

消化系疾病文摘

上海市医学科学技术情报研究站 編
消化系疾病文摘編譯委员会

1

1964

上海市科学技术編譯館

消化系统疾病文摘

主编 李国平 副主编 王德林 王德林 王德林
编委 王德林 王德林 王德林 王德林 王德林



1

1994.12.14

上海中医药大学图书馆

目 录

胃

1. 胃炎患者中胃酸分泌的变化(1)
2. 2843例多体位胃镜检查术的诊断经验 ... (1)
3. 胃粘膜萎缩的X线诊断(2)
4. 胃镜:5,730例分析(2)
5. 胃黄色纤维瘤(报告一例伴有严重的继发性低血色素性贫血的病例).....(3)
6. 四环素荧光试验在发现胃恶性变中的应用(3)
7. 青年患者中的胃癌(4)
8. 钴远照射(Telecobalt)和5-氟尿嘧啶(5-Flurouracil)合并治疗晚期胃癌...(4)
9. 水杨酸盐对胃肠道糜烂与出血的局部作用(5)
10. 成年型幽门肥厚性狭窄的治疗(6)
11. 应用放射性同位素对胃切除后营养不良的研究(6)

溃疡病

12. 十二指肠球部以外溃疡的X线诊断与误诊(7)
13. 减低张力下十二指肠造影术500例的分析(8)
14. 胃冰冻术(8)
15. 选择性迷走神经切断术后的一些观察 ... (9)
16. 高位胃小弯溃疡的外科治疗(9)
17. 长期观察证明 Billroth 氏 I 式胃切除术不足以持久控制十二指肠溃疡(10)
18. 难治性十二指肠溃疡:手术指征的客观依据(10)
19. 老年人的消化性溃疡出血(11)
20. 肝脏边缘影象——一种十二指肠溃疡穿孔的特征性征象(11)

肠

21. 十二指肠憩室(12)
22. 小肠神经纤维瘤(12)
23. 小肠吸收不良综合征中的两种类型(12)
24. 应用 Ca^{45} 研究小肠吸收不良综合征.....(13)
25. 热带性口炎性腹泻患者尿中甘氨酸的

排泄(14)

26. 小剂量新霉素导致的吸收不良症(15)
27. 应用口服水溶性造影剂研究小肠梗阻与非动力性肠郁积(15)
28. 胃肠道水力吸引活组织检查的危险性 ... (16)
29. 几种小肠疾病伴有吸收不良者的小肠粘膜的亚细微结构改变(16)
30. 应用胸导管套管法诊断肠结核(17)
31. 局限性肠炎(克隆氏病)和慢性溃疡性结肠炎的比較(17)
32. 皂素作为排空剂在结肠放射诊断学上的应用(报道一种新的双重造影法)....(18)
33. 直肠类癌瘤的组织发生(19)
44. 直肠癌外科治疗的远期疗效(19)
35. 肛门闭锁的X线检查(19)

肝脏与胆道

36. 肝脏大小的临床估价(20)
37. 应用吡啶氯兰绿作为一种肝功能试验 ... (20)
38. 在急性及慢性肝脏疾病中用 S^{35} 甲硫氨酸作肝功能检查的价值(21)
39. 肝病患者中的乳胶结合试验(21)
40. 正常人和肝硬化患者的胃尿素酶活力 ... (22)
41. 鸟氨酸氨基甲酰转移酶对黄疸鉴别诊断的价值(23)
42. 人血清 γ -各酰基转氨酶的比色测定法及健康人与疾病时该酶的活力(23)
43. 静脉注射乙醇对正常和肝病患者血清酶的影响(24)
44. 阿尔及利亚病毒性肝炎流行时的重症黄疸(25)
45. 同种血清肝炎的预后(26)
46. 急性肝炎病例中血清蛋白测定对预后的意义(26)
47. 应用 I^{131} 标记的血清白蛋白研究慢性肝炎患者的蛋白质代谢(27)
48. 妊娠特发性黄疸(27)
49. 妊娠期的复发性黄疸——肝内胆汁淤积型(28)

50. 瑞典某地区 10 年中未經选择的 360 例
肝硬变随访分析(28)
 51. 肝硬变患者的胰腺功能改变(29)
 52. 肝硬变的植物和霉菌病因(30)
 53. 肝硬变患者的纖維蛋白溶解素及有关
的血浆酯酶(31)
 54. 肝硬变患者紅細胞內 6-磷酸葡萄糖脫氢
酶活力测定(31)
 55. 門脉性肝硬变伴腹水者的小肠吸收(32)
 56. 曼氏血吸虫病与門脉高压症(33)
 57. 保留脾脏的脾腎靜脉側-側吻合手术治疗
門靜脉高压症(33)
 58. 小儿門脉高压症的外科治疗(34)
 59. 門-腔靜脉吻合术后間接反应型高胆紅
素血症的发生机制(34)
 60. 肝性昏迷时血清內的无机磷(35)
 61. 血氨与肝性昏迷(35)
 62. 隱球菌病引起的肝功能衰竭(36)
 63. 慢性阿米巴肝炎(37)
 64. 慢性特发性黄疸(Dubin-Johnson 綜
合征)的研究 I 肝脏排泄功能的缺陷.....(37)
 65. Gilbert 氏病患者的肝脏提取功能缺陷.....(38)
 66. 肠道对非結合胆紅素的回吸:新生儿黄
疸的可能有关因素(39)
 67. 肝內肝管系統的异常和肝管癌(39)
 68. 肝內性肝动脉瘤(40)
 69. 肝脏閃爍摄影图对诊断肝脏肿瘤的意
义(41)
 70. 用直肠內給予放射性碘的方法诊断肝
脏轉移癌(41)
 71. 肝切除治疗广泛肝脏损伤(42)
 72. 人类肝脏梗死症(42)
 73. 何杰金氏病中黄疸的发生机制(42)
 74. 肝糖原在預防手术时发生肝脏损害中
的重要性(43)
 75. 青霉胺治疗 Wilson 氏病的疗效观察(44)
 76. 灌肠胆囊造影法(45)
 77. 胆道流量 X 綫电影摄影(45)
 78. 胆囊造影阴性而有胆囊疾病的症状(46)
 79. 胆囊癌(46)
 80. 超声波在胆石症手术时的应用(47)
- ## 胰 腺
81. 分泌素試驗的研究(47)
- ## 实驗研究
82. 上消化道粘膜的出血机制(48)
 83. 刺激迷走神經释放胃泌素的作用机制
研究(49)
 84. 残留胃的大小及胃幽門的去留对胃排
空功能影响的实驗研究(49)
 85. 血清素对胃分泌的影响(50)
 86. 吸收不良綜合征的生化問題(50)
 87. 絞窄性肠梗阻中的休克:其机制和处理.....(51)
 88. Iothalamic acid: 腹空造影术(犬和大
白鼠的实驗研究).....(53)
 89. Crotalaria 对火鸡所致的肝硬变.....(53)
 90. 三磷酸腺苷預防乙硫氨酸所致脂肪肝
的实驗观察(53)
 91. 肝病中的叶酸代謝(54)
 92. 嗎啡癮和无癮恒河猴的肝功能改变(55)
 93. 网状內皮系統干挠所引起的肝损害(56)
 94. 肝細胞变性(56)
 95. 玉米油及椰子油在大鼠食餌性肝硬变
中的作用(57)
 96. 大鼠的脂肪性肝硬变: V 正常飼料后
的病变消退(57)
 97. 以区域葡萄糖耐量試驗估計門-腔靜脉
分流术吻合口的通畅度(58)
 98. 大鼠部分肝切除与門-腔吻合术后的肝
脏亚显微結構改变(58)
 99. 过敏反应电子显微镜观察:变态反应
性肝坏死(59)
 100. 急性胆囊炎:实驗性研究.....(59)
 101. 胆石的解剖(60)
- ## 其 他
102. 网膜囊的 X 綫观察(61)
 103. 頸椎关节病引起的吞咽困难(61)
 104. 伴有缺鉄性贫血、肝脾肿大、侏儒症及
性腺功能减退症候群患者的鋅代謝(62)

1. 胃炎患者中胃酸分泌的变化

Lambling, A. 和 Bernier, J. J.
«Arch Mal Appar Dig» 1963, 52
 (1~2):5~14(法文)

作者等对 82 例經胃鏡检查証实的各种类型胃炎患者进行胃酸分泌的研究,另外根据 Pavlov 和 Hollander 二氏的胃液分泌机制学說,还作了原始酸及原始硷分泌二項检查。这些胃炎患者的 2 小时胃液分泌量平均为 176 毫升(正常为 150~250 毫升,平均 203 毫升);最高酸度为 58 毫克当量/升(正常为 80 毫克当量/升以上,平均 100 毫克当量/升);注射組織胺 0.5 毫克后 2 小时内所分泌的游离酸平均为 7.7 毫克当量(正常为 9 毫克当量以上,平均 15 毫克当量);64% 患者的总酸度与游离酸的差值增加。

如按胃炎分类来分析,23 例弥漫性萎缩性胃炎中,有 52% 的患者胃液分泌量减少,平均 136 毫升;48% 的患者酸度减低;30% 的患者无酸;78% 的患者在注射組織胺后酸度低于正常。12 例局限性萎缩性胃炎与 5 例肥大性胃炎的胃酸分泌改变較弥漫性萎缩性胃炎为輕。13 例潰瘍糜烂性胃炎、14 例乳头状胃炎(Gastrites mamelonnées)与 15 例水肿性胃炎的胃酸分泌改变輕微;在这三种类型的胃炎中(共 42 例),28% 患者的胃液分泌量增高,平均为 176 毫升;注射組織胺后 12% 患者的酸度增高,仅 1 例无酸。

由于胃液是酸性和硷性二种分泌液所組成,因此分別測定原始酸和原始硷具有一定的价值。可惜目前还不能直接測定,而只能应用間接法。

82 例胃炎的測定結果:2 小时原始酸分泌量平均为 78 毫升,較正常值 85 毫升为低;原始硷分泌量輕度增加,平均为 97 毫升,較正常值 73 毫升为高。如按胃炎分类来分析,弥漫性和局限性萎缩性胃炎、肥大性胃炎的原始酸分泌量分別为 50、70 与 55 毫升,大都較正常为低。水肿性、潰瘍糜烂性与乳头状胃炎(共 42 例)中,不但有半数患者原始酸分泌量正常,而且还有 6 例高于正常,达 175 毫升以上。

2 小时原始硷分泌量的測定結果,胃炎患者大多正常,82 例中有 15 例原始硷少于 43 毫升(正常

最低值),34 例大于 103 毫升(正常最高值)。萎缩性胃炎与潰瘍糜烂性胃炎的原始硷分泌量大多較少,而水肿性、肥大性与乳头状胃炎則大多較多。

(朱人璋摘 萧树东校)

2. 2843 例多体位胃鏡检查术的診斷經驗

Berry, L. H., Feldman, D. 和 Schoop, R.
«Gastroenterology» 1963 44(1): 20~24(英文)

作者等 20 余年来用改变患者体位的方法,在左侧、背及右侧臥位下进行了近 5,000 例胃鏡检查。本文报道其中 2,843 例检查的經驗总结。

在标准的左侧位观察完毕后,将胃鏡部分抽出至近端鏡身露在口腔外 8 吋左右。令患者轉向背侧臥位。在体位轉換过程中,应使患者头部保持最大后仰角度。背侧位检查完毕后,再轉向右侧位进行进一步观察。胃角穹窿和小弯于左侧位的 11 点及背侧位的 2 点处显露最佳。在右侧位时,“粘液湖”的粘液流至胃竇,掩盖幽門,引流不充分时更是如此,此时皮下注射嗎啡 1/8 哩可增加胃蠕動,使粘液排入十二指肠;胃前壁、后壁中部及大弯分別于左侧位的 9 点、3 点及 6~7 点处显露最佳;在背侧位分別于 12 点、6 点及 8~9 点,右侧位分別于 3 点、9 点及 10~11 点处显露最佳。在視野呈立体形的胃竇处,前、后胃壁及大、小弯可同时在右、左或背侧位见到。

表 I 为不同体位观察結果的比較分析。这些資料証明多体位的診斷价值大于单一左侧体位。在許多病例,病变可反复在背侧或右侧位时看到而不能在左侧位见到。在有些病例,可在一个以上体位,不同角度及不同距离观察到同一病变,从而可以获得比較全面的概念。表 II 比較胃的各解剖部位在三种体位下的胃鏡观察結果。左侧位不能见到幽門或只能见到幽門收縮环的一部分,而背侧及右侧位則往往能见到全部或大部分幽門收縮环。多体位观察下的胃竇小弯盲区比单一左侧位小。在某些病例,病变仅可在左侧体位的較远处见到,而背侧或右侧位常可使检查者通过縮短焦距于較近处见到。左侧位时,胃竇“頂部”的灰白色粘液斑块易被誤认为潰瘍;当轉至右侧位时,粘液便出现在胃竇的“底部”。在某些病例,旋轉体位可較清楚地见到胃后壁,尤其是

远端及中 1/3 处的盲区。从表 II 可看出左侧卧位是观察前壁的最好体位,背侧卧位是观察幽門、胃竇及后壁的最好体位。1 例在背侧及右侧卧位见到胃小弯中部有烧餅形恶性潰瘍(手术証实);但左侧位时未见到。另 1 例位于胃-空肠吻合处的单个光滑息肉样良性肿瘤仅于右侧卧位见到。在胃竇狭窄病例,多体位观察有助于浸潤性胃癌、胃竇痙攣与酷似肿瘤的胃炎的鉴别诊断。

表 I 810 例不同体位观察結果的比較分析

比較 的 体 位	例 数
左侧位优于背侧位者	34
左侧位优于右侧位者	10
背侧位优于左侧位者	288
背侧位优于右侧位者	17
右侧位优于左侧位者	38
右侧位优于背侧位者	12
三种体位的所见相同者	29
背侧位与左侧位相同者	285
背侧位与右侧位相同者	29
左侧位与右侧位相同者	68

表 II

解剖部位	总例数	視 野 最 清 楚 的 部 位		
		左侧位	背侧位	右侧位
幽 門	361	117	237	7
胃 竇	299	139	157	3
前 壁	707	489	204	14
后 壁	553	208	337	8
賁 門	7	4	2	1

(黃淇標摘 王贊舜校)

3. 胃粘膜萎縮的X綫診斷

Boack, O. A. A., Kemp, F. H. 和
Richards, W. C. D.

《Brit J Radiol》1963, 36(428): 578~582(英文)

关于胃粘膜萎縮的X綫診斷标准及其診斷价值,文献中尙无一致的意见。作者在对照胃活組織检查和X綫检查的結果后,报告正常胃粘膜和胃粘膜萎縮的X綫表现。

本文 82 例中,胃活組織检查诊断为胃粘膜正常和浅在性胃炎者 56 例,X綫检查除 3 例表现为胃粘膜萎縮外,其余均表现为胃粘膜正常;胃活組織检查诊断为萎縮性胃炎和胃粘膜萎縮者 26 例,X綫检查除 4 例表现为胃粘膜正常外,其余均表现为胃粘膜

萎縮。

X綫表现:正常胃在充以 5 呷銀餐时,大弯側各点的皺襞高度均为 1 厘米左右,胃底和沿大弯的上 2/3 可见盘曲的粘膜皺襞,前、后壁可见斜行或横行的皺襞。胃粘膜萎縮者,胃大小和张力中等,皺襞完全消失或明显减少,其高度从不超过 0.5 厘米,胃底平整或仅有小的切迹,大弯通常光滑,但有的病例可见一、二处几不能辨认出是皺襞的微小曲折;大多数病例的前、后壁上仍保留大小正常或明显变細的横行或斜行皺襞。

作者在討論中指出,X綫检查可以区分正常胃粘膜和胃粘膜萎縮。如胃內較干燥則粘膜表面容易显示,不致混淆;但胃內如含有液体或过量粘液或胃扩大时,則不易显示粘膜皺襞,常致誤診。

(陈星荣摘 荣独山校)

4. 胃鏡: 5,730 例分析

Barowsky, H.

《Amer J Gastroent》1963, 40(3): 228~231 (英文)

作者对紐約医学院 25 年来經胃鏡检查的 5,730 例病人进行了以下分析,按胃鏡检查指証而分为三組:

第一組 550 例,为常规检查(包括X綫检查)未能肯定診斷者。其中 372 例主要主訴是上腹部疼痛,胃鏡检查結果 263 例(約占 70%)无异常发现,109 例(約占 30%)胃鏡中发现病变(74 例胃炎、25 例潰瘍、6 例息肉、4 例癌肿)。本組中 110 例为上消化道出血,胃鏡检查結果 62 例正常,32 例靜脉曲张(胃—9 例、食道—23 例),5 例潰瘍,2 例癌肿,5 例粘膜糜烂与 4 例边缘性潰瘍。本組中还有 68 例有体重減輕、食欲不振、乏力等恶性病变綜合征,胃鏡检查結果 63 例正常,4 例胃后壁癌肿,1 例淋巴肉瘤。作者特別指出X綫检查对胃后壁癌肿的診斷最易遺漏。

第二組 5,018 例,胃鏡检查指証系作为X綫診斷的輔助方法。大多数病例X綫检查可以肯定診斷,但有时对病变性质难以肯定,甚至誤診。本組中 1,562 例X綫发现为幽門前区狭窄与不规则,胃鏡检查結果有的是幽門前区胃炎、痙攣,有的是癌肿或胃外压迫。790 例胃体有銀剂充盈缺損、612 例胃底有銀剂充盈缺損,胃鏡检查結果大都能鉴别良性或恶性病变,例如肥大性胃炎与何杰金氏病等。980 例作胃鏡的目的为区别良性或恶性潰瘍,这种区分有时非常困难,但属少数。568 例有幽門梗阻,胃鏡检查是为明确病原。另 506 例为胃大部切除术后,胃

鏡检查目的是进一步肯定有无边缘性溃疡或癌肿复发。胃鏡中见到边缘性溃疡的阳性率远较X綫检查为高。

第三組 162 例,为各种胃部良性病变(如良性肿瘤、息肉、胃溃疡和慢性胃炎等)。这些患者在其病程中曾多次作胃鏡检查,其目的为观察病变有无痊愈以及有无恶性变。(萧树东摘 江紹基校)

5. 胃黃色纖維瘤 (报告一例伴有严重的继发性低血色素性贫血的病例)

Aleste, F.

《Arch Path》1963, 75(1): 99~104 (英文)

胃黄色瘤病是一种罕见的独立的疾病,主要表现为多中心性类脂儲藏细胞的增生,后者并浸入胃壁肌层,引起胃壁結締組織增生。病灶周围常有較多的嗜酸性白細胞的浸潤,局部淋巴結与脾脏均可见类脂儲藏细胞的沉积。所有的病例均无高胆固醇血症,其它內脏也无同样的病变可见, Halpert 氏认为胃部病灶并不是类脂质代謝障碍的一种表现,而是一种局部肿瘤性生长。

病例报告: 患者为 43 岁的家庭妇女,因上腹疼痛三周而入院,疼痛为非刺激性,伴有噯气,偶尔有呕吐、黑粪、乏力等现象,发病后体重減輕 5 磅。体检见患者面色蒼白,上腹有压痛,皮肤、眼部、口腔粘膜无黄色瘤样病灶存在。紅細胞 200 万,血紅蛋白 5 克,胃部透視见胃腔并不扩张,幽門竇小弯处有圓形肿块,直径为 5 厘米。入院后作胃部分切除及胃十二指肠吻合术,手术及术后经过順利,住院期間曾輸血 3 次(每次 500 毫升),紅細胞增加到 390 万,血紅蛋白 13 克。

病理检查: 标本为部分切除的胃,在小弯中部距幽門 3 厘米处,有圓形肿块一个,体积为 $4.5 \times 4 \times 3$ 厘米³,表面为浅层潰破的粘膜所复盖。肿块的切面呈黃色,与粘膜下层相連。鏡下见肿块具有篩网状胶元支架,其中网罗着很多橢圓形与梭形的成纖維細胞、淋巴細胞、浆細胞、嗜酸性細胞、泡沫状組織細胞。各处均有毛細血管。肿块表面的胃粘膜有表浅潰烂,表面复以纖維素及白細胞。肿块的脂肪染色见脂滴含量中等,存在于胞浆內及細胞外,多集中于肿块的中部及后部,局部淋巴結显示反应性淋巴組織增生。病理診斷为胃黃色纖維瘤。

关于黄色瘤的分类,各家意见不一, Thannhauses 氏从临床方面区分为三种征候群: (1)高胆

固醇血性原发性黄色瘤病; (2)正常胆固醇血性原发性黄色瘤病; (3)高脂血症引起的继发性黄色瘤病。

Jaffe 氏认为黄色瘤、黃色纖維瘤或黄色肉芽肿并不是一种愈合的嗜酸性肉芽肿。Stout 氏认为纖維黄色瘤与黄色肉芽肿是不同的,后者可发生在纵膈障、腹膜后或肠系膜,体积較大,最大的肿块直径可达 25 厘米。而纖維黄色瘤常发生在皮肤及皮下組織,常常是单发性的,体积也較小。再者,黄色肉芽肿中成纖維細胞及其纖維,常排列成交錯的索状,結構与纖維肉瘤相似。

总之,对于黄色瘤病和黄色瘤性病灶尚有待生化及組織化学等方面的进一步研究,才可能得出一个較合理的分类。(应越英摘 朱无难校)

6. 四國素螢光試驗在发现胃恶性变中的应用

Sandlow, L. J., Allen, H. A. 和 Necheles, H.

《Ann Intern Med》1963, 58(3): 409~413 (英文)

在紫外綫照射下,四國素自然地放出黃色螢光。McLeay 氏首先应用四國素螢光现象以确定癌瘤的部位,在 11 例服用过四國素的胃癌病例中,癌瘤局部均显明亮黃色螢光,而在 11 例良性病变中則只有淡藍色的“自身螢光”(“autofluorescence”),因此认为本試驗是检出胃癌的一种可靠和特异性的方法。晚近 Klinger 和 Katz 二氏应用四國素螢光試驗发现 18 例胃癌中 17 例呈阳性,而无癌瘤的 42 例均阴性。Kantor 氏亦有类似的发现。本文研究改进試驗步驟,使其更为簡單实用。方法如下: (1)每日口服四國素 500 毫克 4 次,共 2 日,凡胃潴留者改为每日肌注四國素 250 毫克 2 次,共 2 日。(2)于末次用药 36 小时后,为患者洗胃进行脫落細胞学检查(患者先經禁食),以 5% 碳酸氫鈉溶液調節抽出液的 pH 值至 7~9 之間。(3)抽出液以 3,000 轉/分离心 10 分钟,将沉渣薄薄地攤平于滤紙上,置暗处干燥。(4)标本干燥后即刻在暗室內用 3,600 Angström* 波长的紫外綫检查。24 小时后重复检查。(5)每个标本同时由二人观察,其中一人完全不知道病史,出現明亮黃色螢光即令很小一点亦为阳性。

結果: (1)胃恶性变:——21 例腺癌, 3 例淋巴瘤、1 例平滑肌瘤。本試驗均呈阳性,脫落細胞检查 24 例发现恶性細胞, 1 例可疑。上述病例的診斷 8 例經尸检、4 例活检、13 例外科手术所証实。故本組 100% 結果正确,无假阴性。(2)胃良性潰瘍: 共

30例。脱落细胞检查均为良性。2例良性溃疡周围并有胃炎者出现假阳性，因此本组病例中93%正确，7%呈假阳性结果。(3)胃酸缺乏症患者：共20例，其中8例为恶性贫血，8例抗组织胺性胃酸缺乏症，4例胃粘膜萎缩。上消化道胃肠X线检查均阴性。四圆素荧光试验亦均阴性。(4)其他上消化道疾患：包括十二指肠溃疡、膈疝、胃炎、胃良性息肉共25例，除诊断为胃息肉的1例外，X线检查胃部均正常。全部病例均有胃游离酸。四圆素荧光试验均阴性。(5)正常对照组：25例，本试验22例阴性，3例阳性，经重复检查则均为阴性。(6)检查不完备病例：5例高度怀疑胃恶性变但未经组织学证实的病例，本试验均呈阳性。

本文报告应用四圆素2日，共4克，然后在30~36小时后洗胃，较过去的方法（四圆素应用5日）缩短了时间，但结果的正确性未受影响。有些正常人在服药后12小时检查胃沉渣可出现假阳性，而在12~24小时后再检查为阴性；染料从正常细胞消失的时间不一致也可能解释某些在36小时仍出现假阳性的结果。有部分性幽门梗阻时，36小时标本也有假阳性，对这些病例四圆素必须以肌肉注射。胃酸太高时也可使四圆素不出现荧光。标本中虽可见到各种颜色的荧光，但仅有明亮的黄色荧光具有诊断意义。淡蓝色的“自身荧光”表示标本中有粘膜细胞，如果无此荧光可能表示细胞脱落不多。标本的制备愈快愈好，胃液必须冷藏，2例胃癌因延迟了几小时制备标本而致结果阴性，经复查才出现黄色荧光。在130例经过检查的患者中，50例是门诊病人，说明本试验可以作为集体检查方法之一，以发现胃恶性变。作者等曾遇1例腹膜癌病，腹水内找到癌细胞，在服四圆素48小时后进行腹水荧光检查，结果为阳性，而在另2例肝硬化腹水中本试验阴性。

*译注：Angström 即 $\text{\AA}$ （光波长单位 = 10^{-8} 厘米）

（王贊舜摘 朱无难校）

7. 青年患者中的胃癌

Stock, F. E.

《Lancet》1963, 1(7285): 805~806 (英文)

作者报告10例经病理证实为胃癌的青年患者，年龄均在31岁以下，最幼者24岁。男女各5例。这些患者均有消化不良、呕吐、呕血或黑粪与体重减轻等症，自发病至确诊为2个月~5年，都被当作消化性溃疡而治疗。每一例在手术时均发现癌肿已广

泛转移而不能进行手术根治。作者认为，值得注意的是，10例中有6例的胃部症状超过6个月，虽然都曾在内科应用抗酸剂等治疗，但除1例外，均未作胃肠道钡餐检查。6例在会诊后作了胃肠道钡餐检查，其中3例认为是良性，其余3例中1例肯定是恶性，2例可能是恶性。作者认为这些患者所以不能手术根治的原因，是由于患者年轻，医生未曾考虑有胃癌可能，因而未能早期作出诊断。作者最后指出，必须认真考虑病人主诉，任何年龄患者的消化不良均应认为有潜在性胃癌的可能。具有消化不良症状的患者，不应在内科治疗一个月以上而不作胃肠道钡餐检查。另外，胃部有因良性溃疡引起畸形的青年患者，也不应在内科治疗4周以上而不作钡餐复查。如复查时畸形持续不变者，可认为有剖腹探查指征。

（陈顺乐摘 江绍基、萧树东校）

8. 钴远照射(Telecobalt)和 5-氟尿嘧啶(5-Fluorouracil) 合并治疗晚期胃癌

Falkson, G., Sandison, A. G., Jacobs, E. L., 和
Fichardt, T.

《S Afr Med J》1963, 37(7): 712~717(英文)

本文中的109例晚期胃癌全部经手术和病理检查证明有癌转移存在。放射治疗使用西門子2,000居里钴远(Telecobalt)照射器，距离65厘米，胃部照射野13厘米×13厘米。所用的制癌药主要是抗代谢物5-氟尿嘧啶，在5天的疗程中，每天静脉注射的剂量少于15毫克/公斤体重。作者建议钴放射治疗应与5-氟尿嘧啶尽早合并应用，每一疗程为一周，每经5~6周的间歇后重复一疗程。为了便于判断疗效，作者根据治疗开始前的病情将患者分为4类：(甲)能进行正常活动者；(乙)不能工作，但能在家自行生活者；(丙)不能照顾自己生活活动者；(丁)病情严重者。合并治疗的效果是依据客观体征，包括肿块和肝脏的缩小、黄疸和腹水的消失、胃出血停止、体重增加等，结合主观症状，如疼痛消失、胃纳增加等。109例中疗效可分为4等：(1)显著进步者18例。治疗前病情大多数属于(丙)类，全部都有广泛的癌转移。经反复疗程后，各例的病情都有暂时性缓解，多数恢复正常活动，最长达21个月。某些患者在停止治疗后病情恶化，而重复治疗后又迅即改善。因此，对这类患者作者主张给予“无限期”重复疗程。(2)进步者30例。治疗前大部分患者属(乙)(丙)类；经合并治疗后各例都有客观可以测知

的进步。最长的緩解期达30个月。(3)无变化者31例,大多数在治疗前属(乙)(丙)类。治疗后未见客观表现有何进步,但部分患者有自觉症状的改善。(4)病情恶化者30例,治疗前大多数也属(乙)(丙)类。全部病例在1~5个月内死亡。以上合并治疗的副作用有腹泻、口疮、白細胞减少、皮肤和爪甲的改变、毛发脫落、皮肤色素沉着和感光过敏等,故在疗程中必須予以密切注意。最后作者提出以下結論:

(1)应用放射性鈷远照射和5-氟尿嘧啶合并治疗时,虽然两者的剂量都有减低,但仍能达到应有的疗效。这是因为两者具有协同作用。(2)合并疗法能够避免单一疗法时由于应用較大剂量所致的某些毒性副作用。(3)合并治疗必須在同一周内同时使用。重复疗程必須經過5~6周的間歇。(4)小剂量鈷远照射和5-氟尿嘧啶合并治疗能够得到良好效果。(5)他种放射疗法和药物治疗,单独或合并使用,未能获得同样好的疗效。(6)經過最大限度地切除恶性变組織后的晚期胃癌患者,值得使用鈷远照射和5-氟尿嘧啶合并治疗。

(陆汉明摘 侯积寿校)

9. 水杨酸盐对胃肠道糜烂与出血的局部作用

Roth, J. L. A., Valdes-Dapera, A., Pieses, P. 和 Buchman, E.

«Gastroenterology» 1963, 44(2): 146~158(英文)

許多文献报道阿司匹林及其复方药物对胃肠道有損害作用。作者于4年內在120例胃肠道大出血中,发现35例(29.2%)于出血前曾服用水杨酸盐。本文探討水杨酸盐引起胃肠道糜烂与出血的机制。

(1)水杨酸盐引起頰粘膜脫落:作者将1/4片阿司匹林放在12名健康人的上下頰牙齦与口唇及牙齦与頰部之間,不咬碎药片,使它与粘膜接触30~60分钟后用水漱口,然后进行检查,发现与药物接触的牙齦、口唇和頰粘膜有不規則弥漫性白色混浊斑块出现,損害的范围超出药片大小数厘米,可能系由于药片破碎,接触更大范围的粘膜所致。損害最

严重的中央区的粘膜呈皺縮、疏松,很易剥离。又对14名健康人用复方阿司匹林(A.P.C.和含有二羧基醋酸鋁与碳酸鎂的緩冲阿司匹林)进行同样試驗,粘膜接触处都出現混浊与脫落,肉眼改变与阿司匹林所引起者相同。損害頰粘膜的活組織检查示急性浅表性坏死及鱗状上皮破坏。另用非那西汀(5例)、非那西汀衍生物(乙酰氨基苯)(11例)及复方乙酰氨基苯(內含异丁巴比妥钠)(5例)对上述21名健康人进行同样試驗,肉眼检查未发现粘膜有改变。

(2)水杨酸盐引起猫胃的局灶性坏死与糜烂:以70只5~7磅重的猫作急性試驗。試驗前禁食24小时。在胃体前壁制造一直径1.5吋的胃瘻,将1片水杨酸盐置于离胃瘻1吋的胃竇处,1~4小时(平均3小时)后检查与药片接触的粘膜,然后将胃

表1 水杨酸盐的局部作用:灶性粘膜損害

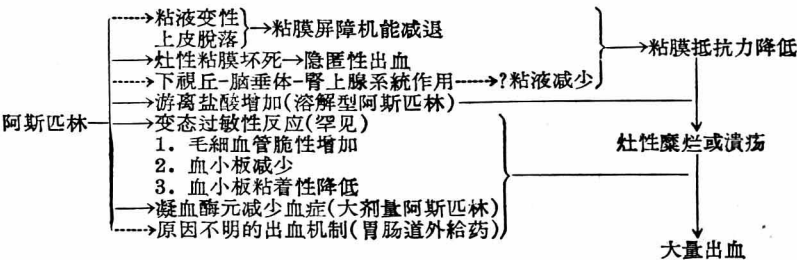
	阿司匹林	緩 冲 的 阿司匹林	A. P. C. 制剂
灶性胃炎	5	2	3
毛細血管血栓形成	4	2	2
纖維素样坏死	4	1	1
粘膜坏死			
浅表性坏死	3	2	1
深部坏死	2	2	
糜 烂	2	1	

注:数字代表有病变的猫数。

表2 水杨酸盐对猫胃粘膜的局部作用

	粘膜无改变	粘膜凝固, 上皮脫落	灶 性 粘 膜 損 害
乙酰水杨酸			
阿司匹林	7	11	16
緩冲的阿司匹林	0	1	5
A. P. C制剂	0	2	3
非那西汀衍生物			
非那西汀	5	0	0
乙酰氨基苯	12	0	0
复方乙酰氨基苯	10	0	0

注:数字代表粘膜有改变的猫数。



阿司匹林及复方阿司匹林对胃肠道損害作用的图解

切除,立即摄影并用甲醛固定。结果见表1及表2。

作者以图解表示阿斯匹林及复方阿斯匹林对胃肠道的损害作用。

对粘膜的长时间局部刺激作用,部分取决于药片的溶解率及服药方式;空腹服用坚硬的药片及少量的水易使药片夹在粘膜皱襞之间,而在餐后服用药粉或药水则可减少药物对粘膜的接触。不能把水杨酸盐的局部作用视为引起出血的唯一机制。有人认为胃粘膜吸收未离解的阿斯匹林可能为引起出血的因素;但静脉注射阿斯匹林也可引起胃肠道出血,提示尚有某些其他机制未得到阐明。鉴于水杨酸盐可引起溃疡活动、出血与顽固性贫血,作者认为对消化性溃疡、肥厚性或萎缩性胃炎、食管静脉曲张、憩室及食管炎等患者,应避免使用各种水杨酸盐类药物,必要时可用对胃肠道无刺激作用的镇痛剂,如乙酰氨基苯来代替。

(黄淇标摘 王赞舜校)

10. 成年型幽门肥厚性狭窄的治疗

Tolstedt, G. E. 和 Bell, J. W.

«Western J Surg» 1963, 71 (3): 136~139(英文)

本文报告4例成年型幽门肥厚性狭窄患者用三种不同治疗方法的治疗结果。第一种方法是胃大部切除术。临床症状明显,伴有呕吐及体重减轻,X线检查发现有幽门肥厚性狭窄者,皆为胃大部切除术的手术适应症。尤其是老年的患者X线不能排除恶性肿瘤时更应作胃大部切除术。如术前能肯定排除恶性肿瘤,胃切除部分应较少,以减少术后的并发症。本文报告2例胃大部切除术,术后随访4年以上,皆未复发;但有1例伴发倾倒症候群。

第二种方法是幽门肌切开术。适用于幽门轻度肥厚而同时有较肯定的狭窄者。本文报告1例男性老年糖尿病患者,因恶心、嗝气及间歇性呕吐而入院,X线检查发现胃有潴留,但幽门无异常。胃液抽吸得390毫升潴留液,胆囊造影发现有胆结石。作胆囊切除术时发现幽门肥厚,做胃造口术以检查幽门,发现不能通过食指,此外幽门区未发现有新生物或溃疡,乃同时作幽门肌切开术。术后患者症状完全消失。5年后病人死于心肌梗死,病理解剖未发现幽门肌肥厚的证据。这例说明有时本病的诊断只能在手术时确诊。作者强调如幽门显著肥厚,则不宜作此手术。因幽门肌切开后不能回缩,梗阻亦就不能解除。此手术亦可在将来创口愈合后造成继发性的狭窄。所以通常不宜采取此种手术。

第三种方法是内科疗法。若症状轻且X线检查

或胃粘膜脱落细胞学检查能排除恶性肿瘤或有手术禁忌症时,可考虑用内科疗法。内科疗法虽可使症状暂时缓解,但大多数病人的症状可复发。本文报告1例中年患者,有嗝气已6年,伴有上腹间歇性疼痛及偶然呕吐,X线检查发现幽门有肥厚性狭窄,但病人拒绝手术。经用饮食疗法和制酸剂治疗后,症状减轻。6年后再度因症状复发而入院,又经内科疗法后缓解。

作者在讨论中强调本病不宜作胃肠吻合术,虽然本手术可以立即解除梗阻,但幽门狭窄仍然存在,且可在以后发生吻合口溃疡。作者亦不推荐幽门成形术,因肥厚的幽门肌难于缝合,且肌肉失去柔性而往往保持在初步缝合状态,仍可形成部分梗阻。

(陆伟壮摘)

11. 应用放射性同位素对胃切除后营养不良的研究

Sparchez, T., Gheorghescu, B. 和 Merculiev, E.

«Rev Int Hépat» 1963, 13(1): 1~13 (法文)

作者等应用放射性同位素对74例胃切除后营养不良患者进行了消化及吸收功能测定。男性49例,女性25例。年龄自21~55岁。胃切除术方法,10例为Péan-Billroth氏I式,64例为Reichal-Polya氏式。

消化功能系以 I^{131} -三油酸甘油酯(Stanley-Thannhauser氏法)测定;吸收功能是在 I^{131} -三油酸甘油酯测定后3星期,以 I^{131} -油脂测定之。此外还对15例胃切除后中度及重度营养不良患者应用静脉注射 I^{131} 标记的人血清白蛋白(每公斤体重2微居里)作蛋白质代谢的研究;注射后18~20天内,每隔2~3天抽血作放射测定,并测定10天中大便的放射性。患者根据营养不良的情况及体重减轻的程度被分成轻度、中度及重度营养不良3组。

结果:(1)轻度营养不良组:体重减轻3~5公斤,共35例。其中属Reichal-Polya氏式手术25例,Péan-Billroth氏I式手术10例。35例中3例在摄入 I^{131} -三油酸甘油酯后,6小时内血中放射量较正常者少,而72小时大便中则增加; I^{131} -油脂测定正常;诊断为胰原性消化不良。4例的消化吸收试验均正常,但均有饮酒史和不能耐受脂肪,诊断为轻度胰腺功能不足。17例的测定结果提示吸收功能紊乱,其中7例的X线检查示有空肠炎征象。11例术后临床及X线检查均确诊为消化性溃疡,其

营养不良主要因疼痛而限制进食所致；其中8例为 Péan-Billroth 氏 I 式手术，3 例为 Reichal-Polya 氏式手术。(2) 中度营养不良组：术后体重减轻 5~8 公斤，共 25 例。11 例的同位素检查示肠道吸收功能紊乱，X 线检查有空肠炎征象，其中 4 例经抗菌素治疗后收到较好疗效。6 例示胰腺功能不足。2 例对三油酸甘油酯有过度吸收现象，X 线检查发现小肠粘膜呈严重病变。6 例临床及 X 线检查均证实为消化性溃疡，其吸收功能正常，营养不良主要由疼痛而限制进食所致。(3) 重度营养不良组：体重减轻超过 10 公斤，共 14 例。6 例示消化功能紊乱，有低血钾、低血钠与贫血等。5 例服试剂后 6 小时内血液放射性轻度升高，72 小时的大便放射性则大量增加。3 例于 6 小时内血液放射性明显增高，72 小时的大便放射性排泄亦增多。X 线检查均有严重的小肠粘膜病变。

15 例 I^{131} - 人血清白蛋白的测定结果示半衰

期为 5~12 天(正常 12~14 天)。半衰期愈短者，营养不良愈严重。10 天中的大便放射量为 1~3.5% (正常为 0.3~0.6%)。

作者等认为胃切除术后中度或重度营养不良的消化吸收功能紊乱可赖临床、化验及 X 线检查证明，而轻度者需用 I^{131} -三油酸甘油酯和 I^{131} - 油脂测定才能作出诊断。作者观察的 74 例中，14% 患者的营养不良属于胰腺功能不足(均为 Reichal-Polya 氏式手术)，可能由于胃内容物不经十二指肠和胰酶分泌减少之故。60% 患者示吸收功能紊乱，均属 Reichal-Polya 氏式手术，其原因均与空肠炎症有关。

作者最后指出胃切除后不但对脂肪吸收功能障碍，且可有蛋白质代谢紊乱，临床上常见血清白蛋白降低。本文 I^{131} - 人血清白蛋白的研究亦证实了此点。

(朱人璋摘 萧树东校)

潰 瘍 病

12. 十二指肠球部以外溃疡的

X 线诊断与误诊

Boudaghian, B. 和 Pouletty, M.

«J Radiol Electrol» 1963, 44(8~9):

598~603 (法文)

十二指肠球部以外的溃疡由于 X 线诊断较困难，易被忽略或误诊，且长期来一直被认为是例外或罕见的。自 Gutmann 氏提出后，很多作者才予以重视和研究，并发现在 X 线检查中非球部溃疡约占十二指肠溃疡的 2.7%，而根据尸检材料来分析，竟高达 5~17%，非球部溃疡常见于以下三个部位。(1) 球部后溃疡：位在球顶折曲处，因常与球顶部重叠而被掩盖，病灶不易发现；(2) 降部溃疡：常处在球顶折曲处与瓦特氏壶腹间；(3) 壶腹后溃疡，一般较少见。

作者强调非球部溃疡的诊断主要有赖于 X 线检查。由于溃疡所处解剖部位与组织学上的因素，诊断往往比较困难，特别如第二、第四段十二指肠彼此前后重叠，或第二段向后腹膜固定，其他如粘膜环状襞的移动亦可掩盖小的溃疡。但主要关键在于已往对该症重视不够。作者认为将来如能应用电影荧光摄影来进一步观察十二指肠的动态，当然更为理想。

作者在本文中报告 3 例，并描述了其主要的 X 线表现，即龛影与狭窄。

(一) 龛影：各个不同的时期可有不同的表现：①新的溃疡每易忽略，在高度粘膜水肿区可发现点状密度加深影，伴有 3~4 条星形放射条纹；此时较有价值且常见的早期间接征象是水肿性十二指肠炎。②如溃疡进展则可在广大粘膜水肿区呈直径达数毫米的喷火口状龛影，其周围有放射状皱纹；当溃疡伴有纤维变性时则龛影可呈典型的 Gutmann 氏穿线珍珠征象(Perle enfilée de Gutmann)。孤立的病灶较易诊断；但如位于球顶折曲处，则诊断较为困难。龛影周围炎变累及球部而形成粘膜水肿时，可酷似球部溃疡。③穿达胰头的龛影，一般呈不规则而巨大，常处在十二指肠框内缘，往往伴有瘢痕收缩而有成角畸形。

(二) 狭窄：有很大的诊断价值：如见狭窄且伴有龛影则诊断几乎可以肯定。在严重病例，十二指肠周围炎性肿块压迫所形成的狭窄可酷似假性肿瘤。

鉴别诊断应考虑十二指肠憩室、移动性球部、胆道疾患引起的十二指肠球部周围炎、环胰或迷走胰腺、胰腺肿瘤等。作者最后强调非十二指肠球部溃疡不能再看作为罕见的疾患，它的确对病程进展与治疗有不可否认的价值。

(李修梧摘 徐惊伯校)

13. 减低张力下十二指肠造影术 500 例的分析

Mallet-Guy, P. 和 Jacquemet, P.

«J Radiol Electrol» 1963, 44(5): 249~258 (法文)

本造影术的设计原理为：借助某种药物使十二指肠的蠕动及张力暂时减弱，并通过插入十二指肠腔的导管加压注射钡乳，使该肠腔充盈完善，从而可摄得该段肠管的稳定影像。经导管注入钡乳的优点在于能按要求使肠管充盈，并可吸出造影剂和注入空气。减低张力后加压注射造影剂可使十二指肠更接近胰腺头部，从而可更真实地反映出胰腺的状态。减低张力后所摄取的每组照片必然会重复显示同样的影像，从而提供了诊断的肯定性和正确性。在本检查方法中，胃幽门窦部不与十二指肠降部上段重叠，因而有使该部更完整地显示出来的优点。

技术操作：于透视下证实导管远端已插入十二指肠降部的上端后，病员仰卧于X线机台上，肌注Antrenyl 2~4 毫克以减低十二指肠张力，20分钟后通过导管注入10~20毫升粘稠的昔罗卡因(Xylocaine)，再隔15分钟后注入常规检查胃囊用的钡乳，后者应调和均匀，温度为38°C。第一组照片于十二指肠最扩张时摄取之。然后经导管吸出钡乳，摄取十二指肠粘膜皱襞的摄片。最后注入空气，摄取双重对比摄片。

作者已施行减低张力十二指肠造影术500例，其中150例显示病态；此150例中经手术证明的病理解为：慢性胰腺炎80例，瓦特氏壶腹部癌12例，壶腹部良性肿瘤3例，总胆管结石25例，淋巴结压迫5例，杂病10例，胆囊十二指肠瘘1例，胆囊癌4例，肝癌3例，十二指肠降部溃疡2例。

慢性胰腺炎病例的X线表现可分为三类：(1)示显著征象：12例，十二指肠腔呈现深刻和广泛的改变，或形成一局限性如线条状的阻塞狭窄，以致4例误诊为胰腺癌。(2)示明显征象：35例，十二指肠的改变较上述者略逊，其内缘的皱襞犹如经推刨刨削，呈平坦或稍形凹陷，甚至形成表浅残缺；有时除十二指肠内缘皱襞显示强直外，并可见到针刺或锯齿状阴影。(3)示轻微的征象：33例，十二指肠的改变仅局限于少数的皱襞。这些小区域的强直、凹陷以及细小针刺表现的交替出现，在对比各组摄片时往往能确定其发生在同一区域，是慢性胰腺炎的鲜明征象。减低张力十二指肠造影术对胰腺疾病的诊断率达83%。

25例诊断为胰腺癌，其中11例诊断正确。3例胰腺癌误诊为慢性胰腺炎，1例误诊为壶腹部癌，4例慢性胰腺炎误诊为癌，4例漏诊，2例拟诊为胰腺头部癌但未经手术证实。胰腺癌的诊断率为45%。

瓦特氏壶腹部肿瘤26例，其中诊断为恶性肿瘤并经手术证明者14例，诊断率为54%。

壶腹部癌的征象或可为肠壁强直部位有一较大的壁龛，或可为十二指肠表面有较大的凿孔样缺损，而于较远的区域有被侵犯的表现。早期壶腹癌的诊断较为困难，须以各组摄片进行对比，可以发现正常褶皱中的向腔内凹陷的区域中有一壁龛（不应与正常皱襞相混淆），和一十二指肠腔内较淡的充盈缺损，后者代表尚未被肿瘤侵犯的粘膜上的一个能活动的肿块。

总胆管内结石在减低张力十二指肠造影术中并无恒定特征，但作者认为在黄疸病例中应用本法可帮助诊断。

作者认为减低张力十二指肠造影术为诊断胰腺及壶腹部疾患的一个良好的方法，诊断率高达80%；此外，对慢性胰腺炎及壶腹癌的早期诊断亦很有帮助，对胰腺头部癌的早期诊断则较差。

(徐惊伯摘)

14. 胃冰冻术

Heineken, T. S., Rich, R. E., Greifinger, W.,

Stoll, G. F., O'grady, M. J. 和

Manowitz, N.

«Amer J Gastroent» 1963, 39(6): 648~654 (英文)

Wangensteen 氏等曾报告用“胃冰冻术”治疗十二指肠溃疡。该疗法的作用机制为：(1)阻断来自胃粘膜的迷走神经分泌反应；(2)使胃窦粘膜对摄入食物不起反应，因此抑制了胃窦激素的释放；(3)使胃壁细胞分泌胃酸和主细胞分泌胃蛋白酶的能力减退。作者等用此疗法治疗10例男性慢性十二指肠溃疡。所有病例均有胃酸增高，但在治疗时均无活动性溃疡壁龛。半数患者以往有出血史，半数过去内科治疗无效。无1例有幽门梗阻。疗效系按游离盐酸降低的程度来划分。如降低25%或以上，认为疗效尚好；如降低50%或以上，认为疗效佳或极佳。若胃酸无减低，则建议患者在3个月内再作一次冰冻术。在冰冻期间，除体温下降1.1~2°C外，一般血液生化检查均无变化。在半数病例中，白细胞计数有轻度升高。10例中9例，在冰冻期间心电图示心肌缺血的变化；其中1例同时伴有多源性室性期外

收縮和 ST 段輕度抬高,以致在 45 分钟时不得不中止治疗。上述心电图变化均于空球取出后迅速恢复。病人住院均不超过 48 小时。10 例的疗效为:游离盐酸减低 50%者 6 例, 25%者 1 例, 35%者 1 例, 2 例无下降。作者等认为欲得满意的效果, 应该做到: (1)胃液完全抽尽; (2)温度恒定在 -12°C 50~60 分钟; (3)空球内有足够量酒精——750~800 毫升; (4)室温不超过 24°C 。治疗后 10~30 天内患者可有上腹飽胀感及左上腹偶感不适, X 綫检查表明可能由于胃张力减退之故。治疗后随訪結果, 10 例均未再出現潰瘍痛症状, 2 例无胃酸减低的患者亦是如此。如上所述, 在冰冻过程中 90% 的病例有心电图改变, 此外, 40% 的患者在冰冻后 10 分钟出現低血压。冰冻术后未见发生呕血或黑粪, 亦无并发胃潰瘍、穿孔或梗阻。

(徐家裕摘 萧树东校)

15. 选择性迷走神經切断术 后的一些观察

Smith, G. K. 和 Farris, J. M.

《Arch Surg》1963, 86(5): 716~725 (英文)

本文报道选择性迷走神經切断术 40 例, 随訪 6 个月到 2 年以上的临床观察。

观察結果: 40 例全部生存, 也未发现潰瘍复发。术后胃分泌功能和脂肪吸收的检查, 証实选择性迷走神經切断术的效果和迷走神經干切断术基本相同; 傾泻症候群的发病率也大致相仿。术后 5 例有排便习惯改变, 发生率为 12%。作为对照, 作者等随訪了施行迷走神經干切断术在 2 年以上的 100 例。經詳細詢問, 28 例 (28%) 术后有明显的排便习惯改变, 其中 1 例腹瀉较为严重, 半数病員的症状和高渗性飲食有关。

根据 Burge 氏的观察, 若保留迷走神經的肝支, 則腹瀉极少发生。为了进一步闡明这一問題, 作者等将迷走神經切断术分为 4 型: (1)主干切断; (2)双侧选择性切断术, 保留肝支和腹支; (3)前支选择性保留肝支伴后支主干切断术; (4)后支选择性保留腹支伴前支主干切断术。本組病例計有 (2)型手术 19 例, (3)型 17 例和 (4)型 4 例。在腹瀉的 5 例中, (3)和 (4)型各占一例, 且症状較严重; 其余 3 例属于 (2)型, 症状輕微, 发作也多和高渗性飲食有关, 其中 2 例尚伴有腹瀉的症状。

根据观察結果, 作者等认为, 目前, 选择性迷走神經切断术虽很可能成为一种比較理想的手术方式, 但它不能完全預防术后排便习惯的改变; 它未能

取而替代迷走神經干切断术, 因后者对潰瘍病的治疗效果还是比较滿意的。当手术野暴露不够滿意, 术者对迷走神經的解剖不够熟悉, 或伴有急性大出血时, 不宜采用选择性迷走神經切断术。

原文对选择性迷走神經切断术的操作步驟进行了介紹。
(曹金梧摘 吳肇光校)

16. 高位胃小弯潰瘍的外科治疗

Gammie, W. F. P.

《Proc Roy Soc Med》1963, 56(6): 500~501 (英文)

高位胃小弯潰瘍因有早期癌变和出血的可能, 一般均主张作高位胃大部切除术。但广泛切除病灶常可增加手术死亡及引起反流性食管炎、术后营养不良等后遗症。自 1918 年 Kelling 氏及 1929 年 Madlener 氏提出对本症作潰瘍下胃部分切除术后, 近 30 年已广泛采用这种手术 (Kelling-Madlener 手术), 临床疗效极佳, 术后胃肠道銀餐检查显示潰瘍龕影很快愈合。本文分析伦敦医院 1952 年起对 25 例高位胃小弯潰瘍病例采用上述手术方法的治疗結果。本組病例約占同期胃小弯潰瘍手术病例的 10%。本組病例的性別、年龄与其他胃潰瘍病例无区别; 同样, 約有 25% 病例伴有十二指肠、幽門潰瘍或疤痕。因缺乏明显的周期性疼痛, 且与飲食无明显关系, 本症的診斷較为困难。X 綫銀餐检查有时亦难以显示潰瘍龕影。

本組病例 2 例因潰瘍出血、2 例因恶变可疑、21 例因在內科治疗观察期中潰瘍复发而采用外科治疗。由于 X 綫摄片常难以正确估計潰瘍与賁門間的距离, 故胃切除的范围仅能在手术时决定, 有时甚至須在胃部分游离后才能决定。对賁門下 4~5 厘米处的潰瘍, 切除范围最难决定; 有造成胃切除过多或过少的可能。手术医师可根据炎性肿块及潰瘍周围炎症反应情况决定潰瘍有否恶变。本組中 1 例由于术前 X 綫检查有恶变可疑, 曾切开胃壁作冰冻切片检查, 但不宜常规施行。

25 例无手术死亡及严重并发症。仅 1 例伴有严重高血压者, 术后曾呕血, 需輸血治疗。經 2~10 年随訪, 1 例术后 3 年发生吻合口癌肿而死亡, 另 1 例术后 9 年因冠状动脉栓塞而死亡, 其余病例均无胃部症状, 食欲良好, 飯后无飽胀感, 营养状态甚佳, 仅偶有反流现象。25 例中除 4 例外, 均作了术后 X 綫銀餐复查, 无充盈缺损或局部压痛。

作者最后指出, 局限性胃切除术疗效良好, 手术危险性小, 继发性胃癌的发病率小于 4%。广泛性全

胃切除术的手术死亡率及后遗症均较前者为高，故本症的手术方法以选择前者为宜。

(朱人璋摘 馮卓榮校)

17. 长期观察证明 Billroth 氏 I 式 胃切除术不足以持久控制 十二指肠溃疡

Newton, E. 和 Judd, E. S.

«Surg Gynec Obstet» 1963, 116(2):

170~173 (英文)

长期以来, Mayo 医院大多采用 Billroth 氏 II 式胃切除术治疗十二指肠溃疡, 主要理由是: 胃粘膜能与硷性消化液长期接触, 能降低溃疡的复发率; 又当十二指肠壁有炎症时, 进行 Billroth 氏 I 式手术在技术上也有困难。自 1945 至 1960 的 16 年中, 仅对 244 例十二指肠溃疡患者采用 Billroth 氏 I 式胃切除术进行治疗, 其中 172 例得到随访, 本文报道这 244 例的疗效分析。在 172 例得到随访的患者中, 130 例为十二指肠溃疡, 42 例为复合溃疡。年龄最小者 14 岁, 最大者 74 岁, 平均为 55 岁。胃的切除范围: 76 例(44.2%)为 2/3, 74 例(43%)为 3/4, 14 例(8.1%)为 1/2, 6 例少于 1/2, 2 例为 4/5。13 例合并施行迷走神经切断术。吻合方法: 149 例采用 Schoemaker 氏式, 20 例为 Von Haberer 氏式, 2 例为 Finney 氏式, 1 例为 Horsley 氏式。合并症: 244 例中 35 例术后发生 44 起严重的并发症, 发生率为 14.3%。2 例吻合口狭窄者, 须再次手术。2 例术后立即死亡, 手术死亡率为 0.8%。体重变化: 在随访的 172 例中, 36.6% 体重减轻 5 磅以上, 21.5% 体重增加超过 5 磅, 其余 41.9% 的体重增减, 都不超过 5 磅。倾倒症候群: 4% 术后出现中等度及重度倾倒症候群。5 年内随访: 69.7% 效果良好, 16.6% 进步, 13.7% 不良。6~10 年随访: 75.7% 效果良好, 10.8% 进步, 13.5% 不良。11~16 年随访: 53.1% 效果良好, 18.8% 进步, 28.1% 不良。复发: 26 例溃疡复发, 复发率为 15.1%, 其中 12 例(46.2%)系在术后一年内复发。女性患者的复发率较男性患者为高。

13 例合并迷走神经切断术, 随访 1~7 年, 平均 3.9 年, 8 例效果良好, 2 例进步, 3 例不良, 其中 1 例有溃疡复发。

本组溃疡复发率为 15.1%, 显著高于 Billroth 氏 II 式者(1.5~5.6%)。因而作者认为 Billroth 氏 I 式胃切除术, 技术上虽较简单, 术后倾倒症候群较

少, 但溃疡复发率较高, 如不同时施行迷走神经切断术, 单纯采用此法治疗十二指肠溃疡并不相宜。

(张鸿祺摘 郑宝琦校)

18. 难治性十二指肠溃疡: 手术指征的客观依据

Stempien, S. J., Dagradi, A. E. 和

Steinsapir, L. J.

«Amer J Dig Dis» 1963, 8(6): 484~491 (英文)

根据主观症状来决定十二指肠溃疡病例的难治性及其手术指征, 难免带有偏见, 因此是不可靠的。作者等通过 54 例“难治性”十二指肠溃疡患者的观察, 探索何种客观资料可以作为外科选择的依据。观察项目包括病史、体检、上消化道 X 线检查、二小时基底胃酸分泌定量测定, 必要时作胃镜检查, 部份病例作胰岛素胃液分析。

结果: 本组年龄多数(36 例)在 30~49 岁之间, 病程超过 10 年者占半数以上(29 例), 其他特征为每年频繁的复发, 且疼痛开始转为持续性(27 例), 既往史有过出血(22 例)、穿孔(8 例)、梗阻(1 例)等并发症, 内科治疗效果不佳。

在 39 例进行了 2 小时基底胃酸分泌测定; 结果 18 例(46%)正常(<1.5 毫克当量/小时), 21 例(54%)分泌过多(≥ 2 毫克当量/小时), 另 10 例有高度的基底胃酸分泌过多(5~12 毫克当量/小时)。在 37 例中有 29 例(80%)尿内尿胃蛋白酶过多(>50 单位/小时)。在进行胰岛素胃液分析的病例中, 出现较“正常”持久的分泌增高。

本组 54 例均通过第二次仔细的上消化道 X 线检查。作者等将幽门十二指肠段的器质性病变分为四级: ++: 十二指肠溃疡阴影不伴有瘢痕性改变; +++: 极轻度的瘢痕性畸形, 十二指肠球部尚保持其原有轮廓; ++++: 呈苜蓿叶形; +++++: 十二指肠球部轮廓完全消失, 不论有无狭窄和穿透。狭窄和穿透而无潴留亦列为重度器质性病变。本系列中 39 例显示幽门十二指肠段重度器质性病变; 其中 33 例有 +++~++++ 畸形, 9 例有狭窄, 9 例有深部穿透, 19 例(35%)有异常显著的胃粘膜增生。

经胃镜检查者 23 例, 9 例诊断为弥漫性粘膜肥厚, 且均有 X 线胃粘膜肥厚象, 其中 7 例并有高度胃分泌过多, 作者等称此为良性肥厚性分泌过多性胃病(Benign hypertrophic hypersecretory gastropathy)。其余患者属正常或有轻度胃炎。

手术时取得全厚胃壁标本的 2 例良性肥厚性分

泌过多性胃病患者,病理检查显示胃粘膜层增厚,腺细胞增生,有时具有间质内炎症细胞浸润。胃窦部和/或胃体部粘膜均可有肥厚改变,主细胞和壁细胞均可有增生而限于“壁细胞堆”的增生。有时并有炎症细胞浸润。

综上所述,在本组 54 例中 43 例找到难治性的相当可靠的客观证据;其中 39 例主要表现在幽門十二指肠段重度的器质性病变,4 例是高度的基底分泌过多。

作者等认为难治性十二指肠溃疡病例的客观估计,应该以仔细的胃肠 X 线检查和 2 小时基底胃酸分泌定量试验为基础。X 线检查应注意幽門十二指肠段病变的严重程度和有无胃粘膜异常增粗。发现后一情况时应进行胃镜检查加以证实。在本系列中通过 X 线和胃镜检查见到这种粘膜改变的病例占 35%。

下列三项变化,即:(1)幽門十二指肠段重度器质性改变;(2)基底胃酸分泌增高;(3)伴发的良性肥厚性分泌过多性胃病,应被视为难治性十二指肠溃疡的客观证据。具备上述三项,或其中任何二项并可见到十二指肠溃疡阴影时,均可作为难治而需要手术的可靠依据。第一项可以单独作为难治的证据。对上述三项全部缺如的病例,不宜因难治而建议手术。同时作者等指出;手术的决定亦不应机械地根据上述三项资料。如果病人能接受适当的内科治疗而在正常生活情况下并无症状,仍宜采用内科治疗。

(金慰悃摘 朱无难校)

19. 老年人的消化性溃疡出血

Guth, P. H.

《Amer J Gastroent》1963, 39(1): 43~47(英文)

作者分析 1957~1960 年所见 78 例 104 次溃疡病出血者的治疗结果,讨论老年消化性溃疡出血的治疗问题。所有病例均经 X 线、手术或尸检证实。内科治疗包括多次牛乳及乳油饮食,与制酸剂交替给予;血红蛋白低于 8.5 克%或临床上有休克时,则给予输血。急诊手术的指征为:(1)出血速度超过输血速度;(2)48 小时内持续出血超过 3,000 毫升;(3)住院期间虽经严格内科治疗而仍有复发出血。

104 例次中 86 例次系十二指肠溃疡出血,18 例次系胃溃疡出血。十二指肠溃疡出血者 19.8% 施行

手术;胃溃疡出血者 44.4% 施行手术。十二指肠溃疡出血死亡 10 例,仅 1 例年龄在 70 岁以下,70 岁以上的 24 例中 9 例死亡。10 例中 6 例在内科治疗时死亡,余 4 例手术后死亡。内科治疗的 6 例均伴有严重疾病如动脉粥样硬化、转移性癌等,因此即使手术,治愈机会亦很少。手术死亡的 4 例中,3 例年龄在 70 岁以上,因此手术危险很大。胃溃疡出血死亡 3 例,年龄均在 50 岁以上;2 例伴有严重脑血管或心血管疾病,1 例术后伴发支气管肺炎而死亡。

作者在讨论中指出,即使在 70 岁以上的老年患者,多用急诊手术能降低消化性溃疡出血病死率之说并无根据。这一年龄组病死率较高的原因在于常伴有其他严重疾病。因此,对老年出血性溃疡患者,急诊手术的指征毋须改变。

(江石湖摘 江紹基校)

20. 肝脏边缘影象——一种十二指肠溃疡穿孔的特征性征象

Pyle, R.

《Brit J Radiol》1963, 36(427): 508~504(英文)

本文报告一种十二指肠穿孔进入肝肾间隙的特征性表现,过去仅 Mann 等氏(1956)提到过。本征非常少见。作者在过去 2 年内仅见到 2 例;这种表现系建立于牢固的解剖基础,对十二指肠穿孔具有诊断意义。十二指肠溃疡穿孔所引起的气腹,如仅有少量气体逸出,立位片上一般不能显示膈下气体。但由于十二指肠第一部位于 Morison 氏凹陷(肝肾间隙)内,穿孔后气体就集聚于该处,仰卧位摄片时,气体可上升至前腹壁,显示肝脏的边缘,造成一典型的新月形透光阴影。

作者报告 2 例。例 1,女性,36 岁,急腹痛入院。立位片上膈区未见气体,因仰卧位片见肝脏边缘征而诊断为十二指肠溃疡穿孔,手术证实诊断正确。例 2,男性,83 岁,腹部隐痛数天。立位片显示膈下有大量气体,与通常大肠穿孔时所见相似。但气体也显出肝脏边缘,故诊断为十二指肠穿孔入肝肾间隙,结肠穿孔不能完全除外。手术发现十二指肠溃疡穿孔伴胆汁性腹膜炎。大量游离气体的出现据推测与穿孔后所经历的时间较久有关,如无肝脏边缘征存在,本例不易作出正确诊断。(陈星荣摘 荣独山校)

肠

21. 十二指肠憩室

Laudan, J. C. H. 和 Norton, G. I.
《Amer J Roentgenol》1963, 90(4):
756~760(英文)

十二指肠憩室甚少见，是因胚胎期正常肠腔闭塞阶段发生不完全性再通而形成。据推测其起源有二：(1)不完全的十二指肠分叉：由与十二指肠腔相通的胚胎空泡发展而成；(2)十二指肠膈：系一向腔内生长的扁平突起，形成憩室的十二指肠膈，能膨胀，典型的膈呈环状，附着于肠腔内壁，远端有口与肠腔相通。在X线方面，不论憩室来自十二指肠膈或不完全十二指肠分叉，均呈相同征象。典型的表现：钡餐检查时可见乏特氏壶腹附近的十二指肠腔内有钡充盈的袋状阴影，在任何角度投照下均在腔内。加压点片中可见憩室壁呈薄的透亮圈，其近端的十二指肠可呈不同程度的扩大。在憩室内可见结石、异物以及其他解剖畸形，例如迷走性或环状胰腺、胆管胰腺管开口畸形、以及十二指肠中隔等。其手术指征取决于有无肠梗阻、消化性溃疡、手术的危险性以及局部的其他解剖畸形等。

病例报告：26岁，女性，过去无梗阻征或胃肠道出血史。5天来感上腹部不适，但可为食物缓解。钡餐检查发现十二指肠球部前壁有一直径1厘米的溃疡，十二指肠第二部近乏特氏壶腹处有一腔内憩室，长约10厘米，远端伸入十二指肠第三部。检查时见憩室有钡的充盈和排空，其大小及形态均可改变。当憩室内钡剂排空时，在十二指肠第二及第三部可见到透亮的条纹状憩室壁，酷似蠕虫影。憩室近端开口的直径约为1厘米。由于其易于排空，提示另有远端开口。患者经药物治疗后症状消失，故未行手术。

(韩莘野摘)

22. 小肠神经纤维瘤

Marshak, R. H., Freund, S. 和 Maklansky, D.
《Amer J Dig Dis》1963, 8(6): 478~483(英文)

肠壁内神经组织肿瘤的分类相当混乱。River氏将神经纤维瘤(neurofibroma)和神经鞘瘤(neurinoma)和神经节瘤(ganglioneuroma)归为一类，称之为神经源性(neurogenic)肿瘤。这类肿瘤可为单独的或多

发的，最多见于小肠，尤其是回肠，亦见于胃，罕见于食管和结肠。任何年龄均可得病，但最高发病率在40~60岁之间。主要临床表现是腹痛、肠出血和腹块。其次为恶心、呕吐、腹泻、腹胀、消瘦和腹部压迫感。肠梗阻较为常见，其原因多由于肠套叠、肿瘤压迫或侵入肠腔。偶尔由于肠扭转和环状狭窄。

作者等报道一例15岁女孩，主要临床表现为下腹间歇性绞痛，盆腔内扪及块物。手术探查发现回肠及回肠盲肠套叠。复位缝合后患者仍屡有下腹阵痛和轻度肠套叠发作。经多次X线检查始发现回肠中部有多数腔内和壁内结节。最后病人又发生回肠和回肠盲肠套叠，手术复位后切除患部回肠，病理报告为多发性神经纤维瘤伴出血性肠炎。

作者在讨论中指出，大多数小肠神经源性肿瘤系良性，但偶可有轻度恶性。这类肿瘤常具有包囊和蒂，多呈椭圆形或圆形。良性者质地坚硬，恶性者质地和色泽似脑组织。常有溃疡；其范围越大，边缘越不规则，恶性的可能亦越大。良性粘膜下肿瘤和肉瘤有时不易从组织学上鉴别。在放射学上，起源于结缔组织的良性小肠肿瘤(如肌瘤、纤维瘤和神经纤维瘤)甚为相象，除脂肪瘤外无法彼此鉴别。最常见的发现是多发性界限清楚的腔内或粘膜下充盈缺损和继发性肠套叠。较少见的是：小肠受巨大肿块压迫，瘤蒂扭转。这可能导致小肠扭转。偶尔良性粘膜下肿瘤可产生环状病变，其界限清晰而光滑。溃疡阴影并不少见。单一、小而界限清楚的溃疡属于良性。无定形、大而不规则的溃疡一般全为恶性，最常见的是肉瘤，迁徙性肿瘤也曾有报道。最后作者指出二点：(1)虽然小肠套叠几乎全部由于良性粘膜下肿瘤或腺瘤，但偶尔亦见于正常青年人和口炎性腹泻患者。(2)小肠肿瘤常须经过多次X线检查，方不致遗漏。

(金慰偶摘 朱无难校)

23. 小肠吸收不良综合征中的两种类型

Vesin, P., Milhaud, G. 和 Cattani, R.
《Arch Mal Appar Dig》1963, 52(4):
331~337(法文)

近年来的所谓小肠吸收不良综合征是指应用同位素或化学方法证实为脂肪痢的慢性腹泻。此外，患

者对碳水化合物、鉄、鈣、維生素D、維生素B₁₂等亦可有吸收不良。小腸(尤其是十二指腸和空腸)粘膜炎活體組織檢查顯示典型的病變。作者在介紹本病的病原和生化改變等以後,報道了2例小腸吸收不良綜合征患者,其臨床表現為兩種不同的類型。茲將其病史摘錄如下:

例1 男性,70歲,因腹瀉5~6個月而入院。患者每天大便4~5次,質稀薄。經各種治療均無效果。患者感乏力、食慾不振,體重減輕18公斤。體檢有消瘦,其餘無特殊。入院後大便每天4~6次,質軟,色澤淡而呈油膩樣。24小時大便量為300~1,250克。血清總蛋白7克%,白蛋白4.1克%,球蛋白2.9克%。血鈣9.5毫克%,血磷5.4毫克%。I¹³¹標記的三酸甘油酯試驗示明顯的脂肪痢。右旋木糖和葡萄糖耐量試驗均示嚴重的小腸吸收不良。I¹³¹標記的多乙烯吡咯酮(PVP)試驗與鈣代謝研究等均正常。小腸X綫檢查示空腸與回腸有功能性紊亂,空腸粘膜炎變增厚。小腸粘膜組織學檢查示絨毛變短,並有炎症細胞浸潤。患者雖經無麸質飲食、腎上腺皮質激素、抗菌素與叶酸等治療,腹瀉仍持續,于發病6個月後死亡。尸檢除小腸粘膜病變外,無其他異常發現。

例2,32歲,慢性腹瀉病史已14年,一般每年發作2次。本次因腹瀉6個月而入院。每天大便達10次,糞質色淡呈油膩樣。體重減輕6公斤,有乏力與蒼白。患者幼年時經常腹痛,每次持續數天。曾患過巨細胞性貧血,維生素B₁₂治療後得到緩解。體檢示消瘦,下肢有輕度浮腫,其餘無特殊。24小時大便量達900克。血清總蛋白5.7克%,白蛋白3.5克%,球蛋白2.2克%。24小時大便脂肪明顯增多,為16.5克。右旋木糖試驗示輕度吸收障礙,葡萄糖耐量試驗則正常。I¹³¹標記的血清白蛋白靜脈注射後,大便放射性明顯增加,4天內排泄15%(正常值<0.5%)。白蛋白的半衰期縮短,為5天(正常值18~22天)。靜脈注射Ca⁴⁵以後,腸道排泄鈣增加,為322毫克/24小時(正常值<150~160毫克/24小時)。患者血鈣正常,但尿鈣明顯減少,為15毫克/24小時。胃腸鉬餐檢查示小腸功能紊亂;此外,回腸尚有一處固定的明顯腸擴張。因而診斷為腸梗阻而作了剖腹手術。術時發現离回盲瓣1米處有一狹窄處,其上小腸有擴張,其下小腸腸腔正常。腸系膜淋巴結有腫大。切除了25厘米有病變的腸段,並作了腸吻合術。小腸組織學檢查示局限性回腸炎,腸粘膜有潰瘍。術後2個月,患者腹瀉改善,24小時大便

量為300克,脂肪痢消失,24小時大便脂肪少于3克。一般情況有明顯進步,體重增加6公斤。I¹³¹標記的白蛋白試驗復查結果:大便放射性為0.4%,白蛋白半衰期為19天,已轉為正常。Ca⁴⁵試驗示腸道排泄鈣較术前略有減少,為264毫克/24小時,尿鈣僅增加至63毫克/24小時。術後13個月復查時,血清蛋白、血鈣、尿鈣等均為正常。患者腹瀉消失,情況良好。

第1例是原发性脂肪痢,临床上除脂肪痢外,还有对糖的吸收不良。第2例有回肠狭窄与空-回肠炎,临床上除脂肪痢外,还有大量鈣与蛋白质自肠道排泄和发生巨細胞性貧血,对糖的吸收則仅有輕微障碍。由于維生素B₁₂系在末端回肠处吸收,因而第2例有維生素B₁₂的缺乏和出现貧血。至于为何大量鈣与蛋白质自肠道排泄,其机制不明。作者強調指出尿鈣減少可反映腸道对鈣的排泄增多,临床上可出现手足搖擻、骨質軟化等。

(萧树东摘 徐惊伯校)

24. 应用Ca⁴⁵研究小腸吸收不良綜合征

Milhaud, G., Vesin, P. 和 Cattani, R.

«Arch Mal Appar Dig» 1963, 52(4):

309~315(法文)

小腸疾患有时伴有鈣代謝紊亂,表現為低血鈣、低尿鈣、手足搖擻、骨質軟化或骨質疏松。作者对10例吸收不良綜合征(均有脂肪痢,7例為口炎性腹瀉,3例為滲出性腸病)进行了鈣代謝等研究。患者年齡在14~70歲之間,男性6例,女性4例。患病時間自半年~40年不等。

患者每日飲食中的鈣摄入量平均為900毫克。各例均測定血、尿与大便鈣含量。并在靜脈注射Ca⁴⁵2~6微居里后,測定血、尿和大便的放射性。10例均作了血清白蛋白代謝的研究,方法是以I¹³¹標記的人血清白蛋白作靜脈注射,然后測定其血浆中的半衰期和5天內的大便放射性。3例曾以I¹³¹標記的多乙烯吡咯酮(PVP)研究腸道中蛋白的損失量。

研究結果:4例患者临床上有手足搖擻与发麻,其血鈣明顯減少,為5.5~7.5毫克%。另1例虽有低血鈣,但无症狀。6例尿鈣明顯減少,2例中度減少,另2例尿鈣正常或增高。2例小腸对鈣呈明顯的吸收不良,均為負鈣平衡。另2例对鈣系輕度吸收不良,其中1例為正鈣平衡,1例為負鈣平衡。其余6例鈣吸收正常,但其中有1例為負鈣平衡。10例中