

云南医药

中法外科学术讨论会论文
专 辑

YUNNANYIYAO

1982.

云南省医学情报研究所

中法外科学术讨论会论文

专 辑

编辑 云南省医学情报研究所

印刷 云南新华印刷厂

一九八二年八月

定价 0.70元

参加“中法外科学术讨论会”的双方代表

中方外科代表团

曾育生	中华医学会云南分会会长	云南省卫生厅厅长
李景阳		云南省卫生厅副厅长
宋献文	教 授	北京积水潭医院骨科
黄国俊	教 授	中国医科院日坛医院
黄萃廷	教 授	北京医学院附属人民医院
蒋朱明	主 治 医 师	中国医科院首都医院
徐光玮	主 任	北京市肿瘤医院研究所
段国升	教 授	北京301医院神经外科
张健美(女)	主 治 医 师	北京友谊医院外科
汪昌业	副教授主任	北京积水潭医院烧伤科
史济湘	教 授	上海第二医学院瑞金医院
周锡庚	教 授	上海第二医学院瑞金医院
陈中伟	主 任	上海第一医学院中山医院
傅培彬	教 授	上海瑞金医院
冯永贤	教 授	上海第一医学院中山医院
吴孟超	教授主任	上海第二军医大学、长海医院
刘崇智	教 授	昆明医学院
兰 胡	教 授	昆明医学院
赵和武	主 任 医 师	云南省第一人民医院
李主一	副主任医师	昆明43医院
况 銑	主 任 医 师	昆明医学院麻醉科
曾才铭	主 治 医 师	昆明医学院第一附属医院
方睿才	副主任医师	云南省第一人民医院外科
李大文	主 任 医 师	昆明市延安医院
郭永章	主 治 医 师	昆明医学院第二附属医院

翻 译

北京：王 宇 刘秀珍 蔡栋强

上海：徐言箴

昆明：李秉权 胡同增 蒋 萍

法方外科代表团

〔团长〕

Prof. Gilles EDELMANN

吉尔·埃台尔马纳教授:

巴黎比夏医院, 消化外科, 外科医生

〔副团长〕

Prof. Philippe MONOD-BROCA

菲利浦·莫诺—布罗卡教授:

巴黎南医学院, 比塞脱赫医院, 消化外科, 外科医生

〔成员〕

Prof. Georges ARNULF

乔治·阿纽尔夫教授:

里昂医学院, 心脏血管外科, 名誉教授

Prof. Rene BOURGEON

勒内·布尔热昂教授:

尼斯医学院, 消化外科, 名誉教授

Prof. Louis-philippe DOUTRE

路易斯—菲利浦·杜脱赫教授:

波尔多医学院大学, 医院中心, 普通、消化外科, 外科医生

Prof. Jaccues FRANOILLON

雅克·弗朗西昂教授:

里昂医学院, 消化外科, 名誉教授

Prof. Claude FRILEUX

克劳德·弗里罗教授:

比塞脱赫医院, 普通外科和血管外科, 外科医生

Prof. Claude KENESI

克劳德·凯纳西教授:

巴黎, 克雷特依医学院, 克雷特依, 亨利—蒙多尔医院矫形外科, 外科医生

Prof. Georges LAGACHE

乔治·拉加什教授:

里尔医学院, 大学医院中心普通外科和消化外科, 外科医生

Prof. Gaoriel LANN

加布里埃尔兰教授:

斯特拉斯堡医学院, 斯特凡尼医院矫形外科, 外科医生

Prof. P MALVY

保尔·马维教授:

南特医学院院长, 大学医院中心, 普通外科外科医生

Prof. Claude MERCIER

克劳德·梅西埃教授:

马尔赛医学院, 康塞普肖医院血管外科, 外科医生

Prof. Alain MOUCHET

阿兰·穆谢教授:

Prof. Jean NATALI

让·纳塔利教授:

巴黎絮伦, 福什医院消化外科, 外科医生

巴黎六大医学院萨尔贝脱利埃医院, 血管外科, 外科医生

Prof. Jean-Daniel PICARD

让·达尼埃尔·皮卡尔教授:

Prof. Guy PIGANIOL

居易·皮卡尼奥尔教授:

巴黎一絮伦, 福什医院, 放射科医生

第戎医学学院, 大学医院中心, 普通外科与矫形外科, 外科医生

Prof. Jean RIVES

让·旦韦教授:

兰斯医学院, 大学医院中心普通外科与消化外科, 外科医生

Prof. Eugene-Claude SAUBIER

欧仁-克劳德·索比埃教授:

里昂医学院, 爱德华-埃里奥医院, 普通外科与消化外科外科医生

Prof. Jean-Charles SOURNIA

让-夏尔·苏尔尼亚教授:

Prof. Rene STOPPA

勒内·斯托巴教授:

巴黎南医学院前卫生部总主任

亚眠医学院, 大学医院中心普通外科与消化外科, 外科医生

Prof. Andre THEVENET

安德烈·泰韦内教授:

蒙彼利埃医学院大学医院中心, 胸外科与心血管外科, 外科医生

Prof. Jean VERNHET

让·韦尔内教授:

蒙彼利埃医学院大学医院中心, 普通外科与消化外科, 外科医生

编 者 的 话

中、法外科学术讨论会于1982年5月26至27日在昆明举行。云南省卫生厅副厅长李景阳同志主持了开幕式。参加这次讨论会的法国外科代表团成员来自法国巴黎、里昂等医学院及医疗中心；我国参加讨论会的代表来自北京、上海及昆明各医学院校及医院。双方代表47人，列席代表60人、旁听160人共计269人。这些外科专家及教授，在外科领域中工作多年具有很高的学术造诣，他们都具有十分丰富的临床实践经验。

在会上宣读的外科学术论文有三十二篇，这些论文的课题有断肢再植、大面积的烧伤，食道癌、肝癌、中西医结合、针灸治疗等，内容新颖、广泛、形式繁多，备有幻灯片及录像片，这些成果都是他们多年的临床经验和结晶，十分切合实际需要，对促进中法两国外科学术交流活动起到了积极的作用。

我们为了及时向国内外外科临床工作者推荐这批成果，特编印了这本专辑供读者们引玉之用。由于时间仓促、我们的水平有限，存在问题一定很多，请读者指正。

云南省医学情报研究所

一九八二年八月

目 录

中华医学会会长白希清同志在“中法外科学术讨论会”开幕式上的开幕词·····	(1)
法国外科代表团团长G. EDELMANN在“中法外科学术讨论会”开幕式上的致词 ·····	(2)
黄萃庭同志代表中华医学会在“中法外科学术讨论会”闭幕式上的闭幕词·····	(3)
法国外科代表团成员E. CI. SAUBIER在“中法外科学术讨论会”闭幕式上的致词 ·····	(4)
中、法外科学术论文·····	(5~53)
国内论文部份·····	(5~27)
法国论文部份·····	(28~53)
外文目录·····	(54)

中华医学会会长白希清同志 在“中法外科学术讨论会”开幕式上致开幕词

尊敬的主席先生、尊敬的团长、教授、朋友们、同志们：

现在我宣布“中法外科学术讨论会”开幕了！让我们对“中法外科学术讨论会”的胜利开幕致以热烈的祝贺！

法国外科学会代表团为举行这次“中法外科学术讨论会”不辞辛苦来到中国使我们有机会和法国朋友们一起，充分讨论双方共同感兴趣的问题，我们感到十分高兴。

首先，请允许我代表中华医学会和中华医学会外科学会并代表这次“中法外科学术讨论会”的中方组织委员会，向以吉尔、埃台尔马纳教授为团长的法国外科学会代表团表示热烈欢迎！

为欢迎法国医学代表团的到来，今天出席开幕式的有我方组织委员会的各位委员，有北京、上海、昆明参加这次讨论会的会议代表、还有昆明医学界的同道们，让我们也表示热烈欢迎！

中法两国医学界进行学术交流是有悠久历史和良好传统的。前不久我们中华医学会曾接待了以勒杰尔教授为团长的法国医学代表团，来我国举行了第三次“中法医学日”活动，受到了中国医学界的热烈欢迎和赞赏。这次“中法外科学术讨论会”是中法两国外科学会举行的第一次隆重的学术交流活动。同样，它也表达了两国医学界增进的相互了解、加强友好合作、密切医学科学学术交流的共同愿望。法国在医学科学方面有许多先进经验值得我们很好地学习和借鉴。这次讨论会为我们提供了向法国朋友们学习的良好机会。我们相信，通过这次“中法外科学术讨论会”必将对两国医学学术的发展、友好合作的加强以及为我们两国卫生事业和人民的健康做出积极贡献。

伟大的中国人民对伟大的法国人民一向怀有其挚的感情，中国医学界对法国同道在医学科学上的杰出成就是十分钦佩的。这次“中法外科学术讨论会”是两国外科学者进行学术交流的良好开端。我们相信中法两国医学学术界的交流是有广阔前景的。

中法两国医学界的友谊日益加强！

在此，我代表中华医学会对法国外科学会代表团为举办这次学术讨论会所做的努力表示衷心感谢！对法国使馆对“中法外科学术讨论会”的重视和支持表示衷心感谢！对云南分会协助外科学会筹办这次会议所做的工作表示衷心感谢！

最后，我祝“中法外科学术讨论会”圆满成功！谢谢！

1982年5月26日上午

法国外科学会代表团团长

吉尔·埃台尔马纳教授在开幕式上的致词

尊爱的中国朋友们、法国朋友们：

我们大家今天都怀着一种激动的心情参加这次盛会，这是我们法中两国外科同道第一次在此举行的正式会议。参加这次会议的中方代表来自全国各省、市、区，法方的代表也来自法国各地。所以，这次讨论会是国际性会议。

我们希望法中双方的外科同道们进行广泛的交流，但是只能通过翻译用语言进行，这给中国的同道们造成很大麻烦，我们表示歉意。中国组织了大量的翻译工作而我们就

不行。

这次外科学术讨论会的日程，使我感到中国的同道们所作的学术报告是我们法方没有的。这里强调一下，特别是断肢再植和大面积严重的烧伤，在这两方面中国的同道们比我们前进了一步。在病理研究方面，特别是肝癌、食道癌的研究上，中国的同道们比我们多20倍。我希望法方很好地向中方学习。

这次聚会也给我们提供了这样的机会，使我们能了解中国的文化，艺术等方面的成就。中国在文化、技术和哲学方面的一些领域与法国来比，在某些方面是领先的。

另外，通过我们在中国的访问，进一步了解中国在四化建设中所作的努力和中国古老的传统文化。

我代表法国外科学会代表团对中国提供的这次机会表示感谢！首先是云南省、昆明市的外科医生为组织这次讨论会所作的努力！这里的医生以及春城都热烈地欢迎我们。

我们也感谢中华医学会，特别是会长白希清教授和中华医学会外科学会的代表，他们也同我们去各地参观访问。

另外，我们也想向中国医学科学院表示感谢！感谢他们为这次讨论会作出的努力。

为了表示我们的感谢，用言语是表达不出来的！我相信，通过这次讨论会必将加强我们两国外科学方面的联系及以两国的友谊也都做出贡献。

1982年5月26日上午

黄萃庭同志代表中华医学会 在“中法外科学术讨论会”闭幕式上致闭幕词

法国代表团各位教授、白会长、云南分会的领导人、各位代表：

这次中法外科学术交流会，经过两天的会议就要结束了。出席会议的代表，中国25人、法国22人，列席代表60人、旁听160人，计267人。在两天的会议当中，通过双方的学术报告和讨论，中法两国的外科同道们交流的经验，增进了了解，增强了友谊，为今后进一步学术交流的开展和相互之间的联系打下了良好基础。通过两天的会议，我们认为法国的外科同道们诚恳而认真的把他们学术上的成就和临床方面的宝贵经验与我们进行了交流，对我们提供了有益的帮助。

他们不远万里来到中国给这次学术会议进行了积极的准备，有的教授还把学术内容作成中文或英文的幻灯片，便于我们了解。对比，我们感到非常亲切。他们这一次来中国的访问，可以说是中法外科界的一次盛会，也是我们之间诚挚友谊的体现。

在这里，我代表中华医学会外科学会向法国外科代表团的朋友们致以亲切的感谢和敬意！（热烈鼓掌）您们不久就要离开中国了，希望您们把中国科外同道们的友谊带回法国去，并且希望今后中法两国外科间的学术交流活动能够不断的继续下去。

祝您们一路平安！旅途愉快！（鼓掌）

1982年5月27日下午

法国代表团索比埃教授在闭幕式上的致词

白希清主任、云南省的各位领导、与会的各位代表、黄萃庭教授：

首先让我感谢您令人亲切感人的那些语言。我要感谢，我们的中国朋友们、这次会议的组织者、会议参加者及会议的听众们。我们法国科外学会经常性的与其它学会或者和其它国家的同道们一齐交流。但是，我可以向各位保证，我们这次会议是我所知道的最成功的会议之一。我代表我的法国同道们感谢您们，向我们介绍了很丰富的经验，这些经验在许多方面比我们有着优越的地方。我们对中国外科医生们的成就，有时怀着敬仰的感情，有时甚至致于怀着忌妒的情绪。因为在这个世界上这么多国家的外科医生中，您们有很突出的一面。尤其是对断肢再植、食道癌的治疗效果上要比我们好得多，对于烧伤也是如此。但是，我应该加一句话，我说您们在断肢再植方面也有点落后了（指想像力方面、艺术性方面、宗教方面）。因为这几天到您们风景区参观的时候，我看到一支手是移植到手臂上去了。他的手臂是很长的而你们临床上所做的断肢再植往往把四肢缩短了（笑声）。我应该提醒大家，事实上是中国医生在断肢再植方面是世界外科的先驱者。其次，我们也很钦佩您们能够很好处理中西结合的问题，譬如讲用针灸作一些治疗。我们也很佩服您们谦虚谨慎的态度，这是中国人民的优良传统。

我们应该感谢这次会议的组织者，他们是非常好的；还要感谢参加翻译工作的同道们，他们有能力，有良好的态度和不怕疲劳的态度。在会议的组织工作方面能够有如此的成功主要归功于中国的朋友们。

为此，我向您们致谢！（热烈鼓掌）

1982.5 27.下午。

国内论文部份

肢体再植.....	报告人 陈中伟 (6)
23年来治疗大面积烧伤的经验.....	报告人 汪昌业 (7)
针刺麻醉在云南的应用.....	报告人 况 铨 (8)
467例肝切除的体会.....	报告人 吴孟超 (9)
“液递物质”在门脉高压症发病机制中的作用.....	报告人 黄萃庭 (10)
限制性门腔侧侧分流术治疗门静脉高压症20年经验.....	报告人 孙衍庆 (11)
完全胃肠外营养(1971~1981).....	报告人 曾宪九 (12)
中西医结合治疗胆石症——近、远期疗效的观察与分析.....	报告人 郭永章 (13)
髋关节疾病手术适应症的探讨.....	报告人 宋献文 (14)
显微血管外科在治疗慢性化脓性骨关节感染中的应用.....	报告人 曾才铭 (16)
带血管蒂肌肉——皮瓣移位术在晚期战伤中的应用.....	报告人 李主一 (17)
亚热带地区长时限断掌的再植实践.....	报告人 方睿才 (18)
趾短伸肌——皮瓣游离移植重建手内肌功能.....	报告人 李主一 (19)
应用早期切除一期皮瓣修复治疗手腕部电烧伤合并深部组织损伤	报告人 常致德 (20)
食管癌外科治疗的效果及存在问题.....	报告人 黄国俊 (21)
宣威肺癌调查报告.....	报告人 赵和武 (22)
原发性肺癌的外科治疗附 243 例远期效果观察.....	报告人 刘崇智 (23)
乳腺癌的治疗现状与早期诊断.....	报告人 王文治 (26)
1226例结直肠癌的外科治疗和远期疗效.....	报告人 周锡庚 (27)

肢 体 再 植

上海市第六人民医院 骨科 陈中伟

自1963年1月~1980年12月, 我院共进行断肢及断指再植581例。其中完全断离401例, 仅有少量组织相连, 如不缝接血管会引起肢体坏死的不全断离180例。各种平面的断肢255例计256个, 其存活率为86.7%。断指(指掌关节远侧)326例, 512个, 其存活率为63.9%, 其中1973年以来有161个断指应用显微外科技术缝合血管, 其存活率为91.9%。

如患者全身情况能接受再植手术而又符合下述条件者, 应进行再植: (1) 根据损伤性质, 断离肢体仍有一定的完整性。(2) 断离肢体保存良好。(3) 缺血时间较短。(4) 预计再植后能恢复一定功能。然而作者认为再植指征不是绝对的、静止的, 而是相对的、发展的。

255例断肢再植的麻醉采用硬膜外192例, 臂丛阻滞33例, 针麻12例, 全麻16例, 其他方法2例。多个断指再植均采用高位硬膜外麻醉, 单个断指再植则采用硬膜外麻醉。

再植手术的原则: 首先必须进行细致彻底的清创。以后根据清创情况对五个主要部分组织依次进行重新组合。(1) 骨支架的修复; (2) 血液循环的重建; (3) 肌肉与肌腱的缝合; (4) 神经的修补; (5) 皮肤覆盖。

本文还分析了再植失败的原因, 在581例再植中其失败因血管栓塞者69例, 血管痉挛者18例, 严重肿胀者12例, 严重感染者19例, 其他原因11例。然而本组无一例断肢再植病人因全身性或局部的并发症而死亡。

我们认为再植的目的是不仅要存活而且要恢复再植肢体的功能。经过随访, 根据再植肢体的工作能力、关节活动、感觉恢复与肌力四项功能, 我们提出了四级功能评定标准。经三年以上随访的300例功能属于Ⅰ级的96例, 占32.0%, Ⅱ级的116例, 占38.7%, Ⅲ级的76例, 占25.3%, Ⅳ级的12例, 占4.0%。

本文还探讨了几点断肢再植的特殊经验:

(1) 对断离时间长的断肢再植的处理, 根据动物实验的经验, 我们主要采用术前冷藏延缓断离肢体的变性与再植后高压氧治疗的应用, 使断血36小时的断肢亦获得再植存活并恢复较好的功能。

(2) 断肢的移位再植: 对多个肢体断离, 如不能原位再植, 可将较完整的断肢移位再植在能发挥较好功能的残端上。对多发断指与断肢都获得移位再植的成功。

(3) 对拇指或整个手粉碎不能再植者则根据损伤平面与缺损部位可分别进行:
①拇指包裹皮瓣加植骨, ②第二足趾移植代拇指, ③双足趾掌侧移植以重建缺失肢体的功能。

(4) 作者还将断肢再植技术应用于治疗上肢恶性肿瘤, 即将患有肿瘤的那段肢体切除并将远侧无肿瘤的肢体予以再植, 这样肢体虽明显缩短但保留了部分功能。

断肢再植技术在我国已较为普及, 研究工作应着重提高再植肢体的功能。

23年来治疗大面积烧伤的经验

北京积水潭医院 汪昌业 常致德 孙永华

北京创伤骨科研究所 张明良 张仲明 曹大鑫 王学威 沈祖尧

积水潭医院烧伤病房23年(1958~1981)来,共收治烧伤总面积超过40%的506例及总面积超过80%的140例病人。治愈率分别为67.59%及45.71%。我们注意到烧伤总面积超过80%时,在治疗上有一定特点。不但休克发生率高,感染严重,更特殊的是创面处理困难,直接影响到伤员的恢复。如同时三度烧伤面积超过50%时还需充分的供皮区以满足植皮需要。我们认为这种严重烧伤与一般大面积烧伤的治疗有所不同,正如大面积烧伤与一般烧伤的治疗问题不同一样,应该看作不同类型。为此,我们把成人烧伤总面积小于40%者称为小面积烧伤,休克期争取不静脉输液。总面积41~80%者称为中面积烧伤,休克期争取不输血浆,如三度烧伤广泛则适当输血。烧伤面积超过80%者称为大面积烧伤。近年来,由于抗休克治疗的进步,防治烧伤感染水平的提高,特别是创面处理措施的加强和内脏维护(肺、肾和心功能为主)有效,救治的病人不断增加,组织机构相应扩大健全,治愈率也不断提高。(表1,2)

表 1 中面积烧伤不同时期治愈率

年	度	1958~60	1961~77	1978~81
机	构	抢救小组	专业组	烧伤科
烧伤总面积	治愈/总例数	27/55	251/368	64/83
>80%	治愈率(%)	49.1	68.21	77.21

表 2 大面积烧伤不同时期治愈率

年	度	1958~60	1961~77	1978~81
机	构	抢救小组	专业组	烧伤科
烧伤总面积	治愈/总例数	0/10	45/98	19/32
>80%	治愈率(%)	0	45.92	59.38

休克的防治,在整个烧伤抢救过程中占有重要地位。面积愈大,休克的发病率与死亡率愈高。烧伤休克的发生多不在伤后立即发生。从受伤到出现休克这段时间,如能及时输液就可以较好地防治休克,休克期的输液普遍强调愈早愈好。但究竟伤后几小时内开始输液比较安全,我们从表3看到,在伤后二小时内开始静脉输液,休克发病率较低,治愈率较高。(表3)

表 3

烧伤总面积超过80%的输液开始时间

伤后时间	小于2小时	2~4小时	大于44小时
病例数	30	6	9
休克例数	10	4	7
治愈数	18	1	2

输液的量主要根据临床症状及化验指标而不依赖任何“输液预计”。大面积烧伤即使无吸入性损伤，亦应警惕呼吸道因水肿形成不畅通。血氧浓度及 P_aCO_2 结合临床常作为气管切开手术的指征。胸廓三度烧伤而致束窄胸，肺水肿，A.R.D.S.及早期支气管肺炎均与休克持续时间有关。

根据本组病例，全身侵袭性感染仍是大面积烧伤主要死亡原因。败血症及创面脓毒症其死亡率分别为32.8%及24.6%。病原菌以绿脓，大肠及金葡为主。测定烧伤后免疫球蛋白及淋巴细胞计数在伤后二周内持续降低，据统计该期死亡数也最高（61/75例）。因此，强调在此期用抗菌素，提高免疫反应，包括中医中药在内的全身综合治疗。

创面处理的改进是近年来疗效取得进步的关键。从1958~1969十二年内救治烧伤总面积超为80%、同时三度面积超过50%的伤员16例，仅成功一例。1969年后，我们采用了AgS-D外用药及“切、脱痂相结合，自、异体皮相结合”的创面处理方法，1970~1981年的十二年内救治相当烧伤面积(>80(50)%)61例，成功28例。

我们处理创面的经验是：二度创面用暴露疗法及外用药（AgS-D）积极保护，促进愈合；三度创面有计划地清除焦痂，及时用异体皮封闭覆盖；充分利用头皮及足趾等供皮源，反复取皮。本文详细讨论了有关切痂植皮手术的手术部位，手术时间，麻醉，输血，自体皮的计划使用及同种、异种异体皮的选择等问题。对治疗过程中病情加重，植皮失败的原因与挽救措施，也作了讨论。

针刺麻醉在云南的应用

昆明医学院第一附属医院 麻醉科 况 锐

1960年以来我们进行针刺麻醉下手术10,630例，手术种类包括：颅内肿瘤切除术、血肿切除术、一侧大脑半球切除术、扁桃体切除术、腮腺切除术、喉癌切除术、拔牙术、二尖瓣分离术、室间隔缺损修补术，心包松解术、肺叶切除术、胃大部切除术、脾切除术、阑尾切除术、疝修补术、腹式输卵管结扎术和肘关节成形术等。其中以头、颈及输卵管结扎病例较多。各组麻醉结果大致为：优良75~92%，可5~25%，失败5~15%。

针刺麻醉有下列优点：病人清醒，容易合作，功能紊乱少，能及时避免重要组织的损伤，不引起或加重脑水肿，恢复快而平稳，不烧伤爆炸，容易掌握。但是，针刺麻醉也有下列缺点：不松弛肌肉，镇痛不完善，牵引反射强烈，对长时间、深部位，粘连严重的手术不易忍受。

我省曾将这一方法普及到县一级医院，并作了一些临床科研工作，如术中呼吸图的观察及钠离子透入予测痛阈等。

467 例 肝 切 除 的 体 会

第二军医大学长海医院 肝胆外科 吴孟超 张晓华 陈 汉 吴伯文

作者等总结了22年来(1960.1~1981.12) 467例肝切除的经验,手术死亡率从六十年代的10.6%下降到七十年代的0.9%,近年来已无手术死亡。467例中年龄最小10岁,最大71岁,30~59岁占85.7%。男性占82.4%。肝脏恶性肿瘤288例(61.7%),其中95.1%为原发性肝癌,合并肝硬化211例(77%);肝脏良性病变179例(38.3%),其中肝内胆管结石和肝海绵状血管瘤分别占35.7%和28.5%。467例中切除半肝以上194例(41.5%),一叶或局部肝切除273例(58.5%),其中左外叶切除占71.8%。467例中肝门区血管结扎切肝法25例,橡皮管束扎切肝法11例,手指压迫止血切肝法113例,肝门间歇阻断切肝法315例,常温无血切肝法3例。467例中发生各种并发症48例,占10.2%,其中以出血、肝功能衰竭和感染占多数。手术后一月内死亡19例,手术死亡率4.0%,其中恶性肿瘤的死亡率为5.9%,良性病变为1.1%;切除半肝以上的死亡率7.7%,局部或一叶切除为1.4%。随访结果:非恶性肿瘤除2例术后一月内死亡外,余均良好;14例转移性肝癌术后存活最短六个月,最长3年,中位生存期为1.4年;原发性肝癌术后1~5年生存率分别为58.1%、39.6%、33.7%、28.8%和24.8%,其中肿瘤直径 ≤ 5 cm者38例,术后1~5年生存率分别为84.2%、66.6%、60.8%、55.5%和50%。

本文着重讨论了肝切除的病例选择,术中如何判断病变能否切除,手术方法以及并发症的防治。认为肝肿瘤为肝切除的主要适应症。原发性肝癌是我国常见的恶性肿瘤,肝切除术仍然是治疗早期肝癌的主要手段,但对合并肝硬化者、肝切除量应慎重考虑,特别对合并明显肝硬化,肝功能又有异常者,半肝切除应属禁忌。肝内胆管结石在肝切除术中也占有一定地位,但必须严格掌握适应症,在肝切除时,必须与解除梗阻或胆道内、外引流术同时进行,才能避免或减少结石再发的可能性。

在手术探查中如何判断病变能否切除是降低死亡率的重要一环,本来可以切除的如误认为不能切除,则会失去手术治疗的机会;相反,如病变不能切除而勉强切除,会造成严重后果,本组术后死亡的19例中有14例肝癌病人属于这种情况。因此,必须根据病人全身情况,病变范围,第一、二肝门区是否受累,病变与周围粘连情况,下腔静脉有无侵犯,肝硬化程度,估计肝切除后余下肝组织能否代偿以及肝切面的厚薄等情况以决定是否作肝切除和决定肝切除范围。手术中充分暴露第一、二肝门,充分游离病侧肝,在常温下间歇阻断肝门,边切开肝组织边结扎切断所有血管和胆管,以及肝切面用游离大网膜复盖等是肝切除成功的重要方法,特别是肝门阻断下切肝,不必解剖肝门,操作方便,出血少,缩短手术时间,可适用于各种类型肝切除术。本组大多数(315例)采用此法切肝、效果满意。

肝切除术可能引起种种并发症,并发症的发生率仍然比较高。常见的并发症有出血、肝功能衰竭、感染等。作者等提出严格掌握适应症、精确的手术操作、正确掌握肝切除范围、术后充分引流,特别是双套管负压吸引、以及术后加强治疗等,是预防并发症的重要措施。

“液递物质”在门脉高压症发病机制中的作用

北京医学院附属人民医院 外科 黄萃庭 杜如昱 冷希圣

门脉高压症的发病机制目前尚不十分清楚，主要有门脉系统机械梗阻及高血流动力状态两种学说。但此两种理论尚未能得到动物实验证实，也不能完满解释门脉高压症患者多样化的临床表现。我们过去曾发现：肝硬变门脉高压症病人门脉压力升高的程度与肝硬变的严重程度不一致；门静脉压力与脾肿大的程度也不成比例；有些门脉高压症病人肝脏病理检查未见病变、脾门静脉造影也未见到有脾、门静脉梗阻存在；门脉高压症患者门脉压力升高的程度与血清白蛋白浓度之间呈明显的负相关关系。这些观察结果使我们考虑到除了肝实质的形态学改变外，门脉压力与肝脏功能储备之间有着某种联系。目前已知很多液递物质（简称递质）在肝脏中代谢、降解，当肝功能受损时，肝脏中各种酶系统可能发生不同程度的紊乱、这必然会引起一些递质的代谢障碍。这些代谢异常的递质可能作用于肝内或肝外系统的血管床或括约肌，因而引起门脉系统乃至全身循环系统的血流动力学改变。为此我们研究了组织胺、去甲肾上腺素、多巴胺及胰高血糖素对正常狗肝脏血流动力学的影响。

26条健康成年狗在戊巴比妥钠静脉麻醉下、全身肝素化。用电磁血流计测量肝动脉、门静脉血流量。用压力换能器监测门静脉及腹主动脉压力，并连接多导生理记录仪。用血气分析仪测量血氧饱和度。实验结果见附表。文献报告肝硬变患者血液中组织

附表 在狗体上几种“递质”对肝脏血液动力学的影响 ($P < 0.05$)

	组 织 胺 (10 μ g/kg)	去甲肾上腺素 (10 μ g/kg)	多 巴 胺 (10 μ g/kg)	多巴胺 (200 μ g/kg)	胰高血糖素 (20 μ g/kg)
门脉血流量	↓23% ($P < 0.01$)	↓8% ($P < 0.4$)	↑20% ($P < 0.05$)	↑75% ($P < 0.05$)	↑71% ($P < 0.01$)
门脉压力	↑20% ($P < 0.05$)	↑20% ($P < 0.05$)	↑8% ($P > 0.05$)	↑51% ($P < 0.05$)	↑29% ($P < 0.05$)
门脉阻力	↑88% ($P < 0.01$)	↑96% ($P < 0.05$)	↓5% ($P > 0.2$)	↑12% ($P > 0.1$)	↓21% ($P > 0.05$)
肝脏摄氧率	↓22.6% ($P < 0.05$)	↓27% ($P < 0.05$)	↓8% ($P > 0.1$)	↑37% ($P < 0.05$)	↑112% ($P < 0.025$)
肝血流量	↓10%	↓14%	↑8%	↑36%	↑57%
肝动脉血流量	↓10%	↓28%	↓12%	↓25%	↑32%
肝动脉压力	↓16%	↑28%	↓8%	↑3%	↓6%
肝动脉阻力	↑29%	↑96%	↑6%	↑34%	↓20%

* ↑表示增加百分率 ↓表示减少百分率

胺、去甲肾上腺素及胰高血糖素含量增加。作者等最近用紫外分光光度法测定20例肝硬变门脉高压症病人的外周血，其中多巴胺 β 羟化酶(DBH)活性为 $13.5 \pm 3.4u$ ，对照