

北京医学院

第一附属医院

年刊
niankan



1982-1983



目 录

内 科

动物呼吸窘迫综合征模型复制及实验治疗观察.....	(1)
小气道功能异常与病理变化之间的关系的初步探讨.....	(1)
缓解期哮喘儿童呼吸功能测定.....	(2)
健康儿童小气道功能测定.....	(3)
常用小气道功能测定指标敏感性和特异性的评价.....	(5)
绿脓杆菌内毒素蛋白临床应用.....	(5)
纯氧吸入治疗 COPD 患者的低氧血症.....	(6)
慢性萎缩性胃炎及胃癌患者的胃窦胃泌素浓度 (AGC)	(6)
慢性萎缩性胃炎病人内镜活检标本的 G 细胞计数	(8)
以红皮症为突出表现的恶性组织细胞增生症 一例误诊教训.....	(9)
血栓性血小板减少性紫癜症二例.....	(10)
肾炎免疫学检查与病理形态学的关系.....	(11)
牛肾小球和肾小管基膜抗原白细胞移动抑制试验的意义.....	(12)
血清补体第一成份亚单位 (C1g) 在临床的应用	(12)
血清补体第一成份亚单位 C1g 的测定	(13)
超声对高血压性心脏病的诊断意义.....	(14)
缩窄性心包炎 55 例临床病理分析	(16)
左房血栓的超声诊断.....	(17)
氨酰心安 (Apenolol) 临床应用.....	(18)

普通外科

乳腺癌延期手术的预后观察.....	(20)
应激性溃疡综合症的治疗.....	(21)
克隆氏病诊断治疗中的几个问题.....	(22)
非特异性溃疡性结肠炎治疗分析.....	(23)
预防性门体分流术的再评价.....	(24)
梗阻性黄疸的诊断与鉴别诊断.....	(24)
胆结石的超微结构变化与溶石机理的探讨.....	(25)

“B”型超声断层与胆结石的诊断(附 156 例分析)	(26)
U管在胆道外科的应用	(27)
狗胆囊胆汁成份的测定与人胆石在狗胆囊内的变化	(28)
健康人与溃疡病患者的发锌值	(29)

泌尿外科

酚苄明及新斯的明对前列腺肥大相对排尿阻力的影响	(30)
N—丁基—N—(4—羟丁基)亚硝酸(BBN)投药后大鼠膀胱分离细胞 对外凝集素的凝集反应	(30)
膀胱灌注抗癌药物时影响药物吸收的因素(动物实验和临床观察)	(31)
营养与尿石症	(32)
钙离子选择电极在一水草酸钙晶体生长动力学研究中的应用	(33)
移植Finlayson “EQLDL”电子计算机程序的体会	(35)
DNCB 皮肤试验对 50 例泌尿男生殖系恶性肿瘤患者免疫状态的检测	(36)
泌尿系统肿瘤的免疫病理初步研究——免疫荧光技术、 免疫酶技术和吖啶橙染色方法的应用	(37)
酶标记抗体包被细菌改良染色技术及其在泌尿感染上下尿路 定位诊断的初步应用	(37)
粪链球菌肾盂肾炎及其血清抗体测定的临床意义	(38)
我国正常成年男性最大尿流率正常值及尿流率曲线	(39)
克念菌素对前列腺增生症的疗效观察	(39)
含钙尿石患者的生化异常	(40)
前列腺癌与经直肠吸针细胞学检查	(42)
酚妥拉明试验在尿道测压中的应用 ——预测 α 受体阻滞剂疗效	(43)
包皮带蒂尿管治疗尿道下裂	(43)
激光——血卟啉诊断和治疗膀胱癌的初次报告	(44)
急性肾盂肾炎的实验研究 I 动物模型建立与病理观察	(45)
急性肾盂肾炎的实验研究 II 尿细菌学、细胞学和尿酶的检查及其 在诊断上的意义	(46)
急性肾盂肾炎的实验研究 III 早期应用抗菌素疗效的初步观察	(47)
尿柠檬酸的测定	(48)
荧光法测定体液中喜树碱含量	(49)
体液中噻替派测定的改良法	(50)
铋 pH 电极的制备和性能	(51)
膀胱鳞状细胞癌合并膀胱结石(2 例报告并复习文献)	(53)
膀胱软斑一例报告并复习文献	(54)

膀胱及髂动脉旁化学感受器瘤(非嗜铬性神经部瘤)一例报告·····	(55)
线虫(丝虫)性肾盂肾炎一例报告·····	(56)
介绍一种尿流率测定的简易方法尿流率量杯·····	(56)
排尿功能的尿流动力学指标的研究——尿流率测定与排尿阻力参数·····	(57)
含钙尿石形成的尿危险因素及其临床意义·····	(59)
膀胱灌注抗癌药物时影响药物吸收的因素·····	(60)

麻醉科

硬膜外注射吗啡用于手术后镇痛·····	(63)
---------------------	------

妇产科

计划生育术后常见症状中医中药治疗·····	(64)
妊娠合并心脏病的产科处理·····	(65)
正常孕妇及妊娠高血压综合征孕妇血浆血管紧张素II的测定·····	(66)
正常妊娠期空腹血糖的测定·····	(67)
应用口服PGE ₂ 片剂引产·····	(68)
卵巢恶性肿瘤的超声诊断·····	(69)
功能性子宫出血65例中西医结合临床分析·····	(70)
氦氛激光照射治疗急性女阴溃疡病·····	(70)
通过放射免疫激素测定及染色体检查对65例稀发月经及闭经患者的病因分析··	(71)
13例原发闭经染色体分析·····	(72)

儿 科

淋巴细胞酸性非特异性酯酶染色方法及其意义的初步探讨·····	(74)
苯丙氨酸及苯乙酸对体外培养的发育中胎鼠大脑皮层神经细胞的影响·····	(74)
肾穿刺活组织检查在肾小球疾病中的意义·····	(75)
儿科泌尿系统疾病的调查报告·····	(76)
毛细血管扩张性共济失调五例综合报道·····	(77)
先天性角化不良伴发全血细胞减少症一例·····	(77)

传染科

乳果糖治疗肝昏迷——附二例报告·····	(79)
病毒性肝炎末梢血淋巴细胞染色体的改变及其原因的初步探讨·····	(79)
弯曲杆菌的分离和鉴定·····	(80)
肝性脑病导致的痉挛性截瘫——附5例临床报告·····	(81)
酶联免疫吸附试验测定病毒性肝炎患者血清抗肝特异性膜脂蛋白 体临床意义初步探讨·····	(82)

神经科

不同年龄人脑齿状核和下橄榄核脂褐素的研究·····	(83)
萎缩性肌强直——附四组家族报告·····	(84)
29例遗传性共济失调临床分析·····	(85)
散发性脑炎的几个临床问题·····	(86)
脑血栓形成患者的舌质、血小板微循环观察·····	(87)
论脊髓髓内肿瘤的诊断、手术治疗和术后处理·····	(88)
脑、脊髓动物造影的动物实验·····	(89)
曾误诊为丘脑胶质瘤的巨大胆脂瘤全切除使长期偏瘫和运动性失语恢复·····	(90)

耳鼻喉科

从喉标本的测定看喉内外解剖标志之间的关系·····	(92)
162例鼻出血的冷冻治疗·····	(93)
几种罕见的喉部良性肿瘤·····	(94)
面神经神经鞘膜瘤·····	(95)
鼻腔和鼻窦瘤内翻乳头状瘤——附32例临床分析·····	(96)
良性阵发性位置性眩晕·····	(97)

皮 科

北京地区浅部真菌培养研究·····	(98)
鲍文氏病——附六例报告·····	(99)
药疹170例·····	(101)
强的松治疗带状疱疹的疗效观察·····	(102)

放射科

支气管斜位体层25例小结·····	(104)
茎突摄影方法·····	(104)
小角度体层摄影的临床应用·····	(105)
肾钙乳的 χ 线和灰阶超声诊断·····	(107)
对腹部灰阶超声诊断名词和灰阶声象图标识方法的几点建议·····	(108)
脾脏多房性淋巴管性囊肿·····	(109)
乳腺肿瘤灰阶超声表现·····	(110)
胰腺癌的灰阶超声诊断52例分析·····	(110)
宫颈癌放射治疗后的晚期膀胱损伤·····	(111)
大剂量全身照射后骨髓移植治疗白血病——附一例报告·····	(112)

同位素室

^{82}Br —9—溴胆固醇的合成与动物试验	(113)
W—I—硬脂酸心肌显影剂的动物试验	(113)
用双核素测量技术比较 1—6 碘胆固醇和 1—6—甲基碘胆固醇	(114)
人血清 3, 3', 5', 三碘甲状腺原氨酸($r\text{ T}_3$)的放射免疫测定	(114)

理疗科

采用紫外线生物剂量法测试防晒剂的效果	(116)
不同电流导入四环素离子的实验研究	(117)
等幅中频正弦电流治疗颈肩肌筋膜炎 50 例疗效观察	(118)
音频电治疗颈椎病 85 例观察分析	(119)
小型超短波治疗婴幼儿面神经麻痹的疗效总结	(120)
射频治癌的体表降温技术	(121)
局部加温合并放射治疗晚期恶性肿瘤	(122)
外伤性肘关节功能种碍的康复——附 15 例疗效观察	(123)
超声波实时显象检查唾液腺肿物	(125)
实时超声显象检查胎儿畸形的临床应用附 88 例病例分析	(126)
线列电子扫描超声诊断肾上腺肿物的临床应用	(127)

检验科

在中央民族学院普查异常血红蛋白结果初报	(129)
细菌 L 型的初步研究	(131)
应用光散射浊度计 (ICSII) 测定血清中 Ig, C ₃ C ₄ 及白蛋白含量	(133)
脑脊液中 Ig 及 C ₃ 的测定	(134)
计算内生肌酐清除率的简化公式	(136)
用不同剂量溴代十六烷基三甲胺溶血素对白细胞计数的观察	(137)

病理科

Lauren 和 Ming 氏分型标准对胃癌的预后意义	(139)
-----------------------------------	-------

药剂科

药物不良反应的调查与分析	(140)
--------------------	-------

临床药理研究所

呋苄青霉素对产酶耐药阴性杆菌作用研究	(143)
河豚毒素的药理研究	(144)
苯巴比妥药物依赖性的实验研究	(145)
应用高压液相色谱法研究苯妥英钠的临床药物动力学和生物利用度	(146)

正常人 β -甲基地高辛与地高辛的临床药理研究.....	(147)
58 例老年男性肌酐清除率数值并探讨与合理用药关系	(147)
国产 β -甲基地高辛临床疗效观察.....	(148)
北医一院一九八二年大事记.....	(150)
北京医学院第一附属医院年刊编委会名单.....	(156)

动物呼吸窘迫综合征模型复制 及实验治疗观察

内科呼吸组: 何 冰 许广润 穆魁敏 郭 实
王静儒 邢淑娥 穆魁津
北医病理教研室: 廖松林 刘黎阳 杨世俊
同位素室: 袁 颖 章 凡 赵国立 林景辉

我们取灰兔18只,按0.1ml/kg耳静脉注入油酸制成RDS,于注射后2小时、2天和8天分批处死。注射油酸前后采取动脉血测定 PaO_2 、 PaCO_2 、pH和 T_a 。开胸腹取肺和肾上腺测定cAMP和cGMP,并进行光镜和电镜病理检查。另取18只灰兔按同法制成试验性RDS,采用地塞米松和速尿治疗。模型复制组:注射油酸后 PaO_2 逐日下降, PaCO_2 在第8天有7只上升, T_a 于油酸注射后第8天显著增高。病理形态注射油酸后兔肺重量增加,可见间质、肺泡水肿、出血、小血管坏死,动脉炎,肺梗塞和透明膜形成等病变。试验结果表明:油酸制成的试验性RDS的方法简便可靠。治疗组: PaO_2 于治疗后第8天开始上升,但尚未恢复到治疗前水平。 T_a :治疗后2小时 T_a 明显下降,后逐渐上升,于第8天恢复到原水平。cAMP/cGMP:治疗组和对照组相比,家兔肺组织比值有上升的趋势,而肾上腺有下降趋势。病理形态改变:治疗组和对照组相比,病理变化减轻。在本试验中,使用皮质激素和速尿结果表明是有效的,并对 T_a 的改变进行了讨论。

小气道功能异常与病理变化之间 的关系的初步探讨

内科呼吸组 何权瀛 穆魁津
北京市肿瘤所病理室 李吉友

为了进一步评价小气道功能测定方法的价值,探讨小气道功能异常的病理学基础及两者之间的关系,我们选择了32例因肺部局限性病变拟做全肺或肺叶切除的患者,术前测定常规肺功能及小气道功能(CV曲线和MEFV曲线),分别计算每例患者的 $\text{FEV}_{1.0}\%$ 、 $\text{RV}/\text{TLC}\%$ 、 MMEF 、 $\text{CV}/\text{VC}\%$ 、 $\text{CC}/\text{TLC}\%$ 、 $\Delta\text{N}_2/\text{L}$ 、 $\dot{V}_{50}$ 、 $\dot{V}_{25}$ 等项指标,术后从手术切除的肺标本病变外周取材,切片,HE染色,参照Cosio等提出的八项病理指标,根据我们制定的具体划分标准逐一观察每例患者肺切片中小气道的病理变化,并加以判

分,最后分别计算各项病理指标得分及病理总分。将 $CV/VC\%$ 、 $CC/TLC\%$ 、 $\Delta N_2/L$ 、 V_{50} 、 V_{25} 五项指标均正常去列为小气道功能正常组,将出现1项或多项小气道功能指标异常去列入小气道功能异常组,比较两组各项病理指标及病理总分,发现小气道功能异常组的炎性细胞浸润和病理总分显著高于小气道功能正常组;如果以两次小气道功能指标异常作为分组的界限。即将五次小气道功能指标完全正常和单项小气道功能指标异常去列为一组,两项或两项以上小气道功能指标异常者为一组。比较两组患者的病理学检查结果,发现两组之间除炎性细胞浸润,病理总分仍有显著性差异以外,管腔阻塞、结缔组织增生及粘膜溃疡三项指标也显示出显著性差异。显然以两项指标异常作为分组的界限,两组之间的病理变化差异更为显著。

根据小气道功能检查结果将患者分成四组:Ⅰ组为单项小气道指标异常;Ⅱ组出现两次小气道功能指标异常;Ⅲ组出现三次指标异常,Ⅳ组出现四项或五项指标异常,比较各组病理总分,发现小气道功能指标异常的项数越多,病理总分越高,提示小气道功能变化与病理变化基本平行。

各项小气道功能指标与八项病理指标及病理总分相关性测定结果表明多数小气道功能指标变化与病理总分显著相关,其中与炎性细胞浸润相关为主,提示小气道功能异常与小气道炎症之间关系密切。

缓解期哮喘儿童呼吸功能测定

内科 穆魁津 张梓荆* 陈慧中* 穆魁敏
何泉瀛 赵桂荣 郭 实 王静儒
邢淑娥 宋国维*

缓解期哮喘儿童43例,7—14岁,平均年龄11.3岁,病程6个月到12年不等,平均6.3年。缓解期最短4周,最长3.8个月,平均5.7个月,轻症39例,中偏重症4例。

分别测定 VC 、 $FEV_{1.0}\%$ 、 $\frac{RV}{TLC}\%$ 、 $MMEF$ 、 $MEFV$ 曲线(峰流速、 $\dot{V}_{75}$ 、 $\dot{V}_{50}$ 、 $\dot{V}_{25}$ 、 $\frac{\dot{V}_{50}}{\dot{V}_{25}}$)、 $\frac{CV}{VC}\%$ 、 $\frac{CC}{TLC}\%$ 与 $\frac{\Delta N_2}{L}$ 。各项测量指标异常率见表一:

如以常规肺功能、小气道功能各项指标中任何一项异常即视为异常计算,常规肺功能和小气道功能异常综合率见表二:

缓解期哮喘儿童的肺功能测定结果表明93%($\frac{40}{43}$)的患儿仍有不同程度的肺功能异常,说明哮喘儿童在缓解期仍残留有气道阻塞、肺过度充气和肺内气体分布不均等问题。

实验结果表明:哮喘儿童病变常同时累及大小气道,而以大气道阻塞占优势。同时,实验还表明:在各项测定指标中 $MMEF$ 异常率最高, $\dot{V}_{50}$ 异常率与 $MMEF$ 相近,两值相关最密切,是两个最敏感、可以相互代替的指标。

* 医学科学院儿研所。

表 1 43 例缓解期哮喘儿童肺功能检查结果

测量指标	异常人数	异常率(%)
VC	3	7.0
FEV _{1.0} %	29	67.4
RV/TLC%	14	32.6
MMFE	23	53.5
$\dot{V}_{peak}$	25	58.1
$\dot{V}_{75}$	18	41.9
$\dot{V}_{50}$	22	51.2
$\dot{V}_{25}$	9	20.9
$\dot{V}_{50}/\dot{V}_{25}$	1	2.3
CV/VC%	10	23.3
CC/TLC%	13	30.2
$\Delta N_2/L$	16	37.2

表 2 缓解期哮喘儿童常规肺功能小气道功能异常率

	常规肺功能正常		常规肺功能异常	
	小气道功能正常	小气道功能异常	小气道功能正常	小气道功能异常
人 数	3	2	6	28
百分率(%)	7.0	4.6	14.0	65.1

健康儿童小气道功能测定

内科 穆魁津 张梓荆* 宋国维* 穆魁敏
赵桂荣 郭 实 王静儒 邢淑娥
陈慧中* 何权斌

对 126 名健康儿童(男 61 名,女 65 名;年龄 7—14 岁)进行了小气道各项功能检查,结果如下:

一、儿童最大呼气流速——容量曲线正常值

各项指标均随年龄增长而增加; $\frac{\dot{V}_{50}}{\dot{V}_{25}}$ 在各年龄组变化不大。

其直线回归方程见表二:

表1 健康儿童MEFV曲线各项指标测定值

年龄(岁)	例数	$\dot{V}_{peak}$	$\dot{V}_{75}$	$\dot{V}_{50}$	$\dot{V}_{25}$	$\dot{V}_{50}/\dot{V}_{25}$
7~	24	3.27 ± 0.688	3.12 ± 0.605	2.38 ± 0.585	1.14 ± 0.350	2.17 ± 0.440
9~	29	3.86 ± 0.672	3.70 ± 0.689	2.78 ± 0.623	1.42 ± 0.385	2.03 ± 0.404
11~	28	4.90 ± 0.927	4.72 ± 0.951	3.71 ± 0.976	2.00 ± 0.729	1.93 ± 0.288
13~14	31	5.92 ± 0.654	5.58 ± 0.735	4.09 ± 0.848	2.08 ± 0.659	2.04 ± 0.306

表2 儿童MEFV曲线各项指标与年龄的直线回归方程

测定项目	直线回归方程	95%可信限下限
$\dot{V}_{peak}$	$\hat{y} = 0.4440 \times + 0.1614$	$\hat{y} = 0.4440 \times - 1.0603$
$\dot{V}_{75}$	$\hat{y} = 0.4176 \times - 0.0940$	$\hat{y} = 0.4176 \times - 1.3210$
$\dot{V}_{50}$	$\hat{y} = 0.2981 \times + 0.1124$	$\hat{y} = 0.2981 \times - 1.1746$
$\dot{V}_{25}$	$\hat{y} = 0.1631 \times - 0.0494$	$\hat{y} = 0.1631 \times - 0.9895$

二儿童闭合气量测定正常值

表3 健康儿童CV曲线各项指标的测定值

年龄(岁)	例数	CV/VC%	CC/TLC%	$\Delta N_2/L$	FRC-CC/TLC%
7~	24	13.51 ± 3.335	32.42 ± 5.425	3.81 ± 1.062	13.53 ± 5.613
9~	29	10.95 ± 3.988	29.54 ± 6.126	3.12 ± 1.209	17.00 ± 5.024
11~	28	8.36 ± 3.263	29.59 ± 4.939	2.61 ± 0.852	17.73 ± 4.511
13~14	31	7.29 ± 2.300	29.21 ± 6.147	2.46 ± 0.672	19.15 ± 4.237

表4 健康儿童CV曲线各项测定值与年龄相关的直线回归方程

测定指标	直线回归方程	95%可信限
CV/VC%	$\hat{y} = -0.9933 \times + 20.4103$	$\hat{y} = -0.9933 \times + 25.8644$
$\Delta N_2/L$	$\hat{y} = -0.2273 \times + 5.3762$	$\hat{y} = -0.2273 \times + 6.9482$
FRC-CC/TLC%	$\hat{y} = 0.8551 \times + 7.9320$	$\hat{y} = 0.8551 \times - 0.0130$

$\frac{CV}{VC}\%$ 、 $\frac{\Delta N_2}{L}$ 与年龄呈负相关； $\frac{FRC-CC}{TLC}\%$ 与年龄呈正相关。 $\frac{CC}{TLC}\%$ 测定值与年龄无显著相关。

* 医学科学院儿研所。

常用小气道功能测定指标敏感性和特异性的评价

内科呼吸组 何权瀛 穆魁津

我们以手术切除的肺标本为材料,术前测定患者小气道功能,术后观察肺切片中小气道病理变化,然后根据病理学检查结果评价各种小气道功能测定指标检出小气道病变的敏感性和特异性。按照病理总分将32例患者分成高分组(病理总分 ≥ 110 分)和低分组(病理总分 < 110 分),比较两组内各项小气道功能指标的异常率,发现高分组中 $\Delta N_2/L$ 、 $\dot{V}_{50}$ 及MMEF的异常率显著高于低分组。同时有关小气道功能指标与病理指标相关性测定结果表明上述三项小气道功能指标与小气道病理学指标之间显著相关,因此可以认为上述三种小气道功能指标可以较好地反映小气道的病理变化。

实验结果还表明在高分组内MMEF与 $\dot{V}_{50}$ 的异常率无显著性差异。此外,有关小气道功能指标与病理指标相关性测定结果表明与 $\dot{V}_{50}$ 相似,MMEF也与管腔阻塞、粘膜溃炎症细胞浸润、结缔组织增生及病理总分显著相关。因此可以认为MMEF是一项可以较好地反映小气道病变的指标。实验中我们发现凡是MMEF异常者均同时伴有其它小气道功能指标异常。换言之,在32例患者中没有1例属于MMEF单项异常的。同时我们还注意到凡MMEF异常者其病理总分均大于110分,但是32例患者中有3例虽然病理总分也大于110分, $\Delta N_2/L$ 、 $\dot{V}_{50}$ 均异常,而MMEF却正常。因此我们初步认为MMEF检出小气道病变的敏感性稍逊于 $\dot{V}_{50}$ 和 $\Delta N_2/L$ 。

在低分组中有6例患者虽然病理总分 < 110 分,但是却出现一项或多项小气道功能指标异常,其中3例为单项CV/VC%异常。而在高分组中无1例患者为单项CV/VC%异常。此外,CV/VC%与各项病理指标,病理总分均无显著相关。因此我们推测单项CV/VC%异常与病理变化不一致的原因可能是因为CV/VC%异常主要反映某些功能性变化或者更细微的病理变化。

绿脓杆菌内毒素蛋白临床应用

内科 刘秉钊

鉴于绿脓杆菌肺部感染治疗困难,死亡率高,而应用绿脓杆菌内毒素蛋白治疗呼吸道绿脓杆菌感染15例取得一定疗效。

15例均系慢性支气管炎患者,男性10例,女性5例,平均年龄53.6岁,慢性支气管炎病程3~30年,10年以上者13例,继发感染病程半个月至三个月,在用内毒素蛋白前均曾用过多种抗菌素,痰菌未能阴转,用药后痰培养7例阴转(46.6%),用药次数

为 7~25 次, 平均 14.9 次。

所用药物经肌注, 每次 0.5ml, 每周 3 次, 付作用除有发热反应外, 余无不良反应, 此发烧者 4 例为低热, 1 例高热, 可自行恢复。

绿脓杆菌内毒素蛋白为该菌的共同抗原, 动物试验已证明其对本菌的感染有保护作用, 经临床应用有一定效果, 抗菌素治疗常因耐药, 或价格昂贵与药源困难而受限制, 本药价格便宜, 使用方便, 付作用小, 值得临床试用。

(本文于 1981 年 9 月 5 日在全国呼吸衰竭座谈会上报告)

纯氧吸入治疗 COPD 患者的低氧血症

内科呼吸组 刘秉锐

COPD 氧气治疗多主张持续性控制给氧, 如给纯氧吸入, 可导致呼吸中枢抑制, 可导致氧中毒, 及抑制抗菌防御机制等。本文对 COPD 伴低氧血症患者, 在综合治疗的基础上, 给予低流量持续给氧, 缺氧症状未能解除, 给予间断纯氧吸入疗效满意, 在给予纯氧吸入前、后均曾多次血气测定监护, 经口罩吸入纯氧每次 20 分钟, 每日 2 次, 在治疗过程中未见不良反应, 吸纯氧后虽有 PaCO_2 增高, 但升高并不显著, 为时短暂, 2 小时后即可恢复到吸纯氧前之水平。吸高浓度氧可影响气道的粘液清除功能, 影响分泌物排出, 降低对细菌的防御机制, 本文曾治疗一例, 纯氧吸入虽对缺氧症状疗效卓著, 但最后死于感染。总之, 持续、低流量吸氧适用于多数 COPD 患者, 但应区别对待, 个别病例可审慎地提高氧浓度或间断纯氧吸入可收到低流量吸氧所达不到效果, 但应注意监护, 以避免其毒性反应。

(本文于 1981 年 9 月 8 日在全国呼吸衰竭座谈会上报告)

慢性萎缩性胃炎及胃癌患者的胃窦胃泌素浓度(AGC)

内科胃肠组 任俊龙 张树基 贾博琦

慢性萎缩性胃炎(CAG)与胃癌的关系日益受到人们的重视。一般认为 B 型萎缩性胃炎是胃癌的前期病变, 因此颇有深入研究的必要。B 型 CAG 病变主要累及胃窦, 而当前对胃窦病变研究的不多。本文采用胃窦粘膜的胃泌素浓度(AGC)测定方法针对胃窦病变进行研究, 重点观察 B 型 CAG 的 AGC, 探讨其组织病理学改变(腺体萎缩, 肠上皮化生, 慢性炎症, 非典型增生)与 AGC 的关系, 也观察了蛋白餐试验、G 细胞计数, 胃酸, 年龄与 CAG 的关系, 及胃癌病人 AGC 的变化。

本研究中绝大部分病例的胃窦粘膜是经纤维胃镜直视下获取, 少数胃癌患者的组织

来自手术后迅速冰冻的胃标本。

本文共测定 CAG45 例, 胃癌 10 例, 浅表性胃炎 42 例及对照组 23 例 (胃镜检查正常), 总计 120 例。结果详见表 I。表中显示中重度萎缩组及胃窦癌组 AGC 均明显低于对照组 ($P < 0.001$)。

AGC 与病理改变之间关系的研究表明: AGC 主要与胃窦粘膜萎缩程度有关, 与慢性炎症、肠上皮化生及不典型增生无关。

其他与 AGC 相关因素的分析结果见表 2。结果显示 CAG 患者的餐后胃泌素反应总

表 1 120 例病人及对照者胃窦胃泌素浓度测定结果

组 别	例数	男	女	年龄(平均数)	胃窦胃泌素 M	浓度(ng/mg) SE	P 值
对 照	23	9	14	20—49(32)	15.01	1.62	
慢性浅表性胃炎	42	28	14	25—63(48)	12.95	2.0	
A 型萎缩性胃炎	4	2	2	46—62(54)	21.51	11.29	
轻度萎缩性胃窦炎	8	7	1	29—48(46)	15.86	1.50	
中重度萎缩性胃窦炎	33	18	15	30—64(50)	7.73	0.96	$P < 0.001$
胃窦癌	7	5	2	45—69(57)	2.32	0.88	$P < 0.001$
胃体癌	3	1	2	50—55(53)	12.62	1.26	

总 计 120

P 值: 与对照值相比

表 2 慢性萎缩性胃炎患者胃泌素、胃酸分泌与胃窦粘膜萎缩程度的关系

	A 型萎缩 性胃炎 (n=4)		轻度萎缩 性胃窦炎 (n=8)		中重度萎缩 性胃窦炎 (n=23)		对 照 (n=11)	
	M	SE	M	SE	M	SE	M	SE
空腹血清胃泌素(FC) (pg/ml)	124.1	±46.1 ^{△△△}	95.5	±15.6 [△]	82.7	±6.2 [△]	58.7	±8.2
胃窦胃泌素浓度(AGC) (ng/mg)	21.5	±11.3	16.4	±1.6	7.5	±1.1 ^{△△△}	15.0	±1.6
餐刺激胃泌素反应之和(IGR) (ng.min/ml 180分内)	23.4	±14.5	3.6	±2.4 ^{△△△}	7.6	±1.5 [△]	13.7	±1.7
餐后胃泌素总输出量(TGO) (ng.min/ml 180分内)	188.6	±36.1 ^{△△△}	20.0	±3.2	22.5	±1.7	22.5	±2.3
高峰值/空腹值	1.61	±0.13 [△]	1.97	±0.29 ^{△△}	2.28	±0.21 ^{△△△}	3.63	±0.42
基础酸排量(BAO) mEq/h	0.06	±0.06	1.7	±0.3	1.7	±0.5	—	
最大酸排量(MAO) mEq/h	0.03	±0.03	14.6	±3.4	14.7	±1.8	—	
高峰酸排量(PAO)	0.04	±0.04	19.3	±4.4	24.6	±3.2	—	

$\triangle P < 0.05$, $\triangle\triangle P < 0.01$, $\triangle\triangle\triangle P < 0.005$

和(IGR)与 AGC 呈正相关($r=0.44$, $P<0.05$), 其胃泌素总排出量(TGO)也与 AGC 呈正相关($r=0.41$, $P<0.05$)。AGC 与空腹血清胃泌素无关, 与胃酸无关。AGC 与年龄呈负相关($r=-0.2916$, $P<0.005$)。CAG 患者 G 细胞计数结果表明胃窦萎缩较重时 G 细胞数明显减少, 与 AGC 变化规律相一致。

胃癌时的 AGC 主要与病变部位有关, 胃窦癌时 AGC 明显减少, 而胃体癌 AGC 不减少。

本文结果提示 AGC 的测定或可成为对 CAG 患者动态监测的一项指标。

慢性萎缩性胃炎病人内镜活检标本的G细胞计数

内科胃肠组 任俊龙 刘 云 张树基

病理科 汤秀英 唐素思

消化性溃疡病人手术标本胃窦粘膜 G 细胞的研究国内外均有报道, 但直接研究萎缩性胃炎病人的资料尚缺乏, 国内尚未见胃窦粘膜活检标本 G 细胞定量研究的报告。慢性萎缩性胃炎(CAG)的病理及功能改变的研究方面很多, 本文拟研究胃窦粘膜萎缩程度与 G 细胞的关系, 并分析 G 细胞与胃窦胃泌素浓度(AGC)的关系。

本文共检查 CAG 16 例。其中轻度萎缩性胃炎 6 例, 中重度萎缩性胃炎 10 例。每例均在胃窦小弯处取材。

结果: 胃窦中重度萎缩组平均 G 细胞数为 $266.9 \pm 26.9/\text{mm}^2$ ($144.7 \sim 454.4/\text{mm}^2$); 轻度萎缩组平均 $358.8 \pm 25.6/\text{mm}^2$ ($294.0 \sim 429.0$), 经七检验, $P<0.05$, 两组差异具有显著性。中度萎缩组 AGC 平均为 $4.38 \pm 0.7\text{ng}/\text{mg}$; 轻度萎缩组 AGC 为 $17.6 \pm 0.3\text{ng}/\text{mg}$, 两组差异也有显著性($P<0.05$)。

讨论: G 细胞主要分布于胃窦幽门腺的中带, 在萎缩性胃炎时 G 细胞分布可偏于粘膜表面。Fujimoto 等认为 G 细胞群与萎缩程度有关。Stane 发现溃疡病时 G 细胞数与胃窦的炎性细胞浸润无关, 而与萎缩程度有关, 萎缩重时 G 细胞减少。国内刘彤华等也认为腺体重度萎缩时, G 细胞明显减少。本文的结果与文献相符, 即胃窦萎缩较重时 G 细胞数明显减少。文献中缺乏关于 G 细胞计数与 AGC 关系的研究资料, 本文结果表明两者都与胃窦粘膜萎缩程度有关, 萎缩较重时两者均减少。可以认为胃窦粘膜萎缩较重时腺体减少, 致 G 细胞数减少, 使 AGC 降低。因此 G 细胞计数可进一步了解胃窦粘膜萎缩程度, 对于 CAG 患者的血清胃泌素及 AGC 变化的规律也有进一步的理解。(本文承北医生理教研组王志钧教授和郭燕世讲师赠送胃泌素抗体, 特此致谢)。

以红皮症为突出表现的恶性组织 细胞增生症一例误诊教训

内科 陈宝文

魏某、男、42岁，病案号7719244，因腹泻3天发热40多天，于1981年6月26日入院。入院体检正常。化验：血红蛋白11.5克%，白细胞为6000/mm³，血沉43mm/小时，蛋白电泳γ球蛋白33.6%，免疫球蛋白定量IgG稍高于正常。A型超声波肝区呈稀疏波形，肋下1.5cm，脾侧位可探及。

住院期间呈不规则间歇性发热，曾予抗疟药物、肾上腺皮质激素治疗无效。住院10天后发现左锁骨上淋巴结肿大。病理检查为“慢性炎症”。住院1个月后，上身皮肤呈现持续性充血发红。于腹部隐疼数日后，11月4日突然全腹剧疼。手术探查发现乙状结肠下段溃疡、穿孔、肠系膜淋巴结肿大并侵及肠壁。取肠系膜淋巴结活体病理检查为“坏死性淋巴结炎”。术后持续高热但一般情况尚可。临终前出现黄疸、不全肠梗阻。于12月3日突然呼吸心跳停止，抢救无效死亡。死后，骨髓活检正常，由腹部造瘘。取肠壁及周围粘连组织送检。病理诊断为“肠周围淋巴结恶性组织细胞增生症”

总结本例教训如下：

1 恶性组织细胞增生症(以下简称恶组)主要病理表现为肝脾、骨髓、淋巴结等器官组织中出现广泛或局灶性的、异常或分化较高的组织细胞大量增生，并有明显吞噬现象。有系统发生的趋势，但有局限化的特点。主要临床表现为发热、全身衰竭、肝脾淋巴结肿大、进行性贫血等，但多无典型表现。本例始终无贫血及全身衰竭表现，加之我们对本病认识不足，导致生前误诊。

2 国内外文献报道认为淋巴结结构破坏为肿瘤性组织细胞增生症的诊断要点之一。本例第二次淋巴结活检为“坏死性淋巴结炎”，淋巴结结构完全破坏，本应提示恶组之诊断。但仍未考虑，应引以为教训。

3 本例出现“红皮”现象持续3个月之久。“红皮”系指皮肤充血性发红，好发于颜面、上肢、前胸等。红皮现象的发生有持续性及发作性(阵发性)之分。发作性红皮症见于类癌综合征。持续性红皮症除见于某些皮疹的早期阶段外，胶原病和肿瘤患者也可出现。肿瘤引起的，可能是肿瘤组织大量代谢产物(毒素)的刺激作用所致，或是肿瘤组织本身浸润真皮下所致。而恶组出现红皮症者罕见。国内文献迄今未见报道，本例恶组之临床病型即以皮肤、胃肠为主应引以为鉴。

刊于中华内科杂志 83 年第三期

血栓性血小板减少性紫癜症二例

内科 齐家纯 张鸣和 周 芹

血栓性血小板减少性紫癜症是一罕见疾病。预后极差。最近我院见到2例，其中一例经脾切除术后而得康复。今报导于后。

例一 27岁未婚女性。1979年12月22日入院。于入院前二周感头痛低热及乏力一天。次晨发现尿色深红，鼻出血200ml，无膀胱刺激证，腰痛及浮肿，午后尿色即正常。隔一日又出现一过性深红色尿，化验尿旦白(++)，RBC8—12/高倍，WBC1—3/高倍，管型0—2/高倍。入院前一周皮肤出现紫癜。既往：个人及家族史无特殊。入院体检：T37°C，p80次/分，BP130/80mmHg，神情，贫血貌，全身皮肤有散在针尖大小出血点，心肺(—)，肝肋下可及，脾(—)。化验：Hgb6.1克%，WBC5800/mm³，血小板18000/mm³。尿旦白(+)，FDP5mg/mt。血胆红素1.9~2.2mg%，凡登白间接反应；BUN20mg%，GPT，血浆旦白电泳及免疫球蛋白定量均正常。Coomb试验、Ham试验及蔗糖水试验均(—)。血LE细胞(—)。骨髓呈红细胞增生活跃，巨核细胞增多。入院后即间断输少量新鲜血，强的松40mg/日，入院次日起患者多次出现一过性说话不利索，视物不清，呕吐，耳聋，意识障碍，但神经系统无定位征。后改用氢化考的松200mg/日及地塞米松5mg/日静点，病情未改善，于第十天又出现深红色尿，化验尿潜血及含铁血黄素(+)。根据血小板减少，溶血及神经系统症状，血栓性血小板减少性紫癜诊断确立，因经激素等治疗无效而转科行脾切除术。术中见脾脏增大约一倍，与周围粘连。切脾后脾床渗血明显减轻。术后用地塞米松，低分子右旋糖酐，潘生丁等维持治疗。术后第十天Hb上升到9.9克%，血小板18万/mm³，血胆红素恢复正常。至今已随访两年多，病人已结婚及恢复正常工作，情况良好。

病例二略

讨论 本文2例都是青年女性，均具有血小板减少，非免疫性溶血性贫血，一过而多变的精神神经症状，肾脏损害及发热等“五联征”，故血栓性血小板减少性紫癜症的诊断可以肯定。本病主要病理特点是各脏器内弥漫性微血管损害，引起红细胞变形与机械性溶血，微血栓形成及消耗性血小板减少，而导致各脏器功能障碍。近年有人主张取皮肤肌肉或骨髓活检，以微血管内有白色血栓作为组织学诊断证据。引起微血管损害病因未明，目前大多认为是免疫复合体病，可能与感染，中毒，药物过敏，自家免疫，激素失调(妊娠或服避孕药者多见)，血脂或血凝异常(缺乏血小板凝集因子抑制物)等因素有关。本病尚无特效疗法少数病例曾应用激素，抗血小板凝聚药，免疫抑制药，肝素，链激酶，脾切除术及血浆置换疗法等取得一定疗效。本文一例是及时的脾切除+激素获得成功。