

1984

中国
外科
年鉴



中国外科年鉴

1984

《中国外科年鉴》编辑委员会 编



人 民 卫 生 出 版 社

1984 • 北 京

责任编辑 高 间

中国外科年鉴

1984

《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 33¼印张 5插页 753千字
1985年2月第1版 1985年2月第1版第1次印刷
印数: 00,001—9,380

统一书号: 14048•4677 定价: 8.95元

〔科技新书目 74 — 87 〕

《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

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

裘法祖 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 者 的 话

《中国外科年鉴 1984》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，以便读者利用较少的时间，了解我国外科领域的全面情况。

《中国外科年鉴 1984》包括外科基础与创伤、烧伤、整形、肿瘤、器官移植、麻醉、普通外科（包括甲状腺、乳腺、腹壁腹膜、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、大事纪要和出版动态等栏目。本卷年鉴使用的材料选自正式出版并公开发行的 101 种医学杂志和医学院校学报的论文 4,000 余篇。选材时限自 1982 年 7 月 1 日始，至 1983 年 6 月 30 日止。

本卷年鉴编辑期间任务较多，时间仓促，收集资料可能不够完全，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，竭诚希望读者及有关作者提出宝贵意见，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》编辑部。

《中国外科年鉴》编辑委员会

1983 年 10 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、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、大事纪要 记录上一年度内国际性、全国性、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、本卷年鉴收集论文资料的时间，自1982年7月1日起，至1983年6月30日止。

目 录

一年回顾	1
外科基础及创伤	华积德··· 1
烧伤	方之杨··· 4
整形外科	高学书··· 6
肿瘤	王本茂··· 11
器官移植	贺宗理··· 13
麻醉科	王景阳··· 16
普通外科	19
甲状腺、乳腺	王福民··· 19
腹壁、腹膜(包括急腹症)	王本茂··· 22
肝、胆、胰、脾	吴孟超··· 23
胃、十二指肠、空肠、回肠	仲剑平··· 28
结肠、直肠、肛门	喻德洪··· 30
动脉、静脉、淋巴管	仲剑平··· 35
神经外科	史玉泉 朱 诚··· 36
胸外科	蔡用之 耿振江··· 44
泌尿外科	马永江··· 49
骨科	刘植珊··· 52
外科文选	59
外科基础及创伤	59
休克	59
感染	64
外科营养疗法	66
重危病人的处理	73
成人呼吸窘迫综合征	74
创伤	77
其它	84
烧伤	85
整形外科	93
肿瘤	111
器官移植	130
麻醉科	136
基础理论	136
心脏手术麻醉	141
特殊手术麻醉	144
降压药在麻醉中的应用	148

并发症·····	149
其它·····	150
普通外科·····	153
甲状腺·····	153
乳腺·····	163
腹壁、腹膜(包括急腹症)·····	170
肝、胆、胰、脾·····	176
胃、十二指肠、空肠、回肠·····	216
阑尾、结肠、直肠、肛门·····	275
动脉、静脉、淋巴管·····	337
神经外科·····	344
基础理论·····	344
颅脑创伤·····	345
颅内肿瘤·····	349
脑血管疾病·····	361
脑脓肿·····	368
脊髓病变·····	369
其它·····	371
胸外科·····	373
创伤·····	373
胸膜疾病·····	375
肺部疾病·····	377
食管疾病·····	386
心血管疾病·····	390
小儿心血管外科·····	396
瓣膜外科·····	398
心肌保护·····	400
体外循环并发症·····	404
泌尿外科·····	406
血尿·····	406
尿路结石·····	407
泌尿外科诊断方法·····	408
肾上腺·····	410
肾脏·····	413
输尿管·····	419
膀胱·····	421
前列腺·····	430
阴茎、精索、睾丸·····	432
尿道·····	435
骨科·····	439
基础理论·····	439
脊柱脊髓伤·····	446

四肢创伤·····	448
脊柱疾病·····	458
婴儿麻痹后遗症·····	466
先天性畸形·····	468
肿瘤·····	469
显微外科与断肢再植·····	470
其它·····	472
专家论坛 ·····	477
膀胱肿瘤诊断中的几个问题 ·····	熊汝成···477
麻醉学专业的成立和发展 ·····	吴 珏···481
开放性骨折的治疗·····	过邦辅···482
肝胆管结石外科治疗中的问题：复杂的右肝管狭窄 ·····	黄志强···486
重危病人监护室 ·····	吴肇光···489
医界人物 ·····	493
胸腔外科专家和医学教育家黄家驹教授·····	493
外科专家裘法祖教授 ·····	495
骨科专家孟继懋教授 ·····	498
泌尿外科专家许殿乙教授 ·····	501
大事纪要 ·····	503
出版动态 ·····	509
附录 ·····	513
本年鉴引用的期刊 ·····	513
索引 ·····	515

一年回顾

外科基础及创伤

华积德

一年来,国内公开刊物发表的有关外科基础及创伤的文章共 324 篇,在数量上较去年增多,质量上也有提高,特别是有一些基础理论研究方面的文章。但这些文章,还是笔谈、综述、讲座较多,而自己的实验研究和临床实践总结,特别是有关水、电解质方面的文章比例较小。

一、休 克

外科常见的休克为出血性休克和感染性休克。在出血性休克的早期诊断上,苗春溥等^[1]总结了 100 例临床病例,参阅对越自卫反击战中广西方面提出的一看、二摸、三测压、四尿量的临床诊断经验,认为这一形象的概括便于记忆,可作为基层单位早期识别出血性休克伤员的参考。对感染性休克,高瀚^[2]进行了动物实验,他结合临床经验,认为治疗原发病是抢救的关键。早期应边抗休克边手术;中期要补液到一定容量后再手术;晚期则应先抗休克,待内脏功能有所恢复,微循环有所改善后再进行手术。输液以平衡盐为首选。在失血性休克的实验中,吴文溪等^[3]经 18 只犬实验,比较了平衡盐液与右旋糖酐,认为此两种复苏液均可恢复血液动力学的稳定,而不影响心肌的收缩性与肺功能;但用右旋糖酐复苏,肾功能恢复差,而以平衡盐液为首选。官兴智等^[4]也从 2 例外科手术后病人中观察到输血的血液粘稠度变化。由于手术中只注意恢复丢失的全血,而低估了腹腔长时间手术不显性液体的丢失,致使晶体输入偏少,造成血液浓缩。张英骏等^[5]对国产羟乙基淀粉溶液(HES)所作的实验研究表明,分子量平均为 2 万的溶液,有促使毛细血管开放增加的作用,分子量平均为 3.4 万、5.4 万、5.6 万、8 万的 HES,除可引起红细胞聚集外,还导致血液粘稠度增加。我院在临床上使用的 HES,平均分子量为 2.5 万~4.5 万,在抗休克时如用量适当(1,000~2,000 毫升),问题是不大的。在抗休克的病人中,陈惠孙等^[6]参考国外经验,设计试制了抗休克裤,并已用于 130 例休克病人的抢救,取得良好效果。如外科的创伤失血性休克,内科的消化道出血,妇科的宫外孕失血等,使用后血压上升显著。

二、感 染

金黄色葡萄球菌感染仍是目前外科感染的一项重要课题,其发病率高,是门诊外科夏秋季节的一种常见的多发病。高济宪等^[7]报道了用金葡菌素(金黄色葡萄球菌体蛋白与其类毒素混合菌苗)治疗疖、痈、乳腺炎、多发性毛囊炎、外伤感染、皮脂囊肿感染、骨髓炎等葡萄球菌感染,痊愈率为 93%。主要缺点是免疫持续时间只 40 天左右,

疗程中还有一定副作用,还有待进一步改进。王慧贞^[8]对新生儿皮下坏疽,提出分为坏死型、脓肿型和蜂窝织炎型等三种类型,对治疗及预后有一定参考价值。消化道的霉菌感染日益增多,洪兴奎等^[9]报道了术后并发的霉菌性肠炎;这种疾病已引起我国外科医师的注意,如能早期确诊、及时治疗,预后较好,否则死亡率极高。

三、外科营养疗法

自 Dudrick 于 1968 年报道完全胃肠外营养 (TPN) 疗法以来,我国的外科工作者已大量应用于临床,使许多危重病人得到充足的营养支持,安全地进行了手术或术后的支持治疗。70 年代初期,静脉注射用的氨基酸溶液全靠国外进口,我国只能生产一些水解蛋白注射液代替,甚至水解蛋白液也供不应求。目前,我国已有几个大中城市的制药厂能够生产氨基酸注射液,并已有许多外科医生在从事 TPN 的临床和科研工作。吕玉洁等^[10]报道了对国产 T₁型 L 结晶氨基酸注射液的主要成分及氮平衡的观察。通过临床使用和分析,此制剂除含 8 种必需氨基酸外,只有 3 种非必需氨基酸,因所含非必需氨基酸不足,在进行 5 例“蛋白质节省”治疗时,虽有蛋白质节省作用,但效果差些。花天放等^[11]研究了国产“18 种氨基酸注射液”的临床应用。此制剂含有 8 种必需氨基酸,10 种非必需氨基酸,在氮平衡上基本达到国外同类产品水平,但少数病人输血后有胆红素血症出现,尚待改进。在临床应用的另 14 例病人中,研究应用结晶氨基酸制剂后观察氮平衡及并发症,每日每公斤体重给予热量 35~50 卡,氮 0.2~0.3 克,除严重感染外,病人可获正氮平衡。但也有严重的并发症发生,如导管性败血症、高血糖、高渗综合征等,因而认为应严格掌握 TPN 的适应证^[12]。蒋朱明等^[13]研究比较了两种含不同非必需氨基酸成分的氨基酸混合液,结果是氨基酸混合液中含非必需氨基酸较多时,其节省蛋白质的效果较好。花天放等^[14]通过动物实验观察 TPN 对肝脏的损害,指出用超负荷的静脉高渗葡萄糖饲养动物是无益的。但循环高营养(即营养液在 16~18 小时内输完,其余时间用生理盐水继续维持)对肝脏损害少。在长期使用 TPN 时,可能使人体缺乏微量元素锌、铜和常量元素镁。杨迺发等^[15]研究了北京地区成人血清微量元素的正常值,这些正常数据,可供长期 TPN 病人补充微量元素的参考。

四、多器官功能衰竭与重点监护病房

多系统或多器官衰竭 (MOF) 是严重创伤、严重感染、大手术或其它严重疾病的一种致命综合征,近年来已引起人们的重视。为预防和治疗 MOF,有条件的单位已相继建立危重病人的重点监护病房,进行重点的研究和治疗。何亮家等^[16]报道用 Swan-Ganz 导管对 5 名外科危重病人作心肺功能的监测,可测得平均肺动脉压 (PAP)、肺动脉楔压 (PAWP)、心输出量等。Swan-Ganz 导管在心肺功能监测上能正确反映出左心功能,为正确拟定治疗措施和判断治疗效果提供客观依据。浙江宁波地区医学科学研究所加强监护病房^[17]把血渗浓度作为危重病人监测指标之一。在 44 例接受加强监护治疗的病例中,测得高渗血症 20 例,其中 8 例死亡,而其他 24 例无高渗血症者,只 2 例死亡。高渗血症为 MOF 的表现之一,血渗浓度越高,病情越重。但如及时发现、合理治疗,预后较好。马玉林^[18]对重症(难治性)休克 20 例进行临床观察和某些化验分析,以预测病人的命运,发现体表与直肠温差 $>3\sim 6^{\circ}\text{C}$,血清 GOT >125 单位%,

GPT>47 单位%, 乳酸>52 毫克%, 凝血酶原时间>100 秒, 乳酸脱氢酶>500 单位%者多死亡。何亮家等^[19]分析了外科死亡病例 186 例, 认为 MOF 是主要致死原因, 目前以胃肠功能及肺功能衰竭多见。

五、创 伤

腹部创伤是外科常见而严重的创伤, 在闭合(钝性)伤中常有多发伤。腹部伤的特点是休克发生率高、病情急、变化快。及时诊断、早期处理效果较好, 但如有多发伤, 则常因其他部位创伤而掩盖其症状与体征, 使诊断复杂化。诊断的目的是确诊有无内脏伤。在三篇有关报道^[20~22]中, 均强调外伤病史、体检和简单快速的辅助诊断(如腹腔穿刺和灌洗)、临床实践经验综合分析、不依赖新的仪器与某项实验室检查。难以确诊时, 应严密观察。严重多发伤已引起人们的重视, 吴胜英等^[23]强调对原发伤的诊断和处理, 处理以操作简单、效果可靠为原则。

我国南方蛇咬伤较多见。李云龙等^[24]报道了对 112 例由 5 种不同蛇咬伤的病人进行致伤蛇种鉴定, 5~8 分钟即可得出结果, 阳性率为 96.4%。其方法是采用天然胶乳凝集抑制试验法, 可全部检出五步蛇、腹蛇、眼镜蛇和银环蛇, 而竹叶青蛇伤阳性率为 83.3%。余培南^[25]报道了使用广西医学院同上海生物制品研究所协作研制的精制抗眼镜蛇毒血清治疗 34 例蛇咬伤的临床观察, 结果 33 例治愈, 1 例好转。此种血清可起到中和毒素的作用。林可干等^[26]报道了小儿蛇咬伤 50 例, 死亡 3 例, 死亡率 6%。其中 2 例为银环蛇咬伤, 1 例为蝰蛇咬伤。小儿因体重轻, 毒素吸收量大, 容易发生 MOF。

参 考 文 献

1. 苗春溥, 等: 实用外科杂志 3(1):11, 1983
2. 高瀚: 同上 3(2): 67, 1983
3. 吴文溪, 等: 上海医学 6(1):1, 1983
4. 官兴智, 等: 中华外科杂志 21(1):47, 1983
5. 张英骏等: 同上 20(7):401, 1982
6. 陈惠孙, 等: 解放军医学杂志 7(5):288, 1982
7. 高济宪, 等: 中华医学杂志 62(7):410, 1982
8. 王慧贞: 实用外科杂志 3(3):131, 1983
9. 洪兴奎, 等: 同上 3(2):107, 1983
10. 吕玉洁, 等: 中华外科杂志 20(7):397, 1982
11. 花天放, 等: 上海医学 5(7):377, 1982
12. 同上 5(7):373, 1982
13. 蒋朱明, 等: 中华外科杂志 21(1):10, 1983
14. 花天放, 等: 同上 20(11):667, 1982
15. 杨迺发, 等: 中华医学杂志 62(11):666, 1982
16. 何亮家, 等: 上海医学 6(2):67, 1983
17. 浙江省宁波地区医学科学研究所加强监护病房: 中国急救医学 3(1):47, 1983
18. 马玉林: 同上 2(6):28, 1982
19. 何亮家, 等: 同上 3(2):26, 1983
20. 李德华, 等: 四川医学 4(1):28, 1983
21. 黄大鹤, 等: 白求恩医科大学学报 9(2):73, 1983
22. 华积德, 等: 中国急救医学 3(2):16, 1983
23. 吴胜英, 等: 同上 3(2):21, 1983
24. 李云龙, 等: 中华医学杂志 62(12):709, 1982
25. 余培南: 广州医学院学报 (1):32, 1983
26. 林可干, 等: 中华小儿外科杂志 3(4):229, 1982

烧 伤

方之杨

一年来,我国的烧伤科研和治疗工作在继续前进。一些烧伤中心除进行临床治疗研究外,还开展了动物实验研究。

根据国内3个单位的统计资料,烧伤的死亡原因,吸入性损伤(呼吸道烧伤)从第4、5位上升到第2位。为此,第三军医大学烧伤中心制做了动物(狗)蒸气呼吸道烧伤的模型^[1],对呼吸道烧伤进行了研究。他们观察了呼吸道烧伤后的血液动力学,进行了血气分析、肺水量、病理学光镜和电镜检查^[2]。同时还研究了呼吸道烧伤肺水肿的发病机理,观察到肺组织内组织胺含量降低,而左心室血中组织胺含量增高;肺组织和血中5-羟色胺含量下降;前列腺素 E_1 (PGE_1) 含量增高。说明早期肺水肿与肥大细胞释放组织胺和 PGE_1 有关。但该模型系蒸气致伤,与日常所见火焰等因素所致的吸入性化学损伤的病理生理变化有所不同。

烧伤休克的实验研究:过去传统地认为,人和动物烧伤后4~6小时,为烧伤局部区域毛细血管通透性增强的高峰时间。近年来,第二军医大学第一附属医院烧伤实验室的研究证明^[3],渗透性高峰出现在伤后1~2小时。烧伤越严重,渗出高峰出现越早。因此,及早补液是必要的。然而,在平时或战时,由于交通不便等因素,部分伤员难以做到及时治疗,因而研究延迟抗休克疗法具有一定的实际意义。他们还以左室压一次微分、心肌收缩成分缩短速度、左室内压-压力变化速率环为指标,研究烧伤休克心脏收缩性的变化,说明烧伤休克心脏收缩性能下降并非因心脏的负性变时性效应所引起^[4]。还应用激光多普勒显微镜观察实验性烧伤肠系膜微循环血液流速的变化^[5]。实验结果表明,家兔烧伤后静脉输入川芎,可减少微静脉和小静脉内白细胞的粘附,延缓并减轻微循环内红细胞的聚集,阻止全血粘度升高。但此实验缺乏与输入平衡溶液和低分子右旋糖酐治疗结果的比较来说明川芎的疗效。该单位还在国内首先报道对烧伤大鼠测定肝脏和脑匀浆中糖皮质激素受体变化的观察结果^[6,7],即在伤后24小时均达低值。在此同时,国外也报道^[8]大鼠于烫伤后骨骼肌的糖皮质激素量降低。分析其原因,可能是受体的合成和裂解发生变化,或受体转位进入细胞核的速度加剧。这一工作仍需继续进行。

目前,烧伤感染仍居死亡原因的首位,因而免疫机能的研究受到重视。烧伤伤员中性粒细胞趋化性受抑制,与伤员血液中存在抑制因子有关。趋化指数长期处于低值的伤员全部发生了脓毒症,甚至死亡。可以认为,趋化指数是监测烧伤败血症及估计其预后的较为有用的指标^[9]。烧伤后机体免疫反应较为复杂多样,中性粒细胞的趋化性只是其中之一。在烧伤后一周内,白细胞的吞噬功能有所下降^[10]。特别是发生败血症或死亡的病例,下降趋势更为明显。它们之间的关系究竟如何,尚需深入研究。我国有关抗感染免疫方面的工作尚不够普及,研究烧伤感染则有一定困难。自防治烧伤局部感染的外用药物问世以来,外用抗菌治疗起到一定的作用。但已发现有耐药菌株。经试管内和小鼠烧伤绿脓杆菌感染后体内实验,证明吡哌酸银和烟酸银对其有明显疗效^[11]。研究烧伤外用药物,除以试管法测定敏感度外,必须进行动物实验,方能说明其疗效,并要在此基础上进行临床验证。国外也在对烧伤创面外用药物的研究作新的探索^[12],但尚未见

到临床应用的报道。

大面积三度烧伤创面的局部治疗为及早切除焦痂。在自体皮肤不足的情况下,需用异体(种)皮肤暂时覆盖。我国应用液氮贮存的皮肤已有6年的历史,在不断研究中,贮存皮肤的质量已有所提高。提出以 -80°C 低温冰箱为降温容器,可使皮肤降温的速度控制在每分钟 $1\sim 3^{\circ}\text{C}$,比干冰降温过速要优越。异体(种)皮肤的消毒方法是:将带有皮下组织的皮肤,以0.1%新洁尔灭浸泡15分钟,薄中厚皮片以0.05%新洁尔灭浸泡15分钟。这种方法虽然不能完全消灭皮肤附件(汗腺、毛囊根部)的细菌,但可使细菌数量大为减少。为获得理想的消毒效果,不可忽视皮肤处理前的洗刷和剃毛的物理作用^[13]。这种实用方法的研究工作,对我国有用液氮贮皮的皮库很有帮助。我国的烧伤专业单位对应用液氮贮存皮肤尚持有不同看法。持否定意见的单位可能存在着皮肤处理方法不当的问题,以致植皮效果不够理想。软化和冻干戊二醛处理异体(种)皮片,是一种无生机的生物敷料。经处理,其随形性和粘附性均有所改善,临床使用方便。其缺点为占位性强^[14]。由于使用简便,携带方便,是战时有希望采用的生物敷料。

北京积水潭医院烧伤科治疗高压电接触烧伤的肢体取得了新进展,获得国内外好评。他们着重改进手术方法,对受高压电严重损伤的软组织和骨骼采取彻底扩创和截骨。肢体虽然缩短,但能避免传统截肢疗法造成的严重残废。这是烧伤手术治疗中,打破常规,闯出新路的成功经验^[15]。

在这一年中,我国的烧伤专业和有关基础学科的工作者,在烧伤休克、感染、皮肤保存、烧冲复合伤、呼吸道烧伤和电烧伤等方面,做了一些理论研究工作。同时,也在临床工作方面积累了大量经验。但对烧伤休克和感染的问题,尚无根本突破。今后应结合我国具体情况,制订出具体的科研规划。最好对重点课题能够组织各方力量协同攻关。

我国每年烧伤的发生率,迄今尚无全面的统计资料。目前的资料只来自一些大医院的烧伤中心,不能代表全国情况。希望在几年内,能采取有效措施,提出科学的统计数字,借以了解我国烧伤的发生率和治愈率的总情况。更重要的是,应该强调做好烧伤的预防工作。平时应强调管理和教育工作,特别应加强对学龄前儿童的管理教育,加强对工矿企业的劳动保护措施及安全生产教育。平时积累的资料,又可为战时烧伤的防治工作提供参考。希望不久能见到这方面的报道。

参 考 文 献

1. 朱佩芳,等:解放军医学杂志 8(1):7, 1983
2. 梁延杰,等:中华外科杂志 21(3):129, 1983
3. 方之杨,等:第二军医大学学报 1(3):1, 1980
4. 陈周道,等:同上 3(增刊):6, 1982
5. 张亚霏,等:中华物理学杂志 4(4):212, 1982
6. 徐仁宝,等:生理学报 34(4):460, 1982
7. 徐仁宝,等:科学通报 28(3):178, 1983
8. Jacobson HI, et al.: J Trauma 22:845, 1982
9. 徐大忠,等:中华外科杂志 21(3):134, 1983
10. 郭振荣,等:同上 20(7):417, 1982
11. 葛绳德,等:第二军医大学学报 3(增刊):46, 1982
12. Modak SM, et al.: Arch Surg 116(7):854, 1981
13. 朱兆明,等:中华医学杂志 62(9):559, 1982
14. 许丰勋,等:第二军医大学学报 3(增刊):37, 1982
15. 王学威,等:中华医学杂志 62(9):556, 1982

近一年来,发表在我国各种医学期刊杂志中有关整形外科的论著共 160 余篇。我国整形外科不论临床工作与科学研究,这一年来都有所发展和提高。现就论著中的有关内容作一简要回顾,供同道参考。

显微外科技术的应用

一、游离皮瓣与复合皮瓣的移植

杨果凡等^[1]报告以肱深动、静脉和头静脉为血管蒂的臂外侧游离皮瓣移植 6 例。郭恩覃等^[2]报告股内侧皮动脉皮瓣的临床应用 2 例。作者都是在解剖学研究基础上进行移植的,皆获成功。这两种皮瓣,皮肤质地较好,供区隐蔽,患者乐于接受,为皮瓣游离移植提供了新的供区。

我国首创的前臂皮瓣游离移植,近年来已广泛应用于临床并有所发展。如采用此游离皮瓣移植一期阴茎再造^[3]、舌再造^[4]和鼻再造^[5]等。以上都是新颖的再造手术,为我国首先应用于临床。应用吻合血管的方法进行器官再造,不仅能于一次手术完成,缩短疗程,减少病人痛苦,同时可以增进局部血运,有利移植组织的愈合,从而提高疗效。其他尚有应用前臂皮瓣游离移植修复颌面部缺损者,虽多属个案报告,但都认为此皮瓣厚度合适,制作方便,血管蒂长和口径粗,便于吻合。缺点是前臂将增加新的创痕,有碍美观。

报道复合皮瓣的游离移植者,有李世骥等^[6]应用旋髂浅血管的游离皮瓣及骨-皮瓣移植,修复四肢及颌面部皮肤或皮肤、骨骼等缺损。作者认为旋浅动、静脉部位表浅,显露容易,这种复合皮瓣适用在修复骨缺损不多而皮肤缺损较大者。唐有盛等^[7]报告带血管髂骨、肌皮瓣游离移植,修复下颌骨肿瘤术后缺损及畸形。作者认为采用旋髂深动、静脉作为切取髂骨-皮瓣的滋养血管,血管发出的位置比较恒定,血管蒂长而口径粗和供体面积大为其优点。邓世良等^[8]报道一例锐伤所致的右腕部皮肤撕脱伤,形成蒂在远端的一逆行皮瓣,在其近端采用血管吻合的方法,使严重缺血濒死的皮瓣得以复活。

二、大网膜移植

按移植的方式可分为吻合血管的游离移植和带血管蒂的远位转移两种。杨力军等^[9]应用大网膜游离移植治疗一例右前臂高压电烧伤患者。将大网膜分别包裹裸露的屈指深肌肌腱和充填肌腱与尺、桡骨之间的死腔。吻合血管后,再取皮片覆盖于网膜上,创面愈合后,伤手功能恢复良好。

应用带血管蒂的大网膜远位转移去修复胸、腹壁创面者,有王文治^[10]采用大网膜移植修复乳癌根治术后胸壁放射性溃疡 4 例,均获痊愈;叶玉坤等^[11]应用大网膜修复一例高压电烧伤后有 21×16 厘米大小的腹壁全层缺损者。大网膜有丰富的血管和淋巴,具有极强的抗感染能力,适用于修复血供贫乏或伴有慢性炎症的创面,而周围又无合适皮瓣

可供转移者。由于大网膜在腹腔内具有重要功能,采用时必须开腹,还可能出现腹部严重并发症,故须从严掌握其适应证。

三、淋巴管、静脉吻合术

应用显微外科技术进行淋巴、静脉吻合治疗肢体淋巴水肿,由 O'Brien 首先报道,我国相继应用于临床。辛时林等^[12]报告 4 例淋巴、静脉吻合治疗下肢淋巴水肿,取得了较好的近期效果。于国中等^[13]报告 17 例 18 个肢体施行淋巴、静脉吻合术,术后随访 6~22 个月,9 个肢体平均周径缩小 1.5 厘米,另 9 个肢体肿胀无减退。作者认为目前对四肢淋巴水肿的治疗尚无一种完善的手术方法,淋巴、静脉吻合治疗淋巴水肿是一种较新的手术,但仍不能完全取代其他方法治疗。这种手术用于临床时间还不长,还有不少问题有待进一步研究、探讨。

皮片和皮瓣的移植

一、真皮下血管网皮片移植

自塚田贞夫报告以来,近年来我国已有不少学者应用于临床并对其血运重建的机理进行了实验研究。北京整形外科医院^[14],上海静安区中心医院^[15]和济南中心医院^[16]等单位有较多的临床病例报告。这种皮片,由于完整无缺地保留了真皮层,移植成活后,不论功能与形态的恢复,都颇为满意。但仍有部分病例,皮片发生“水疱”,愈合后出现“花斑”,影响外貌。尚待进一步研究,找出规律,以完善这种植皮方法。

二、带血管蒂皮瓣移植

随着显微外科发展的需要,进行了大量解剖学研究,在人身上发现了不少带知名动、静脉蒂的轴型皮瓣与肌皮瓣。近年来,已开始应用这些带血管蒂的皮瓣或肌皮瓣作为岛状皮瓣转移来修复畸形或缺损。

前臂岛状皮瓣:是以桡动、静脉或尺动、静脉为血管蒂的皮瓣,我国首先应用于临床。转移时可分顺或逆行两种方式。主要用于手部创(烧)伤后伴有深部组织缺损的修复或拇指重建;也可用于颜面或肢体远处部位的即时转移。鲁开化等^[17]采用这种皮瓣再造拇指,为拇指再造提供了一种新方法。郑玉明等^[18]也报道了前臂岛状皮瓣移位术在手外科的应用 16 例,其中有两例采用带桡骨片的复合组织瓣再造拇指,获得成功。与此同时,作者对逆行转移时,皮瓣的静脉回流进行了解剖、生理方面的研究。发现逆行转移后仍有完整的动、静脉系统,为这种手术奠定了理论基础。

食指背侧神经血管岛皮瓣^[19,20],以第一掌背动脉为供血动脉,此皮瓣不仅能修复拇指与第一指蹼的缺损,还可以重建拇指的感觉。膝内侧隐血管神经蒂皮瓣^[21]可修复附近缺损或供作双腿交叉皮瓣之用。其他如足背岛状皮瓣^[22]和足底内侧岛状皮瓣^[23]修复足踝或足跟部组织缺损;胸大肌皮瓣^[24]整复颌面部畸形等的临床病例报告。这种岛状皮瓣的共同特点是:可就近取材,血供良好,不需吻合血管而可一次完成手术,成功率高,操作简单,易于掌握与推广。