

全国外科学学术会议 資料选編

〔内部資料 注意保存〕

中华医学会 編

人 民 卫 生 出 版 社

全國外科學學術會議 資料選編

(內部發行 注意保管)

中華醫學會 編

人民衛生出版社

一九六一年·北京

內 容 提 要

这本选集是由1960年7月召开的全国外科学术会议许多论文中选编而成的。在第一部分有各专科小组总结报告，第二部分按一般、创伤、神经、肝胆、心脏等外科分列专题论文，共171篇。

在本书中既指出了今后任务和努力方向，又介绍了各地的宝贵经验，对外科临床医师，无论在实践上和理论上，都有很大的参考价值。

全国外科学术会议资料选编

开本：787×1092/16 印张：14 字数：320千字

中华医学会 编

人民卫生出版社出版

（北京曾刊出版委员会许可出字第〇四六号）
·北京崇文门东大街三十五号·

北京市印刷一厂印刷

新华书店内部发行

统一书号：14048·2351

1961年11月第1版—第1次印刷

定 价：1.20元

（北京版）印数：1—4,700

前 言

1960年7月10日至15日中华医学学会在郑州召开了全国外科学术会议。参加会议的全国各省、市代表共366人，河南地区列席代表105人。在会议期间收到论文900余篇。这次会议方向明确，重点突出，打破了以往学术会议只是宣读论文，不能充分讨论、统一思想、交流经验的旧作法。因此会议的收获很大，既总结了过去几年，特别是1958年大跃进以来外科工作中几个重要方面的工作，也指出了今后发展方向和需要努力解决的关键。

会议首先根据卫生部钱信忠副部长以“走中西医结合的道路、为创立我国独创的外科而奋斗”为题的主要报告，并结合中央1960年3月18日关于卫生工作的指示，随定一同同志在全国文教卫生群英会上的祝词和河南省委书记处赵文甫书记对会议的指示，分组讨论了对我国外科工作的估价和今后努力方向。然后会议分五个专题组进行。五个专题是：一般外科、创伤外科、神经外科、肝胆外科、心脏外科。各专题组根据收到的有关资料在大会上作综合报告，再以虚带实，虚实结合地进行讨论。最后各专题组在大会上作总结性汇报。这次会议明确了外科工作同医药卫生工作的其他方面一样，必须从六亿人民的健康出发，为生产建设服务。在学术上必须走中西医结合的道路，在普及的基础上提高，在提高的指导下普及，为创立新医药学派而奋斗。在讨论中，分析批判了从个人兴趣出发，轻视危害人民较大的常见外科问题，以及重病理外科轻创伤外科，重手术轻中西医结合等错误思想。中西医结合是这次会议的主要内容之一，在一般外科中更作为重点。

这次会议的资料比较丰富。为了更好地贯彻会议的精神，推动外科学术的发展，为祖国社会主义建设服务，特将会议的部分资料印出，作为内部参考。选编的第一部分是各专题组的总结，第二部分是各专题组主要论文的摘要，共计171篇，专题以外的论文都没有选入。

第一 部 分

开 幕 詞

全国外科学术会议今天在郑州开幕了,这是我国外科工作中的一件大事,讓我們对这次会议的召开表示热烈的祝贺,并对来自全国各地的四百多位代表表示热烈的欢迎!这次会议在郑州召开,中共河南省委、河南省人委、中共郑州市委、郑州市人委对会议给予了亲切的关怀和领导,河南省、郑州市医学单位和医务工作者都为会议作了很好的准备工作,在生活上也作了很好的安排与照顾,讓我們对地方党政领导和省、市医务工作者們,表示衷心的感谢!

这次会议,是在我国解放十年多来,医药卫生事业取得巨大成就和全民性技术革新、技术革命运动蓬勃开展的形势下召开的。会议的任务将是在提高思想认识、加强团结协作、总结和交流經驗的基础上,討論如何进一步普及、提高和发展外科工作,以适应国家社会主义建設飞跃发展的需要。在外科工作的方向道路問題上,我們将要討論如何进一步贯彻医疗預防工作从保护人民健康出发,全心全意为病人服务,以及从生产建設出发,密切結合生产,为生产建設服务的方針;在学术方面走中西医结合的道路,創立我国的新医药学派。为此,我們將着重討論中西医的結合問題。此外,为了提高和普及創伤外科,更好地为工农业生产 and 国防服务,我們將重点討論創伤外科問題。为了交流和促进现代尖端外科技术的发展,这次会议也将重点討論脑損伤和脑瘤、肝广泛切除和复杂的心脏直視手术等問題。在这些方面也要結合我国的具体經驗,沿着中西医结合的总方向,迅速地攀登医学科学高峰。

这次会议进行的方式,要打破过去学术会议以个人宣讀論文为主的旧框框,将根据大会的任务,采取虚实結合、以虚帶实、报告討論与現場活动結合的方法,以达到广泛交流經驗的目的。希望全体同志充分解放思想,貫徹百家爭鳴的精神,把各方面的問題談深談透,让会议开得生动活泼,解决問題。

这次会议討論的問題比較多,而且都是十分重要的。因此我們一定要集中精力把这几个主要問題討論好。抓住問題的关键,就能帶动全面,使我国外科在較短的时期內,在医疗研究和干部培养各方面出現一个既普及又提高的飞跃发展的新局面。对会议討論的主要問題将作出总结,也要作出必要的协作规划。

同志們!会议的任务是繁重的,但我們相信,在地方党委的关怀和领导下,在卫生部 and 地方党政負責同志們的亲自领导下,在全体代表同志們的积极努力下,我們的会议一定可以开好。謹祝大会胜利成功!

一般外科專題總結報告摘要

一般外科組

本組討論了六個專題，茲分述如下：

(一) 有關闌尾炎的討論 這次大會收到了用中醫中藥及針灸治療闌尾炎的論文 28 篇，總計治療人數為 9,372 例，療效很好。闌尾炎的類型，有急性單純型、慢性闌尾炎急性發作、闌尾炎穿孔並發弥漫性腹膜炎、闌尾穿孔局限性腹膜炎、闌尾腺腫。其中以急性單純性闌尾炎的治愈率最高，在 90% 以上；闌尾腺腫的療效也很好，包塊都在 10—14 天內消失。

在對闌尾炎適應證的討論中，絕大多數代表認為，過去所謂一切闌尾炎穿孔所引起的弥漫性腹膜炎必須手術的說法，應該有所變更。應當根據病人的症狀、體征、化驗檢查及具體病情而決定治療的方法，不能機械地作出決定。在開展非手術療法的同时，必須辨證使用各種綜合療法，以加速病人的全愈，並且細致觀察病情的變化。

有關闌尾炎復發率的討論：闌尾炎的復發率與病型極有關係。一般急性單純性闌尾炎的復發率較低，慢性闌尾炎急性發作型的復發率較高。復發率最低是 1.2%，最高是 70%，平均在 10—20% 左右。復發率較高的原因可能為闌尾的解剖生理位置的改變、粘連、扭轉、血吸虫卵沉着等，應當在中西醫綜合療法中設法提高各類闌尾炎的療效。

有關闌尾炎治療方法的討論：闌尾炎的治療方法多種多樣，有中醫藥、針灸、水針、氣針、耳針、穴位封閉、外貼洪寶膏以及辨證論治等。大多數同志認為，今後闌尾炎的治療應該圍繞辨證論治，開展有效藥物方劑及綜合療法的研究。河南使用洪寶膏外敷治療闌尾炎獲得很好效果，值得更深一步研究。各地區可以分工協作，進一步深入研究治療方法。

有關闌尾炎機制的研究：關於這方面的研究，我們還是剛剛開始。上海的同志們對闌尾炎的發病原因進行了研究。他們結合祖國醫學三因學說，加上近代醫學一些觀點，提出了新的假說，批判了單純地認為闌尾炎的發病是由于感染及阻滯等局部因素的觀點。北京、南京、安徽等處對針灸治療闌尾炎的機制進行了研究。在討論時，本組同志們提出了在闌尾炎機制的研究中應當結合中醫的基本理論，對病因辨證論治及預防方法進行研究。

(二) 有關急性腸梗阻問題的討論 過去認為急性機械性腸梗阻必須用手術治療，許多外科工作者看作是一條不可改變的規律。但在黨的領導下，它終於被打破了。在小組會上，大連醫學院代表生動地介紹了他們採取非手術的中西醫綜合療法，包括內服硝菴通結湯、理氣寬腸湯、生豆油，輔以胃腸減壓、禁食、輸液、注射抗痙攣劑、按摩及針灸等治療方法，治療過 152 例急性腸梗阻的病人，全愈率達到 85.6%，手術率由過去 66.7%，降低至 14.4%。山東地區使用推拿手法治療早期腸扭轉的病人 40 例，均獲得全愈。還有河南代表介紹了用皂角、葛根坐浴的方法，治好了 11 例急性腸梗阻。這些病例療效都很好。代表們對腸梗阻非手術的中西醫綜合療法進行了熱烈的討論，絕大多數認為急性腸梗阻的非手術綜合療法的療效是肯定的、應當批判那些一意強調手術而不顧及病人整體的局部觀點。

(三) 有關胃及十二指腸穿孔問題的討論 過去認為潰瘍病的急性穿孔必須手術：

或作修补,或行胃切除,不出局部治疗的范畴。大连医学院治疗了胃及十二指肠急性穿孔62例,经过中西医综合的非手术疗法(包括针刺、禁食、肠胃减压、输液、抗菌素注射),治愈率达到98.55%,死亡1例(死亡率1.45%)。陕西省医院用针灸治疗胃及十二指肠溃疡穿孔性腹膜炎18例,治疗效果良好,仅1例因发生中毒性休克而死亡。本组绝大多数同志在讨论中认为,溃疡病急性穿孔的患者在早期采用中西医综合治疗,应严格掌握适应证,注意病人的全身情况,积极采取各种综合措施,是会收到一定的效果的。

(四)有关脉管炎问题及感染问题的讨论 血栓性闭塞性脉管炎,祖国医学称为脉痹,是一种全身性末梢血管的慢性病变。以往多采取手术治疗:或作截肢,或作交感神经切除术,但效果不满意。天津津沧医院的代表报告了中医治疗血栓性闭塞性脉管炎120例临床观察,在辨证论治的原则下使用了四妙勇安汤及其加减治疗;根据56例随诊结果来看,远期疗效优良,达88.2%(而交感神经切除术的远期疗效优良者为30—70%),221个肢体中只有3例截肢。他们还就中医的辨证分型、病因机制进行了探讨。吉林医科大学的代表报告了中西医综合治疗栓塞性脉管炎的病例,有效率为100%,治愈率高达90%,无一例需要高位截肢。他们还结合了一些基础的研究,如动脉搏动度描计,动脉造影,同位素血流情况测定等,并且结合中医理论,把脉管炎分为四期。小组代表提出,今后治疗脉管炎的方向是大搞中西医综合疗法,消灭截肢率,进一步研究脉管炎的发病原因机制及中医的辨证论治。

有关感染方面:南京中医学院代表介绍了中医治疗感染的辨证论治,小组代表们交流了一些治疗感染的验方,讨论了中医内外兼治,标本兼治的原则。

(五)有关电针麻醉的讨论 安徽医学院及西安医学院的代表重点介绍了电针麻醉的适应证、禁忌证、使用经验以及临床使用效果的分析。西安分析了2,044例电针麻醉的效果,有效率高达92.1%。安徽医学院代表介绍了使用电针麻醉作胸腔手术的经验,并且在河南医学院作了现场操作,对一个食管癌手术患者进行电针麻醉,获得了极满意的效果。电针麻醉的优越性在于安全可靠、补充腰麻、全麻、局麻之不足,减少并发症(如呕吐、腹胀、休克、尿潴留等)的发生,止痛时间长,防止感染,并且简单,易于掌握,还能减轻病人的经济负担。代表们一致认为它给麻醉学创立了新的途径,有广阔的发展前途。小组代表表示决心,要很好地钻研祖国医学经络学说的理论,结合现代科学,对电针麻醉机制进行深入的研究。

创伤外科专题总结报告摘要

创伤外科组

一、手 外 伤

关于手外伤的论文,大会共收到17篇。近数年来,手部创伤已逐渐引起重视。鉴于手外伤发病率很高,占四肢损伤的约16%左右,且其中的68—85%又是工伤,因此,代表们一致认为,今后必须重视手外伤的预防工作。

预防措施主要在于加强宣传教育,大力开展安全生产运动,改善并监督工厂内安全防

护设备的使用情况,改善劳动卫生条件,如照明等。对新工人应加强技术指导,对一些容易发生手外伤的地方应严格遵守操作规程,订出制度,加强防护设备,对机器进行及时的检修。

(一)急救 首先应将技术下放,训练车间保健员和卫生员,使之能掌握一般的急救知识,如无菌包扎等。

(二)治疗 北京、上海、南京、山东等地均有手外伤的总结和經驗介绍,获得了优良效果。小组内对处理问题进行了细致的讨论,大都取得了一致的意见。

(三)麻醉 常用的麻醉有指根部的局部浸润麻醉、臂丛神经阻滞麻醉、肘根部神经、腕部正中神经的神经干阻滞麻醉。个别病例亦可用全身乙醚麻醉。指根部麻醉应当用0.5—1%奴佛卡因2—5毫升,可维持半小时。奴佛卡因内不可加肾上腺素,浓度不宜过高,量亦不宜过多,否则会造成手指坏疽。天津用连续臂丛神经麻醉,先注射2%奴佛卡因20—30毫升,以后每小时加注10毫升,效果亦良好。

(四)清创和复盖 伤后应立即用无菌敷料掩盖创口,在急诊室内不必打开,待到手术室内方才打开敷料,进行细致的检查。清创首先将伤口周围皮肤用肥皂水洗净剃毛,并用碘酒、酒精涂擦,再用消毒巾保护四周。是否进行伤口内冲洗,则依具体情况和条件而定。清创时,要注意无菌操作和无损伤操作,尽量保留组织,只切除污染以及失去生活力的组织。最后缝合创面。如皮肤有缺损,应采用断层游离植皮或带蒂皮瓣等各种整形手术以封闭创面。缝合时不宜过紧,以免伤口裂开而引起感染,甚或坏死。

若采用带蒂皮瓣,可采用大小鱼际、前臂、胸腹壁等处的皮肤。目前一般认为前臂的皮肤厚薄较为合适,最适合于手指或手部的皮肤复盖;较大的皮肤缺损仍以选用胸、腹部皮肤为宜。

肌腱与神经的修复,若清创彻底,能达到一期愈合,则可进行肌腱或神经的一期修补。若肌腱回缩至“无人区”,最好进行二期缝合。若不允許进行神经的一期修复,则以缝合神经鞘膜为度,便于日后进行修复。

(五)固定位置 清创后,局部可用压迫敷料,以防肿胀,手指取半屈位,用外固定,以利伤口的愈合。

(六)创伤后期肌腱的治疗 根据小组座谈,“无人区”之屈指深肌断裂可用带肌腱旁膜之掌长肌腱进行移植,效果甚好。山东报告用塑胶线来代替肌腱,初步疗效很好,其后期效果尚待观察。

(七)关节强直的防治 掌指关节的强直影响功能最大。强直原因主要是由于固定时间过长,亦可能因感染、固定于直伸位或侧韧带挛缩所引起。故除应消除感染及缩短固定时间外,手指应固定于半屈位。若已发生强直,而关节面仍完好,可施行侧副韧带切除术。若已有骨性强直,可考虑进行关节成形术。软骨帽、关节囊、皮肤等都可做为成形材料。

(八)外伤性槌状指的处理 外伤性槌状指应固定于过伸位。有人主张用克氏钢针固定远侧指关节于过伸位,近侧指关节于直角屈曲位,然后再进行伸肌腱缝合术。后期修复的效果较差,尚不能令人满意。拇指再造,各处常用者为食指转移,现已有人开始进行环指转移,手术较困难,但可以弥补转移有用的食指的缺点。

手外伤的外科工作中目前尚未解决的问题是中西医结合得不够。这在今后的工作中

必須解決。對掌骨發生開放性骨折時是否在清創后立即採用髓內針固定，還不能下結論。用塑膠綫代替肌腱做移植，尚有待於近期觀察。手的功能鍛煉還沒有適當的應用。這些問題都要在日後工作中進行研究。

二、中西醫結合的骨折治療

中西醫綜合治療骨折的效果已被大家所公認。代表們對中西醫綜合治療骨折均有一定的經驗。從收到的論文中，有10,939例骨折是採用中西醫綜合療法的，一般的療程平均縮短30—50%。這說明經中西醫結合治療骨折後，療效很高，病人痛苦少，功能恢復快。代表們在思想上已明確了中西醫結合治療骨折的優越性。小組座談的內容可歸納為下列數項。

(一) 藥物的應用 藥物一般可分為內服和外敷兩種。外敷藥的種類很多，但一般認為其作用主要是消腫定痛，活血去瘀。除藥物的直接作用外，膏藥的粘性能使夾板與皮膚粘着在一起，因此加強外固定的力量。內服藥有的採用配制的丸藥，亦有按辨證論治來應用的。大家認為按辨證論治來治療骨折是比較恰當的。在小組會上，曾將河南平樂正骨科所用的內服藥加以闡明：早期主要採用大承氣湯加減，內加散瘀活血藥；中期則以四物湯為主，再加補骨藥物；至後期則用八珍湯或六味地黃丸。在治療過程中，根據虛腫和濕腫的不同，上下肢的不同等因素隨症加減。大家一致同意外敷藥和內服藥必須並用。治療骨折必須從整體出發，通過內服藥，可以使骨折愈合得更快。

(二) 固定與牽引 經過討論，大家認為祖國傷科的固定方法有其優越性。由於固定物不包括骨折的上下兩關節，所以關節不致僵硬，且便於早期活動。

固定物不一定非石膏不可。中醫所採用的固定物種類很多，而且大都是就地取材，如木片、竹片、硬紙板等，都可作為固定物。敷膏藥後再外用夾板，固定程度相當牢。

對固定期間進行換藥的問題亦進行了討論。由於經常更換外敷藥，勢必影響固定。小組內的正骨醫師認為，換藥是否需要，應視具體情況而定。若系短斜形骨折，容易移位，則必須在整復後用夾板扎緊，兩、三星期可不換藥，以免斷端有移動。對於一些不易移位的骨折，可以在兩、三天後換藥。因此，換藥與否主要視何者為主要方面而定。若對位重要，以固定為主；若不易移位，則可按期換藥，以促進骨折愈合。在這個問題上的看法已趨於一致。

牽引一般認為仍有其價值，可以與中醫治療合併應用。對一些容易移位的骨折，如股骨斜形或橫形骨折，可在牽引的情況下應用中醫治療，如此可大大縮短療程。

早期活動、早期開始功能鍛煉是中醫處理骨折的最大優點之一。由於關節不包括在固定範圍之內，就有利於關節的活動，同時亦可防止肌肉的萎縮。因此，一旦固定解除，病人就能在較短時期內開始工作。這點代表們都有深切的體會。

(三) 預防 大家認為必須重視骨折的預防。尤其是工傷事故引起的骨折，很多是可以避免的。只要重視起來，加強安全設施，加強安全教育，就能防止骨折。

(四) 存在的問題 自開展中西醫結合治療骨折以來，曾進行了不少工作，如這次大會的報告總計起來在一萬例以上；但除了肯定其療效以外，並沒有什麼獨特的看法，亦未能很好地發掘新的問題，仍停留於療效的証實。這主要是由於紀錄不完整，沒有系統地加以細緻觀察，這對整理和提高祖國傷科是一個損失。因此大家都認為，要做好臨床研究工

作，必須認真地對待資料的搜集和積累，資料應力求完整，以方便於總結經驗。在開始進行研究工作以前，應當經過周密的計劃，以免浪費資材，每個病例均應做好隨訪。如此，即使少數病例，亦能總結出經驗，做出成績。另一個問題是：從療效上來看，骨折的愈合時期大為縮短，這點是大家所肯定的，但究竟縮短多少，由於各人的標準不同，所以很難互相比較。

三、中醫治療骨折的理論研究

這方面的工作做得較少。上海、天津、江西曾做了一些研究工作。上海曾對治療骨折的中醫理論，如活血化癥、腎主骨等進行研究。在活血化癥方面，用同位素來觀察用藥後局部血行的情況。根據腎主骨、肝主筋的理論來補腎補肝，可使骨折的愈合加速。但祖國醫學所說的腎肝是什麼仍值得探索。從動物試驗，配合生化、組織化學的實驗，認為腎可能包括腎臟、腎上腺、性腺、甲狀旁腺在內，而這些器官的功能的一部分又與骨的修復和代謝有關，所以利用中藥使這些器官得到調節，就對骨折的愈合有利。天津對肝的問題曾進行研究，用經絡測定器來測定；骨折後，最不平衡的是肝經，而骨折愈合又與肝臟有密切的生理作用。江西、天津對自然銅進行了研究，証明了服用自然銅以後血紅蛋白和鹼性磷酸酶均有所增加。

代表們認為中醫理論機制的研究是今後必須開展的工作。只有進行這方面的研究工作，才能將祖國醫學整理和提高。目前開展得不够的主要關鍵，在於西醫學習中醫还不够深透。代表們一致認為，今後在祖國醫學理論方面的學習非常必要，因為只有如此才能進行理論機制的研究。建議今後的理論研究應當著重在基礎理論及愈合機制方面和中藥加速骨折愈合的機制方面。

四、柳枝接骨

柳枝接骨的問題曾在小組內廣泛地進行討論，意見基本上是一致的。過去在臨床上曾進行了不少柳枝接骨手術，但由於結果不太合乎理想，所以很多單位停止了臨床應用。可是動物實驗仍正在進行中。最近河南醫學院所報告的柳枝接骨結果尚稱滿意，並且對柳枝進行了深入的研究，如測定不同柳枝的耐折耐壓性能，柳枝在體內的轉化，柳枝對機體的影響等，做出了一些結果。根據臨床觀察，除了柳枝有內固定的作用外，還有止痛、退熱作用。在32例中，有18例(56.2%)獲得優良效果，12例(37.5%)獲得良好效果。代表們認為柳枝接骨仍有其一定價值，柳枝是否骨化不應視為柳枝接骨能否在臨床上應用的一個標準。代表們亦認為，用柳枝作為內固定的一個方式，對適當的病例有一定的效果；不過是否能在臨床上普遍應用，仍值得考慮。對手術的適應証，柳枝的取材、消毒的方法等尚應加以研究。因此，我們對一些已做過柳枝接骨而有良好效果的病例應進行隨訪和嚴密的長期觀察。動物實驗仍應繼續進行；尤其對柳枝的轉化進行長期觀察是一項有意義的工作。

五、脊椎骨折所引起的截癱

脊椎骨折所引起的截癱，一般認為是難治之症。病人的數字大，但由於重視不够，所以未能得到合理的治疗。代表們均有熱烈的願望來解決截癱病人的問題。經參觀了鄭州

市紅旗人民公社医院之后，大家都有很大的启发，认为郑州市正骨科在这方面的工作是很好的。他们采用中西医结合疗法，治疗 40 例，获得良好的疗效。在出院的 20 例中，疗效显著者达 85%，目前住院病例均较入院前有不同程度的改善。采用的方法主要是积极锻炼，尤其是采用意识性功能锻炼，对日后的复原起积极的作用。下肢虽然麻痹，不能活动，但由于病人的坚强意志，依靠大脑思索麻痹肢体的活动，因而神经一旦复原，肢体就能迅速恢复活动。其他如加强褥疮护理，防治尿路感染，中药、药针、针灸、被动按摩等的应用，都是重要的措施。代表们感到在较差的条件下仍能对截瘫进行治疗，并获得如此良好的疗效，深为感动，对截瘫治疗的信心加强不少。我们认为，若中西医能更紧密地结合，疗效一定还能提高。

六、劳 损

这次大会收到的论文中，有关腰痛或其他劳损的论文还不少，主要是以推拿手法，针灸、拔火罐、药物等方法为主，获得很好的疗效。上海曾对 12 万工人进行普查并积极开展治疗，初步摸清不同企业、不同工种的发病率，其中以翻砂工人的发病率最高，这与劳动时的体位和劳动的强度有密切关系。推拿手法被一致认为是一个有效的方法。若能持续进行，可以保持疗效。因此除医务人员懂得如何进行治疗外，同时还将推拿手法交给病人自己来做。如此不但可以克服医务人员的不足，减少病人往返医院的麻烦，同时亦可因持久的治疗而使治愈率得到巩固。所以将技术下放，与群众共同来商量如何进行预防和治疗，是一个良好的形式。在小组会上，曾对平乐、天津的推拿手法进行了经验交流。劳损的治疗应更广泛地开展综合治疗，包括推拿、气功、针灸、药物等，疗效一定还能提高。

其他如陈旧性肩关节、髋关节脱位亦在会上进行交流；尤其平乐县治疗陈旧性脱位经验和整理方法，有其独特之处，有一部分陈旧性关节脱臼是可以用手法整复的。平乐正骨科对锁骨骨折、髌骨骨折以及肩关节的包扎方法亦在小组会上进行了示范。

神经外科专题总结报告摘要

神经外科组

一、脑损伤方面

大家一致认为全国各地脑损伤的发病率还是相当高的，作好脑损伤的防治工作对我国社会主义建设有很重要的意义。

自从党号召加强创伤的防治以来，已有一些单位组成了专门的治疗组或抢救组，在党的领导下充分地发动了群众，千方百计地救治创伤的危重患者，因此脑损伤的治愈率得到较大的提高。在社会主义建设总路线的鼓舞下，由于破除迷信、解放思想和通力协作，许多以前认为难以挽救的严重脑损伤患者获得了救治。例如第四军医大学 1 例昏迷 223 日和北京协和医院 1 例昏迷 11 个月的严重脑损伤患者，就是经过医护人员日以继夜的辛勤劳动而得转危为安的。象这样的事例各地还有很多，都足以说明，我国医务工作者的新思想，新道德，是在救治各类严重损伤（包括脑损伤）中能够克服困难、取得成

功的一个最重要条件。

(一) 顱脑损伤的分类問題 討論中大家認為,在实际工作中,顱脑损伤旧的病理分类已經不能完全滿足临床的需要。例如在綜合各单位的統計数字或比較各种疗法的效果时,就会发生困难。推出起草小組,拟了新分类方法的一个初步方案,在会上討論通过,准备为今后各地試用。这个分类方法以病理分类为基础,适当結合临床症状,而把顱脑损伤分为輕、中、重三种类型:

(1) 輕型: 主要指單純的腦震蕩,无顱骨骨折,大多数是: ①昏迷時間在半小時以內; ②有輕的头痛、头晕等自觉症状; ③神經系檢查和腰椎穿刺腦脊液檢查所見阴性。

(2) 中型: 主要指輕度腦挫裂伤,有或无局限性顱骨骨折和蛛網膜下腔出血,无脑受压征,大多数是: ①昏迷時間在 12 小时以內; ②有輕的神經系阳性体征; ③体温、脉搏、呼吸、血压有輕度改变。

(3) 重型: 主要指广泛的顱骨骨折,广泛的腦挫裂伤,腦干损伤或顱內血肿,大多数是: ①深度昏迷、昏迷在 12 小时以上,或出現再次昏迷; ②有明显的神經系阳性体征,如瘫痪、鉤回疝綜合病征、去大脑强直等; ③体温、脉搏、呼吸、血压均有显著改变。

(二) 顱脑损伤的早期处理

1. 冬眠低温: 这种疗法的名称尚不一致。經過討論,多数单位認為單純用神經阻滯合剂者可称为“冬眠疗法”;用物理降温而不用神經阻滯合剂者可称为“低温疗法”;两者兼用时則可称为“冬眠低温”。这些方法的治疗机制尚待进一步研究。會議一致肯定了冬眠低温对严重腦损伤的疗效。一般認為其适应証为: (1)广泛腦挫裂伤; (2)腦干损伤; (3)中樞性高热; (4)顱內血肿手术后仍存在腦干受压。禁忌証为: (1)血压过低或有休克; (2)体温过低; (3)年老衰弱或幼兒,因其体温調節較不稳定,降温較难掌握,是相对的禁忌証。关于实施的方法,一般認為應該早期开始应用,这样效果較好。有些单位則強調应先作数小时的观察,待肯定无顱內血肿时方可应用。但不少单位認為,只要严密观察,在冬眠低温时仍可及时发现顱內血肿而得进行手术治疗,不致貽誤診斷。一般都用氯丙嗪、异丙嗪和哌啶混合剂。只在患者呼吸抑制明显时才不用哌啶,但不用哌啶时鎮靜作用較差。有些单位則常規不用哌啶,个别单位不用异丙嗪,少数单位还报告在患者处于深度昏迷时不用藥物而單純降温。个别单位在清除顱內血肿时应用箭毒素和控制性人工呼吸,以便于迅速降温,其术后恢复比应用神經阻滯合剂者还好。人工冬眠的給药方法目前尚不一致。用靜脉滴注法,药效迅速,便于誘导和随时調节,而用肌肉注射法則比較稳定,且不必同时輸設,适于維持較長時間的应用。大多数主張降温至 $32-34^{\circ}\text{C}$,維持 3—5 天左右。总之,冬眠低温的疗效已得到肯定,所用方法趋向于一致,但也有一定的分歧,今后需要研究如何改进其方法,并結合其他疗法进一步提高其效果。

2. 腦水肿、腦腫脹的防治: 除了冬眠降温和过去常用的高滲葡萄糖溶液、盐水、硫酸鎂溶液以外,在这方面大家还提出了許多不同的經驗。有人报告用靜脉滴注 30% 尿素的方法。但也有人使用尿素的效果不好,而較常应用阿方那(arfonad)降低血压的方法,因而有效地降低了顱內压。有的单位应用自制的濃縮血漿作靜脉注射,效果良好。此外有的用 50% 蔗糖溶液和撒利汞做靜脉注射,发现其脱水作用也很好。有的单位对中药車前子等的脱水作用作了研究。

3. 中西医结合的綜合治疗: 这是一个很重要而且需要发展的治疗途徑。上海第一

医学院采用别直参、参三七、琥珀、玉枢丹等中药，结合其他一些现代医学的疗法，结果使严重脑损伤的死亡率从45.7%下降至24.1%。其它单位也在重视和应用中医疗法。但是不少人在这方面做得不够，没有对祖国医学认真学习。在这方面，今后应特别注意认真贯彻党的中医政策，努力学习和运用中医的理论和经验，结合现代医学的方法，以便迅速提高治疗脑损伤的效果，而且为创立我国的新医药学派作出贡献。

4. 颅内血肿的处理：讨论中大家一致认为，外伤性颅内血肿的早期诊断和及时手术治疗极为重要。诊断中切不可等待所有典型症状和体征出现。对诊断上发生疑难的病例，如病情许可，可用脑血管造影帮助确诊。必须进一步改进手术方法和处理并发的严重脑损伤的对策。重庆医学院的经验指出，在血肿清除后，如果症状不见减轻，而且出现钩回疝综合征，可切开小脑幕切迹边缘，进行脑疝还纳术，这个方法值得重视。特殊部位的血肿必须了解其特点。例如额极部位的血肿多无明显的病灶体征，只在少数病例有单侧瞳孔散大和运动障碍，探查时钻孔应在接近眶上缘的较低部位。少数单位已遇到少数颞后窝血肿，如不熟悉其特点，往往延误诊疗。凡有枕部头皮伤，X线检查有枕骨骨折，特别是骨折线通过横窦，颅内压增高显著，或有小脑共济失调征者，应引起应有的怀疑。个别病例可能既有小脑幕上血肿，又有颞后窝血肿，不可只处理其一处血肿，而忽略另一处。对颞后窝的钻孔探查，一般可在枕骨有项肌附着部位的两侧。急性颅内血肿虽比硬脑膜外或硬脑膜下血肿少见，也应重视，如得到适当的手术处理，其预后并非如想象的那样差。清除颅内血肿的方法，一般采用穿刺吸引，有时也需要切开脑组织。有的单位认为，在探查发现有颅内血肿后，值得做颞骨成形瓣开颅术，以利于彻底清除血肿并止血。根据18个单位所收集的8,366例急性脑损伤病例的统计，证实有颅内血肿者293例(3.5%)，而属于重型脑损伤者703例(8.4%)。因此可以看出，增加救治颅内血肿成功的病例，将能在相当大的程度上改进重型脑损伤的救治结果。

5. 脑损伤的手术适应证：在18个单位所收集的8,366例急性脑损伤病例中，手术率为8.3%。手术的方法包括开颅缝合、清除血肿、钻孔探查、开颅减压以及处理凹陷骨折等。大家经过讨论后认为，手术可分为绝对适应证和相对适应证两种。

(1) 绝对适应证：①开放性损伤；②颅内血肿；③凹陷骨折产生压迫症状或位于大脑运动区者；④脑脊液瘘不能自愈或颅内积气产生急性压迫症状者。

(2) 相对禁忌证：①开颅探查阴性后颅内压增高显著者，可以考虑作颞肌下减压术；②颅内血肿清除后一时好转，但以后又恶化者，可考虑再次探查；③昏迷持续几日，症状恶化，而有颅内血肿可疑者，可考虑开颅探查；④临床表现上有额极或颞极等部位广泛的对冲性脑损伤可能者，可考虑开颅探查，以便切除严重受损害的脑组织。

6. 其他一般处理：急性脑损伤的一般处理包括一系列细致的工作，必须根据具体病情而作决定。在大家的讨论中也谈到不少一般处理的问题。在一般检查中，沈阳医学院提出用叩听诊的方法以诊断颅骨骨折，可以在无X线设备的地区应用。青海省人民医院认为末梢血象的观察有判断预后的价值，因为损伤越严重，白血球增多和嗜酸性细胞减少越明显。脑损伤发生休克者虽不多，但可构成处理上的困难。有人救治休克时应用正肾上腺素，但也有人应用50%葡萄糖溶液500毫升静脉滴注，认为其抗休克的效果更好。应该指出，休克常由并发伤或出血引起，更重要的是找出休克的原因而给予相应的处理。严重脑损伤易有呼吸道梗阻，因而许多单位强调早期气管切开术的应用，尤其是在

冬眠低温的同时，它有利于预防肺炎，减轻脑缺氧和随之而加重的颅内压增高；有些单位则比较少作气管切开术。值得进一步研究的是如何掌握气管切开术的适应证，并注意气管切开术后的某些不利之点。凡作气管切开术者，必须注意吸痰的方法和吸痰用具的清洁。腰椎穿刺在急性期的应用渐趋普遍，但仍应强调注意其禁忌证和在颅内压增高时的操作上的特殊要求，以便对意外的发生提高警惕。特别在有脑疝表现或显然有颅内血肿可疑时，腰椎穿刺应视为禁忌。许多单位已不仅用腰椎穿刺于诊断和放出脑脊液减压，而且也用于鞘内注射小量氧或空气，以治疗颅内压过低或蛛网膜下腔出血，临床观察效果较好。

7. 护理：护理工作是对一般脑损伤的处理中一个必要的组成部分，对严重脑损伤的治疗尤其重要。这次会议收到这方面的论文有四篇，比较全面地总结了有关的护理经验；特别对于应用中草药治疗的护理、冬眠低温的护理和分级护理的方案作了重点的介绍。早期严重脑损伤的护理，首先为严密的观察，以便及时发现紧迫的或特殊的病情变化，其次为采取一系列的护理措施，以避免肺炎、褥疮等并发症。这些工作的好坏对治疗效果可以起到很大的影响。

(三) 脑损伤后遗症的治疗 根据几个单位的统计资料，脑损伤有后遗症者约占15—20%，因此它的治疗是个较常遇到的问题。有些单位对一部分有后遗症的患者作了脑脊液压力、气脑造影、脑电图等检查，发现其中有的有一定的病理改变，有的则改变不明显。已往这类晚期患者长期有痛苦或有残废而难以解除，不少医生对其治疗失去信心。现在有的单位采取了中西医结合，包括中药、针灸、推拿、气功、多种理疗和体育疗法的综合治疗，已取得了一定的成绩。今后对脑损伤的后遗症问题，需要进一步组织力量研究，以提高疗效。在修补颅骨缺损方面，除了过去所用的骨移植和丙烯酸树脂塑料外，有些单位用有机玻璃作颅骨成形术，认为更为方便。个别单位用柳木板修补颅骨缺损成功，开辟了就地取材的新方法。修补颅骨缺损的目的主要在于减轻后遗症的症状，并提供应有的保护和美容。这种手术治疗得到许多这类患者的欢迎，所以值得进一步研究、改进与提高。

(四) 脑损伤的预防 从已有资料看来，在预防上主要应强调从三个方面着手：(1) 注意保育儿童，使之不从楼房的窗口、楼梯、床上或任何高处坠下。(2) 管理交通，防止发生交通事故。个别地区的统计说明，在脑损伤病例中，交通事故与自行车有关者占70%以上，因此不但要对机动车，而且要对自行车严格管理。高速度交通工具所引起的脑损伤目前虽较少些，但往往更严重些，是不能忽视的。(3) 加强厂矿和工地的安全教育，注意遵守操作规程，健全防护设备和制度，以防止工伤事故。由于脑损伤的致伤原因并不限于这些，还需要从多方面做有关的宣传教育工作，包括编写有关的宣传资料，以提高广大群众对其预防的知识水平。

二、颅内肿瘤及其他方面

(一) 颅内肿瘤的诊断 在这方面，会议强调了全面的临床检查的重要性，同时提出了寻找更准确而对患者无危害的特殊诊断方法的工作方向。在气脑造影、脑血管造影、脑电图以及放射性同位素方面，各单位均取得一定成绩。总之，对颅内肿瘤的诊断，除了神经放射学的方法有比较成熟的经验外，其他方面的诊断方法还研究得不多，有的应用仅有了开端，今后需要更深入更系统地作出更多的观察和研究，以期提高颅内肿瘤的诊断正确率。

(二) 顱內腫瘤的治療 會議交流了治療各種顱內腫瘤的經驗。有的雖是點滴經驗，也是值得特別注意的。例如有人提出，神經膠質瘤的囊液經動物實驗證明其毒性很高，因此手術時必須注意保護，防止其擴散。對於小腦髓母細胞瘤，有人提出，在探查証實其病理性質後，可以只作側腦室引流，並在手術後給予放射治療，其結果比作切除手術後再進行放射治療為好，因為切除手術易引起瘤細胞的移植。有些單位已初步看到，在個別病例，一些中藥有抑制腫瘤生長的效能，但這尚需進一步研究。有些單位介紹了對好幾種顱內腫瘤進行廣泛切除或全部切除的近期效果，認為只要條件允許，一般應盡量使手術徹底。有人對浸潤性腫瘤作大腦半球切除術，取得了一定的經驗。有的單位提出，對單發的顱內轉移瘤的治療，特別在沒有發現原發瘤或原發瘤已經切除時，應該考慮積極的手術治療，以給予這類患者以救治的機會。不少單位介紹了治療听神經瘤的手術經驗。有人提出，對晚期巨大的听神經瘤，用小腦幕上進路切開小腦幕，可以作到瘤體的切除。就目前的統計資料看來，國內有些單位用手術治療顱內腫瘤的總死亡率已有較多的降低，有些顱內腫瘤在過去認為是難於手術的，現在已成功地作了手術治療。今後應該在已獲得成績的基礎上，盡量爭取對顱內腫瘤作到早期診斷、早期治療，不斷改進手術方法、麻醉方法和手術前後處理，同時應用中西醫結合的綜合療法，使療效有更多、更快的提高。

(三) 其他神經外科問題 會議利用最後的時間交流了在其他神經外科問題上的經驗，特別是在高血壓性腦出血、其他腦血管病和錐體外系疾病（如帕金森氏病）等的外科治療方面的經驗。神經外科的領域很廣，限於時間，不允許作更多的深入討論。今後可以顱腦損傷和顱內腫瘤作為重點題目進行研究，這將有利於帶動這一學科的全面發展。

肝胆外科專題總結報告摘要

肝胆外科組

一、肝切除手術問題

小組以兩天的時間，對肝切除的各个方面進行了比較深入的討論。情況如下。

(一) 肝臟外科解剖和手術名稱 肝臟外科解剖的研究是肝切除手術的基礎。以往按肝臟表面鑷狀韌帶為界，將肝臟分為左右二葉的概念，不適合現代外科的要求，應該廢棄不用，而代之以按照肝臟內部血管和膽管分布將肝臟分為若干葉、段。從討論中可以看到，按照肝臟內部血管分布的劃分方法有二：一種是根據門靜脈、肝動脈系統為主的分類，另一種是根據肝靜脈分布區域為主的方法。經過充分討論後認為，在命名方面必須結合臨床實際應用，既要簡單明了、又要便於記憶和推廣。小組一致同意，按門靜脈系統的分布而加以命名。

肝臟由肝中裂分為右半肝和左半肝。右半肝由右葉間裂分為右前葉和右後葉。左半肝由左葉間裂分為左內葉和左外葉。每個葉又可以分為上下二段。這樣的劃分法，既符合於肝臟內部門靜脈、肝動脈和肝內膽管的分布，結合表面解剖，同時也可以明確指出肝切除的範圍，因而對肝切除起着指導性作用，是合理的。

根據這樣的解剖上的劃分，肝切除的範圍可以相應地命名為右半肝切除術、左外葉切

除术等。大家又认为，目前所用的“极量”或“极限”切除的名称并不恰当，因为正常人与病人之间、这个病人和那个病人之间的肝切除范围是很不相同的。因此，将三叶切除统称为“极限”切除，忽视病人具体情况和肝脏在病理方面的改变，而片面强调肝脏切除量，是不合理和不科学的。故应以三叶切除的名称来代替，以免混淆。因此，小组决定：一次切除右半肝及左内叶者，可以称为右侧三叶切除术；切除左半肝及右前叶者，则称为左侧三叶切除术。

此外，小组又决定以“上”来代替“颞侧”，以“下”来代替“尾侧”。如按肝内解剖切除，一般应称为某叶上段或下段切除术。

(二) 肝切除术的适应证 恰当地掌握适应证是保证肝切除术能取得满意效果的重要措施，必须按照病人具体情况，进行具体分析，不能机械地一般对待。

在小组发言中，提到适于肝切除的疾病是：原发性肝癌、继发性肝癌、肝肉瘤、肝腺瘤、肝海绵状血管瘤、原发性肝管结石、肝外伤破裂、肝包虫病、肝内胆管出血、肝外胆道完全梗阻和先天性肝外胆道闭锁症。

大家一致同意，肝脏原发性恶性肿瘤是肝切除的最主要适应证。对肝切除术治疗原发性肝癌，大家比较集中地讨论了下列问题。

1. 早期诊断问题：大家知道，只有肿瘤限于肝脏的一部分时才有切除的可能；癌瘤愈在早期、愈局限、则不仅需要切除的肝脏部分愈小，技术上较容易，而且治疗效果也愈好。

小组一致认为，在临床诊断确实或怀疑为肝癌的可能性甚大时，应该早期进行剖腹探查手术。确诊所依据的主要临床症状是：右上腹有明显的不对称的肿块，伴有压痛及自觉疼痛，并有明显的进行性消瘦和食欲不振等。经过热烈讨论，小组一致同意，不宜采用肝穿刺的活组织病理检查的方法。因为肝穿刺如为阳性结果，虽可确定诊断，但对决定肿瘤是否能切除无帮助，又有散布癌瘤和引起出血的危险；阴性结果则不能排除手术探查的需要，且有误诊的可能。腹腔镜检查不能窥视肝脏的全面，也不能代替剖腹探查。何况以上二种检查方法，都要延长手术时日（一般为数天）。由于肝癌病程发展迅速，这样做是会耽误治疗时机的。

对临床已确诊为肝癌的患者，尽量争取早期剖腹探查手术，并不意味着可以尽量扩大剖腹手术的范围。应该指出，在肝肿大不明显的病例中，与肝炎辨别尚存在着一定的困难。对这样的临床诊断很不确实的病人，作剖腹探查术时，应该极其谨慎，以免造成错误和损害。为此，进一步寻求较好的早期诊断方法，对决定肝癌治疗的预后是有决定性意义的。在早期诊断方面，有些代表观察到，肝癌病人硷性磷酸酶较正常者为高，纸上电泳检查白蛋白减低， γ 球蛋白增加。此外，应用新技术、葡萄糖转氨酶试验、同位素诊断等都值得进一步研究。

为了能够进行早期剖腹探查，还需要内外科之间加强联系和协作，争取手术的良好时机。这也是一个很重要的环节。

2. 原发性肝癌的分型问题：分为弥漫型和局限型二种。局限型者生长较慢。但到了晚期，由于肝内转移，也不能进行手术，只在早期方可施行肝切除手术。从临床症状来看，肝癌患者有下列情况时，不宜进行剖腹探查术：(1)一般情况恶劣，不能忍受大手术；(2)有腹水；(3)有黄疸；(4)腹壁有明显的静脉曲张；(5)全身水肿；(6)已有远处转移；(7)肝功能

过差(如血浆白蛋白低于3克%,胆紅質大于1.0毫克%)。剖腹探查时发现下列情况者不宜施行切除手术:(1)弥漫性肝癌,或局限性肝癌,而已有各个肝叶的肝内轉移者;(2)肿瘤侵及肝門或由肝靜脉进入下腔靜脉部位;(3)肝門处广泛淋巴轉移;(4)腹膜壁层广泛轉移。但肝癌侵及胃和横結腸者,若病人情况許可,可以施行一期切除,不应视为手术的禁忌証。

既决定作切除术,则手术必須彻底。一般言之,在沒有肝硬变的情况下,癌瘤局限于一叶范围者,可作一叶切除;癌瘤已累及全叶者,需作半肝切除;累及半肝者,需作三叶切除术,以保持手术的彻底性,提高治疗效果。

(1) 在討論中,根据各地材料,大家认为,肝癌合并肝硬变的发生率在我国相当高。由于这些患者的肝功能多已有相当程度的損害,术后发生肝昏迷的可能性較一般为大,所以手术的危險性較大。因此,肝硬变的存在与彻底切除癌瘤之間存在着一定程度的矛盾。在这些肝癌合并明显肝硬变的患者中,到底最大限度能够切除多少肝脏組織,是值得我們关心和研究的問題。大家认为,术前肝功能試驗結果,对判断肝硬变程度仅有参考价值,必須依照剖腹所見,結合患者一般情况,始能决定肝硬变程度。小組认为:从病人利益出发,肝癌合并肝硬变时,切除的范围不应超过半肝。但必須指出,有严重肝硬变时,切除半肝已足以造成危險。三叶切除一般不应考虑。

(2) 继发性恶性肿瘤的肝切除术,与原发性肝癌的有所不同,主要适用于附近器官癌瘤(胃癌、胆囊癌)直接浸润至肝脏时。但肝切除术必須在原发性癌瘤已控制或可能控制的条件下,始能施行,否則便无意义。有的代表认为,单个血行性轉移(如直腸癌轉移至肝脏)时,可以施行肝切除术;有的則认为,远处轉移,無論淋巴性或血行性的,肝切除术的意义均不大,不必施行。

(3) 各种类型的良性肝肿瘤,如腺瘤、海绵状血管瘤,是大家一致公認的肝切除术的良好适应証。

(4) 肝切术为一般手术所不能治疗或不能彻底治疗的某些外科疾患提供了新的途徑,改善了治疗效果。这些疾病是:原发性肝内胆管結石、严重的肝外伤、复发性肝内大出血、高位肝外胆管完全性梗阻和先天性肝外胆道閉鎖症等。

原发性肝内胆管結石是我国較常见的疾病,常伴有肝内胆管狭窄,目前尚无十分有效的彻底治疗方法。大家认为,在一部分患者,結石只限于肝脏半侧(多見于左侧),且該侧肝脏組織业已发生纖維性变和萎縮,如切除患侧即可治愈;在这种情况下,半肝以下的切除术是合适的。但在切除之前,必須有良好的胆管造影以确定結石部位,术中更宜彻底探查胆总管,以清除其內的結石,始能获得良好效果。在左右两侧都有沙泥性結石时,應該絕對避免肝切除手术。

外伤所致的严重肝組織破裂,用一般方法治疗的死亡率很高。如病人全身情况許可,施行肝切除术可以有效地止血和清除坏死組織,提高治疗效果。

肝内复发性大出血虽然并不多見,但在診斷和治疗上都有相当大的困难。有的代表提出,在診斷上若肉眼不能辨別何侧出血时,可以切开胆总管,分別于左右肝管内置放导管,以观察何侧出血。

用肝切除术、肝内胆管空腸吻合术以解除肝外梗阻性黄疸,只限于高位胆管阻塞而无法进行肝外胆管空腸吻合术的患者。同时也必須注意到左右二半肝的胆管在肝內沒有交