医疗类病案报告模板建议

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **内容** | **写作要点** | **备注说明** |
| **题目** | □题目应体现研究类型为“病案报告”  □题目可选“【几】例（案、则）/【特殊性】/【疾病名称】/【疑难】/【病案报告】（个案/报告）” | 必填，少于20字，不使用外文缩写词，需体现病例的特殊性和研究重点。 |
| **作者署名及其单位** | □申报人姓名采用姓在前、名在后  □申报人单位填写职称申报单位（如：XX医院，XX大学附属医院，XX中心），具体到二级机构（如XX科室，XX部门）  □写明申报人目前职称、专业及拟申报职称、专业 | 必填，单位名称需官方准确。 |
| **引言** | □简要总结该病例的背景情况，该病例的特殊性  □撰写本病案报告的必要性  □本病例当前的诊疗标准以及本病例的贡献或特性，来源和出处可标注参考文献 | 必填，200字以内，客观描述。 |
| **1.病例资料** | | |
| **1.1**  **患者信息及病史** | □患者人口学信息、病历号、出入院时间/接诊时间及其他  □主诉：促使患者本次就诊的主要症状  □现病史：按时间顺序、以时间轴为纲对本病例的主要症状和诊疗过程进行描述  □既往史：家族史，手术史，心理状况，生活方式，遗传信息，流行病学史等，包括既往干预措施和结果 | 必填，不超过400字，详细、准确，可以辅助图、表，保护患者隐私，注意信息的时效性和完整性。 |
| **1.2**  **体格检查** | □描述患者的体格检查发现  □西医表述（视、触、叩、听）  □中医表述（望、闻、切）（中医专业填写） | 必填，不超过200字，阳性发现和重要的阴性体征。 |
| **1.3**  **辅助检查** | □实验室检查、影像学检查等结果 | 必填，不超过300字，重要阳性和阴性辅助检查结果。 |
| **1.4**  **诊断及鉴别诊断** | □诊断依据及方法：包括实验室检查，影像学检查等  □诊断推理：包括鉴别诊断以及其他的诊断  □相关预后的判别与特征（如适用）  □中医病案须包括中医诊断、中医辨证和西医诊断 | 必填，不超过400字，详细说明诊断依据和鉴别诊断过程，体现诊断过程中针对难点的解决之道，通过科学性和逻辑性体现诊断技术水平。 |
| **1.5 治疗干预** | □干预类型（如：推荐的生活方式、治疗、药物疗法、中医药、手术、操作等干预方式）  □干预管理（如：剂量、强度、持续时间）  □记录干预的变化，以及相应的解释说明  □其他同时实施的干预 | 必填，不超过400字，变更需说明理由。详细说明治疗的合理性/先进性和有效性，体现诊疗过程中针对难点的解决之道，通过科学性和逻辑性体现治疗技术水平。 |
| **1.6治疗结果、随访及转归** | □随访时间  □不良反应和意外事件  □重要的随访结果、化验检查数据等  □患者转归 | 必填，不超过300字，可以图表辅助。清晰说明治疗结果和患者后续情况，提供长期观察数据。 |
| **2.讨论** | | |
| **2.1讨论** | □本病例相关的背景、理论、标准、指南、现状与进展的描述，突出重点  □本病例的优势和局限性  □对照类似已发表的案例相关文献，找出差异点进行讨论  □本病例报告的价值所在，诊疗中的疑难之处及解决办法和具体过程，其作用和价值  □结论  □一些可能的发展和应用，如长期随访或新的研究课题 | 必填，不超过500字，实质性讨论，避免重复，提供深入分析和前瞻性观点。 |
| **2.2参考文献** | □观点和来源标注参考文献，可包括著作、教材、指南、专家共识及国医大师、学术继承指导老师经验等  □按照GB/T 7714-2015规范 | 选填，准确引用，体现研究的学术性和权威性。 |
| **3.附加材料** | | |
| **3附加材料** | □病案首页/门诊病历  □能够反映申报人贡献的病程记录（如查房意见、病历讨论、会诊记录、手术记录等）  □支持病案报告的检查、报告等 | 必填，病案资料扫描，注意保护患者隐私。 |

**样稿**

一例青少年发病的Gitalman综合征病案报告

**申报人：** \*\*\*

**单 位：** \*\*\*医院，内分泌科

**目前职称：**副主任医师

**拟申请职称：**主任医师

**拟申请专业**：内分泌学

Gitalman综合征为罕见病例，临床表现多样，易漏诊，诊治不及时会影响青少年生长发育。本例患者上呼吸道感染后出现乏力，四肢麻木，化验检查提示低钾血症，该症病因复杂，入院后完善相关化验检查，进行详细的鉴别诊断，结合病史锁定Gitalman综合征，最后通过基因检测确诊。经过补充电解质治疗，患者实验室指标正常，症状缓解出院。除对患者进行饮食、用药及运动指导外，还进行了详细的家系调查,以便对可能发病的患者给予相应的遗传咨询。

1. **病例资料**

1.1患者信息及病史

患者赵某，男，14岁，住院号：\*\*\*\*\*\*\*\*

入院时间：2017年8月28日

主诉：咳嗽、胸闷2周，乏力伴四肢麻木3天

现病史：2周前受凉后出现咳嗽、咳痰、胸闷，无发热。先后口服多种抗生素治疗，无好转。6天前外院检测血生化：血钾2.81mmol/L、血氯94.4mmol/L（正常参考值96.0~106.0mmol/L）、血钙2.58mmol/L(正常参考值2.2～2.6mmol/L）、血镁0.59 mmol/L（正常参考值0.7~1.1mmol/L）,诊断为“急性支气管炎、低钾血症”，予头孢唑肟2.0g/日及氯化钾1.5g/日静滴3天，复查血钾2.59mmol/l，今为明确低钾原因收入院。

既往史：体健，否认家族史及遗传病史，无流行病学史。

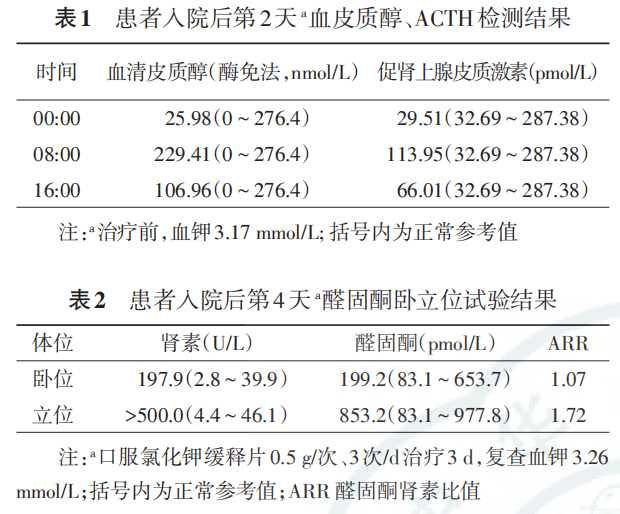
1.2体格检查

体温36.3°C，脉搏92次/min，左上肢血压111/82mmHg，右上肢血压血压111/82mmHg，身高178cm，体重74kg。全身浅表淋巴结不大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音，心率92次/min，律齐。腹软，无压痛，肝脾肋下未及，肠鸣音3次/min。四肢肌力5级，双下肢不肿。

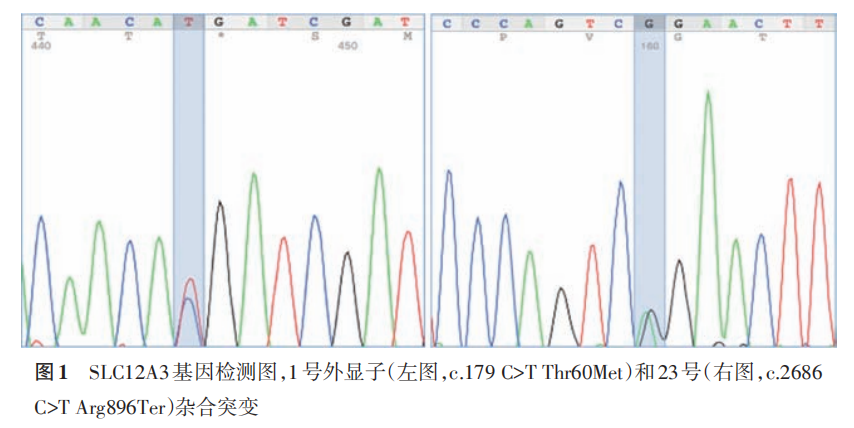
1.3 辅助检查

（1）生化：钾3.17mmol/L（降低），钠138.0 mmol/L，氯97.0mmol/L，钙2.47mmol/L，尿酸520.4umol/L；血清镁0.66mmol/L(降低)；尿钙<2.50mmol/24h；尿钾73.28mmol/24 h。血气分析：pH值7.46，血浆HCO-31.7mmol/(升高)，BE7mmol/L。

（2）尿游离皮质醇95.36ug/24h(正常参考值58~403ug/24h)，血皮质醇、ACTH节律符合生理性节律(表1)；甲状腺功能及抗体未见异常。卧立位醛固酮结果提示肾素水平明显升高(表2）。肾上腺CT扫描末见异常，肾脏B超和肾动脉B超检查均未见异常。



（3）基因检测示,SLC12A3基因有2个杂合突变(图1,分別位于：①1号外显子第208号核苷酸胞嘧啶变异为胸腺嘧啶(NM\_ 000339.2 c.179 C>T)，导致第60号氨基酸由苏氨酸变异为蛋氨酸(p.Thr60Met)；②23号外显子第2715号核苷酸由胞嘧啶错义突变为胸腺嘧啶(NM\_000339.2 c.2686 C>T,导致第896号氨基酸由精氨酸无义突变为终止密码子(p.Arg896Ter）。



1.4 诊断及鉴别诊断

目前诊断：Gitalman综合征

诊断依据：GS多在儿童和青少年起病，典型表现低血钾、低血镁、低血氣、低尿钙、偏低血压和RAAS活性增高。本例青少年发病，乏力、四肢麻木，辅助检查示低钾碱中毒伴有低镁和低尿钙，肾素升高，肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)激活。基因检测示SLC12A3基因有2个杂合突变，人类基因突变数据库（HCMD)上述突变已报道可导致GS，诊断明确。

低钾血症鉴别诊断：（1）各种原因引起的摄人不足、腹泻，汗液丢失或者药物性低钾血症，患者无相关病史，不支持。（2）内分泌疾病所致低钾血症：多合并高血压，血中醛固酮、皮质醇、儿茶酚胺等水平升高，肾上腺及垂体影像学可有占位或者增生。患者血压正常，影像学未见异常，不支持。（3）高血糖和糖尿病酮症酸中毒引起的低钾血症，患者血糖正常，不支持。（4）其他如肾小管酸中毒、Fanconi综合征，二者血气分析呈现酸中毒，患者血气p值>7.35，可排除。（5）Bartter综合征：该发病年龄相对较早、病情较重，可伴生长发育迟缓，血镁和尿钙水平正常。患者与此不符，基因检测可鉴别。

1.5 治疗干预、治疗结果、随访及转归

药物治疗方面，鼓励所有患者维持高钠及高钾饮食，终生补充钾和镁。故本例患者在高钠、高钾饮食基础上予门冬氮酸钾镁口服治疗。复查电解质正常，症状缓解出院。

出院后3个月内随访3次，血钾3.0～3.5mmol/L，血镁0.6~0.7 mmol/上，可正常生活和学习，并参加轻量体育活动。患者母亲行基因检测显示，SLC12A3基因有1个杂合突变；父亲拒绝检查；患者的妹妹基因检测未发现突变位点。

**2．讨论**

GS[1]是一种常染色体隐性遗传的肾小管疾病，由于编码SLC12A3的双等位基因失活突变导致，患病率约为1/40 000~10/40 000”。临床症状不典型，可有嗜盐，多饮，多尿，乏力，麻木，生长迟缓等。典型表现为“五低一高”和代谢性碱中毒，即低血钾、低血镁、低血氯、低尿钙、偏低血压和RAAS活性增高。其中，低血镁和低尿钙对诊断GS有重要价值。

低钾血症是临床常见症状，梳理鉴别诊断流程，首先要进行24h同步血、尿钾检查，判断尿钾排出增多[2]，根据血压鉴别。若血压正常，考虑：①GS和Bartter综合征：后者血镁及尿钙正常；②肾小管酸中毒、Fanconi综合征[3]：血气检测为酸中毒、RAAS不活跃。若血压升高，考虑：①原发性醛固酮增多症：醛固酮水平增高，肾素水平降低；②继发性醛固酮增多症：RAAS激活，肾素、醛固酮水平增高，肾脏及肾动脉超声可有异常；③Liddle 综合征：RAAS抑制，低肾素、低醛固酮；④Cushing 综合征或服用甘草类药物：病史、体征和皮质醇及小剂量地塞水松抑制实验等可协助诊断。

低钾血症是临床最常见的电解质紊乱之一，病因复杂，鉴別诊断应有的放矢。本例Gitelman综合征青少年发病，以乏力、四肢麻木等低血钾为主要表现，化验提示“五低一高”伴代谢性碱中毒，结合低钾血症的诊断流程提出临床诊断，根据基因检测确诊 [4] 。

**参考文献**

1. Blanchard A, Bockenhauer D, Bolignano D, et al. Gitelman syndrome: consensus and guidance from a kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) controversies conference[J]. Kidney Int，2017,91(1):24-33. DOI: 10.1016/j.kint.2016.09.046.
2. Wu KL, Cheng CJ, Sung CC, et al. Identification of the causes for chronic hypokalemia: importance of urinary sodium and chloride excretion[J]. Am J Med, 2017, 130 (7): 846 - 855.
3. Perrone D, Afridi F, King - Morris K, et al. Proximal renal tubular acidosis (Fanconi syndrome) induced by apremilast: a case report[J]. Am J Kidney Dis, 2017,70 (5): 729-731. DOI:10.1053/.aikd.2017.06.021.
4. Gitelman综合征诊治专家共识协作组.Gitelman综合征诊治专家共识[J].中华内科杂志,2017,56(9):712-716. DOl:10.3760/ema.j.issn.0578 -1426.2017.

09.021.

**3. 附加材料**

病案首页、查房意见、检查化验等（略）

一例横纹肌肉瘤伴高位巨大淋巴结转移癌病案报告

**申报人：** \*\*\*

**单 位：** \*\*\*医院，耳鼻咽喉科

**目前职称：**主治医师

**拟申请职称：**副主任医师

**拟申请专业**：耳鼻咽喉科学

鼻腔鼻窦横纹肌肉瘤为罕见病例，且容易早期出现淋巴结转移[1]，彻底清除病变及淋巴结清扫是主要治疗方式[2]。该患者经化疗治疗后，原发灶消退良好，但淋巴结无明显变小，手术的根治性彻底切除是至关重要的。此患者较大转移淋巴结位于左侧II区，直径约6cm，为N3转移淋巴结，并且向上累及咽旁间隙，且与颈内静脉及颈总动脉等大血管均黏连，彻底切除手术难度很高，侧颈淋巴结完整的整体切除难度更高。

**1. 病例资料**

1.1患者信息及病史

患者\*\*某，女，\*\*岁，住院号：\*\*\*\*\*\*

入院时间：20\*\*年\*月\*日

主诉：左筛窦横纹肌肉瘤术后7月，8周期化疗后

现病史：患者7月前无明显诱因出现左侧持续性鼻堵，伴间断头疼，左侧鼻出血，间断性，量少，数分钟自止，伴嗅觉消失。于20\*\*年11月10日外院行全麻下鼻内镜下左侧筛窦开放+鼻腔鼻窦肿物切除术，术后病理：横纹肌肉瘤（腺泡型），术后患者症状无明显好转，并发现左颈部包块，渐大。于我院就诊行诱导化疗治疗8周期，鼻部症状明显好转，颈部包块未见明显变化，为进一步诊治就诊我科。

既往史：体健，否认家族史及遗传病史，无流行病学史。

1.2体格检查

体温36.9℃，呼吸20次/分，心率88次/分，左上肢血压110/80mmHg。左上颈部下颌角区可触及质硬结节，直径约6cm，上至下颌骨内侧，活动度欠佳。鼻腔通畅，鼻腔内未见明显新生物及异常分泌物。双侧眼球对称，无突出，眼球活动自如。双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音，心律齐。腹软，无压痛，肝脾肋下未及。

1.3 辅助检查

PETCT（20\*\*-12-8）：鼻术后左侧筛窦残腔，上颌窦口软组织影，累及左眼眶肌椎外间隙，考虑转移可能性大。

化疗前（20\*\*-12-20）后（20\*\*-6-4）核磁比较：左侧筛窦区病变明显缩小，颈部淋巴结无明显变化（图1、2）。

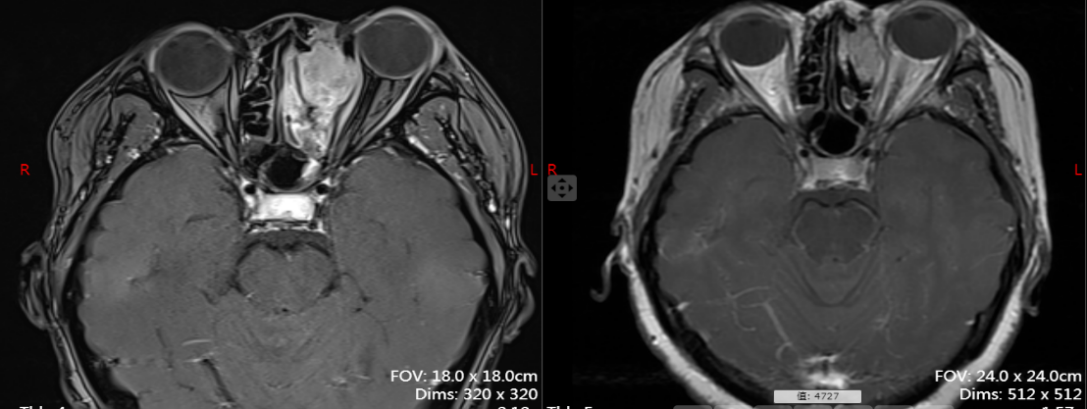


图1：化疗前（20\*\*-12-20）后（20\*\*-6-4）核磁比较：左侧筛窦区病变明显缩小

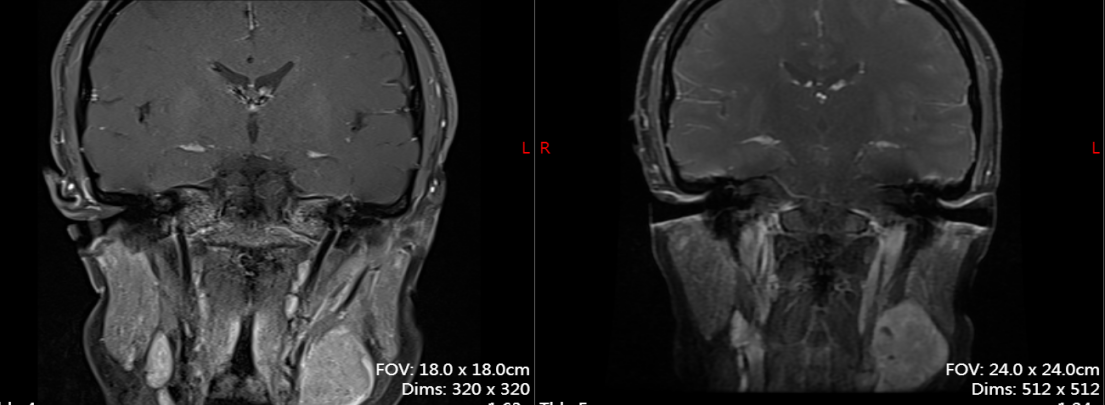


图2：化疗前（20\*\*-12-20）后（20\*\*-6-4）核磁比较：颈部淋巴结无明显变化。

头部CT（20\*\*-5-21）及MRI（20\*\*-6-4）：左侧额窦、筛窦残腔、上颌窦、左鼻腔占位性病变，广泛累及周围鼻颅眶及颌面部结构，符合恶性表现。

颈部CT（20\*\*-5-21）：左侧颈部II区多发肿大淋巴结，最大者5.5\*4.5\*3.5mm（图3），主要位于下颌骨深方，考虑为淋巴结转移可能性大，与颈部血管关系密切（图4）。

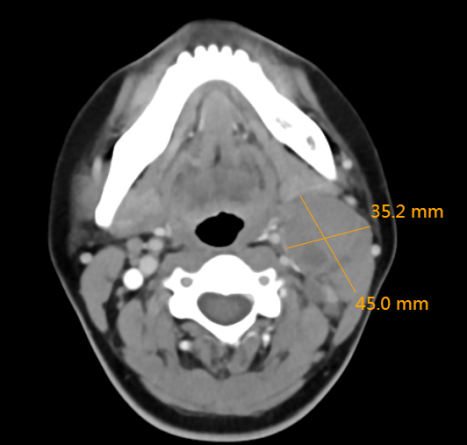


图3：颈部CT展示左颈II区高位巨大淋巴结

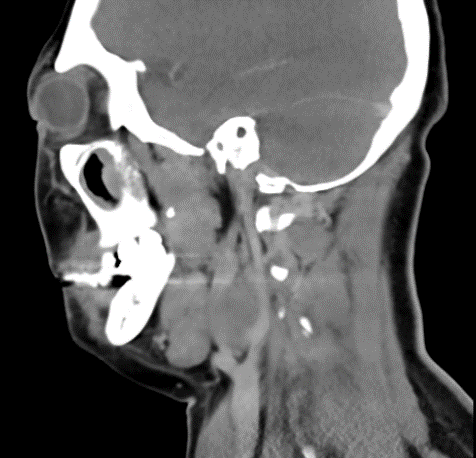
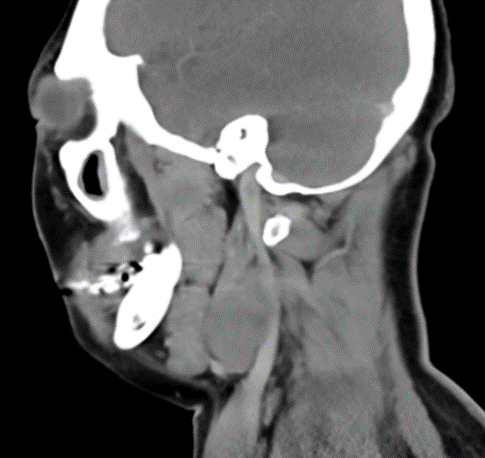


图4：颈部CT展示左颈II区高位巨大淋巴结与颈内静脉及颈内外动脉的紧密关系

颈部超声（20\*\*-6-4）：左II区多发淋巴结，倾向转移，最大者位于II区5.0\*3.2cm。

1.4 诊断及鉴别诊断：

目前诊断：左鼻腔鼻窦横纹肌肉瘤T4aN3bM0，鼻内镜术后，化疗后

诊断依据：（1）患者症状表现为左侧持续性鼻堵，伴间断头疼，鼻出血，曾于外院行鼻内镜手术，术后病理：横纹肌肉瘤（腺泡型），并行化疗治疗8周期后。（2）体格检查：左上颈部下颌角区可触及质硬结节，直径约6cm，上至下颌骨内侧，活动度欠佳。鼻腔通畅，未见明显新生物及分泌物。（3）辅助检查：MRI提示左侧额窦、筛窦残腔、上颌窦、左鼻腔占位性病变，广泛累及周围鼻颅眶及颌面部结构，符合恶性表现。超声及颈部CT提示左颈部多发肿大淋巴结，转移可能性大。

鉴别诊断：（1）淋巴瘤：多表现为颈部无痛性多发包块，影像学提示颈部多发肿大淋巴结，PETCT可提示淋巴结肿大SUV值升高，并可提示可能的代谢增高的原发灶位置，淋巴结活检有助于鉴别。（2）淋巴结核：多表现为颈部无痛性多发结节，呈串珠状，可伴有低热盗汗等全身症状。肺CT影像学检查有助于肺结核合并淋巴结的鉴别。淋巴结活检有助于鉴别。

1.5 治疗干预

完善术前相关检查后行鼻侧切开鼻腔鼻窦眶内肿物切除术+鼻中隔瓣修复术+左侧颈淋巴结I-V区清扫术

患者先予鼻侧切开彻底上颌骨部分切除开放左侧鼻窦，见筛窦内瘢痕及淡红色新生物，累及左侧眶内及内直肌，将眶筋膜、部分眶脂肪及内直肌一并切除，取蒂在后方的鼻中隔黏膜瓣修复眶内壁及下壁，术区填塞碘仿纱条，逐层缝合切口。于颈部切开皮肤，掀起皮瓣，掀起左侧胸锁乳突肌，见左II区约6cm质硬结节，向上突至咽旁间隙，与副神经、颈内静脉颈内动脉黏连。沿锥前筋膜清扫IV-II区至大结节下缘，于肿物下方颈内静脉阻断带保护。向上掀起腮腺尾叶，见肿物上端向上超过二腹肌突至咽旁间隙。充分解离二腹肌，暴露肿物上端，颈内静脉上端解离并予阻断带保护。见肿物与颈内、外动脉黏连，局部包绕压闭颈内静脉，但无明显侵犯，原位保留颈内外动脉、颈内静脉及副神经，将II区大淋巴结及侧颈I-Va区淋巴结一并整体切除。术区放置负压引流，逐层关闭术腔（图5）。

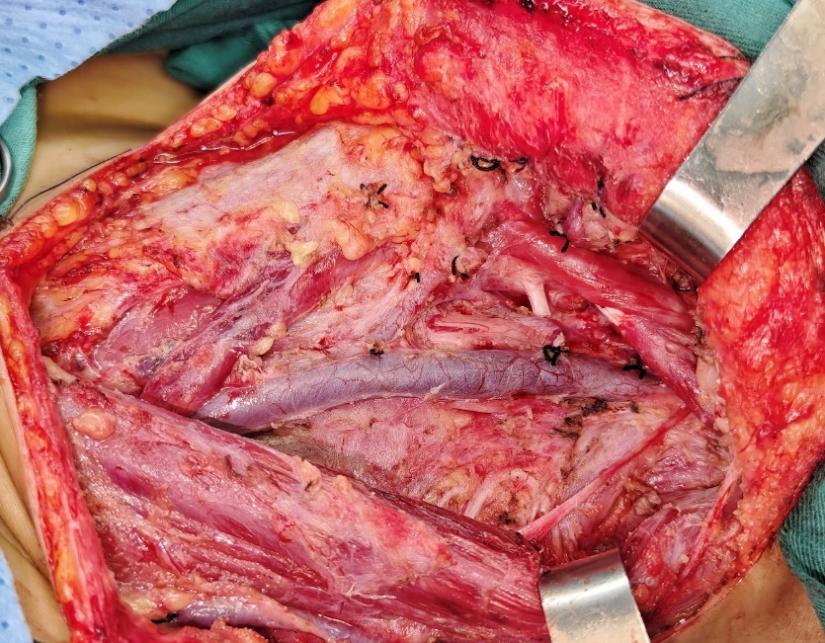




图5：术中照片展示颈清扫术腔情况，及颈部淋巴结整块切除标本

1.6 治疗结果、随访及转归

患者术后恢复良好，面部无红肿，左眼睑稍水肿，视力正常，颈部引流量及颜色正常。术后第5天予以出院。

术后病理回报：筛窦、上颌骨、眶脂肪标本均可见肿瘤组织，横纹肌肉瘤。I区0/3，IIa区6/13，IIb区1/10，III区1/9，IV区0/22，Va区0/1转移。

术后一周撤除鼻腔填塞材料，颈部拆线。局部伤口愈合良好，视力正常，眼球活动正常，无明显复视。进一步将于术后1月行进一步放射治疗。

**2．讨论**

横纹肌肉瘤是一种罕见的恶性肿瘤，在成人癌症中占比约1%[3]，其中腺泡状亚型的患者更易发生区域淋巴结转移，危险度更高[4]，具有高复发率和死亡率[5]。

本例患者临床分期IV期，化疗后原发灶退缩良好，淋巴结缩退效果欠佳，手术彻底切除是目前最佳治疗方法。患者淋巴结最高点位于下颌骨后方，且与颈部大血管粘连，导致血管上端暴露不理想，如操作不当，极易出现大出血、甚至出现严重颅脑并发症。必要时需下颌骨裂开，创伤明显增加，且影响患者咀嚼功能。

本例患者手术中予掀起腮腺尾叶，充分显露游离二腹肌，以更好暴露肿物上端。将肿物与粘连的颈内动脉精细解离，将颈内静脉上下端充分显露放置阻断带，避免大出血风险。从胸锁乳突肌后缘解离副神经，沿神经向内逐步解剖，在保证肿瘤无破损的情况下，完整保留副神经及颈内静脉。将II区大淋巴结与其他侧颈淋巴结整体完整切除，避免分段切除时可能存在了肿瘤残留。

鼻腔鼻窦腺泡型横纹肌肉瘤为罕见病例，手术的完整彻底切除是预后良好因素。对于II区巨大淋巴结手术，充分暴露肿瘤上端，保护颈部重要大血管的处置非常关键，不但完整彻底切除病变，同时明显减少围手术期并发症。

**参考文献**

[1] Liu JH, Qi M, [Wen-Hu Huang](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Huang+WH&cauthor_id=37507673) et al. The magnetic resonance characteristics of sinonasal rhabdomyosarcoma in adults: analysis of 27 cases and comparison with pathological subtypes. BMC Med Imaging. 2023,23(1):98.

[2] Machavoine Ｒ，Helfre S，Bernier V，et al． Locoregional control and survival in children，adolescents，and young adults with localized head and neck alveolar rhabdomyosarcoma—the French experience［J］． Front Pediatr，2022，9:783754．

[3] Skapek S X，Ferrari A，Gupta A A，et al． Rhabdomyosarcoma［J］． Nat Rev Dis Primers，2019，5(1) :1-19．

[4]秦玲,李道明. 腺泡状横纹肌肉瘤 41例临床病理特征及预后分析. 临床与实验病理学杂志,2023,39(7):822-828.

**3．附加材料**

病案首页、查房意见、检查化验等（略）