DOI:10.16016/j.1000-5404.1984.01.014

following results were observed.

Most patients exhibited dilatation of all the chambers and the increase of the left ventricular weight, however, dilatation was the main manifestation. Cardiac dilatation and hypertrophy present the similar pictures on radiograph or ECG, differentiation of the two conditions can hardly be made with either of the above methods, but must depend on ultrasound especially in cases complicated with left atrial dilatation and fibrillation.

The changes of LVDF of DCM patients revealed by ultrasound were the abnormalities of the amplitude and rate of the posterior wall movement and of the diastolic filling volume and filling rate of the left ventricle. It was found that the PWE, DPWV, RFF, RER/ESV of the patients were much lower than those of the control ($P<0.001$) . In addition, ultrasound also showed the abnormality in the movement of the anterior leaflet of the mitral valve, increase of EPSS, and marked decrease of EF inclination rate and DE amplitude ($P<0.001$) .

气相色谱法快速拟诊厌氧菌感染（摘要）

孟宪钧* 侯大和* 杨可桢* 迟彦邦* 黄志强* 王德旺** 肖光夏**

（第一附属医院）

本文介绍了气相色谱快速拟诊厌氧菌感染的方法，同时以培养法对照，以及应用本法对不同的胆液的结果进行分析。

气相色谱法检测厌氧菌的酵解产物——短链脂肪酸拟诊厌氧菌感染，具有快速的特点，临床有应用价值[2]

气相色谱拟诊厌氧菌感染的原理：当将样品注入气相色谱柱时，溶质在高温下气化。不同溶质的不同分配常数K决定着溶质在固定相不同留滞时间，经记录仪记录下诸溶质的不同留滞时间，可供分离。

生物源样品中，微生物生长繁殖所产生的或宿主反应的化学物质经由气相色谱加以检出即是气相色谱拟诊厌氧菌感染的依据。由于厌氧菌对醣类和氨基酸的酵解代谢，产生具有特点的有机酸和醇，这些代谢产物即存留在其生长的环境中，如脓、各种体液及其培养基。

厌氧菌的酵解代谢产物主要为短链脂肪酸。Moor等[3]首先做出用气相色谱法检测短链脂肪酸以确定厌氧菌的存在。其后Gorbach等[4]又做出在以气相色谱检测中，异丁酸、丁酸或丁二酸任何一者的出现都表明有厌氧菌的生长。

我们所订依据是在气相色谱检测中，检出除乙酸外的其它短链脂肪酸，特别在三个以上时，即可拟诊

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

为有厌氧菌的存在。

我们对不同胆道感染病人，于手术中穿刺或术后引流T管取得胆液，依上法进行气相色谱检测。结果31例肝内胆道疾病中22例（71%）阳性，其中肝内胆管结石18例，阳性10例；肝内胆管结石、复发性胆管炎7例，6例阳性；胆管炎3例、残余结石3例均为阴性。22例胆囊疾病中，8例（36%）阳性，其中胆囊炎6例，阳性2例；胆囊炎、胆石16例，阳性6例。

在以气相色谱诊断厌氧感染方面尚存在着不同意见[6]，也不能完全取代常规的培养方法。但在快速拟诊厌氧菌感染，此法是可取的。

肝胃韧带裂口疝一例

唐礼华* 齐悦国

（南充地区医院 外科）

患者女，53岁，农民。1983年10月23日午前突然站起时即感上腹牵痛。3小时后转为阵发绞痛，吐出胃内物。服氯霉素、颠茄片后略缓解。第五日持续腹痛伴绞痛、腹胀、频繁呕吐、味苦，于次日住院。病程中少量黄稀便数次。既往史无特殊。体温正常，脉搏100次/分，呼吸25次/分，血压130/110mmHg。急性病容，神智清楚，脱水貌。心肺正常。腹稍隆起，可见肠型。中上腹明显压痛，闻及高调气过水声。腹透见多个阶梯状液平。初步诊断为机械性肠梗阻、肠扭转。经补液、抗感染、胃肠减压。病情改善后在持续硬膜外麻醉下行剖腹探查。术中见腹腔内有800毫升左右淡红色液。近段小肠明显胀气，肠系膜比正常人略长。胃下移遮盖横结肠。距回肓部约20cm的一段回肠向上横过胃前，在肝胃韧带前层中点裂口（约4.5×2.5cm²）向后嵌入形成疝。故疝囊颈为该韧带前层裂口；囊壁为韧带的后层，无增厚及粘连。回肠系膜沿顺时方向旋转约100度，再沿肠管纵轴扭转约220度。囊内肠管约15cm，轻度发紫，光泽减低，在疝囊颈处明显压迹，系膜动脉搏动可见。拖出回肠热敷及普鲁卡因系膜根部封闭、小肠减压复位、重迭修补疝囊口，术后16天痊愈出院。本例为较罕见的腹内疝，临床表现为不全性肠梗阻，常在手术时证实诊断。治疗为手术复位后，重迭修补疝孔。

*本校79年级实习学员

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