

临床病理(例)讨论

江苏医药编辑部

临床病理(例)讨论

北京协和医学院

临床病理(例)讨论

《江苏医药》编辑部

前 言

《江苏医药》杂志自1975年创刊以来，陆续发表的临床病理（例）讨论及思考病例已逾百例，受到了广大读者，特别是临床医师及医学院校学生的欢迎。不少读者反映这些病理（例）讨论有益于培养学习兴趣，培养分析问题和解决问题的能力，有助于提高医学业务水平。为了便于读者学习参考，本编辑部特在已发表的临床病理（例）中精选了50例，汇编成册。

本书目录大致按呼吸、循环等系统归类排列，对于较复杂的病例，则以其主要疾病归类，并在每一篇文后注明本刊原载的卷、期、页和年份，以便查考。

我们的这项工作是一种新的尝试，可能存在不少缺点，热忱地欢迎读者批评指正。

《江苏医药》编辑部

1983年5月

呼 吸 系 统

1. 慢性咳嗽、呼吸困难、心律失常、猝死
.....南通医学院附属医院肺科等(1)
2. 神志丧失、抽搐、左侧偏瘫
.....南京军区总医院神经内科等(8)
3. 气管切开术后急性大出血.....江苏省工人医院(15)
4. 左髋关节疼痛、跛行
.....贵州省水城矿务局中心医院夏来顺等(21)

循 环 系 统

5. 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等(26)
6. 腹痛、休克、猝死.....中华医学会苏州市分会(35)
7. 口唇及肢端紫绀、杵状指、红细胞增多
.....苏州医学院血液病研究室 邹正辉等(43)
8. 不规则发热、心慌、气急.....南京市第一医院(48)

泌 尿 系 统

9. 反复浮肿、蛋白尿、黄疸.....南京军区总医院(55)
10. 脸黄、浮肿、恶心、头晕
.....徐州医学院附属医院儿科(62)
11. 咯血、浮肿、蛋白尿.....南京军区总医院内一科等(68)

12. 持续发热、食欲不振、体重下降
.....南京医学院第一附属医院 王瑞云等(75)
13. 贫血、双手颤抖、腹泻、抽搐
.....南京军区总医院内一科(80)

传 染 病

14. 休克、少尿、发热、便血、呕吐
.....上海第二医学院附属瑞金医院传染病科等(86)
15. 甲胎蛋白低浓度持续阳性
.....上海第一医学院附属中山医院肝癌研究室(94)
16. 头痛、消化道出血、昏迷、黄疸
.....无锡市传染病医院等(99)
17. 高热、呕吐、腹泻、呼吸循环衰竭
.....南京医学院附一院(108)
18. 发热、腹部包块、昏迷
.....江苏省工人医院儿科等(113)
19. 头痛、呕吐、意识障碍、视乳头水肿
.....南京铁道医学院神经内科等(118)
20. 畏寒、持续高热.....南京医学院 陈钟英(126)
21. 产后高热、右侧腹痛、血水样便
.....镇江地区医院 程定国等(131)
22. 发热、腹痛、腹泻、粘液血便
.....上海第一人民医院内科(136)
23. 黑便、呕血、昏迷
.....南京医学院附一院 王瑞云等(145)
24. 进行性全身淋巴结肿大、发热
.....南京医学院儿科(151)

消化系统

25. 咳嗽、痰血、呼吸困难和声音嘶哑
.....苏州医学院附属第一医院内科呼吸组(154)
26. 上腹部痛、恶心、呕吐
.....南京铁道医学院内科教研组(160)
27. 浮肿、低蛋白血症、发热、咳嗽
.....南京军区总医院(167)
28. 腹痛、便血、贫血、消瘦.....南京市儿童医院(174)
29. 腹胀、腹痛、呕吐
.....上海第一医学院华山医院内科 林庚金等(180)
30. 黄疸、转氨酶升高、神志障碍
.....上海第二医学院附属瑞金医院传染病科等(188)
31. 长期黄疸.....南京市鼓楼医院内科(197)
32. 发热、呕吐、腹胀、休克、左上腹肿块
.....苏州医学院附属第一医院内科(202)
33. 急性腹痛、胸痛、呼吸困难
.....南京医学院附属医院胸外科(208)
34. 游走性肢体疼痛、肿胀、恶心、纳减、腹胀
.....常州市第二人民医院 郭永荣等(212)
35. 间歇性腹痛, 右下腹肿块
.....南通医学院附属医院内科 王夕林(217)

造血系统

36. 长期发热、腹泻、咳嗽
.....苏州医学院附属第一医院(223)
37. 大量便血伴发热

-上海第一医学院华山医院内科等(231)
38. 长期发热、肠出血、右下腹可疑肿块
.....苏州医学院附属第一医院内科(238)
39. 发热、腹泻、脓血便.....南京军区总医院(244)
40. 高热、黄疸.....上海第一医学院华山医院内科等(253)
41. 大量便血.....常州市第一人民医院等(262)
42. 发热、进行性肝脾肿大及胸水迅速增长
.....南京医学院一附院儿科(267)

神 经 系 统

43. 被害妄想、肌张力增高、昏迷
.....南京医学院传染病学教研组等(272)
34. 右侧面部麻木、颞肌萎缩、听力下降及颅高压
.....南京神经精神病防治院神经科等(281)
45. 疼痛、下肢瘫痪.....江苏省工人医院儿科(287)
46. 多饮多尿、头痛嗜睡、吞咽困难
.....南京医学院神经病学教研组等(292)

其 他

47. 肝肿大、黄疸、糖尿、皮肤黝黑
.....上海市虹桥医院等(301)
48. 发热、浮肿、肌痛、进行性肾功能衰竭
.....南京军区总医院内科等(309)
49. 咳嗽、气急、不能平卧.....南京军区总医院内科等(320)
50. 腰骶部多处流脓不愈並游出蛔虫
.....南京铁道医学院 周秉章等(326)
- 附: 关于计量单位和名词简称的说明.....(333)

慢性咳嗽、呼吸困难、心律失常、猝死

南通医学院附属医院 肺科 病理科

病 历 摘 要

患者,男性,60岁,金属冶炼厂拌粉工人。咳嗽四年余,咳嗽气急加剧伴下肢浮肿 10 多天,于 1979 年 5 月 14 日入院。

患者自 1975 年起有轻咳,白色泡沫痰,经某医院摄胸片,诊断为肺结核。用链霉素、异烟肼未见好转,活动后气急,遂于 1977 年 8 月摄胸片复查,病灶未见好转,继续抗结核治疗。入院前十几天咳嗽、气急加剧,不能平卧,伴尿量减少,下肢浮肿,胃纳差,经急诊 X 线胸透诊断为肺结核收入肺科病房。既往身体健康,无咯血及咳脓痰等病史。曾从事矽尘工作 16 年。

体检:体温 37.5°C ,脉搏 102 次,血压 120/80,呼吸 24 次。神志清楚,半卧位。唇紫绀,面部无浮肿,浅表淋巴结不大。颈静脉怒张,肝颈回流阳性。胸部叩诊左下为浊音,余为过度回响,右肺下界上抬至第 5 前肋,两肺闻及干湿性罗音,尤以左中下为多。心脏叩诊向两侧扩大,心律不齐,有频发早搏,心尖区及肺动脉瓣区可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音。腹部软无移动性浊音,肝脏于右季肋下 2.5 厘米,质Ⅱ度,脾未及。下肢压痕(++),有杵状指。

实验室检查：红细胞 397 万，血红蛋白 11.5 克，白细胞 6,300，中性 76%，嗜酸 1%，淋巴 20%，单核 3%。血沉 12 毫米。尿常规：蛋白（+），白细胞少许。痰涂片找结核杆菌 4 次阴性。肝功能：TTT9 单位，SGPT240 卡门氏单位，胆红素 0.8 毫克%。胆固醇 156 毫克%。血钾 4.8 毫当量/升：血钠 111 毫当量/升：血氯化物 128 毫当量/升。二氧化碳结合力 33.6 容积%。心电图检查：窦性心律，心率 79 次，频发房早部分构成短阵房速，偶见房早伴心室内差异传导；左前半支传导阻滞，右心室肥大，极度顺钟向转位。X 线胸片：1975 年 1 月 1 日左上第 1 肋间外有一铜币大的透亮区，壁薄如发丝，右上第 1 肋间有两个蚕豆大的囊状阴影，两上野类似网状结构，两侧肺纹理稍增粗，右侧肺门部有蚕豆大两个淋巴结肿大，左侧肋膈角变钝，肋间隙变窄，右侧横膈在第 6 肋上缘；1977 年 8 月 10 日，除上述改变外，右上第 1、2 肋间出现蜂窝样透亮区，右中下有网状结构及散在性斑点状阴影；1979 年 5 月 10 日，右上蜂窝样透亮区扩大如 5 分硬币，壁如发丝，右中、下及左上也有类似透亮区，互相重叠，并有散在性类似结核播散病灶，右侧横膈抬高至第 5 肋下缘，右肺门部有 2~3 个蚕豆大淋巴结。

治疗经过：入院后即给吸氧、红霉素、氯霉素、支气管解痉药、心得宁、利尿药治疗。体温保持在 37~37.5℃ 之间。呼吸困难未改善。入院后第 4 天上午 8 时许，突然抽搐和下颌呼吸，心跳停止，经抢救无效而死亡。

临 床 讨 论

患者有慢性咳嗽已 4 年余，咳嗽、气急加重伴下肢浮肿 10 多天入院，结合体征首先考虑慢性支气管炎合并急性感

染、阻塞性肺气肿、呼吸功能衰竭、肺原性心脏病。但患者年龄已 60 岁，心脏向两侧扩大，有频发早搏，结合心电图检查尚须考虑冠心病、全心衰竭。至于肝功能损害则考虑为肝淤血、肝细胞长期缺氧、营养不良所致。根据胸片的改变，尚须考虑以下几种疾病：

一、空洞性肺结核：本例首先是两上肺出现透亮区，以后发展至右中下，并有斑点状阴影，从发病部位及播散病变，与肺结核相似，但根据以下几点不符合肺结核：（1）肺结核空洞壁较厚，而本例薄如发丝。（2）空洞性肺结核的周围有程度不等的卫星灶，与空洞相连的纤维索条状阴影常与肺门相连，本例没有。（3）网状结构，如系多个结核空洞构成，痰中应找到结核菌，而本例痰菌检查 4 次阴性。（4）播散病灶一直没有改变，透亮区周围清晰，未见结核浸润病灶。依据以上几点，肺结核可排除。

二、矽肺：患者有 16 年接触矽尘的职业史，但矽肺结节应该呈两侧分布，而本例右上肺野呈显蜂窝样阴影，并在此基础上发展成 5 分硬币大的囊状阴影，不符合矽肺。但由于有明确的职业史，矽肺尚不能完全排除。

三、弥漫性肺间质纤维化：临床症状及体征虽与本例相似。本例胸片所见病变先见于两上肺野，逐渐发展至左中、下肺野，不符合弥漫性肺间质纤维化病变的发展规律。

四、支气管扩张症：发病部位以左下叶最多，右叶次之，多数患者有反复咯血及咳脓痰史，本例无以上表现，因此单纯支气管扩张可能性不大。

五、先天性多发性肺囊肿症：胸片上有以下特点与本例相符：（1）发病部位：也是右侧比左侧多，两上比两下多。

（2）囊肿阴影的特点：囊壁薄如发丝，多发性囊肿大小基本

相近，囊肿可错综重叠，类似网状结构，囊肿内外缘均光滑，周围清晰，与支气管交通的囊肿可先在胸片上表现出来，并逐渐扩大和增多。本例的病变及其发展过程与此相符。(3) 囊肿多因反复感染而合并支气管扩张，其周围肺组织，可因炎症侵袭，结缔组织广泛增生，最后产生肺纤维性变，肺面积缩小，横膈位置抬高。本例右侧横膈位置抬高，并无肺不张，故考虑亦系肺纤维性变所致。此病肺门淋巴结不肿大，这点与本例不符，但本例两肺有广泛干湿罗音，说明肺部有严重继发感染，从而导致肺门部淋巴结肿大。

根据以上分析，本例的临床诊断是：(1) 先天性多发性肺囊肿症合并感染，左下胸膜肥厚，可能合并支扩。(2) 阻塞性肺气肿，呼吸功能不全。(3) 肺原性心脏病合并冠心病、全心衰竭。(4) 矽肺待排除。

患者猝死的可能原因有：(1) 窒息，本例呼吸功能不全，虽有严重肺部感染，但意识一直清楚，咳嗽反射存在，且临终前无痰鸣声，故可排除。(2) 其次考虑心源性脑缺血综合征，患者突然有抽搐，下颌呼吸、心跳停止，因此考虑此征可能性大。由于患者有冠心病，随时可发生心搏停止，加之长期卧床、缺氧等因素，可导致血液淤滞，血液凝固性增加，从而易形成血栓，而招致肺栓塞。肺栓塞是猝死最常见的原因。至于本例是否有肺栓塞或心肌梗塞，有待病理确定。

病理报告及讨论

病理检查所见：尸体身長1.6米，营养、发育中等，皮肤无黄疸、出血，唇轻度紫绀。胸腔与两肺广泛粘连，两肺表面粗糙均失去光泽、两肺体积较正常稍大、质松软，胸膜

增厚且粘连，尤以两肺下叶更为明显。两肺剖面见右肺中上叶、左肺上叶及下叶上部均成蜂窝样，囊腔大小较为一致，直径约1~1.5厘米。囊腔内壁光滑含气，大部分囊腔与支气管不相通，分布也无一定规律。支气管内膜充血、粗糙，较肥厚均有支气管扩大的病变。小部分囊腔亦与支气管相通。囊腔之间亦见肺组织呈现气肿状态，摸之有棉花团之感。两肺下叶郁血水肿呈暗红色。于肺门部可见约蚕豆或扁豆大小的淋巴结2~3枚，剖面均呈灰黑色。左肺动脉有一个直径0.6~0.8厘米大小的血栓性栓塞呈完全阻塞。镜下两肺上中肺叶肺部分呈蜂窝样，其支气管囊肿呈圆形或椭圆形，囊内壁被覆单层纤毛柱状上皮，粘膜下无软骨及腺体，而平滑肌显示增生增厚，大部分囊壁无炭末色素沉着但伴有少许炎症细胞浸润，小部分囊壁可见炭末色素沉着。囊肿周围常被气肿之肺泡所包绕。两肺下叶郁血、水肿，少数肺泡腔中可见红细胞渗出。各肺叶尤以下肺叶的较大支气管壁粘膜显示鳞状上皮化生，粘膜下未见到明显软骨与腺体的破坏，可见粘膜下结缔组织增生，间质血管充血，有单核细胞及淋巴浸润，其间有较多的炭末色素沉着。支气管扩张病变附近肺泡呈现气肿与萎缩交织分布。肺胸膜显示纤维性增厚，伴有大量炎症细胞浸润。左肺肺动脉完全被混合性血栓所阻塞。肺门淋巴结的淋巴窦壁细胞吞噬有大量炭末色素，间质有淤血及结缔组织增生。心脏增大，比死者左手拳头大。心室壁厚1.5~2厘米，其中右室壁较厚为2厘米，两心腔扩张，内膜光滑，但三尖瓣膜增厚。左冠状动脉开口呈哆口状，管壁增厚。左右冠状动脉弯曲，呈灰白色、探针探查见完全阻塞象征。心肌切面纹理清晰、未见梗死灶。镜检：心肌纤维部分断裂、心肌纤维间出现散在性局灶性渗出性出血，间质充血及炎症细胞

浸润。左冠状动脉距开口3厘米处组织显示动脉管腔狭窄（Ⅱ度狭窄），狭窄管壁之一侧可见动脉粥样病灶，于内膜下病灶内可见类脂质及钙盐沉着，内膜抬起、增厚，致使管腔狭窄，管腔直径约50%左右被粥样病灶所阻塞。胸主动脉内膜轻度粥样硬化。脾髓小动脉硬化。肝慢性淤血脂变（槟榔肝）。其他内脏除淤血外无特殊发现。中枢神经系统及泌尿生殖系统未检查。

病理诊断：（1）两肺支气管囊肿（蜂窝型）并发支气管扩张症及慢性阻塞性肺气肿伴肺淤血水肿、胸膜广泛粘连导致肺原性心脏病、慢性肝郁血脂变及全身内脏淤血。（2）冠状动脉、主动脉及脾细小动脉硬化。（3）左肺动脉血栓性栓塞。致死原因：在冠状动脉硬化性心脏病的基础上并发慢性肺原性心脏病及左肺肺动脉血栓性栓塞导致心力衰竭致死。

支气管囊肿与支气管扩张在病理与临床方面均有相似之处，但两者有区别，现列表说明如下：

	支 气 管 囊 肿	支气管扩张症
好发部位	右肺上叶常见，左肺上叶次之。	左肺下叶常见。
病变分布	肺小叶及细叶支气管受累明显。分布不规则。	肺段支气管受累明显。病变沿支气管树规律分布。
大体病变	囊肿大小均匀较一致，囊腔内壁光滑，清淨，亦可呈闭塞性粘液囊肿，常并发肺气肿，肺胸膜光滑。	支气管腔扩张粘膜粗糙肥厚凹凸不平、可有脓液积蓄，囊腔大小不一，肺胸膜失去光泽、常有广泛纤维化。
镜下病变	囊腔内壁为纤毛柱状上皮被覆，腺体、软骨、肌肉很少被炎症破坏，炎症细胞浸润不明显，囊壁周围无炭末色素沉着。	支气管腔壁各层炎症破坏明显上皮鳞化缺损、炎性肉芽组织替代，伴有管壁大量炎症细胞浸润。肺胸膜增厚纤维化。
X线造影摄片	囊腔大小均匀一致、伴有肺气肿。	囊腔大小悬殊。
临床症状	轻微，大咯血少见或无。	严重，大咯血常见。

病理变化特征小结：根据本例病变特征，病变主要在两肺上叶呈蜂窝样改变的囊肿，大部份囊肿不与支气管相通，炎症不明显等特点符合支气管囊肿的诊断，但也存在较大支气管炎症浸润，肺间质及肺胸膜明显慢性炎症。部分囊肿与支气管相通，囊壁有炭末色素沉着等特征符合支气管扩张的病理诊断。所以笔者认为该病例是支气管囊肿合并支气管扩张症，在此病变基础上反复发作导致慢性阻塞性肺气肿，最终形成肺原性心脏病造成致死原因之一。但是在临终前突然抽搐、下颌呼吸，迅速发生心跳呼吸停止，这是由于在原有冠心病基础上并发左肺动脉血栓性栓塞引起广泛性肺动脉及冠状动脉反射性痉挛、心肌缺氧、心肺功能突然衰竭。因此致死原因是在冠心病基础上又有慢性肺原性心脏病并发左肺动脉血栓性栓塞双重因素，而后者可能是直接导致猝死之原因。

经 验 教 训

一、先天性多发性肺囊肿症虽为先天性疾病，但有时出现症状较晚，据文献报导可晚到五十岁才出现症状而被发现，因此往往被误诊为其他慢性弥漫性肺部疾患，特别是由于病灶多在两上肺出现透亮区，更易误诊为肺结核，本例在三个医院诊断为肺结核，足以说明此点，应引起警惕。

二、对矽肺的诊断必须有可靠的矽尘接触史，最好实地调查，不能轻信患者所提供的职业史。

三、对老年人的阻塞性肺部疾患，除考虑肺心病外，应多考虑合并冠心病的可能，本例经尸检证实合并冠心病。

（陆蕙君 蔡德巍执笔）

——原载于 8(1):34~36, 1982

神志丧失、抽搐、左侧偏瘫

南京军区总医院 神经内科 病理科

病 历 摘 要

患者，男，66岁，农民。因突然神志丧失，伴左上肢抽动2小时，于1978年4月24日由本院外科转入神经内科。

现病史：患者因急性尿潴留四天入院，诊断为良性前列腺肥大，于1978年4月19日在局麻下行耻骨上膀胱造瘘术。4月23日出现精神抑郁，举止迟缓，言语不清，但肢体尚有力。24日下午突然神志不清，左上肢出现抽动，双目向左凝视，继之全身抽动，约3分钟后缓解，处于嗜睡状态。有喷射性呕吐三次。当时血压为230/110。检查右鼻唇沟浅，左侧肢体轻瘫，颈稍有抵抗，体温正常，疑为脑血管病或肺癌脑转移。当日下午由外科转入神经内科。

既往史：有高血压病20余年，平素血压170/100左右，未经系统治疗。1976年胸透发现左下肺块状阴影，此后一直咳嗽痰多，无咯血。1978年4月19日入院时的胸片仍见左下肺片状浸润影。22年前因胆结石切除胆囊。

体检：体温37.2℃，脉搏100次，血压170/80，营养发育正常，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结不肿大。二肺呼吸音粗糙，心脏听诊无明显杂音。腹软，肝脾肋下未触及。前列腺中度肿大，质中等，表面有粟粒样结节。神经系统：嗜

睡，有新声，视乳头无水肿或出血，颈稍抵抗，左上肢肌力 0~Ⅱ°，右上肢Ⅳ°，左下肢Ⅲ°，右下肢 0~Ⅱ°；二上肢及左下肢痛觉减退，右下肢痛觉消失；上肢腱反射++，下肢腱反射弱，巴彬斯基征左(-)，右(±)。

实验室检查：血红蛋白 10 克，红细胞 350 万，白细胞 7950，中性 87%，淋巴 11%；血浆白蛋白 3.1 克，球蛋白 3.7 克；血沉：4 月 24 日 87 毫米，4 月 28 日 108 毫米，5 月 9 日 130 毫米；血尿素氮 27.2 毫克%。粪、尿常规正常。咽拭子培养二次有大肠杆菌生长，痰培养有少许大肠杆菌生长，痰中找癌细胞多次阴性。腰穿检查：初压 175 毫米水柱，透明，白细胞 2，红细胞 0，潘氏试验(+)，糖 107 毫克%，蛋白 100 毫克%，氯化物 106 毫当量/升。

脑电图：两半球电波大致对称，各极可见散在较多的 2~3 周/秒 δ 波，波幅 50~100 微幅。头颅超声波：中线居中。心电图见窦性心动过速。

X 线胸片：示支气管肺炎，左下肺片状阴影性质待定。

转入神经内科后给予脱水剂、止血敏、抗感染药物（青、链霉素）、尿激酶治疗。次日神志转清，4 月 26 日起又嗜睡、高热，呈稽留热型，达 39.6℃，大汗，以左半身为主，咳嗽，咳出黄色脓痰。5 月 1 日改庆大霉素静滴。5 月 5 日加卡那霉素肌注。5 月 9 日病人昏迷，出现点头样呼吸，心率 168 次，心音低，二肺湿罗音。5 月 10 日 8 时半呼吸心跳先后停止，抢救无效死亡。

临 床 讨 论

医生甲(南京市神经精神病防治院)：病人的首发症状为发作性左上肢抽搐，然后全身抽，体检有双侧肢体不规则的