

统19652

2

# 临床病理讨论选编

LINCHUANGBINGLITAO LUNXUANBIAN

第 二 集

辽宁中级医刊编辑部

# 临床病理讨论选编

(第二集)

辽宁中级医刊编辑部

一九七九年十二月

# 目 录

- 第1例 右上腹疼痛 发烧 气短 发绀  
.....中国医科大学附属第一医院内科教研组 金春和 谢桂云 (1)
- 第2例 心悸 气短 下肢水肿 关节痛 昏迷  
.....遵义医学院附属医院内科循环组 病理解剖教研组 (5)
- 第3例 心悸 发绀 浮肿 心尖区舒张期杂音  
.....贵州省人民医院 内科 简治芳 周文华 李中潘 (8)  
病理科 叶贵龄
- 第4例 心窝部剧痛 反酸 呕吐  
.....中国人民解放军234医院 中国医科大学附属第二医院 (12)
- 第5例 吐泻 寒热 瘀点 精神异常 瘫痪  
.....广西医学院病理教研组 滕映璠 (14)
- 第6例 发烧 咳嗽 气短 消瘦  
.....北京朝阳医院内科 病理科 (16)
- 第7例 咳嗽 头痛 恶心 呕吐  
.....旅大市第一人民医院 内科 (24)  
大连铁路医院 病理科
- 第8例 浮肿 腹痛 黑便 肺部孤立结节阴影  
.....贵州省人民医院 内科 杨大来 黄伟康 (28)  
病理科 叶贵龄 向前
- 第9例 眶上裂综合征 鼻咽部肿物 鼻衄  
.....大连医学院附属医院 脑外科 病理科 (32)
- 第10例 发热 头痛 呕吐 眼球突出 昏迷  
.....贵州省人民医院 内科 阳以隆 (36)  
病理科 叶贵龄 向前
- 第11例 左下腹包块.....大连医学院附属医院 内科 (39)
- 第12例 发烧 上腹痛 乳糜胸 乳糜腹  
.....沈阳空军医院 病理科 陈治安 谭国恩 姚淑芹 (42)
- 第13例 气短 主动脉瓣区变化性舒张期杂音 四肢细长 蜘蛛指趾 猝死  
.....中国医科大学附属第一医院 内科教研组 金春和 贾桂馨 刘静璇 (44)  
病理科 崔秀娟 陈铁镇  
沈阳市第八医院 内科 赵魁丹
- 第14例 头痛 双眼阵发性胀痛 恶心 呕吐  
.....中国医科大学附属第一医院 内科教研组循环系 外科教研组泌尿系 放射线教研组 (48)

- 第15例 黄疸 肝大 右上腹部包块  
.....贵州省水城矿务局中心医院 傅兴华 周英杰 夏来顺 (53)
- 第16例 发热 腹痛 呕血 黑便  
.....贵州省人民医院 杨大来 李少华 黄伟康 叶贵龄 向前 (56)
- 第17例 腰背部酸痛 头部肿块 胸椎后突压痛 尿少 面部浮肿  
.....江苏省启东县启西区卫生院 (62)
- 第18例 发热 脾大 淋巴结肿大  
.....朝阳地区卫生学校 内科 商家成 (65)  
病理组 张雅珍
- 第19例 咳嗽 气促 发烧  
.....贵州省人民医院 儿科 余天敏 (67)  
病理科 叶贵龄
- 第20例 头昏 乏力 呕吐 继而发热 神志朦胧 左侧肢瘫  
.....江苏省启东县启西区卫生院 陈飞尧整理 (71)
- 第21例 高烧 右上腹痛 肝肿大  
.....四川医学院附属医院 汪秉康 肖路加 (75)
- 第22例 双下肢肿大 行动困难  
.....辽宁省铁岭地区人民医院 郭兴城 (80)
- 第23例 右眼视物不清 神志不清 谵妄躁动  
.....中华医学会辽宁省鞍山分会 内科 病理组 (82)
- 第24例 发烧 头痛 昏迷  
.....中华医学会辽宁省锦州分会 神经精神科学会 (87)  
病理科学会
- 第25例 左颞叶耳源性脑脓肿切除后 高热 昏迷 抽搐  
.....遵义医学院附属医院 外科 病理科 (90)
- 第26例 间歇不明发热 腹痛 便秘 血压升高  
.....中国医科大学附属第一医院 内科教研组 (93)  
外科教研组  
病理教研组
- 第27例 腹部胀痛 2 年 间歇性呕吐 3 个月  
.....湖南省郴州地区人民医院 余老佑 (99)
- 第28例 原发性甲状腺腺机能亢进症  
.....上海第二医学院附属瑞金医院病理科 郑师禹 (101)
- 第29例 右上颌肿瘤 骨质疏松脱钙 肾功能不全  
.....四川医学院附属医院 (103)
- 第30例 慢性肝炎 腹部不适 休克  
.....上海第二医学院附属瑞金医院 (109)
- 第31例 术后(胰性)猝死  
.....四川省绵阳地区第一人民医院 肖铭澳 陈志元 (114)

- 第32例 腹痛 呕吐 腹腔内出血 四肢运动及感觉障碍  
.....辽宁省朝阳地区人民医院 李俊奇整理 (117)
- 第33例 腹痛 腰背痛 高热 咳嗽 气紧  
.....四川省绵阳地区第一人民医院 内科 (121)  
病理科
- 第34例 突然晕厥 呼吸困难 抽搐 休克  
.....大连医学院附属医院 妇产科 (125)  
病理科
- 第35例 胸痛 间歇发热 呼吸困难 左半身瘫  
.....中国医科大学附属第三医院 儿科 (129)  
病理科
- 第36例 黄疸 贫血 出血 腹泻  
.....上海第二医学院附属瑞金医院 传染科 (132)  
病理科
- 第37例 发热 皮疹 肝脾肿大  
.....湖南医学院附属第二医院 小儿科 严淑芳 余孝良 (137)  
病理科 伍海南
- 第38例 咽痛 高热 咽及颈部肿大 呼吸困难  
.....四川医学院 口腔颌面外科 毛祖彝 (142)  
病理教研组 汪秉康
- 第39例 生后20天婴儿左下肢肿胀 左季肋部肿块  
.....辽宁省朝阳地区人民医院 李俊奇 (145)
- 第40例 高热 呕吐 腹泻 出血 休克  
.....旅大市传染病医院 (147)  
旅大市卫生学校病理教研组
- 第41例 发烧 抽搐 昏迷 腹泻  
.....辽宁省铁岭地区人民医院 (151)
- 第42例 高热 惊厥 昏迷  
.....四川医学院附属医院 儿科 (153)  
病理科
- 第43例 颈部肿块 头痛 昏睡  
.....中国人民解放军183医院 (155)  
中国医科大学附属第二医院
- 第44例 不规则发热 咳喘 进行性呼吸困难 紫绀  
.....徐州医学院附属医院 小儿科 病理学教研组 (157)  
病原学教研组
- 附: 免疫缺陷病.....四川医学院儿科 肖侠明 (162)
- 第45例 皮肤潮红 剧痒 吞嚥困难  
.....大连医学院附属医院 皮肤科 (165)  
病理科
- 第46例 胆囊癌抑/或胆囊癌肉瘤?

|                   |                |       |                                |
|-------------------|----------------|-------|--------------------------------|
| .....             | 中国医学科学院肿瘤研究所   | 刘复生   | (168)                          |
| 第47例              | 透明细胞肉瘤         | ..... | 中国医学科学院肿瘤研究所 刘复生 (170)         |
| 第48例              | 咳嗽 气短 右胸一致性阴影  | ..... | 大连医学院附属医院 内科 (173)             |
| 第49例              | 顽固性呕吐 消瘦 休克    | ..... | 齐齐哈尔医学分会 (177)                 |
| 第50例              | 反复发作心慌 气急 下肢浮肿 | ..... | 南京铁道医学院 内科心血管组 (179)           |
| 第51例              | 发热 肝大 黄疸       | ..... | 大连医学院附属医院 矫瑞香 傅永潜 (184)        |
| 第52例              | 持续性发热 左上腹绞痛    | ..... | 广西柳州地区医院 内科 (186)              |
| 第53例              | 腹痛 腹部包块 发热 消瘦  | ..... | 贵州省水城矿务局中心医院 夏来顺 周英杰 傅兴华 (189) |
| 第54例              | 急性中毒时洗胃与脑水肿    | ..... | 大连医学院附属医院 内科 (191)             |
| 第55例              | 右中上腹包块 右腰痛     | ..... | 贵州省贵阳市甘荫塘医院 (194)              |
| 附录一: 临床病理图片 ..... |                |       | (196)                          |
| 附录二: 疾病名称索引 ..... |                |       | (217)                          |

# 第1例 右上腹疼痛 发烧 气短 发绀

中国医科大学附属第一医院内科 金春和 谢桂云

本例患者平素健康，于发病前一周心前区受到剧烈冲撞，虽短时间疼痛但未介意。来院前出现右上腹疼痛，发热，气短，发绀。查体证实为急性心包填塞，经心包抽出500毫升血性液体后症状明显改善，迅速恢复健康。本例指出对心前区非开放性挫伤应引起高度重视，以免延误诊断，造成严重后果。

## 病历摘要

患者，男，15岁，住院号223340。于1978年12月18日因持续性腹痛、恶心、发热，病情急剧加重而转来我院急诊室就诊。缘于来院前5日突然感到右上腹部持续性疼痛，而且日益加剧，发热达摄氏38.6°C，同时伴有气短。开始在某医院按感冒治疗，次日因查体发现患者肝脏明显增大，气短发绀而疑诊为肝脓肿。

患者来院时检查：呈急重面容，气短而发绀明显，烦躁不安。血压130/80毫米汞柱，脉搏130次/分。颈静脉怒张，胸廓对称，前胸皮肤无伤痕。叩诊心界向两侧增大、心尖搏动弱，而且在增大的心脏左界的内侧。心音不弱，无杂音及心包摩擦音。右胸锁中线第五肋以下叩之发实，肺部无罗音。肝脏在锁中线上肋下5.0厘米，触之剧痛，脾未扪及，无腹水征。脉频速细弱，且疑有奇脉。

实验室检查：白细胞10400，中性72%，淋巴22%，大单核6%。心电图所见：窦性心动过速、低电压、T<sub>v5</sub>倒置提示心肌劳损。胸部正面对像（图1）：见心界向两侧增大，右侧胸腔积液。测静脉压在400毫米水柱以上（于4小时前在急诊室时测静脉压为150毫米水柱）。

入院后见患者呼吸促迫、发绀明显，说不出

话，处于严重垂危状态。患者父母皆称患者平素健康，无结核及外伤史。入院经查判定为急性心包填塞，病因不明。随即在床边施行心包穿刺，顺利抽出暗红色血性液体500毫升，病人状态当即明显改善。

心包渗液急送化验检查，见其中有大量分叶核粒细胞，未查到瘤细胞，提示为急性炎性改变。次日患者心界已明显缩小，精神愉快可以平卧。因尚有轻度气短，又进行右侧胸腔穿刺，抽出草黄色胸水920毫升，为漏出液，培养未生长细菌。测血清谷丙转氨酶为538单位，血沉一小时值为10毫米水柱。

患者入院两日后病情明显好转，已感到很舒服，可以平卧位，采取自动体位。住院7日后叩诊心界已正常，X线胸部照片见图2。查心电图T<sub>v5</sub>已恢复正常。为进一步了解血性心包积液的原因，在患者病情好转以后我们又寻问病史。患者提到在发病前一周曾有一次急跑入商店，当时被有活页的大门弹撞心前区，感到剧痛难忍，蹲下休息10余分钟后逐渐好转。患儿对此未加介意也未向他人讲述，照常上学，于一周后突然发病。当我们了解到此病史后，结合心包穿刺后病情迅速好转，而考虑其急性心包填塞的发生可能与受到非开放性剧烈心区冲撞外伤有关，因而停用一切药物。病情迅速好转治愈更进一步证实此

种可能性。住院观察一个月完全健康出院，出院后又随诊两个月毫无异常变化。

## 分析与讨论

一、本病例平素健康，于来院前一周突感右上腹部疼痛、发热，同时伴有逐渐增重的气短与心悸。在外院曾认为是“感冒”，继之因肝大、疼痛、发热、白细胞增高而疑诊为“肝脓肿”。转来我院后经查有明显的急性心包填塞表现，当时虽考虑是急性心包炎，病因待查外，急性心肌炎亦未完全除外。本例心界虽然增大，但心尖搏动在心脏左界的内侧，而且不很清楚，心音尚不很减弱。在急诊室时测血压为90/70毫米汞柱，入院后（间隔4小时）测血压为130/80毫米汞柱，但音响弱。在这种情况下是否进行紧急心包穿刺，尚有犹豫，难下决心。后经细致观察病人奇脉变得更明显，静脉压由急诊时的150毫米水柱上升到400毫米水柱以上（仅间隔4小时）。病人一般状态明显转重，烦躁不安，不能平卧，发绀明显。根据上述情况分析急性心包填塞的可能性大，而施行心包穿刺术。可以说是针到病除，在穿刺抽液过程中病情已有明显改善，较顺利地抽出暗红色血性液体500毫升。证明本例确为急性心包填塞，其右上腹部疼痛，曾疑为肝脓肿的肝脏肿大，以及谷丙转氨酶的上升，显然可用急性肝瘀血加以解释。

根据我们以往的临床经验，由心包抽出这样暗红色的血性液体，绝大部分是癌性心包炎。但本例的病史对此毫无帮助。急检心包血性液体未查到瘤细胞、间皮瘤细胞，而提示为急性炎症性改变。

一般的经验，化脓性心包炎皆为周身败血症的局部表现，或为肝脓肿穿入心包以及邻近化脓灶侵袭所致。化脓性心包炎，起病初期虽亦可为心包血性渗液，但

如此暗红色渗液则不常见。年轻病人，结核性或病毒性皆应考虑，此种病因亦可为血性渗液，但很少见到如此明显暗红色血液渗液者。我们曾遇一例19岁女患呈急性心包填塞症状，心包穿刺抽出的渗液与此例相似，该例后经证实为白血病性心包炎，很快死亡。本例的病史，心包渗液的化验所见以及临床经过皆与上述情况不符合。

本例在心包穿刺放出500毫升血性心包渗液后，病情明显改善，完全系另外一个人。迄入院后第3天已显著好转，体温及白细胞皆恢复正常，血压及脉搏皆正常，肿大的肝脏已不能触及。在住院一周后停用所有药物（抗菌素及激素），病情仍平稳。住院观察一个月已完全恢复健康而出院。

追溯本例的病史，患者想起在病前一周心前区曾被有活页的大门猛力冲撞过。经分析，在除外可能引起心包炎的病因外，可以肯定此例的心包炎是由于心脏的非开放挫伤所引起的。心包炎的临床分类及病因可参见表1<sup>(4)</sup>。

从上表可见心包炎的病因是很多的，我们曾遇到过一例青年男性的乳糜心包，反复抽出皆为心包乳糜，（开始曾诊断为结核性、阿米巴性）病因不清为特发的，后经外科手术治愈。本例心包炎的病因显然只能用外伤加以解释，但较为特殊的是在受到心前区冲撞后虽有剧痛很快缓解照样上学，经过一周后始发病，而且后期病情进展很迅速。由急诊室到入病房仅间隔4小时急性心包填塞症状就变得更加突出，烦躁不安，高度发绀，奇脉皆加重，而且肝脏也迅速肿大，剧痛，静脉压明显上升>400毫米水柱。但血压非但未下降，反为130/80毫米汞柱，造成对急性心包填塞判定上的困难。推测出现此种血压反常的上升可能与高度缺氧、碳酸贮留以及患

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I. 急性心包炎 (&lt;6 周)</p> <p>a. 纤维素性</p> <p>b. 渗出性 (及血性)</p> <p>II. 亚急性心包炎 (6 周~6 个月)</p> <p>a. 缩窄性</p> <p>b. 渗出一缩窄性</p> <p>III. 慢性心包炎 (&gt;6 个月)</p> <p>a. 缩窄性</p> <p>b. 渗出性</p> <p>c. 粘连性 (非缩窄性)</p> <p><b>根据病因的分类</b></p> <p>I. 感染性心包炎</p> <p>a. 病毒性</p> <p>b. 化脓性</p> <p>c. 结核性</p> <p>d. 霉菌性</p> <p>e. 其它 (梅毒、寄生虫)</p> <p>II. 非感染性心包炎</p> <p>a. 急性心肌梗塞</p> <p>b. 尿毒症</p> <p>c. 肿瘤</p> <p>1) 原发性肿瘤 (良性或恶性)</p> <p>2) 转移性肿瘤</p> <p>d. 粘液水肿</p> | <p>e. 胆固醇性</p> <p>f. 乳糜心包</p> <p>g. 外伤性</p> <p>h. 主动脉瘤 (穿入心包)</p> <p>i. 放射治疗后</p> <p>j. 并发于房间隔缺损</p> <p>k. 并发于重症慢性贫血</p> <p>l. 传染性单核细胞增加症</p> <p>m. 家族性反复性多浆膜炎</p> <p>n. 急性原发性</p> <p><b>IV. 与过敏及自家免疫有关的心包炎</b></p> <p>a. 风湿热</p> <p>b. 胶原病</p> <p>1) 系统性红斑狼疮</p> <p>2) 类风湿性关节炎</p> <p>3) 周身性硬皮病</p> <p>c. 药物所致</p> <p>1) 普鲁卡因酰胺</p> <p>2) 胍茶达嗪</p> <p>3) 其他</p> <p>d. 心脏损伤后</p> <p>1) 后心肌梗塞后综合征</p> <p>2) 心包切开后</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

者当时处于强烈的应激状态等因素有关。

二、众所周知,典型的心包填塞的诊断并不十分困难。一般引起心包填塞的原因多为外伤、恶性肿瘤所致心包炎、感染性心包炎(细菌性以及结核性)、特发性心包炎、应用抗凝药过量所致心包内出血、心脏破裂以及夹层动脉瘤破裂穿入心包、医源性(心内膜人工心脏起搏穿通)等。

心包填塞的基本原因为心包内压力的升高<sup>(2)</sup>。由于心包内压力升高引起:①右房压及静脉压上升,②右室舒张末期压力上升,③心脏搏出血量降低,④心率增快,⑤分间搏出血量降低,⑥循环时间延长,⑦肺活量减少,⑧血压下降。如心包

内压超过100~150毫米水柱,则不能代偿呈现心搏血量显著减少,血压下降。

急性心包填塞的三主征(Beck提出的三主征)为:①静脉压升高。②血压下降。③心脏大小正常,但搏动减弱。

心包填塞的一般临床表现参见表2<sup>(2)</sup>。

**心包填塞的临床表现 表 2**

- |                  |
|------------------|
| 1. 呼吸困难以至端坐呼吸    |
| 2. 心动过速:多为窦性心动过速 |
| 3. 静脉压上升及肝脏肿大    |
| 4. 奇脉            |
| 5. 血压下降,脉压缩小     |
| 6. 心音:正常或减弱      |
| 7. 心脏大小:正常或增大    |
| 8. 心脏搏动:正常或减弱    |
| 9. 肺部X线检查:肺野清晰   |

基于心包积液的多寡, 超声心动图以及同位素血池扫描有助于诊断。但应注意必须结合临床症状, 因为心包内蓄积液体的多少与心包填塞的临床症状之间并不一致。正常心包内有50毫升以下的液体, 心包填塞症状与积液的快慢关系非常大。Fowler<sup>(8)</sup>在心包填塞与奇脉的生理一文中指出, 只要抽出 25~50 毫升液体就可以明显的改善心搏血量与血压。有人指出如果心包积液发生的很迅速, 即便量不多, 只为 50~100毫升液体即可引起明显的心包填塞症状, 反之如心包积液缓慢发生, 甚至心包积液达到1000毫升也可以不出现心包填塞症状<sup>(2,5)</sup>。因为心包积液出现迅速时, 超过心包弹力的限度没有一个适应的过程, 心包内压就迅速上升。正常心包内压为10毫米汞柱, 如超过则出现心包填塞症状。

只有当心包积液量超过 300 毫升以上时在X线检查才能发现, 因此急性心包填塞时心影可能呈正常的, 此点在诊断时应充分考虑到。如明确为心包填塞应及时进行心包穿刺术, 这样不仅缓解症状, 对明确病因也是非常必要的。据我们的经验如考虑病因为肿瘤, 做心包穿刺应当慎重, 因有的病例在穿刺中可以发生猝死。这样病例在决定心包穿刺时应做好多方面的准备。

三, 心脏外伤引起的血性心包积液患者多到外科就诊, 这种情况诊断并不困难<sup>(4)</sup>。但如本例所示为非开放性挫伤, 而且在心脏受到剧烈冲撞后, 经过一周方出现急性心包堵塞症状的病例是很少见的。Edward<sup>(6)</sup>指出, 心脏受到外伤后 (包括胸壁皮肤毫无改变的非开放性顿挫性损伤) 可以引起心脏发生以下各种单一或复合性改变, 甚至猝死: ①急性心包填塞, ②室间隔穿孔发生分流, ③心瓣关闭不

全, ④心肌劳损, ⑤冠状动脉功能不全, ⑥栓塞, ⑦主动脉及大血管损伤, ⑧周围血管损伤。有的病人在非开放性顿挫伤后呈现酷似急性心肌梗塞的心电图所见, 甚至可以发生急性心肌梗塞。

本例为什么在心前区受到猛烈冲撞后经过一周后方发生急性心包填塞症状可能由于开始虽有血管损伤, 但轻微流血不多或形成血痂暂时止了血, 以后由于未休息, 经过几天之后受伤的血管又出血而迅速发生了急性心包填塞。类似的情况在脑外伤后也可见到, 开始时无异常客观发现, 几天后由于颅内血肿而死亡的教训是遇到过的。

从本例中我们有以下几点体会: ①有此种急性心包填塞的病人, 尤其是儿童应详细讯问病史, 特别要注意有无心前区顿挫性外伤史。②对遭受过心前区严重顿挫损伤的病人, 虽然当时可以没有心脏受伤的表现, 但应安静休息数日, 同时要观察经过以免造成严重的后果。③在个别情况下, 由于处于强烈的应激状态, 虽为急性心包填塞, 血压非但不下降反而略有上升, 此点在鉴别诊断时应加重视。

## 参 考 文 献

- 〔1〕 盐川优一<sup>(译)</sup>: 基准内科学。P268, 中外医学社, 东京, 1978.
- 〔2〕 吉利和<sup>(译)</sup>: 新内科学大系(35A), P224, 中山书店, 东京1978.
- 〔3〕 Fowler, N.O: Physiology of Tamponade and Pulsus Paradoxus, Mod Concep Cardiovasc Disease, V XLVII, N12, 1978.
- 〔4〕 Takagi, T: The pericardium as seen at autopsy, Japan circul J, 42(2): 116, 1978.
- 〔5〕 Farringer, J, L et al: Cardiac tamponade, Ann Surg, 141:437, 1955.
- 〔6〕 Edwards, J.E Edit: Cardiovascular Clinics (Clinical-pathologic Correlation I) V4, N2, P264, F. A Pavis Company, Philadelphia, 1972.

## 第2例 心悸 气短 下肢水肿 关节痛 昏迷

遵义医学院附属医院内科循环组 病理解剖教研组

本例为一慢性风湿性心脏病，右大脑中动脉有明显病变，右大脑半球内出血，扣带回疝，海马回疝形成，导致死亡。长期以来，临床上将风心病发生脑卒中，归因于脑血管栓塞。因此，当风心病患者出现神经精神症状时，要想到有风湿性脑脉管炎的可能；如有风湿活动的证据或脑卒中并发脑疝时，此种可能性更大。

### 病历摘要

患者，女，23岁，已婚，农民，住院号51758。因劳累后心悸、气短2年，下肢水肿20来天，不能平卧1周，于1976年9月14日入院。患者2年前开始劳累后感觉心悸、气短。近月来症状加重，尚能坚持家务劳动。近来20天患者食欲不振，尿少，双下肢水肿。1周来咳嗽痰带血，不能平卧。患者5年来经常有双膝关节痛。2年前顺产一男婴。体检：体温38.6℃，脉搏112次/分，血压110/40毫米汞柱。神志清楚，半坐体位，喘息状态。口唇发绀。颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性。双肺满布中、小水泡音。心浊音界向左侧扩大，心尖部可触及舒张期震颤，心律齐，心尖部有Ⅱ级收缩期吹风性杂音及舒张期隆隆样杂音，三尖瓣区有Ⅱ级收缩期吹风性杂音，肺动脉瓣区有舒张期吹风性杂音，P<sub>2</sub>增强。腹膨隆，肝大肋缘下6厘米、剑突下平脐，脾脏肋缘下2厘米。腹水征阳性。双下肢重度凹陷性水肿。胸部透视：肺动脉段膨出，左房大，左、右室大，肺瘀血。心电图示不完全性右束枝传导阻滞，左房负荷过重，心肌损害。实验室检查：血

红蛋白10克，红细胞315万，白细胞4000，中性58%，淋巴41%，单核1%，血沉65毫米/小时。入院后诊断：慢性风湿性心脏病，二尖瓣狭窄及关闭不全，三尖瓣功能性关闭不全，肺动脉瓣功能性关闭不全，心力衰竭；风湿活动；亚急性细菌性内膜炎？治疗经过：取半坐位，给予限盐、强心、利尿、控制感染等治疗后，患者尿量增加、心率减慢，水肿减轻。住院期间体温正常，皮肤粘膜未见出血点。因出现严重窦性心律过缓、窦性停搏，结性自搏性心律，不完全房室分离，心室夺获等考虑是由于风湿活动或毛地黄毒性作用所致，遂停用毛地黄，口服氯化钾2克及泼尼松每日30毫克。患者一般情况明显好转，能够平卧及下床活动。住院第7日晚10时30分突因剧烈右侧头痛惊醒，大汗淋漓，旋即昏迷。当时右侧瞳孔大于左侧、对光反应消失，心率90，心律不齐。继之双侧瞳孔散大、昏迷加深、血压下降、四肢抽搐。曾静注甘露醇、速尿等。于次日晨4时呼吸、心跳停止死亡。

### 病理报告

体表无特殊。胸腔无积液。心脏明显扩大。

心包腔内有淡黄色积液约 200 毫升。心脏重 260 克,右室明显扩张,右室壁厚达 1.0 厘米,左室壁厚 0.9 厘米,左房无血凝块。心肌红褐色、坚实,无梗塞及疤痕。二尖瓣口明显狭窄,直径仅 0.7 厘米,二尖瓣膜粘连,增厚,质硬;腱索轻度融合变粗短,其余瓣膜未见异常。显微镜下可见:右心房、右心耳根部、右心房窦房结所在处、右心室、室间隔、左心室的心肌间质中及血管周围均有淋巴细胞、单核细胞、浆细胞等炎性细胞浸润,以右心室为著,未找到阿少夫小体。冠状动脉内膜有局灶性纤维增生,形成向管腔突出的纤维瘢痕,内膜下没有类脂质沉着;中膜、外膜未见异常。

脑:右侧大脑较左侧明显肿大,脑沟变浅,脑回变宽。右颞叶整个侧脑室外侧见一巨大出血灶,其大小约为  $9.4 \times 4.5 \times 4.5$  厘米(图 1)。该血肿压迫侧脑室的后角和下角。右扣带回明显向对侧突出,海马回向下突出。右颞叶蛛网膜下腔出血。显微镜检:蛛网膜下腔出血。脑实质内血管及神经细胞周围空隙明显增宽。大脑中动脉的分枝有内膜局灶性纤维性增厚,内膜下无类脂质沉着,内弹力膜增厚(图 2);中膜未见明显改变;外膜明显纤维性增厚,有多少不等的淋巴细胞、中性白细胞浸润。未做连续切片进行出血处定位。

肺脏:肺泡间质增生,轻度水肿,血管扩张,充满红细胞,肺泡间质内可见心力衰竭细胞。

腹腔:无积液。肝脏右叶下缘在锁骨中线上肋下 3.5 厘米,左叶下缘在剑突下 12.5 厘米。肝脏重 1610 克,呈槟榔状外观。显微镜下可见大部分肝细胞明显肿大,呈脂肪变,中央静脉汇管区有淋巴细胞浸润

脾脏:重 225 克,包膜紧张,脾髓纤维组织增生,脾窦扩张,脾小体缩小,窦内皮细胞肿胀,可见单核细胞及吞噬细胞。

肾脏:肾小球毛细血管及间质血管明显扩张,见大量红细胞停滞于管腔内及散在于间质中。

病理诊断:(1)慢性风湿性心内膜炎,二尖瓣口狭窄及关闭不全,右心室扩张肥厚,慢性风湿性心肌炎,风湿性冠状动脉炎;(2)风湿性大脑中动脉炎,右大脑半球颞叶出血,右扣带回疝,右海马回疝形成;(3)慢性肺瘀血;(4)慢

性肝瘀血、肝脂肪变性;(5)瘀血性脾肿大;(6)肾瘀血。

死亡原因:脑出血。

## 讨 论

本例慢性风湿性心脏病(以下简称风心病)诊断肯定。右大脑中动脉有明显病变,右大脑半球内出血,扣带回疝、海马回疝形成导致患者死亡。

本例大脑中动脉病理改变的病因在临床及病理上应从以下几方面考虑:

1. 脑动脉粥样硬化:多发生在 50~60 岁以上的老年人,其它脏器及眼底有动脉硬化的表现。病理上脑动脉血管壁有类脂质沉着、粥样斑块形成。与本例不相符合。

2. 血栓闭塞性脉管炎:国内比较少见,多发生于男性青壮年,与吸烟有密切关系。病变主要发生在四肢血管,尤其下肢的中、小动脉。脑血管的病理表现可有内膜增生、管腔狭窄或闭塞,中层出血,血管各层有炎症改变。与本例不难鉴别。

3. 梅毒性脑脉管炎:本例仅 23 岁,病理切片中未发现动脉的中膜炎和中膜小坏死灶。可以不必考虑。

4. 风湿性脑脉管炎:较多见于青少年,大部分在风湿活动期发生,有风湿活动的证据(血沉增快、抗链球菌溶血素“O”效价增高等)。心脏、血管、关节有风湿性损害。脑血管的病变常见于大脑中动脉及其分枝,大脑前动脉、基底动脉及软脑膜静脉也可受累。血管的主要病变为内膜纤维组织增生、变厚,有时可见纤维素样物、内膜弹力纤维断裂、中膜和外膜纤维化。由于内膜增生可使动脉管腔狭窄,甚至阻塞。管腔内常有血栓形成,故又称为“风湿性脑血栓性脉管炎”。由于发生血管壁渐进性坏死,脑风湿性脉管炎

可以并发脑出血、蛛网膜下腔出血。结合本例年龄23岁,患风心病,有心力衰竭,血沉增快,死于脑出血,且脑血管的病理变化为内膜局灶性纤维增厚,外膜明显增厚并有多少不等的淋巴细胞、中性白细胞浸润,故诊断“风湿性脑脉管炎”当无疑义。

长期以来,临床上习惯于将风心病患者急剧发生的脑卒中,归因于脑血管栓塞(以下简称脑栓塞)。脑栓塞的栓子来源于风心病伴发心房纤颤时所形成的附壁血栓或细菌性心内膜炎的赘生物。但本例无心房纤颤,无亚急性细菌性心内膜炎的临床表现,左心房未见附壁血栓,二尖瓣也无赘生物,其它脏器亦未发现新的或旧的梗塞灶,且在睡眠中突然发生剧烈头痛后迅速昏迷,瞳孔不等大,虽然抢救仍未免于死亡,说明有脑疝形成,这在脑栓塞是少见的。临床上可判断为脑出血,有脑疝形成,解剖时得到证实。越来越多的临床和病理解剖资料证实,风湿病时脑血管的病变栓塞是极少见的。有人研究1000例脑风湿病,未见1例脑栓塞。还有人进行176例风湿病尸体解剖,仅发现2例脑栓塞<sup>(1)</sup>。脑栓塞发病最急时可有昏迷,但通常程度较轻,易于恢复。赵氏分析脑卒中152例,脑出血50例均有昏迷,其中深昏迷43例,脑栓塞13例,仅2例发生昏迷<sup>(2)</sup>。有些学者将昏迷作为脑出血与其它类型脑血管病变的鉴别要点<sup>(3)</sup>。

风心病具有脑血管病变以致脑出血死亡者,国内报告不多<sup>(4)</sup>,一般不为人们所注意。实际上,风心病具有脑血管病变者并非少见。据统计一组119例风湿病患者的病理解剖中,27.3%有明显的脑血管障碍<sup>(5)</sup>。有人在688例连续解剖中,对45例风心病的14例做了脑的详细检查,发现9例有明显的血管变化。另一组602例死于风湿病患者的病理解剖资料,126例

(20.9%)有脑血循环障碍所引起的病灶损害,其中42%是脑出血。

综上所述,本例右大脑半球的急剧出血最可能是由于风湿性脑脉管炎,血管壁渐进性坏死所造成的。当然风湿性脑动脉瘤破裂出血也是可能的。既往也曾有过小脑动脉因风湿性动脉瘤破裂出血的病例报告<sup>(6)</sup>。

强调风湿性脑脉管炎的重要性在于:风心病患者发作脑卒中时,临床诊断上应多想到有风湿性脑脉管炎的可能。风湿性脑脉管炎的临床表现多种多样,可有头痛、失语、单瘫、偏瘫、癫痫样发作、精神障碍等症状,其他脏器有风湿病的病征及提示有风湿活动的指征,如血沉增快、抗链球菌溶血素“O”效价增高等。但早期诊断常有困难。当风心病患者出现神经、精神症状时,应想到风湿性脑脉管炎的可能;如有风湿活动的证据或脑卒中并发脑疝时,此种可能性更大。在治疗上应及早进行抗风湿治疗。鉴于风湿性脑脉管炎常有血栓形成,可以中西医结合,辩证使用活血化瘀药物。如发生昏迷、脑疝,首先应考虑脑出血,并给予对症治疗。

## 参 考 文 献

1. Arte BC (徐忠宝译):某些类型脑风湿病的临床。中华神经科杂志,6:74,1960.
2. 赵希光:脑卒中152例临床分析。中华神经科杂志,6:172,1960.
3. 中山医学院:内科疾病鉴别诊断学,第1版,第778页,人民卫生出版社,北京,1975.
4. 朱镛连等:风湿性脑血栓性脉管炎一例临床病理报告。中华内科杂志,13:832,1965.
5. Denst J and Neuburger KT: Intracranial vascular lesions in late rheumatic heart disease. AMA Arch Pathol. 46:191, 1948.

(王丕荣 整理)

# 第3例 心悸 发绀 浮肿 心尖 区舒张期杂音

贵州省人民医院 内科 简治芳 周文华 李中藩  
病理科 叶贵龄

心尖区舒张期杂音是诊断风湿性心脏病二尖瓣狭窄的主要依据，在其它许多疾病中偶可听到，但肺心病患者伴有心尖区舒张期杂音则极少遇到。本文介绍一例经尸检证实为肺心病，心瓣膜正常，而生前因心尖区有舒张期杂音而误诊为风湿性心脏病；本例重点分析了器质性与非器质性心尖区舒张期杂音产生机制与鉴别方法；并对肺心病伴左心室肥大及心衰时急性肾功能衰竭的发生机制作一简略的讨论。

## 病历摘要

患者，男，34岁，农民，住院号 95105。因间歇性咳嗽、气喘26年，心悸，间歇性浮肿3年，加重20天，于1979年1月26日第一次住院诊断为风湿性心脏病，二尖瓣狭窄及关闭不全，三尖瓣关闭不全？心脏扩大，心力衰竭三度，肺气肿，支气管哮喘？心源性肝硬化。经强心、利尿及控制感染等治疗半月，病情稍好转后自动出院。出院1月余，上述症状又渐加重，由于尿少3天，在某医务室肌注汞撒利1支，曾排尿300毫升，以后则无尿并伴有恶心、呕吐、烦躁，于1979年3月8日第二次住院。

入院时，体温36.5℃，脉搏100次/分，呼吸24次/分，血压62/54毫米汞柱。神清，表情痛苦烦躁不安，半卧位。面颊、唇及指甲发绀，有杵状指，巩膜轻度黄染。颈软，颈静脉怒张，胸呈桶状，心尖搏动在左第六肋间锁骨中线外4厘米，心界向下扩大，心律齐，心尖区可闻粗糙吹风样Ⅳ级收缩期杂音及舒张中期杂音，深吸气未增

强， $P_2 > A_2$ 。双肺过清音，呼吸音普遍减弱，两肺底可闻及少量水泡音。腹平，肝上界平右第6肋间，下缘在肋下4厘米，肝颈静脉征阳性，脾未扪及，无明显腹水征，双下肢有可凹性水肿。

实验室检查：血红蛋白15克，红细胞525万，白细胞11000，中性90%，大单核1%，淋巴9%。尿常规：蛋白(+)，红细胞0~2，白细胞1~3，大便正常。血清钠130毫当量/升，钾5.0毫当量/升，氯96毫当量/升。非蛋白氮68毫克%，二氧化碳结合力14毫当量/升。

心电图检查：2月1日心电图示窦性心动过速(136次/分)，电轴重度右偏(+150°)，室性早搏呈二联律，心房肥大，右心室肥大及劳损。2月5日复查为窦性心动过速(113次/分)，电轴显著右偏(+135°)，心房肥大(左房及右房)双室肥大劳损及Q—T延长。3月9日再次心电图示窦性心动过速，电轴右偏(+105°)，完全性右束支传导阻滞，右室肥厚劳损，极度顺时针向转位。

住院经过：吸氧，并给予青霉素，氨茶碱，输

液等，仍无尿，后再静注利尿酸钠，静滴甘露醇，仅排尿50毫升，又加用氢化考的松200毫克，消心痛等，但临床症状未缓解。1979年3月9日晨2时，患者开始有端坐呼吸，心情烦躁，心率144次/分，血压90/60毫米汞柱，发绀明显。用酚妥拉明静滴及西地兰0.4毫克静注，呼吸机加压吸氧仍无效，于当日下午4时，在改变体位后，双眼上翻，抽搐、心电示波为室颤，立即胸外心脏挤压，心内注射肾上腺素及利多卡因等，抢救无效死亡。

## 临床讨论

本例特点如下：(1)男性，农民，34岁，有心悸、气促26年，近3年来有间歇性浮肿。(2)无风湿活动或关节痛史。(3)入院表现为右心衰竭，心源性休克伴有少尿，继之无尿。(4)面、唇及指发绀，有杵状指，桶状胸，心界明显向左下扩大，心尖区可闻及收缩期吹风样杂音及舒张中期隆隆样杂音，并于深吸气末增强。颈静脉怒张，肝颈静脉征阳性，肝大肋下4厘米，下肢凹陷性浮肿。(5)前后三次心电图主要异常为心房肥大，右室肥大及劳损，完全性右束支阻滞，在第二次心电图又曾显示两侧心室肥大及劳损。(6)血红蛋白和红细胞计数均偏高，有轻度蛋白尿，血化结果示非蛋白氮增高，二氧化碳结合力降低。

在诊断方面考虑如下：

1. 风湿性心脏病：本病常见于青壮年。本例34岁，过去虽无急性风湿病表现，但在慢性风湿性心脏病病人中，约1/3病例可无典型风湿病的既往史。本例有多年心悸、气促症状，近3年加重并反复出现心力衰竭，心界明显向左扩大，心尖区有粗糙收缩期杂音及舒张中期隆隆样杂音等，均支持风湿性心脏病的诊断，但患者又有长期咳嗽，气喘史，体检有明显发绀、杵状指及桶状胸等，这些体征不能完

全用风心病解释。

2. 慢性肺源性心脏病：本例自幼有咳嗽、气喘史，20余年后反复出现心衰，有杵状指、明显发绀及桶状胸。血红蛋白及红细胞计数均偏高，心电图示右室肥大劳损，极度顺钟向转位等，均提示用肺心病来解释较妥。但肺心病似不好解释本例心界明显向左下扩大以及心尖区舒张期杂音。

3. 心源性休克及急性肾功能衰竭：入院前6天，头3天少尿，用汞撒利后排尿三次，共约800毫升，继之无尿3天。入院后经补液，扩充血容量后使用利尿剂，仅排出小便50毫升，结合尿中出现蛋白，非蛋白氮升高及二氧化碳结合力降低，提示有急性肾功能不全。故本例尿少时似不应注射汞撒利，以免对肾脏造成进一步损害，导致不可逆的改变。

## 病理报告

中年男尸，身长168厘米，营养发育中等，口鼻有血性分泌物流出，巩膜皮肤轻度黄染，口唇指甲青紫，双下肢有凹陷性水肿。腹腔有黄色微混液体1500毫升，双侧胸腔均有少量血性液体，各约50毫升，两上肺与胸壁有纤维性粘连，心包腔有黄色液体400毫升。

心脏：重620克，显著增大，以右室为甚，心尖区全部由右心室构成，肺动脉圆锥明显膨隆，右室及右房均显著肥大扩张（见图），左房及左室轻度肥大扩张。动脉导管已闭，房室间隔无缺损。各瓣膜正常，右心室厚1.2厘米，左心室壁厚1.2厘米，肺动脉瓣周径8厘米，主动脉瓣周径7厘米，三尖瓣周径18厘米，二尖瓣周径12厘米，肺动脉及其分支内膜面有多数淡黄色斑块。食管静脉怒张。

肺脏：双肺体积显著膨大，边缘顿圆，肺泡膨胀，扪之柔软如海绵，缺乏弹性，色灰白，两肺底质略实，色暗红，切面有红色泡沫样液体流出。镜下：肺泡普遍扩张，有的相互融合成大泡，肺泡壁血管充血，部分肺泡腔内充满蛋白液

体,部分肺泡内充满红细胞,有多数心衰细胞存在。部分肺组织纤维化,支气管及细支气管壁有淋巴细胞、浆细胞浸润,管腔内有粘液及脱落上皮细胞凝块,较大的支气管壁腺体增生,并有较多的慢性炎性细胞浸润。肺小动脉内膜及肌层增生增厚,管腔变小,较大的动脉内膜呈不均匀增厚,内有泡沫样细胞浸润,未见血栓形成。

肝脏:重1050克,表面略呈颗粒状,质较硬,切面颜色黄褐相间,似槟榔,包膜增厚。镜下,肝衰及中央静脉淤血,肝细胞受压萎缩,间质胶原纤维增多,毛细胆管轻度扩张淤胆。

肾脏:两肾共重320克,表面光滑,切面略外翻,色暗红,包膜紧张,易剥离。镜下:肾间质充血,近曲管上皮细胞肿胀,浆细胞内可见粉染的细颗粒状物。

肾上腺:镜下见肾上腺皮质萎缩,类脂质含量减少。

#### 病理诊断:

肺心病,慢性支气管炎,弥漫性肺气肿(全小叶型)肺充血水肿出血,双侧陈旧性胸膜炎,右心房间显著肥大扩张,左心房间轻度肥大、扩张、肺动脉粥样硬化,双侧肾上腺皮质萎缩,肝、脾、肾等淤血、肾脓肿,早期淤血性肝硬化,食管静脉怒张,浆膜腔积液,双下肢水肿,口唇、指甲发绀,轻度黄疸。

死亡原因:全心衰竭以右心为显著。

## 讨 论

一、心尖区舒张期杂音最常见于风湿性心脏病,是诊断风湿性二尖瓣狭窄的主要依据。本例系一中年患者,有多年心悸、气促、浮肿等心力衰竭史,两次住院均有心界向左扩大及心尖区粗糙的Ⅱ级收缩期杂音与舒张中期杂音,故诊断为风湿性心脏病二尖瓣关闭不全与狭窄。但尸检并未发现心脏各瓣膜有器质性改变,说明本例生前心尖区的杂音是功能性的。功能性的心尖区收缩期和舒张期杂音可出现于主动脉瓣关闭不全,甲状腺机能亢进性心脏病,贫血性心脏病以及某些先天性心脏

病,例如动脉导管未闭,室间隔缺损,房间隔缺损等,其原因多系通于二尖瓣的血流量增多和/或血液粘稠度减低,但本例没有以上疾病的证据,故我们认为在心尖区听到的杂音系三尖瓣功能性关闭不全及狭窄所致。理由如下:(1)尸检显示心脏明显增大,以右心肥大(右室厚1.2厘米)扩张为主,心尖区全部由右室构成。(2)二尖瓣周径为12厘米,只比正常者大25%(成人正常9.49厘米,男)。而三尖瓣周径18厘米,比正常人大65%(成人正常为10.83厘米,男),故三尖瓣环有明显扩大,从而引起三尖瓣相对关闭不全及狭窄。(3)心尖区收缩期和舒张期杂音在吸气末增强亦提示杂音来自于三尖瓣,此点常被用来鉴别究系三尖瓣杂音抑或二尖瓣杂音。惜在患者住院后,我们没有注意心尖区杂音的这特点,是不足之处。

二、肺源性心脏病:本例有慢性咳嗽,气喘26年,近3年才开始出现劳力性心悸,双下肢浮肿等右心衰竭现象,且有明显发绀,杵状指,桶状胸等以风湿性心脏病不好解释的体征,这是先有慢性支气管炎,逐渐发生肺气肿,最后导致右心衰竭的肺心病的典型发展过程,与病理诊断相符。本例心电图示心电轴重度右偏。(十150°)也是风心病不常遇到的。下列检查对肺心病与风心病二尖瓣狭窄鉴别价值较大,惜本例因病重未作。心脏X线检查发现确切的左房增大是诊断二尖瓣狭窄的重要依据,极少见于肺心病<sup>(1)</sup>。超声心动图检查,二尖瓣呈同向运动,是确诊二尖瓣狭窄的可靠依据,二者是不难鉴别的。此外在X线检查时二尖瓣狭窄可引起继发性肺动脉高压,但必须先有肺静脉高压,故二尖瓣狭窄是动静脉高压并存的肺循环高压<sup>(2)</sup>。而肺心病则为单纯肺动脉高压,仅在合并左心衰竭时才出现肺静脉高压,此

点亦有助于二者的鉴别。

关于肺心病患者伴左室肥大，已有文献记载。阮英茆等<sup>(2)</sup>报导肺心病尸检中无合并症的单纯肺心病22例中有2例左室肥大，占0.9%。徐楚材等<sup>(3)</sup>报导肺心病尸检18例中，左右心室均增大者6例，左室壁增厚者11例。李果珍等<sup>(4)</sup>30例肺心病中有3例合并左室增大。肺心病左室增大的原因可能是由于慢性肺部感染，肺气肿和支气管——肺侧枝循环的大量增加，另外尚有缺氧和高碳酸血症以及血液粘滞度增加等，都会增加左室负荷，说明本病乃左右心室均受影响的心脏病，但右室受累较重<sup>(5)</sup>。吉林医科大学20例肺心病尸检中，左室肥大者7例其中有3例死于左心衰竭。本例尸检左房室有轻度肥大与扩张，肺切面有红色泡沫状体液流出，说明已有左心功能不全及肺水肿存在。

三、本例两次住院均有黄疸及明显肝大，质较硬，压痛不明显，下肢凹陷性水肿。第一次住院经治疗后下肢已不肿，但肝大无明显缩小。故生前考虑到心源性肝硬化的诊断，与尸检结果相等。

在长期慢性右心衰竭过程中，由于肝脏淤血和缺氧，导致肝中央静脉周围肝细胞变性、萎缩及坏死，并逐渐发生肝小叶纤维化而形成心源性肝硬化。临床上对心源性肝硬化的诊断往往不易掌握。杨承彰等<sup>(6)</sup>报导经病理解剖证实有心源性肝硬化者18例中生前仅7例确诊，并认为长期慢性心力衰竭者肝大明显，质较硬而压痛不著，尤其是心衰纠正后肝脏无相应缩小，或腹水不相应减退，或同时伴有脾大等，均应考虑有心源性肝硬化的可能。

四、本例临终前4天无尿，经处理后仅排尿50毫升，结合血尿的改变，曾考虑有急性肾功能衰竭。急性肾功能衰竭的病变机制，目前有两种意见，一种强调肾小

管坏死，另一种则强调肾血管收缩。由肾中毒引起者，病变常限于近曲小管坏死，因该处上皮再吸收毒物最多，故中毒较重。本例尸检发现肾脏仅有浊肿，而肾小管并无病损，说明无尿并不是我们所怀疑的汞撒利所致。心衰时肾血管收缩主要是由于交感神经系统和肾素——血管紧张素系统的活性增加。心衰严重时，因肾动脉压下降及肾输出输入小动脉的肾血管收缩较剧，使灌注量进一步下降，因此，肾小球滤过率低于正常，血尿素氮浓度相应增高，或形成“肾前性尿毒症”。一些观察发现在病人心排量有中度减少时，血压正常者也可发生显著的肾缺血<sup>(7)</sup>。因此在病人有轻度循环机能不全时，即便原先没有低血压或休克存在时亦可引起急性肾功衰竭。但也有人认为慢性肺源性心脏病，肺功能衰竭伴发少尿或无尿和氮质血症<sup>(8)</sup>系机能性肾功衰竭，是由于急性严重缺氧时，机体各器官和组织均缺氧并促进蛋白质的分解过多，从而使PH值下降，非蛋白氮上升，而产生氮质血症。

## 小 结

心尖区舒张期杂音是诊断风湿性心脏病二尖瓣狭窄的主要依据，在其它许多疾病中偶可听到。但肺心病患者伴有心尖区舒张期杂音则极少遇到。本文介绍一例经尸检证实为肺心病、心瓣膜正常，而生前因心尖区有舒张期杂音而误诊为风湿性心脏病。结合本例重点讨论了器质性与非器质性心尖区舒张期杂音产生机制与鉴别方法，并对肺心病伴左心室肥大及心衰时急性肾功能衰竭的发生机制作了简略的讨论。

## 参 考 文 献

1. 陈积秋等：杂音不典型的二尖瓣狭窄。