

S220690
42/802

国外临床病案讨论

DISCUSSION OF FOREIGN CLINICAL CASES

湖南省医学科学情报研究站编译

写在前面

医学科学的崇高使命是为人类的健康做出贡献。随着时代的进展,在医疗实践中又遇到不少疑难和罕见病例,因而给诊断和治疗带来了未曾经历过的难度和复杂性。

为促进医学科学技术的学术交流、学习国外先进的医疗技术,我们特组织编译了《国外临床病案讨论》一书。

本书系译自《新英格兰医学杂志》和《美国医学杂志》1981年以来刊载的病案讨论共71例。内容包括内、外、妇、儿等科。涉及心血管、消化、呼吸、泌尿、肿瘤、神经、血液、内分泌等专业。病案讨论部分内容充实、新颖,既阐述和介绍了丰富的基础理论知识和临床经验,又引入了完整的、先进的检测手段和有关领域的最新进展。因而可以开人眼界,启人智慧,从中获得丰富的新鲜知识,以培养和提高临床医师的思维能力,扩大和开拓临床分析思路,提高临床诊断水平。因此,这是一本供中、高级临床医师进修、提高的参考书,也是供医学院学生在教师指导下进行学习的好资料。

为节省篇幅,原文中图片一律从略。

由于编者水平有限,错误和不妥之处敬请同道们批评指正。

译者

1983.12

21006/34

译 校 人 员

(按姓氏笔划为序)

王钟林	王可嘉	王维鑫	王洪林	尹本义	龙见方	卢士腾
皮执民	叶传书	叶楚君	易 凡	田文琴	田开镡	冯本澄
伍岳斌	伍汉文	刘昭仪	刘 任	刘嘉言	刘英男	朱淑玑
朱愉恒	朱颢曾	朱若文	许雪峨	孙明华	孙 明	孙培吾
李乐德	李伯智	李旺辰	李本庆	李固本	李金荣	李书芬
李启贤	何 锐	陈服文	陈新建	陈远嘉	陈秋坡	房献平
沈泽霜	沈向前	吴光亚	陆灿辉	张义洲	张培根	杨式璠
杨德森	杨文奎	杨慧明	杨罗艳	金性江	周安雅	俞尧平
晏仲书	胡自省	胡樟明	柳用墨	郭 谨	郭首濡	唐启信
凌奇荷	夏宗吉	曹 萍	黄 循	黄友德	黄先涛	海 洋
曾宪衡	童环祥	谢景超	彭达平	彭继繁	辜恩燕	简幼安
骆锡伦	廖起俊	黎盛蓉	熊寿芝	谭元亮	谭惠良	谭家铨

审 编 人 员

(按姓氏笔划为序)

卢士腾	伍岳斌	刘昭仪	李乐德	李伯智
李旺辰	杨蕴祥	周德湘	简幼安	

目 录

病例 (1) 腹泻 咳嗽 低血糖 虚脱	(1)
病例 (2) 发热 腹部肿块 双脚压迫感 脚趾伸展无力	(9)
病例 (3) 进行性黄疸和临近分娩	(16)
病例 (4) 右肩和右上臂肿痛 低热 体重减轻 颈前淋巴结肿大	(25)
病例 (5) 咯血 呼吸困难 心脏收缩期杂音	(33)
病例 (6) 浮肿 发热 腹泻 恶心 尿少	(42)
病例 (7) 车祸致昏睡	(52)
病例 (8) 膝、踝、足和肘关节疼痛 咯血	(58)
病例 (9) 腹痛 发热 便血	(66)
病例 (10) 心跳呼吸骤停 进行心肺复苏	(72)
病例 (11) 1岁婴儿 持续发热 反复发生中耳炎 肺炎和颈淋巴结炎	(78)
病例 (12) 发热 中性白细胞减少 中枢神经系统病变 疼痛性皮下结节	(85)
病例 (13) 呼吸困难 颈静脉怒张 肝肿大	(96)
病例 (14) 胃肠道反复出血	(102)
病例 (15) 腹部巨大肿块	(107)
病例 (16) 突起肾功能不全 血性腹泻 假膜性结肠炎	(112)
病例 (17) 右上腹痛 肝扫描发现缺损区	(119)
病例 (18) 脊柱旋转致下背部剧痛	(125)
病例 (19) 两肾活动时间歇性疼痛 乏力	(134)
病例 (20) 上消化道反复出血	(140)
病例 (21) 不能行走 paget 骨病	(145)
病例 (22) 淋巴结病变及许多免疫方面不正常	(154)
病例 (23) 淋巴结病 皮下结节	(161)
病例 (24) 咳嗽 气促	(167)
病例 (25) 肢端缺血 肝炎表面抗原阳性 心、肾、肺功能衰竭 肠梗阻	(177)
病例 (26) 发热 倦怠及左侧腰痛	(185)
病例 (27) 发热 咳嗽 喉痛 甲状腺大	(192)
病例 (28) 膀胱肿瘤	(197)
病例 (29) 腰痛 寒战 排尿困难	(202)
病例 (30) 咳嗽 发热 消瘦 疲乏	(208)
病例 (31) 间歇性腹泻 指甲萎缩性改变 右胸腔大量积液及进行性双侧心衰	(215)
病例 (32) 肺高压	(222)
病例 (33) 反复腹痛 腹泻	(230)

病例 (34) 肺门及纵隔淋巴结肿大	(236)
病例 (35) 反复发热 咳嗽 右胸腔积液	(243)
病例 (36) 咯血 肺部持续性阴影	(250)
病例 (37) 面部创伤 多次重建手术后多次感染 头痛呕吐 嗜睡至卧床不起	(256)
病例 (38) 无痛性黄疸 食欲好 体重恒定 肝稍大	(264)
病例 (39) 咳嗽 呼吸困难 体重下降 腹痛及腹内肿块	(273)
病例 (40) 慢性荨麻疹 蛋白尿 冷球蛋白血症	(280)
病例 (41) 呼吸困难 双腿疼痛	(292)
病例 (42) 右肺囊肿	(300)
病例 (43) 慢性肺部疾病与不育症	(305)
病例 (44) 右下腹痛	(312)
病例 (45) 呼吸困难 多关节炎	(318)
病例 (46) 左侧头痛 左眼突出伴眼眶灼痛 恶病质	(326)
病例 (47) 间歇性严重高钙血症 肾功能衰竭	(335)
病例 (48) 腮腺肿痛 面神经瘫 鼻尖溃疡 左侧偏瘫	(342)
病例 (49) 腹痛 体重减轻 软弱 烦渴 少尿	(350)
病例 (50) 高钙血症	(359)
病例 (51) 呼吸困难 上腹痛 排尿困难 虚脱	(366)
病例 (52) 左膝关节肿胀与疼痛	(376)
病例 (53) 进行性痴呆	(383)
病例 (54) 神志恍惚 躁动	(390)
病例 (55) 膈部溃疡 吞咽疼痛 乏力 发热 出汗	(399)
病例 (56) 鼻梁肿块 进行性吞咽困难 步态共济失调	(409)
病例 (57) 发热 寒战 巨脾 贫血 周围血中有异形白细胞	(416)
病例 (58) 肾功能衰竭 蛛网膜下腔出血 肾活检有肾小管间质和肾小球改变	(427)
病例 (59) 共济失调 右臂 右腿无力	(437)
病例 (60) 右睾牵引痛 右上腹剧痛	(444)
病例 (61) 双侧鼻塞 右鼻梁肿块 鼻腔流血性分泌物	(449)
病例 (62) 下肢紫癜斑 脾肿大 虚脱	(456)
病例 (63) 左肾肿块	(465)
病例 (64) 女性男化 多毛症	(474)
病例 (65) 水肿 尿蛋白 类风湿性关节炎	(484)
病例 (66) 进行性肾功能衰竭	(493)
病例 (67) 气促 贫血 因高血压长期服用胍苯哒嗪	(500)
病例 (68) 弥漫性腹痛 呕血	(510)
病例 (69) 类风湿性关节炎13年 牙龈出血及左上腹痛	(520)
病例 (70) 发热 咽炎 淋巴结肿大	(530)
病例 (71) 慢性湿疹 贫血 血小板减少	(538)

病例(1) 腹泻 咳痰 低血糖 虚脱

病 例 介 绍

患者,男性,56岁。因低血糖入院。

患者有长期嗜酒史,并有震颤性谵妄和肝病。入院前8年发生过左侧胸腔积液,确诊为肺结核。接受过不严格的抗痨治疗两年。入院前4月X线胸片显示右肺内有一个直径4cm的结节。上段胃肠道检查、胰腺超声检查及肝脾扫描均阴性。病人继续大量饮酒,而体重减轻20公斤。出现了腹泻,并咳吐黄痰。住院当天发生虚脱,被送到附近一个医院。到达时已经昏迷,收缩血压110mmHg,血糖13mg%。使用高渗葡萄糖和维生素B₁后病人清醒,遂转到本院。

病人每日饮半箱啤酒、吸烟4~5包达数年之久。第二次世界大战期间曾在一造船厂当焊工。有十二指肠溃疡病史,作过溃疡穿孔修补术,后来作了胃部分切除术。对青霉素过敏。过去无发热、寒战、头痛、腹泻、恶心、呕吐、黑粪或用药史。

体温35°C,脉搏74,呼吸18,血压95/75mmHg,体重40kg。

病人呈憔悴、苍白及慢性病容。无黄疸或异常着色。左肺基部浊变,呼吸音减弱。右肺基部可闻少许吸气期捻发音。心脏正常。肝缘下降4cm,轻触痛。脾脏未触及。四肢明显消瘦。神经学检查显示弥漫性肌无力;腱反射除三头肌和踝反射消失外均(++),对称。膝反射阴性。

尿蛋白试验(+),尿沉淀检查每高倍视野含有白细胞5个,红细胞5个。红细胞压积29%。白细胞144,300,中性72%,杆状25%。网织红细胞2.2%。血小板1,210,000。凝血酶原时间正常。尿素氮7mg%。葡萄糖90mg%。钙8.3mg%。磷4mg%。尿酸2.8mg%。胆红素0.2mg%。氨89μg%。蛋白6.4g(白蛋白1.9g,球蛋白4.5g)%。维生素B₁₂>1000Pg/ml。叶酸5.7ng/ml。钠143mmol,钾2.5mmol,氯98mmol,二氧化碳27mmol/L。SGOT36U/ml,乳酸脱氢酶(LDH)311U/ml,磷酸肌酸激酶(CPK)4mU/ml,淀粉酶23U/ml,碱性磷酸酶182IU,加热的碱性磷酸酶75%,5'-核苷酸酶3.7布氏单位。心电图表明心律正常,心率80。X线胸片显示双上肺叶有广泛的纤维结节性疤痕,容积减少;左肺被增厚的胸膜包裹,纵膈被牵向左侧;左膈肌升高,左半胸腔容积减少;右下肺叶上段有一明显的圆形肿块,直径4cm;肿块内未见钙化影或空洞;左肺舌叶内有一条纹状浸润物。腰椎穿刺获得清亮、无色、无细胞的脑脊液,其中葡萄糖59mg%,蛋白26mg%。痰涂片染色镜检未显出耐酸杆菌。血清免疫电泳显示IgG,IgA和IgM正常;琼脂糖凝胶电泳图形正常,α₁和α₂球蛋白增多,而白蛋白减少。癌肉瘤胚胎抗原14ng/ml;甲胎蛋白试验阴性。大便隐血试验阴性。镜检未发现虫卵或寄生虫。白细胞碱性磷酸酶392U(男性正常值为30~160U)。周围血片镜检显示全部白细胞都是成熟的;血小板增多,但其他方面表现正常。吸出的骨髓标本镜检

发现显著的细胞增生,伴有少许脂肪;巨核细胞增多,粒红比值 $>50:1$ 。各型白细胞呈增殖状态,而嗜碱粒细胞、嗜酸粒细胞及浆细胞仅稍有增多。看到几个幼红细胞,但其中没有一个像是巨幼红细胞。铁染色检查表明铁贮藏增加,没有明显的环状铁粒幼细胞。骨髓的固定切片镜检发现细胞增生,伴有明显的粒细胞增殖及核左移;未见原始细胞。

给病人连续静脉输注葡萄糖,并口服维生素 B_{12} 、叶酸和复合维生素。血糖升至 $123\text{mg}\%$ 。住院第2天上午尽管在继续输注葡萄糖,但血葡萄糖却为 $24\text{mg}\%$,钾 4.5mmol/L ;于是增加输注液中葡萄糖的浓度。在快速离心后的血标本中,血浆葡萄糖为 $84\text{mg}\%$,同时取得的全血标本中,葡萄糖 $78\text{mg}\%$ 。住院第4天体温升至 37.8°C ,痰镜检发现许多革兰氏阳性双球菌。开始静脉给予红霉素。以后做痰培养产生大量的肺炎链球菌。次日,腹部超声检查显示胰腺大小和结构正常,由于盖有气体,部分胰尾模糊不清,肝脏、胆囊和胆管显示正常。24小时尿标本中,尿酸 460mg 。

于住院第7天,纤维支气管镜检除了左上肺叶有疤痕外,未见其他异常。枝气管洗刷物的细胞学检查,没有发现恶性肿瘤细胞或耐酸杆菌。开始给予异菸肼、乙胺丁醇及利福平治疗。住院第9天,可的松水平在住院第2日取得的标本中为 $26.2\mu\text{g}\%$,甲状腺素 $6.4\mu\text{g}\%$ 。通过鼻饲管开始补充喂养。腹部X线照片显示大、小肠扩张,形状符合麻痹性肠梗阻;未见钙化密影。住院第10和第11天晨葡萄糖分别为 $21\text{mg}\%$ 和 $20\text{mg}\%$,那两个时候病人是无症状的。住院第12天出现精神错乱三次,给予浓缩葡萄糖后迅速得到缓解。试图作 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 亚甲兰二磷酸盐骨扫描,但由于病人躁动和不合作而受到限制;两侧髌白、膝、踝及肩关节内吸收增加;右肾可见,左肾却无法辨认。没有看到暗示转移性肿瘤的区域。住院第14天,肝超声检查发现肝脏轻度增大,结构不均匀。认为这种现象与转移或新生的结节相符;未见胆道梗阻的证据,而腹腔内未见游离液体。肝脏的针吸活检标本镜检显示门脉系统有明显的中性粒细胞浸润,肝窦内有少量的中性粒细胞;胆小管轻度增生但几乎无胆汁郁滞;没有发现肉芽肿。次日晨葡萄糖 $17\text{mg}\%$ 。

于住院第16天发现病人反应消失和窒息,静脉注射 50% 葡萄糖3安瓿后慢慢恢复。左上腹限扪及一肿块。体温低于 34.4°C ,盖上多床毛毯。红细胞压积 20% ,白细胞计数 $110,000$ 。放置一根中央静脉导管,以便给予静脉高营养。X线胸片质量不佳,上腔静脉内看到高营养导管,但其远端看不清楚。输注袋装的红细胞。住院第18天葡萄糖 $113\text{mg}\%$ 。病人出现明显的呼吸急促,体温升至 36.2°C ;体查结果无变化,X线胸片发现左下半胸均匀性不透光,符合有胸腔积液;左下肺叶出现肺不张。痰标本镜检发现许多中性粒细胞及成片的革兰氏阴性杆菌,但没有看到耐酸杆菌。给予输氧、羧苄青霉素和庆大霉素。次日,病人嗜睡,而且呼吸更加困难,体温介乎在 $36.2\sim 36.7^{\circ}\text{C}$ 之间。因为病人不能咽下对比剂和屏气,所以腹部的电子计算机X线体层扫描(CBT)不能说明问题。红细胞压积 26% ;白细胞计数 $103,000$,中性粒细胞 92% 。葡萄糖 $118\text{mg}\%$ 。在取自住院第5天及第12天的标本中,血浆胰岛素水平为 $20\mu\text{U/ml}$,那时的非禁食葡萄糖为 $69\text{mg}\%$;胰岛素 $5\mu\text{U/ml}$,同日的晨葡萄糖 22mg 。取自住院第18天的痰作培养,培养出大量粘质沙雷氏菌和克雷伯氏肺炎杆菌。住院第21天葡萄糖 $283\text{mg}\%$ 。X线胸片显示左半胸大部分浑浊,伴有左侧胸腔大量积液,但无纵膈移位;整个右肺血管模糊,

而且从右肺门伸出一个密度高、长条形的不均匀的区域。右侧胸腔可见少量积液。试行左侧胸腔穿刺，未抽出液体。

住院第22天病人由直肠排出大量血液和血块。红细胞压积35%，白细胞计数115,000；血小板68,000；凝血酶元时间14.3"（对照11.3"），部分凝血激酶时间为48.5"。纤维蛋白裂解产物试验阳性，滴度为1：8。葡萄糖373mg%。再一次胸部X线照片结果无变化：左下肺野中仍存在一个均匀的不透光区，符合肺不张和胸腔积液。腹部照片发现分散在整个结肠的气体量有所增多，并有几个肠袢中度扩张，右上象限内有一个气液平面，小肠和直肠内也有气体，腹膜内无空气证据。腹部超声检查示有腹水证据，但无脓肿。停用羧苄青霉素。从左肺吸出一大块粘液性栓子，检查发现呼吸音有所改善。腹壁紧张，伴有右上象限压痛。腹腔穿刺抽出黄色、浑浊、自行凝固的液体，该液体每立方毫米含有红细胞1150，白细胞6100，其中，中性粒细胞占83%；没有看到细菌；葡萄糖457mg%，蛋白2.1g/dl；淀粉酶16U/ml，LDH120U/ml。乙状结肠镜检，在15cm处发现一个息肉，直径8mm；未见到出血来源，未取活检标本。住院第23天病人呈木僵状，排出栗色粪便两次。X线胸片显示左胸腔积液增多，间质性肺水肿及右下肺叶实变。重复血培养无细菌生长。再一次枝气管镜检发现左主枝气管内有大量的分泌物，并且左下肺叶萎陷。分泌物显微镜检发现许多中性粒细胞，但无细菌。病人出现进行性低血压，开始使用万古霉素，于住院第24天病人死亡。

鉴 别 诊 断

Lewis Landsberg医师：概括起来，这个56岁的男性病人表现为低血糖，粒细胞增多，极度肌无力，衰弱和体重减轻。他是个长期酗酒和烟瘾重者，而且曾与石棉接触。已出现至少4个月的一个突出的异常，是在右下肺叶上段中有一个周围性肺结节。住院24天后，病人因胃肠出血和败血症死亡。

我们可以复习一下哪些X线照片吗？

Peter R. Mueller医师：入院时拍摄的胸片证实右上肺叶和胸膜内有许多纤维钙化性改变，以及左上肺叶内有实质性变化。左肺被增厚的胸膜包裹。侧面观显示右下肺叶的上肺段后部有一个4cm的结节。此结节具有一个无特殊外观的光滑轮廓。结节内或其周围无钙化迹象。住院第22天拍摄的胸片显示左侧胸腔积液，以及在陈旧纤维钙化的病变上增添了遍及左肺的实质性病变。没有胸膜或膈肌钙化的迹象。腹部照片显现出一个显著的肠梗阻图形，有大、小肠肠袢扩张。没有游离气体的迹象。

Landsberg医师：腰骶椎有什么异常吗？

Mueller医师：没有。作了腹部右上象限和胰腺部位的超声检查，胰腺显示正常。肝内可见可疑的灶性异常。腹膜后及左上象限未予检查。由于病人不能合作，未能充分地进行CBT扫描检查。

骨扫描发现两肩内及两膝周围吸收增加，符合有退行性改变。右肾可见，但左肾没有显影。

Landsberg医师：我将从考虑血液学的状况开始。尽管白细胞计数>140,000，血小板>1,000,000以及维生素B₁₂水平升高，但骨髓增生性疾病无疑能够排除。虽然骨髓

中看到核左移现象,但几乎没有几个未成熟的细胞,未见碱性粒细胞,而且最重要的是白细胞碱性磷酸酶水平是升高的。因此,我们正遇到一种伴随血小板增多的类白血病反应。类白血病反应最常见的原因是肿瘤、结核和其他感染。虽然此病人入院时可能已有肺炎双球菌枝气管肺炎,但这种诊断难以解释此种血像。一个更相干的问题是病人是否患有活动性结核。从结核病史及最近的胸片结果要肯定地排除此种诊断是十分困难的。然而,在多次的痰标本中(包括枝气管镜检时取得的)未能确定耐酸杆菌、肝活检标本中缺乏肉芽肿、以及过去药物治疗的历史(尽管不严格)却不支持活动性结核的诊断。此外,住院期间把病人作结核治疗不能明显的阻止疾病的进展,而且多方面的临床过程也难以用结核来解释。如果有活动性疾病存在,那么它必定伴随某种其他的潜在性疾病出现。

下面,我要转到肾上腺机能不全的可能性上来。对此病例要认真考虑的是阿狄森氏病,由于结核病或肿瘤浸润都能引起肾上腺的破坏。而且,病人表现有低血压、体重减轻及低血糖,所有这些都符合阿狄森氏病。然而,没有着色过度,尿素氮和钠值正常,无高血钾,并且血清可的松水平正常都很有分量的不支持这个诊断。如果作了肾上腺储备试验,我会感到更有信心删除阿狄森氏病,但即使没有此试验,我并没有发现足以说明肾上腺机能不全对临床过程起了作用的证据。

那么,此病例反复发作低血糖的原因是什么呢?虽然使病人住院的首次发作符合为酒精性低血糖,但以后的几次发作与此诊断不相符。酒精性低血糖病例中,酒精在肝内的代谢增加了还原的烟酰胺、腺嘌呤、二核甙酸(NAD)的浓度,破坏了肝脏的糖异生作用。这一过程发生于一夜禁食后醒来饮酒的慢性饥饿的嗜酒者。在这种情况下,糖原储备被耗尽,肝脏的葡萄糖排出量依赖于糖异生作用,由于酒精的代谢使肝内的糖异生途径受到破坏而引起低血糖,此病人的病程显然地与此种诊断不符合。

低血糖的另一个原因是胰腺的胰岛细胞瘤。然而,此病例的胰岛素水平不符合此种诊断,胰岛瘤病人的循环胰岛素水平与循环的葡萄糖水平是不一致的,并且在出现低血糖时证实胰岛素值有不适当的升高,胰岛瘤的诊断常能得到确立。此病例的一个晨标本中胰岛素为 $5\mu\text{U}/\text{ml}$,与此同时的葡萄糖为 $22\text{mg}\%$,这是反对那种诊断的有力证据。

肝功能障碍也应予以考虑。由于在禁食状态是通过输出葡萄糖来维持血浆葡萄糖水平的,所以由种种原因引起的严重肝病可能伴发低血糖。此病人肯定患有继发于酒精中毒或也许是继发于转移肿瘤的肝病。我以后还要谈到后者的可能性,但肝病本身不可能是低血糖唯一的原因。

那么,本病例的可能诊断是继发于胰腺外肿瘤的低血糖症。实际上,最能解释所有临床表现和病程急转直下的是恶性肿瘤。它能解释类白血病反应,血小板增多,神经肌病和恶病质,以及低血糖。因此,主要的问题是确定引起低血糖和其他这些表现的肿瘤类型。

认识到低血糖与胰腺外肿瘤有关已有半个多世纪,并报道过种类繁多的肿瘤,最常见的是胸内或腹内大型的间质性肿瘤。虽然这些肿瘤比癌少见得多,但在已报道的由于肿瘤引起低血糖的病例中,它们占一半以上。这些肿瘤中,占显著地位的是纤维肉瘤,间皮瘤,脂肪肉瘤和血管外皮细胞瘤。腹膜后是这些肿瘤的好发部位,大概是因为在这

些肿瘤被发现之前，它们能在这个临床上安静的区域长到相当大的体积。肾上腺癌和原发性肝癌是低血糖比较常见的原因，神经纤维瘤和嗜铬细胞瘤也曾伴有这种综合征。更为罕见的原因包括有支气管癌，结肠癌，肾细胞癌，胃癌及乳腺癌。

胰腺外肿瘤通过几个途径引起低血糖。这些肿瘤消耗葡萄糖，而且因为它们倾向于大型的，即使在禁食情况下也构成不可避免的葡萄糖消耗，所以它们的存在就导致禁食性低血糖。这些肿瘤也抑制肝脏输出葡萄糖，因而削弱了肝脏对血糖降低的正常反应。最后，有一些证据表明这些肿瘤促进其他组织摄取葡萄糖。肿瘤对肝脏输出葡萄糖及外周组织利用葡萄糖的这些影响，当然是类似于胰岛素的作用。然而，胰腺外的肿瘤确实不生产胰岛素，所以免疫法的胰岛素测定总是显示为低水平。在许多病人的血液中，已测到一种类似胰岛素的生产因子，其免疫学的特性与胰岛素不同，但在生理学上类似于胰岛素，偶尔在肿瘤本身的提取液中发现此因子。通常把这种因子称为“不可抑制的胰岛素样活性”。某些病例中，人类肿瘤产生的这种因子可能是发生低血糖的原因。

此病例患的是哪种肿瘤？肿瘤位于何处？我不能肯定，但有几条线索。肺部周围性结节符合原发性癌，也许是发自结节性疤痕。这病人完全可能患这样的肿瘤，因为他是个烟抽得多的人，而且有明显接触石棉的历史。如果这一肺结节是个原发性癌，必定已有腹内广泛的转移，并有腹膜后淋巴结和肝脏的侵犯。由于肺结节是圆形的、边界清晰，以及从支气管镜检获得的擦洗物细胞学检查未发现恶性肿瘤细胞，这些都暗示该肺结节更可能是转移性的。出现杵状或肥大的肺性骨关节病将有助于原发性肺癌的诊断，但在此病例记录中没有提到那些发现。通过可据以推断的石棉接触以及低血糖提示有胸膜间皮瘤。然而，X线胸片并不支持这一诊断，而且胸膜或膈肌的形态没有石棉沉着病的特有证据。因此，我怀疑发白胸部并扩散到腹部的间皮瘤与这种情况有关。这个肺结节会不会是神经纤维瘤？这类肿瘤曾伴有低血糖，但在这样的病例肿瘤通常大得多。没有告诉我们有关 Von Recklinghausen 氏病的任何其他表现，例如牛奶咖啡斑及椎骨异常。

因此，我断定原发肿瘤位于膈下，肺内单个的病变是转移的。有几条与肿瘤位置有关的线索。首先，于住院第12天骨扫描时左肾不显影，这种发现常指示肾内或肾脏附近存在病变。其次，于腹部左上象限扪及肿块。这些观察结果符合左侧腹膜后有一个吞没左肾的肿瘤，而且在病人死亡前一周生长到足以能被触及的大小。C B T扫描对观察这个区域是无价值的，而超声检查注视于肝脏和胰腺而不是左腹膜后区域，我设想这个肿瘤在腹膜后不受约束地生长，转移到肝和肺，并侵犯肠道和左半膈膜。

关于肿瘤的类型，我将排除原发性肝肿瘤，尽管这些肿瘤的确经常引起低血糖。肝扫描无明显肿块的征象，肝功能试验轻微异常，甲胎蛋白阴性，以及病变指向腹膜后区域的证据都反对那种诊断，伴有转移到腹膜后淋巴结、肝脏和肺部的结肠癌是有可能的，但其可能性比原发性腹膜后肿瘤少。肾细胞癌当然是一个需要考虑的问题，因这种肿瘤曾伴有低血糖、类白血病反应、血小板增多及神经肌病。我不能排除这一诊断，但这不是我的首选诊断，因为没有任何特异的东西暗示肾细胞癌。肾上腺皮质瘤发生低血糖比较常见。在许多这样的病例中皮质醇激素过多产生，表现为男性化或柯兴氏综合征，但这种肿瘤除低血糖外可无内分泌学方面的表现。尽管肺部出现单个转移性结节以

及缺乏过度产生皮质醇的依据,使得肾上腺皮质癌似乎不可信,但我不能排除这一诊断。恶性嗜铬细胞瘤很少伴有低血糖,很少产生不可抑制的胰岛素样的活性。这个病例没有过多的产生儿茶酚胺、高血压或血压大范围波动的迹象,而且恶性嗜铬细胞瘤常伴有高热而不是低热。

通过排除上述诸种情况,考虑为某种类型的腹膜后间质性肿瘤。我将选择纤维肉瘤作为我的首选诊断,因为它是腹膜后常见的一型间质性肿瘤,而且是肿瘤-低血糖综合征最常见的原因。纤维肉瘤也是胸部单个转移病变的常见病原。然而,我不能删除其他类型的腹膜后肉瘤或肾上腺肿瘤。

在结束前,对于临床过程的其他方面我想作几点说明。我认为低热是由低血糖引起的。我认为约在住院第18天发生了双侧的革兰氏阴性菌肺炎。左下肺叶的肺不张助长了肺炎的发生。左侧胸腔积液大概是双侧肺炎及肿瘤侵犯膈膜的共同结果。我考虑在左半胸内有高营养导管缠绕的可能性,从而引起胸腔积液。然而,此导管位于胸腔积液的侧对侧胸内,以及从X线胸片我所能看到的来看,这种解释似乎不大可能。继发于肿瘤侵犯肠道引起的细菌性腹膜炎大概发生在住院第22天。尽管对于有类白血病反应的病人的腹水中白细胞绝对计数的解释公认是有问题的,但在腹腔穿刺的标本中,白细胞 >6000 ,中性粒细胞大于80%,是一个高度可疑的腹膜炎表现。病的末期,此病人发生了弥漫性血管内凝血,我认为这是由败血症和肿瘤坏死两者所引起的。腹部右上象限的压痛可用腹膜炎或肝内有转移来解释。临终前的胃肠道出血也许是由于肿瘤直接侵犯肠道之故。

那么,我最后的诊断是腹膜后纤维肉瘤,伴有低血糖及肝、肺转移,并有膈膜和肠道的侵犯。此外,病人还有非活动性肺结核,伴有双侧陈旧的纤维结节性病变及左侧纤维胸,双侧革兰氏阴性细菌性肺炎、因肿瘤侵犯肠道引起的腹膜炎、神经肌病、以及继发于肿瘤类白血病的反应。

Perry J. Blackshear 医师:最初,我们以为可能是与类白血病反应有关的低血糖。

Landsberg 医师:有人曾叙述过慢性粒性白血病病人的白细胞在试管内参与糖代谢作用。对此病例我不考虑那种可能性,因为该病人反复地出现症状性低血糖。

Robert E. Scully 医师; Blackshear 医师,当你追踪观察这个病人时,你的诊断印象是什么?

Blackshear 医生:我们考虑和Landsberg 医师的诊断相同,我赞同为腹膜后肿瘤。

Alan C. Aisenberg 医师:类白血病反应伴随肉瘤与伴随癌相比,哪个常见?

Landsberg 医师:这种反应较常伴随于癌,但我曾看到几个伴随肉瘤的报导,包括Wintrobe的一份报道。如果发生类白血病反应的机制与肿瘤坏死或与刺激骨髓的肿瘤产物有关,这种伴随情况是可预料的。肉瘤常有大块坏死,血小板增多也曾与肉瘤有关。

Aisenberg 医师:然而,我想类白血病反应和血小板增多更暗示为上皮性肿瘤,例如肝细胞癌。

临 床 诊 断

腹膜后恶性肿瘤(?)合并低血糖。

Lewis Landsberg 医师的诊断:

腹膜后纤维肉瘤,伴有低血糖,神经肌病和类白血病反应,转移到肝脏和肺,并侵袭膈膜和肠道,伴发腹膜炎。

结核病,非活动性。

革兰氏阴性菌所致的肺炎。

病 理 学 讨 论

A. Kevin Raymond 医师:尸解时发现一个 $13 \times 13 \times 4$ cm的肿瘤来自并超越左肾的中部和上极,该肿瘤主要位于肾周筋膜内,呈多叶状。横断面呈斑驳状外观,粉红褐色及黄色,并有些大块坏死和纤维化区域。直接蔓延使紧邻器官有不同程度的受累,透壁性侵犯结肠脾曲壁,导致形成一个管腔内肿块,该肿块是肠出血的根源,左侧肾上腺大部分被肿瘤所取代,并且少部分胰尾有浅表的侵犯。局部淋巴结、右肾上腺及右肺下叶出现转移肿瘤,与在X线胸片上所见的小结节相符。

显微镜检查显示有多型的多边形上皮细胞弥漫性生长,其中包括有偶见的单核和多核巨型细胞。细胞核大,并且许多含有显著的核仁;偶而看到有丝分裂象。胞浆丰富,强嗜酸性,局灶性空泡样变。分别经P.A.S和油红-O染色显示胞浆内有相当数量的糖原和中性脂肪。某些区域的肿瘤细胞具有长的胞浆突,显示出所谓的类横纹肌肉瘤分化。然而,不像横纹肌肉瘤细胞,这些细胞不包含横的或纵的条纹。大块的肿瘤坏死和稠密的纤维化区域交错出现。在肿瘤与残肾的交界面纤维化尤其突出。根据我曾描述过的显微镜特征,我们的诊断是肾细胞癌的横纹肌肉瘤样型。

有趣的是,肺肿瘤含有透明细胞分化区域,这是典型肾细胞癌的一个特征。转移灶内分化较原发肿瘤分化好的现象,以前在肾细胞癌的病例中曾有记载。

死后的骨髓及肝脏检查显示的特征和在死前针吸的活检标本所看到的几乎完全一样——即有明显的类白血病反应和血小板增多。骨髓呈细胞增生,成熟的多形核白细胞及巨核细胞增多。原粒细胞和早幼粒细胞仅有少量增多,而且我们没有看到不典型的细胞。没有看到内在的肝胆管疾病的证据。肝窦内含有许多均匀分布的成熟的多形核白细胞。这些发现与 Benjamin Castleman 在本论坛讨论过的另一例伴随类白血病反应的肾细胞癌病例中的发现相像。肺部检查也发现双侧广泛的急性支气管炎肺炎,死后培养长出大量的粘质沙雷氏菌。有分散的陈旧机化的结核性肺炎病灶。致密的纤维性粘连使左侧胸膜腔消失。左肺有明确的肺不张。

这一病例作为一个例子说明临床诊断肾细胞癌时可能遇到困难,这可以通过许多表现中的任何一个往往令人困惑的现象来预示肾细胞癌的存在。可是,有20%的肾细胞癌病例是无症状的。肾细胞癌曾被称为“伟大的伪造者”和“内科医生的肿瘤”。

肾细胞癌最常见、最直接、或最主要的表现是胁腹疼痛,血尿和腹部肿块的三联症。分别说来,胁腹痛见于25~50%的病例,血尿见于32~60%,腹部肿块见于24~

63%。这个通常预示为晚期病变的三联症见于5~15%的病例。Cronin等在最近的一个回顾中把肾细胞癌的全身表现分为几种类型——中毒的，血液学的，体液的，血管的，免疫学的及其他。尽管中毒征例如发热，恶病质，疲劳及体重减轻没有什么特异性，但它们却是这种肿瘤最常报导的全身表现。除高血压和血栓性静脉炎外，血管功能障碍——即动静脉瘘，下腔静脉梗阻，肾被膜下出血，Buddchiari综合症及急性精索静脉曲张是很少出现的。虽然曾报道3~38%的肾细胞癌病人中合并高血压，但当前认为此发生率不比正常人的高。Gordon报道的一个34例病人组中，记录15%的病人有血栓性静脉炎。免疫状态的异常，例如免疫-复合体肾小球性肾炎和淀粉样变偶而可见。虽然，淀粉样变仅存在于2~3%的肾细胞癌病人，但这是伴有此种并发症的最常见的肿瘤之一。

曾经报道，由于肿瘤合成激素或类激素活性的物质引起许多症候群是与肾细胞癌有关的。这些症候群中最常见的是继发于肿瘤产生一种具有类似红细胞生成素性质的物质引起的红细胞增多症。虽然肾细胞癌伴随红细胞增多症的病例少于6%，但这些肿瘤约占肿瘤合并红细胞增多症病例的一半。伴随肾细胞癌的较少见的体液性综合征包括有甲状旁腺激素引起的高钙血症，由于催乳素合成引起的乳溢，促性腺激素引起的男性化和女性化，由于产生促肾上腺皮质激素引起的柯兴氏综合征，以及肾素导致的高血压。原发性肾肿瘤合并低血糖是不常见的，并且绝大多数的肿瘤是威尔姆斯瘤，而不是肾细胞癌。除红细胞增多症之外，也曾报道过一些了解不多的与肾细胞癌有关的血液学的表现。贫血和红细胞沉降率升高是常见的。很少报道血液学表现有嗜伊红细胞增多症，凝血病，以及在此病例出现的类白血病反应和血小板增多。在与肾细胞癌有联系的其他几种情况，有Hippel-Lindau氏综合征及肝病。此病人毫无这方面的特征。Warren等发现400个肾细胞癌病人中，有60个伴有肝功能障碍的化学方面的证据，而无内在肝胆管疾病。通过切除肿瘤，这种肝病可得到逆转，而且此种肝病为残余的，复发的或转移的肿瘤提供一个标志。鉴于此病人缺乏内在或转移性肝脏病变，我们可以推测肝功能试验所显示的异常是这类肝病的表现。

解剖学诊断

左肾肉瘤样肾细胞癌，扩散到结肠和左侧肾上腺；转移到淋巴结、肺和右侧肾上腺。

异位肿瘤性低血糖，类白血病反应，血小板增多和神经肌病。

左侧纤维性胸膜粘连。

左侧肺不张。

非活动性肺结核。

右下肺粘质沙雷氏菌性枝气管肺炎。

(原病例号5—1681)

陆灿辉译
黄循校
陈建新

病例 (2) 发热 腹部肿块 双脚压迫感 及脚趾伸展无力

病 例 介 绍

患者，女性，45岁，因腹部肿块入院。

患者6个月前在外院做过常规体检，未发现异常。此后不久就感到右脚有压迫感，随即感所有脚趾伸展无力，在随后的一个月内，症状不断加重。几乎同时左脚也出现了类似感觉，且伴有其外侧缘及4、5趾的麻木。左手的食指及拇指也感麻木。随后的几个月内，她开始感到整个右腿有压迫和疼痛，而麻木感向上扩展至小腿。入院前三个月住入外院。曾行盆腔检查，无阳性发现。红细胞压积为45%，阴道细胞学检查Ⅰb级。腰穿脑脊液清亮无色，红细胞69个/mm³，无白细胞，葡萄糖54mg%，蛋白46mg%。肌电图和神经传导检查结果，提示为周围神经病，乃诊断为腓神经麻痹，给予止痛类药物，病情无改善。

以后的三个月内，发生间歇尖峰热。右腿无力更趋严重，局部水肿，以致不能行走。双脚及左手手指的症状尚无变化。入院前五天，某医生发现她下腹部有一个大的肿块。阴道细胞学检查为Ⅰ级。直肠镜检查距肛门10cm范围内未见异常，静脉肾盂造影见膀胱压痕，右侧输尿管在盆腔边缘处梗阻，右髂骨疑有溶骨性病变。钡灌肠见乙状结肠及回肠末端有移位，结肠腔内未见异常。病人转入本院。

初潮12岁，规则正常，分别于入院前的第24、23、19年共平安分娩三次。几个月来性交痛，末次性交在入院前的一个月。入院前五个月内，体重减少11kg。大小便习惯无改变，手无软弱感，无括约肌障碍，无头痛和复视，无发音困难或吞咽障碍。不嗜烟酒。

体温36℃，脉搏92，呼吸18，血压110/80mmHg。

无皮疹及淋巴结肿大。头、颈、肺、心脏及乳房都正常。腹部检查发现一质硬、可移动、无压痛的肿块，稍偏中线右侧，达脐下1cm。肝脾未触及。右脚水肿(++)，右腿(+)。外生殖器无异常，阴道有少量黄色分泌物。宫、颈偏右前方，颈外口敞开，后唇满布瘀斑。宫体极度后屈，大小正常，右侧附件区可扪到移动性肿块，约25—30cm大小，左侧盆壁亦可触及一坚硬有触痛的肿块，与直肠紧贴。神经系统检查示左侧髋部明显无力，左脚及踝关节运动尚好。右脚不能外翻及背屈，但右脚及脚趾的屈曲尚好。右脚和脚趾的背面及右小腿的轻触觉和针刺觉减退，左脚外侧缘感觉亦减退。腱反射及蹠反应均消失。

尿蛋白试验弱阳性，尿沉渣镜检每高倍视野含白细胞35个和大量细菌。红细胞压积31.2%，白细胞3500，中性63%，杆状核12%，淋巴11%，单核9%，嗜酸性1%，嗜硷性4%，血小板12.7万，凝血酶原时间及部分凝血酶时间正常，血尿素氮19mg%，葡萄糖92mg%，胆红素0.7mg/dl，血钙8.5mg/dl，血磷3.9mg/dl，尿酸5.7mg/dl，血清总蛋白6.3g/dl(白蛋白2g，球蛋白4.3g)，血清谷草转氨酶(SGOT)23U/ml，

乳酸脱氢酶295U/ml, 磷酸肌激酶(CPK) 22mU, 胰淀粉酶7U, 碱性磷酸酶25IU。胸部平片正常。

入院的当晚体温升至38.3℃, 取血、尿标本作培养, 给予先锋素I。入院的第二天施行了手术。

鉴别诊断

C. Thomas Griffiths 医师: 此病人突出的特点是: 进行性的神经系统的疾病, 发热、体重减轻, 低白蛋白和高球蛋白血症, 全血细胞减少和盆腔肿块。这一临床病象高度提示恶性新生物病程。

我的讨论将从病人神经系统的症状和体征开始, 先简略地谈谈已被广泛地称为癌性神经肌病的神经系统疾病。这类病被认为是癌瘤对神经系统的间接影响所至, 而与癌瘤的浸润或转移无关。周围的表现很突出, 但中枢神经系统的异常如小脑退行性变、多发性大脑白质病变及脊髓的异常很少见。

1956年Croft和Wilkinson报告了他们对1465例各种类型癌瘤患者的调查结果。经查明神经和肌肉病变显然与癌瘤的浸润及转移无关的病人占6.6%。在女性病人中癌性神经肌病的发生率按照原发肿瘤的部位排列如下: 卵巢癌16%; 胃癌13%; 肺癌12%。这些作者大致参照Brain及Adams1965年提出的分类方法, 也根据病人的主要临床症状群将这种神经肌病进行了分类。65%的病例是神经肌病, 主要表现为近端无力和萎缩, 无感觉障碍。至于神经和肌肉病变对该组病人的疾患起了什么作用尚不清楚。肌无力和肌萎缩是由于癌肿对肌营养的有害影响引起的还是肿瘤外神经病的后遗症尚有争论。16%的病人是明显的肌病, 19%的病人肯定为多发性感觉运动性周围神经病, 3%及6%的病人分别有小脑的退行性变和脊髓的异常, 这些症候有些是重迭的。

关于所讨论的病人, 入院前6个月开始出现右脚压迫感、紧接着出现右脚趾伸展乏力等神经症状。同时感左脚外缘、第4和第5趾及左手食指和拇指麻木。据此似乎可以断定周围神经病已累及右腓深神经、左趾神经的皮支和左正中神经的感觉支。接着而来的右小腿麻木表示右侧腓肠神经受累, 但是整个右腿疼痛与周围神经病不相符, 周围神经病是以麻痹及运动肌无力为特征, 没有疼痛。另外, 病史中没有描述疼痛的部位及特点, 所以还不能把它直接归因于神经根或脊神经受累。

入本院前三个月, 病人住进另一医院, 在那里被诊断为右腓神经麻痹。肌电图、神经传导检查也诊断为周围神经病。脑脊液蛋白稍高于正常值上限, 我认为红细胞的存在是损伤所致。后来右腿肌无力加重和病人不能行走首次提示近端肌无力。进本院后, 病史粗略地描述到左髋部无力, 再一次提示近侧肌肉受累(左腰肌)。左脚及踝关节运动被认为基本正常, 这说明有左坐骨神经的功能障碍。右侧腓深神经功能的缺失已发展到腓总神经功能的丧失, 表现为脚不能外翻, 跖屈受限, 脚背及小腿的感觉减退, 深腱反射消失。

我认为这一组神经病学表现, 大都能在多发性感觉运动性周围神经病的基础上加以解释, 这一症候群可在恶性肿瘤确诊前数月出现。某些远侧神经(尤其是下肢的)的感觉、运动功能减退, 是这位患者疾病早期的主要特征。因为轴突的变性是从最长的轴突

开始,故后来出现的近端肌无力可认为是由于疾病进展至短轴突的退行性变所致。另一方面,近端肌无力可能因重迭的伴有恶病质(入院时也很明显)的神经肌病引起。最后,必须考虑癌瘤对脊神经或神经根的直接影响,尤其是在疾病后期,这样既能解释近端肌无力又能解释右下肢疼痛这一不相关的症状。如果认为所有的神经损害均由肿瘤直接影响所致,则必须包括从颈5到骶2节段的脊神经或神经根的广泛受累,而这是很难站住脚的。基于这点,右侧腓总神经麻痹若是由于腰4、5及骶1脊神经损害引起,腱反射就会全部消失,但事实并非如此。深腱反射缺失和脑脊液中蛋白轻微升高是与多发性感觉运动性周围神经病诊断相符的。曾对19例患有此症候群的病人行脑脊液检查,其中14例的蛋白中度增加。

其次我将考虑在腹部及盆腔检查中所触及的肿块。这些发现表示右侧大肿块来自右侧卵巢,且位于子宫前面。非常重要的是:肿块可以推动,而且生长非常迅速,因为在三个月前尚未能触及。左侧盆腔肿块明显地固定于左盆腔壁。尽管没有描述其大小,“质硬”这一词就提示其边界不清。右侧的肿块至少产生了两个后果——盆缘处输尿管梗阻和右腿浮肿,可能是由于压迫总静脉所致。没有静脉肾盂造影检查,就无法估价右输尿管梗阻的程度和时间。遗憾的是没有这方面的资料。由于病人发热及小便检查每高倍视野发现35个白细胞,显然入院时可诊断为尿路感染。因病案中没提到肋脊角是否有压痛,所以不能推断是否有继发于输尿管梗阻的急性或慢性肾盂肾炎。

肿瘤的几种全身性影响在此病人表现很明显。入院前三个月开始峰状间歇性发热,因为我估计输尿管梗阻的时间不长,所以我不认为发热是由肾脏引起。周围血象有轻微的全血细胞减少,这一点不能简单地归咎于营养不良或恶病质;骨髓不是单纯地受抑制,因为周围血中杆状核白细胞占12%,相对地单核细胞增多占9%,说明有骨髓反应。因而必须考虑癌瘤侵犯了骨髓。入院前五个月内,体重丢失11公斤以及明显的低蛋白血症,这些均超出了上述肿块直接影响的程度,表明有比较严重的与肿瘤有关的恶病质。血清球蛋白高达4.3g%,高球蛋白的原因使我感到迷惑。病人右肋骨可疑的溶骨性改变确实令人难以捉摸,但此发现必须认真考虑。盲肠内积气的影响偶尔会怀疑为右肋骨溶骨性损害。

鉴别诊断中,必须首先考虑原发性卵巢癌的可能性。尽管Croft和Wilkinson发现在女病人中,癌性神经肌病最常伴发于卵巢癌,但他们的病人所患的那些病都属神经肌肉疾病或小脑功能障碍一类,无一例是周围神经病。恶病质伴有体重丢失和低蛋白血症是晚期卵巢癌的显著特征,但此病人无腹水,病变较局限,所以可能性不大。病人的其他全身性症状也与原发性卵巢肿瘤不相符。其次应想到继发性(转移性)卵巢肿瘤。最常伴有多发性感觉运动性周围性神经病的肿瘤是支气管癌,特别是燕麦细胞型。然而,肺癌的卵巢转移极为罕见。此外,患者不抽烟故亦不支持此诊断。患者也很可能是一个无症状的胃癌患者伴有Krukenberg卵巢肿瘤。感觉运动性周围神经病见于4%的胃癌患者。然而从全身病变的全貌来看,这种可能性不大。还应提出的是原发性或转移性卵巢类癌,因我们知道肌病是类癌综合征的组成部份,但病人有明确的神经系统症状,无循环的五羟色胺的影响,而且血清磷酸肌酸激酶值正常,因此,可排除此诊断。已知肾细胞癌有全身性影响,不过其卵巢转移极少见。由于病人的静脉尿路造影只显示了输尿管梗阻,所以,我放弃该诊断。

最后,我考虑卵巢淋巴瘤的可能性。卵巢是极罕见的淋巴结外淋巴瘤的原发部位,据军队病理学会登记,在9500例女性淋巴瘤的患者中,仅0.2%以卵巢受累为疾病的初发表现。另一方面,尸体解剖发现,死于淋巴瘤的女病人中约25%有一侧或双侧卵巢受累。大的肿块可以推动这一点与淋巴瘤累及右侧卵巢相符,盆腔左侧的肿块我猜测可能是增大及粘连融合的淋巴结。尽管50%以上的卵巢淋巴瘤属淋巴细胞型,但我还是偏向组织细胞淋巴瘤的诊断,此型约占淋巴瘤的1/3。这些淋巴瘤比其他类型更多见于结外,肿块生长迅速、早期出现全身性影响、神经病学体征和可疑的骨转移等都与弥漫性、组织细胞性淋巴瘤的侵袭性生物学行为相符。

虽然一般认为高球蛋白血症是多发性骨髓瘤伴有单克隆丙种球蛋白病或是Waldenström的巨球蛋白血症性淋巴瘤所致。但高球蛋白血症在恶性肿瘤毕竟少见。血清电泳分析发现:1gG峰见于2.3%的慢性淋巴细胞性白血病和弥漫性淋巴细胞性淋巴瘤患者,但在其它类型淋巴瘤患者中,1gG峰的发生率与正常人或其它肿瘤患者相比,则无明显差异。另外,在640例弥漫性淋巴瘤病人中——包括组织细胞性淋巴瘤患者——4.5%的病人有1gM高峰,而给510例何杰金氏病及结节性淋巴瘤病人做血清电泳,却测不出这种巨球蛋白。据此,我冒昧地猜测,此病人的血清球蛋白升高是单克隆1gM丙种球蛋白病(monoclonal 1gM gammopathy)。我还认为淋巴瘤累及骨髓很轻。

我必须像开始那样推断并再次考虑神经病的征象。与上面提到的特殊肿瘤相比,周围神经病通常与白血病及淋巴瘤的关联较少。Croft等对33例患有感觉运动性周围神经病的患者进行研究,发现仅3例(包括一位妇女)患淋巴瘤。那位妇女患的是盆腔组织细胞性淋巴瘤,虽然在她死前两年就有神经病症状,但直至尸解才被发现。淋巴瘤特别是组织细胞型,常侵犯软脑膜、硬脑膜外间隙及颅神经和脊神经。因为软脑膜浸润应该有脑脊液蛋白明显升高、白细胞数增多、葡萄糖降低、并存在癌细胞,本例脑脊液检查不符合这些情况。来自硬膜外的对脊髓和脊神经的压迫通常与全身淋巴结受累有关,并导致脑脊液蛋白和细胞数升高。病人几乎都有背痛,但外周性无力却少见。我不能排除脊神经或其神经丛的浸润或受压是该病人神经病征象的部分原因。当然,后来出现的左下肢运动障碍可能是由于左盆壁的肿块浸润骶丛引起的。同样,右侧脊神经或骶丛受侵很可能是引起近端肌无力及其他未能解释的严重右下肢疼痛的原因。

Howard Ulfelder 医师:我觉得可移动肿块的存在与输尿管梗阻难以一致。我推想大的肿块并非恶性肿瘤的一部份,而是位于盆腔深部韧带内的平滑肌瘤,后来浮了上来。

Arlan F.Fuller医师:是否做过隐血试验,以便区别是胃癌还是其他肿瘤的卵巢转移?

Jaime Part医师:没有。

Robert E.Souly 医师:Calderwood 医师:您能告诉我们医学生们的诊断吗?

Stephen B.Calderwood医师:他们考虑原发性卵巢癌、转移性肿瘤及卵巢淋巴瘤。基于无腹水、盆腔检查的所见、全血细胞减少和感觉运动性周围神经病存在,他们偏重于淋巴瘤的诊断,可能属于Burkitt型。