



病理尸检诊断指南

李志尚 著

科学出版社

A24076

病理尸检诊断指南

李志尚 著

一九九五年五月

科学出版社

1995

(京) 新登字 092 号

内 容 简 介

病理尸检对医学科学的发展、对医疗防治水平的提高,都起着重要的作用。本书是从尸检见到的各种眼观和镜观病变出发,叙述病变的特点所提示的疾病,以及如何取材检查、鉴别诊断和诊断的依据。全书共八章,其中包括:病理尸检的意义;尸检注意事项;重要脏器病变的眼观检查;重要脏器病变的镜观检查;新生儿期特殊疾病的病理诊断;肿瘤病、传染病的尸检诊断。

可供医学院校、医院、卫生检疫部门的病理工作者、法医人员、医学生及动物病理工作者参考。

病理尸检诊断指南

李志尚 著

责任编辑 姜朋逊

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

香河县第二印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1995年1月第一版 开本:787×1092 1/32

1995年1月第一次印刷 印张:4

印数:1 1000 字数:86 000

ISBN 7-03-004371-5/R·222

定价:5.10元

序

病理尸检对医学科学的发展、对医疗防治水平的提高,都起着重要的作用。1989 年底卫生部公布《全国医院分级管理文件》,对医院尸检率有明确规定,今后尸检工作将会有新发展。经验证明,要作好正确的尸检诊断,不仅需要细微观察的科学态度,还需查阅有关的参考资料。然而有关尸检诊断的适用书甚少,编写本书的目的在于弥补这方面的缺陷。

本书编排是从尸检见到的各种眼观和镜观病变出发,叙述病变的特点所提示的疾病,以及如何取材检查、鉴别诊断和诊断的依据等。其编排与一般病理学书籍不同,是以病变为纲来联系疾病的。其目的是为尸检诊断者提供线索,是引渡到相应病理专著的桥梁或工具。为了避免重复,本书对于各种肿瘤的镜观诊断,对于结核等比较熟悉的镜观病变均未列入,也省略了插图。但对肿瘤病尸检应注意的原发与转移瘤的鉴别等仍作了概括叙述。

编著这本小书是一种尝试,错漏和不当之处敬请读者指正。在编写出版过程中承广西医科大学教务处、科研处和病理教研室同志,以及科学出版社同志热情支持,十分感谢。对于多年来帮助我很多的同道也谨致谢意。

李志尚

目 录

序

第一章 病理尸检的意义	(1)
第二章 尸检注意事项	(4)
第三章 重要脏器病变的眼观检查	(9)
一、心血管病的眼观检查	(9)
二、肺病变	(16)
三、食管和胃病变	(25)
四、小肠大肠病变	(27)
五、肝及胆道病变	(31)
六、胰病变	(36)
七、脾病变	(38)
八、泌尿器官及前列腺病变	(40)
九、脑病变	(45)
(附) 颅骨骨折	(50)
第四章 重要脏器病变的镜观检查	(52)
一、心及动脉	(52)
二、肺病变	(58)
三、胃肠病变	(63)
四、肝病变	(66)
五、胰病变	(73)
六、脾病变	(75)
七、肾病变	(78)

八、脑及脊髓病变	(88)
第五章 新生儿期特殊疾病的尸检及诊断	(95)
第六章 肿瘤病的尸检及诊断	(105)
第七章 传染病的尸检及诊断	(110)
第八章 尸检诊断报告	(114)
(附) 我国人重要器官正常平均重量 (克)	(118)
索引	(119)

第一章 病理尸检的意义

解放后我国政府两次颁布了解剖尸体暂行规则，1989年12月卫生部发布综合医院分级管理标准（试行草案），规定二三级医院必须设病理室（科），二级和三级甲等医院的尸检率要分别达10%和15%以上（新生儿除外）。为什么要提倡尸检？因为：

（1）继续探索疾病的真相和发展规律。时至今日我们对于疾病的病理变化虽已有相当多的认识，但一切事物都在变化，疾病也在变化。例如，由于生活环境等因素的影响，许多过去多见的病现在少了，有些原来少见的疾病现在却多了，如抗生素广泛应用后葡萄球菌性、假膜性肠炎和肺霉菌病较多，又如链霉素治疗后发生动脉硬化引起脑缺血性坏死增多等。有些病由于治疗的关系形相也改变了，如白血病治疗后白血细胞浸润可不明显，坏死却较显著。还出现了艾滋病等新病。因此不能满足于已有的知识，还要继续研究总结。另外还有许多疾病的病理变化迄今认识尚少，还需要综合提高，如猝死、工业粉尘及新药物引起的病理改变，我们的认识都还不完全。我国幅员广大，各地自然条件差别较大，其疾病种类也有差异，在某些地区还可能存在一些特别的真相不明的疾病。以上情况都要求各地通过临床尸检的观察以提高对疾病的认识，了解其真相及规律，决不能满足现状，以为我们现在什么都知道了，因而固步自封。

（2）协助提高医疗水平。尸检可以观察到人体内部的改

变，而临床现象则为这些疾病的部分表现。临床观察还受种种主观客观条件的限制，如观察时间短、个体特殊性以及几个病变的互相干扰等。有时不能及时作出正确的诊断和医疗措施。据国内外一些大医院统计误诊率多在 20% 以上。通过尸检观察再结合生前的情况则可作出比较正确的疾病诊断，查明死亡的原因，就可帮助临床医生总结经验，提高医疗水平。同时各单位的尸检率和临床尸检诊断的不符合率还可反映该单位的医疗水平，可作为检查评比的一个指标，有利于提高各地的医疗水平。

(3) 作为法医检查的一部分。协助弄清死亡原因便于分清是非和矛盾种类，维护社会治安。

(4) 积累科研资料 and 教学标本。同时也是全面培养病理工作者的一个重要方式。

近几年我国还对长沙、武汉等地的古尸进行了解剖检查，证明血吸虫病、冠状动脉硬化等病古时早已存在。国外也屡有解剖古尸的研究、报道，这些古生物病理学的研究对古代社会研究也有其意义。

要充分发挥病理尸检的作用，关键是要作出正确的病理诊断，才能对医疗、科研以及法医等方面有帮助，否则就会起相反的作用。所以病理工作者每作一次尸检都要认真负责、耐心细致，千方百计去作出符合客观实际的诊断。常采取的方法步骤是：

- 1) 全面的眼观检查。
- 2) 深入的镜观检查。
- 3) 必要的辅助检查。如病原微生物学检查、细胞学检查、化学检查等。

根据这些检查得到的感性认识还要去粗取精，去伪存真，

由此及彼，由表及里，并结合临床表现才能作出符合客观实际的结论，在这里病理工作者个人的作用十分重要。本书将重点叙述和讨论常见病变的眼观和镜观鉴别，并略述疾病诊断的病理根据，以供初作病理工作者参考。

第二章 尸检注意事项

尸检的主要目的是观察内部脏器变化，并作出正确的病理诊断。而病理诊断是深入观察和分析病变，逐步提高认识的结果。作解剖是病理诊断的第一步，这一步走好了就为以后的检查打下良好的基础。

作解剖的时间有限，既要认真检查各种眼观病变，又要取材准备作进一步检查，要做的工作很多，如何才能做得比较准确不致疏忽遗漏？

1. 要心中有数，又要全面检查

解剖前要了解该例解剖的要求是什么，如是有关法医和毒物问题就要按规定另行处理；如为病死，就要仔细了解其临床表现、治疗措施、死前情况和主管医师要求解决的问题，做到心中有数，并据以做好相应的准备。例如怀疑为糖尿病时就要准备特殊的固定液，疑有细菌感染时就要准备作适当的培养，疑有气胸、空气栓塞时就要作相应的检查。然而生前的临床观察虽为我们提供了重要线索，体内究竟有些什么病变，还需要解剖者作深入细致的检查才能知道。因为有些病变较为隐蔽，没有明显的局部表现，或者以其他形式表现出来（如有些胆结石表现为“胃炎”，有些肿瘤转移引起“风湿疹”），而且人体内往往可有多个病变，其作用有主有次，可互相影响，因此决不能只作部分检查或只看到一种病变即满足，应尽量作全面周到地检查才不致疏忽遗漏，甚至造成无

法弥补的错误。

2. 要重点深入、追根求源

做解剖时不仅要求检查发现各种病变，看到了病变后还要进一步了解病变是怎样发生的，又各有什么影响。例如，看到左心室内有血栓就要检查肾、脾、脑等处有无梗死；见到脑肾等处梗死时就要检查该处血管有无阻塞或受压；见有出血时就要检查该处血管有无破裂或动脉瘤；见有肿瘤须区分是原发或转移来的，如为转移瘤就要检查其原发部位及转移途径；如有脓肿就要检查其来源和影响，如脑脓肿须检查有无中耳炎，有无引起脑疝？肝脓肿须检查肠有无溃疡、炎症？有胸膜炎、腹膜炎时就要检查邻近脏器有无炎症穿孔等等。解剖者边操作边观察、边分析病变的性质，联系理论分析研究各病变的联系和因果关系。

3. 要及时取材、分别处理

有许多病变是眼观看不到的，必须切片染色才能看到（如乙脑以及肝肾等许多急性病变）。做解剖时要及时取材固定并分别标记，以免取材晚了组织自溶看不清结构。有些病变还须根据不同情况做特殊固定染色，如检查糖尿病、糖原沉着病或疟疾等都要用酒精固定，检查嗜铬细胞瘤须用铬酸盐液（Zenker 液等）固定。做电镜检查者也要尽早取材特殊固定。

除了取组织块作切片之外，有些还要做涂片检查，这对检查血液病和造血组织的改变、对狂犬病以及许多肿瘤的鉴别都有一定的价值。此法简便而迅速，有利于早日做出病理诊断。

疑有病菌感染的须取血或病变组织作微生物学检查，疑有中毒时须取胃内容物或肝、肾作毒物分析。

4. 要与临床结合反复验证

临床观察与尸检是认识疾病的两个方面，可互相补充，结合起来做出的结论就会比较全面和准确。因此进行解剖时应邀主管医师临场，共同观察讨论。这样既有利于临床医生总结经验、提高认识，又可帮助解剖者根据临床需要解决的问题进行检查而不致疏忽遗漏。例如手术后死亡者某些病变可能与创伤缝合或手术区神经血管的损伤有关，应由主管医生在场说明情况，做必要的检查（如作甲状腺摘除术有可能破坏喉返神经引起声门麻痹时，就要及时检查神经及声带等）。

治疗的作用不仅能使原有病变改变形相（例如白血病化疗后肝脾等处的浸润可消失，因而与典型的白血病病变不同），而且治疗还可引起一些新的病变，（例如，某些药物可引肝肾坏死，又如心按摩可引起肋骨骨折、心内膜出血等）。还有一些病，如心肌梗死、中毒性疾病等在早期眼观改变是不明显的，如不了解临床情况就不能正确估计这些改变的意义。所以绝不能单根据尸检所见就发出报告了事，应该多联系临床表现做出比较全面的结论。不仅在解剖时要与临床联系，解剖后也要尽早发出临时报告，使临床医生了解尸检初步结果及时提出意见，必要时还可作一些补充检查。

以上是如何作好尸检取得正确诊断应注意的几点。至于做尸检的具体方法国内已有专著可以参考，这些方法各有利弊，都可以变动改进，要根据具体情况灵活运用，但在一般情况下以各脏器联系取出法比单个取出法优点较多：

1) 可保持各脏器的联系，便于观察各病变的相互关系。

2) 保持了各脏器的动静脉联系, 便于检查病变与血管病变的关系。

3) 便于分工合作。取出脏器后, 第一解剖者即可检查各脏器的病变, 于此同时, 助手可开颅或取骨髓或清理整复尸体等, 这样就可比较快地处理好尸体。

关于作尸检的技术细节, 可以参考专著, 这里不再赘述。为了做出正确的诊断, 在尸检过程中要注意:

1) 第一解剖者要负责检查各部位。对肠和骨盆内器官的检查也不要疏忽。

2) 疑有气胸时, 在切开胸部皮肤后, 未切开胸壁前, 灌水到胸壁与皮瓣之间, 穿刺胸壁, 如见气泡逸出, 为气胸之证, 还要注意检查肺膜表面有无破裂。

3) 疑有空气栓塞时, 可在原位灌水在心包腔内作穿刺试验; 或结扎大动脉后连心取出, 放盆水, 在水面下剪开右室检查。

4) 疑有肺动脉血栓或栓塞致死时, 最好在心肺未取出前, 在原位剪开肺动脉或伸指入内向上探查, 免得取肺时血栓栓子破碎脱掉。

5) 检查各器官时, 要先剪开检查其相连之血管有无病变, 然后才切断。

6) 不论何处有出血、穿孔时要在原位置检查清楚才能剥离, 这样便于定位, 且不致与剥离脏器时造成的裂口混淆。肠胃穿孔处邻近常有较多渗出物, 压按该处可见肠胃内容物逸出。有大出血时要注意出血量和有无凝块, 并检查破裂处有无动脉瘤或静脉曲张。

7) 血液病死者要做血和骨髓涂片。

8) 有细菌感染者要做培养和涂片。

9) 疑有中毒者，须做毒物检查。中毒不久死亡者留胃肠内容物等检查；时间较久者取肝、肾、脑、血、尿等检查。

第三章 重要脏器病变的眼观检查

尸检时眼观检查很重要，因为许多病变的诊断主要靠眼观检查。如脏器的位置异常、急性扩张、粘连、穿孔、疝气以及空气栓子、气胸、胸腹腔积液、结石阻塞等等。外伤、各脏器出血的性质和多少也主要靠眼观检查。如果尸检时不注意观察、疏忽和记录不全，以后就无法确定病变的情况。其次，眼观检查时还要懂得在恰当的部位选取组织块作进一步检查。如果眼观检查疏忽或任意切取组织块，例如于血栓栓塞的病例不切取该血管，就可能遗漏重要病变，因此尸检时必须十分注意眼观检查，要仔细区分各脏器形态的正常或异常。本章将举出尸检时常见病变的眼观特点及其与类似病变的鉴别，以帮助初作尸检的同志们能于尸检时尽力做出比较正确的初步诊断，并能选取适当的组织块为以后的镜检作好准备。

一、心血管病的眼观检查

心脏的许多病变主要靠眼观检查，所以解剖时必须详细检查各部分。如心包膜内液体多少，有无血块（急性出血血量达 200 毫升以上时可能引起心包填塞致死），依次检查右心房、右心室、左心房、左心室，注意各处有无肥厚和扩张，瓣膜有无增厚及粘连。

心内膜下出血常见于心内注射（强心针等）或出血性病，

在心按摩后也常见，不要与病理性出血混淆。

1. 心肌

(1) 心肌肥厚。判断心肌肥厚主要看重量。但如单只右室肥厚，全心重量改变不一定明显，所以还要注意左右房室壁厚度以及乳头肌、肉柱是否变粗厚隆起。心瓣正常，只左室肥厚（二尖瓣下 2 厘米处之心室厚 >1.2 厘米）而不扩张（同心性肥厚），常为动脉压高之表现。患原发性肥厚性心脏病者左心室特别是主动脉瓣口下的室中隔肌肥厚最为突出，左室腔因之狭小。如只右心室肥厚（肺主动脉瓣下 2 厘米处测量厚 >4 毫米），而左心及瓣膜无病变，则可能为肺原性心脏病，其肺动脉内膜常见黄色脂斑，须注意查肺内病变。

(2) 心腔扩张。不仅心房或心室扩大，心尖也变钝圆，心室横径变宽，肉柱变扁平，如房室腔扩张很明显，心肌却薄软，则称为肌原性扩张，提示心肌严重变性或发炎等严重损害；如心扩张而壁仍厚，心重增加者则为代偿不全之心肌扩张，提示心血输出不畅或瓣膜病变。脚气性心脏病可致右心扩张，却无明显肥厚，左心变化也不明显。

(3) 心肌硬度。测试时可提起心房将心竖立，心尖向下靠着台面，轻轻下放。如心肌硬度正常则心尖原形不变，如心尖软陷变平，提示心肌有中毒或炎症等损害。但尸僵及死后自溶可影响心肌硬度，须注意。再者心肌急性损害时眼观常看不出改变，须多取组织制片检查。取片少则会遗漏病变。

2. 瓣膜

(1) 瓣膜上有颗粒之心内膜炎

1) 急性风湿性心内膜炎。多发于二尖瓣及主动脉瓣，疣

为粟粒样排在闭锁缘线上，常伴有心肌炎、心包炎。

2) 亚急性细菌性心内膜炎。多发于瓣膜同上，赘生物大、松、分布广、不限于闭锁缘。可累及腱索，其瓣膜常已增厚、硬、变形。常伴有脾、肾、脑等处梗死。

3) 急性细菌性心内膜炎。左右心各瓣膜均可发生，赘生物同上，附近的瓣膜常破坏甚至穿孔，但未纤维化增厚。常伴有多处脓肿。

4) 非典型性疣性心内膜炎。见于全身性红斑性狼疮，多发于左右心房室瓣，疣大小似上述风湿性，但分布广，可累及瓣膜根部、瓣的室面。房室壁心内膜和腱索上（故称非典型性）。伴有肾、皮、脾等红斑狼疮改变。

5) 非细菌性血栓性心内膜炎。在瓣闭锁线上形成血栓，较急性风湿性者稍大，瓣膜本身无破坏。常发于癌症或其他慢性消耗性病末期，可脱落引起小梗死。

(2) 瓣膜孔狭窄和闭锁不全

1) 二尖瓣狭窄。检查时最好剪开左房，从上面观察，正常二尖瓣孔面积 >2.2 厘米²，狭窄者由于两瓣页变硬且根部间之缝隙粘连，瓣孔遂变狭变短，状如鱼口，瓣孔 <1.5 厘米²，难通过一个示指。其时左房常扩张，左室却不大。若腱索同时纤维化缩短，则瓣孔为漏斗状，常伴闭锁不全。

2) 二尖瓣闭锁不全。检查时先不剪开瓣口，由主动脉注水入左室，以后手挤左室，观察有无水从二尖瓣口逸出到左房。发生闭锁不全的原因多由于慢性风湿热导致瓣页纤维化缩短。正常前页直径为2—3厘米，此时 <1.5 厘米。细菌性心内膜炎可破坏瓣膜和腱索、乳头肌，或左房室扩张使瓣环扩大（ >12 厘米）或瓣膜本身粘液变性，均可致二尖瓣闭锁不全。此时左房左室均扩张。