

新编
临床
病理
讨论集

PDF

出版说明

临床病理讨论是广大医务工作者喜爱的学术活动。通过对病例的临床表现、实验室检查、病理解剖或活检的结果进行一系列分析、讨论以及总结经验教训，医务工作者的诊疗水平可获得一定的提高。

中山医学院《新医学》编辑室为适应广大读者的需要，将《新医学》和《神经精神病杂志》在1978~1982年所发表的《临床病理讨论》、《思考病例》中，选择部分汇编成本书，并定名为《新编临床病理讨论》。

本书共编入临床病理讨论四十篇，包括内、外、妇、儿、神经、传染病等临床各科和各系统多种疾病，内容丰富，适合于各级医务工作者和医学院校师生参考使用。

目 录

一、发热，肝大，腹水，休克	(1)
二、左上腹痛，腹块，发热和脊髓病变	(6)
三、食欲减退、消瘦、低热 5 个月，全身发黄月余	(11)
四、长期低热，红细胞沉降率进行性增快	(21)
五、眩晕，头痛，呕吐	(26)
六、反复浮肿，尿少，间歇腹泻	(30)
七、发热，淋巴结、肝、脾肿大	(44)
八、发冷，发热，心窝部痛	(53)
九、迁延性肝炎，腹部不适，休克	(60)
十、下肢浮肿，尿少，心悸，咳嗽，气促，心脏扩 大	(68)
十一、高热，紫癜，溶血，昏迷	(75)
十二、发热，进行性消瘦，肝脾肿大	(83)
十三、发热，精神、食欲不好，右颌下包块，口鼻 耳道出血	(93)
十四、发热，双下肢肿痛，游走性血栓性静脉炎， 消瘦，贫血，昏迷	(97)
十五、发热，呕吐，右上腹肿块，进行性贫血，消 瘦	(106)
十六、上腹疼痛，发热，肝脾肿大，消瘦，贫血， 休克	(111)
十七、顽固性乳糜样腹水，消瘦，阵发性腹痛，腹 泻	(118)

十八、胃部分切除术后，咳嗽，气逼，平卧困难，	
右胸腔积液	(129)
十九、消化道大出血，神志模糊，右上腹肿物	(135)
二十、发热，咳嗽，顽固性酸中毒，巨肝	(143)
二十一、精神异常，抽搐，偏瘫	(150)
二十二、躁郁症，颅内高压	(158)
二十三、发热，头痛，颈硬，黄疸，小便异常	(166)
二十四、头痛，进行性意识障碍	(173)
二十五、头痛，呕吐 6 日，神志不清 10 小时	(180)
二十六、发热，下肢无力，排尿障碍	(187)
二十七、头痛，呕吐	(195)
二十八、发热，头痛，呕吐，肢体瘫痪	(201)
二十九、头痛，发热，颅内压增高	(207)
三十、痴呆，肌阵挛	(211)
三十一、发热，头痛，意识障碍，抽搐	(218)
三十二、头痛，呕吐，吞咽困难，进行性偏瘫与意 识不清	(223)
三十三、上腹痛，偏瘫，呕血和黑便	(228)
三十四、发热，偏瘫，抽搐	(234)
三十五、急性四肢瘫痪	(241)
三十六、贫血，消瘦，腹痛，血便，吐血	(247)
三十七、体重减轻，顽固性皮炎，口炎	(255)
三十八、肝脾肿大，全血细胞减少，出血倾向	(261)
三十九、发热，肝脾肿大，白细胞减少，骨髓网 状细胞增多	(267)
四十、腹痛，腹胀，呕吐，贫血，头痛，抽搐， 偏瘫，昏迷	(276)

一、发热，肝大，腹水，休克

病 历 摘 要

患者男性，42岁，已婚，福州人。因上腹疼痛6个月，黑便2次于1976年11月22日入院。

现病史：患者自1961年始多次发作上腹部疼痛，均服解痉药后缓解。入院前6个月又复发上腹痛，伴饥饿感，进食后症状缓解。3个月前疼痛加重并转为无规律性，无向它处放射，痛时伴有反酸暖气及内脏下坠感。入院前1天，上腹部疼痛加剧，并解黑便1次，次日又解黑便2次而入院。病后无畏寒发热，无恶心呕吐。过去史、个人史、家族史无特殊。

体检：体温36.5℃，脉搏60次/分，血压116/76毫米汞柱。巩膜、皮肤无黄染。颈软。心肺正常。腹软，上腹剑突下有轻压痛，无反跳痛，肝上界第5肋间，下界右肋下1.5厘米，质软，表面光滑，无触痛，脾未触及。肠鸣音稍亢进。实验室检查：大便微褐色，潜血反应(++)，其它检查未见异常。拟诊溃疡病合并出血。

住院经过：住院后给制酸、解痉、止血等药物治疗后，症状逐渐好转，大便潜血反应转阴性。11月30日起予以冷藏胎盘组织浆10毫升，腹部皮下注射，每周2次。患者于第6次注射后(12月18日)诉注射部位疼痛，但局部检查无红肿，仅有轻压痛。次日，体温上升至38℃，给予抗生素治疗，但体温仍持续39℃以上，患者并诉上腹部胀痛，12月22日下午2时，病情迅速恶化，呼吸急促，四肢厥冷，出汗，血压下降至70/40毫米汞柱。腹胀显著，上腹隐约触及包块，边缘不清，有明显压痛及反跳痛，肠鸣音消失。腹水征阳性。血常规检查血红蛋白12.5克，白细胞计数10100，分类中性71%，淋巴25%，嗜酸2%，单核2%。小便常规：比重1.021，蛋白微量，红细胞0~

1, 脓细胞 0~1, 颗粒管型 0~1。血清淀粉酶 4 单位, 尿淀粉酶 16 单位。血非蛋白氮 32 毫克%, 二氧化碳结合力 22 容积%, 血钠 310 毫克%, 血钾(溶血) 14 毫克%, 血氯化物 525 毫克%, 血钙 8.2 毫克%, 血糖 560 毫克%(输液时检测)。纤维蛋白原 0.48 克%, 3P 试验阴性, 出血时间 1 分钟, 凝血时间 5 分钟。血培养无细菌生长。腹水检查为黄色半透明液体, 呈硷性反应, 李凡他试验(+), 镜检细胞数 46 个/立方毫米, 脓细胞 1~4/高倍视野, 腹水淀粉酶 4 单位。腹部 X 线透视膈下无游离气体。经抗感染、抗休克等积极抢救无好转, 腹水增多, 出现胸膜摩擦音。12月23日 0 时 15 分, 心跳、呼吸停止, 经心脏按摩、加压呼吸后心跳和呼吸曾一度恢复, 但仍测不到血压, 3 小时后, 心跳呼吸再次停止而死亡。

临 床 讨 论

杨联坤医生 本例临床特点如下: ①中年男性, 既往有间歇性上腹部疼痛史, 半年来饥饿时上腹痛, 进食或服用解痉药可使疼痛缓解; ②住院前 2 天疼痛加剧伴排黑便 3 次; ③第 6 次注射胎盘组织浆后, 病情突变且凶险, 有持续高热、腹胀、腹痛及明显腹水征, 最后因不可逆性休克死亡; ④白细胞升高, 血、尿淀粉酶正常, 血糖增高, 腹部 X 线透视未见异常。根据①、②点, 溃疡病合并出血的诊断可成立。死亡前病情突然恶化, 考虑①溃疡病合并穿孔: 患者既往有溃疡病史, 故首先考虑之, 但临床上先发热, 后腹痛, 腹痛不剧且非弥漫性, 膈下未见游离气体, 腹水为黄色半透明液体, 硷性反应, 脓细胞仅少许, 不符合化脓性腹膜炎表现。②急性坏死性胰腺炎: 本例病程进展快, 有高热, 腹膜刺激征、腹水及血糖升高等均支持, 但亦有不符之点, 如缺乏自觉性腹痛, 腹水不是血性, 血、尿淀粉酶多次检查均为阴性(早期急性坏死性胰腺炎时血、尿淀粉酶虽可正常, 但毕竟是个别的)。③患者在注射胎盘组织浆后出现局部疼痛、发热, 继而出现休克、酸中毒等, 病情迅速恶化, 其间关系密切, 故应高度怀疑由局部感染所致的败血症休克, 局部注射部位无明显炎症反应并不

排除这种可能性。血培养虽阴性，但是在应用大量抗生素之后进行的。白细胞增高不著，病情急重，考虑革兰氏阴性杆菌败血症可能性较大。此病由于内毒素作用常并发DIC（弥漫性血管内凝血），预后严重。总之，本例的诊断倾向于：①溃疡病合并出血；②败血症；③感染中毒性休克，DIC不能排除。

谢金森医生 本例病程分为两个阶段：第1阶段，同意诊断为溃疡病并出血；第2阶段病情迅速恶化，经抗休克抢救无效而死亡，认为急性坏死性胰腺炎合并中毒性休克不能排除。后者多见于青壮年，死亡率高，90%在24小时内死亡，临床症状多变，生前确诊较为困难。Boutelier认为，休克是诊断急性坏死性胰腺炎的重要依据，并提出除休克外，具有下列条件中的3项者应考虑本病：①急性胰腺炎经内科积极治疗24~72小时无改善；②体温升高达到40℃；③出现黄疸；④有消化道出血；⑤上腹或左腹触及肿块；⑥尿少或尿闭；⑦左侧胸膜反应或胸腔渗液；⑧出现胰性脑病；⑨血钙降低。其中以①、⑨两项最有诊断价值。本例具有上述之多项表现，故急性坏死性胰腺炎并发中毒性休克难排除。

宋世节医生 患者于12月18日开始发热，22日突然休克，当时腹胀明显，上腹触及肿块，压痛、反跳痛明显，考虑为肝脏急性感染。患者过去无发热、黄疸等病史，故考虑肝脏感染系继发于败血症，并由此产生门静脉栓塞，引起肝肿大及压痛，是否已形成肝脓肿则难以肯定。患者于注射胎盘组织浆后局部疼痛，是否据此即可判定其为感染原发灶？尚缺乏依据。感染是否来自腹腔内感染灶？也同样缺乏依据。原发性胰腺炎的可能性不大，因病情经过不符，胰腺由水肿到坏死再到败血症是需要一段过程的，若有胰腺炎，也应同肝脏炎症一样，是继发于败血症的多器官损害。死亡原因同意为败血症，中毒性休克。至于感染源则难以肯定。

庄球钦医生 本例发病急，有发热、肝大、肝痛、腹胀及腹水征，白细胞升高，继而急剧出现血压下降等休克症状，临床经过相当符合化脓性门静脉炎的表现，只是未见黄疸。据文献报道，其感染源大多来自腹腔脏器，且常并发肝脓肿、膈下脓肿。本例感染源尚未十分明

确。在治疗上，早期足量应用抗生素是关键。此外，据报道，早期应用肝素治疗亦有一定的效果。

陈灼梅医生 我比较同意化脓性门静脉炎诊断。此病并不少见，其病因在外科最常见的是急性阑尾炎，也见于溃疡穿孔、痔核感染、盆腔脓肿等。曾见过本院一职工于急性阑尾炎术后出现黄疸，后确诊为本症。不久前曾有1例溃疡穿孔，因就医较迟，并发化脓性门静脉炎，术后抢救无效死亡。本例病势凶，病程短，抢救无效，应考虑为强毒株或耐药株病原所致。此病死亡率很高，临床应予重视。

病理报告和讨论

病理报告 体表未见特殊改变，腹壁注射胎盘组织浆局部未见红肿，也无肿块发现。

胸腔：两侧胸腔积液各500毫升，右侧淡黄色，左侧淡红色，胸膜光滑，两肺淤血。心肌无梗死灶，冠状动脉无明显硬化改变，主动脉有散在的粥样硬化斑块。

腹腔：淡黄色腹水约1000毫升，肝肿大，右叶于肋缘下6厘米，左叶于剑突下4厘米，包膜紧张，表面光滑，呈暗红色与黄色斑点、线条相间的花纹状，切面所见相同，未见明显脓肿形成。胰腺色泽、硬度正常，未见出血及坏死改变。胃、十二指肠未见溃疡灶，肠管中度充气，肠壁轻度水肿，未见特殊病变。脾、肾淤血，无特殊病变。肾上腺未见出血。

肝切片显示门脉区及小叶间血管扩大，腔内有血栓形成，管壁坏死，有炎症细胞浸润，血管周围部分肝细胞变性坏死，浸润的炎细胞主要为中性粒细胞、单核细胞及淋巴细胞，以上改变在肝组织各不同部位普遍存在，肝细胞脂肪变性，肝窦扩张淤血。其它器官切片显示血管扩张淤血，肺、肾组织有微血栓形成。

病理诊断：①中毒性休克（感染性）；②急性化脓性门静脉炎；③肝细胞脂肪变性；④弥漫性血管内凝血；⑤主动脉粥样硬化。

林岳生医生（病理科） 本例主要病变为感染性门静脉炎、继发

中毒性休克死亡。门静脉炎有两型：一是由感染引起的化脓性型，一是由肝硬化、肝癌或脾手术后引起的单纯型。本例属前者。

化脓性门静脉炎是由于门静脉及其分支因感染而引起的栓索性静脉内膜炎。严格说来，它不是独立的疾病，而是腹腔内感染的严重并发症。其中最常并发于阑尾炎，术前术后均可发生，其它如溃疡病穿孔、胆道感染、胰腺感染或脓肿、溃疡性结肠炎、盆腔脓肿，慢性前列腺炎及痔核感染等均可并发本病。此外，全身性感染及脐部感染（多见于婴幼儿）亦可成为感染的来源。但仍有部分病例的感染源不明。

本例未发现腹腔内感染病灶，患者于死前5天注射胎盘组织浆后局部感到疼痛，第2天开始发热，病情迅速加重，两者关系密切，因此，由腹壁感染引起的可能性不能排除。由于脐部周围的前腹壁静脉与门静脉干或左支之间有交通支（脐旁静脉）相连系，前腹壁静脉又与腹壁上、下静脉、胸腹壁静脉及腹壁浅静脉相连系，因此，腹壁的感染灶有可能通过上述静脉，播散到肝脏或者成为全身性感染源而继发本病。本例腹壁注射部位未作组织学检查，不能给予肯定，但这种可能性是极大的。

关于病原菌，据文献报道，多数是大肠杆菌，其次是溶血性链球菌及金黄色葡萄球菌，本例仅作1次细菌培养，无菌生长可能与大剂量抗生素的应用有关。

临床上，化脓性门静脉炎早期有肝区痛、寒战、高热、腹胀、腹泻等，中晚期10%有腹水，5%有黄疸，25%有肝脏损害及血便等。本例有高热、肝大、肝痛、腹胀及腹水，肝功能未检查。

抗生素广泛应用于临床后，此病的发病率已大大降低，但一旦发生，死亡率可高达50%左右。因此早期诊断是极为重要的。

陈景屏医生 化脓性门静脉炎的诊断并不困难，关键在于提高警惕性。本例生前未获确诊，原因就在于此。此病临床上可分3型：①原发灶明显，肝脓肿明显；②原发灶不明显（只在手术中发现），临床症状较明显；③原发灶不明显，也无急性临床症状。本例属第2型。此病在发病早期其症状与原发病症状常相互交叉，在诊断上容易

混淆，当出现黄疸或腹水时才作出诊断，往往已延误病情。今后在内科疾病范围内，有下列情况之一，并出现寒战、高热、肝大、腹痛、腹胀、腹水、黄疸等症状，应警惕化脓性门静脉炎的可能：①内科腹腔感染性疾病在一度好转后，又出现上述症状者；②在腹腔炎症性疾病治疗过程中，病情迁延不愈，并出现上述症状者；③腹腔炎症性病灶在通过外科手术清除后，再出现局部症状并伴有上述有关症状者。此外，在今天广泛应用抗生素的情况下，临床症状往往不典型，这点应引起注意。

本例由于生前未能确诊，治疗上早期措施不力，后期虽积极抢救，但已错过了抢救时机，这说明了早期诊断的重要性，今后应吸取这一经验教训。

本例3P试验阴性，但尸检发现有弥漫性血管内凝血的病变。这是因本例并发弥漫性血管内凝血时，以继发性纤溶亢进为主，纤维蛋白降解产物不多，因而3P试验阴性。

（福建龙岩地区第一医院内科 陈黛西 张振清整理）

二、左上腹痛，腹块， 发热和脊髓病变

病 历 摘 要

患者男性，25岁，农民，江苏籍。因左上腹部疼痛，逐渐增大的腹块，伴以发热10天、尿潴留5天，于1977年6月27日入院。患者于6月初始感腰部疼痛，当时仍继续参加农业劳动，未予重视。近10天来感到左上腹部持续性疼痛，并发现有包块，逐渐增大至鸡蛋大小，质硬，伴有发热，鼻衄。近5天来便秘，小便也不能解而行保留导尿管并作膀胱冲洗。3天来两下肢着地后不能行走。既往素健，否认有

“疟疾”及“肝炎”史。

体检：体温38.6℃，脉搏88次/分，血压112/72毫米汞柱。神志清楚，贫血面容，营养稍差，皮肤、巩膜未见黄染，浅表淋巴结未扪及。眼球稍突出，瞳孔等大、等圆，对光反应不敏感。鼻孔周围有血迹，牙龈稍肿，未见出血点，咽部充血，扁桃体不肿大。颈部稍有抵抗感。胸骨压痛明显，胸骨右侧有散在紫色瘀点，压之不褪色。心律齐，心率88次/分，心尖区及肺动脉瓣区均可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音。右肺可闻及少许干性啰音。腹平，肝浊音区上界在右第五肋间，下界在右肋缘下1厘米，剑突下5厘米，质软。脾未触及。左上腹可扪及10×3厘米大小的包块，位深而质硬，边缘不清，活动度差，触痛明显。肠鸣音正常，无移动性浊音。左髂前上棘骨穿处有4×4厘米圆形紫斑，髂骨叩击痛明显。神经系统检查：两下肢肌力2°，腱反射迟钝，Babinski征(+)，感觉于胸₂以下减退，肛门周围皮肤痛觉消失。

实验室检查：血红蛋白5~7克%，白细胞4500~11900，原始粒细胞6%，早幼粒细胞12%，中性中幼粒细胞8%，中性晚幼粒细胞6%，中性分叶核细胞22%，嗜酸性粒细胞4%，嗜碱性粒细胞2%，淋巴细胞34%，单核细胞6%，血小板2.8~9万。肝功能检查：谷丙转氨酶、锌浊度、胆红素均正常，总蛋白6.60克%，白蛋白4.07克%，球蛋白2.53克%。非蛋白氮35毫克%，肌酐1.6毫克%。血钾15毫克%，血钠345毫克%，氯化钠600毫克%，血钙12毫克%。弥漫性血管内凝血(DIC)筛选试验：凝血时间(试管法)4分40秒，凝血酶原时间14.5秒(正常对照18秒)，凝血酶时间15.5秒(正常对照15.5秒)，部分凝血活酶时间41秒(正常对照43秒)，3P试验阴性，纤维蛋白原130毫克%。尿常规：黄、混，蛋白质定性少量，红细胞少数，白细胞少数。血培养无菌生长。骨髓象检查：增生明显活跃。原始粒细胞34%，早幼粒细胞34.5%，嗜中性中幼粒细胞2.5%，嗜中性晚幼粒细胞0.5%，嗜中性带状核细胞2%，嗜中性分叶核细胞0.5%，淋巴细胞11.5%，单核细胞1%，浆细胞0.5%，嗜酸性粒细胞7.5%，中幼红细胞5.5%。原始及早幼粒细胞占68.5%，此类细胞大小一致，

浆蓝，内含 Auer 小体，及少量嗜天青颗粒，核呈圆形、椭圆形、偶有扭曲折叠，内含 3~4 个核仁。红系明显受抑，巨核细胞及血小板可见。幼稚细胞过氧化物酶染色呈强阳性反应。骨髓象诊断急性粒细胞性白血病。

入院后，持续高热 38~39.5℃，同时伴有左上腹部疼痛，及左侧胸痛，并在左侧第六肋骨、锁骨中线处有 5×3 厘米的椭圆形肿块，质硬，活动度极差。给予 COAP（环磷酰胺，长春新碱，阿糖胞苷，强的松）方案治疗一疗程，并予输液、庆大霉素、青霉素、羧苄青霉素、氯霉素、红霉素等抗生素控制感染，此外，还输血 400 毫升，虽经这些治疗肿块未见明显缩小。腰椎穿刺，脑脊液压力 92 滴/分，脑脊液常规化验无色、清、细胞计数 10/立方毫米，涂片未找到幼稚细胞，氯化物 700 毫克%，蛋白质 69 毫克%，糖 92 毫克%。鞘内注射氨甲喋呤（MTX）10 毫克，地塞米松 5 毫克，每周 2~3 次。经治后，病情逐渐恶化，高热不退，呼吸困难，两肺满布湿性啰音，昏迷加深，于 7 月 13 日 6 时（入院后第 16 天）呼吸、心跳停止而死亡。

临 床 讨 论

病区医生甲 本例系一 25 岁男性，临床上有以下特点：左上腹持续性疼痛，逐渐增大的肿块，呈弛张型发热，脊髓病变，全身衰竭，经骨髓象检查诊断为急性粒细胞性白血病。由于急性粒细胞性白血病合并左上腹肿块尚属少见，故提出以下讨论：

一、肿块来自胃部，胃癌是消化道常见的恶性肿瘤之一，早期症状不明显，只有上腹部不适，常伴有食欲不振、厌食，尤其厌食肉类食物。有时有呕血，黑便。上腹部肿块在晚期方可扪及，质地坚硬。以上各点均与本例不符。

二、胰腺肿瘤：尤其是胰腺体尾部癌，主要表现为上腹部深在性剧痛，胰体癌在第 12 胸椎至第 1 腰椎之间背痛。胰腺体尾部癌疼痛多在左侧肋脊角，少数病例上腹部可扪及坚硬、结节样、有压痛的肿块，此外，可有周围静脉血栓形成。本例虽然肿块性质与其相似，但

疼痛性质与胰腺体尾部癌不同，且伴有发热、脊髓病变等，故可排除胰腺肿瘤。

三、后腹膜肿瘤：左上腹部逐渐增大的腹块，可能是腹膜后畸胎瘤、肾胚胎瘤、游走肾和巨大肾积水。但腹膜后畸胎瘤瘤体增长缓慢，多数患者一般情况良好，肿块能扪到结节，这些特点与本例不符；肾胚胎瘤有排尿异常、血尿或高血压，本例则无；游走肾一般无任何症状，通常触诊检查，在一侧上腹部或中腹部可触及如鸭蛋大小肿物，随呼吸而移动，与本例不符；肾积水最初常有急性泌尿系感染，甚至产生肾功能衰竭，本例也无此表现。

四、绿色瘤：本例以左上腹持续性疼痛，逐渐增大的腹块为主要表现，眼球稍突出，同时伴有发热、脊髓病变等表现，骨髓象诊断为急性粒细胞性白血病，如果把它截然分开为两种疾病，似乎不妥。因而，推想本例可能是绿色瘤。Burns 于1823年报告了第1例绿色瘤病例。该例除有眼眶部肿瘤，眼球突出等外，尚有复视，2下肢瘫痪及排尿障碍。国内蔡瑛于1964年报告的4例白血病的神经系统并发症——脊髓压迫症，其中2例为绿色瘤。本例临床表现与上述报告基本相符。

病区医生乙 同意以上的分析和讨论。绿色瘤是急性白血病的一种特殊类型，临床上以急性粒细胞性白血病合并绿色瘤最为多见，但在急性粒—单核细胞性白血病，或急性淋巴细胞性白血病亦偶可见到。本病还需与神经母细胞瘤鉴别，后者主要症状表现为消瘦与腹部包块，但血象正常，骨髓有神经母细胞的瘤细胞浸润，中性粒细胞的硷性磷酸酶积分增高，腹部X线摄片可见钙化点，骨骼X线摄片可有骨质破坏。

病理报告和讨论

病理科医生 青年男尸，较消瘦，皮肤苍白，锁骨上、左大腿内侧等处散在瘀点、斑，左乳下肋骨部有2厘米大小稍隆起区，左上腹部硬块感，下颈及腋下有数个赤豆至黄豆大淋巴结。两侧胸腔各含有

约 150 毫升棕黄色液体，左第 5 肋骨部栗子大肿块向胸腔面凸出，切面呈绿灰色及出血、坏死，肿块与肋骨紧密相接，但骨组织缺损不显。

两肺呈肺水肿。

心脏外膜及内膜面均有散在出血点。

肝脏轻度脂变，表面有散在出血点。

肠系膜部分淋巴结呈蚕豆大或花生米样大小。

腹主动脉（左侧）旁有手拳大小肿块，不正形，界清，与椎骨无明显联系。肿块压迫左肾肾盂及输尿管，肾盂扩大，粘膜有出血点。肿块切面大部分为浅绿灰色，部分呈出血，坏死，靠中央部似为融合之肿大淋巴结轮廓。暴露于空气后，肿块切面的浅绿灰色逐渐褪去（肋骨部肿块亦如此）。

镜下可见念粒白血细胞不等程度浸润于各处骨髓，肋骨、椎骨等骨外膜，肝，脾，多处淋巴结，心，肺，胰，肾及肾上腺等处。上两肿块之主要成份亦是属于粒性系列的白血细胞，原始粒、早、中、晚幼粒均有，以原始与早幼粒细胞为多。核分裂象明显。白血细胞散在或聚集成堆，由小量间质隔开，如肉瘤样，并已向周围肌组织及脂肪组织浸润。腰椎骨大体上虽未见明显异常，但镜下可见到骨膜外软组织有大量白血细胞呈局灶浸润。脑、脊髓组织未见明显的白血细胞浸润。

病理诊断 急性粒细胞性白血病变伴有肋骨部及腹主动脉旁粒细胞性肉瘤（granulocytic sarcoma，又名绿色瘤）形成。

根据文献，绿色瘤最多见于眼眶部，次为胸、肋、椎骨等处骨外膜及肾、淋巴结等处软组织，并可出现压迫或肿块累及组织所致的症状。本例之眼眶部未见明显肿块形成，而在胸、腹部却分别出现两个较大而引人注目的肿块，此种情况比较少见。胸部之肿块清楚地起自肋骨外膜，腹主动脉旁肿块则未见与椎骨有联系，可能为局部淋巴结被浸润所致，但附近椎骨组织镜下可看到明显的骨膜外灶性白血细胞浸润，因此亦不能完全排除该肿块来自椎骨膜部浸润的可能。由于在脑、脊髓组织未见有显著的白血细胞浸润，故脊髓神经症状的出现

很可能与椎骨膜外浸润压迫有关。

关于绿色瘤切面呈绿色的原因仍未明确。根据绿色瘤中化学成份的一些材料来看，绿色瘤中除原卟啉 (protoporphyrin) 外，还含有高浓度的绿过氧化酶 (verdoperoxidase)，后者可能与绿色的出现更有关系，看来色素的出现主要是由于白血细胞的不正常代谢所致。

本例死亡原因为持续高热，严重贫血及白血细胞弥漫浸润等引起的全身衰竭，此外，最后还由于急性肺水肿。

病区医生丙 按医学上传统的思考方法，有多种临床表现的病例应尽可能用一个病来统一诊断，本例的病理检查肯定地说明了这一点。

在急性粒细胞白血病中，除可合并绿色瘤外，偶也可形成无绿色的肿块——粒细胞性肉瘤。

本例由于眼球凸出不够明显，因此尸体病理解剖时，未在局部寻找有否绿色瘤。

随着近代治疗（抗癌及抗感染）的进展，心力衰竭已逐渐成为急性白血病的常见死亡原因。本例临终前出现急性肺水肿，病理解剖也证实有此并发症，值得今后在治疗上加强注意。

（苏州医学院附属第一医院 邹正辉 胡人俊 林宝爵 整理）

三、食欲减退、消瘦、低热 5个月，全身发黄月余

病 历 摘 要

患者女性，71岁，江苏海安籍，已婚。因纳差、消瘦、低热5个月，全身发黄月余于1978年7月20日住院。患者于1978年2月初开始

感食欲减退、低热（37.5℃左右）、疲勞，6月初家人发现其眼黄，尿黄，皮肤逐渐变黄，体重较2月份减轻40斤，厌食油腻，腹胀及右上腹部隐痛，大便稀烂，无脓血，2~3日1次。7月初出现腰痛，咳嗽时加重，如触电样，但行走无碍。7月14日在我院门诊检查：黄疸指数148单位，谷丙转氨酶72单位，血沉73毫米/小时，甲胎蛋白（AFP）阴性，尿胆红素强阳性，尿胆原弱阳性，肝同位素扫描无占位性病变。既往有“慢性咳嗽”两年多，有青霉素过敏史，1975年孙子曾患“急性肝炎”，近期无肝炎接触史也无注射史。

入院体检：体温38.3℃，脉搏86次/分，血压157/70毫米汞柱，体重80斤。消瘦，精神欠佳。皮肤、巩膜、口腔粘膜均深度黄染、无出血，皮肤无搔痕，无蜘蛛痣及掌红斑，表浅淋巴结不肿大。肋间隙略增宽，两肺呼吸音显著增粗，左肺可闻及干湿性罗音，心律齐，心率86次/分，无杂音。腹肌张力稍增强。左下腹可触及索状物，有压痛。肝上界右锁骨中线第6肋间，下界于肋下4厘米、剑突下5厘米，质硬，无结节，无明显触痛。脾未及。腹部无移动性浊音。腰椎稍压痛、叩击痛，四肢活动正常，肛门指诊：阴性。

实验室检查：血红蛋白9.3~11.7克%，红细胞308~340万。尿胆原弱阳性，胆红素强阳性，粪胆原弱阳性，粪胆素阴性。蛋白电泳：总蛋白6.4克%，白蛋白57.5%， γ 球蛋白19.7%，乙型肝炎表面抗原1:2，血淀粉酶32温氏单位（详见表3-1）。

^{198}Au 肝扫描：肝显影清晰，外形及形态正常，放射性分布均匀，未见放射性稀疏缺损区。

胰胆管逆行造影：插管顺利，乏特氏壶腹开口处红肿，胆总管、胆道未显影，胰腺管显影良好，胰管无增粗及扩张，无阻塞，胰腺管宽为0.3厘米，副胰管亦显影，未见明显异常，十二指肠内有造影剂存留，十二指肠未见明显异常。

胃镜检查：胃粘膜呈弥漫性红白色相间，黄染，透见血管影，无溃疡及新生物，胃窦蠕动正常，十二指肠球部扩张不良。胃粘膜活检：胃窦部粘膜呈慢性炎症改变。

上消化道钡餐：胃窦部变窄、痉挛，经低张力造影复查，胃窦部

表 3-1 实 验 室 检 查 结 果

日期	黄疸指数 (单位)	胆红素 直接/间接 (毫克%)	胆汁 (单位)	麝香草酚 酯 (单位)	谷丙转氨酶 (单位)	草酰酶 (单位)	白蛋白 (克%)	血清 蛋白 (毫克%)	凝血酶 时间 (小时)	碱性磷酸酶 (单位)	乳酸脱氢酶 (单位)	γ-谷氨酰转氨酶 (单位)	胆碱酯酶 (单位)	5'-核苷酸酶 (单位)	甲胎蛋白 (微克/毫升)
7月10日	116			5		72	—	3.7/4.3	93	54	343	1216	39		—
7月15日	148	21.1/5.7			43							435			
7月21日	108			5		33	62	3.4/3.2	131	60	365	416	29		
7月24日										76		768	35	2.7	
7月26日	48	8.4/3.9			40					62	392	740	27	2.7	
8月2日	27	3.2/1.2							98	40		640	37		
8月9日	19	3.1/0.6				86	90			48		1888	40		1.8
8月15日	31	3.9/1.2				108	99	3.6/2.9	98	66		1536	29		
8月22日	30	4.2/1.5		5		0	79		50	106	270	1856	46	66	
8月29日	56	7.9/2.4		5		96	79	3.5/3.1	75	72	460	2176	42	72	7.8
9月11日	112	15.3/3.6							116	60		1620	54		
9月21日	120	22(总)		5		62	30	2.8/4.0		54		883	35	40	