DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.06.034

中43%血小板计数减低[1][2]。关于两病伴发的机理可能为：1. 自体免疫为两病共同的发病机制。Herman等描述1例血清中有血小板凝集素的病人，当甲状腺次全切除术后转为阴性。另一研究证实在72例甲亢病人中11例血清PAIgG增高，同时伴血小板减少[1][2]，2. 认为甲亢时甲状腺的毒性状态导致血小板减少。Liechty等报道1例ITP与甲亢伴发的年青女性用强的松治疗无效，当行甲状腺次全切除后渐停用强的松，随访18个月无出血症状，血小板正常。故认为甲状腺的毒性状态加剧了ITP，并使后者的治疗特别困难[1][2]。ITP伴发甲亢时应同时积极治疗两病，由于甲亢是ITP的加剧因素，故应在使用肾上腺皮质激素同时或先控制甲亢，从而提高激素对ITP的疗效。当激素治疗无效需作脾切除时，甲亢的治疗也应先于脾切除[2]。本例由于作者对两病伴发的治疗缺乏经验，初期单用激素而未控制甲亢，故疗效不理想，且激素剂量比一般病人为大。以后控制了甲亢，虽激素较快减量并停用，血小板仍维持正常，无出血倾向。

参考文献

1. Adrouny A, et al. Variable presentation of thrombocytopenia in Graves disease. Arch Intern Med 1982; 142:1460
2. Liechty RD, et al. The thyrotoxicosis/thrombocytopenia connection. Surgery 1983;94(6):966

(收稿：1989.4.24；修回：1989.9.21)

围产期心肌病合并羊水栓塞猝死1例报告

叶明福 仇玉福（病理解剖学教研室）

围产期心肌病与羊水栓塞是两个独立的病症，两者同见于一体实属罕见，据所查文献，尚未见报导。现报告1例围产期心肌病合并羊水栓塞猝死的尸检病例。

临床资料

某女，24岁，因妊娠40周入院待产，一胎零产。孕妇于妊娠第36周始有间歇性血压升高，伴头昏痛、眼花及双踝部水肿。血压波动在16.0～22.0/10.7～14.7kPa（120～165/80～110mmHg）。以往体健，无高血压及其它心脏病史。入院查体：发育正常，血压16.0/10.7kPa（120/80mmHg）。身高164cm，体重80kg，营养良好。心肺及胎心听诊正常，血尿常规（－）。入院后第4天血压20.0/14.7kPa(150/110mmHg)，经用扩容、降压及镇静药后，第5天血压17.3/12.0kPa(130/90mmHg)，第6天血压又波动在20.0～22.0/13.3～14.0kPa（150—165/100—105mmHg）。于入院后第7天清晨患者突然头痛、眼花、胸闷、气促、发绀、烦躁，很快出现四肢抽搐，双眼球凝视。约25min后呼吸、心跳停止而死亡。

病理检查

于死后30h解剖。女尸身长164cm，发育正常，营养良好，上半身明显发绀，双踝部以上凹陷性水肿。心脏重365g，心尖钝圆，心肌软而松弛，各房室腔扩张，以左右心室为明显。左室肌壁厚1.2cm，右室厚0.3cm，各瓣膜无异常。两肺饱满，暗红色，左肺452g，右肺557g。肝2210g，包膜紧张，质中，色暗红。脾230g，红褐色。子宫腔内有一女性死婴，胎头未入盆腔。宫体前壁左下方有5.5×3cm及宫体后壁右上角有3.2×3cm的局限性胎盘剥离区，有羊水侵入，并附有陈旧性血凝块。光镜观察：心肌纤维排列整齐，部分显肥大，肌核大而深染、不规则，少数肌纤维则显萎缩，易见灶性或节段性肌原纤维溶解和肌纤维断裂，亦可见一些灶性纤维化（图1），PTAH染色显示心肌横纹不清或

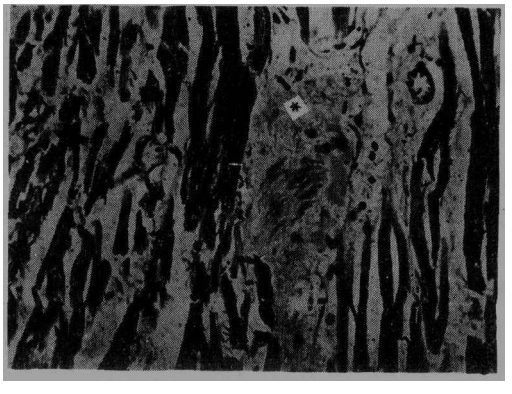


图1 左心室心肌灶性坏死(→)及纤维化(*)与断裂。HE ×200

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

消失。右室深层心肌间有成片的脂肪组织，邻近心肌被分割并受挤压。心肌间质中显水肿及少数淋巴细胞、单核细胞和一些中性白细胞浸润。两肺充血、水肿，肺间质增宽，部分肺泡腔及小血管和毛细血管内可见羊水成分，苏丹染色见右肺中、下叶及左肺下叶上述部位有小团状或小滴状桔红色胎脂成分（图2）。肝、脾及消化道显淤血性改变。

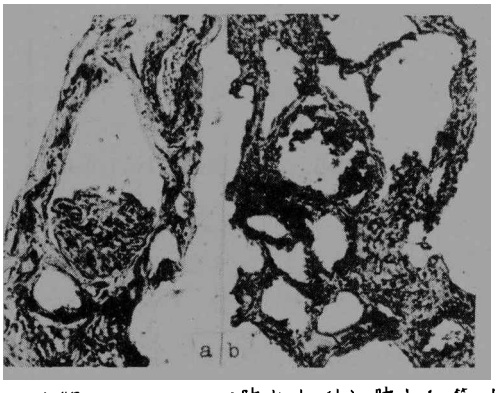


图2 左肺下叶（a）及右肺中叶（b）肺小血管内羊水成分（*），苏丹Ⅲ染色显桔红色。苏丹Ⅲ染色 ×100

讨 论

围产期心肌病是临床上独立存在的以孕产妇心肌为突出损害的原因不明性心脏疾患，属原发性扩张型心肌病，发生在妊娠最后1个月到产后5个月内[1-5]。诊断须排除高血压病、妊娠中毒症、营养不良性心脏病、闭塞性肺动脉高压、风心病及心脏肿瘤等[1][3][4]。本例妊娠前身体健康，于妊娠末期出现间歇性血压升高及轻度妊娠毒血症。尸检发现心脏增大，质软，各房室扩张，左心室尤为明显。镜下主要见心肌纤维显肥大、灶性或节段性肌原纤维溶解、灶性纤维化、少数有萎缩及断裂。根据本例的临床表现及尸检所见，上述疾病可以排除，因本例心肌坏死较明显，又发生于孕妇围产期，故诊断为围产期心肌病，这与文献报告一致[3][4]，

根据本例临床表现及尸检所见，作者考虑本例猝死可能是由于羊水自剥离破损的胎盘处进入母体血流，引起母体过敏反应及广泛的羊水栓塞所致。

参 考 文 献

1. 姚光弼，等。产后心脏病。中华医学杂志 1957；3：185
2. 李炳鑫，等。产后心脏病93例临床分析。中华医学杂志 1974；2：93
3. 王恒润，等。围产期心肌病。中华妇产科杂志 1981；16（1）：18
4. 贺宪武。围产期心肌病。中华内科杂志 1984；23（7）：448
5. Desmond G Peripartum Cardiomyopathy. Prog Cardiovasc Dis 1985; 27（4）：223

（收稿：1989.7.8，修回：1989.8.27）

前列腺恶性中胚叶混合瘤1例报告

朱英桂（病理解剖学教研室）

柳风轩（西南医院 病理科）

前列腺恶性肿瘤，以癌多见，肉瘤发病率较少，国外报导占前列腺恶性肿瘤的0.1～0.5%，国内报导约占16.7～36.1%[1]，但以横纹肌肉瘤、纤维肉瘤、平滑肌肉瘤和恶性神经鞘膜瘤、恶性淋巴瘤为主[2]。而发生于前列腺的恶性中胚叶混合瘤，就我们查阅到的文献，尚未见报告，在外检工作中我们遇到1例，现报告如下：

李××，男性，49岁。因夜尿增多，排尿困难1月，加重伴血尿10+天入院。1月前，出现无诱因夜尿增多，3～4次/夜，同时出现排尿困难，射程变短。近10天来，上述症状加重，出现尿急、尿频，4～5次/h，尿线分叉变细，并出现全程无痛性血尿，有时伴有血凝块排出。5天前小便完全不能排出，以急性尿潴留急诊入院。

入院检查

一般情况尚可，心、肺（－）。专科检查：双肾未触及，无压痛、叩击痛。前列腺Ⅱ°肿大，以右侧为甚，中央沟消失，表面欠光滑。手术发现，

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