

1983

外科

人民卫生出版社

金年

中国外科年鉴

1983

《中国外科年鉴》编辑委员会编



人 民 卫 生 出 版 社

责任编辑 高 间

中 国 外 科 年 鉴

1983

《中国外科年鉴》编辑委员会 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区天坛西里 10 号)

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092 毫米 16 开本 24 1/2 印张 13 插页 656 千字

1983 年 11 月第 1 版 1983 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 00,001—16,160

统一书号: 14048·4484 定价: 5.35 元

[科技新书目 54 — 68]

《中国外科年鉴》编辑委员会

(按姓氏笔划为序)

- | | |
|-----|--------------------------|
| 马永江 | 第二军医大学外科教授, 编委会主任委员 |
| 王景阳 | 第二军医大学外科教授 |
| 王福民 | 第二军医大学外科副教授, 编委会副主任委员 |
| 方之杨 | 第二军医大学外科教授 |
| 史玉泉 | 上海第一医学院外科教授 |
| 史济湘 | 上海第二医学院外科教授 |
| 朱 诚 | 第二军医大学外科副教授 |
| 仲剑平 | 第二军医大学外科副教授, 编委会副主任委员 |
| 吴 珏 | 上海第一医学院外科教授 |
| 吴英恺 | 中国医学科学院外科教授 |
| 吴孟超 | 第二军医大学外科教授 |
| 张涤生 | 上海第二医学院外科教授 |
| 张静峰 | 第二军医大学第一附属医院医教部主任 |
| 贺宗理 | 第二军医大学外科副教授 |
| 徐印坎 | 第二军医大学外科教授 |
| 高学书 | 第二军医大学外科教授 |
| 屠开元 | 第二军医大学外科教授 |
| 董坤明 | 第二军医大学第一附属医院院长, 编委会副主任委员 |
| 曾宪九 | 中国医学科学院外科教授 |
| 喻德洪 | 第二军医大学外科副教授, 编委会副主任委员 |
| 傅培彬 | 上海第二医学院外科教授 |
| 裘法祖 | 武汉医学院外科教授 |
| 蔡用之 | 第二军医大学外科教授 |
| 熊汝成 | 上海第一医学院外科教授 |

	主 编	马永江	
副 主 编	仲剑平	喻德洪	王福民
顾问编辑	史玉泉	史济湘	吴 珏
	吴英恺	张涤生	屠开元
	曾宪九	傅培彬	袁法祖
	熊汝成		
专科编辑	方之杨	王本茂	王景阳
	华积德	刘植珊	朱 诚
	吴孟超	张晓华	贺宗理
	高学书	耿振江	徐印坎
	郭恩覃	蔡用之	
编辑助理	胡宏楷		

序

在党的领导下，在社会主义制度下，经过医务人员的共同努力，我国医学发展很快，一些医学专业早已踏进并走在世界先进行列。为了历史地、连续地记录外科工作者为保护人民健康、发展医学科学的辛勤功绩，为了给外科专业人员和各界读者提供外科领域的综合性及精选的科技信息，也为了给我国古老而又光辉灿烂的文化宝库增添长期性的图书新品种，经中华人民共和国卫生部批准，由人民卫生出版社组织，我们编纂了《中国外科年鉴1983》，今后并将逐年编纂出版。

医学年鉴是介乎医学教科书和医学期刊之间的学术资料性工具书。目前国内出版的医学期刊已达二百余种，在繁忙的工作中要系统地涉猎较难办到；年鉴的任务即在于全面收集有关资料，经过精选和综合，努力反映上一年度有关专业的基本情况和主要成就，并提出一些学术方面的展望性见解，以使读者能利用较少的时间，掌握较多的资料。

《中国外科年鉴》包括外科基本问题及创伤、麻醉、普通外科、神经外科、胸外科、泌尿外科、骨科、烧伤、整形、器官移植和肿瘤等问题，辟有一年回顾、外科文选、专家论坛、医界人物、大事纪要和出版动态等栏目。首卷年鉴的选材时限自1981年7月1日始，至1982年6月30日止，主要选自正式出版并公开发行的111种医学杂志和医学院校学报的5,558篇论文。

这次编辑工作时间仓促，收集资料不够完全；所选论文与述评内容虽经有关专家商讨，但限于编者水平，疏漏舛误在所难免。竭诚希望读者及有关作者提出宝贵意见，以便今后改进。

《中国外科年鉴》编辑委员会

1983年1月

编辑凡例

一、本书包括外科基本问题及创伤、麻醉、普通外科、神经外科、胸外科、泌尿外科、骨科、烧伤、整形、器官移植和肿瘤等问题，分设一年回顾、外科文选、专家论坛、医界人物、大事纪要、出版动态等栏目。

二、一年回顾 反映上年度国内外科有关各专业在临床与基础研究方面、以常见病多发病为重点的全面情况及主要成果，并提出学术方面的展望性见解。

三、外科文选 所列论文均由上年度国内正式出版且公开发行的各种医学、药学期刊中选出（详目见附录）。选文要求内容质量较高，有一定代表性的新经验、新理论、新技术。选文不拘一格，不论老年专家或中青年专业工作者的论文，亦不论期刊属中央或地方级别，凡符合标准的均有选录。因篇幅有限，内容相似的文章一般只选一、二篇，要求各有特点。论文并非正式出版，或虽为正式出版但仅供内部交流者，则不入选。文选摘录文题、第一作者工作单位及姓名、期刊名称及发表时间、主要方法、结果及结论。述评是编者个人对该文看法，并适当联系其他同类研究者的研究结果和见解，目的在于强调该项问题的意义及注意点，但只供读者参考，并非定论。

四、专家论坛 由编辑部约请有关专家就其经常关心的专业工作，发表指导性和建设性的见解。

五、医界人物 重点介绍国内长期从事外科领域的医疗、教学、科研工作，对我国外科有关专业学科的发展作出杰出贡献的专家，以及有重要发明创造或立功受奖的专业工作者的生平事迹及其主要贡献。

六、大事纪要 记录上一年度内国际性、全国性与地区性各有关专业学会及学术会议的活动情况，重要的创造发明、科研成果鉴定和学术交流活动。

七、出版动态 介绍国内各级出版社正式出版和公开发行的外科领域专业书籍的名称、作者、出版者、地点、年份、开本、页数、定价和内容简介。

八、首卷年鉴收集论文资料的时间为前年下半年到上一年的上半年，今后将逐步将止期延近。

目 录

一年回顾 (1)

麻醉科 王景阳 (1)

普通外科 吴孟超 (5)

神经外科 史玉泉、朱 诚 (12)

胸外科 蔡用之、耿振江 (17)

泌尿外科 马永江 (21)

骨科 徐印坎 (23)

烧伤 方之杨 (25)

整形外科 高学书 (28)

器官移植 贺宗理 (32)

外科文选 (35)

外科基本问题及创伤 (35)

外科基本问题 (35)

创伤 (42)

麻醉 (48)

基础理论 (48)

心脏手术麻醉 (50)

特殊手术麻醉 (56)

氯氮酮麻醉 (60)

降压在麻醉中的应用 (60)

肌肉松弛剂 (63)

局部麻醉 (64)

并发症 (66)

其它 (68)

普通外科 (71)

甲状腺 (71)

乳腺 (78)

腹壁, 腹膜 (82)

肝, 胆, 胰, 脾 (89)

胃, 十二指肠, 空回肠 (118)

阑尾, 结肠, 直肠, 肛门 (146)

动脉, 静脉, 血管 (174)

神经外科 (186)

颅脑损伤 (186)

颅内肿瘤 (196)

脑血管疾病 (206)

脑脓肿和脑寄生虫病 (213)

其它 (215)

胸外科 (218)

创伤 (218)

胸壁畸形 (219)

纵隔肿瘤 (220)

肺部疾病 (221)

食管癌 (228)

先天性心脏病 (230)

心脏肿瘤 (236)

心脏瓣膜置换 (237)

泌尿外科 (240)

尿路感染 (240)

尿路结石 (242)

肾上腺 (245)

肾脏 (247)

输尿管 (252)

膀胱 (255)

前列腺 (261)

尿道 (262)

阴茎 (266)

睾丸 (267)

其它 (270)

骨科 (273)

基础理论 (273)

上肢损伤 (277)

下肢损伤 (280)

断指再植 (286)

显微外科 (287)

脊柱伤病 (291)

婴儿麻痹及畸形 (297)

人工关节 (299)

骨髓炎 (300)

骨肿瘤 (302)

其它 (307)

烧伤 (311)

整形外科 (319)

器官移植	(332)
肿瘤	(339)
专家论坛	(353)
胰腺癌——堡垒能否攻克?.....	曾宪九(353)
对临床处理门脉高压症并发食管	
胃底曲张静脉破裂大出血的几点	
意见	袁法祖(355)
试谈外科基础实验研究对外科学发	

展的重要性	傅培彬(357)
医界人物	(359)
泌尿外科专家吴阶平教授	(359)
骨科专家屠开元教授	(361)
大事纪要	(363)
出版动态	(369)
附录	(381)
本年鉴引用的期刊	(381)

一年回顾

麻醉科

王景阳

检阅 1981~1982 年度麻醉学科的进展,不禁令人念及旧中国麻醉学基础之薄弱,新中国成立后才逐步发展并粗具规模。可惜,由于十年动乱,使麻醉学科停滞不前。党的十一届三中全会带来了科学的春天,麻醉学科才和其他学科一样重新活跃起来。1979 年 9 月,在哈尔滨召开了全国第一届麻醉学术会议,成立了中华医学会麻醉学会。嗣后,各省、市、自治区相继成立分会,并开设进修讲座,定期举行学术活动,出现了相互鼓励、彼此促进、刻苦钻研的新气象。1981 年初,《中华麻醉学杂志》和《国外医学资料·麻醉与复苏分册》相继与读者见面。近年来,有关麻醉的新理论、新技术,不仅在国内而且在国际间交流日益频繁,起着有益的相互推动和促进的作用。当此《中国外科年鉴》编辑出版之际,把麻醉学科列为其中的一个组成部分,用意无非是希望今后我国的麻醉事业,要一马当先,为外科手术的开展、发展和重危病人的抢救做好本职工作。

在 1981~1982 年全国各地举办的麻醉学术活动中,报告的论文数目当以千计。本期年鉴,仅从已正式发表的 300 余篇中,挑选其论证和观点值得注意和重视的 30 余篇予以摘要转达,并作出述评。本述评仅供讨论,并非定论。由于临床麻醉涉及的边缘学科很多,我们谈及的问题定有许多遗漏,难

以满足读者的需要,实在是能力所限,至希见谅。

学科的发展都是承前启后的。在这一段时间里,麻醉学科最为突出的特点是实践和理论并重,水平较高的论著都是来自临床实践中所发现的疑难问题,针对这些问题开展深入的研究对比,并设计相应的动物实验。不少单位成立了麻醉专业的化验室和/或实验室,更新仪器设备,引进新技术,使麻醉工作取得了一定的进展。如: (1)无创伤性心阻抗法测定心输出量,这项工作国内心血管病工作者已进行了 4~5 年,现在在临床麻醉时试用,检查用这种方法所获得的数据的可靠性; (2)氯甲左箭毒(海轮碱 II)是国产的天然肌松药,其效应可及氯化筒箭毒之半,已试用于临床,主要作为静吸复合全麻的辅助用药。本年度又研究了氯甲左箭毒对血液动力学的影响; (3)酯类局部麻醉药中毒的预防,通过动物实验,运用药理学原则,分析了巴比妥钠预防局麻药中毒的效果,提出安定是一值得考虑的预防用药; (4)三磷酸腺苷(ATP)能促使末梢血管扩张,可用于控制性降压,通过实验与临床,探讨了作为降压药的效应及其优缺点。

全麻药可分为吸入与非吸入两大类。由于吸入全麻药受到物理性能和供应上的限制,国内和国外一样,已成为静吸复合全麻

用药的组成之一,除小儿麻醉外,已很少作为全麻的主要手段和主要用药。目前国内仍以静吸复合全麻为最常用,一般吸入些氟烷、氧化亚氮、乙醚或安氟醚。全凭静脉复合全麻则尚在尝试阶段。复合全麻中所用的辅助药,属于中枢性抑制药者,不外硫喷妥钠、 γ -羟基丁酸钠、氯胺酮、安定、氟哌啶或氟哌啶醇等;镇痛药则不外哌替啶、芬太尼或运用吗啡。肌松药主要依靠琥珀胆碱或右旋筒箭毒,氯甲左箭毒或潘可罗宁等仅属偶用。全麻维持中的肌松,一般均采用普鲁卡因或利多卡因与琥珀胆碱配合的混合液,连续静滴。由于心血管外科的普遍开展,有关体外循环心内直视手术的麻醉经验介绍较多,当然,婴幼儿体外循环心内直视手术的麻醉报道亦不少,对麻醉药的选择,降温和复温的方法,输血补液的掌握,电解质和酸碱平衡的维持,都提供了丰富的经验。心内直视手术后呼吸的管理,术中和术后均应依据 PaO_2 , $PaCO_2$, $A-aDO_2$, $\dot{Q}_S/\dot{Q}_T$, V_D/V_T 和胸顺应性六项指标,曾分别就肺高血流量、肺阻性充血和肺低血流量三组病例进行总结,说明有一定的意义。此外,还有心内直视手术中对尿、血渗透压的监测,以及体外循环心内直视手术时低血钾的防治等方面的论著,对提高医疗质量均有较大的临床意义。

应用氯胺酮作为基础麻醉应用于小儿外科、烧伤、战伤,以及作为镇痛不全的辅助,都已广泛采用,并取得了良好效果。本年度中对其并发症有了更进一步的认识,有的报道认为足以引起呼吸抑制、癫痫样发作、暂时失明以及对心肌收缩力呈负性等,值得警惕。

中等程度低温与控制性低压合并应用,认为在手术治疗心内复杂病变、先天性动脉导管未闭以及颅内动脉瘤、巨大脑膜瘤等时均属可取,但在临床上尚有争论。在控制性降压用药方面,硝普钠、硝酸甘油和三磷酸腺苷均有报道,并获得了较好的成绩。值得

注意的是天然生物碱环轮宁,它来自中草药,可作为控制性降压,应用于先天性动脉导管未闭的结扎术中很成功,但应用于心力衰竭的防治尚有待深入研究。

硬膜外阻滞的应用仍最广泛,近一年来在各杂志上发表的有关报道就有30余篇,不论在操作技术上的改进,局麻新药的应用,并发症及意外的预防处理等方面,都做了大量工作。值得注意的是,对高平面硬膜外阻滞以及硬膜外阻滞时选用不同浓度的局麻药液对呼吸功能的影响有深入的探讨,指出为了防止阻滞平面过高、范围过广,以及在心肺功能较差的病人,药液浓度均应相应减低;硬膜外阻滞中并用安定镇静、镇痛药时,呼吸抑制的发生更多。硬膜外阻滞的严重医疗责任事故近年来已经锐减,但仍有硬膜外阻滞致截瘫的报道3篇,值得引起警惕。截瘫的诱因显然是多方面的,但对接受抗凝治疗的病人,应先停药;对凝血机制障碍的病人,应先给维生素 K_1 等处理;为了安全,应力求凝血机制恢复到正常后,才作硬膜外穿刺。盐酸丁吡卡因国内已有供应,时效在5小时以上,经临床应用已取得一些经验,使用连续硬膜外阻滞时,还得从该药的优缺点作考虑。硬膜外注入少量吗啡2~4毫克,能延长术后止痛时间,又无知觉运动障碍及交感神经阻滞后的血液动力学改变影响,但作为晚期肿瘤非手术止痛方法,时效还嫌太短。

蛛网膜下腔阻滞(简称脊麻)临床上仍较常用。由于我国地布卡因(纽伯卡因)、地卡因(邦妥卡因)供应充足,一年来又有重新应用轻比重溶液作脊麻者,并加探索和改进,对于一些须作侧卧位或俯卧位的手术,因其方法简易,是可取的优点,但未必非常安全。

臂丛和颈丛阻滞的应用近年来更为普遍,各种穿刺点和接近法都在试用,无疑臂丛阻滞取肌间沟进路为最常用。颈丛阻滞近年来有普及一针法的趋势。此外,腰大肌肌

间沟阻滞以及踝神经阻滞等,从解剖学到临床实践亦有报道,取得了一定的成效。

有关嗜铬细胞瘤手术切除时的麻醉处理,经验报道中对术前血容量的补充,麻醉药和麻醉方法的选择,术中输血输液的调整掌握,以及可能发生的疑难怎样处理才安全合理,都作了较详尽的介绍,值得一读。

复苏与危重病人的抢救已成为麻醉专业人员的重点工作之一。除了手术室外,还要到病房和急诊室等处,有时甚至要到现场参加抢救。循环骤停病人于心肺复苏后要尽快采取措施防止脑缺氧和脑水肿,头部优先降温及呼吸管理很重要,在这方面已取得一定成绩,使复苏成功率有所提高。论著中有提及手术麻醉期间曾有8例发生心跳骤停,6例复苏成功,说明早期诊断与及时正确处理的重要性,时间因素不能忽视。随着医学科学的进步和医疗卫生事业的发展,近年来对于老年人、冠心病、糖尿病、创伤、出血性休克等危重伤病员的麻醉和处理,都积累了不少经验,达到了较高水平。对失血量大,急需输血抢救的病人,自体血回输是一个值得注意的问题。失血性休克的扩充血容量,现多数主张合用平衡盐液或代血浆。血液稀释和自体输血的46例报道,表达了近期临床应用于择期的非心血管手术的情况,但主要还是用于体外循环内心直视手术转流开始之前。

麻醉中的监测技术也很重视。使用现代化电子仪器,连续监测一系列生理指标,并有报警装置,颇有利于及早发现病情在变坏或突然恶化,使复苏和危重病人的抢救能争分夺秒,不错过时机。麻醉工作者要学会这些仪器的使用和保养,懂得仪器发生故障的关键,熟悉各项数据的意义,已成为非常迫切的任务。有些医疗单位已设立监测病房,并置备床旁化验用具,这方面的经验值得吸取。一般监测的重点是在呼吸和循环功能,当然代谢和排泄等功能也不可忽视。过去的

监测都不免有些创伤性,非创伤性监测正在积极发展中,这方面国内国外都是一样。心电图的连续监测已成为危重病人术前、术中和术后的常规。呼吸频率、潮气量和每分钟通气量的监测,有助于了解有无过度通气或通气不足。这类监测仪国内自制的性能较佳。经皮测定微循环的血氧,国内也已试用于临床。体温的监测并不难,不仅可用于降温和复温,预防恶性高热,且可利用中心与周围温差的变化,了解心输出量的增进或减退。直接动脉穿刺测压,在危重病人的抢救以及心内复杂手术的麻醉过程中已列为常规,不但可借以了解循环功能的动态,且可随时采取动脉血样进行分析与化验。要监测每小时的尿量已为众所周知,至于尿和血渗透压的监测,尚有待查明其指征和意义。此外,肌松的监测正在开始。利用气相色谱仪或红外线分析仪测定肺泡气或动脉血内吸入全麻药的浓度;运用电子计算机处理血气分析数据,以资纠正水与电解质紊乱、代谢和呼吸性酸碱失衡,限于设备条件,尚未能推广使用。

针刺麻醉和中药麻醉仍在探索中,并能注意做到实事求是。现代的针刺麻醉,正在探求怎样结合药物麻醉以提高其效应。中药麻醉则渐趋向应用小剂量的东莨菪碱(0.03毫克/公斤体重),同时使用恰当的辅助用药,而且不排除芬太尼或氯胺酮等的使用。值得提出的是,使用中草药于临床麻醉已成为新的课题,前述氯甲左箭毒和环轮宁的发现和使用的就是最有说服力的实例。中药麻醉的催醒药催醒宁,不仅可使洋金花,而且也可使氯丙嗪、哌替啶、安定、氯胺酮等的作用提早消失。此外,蟾立苏有兴奋呼吸的作用,试用于休克和低血压的纠正亦有效。当然,这些初步成果尚有待进一步证实,并阐明其机理。

现在95%以上的麻醉器械国内均能自制,许多麻醉工作者曾参与设计呼吸机,改

进麻醉机及麻醉用具，且都有信心要赶上并超过当代的国际水平。

当前我国临床麻醉的特点是大量应用硬膜外阻滞和静吸或静脉复合麻醉。如何结合

实际深入进行临床和实验研究，阐明有关解剖、生理、作用机理、药物代谢动力学、药物配伍及相互作用等等，还有待我们去努力。

一年来,全国正式发表的有关普通外科的论文有1,000余篇。现将这一时期的主要进展简述如下。

一、甲状腺外科:本期有关甲状腺外科的论文中,较突出的为甲亢的外科治疗。一组271例甲亢病人的手术治疗,无手术死亡,术后平均随访9年,治愈率达97.2%。说明只要掌握好指征,手术仍然是治疗甲亢最有效又较安全的方法。对儿童的甲亢,指出手术时只能切除甲状腺的75~85%,保留腺体约10~25克较妥当。甲状腺手术中,喉返神经损伤仍然是常见而严重的并发症,值得引起重视。术中熟悉解剖,操作细致,认清喉返神经,是预防此并发症的关键。近来有人提出对手术时喉返神经遭到损伤的病人进行再次手术的报告,9例中有8例术后早期声音和声带活动有不同程度的恢复。因此,术中一旦发现声音有改变时,应立即仔细检查,解除神经损伤的原因;如术后4~6个月症状未见好转,应考虑再次手术探查或作喉返神经吻合术。

我国从开展防癌普查以来,发现了不少早期甲状腺癌,经治疗,疗效有了明显提高。如上海市在40个纺织厂中对187,178人次进行普查,发现甲状腺癌103例,标准化检出率为26.91/10万,标准化发生率为11.44/10万,其中以女性占多数。103例中,I期癌占97.1%,手术疗效有了显著提高。说明防癌普查对甲状腺癌早期诊断和提高疗效是重要手段。

二、乳腺外科:乳腺肿块的诊断主要还是依靠临床症状结合钼靶X线摄影、液晶热图象、分泌物涂片检查、活组织检查及针刺细胞学检查等。细针穿刺细胞学检查对癌瘤

造成的创伤小,操作简便,有较高的诊断正确率。1,024例细针穿刺中,细胞学检查与病理诊断符合者占87.4%。

目前手术切除仍然是乳腺癌的主要治疗方法。对乳腺癌是采用根治性手术,还是扩大根治术,看法有所不同。上海市肿瘤医院在1952~1978年,共施行根治术740例,扩大根治术1,091例,对此进行了远期疗效比较。两组随访结果表明:对I期病例,两种手术的远期疗效无差别;但对II、III期病例,扩大根治术的效果明显优于根治术;无论腋淋巴结有无转移,扩大根治术的远期疗效均优于根治术。但扩大根治术造成的并发症不容忽视。

三、肝、胆、胰、脾外科:

(一) 肝脏外科:

1. 原发性肝癌:我国在肝脏外科方面比较突出的成就,是对原发性肝癌的早期诊断和早期手术切除,且疗效较高。甲胎蛋白(AFP)检测对肝癌的诊断价值已较肯定,但对AFP低浓度阳性或阴性者诊断仍较困难,故有必要辅以其他试验加以佐证。血清 α_1 抗胰蛋白酶(A_1AT)活力在肝癌患者明显升高,如结合AFP测定,可把肝癌的综合诊断阳性率提高到93.48%。在肝癌的定位诊断方面,选择性肝动脉造影在我国较多医院已经开展,成功率达96%,阳性率可达84%,特别对小肝癌的定位诊断价值更高。通过手术验证,在比较肝动脉造影、B型超声显象和核素扫描对小肝癌定位诊断的评价中,发现有症状体征的肝癌,三者的阳性率分别为100% (临床实际应用中有假阳性病例)、93.1%和87.5%;而对肿瘤 ≤ 5 厘米的小肝癌,阳性率分别为81.8%、57.1%和

30.4%。超声肝动脉造影对早期肝癌的定位诊断优于其他两种方法。此外,对计算机实时处理肝扫描诊断亚临床肝癌的方法正在探索中,初步发现应用此法对2厘米大小的肿瘤可以一次检出。

肝癌的手术治疗也有较大进展,表现在手术死亡率明显降低,远期疗效明显提高。一组手术切除246例肝癌的手术死亡率为6.9%(1960年代为14.7%,1970年代为2.5%),早期肝癌的术后三年生存率为70%。另一组181例肝癌的手术死亡率为2.8%,术后五年生存率为27.6%,其中42例小肝癌的术后五年生存率为49.3%。这是一个可喜的成绩。在手术方法的改进上,有的用江苏I型肝钳切肝以减少出血,有的应用常温或低温下无血切肝术以扩大肝癌的手术范围,都取得了良好效果。在AFP跟踪观察下,对一部分术后早期复发病入进行再次手术切除,已逐渐被人们所接受,这不仅可延长病人生命,又可提高肝癌的疗效,值得重视。对不能手术切除的肝癌,第二军医大学第一附属医院报告68例原发性肝癌病人作了肝动脉结扎术,术后56例症状缓解,30例肝脏缩小,有80.1%的病人AFP降低一半以上,其中2例降至正常,术后一年生存率为23.1%,最长存活33个月。此法简便易行,值得采用。

原发性肝癌与肝炎、肝硬化关系密切。全国肝癌病理协作组收集了28,342例尸检资料,发现有肝癌764例(2.7%)及肝硬化1,260例(4.4%)。对764例肝癌中资料较完整的500例作了分析,发现合并肝硬化者423例(84.6%),其中大结节型肝硬化占73.6%,可见先有肝硬化,尔后再发生肝癌,中间要经过一个不典型增生的阶段。另外,对此500例肝标本用地衣红染色法研究,发现非癌肿处的肝组织中,HBsAg阳性者401例(80.2%)。资料中757例肝硬变的肝脏,HBsAg阳性580例(76.6%),而235例对

照组中,HBsAg阳性仅11例(4.7%)。上述结果证明,在我国乙型肝炎病毒感染是原发性肝细胞癌及肝硬变的主要原因。

2. 其它肝病:本期关于其它肝病的论文有肝外伤、肝囊肿和细菌性肝脓肿等。值得提出的是,超声波检查是诊断肝囊肿的简单而可靠的方法。对孤立性肝囊肿作单纯开窗加部分囊壁切除术,疗效是满意的。

3. 肝硬化引起的门脉高压症:自1953年以来,我国对门脉高压症的外科治疗积累了大量资料,据不完全统计,行各种门体分流术者3,718例,行断流术者1,091例,从而抢救了大量由肝硬化引起的上消化道出血患者。近年来,治疗水平又有了进一步的提高,除了传统的分流术外,还开展了脾腔静脉分流术、选择性远侧脾肾静脉分流术、肠腔端侧分流术、门腔分流术加门脉动脉化手术等,取得了一定成绩。如对20例行脾切除或脾肾静脉分流术后再出血的病人作了肠腔静脉端侧吻合术,门静脉压从分流术前的平均33.4厘米水柱降至分流术后的25厘米水柱,无手术死亡,无脑病发生;术后随访4个月至7年,发生再出血者仅3例。本手术能降低门静脉压力,又能保持一定的门静脉血流向肝脏(动物实验证明,分流术后约有65%的血液回流入肝脏),故术后再出血率和脑病发生率均较低。河南医学院报告1例肝内型门脉高压症病人,作了门腔静脉分流术加门脉动脉化手术,术后随访9个月情况良好。本手术能有效地降低门静脉压力,同时用适当流量和压力的动脉血灌注肝内门静脉,以维持肝脏所需血流量、氧供应和肝窦内的压力,从而使肝脏病变好转,对防止再出血和术后脑病显示了一定的优越性,值得进一步研究。

断流术治疗门静脉高压症也积累了不少经验。如湖南医学院报告用脾切除、半胃及食管下端外属血管离断方法治疗门脉高压症123例,近期止血率达93.8%,一年后复出

血率只有 5.7%，术后食管静脉曲张消失及好转者为 96%，腹水消失者为 94.7%，无脑病发生，40% 患者术后肝功能有一定好转。武汉医学院对门脉高压症进行了门静脉系造影及贲门外周血管离断术前肝血流测定的研究，证实了贲门周围血管离断术在血液动力学上是合理的，它可以有效地控制再出血，又可以增加肝脏的血流灌注量，有利于肝功能的改善。

关于门脉高压症合并顽固性腹水病人的治疗，也收到了较好疗效。如 12 例门脉高压症合并顽固性肝硬变腹水的病人，采用胸导管颈内静脉吻合术治疗后，10 例平均术后 34 天腹水消失或基本消失，有效率为 83%。

(二) 胆道外科：

1. 黄疸检查的某些进展：黄疸的鉴别诊断是内、外科临床常见的难题之一。近年来有许多新技术用于临床，使黄疸的诊断水平有了明显提高。

(1) 逆行胰胆管造影 (ERCP)：在 395 例黄疸病人进行 ERCP 检查中，能提示黄疸梗阻部位者占 86.6%，ERCP 与手术病理符合者占 85.7%。对那些黄疸尚不能区分为肝内或肝外的病例，如能把 ERCP 与经皮肝穿刺胆管造影 (PTC) 结合进行检查，效果更好。

(2) 经皮肝穿刺胆管造影 (PTC)：用改进的聚乙烯制外径 0.9 毫米、内径 0.6 毫米的塑料套管针进行 PTC 检查，并以心肺角下 6~7 厘米作定点穿刺，可提高穿刺率。胆管增粗者穿刺成功率可达 96.9%，不增粗者为 50%。此管优点是可随呼吸时肝脏上下移动而弯曲，避免了肝脏损伤。

(3) 血浆氨基酸测定：在急性肝炎，除支链氨基酸升高外，血浆中的游离氨基酸均升高。在梗阻性黄疸，除少数轻度升高（如脯氨酸、谷氨酸、甘氨酸、蛋氨酸等较正常者高）外，余均在正常范围，故对黄疸的鉴别诊断有一定价值。

(4) 电子计算机对黄疸的鉴别诊断：对 255 例内部样本和 224 例外部样本分别进行回顾性和前瞻性考核，结果发现：内、外科黄疸的鉴别诊断正确率分别可达 96.1% 和 97.3%；癌与非癌的正确率分别为 95.5% 和 98.7%；入院诊断与最后诊断的符合率也可达 85% 以上。

(5) 模糊信息方法：这是一种运用数学的计算方法对疾病进行辅助诊断的尝试。在 100 例引起梗阻性黄疸的癌症病例，应用此法作回顾性验证，诊断准确率为 81%。

2. 肝胆管结石：近年来外科工作者对肝胆管结石进行了许多研究，取得了一定成绩。在结石成因方面，研究内容已从过去的蛔虫感染因素和胆石成分分析及结构观察进而探索成石性胆汁的理化特性，应用电子显微镜、红外吸收光谱、电子探针等研究结石的超微结构。在诊断方面，已广泛开展术中胆道造影，PTC、ERCP 等技术。在治疗方面，强调指出在手术前通过各种检查弄清结石分布以及有无胆管狭窄的基础上，根据具体情况采取各种手术方法，并加中药治疗方能收到良好效果。如第三军医大学对肝胆管结石引起肝门高位胆管狭窄者作了肝叶切除、肝胆管-胆总管-空肠吻合术、肝门部肝胆管整形、胆管空肠吻合术或各种联合手术，有 83% 的病例收到较好效果，并指出手术失败的主要原因是在胆肠吻合口之上方存在未矫正的肝内胆管狭窄及肝内胆管结石，因而导致复发性化脓性胆管炎。北京应用纤维胆道镜经过 T 管窦道治疗残石，有效率达 96%。采用带气囊 T 管，不仅可使肝胆管造影清楚，而且可用以冲洗清除胆道残石或灌注溶石药物。青岛报告 201 例胆管结石采用中药排石汤治疗，排石率达 76.6%。天津调查了该地区 30 年间结石性质的变化，发现过去 30 年内城市居民和干部、知识分子的胆囊结石增多，胆管结石减少，似有向欧美等国的发病情况接近的趋势，这可能与饮食习

情的改变有关。

3. 胆道癌肿：原发性胆囊癌在我国并不少见，尤其是西北地区较多。西安医学院报告20年内收治原发性胆囊癌245例，其中146例经病理确诊。大多数为女性患者，有50%合并胆囊结石。全组五年生存率为3.4%，手术切除组（50例）的五年生存率为10%。他们指出早期诊断及早期手术切除可提高疗效，并强调对已确诊为胆囊结石，尤其是有症状者，应及早手术。对不能手术切除的胆管癌引起胆管狭窄的病人，应用U管作胆道引流，收到一定效果。此管优点在于：可长时间留置，不致脱出；将管两端接通可进行内引流；便于冲洗胆道；不经手术便可换管。

（三）胰腺外科：对于胰岛 β -细胞瘤，以Whipple三联征诊断本病已为人们所熟知，但术前定位诊断仍较困难。由于瘤体较小，有时在术中也难发现。选择性动脉造影可作为术前定位诊断的一种方法。上海华山医院报告4例造影显示肿瘤的部位、范围、大小及数目，与术中发现基本一致。

急性出血性坏死性胰腺炎的病情危险，死亡率极高。上海瑞金医院报告26例严重病人进行手术治疗，死亡率为42.3%，死亡原因主要与坏死组织清除不彻底或手术不及时有关。因此强调指出，及早诊断、早期手术和术中彻底清除坏死组织是防止各种并发症、降低死亡率和进一步提高疗效的关键。

（四）脾脏外科：近年来，随着免疫学的发展，对创伤性脾破裂提出了保留脾脏的手术方法，如脾修补术或脾段切除术等。为了对这种手术方法提供解剖学依据，苏州医学院观察了11例新鲜脾脏腐蚀标本，发现10个标本脾动脉总干分成上、下二条主干入脾，一个标本分成上、中、下三条主干入脾，每一主干供应相应脾段，相邻两脾段间无血管吻合支，为脾修补术和脾段切除术提供了科学依据。一组5例小儿外伤性脾破裂作了脾

修补术，效果良好，并对脾修补术和脾切除术在术后作了免疫学的对比研究，发现前者淋转率、血清IgG及IgM的含量与正常值相近，但IgA值降低；后者淋转率、IgA及IgM明显低于正常，而IgG显著升高。但必须指出，目前对一般严重脾损伤，仍以作全脾切除术为好。

四、胃肠外科：

（一）胃癌：胃癌在我国是一个常见病，经调整的死亡率为15.41/10万，居恶性肿瘤死亡率的首位。大规模流行病学调查证明，黄河上游、河西走廊及长江下游是胃癌的高发区，经调整的死亡率可达38/10万人左右。胃癌的相关病因极复杂，由于发病率有地理分布的差异，故提示外环境、特别是饮食习惯的不同，对胃癌的发生具有重要意义。胃内环境改变，特别是有慢性萎缩性胃炎者，与胃癌的发生率关系也相当密切。我国胃癌病因综合考察报告提出萎缩性胃炎者的胃液中 NO_2^- 明显增高，与 NO_3^- 呈负相关，提示粘膜萎缩后的低酸分泌，使胃内硝酸盐还原菌易于生长，故胃内 NO_2^- 明显增高，而 NO_2^- 是合成致癌的N-亚硝基化合物的重要前体物。在胃癌高发区的慢性胃病患者，空腹胃液中杂色曲霉菌的检出率明显增加，其分泌的杂色曲霉菌毒素具有致突变及致癌作用。值得提出的是吸烟与胃癌的关系，吸烟者胃液中 SCN^- 明显高于不吸烟者，而 SCN^- 是致癌的N-亚硝基化反应的强催化剂。近来有胃血吸虫病合并胃癌的报告，20例病人中在癌灶上均发现有血吸虫卵沉着，并见虫卵周围粘膜由间变向癌变的移行过程，可能与虫卵的机械刺激或毛蚴分泌毒素的长期慢性刺激有关。胃癌组织病理学的地区差别也很显著。高分化型胃癌多见于高发区，男性和老年患者多见，癌周有纤维组织包绕者多，癌旁粘膜萎缩发生率高；低分化型胃癌多见于低发区，女性和青年多，癌周纤维组织包绕及癌旁粘膜萎缩均较少。可见研究胃癌的