

马霄医学论文集

MAXIAOYIXUELUNWENJI

中国·西安

责任编辑:张彦伟

封面设计:张彦伟

开 本:850×1168 1/16

印 张:41

字 数:65千字

工 本 费:60元

前言

《马霄医学论文集》是汇集我从 20 世纪 50 年代初开始做外科医教工作到现在所撰写的或和经我指导修改过的论文。人们的认识一切事物要在发展过程中，和正反两方面去认识。认识的规律一般是由浅到深，由现象到本质，一个正确的认识只能从科学实验与临床反复实践和成功与失败中积累起来的。对于医学来说：临床经验比动物实验更重要，因为认识开始于经验，这是认识论的唯物论。而感觉经验只有在丰富和认真的实践中才能发生，况且动物实验所获得的结论并不等于临床医学的实际。

临床医师一般是先由认识（理论）到实践，再由实践到认识这样多次的反复，才使医师变的成熟，不但诊治病人成功率高，而且还从中有所发现，有所创造或发明及改进。

马 霄

2003.7.1 于西安

目 录

第一部分 20 世纪五十年代

1、骨折之开放性整复与内固定	(1)
2、精神因素与毒性甲状腺肿发病之关系(附 32 病例)	(3)
3、原发性胆管结石之临床症状与诊断	(9)
4、胆囊造瘘术在临床上之应用	(15)
5、原发性胆管结石手术后胆道造影的表现	(20)
6、对总胆管十二指肠吻合术治疗胆道疾患之评价初步报告(摘要)	(20)
7、原发性胆管结石时胆囊改变的临床病理观察	(21)
8、肝部分切除术治疗肝内胆管结石(摘要)	(21)
9、胆道疾患手术治疗的后期效果 162 例随访观察。	(22)
10、胆道疾患再次手术病例的分析	(22)
11、肝部分切除术治疗肝内胆管结石病例报告	(23)
12、对总胆管十二指肠吻合术治疗胆道疾患的评价初步报告	(29)
13、肠扭转	(37)
14、胃粘液癌钙化一例报告	(40)
15、病例报告:胃癌弥漫性钙化一例	(42)

第二部分 20 世纪六十年代

16、临床诊疗中的几个严重错误教训	(44)
17、气性坏疽	(46)
18、猪油预防肠粘连的临床应用	(47)
19、胆道疾患再次手术病例分析	(50)
20、俄狄氏括约肌狭窄	(58)
21、胆道疾病概况	(59)
22、中毒性休克临床病例分析	(62)
23、休克治疗措施	(66)
24、白芨止血在临床上的初步试用	(71)
25、中药“白芨”的实验研究	(72)
26、中药“白芨”的实验研究(文摘)	(73)

27、白芨急救绷带的设计	(74)
28、21 例外伤性脾破裂的临床分析	(75)
29、胆结石的切片研究	(78)
30、脊髓蛛网膜炎	(82)
31、猪油可预防肠粘连	(84)
32、从阑尾手术后腹壁瘻道看阑尾手术问题	(85)
33、丝网修补腹壁缺损的动物实验和临床应用初步报告	(86)
34、如何正确处理阑尾穿孔	(90)
35、胆道疾患的几个问题(提纲)	(91)
36、腹壁大块缺损可用丝网修补	(95)
37、高举毛泽东思想伟大红旗救活 2 例严重创伤病人	(98)
38、病案讨论(第 15 例上、下)	(100)
39、谈谈如何应用胃管进行胃肠减压	(102)
40、肠梗阻	(104)
41、一例肠梗阻死亡病例的检讨	(107)
42、慢性胰腺炎的病因、诊断和治疗(117 例的经验)	(109)
43、胆结石切片技术介绍	(112)
44、胆道疾患手术治疗中一些常见的错误及其处理	(114)
45、急性传染性肝炎及阿米巴肝脓肿手术病例的检讨	(118)

第三部分 20 世纪七十年代

46、水、电解质及酸碱平衡与失调	(123)
47、胆道疾患再次手术病例分析	(129)
48、胆道蛔虫症的疗效观察	(136)
49、外科抢救予案	(139)
50、预防医疗事故措施	(147)
51、断肢再植	(147)
52、肝癌的外科治疗	(148)
53、胆道系疾患手术治疗的后期效果	(151)
54、手术治疗地方性甲状腺肿 113 例临床分析	(158)
55、气管软化的外科治疗——气管悬吊术	(160)
56、甲状腺肿合并气管软化症	(162)

57、气管悬吊术	(164)
58、混合型三度地甲肿的手术问题	(166)
59、尼龙扣止血带行肝部分切除 25 例报告	(168)
60、外伤性肝破裂 68 例临床分析	(170)
61、肝外伤的治疗	(174)
62、利用手术野中的血液施行自家输血	(178)
63、猪油预防肠粘连的远期疗效	(180)
64、自家输血在甲状腺手术中的应用	(181)
65、传染性肝炎误诊手术病例分析	(182)
66、胃大部切除术后残胃排空障碍问题	(184)
67、防治瘰疬爪解除病区人民痛苦	(186)
68、人体脂肪预防肠粘连的临床应用	(188)
69、人体脂肪预防肠粘连的动物实验及临床应用	(189)
70、尼龙扣止血带行肝部分切除 25 例报告	(192)
71、甲状腺肿合并气管软化症	(195)
72、手术治疗地方性甲状腺肿 3564 例的统计	(197)
73、手术治疗地方性甲状腺肿 1109 例的报告	(199)
74、甲状腺手术后气管萎陷	(202)
75、地方性甲状腺肿术中急性窒息的抢救	(204)
76、地方性甲状腺肿的术中和术后大出血问题	(206)
77、肝部分切除的技术改进	(209)
78、“尼龙扣止血带”在肝部分切除术的应用	(211)
79、门脉高压症的外科治疗	(212)
80、胆囊结石及继发性胆管结石症	(216)
81、“尼龙扣止血带”在肝部分切除术的应用	(220)
82、胆结石化学成份定量分析	(224)
83、肝癌切除中应用尼龙搭扣止血带	(226)
84、胸内甲状腺肿	(226)
85、地甲肿坠入胸内的处理	(228)
86、地甲肿手术后手足搐搦及胎牛骨埋藏法	(229)
87、关于三度“地甲肿”手术治疗的几个问题	(231)

88、混合型三度地甲肿的手术问题·····	(232)
89、猪油预防肠粘连的远期疗效·····	(235)

第四部分 20 世纪八十年代

90、30000 例地方性甲状腺外科治疗(摘要)·····	(237)
91、地方性甲状腺合并气管软化(摘要)·····	(240)
92、地方性甲状腺肿手术适应征的探讨·····	(243)
93、关于甲状腺手术自家输血的一些看法·····	(244)
94、总结临床经验的几点体会·····	(245)
95、黄疸、肝脾肿大(病案讨论)·····	(246)
96、胆石症与胆囊炎(659 例手术病例分析报告)·····	(251)
97、胆囊结石和继发性胆管结石·····	(256)
98、胆道疾患的病因调查·····	(260)
99、胆管系统动力学观察·····	(263)
100、胆道疾病的胆汁化学成分定量分析·····	(267)
101、关于地甲病手术治疗中的两个问题·····	(269)
102、地方性甲状腺肿合并继发性甲状腺机能亢进·····	(270)
103、地方性甲状腺肿合并胸骨后甲状腺肿·····	(270)
104、对黄疸病人应用激素要慎重·····	(271)
105、胃手术后麻痹性胃扩张的处理·····	(272)
106、尼龙搭扣肝止血带施行肝脏手术 73 例·····	(274)
107、肝损伤的诊断和治疗·····	(277)
108、尼龙搭扣肝止血带施行肝脏手术·····	(283)
109、肝外伤治疗的总结·····	(285)
110、肝脏创伤再次手术的探讨·····	(289)
111、脾动脉动脉瘤和脾静脉静脉瘤·····	(295)
112、100 例阻塞性黄疸病人的酶胆比值分析·····	(298)
113、外伤性肠穿孔·····	(301)
114、创伤性胆道出血·····	(304)
115、绥德佳县农村开展纤维胃镜普查胃癌初步报导——附微小胃癌一例报导·····	(306)
116、选择性腹腔动脉造影操作的几点体会·····	(310)

117、肝脏创伤再手术的探讨	(311)
118、孤立性甲状腺结节 618 例分析(短篇)	(316)
119、临床孤立性甲状腺结节 618 例分析	(318)
120、地方甲状腺外科治疗文献综述	(323)
121、肝外伤治疗的总结	(411)
122、慢性特发性小肠假性梗阻 1 例报告	(415)
123、手术治疗地甲病 150 例临床分析	(417)
124、门脉高压的再次手术问题	(420)
125、如何鉴别功能性或机械性梗阻	(423)
126、原发性肝癌研究的进展	(425)
127、1000 例胃癌外科治疗的分析	(430)
128、非结石性胆囊炎 118 例分析	(431)
129、肝外胆管癌	(435)
130、胆道感染	(437)
131、陕西地区卫生人力资源现状及 1986~2000 年供需分析	(438)
132、再评胆总管胃肠吻合术治疗胆道疾患	(442)
133、胆道疾病死亡病例分析	(444)
134、胆石症 355 例临床分析	(447)
135、陕北绥德高家岔村胃癌病因学调查—胃癌遗传因素探讨	(450)
136、肝损伤再手术的探讨(短篇)	(454)
137、原发性肝癌的临床分析	(455)
138、维生素 C 与肿瘤的关系	(460)
139、肝癌导向性治疗的初步报告	(464)
140、200 例胆石症的临床分析	(465)
141、280 例胆石症的临床分析	(468)
142、胃癌切除手术的吻合口瘘 8 例手术病例分析	(472)
143、肝被膜下血肿	(474)

第五部分 二十世纪九十年代

144、30 例胆道疾病死亡病例分析	(476)
145、阑尾手术伤口感染的有关因素	(477)
146、高家岔村胃癌综合防治报告	(480)

147、出血坏死性胰腺炎 43 例分析	(484)
148、陕北原发性肝癌普查报告	(486)
149、基层高等医学教育的临床实践问题	(488)
150、再评胆总管胃肠吻合术治疗胆道疾患	(490)
151、肝脏肿瘤	(494)
152、严重肝创伤的手术治疗及分析	(508)
153、急性出血坏死性胰腺炎 55 例分析	(510)
154、胃癌 2065 例治疗结果分析	(513)
155、一例胆囊结石手术死亡讨论	(515)
156、胆道疾患手术治疗的几个问题	(518)
157、陕北胆道疾患分析	(523)
158、陕北胃癌研究 20 年回顾(摘要)	(526)
159、陕北胃癌病因流行病学研究 20 年回顾	(527)
160、大肠癌治疗及保肛手术的新进展	(530)
161、大肠癌	(533)
162、陕西安塞县胃癌普查临床报告	(536)
163、安塞县胃癌观察研究	(540)
164、直肠癌根治及原位肛门重建	(541)
165、直肠癌根治及原位肛门重建	(543)
166、大肠癌及肛门括约肌重建问题	(544)
167、直肠癌切除原位肛门重建手术的讨论	(546)
168、皮下植入式 KL—II 型抗癌药泵在腹部中晚期肿瘤治疗中 的应用(附 21 例报告)	(549)
169、胆道疾患对肝脏的影响及手术选择	(552)
170、有关胃手术感染的几个问题	(554)
171、胆囊切除及胆总管探查术的一些经验和教训	(558)
172、佳县胃镜抽样普查的报告	(561)
173、肝癌脾转移伴脾脓肿一例报告	(564)
174、皮下埋藏药泵肝动脉灌注治疗中晚期肝癌 28 例	(565)
175、胆总管内异物一例报导	(567)
176、关于施行小切口胆囊切除术的讨论	(568)

177、胃癌根治术——保留幽门全胃切除间置空肠代胃	(570)
178、陕北肝、胃癌防治研究	(571)
179、肝硬化并梗阻性黄疸手术治疗体会	(576)

第六部分 二十世纪以后

180 105 例大肠癌的治疗	(577)
181、56 例甲状腺癌治疗体会	(580)
182、小切口胆囊切除术	(582)
183、一例老年胸腹部手术病例治疗的教训	(584)
184、从临床病例证实肿瘤是周身性疾病	(585)
185、小肠肿瘤	(588)
186、胆道疾患胆固醇测定	(590)
187、胰腺功能测定	(591)
188、胆道疾患诊治错误或失败病例分析	(592)
189、乳腺癌病例分析	(594)
190、疑诊阑尾炎	(596)

第一部分 二十世纪五十年代

骨折之开放性整复与内固定(1)

总医院骨科 葛宝丰 孙文海 马霄

骨折之内固定术，为 Lapayude 氏与 Sicre 氏与 1775 年所创用，当时所用固定的材料为金属线。以后乃为 Moreau 氏(1805)与 Rogers 氏(1827)等，所相继效仿。螺旋钉内固定术，则起始于 Lane(1905) Lavibotte(1907)与 Hoy Groves(1922)等氏。氏等在报告中，强调螺旋钉应经过二层骨皮质的重要性。Venable 与 Stuok 氏等于 1938 年著文论及金属在组织内，引起的电流反应问题。以后内固定所用的金属，乃主要取自不锈钢与 Vitallium。骨移植片之应用于内固定，为 Albee 氏与 1912 年所创造。髓管内穿针固定术，则为 Kuentscher 氏于 1939 年所应用。(1)

以上各种内固定术，虽创始的时间不同，但至今尚皆为人所采用，而无一被完全放弃。

本院自 1950-1953 年，共施行开放性整复与内固定 54 次，约占有骨折患者的 1/7。所采取手术方法与治疗结果等，如表一所列。其中除 6 例尺桡骨干骨折，2 例腓骨骨折，与 1 例胫骨干斜骨骨折等，皆系因不接合，或严重的接合不正而作。股骨颈骨折之三棱钉固定手术，未包括在内。手术中尚无 1 例感染发生。

手 术	病例数	结 果	备 注
金属线固定	3	1 例金属线断裂其余结果良好	2 例为腓骨横骨折
螺旋钉固定	3	良 好	2 例为胫骨斜骨折
骨移植片与螺旋钉固定	1	良 好	
金属板与螺旋钉固定	17	3 例不接合，2 例金属板弯曲，接合不正。其余结果良好，愈合所需时间为 1.5—3 个月	在 6 例中伴有松质骨层移植
髓管内穿针固定	30	不接合者 1 例，其余结合时间约为 1.5—3 个月。	在 18 例中，皆伴有松质骨层移植

讨 论

关于骨折后病理修复问题，解释的学说甚多。Pomller 氏(2)等认为新骨形成与破坏，完全有赖于成骨细胞与灭骨细胞之作用。谓骨之失钙，乃由于灭骨细胞的化学性消磨作用 Chemical chiselling，而完全否认有骨自溶 Autolysis 的事实。Locrox 氏(3)在动物实验中，经用骨髓浸膏做肌肉注射，而引起骨瘤之形成后，认为在生长中的软骨内，包含一种所谓生骨的特殊物质，组成素 (Organizar)。其他如组

织肢之产生，与磷酸酵素含量的改变等。亦皆对于骨折之修复，有相当关系。但认为易于解释骨折修复中之一般现象者，仍为骨之脱钙说。

骨折时，其周围的软组织，亦必有轻度不同的损伤，因之在骨折端的附近，乃不免有血肿的形成，与坏死组织渗出物之堆积，使局部酸度增加，约一周后，乃开始有脱钙现象，在此脱钙作用的进行中，血肿与渗出物内，同时有纤维网之形成。纤维网充满与骨折端之周围，以后复在网上，有成纤维细胞，成骨细胞与新生血管之堆积，而成为肉芽组织，若在此时，坏死组织的产生与渗出物等，已渐被清除净尽，则局部乃又变为碱性。碱性恢复后，脱出的钙，又返回而对肉芽组织加以钙化，成为骨痂。于是有不接合或纤维性接合之发生。

由上知骨痂之形成，有赖于肉芽的及时钙化。钙化的进行，有赖于局部酸度的转变。酸度的转变，有赖于坏死组织与渗出物之清除，而坏死组织之清除，则有赖于局部的血循环。对于骨折的愈合，有直接的，或占有主要的关系，或为其决定性的因素（4）。

在开放性整复手术中，局部的无数的血管，将必遭摧毁，故血循环，亦必因之而有一次的破坏，是以不结合的可能性，亦必随之而增加。

更开放性整复，为将一个单纯性的骨折，使变为开放性。一有感染，非独影响局部的酸度转变，致有碍骨折之愈合，且可并发为经久不愈的骨髓炎。如此非但所施行的手术可完全归于失败，更可造成永久性残废。故 Bohlrir 氏（5）谓“对新鲜骨折常规采取开放性整复的趋向，乃为极不幸之事，千万患者因此而死亡，更多的患者，因此而成残废……”。中华外科杂志，1953年，第5号，编者的话谓：“在许多骨折病例中，闭合复位和石膏固定，是简单而正确解决问题的途径，但是对这一原则往往坚持不够，甚至有在受到技术和设备限制的条件下，尝试切开复位和内固定，而造成不良后果……”。因此骨折之开放性整复与内固定，须在指征明确与严格无菌技术下，审慎施行。

开放性整复与固定的指征，可综合为：

1、手术所不能整复的骨折，不能整复原因为：

- (1) 软组织介于两骨折端之间者。
- (2) 受伤经过时间过久者。
- (3) 累及关节面的骨折，而不能以手技获得解剖学上之复位者。
- (4) 较小之骨折片，因肌肉之强烈收缩，而有很各大的错位者，如髌骨横骨折等。
- 2、不稳定的骨折，即骨折段以手技整复后，而不能继续维持其整复后的位置者，如胫骨斜骨折等。
- 3、预知接合必将迟缓的骨折。
- 4、不接合。

5、严重的接合不正，而致功能受严重的影响者，一般的接合不正，而对功能无重大障碍者，认为不包括在内。在骨科手术，无菌技术的标准，原应高于他种手术的标准。不接触技术，虽不易完全做到，但应尽最大努力。一般不应有赖于抗生素的思想。

关于内固定方法的选择问题，作者有以下不成熟的体会，兹提出以供参考：

1、髓管内穿针固定手术：局部血循环对于骨折愈合的关系，已如行述。此外机械性的因素，如骨折端固定不完全等，亦未影响愈合的重要因素之一。古对于骨折的治疗原则，简单来说，只为妥善的整复固定于适当的理疗。理疗的目的为促进血循环。为了符合这个，认为在内固定中，首推髓管内穿针术。

固尤对于股骨、趾骨与尺桡骨干骨折等，作者已很少应用金属板固定术。原因为：

(1)金属板固定不能牢固，手术后必须用石膏固定一个较长的时期，因而不能早期进行治疗。

(2)髓管内穿针固定，手术较为简单。

(3)本文 17 例金属板固定中，不接合与结合不正竟者占 5 例，故在其不足的经验中，认为合并症较多。

2、尺桡骨干骨折的内固定问题，尺桡二骨平行。骨折后，由于旋前旋后肌的作用，骨折端可有角度与旋转畸形。旋转畸形，难以用手技整复，且若不予矫正，则将功能将有严重障碍。故尺桡骨干骨折，已久为一个特殊问题。

Knight 氏 (6) 在所报告的 100 病例中，41 例曾施以关闭性整复，59 例皆施行开放性整复。在开放性整复的病例中，20 例为用金属板作内固定；15 例利用骨移植片；11 例碎骨内穿针；其余 13 例整复后未作内固定。Knight 氏在结论中认为，尺桡骨下三分之一的骨折，无论其为斜性骨折或粉碎性骨折，最好施行开放性整复与内固定。在内固定中，认为髓管内穿针为最满意疗法，Evans (7) 经对 50 例保守疗法病理加以分析后，认为不应在所有尺桡骨骨折病例中，皆一致施行开放性整复和内固定。

本文 54 个病例中，14 例为尺桡骨干骨折。14 例中，13 例皆系施行髓管内穿针术，皆有良好结果。故作者参考文献报告，认为在成年人的尺桡骨干骨折者，最好皆有施行内固定。在内固定中，认为髓管内穿针为最佳。

3、胫骨骨干斜行骨折的螺旋钉固定术：晚近文献，多论及压力因素对于骨折愈合的关系 (8) 骨折端加过大压力，可引起骨萎缩与骨质坏死。无压力则又不能刺激生骨作用。而适当的压力，则可促进成骨作用的进行。

金属板固定术，在不稳定的骨折中，不能使骨折端紧密相接，同时组织内增添了更多的异物。是以近年来，金属板固定术对于股骨与尺桡骨骨折等，有代之以髓管内穿针的趋势；对于肱骨干骨折，有代之以悬垂石膏疗法的趋势；而对于胫骨骨干的斜骨折，认为则以单独用固螺旋钉定为佳。在 White 氏 (9) 的 66 粒病例中，经用螺旋钉固定后，82.8% 皆有良好结果。

(载 1955 年解放军西北军军区卫生部外科总结材料 57 页)

精神因素与毒性甲状腺肿发病之关系 (附 32 病例) (2)

马 霄

前 言

甲状腺系人体内分泌腺之一，对于其生理作用解剖和病理知识，，至目前为止，虽有不少的材料，但由于其系内分泌腺之一，而内分泌现在虽有很多人进行研究，但在资本主义国家的学者们，仍停留于维尔啸之细胞病理学范畴，关于这方面的文献、论文和有价值的试验，到目前为止，全世界统计已有⁽⁵⁾ 25 万篇之多，在这些论文中，收集了很多的材料，但是，对于内分泌生理及病理机转，尚不能得出正确的解答，由这一事实告诉我们。用维尔啸细胞病理学观点想探讨出内分泌之生理和病理机转是不可能的。

人们若不察觉这一点，即使在做更多的努力，可能仍是枉然，这一事实同时以意味着我们今后必须用巴甫洛夫之观点进行研究，才可能的出比较正确的回答。

关于甲状腺疾患的病因学亦属如此，由于维尔啸细胞病理学之影响，将内分泌导向唯心的观点，认为内分泌学是一个独立的系统，不受精神的管制，这种荒谬的论调已早被巴甫洛夫学说及苏联学者所推翻。

毒性甲状腺肿病使甲状腺是甲状腺疾患中比较复杂的问题，关于该病的体征诊断及治疗，在以往虽然积累了丰富的经验，但是由于对该病之病源没有得到正确解决，因之对于该病的治疗上仍不能得到合理的办法。本文仅拟从少数病例中试图分析出其发病原因及治疗上之一点意见。

病 因

关于毒性甲状腺肿发生之原因，过去由于受维尔啸细胞病理学的影响，一般学者以为内分泌为一独立系统，所以其真正的原因是不知道的，不过与以下的因素有关：

- 1、下垂体内分泌素和甲状腺内分泌素之间平衡紊乱。
- 2、精神上的折磨与挫折。
- 3、生殖腺的影响，因为许多病例多发生于女性，尤其是生殖腺最活动的时期。
- 4、急性传染病，如多见于上呼吸道感染、扁桃腺炎的患者。
- 5、家族素质。
- 6、非毒性甲状腺疾患转变而来，如单纯性结性甲状腺肿可以变为毒性结节性甲状腺肿。
- 7、交感神经刺激。

但是维尔啸细胞病理学的观点是错误的（前已述及），因之苏联的学者们对于该病的发病原因开始重新考虑，这在苏联伟大的生理学者巴甫洛夫即发现毒性甲状腺患者 90%⁽⁶⁾ 左右的病例都有精神创伤之历史；苏联学者⁽⁵⁾ BPaMa 氏分析了 3343 例甲状腺机能亢进症患者，发现其中 85% 的患者发病前均有精神创伤史。

在乌克兰试验内分泌学研究所附属医院的材料在甲状腺功能亢进症的患者发病之前有精神创伤者 53.6%，而有中枢神经系统疾病者为 4.4%。

本院统计 32 例毒性甲状腺的患者，其中 26 例（81.25%）在发病前均有明显的各种不同的精神创伤历史，四例由于病历记载不详无法追查，二例未能问出，倘该 4 例亦有精神创伤史则其百分率在 93.75% 以上，这里我们为更具体的说明，将典型的病例简述如下：

例一：胡 X 明，男性，解放军战士，出身贫农。解放前在农村为地主作雇工，曾少许工资贷放于别人，解放战争中参军，全国解放后军队中进行“五反”时检查思想，同志们批判其放“高利贷”系剥削，此后，精神刺激较重，常感周身不适，精神过敏，以后即有心慌气短、怕热多汗，颈项肿胀，于 1953 年 3 月入院。经检查证明为毒性甲状腺肿，用硫氧嘧啶及碘剂准备治疗后行甲状腺次全切除术，术后第二天合并甲状腺危象，经治疗后恢复，体重逐渐增加，基础代谢率降低，一切有关甲状腺功能亢进的现

象均消失，唯其精神症状反而加重，每见解放军军人则下跪求情，后发展成精神分裂症，转某精神病疗养其后果不详。

例二：张×珍，女性，27岁，家庭主妇，山西籍，住院号18037，患者结婚数年不妊，因此起夫与其感情不睦，后因骶髂关节疼痛而于1952年8月2日入院，上石膏床休息，与该年11月发现两眼向外突出，颈部肿大，心慌气短，多汗，怕热，体重减少，食欲尚好，伴有不明原因的腹泻，检查发育尚好，营养欠佳，颈部肿大，右侧明显，眼球突出，精神过敏，化验室检查：非蛋白氮26.7毫升%，胆固醇129.5%，马尿酸试验3.36克。心动电流图诊断心肌受累。经用硫氧嘧啶、碘剂治疗后，与全麻下行甲状腺全切除术，术后甲状腺机能亢进症状基本消失，基础代谢+10，但仍有不安静的精神状态，出院修养随访结果，夫妻感情已和睦，而经省症状亦逐渐好转。

例三：张×清，女性，42岁，政府工作职员，山东籍，住院号31729，患者于20年前，因家庭经济困难，母亲不许可上学，引起思想苦恼，后不久无意中发现颈部有肿块隆起，约拳拳大，据说是“大胖子”，当时其母怕其发病，又令其复学，此后肿块逐渐变小，但当于同学生气时，则又觉肿块胀大，心慌其端，性情急躁，食欲亢进，怕热多汗，身体消瘦，这次发病因和别人争吵引起。检查发育中等，营养较差，精神过敏、紧张，肺脏无异常，腹软，干脾未扪到，颈前有4×4.5厘米大肿块，程弥漫状，略偏右，质软，随吞咽运动移动，可听到血管杂音，手指震颤试验阳性，基础代谢率+33，马尿酸试验3.72克，肌酸测定4.86，经服用硫酸氧嘧啶20天（每次150毫克，每日二次）、碘剂8周（每日以常规用量），后于全麻下行甲状腺次全切除术，术后基础代谢率降至+1而出院。精神症状亦逐渐减轻。

例四：魏×华，女性，12岁，小学生，新疆籍，住院号32838，患者于九岁时，父母双亡（战争伤亡）在精神上刺激很大，经常哭啼，后即觉颈前肿大，伴有心慌、气短，出汗，手指震颤，精神紧张，恐惧，四个月后病情加重，后因昏迷脉搏快而入某医院，不得治疗而转外科。检查：发育良好，营养欠佳，体质软弱，表情急躁不安，经前肿块约6×5厘米，随吞咽运动而移动，可听到血管杂音，心尖部可听到收缩期杂音，眼球突出明显，辅差试验等均为阳性。化验室检查血胆固醇245毫克，马尿酸试验4.71克。心电图诊断窦性心动过速，心电图右倾，基础代谢率+34，经一般支持疗法及硫氧嘧啶和碘剂治疗后于全麻下行甲状腺次切除术，术后一切症状消失后而出院，未进行随访。

根据上述苏联的一些统计材料和我院32例的统计以及上述四例病例介绍，可以看出这不是偶然的现象，从病例数字上讲：苏联BpaMa及乌克兰试验内分泌学研究所。以及本院32例的统计，其百分率虽有不同，但从总的来讲其结论基本上是一致的。其次从上述我们极少数的四例比较典型的病例中，更可以说明了这不是有些人们所说的：“那个人在一生中不遇到一些精神创伤？”在例一、二患者于受精神刺激后，逐渐发现有心慌、气短、颈前肿大，以致表现出甲状腺机能亢进的所有症状，例三、四则其精神创伤和毒性甲状腺肿之发生关系更为明显，尤其例三发生于前周身及局部无任何不适，然于受刺激后日发病前周身及局部无任何不适，然于受刺激后数日内即发现颈前肿大、心慌、气短……，但以后消除了精神创伤因素，则其肿胀之甲状腺又逐渐变小，其他症状亦减轻，但始终未能痊愈。总之：毒性甲状腺

肿之发生与精神因素是有着密切的关系，这在旧的毒性甲状腺肿病原学上亦已经提到，说明过去的临床学家已经观察到这一点，只不过没有像现在这样强调，而认为其仅系发病诱因之一，这主要是过去医疗思想缺乏新的以巴甫洛夫为主的医疗思想。但也必须指出，引起毒性甲状腺肿的原因；亦不能完全都认为是精神创伤单独所致，因为在临床也的确有些病人没有任何精神因素存在，反之有些人倒很有明显的精神因素但并不发生甲状腺肿病，例如在第一次世界大战中，当巴黎受到空袭时，某些健康人在数小时内就呈现病之全部临床征候——如突眼、心跳过速，甲状腺肿等，但同时受惊的人并没有都患毒性甲状腺肿，由此可见精神因素是引起致病的外在因素，而引起致病的决定因素可能是内在因素。至于内在因素究竟是什么？根据巴甫洛夫的神经类型学说，可能是精神类型的不同，和当时的神经状态的强弱有关，这方面的材料我们收集的还不够，不敢说究竟是那种类型易患该病，不过根据我们 32 例的粗糙分析，好像多见于艺术性的病人，由于病例较少，定型不确实，因之不能得出结论，只是大概的推测而已。

基于以上的观点，苏联学者们在这方面作了很多的研究工作：

1、在解剖方面的研究在老的教科书上，描述甲状腺的神经从颈上交感神经节和颈中交感神经节的节后纤维和在甲状腺血管外膜内形成许多神经丛，随血管而进入腺内，是血管舒缩神经，而认为甲状腺的分泌不受神经的控制，这是错误的。因为苏联的学者们已经发现分布在甲状腺的神经有两组，其一组进入甲状腺之血管壁，一组进入甲状腺滤泡细胞附近，后者系管制甲状腺的分泌，这点为神经论学说，奠定解剖上的物质基础。

2、动物实验：

(1) (5) 动物实验持续性的刺激交感神经，能引起甲状腺机能亢进症所特有的一切症状。

(2) (5) 1939 年 A·B·TOHKHX 将狗交感神经中端和颈交感神经之末梢端缝合后，狗即产生了甲状腺机能亢进症，手术切除颈部交感神经节六个月后，则见甲状腺呈退行性变化。

(3) (4) OJLbHOHCkaq 与动物注射甲状腺毒与无关之条件刺激相结合，建立了条件反射。

由上述之材料进一步证明了毒性甲状腺之发生是由于大脑皮质受内在或外在的不良刺激，先作用于神经系统，然后再作用于甲状腺（因为内分泌是由于大脑皮质受所管制），其机制可能是大脑皮质先作用于下视丘中枢，而下视丘作用甲状腺是通过两种方式，即神经作用和内分泌作用，内分泌作用在甲状腺肿中间仍必须通过脑下垂体叶向甲状腺激素，但是向甲状腺激素作用甲状腺之程度则又需依靠甲状腺本身情况而决定，而甲状腺本身情况又取决于植物神经系统之状态，这一点是根据动物实验，移植性甲状腺要使其与原来之甲状腺功能相同时，则必须给与动物比原来更多的甲状腺激素，才能有同样的作用，同时也就推翻了资产阶级学者西里（Selye）氏之“内分泌独立论”，因为在资本主义学者他们认为移植的甲状腺与原来的神经没有关系。但亦能有甲状腺之作用，好像甲状腺与神经之管制没有关系，实际上他们都疏忽了其作用强度，更没有发现其作用强度低落的原因何在，因为没有精神联系其尚有一部分作用，因为被移植的甲状腺有一部分受内分泌之调节（即受甲状腺激素之调节）。

基于上述之论点，苏联学者们亦在临床上进行了一些观察：

①乌克兰内分泌研究所之附属医院将毒性甲状腺肿患者之精神创伤因素消除后,可使患者疾病痊愈,另外用暗示及睡眠疗法后均可使毒性甲状腺肿的症状好转。

②本院有一例患者之情况与上述情形相反(即例一)患者虽经手术行甲状腺次全切除后一切毒性甲状腺肿之症状均消失;但精神症状反而加重,最后形成精神分裂症好转。

由此可见精神因素,对于毒性甲状腺肿病之关系,在临床上已得到了进一步之证明,在乌克兰内分泌学研究所附属医院的结论是消除了患者之精神因素,甲状腺机能亢进可以治疗。很明显精神因素是造成毒性甲状腺肿的直接因素,从我们的病例病程中,可以看出毒性甲状腺肿单用外科手术切除,只能使甲状腺机能亢进症状减轻或消失,但因精神因素未能祛除,使其最后发展成精神分裂症。因此对于过去常规治疗毒性甲状腺肿的方法也值得重新考虑。这一点在苏联已经有丰富的临床经验,他们在 3000 例毒性甲状腺肿的患者,在手术前不用碘及硫氧嘧啶准备,对于精神状态及营养状况过于不良者,给予少许准备,(即加强营养和保护性抑制)400 例病人于第一天入院,第二天即行手术,术中均采用局麻、奴弗卡因颈部封闭,术后 5—8 小时后在追加封闭 1—2 次,同时应用睡眠疗法,根据他们的观察,术中不但未发生甲状腺危象。而脉搏、呼吸及血压均很平稳,手术后 98—99% 为痊愈,3% 在发,86% 恢复工作,14% 工作能力低下,无一例死亡。

我院 32 例患者中,应用局麻及颈部奴弗卡因封闭由 7 例,其中两例系轻度毒性甲状腺患者,术中血压平稳,维持在 130/90 毫米汞柱,脉搏 90—110 次(每分钟),手术后并无合并症状发生,恢复亦较快。一例吸甲状腺肿合并有房纤维性颤动,手术开始时病人精神即过度紧张,血压曾一度升高到 170/110 毫米汞柱,但以后即维持在 100/70 毫米汞柱,术后亦未发生合并症。其余四例均为重度毒性甲状腺肿,其中有一例术前用抗甲状腺药包物(包括硫氧嘧啶及碘剂)七个月,仅硫氧嘧啶即用有 19300 毫克,术中采用 2.5% 硫本土钠 40 毫升及 1% 奴弗卡因 600 毫升由静脉注入。术中患者意识不清醒,血压 110—100/90—80 毫米汞柱,脉搏每分钟在 100—110 次左右,手术过程中麻醉很好,无其他不良反映。其他三例于手术前亦采用了较长时间的抗甲状腺药物治疗后在全麻下施行手术失败后改用局部麻醉,手术成功。在着三例中,有两例在全麻下仅将右侧甲状腺切除后血压即升高达 180/120 毫米汞柱,脉搏每分钟 150 次;因之只好停止手术。一个月后又于局麻下将左侧的甲状腺切除,手术中血压 140/90 毫米汞柱,脉搏每分钟 100 次,手术过程较平稳,术后有一例发生甲状腺危象,惜未用封闭,用奎尼丁治疗;其中一例试用全麻手术两次,均未成功。第一次全麻插管后,血压即高达 200/150 毫米汞柱,脉搏每分钟 140 次,而停止手术。第二次手术开始切开皮肤后,因血压升高达 150/100 毫米汞柱,脉搏每分钟 150 次而又停止手术。第三次只好用局麻后才将肿大的甲状腺切除,术中血压为 160/100 毫米汞柱,脉搏每分钟 130 次,很平稳,术后恢复较快,于第七日即痊愈出院。

我们的病例虽少,但对这些问题体会是特别明显,更能说明问题,即应用局部麻醉和颈部奴弗卡因封闭后,术中血压,脉搏,虽然较一般手术病人叫高,但手术过程中患者情况很稳定。手术后恢复亦较快,很少有象全麻后之合并症。有一例曾发生甲状腺危象,但发生之时间是在手术后 7 小时,而又在局麻和