DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.06.033

(-),HBSAg(+)。心电图、胸部X线检查正常。B超提示肝脾肿大，脾内不均质回声块影考虑脾脏肿瘤。CT检查显示肝脾肿大，“脾梗死”。肝同位素扫描发现肝脏弥漫性肿大，脾脏不显影。骨髓检查报告为增生性骨髓象，未见异常细胞。手术中见肝脏为细结节性肝硬变，无腹水。脾脏肿大20×20×15cm³，紫黑色，质硬，与隔肌、腹壁粘连。腹内未扪及肿大淋巴结。行脾切除和胃冠状静脉结扎术。病理诊断：脾脏非何杰金氏淋巴瘤（弥漫型，小淋巴细胞型），脾门淋巴结无转移。术后半年随访，食欲正常，体重增加，胜任轻体力劳动。B超见肝脏肿大，血象正常。

讨　论

非何杰金氏淋巴瘤是淋巴网状系统恶性肿瘤，大多原发于淋巴结，约14～25%原发于淋巴结外器官，如咽部、胃肠道，皮肤，骨骼等处。原发于脾脏很少见，但是脾脏原发性恶性肿瘤以恶性淋巴瘤最为常见。

本病早期无特异临床表现，术前确诊困难。40岁以上多见，男性多于女性。84%有脾脏肿大[1]，本例脾脏虽大，但脾功能亢进不明显，同位素扫描脾脏不显影，似有别于一般脾肿大。B超、CT、脾动脉造影可帮助诊断，按Ahman[1]分期本例属1期，肝脏肿大可能与本例无关。

本病原发于淋巴结外器官的预后优于原发于淋巴结者，早期手术切除效果较好。长期存活与早期诊断有关[2]。放疗和化疗对晚期病例有效，但化疗与肿瘤术后复发无关[2]。

参 考 文 献

1. Ahman DL, et al. Malignant Lymphoma of the Spleen. Cancer 1966;19:461
2. 姚善谦，等。非何杰金氏淋巴瘤存活5年以上22例临床分析。解放军医学杂志 1987;12:134

（收稿：1989.4.11；修回：1989.7.21）

原发性血小板减少性紫癜伴发甲状腺机能亢进症1例报告

王庆余　汪坤鎔　张新华（新桥医院　内科）

我院曾收治1例原发性血小板减少性紫癜（ITP）伴发甲状腺机能亢进病人，报告如下：

患者女性，30岁。因月经量增多1年余，全身皮肤紫癜1月伴鼻衄、牙龈出血8天入院。近1年有易饿，食量增加，怕热出汗。查体：体温36.8℃，脉博90次/min。无消瘦及突眼。全身皮肤见散在瘀点、瘀斑。双侧甲状腺Ⅰ°肿大，质软，闻明显杂音。心率90次/min，律齐。双手有细震颤。余（一）。实验室检查：Hb88g/L，WBC6.2×10⁹/L，分类正常，BPC18×10⁹/L（以后多次复查均在30×10⁹/L以下）。束臂试验阳性。肝肾功能正常。抗核抗体阴性，血狼疮细胞两次阴性，抗人球蛋白试验阴性。骨髓象：巨核细胞188个/1.5×3cm²，分类有明显成熟障碍。血小板抗体PAIgG（放免法）83.9fgPAIgG/血小板（正常值<13）。

病情演变及治疗经过

患者有月经量多，全身皮肤瘀点瘀斑伴鼻衄、龈血，多次查血小板低于30×10⁹/L，骨髓示巨核细胞明显增多及成熟障碍，PAIgG明显增高，故可确诊为ITP。由于出血为主要矛盾，入院后即使用强的松30mg（后增至60mg/日）口服，氢化考的松200mg/日静滴治疗，2周后出血未减轻，血小板仍低于30×10⁹/L，并出现肉眼血尿，故改用地塞米松3mg，3/日，多次输注新鲜全血，此后血小板持续上升，2周后稳定在80～212×10⁹/L，出血症状完全消失，复查PAIgG降至9.86。住院期间患者脉博一直100次/min以上，头发皮肤潮湿，怕热。作甲状腺功能检查：血清$T_3$1.93nmol/L(125ng%)，$T_4$180.6nmol/L（14μg%）（正常值：$T_3$1.08～3.08nmol/L，$T_4$73.53～101.25nmol/L）。放射性同位素^{131}I甲状腺功能检查示甲亢。用他巴唑30mg/日治疗，心率控制至正常，怕热，出汗明显减轻，多次查血小板计数正常。出院后地塞米松渐减量并停用，以他巴唑5mg/日维持，患者无甲亢及出血症状，血小板计数持续正常。

讨　论

ITP伴甲亢国内较少报告，但国外报告较多，Marshall等统计ITP病人中至少14%有潜在的甲亢；反之，Kurata等指出在未经治疗的甲亢病人

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

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（一）。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

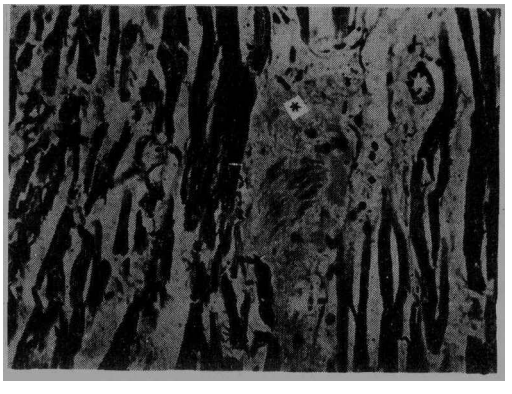


图1 左心室心肌灶性坏死(→)及纤维化(*)与断裂。HE ×200

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