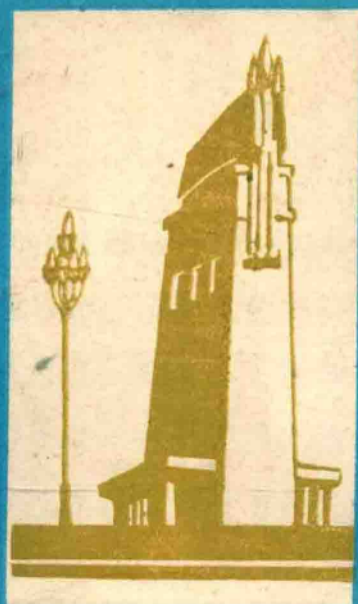




南京医药资料

消化专辑

6

南京医学会

(1979)

前 言

为了更好地传达一九七八年在杭州召开的全国消化系疾病会议精神，特请参加这次会议的部分代表，整理选编了大会交流的学术论文中主要内容。俾使广大医务工作者了解当前全国消化系疾病方面的进展和展望。并借以提高临床医师的业务知识。因时间和篇幅关系，同时整理选编水平有限，可能有不足之处，希广大医务工作同志鉴谅。

中华医学会南京分会
消化系疾病学会

目 录

全国消化系疾病学术会议总结发言.....	江绍基 (1)
国内胃和十二指肠疾病的概况.....	钱岳年整理 (6)
国内慢性萎缩性胃炎诊断及中西医结合治疗的概况.....	曹平整理 (15)
国内急性上消化道出血诊断治疗的概况.....	陈平南整理 (20)
国内有关肠道疾病的概况.....	王年吉整理 (26)
国内肝硬化并发症处理的概况.....	姜钰峰整理 (37)
国内有关肝病诊断的概况.....	张志宏整理 (41)
国内胰胆疾病诊断及治疗的概况.....	孙月美整理 (50)
消化系疾病科研规划草案 (供参考)	(56)

全国消化系疾病学术会议总结发言

江 绍 基

同志们：

中华医学会举办的全国消化系疾病学术会议于1978年11月21日至30日在杭州举行。通过四天的大会发言和特邀讲座，五天的分组讨论。今日圆满地结束了。与会正式代表219人，特邀代表4人。来自29个省市、自治区的老、中、青代表，济济一堂。盛况空前。特别使与会者振奋的是，我国胃肠病学创始人之一。张孝骞同志，以八十二岁的高龄，也亲自参加了大会并作了开幕词。特邀参加大会的还有外科、微生物学科、病理科和X线科的同志，他们为我们作了十分精彩的报告：《肝脏移植的内外科问题》，《人工免疫调节和免疫性肝病》，《消化道疾病的影象诊断学新进展》，《胃肠道与免疫》和《胰腺癌诊断的一些问题》。增加了我们很多新的知识。

会议期间中央卫生部钱信忠副部长和全国科协刘述周副主席亲自到会，参加了大会和小组的活动，听取了汇报。作了重要讲话，给予全体同志以很大的鼓舞。

大会共收到论文1000多篇，大会交流了46篇论文，会议通过大会宣读论文和分组讨论，检阅了十多年来全国消化系疾病的研究和临床实践工作，肯定了我们的成绩，找寻了和世界先进水平的差距及工作中的薄弱点，并讨论了今后的科研规划，提出了努力的方向。总的来讲，会议开得很好，充分发扬了学术民主，贯彻百家争鸣。开得生动活泼，心情舒畅。

这次大会的成果大致有下面几点：

一、基础理论方面

首先是中医脾胃学说与溃疡病、胃炎、慢性肠炎和肝胆等有关疾病进行了研究和探讨，并在内分泌，免疫功能，植物神经功能等进行测定有了初步的认识。在消化系疾病与免疫方面部分地区开展了研究工作，例如上海对肝病的非特异性和特异性细胞免疫（HBsAg刺激的LMI）功能低下以及抗体免疫（A—HBs）功能低下做了进一步阐述，并提出乙型肝炎的慢性化可能与缺乏抗HBs有关的观点。北京、上海等地开展了萎缩性胃炎的免疫壁细胞抗体检查。发现有30±%的病例阳性。发现我国萎缩性胃炎与国外分类的A型特点有所不同。需进一步积累更多资料进行研究。

上海地区对国产五肽胃泌素对胃酸分泌功能从动物试验至临床，效果满意，与ICI出品的Peptavlon及磷酸组织胺试验相比较，三者无明显差别，而副作用少。为我国填补了空白。

苏州等地应用XLT型进行肝血流图的观察均有待深入研究。

天津、上海、南京等地开展了电子显微镜对正常及慢性胃炎胃粘膜细胞的亚微结构观察，发现除胃粘膜上皮细胞有连接较松、间隙增宽外，主细胞和壁细胞的亚微结构没

有异常。

肝脏生化检查方面酶谱及同功酶的临床应用已逐步普及和提高。

虽然在基础理论与临床结合方面初步取得了一些进展,但与国外的差距还大,甚至有许多空白,尚待努力赶上。

二、临床工作方面

除大会交流外还分组专题交流了溃疡病、胃炎和十二指肠炎的病因、诊断和治疗经验;上消化道出血的诊断(包括急症内窥镜检查)。和诊断标准,内外科治疗问题;肝脏疾病和肝硬化的三大并发症的诊断处理;胰胆疾病及胰胆管造影和炎性肠病(特发性溃疡型结肠炎及克隆氏病)纤维结肠镜的评价等,并进行了专题小结汇报。

大会对山东省大协作搞普查工作表示赞扬。虽然只提供了溃疡病和胃癌流行病学一个侧面。他们调查统计1949年—1977年间全省主要城市住院病人10994例溃疡病发病情况。同时对胃癌进行了大量的调查和分析。为探索防治的规律提供有价值的资料。

溃疡病的中西分型。辨证论治,中药等治疗虽然有一定效果,但缺乏统一标准和双盲对照。上海的血活素和上海、四川的甲氰咪胺(Cimetidine)已初步应用于临床。溃疡病的复发率达1/3左右,今后要找寻有效措施防止复发。胃手术后返流性胃炎是一个重要问题。对手术适应症应从严掌握,对高位迷走神经增除的远期疗效尚有待进一步观察。

大会对慢性胃炎进行了分型标准的讨论,将在工作实践中使之完正,对于十二指肠炎的分型尚待进一步探讨。

对萎缩性胃炎A、B两型。我国的观察,随着年龄增长而发病增多,以A型为多见,但恶性贫血鲜见。因此有否C型存在,是值得进一步探讨的。关于肠上皮化生的转归和癌变率以及萎缩性胃炎的癌变率,尚缺乏长期追踪随访,今后要加强这一项工作。

大会对急性上消化道出血进行专题讨论,对急症纤维胃镜检查作出了肯定的评价,在上消化道出血的病因中胃炎及急性胃粘膜损伤有所增加,值得引起注意。讨论中还制订了上消化道出血量估计指标,供临床参考。

肝病的诊断,近年来在酶谱方面有所进展,包括少数单位开展了同功酶的检查。超声诊断和肝脏扫描也普及,但发展不够平衡和普遍,特别是对酶谱的正确运用有待进一步提高认识,彩色肝脏扫描有较高的诊断率,抚顺报导诊断肝癌的阳性率几达100%。今后应力争引进先进的仪器。腹腔窥镜检查对肝胆疾病和腹膜疾病有较高的价值,有条件的单位应充分地利用这类诊断手段。大会交流免疫对肝病的诊断尚限于少数单位。有待进一步深入研究。

山西中医研究所的强肝软坚汤治疗肝硬化的实验研究与临床观察。北京中医学院的清开灵1号对肝损伤保护作用的介绍,都引起代表们很大的兴趣和重视。值得进一步探索研究。以期获得重复性疗效。

关于肝移植,国内已有数个地区单位进行了深入研究和临床实践。这次大会作了特邀报告。请上海第二医学院肝移植小组对肝移植的内外科有关问题作了学术报告,报告中着重介绍如何纠正凝血机能的紊乱和术后的排异处理经验。为开展肝移植的工作开创了一个良好开端。

对肝硬化的三大并发症的专题讨论,使与会的内、外科大夫共同认识到必须密切配

合掌握时机抢救病人。才能提高疗效。广州报导50%小肠切除以降低门脉压力。尚待进一步观察远期疗效的评价。上海及杭州利用腹水超滤及人工肾超滤浓缩腹水回输有利于病人恢复争取门脉减压手术的机会,但除非能消除病因。否则仍有腹水再生长的基础。因此不能忽视有关其他方面的治疗。

大会交流和讨论了出血坏死性胰腺炎的早期诊断和早期治疗经验,指出本病的死亡率较高。猝死与休克、血管舒缓素对心血管损害及迷走神经功能亢进等有关。抢救治疗除中西医结合外,有的单位认为宜及早手术治疗。

从610例胰胆管造影(ERCP)交流中反映出我国有些单位的插管和造影技术逐年增高,自73年至78年插管显影率为73—93.2%;选择性成功率为80—96.4%;病灶部位符合率75—95%,已达到国际水平。通过实践说明,ERCP对黄疸的鉴别诊断、梗阻部位的确定、肿瘤的诊断、慢性胰腺炎症的鉴别均有较高的价值。但是如何减少术后并发症和死亡率,必须引起操作者的重视。

克隆氏病和溃疡性结肠炎的诊断标准和治疗问题也作了专题讨论。上海发扬大协作精神分析了6个医院117例溃疡性结肠炎,认为国内发病率、癌变率均低于国外。但近年来随着诊断技术的提高,发病率似有所增长。本病主要危害青壮年,肠外症状达3.5%,影响劳动。如不早期治疗,并发症及死亡率均高。本病在诊断方面除肠镜及X线钡灌外。对酶学及免疫检查方面国内工作做得甚少,今后应加强研究。

三、纤维内窥镜检查及胃粘膜细胞学检查方面:南京纤维内窥镜学术交流会以来,诊断水平已有进一步提高。并已开展了特殊检查和治疗。

有三个地区报告了胃血吸虫病并发胃癌共24例。这给血吸虫病疫区提出了进一步研究的课题。

为了提高纤维内窥镜早期诊断胃癌率,除了应用胃粘膜染色法外,也开阔了一些新的途径如浙医一院设计应用169_γb静脉注射后通过胃镜吸取标本计测胃癌较良性病变明显增高。西安医学院应用激光纤维内窥镜荧光显示法(氦—钙)在胃镜中肉眼区别癌肿与良性或正常组织等。我们希望能开扩思路,不断地创建一些新的方法。

胃息肉的电凝电切虽已开展,但还未广泛应用,仍需防止发生并发症。

大会介绍了由纤维胃镜检查引起食道下端穿孔一例,大出血3例,心跳骤停1例经及时抢救恢复,其他咽喉部感染等有数例。有些医院对胃镜检查时进行心电图检查,发现有一定的改变。提示胃镜检查对有心脏病患者仍要谨慎。

可喜的是国内已有数个地区研制成了纤维胃镜,大会收到二篇国产纤维胃镜XW—I型和江淮—I型的使用经验介绍,为我国纤维内窥镜生产奠定了基础。

纤维乙状结肠镜,工作长度60厘米,可达降结肠,较金属乙状结肠镜检查范围广而少痛苦,操作方便,诊断率亦高,值得继续积累经验。在内窥镜下电凝电切息肉已在多处医院开展,除个别有报导电切息肉后发生大出血并发症外,其它尚未见严重并发症。

胃粘膜细胞学检查工作进展还不够普遍,浙医大一院1801例的经验,用 α -糜蛋白酶冲洗1190例的阳性率达85.3%;北京253医院用胰蛋白酶及醋酸缓冲液冲洗的阳性率胃镜直视下拭片阳性率88.1—92%。如配合活检将使阳性更有提高。是提高早期胃癌诊断94%的方法,简便易行,宜积极推广。

大会的成果是大的,收获是多的,大会是成功的,确实检阅了我们的成绩,了解了

我们在消化系疾病工作的内容和水平，和国外相比还存在着很大的差距，正如钱副部长所指出的，我们的许多实验研究和临床诊断还停留在五十一六十年代的水平，其中特别是基础理论及检查研究，如消化生理、胃肠道激素、分子生物学、遗传学、免疫、超微结构等和新技术，如超声诊断，彩色扫描、血管及淋巴管造影等放射影像学检查，放射和原子医学，医用光学，电子计算机在诊断和治疗上的应用，还很不够，甚至空白。在中西医结合的理论方面和临床实践，还没有重大的突破当然有些是我们国内条件不足，有待进一步引进的经验和医疗设备；有些是属于我们缺乏组织协调，力量分散，重复劳动，科研设计不严密形成事倍功半。现在需要我们这些从事消化系疾病的同志们，团结一致，搞好大协作，相互支援，相互促进，要使我们整个消化系的水平迅速提高。昨天讨论规划后，中南区、东北三省、西北区等都已积极行动起来，立即恢复或成立了大区的科研协作组以协调力量共同上阵，这对我们是很大的鼓舞和推动，我们向他们致敬，向他们学习。现在再提以下几点意见：

1. 遵照钱副部长的指示。我们要大力开展流行病学的调查研究。普查工作要充分调动各级医务工作者的力量。对不同地区。不同工种。不同生活条件和不同气候季节等人群的分析。这样可能更有利于了解发病的规律。并制订出有效的防治措施。可以先从一、二个常见多发病开始。

2. 大力开展基础理论的学习和研究。基础理论是提高医疗质量的重要一环。它有利于我们对疾病的认识，进一步开展科学研究。否则我们的工作将徘徊在现有的水平，为此我们希望各地对基础理论的学习和研究，要给予大力的保证和支持，填补空白，要集中力量突破而不是赶时髦。这样才能有效地推动我们的医学发展，更好地为生产服务。

3. 中西医结合是创立祖国的新医学派的重要措施，从大会的材料可见。我们中西医结合方面。迄今缺乏统一的认识和统一的概念，因此对于疾病的诊治方面，总结不出有力的科学规律，亦经受不了重复验证。这是目前迫切需要解决的问题。因此今后要加强科研设计，严格要求对照比较。

4. 充分利用条件，大力搞好协作，及时互通情报，坚决反对闭关自守，夜郎自大的作风，在较大的或有条件的城市，应该集中力量进行科学研究，并帮助周围有关单位，提高专业水平，应充分体现社会主义的优越性，只有大协作，集中优势兵力，才能获得科学研究的成果。

5. 为了加快提高我国制造纤维内窥镜的水平以适应形势的需要。我们要求在卫生部有关部门的直接领导下，成立全国性的纤维内窥镜制造协作组，有利于集中群众的智慧，发挥集体攻关的威力，这样才能多、快、好、省地发展我国的纤维光学工业。同样在放射免疫标记测定标准化、消化道激素的合成提纯等均应设立一些“中心”来解决供需问题，也能保证质量的统一标准。而目前这种小手工业式的探索。往往造成大量物质、经济和人力浪费。而且耽误了时间。希望领导部门给予足够的重视。

6. 应彻底改变闭关自守的自我封锁政策。尤其在消化系疾病方面。过去很少参加国际上专业性学术交流活动，也很少邀请国际上有名望的消化系病专家来我国访问讲学。今后希望卫生部领导和中华医学会能给我们多多创造有利条件，积极打通与国际交往的道路，使消化系专业能迅速赶上当前的国际水平。

同志们：很可喜的大会在钱副部长的大力关怀下，经过总会的同意初步成立了中华医学会消化系病学会筹备小组，并于11月29日下午在傅一诚副秘书长的主持下召开了第一次会议，这样使我们今后的工作将能更有组织地开展。我们应该有充分的信心和志气。在党中央、华主席的英明领导下。使我们的消化系病的临床和科研水平能适应社会主义四个现代化的需要。

国内胃和十二指肠疾病的概况

八一医院 钱岳年

消化性溃疡

消化性溃疡是常见病和多发病之一，其并发症也颇多见。山东医学院附属医院等二十五个单位共同协作，对山东省消化性溃疡住院患者10,994例进行调查分析。资料统计是自1949年至1977年，历时29年。调查表明：从1954年起，随着卫生保健事业的发展 and 诊断技术的提高，消化性溃疡住院病例有逐年增加趋势。十二指肠溃疡与胃溃疡的比例为1.59:1。国内文献为2.0~5.6:1，男女的比例为5.2:1。年龄分布以21~50岁为多，占77%。发生季节以冬季最多，占49.5%。诱因则与饮食不当〈33.3%〉，精神紧张〈20.3%〉、受凉〈22.2%〉、劳累〈13.9%〉、粗食〈10.3%〉等有关。发病与血型无关。有并发症者占71.9%，其中以上消化道出血最多，占34.39%〈66~68.6%〉，其次为穿孔，占21.69%〈6.1~23.0%〉和幽门梗阻，占8.30%〈1.9~10.7%〉。共存病中以高血压与肺气肿较多见。

消化性溃疡的流行病学调查十分重要，住院病例的统计分析只是了解发病情况的一个侧面。各地区如有条件组织协作，对人群中消化性溃疡的发病情况进行普查，对本病的防治将具有深远意义。

浙江医科大学附属一院应用纤维胃镜对925例胃、十二指肠溃疡的检查结果，大多数胃溃疡位于胃角，其次在胃窦部。十二指肠球部溃疡好发于前壁。胃溃疡的检出率高于十二指肠溃疡。认为过去X线钡餐诊断为十二指肠溃疡者，内窥镜下常为十二指肠炎。本组幽门管溃疡共发现114例，由于溃疡常浅而小，加上幽门括约肌收缩频繁，钡餐难以填充，X线检查常易漏诊。胃癌也易发生在幽门管处，应予以重视。四川医学院纤维胃镜对胃溃疡202例进行观察，位于胃角也最多占50%、胃窦占33.7%、胃体占14.7%、胃底贲门区占1.6%。溃疡底颜色白色苔占34.6%，黄白苔、脓苔、灰白苔依次为19.6%，13.0%及10.5%，脓苔及绿脓苔共占14.3%，说明良性溃疡的苔色并不都是那么清洁的。浙江医大附二院纤维胃镜对手术后胃96例检查，证明吻合口炎48例、残胃炎9例、复发性溃疡13例、缝线残留22例。

在治疗方面，不少省市都按脾胃论探讨消化性溃疡的中医分型和治疗。如陕西中医学院附院治疗溃疡病分为虚寒，气滞及瘀血三型治疗68例，显效以上44例，进步24例。南京解放军八一医院中西医结合分型治疗溃疡病213例，分为脾胃虚寒型、气滞型、脾胃虚寒兼气滞型及出血型（或血瘀型）四型，每型用协定中药方剂，并随症予以加减，平均治疗36.7天。疗效近控者占81.22%，好转占15.96%，有龕影者55例，治疗后消失占92.73%，平均消失时间为41.65天。出血型大便匿血试验平均阴转时间为4.22天。广州

中医学院从胃十二指肠病探讨脾的实质,溃疡病174人中有脾虚症状者145例占83.8%,在治疗上以补脾为主的方药取得肯定疗效。发现大部份患者存在付交感神经功能偏亢现象,小部分存在付交感与交感神经均有兴奋增高现象,说明脾虚患者多具有付交感神经兴奋性增高。补脾的四君子汤治疗溃疡病可能是通过对抗乙酰胆碱和组织胺、抑制付交感神经的传导介质而发挥治疗作用的。

以现代医学来解说脾胃学说有以下设想。健脾温中与降低迷走神经兴奋性和增强胃粘膜屏障有关,行气解郁与调整胃肠运动功能,调整胃肠蠕动有关,清泄郁热与消除消化道的炎症反应有关,活血化瘀与改善胃肠粘膜局部血循环和松解组织粘连有关。如广州第一人民医院采用以上四个治则之常用中药做成胶囊名“胃合新”同时加用痢特灵以消除溃疡病灶的炎症,疗效较单用胃合新组为明显。中山医学院认为脾虚血淤是溃疡病的共性,采用补脾活血药来治疗溃疡病100例,脾虚血淤型58例、脾虚血淤挟热型36例,脾虚血淤挟寒6例,挟热及挟寒者酌加有关中药,服药4~8周,痊愈者75%,显效5%,好转17%。其他省市报告了用锡类散、黄芪建中汤加味和复方紫石英、胃舒丸、侧柏叶、胃甘片、益胃羔、积雪草和宁猴片等中药对消化性溃疡病人的治疗,也取得较满意的近期疗效。如宁猴片治疗溃疡病114例痊愈31.6%,显效35.1%。锡类散治疗溃疡病47例,治疗14~21日经胃镜判定溃疡愈合率为91.5%,平均16.5天愈合。新疆医学院附属医院报告了痢特灵治疗消化性溃疡的临床疗效,治疗三周后,溃疡消失者达53%。痢特灵的常见副作用为头晕、食欲减退、心慌和乏力等。少数病例尚见皮疹、高热、黄疸和周围神经炎,应引起注意。重庆医学院介绍用复方铋剂治疗十二指肠溃疡20例,溃疡消失者达60%;对照组20例,溃疡消失者15%。上海,四川和广西报道用活血素、尿囊素、胃复安、甲氰咪胺和生胃酮治疗消化性溃疡。甲氰咪胺为 H_2 受体阻滞药,对十二指肠溃疡的疗效较高,国内已有小批生产。

苏州医学院附属第一医院外科介绍了选择性胃迷走神经切断术加半胃切除治疗十二指肠溃疡129例的经验。由于残胃容量大,有利于体力恢复,因而术后患者无症状、饮食如常人者达86.2%,较之胃大部切除258例中仅有50.7%者,差异显著,术后有腹胀、腹泻及中度倾倒症状者,前者无,后者占12.4%;有溃疡复发及营养不良后者占3.9%,前者无。说明前者既切断迷走神经又切除了大部分壁细胞,阻断了胃酸的分泌,因而取得较佳疗效。

关于治疗方法和研究设计,大家认为判断疗效必须有一个统一的标准。统一诊断标准,观察指标,复查随访制度及设立对照组。设立对照组可用一般的碱性及解痉药物,应逐日记录疼痛程度和碱性药物用量。以便考核近期疗效时参考。药物组和对照组病例的选择应力求条件大致上类似,诸如溃疡的部位(胃溃疡和十二指肠溃疡)、环境(门诊和住院)、性别、年龄以及季节等。观察的结果,应经统计学处理。消化性溃疡的临床近期疗效考核的设计,应根据实际情况和条件拟订。要讲究科学性和精确性,否则会造成人力和物力的浪费。

消化性溃疡的预防是一个重要课题。第一军医大学附属第一医院对119例消化性溃疡病人进行随访,其中连续观察三年者80例,三年复发率为33.7%。复发因素的调查分析结果,发现精神刺激或紧张、饮食不当、睡眠不足和饮酒等四项与复发有密切关系。根据复发因素的调查分析和结合有关资料,提出了消化性溃疡抗复发措施,包括尽力避免

上述复发诱因、增强体质以及溃疡愈合后继续药物巩固等。采用上述抗复发措施后,有49例曾随访三年,复发率降低为22.4%。今后应加强对这方面的研究。

目前对大白鼠等诱发的实验性胃溃疡,一般都属急性,与人的消化性溃疡并不相同。在今后的动物实验中,应探索容易制造慢性消化性溃疡的动物种类和方法,以便进一步研究消化性溃疡的病因、考核药物疗效和药物作用的机理等。在进行动物实验前,必须注意对照组等设计方法问题,使实验结果不论是正性的或是负性的,都具有一定的重要性和可靠性。

胃的检查方法

一、纤维胃镜检查

胃镜的广泛应用,提高了食管、胃和十二指肠疾病的诊断水平。例如:湖南医学院322例X线钡餐检查阴性患者的胃镜检查中,发现食管癌4例、胃癌6例、消化性溃疡58例。说明胃镜检查是X线检查的重要补充手段和方法。目前国内已有数地区自行生产纤维胃镜。如国产胃镜XWI型及江淮I型等,初步认为性能良好,使我国纤维内窥镜生产的发展加快了步伐。

内窥镜下治疗方面国内近来有了新的进展。如用单纯圈套法切除息肉。食道、胃、十二指肠、空肠及结肠之有蒂息肉可在纤维内窥镜下进行电凝电切。胃部息肉以胃窦多见,穹窿部次之。胃部息肉以广基为多,有蒂者占少数。胃部广基息肉切除时可用TCG双管道纤维胃镜使其基底部形成假性蒂,然后切除,如此可使创面较小。术后三周左右其基底每有溃疡形成,最好用抗酸介症药物。术后4~6周内窥镜随访,必要时可在息肉基底部或溃疡处作活检。一般腺瘤者恶变率在20%左右。有蒂及广基息肉南京鼓楼医院报道通过内窥镜注射95%酒精法使息肉坏死脱落。十二指肠球部息肉多来自Brunner's腺,无恶变。近文献报道球部绒毛状息肉42例,其恶变率达30~40%,必须完全切除。其他胃肠道异物取出(如竹纤、别针等)、胃手术后残线用缝线切割器切断后取出,如用软式电凝探针电凝止血等国内均有报道。

大会介绍了由纤维胃镜检查引起的并发症有食道上端穿孔一例,单侧一过性腮腺肿大二例,大出血三例,心跳骤停一例经及时抢救恢复。该病人不能证明有器质性心脏病存在,可能由于异常迷走神经反射所致。其他尚有咽喉部感染等数例。有些医院对胃镜检查时进行心电图检查,发现有一定的改变,提示胃镜检查对有心脏疾患者仍要谨慎。

二、胃液分析

胃液分析对胃、十二指肠疾病的诊断和治疗都很有价值。过去采用试餐、咖啡因和酒精等作为泌酸刺激剂,因不能精确反映胃的泌酸功能,近年来已为五肽胃泌素和加大剂量的组织胺所替代。

北京首都医院对52名正常人作了加大剂量组织胺刺激的胃酸分泌检查。最大酸排量(MAO)为 16.26 ± 8.61 毫当量/小时(平均值 $\pm$ 标准差)。加大剂量组织胺注射后,可出现一时性血压下降、头昏、头痛、心悸和腹痛等副作用,多数人在注射苯海拉明后有轻度的困倦感。有过敏素质、心肺疾患、年老、体衰和妊娠者应属禁忌。

上海第二医学院附属第三人民医院应用中国科学院上海生化研究所合成的五肽胃泌素

进行了胃酸分泌检查。对胃造瘘狗的实验说明国产的和进口的五肽胃泌素都有相似的泌酸效应。所用剂量为6微克/公斤体重,肌肉注射。对21例正常人的检查结果,高峰酸排量(PAO)为 21.22 ± 2.10 毫当量/小时(平均值 $\pm$ 标准误)。另外,对临床确诊的胃或十二指肠溃疡、胃癌、萎缩性胃炎和手术后胃共86例作了五肽胃泌素刺激的胃酸分泌检查。高峰酸排量平均值胃溃疡为 17.22 ± 2.10 毫当量/小时,十二指肠溃疡为 30.93 ± 2.11 ;胃癌为 10.83 ± 1.97 ;萎缩性胃炎为 5.68 ± 2.97 ;手术后胃为 6.93 ± 4.13 。副作用轻微、主要是头昏、轻度恶心,偶见面色苍白和发热感,持续时间均短暂。不须特殊处理而自行消失。基础排酸量BAO为 3.28 ± 0.38 毫当量/小时。

胃炎与十二指肠炎

在我国,慢性胃炎十分常见。由于纤维内窥镜工作的逐渐普及,诊断为萎缩性胃炎的病例亦日益增多。萎缩性胃炎属胃癌前期病变。因此对其发病率的调查研究是十分有意义的。四川医学院对萎缩性胃炎297例在各年龄组患者的发病率作了分析:30岁以下的患者占7.5%;51~60岁的患者增加到24.4%;而60岁以上的患者更上升到66%。本病的病程一般较长,5~10年者占16.5%;病程超过10年者占32.3%。病变部位,大部为胃窦部,占86.2%,涉及胃体者,仅占12%。未报告有恶性贫血者。本组合并肠上皮化生者占46.3%,合并胃溃疡者占20.2%。

对于治疗问题认为合并胃溃疡者因溃疡愈合差,且有癌变可能,应考虑手术治疗。单纯萎缩性胃炎伴肠上皮化生不宜过早手术。据 Siurala 等116例萎缩性胃炎,每年活检随访10~15年及北京肿瘤研究所等随访33例10~13年,发生胃癌者各占7.7%及6.1%,建议每年至少胃镜复查一次。除非有Ⅱ度以上非典型增生者才考虑外科治疗。

萎缩性胃炎的胃镜和病理诊断标准,目前尚不一致。各地胃镜总结报告中,萎缩性胃炎所占比例由4%~16.5%,差别很大。第三军医大学第一附属医院对300例经病理组织学证实的萎缩性胃炎与胃镜诊断作了对比,两者符合者占76%。其他报告符合率由33~83%。今年,中华医学会江苏医学会主办的内窥镜学术交流会和在郑州召开的胃粘膜活检病理讨论会分别对萎缩性胃炎的胃镜和病理组织学诊断标准拟订了试行草案。今后应继续深入研究,使胃镜的诊断标准与病理组织学诊断更能一致。

天津医学院和上海第二医学院分别对萎缩性胃炎和浅表性胃炎的胃粘膜进行了亚微结构的观察和研究。青岛医学院纤维胃炎检查1500例各型胃炎占47.8%,其中浅表性胃炎占54.9%;萎缩性27.7%;肥厚性10.6%;胃术后胃炎占6.6%。南京鼓楼医院将X线钡餐诊断胃窦炎的416例,经纤维内窥镜检查证实85%左右为慢性胃炎,并以慢性浅表性胃炎为多见。除胃窦部外,60%左右在胃体部亦有慢性炎症,亦以浅表性胃炎占多数。X线钡餐将胃窦癌误诊为胃窦炎的占1.4%。

北京医学院附属第三人民医院和上海、西安等地应用间接免疫荧光法对萎缩性胃炎患者检测了血清壁细胞抗体,阳性率分别为33.3%及39.1%。正常人对照组的阳性率为5.2及10%。根据血清壁细胞抗体的检测,国外将萎缩性胃炎分为A型和B型。A型患者壁细胞抗体阳性。胃窦炎发生率低,大都为胃体部广泛性萎缩病变,发展的后果为恶性贫血。其发病机理有免疫因素参与,为自家免疫性疾病。胃底腺受损严重,泌酸功能明

显降低或无酸，血清胃泌素高。B型患者血清壁细胞抗体阴性。胃窦炎的发病率高，胃部仅有局限性萎缩病变，其发病机理为非免疫因素造成，如酒精、阿斯匹林等。主要是幽门腺受损严重，泌酸功能正常或降低，血清胃泌素低。Strickland 等追踪 9~21 年 B 型 40 例有 4 例癌变，占 10%；A 型 30 例无一例癌变。其他学者也有同样报道。我国人萎缩性胃炎与这二型有类同和不同之处，因此在分型与临床特点上尚有待进一步研究。

四医大报道壁细胞抗体阳性的 5 例萎缩性胃炎，胃窦部均有炎症改变，与一般文献报导不符，可能 A 型与 B 型同时存在，因而表现窦部损害，还需进一步探讨。

萎缩性胃炎我国以 A 型的多见，但恶性贫血鲜见，因此是否有 C 型存在，是值得进一步探讨的。

对于肠腺化生与胃部疾病的研究有南京市一院检查 534 例胃十二指肠疾病，证实有肠上皮化生者占 17%，男性显著多于女性，分别为 81% 及 19%，41~60 岁最高达 73%。部位以胃窦部最多占 71%，伴随病中以慢性胃炎最多，伴发率为 84%，伴随病变化率萎缩性胃炎为 98.2%，在胃窦部者为 100%，胃的恶性病变亦为 100%，胃溃疡为 75%，萎缩性胃炎，肠上皮化生及胃癌三者有密切关系，三者发病年龄、性别及部位有一致，较重的肠上皮化生的萎缩性胃炎及伴有真性胃酸缺乏者是胃癌前期病变，应予以重视。并提出胃粘膜表面呈绒毛状，苍白急隆起性病变，粘膜呈灰白色处，糜烂、凹陷、溃疡周边，肿块周围等部位，应反复钳取组织，采取粘膜染色法亦易发现异常病变组织。

皖南医学院附院研究胃的良性活检肠化率，发现伴有胃癌一组，轻度肠化只占 26%，而中度及重度肠化都共为 74%，与之相反，伴有良性病变一组轻度肠化占 64%，中度肠化仅 36%，而重度肠化则为 0。这表明在纤维胃镜的良性活检中，采自伴有癌的胃者与采自伴有良性病变的胃者，两者之间在肠化程度以及不同的肠化程度的出现频率上，均有一定差异，前者分级高者居多，而后者分级低者居多。说明在纤维胃镜活检中出现显著（中和/或重度）肠化，特别是当每次胃镜检查所采集的胃粘膜单个活检中有半数或半数以上呈显著肠化生。即使未能证实为恶性，仍应高度怀疑是否有癌的存在，而需作必要的进一步检查或追踪复查。Morson 曾发现自肠化区向癌过渡的形态学证据，认为肠化这一类病变从广义上讲，可作为是一种胃的癌前病变。1965 年 Lauren 提出肠型胃癌起源于肠化上皮，值得我们注意。

关于肠上皮化生的转归和癌变率，以及萎缩性胃炎的癌变率，尚转缺乏大数量长期随访，今后要加强这一工作。

慢性萎缩性胃炎随年龄增大而增加，如 Siuralla 氏发现芬兰人 16~30 岁者仅 9%，而 51~65 岁者高达 53%，胃癌高发区日本慢性萎缩性胃炎（窦部）发病率高，31~40 岁年龄组高达 80%，肠化生率 40 岁以前较低为 8.3%，而 50 岁以后急剧上升，60 岁达 60%。而胃癌低发区美国（白人）萎缩性胃炎（窦部）40 岁以前在 7% 以下，50 岁仅 14.3%，60 岁仅 17%，肠化 50 岁仅 2.1%，60 岁仅 6.1%，日本肠型胃癌占胃癌总数 84.8%，而美国肠型胃癌仅占 14.3%。宁夏医学院报道宁夏地区慢性胃炎伴肠化发生率高，萎缩性胃炎占总病例数的 33.60%，占慢性胃炎的 62.40%。宁夏地区吴忠县 211 例手术切除胃癌标本，肠型胃癌 151 例占 71.6%，加上胃—肠混合型 16 例，合计占 79.2%。另一组贲门癌 36 例中亦检出 28 例为肠型胃癌，占 77.8%。在 333 例非“胃病”尸检标本中，曾发现贲门部肠化率高达 73%，与贲门部肠型胃癌高发相一致，与日本报导相似，亦附合胃癌高发区

即肠型胃癌高发的规律。

纤维内窥镜在临床广泛应用后,对十二指肠炎的诊断水平有所提高。在内窥镜检查的病例中。本病占13.5%~26.7%,与国外资料相近。江苏、江西和上海等代表报道了内窥镜下十二指肠炎的形态学表现和病理分类。十二指肠炎常伴随胃部其他病变如慢性胃炎、胃溃疡和胃息肉等占总病例数的84.9%,单纯十二指肠炎则占总病例数的15.6%。内窥镜下所见与病理组织学分型的联系还须进一步深入研究。

武汉医学院对十二指肠炎172例进行分析,其中伴发其他病者占多数。特发性者20例占11.6%,临床表现似球部溃疡,并发上消化道出血12例占60%,即所谓出血性十二指肠炎,亦属上消化道出血常见原因之一,X线钡餐10例有球部激惹现象,但无龛影及明显变形,内窥镜查粘膜充血、水肿、糜烂、出血、血管显露,颗粒结节样增殖及肥厚粗乱等,但无溃疡。十二指肠炎有人分为浅表、萎缩及间质三型,也有分为浅表、颗粒及萎缩性三型者。Krag观察174例,92%追踪了10~20年,其中40%经X线或外科确诊变为球部溃疡,认为十二指肠炎很可能系球部溃疡的前驱病。

南京鼓楼医院用纤维内窥镜诊断十二指肠炎655例,有消化道出血史者占36%,男女之比为4.7:1,极大多数发生于青壮年。钡餐与纤镜诊断相符者占17.9%,钡餐检查诊断为十二指肠溃疡而纤镜诊断为十二指肠炎者占82.7%,钡餐非十二指肠炎而纤镜诊断为十二指肠炎者占52.2%,说明X线钡餐对十二指肠炎的诊断远逊于纤镜检查。十二指肠炎纤镜观察有十二指种表现,以粘膜绒毛不清楚,粘膜粗糙或颗粒为最多见,粘膜充血红肿次之,再其次为糜烂、粘液斑、点片状出血,见小血管、皱壁粗大,红白相间,色泽浅淡,炎性畸形以及痉挛、黑色斑点等。从病理改变分为浅表型占53.1%,间质型占32.8%,萎缩型占14%。对十二指肠炎的分型认为肉眼不能判断,活检能帮助诊断及分型。

湖北医学院观察303例十二指肠炎,直视下分为三型。浅表型十二指肠炎粘膜充血,水肿、脆性增加或弥漫性潮红或斑、点片状出血、糜烂及有炎性分泌物附着,微绒毛较均匀,排列规则占47.8%,增殖型十二指肠炎粘膜粗糙,呈粒状或粗大皱壁或有结节状、乳头状突起,微绒毛排列欠规则,不均匀,占38.6%。萎缩型十二指肠炎粘膜色变淡、苍白、变薄、透见血管,微绒毛高低不一致,且稀少,占13.6%。

慢性胃炎的治疗资料较少,南京宁猴片治疗协作组治疗慢性胃炎55例,痊愈占9.1%,显效52.7%,其中萎缩性胃炎38例,痊愈占13.2%,显效占50%。

南京八一医院采用中西医结合分型治疗慢性胃炎107例,分为脾胃虚寒型、气滞型、脾胃虚寒兼气滞型、胃阴不足型及出血或血瘀等五型,分别采用协定中药方剂,并随症予以加减平均治疗43天症状近控占82.24%,好转占13.08%,浅表性胃炎较萎缩性胃炎疗效好,近控各占87.09%及73.65%,出血型大便匿血试验阴转平均为4.8天。

最近对萎缩性胃炎的手术治疗指征大家认为应严格掌握,除非有癌变或高度疑似癌变应手术治疗外,单纯肠腺化生者,不宜过早考虑手术。应定期作胃镜复查随访。

胃 癌

胃癌是我国发病率最高的一种消化道恶性肿瘤。山东省三十一个医疗单位协作调查

了1955年至1977年胃癌住院患者4,913例发病情况,资料表明:自1962年起,该省胃癌的发病有逐年增高趋势。胃癌的好发部位为窦部,占52.92%。(国内文献为50.1~87.5%),胃体占28.64%,贲门占6.63%,少数人认为胃底贲门癌多见,男女之比为2.79:1(1.9~3.29:1),贲门癌男女之比为16.5:1,年龄以40~60岁为多,占64.32%(56.7~74.2%,四医大41岁以上占89%),入院时症状以上腹痛为多占71.62%(80~84%),多为隐痛及胀痛,多数可剧痛,消瘦占52.11%,食欲减退占51.37%,呕吐43.36%,其次为上腹不适占37.92%,腹胀26.64%,黑便占17.82%,呕血10.49%,上腹部可扪及包块者50.85%,发热占57.19%以低热为多,左锁骨上淋巴结肿大50.31%,左腋下淋巴结肿大28.26%,双侧锁骨上淋巴结肿大21.43%,发病与血型无关,低胃酸占73.22%,基础胃液无游离酸者占62.81%,大便隐血阳性者66.87%,X线钡餐诊断胃癌正确率76.19%(73~94),误诊为幽门梗阻及胃溃疡较多,病理组织学分型以腺癌87.08%多见,粘液癌及鳞癌较少。

开展对胃癌的流行病学调查和普查工作十分重要。将大大提高早期胃癌的诊断率和胃癌的治后五年生存率。关于胃镜诊断胃癌方面,也有多篇论文介绍。胃癌病例数占胃镜检查总例数的3~13%。为了提高纤维内窥镜早期诊断胃癌率除了应用胃粘膜染色法外,也开辟了一些新途径。如西安医学院采用萤光素钠通过激光纤维内窥镜萤光显示法(氦~钙)对胃癌早期诊断做了研究,可在胃镜中肉眼区别癌肿与良性或正常组织,对早期胃癌及肠上皮化生的发现,取得了初步经验。又如浙医一院设计应用169镱(^{169}Yb)静脉注射后通过胃镜吸取标本计测胃癌较良性病变明显增高。希能广开思路,不断创建一些新的检查方法。

早期胃癌发现率日渐增多,国外早期胃癌占胃癌手术切除病例的27.5~30%,日本有报道已占胃癌总数36%以上,国内资料也已占胃镜检出胃癌总数的10%以上。如首都医院已从1968年以前的4.2%上升到1973~1975年的16.5%。北京肿瘤防治研究所早期胃癌已占胃癌住院病人的10%左右。但漏诊的仍不少,如北京早期胃癌的诊断率(包括可疑者在内)仅为60%。国内外早期胃癌的报道均以凹陷型居多数,日本资料77~80%,综合国内资料108例早期胃癌中凹陷型86例也占80%,国内报道早期胃癌经活检证实后手术,术后病理检查未再发现细胞的已有10余例,因而有人认为可能活检时已把病变取净无遗,也可能取下病理标本未作详细的切片检查未能发现癌组织。

浙江医大附二院胃镜发现胃癌126例,早期胃癌8例(6.34%),胃窦部及胃角各4例,肉眼观阳性占5/8,细胞学阳性占3/5,活检阳性占3/8,三者结合术前均能作出诊断。活检宜在溃疡之边缘(75%)及其内面(80%)较易找出癌细胞。早期胃癌即使病灶大至1~6厘米者,其五年存活率为94%,如已侵及肌层则降为50~70%;如侵及浆膜层则仅8~17%。可见早期诊断之重要性。屡有报告早期胃癌可发展缓慢,最长到10年以上,癌性溃疡可以愈合,值得注意。进展型胃癌118例,胃窦占55.08%;胃底贲门部25.34%。四医大也报道胃癌128例胃窦部最多29.9%,胃底贲门部占26.5%。兰医一院报道胃贲门癌44例占同期纤维镜诊断胃癌的21.57%,仅次于胃窦癌占胃癌的第二位。湖南省胃癌防治协作组报道181例胃癌中贲门胃底部占14.1%,对于胃底贲门癌的诊断,胃镜检查取得新的经验,诊断了不少X线钡餐漏诊的病例。

浙江医学院附一院胃镜诊断胃癌384例(5260次检查结果)癌肿部位以胃窦部最多

133例,胃体131例,胃底贲门55例,幽门管15例,其中早期胃癌12例,直视下活检阳性率为65.3%,直视下细胞学检查阳性率为87.8%。同时作直视下活检及细胞学检查者226例,二者均阳性119例,活检阳性而细胞学阴性11例,活检阴性而细胞学阳性81例,3例肉眼活检及细胞学检查阳性而手术切除标本病理报告未发现癌肿组织。

会议收到了有关胃粘膜细胞学检查的论文6篇。浙江医科大学报道1801例胃细胞学检查的经验,以 α -糜蛋白酶胃冲洗1190例阳性率为85.3%。内窥镜直视下细胞刷检查的阳性率为88.1~92%,直视下取出活组织涂抹法检查的阳性率为94.3%。又如武汉医学院报道150例胃癌的各种检查阳性率对比,X线阳性率为50.4%,加可疑阳性16.6%共97%。活检阳性率49.2%,可疑19.1%共68.3%。直视刷片细胞学检查阳性率63.2%,可疑26.3%共89.5%。胃镜阳性87.3%,可疑6.7%共94%。以上四种方法结合起来,诊断正确率达96.7%。可见阳性率虽有高低,但均有漏诊可能,四者结合可提高诊断水平。刷取涂片中有时能见到成片的癌细胞,基本能鉴别肿瘤类型。

白求恩医科大学一院报告了慢性胃溃疡癌变111例的临床分析,指出溃疡癌变的部位胃窦部小弯侧最多,其次为胃体小弯侧。癌变溃疡的大小,大于2厘米者占72.3%。组织类型以腺癌最多,占76.7%,慢性胃溃疡癌变者的病程大多数较长,故对长期不愈的胃溃疡应提高警惕,须作定期随访和复查。

残胃癌应区分为原发和复发两种,最近有人认为残胃发生癌的机会比未手术胃还多。武汉医学院报道原发残胃癌7例,复发残胃癌4例,前者非胃癌进行胃大部切除者,发生时间较晚,多在5年以后。复发癌发生时间早,多在三个月到二年。原发残胃癌好发于贲门或胃体,而复发癌多位于吻合口处,并可侵及附近空肠。有统计326例B~Ⅱ式手术,21例发生胃癌占6.4%,同期B~Ⅰ式无一例发生癌肿。29361例未行手术的胃病仅279例(0.95%)发生胃癌。残胃癌的发生与胃切除范围较小,胃癌好发部位依然存在,及与B~Ⅱ式易有反流性胃炎发生有关。建议胃切除术后5~10年以上要追踪胃镜检查,以注意残胃癌的发生。

各地送来会议的论文中,还对胃癌前期病变等问题提出了各种看法和意见。特别指出的是:关于胃血吸虫病合并胃癌的论文计有三篇共24例,皖南医学院附院报告8例。

武汉医学院报告胃血吸虫病合并胃癌15例,其中溃疡型4例,肿块型11例。组织学分为腺癌6例,胶样癌3例,腺癌合并胶样癌5例,未分化癌1例。胃血吸虫病大多为慢性病变,虫卵长期存在可作为慢性刺激,使组织增生,异形增生,最后癌变。在胃病灶处多数有慢性胃炎,甚至是萎缩性胃炎,伴有肠上皮化生,33%病例有胃粘膜上皮异形增生,因此认为与癌变有一定因果关系。这给血吸虫病疫区提出了进一步研究的课题。

此外对胃霉菌病武汉军区总院发现5例,多合并其它疾病发生,4例合并慢性胃溃疡病,1例合并胃癌,系在胃溃疡或胃癌的基础上继发霉菌感染。胃镜特点溃疡面积大,被坏死组织和炎性渗出物多,形似假膜,呈污秽灰黄色或绿褐色,质脆、易出血,该处胃壁僵硬,蠕动波消失,与胃癌不易鉴别,但溃疡边缘比较整齐,与癌性溃疡不同。

全国在消化系统疾病研究成果是大的,但和国外相比还存在着较大差距。我们在许多实验研究和临床诊断,有的还停留在50~60年代的水平,其中特别是基础理论及检查研究。如消化生理,分子生物学,遗传学,免疫,胃肠道激素,超微结构等和新技术如超声诊断,血管及淋巴管造影,放射影象检查和原子医学、医用光学,彩色扫描,电子计

算机在诊断和治疗上的应用等还很不够，甚至空白。在中西医结合的理论方面还没有重大的突破，有待进一步引进经验和医疗设备。有些是属于缺乏组织协调，力量分散，重复劳动，科研设计不严形成事倍功半。现在需要我们团结一致，搞好大协作，相互支援，相互促进，使整个医学水平迅速提高。