

6570

日期	
页号	205/1-3

001075

158399

黑龙江省医学論文資料汇编

(内部資料)

黑龙江省卫生厅情报資料室

1962年10月

前 言

为了总结我省一年来的医学科学研究成果，达到省内外学术交流的经验交流的目地，将外科、内科、神经精神科等论文资料收集成册，由于初次搞，在文章编排上难免有不当之处，仅供参考，请读者指正。

黑龙江省卫生厅情报资料室

1962年10月4日

目 录

- 1 十二指肠“逆行引流术”治疗十二指肠慢性梗阻(附病历报告)
.....哈医大二院外科 赵士杰 王 洁 (1)
- 2 伤寒肠穿孔.....黑龙江省医院外科 田福泉 曲曰熹 (3)
- 3 脑损伤的观察与治疗.....哈尔滨市第一医院外科 吴国治 焦雨春 (7)
- 4 先天性心脏病的低温下直视手术治疗.....哈医大第一医院 徐敬业等 (11)
- 5 病毒细胞对无黄疸型肝炎诊断意义之探讨.....哈医大二院传染病教研组 (14)
- 6 120例无黄疸型肝炎血清蛋白纸上电泳分析.....哈医大二院 林品登 王淑君 (16)
- 7 关于黑龙江省伤寒、副伤寒若干流行病学和病原学问题的初步探讨
.....黑龙江省卫生防疫站 防疫科 (21)
- 8 肇源县某公社养鱼场生产大队伤寒流行病学分析
.....黑龙江省卫生防疫站 牛光厚等 (29)
- 9 135例伤寒、副伤寒的临床分析及其并发症探讨(附26例药物副作用)
.....哈医大二院传染科 李 季 金国樑 (39)
- 10 肠伤寒辨证论治之初步研究(附综合治疗100例疗效分析)
.....齐齐哈尔市第一医院内科 阎思良等 (44)
- 11 讨论合霉素治疗肠伤寒的若干临床问题(附287例临床分析)
.....齐齐哈尔市传染病院 康子耕等 (49)
- 12 伤寒、副伤寒甲、乙三联纯化菌苗的反应观察
.....黑龙江省卫生防疫站、友谊县卫生局 付信等 (53)
- 13 神经衰弱的防治问题.....哈医大第一医院 婁煥明 (57)
- 14 对精神分裂症本质的初步探讨.....哈尔滨市精神病防治院 张 湖 刘学忠等 (61)
- 15 应用盐酸氯丙嗪持续睡眠治疗精神分裂症的初步报告
.....哈医大第一医院 鄭培桂等 (65)
- 16 青霉素合併盐酸氯丙嗪治疗麻痹性痴呆30例报告
.....哈尔滨市精神病防治院 周郁荷等 (68)
- 17 192例精神分裂症应用伤寒疫苗发烧及发烧合併氯硫二苯胺治疗的
临床观察.....哈尔滨市精神病防治院 牛 角 (72)
- 18 应用氯硫二苯胺治疗中发生麻痹性肠梗阻 5 例
.....黑龙江省神经病防治院 张连芬 初果成 (76)
- 19 大脑血管畸形(血管瘤).....哈医大第一医院 葛茂振等 (80)
- 20 脊髓空洞症80例临床分析.....哈医大第一医院 陈士謨等 (85)
- 21 无脉病表现间歇性脊髓贫血一例报告.....哈医大第一医院 陈士謨 葛茂振 (90)
- 22 101例颅内肿瘤的分析.....哈医大第一医院 戴钦舜等 (93)
- 23 对颅内肿瘤延误诊断的若干原因讨论.....哈医大第一医院 戴钦舜 杨遇春 (97)
- 24 颅内动脉瘤的外科治疗.....哈医大第一医院 戴钦舜 周友林 (104)

十二指肠“逆行引流术”治疗十二指肠慢性梗阻(附病历报告)

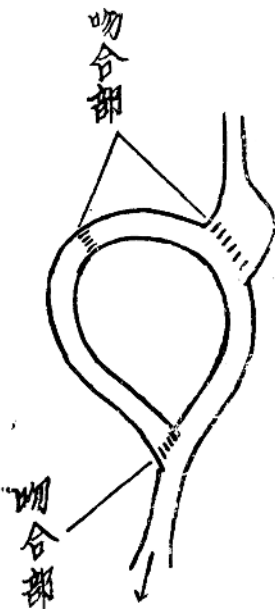
哈醫大二院外科 趙士杰 陈昭民 王 洁

序 言

慢性十二指肠梗阻致病原因甚多。文献多引证上肠系膜动脉压迫症为范例。自1954年至1961年期间,经我院X光科诊断为十二指肠慢性梗阻者共12例。四例因病情严重而手术治疗。四例患者中因肠系膜上动脉压迫及结核性淋巴腺炎压迫者各二例。根据文献记载,本病的治疗多采用十二指肠空肠吻合术。但其效果并不尽都令人满意。Maingot在34例手术中成功者仅75%。

本院于1956年曾收容一名马姓患者诊断为肠系膜上动脉压迫症。病情严重周身情况不佳,呕吐频繁。经过适当的准备后,给其施行十二指肠空肠吻合术吻合口长约七公分,术者是较有经验的外科医生,同时也确信手术完成的比较理想。但患者术后呕吐如常,不得已乃于术后第十天利用吻合口远位及近位端空肠作Braun式的空肠空肠吻合术。但亦未能改善病人的情况,经X光钡剂透视发现钡剂于达到十二指肠空肠吻合口以前,即因强烈之逆蠕动,返回胃内。此时患者每况愈下,为了挽救其生命,采用Billroth第二法变法胃部份切除术。希

望能达到解决患者疾苦之目的。术后患者症状虽有所好转,但仍比较严重的呕吐,周身情况终未获满意的改善,以致出院后年余仍未能恢复工作,继此之后我们又为两例此种病例做了十二指肠空肠吻合术,同样的不能令人满意,以致均需二次手术解除梗阻。临床的需要迫使我们寻找其他方法,在可以找到的文献中,我们没有发现可以帮助我们解决这个问题资料,因此大胆的提出两种手术方式。一种就是十二指肠空肠曲血管前移植术,第二种就是要介绍的一种方法。经过三次临床应用的证明此种方法效果非常良好,现将手术方法比较详细的介绍如下,请大家批评指正。



- 1、上腹正中切口。
- 2、在近幽门处将十二指肠切断40%胃切除的准备。
- 3、在十二指肠空肠曲远处约15—20公分处将空肠切断。
- 4、将空肠远位端,经横结肠系膜上牵与十二指肠残端作端端吻合。
- 5、在十二指肠空肠吻合口远处约15公分作空肠胃端侧吻合。
- 6、在横结肠系膜下将空肠之近位残端与空肠作端侧吻合。
- 7、如左图;

完成上述操作后十二指肠内容物即可顺逆行蠕动进入空肠远端。十二指肠空肠曲远处之空肠空肠吻合，主要为防止造成空肠之盲囊梗阻。

例一、姓名：李宝成，性别：男，年龄：18岁，籍贯：本省，职业：学生。

入院日期：1959年9月25日入院。

住院号：28381号

主诉：饭后恶心呕吐，九个月近囊症状加重。

现病史：九个月前无原因于饭后感觉心窝部发酸及闷感继之恶心欲吐，约经三、四小时后完全缓解。以后每当食下较硬性食物后约半小时恶心，时有呕吐。流质饭食约十余分钟出现。随后日趋恶心呕吐频繁，症状出现后与体位有关，平卧重，俯卧明显好转。九个月来体重由110市斤降至80市斤。因此，而来院治疗。

既往历中无何参考。

查体所见：发育中等神智良好、营养欠佳、体质瘦弱、皮肤苍白、弹性欠佳、淋巴腺无肿大。血压100—80mm汞柱，脉搏94次/分。头、颈、胸、四肢、脊柱、会阴均属正常。

腹部稍凹陷，肋角窄狭无静脉怒张及蠕动浪及局限性肿胀。右上腹部有轻度压痛外，其他无异常所见，肝脾未触及。

化验室检查均属正常。

胃肠钡剂透视检查后，诊断为上肠系膜动脉压迫症。

于同年10月6日在乙醚气管内紧闭式麻醉下行十二指肠空肠曲血管前移植术。术后症状未能缓解。于第十四天再次手术。——逆行引流术。术后经过良好。56天出院，现体重恢复110市斤，并考入大学。

例2：姓名：牛××。性别：女，年龄：29岁，职业：文书。入院日期：1959年4月24日，住院号：14259（211医院）。

主诉：呕吐，时有腹泻近二年。

现病史：患者于57年12月始，脐部经常疼痛，食欲不振，食后饱感。吐酸水，每隔几日即呕吐一次。吐物为食物及粘液样物，时有腹泻。58年9月呕吐物中有两次带有血液样吐物。以后患者自觉呕吐逐渐加重，体重明显减轻而到院治疗。

既往有风湿性关节炎及急性胃炎病史，否认结核史。

查体：体格中等，意识正常，表现自如。营养中等。脉搏74次/分，血压110—70mm汞柱。头、颈、胸、四肢均属正常。

腹部：腹部略凹陷，无蠕动浪及静脉怒张。于脐左右部均有压痛。右下腹部可触及一索状物。肝脾未触及。

化验室检查：二氧化碳结合力60容积%血沉78.1%，有贫血征。

X光诊断：（钡剂透视）

1、十二指肠淤滞（肠系膜上动脉压迫症）。

2、轻度胃下垂。

于5月23日气管内麻醉下行探查术，术中见肠系膜上动脉周围及胃大小弯均有大小不等之淋巴腺压迫十二指肠形成梗阻，于是做十二指肠吻合术，术后呕吐症状仍然存在，并逐日频繁，周身情况日趋恶化，于是再次剖腹做逆行引流术，术后经过顺利35天出院。

在另一例患者（第三例）亦患同样病情，而入院治疗。临床及X光诊断为慢性十二指肠

梗阻。术中发现亦为淋巴腺压迫所致，当即做一逆行引流术，术后获得十分满意之效果。并于短期内即获痊愈出院。

討 論

1) 慢性十二指肠梗阻为少见一种疾病。在一般情况下用十二指肠空肠吻合术，就可以达到解除症状的目的。在我们用此法处理之三名患者效果都不能令人满意。失败的原因我们认为可能有两个。第一：就是我们对十二指肠空肠吻合术掌握的可能不够好，我们对这一点进行了反复的分析，认为此种可能性不大。第二：就是当十二指肠的功能紊乱已经顽固形成，十二指肠空肠吻合术的效果可能不够理想。在患者马贵的病案中似乎可以证明这一点，在第二次手术以后钡剂检查，钡剂未达到吻合口之前即因十二指肠强烈的逆蠕动，返回到胃内去。在第三次手术后十二指肠盲端部仅有比较稀薄的胆汁和胰液，应当自如的通过长达5—7公分的吻合口。关于胆汁及胰液能容易通过5—7公分的吻合口一点，我们曾有实际证例可以证明。在1956年我们为—鲜族小孩患胃结核做Billroth第二法胃部份切除术后，产生输入端绞窄性肠梗阻造成肠管坏死与穿孔，当切除坏死之肠管后，肠系膜左侧所残留的肠管太短，只能闭锁，不能吻合，结果形成了十二指肠盲襻梗阻(Closed loop obthruictin)的情况，当时我们就是用十二指肠空肠吻合术，获得良好的效果。我们认为马贵同志的病案中，同一手术不能解除类似的病情主要是因为十二指肠功能紊乱已顽固形成，在我们后来采用十二指肠逆行引流术的三名患者，术前的情况都表现有全身极度衰弱，十二指肠明显扩张，逆蠕动明显与患者马贵一般无二。其中2例试用十二指肠空肠吻合术无效者可能是基于同一原因。

2) 我们认为一般十二指肠梗阻，均可采用十二指肠空肠吻合术方法处理之。但如病期较久，有明显十二指肠逆蠕动，我们认为应当考虑在第一次手术就采用十二指肠逆行引流术的方法。在我们的三例患者，第一次手术之前情况就很坏，手术的侵袭和手术后的饥饿，致使其情况更为严重，在这样情况下进行如此复杂的手术危险性就比较大。但在我们所进行的三次手术中没有产生任何不良后果。

3、我们认为此种手术也应因其他原因而引起十二指肠器质性狭窄之病例。我院最近应用一例，效果亦非常满意。(本例此次未列入本文以后列入另行报告)。

伤 寒 腸 穿 孔

黑龍江省醫院外科 田福泉 曲日瀛 王桂云

伤寒肠穿孔是伤寒最严重的并发症，死亡率较高，国内近年来的报告仍在30%以上，治疗方法均以手术治疗为主，但手术方法的选择意见分歧，本文将我院自1956年11月——1961年10月，五年期间所收治伤寒肠穿孔73例，做简要分析并着重讨论治疗方法等问题。

病 例 分 析

伤寒肠穿孔，为常见急腹症之一。年龄：15岁以下小儿最多40例(54.8%)，16~20岁12例(16.4%)，21~30岁17例(23.3%)，31~40岁4例(5.5%)。性别：男性55例，

女性18例，男与女之比为3:1。发病季节：多发生在伤寒流行的季节，8~12月最为多见，共56例(76%)。穿孔发生的时间：在伤寒发病的第二、三周肠穿孔者最多，共43例(58.9%)。

穿孔的诱因：在伤寒所致的肠壁溃疡基础上，由于机体机能状态进一步紊乱，特别是肠管蠕动功能的改变，成为肠穿孔主要原因，一切外在因素只能是伤寒肠穿孔的诱因，这里应着重提出饮食不当与穿孔的关系，穿孔前饱餐者21人，吃粗糙食物(苞米楂子、苞米、大饼子及菜包子等)13人，可以说，饮食不当，可使肠管蠕动激增，成为促进肠穿孔的诱因。

临床病象与诊断：除伤寒症状外，主要症状见表一。

临 床 病 象

临 床 病 象	例	阳 性	%
突然腹痛	73	69	94.5
中毒性休克	71	17	23.9
呕 吐	68	48	70
腹部压痛	72	68	94.4
腹肌紧张	72	61	84
腹 胀	70	58	83
肠音极弱或消失	64	55	85.9
移动浊音	69	28	40.6
X光所见腹腔内游离气	57	49	85.8
肝浊音界消失	70	61	87.8

白血球总数在5,000以下者20例(27.4%)，5,000~10,000者22例(30.1%)，10,000以上者31例(42.5%)，可以看出有相当一部患者白血球正常或减少，不同与一般急性腹膜炎。伤寒肠穿孔的诊断，主要根据伤寒病史。突然腹痛、腹胀、腹膜炎体征及以X光所见的膈下游离气体，一般临床诊断并不困难，为进一步证实有赖临床检验及病理结果。本组得以证实者有61例(83.6%)。

治疗：手术治疗与非手术治疗两种。

检 验 与 病 理

项	目	例	阳 性	%
检 验	肥 达 反 应	45	36	80
	血 培 养	11	2	18.2
	便 培 养	12	4	33.3
	尿 培 养	13	5	38
	腹 腔 液 培 养	9	6	66.6
病 理	淋 巴 结	29	27	93.1
	肠 管	20	20	100
	穿 孔 边 缘	5	4	80

手术治疗：①本组73例中手术治疗者68例，采取中下腹部正中切口者49例(72.1%)，右侧腹直肌外缘切口者19例(27.9%)，创口感染者36例(52.9%)，前者26例，后者10例，创口裂开者14例(20.6%)，前者11例，后者3例。②68例手术治疗中用单纯缝合者48例(63.2%)，肠切除者21例(30.9%)，肠切除肠造瘘者一例，穿孔处肠造瘘者二例，

剖腹探查引流者一例。③穿孔的部位：距廻盲部50厘米以内者49例，50~100厘米者八例，100厘米以上者三例，空肠穿孔一例，盲肠穿孔一例及不详者六例。④穿孔的大小及数目：最小者小米粒大，最大者直径达2.2厘米，以直径0.2~0.5厘米者最多49例（73.1%）。单一穿孔51例（76.1%）二个穿孔者九例（13.4%），三个以上穿孔者五例（7.5%），未找到穿孔者一例。在68例手术中同时发现将近穿孔者18例（26.5%），最少者一处，多者十数处。⑤手术前后的治疗：术前对17例中毒性休克患者进行抗休克综合治疗，除三例在入院后三小时内死亡外，其余14例休克均经改善后施行手术。输血或血浆是治疗伤寒肠穿孔重要步骤之一，术前得到输血者43人（63.2%），输血量最少者80毫升，多者900毫升，平均为260毫升，术中输血者56例（82.4%），术后输血者57人（83.8%），术后应用氯霉素或合霉素治疗者54例（79.4%）。

非手术治疗：73例中仅有五例非手术治疗占0.7%，其中三例由于严重中毒性休克，入院后三小时内未及手术而死亡，实际上只有二例采用保守疗法，一例穿孔时间不详另一例穿孔后五天入院，自诉腹痛已好转，临床表现穿孔已闭锁，腹腔炎症处于吸收局限，故保守疗法后均得痊愈。

死亡率：伤寒肠穿孔的死亡率仍然很高，国内报告截至1954年止仍在30.6%以上，只见1958年郑迁廷报告九例死亡二例（22.2%），本组73例中死亡21例（28.8%），其中手术治疗68例死亡18例（26.5%），非手术治疗五例死亡三例（60%）。

①穿孔时间与手术治疗的关系：穿孔后24小时内手术者九例，无一例死亡，25~48小时者14例死亡五例（35.7%），49~72小时者22例死亡八例（36.4%），四天者11例死亡二例（18.2%），五天者四例死亡二例（50%），六天以上者六例死亡一例（16.7%），不详者二例无死亡，可以看出穿孔早期手术治疗效果较好，穿孔后二~五天死亡率较高，六天以后反而较好。

②穿孔与手术方法的关系：本组68例手术治疗中，肠造瘘两例，肠切除肠造瘘一例及剖腹引流一例均告死亡，单纯缝合者43例死亡12例（27.9%），肠切除者21例死亡二例（9.5%）。

③穿孔前伤寒病期全身情况与死亡的关系：穿孔前伤寒发病较重，体格消瘦营养欠佳未得恢复发生穿孔者41人其中死亡19人（46.3%），穿孔前伤寒发病较轻，体格营养影响不大或有明显恢复者32例死亡四例（12.5%）。

④伤寒肠穿孔发生的时间与死亡的关系：肠穿孔发生在伤寒二、三周内最多，43例其中死亡18例（41.9%），死亡率较高，亦说明肠穿孔发生在极期者，全身情况不好机体的抵抗能力较差。反之早期和恢复期死亡率较低。

⑤并发症与死亡的关系：在17例中毒性休克患者中死亡九例（52.9%），其中手术治疗14例死亡六例（43%），死于单纯缝合者三例，肠造瘘、肠切除肠造瘘及肠切除各一例。其余三例均死于入院后三小时内准备手术期间。术后并发肠瘘者七例其中六例死亡，均为单纯缝合术后并发肠瘘。死于术后腹膜炎者三例，其中单纯缝合术两例及剖腹探查引流术一例。术后并发肺水肿一例死亡，为肠切除术后。术后因长期消耗而死亡者二例，肠造瘘、单纯缝合各一例。

討 論

一、伤寒肠穿孔所致中毒性休克的处理：中毒性休克是发生在伤寒病期，由于高热、贫

血及低蛋白等造成身体衰弱，特别是菌血症及中毒使各主要脏器受到损害，机体抗病能力低下，中毒性休克实为常见，并且临床表现也较为严重，死亡率较高（75%）。治疗伤寒肠穿孔首先要加强中毒性休克的抢救与处理，在输血和血浆的基础上，静脉滴入正肾上腺素的持续升压与动脉和静脉内加压注射高浓度的间断升压相结合，必要时应用动脉内输血，效果好。17例中九例收缩压提高到100mmHg以上，二例维持在80mmHg左右，一例血压在60mmHg以下而开始手术，仅有三例无效，于入院后三小时内死亡。根据我们的体会积极抢救中毒性休克的综合措施已达三小时，血压仍无显著提高，亦仍积极采取手术立即解除原发病灶，对休克的恢复会有一定好处，原发病灶治疗的是否得当与彻底，它直接影响休克的恢复，手术除仍简单而解决问题外，特别是腹膜炎的处理应该彻底，彻底吸出腹腔脓液，认真清洗腹腔，腹腔内注入抗菌素及奴夫卡因封闭等，都是术中不可忽略的步骤。

二、手术方法的选择：手术方法选择的是否得当，直接影响到患者的预后，应根据患者当时的具体情况和腹膜炎的程度，穿孔的部位、数目、大小及有无将近穿孔的所见等，来考虑选择手术的方法。无论单纯缝合术、肠切除术及肠造瘘术等，均各有优缺点，不能单独强调某一种手术的效果。特别是伤寒肠穿孔的情况比较复杂，这几种手术都是不可缺少的，应参考以下情况适当选择。

①休克，腹膜炎较重，单一或二个相距较远的穿孔并较小，不合并将近穿孔者，可以考虑采用单纯缝合术。

②一般情况较好无休克或休克经处理后显著好转，穿孔较大和二个以上穿孔相距较近，并伴有将近穿孔者应考虑行肠切除术。

③病情重危，休克未能克服，腹膜炎严重合并麻痹性肠梗阻，并为单一穿孔者可以选用肠造瘘术。如为多发性穿孔或同时伴有将近穿孔者应考虑肠外置术。

三、手术中的几个问题：手术的主要目的处理穿孔清除腹腔内容物，但应对穿孔、肠麻痹及手术后并发症，同时加以慎重和注意，为此以下几个环节十分重要。

①认真检查穿孔及将近穿孔的发现极为重要。探查由幽门部开始，发现穿孔后应继续往上探查1~2米小肠。彻底清除腹腔内容物，亦应注意蛔虫钻入腹腔，本组有八例术中腹腔内发现蛔虫一至六条，可以减少中毒及预防术后腹膜炎和腹腔脓肿。为此麦氏切口就显得暴露不足，手术不彻底，我们完全采用中下腹部正中切口及右侧腹直肌外缘切口较为满意。

②术中应用奴夫卡因作腹腔内神经丛封闭，有利于减少内感受器接受刺激并传向中枢神经，改进肠管的血液循环及促进肠蠕动功能的恢复，对减少术后腹膜炎及中毒性休克，和手术后腹胀有一定帮助。

③术中排除肠内容物，在合并肠麻痹和高度鼓肠患者是必要的，从穿孔处或健康部位肠管切开排除肠内容物，以求立即减低腹腔内压力及毒素吸收。本院1958年以后的46例手术中施行肠减压者18例，无一例术后并发肠瘘，并体会术后并发鼓肠者发现减少或不严重。

顱腦損傷的觀察與治療

哈爾濱市第一醫院 神經外科 吳國治 焦雨春 鄭儒岩

顱腦損傷在當前外科臨床工作中仍是常見而且是需要重視的疾病。僅市第一醫院一年八個月（1960.5~1961.12）即收容有189例的顱腦損傷病人，在全部觀察過程中有較多的病人需要及時診斷及時處理，否則即會招致危險或延誤治療。189例中屬於輕症者113例；屬於中、重症者76例。對輕症者僅作一般觀察與治療不予以討論；對中、重症76例在臨床觀察與治療中，對以下問題予以討論：

一、臨床資料

1、除外113例輕症在76例中、重症病人中男64，女12例年齡分布的範圍1~60歲之間皆有發生，其中以20~30歲罹患最多。

1~10歲	11~20歲	21~30歲	31~40歲	41~50歲	51~60歲
15	13	31	10	3	4

2、損傷原因：

損傷原因方面被青傷的28例，交通事故24例，墜落傷18例，跌撞傷6例。毆傷中包括木棒、砂輪、槓桿、鐵棒機械等損傷。凡與交通工具有關者，皆列為交通事故，墜落傷大部為高空作業、登高墜下，跌傷為由走路或奔跑頭部之撞傷。

3、損傷分類：

顱頂骨骨折	23例
顱底骨折	19例
腦挫裂傷	9例
硬腦膜外血腫	3例
蛛網膜下腔出血	16例
其他 矢狀竇破裂	1例

意識障礙76例的病人皆有不同程度昏迷如在昏迷後清醒——再昏迷的應考慮有顱內出血。如硬膜外或硬膜下血腫形成或極少數的病例形成腦內血腫，皆能出現此清醒間隔，但在嚴重的損傷後常常很難明確是否有此中間清醒期應予以頻繁檢查以資注意為要。

若傷後昏迷尚輕，意識朦朧還保存有若干正常反射及各肢體的簡單活動予後還是樂觀的。如傷後迅速深昏迷，各種反射遲鈍或消失，呼吸不規正，鼾聲則病況極為嚴重，當應不遺余力設法搶救但亦恐危險。本組傷後意識改變如次表，3例硬膜外血腫者2例有清醒間隔，76例中昏迷期最長者為43天，內中一名23天，經搶救後復甦。從近年來在顱腦損傷昏迷後能延長時間生存下來的數字顯著較以前大為增長，這是一可喜現象。本組昏迷時間最長者有43

天之久。据苏联报导尚有昏迷18年而后复苏者，为此对昏迷病人救活上给我们莫大启示，是不应放弃各阶段之抢救时机的。

昏迷时间	例数
30分	41
60分	4
5小时	4
10小时	2
1~2日	9
3~4日	5
5~6日	2
23日	1
43日	1

眼症状：瞳孔在伤后发生单侧散大的5例（左3右2）有2例病人伤后5~12日出现视神经乳突水肿。

偏瘫及脑幕脑疝：昏迷后发生偏瘫及脑幕脑疝症状的12例有3例于伤后迅速发生去大脑僵直状态呈有较明显定位症状。

二、讨论

对几项治疗中具体情况简单讨论。

一、腰椎穿刺问题：有人主张对新鲜脑损伤在12小时之内不行腰穿，P. Wertheimer在新鲜的脑损伤病例亦不主张行腰穿Tire主张在蛛网膜下腔有出血时腰穿效果良好。赵以成主张一般病情许可的可进行腰穿，我们在临床上对腰穿的尺度较宽，有33例病人于来院之后即做了腰穿其中有高压者达450mmH₂O属于高症者12例，单纯穿刺未测压者9例。正常压力者12例。

我们认为在初步排除颅内佔空间病变之后，由穿刺可以了解脑损伤及颅内改变之情况，并可进一步做出正确诊断，特别是蛛网膜下腔出血者，腰穿是愿意被我们采用的，在33例腰穿病人中有16例发现脊液肉眼呈血性在诊断上已排出有颅内血肿的在腰穿时放出部分脑脊液，并同时向椎管内注入O₂气15c.c.刺激脑血管及脑膜感受器在帮助止血上有良好的影响，本组虽在早期穿刺，主要以诊断为目的，同时缓慢测压兼部分施以治疗措施，向椎管内注O₂气在穿刺过程中并未发生何种不良影响，是以在脑外伤除有明显之颅内佔位病变者外腰穿亦可以于早期采用，在我们观察中未发生何种影响。

二、气管切开问题：

为近年来处理脑损伤时采用的措施，当病人昏迷后由于舌后肌之下沉以及气管内分泌物增多，则致呼吸道阻塞不畅，同时胸廓运动之幅度增大，胸内压增高，则影响胸腔大静脉血液之回流，因而驱使颅内压增高极为不利，为此有人主张愿在受伤之后，呈现深昏迷同时即进行气管切开，亦有人主张当呼吸道分泌物过多有阻塞情况虽不呈现深昏迷亦可切开，

我院病例多采取伤后有昏迷，而且呼吸道有阻塞，虽经过一系列处理，亦不能达到理想管理时即予以切开。本组共施行4例气管切开后，呼吸困难获得改善，呼吸道阻塞情况得以充分控制；呼吸平稳，给氧充分，由于胸内压下降，利于大静脉还流，在缓解脑压升高方面，起到了有利作用。

三、人工冬眠问题：

这在1863年A.H. Earltap氏曾利用过降温麻醉，1950年Bigalow氏在实验性心脏手术时应用人工低温方法，1951年Fay氏则将低温方法应用到临床，其后Laborid及Hugmenard氏在低温临床应用上均有很多研究，更如苏联学者B.H. Шамоу, A.A. Вишнеуский等更有较大贡献。当在脑损伤时，除直接形成的原发性损伤之同时，由于脑细胞渗透性的改变，脑血管机能的紊乱（麻痹扩张）局部乏氧，离子的改变，血浆渗出，相继而发生的脑间质积水及脑细胞的浸润即发生脑水肿及脑肿胀。若上述现象在整个过程中，继续存在时，即形成一种恶性循环；虽然这些继发改变早期多可逆的，但到后期仍然导致不可逆的改变，导致机体于死亡。

为此现代对治疗脑损伤病人的原发损伤及某些继发改变的过程中，应重视这种恶性循环而采取适当措施。

当机体在低温之下，细胞的新陈代谢需氧量降低，则大大增强了细胞在低氧状态下的耐力，此时对耗氧较多的神经系统等具有特殊的意义。低温能使脑组织及各重要中枢在缺氧条件下坚持更长的时间，增强耐力，而低温又可促使颅内血管收缩，减慢血循环速度，降低颅内压力同时在低温状态下减少脑脊液的分泌量，如Meyer及Hunter氏之实验证明体温降至30℃时，可使脑代谢率降低50%。当25℃时降至30%，White氏法测量37℃与25℃时脑容积降低4.1%，脑外容积则增加31.8%，由此可见脑损伤时改善恶性循环及对降低颅内压方面，人工冬眠是有特殊良好效果的。采取冬眠方法，我院有的是单纯药物冬眠，另外一部分是药物冬眠与物理降温。药物降温方法我们应用的较广泛。以冬眠1号肌注一单元，用药之后体温可降低1~2℃，病人经药物冬眠后经过平稳。

如果病人伤后有高热，烦躁不安，我们则以冬眠1号液稀释后静注待病人已达到入睡后则施以物理降温，夏季采用水囊及水灌肠，酒精浴、冷浴巾敷等方法。冬季用水袋同时亦可使室温降低裸露躯体的方法达到物理降温目的。本组降温最低达到31℃，一般在33.5℃这个温度按我院观察较为满意，虽持续3~6日亦未见有何并发症与意外，而且各种反射及血压脉搏呼吸及一般状态的观察上亦不受冬眠之左右，能获得更好的观察病变经过，是以人工冬眠为治疗脑损伤的好办法。我院共有49例施行人工冬眠，其中有五例施以药物与物理降温并用，体温降至33℃左右，经过良好。

四、脱水治疗问题：

苏联学者认为解决神经外科关键性问题则为解决脑水肿，谁掌握了这把钥匙，谁就获得神经外科的成功。脑水肿常发生于伤后之数小时或1~2日之后，经5~6日始达高峰，以后逐渐减退，至2周后才能消失。水肿常局限于一个或邻近的脑叶，亦延及全脑或延髓危及生命。当脑受损伤之后发生之雍滞现象，血循环障碍，静脉系统充血，血浆渗出，组织间积水，离子改变局部酸中毒。这些改变同时影响丘脑下部机能紊乱，进而加重了脑水肿的进展，将形成恶性循环，促使脑水肿不断加重，进而演变成脑肿胀。1947年Sincker将脑体积之增大统称为脑肿胀，把脑水肿与脑肿胀看成是全部过程中的不同阶段，但亦有把细胞间隙与

血管周围之积液形成之脑水肿与脑细胞内本身之水合作用所发生之体积增大的脑肿胀。二者之间看做无什关系。但严重的脑水肿或脑肿胀在后期同样是不可逆性的转变。为此对解决脑水肿是治疗上关键问题。其解决方法冬眠虽是良好的，但同时亦应重视脱水治疗。脱水治疗于1921年Frazier氏开始应用于临床，为颅外伤的常规治疗。Tamp'e.Fay认为脱水治疗法可消除脑震荡后综合症。K.M.bagmaeb等认为脱水疗法不仅是起着渗透作用，而血管之神经感受器相关的反射性机制也参与这一渗透过程，促使血管的渗透性发生变化，把过多的脑脊液与水肿液驱至血管内使颅内压降低。在我们临床上观察到静注高渗糖液及15%食盐水及血浆等在影响病人症状明显好转。而我们最普遍采用的是50%葡萄糖静注，每间隔5小时反复，可借以防止脑组织在脱水后之反跳现象。浓缩血浆可在血中保持较久，高渗盐液使脑压回升现象较明显，不甚理想。如果有蔗糖时则效果更佳，本组有48例在治疗过程中先后均采用脱水治疗。

除应用高渗液体之外，我们在对限制液体的进入量方面也应予以注意。初步是按出入水量考虑约限制在1000c.c.左右，如果尿量过少时，则可适当增加。每日维持尿量有700~800cc即可，在计算入量时，我们将葡萄糖每克形成之0.54cc之氧化水一并计算在内，以便于更确切的掌握水份之平衡问题。

对急于需要全身脱水时，在肾功能无改变的病人我们认为采用汞撒利静脉内注射，在较短的时间内即有大量的尿液被排出。在同时并用高渗糖液，确于历次各种脑手术中暂短时间内观察到向外膨隆的脑组织向下萎陷。若能同时施以腰穿，则对降低脑压效果非常明显。近来对肾功能良好的病人应用按每公斤体重以1克尿素制成30~50%之液体向静脉内滴入，亦可获得迅速之脱水。我们感到汞撒利及尿素应用在急需脱水时较为方便。对全脑出现高血压及水肿且有枕大孔脑疝现象的腰穿不可行之时，为迅速减低脑压，亦可采取简单易行之眶上部穿刺做持续性脑脊液引流。但事实证明脑外伤脑压之升高多为脑水肿，而脑室扩大并不显著，这种脑室引流不过为其措施之一种。本组有一例曾施眶上持续引流。当施行脱水疗法时，应对有颅内血肿之病人予以适当考虑，否则当脑压降低之后血肿会增大，反而会造成不良影响。在事前应严密注意血肿存在之体征为是。

五、手术治疗问题：

P.Wertheimer氏主张在有明显中间清醒期之后表现昏迷的尤其有乍克遜癫痫及受伤对侧肢体运动障碍时才准予急需手术，对其它病例先慎重观察。赵以成氏则主张颅内血肿及重要部位的凹陷骨折时应予以手术。

本组是按下列几点掌握手术：

- 一、有一例瞳孔散大及对侧偏瘫或明显肌力弱。
- 二、粉碎及凹陷骨折。
- 三、怀疑有颅内压迫症状而有探查须要者。

手术目的应对出血之止血，血肿之清除及凹陷骨折的整复，粉碎小骨片之清除，硬脑膜之修补，颅内血肿之清除，静脉窦破裂修复止血等方面予以处理。本组在探查方面对有浓厚可疑症状者经慎重观察下，病情不轻快的即进行探查，否则会延误时间，即便探查为阴性无何发现，病人负担并不大，亦可在诊断方面得以确切，让我们更进一步有力的掌握病情施以必要的治疗。

先天性心脏病的低温下直视手术治疗

哈尔滨医科大学附属医院第一医院 徐敬业 夏求明 禹志政 李永唐

哈尔滨医大第一医院自1960年3月至1961年9月,为16例先天性心脏病在低温及单纯深低温下进行了直视手术治疗。本文仅就本组先天性心脏病的病变类型及有关手术治疗问题提出报告,并对低温下直视手术的运用范围问题作扼要讨论。

本组16例先天性心脏病包括室间隔缺损6例、房间隔缺损3例及肺动脉瓣狭窄7例。病人年龄在4~15岁者5例,17~32岁者11例。男性占12例,女性4例。

病变类型

心室间隔缺损6例中,按KirKrin的分类,缺损位于流出道、在室上嵴上方者2例,室上嵴下方者4例,而无位于流入道、在三尖瓣隔瓣后方者。缺损为单发性者4例,多发性者2例。前者直径分别为0.6、1.2、1.3、1.8厘米,后者皆为三个相比邻的缺损,每一缺损直径由0.3~0.8厘米不等。有二例手术发现细震颤不在右室流出道,而位于肺动脉根部上,缺孔上缘不完整,其后侧显露主动脉瓣。该二例肺动脉血氧含量均有明显增高。6例中单纯室间隔缺损(肺动脉收缩压在40毫米汞柱以下)4例,合并肺动脉高压者(肺动脉收缩压在90毫米汞柱以上)2例。

房间隔缺损3例均为第二孔型缺损,其中2例为卵圆孔缺损,1例为高位缺损合并右肺静脉异位引流,右侧肺上、下静脉全回至右心房内。缺损直径为2.5~3.5厘米。分流量占肺循环血量50%以下者2例,60%以上者1例。

肺动脉狭窄均为单纯瓣膜型,其中一例兼有卵圆孔未闭。瓣孔狭窄直径除一例儿童仅0.3厘米外,其余均在0.6~1.0厘米之间。右心室收缩压均在60毫米汞柱以上,最高达150毫米汞柱。

手术治疗

1、降温深度与麻醉:关于低温的深度尚无统一分类标准。按Liddle分类:37~32℃为轻度低温、32~26℃为中低温、26~20℃为深低温、20℃以下为超深低温。Ross分类:37~33℃为轻度低温、32~28℃为一般低温、28~17℃为深低温、17℃以下为超深低温。而DeJorome分类则以35~30℃为轻度低温、28~25℃为中低温、20~15℃为深低温。本组降温深度室间隔缺损最低温度为25.2~26℃者3例,27~28.6℃者3例。房间隔缺损最低温度为29~30℃。肺动脉瓣狭窄最低温度为27.5~31℃。后者因有一例临床上未能完全除外合并室间隔缺损之可能,故降温深度较一般偏低。

降温麻醉先用硫贲妥钠静脉注射快速诱导,气管插管后,以乙醚维持麻醉。降温前静脉滴入小量神经阻滞混合剂,然后以冰水浴降至预定温度以上2~4℃。在施行深低温的病例同时用水帽作头部降温。在手术过程中,应用50%葡萄糖液、输血,并酌用去甲肾上腺素以

维持血压；但在深低温病例血压一般偏低，为避免心脏负担，不宜过多输入液体或使用昇压药物。呼吸管理在降温至30℃时可任其自然呼吸，30~25℃时则需进行适度扶助呼吸。

本组在降温至27℃以下者，为促进心脏功能的复苏，在开放循环后，除应用体表复温外，同时应用40℃温盐水反复灌注胸腔，作心脏表面加温。根据福庆的研究，用P₃₂标记红血球作示踪法进行血液动力变化的观察，证明在低温下应用胸内加温法，可使心脏搏出量、循环血量及循环时间迅速恢复至降温前数值，而且从组织学检查上，心肌及胸膜几未见有改变。

2、切口问题：本组手术采用了三种切口：对房间隔缺损采用右侧开胸横断胸骨切口，但不切开左侧胸膜腔，而对室间隔缺损及肺动脉瓣狭窄，除二例应用双侧开胸横断切口外，其余均采用胸骨纵劈开切口，并尽量不撕破两侧胸膜。如在心脏复苏时需作胸内加温时，可剪开左侧胸膜腔。双侧开胸切口显露虽甚满意，但手术损伤较大，并影响呼吸功能，易引起术后胸部併发症；而胸骨纵劈开切口及右侧开胸横断胸骨切口则损伤较小，对呼吸功能影响较轻，显露也相当满意，柳原主张对房间隔缺损及室间隔缺损均采用右侧开胸开口，后者同时横断胸骨；但作者目前认为除房间隔缺损外，以采用胸骨纵劈开切口最为简便。

3、阻断循环时间：本组手术时阻断循环时间：室间隔缺损最短为6分22秒，最长10分35秒；房间隔缺损最短为4分15秒，最长11分30秒；肺动脉瓣狭窄最短为1分45秒，最长4分55秒。本组一例房间隔缺损合并右肺静脉异位者，于开放心房切口后，为吸除回流至右房内的血液历时约三分钟，因而延长了阻断循环时间，但术后无任何神经损伤症状。此例似宜施行分次阻断循环，或者在内心探查证实诊断后，预先以橡皮带分别在肺上、下静脉开口处控制血流，则有可能减少出血量，从而缩短阻断血流时间。本组一例先后阻断循环二次。该例为一较大之室上膈下缺损，因细震颤位于肺动脉根部，经肺动脉切发现缺损在肺动脉瓣直下，于阻断血流3分55秒后开放循环，俟心跳恢复正常后，再次阻断血流9分15秒，两次共阻断循环13分10秒，术后经过良好。

4、冠状动脉灌注及人工停跳问题：本组对室间隔缺损均应用含肝素氧合血作冠状动脉灌注，灌注量按每公斤体重每分钟2毫升。于切开右心室找到缺损后开始灌注。用氧合血冠状动脉灌注除能维护和促进心脏功能恢复外，尚对预防冠状动脉气栓具有一定作用。根据尚德延的观察，在50例室间隔缺损直视手术中，有4例未施行冠状动脉灌注，其中竟有3例发生了气栓，而在施行冠状动脉灌注的病例中，均未见发生。冠状动脉灌注于开放循环后。如血压过低，则可用作主动脉输血，以利血压之恢复。

本组手术全例均未采用乙醯胆硷等药物停跳法。关于室间隔缺损修补术是否采用人工停跳问题，目前尚无定论。根据本组手术的有限经验，认为在保持心跳下，为修补较小的室间隔缺损并无不便，而且借喷射之血流反有利于发现缺损的所在。但对较大的缺损、边缘不完整者，不采用心停跳法则难以达到有效的修补。况且此种较大缺损多需用较长时间进行修补，故以采用及心脏局部降温停跳法为宜。

5、心脏复苏问题：本组16例手术中有7例（室间隔缺损6例、房间隔缺损1例）于阻断循环后期或开放循环后出现心室纤颤。为了预防心室纤颤的发生，对室间隔缺损虽均应用了奎尼丁、窦房结封闭及氧合血冠状动脉灌注等措施，但结果均无效用，故认为前二者可摒弃不用，而后者由于灌注量较小，虽难以达到有效地纠正心肌缺氧和冲洗缺氧代谢产物的目的，但对促进心机能恢复和预防冠状动脉气栓的发生，似仍有一定意义。

本组病例在心室纤颤发生后，经及时施行心按摩及心脏内注入去甲肾上腺素后，3例迅

速恢复窦性心律，另4例同时併用电击除颤一、二次，纤颤立即消失。但其中一例因有严重心肌劳损及明显心肌肥厚，致反复出现心室无力，终因急性心功能衰竭而死亡。此例病人未能复苏的原因，显然与肥厚的心肌对缺氧的耐受性降低有密切关系。

6、手术方法：室间隔缺损的修补，采用了单缝合或褥式缝合，其中2例较大的室上嵴下缺损因上缘不完整，致未能完全闭合缺损。根据本组的经验，并结合文献报告，对室间隔缺损在1厘米以内者，适以采用直接缝合，而大于1厘米，边缘不完整者，宜应用Teflon或Dacron片进行修补，以避免直接缝合造成组织撕裂或损伤主动脉瓣。

房间隔缺损采用连续缝合或8字缝合法。合併肺静脉异位之一例高位房间隔缺损，将缺损前缘缝于右肺上静脉开口右侧，使血流导至左心房，但因肺下静脉开口距缺损较远，未能得到同时矫正，术中虽拟将右肺下静脉切断，吻合于左心房后壁上，由于阻断循环时间较长，心脏功能欠佳而放弃。本例如采用塑料片将房间隔缺损与肺上、下静脉异常开口一併缝合，使异常血流导致左心房内，可能较转位术更为妥当。

肺动脉瓣狭窄均在直视下按融合瓣膜交界作彻底切开，并证实无继发性漏斗部心肌肥厚。Kirkrin及Glenn等曾指出，成年病人可能由于继发性漏斗部狭窄，在瓣膜切开后效果仍不显，有时需同时作漏斗部切除。

7、手术后併发症：本组手术后主要併发症如下：一例手术后胸腔内持续性渗血达24小时，经反复输血后逐渐止血而后恢复。一例患儿在深低温手术后，骶部及枕部发生皮下脂肪坏死。房间隔缺损合併肺静脉畸形者，于手术后继发肺动脉血栓，病人有胸痛、血痰、血压降低并出现循环衰竭，于4日后不治死亡。本例肺动脉血栓形成的原因，可能因闭合缺损后，肺血流速度骤然减低所致。Swan等主张对房间隔缺损病例，于术中应用含肝素新鲜血液输血，以预防术后肺动脉血栓形成。按本例分流占肺循环血量60%，故对分流较大病例似值得考虑采用。另外一例肺动脉瓣狭窄病例于术后合併膿胸，经胸腔引流及肺皮质剥脱术而基本治愈，不幸其后继发肝肾综合征及电解质紊乱，曾一度心跳骤停，经心按摩等措施而复苏，但终于手术后一年七个月死于肝昏迷。

8、治疗结果：本组手术早期结果如下：室间隔6例中3例治愈，2例改善，1例死亡。房间隔缺损2例治愈，一例死于术后併发症。肺动脉瓣狭窄除合併膿胸者外，均获得治愈。

室间隔缺损有3例术后杂音消失，一例室上嵴下缺损修补虽不完善，但症状仍有改善；另一例多发性缺损伴有肺动脉高压者，缺损虽全闭合，但术后一周复出现较粗糙的杂音，估计可能缺损缝合部有撕裂所致。文献上室间隔缺损合併肺动脉高压者，在体外循环下修补的病例也有类似报告。房间隔缺损2例及肺动脉瓣狭窄6例术后临床症状均明显改善。

本组手术后随访半年至二年以上者共9例，除一例外远期效果均良好。

讨 论

在30~28℃低温下，施行心内直视手术的安全阻断血流时间以不超过10分钟为限度。故其适用范围仅限于房间隔缺损（第二孔型）及肺动脉瓣狭窄等较简单的直视手术。Swan、Zindler等主张采用分头阻断血流或併用冠状动脉灌注等方法，以延长阻断循环时间，对室间隔缺损除部分作者采用低温外，一般多主张在体外循环下进行直视修补术。福庆等采用28~25℃的低温併用心脏表面加温法，而获得满意的结果。岡村等则采用乙醚深麻醉方法，在

20°C单纯深低温下为室间隔缺损、三联症、五联症等复杂内心手术，最长阻断循环时间达45分而获得根治的效果。但不可否认在心脏复苏上存在需较长时间心按摩的缺陷，根据侯幼临在低温下施行54例室间隔缺损的报告，对单纯室间隔缺损除室上腭下缺损外，如能正确选择手术指征，术中有熟练的手术配合，并充分掌握病理解剖以及心脏复苏的方法，则仍不失为简单而有效的方法。本组有限的体会也证明由于室间隔缺损的病理改变和修补缺损所需时间各有不同，而在一般低温下的安全阻断循环时间又有一定限度，故在低温下进行室间隔直视修补术宜采用25°C左右的低温或在备有体外循环复苏的条件下进行为宜。

关于心室间隔缺损伴有肺动脉高压者虽非手术禁忌，但手术死亡率仍甚高，国内外文献报告死亡率高达50%以上，为减轻手术后右心的负担，Bailey, Benvenuto等主张采用有孔塑料修补，使缺损逐渐闭合；Sirak则利用人工动脉导管的方法，借以调节修补缺损后肺循环改变对心脏功能的影响，此项问题尚有待今后进一步研究解决。因此对心室间隔缺损尤以室间隔缺损，必须强调应在适宜时期内进行根治手术。

总 结

1、本文报告16例先天性心脏病在低温及单纯深低温下施行直视手术治疗的体会，并就低温下直视手术的适用范围进行了讨论。

2、手术治疗早期结果：11例治愈、3例改善、2例死亡。本组曾连续11例无手术死亡，倘能严格选择手术适应症，有效地防止术后并发症，则可能使死亡率有所降低。

3、低温和单纯深低温为解决肺动脉瓣狭窄、房间隔缺损和部分单纯室间隔缺损，不失为简单、安全而有效的方法；但一般不适于修补复杂的或心功能欠佳的先天性心脏病。

病毒细胞对无黄疸型传染性肝炎 诊断意义之探讨

哈尔滨医科大学附属第二医院检验科传染病教研组

近一年来无黄疸型传染性肝炎（以下简称肝炎）在某些地区较为流行，临床上对该病之诊断显得十分重要。目前仍有不少人在探索有关该病之特异诊断法，但由于肝炎病毒不易分离，因此对该病之诊断仍不得不主要依赖综合诊断法。

病毒细胞检查不外综合诊断方法之一，亦系非特异性试验，但其出现阳性率较一般肝功能检查结果高，故将本院观察的68例结果介绍如下，供同志们参考。

病毒细胞出现于肝炎病人血中，在国内和国外文献早有报导；然而这些报导多指黄疸型肝炎，本文乃专就临床确诊为无黄疸型肝炎之68例病人进行血中病毒细胞检查。

方法：按一般方法涂制血膜，以姬姆萨氏液染色，进行白细胞分类计数，观察病毒细胞所佔百分率，每个病人作标本一张进行检查。