

郑芝田教授论文选集

从教五十周年
庆贺郑芝田教授
暨八十寿辰

北京医科大学

1993.6

敬賀鄭芝田教授八十壽辰

德高望重

暨从医从教五十年

陈敏章



九三年五月十九日

部陈敏章部长题詞

陈部长指正



姜芝田 1991.12

孜孜不倦 医术精湛 辛勤耕耘 教书育人

郑芝田教授是我国著名的消化系病专家，我国消化系内镜学的奠基者之一，北京医科大学消化疾病研究中心创始人。几十年来，他把自己的全部精力，投入医学事业工作，兢兢业业，艰苦奋斗，精益求精，医术精湛，并且言传身教培养出了一大批医学专业人才。

郑教授 1942 年毕业于国立北京大学医学院，毕业后留校从事内科工作。47 年开始侧重消化专业，53 年提为副教授。58 年北京医科大学第三医院建院，郑教授任内科教研室主任，卫生系副主任。79 年任教授，于 78 年创建了“北医大三院消化疾病研究室”，85 年正式命名为“北京医科大学消化疾病研究中心”。郑芝田教授曾历任中华医学会北京分会内科学会主任委员，中华医学会内科学会常委，中华医学会消化系病学会主任委员，名誉主任委员，中华内科杂志副总编辑，中华消化杂志副总编辑。现任内镜学会名誉顾问，卫生部医疗事故委员会委员，实用内科杂志顾问，内科临床杂志顾问，内镜杂志顾问，《医学名词审订》委员会消化组组长，英国胃肠病学会海外会员，《J. of Gastroenterology and Hepatology》编委，匈牙利《Experimental Clinical Gastroenterology》杂志编委，肝病学会名誉顾问，中华医学会资深会员，享受国务院颁发的有特殊贡献的知识分子专家津贴。

郑教授自 1942 年毕业后一直从事教学工作，1956 年开始带研究生，培养了一批高质量的研究人材（其中博士生 7 人，硕士生 6 人），还培养了一大批临床及实验室工作骨干，他们中许多人现已成为科室主任，学科带头人。他在业务上严格要求，耐心指导，循循善诱，带领他们积极开拓，不畏困难，勇于创新。并且以身作则，从思想上帮助他们树立良好的医德、医风。他甘为人梯，为消化事业后继有人呕心沥血。平日一直坚持查房，亲自检查病人、重视第一手资料，为下级医师作榜样。将自己渊博的知识通过生动、诙谐的语言表达出来。他还主持举办多次消化疾病学习班，为全国培养消化专业人才，可谓“桃李满天下”。

郑芝田教授很重视教材及教学参考书的编写，将自己多年的医疗及教学经验通过文字传授给更多的人。他主编的《胃肠病学》于 1986 年第一次出版，再版工作已经完稿，不久将与读者见面。他还参加编写了《医学百科全书》（获教委、广东省优秀奖）、《内科学》第一版、《外科学基础》及医学名词审订。目前，正在筹备编写一部全新的溃疡病专著，从基础到临床对消化性溃疡进行全面、深入的论述。

郑芝田教授特别重视视觉见病多发病，并做了大量的临床及实验室研究工作，早在 1947 年针对我国肝炎病人较多的现状，开展了腹腔镜、肝穿刺，从症状学、病理学角度对肝脾大的病人进行了研究。在当时简陋的条件下，开展了胃镜检查、胃粘膜盲目活检、胃照相及胃粘膜壁细胞抗体测定等，为胃部疾患尤其是胃炎的诊断、分类提供了必要的依据。受到同道们的重视。近二十年来，郑教授一直从事溃疡病的研究，重点进行了溃疡病发病机制、治疗及提高远期疗效，减少复发的研究工作。特别是关于痢特灵治疗溃疡病的临床及实验研究在国内外杂志发表以后引起广泛的关注。他所主持的动物实

验发现消化性溃疡与中枢及外周神经递质多巴胺的含量关系密切。尤其是在中枢部位，提高多巴胺的水平不仅可以预防溃疡的发生，加速溃疡愈合，而且可以减少溃疡复发。这一重要发现为溃疡病的发病机理和治疗提供了新的理论依据，受到国内外专家高度重视。并获得卫生部及北京市科技进步成果奖。郑教授目前虽已届 80 高龄，但仍“老骥伏枥，志在千里”，精力充沛地继续进行科研、临床及著作工作。

郑教授为我国的医学及医学教育事业走向世界作了艰辛的努力。他曾多次出国参加国际胃肠病会议，足迹遍布日本、香港、澳大利亚、美国、巴西、意大利、匈牙利等国，担任专题会议主席等任务，除了向国外的同行们介绍自己的科研工作，还作为世界胃肠学会教育委员会的特邀代表多次介绍中国的医学教育事业，加强了与国际间的交流。

“衣带渐宽终不悔”，郑教授五十年来以忘我的精神为我国的医学事业孜孜不倦地贡献他的一生，取得了很大成就，并培养了一批又一批的优秀人才，使我们的事业向前发展，后继有人。

值此庆贺郑芝田教授从教五十周年暨八十寿辰之际，我们要学习他的高尚情操、优良品质和作风，为我国的改革开放事业和消化学科的发展而贡献力量。

祝愿郑芝田教授健康长寿并在今后的工作中取得更大的成就！

北京医科大学消化疾病研究中心

1993 年 6 月 2 月

目 录

论 著

蜘蛛痣对肝病的诊断价值	1
急性胰腺炎124例临床分析	4
盲目采取胃粘膜的临床诊断价值	9
腹腔镜检查的临床意义—附300例分析	11
腹腔镜下所见慢性传染性肝炎167例临床分析	15
静脉滴注左旋多巴治疗肝昏迷疗效观察	17
五味子制剂对迁延性及慢性肝炎降转氨酶作用的 临床及动物实验观察的初步报告	19
胃壁细胞抗体免疫荧光法检查及其临床意义	21
萎缩性胃炎的免疫分型	24
萎缩性胃炎100例临床资料分析	27
萎缩性胃炎的胃癌发生率与壁细胞抗体的关系	30
放大胃镜及实体显微镜对胃粘膜微细形态的观察	32
关于胃双重对比造影法的临床小结	36
慢性胃炎与胃癌的细胞动力学研究	41
Cell proliferation kinetics in chronic gastritis and gastric cancer	45
痢特灵治疗溃疡病的临床效果及动物实验观察	51
痢特灵治疗消化性溃疡病—远期疗效和动物实验研究	55
呋喃唑酮治疗消化性溃疡的双盲对照观察	58
A double-blind short-term clinical trial of furazolidone on peptic ulcers	60
Double-blind short-term of furazolidone in peptic ulcer	62
Effect of furazolidone on gut catecholamine in cysteamine induced duodenal ulcer in rat	64
呋喃唑酮在动物体内的吸收、分布和代谢	69
呋喃唑酮治疗消化性溃疡中对脑内单胺能神经递质的影响	72
呋喃唑酮治疗消化性溃疡病机制的研究—对大鼠半胱胺模型 肠壁单胺能神经递质含量的影响	75
呋喃唑酮治疗消化性溃疡病机制的研究—对胃肠道内单胺类 神经递质的影响	79
呋喃唑酮治疗消化性溃疡病机制的研究—对肾上腺儿茶胺 含量变化的影响	83
胃内氨水平与幽门螺杆菌阳性胃炎和十二指肠溃疡的关系	85
呋喃唑酮治疗幽门螺杆菌阳性胃炎的疗效观察	88
非溃疡性消化不良患者的胃排空的研究	90
超声胃混合食物排空检查与核素-照相法、钡餐透视法的比较	94

综 述

肝性脑病的病因和发病机理	96
关于慢性胃炎的几个问题	100
关于慢性胃炎的胃镜诊断和分类问题	104
提高对梗阻性黄疸的诊断水平	105
消化性溃疡的研究现状	107
黄疸	110
多发性内分泌瘤I型	114
Education and training in Gastroenterology in China	117
消化系统疾病防治进展	119
消化性溃疡的呋喃唑酮治疗	123
关于溃疡病研究的几个问题	126
Treatment of Peptic Ulcer Disease with Furazolidone	130
老年溃疡病	135
胃排空功能及其检测方法	137

蜘蛛痣对肝病的诊断价值

附属三院内科教研组 郑芝田

1869年英国皮肤科医生 Erasmus Wilson 首先描写蜘蛛痣的形态,其后自 1901-1945 年有 25 篇有关蜘蛛痣的文献,其中以 1940 年 Patek(1)及 Bean(2) 两氏描写最为深入。本文除简单复习有关蜘蛛痣的文献外,并对 171 例有蜘蛛痣的患者资料进行分析,以供参考。

临床资料

1956-1958 年共观察住院患者 589 人,全部为男性病人由作者亲自检查,发现有蜘蛛痣者 171 例(29.9%), 171 例患者中 67 例作了肝活体检查,病理报告异常者 58 例(86.3%),大致归纳为三类:(1)明显肝硬化者;(2)轻度纤维组织增生者;(3)脂肪变及其它变化者。

67 例肝活体检查患者,29 例在门诊诊断并非肝病,因发现蜘蛛痣怀疑肝病而进行穿刺者 21 例(74.2%);20 例怀疑肝病同时发现蜘蛛痣,穿刺结果,有病理变化者 19 例(95%)。另外 18 例发现蜘蛛痣并怀疑肝硬变而进行穿刺者,发现全部均不正常(见表)。

蜘蛛痣与肝脏病的问题

蜘蛛痣的形态

中央隆起 3-5,直径约 2-3 毫米,谓之体部。周围血管呈网状,谓之腿,每枝放大 20 倍,可以看出有 6-7 个分枝。蜘蛛痣大小不等,典型者直径大约 1 厘米左右,不典型者可以多种多样。有的体部很高大而腿不明显,有的周围血管网很明显但无体部,有的周围血管网不对称,偏于一侧,作者发现最早最小的蜘蛛痣不过 1 毫米大小(见图)。

蜘蛛痣的特性

鲜红色,比周围温度高 3°C ,血流方向自中央流向四周(用铅笔尖压蜘蛛痣体部,周围血管网即消失),较大者可以看到并摸到搏动。在肢体上用止血带加压,至 65 毫米汞柱时,止血带远端的蜘蛛痣即消失。给肾上腺素后,蜘蛛痣缩小或消失。给组织胺后则扩大。局部加压以后消失,除压后迅速恢复,大出血或死亡后蜘蛛痣消失。

蜘蛛痣的好发部位

蜘蛛痣好发于面,颈,手各部,其次为胸臂背等处,极少见的部位为口唇,耳,爪床,粘膜,脐以下部位少见;原因不明了。痣上无毛,发际以上据谓无痣。根据本组材料于面,颈,手有蜘蛛痣者各占 19%,脐以下以现蜘蛛痣仅 3 例,两例在膝盖,一例在臀部,口腔粘膜发现蜘蛛痣一例,大痣无腿有搏动者两例,均在颈部很明显与颈动脉搏动有关,最近发现一例蜘蛛痣在发际以上,未在统计数字之内,该患者发稀疏,易于发现。

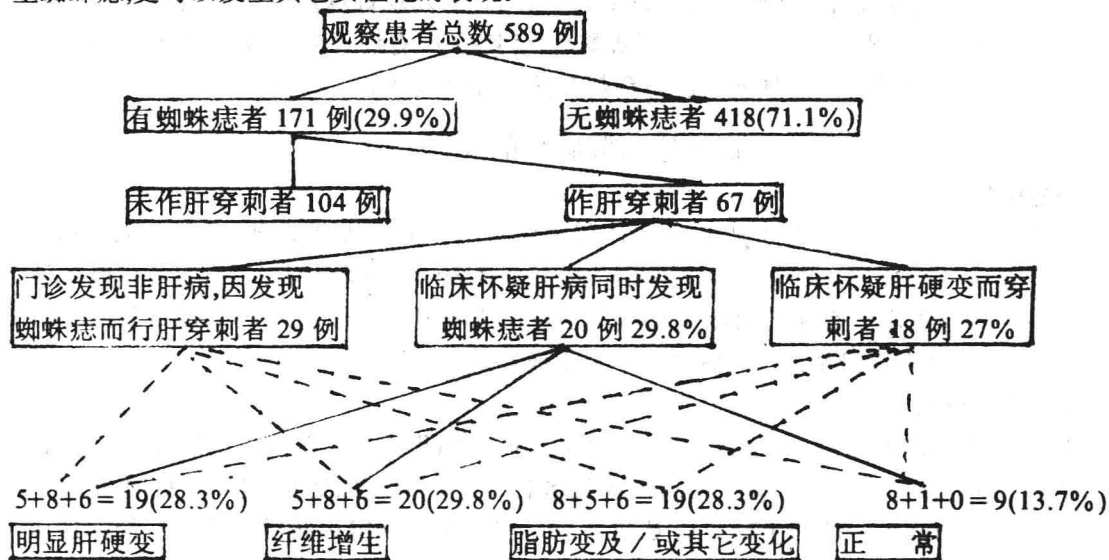
蜘蛛痣的发生原因

目前认为与求偶素(Estrogen)有关,由以下事实可以说明:

- 1) 常发生于青年女性,月经期,妊娠期尤为多见;
- 2) 血中求偶素与月经周期有关;

- 3) 家兔注射求偶素后局部充血;
- 4) 给肝脏病人注射求偶素后,可以有新的蜘蛛痣出现;
- 5) 肝脏病人在蜘蛛痣出现的同时常有女性化的表现,脱毛,乳腺增大,声音变高,以及性欲减退等。

求偶素与肝病的关系,早在 1934 年 Zondek 氏即发现求偶素与肝脏有关,1938 年 Gorden,1943 年 Segaloff 两氏将卵巢移植在门脉系统,求偶素作用即消失,1942 年 Tombley 及 Taylor 两氏用人肝组织切片作实验,发现健康肝组织片能使求偶素作用消失,谓之灭能或灭活(inactivation)。但是 1944 年 Picuss,1947 年 Szego 两氏用肝肿瘤切片,Glass(1944),Gilder(1946)两氏用肝硬化组织切片作试验,则无灭活作用。通过以前实验,充分说明求偶素的代谢与肝脏有密切关系,求偶素通过脏后即消失其正常作用。至于肝脏何以能使求偶素失去作用尚不明,可能系通过脱氢,结合,互换,脂化等方式 3-6),肝硬化时来活作用减退,因之求偶素分泌相对增加,男性在正常情况下睾丸及肾上腺皮质亦分泌少量求偶素,经肝脏灭活而不显示作用。有病时灭活作用减低,求偶素相对增加。因此,不但可以发生蜘蛛痣,更可以发生其它女性化的表现。



蜘蛛痣的临床意义

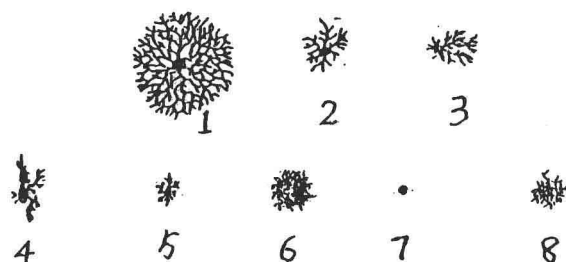
一. 鉴别肝病非肝病,肝硬化患者蜘蛛痣的发生率约在 85.7%。本组门诊患者,因蜘蛛痣而穿刺者,29 例中有 21 例发现有肝脏病(72.4%)。因此对肝病非肝病的鉴别意义很大。在下列情况诊断困难时,可供鉴别的参考。

1. 肝脾大原因不明者;
2. 大呕血原因不明者;
3. 上腹痛,肝区痛患者应注意有无蜘蛛痣;
4. 疲乏无力,神经衰弱。疑有慢性肝炎者,应注意有无蜘蛛痣。

二. 鉴别肝炎和慢性肝炎。急性肝炎与慢性肝炎特别无黄疸性肝炎,发病日期不明显者,往往诊断困难,根据蜘蛛痣的有无可作为诊断参考。一般急性肝炎无蜘蛛痣或很少有蜘蛛

痣,根据国内几个有关急性肝炎的报告约 7000 例)(7-13), 仅有一组提到蜘蛛痣占 0.5-1.0%,作者分析慢性肝炎 65 例,有蜘蛛痣者占 54%。远远高于急性肝炎。

应该指出,在健康者特别是女性或其它疾病时偶亦可以发生蜘蛛痣,虽惟数极少也应加以注意。



痣 的 形 态

1. 典型蜘蛛痣 2-8. 不典型蜘蛛痣 7. 最小痣 6. 仅有隆起的体部

结 语

1. 本组 67 例有蜘蛛痣的患者,进行了肝活体组织检查,发现有病理变化者 86.4%。其中早期肝硬占 28.3%;轻度纤维增生占 29.8%;脂肪变及 / 或其它变化者占 28.3%;正常者 13.7%。

2. 门诊诊断为非肝病患者,因有蜘蛛痣而怀疑肝脏病进行穿刺者 29 例中,有病理变化占 74.2%;其中早期肝硬变 17.2%;轻度纤维增生者 27.5%;脂肪变及 / 或其它变化者占 27.2%。

3. 蜘蛛痣为肝病主要体征之一,有蜘蛛痣的病人,经肝活组织检查证实有肝病者占 86.4%。故在临床诊断肝病方面,起很大作用;又因急性肝炎的蜘蛛痣发生率很低(0.5-1%),故可作为急性肝炎和慢性肝炎肝硬变鉴别诊断指标之一;最后因为蜘蛛痣的部位(头,颈,面,手)极易发现,颇似肝病患者天然的皮肤试验,对于普查工作及日常临床工作,帮助很大。

参 考 文 献

1. Patek, A.T. Am J Med Sci 200:341,1940
2. Bean, W.B. Medicine 24:243,1945
3. Szego CM. Endocrin 57:541,1955
4. Szego, CM. Endocrin 52:609,1953
5. Kenneth J. Endocrin 53:277,1953
6. Soskin. Progress in Clinical Endocrinology, p490
7. 黄铭新等. 中华医学杂志 4:837,1956
8. 马挺光等. 中华医学杂志 4:853,1956
9. 宣祥林. 中华医学杂志 1:41,1956
10. 吴益生. 中华内科杂志 6:466,1959

急性胰腺炎 124 例临床分析

北京医学院医疗系系统内科教研组 葛芝田

由于诊断方法的改进,急性胰腺炎的病发数似在增加,国内自 1951 年以后,已有数篇对本病的病例分析报告^[1-4,9]。自 1949 年初到 1956 年底的八年中我院内科住院病人中,共有急性胰腺炎 124 例,兹分析报告于下:

诊断标准

诊断标准为典型的临床表现和尿淀粉酶检查的阳性结果,如十二指肠引流有阳性发现,则认为合并有胆管疾患。

病发率

八年中共有 6,077 内科住院病人,其中急性胰腺炎患者 124 人,佔内科住院人数之 2.04%。(陶氏^[1]佔外科住院人数之 1.6%, 黄氏^[2]佔外科住院人数之 1.56%, 唐氏^[3]佔总住院人数(兒如除外)之 0.32%, 况氏^[4]佔内科住院人数之 0.71%。)本院 1954 年 2 月至 1955 年 2 月一年間,内科急診人数为 4,848 人,急性腹痛病人 1,152 人,其中急性胰腺炎患者 25 人,分别佔急診人数及急性腹痛病人之 0.5% 及 2.1%。

年龄

11—20 岁者 30 人; 21—30 岁者 41 人; 31—40 岁 22 人; 41—50 岁 14 人; 51—60 岁 13 人; 61—70 岁 4 人。其中合并有胆管疾患患者分别为 8 人, 10 人, 11 人, 8 人, 10 人, 2 人。年龄最小者 11 岁,最大者 70 岁,以中年人为最多。單純胰腺炎 30 岁以下者佔多数,合并胆管疾患者年龄较大,此点与 Richman^[7]氏报告一致,他报告了 58 例这样的病人,其中 40 岁以上者佔 80%。

性别

女性 80 例,男性 44 例,与陶氏所报告的两性病发率不同而与黄、吴、唐、况諸氏相似。本院内科八年中共收治住院女病人 2,491 名,男病人 3,586 名,故女性的实际病发率为 3.3%,男性为 1.2%,男女之比应修正为 1:2.9。女性多于男性的原因尚不明确,很多作者认为可能与女性患胆管病较多有关,本组女性病人 80 例中單純胰腺炎者 47 例,合并胆管疾患者 33 例(1.4:1);男性病人 44 例中,單純胰腺炎者 28 例,合并胆管疾患者 16 例(1.8:1)。男女兩组合并胆管疾患之数目相近,故不能証明合并胆管疾患为女性胰腺炎患者多于男性的原因。

季节

一般文献很少提及季节问题,陶氏^[1]謂与季节無

关。但本组病例的月份分佈並不均匀:2 月份只 4 例,而 11 月份则有 19 例(表 1),是否有临床意义,因病例太少不能肯定。

表 1 各月份病发率

月 份	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
例 数	7	4	11	10	7	7	10	9	11	18	19	11

临床表现

急性胰腺炎合并胆管疾患患者很多,按文献报告,最高可达 70—80%。本组有 53 例(42.7%)被诊断为合并有胆管疾患。我們的诊断根据是:十二指肠引流有阳性发现(結果見后);9 例更經手术証实;3 例 X 线发现胆石影像。曾氏^[11] 16 例中 11 例有胆管症状,唐氏^[12] 报告 40.7% 合并胆管炎,与 Paxton 氏^[13]之結果一致,吳氏^[14] 87 例中 16 例經手术証明有胆石,况氏^[15] 组有 28% 合并胆管炎,其中兩例証明胆道内有蛔虫,至于半数左右有合并胆管疾患,若不將合并胆管疾患患者分別討論,很难了解單純胰腺炎的臨床症狀。因此,本文將單純胰腺炎与合并胆管疾患者分为二组,分別分析其症狀如下:

1. 疼痛:疼痛为本病最主要的症狀,国内各报告一致認為 100% 有疼痛,惟 Paxton 氏^[13] 报告只 94.5% 有疼痛,本组患者 100% 有疼痛(表 2),其中突然發生者佔大多数(81.3%),單純胰腺炎中为 78.4%,合并胆管疾患者为 85.1%,兩组相差不远。疼痛部位 94.2% 在上腹部(包括左中右),兩组亦相似,單純胰腺炎 96.1%,合并胆管疾患者 92.8%。極少数在下腹部或腰部,上腹部以上中为最多(74.5%),以往的报告大多与本文一致,兩组相差不远。但胰腺炎患者之上腹痛,究以偏左为多抑或偏右为多意見尚不一致。吳氏^[14] 组左上腹痛 12 例,右上腹痛 16 例;况氏^[15] 组左上腹痛 11 例(20.3%),右上腹痛 8 例(14.8%);Richman^[7] 氏謂右上腹痛佔 85%,左上腹痛仅 5%;本组中左上腹痛者 16 例,右上腹痛者 8 例(2:1),左比右多一倍。如將合并胆管疾患者除外,單純胰腺炎者,左上腹痛为 13 例,右上腹痛仅 3 例(43:1),左比右多 4 倍。疼痛放散者不多,有放散者仅佔 43.2%,單純胰腺炎有放散者更少,仅 32.3%,合并胆管疾患患者疼痛放散者多佔 58.7%。放散部位亦有不同,大多数單純胰腺炎患者,仅向腰或背放散,无一例向肩部放散,而合并胆管疾患者

有9例向局部分散,此点可能有鑑別診斷意义。

表2 疼痛分析

类别	症状	单纯胰腺炎		胰腺炎合并胆囊疾患		两组总合	
		例数	百分数(%)	例数	百分数(%)	例数	百分数(%)
		71	100	53	100	124	100
急	突然發生	29	78.4	23	85.1	52	81.3
	緩慢發生	8	21.6	4	14.9	12	18.7
	共37			共27		共64	
部位	中上	49	70.0	42	80.7	91	74.5
	左上	13	18.6	3	5.8	16	13.1
	右上	3	4.3	5	9.6	8	6.6
	脐左	1	1.4			1	0.9
	轉移性	4	5.7	2	3.9	6	4.9
	共70			共52		共122	
持續性	持續性	15	30.0	12	30.7	27	30.5
	陣發性	16	32.0	9	23.1	25	28.0
	持續性陣發加重	19	38.0	18	46.2	37	41.5
	共50			共39		共89	
性質	絞痛	16	64.0	8	47.1	24	57.2
	刀割	5	20.0	3	17.7	8	19.1
	鈍痛	1	4.0	2	11.7	3	7.1
	灼痛	1	4.0	1	5.9	2	4.7
	刺痛	1	4.0	2	11.7	3	7.1
	抽痛			1	5.9	1	2.4
	虫咬样	1	4.0			1	2.4
	共25			共17		共42	
放散	放散	21	32.3	27	53.7	48	43.2
	腰	10		5		15	
	背	6		8		14	
	肩			9		9	
	肋	3		2		5	
散	胸	1		2		3	
	四肢	1		1		2	
	不放散	44	67.7	19	41.3	63	56.8
	共65			共46		共111	

2. 惡心、嘔吐:有惡心嘔吐者佔85.9%(表3),单纯胰腺炎惡心嘔吐者佔87.2%。合併胆囊疾患者佔84.3%,104例中吐出蛔虫者7例(6.7%),吐血者1例(0.96%),与黃氏⁽³⁾之6.2%、楊氏⁽⁹⁾之10%、Paxton⁽¹⁰⁾氏之7.8%相差很远,關、况、唐諸氏未提及吐血問題。

3. 其他症狀:因疼痛而“人事不清”者2例,休克始終不恢复而死亡者1例。

体征

1. 压痛:压痛为最主要的体征,本組仅有1例不

表3 惡心、嘔吐分析

类别	症状	单纯胰腺炎70例		胰腺炎合併胆囊疾患51例		两组总合121例	
		例数	百分数(%)	例数	百分数(%)	例数	百分数(%)
		61	87.2	43	84.3	104	85.9
惡心、嘔吐	吐血	1				1	
	吐蛔虫	4		3		7	
	食物	56		40		96	
惡心,不吐	惡心,不吐	3	4.3	2	3.9	5	4.2
	不惡心,不吐	6	8.5	6	11.8	12	9.9

明显,其余病例均有压痛,与以往的报告完全一致。压痛部位大都認為以中上腹为最多,左上腹次之,右上腹最少。下腹部或脐部更少。本組病例亦以中上腹压痛佔多数(46.2%),左上腹压痛与右上腹压痛数目相似。但单纯胰腺炎患者左上腹压痛比右上腹压痛多一倍,而合併胆囊疾患者恰相反。(表4)

2. 反跳痛:有反跳痛者佔57.3%,其中以合併

表4 体征分析

类别	体征	单纯胰腺炎		胰腺炎合併胆囊疾患		两组总合	
		例数	百分数	例数	百分数	例数	百分数
		71	100	53	100	124	100
压痛部位	压痛总人数	71	100	53	100	124	100
	上中	27	52.9	21	39.6	48	46.2
	上左	14	27.5	11	20.8	25	24.0
	上右	6	11.8	20	37.7	26	25.0
	全腹	3	5.9	1	1.9	4	3.9
	脐部	1	1.9			1	0.9
	共51			共53		共104	
反跳痛	反跳痛	23	50	20	68.9	43	57.3
	有反跳痛	23	50	9	31.1	32	42.7
	無反跳痛	共46		共29		共75	
肌紧张	肌紧张	46	69.7	45	90.0	91	78.4
	有肌紧张	20	30.3	5	10.0	25	21.6
	無肌紧张	共66		共50		共116	
黄疸	黄疸	1	1.4	14	26.4	15	12
	有黄疸	70	98.6	39	73.6	109	88
	無黄疸	共71		共53		共124	
發熱	發熱	59	83.1	49	92.5	103	87.1
	有發熱	12	16.9	4	7.5	16	12.9
	無發熱	共71		共53		共124	

胆囊疾患較多。

3. 肌緊張：有肌緊張者佔78.4%，与国内报告一致⁽⁹⁾，合併胆囊疾患者为90%，單純胰腺炎为69.7%。

4. 發熱：有發熱者108例，始終無發熱者16例，其中12例為單純胰腺炎患者。發熱最高達41°C者共2例，其余多为中等度發熱。發病3天內共測體溫（每日最高體溫）249次，其中37°—38°C者161次（64.6%）。

體溫与病程的关系——發病第一天體溫在上升阶段，37.6°C以上者佔少数（45.8%），第二天體溫在最高阶段，第三天體溫大多数开始下降（37.5°C以下者53.5%），以后發熱者逐漸減少，第七天后發熱者仅佔3.6%。

5. 黃疸：12%有黃疸，合併胆囊疾患患者發生黃疸率，佔26.4%，單純胰腺炎者仅1.2%。

化驗分析

1. 尿淀粉酶檢查：尿淀粉酶檢查对診斷急性胰腺炎有決定性意义。在實驗性胰腺炎，外科⁽¹¹⁾手术証实之急性胰腺炎以及屍体解剖⁽¹⁰⁾証明之胰腺炎，血和尿的淀粉酶含量均超过正常范围，文献甚多，不贅述。

檢查尿淀粉酶的方法很多：Wohlgemuth氏于1908年即开始作尿淀粉酶檢查，其后 Winslow 氏加以改进（我院現用此法）。1929年 Elman 氏作血淀粉酶檢查，1938年 Somogyi 氏改进了血淀粉酶檢查方法（目前最常用者），1940年 Comfort 氏作血脂肪酶檢查。以上方法各有利弊，1941年 Dozzi 氏曾將尿淀粉酶的臨床意义作了深刻的研究，氏認為尿淀粉酶不穩定，受飲食、尿量、酸硷度的影响，因此主張檢查血淀粉酶，但 Saxon 氏等⁽¹⁰⁾主張作尿淀粉酶，氏等認為除腎机能明显減損外，在單位時間內尿中排出的淀粉酶濃度和量均高于血清淀粉酶，而且血淀粉酶的濃度亦能有較大的波动，例如文氏⁽¹¹⁾的正常值为40—140毫克%，Somogyi氏方

法，單位虽較精確，但操作复杂，不便于普遍应用。尿淀粉酶（Winslow 氏法）虽單位划分不够精細，且受尿变化的影响，但是簡單易行，其結果在一般情況下也足以解决診斷問題。曾氏⁽¹¹⁾在16例手术証明之急性胰腺炎患者中，有10例曾作尿淀粉酶檢查，結果均在128—4024單位之間。我們曾作271例健康对照檢查，128單位以上者仅5例（4例128單位，1例256單位），其余均在64單位以下。因此我們認為尿淀粉酶的檢查方法虽然古老，但由于簡單易行，而且在絕大多數病例，已足以解决診斷問題，在条件差一些的医疗單位，仍可使用，並認為以128單位作为正常与不正常的分界，也相当合适。如果臨床症狀与急性胰腺炎符合，而尿淀粉酶在128單位以上，急性胰腺炎的診斷几能肯定。茲將我院124例的尿淀粉酶檢查結果分析如下：

尿淀粉酶增高出現時間，有些作者^(1,6)認為尿淀粉酶升高比血淀粉酶迟12—24小时，如果血淀粉酶在病后8—12小时增高，則尿淀粉酶須到病后20—36小时始現異常。根据我們的經驗並非尽然（詳見表5）：在發病3小时后来院的9例中，已有3例尿淀粉酶达1,024單位以上，其中1例高达4,096單位；在發病8小时内共作41次檢查，38次均在128單位以上（92.7%）；而且2例在4,096單位以上，11次在2,048單位以上，18次在1024單位以上；發病24小时内共作檢查107次，128單位以上者101次（93.5%），128單位以下者仅6次。由此可見尿淀粉酶出現並不為晚：可以充份帮助作出早期診斷。128單位以下之6次，3次系在發病后8小时，以后复査时又上升，其余3次系在發病后20—24小时之間，均系第二次檢查，为升高后已开始下降者。由此可見尿淀粉酶升高持續時間，可能很短暂，少数病例24小时内即可恢复正常，若病人在發病第二天来院，診斷會發生困难。

表 5

發病 24 小时内尿淀粉的变化

發病时数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
單位																								
16,384																				—				
8,192																								
4,096			1					1	2	3			—											2
2,048		—		—	1	—	—	—	—	1						—	1	1		1	—			2
1,024				—	—	3		2	2	1	1	—						1		2	—	1		
512				1	—	1	1	—	2	1	1	1						2		3				3
256		—	—	1	—	—	3					—				1	1	3	—		—			
128		1		1	—		3		1	1							—							
64																								1
32								1																1
16			1																					
8	1																		1					

阿拉伯数字为單純胰腺病例数，中文数字代表合併胆囊疾患病例数字

尿淀粉酶与病程的关系:病后 24—48 小时内濃度最高, 161 次檢查中 128—2,048 單位之間者 130 次 (80.7%), 128 單位以下者仅 3 次 (1.8%)。病后第三天, 淀粉酶濃度多数开始下降, 73 次檢查中, 64 單位以下者 30 例, 128 單位以上者 43 例, 此 43 例中濃度亦較

前降低, 28 例在 128—256 單位之間。第 8—14 病日之間多数已呈陰性, 惟少数仍呈陽性, 其中多数为合併胆囊疾患, 128 單位以上者 35 次檢查中有 27 次为合併胆囊疾患 (77.1%)。(表 6)

表 6 尿淀粉酶与發病时期的关系

發病日 酶單位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
16,834	—	1												
8,192	1	1—	—											
4,096	7二	2												
2,048	8七	5二	1	—	1		二							
1,024	9五	8五	5二	2	1	1	1			1	二		—	
512	11四	10三	4二	—	1	2三			—	—	二	—	—	
256	8九	5八	9四	5三	2五	4五		三	1二		—	—	二	—
128	4三	11五	7八	6三	5四	5一	5五	1三	1一	2一			1	1三
64	1	4二	10六	2四	8三	4一	5二	5一	2三	2一	1	1二	1二	
32	1	2二	4一	9三	8二	3三	2二	5	3二	1		2		
16		—	4一	3二	1二	2三	1一	1二	—	—	2			
8		1	3一	2三	2一	1	2	1一		1	2一			

阿拉伯数字为單純胰腺炎病例数, 中文数字代表合併胆囊疾患病例数字

2. 白血球計数: 白血球計数对診斷有帮助, 入院第一次檢查, 呈现中等度白血球增加。11,000—15,000 者 57 例, 16,000—20,000 者 18 例, 21,000—30,000 者 6 例, 最高者 39,400, 最低者 3,800。

白血球与病程的关系 發病第一日白血球增高者最多, 共檢查 91 次中, 11,000 以上者 30 次 (61.5%), 第 3 病日后即下降, 此点与發熱及尿淀粉酶的結果相似, 第 3—5 病日共檢查白血球 63 次, 11,000 以上者仅 22 次 (35%), 相当于第 1—2 病日之半。

白血球在整个病程中始終不高者 4 例, 其中單純胰腺炎者 1 例, 此等病例尿淀粉酶亦不太高, 發熱亦中等, 估計为輕症病例。白血球增高超过 5 天者 4 例, 超过 10 天者 2 例, 14 天者 1 例, 18 天者 1 例, 原因尚不明。

3. 腎上腺素試驗 (Löwen 氏試驗): 氏認為胰腺有兩種内分泌素: 一为島素, 另一为抑制交感神經的物質。在正常状态下滴腎上腺素在眼結膜上, 睫狀体内交感神經受刺激, 但不能胜过上述胰腺分泌物質之抑制作用, 故不能散瞳, 而在胰腺炎时該化学物質減少, 因而腎上腺素能散瞳。其方法以 1/1,000 腎上腺素 3—4 滴, 滴于結膜上, 5 分鐘后再滴 3 滴, 15—60 分鐘內散瞳者为陽性。散瞳程度由 1 毫米至全散。本組共檢查 22 例, 結果 6 例陽性, 14 例陰性, 2 例可疑, 与會氏結果略同。因診斷价值不大, 1951 年后本院已放棄此項檢查。

4. 血鈣檢查: 按 Edmondson 氏之研究在重症胰

腺炎因脂肪坏死, 脂酸与鈣結合, 血中鈣質減低, 以第 6—7 病日最为明显, 据云低于 7 毫克%者预后不良。本組有 1 例死亡, 但未作此項檢查。9 例作血鈣檢查, 10 毫克%以上者 4 例, 9 毫克%以上者 2 例, 8 毫克%以上者 3 例 (其中 1 例为 8.6 毫克%, 有手足搐搦症)。

5. 血糖檢查: 27 例作了空腹血糖檢查, 超过 120 毫克%者有 8 例, 最高的 1 例达 180 毫克%, 血糖升高者半数开始在第 3 病日。只有 2 例連續作过血糖檢查, 1 例血糖增高持續 10 天, 另 1 例持續 2 天。國內报告結果不一致, 唐氏 58 例中, 血糖升高者 8 例, 况氏 32 例中 13 例增高。所有血糖增高之 8 例, 均無糖尿病历史, 但在前一日晚間均有注射葡萄糖之历史, 按理論葡萄糖注射经过時間已久, 不应影响空腹血糖, 而且其余 19 个病例, 亦有同样葡萄糖注射, 但血糖不增高, 足以証明在以上病历中血糖增高与葡萄糖注射无关。Berhard 氏謂糖耐量試驗亦不正常⁽¹⁾, 本組仅作 1 例, 結果为糖尿病样曲线。

6. 血胆紅素檢查: 58 例作了血胆紅素定量檢查, 單純胰腺炎 26 例均在 1 毫克以下。合併胆囊疾患 32 例中有 14 例胆紅素增高。胆紅素增高的病例中, 年齡均較大, 10—30 岁者有 4 例, 31—70 岁者有 10 例。女性較男性多, 女性 11 例, 男性 3 例。12 例均有腹痛發作之历史。

7. 十二指腸引流的分析: 61 例作了十二指腸引流的檢查 (表 7), 單純胰腺炎 8 例均無陽性發現。合併胆囊疾患 53 例均不正常 (胆囊疾患的診斷依靠

③凡診斷为胆道蛔虫症患者,手术前应作淀粉酶檢查,手术时需探查胰腺情况,这样或能帮助解决胆道蛔虫与胰腺炎的关系。

虽然約50%的急性胰腺炎与胆道疾患有关,但尙余半数与胆道疾患無明显关系,其病因尙不明确。作者推测是否与病毒感染有关;理由是:①临床症状可以用感染解釋;②本病非細菌性感染已被証实;③流行性腮腺炎可以合併本病(本組有1例);④动物实验用Coxsackie 病毒可以引起与本病类似的病理变化⁽¹²⁾;⑤本組材料病發率似与季节有关。因此某些急性胰腺炎可能为病毒性傳染病,这一問題有待来日的研究。

总 結

(一) 本文分析124例急性胰腺炎。

(二) 在症状方面單純胰腺炎与合併胆囊疾患有所不同;單純胰腺炎疼痛多数偏左,疼痛半数不放散,有放散者只向腰背部,無1例向肩部放散。

(三) 尿淀粉酶出現相当早,可以帮助作早期診斷。

(四) 急性胰腺炎合併胆囊疾患者相当多,十二指肠引流可以帮助診斷,胆囊造影帮助不大。

(五) 本病似有季节性,以10、11兩月較多。

参考文献

1. 曾宪九等,急性胰腺炎,中华医学杂志 37:102, 1951.
2. 關錫純等,急性胰腺炎,中华外科杂志 2:28, 1954.

3. 黃志强等,急性胰腺炎临床观察,中华外科杂志 2:454, 1954.
4. 唐振鐸等,急性胰腺炎113例分析探討,中华内科杂志 4:669, 1956.
5. 吳茂娥等,急性胰腺炎87例的临床分析,中华内科杂志 4:675, 1956.
6. 况允等,急性胰腺炎54例的分析,中华内科杂志, 4:683, 1956.
7. Richman, A., Acute pancreatitis, Am. J. Med. 21:246, 1956.
8. Paxton, J. R., Acute pancreatitis; statistical review of 307 established cases of acute pancreatitis, Surg., Gynec. & Obst. 86:69, 1948.
9. 楊嘉良等,急性胰腺炎,西南医学 2:585, 1951.
10. Saxón, E. I., et al., Comparative value of serum and urinary amylase in diagnosis of acute pancreatitis, Arch. Int. Med. 99:608, 1957.
11. 文士斌等,血清淀粉酶与脂肪酶的临床意义,中华内科杂志 2:211, 1954.
12. Ch'in, K. Y. (秦光煜), Acute hemorrhagic pancreatitis due probably to impaction of *Ascaris lumbricoides* in ampulla of Vater; report of case, Chinese M. J. 47:1373, 1933.
13. 王訓穎等,胆道蛔虫病402例报告,中华医学杂志 43:789, 1957.
14. 刘雲华等,胆道蛔虫病,中华外科杂志 4:369, 1956.
15. Pappenheimer, A. M., Passage of coxsackie virus (conn.-5 strain) in adult mice with production of pancreatic disease, J. Exper. Med. 94:45, 1951.

盲目采取胃粘膜的临床诊断价值

附属三医院内科教研组 郑芝田 周慧莲 张景美 孙询芳*

胃鏡直視下采取胃粘膜作者已有报导⁽¹⁾, 利用改良 Wood 氏管盲目采取胃粘膜金氏也曾作过介绍⁽²⁾, 一年来作者等利用另一种方法(見后)盲目采胃粘膜82例, 同时作胃鏡及X綫检查以比較其結果, 評定其临床价值。

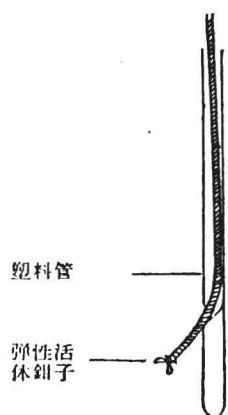


图 1

方 法

将直径0.6厘米的塑料管距前端5厘米处开一側孔(如图), Benedict 氏胃鏡活体钳子通过此管即可安全送入胃內, 先取后壁再取前壁, 約10分钟后作胃鏡检查, 观察活体采取部位及該部病变情况。

結 果

1. 性别, 男58例, 女24例。
2. 年龄, 21~30岁者43例, 31~40岁者25例, 41~50岁者10例, 51~60岁者4例。

3. 采取部位。

82例共采取标本136个, 而实际能看到部位者仅33次, 計前壁10次, 后壁14次, 小弯6次, 大弯3次。

4. 病理检查结果, 正常者31例, 慢性浅表性胃炎44例, 慢性萎缩性胃炎7例。主要病理变化如下:

1) 浅表胃炎44例中标本完整者36例, 圆形細胞浸潤35例, 管型31例, 中性白血球渗出10例, 頸部坏死4例, 囊性变1例, 出血5例。

2) 萎缩性胃炎5例标本完整, 細胞浸潤5例, 腺萎缩5例, 腸粘膜化生2例。

5. 与胃鏡检查结果对比, 有57例同时作

过胃鏡检查, 正常者11例, 浅表溃疡36例, 萎缩7例, 混合3例, 胃粘膜检查正常者18例, 浅表溃疡者35例, 萎缩4例。

6. 与X綫检查结果对比, 共56例X綫检查正常者49例, 胃炎7例; 胃粘膜检查正常者22例, 胃炎36例。

表 1

胃液检查	粘膜诊断 例数	正常粘膜	浅表胃炎	萎缩胃炎
		26	44	6
空腹胃液 游离酸	0	4	15	6
	1~10	2	5	0
	11~30	5	12	0
	>30	15	8	0
白血球数	0~10	9	13	3
	11~20	3	6	1
	成堆	14	21	2
上皮細胞数	0~10	25	34	6
	11~20	0	3	0
	成堆	1	2	0

表 2

症 状	診 断 例数	正常粘膜	浅表胃炎	萎缩胃炎
		26	44	6
上 腹 痛		25	39	4
饱 胀		11	23	3
噯 气		13	17	5
厌 食		9	17	2
恶 心		5	5	1
呕 吐		2	8	2
反 酸		10	11	0
呕 血		0	4	0
烧 心		4	5	0
黑 便		1	2	0
无 力		5	4	6
腹 泻		2	4	0
便秘		1	2	0
薄 舌 苔		17	19	4
厚 舌 苔		0	15	0

* 进修医师

7. 胃粘膜检查结果与胃液分析结果对比(表1)。

由表1可看出胃炎的游离酸均偏低。特别6例萎缩性胃炎均无游离酸,此外白血球检查对胃炎的诊断也有参考价值。

8. 胃粘膜检查结果与症状体征的对比,见表2。

由表2看出胃炎在症状方面,除上腹痛以外,常见饱胀,萎缩性胃炎全身症状(无力)比较明显。体征方面,舌苔比较显著,浅表性胃炎常有较厚的舌苔,对诊断有一定帮助。

讨 论

1950年Palmer⁽⁸⁾曾作类似工作,以观察

盲目采取活体的诊断价值,结果胃镜与活体的诊断符合为90%,本组为75%。Palmer的50个病例在胃镜检查时皆看到取活体的部位,本组只有33例看到,但尚有75%的符合率,这可说明两个问题:(1)胃炎是一弥散性病,虽盲目采取也有约80%的机会可遇到病变组织;(2)这种方法是可试行,虽未能看到采取部位,但成功较高,无副作用,如果无Wood管可以用Ken-amere或Benedict活体钳子采取标本。

参 考 文 献

1. 郑芝田等:中华内科杂志,9:289,1961.
2. 金恩林等:中华内科杂志,11:615,1963.
3. Palmer E. D.: Am. J. Med. Sci, 219:648,1950.