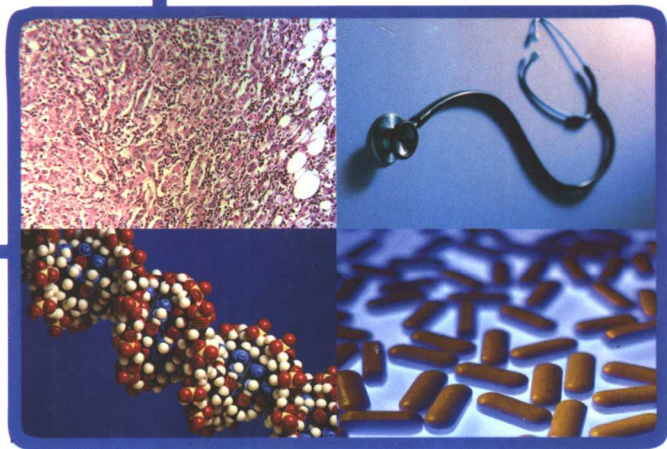


全国高等医学院校教材

供临床、预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、
护理、中西医结合等专业用

病理学CBS教材

陈晓 金茂强 主编



科学出版社

www.sciencep.com

全国高等医学院校教材

供临床、预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、护理、中西医结合等专业用

病理学 CBS 教材

主 编 陈 晓 金茂强

主 审 拉莱·苏祖克 刘 存

副主编 海力曼·衣拉洪 热沙来提·艾米多
黄曾迅

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 红 王文娜 尼加提·热合木

刘 存 师晓莉 李巧稚

张 巍 张 静 陈 晓

杨 海 金茂强 拉莱·苏祖克

林 晨 卿 松 热沙来提·艾米多

秦丽娜 顾 霞 海力曼·衣拉洪

黄增迅 蒲红伟

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

病理学是一门实践性很强的基础医学,学好病理学必须理论联系实际,既有理论知识,又有病史资料、案例检验及分析讨论,使学生从实际病案中全面系统了解每一个疾病发生、发展及结局的规律,树立客观观察事物本质的思维习惯,培养综合分析判断的能力,以及树立科学的工作态度,为巩固加深理解理论知识及以后学好临床各科奠定基础。

为了提高教学质量,丰富教学手段及方法,提高学生学习病理学的兴趣,以实际病案联系教学内容,我们组织有教学及实际检案经验的教师编写这部 CBS 教材。按系统及器官,选择常见病、多发病数例,根据临床病历及病理检查提出问题,并针对问题进行分析讨论。目的是使学生全面系统掌握疾病的临床表现及发生发展规律,培养学生实际分析处理事物和解决问题的能力,完成培养目标。

图书在版编目(CIP)数据

病理学 CBS 教材/陈晓,金茂强主编. —北京:科学出版社,2006. 8

(全国高等医学院校教材)

ISBN 7-03-017938-2

I. 病… II. ①陈…②金 III. 病理学—医学院校—教材 IV. R36

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 100819 号

责任编辑:李国红 / 责任校对:鲁 素

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2006 年 8 月第 一 版 开本:B5(720×1000)

2006 年 8 月第一次印刷 印张:5 插页:8

印数:1—3 000

字数:93 000

定价:22.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈双青〉)

前 言

病理尸体解剖案例在专业教学中的作用

在培养学生实践能力、动手能力和实际应用能力等方面,结合法医病理学科的特点,重点安排组织同学们参加法医病理尸体解剖案例,保证他们在学习专业课期间,每人至少参加一次尸体解剖,并全程参加案例的病理组织切片的观察、案例讨论等。因为法医尸体解剖鉴定案例在专业教学中起着重要作用。

(一) 病理尸体解剖鉴定案例是专业理论和法医实践相结合必不可少的一个重要环节

法医病理学不同于基础病理学等形态医学学科,也不同于生理学等机能医学学科,它是集病理形态学、病理生理学等各个医学学科于一体的综合性应用性医学学科。法医学鉴定既要求具备较渊博的医学科学知识,又要充分考虑个体死亡过程中外界的各种因素、死亡方式和死亡性质以及死后尸体变化等的影响。专业理论学习固然重要,专业教育及毕业考核都要求学生牢固地掌握本专业的基础理论知识。但单单掌握了专业理论是不够的,更重要的是学以致用,把学到的知识真正地灵活运用到每一个实际案例中去,解决工作中遇到的问题。否则,学到的知识便是死知识,仍然滞留在书本上的理论。反之,没有牢固的专业知识,同样也无法解决将面临的实际检案工作。

如何能够使学生将法医专业理论知识和法医实践相结合是我们法医病理学教师教学过程中要注意的一个重要问题。法医病理尸体解剖鉴定案例是解决这一问题的答案。每一案例都有相当复杂的情况,并涉及相应的专业理论知识。让同学们参与每一案例的实际工作,在教师的指导下用专业理论知识解决相应的实际问题,引导同学们积极地进行案例讨论,将理论与实践相结合,学会处理同类案件的经验,收益很大。为了提高教学效果,改革教学方法和模式,我们努力增加法医尸体解剖鉴定案例的课程内容,删掉没有应用价值的“动物尸体现象的观察”等实习内容。以往缺少尸体来源,我们想法购买尸体或医院里的死婴。现在我们通过和公、检、法、司、卫等部门合作检案、合作研究、教学基地共建等多种途径获得许多满足教学需要的尸体案例,精心挑选典型案例为同学们做示教,按教学内容选择相应的尸体案例分组组织同学们参加尸体解剖。



(二) 培养学生们法医尸体检验的规范化操作

学生的素质是培养出来的。高质量、高素质的法医人才必须具备基本的规范化的尸体检验操作技术;否则,将影响检案质量,甚至误成错案。例如:头、胸部均遭受损伤,胸腔内大失血,脑干挫伤。如果“只见树木,不见森林”,仅做胸部局部解剖而忽视了头颅的损伤,必然导致错误或偏颇的结论。再如:左冠状动脉前降支动脉粥样硬化、Ⅳ级狭窄、心肌梗死。如果病人心肌梗死超急性发作,心肌无特征性所见,且左旋支和右冠状动脉正常,此时若按常规打开左、右心腔的术式打开心腔,未特殊检查前降支,势必导致漏检误判。由于本专业学生在教学基地基层的生产实习大多没有规范化的指导。因此,教师在进行专业理论教学的同时,有责任通过尸体解剖教学案例给学生进行规范化的教学示教,并指导同学们亲自参加尸验,包括每一刀、每一针、每一式,由体表检查到内脏各器官的检验以及每一器官的检查,注意检查的方法和顺序,程序化地进行,忙而不乱、有条不紊地进行,不要有任何遗漏,即所谓的全面、系统的解剖。通过这样严格的训练,使同学们掌握法医尸体解剖的基本技能和方法。

(三) 提高专业学生综合分析、判断和解决实际问题的能力

法医尸体解剖并不是一种简单的操作。它要求操作者在解剖的同时要集中精力寻找证据,解决鉴定事项所提出的问题以及未提出的其他严重性质问题;而且要综合各种尸检所见,全面系统地进行逻辑思考。教学中要注意培养专业学生们的这种思维方式。在培养学生们动手掌握这种技能的同时,更要培养同学们的综合分析、判断和解决实际问题的能力。每一个案例教师都给同学们提出一系列的问题,待全部检查结束后,包括病理组织学检查和必要的生物化学、免疫学以及毒物分析检查,和同学们共同讨论这一案件的有关问题,最后得出鉴定结论。这一过程既有教师的指导,又有同学们独立进行尸检操作、归纳、总结等,大大地提高了同学们解决实际问题的能力。

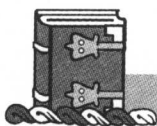
总之,法医病理学是一门应用医学科学,法医病理学教学离不开法医尸体解剖鉴定案例的教学内容,而且这种教学内容在专业教学中起着举足轻重的作用,这种作用的充分发挥将使学生们更加巩固和提高专业理论知识水平,掌握基本的专业技能和方法,提高综合分析、判断和解决实际问题的能力,培养出高质量、高素质、适应社会发展需要的合格的医学专业人才。

编 者

2006 年 7 月

目 录

第一章	心血管系统疾病病案分析	(1)
第二章	呼吸系统疾病病案分析	(12)
第三章	消化系统疾病病案分析	(21)
第四章	泌尿系统疾病病案分析	(30)
第五章	淋巴、造血系统疾病病案分析	(39)
第六章	女性生殖系统疾病病案分析	(48)
第七章	乳腺疾病病案分析	(55)
第八章	甲状腺疾病病案分析	(59)
第九章	传染病病案分析	(65)
第十章	寄生虫病病案分析	(73)
图版		



第一章 心血管系统疾病

病案分析

病 案 一

患者,男,66岁,体质较胖。20年前偶然发现尿糖阳性,血糖升高,诊断为2型糖尿病。经治疗,病情时好时重。近3年来,出现心前区不适和疼痛,且病情逐渐加重。确诊患有冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)。多次住院治疗,病情得到控制。3天前心脏病突发,急诊入院治疗,因出现心力衰竭,抢救无效死亡。

【尸检所见】

1. 胰腺:胰岛数目减少,体积减小,B细胞明显减少,部分B细胞和毛细血管间淀粉样物质沉积,细胞和血管分布稀疏。

2. 心脏:冠状动脉有不同程度的粥样硬化,尤以左冠状动脉前降支最明显,管腔狭窄Ⅲ~Ⅳ级。常规剖开心脏,见左室前壁及心尖区内膜下2/3的心肌呈土黄色、干燥,失去正常光泽、结构变得模糊。镜下观察:该处心肌胞质红染,细胞核消失,部分心肌纤维外形仍可辨认,心肌纤维断裂。部分呈片状红染的颗粒状物质,机构模糊(图1-1,图1-2)。

3. 肝脏:体积轻度增大,呈淡黄色,边缘稍圆钝。镜下观察:弥漫性的大量肝细胞内大小不等的近圆形空泡。冰冻切片苏丹Ⅲ染色空泡呈橘红色。

【讨论问题】

根据病史和尸体剖验病理检查所见,死者出现哪些损伤性变化?哪种损伤是主要致死因素,为什么?

【讨论意见】

1. 损伤性变化:①胰腺萎缩伴淀粉样变性;②冠心病所致心肌缺血性凝固性坏死(心肌梗死);③肝脂肪变性。

2. 主要致死因素:冠心病所致心肌缺血性凝固性坏死(心肌梗死),造成生理



重要器官的功能障碍,导致心力衰竭而死。

病 案 二

患者,男,36岁。酒后与他人发生打斗,右腿腓肠肌处受棍棒重击,该处皮肤有轻微破损,事后小腿肿胀,疼痛难忍。第二天后出现红、肿、热、痛和体温升高,达39℃。第四天后下肢高度肿胀,最大周径达46cm,且下达足背,疼痛更甚,皮损处有血水流出。当地治疗,未见好转。第7天后右足脚趾呈污黑色,并向上发展。第9天黑色达足背,有恶臭味,与正常组织分解不清。到上级医院治疗仍未见好转,并出现严重的全身中毒症状,行右下肢截肢术。

【病理检查】

右下肢高度肿胀,有恶臭味,足部呈污黑色,与正常组织分解不清;纵行剖开,见动、静脉血管内有混合血栓形成,长约9cm,阻塞管腔,并与血管壁粘着(图1-3)。

【讨论问题】

根据所学知识判断患者右下肢出现何种病变?是怎样发生的?

【讨论意见】

患者出现下肢湿性坏疽;是由于机械性损伤致下肢软组织坏死、炎症反应和动、静脉内血栓形成引起下肢高度水肿,同时伴有严重的腐败菌感染,导致下肢湿性坏疽的发生。

病 案 三

患者,男性,64岁。清晨登山锻炼时,突然感到左侧胸前区胀痛不适,全身出冷汗,面色苍白。在周围人的帮助下,迅速截车去医院。途中疼痛逐渐加重。入院后,心电图检查示心肌有损伤性改变。虽经积极抢救和治疗,但由于病情恶化,于住院后三天因呼吸、心跳突然停止而死亡。

【尸检所见】

患者属矮胖体形,腹壁皮下脂肪厚度达4cm。

1. 心脏:体积增大,心包充盈,内有血凝块约400ml。左心室前壁、心尖部及室间隔前下方有出血、坏死,不规则状,暗红色。坏死灶内有一纵行不规则裂口,长约2.5cm,以探针可直通左心室。距冠状动脉开口约3cm处的左冠状动脉前降支,质

硬难切。纵行剖开,见有一血栓阻塞冠状动脉管腔,长约1.5cm。镜下观察:病变区的心肌细胞变性坏死。核消失或模糊不清;肌质发生凝集、溶解。心肌间质水肿、出血,有大量中性粒细胞浸润。冠状动脉管腔一侧增厚,管壁内有胆固醇沉积及纤维组织增生。管腔狭窄并有未机化的血栓(图1-4~图1-7)。

2. 主动脉:内膜有多处散在黄白色隆起的斑块(图1-8)。

镜下观察:病变的血管壁内有大量胆固醇结晶沉积和纤维组织的增生。

3. 脑:大脑后动脉及右侧大脑中动脉发生硬化(图1-9)。

镜下观察:病变与主动脉相同。

4. 肾:体积缩小,形状不规则。镜下见部分肾小球发生玻璃样变性。

【讨论问题】

根据本例脏器的改变做出病理诊断。本例的死亡原因是什么?

【讨论意见】

1. 动脉粥样硬化症。
2. 冠状动脉粥样硬化继发血栓形成。
3. 心肌梗死伴心脏破裂。
4. 主动脉粥样硬化症。
5. 脑动脉粥样硬化。
6. 肾动脉粥样硬化伴肾固缩。

本例的主要死亡原因是心肌梗死继发心脏破裂,导致急性心包填塞,引起急性心力衰竭及心源性休克而死亡。

病 案 四

死者,男,47岁,汉族。2006年6月2日,公安局刑警队接派出所报案说:“自家雇佣工某人死在自己住房内”。公安人员立即赶往现场检查:死者住一约6cm²小房,死者头西脚东仰卧在床前地面上,死者上身穿一T恤衫,下身赤身,腹壁染有大量锅灰。现场未发现有有毒物及农药类物品。在当地公安局做尸体解剖。

【尸检所见】

1. 心脏:重400g。已被剪开,心室壁厚:左室1.8cm,右室0.3cm;各瓣膜圆周径:主动脉瓣8cm,二尖瓣11cm,三尖瓣10.5cm,肺动脉瓣8cm。

镜下观察:心内膜下大片心肌细胞核消失,胞质浓缩、肌质凝集,心肌纤维断裂,部分心肌纤维呈波纹状。部分区域心肌细胞体积增大、核大、深染,心肌细胞胞



质内见空泡变性。心肌间质血管扩张,但血管腔内未见血细胞,心肌及间质见灶状陈旧性瘢痕,心肌间质血管外膜呈纤维素样坏死(图 1-10)。

2. 动脉:①主动脉:内膜光滑。镜下:内膜纤维组织增生伴有泡沫细胞、淋巴细胞浸润致主动脉内膜轻度增厚。②冠状动脉:管壁新月性增厚,管腔狭窄(冠状动脉狭窄Ⅲ级)。镜下观察:从内向外内膜见纤维组织增生形成纤维帽,纤维帽下方有大量坏死物及胆固醇结晶,斑块两侧见大量泡沫细胞及炎症细胞,底部见肉芽组织,中膜受压变薄,外膜纤维结缔组织呈纤维素样坏死。

3. 肺脏:肺两块,大小一块为 $12\text{cm} \times 8\text{cm} \times 2\text{cm}$,另一块为 $8\text{cm} \times 5\text{cm} \times 1\text{cm}$ 。表面及切面未见明显异常。镜下观察:肺泡壁毛细血管及小静脉扩张淤血,肺泡腔及肺间质见大量水肿液、脱落上皮细胞和少量心力衰竭细胞,部分肺泡间隔断裂呈肺大泡。部分支气管、细支气管上皮细胞脱落。

4. 肝脏:大小 $10\text{cm} \times 7\text{cm} \times 2.5\text{cm}$,暗红色。镜下观察:肝小叶结构尚完整,肝血窦高度扩张、淤血,周围肝细胞受压萎缩,肝细胞胞质内见脂肪空泡,并见较多再生的肝细胞及灶性肝细胞水肿、胞质疏松化,汇管区见纤维组织增生伴淋巴细胞浸润。

5. 肾脏:肾脏(一个),表面光滑,被膜紧张。重量为 180g。肾脏切面皮髓质界限不清楚,皮质厚 1.2cm,皮髓质共厚 2.8cm。镜下观察:皮质肾入球小动脉管壁增厚、管腔狭窄及玻璃样变性,部分肾小球纤维化、玻璃样变性,部分肾小球代偿性肥大,少部分肾小球萎缩,肾小管上皮细胞水肿、颗粒样变性,部分肾小管萎缩、靠拢呈集中现象。肾间质小动脉管壁增厚、管腔狭窄、纤维组织增生、灶状淋巴细胞浸润。肾髓质水肿,部分肾小管上皮细胞脱落。

6. 胃:胃内充满食物及暗褐色胃内容物,大小 $16\text{cm} \times 10\text{cm} \times 7\text{cm}$,沿大弯侧破口处剪开胃。胃黏膜面见暗褐色黏稠物附着。

镜下观察:黏膜及黏膜下高度水肿,上皮细胞脱落,淋巴细胞浸润。

【讨论问题】

根据本例脏器的改变做出病理诊断。本例的死亡原因是什么?

【讨论意见】

1. 冠状动脉粥样硬化(管腔狭窄Ⅲ级)。
2. 急性心肌梗死。
3. 肺淤血、肺水肿。
4. 肝淤血。
5. 高血压性肾脏病变。

死亡原因:急性心肌梗死合并心力衰竭导致循环、呼吸衰竭猝死。

病 案 五

患者,男性,53岁,干部。因心前区疼痛6年,加重伴呼吸困难10小时入院。6年前感心前区疼痛,为压迫感,多于劳累、饭后发作,每次持续3~5分钟,休息后减轻。入院前2个月,痛渐频繁,且休息时也发作。入院前10小时,于睡眠中突感心前区剧痛,并向左肩部、臂部放射,且伴大汗、呼吸困难,咳出少量粉红色泡沫状痰,急诊入院。体格检查:体温37.8℃,心率130次/min,血压80/40mmHg,呼吸急促,口唇及甲床发绀,皮肤湿冷,颈静脉稍充盈,双肺底部可闻及湿啰音。心界向左扩大,心音弱。实验室检查:血象白细胞 $20 \times 10^9/L$,尿蛋白(+);血中尿素氮30.0mmol/L, CO_2 结合力16.0mmol/L,入院后经治疗无好转,于次日死亡。

【尸检所见】

主动脉:见散在灰黄色或灰白色隆起斑块,部分有钙化、出血,腹主动脉的斑块有溃疡形成。

脑底动脉:管壁呈偏心性增厚变硬,管腔狭窄。

冠状动脉:左冠状动脉主干壁增厚,管腔Ⅲ度狭窄;前降支从起始处至2.5cm处管壁增厚,管腔Ⅱ~Ⅳ度狭窄;左旋支管腔Ⅱ~Ⅳ度狭窄;右冠状动脉距起始部0.5~5cm处管壁增厚,腔Ⅱ~Ⅳ度狭窄。

心脏:室间隔大部、左心室前壁、侧壁、心尖部,右心室前壁内侧心肌变软、变薄、失去光泽,镜下有不同程度的心肌梗死,右心室后壁亦有多灶性坏死区。

肝脏:重900g,表面弥漫分布细小颗粒,切面黄褐相间,似槟榔。

肺脏:双肺略饱满,切面见粉红色液体渗出。镜检见肺泡壁毛细血管扩张,肺泡腔内见较多水肿液。

四肢末端凹陷性水肿。

【讨论问题】

1. 本病例主要疾病是什么?
2. 死亡原因是什么?
3. 患者临床症状及体征的病理改变基础是什么?

病 案 六

男性,56岁,哈族牧民,8天前心前区疼痛,为持续性。自昨天起病情加重不能起床。过去有心绞痛病史。急诊入院,查体:面色苍白,意识淡漠,四肢凉,额部出



冷汗,脉细弱,血压测不到,虽经积极抢救,但无效死亡。

【大体标本】

1. 主动脉粥样硬化。
2. 脑基底动脉粥样硬化。
3. 冠状动脉粥样硬化及心肌梗死,合并附壁血栓。

【组织切片】

1. 动脉粥样硬化

低倍镜:首先从无斑块一端看,分清主动脉的三层结构,然后移向斑块处,观察内膜有什么改变,斑块内可见到无结构的淡染物质,其中可见很多梭形的空隙,该处即为胆固醇结晶(在制片过程中,已被溶解)。仔细观察中膜接邻部位是否可见吞噬脂质的巨噬细胞。

2. 冠状动脉粥样硬化 在心外膜下找出横断的冠状动脉,可见冠状动脉内膜明显增厚管腔狭小,腔内有血栓形成。

动脉内膜疏松淡染区为类脂质沉着部位,其中可见梭形的胆固醇结晶针状裂隙,周围组织中有泡沫细胞和纤维组织增生,此外,在内膜还有新生的小血管。

3. 心肌梗死,心内膜附壁血栓 低倍镜下认出心内膜、心肌及心外膜,并找出心肌梗死区域,及心内膜附壁血栓。

高倍镜下心肌梗死区,心肌细胞核溶解,胞质红染,部分心肌细胞溶解液化,坏死区周围有大量中性粒细胞浸润。心内膜附壁血栓是混合血栓。

【讨论问题】

1. 主动脉粥样硬化有哪些继发改变? 危害最大的是什么?
2. 心肌梗死的原因是什么? 可有哪些并发症及后果?
3. 本患者的死亡原因是什么? 如抢救成功,心肌梗死部位会发生什么变化?

病 案 七

女性,42岁,有多年高血压病史,在一次情绪激动后,突然昏迷,醒来后出现偏瘫(半身不遂),不久发生呕吐,再度昏迷,急诊住院。查体:血压280/130mmHg,心界扩大,肝肿大,下肢水肿。脑脊液检查:压力增高,呈淡红色,经积极抢救无效,死亡。

临床诊断:高血压病,合并脑出血,高血压性心脏病,心力衰竭。

【大体标本】

1. 高血压性心脏肥大:心脏肥大,重量增加,左心室壁增厚,乳头肌变粗。
2. 高血压病脑出血:为脑的冠状切面,内囊部位有出血,并破入侧脑室。侧脑室内充满血块。
3. 高血压固缩肾:肾体积缩小,表面呈细颗粒状;切面:皮髓质境界不太清楚,皮质变薄,小动脉壁增厚(有硬化)。

【组织切片】

肾细小动脉硬化:

- (1) 肾入球动脉玻璃样变性,管壁增厚,管腔缩小。
- (2) 其附近肾小球萎缩、纤维化或玻璃样变性。
- (3) 其相应的肾小管亦萎缩,腔变小,上皮变低平。
- (4) 间质有纤维组织增生及慢性炎细胞浸润。
- (5) 部分肾单位代偿,肾小球变大,肾小管扩大,腔内可见蛋白管型。

【讨论问题】

1. 什么是高血压病? 血压升高都是高血压病吗?
2. 高血压病的基本病变是什么?
3. 本例病人为什么突然昏迷? 为什么发生了偏瘫? 你能解释这些问题吗?
4. 病人生前有心界扩大、肝大和下肢水肿,怎样解释这些体征和症状?

病 案 八

9岁女孩,经常咽喉痛并伴有发热,近15天又有咽痛。两天来出现足背和眼睑水肿。查体:心界扩大,心尖区有收缩期和舒张期杂音,两肺湿啰音,肝在右肋下三横指,两眼睑和下肢水肿,入院后两小时在一次呕吐时,突然心跳停止,抢救无效死亡。

临床诊断:风湿病,风湿性心肌炎,心力衰竭。

【大体标本】

急性风湿性疣状心内膜炎:在二尖瓣的闭锁缘可见到针头大或小米粒大的赘生物,这些赘生物在闭锁缘排成一行,致该处显得粗糙,瓣膜稍增厚,腱索稍短,乳头肌稍扁平(想想为什么?)

【组织切片】

风湿性心肌炎:在低倍镜下全面观察切片,弄清楚哪里是心内膜,哪里是心肌层(有纵断的,也有横断的)。然后找病变,注意心肌间质及血管。

在血管周围或附近,可见到风湿细胞聚集构成的结节,这些细胞体积较大,胞质偏碱性,淡紫红色,单核或多核,核仁明显。

在高倍镜下观察,在上述病灶中,有时可见到纤维素样坏死(无结构的颗粒状或小块状物质),或夹杂有少数淋巴细胞及成纤维细胞,这种结节即风湿小结,是风湿病的病理特征。

切片中有的部位心肌间可见弥漫性炎细胞(主要是中性粒细胞和单核细胞)浸润。

【讨论问题】

1. 本病例的主要病变是什么?怎样解释临床上的一系列表现(心界扩大、肺湿啰音、肝大、水肿……等)?
2. 如抢救成功,此病人的心瓣膜及心肌的病变如何发展?结局如何?
3. 风湿病的基本病变是什么?主要损害哪些器官和部位?在病理上有什么特点?

病 案 九

男性,37岁,四肢游走性关节疼痛13年,伴心悸、双下肢水肿5年。查体:口唇及肢端发绀,颈静脉怒张,双肺下部闻及湿性啰音,心界扩大,心尖区闻及雷鸣样舒张期杂音,双下肢水肿。

【临床诊断】

风湿性心瓣膜病,二尖瓣狭窄。

【大体标本】

1. 二尖瓣膜口狭窄 二尖瓣两瓣叶粘连,瓣膜增厚;腱索及乳头肌增粗,缩短,二尖瓣口的口径缩小,左心房扩张,左心室缩小。

2. 主动脉瓣关闭不全 主要病变在主动脉瓣,表面为瓣膜增厚、缩短(瓣叶的垂直径明显缩短)及瓣叶粘连。

【讨论问题】

1. 你想在左心室收缩时,血流会有什么变化?左心房、左心室会有什么改变?

2. 根据病变,你想在心脏听诊时会有什么发现?

病 案 十

女性,29岁。8年前开始反复牙痛和关节痛,常感冒发热。一年前常心悸,稍活动后即感气急。2个月前拔牙后突然发热,心悸气急加剧。10天前,突感右上腹痛。查体:心脏主动脉瓣区闻及粗糙收缩期杂音,肝肋下8cm,外周血培养有绿色链球菌生长,全身水肿,死前双肺大量湿啰音。

【大体标本】

标本的主要病变在主动脉瓣,瓣膜上有巨大赘生物,红褐色、质脆,与风湿性心内膜炎比较,总结其特点。左心室有什么改变?

【组织切片】

低倍镜观察,首先搞清楚瓣膜根部、瓣叶及心肌各部结构和关系,然后再观察从根部到瓣叶整个瓣膜有什么改变,瓣膜明显增厚,这是为什么?观察赘生物附着处,瓣膜组织有无破坏?该处有什么细胞浸润?赘生物由哪些成分构成。注意赘生物大部分已脱落,切片中所看到的仅为机化的一小部分。

高倍镜观察,仔细观察赘生物的成分,注意看细菌团(注意细菌团在切片中是在残留一小部分赘生物的表面,就整个赘生物来看仍位于深部)。

【讨论问题】

1. 亚急性细菌性心肌膜炎是怎样发生的?常侵犯什么部位。
2. 为什么亚急性细菌性心肌膜炎常伴发栓塞?本病的结局如何?
3. 亚急性细菌性心内膜炎其赘生物的构成成分与风湿性心内膜炎的赘生物有什么不同?

病 案 十 一

死者,女,32岁,汉族,因停经77天,恶心呕吐8天,不能进食、伴上腹部胀痛一天,有头晕、乏力、心慌及胸闷等症状。11月30日出现咳嗽、低热,12月2日呕吐加剧,不能进食,下午17:00时开始出现上腹部持续性胀痛并逐渐加重。到医院就诊。入院查体:体温36.1℃,脉搏102次/min,血压80/50mmHg,呼吸24次/min,神志尚清,精神差,面色苍白,上腹部微隆,全腹压痛(+),上腹部明显,双肾区叩痛(+),无反跳痛及移动性浊音。急诊抽血检验,并给予输液对症(10%葡萄糖注

射液 500ml、维生素 B₆注射液 200mg), 0:30 分检验结果: 血 WBC $18.9 \times 10^9/L$, N: 0.842, PLT $315 \times 10^9/L$, Hb: 144g/L; 尿分析: 蛋白(++), 潜血(+), 维生素 C(+), 酮体(±); 离子系列: K⁺ 3.80mmol/L, Na⁺ 139.1mmol/L, Cl⁻ 97.9mmol/L, 血糖 22.1mmol/L。即更换平衡液注射液 500ml 静脉滴注。0:50 分患者诉口渴, 上腹部胀痛更加剧烈, 口唇发绀, 四肢发冷, 腹部较前膨隆明显, 此时血压测不到, 脉搏细速, 心率 110 次/min, 给予吸氧, 并实施抢救, 凌晨 1:30 分瞳孔散大, 抢救无效于凌晨 1:45 分死亡。

【尸检所见】

女性青年尸体一具, 身長 162cm, 发育正常, 营养适中。背部、肩部及腰部有尸斑, 腹部有尸绿。尸僵上肢缓解, 下肢僵硬。双上肢、下肢肩颈部有腐败及明显的血管网。双手、双臂发绀, 双手掌大小鱼际肌呈暗红色。角膜混浊, 瞳孔散大而固定, 直径 0.9cm。头发长 60cm。口唇发绀, 鼻腔、口腔、外耳道无分泌物。

胸腔: 胸腔内各脏器位置正常, 左侧胸腔有 200ml 血性液体, 右侧胸腔有 250ml 血性液体。打开心包腔, 内有 10ml 血性液体, 余无异常。

腹腔: 各脏器位置正常, 腹部皮下无损伤出血, 腹膜光滑, 网膜游离。横膈顶高度: 左、右均平第 5 肋。肝脏位于肋缘内, 平剑突。脾位于肋缘内。腹腔内有血性液体 200ml。小网膜内有血性液体。胰腺暗红色、充血、淤血, 胰腺尾部有 2.5cm × 3.5cm 出血、暗红色区域, 靠近胰腺头部、体部的胃与网膜粘连。胃肠有胀气, 余无异常。

盆腔: 子宫比自己拳头稍大, 内有胚胎及附属物, 余无异常。

心脏: 重 250g, 心包腔内有 10ml 血性液体, 心瓣膜、腱索、乳头肌均无异常, 心室壁厚: 右室 0.4cm, 左室 1.1cm。各瓣膜圆周径: 二尖瓣 8.5cm, 三尖瓣膜 9.5cm, 肺动脉瓣 7.5cm, 主动脉瓣膜 6.5cm。

肺脏: 肺脏表面暗红色, 左肺重 500g, 右肺重 600g。双侧肺明显充血、淤血, 左肺两叶粘连, 双侧肺背侧均有点片状出血。左肺切面有泡沫状液体。右肺下叶灰白色区域直径为 0.5cm, 切面有 7cm × 4cm 出血。

肝脏: 重 1400g, 被膜光滑。表面、切面均为暗红色。

脾脏: 重 260g, 大小 12cm × 9cm × 5cm, 包膜光滑, 表面、切面均呈暗红色。

肾脏: 左肾大小 11cm × 6cm × 3.5cm, 右肾大小 10cm × 6cm × 3cm, 双肾包膜光滑, 易剥离, 暗红色, 切面暗红色。皮质厚: 左肾 0.6cm、右肾 0.7cm。皮髓质共厚左肾 3cm, 右肾 3.5cm, 皮髓质界限均清楚。

胰腺: 重 120g, 大小 20cm × 3cm × 3cm, 表面暗红色、充血、淤血, 胰腺尾部有 2.5cm × 3.5cm 出血、暗红色区域, 靠近胰腺头部、体部的胃与网膜粘连。

胃: 胃黏膜暗红色。

脑:重 1200g,脑沟浅,脑回宽,表面、切面无异常。

子宫:比自己拳头稍大,内有胚胎及附属物,大小 11cm × 9cm × 3cm,子宫壁厚 2.5cm,子宫顶部有一平滑肌瘤。

【讨论问题】

结合病理变化特点及尸检所见,对死者的死亡原因进行分析。

(热沙来提·艾米多 蒲红伟)