

3.血清癌胚抗原CEA）

4.腹部B超或CT

四、治疗原则（3分）

1.去除病因，若为消化道肿瘤应尽快手术

2.补充铁剂

3.若手术前贫血仍重，可输浓缩红细胞

10：肺结核病倒分析

［病例摘要］

女性，59岁，间断咳嗽、咳痰5年，加重伴咯血2个月。

患者5年前受凉后低热、咳嗽、咳白色粘痰，给予抗生素及祛痰治疗，1个月后症状不见好转，体重逐渐下降，后拍胸片诊为"浸润型肺结核"，肌注链霉素1个月，口服利福平、雷米封3个月，症状逐渐减轻，遂自行停药，此后一直咳嗽，少量白痰，未再复查胸片。2个月前劳累后咳嗽加重，少量咯血伴低热、盗汗、胸闷、乏力又来诊。病后进食少，二便正常，睡眠稍差。既往6年前查出血糖高，间断用过降糖药，无药物过敏史。

查体：T37.4℃，P94次/分，R22次/分，BP130/80mmHg，一般稍弱，无皮诊，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，气管居中，两上肺呼吸音稍减低，并闻及少量湿罗音，心叩不大，心率94次/分，律齐，无杂音，腹部平软，肝脾未触及，下肢不肿。

化验：血Hb 110g/L，WBC 4.5？109/L，N 53%，L47%，plt 210？109/L，ESR 35mm/h，空腹血糖9.6mmol/L，尿蛋白（－），尿糖（++）

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断 1.肺结核（浸润型？慢性纤维空洞型？）

2.糖尿病2型

（二）诊断依据

1.5年结核病史，治疗不彻底，近2个月来加重伴咯血，血沉快

2.查体，有低热，两肺上部有异常体征

3.有糖尿病史，现在空腹血糖明显高于正常，尿糖（++）

二、鉴别诊断（5分）

1.支气管扩张

2.肺脓肿

3.肺癌

三、进一步检查（4分）

1.X线胸片

2.痰找结核菌，必要时经纤维支气管镜取分泌物找结核菌，支气管内膜活检，血清结核抗体检测

3.检查胰岛功能：胰岛素释放试验，餐后2小时血糖，糖化血红蛋白测定

四、治疗原则（3分）

1.正规抗结核治疗，坚持规则、适量、足疗程治疗，联合用药，注意肝功能

2.积极治疗糖尿病：最好加用胰岛素

11：不稳定性心绞痛（初发劳力型）高血压病3级病例分析

［病例摘要］

男性，60岁，心前区痛一周，加重二天

一周前开始在骑车上坡时感心前区痛，并向左肩放射，经休息可缓解，二天来走路快时亦有类似情况发作，每次持续3-5分钟，含硝酸甘油迅速缓解，为诊治来诊，发病以来进食好，二便正常，睡眠可，体重无明显变化。既往有高血压病史5年，血压

150-180/90-100mmHg，无冠心病史，无药物过敏史，吸烟十几年，1包/天，其父有高血压病史。

查体：T36.5℃，P84次/分，R18次/分，Bp180/100mmHg，一般情况好，无皮疹，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，心界不大，心率84次/分，律齐，无杂音，肺叩清，无罗音，腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.冠心病：不稳定性心绞痛（初发劳力型）

心界不大窦性心律心功能Ⅰ级

2.高血压病Ⅲ期（3级，极高危险组）

（二）诊断依据

1.冠心病：典型心绞痛发作，既往无心绞痛史，在一个月内新出现的由体力活动所诱发的心绞痛，休息和用药后能缓解查体：心界不大，心律齐，无心力衰竭表现

2.高血压病Ⅲ期（3级，极高危险组）血压达到3级，高血压标准（收缩压≥180mmHg）而未发现其他引起高血压的原因，有心绞痛

二、鉴别诊断（5分）

1.急性心肌梗死

2.反流性食管炎

3.心肌炎、心包炎

4.夹层动脉瘤

三、进一步检查（4分）

1.心绞痛时描记心电图或作Holter

2.病情稳定后，病程大于1个月可作核素运动心肌显像

3.化验血脂、血糖、肾功能、心肌酶谱

4.眼底检查，超声心动图，必要时冠状动脉造影

四、治疗原则（3分）

1.休息，心电监护

2.药物治疗：硝酸甘油、消心痛、抗血小板聚集药

3.疼痛仍犯时行抗凝治疗，必要时PTCA治疗

12：急性重症胰腺炎病例分析

［病例摘要］

女性，60岁，上腹痛2天

2 天前进食后1小时上腹正中隐痛，逐渐加重，呈持续性，向腰背部放射，仰卧、咳嗽或活动时加重，伴低热、恶心、频繁呕吐，吐出食物、胃液和胆汁，吐后腹痛无减轻，多次使用止痛药无效。发病以来无咳嗽、胸痛、腹泻及排尿异常。既往有胆石症多年，但无慢性上腹痛史，无反酸、黑便史，无明确的心、肺、肝、肾病史，个人史、家族史无特殊记载。

查体：T39℃，P104次/分，R19次/分，Bp130/80mmHg，急性病容，侧卧卷曲位，皮肤干燥，无出血点，浅表淋巴结未触及，巩膜无黄染，心肺无异常，腹平坦，上腹部轻度肌紧张，压痛明显，可疑反跳痛，未触及肿块，Murphy征阴性，肝肾区无明显叩痛，移动性浊音可疑阳性，肠鸣音稍弱，双下肢不肿。

化验：血Hb120g/L，WBC22×109/L，N86%，L14%，plt110×109/L.尿蛋白（±），RBC2-3/高倍，尿淀粉酶32U（Winslow法），腹平片未见膈下游离气体和液平，肠管稍扩张，血清BUN7.ommol/L.

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断急性重症胰腺炎

（二）诊断依据

1.急性持续性上腹痛，向腰背部放射，伴恶心、呕吐，吐后腹痛不减

2.查体有上腹部肌紧张，压痛，可疑反跳痛和腹水征及麻痹性肠梗阻征象

3.化验血WBC数和中性比例增高、腹平片结果不支持肠穿孔和明显肠梗阻

4.既往有胆结石史

二、鉴别诊断（5分）

1.溃疡病急性穿孔

2.急性肠梗阻

3.急性胃炎

4.慢性胆囊炎急性发作

三、进一步检查（4分）

1.腹部B超和CT扫描

2.若有腹水，则应穿刺化验及腹水淀粉酶活性测定

3.血清淀粉酶活性、血糖、血Ca2+、K+、Na+、Cl-

4.血气分析、血清正铁白蛋白

5.肝肾功能

四、治疗原则（3分）

1.减少胰腺外分泌：禁食和胃肠减压；抑制胰腺分泌药物如生长抑素

2.对抗胰酶活性药物（抑肽酶、加贝酯）

3.抗生素

4.支持疗法：输液、营养支持、镇痛

5.必要时手术治疗

13梗阻性黄疸待查：胆道肿瘤病例分析

［病例摘要］

女性，61岁，全身皮肤黄染，大便颜色变浅近一个月入院。

1月前无明显诱因，出现明显黄疸，皮肤瘙痒，伴有轻度腹痛，无明显发热，经对症治疗后即缓解，反复发作时尿色深黄，大便颜色变浅，体重、食欲、睡眠无明显变化。6年前曾因胆囊结石行胆囊切除术，术后恢复顺利。

查体：发育营养正常，巩膜、皮肤明显黄染，浅表淋巴结无肿大，心肺正常，上腹部可见手术瘢痕，腹平坦，未见肠型蠕动波，剑突下轻压痛，无反跳痛或肌紧张，肝脾未及，未扪及包块，Murphy征（-），无移动性浊音，肠鸣正常。［医学教育网搜集整理］

本院B超：肝内胆管扩张，直径0.4-0.6cm，肝总管直径0.8cm，胆总管内未见结石。实验室检查：WBC11.4×109/L，HGB134g/L，中性粒细胞78%，尿胆红素6mg/dl.GGT 252IU/L，TBIL 233μmol/L，BDIL 141.2μmol/L.

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断梗阻性黄疸待查：胆道肿瘤

胆道结石待除外

（二）诊断依据

1.黄疸伴有大便颜色变浅

2.血清直接胆红素（DBIL）升高，尿胆红素阳性

3.B 超示肝内胆管扩张

4.胆囊结石手术史，黄疸伴有轻度腹痛

二、鉴别诊断（5分）

1. 内科黄疸病因，瘀胆性肝炎、病毒性肝炎

2. 胆道炎症或结石

3.肝胰肿瘤

三、进一步检查（4分）

1.影像学检查：CT或MRI

2.必要时以PTC （经皮经肝胆道造影）协助

四、治疗原则（3分）

1.手术探查切除肿瘤或引流

2.体外引流：经皮经肝胆道引流

备注：此题较难：手术病理证实为肝门胆管癌：

14：胃溃疡，合并出血病例分析

［病例摘要］

男性，75岁，间断上腹痛10余年，加重2周，呕血、黑便6小时

10余年前开始无明显诱因间断上腹胀痛，餐后半小时明显，持续2-3小时，可自行缓解。2周来加重，纳差，服中药后无效。6小时前突觉上腹胀、恶心、头晕，先后两次解柏油样便，共约700g，并呕吐咖啡样液1次，约200ml，此后心悸、头晕、出冷汗，发病来无眼黄、尿黄和发热，平素二便正常，睡眠好，自觉近期体重略下降。既往30年前查体时发现肝功能异常，经保肝治疗后恢复正常，无手术、外伤和药物过敏史，无烟酒嗜好

查体：T36.7℃，P108次/分，R22次/分，Bp90/70mmHg，神清，面色稍苍白，四肢湿冷，无出血点和蜘蛛痣，全身浅表淋巴结不大，巩膜无黄染，心肺无异常。腹平软，未见腹壁静脉曲张，上腹中轻压痛，无肌紧张和反跳痛，全腹未触及包块，肝脾未及，腹水征（-），肠鸣音10次/分，双下肢不肿。

化验：Hb：82g/L，WBC5.5×109/L，分类N69%，L28%，M3%，plt：300×109/L，大便隐血强阳性。

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.胃溃疡，合并出血

2.失血性贫血，休克早期

（二）诊断依据

1.周期性、节律性上腹痛

2.呕血、黑便，大便隐血阳性

3.查体上腹中压痛，四肢湿冷，脉压变小

4.Hb82g/L（<120g/L）

二、鉴别诊断（5分）

1.胃癌

2.肝硬化，食管胃底静脉曲张破裂出血

3.出血性胃炎

三、进一步检查（4分）

1.急诊胃镜

2.X线钡餐检查（出血停止后）

3.肝肾功能

四、治疗原则（3分）

1.对症治疗

2.抗溃疡病药物治疗

3.内镜止血、手术治疗

15：胆总管结石化脓性胆管炎病例分析

［病例摘要］

男性，69岁，右上腹痛反复发作3年。绞痛伴发热、寒战、皮肤黄染1天

6年前因"胆囊结石、胆囊炎"行胆囊造瘘术，3月后切除胆囊，术后胆绞痛症状消失。3年前开始出现右上腹绞痛，多于进食油腻后引起，无发热及黄疸。近2年腹痛发作频繁，偶有寒战、发热，无黄疸。半年前右上腹绞痛，伴轻度皮肤黄染，尿色深，经输液治疗后缓解。一天前突感右上腹绞痛，伴寒战、高烧，体温39℃，且皮肤巩膜黄染，急诊入院。

既往无心脏、肝、肾疾患，无肝炎或结核史。

查体：T39℃，P88次/分，BP100/70mmHg.神清合作，皮肤巩膜黄染，腹平坦，可见右肋缘下及上腹旁正中切口瘢痕，未见肠型及蠕动波，右上腹压痛，无肌紧张或反跳痛，未扪及肿物或肝脾，肠鸣音可闻，胆红素30umol/L，直接胆红素14.90umol/L，余肝功能、电解质均在正常范围，Hb 150g/L，WBC29.7×109/L，PLT246×109/L.

［分析］

一、诊断及诊断依据（8分）

（一）诊断

1.胆总管结石

2.并发：化脓性胆管炎

梗阻性黄疸

（二）诊断依据

1.反复发作右上腹绞痛，近期出现Charcot三联征