

順德市第一人民醫院

醫學論文集

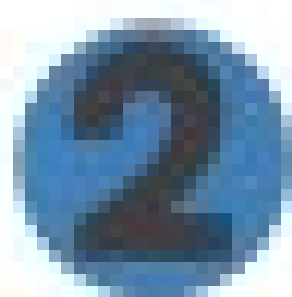
(1990—1991年合刊)

2

國慶市第一人民醫院

醫學論文選

(1983—1991年合計)



目 录

皮肤炎伴糖尿病一例报告	董绍发等	(1)
脉冲电磁骨折治疗仪的临床应用	颜嘉麟	(3)
血液紫外线照射回输法 (UBI) 治疗老年黄斑变性疗效观察	邓燕明	(4)
白内障囊外摘除术的技术改进	冯光耀	(5)
UBI治愈内疝狭窄1例	何庆钧	(7)
6例小儿麻醉严重意外抢救成功小结	张银秀	(8)
胃镜检出消化性溃疡发病情况分析	何培强	(10)
——附2206例报告——		
先天性巨结肠罕见多伴患畸形1例	何庆钧	(13)
生殖器官发育异常——闭锁性生殖道积血B超图象分析	杨宇文	(14)
381例癫痫患者的临床与脑电图分析	卢莘生	(17)
Bx亚型引起配血不合1例报告	伍建宁	(21)
肾安及“大槐煎”中药灌肠治疗慢性肾功能不全的体会	马岫云	(23)
中西医结合治疗各类出血性疾病120例的经验体会	曾凤宋	(25)
库血紫外线照射疗法的临床应用	伍建宁	(28)
基层医院开展内镜下高频电凝切摘取息肉的体会	何培强	(30)
医院药剂管理的体会和建议	曾凤宋等	(31)
手部带蒂岛状皮瓣临床应用	颜嘉麟等	(35)
环甲膜穿刺气管内注射肾上腺素抢救心跳骤停13例	郑丽珠等	(38)
大脑星形细胞瘤4级大部切除加动脉导管选择灌注治愈1例	郭希高等	(40)
654-2抢救急性肺水肿112例临床观察	郑丽珠等	(42)
尿毒症非透析疗法26例疗效分析	马岫云	(45)
原发性十二指肠肿瘤3例	林雍熙等	(46)

麻醉中气管痉挛三例处理与分析	贺定辉	(48)
基层医院开展新生儿外科的体会	何庆钧	(50)
皮肤骨膜增厚症1例报告	董绍荣	(52)
指拨法治疗菱形肌损伤的体会	邱文克	(54)
现代医院——社会人群的二元集合系统	曾凤宋等	(56)
耳廓望触诊与椎脊增生的74例临床分析	黎桂祥	(60)
新生儿中肠扭转诊治的体会	何庆钧	(61)
儿童近视及有关配镜问题的探讨	徐 苏	(62)
外伤性脾切除后自体脾移植八例报告	房振春	(64)
内眼手术巩膜切口缝线结改进	林建明	(65)
试论医院文化研究	曾凤宋等	(66)
加强内涵建设,提高护理管理水平	护理部	(69)
浅谈如何做好心理护理	周婉玲	(73)
血液紫外线照射并压充氧回输法治疗角膜溃疡的护理体会	李玉兰	(75)
简易冰袋的制作及临床应用	韩秀华	(77)
经股动脉穿刺行选择性血管内灌注治疗的护理体会	刘青兰	(78)
先天性心脏病病人直视术后的护理体会	李丽嫦	(80)
失血性休克手术治疗配合的体会	陈 勤	(83)
断臂再植合并全身多处创伤一例护理体会	韩秀华	(85)
浅谈供应室管理工作	护理部等	(87)
33例水囊引产观察护理	苏妙玲	(90)
如何做好一名产科护士	梁惠贞	(91)
输卵管结扎病人术前后的心理护理	杨婷诗	(92)

皮肤炎伴糖尿病一例报告

董绍霖

周汝树

病例报告：患者女性，65岁，农民，广东顺德人，住院号（98872）。因多饮、多尿、消瘦、肌肉酸痛三个多月于90年8月3日入院。患者三个多月前无明显诱因，出现多饮多尿及四肢肌肉酸痛，每天饮水量6-7磅，尿量增多，每日白天尿次5-7次，夜间2-3次，每次量约300毫升左右。起病后体重下降达十多市斤，四肢酸痛无力。无畏寒发热、腰痛、尿痛亦无头痛恶心呕吐、视力下降。起病后曾在当地卫生院拟糖尿病治疗，多饮多尿状改善，但四肢肌肉酸痛日渐加重，不能自己举手梳头，步行亦感困难，遂要求到本院治疗。

体格检查：血压120/70毫米汞柱，体重50公斤，身高152厘米。发育正常，营养欠佳，全身皮肤散在性紫红色斑块，尤以头面部及眼眶周围皮肤明显，局部皮肤见凹陷性水肿。浅表淋巴结无肿大压痛，心律整齐，96次/分，心尖区可闻收缩期II/6°杂音，腹部无包块及肿物，肝脾未触及，脊柱四肢无畸形，双上下肢近端及肩周肌肉明显压痛，上肢抬举困难，四肢肌力均减弱，约为III-IV级，肌张力正常，下蹲困难，扶持下仅能作短时站立。双膝反射迟钝，病理神经征阴性。

实验室检查：血色素13.3克，红细胞463万/mm³，白细胞16000/mm³，淋巴细胞18%，单核细胞2%，中性分叶核细胞80%，尿常规：尿糖++++，尿蛋白阴性，空腹血糖272mg/a1，血尿素氮15mg/a1，二氧化碳结合力47m%，血沉降率50mm/h，抗“o”测定正常，类风湿因子阴性，血清DNA抗体结合率5.9%，血未找到狼疮细胞，血清总蛋白5.75克/a1，白蛋白3.75克/a1，球蛋白2克/a1，血清补体C₃测定70.3u/ml，血清免疫球蛋白测定IgA 102Iu/ml，IgM 148.7Iu/ml，IgG 173.3Iu/ml，血清蛋白醋酸纤维膜电泳：白蛋白42.7%，α₂球蛋白9.7%，γ球蛋白37.4%，谷草转氨酶245单位（赖氏），血清总三碘甲状腺原氨酸（TT₃）110ng/a1，总甲状腺素（TT₄）8.90ug/a1，促甲状腺激素（TSH）3.56UIU/ml，24小时尿蛋白测定正常，24小时尿肌酸5636mg/1100ml尿，24小时尿肌酐374mg/1100ml尿，肌酸磷酸激酶（CPK）

2045单位，肌红蛋白(Mb) 241 / a l。x线胸片，肝胆、子宫B超检查未见异常。左肱二头肌及左腓肠肌活体组织检查(病理列号0621)符合皮肤炎病理改变，皮肤组织呈慢性炎症改变，角化过渡伴角栓形成，部分表皮萎缩，部分小血管周围淋巴细胞浸润，横纹肌组织肌核增多，小血管周围淋巴细胞浸润，肌浆透明变性。

讨论：皮肤炎是一种急性或慢性的皮肤和肌肉的炎症性疾病。临床表现主要为皮肤淡紫红色水肿性斑片(特别以眼睑为突出)以及肌无力，病肌自发性痛和压痛。辅助检查中，转氨酶、肌酸磷酸激酶，醛缩酶等常升高， α_2 及 γ 球蛋白可升高，血沉增高。目前在基层医院较易测定而又具辅助诊断意义的量测定24小时尿肌酸含量，皮肤炎时排泄增多，严重者可达正常值十倍。病情复杂时可借助皮肤肌肉活检确定诊断。皮肤炎的病因尚不十分明了，可能与自身免疫，感染或变态反应有关。至于糖尿病目前也是病因未明，普遍认为它不是单一疾病的名称，而是一组由多种病因引起糖、脂肪和蛋白质代谢紊乱，以高血糖为共同特点，进而导致多个系统，多个脏器损害的综合征。糖尿病尽管病因未明，但近年众多研究表明其与遗传易感性，病毒感染，自身免疫有关。而皮肤炎与糖尿病的病因及发病机制有着很多相似的地方，特别在细胞免疫学的重要性方面不容忽视。有实验证明，如把病人的淋巴细胞置于横纹肌细胞培养基中一起培养，可见淋巴毒素增加，肌纤维破坏，但如与纤维母细胞一起培养，则无此现象。病人肌肉炎症部位。淋巴毒素浓度也明显增高。至于糖尿病实验研究亦揭示单核细胞为糖尿病免疫中的主要效能细胞，白细胞介素-1(IL-1)为主要的效能分子。IL-1对胰岛具有刺激及抑制之双重作用：先刺激而后抑制，当IL-1剂量小作用时间短，环境葡萄糖浓度低时表现出刺激作用，反之则呈现对B细胞的毒性作用机制作用。IL-1对B细胞的毒性作用机制可能与其在B细胞上诱导游离基因(氧离子和羟离子)的形成有关。以往文献报导风湿热、类风湿性关节炎、硬皮病或系统性红斑狼疮均可伴多发性肌炎或皮肤炎，而皮肤炎伴发糖尿病目前未见有文献报导。本例是皮肤炎与糖尿病伴发或同一病因不同的临床表现，如果从病因学特别是细胞免疫学角度的相似性来看，值得引起今后注意。另外本病例在治疗上首选皮质激素还是免疫抑制剂，我们还没有经验。我们曾用地塞米松每日5-10毫克的剂量治疗，对缓解肌痛症状改善肌力有明显效果，但长期皮质激素治疗要注意其对血糖的影响及诱发继发性的感染，因此要加强血糖监测，随时调整胰岛素的用量，合理应用抗菌素，以预防继发感染。

脉冲电磁骨折治疗仪的临床应用

颜嘉麟

自1981年Zichner报告用脉冲电流刺激治疗骨折不愈合成功以后,已有不少研究及临床应用的报道。治疗效果是肯定的。我院自1987年3月开始,应用脉冲电磁仪治疗骨折28例,经随访1年以上,效果满意,报道如下。

临 床 资 料

本组男15例,女13例,年龄8-58岁。新鲜骨折12例,骨折延迟愈合或不愈合16例。股骨干骨折8例,胫、腓骨干骨折13例,尺、桡骨干骨折7例。采用杭州西湖民用电器厂生产的DDM-135B型低频脉冲骨折治疗仪治疗,先将骨折对位、固定。若用内固定,应选用导磁性较差的材料,可减少磁场的影响。将治疗仪的两线圈平行对置,中心连线通过骨折端或骨不连接处中心,并远离其它磁性物体,每次治疗8小时以上,在治疗过程中,定时用指南针检查磁场是否存在。本组治疗21-42天,平均32.7天,骨折愈合为35-70天,平均56天,治疗期间,未发现电磁损伤,无其它不良反应及并发症。

典 型 病 例

男,20岁,因左小腿卷入机器内致胫腓骨干开放性骨折,广泛软组织损伤入院。急诊行清创术。骨折钢板螺丝钉内固定术。术后7天,大片软组织坏死致钢板及骨外露。行游离大网膜移植加植断层皮片消灭创面。6个月后骨折不愈合。伤后7个月。行骨折端植骨术,术后第七天开始用电磁治疗仪治疗。30天后,X线照片见有骨痂生长而出院。术后3个月复查,胫骨已骨性愈合。

讨 论

1. 电磁治疗骨折的理论基础

日本学者Yasuda在进行骨结构的压电试验时,发现压力侧(凹侧)带阴电,张力侧(凸侧)带阳电。在以后的实验中又发现机械应力可使骨组织产生电势,是因为骨结构

具有晶体特性，能发生压电作用，这种机械应力产生的电势能促使骨的生长和塑形效应，因而使特定的脉冲电磁可使骨折处产生感生电流，可用这种机电效应代替生理压电效应去改变骨折端细胞的微电环境，从而激活骨细胞的成骨作用。由Bassett所提供资料表明，电场能促进DNA和蛋白质合成，细胞分化，两性离子交换。钙离子系统代谢和激活环，磷酸腺苷酶等。这些均能使骨组织钙化加速，骨痂形成和改建快而使骨折得到较快修复，这是目前较公认的电磁治疗骨折的理论基础。

2. 妥善、有效的骨折固定方式是取得良好电磁治疗效果的保证。

使用电磁仪治疗骨折前，一定要先妥善固定骨折端。本组对新鲜骨折患者使用夹板、外固定支架和内固定物，只要固定牢固，磁疗均有加速愈合的效果。而对迟延愈合或骨不连者，均采用综合治疗方法，即骨断端清理，重新内固定，适当植骨，再同时加用电磁刺激治疗，因而取得较好效果。

3. 电磁仪治疗的优点及缺点

电磁仪治疗骨折是一种无危险、无创伤的方法，不受局部条件限制，并可利用家庭病房治疗，经济负担较低，作为一种治疗辅助手段是有实用价值的。缺点是治疗时间相对较长，每天至少要限制病人活动8小时，使患者感到不便，这些有待进一步研究解决。

血液紫外线照射回输法（UBI）治疗老年黄斑变性疗效观察

邓燕明

UBI治疗老年黄斑变性尚未见报导，本文报告三例6眼，经荧光血管造影诊断为老年黄斑变性（干性）经UBI治疗获显效。

关键词：老年黄斑变性、荧光血管造影、UBI。

老年黄斑变性（AMD）是一种严重危及老年人视力的眼病之一。在我国，此类疾病的发病正逐渐增多，因而不受重视。自去年开始，我们对老年黄斑变性进行UBI治疗，均获得显著效果。现报告如下：

本组三例6眼，均为男性，年龄58岁、64岁、68岁，病情分别为：1年者2

例，半年1例，6眼经荧光血管造影诊断：老年黄斑变性（干性）。三例在发病后均用过血栓通，脑活素，能量合剂治疗未见好转而停止治疗后才接受UBI治疗。

典型病例介绍：

何XX，男，60岁，主诉双眼视物不清半年伴中心暗点来住院。视力Vod 0.1，眼前段正常，眼底检查：视盘边界清A：V=1：3，并见交叉迹，黄斑区附近见多个玻璃疣，余同右眼。UBI治疗7次，其中2次血库血，5次自体血，每次150ml。经治疗后视力Vod1.0，Vos1.5。

讨论：

老年黄斑变性是脉络膜毛细血管循环障碍致使Bruch膜变性，视网膜色素上皮和感受器损害所致，由于黄斑部锥体细胞密集，代谢旺盛，需氧量高，代谢产物容易在该处积聚。UBI后，血液直接充氧，增加了氧分压及血氧容量，有利于组织供氧，同时，UBI能抑制血小板聚集，这就能使血液粘滞度和红细胞凝聚力下降，从而改善微循环，促进能量合成，调节新陈代谢。UBI为治疗老年黄斑变性提供了一个新疗法，这是值得重视的。

白内障囊外摘除术的技术改进

冯光耀

白内障囊外摘除术是老年性白内障的最常用的复明手术，我院对原来的白内障囊外摘出术作了如下一些改进，现报告如下：

临床资料

本组共5例病人，6眼，男2人，女3人。手术结果，术后角膜内皮水肿较轻，伤口均一期愈合，前房形成良好，均保持圆瞳孔，无一例于12点钟方位后房处有晶体皮质残留。

手术方法

1. 手术前准备及术中某些操作与一般白内障手术相同：如术前半小时予50%甘油盐水90ml口服或20%甘露醇250ml静脉滴注，球后注射麻药后压迫眼球以降低眼压，娩出晶体核前放松上直肌固定缝线等。

2. 采用以穹窿部为基底的球结膜瓣：沿上方角膜缘切开球结膜达 $2/5$ 圆周，向上分离少许。术毕将结膜瓣固定于 9 点半及 2 点半钟方位的角膜缘外 2 mm 的球结膜上，剪短缝线，以免摩擦角膜。这种球结膜瓣不要向上分离太多，以免作得过大。

3. 角膜缘缝线：现改用 9 / 0 尼龙线作角膜缘切口结节状缝合 6 - 8 针，并将线结埋藏于切口内。其方法是缝针先经切口后唇（巩膜唇）板层穿入，从后唇表面穿出，再经切口前唇（角膜唇）表面进入，从前唇板层穿出，最后将缝线拉紧后打结，这样线结便埋藏在切口内（如右图）。



4. 用玻璃体切割器作前房冲洗，切割及吸出眼内残留障质：以破囊针头作“开罐式”破晶状体前囊，娩出晶状体核后，以上述方法缝后角膜缘切口后，自颞侧最后一针缝线与切口颞侧末端之间的空隙插入玻璃体切割器，将残留在前、后房的障质切割并吸出，待障质抽吸干净后拔出切割器，如此处切口过大，可作补充缝合一针。

讨论：

缝合上述资料，我们认为对白内障囊外摘除术作以上的改进其最主要的优点是：

1. 采用以穹窿部为基底的球结膜瓣具有操作简单，易于掌握，在手术过程中便于观察前房情况，手术中发生并发症易于处理等优点。

2. 角膜缘切口的缝合采用 9 / 0 尼龙线作结节状埋藏缝合法的主要好处是此种缝线的刺激性小，且线结不外露（埋藏在切口内），大大地减轻了眼部术后的刺激症状（避免因术后眼轮匝肌痉挛所致的继发性前房出血。同时，此缝合法的伤口愈合良好，从而减少了因切口漏水引起的瞳孔上移的机会。

3. 术中使用玻璃体切割器冲洗前房：适当调节玻璃体切割机的冲洗液的注吸速度，可使前房经常保持一定的深度和压力，真正达到虹膜整复和保持圆瞳孔的目的。同时，较大块的障质或破碎的晶体囊膜可经切割后吸出。另外，切割器经角膜缘切口颞侧端伸入前房作冲洗，除了将前房内障质吸净外，也便于将一般白内障囊外摘除术中容易残留在 12 点钟方位虹膜后面的障质抽吸干净，对减轻和避免因障质残留所致的葡萄膜炎、晶体皮质性青光眼，晶体蛋白过敏性青光眼等术后并发症都是有利的。

UBI治愈内疝肠绞窄 1 例

何庆钧

“内脏缺血后再灌注损伤的治疗”是临床医学近年的研究新课题。1990年Greenwald介绍法国有3例因动脉栓塞致肠濒于坏死的病人，经注入SOD（过氧化物歧化酶）后，肠的蠕动和色泽逐渐恢复，避免了肠切除。然而，UBI（血液紫外线照射充氧回输疗法）治疗肠缺血后再灌注损伤的报道则罕见。笔者最近试用UBI治疗内疝肠绞窄1例，成功地避免了肠切除。抗再灌注损伤疗效满意。

充氧血制取方法

采用西安xzy-II型量子血液治疗机。选取配血合用的库存血，通过量子血疗机，在紫外线照射和振荡的同时充氧。

病例介绍

吴XX，女，36岁，住院号41923。患者10年前先后做过3次胆道手术（1. 胆囊造瘘；2. 胆囊切除及胆总管切开取石；3. oddi氏括约肌成形及胆总管与空肠Roux-y吻合术）。本次住院因阵发性脐周痛伴恶心呕吐，按胆管炎及粘连性肠梗阻收治。住院20小时后因症状加剧而施行第4次手术。术前诊断为“绞窄性肠梗阻”。术中所见，空肠极度扩张，胆肠吻合样呈紫红色，并绕轴线顺时针扭转3周，大部分回肠经胆肠样系膜之缺口进入肝下间隙，术中诊断为“胆肠样系膜缺口内疝并胆肠样扭转绞窄”。作疝松解和肠样复位后，反复热敷胆肠样并封闭其系膜，大部分肠壁即恢复正常色泽和蠕动，仅中段2cm肠壁色泽不佳，无蠕动，其相对应之系膜小血管可见数点血栓形成，无搏动。按外科原则，应切除胆肠样，重新作胆总管与空肠Roux-y吻合。但病人情况欠佳，术中血压低，不能耐受此手术。遂在回肠切开减压，于右上腹放置胶管引流后结束手术。术后持续高热39-40.3℃，除按常规禁食、输液、抗感染，持续胃管减压和加强对症治疗外，还密切观察有无迟发性肠坏死，隔天输鲜冻血浆，每5天输充氧血300ml（共三次）。3天后体温复正常，5天后恢复肠鸣，拔除引流。10天后给流质饮食，第15天恢复半流饮食。住院25天，痊愈出院。

体会

一、恢复病灶的血流灌注和防治再灌注损伤，是本病例术后主要的困难。

本例术中见复位后多次热敷的胆肠袢中段血运不佳，虽尚未坏死，仍应切除，以免迟发性坏死，后果严重。若要保留，则要迅速使栓塞的系膜血管复通，恢复正常血运。但接踵而来将是再灌注的损伤。有关内脏缺血后再灌注损伤资料指出，肠道粘膜含黄嘌呤脱氢酶特别丰富，一旦血流复通，所产生的细胞毒性物质OFR特别多，所以缺血后再灌注造成的损伤最严重。

二、UBI既能促进病灶血流再灌注，又能抗灌注损伤。

输注经紫外线照射和充氧后的血液，不但提高血氧分压，还抑制体内凝血机制、激活纤溶过程，大量增加血中游离内生性肝素的含量，促使已栓塞的血管再通。UBI还能增加血中SOD（是OFR的特异清除剂），能迅速清除OFR，从而防止或减轻再灌注造成的损伤。由于UBI有以上特点，能针对性地应用于本例术后治疗，结果成功地渡过不切除的险关，顺利地康复。

此外，UBI的解毒功能和提高机体的免疫功能的特点，对本例病人中毒症状的解除亦大有帮助。

通过本例术后的治疗实践，笔者体会到UBI对于外科急腹症之内脏缺血及再灌注损伤的治疗可谓较理想又简便的疗法，很值得推广。

6 例小儿麻醉严重意外抢救成功小结

张银秀

构成对患儿生命严重威胁的麻醉意外或并发症见于麻醉诱导、维持和恢复期，因此，认真做好麻醉期间的监护，在出现意外时能迅速正确进行处理是极重要的。现将6例小结如下：

临床资料

6例男性占3例，女性3例，年龄一岁半3例，六至八岁3例。病种：食道异物2例，气管异物1例，鞘膜积液1例，小儿斜疝1例，先天性腭裂1例。

术前药：东莨菪碱或阿托品，冬非合剂或鲁米那钠，按公斤体重计算。麻醉方法：氯胺酮， $r-o-H$ 静脉麻，按公斤体重计算。

6例患儿中3例为食道镜或气管镜压迫气管引起窒息，呼吸停止，其中2例急性喉头水肿，一例为喉痉挛。其余2例中一例为气管插管后喉痉挛，一例为术中牵拉疝囊迷走N反射引起气管痉挛。6例患儿中5例须气管插管抢救，一例面罩加压吸纯氧后呼吸恢复。6例患儿均在麻醉或手术进行中或术毕前突然出现口唇紫绀，哮喘音，呼吸暂停而至呼吸停止，或心率快，呼吸出现三凹征，呼吸喘息状，呼吸困难，血氧饱和度下降，分泌物增多为特点。

处理方法及体会

1. 立即面罩吸氧；2. 清除分泌物避免刺激咽喉部；3. 激素静脉滴入；4. 呼吸停止立即插管行人工呼吸供纯氧；5. 心率快可给西地兰治疗，适当补碱；6. 紧急情况可从环甲膜插入粗针头供氧；7. 追加东莨菪碱或阿托品。8. 抗炎；9. 严重喉头水肿可插管后进行气管切开，在万不得已情况可用肌松药后进行气管插管；10. 雾化吸入。

总之，严重喉痉挛，应使用面罩进行持续正压通气，一般不宜应用喉镜强行插管。支气管痉挛有喘鸣音时，首先吸氧、激素、氨茶碱、阿托品等处理。喘鸣也发生在术中、术前、术后，术中常为麻醉感和迷走神经刺激。6例中有一例疝是将疝囊还纳时牵拉引起的，因此要十分注意手术操作的轻柔。

预防比处理重要：1. 避免上呼吸道感染；2. 术前药剂量恰当，避免小儿过度哭啼或紧张；3. 做好急救准备；4. 手术操作不要粗暴；5. 导管不要过粗，操作不要粗暴，插管前用1%的卡因喷喉；6例病儿均抢救成功，无死亡，无合并症。

附6例病例：

病例	姓 名	性别	年龄	诊断	意外原因及出现情况		处理	综合处理
1	龚XX	女	1.5岁	食道异物	放食道镜二次	窒息呼吸停止二次	面罩吸氧	..
2	冯XX	女	1.5岁	食道异物	放食道镜二次	窒息呼吸停止2次	插管人工呼吸	..
3	苏XX	男	8岁	气管异物	放气管镜三次	急性喉头水肿	插管供氧 气管切开	..
4	李XX	女	6岁	先天性膈裂	插管后分泌物多	气管痉挛	供氧辅助呼吸	..
5	李XX	男	1.2岁	嵌疝	手术复位 牵引疝囊	呼吸停止 插管后支气管痉挛	供氧人工辅助呼吸	..
6	林XX	男	6.5岁	鞘膜积液	突然呼吸停止，插管后喉头水肿，支气管痉挛（强行插管）	急性喉头水肿，支气管痉挛	面罩吸入纯氧	..

胃镜检出消化性溃疡发病情况分析

——附 2 2 0 6 例报告——

何培强

1986, 3——1991, 3连续五年我院纤维胃镜共检查8817例。男性占4299例，其中年龄20—49岁为2769例，≥50岁为1121例。女性占

4518例，其中年龄20—49岁占3219例， ≥ 50 岁为1133例，现对检出消化性溃疡进行分析。

检查结果

(一) 检出消化性溃疡2206例，男性1487例，女性719例，占其受检查者，男性为34.6%，女性为15.9%，其检出率，男性远高于女性($P < 0.01$)。检出年龄由9岁—82岁，检出溃疡平均年龄，男性为42.10岁，女性为45.40岁，检出溃疡平均年龄，女性远大于男性($P < 0.01$)。

(1) 检出消化性溃疡中，十二指肠溃疡1823例，平均年龄41.7岁；胃溃疡252例，平均年龄49.5岁；复合性溃疡131例，平均年龄48.2岁。检出的十二指肠溃疡：胃溃疡：复合性溃疡=13.9:1.9:1。检出平均年龄，胃溃疡和复合性溃疡均远大于十二指肠溃疡($P < 0.01$)；胃溃疡与复合性溃疡相近($P > 0.01$)。

检出十二指肠溃疡中，男性1243例，为男性受检者28.9%；女性580例，为女性受检者12.8%。胃溃疡中，男性153例，为男性受检者3.6%；女性99例，为女性受检者2.2%，复合性溃疡中，男性91例，为男性受检者2.1%；女性40例，为女性受检者0.9%。十二指肠溃疡、胃溃疡、复合性溃疡检出率男性均远高于女性($P < 0.01$)。

检出消化性溃疡中，年龄在20—49岁，男性943例，占其同年龄受检者34.1%；女性395例，占其同年龄受检者12.3%。 ≥ 50 岁，男性492例，占其同年龄受检者43.9%；女性299例，占其同年龄受检者26.4%。男性，女性年龄 ≥ 50 岁时溃疡检出率均远高于20—49岁检出率($P < 0.01$)。检出率在这两个年龄组中比值，男性为1:1.29，女性为1:2.15。

(二) 共检出溃疡3041个，平均每例有1.38个溃疡， ≥ 2 个溃疡有581例。单个溃疡与数个溃疡例数比值为2.8:1。

十二指肠的溃疡好发部位依次为前壁(39.5%)>大弯侧(20.9%)>小弯侧(18.3%)>后壁(12.2%)>球后(1.1%)。胃部溃疡好发部位则依次为胃窦(54.8%)>胃体(40.8%)>胃底(4.4%)。

(三) 检出者病史由1天—30余年。曾有消化道出血占28.6%，反酸，嗝气占22.5%，饥饿痛占12.6%，腹部疼痛及不适占80.2%，恶心呕吐占7.6%。

消化道出血，十二指肠溃疡占28.3%，胃溃疡占32.1%，复合性溃疡占26.0%。出血率、胃溃疡远高于十二指肠溃疡（ $P < 0.01$ ），复合性溃疡与胃溃疡，复合性溃疡与十二指肠溃疡则相近（ $P > 0.05$ ）。

饥饿痛在检出十二指肠溃疡中占13.6%，胃溃疡占5.2%，复合性溃疡占9.9%。其发生率，十二指肠溃疡和复合性溃疡均远高于胃溃疡（ $P < 0.01$ ）；十二指肠溃疡和复合性溃疡则相近（ $P > 0.05$ ）。

讨 论

消化性溃疡为常见疾病，由于各种因素限制难于普查。近年由于纤维胃镜广泛应用，人们亦乐于接受该项检查，故其检查结果可作为了解该疾病重要参考资料，本文结果表明：

（一）溃疡检出率男性远高于女性，检出平均年龄女性远大于男性，且 ≥ 50 岁和20~49岁两年龄组中检出率的比值，女性比男性大，提示女性激素可能为消化性溃疡发生的保护因素之一。支持血浆性激素浓度紊乱可能是消化性溃疡发病因素之一的说法。

检出平均年龄，胃溃疡，复合性溃疡均远大于十二指肠溃疡，而胃溃疡与复合性溃疡则相近，符合文献报告，复合性溃疡形成机制为先有十二指肠溃疡，至幽门排空障碍，胃窦滞留，继发胃溃疡的观点。

（二）本文检查显示十二指肠溃疡98.9%，发生在球部十二指肠腺区，好发部位依次为前壁>大弯侧>小弯侧>后壁>球后部。胃溃疡54.2%发生在胃窦部幽门腺区，其好发部位依次为胃窦部>胃体>胃底部。这与文献报告消化性溃疡好发于胃肠两种粘膜交界处的说法相符。

（三）消化道出血为消化性溃疡常见并发症。本文结果占溃疡检出者28.6%，与一般国内，外文献报导相仿。胃溃疡出血率远高于十二指肠溃疡出血率与文献报导相一致。

饥饿痛本文在十二指肠溃疡仅占13.6%，远低于一般文献报导占50~80%，这可能与患者陈述不清有关，但仍远高于胃溃疡，这与文献报导相同。

先天性巨结肠罕见多伴患畸形 1 例

何庆钧

有关先天性巨结肠伴患发育畸形的资料甚少。国内，余亚雄氏认为本病伴患其他发育畸形不多，唯独先天愚型较多。王兴国和褚先秋二氏合作统计大连和遵义两地 23 年本病的资料共 95 例，无一合并先天性独肾。笔者曾收治本病伴患先天性独肾、回肠憩室和肛窄畸形 1 例，现报告如下：

患儿：男，5 岁。发现右侧腹部肿块并逐渐增大 5 月余，以腹部痛收治。患儿出生时始顽固便秘，至 11 个月时往某上级医院术治，被诊为“先天性肛窄”，并施行了“肛门后切术”，但出院后仍长期便秘。

体查：心肺正常。右侧腹明显隆起。局部扪及 10 X 20 cm 的肿块，上界靠右肋缘，下端伸入盆部，质硬，稍能推动。肛门指诊，食指能顺利入肛，直肠壶腹空虚，距肛门 4 cm 以上的直肠段挛缩，用指尖扩张后可通过食指末节，拔指时引出奇臭之大便。

超声波探查：（1）肿块呈实质性；（2）右肾缺如。X-线检查：（1）钡灌肠，见乙状结肠极度扩张，并迴旋伸向右上腹，直肠狭窄，96 小时后复查仍见大量钡剂残留。提示“巨结肠”。挖清粪块后腹块消失。（2）静脉肾盂造影显示，左肾影位置正常，右肾影缺；左肾盂、肾盏及左输尿管显影基本正常，右侧不见肾盂、肾盏和输尿管显影。符合先天右肾缺如。

术前诊断：（1）先天肛窄及肛门后切术后 4 年；（2）先天性巨结肠；（3）伴患先天性独肾。

治疗：行巨结肠根治术。术中所见，挛缩段肠在盆腹膜以下；乙状结肠和降结肠中段和下段显著扩张；在回盲部近侧 30 cm 处回肠上有 1 憩室约 2 X 5 cm。腹膜后探查，见左肾及其输尿管正常，右肾及输尿管缺如。证实先天独肾，先切除憩室和阑尾，然后游离扩张之结肠，将结肠拖出肛外切除（保留至脾曲），按镶嵌式行斜端吻合术。术后将切出之直肠、结肠脾端肠壁送病检。

病理报告：（1）直肠壁无神经节细胞；（2）降结肠脾端肠壁有正常神经节细胞。

最后诊断：1. 先天性巨结肠；2. 伴患先天性独肾、回肠憩室及肛窄畸形。

术后 15 天痊愈出院。随访 1 年，排便功能完全正常。