DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.01.011

病案讨论

阵发性上腹痛伴休克

第一附属医院　内科　放射科　肝胆外科
训　练　部　病理解剖教研室

病历摘要

患者赵××，女性，62岁，工人，四川。住院号：46104。因阵发性腹痛6天加重1天，于1978年8月6日入院。7天前下班后突感上腹及心前区痛，不放射，恶心，未吐。疼痛为阵发性，每次发作持续约半小时，不敢进食，多汗。入院前一天晚上吃肉片汤小半碗2小时后上腹痛加剧，至次日晨4时疼痛难忍，四肢冰凉，心慌、出大汗，而送我院急诊。当时血压70/50毫米汞柱，尿淀粉酶512单位，血淀粉酶64单位，以急性胰腺炎收住肝胆科。病后食欲差，只进汤食，无发冷发烧，未解大便。即往健康，自75年10月以后走路感心慌，心累，曾诊为“冠心病”。76年患过“肝炎”，当时谷丙转氨酶273单位。个人及家族史无特殊。

查体：体温37.5℃，脉搏92次/分，呼吸30次/分，血压92/70毫米汞柱。消瘦，急性重病容，轻度发绀，四肢冰冷，神志清楚。皮肤无出血点及蜘蛛痣，浅表淋巴结不肿大。眼球凹陷，巩膜无黄染。颈软。双肺底闻及少许中细湿罗音。心尖博动位于左锁骨中线外（5肋间）1.5厘米，心界向左下扩大，心率同脉搏，闻有早搏8～10次/分，心尖区有Ⅲ级收缩期杂音，向腋下传导。腹平，无肠型及蠕动波，剑下深压痛，稍肌紧。肝上界5肋间，肋下1.5厘米，胆囊及脾未扪及。莫非氏征（一）。无移动性浊音，肠鸣音存在。脊柱四肢正常。

入院诊断：1.混合性脱水，低血溶性休克；2.急性单纯性胰腺炎；3.冠心病；4.心律失常；5.代谢性酸中毒。经给予1)补充血溶量（6小时内进液量2500毫升，包括血浆、低分子右旋糖酐等）；2）抗感染；3）纠正酸中毒等治疗，加用升压药后血压维持在84/70毫米汞柱，无尿排出。当晚出现肺水肿，经强心利尿，吸氧等紧急处理后肺水肿纠正。但病人全身情况未改善，一直处于休克状态。经内科会诊于8日转入内科病房。

实验室检查结果：8月8～19日白血球10800～27100～7750，中性84～94～82%，血小板10.2万～2万。

血生化波动范围

时　间	K^+ (mEq/L)	Na^+ (mEq/L)	Cl^- (mEq/L)	Ca^{++} (mEq/L)	CO_2CP (mEq/L)	P (mEq/L)	UN (mg/Z)
8月8～19日	2.9～5.2	134～150	80～112	3.3～4	13～26	1.55～2.7	30～47

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

凝血机制有关检查，凝血酶元时间26″～23″，纤维蛋白元160～65mg%，三.P试验（一）。出血时间1′30″～1′，凝血时间（试管法）5′30″～10′～30″，尿常规：蛋白卅→（一），脓球5～30～成堆，管型0～2。尿淀粉酶256～162单位，血淀粉酶64～32单位。尿培养：霉菌菌丝（+），酵母菌。粪隐血卅，霉菌（-）。口腔分泌物及痰培养无致病菌。肝功正常，A/G3.3/1.7。胸片报告：肺纹增多，主动脉影增宽，肺动脉段突出，左右心缘饱满。心电图：8月8日 1.窦速；2.急性心肌缺血，3.多源性室性早搏；4.完全性左束支阻滞；5. I° AVB。8月16日 1）房颤伴非阵发性交界性心动过速；2）完全性右束支阻滞；3）多发性室性早搏，心肌缺血；4）洋地黄作用。

患者转入内科后经 1）抗休克，强心利尿、补充血容量；2）抗感染（青、庆大、氯霉素）；3）纠正酸中毒及电解质紊乱；4）支持疗法等处理，一直处于低血压，少尿状态。到10日出现房颤，11日发生弥漫性血管内凝血（DiC），经给予肝素治疗到14日Dic缓解。但病人仍感上腹部痛，持续胃肠减压下仍见上腹饱满，有反跳痛。又给予抗霉菌，止血等综合治疗，不见好转。到20日晨7时30分，患者心慌，烦燥，出大汗，血压下降到60/30毫米汞柱，心率达140次/分，给予强心升压等药处理无效。8时许呼吸心跳停止死亡。

临床讨论

卫致孝医生（放射科）：8月7日胸片肺纹增多，模糊。主动脉较宽，动脉很突出，心影向两侧扩大，向左为主。肺动脉段较高，肺静脉显影明显。提示心脏扩大，有肺郁血，肺水肿表现。14日胸片：心影大小略改变，肺纹仍增多，肺透光度低，肺门影模糊，支气管影清楚与肺透光度低有关。看来肺郁血更重，心无力状态明显。总之，认为心扩大，肺郁血与心脏有直接关系。因心率快，心影模糊说明肺水肿有发展，考虑为充血性心衰，似与心肌改变有关。可能为心肌炎造成死亡。

倪廷枢医生（内科）：本例病情复杂，其临床特点：1）发病突然，进展快，病程短；2）主要表现：上腹痛，休克；3）有心脏病，心功能衰竭；4）伴急性肾衰等。根据以上特点诊断考虑：

（一）上腹痛：突然上腹痛6天，每次发作持续半小时伴恶心、呕吐，体征不显。白血球及淀粉酶高系炎症现象。首先应想到急性胰腺炎，符合单纯性者。但也有不符合之处，如腹痛为阵发性胀痛，而非持续性钝痛或刀割样剧痛等。如结合伴有严重休克，只有出血坏死严重的胰腺炎才好解释，此例不像。总之，急性胰腺炎虽有不符合处，但不能排除。少见的可考虑胰腺梗塞，但不符合。另外上腹痛淀粉酶高，有无溃疡病穿孔也应考虑。但疼痛不甚剧烈，又无腹膜刺激及气腹征故不支持。

急性胆囊炎可有上腹痛，淀粉酶高，本例病史中常因上腹痛而多次来门诊检查故考虑有慢性胆囊炎和胆石症。此次发作中，因吃少量油食上腹痛加剧，但右上腹无压痛，胆囊未扪及，又无常见的发冷发烧及放射痛（50%），未见黄疸，莫非氏征阴性，发病后进入严重休克而中毒症状不重，故不像典型急性胆囊炎或坏死性胆囊炎，应考虑慢性胆囊炎，胆石症急性发作的可能性。其它如肠梗阻，兰尾炎等可除外。

（二）关于心脏病问题：年龄大、心慌、心累，77年被诊断“冠心”，作过13次心电图，曾有一次胸痛持续1小时出大汗。有一

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

次发现肺有罗音，肝大肋下3公分。胸片心影向两侧扩大有肺郁血，心尖第一心音弱，有Ⅲ级收缩期杂音。入院后肺有罗音，结合心电图表现完全性左束支阻滞，电轴左偏渐增到负77°，多源性室性早搏，心肌缺血(心前导联ST上抬主要是前间壁)，有心衰等，分析心脏病的病因如下：

1.冠心病：本例有胸闷痛，心电图有束支阻滞及缺血改变，眼底有动脉硬化等符合。但本例无好发因素，不胖，无糖尿病，血脂不高，特别是心影显著扩大而且是双心室扩大，常有心功能不全及心衰等，均不支持。因主动脉增宽突出，眼底有改变，虽无冠心病但动脉粥样硬化可能存在。

2.心肌病：本例①不明原因的心脏扩大，心功能衰竭；②心尖第一心音减弱；③左束支阻滞在心肌病多见可达30%（冠心病＜5%）；④室性早搏在心肌病也多见（占60%），ST改变在心肌病也常见等支持本病诊断。其类型为原发性充血型心肌病，所谓原发性是指临床上找不到明确原因，但多为病毒性心肌炎所致。根据临床及心电图所见心肌损害弥漫而严重，根据心杂音情况考虑伴有乳头肌功能不全。此外，心肌病心衰所致肝充血，可解释肝肿大及成为上腹痛的部分原因。

（三）休克性质：休克是本例突出表现，发展快，持续整个病程，并成为死亡的主要原因。因伴有脱水，首先考虑低血容量因素所引起的。由于病后进食少，出汗多，摄入不足，丧失过多所致。入院后见有脱水，皮肤弹性差，眼窝稍凹陷，但经大量补液及升压药物治疗，血压维持尚可，而休克照旧，以单纯低血容量性不好解释。再就是心源性休克，常见于急性心肌梗塞，急性心衰，肺梗塞等，多同时伴左心衰竭表现。本例为严重充血性心肌病，由于血容量不足而促发急性心衰，导致心源性休克。入院时呼吸困难不显，主要为周围循环衰竭，肺水肿表现亦不明显，考虑与低血容量有关，心性因素肯定存在，因补液后很快发生肺水肿。休克主要因素是心脏在胸片上有肺郁血征象也支持这一点。至于感染性休克，因无明确的败血症表现，故可能性小。

综上所述，休克考虑为心源性是主要的，低血容量性是诱因。休克不能纠正的原因：①严重心肌病、心衰；②休克后很快出现Dic，心肾等重要脏器微血栓形成引起缺血，缺氧性损害；③代谢性酸中毒等。

（四）急性肾衰：入院初无尿，用速尿后虽然有尿总量在400毫升以下，不能单用休克解释。考虑合并有肾小管或乳头坏死及心脏病。

何据平医生（肝胆外科）：根据本例特点1)上腹痛，剑下压痛，白细胞增多，应首先考虑溃疡病穿孔。但①过去无反酸，嗳氧史；②发病一周腹膜刺激征不显；③进食肉汤后2小时腹痛加重等不符，故溃疡病穿孔可除外。

2)胆道疾病：吃肉汤后发病，上腹痛，白血球高，明显休克表现，似有急性胆道病可能，但右上腹无痛与局部压痛，莫非氏征阴性，无黄胆及发冷发烧，肝区无叩痛，肝脏无不对称性肿大，白血球不是太高，低热37.5℃，过去无长期反复发作史，可除外急性化脓性胆囊炎，急性梗阻性化脓性胆管炎，化脓性胆管炎，根据上腹痛剑下压痛，白细胞高，腹膜刺激征不显，要考虑胆道蛔虫合并感染，但如有休克，多伴有黄胆，高热，因此不像。

3)胰腺炎：老年人上腹痛，吃肉汤后加重，上腹压痛，白血球及淀粉酶升高，急性胰腺炎诊断是成立的。但不严重是水肿型，不是出血坏死型的理由：1)发病7天腹膜刺

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

激强状不重，无移动性浊音，腹腔穿刺未见血水样液体，经观察，Grey—Turnes征及Cul-len's征(－) 2)腹痛不重，腹软，无明显肌紧，肠鸣音存在等说明胰腺炎不重，进展不显；3）血白细胞数升高与胰腺炎病变呈平行关系，入院初2天在2万以下提示水肿型，而出血坏死型大多数在2万以上，至8月13日患者白细胞虽高达27100，中性93%系并发霉菌感染关系 4）淀粉酶虽高但下降迅速，而且其升高水平并不代表胰腺炎严重程度也无予后意义。

引起胰腺炎原因可能为胆源性，本病虽无胆道病史，但据文献报告无症状胆石发生率占2/3，随年龄增高而增多所以慢性胆囊炎，胆囊结石存在可能性是很大的。作为胰腺炎病因也以胆源性为多见。心肌损害与胆结石有一定关系，胆固醇结石并心肌损害占12.3%，有时会引起心绞痛。

休克不是胰腺炎引起的，开始为低血容量，后来以心源性为主，贯彻整个病程，代谢性与呼吸性酸中毒都可能存在。另外，休克引起Dic，有人认为多数存在，因此也要考虑。

张远惠医生（内科）

一）腹痛原因：1）痛伴休克考虑胰腺炎存在，但不严重为单纯性水肿型，胆石症所致可能性大。胆囊炎也是轻的。

二）休克：腹痛起病很快伴休克，考虑心源性和低血容量性休克，初期也有可能为神经原性。

三）腹痛与心脏关系：胆道胰腺炎症可致心肌损害，主要是冠状血管收缩引起T波倒置，ST下移，内膜下缺血改变。但不会引起心扩大及心衰，用腹腔疾病不足以解释心脏情况。

四）心脏病变：冠心不像，充血型心肌病可能性大。其病因多为继发型，而且充血性用强心利尿效果好，心电图表现为多病灶性损害等心肌炎要考虑，原发性心肌病不能除外。

病 理 报 告

周铭镜医生（病理教研室）

死者为一年老女性，于死后6小时解剖。

体表检查：发育正常，营养中等，除双下肢有凹陷性水肿外，其余未见异常。体腔检查：腹腔内见草黄色澄清液约800cc，大网膜及结肠右曲与肝有纤维性粘连。左侧胸腔积有草黄色澄清液约450cc，右肺与胸壁发生广泛纤维性粘连。

内脏检查：病变主要在心、胰、肾脏。

心脏重440克，左右心室心房扩大。左心房室内膜轻度增厚，局部呈灰白色斑块状增厚。心内膜及左室乳头肌有出血点，左室乳头肌有瘢痕形成。心肌未见梗塞。各办膜腱索无异常。镜检病变主要在肌层。①心肌破坏由纤维组织增生及瘢痕形成代替。病变呈灶性分布大小不等，有的伴淋巴球浸润。②心肌纤维呈急性灶性坏死，溶解伴中性白细胞浸润，有些坏死区显示出血。③心肌纤维肥大增粗，胸核增大，形状不规则，染色质较密。④心肌间质水肿，有数量不等的中性白细胞及淋巴球浸润，心内膜纤维组织增生，冠状A各大支开口未见异常，但左冠状A前降支距开口0.8厘米处内膜有灰白脂质条纹形成。主A内膜有大小不等的黄白色或灰白色斑环形成，以小A开口周围为明显。

肺：右肺重650克，肺膜呈灰白色纤维性增厚。左肺重450克。两肺切面灰红色，有泡沫状液体流出。镜检：两肺各叶肺间质肺泡壁血管扩张充血，局部伴出血。部分肺泡内充有水肿液及为数很多的大单核细胞和心

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

力衰竭细胞。

结肠：粘膜固有层有中等量淋巴球浸润。粘膜下层纤维组织及血管增生并扩张充血。间质内有以淋巴球为主的炎细胞浸润，局部浆膜层纤维组织增生同外纵肌层有少数淋巴球浸润。

肝脏：重970克。切面呈灰黄与暗红相间、镜检：大部分小叶中央静脉及其周围肝窦扩张充血严重区域肝索萎缩消失呈现大片出血，小叶周围肝细胞内有大小不等的园形空泡形成。

胆囊：肿大，苍白水肿状，腔内有两块大结石，外观淡褐色，稍粗糙，松脆，切面围绕核心呈放射性结晶结构。镜检胆囊，各层组织疏松水肿，内有淋巴球浸润。

胰腺：重130克。色泽正常，质硬，包膜下有出血点。镜检腺体被膜，小叶间隔，腺泡周围有大量中性白细胞及少数淋巴球浸润，间质充血，个别区域腺泡被破坏。

脾脏：表面有一黄豆大灰色梗死灶。

肾脏：两肾重量相等均为125克，表面充血。右肾有2处梗死灶，大者有$6\times4\times1.7$厘米^3，小者$2\times1.5\times1$厘米^3。左肾两端各有一近等大的梗死灶约$2.5\times1.5\times1$厘米^3。梗死灶均呈黄白色、内杂有暗红色斑点。坏死区与周围组织界隔清楚。镜检见坏死均为凝固性坏死，坏死区组织结构完全消失呈强嗜酸性染色伴有出血，周围肾组织血管扩张充血及出血。坏死均累及肾皮髓质。右肾坏死范围较大，外侧累及皮质下层，内侧波及肾乳头部分。未坏死的肾组织有少数肾单位萎缩纤维化，并有较多的淋巴球浸润。肾小管上皮细胞变性、浊肿，更多见的是上皮细胞高度肿胀，胞浆疏松透明。另有部分细胞浆内出现空泡变性。少数肾小管腔内有透明管型。右肾动脉一个大分支及两肾梗死灶周围的叶间动脉、弓形动脉，小叶间动脉管壁内膜呈半月形或环状增厚，腔内有血栓形成伴程度不一的机化。

其它：胃、小肠粘膜，胰腺周围软组织、肾脂肪囊，膀胱粘膜均有血管充血。

病理诊断：①充血型心肌病，②急性心肌炎，③脾及双肾多发性梗死，④急性间质性胰腺炎，⑤慢性胆囊炎，胆囊胆固醇结石，⑥主动脉粥样硬化，左冠状A前降支脂质条纹形成，下双肾缺钾性肾小管上皮细胞疏松及空泡变性。⑦肺、肝、胃肠等脏器静脉充血⑧慢性结肠炎⑨腹腔及左胸腔积液⑩右侧胸及右上腹膜（局限性）纤维性粘连。⑪双下肢凹陷性水肿。

小　结

如上所述，本例病情较为复杂，且缺乏慢性胆囊炎胆石症及心脏病之典型依据，给生前在临床上作出正确诊断带来一定困难。死亡原因主要为原发性充血型心肌病，心源性休克所致。但是应当指出的根据①长时心悸，胸闷而无典型心绞痛发作史②心电图呈ST段改变，室性早搏与房颤束支阻滞，电轴左偏等进行性弥漫性损害明显③胸片上心影扩大心胸比＞50%以上④心功差，心源性休克顽固等这些也是心肌病常见的，故应想到此种可能性。另外，对已发生之胰肺炎病因作进一步分析探讨考虑不够，这些是今后临床中，值得注意的问题。

（孙德翔、倪廷枢整理）

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