

疾病的手术治疗效果

〔美〕卞·艾斯曼
钱志平 赵 平 么崇正
曾宪九

主编
译
审校

北京科学技术出版社

86-6V
AS

(K61)

79439

疾病的手术治疗效果

(美)卞·艾斯曼 主编

钱志平 赵平 么崇正 译

曾宪九 审校

北京科学技术出版社

内 容 简 介

本书由美国著名外科教授卞·艾斯曼主编。作者根据大量文献资料和临床实践的经验,对于常见外科病治疗效果作了科学的分析和预测。内容包括:神经外科、头颈部外科、血管外科、胸部外科、心脏外科、腹部外科、妇科、小儿外科、乳房外科、软组织外科、泌尿外科、矫形外科、基本外科及人寿估算表等十三篇。本书形式排列新颖,图文并茂,文字简洁,通俗易懂,是临床外科医师的良师益友。本书由已故著名外科专家曾宪九教授推荐并负责审校工作。读者对象是初中级外科临床医师及医学院校的师生。

3451/6

Prognosis of surgical disease

*

Edited by
Ben Eisman, M.D.
W.B.Saunders Company 1980

疾 病 的 手 术 治 疗 效 果

(美)卞·艾斯曼 主编
钱志平 赵平 么崇正 译

曾 宪 九 审校

*

北京科学技术出版社出版
(北京西直门外南路19号)

北京市发行所发行 各地新华书店经售
国防科工委印刷厂印刷

*

787×1092毫米 16开本32.125印张788千字
1988年11月第一版 1988年11月第一次印刷
印数1—3550 册

ISBN7-5304-0000-2/R·1 定价9.35元

序

在计划进行任何工作以前，有必要做到心中有数，估计一下后果如何。外科医生在计划治病的方案时也需要如此，才有可能根据病人具体情况选择适当的治疗方法，并可以向病人和家属说明他们能希望得到什么样的结果。由于外科疾病的范畴很广泛，治疗方法的经验也各不相同，有一本专门讨论这方面的参考书，对外科医生会有很大的帮助。这就是本书的目的和作用。

本书采用表格的方式表达有关的资料，既全面，又简明，也很方便，这种方式不足之处是不能作更多的解释和讨论，所以在应用这些表格时也需要参看有关的注释，必要时可以阅读所附的文献。

编写本书是一种复杂的工作，简单的表格必须以大量的资料作为依据，收集、分析这些资料并不是轻松的脑力劳动，因为不同的作者对同样的问题结论可以相差很远，编者有必要根据自己的知识、经验作出判断，读者也应该这样。

另外，外科临床不是踏步不前而是继续前进的，新治疗方法的出现和旧疗法的改进，会使预后有所改变，而任何书籍只能反映在编写日期以前的经验，这一点希望读者予以注意。

曾宪九

1985年3月10日

前言

外科医师很少否认他们是讲求逻辑的，但又同样竭力声称自己并非是统计学家。事实上，合乎逻辑的临床治疗方案只有在估量各种可行措施的利弊后才能决定。所谓“利”，可根据疼痛的解除、体力活动的改善、生命的延长及谋生能力的增强这些可能性来判断。反之，所谓“弊”，可根据死亡、疼痛、住院及体力与脑力功能丧失这些可能性来判断。在这个世界上，昂贵的医疗技术的发展已超过了我们如何最有效地运用这种技术的知识。因此，个人或社会所花费的金钱，其数值必须从分析费用与疗效的对比关系方面来考虑计算。

对统计数字和概率不感兴趣或不信赖的外科医师，不过是托庇于他自己的精巧计算机——大脑。一个科学修养训练有素的人，不管其本人的意图如何，会不自觉地对所选择的合理治疗方案的好坏结果进行比较。因此，外科医师虽不是公开的统计学家、也是不自觉的统计学家。那些最终被认为有见识的、最杰出的外科医师无不有意识地进行概率统计。

外科医师可通过多种途径获得概率方面的知识，最主要的是本人的经验。遗憾的是，依靠这种来源，往往要花费一生时间才能收集到足够的有统计价值的病例资料，而这时要用这些资料却又为时已晚。此外，人们往往不适当地看重个人的经验，特别是新近的经验。另一种知识来源是个人的所读所闻。细致分析别人的经验，显然这是最好的办法。

在以前的一本书 (Surgical Decision Making, Saunders, 1978) 里，我们采用分支图解的形式，说明如何根据有关的资料得出一系列合乎逻辑的临床抉择方案。本书旨在列举统计资料，并以此为依据，选择疗效最佳、危害最小的方案。书中所引证的数据都注明了出处。

很需要有关外科判断预后好坏的精确资料，然而收集常见外科疾病手术预后的统计资料却十分困难。例如由于缺少采用现代技术的麻醉方面的资料，我们只得删去了这一章。

在编写本书的过程中，那些曾满怀信心主动参与编写的作者纷纷来到编者面前，面色难堪、情绪颓丧地抱怨道：“在这一专题方面，值得采用的资料非常少。”最初认为迅速复习文献是件轻而易举的事，结果却遇到了意想不到的极大困难。他们长时间埋头于图书馆里东找西寻，对此我深表谢意。

在强调要注重数据之后，还须补充说明数据并非一切。有关同一疾病的两篇文献很少完全可比。例如，病例的选择与记录好疗效的主观愿望显然会受作者偏见的影响。即使用生存期的长短来判断手术疗效也不是唯一的好方法，因为生命不仅有时间长短的一面，而且还有生存深度的一面。在开始编写本书时，我们曾试图用数字估量某些外科手术后病人的生存深度，但由于找不到可靠的用数字估量疗效的好办法而只好放弃了。然而，这一原则是重要的。尽管本书并未面对这种情况，只是间接地记录可能的良或优结果、并发症发生率与严重程度。四个月没有疼痛、身体活动一般良好，但最后猝然死亡，似乎要比经受六个月的痛苦折磨为好。然而，您如何用数字来估量这个问题？

最后，感谢作者们允许我对他们送来的原稿作了必要的删节与修改。作为外科医师，他们都有很强的个性，不习惯被纳入编者的统一格式中。我希望本书的价值将补偿个人自尊的损伤。幸好，我们彼此都是同事和朋友。

卞·艾斯曼

目 录

第一篇 神经外科	(1)
第一章 闭合性颅脑损伤.....	(3)
第二章 自发性颅内出血.....	(5)
第三章 脊髓损伤.....	(8)
第四章 囊性脊柱裂.....	(12)
第五章 脑积水.....	(16)
第六章 椎间盘破裂.....	(19)
第七章 脑膜瘤.....	(22)
第八章 神经胶质瘤.....	(25)
第二篇 头颈部外科	(27)
第一章 甲状腺机能亢进.....	(29)
第二章 甲状腺结节.....	(32)
第三章 甲状腺癌.....	(34)
第四章 甲状腺切除术.....	(38)
第五章 甲状旁腺机能亢进.....	(41)
第六章 口腔癌.....	(43)
第七章 头颈部鳞癌的颈淋巴结转移.....	(46)
第八章 根治性颈淋巴结清扫术.....	(49)
第九章 唇癌.....	(51)
第十章 舌癌.....	(54)
第十一章 涎腺肿瘤.....	(59)
第十二章 声带癌.....	(62)
第十三章 急性渗出性扁桃体炎与腺样增殖体.....	(65)
第十四章 传导性听力丧失.....	(67)
第三篇 血管外科	(71)
第一章 脑血管供血不足.....	(73)
第二章 腹主动脉瘤.....	(76)
第三章 下肢间歇跛行.....	(80)
第四章 腰交感神经切除术.....	(83)
第五章 动脉疾病截肢术.....	(85)
第六章 周围动脉栓塞.....	(88)
第七章 血管造影.....	(92)
第八章 高血压.....	(96)
第九章 大血管结扎.....	(98)
第十章 静脉曲张.....	(100)

第十一章	术后深静脉血栓形成	(103)
第十二章	术后肺栓塞	(106)
第十三章	急性髂股静脉血栓形成	(109)
第十四章	透析的血管入路	(111)
第四篇	胸部外科	(113)
第一章	胸部损伤	(115)
第二章	脓胸	(120)
第三章	支气管扩张	(122)
第四章	肺脓肿	(124)
第五章	肺结核	(126)
第六章	孤立性肺结节	(129)
第七章	肺癌	(131)
第八章	肺叶切除术	(137)
第九章	全肺切除术	(139)
第十章	胸廓出口综合征	(141)
第十一章	食管失弛缓症	(143)
第十二章	返流性食管炎	(146)
第十三章	食管癌	(149)
第五篇	心脏外科	(151)
第一章	动脉导管未闭	(153)
第二章	主动脉狭窄	(155)
第三章	房间隔缺损	(157)
第四章	紫绀型心脏病	(163)
第五章	室间隔缺损	(168)
第六章	二尖瓣疾病	(171)
第七章	主动脉瓣疾病	(177)
第八章	心绞痛	(182)
第九章	急性心肌梗塞	(184)
第十章	心导管	(190)
第十一章	心脏起搏器	(193)
第十二章	体外循环	(197)
第六篇	腹部外科	(201)
第一章	裂孔疝	(203)
第二章	胃溃疡	(206)
第三章	十二指肠溃疡	(209)
第四章	胃切除术与迷走神经切断术后综合征	(212)
第五章	肥胖症外科	(216)
第六章	胃癌	(219)
第七章	上消化道出血	(222)

第八章	急性胰腺炎	(225)
第九章	慢性胰腺炎	(227)
第十章	胰腺癌及其它胰腺肿瘤	(230)
第十一章	胆石症	(235)
第十二章	成人梗阻性黄疸	(239)
第十三章	肝肿瘤	(242)
第十四章	肝移植	(245)
第十五章	门静脉高压症	(247)
第十六章	脾切除术	(252)
第十七章	特发性血小板减少性紫癜	(255)
第十八章	机械性小肠梗阻	(257)
第十九章	阑尾炎	(260)
第二十章	克隆病	(263)
第二十一章	溃疡性结肠炎	(266)
第二十二章	结肠憩室病	(271)
第二十三章	结肠息肉	(275)
第二十四章	结肠癌	(278)
第二十五章	直肠癌	(283)
第二十六章	穿透性结肠损伤	(287)
第二十七章	急性大肠梗阻	(289)
第二十八章	大肠扭转	(291)
第二十九章	痔	(294)
第三十章	肛门直肠脓肿	(297)
第三十一章	潜毛窦	(299)
第三十二章	成人腹股沟疝	(301)
第三十三章	选择性剖腹术	(306)
第三十四章	食管、胃、十二指肠内窥镜检查	(309)
第三十五章	逆行胰胆管造影 (ERCP)	(311)
第七篇	妇科	(313)
第一章	流产	(315)
第二章	绝育术	(318)
第三章	扩宫和刮宫术	(321)
第四章	异位妊娠	(324)
第五章	子宫肌瘤	(327)
第六章	输卵管-卵巢脓肿	(330)
第七章	子宫内膜移位症	(332)
第八章	宫颈癌	(335)
第九章	子宫内膜腺癌	(339)
第十章	卵巢癌	(342)

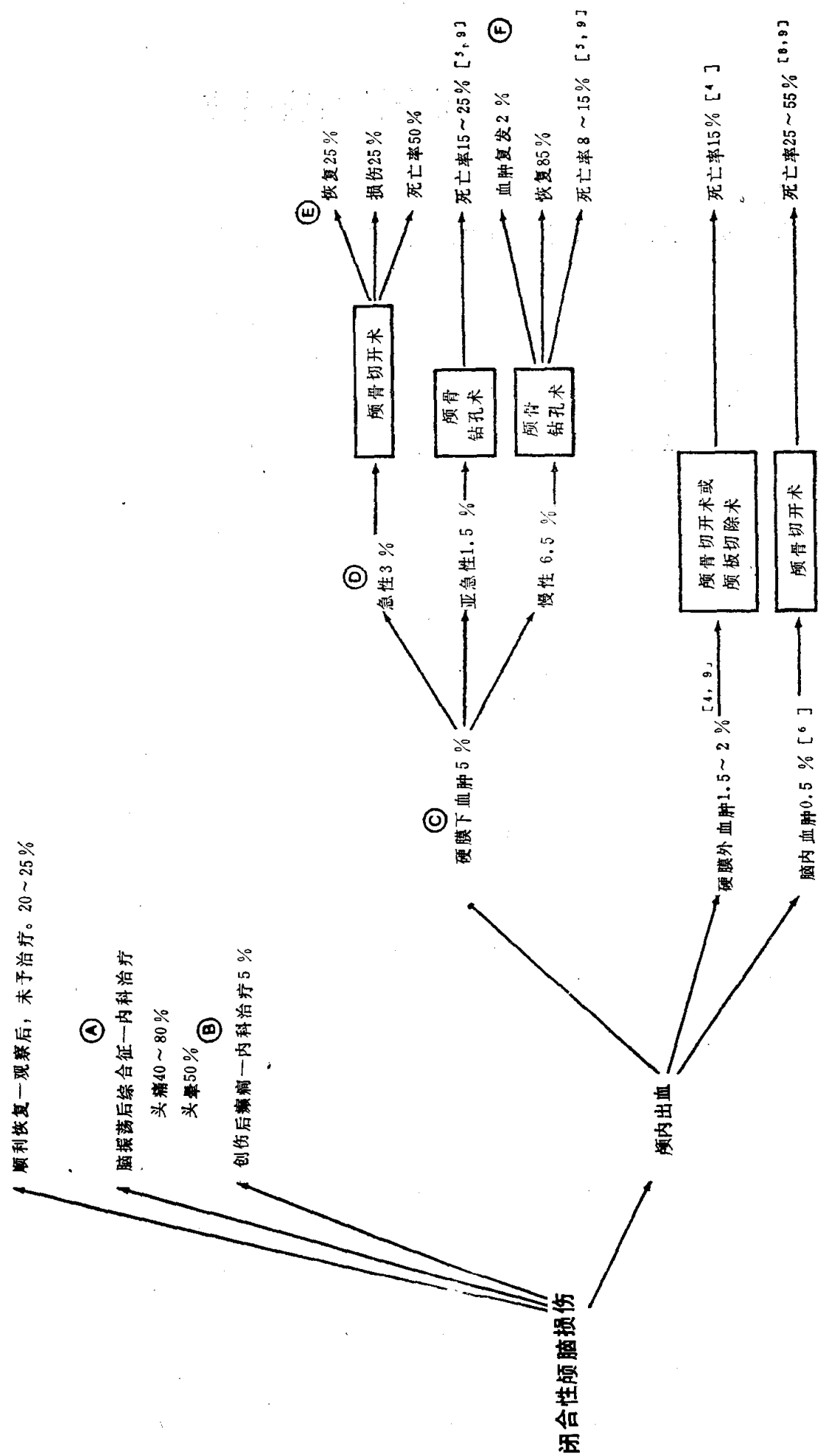
第十一章	经阴道子宫切除术	(345)
第十二章	经腹子宫切除术	(348)
第十三章	宫体癌的放疗	(351)
第八篇	小儿外科	(353)
第一章	气管、食管瘘和食管闭锁	(355)
第二章	脐疝	(359)
第三章	脐膨出与腹裂	(361)
第四章	婴儿腹股沟疝与鞘膜水囊肿	(363)
第五章	新生儿幽门与十二指肠梗阻	(365)
第六章	肛门闭锁	(369)
第七章	新生儿坏死性小肠结肠炎 (NEC)	(371)
第八章	新生儿黄疸	(374)
第九章	巨结肠症	(377)
第十章	肠套叠	(380)
第九篇	乳房外科	(383)
第一章	乳房孤立结节	(385)
第二章	乳癌	(389)
第三章	乳癌切除术后复发	(393)
第十篇	软组织外科	(397)
第一章	大面积烧伤	(399)
第二章	恶性黑色素瘤	(402)
第三章	软组织肉瘤	(405)
第四章	何杰金氏病	(408)
第十一篇	泌尿外科	(413)
第一章	肾胚胎瘤 (WILMS瘤)	(415)
第二章	成神经细胞瘤	(418)
第三章	泌尿系结石	(421)
第四章	肾细胞癌	(425)
第五章	肾移植	(427)
第六章	肾上腺肿瘤	(430)
第七章	膀胱癌	(433)
第八章	睾丸生殖细胞肿瘤	(438)
第九章	前列腺病	(441)
第十章	前列腺癌	(444)
第十一章	经尿道前列腺切除术	(448)
第十二章	肾切除术	(450)
第十二篇	矫形外科	(453)
第一章	颈椎骨折	(455)
第二章	腰椎骨折	(457)

第三章	肩部骨折.....	(459)
第四章	成人前臂骨折.....	(463)
第五章	腕部骨折.....	(466)
第六章	手与腕部类风湿性关节炎.....	(468)
第七章	手的屈肌腱损伤.....	(471)
第八章	掌挛缩病(杜普伊特伦氏挛缩).....	(473)
第九章	周围神经修复(上肢).....	(475)
第十章	骨盆骨折.....	(478)
第十一章	髌部骨折.....	(482)
第十二章	人工髌关节置换术.....	(487)
第十三篇	基本外科	(491)
第一章	完全胃肠外营养.....	(493)
第二章	自杀病人.....	(495)
第三章	椎管内麻醉.....	(498)
第四章	局部麻醉.....	(501)
附表	人寿估计表	(504)

第 一 篇

神 经 外 科

第一章 闭合性颅脑损伤



闭合性颅脑损伤

注释:

A. 脑振荡症状的发生率与损伤的严重程度无关^[1,3]。

损 伤	症 状	发生率 (%)
颅脑损伤不合并丧失记忆	头 痛	72
颅脑损伤合并丧失记忆	头 痛	80
颅脑损伤不合并丧失记忆	眩 晕	42
颅脑损伤合并丧失记忆	眩 晕	54

B. 在所有颅脑损伤中, 癫痫发生率为10%。除外复合性损伤, 其发生率为5%。若成年病人丧失记忆时间不超过24小时, 并且无颅内血肿, 其癫痫发生率为0。若发生颅内血肿, 则癫痫发生率增至28.5%。

C. 颅内血肿的发生率是以颅脑闭合性损伤需要住院治疗病人的百分数来表示^[5,7]。

D. 急性硬膜下血肿只应指损伤在24小时内需要手术的血肿。但是文献中许多病例组把损伤72小时内发生的所有血肿包括在内^[5]。

亚急性硬膜下血肿指损伤后3天~3周。

慢性硬膜下血肿指损伤后3周以上。

E. 由于创伤性颅内出血的生存率提高, 所以病人完全恢复的百分比也提高。病人不仅单纯地被挽救了生命, 在一大组急性硬膜下血肿的病例中, 24%的病人恢复了工作, 23%的病人有某些限制其活动的神经机能障碍, 只有6%的病人需在疗养院 (Nursing home) 生活^[1,5,8,10]。

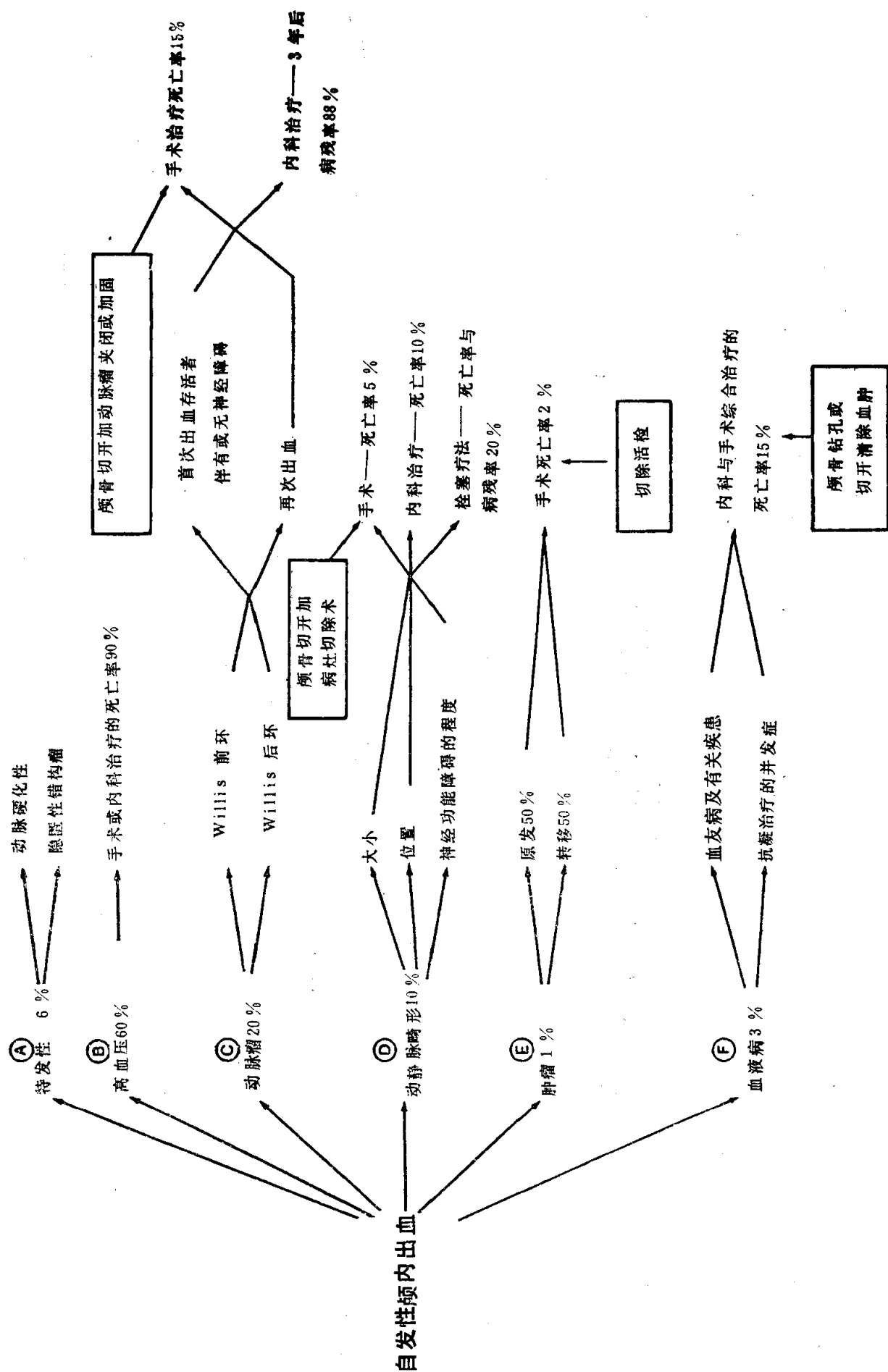
F. 只有极少数病人在颅骨钻孔引流术后又形成慢性硬膜下血肿, 治疗可采用颅骨切开术或硬膜下-腹膜腔分流术。分流手术应用于颅脑明显不相称的病人。

(GARY VANDER ARK)

参 考 文 献

- 1 Britt, R. H., and Hamilton, R. D.: Large decompressive craniotomy in the treatment of acute subdural hematoma. *Neurosurgery*, 2:195-200, 1978.
- 2 Friedman, A. P.: The so-called post-traumatic headache. In Walker, A. E., Caveness, W. F., and Critchley, M. (eds.): *The Late Effects of Head Injury*. Springfield, Ill., Charles C Thomas, 1969, pp. 55-70.
- 3 Jacobsen, S. A.: Mechanisms of the sequelae of minor craniocervical trauma. In Walker, A. E., Caveness, W. F., and Critchley, M. (eds.): *The late Effects of Head Injury*. Springfield, Ill., Charles C Thomas, 1969, pp. 35-45.
- 4 Jamieson, K. G., and Yelland, J. D. N.: Extradural hematoma. Report of 167 cases. *J. Neurosurg.*, 29:13-23, 1968.
- 5 Jamieson, K. G., and Yelland, J. D. N.: Surgically treated traumatic subdural hematoma. *J. Neurosurg.*, 37:137-149, 1972.
- 6 Jamieson, K. G., and Yelland, J. D. N.: Traumatic intracerebral hematoma. Report of 63 surgically treated cases. *J. Neurosurg.*, 37:528-532, 1972.
- 7 Jennett, W. B.: Traumatic epilepsy after closed head injuries. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23:295-301, 1960.
- 8 Moiel, R. H., and Caram, P. C.: Acute subdural hematoma: a review of 84 cases, a six year evaluation. *J. Trauma*, 7:660-66, 1967.
- 9 Thomas, L. M., and Gurdjian, E. S.: Intracranial hematomas of traumatic origin. In Youmans, J. R. (ed.): *Neurological Surgery*, Vol. II. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1973, pp. 960-968.
- 10 Vander Ark, G. D.: Cardiovascular changes with acute subdural hematoma. *Surg. Neurol.*, 3:305-308, 1975.

第二章 自发性颅内出血



自发性颅内出血

注释:

在美国脑血管病在最常见的死亡原因中占第三位。自发性出血（与缺血性梗塞、栓子等相比）占全部脑血管病例的28%^[8]。

A. 特发性出血由下列两种情况造成:

(1)动脉硬化症:出血流入脑白质,其来源不明。无论手术与否,其死亡率及病残率为90%。

(2)隐匿性错构瘤:出血通常在脑内,30%是致命的。应该施行引流手术,这样可以降低病残率与死亡率(23%)。

B. 高血压所致颅内出血无论手术与否,死亡率均为90%。

C. 动脉瘤出血病程受多种因素影响^[2,8]。

1. 动脉瘤的定位:

(1)大脑前动脉瘤与前交通支相连,手术病残率为27.4%,死亡率为15%。

(2)颈内动脉瘤与后交通支相连,手术病残率为26.4%,死亡率为3%。

(3)大脑中动脉瘤手术病残率为19.7%,死亡率为7%。

(4)大脑前动脉远端动脉瘤手术病残率为2.7%,死亡率为5%。

(5)椎基底动脉瘤手术病残率为3.6%,死亡率为5%。

(6)多发性动脉瘤手术病残率为14%,死亡率恰为上述数字的平均值。

2. 出血和再次出血的发生率如下^[8]:

(1)50%的再出血发生于出血后的头两周内;

(2)20%的再出血发生于两周之后。

3. 未经手术治疗的预后:88%的病人在3年内死于反复出血。

4. 术前影响预后的因素是:

(1)脑实质损害^[2];

1) 大脑内出血;

2) 远处血管梗塞。

(2)痉挛;

(3)出血的严重程度与手术时病人的状况。

5. 不同手术方式对预后的影响:

(1)动脉瘤颈部夹闭率可能性为75%。预防再出血的可能性为95%。

(2)用粘合剂或其它方法行脑动脉瘤顶部加固,再出血的可能性为10%。

(3)大的动脉瘤可能伴有腔内血栓形成,其死亡率仅为10%。

(4)结扎近端动脉的再出血率为20%。

D. 动静脉畸形可以造成自发性颅内出血。

1. 再出血发生率为90%。虽然一般无生命危险,但能引起神经系统的病变。

2. 治疗前影响预后的因素:

(1) 主要营养血管的大小与数目;

(2) 在脑内位置。

3. 动静脉畸形出血的治疗:

(1) 内科治疗根据病情进行支持疗法加解疼药。这种治疗对总的死亡率没有影响。

(2) 手术切除的死亡率和病残率为7~8%。

(3) 栓塞疗法死亡率和病残率为20%。外科医生很少能够彻底闭塞病变的血管。

E. 中枢神经系统肿瘤的自发性出血罕见 (<1%)。这些肿瘤50%是原发性的, 其中良性的占80%, 恶性的占20%。其余50%是转移瘤。手术切除是唯一的治疗。预后取决于肿瘤的组织学及切除范围^[7]。手术死亡率和病残率为2~3%。

F. 血液病^[10]包括:

(1) 血友病及有关的出血和凝血性疾患;

(2) 对其它疾病抗凝治疗的并发症。手术治疗的指征是大片出血性病变, 如硬膜下或大脑海内血肿, 并且只有在原有的凝血机制异常得到纠正之后才能进行手术。手术治疗的病残率和死亡率为10%。

(VERNER FRIEDMAN)

参 考 文 献

- 1 Drake, C. G.: Ligation of the vertebral or basilar artery in the treatment of large intracranial aneurysms. *J. Neurosurg.*, 43:255-274, 1975.
- 2 Graf, C. J.: Prognosis for patient with more surgically treated aneurysms. Analysis of the cooperative study of intracranial aneurysms and subarachnoid hemorrhage. *J. Neurosurg.*, 35:438-443, 1971.
- 3 Jamieson, K. D.: Aneurysms of the vertebrobasilar system: Surgical intervention in 19 cases. *J. Neurosurg.*, 21:781-797, 1964.
- 4 McKissock, W., Richardson, A., and Taylor, J.: Primary intradural hemorrhage: A controlled study of surgical and conservative treatment in 180 unselected cases. *Lancet*, 2:221-226, 1961.
- 5 Nishioka, H.: Evaluation of the conservative management of ruptured intracranial aneurysms. Report on the cooperative study of intracranial aneurysms and subarachnoid hemorrhage. *J. Neurosurg.*, 25:574-592, 1966.
- 6 Paillas, J. E., and Alliez, B.: Surgical treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage: Immediate and long-term results in 250 cases. *J. Neurosurg.*, 39:145-151, 1973.
- 7 Posner, J. B.: Management of central nervous system metastases. *Semin. Oncol.*, 4:81-91, 1977.
- 8 Sahs, A. L., Perret, G., et al.: Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage. A Cooperative Study. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1969.
- 9 Sedzimin, C. B., and Robinson, J.: Intracranial hemorrhage in children and adolescents. *J. Neurosurg.*, 38:296-281, 1973.
- 10 Seeler, R. A., and Imana, R. B.: Intracranial hemorrhage in patients with hemophilia. *J. Neurosurg.*, 39:181-185, 1973.