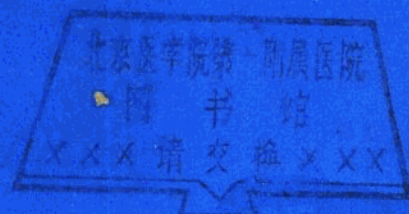


北京医学院 第一附属医院

年 刊



1981



目 录

内 科

血液气体与酸硷度正常值测定	(1)
闭合气量检查与大气污染	(4)
呼吸衰竭与肺性脑病	(5)
慢性阻塞性肺病与血液流变学	(6)
慢性肺源性心脏病患者——36例心排量测定	(7)
几种诊断心包积液方法的比较	(8)
高脂血症长期饮食治疗80例 5 年随访报告	(9)
自发性食管破裂	(11)
慢性肾功能衰竭的心脏问题——附76例分析	(12)
血清免疫复合物的测定及临床应用的初步经验	(13)
血清中免疫复合物简易测定法	(14)
免疫荧光技术在肾脏病的应用	(14)
植物血球凝集素 (PHA) 双剂量皮试法及其初步应用	(17)
纤维蛋白降解产物 (FDP) 在肾脏病的意义	(19)
糖尿病高渗性昏迷	(20)
主动脉瓣细菌性心内膜炎的超声心动图表现——附 1 例报告	(21)
54例正常超声心动图测值	(22)

儿 科

新生儿苯酮尿症 Guthrie 氏过筛试验——1000例小结	(25)
进行性抽搐36例临床分析	(25)
惊厥和癫痫时脑脊液中氨基酸介质和CAMP含量的变化 (临床病儿和实验动物研究)	(26)
抗癫痫药物血浓度测定的临床意义——苯巴比妥、苯妥英钠血浓度监测	(27)
亚急性硬化性全脑炎——附 2 例报告	(28)
15例小儿急淋白血病亚型与预后的观察	(29)
小儿中性粒细胞减少症53例分析	(30)
顽固性佝偻病综合征10例小结	(31)
致密性骨发育不全症一例报告	(32)
正常小儿手的皮纹观察	(32)

神 经 科

306 例 急性脑血管病 1 — 4 年的随访研究	(33)
---------------------------	--------

383 例蝶骨电极脑电图小结·····	(34)
动作诱发癫痫 2 例报告·····	(35)
自发性脊髓蛛网膜下腔出血·····	(36)
332 例蛛网膜下腔出血临床分析·····	(37)
急性缺血性脑血管病的血小板聚集性观察·····	(38)
传 染 科	
临床初步观察特异性肝膜脂蛋白和慢性肝炎肝硬变的关系·····	(40)
原发性肝癌与肝炎肝硬化关系之探讨——264 例原发性肝癌的分析·····	(41)
D-青霉胺治疗慢性活动性肝炎的疗效和毒性反应——附 7 例报告·····	(42)
辅酶 Q ₁₀ 治疗慢性病毒性肝炎 50 例近期疗效观察·····	(43)
普通外科	
几种门体分流术治疗门静脉高压症的疗效比较·····	(45)
经“T”管窦道应用纤维胆道镜治疗胆道残余结石 51 例病例分析·····	(46)
胆结石的合并症与死亡病例分析·····	(47)
急性坏死性胰腺炎后胰痿处理的体会——1 例病人治疗经过·····	(48)
经腹会阴直肠癌根治术后肠梗阻·····	(49)
胃肠道鳞状上皮细胞癌及鳞腺癌·····	(51)
原发性十二指肠癌的 diagnosis 和治疗——附 10 例报告·····	(52)
外科下消化道出血——附 219 例小结·····	(53)
周围动脉瘤的外科治疗·····	(54)
食管贲门癌切除术后几种少见的并发症·····	(55)
连续硬膜外麻醉在重危休克病人 80 例的应用·····	(56)
硬脊膜外腔术后吗啡镇痛·····	(57)
妇 产 科	
部份性葡萄胎与胎儿并存——附 6 例报告·····	(58)
关于先兆子痫治疗的点滴体会·····	(61)
耳鼻喉科	
喉气管外伤和瘢痕狭窄的治疗·····	(62)
中段喉次全切除术·····	(63)
喉部分切除术在喉癌的应用·····	(64)
液氮冷冻疗法耳鼻喉科的应用·····	(65)
介绍一种电动加压液氮冷冻器·····	(66)
介绍上颌窦气囊的制作和使用·····	(67)
渗出性中耳炎中耳液免疫球蛋白及细胞学分析·····	(68)
耳部鳞癌·····	(69)
外耳道囊性腺样癌——附 7 例报告·····	(70)
喉乳头状瘤癌变 7 例报告·····	(71)
鼻泪管内翻性乳头状瘤·····	(73)
舌骨上咽切开术摘除会厌囊肿·····	(73)

鼻咽癌喉部转移一例·····	(74)
咽旁间隙硬化性血管瘤一例报告·····	(75)
眼 科	
眼组织抗原的免疫学研究——人和牛眼视网膜以及色素膜抗原的特异性·····	(76)
内因性色素膜炎患者对眼组织抗原的细胞免疫反应——白细胞移动抑制试验·····	(76)
过敏性结膜炎伴有边缘性角膜溃疡病例报告·····	(78)
暗室加俯卧试验·····	(79)
皮 科	
皮下蝇蛆病一例报告·····	(80)
三氮唑核苷治疗带状疱疹20例报告·····	(81)
真菌镜检标本保存法·····	(82)
Wangiella dermatitidis一例报告 ·····	(82)
系统性红斑狼疮——160例临床资料分析·····	(83)
口服 8MOP 加黑光照射治疗40例银屑病中期疗效观察 ·····	(84)
口服川白芷胶囊加黑光照射治疗银屑病 7 例小结·····	(85)
液氮冷冻治疗皮肤病 340 例小结·····	(86)
放 射 科	
医学影像学中的灰阶超声技术·····	(87)
X线诊断与灰阶超声诊断·····	(88)
乳腺肿块的灰阶超声表现·····	(89)
国人胰腺测量及其与周围血管关系的观察·····	(90)
肿瘤样结肠嗜酸细胞肉芽肿一例报告·····	(90)
胃恶性淋巴瘤·····	(91)
同 位 素	
血清肌红旦白的放射免疫测定在急性心肌梗塞早期诊断中的应用·····	(93)
理 疗 科	
13.56MHz、915MHz、2450MHz 热疗机局部加温的动物实验研究 ·····	(94)
射频治癌机的电波防护——简易屏蔽室·····	(95)
放射合并加温治疗恶性肿瘤的临床观察·····	(97)
四例肾移植的超声检查·····	(98)
间动电止疼疗效观察 100 例·····	(99)
检 验 科	
有关尿旦白定性试验及有形成分镜检的一些方法学探讨·····	(100)
4631例中国健康人尿常规检验正常值探讨·····	(101)
介绍几种本周恩氏蛋白尿的检测法·····	(101)
黄连素与抗菌增效剂合用治疗急性菌痢的疗效观察·····	(102)
关于用非蒸馏水配制 GPT 底液进行 GPT 过筛试验的探讨 ·····	(102)
高压灭菌器不同压力单位的简单换算法 (0.07因数法) ·····	(103)
溶血素对白细胞计数影响的观察·····	(104)

79年痢疾杆菌对18种药物的敏感试验·····	(105)
病 理 科	
卵巢交界性肿瘤	
一、浆液性交界性肿瘤·····	(107)
卵巢交界性肿瘤	
二、粘液性交界性肿瘤·····	(108)
大面积烧伤患者的液氮异体皮和自体皮混合移植后的皮肤再生长过程·····	(109)
泌尿外科研究所	
泌尿男性生殖系肿瘤发病和构成情况的变迁·····	(110)
肾细胞癌的脱落细胞检查·····	(111)
磁化水和中药对肾结石形成的影响(实验性研究)·····	(112)
肾移植排异反应的观察·····	(113)
尿石症的尿脱落细胞检查·····	(114)
尿酶(γ GT和LAP)在泌尿系感染定位诊断中的初步应用·····	(115)
应用流通型钙电极测定全血离子钙·····	(115)
激光破碎尿路结石的研究·····	(116)
临床药理研究所	
呋苄青霉素与羧苄青霉素类化合物作用比较·····	(117)
北京城区人口按 WHO 标准普查 10,200 例血压阶段小结·····	(120)
高血压病的诊断与鉴别诊断·····	(120)
罂粟硷成品与天然品对兔血压和离体肠平滑肌的作用比较·····	(121)
DBED沉淀法制备青霉素临床过敏反应观察·····	(123)
呋苄青霉素放射免疫测定·····	(124)
国产丁胺卡那霉素体内外抗菌作用研究·····	(125)
克拉维酸与呋苄青霉素、氨苄青霉素体外协同作用初步研究结果·····	(126)
※ ※ ※ ※	
北医一院一九八〇年大事记·····	(127)
北医一院一九八〇年党政干部名单·····	(135)
后 记·····	(138)
1981年北医一院学术年刊编辑委员会名单·····	(138)

血液气体与酸硷度正常值测定

北医一院内科呼吸组

北医三院内科呼吸组

北京医院内科呼吸组

北京酒仙桥职工医院检验科、内科

中国医学科学院阜外医院呼吸功能室

北京积水潭医院内科呼吸组

共 649 名正常成人，年龄在 20~99 岁之间，男 301 例，女 348 例，工厂工人，干部与医院工作人员。

检查仪器：丹麦 Radiometer 厂出产 BME33 型与 32 型，血气与酸硷度测定仪。

检查方法：予热仪器 1 小时，就试者进餐二小时后，热敷耳垂部 40°C, 5 分钟。刺耳取血，放入预制 0.55mg/cc 肝素抗凝毛细管，测定由专人操作。

结果为下表

血液气体与酸硷度正常值

	例数	PH	PaCO ₂	PaO ₂	SaO ₂	AB	SB	BEcf
BME33型	387	7.418±0.023	38.7±3.14	91.5±7.6	97.0±0.65	25.2±2.15	25.4±1.75	+0.88±2.12

不同性别, 各年龄组正常值

均数±标准差								
年龄组	性别·例数	PH	PaCO ₂	PaO ₂	SaO ₂	AB	SB	BEcf
20~29	男 47	7.417±0.02	39.9±2.56	92.0±8.07	97.0±0.68	25.5±1.89	25.6±1.55	+1.18±1.87
	女 56	7.415±0.02	37.9±3.23	92.9±7.55	97.1±0.53	24.2±2.34	24.7±1.84	-0.02±2.28
30~39	男 42	7.419±0.02	39.9±2.83	91.0±6.73	96.9±0.51	25.7±1.69	25.8±1.42	+1.35±1.72
	女 45	7.420±0.02	38.3±3.25	94.7±6.73	97.2±0.45	24.7±2.18	25.0±1.67	+0.43±2.12
40~49	男 52	7.414±0.02	40.2±2.81	90.5±8.63	96.9±0.6	25.6±2.2	25.6±1.82	+1.32±2.12
	女 60	7.427±0.02	38.6±3.22	93.3±6.74	97.2±0.43	25.3±2.32	25.6±1.85	+1.11±2.24
50~59	男 33	7.416±0.02	40.1±2.72	87.7±6.52	96.5±1.19	25.6±1.59	25.6±1.38	+1.34±1.57
	女 41	7.403±0.07	39.8±3.37	88.9±6.94	96.7±0.64	25.2±2.32	25.2±1.98	+0.8±2.33
60岁以上	男 6	7.405±0.02	36.9±2.47	84.6±3.97	96.4±0.35	23.0±1.18	23.6±0.85	-1.3±1.08
	女 5	7.409±0.02	39.7±3.78	88.3±6.53	96.7±0.74	28.8±2.24	25.0±1.79	+0.46±2.21

血液气体与酸硷度正常值

	例数	PH	PaCO ₂	PaO ₂	SaO ₂	AB	SB	BEcf
BME32型	262	7.410±0.027	37.8±3.49	87.4±6.32	96.7±0.74	23.7±2.18	24.7±2.25	-0.71±2.11

不同性别,各年龄组正常值

均数±标准差

年龄组	性·例 别·数	PH	PaCO ₂	PaO ₂	SaO ₂	AB	SB	BEcf
20—29	男 16	7.418±0.036	38.3±3.58	88.4±4.28	96.9±0.40	24.5±1.87	25.0±2.04	+0.21±1.88
	女 27	7.408±0.024	36.4±2.63	88.1±4.37	96.7±0.38	22.8±2.29	23.0±2.67	-1.68±2.11
30—39	男 14	7.407±0.022	37.6±2.93	87.6±3.75	96.7±0.40	23.5±1.84	23.7±2.08	-0.9±1.81
	女 22	7.416±0.024	36.0±3.12	92.4±6.94	97.1±0.50	22.9±2.24	23.5±2.64	-1.36±2.16
40—49	男 29	7.408±0.023	39.2±2.95	88.2±5.63	96.7±0.52	24.4±2.04	24.6±2.05	-0.05±1.99
	女 50	7.417±0.02	36.5±3.72	88.9±6.04	96.8±0.49	23.1±1.76	23.8±1.58	-0.97±1.66
50—59	男 32	7.409±0.03	38.7±3.34	86.2±4.87	96.6±0.45	24.3±2.65	24.8±2.65	-0.06±2.69
	女 26	7.413±0.02	37.2±2.85	86.7±5.27	96.6±0.62	23.5±2.12	24.1±2.40	-0.68±2.15
60岁以上	男 30	7.402±0.028	38.3±3.18	82.4±7.66	95.9±1.17	23.7±2.17	24.1±1.86	-0.74±2.18
	女 16	7.396±0.035	39.3±3.11	81.9±5.43	95.9±0.75	23.8±1.73	23.9±1.80	-0.7±1.85

闭合气量检查与大气污染

北医附属一院内科呼吸组

北京医学院卫生系

北京市结核病防治所

在大气污染比较严重的某工厂,选无心肺疾病,不吸烟的职工 117 人,进行常规肺功能检查(肺活量、 FEV_1 , MMEF 与残气)与闭合容量、闭合总量和量大呼气容量流速一曲线(简称 $\dot{V}-V$)测定。

1. 常规肺功能检查:通气功能正常者 96.6%。MMEF 异常者 26.5%。
2. $\dot{V}-V$ 曲线:见表 1,各指标之单位身长数值与均值,与北京结研所 70 例正常值比较。

表 1 各年龄组 $\dot{V}-V$ 曲线参数平均值

年龄组	例数	$\dot{V}_{75}/HT(M)$	$\dot{V}_{50}/HT(M)$	$\dot{V}_{25}/HT(M)$	$\dot{V}_{50}/\dot{V}_{25}$
20—29	41	$3.26 \pm 0.829^*$	$2.86 \pm 1.01^*$	1.49 ± 0.79	2.14 ± 0.54
30—39	30	$3.28 \pm 0.75^{**}$	$2.64 \pm 0.88^*$	1.19 ± 0.49	2.28 ± 0.49
40—49	28	$3.41 \pm 0.92^{**}$	2.91 ± 0.96	1.18 ± 0.58	2.63 ± 0.56
50—59	18	3.06 ± 0.74	2.42 ± 0.75	0.95 ± 0.04	2.75 ± 0.77

* 有显著差异

** 有极显著差异

各项指标异常率并不随污染程度加重而增加。

3. 闭合气量(CV/VC%)与闭合总量(CC/TLC%);正常界线采用我院 1979 年提出的直线回归方程,CV/VC%与 CC/TLC%异常率也并未因污染程度的加重而递增。

表 2 各年龄组闭合气量与闭合总量的异常率

年 令 组	例 数	CV/VC%		CC/TLC%	
		异常数	异常率	异常数	异常率
20—29	41	31	75.61	28	68.29
30—39	30	19	63.33	11	36.66
40—49	28	18	64.29	19	67.86
50—59	18	11	61.11	14	77.78
总 计	117	79	67.52	72	61.54

4. 各项检查方法的比较;

闭合气量检查的异常出现率较 $\dot{V}-V$ 曲线为高; $CC/TLC\%$ 与 $CV/VC\%$ 两值比较, 以 $CV/VC\%$ 的异常出现率为高。

最后讨论大气污染对呼吸系统的影响, 并提出 $CV/VC\%$ 测定简便, 可做为环境医学早期筛选手段。

呼吸衰竭与肺性脑病

内科 万黛 穆魁津

本文报告呼吸衰竭(均合并慢性肺源性心脏病, 并发精神—神经症状(肺性脑病) 63 例。

重点讨论三个问题:

1. 肺性脑病分型: 根据主要的致病原因, 分为三型: (1) 通气功能障碍型: 主要由于缺氧与二氧化碳潴留。共 52 例, 82.5%。(2) 电介质代谢紊乱型: 主要由于低钠, 低氯; 共 6 例, 9.6%。在通气功能障碍型 52 例中, 尚有 18 例同时伴有型介质紊乱。(3) 感染中毒性休克型: 主要由于严重感染。共 5 例, 7.9%。

三型临床表现差别不大, 但处理方法不同, 预后也不一样。病死率分别为: 48.1%, 83.3% 与 100%。

分型目的在于区别病因, 辨证施治。

2. 通气功能障碍型脑病的发病机制: 初步认为是由于在长期低氧的基础上, 动脉血二氧化碳分压(简称 $PaCO_2$) 急剧升高所致。根据是: (1) 在低氧($PaO_2 35.4 \sim 47.2$ mmHg) 病例中, 死亡组的 $PaCO_2$ 平均为 96.8 mmHg; 生存组的 $PaCO_2$ 平均为 67.4 mmHg ($P < 0.05$)。 (2) 在输氧治疗的病例中, 在低氧组 ($PaO_2 35.4 \sim 47.2$ mmHg), 脑病 III 度者 50%, 有 1 例为 I 度; 在高氧组 ($PaO_2 72 \sim 150$ mmHg), 脑病 III 度者 55.5%, 无一例 I 度。两组形成严重脑病的机会相同。 (3) 同样在吸氧状态下, 低 $PaCO_2$ 组 (60—69.2 mmHg), 脑病 III 度者 50%; 高 $PaCO_2$ 组 (82.1—109 mmHg), 脑病 III 度者 71.4% ($P < 0.001$)。

3. 关于预后方面一些问题: 在死亡组, 并发休克, 心律失常, 电介质紊乱与消化道出血明显高于生存组。低钠多见于死亡组, 值得重视。

最后提出四点抢救原则:

(1) 区别型别, 辨证施治; (2) 全面考虑, 不要顾此失彼; (3) 峻补缓泄; (4) 扶正固本。

慢性阻塞性肺病与血液流变学

内科 周瑞征 穆勉敏

一、一般资料:

1. 观察对象: 正常人 30 例, 喘息性支气管炎 21 例, 肺心病轻型 39 例, 重型 17 例。
2. 观察项目: 红细胞电泳迁移率与电泳时间; 全血与血浆比粘度, 红细胞压积。

二、观察结果:

1. 肺心病病人轻、重两型全血, 血浆比粘度, 红细胞压积均高于正常人; 红细胞电泳时间均较正常人为长, 在统计学上有差异。
2. 喘支迁延期与发作期患者四项指标均较正常人有不同在统计学上有差异。
3. 肺心病重型与喘支两组比较, 全血比粘度和红细胞电泳、红细胞压积均与正常人不同, 在统计学上有差异。
4. $\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$ 者, 其全血比粘度与红细胞压积均高于 $\text{PaO}_2 > 70\text{mmHg}$ 者。
5. $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 者, 其全血比粘度及红细胞压积均比 $\text{PaCO}_2 < 50\text{mmHg}$ 者为高。红细胞电泳时间, 前者明显减慢。

最后提出:

- (1) 全血比粘度与红细胞压积与缺氧状态有关。 PaO_2 低于 70mmHg 者, 两值均高。
- (2) 在 PaCO_2 增高患者, 红细胞电泳时间延缓, 可能由于血液酸硷度的改变影响红细胞表面的电荷。
- (3) 为了减少血量与简化操作, 在血液流变性指标方面, 建议只用全血比粘度与红细胞电泳两项。

慢性肺源性心脏病患者— 36例心排量测定

内科 何冰 王静茹 袁家訥 穆魁津

北京医学院第一附属医院同位素室

潘中允 梁仕田

心排量是反映循环系统机能的重要指标之一。慢性肺源性心脏病（以下简称肺心病）患者心排量一般被认为系高排量。为了进一步证实肺心病患者心排量的具体情况，我们在正常人与肺心病患者分别测定有关心排量各项指标，并结合病情进行分析，了解可能影响心排量有关因素。

一、研究对象

无心肺疾患正常人 38 例，男：23 例。女：15 例。年令 18—60 岁，平均 38.3 岁。

慢性肺心病患者 30 例、男：22 例。女：8 例。年令 34—68 岁，平均 54.7 岁。

慢性肺心病合并冠心病患者 6 例、男：5 例。女：1 例。年令 59—76 岁，平均 64.8 岁。

二、采用以 $^{113}\text{InCl}_3$ 为指示剂的放射性核素心前区测定方法。

三、测定结果及讨论

根据同年令同性别比较，循环血量在男性肺心病患者较正常人为高。其中以血气异常组最高，均数为 92.2 毫升/公斤；肺心病合并冠心病患者最低，均数为 75.9 毫升/公斤。心脏指数在男性肺心病患者与正常人相比，均数相近，一为 3.07 升/分/平方米，一为 3.06 升/分/平方米，血气异常组略低，为 3.04 升/分/平方米，最低者为肺心病合并冠心病患者，均数为 2.84 升/分/平方米。无论循环血量或心脏指数之差，按统计学处理 P 值均 >0.05 ，说明无显著性差异。此结果和某些文献报道肺心病为高循环血量，高心排量不符，其原因可能是：该两指标正常范围变异较大，测定的病例数较少，向测定的患者病情都处于缓解期缺氧状况有所缓解。

在男性肺心病患者中、10 例血气异常组和 12 例血气正常组相比，循环血量均值有所增加而心脏指数反而略低，说明心排量并未相应增加。可能长时期缺氧心肌受损，从而心肌收缩力受到影响，故尽管循环血量增加，心排量并未随之增高，说明血气异常组心脏功能比血气正常组为差，提示这类患者在临床上使用洋地黄类药物更需注意其毒性反应。而肺心病患者心排量高低需根据具体病情分析而定。

循环血量和心脏指数应随患者病情变化测定，自身对比将更有说服力。

几种诊断心包积液方法的比较

内科心血管组 张树彬 郭凤英 赵秀淑

诊断心包积液的方法很多,但检出率都不很高。近年来发现M型超声波对包心积液诊断的敏感性和特异性较高。本文报告28例心包积液患者几种检查方法的结果,并就其对心包积液的诊断和临床意义进行讨论。

资 料 方 法 结 果

各种原因引起的心包积液28例,全部为住院患者。男19例,女9例,年令14~70岁。全部均经详细体验、X线检查,其中4例曾作放射性核素¹¹³钡血池扫描,每例曾作2~5次M型超声检查,并追踪至心包积液完全消失。28例中7例心包穿刺、3例心包剥离术证实心包有积液。M型超声检查,根据液体滞留的多少,大致分为少量11例,中等量9例,大量8例。几种方法心包积液的检出率如表1。

讨 论

体格检查是诊断心包积液的基本方法,一般认为心包积液>300毫升时,方出现心包积液的体征,但其诊断率不高,本组仅占42.8%,且不能发现少量的心包积液。X线检查,方法

表1: 几种方法心包积液的检出率

	例 数	检出例数	检出率%
物 理 诊 断	28	12	42.8
X 线 检 查	28	16	57.1
¹¹³ 钡血池扫描	4	4	
M 型 超 声	28	28	100.0

简单是临床常用的方法,缺点也是心包积液量<250毫升时难以发现。大量积液X线诊断虽不困难,但难与心肌病心腔扩大,心转减弱鉴别。本组X线检出率为57.1%。放射性核素¹¹³钡血池扫描优点是可以鉴别心脏扩大还是心包积液,缺点是心包积液<200毫升,扫描也不易发现,且心包积液的扫描图与心包脂肪瘤、间皮瘤、心包囊肿相似,难以区别。M型超声检查是目前诊断心包积液较敏感较准确的方法,Horwitz报导M型超声诊断心包积液的敏感性为88%,特异性为100%,并认为超声可以发现15~20毫升的液体。武医报告51例心包积液,

除3例<50毫升未发现外,48例均见到大小不同的暗区,心包积液诊断的正确率为92.1%。本组23例超声均检出前心包及/或后心包有暗区,检出率为100%,可能与积液量均>50毫升有关。通过超声检查对心包积液量的多少可以进行粗略的估计,Horwitz指出超声估计量和实际量呈良好相关($r=0.86\sim0.98$),但亦有作者认为实际量仅为计算量的1/2者。本组3例心包剥离术,2例估计量与实际量值似,1例超声为中等量而手术时为少量积液。此外超声尚可以测量心室腔的大小的室壁的厚薄,了解瓣膜活动情况、心内结构的连续动态变化,心包积液的消长情况,对心脏扩大和心包积液的鉴别、心包积液的病因以及其预后的判断均有一定帮助。

高脂血症长期饮食治疗

80例5年随访报告

内科心血管组 郭凤英 邵耕 郭夏玲 孟庆玲

控制高脂血症是预防和治疗动脉粥样硬化的方法之一。自1974年我们对某工厂35岁以上468名职工进行高脂血症的检查,对其中80名高脂血症病人进行饮食治疗,(1974年—1979年)现将治疗结果报告如下:

病例选择:(1)治疗组:此80名病人皆为原发性高脂血症患者,其中Ⅰ型高脂蛋白血症27名,Ⅳ型53名。男性36名,女性44名。年令40—60岁。

根据坚持饮食治疗是否严格此80名患者又分为(A)严格饮食控制组,完全按照规定食谱进食:即主食,付食均加严格控制,主食一般较控制前减少1—3两/日(具体根据患者工作性质、劳动强度、体重等进行制定)。付食控制则包括限制高脂固醇食物入量如蛋黄,动物内脏、奶油等及糖、酒类入量,尽可能增加不饱和脂肪酸入量如鼓励患者食豆油、花生油等。多吃植物蛋白如豆制品或动物蛋白如瘦肉。此组患者共27名,其中Ⅰ型14名(Ⅰa 6名)(Ⅰb 8名)Ⅳ型13名。(b)部份饮食控制组:部份按照规定食谱进食,一般主食控制无上组严格,但付食控制严格,能坚持按规定食谱进食。此组共53名,Ⅰ型13名,(Ⅰa 6名,Ⅰb 7名)Ⅳ型40名。

(2)对照组:1974年查出之原发高脂血症患者,五年来未经饮食控制亦未用药物治疗共19例。男性13名,女性6名,年令44—65岁。

血脂复查:治疗组为1975,1976,1977,1978,1979每年于9—11月复查血脂。对照组病人于1975,1979年10—11月复查血脂各一次,结果见表一

表一：饮食控制治疗高脂血症疗效

组 别	胆 固 醇				甘 油 三 酯			
	例 数	治疗前后改变 均值mg% (括号内为 下降%)	最大值 与 最小值	t值 (与对照 组比较)	例 数	治疗前后改 变均值 mg% (下降%)	最大值 与 最小值	t值 (与对照 组比较)
严格控制组	14(Ⅰ型)	-36.8(14.0%)	-96~ +15	P<0.01	13(Ⅳ型)	-106.1 (39.1%)	-410 ~0	P<0.01
部分控制组	13(Ⅰ型)	-29.5(11.6%)	-58~ +18	P<0.01	40(Ⅳ型)	-75 (31.6%)	-265 ~+55	P<0.01
对 照 组	19*	+56.84	+144 ~-5		19*	+14.2	+350 ~-114	

* 对照组总数为 19 例

说明了80例高脂且白血症患者饮食治疗五年取得较好的降脂疗效。严格控制组血清胆固醇平均下降 36.8mg% (14.0%)，甘油三酯下降 166mg% (39.1%)，部份控制组血清胆固醇均下降 29.5mg% (11.6%) 甘油三酯下降 75mg% (31.6%) 和对照组比较 $P < 0.01$ 。

饮食治疗对血清甘油三酯下降比血清胆固醇下降更为明显。

本文结果与国外(芬兰)文献报告近似。说明长期饮食治疗不论对Ⅰ型或Ⅳ型高脂蛋白白血症患者皆有明显降血脂疗效。但本文 80 名中有 11 名病人血脂未降低或反有升高，血脂下降者亦大多未能降到满意水平，故对这部分病人应在饮食治疗基础上加用药物治疗以进一步提高疗效Kuo⁽²⁾联合饮食及药物(Colestipol)治疗高脂血症对 25 名患者进行 7—7.5 年的随访，结果血清胆固醇下降 142.7mg%，黄色素瘤缩小，动脉造影证实动脉粥样硬化病变稳定，且不引起营养的代谢紊乱。

本文所用饮食治疗方案的原则是(1)超重者应降低总热量，尤其是糖的量以减低体重，但要保证且白质入量(1克/日)(2)增加植物油脂，减少动物油脂入量。(3)高甘油三酯血症患者减少糖入量，限制甜食及酒类。(4)高胆固醇血症每日胆固醇入量低于 300 毫克。我们的治疗原则和国外的经验是符合的。

根据我们五年经验，在我国城市供应条件下，上述饮食治疗是符合实际的，是有效的，可作为高脂血症的基本治疗。

自发性食管破裂

内科 张树彬

自发性食管破裂是一种少见病，我科曾逢2例。

例1，男40岁 入院前一天下午6时喝酒3两，2小时后频繁呕吐咖啡样液体，上腹持续性疼痛不缓解，次日发热 38.5°C ，呼吸困难加重，胸透两侧胸腔积液，以上消化道出血，两侧胸腔积液待查入院。体检：半卧位，唇绀，血压84/60，气管正中，颈部及锁骨下皮下气肿，心界不大，律整，140次/分无杂音，两前下散在干湿啰音，坐位两背下叩浊，呼吸音弱，腹软，肝肋下2厘米，上腹有压痛，肠鸣存在。住院后积极抢救，休克始终不能控制于病后41小时因感染中毒休克死亡。尸介：右侧胸腔有棕色液体100毫升，有食物残渣，食管中下段破裂约13厘米，粘膜破碎水肿，左侧纵隔胸膜已破，左侧有血性液体500毫升。

例2 略

讨 论

自发性食管破裂国内报告至今共18例，加本文2例共20例，误诊者18例，死亡者10例占50%。保守治疗的病死率几达90%。食管自发性破裂是由剧吐使大量胃内物突然进入食管内，同时由环咽肌痉挛会厌紧闭，胃内容物反流造成食管内压骤然增高，致使食管下段薄弱环节破裂。国内20例，发生在左侧者8例，右侧者12例，裂口呈纵行，长1~14厘米，本组2例分别为6厘米，13厘米。本病最早的病状是呕吐后上腹部及或胸部剧烈疼痛，可伴有紫绀，最早出现的体征是纵隔、锁骨下及颈部气肿，其次是由于纵隔破裂或刺激，产生一侧或两侧液气胸。口服1%亚甲兰2毫升，抽胸水是否有着色或口服钡剂视碘油是否流入纵隔可以补助研究诊断。根据国内外误诊病例，主要与下列疾病鉴别：1. 自发性气胸，2. 溃疡病穿孔，3. 心肌梗塞，4. 急性胰腺炎，5. 肺栓塞，6. 胸膜炎，7. 心包炎，8. 急性胆囊炎，9. Mallary-Weiss 综合征，10. 主动脉夹层动脉瘤，如考虑到本病鉴别并不困难。自发性食管破裂的预后和治疗的时间早晚有关，早期手术效果好，不宜作修补手术者，可以闭式胸腔引流。

慢性肾功能衰竭的心脏问题

— 附 76 例 分 析

内科肾炎研究室： 施曼珠 刘世瑾 王海燕 张鸣和 王叔威

本文分析我院自 1974—1977 年四年来收治的肾衰 76 例。引起肾衰的原发病以慢性肾炎为首位 (63%)，慢性肾盂肾炎次之 (23%)，近 1/3 的患者接受了血透治疗。76 例中发现其中并发心脏病者共 53 例，占 70%。心脏病变的主要表现是心脏扩大，房室传导阻滞与心功能不全。

在住院期间死亡者共 58 例，其中 19 例死于心脏病变 (32.8%)，居死亡原因第二位 (第一位是酸中毒)。足见对慢性肾衰患者如何控制心脏病是一个重要问题。

多数肾衰期病人有高血压、贫血、氮质血症，酸中毒等，这些因素可以影响心脏，尤其是在原有心脏问题的病人，能引起心脏病的加重，甚至出现心力衰竭。经过对以上各种因素与肾衰关系的分析，我们发现本组肾衰病人所出现的心脏问题与尿毒症的严重程度和高血压有明显关系。另外也发现在 24 例心衰病例中，有 7 例 (29%) 在尿毒症前心脏是正常的，其中 6 例血压也是正常或只轻度升高，说明尿毒症本身也可引起心脏问题。至于是否能称为“尿毒症心肌病”，由于没有病理学的证实尚难肯定。但是应用这名称以引起人们对肾功能衰竭时可出现心脏问题的注意，是有益的。

血液透析对心功能确有不利的方面。肾功能衰竭病人经透析后而出现心力衰竭者，要比未经透析的为多。因而我们强调透析的时机，不宜过晚。多选择尿素氮在 80 毫克% 左右，肌酐 8 毫克%，或肌酐清除率降至 10 毫升/分者。最好在未发生心脏并发症或在其较早期即透析为宜，透析次数和时间要充分。对已出现心力衰竭的肾功能衰竭病人，必须重视透析过程中的脱水指标 (每次透析后体重减少 1.5~2 公斤) 这样可以就功地控制心力衰竭。

慢性肾衰的心衰常伴有尿少，此时利尿剂效果较差，而洋地黄很小剂量即可出现心律失常，因此，治疗比较困难。我们曾对七例慢性肾衰并发严重左心衰竭者应用酚妥拉明静脉点滴治疗 (滴注 5% 葡萄糖 100 毫升内加酚妥拉明 10—15 毫克) 获得较好效果。大部分病人的左心衰竭明显缓解。日量一般为 40—80 毫克，个别病例达 160 毫克。对有的病例经与透析脱水措施配合治疗，取得了满意效果。