

上海第二医学院

建院三十周年学术报告会

普外科

(总论、甲状腺、肝胆胰、胃肠、烧伤等)

论文摘要汇编

1982.10

目 录

一、总 论

1. 多发性创伤的早期处理.....16-1
2. 外科病人中的显著多尿现象——10 例分析及文献复习.....16-1
3. 急性便血型葡萄球菌性肠炎——一种注目的术后并发症.....16-2
4. 手术和中药治疗深静脉血栓形成临床疗效的观察.....16-3
5. 大腿屈肌深静脉瓣膜形成术治疗下肢深静脉瓣膜功能不全的初步报道.....16-3
6. 下肢深静脉血栓形成的远期观察.....16-4

二、甲 状 腺

7. 应用心得安长期治疗甲状腺机能亢进症.....16-6
8. 甲状腺手术时喉返神经的损伤和一期修复术.....16-7
9. 甲状腺手术中喉返神经损伤和防治的探讨.....16-8
10. 心得安在甲状腺机能亢进症的应用.....16-9
11. 巨大甲状腺肿手术治疗的几点体会.....16-10

三、肝 胆 胰

12. 内外科黄疸误诊原因分析.....16-11
13. 经皮肝穿刺胆道造影的改进和发展.....16-11
14. 163 例胆石化学成份分析.....16-12
15. 扫描电镜观察胆结石的显微结构(附 35 例报告).....16-13
16. 介入放射学在胆道外科应用的初步体会.....16-14
17. 胆管囊肿的外科治疗.....16-15
18. 肠系膜上静脉下腔静脉端侧吻合术 32 例报告.....16-16
19. 门静脉高压上消化道出血的手术治疗.....16-17
20. 90 例门腔静脉吻合术——23 年的临床观察.....16-18
21. 肠系膜上静脉下腔静脉端侧吻合术治疗门静脉高压症术后再出血.....16-19
22. 门静脉高压与胆管结石共存的临床意义.....16-19
23. 肝脏的灌洗和冷保存的临床应用.....16-20
24. 经皮肝穿刺胆道引流.....16-21
25. 经皮穿刺肝胆管的器材和技术改进.....16-22
26. 论胆道大出血的治疗.....16-22
27. 手术后黄疸.....16-23

28. 间置空肠胆管十二指肠吻合术·····	16-24
29. 胰腺囊肿手术法的选择·····	16-24
30. 预防性脾肾静脉分流术在门静脉高压症中的疗效探讨—— 26年临床资料分析·····	16-25
31. 胰腺的腔前身摄取与脱羧细胞(APUD)肿瘤·····	16-26
32. 功能性胰岛细胞瘤(附19例报告)·····	16-26
33. 胰岛素瘤·····	16-27
34. 胰腺囊肿的诊断和治疗·····	16-27
35. 胰、十二指肠切除术并发胰——空肠吻合口瘘的原因与预防·····	16-28

四、胃 肠

36. 脊椎静脉系统尾端结构与骶前大出血·····	16-30
37. 减少和避免胃大部切除术后并发症的体会·····	16-31
38. 壁细胞迷走神经切断术治疗十二指肠溃疡病的体会·····	16-31
39. 原发性小肠肿瘤(附42例报告)·····	16-33
40. 空、迴肠良性肿瘤出血·····	16-35
41. 内窥镜在急性下消化道大量出血手术时的应用·····	16-35
42. 急性阑尾炎伴休克3例报告·····	16-36
43. 结肠癌并发急性梗阻处理的探讨(78例病例分析)·····	16-36
44. 闭孔疝·····	16-37
45. GF—1型直肠吻合器临床应用的体会·····	16-38
46. 直肠前切除术后吻合口远端粘膜环形狭窄(附7例报告)·····	16-39
47. 提高腹膜返折以下直肠癌疗效的研究——术前经肛门氟脲嘧啶化疗的研究·····	16-40
48. 早期结直肠腺癌的外科治疗问题·····	16-41
49. 青年人大肠癌·····	16-42
50. 1226例结直肠癌的外科治疗和远期疗效·····	16-42
51. 家族性结直肠腺瘤病外科手术的改进——介绍一种新的两个手术组联合操作的方法·····	16-44
52. 管状吻合器应用于结、直肠手术的体会·····	16-44
53. 结直肠癌 Dukes 病理分期的改进·····	16-45
54. 晚期放射性肠损伤·····	16-46
55. 十二指肠外瘘的处理·····	16-46
56. 十二指肠球后壁穿透性溃疡出血手术方法的探讨·····	16-47
57. 中西医结合治疗阑尾脓肿 292 例的体会·····	16-48
58. 直肠切除术中骶椎前大量出血的原因与防治的探讨·····	16-49
59. 骶前出血的基础与临床·····	16-49
60. 结肠癌家族性因素的探讨(附二例报导)·····	16-50
61. 管状吻合器应用于大肠癌的体会·····	16-51

五、烧 伤

62. 焦痂下组织细菌定量的临床意义.....16-52
63. 烧伤后播散性霉菌感染.....16-52
64. 氧哌嗪青霉素对烧伤感染常见细菌的体外抗菌活性.....16-53
65. 重度吸入性损伤——附19例临床分析.....16-53
66. 应用甲氧咪呱来预防烧伤病人的应激性溃疡.....16-54
67. 烧伤并发症急性心力衰竭——附13例报告.....16-55
68. 烧伤收敛结痂中草药鞣质的毒性研究.....16-55
69. 头颅电击伤后伴脑组织膨出一例报告.....16-56
70. 严重烧伤后 T 淋巴细胞以及 T_H 、 T_S 细胞动态变化的研究.....16-57
71. 烧伤病人淋巴细胞对 PHA 的反应性及其血清免疫抑制活性.....16-57
72. 烧伤患者嗜中性白细胞趋化性及其与烧伤感染关系的研究.....16-58
73. 烧伤病人的氨基酸变化和静脉氨基酸治疗.....16-59
74. 二氧化碳激光刀在烧伤手术中的应用.....16-60
75. 用二氧化碳激光刀早期手术治疗面颈部深度烧伤.....16-61
76. 烧伤的治疗——22年经验的总结.....16-62
77. 新鲜小猪皮与人皮混合移植治疗大面积Ⅲ°烧伤.....16-63
78. 表皮细胞、纤维细胞与淋巴细胞混合培养——异体、自体皮肤混合移植的研究.....16-64
79. 烧伤并发症应激性溃疡的临床特点及手术治疗.....16-65
80. 从烧伤创面分离的9种革兰氏阴性杆菌对丁胺卡那霉素,素托普霉素和庆大霉素体外敏感性比较.....16-65
81. 大面积三度烧伤患者痊愈后的出汗问题.....16-66

一、总 论

多发性创伤的早期处理

后方古田医院外科

黄平治 杭燕南

本文报告 104 例多发性创伤, 其中除 20 例火器伤略带复合创伤性质外, 均属多发性创伤。有休克者 42 例, 其中重度 17 例, 中度 14 例, 轻度 11 例。行手术者 91 例, 占 87.5%。平均住院时间为 31.6 天。痊愈 62 例, 好转或有后遗症及功能障碍者 33 例。死亡 9 例。死亡率为 8.6%。

文章认为多发性创伤病情多为严重, 应迅速作出初步诊断, 并经常考虑并发损伤的可能。对危急病人不能过份强调术前准备, 但必要的措施仍需执行。尤其是呼吸困难者应及时作气管切开, 以保持呼吸道通畅。创伤性休克应争取在缺血期即能得到治疗。本组平均补液量为 2103 ml 平均输血量 1175 ml。42 例休克在 6~12 小时左右均得到初步纠正。输血与补液的比例为 1:1.2~1.5, 在补足了血容量后血压仍偏低时, 才根据具体情况给予血管活性药物。综合分析中心静脉压, 动脉压, 尿量的动态变化是判断心功能, 血容量, 和肾功能的重要依据。对尿量少于 30 ml/小时者应预防性应用利尿剂, 防止肾功能衰竭的发生。多发性肋骨骨折应用中钳牵引或内固定稳定胸廓, 并应考虑有胸内损伤的可能。本组除 1 例胸部贯通伤作肺修补外, 均经胸腔闭式引流治愈, 若呼吸频率在 40 次/分以上, 鼻管或面罩给氧不能改善缺氧者应给予辅助呼吸。创伤性膈疝的早期症状常不典型, 故对胸腹钝性损伤伴呼吸困难者, 应警惕有膈疝的可能。腹部闭合性损伤除结合受伤情况及体检来分析外, 腹部平片、腹腔穿刺及腹腔灌洗对诊断都有一定价值。尤其是腹腔灌洗较腹腔穿刺更有意义。若仍不能确诊者应及时作诊断性剖腹探查。对于腹膜后血肿在未明确诊断前不要盲目探查, 以免失去自发的填塞作用。

外科病人中的显著多尿现象

——10 例分析及文献复习

附属第三人民医院普外科

王钦尧 施维锦 江绍基

本文通过 10 例显著多尿病人的临床分析, 复习有关文献, 对各种原因引起的多尿现象就诊断、治疗及病理机制中的若干问题阐述初步体会。

10 例的多尿原因归为四类:

一、急性多尿型肾功能不全: 共 4 例, 其中 3 例并发于感染, 1 例并发于出血性休克。全日的最多排尿量为 6.7~9.6 升, 多尿期为 18~21 天。均有轻度氮质血症及不同程度的继发性低血钾。除 1 例呈轻度代谢性酸中毒外, 其余 3 例均呈代谢性碱中毒。

二、缺钾性多尿：共2例。在发生多尿前均有明显失钾及钾摄入不足史，并且具有低血钾的临床表现。血钾值均显著降低，多尿病程各为9及10天。在临多尿前，血钾值分别为1.4及2.4毫当量/升。在多尿期末，2例的血钾值均升至正常。

三、损伤性尿崩：共3例，均在受伤后3~5天内出现多尿，全日最多排尿量为5~9.3升。均用长效尿崩停控制尿量，本组均无氮质血症，血钾值基本正常。

四、复合因素致多尿：1例。该例行直肠癌根治术后，并发严重腹壁缺血性坏死，感染和肺炎。术后即用庆大霉素、粘菌素、先锋霉素等多种抗菌素。于术后第八天，尿量增至4升/天。在多尿的第三天，发现高血糖，每日尿量多数在5升以上，最长达9.9升。多尿期30天。

本文讨论了多尿的原因，认为上述四种多尿可从病史及实验室检查予以鉴别。继后，可从多尿病程及治疗反应进一步肯定诊断。多尿常是肾脏尿液浓缩系统功能受损的表现。本文分别讨论了上述四种多尿的病理机制。关于治疗问题，提出：要针对原因治疗。在进行输液疗法时，既要注意足量输液，又要设法使输液速率，能随时紧跟病肾大量排泌尿液速度的改变，以更妥善地维护体液平衡及稳定血液动力学状态。

刊于：上海医学 11:20~40, 1978

急性便血型葡萄球菌性肠炎

——一种注目的术后并发症

附属第三人民医院普外科

王钦尧 吴 淦 王华云 卞耀麟

葡萄球菌性肠炎(简称葡萄菌肠炎)可表现便血症状，但发生大量便血，即期出现低血容量休克的严重急性便血型病例，文献中未见报道。我们发现因消化道出血而施行胃肠道手术后的病人中，并发本症者并非罕见，其所表现的大量便血及休克需同与手术有关的出血如胃肠缝合口及残留溃疡出血等相鉴别。

从分析2269例胃肠道手术病人资料发现：消化道出血行急诊手术组的葡萄菌肠炎及便血葡萄菌肠炎的发病率均显著高于术前无消化道出血行择期手术组。(P值均 <0.001)

在14例急性便血型葡萄菌肠炎病例中，术前或术时有明显休克史11例，急性消化道出血史10例，术后应用广谱抗菌素11例，在出现便血的同时，多伴有体温骤升，不同程度的腹痛以及白细胞计数升高。各例除脐周有轻度压痛外无1例有腹膜刺激症，肠鸣音均亢进。

14例中9例在便血后即期出现低血容量休克或休克前驱症状。在出血和休克严重的6例中，作侦察性安置胃管，无1例有鲜血引出。结、直肠镜检查也无异常发现。各例经输血、输液，改用对耐药金葡萄菌有效的红霉素、新型青霉素等抗菌素治疗后，血便次数在24小时后均见明显减少，13例在3~5天内血便完全消失，1例间歇便血2周。

本症是由金葡萄菌引起的肠道粘膜层与粘膜下层的非特异性炎症，从资料分析，术前消化道出血与术后应用广谱抗菌素是促发本症的主要因素。本文最后提出三点治疗措施：(1)足量输血及输液，及时纠正低血容量休克，以解除肠壁血管的痉挛状态，改善肠壁微循环，为

粘膜病损的愈合创造条件。(2) 清除肠道内致病菌株、建立正常菌谱；(3) 严重病例可合并应用皮质激素或促皮质激素。我们发现经此综合治疗后，即使原来便血及休克症状十分严重，但在24小时后即见明显改善。这种迅速见效的治疗反应，说明肠粘膜上的广泛出血性浅表病损是容易愈合而获得止血效果的。可以设想，在病人已经经受第一次手术的打击，又并发本症的情况下，如果不能正确地辨认本症而误行手术探查，则其结果无疑是极其严重的。

〈刊于：新医学杂志 11 (9):451 1980〉

手术和中药治疗深静脉血栓形成临床疗效的观察

附属新华医院外科 李清佩

深静脉血栓形成多见于下肢和骨盆静脉，尤以骨盆部大手术后、下肢和骨盆骨折后，长期卧床和产后妇女等发生。本文简述我科于1970年12月~1977年12月中，经临床诊断为深静脉血栓形成患者10例，予以手术或中药治疗。

本文中所用的中药，是根据北站医院的处方。外敷中药为生大黄、冰片、玉枢丹，应用大黄行瘀通经，使血管通透性增加；冰片消肿止痛；玉枢丹是成药能辟秽解毒。内服中药为牛黄、广诃粉、三七(粉剂)和汤药，大都是活血通路、活血散瘀、消肿止痛作用。临床观察，治疗后病人疼痛明显好转，随后下肢水肿消退。这种治疗方法较手术和抗凝疗法，既简便且经济。

大腿屈肌深静脉瓣膜形成术治疗下肢深静脉瓣膜功能不全的初步报道

附属第九、第三人民医院外科 孙建民 张柏根 尚汉祚 张培华 钱水贤

上海第二附属第三人民医院放射科 徐惊伯 顾小平

上海市浦东中心医院外科 李 英

本文介绍自1981年3月以来，对15例、17条肢体作半腱肌~股二头肌瓣形成术治疗下肢深静脉瓣膜功能不全的初步结果。

15例中，男14例、女1例。右侧下肢8条，左侧5条，双侧2例。平均年龄46岁、症状期16.6年。全组病例均有体型粗壮、下肢肌肉发达的特点。除1例外，均无下肢深静脉血栓形成病史。主要症状：小腿胀痛100%，小腿色素沉着88.24%，肿胀和小腿慢性溃疡58.82%，溃疡病程平均5年。术前，7条肢体测量直立位下肢静脉压，活动后平均下降值44.71厘米盐水柱。17条肢体均作下肢顺行性静脉造影，除1例有深静脉血栓形成史者，显示腓~股静脉变细、形态不规则、充盈不均匀外，其余16条肢体具有：浅静脉扩张、交通支

逆流、整个深静脉口径扩大、股~腘静脉口径几乎与髂静脉相等、呈现光滑的直管状的异常轮廓,深静脉瓣膜缺如或失去正常形态。12条肢体施行逆行静脉造影都有不同程度的造影剂逆流,91.67%属重度瓣膜功能不全。手术方法,主要是经腘窝内外侧纵形切口,解剖胫后、腓总神经和腘静脉,自止点切断半腱肌,于筋膜下隧道将半腱肌引入神经的腹侧、腘动、静脉之间;将股二头肌内侧部份肌纤维纵形剖开,在止点切断后与半腱肌重叠缝合,最终形成穿越腘动、静脉间的半腱肌~股二头肌袢。术后最显著的疗效是沉重腿变轻松腿。肢体胀痛消失率94.12% (16/17),肿胀消退率90% (9/10),9条肢体溃疡面二周末愈合;7条肢体复查下肢静脉压,活动后静脉压平均下降值为术前2倍。12条肢体复查下肢顺行性静脉造影,11条肢体半腱肌~股二头肌袢在腘静脉平面具有明显的瓣膜样功能,1例有深静脉血栓形成病史者,症状无改善。

综上所述,手术获得满意疗效的16条肢体有二个显著特点:①既往无深静脉血栓形成史;②整个深静脉系统通畅,但有严重的瓣膜功能不全,造成静脉血液逆流,因此提出原发性深静脉瓣膜功能不全的命名,以与血栓形成后综合征伴有的深静脉瓣膜功能不全相区别,本手术是这类病症的明确适应证。由于半腱肌与腓肠肌、比目鱼肌的收缩和舒张互相交替,膝关节伸直位时,半腱肌松弛,腘静脉开放;屈曲时,腘静脉随半腱肌收缩而关闭,从而产瓣膜样功能,起到缓解下肢静脉郁血状态的功能。作者提出:下肢浅静脉曲张常规手术疗效不满意的病人中,原发性深静脉瓣膜功能不全可能占相当比例,只要加以重视并采取相应的措施,就会明显地提高疗效。根据本组所取得的初步效果来看,半腱肌~股二头肌袢形成术是处理原发性深静脉瓣膜功能不全的较好方法。

下肢深静脉血栓形成的远期观察

附属第九、第三人民医院普外科 孙建民 张柏根 张培华

附属第三人民医院放射科 徐惊伯 顾小平

自1979年以来,从36例共40条下肢深静脉血栓形成后遗功能不全的观察中,发现不论在临床症状和X线造影所显示的病理演变中,都具有共同的规律性变化。将这些变化加以归纳和综合,提示本症可分3型,分述如下:

一、I型,完全闭塞型:10例共11条肢体。主症为全肢剧烈胀痛,活动时益形加重,全肢增粗,周径平均大于健侧6.1厘米,无明显浅静脉曲张,足靴区亦无明显营养障碍性变化,症状期都在1年以内,绝大多数在6个月以内,平均3.4月。静脉造影显示小腿深静脉和腘、股静脉完全闭塞,交通支和浅静脉基本正常。

二、II型,部分再通型:19例共19条肢体。下肢胀痛和肿胀的程度均比I型较轻,下肢周径与健肢相比,小腿平均增粗2.6厘米。根据症状期的长短、浅静脉曲张程度和有无足靴区营养障碍性变化,以及造影显示深静脉再通的程度,又可分为2个亚型:①II_A型,部分再通,但仍以闭塞为主,11例11条肢体,平均症状期3年,浅静脉曲张和足靴区色素沉着程度均较轻,无溃疡。造影显示深静脉有间断再通的静脉,仍以闭塞为主,浅静脉和交通支无明显异常。②II_B型,部分再通,以再通为主,8例8条肢体,平均症状期11.3年,浅静脉明显

曲张，足靴区有明显色素沉着，有的有小片溃疡。造影显示浅静脉明显扩张，交通支功能不全，小腿深静脉多数显影，腠、股静脉狭窄而轮廓不规则。

三、Ⅲ型，完全再通型：7例共10条肢体。平均症状期24.4年，小腿轻度肿胀，浅静脉明显曲张，足靴区有大片色素沉着，10条肢体中，9条有复发性溃疡。造影发现浅静脉明显扩张，造影剂滞留，交通支功能不全，小腿深静脉处于扩张而扭曲状态，腠、股静脉扩张、迂曲而无瓣膜，但髂股静脉很少再通。

综合上述材料，提示过去将深静脉血栓形成后遗症功能不全，分型为腹股沟韧带以上、以下，以及混合型是片面的，本组病例说明无论血栓起源于何处，如果不给予合理治疗，都将通过顺行蔓延或逆行扩展而累及全肢深静脉系统。影响分型的主要因素，取决于症状期：症状期越短，Ⅰ和Ⅱ_A型的发病率越高；症状期越长，Ⅱ_B和Ⅲ型的病例就越多。

作者指出，正确分型的重要意义，在于能为合理治疗提供有力依据：凡是属于Ⅰ型或Ⅱ_A型者，应以减少活动、少站立、多抬高患肢，采用祛聚、抗凝等非手术治疗方法，促进或等待再通，不适宜作任何类型的静脉重建术；凡是属于Ⅱ_B或Ⅲ型者，可从造影发现，根据病变的具体情况，试用各种类型的旁路转流或静脉重建术；最后，对既无施行静脉重建术适应证，而又有慢性复发性足靴区溃疡的病例，交通支结扎加浅静脉剥脱，仍然是良好的手术选择。

二、甲状腺

应用心得安长期治疗甲状腺机能亢进症

附属第三人民医院外科 邱耀麟 沈又琴

我们从1979年4月~1982年3月对22例甲亢病人采用心得安长期治疗并观察其对葡萄糖耐量试验、蛋白代谢,以及甲状腺激素的改变。

病人和方法:22例均为原发性甲亢病人,皆经临床和化验证实。甲亢程度属中等,静止时脉率每分为100~120次。

心得安剂量为80~320毫克/日,平均为120毫克/日。

结果:

一、临床症状

22例中2例服药2个月后,心得安剂量增加至280~320毫克/日症状仍未控制,改用他巴唑治疗。2例因有反应而停药,1例服药2天突然发生哮喘,1例服药1个多月后,突然夜间感觉胸闷呼吸困难,这两例过去皆无哮喘史,改用他巴唑治疗。3例服药后2个月症状完全控制,继续服药,1年后症状复发改用手术治疗。余15例症状完全缓解,服药6个月者4例,9.7个月者3例,18个月者4例,24个月者4例。其中5例分别于停药后1个月、3个月、1年、1年和1.5年随访均无复发现象。

二、心得安对葡萄糖耐量试验的影响

本组22例治疗前后,葡萄糖耐量试验无明显变化,鉴于心得安在控制甲亢的临床症状有一定的作用,任何可能发生的葡萄糖耐量试验改变,似乎不会影响心得安在甲亢的应用。

三、心得安对蛋白代谢的影响

心得安除了抑制 β 受体外,还可以纠正甲亢病人的氮负平衡和减少氧的消耗。本组18例血清总蛋白和白蛋白均较治疗前增加。体重亦较治疗前平均增加8斤。

四、心得安对血清甲状腺激素 T_3 、 T_4 的影响

本组15例治疗前测定 T_4 ,9例测定 T_3 ,治疗后半年~2年症状完全缓解后再测定 T_4 、 T_3 ,除1例外,均回复到正常。我们的观察与Feely报导的不同,他认为 T_4 在治疗前后无明显改变,而 T_3 的降低亦不会低于30~40%。这可能是本组病例治疗时间较长,测定 T_3 、 T_4 时,患者已达到甲亢自然缓解阶段。

五、心得安可引起无哮喘史者气管痉挛

本组有1例服药2天后即发生哮喘,另一例服药后1个月,夜间突然感觉胸闷、呼吸困难,该二例均无哮喘史,停药后都恢复正常。因此,应用心得安治疗甲亢时宜密切注意这种反应,及时处理。

六、心得安长期治疗甲亢的评价

本组22例平均疗程为1年,其中1年~2年者11例。15例(68%)症状完全控制,除1例外,甲状腺功能均回复正常(63%)。各家报导效果似有差异,这与疗程长短有关。Lowe等一组与本组疗程较长,平均至少1年,因而效果亦较好,似与甲亢自然缓解率相似。因此,我们认为心得安可作为甲亢长期治疗的另一个手段。

甲状腺手术时喉返神经的损伤和一期修复术

附属瑞金医院外科

雷继生 蒋吕品 顾竹金

指导：董方中

本文总结 1971 ~ 1980 年我院施行的甲状腺手术 1494 例中，喉返神经损伤 8 例，损伤率为 0.53%。其中 3 例为分支损伤，5 例主干损伤都发生在全切除术。十年中作全切除 674 例，故神经损伤率在全切除术中占 0.74%。主干损伤的 5 例都在手术时立即作修补术，方法是作神经对端吻合。术后都已超过 5 年以上。随访结果：声音开始恢复一般在术后 3~6 个月基本恢复，最后都恢复发音正常。但用间接喉镜检查，声带活动完全正常者仅 1 例，其余 4 例带声呈麻痹固定。故发音恢复系由正常侧的代偿所致。修补成功的 1 例主要是按显微外科操作技术进行，以致疗效非常满意。

讨 论

一、为了避免损伤必须熟悉喉返神经的解剖我们尸解了 50 例（100 条）神经，结合手术所见归纳以下几点：（1）喉返神经与甲状腺下动脉的关系是，50% 的神经在动脉之后，其中左侧（39%）明显多于右侧（11%），20% 的神经在动脉之前，其中右侧（18%）明显多于左侧（2%），另有 30% 的神经或神经分支交叉行走于动脉分支之间。（2）喉返神经在甲状腺峡部以下稍离气管食管沟，大多离沟 4~6 毫米，尤以右侧多见（占 38%），左侧甚少（占 2%）。（3）仅有 35% 的神经单干进入喉部，45% 为二支，7% 分支过低到甲状腺下动脉以下。

二、损伤的常见部位有三，并分析其损伤的原因：（1）在腺叶侧面损伤，常由于止血钳误夹、缝入腺体残面组织内、过度牵拉腺体或因病变而致移位误伤；（2）甲状腺下动脉处，常误认为血管分支而被结扎或切断；（3）环甲区因局部出血难以辨认而误伤。

三、手术时是否需暴露神经？我们认为由于喉返神经的解剖变异较多，采用“不暴露”即保护解剖区的方法是很不可靠的，因此主张暴露神经的全过程，使手术者在直视下进行操作和止血，这样反能使它免遭永久性损伤，但丝毫不作神经游离或直接接触，更应避免损伤其伴行血管。

四、关于神经损伤的治疗方针（1）术时发现应立即按显微外科神经修补的方法进行。即需在放大镜下用 7-0 尼龙线作精细的神经鞘膜对端缝合 3-4 针，不可使对接端扭曲、歪斜或有张力，这是修补成功的主要关键。（2）术后发现损伤，手术者确认无损伤则可观察，作保守治疗，否则应再次尽早手术。（3）双侧损伤应严密观察，如有声门阻塞应立即作气管切开。

甲状腺手术中喉返神经损伤和防治的探讨

附属瑞金医院外科 曹德生 蒋吕品 顾竹金

解剖教研室 朱 廷 指 导: 董方中

1971~1980年因甲状腺手术而致喉返神经切断的损伤率为0.53%(8/1494例),其中5例主干损伤都发生在全切除中,故神经损伤在全切除术中占0.74%(5/674例)。本文结合喉返神经的解剖和6例神经修补术(其中1例为外院转来),提出以下一些防治的体会。

一、喉返神经的应用解剖和术中寻找神经的方法:我们尸解了50例(100条)神经,它与甲状腺下动脉的关系无论国内外报导都不够统一,在二者位置关系上无常数关系。在峡部以下有40%的神经稍偏离气管食管沟。仅35%神经为单干入喉。因此在作切除术时应确认神经以免误伤。手术中寻找神经的方法有三:(1)从甲状腺下动脉处径路,最常用。我们设想了一个解剖三角,颇为实用。即内侧缘为气管,外下侧缘为颈总动脉,底边(即上缘)为甲状腺下动脉,神经即在此三角内行走。(2)甲状软骨下角径路。上极游离后,扣及此下角,分开侧韧带,即可在此角下方0.5厘米处找到此神经的入喉处。此解剖关系甚为恒定。特别适用由下向上寻找有困难时。(3)切断峡部直接向气管食管沟寻找的径路。特别适用于侧叶游离及暴露有困难时。

二、有关预防神经损伤的措施。除了探讨损伤的原因外,提出几点预防方法:(1)术中主张暴露喉返神经的全程认为在直视下进行细心操作,反可避免损伤。但不作游离,不直接接触,更避免损伤其伴行血管;(2)处理甲状腺下动脉应尽量紧贴甲状腺固有包膜,只切断其末梢动脉分支。如需结扎则应靠近颈总动脉处;(3)处理上极时应避免整块结扎,否则有可能损伤神经分支;(4)处理腺体后侧面时,自下向上逐段暴露神经,逐段切除腺体;(5)最后强调操作必须谨慎,切勿过于自信或操之过急,以免误伤。

三、治疗的方法介绍三种修补法:(1)神经对端吻合最常用。手术遵循的原则是:①在放大镜下7—0尼龙线作精细的神经鞘缝合3—4针,②吻合时应避免挤压、牵拉和有张力,③对合时避免扭曲、偏斜、防止神经分布错位,④吻合处用筋膜包裹,以防肉芽或纤维组织长入神经鞘膜内。(2)神经远侧断端与迷走神经内侧股的喉返支吻合。它适用于神经近侧断端无法找到或缺损过长难以作对端修复时。(3)神经近侧断端植入环状裂后肌,它适用于远侧断端找不到或缺如者。

四、疗效和经验教训我们修补的6例中。虽发音都完全恢复,但仅2例(40%)声带恢复活动,其中1例完全恢复,与健侧难以区分。我们的教训是:神经修补术必需按显微外科操作技术进行,否则即使对接后也难以获得声带活动完全恢复。

心得安在甲状腺机能亢进症的应用

附属第三人民医院普外科

邱耀麟 王平治 沈又琴 唐思聪

我院外科自1976年7月至1978年9月用心得安和复方碘溶液或单独应用心得安作术前准备治疗甲亢共34例，男性6例，女性28例。年龄最小19岁，最大53岁，甲亢程度以静止时脉率为标准，每分钟在120次以上属于严重者33例；每分钟在100~120次之间属于中度者1例。按曾否服用抗甲状腺药物分为三类：抗甲状腺药物服用过程中因白细胞减少($<4,000$)或发生皮疹，术前准备改用心得安和复方碘溶液者18例，单用心得安者1例，共19例。抗甲状腺药物常规治疗，症状不能控制而改用心得安和复方碘溶液者7例，单用心得安者1例，共8例。未曾用过抗甲状腺药物，术前准备应用心得安和复方碘溶液者7例。心得安服用剂量为每6小时10~60毫克。最短服用12天，最长4个月，复方碘溶液每日3次，每次10滴，平均服两周左右，使脉率维持在每分钟70~80次，术后继续按原来剂量服用心得安4~12天。术前曾服复方碘溶液者，术后亦继续服用两周。服心得安后临床症状的变化：服心得安后，心悸、多汗，神经过敏等甲亢症状得到改善，震颤和心动过速得到控制。在整个手术过程中，血压、脉率始终保持稳定，脉率每分钟在90次以下。多数病例术中均未输血，术后除1例外均很平稳，一周左右出院。这1例术后24和48小时出现高温(39.6°C 和 40.4°C)，脉率增快至每分钟120次，并出现呼吸困难，经静脉滴注氢化可的松，物理降温，及增加心得安剂量后，体温和脉率都恢复正常。术前术后注意事项。禁忌证：下列病变禁忌应用：有哮喘史，慢性肺病和气管痉挛的病人；窦性心动过缓，Ⅰ度以上的房室传导阻滞的病人；充血性心力衰竭；糖尿病病人正在用胰岛素或口服磺脲类降血糖药物时也不宜应用。剂量：一般剂量为10~40毫克每6小时1次。必须指出，送手术室前必须服用1次，使手术过程中维持有效血浓度，保持脉率平稳。心得安不能降低循环甲状腺素，术后平均7.2天，升高的血清甲状腺素才消失，术后7天蛋白结合碘才回复正常，因此手术后8小时之内必须按术前原剂量继续服用，防止术后发生危象。随后按病情变化逐渐减少剂量，术后4~7天倍药。在理论上单独使用心得安作为术前准备是有不足之处，碘可抑制甲状腺激素的释放，而心得安则不能使循环甲状腺激素量减少。因而病人依然暴露于高循环浓度的甲状腺激素之中。对突然而来的刺激例如手术时大出血或突然发生心肌梗塞的防护反应较差。目前大多数学者主张甲亢术前准备宜用复方碘溶液10~14天，同时加服心得安，可使手术过程及术后情况更为平稳。

刊于：中华内科杂志19(5): 339, 1980

巨大甲状腺肿手术治疗的几点体会

后方古田医院外科 黄平治

本文报告 5 例 500 克以上巨大结节性甲状腺肿手术治疗的体会。除 1 例用高位连续硬膜外麻醉外，其他均作气管内插管静脉麻醉。术后作气管切开者 3 例，未切开者 2 例。除 1 例有术后急性出血外，余均无并发症。

作者认为手术时应作楔形皮肤切除，以保持缝合后的张力。不要化很多时间去分离因扩展而菲薄的颈前肌群，浅深筋膜层内血管应先钳夹切断后随时结扎，以免吸气时静脉产生负压造成空气栓塞。甲状腺表面的静脉网均极度增粗，管壁极薄，故操作要极轻柔。甲状腺动脉管壁较厚口径增大，结扎时应暴露清楚结扎确实。本组 5 例均作包膜内切除不暴露喉返神经，未发生神经损伤。但对于结节伸入气管食管沟而将喉返神经移位或将神经包围于结节之中时，则仍应暴露神经以免损伤。由于甲状腺肿长期压迫气管，软骨环易发生软化，故术前应摄颈部 X 线片以明确气管有无移位及受压，对气管有受压者作气管插管保证呼吸道通畅，手术时明确气管已软化，应在手术结束创口缝合前作气管切开以免气管塌陷。对于不能确定有无软化者，可在缝合前先拔气管内导管，以观察呼吸时气管有无萎陷，若无萎陷，则不必作气管切开，而在术后密切观察呼吸情况并作好气管切开的准备。本组有 2 例未作气管切开，术后虽有呼吸道轻度受阻情况，但未进一步恶化。

术后由于皮下间隙较疏松，易于在组织间渗血积滞。故除手术时结扎应可靠外，术后近期应避免过度的颈部活动，剧烈咳嗽及进气等情况，以防止出血。

三、肝 胆 胰

内外科黄疸误诊原因分析

附属第三人民医院 邱耀麟 施维锦 王钦尧 朱柏元

上海市黄浦区传染病院 陈保龙 谭毓钧 陈志荣

典型的内科或外科黄疸，鉴别并不困难。但在一些非典型的病例中，误诊率较高，因而延误治疗，导致不良后果的例子并不少见。本文分析 351 例误诊的原因，目的在于从中吸取教训，提高鉴别诊断水平。

上海市黄浦区传染病院（下称黄传）1976 年 6 月至 1980 年 5 月 4 年间共收治黄疸患者 3,264 例，最后确诊为外科黄疸者 306 例，误诊率为 9.6%。误诊病例中以胆石症和胆道感染为最多占 69%，其次为胆管及胰头部恶性肿瘤占 20%，肝癌占 11%。

上海第二医学院附属第三人民医院外科（下称三院）过去 20 年中，因疑为外科黄疸而收治的内科黄疸共 10 例，其中 5 例曾剖腹探查。这些病例最后诊断为毛细胆管性肝炎 6 例，病毒性肝炎 1 例，药物性肝内胆汁郁积 1 例，Rotor 黄疸 1 例，肝硬化 1 例。三院另统计手术证实胰头癌和有黄疸的胆管结石各 100 例。发现前者有 30 例曾在院外被误诊为内科黄疸，后者有 5 例曾被误诊为肝炎。

误诊原因分析：一、主观原因：①对病史资料的收集和辨证分析不够；②对症状的特殊规律认识不足；③对不典型体征的判断错误；④对某些实验资料缺乏全面认识。二、客观原因：①某些内、外科黄疸具有类同的表现；②黄疸后期常为混合型；③某些特殊检查诊断错误。文中一一举例说明和讨论。

通过误诊原因分析，我们体会内、外科黄疸的鉴别，确是细致而复杂的工作。深入细致的病史询问和体格检查，然后进行辨证的分析，是减少和避免误诊的关键。在一些疑难病例中，不要急于手术，加强动态的观察，往往能澄清一些开始时搞不清的诊断。 β 型超声波，ERCP 和 PTC 对黄疸的鉴别有一定的帮助。

经皮肝穿刺胆道造影的改进和发展

附属第三人民医院外科

施维锦 吴萍山 吴 淞 谢 敏 邱耀麟

放射科 徐惊伯 汪慕康

我院自 1978 年以来，对穿刺器材及方法作了改进，取得了较为满意的效果。在此基础上，改进了置管方法，开展了经皮肝穿刺胆道引流（下称 PTCD），提高了急性胆道感染非手术治疗的疗效和阻塞性黄疸手术治疗的安全性。近年，在胆道肿瘤的姑息治疗中，更进一步开展了经皮肝穿刺胆道内引流（下称 PABD）从而避免了内引流手术，克服了长期外引流时水、电

解质和酶的损失,改善了患者的消化功能。

一、经皮肝穿刺胆道造影:肝内胆管扩张者 116 例,112 例成功,成功率 96.55%。不扩张者 40 例,24 例成功,成功率 60%。全组合计 156 例,136 例成功,总成功率 87.17%。初期病例中有并发症 3 例。

经过改进后:(一)用国产塑料套管针穿刺,避免了钢质针可能发生的肝裂伤;内出血、胆漏等并发症。不必在造影当天就匆忙的手术。(二)常规经侧路穿刺有许多优点。(三)认为以心膈角下 6~7 公分作为穿刺定向点较骨性标志更为可靠。

二、经皮肝穿刺胆道引流:70 例中 60 例(85.71%)达到了预期目的,黄疸逐日消退、感染控制,全身情况好转。

经过改进后,塑料套管即可作为引流管,不必再换管,简化了置管手续。

三、经皮肝穿刺胆道内引流:是在 PTCD 基础上发展的新项目,近半年来曾试用于 3 例,2 例效果满意。方法是在塑料套管内插入导引钢丝,通过手法及体位变动,将导引钢丝通过病损,直达 12 指肠,然后换入多侧孔导管,将导管的无侧孔段恰好放在病损处,使病损的远、近端分别开有侧孔。让胆汁从近端侧孔进入导管,再从远端侧孔引流到 12 指肠。

本法特点为:可非手术有效地消退黄疸,改善肝功能,延长患者生命。而无 PTCD 胆汁长期损失、消化吸收不良、水和电解质紊乱等弊端。

163 例胆石化学成份分析

附属瑞金医院外科 傅培彬 张圣道 郑魁元 张臣烈

薛永寿 蒋 瑜 王体芬 戴坤扬

本文对上海地区和浙江省共九个单位,一年内(1980, 10—1981, 10)连续收集外科手术取出的胆石标本,无选择性作化学定量分析,共计 163 例。其中分层测定 77 例,全层测定 86 例。色素系结石的平均检出率为 77.58%,胆固醇系石为 83.05%。

采用 Nakayama 的测试程序、萃取剂和抽提方法。共测胆红素、胆固醇、磷脂、蛋白、粘蛋白、总胆酸、脂肪酸、钾、钠、钙、镁、磷共 12 项指标。根据所测出的主要物质进行分类,即以胆固醇或胆红素的检出量/胆石成份的总检出量的值作为分类的标准,大于 95% 者为纯胆固醇石或纯色素石;大于 50% 者为以胆固醇为主的混合石或以胆红素为主的混合石;小于 50% 者为其它石。163 例中,纯胆固醇石 15 例、胆固醇混合石 80 例,纯色素石 0 例,色素混合石 65 例,其它石 3 例。色素系石:胆固醇系石为 0.6:1。

在测定中发现色素混合石的蛋白、钙的含量>胆固醇混合石>纯胆固醇石,有统计学上明显差异;色素石中钾、钠、磷、总胆酸、脂肪酸的含量也>胆固醇系石,但无统计学差异;卵磷脂和无机磷的含量以胆固醇混合石最高,色素混合石其次,纯胆固醇石最低,但无统计学差异。

在分层测定的 77 例中,内、外层成份相似的 55 例,不相似的 22 例(占 28.57%),因此提出单凭表面观作胆石分类是不完全正确的。分层测定胆石中,分为以胆固醇为主的层和以

胆红素为主的层,发现色素层钙含量(2.53)>胆固醇层(1.08),有非常显著的差异,色素层蛋白的含量(2.33)>胆固醇层(0.853)有显著差异,作相关检验,发现蛋白、钙的含量随着胆红素量的增加而增加,呈正相关,这可能是由于胆色素石的形成常与炎症、感染有关,致使胆汁中蛋白含量增加,和胆红素由于有游离的羧基端能和二价的金属离子钙等形成化学键的结合的特性所引起的。

本组胆石,色素石多发于农村地区、职业多为农、渔民,多发生于胆管和肝内,有统计学意义,本组来自浙江普陀县的10例胆石全部是色素石,而城市,干部和工人多发胆胆固醇结石。

扫描电镜观察胆结石的显微结构(附35例报告)

附属瑞金医院胆道小组

傅培彬 张圣道 郑魁元 张臣烈 薛永寿

蒋 渝 王体芬 戴坤扬 徐淑华 杨小妹

本项通过35例胆结石的扫描电镜观察,对胆结石的显微结构作了探索。本组样品包括纯胆固醇结石3例,以胆固醇为主的混合型结石18例,以色素为主的混合型结石14例和动物模型标本1例。每例结石沿核心剖开,喷金后先作表面,然后从核心向外作剖面的逐层扫描并摄成照片。各类结石的外壳,在电镜下结构很有差异:纯胆固醇结石的外壳为叠瓦状的胆固醇结晶;以胆固醇为主的混合型结石,往往具有一薄层小球状颗粒体的色素层;以色素为主的混合型结石,其色素外壳常附有条索状的胆白纤维、有孔穴的叶片状的脂肪酸及细粒状钙盐。剖面结构亦各有特点:纯胆固醇结石的结晶呈放射状排列;胆固醇为主的结石往往分外壳、皮质、内层和核心四层。皮质层由放射状或叠瓦状排列的胆固醇结晶组成,常有与胆红素互相交叉排列的纹状结构存在,内层为胆固醇与色素的混杂排列层,由于色素含量逐步增加,胆固醇结晶失去了放射形和层状排列的规律,皮质层与内层间晶体的排列明显不同,因而,有显明的层状结构存在,核心层多为大量颗粒状的色素聚合,内容丰富,除胆红素外,往往同时有脂肪酸、棒块状的胆汁酸、钙盐、蛋白和异物(本组3例有蛔虫卵样的异物)存在。电镜扫描还显示了结石中白色晶体、黄色、棕色物质和黑色物质规律性的现象。低蛋白饮食诱发的豚鼠胆囊结石,在电镜下显示为胆红素样结构。

借助以上的发现,推测胆固醇结石的形成与代谢有关而色素性结石的成因,可能与低蛋白、寄生虫及感染有关。