



• 临床研究 •

甲状腺功能亢进性心脏病猝死法医学分析

简为民¹ 阳海清¹ 杨 华² (1 邵阳市人民检察院 湖南邵阳 422000 2 邵阳市中心医院病理科 湖南邵阳 422000)

摘要:目的 探讨因甲亢性心脏病所致猝死案例的法医学分析结果,探讨病理死亡的病理学特征,以为此类案例的法医鉴定提供有利参考。方法 回顾性分析医学院于2013年1月至2018年10月是法医鉴定的7例甲亢性心脏病猝死案例,对死亡病例的临床表现、甲状腺检查结果及尸检情况进行分析。结果 7例猝死病理均存在明显的甲亢病史及心血管症状;死亡诱因明确。甲状腺检查案例均表现为甲状腺弥漫性肿大及甲状腺质量增加。尸检7例猝死案例均出现心肺质量增加、心肌肥大及心腔扩张情况。结论 法医鉴定甲亢性心脏病时,参照案例临床表现、甲状腺检查及尸检死亡原因,可对案例进行综合分析,得出准确法医学鉴定结果。

关键词: 甲状腺功能亢进 心脏病 猝死 法医学分析

中图分类号: D919.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 03-088-02

甲状腺功能亢进(简称“甲亢”)是常见的内分泌疾病,该病常可引起心悸、出汗及体重减轻等症状^[1]。甲亢疾病也容易引起心血管并发症,其中最常见的并发症为甲亢性心脏病。甲亢性心脏病发病后常常见到心悸、心绞痛等不良情况,这一病症的发生,常可导致患者猝死^[2]。在本次研究中,回顾性分析了7例甲亢性心脏病案例的法医学鉴定结果,旨在提高法医学工作者对此类疾病的认识及临床鉴定水平,详细报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究所选取的7例甲亢性心脏病主要来源于本院2013年1月-2018年10月本医学院受力的法医鉴定案例。纳入标准:(1)所选案例均具备完整的病案资料及案情进展信息^[3]。(2)案例中所选研究对象均接受系统的尸体解剖、病理学检查及药物检验等。排除标准:(1)其它原因致死的案例。(2)患有甲亢但是却是因机械性窒息、损伤或者中毒等原因引起猝死的案例。11例案例的基本资料如下:男性5例,女性2例;年龄最小者25岁,年龄最大者68岁。

1.2 方法

采取回顾性分析的方法,对7例患者的信息进行调查分析,

具体包括案例的临床表现、尸检时的甲状腺检查情况、死亡原因。

2 结果

2.1 临床表现

7例猝死的案例均具有非常明显的临床表现。其中2例出现心肌,占28.57%;2例出现心力衰竭,占28.57%;1例出现四肢无力,占14.29%;2例存在平均2.7年的甲亢病史,占28.57%。案例在死亡前均存在明显诱因。

2.2 甲状腺检查结果

对7例猝死案例均进行甲状腺标本检查,检查结果显示案例的两侧甲状腺均表现为对称性弥漫性肿大,甲状腺质量均明显增加。对甲状腺标本进行组织病理检查,检查结果显示7例猝死病例均表现出滤泡数量增加及体积增大,胶质的含量明显降低,在滤泡的周围还可见比较多的空泡,表现为柱状。5例出现乳头状增生情况,2例出现甲状腺间质纤维化,其中1例伴甲状腺钙化,间质散见于淋巴细胞浸润部位;1例间质中可见比较多的淋巴滤泡。

2.3 尸检猝死原因

7例猝死案例均表现为心腔扩大,心肌肥大,心肺质量增加;心肌组织病理学多见病灶坏死、心肌纤维化、心肌波浪样变化;尸检生物化学检验CK-MB、cTnI单个或联合升高,具体见表1。

表1: 7例甲亢性心脏病尸检结果

编号	心质量(g)	肺质量(g)	心肌组织病理学表现	生物化学检验	
				CK-MB	cTnI
1	526	1165	间质弥漫性纤维化, 病灶坏死, 局部心肌波浪样变化	↑	↑
2	503	1527	心肌细胞病灶坏死, 轻度脂肪浸润	↑	↑
3	482	1200	心肌细胞增大并呈波浪样变, 间质增生少许纤维组织	↑	↑
4	421	1398	散于心肌细胞崩解, 灶状心肌纤维化	↑	-
5	375	1174	左室壁明显增厚, 心肌细胞肥大	-	↑
6	446	1280	心肌细胞大片状坏死, 伴纤维组织增生	↑	↑
7	172	1340	间质弥漫性纤维化, 片状心肌波浪样变	-	↑

3 讨论

甲亢性心脏病属于甲亢最为常见的并发症,该并发症多因机体甲状腺激素分泌过多所致,这一情况的发生,可对患者的心血管系统造成巨大的伤害^[4]。甲亢性心脏病若接收及时治疗,一般不会导致患者死亡,但是实际中受患者临床表现不明显,常会引起漏诊及误诊情况,甚至还可导致患者猝死。针对猝死的甲亢性心脏病,常需对案例进行法医学分析,以掌握患者死亡原因,更好的降低甲亢性心脏病死亡率。

在本研究中,对7例甲亢性心脏病猝死案例进行了分析。通过临床资料分析7例死亡病例均存在明显的临床表现,且临床表现多集中在心悸、心律失常、心绞痛上,这提示实际中可将临床症状作为判断甲亢性心脏病所致猝死的一个标准。对猝死案例进行甲状腺检查,提示7例案例的甲状腺均存在一定的病变,具体为甲状腺出现弥漫性肿大及甲状腺质量明显增加情况。甲亢性

心脏病所致质量增加主要是心脏疾病的产生,会使心脏收缩力及氧含量需求增加,如此会加重原本无症状的心脏病,且还可使甲状腺激素增加,这会加快细胞的增值与转录,使得甲状腺的质量增加^[5]。对案例进行尸检是法医学分析的重要内容,在本次针对7例猝死患者的法医分析,显示两组猝死病案的心肺质量均较高;尸检心肌组织病理显示7例甲状腺多存在弥漫性纤维化、局部波浪样变化及间质增生少许纤维组织等;生物化学检验心包液中的CK-MB、cTnI受死后变化有一定的影响,这可反映生前患者的心功能状况及心肌损伤情况。综合尸检结果可以对猝死案例的具体情况进行深入的了解。

综上所述,对甲亢性心脏病猝死的案例,进行法医学鉴定时,可以通过对案例的临床表现、甲状腺检查及尸检结果进行综合判定,如此可有效的反映案例的具体情况,以便科学严谨的得出(下转第89页)



肾部分切除术后伴原发性肾鳞癌 1 例并文献复习

曾 恒^{1,2} 冯 丹² (1 海军军医大学基础医学院 2 长海医院肿瘤科 上海 200433)

关键词: 肾肿瘤 鳞状细胞癌 肾结石术后 原发性 病例报道

中图分类号: R737.11 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187(2019)03-089-01

原发性肾孟鳞状细胞癌比较罕见, 约占肾脏恶性肿瘤 0.5%-0.8%^[1], 起病隐匿, 缺乏特异性症状, 有文献报道误诊率高达 70%^[2], 本文对我院收治的患者报道如下:

1 病例资料

患者女性, 47 岁, 因右侧腰痛 5 月入院, 无尿频、尿急、尿痛、血尿及发热, 外院 CT 提示: 右肾肿瘤侵犯肾周围间隙、右侧腹壁及腰大肌, 于 2018 年 11 月 18 日收治入院, 查体: 双侧肋脊角对称, 右肾区有压痛、叩击痛, 右肾肋下触及, 右上输尿管点有压痛, 右输尿管走向区域未扪及肿块, 膀胱区无充盈, 既往体健; 6 年前曾因右肾结石伴积水行右肾部分切除术。MR 检查提示: 右肾上极见向外生长的肿块, 大小约 92×64mm, 形态不规则, T1 等低信号, T2 混杂高信号, 增强后不均匀强化, 累及右后腹壁。

术后病理: 右肾中上极中度分化鳞状细胞癌 (Squamous Cell Carcinoma); 肿瘤最大直径 9cm, 侵犯横纹肌及部分骨组织, 细胞学形态呈巢状、条索状, 肿瘤免疫组化: CK5/6 (+) GATA-3 (尿+) P63 (+) UPK-3 (核+) CAM5.2 (-) P53 (60%) CK (-) Ki-67 (60%) CK20 (-)。

2 讨论

原发性肾孟鳞状细胞癌临床上较少罕见, 占上尿路恶性肿瘤的 0.7%-7%^[3], 其发病机制尚不清楚, 目前认为癌细胞始发于近曲小管、远曲小管和集合管上皮细胞^[4], 细胞癌变与结石密切相关, 结石导致上尿路梗阻积水积脓同时与周围组织摩擦产生炎症, 在长期结石和慢性炎症刺激下, 肾盂移行上皮发生鳞状化生, 进而出现不典型增生和癌变, 廖谦和等^[5]经连续切片研究观察到肾孟粘膜鳞状上皮化生-异型增生-癌变-浸润性癌变的连续性组织学变化, 本例患者发病前 6 年曾因上尿路结石行开放性手术治疗, 这可能是细胞癌变的最主要诱因。

2.1 临床特征

原发性肾孟鳞状细胞癌缺乏特异性临床表现; 患者多以腰侧疼痛、肉眼血尿等不适就诊, 半数以上患者会出现贫血和体重减轻。大多数患者合并有肾结石和肾盂积水, 易误诊漏诊, 大多数患者确诊时已经到了晚期前, 杜光辉等^[6]报道术前漏诊率高达 57%, 等报道原发性肾孟鳞状细胞癌多有上尿路结石史, 因此对于长期存在肾结石、反复上尿路感染以及慢性肾盂肾炎患者, 突然出现腰痛、纳差、体重减轻等恶性病表现时要考虑鳞状细胞癌可能。

2.2 影像特征

CT 是诊断和分级最主要检查手段^[7], 根据肿瘤组织的分化程度及分期不同而 CT 表现不一。肿瘤多为不规则实质性肿块, 呈不均匀低密度影, 与周围组织的边界不清楚, 组织内常见出血、钙化, 肾盂出现浸润性病变, 周围间隙可见条索状影, 肾脏残留部分皮质变薄, 增强期动脉期肾脏皮质强化明显, 病灶边缘轻度强化, 静脉

期病灶内轻度强化, 与正常组织界限明显, CT 对原发性鳞状细胞癌的诊断价值较高, 但也容易漏诊一些体积较小的肿瘤, 很小的肾孟鳞癌呈圆形软组织影, 只有在对比剂的衬托下才能在 CT 图上显示出来, 大部分文献报道病灶内 MRI 呈现不均匀长 T1 长 T2 信号^[8]。

2.3 病理特征

病理学检查是诊断的金标准, 大部分肿瘤位于肾的中上极, 组织细胞呈巢状、片状排列, 浸润性生长, 切面多呈灰红色、灰白色, 质软, 边界模糊。癌细胞异型性明显, 镜下很好辨识, 核质卵圆形, 染色丰富, 胞质红染, 常可见核分裂、角化珠以及炎性细胞散布, 镜下可见许多张力原纤维, 细胞间有成串的桥粒。

2.4 治疗及预后

根治性手术治疗是原发性鳞状细胞癌的首选治疗方法, 由于鳞状细胞癌的恶性程度高且肾孟壁较薄, 近段输尿管、肾周围组织和淋巴结极易受侵犯, 手术时应该尽量清除, 但上尿路种植转移少见, 因此通常不需要输尿管全程切除和膀胱袖式切除, 鳞状细胞癌对放、化疗均不够敏感, 原发性鳞状细胞癌的预后极差, 多数患者在确诊后一年内死亡, 5 年生存率不到 10%^[9], 因此早期诊断和手术治疗是提高患者生存率的关键^[10]。

参考文献

- [1] LI MK, CHEUNG WL. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis[J]. J Urol, 1987, 138: 269-271.
- [2] 茅培新, 栾志敏, 聂卫星, 等. 肾结石合并肾鳞状上皮细胞癌 14 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 1996, 5(11): 278.
- [3] KIBEL AS, DOWNS TM, BUBLEY GJ, et al. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis with inferior vena caval extension[J]. J Urol, 1996, 156(4): 1436.
- [4] CHOW WH, LINDBIAD P, Gridley G, et al. Risk of urinary tract cancers following kidney or ureter stones[J]. Natl Cancer Inst, 1997, 89(5): 1453-1457.
- [5] 廖谦和, 安慧敏. 巨大肾原发性鳞状细胞癌的组织起源及临床病理学观察[J]. 临床医学进展, 2017, 8(2): 165-170.
- [6] 杜光辉, 赵俊峰, 庄乾元, 等. 肾孟鳞状细胞癌[J]. 中华泌尿外科杂志, 1998, 19(2): 80-81.
- [7] 鞋惠, 覃川. 肾孟结石并肾孟鳞状细胞癌 CT 误诊 1 例分析[J]. 重庆医学, 2008, 37(24): 2879-2880.
- [8] 伊慧明, 张立军, 李春元, 等. 原发性肾鳞状细胞癌 MR 诊断 1 例报告[J]. 实用放射学杂志, 2006, 22(1): 8-16.
- [9] BHAIJEE F. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis[J]. Ann Diagn Pathol, 2012, 24(16): 15-25.
- [10] 雷鸣, 袁坚, 刘永达, 等. 肾结石合并肾孟癌的诊断和治疗[J]. 中华泌尿外科杂志, 2013, 34(7): 485-488.

(上接第 88 页)

关于甲亢性心脏病死亡原因的判定。

参考文献

- [1] 苏波, 云鹏. 甲状腺功能亢进性心脏病猝死者左心室心肌连接蛋白 43 的分布改变[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2013, 24(1): 86-89.
- [2] 韦登明, 蒋雯雯, 袁晓刚, 等. 青年甲亢性心脏病猝死尸检

2 例[J]. 临床与实验病理学杂志, 2011, 27(2): 216-218.

- [3] 柴智峰, 吴玉峰. 毒性弥漫性甲状腺肿继发甲亢性心脏病死亡 1 例[J]. 法医学杂志, 2011, 27(2): 149-150.
- [4] 牛艳麟, 李剑锋, 杜铜蛋, 等. 心源性猝死 27 例的临床及法医学分析[J]. 实用医技杂志, 2011, 18(1): 95-96.
- [5] 石磊, 王洁, 刘洁, 等. 青年特殊心源性猝死 1 例法医学分析[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(2): 180-180.