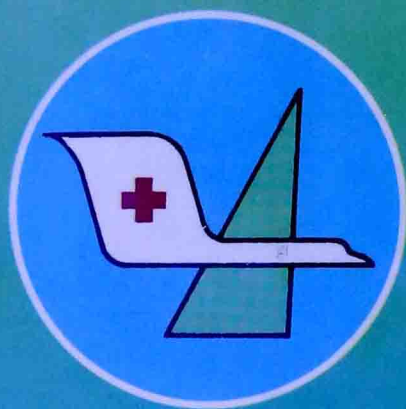


临安县人民医院

论文汇编



献 给

建院五十五周年

论 文 汇 编

(1986—1994)

临 安 县 人 民 医 院

前 言

临安人民医院经历了 55 年艰苦创业,目前医院拥有床位 350 张,工作人员 500 余人,高、中级技术人员占四分之一以上,已发展成为一所科室齐全,设备先进、技术力量较为雄厚的县级综合性医院。

多年来,全院职工本着“病人至上、质量第一”的宗旨,齐心协力,奋发图强,为不断开拓医院工作新局面付出了辛勤的劳动。特别是医务工作者,不但为临安县人民群众的防病、治病做出了贡献,而且在医学实践中勇于开展新技术、新项目,开展医学学术的探讨。在完成大量的诊疗工作之余,撰写了许多高质量的学术论文,近年来有八项科研获省、市、县科技成果进步奖。

为了总结与交流经验,我们收集了 1986~1994 年在省市级以上医药刊物上发表过的论文共 110 篇汇编成册。限于篇幅,许多中青年医师晋级晋职时撰写的许多高水平论文,及在省、市、全国性学术会议交流宣读的论文,我们一概没有收集汇编。

本“汇编”在一定程度上反映了我院医疗技术的新动态与新水平,字里行间,无不渗透着我院医务人员日夜苦干的辛勤汗水,闪耀着作者们潜心钻研的智慧之光。我们期望通过本“汇编”的刊出,进一步活跃我院的学术气氛,推动我院学术活动及科技研究工作,促进我院医疗质量的不断提高,使医院的医疗、科研、教育工作再上一个新台阶。

在汇编中,由于我们的水平有限,经验缺乏,缺点、错误在所难免,恳切希望得到各级领导,兄弟医院的专家、同行的批评指正。

临安县人民医院医务科

1995. 5

临安人民医院简介

临安人民医院是一所科室齐全、设备完善、技术力量较为雄厚的综合性医院。拥有床位 350 张,工作人员 500 余人。高、中级技术人员占总人数的四分之一以上。心血管、消化、肿瘤、脑外、骨外、泌尿、妇产科在当地处于领先地位。

近年来,新设置了先进的医疗仪器有 1000 毫安 X 线闭路电视、彩色电子胃镜、纤维结肠镜、膀胱镜、动态心电图仪、床边系列心电监护仪、人工肾、全自动生化分析仪、动态血压仪、血气分析仪、血球计数仪、心功能同步检测仪、同位素测定仪、美国彩色多普勒显像仪及美国高级“百胜”黑白 B 超、德国西门子 DRH 高档 CT 机等。能开展颅脑、胸腹腔、肝、泌尿、断肢再植、妇产科子宫全切等高难度手术。开展科研项目十项,通过鉴定八项,三项达国际、国内先进水平;发表论文 110 篇,其中国家级 11 篇。是浙江省卫生学校、杭州市高等医学专科学校的教学医院。

本院是省、市文明医院,省、市文明单位及全国卫生文明建设先进集体。目前全院职工本着,“病人至上、质量第一”的宗旨,从一级甲类向二级医院发展,竭诚为各界人士提供优质医疗服务。

目 录

《论著与经验》

宫颈癌发病因素分析(〈附 83407〉人次妇女宫颈癌普查总结)	何建沫等(1)
家族性结肠腺瘤病——家系分析	陆妙贤等(5)
选择性血管造影 3 例报告	徐光来等(7)
心律失常对血清微量元素硒、锰、锌、铜、铁的变化	徐光来等(10)
老年人充血性心力衰竭并低血钾症 54 例分析	徐光来(13)
HP 人猪感染的初步研究	何建沫等(15)
大肠手术时的损伤	谭家麟(17)
120 例胃癌临床和病理分析	胡补菊等(19)
幼年性大肠息肉的病理特征分析	陈永银等(21)
经食道心脏电生理检查对不明原因晕厥的诊断价值	徐光来等(22)
过氧化氢预防切口感染的观察	王兴平等(24)
41 例胃平滑肌肿瘤临床分析	杜根安(25)
经食道心脏电生理检查中异丙肾上腺素诱发室上性心动过速的价值	徐光来等(27)
洛赛克治疗消化性溃疡急性出血 56 例疗效观察	胡补菊等(29)
幽门螺杆菌感染与胃癌	施培梁等(30)

《临床实践》

在农村基层医院经腹腔施行 12 例全胃切除术的体会	陈永银等(32)
228 例院内死亡病例分析	陆妙贤等(35)
胆囊瘤样病变的诊断和治疗探讨(附 9 例报告)	杜根安(37)
腹腔穿刺术在急腹症中的应用	谭家麟等(38)
AOIP 并发急性呼吸衰竭的抢救体会	梁江荣等(40)
新生儿 ABO 溶血亚临床伴败血症 4 例	刘求真等(41)
18 例早期胃癌的临床病理分析	何建沫等(42)
中线肉芽肿综合症	何建沫等(44)
157 例直肠乙状结肠息肉临床分析	何建沫等(46)
上颌窦霉菌病 11 例分析	郭中秋等(48)
内镜下胃刷涂片快速检出幽门弯曲菌	何常青等(50)
扩血管药物并小剂量洋地黄治疗心力衰竭 124 例临床分析	汪必雄(51)
慢性硬脑膜外血肿八例分析	杨喻多等(52)
剖腹洗胃抢救重症农药中毒 16 例报告	汪必雄(53)

选择性支气管动脉内药物灌注治疗中晚期肺癌 60 例报道	张和平等(54)
老年人急性心肌梗塞的临床特点,附 50 例临床分析	詹永健(55)
膀胱内大血块梗阻 10 例的急诊处理	刘古飞(56)
原发性输尿管癌 4 例报告及文献复习	刘古飞(57)
糖尿病高渗性昏迷 2 例抢救成功报导	金定贤(58)
老年人冠心病诊治体会(附 100 例临床分析)	柳鑫鑫(60)
硝苯啉对顽固性咳嗽 25 例疗效观察	张景顺(62)
临安县恶性肿瘤死亡调查报告	何建沫(64)
23 例老年糖尿病分析	毛珠松(67)
膀胱癌 34 例临床分析	刘古飞(69)
阴茎海绵体硬结症 5 例治疗体会	刘古飞(70)
前列腺切开加去势术治疗前列腺增生症附 11 例报告	刘古飞(71)

《教训分析》

不典型淋巴瘤 6 例误诊分析	陆妙贤(73)
药源性脑血栓形成	徐光来等(75)
月经期胆道功能障碍误诊为胆囊炎 9 例分析	张景顺等(75)
11 例结核性脑膜炎临床误诊分析	金承荣(76)
慢性阑尾脓肿误诊为盲肠癌原因分析(附三例报告)	王兴平(78)
止血敏致药物热 3 例	奚中堪等(79)
氨茶碱静注致严重心律失常 2 例	柳鑫鑫(80)
伴有肝外损伤的病毒性肝炎漏诊 4 例	曹菊西(81)
恶性组织细胞增生症误诊为急性黄疸型肝炎一例分析	帅国华(83)
利福平、雷米封致严重不良反应 25 例临床分析	曹菊西(84)
淡漠型甲状腺功能亢进 4 例误诊分析	梁江荣(85)
流行性胸痛 7 例误诊分析	张景顺等(86)
老年人肺炎 68 例临床分析	毛珠松(87)

《中医、中西医结合》

中西医结合治疗重症慢性乙型肝炎 30 例临床分析	朱军等(90)
陈氏膏在外科临床的应用	谭家麟等(92)
魏长春老中医治疗经验拾零	朱军等(94)
中西医结合治疗慢性尿毒症 29 例临床观察	詹永健等(96)
消化性溃疡患者血清微量元素与中医辨证关系	胡补菊等(97)
清热化瘀护膜法治疗消化性溃疡疗效观察	胡补菊等(98)
肿节风与棉酚制剂分组治疗消化系统恶性肿瘤 30 例	胡补菊等(100)
鱼腥草治疗皮肤感染	徐素英等(101)
水针疗法对腹部大手术后恢复肠蠕动的临床观察	赵立明等(102)
以中药为主治疗重度黄疸肝炎 12 例	帅国华(103)
综合治疗肩周炎 180 例	王桂荣(104)

生大黄治疗新生儿坏死性小肠、结肠炎三例分析	李林华(105)
应用针灸、音频、电兴奋治疗多发性神经根炎 1 例报道	章润秋(106)
丹参注射液治疗慢性活动性肝炎的临床观察	蒋国庆等(107)
甲状腺癌晚期中药治疗好转 1 例报告	赵立明等(109)
外伤性头痛 1 例经验	夏世平(110)

《短篇报道、护理》

特殊型甲亢 1 例报告	陆妙贤等(111)
胸膜间皮瘤伴纯红细胞再生障碍 1 例	陆妙贤等(112)
Mahaim 型预激综合症致宽 QRS 心动过速 1 例	冯亚琴等(113)
产时外伤性子宫离断抢救成功 1 例	黄爱芳(63)
家族性特发性气胸 3 例报告	徐光来等(116)
慢性心肌梗死患者室上性快速心律失常的诱发率和临床意义	徐光来(117)
ST 段改变 20 年后非 Q 波型急性心肌梗塞 1 例	徐光来等(118)
高频电疗诱发青年心绞痛 1 例	徐光来等(119)
间羟胺转复室上性心动过速出现多种症状 1 例	梁江荣等(120)
对“浅谈氯丙嗪与有关药物的相互作用”一文的商榷	奚中堪(121)
孤立性肺泡细胞癌 5 年后确诊并临床治疗 1 例	奚中堪等(122)
甲状腺机能亢进症并发阿斯综合症 1 例	柳鑫鑫(123)
复方氯喘片致肌肉震颤 3 例	奚中堪(124)
糖尿病性大疱 2 例	金定贤(125)
肢痛发热型癫痫 1 例报告	詹永健等(126)
以遗精为首发症状的狂犬病 1 例报告	詹永健等(126)
急性杀虫双中毒致呼吸骤停 3 例	金定贤(127)
肝硬化时的胃粘膜病变	汪必雄(128)
利血平致血小板减少紫癜一例	蒋国庆(129)
良性间叶瘤 1 例	何建沫(130)
家族性结肠腺瘤病 1 例	何建沫(131)
静滴洁霉素导致过敏性休克 2 例	项卫芳(132)
抢救重度有机磷农药中毒病人的护理体会	倪菊香(133)
颅脑损伤病人的临床观察	王丽娟(135)
几种静脉穿刺点滴体会	王丽娟(136)
抗狂犬病免疫血清皮试致过敏性休克、急性溶血性贫血 1 例	丁丽君(137)
有机磷农药中毒剖腹洗胃的临床观察	胡一君(138)
杉木棒胸腔贯穿伤麻醉 1 例报导	虞苗法(139)
硬皮病误诊为肺结核 1 例报告	魏进社(140)
硬膜下脓肿诊治	付建新(141)
婴儿罂果中毒 1 例报告	尹 萍(142)
肛门术后创口用湿润烧伤膏换药临床观察	赵立明(143)
穴位注射对腹部术后肠蠕动的临床报导	于敏华(144)

二例病毒性脑炎误诊分析.....	郭昌荣(145)
应用灭滴灵混合液治疗小儿溃疡性口腔炎护理体会.....	伍福姣(146)
咳喘片中毒 1 例.....	许明月(147)
有机磷农药中毒洗胃和阿托品应用问题探讨(附 250 例分析).....	郑 凯(148)
纤维胃镜检查 5601 例胃病的临床分析与体会	郑 凯(150)
血液透析抢救重度急性中毒 5 例体会.....	童仙凤(152)
Kartagener 综合症 1 例	张景顺等(153)
加强对药品的质量管理和控制.....	袁华珍(154)
加强医院药品管理.....	袁华珍(155)
儿童哮喘合并肺气漏 2 例.....	王新英(156)

宫颈癌发病因素分析

(附 83407 人次妇女宫颈癌普查总结)

浙江省临安县人民医院 何建沐 陆妙贤 周赳夫

1976 年和 1986 年,对全县已婚妇女 8 万余人次进行了二次普查,共查出宫颈癌第一次 94 例,第二次 15 例。其中与宫颈癌发病有密切关系的因素是:多产、宫颈糜烂、性生活过频、早婚、早产、包茎、既往有肝炎和肿瘤家族史及不良的经济卫生条件等,提出了预防宫颈癌的 3 点措施,其中以普查普治最为重要。建议普查间隔时间以 4 年为宜。

关键词 病因因素 子宫颈癌 普查

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤,也是我县女性占首位的恶性肿瘤(25.53%)。近几年来,因开展妇女病普查、普治,已有明显下降,尤其是死亡率下降更为突出。本文总结了 1976 年以来对已婚妇女 8 万余人次进行二次全县性普查的结果,就与宫颈癌发病有关的一些因素作一对照分析。

方法是在普查时除填写统一表格外,每例都作宫颈涂片、H. E 染色,按巴氏 5 级分类法诊断为 III—IV 级者,均作宫颈活检。

结 果

1976 年第一次普查 41268 人,普查率为 90.1%,1986 年第二次检查 42139 人,普查率为 91.5%,共检出宫颈癌 109 人,其中第一次 94 人,第二次 15 人,二次标化检出率分别为 384/10 万和 36/10 万(表 1)。第二次普查与第一次相比,宫颈癌患病率下降 90.6%,有非常显著的差异($P < 0.001$)。随访结果表明,55 例原位癌预后甚好,随访最长 12 年,最短 2 年,47 例在 6 年以上,都生存并能参加劳动。浸润癌因临床 II 期的占绝大多数,故 5 年生存率为 76.9%(30/39 例),较 Johu-

son¹(67%)和 Prempre²(56%)² 的 5 年生存率要高,与国内报告相近³。

病因分析

一、年龄(表 2) 宫颈癌患者年龄最小 28 岁,最大 62 岁。患病率随年龄增长而上升。二者成正相关($\gamma_s = 0.9$)。

二、结婚年龄 从表 3 可见结婚年龄在 20 岁以前的患病率是 21~25 岁组的 6.5 倍,而晚婚者则无 1 例发生。显然二者呈完全负相关($\gamma_s = -1$),即使每个年龄组间也有显著差异($P < 0.01$)。

三、初产年龄 从表 4 可知,初产年龄越早,其患病率越高,呈完全负相关($\gamma_s = -1$),而每个年龄组之间,都有非常显著的意义。初产为 26~30 岁组者,其宫颈癌的患病率仅为 20 岁以下组的 1/14。

四、多产(包括难产) 表 5 表明产次越多,患病率越高。多于 7 胎的患病率要比 1~2 胎的高出 51 倍,二者呈正相关($\gamma_s = 0.9$)。所以节育有预防宫颈癌的作用。

五、宫颈糜烂(表 6) 宫颈糜烂是最常见的妇女病,普查中发现 38694 例患者有轻

重不同的糜烂,占总检人数的 46%,发病高峰年龄在 30~40 岁。而宫颈癌患者 77%有糜烂存在。其患癌率(217/10 万)是无糜烂的 3.9 倍,重度糜烂者竟高达 19.5 倍。所以糜

烂的存在及其轻重程度间与癌的发生呈正相关($\gamma_s=0.94$)。可见对宫颈糜烂的治疗,也是防癌的重要措施。

表 1 检 查 结 果

序次	检查人数	涂片结果		涂片诊断为Ⅳ—Ⅴ级者活检结果						标化检出率/10 万(患病率)	活 检阳性率%	P 值
		I—Ⅲ	Ⅳ—Ⅴ	慢性炎	不典型增生	原位癌	早浸癌	浸润癌	失访			
第一次	41268	41118	150	49	7	47	1	31	15	384	62.7	$u=118$
第二次	42139	42086	53	20	18	8	2	5	0	36	57.7	$P<0.001$
合计	83407	83204	203	69	25	55	3	36	15	131	53.7	

表 2 癌与年龄分布

年龄分组	检查人数	患癌人数	患病率/10 万	γ_s	P 值
<25—	8064	0	0	0.9	
25—	19425	1	10		
30—	19070	7	37		<0.01
35—	13165	10	76		
40—	7433	31	417	$P<0.005$	
45—	6479	20	309		
50—	5505	22	400		
55—	2964	12	405		
>60	1302	6	461		
合计	83407	109	131		

表 6 癌 与 宫 颈 糜 烂

宫颈糜烂	检查人数	患癌人数	患病率/10 万	γ_s	P 值
无	44713	25	56		
轻	22599	14	62	0.94	
中	12241	28	229		
重	3854	42	1090		<0.01

表 3 癌与结婚年龄

结婚年龄	检查人数	患癌人数	患病率/10 万	γ_2	P 值
<20	35320	92	260		
21~25	42569	17	40	-1	<0.001
>26	5518	0	0		

表 4 癌 与 初 产 年 龄

初产年龄	检查人数	患癌人数	患病率/10 万	γ_s	P 值
<20	19729	55	279		
21—	57725	53	92	-1	
26—	5790	1	17		<0.001
>30	163	0	0		

表 5 癌 与 生 育 次 数

胎次	检查人数	患癌人数	患病率/10 万	γ_s	P 值
0	2887	3	104		
1~2	48722	10	21	0.9	
3~4	22021	34	154		<0.01
5~6	7506	39	520		
≥7	2271	23	1013		

六、临床症状 以臭黄色白带和/或混有不规则出血最多。在宫颈癌中 76%有多量臭黄色白带,其构成比要比无此症状的患者高出 3 倍多,而普查人群中黄色白带的仅占 40%,故二者相比有显著差异($P<0.01$)。在普查中共查出血性白带 319 例,其中确诊宫颈癌 20 例,发生率高达 6.3%,而普查中无血性白带的发生率仅 0.11%(89/83.88 例)。二者有明显的差异($P<0.01$)。说明阴道出血是一项非常有指示意义的症状,因为后者的癌发生率是前者的 57 倍。因此有此症状者必须作宫颈脱落细胞学检查,而且最好在涂片前用棉球轻轻压迫止血,可能有助于提高检出率。

七、病史 本组资料表明宫颈癌与肝炎病史和肿瘤家族史有密切关系。普查中有肝炎病史者共 188 人次,其中发现 4 名宫颈癌,患癌率为 2128/10 万,而本组无肝炎史者的患癌率仅 126/10 万(105/83219 例),二者相比为 17:1,有非常显著的差异($P<0.001$)。

和 Ford⁴ 观察的育龄肝炎患者细胞学检者结果属巴氏Ⅲ—Ⅳ的占 8.5%一致。提示有肝炎病史的成年妇女需列为宫颈癌高危人群,作定期脱落细胞学观察。

本组 22143 例人群中,有癌家族史的 217 例,其中有宫颈癌 9 例,患癌率 4147/10 万,而无家族史者的患癌率为 85/10 万(17/19926 例),前者高出后者 44 倍。其中有本病家族史者的占 1/3。有 1 例是姐妹俩;也有是姐妹仨;或是母女俩先后患宫颈癌。这些患者都出嫁于本区各地,和构成本组宫颈癌的环境条件无较大差异,因此在宫颈癌的发病中是遗传因素还是同样环境生活习惯的影响,值得进一步深入研究。

八、包茎 本组患者中其丈夫有包茎者 6 例,占病人的 7.9%(6/76 例)。而第一次普查人群中丈夫有包茎的 411 例,其中患癌 6 例,患癌率为 1460/10 万,而丈夫无包茎的妇女共 40857 例,患癌 88 例,患癌率为 215/10 万,前者是后者的 6.8 倍,有非常显著的差异($P<0.01$)。所以丈夫包茎是宫颈癌的一个非常危险的因素。说明包皮垢可能有致癌性。

九、性生活过频 正常女性性生活的次数随年龄增大而减少。如年龄在 30~40 岁组一般每周 1~2 次;41~50 岁者每周 1 次。同时随机调查了本地区年龄、文化、宗教、经济收入、生活环境等各方面与宫颈癌相似的本村健康妇女的性生活作对照分析。从表 7 可以看出,对照组每周 1 次或 1 次以下的占半数以上,6 次以上的仅占 1%。但患者组相反,第一项明显减少,仅占 23%,而其余各项均较对照组高,尤其是频数超过 4 次的要比对照组分别高出 3.4 和 12 倍,二者有非常显著的差异。而且有 10 个 40~50 岁的人频数达 9~10 次;9 例还有婚外性伴侣。调查结果还表明:性生活比较混乱的乡区,其患癌率就高。最高的乡达 1471/10 万,高出全县总患癌率的 11 倍。反之,则患癌率低。二者呈平行关

系。与国内外报道一致⁶⁻⁸。

十、居住地经济文化卫生条件 我县分四个区,位于杭州与安徽之间。越远离杭州,其经济和文化卫生条件越差,宫颈癌的患病率也越高。如从杭州向安徽方向依次排列是玲珑、于潜、昌化和昌北区,其宫颈癌标化患病率分别是 148/10 万、227/10 万、469/10 万和 571/10 万,昌化和昌北区是玲珑区的 3.9 倍,有非常显著的差异(<0.001)。

表 7 癌与每周性生活次数

每周次数	患者组例数 (%)	对照组例数 (%)	χ^2	P 值
≤1	22(23)	53(53)	0.6	<0.01
2~3	39(41)	40(40)		
4~5	21(22)	6(6)		
>6	12(13)	1(1)		

讨 论

一、宫颈癌的发病是多因子协同作用的结果。一般可分为致癌因素和促癌因素二类。前者作用于宫颈上皮储备细胞产生基因突变,如 HPV 结合到细胞染色体内,然后在促癌因素的作用下(如慢性宫颈炎、包皮垢、其它病毒、雌激素,创伤……等)进一步导致癌变。

各因素之间又相互促进、相互影响:早产、多产易引起宫颈内膜外翻、糜烂;早婚和性生活频繁及混乱既容易引起宫颈糜烂、又加强了病毒、包皮垢等促癌作用,尤其是糜烂,不仅是上述这些因素作用的结果,也是导致 HPV 或 HSV 等病毒生长、繁殖以及细胞转变的内在基础。从本组看,糜烂的高峰年龄比宫颈癌发生的高峰低一个年龄组,从时间上与癌的发生相吻合。再如本组中有 3 例患者未生育、但患癌率达 104/10 万(3/2887 例),高于生育 1~2 产次组,其原因可能就是多因子共同作用的结果。3 例病人均有 1. 输卵管性不孕症,据 Holst⁹ 报告,属此类不孕症

的妇女 4.4%有宫颈癌前期病变存在,2.性生活过频,3.宫颈糜烂,4.结婚年龄过早(1例仅13岁)的情况。

二、预防宫颈癌的措施 第二次癌的检出率只有第一次的1/10,主要是采取了以下3点措施:1.做到“三早”。即早发现、早确诊和早治疗。有些宫颈癌无临床表现,与糜烂很相似,甚至出现假性糜烂愈合,所以很难和糜烂鉴别。如有12例涂片找到癌细胞,活检取材时仅见“宫颈糜烂”,后经手术病理证实为癌。这些病例若不进行普查,等待患者就诊,必然趋于晚期。从普查结果看早期癌占51%,所以普查确是降低癌发生的重要措施。我们认为育龄妇女,尤其是40~50岁组,发现有宫颈糜烂者均应作细胞学检查。2.及时治疗宫颈上皮不典型增生。本组普查后凡作活检发现慢性炎症和不典型增生者,都予以相应的治疗,所以无1例癌变者。3.进行广泛的卫

生知识及宫颈癌预防宣传,使群众对一些临床症状如接触性出血、黄色白带及宫颈糜烂等引起重视并及时就医;教育群众树立一些良好的习惯如注意男女生殖器卫生、及时切除包茎、节制性生活和禁止婚外性伴侣等。

三、普查间隔 从本组资料看,普查间隔时间10年太长,因为第一次普查后第4年开始即陆续有零星宫颈癌发生(共7名)。有人¹⁰统计各级不典型增生转化为原位癌的平均时间:I、II、III和IV级分别为7、5、3和1年,平均为4年,而由原位癌发展到浸润癌约需5年。所以从实际出发既有利于早期诊断又能节省人力、物力,普查间隔以4年为好。并对高危人群进行防治观察,至为重要。

(本文蒙浙江医科大学教授高永良、余心如审阅、特此致谢)

《中国肿瘤临床》1990年第17卷第6期

(上接第21页)

其中儿童组平均4.1岁,成人组(17~61岁)平均25.5岁。(2)其便血症状较腺瘤明显,易早期发现。(3)因息肉是发展的,先向腺瘤过渡,然后才能癌变,故其发展到癌变所需时间较腺瘤长。(4)尤其重要的是本病存在自愈性的脱落机制(autoamputation)。许多文献表明,该息肉多有蒂且细长,息肉越大,其存在率越高。因为随着时间的延长,息肉内的肉芽不断增长,在粪便和肠壁长期推挤牵拉下易

形成蒂,且越来越长越细,最后蒂扭转梗死或机械性脱落。

三、命名 本病命名为幼年性息肉似不太妥当,因为:(1)该病多发于青年。(2)其性质和特点属于肿瘤性,“息肉”不能反映其本质。(3)本病有特异性扩张的腺管或囊肿。故认为以大肠“潴留性腺瘤”较恰当。

《中国肛肠病杂志》1993年第6期

家族性结肠腺瘤病——家系分析

浙江省临安县人民医院(311300)

陆妙贤 何建沫 杨喻多

摘要 本文报道 FP 一个家族 4 代 13 人,发病 5 人,1 人已有二处癌变,与常染色体显性遗传律完全相符。该病主诉多以粘液血便为主,发生时间也很不相同,极易癌变。其特点是癌变早,癌变率高,可多中心同时发生。治疗上作者推荐用全结肠和直肠粘膜切除,经直肠腔内拖出回肠,行回肛吻合术。以免腺瘤复发和癌变。

关键词 家族性腺瘤病(FP) 染色体 癌变 全结肠切除 回肛吻合术

家族性腺瘤病(FP)是少见的,有别于其它肠道息肉病的一种疾病,必须手术治疗。该病有多发性、遗传性及易癌变 3 个明显特征。本文报告一个家族 4 代 5 例患者,并作简要分析。

1 病例报告

先证者,男,37 岁。23 年来,每次大便可见粪便表面鲜红色血液,有时含有粘液,便后尚有少量鲜血流出。每日或隔日一次,伴头晕,全身乏力。无其它任何症状。1972 年及 1986 年曾在 2 处医院就诊,均诊断为“直肠息肉”,作摘除或服中药治疗,但粘液血便未愈。于 1987 年 11 月来我院就诊。经气钡双重造影诊断为结肠多发性息肉作全结肠切除,回直肠吻合术。病理检查见全结肠,远段回肠内有大小不一的腺瘤 750 只左右,尤其在回盲部及乙状结肠内较密而大。腺瘤大部分 0.3~0.5cm,最大的达 1.5cm,高出粘膜面 0.3~0.5cm,病理诊断为 FP。切除后嘱每年作定期肠镜检查。术后 1 年半,发现肛门齿线上 10cm 处有米粒大息肉 2 颗,切除病检为管状腺瘤。有 1 子 1 女,分别为 8、10 岁,经乙状结肠镜检查,10 岁女儿降结肠内有米粒大新生物少许,高出粘膜面,无症状,活检病

理诊断为多发性腺瘤。

患者有兄妹 6 人,均因此而做纤维肠镜检查,发现其弟(35 岁)结肠内有类似病变,并有粘液血便 1 年余,喝酒后加重史,病理诊断为 FP;生有 1 子,8 岁,经检查结肠未见异常。患者之妹 25 岁、结肠内亦有类似病变,无症状,病理诊断为 FP。

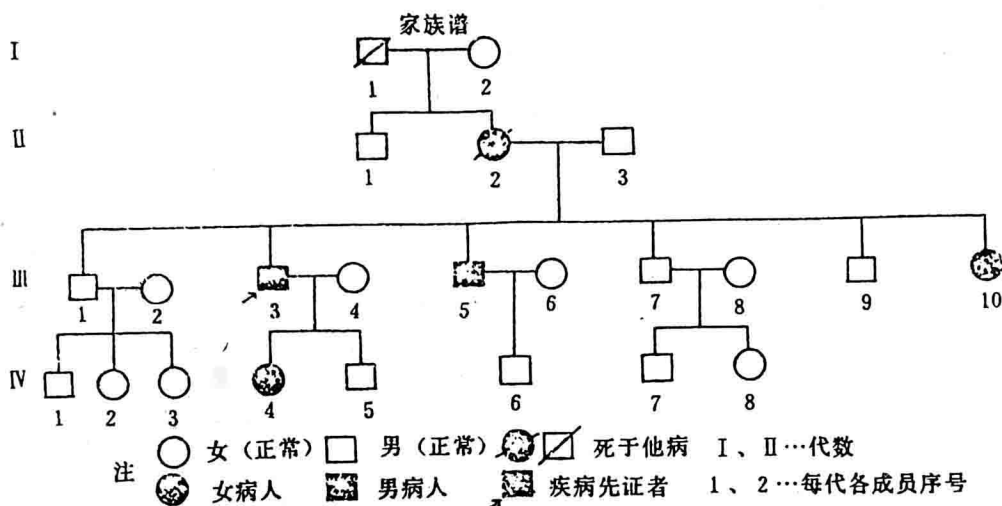
患者母 5 年前(57 岁)因粘液血便 1 年,病理诊断为 FP 而作全结肠切除,术中发现 2 处已癌变。术后 1 年发现残留直肠内有 2 颗腺瘤;术后 2 年(59 岁)死于结肠癌转移。死者有姐妹 2 人,姐姐健在,无类似病史。

先证者外祖父于 1946 年死于他病,有长期粘液血便史。但未证实为 FP,家谱图如后。

2 讨论

FP 是一种常染色体显性遗传,以结肠弥漫性腺瘤为主要表现的疾病。子女的患病率为 50%。本例患者父代及兄妹共 8 人,发病 4 人;子代 3 人,发病 1 人(另 2 人因年幼,是否发病还难确定)。所以与遗传律相符。

症状多以长期粘液血便为主,占患者 1/3 以上,先证者发病年龄是 14 岁,病程长达 20 多年。但症状与腺瘤形成或癌变的时间并非一致。如患者母亲术前只有 1 年多的粘液



血便史,但结肠内已有2处癌变,1处达3×9cm大,其中4个腺瘤达1.5cm,显然其形成早在2年之前。

本病癌变的特征有3点:一是癌变早,较一般大肠癌的平均发病年龄早20~30年;二是癌变率高,其发生率在34.6%~82.8%间,只要病人存活到一定时间,不经手术者,所有患者100%将癌变;第三点是多中心同时发生。如本组先证者之母就有2处癌变,所以癌变后死亡也快。因此有家族史的成员最好的预防方法为定期作纤维结肠镜检查,一经发现病变,立即行手术治疗。

FP患者的治疗,以往均主张作全结肠切

除及回直肠吻合术,对保留的直肠应作乙状结肠镜随访观察,及时切除复发的息肉。本组先证者与其母都在术后1年半和1年先后出现腺瘤复发。复发率很高,癌变率更高。近年Hrabovsky统计32例残留直肠复发息肉的癌变率为22%,若随访15~20年,竟高达50%。故建议对FP患者施行全结肠切除,并切除直肠粘膜,保留其余各层,回肠经直肠腔内拖出行回肛吻合术。这样既可预防腺瘤复发,又可免除大便失禁,不失为一种较好的手术方法,值得推广。

《中国肿瘤临床》1993年第20卷第1期

(上接第18页)

沿静脉走向进行仔细检查,切勿用止血钳乱夹而造成更大损伤。胰腺小静脉多且脆,血管钳的重量也可将其撕断,故最好先以细丝线将小静脉的远近两端均予以结扎方可止血。胰腺损伤的后果除出血外可引起急性胰腺

炎,故除应用大量有效抗生素外,尚需使用抑制胰液分泌药物,这些是应注意的。

六、血管损伤:诊断是明确的,小的损伤可行修补,用无损伤血管缝合线行间断缝合。

《医师进修杂志》1990年第12期

选择性血管造影 3 例报告

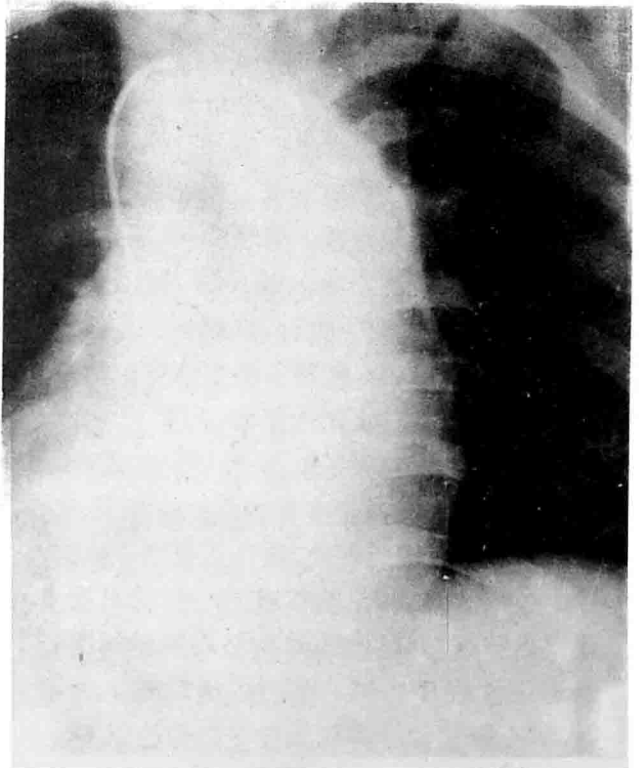
徐光来 葛维朝 柳鑫鑫 钟才根 冯亚琴 应秋平

医学会 临安人民医院

选择性血管造影的应用,为临床各系统疾病的诊断开辟了一个新的领域。但由于其技术和设备条件要求较高,且有一定的危险性,限制了其广泛的临床应用。尤其是基层医院,目前作此项检查甚少。我们于 1989 年始开展选择性血管造影,其中逆行性动脉造影 2 例,上腔静脉造影 1 例,取得了满意的效果,现报道于下。

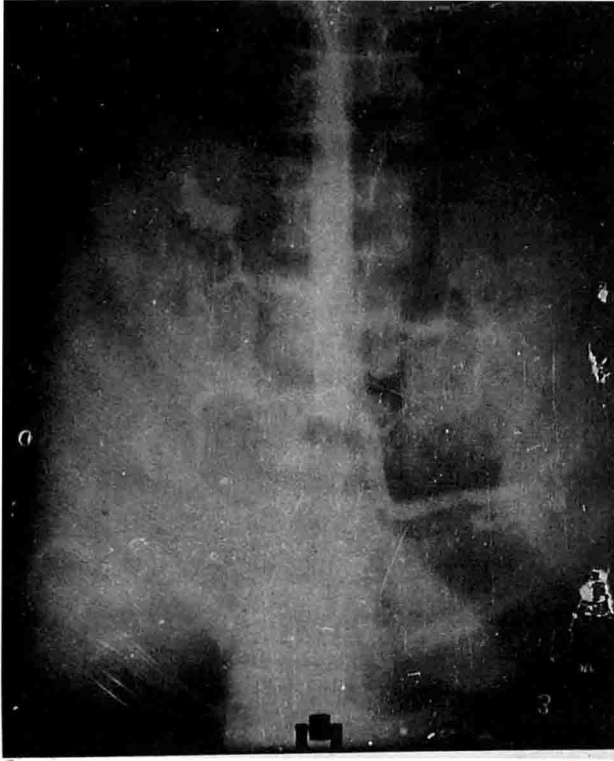
例 1 女性,25 岁,住院号 50915。因心悸 20 年,加重伴胸闷、胸痛 3 天于 1989 年 3 月 25 日入院。患者自幼感心悸,10 年前 112 医院诊断为先天性心脏病。近 3 天来心悸加重,伴阵发性胸闷及心前区疼痛,无紫绀及晕厥。体检: $T36^{\circ}\text{C}$, $P120$ 次/分, $R20$ 次/分, $BP18/10\text{kpa}$, 一般情况尚可,两肺无异常,心界向左扩大,胸骨左缘第 3 肋间可扪及震颤与连续性 VI 级杂音,肝脾未及,股动脉可闻枪击音。X 线胸透谓双室增大,肺血增多,考虑为先天性心脏病,室间隔缺损。二维超声心动图示左室增大 75cm ,主动脉根部与肺动脉之间有 $0.6\sim 1.0\text{cm}$ 之交通支,提示先天性心脏病动脉导管未闭,室间隔缺损不排除。心电图为窦性心动过速,左心室肥厚伴劳损。为明确诊断,计划作升主动脉及左心室造影。于 1989 年 4 月 4 日以 Seldinger 法按常规操作行经皮股动脉穿刺逆行升主动脉造影。当导管插入主动脉弓后,试推注 60% 泛影葡胺 8ml,证实导管不在椎动脉,亦未顶住动脉壁,即在闭路电视监护下用高压注射器

($8\text{kg}/\text{cm}^2$ 压力)注入 60% 泛影葡胺 60ml,经快速摄片,主动脉显影良好,但未见明显肺总动脉显影。逐将导管推送至升主动脉再作造影。摄片后见主动脉各段、颈动脉及锁骨下动脉显影清晰,管壁光滑,无分离及异常通道发现。但左心室有造影剂充盈,肺动脉各支及冠



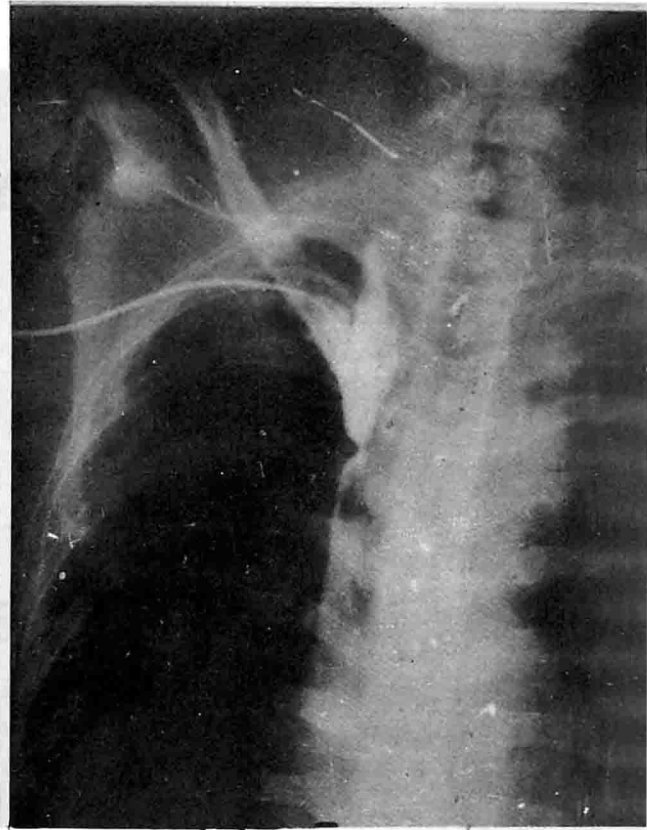
图一 升主动脉造影示主动脉瓣返流冠状动脉均未显影(图一)。诊断为主动脉瓣关闭不全(先天性可能)。

例 2 女性,36 岁,住院号 52776。因头昏、乏力、右上腹痛 5 个月加重 1 个月于 1989 年 7 月 4 日入院。既往有葡萄胎史。体检: $T37$ 。



图二 肝脏血管造影为海绵状血管瘤

2℃, P82 次/分, R20 次/分, BP12/8kpa。巩膜无黄染, 心肺无异常。腹平软, 无压痛及包块, 肝未及, 脾肋下 2cm, 质中等, 无压痛, 无移动性浊音, 肠鸣音正常。血红蛋白 63g/L、红细胞 $2.2 \times 10^{10}/L$, 骨髓象增生性贫血改变, 尿、大便常规及肝功能均正常, AFP 阴性。X 线胸透为陈旧性肺结核, B 超示肝内回声增粗, 血管显示不清, 于右肝内后上方探及 $5 \times 4.5\text{cm}$ 之回声增强团块, 边缘不规则, 考虑为肝内占位性病变, 性质不明。7 月 12 日按常规操作行肝动脉造影, 导管经右股动脉逆行推送至脊柱 $T_{12} \sim L_1$ 水平后难以进入肝动脉, 即在腹腔动脉的肝动脉开口部位以 $8\text{kg}/\text{cm}^2$ 压力快速注入 60% 泛影葡胺 40ml, 同时连续快速摄片, 第 1 张片见肝动脉末端分支扭曲呈“V”字形分离移位, 局部有密度浅淡园形阴影, 第 2~5 张片见有一 $5 \times 4.5\text{cm}$ 块状阴影逐渐明显状如血池, 连缘呈分叶状, 块影中央血管稀疏(图二), 第 7~8 张片肝动脉



图三 上腔静脉造影示位于奇静脉入

口处上方见 $0.1 \times 0.6\text{cm}$ 之环形狭窄影消失, 块影密度浅淡, 提示造影剂消失延迟。根据造影所见, 诊断为肝内海绵状血管瘤。经 2 年 B 超追踪视察, 肝内病灶无变化。

例 3 女性, 37 岁, 住院号 52941, 因面颈部肿胀 9 个月, 气急, 声音嘶哑 10 天于 1989 年 7 月 11 日入院。患者于 1988 年 10 月颜面及颈部肿胀、呈紫红色, 终日不消退, 并逐渐加重, 无寒热、胸闷、胸痛及心悸。10 天前感活动时气急, 声音嘶哑, 未曾治疗。2 年前发现左肾结石伴肾盂积水。体检: $T37.4^\circ\text{C}$, P110 次/分, R22 次/分, BP14.1/9.33kpa, 颜面及颈部肿胀, 呈紫红色, 颈静脉明显怒张, 两上肢及胸壁静脉充盈曲张, 胸壁静脉血流流向腹部, 气管居中, 两肺无异常, 心界不扩大, 心率 110 次/分, 律齐, $A_2 = P_2$, 各瓣膜区无杂音, 腹平软, 肝脾示能及, 下肢无浮肿及静脉曲张。胸片示两肺上中下野呈斑状, 点状及纤维条索状阴影, 边界欠清, 两肺纹理呈网状改变, 心脏无异常。省市医院诊断为纵膈

障肿瘤、肺结核。X线纵膈分层摄片无异常。B超未左肾结石伴肾盂积水。尿蛋白+,红细胞卅。ESR41mm/H。锁骨上淋巴结活检为急性炎症改变,诊断为上腔静脉阻塞综合征(SVCS),原因未明。7月15日在双侧正中静脉测压为3.43kpa(35cm水柱),并两侧同时推注60%泛影葡胺共60ml,X线快速摄片见造影剂滞留于两侧无名静脉的远端,上腔静脉未显影。7月24日导管经右臂贵要静脉推送至上腔静脉,试放“烟雾”,导管定位恰当后即推注60%泛影葡胺20ml,并快速摄片,见奇静脉上方的上腔静脉段有 0.1×0.6 cm之环形狭窄(附图三),根据造影征象及X线肺片所见,诊断为特发性肺间质纤维化上腔静脉阻塞原因可能为并发纵膈纤维化引起。鉴于病程较短,予以强的松等药物治疗,6个月后临床症状基本缓解,面部肿胀、紫绀及上腔静脉分布区的静脉怒张均明显减轻。

讨 论

选择性血管造影对技术和设备条件要求较高,因此,在基层医院开展此项工作有较大难度。但只要在掌握心导管术基础上,慎重选择病例,术前作好充分准备,各项技术操作严格按照常规进行,在基层医院是同样可以做好这项工作的。我们造影所用的一切器材如穿刺针导管、导丝、高压注射器、换片机、闭路电视及造影剂等都是国产的,所得X线血管相比较清晰,可完全满足诊断需要。

本文3例通过临床及其它各项辅助检查难以明确诊断的病人,经用选择性血管造影均明确了诊断,为合理治疗提供了科学依据。

例3患者面颈部肿胀伴静脉曲张9个月,病情日渐加重,疑为上腔静脉阻塞综合症,但病因不明。经造影检查,发现于奇静脉入口上方的上腔静脉呈两侧对称性狭窄,狭窄处管径仅0.1cm。根据上腔静脉及肺部X线相情况,可排除肿瘤及结核等疾病,以纤维局限性纵膈炎可能性大。考虑其病程较短,可能尚有局部肉芽肿病变存在(Mahajanv, etal: Chest1975;68(1),32)。故用强的松等药物内科保守治疗2年,病情得以明显缓解。

上腔静脉阻塞综合症多由肿瘤引起,其阻塞部位多在奇静脉入口上方(黄席珍:中华内科杂志,1981;12,757),由于肿瘤等病变的浸润及阻塞部位以上静脉的扩张,上腔静脉造影有一定的危险性。当导管插入阻塞部位上端时,可损伤扩张的血管,引起出血。造影剂滞留于阻塞部位上端时,刺激血管产生化学性静脉炎可加重阻塞。因此,有的学者不推荐选影检查(LokichJJetal: JAMA, 1975, 58, 231)。我们认为,上腔静脉造影是诊断SVCS最直接而有效的检查方法。为避免损伤血管,推送导管时宜缓慢而轻柔,当遇到阻力时不可盲目进入。当导管推达锁骨下静脉或无名静脉时,可边推进导管边注入小剂量造影剂,发现阻塞部位后注入10~20ml造影剂即可清晰显影。这样,可避免过多造影剂滞留而引起化学性静脉炎。如发现上腔静脉完全性阻塞时,当造影摄片完毕之后,通过导管将造影剂抽出则更为安全。

临安县93年科技成果三等奖