

病例讨论

真阴衰竭1例临床病理讨论

上海第一医学院

中山医院

病理解剖教研室

病史摘要

陆××, 男性, 29岁, 工人。因持续高热40余天, 于1978年6月11日入院。

发病在入院前1个多月, 先有全身不适、纳呆, 伴轻度“感冒”症状, 4天后出现畏寒发热, 伴头痛、关节痠痛及左上腹疼痛。在当地医院就诊时发现肝脾肿大。曾使用APC、强的松、青霉素、土霉素治疗, 均未见效。以后多次化验发现白细胞逐渐减少到3800/立方毫米。患者10余年来有“风湿性关节炎”病史。近1年来一直有腰痠疲劳感, 本次起病前有以下河摸鱼史。

入院时体检: 贫血貌, 慢性病容, 体温38.5℃, 浅表淋巴结可触及, 自黄豆至蚕豆大小。肝肋下4.5厘米, 质中等硬度, 边缘钝, 表面光滑, 有压痛。脾肋下10厘米, 质硬, 表面高低不平, 有压痛。

实验室检查: 血红细胞232万/立方毫米, 血红蛋白7.5克%, 白细胞总数3200/立方毫米, 中性粒细胞77%, 淋巴细胞21%, 单核细胞1%; 骨髓检查见骨髓细胞数正常, 有较多的小型异常组织细胞, 占骨髓有核细胞的33%; 骨髓及血培养无细菌及霉菌生长; 口腔拭子培养有念珠菌属生长; 胸部X片无异常发现; 心电图检查为窦性心动过速; 谷丙转氨酶60单位; 其它各项检查结果在正常范围。结合临床所见提示为恶性组织细胞增生症*。

住院经过: 从1978年6月15日开始用化疗, 其中长春新碱总量3毫克, 消瘤芥总量220毫克, 丙亚胺总量500毫克, 氢化考的松总量2200毫克, 强的松总量600毫克。肝脾一度缩小, 但以后又增大, 脾区剧痛, 并出现腹水征。发热曾有所好转, 但以后又增高, 加大激素剂量也难以控制。由于白细胞一直较低, 从7月11日以后停用化疗, 改用以中药为主的中西医结合治疗。治疗过程中, 将激素逐渐减量至停用, 但体温继续升高, 持续在39~40℃以上。由于舌

苔粘腻, 因此采用化湿清热法, 苔腻稍化, 但脾脏仍继续增大; 后改用清热解毒、凉血散瘀法, 脾肿大得到控制, 但体温不退, 血白细胞持续在2000/立方毫米以下。中药加重凉血、清热、散瘀并佐以益气养阴以后, 肝脾明显缩小, 脾区疼痛明显减轻。但因长期高热、营养不足, 一般情况更加衰弱。7月22日发现两肺上、中部出现干罗音, 呼吸急促, 选用青、链、庆大霉素, 以后又改用卡那、林可霉素等治疗, 肺部体征依旧, 呼吸困难明显, 高热40℃以上不退, 舌光红干瘪。7月24日起神志时有不清, 至7月28日完全昏迷, 血压下降, 呼吸时有暂停, 体温(腋下)41.5℃, 于当日下午4点50分呼吸、心跳停止, 经抢救无效死亡。

临床分析

蒋见复医师: 本例的临床诊断比较明确, 主要是恶性组织细胞增生症, 后因并发肺部感染, 死于呼吸衰竭和全身衰竭。本例起病突然, 来势凶猛, 一开始就有持续高热和肝脾肿痛(属血分瘀热), 并有进行性贫血、持续白细胞低等, 病情深重。从中医角度来看, 本例与温热病中的春温, 即发生于春季的伏气温病相类似。以下再讨论三个问题:

1. 对本例持续高热的认识: 这是一种虚实夹杂的发热。从病人的发热与血白细胞数目的高低来看, 白细胞越低, 体温就越高, 病情也越重; 如白细胞稍升高, 则体温就稍降, 病情也有所减轻。从治疗方面来看, 血白细胞高低与处方用药又有联系。凡是用了大队祛邪之剂, 不论是化湿、清热、凉血、散瘀、开窍、

* 目前一般把“恶性网状细胞病”(简称“恶网”)改称为“恶性组织细胞增生症”(简称“恶组”)。

熄风或攻里通下药等,都是越用药白细胞越低,体温越高,而改用大队扶正之剂,也无济于事。只有在扶正与祛邪的比例掌握得较恰当时,特别是采用养阴填精与凉血清透邪相结合的治法时,白细胞才稍上升,体温也稍有下降,病情也见好转。可见这是典型的虚实夹杂发热,肾阴亏损及里有伏热是本例高热的原因所在。古人说:“少阴之虚不能遽复”,而伏邪又非透尽不愈,因此这种发热就比较顽固。

2. 对本例肝脾肿大的认识和治疗:开始由于患者舌苔白腻、渴喜热饮和吃西瓜后即腹痛等,误认为是寒湿(实质上是脾虚),治以温化寒湿法,结果苔腻虽化,但脾脏反有增大趋势。后又误用了黄芪、莪术等偏于辛温的益气破瘀药物,服后一夜之间脾脏即增大1指半,并出现脾区剧烈疼痛,乃立即改用丹皮、赤芍、桃仁、郁金、延胡、枳壳、失笑散等,服第一剂后,脾脏就缩小1指,脾区疼痛也顿减,以后连续用丹皮、赤芍为主,并加用了肿节风、广犀角、鲜生地、石膏、知母等以凉血、清热、散瘀,脾脏很快地从肋下11厘米缩到肋下深部刚可触及,从原来高低不平、坚硬如石、按之剧痛,转为质软、无压痛;肝脏也从肋下6厘米缩到肋下未及、剑突下刚可触及,质也转软。以后我们又以同样原则治疗同类病例多例,获得类似的效果。

3. 治疗原则:肾阴亏损、血分伏热是本例的病根所在,因此治疗必须很好地掌握滋补肾阴和凉血、清热、散瘀的配合比例。要泻中寓补,补中寓泻,并随着病情的演变,治疗也有所侧重,才能使恶组的治疗效果有所提高。这类病人阴液的存亡是生死的关键,所以在祛邪时,必须时刻照顾到保津养液。

病理检查和临床病理讨论

应越英、汤保障医师:尸体发育中等,营养尚可,皮肤苍白,前胸及左腋下皮肤有针尖大到米粒大白痞散在分布。四肢均见散在分布的瘀点、瘀斑,以左上肢、左下肢较为明显。颌下及颈部可扪及黄豆大淋巴结4枚,质中等,

余处浅表淋巴结不明显。

胸腺已萎缩,胸膜薄,双侧胸腔均有少量积液,色淡黄,澄清。心包中有淡黄澄清积液50毫升。心外膜有散在分布的瘀点,左右心腔轻度扩张。镜下见心肌纤维肿胀,左室大片心肌纤维呈空泡变性,间质疏松,间隙增宽,血管扩张。心外膜下、冠状动脉及神经周围、右室心肌间质内均有弥散分布及小灶的异常网状细胞、单核样细胞和淋巴样细胞浸润。乳头肌及左室部分心肌纤维断裂,乳头肌内见小灶纤维化。两肺表面光滑,色暗红,质地不匀,切面见两肺各叶均散在分布有灰白色点状实化灶,右上肺有小片灰白色实化灶和不规则出血灶,气管及支气管粘膜略粗糙淤血,肺门淋巴结黄豆到蚕豆大。镜下检查,右上肺组织内有片状不规则形出血性梗死灶。梗死灶内及其附近的中、小血管腔内塞满含有大量白细胞、坏死组织和霉菌菌丝的血栓。其余的肺组织淤血明显,伴灶性水肿和小脓肿形成,脓肿内见有较长的霉菌菌丝,有明显分隔和锐角分支,并有多量孢子可见。但也有部分菌丝较粗,外形不规则,边缘不整齐,有扭曲折叠现象,且偶可找到直角分支(经PAS和Grocott特殊染色阳性)。

腹腔内有少量淡黄色澄清液体。肝在锁骨中线未过肋缘,剑突下2厘米;脾下缘未超过肋缘。肝脏重2250克,质地软,包膜紧张,舌叶有黄豆大出血灶一个。镜下见肝窦扩张,肝细胞索略呈萎缩,肝窦及汇管区见异常网状细胞浸润,细胞大小悬殊,细胞形态变化多端,胞浆一般较丰富,部分染色呈嗜碱性,部分呈嗜酸性;胞核呈不规则圆形或分枝状,偶见双核,核染色质细致或呈网状,核仁隐显不一。此外,尚可见体积甚大、外形颇不规则的多核型异常网状细胞,大部含3~6个核,浸润灶的细胞中尚可见外形象淋巴细胞、核呈圆形的淋巴样网状细胞和核折叠弯曲、形如单核细胞的单核样淋巴细胞。肝组织内的细胞浸润灶大部呈散在分布的肉芽肿性病灶。肝细胞肿胀变性,伴小灶性坏死,枯否氏细胞增生(图1,图在封三,

下同)。肝左叶及舌叶各有一个不规则形的出血性梗死病灶,但其中结节状细胞浸润灶仍清晰可见。

脾脏重 650 克,包膜紧张,切面色暗紫红,小梁及淋巴滤泡结构不清,可见散在分布不规则片状的出血灶。镜下见脾组织内弥漫分布肉芽肿性病灶,其中可见异常网状细胞、淋巴样细胞和多核巨细胞(图 2),病灶内尚可见纤维细胞和一定数量的胶原纤维(图 3)。红髓中脾窦高度扩张、淤血,其中有散在的异常网状细胞浸润。此外,脾组织内有散在分布的不规则坏死灶,部分为贫血性梗死,周围有充血、出血反应带。上述坏死灶附近的中、小动脉腔内可见含有较多异常网状细胞成分的血栓。

内脏淋巴结均明显肿大,镜下见弥漫分布的肉芽肿性病灶,病变与肝脾所见相同(图 4)。骨髓造血组织稀疏,成熟型及幼稚型白细胞均较少,红细胞较多,其中有散在分布的异常网状细胞浸润(图 5)。

食道粘膜下血管扩张、淤血,并可见小堆异常网状细胞及淋巴、单核样细胞浸润。在胃小弯侧胃粘膜见绿豆大小浅表溃疡 2 个,幽门区小弯侧见绿豆大浅表溃疡 1 个。镜下见溃疡区粘膜及粘膜下层局部区域组织坏死、脱落,并有慢性炎症细胞浸润,粘膜下层血管扩张、淤血。小肠、大肠的固有膜内可见慢性炎症细胞浸润,粘膜下层血管扩张、淤血。胰腺间质血管扩张。小肠腔内有蛔虫 3 条。

肾脏包膜紧张外翻,双侧皮质均厚 0.3~0.8 厘米,皮质条纹较模糊。镜下见两肾间质血管扩张、淤血,曲管上皮细胞肿胀变性,部分曲管上皮钙化,肾实质可见灶性或片状异常网状细胞、淋巴样及单核样细胞浸润。

两侧肾上腺共重 12 克,皮质厚 0.2 厘米,镜下见包膜血管及血窦扩张、淤血,球状带明显缩小,细胞内类脂空泡减少,肾上腺皮质内有小灶性异常网状细胞和淋巴样、单核样细胞浸润(图 6)。

(本例的病理诊断如下: (1) 恶性组织细胞

病。异常网状细胞弥漫浸润肝、脾、骨髓、全身淋巴结、肾、肾上腺、心肌间质、心外膜及食道粘膜下层。肝、脾中小动脉内瘤细胞栓塞,致肝、脾梗死。(2) 两肺淤血、灶性水肿及曲菌性小脓肿形成,伴右上肺霉菌性脉管炎,血栓形成致肺出血性梗死。(3) 心肌纤维肿胀、变性,左、右心室轻度扩张。(4) 胃体及幽门区小弯侧多发性浅表溃疡(3 个)。(5) 肠蛔虫寄生。(6) 骶尾部褥疮。

对病理检查中的几个问题作简要讨论如下: (1) 本例诊断为恶性组织细胞病的依据充足。但是,在脾及淋巴结肉芽肿性病灶内纤维化较为明显;临床上又见到肝脾明显地缩小,质地也由硬而变软。这些变化可能与中医中药的治疗有关,这一点值得注意。(2) 本例霉菌感染主要为曲菌,也可能有毛霉菌的混合感染。(3) 右上肺霉菌性脉管炎、血栓形成致肺出血性梗死,而肝脾之梗死仍由异常网状细胞浸润、中小动脉内瘤细胞栓塞所致。(4) 死因为:恶组和肺部霉菌感染等多种因素而造成全身衰竭。

戴豪良医师:这是一例肾精先亏、寒邪内伏,又受新感诱发的伏气温病的典型病例,最后死于“真阴衰竭”。中医理论中的“阴”、“真阴”的本质究竟是什么?“阴虚”、“真阴衰竭”的病理基础又是什么?这是需要搞清楚的问题。本例的病理检查结果已向我们展示了一例典型“真阴衰竭”病理变化的全貌。这些变化涉及的脏器、组织非常广泛,现在分别讨论如下:

1. 肝脏。肝内除见到异常网状细胞浸润灶以外,还可看到肝淤血、肝窦扩张,肝细胞索略呈萎缩、肝细胞肿胀变性,枯否氏细胞增生,有散在分布的小灶性肝细胞凝固性坏死,肝左叶及舌叶还各有一个出血性梗死病灶等。肝内病变是比较显著的,但临床上肝功能检查尚不能很明显地得到反映。我们还分析了本院其它 25 例阴虚病例(中医辨证有肝肾阴虚、肺肾阴虚、气阴两虚等,西医诊断有肝炎后肝硬化、肺结核、骨髓瘤、白血病等)的病理检查

结果, 可以看到, 他们的肝脏也有不同程度的变性、坏死等损害。因此, 肝脏的一些病变可能是阴虚病理基础的主要组成方面, 尤其是在严重阴虚病例, 肝脏病变在阴虚的发生发展中起着一定的作用, 这方面值得我们今后进一步分析和研究。

2. 肺。本例病人有两肺淤血、水肿、霉菌性小脓肿、血栓所致的出血性梗死等变化。综观本院其它 25 例阴虚病人的肺部也都有不同程度的炎症、郁血等病变。肺与阴虚之间的关系值得加以探讨。中医认为“肺”病久必要及“肾”, 由肺脏不同的病变(如肺结核、老年慢性支气管炎、肺气肿等)而致肺肾阴虚的病人, 肺部病变是因, 阴虚是果。而肝肾阴虚、真阴衰竭等病人的肺部病变就不是因, 它可能是阴虚发生发展中的另一个主要组成部分。肝和肺这两个脏器的病变在阴虚病例病理变化中是最突出而引人注目的, 这是我们研究“阴虚”时, 不应忽略的两个重要脏器。

3. 胃肠道。本例胃部有 3 个浅表性溃疡, 胃肠道粘膜固有层内可见慢性炎细胞浸润, 粘膜下层血管扩张、淤血。其它 25 例阴虚病例的胃肠道检查结果表明, 有胃溃疡 8 例, 小肠溃疡 2 例, 胃粘膜糜烂出血 1 例, 胃肠粘膜渗出性出血 6 例, 胃肠粘膜炎细胞浸润和水肿 7 例, 慢性萎缩性胃炎 1 例。在其它与以上 25 例的西医诊断相似, 但阴虚不明显而死于血瘀等原因的 8 例病人的病理检查中, 未发现胃肠道溃疡, 仅有 2 例有胃肠道粘膜水肿和一些炎症细胞的浸润。这似可提示, 阴虚病例的胃肠道病变也是较为突出的。本例的舌象是光剥红绛舌, 光剥苔的切片检查与胃肠道病变极为相似, 所以阴虚光剥舌象似可反映胃肠道相应的典型病变。

4. 各脏器淤血情况。本例除胃肠道、肝、肺有明显淤血外, 心、脾、肾、肾上腺等重要脏器均有不同程度的淤血, 它们的功能均有不同程度的衰退。阴虚红绛舌的切片检查可见固有层毛细血管扩张、管腔内充满红细胞, 这与全身各脏器淤血是相一致的。所以, 红绛舌象

在某种情况下, 可能是全身脏器淤血、功能减退的一个临床征象。

5. 其它。左、右心室轻度扩张, 心肌纤维肿胀、空泡变性、断裂, 肾曲管上皮细胞肿胀变性, 肾上腺皮质轻度萎缩, 胸腹腔、心包腔积液等, 均是本例真阴衰竭病理图象的组成部分。这在其它 25 例阴虚病例中也有不同程度的相似表现。此外, 性腺的萎缩也较常见, 这一点也值得引起我们注意。

综观本例的整个病理图象, 可以得到这样一个印象: 阴虚不单纯是机体营养不良、体液或有效循环血量的不足, 也并非单纯是神经—内分泌调节障碍。阴虚是机体对内外环境等致病因素作用的适应、代偿变化的全身性综合状态的概括和抽象, 它有一个从全身充分动员到逐步衰竭的发生发展过程。它的成因不能归咎于某一脏器的变化。

阴虚也有心、肝、肺、肾(胃)阴虚之分, 它们的病理学基础可能不尽相同。真阴衰竭是指一身之阴的衰竭, 可能比其它各种阴虚所包括的面要广、对全身的影响要更深一些。对于阴虚的实质问题, 还需进一步积累资料才能加以阐明。

姜春华医师: “恶组”是血液系统的恶性肿瘤, 据国内外文献报道, 除个别病例有暂时缓解外, 绝大多数在发病后 3 个月内死亡。中医疗效也不理想。通过中西医结合治疗, 本病的疗效有所提高。本例因并发严重肺部感染而于入院后 1 个多月就死亡, 疗效是不够理想的。但有一点值得注意, 早期中药治疗对缩小肝脾有明显效果, 从本例病理检查结果提示中医中药的治疗可能会减轻肝、脾等脏器的病变, 而病灶内纤维化较为明显, 也说明中西医结合治疗所取得的疗效是有其形态学依据的。要进一步提高临床疗效, 还必须加强中医基础理论的研究。只有把阴虚、真阴等本质搞清楚, 临床研究的思路才能更开阔, 治疗手段将会更多样化, 疗效就会更加好了。

陈泽霖医师: 今天的临床病理讨论很有收获, 既总结了临床治疗中的经验和教训, 又从

病理学角度探讨了“真阴衰竭”的实质。本例长期持续高热在 39~40℃ 以上 (临终前体温高达 42℃), 温病化火, 耗灼阴液, 舌象转为光红而干瘪, 进一步出现“真阴衰竭”而死亡。过去的概念, 认为“阴”主要是体内一些重要物质, 包括水、血液、体液、维生素及其它一些未知重要物质, “阴虚”即指这些物质的缺乏。但从这次病理形态学研究中, 发现阴虚还有其它内脏器官的器质性病变, 包括肺、肝的炎症、淤血, 胃肠道粘膜的糜烂或溃疡, 以及全身各脏器的淤血、萎缩。这在我们未进行病理学研究前是无法知道的。因此我认为用病理形态学方

法研究中医基本理论, 冀能阐明中医各种“证”的实质, 较之其它方法更直接、更客观、更可靠。我们过去已发表了二篇中医临床病理讨论, 引起了全国广大同道的很大兴趣, 说明这项工作已收到一定成效。我们的工作还是比较粗浅的, 今后拟有计划地进一步加以深入, 重点对临床上较典型的中医证型和辨证依据加以研究, 使中医的术语都能从病理形态学角度逐步加以阐明, 并与兄弟单位从生理、生化、病理生理、免疫学等方面的研究互相印证、互相启发和渗透, 共同前进。

(陈泽霖、戴豪良整理)

氩-氖激光穴位照射治疗婴幼儿腹泻 100 例

江苏省徐州地区医院针灸科 张育勤 常秀兰

婴幼儿腹泻是 2 岁以下小儿的常见多发病。我科自 1978 年以来采用氩-氖激光器穴位照射治疗 100 例, 临床取得较满意效果, 现介绍如下。

一、一般资料: 本组 100 例均为我院及他院西医儿科临床检查及粪便化验确诊者, 其中男 49 例, 女 51 例; 年龄最小为 7 个月, 最大为 2 岁; 病程最短为 7 天, 最长为 2 个月。母乳喂养者 31 例, 人工喂养者 39 例, 混合喂养者 30 例。

二、治疗方法: 用南京工学院、江苏省江阴电子仪器厂共同生产的氩-氖 741 型激光器。输出功率为 7 毫瓦, 光为可见红色光, 光斑直径 4 毫米, 面积为 12.56 平方毫米, 波长为 6328 Å。

取中脘、天枢、足三里、神阙、长强为主穴。腹胀者加气海穴, 呕吐加内关穴, 发热加曲池穴, 稀水便次多者加水分穴。每天上下午各照射治疗 1 次, 激光束导光纤直接接触皮肤穴位, 每穴照射 5 分钟。

三、疗效结果: 经治疗后, 大便次数每日少于 2 次, 粪便性状正常者为痊愈 97 例; 腹泻次数减少一半以上, 粪便性状改善者为有效 2 例; 治疗前后腹泻次数和粪便性状无改善者 1 例。总有效率为 99%。痊愈者治愈时间平均 2.3 天, 平均治疗次数为 5 次。

四、典型病例: 王××, 女, 18 个月, 母乳喂

养。患儿腹泻蛋花样粪便每天 8~10 次已 2 月余, 曾在当地医院治疗内服新霉素、小儿消化散等药物, 效果不显, 于 1981 年 7 月 10 日来我院儿科就诊, 经检查和粪便化验, 确诊为婴幼儿腹泻 (消化不良性), 转来我科作氩-氖激光穴位照射治疗。患儿形体瘦弱, 面黄, 精神不振, 食欲不振, 大便稀薄, 每天 5~6 次, 伴有不消化之奶瓣。四肢不温, 舌质淡苔薄, 脉濡软无力, 按以上方法取主穴每天照射治疗 2 次。治疗 2 天后, 腹泻次数减少到 3~4 次, 加气海穴, 继续治疗 3 次后, 患儿食欲好转精神改善, 大便减为每天 1~2 次, 粪便性状正常, 1 月后随访无复发。

五、体会与讨论: 婴幼儿腹泻, 中医多属脾虚泄泻。多因幼儿形体未充, 脾胃薄弱, 易感外邪, 乳食不节, 脾胃运化失常。取中脘、天枢穴以调整胃肠气机, 使运化、传导恢复正常; 足三里、气海穴通调脾胃气机, 使脾胃气机得运, 腹泻腹胀可止。长强穴是治疗腹泻的经验穴, 神阙能温补脾阳, 曲池退热, 内关和胃止呕, 水分穴敛肠止泻。

婴幼儿内服药物有一定困难, 针刺穴位因有疼痛而不能很好合作。而激光穴位照射治疗无痛苦, 疗效又好, 婴幼儿易于接受, 颇为患儿家长所欢迎, 值得临床应用推广。

真阴衰竭 1 例临床病理讨论 (插图)

(正文见 50~54 页)

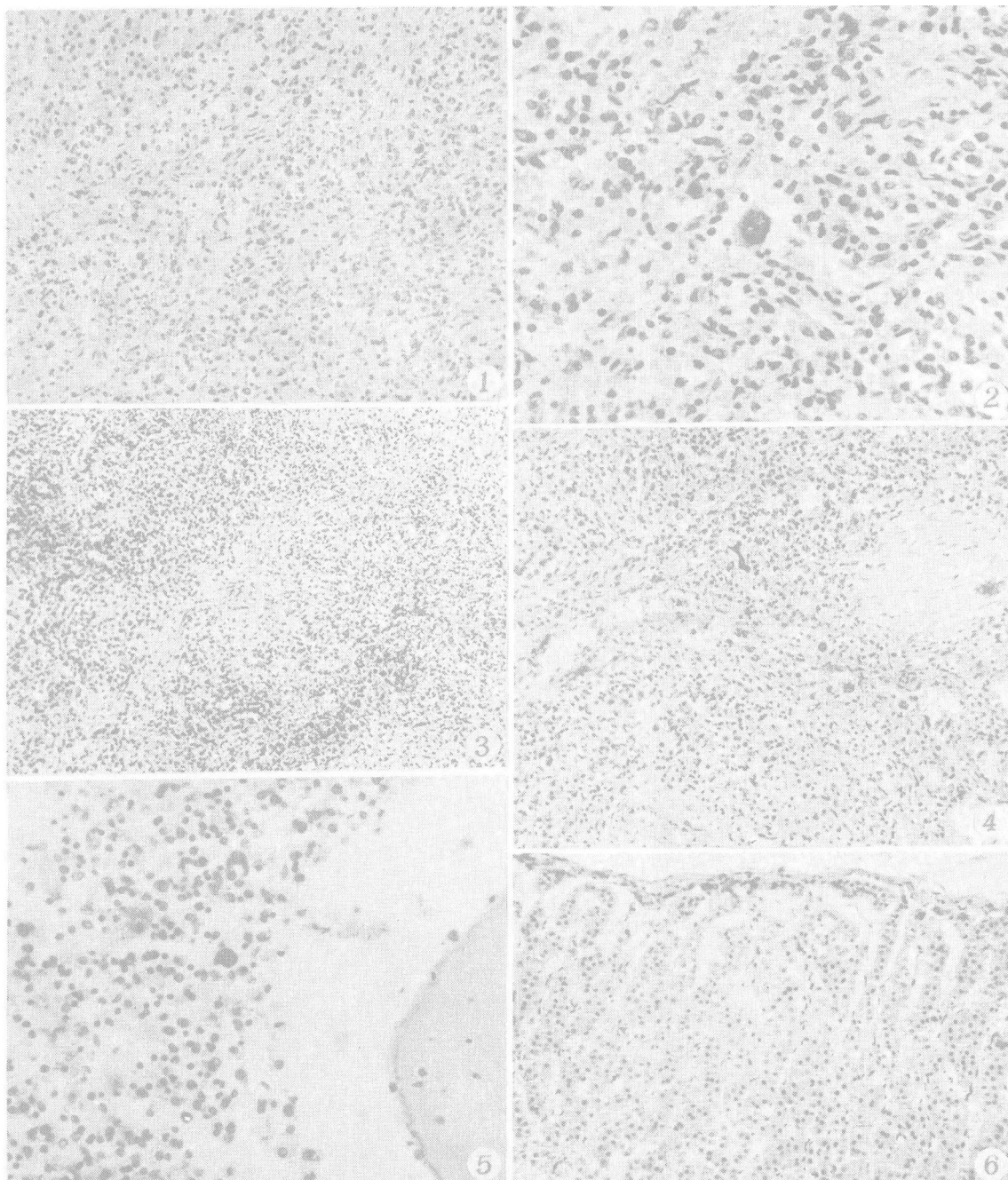


图 1 肝脏。异常网状细胞浸润;肝细胞肿胀变性,伴灶性坏死。(HE $\times 480$) 图 2 脾脏。组织内弥散分布肉芽肿性病灶,其中可见异常网状细胞。(HE $\times 1200$) 图 3 脾脏。病灶内纤维化较为明显。(HE $\times 270$) 图 4 主动脉旁淋巴结。弥散分布的病灶内可见大量异常网状细胞。(HE $\times 960$) 图 5 骨髓。造血组织稀疏,成熟型及幼稚型白细胞较少,红细胞较多,其中有散在分布的异常网状细胞浸润。(HE $\times 1200$) 图 6 肾上腺。球状带明显缩小,细胞内类脂空泡减少。皮质内有小灶异常网状细胞浸润。(HE $\times 270$)