

北京基层卫生

厂 矿 分 册

北京市卫生局

祝贺《北京基层卫生》创刊

《北京基层卫生》经过全市区、县、厂矿、企业、高校医疗卫生单位的共同努力，正式创刊发行了。这是我市医疗卫生工作中的一件大事，我谨表示热烈的祝贺。

多年来，我市基层医疗卫生机构的同志为推动卫生改革，发展首都卫生事业，提高人民健康水平，做出了积极的贡献，同时，在工作中也积累了丰富的经验。《北京基层卫生》的创办，为区县、厂矿、企业、高校医疗卫生机构的同志提供了一个探索改革道路，交流管理经验，研究学术思想，切磋医疗技术的园地。希望《北京基层卫生》努力宣传党的卫生工作方针，发扬实事求是，开拓创新的精神，紧密联系医疗卫生战线实际，把刊物办得有生气，有特色；也希望医疗卫生战线的同志们积极为办好这一刊物献计献策，关心她，支持她，使她真正成为大家的益友和知音。

预祝《北京基层卫生》越办越好！

北京市卫生局局长 刘俊田

1988年10月

目 录

论 著

脑底动脉环闭塞症61例临床分析.....	刘丽华 (1)
28年孕产妇死亡原因分析.....	孙明慧 (4)
23例黄疸病例误诊的探讨.....	何昆祥 (6)

学 术 交 流

急性心肌梗塞20例临床分析——附无痛性心肌梗塞1例报告.....	王丽英 (8)
高血压病治疗过程中并发脑血栓形成的探讨 (附74例分析).....	翟鸿印 (11)
肺癌24例误诊分析.....	赵志莫等 (14)
二院地区肝炎发病情况调查报告.....	防保科 (16)
44例溃疡病行胃大部切除术治疗的临床分析.....	成瑞莲 (18)
三院职工口腔初查及其分析.....	郑富聪等 (19)
248例剖宫产指征的初步分析.....	张建兰 (22)
侧位切断栉膜带治疗肛裂35例体会.....	赵西林 (24)
孕妇血浆醛固酮含量放射免疫测定.....	孙明慧等 (25)
闭合性腹部损伤诊治的体会.....	杨立民 (26)
宫外孕破裂141例的麻醉处理.....	邵寿等 (30)
十二指肠原发性恶性肿瘤二例报道.....	李绍曾 (31)
煤矿井下工人原发性高血压患病率高的原因初探.....	袁 放 (33)
国人正常眼压的测定.....	郁德印 (34)
球形肺炎的X线观察 (附10例报告).....	王耀卿 (37)
54例异常分娩新生儿测脑脑室超声检查早期诊断颅内出血.....	庄淑芬等 (39)
慢性肺炎及慢性肺脓疡的病理、X线及临床对照分析.....	唐伟英 (41)
超声心动图诊断二尖瓣环钙化的价值.....	侯国利等 (44)
CORNING902直接离子选择电极分析仪与HG-3火焰光度计测定	
血清钠钾的比较.....	杨炳益等 (46)
浅谈空气消毒.....	王秋萍 (49)
关于外伤性白内障治疗效果的探讨.....	张潜潜 (50)
造影超声心动图诊断不同类型左上腔静脉残存畸形 (附两例报告).....	克泽民等 (51)
中心循环时间正常值测量.....	傅宏北等 (53)
缺少检查设备的基层医疗单位应警惕早期胃癌的误诊.....	刘淑珍 (55)
塔铃牌 (TASUZU) —8Z 型.....	杜春玲等 (56)
提高认识努力开展企业精神卫生工作.....	北京重型厂医院 (59)

综 述

肝功能衰竭时的水与电解质平衡.....	沈中文 (63)
新生儿黄疸的发生机理研究进展.....	黄玲珍 (66)
圆形肺不张.....	王道宏 (71)

临床药物

- 浅谈几种抗菌药的联合应用..... 宋祥荣 (74)
- 长期全身用药与眼毒性..... 石宁江 (76)
- 乙胺碘呋酮静脉注射治疗快速性心律失常20例疗效观察..... 吴贤仁 (78)
- 庆大霉素的过敏反应及合理应用..... 钱凤烈 (81)
- 大剂量安眠酮及奋乃静致急性中毒抢救成功体会 (附二例报告)..... 陈文惠 (83)
- 医源性经皮砷汞中毒一例..... 吕志永 (85)
- 应用国产硝苯酯 (Nicandil) 治疗冠心病心绞痛的临床观察..... 王精益等 (86)
- 苯二氮草类引起白细胞减少二例报告..... 周慧芳等 (87)
- 去腐生肌散治疗感染性疮面的体会..... 安政存 (89)
- 知柏地黄汤治疗舌裂..... 杨桂芬 (90)

中西医结合

- 在急、慢性肾炎治疗中的点滴体会..... 卫天崇 (92)
- 中西医结合治疗肿瘤病人的点滴体会..... 郭淑兰等 (94)
- 六淫致病之我见..... 杨兴元 (96)

医疗护理

- 护理标准管理的粗浅体会..... 陈菊贞 (97)
- 危重病人的心理护理..... 王利平等 (100)
- 9年来护理差错分析..... 韩祥芳 (102)
- 老年性白内障患者手术前后的护理..... 龚 斌 (106)
- 外科病人的心理护理..... 袁玉华 (108)
- 浅谈休克的早期发现与护理..... 陈文惠 (110)

病例报告

- 血管性血友病并发肺出血、急性肺原性心脏病一例报告..... 王安溪 (111)
- 会厌囊肿 (附两例报告)..... 侯群发 (113)
- 阑尾切除术后并发假膜性肠炎一例报告..... 王朝臣等 (114)
- 升结肠系膜淋巴瘤一例报告..... 董涛亮 (115)
- 扭转型室速抢救成功4例..... 于安寿 (116)
- 亚硝酸盐中毒延误诊断一例教训..... 方秉泽 (118)
- Shy-Drager综合症二例报道..... 李健荣等 (119)
- 原发性出血性血小板增多症一例..... 宋漪娟 (120)
- 静脉头孢哌酮致过敏性休克一例..... 陈荷妹 (121)
- 断指原位缝合成治一例..... 宋戈峰 (122)
- “鼻炎宁”冲剂过敏反应二例..... 李学易 (123)
- 双屈光不正误诊为视神经萎缩一例..... 张小鹏 (123)
- 双侧卵巢滤泡破裂一例报告..... 王树珍 (124)
- 成功治疗急进性肾炎一例..... 王美玲 (125)
- 急性一氧化碳中毒诱发心内膜下心肌梗塞二例报告..... 林昌阁 (126)
- 赖特氏综合征二例报告..... 陈文惠 (128)

临床病例讨论

腹痛、腹胀、呕吐、血便、皮肤出血、精神症状..... 宋戈峰整理 (130)

技术交流

投影照像两用显微镜的改制..... 王乃武等 (131)

超声显像在输尿管结合诊断中的价值..... 宋淑贤等 (133)

调查分析

北京远郊区 5 所中小学生视力调查..... 郁德印执笔 (135)

65 例脑出血患者发病与死亡时间分析..... 吴金兰 (138)

磁场环境对血压影响的观察..... 王益新 (139)

微波辐射对人体健康影响的卫生学调查..... 郑海宝 (141)

死因调查分析

196 例患者死因分析 史继革 (145)

我厂 10 年死亡病例分析..... 李 庆 (146)

216 例内科住院老年患者死因分析 刘季陶 (148)

冠心病——猝死 5 例报告..... 蔡月芳 (151)

急救医学措施

搞好创伤急救，是完成生产任务的保证..... 张庆云 (154)

一例重多发性创伤抢救体会..... 刘振聪 (154)

医院管理

浅谈影响铁路医院医疗质量的因素及其管理..... 常廷生 (156)

浅谈医务人员的在职教育..... 孙玉兰 (159)

医学心理

浅谈建立良好的医患关系的重要性..... 韦蜀雅 (162)

译文 文摘

二维超声心动图证实心内的子弹 (164)

脑底动脉环闭塞症61例临床分析

北京七三一医院 刘丽华

脑底动脉环闭塞症是1961年首由竹内描述报告。现已有不少国家和地区,以不同的名称报告了相似的现象,如脑底异常血管网症、脑血管 Moyamoya 病即脑血管烟雾病,特发性脑底动脉环闭塞症、脑底毛细血管扩张,韦和氏环发育不全,多发性进行性颅内动脉闭塞,颈内动脉发育不全伴脑假性血管瘤,脑动脉血栓性闭塞伴有异网循环等。其共同确诊的依据是脑血管造影显示颈内动脉虹吸部末端和大脑前或中动脉近端的狭窄或闭塞,伴有基底部的异常血管网(异网)形成。国内报道尚少,尤其是其病理及X线分析报告较少,现将我们见到的61例资料完整的整理报告如下:

临床资料

一、性别与年龄:

61例中男32例,女29例,男比女略多,男:女=1.1:1。按临床分为缺血和出血两组,缺血组16例,出血组45例。缺血组最小4岁,最大44岁,以10岁以前最多见9例,占缺血组的56.25%。出血组最小10岁,最大65岁,以10~40岁间为多,有27例,占出血组的60%,41~50岁8例,占17.8%,50岁以上者10例,占22.2%。

二、临床表现:

缺血组16例中15例有偏瘫,其中左侧偏瘫7例,右侧偏瘫7例;右侧偏瘫伴痴呆1例,还有1例痴呆(见表1)。

出血组中蛛网膜下腔出血偏瘫者28例,其中左瘫19例,右瘫9例;蛛网膜下腔出血者13例,脑内血肿4例。

缺血组的临床表现,基本上就是脑血管梗塞的症状,其特点为(1)轻偏瘫。(2)有TIA反复发作史,逐渐加重最后成为持续性偏瘫,其中1例持续发作4年。

表 1 临床症状与体征

	表 现	缺血组	出血组
		16例	45例
症 状	反复发作性半身失灵	7	4
	半身失灵	10	29
	头 痛	5	31
	头 晕	0	8
	昏 迷	0	22
	痴 呆	2	0
	EP大发作	2	2
	EP局限性发作	3	0
体 征	偏 瘫	15	29

出血组的临床表现和一般蛛网膜下腔出血或脑出血相似。其特点:(1)有2例先有过一次一过性脑缺血发作,而本次发病是以脑出血的发作形式出现。(2)表现为蛛网膜下腔出血的41例,有28例伴有不很严重、持续也不久的偏瘫,和一般动脉硬化所致的出血相比要轻的多。这种偏瘫基本上可得到较完全的恢复。

三、脑血管造影

61例颈动脉造影:双侧20例,左侧21例,右侧20例。20例双侧颈动脉造影的表现:(1)双侧均有脑底动脉环闭塞症的特征性改变;(2)除个别病例外,绝大多数病灶侧的颅内供血不如健侧丰富。有部分病例健侧相当于大脑前动脉部位向对侧供血,有的似有两支大脑前动脉,其中一支向对侧供血;(3)仅有两例蛛网膜下腔出血伴轻偏瘫者,在相当底节区右侧有一小动脉瘤,在相当额顶升支部位的病灶侧有一小动脉瘤。全部病例都显示颈内动脉虹吸上段有不同程度的狭窄。狭窄段的管壁边缘不规则毛糙,病变范围都累及C₁段,多数病例亦侵犯C₂

表 2 61例颈动脉造影X线表现

	X 线 表 现	缺血组 16例	出血组 45例
颈内 动脉 闭塞 部 位	颈 1	11	31
	颈 2	2	5
	从分叉处扩张后	2	7
	变细颈段未显影	1	2
畸 形 血 管 形 状	垂体脑盖部	0	4
	雾状血管团	9	25
	雾状血管团分出 较大血管	6	1
	粟粒样小团	0	3
	音 炯 样	0	1
	网 络 样	0	1
	腊 台 样	0	1
与 A 大吻 脑合 后者	大脑前动脉	1	7
	大脑中动脉	2	10
	脉络膜前动脉	1	13
与 颈外 A吻 合者	枕 动 脉	6	14
	眼 动 脉	7	19
	颞浅动脉	6	12
	颌内动脉	3	8
	硬脑膜中 A	2	8

段,而C₃、C₄段很少累及,C₅段未见累及。

四、化验及特殊检查:

1、腰穿:出血组45例均为血性脑脊液,有记录的33例,压力在80~335mmH₂O间,多数为140—220mmH₂O,细胞总数在3,200~1,220,000间,以100,000以下者占多数。缺血组16例,压力在90~180mmH₂O,细胞数4~1,500个。

2、脑电图:

出血组作9例,缺血组9例,两组脑电图表现大致相同,为病侧慢波、懒波病灶。广泛中度,重度节律失常。

3、超声波:

出血组13例,2例脑出血,11例蛛网膜

下腔出血伴偏瘫,有7例向健侧移位0.1~0.25cm。缺血组仅个别病例做过超声波,无移位。

讨 论

一、发病年龄与性别:

儿童与青壮年多见,本组相符。而50岁以上者10例,也不算少见。本病曾一度认为女性多于男性,工滕1971年统计386例,男158例,女218例,约3:4。本组男:女为1.1:1,基本上差不多,故性别无明显差异。

二、病因:

脑底动脉环闭塞症是一种原因所引起血管闭塞症。可由钩端螺旋体病,非特异性动脉炎、脑膜炎、外伤、放射治疗、动脉硬化、多发性神经纤维瘤,视神经胶质瘤等,本组提示病因的资料不多。年龄最大者为1例65岁女性,以蛛网膜下腔出血发病,眼底动脉硬化,掌颞反射阳性,故推测此例与老年性动脉粥样硬化有关。另2例在发病前有头部外伤史,也可能是原因之一。其中一例,男性、14岁、尸检结果为颅底动脉环呈广泛的狭窄、闭塞、动脉壁为非特异性内膜增生改变。因此认为本病为多种原因引起的血管闭塞症。

三、脑血管造影:

1、脑血管造影表现与症状、体征的关系:对比研究不同组病例的临床表现与造影片所见,未能发现出血与缺血。全瘫与轻瘫、脑内出血与蛛网膜下腔出血之间、X线表现有何不同。甚至行双侧造影的20例中病灶侧的改变与临床健侧也基本一致。别府等的病理报告说明了这一点。临床表现主要决定于血液循环代偿情况及血管壁本身是否有缺陷。

烟雾状畸形血管网团的形状,多少与上述的临床特征之间的关系不太明显,出血的部位也不都一定与血管团的位置一致。从本组尸检的1例来看,出血及血肿与畸形血管团的位置是相一致的。

2、侧枝循环问题:

脑底动脉环是颅内侧枝循环的主要渠

道。当双侧颈内动脉,甚至基底动脉的末端也狭窄或闭塞时,就显示出颅底动脉环外的各种侧枝供血的血管。曾有人报告了本病若干代偿途径。从我们造影片中可以看到:由大脑后动脉的末稍支向大脑前动脉后(4区)和大脑中动脉区(6区)供血;由眼动脉、经筛前动脉向前颅凹底的脑膜血管供血。由枕动脉经硬脑膜支向枕叶表面的软脑膜供血。此外,在部分造影片上能见到先行大致正常的前动脉及/或中动脉的分支由烟雾状畸形血管团引出,造影片上并看不出其它血供来源,说明这些血管团本身就是一个侧枝代偿的途径。神经解剖学家认为:豆纹动脉或统称为穿行支的一组走向半球深部的动脉,至少在功能上说是终动脉。本文中有的烟雾状血管,从形态和走行方向都象穿行支的增粗及增多,并由此可引出大脑前、中动脉的分支,说明两者之间存在着原始的吻合。

四、关于病理生理:

分析本组病例,结合文献,我们认为本症的基本病变是由多种原因引起的脑底动脉环的慢性进行性加重的闭塞。脑底动脉环主干狭窄或闭塞形成时,侧枝循环也在逐渐形成,绝大多数大脑中动脉、前动脉、后交通动脉发出的深穿支血管增生、扩张、迂曲呈蛇形状,彼此吻合较少,形成团状血管丝。从不少造影片上可见到由异网可迈出大致正常形态及走行的大脑前、中动脉,也有类似异网的小血管组在正常的血管造影片上见到,说明了异网后迈出的大致正常的形态及走行的大脑前、中动脉确实存在,而且起着真正大脑前、中动脉的作用。也说明这些异网的形成可能是由于先天性脑底动脉环发育不全。还有一些只有颅底动脉闭塞而无异网形成,如颈内动脉闭塞的部位继续向近端发展,就可能使异网的起源处闭塞而异网也可消失。我们另有6例(未包括在本组内)的临床表现

为蛛网膜下腔出血,但颈动脉造影证实为颈内动脉闭塞而无异网形成,其闭塞部位较低($C_2 \sim C_3$ 以下),实际上与本组一类情况,仅是狭窄闭塞的部位低一些而已,或为本病较晚期表现。Hilal报道过一组颈内动脉闭塞部位在眼动脉分枝区,可能也是这个道理。

相似的血管狭窄、闭塞也可见于基底动脉,OruIlren报道的4例中,有2例伴基底动脉前端的狭窄。另有一例,女性18岁,以脑干缺血症状入院,基底动脉末端不显影、而颈动脉系统的血流向后,于脑干前方供给于基底动脉远端的一组烟雾状血管,这可能为同一性质的病变而见于动脉环的后部。

有人解剖检验镜下证实:此病的 C_1 段及大脑中动脉 M_1 段或大脑前动脉的 A_1 段均有内膜增生、管腔狭窄、内弹力纤维变性断裂,高度迂曲程多层状,中薄萎缩变薄,内膜有轻度的单核细胞浸润,血管间的小血管高度扩张,管壁变薄,呈玻璃样变性,内膜垢生及单核细胞浸润。

五、治疗和预后:

本病为一多种原因所致的综合征,还有相当一部分找不到原发病,故主要是对症治疗。缺血组一般用血管扩张剂一川芎嗪、烟酸等。出血组以降颅压、止血为主;如颅内血肿形成则应行手术清除血肿,也有人用颈总动脉分叉部交感神经切除和交感神经总上节切除。

预后一般较好,本组61例除3例死亡(均在出血组)外,一般预后较好。缺血组一般偏瘫较轻,在住院期间肢体活动多数能基本恢复。出血组一般起病急,昏迷期很快渡过,多数不留后遗症。疾病的全过程可持续一年至数年,一旦脑底大动脉完全闭塞,而侧枝循环已建立时,病情就停止发展。因此总的说来预后是乐观的。

28年孕产妇死亡原因分析

北京酒仙桥医院妇产科 孙明慧

解放30多年来,我国妇幼卫生工作有了很大发展,孕产妇死亡率较解放初期有明显下降,近年来由于系统开展围产期保健,使孕产妇死亡率进一步降低。现将我院28年孕产妇死亡原因分析如下:

一、资料和方法

孕产妇死亡率系指自妊娠开始至产后42天内,死于各种原因的孕产妇占同期每10万次活产的比例,因意外或偶然原因死亡不在其内,亦不包括计划生育和滋养细胞瘤所致死亡者。

我院自1958年~1985年共有活产总数为40,659人,孕产妇死亡17人,死亡率为41.81/10万。

二、一般资料分析

(一)死亡年份分布(见附表)。

附表 死亡年份分布

年 份	61	62	63	65	66	70	71	72	77	80
死 亡 数	1	2	3	2	2	2	1	1	1	2

* 注:表中未列出年份者,无孕产妇死亡。

(二)年龄

20~24岁4人,25~29岁5人,30~34岁6人,35~39岁1人,40岁以上1人。

(三)胎次

一胎12例,二胎1例,三胎1例,五胎以上2例,记录不详1例。绝大部分为第一胎(70.59%)。

(四)死亡地点

死于病房9人,产房5人,手术室2人,院外1人。死于病房、产房占绝大多数。分别占52.94%,29.41%。

(五)死亡时间及死亡前治疗情况

孕期死亡2人,分娩期死亡5人,产后12小时以内4人,产后12小时~3天2人,3~7天3人,7~42天1人,分娩期和产后12

小时内共9人占52.94%。

(六)直接产科死因与非直接产科死亡的比较。直接产科死因9人,52.94%,其中有羊水栓塞3人,妊高症合并脑出血3人,产褥感染3人,非直接产科死因8人占47.06%,其中心脏病4人,肝炎3人,输入库存污染血浆1人。

讨 论

一、死亡率

我院28年孕产妇死亡17人,死亡率41.81/10万,低于北京市1974~1978年城区孕产妇死亡率47.3/10万。1949年解放初期北京孕产妇死亡率为685/10万⁽¹⁾,随着妇幼工作的加强,孕产妇死亡率显著下降,我院资料也说明这点,我院自1981年开展围产期保健,对孕妇进行系统管理以来,4年来未发生孕产妇死亡。世界孕产妇死亡率最低的国家为芬兰、瑞典、挪威,1972年统计分别为4.0/10万,7.6/10万,6.2/10万⁽¹⁾。说明孕产妇死亡率的高低与该地区经济文化,医疗卫生,妇幼保健水平有密切关系。相信随着对高危孕妇的监护不断加强,孕产妇死亡率一定会逐年下降。

二、死因分析

过去一向认为产科出血、产后感染、妊高征,心脏病是孕产妇死亡四大原因,但近年来由于产前保健,输血输液不断完善,新的抗菌素不断发现,使直接产科死因逐步下降,死于非直接产科死因不断上升。北京市1959~1978年城区资料分别为54%,46%,本文资料分别为52.94%,47.06%。

近年来各地资料表明死因顺序为心脏病,羊水栓塞,妊高征、肝炎。直接产科死因中的产科出血,妊高征,羊水栓塞,随着围产期保健工作的加强,特别是对高危孕妇进行管理已明显下降,我院妊高征,羊水栓塞,

14年中无死亡者，产褥感染自1962年以来23年无死亡者，充分说明不断提高产科质量是降低孕产妇死亡的重要关键，而间接死因中的心脏病，肝病应该受到足够的重视。

三、从死亡病例中我们应吸取经验教训

(一) 产褥感染

流产，产后感染共3例。2例社员在家分娩合并严重感染，1例死于急诊室，一例入院不足12小时死亡。第三例为先兆流产合并感染，入院时体征不明显，低烧，使用抗菌素不够积极有力，几天后突然高烧，昏迷，休克，抢救过程中应用升压药一正肾上腺素，病人心衰，肺水肿死亡(1962年)。该例如能及时发现感染的严重性，给予大剂量抗菌素静点，积极控制感染，及时清除宫腔，病人可能免于不幸后果。

(二) 妊高征3例

均系第一胎年青产妇，一例临产后脑出血，立即剖腹产，手术顺利，术后12小时再次脑出血死亡。第二例系第二胎臀位，临产过程中发现恶心，呕吐，头痛等颅内压增高症状，未引起注意，侧切臀牵引分娩，产后送回病房数小时后才得到确诊，延误了治疗。4天后再次脑出血突然死亡。第3例双胎妊娠中毒症，病人出现恶心、呕吐，上腹部疼痛等先兆子痫症状，误诊为“胃痛”，几小时后子痫发作，脑出血，伴有DIC死亡。后两例都因对病人观察不细延误诊疗。如能认真开展产前检查，防治妊高征向严重发展，孕妇死亡是完全可以避免的。

(三) 羊水栓塞3例

该3例均合并有不同程度妊高征。例1孕11产6，有典型的羊水栓塞临床表现，发生在第一产程末，破水后有强烈宫缩，病人突然寒战、青紫、血压下降，旋即胎死宫内。胎儿、胎盘娩出后出现严重的凝血机制障碍，患者口、鼻、耳，注射针眼均出血，阴道流出大量不凝血，共出血4,500ml经解痉，抗休克，输新鲜血，纤维蛋白元，渡过休克关，产后11天死于急性肾功能衰竭。

例2，第一胎足月早破水，宫缩无力，滞产，静点催产素，产程进展慢，宫口开全后产钳助产，牵引费力，胎儿娩出后窒息，产妇面色苍白，血压下降，烦躁不安，口唇抽动，抢救无效，产后27分死亡。产后出血1,000ml，血不凝。

例3，第一胎足月臀位，早破水，宫缩乏力，滞产，静点催产素加强宫缩，在准备臀牵引过程中，病人寒战，当时误认为输液反应，停止点滴，即行臀牵引术。缝合侧切终止时，发现病人面色潮红，血压50/? mmHg，脉细弱，阴道持续流血不凝共出血700ml，产后4小时30分死亡。后两例均为第一胎，早破水，宫缩乏力，滞产，以催产素加强宫缩，休克发生于产时，产后。死后腹穿，阴道检查除外子宫破裂。后两例如果产科处理更积极一些，放宽剖腹产指征，可能会好些。更值得提出的是用催产素加强宫缩的病例，特别应注意羊水栓塞的问题应引以为戒。以上3例均系临床诊断，未做尸检。

(四) 肝病3例

例1第一胎7⁺月，肝硬变、肝昏迷前期，住内科，早产分娩，产后严重出血，昏迷死亡。例2第一胎足月，严重胸廓驼背畸形，身高1米，因产科指征剖腹产，胎儿娩出后，腹腔压力骤减，腹腔静脉丛破裂出血伴有凝血机制障碍死亡。术中可见肝脏呈灰白色及纤维结节。例3第二胎7⁺月，急性黄疸型肝炎收住肝炎病房。住院后9天早产，产后出现严重凝血机制障碍，死于失血性休克。最后一例失血性休克发现晚，延误抢救时机，又发病于院外肝炎病房，抢救条件差，致成严重后果。

(五) 心脏病4例

3例风心病，值得提出的有2例风心病、心功能Ⅲ级在孕早期时，内、妇两科大夫均建议终止妊娠，患者拒绝，一例孕8⁺月心衰住内科，病情尚未控制即临产，宫口开大8⁺cm，死于心衰，一例4⁺月自然流产、

胎儿娩出后立即死亡。第三例风心病,孕2月时心衰住内科治疗,病情稳定后20周,剖宫取胎同时绝育,切开子宫,取出胎儿,产妇突然心跳、呼吸停止。第4例为围产期心肌病死亡,产后出现心源性休克,抢救无效分娩后1+天死亡。例3死于手术中,我们认为患者心功不好者应早孕期中止妊娠,否则无论终止妊娠,继续妊娠都相当危险,今后遇有类似情况,或者以不干涉为好,以免手术死亡,家属难以理解。

(六) 其他一例

第一胎,37周,双胞胎,妊高征,尿蛋白(+++),Hgb7.8g,经主治医师考虑到病人水肿,每日大量尿蛋白漏出,估计有低蛋白血症,未查血浆蛋白,即予以输血浆,仅输入50ml时,病人出现呼吸困难,气憋,不能平卧,高烧,休克,全身皮肤潮红,腹痛腹泻,呕血,胎死宫内,病情未控制即破水临产,产后DIC,抢救无效死亡,将病人余下血浆,原血袋,死后心脏血,均培养出副大肠杆菌。如果病人不输污染血浆,不会死亡。这纯属医疗上原因造成母婴3人死亡。今后定要严格掌握输血、血浆适应症。

四、为降低孕产妇死亡应采取以下措施

(一) 对孕产妇进行系统管理是减少妊娠合并症,难产发生率,降低孕产妇死亡率

的主要措施。为此,必须建立妇幼保健机构。

(二) 以医院为中心开展围产期保健网,建立早孕咨询门诊,高危门诊,产后门诊等。早妊娠发现内科疾病及时治疗或中止妊娠,对高危孕妇进行系统随访,加强监护,保证顺利渡过妊娠,分娩,产后时期,是降低孕产妇死亡的重要关键。

(三) 提高医务人员责任心,改善服务态度,健全各项常规,提高产科工作者业务水平,是降低孕产妇死亡的保证。

参考文献

(1) 张玲美. 孕产妇死亡率及死因分析的意义.

妇幼保健学习资料汇编:78P.

(2) 北京市妇女保健所,等.13省、市、地区及21省、市204个医院的孕产妇死亡分析,全国第二次妇产科学会会议资料1980.

(3) 陈文珍,等.10年来北京市城区孕产妇死亡分析.中华妇产科杂志1959,7(6):441.

(4) New Trends and Approaches in the Delivery of Maternal and Child care in Health services, Sixth Report of the WHO Expert Committee on Maternal and child Health 1976.

23例黄疸病例误诊的探讨

北京航天部七三一医院 何昆样

黄疸有“内科性”与“外科性”之别。由于两者治疗截然不同,故临床鉴别尤显重要。目前尚无准确可靠的检验方法,加之症状不典型常易造成误诊。本文就近年见到23例进行分析,探讨其原因,从中吸取教训。

误诊标准:患者入院3日内经检查而“确诊”但与最后诊断不符者作为误诊。

一、资料

本文共23例。男性17例,女性6例。年龄23~71岁。均急性起病,尿呈茶红色,纳差20/23、恶心18/23、上腹堵塞感8/23、腹痛8/23、乏力8/23、皮肤瘙痒3/23。黄疸23/23、肝大14/23、质地硬且压痛5/23、脾大2/23、扪及胆囊6/23、腹水征2/23。

表1 误诊病例确诊方法

确诊病名	例数	确 诊 手 段						
		手 术	核 扫 描	B 超	逆 胰 胆 管 造 影	X线 断 层	CT	γ照 闪 烁 相
胆 石 症	5	3		2				
原发性肝癌	8		6	1				2
胰腺壶腹癌	7	4		3			1	
重症肝炎	1			1	1			
胆 管 癌	1		1	1				
原发性肺癌	1		1	1		1		

误诊病例分析

1、胰头、壶腹癌误为病毒性肝炎

本文7例均因黄疸而就医，均根据黄疸、GPT增高或尿胆红质阳性而诊为肝炎，似乎黄疸GPT增高或尿胆红质阳性就是肝炎。加之初起无皮肤瘙痒，陶土色便较少给诊断造成困难。但其消化道症状远比肝炎轻，缺乏倦怠乏力肝炎常见而有些独特的症状；GPT下降迅速、絮浊试验均阴性；年龄均在48岁以上。有的起病时有陶土色便，往往考虑为淤胆型肝炎未被重视。

2、胆管癌误为病毒性肝炎

肝炎虽可见于任何年龄，但60岁以上极少见。肝炎可肝大，但超过5cm尤其老年人几乎没有。本例年龄69岁，因对病史、体征等考虑不全面而致误诊。故无痛性黄疸，无胆囊肿大而AKP、r-GT增高B超显示肝内胆管扩张提示有胆道恶性肿瘤之可能。

3、肝癌诊为疸黄型肝炎

本文8例，部分有纳差、乏力等症状，肝功能异常而误为肝炎。肝大以左叶为著与肝炎不同。肝功化验虽可出现絮浊阳性，但不如慢活肝或肝硬化活动期明显，TTT无一例达20u。由于肝癌80%左右发生于肝硬化的基础上，所以在肝功化验上可出现絮浊阳

性、造成部分肝癌病人误为肝炎。

4、胆石症误为病毒性肝炎

本文5例由于起病时无腹痛、发热史，白细胞数正常加上GPT明显增高，达500以上金氏单位是造成误诊的主要原因。其中两例双法胆囊造影（口服+静脉法）胆囊及胆管均无显影，无阳性结石阴影，手术证实为胆管泥砂样结石。

5、急性重症肝炎误为肝外梗阻性黄疸

本文一例急性重症肝炎误为肝外梗阻性黄疸。其原因是对一些特殊症状认识不足，没认识到病毒性肝炎可引起胆囊肿大，把肝功异常认为系胆汁淤积致肝细胞继发性损害造成的。加上患者症状不典型，以上腹痛为主诉就医，因腹痛尔后出现黄疸故误为肝外黄疸。B超对影象判断有异，出现人工假象亦是导致误诊的原因。本例先B超显示胆管扩张，胆囊肿大，第5日作逆胰胆管造影未发现胆总管扩张及胆道梗阻。

6、原发性肺癌肝转移误为黄疸型肝炎

本文一例胸部X线断层证实为中心型肺癌，肝核扫描提示肝内多发性转移性癌。本例误诊原因是对病史分析不够，“先入为主”。患者曾有“结核性胸膜炎”史，对胸部体征（叩浊、呼吸音低下）及声哑片面考虑为结核或并发感染。声哑虽可见于喉结核，而喉结核多见于发病二年左右的肺结核病人。本例病程仅半年余，临床上未能加以分析考虑此系肺癌侵犯和压迫喉返神经使患侧声带麻痹而声音嘶哑。

讨 论

黄疸为常见的临床表现之一，系由于血浆胆红素含量增高超过2mg%而致皮肤、粘膜、巩膜等处黄染的一种体征。在正常情况下胆红质的形成、排泄处于一种动态平衡状态（形成率约3.75mg/kg/日，排出量约102~252mg/日）。其代谢过程涉及多个环节，任何一环节发生障碍必引起胆红素滞留积聚而发生黄疸。

GPT增高在肝炎诊断上并非特异性。凡肝细胞受损致线粒体破坏或胆道梗阻胆汁排出受阻而返流入血均可致GPT增高。不论肝内或肝外。有不少胰腺癌病例黄疸开始时血清转氨酶即在500u以上。本文7例中有3例。据报道胰头癌在病程中极易误为病毒性肝炎。中国医科大附属一院238例胰腺癌中30.7%曾误为肝炎。301总医院经尸检和手术确诊的37例胰头癌有12例占32.4%曾误为肝炎。其原因是早期症状缺乏特异性,与肝炎难于鉴别。尤其是部分病例黄疸一出现即伴GPT显著增高或激素试验治疗阳性。李伟道报道3例均用激素试验治疗胆红素下降50%以上。凡缺乏倦怠乏力,出现“双分离”——黄疸上升而消化道症状不明显或GPT迅速下降者有助于梗阻性黄疸的诊断。

泥砂样结石不论其部位临床可不出现腹痛,胆囊造影不显影,更无阳性结石阴影。

结石梗阻其早期肝功能可出现异常,絮浊试验阳性而白细胞数正常。

肝外梗阻性黄疸一般可引起胆囊肿大,据剖腹和尸检资料统计60~90%的胰腺癌患者均有胆囊肿大。朱恩和报道胆囊肿大仅见于肝外梗阻性黄疸中。因此,常把黄疸伴胆囊肿大作为肝外梗阻性黄疸的特征,甚至是唯一体征。但肝炎也可引起胆囊肿大,此系肝炎时因内脏神经受刺激反射性引起胆道运动功能障碍,使胆囊发生郁滞而肿大。

根据病史、体征及化验,绝大多数病例可得到明确的诊断。约20%病例诊断有一定困难常借助其他检查如B超、PTC、ERCP、CT等等以提高诊断率。但不能单纯依靠某一项现代化检查,应十分注意病史采集、体查,配合化验和影象检查加以综合分析,以求得误诊率减到最低限度。

(参考文献从略)

急性心肌梗塞20例临床分析——附

无痛性心肌梗塞一例报告

北京重型机器厂卫生科内科心血管小组 王丽英

心肌梗塞是内科常见的心血管疾病,也是冠心病致死的主要原因,严重的危害劳动人民的身体健康。已确诊的冠心病在我国并不少见,而是中老年人多发病之一。近年来国内由于冠心病的发病率逐渐增加,而心肌梗塞也确有增加趋势。当然不可否认,解放后我国医疗预防工作的发展,人民平均寿命的延长,年老人数的增加,诊断技术的提高,使冠心病心肌梗塞相对的增加,但有人统计,心肌梗塞解放前,大城市教学医院,内科一年内见到的例数,不超过目前较大医院内科两周内所收治的例数,这足以说明心肌梗塞的发病率是绝对增加的。这是我们医务人员和广大人民群众最关注的问题,为了进一步了解基层心肌梗塞的发病情况,以及今后防治重点,现将我厂1974年~1980年我厂发生

的20例心肌梗塞患者进行临床分析如下:

一般资料:资料来自我厂历年来所发生的心肌梗塞共20例占170名冠心病的11.7%,其中男19例,女1例。根据以上统计,心肌梗塞发病率,男多于女。与国外文献报道一致,女性发病低,有人报道与雌性激素有关,因为雌性激素可使 β 脂蛋白、胆固醇、甘油三酯降低。另外我厂47名女性冠心病中,仅有10人血脂高,眼底视网膜硬化的也较少,仅有17人,而均有高血压病史,年龄在40~55岁左右,也支持这理论的成立。

二、心梗发生年龄统计表:

根据上表发病年龄,最大为63岁,最小为30岁,平均年龄为49岁。临床诊断为透壁性心肌梗塞,住院的6例,陈旧心梗5例,猝死2例,心脏骤停5例,局灶性心肌梗塞

表 1 心梗发生年龄表

年龄组	30~39	40~49	50~59	60~69	合计
例数	1	10	6	3	20
%	5%	50%	30%	15%	100%

1 例。其中 3 例死于家中，2 例死于基层医院。死因均为发病早期认识不足，处理不当，没有得到及时的就地抢救。可见对心肌梗塞病人，做到早发现，早诊断，早治疗和就地抢救是十分重要的。

三、发病与职业的关系：

表 2 发病与职业的关系

职 业	工 人	干 部
人 数	16	4
%	80	20

心肌梗塞的发生，不同职业中以工人占多数，这虽然与有些作者报道不一致，但可能与我厂职工中，工人和干部之比为6:1，我们治疗的主要对象为工人有关，也说明了心肌梗塞是劳动人民的常见病和多发病，因此，我们基层的医务人员是应该全力以赴，积极的开展心血管的防治工作。目前许多国家，把心血管防治作为最大的卫生保健问题之一。

四、梗塞前主要症状和体征的分析：

表 3

梗塞前主要症状和体征的分析

	梗 塞 前 主 要 症 状									体 征		
	胸骨后疼 紧	心前区 疼吐	上腹部 疼	胸闷发 憋	咽 疼	牙 疼	头晕 乏力	无症 状	不 详	血 压↓	心律 失常	苍白 和 青紫
例数	7	1	1	2	1	1	2	1	4	4	3	5
%	35%	5%	5%	10%	5%	5%	10%	5%	25%	25%	15%	20%

上表所示，是有胸骨后或心前区疼，胸闷发憋等心肌梗塞典型症状最多见；但临床症状及典型的也不少见。虽然近几年来医务人员对心梗的前驱症状有了进一步认识，但对个别不典型的临床表现仍有认识不足而延误的。如其中牙痛一例，我们未及时确诊处理，以致患者休克于回家途中，同志急送住院抢救，幸免死亡。故今后在临床工作中值得我们警惕。

五、发病季节与诱因及梗塞部位的分析：

1、发病季节：除5例心肌梗塞发病时间不明外，根据季节的不同，随着气候的变化，而心梗的发生也有不同，冬季发病7人，夏

季3人，春季3人，秋季2人，以冬季发病率最高，这可能与寒冷血管收缩，使冠脉痉挛，轻则心绞痛，重则引起心肌梗塞。

2、梗死的诱因：发病前有明显的诱因，而有病史可查者15例包括体力过劳者6例，思想忧郁者5例，情绪激动者3例，饮酒1例。其中以体力过劳及思想情绪的变化为主要诱发因素，占诱因之70%，与国内文献报道相符。

3、梗塞部位：根据心电图所示，在前间壁者8例，下壁者4例，高侧壁1例，以前间壁最多，占40%，下壁之占25%。但有人认为心电图定位和病理变化对照不够精确，我们由于没有病理作对照，故无法证实。

六、心梗的发生、死亡与并发症，以及确诊前后的关系，用下表来说明。

并 发 症	室颤	心衰	休克	室壁瘤	猝死	无并发症	心跳聚停	确诊前	确诊后
发生例数	4		3	1	2	5	5	15	5
发 生 率	20%		15%	5%	10%	25%	25%	75%	25%
死亡例数	2				2		5	5	2
死 亡 率	10				10%		25%	25%	10%

根据上表，在20例心肌梗塞中，7例死亡，35%的死亡率；其中心跳骤停及猝死的包括室颤为主要死因。而无并发症的心梗病人无1例死亡。所以在治疗心肌梗塞病人，如何减少并发症，防止心跳骤停，积极明确冠心病病人实属重要。确诊前死亡率25%；确诊后的死亡率10%，这足以说明管理治疗的重要意义。

1例无痛性心肌梗塞的报告（附心电图2份）患者王××，男性，年58岁，造型工人，病历号736。患者于1972年7月发现高血压病，因头晕无力胸闷心慌心电图检查有冠状A供血不足，等医院确诊为冠心病。经休息治疗数月，好转恢复工作。于1979年症状加重，血压150~170/90~110mmHg而转高血压小组管理治疗，同年10月8日，查心电图为左心室高电压，ST段在Ⅲ、AVF轻度下降近似0.05MV（图略）因患者临床有症状，于1976年请上级医院会诊，否认冠心病诊断，按高血压处理。于1977年血压恢复正常，但劳动力显著下降，四肢无力两腿发软，甚至走路吃力，不能坚持工作。曾有头晕摔倒病史。于1977年9月心电图复查，证实下壁心肌梗塞（近期或亚急性期）即梗塞数周到数月，从ST段恢复到等电位线→恒定的T波倒置（复查U波T波均倒置），Ⅱ、Ⅲ、AVF伴有异常Q波，V3出现高耸的T波。（图略）即按心肌梗塞处理，5~6周患者转归良好，无其他合并症。

体检：T36.5℃ P96次/分 R22次/分 BP110/80mmHg，慢性病容，无力体弱，呼吸无困难及发绀，胸廓无畸形。心尖搏动左锁骨中线第六肋间，心尖搏动弱，心界向左稍扩大，心率96~100次/分，心律正无明显杂音，A₂>P₂，两肺无罗音，肝脾不大，下肢浮肿（+）。眼底检查：视网膜A硬化Ⅲ°。胸透：主A伸长纡曲，阴影增宽，左心缘园隆，肺未见异常。

化验：尿常规（-），血胆固醇230mg% GPT130。

心电图：1、窦性心律；2、P波异常（房内传导阻滞）；3、左心室肥厚；4、慢性冠状A供血不足；5、下壁心肌梗塞（近期）。

讨论：无痛性心肌梗塞发生机理，目前尚无满意的解释，一般发生率25%左右。日本资料报道的较多，发生的因素复杂，应具体分析。有的学者认为高龄者较多：1、老年人对疼痛的感受性低；2、由于冠状A闭塞是逐渐发生的，而侧枝循环较好。3、冠状A闭塞时仅引起小面积的心肌梗塞。但有人持不同的意见，认为可能是冠状A闭塞极快，所供应的心肌，立即发生缺O₂及坏死，其感觉N迅速被破坏，故不引起疼痛。还有人认为，冠状A突然闭塞，使其供血范围的心肌立即发生坏死，尚未释放出代谢产物之故。本资料似乎表明无痛，甚至症状不严重，又无合并症，与患者的年龄，梗塞灶

的大小及梗塞部位位于隔面,产生疼痛的机会较少有一定关系。另外本例由于临床症状轻而不典型,仅有心率稍快、浮肿、血压下降P波异常,心功能不全症状。上级医院又否定冠心病诊断,没有及时定期复查心电图,以致未获得心肌梗塞急性期的心电图资料,特别是缺乏血常规、血沉和酶等的化验检查。

小结:

1、不典型心肌梗塞并非罕见,根据报道占心肌梗塞的13~23%。因此,不但要熟悉不典型心肌梗塞的临床症状,而且要求要有足够的认识。由于无痛或症状不典型容易误诊和漏诊,故心电图复查,注意对照动态改变及反复测定血清酶。应引起我们心血管工作者的高度重视。

2、对梗塞前出现先兆症状,应及时诊断处理,阻止病变发展。对中年以下患者,如有典型心绞痛也应重视,避免单纯依赖心电图诊断冠心病的错误。

3、关于青年患者心肌梗塞,随着心梗发病率的增多,35岁以下患者也逐渐增多。青年患者心梗的病因学比较复杂,据Dufak氏报道70例的35岁以下心梗尸检材料,认为其病因可为冠状A炎及栓塞,先天性冠状A畸形等,大多数为冠状A粥样硬化。还有人解释为青年人神经反应强,易于发生冠状A痉挛。本文1例30岁,是由于精神及体力过度紧张和疲劳而突然发病引起死亡。故我们一方面诊断心梗不应受年龄的限制。另一方面对确诊为冠心病的患者,给予必要的休息和配合适当的治疗是很重要的。

4、必须重视就地抢救的重要作用和医院抢救设备完善的积极作用,本文2例心室纤颤病人经几次电除颤成功而至今幸存。

5、40岁以上人群,进行心血管病普查的必要性,本文死亡7例,其中有5例未确诊为冠心病,没有及时管理治疗,而造成了心梗死亡。(图略)

高血压病治疗过程中并发脑血栓形成的探讨

(附74例分析)

北京燕山石化公司职工医院 翟鸿印

高血压病患者常并发动脉粥样硬化,其中以心、脑、肾为最显著。高血压病患者的动脉粥样硬化发生率是正常血压者的4倍。如果高血压病和动脉粥样硬化合并发生时,高血压既是促进动脉粥样硬化发生和发展的重要因素,也是维持脑血管血流量的必要条件之一。董氏提出,血压骤降可产生脑供血不足。特别是老年高血压降压过度易致缺血性脑中风。为了探讨高血压治疗过程中并发脑血栓形成之间的关系,现将我院自1980年到1987年5月收治的脑血栓形成400例,其中在高血压病治疗过程中发病的74例分析讨论如下。

临床资料

一、病例选择:

74例临床诊断符合脑血栓形成。腰穿脑脊液压力、常规及生化检查均正常;有高血压病史,且发病前后均有详细血压记载;发病前正在降压治疗中。

二、一般资料:

74例患者,男性30例,女性44例,男女比例为1:1.47,年龄48~87(平均64)岁。高血压病史<5年者18例(占24%),5~10年者13例(占18%),>10年者43例(占58%);空腹抽血化验胆固醇57例,>200mg者34例(占60%);甘油三脂50例,>120mg者25例(占50%); β -脂蛋白47例,>600mg者23例(占50%);血糖42例,>120mg者16例(

占38%)。

三、脑血栓形成发病前后血压下降情况:

1、74例患者发病前后血压平均值:
收缩压:发病前平均为204mmHg,发病后平均为150mmHg,平均下降54mmHg,平均下降率为27%。

舒张压:发病前平均为120mmHg,发病后平均为91mmHg,平均下降29mmHg,平均下降率为24%。

平均动脉压:发病前平均为162mmHg,发病后平均为121mmHg,平均下降41mmHg,平均下降率为25%。

2、发病后血压下降率: (表1)

表1 脑血栓形成发病后血压下降率

年龄组	例数	收缩压下降率				舒张压下降率				平均动脉压下降率			
		≤19%		≥20%		≤19%		≥20%		≤19%		≥20%	
		例数	比率	例数	比率	例数	比率	例数	比率	例数	比率	例数	比率
≤59岁	21	5		16		8		13		5		16	
≥60岁	53	14		39		21		32		16		37	
共 计	74	19	26%	55	74%	29	39%	45	61%	21	28%	53	72%

74例中收缩压下降率≥20%者55例(占74%),舒张压下降率≥20%者45例(占61%),平均动脉压下降率≥20%者53例(占72%)。

3、发病后血压水平: (表2)

表2 脑血栓形成发病后血压水平

年龄组	例数	SP≤标准血压		SP>标准血压		DP≤90mmHg		DP>90mmHg	
		例数	比率	例数	比率	例数	比率	例数	比率
≤59岁	21	13		8		11		10	
≥60岁	53	39		14		36		17	
共 计	74	52	70%	22	30%	47	64%	27	36%

74例中收缩压≤标准血压者52例(占70%),>标准血压者22例(占30%);舒压张≤90mmHg者47例(占64%),>90mmHg者27例(占36%)。

四、典型病例:

例1、男性,57岁,工人。住院号49403,高血压病12年,间断服用复方降压片、牛黄降压丸等。因头晕一天以“高血压病”收容住院。入院后查体:BP230/120mmHg,神志清楚,自由体位,无面瘫征,四肢肌力正常。诊断“高血压病脑动脉硬化”。给予

25%硫酸镁10ml肌注,利血平0.5mg肌注,复方降压片2片及安定5mg口服。同时每日三次口服复方降压片2片、地巴唑10mg、安定2.5mg及牛黄降压丸1丸。入院第三天患者感到头晕、胸闷、心悸,BP130/80mmHg,嗜睡,言语不清,右侧上下肢瘫痪,右上肢肌力Ⅲ级,右下肢肌力Ⅱ级,腰穿脑脊液压力、常规及生化检查均正常。诊断为高血压Ⅲ期,合并脑血栓形成。立即停用降压、镇静剂,给予低分子右旋糖酐、川芎嗪静脉滴注,针灸等治疗,血压逐渐回升至140~