DOI: 10.16016/j.1000-5404.1998.05.037

官[4,5],本组 20例均为原发性,未发现它处淋巴瘤。有报道 162例胃淋巴瘤伴螺旋杆菌性胃炎达 100%[6]。因而螺旋杆菌感染引起胃粘膜淋巴组织增生、继而发生淋巴瘤。但由于沿粘膜下或粘膜固有层浸润生长,仅导致胃壁增厚,粘膜皱襞正常或肥厚。钡餐或胃镜检查可正常,也可诊为胃炎。本组 2例钡餐检查见胃窦张力高、粘膜皱襞粗误为胃炎。中、晚期胃淋巴瘤粘膜破坏、粘膜下肿块、溃疡形成、胃腔狭窄,易误诊为溃疡恶变或胃癌。根据本组病例钡餐检查及文献归纳本病特点及与胃癌鉴别点:① 病变范围广,易侵犯多个胃区,文献报告为 83%,本组 20例中有 11例累及 2~3个胃区占 56%。以胃体、胃窦受累多见。② X线表现形态特征:单发肿块、多发息肉结节、溃疡和胃腔狭窄。肿块内溃疡形成"牛眼征"或"靶征"。龛周可无环堤,如有环堤多数光滑规则,无结节状凸凹。龛影周围有较多增粗、增厚的粘膜皱襞,形态固定,但常保持完整。多发溃疡表现为边界欠清晰的浅淡不规则钡影。作者曾统计 40例溃疡型胃癌,环堤多不规则,龛影口部多有结节状,凸凹不平的指压切迹或裂隙征,粘膜皱襞近龛影口部多呈杵状增粗、中断、破坏或不规则性纠集。③ 病变重,肿瘤体积大而广泛,但患者全身情况好,二者表现多不相称。胃淋巴瘤均有不同程度胃壁增厚,而胃腔正常或缩小,有 1/4病人产生皮革胃[7],本组 2例有此改变,与胃癌鉴别较难。由于胃淋巴瘤的淋巴细胞增殖和浸润,而无正常细胞破坏及成纤维反应,故本组病例大部分仍有一定的扩张、蠕动收缩存在,无幽门梗阻者占 80%。反之,胃癌的细胞增殖伴有胃正常细胞迅速破坏和细胞死亡后出现显著成纤维反应,则容易引起胃壁僵硬、胃腔狭窄及蠕动减弱或消失,引起梗阻。④ 本病发病年龄轻,多为中、壮年,本组平均年龄 48.5岁,较胃癌年龄偏小。

胃淋巴瘤早期诊断有一定难度,应多种影像综合应用,互补不足。CT和 B超可显示胃壁厚度,以及肿瘤的腔外生长与周围内脏器官关系。特别是 CT对淋巴瘤的临床分期可补充钡餐和胃镜检查不足,还有腹腔淋巴结,肝、脾有无侵犯有较大帮助。有报道胃淋巴瘤和胃癌的 CT所见,胃淋巴瘤的胃壁均有增厚平均为 4 cm,83%侵犯胃周径的 50%以上,但胃外壁仍光整,胃周脂肪线存在者占 42%[8]。而胃癌仅 9%呈弥漫性胃壁增厚。本组 6例 CT检查胃壁厚度平均为 2.1 cm,其中 4例胃周脂肪线存在。结合钡餐双对比显示胃内病变广泛,粘膜下结节、肿块、溃疡、粘膜皱襞粗大、肥厚,而胃壁柔软,应提示胃淋巴瘤诊断。

关键词 淋巴瘤;胃肿瘤 放射造影术
中图法分类号 R735.2

参考文献

1 邹本荣,邱塔书.胃原发性恶性淋巴瘤.白求恩医科大学学报,1984,10(6):638
2 赵冬立,陈学英,游 龙,等.青年原发性胃何杰金病一一附2例报告文献复习.临床消化病杂志,1995,7(3):132
3 郭小明,张海选,李埃春,等.胃何杰金病内镜观察一年 1例报告.内镜,1992,9(1):89
4 徐荣天,张连成,张晓鹏,等.原发性胃恶性淋巴瘤 18例 X线分析.中国医科大学学报,1995,24(3):323
5 Cho K C, Baker S R, Alterman O D. Transpyloric spread of gastric tumors: Comparison of adenocarcinoma and lymphoma. AJR, 1996, 167(8): 467
7 Levine M S, Elmas N, Furth E E, *et al*. Helicobacter pylori and gastric MALT lymphoma, AJR, 1995, 166(1): 85
8 Levine M S, Brown L P, Aguilera N S, *et al*. Non-Hodgkin lymphoma of the stomach: a cause of linitis plastica. Radiology, 1996, 201(11): 375
9 Buy J N, Moss A A. Computed tomography of gastric lymphoma, AJR, 1982, 138(5): 859

(收稿:1998-04-15;修回:1998-07-15)
(编辑 刘 鹏)

依那普利治疗血管迷走性晕厥疗效的初步观察

Prdiminary observation on the effect of Enalapril in treating patients with vasovagal syncope

曾春雨* 刘光耀 何多芬 (第三军医大学附属大坪医院心血管内科)重庆,400042

提 要 目的:观察依那普利治疗血管迷走性晕厥(VS)的疗效。方法:对 15例倾斜试验(TTT)阳性的 VS病人先后口服

* 曾春雨,男,29岁,主治医师,硕士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

安慰剂和依那普利(5 mg 2/d)至少 1周后复查 TTT。结果:安慰剂组 15例 VS病人仅 2例 TTT试验转阴,转阴率 13.3%;依那普利组 15例中 TTT试验均转阴性,转阴率 100%。结论:血管紧张素转化酶抑制剂可能是防治 VS的有效药物。

血管迷走性晕厥(Vasovagal syncope, VS)是不明原因晕厥中最常见的一种[1],临床上分为血管抑制型,心脏抑制型、混合型 3种,部分病人常反复发作,可导致骨折、颅脑外伤等严重伤害,甚至造成死亡,对从事驾驶、高空作业者危害更大,因此寻找有效的防治途径成为医学界倍受关心的问题。以往人们曾试用美多心安、茶碱、东莨菪碱等治疗 VS,但疗效不一[2],本实验在国内外系首次采用依那普利治疗 VS,并对其疗效进行了观察。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

共观察 15例,男 7例,女 8例,年龄 22~57(37.7±11.1)岁,均为我院住院及门诊病人,经病史询问、体检及常规心电图、X线胸片、超声心动图和动态心电图等检查排除心源性及其它明确病因的晕厥,行 TTT检查,结果阳性而诊断为 VS。

1.2 方法

1.2.1 病人先后口服相同剂量的安慰剂和依那普利(5 mg 2/d)至少 1周后复查 TTT,服用安慰剂和依那普利之间时间相隔至少 2周。

1.2.2 TTT的方法和程序　① 基础倾斜试验(BTTT):试验前 3 d停用一切可能影响自主神经功能的药物,12 h前禁食,试验均于上午 9~12点进行。清晨空腹,建立静脉通道,静滴 10%葡萄糖,病人仰卧于带脚踏板的电动倾斜床上,平卧休息 5 min,然后倾斜 80°,直至出现阳性反应或完成 45 min的倾斜全过程。试验过程中,从实验开始每 5 min测量血压、心率及Ⅱ导联心电图一次,若病人不适则随时监测。② 多阶段异丙基肾上腺素倾斜试验(MITTT):试验前的准备及监测指标与 BTTT相同。实验分 3个阶段进行,每阶段平卧 5 min,然后倾斜 80°持续 10 min或直至出现阳性反应。上一阶段若为阴性则依次递增异丙基肾上腺素的浓度,其顺序为 0.25μg/min。15例病人均采用 MITTT进行。

1.2.3 阳性评定标准　参考文献[3]。

2 结果

2.1 药物干预前 TTT检查结果

药物干预前 15例病人均多次进行 TTT检查(2~5次,平均 3.4±1.1次),每例 TTT检查均有良好的重复性。表 1显示 VS发作时伴有血压的明显下降[其中收缩压由(120±6)mmHg△下降至(64±5)mmHg,舒张压由(67±5)mmHg下降至(24±4)mmHg,平均动脉压由(83±7)mmHg下至(38±3)mmHg,P均 <0.01];心率亦明显减慢(由 11±8次/min下降至 84±10次/min;P <0.01)。

表 1　药物干预后 TTT检查结果

	对照组(n= 15)	安慰剂组(n= 15)	依那普利组(n= 15)
平卧(BTTT)			
收缩压(mmHg)	135±6	141±5	130±7
舒张压(mmHg)	89±4	70±3	72±4
平均压(mmHg)	105±5	96±6	101±5
心　率(次/min)	68±6	70±5	65±4
平卧值(静滴 ISP 2ug/min)			
收缩压(mmHg)	120±6	118±5	118±6
舒张压(mmHg)	67±5	65±7	63±4
平均压(mmHg)	83±7	87±4	87±3
心　率(次/min)	111±9	106±9	108±8
倾斜 80°(ISP静滴)			
收缩压(mmHg)	118±7	121±5	120±10
舒张压(mmHg)	65±4	59±4	64±5
平均压(mmHg)	81±6	86±6	85±6
心　率(次/min)	134±5	130±3	130±4
晕厥			
收缩压(mmHg)	64±5	66±4	–
舒张压(mmHg)	24±4	27±5	–
平均压(mmHg)	38±3	40±7	–
心　率(次/min)	84±10	89±8	–

ISP:异丙基肾上腺素

2.2 药物治疗后 TTT检查结果

服用安慰剂(10 mg/d)1周后复查 TTT检查,安慰剂组仅 2例病人未能诱发出阳性结果,表 1显示安慰剂治疗后 TTT阳性者无论血压或心率均与治疗前差异不显著(P> 0.05)。

服用依那普利(10 mg/d)1周后复查 TTT,15例病人无一例发生 VS,表 1显示 TTT检查结果,依那普利组与对照组相比血压、心率差异不显著。

3 讨论

VS是晕厥中的一个常见类型,对其发生机制目前尚不明了,比较公认的解释是[4]:病人对直立位诱发的回心血量减少呈高度敏感性,而导致血中儿茶酚胺的过度增高,刺激左心室下后壁的机械感受器,使分布该区的 C类无髓鞘神经纤维兴奋,反过来使迷走神经张力反常增强,作用于外周血管和心脏,使外周血管扩张及心脏抑制,导致脑部缺血而发生晕厥。

内源性儿茶酚胺(CA)在 VS发作中的具体作用尚不甚清楚,Vingerhoet等发现 VS发作前血中 CA浓度上升 60%,Chosy和 Graham观察了 VS发作前血中 CA的浓度亦得出了类似的结论,以上结果均提

△:mmHg=0.133 kPa

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

示 VS发作前总以 CA浓度异常增高为无导,CA浓度过度增高可能是 VS发生的启动环节,因此抑制 CA的分泌就成为治疗 VS的有效途径之一。

CA的分泌受到突触前膜受体的调节已得到公认,美多心安治疗 VS正是基于这一考虑的[4]。Majewski等[5]发现 CA的分泌同样受到突触前膜上血管紧张素II (AII)受体的调节,刺激 AII 受体可促进 CA的分泌,我们推测血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)可能由于其抑制 AII 的产生、减少 AII 对 AII 受体的刺激从而抑制 CA的释放,进而在预防 VS发生中可能起到一定的作用。本实验 15例 VS患者服用依那普利后复查 TTT,转阴率为 100%,说明服用 ACEI是一种治疗 VS发作的有效途径,证实了上述设想,推测在 ACEI防治 VS的机制中,血 CA浓度下降可能占有重要的地位。

当然,本实验例数尚少,欲进一步对 ACEI口服给药治疗 VS效果得出结论尚需进一步扩大例数,并延长随访时间;为明确其防治 VS的机制尚需对治疗前后血 CA浓度进行对比研究方能得出更信服的证据。

关键词 晕厥;倾斜试验;依那普利
中图法分类号 R544.2

参考文献

1 Strasberg B, Recharia E, Sagie A, *et al*. The head-up tilt test in patients with syncope of unknown origin. Am Heart J, 1989, 118(5Pt1): 923
2 方铭喜,蒋静涵,葛 潜.血管迷走性晕厥的治疗进展.国外医学: 心血管疾病分册, 1996, 23(6): 343
3 曾春雨,刘光耀,王旭开,等.倾斜实验加硝酸异山梨醇酯舌下含化诊断血管迷走性晕厥.中华心血管病学杂志, 1998, 26(4): 263
4 Rubin A M, Rials S J, Marinchak R A, *et al*. The head-up tilt table test and cardiovascular neurogenic syncope. Am Heart J, 1993, 125(2Pt1): 476
5 Majewski H, Hedler L, Schurr C, *et al*. Modulation of noradrenaline release in the pithed rabbit: a role for angiotensin. J Cardiovasc Pharmacol, 1984, 6(5): 888

(收稿: 1997-09-15;修回: 1998-06-25)
(编辑 冷怀明)

介绍兔肢体延长模型

Introducing a limb lenthening model in rabbits

许建中* 李起鸿 杨 柳 冯文曦 (第三军医大学附属西南医院骨科)重庆, 400038

提 要 目的: 介绍兔胫骨截骨小腿延长模型。方法: 采用微型三环外固定器,于兔胫骨上骺端截骨及腓骨上端折骨后行小腿延长。结果: 234例肢体中 202例延长成功,延长率 10%~40%,延长成功率 86.32%。结论: 本术式较为稳定可靠,可为肢体延长术及其并发症的防治研究提供了一较好的动物模型。

近年来,在缓慢牵伸肢体延长术得到广泛应用的同时,其并发症也逐渐引起人们的注意[1],如何减少并发症,提高手术疗效,改善肢体延长术的功能效果,仍然是有待研究的重要课题。因此,建立一稳定可靠的肢体延长模型非常必要。我科在多年肢体延长的实验研究中,建立了兔肢体延长模型,现介绍如下。

1 兔后肢肢体延长模型

本模型所采用的骨延长器是将半环槽式外固定器[2]等比例缩小,缩小后的骨外固定器环外径为 55 mm,内径为 38 mm,螺杆外径为 3.5 mm,螺纹距为 1 mm/2圈,即每延长一圈螺杆肢体延长 0.5 mm。动物手术: 选用体重为 2~3 kg的实验用兔,术前禁食水,3%戊巴比妥钠按 1 ml/kg体重静脉麻醉,后肢备皮后常规消毒铺巾。分别于胫骨平台下 1 cm, 5 cm处交叉穿放直径 1.2 mm的克氏针,交叉角度 25°~45°,再于胫骨中下段冠状面横行穿放一直径 1.0 mm克氏针。干骺端截骨延长时,于上两组钢针之间胫前内侧纵行切开皮肤,深达骨膜,并于骨膜下剥离,显露胫骨上段,小心撬断腓骨上端,并用线锯于上两组钢针之间横行锯断胫骨,安放特制的半环槽式外固定架,生理盐水冲洗伤口后,直视下将截骨断端解剖对位加压固定,逐层缝合骨膜,皮下及皮肤,加压包扎。术后给予抗生素肌注预防感染。48 h更换敷料。术后第 5天先松除骨折端加压,然后根据实验设计以不同速度,幅度及频率逐渐延长后肢,术后骨架结构稳定,可满足动物自由活动,见图 1。定期复查 X线片以了解肢体延长速度及幅度,见图 2。肢体延长率按延长量/原胫骨长度×100%计。

* 许建中,男,36岁,副教授,博士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net