

消化系疾病文摘

上海市医学科学技术情报研究站 編
消化系疾病文摘編譯委员会

1

1965

上海市科学技术編譯館

目 录

食 管

1. 留置鼻胃管后引起的食管狭窄.....(1)
2. 贲门失弛缓症:一百余例的临床研究.....(1)
3. 具有症状的裂孔疝、食管炎及胃炎的处理.....(2)
4. 食管裂孔疝检查方法的評價.....(2)
5. 1960~1961年世界食管癌的医学統計.....(3)
6. 应用新型静脉吻合器作自体肠段移植的經驗.....(3)
7. 食管静脉曲张的X綫电影摄影.....(4)

胃

8. 分泌素对人体肉湯刺激胃液分泌的抑制作用.....(5)
9. 一种簡化的胃腸粘膜活检囊.....(5)
10. 老年人胃粘膜的改变.....(6)
11. 选择性胃粘膜切片对胃良性病变的診斷价值.....(7)
12. 胃癌:1,035例病案复习.....(7)
13. 胃癌患者的胃液游离氨基酸.....(8)
14. 胃癌的早期X綫診斷.....(8)
15. 四环素螢光試驗在胃癌診斷上的价值:与細胞学检查相比較.....(9)
16. 胃黑色素瘤的X綫診斷.....(9)
17. 一种治疗胃出血經济有效的胃降温装置.....(10)
18. 胃冰冻术后的胃酸反跃.....(11)
19. 胃冰冻术后的生理改变.....(11)
20. 胃冰冻术对維生素 B₁₂ 的吸收、胃酸分泌、組織形态及血清酶活力的影响.....(12)
21. 胃手术后的胃鏡和胃活体組織检查.....(12)
22. 幽门狭窄时的代謝性硷中毒.....(13)

潰 瘍 病

23. 十二指肠潰瘍病的遗传因素、胃蛋白酶元浓度与 ABO 血 ABH 物质間的关系.....(14)
24. 儿童十二指肠球部潰瘍.....(14)
25. 从切除标本来評價胃潰瘍X綫診斷的价值:有关胃潰瘍的恶性表现.....(14)
26. 上消化道出血.....(15)

27. 上消化道出血的季节发病率.....(16)
28. 半胃切除加迷走神經切断术治疗 504 例消化性潰瘍的分析.....(16)
29. Zollinger-Ellison 氏綜合征.....(17)
30. 迷走神經切断术后的脂肪痢及腹瀉:引流方法的比較.....(17)
31. 胃內淀粉酶活力与傾瀉症候群的关系.....(18)
32. 良性消化性潰瘍胃切除术后胃残端癌的临床表现.....(18)

肠

33. 美克尔氏憩室引起急腹症的X綫表现.....(19)
34. 解剖显微鏡对非热性口炎性腹瀉的診斷价值.....(19)
35. 正常人和非热带性口炎性腹瀉患者胃腸道粘膜的同族酶譜型.....(20)
36. 原发性脂肪瀉的免疫螢光抗体研究.....(20)
37. 非特异性出血性直腸結腸炎(出血性直腸炎与潰瘍性結腸炎)的X綫診斷.....(21)
38. 急性憩室炎和憩室炎穿孔.....(21)
39. 閉合性腹部伤引起的結腸狭窄.....(21)
40. 左側結腸的气囊肿病.....(22)
41. 直腸乳头状(絨毛样)腺瘤.....(22)
42. 直腸类癌.....(23)

肝 脏 与 胆 道

43. 人体肝靜脉分段血流量的測定.....(24)
44. 体内磺溴酞鈉(BSP)的代謝研究——
I. 正常人及肝病者.....(25)
45. 体内磺溴酞鈉(BSP)的代謝研究——
II. 人工发热、乙基去甲睾丸酮及碘香酸所致的影响.....(25)
46. 体内磺溴酞鈉(BSP)的代謝研究——
酞鈉的最大胆道輸送率.....(25)
47. 胆道診斷中的失誤.....(26)
48. 碱性磷酸酶和谷丙转氨酶对无黄疸患者的肝胆疾病檢出率的比較.....(26)
49. 传染性肝炎和其他原因所致胆汁中游离胆紅素、单-及双-葡萄糖醛酸苷的測定及其临床意义.....(27)

50. 急性肝炎时小肠活組織检查.....(28)	77. 胃大部切除术后剩余部分缺血的临床和 实验观察.....(44)	
51. 用6-巯嘌呤抑制浆細胞性肝炎.....(28)	78. 实验性胃溃疡.....(44)	
52. 肝硬变患者中胞浆素元——胞浆素系統 活力(纖維蛋白溶解作用)异常:其原因 和后果.....(29)	79. 幽门梗阻引起的实验性胃溃疡.....(45)	
53. 肝硬变中的腎循环:依据腎靜脉插管术 的观察.....(30)	80. 証明胃腸道各段对发生消化性潰瘍的易 感性确有差异的新証据.....(45)	
54. 肝硬变演进过程中水及电解质代謝的研 究.....(31)	81. 胃冰冻术对犬 Heidenhain 氏小胃的影 响.....(46)	
55. 肝硬变时腹水及浮腫自动消退的机制.....(31)	82. 十二指肠的內在性收縮活动.....(46)	
56. 腹水外科治疗的预后:40例側側門-腔 靜脉吻合术的疗效.....(32)	83. 經腹腔全迷走神經切断后小肠功能及結 构的实验观察.....(47)	
57. 柯否氏細胞肉瘤一例报告——附日本以 往病例的探討.....(32)	84. 中鏈甘油三酸酯腸內吸收和粘膜內脂肪 溶解的研究.....(47)	
58. 人体肝动脉的意外結扎.....(32)	85. 腸道在鉄动力学中的作用.....(48)	
59. 肝脏损伤的外科修复.....(33)	86. 胃腸道內五羧色胺的分布:腸梗阻及腸 切除对血清五羧色胺的影响.....(48)	
60. 肝活体組織检查作为粟粒性結核早期診 断的可靠方法.....(34)	87. 絞窄性腸梗阻的早期診斷.....(49)	
61. 經皮肤肝穿刺胆管造影术.....(34)	88. 用离体鼠肝灌注法研究乙醇对 O^{14} -棕 櫚酸盐代謝的作用.....(49)	
62. X綫电影胆管造影在解释“T”形管胆管 造影畸形中的作用.....(35)	89. 实验性急性肝脂肪变性的亚微結構变化.....(50)	
62. 肝外胆管的原发性硬化性胆管炎.....(35)	90. 实验性腹水:Ⅵ.肝靜脉流出受阻和腹水 对醛固酮分泌的影响.....(50)	
64. 肝外胆管狭窄.....(36)	91. 肝硬变腹水时肝脏对鈉和水的調节.....(51)	
65. 經肝插管的肝管-空腸吻合术:一种治疗 高位肝管狭窄的技术操作.....(36)	92. 硫酸鱼精蛋白治疗肝性昏迷的研究.....(51)	
66. 日本的胆石症——812例分析.....(37)	93. 垂体激素与 N-OH-N-2 FAA 的致肝癌 作用.....(52)	
67. 胆囊造影剂 Telepaque 的改进制剂 (Win-8851-2).....(38)	94. 經肝动脉和門靜脉滴注的肝脏化学疗法.....(52)	
68. 胆囊胆固醇結石患者肝脏代謝的进一步 研究(肝內乙酰醋酸酯及胆固醇的含量).....(38)	95. 靜脉注射放射性同位素預防肝脏轉移性 肿瘤.....(53)	
69. 胆囊手术后持續的症状.....(39)	96. 肝脏輸入血管的阻斷.....(53)	
70. 胆汁性腹膜炎.....(39)	97. 門-腔靜脉分流术后胰腺功能的研究.....(54)	
胰 腺		
71. 十二指肠内容物逆流在胰腺炎发病原因 学中的作用.....(40)	98. 肝胆管小根灌注胰酶的研究.....(54)	
72. 外科領域內急性胰腺炎的治疗对策.....(40)	99. 胰酶在急性胰腺炎发病中的作用:Ⅲ.狗 胰管內注射胆汁和胰蛋白酶所引起的胰 腺病理和生化改变的比較.....(55)	
73. 土霉素治疗慢性复发性胰腺炎的疗效研 究.....(41)	100. Trasylol 防治实验性急性胰腺炎的价 值.....(56)	
74. 产生低血糖与类癌綜合征的轉移性胰島 細胞瘤.....(42)	101. 胰蛋白酶抑制剂对狗实验性出血性胰 腺炎的效用.....(56)	
实 驗 研 究		
75. 胃肌电图的研究.....(42)	其 他	
76. 乙酰水杨酸对胃液分泌的作用.....(43)	102. 胃腸道的子宮內膜异位症.....(57)	
	103. 腹膜穿刺活組織检查.....(58)	

食管

1. 留置鼻胃管后引起的食管狭窄

Hussain, R.

《Brit J Surg》1964, 51 (7): 525~527 (英文)

作者报道两例腹部疾患伴有裂孔疝患者,在放置鼻胃管后引起食管狭窄,并就其发病因素作了探讨。

发病因素: (1) 呕吐: 本文2例呕吐均较剧,但呕吐是否可使食管粘膜更易为胃管所损伤,各家意见不一。(2) 留置胃管的期限: 其与食管炎和狭窄的关系甚小,有留置24小时即引起食管炎者,亦有放置数周或数月而不发生食管炎者。(3) 一般健康状况: 一般健康状况与食管炎和狭窄有一定关系。患者常系体质衰弱和不同程度脱水者,缺少复盖食管粘膜的保护性粘液,这不仅使粘膜易受胃管的损伤,且易被含有酸性胃蛋白酶或硷性胰蛋白酶的胃肠液所消化。患者的年龄多在60岁左右,本文中的1例虽仅22岁,但入院后24小时内因早产失血过多,加上肠梗阻所致的呕吐、肠坏死的毒素及广泛肠切除的创伤,都使病人更为衰弱。(4) 实验证明酸性胃蛋白酶长期滞留于食管内可导致溃疡性食管炎,而食管下端括约肌的收缩、食管斜行进入胃内和吸气时膈肌的紧闭机制,均可防止胃内容物经常溢入食管。因此,任何使食管下段括约肌功能发生障碍的因素,均可使胃蛋白酶或胰蛋白酶流入食管。(5) 裂孔疝由于破坏了胃食管连接部括约肌的完整性,可有食管反流。当患有裂孔疝时,放置胃管更会增加食管反流,从而导致食管炎和狭窄。本文2例即均有裂孔疝。

作者最后指出: 斜倚体位或屈氏位能增加食管反流的倾向,因而当病人一般情况差、肌肉张力低下,特别是脱水时,放置胃管应避免斜倚体位。

(余业勤摘 孟承伟校)

2. 贲门失弛缓症: 一百余例的临床研究

Barrett, N. R.

《Brit Med J》1964, 1 (5391): 1135~

1140 (英文)

Adams氏等认为贲门失弛缓有四类主要改变:

(1) 贲门不能松弛; (2) 食管正常蠕动消失而代以节

段性间歇性收缩; (3) 贲门以上食管扩张与肥厚; (4) 食管对胆硷能药物的敏感性增高。并认为此类改变是由于 Meissner 与 Auerbach 神经丛中神经节细胞的原因不明的变性或缺乏所致。

本文根据122例的临床和X线研究材料对贲门失弛缓症进行探讨,其中70例有数年来一系列的X线检查材料,另一些病例有手术及手术后短期随访资料,各例均无其他神经病变,手术证实者均仅于食管下端有环形肌肉增厚而无周围炎症等。本症可发生于任何年龄,自4½岁~84岁,但以25~60岁者最多,50岁以下以男性为多,50岁以上则以女性为多。

本病起病隐匿,症状各异,但约2/3的病人有吞咽困难、吞咽时阻塞感、食物与唾液反流、呕吐、心前区疼痛、饥饿感等,但亦有无吞咽困难者。也有表现为长期消化不良,或自幼即有间歇性原因不明的呕吐,亦有于受惊后突然出现症状者。

病程不定,但可长达20~50年,主要取决于病变的程度与有否并发症。多数病程呈间歇性,有时全无症状,有时无故发作。Adams氏将本病症状分为连续的进行性的三个阶段: I阶段,显著的疼痛性吞食困难,反胃,消瘦, X线呈食管缩小而其运动尚好,如黄瓜样。II阶段(代偿阶段),病人自觉改善,食欲与体重稍进步,偶有反胃,然X线检查食管渐增大。III阶段(失代偿阶段),呈巨大食管改变,病人可因营养不足或其他食管滞留并发症如癌或通气不足等而死亡。但本文作者认为病程并非一定如此,而巨大食管与黄瓜样食管可能系贲门失弛缓症的二种不同类型。

病理改变为食管肌层肥厚,可数倍于正常,狭窄部环状肌肥大。有食管扩大、食物及唾液等的积滞,但不一定引起食管粘膜炎症或纵隔淋巴结炎等,但有时可成为长期发热的原因。本症的肿瘤发病率较高,恶性肿瘤常发生在扩张部,狭窄部则不发生,Adams氏报告在死亡病例中29%因食管癌所致,本文至少已有7例死于此并发症。因病人头低臥位时少量食管内容物流入气管,可发生各种肺部并发症如各种局灶性肺炎、脓肿等。

在X线检查时,本病有二特点: (1) 因食管无蠕动,故在头低位时病人不能吞咽。(2) 并无正常的胃底部气泡。在X线上,有时小弯或贲门部胃癌可以

造成黃瓜樣食管，而誤診為賁門失弛緩症。此外迷走神經切斷術或胃部部份切斷術後（伴迷走神經切斷）食管下端暫時性的生理性梗阻，其X綫表現亦與本病相似。若干巨大食管病人其第一次X綫診斷可誤診為下縱隔腫瘤、縱隔腫瘤、膈疝、奇葉肺等。

治療：對有相當積滯與發熱者須以清洗治療之，用食管鏡來清洗食管比胃管或虹吸法為有效。Heller氏手術對年紀輕、病程短的黃瓜樣食管者療效佳，但對巨大食管者則療效不佳。手術不能解除基本神經缺損，不能使食管恢復正常。手術時應注意三點：（1）肌層切開必須包括上自食管擴張部，下至胃部；（2）切開段內全部環狀肌；（3）手術後有產生賁門無力、反流與食管炎的可能，但本組病例中此種併發症罕見。如無膈疝，無需將食管裂孔縫小。用水力擴張器可使食管狹窄段的環狀肌斷裂而解除症狀，但其安全性頗可慮，雖有人報告約2/3病人用此法有效，但其復發率較Heller氏手術既早且高。對巨大食管者，仍可先行Heller氏手術，如失敗，可試用食管-空腸-胃吻合術，本組有4例經此手術治療而效果良好。

由於病例數字不大，且在分類中標準未必一致，故遠期效果不明，但本組病例經Heller氏手術治療的結果，在隨訪中顯出對病程短而為黃瓜樣食管者結果良好，而對巨大食管、病程長者則差。

（嚴慶惠摘 張國治校）

3. 具有症狀的裂孔疝、食管炎及胃炎的處理

Mensh, M.

《Amer J Med Sci》1964, 247 (6): 669~674 (英文)

裂孔疝、食管炎及胃炎均可引起嚴重的上腹部及胸骨後灼熱與疼痛。已往沿用的治療方法如飲食管制、抗酸劑及抗乙酰胆鹼藥物等均未能獲得滿意的療效。本文報告應用Oxethazaine（一種化學結構酷似利多卡因的甘氨酸酰胺，即使在pH 1時亦具有顯著的鎮痛作用）對上述病例進行治療的結果。

治療及觀察在嚴格雙盲法下進行。患者共分為三組：（1）第一組：共14例，包括10例裂孔疝合併食管炎及4例胃炎。該組患者均服用氫氧化鋁及氫氧化鎂混合液以作為對照。（2）第二組：共21例，包括16例裂孔疝合併食管炎及5例幽門竇炎。所有病例均服用含有Oxethazaine的氫氧化鋁與氫氧化鎂混合液。（3）第三組：共8例，包括6例裂孔疝

合併食管炎及2例胃炎。所有病例均交替服用對照劑及含有Oxethazaine的混合液。

治療結果：（1）第一組：經治療三周後，2例症狀消失，9例輕度減輕，3例無效。（2）第二組：在相同時間內，12例症狀消失，但其中3例在停藥後疼痛又復出現，6例中度減輕，2例輕度減輕，1例無效。（3）第三組：在11次服用對照劑時，5次症狀輕度改善，6次無效。在11次服用Oxethazaine時，6次症狀中度改善，5次消失。

根據上述觀察以及統計學比較的結果，作者認為Oxethazaine對裂孔疝、食管炎及胃炎的治療較沿用的鹼性藥物有更好的療效。

（丁懷聖摘 唐振鐸校）

4. 食管裂孔疝檢查方法的評價

Sim, G. P. G.

《Brit J Radiol》1964, 37 (442): 781~787 (英文)

本文旨在對某些目前使用的裂孔疝X綫檢查方法作一評價，並在應用一套檢查方法後，分析裂孔疝在這些方法中的顯示率。

作者所用的一套檢查方法為：（1）檢查粘膜炎後，立位口服4囓稀薄銀餐，觀察食管下段的通過情況。（2）囑患者彎腰，以手觸足趾。（3）檢查胃和十二指腸完畢後，取仰臥位，另服銀餐6囓，觀察下段食管，直至其排空。（4）仰臥位直腿高舉（少數患者因過分衰弱而不能作此動作者則代以抬頭）。（5）使患者取俯臥斜位，左側抬高。（6）俯臥位腹部加壓（令患者俯臥，置一對褶的枕頭於腹下，其肩部靠在枱上，頭轉向左側，兩臂置於二側，若疝顯示不明確，可略轉動患者）。由於頭低位仰臥和用手壓迫腹部二種方法不能增加疝的顯示率，並因操作困難和費時，故不包括在本程序內。

作者將食管裂孔疝分為4型：（1）滑動性疝；（2）滾動性疝（食管旁型）；（3）混合性疝（即上述二者的混合）；（4）嵌頓性疝（即不可回復性疝）。後三型的表現較為明確，診斷滑動性疝時必須具有下列二條件：（1）在其上緣有一明確的環狀分界；（2）伴有連續或間斷的反流。作者在1年半的時間內用上述方法檢查過909名患者，發現裂孔疝100例（10.9%），其中滑動性疝占83例。各種位置顯示疝的次數為：立位8次，觸趾31次，直腿高舉16次，抬頭3次，仰臥位吞銀26次，俯臥斜位23次，俯臥腹部加壓99次。

俯臥位腹部加压显示裂孔疝較之其他方法有效。在放枕头于腹下之前,食管內应无銀餐,在此期间不再服銀餐,以利于观察反流。必要时可嘱患者略向斜側,使胃底的銀餐与贛門接触,以避免疝內无銀餐。俯臥位腹部加压法检查迅速,且易在每一患者中沿用。应用此法未能显示的唯一病例,为俯臥斜位所显示。立位吞銀除能指出嵌頓性疝外,无甚用处。触趾显示的31例均为俯臥位腹部加压所显示。仰臥位吞銀虽然理想,但对疝与膈壺腹的鉴别以及估价反流均較俯臥位检查困难。因此作者认为俯臥斜位和俯臥位腹部加压以外的方法不必列为常规。

(陈星荣摘 荣独山校)

5. 1960~1961年世界食管癌的

医学統計

瀬木 三雄 奈良井 容子

伊藤 希子和新仓茂

《診断と治疗》1964, 52(8): 1435~1438(日文)

作者就22个国家中央統計局直接提供的資料算出其食管癌的校正死亡率(每10万人口)。

一、1960~1961年各国的校正死亡率:按其多少的順序,男性在法国、瑞士、智利、美国有色人和本較高,加拿大、丹麦、瑞典較低,最高12.49(法国),最低2.60(瑞典)。女性在芬兰、智利最高、爱尔兰、英国和日本次之,意大利、美国白人和挪威較低,最高5.1(芬兰),最低0.69(挪威)。男性比女性高,女性高低差距較男性为大,且由于男女的順序在国际間有明显的差异,可以想象到各国的男女死亡率比值差距很大。如法国男性比女性高11倍,而芬兰只高1.31倍。因此考虑食管癌的原因与性別有一定关系。再結合食管癌与口腔、咽头、喉头癌的死亡率来看,男性均以法国为最高,从地理病理学角度来考虑,这是值得注意的問題,应視为探討原因的途径之一。

二、1950年以来的趋向。将1950~1951年的死亡率作为100来計算1960~1961年的死亡率指数。在智利、美国有色人等中虽略趋上升,但大多数国家中均趋向减少,女性呈减少趋向的国家更多。一般认为,在两性均能生癌的部位,其死亡率增減的速度,常以女性的改变为先导,因而可以預測,未来男性的死亡率也将追隨女性,在更多的国家中趋向下降。

(林梦日摘 叶秀端校)

6. 应用新型靜脉吻合器作自体 肠段移植的經驗

Kakayama, K., Yamamoto, K., Tamiya, T.,

Makino, H., Odaka, M., Ohwada, M.

和 Takahashi, H.

《Surgery》1964, 55(6): 796~802(英文)

作者报道以游离肠段代替頸段食管的临床經驗,并介紹一种新型靜脉吻合器。

手术方法:頸段食管癌作一期手术,切除癌肿食管,移植肠段并作永久性气管造口术。腐蚀性食管狭窄,則分三期手术:第一期作頸部高位食管造口,內放置粗硅胶管以使瘻口敞开,同时另作胃造口术。第二期时切除頸段狭窄食管,縫閉胸段食管,将移植肠段的上端与食管近端吻合,移植肠下段則經胸骨前的皮下穿出,并保持下端开放。第三期(1~2月后)时将移植肠段的下端吻合于 Beck-Jianu 型胃管或与提至胸骨前皮下的肠襻相吻合。

血管及移植肠段的选择:作者最常选用的动脉为左肩胛下动脉(平均直径为3毫米以上)。肠段則多选用乙状結肠,因其肠系膜血管口径亦为3~4毫米,但有时需选用回盲部肠段;小肠則因其系膜血管較細且对缺氧的耐受力較差而不适于移植。

技术操作:部分切除鎖骨有利于血管的游离和吻合。肠管端-側吻合的吻合口血液循环較端-端吻合者为佳。游离待植的肠段經短時間(30~90分钟)存放于室温內,可以解除血管痙攣,有利于动脉吻合后的血流畅通,从而降低血栓形成的发生率。吻合时首先应作动脉的吻合,使血流在靜脉吻合前能将微小血栓冲出。每一吻合籍釘处的血管內膜必須完全外翻,以避免吻合口张力过度或扭曲,局部吻合口則用肝素溶液冲洗,固定頸部及上肢可减少吻合口血栓形成。肠吻合口宜远离血管吻合口。肠道严密的抗菌素准备以及存放時間內保持无菌消毒等措施为避免血栓形成和保証移植成功的关键。一般宜作順蠕动脉管吻合。术后2周开始飲食。

移植后的肠段:移植的肠段在1~2周內分泌高粘度的粘液,足以阻塞肠腔。逆蠕动脉段的功能性阻塞需經1~2月后才能解除。

靜脉吻合器:其原理是:将拟作吻合的靜脉一端外翻在一付金属平板上,然后将另一靜脉端套上,再用吻合鉗将二靜脉端用籍釘縫住。图1所示的平板系由不銹鋼片制成,闊度有3.5和5毫米两种。每板于相对面上有金属針二枚供暫時固定外翻和套入

静脉之用。于平板的近端設有一排凹沟,为吻合鉗釘的屈曲支架。一俟静脉二端固定于一付金属平板上后,用特制的吻合鉗将一排鉗釘縫合血管。吻合鉗上有二个类同的“鉗槽”,內装一排鉗釘,予放在待吻合静脉端的平板凹沟处后,加压鉗夹,即可完成吻合。

結果: 21 例中 11 例为癌肿, 10 例为腐蚀性狭窄; 16 例移植成功。初期 17 例系用聚四氟乙烯管按 Blakemore 氏法作静脉吻合, 有 5 例失败; 后期 4 例采用上述静脉吻合器, 均获成功。作者认为静脉吻合的成敗是肠道移植成功与否的关键。

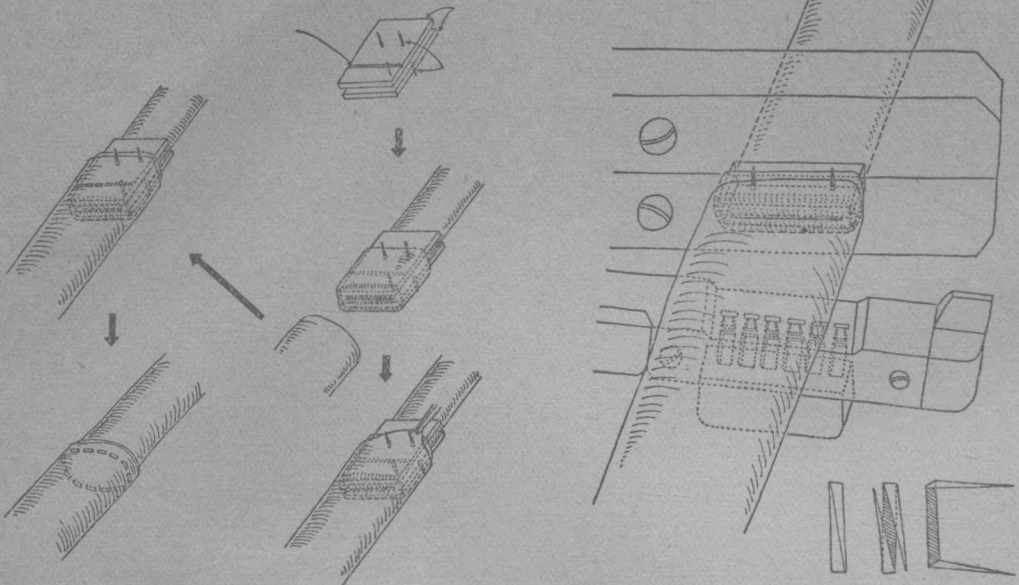


图1 静脉吻合器(简图)。图右示静脉吻合的各个结构, 图左示静脉吻合时的各个步骤, 右下方示鉗釘在加压时的弯曲情况。

(宋祥明摘 傅培彬校)

7. 食管静脉曲张的X綫电影摄影

Adler, D. C., Haverback, B. J.,
和 Meyers, H. I.

《J A M A》1964, 189 (2): 77~80(英文)

1931年 Schatzki 氏描述了食管静脉曲张的典型X綫表现: 当钡剂充盈远端 1/3 食管时, 有小結节状的充盈缺損和粘膜皺襞的增寬和扭曲。但食管静脉曲张的大小可随时变更, 还可以时而出现, 时而消失, 出現的时间也可能短暫, 因此一般摄片不易将它记录下来。随着点片装置的进展, 这些在螢光透視下的发现被记录的机会增多。然而有时即使拍摄多张点片仍可能失去显示食管静脉曲张的适当时机。此外, 不少作者还注意到食管静脉曲张时的动力改变, 而这些在点片上是难以显示的。X綫电影摄影則能系統連續地记录食管在吞咽时发生的动力变化, 并能保証显示一些短暫出現的现象。

作者应用 22 厘米直径視野的影象增强器, 对 76 例患者进行了食管X綫电影摄影。这些患者大多数有肝硬变和临床上疑有食管静脉曲张。全部患者均

經食管鏡检查作对照。作者认为X綫检查时作Valsalva 試驗显示食管静脉曲张較单纯作呼吸动作为佳。食管静脉曲张的主要诊断标准为結节状充盈缺損和粘膜皺襞的增寬与紆曲。76 例中 67 例显示有静脉曲张, 其中約 2/3 的病例伴有动力变化, 即食管舒张和蠕動减弱或消失。作者估計静脉曲张的大小, 将其分为三度。第一度: 食管静脉曲张輕微, 阳性发现的时间很短暫, 占 19 例, 其中 4 例伴动力变化。第二度: 静脉曲张中等大小, 阳性发现的时间較持久, 占 24 例, 其中 8 例伴有动力变化。第三度: 静脉曲张巨大, 占 24 例, 全有动力变化。可见动力变化的程度和静脉曲张的大小之間有直接关系, 因此作者认为在肝硬变的患者见到食管扩张和缺乏蠕動时, 提示有食管静脉曲张的可能性。

X綫电影摄影所见与食管鏡发现对照, 無論有无食管静脉曲张, 85% 相符合, 15% 不符合的几乎均为第一度静脉曲张的病例。但当食管鏡与电影摄影均为阳性时, 其所见到的静脉曲张的大小并不一致。76 例中 3 例由于技术因素, X綫电影摄影未能作出結論。

(徐季虞摘 荣独山校)

8. 分泌素对人体肉湯刺激胃液分泌的抑制作用

Kamionkowski, M., Grossman, S. 和
Fleshler, B.

《Gut》1964, 3 (5): 237~240 (英文)

盐酸进入十二指肠与其粘膜接触后能抑制胃酸分泌,但其作用机制是通过内在神经通路抑系通过体液因子的释放则尚有爭論。盐酸的抑制作用必須在十二指肠液 pH 值低至 2.5 以下时才发生,此时能强力刺激分泌素的分泌。分泌素对胃酸分泌的抑制作用已在动物实验中反复被証实。本研究观察分泌素对人体内胃液分泌的作用。

对 10 例内科住院病人(除一例有已愈合的胃窦部溃疡外,余均无胃肠道疾患),禁食 12 小时后插入一根胃十二指肠双腔管(使胃液与十二指肠液能分别取出)。先抽取空腹胃液,然后分为两组,一组在肉湯滴入胃内的同时作分泌素静脉滴注,抽取胃液作分析,继之給肉湯胃内滴入和同时盐水静脉滴注,再抽取胃液作分析;另一组則取相反程序。試驗时所抽出的十二指肠液均弃去。結果(附表)示分泌素注射后至少有 30 分钟能显著地抑制肉湯刺激胃液分泌的作用,主要是抑制胃酸浓度和胃酸分泌量,与用生理盐水时的差异有統計学意义。用不同药厂生产的两种分泌素制剂所得結果相同。

[附表]

平均数	分泌素	生理盐水	P 值
游离酸浓度 (毫克当量/升)	1.26	35.8	<0.01
总酸浓度 (毫克当量/升)	21.7	46.9	<0.01
容量 (毫升/60分钟)	68.8	98.4	>0.1
总游离酸的排出 (毫克当量)	0.84	2.99	<0.05
总酸的排出 (毫克当量)	1.80	5.20	<0.01

討論: 静脉滴注分泌素能抑制肉湯刺激对胃液和胃酸的分泌,与过去的动物实验相符。胃酸的降低并非因胰液反流的中和作用,因胃液和十二指肠液是分开吸出的,且胃液分泌量和結合酸浓度(可用以測定胰液的反流, Rovelstad, 1963.) 在用分泌素

时絕大多数較用盐水时为低。本实验采用了二种分泌素制剂,結果相同,可肯定为分泌素本身的作用,而非其杂质。本研究和过去的狗实验均支持这样的假設,即盐酸进入十二指肠后抑制胃液的分泌,是通过一种体液机制,即体内内分泌素的释放。

(江石湖摘 江紹基校)

9. 一种簡化的胃肠粘膜活检囊

Carey, Jr, J. B.

《Gastroenterology》1964, 46 (5):

550~557 (英文)

自 1949 年 Wood 氏等介紹胃粘膜活检管以来,胃肠粘膜吸引活检管已普遍用于診斷和研究。本文介紹一种簡化的吸引活检管,可自胃至回肠的任何一点获得多个活检粘膜标本。活检囊包含二个同心的不銹鋼壳(形似半个貯药的胶囊),接于細塑料管上,管的另一端装有 100 毫升注射器,用作吸引。当囊开启时,两个鋼壳上的边缘銳利的活检孔相互重叠;吸引时,一小段粘膜被吸入孔中,囊被密封,繼續吸引时,囊的二个鋼壳即相互嵌入而关闭,切下粘膜(如图)。囊的另一端接于含有 2 毫升水銀的橡皮袋,使囊容易通过幽门。囊内装有低张力弹簧使囊維持在开启位置。活检囊用 17-4 P.H. 不銹鋼制成。囊的外径为 8 毫米,关闭时长 2.1 厘米,开启时长 2.6 厘米,活检孔面积为 5.4×4 平方毫米。用 190 号聚乙烯管連接注射器和囊的吸引端,用 20 号管連接囊的盲端和水銀袋。弹簧用 302 号不銹鋼弹簧絲制成,直径 0.25 毫米。

患者隔夜禁食,早晨吞咽囊管。多数病人能坐着順利吞咽囊头和水銀袋,进入 40 厘米时,令患者向左側臥数分钟,以保証囊头通过食管贲门交接处且沿胃大弯前进;再向右侧臥,髖部稍垫高,囊头常在 10~20 分钟内通过幽门,此时塑料管已进入 60 厘米;以后可令患者坐起,每 15~20 分钟向左右摆动一次,或起立走动;飲热水少量常能加速囊头前进。当达需要的距离时,接上含水 20~30 毫米的 100 毫升注射器,注入液体冲洗肠内容物后立即用力吸引,維持吸力数秒钟。需采取多个活体标本时,放松吸引,将管拉出少許,再次吸引,即可再次摘取活检标本。活检结束后,徐徐拉出囊头。取下囊头

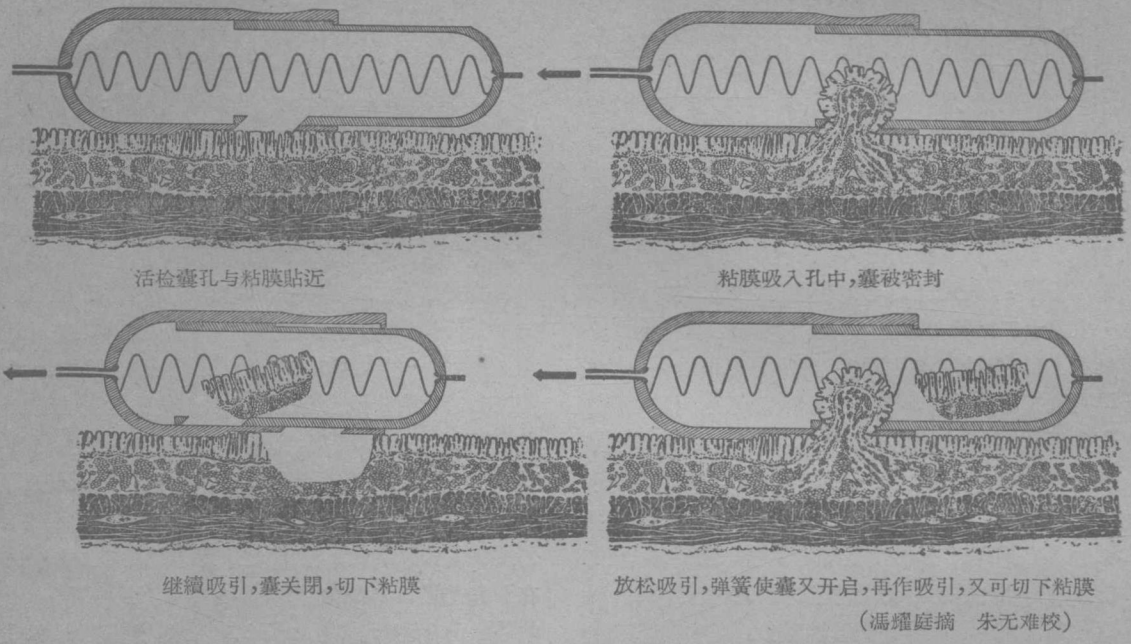
稍作旋轉,相互拉开,囊的二个鋼壳即分离。粘膜碎片常附着于弹簧上,可用針尖挑下,放在一小方块凝胶泡沫(gel foam)上以防卷曲,絨毛向上,立即将标本浸入甲醛固定液中,用放大鏡或解剖顯微鏡观察絨毛的巨体变化。从1959年以来,已用本法获取350多个活检标本,未发生出血、穿孔或腹痛等并发症。

目前至少有10种有效的小肠吸引活检器,但作者认为本文介绍的囊头設計簡單,减少了保养、清

洗、替换部件及操作等的時間。本法不需螢光透視,因此任何医师能在門診或床旁进行操作。囊头及塑料管借水銀袋的拉力而进入胃、幽門和小肠,因此不致发生繞結,且在任何时候能决定囊头的位置。除活檢囊本身外,所有其他部件可由医院供应解决。

用解剖顯微鏡察看浸入固定液中的标本,如有无絨毛尖端、叶形、起皺、盘曲等表现,有助于組織切片之正确判断。用本法获取的标本較厚,常包括肌层,这对認識标本的方位和病理診斷是有利的。

活檢囊获取标本的图解



10. 老年人胃粘膜的改变

Cornet, A., Pagniez, G., Guerre, J. 和 Delavière, Ph.

《Arch Mal Appar Dig》1964, 53 (4): 365~376 (法文)

作者应用負压吸引切片管对100名65~93岁的老年人进行胃粘膜切片,以研究其病理变化。由于在高齢者不易找到绝对健康的对象,因此部分受检者尚罹有慢性疾病,包括(1)牙齿脫落,咀嚼功能障碍,60例。(2)消化不良,21例。(3)慢性上呼吸道感染,16例。(4)骨质疏松及关节病变,25例。(5)貧血,30例。(6)消瘦,见于所有70岁以上者。

检查結果胃粘膜正常者26例,中等程度变异包括壁細胞稀疏、上皮囊状变性或肠組織变形、腺体分化、间质細胞浸潤、水肿及血管扩张等变化共45例,

严重萎縮者29例。上述粘膜改变与下列因素間存在一定关系:(1)年龄愈大,病变的百分率愈高,其程度亦愈严重。在80岁以上的老年人中,仅30%检查結果完全正常。(2)呈消化不良主訴者,多有粘膜变异。15例具有严重消化不良者,粘膜均呈显著萎縮。(3)33例严重消瘦者中,22例具有粘膜改变。(4)在貧血病例中,仅9例粘膜正常。(5)在有有关节病变患者中,除1例外,余均呈粘膜变异。

根据上述結果,作者认为在65岁以上的老年人中,胃粘膜呈变异者的百分率很高。这些变异虽一方面与年龄有关,但另一方面亦可能与其他因素如咀嚼功能不良、进食量减少、腹肌弛松及胃下垂、胺毒性分泌物下咽、长期服用药物、动脉硬化及遗传因素等有密切因果关系。(唐振鐸摘 沈耕榮校)

編者注:本文研究方法为受試者增加了不必要的痛苦,不足取,但內容尚有参考价值,故仍予刊出。

11. 选择性胃粘膜切片对胃良性病变的诊断价值

Debray, C., Housset, P. 和 Martin, E.

《Sem Hôp Paris》1964, 40 (3): 149~153 (法文)

作者对下列胃良性病变, 在 Debray 氏改良胃镜窥视下, 进行选择胃粘膜切片。

(1) 胃溃疡: 共 35 例, 其中 3 例切片失败。在成功的病例中, 未遇任何意外如出血、穿孔、疼痛加剧等。切片应在溃疡的边缘采取, 而不宜在基底部, 因该处小动脉较多, 易受损与出血。在切片时, 常可见到剧烈胃壁肌肉收缩, 这一现象并不具有任何临床及预后的意义。32 例活检的结果: 27 例(77%)胃炎, 2 例(5%)正常, 3 例(9%)组织过小。胃炎多为混合型, 同时具有上皮型与混合型的特点, 有时亦可伴有硬化或肠组织变形(métaplasie intestinale)的病理表现。在溃疡愈合后, 该项炎性变化亦可改善或消失。根据上述结果, 作者认为选择性切片对溃疡诊断的建立并无帮助, 但如找到慢性胃炎的病理证据, 则至少在一定程度上可排除溃疡型癌的诊断。

(2) 慢性胃炎: 共 14 例。在一般病例, 选择性切片并不较盲目法具有更多优点; 但在息肉型及巨大皱襞型胃炎, 由于后者与胃癌较难鉴别, 则选择性切片的意义较大。

(3) 其他: 良性肿瘤的 X 线及胃镜诊断一般并不困难, 但在某些与胃癌不易鉴别的病例, 选择性切片亦有相当价值。此外, 选择性切片对诊断手术后残胃的病变以及食管裂孔疝病例中粘膜的病理变化, 亦有一定的帮助。(唐振鐸摘 沈耕荣校)

12. 胃癌: 1,035 例病案复习

Lumpkin, W. M., Crow, Jr, R. L.,

Hernandez, C. M. 和 Cohn, Jr, I.

《Ann Surg》1964, 159 (6): 919~932 (英文)

为了进一步了解胃癌的死亡原因以及延长 5 年生存率的有关因素, 作者复习了所在医院 1948 年至 1962 年的 1,035 例胃癌病案。上述病例均经病理证实, 并获得随访。

一、全组病例: (1) 一般统计: 男、女之比为 2.6:1。年龄自 20~92 岁不等, 平均年龄为 61.5 岁。(2) 手术情况: 施行手术者 853 例(占 82%)。根治性手术计有: 食管胃切除 14 例, 全胃切除 56 例, 根治性胃大部切除 77 例。另 366 例也作了胃大

部切除术, 但其中多系姑息性手术。其他尚有纯姑息性手术如胃-空肠吻合术 104 例(10%), 剖腹探查及活组织检查 236 例(23%)。(3) 5 年生存率: 至 1962 年年底, 生存满 5 年者有 50 例(其中 21 例已满 10 年)。如以随访达 5 年的 704 例统计, 绝对 5 年生存率为 7%, 与绝对 10 年生存率(6.3%)相差不多。由此可见, 能生存满 5 年者很有可能生存至 10 年。(4) 各手术组的生存率: 不论根据生命统计图(按年的生存率)或平均生存率统计, 根治性胃大部切除和远端胃大部切除术的效果最好。全胃切除术和食管胃切除术, 与活组织检查和剖腹术的效果相同, 令人失望。食管胃切除术后无长期生存者; 56 例全胃切除后, 仅 2 例能长期生存。(5) 病程进展: 37% 患者在确诊后二个月内死亡, 64% 在半年内死亡, 77% 在一年内死亡。可见胃癌的进展是迅速而凶险的。

二、死亡病例: 至 1962 年年底已有 952 例死亡, 其中 365 例在住院期间死亡。220 例作了尸体解剖, 仅取其中资料完整的 216 例进行分析。(1) 一般统计: 年龄和性别等分布与全组病例统计相似。(2) 手术情况: 115 例(53%)曾手术治疗, 计根治性手术 29 例, 姑息性手术 53 例, 诊断性手术(活检和剖腹者) 23 例, 其余 10 例手术未能指明根治或姑息性质。在此 115 例中, 70% 患者在术后一月内死亡, 90% 在术后一年内死亡。因此, 大部分死亡是由于术后并发症所致。101 例(47%)未行手术, 大多系晚期病例, 入院后短期内死亡。(3) 病灶部位: 根据 83 个标本的观察, 位于幽门前区和胃体部者占 84%, 位于贲门部者占 13%。(4) 转移情况: 14% 患者无转移, 54% 有淋巴转移, 55% 侵犯邻近器官, 17% 已有远处转移。受累的邻近器官以肝(55%)、大网膜(46%)和胰腺(30%)等为最多见。远处转移则多见于腹膜腔、横膈、结肠、小肠和骨盆器官。血液转移至肾上腺也不少见, 此点值得注意。(5) 死亡原因: 216 例的死亡原因大多为肺栓塞和肺炎, 其次为腹膜炎、广泛癌肿转移、出血、肠梗阻和胰腺炎等。

三、生存满 5 年的病例: 共 50 例, 其中 47 例的资料完整可供分析。(1) 一般统计: 平均年龄为 60.6 岁, 均系手术切除者。(2) 手术种类: 胃大部切除 31 例, 根治性胃大部切除 14 例, 全胃切除 2 例。其中 4 例同时切除了横结肠。以切除的彻底性而论, 其中根治性质 12 例, 姑息性质 22 例, 性质不明者 13 例。(3) 癌肿的巨体表现: 息肉样 32%, 溃疡性 66%, 硬性癌 2%。(4) 病灶部位: 与死亡组不

同,98% 病灶位于幽门、胃窦和体部,未见位于贲门部者。(5)癌肿分級:按 Hoerr 分級法,60% 患者无轉移,36% 有淋巴轉移,4% 已累及邻近器官。脾脏均未被侵犯,可见常规切除脾脏并非必要。

通过上述分析,作者着重提出:(1)根治性胃大部切除或远端胃大部切除术是治疗胃癌的理想方法,全胃切除或食管胃切除的疗效不很满意。(2)胃-空肠吻合术組的疗效和生存率并不比探查或活检手术組为佳。(3)姑息性切除术的预后不一定很差。(4)邻近器官,如大网膜、胰腺或结肠已被侵犯者,并不排除肿瘤切除后患者长期生存的可能性。(5)位于幽门区癌肿的预后较好。(6)鉴于腹腔内轉移较为多见,手术时应防止沾污腹膜。

(张延龄摘 陈化东校)

13. 胃癌患者的胃液游离氨基酸

Краснобаева, Г. М.

«Кликич Медицина»1964, 43 (2): 46~48 (俄文)

作者应用紙上色层分析对 35 例經手术証实的胃癌、25 例其他胃疾患(胃炎、胃与十二指肠溃疡)以及 12 名健康人测定了胃液游离氨基酸。胃癌患者的性别为:男 24 例,女 11 例;年龄自 30~67 岁。

在胃癌的胃液色层分析譜上,平均測定出 13 个氨基酸斑点。在健康人和其他胃疾患病人中則測定出 8~11 个斑点。胃癌患者的斑点顏色深度亦大大超过对照組。所有胃癌患者的胃液色层分析譜上均測定出亮氨酸、纈氨酸、蛋氨酸、丙氨酸、甘氨酸、谷氨酸、組氨酸和精氨酸。在部分胃癌患者的胃液中还可測定出(依次数多少而排列):絲氨酸、门冬酰

附表:健康人与胃癌病人的胃液游离氨基酸含量(微克/毫升)

氨基酸	正常人	胃癌患者
亮氨酸	10.5	15~153
纈氨酸	10.6	11.7~115.28
蛋氨酸	痕迹	23.84~126.16
丙氨酸	5.4	5.48~56.96
苏氨酸	痕迹	9.25~12.85
谷氨酸	3.0	5.88~32.34
甘氨酸	1.5	2.6~27.0
絲氨酸	2.0	7.56~14.7
谷酰胺	4.0	30.57
门冬酰胺	2.8	2.9~14.36
精氨酸	1.2	12.6~22.8
賴氨酸	4.0	10.86~21.75
組氨酸	9.0	9.08

氨酸、谷酰胺、苏氨酸、賴氨酸和脯氨酸。11 种胃液游离氨基酸定量測定結果,发现胃癌患者較正常人或其他胃疾患患者要高 3~9 倍(见附表)。

关于胃癌的病程、癌肿的組織结构、分泌特征与氨基酸含量之間的关系,作者还未能加以联系起来。但作者认为胃液中游离氨基酸測定系阐明胃部疾患特点的另一研究,亦可能有助于对胃癌的診斷。

(蠅国鈞摘 萧树东校)

14. 胃癌的早期 X 綫診斷

佐佐木常雄

«临床放射綫»1964, 9 (7): 520~531 (日文)

作者就胃癌的早期 X 綫診斷进行詳尽的討論。

早期胃癌的定义: Borrmann 氏根据巨检形态的特征将胃癌分为四型: 息肉样癌、非浸潤性溃疡型癌、浸潤性溃疡型癌及弥漫性浸潤型癌。弥漫性浸潤型癌发生于胃粘膜,沿着粘膜生长,可向粘膜下层浸潤,但不侵及肌层以下的組織,也称浅表扩散型癌。作者认为早期胃癌应为癌浸潤仅发生于粘膜,或部分侵及粘膜下层,总称粘膜癌。根据癌瘤在粘膜面的情况又可分为隆起型、凹陷型和表面型。

X 綫检查方法: 作者强调胃粘膜检查的重要性。在咽下一口钡剂后,以手推压胃部,逐条仔細观察胃粘膜。在仰臥位及俯臥位各摄粘膜片一张,便能分別显示胃前壁和后壁的粘膜,从而有可能检出浅在的病灶。在仰臥位检查时,枱面傾斜 20 度,头側抬高,使钡剂均匀涂布于全部胃壁。在粘膜检查完毕后,再口服 200 毫升钡剂作充盈后的常规透視检查,至少須摄取立位、仰臥位和俯臥位片三张。在立位检查时,可按病灶所在部位投照正位象和右前斜位象。作者认为右前斜位象較佳,因癌瘤多发生于胃体小弯側的后壁,这一投照位置易于显示病变。适当加压摄取局部点片可以发现細小病灶,必要时在局部再行連續摄影。其次在仰臥位检查,钡剂聚积于胃底贲门部,可仔細地观察該部的輪廓;胃泡空气移向幽门部,使胃角切迹至幽门部在空气对比下表现双重造影象。最后行俯臥位检查,病人采取自由式游泳姿势,此时胃蠕動最为活泼,可以观察幽门部有无通过障碍及其与邻近器官的关系。

作者指出双重造影检查很有价值,借此可詳細观察胃壁輪廓和周围粘膜的情况,又能发现細小的病变。在立位时借助于胃泡內的气体可以显现良好的胃底、贲门部双重造影象;在仰臥位則可显示胃体至幽门部的双重造影象。双重造影检查最好应用少

量銀劑，約 50 毫升左右，變換體位使胃粘膜充分塗布銀劑，再經胃管注入適當量的空氣。應用藥物充氣的方法不夠滿意，因難于控制氣量，往往導致擴張過度，粘膜皺襞過度伸展而常易將病灶遺漏。

作者報道粘膜癌 7 例。位於在體部大彎側 1 例，胃角切迹 3 例及幽門部 2 例。其大小在 4 厘米以內，計有隆起型 1 例，表面型和凹陷型各 3 例，其 X 綫表現可歸納為：(1)隆起型：病灶在胃腔內突出，形成不規則充盈缺損，粘膜皺襞輕度隆凸為診斷的重要征象。(2)凹陷型：顯示明顯的龕影，周圍粘膜紋行走不規則，並有中斷現象。在雙重造影象上局部胃壁輪廓凹入。(3)表面型：與凹陷型不同，不能見到明顯的龕影，主要表現為胃壁不整、僵直、攣縮。病灶周圍的粘膜伴有中斷、皺縮、平滑等征象。

上述的各種早期胃癌 X 綫表現，並非為其特有的征象，也可見於其他疾患。在鑑別上有困難時可採用藥物 X 綫功能檢查法，並輔以胃鏡檢查和細胞學檢查以協助診斷。（任樹橋摘 鄒仲校）

15. 四環素螢光試驗在胃癌診斷上的價值：與細胞學檢查相比較

Cummins, A. J., Compertz, M. L. 和
Kier, J. H.
《Ann Intern Med》1964, 61 (1):
56~63 (英文)

四環素螢光試驗對胃癌的診斷價值，各家意見不一。為此，作者等於進行四環素螢光試驗的同時，作胃脫落細胞學檢查，以作對比研究。

方法：對 146 名各種疾病的患者，每日給口服去甲基氯四環素 (demethylchlortetracycline) 4 次，每次 150 毫克，共 5 天，以後停藥 32 小時，於第七天晨在禁食八小時後，按照 Raskin 氏法洗胃作脫落細胞檢查。抽出液於按 Klinger 氏法處理後，以其沉淀物分別塗於 whatman № 3 濾紙上作螢光試驗和載玻片上作細胞學檢查。其中 85 例並同時收集其唾液標本作螢光試驗，以了解唾液螢光反應持續的時間。此外，又對 25 例未服用任何四環素類藥物的病人的胃液標本進行螢光試驗以作對照。

結果：見附表。85 例唾液檢查中，無一例螢光試驗陽性，說明唾液中四環素的分泌在停藥後 32 小時已告終止。25 例未服四環素者的胃液螢光試驗亦均為陰性，其中 1 例脫落細胞學檢查證實患胃癌。

作者在討論中指出。在本文螢光試驗陽性的胃癌病例中，有 4 例是由于伴有胃滯留，其螢光物質為

146 例各種疾病患者的四環素螢光試驗結果

	病人 数	螢光反应			胃脱落細胞 学检查			
		阳 性	阴 性	可 疑	阳 性	阴 性	可 疑	失 败
良性疾病:								
无上消化道疾病	25		24	1		24	1	
良性上消化道疾病	15		15			11		4
良性胃溃疡	44	2	42			36		8
恶性贫血	14	3	11			11		3
幽门管溃疡	6		6			5		1
小 計	104	5	98	1		87	1	16
恶性疾病:								
胃癌								
临床診斷	5	4	1		3	1		1
手术或病理診斷	19	7	11	1	13	4	1	1
胃平滑肌肉瘤	1		1					1
胰腺癌	4		4			4		
支气管肺癌	10		9	1	4	5	1	
其他*	3	1	2		1	2		
小 計	42	12	28	2	21	16	2	3

細胞外的四環素小分子，而不是癌細胞，因此不是真正的“陽性”。另有 1 例手術證明為胃良性潰瘍，亦由於伴有幽門梗阻而造成螢光試驗“陽性”。又本文未能証實未服四環素病例的胃液中可有“自身螢光”物質存在。總的來說，鑒於本文 25 例胃惡性病變中 13 例螢光試驗為假陰性，其誤診率已超過 50%，故作者結論為螢光試驗並不可靠。

* 三例其他惡性腫瘤中，一例為鼻咽淋巴上皮癌，一例為食管癌，另一例為支氣管癌侵入食管。支氣管癌侵及食管的一例四環素螢光試驗陽性。因此，胃以上鄰近器官的病變有時可造成假陽性。

（韓耀華摘 陸偉壯校）

16. 胃黑色素瘤的 X 綫診斷

Potchen, E. J., Khung, C. L. 和
Yatsushashi, M.
《New Eng J Med》1964, 271 (3):
133~136 (英文)

轉移性癌腫很少在胃部發生，但黑色素瘤則常轉移於胃部；作者所在醫院 1925~1963 年的 49 例黑色素瘤尸檢病例中，11 例有胃部轉移，約占 20%。本文報道 3 例患者，X 綫檢查發現胃部黑色素瘤轉移，均經証實。X 綫檢查所發現的胃部轉移可早於其他部位，因此作者建議黑色素瘤的病例均須作上消化道檢查，以較早確定轉移情況，供臨床治療作參考。

胃部黑色素瘤轉移的X綫特征性表現為：呈邊緣光滑的盤形或息肉樣的充盈缺損，常為多發性，但亦可單發。轉移腫瘤的中心常有潰瘍，因此在圓形的缺損區中，可見密度增深的龜影，這就形成了特殊的形象，即所謂“牛眼狀”或“槍靶征”。單發的轉移病灶有時與有些病變不易區別，如 Kaposi 氏肉瘤、迷走胰腺、淋巴瘤等，但黑色素瘤原發病灶的存在有助於黑色素瘤轉移的診斷。（魏敦和摘 錢本余校）

17. 一種治療胃出血經濟有效的
胃降溫裝置

Henderson, R. D. 和 McPhedran, N. T.
《Canad Med Ass J》

1964, 90 (23): 1293~1294 (英文)

本文介紹一種簡單而安全的胃降溫裝置，價廉，適用於一般病室，并可自己製造。

作者改良了 Wangenstein 氏 (1959) 的裝置，用長約 4 呎的塑料同心雙腔管，內管（流入管）在距外管近側端約 10 厘米處通入，其遠端約伸出外管 1 厘米。外管（流出管）遠端開數個直徑約 3 毫米的孔洞，以利液體回流。另以一細塑料管插入外管內

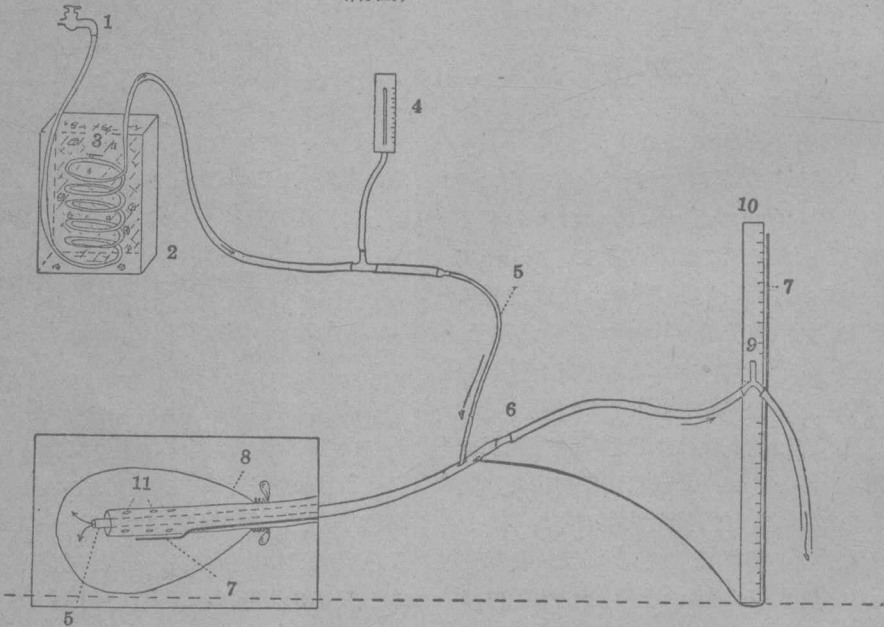
作為測壓管，此管中的水平面，反映胃囊內壓力。以陰莖套作胃囊（如圖）。外管的內徑為 8.0 毫米，外徑為 9.0 毫米。內管內徑 3.0 毫米，外徑 4.0 毫米。測壓管內徑 0.8 毫米，外徑 1.1 毫米。

利用自來水，使水流通過一組盤曲在冰桶內長 20 呎的橡皮管來進行降溫。在流入管側接一血壓計以測水压。流出管需粗大，且不宜過長，以減少阻力，使水流通暢。流出管端接一“Y”形玻璃接頭，調節此接頭的高低來控制胃囊內的壓力及容量，此“Y”接頭同時又起了活瓣作用，當流出管壓力過高時，則液體可自動溢出。

開始時，“Y”接頭與胃後壁同一高度，而測壓管縛在一零點與胃後壁同高的碼尺上，將流入管接在自來水龍頭上，慢慢開放水龍頭，直至流入管內壓力（血壓計上壓力）約為 100 毫米汞柱為止，待液體循環建立穩定後，再慢慢抬高“Y”接頭，直至測壓管內水柱達 25~35 厘米高度間為止。實驗顯示這種壓力是胃囊內最適當的壓力。

本法對胃的降溫作用迅速。作者等治療了 8 例出血病人，7 例止血。治療前應將胃內血塊清除，並可在胃內留置一十二指腸管，以便及時發現新的出血或胃囊破裂。

(附圖)



說明：①自來水龍頭 ②冰桶 ③橡皮管 ④血壓計測壓表 ⑤流入管 ⑥流出管 ⑦測壓管 ⑧胃囊
⑨“Y”形玻璃接頭 ⑩碼尺 ⑪流出管孔

（李 石摘 張國治校）

18. 胃冰冻术后的胃酸反跃

Sutherland, R. D., Bitter, J. E. 和
Hitchcock, C. R.

《Arch Surg》1964, 89 (1): 208~213 (英文)

作者曾对 173 例十二指肠溃疡患者进行胃冰冻术治疗。降温时间为 50 分钟, 流入温为 -18°C , 流出温为 -11°C 。于冰冻术前及术后 24 小时内、6 周、3 月、6 月和 1 年, 作 1 小时基础胃液分析、胰岛素刺激试验和蛋白腠刺激试验以测定其胃液分泌功能。

在第一次冰冻术后, 所有病例的疼痛均迅即消失, 术后 6 周时, 69.8% 无症状, 30.2% 症状复发; 术后 3 月 58.8% 无症状, 41.2% 症状复发; 术后 6 月 34.7% 无症状, 65.3% 症状复发。56 例术前基础胃液中的盐酸平均值为 6.0 毫克当量/小时, 术后降至 4.6 毫克当量/小时, 但以后又复明显上升。胰岛素刺激试验显示, 冰冻术后胃酸分泌量明显降低, 但术后 6 周即上升到接近术前水平, 术后 3 月、6 月时则高于术前水平。蛋白腠刺激试验显示, 术后胃酸分泌量明显降低, 但在以后的测定中则均高于术前水平。

49 例症状复发者曾进行第 2 次胃冰冻术, 术后症状又迅速消失, 但术后 6~12 周中有 55.3% 病例症状复发, 术后 12~36 周有 78.9% 病例症状复发。基础胃液中的盐酸值以及胰岛素刺激试验和蛋白腠刺激试验后的胃酸分泌, 冰冻后 24 小时均有显著降低, 但其后又迅速回升。

本文 173 例 222 次胃冰冻术共发生并发症 20 次。其中有 1 例在术后 6 周发生胰腺炎; 2 例术后立即、1 例术后数周、1 例术后 5 月并发胃溃疡。在术后 5 月并发胃穿孔的一例死亡。18 例出现梗阻症状或顽固性疼痛加剧而手术。

作者认为胃冰冻术并不能对胃粘膜的壁细胞产生满意的选择性和永久性的抑制作用, 且在术后随访中胃酸分泌量常超过术前水平, 故仅有短暂的效果。至于术后胃酸分泌量的过度回升, 可能是由于胃冰冻术刺激了胃窦相和头相的胃酸分泌机制之故。作者同时指出, 胃冰冻术对疼痛症状的缓解也仅有暂时的效果。

(蔡成机摘 孟承伟校)

19. 胃冰冻术后的生理改变

Karacadag, S. 和 Klotz, A. P.

《Amer J Dig Dis》1964, 9 (5):

319~327 (英文)

作者等曾对 120 例 X 线证实的十二指肠溃疡患者施行胃冰冻疗法。冰冻时间为 45 分钟, 流入温为 -17°C , 流出温为 -10°C , 胃粘膜实际温度则在 0°C 以上。本文报道胃冰冻术对胃分泌功能的影响。

结果: (1) 夜间 12 小时胃液分泌: 冰冻后 24 小时, 胃液量及游离盐酸降低, 但 3 个月后恢复至冰冻前水平。(2) 加强组织胺试验: 冰冻后 24 小时, 胃液量及游离盐酸均降低, 但 3 周后即回复至冰冻前水平。(3) Histalog 胃液分析: 结果与组织胺试验者同。(4) 胰岛素试验: 冰冻后 24 小时, 胃液量及酸度均明显降低, 但 3 周内即恢复至冰冻前水平。(5) I^{131} 标志聚乙烯吡咯烷酮(P.V.P.) 试验: 静脉注射 25 微居里 I^{131} 标志 P. V. P. 后, 15 例患者的胃液标本内未发现同位素存在。(6) 电解质测定: 组织胺试验显示, 冰冻后即刻钠离子与氯离子轻度增高, 但在 3 周后均回复至冰冻前水平。(7) 胃蛋白酶: 冰冻后 12 小时, 夜间 12 小时胃液显示胃蛋白酶分泌增多, 冰冻后 24 小时的分泌中也增加, 但冰冻后 24 小时及 3 周后的组织胺试验胃液标本示蛋白酶较冰冻前降低。(8) 电泳分析显示胃液粘蛋白无显著改变。(9) 冰冻前及冰冻后 24 小时、1 周、3 周、3 个月及 6 个月所采取的 200 份胃粘膜活组织标本均未发现由冰冻所引起的任何改变, 也无神经损害的组学证据; 胃镜检查仅见胃粘膜有轻度改变。

上述结果显示, 胃冰冻术所引起的各项变化与迷走神经切断者相似。又根据 Fisher 及 Hunt 二氏的概念, 用 Thompson 和 Vane 二氏的公式计算加强组织胺刺激后胃液中壁层部分与非壁层部分的量, 显示胃冰冻术后 24 小时, 壁层部分平均自 66 毫升/30 分降至 42 毫升/30 分, 非壁层部分则无改变, 与迷走神经切断后相仿。本文各项试验的结果显示, 胃冰冻术后的变化是暂时的, 临床随访也表明症状的改变是暂时的。在 80 例随访的患者中, 冰冻后 3 周 36% 症状完全消失, 26% 进步, 38% 无效, 但术后 6 个月时失效率高达 70%。神经纤维受冷后可产生类似迷走神经切断后的改变, 它也包括交感神经纤维, 于是疼痛冲动的传导受阻, 从而减轻了腹痛的感觉, 这可解释少数患者症状改善而胃酸并无降低。由于 P. V. P. 试验正常, 胃粘膜活组织

检查与胃镜检查均无显著改变,提示胃酸降低是暂时性部分迷走神经切断术后的结果。但如局部加压太甚及温度过低,则也可导致胃粘膜损伤。

(夏德全摘 孙曾一校)

20. 胃冰冻术对维生素 B₁₂ 的吸收、胃酸分泌、组织形态及血清酶活力的影响

Hubel, K. A., Faber, L., Kent, T. H.,

Clifton, J. A. 和 Mason, E. E.

《Amer J Dig Dis》1964, 9 (5):

328~336 (英文)

本文旨在观察胃冰冻术所引起的壁细胞和粘膜神经损伤对胃液分泌和內因子利用的影响以及组织冰冻损伤所致的生化与形态的改变。

方法: 13例X线证实的慢性十二指肠溃疡患者,按 Peter 氏法进行胃冰冻治疗,流入温为 $-17^{\circ}\sim-19^{\circ}\text{C}$,流出温为 $-11^{\circ}\sim-15^{\circ}\text{C}$,最低温度约维持50分钟,各例均经过15分钟的“融解期”后取出气囊。

结果: (1) 9例患者胃冰冻术后胃的病理改变基本相同,但程度不等。最轻的改变为胃腺体轻度扩张,主细胞及壁细胞染色浅淡;最显著者胃颈部与胃小凹部的固有层有中度多形核白细胞浸潤,胃小凹增生,表层细胞中粘液肉芽增多;未见坏死。电子显微镜与普通显微镜所见相符合,主细胞与壁细胞保持完整,但散在的壁细胞示有线粒体肿胀及染色质会聚。(2) 6例冰冻前的血清淀粉酶值已增高,冰冻后除1例外,血清淀粉酶下降或不变。(3) 冰冻后血清谷-草转氨酶值略增高,但未超出正常范围;血清亮氨酸胺酶无明显改变。(4) 最大组织胺反应: 14次试验中4次降至冰冻前的60%以下,6次在60%~100%之间,4次超过冰冻前水平。(5) 最大胰岛素反应: 11次试验中5次低于冰冻前的60%以下,4次在60%~100%之间,2次超过冰冻前水平。(6) 24小时尿 Co⁶⁰-维生素 B₁₂ 排泄量: 冰冻前平均为口服剂量的30%,冰冻后为40%。

本文病例因所采活组织标本较浅薄,故未能见到内在神经丛的变化。冰冻后淀粉酶、亮氨酸胺酶及谷-草转氨酶等均在正常范围内,说明肝、胰等并无广泛损伤。冰冻后尿液维生素 B₁₂ 排泄的增加,作者认为可能系由于二次试验的间隔仅3天,系因上次试验的残余维生素 B₁₂ 的继续排泄所致。

鉴于在本文病例中,除1例外,其最大胰岛素反

应的抑制均较最大组织胺反应的抑制为明显,因此认为胃冰冻术后胃酸的降低可能由于迷走神经损伤之故。

(夏德全摘 孙曾一校)

21. 胃手术后的胃镜和胃活体组织检查

Krentz, K.

《Deutsch Med Wschr》1964, 89 (14):

664~671 (德文)

胃部手术后,常出现许多病变,而以手术后胃炎最为多见。临床表现有恶心、呕吐、明显消瘦及食后痉挛性胃痛等。其原因部分是十二指肠与空肠液回流,部分是幽门窦切除后,促胃液素缺乏,引起胃体腺组织萎缩。作者对100例胃术后患者进行了活组织检查,分2组观察,结果如下:

(1) 仅在手术后作活体组织检查者: 42例,其中2例分别于24及47年以前行胃肠吻合术,现因空肠溃疡住院,活检发现重度浅表性胃炎,尚有胃酸分泌。其他40例均是 Billroth 氏 II 式手术以后。手术原因计有十二指肠溃疡25例,胃溃疡7例,胃癌5例,胃十二指肠溃疡2例,癌性胃溃疡1例。40例活检发现: 明显萎缩性胃炎23例,浅表性与萎缩性胃炎6例,浅表性胃炎5例,局灶性浅表性胃炎及滤泡性淋巴网状细胞性反应各1例,正常粘膜4例(均属十二指肠溃疡患者)。胃溃疡手术后无1例粘膜正常,以萎缩性胃炎为主;胃癌手术者全部出现萎缩性胃炎。边缘性溃疡仅见于胃空肠吻合或十二指肠溃疡行 Billroth 氏 II 式手术者。

从患者年龄来看,60岁以上虽有个别尚发现正常粘膜,但萎缩性胃炎占大多数。即使十二指肠溃疡患者,手术后10年亦已无正常粘膜,可见从正常粘膜发展为浅表性胃炎,或从严重浅表性胃炎发展为萎缩性胃炎,常在手术后10年之间。

(2) 手术前后作活体组织对比检查者: 58例,计有十二指肠溃疡18例,胃溃疡13例,胃十二指肠溃疡2例,恶性肿瘤20例,良性肿瘤4例,不明原因手术者1例。因恶性肿瘤已行全胃切除或死亡而未予活检复查者共8例。

50例对比检查中,18例(作者误作15例——译者注)十二指肠溃疡术前检查有9例粘膜正常,1~5年后复查时仅6例正常;3例术前呈轻度浅表性胃炎,术后发展为广泛性浅表性胃炎;萎缩性胃炎术前仅1例,术后3例。胃溃疡与胃癌患者术前常有萎缩性病变,手术后更有增加。

作者认为,虽然复查时间在5年之内,但也可看

出,胃粘膜細胞浸潤已有发展,腺組織逐漸萎縮,在活檢中可以看到漸進性坏死及胃小凹內有脫落細胞等。这种变化,与年龄无关。作者并就 30 例进行粘膜厚度測定,发现整个粘膜厚度虽然并不减薄,但腺体层变薄。

(陈煥璋摘 張振球校)

22. 幽門狹窄时的代謝性硷中毒

Clark, R. G. 和 Norman, J. N.

《Lancet》1964, 1 (7345): 1244~1245 (英文)

本文报道 13 例幽門狹窄患者的代謝性硷中毒研究結果。輕度硷中毒者 3 例(标准重碳酸盐为 24~27 毫克当量/升),中度硷中毒者 8 例(标准重碳酸盐 28~39 毫克当量/升),重度硷中毒者 2 例(标准重碳酸盐大于 40 毫克当量/升)。13 例的血 pH 值为 7.38~7.59,其中 5 例属正常范围内。呼吸性代偿引致 PCO_2 增高达 42~67 毫米汞柱(仅 4 例低于 45 毫米汞柱)。标准重碳酸盐值介乎 24.5~52.0 毫克当量/升之間,硷过剩的数值在 +2.3 和 +25 毫克当量/升。血清鈉在 136~157 毫克当量/升之間,血清鉀在 2.8~4.6 毫克当量/升之間,血清氯化物則为 30~100 毫克当量/升。

幽門狹窄时随着盐酸的持續喪失,重碳酸盐在体内积滯。在疾病的早期,这种硷中毒傾向可被代偿性的肺泡換气減低所致的輕度 PCO_2 增高以及从肾脏排出較多的重碳酸鈉所糾正,机体得以維持正常的 pH 值。因之第一期(輕度)幽門狹窄的代謝性硷中毒是代偿的,其时血浆重碳酸盐增高, PCO_2 輕度增高,尿呈硷性,临床上无代謝障碍的表现。其后,由于大量的鈉从呕吐物中以及与重碳酸盐結合而从尿排出体外,造成机体脫水,肾脏亦轉而潯鈉。

此时肾脏对硷中毒的代偿能力遭到破坏,因为鈉的保存限制了重碳酸盐的排出,故尿的硷性亦变低,临床开始出现症状。鉀的喪失,除了从呕吐物中不断損失外,且由于鈉在腎小管中被鉀和氢离子交換而更形增加,造成低血鉀症和酸性尿。为維持細胞外液鉀离子浓度,細胞內鉀离子向外移动,細胞外液的鈉离子与氢离子則向細胞內移动。这更加剧了細胞外的硷中毒并造成細胞內酸中毒。于是构成第二期(中度)幽門狹窄,具有 pH 值、标准重碳酸盐和 PCO_2 增高的代謝性硷中毒,此外尚有低血鉀症与酸性尿,临床除脫水外,并出现代謝紊乱的症状如軟弱无力,易于激怒与思維能力降低。幽門狹窄第三期(重度)是第二期的加剧,出现严重脫水、明显的硷中毒、严重的缺鉀与低血氯症以及显著的体重減輕。硷中毒引起游离鈣減少,因而可能有手足搐搦。代謝障碍在第一期极为輕微,不需要替代治疗即可手术。第二期病人在手术前晚要补充液体和电解质,尤其是鉀盐,以使手术得以安全进行。若手术前未予液体和电解质,手术创伤性反应可导致严重的硷中毒,第三期病人不适合立即手术,由于严重脫水和极度硷中毒,应在手术前作 48 小时或更长一些時間的大力治疗。

虽然在大多病例中有低血鉀和低血氯症,但两者的程度与硷中毒的严重程度关系不明显,因为脫水会增加血鉀和氯的浓度而补液則可引起相反的作用。作者认为在反映硷中毒的代謝障碍方面,血浆重碳酸盐和硷过剩的数值較血清电解质的变化更为可靠。至于对代謝性硷中毒的呼吸代偿机制方面,作者指出即使在最严重的病例中,这一代偿机制使 pH 值不超过 7.59。(胡其燕摘 侯积寿校)

潰 瘍 病

23. 十二指腸潰瘍病的遺传因素問題: 血清胃蛋白酶元浓度与 ABO 血型及唾 液中 ABH 物质間的关系

Hanley, W. B.

《Brit Med J》1964, 1 (5388):

936~940 (英文)

Doll 与 Kellock 二氏証实十二指腸潰瘍病与两种血型物质——ABO 血型物质及唾液中 ABH 物质——的分泌状态的遗传因素有关。Sievers 氏发

现 O 型者的胃液中游离酸及血清中胃蛋白酶元浓度均比 A 型者为高。乃发生 O 型者是否比其他 ABO 型者有更多数量的胃分泌細胞的問題,本文測定 18~35 岁的 O 型及 A 型、唾液中分泌与不分泌 ABH 物质的男、女健康人(共 8 組,每組 100 人)的血清胃蛋白酶元含量,研究十二指腸潰瘍病人的血型与唾液中含 ABH 物质与否的遗传因素关系。血清胃蛋白酶元的測定系采用 Hanley 氏改良的 Sievers 与 Fischer 二氏法。每一标本重复測定二次。結果:(1)血清胃蛋白酶元量男性显著比女性高 ($P < 10^{-6}$);

(2) O型者明显地比A型者高($P<0.001$); (3)唾液中不分泌 ABH 物质者并不比分泌 ABH 物质者显著高($P<0.2$)。

若血清胃蛋白酶元含量确能反映胃壁的分泌细胞数量,则本文的结果证明男女性别的基因与 ABO 血型的基因对胃壁分泌细胞的生长有一定影响,男性胃分泌细胞比女性多, O型者更多;但 O型主要影响男性,其对女性的影响并无统计学意义。这些结果与文献报告者相同,与 Cox 氏报告的男性胃壁平均细胞数为 10 亿 9 千万,女性为 8 亿 2 千万的情况相符。

有认为女性在生育期,尤其在妊娠期少发生十二指肠溃疡病是与女性内分泌有关,由于十二指肠溃疡患者的胃分泌细胞数量较多,提示女性所以少罹十二指肠溃疡病是与女性胃壁分泌细胞数量较少有关。鉴于不同血型对女性的影响不及男性,提示 O型血型者所可能具有刺激胃分泌细胞生长的物质,能被女性内分泌素所抑制。鉴于边缘性溃疡与 O型的关系较十二指肠溃疡更为明显,指示可能系 O型基因型者有一种刺激胃壁分泌细胞生长的物质,而非由于 A型基因型者有一种抑制性物质。

O型与A型者的基本差别,按 Race 与 Sanger 二氏报告(见下表)在于决定血型物质的质与量的不同。但在唾液中不分泌 ABH 物质者,各种血型物质(如 A, H, Le^a, Le^b)的粘多糖体并不因属 A型或 O型而有差别,认为血型对胃粘膜的影响系通过机体而非通过胃腔。血型物质影响胃分泌细胞数量的机制与H血型物质有关。不论唾液中分泌 ABH 与否,组织中酒溶性H物质的浓度在O型者较A型者为高,因此可以认为系因此种酒溶性H物质通过细胞内的生化作用而刺激胃分泌细胞生长。

O型及A型者的唾液中各种血型抗原(A, H, Le^a 及 Le^b)的浓度

血型	唾液中分泌 ABH 与否	血型粘多糖体物质			
		A	H	Le ^a	Le ^b
O	分泌	—	+++	+	++
A	分泌	+++	(+)	+	++
O	不分泌	—	(+)	++++	—
A	不分泌	(+)	(+)	++++	—

至于 ABH 不分泌者为何十二指肠溃疡病发生率较高,其机制仍未明了。

(张国治摘 陈思聪校)

24. 儿童十二指肠球部溃疡

Berman, V.

《Clin Radiol》1964, 15 (3):

267~270 (英文)

儿童患十二指肠球部溃疡者并不少见,本文旨在说明儿童十二指肠溃疡的发病率,并阐述其X线诊断要点。

作者分析所在儿童医院 1952 年以来在 483 例临床疑有溃疡病的病例中发现有十二指肠球部溃疡龛影的 46 例。患儿年龄为 4~13 岁;男 28 例 (占 61%),女 18 例 (占 39%);龛影在球后壁者 24 例 (52%),在其它部分者 22 例 (48%)。24 例球后壁龛影中 16 例位在球部中心附近,8 例靠近球尖部。虽然龛影为十二指肠球部溃疡的直接征象,但鉴于很表浅的龛影有被遗漏的可能,因此间接征象在诊断上也有参考价值。间接征象有 5 种:(1)空腹时胃分泌增加;(2)球部充血、钡剂快速通过现象;(3)球部压痛;(4)初期的幽门痉挛;(5)球部痉挛。以前三种为最常见。在本组中只有溃疡龛影而不伴有任何间接征象者 10 例 (占 22%)。伴有一种间接征象者 11 例 (占 24%),其中 6 例为分泌增多,3 例球部有充血征象,2 例球部有压痛。伴有二种间接征象者 15 例 (占 33%),其中 8 例有球部充血和压痛,4 例空腹时胃分泌液增加并有球部压痛,3 例空腹时胃分泌液增加伴球部充血。同时伴有三种间接征象者 10 例 (占 22%)。根据以上发现,55% 的阳性病例合并有二种或三种最常见的间接征象,因而作者认为在未发现球部龛影的病例中,如有二种或二种以上的常见间接征象出现,则有球部溃疡可疑。为此,在对儿童进行胃肠道钡餐检查时,应该细心地从各个角度寻找球部龛影,并应观察有无上述间接征象。

(顾 瑞摘 荣独山校)

25. 从切除标本来评价胃溃疡 X线诊断的价值:有关胃溃疡的恶性表现

菊地良郎

《临床放射线》1964, 9(7):533~546 (日文)

胃癌强调早期诊断,因而早期胃癌或所谓粘膜癌的X线所见以及溃疡恶变的X线鉴别诊断极为重要。早期胃癌的X线所见据 1962 年日本全国 573 例的统计,为:(1)粘膜纹中断(62.0%);(2)边缘僵直(51.8%);(3)粘膜纹走行异常(21.5%);(4)凹入(20.2%);(5)边缘不规则(16.4%);(6)幽门前区变