DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.025



图2 曲细精管内精原细胞稀少，有的呈腺样排列，界膜增厚及玻变。 HE×210

讨 论

睾丸活检适用于无精子症、少精子症、隐睾固定术后，精索静脉曲张术后及结核等情况。睾丸大小、激素检测及精道造影正常而无精子者，经活检多可明确诊断。

睾丸活检分为开放性和闭合性二种。切开活检具有取材多，确诊率高等优点，但毕竟有手术之痛苦，一些病人不乐意接受，我科应用Tru-Cut针作睾丸穿刺活检的方法，经过三年28例（次）的临床观察，认为具有操作简单，穿刺成功率高、无并发症，病人乐于接受等特点，适于广大基层医务工作者推广应用。

病理组织学诊断给临床治疗和预后的判断提供了一定的病理形态学基础。穿刺组织的量可以满足睾丸病变的诊断。本方法不仅能用于不育症睾丸的检查，也可对睾丸的其它病变及肿瘤作出比较明确的病理诊断。

慢性重型肝炎病理与临床诊断的探讨——附84例死亡病例分析

汪耕祥 谢 青（第二附属医院 传染科）

慢性重型肝炎（简称慢重肝）在重症肝炎中，发病率最高、存活率最低、病情最复杂，至今尚缺乏完善而具体的、统一的诊断标准。兹就我院84例慢重肝死亡病例的肝脏病理资料，结合临床，进行分析，以期对慢重肝的诊断标准作进一步的探讨。

病理与临床资料

一、一般资料 本组病例均符合肝炎防治方案中所制订的慢重肝的临床或病理诊断标准，所有病例均因治疗无效而死亡。81例中51例临床与病理均诊断为慢重肝；17例病理诊断为亚急性肝坏死，临床诊断为慢重肝；15例临床诊断为亚急性重型肝炎、1例诊断为急性重型肝炎，而病理诊断为慢重肝。84例中男性72例、女性12例。平均年龄为41.8岁。乙型肝炎病毒标记阳性者69例（82.1%）。

二、病理变化与分型 84例慢重肝病例的肝脏病理组织片的复检（死后肝穿67例、尸检17例），结果见表1。

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

表1 84例慢重肝肝脏主要病理变化

病理分型	例数	小叶结构破坏	肝细胞团状增生	假小叶形成	肝细胞坏死：大片	肝细胞坏死：亚大片	肝细胞坏死：桥形	肝细胞坏死：碎屑样	多小叶灶性死	实质病变：气球样变	实质病变：嗜酸性变	实质病变：炎细胞浸润	肝细胞小岛形成	门管区病变：炎细胞浸润	门管区病变：纤维组织增生	门管区病变：炎性间隔	门管区病变：胆管增生	肝内淤胆
亚大片坏死型	58	58	10	17	4	58	50	58	31	52	39	46	21	58	58	11	25	45
	%	100	17.2	29.3	10.3	100	86.2	100	53.4	89.2	67.2	79.3	36.2	100	100	19.0	43.1	77.6
非亚大片坏死型 慢活肝中型	6	4	0	0	0	0	4	6	5	6	3	4	1	6	6	1	0	4
	%	66.7					66.7	100	83.3	100	50	66.7	16.7	100	100	16.7		66.7
增生结节型	8	8	8	0	0	0	6	8	5	8	6	6	3	8	8	4	5	6
	%	100	100				75	100	62.5	100	75	75	37.5	100	100	50	62.5	75
肝炎肝硬化型	12	12	10	12	0	0	10	12	8	12	8	9	7	12	12	9	7	11
	%	100	83.3	100			83.3	100	66.7	100	66.7	75	58.3	100	100	75	58.3	91.6

表1可见全组病例均具有碎屑样坏死、门管区炎细胞浸润及纤维组织增生等慢活肝的特征性病变。在此基础上，根据各该组织像的突出表现，分为四型：①以融合性桥形坏死所构成的亚大片肝坏死为主要特征的亚大片坏死型；②以碎屑样坏死及狭窄的桥形坏死为主要特征的慢活肝中型；③以大小不等的肝细胞增生团块为主要特征的增生结节型；④以假小叶及纤维间隔形成为主要特征的肝炎肝硬化型。全组69%伴有亚大片肝坏死，31%则属非大片坏死型病变，而34.5%伴有肝炎肝硬化病变。

三、不同病理分型与主要临床指标 见表2

表2 不同病理分型慢重肝的主要临床指标（例数%）

病理分型	例数	蜘蛛痣	脾大	慢重肝的三大临床指标：腹水(+)	胆红素(mg%) ≥10	胆红素(mg%) 平均值	凝血酶原活动度% ≤40	凝血酶原活动度% 平均值	三项均阳性者
亚大片坏死型	58	22 37.9	14 24.1	55 94.8	56 96.6	19.8	56 96.6	25.4	51 87.9
非亚大片坏死型 慢活肝中型	6	2 33.3	3 50.0	4 66.7	5 83.3	13.4	5 83.3	30.0	2 33.3
增生结节型	8	4 50.0	4 50.0	7 87.5	7 87.5	16.2	7 87.5	30.0	5 62.5
肝炎肝硬化型	12	10 83.3	9 75.0	12 100	7 58.3	13.5	8 66.7	22.5	3 25.0
总计	84	38 45.2	30 35.7	78 92.9	75 89.3	18.1	76 90.5	25.9	61 72.6

全组病例除均具有明显的消化道症状与疲乏无力外，72.6%的病例同时具有深度黄疸（SB>10mg%）、腹水及凝血酶原活动度<40%，其中病理上为亚大片坏死型者，三项指标同时具备者占87.9%。

四、不同起病方式与临床指标、病理分型 见表3

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

表3 不同起病方式慢重肝的主要临床指标与病理分型

	例数	主要临床指标							病理分型				
		蜘蛛痣	脾大	腹水(+)	胆红素(mg%)	凝血酶原活动度(%)	白/球蛋白(g%)	γ球蛋白(%)	亚大片坏死型		非亚大片坏死型		
									无肝硬化	伴肝硬化	慢活肝型	增生结缔型	肝炎肝硬化型
初发型	31	9 29.0	10 32.3	29 93.5	19.5	25.4	2.9/3.7	41.2	17	5	3	4	2
再发型	14	2 14.3	2 14.3	12 85.7	16.8	29.0	3.2/3.8	37.2	9	1	1	2	1
反复波动型	39	27 69.2	18 46.2	37 94.9	17.5	25.3	2.8/3.7	36.2	15	11	2	2	9
总计	84	38	30	78	18.1	25.9	2.9/3.7	38.3	41	17	6	8	12

慢重肝的起病方式可分为①初发型：过去从无肝炎或HBsAg携带史；②再发型：过去虽有肝炎或HBsAg携带史，但近三年内无临床活动者；③反复波动型：有肝炎病史，持续或反复波动超过半年以上者。表3可见，不同起病方式的慢重肝其主要临床指标基本接近，但起病呈反复波动型者临床与病理上肝硬化的检出率为51.3%，明显高于它两组。

讨论

慢重肝在病理变化上表现复杂，本组84例死亡慢重肝病例中7.2%表现为慢活肝中型、69%为亚大片坏死型、9.5%为增生结节型、14.3%为肝炎肝硬化型。在亚大片坏死型中29.3%伴有肝硬化、17.2%伴有肝细胞团块状增生；而肝炎肝硬化型病例中则有58.6%伴有亚大片肝坏死。可见，慢重肝是一组病变轻重不一、新老病变重叠、坏死与增生同存、炎性浸润与纤维化广泛存在的慢性活动性炎性病变；是一组由慢活肝经反复坏死加剧到亚急性肝坏死，经再生修复到肝硬化形成的病理演变过程；是一组包括慢活肝、亚急性肝坏死、肝炎肝硬化在内的异质性群体。在临床表现上，又常与亚急性重型肝炎或肝炎肝硬化失代偿期相雷同，从而为临床与病理诊断带来困难，兹就本组病例对慢重肝的诊断提出如下看法。

一、慢重肝的病理诊断问题

1. 在慢活肝或肝炎肝硬化的基础上，出现亚大片肝坏死是病理上诊断慢重肝的重要依据，也是慢重肝极期的病理表现，本组慢重肝中69%的病例病理上出现亚大片肝坏死，其中10.3%更伴有大片肝坏死，亚大片肝坏死的出现是诊断慢重肝极期的重要依据。本组5例病例在临床上高度疑为慢重肝时行肝活检，结果除1例外，3例仅见轻重、数量不等的桥形坏死，1例仅有碎屑样坏死，15～40天后，死后肝穿，5例均见明显的亚大片肝坏死。常氏[1]对70例慢重肝患者生前行肝活检，亚大片肝坏死的检出率仅为48.6%，明显低于本组死后的检出率，均提示亚大片肝坏死的出现是慢重肝极期的病理表现。

2. 非亚大片坏死型慢重肝的存在：本组病例中31%的病例，病理上未检得亚大片肝坏死，其中70.9%仅见桥形坏死，69.2%伴多小叶灶性坏死。此组病例中有处于慢重肝早期阶段的慢活肝中型、有已进入修复阶段的增生结节型，有晚期表现的肝炎肝硬化型，此类病例由于慢性肝脏病损小叶结构的严重破坏，存活肝细胞残存功能的减弱、

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

肝细胞器的功能衰竭[2]，以及近年被重视的多小叶灶性坏死的存在[3]，完全可在没有明显的广泛的大片坏死的情况下出现亚急性肝功能衰竭而死亡，与急性肝炎有所不同。

二、慢重肝的临床诊断问题

1．本组病例证实同时具备深度黄疸、腹水、凝血酶原活动度＜40%，是亚大片坏死型慢重肝所共有的重要临床指标。对尚未出现肝性脑病，而具有明显乏力与消化道症状的慢活肝病例，一旦同时具备上述三项指标时，临床上即可确诊为慢重肝的极期。

2．非极期慢重肝的早期临床诊断：本组病例中27.4%的病例（其中70%病理上属非大片坏死型）临床上虽仅具备慢重肝3项指标中的2项，但仍出现亚急性肝功衰竭的结局，下述几点有助于识别此类病例：①起病呈反复波动型的慢活肝；②持续中度黄疸8周以上的慢活肝；③腹水明显、黄疸增长迅速的慢活肝，以及④伴有肝硬化临床症征的慢活肝，上述病例即使仅具备慢重肝的2项指标，也应考虑慢重肝的诊断，而予以积极处理。

3．初发型慢重肝的临床诊断：近年来已明确约有30～50%的慢活肝病例过去并无肝炎病史，本组病例中属初发型者占37%，其中58%早期被误诊为亚急性重型肝炎。下述几点有助于与亚急性重型肝炎鉴别，凡急性黄疸型肝炎活动期病例①病程超过8周始出现恶化趋势者；②肝脏质地偏硬、或脾脏明显肿大、或伴有慢性肝病症征者；③腹水出现早于病情发展高峰期者；④血清白蛋白早期已明显低下或蛋白电泳带上α-β带搭桥者，均提示慢重肝的诊断。

综上所述，在慢活肝或肝硬化的基础上，病理上出现亚大片肝坏死，临床上具备慢重肝的三大指标是慢重肝极期的诊断标准。对于早期或非极期慢重肝的诊断，我们认为应以临床表现为主，当临床已高度疑为慢重肝时，则应结合三大指标与病理结果，具体分析、区别对待，不强求病理与临床指标的全部具备，才能更及时的作出早期诊断，不失时机的进行抢救，以提高慢重肝的存活率。

参考文献

1. 常德成，等。重症肝炎92例临床与病理。中华传染病杂志 1983；1:13
2. Bernuan J, et al. Multivariate analysis of prognostic factors in fulminant hepatitis B. Hepatology 1986; 6(4):648
3. Knodell CG, et al. Hepatology 1981; 1: 431

中西医结合治疗肾综合征出血热54例分析

王玉亭 （第二附属医院 中医科） 刘思瑛 （第二附属医院 传染科）

肾综合征出血热是病毒所致的传染病，起病急，变化快，临床分五期，低血压期和少尿期最凶险，需及时救治，我们以中医中药为主，辅以西药治疗，疗效有提高，分析如下：

一 般 资 料

一、病例 我院传染科于79年至86年5月共收治肾综合征出血热150例，用中西医结合治疗54例（治疗组），与同期西药治疗96例（对照组）作对照分析。

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