

临床误诊误治

CLINICAL MISDIAGNOSES AND MISTHERAPIES

· 2 ·

专题与综述

胃空肠吻合术后小肠内疝的早期诊断和处理	邱辉忠 (1)
“腹水”的临床错误诊断	陈宝善 (20)
细菌性肝脓肿误诊的教训与治疗问题的探讨	姚希贤 (11)
细菌性肝脓肿30例误诊临床分析	余清权等 (13)
非典型原发性肝细胞癌27例误诊分析	曹甫根 (17)
非典型伤寒误诊14例报告	邓长英 (22)
15例结核病误诊原因探讨	麻宁德等 (38)
肺癌诊断为肺结核63例分析	刘敬东等 (41)
易误诊的嗜铬细胞瘤	周慕英等 (27)
铁粒幼细胞性贫血 (附一例报告)	蒋本荣等 (55)
中期妊娠引产术的严重合并症——宫颈裂伤	戚延龄等 (47)

病案分析

腹腔内疝穿孔腹膜炎诊治教训	沈立荣 (4)
类似小儿急性阑尾炎几种疾病的临床误诊原因	马树田等 (25)
高位肠穿孔致成新鲜大量便血的肿瘤	高伦 (10)
青年结肠癌延误诊断教训	陈展硕等 (6)
关于直肠癌年轻患者的误诊	汪存忠等 (8)
警惕肝癌与溃疡病并存 (二例肝癌误诊分析)	刘定华等 (19)
膈面肝包虫病继发感染误诊为膈下脓肿一例	刘光汉 (16)
肺疤痕癌误诊一例报告	郭清英等 (42)
老年性血行播散型结核误诊一例报告	傅志君 (36)
粟粒型肺结核继发咽喉结核误诊一例	郭鸿 (37)
硬皮病肺误诊为慢性纤维空洞型肺结核一例报告	辜芸生等 (40)
纵膈气肿的误诊分析 (附一例报告)	唐尚中等 (35)
原发性二尖瓣环下钙化漏诊二例报告	成民 (33)
口服10mg心得安致严重心血管效应致死一例报告	徐筑斌等 (30)

肾性贫血的误诊分析.....	周玉淑 (52)
骨髓转移癌误诊为再生障碍性贫血.....	朱汉熙 (53)
干燥综合征诊断中的经验教训.....	董 怡 (58)
结节性脂膜炎一例误诊分析.....	曹甫根等 (59)
急性三氧化二砷中毒误诊一例.....	王维立 (61)

病例讨论

宫颈转移性卵巢无性细胞瘤被误诊为宫颈恶性黑色素瘤.....	胡志林等 (44)
-------------------------------	-----------

经验谈

· 浅谈避免急性心肌梗塞的误诊误治.....	王子时等 (31)
一种严重的手术错误——胃回肠吻合.....	宋奇思 (3)
怎样防止尿毒症误诊漏诊.....	郑法雷 (50)
从肺癌误诊病例中吸取的教训.....	王济民等 (43)

短篇报道

伤寒巨脾误诊为肿瘤一例.....	卉 庄 (25)
大量药片堆积回盲部一例.....	李云田 (6)
成人肠套迭误诊一例.....	周以敏 (6)
左心房粘液瘤误诊为脑供血不全一例报告.....	陈士谟 (35)
左心耳损伤X线误诊左膈疝一例报告.....	张玉生等 (29)
非典型型心肌梗塞误诊的教训.....	潘兰芳等 (9)
一例主动脉窦瘤破裂误诊的教训.....	宁佩萸 (24)
一例不典型输卵管妊娠的诊断.....	孙爱达 (49)
乳腺腺瘤样增生并发巨大淤乳症误诊囊肉瘤一例.....	谭海东等 (46)
膀胱鳞状细胞癌误诊为肾结核一例报告.....	韩文若等 (50)
麻风病误诊为系统性红斑狼疮一例分析.....	田国华等 (60)

译文与文摘

老年住院患者处方中的用药失误.....	(62)
残角子宫妊娠破裂一例误诊分析.....	(63)
无移位型尺骨干骨折的处理失败.....	(64)
先天性肾上腺增生症因医源性高血压致心衰一例.....	(64)

问题解答

什么情况下血清碱性磷酸酶活性升高? (26) 什么是干燥综合征? (68) 结节性脂膜炎是一种什么病? (24) 对高血压病人为什么要测定尿儿茶酚胺? (68) 胃泌素瘤是一种什么病? (46) 何为残角子宫? (68)
--

胃空肠吻合术后小肠内疝的早期诊断和处理

首都医院外科 邱辉忠

胃空肠吻合术后小肠内疝是一种少见而又严重的并发症,据 Quinn 和 Gifford 统计,其发生率约占胃次全切除术病人的 1%^[1]。由于其发生率低和缺乏肠梗阻的典型表现,使绝大多数的病例不能得以早期诊断和早期治疗。加之半数以上的病例其血清淀粉酶常超过 500 个索氏单位而同急性胰腺炎相混淆,错误地予以保守治疗,使其枉失手术良机。故死亡率相当惊人,Rutledge 报告为 40%^[2],Cannon 报告为 90%^[3],平均约为 50%^[4]。

最近笔者遇到一胃次全切除术合并小肠内疝被误诊为急性胰腺炎的病例,予以保守治疗,最后因病人全身情况恶化、出现休克,才予以剖腹探查。虽然病人幸免于死,但回想起来因没有及时确诊和治疗而深感遗憾。现介绍如下并结合有关文献作一粗浅讨论。

男,57岁。于1984年8月23日上午因剧烈上腹部疼痛一天伴恶心、呕吐而急诊入我院内科。入院前曾排过成形便一次,呕吐物为胃内容。无吐血或柏油样便。入院时病人呼痛呻吟,弯腰屈背,面色苍白。腹痛为持续性,阵发性加剧,以左上腹部为明显,并向两侧后背放射。1969年因十二指肠溃疡在某院作胃大部切除术,术后至今未再发生过腹痛。入院前一天食过冷油饼和牛奶。体温 37℃,血压 100/70mmHg,神志清,皮肤巩膜不黄、心肺正常。腹平坦,腹式呼吸弱,中上腹有一长约 12cm 之手术瘢痕。上腹部有压痛、肌卫、反跳痛,以左上腹为甚。并可及一椭圆形肿物,约为 4×5cm。肠鸣音不亢进。白血球 14500,尿常规正常。腹平片未见异常。血清淀粉酶 976 索氏单位。经内科、外科会诊后都认为是急性胰腺炎。予以胃肠减压、输液等保守治疗。次日,病情未见好转,并呕吐咖啡样物,化验隐血为(卅),呕吐物中不含胆汁。病人诉说有腹胀,腹腔穿刺抽得血性液体,化验淀粉酶>500 索氏单位。内科以合并应激性溃疡给予甲氧咪呱治疗。B型超声波检查报告为“急性胰腺炎,胰腺假性囊肿形成”。重复腹平片,见左上腹有少量充气之小肠襻,但仍以胰腺炎所致局限性肠麻痹解释之。入院后第三天下午,病

情开始恶化,出现全身大汗,四肢冰凉、心率加快,血压下降等休克表现。第三次腹平片才明确报告为机械性小肠梗阻。经外科会诊后,决定剖腹探查。术中发现腹腔内有 700~800ml 之血性液体,原手术为毕氏Ⅱ式结肠后吻合。进一步探查发现有大段的输出襻小肠经原胃空肠吻合部后从右向左而疝入,并在吻合部后被钳闭,部分肠襻明显扩张,当即予以复位。约有 3m 长的小肠呈缺血状,经用盐水纱垫热敷后,色泽恢复并有蠕动出现。探查胰腺有轻度充血水肿,但无出血坏死表现。由于术中不慎弄破肠管,故在该处作一空肠造瘘结束手术。术后,病人曾一度出现腹膜炎体征,但经保守治疗后好转,于术后一个月病人痊愈出院。

讨 论

1900年 Petersen 第一个报道了 3 例胃次全切除胃空肠吻合术后小肠内疝的病例,由于当时对此病的认识不足,处理不当,以致 3 例均死亡。此后许多作者先后报道了这样的病例,至 1955 年 Morton 统计已有 70 例^[5]。

发病机理:对于发生小肠内疝的原因众说纷纭,有的归咎于因某种特殊的胃空肠吻合方式,有的认为是由于输入襻太长的原因。但有一点大家的意见是一致的,就是无论作哪种方式的胃空肠吻合,或是结肠前或是结肠后,都将在吻合部后遗留下一孔隙。此乃小肠内疝的潜在因素^[6]。吻合方式的不同,所遗留之孔隙的大小及其边界也不一样。作结肠前吻合时所遗留之孔隙较大,结肠后吻合遗留之孔隙较小。由于这两种孔隙各自的毗邻关系和大小的不同(见图 1、2),而造成小肠内疝的发生率也有差别,一般认为,结肠后吻合小肠内疝的发生率高于结肠前吻合。如 Morton 统计的 70 例中,55 例为结肠后吻合,15 例为结肠前吻合。本例也为结肠后吻合。疝入的小肠可以是输入段也可以是输出段。一般认为输入襻疝更常见于结肠前吻合,而且常为空肠近端对小弯之吻合。其原因可能是:(1)小肠系膜的根部通常起始于第二腰椎的左侧,斜向右下而止于右侧髂关节,当近端空肠对小弯吻合

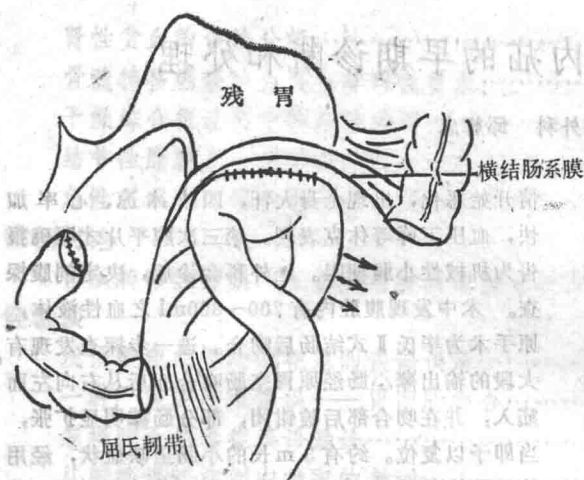


图1 结肠前胃空肠吻合后所遗留的孔隙及小肠疝入方向

时，远端小肠必须从这个斜线上右旋 135° 使其系膜实际上缩短了。(2)这样方式的吻合要求有足够长的输入襻，当由于某种原因使输入襻滑入此短缩了的系膜和横结肠之间时，系膜就会压迫近端空肠造成内疝。输出襻疝的发生率似乎与结肠前后吻合、输入襻的长度以及近端对大弯或小弯吻合无关。但输出襻疝通常累及大部分小肠，甚至可以累及游离盲肠。大约75%的输出襻疝和大部分的输入襻疝，其疝入的方向均为自右向左。在前者可能是因为胃空肠吻合的部位偏于左上腹，而大部分小肠位于右侧腹部，小肠受机械作用很容易自右向左从此间隙疝入^[7]；在后者可能是因为，当近端空肠对小弯吻合时冗长的输入襻位于吻合部右侧的缘故。

临床症状：胃空肠吻合术后小肠内疝可发生于术后的任何时候，大约50%发生在术后的第一个月中，25%发生在术后的第一年，其余25%则发生在更晚的时间，据文献报道最早的为术后第一天^[3]，最晚的为术后32年^[8]。由于疝入肠段的多少及部位不同，输入襻疝同输出襻疝的临床症状也不尽相同。但发病通常均急骤，开始病人就有剧烈的上腹部疼痛，其性质多为持续性阵发性加剧。一般止痛剂不能缓解，常伴有恶心呕吐，有的病人可表现为上消化道出血的症状。在输入襻疝的病人，其呕吐物或胃管抽吸物中常不含胆汁。此点有助于早期诊断，并可资与一般的输入襻综合征鉴别，后者常间歇性呕吐大量胆汁。在输出襻疝的病人，由于大段小肠被钳闭，故腹痛的部位更弥散，并不久就有腹

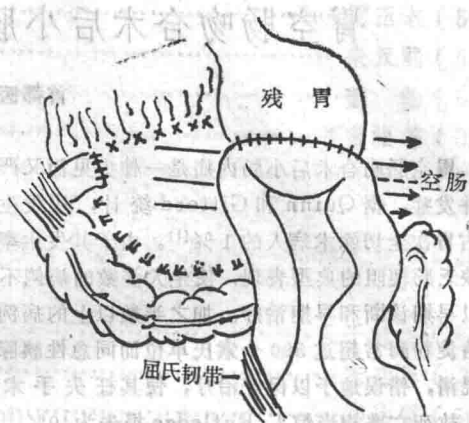


图2 结肠后胃空肠吻合后所遗留的孔隙及小肠疝入的方向

胀感。又因部分肠系膜受到牵扯，故病人有严重的后背部疼痛，常迫使病人弯腰屈背不敢平卧。

检查和诊断：早期病人的血压、脉搏和体温均在正常范围之内。体检时，上腹部偏左有明显的压痛、肌紧张和反跳痛。在输入襻疝的病人往往可以在左上腹扪及包块，而腹胀不明显。在输出襻疝的病人一般无肿块可及，但压痛更广泛些，随着病情的发展可出现腹胀。在中晚期病人因腹腔内有血性渗出，故移动性浊音呈阳性。肠鸣音一般不亢进，当肠坏死、穿孔时肠鸣音消失。

实验室检查：白血球明显升高，一般在12000以上，当白血球超过20000时通常提示有肠坏死之可能。半数以上的病例血清淀粉酶明显升高，尤以输入襻疝的病人为明显，应引起特别注意。对此现象有人认为是由于：(1)在输入襻有梗阻时，十二指肠内压升高，而后胰管内压力也升高，导致胰酶逆入血流。(2)当肠坏死肠穿孔时，肠内容进入腹膜腔，胰酶经腹膜吸收^[8]。这一假设已为动物实验所证实^[9]。X线检查对诊断有一定的帮助。在输入襻疝时，腹平片可见残胃扩张、内有液平。有时在左上腹可见到软组织阴影。在输出襻疝，早期腹平片一般无异常可见，惟在晚期方才提示有机械性小肠梗阻。当诊断不肯定时，最好作上消化道稀钡造影。在输入襻疝时，可见钡剂在残胃内长时间滞留，有时虽有少量钡剂进入输出襻，甚至进入结肠，但大部分钡剂仍滞留在残胃内。这种情况一般认为是由于在输入襻疝时，位于输出襻后极度扩张

之近端空肠压迫输出襻空肠所致。在输出襻疝时,胃肠造影一般能明确提示有机械性小肠梗阻。有时在斜位透视下常能见到输出襻空肠位于输入襻空肠的后面^[10]。

据此,凡有胃大部切除胃空肠吻合术病史者,如有下述情况,应高度怀疑有吻合部后小肠内疝的可能。(1)持续性上腹部剧烈疼痛伴阵发性加剧、用解痉止痛剂不能缓解者。(2)呕吐物为血性或有血便,以及呕吐物或胃管抽吸物中不含胆汁者。(3)上腹部有明显压痛和腹膜炎体征或左上腹扪及肿物者。(4)腹平片显示残胃扩张内有较大液平,而小肠积气液平不显者。钡餐造影显示残胃排空障碍或钡剂停留在某段小肠者。(5)血清淀粉酶显著升高者。(6)经胃肠减压等保守治疗后病情不见好转者。在诊断时尚须同急性胰腺炎相鉴别^[11,12]。

治疗和预防:吻合部后小肠内疝一旦发生,处理上较为棘手。因为一般而言,手术时机均较偏晚,大部分病人已处于休克状态。长时间的肠钳闭和肠绞窄又使小肠在病理上的改变出现不可逆现象,这时于累及大部分小肠的输出襻疝病人就更为严重。故手术死亡率也相当之高。Cannon估计约为50%。手术时,术者最好对吻合部后小肠内疝的发病机制有所了解,这样才不致于在开腹后感到迷惘而作过多的探查,否则不但会延误手术时间,而且也会加重小肠缺血程度。另方面由于长时间的缺血,肠壁组织水肿、脆弱,加之有肠膨胀,很可能在翻找时出现人为的肠破裂(如同本例那样)。在企图复位时,除应弄清疝入的方向外,禁用粗暴的拉复法,而应用推复法。应记住大部分疝是自右向

左,这样在操作时可简化手术步骤。当疝入的小肠极度扩张,复位估计有困难者,应先行肠减压后再复位,以免引起肠破裂。复位后要正确判断肠管有否血运障碍,对于经用盐水热敷及肠系膜封闭后仍可疑的肠管应予以切除为宜,决不可存在侥幸心理。输入襻疝复位后,对于冗长的输入襻应进行矫正,或行Roux-y法或行输入输出襻间侧之吻合法。当然,最好同时修补吻合部后的孔隙,以防日后复发。具体方法为,如原手术为结肠后吻合者,可把输入襻系膜缝于横结肠系膜根部的后腹膜上,即能关闭孔隙;如为结肠前吻合者,可把残胃缝于后腹膜上以关闭孔隙之上部分,把输入襻及其系膜缝于横结肠系膜和横结肠网膜上以关闭孔隙之下部分。另外,在作结肠前胃空肠吻合时,以近端对大弯作吻合为宜,因在大多数情况下,这是最合乎自然的位置。(本文经曾宪九主任审阅)。

参考文献

1. Quinn W F et al: California medicine, 72:18, 1950
2. Rutledge R H: Ann Surg 177(2):547, 1973
3. Cannon J A et al: Ann Surg 138:772, 1953
4. 唐以德: 中华外科杂志7:793, 1958
5. Morton C B: Ann Surg 141:759, 1955
6. Warrn F R C S: Ann Surg 139:202 1954
7. 蒋贻康: 实用外科杂志1:251, 1981
8. Hinshaw D B: Ann Surg 151:600, 1960
9. Olson C: Surg Gynecol obstet 110:66, 1960
10. 王海霖: 实用外科杂志3:195, 1983
11. Perry J R: Ann Surg 140:119, 1954
12. Thal A et al: Ann Surg 143:266, 1956

一种严重的手术错误—胃回肠吻合

江西省南昌市第三医院 宋奇思

胃切除手术中将末段回肠与胃作吻合,是一种严重的医源性并发症,迄今发表的资料不多。笔者曾诊治二例,报告如下:

例1 男,38岁。因胃溃疡在公社卫生院行胃大部切除术。术后数日即开始腹泻,每天4~5次,解黄色稀便,带未消化的食物残渣。药物治疗不见好转。患者食欲不振,精神差,乏力,进行性消瘦。术后60天来本院就诊。X线胃肠钡餐检查见

残胃与回肠吻合,钡剂先进入输入端,显示扩张,然后进入输出端,迅速到达回盲部,10分钟到达升结肠,诊断为“胃肠错吻”。

患者营养极差,严重脱水,衰竭。血色素10 g。大便常规:稀便,色泽黄,脂肪球++。二氧化碳结合力77体积%;非蛋白氮35.5mg%。血浆总蛋白5.2 g,白蛋白3.6 g,球蛋白1.6 g。血钾7.6 mg%。

经强力支持疗法,补充营养,纠正水电解质紊乱,准备18天以后,行剖腹探查术。探查发现原为胃和回肠吻合,结肠前毕罗Ⅱ式,吻合口距回盲瓣15cm。决定作矫正手术。切除吻合口和病变回肠,行回肠端端吻合,距屈氏韧带15cm处的空肠,作胃空肠吻合术。但因患者顽固腹泻,极度衰竭,矫正术后5天发生吻合口瘘,抢救未成,于术后7天死亡。

例2 男,45岁。因十二指肠溃疡行毕罗氏Ⅱ式胃大部切除术。术后第5天起腹胀、腹泻,腹泻每天5~6次,稀便,粪便内存未消化的食物残渣。患者纳减,逐渐消瘦继而浮肿。术后19天X线钡餐检查发现为错吻。经准备后剖腹探查,见残胃与距回盲瓣10cm处的回肠吻合。即行矫正手术,切除吻合口及一段回肠,行回肠端端吻合及胃空肠吻合术。术后恢复良好,20天痊愈出院。

讨 论

(一)胃切除术中将末段回肠误认为上段空肠而施行胃回肠吻合,是一严重的手术错误。本症为一医源性胃切除术的并发症,原手术者往往不愿报告,因此迄今发表的资料并不多。因本症少见,临床医师对之认识不足,较少能及时正确诊断。此是预后较差的主要原因之一^[1]。

(二)胃回肠吻合后,食物仅经过一小段回肠即迅速进入结肠,大部分小肠被“旷置”,小肠有效吸收面积大大减少,患者可发生顽固性腹泻,大量脂肪和蛋白质从大便中丢失,有水和电解质内稳失常,甚至发生代谢性碱中毒^[1]。错吻引起的腹泻,一是呈顽固性,二是有不消化的食物残渣或脂滴。如残胃内容不能顺利地排入输出端肠管,就不但有

腹泻而且有腹胀,这是错吻的特异体征^[2]。本文两个错吻病例,均有上述典型临床特征。

(三)错吻一旦发生如能早期诊断尚可补救,长期误诊多因衰竭死亡^[2]。本文例2.诊断较早,及时矫正预后良好;例1.长期误诊,虽经矫正亦未免于死亡。因此早期诊断极为重要。诊断主要依靠详细的病史。胃切除术后出现顽固性腹泻和体重持续下降应考虑本症。X线检查约86%患者可赖以作出诊断,钡餐检查可发现钡剂迅速进入结肠^[1]。

(四)本症主要是手术者的经验不足或粗心大意造成的。本文二例错吻均出自经验不足的术者之手。错吻的客观原因有解剖异常,麻醉不全术野暴露不好,腹腔粘连改变了肠曲正常解剖关系等,致使不能辨认究系末段回肠的腹膜附着,抑或是屈氏韧带,当肠曲拉不动时就误认为是屈氏韧带,发生错误吻合。

操作细心,熟悉解剖及其异常,遵循操作常规为避免本症的关键所在。主要应认清屈氏韧带的解剖关系。屈氏韧带在横结肠系膜根部及第二腰椎的左侧。此韧带还可藉右侧的肠系膜上动脉和左侧的肠系膜下静脉而确定之。寻找十二指肠空肠曲应按步骤进行。可将横结肠向上向前提起,使其系膜紧张,折到腰椎体后,在其左侧紧靠横结肠系膜之附着部,即为十二指肠空肠曲。当麻醉不充分,手术野充满小肠时,宜耐心等待调整麻醉效果,俟腹肌松弛后在直视下确定十二指肠空肠曲的位置,再行吻合手术。因此,本症应是完全可以避免的^[1]。

参 考 文 献

1. 张祖荀等,腹部手术并发症及其处理,第一版, P170,江苏科学技术出版社,南京,1981.
2. 刘德新,实用外科杂志4(1):24,1984

腹腔内疝穿孔腹膜炎诊治教训

湖南医学院附属第一医院外科 沈立荣

女,33岁。因突发持续性上腹部疼痛伴呕吐48小时急症入院。患者一个月前在当地医院曾作胃大部分切除胃空肠吻合术,术后恢复良好痊愈出院。入院检查:体温37.5℃,脉搏细弱扪不清,血压60/7 mmHg,神情淡漠,四肢厥冷,心肺无特殊异征,腹部饱胀,全腹有压痛、反跳痛和肌紧张,尤以右下腹为明显。腹腔穿刺抽得黄色混浊液体5ml,测定淀粉酶正常,镜检脓细胞(卅)。诊断弥漫性腹膜炎,感染性休克。入院后经输血、输液抗休克综合治疗措施后急诊剖腹探查手术。术中见腹膜增厚,腹腔内有大量黄色混浊腹水,约3500ml,盆腔及右上腹肠管与腹膜密布脓苔,阑尾无异常。术中诊断:十二指肠残端瘘所致腹腔脓肿破裂,弥漫

性腹膜炎。因患者情况欠佳未作残端瘘探查及处理,于右上腹及盆腔作腹腔引流结束手术。术后中毒症状改善,但自引流管内每日流出黄绿色液体约1000ml,患者失血、酸中毒难以纠正。术后第7天再次手术探查,将切口(右腹直肌切口)向上扩大,发现肠管广泛充血、水肿、粘连,横结肠系膜下方有一巨大脓腔,抽尽脓液后,见距屈氏韧带5cm处空肠壁两处呈绿黑色穿孔。探查十二指肠残端无瘘,胃次全切除结肠前胃空肠吻合,近端肠襻对小弯,致输入襻空肠被空肠系膜压迫而梗阻。确诊为胃次全切除术后空肠输入襻内疝穿孔,弥漫性腹膜炎。采用经胃造瘘口输入及输出襻空肠内置管减压引流并腹腔引流结束手术。术后腹腔引流逐日减

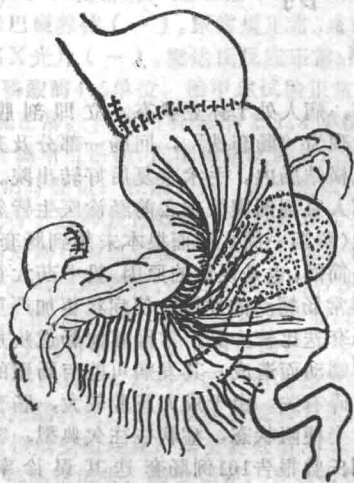


图1 胃部切除近端空肠对胃小弯吻合术后，近端空肠内疝形成

少，空肠输入襻导管引流液收集后，经空肠输出襻导管输入。病情逐渐好转，术后65天痊愈出院。

经验教训

胃次全切除术后发生输入襻空肠内疝形成，并并发穿孔、弥漫性腹膜炎及感染性休克是较少见的。它多数发生在胃次全切除、胃空肠结肠前吻合病例，尤其是易发生在近端空肠对小弯（胃）吻合及十二指肠空肠曲较靠左侧的病例。输入襻空肠内疝形成，临床上常急骤发生，因系闭襻性梗阻，短期内即可导致肠壁坏死穿孔。病变早期急剧腹痛但缺乏体征；晚期腹膜炎时难以确诊病因，若手术探查时再一疏忽，必将进一步延误病人的抢救治疗，应引以为戒。

胃次全切除（结肠前）胃空肠吻合术，近端空肠对小弯（胃）吻合，吻合术后易发生输入襻空肠内疝发生的原因是：上述吻合后使近端空肠段扭曲，其系膜被牵拉过紧，形成一带状物压迫近端空肠段所致；亦可因近端空肠襻过长，穿过空肠系膜与结肠系膜之间形成内疝（图1）。

胃次全切除术后胃空肠吻合输入襻空肠内疝发生的临床表现特点为：上腹部急骤疼痛、呕吐，呕吐物不含胆汁为其特点；体检时于上腹部有时可扪及压痛肿块，但此点易被忽视而触扪不清，B型超声波检查和腹部X线拍片有助诊断，内疝易发生坏死穿孔而表现为弥漫性腹膜炎、感染性休克。基于上述原因，故目前胃次全切除术多数均选择近端空肠对大弯（胃）吻合的术式，尤其是十二指肠空

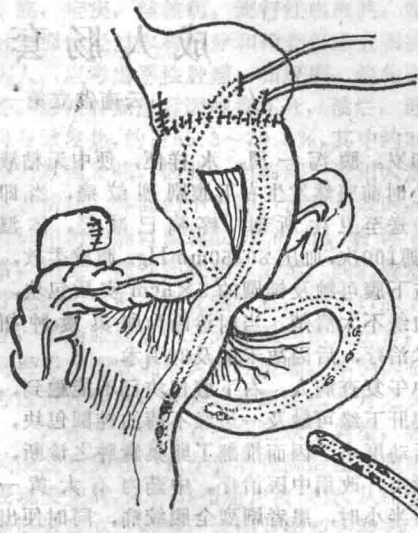


图2 经胃造瘘口输入，输出襻空肠置管减压引流并腹腔引流

肠曲较靠左侧的病人。

本例入院诊断未能明确病因，第一次手术时又作了病因误诊，使治疗不完善，究其原因是忽视病史，若考虑十二指肠残端瘘形成腹腔脓肿，则病人必有一系列感染中毒症表现。十二指肠残端破裂瘘一般多发生在手术后4~7天，形成脓肿必有中毒症状，脓肿破裂手术时亦未见右上腹有局限性脓肿突然破裂的直接证据发现，故诊断残端瘘脓肿破裂是没有依据的。病情重危，不宜手术操作过多，十二指肠残端瘘脓肿破裂有其可能性（因右上腹腹膜及肠管有密布脓苔，该处黄绿色脓液亦较多），满足于以上推论及客观实情，忽视了尚未发现病灶的直接依据，而放弃了腹腔内必要的全面探查，以致给病人造成经历第二次手术的痛苦和更大的危险，此等教训应引以为戒。

胃次全切除术后输入襻空肠内疝，坏死穿孔腹膜炎时，处理上一般认为应作肠切除吻合术；若成活的肠管过短则应改作Roux-Y式空肠吻合。但本例病情危重，腹腔污染更严重，上述方法均不宜采用，而采用简易的经胃造瘘口置管于空肠输入襻及输出襻减压引流并腹腔引流术（图2）。术后患者大量胆汁、胰液及十二指肠液均可再经输出襻空肠导管内输入不致大量丧失，且可经输出襻空肠导管注入营养饮料；由于负压引流通畅促进了穿孔处愈合；久置的导管亦起到了空肠内支架作用，使其固定在不再旋转受压的位置上而达到治疗目的。故此经胃造瘘术适用于危重患者的抢救。

成人肠套迭误诊一例

云南省立第一人民医院 周以敏

女，49岁。腹泻一周，水样便，便中无粘液及血，几小时前突然发生右下腹剧烈绞痛，当即“休克”。送至卫生所时，疼痛已减轻，体温 37.3°C ，脉搏100次，血压 $80/50\text{mmHg}$ 。腹壁柔软，较松弛，右下腹可触及钝圆的 $5\times 5\text{cm}$ 实质包块，可移动，边缘不太清楚。当时诊断为卵巢囊肿扭转，拟手术治疗，后因故未能及时手术。

次日中午复查病人，右下腹包块已不能触到，而在右上腹肝下缘可触及一边缘不清的钝圆包块，有压痛，活动度小，因而推翻了卵巢囊肿之诊断，考虑为胆囊炎，改用中医治疗。中药内有大黄一味，服药后半小时，患者剧烈全腹绞痛，同时便出蛋花水样大便约 500ml ，有鲜血及粘液；血压下

降，大汗淋漓，病人处于休克状态。立即剖腹探查，剖腹后发现为“肠套迭”，回肠一部分及升结肠全部均套入横结肠内。手术整复后好转出院。

对本例病人直到剖腹探查之前经诊医生皆忽视了消化道症状(腹泻一周)，因而根本未想到肠套迭；加上当地设备简陋，也是误诊的原因。投中药大黄等泻剂后促进异常肠蠕动的发展，使症状更加严重。

成人的肠套迭比较少见，常因其他肠道疾病引起肠壁的异常蠕动而造成，其发病可能与肠壁的神经调节机能障碍有关。由于成人肠腔较大，肠套迭初期常表现为半梗阻状态，症状往往欠典型，容易误诊(杨春明氏曾报告101例肠套迭其误诊率达 47.5%)。

大量药片堆积回盲部一例

河北省沧州地区医院放射科 李云田

在正常情况下，人口服药片后，很快即在胃内崩解，小肠吸收。尚未见有服药片后不被溶解吸收的报道，特别是长期服用大量药片而堆积在回盲部的报道。今将我院的一例因阑尾周围脓肿，手术时发现98片ST及去痛片堆积在末端回肠，形成不全梗阻的病例，报告如下：

女，38岁，农民。半年前因右下腹肿块，疼痛伴高烧，体温 40°C ，当时诊为阑尾周围脓肿，住院保守治疗。6天后疼痛消失，体温正常后出院。但右下腹肿块仍存在。后经常右下腹痛，伴低烧，体温 $37\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，于7月25日因右下腹痛加重而再次住院，考虑回盲部肿物，准备手术治疗。局部检查右下腹肿块 $7\times 5\times 5\text{cm}$ ，质硬，表面不甚光滑，有压痛，不活动，外下界边缘不清，无肌紧张及反跳痛。

超声波诊断：右下腹肿块物。

X线平片腹部正侧位：右下腹有数圆形、卵圆形钙化阴影，积聚成团。排便后复查腹平片，钙化团仍见于右下腹。考虑：腹腔畸胎瘤或肠系膜淋巴结钙化。

手术探查：盆腔脏器正常，末端回肠扩张，肠腔内除有粘液外并可及不规则团块，分离后为98片圆形药片，而药片之表面为黑色。回盲部与腹腔紧密粘连，未能窥见阑尾，回盲部肿块呈机化状态，质硬，不活动，肠系膜淋巴结数个肿大。行回盲部切除。术后诊为阑尾周围脓肿，回盲部炎性肿块，不全梗阻。

病理报告：回盲部慢性炎症。

(本文经白金明同志审阅)

青年结肠癌延误诊断教训

湖南医学院附属第一医院外科 陈展硕 沈立荣

男，27岁，因弛张热2月余，腹泻4~5次/日入院。

患者于1984年10月，突起畏寒，发热($36.7\sim 40^{\circ}\text{C}$)，晚间11时许热自退，同时伴腹泻(4~5次/日)，曾解咖啡色稀便2次，无脓血及里急后重感，在当地治疗，应用多种抗生素无效，先后诊断为发热待查，沙门氏菌属感染，肠阿米巴，血吸虫

病，肠伤寒和非特异性感染。因诊治无效于12月5日入我院传染科。

体查： $T37.2^{\circ}\text{C}$ ，P92次，R18次，BP115/80 mmHg。慢性病容，神清。颈软，心肺正常。腹平软，无压痛，肝肋下1cm，质软，无触痛。脾(-)，腹无移动性浊音。

实验室检查：白细胞12000，中性75%，淋巴

24%，出血时间1分钟，凝血时间3分钟，血小板22.4万。大便常规：红细胞（卅），脓球0~5。阿米巴滋养体（-）。尿常规正常。血培养（-）。胸部X光片（-）。肥达氏反应正常。肝功能正常。碱性磷酸酶4.5单位。胎甲球试验正常。血清钾、钠、氯正常。 γ -谷丙乳酸酶111.4单位%。骨髓涂片：骨髓增生活跃，红细胞系统部分呈缺铁性改变。

治疗经过：住院12天，仍呈弛张热。12月17日突发右下腹阵发性绞痛，未经处理而自行缓解。5小时后解出鲜红血便800ml，自觉头昏，眼花，经平卧及输液后好转。次日又在腹痛后便鲜血200ml，不久又便血600ml，曾怀疑肠肿瘤，作B型超声波检查，发现右中腹外侧肝曲处肠腔扩大43mm，内侧可见83×34mm低回声区，内有强光带，无声影。疑为结肠肿瘤。急诊钡灌肠检查发现，肝曲升结肠处有钡剂受阻现象，其交界处有6cm长之肠腔狭窄，结肠带消失，肠壁僵硬，且有破坏及充盈缺损。经肠道准备后于12月28日行剖腹探查术，术中发现升结肠肝曲处有10×8×7cm之肿块，与周围组织有粘连，质坚硬。确诊为升结肠癌，作右半结肠切除，术后病理切片为结肠低分化癌并继发感染。术后3天体温正常，8天拆线，痊愈出院。

误诊教训

1. 患者弛张热，腹泻长达2个月之久，发热高达40℃成为患者的主诉，而临床上发热又是绝大多数感染性和非感染性疾病的共同性症状，但亦常伴有身体某个或多个组织器官的病理特征性表现。这些受累器官的特征性表现有时明显，有时隐晦，症状相互间的关系亦错综复杂，特别是对那些长期不明原因的发热，给诊断带来困难。本例发热除伴有腹泻外，无相对缓脉，无结核中毒症状，肥达氏反应、直肠镜检、胸部X线片以及骨髓涂片检查均未发现异常。临床又经多种广谱抗生素消炎及抗痨治疗，但症状仍无改善，因此，可除外伤寒病，败

（上接第41页）镜对年龄在40岁以上，胸腔积液同侧伴肺不张、球块状阴影、肺门增大以及某些病变位于肺下部或中下部者，病变被胸液掩盖者诊断价值较大。

4. 肺结核合并肺癌者临床易被忽略，应提高警惕。根据本组经验结合文献^[2,4]，肺结核病人出现以下临床特征时需考虑合并肺癌：①原有咳嗽，是呛咳或干咳，服止咳药常不能缓解；②反复痰中带血或咳血，难以用肺结核病解释者；③胸痛常进行性加剧，部分病人出现顽固性或持续性剧痛，一般止痛药不能缓解；④在抗结核治疗下，放射线检查显示病灶增大、增多或单侧肺门区或肺野内出现孤立性块状或球形阴影；⑤纵隔增宽和肺不张；⑥出现胸腔积液，抗痨与反复抽液后症状未能改善，胸液增长迅速，胸液阴影中见到浓密块影、大量积液但纵隔未相应推向对侧。

近年来由于纤支镜的广泛应用，有用血卟啉激光经纤支镜检查治疗肿瘤^[5,6]者，将血卟啉衍化

血症，疟疾，结核病，流行性出血热，血液病等。对于那些经过多种治疗和检查仍未查明原因的发热病人，应考虑恶性肿瘤，如肝癌，消化道恶性肿瘤等。恶性肿瘤患者因肿瘤坏死，溃烂，继发感染均可导致发热，约占55.3~70.9%，其中约20%病人为不明原因发热。因此，当临床上应用大剂量广谱抗生素治疗，体温仍不下降，治疗无效时，我们认为可试用消炎痛口服或肛栓治疗，若体温降至正常，则更应高度怀疑恶性肿瘤。我们曾对经综合治疗无效的不明原因发热患者，给予口服消炎痛治疗，平均服药后第三天体温均恢复正常，上述病人均经手术探查确诊为恶性肿瘤。本例因临床诊断未考虑恶性肿瘤，故延误诊断达二个月之久。

2. 由于本例患者临床症状不典型，各方面检查又未发现病灶，直至患者住院后出现腹痛，便血，表现突变时，才作B型超声波检查，从而发现了右上腹肠管孤立性病变，说明B型超声波检查是有价值的。B型超声波检查腹部能够协助发现拟诊未能发现的肿块，尤其是肿块位于肋缘下深部或盆腔内时，并可判断肿块的部位与脏器关系以及其大小和性质（实质性或囊性）；它还有助于发现孤立性肠管壁增厚及肠腔扩大等病变，有助于引导对此征象作进一步的检查。从本例诊治经历来看，B型超声波检查对临床是有其确切的价值的。

3. 本例为青年期结肠癌（低分化），青年期结肠癌发病率较高，与老年人结肠癌有其不同点，病变早期常无特异症状，极易与结肠炎、痢疾、痔相混淆，临床上常因症状不典型而误诊或延误诊断。总结我科收治的青年期结肠癌患者有下述特点：①病情发展较快，症状不典型且呈多样化；②手术根治性切除率低，仅为老年人的50%；③恶性程度高，预后差。而关键是早期诊断困难，临床上认识此种情况后如能早期诊断及早期治疗，其预后无疑也会较好的。本例患者若不出现急性腹痛及血便，势必将丧失根治性切除机会。

（hematoporphyrin derivative, HPD）于检查前48~72小时作静脉注射，然后在激光照射下作纤支镜检查，恶性组织出现红色荧光而周围正常组织呈暗色。北京结核病院^[1]报告了16例18个支气管内病灶用血卟啉激光经纤支镜照射观测肿瘤内血卟啉衍化物荧光的结果，经病理组织学证实有肺癌的16处病变中15处出现荧光，阳性率很高，说明本法有助于早期肺癌；或主病灶外，他处不显著癌灶的定位，决定病变范围。在治疗上血卟啉激光照射可使纤支镜内能见到的病灶坏死脱落，有助于保持呼吸道通畅。

参考文献

1. 刘敬东等：浙江医科大学学报1:12, 1983
2. 黄文礼：浙江肿瘤通讯（内部资料）1:66, 1979
3. 王继香：中华结核和呼吸系疾病杂志6:62, 1983
4. 于守训摘：国外医学（呼吸系统分册）3:141, 1983
5. 浙江医科大学主编，纤维支气管镜图谱，北京，人民卫生出版社，1983
6. 陈玉平等：中华结核和呼吸系疾病杂志6:329, 1983

关于直肠癌年轻患者的误诊

湖北医学院附属第二医院普外科 汪存忠 史海安 董小克

直肠癌的发病率甚高,约占全部癌肿的12% (Naunlom Morgan, 1951),在消化道肿瘤中仅次于胃癌^[1]。早期无任何特殊症状,待确诊时多属晚期,近几年来报道直肠癌年轻病人的病例并不少见,且预后不佳^[2]。本文对32例直肠癌年轻病人的误诊原因及其预后予以分析讨论。

资料分析

本科于1971年至1984年收治直肠癌病人80例,其中年轻病人(39岁以下)32例,占40%。

1. 年龄和性别:男21例,女11例。其中0~20岁2例,21~30岁15例,31~39岁15例。

2. 部位:距离肛门3~8cm者22例,10cm以上者10例。经指诊和乙状结肠镜检查均可发现。

3. 症状:主要表现为腹泻、鲜血便和腹痛,其次为大便习惯性的改变(主要为大便变细);5例病人有低位肠梗阻表现。

4. 延误时间:3~5个月5例,6~11个月9例,1年以上18例。大多数病人误诊为“痢疾”或“痔”,尤其在初诊时常常忽视肛门指诊和乙状结肠镜检查。

5. 误诊疾病:本组病人在确诊前大多数误诊为“痢疾”和“痔”,约占75%;其次为血吸虫肉芽肿、结肠炎、直肠息肉、肠结核、结核性腹膜炎等(见表)。

误 诊 疾 病	例 数	%
痢 疾	13	40.63
痔	11	34.38
血 吸 虫 肉 芽 肿	2	6.25
结 肠 炎	3	9.37
直 肠 息 肉	1	3.12
肠结核、结核性腹膜炎	2	6.25
总 计	32	100.00

6. 病理:腺癌22例,粘液性腺癌8例,乳头状腺癌1例,类癌1例。腺癌中低分化型9例,中度分化型13例;远处转移16例。

手术探查24例,能切除者13例,切除率为54%,其中10例为腹会阴联合直肠癌切除术,3例为保留肛门的改良拉出术。

典型病例

例1 女,27岁。鲜血便1年余,按“内痔”治疗无明显好转,入院前2个月血便次数增多,带“冻子”,伴腹痛和里急后重。指诊:距离肛门3cm处可触及4×3×2cm包块。病理报告为直肠腺癌。

例2 男,38岁。便血4年,曾以“阿米巴痢疾”治疗无效。其后又发现痔核并施行痔核切除术,术后血便减轻,不久又便血。指诊:距离肛门10cm处可触及菜花样肿块,肠管狭窄。病理报告为直肠乳头状腺癌。

例3 男,21岁。便血10年,半年前做了枯痔疗法。入院前20天感肛门部位不适,大便变细。指诊:距离肛门6cm处可触及菜花样肿块。术后病理报告为直肠腺癌伴肠系膜淋巴结转移。

例4 女,26岁。腹泻6年,按“肠炎”治疗无好转,病人要求做乙状结肠镜检查而遭拒绝。又按“痢疾”治疗1年仍无好转。其后转院治疗。指诊:距离肛门6cm处可触及菜花样肿块,质硬。病检报告为粘液腺癌。手术探查发现肿块部位肠管周围粘连固定,盆腔及腹主动脉旁淋巴结转移,肝转移,未能切除。

讨 论

早期直肠癌症状不明显,待症状出现时已非早期,故容易延误诊断,以至失去治疗机会。近年来发现年轻人直肠癌并不少见,张氏报告40岁以下直肠癌占31.2%^[3],本组为40%。

年轻人直肠癌更易误诊,其原因是:

1. 一般多认为老年人易患癌肿,而忽视了年轻病人的癌肿。未把肿瘤作为常见病对待,在早期症状出现时未作进一步检查。本组32例中,无一例是在早期症状出现时进一步检查确诊的;均在症状出现较长时间(半年以上)后才确诊,但已属晚期,肿瘤增大,50%已有远处转移。

2. 直肠癌最常见的症状是腹泻、便血和腹痛。

本组中便血18例次,腹泻18例次,腹痛13例次。这些症状并非直肠癌所特有,因此对于年轻病人,发生腹泻(或伴“冻子”,里急后重)和无明显原因的血便者,应特别警惕。本组32例病人中13例误诊为痢疾,11例误诊为痔核出血。

3.直肠癌初期为粘膜层增生,多位于直肠壶腹部,故临床症状可不明显。当直肠粘膜破溃,大便带血或粘液冻子、脓血便时,又常常误诊为痢疾或痔;如果稍加注意,进一步检查,鉴别并不难。但直肠癌同时合并痢疾、痔出血或其他疾病时,则早期诊断就非常困难。如病例1.2.3,直肠癌早期同时患内痔出血,而且过去有内痔出血病史及痔手术史。因此,更容易被认为是痔复发而放弃进一步检查。病例4则由于早期诊断为痢疾,亦未作进一步检查,因长期不愈,病人要求作进一步检查,但仍未引起医师的重视以致误诊。

4.直肠癌年轻病人预后不良。本组直肠癌的病理类型以低分化腺癌和粘液性腺癌占多数(54%),16例有远处转移(50%)。24例手术探查病人中,因远处转移未能切除者占50%。

鉴于以上分析,我们认为:对于年轻人无明显原因的腹泻(或伴脓血便,粘液冻子,里急后重),鲜血便,腹痛,大便习惯改变者,应常规做直肠指诊和乙状结肠镜检查;对于患有痢疾和痔出血的病人治疗无好转,或好转后又复发者不应忽视直肠癌的可能,必须进一步检查。

参考文献

1. 钱礼, 腹部外科学, 第一版, P428, 上海人民出版社, 1973
2. Marcelo Recalde et al: SGO 139(6):909, 1974
3. 张作兴: 天津医药 8:375, 1977

非典型型心肌梗塞误诊的教训

河北省抚宁县医院

潘兰芳 李忠海

典型的心肌梗塞易于诊断,但那些临床表现不典型病例则易误诊,我们曾遇二例,现报告如下。

例1 男,68岁。于1984年7月14日夜间断然呃逆起病,不能入睡伴有恶心,无吐,次日经某诊所诊为“胃病”,服镇静剂、肌注冬眠灵、654—2及针灸等,治疗二天无效,呃逆呈持续性,难忍受,疲劳乏力而来院就诊。

查体: T37℃, P100次, R18次, BP170/100mmHg。痛苦面容,精神不振,神志清,频繁呃逆,两肺正常,心界稍向左扩大,节律不整,偶可闻及早搏,心率100次,腹软无压痛,肝脾未触及,其他无异常发现。

入院后经三次心电图检查均提示:窦性心动过速伴偶发室性期外收缩,急性下壁心肌梗塞。按此治疗一个月痊愈出院。

本例心肌梗塞是以呃逆为其突出症状,文献尚未见报道,其发生呃逆机理尚不清楚,可能与下壁坏死渗出直接刺激膈肌有关,值得进一步探讨。

例2 男,32岁。于1984年4月5日在休息时突然发生左下牙剧烈疼痛,难以忍受,烦躁不安,大汗淋漓,经安乃近等药治疗,疼痛无明显减轻,次日出现心悸,胸前区不适感,乏力,而来我院就医。

查体: T36.8℃, P80次, R16次, BP120/90mmHg。痛苦表情,头无畸形,牙齿排列整齐,未见龋齿,各牙无叩击痛,牙龈无红肿,两肺无罗音,心音低钝,节律规整,心率80次,于二尖瓣区闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音,无传导及放射,腹部及四肢脊柱正常,门诊查心电图S-TⅡ、Ⅲ、avF,轻度上移伴T波倒置,以心肌炎收入院治疗。

入院后六次检查心电图符合典型下壁心肌梗塞的动态演变过程。谷草转氨酶124单位。诊为急性心肌梗塞,经治疗痊愈出院。

该患者年轻,以牙痛为突出症状,极易误诊,门诊检查心电图虽有S-T段及T波改变,Ⅱ、Ⅲ、avF导联Q波深度不够而忽视了心肌梗塞的诊断,入院后经多次复查心电图, Q波增深及出现典型的演变过程才确诊。典型的心肌梗塞疼痛部位与心绞痛相同,引起疼痛的机理是缺血、缺氧的心肌产生酸性产物或多肽类物质,刺激心脏植物神经的传入纤维末梢,经1~5胸交感神经节和相应的脊髓段,传至大脑,产生疼痛,这种疼痛常发生在与植物神经进入水平相同脊髓段的脊神经所分布的皮肤区域,即胸骨后及两臂的前内侧与小指,尤以左侧为著,而表现牙痛者其机理尚不清楚,有待探讨。

高位肠穿孔致成新鲜大量便血的肿瘤

天津第二医学院附属医院外科 高 伦

病例报告：男，27岁，已婚。感冒发烧3天，偶然发现左下腹有枣大肿物，压痛轻微。五个月后发现38℃左右低热。复十余日，突感左下腹剧痛，其厂医诊断为“急性胃肠炎”，给予对症处理。症状并未缓解，当晚去××医院就诊，拟诊为“急性腹膜炎”，因无床位介绍至另一医院，复以同样诊断留院观察。于此期间检查大便隐血（卅），钡灌肠检查为阴性。经治疗8天后症状缓解出院。其后体温仍波动于37.8℃至38.7℃之间。又一个月后住入当地××军医院，超声波检查发现下腹有5×6cm实质性肿块，行钡剂全消化道造影检查，仍未发现任何异常。症状无好转，一个半月后住进我院。

住院时检查所见：BP100/60mmHg，P80，T36.7℃。病人呈慢性消耗性病容，全身浅表淋巴结（-）。巩膜无黄染，心肺正常，肝、脾不大。左下腹查见4×8cm肿块、质硬有压痛，表面凹凸不平，基底部不能移动。腹部未叩知移动性浊音。肠鸣音活跃，音调正常。肛指检查：距肛口10cm处左下腹双合诊可触及肿物之下缘，情况与腹壁触知者相同，指套未见血迹。乙状结肠镜检（-）。化验室检查：血红蛋白11g，血小板98000，白血球16700～22700，中性多形核83～93%；血钾17mg%，氯520mg%，CO₂CP56.5vol%，NPN29～35mg%；血沉24mm/h；出凝血时间正常；血浆白蛋白5.6gm%，A:G=1/1，肝功其他各项正常；尿（-），大便隐血（卅一卅），碱磷酸3.2单位。

体温波动于38～39℃间。予以对症治疗症状未改善。进一步候等他项检查过程中于住院后第13天突发现黑色大便，左下腹肿块突隆于腹部，急剧增大。次日排出暗红及鲜红色大便约1000ml，血压下降至76/40mmHg，血红蛋白下降到3.5g。采取各种措施仍反复出血，故立即剖腹探查。

手术所见：腹腔内除少许粘连外，肿物约15×15×17cm大小，呈囊性感，暗紫红色，占据下腹及左中腹、左髂窝部。该肿物与乙状结肠粘连，进一步探查肿块上极与距屈氏韧带15cm处之空肠紧密相连，乃施行囊肿摘除术及空肠段部分切除术，两断端对端吻合。探查所属淋巴结不肿大。

剖视标本，肿物囊内为暗红色带臭味液体，囊壁厚薄不一，被盖腐烂污秽组织；与肿物紧密相连的空肠壁藉1.2cm直径穿孔互相沟通。其余肠壁均正常。病理诊断：小肠良性平滑肌瘤。

随访结果：手术后一年腹腔内肿物复发，病理证实为平滑肌肉瘤。

本病例特点：病人开始症状为“急性胃肠炎”及屡次大便隐血阳性、体温波动、白血球升高，说明病变位胃肠道附近或与肠壁相通连，但钡餐及钡灌肠检查均为阴性。从肿块出现至手术期为时四个月整，此期间由5×6cm的实质性肿块发展成15×15cm大小之囊性块。大便隐血至术前排出暗及鲜红血液1000ml，造成休克。

分析：连同本院在内共四个医院误诊，延误了一段手术时间。主要认为胃肠道造影缺少病变依据，强求术前检查项目完整，却忽略了胃肠道邻近的肿瘤之可能性。实际上本例早已触知恒定肿块，加之反复严重出血，实已构成剖腹探查条件。若在更早些时行探查术，治疗效果当会更好些。患者被诊断为“急性胃肠炎”、“急性腹膜炎”之阶段，肿物内部已有坏死并呈炎症表现，患者并出现发烧。据统计，肠道平滑肌瘤44%有腹痛，亦有呈炎症表现者；肿块出血占26%，便血占42%。肿瘤向粘膜生长为粘膜下型，向肠腔外生长为浆膜下型，也可向两个方向同时生长发展为哑铃形。由于粘膜已形成之溃疡继续增大变深，甚至沟通肠壁，故临床有反复出血或坏死、穿孔倾向。巨大的肿瘤生长迅速可有内出血，甚至可见其动脉搏动。文献报道良性小肠肿瘤造成肠道出血者占9～58%，性质为便血、隐血、呕血或严重出血（即巨大生长的平滑肌瘤发生中心性坏死与血管沟通而出血）。本病例符合此点。因此在年轻病人出现上述症状时，也应虑及本病。

回顾本例反复严重便血（隐血阳性）在年轻病人多考虑为胃或十二指肠溃疡，伴左下腹肿块则疑为炎性淋巴结。设若在年老者是否就考虑到系恶性肿瘤？由切除标本看，空肠邻近平滑肌瘤处早有糜烂而造成穿孔，不能不认为确诊时为时已晚。

小肠穿孔，由于肠壁血运弱，量不会多，临床

表现为反复隐血或黑色便。新鲜大出血多考虑下消化道的来源。由本病例看,短小时内肿瘤急骤增大为血液充斥囊内所致,穿孔至肠腔虽高在空肠部分,由于肠腔内血流积蓄,仍然下注形成黑便及新鲜便血征。

早期枣大肿物出现於左下腹,宜选早期探查为上策。即或为恶性肿瘤,如为孤立结节则切除之,若为溃疡及炎性淋巴结亦不为过,可早期明确诊断

得以正确治疗。若能早期获得选择性血管造影明确诊断当更好些。

本病例第一次病理切片检查亦有小的争论。数名学者会诊过,仅一人阅切片十个视野,得细胞核分裂相三个,怀疑非为良性,其他人均认为系良性平滑肌瘤。依一年后局部复发的事实可定为恶性无疑。故胃肠道平滑肌瘤切片中细胞核分裂相究竟多少为良性,多数人认为十个视野之和不宜超过2个。

细菌性肝脓肿误诊的教训与治疗问题的探讨

河北医学院附属第二医院内科 姚希贤

提要:本文分析了539例*细菌性肝脓肿患者中60例(9.3%)的误诊原因。治疗资料表明,由于脓肿部位深在、多发、脓液粘稠等原因,往往引流不畅。手术时机易发生脓肿穿破,造成严重后果。因此认为,除广泛多发的小脓肿外,对中毒症状明显、引流不畅者,应尽早手术切开引流。

近来发现单发性肝脓肿发病率较高^[1,2],临床表现多不典型。往往呈潜袭性,进展缓慢,症状轻,易造成误诊。539例中单发性肝脓肿共238例,其中178例发生于右叶,易误诊为阿米巴肝脓肿,105例发生在左叶,两者均可被误诊为原发性肝癌。

由于感染菌株、部位、脓肿大小、数量(单发、多发)之不同,临床表现复杂多样,误诊率较高^[1]。539例中共误诊60例,误诊率达9.3%。

一、误诊病例类型(表1)

表1 60例细菌性肝脓肿误诊疾病

病名	例数	病名	例数
原发性肝癌	17	阿米巴肝脓肿	15
胆系疾患	13	结核性胸膜炎、肝结核	10
重症肝炎	4	急性白血病	1

(一)在发病缓慢以轻或中度发热、肝区痛、肝左叶或右叶明显肿大、质硬而压痛不著者,易被误诊为原发性肝癌。本类型共17例,举其中1例:

男,26岁。右上腹痛1个月。体温38°C,消瘦。肝于剑突下8cm,质硬可触及不典型结节,轻压痛。白细胞7800,中性78%,碱性磷酸酶8布氏单位。肝扫描疑有右叶占位性病变,诊为原发性肝癌。住院1周后甲胎蛋白阴性,发现右季肋部稍

有饱满,皮肤有水肿。10天后肝脏肿大至11cm,压痛较前明显,考虑到单发性细菌性肝脓肿。B型超声见肝左叶内有3×3cm液性暗区,肝穿刺抽出黄色粘稠脓液20ml。培养为金黄色葡萄球菌。

肝区痛并非诊断细菌性肝脓肿的必备条件。肝扫描占位性病变在病因诊断上并无特异性。但对原因不明的长期发热伴肝大者,应注意检查肝脏叩击痛、右季肋部饱满、皮肤水肿等体征。对发病急,短期内肝脏迅速肿大伴压痛者,应予高度重视。

(二)细菌性肝脓肿表现右叶突出肿大者,临床上容易误诊为阿米巴肝脓肿。本组共15例。举1例如下:

男,19岁。因寒战、高热、右上腹痛20天来诊。肝于剑突下2cm,肋下近平脐,质较硬,轻压痛。体温39°C,白细胞11600,中性75%。B型超声肝右叶下部有3.5×4cm液性暗区。诊为阿米巴肝脓肿。肝穿刺抽出黄色粘稠脓液100余ml乃纠正诊断。

一般认为:细菌性肝脓肿肝脏很少单纯右叶突出肿大。在统计的539例中,右叶肿大在8cm以上者29例(5.4%),值得诊断时注意。

(三)因右上腹剧痛,向右肩背部放散而误诊为胆道疾患。本组共13例。举1例如下:

男,34岁。因黄疸,右上腹放散性剧痛伴呕吐蛔虫,诊为胆道蛔虫症。7天后体温39.5°C,白

*提供资料单位(以病例数为序):1.河北省医学院二院内科,2.河北省医院,3.白求恩和平医院,4.唐山人民医院,5.张家口医学院附属医院,6.唐山地区医院,7.沧州地区医院,8.邯郸地区医院,9.保定职工医院,10~11邯郸市一、二医院,12~14.中国人民解放军225、226、260医院,15.煤矿医学院附属医院。

细胞28500,中性91%,黄疸加深,右上腹肌紧张。经A型超声发现肝右叶内有 6×3 及 1×2 cm大小液平。肝穿刺抽出少量粘稠脓液。手术证实蛔虫钻入肝内形成巨大脓肿,引流出800ml脓液,培养为大肠杆菌。

位于肝右叶前下部脓肿,往往因腹膜激惹、腹肌紧张,肝脏可触诊不清。但对胆道蛔虫症并发胆系感染及发生细菌性肝脓肿的可能性应提高警惕。对胆道蛔虫症腹部多柔软的特点,应作辨证的认识。

(四)在缺乏典型脓肿症状和体征而以胸痛、膈肌活动障碍或胸腔积液为主要表现时,往往被误诊为结核病。本组共10例,举1例如下:

男,27岁。发热、右胸痛5个月。胸透右侧胸腔积液,2次胸穿抽出黄色渗出性液200ml(魏氏反应阳性,白细胞640个,中性88%)。体温 38.1°C 白细胞11500,中性76%,血沉75mm/h,诊为结核性胸膜炎。误认为肝大(肋下2cm,剑突下5cm)系受压或肝结核所致。抗痨治疗5天后疗效不佳而且肝左叶出现明显压痛。经分析病情,胸水实为炎症性,在超声波帮助下,肝左叶穿刺抽出淡黄色脓液40ml,明确了诊断。

本病累及肝脏表面引起肝脏邻近组织器官的炎症反应致反应性胸膜炎,或脓肿穿破到胸腔,肝脏体征可被掩盖。故对肝大或肝区压痛伴有炎性胸水者,应引起注意。

(五)以重度黄疸、肝大、食欲不振、GPT升高为主要表现者,往往被误诊为重型肝炎。共见4例。举1例如下:

男,34岁。因诊为黄疸型肝炎住传染病院。半个月后黄疸加深,左上腹痛。体温 40°C ,肝于肋下2cm,剑突下4cm。肝脏与左上腹均有轻压痛。白细胞45000,中性95%,黄疸指数90,GPT60,考虑为重症肝炎。次日出现休克,抢救后恢复。经仔细检查未发现出血倾向及神志改变,左上腹部触及与肝左叶相连的具有压痛的肿物,追问病史并无黄疸前期症状,1年前有过同样发作一次,抗生素治疗好转。手术发现肝、胆管炎性狭窄,肝左叶脓肿向腹腔慢性穿破。

(六)本组1例以发热、肝脾大、贫血为主要表现并发现幼稚细胞,被误诊为急性白血病。

男,17岁。因发冷、发热20天伴全身痛,某院骨髓穿刺诊为“急性粒细胞性白血病”。体温 40°C ,全身淋巴结轻度肿大,病理为急性淋巴腺炎。肝于肋下2~3cm,中等硬度有压痛,脾可触及。血红蛋白

8g,白细胞8000,中性90%,有幼稚细胞,血小板4万。胸透右膈肌稍高,右胸腔少量积液。按“急粒”收入院。由于注意到高热,白细胞10500,中性89%,明显核左移,中、晚幼粒占6%,有毒性颗粒,贫血而乏出血,肝压痛明显等情况,经骨穿示感染性骨髓相,纠正了原诊断。如A型超声帮助下,穿刺出浅黄色脓液,手术见腹膜与肝紧紧粘连,引流出脓液350ml,培养为白色葡萄球菌。

二、误诊原因分析

(一)对病史重视不足。如对被误诊为胆道蛔虫的病例,未能注意了解腹痛有无钻顶感。再如被误诊为重型肝炎病例,对该病特有的黄疸前期和一年前有过同样发作以及抗生素治疗好转史,未予注意。

(二)警惕性不高,检查不够细致,遗漏一些重要体征。如见肝大质硬,往往满足于原发性肝癌的诊断。对伴有胆道疾病患者,仅仅注意右上腹痛,而对肝脏压痛、叩击痛、右季肋部饱满、水肿等不作细致检查而延误诊断。

(三)对不典型患者缺乏经验。如单纯发生在左叶的细菌性肝脓肿,肝脏明显肿大,质硬,而压痛、叩击痛并不显著,尤当白细胞不增多,碱性磷酸酶增高,肝扫描有占位病变时,往往被误诊为原发性肝癌。

(四)发生部位特殊,多因不是好发部位而误诊。如单纯右叶突出肿大的肝脓肿,易被误诊为阿米巴肝脓肿。

(五)重视表面现象,缺乏深入分析而致误诊。如有一过性黄疸、肝大伴食欲不振等消化道症状,尤当GPT增高时,就片面地作出黄疸型肝炎的诊断;或者对所谓重型肝炎的呕吐、鼓肠、腹水、肝脏缩小、出血倾向和肝功能损害等表现未加仔细分析,而造成误诊。

(六)对与本病有关的X线表现认识不足,未能及时进行超声检查而发生误诊。如被误诊为急性白血病患者,对肝脓肿多见的右膈升高伴胸腔积液未能引起重视。

三、治疗问题

细菌性肝脓肿,目前多主张切开引流^[3,4]。据国内513例报告^[5],单纯抗生素治疗者,死亡率平均为32.9%;穿刺抽脓加抗生素治疗者,死亡率平均为13%;切开引流加抗生素治疗者,死亡率为14%。另一组(1981年)报告死亡率为6.3%^[6]。王氏^[7](1983年)报道中西医结合治疗死亡率为

3.3%。本组手术切开引流加抗生素治疗的277例死亡40例，死亡率14.4%。虽高于穿刺抽脓加抗生素治疗组（死亡率7.6%、20/262），但可能与手术组之病例均系内科已治疗无效的晚期危重患者有关。

细菌性肝脓肿易于穿破，是死亡的主要原因之一。本文中河北医学院二院65例情况为：（1）17例因肝穿刺抽脓引流不畅，中毒症严重而手术切开引流。除3例外，4例脓肿张力较大，壁薄即将发生破溃；3例已分别穿破到腹腔、膈下及附近脏器；另7例为不完全性缓慢发生的穿破，与腹膜、大网膜和局部器官已粘连，经手术切开流出大量脓液（最多达1200ml）。在3例穿破及7例不完全穿破病例中，3例有多发巨大脓腔者，因感染严重，手术时间过晚，弥漫性腹膜炎毒血症等因素而死亡

表2 17例手术所见与预后

疗效	穿破	不完全穿破 (例数)	将穿破 (例数)	无穿破
痊愈 (%)	1	6 (82.4)	4	3
死亡 (%)	2	1 (17.6)	0	0

（表2）。（2）其余48例肝穿刺抽脓加抗生素内科治疗者，多因穿刺部位不当、脓液粘稠等因素，引流出脓液量不多（最多者599ml，最少数毫升），其中3例死亡者，有2例系转外科过晚，未及手术即死亡（一例死前未穿出脓液，死后证实有大量脓液）；另一例住院过程中，脓肿破入腹腔发生弥漫性腹膜炎致死。

上述情况表明，细菌性肝脓肿由于部位深在、多发、脓液粘稠等原因，常常引流不畅。如手术不及时易发生脓肿穿破，造成严重后果。因此，除广泛而多发的小脓肿以及经穿刺抽脓加抗生素有效者外，对脓肿大、肝穿刺抽脓引流不畅、中毒征象明显者，应尽早行手术切开引流。（河北医学院二院内科赵清源 任锡玲 张振科 李兰更协助整理）

参考文献

1. 徐肇明等：中华内科杂志12:661, 1964
2. 李宝华等：中华消化杂志1:13, 1983
3. 李传潭等：中华医学杂志44:277, 1958,
4. 蒋德胜等：中华内科杂志6:419, 1966
5. 叶维法，肝胆疾病治疗学，长春白求恩医科大学出版，279, 1981
6. 李乃刚：安徽医学院报3:26, 1981
7. 王宝恩等：中华消化杂志1:32, 1983

细菌性肝脓肿30例误诊临床分析

湖北医学院附属第二医院外科 余清权* 史海安

我院1974年1月~1984年10月经外科手术证实细菌性肝脓肿119例。入院时误诊30例，其中至术前仍误诊16例，误诊率占13.44%。现将误诊原因分析如下：

临床资料

（一）性别及年龄：男16例，女14例。年龄最小4岁，最大78岁，20~50岁17例。

（二）主要临床表现：发热28例，畏寒20例，右上腹痛26例，黄疸9例，呕吐7例，胸痛3例，右上腹压痛26例，肝肿大23例，右上腹包块8例，全腹压痛反跳痛3例，腹水1例，既往有胆道疾患手术史12例。

（三）X线及其他检查：

1. X线检查共22例，其中膈肌升高，活动受限12例，右胸腔积液2例。

2. 化验检查：白血球总数增加25例，正常范围5例，异常者20例。

3. A型超声波检查共24例，B型超声波检查1例，发现典型液平段19例。

4. 同位素检查7例，其中占位性病变6例。

5. 脓液检查：肝脓肿切开引流脓液培养23例，阳性14例，其中大肠杆菌8例。

（四）误诊疾病分布（见表1）。

（五）误诊原因（见表2）。

（六）疗效：发病至手术引流时间最短2天，最长122天，平均32.4天。住院天数最短14天，最长83天，平均35天，术后平均住院28天。误诊最长122天。治愈22例，好转2例；死亡6例，死亡率20%。死于中毒性休克2例；心衰、呼吸衰竭2例；肝昏迷

* 湖北省黄冈县第二医院外科进修医师。

表1 肝脓肿误诊疾病的分布

误 诊 病 名	入院时误诊 (例)	术前误诊 (例)
急性胆囊炎	6	4
胆系感染	4	2
急性化脓性胆管炎	3	3
阻塞性黄疸伴胆管炎	1	1
胆 石 症	2	2
肝 癌	4	1
急性肝炎	1	
急性腹膜炎	3	
阑尾穿孔伴腹膜炎	1	1
败血症伴腹膜炎	1	1
肠间脓肿	1	
胃 癌	1	1
右侧脓胸	1	
支气管胸膜瘘	1	
合 计	30	16*

(* 其中术中漏诊1例)

表2 肝脓肿误诊的原因

误 诊 原 因	误 诊 (例)	其中: 术前误诊 (例)
临床表现不典型	9	2
忽视必要的辅助检查	5	5
缺乏动态观察	3	3
并发症误为原发病	4	2
诱发病因与肝脓肿混淆	6	2
肝脓肿部位特殊	3	2
合 计	30	16

1例;阿斯氏综合征1例。非误诊死亡5例。死亡率5.6%。

诊断标准是经肝穿刺抽脓和切开引流有黄白色或乳白色脓液;脓液和脓壁刮取物培养有细菌生长,而无阿米巴滋养体;或脓培养无细菌但肝脓肿切开引流后未加用抗阿米巴治疗而治愈者

讨 论

一、将肝脓肿与其他疾病相似的临床表现相混淆

例1 男、45岁。右上腹持续性疼痛伴畏寒、发热5天入院。巩膜轻度黄染,右上腹局部明显压

痛,莫菲氏征(+),尿胆红质阳性,入院前一日超声波检查胆囊增大,11天后按胆囊炎、胆石症剖腹探查,胆囊、胆总管无异常,肝穿刺及手术证实肝右叶有一直径8cm脓腔,术中排脓300ml,痊愈出院。

目前认为,由胆石症、胆囊炎、化脓性胆管炎、急性胰腺炎引起的肝脓肿占35%^[1]。因此将肝脓肿诊为胆道疾患是较常见的。本组有15例误诊为胆道疾患。因肝脓肿与胆道疾患临床表现有许多相似之处,或临床表现不典型时,在诊断上有时不易区别。但全面综合分析两者是有区别的。胆囊炎、胆道疾患常有急性发作史,且常能打得肿大的胆囊;而肝脓肿则主要表现为肝脏向上肿大,胆囊不能触及^[2]。胆道结石伴胆道感染的腹痛多与绞痛伴有阵发性加剧,而肝脓肿多为右侧季肋部持续性疼痛。本组15例,除1例外均无腹部绞痛。超声波检查肝脓肿多有液平段,胆道疾患无液平段。且X线检查肝脓肿多有膈肌升高和活动受限,而胆道疾患则无膈肌变化,可资鉴别。

二、术前忽视了必要的辅助检查而致误诊

例2 女、47岁。畏寒、发热4天伴上腹痛、呕吐1天入院。巩膜轻度黄染,上腹局部明显压痛反跳痛,有胆囊切除史。入院2天后以急性化脓性胆管炎行剖腹探查(术前未作超声波、X线检查),见胆总管无异常,肝穿刺和切开引流见肝左叶脓肿直径8cm,排脓500ml,治愈出院。

本组术前误诊16例,其中5例未作超声波检查,8例未作X线检查,术中证实5例脓腔直径均在6cm以上。大多数患者因病情重,入院后仅根据病史、症状、体征行急诊手术,由于忽视了必要的辅助检查而增加了误诊因素。一般认为超声波检查诊断肝脓肿的正确率达91.7%^[3]。X线检查膈运动受限及膈肌升高为肝脓肿重要征象,阳性率高达82.1%^[4]。同位素肝扫描能识别肝内直径2cm脓肿,在确定脓肿位置、大小、数量后,进行肝脓肿穿刺准确率达89%^[1]。

但也不能全凭超声波、X线、同位素扫描作为诊断的唯一依据。检查阴性者亦不能完全排除肝脓肿,因小的脓肿(小于探头1.2cm)和病变早期脓肿尚未形成,多探不出液平段^[5]。X线检查膈肌亦无明显变化。同位素肝扫描诊断有1.7%的假阳性和15%的假阴性^[1]。而全面综合分析病史、症状、体征、化验检查、物理检查才是诊治疾病的正确方法。

三、缺乏严密的动态观察亦能造成误诊

例3 女、34岁。间歇性右上腹疼痛伴发热20天入院。巩膜轻度黄染，右上腹明显压痛，曾有胆道手术史。入院时超声波、X线检查阴性，10天后以胆系感染剖腹探查（术前超声波、X线均未复查检查）见胆总管无异常，肝穿刺和手术证实肝右叶脓肿直径6cm，排脓500ml，痊愈出院。

本组有3例病人，入院时超声波、X线检查阴性，10余天后术前均未复查检查。因只注重入院时的检查，而对反复的辅助检查及认真观察临床表现的变化缺乏认识，以致误诊。超声波检查可连续观察脓腔变化过程和判断治疗效果^[3]。X线检查亦能对肝脓肿病变过程提供有益的帮助。严密的动态观察对明确诊断是很重要的环节。

四、肝脓肿向邻近脏器穿破，把引起的并发症误诊为原发病

例4 女、47岁。畏寒发热伴腹痛10余天入院。查体全腹明显压痛反跳痛，叩诊肝下界不清，肠鸣音消失，腹穿有脓性液体。以弥漫性腹膜炎伴中毒性休克剖腹探查，见腹腔有约1000ml黄白色脓液，胃、胆、肠无异常，见肝右叶顶部有一直径2.5cm脓肿破口，脓腔直径10cm，行脓肿及腹腔引流，获愈出院。

细菌性肝右叶脓肿有时可向胸腔穿破，有时可向腹腔穿破^[6]。因此可出现并发症的临床表现，易将并发症误诊为原发病。本组误为急性腹膜炎2例，膈下脓肿、脓胸各1例。

五、未能将本病与诱发病因相鉴别，故易误诊和漏诊

例5 女、47岁。畏寒发热伴右上腹疼痛，呕吐2天入院。右上腹明显压痛，莫非氏征（+）。当日以急性胆囊炎、胆石症剖腹探查，见胆囊稍肿大，无结石，胆总管无异常，肝肋下3cm，行胆囊切除。病理报告为慢性胆囊炎。术后5天持续高烧，右季肋部疼痛，超声波检查见右9、10肋间有液平段，X线检查膈肌升高，活动度弱。以膈下脓肿再次开腹探查，肝穿刺和手术证实肝右叶脓肿直径10cm，排脓800ml，治愈出院。

胆囊炎、胆道感染是细菌性肝脓肿最多见的诱发病因，术中如见胆道、阑尾等有病变或病变不典型，与临床表现不符时决不能只满足于诱发病因的诊治，而应警惕肝脓肿的可能。本例病人肝脓肿被掩盖而造成误诊和术中漏诊。

六、因脓肿部位特殊而致临床表现多样性，最易误诊

例6 男、48岁。发热28天伴左胸痛10余天，腹痛1周诊为败血症、胸膜炎住我院内科。查体左肺可闻湿罗音和胸膜摩擦音，满腹有压痛反跳痛，腹穿有脓性液体，当日转外科以急性阑尾穿孔伴腹膜炎剖腹探查。见腹腔有少许脓性液体，胃、肠、阑尾无异常，肝穿和切开引流见肝左叶上部有一直径7cm脓腔，排脓300ml。术后持续发热、腹痛，超声波检查右7、8肋间有液平段，X线检查见右膈肌升高、活动差，以膈下脓肿第二次剖腹探查。见右膈下有一直径6cm脓腔，排脓400ml，后死于中毒性休克、呼吸循环衰竭。

本例病人因脓肿位于肝左叶上部近膈面，可刺激左侧膈肌产生渗出性胸膜炎，故出现症状和体征。

另1例脓肿位于近肝门处，因压迫肝内胆管引起梗阻出现黄疸而误诊为阻塞性黄疸伴胆管炎。肝右叶顶部之单发脓肿穿入胸腔多见。有1例误为支气管胸膜瘘。破入腹腔者可引起弥漫性腹膜炎。

综合上述分析表明，早期诊断，及时治疗可以明显地降低死亡率。

参考文献

1. 么崇正：国外医学外科学分册（3）：P145、1982
2. 钱礼：腹部外科学，上海人民出版社，P468，1973
3. 郭万德：超声诊断学第1版，P207，科学出版社出版，1978
4. 孙宏训：实用肝脏病学，P284，上海科学技术出版社出版，1963
5. 武汉医学院附属第二医院超声波室，超声诊断图谱第1版，P45、湖北人民出版社出版、1977
6. 武汉医学院等，外科学（上）、P532，人民卫生出版社出版，1979

临床经验的总结 诊断思路的培养

介绍新书《病例讨论集》

高明的医术，以扎实的专业知识为基础，以正确的思维方式和丰富的临床经验为灵魂。由具有丰富临床经验的黄元伟、丁丁生两位副教授主编的《病例讨论集》（心血管病专辑）一书，集心血管系统典型、不典型，复杂和少见病例50例，依据病史和检查资料进行临床分析诊断，结合手术所见和病理检查进行讨论总结，寓正确的思维方

式于分析诊断之中，融丰富的临床经验于讨论总结之间。该书特点是病史简明扼要，分析清晰透彻，讨论重点突出。阅读该书，必能以他人经验为鉴，以他人教训为戒，对提高医疗水平大有裨益。该书由浙江科技出版社出版，32开本，定价1.20元，1985年6月开始由全国各地新华书店发行。