

## · 短篇及病例报道 ·

## 2 例婴幼儿胸腺淋巴体质临床病理特点及死因分析

段松, 李晖

(重庆三峡中心医院病理科, 万州 400040)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.054

文献标识码:C

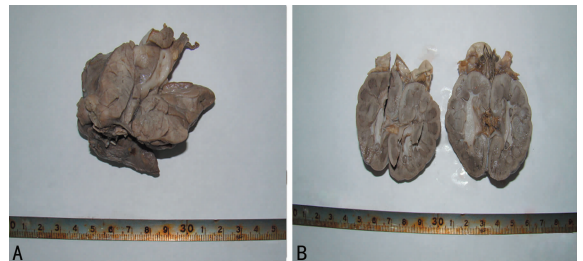
文章编号:1671-8348(2013)34-4230-02

胸腺淋巴体质是指幼儿或年轻人(少量亦可中年)中由于某种轻微刺激(如胸部轻击、争论、突然惊吓、麻醉或注射)后突然发生死亡,尸体解剖时没有足以解释死因的致死性病变,也没有中毒、机械性窒息或机械性损伤等改变,仅发现胸腺肥大、全身淋巴组织增生、肾上腺萎缩等改变。我科近3年来尸体解剖共诊断幼儿胸腺淋巴体质2例,现报道如下。

## 1 临床资料

病例1,女性患儿,37 d。注射乙型肝炎疫苗1 h后出现呕吐、哭闹、肢体发冷,口鼻有泡沫状血性液体流出。送医院抢救2 h后宣布临床死亡。病例2,男性患儿,32 d。注射乙肝疫苗后午睡中家属发现患儿四肢冰冷、呼吸停止。经抢救40 min后宣布临床死亡。此2例患儿均为第2次接种乙肝疫苗,在接种前均经卫生接种人员初筛体检合格,一般状况良好,无发热、咳嗽、呕吐、哭闹等表现。2例病例均于死后48 h内进行尸体解剖,并行胃内容物法医学毒物分析排除中毒及其他方式死亡。当地卫生行政主管部门经对同批次疫苗调查均排除疫苗质量因素。每例均按常规方法进行系统解剖<sup>[1]</sup>,提取并测量各器官的大小及质量(测量前均仔细剔除器官表面软组织并吸干表面水分),4%甲醛固定,巨检观察并描述各器官形状及切面性状。对各器官进行常规取材、脱水、包埋、切片,苏木精-伊红

(HE)染色镜检。2例尸检结果见表1及图1、2。体表检查均显示患儿营养及发育状况良好;解剖均见胸腺肥大,质量均超过同龄儿童正常标准的2倍以上;肠系膜淋巴结肿大;脾脏轻度肿大;双侧肾上腺体积及质量均低于正常值;双肺充血。例2气管旁淋巴结肿大。2例均显示胸腺呈分叶状结构,皮质胸腺细胞丰富密集,髓质胸腺小体数量增多、体积增大(图2A);肠系膜及气管旁淋巴结皮质区淋巴滤泡大而丰富,生发中心增大;肾上腺皮质细胞数量减少,部分细胞可见空泡变性(图2B);双肺部分区域肺泡间隔增宽,毛细血管扩张充血,部分肺泡腔内可见粉红色水肿液(图2C);大脑间质血管周围间隙明显增宽(图2D)。

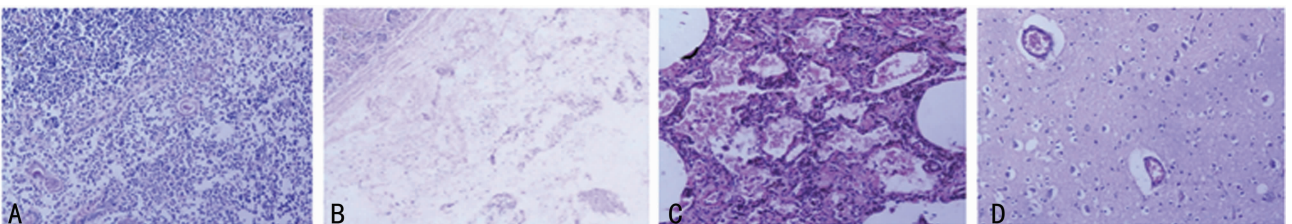


A: 胸腺明显增大,压迫后方气管;B: 肾上腺明显萎缩,菲薄。

图1 病例2大体标本

表1 2例猝死婴幼儿尸检、病理检查结果

年龄(d)	n	胸腺		双肾上腺质量 (左肾/右肾/总质量,g)	左肾上腺 体积(cm <sup>3</sup> )	右肾上腺 体积(cm <sup>3</sup> )	肠系膜肿大 淋巴结(个)
		质量(g)	体积(cm <sup>3</sup> )				
病例1(女)	37	30(6.6±4.9)	6.3×5.0×0.8	(1.8/1.7/3.5)	3.0×2.2×0.5	2.8×2.1×0.5	25
病例2(男)	32	65(7.8±5.3)	6.5×4.0×3.0	(1.7/1.5/3.2)	2.8×2.5×0.3	2.5×2.2×0.3	29



A: 胸腺淋巴细胞丰富,胸腺小体数量增多,体积增大。B: 萎缩的肾上腺,三带结构不清,细胞数目明显减少。C: 肺泡水肿出血,肺泡间质毛细血管扩张充血,部分肺泡腔内可见粉红色水肿液。D: 脑血管周围间隙明显增宽,脑水肿。

图2 病例2显微镜下组织形态

## 2 讨论

胸腺淋巴体质在临床上常表现为猝死,属于病理性死

亡<sup>[2]</sup>。生前不易发现和诊断,一般为尸检确诊<sup>[3]</sup>。其病理学特征为胸腺肥大,脾脏、胃肠道、扁桃体等淋巴组织及肠系膜淋巴结增生,心脏较正常缩小,主动脉周径(起始部)狭小,肾上腺

## · 短篇及病例报道 ·

## 2 例婴幼儿胸腺淋巴体质临床病理特点及死因分析

段松, 李晖

(重庆三峡中心医院病理科, 万州 400040)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.054

文献标识码:C

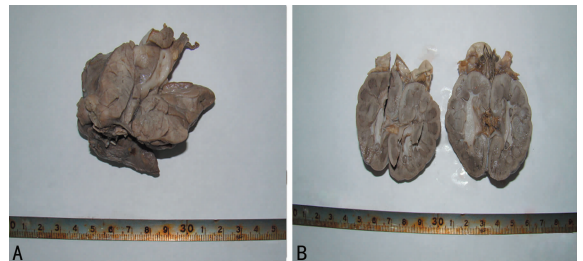
文章编号:1671-8348(2013)34-4230-02

胸腺淋巴体质是指幼儿或年轻人(少量亦可中年)中由于某种轻微刺激(如胸部轻击、争论、突然惊吓、麻醉或注射)后突然发生死亡,尸体解剖时没有足以解释死因的致死性病变,也没有中毒、机械性窒息或机械性损伤等改变,仅发现胸腺肥大、全身淋巴组织增生、肾上腺萎缩等改变。我科近3年来尸体解剖共诊断幼儿胸腺淋巴体质2例,现报道如下。

## 1 临床资料

病例1,女性患儿,37 d。注射乙型肝炎疫苗1 h后出现呕吐、哭闹、肢体发冷,口鼻有泡沫状血性液体流出。送医院抢救2 h后宣布临床死亡。病例2,男性患儿,32 d。注射乙肝疫苗后午睡中家属发现患儿四肢冰冷、呼吸停止。经抢救40 min后宣布临床死亡。此2例患儿均为第2次接种乙肝疫苗,在接种前均经卫生接种人员初筛体检合格,一般状况良好,无发热、咳嗽、呕吐、哭闹等表现。2例病例均于死后48 h内进行尸体解剖,并行胃内容物法医学毒物分析排除中毒及其他方式死亡。当地卫生行政主管部门经对同批次疫苗调查均排除疫苗质量因素。每例均按常规方法进行系统解剖<sup>[1]</sup>,提取并测量各器官的大小及质量(测量前均仔细剔除器官表面软组织并吸干表面水分),4%甲醛固定,巨检观察并描述各器官形状及切面性状。对各器官进行常规取材、脱水、包埋、切片,苏木精-伊红

(HE)染色镜检。2例尸检结果见表1及图1、2。体表检查均显示患儿营养及发育状况良好;解剖均见胸腺肥大,质量均超过同龄儿童正常标准的2倍以上;肠系膜淋巴结肿大;脾脏轻度肿大;双侧肾上腺体积及质量均低于正常值;双肺充血。例2气管旁淋巴结肿大。2例均显示胸腺呈分叶状结构,皮质胸腺细胞丰富密集,髓质胸腺小体数量增多、体积增大(图2A);肠系膜及气管旁淋巴结皮质区淋巴滤泡大而丰富,生发中心增大;肾上腺皮质细胞数量减少,部分细胞可见空泡变性(图2B);双肺部分区域肺泡间隔增宽,毛细血管扩张充血,部分肺泡腔内可见粉红色水肿液(图2C);大脑间质血管周围间隙明显增宽(图2D)。

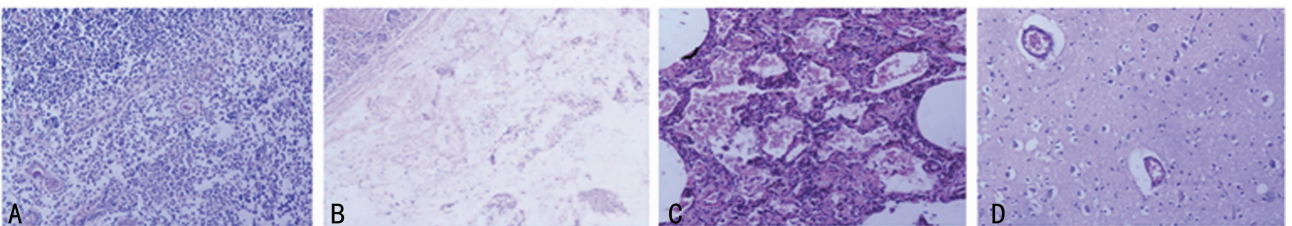


A: 胸腺明显增大,压迫后方气管;B: 肾上腺明显萎缩,菲薄。

图1 病例2大体标本

表1 2例猝死婴幼儿尸检、病理检查结果

年龄(d)	n	胸腺		双肾上腺质量 (左肾/右肾/总质量,g)	左肾上腺 体积(cm <sup>3</sup> )	右肾上腺 体积(cm <sup>3</sup> )	肠系膜肿大 淋巴结(个)
		质量(g)	体积(cm <sup>3</sup> )				
病例1(女)	37	30(6.6±4.9)	6.3×5.0×0.8	(1.8/1.7/3.5)	3.0×2.2×0.5	2.8×2.1×0.5	25
病例2(男)	32	65(7.8±5.3)	6.5×4.0×3.0	(1.7/1.5/3.2)	2.8×2.5×0.3	2.5×2.2×0.3	29



A: 胸腺淋巴细胞丰富,胸腺小体数量增多,体积增大。B: 萎缩的肾上腺,三带结构不清,细胞数目明显减少。C: 肺泡水肿出血,肺泡间质毛细血管扩张充血,部分肺泡腔内可见粉红色水肿液。D: 脑血管周围间隙明显增宽,脑水肿。

图2 病例2显微镜下组织形态

## 2 讨论

胸腺淋巴体质在临床上常表现为猝死,属于病理性死

亡<sup>[2]</sup>。生前不易发现和诊断,一般为尸检确诊<sup>[3]</sup>。其病理学特征为胸腺肥大,脾脏、胃肠道、扁桃体等淋巴组织及肠系膜淋巴结增生,心脏较正常缩小,主动脉周径(起始部)狭小,肾上腺

及性腺发育不良,第二性征不明显。具有这种体质的人身体瘦小,体质脆弱,可因轻微的疾病或临床治疗措施如疫苗注射、小的手术、食道镜及气管镜检查、抽血检验等而发生猝死。虽然一些学者认为胸腺肥大和淋巴组织增生无非是解剖学上的变异与猝死无关。但由于胸腺淋巴体质临床表现无特异性,人们对其认识不足,过去一般不轻易做出胸腺淋巴体质致猝死诊断,但在遇到无明显原因猝死但胸腺肥大者,仍考虑胸腺淋巴体质<sup>[4]</sup>。

胸腺淋巴体质致猝死的机制,目前尚无定论,一般认为与高度肥大的胸腺压迫气管和过敏反应(I型变态反应)有关,但现在大多数学者认为胸腺淋巴体质患者最可能的死因为急性肾上腺危象所致水电解质紊乱、酸碱失衡和循环障碍<sup>[5]</sup>。

胸腺淋巴体质猝死诱因多样,轻微的外界刺激、创伤、感染、注射接种均能导致具有该体质者猝死。胸腺肥大的小儿患间质性肺炎较多,而且多在轻度肺炎时即死亡,与正常胸腺小儿肺炎病变比较,前者病变中炎症轻,淤血、水肿重,甚至发生出血<sup>[6]</sup>。本文报道的2例患儿均发现有轻度间质性肺炎。2例均在第2次接种乙肝疫苗后死亡,脑脊髓高度水肿,提示发生I型变态反应可能性大,病例2患儿胸腺明显肥大压迫气管,机械性通气障碍加速了该患儿死亡进程,且在发生猝死前无明显临床症状,可能跟患儿迅速进入休克状态有关。故作者认为,虽然胸腺淋巴体质致猝死死因、诱因复杂多种,但肾上腺皮质功能减退引起的机体各器官对应激的高反应性和低耐受性是发病的基础,感染及变态反应是促使该体质患者死亡的重要因素。

#### · 短篇及病例报道 ·

## 多西他赛注射液致严重心动过缓 1 例

吕 东,于柏生<sup>△</sup>,徐玉超

(中国人民解放军第四五六医院普外科,济南 250031)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)34-4231-02

本科应用多西他赛注射液治疗1例乳腺癌患者时发生药物不良反应,表现为严重窦性心动过缓,经积极抢救治疗,患者痊愈出院,现将病例报道如下。

### 1 临床资料

患者,女性,53岁。因“乳腺癌改良根治术后”入院行化疗。病理报告:右乳浸润性导管癌(Ⅱ~Ⅲ级),淋巴结3/16癌转移。免疫组织化学:雌激素受体(ER)阳性、孕激素受体(PR)阳性、原癌基因(C-roryBb-2)阴性、细胞角蛋白(CK)阳性、抑癌基因(p53)阳性。患无心脏病、高血压等病史。心率70次/分,心电图及其他各项检查未见异常,遂行PA方案化疗(口服地塞米松片,每天16mg,连续5d;次日,多西他赛注射液75mg/m<sup>2</sup>,共100mg;第3天,阿霉素40mg/m<sup>2</sup>,共60mg)。多西他赛注射液输入0.5h后,患者诉憋喘并心前区不适,急查心电图提示:窦性心动过缓(心率43次/分)、心肌缺

婴幼儿期胸腺肥大是儿科的一种常见的临床表现,大多见于患儿因其他疾病而作X线片检查中发现<sup>[7]</sup>,故在发生猝死前发现胸腺淋巴体质的高危人群并进行观察或治疗极具意义,因此建议临床医师对证实有胸腺肥大患儿,在患感染性疾病或接种疫苗时,必须将其列为“危险组”进行观察和治疗,同时应告诫家长仔细观察患儿,如出现不良反应需来院及时处理。

### 参考文献:

- [1] 中华医学会. 临床技术操作规范(病理学分册)[M]. 北京:人民军医出版社,2004:15-19.
- [2] 郭景元. 现代法医学[M]. 北京:科学出版社,2000:191-261.
- [3] 张雪,张东彦,兰蓓,等. 胸腺淋巴体质患儿接种疫苗诱发死亡报告1例及国内其他同类病例报告分析[J]. 首都医科大学学报,2011,32(5):704-709.
- [4] 朱寿田,楼善贤,施红旗,等. 猝死37例死因分析[J]. 临床与实验病理学杂志,2004,20(4):303-305.
- [5] 王惜春,顾纪容,朱忠尧. 多腺体自身免疫综合征猝死5例分析[J]. 中华内分泌代谢杂志,2001,7(2):70.
- [6] 魏守礼,张杰英,李建军,等. 小儿胸腺肥大猝死10例尸检报道[J]. 诊断病理学杂志,2002,9(6):337-338.
- [7] 曾虹,林广裕. 婴幼儿胸腺肥大37例诊断及误诊分析[J]. 中国实用儿科杂志,2003,18(9):563-564.

(收稿日期:2013-09-08 修回日期:2013-10-22)

血。考虑为多西他赛注射液药物不良反应,立即停多西他赛注射液,并予以持续心电监护、吸氧、急查心肌酶谱及心肌梗死标记物、静脉注射阿托品1mg提高心率、静脉注射磷酸肌酸钠及单硝酸异山梨酯注射液保护心肌。1h后患者症状缓解,心率80次/分,指脉氧监测波动在90左右。复查心电图示心肌缺血表现缓解。心肌酶谱及心肌梗死标记物均正常,密切观察病情变化。2h后患者再次出现心率下降,46次/分,血压110/70mmHg。再次给予阿托品注射液0.5mg静脉推注,并将异丙肾上腺素注射液0.5mg加入500mL生理盐水中缓慢静脉滴注(15滴/分),患者心率升至110次/分,2h后患者血压突然下降至70/40mmHg,立即给予多巴胺注射液20mg静脉推注,多巴胺注射液120mg缓慢静脉滴注,血压恢复至110/70mmHg,心率维持在60~70次/分。连续5h患者病情平稳,之后再次出现心率降至45次/分,并出现尿潴留,给予阿托品