

1963年学术年会

論文摘要集

四川医学院附属医院

1964年4月

目

1. 鈎虫病所致貧血性心脏病67例临床分析·····	(1)
2. 127例細菌性肝膿腫临床分析中关于誤診和治疗的探討·····	(1)
3. 原发性肝癌 121 例的临床分析·····	(3)
4. 四川凉山地区克山病临床观察 I 病区及非病区居民326例心电图比較分析·····	(4)
5. 四川凉山地区克山病临床观察 II 克山病98例心电图分析·····	(6)
6. 四川凉山地区克山病临床观察 III 小兒克山病14例临床分析·····	(7)
7. 肺膿腫大量咯血的診治問題·····	(8)
8. 肺动脉滋养叶細胞多数栓塞所致亚急性肺原性心脏病·····	(9)
9. 冠状动脉造影术的實驗研究·····	(10)
10. 先天性全部心脏瓣膜狹窄一例报告·····	(12)
11. 成都市风湿病普查工作小結·····	(14)
12. 急性溴甲烷中毒两例报告·····	(14)
13. “埃布施坦氏 (Ebstein's) 畸形变型” 合併心包炎一例临床病理报告·····	(17)
14. 成都地区小兒致病性大腸杆菌腸炎·····	(19)
15. O ₅₅ B ₆ 型致病性大腸杆菌所致暴发性新生兒腹瀉·····	(20)
16. 小兒大腸杆菌敗血症40例临床分析·····	(21)
17. 小兒华枝睾吸虫病33例报告·····	(22)
18. 小兒鈎虫病97例临床分析·····	(23)
19. 中西医结合治疗小兒营养不良19例的临床观察·····	(24)
20. 55例白喉心肌炎之临床分析·····	(25)
21. 721例兒童死亡原因分析·····	(26)
22. 四川德阳眼点毛畢血吸虫 (Trichobilharzia Ocellata) 尾蚴引致水田皮炎的 調查研究·····	(27)
23. 四川××市鈎端螺旋体病79例临床分析·····	(28)
24. 黄疸型傳染性肝炎的預后探討 (305例临床与肝穿追踪分析) ·····	(29)
25. 鈎端螺旋体病424例青霉素治疗效果的观察·····	(31)
26. 四川地区鈎端螺旋体病44例临床分析·····	(32)
27. 一个精神分裂症患者遺傳家系的調查·····	(33)
28. 四川地区中樞神經系統肺吸虫病八例报告·····	(37)*
29. 鼻咽癌的誤診問題·····	(38)
30. 恶性黑色素瘤四例报告·····	(39)
31. 21例再生障碍性貧血之中医药疗效观察·····	(40)
32. 急性放射性肺炎·····	(41)

33. 304例动脉粥样硬化的分析.....	(42)
34. 顱內轉移瘤 (35例臨床及病理分析)	(43)
35. 顱內轉移性絨毛膜上皮癌.....	(44)
36. 鈎端螺旋體病腓腸肌穿剌診斷的臨床意義.....	(45)
37. 超聲診斷水泡狀胎塊的初步觀察.....	(46)
38. 超聲診斷對肝炎及其鑑別診斷的價值——116例與病理診斷的分析.....	(46)
39. 電興奮性檢查在面癱預後上的價值.....	(47)
40. 急性肝內胆道出血.....	(48)
41. 心臟直視手術20例的初步報告.....	(49)
42. 外傷性硬腦膜外血腫.....	(50)
43. 原发性醛固酮增多症附一例報告.....	(51)
44. 切骨術治療小兒佝僂病後遺下肢畸形.....	(52)
45. 寰樞關節脫位.....	(53)
46. 髓關節造影術在小兒先天性髓關節脫位中的應用.....	(54)
47. 股骨干骨折癒合過程中早期X-綫表現的初步觀察.....	(55)
48. 小兒直腸脫出晚期合併症的治疗.....	(58)
49. 胰腺結石伴胰腺囊腫一例報告.....	(59)
50. 蔡氏韌帶周圍腸結核及其腸系膜淋巴結核所致高位部分性腸梗阻附六例報告.....	(60)
51. 髓骨化膿性骨髓炎一例報告.....	(61)
52. 視神經網膜炎和視神經乳突炎 70例126眼的臨床分析.....	(62)
53. 先天性外耳道閉鎖七例報告并討論.....	(63)
54. 特发性血鼓室症.....	(65)
55. 耳源性腦膿腫.....	(66)
56. 絨毛膜上皮癌與惡性葡萄胎.....	(67)
57. 鋼絲鋸斷頭術.....	(67)
58. 女性化卵巢間叶瘤附九例報告.....	(68)
59. 直腸癌合併妊娠子宮破裂.....	(68)
60. 孕期子宮破裂.....	(69)
61. 子宮頸癌212例之病因調查分析.....	(70)
62. 小腸扭轉的X綫診斷.....	(70)
63. 9例肝包虫囊腫的X綫檢查.....	(71)
64. 腎周膿腫的X綫表現.....	(72)
65. 胃竇癌的放射學形象和診斷.....	(73)
66. 24例成骨肉瘤的X綫病症分析.....	(74)
67. 自体断层攝影在顯示顱腦中綫結構的運用.....	(75)
68. 影响全血凝固時間測定的各种因素.....	(76)
69. 四川医学院医学系及附屬醫院1963年論文完成情況.....	(78)

鈎虫病所致貧血性心脏病67例临床分析

(摘 要)

內科学教研組 罗德誠 徐楚材 陈日新

本文报告四川地区鈎虫病所致貧血性心脏病67例。患者鈎虫感染严重,平均相当于每人寄生955条鈎虫。貧血重篤,平均血紅蛋白为2.30克。促发加重本病之因素为妊娠,营养不良性水肿及感染性发热。患者均有心悸、乏力、劳力性呼吸困难等症狀,除合併病外,均能平臥呼吸。檢查发现面色蒼白、頸动脉搏动明显、心动过速、舒張血压低、脉压大,无一例发紺。心脏体征有心脏增大、心尖及肺动脉瓣区或全心区有Ⅲ級吹风性收縮期杂音。不少病例出現舒張期奔馬律(25.4%)及舒張中期杂音(14.9%)。X綫檢查示全心增大。心电图表现为竇性心动过速、心肌缺血、QT延长及低电压。小便量少且比重低,提示肾脏濃縮功能輕度障碍,有可能系通过血液重新分配引起腎血流量降低所致。根据本組病例分析,显示貧血程度愈重,則心率較快,舒張血压愈低,脉压愈大,愈易产生奔馬律及心衰。奔馬律多見于血紅蛋白2克以下、貧血時間較短的患者。心动过速者,其貧血時間較短,心衰較多,与心脏增大类型間之关系似不明显。心电图异常似与心衰及貧血程度无关,且无特异性。說明在本病有关因素中,貧血程度是主要的,貧血時間是次要的。本病之治疗原則如下:①早期驅虫:只要病人一般情况允許,愈早愈好。②有条件时爭取輸血:輸血指征为出現心力衰竭或奔馬律或血紅蛋白在3克以下时。首次輸血量為100—250毫升,速度每分鐘10—30滴,可每隔1—3天,酌量重复应用。③遇有心力衰竭,在采用輸血的同时,适当应用小量洋地黄,以控制心衰。④加强支持疗法。

127例細菌性肝膿腫临床分析中关于誤診和治疗的探討 (摘要)

內科学教研組 張光儒 陈德珍 杜傳礼

本文对我院內科1954—1963年5月所見細菌性肝膿腫127例(其中单发性肝膿腫66例,多发性肝膿腫56例及未确定者5例)的分析,对誤診、治疗、預后等問題加以討論。

127例細菌性肝膿腫佔同時期成人住院人數的0.102%，佔內外科住院人數的0.235%。男性80例，女性47例，男女之比為1.8:1。發病年齡自12~70歲，以20~40歲者最多，共83例（65.3%）。病程最短一天，最長8個月，在1月以內者78例，1~3月者36例，超過3月及半年者分別為9例及4例。多發性肝膿腫和單發性肝膿腫在病程和發病緩急方面二者無明顯區別。

症狀和體征：發熱96.8%，寒戰77.9%，腹痛83.1%，出汗49.6%，嘔吐30.9%，放射痛28.3%，腹瀉25.2%，咳嗽34.6%，胸痛22.8%，除5例體溫未升高外，其餘均有發熱。肝腫大81.8%，僅14.2%未腫大，另6例因腹壁肌肉緊張觸診不滿意。肝臟觸痛82.4%，右上腹壁肌強直48.8%，右上腹壁或右胸壁下部丰满者45.6%，局部皮膚水腫15.7%，黃疸25.9%，脾腫大16.5%，腹水15.9%，各種胸部異常體征共74例（58.3%）。單發性與多發性肝膿腫二者主要症狀發生率無明顯差異，而疼痛放射至肩背以多發性而胸痛則以單發性肝膿腫較多，全葉肝腫大，黃疸和脾腫大均以多發性肝膿腫為多。

實驗室檢查：125例白細胞計數，除16例外，其餘均超過10,000，高於20,000者27例。92例肝功能檢查結果，腦磷脂絮狀及麝香草酚濁度試驗異常分別為30例和14例。

X綫檢查：全組80例檢查，13例未見異常，陽性變化以膈肌上升及活動受障最多，其次為肋膈角度鈍，胸腔積液及肝臟附近腸曲充氣，肝內可見膿腔液平面僅5例。

感染途徑：本組可查知56例感染途徑中，以胆道感染最多，佔62.5%，手術時發現胆道蛔蟲10例，其中4例肝管內亦有蛔蟲；從肝動脈侵入者19例；門靜脈者2例。

併發症：除16例因細菌侵入血循環併發敗血症外，肝膿腫破潰或炎症直接蔓延引起胸膜炎，腹膜炎，周圍器官膿腫等均為常見。

誤診：全組入院後初步確切診斷發生錯誤者31例佔24.4%，根據誤診病例按其主要病型分為膽囊炎型（凡肝膿腫繼發於胆道疾患，而將肝膿腫漏診者未計入內），慢性毒血症型，胸膜炎，膈下膿腫及腎周膿腫等五型，其中以慢性毒血症及胸膜炎型診斷尤為困難。作者認為：如遇不明原因長期發熱伴肝臟輕度腫大，特別用拳擊叩診沖擊肝區，使振動傳向深部，一般均能查出不同程度疼痛或不適感覺，再配合慢性毒血症面容和X綫檢查，應想到肝膿腫可能性。由於膿腫位於肝臟不同部位，不同深度，故臨床表現亦多種多樣，若結合病史，全面查體及配合實驗室，X綫檢查診斷仍屬困難者，肝穿刺或剖腹探查對於診斷和及時治療均有必要。

治療問題：本組療效以單純化學藥物治療組效果最差，死亡率63.8%，化療配合穿刺或化療配合手術切開引流，其死亡率則顯著降低，死亡率分別為33.3%及17.6%；在使用抗菌素基礎上穿刺引流雖發生胸腔污染機會少，但穿刺不易準確穿入膿腔，引流也難以徹底，本組穿刺引流效果顯然不及手術切開引流。至於手術適應證和時機問題，從本組看來，凡病程短，肝腫大不顯著，壓痛未局限，即早期或未能證明膿腫形成者，可以先試用大劑量抗菌素治療3~5天，如體溫不下降，肝臟繼續腫大，經穿刺引流效果不滿意或膿腫部位不宜穿刺時，均應立即手術治療；如病程長，肝臟壓痛局限，肝腫大顯著或呈包塊狀突出，表示膿腫已形成者或有併發症時，宜極早行手術治療，部份病例可先行穿刺治療。多發性肝膿腫除個別膿腫較大或有融合者外，一般均採用非手術治療，但若判斷有困難時，多發性肝膿腫不必要的手術探查往往難以避免。抗菌素選擇問題，根據細菌學檢查本組膿液培養陽性66例，格蘭氏陰性桿菌和格蘭氏陽性球菌各占一半，從治療效果看來，全組存活81例中，單用青黴素

仅11例，多数合併其他抗菌素，使用广譜抗菌素者30例，一般均先用青、鏈霉素，在效果不滿意或重危情況下經改用广譜抗菌素后效果滿意。本組退热一周以上停藥者很少复發，但对肝脏疼痛或肝肿大消退緩慢或合併併發症時，用藥時間一般不少于两周为宜。

預后判断及影响預后因素：全組46例死亡，死亡率36.2%，年齡大，病情重及黃疸，腹水等征均为預后不良征象；多发性肝膿腫56例中死亡26例，死亡率46.4%；有併發症者預后差，死亡46例中30例有併發症，此外，診斷是否及时正确，治疗是否恰当均和預后有关，誤診31例中即有23例死亡，单用化疗者死亡率远較配合引流組为高。

616.36—006.6—021.3

63—003

原发性肝癌121例的临床分析

(摘要)

内科学教研组 張光儒 陈德珍 張健孚 杜傳礼

我院自1949年1月~1963年10月經病理檢查(117例)及腹腔鏡檢查(4例、并結合胃腸X-綫等檢查、排除其他器官原发肿瘤)証实为原发性肝癌共121例。全組121例佔同时期成人住院总人数的0.088%，佔內外科住院人数的0.20%，內科住院人数的0.37%。男性98例，女性23例，男女比較为4.2:1。年齡分布在13~69岁之間，40岁以下者約佔半数，說明原发性肝癌在我国侵犯青壯年較多。

本組常見症状为腹痛，腹上部包块、消瘦、厌食、腹脹、黃疸及发热等；最早症状以腹上部疼痛及包块最多見。体征以肝肿大最多佔98.3%，超过肋緣下4厘米以上者105例，其中在10厘米以上者36例；腹痛共91例佔75.2%，門靜脉血栓形成者5例，下腔靜脉血栓形成者2例，及肝癌破潰致內出血者7例，均有明显腹痛。

肿瘤发生肝外轉移共40例，以肺部最多、消化道、淋巴結、下腔靜脉、門靜脉、胸膜、胸壁、腎上腺、骨及硬脑膜等均有受累。患者多数在症状出現后2~4月入院。住院期間死亡者共50例，其中在症状出現后2月內死亡者14例，半年內死亡者43例，超过1年者3例。

實驗室檢查方面，多数患者呈輕度貧血，白細胞正常。肝功能98例試驗中，脑磷脂胆固醇絮状試驗阳性者41例，麝香草酚浊度試驗阳性49例，但超过10单位者仅8例，以上二种試驗均为异常者仅10例。白蛋白与球蛋白比例倒置者29例。黃疸指数測定79例中超过10单位者48例，多数均在50单位以下。

本組病例根据其主要临床特点可分为：典型肝癌型(54例)、肝硬变型(23例)、急性腹痛型(22例)、肝膿腫型(15例)、囊腫型(3例)、轉移型(3例)及低血糖型(1型)等七类型。

本文討論了肝癌的发病誘因，从資料分析看来，不能証实原发性肝癌与疟疾及血吸虫病間的关系。关于与肝硬变的关系，本組根据临床檢查合併肝硬变者58例（47.9%），18例原发性肝細胞癌（2例胆管細胞癌未計算于內）尸檢中，16例均有肝硬变，可見二者关系屬密切，而各种类型肝硬变併发肝癌之頻率是不一致的，其中以門靜脉型最多見。此外肝癌之发生与飲食因素也有一定关系，尤其和营养不良关系密切。

原发性肝癌的典型类型診斷不困难，对于一些特殊类型应当經常提高警惕，早期肝功能試驗改变不明显，对診斷帮助不大；硷性磷酸酶对本病診斷价值較大，但仍尙有待进一步探討；利用肝癌組織具有强烈的有氢醌酵解和反巴斯德效应原理，采用8小时靜脉滴入葡萄糖200克后，肝癌組織中有机酸积聚，使周圍正常肝細胞受損，反映在血清轉氨酶活力的升高，此方法值得重視；腹水中查癌細胞本組阳性率68.8%，此方法簡便值得推行；本組4例腹腔鏡檢查均見典型肝癌外观，頗有診斷价值，但以上檢查均須結合病史，体征及胃腸道X—綫等檢查，摒除繼发性肝癌，始有肯定診斷价值。上述方法仅作輔助，肝癌的最后确诊須賴病理檢查，必要时剖腹探查以除外其他急性腹症，或在局麻下作右上腹小型切口取肝活体組織，并无危險，本組由剖腹探查取活体組織始确诊者共27例。其他如同位素四碘¹³¹四氯螢光素鉀盐作肝脏扫描測定，尿液对脫氧核糖核酸反应，超声波探查等对診斷肝癌均有一定价值。至于治疗方面，本組大多数患者因晚期始确定診斷，丧失手术机会，仅3例作了肝叶切除，1例存活恢复工作；抗癌藥物及放射治疗之效果仍不滿意。

616—03/07(克山病)(515.1)

63—004

616.12—073.97

四川凉山地区克山病临床观察

1. 病区及非病区居民326例心电图比較分析(摘要)

陈日新* 罗德誠* 曹鍾樑* 程云鷲** 刘中苏***

四川凉山地区是我国目前发现克山病最南的新病区，病区海拔高度一般均在2,000~2,700米左右。为了探討高山地区克山病的心电图的早期診斷。本文作者等将在四川凉山克山病区（海拔2,460米）及甘孜藏族自治州××地非病区（海拔2,780~2,980米）所做的心电图共326例分为病区組及非病区組进行了比較分析。

第一組：病区組，是在1962年12月至1963年3月間在凉山克山病区所做的267例心电图，其中男性132例，女性135例。彝族258例，均为农民。汉族9例，为移居該地半年以上的干部或工人。

*四川医学院 **四川省防疫站 ***美姑县防疫站

第二組：非病區組，于1960年在甘孜藏族自治州非病區所做的59例心电图。均为男性。年龄自19至49岁。藏族12例，汉族47例。已移居高原一年以上者。

全部研究对象均作了病史詢問，血压測量及体格檢查，对病區組对象还作了X綫透視檢查，凡有肯定心血管疾病均未包括在內。研究結果发现在2,460米病區居民267例心电图归納有三种类型变化：(1) 心率及节律的改变。(2) 心脏傳导系統异常。(3) QRS—T波群的异常；反映在低电压，QT間期延长，ST段压低，原发性T波改变及右心室肥大等发生率較高。这些心电图的改变，大致与文献报告的克山病病區居民异常心电图相同，亦与3,000米海拔高度的非病區居民心电图相似。究竟是高原低氧环境引起？抑或是克山病的致病因子引起？本文作者等依据与海拔高度相近的非病區居民的心电图比較分析，通过統計学整理，认为本文报告的2,460米克山病病區居民的异常心电图改变，是由于克山病的致病病因引起的心肌損害，理由如下述：

1. 病區組居民发现异常心电图132例(49.44%)，較非病區組15例(25.43%)为高，有显著差别，而与东北及西北等平原地区克山病病區报告相近。結合病區居民的查体較多发现有心脏扩大或心音减弱等心肌損害的体征，X綫透視有心脏增大及心搏减弱的改变，提示本文病區組居民的异常心电图不象单纯是高原低氧环境所致。

2. 病區居民的心电图，无论是QT間期延长、低电压、ST—T、原发性T波改变及右心室肥大等的发生率均較高于非病區，且有显著差别。而与东北及西北的报告相近。有上述异常心电图改变的病區居民，均曾詢問病史、血压測量、查体及X綫透視，均未发现其他足以解釋的原因及心血管系統病因。

3. 病區組居民心电图改变；半数异常心电图同时兼有二項以上异常心电图变化，亦有异于高原低氧环境引起，而与克山病病區所見相同。

4. 至于本組病區居民心电图的右侧束枝傳导阻滞的发生率較低，于氏曾报告新病區居民的心电图右侧束枝傳导阻滞較老病區少見，結合作者等調查，凉山地区仅于1961年冬以后才有克山病流行，該地区的克山病病人尸檢心肌病变陈旧痕迹少，新鮮活勁病变多的事实，作者等认为本組病區組居民右侧束枝傳导阻滞的发生率較低，可能提示該地为新病區有关。

最后作者等认为在高原地区前述各項异常心电图的发现，結合流行病学，病史，查体或X綫等檢查，若能排除其他原因或心血管系統疾病，对克山病的早期診斷有重要参考价值。至于窦性心动过緩，我們考虑可能与高原低氧环境引起迷走神經緊張度增加有关，对克山病的早期診斷似无参考意义。

四川凉山地区克山病临床观察

II. 克山病98例心电图分析(摘要)

陈日新* 罗德诚* 曹鍾樑* 周树模**

为了探讨高原地区克山病的心电图改变,本文作者等分析了在凉山地区(海拔2,460米)所观察的克山病心电图98例。其中潜在型79例,癆型或亚急性型19例。男性49例,女性49例。彝族97例,汉族1例。15岁以下儿童共88例,15~44岁35例,45岁以上者25例。

98例心电图,正常心电图9例(9.18%),异常心电图89例(90.82%),异常心电图归纳有下述几种改变:

1. 心脏传导系统的改变:本文资料显示完全及不完全右侧束支传导阻滞共5例,室内传导阻滞2例,第一度房室传导阻滞1例。均较东北及西北地区报告为低,于氏曾报告新病区居民右侧束支传导阻滞较少见。结合前文凉山克山病病区居民心电图右侧束支传导阻滞发生率及克山病人尸解的心肌陈旧病变少,新鲜病变多,考虑凉山地区克山病病人心电图右侧束支传导阻滞少见,可能亦与新病区病人的心肌陈旧病变少有关。

2. 提示心肌损害的心电图改变:本组病例具有QT间期延长46例(46.93%),低电压31例(31.63%),ST段改变19例(19.38%),原发性T波改变20例(20.4%)。

3. 右心室肥大改变:其中属于肯定右心室肥大者2例,右心室肥大倾向者20例。

4. 心率及节律改变:其中窦性心动过速14例,窦性心动过缓8例,窦性心律不齐9例,室性期外收缩2例。1例癆型患者死前心电图描记为室性纤维颤动。窦性心动过速与病区居民相似,较海拔高度相近的非病区居民常见,而窦性心动过缓则较病区及非病区居民少见。作者等认为窦性心动过速可能是克山病早期心功能紊乱的表现,对本病的诊断有参考价值,而窦性心动过缓可能是高原低氧环境所致迷走神经紧张度增加有关。

5. 本组患者心电图同时具有二项以上的异常心电图改变者62例(63.26%),与文献报告克山病心电图变化错综复杂这一特点相同。

克山病的早期诊断往往存在困难,本文79例潜在型患者中发现有心肌损害的心电图改变者70例(88.6%);其中心脏理学检查仅35例(44.3%)发现心肌损害体征,X线检查亦仅25例(38.46%)发现心脏增大、心搏减弱等心肌损害改变,而心脏理学及X线检查均属正常者亦有29例(36.71%)。提示心电图检查对发现心肌损害的检出率最高,可作为克山病早期诊断重要方法之一。

此外,由于病情好坏与心电图的演变基本一致,作者等认为心电图的动态观察,特别是对潜在型患者的病情估计有参考价值,从预防及保护劳动力的观点看来是十分重要的。

*四川医学院 **凉山州人民医院

四川凉山地区克山病临床观察

Ⅲ. 小儿克山病14例临床分析(摘要)

陈日新* 罗德元* 周树模** 苏娟声** 刘舜欽***

指导者: 罗德誠*

本文作者等先后于1962年3月至1963年3月在四川凉山的克山病病区(海拔2,000—2,700米)见到克山病共93例。为了探讨高原小儿克山病的临床特点,本文报告了其中14例小儿克山病(潜在型未包括内)。男性7例,女性7例。彝族10例,汉族4例。5例家庭中有发病史。

本组患儿的发病诱因包括: 1. 寒冷受凉; 11例发病于12月至3月的寒冷季节, 2例有受凉发病的记载。2. 上呼吸道感染; 6例发病前有上呼吸道感染先驱症状。3. 烟熏; 1例因烟熏而病情恶化, 病家及非病家空气中一氧化碳浓度平均值分别在0.11及0.223毫克/升, 均高于最高容许浓度0.03毫克/升。至于高原低氧环境是否为本病另一诱发因素, 尚难肯定。作者等认为在上述各种诱因的相互作用与影响下, 原来的隐性心肌损害可进一步恶化而诱发心力衰竭或心源性休克。

2,000至2,700米海拔高原地区小儿克山病的临床表现有四个特点: 1. 发病前多有上呼吸道炎的先驱症状。2. 均具有充血性心力衰竭或兼有心源性休克的症状与体征。3. 心电图与X线检查显示有心肌损害病变。4. 病情重, 死亡率高。

在高原克山病病区如有不明原因的心脏增大或心力衰竭时, 必须与高原性心脏病相鉴别。作者等认为高原性心脏病有下述几点与克山病不同, 可资鉴别: 1. 发病于3,000米海拔高度以上。2. 多数具有头痛、头晕、心悸等高山反应症状群。3. 查体多数有肺动脉第二音亢进。4. X线检查: 多数有肺动脉圆锥明显突出及右心室肥大, 个别亦有左心肥大。5. 心电图主要有肺性P波或右心室肥大图形变化, 异常心电图改变较单纯。

最后, 作者等指出小儿克山病与呼吸道疾病往往同时并存, 影响预后, 认为在治疗中必须加强预防治疗呼吸道感染措施, 本组2例入院时虽合併呼吸道感染, 在感染被控制下采用狄高辛治疗, 心力衰竭迅速好转; 另1例用强心剂治疗后心力衰竭好转, 因再合併肺部感染, 心力衰竭再度出现, 加用抗菌素控制肺部感染后, 心力衰竭再度被控制。其次, 关于在高原地区小儿克山病治疗中的洋地黄类药物应用问题, 因本组12例曾用洋地黄药物治疗, 均未投足理

*四川医学院 **四川凉山州人民医院 ***四川省人民医院

想的飽和量，其中6例好轉，2例出現毒性反應，其中1例死亡，提示高原地區小兒克山病對洋地黃的耐受量較低。臆斷可能與高原環境低氧及克山病的心肌廣泛嚴重的損害這二個因素存在有關。作者等結合文獻及自己既往在3,470米海拔高度的經驗，認為在高原地區採用洋地黃藥物治療時，應謹慎，最好選擇作用快而蓄積作用少的洋地黃制劑。至於飽和量是否較平原地區小，尚待今後進一步探討。

616.24—002.3—06:616.24—008.341.5—07—08

63—007

肺膿腫大量咯血的診治問題

(摘 要)

內科學教研組 陳文彬

本文分析1954—1963年9月我院內外科收治之原發性肺膿腫大量咯血32例，其發生率占同時期肺膿腫270例之11.8%。因大量咯血死亡者11例，占同時期肺膿腫死亡27例之40.7%，占大量咯血32例之34.3%，成為該時期肺膿腫患者死亡的主要原因。

肺膿腫咯血的病變基礎大致有：血管壁因中毒引起的滲透性改變；支氣管粘膜潰瘍血管壁的破壞；肺動靜脈內膜炎和膿腔壁肉芽組織的出血；此外，肺膿腫繼發支氣管擴張或因肺組織壞疽腐蝕肺動靜脈引起破裂亦常為大量咯血的原因。

本組患者的臨床特點為：(1)患者年齡多在40歲以上(59.3%)，出血後難於止血可能與不同程度的血管硬化存在有關；(2)病變多已處於慢性增殖階段，表現在多數患者病程已逾2月(65.6%)，約半數患者X線檢查膿腫周圍纖維組織明顯增生和胸膜增厚，此等病變每導致肺組織僵硬和彈性衰退，此可能造成出血後不易止血的原因；(3)咯血多發生在體溫下降(84.3%)痰量減少之時，提示咯血時肺內炎變已基本控制，病變部份正處於修復階段，此時膿腔內或支氣管壁肉芽及血管的新生均可引起出血的可能；(4)咯血似易發生於膿腔較大(80%)或多數性膿腫(59.3%)患者，估計可能病變愈大，受累範圍愈廣，尤其膿腔靠近肺門者出血機會則愈多；(5)咯血常反復發作(87.5%)，甚至某些患者多次大量咯血曾被控制，但未採取根治措施，最後仍因咯血復發死亡。

肺膿腫大量咯血的處理，目前多趨向於外科治療，手術方法視病變範圍以一側全肺、肺葉或肺段切除術效果最佳。本組除4例大量咯血未能及時處理立即窒息死亡外，內科治療19例中，好轉11例，痊癒及無效各1例，死亡6例；外科治療9例中，7例痊癒，2例因上呼吸道嚴重水腫及胸膜廣泛粘連手術未成功者1例咯血復發死亡，1例好轉。故外科手術效果顯然較內科治療為優。因此建議肺膿腫患者凡具有上述各項特點，應早期考慮手術治療。

然而，大量咯血時之窒息、休克及虛弱一時不可能進行手術治療者，內科急救當屬必

要，抢救窒息为整个治疗的关键，包括体位排水，迅速清除口内积血，人工呼吸、大量吸氧及给予呼吸兴奋剂等。止血方面垂体后叶素静脉注射效果较好，本组60.8%患者应用有多次止血的功效，至于静注0.5%普鲁卡因或1%鱼精蛋白硫酸盐等文献报告在控制咯血上亦有一定的疗效。垂体后叶素治疗失败的病例，人工气胸气腹或可获得一定的效果，本组3例垂体后叶素止血无效者改用人工气胸气腹后咯血均迅速控制。输血在补充血容量，纠正急性贫血和缺氧以及处理出血后休克等方面有较肯定的疗效，对反复咯血者少量输血应予考虑。必须指出，内科控制咯血多属暂时，复发的机会极多，因此，咯血控制后应积极作好手术准备予以根治。如条件许可，虚弱病人亦可考虑作肺动脉结扎紧急手术暂时止血，作为肺切除术的过渡性手术。

616.12—036.11—02:616.24—005.7

63—008

616.24—005.7—03:616.12—036.11

肺动脉滋养叶细胞多数栓塞所致 亚急性肺原性心脏病

(摘要)

内科学教研组 陈文彬 周棠馨 病理科 陈仁胜 肖延熙

本文报告因滋养叶细胞于肺动脉内栓塞引起亚急性肺原性心脏病一例，并对其病因，临床特点及治疗作扼要的复习。患者女性，34岁，川籍，已婚。入院前2月开始干咳，劳动时心悸气促，20天前咳嗽加剧，吐少量痰液，气促加重，10天前发烧、胸痛、痰中偶带血丝，近一週来阴道少量出血。过去无咳嗽咯血及心悸浮肿史，月经史正常，末次生产5年前，末次月经1962年9月。体温37.5°C、脉搏148，呼吸63血压140/80。端坐呼吸，发紺，颈静脉充盈，心界向左扩大，律齐无病理杂音， $P_2 > A_2$ ，双肺底叩诊略浊并闻及少许湿鸣，肝在肋下2厘米，软无压痛，脾未触及，无腹水征，外阴见少量血液流出，宫底于脐下三指，宫颈光滑，阴道及双侧附件正常。尿妊娠生物试验1/10,000阳性。胸部照片见肺小动脉多数栓塞，肺心病。心电图为窦性心动过速，右室肥厚劳损，心肌缺血。经处理后病情未见好转，呼吸困难发紺加重，颈静脉怒张，肝肿大达肋下5厘米，触痛明显，肝颈静脉回流征阳性，阴道出血未停，经强心剂等处理无效死亡。屍检发现子宫增大、胎盘绒毛呈水泡状性变，与宫内膜附着不紧，内膜及肌壁未见浸润或破坏，镜检水泡状胎块大部已坏变，部份区域可见残留滋养叶细胞，但仅轻度增生未见恶变。肺表面多数出血性梗死灶，最大达3×2厘米，切面呈三角形，梗死灶镜检见肺动脉分枝腔内有增生滋养叶细胞团堵塞，部分已坏变，未见绒毛。右心明显扩大，右室肥厚，办膜正常，右室心肌镜检见肥大及断裂。病理诊断：宫内水泡状

胎块；肺动脉多发性滋养叶细胞栓塞；肺心病。

亚急性肺心病的病因为肺动脉多数性狭窄或栓塞所致，栓子的来源有：(1)机体任何部位的癌瘤；(2)血栓性静脉炎或静脉血栓形成；(3)多数性骨折的脂肪栓；(4)绒毛滋养叶成份。其中以肺动脉被转移性癌瘤浸润及阻塞为最常见，而因滋养叶成份栓塞者则极少。正常妊娠时偶或可有绒毛滋养叶细胞经血流转移于肺，但量极少且迅速坏变消失，不至引起严重后果。至于恶性水泡状块个别除表现子宫壁摧毁及盆腔内转移外，亦可迁徙于肺，但一般肺内的转移灶应有绒毛的结构，均与本例情况有所不同。

本病的临床特点与一般亚急性肺心病相同：(1)缺乏慢性肺部疾病的历史，而每有导致肺动脉栓塞的原发病存在；(2)呼吸困难和干咳为早期而突出的症状，而胸痛和咯血则较一般大块肺梗死为轻；(3)胸部体征较少，与严重呼吸困难不成正比；(4)后期可出现右心衰竭，且对心衰竭的处理缺乏应有的反应，(5)X线检查除见及右室肥大，肺动脉段突出外，还可发现肺内多数性结节样浸润的肺小动脉栓塞影像；(6)心电图示心动过速，P高尖，右轴移及右室肥大等图型。以上各项亦可作为诊断本病的依据。

本病的病程一般数周至数月，当肺动脉栓塞一旦导致肺动脉高压和右心衰竭后，每因栓塞难于解除，患者常于短期内死亡。亚急性肺心病的治疗必须强调预防性处理导致肺动脉栓塞的原发病，如肿瘤或其他病灶的切除以及抗凝剂处理血栓性血管疾病等，但多数患者入院时每届晚期，故预后极为恶劣。

616—073.75—09:616.132.2

63—009

616.132.2—073.75—09

冠状动脉造影术的实验研究（摘要）

内科学教研组 刘士铮 李 惠 康 明 罗德诚

放射诊断学教研组 杨啟汉

冠状动脉疾患是常见而严重危害人民健康的疾病，但其患病部位及程度可有很大差异，鉴于外科手术的进展，较大冠状动脉枝的阻塞常常可以手术处理，故使用血管造影法来对患病的冠状动脉加以定位是有它一定价值的。

注入造影剂而获得冠状动脉的直接影像首在1921年 Gross 进行过研究，近年来国外在这方面已取得不少成绩和经验，国内亦开始进行此项技术的实验研究，现将我院1960年1月至5月在动物身上进行的23次研究结果分析报导如下，以供参考。

实验方法：由周围动脉逆行插入8号导管至升主动脉，在透视下选择好位置后照一素片对照。把装有造影剂的注射器安装在自制的加压器械上，再把导管牢固连接于注射器上，先由气管导管短时输入大量氧气以促使肺膨胀，继则加压快速注入造影剂并快速连续摄影，此

时并压迫颈动脉。造影后撤出导管，对常规缝合动静脉。

结果分析：一、用上述方法共进行了23次造影，对结果的评定分为显影与不显影两大类，显影中又以所显示冠状动脉枝的多少及其清晰程度分为：

最优：左右冠状动脉的各級分枝均显出清晰满意的影像；

优：仅左或右枝显影，但影像清晰、满意，或左右枝均显影而其中右枝显影不够满意者；

较优：仅左或右枝显影、影像虽清晰，但不是很满意者；

较差：仅左或右枝显影，所显冠状动脉枝轮廓清楚，但其中造影剂的充盈不够满意者；

劣：所显冠状动脉枝仅勉强可见。

根据上述所订标准，23次造影中，不显影者6次（佔26.08%），显影者17次（佔73.92%），其中最优者6次，优5次，较优3次，较差2次，劣1次。（附簽 1A_{1,2} B.C. 几張良好冠状动脉影像）。

二、显影时间及左右枝显影率：

我們自制的快速换片台，换片速度平均为0.7—0.8秒，冠状动脉显影多在第一、二張，有时在第三張仍可看到，故其显影时间多在注射藥物开始后1—2秒鐘內，也說明冠状动脉循环时间仅約1—2秒鐘。

我們資料中观察到下面一些情况：（1）当左枝开始显影时，右枝尚未显影，左枝先于右枝显影；（2）右枝开始显影时，左枝各級分枝已显出良好影像；（3）当左枝各級分枝达到良好影像时，左枝影像已消失或接近消失；（4）左枝显影率比右枝高，我們資料中右枝显影左枝亦必显影，但左枝显影右枝則未必显影。上述情况可能与左枝冠状动脉比右枝大且循环速度較快有关，亦与导管位置，方向及造影剂量，注射压力和速度等有关。

三、造影时心脉的变化：

某些被試驗的动物中，在造影前后处錯繪心电图及測定血清特氨酶，个别动物在注射时曾出現过心电图T波的暂时性倒置，但注射完畢后立即恢复正常，注射后3.5.10.15分钟均未見异常表現。有些动物在注射后其特氨酶曾有降低，但仍在正常范围中波动，不說明有任何病理意义。

討 論

对如何获得更好的冠状动脉造影影像，我們有如下几点体会：

1. 导管端位置应置于升主动脉近端距离主动脉办2公分之內；
2. 导管应沿附升主动脉壁而避免悬中，以免注射时适遇心室收縮期（此时主动脉办是打开的）而致造影剂大量漏入左室，影响显影；
3. 若有意获得单側冠状动脉較好影像者，应尽可能使导管端对着該側冠状动脉口的方向；
4. 先加大肺压，然后才迅速注射造影剂，以真正在造影剂注入之前减少左心回血量；
5. 造影剂应在2秒鐘內注射完，換片速度在2秒鐘內至少不少于2—3張；
6. 若缺乏双向球管該备者，摄影位置最好采取左斜位，因此位可較好观察冠状动脉，避免某些冠状动脉枝与降主动脉及脊柱重叠，影响結果分析。

从心电图及特氨酶的改变未看，说明冠状动脉造影对心脏的影响是不大的，23次实验中沒有因造影而致死亡者，亦说明这种检查危险性不大，相当安全，这一点与国外某些报导相符^(1,2)。

616.126--007.27--053.1

63--010

先天性全部心脏瓣膜狭窄一例报告

(摘要)

内科学教研组 刘士铮

指导者 罗德誠

迄今为止，国内尚未見有此种病例报导，根据我院所能查閱到资料来看，国外似乎亦未見专门有此种病案报告，本院83例确诊的先天性心脏病中有一例从临床检查及病理解剖证实的先天性全部心脏瓣膜口狭窄病例，殊属罕見，特扼要报导如下：

病例摘要

住院号：89891，×××，女性，17岁，工人于1962年9月29日，因自小易疲，心悸，气紧及反复右上腹剧痛11年入院。

患者自小易疲，自懂事后即常感心悸气紧，活动后更显，6年前曾有双下肢肿，咳嗽，咯血而至市立某医院診为“先天性心脏病”亦曾多次来我院門診拟診为“先天性心脏病”。

11年来反复右上腹后作性剧烈疼痛，19天前又发作且伴高烧，从无咽喉疼痛，关节紅肿及不明原因发烧史。

查体：T37.8°C，P93次/分，R24次/分，B.P.110/84mmHG，发育正常，营养中等，身長144Cm，一般情况好，頸静脉不怒張，肺清晰，心尖搏动在左五肋隙鎖骨中綫外1.5Cm，无明显貓喘，心界左右大，二尖瓣及三尖瓣区均有Ⅲ級粗糙收缩期杂音，及舒張中晚期雷鳴性杂音，主动脉瓣区，付区及肺动脉瓣区亦均有Ⅱ級的粗糙收缩期杂音，傳至頸根部。肝肋下6Cm压痛，叩击痛，脾肋下7Cm，下肢不肿。

实验室检查：Hb55% R.B.C. 308万/mm³，W.B.C. 13700/mm³，中性多核球41%，带核42%，淋巴17%，S.R. 17mm/一小时末，血培养阴性，胸部X綫检查：肺清晰，心橫位，心腰部突出，各房室无明显长大（多次透视）。

心电图检查：正常图形

住院经过：入院后經一般支持疗法及广譜抗菌素应用，未見好轉住院第五天患者腹泻，大便涂片查見大量革兰氏阳性球菌，大便培养为白色葡萄球菌，入院后第11天，因要求解除

輸液未遂，而表示非常氣憤，繼則兩眼上翻，臉臉抽搐，人事不省，心跳脈搏快速難數血壓考不起，几分鐘后发作停止，脈搏減緩至80次/分，血壓恢復至114/92mm Hg一刻鐘后又发作，搶救无效死亡。

病理解剖发现及診斷（尸檢是144—62）。

1. 先天性心脏全部瓣狭窄：其周徑：二尖瓣7.5cm，三尖瓣8cm，主動脈瓣及肺動脈瓣各5cm（各瓣膜光滑，无風濕或其他病变）。

2. 双心室輕度肥厚，（左室壁厚1.0—1.1cm，右室壁厚0.5cm）心脏重量240gm，肺動脈发育不良。鏡下見双心室心肌纖維腫脹，核大，染色深，部份有橫紋不清及空泡形成，間質水肿及輕度出血。

3. 双肺肺水肿，右肺下叶出血性梗死（余略）。

討 論

正常成人各瓣口周徑为：二尖瓣10cm，三尖瓣11—12cm，主動脈瓣7.5—7.8cm，肺動脈瓣8.5cm，而本例直接測量各瓣口周徑結果均較正常明显狹小，結合临床心脏檢查的特征性发现，且心脏杂音已有在多年等等，本例可診斷为全部心脏瓣膜口狹窄。

患者自小就有心悸气紧易疲等症狀，且瓣膜光滑无其他病变，可排开風濕或其他后天性原因，而屬先天性发育不良所致之全部心脏瓣口狹窄。

关于本例診斷命名問題：由于考虑先天性发育不良乃是造成瓣口狹小原因，故称之为“全部瓣口狹窄”似較“全部瓣口发育不良”或“二尖瓣狹窄，其他瓣口发育不良”为妥。

由于各瓣口均显狹窄，在病理生理上起了下列的互相联系制約作用：1. 在二三尖瓣狹窄时，左右心室本应相应縮小（舒張期之負荷減輕）但因同时存在有主動脈及肺動脈狹窄这时收縮期負荷增加，故以縮期負荷的增加超过舒張期負荷的減輕，以致左右心室仍現輕度肥厚，（左室壁虽絕對数字上增厚不显，但与二尖瓣狹窄者本应縮小相比，仍較肥厚而可認為有輕度肥厚），又由于肺動脈瓣狹窄比主動脈瓣狹窄重，故右室壁增厚程度比左室显。（以与正常瓣膜周徑的百分比算：二尖瓣口为正常瓣口的75%，三尖瓣66.6%，主動脈瓣64.1%，肺動脈瓣58.8%）。

2. 二尖瓣狹窄时其小循环本应显示阻性充血，但因同时有高度肺動脈瓣狹窄存在（小循环缺血），二者互相制約，故多次X綫檢查，肺上并无明显充血缺血表現。但是此等患者如果在某些情况下，由于其他原因促使小循环压力突然增加，仍可出現二尖瓣性咯血，患者双肺肺水肿的病理改变可能与二尖瓣狹窄机械障碍的影响有关。

患者虽然自小就有心脏病症狀，但发展緩慢，症狀不重，心肌功能較佳等等，可能与上述的互相联系制約作用的内部调节有关。

在各瓣口狹窄的基础上发生心动过速性的心律紊乱以致发生亞——斯二氏綜合征（Adam's—Stoke's syndrome）可能为患者死亡的直接原因。

成都市风湿病普查工作小结 (摘要)

内科学教研组 罗德诚 郎恩普

1960年3—8月間对成都地区三个工厂及一个农村公社凡屬12—30岁适龄工人与农民进行了风湿病普查工作，普查人数共8,587人，其中农民3,236人，工人5,351人，风湿病诊断标准是以1955年风湿热研究专门委员会提出之诊断标准为依据；慢性心瓣膜病主要以物理诊断为准；可疑风湿病之诊断标准：1. 随气候变化出现多关节疼痛而无紅、肿、热征象；2. 单关节疼痛而无紅、肿体征，反复喉痛有慢性扁桃体炎；3. 心尖有Ⅱ—Ⅲ級吹风性收缩期杂音，赤沉率超过正常值者。慢性扁桃体炎诊断标准：扁桃体肥大Ⅱ度或Ⅲ度(Мильковскій氏分度法)，表面有膿栓，分泌物或腺窩者。

結果：8,587人中确诊有风湿病者139人，总发病率为1.62%，农民发病率较工人为低，前者为1.08%，后者为1.94%可疑风湿病者283人，总发病率为3.36%。女性多于男性，农民和工人之女与男发病率之比分别为4.5:1和2:1。风湿病之发病率随年龄之增长而逐步上升，与年龄有平行关系。慢性扁桃体炎与风湿病的关系，仅从工人組做了分析，在5,351人中共查出慢性扁桃体炎患者50人，其发病率为0.91%，其中确诊风湿病者佔9例，可疑风湿病者佔17例，則扁桃体炎在确诊风湿病組中之发病率为8.65%，在可疑組中为11.41%。而扁桃体炎在正常人組中发病率仅为0.47%。故看出风湿病与扁桃体炎有密切关系。成都地区风湿病发病率高于北京地区(該区发病率为1.44%)，多系本区湿度较高，气候变化多端，时冷时热，易发生上呼吸道感染的关系。与工作环境与人口密度也不无关系。

急性溴甲烷中毒两例报告 (摘要)

内科学教研组 鍾雪萍·刘士鋒 梁多蓉

溴甲烷(Bromomethane CH_3Br)系一种脂肪族卤素經类化合物，可做为冷冻剂及薰蒸杀虫用，由于本品有剧毒，現已不广泛使用。但农业上及倉庫中用以薰蒸杀虫者仍不少。关于溴甲烷中毒，国内張家庆、白聚昌、丁管德等氏的报告(1,2,3)中以神經系統損害为主，未提