DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.038

胸水远较肝性胸水多见，因此，对伴随于肝硬化的胸水也应注意除外上述其它病因。

肝性胸水的治疗原则与肝硬化腹水基本相同，以保肝、限盐、利尿，提高血浆蛋白为主。本组治疗结果表明，血浆蛋白水平提高较快和腹水消退较快者，其胸水消退亦较快。适量抽放腹水可降低腹内压，减少腹水进入胸腔，亦有助于横膈裂孔闭合。对大量胸水引起呼吸困难、纵膈移位者，可适量抽放胸水以缓解压迫症状。胸腔插管持续引流可在短期内消除大量胸水，但亦有大量丧失体液、电解质、蛋白质和继发感染的危险[1][5]，故应谨慎使用。

参 考 文 献

1. Morrow CS, et al. Ann intern Med 1958;49:193
2. 奥田邦雄，等. 日本医事新报 1967；2261:15
3. 久保保彦. 等.腹水を伴わない肝性胸水を来レた肝硬变症の1例. 日消会誌 1980;77:1464
4. 奥田邦雄，等. 肝臓 1968；9:128
5. Runyon BA, et al. Hepatic Hydrothorax is a Relative Contraindication to Chest Tube Insertion. Am J Gastroenterol 1986;81:566

（收稿：1990.01.11；修回：1990.07.19）

个案与短篇

癌性心包炎1例

杨成明 刘光耀（大坪医院 心肾科）

1 病例摘要

患者，男，41岁。因咳嗽、咳痰2月，咯血3周，心悸、气短2周于1986年12月8日住院。有重度吸烟20年史。查体：T36.2℃，P110次/min，R30次/min，BP17.3/10.7kPa，痛苦面容，口唇发绀，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性，双肺闻及少许哮鸣音，心界双侧扩大，律齐，心音低钝，有奇脉。肝肋下4cm，腹水征阴性。EKG示各导联低电压，胸部X线示心包积液，肺部无实质性病变。心脏B超示中等量心包积液。心包穿刺为血性液体。心包积液4次找到腺癌细胞，痰中也发现腺癌细胞，诊断为肺癌并心包转移。住院47天，心包穿刺12次，穿刺后向心包腔内注入丝裂霉素，同时静脉给予长春新碱，5-Fu，并予以利尿、扩血管等治疗，患者日益衰竭于1987年1月24日死亡。

2 讨论

肺癌并心包转移常被忽视，因此早年认为是少见的，尸检证明肺癌转移至心脏者可高达43.9%～67.4%[1]，其中尤以心包转移为常见[2]。肺癌心包转移的途径有3：（1）癌细胞通过血行进入冠脉而累及心包；（2）癌细胞先转移至纵隔淋巴结再直接侵犯心包；（3）通过淋巴道直接转移至心包。

由于心包转移早期体征隐匿，因此常被忽视而未及时诊断。文献也有以心包积液为初发表现，通过心包穿刺抽液找到癌细胞，并证实为肺癌所致的报告，说明肺癌心包转移早期诊断有一定困难。李厚文等认为肺癌当出现心包积液时，无论在其中是否找到癌细胞，均可视为癌症的直接扩延浸润浆膜所致[3]。

虽然肺癌所致恶性心包炎是属晚期的情况，但若能及时诊断，并于穿刺抽取心包积液后腔内注射抗癌药物，似可延长患者的生命，因此对这类人不能放弃治疗。本例提醒我们对原因不明的心包炎或心包积液，应进行各方面检查，必须尽力明确其病因，以进行针对性的治疗。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

参 考 文 献

1. 王永芳，等。心脏继发肿瘤（附16例报告）。中华内科杂志 1963；11:897
2. Peserson DE. Cancer of the lung. Massachusetts:PSG 1979:127
3. 李厚文。肺癌基础与临床。沈阳：辽宁科技出版社，1984:84

（收稿：1989.07.07；修回：1989.11.21）

嗜酸细胞性腹水1例报告

陈东风 冷恩仁（大坪医院 消化内科）

1 病例摘要

患者，男，44岁。间断腹痛20年，复发3个月于1984年9月3日入院。曾行X线钡餐检查，诊断十二指肠球部溃疡，经间断治疗，症状时轻时重。3个月前腹痛复发，为胀痛，进食后明显，黑色稀便，每日3次～5次，进食脂餐后更甚，无呕吐，3个月来体重减轻10余斤。既往有哮喘和荨麻疹史。查体：生命体征正常，浅表淋巴结不大。心肺无异常。腹平软，上腹部可扪及15cm×5cm包块，质中、活动、轻压痛，肝脾不肿大，无震水音，腹水征阴性。白细胞波动在10～30×10^9/L，嗜酸粒细胞（E）0.40～0.70，嗜酸细胞计数（EC）4～26×10^9/L，粪中发现夏-雷氏结晶、隐血试验（+）、无虫卵。血清总蛋白46g/L，白蛋白25g/L，骨髓嗜酸细胞增多，细胞形态正常。X线钡餐胃内充盈缺损，考虑溃疡恶变。4次胃镜检查均见复合溃疡，活检病理为嗜酸细胞性胃肠炎（eosinophilic gastroenteritis, EG）。12月8日出现腹水，此时，WBC25.6×10^9/L，E0.80，EC20.0×10^9/L。腹水：比重1.013，李凡他试验（+），白细胞计数1.2×10^9/L，EC0.6×10^9/L，蛋白7.0g/L，LDH236U（血LDH564U）。12月5日始服强的松10mg 2/日，1周后腹水消失，WBC9.6×10^9/L，E0.54，EC5.2×10^9/L。1985年1月11日停用强的松。1月13日剖腹手术见胃小弯至胃窦部及十二指肠一、二段有约20cm×12cm×10cm包块，周围粘连未能切除。胃小弯、十二指肠球部各切组织送检，冰冻切片报告为嗜酸细胞性胃肠炎（EG），全层浸润。

2 讨 论

嗜酸细胞性腹水（eosinophilic ascites, EA）常继发胃肠道、腹膜和腹腔内脏器的嗜酸细胞浸润等疾病。腹水中嗜酸细胞明显增高，则称为嗜酸细胞性腹水[1]。本例EA继发于EG。EG为1种与变态反应有关的胃肠道嗜酸细胞浸润性疾病，以粘膜浸润为主者，常伴有上消化道出血、腹泻、吸收不良综合征及蛋白丢失性肠病。肌层浸润，胃肠壁增厚、僵硬、蠕动差，可有胃肠道梗阻表现。浸润浆膜，可发生浆膜腔积液，形成腹水、胸水，甚至心包积液[1][2]。嗜酸细胞在胃肠道弥漫浸润则为弥漫型，若局限形成包块，为局限型，易误诊为肿瘤，尤其要与嗜酸性肉芽肿鉴别，后者组织结构上可见肉芽肿样组织混于结缔组织基质中[2]。该例患者为局限型全层浸润性EG，其嗜酸细胞性腹水（EA）产生主要原因是嗜酸细胞广泛浸润而致渗出。低蛋白血症也是腹水产生的原因之一。腹水性质常介于渗出和漏出液之间。

EA的治疗同EG，以糖皮质激素为首选。多用强的松，每天20mg～40mg，一般7天～10天后，腹水可减少甚至消失，应渐减量至停药，复发可重复使用[1][2]。当激素效果不理想，可加用免疫抑制剂和色甘酸二钠等药物，同时，应纠正低蛋白血症。嗜酸细胞性腹水预后取决于原发病的病情。

参 考 文 献

1. Levinson JD, et al. Eosinophilic gastroenteritis with ascites and colon involvement. Am J Gastroenterol 1977; 68(6):603
2. Cello JP, et al. Eosinophilic gastroenteritis—a complex disease entity. Am J Med 1979; 67:1097

（收稿：1989.07.07；修回：1990.01.09）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net