DOI:10.16016/j.1000-5404.1980.01.015

期随访，发现所有病人均有效起搏，阿斯综合症发作消除，22个月时死亡率为26%，生存率达74%。最近Furmun对不同能源的起搏器病人存活率进行比较发现，采用锂电池者比采用锌汞电池者明显增加，三年存活率前者为100%，后者为58%，说明随着起搏器的改进生存率还会升高。目前认为安置起搏器病人的平均寿命已接近一般自然人群，其死亡率较不安起搏器者大大下降，而生存率却大大增加。

癌性胃溃疡的假性愈合

（附一例报告）

第一附属医院内科　徐采朴　李光瑶　刘为纹

传统的看法认为癌性胃疡溃不会愈合，因此治疗试验被作为良性和恶性胃溃疡的鉴别方法。曾有少数报导①②⑤恶性溃疡可明显愈合，但Bachrach认为其证据不能令人信服。随着胃照相术的新发展日本学者证明了恶性溃疡的愈合。Takao Sakita等（1971）③报导早期恶性胃溃疡约70%可以明显愈合，提出了恶性溃疡愈合和复发的活动周期，于1973年提到此恶性周期适用于大部份早期胃癌，而晚期胃癌的溃疡适用于此者极少④。本文报告一例进展期胃癌的恶性溃疡（胃镜及钡餐检查完全为良溃疡表现）经内科治疗5周后溃疡完全愈合，现就本例的点滴体会结合文献作一简要讨论。

病　例　报　告

王某、男、46岁，住院号51318，因上腹隐痛不适8年，黑便1天于1978年8月13日入院。患者1971年起渐感上腹隐痛，多在饥饿或夜间1点钟左右发生，进食后缓解，伴有反酸嗳气。某院钡餐检查诊断“胃小弯表浅溃疡”，服胃舒平等药自觉好转。1977年7月钡餐复查未发现异常，1979年2月钡餐检查诊断“胃窦炎”近2日胃痛加重并解柏油样大便乃入院。

病后食欲尚可，未消瘦，其余既往史无特殊。

体检：发育营养尚好。浅表淋巴结不肿大。头、颈、胸部无重要发现。腹部平软，肝、脾未触及，剑突下有压痛，未扪及包块。

血常规检查正常，入院5天便血停止，9月4日以后2次大便隐血试验阴性。胃液分析除隐血（廿）外胃酸在正常范围。脱落细胞检查阴性。淋巴细胞转化分裂相16%。

1978年8月29日胃镜检查发现幽门管小弯侧见一豌豆大（0.5×0.6平方厘米）溃疡，边缘尚整齐，底部尚平滑复以黄褐色苔，周边充血。溃疡边缘取活检3块，病理报告：1)、符合幽门管溃疡；2)、中度慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生。

1978年8月31日钡餐检查在胃窦幽门管交界处小弯缘有一壁龛影约0.5×0.5平方厘米。

住院期间经胃痛灵（主要成分为甘草流浸膏、菖蒲、碳酸氢钠、氧化镁、次碳酸铋等）服止宁（Fulcilin）、锡类散、胃膜素，后因反酸明显又加胃舒平等治疗，症状好转，乃于

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

1978年月10月6日（五周后）复查胃镜发现原幽门轮小弯溃疡已完全消失，该部位仅充血发红，轻微糜烂，取活检3块，其中一块见有印戒细胞，PAS及AB染色均为阳性。诊断胃幽门管印戒细胞癌、慢性萎缩性胃窦炎伴胃上皮化生。外科于1978年10月17日术中发现癌肿位于幽门小弯侧已浸及浆膜层及大弯侧约4×3平方厘米大。幽门下区及胃左动脉根部淋巴结肿大，而胃腔内未见溃疡肿物。切除胃病理检查见胃小弯幽门处有一硬结约4×3.5平方厘米，胃腔粘膜未见溃疡及肿物，仅幽门小弯少许轻微糜烂。镜检见癌细胞大部呈弥漫性或形成少数小腺状。胞核为半月状位于边缘，胞浆丰富透明，粘液染色阳性。癌细胞呈浸润生长达肌层及浆膜。胃左动脉侧、幽门处，胃小弯处淋巴结均见转移的同上述的癌组织。病理诊断为胃结节型粘液腺癌，伴淋巴结转移（4/4）。

讨　　论

本例术前1月余，胃镜及钡餐均发现幽门部小弯有一溃疡，治疗五周后，症状消失，胃镜复查见原有溃疡完全愈合，而仅在残留的充血发红处活检找到癌细胞。手术切除标本也证明已无溃疡，而癌细胞向肌层浸及浆膜层形成4×3.5平方厘米之肿块并有淋巴结转移。本例为进展期胃癌恶性溃疡完全愈合似无疑问。恶性溃疡的愈合多为早期胃癌，像本例病晚期胃癌的恶性溃疡完全愈合更是罕见。通过此例一系列的观察，我们认为不论是良性或疑为恶性胃溃疡已愈合者均应定期严密观察1年以上。胃镜复查似较钡餐为佳，像本例溃疡已完全愈合仅局部充血糜烂，钡餐是难以发现癌病变的。胃镜检查时不仅对所谓恶性疤痕（中央有凹陷，其边缘出血或粘膜皱襞中断，尤其是皱襞顶端增厚、变薄或不规则等不同于良性疤痕）处多取活检外，我们认为即使溃疡完全愈合，该处仅留下充血、发红、粘膜变色处也不应放过而宜多取活检，刷片甚至直视下喷撒甲苯胺兰或美兰进行染色以提高诊断准确性。本例如果由于溃疡已消失而不作活检则势必漏诊。

此例抗溃疡药物治疗五周内溃疡完全愈合，与良性溃疡愈合时间相似，此点和文献报导相符③。本例患者胃酸正常，抗酸药物治疗后胃痛、反酸好转，溃疡愈合，也支持恶性溃疡形成的消化性因素。

此外，值得提出的是此例胃癌病变尤其是治疗后，主要表现向胃外（浆膜层）发展而胃粘膜病变很不明显，这种情况亦属少见，极易漏诊，胃镜检查时应提高警惕。

小　　结

本文报导一例罕见的胃癌，其癌细胞穿过肌间隙向胃浆膜层发展而胃腔内表现为一良性溃疡完全愈合的病例。通过对本例系统的观察对该病诊断提出讨论。

参 考 文 献

1. Bachrach W H: Observation upon the complete roentgenographic healing of neoplastic ulcerations of the stomach, S G O 114:69 1962.

2. Eusterman G B: Carcinomatous gastric ulcer; misleading results of

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

medical therapy, JAMA 118:1 1942.

3. Takao Sakita et al: Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer, Gastroenterology 6(5):835 1971.

4. Takao Sakita: Endoscopy in the diagnosis of early ulcer cancer, clinic in gastroenterolgy 2(2):345 1973.

5. Palmer W L et al: Gastric carcinoma: observations of peptic ulceration and healing, Gastroenterology 3:257 1944.

巩膜下巩膜嵌置术

第一附属医院眼科　张汉承

青光眼如果用药物不能控制眼压，便必须手术治疗。多年来，滤过术是抗青光眼的主要手术，但并发病较多，尤其难以避免的是（一）造孔时无法控制房水的流失量，造孔后前房消失，常为术后处理带来麻烦和困难。某些病例容易惹发恶性青光眼；（二）术后滤泡局部隆起，并因房水的溶解作用，泡壁很薄，裂隙灯下常只见一层结膜上皮，容易发生晚期并发病——外伤、泡壁破裂、眼内感染或低眼压等。因此于50年代，我们曾在狗眼进行手术方法上的探索，以期避免这些并发病，随着便开始在临床上施行巩膜下巩膜嵌置术及双瓣巩膜切除术（按近年涵义实即小梁切除术）。巩膜下巩膜嵌置术的操作简易安全，并发病少，4例5只眼曾观察12—14年，除1近绝对期青光眼可能已非现有手术可以挽救或因手术未取得晚期青光眼所需要的超低眼压，术后1年失明，其余4眼完全成功。现报告如下。

巩膜下巩膜嵌置术的手术方法

1．2％奴夫卡因肾上腺素液局部麻醉后，置开睑器，缝上直肌固定线。在上外或上内方角膜缘后7～8毫米处弧形剪开结膜和眼球筋膜。

2．翻转结膜瓣，火针止血。

3．在上直肌止点的外或内侧斜形切取一条约3×8毫米的断层巩膜瓣。

4．沿角膜缘作一长约3毫米的切口，行根部虹膜切除。

5．在其后4～5毫米处作一平行的巩膜切口，插入虹膜整复器，自内紧贴巩膜，离解房角约1/3范围。当整复器通过巩膜突后（可感觉到），即不应紧压巩膜，以免引起后弹力膜撕脱。如房角粘连牢固，自中点向两侧分离困难，可由两侧向中点进行，一般分离顺利。

6．用弯镊镊住或用直针刺住巩膜瓣游离端，自巩膜切口送入脉络膜上腔，也紧贴巩膜推入前房。如感困难，可将巩膜瓣推出角膜缘切口后，再自角膜缘切口推入前房。连续缝合结膜，涂2％四罗卡品和四环素泼尼松眼膏。

术后炎性反应一般轻微，滴1％阿托品液3～5日即可。第5日拆除结膜线。分离房角粘连

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