DOI:10.16016/j.1000-5404.1980.03.022

estriol, Clin. Chem. 22:611, 1976。

5. 陈志蘅等：尿雌三醇在高危妊产妇的应用（介绍一简单的尿雌三醇测定方法及120例临床分析），全国地区性妇产科学术会议论文汇编第二辑 4，1979。

6. 林其德、姜宁玲等：尿雌三醇测定在产科临床应用价值的探讨，中华妇产科杂志 14(5):129，1979。

7. 林茂芝等：正常妊娠期尿雌三醇的排泄量，中华妇产科杂志 10(6):454，1964。

病例报道

一例大面积早期平坦弥漫型胃癌治疗的经验教训

第一附属医院普通外科 王代科 黄 文

我们曾经治疗一例大面积早期平坦弥漫型胃癌，国内尚未见到如此大的病变范围的报导，现将治疗中所遇到的问题，经验教训和粗浅体会报告如下：

病 历 摘 要

盛×× 男，45岁，住院号50660，1978年6月23日入院。三年来常反酸，打呃，近九月来上腹胀痛，进食后加重，服解痉制酸药无效，食量减少，体重下降5公斤，无黑便史。父亲死于胃癌。全身检查无特殊，腹部除剑突下有轻压痛外未发现其他异常。1978年6月16日胃镜检查印象为胃窦癌，取活检组织10块，病理诊断为慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生。入院后胃镜复查仍为胃窦和胃体小弯后壁癌，取活检11块，病理诊断为胃癌（腺癌或类癌）。钡餐检诊为胃窦癌。两次胃液分析胃酸均偏低，胃液隐血试验强阳性。两次胃液脱落细胞检查未发现癌细胞。血、尿常规及肝肾功能检查正常，胎甲球阴性，酶谱（AKP，LDH，r-GT）正常范围值。于1978年7月7日剖腹术中见胃外观正常，仅在胃窦后壁扪有增厚感。遂行根治性远端胃大部切除、毕Ⅰ式吻合，切除胃组织75%。标本切开胃腔见小弯角有一浅糜烂，前壁有3毫米大不规则隆起（图1）。镜检见粘膜和粘膜下层为癌细胞，其病变面积8×10厘米，病理诊断为早期平坦弥漫型胃癌（低分化型腺癌）（图2、3）。胃旁7个淋巴结均未发现转移，胃上端见有癌细胞。遂于7月17日行根治性全胃切除、食管空肠端侧吻合、空肠输入与输出袢侧侧吻合及十二指肠残端造瘘术，左膈下放导管和烟卷引流(图4)。切除残胃病理检查未见癌组织。术后翌日，右肺呼吸音较低，X线胸片有右肺下部轻度感染。术后四天拔除腹腔引流管。第五天发生右侧急性脓胸，当即经右七肋间闭式引流，流出淡黄色粪臭液1,200毫升，淀粉酶测定4,096温氏单位，革兰氏染色为阴性杆菌，培养为绿脓杆菌和大肠杆菌。引流后二天脓胸体征显著好转，胸片示胸腔积液基本消失，但口服美兰液见

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

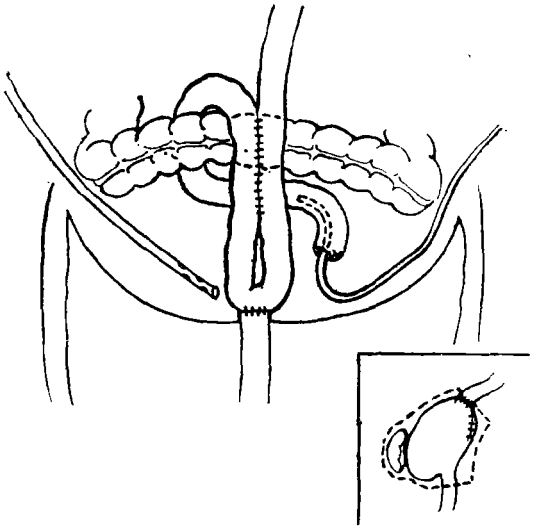


图4　根治性全胃切除后吻合示意图

从胸腔引流管外溢。术后7天发现膈下脓肿，即经左肋缘下行切开引流，放硅橡胶双套管持续负压吸引。并行空肠造瘘以作灌食用。术中见脓腔较大在肝前下区，十二指肠残端造瘘处位于脓腔内。当即引流出脓液800毫升，未见美兰液，淀粉酶测定256单位，培养为大肠杆菌、绿脓杆菌和肠球菌。7月26日行锁骨下静脉高价营养。7月29日经胸腔闭式引流管注入造影剂见脓腔为7×11厘米，口服造影剂见经食管空肠吻合口瘘流向脓腔。胸腔引流量每日1,400—1,500毫升，十二指肠造瘘引流量300—400毫升，腹腔为100—200毫升。患者持续高烧，全身中毒症状严重，且出现黄疸（黄疸指数25单位，总胆红质2.3mg%）。为控制胸腔感染，减少液体大量丧失，于7月30日行空肠转流术（图5），切断空肠侧侧吻合口（B）

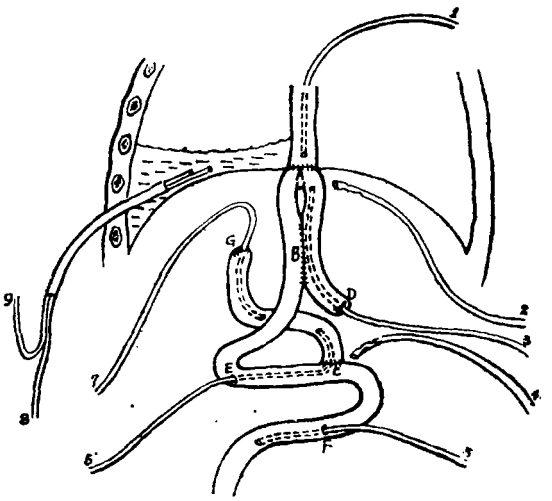


图5　空肠转流术及造瘘术示意图

1.鼻胃管　　2.4.腹腔引流管　　3.空肠盲袢引流管
5.空肠造瘘灌食用　　6.空肠造瘘管引流用　　7.十二指肠造瘘管
8.脓胸内滴注冲洗液管　　9.脓胸内负压吸引管

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

之近端，缝闭远侧端盲袢并放入一导管达食管空肠吻合口（A）附近以作引流，空肠近端与“B”口之远端40厘米处行端侧吻合（C），于此吻合口上、下端分别行空肠造瘘以作引流（E）和灌食（F）用。前次空肠造瘘距“C”口较远，予以拔除。术后放鼻胃管于“A”口近端，用等渗盐水滴注冲洗，持续五天。后改从胸腔闭式引流管内放二根塑料管，一根滴注冲洗液，另一根接持续负压吸引，引流极为满意，脓液逐渐减少，40天后服美兰液，未再见从胸腔引流管流出，拔管后脓腔闭合。8月6日（末次手术后6天）从“7”管注入美兰，见从“4”管流出，说明“C”口瘘。8月7日末次手术之腹直肌切口下部裂开，并呈隧道样向上通到“E”处，流出多量含胆汁与“4”管引流液相同的液体。乃经切口裂开处放二根导管于脓腔内，一根滴注含抗菌素的0.45%乳酸溶液，另一根持续负压吸引。此后发现“E”处为肠外瘘直接与腹壁相贴，乃用输液瓶橡皮塞堵盖而全闭。末次术后“7”和“4”管每日流出液在800—1,000毫升，二者间此少彼多，且发现“7”管流出有浓稠的脓液，表明十二指肠残端破裂，且浸泡在脓腔之中。各引流管保持通畅，流量逐渐减少。至9月2日以后全身中毒症状明显好转，黄疸消退。9月5日开始利用“5”管滴注葡萄糖盐水，但有时经“6”和“4”管返流出，且大便频数，直至9月29日始灌注流汁，日量1,500—2,000毫升，并将“7”之清亮引流液回收灌入“5”管。9月28日经“7”管注入美兰，未见从“4”管流出。10月1日拔除深静脉高价营养导管。自9月27日起经口进食，食量逐步增加，体力日益恢复。于11月14日并发泌尿系严重感染，经治疗控制。于12月23日出院。出院时腹壁仅遗留一小窦道，下肢轻度浮肿。8个月后窦道愈合，浮肿消失，体重增至59公斤（比术前增6公斤）。术后一年半，定期钡餐复查食管空肠吻合口通畅，食管有轻度扩张（图6）。全身情况良好。

讨　论

一、经验和教训：随着纤维胃镜的广泛应用和诊断水平的提高，早期胃癌占被切除胃癌的比率渐增，平均为7.7—15.3%①②，在日本多数医院已升至20—30%③。Friesen④报导65例早期胃癌中其病变面积达30—100平方厘米者占17%，其中有两例累及全胃。早期胃癌除偶见病灶处有小的环形狭窄或扪到胃壁有轻度增厚外（此种增厚是由于肌层肥厚和粘膜下纤维化，而非粘膜增厚），仅凭对胃外表的观察，是难以确诊。因此，在术中外科医生对病变界限的估计和切除范围的决断均有一定困难。本例病变面积达80平方厘米（8×10厘米），在国内尚未见有如此大范围病例的报导，术中仅扪到胃窦后壁有增厚感，遂以胃窦癌行胃远端根治切除，致使初次切除范围不够，而需作再次手术。张文范⑤报告早期胃癌75例中属平坦弥漫型3例，其中的首例亦有类似教训。因此在术前应尽可能通过胃镜检查，确定病变部位和界限。Murakami⑥主张将胃切开行直视检查，以明确病变范围。必要时于术中将切除胃残端即行冰冻切片检查，以免手术范围不够而须再次手术和产生严重并发症。此外，本例再次手术切除之标本未发现癌细胞，如事先重作一次胃镜或胃液脱落细胞等检查，则可作为是否必要再手术和手术时机选择的参考。

早期胃癌的淋巴结转移率可高达20%⑥。本例其所以尽早再手术的原因，是考虑如延误手术可能发生癌转移，而带来严重后果。但机体尚处于负氮平衡时期，全身抗力和组织愈合能力均低下，若通过积极的全身支持治疗，待负氮平衡有所改善后再予手术，则吻合口瘘、

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

胸腹腔感染及切口裂开等近期并发症或有可能避免。

二、救治的体会：本例术后并发吻合口瘘，脓胸，腹腔脓肿，切口裂开及泌尿系感染等严重并发症，病情垂危，全身中毒症状持续达80天之久，但不失时机的采取各种救治措施，终获治愈，通过抢救治疗，有以下体会：

1. 及早充分引流，控制感染：肠瘘死亡的主要原因是早期引流不充分，未能有效控制腹腔感染及败血症或中毒性休克⑦⑧。及早得到充分引流者治愈率高，而48小时以上引流者死亡率很高⑧。本例术后第五天突然发生右侧急性脓胸，显然是由于先发生了食管空肠吻合口瘘，肠液侵蚀纵隔胸膜而致破裂，形成脓胸。腹腔严重感染亦和吻合口瘘相关。对胸、腹腔感染，应用抗菌素是不可少的，但及早发现和充分引流，为控制感染，减少瘘口扩大，挽救生命起到首要作用。随即果断的施行空肠转流术，为控制脓胸起到关键作用。

此外，用抗菌素生理盐水或抗菌素0.45%乳酸液冲洗脓腔和持续负压吸引，这不仅有利于清洗脓腔，保持充分引流，而且有稀释与中和肠液，改变其酸碱度，减低消化酶的活性，从而减少对胸腹腔的刺激，有助于炎症消散，闭合脓腔，减少出血的机会和防止皮肤被腐蚀等好处。

2. 维持水、电平衡和营养：本例短期内多次手术，较长期禁食，大量消化液和体液的丢失，持续高热，机体的消耗极大。因此准确计算出入量，定期查血生化，维持水、电平衡和营养，增进机体抗力是控制感染的基础。除多次输血和血浆外，尽早采用了深静脉高价营养疗法(维持65天，其间换管二次)，它不但是维持营养和水、电平衡的重要措施，而且对减少消化液分泌，以利于肠瘘闭合起了重要作用。由于强调了各个环节的无菌技术管理，虽正处盛暑季节，但未发生因置管带来的败血症。治疗期间6次血培养，两次导管头培养均无菌生长。每日给葡萄糖425—750克（平均621克），蛋白质20—81克（平均50克），其主要为水解蛋白，少量为复方氨基酸。平均每日总热量2,820卡，氮（克）与非蛋白热卡之比为1:202—780（平均1:380）。我们体会供应充足的非蛋白热卡是保证蛋白质用于修复组织和增强机体抗力的重要条件。为使糖代谢不发生紊乱，调节胰岛素用量亦很重要，定时测定尿糖使其维持在0—十之间。本例第一周胰岛素（单位）与糖（克）之比为1:7—11，其后为1:15—26，最后两周未使用胰岛素。治疗中观察到患者在后半夜常发生不同程度的低血糖现象，这可与夜间迷走神经兴奋自身性胰岛素分泌增多有关。因此在夜间减少其用量，其与糖之比为1:31（25%葡萄糖500毫升加胰岛素4单位）。治疗结果表明，引流量逐渐减少，伤口和脓腔缩小，全身情况好转。但如长期使用深静脉营养也可能发生一些并发症。营养素补充不全它作为渡过难关的疗法是非常有用的，待肠功能恢复正常，经空肠造瘘灌注营养或口服，仍是维持良好营养的原则。

（注：本文部份资料承陈国萍同志协助整理）

参 考 资 料

1. 上海市胃癌协作组：93例早期胃癌有关问题的分析。上海医学 1(8):8，1978

2. 杨春明等：表浅型胃癌—附13例报告。中华肿瘤杂志 1(4):291，1979

3. Tadshige, M: Early Gastric Cancer (GANN Monograph on Cancer Research No.11)., Preface, University of Tokyo Press, 1972

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

4. Friesen, G. et al: Superficial Carcinoma of the Stomach. Surg. 51(3):300, 1960

5. 张文范：早期胃癌临床诊断及外科治疗的探讨。天津医药肿瘤学附刊 6(3):99, 1979

6. Murakami, T: Early Cancer of the Stomach. World J. Surg. 3(6):685, 1979

7. 南京部队总医院外一科：胃肠外瘘(113例的治疗体会)。中华外科杂志 16(4):214, 1978

8. 第四军医大学一院外科：胃肠道外瘘治疗的一些体会。内部资料 1979

釉质粘合剂及EB型复合树酯修复前牙牙体缺损的初步报告

第二附属医院口腔科 周俊京

多年来沿用的牙体缺损修复方法，虽能为病人解决不少问题，但却存在一定缺点。比如有些固定修复体方法复杂，工序多、费时多，有时甚至需要贵重金属来作固定修复材料。而前牙切缘切角及其它缺损范围较大固位差的牙体缺损修复效果不理想者居多，远远不能满足病人治疗的需要。

近年来由于医用高分子材料的迅速发展，釉质粘合剂（以下简称“粘合剂”）已在国外较广泛地应用于口腔病的防治工作上。国内也开始初步应用。我科自去年以来应用釉质粘合剂修复前牙缺损，包括前牙牙冠缺损、釉质发育不全、牙颈部楔状缺损及暂时性固定桥粘结及EB型复合树酯修复。但主要是前牙切缘切角缺损及Ⅲ、Ⅳ类洞的修复。经过将近一年来的应用，初步认为粘结修复有不少的优点，近期效果尚好。当然，远期效果尚待进一步观察。

有关器材

一、粘合剂：我们所用粘合剂是属于光敏固化体系的甲基丙烯酸环氧酯类树酯，可分二个组份，A组分主要成份为甲基丙烯酸环氧酯树酯，B组份为引发体系含光敏剂等；临用前按20—30:1取A、B组份，即相当于A组份一克B组份一滴，混合后并作预固化试验（即用波长为3650A的紫外线灯照射30秒）证实固化良好后，即可使用，可供一天之用。

二、50%磷酸溶液。

三、特制波长为3650A的紫外线灯一具。

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



图6． 41 20天人工皮难揭，有残留异物及疣状物

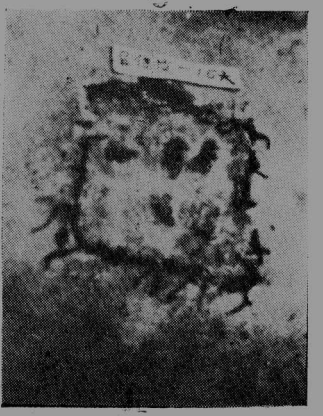


图7． 异体皮16天表浅组织坏死，自体皮扩展不明显

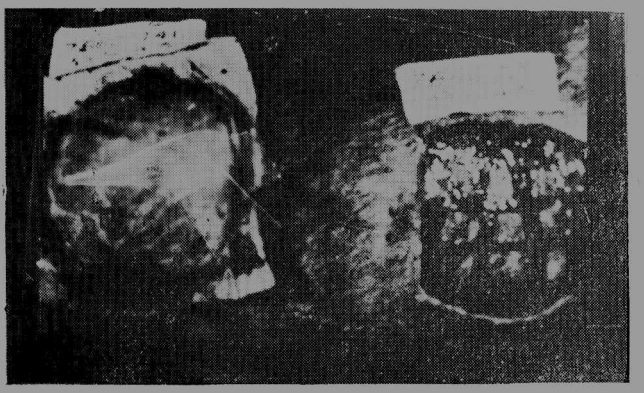


图8． T41 Ⅱ号皮脱落4天

一例大面积早期平坦弥漫型胃癌治疗的经验教训 （正文见第80页）

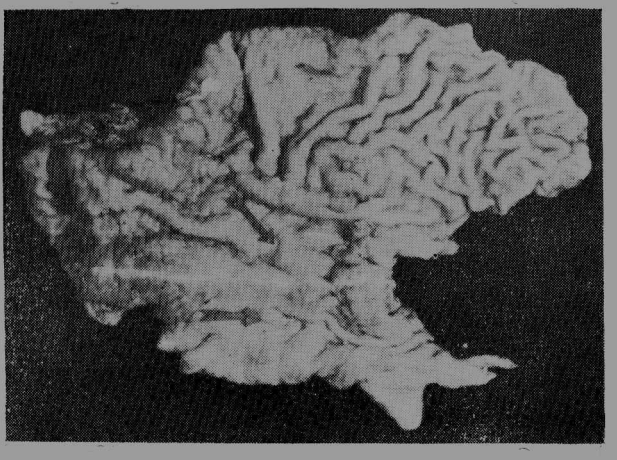


图1． 远端胃大部切除之标本
（上箭头示粘膜表浅糜烂；下箭头示粘膜局部隆起）

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

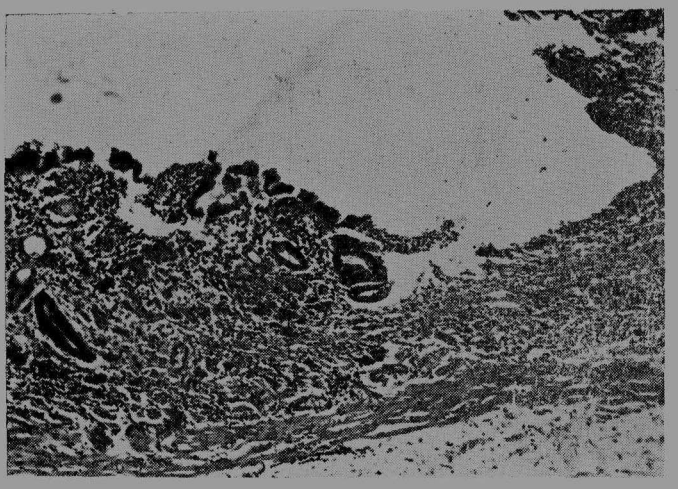


图2． 镜下（63倍）示癌巢位于粘膜层，粘膜肌层完整

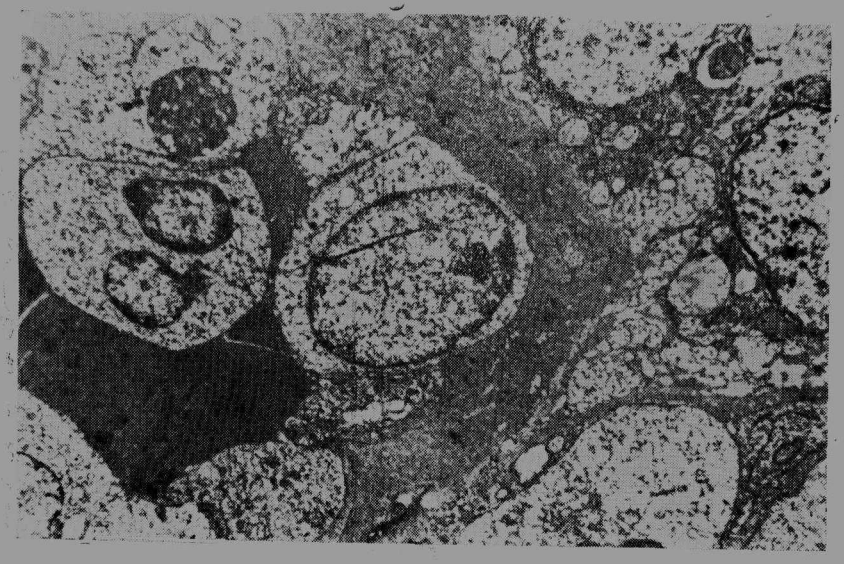


图3． 电镜（电子放大2100，光学放大3）示癌细胞形成腺腔样，系低分化型腺癌



图6． 术后一年半钡餐示食管空肠吻合口通畅

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