

感冒病例报告（模板 17 篇）

通过编写报告范文，我们可以集中思考和整理自己对某一问题的理解和观点。报告范文的范例和样本可以帮助我们更好地把握文章的结构和内容。

精选感冒病例报告（模板 17 篇）篇一

病例报告是医学学习和实践中常见的方式之一，它记录了临床实践中的真实情况，为医生提供了深入思考和学习的机会。病例报告不仅可以帮助医生加强对某个疾病的认识和处理方法，也可以让医学生感受到临床实践的重要性。在本文中，我将分享我的病例报告心得体会，探讨如何更好地利用病例报告来提高自己的临床实践能力。

第二段：分析病例报告的重点内容

病例报告中常常会包含患者的就诊历史、既往病史、体格检查、实验室检查和治疗方案等等。这些内容必须准确、清晰地呈现出来，以帮助医学学生更好地掌握病情和诊疗方法。在阅读病例报告时，我们要重点关注患者的症状、疾病影响及治疗等情况，从而加深对疾病及其处理方法的认识。

第三段：如何从病例报告中学习

病例报告是医学学生学习的重要素材，通过认真学习和分析病例报告，我们可以对某个疾病的发生、治疗和预防做深入理解。此外，我们还可以从病例报告中学习病人的情绪状况和医生与病人之间的交流技巧等，在未来的临床实践中运用到实践中。

第四段：病例报告的编写注意事项

在编写病例报告时，我们要保持规范和系统性。首先要注意病例报告的格式，简要叙述病历史和病情，可以为学生提供更好的阅读体验。同时，我们还需要注意诊断与治疗方案的准确性和详细性，重点关注医学生容易混淆或遗漏的部分，以及如何提高病人的治疗效果。

第五段：总结

病例报告是医学学生学习临床实践的重要途径，通过阅读和编写病例报告，我们可以对临床实践工作做更深入的认识和理解。同时，病例报告也可以帮助学生更好地记忆和巩固知识，为未来的医学实践积累经验和养成动手实践的能力。因此，对于每一个医学生，写好病例报告是必不可少的一项工作。

精选感冒病例报告（模板 17 篇）篇二

今天我非常高兴走出长征医院的大门，经过两个多月的治疗，我的病情已经基本康复，怀着无比激动的心情，在这里我衷心感谢所有为我获得新生而付出全部努力的医护人员。

首先，我要感谢 12 楼胸心外科一科主任王志农教授，两个月来凭借他精湛的医术，拯救了我的生命，他是我一生都不能忘怀的救命恩人。治疗期间更感受到他高尚的医德，优良的医风。我想长征医院因为有着一批王志农教授为代表的优秀医生，而赢得了全国各地来就诊的广大患者交口称赞。他们是长征医院的一面旗帜，他们用精湛的医术、高尚的医德、优良的医风在全国患者的心中铸就了一座不朽的丰碑。

其次，我要感谢 12 楼的全体护士，正因为有了这些可敬可爱的白衣天使们精心的护理，对我术前的病情稳定和术后的康复起到重要作用。

再次，我要感谢 2 楼彩超室的医务工，真是有了他们在术前检查中细心的检查，不厌其烦，反复求证，为我的手术顺利成功提供了精确的诊断数据。最后，我要感谢长征医院，让我获得了重生。

精选感冒病例报告（模板 17 篇）篇三

摘要

目的：临床分析利用核苷（酸）类似物治疗 chb 且停止用药后的病情复发情况。方法通过对某医院 66 例 chb 患者核苷（酸）类似物治疗且停药后的复发及其临床特征研究，对相关指标进行统计学意义分析。结果从统计学意义方面看，研究组与对照组的性别构成对比差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；对比两组年龄分布、饮酒史、户籍分布与医保情况，差异均有统计学意义，alt、ast 指标水平与对照组比较也无显著性差异（ $p < 0.05$ ）。结论在患者停药后应加强随访工作，以便及时发现病情反复给予对应的治疗。

引言

我国的乙肝病毒（hepatitisbvirus, hbv）感染者呈逐年上涨趋势，从目前统计数据来看，其中 hbv 感染人数有 9300 万人，而 chb（慢性乙型肝炎，chronichepatitisb）人数已经达到 2300 万人[1]。国内每年投入大量资源用于 chb 的治疗与 hbv 的预防，公共卫生安全问题给政府带来沉重的财政负担，2015 年仅用于 chb 的治疗费用就高达 500 亿元[2]。对于 chb 的治疗方法关键是杀灭体内 hbv，防止其他并发症的产生，常使用抗病毒药物核苷（酸）类似物作为主要治疗手段，是目前防止肝脏纤维化的有效方法[3]。但同时，由于核苷（酸）类似物并不能直接完全清除 hbv 的共价闭合环状 dna，因此一旦停止用药后，dna 会在适当的条件下重新启动 hbv 复制，造成肝炎反复发作，患者对这类药物的依赖性较强[4]。本文的研

究通过分析核苷酸类似物抗病毒达到停药标准后复发患者的临床特征和影响因素，从而探讨如何更加有效得指导慢性乙型肝炎患者用药。

1 资料与方法

1.1 研究对象

决定研究对象前，首先对研究对象的范围进行大体的确定。在此将 2015 年 3 月至 2016 年 5 月的所登记的 chb 患者资料。根据医院所提供的 93 例病例，从中筛选出符合研究情况的病例，并将非核苷（酸）类似药物治疗 chb 和仅中药治疗 chb 患者进行排除，最终得出符合条件的首次住院患者进行研究，总共 66 例。其中男性患者占据 56.1% 的比重，共有 36 例，剩余为女性患者。其平均年龄符合 57.28 ± 12.652 （），其病程大约为 6 年。在此，我们将主要对病例采取回顾，并得出分析方法，对 chb 患者的病症进行分布分析[5]。

将 66 例病例平均分为两组，其中观察组：核苷（酸）类似物停药复发后仍保持不变的 chb 患者，停药后出现 hbv-dna 由阴转阳，或定量较停药时明显升高）；对照组：没有服用过核苷（酸）类似物的初治患者[6]。

患者纳入标准：符合《慢性乙型肝炎防治指南 2010 年更新版》的诊断标准和停药标准。排除标准：合并 hcv、hiv 感染、自身免疫性肝炎、药物性肝炎、酒精性肝炎、脂肪肝患者以及血液系统相关疾病患者[7]。

1.2 研究方法

1.3 统计学方法

2 结果

2.1 两组基本资料比较

2.2 两组患者临床特征、生物化学与病毒学指标比较

2.3 停药复发危险因素 logistic 分析

3 讨论

慢性乙型肝炎患者体内 hbv 长期存在，因此患者免疫功能下降，增加了病毒清除的困难，因此控制 hbv 是慢性乙型肝炎治愈的关键。抗 hbv 治疗中考虑患者的病情与经济情况等因素进行适当的治疗。现阶段采用的抗病毒药物有干扰素与核苷（酸）类似物，核苷（酸）类似物能够使乙型肝炎病毒 dna 水平降低，让患者肝功能得以恢复到正常，并对肝硬化进展起到控制作用。但临床实践发现，核苷（酸）类似物用于 hbv 感染相关肝病治疗并不能彻底的清除 hbv 共价闭合环状 dna，因此在停药后病情会出现复发，部分患者甚至出现肝衰竭。本组研究发现，停药复发组患者男女比例显著高于初治组患者；alt、ast 指标水平显著更低。随着年龄的增长，复发可能性增加，其中年龄超过 60 岁，长期饮酒为复发独立危险因素。结果提示，在患者停药后应加强随访工作，以便及时发现病情反复给予对应的治疗，并对治疗长期疗效与耐药问题引起关注....

将本文的 word 文档下载到电脑，方便收藏和打印

推荐度：

[点击下载文档](#)

[搜索文档](#)

精选感冒病例报告（模板 17 篇）篇四

一、各科室设有以科主任、护士长及本科兼职监控医师、监控护士、护士组成的感染监控小组，负责科内的医院感染监控工作。

二、在查房或护理病人时，对病情重、体温高、免疫力低下、使用抗生素、处在隔离中的、接受侵袭性操作的病人的病情情况进行观察。定期到检验科细菌室查看结果。若发现住院48小时以后出现某一部位感染者，应及时填写感染病例登记表，上报感染管理科，不得漏报。凡报出的感染病例均应作细菌学检验和药物敏感试验。

三、各科室的感染监控医师应在每月2日前将所收集的感染病例登记表及住院病人使用的抗生素登记表核对后上报感染管理科。

四、医院感染管理科专职人员负责对各科报表(原始材料)进行登记、统计分析总结。及时发现漏报病例，将信息反馈到各科室，查找感染原因，采取有效控制措施。

五、感染管理科专职人员负责对各科报表登记汇总，每季度将汇总表上报给主管院长，并由病案室将原始资料妥善保管。

六、对医院感染散发的报告病历与控制

(一)当出现医院感染散发的报告病例时，经治医师应及时向本科室医院感染监测小组负责人报告，并于24小时内报告医院感染管理科。

(三)确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的规定报告和控制。

七、医院感染流行、爆发的报告与控制

(一)当出现医院感染流行趋势时医院感染管理科应于24小时内报告主管院长和医务科并通报相关部门。

(二)经调查证实出现医院感染时，医院应于 24 小时内报告当地行政部门。

(三)确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的规定进行报告。

224

一、 各科应设有以科主任、护士长和兼职医院内感染管理医生、护士组成的医院内感染监控小组负责本科的医院内感染监控工作。

二、 每日交-班时应将本科有无医院感染病人做为交-班内容之一，有查房或护理病人时，应对易感病人进行重点观察，若发现医院内感染病例，应及时填写医院内感染病例登记表。

三、 经治医生应逐项认真填写医院病例医院内感染病例登记表，填发后及时交医院内感染管理护士，医院内感染管理护士应于每月 5 号前将本科的所有医院内感染病例登记表交医院感染管理办公室。凡报出的感染病例均应做细菌学检验和药敏试验。

四、 医院内感染管理办公室的专职人员负责对各种报表（原始资料）进行登记、核对、统计分析、总结及时发现漏报病例，将信息反馈到各科室，并协助临床寻找漏报原因，采取有效的控制措施。

五、 专职人员将各科的医院内感染病例登记表汇总，上报县疾控中心。

2017 年 3 月 27 日

精选感冒病例报告（模板 17 篇）篇五

题目：

病例：

格式

1. 病例
2. 诊断
3. 分析报告
4. 临床措施（西医临床）

参考：

1. 患者，男，58岁；

主诉：高血压十余年，突发晕厥，伴大小便失禁和右侧肢体麻痹5天。

诊断：

1. 高血压；
2. 脑血管意外：脑出血？

分析：患者为58岁老年患者，有高血压病史10余年，有长期便秘表现，以上均为脑血管意外的危险因素；5天前突发晕厥，并伴有大小便失禁和右侧上下麻痹，提示左侧大脑内囊突发病变，结合危险因素，考虑为纹状动脉出血所致。

临床措施：ct以明确诊断；检测血压、吸氧；降压（180/100mmhg水平，不可太低）；通便（开塞露或软泻，出血期禁用灌肠）；护脑治疗（防止脑水肿的进一步加重）；止血治疗；酌情考虑降颅压治疗（甘露醇有一定，酌情使用）；必要时手术治疗（出血灶30ml）。

2. 患者，女，60岁；

主诉：脑动脉粥样硬化 5 年，突发头晕伴上下肢麻痹 4 天；

诊断：

1. 脑动脉粥样硬化；

2. 脑梗；

分析报告：患者为 60 岁女性患者，有 as 病史，是发生脑血管栓塞的高危因素；突发头晕，并发现右侧上下肢麻痹，提示左侧基底节供血不足，故考虑为脑梗诊断。

临床措施：ct 平扫+增强以明确诊断；抗凝治疗；抗血小板治疗；降脂治疗；护脑治疗；扩管治疗；不溶栓，因为已超过溶栓时间窗。

3. 患者，女，27 岁；主诉略；

诊断：

1. 风湿性心脏病；

2. 亚急性感染性心内膜炎；

3. 脑血管栓塞；

分析报告：患者为 27 岁年轻女性，有风湿性心脏病伴亚急性细菌性心内膜炎病史，存在二尖瓣赘生物，容易发生赘生物脱落，随血循环栓塞远端血管；且患者起床下地时突发头晕，以及两天后出现的上下肢麻痹均提示赘生物脱落，栓塞颅内血管，造成大脑部缺血，引起相应的神经系统症状。

临床措施：心脏 b 超、头颅 ct+dsa 检测，明确诊断；长程青霉素抗风心病治疗；介入取栓；炎症控制后行二尖瓣瓣膜置换术；抗凝治疗；抗血小板治疗。

补充这个题目其实就是考你对于脑出血、脑梗塞和脑栓塞的鉴别诊断。

精选感冒病例报告（模板 17 篇）篇六

姓名：刘文武性别：男。

年龄：38 岁职业：自由职业者。

籍贯：湖北咸丰民族：土家族。

入院日期：20**年 4 月 3 日记录日期：20**年 4 月 3 日

婚姻：已婚病史陈述者：患者本人及家属。

主诉：腹壁静脉迂曲、扩张 10 余年，进行性加重。

现病史：患者自诉 10 余年前发现腹壁静脉扩张，呈蚯蚓状改变，以脐上出现，脐下未见。稍有腹胀，无腹痛，无乏力、纳差，无呕血、黑便，无畏寒发热，无大便习惯及性状改变。院外未作处理，腹壁静脉扩张，迂曲较前加重，向胸壁进展，部分迂曲成团。无红肿疼痛不适。7 月前于我科就诊，诊断为乙肝后肝硬化、门静脉高压、脾功能亢进、食管胃底静脉曲张、腹壁静脉曲张。拟手术治疗，因患者胆红素高，凝血功能异常而未行手术治疗并出院调理，院外继续护肝对症治疗，现来我院复查，以求进一步治疗。门诊以肝硬化收入科。

患者自发病以来，精神尚可，食欲欠佳，睡眠尚可，大便正常，小便正常，体力体重未见明显变化。

既往史：平素健康状况一般，有肝炎病史。

手术及外伤史：无。

输血史：无。

过敏史：无。

个人史：有吸烟史，有饮酒史，无**接触史。

婚孕史：已婚，配偶身健。

家族史：父母健在，未见遗传性及传染性疾病史。

体格检查。

体温 37℃，脉搏 76 次/分(规则)，呼吸 20 次/分(规则)，血压 128/70mmhg。肝病面容，皮肤黝黑，巩膜稍黄，脐上腹壁可见迂曲扩张静脉，向上延展至胸壁，部分迂曲成团。腹壁血流由上向下流动，腹平软，无压痛及反跳痛，肝肋缘下未及，脾肋缘下 3 横指，边界清楚，无压痛，表面光滑，肠鸣音可及，移动性浊音(一)，双下肢可见皮肤色素沉着，双下肢不肿。

入院前辅助检查：血常规示：血小板 $230 \times 10^9/l$ ，肝功能示：ast134u/l，dbil24.8u/l，tbil53.6umol/l，r-gt188u/l。乙肝三对半示：hbsag(-)。心电图未见明显异常。

肝硬化，门静脉高压，脾功能亢进，腹壁静脉扩张，腹壁静脉曲张。

诊断依据：

1. 男性患者，38 岁。
2. 有肝炎病史，七月前于我科住院，胆红素高，凝血功能异常。
3. 腹壁静脉迂曲、扩张 10 余年，进行性加重。

4. 腹壁静脉扩张，呈蚯蚓状改变，以脐上出现，脐下未见。进一月发现腹壁静脉扩张、迂曲静脉团较前增多，并向胸壁扩展。

5. 血常规示：血小板 $230 \times 10^9/l$ ，肝功能示：ast134u/l，dbil24.8u/l，tbil53.6umol/l，r-gt188u/l。

入院前诊疗经过：患者在院外行护肝治疗，一直服用拉米夫定、普耐洛尔以求护肝及防治出血并发症。现患者腹壁静脉曲张程度有加重，迂曲静脉扩张到胸壁，迂曲的静脉团增多，遂入我科以求进一步治疗。

入院后完善相关辅助检查：

血常规示：红细胞 $4.02 \times 10^{12}/l$ ，白细胞 $5.08 \times 10^9/l$ ，血红蛋白 124g/l，中性粒细胞百分比 73.0%，淋巴细胞百分比 16.5%，血小板 $210 \times 10^9/l$ ，单核细胞百分比 8.7%。

尿常规示：胆红素 2+，潜血 1+，蛋白质 2+，上皮细胞 57.0ul，管型 11.80ul。大便常规未见明显异常。

凝血功能：凝血酶原时间 19.3 秒，血浆凝血酶原比值 1.56，pt 国际标准化比值 1.64，纤维蛋白原含量 4.78g/l。

生化示：ast135u/l，alt115u/l，tp53.0g/l，alb25.4g/l，a/g0.92，tbil20.1umol/l，dbil15.1umol/l，ibil5.0umol/l，alp197.5u/l，ggt32.2u/l，bun7.388mmol/l，crea54.2umol/l，bun/crea136，尿酸 716umol/l，k⁺3.3mmol/l，na⁺132.2mmol/l，cl⁻101.6。心肌酶谱未见明显异常。乙肝两对半示：hbsaag(-)，hbv-dna 复制水平无。

血清肿瘤标志物：cea、ca199、afp 及 ca153 均在正常范围。

心电图：未见明显异常。胸片示：心影稍增大，右膈及肋膈角显示不清。腹部 ct：见少量腹水，肝右叶见多个钙化影。

食道钡餐 x 线：检查见食道中下段静脉曲张。

b 超：探查肝上界第 5 肋间，肋下及剑突下未探及肝脏，脾厚 85mm，肋下 80mm×50mm，门静脉宽 18mm、距体表 5mm 深处腹壁可探及多条弯弯曲曲宽窄不一的血管，盘曲重叠成团，内径 7—18mm，肝前见夜行暗带 9mm。

肝硬化，门静脉高压，脾功能亢进，食管胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张。诊断依据：

1. 男性患者，38 岁。
2. 有肝炎病史，七月前于我科住院，胆红素高，凝血功能异常。
3. 腹壁静脉迂曲、扩张 10 余年，进行性加重。
4. 腹壁静脉扩张，呈蚯蚓状改变，以脐上出现，脐下未见。进一月发现腹壁静脉扩张、迂曲静脉团较前增多，并向胸壁扩展。
5. 血常规示：血小板 $210 \times 10^9/l$ 。尿常规示：胆红素 2+，潜血 1+，蛋白质 2+，上皮细胞 57.0u/l，管型 11.80u/l。凝血功能示：凝血酶原时间 19.3 秒；血生化示：ast135u/l，alt115u/l，k+3.3mmol/l，na+132.2mmol/l。

窄不一的血管，盘曲重叠成团，内径 7—18mm，肝前见夜行暗带 9mm。入院后诊疗经过：。

入院后嘱患者高热量，高蛋白，低盐，质软饮食，限制水的摄入。给予拉米夫定以改善肝功能，适当使用利尿剂以治疗及改善腹水症状，给予****以控制曲张静脉破裂出血。护理监测患

者每日尿量、体重、腹围的变化，以及注意患者腹胀症状的缓解情况，随时调整治疗。

患者病史特点：1. 男性患者，38岁。2. 腹壁静脉迂曲、扩张10余年，进行性加重。3. 腹壁静脉扩张，呈蚯蚓状改变，以脐上出现，脐下未见。进一月发现腹壁静脉扩张、迂曲静脉团较前增多，并向胸壁扩展。4. 有肝炎病史，七月前于我科住院，胆红素高，凝血功能异常。5. 血常规示：血小板 $210 \times 10^9/l$ 。尿常规示：胆红素2+，潜血1+，蛋白质2+，上皮细胞57.0u1，管型11.80u1。凝血功能示：凝血酶原时间19.3秒；血生化示：ast135u/l，alt115u/l，k+3.3mmol/l，na+132.2mmol/l。6. 腹部ct见：少量腹水，肝右叶见多个钙化影。食道钡餐x线检查见食道中下段静脉曲张。b超探查肝上界第5肋间，肋下及剑突下未探及肝脏，脾厚85mm，肋下80mm×50mm，门静脉宽18mm、距体表5mm深处腹壁可探及多条弯弯曲曲宽窄不一的血管，盘曲重叠成团，内径7—18mm，肝前见夜行暗带9mm。

根据患者病情特点，可得到以下总结：

1. 肝硬化表现为肝脏弥漫性纤维化、再生结节和假小叶形成，并在病程发展的晚期形成肝功能减退和门静脉高压。其流行病学特点是：发病高峰年龄为35—50岁，以男性多见。该患者为38岁，男性。增加了肝硬化的易感性。
2. 引起肝硬化的病因很多，主要有病毒性肝炎、慢性酒精中毒、非酒精性脂肪性肝炎、胆汁淤积、肝静脉回流受阻、遗传代谢性疾病、工业毒物或药物、自身免疫性肝炎演变为肝硬化、血吸虫病、隐源性肝硬化。而在我国以病毒性肝炎为主，主要以乙型肝炎病毒(hbv)、丙型肝炎病毒(hcv)、丁型肝炎病毒(hdv)感染为主，约占60—80%。甲型肝炎病毒(hav)和戊型肝炎病毒(hev)性肝炎不发展为肝硬化。该患者有乙型

肝炎病史，七月前于我科住院，胆红素高，凝血功能异常，有饮酒史，使其肝硬化易感性高。

3. 肝脏是人体最大的腺体，参与体内的消化、代谢、排泄，解毒以及免疫等多种功能；肝脏也是最大的代谢器官，来自胃肠吸收的物质几乎全部进入肝脏，在肝内合成、分解、转化、贮存。肝硬化发展晚期由于肝脏的损伤，肝功能的减退使其消化、代谢、排泄解毒及免疫功能减退。如呕吐，食欲减退导致电解质和酸碱平衡紊乱以及营养不良等；由于合成及代谢功能的减退导致机体免疫力低下，从而易并发感染导致呼吸道、胃肠道、泌尿道等系统相应症状的产生。门静脉高压导致脾脏的长期淤血肿大，使脾功能亢进，从而导致外周血白细胞、红细胞以及血小板的减少。该患者有食欲减退，腹胀，消瘦等症状和体征，并且有电解质的降低，凝血功能异常等肝硬化并门静脉高压、脾功能亢进的表现。

主要有门-体侧枝循环开放(食管和胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，痔静脉曲张以及腹膜后静脉曲张)，脾脏肿大造成脾功能亢进，腹水的形成。该患者腹壁静脉迂曲、扩张10余年，进行性加重；腹壁静脉曲张，呈蚯蚓状改变，以脐上出现，脐下未见；进一月发现腹壁静脉曲张、迂曲静脉团较前增多，并向胸壁扩展；肝病面容，皮肤黝黑，巩膜稍黄，肝肋缘下未及，脾肋缘下3横指，双下肢可见皮肤色素沉着。该患者的临床表现符合肝硬化，门静脉高压，腹壁静脉曲张，脾大的表现。

血1+，蛋白质2+，上皮细胞57.0u/l，管型11.80u/l。凝血功能示：凝血酶原时间19.3秒；血生化示：ast135u/l，alt115u/l，k+3.3mmol/l，na+132.2mmol/l。腹部ct见：少量腹水，肝右叶见多个钙化影。食道钡餐x线检查见食道中下段静脉曲张。b超探查肝上界第5肋间，肋下及剑突下未探及肝脏，脾厚85mm，肋下80mm×50mm，门静脉宽18mm、距体表

5mm 深处腹壁可探及多条弯弯曲曲宽窄不一的血管，盘曲重叠成团，内径 7—18mm，肝前见夜行暗带 9mm。

综合病因，临床表现以及各项相关辅助检查，该患者可最终诊断为：肝硬化，门静脉高压，食管胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，脾功能亢进。需与以下疾病相鉴别：

1. 与伴有肝肿大和脾肿大的疾病相鉴别。如慢性肝炎，有肝炎的感染的病史，需要检查乙肝两对半以及 hbv-dna 复制水平；原发性肝癌，需行血清免疫学检查甲胎蛋白 (afp) 以及肝脏 ct 的检查以鉴别；某些累及肝脏的代谢性疾病也会导致肝脏的肿大，需从临床表现及各项辅助检查予以仔细鉴别。血液疾病，如慢性白血病等常伴有脾脏的肿大，需进行骨髓检查以便与肝硬化所致的脾脏肿大相鉴别。该患者外周血象没有明显异常，可行护肝等对症治疗后定期复查，观察外周血象的变化。

2. 与引起腹水和腹部胀大的疾病相鉴别。肝硬化并门静脉高压导致的腹水和腹部胀大是因为 (1) 门静脉压升高使内脏血管床静水压升高使液体进入组织间隙形成腹水；(2) 由于肝功能的受损使其合成白蛋白的功能减弱，造成低蛋白血症导致血浆胶体渗透压减低，从而血管内液体进入组织间隙，形成腹水。

(3) 肝硬化门静脉高压时机体血液大量滞留于内脏血管，使有效循环血容量下降，从而激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统，导致肾小球率过滤下降及水钠重吸收增加，发生水钠潴留，促进了腹水的形成。应与缩窄性心包炎、结核性腹膜炎、腹腔肿瘤及慢性肾炎等疾病导致的腹水相鉴别。根据腹水是漏出液还是渗出液以及性质是癌性腹水还是非癌性腹水可鉴别。患者腹水量少，故可排除癌性腹水，根据其他系统的临床表现也可排除因心脏和肾脏的疾病而导致的腹水。

3. 与肝硬化并发症相鉴别的疾病。食管胃底静脉曲张破裂导致的上消化道出血应与消化性溃疡，急慢性胃粘膜病变，胃癌，

食管癌等疾病相鉴别，血压稳定，出血暂停时可行胃镜做治疗性检查可确诊。肝脏的降解解毒功能受损使有毒物直接经体循环入脑导致的肝性脑病，应做血液成分的检查以与低血糖、糖尿病、尿毒症、药物中毒、脑血管意外等所致的意识障碍、昏迷相鉴别。由于严重的肝脏疾病可累及肾脏导致无器质性的肾脏损害，称为功能性肾衰竭，应与慢性肾炎、慢性肾盂肾炎以及其他病因引起的急性肾功能衰竭相鉴别。

根据患者的临床表现，辅助检查等做出了诊断并做了仔细的鉴别诊断，针对患者的各项情况可安排出以下治疗方案：

1. 嘱患者适当减少活动、避免劳累、保证休息以减少消耗和减少感染的机会；饮食主要以高热量、高蛋白和维生素丰富及易消化的饮食为主，患者有食管胃底静脉曲张，应避免进食粗糙、坚硬的食物，患者有少量腹水，应适当限制水、盐的摄入。
2. 对症支持疗法，根据患者的进食及营养状况调整电解质酸碱平衡，补充蛋白等以改善患者身体状况。
3. 预防并发症的发生，可行保守治疗，行护肝治疗，治疗防治原发病的再发，防止肝脏炎症坏死的发生和继续发展。拉米夫定，长期口服，以改善肝功能；阿德福韦酯，长期口服，对于病情加重的患者有较好疗效。由于患者肝炎已治愈，检查未见病毒复制的迹象，且患者有肝功能失代偿的相关表现，所以不予干扰素治疗，干扰素会加快肝功能的衰竭，应用需十分谨慎。
4. 患者有少量腹水，应限制水钠的摄入，暂不联合使用利尿剂，应密切观察腹水的变化，尽可能早的防止其增多，也应避免使用利尿剂不慎而导致电解质的紊乱。可提高血浆胶体渗透压，适当输注白蛋白及血浆，改善营养状况的同时还可促进腹水的消退。

5. 患者有食管胃底静脉曲张，要积极防止曲张静脉的破裂。保守治疗可采取服用****以降低肝静脉压力梯度至 12mmhg。保守治疗预防出血无效时可采用内镜下食管曲张静脉套扎术或硬化剂注射治疗。

6. 对于门静脉高压的患者没有很有效的保守治疗方法，手术治疗疗效较好。手术方式主要有非选择性门体分流术，选择性门体分流术，断流手术。但是该患者有食管胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，但曲张血管未破裂出血，可进行出血预防性手术。鉴于该患者肝炎后肝硬化的肝功能损害较严重，手术可加重机体负担，甚至可引起肝功能衰竭，而且据近年来的资料表明这类病人重点应行内科护肝治疗，若为重度食管胃底静脉曲张，特别是镜下见曲张静脉表面有“红色征”，为了预防首次急性大出血，可酌情考虑行预防性手术，主要是断流手术。

7. 因患者严重脾肿大，并且合并脾功能的亢进，应行脾切除术。但是脾切除术后应密切注意相关并发症如腹腔内大出血，膈下感染及术后远期的凶险性感染等。

8. 综合分析病情，患者肝硬化，门静脉高压，脾功能亢进，食管胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，最理想的方法是肝移植，既可替换病肝，又可使门静脉系统血流动力学恢复正常。但依据现阶段医学的发展肝移植仍受到肝源短缺，手术有风险，费用昂贵等限制，需要进一步的研究推广。

预后分析：肝硬化的预后与病因、肝功能代偿程度及并发症有关。酒精性肝硬化、胆汁淤积性肝硬化、肝淤血等引起的肝硬化，病因如能在肝硬化未进展至失代偿期前予以消除，则病变可趋静止，相对于病毒性肝炎肝硬化和隐源性肝硬化好。死亡原因常为肝性脑病、肝肾综合症、食管胃底静脉曲张破裂出血等并发症。肝移植的开展可明显改善肝硬化患者的预后。该患者有病毒性肝炎病史多年，但早年已治愈，病因消除早，影响

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/165241021134011300>