

中国
外科
年鉴

1985

人 民 卫 生 出 版 社



中国外科年鉴

1985

《中国外科年鉴》编辑委员会 编



人 民 卫 生 出 版 社

1985 • 北 京

责任编辑 高 间
栏目题字 刘毅为

中国外科年鉴 1985
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)
上 海 商 务 印 刷 厂 印 刷
新华书店北京发行所发行

787×1092 毫米 16 开本 32 1/2 印张 5 插页 766 千字
1986 年 10 月第 1 版 1986 年 10 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 00,001—5,100
统一书号: 14048·5008 定价: 9.55 元
【科技新书目 127-71】

《中国外科年鉴》编辑委员会

(按姓氏笔画为序)

- | | |
|-----|-------------------------|
| 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 |
| 李英祖 | 第二军医大学第一附属医院医教部主任 |
| 张涤生 | 上海第二医学院外科教授 |
| 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 |
| 曾宪九 | 中国医学科学院外科教授 |
| 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 |
| 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		
	仲剑平	喻德洪	王福民
	史玉泉	史济湘	吴珏
	吴英恺	张涤生	屠开元
副 主 编	曾宪九	傅培彬	裘法祖
	熊汝成		
	方之杨	王本茂	王景阳
	华积德	刘植珊	朱 诚
顾问编辑	吴孟超	张晓华	贺宗理
	高学书	耿振江	徐印坎
	郭恩覃	蔡用之	
专科编辑			

编 者 的 话

《中国外科年鉴 1985》是一部反映我国外科学上一年度有关专业的基本情况和主要成就的资料工具书。从 1983 年起,每年编印一卷,以便读者利用较少时间,了解外科的全面情况。

《中国外科年鉴 1985》包括外科基础及创伤、烧伤、整形、肿瘤、器官移植、麻醉、普通外科(包括甲状腺、乳腺、腹膜、肝胆胰脾、胃肠、肛肠、周围血管)、神经外科、胸外科、泌尿外科、骨科等内容,辟有一年回顾、外科文选、专家论坛、医界人物、学术活动和出版动态等栏目。本卷年鉴使用的材料选自正式出版并公开发行的 115 种医学杂志和医学院校学报的论文 5000 余篇。选材时限自 1983 年 7 月 1 日始,至 1984 年 6 月 30 日止。

本卷年鉴的回顾和所选论文与述评内容虽曾与有关专家商讨,但限于编者水平,疏漏和错误在所难免,收集资料可能还不够完全,竭诚希望读者及有关作家提出宝贵意见,以便今后改进。联系地点:上海市长海路长海医院中国外科年鉴编委会。

《中国外科年鉴》编辑委员会

1984 年 11 月

编辑凡例

一、本书包括外科基础及创伤、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、学术活动、出版动态等栏目。

二、一年回顾 反映上年度国内外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(期刊详目见附录)。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结果和见解，目的在于强调该项问题的意义及注意点，但仅供读者参考，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、学术活动 记录上一年度内全国性与地区性各有关专业学会及学术会议的活动情况和学术交流活动。

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、本卷年鉴收集论文资料的时间，自1983年7月1日起，至1984年6月30日止。

目 录

一年回顾	1
外科基础和创伤	华积德 1
一、外科基础	1
二、创伤	6
肿瘤	王本茂 10
一、头颈部	10
二、皮肤	10
三、消化道	10
四、淋巴瘤	10
五、软组织肉瘤	10
六、诊断	11
七、治疗	11
八、免疫及免疫治疗	11
九、致癌和防癌	12
十、动物实验	12
器官移植	贺宗理 13
一、大器官移植	13
二、小器官移植	14
三、白细胞分型及HLA研究	14
四、实验性器官移植	15
烧伤	方之杨 16
一、烧伤休克和水电平衡	16
二、感染与免疫	16
三、吸入性损伤	17
四、特殊部位和特殊原因的烧伤	17
五、异体(种)皮的保存和移植	18
六、创面局部外用药物和干燥疗法	19
七、其他	19
麻醉	王景阳 20
一、体外循环心血管手术的麻醉	20
二、全麻合理用药	20
三、硬膜外阻滞	21
四、特殊情况病人	21
五、心肺复苏	21
六、麻醉期间监测	22
七、麻醉并发症和死亡的防治	22
八、新药和新技术	22

普通外科	24
甲状腺、乳腺	王福民 24
一、甲状腺、甲状旁腺疾病	24
二、乳腺外科	27
胸壁、腹腔	王福民 28
一、腹外疝	28
二、腹壁	28
三、腹膜	28
四、网膜、系膜	29
五、腹腔	29
六、腹膜后	29
肝、胆、胰、脾	吴孟超 30
一、肝脏外科	30
二、胆道外科	33
三、胰腺外科	35
四、脾脏外科	36
胃、十二指肠、空肠、回肠	仲剑平 36
一、基础理论研究	36
二、新技术	38
三、胃肿瘤	40
四、胃溃疡 胃炎及其他胃疾患	41
五、十二指肠	42
六、空肠、回肠、肠系膜	43
七、上消化道出血	44
阑尾、结肠、直肠、肛门	喻德洪 44
一、阑尾	44
二、大肠解剖	45
三、纤维结肠镜	45
四、息肉及息肉病	46
五、大肠癌	47
六、炎症性肠病	50
七、先天性畸形	50
八、肛管疾病	51
九、其他	51
血管	仲剑平 51
神经外科	朱 诚 61
一、颅脑损伤	61

二、颅内肿瘤	62	肿瘤	126
三、颅内血管疾病	65	器官移植	144
四、脑脓肿	66	烧伤	151
五、脊髓疾患	66	麻醉	161
六、其他	66	普通外科	172
胸外科	耿振江 70	甲状腺、甲状旁腺疾病	172
一、胸部创伤	70	乳腺疾病	193
二、胸壁疾病	71	腹壁、腹腔疾病	201
三、胸膜腔疾病	71	肝、胆、胰、脾疾病	206
四、肺部疾病	72	胃、十二指肠、空肠、回肠疾病	235
五、食管疾病	74	阑尾、结肠、直肠、肛门疾病	269
六、先天性心血管疾病	76	血管疾病	307
七、瓣膜外科	77	神经外科	216
八、冠状动脉外科	78	颅脑损伤	316
九、其他	78	颅内肿瘤	322
泌尿外科	马永江 80	脑血管疾病	333
一、基础研究	80	脑脓肿	341
二、肾上腺	81	其他	342
三、尿路结石	83	胸外科	347
四、泌尿男生殖系肿瘤	84	创伤	347
五、泌尿男性殖系感染	88	胸壁疾病	348
六、前列腺增生症	89	肺部疾病	349
七、新技术、新手术和新疗法	89	食管疾病	359
骨科	刘植珊 93	先天性心脏病	367
一、基础研究	93	瓣膜外科	377
二、创伤	94	冠状动脉外科	381
三、骨病	96	其他	381
四、骨肿瘤	98	泌尿外科	384
五、断肢(指)再植与显微外科	98	基础研究	384
六、其他	99	结石	385
整形外科	郭恩覃 高学书 101	感染	388
一、实验研究	101	肿瘤	390
二、显微外科	102	先天性畸形	401
三、皮片移植	103	肾上腺疾病	408
四、带蒂移植	103	其他	411
五、面部畸形及体表器官整复	103	骨科	418
六、手部整复	105	基础理论	418
外科文选	107	脊柱脊髓伤	424
外科基础和创伤	107	四肢创伤	425
外科基础	107	脊柱疾病	428
创伤	119	先天性畸形	434
其他	122	一般骨病	435

人工关节	440
肿瘤	441
显微外科与断肢再植	447
其他	451
整形外科	453
专家论坛	469
迎头赶上, 建设我国创伤外科.....	
..... 冯传汉	469
神经外科的潜在危机	史玉泉 473
努力发展我国血管外科事业.....	
..... 冯友贤	477
为发展器官移植接受脑死亡概念而呼吁...	
..... 夏穗生	480
重整旗鼓, 把我国烧伤防治研究事业进一	

步提高	黎 鳌 483
医界人物	486
外科学专家和医学教育家沈克非教	
授	486
泌尿外科专家施锡恩教授	491
神经外科专家涂通今同志	493
麻醉科专家吴珏教授	495
整形外科专家张涤生教授	496
学术活动	498
出版动态	504
附录	507
本年鉴采用的期刊	507
索引	509

一年回顾

外科基础和创伤 华积德

一年间有关外科基础和创伤的论文约300篇。现将主要成绩与进展概述如下。

一、外科基础

(一)休克：休克的病理生理改变，主要表现在微循环的改变上。微血管痉挛是休克时微循环障碍的主要表现之一。环核苷酸参与血管平滑肌的代谢调节，所以微血管痉挛和扩张与血浆cAMP和cGMP含量有一定关系。金惠铭等^[1]用家兔实验表明各种休克中血浆cAMP与cGMP含量发生不同的变化。出血性休克cAMP明显升高，内毒素性休克二者均明显升高，内毒素性和肠系膜上动脉嵌闭(SMAP)性休克明显降低。叶淑金等^[2]通过动物实验和临床观察，认为大肠杆菌内毒素休克狗血浆cAMP和cGMP含量亦有明显增高，山莨菪碱抑制休克狗血浆cGMP含量增高，延长狗存活时间。休克型流脑患儿治疗前血浆cAMP和cGMP含量显著高于正常儿童，经山莨菪碱为主的综合治疗后2~5天显著降低，结果提示：感染性休克过程中，胆碱能神经同肾上腺素能神经一样也被激活，山莨菪碱可能通过拮抗胆碱能神经，或许还通过阻断 α 受体起部分抗休克作用。章剑今等^[3]也通过100只小鼠动物实验，分别进行鼠耳活体微循环观察，以观察内毒素所致微循环障碍与有关治疗进行探

讨，并作试管内抗凝试验与渗透压测定。认为东莨菪碱无抗凝作用，但对内毒素所致微循环障碍有明显的改善作用，主要是增快血液流速，可认为是抗休克、纠正微循环痉挛的良好“疏通剂”，川芎嗪与生脉饮均有体外抗凝作用，可使注药后离体血的凝血时间延长，并有早期直接扩血管作用，但对血流、血细胞动态障碍改善较小，如与扩容一起应用，对内毒素休克的治疗有一定价值。王福照等^[4]用狗静脉注射灭活大肠杆菌造成中毒性休克，取其肺、肝、肾、心肌组织，采用超薄切片法和冷冻断裂法作透射电镜(TEM)和扫描电镜(SEM)观察，发现内毒素休克早期肺、肝、肾的微血管内均有以血小板为主的微聚物出现。内毒素休克晚期，微聚物逐渐演变，导致DIC，阻塞各脏器微循环，引起各脏器严重的形态改变。这是休克恶化及多器官功能衰竭导致死亡的重要原因。因此，早期阻断血小板-白细胞微聚物的形成是目前和今后防治休克的一个重要研究课题。马武群^[5]报道用中麻2号(主要成分为东莨菪碱)配合其它措施救治中毒性休克100例，治愈87例(87%)，失败13例(13%)。用药方法：普通休克4~6mg，难治性休克6~8mg，一次静脉推注或加入输液之滴管内滴入(即0.08~0.16mg/kg，平均0.12mg/kg)。许澍淮等^[6]用动物实验探讨5-羟色胺释放在内毒

素休克中的意义及 654-2 的可能作用。结果表明：内毒素休克时注射 654-2 后血小板聚集减少。认为 654-2 有对抗内毒素所致的小血小板聚集和溶解的作用。李华^[7]报道用 654-2 救治 45 例感染性休克，死亡 2 例（4.4%），应用范围包括中毒性菌痢、重症大叶性肺炎和脓毒败血症。用法为立即静注 654-2。轻型 1mg/kg/次，中型 1~1.5mg/kg/次，重型 2~3mg/kg/次。一般 5~15 分钟给药一次，直至面色发红，四肢转暖，瞳孔散大，眼底血管征好转，一般情况及末梢循环改善，血压回升。以后每隔 30~40 分钟给药一次，血压升至 80/60 mmHg 以上时，改为 1~2 小时静滴 0.5~7.0 mg/kg 维持，至收缩压达 90 mmHg 以上为止。袁晓泉等^[8]用 6 条狗实验，造成感染性休克模型，观察休克时红细胞内外钠离子浓度的变化，证明严重感染后钠离子进入细胞，造成低血钠。钠离子转移反映了细胞受损。红细胞内钠离子浓度升高在感染末期方有显著意义，提示红细胞作为细胞损伤的模型不够敏感。谢永昌等^[9]报道 220 例败血症中，有 45 例发热达 3 周以上，究其原因以迁徙性化脓性病损为常见（多发性脓肿、脓胸、骨髓炎）共 24 例，其次为“后继热”、药物热等。致病菌种金葡菌 29 例，大肠杆菌 8 例，肠球菌 2 例，表皮葡萄菌 3 例，副大肠杆菌 2 例，柠檬色球菌 1 例。

关于低血容量休克的治疗。张应天等^[10]建立家兔急性失血性休克模型后，用 7.5% 氯化钠扩容治疗休克，以大网膜微循环作动态观察，放大 50 倍、160 倍，并与应用平衡盐溶液和右旋糖酐溶液扩容对照。高渗盐水应用后，平均动脉压和中心静脉压变化基本相同；微循环休克相的逆转出现比平衡盐液组较迟；尿量较多，但三组无显著差异。血细胞压积（HCT）三组之间也无显著差异，可在临床上应用其它扩容措施无效时应用高渗盐水，每次剂量不超过 1 mg/kg，估计不致造成高钠血症。巢振南^[11]报道应用大量晶体

液为主治疗低血容量休克 81 例，注意抓早期、快速、足量三个环节，用生理盐水或平衡液作为第一线扩溶剂，30~40 分钟内输入 1000~2000 ml，然后根据情况补血浆代用品或全血。成功率 88.88%。在复苏液的选择上，吴文溪等^[12]在失血性休克狗的复苏中分别用林格氏乳酸钠液和中分子右旋糖酐观察其氧耗、酸碱平衡及乳酸等变化，比较晶、胶体液对机体代谢的影响。认为输入右旋糖酐后 HCT 仍维持低水平，而林格氏乳酸钠液组 HCT 则逐步回升，提示晶体液自血管内移向组织间隙，不仅扩充了血容量，而且补充了组织间液的缺失。外周组织细胞氧合却维持良好。但休克时乳酸升高，当 pH ≤ 7 时，肝脏不再清除乳酸，转而产生乳酸。因此，在严重休克肝功能差的情况下，使用碳酸氢钠代替乳酸钠效果可能更好。李之芳等^[13]报道 1 例左肩臂辗挫伤、腋动脉断裂、锁骨骨折及左肩臂丛神经伤、失血性休克，行紧急手术治疗，术中经过 8 小时，曾四度血压下降，术后一直昏迷，抢救 8 天仍死亡。死亡原因为休克造成脑缺氧，脑水肿。其教训是术前估计不足，准备不够，输血较晚；麻醉（静脉复合麻醉）选择不当，应选乙醚麻醉；脑水肿瞳孔散大 4 小时才给予降低颅内压，处理太晚。

（二）感染：何亮家^[14]报道厌氧菌感染占该院腹部感染的 60.67%。常规的厌氧菌培养方法，需时约 3~7 天。孟宪钧等^[15]介绍用气相色谱法快速拟诊厌氧菌感染，可很快得到结果，有助于临床早期诊断出厌氧性感染。丁培植^[16]报道 1 例先天性心脏病在低温体外循环下施行心内直视室间隔缺损补片术后，并发脆弱拟杆菌生长，发生严重感染死亡。脆弱杆菌属革兰氏阴性无芽胞厌氧杆菌，存在于正常人肠道中。但在长期应用广谱抗生素后，使机体功能紊乱，菌群失调，而导致内源性脆弱杆菌感染，因诊断较晚，未用较有效的红、青霉素致死亡。刘东等^[17]报道

用微量稀释法和纸片扩散法测定 66 株厌氧菌对一些常用抗生素的敏感试验。脆弱拟杆菌以氯霉素和灭滴灵最好；产气荚膜杆菌以青霉素 G 及灭滴灵最好；革兰氏阳性厌氧球菌以灭滴灵、林可霉素为最好。因为厌氧菌培养结果慢，这一试验可作为早期用药的参考。

其他细菌感染：郑德联等^[18]报道硝酸盐阴性杆菌感染 290 例，均系院内感染。治疗选用氨基甙类抗生素，去除诱发因素，扩创、引流。赵鄞生等^[19]应用人抗绿脓杆菌免疫血浆和免疫球蛋白，以及与抗绿脓杆菌免疫球蛋白对绿脓杆菌脓毒症的被动免疫作了实验研究。免疫治疗组成活率达 70~90%，对照组仅 20%，因此认为这类制剂的被动免疫是治疗绿脓杆菌严重感染病人的一项有效措施。张淑文等^[20]报道用中西医结合治疗与单纯西药治疗革兰氏阴性杆菌败血症 61 例，致病菌为大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌和少数伤寒杆菌、嗜血杆菌、类产碱杆菌、硝酸银杆菌等。A 组仅用西药，如大剂量青霉素、氨苄青霉素、氯霉素等，共 21 例，总死亡率 30%，合并休克死亡率 66.6%。B 组除西药外，根据不同情况综合运用以中药泻下为主的方药：(1)泻热：用泻热汤(大黄、芒硝、元参、甘草)或单味生大黄；(2)清解：重用青热解毒方药，如黄芩、黄连、柴胡、双花、连翘等，共 40 例，总死亡率 12.5%，合并休克死亡率 20%。其他治疗两组均相同，但中西医结合治疗可提高疗效，降低死亡率。

对于局部感染：张连春等^[21]报道应用冰片芒硝散治疗一般外科感染 230 例，冰片、芒硝按 1:10 的比例混匀研末，用于外科感染未形成脓肿者外敷。如丹毒 25 例，急性乳腺炎 42 例，静脉炎 27 例，阑尾周围脓肿 28 例，蜂窝织炎 30 例，疖 40 例，淋巴管炎 38 例，外敷 2~3 天换药一次，平均换药 3 次，效果好。陶周行等^[22]用芙蓉花叶膏治疗 50 例疮

疡和烧烫伤，全部治愈。王宇德^[23]报道用 50% 高渗葡萄糖治疗慢性窦道 6 例，效果满意。雷莲娣^[24]报道用鸡蛋油治愈延期愈合创面 50 例，有创伤、烧伤和切口感染，将熟鸡蛋黄火煎至焦黄出油，涂于创面，50 例全部治愈。认为高蛋白、高脂肪可以保护、营养创面，促进肉芽生长。胡明灿等^[25]用斑蝥末治愈甲沟炎 105 例，局部未破溃者于其表面皮肤上用米粒大小撮撒于患处，再用市售之黑药膏贴上，8~20 小时揭去黑药膏即用龙胆紫涂布，即可治愈。梁秀梅^[26]对慢性甲沟炎继发肉芽肿经久不愈者采用液氮冷冻合并手术治疗 6 例，冷冻深低温后可导致组织坏死，可以消炎，全部治愈，无疤痕。

对创伤感染破伤风的研究：吴长江等^[27]报道 30 年中收治破伤风 712 例，后 9 年改进破伤风抗毒素的用法，重症病死率从 70.4% 降至 43.2%，全组总死亡率为 27.2%。改进后将 TAT 从原来 6 万~16 万降至 0.6 万~1.3 万单位，从静滴改为椎管内注射，用量小，效果好。潘承恩等^[28]报道 392 例破伤风，其中重型和极重型占 34.9%，14 岁以下占 41%，84.9% 来自农村，总死亡率 20.9%；并发症主要有肺部感染(17.1%)和窒息(13.3%)。死亡 82 例中死于窒息 41 例，心跳骤停 15 例，呼吸衰竭 11 例。钟一字等^[29]报道 65 例，死亡率仅 3.07%，其经验是入院时常规将 TAT 经腰段鞘内一次注射 3,000~5,000 单位，此法对控制症状有效，65 例除 2 例死亡外，其余 63 例痊愈出院，无并发神经损害症状。

(三)手术前后处理及术后并发症：郑光琪^[30]用全胃肠外营养治疗手术前后重危病人 24 例，主要适应证为：(1)手术前作为重度营养不良病人(体重减轻 20~30%)的支持疗法，皆为胆道梗阻及感染；(2)手术后严重并发症，不能进食，静脉营养作为支持治疗，共 19 例。应用后，前者全身营养改善，顺利地耐受了复杂手术，后者体重增加，经过顺利。

但仍应抓紧时机诊治并发症,否则预后也不佳。柴树德等^[31]对107例选择性手术病人术后近期体液变化进行观察,其中胃及十二指肠溃疡、胃癌、萎缩性胃炎行次全胃切除病人84例,食管及贲门癌行开胸食管胃切除吻合术病人23例。此两种手术创伤程度不同,液体在体内储留的时间也不同,了解术后患者液体变化,可以指导术后输液。近年来术后并发高渗性高血糖非酮症糖尿病昏迷已渐引起国内外注意。华积德^[32]报道1例降结肠癌行左半结肠切除术后的隐性糖尿病患者,术前未作血糖和尿糖检查,病史询问中未注意其隐性糖尿病症状,以致术后并发高渗性昏迷,血糖880 mg%,血浆渗透压达401 mOsm/L,尿糖卅,酮体(-),经及时诊断和积极抢救方才治愈。何进等^[33]报道21例并发于腹部手术后的伪膜性肠炎,多发生于术后3~7天,大便呈米汤样、蛋花汤样或稀水样,少数含有伪膜,每日约3,000~10,000 ml,呕吐严重者伴有脱水,休克及电解质紊乱,治疗主张立即停用一切抗生素及支持疗法,防治休克,纠正水和电解质紊乱。陈之夏^[34]报道腹部手术后切口裂开13例,均为全层腹壁切口裂开并有内脏脱出,死亡2例。王金生^[35]报道外科手术病人在手术台上死亡12例,占同期手术的0.15%,其中普外7例,脑外3例,胸外1例,五官科1例。分析其原因:(1)术前估计不充分,对术中可能出现的变化估计不足者2例:腹部伤和膈肌破裂各1例,均为补血不足,血源困难;(2)麻醉原因2例:一为术中推注氯胺酮后发生循环,呼吸抑制,一为全麻逾量;(3)血液动力学改变:俯卧位作畸胎瘤手术,术毕翻身心跳停止1例;(4)手术失检1例:为颈部伤作气管切开时出血窒息死亡;(5)迷走神经兴奋,反射性心搏骤停死亡2例:剖腹手术用大量冷盐水冲洗刺激和术毕拔管动作粗暴,心跳停止各1例;(6)严重创伤手术4例:3例为颅脑伤,1例骨盆和股骨骨折。

(四)成人型呼吸窘迫综合征(ARDS)、弥散性血管内凝血(DIC)和多系统器官功能衰竭(MSOF):严重创伤、休克、感染、大手术、危重病人的治疗常并发ARDS。ARDS在缺氧、酸碱中毒及严重感染等因素作用下,常发生DIC,后导致MSOF。据Bone(1976)报告,ARDS病人25%发生DIC。本卷选出几篇这方面的文章列入文选。杜文彬等^[36]提出以 PaO_2 与肺泡气-动脉血氧分压差(A-aDO_2)的对应曲线作为ARDS的早期诊断及估计预后的指标,可供临床工作参考。王宏达等^[37]报道的13例ARDS,认为有3例与大量输血输液有关。目前所用的输血滤血网筛孔较大,不能清除微血栓,建议采用筛孔在40u以下的滤血网。ARDS抢救时应慎用多粘菌素与氨基甙类药物,以免因阻滞神经-肌肉而加重病情。杨玉等^[38]认为ARDS预后与原发病轻重密切相关;呼吸频率过快和发绀预后稍差,临床不可凭此轻易判断预后;休克未获纠正,肺部湿罗音在疗程中不见消失或反而增多, $\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$, $\text{A-aDO}_2 > 40 \text{ mmHg}$, $\text{PaO}_2/\text{F}_i\text{O}_2 < 200 \text{ mmHg}$, $\text{A-aDO}_2/\text{PaO}_2 > 3.0$,预后较差。任世光等^[39]实验研究认为早期释放的内毒素使肺循环血管肾上腺素能受体反应升高后,再由于内毒素或其他因素激发一定量的儿茶酚胺等物质释放,就可促成以肺为主的急性微循环障碍。孙翠如等^[40]认为降低病死率应采取:(1)积极控制感染:认为绿脓杆菌感染较普遍,用羧基苄青霉素与庆大霉素合用较好;(2)降低代谢性碱中毒病死率:维持水电平衡,低血钾者每日补钾可多至10g,补钾时间宜长,同时补硫酸镁1~3g,盐酸精氨酸每日可静滴10~20g以纠正低氯性碱中毒;(3)改善微循环障碍:用低分子右旋糖酐及东莨菪碱治疗,足量补平衡盐液、血浆。蒋耀光等^[41]用创伤监护室加强监护,死亡率仅25%。进行严密监护后,能及时掌握各种检验数据,可及时发现各种并发症,便于指导治

疗。对 ARDS 采用大剂量广谱抗生素控制感染,常规用激素及小剂量利尿剂,根据尿量、中心静脉压监测补液,提高 PaO_2 ,分泌物多又不易咯出,可用气管切开,效果不佳速用呼吸器进行间歇正压呼吸或持续正压呼吸和呼气末正压呼吸。对 DIC,温春光等^[42]认为 Colman 的诊断标准对大多数病例适用,因 DIC 可经高凝、低凝和纤溶亢进三个阶段,对不同类型不同阶段的实验检查有所差别,认为动态观察可提高诊断率。王今达等^[43]则认为 DIC 常可在数小时内从高凝发展到低凝甚至纤溶亢进,一般化验难满足此动态观察。他们用血栓弹力图测定 184 例次,阳性检出率 46.7%,而对比化验室检出 289 例次,总阳性 44 例次,阴性检出率只 15.2%。认为血栓弹力图迅速、可靠,可多次重复,对治疗 DIC 可起指导作用。胡永熹^[44]报道 33 例 MSOF,死亡率 84.85%,以肾衰、肺衰、消化道衰竭为多。对 MSOF 的诊断标准进行了讨论,认为在出现两个以上脏器较显著的功能不全时即应考虑本病的诊断。

(五)其他:关于全胃肠外营养(TPN)的研究,周嘉良等^[45]将 40 只大白鼠造成股骨干骨折后持续 5 天 TPN 治疗,以比较严重创伤后脂肪和碳水化合物在 TPN 中的省氮效应。结果以葡萄糖为基础的 TPN 省氮效应优于脂肪为主的 TPN,并发现大剂量使用脂肪乳剂时肝脏有损害。郑光琪^[46]报道用高位颈内静脉穿刺插管作 TPN 30 例,可避免低位插管损伤胸膜并发气胸,易成功。傅玉江^[47]在西藏高原对 10 例病人用葡萄糖水解蛋白混合液作 TPN,认为高糖:(1)能迅速提供热能,并纠正脂肪代谢障碍;(2)神经组织主要靠血中葡萄糖供应能源,高糖可纠正脑功能紊乱。吴先道等^[48]用家兔实验,观察大网膜切除术后能否再生问题,证明大网膜切除后不能再生,提出:在切取大网膜移植时,应从病人暂时与长远、局部与整体权

衡,慎重考虑,不要随意开腹牺牲大网膜重要防御功能。郑天立等^[49]研究了 22 例外科手术患者的血浆锌及其中部分患者的红细胞锌、尿锌、红细胞压积及血浆蛋白含量进行了手术前后动态观察。对照组血浆锌含量为 $102 \pm 12 \text{ ng/dl}$,术后 1 天(74)、2 天(71)、3 天(86)、5 天(94)、7 天(106)、10 天(105),说明术后先下降后,至 7 天恢复到术前水平,证明锌的下降是机体对手术创伤的反应,不同的手术反应一致。术后有尿锌升高。红细胞锌含量手术前后稳定一致,红细胞压积术后轻微升高,但无意义。张光金等^[50]测定外科病人红细胞内钾、钠的变化,证明危重病人红细胞内钠明显升高,钾明显下降,钾/钠比值降低,但下降程度较小并持续一周左右。营养支持可使红细胞内钾/钠比值回升。因此,认为这些变化是机体对应激的全身反应的一部分。杨忠瑾等^[51]检查尿肌酐、细胞免疫功能和血浆氨基酸来评价营养情况,结果认为肌酐身高比(CHR)和肌酐指数(CI)是两项评价营养状况比较敏感的指标。CHR:男性 $< 6.2 \text{ mg/cm}$,女性 $< 4.0 \text{ mg/cm}$; CI:男、女性 $< 80\%$ 时可考虑有营养不良。血浆氨基酸检测:营养不良时总的血浆氨基酸值明显下降。必需氨基酸中缬、异亮、亮和蛋氨酸降低最明显,苯丙和赖氨酸下降则不明显。非必需氨基酸 NEAA/必需氨基酸 EAA 之比值 < 1.8 时,表明有营养不良。有关营养不良对细胞免疫功能的影响的研究表明,营养不良能造成病人细胞免疫功能明显下降。孙建民等^[52]用 20 只狗实验,采用动静脉转流分期手术,对重建下肢组织营养作了系统观察。结果证明:选择适当的动脉和静脉小分支,构成动脉转流,既能提供足够的营养,又能保证其他小静脉分支有充分的血液回流。这样能完全恢复缺血肢体的血液循环,恢复肢体的生理功能。实验结果认为这种手术有可能运用于治疗广泛的下肢动脉闭塞性病变。

二、创伤

(一)创伤诊断和多发伤:创伤严重程度的判断,是救治成败的关键问题之一。黄展延^[58]参考国外资料,结合现场处理不同工种外伤,设计出一种快速外伤指数计分法,不需任何检查器械,仅以询问、视诊及触诊检查,即可在极短时间内做出伤情轻、中、重和危重伤的判定。对严重多发伤的诊断和早期处理,刘世恒^[54]总结了80例临床经验。认为一开始就应注意综合措施,大量快速输血输液,控制出血,恢复有效循环血量,迅速恢复循环功能,排除呼吸功能障碍,预防过量输液,早期使用甘露醇和应用抗生素。多发伤中颅脑伤、胸腹联合伤,休克为早期死亡的伤因。抢救中漏诊、误诊和休克时间过长为死亡主要原因。

(二)腹部伤:叶宗典等^[55]回顾性分析三个医院688例腹部闭合性伤的诊疗问题。这是今年报道腹部伤临床经验中较多的一组病例。死亡47例,死亡原因主要与受伤程度、部位、误诊及处理不当有关。经手术治疗的455例主要为腹部内脏伤,死亡率10.55%。肾和腹壁挫伤行保守治疗的233例无死亡率。全组总死亡率为6.83%。司树春^[56]认为腹部伤影响早期诊断的原因是:(1)早期症状不明显;(2)有合并伤;(3)合并休克掩盖早期症状。处理方面:(1)手术时机越早越好;(2)手术探查要全面细致。另外要注意延迟性肝脾破裂和直肠损伤,对直肠伤6例行乙状结肠造瘘,保持周围间隙及直肠周围引流通畅,手术安全迅速,又能很好控制感染。王得厚等^[57]报道腹部伤104例,除5例因伤情过重死亡外,16例因手术中某些环节处理不当发生严重并发症甚至死亡。这些环节包括:(1)遗漏了隐匿部位的损伤,如胰尾损伤被漏查1例;(2)肝破裂清创不彻底形成感染;(3)肝破裂引流不充分,术后发生膈下脓肿和肝脓肿各1例;(4)直肠伤修补后未

作近端造瘘;术后直肠漏、腹膜炎;(5)对小肠或结肠系膜伤后继发肠坏死估计不足,以致术后肠坏死又再次手术。吕文臣等^[58]和祁天义等^[59]报道腹部伤的死亡率分别为2.4和7.3%。姬合森等^[60]认为腹部外伤中脾脏参与调节血压、各类物质代谢,直接参与细胞免疫体液免疫反应功能,有2例作脾修补加大网膜包脾,观察二年,恢复较好。汪家珠^[61]报道2例十二指肠2、3段全部断裂,经十二指肠憩室化手术痊愈。腹部伤的症状不典型者,马玉林^[62]认为用腹腔灌洗术简便易行,安全可靠,阳性可立即手术,阴性用保守疗法治疗可避免剖腹探查术。蔡泽祥^[63]报道1例右半结肠广泛不规则的破裂,结肠中动脉右支断裂,右横膈破裂作右半结肠切除及膈肌修补后6天,并发应激性溃疡出血,又作胃大部切除术,术后3天又并发十二指肠瘘,立即给双套管引流痊愈,说明腹部严重创伤后应注意其并发应激性溃疡。特别在创伤后曾有休克,以致腹内脏器如胃、十二指肠因全身循环血量减少而发生粘膜缺血、坏死、失去了粘膜的屏障作用,胃内氢离子发生逆向弥散,导致溃疡形成而出血。

(三)煤矿创伤的发生和临床研究方面:河南新密矿务局医院邢士廉^[64]统计煤矿创伤1800例,调查了煤矿伤的发生原因、条件和规律。主要致伤原因为砸伤及挤压伤。矿井冒顶、片帮及砸块落下为砸伤的基本因素。挤压是躯体被矿车、电机车、电溜子挤压。工伤中二者占56.5%。全部伤员中开放伤占33%,多发伤占12.7%,失血性休克7.3%。并提出预防和降低煤矿创伤的发生率,除应加强领导,科学管理,文明生产,加强技术培训外,必须重视创伤外科,建立一支技术上过硬的抢救队伍。李鸣均等^[65]报道煤矿挤压伤的早期特点及其早期处理。早期为挤压伤,如果这时得到正确的治疗,减少肾脏受损程度,病人就不会发展成挤压综合征。早期处理应输液抗休克,纠正酸中毒,碱化尿液,

利尿,保护肾脏;病情稳定后,对肿胀伤肢应争取早期筋膜间隔切开减张;同时应最大限度减少肾脏受累程度,使病程停留在挤压伤阶段;即或累及肾脏发生急性肾功能不全,其经过也较急性肾衰平稳。挤压综合征是挤压伤自然发展所形成,在9例中,切开减张者5例(伤后4~19小时切开减张3例)未发生急性肾衰,4例未切开减张,有2例分别于伤后2、5天发生急性肾衰。9例中出现急性肾功能不全5例均治愈,急性肾功能衰竭4例,死亡2例。

(四)战伤研究:王正国等^[66]通过47只狗的实验,研究了在冲击波作用下,机体瞬时心脏及大血管内压力的变化和其他效应,以阐明冲击波的致伤原理,为冲击伤的防治提供理论依据。该研究认为在冲击波作用的瞬间,胸腔及肺内大小血管血流压力平均净增195.3~432.5 mmHg,最高可达650 mmHg。在基础压仅有3~6 mmHg的肺小动脉内,瞬间血流压力就有近100倍的增加,这提示肺冲击伤的出血、水肿可能与瞬间血液动力学的急剧变化有关。而伤后即刻及伤后24小时的心功检查结果表明,在中等度以上冲击伤条件下,心脏代偿功能仍然良好,这为探讨冲击伤血液动力学致伤机理提供了依据。刘荫秋等^[67]通过130只狗实验,研究了5.56和7.62 mm两种枪弹弹丸在同样射击条件、同一致伤部位的致伤情况,发现5.56较7.62弹丸杀伤力强,因此,今后可能由于致伤武器向高速轻武器发展后,伤员的损伤更为严重,因而要求战伤的清创技术更高。战时清创多在师救护所或一线野战医院,周志华等^[68]应用不同水源配制的新洁而灭(新G-12)作创伤初期处理冲洗液的实验研究。所用水源均为战时前方容易得到的,如井水、塘水、河水、自来水与战时不可能大量供应和储备的灭菌蒸馏水。结果表明,用各种不同水源配制的新G-12,其细菌检验结果无显著差别,对厌氧菌均无杀灭作用。因此,战时

各种水源配制的新G-12均可用以清创,但在清创时应加用双氧水冲洗一次,以防破伤风、气性坏疽等厌氧菌感染。用井水配制的新G-12冲伤口,对组织修复的作用甚至比蒸馏水配制的还好。但作者强调,任何消毒剂或冲洗剂以及任何冲洗方法都不能完全替代彻底的外科清创术。冲洗只是清创中的一种措施。关于冻伤的防治,1983年7月25~29日在沈阳召开全军第四次冻伤防治专业组学术会议,交流学术论文64篇^[69],在冻伤的流行因素和发病机理,重度冻伤的治疗,耐寒锻炼以及防寒保暖方面,都取得了进展。流行因素:平时全军成批的严重冻伤较为少见,散发的轻冻伤较多,冬季发病率在4~5%,籍贯对冻伤的发生似乎影响不大。发病机理方面,李凤芸等^[70]研究冻伤与血清磷酸肌酸激酶(SCPK)活性的关系,认为冻至0℃即可引起SCPK的明显升高。冻至0℃~-25℃的范围内,随着最低温度的降低,SCPK活性升高,两者呈高度负相关。而在各种冷冻条件下,SCPK活性呈现有规律的时相变化。冻后1小时已经升高,冻后12小时达到高峰,冻后24小时开始回降,到冻至72小时趋向正常。

(五)蛇咬伤:福建建阳地区熊山蛇药临床验证协作组^[71]于1978~1982年经13个单位共同验证,应用熊山蛇药治疗各类毒蛇咬伤414例,治愈率为98.55%,仅4例死亡。轻中型平均治愈天数为4.6天,危重型为8天。该药具有解蛇毒、消炎、消肿、通便、利尿作用,无明显的毒副作用,该药对五步蛇、龟壳花蛇、竹叶青、银环蛇、眼镜蛇等毒蛇咬伤疗效良好。孙新中^[72]报道无锡市22年来治疗蝮蛇咬伤3045例的经验,前13年的年平均死亡率为4%,后9年因使用抗蝮蛇毒血清及抢救水平提高,死亡率降至0.41%。该院是国内使用抗蝮蛇毒血清治疗蛇咬伤最多的单位,至本文为止共用1044例。呼吸麻痹可能是蝮蛇咬伤的主要致死原因。抢救中