DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.05.022

可与鼠肝细胞膜上的特异性受体结合，使细胞内cAMP增高，抑制磷酸脂酶的活力，保护肝细胞膜和溶酶体膜，阻断肝细胞的坏死过程[2]；本组病例使用PGE_1后，血浆与淋巴细胞内cAMP增高，cGMP下降，两者比值回升，与急性肝炎恢复期情况类同，提示肝细胞病变趋于缓解[3]。5例无效病例，3例死于疗程未结束前，提示必须尽早使用于肝细胞坏死之前[2]。肝细胞内cAMP增高，更能诱导鸟氨酸脱羧酶、酪氨酸转移酶的增加，促进DNA合成，加速肝细胞再生[5]；本组10例病例，胎甲球短期内明显增高，提示肝细胞增生活跃。外源性PG能刺激胆汁分泌性激素的释放，促进胆汁排泌[4]，这可能是本组病例血清胆红素迅速下降的重要原因。PGI_2、PGE_1能明显扩张肝动脉和门静脉，增加肝血流量，并能抑制血小板的聚集，起着明显的活血化瘀作用[5]，可防治慢重肝时内毒素血症和缺血缺氧所致的继发性肝坏死，并对肾、脑等重要脏器有同样效应，考虑系PGE_1显效的又一重要方面，本组病例治疗期间尿量与血小板均有增加，即为佐证。

PGE_1可通过上述诸方面，发挥其治疗慢重肝的效应，可在严密观察下谨慎使用。

参考文献

1. Aip MH, et al. The effect of prostaglandins, branched-chain aminoacids and other drugs on the outcome of experimental acute porcine hepatic failure. J Hepatology 1987:4:99
2. Guarer F, et al. Cytoprotective effect of prostaglandins on isolated rat liver cells. Liver 1985:5:35
3. 李梦东，等。病毒性肝炎患者血浆环核苷酸含量的观察。解放军医学杂志 1985；10（3）：176
4. Kaminski DL, et al. The relationship between glucagon and prostaglandin F stimulating canine hepatic bile flow. Hepatology 1988:8(2):275
5. 加登康泽，等。プロスタグランディンと肝。最新医学 1983;38(11):2134(日)

（收稿：1987.12.23，修回：1988.6.24。）

吸收不良综合征4例报告

陈享庭 徐采朴（西南医院 消化科）

吸收不良综合征系指各种原因所致的营养物资吸收障碍而出现的一组临床综合征。近年来，由于实验室检查的开展，此综合征逐渐为临床工作者所重视。我科近4年来共确诊4例，报告如下：

病例报告

例1，李某，男，51岁，住院号121843，因腹泻6年，加重半年住院。于6年前曾有两次不明原因腹泻，每天5～6次，量中等，为黄色稀便和稀水样便，不含脓血，无里急后重感。每次持续1月左右，口服黄连素、土霉素后症状好转，但仍排稀便，每天2～4次不等。于半年前症状又加重，大便每天7～8次，性状同前。伴乏力、腹胀及食欲不振。半年来体重下降10kg。

体 检

呈恶病质，心肺无异常，肝脾未触及，腹水征阳性。双下肢水肿。

实验室检查

血象正常。血钾3.1～3.5mmol/L，血清钠、氯、钙、镁均正常。肝功能及肝酶谱正常，白/球蛋白为1.4/1.3g%。抗核抗体（－）。腹水检查示漏出液。尿常规正常，大便常规及培养无异常，粪脂试验（++）。右旋木糖试验排出0.4g/5h尿（5g

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

法）。小肠钡灌示肠腔扩张，肠壁增厚，肠蠕动活跃。纤维小肠镜检见空肠粘膜苍白。粘膜活检见空肠绒毛变短变钝，间质水肿，杯状细胞减少。提示空肠慢性炎症。

住院后口服胰酶片、多酶片、叶酸片。肌注维生素B_{12}，静滴复方氨基酸、血浆。同时口服灭滴灵0.4，3次/日，2周为一疗程，间歇2周后再进行第二疗程，共治疗两个疗程，大便成形，每天1次。腹水及水肿消退。白/球蛋白为2.1/1.4g%。

例2，周某，男，64岁，住院号122071，因腹泻1个月住院。于1月前无明确诱因腹泻，为稀水样便，每日2～4次。伴乏力，腹胀及下腹部隐痛，无里急后重感。体重下降8kg。

体　检

消瘦，心肺正常，腹平软，全腹轻度压痛，肝脾未触及，腹水征阴性，肠鸣音活跃。双下肢浮肿。

实验室检查

血清钾3.2mmol/L，钠、氯、钙正常，肌酐、尿素氮正常，大便常规及培养正常，尿常规正常。肝功能正常。白/球蛋白为2.6/1.4g%，胰功肽试验正常。右旋木糖试验排出0.5g/5h尿（5g法）。小肠钡灌正常。纤维小肠镜检见空肠粘膜绒毛状、片状淡玫瑰红色，上有较多白色粘液分布。粘膜活检示上皮细胞增生，腺体大小形态不一致，间质有大量淋巴细胞、浆细胞浸润。提示慢性炎症。

住院后口服多酶片，静脉补充血浆、水解蛋白、全血及一般对症治疗。并口服吡哌酸0.5，3次/日，以后又服灭滴灵0.4，3次/日，治疗一个月，病情好转，食欲增进，腹水及水肿消退，白/球蛋白为3.0/2.4g%，但每日仍有3～4次稀便。

例3，窦某，男，23岁，住院号100012，因腹泻1年，加重3个月住院。于1年以前起不明原因腹泻，为黄色稀水便，每日10余次，无里急后重感，伴下腹部隐痛。经治疗后好转。近3月来症状又加重，大便性状同前。体重下降7.5kg。

体　检

消瘦，心肺正常，腹平软，脐周围轻度压痛，肝脾未及，无腹水及水肿。

实验室检查

血象、电解质及肝功能均正常，肾功正常，白/球蛋白为4.5/1.5g%，大便常规及培养无异常，尿常规正常。右旋木糖试验为0.64g/5h尿(5g法)。钡餐示小肠管肠增宽，皱襞增粗，部分粘膜显示不清晰，站立位时部分小肠内可见多数液平。提示小肠炎症。

住院后口服黄连素0.3，3次/日，吡哌酸0.5，3次/日，共3周。并肌注维生素B_{12}及其他对症治疗，症状好转，大便每天2～3次，体重增加3kg。

例4，万某，女，24岁，住院号117113，因腹泻消瘦3个月住院。于3个月前不明原因腹泻，每日3～4次，为稀水便或水样便，伴腹胀乏力及食欲减退，进食油腻食物可使症状加重。体重下降约15kg。

体　检

消瘦，体重30kg，心肺正常，腹平软，上腹部轻度压痛，肝肋下刚触及，质软无触痛，脾未及。腹水征阴性，肠鸣音活跃。

实验室检查

血象正常，血清钾2.6～3.5mmol/L，钠、氯、钙、镁、磷均正常。肝功能及肝酶谱正常。白/球蛋白为4.2/2.8g%，大便常规及培养无异常，粪脂试验（卅），尿常规正常。右旋木糖试验为0.38g/5h（5g法）。钡餐示小肠呈分节、斑片及点状，粘膜紊乱。纤维小肠镜见十二指肠及空肠上段粘膜皱襞平坦、光滑、轻度水肿。活检示小肠粘膜绒毛变短、变平，上皮显轻度萎缩，间质纤维组织增多，并有较多的淋巴细胞、浆细胞浸润，粘膜肌层可见，提示小肠慢性炎症。

住院后静滴能量合剂，肌注维生素B_{12}，口服叶酸、烟酸、胰酶片，并口服吡哌酸0.5，4次/日，TMP0.1，2次/日，共22天，一周后加服四环素0.25，4次/日，共2周。病情好转，每天软便1～3次，食欲增进，体重增加7kg。

讨　论

吸收不良综合征的分类仍不一致。过去有人按病因分为原发性和继发性；但目前由于所谓原发性者其病因已趋明确，原发性吸收不良综合征一名已逐渐不用。

本综合征的诊断较困难，医务工作者首先要提高警惕，想到本征的可能性，才能根据病史、症状体征、实验室检查，并结合小

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

肠粘膜活检作出诊断。患者一般有排便次数增加，且大便量多而色淡，常伴腹胀及体重减轻。部分患者有出血倾向、感觉异常、骨痛及贫血等症状[1]。对于吸收不良综合征的检查方法虽多，但目前常用而诊断意义较大的有粪脂测定、呼吸试验及右旋木糖试验等[1,2,3]。右旋木糖试验反映小肠粘膜吸收功能，有定位诊断意义[4]。文献报导本试验对于诊断普遍性小肠吸收不良阳性率在90%以上。本组4例全部为阳性，并同时作了尿常规及肾功能检查，亦无呕吐及胃排空延迟的征象，可以排除肾功不全及胃疾患等影响木糖试验结果的其他因素。本院所作的右旋木糖试验是5 g法。许多资料表明，5 g法结果可与25 g法相比拟[3,4]，且可节省木糖用量，减少受试者恶心、呕吐及腹痛、腹泻等反应，值得推广。小肠镜检查及小肠粘膜活检是近年来开展的检查，可以直接观察小肠粘膜，并在直视下行小肠粘膜活检。本组3例均有病变发现，有诊断价值。而且小肠粘膜活检对某些小肠疾病所致的继发性吸收不良具有鉴别诊断意义[5]。

本组四例均有慢性腹泻、消瘦、体重下降及下肢水肿等表现；实验室见低蛋白血症、低钾血症、粪脂增加，木糖耐量试验明显下降；X线钡餐可见肠腔扩张等改变；其中三例小肠粘膜活检见粘膜上皮萎缩；以上均符合吸收不良综合征，诊断可以成立。至于引起吸收不良的原因，尚难肯定。鉴于四例均经抗菌治疗而明显好转，可能属感染性吸收不良症。另外，其中三例X线钡透均见肠腔扩张，一例并有液平，是否有小肠细菌繁殖过多，亦需考虑。例二小肠粘膜活检见大量淋巴细胞浸润，是否有结节性淋巴细胞样增生症，亦难排除。

参考文献

1. Cecil. Textbook of medicine. 17th ed 1985:103
2. Gary L, et al. Current gastroenterology 1982; 2:77
3. 江绍基主编。临床胃肠病学。上海科技出版社，1981:434
4. 陈忠贵。有关吸收不良综合征的诊断问题介绍。临床医学 1986；(1):10
5. 姚光弼，等。小肠粘膜活检的技术及临床意义。中华消化杂志 1983；8(4):294

（收稿：1986.9.8，修回：1988.5.20）

B型超声经直肠诊断前列腺疾病318例分析

王 风　周 毅　沈永维　（大坪医院 B超室）
宁天枢　方玉华　（大坪医院 泌尿科）

资料和方法

我院于1985年9月至1986年12月，应用直肠B超检查前列腺318例，其中正常健康人36例，年龄19～40岁，平均27.5岁；因前列腺疾病来院门诊或收住院病人共282例，年龄21～76岁，平均59.1岁。

仪器

采用Aloka-SSD-280型实时超声诊断仪，枪式线阵探头，频率5 MHz。

方法

常规清洁灌肠，检查前饮水使膀胱中度充盈，病人取左侧卧位，探头外罩避孕套并涂抹石腊油，经肛门沿直肠解剖两个弯曲方向缓缓插入至

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