

醫學報告彙集

第一輯

(內部刊物)

贈閱

中國人民解放軍第六軍醫大學
1954. 8.

醫學報告彙集

第一輯

目錄

肝脾腫大的病原診斷.....	1— 16
第六軍醫大學教學醫院一年來的睡眠療法初步總結報告.....	17— 62
流行性乙型腦炎（贛州市 1953 年 427 例的分析）.....	63— 74
183 例大葉肺炎之臨床分析.....	75— 79
白血病二十四例分析報告.....	80— 88
日本血吸蟲病的臨床觀察一五〇例病案之分析.....	89— 98
南昌所見之瘧疾一五六例之分析.....	99—106
四二例肺結核之異菸肼治療總結.....	107—113
晚期日本住血吸蟲病之治療與脾臟摘除術.....	114— 119
脾臟摘除術的幾個具體問題.....	120—125
胃及十二指腸潰瘍之外科療法——胃廣泛截除術.....	126—131
急性腹痛的診斷.....	132—146

醫學報告彙集 第一輯 勘誤表

頁數	行數	錯字	改正
4	右17行1字	脈	膿
5	右11行16字	能	觸
9	左3行9字	症	吸
9	右倒8行9字	脾	肝
10	右5行3字	50/100	50—100
15	左5行7字	都	却
15	左15行6字	血吸病例	血吸虫病例
15	左倒10行2字	汪	江
21	右2行	加大，較深……	加大，睡眠較深……
22	左13行	二下	下中
27	左3行	瀦瀦	瀦留
27	左5行	瀦瀦	瀦留
28	左倒4行	催眠	催眠
	右倒4行	5—10十年	5—10年及十年
35	左6行	阿米巴	阿米巴
	右2行	腸脹	腹脹
36	左30行	痊療	痊癒
	右33行	阿米巴	阿米巴
44	右29行	前來	曾來
45	右40行	時解	時間
50	左5行	血壓不	血壓不斷
51	2行	20—301歲	19—44歲
60	3行	皮炎之發生	皮炎)之發生
62	5行	exfoliatrve	exfoliative
	6行	phenoharbitocl	phenobarbital
63	20行	16.	1.6
63	25行	月中，下旬	月中、下旬
65	33行	四肢震顫……311%	四肢震顫……31.1%
66	表八	77	7.7
67	表九	清澈 明	清澈透明
71	表二十二	表	表
77	表十三下之第四行	診	微

頁 數	行 數	錯 字	改 正
78	右邊第一行	院又本	又本院
78	右邊第二行	3	4
78	右邊第八行	33.33%	83.33%
78	表十四內	日數	發病日數
78	右邊倒數第五行	有菌血症	無菌血症
78	右邊倒數第四行	無菌	有菌
79	右邊第六行	New Yayk	New Yark
79	右倒四行	Hnt	Int
79	右邊倒 3 行	medione	medicine
79	右末一行	d loeb ofmedime	Loeb of medicine
80	左倒數十一行	急性白血病，數例	急性白血病數例，
86	表五	十四例白血病線治療結果	十四例慢性髓細胞性白血 病放射線治療效果
89	右13行	15	150
90	左倒數11行與12行 之間遺掉一行字		過去有過之症狀
91	右13行	枝氣管肺泡者	枝氣管肺泡音
95	右 1 行	150例日本吸血虫病	150例日本血吸虫病
95	右18行	肺部異常體微均可	肺部異常體微均可
95	右倒數14行	可能與併發症有一定關 係	可能與此類併發症有一 定關係
96	左23行	證明爲本病病變	證明有本病病變
96	右10行	乃由於本文中患者	可能由於本文中患者
97	左倒數 5 行	及 8 日療法	及 3 日療法
99	右倒四行	職業無特性關係	職業無特殊關係
100	右倒六行	3 例爲瘧症	3 例爲癰症
101	左十行	有時有表沒壓痛	有時有表淺壓痛
101	左十三行	腹部症狀隨之失	腹部症狀隨之消失
101	左十五行	……尙有併 胸痛，	……尙有併發胸痛
101	左十六行	……全身專麻症	……全身尋麻症
101	左倒五行	沉迪報告	沈迪報告
104	左倒十二行	(……商品內食少量……)	(……商品內含少量……)
104	左倒五、六行	，孔大等，	，瞳孔等大，
105	左六、七行	已停住八月	已停經八月

頁數	行數	錯字	改正
110	右倒8行	斤毫克	斤4—8毫克
112	右9行	不難以言	不敢斷言
112	表七內第4行	血沉降主每小	血沉降至每小
	表七內	X腺	X線
113	左倒2行	2953	1953
113	左倒3行	Bjrlsh	British
113	右7行	Chemth	Chenloth
114	1	晚期日本住血吸病	晚期日本住血吸虫病
114	左19	住血吸虫病之	住血吸虫病所致之
115	左倒數4	。我他認為	。我們認為
115	右倒數16	。其他內况	。其他情况
115	右倒數15	此26臟情例	此26例
116	右10	，虫卵並非促使脾大腫之	，虫卵並非促使脾腫大
116	右倒1	……之門靜脈高血壓症	……之門靜脈高壓症
117	左6	，因為谷氏腹中	因為谷氏例中
117	左10	……是脾腫的	……是脾腫大的
117	右4	凝血酶亢缺……	凝血酶元缺……
117	右14	……功能失償	……功能障礙
117	右27	2例6個年	2例6年
118	左8	……脈高血壓症	脈高壓症
118	右倒數3	。肝腹	。肝臟
119	左倒12行	Chambbell	Chambbell
121	右倒數3	Вещиееский	Вещневеский
123	右倒數5	Cauteu	Carter
124	右19	術後維生素已	術後維生素子
		取決於凝血元	取決於凝血酶元
124	右倒8行	Thonek	Thorek
		Sa egurds	Safeguards
	右倒2行	Techenic	Technie
125	右5	empeymnt	employment
126	1	外科療法 胃廣泛截除術	外科療法——胃廣泛截除術
	左3	1879年年Juls	1879年Jules
	左8	Billrotn	Billroth

頁數	行數	錯字	改正
	左10	吻合術, Curvoisier) 倡用 結腸後胃空腸吻合術,	吻合術), Curvoisier (倡用 結腸後胃空腸吻合術),
	左12	jabeulay	Jabeulay
	左13	氏鉗	氏鉗
	左19	Hemmeter	Hemmeter
	左22	……講義」。	……講義」,
	左23	……甚詳,	……甚詳。
127	左倒3	混合性3例	混合性5例
	右3	本病例	較本病例
	右18	毫斗	毫升
	右19	維維	維持
128	左倒12	10除	10. 除
129	左14	穿空性	穿孔性
	右20	……Joidan)	Jordan ⁽⁹⁾)
	右倒10	適走	迷走
130	左8—9	——內臟相關學潰瘍病因 之惡說, 移除潰瘍爲打斷 胃及十二指腸性……	——內臟相關學說, 移除 潰瘍爲打斷胃及十二指腸 潰瘍病因的惡性……
	左21	多切, 當然,	多切。當然
	左倒13—14	……總胆管切開, 置入一 長「形管, 因此……	……總胆管開口。Marsh- all氏主張切開總胆管, 置 入一長「形管, 作爲手術 時之指針, 因此……
	左倒4	Hofmeistet	Hofmeisten
131	左倒8		在倒8行的上面, 插入 「參考文獻」四字。
	左倒8	Ddvelopment	Development
	左倒6	Notr Am-	North Am-
	右3	Mckittrix T.S. et	Mckittrick L.S. et AL.
	右4—5	Mortalityin……uleen	Mortality in……ulcen,
		Ann Surgi	Ann. of Surg.
	右11	Matsball	Marshall
	右12	Treatmenf	Treatment
	右倒2	afrerpastial	after pastial
133	左3	表	表字不要

頁 數	行 數	錯 字	改 正
	左14	腹部傷	此三字向左移出一格
135	左19	多放射到肩峯	多放射到右腰部、肩峯
	左倒12	或酸性	或化學性
	右 6	症，所致	症所致，
	右倒17	穿孔，	穿孔；
	右倒 6	破裂，	破裂；
136	右 5	腹心，	惡心，
138	右倒 8	僅大	僅爲大
139	左 6	少少有	少有
	右22	RoVsing	Rovsing
140	右倒12	——爲	一爲
141	右24	Rovsig	Rovsing
	右26	Patbognomonic	Pathognomonic
142	左21	腸團	腸周圍
	右16	腹膜炎	闌尾炎
	右倒 4	可秘結	可能秘結
143	左10	月經於	月經（？）於
	左10	正常。	正常（？）。
	右倒 2	濁音區；	濁音區，
145	右15	出血之	出血時之

L 785

009912

肝脾腫大的病原診斷

(南昌所見659例肝脾腫大病的病原分析)

第六軍醫大學內科系消化病組

一、引言

肝脾腫大為臨床上常見的體徵，在診斷上最其意義，因肝脾腫大後，最易觸知；且在各種疾病中，根據肝脾腫大程度和性質的不同，可對各病的情況進行了解，這對診斷上的幫助很大。由於各地區某些傳染病及寄生蟲病的流行情況不同，各地區肝脾腫大的原因，又復不同，因此對各地區的肝脾腫大情況，加以探討，在臨床診斷上，有一定的價值。

通常所見的肝脾腫大，就臨床觀察的情況，大致可分為二大類：第一類，患者常因急性或慢性病就醫，在檢查中發現肝脾腫大，此類肝脾，一般為輕度腫大，可能對患者的影響不大。第二類，患者因肝脾腫大而就醫，肝脾常為中度或高度的腫大，此類患者，除具有原來疾病所致的症狀外，並常有脾機能亢進現象，同時腫大的肝脾本身常影響患者的勞動力。此類肝脾病，診斷上的問題最多，特別是一部份原因不易查明的肝脾腫大病，在目前醫學界尚是一個未解決的問題。

本文針對上述目的，將本院將近五年來所見的肝脾腫大病例，根據病歷記載，加以分析統計，希望對南昌附近所見的肝脾腫大情況，有比

較全面的概念，並擬在病因方面，作初步的估計。另附部份病例的簡單報告，藉以介紹診斷上的經驗。惟因診斷技術和設備有限，及部份病歷記載不全，內容有遺漏和不全面之處，在所難免。

腫大肝脾的性質，在診斷上很具意義，惟因記載不全，未予統計。

本院最近五年來，共收治約13,200病員，包括部隊戰士幹部，地方幹部和附近居民。其中收集所得有肝、脾或肝脾同時腫大的病例，共659例，約佔住院總人數的5%，此數字可能較實在數字為少，因部份外科，兒科及婦產科病例未包括在內。其中男性416例，女性92例，男女比例約為4.5:1。(瘧疾67例，傷寒64例及肺炎20例未統計性別)。單獨肝腫大的155例，脾腫大的278例，肝脾同時腫大的223例。

二、肝脾腫大的病原分析及其在診斷上的重要性

病原的診斷，主要係根據典型臨床症狀，病原的發現及手術或病理檢查而確定(見附表一)。

附表一 肝脾腫大的病因統計

病名	病例數			肝脾大 病例數	肝脾同 大病例	數脾腫 大病例	備考
	總數	男	女				
傳染病及病	傷寒	64	?	?	—	13	日本血吸蟲系71例中50例由糞便內發現虫卵或孵化證明，4例治療試驗證明，17例以手術後肝活體切片證明。
	大葉性肺炎	20	?	?	?	17	
	傳染性肝炎	45	33	12	28	13	
	黑熱病	25	23	2	0	13	
	瘧疾	67	?	?	—	10	
	日本住血吸蟲病	71	63	3	4	46	

肝 膽 及 胆 道 疾 病	肝膿腫	10	8	2	9	1	--	肝膿腫中，8例抽膿或手術證明2例試驗治療證明，胆石病中，12例手術證明，10例憑臨床症狀診斷。 雷諾克肝硬化4例病理證明4例臨床診斷。 梅毒性肝硬化2例經治療後反應良好，胆管性肝硬化4例病理證明，3例根據臨床症狀診斷。
	原發性肝癌	15	13	2	7	7	1	
	繼發性肝癌	3	2	1	2	1	--	
	胆石病及胆囊炎	22	16	6	12	6	4	
	日本住血吸虫肝硬化	46	42	4	--	21	25	
	雷諾克肝硬化	8	8	--	2	2	4	
	梅毒性肝硬化	2	1	1	2	--	--	
	肝炎後所致的肝硬化	8	7	1	2	2	4	
	胆管性肝硬化，阻塞性	6	5	1	--	5	1	
白 血 病	胆管性肝硬化，非阻塞性	1	1	--	--	--	1	
	肝硬化（未經充分檢查）	3	--	3	--	--	3	
	慢性髓性白血病	15	11	4	--	3	12	
心 臟 病	急性髓性白血病	3	2	1	--	1	2	心臟病內，除心包炎外，全部有心力衰竭症狀，
	急性淋巴性白血病	3	2	1	--	--	3	
	風濕性心臟病	50	32	18	32	11	7	
	梅毒性心臟病	23	18	5	18	4	1	
其 他	高血壓性心臟病	14	9	5	13	1	--	
	先天性心臟病	5	4	1	3	1	1	
	心包炎	7	4	3	5	--	2	
	病因未定的心力衰竭	6	3	3	3	2	1	
其 他	急性上呼吸道感染	5	5	--	--	--	5	
	何杰金氏病	3	3	--	--	1	2	
	腎上腺皮質瘤	1	1	--	--	--	1	
	枝氣管肺炎	2	2	--	1	--	1	
	急性桿菌痢疾	2	2	--	--	1	1	
	間質性肺炎	1	--	1	1	--	--	
	黑尿熱	1	1	--	--	--	1	
	結核性脾周圍炎	1	--	1	--	--	1	
	傳染性單核白血球增多症	1	1	--	--	1	--	
	膜性病	1	1	--	--	--	1	
	蘭尾膿腫	1	1	--	1	--	--	
	鼠型斑疹傷寒	1	1	--	--	--	1	
	急性胃腸炎	1	1	--	1	--	--	
	乾酪性肺炎	1	1	--	--	1	--	
	粟粒性結核	1	1	--	--	1	--	
病 因 不 明 的 大	輕度脾腫大	10	10	--	}	24	31	經比較全面的檢查，未發現病原，其中18例肝活組織檢查，未確定病原。
	中度脾腫大	8	8	--				
	高度脾腫大	19	15	4				
	高度脾腫大（經脾切除及肝活組織檢查）	18	17	1				
未 查 經 充 份 檢 例	脾腫大：輕度	11	9	2	}	10	20	大都因其他原因入院，未進行檢查脾腫大原因，或中途出院或短期死亡，因未作檢查者。
	脾腫大：中度	7	7	--				
	脾腫大：高度	2	2	--				
	肝腫大：輕度	7	6	1				
	肝腫大：高度	2	1	1				
總 計	肝脾腫大	10	8	2	}	226	278	其中瘧疾67例肺炎20例，傷寒64例共151例未統計性別。
		659	416	92				

其中以急性傳染病及寄生蟲病佔第一位，計292例。肝膽道疾病（包括肝硬化）佔第二位，計124例。其次為心臟病，105例。白血病21例，其他疾病23例。原因不明的共92例，其中有39例，未經充份檢查，未予分析。另有55例脾腫大，於本院設備條件許可的情況下，曾進行比較

全面的檢查，而未能確定病原。

此中肝硬化及原因不易確定的脾腫大二組病例，數字不小，而在診斷上困難較多，留待下面再作討論。茲將其他病原所致的肝脾腫大，作重點的討論如下。

I. 急性傳染病：本院收治傷寒病例，1947

——1950三年間，共122例，其中單獨脾大的51例，肝脾同時腫大的13例，均係輕度腫大(1)。

傳染性肝炎有肝脾腫大者計45例，其中單獨肝腫大23例，主要為輕度腫大，單獨脾腫大2例，肝脾同時腫大15例。(見附表二及附圖一)。這些病例的診斷，主要依據臨床症狀、體徵、實驗室檢查及病程而確定，部份病例，有比較完備的肝機能測驗，一般在診斷上困難不大。其中一例，病情嚴重，最後演變為亞急性黃色肝萎縮而死亡，其病程經過如下：

男性患者，20歲，住院號9021，未婚軍人，江西玉山。主訴為惡心嘔吐20餘日，週身發黃一週，並有低熱，無服用特殊藥物或接受輸血史。入院後發現明顯黃疸，肝腫大二指，有壓痛，下肢輕度水腫。黃疸指數130—150，凡登白立即直接反應陽性，白血球6,650，尿中尿膽元+，膽紅質++。血清蛋白5.46克/100毫升。高田氏反應

陽性。雖經按肝炎治療，未見好轉，出現腹水，肝逐漸縮小，白血球上升至14,000。最後死於肝昏迷，病程共64日。屍體剖檢，病理診斷為亞急性傳染性肝炎、亞急性黃色肝萎縮、膽素性腎病、門脈系統充血、慢性脾腫大、慢性日本血吸虫病。

大葉性肺炎有肝脾腫大者17例，脾腫大20例。截至1954年5月，本院共有大葉性肺炎183例。故肝脾腫大佔總數9.3%，脾腫大10.9%。為減少統計上的錯誤起見，大葉性肺炎有肝脾腫大者，僅採取其中肝脾較軟而肺炎經治療後肝脾腫大消失或明顯縮小者(2)。

II. 寄生虫病：日本血吸虫病為南昌所見肝脾腫大病中最主要者。經發現病原確定診斷而有肝脾腫大者共71例。佔本院血吸虫病例(共100例)的71%(3)。其肝脾腫大情況見附表二及附圖一。

表二 幾種常見肝脾病肝脾腫大程度

病 名	病例總數	脾 腫 大			肝 腫 大			肝 脾 腫 大			未 明		
		輕	中	高	輕	中	高	脾(輕)	脾(中)	脾(高)	肝(輕)	肝(中)	肝(高)
日本血吸虫病	71	2	3	17	3	1	0	9	3	0	6	2	1
黑 熱 病	25	0	1	6	0	0	0	2	0	1	1	1	0
瘧 疾	67	51	5	1	0	0	0	10	0	0	0	0	0
傳 染 性 肝 炎	45	2	0	0	24	3	1	13	0	0	1	1	0
肝 脾 腫 大	10	0	0	0	4	2	3	0	1	0	0	0	0
原 發 性 肝 癌	15	0	1	0	1	1	5	0	1	0	0	0	5
繼 發 性 肝 癌	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
胆 石 及 胆 囊 炎	22	2	1	1	10	2	0	1	0	0	1	1	0
慢性髓性白血病	15	1	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心臟病心力衰竭	98	8	1	1	49	15	5	9	2	4	2	0	1
心 包 炎	7	0	0	0	0	3	2	0	2	0	0	0	0
日本血吸蟲肝硬化	46	9	4	12	0	0	0	3	1	0	3	2	1
雷諾克肝硬化	8	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
胆管性肝硬化	7	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
原因不明脾腫大	55	4	4	23	0	0	0	6	0	0	4	0	0

說明：高度腫大：超過臍水平線或肋緣下五指以上。

中度腫大：超過臍及肋緣間的平分線而在臍水平線內，或三指以外，五指以內。

輕度腫大：在臍及肋緣間的平分線內或三指以內。

其中半数以上(43例)肝脾同時腫大, 22例單獨脾腫大, 而單獨肝腫大者僅4例。高度脾腫大者39例, 在本文所列疾病中佔第一位。39例中, 單獨脾腫大者17例。而在12例脾中度腫大者中, 僅3例單獨脾腫大, 其他均伴有肝腫大。可見在血吸蟲病例中, 脾愈大則肝腫大的機會愈少。

日本血吸蟲病的診斷, 主要靠發現蟲卵而確定。在比較早期或有重複感染的病例, 利用糞便塗片, 沉澱法或孵化法, 不難確定診斷。惟在晚期病例, 病原診斷往往非常困難, 因是時腸壁癭痕組織大量形成, 不復排卵。直腸粘膜活組織檢查, 陽性率也僅36.6%(4)。利用肝穿刺, 吸取活組織, 對診斷有幫助(5); 但施行病例尚少, 陽性率未確定。利用成蟲或尾蚴作抗原, 行皮內反應試驗, 陽性率據云可達80—90%(6); 其他如補體結合試驗及尾蚴薄膜形成等法, 能幫助診斷, 但其陽性率均未肯定。肝活組織切片(剖腹時採取), 特別對晚期肝硬化病例, 診斷價值應該最大, 其陽性率未見文獻記載, 但不能普遍應用, 因此晚期血吸蟲病的診斷, 仍是一困難的問題。

黑熱病有肝脾腫大者, 計25例。其中18例肝脾同時腫大, 7例單獨脾腫大。脾高度腫大者19例(76%)。肝脾均高度腫大者3例, 由此可見肝脾腫大在黑熱病診斷上的重要性。(見表二、三、四、七、及附圖一)。

瘧疾引起脾腫大者67例, 同時伴有肝腫大者10例, 各佔本院瘧疾病例(11)(156例)的42.9%及6.4%。除5例為脾中度腫大及1例高度腫大外, 全部肝脾為輕度腫大。瘧疾肝腫大在以前認為少見。近年來屢見文獻報告, 其中一部份並認為係肝炎的一種, 與一般傳染性肝炎不易區分。但本院所見10例肝腫大, 雖有上消化道症狀, 而肝無壓痛, 黃疸亦少見, 與一般傳染性肝炎稍有差異。文獻中所報告的瘧疾肝炎, 黃疸為肝原性而非溶血性, 肝機能顯示不正常也如其他肝實質病變一樣, 對於此類病例, 在瘧疾流行地帶, 特別在流行季節, 必須努力予瘧原蟲的檢查, 以作必要的鑑別診斷。

Ⅲ. 肝膽道疾病: 肝膿腫主要引起肝腫大, 10例中有3例肝高度腫大, 僅一例伴有輕度脾腫大。本文收集的10例中, 2例肝穿刺未發現膿液, 經吐根素治療痊癒。5例抽出典型的巧克力

樣膿液。3例經手術排膿, 排出黃色膿液, 其中一例死亡, 屍剖證明為阿米巴性。另2例經吐根素及抗生素合併治療痊癒, 究為阿米巴性或細菌性, 未最後確定, 但二例在手術時均未發現其他原發化膿病灶。

阿米巴肝膿腫為國內常見病之一, 阿米巴感染率, 根據各地醫院病人的糞便檢查, 在北京為10.4%—12.2%, 南京3.1%, 廣州0.4%(7)。阿米巴痢病例中有肝膿腫的百分數, 各地報告不一。北京中央人民醫院160例腸阿米巴病中, 有57例肝阿米巴病, 為36%(8)。山東大學醫學院113例中有42例(37.1%)(9)。蔡有章氏, 10%。湯仲武氏, 9%(10)。

肝阿米巴病的診斷, 臨床上有重要意義, 因本病一般只需內科治療, 外科治療效果並不滿意, 因此必須與其他需外科治療的病如細菌性肝膿腫, 膈下膿腫及膽囊炎等鑑別, 診斷本病, 一般常過於重視腸阿米巴病的病史, 據國內文獻, 有痢疾史或腸道症狀者, 僅50%左右。(李言讓, 51.6%(11)。蔡有章54%(10)。)至於糞便內找到阿米巴的機會更少(李言讓21.2%)。必須了解, 腸阿米巴病的症狀, 和寄生部位有關, 在左側結腸, 乙字結腸及直腸的感染, 易致痢疾症狀; 在迴盲部的感染, 一般非但無痢疾症狀, 且常顯便秘。肝穿刺在肝炎期, 不能抽出膿液, 穿刺無膿, 不能摒除診斷。抽出巧克力色膿液, 診斷可以確定, 膿液內發現阿米巴的機會却不多。阿米巴肝膿腫, 易發生繼發感染(約15%), 感染後膿液常轉為黃色, 因此也不能因膿液不典型而摒除阿米巴病的診斷。在某些病例, 臨床症狀符合而不能進一步確定診斷時, 應進行吐根素試驗治療(有禁忌症者除外)。

原發性肝癌為本院所見引起巨大肝臟的第一個原因。此處15例中, 肝高度腫大者10例(66.6%), 同時伴有脾腫大者7例, 此大概由於原發性肝癌大都同時伴有肝硬化所致。15例中, 5例經病理檢查確定, 此5例均同時有門脈性肝硬化存在, 其中1例, 肝內並有血吸蟲卵發現。其餘10例, 係根據臨床症狀而診斷。

原發性肝癌在國內並不少見, 國外文獻(12)強調中國人的原發性肝癌發病率較西方人為高, 並認為和肝寄生蟲的流行有關。劉永氏(13)報告

於2,424例屍體解剖中，有19例(07.8%)。丁榮生(14)於619例屍剖中，發現5例(0.8%)。上述各例，均同時有肝硬化存在，但未發現寄生蟲或蟲卵。

胆石病及胆囊炎主要引起肝輕度或中度腫大，在慢性病例中，因長期胆道阻塞及感染，產生胆管性肝硬化而引起脾腫大。

Ⅱ. 白血病：本院收治白血病共24例(15)，其中15例經診斷為慢性髓細胞性白血病，全部有脾腫大，其中11例脾高度腫大，僅3例有肝腫大。急性白血病9例，其中3例肝脾未能知，3例脾輕度腫大，2例脾中度腫大，僅一例脾高度腫大。可見脾腫大在慢性白血病為極重要的徵，而在急性白血病則不然。

Ⅲ. 心臟病：心臟病本身並不引起肝脾腫大，此處98例中，臨床上均有程度不同的心力衰竭存在，肝因慢性充血而腫大。93例中，60例肝輕度腫大，11例高度腫大。脾腫大者29例，絕大多數為輕度腫大。脾腫大一般係慢性充血所致，但多次或持久的心力衰竭，肝漸趨硬化而縮小，因門脈壓力增高，脾腫大往往增加。此外在脾腫大病例中，有亞急性細菌性心內膜炎2例，一例經血液培養證明，一經屍體解剖確定。

心包炎因循環障礙的關係，常引起明顯的肝腫大，此處7例中，2例肝高度腫大，5例肝中度腫大，僅2例脾輕度腫大。

綜合上述情況，從附表三——九及附圖一，可以明顯地看出來，由於肝脾腫大程度的差別及各種不同的組合，有助於病因的診斷。一般地說，中度的肝、脾或肝脾同時腫大，可由很多原因所致，在診斷上的價值比較不大；但高度的腫

表三 伴有高度脾腫大的病例

名 病	肝脾腫大 病例總數	高度脾腫大病例數	
		病例數	百分率
慢性髓性白血病	15	11	73.3
黑 熱 病	25	19	76.0
日本血吸蟲病	71	39	54.9
血吸蟲病肝硬化	46	16	34.7
肝炎所致肝硬化	8	1	12.5
原因不明脾腫大	55	37	67.3

表四 伴有高度脾腫大及中度或輕度肝腫大

病 名	肝脾腫大 病例總數	脾(高) 肝(輕中)	
		病例數	百分率
黑 熱 病	25	10	40.0
日本血吸蟲病	71	21	29.9
慢性髓性白血病	15	2	13.3
血吸蟲肝硬化	46	3	6.5
原因不明脾腫大	55	13	23.6

表五 伴有高度肝腫大的病例

病 名	肝脾腫大 病例總數	高度肝腫大	
		病例數	百分率
原發性肝癌	25	19	65.6
繼發性肝癌	3	1	33.3
肝 膽 腫	19	3	33.3
心 包 炎	7	2	28.6
心 力 衰 竭	98	11	11.3
傳染性肝炎	45	1	2.2

表六 伴有高度肝腫大及輕度中度脾腫大

病 名	肝脾腫大 病例總數	肝(高) 脾(輕中)	
		病例數	百分率
原發性肝癌	15	5	33.3
風濕性心臟病	50	5	10.0
日本血吸蟲病	71	1	1.4
血吸蟲肝硬化	46	1	2.2
黑 熱 病	25	1	4.0
胆管性肝硬化	7	1	14.3

表七 伴有高度肝脾腫大的病例

病 名	肝脾腫大 病例總數	高度肝脾腫大	
		病例數	百分率
黑 熱 病	25	3	12.0
日本血吸蟲病	71	1	1.4
血吸蟲肝硬化	46	1	2.2
慢性髓性白血病	15	1	6.6
風濕性心臟病	50	1	2.0

表八 伴有中度肝腫大的疾病

病 名	肝脾腫大 病例總數	中 度 脾 腫 大	
		病例數	百分率
肝 膽 腫	10	3	30.0
原發性肝癌	15	2	13.3
繼發性肝癌	3	1	33.3
胆石病胆囊炎	22	5	22.7
梅毒性肝硬化	2	2	
心 包 炎	7	5	71.4
心臟病心力衰竭	98	17	17.3
傳染性肝炎	45	4	8.9
日本血吸蟲病	71	11	15.5
血吸蟲肝硬化	46	4	1.8

表九 伴有中度脾腫大的疾病

病 名	肝脾腫大 病例總數	中 度 脾 腫 大	
		病例數	百分率
日本血吸蟲病	71	12	16.9
血吸蟲肝硬化	46	10	21.7
肝炎後的肝硬化	8	2	25.0
急性髓性白血病	8	1	38.8
急性淋巴性白血病	3	1	33.3
慢性髓性白血病	15	3	20.0
胆石病胆囊炎	22	3	13.6
原發性肝癌	15	6	40.0
心 臟 病	98	4	4.1
何金杰氏病	3	1	33.3

表十

肝脾腫大在各年組的分佈

病 名	0—10	11—20	21—30	31—40	41—50	50 以上	未 明
日本住血吸蟲病		9	37	17	7	1	
黑 熱 病	1	3	11	6	4		
傳染性肝炎	6	12	20	3	3	1	
肝 膽 腫		3	3			4	
原發性腫瘤			3	2	6	3	1
繼發性肝癌				1	1	1	
胆石病胆囊炎		2	12	1	5	2	
慢性髓性白血病		2	2	8	2	1	
心 力 衰 竭	3	10	25	12	21	27	
心 包 炎	2	1	3	1			
血吸蟲肝硬化		2	14	17	3		
雷諾克肝硬化			1	3	4		
胆管性肝硬化			2	2	3		
原因不明脾腫大	3	5	19	36	4	2	
總 計	15	49	152	108	62	42	

大，却祇見於少數疾病中，熟悉了這些情況，便有助於脾肝病的診斷。

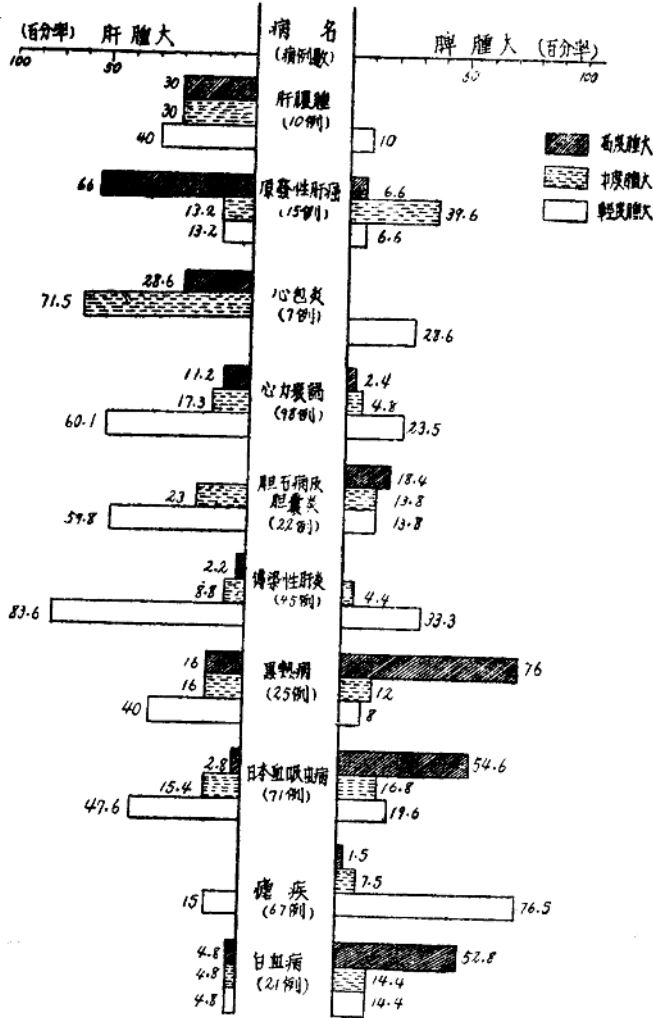
肝高度腫大祇見於少數疾病（表五），即肝癌、肝膽腫、風濕性心臟病伴有心力衰竭及心包炎。高度肝腫大而伴有中度或輕度脾腫大者，則可少考慮肝膽腫，而應多考慮日本血吸蟲病及黑熱病（表六）。

脾高度腫大最常見於血吸蟲病（包括肝硬

化）、黑熱病、慢性髓細胞性白血病（表三）及某些原因不明的慢性脾腫大。若同時伴有肝腫大，則應特別考慮血吸蟲病及黑熱病。白血病一般肝不腫大，血吸蟲病引起肝硬化後，肝臟亦見縮小（表四）。

肝脾同時高度腫大的病例並不多，僅7例（表七），其中黑熱病3例而血吸蟲病2例。

圖一 幾種常見肝病肝脾腫大圖解



三、肝硬化的診斷

肝硬化在國內頗為常見，但缺乏統計文獻。北京協和醫學院自 1916—1950 年的 2,424 例屍體解剖中，有各種肝硬化 139 例，約 5.7% (13)。肝硬化在南昌，也甚常見。本文收集有肝脾腫大者共 74 例。診斷主要係依靠臨床症狀，體徵及肝機能測驗確定。部份病例，並由肝活體病理檢查或屍體解剖證實。在日本血吸虫病及原因不明脾腫大病例中，有一部份肝活體檢查發現有肝硬化

者，但臨床上未見肝硬化典型症狀，未予計入。

肝硬化大致可分為門脈性及胆管性兩大類。

1. 門脈性肝硬化：此類病例，係根據下列證據診斷：

1. 慢性消化道症狀，如厭食，腹瀉等。
2. 慢性脾腫大（或同時伴有肝腫大）。
3. 門脈阻塞現象，如腹水（漏出液），腹壁靜脈曲張，食道靜脈曲張（嘔血）等。
4. 肝實質機能障礙現象，如蜘蛛痣，肝掌，黃疸（肝原性），水腫及肝昏迷等。

5. 肝實質機能測驗明顯改變。

表十一

根據臨床症狀診斷的門脈性肝硬化病例

診斷根據	肝硬 化	肝硬 化	肝硬 化	肝硬 化	總 計
1,2,3,4,5.	9	1		3	13
1,2,3,4.	12	1		4	17
1,2,3. 5.	5	2	1		8
1,2,3.	19		1	1	20
總 計	44	4	2	8	58

1. 日本血吸虫肝硬化：此處所收集的44例，係根據臨床發現及流行病學的證據而擬診（表十二），未經病原的證實。另有2例，則經屍剖證實。晚期血吸虫病診斷的困難，是公認的事實。過去本院對乙腸黏膜活組織檢查，未全面展開，限制了本病的診斷。同時多數病例，均有高度腹水，乙腸檢查，困難較多。而且從治療的觀點來看，病原的診斷無多大意義。

本文所擬診的日本血吸虫肝硬化病例，一般具有下列特點：絕大多數患者係來自血吸虫流行區，有多次下水的歷史，過去常有發熱，腹瀉或痢疾的病史，脾腫大較為顯著，脾塊存在的歷史較久，貧血較明顯，白血球呈明顯或中度減少，其中特別以患者的職業和感染接觸史最為重要。

2. 雷諾克肝硬化(結節性肝硬化): 在國內也頗常見(16)(17), 特別是在非日本血吸蟲病流行區, 如在華北, 肝硬化頗常見, 而主要是結節性的(18)。華北所見雷諾克肝硬化(19)以男性為多, 平均年齡約為40歲, 有輕度貧血(血色素平均為78.5%, 紅血球3,978,000), 白血球一般接近正常平均約為8,370)。脾腫大一般不超過500克。一般無脾腫大的病史, 若有則脾臟也不超過肋下5厘米。雷諾克肝硬化在南昌, 根據本院屍體解剖所見, 亦並不太少見。惟臨床上症狀, 和晚期日本血吸蟲病, 不易鑑別。因而來自血吸蟲流行區的肝硬化病例, 首先須考慮血吸蟲病的診斷。而不敢輕易作雷諾克肝硬化的診斷。本文收集的8例, 4例經病理檢查證實(屍體解剖2例, 肝活組織切片2例), 其餘4例, 患者或來

自非血吸虫流行區，或職業不同，無多次下水史，年齡較大，脾腫大均在一指以內，無脾機能

[illegible]

尤進現象，一般不符合日本血吸虫病，故診斷爲雷諾克肝硬化（附表十二）。

雷諾克肝硬化和血症虫肝硬化，在某些情況下，極不易鑑別，因此我們所擬診爲血吸虫肝硬化中，可能部份實際上爲雷諾克肝硬化。下面報告一病例，可說明此情況。

男性患者，36歲，住院號8732，南昌縣棲鎮，爲刨烟絲工人。主訴消瘦、乏力、腹瀉及左上腹一硬塊已三年餘。過去有類似瘧疾史。檢查見患者消瘦，羣膜有輕度黃疸，心肺正常，腹膨脹，中等量腹水，腹壁靜脈明顯，脾腫大在肋緣下六指，肝未觸及。血色素30%，紅血球3,390,000，白血球9,500，中性64%，伊紅5%。尿陰性，糞便經多次塗片及孵化檢查，均陰性。骨髓穿刺未發現瘧原虫或黑熱病小體。血清胆紅質0.6毫克/100毫升。高田氏及蟻窪試驗均陽性。馬尿酸試驗4小時排出安息香酸2.25克。住院期中，忽大量嘔血，經救治無效死亡。屍體解剖診斷爲雷諾克肝硬化，肝及腸結膜中，均無血吸虫卵發現。

此病例無論從年齡、性別、籍貫、脾腫大情況及臨床症狀來看，均極符合血吸虫病的診斷。惟患者自幼以刨烟絲爲業，下水機會不多，雖居住於血吸虫流行區而未受感染，此點正說明職業及感染接觸史在血吸虫病診斷上的重要性。也說明在血吸虫病流行區內，雷諾克肝硬化易被誤診斷爲血吸虫肝硬化。

3. 梅毒性肝硬化：本病比較少見。臨床上晚期肝梅毒可以分葉肝或門脈性肝硬化的狀態出現。前者應和肝癌相鑑別，後者應和雷諾克肝硬化鑑別，特別是後者，有時頗不容易，梅毒血清反應陽性，對診斷無決定性意義。但我們所收集的二例，除有陽性梅毒血清反應外，肝腫大較明顯而脾未觸知，經青黴素驅梅毒治療後，腹水大減而肝也見縮小，臨床上診斷爲梅毒性肝硬化，似乎恰當。

4. 傳染性肝炎後所致的肝硬化：傳染性肝炎可轉爲慢性肝炎而產生肝硬化，各國文獻，均有報告(20)。但究竟有多少肝硬化病例，係由肝炎而來，尚未得到解答。目前醫學界研究此問題，大概從兩方面進行：一、長期觀察急性傳染性肝炎病例，從而確定若干病例，最後轉入硬化。二、

追溯肝硬化病例的過去病史，是否由於傳染性肝炎所引起。Post (21)觀察114例傳染性肝炎病例。4例後來顯肝硬化症狀。肝活體組織檢查爲粗結節型肝硬化。Wang (22)研究447例肝硬化屍體解剖病例的病史，發現其中52例，係由傳染性肝炎所引起。此類病例，以女性爲多，且常在短期內發展爲肝硬化。Alsted (23)在丹麥所報告的惡性肝炎，中年以上婦女爲多，病程4—9個月，死亡率達50%。死後屍剖肝均有壞死及硬化改變。TapeeB (24)根據臨床的觀察及病毒學的研究，認爲無黃疸型傳染性肝炎的臨床現象，變化多端，不亞於黃疸型病例，並可進行爲結節性肝硬化；20%的結節性肝硬化，常常是由無黃疸型所引起。Watson (25)觀察部份傳染性肝炎病例，最後轉爲小胆管炎性肝硬化。傳染性肝炎，在南昌也屬常見，由此推斷，南昌所見肝硬化病例中，部份可能係由肝炎所引起。本文所收集的8例，起病時有比較明顯的消化道症狀及明顯黃疸，無胆瘕痛史，以後黃疸持續不退，住院時檢查有腹水，水腫及肝原性黃疸，肝或脾腫大，白血球正常或較低。茲報告其中一例如下：

女性患者，住院號7810，46歲，江西豐城，主婦，主訴全身皮膚發黃已二年餘，腹部腫大三個月。起病時有厭食、腹瀉及黃疸，無疼痛。檢查營養不良，中度黃疸，頸部及胸部有蜘蛛痣，心肺正常，腹脹，有水波，脾腫大於肋緣下五厘米，肝未觸及，下肢水腫。紅血球327萬，白血球5,100，中性93%。糞便孵化陰性，尿中尿胆元陽性，胆紅質強陽性。黃疸指數50，直接反應陽性，胆紅質量10毫克/100毫升。白蛋白1.96克/100毫升。水試驗及蟻窪試驗強陽性，最後黃疸加深，白血球增高，因肝機能衰竭死亡。

此例起病時爲肝炎，以後轉爲亞急性肝炎，最後死於肝機能衰竭，因病程已達二年以上，應診斷爲慢性肝炎及脾硬化。

II. 胆管性肝硬化：

1. 阻塞性胆管性肝硬化：此病在臨床上較爲少見，一般繼發於胆道阻塞和感染，稱爲繼發性阻塞性胆管性肝硬化。阻塞原因以胆石病最爲常見。輕度硬化，若無肝組織病理檢查，不易診斷。此處所得6例，2例經屍體解剖，1例經手術後肝活體組織檢查確定。另3例則係根據臨床

材料診斷。診斷的依據如下：

- 1.慢性胆石病及胆囊炎病史，間發性胆絞痛，寒熱及部份阻塞性黃疸。
- 2.肝或肝脾同時腫大。
- 3.慢性消化道症狀，如厭食、怕油脂、腹瀉等。
- 4.晚期持續性部份阻塞性黃疸。
- 5.肝實質機能測驗改變。

阻塞性胆管性肝硬化的診斷，在治療上有一定意義，因胆道病一旦發生明顯肝硬化後，手術治療，效果不佳。下面報告其中之一例：

男性患者，住院號12,379，軍人，山東，27歲，於1950年開始右上腹疼痛，時發時癒，在東北某醫院行剖腹探查手術，並切除部份胆囊。術後黃疸持續加重，下肢水腫，並有腹水，肝腫大二指，脾未觸及。轉來本院後，檢查：血色素98%，白血球9,100，中性78%，黃疸指數50—150，凡登白直接反應陽性。血清胆紅質3—15毫克。血漿蛋白5.76克，白蛋白2.4克，球蛋白3.36克，血液非蛋白氮69毫克。麝香酶元時間82.5%。麝香草酚濁度28單位。尿：尿胆元（+），胆紅質（+）。糞便黃色，胆汁培養發現大腸桿菌。經扶持療法，及抗生素治療，腹水、水腫漸消，但肝機能不正常。經手術探查，見肝、胃及結腸粘連甚緊，胆囊萎縮，總胆管擴大，內有半杯泥樣胆石，取出胆石，作總胆管引流。手術後有不規則熱，黃疸加重，腹水重現，最後死於肝機能衰竭。

病理解剖：右葉肝管胆色素結石、總胆管擴張、胆管性肝硬化、食道下端靜脈曲張、慢性脾腫大。

2.非阻塞性胆管性肝硬化，或稱小胆管炎性肝硬化，在臨床上遠較少見。診斷較難，每易誤診為阻塞性胆管性肝硬化。此病往往發生於青年，病程長，有持續性部份阻塞性黃疸，肝脾同時腫大，肝實質機能一般正常。本院五年來僅發現一例，報告如下：

男性患者，住院號4185，22歲，江西餘干人，業裁縫，主訴上腹疼痛15年，皮膚發黃8年，夜間視力不清6年。起病緩，上腹痛時好時發，如同刀割，一、二週發作一次，凡六年，且伴有畏寒發熱。八年前開始眼白發黃，小便深黃

色，以後腹痛減少，但黃疸不退。多食油脂則腹瀉，大便黃色，未見灰色。肝腫大於肋下二指。脾於肋下一指，紅血球390萬，白血球7,200，尿胆紅質、尿胆元均陽性。屢次孵化陰性。黃疸指數60/100，凡登白直接反應陽性。血清胆紅質4毫克，十二指腸引流，胆汁含膽球，培養發現大腸桿菌。骨髓檢查正常。紅血球脆性0.42%—0.30%。手術時發現肝腫大，表面細粒狀不平，深綠色。胆囊大小正常，無炎症現象，無結石。胆囊管總胆管均正常。胰正常，乏特氏壺腹無改變。肝活體組織病理檢查為胆管性肝硬化。

本例於17歲即起病，黃疸持續8年之久，小胆管有慢性炎症現象，但胆囊無炎症或結石，總胆管無阻塞，肝脾均腫大，因而診斷為非阻塞性胆管性肝硬化。

四、慢性脾腫大的診斷

慢性脾腫大的病原診斷，是最令人感興趣而又最困難的問題。此處收集的72例，絕大部份係因脾腫大而來院就醫。住院期間，曾經比較全面的檢查，包括糞便的沉澱法和孵化法，骨髓穿刺，乙腸鏡檢查（大部份未作粘膜活組織檢查），部份病例，並經脾穿刺檢查，結果都未能找出病原（見附表十三）。

脾腫大可以由很多原因所引起，特別是輕度或中度的腫大；雖然此系列病例，都經過多次血片檢查及骨髓檢查，未發現癘原虫，但也不能完全摒除癘疾的可能性。其他如早期肝硬化，也無法完全摒除。但值得注意的是，本組病例中，以高度腫大者佔大多數（54例，74%）。根據南昌所見的疾病來看，能引起高度脾腫大的疾病，却並不多（見表三，七）。其如黑熱病及白血病，經血片及骨髓檢查，不難摒除。癘疾雖是江西的流行病，但南昌所見癘疾，引起高度脾腫大的，却極少見（1）。

再將本組病例的臨床材料，作一分析，即可發現下列特點（見附表十二）：絕大多數為男性（91.6%），年齡大都集中於30—40歲間。73.6%的病例來自血吸虫病流行區。職業以農民佔多數（50%）。過去病史中大多數有畏寒、發熱、腹瀉、痢疾等症狀。部份病例兼有黃疸和嘔血史。一般有中度貧血，從統計上看，高度脾腫大