

· 经验交流 ·

### 从 1 例老年猝死病例的尸检谈辅助检查与临床诊断的关系

刘绍华 谭志胜 崔龙封

老年患者反应迟钝,虽患多种严重疾病,但症状不典型。辅助检查有时缺乏阳性表现,给早期诊断带来一定困难。本文报道 1 例老年猝死患者,尸检证实患有多器官疾病,但症状轻微,有的检查报告正常,以至于生前未能明确诊断。现报道如下。

#### 1 病历摘要

1.1 体格检查 患者,男,67 岁,因咳嗽、气喘 4 天,于 2001 年 11 月 16 日入院。查体:体温 36.2℃,脉搏 98 次/min,呼吸 18 次/min,血压 150/90mmHg (1mmHg = 0.1333 kPa)。一般情况可,心率 98/min,律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音。右胸饱满,右下肺叩诊浊音,呼吸音消失。右踝关节轻度红肿。

1.2 辅助检查 血常规:中性粒细胞偏高;血生化、肝肾功能、血脂正常,尿酸 578μmol/L;红细胞沉降率、抗“O”正常,类风湿因子(-);甲胎蛋白、癌胚抗原正常,血清铁蛋白 > 500μg/L。入院后第 3 天,B 超定位后常规从右胸腔抽胸水 600 ml。胸水常规:黄色、混浊;红细胞 200~250 个/H,白细胞 80~120/H,分类:淋巴细胞 0.78,中性粒细胞 0.11,嗜酸性细胞 0.05,异常细胞 0.06,浆液蛋白(++)。胸水生化正常;未查到抗酸杆菌,亦未查到恶性细胞。胸部 CT:右侧胸腔中等量积液。心电图正常。

1.3 入院初步诊断 ① 胸腔积液原因待查;② 高血压病 2 级;③ 痛风。给予抗感染、止咳、平喘、降尿酸、抽胸水对症等治疗,自觉症状减轻,于 2001 年 11 月 20 日夜 0:50 猝死。

1.4 尸检结果 ① 右肺下叶鳞状细胞癌,4cm × 3cm,向肺门、气管及纵隔淋巴结转移,癌细胞侵入胸膜腔并发生广泛的种植转移,导致右胸腔积液(1 900 ml);② 左冠状动脉粥样硬化斑块继发斑块内出血使管腔严重狭窄(4 级),胸主动脉及腹主动脉粥样硬化斑块表面溃疡,管壁破坏;③ 高血压病,左心室向心性肥大,高血压性颗粒固缩肾。死亡原

因主要为左冠状动脉粥样硬化斑块继发斑块内出血使管腔严重阻塞、狭窄导致急性心肌梗死所致。

#### 2 讨论

患者生前患心、肺、肾等多器官严重疾病,但入院诊断仅为胸腔积液原因待查、高血压病 2 级和痛风。2 种严重致命性疾病肺癌和急性心肌梗死都未做出诊断,原因之一自觉症状轻微,老年肺癌常见症状缺乏。入院到猝死仅有 4 天时间,虽作了各种检查,但有的报告“正常”。

这就要求从事老年医学的临床医师不要只根据辅助检查报告就轻易说“没有事”,而要紧密结合临床,正确分析辅助检查报告,有的检查则需要重复作。

据中国人民解放军总医院 100 例老年人肺癌统计,第一次就诊时有胸腔积液占 10%。确诊时 I 期 + II 期者共 29%,III 期 + IV 期者占 71%<sup>[1]</sup>,也就是说确诊时都已属于中、晚期。在临床工作中,为提高老年人肺癌早期诊断率,昆明总医院对胸片或 CT 发现有可疑阴影者,作 CT 引导下经皮作肺穿刺活检,可较早明确诊断。本例胸片、CT 都未发现可疑阴影,可能与右胸腔中等量积液掩盖有关。

该患者猝死病因是左冠状动脉粥样硬化斑块继发斑块内出血,使管腔严重阻塞狭窄导致急性心肌梗死所致。但为什么患者生前心电图(ECG)报告为“正常”呢?因为 ECG 虽为诊断冠心病最普遍的手段,但有其局限性。有报道 ECG 检查的敏感性为 72.7%,特异性为 72.4%<sup>[2]</sup>。所以才会出现 ECG 假阴性的情况。

有报道冠状动脉造影 55 例阳性中,冠状动脉痉挛 1 例,狭窄 < 50% 17 例,50%~75% 4 例, > 75% 33 例<sup>[2]</sup>。所以冠状动脉造影是诊断冠心病的金标准。另外,对老年患者还要注意无症状心肌缺血(SMI)和无痛型心肌梗死情况。有报道 184 例老年冠心病中无症状心肌缺血 116 例(63.04%)<sup>[3]</sup>,老年无痛型心肌梗死可达 30%<sup>[4]</sup>,这与老年人感觉迟钝有关。

作者简介:650032 云南昆明 成都军区昆明总医院干部病房  
作者简介:刘绍华,男,医学本科,主任医师,科主任

## 参考文献

- 1 陶国枢,主编.现代老年医学进展.北京:中国科学技术出版社,1997,138-139.
- 2 王茹,张承宗,李立丰,等.胸痛患者心电图、超声心动图及冠状动脉造影的对比分析.中国心血管杂志,2001,6:39-40.
- 3 刘绍华,胡桂芬,任福祥,等.老年冠心病动态心电图特点.西南国防医药,1998,8:197-199.
- 4 陶国枢,主编.现代老年医学进展.北京:中国科学技术出版社,1997,34-41.

(收稿日期:2002-03-19)

(本文编辑 李娜)

## ·短篇报道·

## 3 种降压药物治疗糖尿病性肾病合并高血压的疗效观察

童延清 王洪峰

微量蛋白尿是糖尿病性肾病(DN)的危险信号,高血压是微量蛋白尿发展进程中的危险因素。作者应用 3 种降压药治疗 DN 并高血压,进行治疗前后疗效观察,现报道如下。

## 1 对象和方法

80 例病人均符合 WHO 糖尿病诊断标准,伴轻、中度高血压,尿蛋白定性 3 次以上阳性,持续 24h 蛋白尿  $>0.5g$ 。随机分成 3 组,各组在性别、年龄、病程、1 与 2 型糖尿病所占比例、大量蛋白尿例数所占比例组间无显著性差异。在常规治疗的基础上,A 组口服贝那普利(benazepril),10~20mg/d;B 组口服尼莫地平(nimodipine),90~180mg/d;C 组口服阿替洛尔(atenolol),50~100mg/d。治疗 3 个月,监测血压(SBP,DBP)、糖化血红蛋白(HbA1C)、空腹血糖(FBG)、24h 尿蛋白(UPro)。

数据用  $\bar{x} \pm s$  表示,结果用配对样本  $t$  检验统计比较。

## 2 结果

治疗前与治疗 3 个月后各项指标测定,结果 3 种降压药均有降低血压并同时减少蛋白尿的作用(表 1)。

## 3 讨论

DN 是糖尿病的慢性并发症,结果显示 3 种降压药都能减少尿蛋白排出,这可能与其降压机制有关:血压降低使毛细血管灌注减少,白蛋白漏出降低,从而使毛细血管与动脉的损伤减轻。血管紧张素转换酶抑制剂治疗 DN 的研究增加了其具有益处的可能性。钙通道阻滞剂能使脑卒中等大血管并发症的危险性降低, $\beta$ 受体阻滞剂能降低心肌梗死后的死亡率,由于二者是糖尿病的主要死因,故钙通道阻滞剂与  $\beta$ 受体阻滞剂均是可取的。由此认为,在 DN 的治疗中,降压治疗应处于高度优先的地位。

表 1 3 种降压药治疗前后的比较

指 标	A 组		B 组		C 组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SBP(mmHg)	22.54 $\pm$ 1.21	16.25 $\pm$ 1.10**	22.85 $\pm$ 2.11	16.42 $\pm$ 1.46**	22.67 $\pm$ 1.55	16.14 $\pm$ 0.98**
DBP(kPa)	13.62 $\pm$ 1.37	10.55 $\pm$ 2.02**	13.78 $\pm$ 1.96	10.18 $\pm$ 1.20**	13.44 $\pm$ 1.05	10.28 $\pm$ 1.46**
HbA1C(%)	8.72 $\pm$ 0.65	8.79 $\pm$ 0.41	8.95 $\pm$ 0.33	8.76 $\pm$ 0.71	8.85 $\pm$ 0.36	8.85 $\pm$ 1.21
FBG(mmol/L)	9.21 $\pm$ 0.28	8.82 $\pm$ 0.96	9.20 $\pm$ 0.53	7.75 $\pm$ 0.45*	9.18 $\pm$ 0.86	8.87 $\pm$ 0.34
upro(g/24h)	2.40 $\pm$ 1.03	1.06 $\pm$ 0.48**	2.46 $\pm$ 1.15	1.12 $\pm$ 0.64**	2.44 $\pm$ 1.12	1.20 $\pm$ 0.31*

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ 

(收稿日期:2002-03-19)

(本文编辑 周国泰)

作者单位:130021 长春,长春市工农大路 15 号吉林省中医院

作者简介:童延清,男,在读博士