

国外医学最新进展



赵圣川 编译
沈庆堂
应文辉 审校

重庆大学出版社

国外医学最新进展

赵圣川 沈庆堂 编译
应文辉 审校

重庆大学出版社

国外医学最新进展

赵圣川 沈庆堂 编译

应文辉 审校

责任编辑 刘天骥 唐昱

*

重庆大学出版社出版发行

新华书店经销

重庆渝城印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/32 印张:5.75字数129千

1994年12月第1版 1994年12月第1次印刷

印数:1-3000

ISBN 7-5624-0753-3/R·43 定价:6.80元

(川)新登字020号

内容简介

本书反映了本世纪 80 年代末、90 年代初世界医学在诸多领域中的最新进展,包括肿瘤防治、器官移植、排斥治疗、遗传工程和免疫疗法,此外,还介绍了一些常见疾病的现代理论和最新疗法。包括内、外、泌尿、妇产科、五官科中涉及的许多课题,还全面介绍了当代认识的最新疾病:慢性疲劳综合征、老年人的生长激素治疗等。

本书系从国外医学期刊中编译收集的 20 篇医学论文的汇编,对中高级医务工作者和科研人员是一本有较高价值的最新参考书。

269/04

前 言

近年来,国外医学的进展十分迅速,许多新的知识、新的技术、新的突破都是大家所不十分熟悉的,尤其是在一些重大的医学领域里,例如:器官移植、排斥治疗、遗传工程、免疫疗法、恶性肿瘤防治等领域,都取得了许多令人鼓舞的成就。在一些常见病的防治方面,如消化道疾病、痔疮等也有不少新的理论和新的疗法。

作者近两年来,从以下 9 种国外医学杂志:《英国外科学杂志》、《柳叶刀》、《英国泌尿科学杂志》、《美国内科学杂志》、《美国肠胃病学杂志》、《消化道疾病科学》、《结肠直肠病学》、《癌症》和《日本耳科学报》中有选择地编译了 20 篇论文,在一定程度上反映了国外医学最新进展中的一个侧面。这些论文的特点是,观点新、内容丰富、论述全面,其中不少属于资料极其完整的综述性文章,将这些论文汇编成册,对我国高中级医务人员、高等医药院校师生和医药科研人员具有较高的参考价值,是一本反映 80 年代末和 90 年代初世界医学发展动向的较新的现代信息资料。

本书收集的论文涉及面非常广泛,有内科、外科、泌尿科、妇科、五官科疾病,有肿瘤防治、器官移植、遗传工程、免疫疗法,也有最新的疾病介绍,如慢性疲劳综合症以及有关老年人的生长激素治疗等课题。尽管全书不是单一的专题论述,却从诸多方面的论述中较为全面地反映了近代世界医学发展的新动向。

此外,本书还将张超昧教授所翻译的“环境应激的分子生物

学”一文收入其中，以飨读者。本书由应文辉先生审校，并作文字加工，在此表示最衷心的感谢。

由于作者水平有限，其中的缺点错误在所难免，敬请广大读者批评指正。

赵圣川

1993年2月26日于杭州

目 录

特发性胃酸分泌过多症的定义	
——统计学和功能上的评估	(1)
论十二指肠憩室	(9)
台湾的原发性结肠直肠淋巴瘤	(15)
结肠腺癌根治术后的综合监测	(24)
结肠镜检查所致结肠穿孔的处理	(27)
肛门括约肌机制解剖学和排便生理学的新概念:直肠 逼肌——提肌协同失调综合征——一种新的综合征伴 8 例报道	(39)
Klippel-Trenaunay 综合征中脱出的直肠海绵状血管瘤 ——1 例报道	(45)
痔疮的处理	(49)
论肝移植术中 OKT ₃ 的预防性使用	(61)
排斥治疗	(67)
可用于肿瘤治疗的细胞因子	(71)
慢性疲劳综合征	(87)
Noonan 氏综合征的凝集因子缺乏和异常出血	(106)
碎石术的近代进展	(113)
脓毒性休克:发病机制	(127)
早期乳房癌的辅助性全身治疗	(135)
子宫内膜异位	(137)
老年人的生长激素治疗	(154)
鼓膜外耳道上皮的移行	(157)
环境应激的分子生物学	(164)

特发性胃酸分泌过多症的定义 ——统计学和功能上的评估

医学博士 Martin J. Collen

理学博士 Michael J. Sheridan

摘要 Zollinger-Ellison 氏综合征和有特殊病因的其他胃酸分泌过多症其基础酸分泌量均大于 15.0 毫当量/h。为了明确特发性胃酸分泌过多症的基础酸分泌量水平,须测定正常人和十二指肠溃疡病人的基础酸分泌量,并对特发性胃酸分泌过多症从统计学和功能上作出判断。为了作出统计学上的判断,检查了 65 名正常人,而为了作出功能上的判断,则检查了 22 名顽固性十二指肠溃疡病人。65 名正常人的平均基础酸分泌量为 3.0 ± 2.7 毫当量/h。虽然正常人组中 28 名男性的平均基础酸分泌量比 37 名女性略高些,但并无明显差异。所有正常人平均基础酸分泌量的 95% 可信度间隔为 2.4~3.7 毫当量/h,男女两组之间差异不大。65 名正常人的平均基础酸分泌量+2SD 和+3SD 分别为 8.4 毫当量/h 和 11.1 毫当量/h。在用八周标准剂量抑制分泌药物治疗的 109 名活动性十二指肠溃疡病人中,其中 22 名内窥镜检查时未见愈合。这 22 名未愈合患者的平均基础酸分泌量为 18.7 毫当量/h(范围为 10.1~49.1 毫当量/h),而另外 87 名愈合病人的平均基础酸分泌量则为 7.5 毫当量/h(范围为 0.0~27.9 毫当量/h)。这两组之间的平均基础酸分泌量在统计学上有显著的差异($P < 0.001$)。所有顽固性十二指肠溃疡病人的基础酸分泌量均大于 10.0 毫当量/h。结果表明,特发性胃酸分泌过多症的定义应该是指基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h,因为根据顽固性十二指肠溃疡病的情况,特发性胃酸分泌过多症的功能性定义是指基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h,本文资料也与正常人基础酸分泌量的统计学上规定的范围完全一致。

关键词 特发性胃酸分泌过多症,基础酸分泌量,Zollinger-Ellison 氏

综合症,十二指肠溃疡。

临床上如确诊为胃酸分泌过多,则往往会造成对标准抑制分泌药物无效的胃酸——胃蛋白酶疾病。有人建议,所有有顽固性胃酸——胃蛋白酶症状和/或粘膜疾病(即十二指肠溃疡)的病人都应对胃酸分泌过多症,包括 Zollinger-Ellison 氏综合症进行诊断。Zollinger-Ellison 氏综合症病人可借以下三点鉴别:①胃酸分泌过多;②血清促胃液素浓度上升;③激发性分泌素试验阳性反应。然而,据估计只有 1% 以下的胃酸分泌过多症病人有 Zollinger-Ellison 氏综合症,而大多数胃酸分泌过多的病人没有明确的病因。胃酸分泌过多找不到明确病因的病人在分类时则称为特发性胃酸分泌过多症。

胃酸分泌过多症病人很少有 Zollinger-Ellison 氏综合症,这是一种同时存在分泌过多和血清促胃液素浓度升高的疾病。然而,在大多数其他病人中,胃酸分泌过多症状态只能靠在基础状态下的胃酸分泌的测定,即基础酸分泌量的测定而得到诊断。对以前无胃手术史的个人来说,大多数临床医师规定:包括 Zollinger-Ellison 氏综合症在内的胃酸分泌过多症,是指基础酸分泌量大于 15.0 毫当量/h。但某些人认为,基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h 的病人就有胃酸分泌过多症。

血清促胃液素浓度升高是鉴别有胃酸分泌过多症的 Zollinger-Ellison 氏综合症的“标记”。在这些病人中,令人可接受的是规定基础酸分泌量大于 15.0 毫当量/h,病人可能有 Zollinger-Ellison 氏综合症。然而,把这一水平规定为特发性胃酸分泌过多症可能是错误的。因为特发性胃酸分泌过多症,除了基础酸分泌量外没有标记,所以,预先鉴定出这些病人并因此规定出特发性胃酸分泌过多症的基础酸分泌量水平是困难的。故

测定作为特发性胃酸分泌过多症规定的基础酸分泌量水平则需要其他的方法。

本文对特发性胃酸分泌过多症从统计学和功能上两个方面作出判断。统计学的判定是根据在 65 名正常人中基础酸分泌量测定的结果及其上限值。功能性判断系根据 22 名对标准剂量的 H_2 ——受体拮抗剂治疗无效的十二指肠溃疡病人的基础酸分泌量的阈值。然后检查统计学和功能上的规定,以明确他们是否可能一起被用于规定在临床上有关的特发性胃酸分泌过多症。

材料和方法

统计学规定是靠在正常人中基础酸分泌量的测定结果及其上限而决定的。功能上的规定是靠在对标准剂量的 H_2 —受体拮抗剂治疗无效的十二指肠溃疡病人中基础酸分泌量的阈值而明确的。

统计学规定:在 65 名正常人中测定基础酸分泌量。这些人均无任何胃肠道症状。

功能性规定:特发性胃酸分泌过多症的功能性规定是在以前的检查中被确定的,其中要询问下列问题:十二指肠溃疡病人中,接受八周标准剂量 H_2 —受体拮抗剂治疗后,未愈合的是否比愈合的有较高的基础酸分泌量?如果较高的话,是否存在一个十二指肠溃疡愈合与否的基础酸分泌量的阈值?如果存在一个十二指肠溃疡对标准治疗无效的阈值,那么这样一个阈值可用于在功能上规定为特发性胃酸分泌过多症。最后,与形成特发性胃酸分泌过多症统计学规定的基础酸分泌量正常范围的上界相比较,与顽固性十二指肠溃疡有关的基础酸分泌量的功能性阈值水平又将如何呢(即平均 ± 2 或 $3SD$)?

检查内窥镜证明为活动性十二指肠溃疡的 110 名病人。一

名有 Zollinger-Ellison 氏综合症且其基础酸分泌量为 35.4 毫当量/h 的病人被排除在本研究之中。故本文报道资料包括 109 名病人。十二指肠溃疡局限于十二指肠球部,直径范围为 0.5~1.5cm。病人用标准剂量的抑制分泌药物治疗,治疗八周后再作一次消化道内窥镜检查。使用一些不同的抑制分泌药物:甲腈咪胺、甲胺呋硫和法莫替丁。十二指肠溃疡愈合的标准为在内窥镜检查下溃疡缺损和任何一种有关的粘膜糜烂均完全消失,伴有或不伴有红斑。幽门螺杆菌属的存在与否不在本研究范围之内。

基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h 的所有病人均作血清促胃液素的分泌素刺激试验。在 109 名病人中,根据发现正常基线的血清促胃液素浓度 ($<100\text{pg/ml}$) 以及正常分泌素刺激试验结果 (2 单位/kgGIH 分泌素) 而排除 Zollinger-Ellison 氏综合征。

基础酸分泌量测定

对所有对象均测定基础酸分泌量。如果病人中有患十二指肠溃疡的,则在不用任何一种抑制分泌药物的情况下测定其基础酸分泌量。如果已经开始使用 H_2 -受体拮抗剂,那么可使用以前叙述过的方法,在停药 48h 后测定基础酸分泌量。简要地说,按下列方法进行测定:在胃窦中把鼻胃管定位(不用荧光镜检查,可根据抽吸出的大约 30ml 液体进行判断)之后,抽吸排空胃残留物,使用连续抽吸收集的四个连续 15min 的胃液样本。样本用 0.01N NaOH 滴定到 pH7.0,所有结果均用每小时酸的毫克当量(毫当量/h)来表示。

评论和统计学估价

研究被公共机构性的评论委员会所批准,有情报价值的书面材料从每个研究的参加者获得。用 Student 氏试验和 Fisher

氏精密试验用于评估资料的适当与否。在 $P < 0.05$ 时考虑为统计学上是有显著意义的数据。资料用平均 $\pm 1SD$ 来表示。

结论

统计学规定,在 65 名正常男女中测定基础酸分泌量。男性的平均基础酸分泌量略高于女性,但统计学上无显著差异。对正常人来说,平均基础酸分泌量上界 95% 可信度间隔,全组、男性组和女性组分别为 3.7、4.1 和 3.8 毫当量/h。在平均基础酸分泌量之上 $+2SD$ 和 $+3SD$,所有三个正常组的值是类似的,全组 65 名正常人的值分别为 8.4 毫当量/h 和 11.1 毫当量/h。故可以说,全部基础酸分泌量的值有 95% 位于 8.4 毫当量/h 或以下,全部基础分泌量的值有 99.7% 位于 11.1 毫当量/h 或以下。所以可规定正常人群中基础酸分泌量的上界位于 8.4~11.1 毫当量/h 之间,这是作为特发性胃酸分泌过多症的统计学规定的一个范围。

功能性规定

本文资料取自于以前所发表的论文,其中检查了 110 名活动性十二指肠溃疡病人并测定其基础酸分泌量。一名病人有 Zollinger-Ellison 氏综合症,故本文报告的为 109 名病人。109 名病人均接受八周标准 H_2 -受体拮抗剂治疗:9 名接受甲腈咪胺 1200mg/日;94 名接受甲胺咪硫 300mg/日,6 名接受法莫替丁 40mg/日。接受八周标准 H_2 -受体拮抗剂治疗后,22 名病人的十二指肠溃疡未愈合。这 22 名未愈合的十二指肠溃疡病人的平均基础酸分泌量为 18.7 毫当量/h(范围为 10.1~49.1 毫当量/h),而 87 名十二指肠溃疡愈合的病人平均基础酸分泌量则为 7.5 毫当量/h(范围为 0.0~27.9 毫当量/h),在统计学上有显著的差异($P < 0.001$)。虽然十二指肠溃疡愈合和未愈合病人

的基础酸分泌量可见到某些重迭,但所有未愈合病人的基础酸分泌量均大于 10.0 毫当量/h,故在顽固性十二指肠溃疡病人中所发现的基础酸分泌量的阈值均大于 10.0 毫当量/h。在此用于功能性特发性胃酸分泌过多症的标准。

由此可见,特发性胃酸分泌过多症的功能性标准,基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h,下降在统计学规定的平均基础酸分泌量之上的 2SD 和 3SD,亦即基础酸分泌量为 8.4~11.1 毫当量/h 之间。

讨论

胃酸分泌过多症病人很少有 Zollinger-Ellison 氏综合征,该综合症可因为血清促胃液素浓度上升以及分泌素激发试验阳性反应而易于作出诊断。在以往无胃手术的情况下,大多数临床医师规定胃酸分泌过多症,包括 Zollinger-Ellison 氏综合征在内,其基础酸分泌量应大于 15.0 毫当量/h。然而,某些人认为基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h 是胃酸分泌过多症的指征。Baron 建议:顽固性十二指肠溃疡病人应作胃液分析,凡基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h 者可作空腹血清促胃液素浓度测定,以排除 Zollinger-Ellison 氏综合征。他的建议按下述事实是正确的:3~32% Zollinger-Ellison 氏综合征病人基础酸分泌量低于 15.0 毫当量/h,而某些 Zollinger-Ellison 氏综合征病人基础酸分泌量可低于 10.0 毫当量/h。

许多人认为,确定胃酸分泌过多症的唯一方法是测定基础酸分泌量,而另一些人则建议使用最高胃酸分泌量。前者发现:40% Zollinger-Ellison 氏综合征病人,即基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h(基础胃酸分泌过多症)者,其最高胃酸分泌量在正常范围之内。所以,最高胃酸分泌量不能可靠地鉴定出许多基

础胃酸分泌过多的病人是否伴有 Zollinger-Ellison 氏综合征。68~97% Zollinger-Ellison 氏综合征。病人基础酸分泌量大于 15.0 毫当量/h, 而 99% Zollinger-Ellison 氏综合征病人基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h, 但特异性较差。

作者认为, 酸分泌超过正常人范围应该被考虑为酸的分泌有所增加, 并标记为胃酸分泌过多症。这个途径与使用正常人和十二指肠溃疡病人这二者用于诊断 Zollinger-Ellison 氏综合征而测定基础酸分泌量水平的方法相类似。如果使用 15.0 毫当量/h 值作为诊断依据, 则大约有 3~32% Zollinger-Ellison 氏综合征病人可被忽视。因为对顽固性十二指肠溃疡疾病来说, 特发性胃酸分泌过多症的诊断是重要的, 故可认为, 特发性胃酸分泌过多症的功能性规定应该根据低于顽固性十二指肠溃疡所见不到的基础酸分泌量阈值。因为顽固性十二指肠溃疡已显示出对更有力的抑制分泌药物(即 Omeprazole)治疗有效, 故本研究结果仅仅局限于应用 H_2 —受体拮抗剂的治疗。然而, 如果将来所有顽固性十二指肠溃疡可能用更加有效的抑制分泌的药物治疗的的话, 那么, 这依然是一个争论的焦点。

本研究中 65 名正常人基础酸分泌量的平均值、标准差和范围和以往的报道相类似。平均基础酸分泌量加 2SD 和加 3SD 和以下学者的报道十分类似, 即 Feldman 和 Richardson 氏报道在 105 名正常人中的值分别为大约 7.9 毫当量/h 和 10.6 毫当量/h, 而 Breuer 和 Kirsner 氏报道在 75 名正常人中的值分别为大约 8.3 毫当量/h 和 11.3 毫当量/h。Faber 和 Hobsley 报道的 55 名正常人中的值较低, 分别为 6.3 毫当量/h 和 8.7 毫当量/h, 而 Grossman 等人报道的最大系列的 1249 名正常人的值则分别为 6.9 毫当量/h 和 9.4 毫当量/h。本研究报告的值分别为

8.4 毫当量/h 和 11.1 毫当量/h,均在文献所报道的范围之内。

据报道,当测定基础酸分泌量时,有 50~80% 的变异系数。还有报道,在停止 H_2 -受体拮抗剂后开始的 48~72h 内有分泌过多的回升,可反映出在餐后或五肽促胃泌素刺激后胃酸分泌反应可增强。这可以解释作者用 H_2 -受体拮抗剂治疗的许多十二指肠溃疡病人所出现的分泌过多情况。然而,却没有在关于基础酸分泌量的文献中得到证明。本研究中基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h 的 22 名顽固性十二指肠溃疡病人中,在测定基础酸分泌量之前,只有 10 名接受 H_2 -受体拮抗剂。此外,近来还报道过 50 名病人在同一个体中于多次基础酸分泌量测定期间可见有基础酸分泌量的变异,然而,在给予 H_2 -受体拮抗剂治疗的 0.5~12 个月期间,却不影响基础酸分泌量(即诱发胃酸分泌过多症)。但 30% 胃酸分泌过多症病人第一次基础酸分泌量可小于 10.0 毫当量/h,故如果有临床指征,为了明确胃酸分泌过多症的诊断,则需要获得第二次基础酸分泌量的结果。

本文提出了规定特发性胃酸分泌过多症的统计学和临床标准,并支持作者的这一观点:特发性胃酸分泌过多症应规定为基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h,使用大于 10.0 毫当量/h 水平来规定胃酸分泌过多症具有重要的临床意义,因为大多数顽固性十二指肠溃疡病人和许多胃食道返流病人其基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h。故提出,特发性胃酸分泌过多症应规定比基础酸分泌量大于 10.0 毫当量/h。

[摘译自 Dig Dis Sci 1991;36:1371—5]

论十二指肠憩室

医学博士 Shariq A. Afridi et al.

摘要 作上部肠道钡剂检查的病人中有 2~5% 被发现有十二指肠憩室。十二指肠憩室分为两种类型：腔外型或腔内型。一般来说，十二指肠憩室临床意义不大，但有时他们可能引起梗阻、胆石病、上行性胆管炎、溃疡和出血，甚至穿孔。据报道，40% 的腔内型十二指肠憩室病人会发生有关的肠道畸形，其诊断靠内窥镜或上消化道系列检查而明确。在有症状的病例中，腔外型可作手术，而腔内型憩室则可手术切除或内窥镜检下被切除。在进行任何一种处理前均应作胆道造影术。

引言

十二指肠憩室是 1710 年由 Chomel 氏第一个报道的。十二指肠憩室常见于上消化道检查期间，一般是无症状的，但可能是明显的疾病和死亡率的来源。有许多病例报道和小型系列文章叙述了十二指肠憩室的表现。在内镜检查问世前已有了几篇评论。近代评论倾向于集中在憩室的特殊方面，本文论述了十二指肠憩室的发病率、病因学、临床表现、诊断和治疗。

分类

最常用的分类是腔内型和腔外型憩室。憩室又可根据先天性还是后天性而被进一步分类，有时称为原发性或继发性。真正的憩室，一般含有粘膜、肌肉和浆膜层，它必须和假性憩室相区别，后者是指侧部的凹进，经折迭后很象憩室。假性憩室一般是溃疡愈合后疤痕化的结果，不含有十二指肠的所有三层。

67%的十二指肠憩室病例均发生在十二指肠第二段的中间方位,一般在乏特氏壶腹的 2.5cm 之内。但据报道,十二指肠的所有四个部分均有憩室。一种后天性类型,系溃疡疤痕牵引的结果,可发生在十二指肠的第一部分。

发病率

十二指肠憩室在一般人中的发病率不明。腔外型或后天性憩室比腔内型要多得多。已经报道的腔内型憩室病例不到 100 名。其后,关于发病率的大多数资料均是指腔外型憩室。后天性憩室的发病率随年龄而增加,40 岁之前罕见。男女发病数相同。放射学检查和尸体解剖检查的分析提示的发病率大约为 5%,而内窥镜检查则可证明有较高的发病率。

Ackermann 评论了从 1880 年到 1941 年所报道的 2000 多例尸体解剖,总发病率为 5%。其尸体解剖检查所记载的憩室发病率的变异范围为 3~22%。发生这些差异,可部分地用测定憩室的验尸方法的差异来解释。当制作完整无损的十二指肠时,因为保留了憩室,故记载的发病率最高。

Chitambar 氏报道,在作上消化道系列造影的病人中,发病率为 0.16~5.76%。在作内窥镜逆行胆管-胰管造影术(ERCP)的一组选择性病人中,23%的病人记载有十二指肠憩室。此项研究的作者后来提示,十二指肠镜检查是测定憩室的最敏感试验,其发病率可以比以前想象的更高些。

腔内型憩室

腔内型憩室局限于十二指肠的第二部分,系罕见的先天性网状物或膜存在的结果。从膜突出的憩室附着在腔的部分(有时候是全部)边缘。在某些病人中,邻近于憩室或在膜内穿通或孔,可引起模糊的症状,并允许食物通过。在妊娠 7 周之后十二指肠