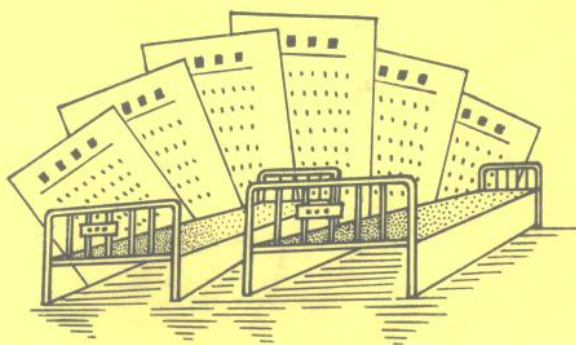


临床病案讨论集

张禹编



人民军医出版社

72729

临床病案讨论集

LINCHUANG BINGAN TAOLUNJI

张 禹 编

人民军医出版社

1984年·北 京

206/10

临床病案讨论集

张 禹 编

责任编辑 李超林

人民军医出版社出版
(北京市复兴路 22 号甲 8 号)

一二〇二工厂印刷

新华书店北京发行所发行

850×1168 毫米 32 开本·10.5 印张·288 千字
1984 年 8 月第 1 版 1984 年 8 月北京第 1 次印刷
印数 1——22,500

统一书号：14281·009 定价：1.30 元

前 言

临床病例（病理）讨论是解决疑难病例诊断和治疗的一种好方法。《人民军医》杂志复刊以来发表了一批病案讨论文章，受到了部队基层医务人员的普遍欢迎，很多读者来信要求将这些文章汇集成册出版。为此，我受人民军医出版社的委托将《人民军医》杂志1974年复刊以来至1983年第6期刊登的病案讨论，重新进行整理选编成册出版，供临床医生学习、参考。

本书所列病例，涉及内、外、妇、儿、传染和中医等科，多为病情曲折复杂容易误诊的常见病，也有少见的疑难病；有专家、教授撰写的文章或发言，也有医院、部队基层医务人员整理的病例诊断和治疗总结；有获得正确诊断和治疗的成功经验，也有误诊误治引以为戒的失败教训。内容深入浅出、丰富充实，讨论分析细致入理，适合部队军医和地方基层医院医师阅读和参考。

由于水平所限，本书尚存在不少缺点，希望读者批评指正。

编 者

1983.10.1

目 录

内科、传染科

第1例——慢性间歇性上腹痛半年	(1)
第2例——长期间歇低热、乏力、皮肤红斑、关节及肌肉酸痛 ..	(5)
第3例——全血细胞减少	(15)
第4例——长期发热、乳糜尿、双肺粟粒状及结节状病灶	(19)
第5例——疲乏、低热、咳嗽、气短	(29)
第6例——水肿、低蛋白血症、胸痛、咳嗽	(35)
第7例——肝脾肿大、恶心、呕吐、纳差、乏力、发热	(45)
第8例——视力障碍、口干、嘶哑、言语及吞咽困难	(50)
第9例——发热、胸痛、腹痛、周身不适	(58)
第10例——高热、皮肤出血、血小板减少	(63)
第11例——进行性黄疸、皮肤出血、柏油样便、血小板减少	(66)
第12例——大量胸腔积液、心包积液、淋巴结肿大、 纵隔阴影增宽	(72)
第13例——间歇性反复发热、黄疸、肝脾肿大	(77)
第14例——头痛、左侧偏瘫、意识障碍	(81)
第15例——腹痛、腹泻、发热、反复便血	(87)
第16例——发热、纳差、黄疸、消瘦	(92)
第17例——黄疸、肾绞痛、排尿困难	(96)
第18例——高热、消瘦、上腹钝痛	(106)
第19例——胸痛、腹痛、发热、盗汗、消瘦	(110)
第20例——腹痛、腹泻、频繁呕吐、谵妄	(114)
第21例——眼睑及下肢局限性水肿、发热	(119)
第22例——血尿、休克、紫癜	(123)
第23例——发热、皮疹、关节痛、白细胞增高	(127)
第24例——左肩关节疼痛、低热	(131)

第25例——不规则发热、肝脾淋巴结肿大、腹痛、腹泻	(136)
第26例——上腹隐痛、反复黑便、间歇发热	(141)
第27例——寒战、高热、纳差、黄疸20天	(145)
第28例——腹痛、腹胀、消瘦半个月	(150)
第29例——发热、头痛、视力减退、意识障碍	(155)
第30例——关节红肿痛、心脏杂音、皮肤溃疡	(158)
第31例——低热、偏瘫、肺部阴影	(164)
第32例——发热、黄疸、肝脾肿大、全血细胞减少	(167)
第33例——纳差、肝大、黄疸	(170)
第34例——恶心、厌油、尿黄3天	(175)

外 科

第35例——术中循环骤停	(178)
第36例——脐周及下腹部剧痛、恶心、肠鸣、便秘	(185)
第37例——全身色素沉着、肥胖、高血压、纵隔肿块	(189)
第38例——输血后心慌、寒颤、呼吸困难、发绀、休克	(198)
第39例——呕吐、昏倒、全身乏力、水肿	(203)
第40例——上腹痛、呕血水	(207)
第41例——上腹痛、呕血、黑便、黄疸、咯血、胸水	(214)
第42例——下腹部突发剧烈疼痛、伴有恶心	(221)
第43例——高热、贫血、后期出现左上腹肿物	(227)
第44例——剧烈腹痛、吐虫、右腹股沟包块	(233)
第45例——十二指肠溃疡，术后大出血，并发肺炎、 十二指肠痿、膈下脓肿	(239)
第46例——右季肋部剧烈疼痛、晕厥	(242)
第47例——腹部阵发性绞痛，伴恶心、呕吐，左下腹部包块	(246)
第48例——腹部刺伤、右腰腹部隐痛、右侧腰背部可听到 血管杂音	(250)
第49例——腹痛、腹水、腹部包块	(255)
第50例——腹痛、腹部肿块，贫血、消瘦	(260)
第51例——无痛性黄疸、体重下降	(263)
第52例——上腹痛、呕吐1天	(267)

第53例——发热、消瘦、右下腹部包块 7 个月	(271)
第54例——腹部阵发性疼痛 4 年	(274)
第55例——腹痛、呕吐，伴发热 5 天	(277)
第56例——腹部肿块、腹胀、腹痛	(280)
第57例——腹痛、腹胀、黄疸 2 天	(283)
第58例——闭合性腹部损伤 1 周发生左上腹剧痛	(287)
第59例——腹痛、发热10天伴腹泻 7 天	(290)

其 他

第60例——腹部肿块、膨隆、下腹壁胀	(294)
第61例——新生儿黄疸、肝脾肿大、贫血、甲胎蛋白阳性	(299)
第62例——发热、咳嗽，咯黄脓痰、黄疸、昏迷	(304)
第63例——四肢瘀斑、便血、腹痛	(310)
第64例——高热、头身痛、呕吐、皮肤粘膜广泛出血	(315)

附 录

怎样进行病案分析和整理临床病案讨论稿	张 禹 (321)
--------------------------	-----------

第 1 例——慢性间歇性上腹痛半年

92医院內三科 金健行 陶永毅 杨谦 喻惜华 刘君廷

病 历 摘 要

譚某，男性，20岁，战士。1973年9月18日，主訴上腹部不规律性隱痛半年，第二次入院。

患者于1973年4月开始感腹痛，部位不定，多在脐周及脐上，有时全腹痛，无一定规律，伴大便次数增多，1天3~8次不等，有时带少量粘液，并有轻度里急后重感，食欲欠佳。无发热、黄疸及恶心呕吐。曾服用黄连素、奴夫卡因、次碳酸铋等均无效，于1973年5月28日拟诊为慢性肠炎第一次入院。入院后体检，除脐周略有压痛外其他无阳性发现。化验检查：肝功能正常，粪便常规3次蛔虫卵0~5个/低倍，培养无致病菌生长，孵化沉渣等其他检查均阴性。给予驱虫、抗生素及对症治疗好转，于6月15日出院。出院后有时仍断续有上中腹部隱痛，但未再腹泻，有时右上腹痛较剧，饥饿时明显，于1973年9月18日第二次入院。入院体检：心肺正常，腹软，肝脾未触及，右上腹及脐上轻度压痛。化验：血红蛋白13.5g，白细胞5,250，中性52%，淋巴40%，酸性8%。尿、粪常规阴性，上消化道钡透阴性，肝功能及黄疸指数正常。十二指肠引流第1管白细胞10个~成堆/高倍，第2、3管均见蓝氏贾第鞭毛虫滋养体成堆及脓细胞成堆，培养无细菌生长。乃确诊为蓝氏贾第鞭毛虫胆道感染，给予阿的平治疗后，复查十二指肠引流2次均阴性，痊愈出院。

临 床 讨 论

本例为一青年男性，主要症状为慢性腹痛，部位不定，第一次住院时疼痛主要在脐周且伴腹泻，第二次住院疼痛主要在上腹部及右上腹部。其他体征甚少。于第二次住院时作十二指肠引

流，查获大量蓝氏贾第鞭毛虫滋养体。现作如下讨论。

(一) 诊断方面：慢性腹痛是部队的常见病，原因甚多，根据患者情况可考虑：

1. 慢性肠炎或慢性痢疾：患者起病时腹痛及大便次数增多，且伴有少量粘液及轻度里急后重感，像是此病。但粪便常规及培养阴性，过去无痢疾史，第二次住院时腹泻消失而仍有腹痛，最后胆汁中找到蓝氏贾第鞭毛虫，故可排除本病。

2. 溃疡病或慢性胃炎：两者均可引起经常性腹痛。少数溃疡病症状可不典型，缺乏规律性。但两者均不致有腹泻，且疼痛部位均在上腹部。溃疡病有时有固定压痛点，慢性胃炎疼痛区域可较广泛，但亦只限于上腹部，很少在脐周。患者钡透阴性及十二指肠引流结果均证实非此两种疾病。

3. 肠蛔虫症：第一次住院时粪便找到蛔虫卵可确诊。严重的蛔虫感染亦可引起经常的脐区腹痛，但腹泻者较少。患者常为上腹痛，驱虫后症状不减，不能解释整个病程。因此，肠蛔虫症当为其夹杂病。

4. 蓝氏贾第鞭毛虫感染：十二指肠引流找到滋养体，治疗后症状消失可确立本病诊断。蓝氏贾第鞭毛虫感染可引起全身性及肠胃道、胆囊胆道症状。高镜朗分析上海市 134 例蓝氏贾第鞭毛虫病的症状，其中腹泻(72%)、腹痛(36%)为最常见。患者起病时腹痛腹泻可能即为此虫寄生于肠道的症状，嗣后转入胆道，而有右上腹痛。

(二) 提高对蓝氏贾第鞭毛虫病的认识：蓝氏贾第鞭毛虫为寄生于消化系统的一种鞭毛虫，气候温暖的地区感染率较高，根据我国各地的调查报告，感染率自0.26~5.80%不等。1972年我们在福建顺昌某部队作胃肠病调查时其感染率为1.1%。由于本病较少见，易被忽视，有的被长期误诊，值得引起注意。

本病的感染主要是通过包裹污染水源或食物而经口传入，当包裹被人吞食到达十二指肠后，虫体脱囊而出，在十二指肠、空

肠上段生活或进入胆道胆囊内寄生。人体感染后有人不表现任何症状，但也有人有轻微甚至严重症状，儿童症状较明显。宿主的机能状态是决定症状出现与否的主要因素。儿童的肠道功能不稳定，其代谢机能的调节比成人差，因此儿童感染后产生腹泻及营养不良等远较成人多。根据我们遇到的病例和体会，认为可根据临床症状分为以下数型：

1. 肠炎或痢疾型：此型最多见。蓝氏贾第鞭毛虫用吸盘吸附在肠粘膜上，对肠道产生机械性刺激，因而常可有腹泻腹痛等症发生，易误诊为其他肠道疾病。陈继烈等分析 579 例，腹泻占 94%，并指出，蓝氏贾第鞭毛虫病的腹泻大多较轻，易被患者或医生忽视而误诊。如粪检阴性，则更易疏忽，桂承礼报告的 15 例粪检只 8 例阳性。本例第一次入院时腹痛伴大便次数增多，根据其病程看来很可能即为感染本病的肠道症状。刘继祖报告的 8 例中，6 例呈慢性肠炎型。因此，如腹泻而粪检此虫阳性且无其他原因者应按本病给予治疗。

2. 胆道感染型：蓝氏贾第鞭毛虫进入胆道寄生可引起胆管炎或胆囊炎，而出现上腹痛、食欲不振、恶心、肝脏肿大及右上腹压痛和低热等。少数可引起急性胆囊炎样发作，甚至出现黄疸。十二指肠引流为诊断的重要方法，本例即由此获得确诊。因此，临床上某些常有右上腹痛的患者经各项检查未获阳性结果者，作十二指肠引流有一定价值。

3. 溃疡病型：我们曾遇到有的病例有规律性右上腹痛，饥饿时明显，症状极似溃疡病，钡透为十二指肠球部炎症，但引流获得蓝氏贾第鞭毛虫滋养体和包囊，给予治疗后症状及钡透均好转。桂承礼的病例中有上腹痛的 9 例作钡透呈十二指肠炎者即有 3 例。国外有人报道有 65.3% 蓝氏贾第鞭毛虫患者发生典型的十二指肠炎，其症状与十二指肠球部溃疡相似。因此，对右上腹痛而钡透十二指肠球部有激惹刺激现象者，除常见的溃疡病外尚宜注意有本病的可能性。

4. 营养不良型：可出现贫血、维生素A缺乏及发育不良等。以儿童为多见。这是由于虫体大量附着肠壁减少吸收面积，同时脂肪吸收能力亦显著减少所致。有的成人感染后，还可出现神经衰弱的症状。

综上所述，本病的临床表现虽较单纯，但有时亦较隐匿而多变。本病有时与肝胆等疾病同时存在，但依靠十二指肠引流及粪检可诊断本病。

（三）治疗：阿的平治疗本病效果较好。成人0.1g口服，每日3次，连服6天。陈继烈等用中药苦参抽提浸膏制成片剂，成人1日30g生药量，3次分服，连服7天，92%痊愈。近年来我们用磷酸氯喹0.25g口服，一日3次用5天，效果亦佳。国外过去报告用“灭滴灵”治疗，近期疗效达95.8%。但本病治疗后宜随访观察，定期复查。

（四）体会：慢性腹痛系常见症状，一般来说诊断不难，因而容易大意疏忽，甚至漏诊误诊。本例第一次腹痛腹泻住院时，粪便常规虽未能查得蓝氏贾第鞭毛虫，但联系整个病程来看，仍有属于此病的可能。文献上报告的病例，胆汁及粪便检查亦有多次才获得该虫者，因此我们在诊断疾病时应着重调查研究，注意分析，才能避免主观性、片面性，从而提高医疗质量。

第2例——长期间歇低热、乏力、皮肤红斑、关节及肌肉酸痛

第三军医大学 第一附属医院内科
病理教研室

病 历 摘 要

吕某，女性，43岁，山西籍。因间歇性低热14年，上腹痛半天，于1972年5月10日入院。

患者自1958年4月开始腰痛，劳累后、月经期加重，休息后缓解。午后低热，体温 $37.3\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 。头晕，乏力，全身不适，四肢出现散在性紫癜。查尿（浓缩法）发现抗酸杆菌，诊断为“早期肾结核”，作静脉肾盂造影无异常。行抗痨治疗1年余，症状时好时坏。1964年后仍有间歇性低热，且伴周身肌肉酸痛及四肢关节疼痛。同年6月发现左臀部起一肿块，逐渐增大至半掌大小。每当发热，肿块增大、痛、红、热。体温下降时，局部情况转轻，作理疗及热敷时，局部肿痛及全身症状反见加重。1966年9月于本院外科作肿块切除，病理所见为“脂肪组织局限性纤维化，钙盐沉着及脂类物质潴留”。术后局部肿痛及全身症状加重，行局部放射治疗3次，症状更甚。且常有阵发性胸闷、心前区不适、心慌、气短、头晕等。1969年在服中药期间，发现左臀部、四肢起麻疹样红斑，痒，服强的松 $40\text{mg}/\text{日}$ ，4天后皮疹消退。同年12月出现颜面及下肢水肿，发热时明显，休息及热退后水肿亦缓解。1970年3月因作电兴奋治疗后，上述症状加重，于4月入本院内科治疗，考虑为“胶原性疾病”。住院中有时发热达 39°C 左右，且伴有面颊部对称性充血疹及背部充血疹，不痒。4月23日用强的松 $30\text{mg}/\text{日}$ 治疗，症状缓解，激素逐渐减量至 $15\text{mg}/\text{日}$ ，症状又复发，先后晕厥3次。在晕厥时作心电图为“窦性停搏、结性逸搏”。加大强的松剂量（ $30\text{mg}/\text{日}$ ），症状稍有缓解。于1970年8月转北京某医院，发现双手大小鱼际肌及指尖有红色斑疹，诊断为“红斑狼疮”。住院后一直用强的松 $15\sim 45\text{mg}/\text{日}$ ，曾两次减量，发热及全身症状又加重，并在痰、大小便中多次培养有白色念珠菌。用抗霉（曲古霉素、制霉菌素等）治疗，效果不显。1970年底曾

发高热达39.8℃，咳嗽，咯脓痰，气急，胸片检查为右肺中叶肺炎，经用氨基苄青霉素及加大激素剂量后症状稍缓解。1971年3月转回上海治疗。

6月底因走路不慎跌倒，3天后左臀部靠骶骨处发现一个指头大小肿块，质硬，部位较深，可活动，有轻压痛。1972年2月起，病情逐渐加重，低热，全身肌肉关节酸痛，胸闷，气急，头晕，记忆力减弱，多汗，并感右季肋部及右腰部痛，食欲不振。体检肝大肋下一指多，化验肝、肾功能损害，头颈部红色充血疹不消退，颜面多发性疖肿反复发生，难以控制。5月10日清晨，先觉上腹部隐痛，以后逐渐加重，呈阵发性绞痛，不向肩腰部放射，向下腹部蔓延，伴恶心，呕吐出食物，而再次入院。

1946年发现右颞骨上有一硬结。1950年7月患“右侧结核性渗出性胸膜炎”，经链霉素治疗症状缓解，胸水吸收。

体检：体温38.3℃，血压130/90。慢性重病容，表情痛苦。呈向心性肥胖，满月脸，双腋下、胸、腹部及臀部满布地图样紫纹，前颈部有较多散在性红色充血疹，头颈颜面有多发性疖肿，双前臂有少数散在出血点，颜面水肿。巩膜不黄。双颊粘膜有白点，舌质深红，苔少。颈软、颈静脉不怒张。双肺叩清音，双肺中下有散在小水泡音。心界不大，心律齐，心率110次，心尖部第一音减低，有二级吹风性缩鸣。腹部膨隆，肝、脾下界触诊不满意，肝上界在右锁骨中线第五肋间，上腹部有肌抵抗及压痛、反跳痛，尤以右上腹明显，下腹部有压痛，无肌紧张及反跳痛，移动性浊音(±)，肠鸣音活跃，腱反射存在，病理反射未引出。

实验室检查：红细胞383万，血红蛋白11.2g，白细胞9,100~12,400，中性83~89%，淋巴11~17%，血小板10.4万，血沉22~74mm/第一小时。尿常规：蛋白++~卅，红细胞1~5/高倍，脓球100+/高倍，透明管型0~1/高倍，颗粒管型2~4/高倍。尿液浓缩法查抗酸杆菌(-)，尿培养产气杆菌生长。血清转氨酶112单位，麝絮卅，麝浊20单位，非蛋白氮30mg%，24小时尿肌酸69.6mg%，肌酐900mg%。自1970年3月以后8次查红斑狼疮细胞均为(-)。骨髓检查有轻度受抑制现象。肝超声波检查：肝上界5~6肋间，剑下3cm，呈较密低小波，未见腹水。

放射线检查：患者自1970年4月至1971年3月拍了一系列胸片，总的发现是肺门阴影增大、模糊，肺纹增多、增粗、不规则、边界不清，肺内出现散在的粟粒状或小点片状阴影。1970年8月以后，肺部开始出现细小的纤维条状阴影。以上改变是从无到有，从少到多，以中下野及内中带多，

右侧比左侧多。1970年12月29日，胸片右肺中野出现三角形大片状模糊影，密度较淡。1971年1月3日复查，此大片状影明显吸收，残留小片状模糊影及纤维条状阴影。1971年2月25日复查，右肺中野再次出现大片状模糊阴影，性质同前，位置稍有内移。右肋胸膜及右水平叶间肋膜轻度增厚。1970年12月29日以后，右肋胸膜增厚略变明显，同时出现心右缘稍变毛糙，并有右膈肌升高。心脏未见明显增大。

入院后经一般支持疗法及地塞米松 $1.5\text{mg}/\text{日}$ ，庆大霉素16万单位/日治疗。上腹痛反复发作3次，每次持续1~2天，经输液及少进食，似能缓解。5月22日下午，发现患者说话不清，烦躁。当晚体检有右鼻唇沟变浅，舌向右偏，口角向左偏，运动性失语，双侧瞳孔等大、圆形，对光反应存在，右恰多克氏征(+)，会诊考虑为脑血管病变。加大地塞米松 $10\text{mg}/\text{日}$ 静滴。5月23日上午患者讲话清楚，神经系体征不明显。中午又说话不清，四肢阵阵小抽搐，头颈部摆动，右奥本汉氏征(+)，右恰多克氏征(+)。5月24日下午神志不清，抽搐1次，呈癫痫样发作。26日呈深昏迷，高热达 40.1°C ，血压下降，呼吸深快，经抢救无效而死亡。

临 床 讨 论

(一) 本例归纳起来有以下几个特点：

1. 中年女性。
2. 长期间歇低热已14年，近两年热度渐增，发作频繁。
3. 发热时伴有四肢关节疼痛，周身肌肉酸痛，头晕及乏力等症。

4. 皮肤表现有以下特点：

(1) 1964年发现左臀部长一包块与全身低热有关。抗生素治疗无效，理疗、热敷及放疗等均可使症状加重。包块内有少量黄色油状液体，病理检查为“脂肪组织纤维化，有脂类物潴留”。

(2) 1969年后反复于面、颈、头及上肢发现红色充血性斑疹，与全身发热、不适等症状往往同时出现。

(3) 1970年8月发现双手大小鱼际肌及指尖有红色斑疹。

5. 先后出现内脏损害，如肾、心、肝、肺、胸膜及脑神经

等。

6. 对电、热等物理刺激均有过敏反应,常使全身症状加重。

7. 全身症状对激素治疗较敏感,减停激素后症状易复发。

8. 血沉增快,转氨酶升高,絮状反应卅,尿蛋白多、有血细胞及管型,多次查红斑狼疮细胞均阴性。骨髓有轻度受抑制现象。

9. 病程晚期由于较长期应用激素致病人发生满月脸,向心性肥胖,皮肤多毛囊炎及紫纹等。

(二)根据以上特点,考虑为慢性全身性疾病,且侵犯了多个系统,因此,提出以下疾病进行分析。

1. 结核感染:长期发热,曾患过胸膜炎,1958年尿中发现有红细胞,查尿曾有结核杆菌,以后血沉增快等等,这些均可能是结核的表现。但以后当病人全身症状严重时,多次查尿抗酸杆菌均为(-),且曾数次用抗痨药物治疗效果均不明显,加上以后关节、皮肤及肝脏的改变亦均不好用结核感染来解释。

2. 胶原性疾病:这类疾病中如结节性多动脉炎、皮肌炎、硬皮病等均与本例的表现不相符合。现仅就全身播散性红斑狼疮及结节性脂膜炎两病分析如下。

(1)回归型发热性非化脓性结节性脂膜炎。病因尚不清楚,多数认为是一种变态反应性疾病。主要侵犯皮下脂肪引起脂膜炎炎症,但内脏脂肪亦可受侵犯,主要是腹膜后脂肪组织如胰腺、肾等。病理改变可分三期:第一期是脂肪小叶间隔之血管充血、水肿、脂肪细胞坏死与炎细胞浸润;第二期出现大噬脂细胞,这种细胞吞噬脂质后胞浆呈泡沫状;第三期,脂肪坏死后出现纤维化。

其临床表现主要是间歇性发热及皮下结节,发热常呈回归型,但亦有长期发热者。皮下结节几乎100%的病例均有,其特点是不定期地分批出现,通常与发热同时隐现,稍硬,明显的红热痛,消退后遗留色素沉着和皮肤凹陷,大小自0.5~10cm不等,

好发于四肢，尤其是下肢，其次是面颊及躯干。多数病例还可有肌痛及关节痛，部分病例亦可引起胃肠道症状，心律失常等。

本例长期反复发热，关节肌肉酸痛，心律失常，尤其是左臀部肿块为脂肪组织纤维化，尚有脂质潴留，包块切除后疤痕处有色素沉着等，这些都应考虑结节性脂膜炎的可能。但亦有几点不好解释：①在整个病程中结节、包块仅出现于左臀部，尤其是近两年来病情恶化后，主要的皮肤改变是充血性红斑，而不是成批出现的结节。②左臀部包块病理检查未见特异性的泡沫细胞。③脂膜炎产生肾脏改变的极少。

故尚不能完全以此病来解释整个病程中所出现的表现。

(2) 全身性播散性红斑狼疮。据报道，这种病初期症状多为关节痛或关节炎，其次为发热、皮疹等，亦有以肺、胸膜、肾为最早症状者。此外还有以少见的全身紫斑、四肢坏疽、雷诺氏现象为最早症状者。

据文献统计，临床表现几乎每例均有发热，关节炎及关节痛者占64~91%，皮肤表现典型的蝶形红斑仅占33~60%，局部红斑者15~30%，皮肤对光敏感者11~58%。此外还有紫斑、皮下结节、剥脱性皮炎、荨麻疹、鱼鳞癣等各种改变，特别应指出鱼际肌及手指尖皮肤红斑是红斑狼疮的重要诊断根据之一。肾、心、肺、脑及消化系统（肝、胆、胰等）均有不同程度的改变。实验室检查骨髓呈再生低下，血沉加快，血清丙种球蛋白升高，絮状反应往往在++以上。本例临床各种改变均符合本病。虽经8次检查红斑狼疮细胞均为阴性，亦不能否定本病存在，尤其是在应用激素治疗后往往使此项检查的阳性率减低。但左臀部包块脂肪纤维化的改变在文献中尚未见报告，似不好完全用红斑狼疮解释。

文献报道，有一类结节性脂膜炎可在局部注射某些药物后或在其他炎症基础上继发脂肪组织的改变，称继发性结节性脂膜炎，它的改变可以局限，少伴有全身症状及内脏损害等，故考虑此例亦可能在全身播散性红斑狼疮的基础上合并有继发性局限性

结节性脂膜炎。

肺部改变可能是红斑狼疮所致，亦可能合并霉菌感染。

患者在晚期曾多次出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激现象，尿中出现大量脓球，尿培养有产气杆菌，故考虑并发肾盂肾炎。

死亡前两周出现的上腹部剧烈疼痛，恶心呕吐及白细胞升高等，虽腹部体征不明确，是否因长期应用激素引起胃肠道溃疡、穿孔而致腹膜炎，疾病本身并发胰腺炎亦值得考虑。

故临床诊断为：全身性播散性红斑狼疮，并发继发性局限性脂膜炎，肾盂肾炎，继发性柯兴氏综合症(用激素后)，溃疡病穿孔？胰腺炎？

(三) 死亡原因：

1. 全身衰竭；
2. 脑血管损害。

病理所见与讨论

病理主要发现：全身中心性肥胖。头皮满布大小不等的疖肿。颈、上胸及季肋部皮肤散见暗红色斑疹，该处表皮萎缩，毛囊口有角栓，基底层部分细胞界限模糊，胞浆淡染；真皮浅层血管充血，有少量单核细胞浸润。双乳房下、腹部及股前内侧皮肤可见紫纹。上胸部皮下脂肪小片状出血，其附近的脂肪细胞大片坏死，其中可见成群的泡沫状细胞和少数多核巨细胞，以及单核细胞浸润，右胸膜广泛纤维性粘连。气管及肺内支气管镜下散见霉菌性病灶（菌状菌，即 *Aspergillus*）。

肺脏：肉眼见轻度充血水肿；镜下见许多肺泡隔增宽，血管扩张充血，基质增多，每见纤维细胞增生及少量大单核、淋巴细胞与浆细胞浸润；有的区域状似“毛细血管瘤”或“肉芽组织”样改变。此外肺内尚可见许多均质性的圆形、卵圆形、苏木紫-伊红染色显紫蓝色的苏木紫小体。这种小体散见于肺泡壁间质、小血管壁、血管腔及肺泡腔内，其体积小者如大单核，大则数倍