

郑裕隆医学论文集

南京市第一医院
二〇〇三年

自序

医学源自临床实践,但实践随着主客观世界的变迁而深化,主客观世界的变化是无穷尽的,主观世界的改变必须适应客观世界的变化,在掌握客观世界的变化规律后才能能动的去改造客观世界,由必然向自由发展。医学随时代科技的进步及知识的丰富而不断进步,创新。认识由简单到复杂,片面到全面,零碎到完整的过程演变。临床实践所积累点滴体会,经验逐渐成熟完整。从而指导医学不断进步发展,成功的经验符合客观世界发展规律,有利于临床医学开展,挫折和失败的教训违反自然法则。给患者带来损害。给人以深刻教育及反省,应引以为戒。作者从事外科临床工作四十余年,主要从事普通外科工作,尤以常见腹部外科为甚,对小肠肿瘤、肝胆病变、脾脏疾患等较深入研讨,所著较多,如能揭开此等疾患一些奥秘,有利于诊治,当感欣慰。但由于知识及实践的局限性,有些观点可能片面或错误,希批评指正。

此书承南京工程学院诸同仁协助得以成册,特此感谢。

郑裕隆

2003年春于南京市第一医院

目 录

一、历年医学杂志刊登论文一览

(1957 年~2002 年)

1、自发性脾破裂二例报告	郑裕隆	(1)
2、脾破裂五十例之分析	郑裕隆	(2)
3、脾破裂六十二例分析	郑裕隆	(7)
4、阑尾手术后出血	郑裕隆	(10)
5、阑尾类癌六例报告	郑裕隆 赵乾元	(11)
6、小肠脂肪瘤	郑裕隆	(13)
7、急性淋巴细胞白血病合并自发性脾破裂	郑裕隆 邱荣庆	(14)
8、脾脏损伤保留脾脏手术	郑裕隆 赵乾元 邱荣庆 孙克锦	(15)
9、节段性脾切除术	郑裕隆 赵乾元 孙克锦	(17)
10、小肠血管瘤	郑裕隆 赵乾元	(18)
11、脾修补术(附 25 例临床分析)	郑裕隆 赵乾元 邱荣庆 孙克锦	(20)
12、脾动脉结扎治疗脾脏损伤	郑裕隆 井清源 贾天华	(22)
13、小肠肿瘤并发肠套叠——附 26 例分析	郑裕隆 赵乾元	(23)
14、脾脏损伤 43 例分析	郑裕隆 赵乾元 邱荣庆 孙克锦 井清源 贾天华	(25)
15、脾脏损伤治疗的新概念	郑裕隆 赵乾元 井清源 贾天华 邱荣庆 孙克锦	(27)
16、阑尾术后腹壁下动脉出血一例	郑裕隆 赵乾元 贾天华	(29)
17、小肠肿瘤为何少见	郑裕隆 赵乾元	(29)
18、毛细血管扩张症一例	郑裕隆	(30)
19、小肠肿瘤穿孔(附 16 例分析)	郑裕隆 赵乾元 任慧贤	(31)
20、结肠血管瘤三例报告	郑裕隆 赵乾元	(32)
21、小肠平滑肌肉瘤(附 8 例报告)	郑裕隆 赵乾元	(33)
22、结肠良性间叶组织肿瘤(附 6 例报告)	郑裕隆 赵乾元	(35)
23、外伤性胃破裂	郑裕隆 赵乾元	(37)
24、自发性脾破裂(附 15 附报告)	郑裕隆 赵乾元	(38)
25、原发性小肠恶性肿瘤	郑裕隆 赵乾元	(39)
26、外伤性胃破裂 20 例分析	郑裕隆 赵乾元 任慧贤	(41)
27、原发性阑尾腺癌	郑裕隆 赵乾元	(42)
28、我国原发性小肠肿瘤的特点	郑裕隆 赵乾元	(43)
29、十二指肠腺癌	郑裕隆 赵乾元	(45)
30、盲肠淋巴肉瘤一例	郑裕隆 赵乾元	(47)
31、严防手术中遗留异物	郑裕隆 赵乾元 高鸿程	(47)
32、国内 2610 例原发性小肠肿瘤统计	郑裕隆 赵乾元	(49)
33、阑尾转移癌 2 例	郑裕隆 赵乾元	(51)

34、小肠肿瘤并发肠梗阻(附 51 例临床分析)·····	郑裕隆	赵乾元	(52)
35、小肠良性肿瘤——附 40 例分析·····	郑裕隆		(54)
36、胆道蛔虫合并肝脓肿破裂出血·····	郑裕隆	孙泽民	(56)
37、化脓性胆管炎合并肝破裂·····	郑裕隆	赵乾元	(57)
38、先天性胆管囊肿癌变——文献复习并附一例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(57)
39、医源性脾损伤 10 例·····	郑裕隆	赵乾元 任慧贤	(59)
40、小肠脂肪瘤 21 例分析·····	郑裕隆	赵乾元	(60)
41、老年原发性小肠肿瘤(附 23 例分析)·····	郑裕隆	赵乾元	(62)
42、回盲部腺癌所致肠套叠三例·····	郑裕隆	任慧贤	(63)
43、原发性阑尾恶性肿瘤 13 例临床报道·····	郑裕隆	赵乾元 王昌林	(64)
44、先天性胆管囊肿癌变·····	郑裕隆	赵乾元	(67)
45、十二指肠腺癌 10 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(69)
46、老年嵌顿疝挤捏后肠破裂 15 例分析·····	郑裕隆	赵乾元 薛伍骐	(70)
47、腹卒中 6 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(72)
48、老年腹卒中 3 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(73)
49、原发性小肠恶性淋巴瘤 13 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(74)
50、胃网膜右动脉瘤合并溃疡病出血一例报告·····	郑裕隆		(76)
51、脾部分切除术的临床应用·····	郑裕隆 赵乾元 邱荣庆	贾天华	(76)
52、老年大肠绒毛状腺瘤 10 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(78)
53、延迟性脾破裂 54 例分析·····	郑裕隆	赵乾元	(79)
54、十二指肠腺癌 10 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(81)
55、小肠肿瘤合并出血 14 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(82)
56、我国小肠恶性肿瘤综合统计·····	郑裕隆	赵乾元	(84)
57、小肠肿瘤并肠扭转 10 例报告·····	郑裕隆	赵乾元 贾天华	(86)
58、自发性脾破裂 20 例分析·····	郑裕隆	赵乾元	(87)
59、阑尾扭转 36 例分析·····	郑裕隆	赵乾元 王昌林	(89)
60、原发性甲状腺恶淋巴瘤一例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(90)
61、国内外原发性小肠肿瘤对比·····	郑裕隆	赵乾元	(91)
62、转移性小肠肿瘤(附 3 例报告)·····	郑裕隆	赵乾元	(92)
63、我国消化道类癌统计分析·····	郑裕隆	赵乾元	(94)
64、脾静脉瘤二例·····	郑裕隆		(95)
65、小儿原发性小肠肿瘤 4 例报告·····	郑裕隆	赵乾元 任慧贤	(96)
66、包膜下脾破裂 75 例分析·····	郑裕隆	赵乾元	(98)
67、阑尾淋巴母细胞瘤一例·····	郑裕隆	赵乾元	(99)
68、我国小肠良性肿瘤 2012 例统计分析·····	郑裕隆	赵乾元	(100)
69、老年人胆石性肠梗阻 2 例报告·····	郑裕隆	孙泽民	(101)
70、老年少见的大肠恶性肿瘤 2 例·····	郑裕隆	赵乾元	(102)
71、老年小肠肿瘤并肠套叠 8 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	(103)
72、Caroli 氏病癌变一例·····	郑裕隆	赵乾元	(104)
73、胆囊腺肌增生症·····	郑裕隆	赵乾元	(105)

74、原发性阑尾恶性肿瘤(国内 462 例统计)·····	郑裕隆	赵乾元	任慧贤	(106)
75、阑尾内阑尾重复畸形一例·····	郑裕隆	张泰臻		(108)
76、Caroli 氏病三例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(109)
77、老年胆囊腺肌增生症 3 例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(111)
78、原发性大肠恶性淋巴瘤·····	郑裕隆	赵乾元		(112)
79、胆石性肠梗阻 7 例报告·····	郑裕隆	任慧贤		(113)
80、Caroli 氏病癌变·····	郑裕隆	赵乾元		(114)
81、我国原发性阑尾腺癌 160 例分析·····	郑裕隆	赵乾元		(115)
82、盲肠脂肪瘤一例·····	郑裕隆	任慧贤		(117)
83、降结肠类癌一例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(117)
84、我国原发性阑尾恶性肿瘤的特点·····	郑裕隆	赵乾元		(118)
85、甲状旁腺囊肿一例·····	郑裕隆	赵乾元		(119)
86、胃良性肿瘤·····	郑裕隆	赵乾元		(120)
87、小肠肿瘤致肠套叠 7 例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(123)
88、我国胃良性肿瘤 1670 例统计分析·····	郑裕隆	赵乾元		(124)
89、脾血管瘤自发性破裂一例报告·····	郑裕隆			(125)
90、贲门失弛缓症并发食管癌一例报告·····	郑裕隆	郭子璜		(125)
91、我国原发性小肠肿瘤 10619 例统计分析·····	郑裕隆	赵乾元		(126)
92、大网膜肿瘤八例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(129)
93、胃神经鞘瘤一例·····	郑裕隆			(130)
94、我国阑尾重复畸形 82 例分析·····	郑裕隆	赵乾元		(130)
95、先天性阑尾重复畸形(附国内 69 例分析)·····	郑裕隆	赵乾元		(132)
96、胆囊坏疽致腹腔内出血一例·····	郑裕隆	赵乾元		(134)
97、阿米巴痢疾并发肠穿孔 8 例分析·····	郑裕隆	赵乾元		(135)
98、黑斑息肉综合症三例·····	郑裕隆	赵乾元		(136)
99、消化道平滑肌肿瘤 51 例分析·····	郑裕隆	赵乾元	任慧贤	(137)
100、消化道平滑肌肿瘤 51 例分析·····	郑裕隆	赵乾元	任慧贤	(139)
101、阑尾息肉 2 例·····	郑裕隆			(141)
102、原发性空肠肿瘤 36 例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(141)
103、胃平滑肌瘤致胃十二指肠套叠一例·····	郑裕隆			(143)
104、原发性十二指肠肿瘤——附 18 例报告·····	郑裕隆	赵乾元		(144)
105、原发性回肠肿瘤 53 例·····	郑裕隆	任慧贤		(146)
106、阑尾憩室·····	郑裕隆	赵乾元		(148)
107、外伤性胃破裂 11 例·····	郑裕隆	赵乾元	任慧贤	(149)
108、原发性小肠肿瘤的病理与临床特征·····	郑裕隆	赵乾元		(150)
109、胃良性肿瘤 27 例分析·····	郑裕隆	任慧贤		(152)
110、大肠非癌恶性肿瘤 11 例报告·····	郑裕隆	赵乾元	王昌林	(154)
111、先天性胆管扩张症并发症诊治·····	郑裕隆	赵乾元	任慧贤	(156)
112、胆石性肠梗阻的诊治·····	郑裕隆	任慧贤	张依飞	(158)
113、老年胆囊胆固醇沉着症 24 例分析·····	郑裕隆	赵乾元		(160)

114、老年小肠肿瘤穿孔 7 例报告	郑裕隆	(161)
115、阑尾套叠	郑裕隆 赵乾元	(162)
116、阑尾术后出血的防治	郑裕隆 赵乾元	(164)
117、阑尾腺癌二例报告	郑裕隆 赵乾元	(165)
118、我国原发性脾脏肿瘤概况	郑裕隆 赵乾元 任慧贤 郭子璜	(166)
119、外伤性脾切除后再出血的防治	郑裕隆	(167)
120、贲门失弛缓症并发食管癌 49 例	郑裕隆 郭子璜	(168)
121、10 例结肠绒毛状腺瘤并恶变的病理与手术	郑裕隆 任慧贤	(169)
122、盲肠柏基特样淋巴瘤一例	郑裕隆	(170)
123、小肠平滑肌肿瘤 20 例	郑裕隆 任慧贤	(171)
124、原发性小肠腺癌 25 例临床分析	郑裕隆 赵乾元	(172)
125、胃憩室 2 例	郑裕隆	(174)
126、我国原发性阑尾腺癌 177 例分析	郑裕隆 赵乾元	(175)
127、黑斑息肉综合症 271 例分析	郑裕隆 赵乾元	(176)
128、脾淋巴管瘤 2 例报告	郑裕隆	(178)
129、我国先天性胆管扩张症癌变概况	郑裕隆 赵乾元	(179)
130、法洛氏三联症根治术后自发性脾破裂	郑裕隆 郭子璜	(181)
131、老年小肠腺癌 13 例报告	郑裕隆 赵乾元	(182)
132、原发性阑尾腺癌二例	郑裕隆 赵乾元	(183)
133、小肠腺癌穿孔 8 例报告	郑裕隆	(184)
134、小肠良性肿瘤 54 例分析	郑裕隆 任慧贤	(185)
135、原发性小肠肿瘤 108 例分析	郑裕隆 赵乾元 陈尔东 王昌林	(187)
136、原发性脾脏肿瘤手术治疗 4 例报告	郑裕隆 赵乾元	(189)
137、胃肠嗜酸性肉芽肿 2 例的手术治疗	郑裕隆 赵乾元	(191)
138、小肠肿瘤致肠套叠 11 例	郑裕隆	(192)
139、原发性脾脏肿瘤 447 例分析	郑裕隆 赵乾元 郭子璜 任慧贤	(193)
140、脾脏原发性肿瘤(附文献复习)	郑裕隆 赵乾元 郭子璜	(194)
141、化脓性胆管炎并肝脓肿破裂出血	郑裕隆	(196)
142、肠石性肠梗阻手术治疗体会	郑裕隆 任慧贤	(197)
143、胆囊坏疽穿孔致腹腔内出血 1 例	郑裕隆	(198)
144、阑尾腺癌的病理及手术 7 例分析	郑裕隆 任慧贤	(199)
145、阑尾盲肠内套叠手术 1 例	郑裕隆	(201)
146、消化道类癌国内外对比	郑裕隆	(201)
147、我国原发性阑尾腺癌概况(附 260 例分析)	郑裕隆 赵乾元	(203)
148、嵌顿疝挤压后肠破裂的手术治疗	郑裕隆	(204)
149、嵌顿疝引发局限性肠炎手术 1 例	郑裕隆	(206)
150、大网膜肿瘤 154 例综合分析	郑裕隆 赵乾元	(206)
151、大网膜淋巴管瘤手术一例	郑裕隆	(209)
152、消化道平滑肌肿瘤 2543 例综合统计	郑裕隆	(209)
153、十二指肠肿瘤的病理与临床类型	郑裕隆 赵乾元	(211)

154、空肠肿瘤的病理分析	郑裕隆	任慧贤	(212)
155、结肠良性间叶组织肿瘤 209 例综合分析	郑裕隆	赵乾元	(213)
156、我国小肠肿瘤概况(附 15094 例分析)	郑裕隆	赵乾元	(215)
157、胃良性肿瘤 2819 例综合统计		郑裕隆	(216)
158、环状胰腺手术一例		郑裕隆	(218)
159、胆石性肠梗阻致胃破裂手术 1 例		郑裕隆	(218)
160、回肠平滑肌肉瘤穿孔内出血手术一例		郑裕隆	(219)
161、胆系手术中胆管变异 32 例报告	郑裕隆	赵乾元	任慧贤 (219)
162、脾囊肿手术 5 例报告	郑裕隆	赵乾元	任慧贤 (220)
163、回肠肿瘤的病理及临床表现		郑裕隆	(222)
164、我国阑尾恶性肿瘤综合统计分析		郑裕隆	(223)
165、原发性脾脏肿瘤 785 例综合分析	郑裕隆	赵乾元	(225)
166、我国十二指肠肿瘤 4853 例病理学分析	郑裕隆	任慧贤	(227)
167、脾原发性恶性淋巴瘤一例		郑裕隆	(228)
168、肝内外胆管交通性重复畸形一例	郑裕隆	范成明	(228)
169、胆囊胆固醇沉着症手术 122 例		郑裕隆	(229)
170、阑尾扭转手术 8 例分析		郑裕隆	(230)
171、胃良性肿瘤 2819 例综合分析		郑裕隆	(231)
172、胃平滑肌肿瘤手术 36 例分析		郑裕隆	(233)
173、原发性小肠恶性肿瘤 17 例分析		郑裕隆	(235)
174、阑尾重复畸形的解剖类型及临床意义		郑裕隆	(236)
175、我国原发性阑尾腺癌近况		郑裕隆	(238)
176、自发性肝脏破裂 42 例分析		郑裕隆	(240)
177、小儿阑尾扭转 10 例报告		郑裕隆	(241)
178、疟疾引发自发性脾破裂 3 例		郑裕隆	(243)
179、原发性脾脏肿瘤 1159 例病理		郑裕隆	(243)
180、正常脾的自发性破裂二例		郑裕隆	(245)
181、小肠恶性肿瘤致肠套叠 11 例分析		郑裕隆	(246)
182、大肠脂肪瘤手术三例		郑裕隆	(247)
183、我国阑尾良性肿瘤 66 例的病理		郑裕隆	(249)
184、肝内外胆管扩张症癌变 1 例		郑裕隆	(250)
185、原发性脾脏恶性淋巴瘤 1 例		郑裕隆	(251)
186、Caroli 氏病并肝内外胆管结石一例		郑裕隆	(251)
187、原发性阑尾肿瘤 1180 例综合分析		郑裕隆	(252)
188、小肠恶性间质瘤二例报告		郑裕隆	(254)
189、小肠肿瘤 8 例报告		郑裕隆	(255)
190、老年原发性阑尾腺癌 1 例		郑裕隆	(257)
191、消化道类癌 3233 例综合分析		郑裕隆	(257)
192、结肠类癌的病理与诊治		郑裕隆	(259)
193、脾脏海绵状血管瘤手术一例		郑裕隆	(261)

194、阑尾少见病 4 例报告	郑裕隆	(261)
195、先天性胆管扩张癌变 236 例综合分析	郑裕隆	(263)
196、小肠良性肿瘤穿孔 4 例报告	郑裕隆	(264)
197、老年胃间质瘤 4 例报告	郑裕隆	(265)
198、十二指肠乳头肿瘤 14 例报告	郑裕隆	(267)
199、近年小肠肿瘤 7739 例的病理	郑裕隆	(269)
200、近年原发性脾脏肿瘤 536 例的组织类型	郑裕隆	(270)

二、历年医学杂志刊登参与论文一览

(1957 年~1997 年)

1、肠扭转 42 例分析报告	卢涵辉	郑裕隆	(273)
2、高位胃小弯溃疡出血的手术治疗	赵乾元	郑裕隆	(277)
3、阑尾粘液囊肿 18 例临床报道	赵乾元	郑裕隆	(279)
4、甲状腺淋巴造影(附 30 例临床观察)	陈德湖 顾恩荣	赵乾元	郑裕隆 (281)
5、肝内胆管结石并发肝胆管狭窄的外科治疗	邱荣庆	郑裕隆	(284)
6、双侧乳腺癌	赵乾元	郑裕隆	(285)
7、阑尾转移癌 1 例	赵乾元	郑裕隆	(287)
8、广泛性粘连性肠梗阻的手术(全小肠置管排列法[Baker]氏法操作的改良)	赵乾元	郑裕隆	(288)
9、肠系膜上静脉下腔静脉侧侧吻合术治疗门脉高压症	邱荣庆 谢彦忠	郑裕隆	(290)
10、原发性胆囊癌 31 例临床报道及文献复习	赵乾元	郑裕隆	(291)
11、胸导管颈静脉吻合术治疗门脉高压症合并顽固性肝硬变腹水	邱荣庆 谢彦忠 任慧贤 井清源 张依飞 郑裕隆 何三光 涂永振 张德洲		(294)
12、高位胃溃疡伴出血 37 例的手术治疗	赵乾元	郑裕隆	(295)
13、碱性返流性胃炎的手术治疗	徐霞峰	郑裕隆	(297)
14、韧带样瘤 14 例临床报告	赵乾元	郑裕隆	(299)
15、妊娠合并乳腺癌	赵乾元	郑裕隆	(301)
16、819 例甲状腺结节的临床探讨	赵乾元	郑裕隆	尹爱群 (303)
17、乳腺管造影的临床价值(附 60 例分析)	陈德湖	赵乾元	郑裕隆 (306)
18、经肝圆韧带肝内胆管引流在胆道疾病中的应用	赵乾元	郑裕隆	尹爱群 (309)
19、联合手术治疗肝内多发性结石并发肝胆管狭窄 26 例分析	邱荣庆 谢彦忠 徐霞峰	郑裕隆	(310)
20、乳腺丝虫性肉芽肿(附 17 例报告)	王昌林 郑裕隆	赵乾元	樊克武 (312)
21、脾动脉瘤 2 例报告	张泰臻	郑裕隆	(313)
22、皮肤疤痕癌(附 21 例报告)	王昌林 郑裕隆	赵乾元	(314)
23、胃溃疡癌	赵乾元 郑裕隆	巫佩霞	(315)
24、急性出血性坏死性肠炎 55 例分析	赵乾元	郑裕隆	(317)
25、医源性肠损伤 32 例教训分析	杨从杭	郑裕隆	(318)

26、经肝圆韧带暴露左肝管行胆道手术九例体会	赵乾元	郑裕隆	尹爱群	(319)
27、胃癌 158 例延误诊治原因分析	赵乾元	郑裕隆		(320)
28、治疗胃肠痿 44 例体会	赵乾元	郑裕隆		(322)
29、老年人包膜下脾破裂(附 36 例临床分析)	吴国运	吉巧生	万文俊	郑裕隆 (324)
30、医源性腹腔脏器损伤 74 例分析	薛五联	郑裕隆	赵乾元	(326)
31、经肝圆韧带贴补总胆管 T 型管引流缝合处裂口二例报告	赵乾元	郑裕隆		(327)
32、早期急症再剖腹 58 例临床分析	赵乾元	郑裕隆	陈尔东	王昌林 (328)
33、对小儿脾破裂修补术的体会	贾天华	任慧贤	郑裕隆	(329)
34、老年期消化性溃疡与胃恶性肿瘤出血的诊断及处理				
.....	王昌林	邱荣庆	郑裕隆	邱勇 (330)
35、肝硬变并发胆囊炎 31 例外科治疗	赵乾元	郑裕隆		(332)
36、肠系膜囊肿 6 例	赵乾元	郑裕隆		(334)
37、用肝圆韧带修补胆总管缺损二例	赵乾元	郑裕隆		(334)
38、肠系膜囊肿 7 例报告	赵乾元	郑裕隆		(335)
39、小网膜囊肿三例	赵乾元	郑裕隆		(335)
40、乳腺癌术后诱发脑膜瘤急性发病一例	赵乾元	郑裕隆	张依飞	(336)
41、老年人包膜下脾破裂的诊断与治疗	吴国运	吉巧生	万文俊	郑裕隆 (337)
42、胆石性肠梗阻		孙泽民	郑裕隆	(339)
43、手术治疗术后粘连性肠梗阻 452 例临床探讨	赵乾元	郑裕隆	陈尔东	王昌林 (340)
44、诊治非创伤性小肠穿孔 43 例的体会	赵乾元	郑裕隆	任慧贤	(342)
45、大肠绒毛肿瘤 17 例临床报告	赵乾元	郑裕隆	陈尔东	(342)
46、十二指肠溃疡伴发胃癌三例报告	赵乾元	郑裕隆		(344)
47、消化道平滑肌肿瘤并发大出血	陶乃文	张莲如	王兴民	张作武
	周学智	石云明		
	高清泽	蒋贻康	董本任	刘凡
	郑裕隆	赵乾元	任慧贤	(345)
48、胆囊胆固醇沉着症 57 例	赵乾元	郑裕隆	陈尔东	(暂缺)
49、颈部淋巴管瘤 18 例的诊治	赵乾元	郑裕隆	陈尔东	(暂缺)
50、空肠憩室并发急性肠梗阻临床探讨	赵乾元	郑裕隆		(347)
51、消化道异位胰腺 23 例临床探讨	赵乾元	郑裕隆		(348)
52、胃癌及恶性淋巴瘤并存一例	赵乾元	郑裕隆		(349)
53、“扩大右半结肠切除”治疗左侧结肠急性梗阻性癌	赵乾元	任慧贤	郑裕隆	(349)
54、用脾修补术与脾部分切除术治疗脾外伤	井清源	邱荣庆	郑裕隆	(350)
55、炎症性肝胆管狭窄切开成形术的探讨	贾天华	邱荣庆	郑裕隆	(352)
56、原发性肝外胆管癌	赵乾元	郑裕隆		(353)
57、76 例胆囊炎穿孔原因的探讨	赵乾元	郑裕隆	任慧贤	(355)
58、手术治疗甲状腺机能亢进 78 例分析	赵乾元	郑裕隆		(356)
59、诊治非创伤性小肠穿孔 56 例体会	赵乾元	郑裕隆		(357)
60、扩大右半结肠切除治疗左侧结肠急性梗阻性癌	赵乾元	郑裕隆	陈尔东	(357)
61、重症急腹症多器官功能衰竭 38 例分析	赵乾元	任慧贤	郑裕隆	(358)
62、甲状腺机能亢进症 78 例的术前准备及围手术期激素的应用	赵乾元	郑裕隆		(358)
63、从术后胃肠痿 31 例的发病原因中吸取经验教训	赵乾元	任慧贤	郑裕隆	(359)

64、老年腹部卒中.....	张中声 刘 东 赵乾元 郑裕隆 孙文涛	(360)
65、术后胃肠痿的预防.....	赵乾元 郑裕隆 任慧贤	(362)
66、重症急腹症多发器官(系统)功能衰竭 38 例分析	任慧贤 赵乾元 郑裕隆	(362)
67、腹部卒中.....	赵乾元 郑裕隆	(365)

三、附 录

1、努力学习白求恩 敢担风险为人民		
记第一医院抢救严重颅脑外伤工人的事迹		(369)
2、从事外科工作 40 年.....		(371)
3、郑裕隆校友离休笔耕无止		
5 年来发表学术论文 60 余篇		(371)

脾破裂 50 例之分析报告

郑 裕 隆*

脾破裂是一种严重而常见的腹内损伤,过去死亡率很高。搜集国内文献共有 380 余例。解放前死亡率达 35%,近年来,由于诊断及时,治疗技术提高,输血广泛应用以及术后并发症之防治等,解放后之死亡率平均为 7%。南京市立第一医院 1947—1954 年八年间共收治脾破裂 50 例,本文即此 50 例之分析报告。

一 般 分 析

发病率 本院外科在上述八年间共收治 7,876 病例,其中脾破裂 50 例,其发病数与外科患者之比为 1:157.5,发病率为 0.63%。

本症占急腹症之比例,据本院统计自 1949—1954 年六年间共有急腹症 3028 例,脾破裂占 1.6%。

脾破裂占腹部脏器损伤之比例据文献记载约为 30%,本院在上述八年内共有闭合性腹内损伤 74 例,内脾破裂占 67.6%,若将开放性腹部损伤也计算在内则占 53%。

地区 本症在全国各地屡见不鲜,而以华东报告为最多,例数也较多,而陈氏⁽¹⁾报告在沈阳七年中仅遇一例。此症在我国南方远多于北方,其他寄生物性脾肿大也较多,故易招致损伤。城市人口稠密,发病率可能也较高。

季节 此症多数发生于炎热季节,据本文统计发生于夏季(6—8 月)者占 46%,秋季 24%(表 1)。若以月份计算则发生于七、八月者最多,占总数之 42%,而一、二月最少,仅 2%。

性别 本组中男性 42 例(84%),男女之比为 5:1。男性发病之多系因其活动能力较强,多数担负体力劳动工作,易受外伤。

年龄 本组病例中 21—40 岁者占全数之 58%(表 1)。年龄最幼者 13 岁,最老 61 岁。

职业 患者以从事体力劳动者居多,本组中工人占 42%(表 1)。

受伤期限 脾破裂后多数即刻发现症状,故大部患者均能及时就诊。本组于 24 小时内求治者占 72%,其中于六小时内即来诊者占 38%,其余患者拖延 2—12 日始就诊(表 2)。

表 1 季节、年龄、职业与发病率

		例 数	百分率(%)
季 节 (月)	春 3—5	11	22
	夏 6—8	23	46
	秋 9—11	12	24
	冬 12—2	4	8
年 龄 (岁)	11—20	8	16
	21—30	12	24
	31—40	17	34
	41—50	7	14
	51—60	5	10
	61—70	1	2
职 业	工 人	21	42
	农 民	8	16
	学 生	5	10
	商 人	10	20
	主 妇	5	10
	其 他	1	2

表 2 受 伤 时 限

受伤时限	例 数	百分率(%)
0—3 小时	13	26
4—6 小时	6	12
7—12 小时	10	20
13—24 小时	7	14
1—2 日	3	6
2—5 日	7	14
5—10 日	3	6
10—30 日	1	2

破裂原因及机制

脾破裂固然与脾本身解剖组织上的弱点及病理改变等有关,但起直接作用的往往是外伤,即使是轻微的如生理性的动作也可引起脾破裂。

(1)解剖上的弱点:脾位于左上腹深处,其位置较固定,活动度小,致移动受限制而易破。若脾

蒂过长,使脾游走腹内失却肋弓之保护,也易受伤。

(2)生理组织上的缺陷:脾血运丰富,组织脆弱,缺乏弹性,易于破裂。

(3)病理改变:脾因病变肿大而失去肋弓的保护,或因粘连减少其活动性,或因脾之血管病变,肿瘤、炎症、梗塞使其组织更加脆弱,凡此均使脾易于破裂。脾因充血肿大者,其静脉窦膨胀扩大,脾髓间隙受压,致网状质变性或萎缩,结缔组织增生,造成脾收缩及舒张运动减退。脾大者门脉压多增高,脾静脉扩张充血,血液存积脾内,也易造成破裂。本组 50 例中过去有疟疾史者 70%。经手术切除之脾脏计 45 个,体积正常者 10 个,较小者 2 个,其余 73% 均有程度不等之肿大。肿大之 33 例中,较正常略大者 8 例,大一倍者 14 例,大二倍者六例,大三倍者 4 例,最大之一例系包膜下破裂,重 1060 克,较正常约大五倍。切除之脾曾作病理检查者 28 例,内班替氏脾 3 例,疟疾脾、脾动脉硬化、脾梗塞各一例,有慢性脾炎而未确定诊断者 7 例,增大原因不明者 7 例,正常之脾仅 8 例(占 28.6%)。上述未确定诊断之 7 例中有 2 例术后发生疟疾(均系作自家输血者),故实际与疟疾有关者为 3 例。

(4)外力损伤:此为脾破裂之直接原因,其来源不外人之伤害,如扭斗、枪伤、刺伤等,及意外之伤害,如车祸、跌伤、压挤等。外力可分为直接及间接二种:

1)直接外力:其强度大、速度快,可以垂直方向作用于腹部,使腹受挤压而破裂。也可沿切线方向使脾之韧带或粘连撕裂,或使脾扭转而破裂。多数外力系自侧面腰肋部而来,其次为前面及后面。此种外力之突然作用可使脾之移动超过其正常限度;或因腹肌收缩,腹压增高而无法避让;或因腹壁无防御时接受外力而使脾受挤;或因脾周围肋骨骨折后骨折端刺破脾组织;或因疼痛而使肾上腺分泌增加,脾猛力收缩而致破裂;此外脾脏穿刺时若脾固定不当,或作胸腔穿刺时误刺脾脏均可发生破裂。

2)间接外力:外力由他区传导至脾脏,常借力学上之冲击作用而引起破裂。本组有跌后足着地一例及臀着地四例。过度用力,压缩空气波及水波之冲击也可招致破裂。本组有一例病前在水池内与人相对击水而嬉,乃导致脾破裂。其他轻微

损伤或生理性动作也可发生脾破裂。

本组患者由直接外伤而破者 43 例,间接者 5 例,自发者 2 例。破裂原因中以跌伤为最多,23 例(46%),大部左肋部触及地面或硬物上;其次为拳击 16 例(32%);局部为铁器或木器所击伤者 5 例(10%);车祸及自发者各 4%;足踢伤及压伤各 2%。

分 类

(1)在解剖上根据腹壁之有无破损而分为开放性 & 皮下性脾破裂两种,本院 50 例全部为皮下性破裂。

(2)根据脾包膜之有无损伤而分为脾包膜破裂,包膜下破裂及实质与包膜均破裂三种。前者甚罕见,本院病例中仅一例系包膜下破裂,余均系实质与包膜同时破损。47 例经手术治疗之脾实质及包膜下破裂,除 1 例碎裂为三块外,余均系裂伤,其中有多处裂伤者占 45%,仅一处裂伤者占 55%。裂伤部位发生于胃面及脾门处者 24 例(37%),膈面 16 例(24.6%),肋面(与肋骨相近处)者 15 例(23%),胰面者 7 例(10.8%),肾面者 3 例(4.6%)。

(3)根据脾之有无发病变而分为正常及病理性脾破裂,本组经病理检查之 28 例中,正常者仅 8 例,有各种病理变化者 20 例(71.4%)。

(4)根据有无损伤史而分为自发性及外伤性脾破裂二种,本院病例中仅二例系自发性破裂,将另文报道,余均系外伤所致。

症 状

据 Bailey 氏⁽²⁾之分类稍加变更,按作者意见脾破裂之症状类型有下列四种:

(1)暴发型:此类患者于脾破裂后即刻发作,每因大量出血及严重休克而迅速死亡,本组内曾遇一例,未及手术而死亡。

(2)通常型:一般(3/4)之病例属此类,在本组病例中占 82%,其症状之演变过程可分三个阶段:

1)休克期:每因外伤所致之疼痛而发生轻重不等之休克,患者昏厥数分钟后苏醒,但也有仅述腹痛者。

2)间歇期:休克过后,腹痛常减轻,其他症状似呈缓解。

3)发作期:此时腹内出血增多,症状亦渐次加重,昏厥屡次发作,血压下降,有腹内出血之各种症状及体征。

(3)延迟型:此类患者其间歇期较长,症状不明显,而于伤后数日突然出现严重之内出血,通常在2-3周后破裂的机会即渐减,本组中14%系属此类。

(4)逍遥型:此类由于脾之损伤轻微,症状甚轻,每仅有左上腹之局限疼痛而无其他症状,本组中仅有一例。

脾破裂后其临床症状可分为全身及局部性两种,前者以出血性休克为主,休克之轻重常与出血之量及速度成正比。本组病例出血在1000毫升以上者占80%,出血量最多者达3900毫升,少者仅200毫升,通常以1000-2500毫升为最多(74%)。本组有轻重不等之休克者占36%。

发生昏厥者41例(82%),大部分于外伤后即出现,并重复发生,每次昏厥常示一次流血。

恶心与呕吐多数较轻,本组有恶心者占24%,呕吐42%。

大便多数便秘或正常,但有一例曾腹泻三次。

局部症状以腹痛为主,本组全部均诉程度不等之腹痛,早期常限于左上腹,后随出血之增多而有弥散性全腹痛,腹痛多于外伤后即刻发生,但也有延迟出现者,休克及昏迷者腹痛不显或轻微。

因血液或血块刺激左膈而引起左肩疼痛者(Kebr氏征)占44%。

体 征

脾破裂之主要体征系腹内出血之各种征象。体温正常者在本组中占40%;在36.5℃以下者占34%,最低35.1℃;在37.6-38.5℃者占20%;在38.5℃以上者占6%,内一例高达39.6℃。脉搏正常者占34%,91-120/分占48%,121-150/分者12%,脉慢在61-70/分仅6%。收缩压正常101-120毫米汞柱)占44%,81-100者占28%,80以下12%,少数血压增高在121-170者占16%。

腹部体征为最主要现象。本组中50%有轻度腹部膨胀;70%腹部呼吸运动减弱;腹部轻度压痛存在于全部病例,多数为全腹性而以左上腹为重,脾区之肋间也可有压痛;腹肌痉挛者占82%,多数轻微,少数腹部异常柔软;反跳痛比较明显,

96%有此现象;有移动性浊音者占76%;左上腹固定性浊音即Ballance氏征占52%;仅22%有液波,可能是未详细检查的缘故;左锁骨上压痛——Saegesser氏征占18%;肠鸣音正常或略低者占90%(表3)。

表3 症状及体征

项 目		例 数	百分率 (%)
症 状	腹 痛	50	100
	晕 眩	41	82
	左肩酸痛	22	44
	恶 心	12	24
	呕 吐	21	42
体 征	腹部膨胀	25	50
	腹部呼吸运动受限制	35	70
	肌肉痉挛	41	82
	腹部压痛	50	100
	反跳痛	48	96
	移动性浊音	38	76
	左腹固定浊音	26	52
	液 波	11	22
	左锁骨上压痛	9	18

血像:血红蛋白在81%以上者占18%,71-80%占20%,51-70%者占42%,50%以下之严重贫血占20%,最低之血红蛋白仅39%,最高达94%,一般均有进行性贫血现象。白血球在6100-10000者占16%,6000以下占8%(最少者为4100),增加者占70%,以10100-20000者占50%,最高之一例达48700,在分类计数中,中性白血球正常者占34%,70%以下者6%,90%者为38%,91%以上者占22%,其中最多达96%。

X线检查:本组20例曾作透视,但多数仅注意有无游离气体,而忽略脾区改变之观察。据周氏⁽³⁾报告83.3%为阳性。

脾破裂者每并发其他损伤,本组中占25%,计有左肾挫伤四例,肋骨骨折三例,软组织挫伤三例,颅底骨折二例,胸骨剑突骨折,指骨骨折,软组织裂伤,血胸,横结肠挫伤及外伤性胃破裂各一例。

诊 断

脾破裂的诊断一般是比较容易的,本组确诊率为 86%。对可疑病例应定时检查血红蛋白及红血球,注意血压、脉搏的变化(表 4),结合临床症状的改变常可确诊。少数患者其症状为其他并发伤所遮盖,如有一例脾破裂并发颅底骨折而发生昏迷者,待苏醒后方出现腹痛。有的症状轻微,或有重度休克,或系自发破裂者其诊断均较困难。必要时可作腹腔穿刺,本组即有四例系经穿刺而确诊,如系阴性即应于不同部位经短间隔作多次穿刺方为有效,但阴性者仍不能否定脾破裂。

表 4 外伤时间、血压及血红蛋白与出血量的关系

类 别		出 血 量(毫升)		
		最低	最高	平均
外 伤 时 间	6 小时以内	200	2500	1530
	24 小时以内	800	2700	1670
	10 日以内	700	3900	2200
血 (收 缩 压)	80 以下	1500	3000	2300
	81 - 100	1000	3900	2000
	101 - 120	200	3000	1600
	121 - 170	1300	2800	2120
血 红 蛋 白	50% 以下	1300	3900	2090
	51 - 70%	300	3000	1740
	71 - 80%	500	2600	1600
	81% 以上	200	2700	1590

治 疗

脾破裂的治疗以脾切除术为主。止血海绵或纱布填塞仅用于脾脏不能切除的病例。保守治疗的死亡率很高,现已废弃,本组采用手术治疗者 48 例,其中作脾切除者 45 例,43 例治愈,2 例死亡。未切除脾脏者 3 例亦均治愈,其中 2 例因粘连多而牢固,无法剥离,经压迫后未见出血;另一例裂伤浅小,仅 2×0.2 厘米,虽流血 1500 毫升,但术时出血已止,故也未切除脾脏。对无法切除之脾脏,有时可结扎脾动脉,以减少血流。未手术者二例,一例未及施行手术而死亡,另一例拒绝手术,经诊治后未再出血,症状好转后自动出院(表 5)。

表 5 治疗方法及结果

治 疗 方 法		例数	治愈数	死亡数
手 术	脾切除	45	43	2
	剖腹探查及自家输血	3	3	
未 手 术		2	1	1

本组采用醚麻者 40 例,局麻加乙醚者 6 例,静脉麻醉加乙醚 1 例,腰麻加乙醚 1 例,此例因术前未能确诊而误用腰麻,致收缩压在 10 分钟内由 90 下降至 60,内出血者忌用腰麻,许、萧二氏(4)曾述及一例因此而死亡。

本组 39 例用左腹直肌切口,7 例作 T 形切口,2 例作横切口。我们认为左腹直肌切口一般是满意的,个别脾大者再加一横切口,可使暴露良好。本组病例的处理要点如下:

(1)术前作肾囊封闭可预防休克之发生或加重,有时可于手术时自前侧注入。近来我们已列为常规,效果明显,如有一包膜下破裂者,术时血压波动甚大,徘徊于 90 以下,经肾封后血压立即上升而且稳定,顺利完成手术。此外亦有采用术后短期睡眠疗法者,效果亦佳。

(2)及时输血治疗休克是处理脾破裂的重要关键,除情况甚劣者应即刻输血外,多数可于术时作自家输血。一般由静脉输入即可,紧急时可作动脉输血。注射速度开始应快,待血压上升即可慢慢滴入,以免增加心脏负担。大量输血时,宜另注射适量之葡萄糖酸钙,以免抗凝剂影响冠状血循环及心脏机能。本院 48 例手术时作自家输血者,仅个别有发热反应,一例发生血红蛋白尿,数日即愈。手术时,首先在腹膜上作一小切口,将积血吸出,即刻进行自家输血,待血压上升后再切除脾脏,比较安全。但若出血为活动性即应同时控制脾蒂。自家输血前必须肯定空腔脏器无穿孔(表 6)。

表 6 自家输血量

自家输血量	例数	百分率(%)	备 注
500 毫升以下	5	10	最少 200 毫升
500 - 1000	5	10	
1000 - 1500	16	34	
1500 - 2000	10	21	
2000 - 2500	9	19	
2500 - 3000	2	4	最多 3500 毫升
3000 - 3500	1	2	

(3)处理脾蒂前,最好先切断及结扎脾周围之韧带及粘连,这样可避免妨碍脾蒂之暴露,并便于

提出脾脏。

(4)当脾提出于切口外时,可用热盐水纱布暂时填充脾窝处以免脾重行滑入,也可压迫粘连面止血。

(5)在处理脾蒂前,可注射肾上腺素使脾收缩,有利手术之进行,并可驱使其贮存之血液进入循环。可在切除前 20-30 分钟肌肉注射或于手术时自脾动脉或脾实质注入。

(6)脾动、静脉最好分别单独结扎,先动脉,后静脉,这样可防止术后出血。在脾蒂后面脾肾韧带处分离脾动、静脉较前面容易;静脉壁薄,分离时应注意。

(7)脾切除后应仔细检查有无其他内脏损伤,尤其是附近脏器,同时应注意肝脏有无病变,必要时作活体组织检查有助于发现原发疾患。

(8)脾切除时不应作其他不必要手术,如阑尾切除术等。本组有二例伴有胆石症,同时切开切胆囊取石。二例虽经过顺利,但我们认为在严重情况下,另作其他不必要手术,徒增手术时间与休克,甚至增加感染机会,显然是不恰当的。

(9)脾破裂术前抢救仍无改善者,即使患者处于休克状态,也应归紧急手术,因不止血不足以克服休克。本院曾遇一例术前血压未能测得,经紧急手术处理而恢复。

术后并发症:本组病例术后并发症较多。四例术后发生休克,二例因而死亡。肺部并发症占全部并发症之 37.3% 可能和乙醚麻醉有关,其中发生肺炎者 2 例,胸膜炎及积水者 3 例,上呼吸道感染 1 例,支气管炎 10 例。发生部分肠梗阻者 4 例。1 例术后呕血少量,可能系胃短动静脉结扎后,胃底发生暂时性充血所致。四例贫血术后一周血红蛋白仍在 60% 以下。发生间日疟者 7 例。血红蛋白尿,肠炎,营养性水肿各一例。

切口愈合良好者 40 例(82.6%),愈合欠佳者 7 例,内 3 例切口崩裂,1 例切口化脓(表 7)。

无并发症者平均住院 12 日,有并发症者 21 日,平均为 18 日。

表 7 手术后并发症

种 类	例 数	百分率(%)
支气管炎	10	23.3
胸膜炎及积水	3	7.0
肺炎	2	4.7

种 类	例 数	百分率(%)
上呼吸道感染	1	2.3
疟疾	7	16.0
部分肠梗阻	4	9.4
休克	4	9.4
贫血	4	9.4
切口崩裂	3	7.0
切口化脓	1	2.3
呕血	1	2.3
肠炎	1	2.3
营养性水肿	1	2.3
血红蛋白尿	1	2.3

死亡分析及死亡率

本组 50 例有三例死亡。一例不及手术而死亡。一例并发脑损伤,入院时未发现腹部情况,次日症状明显,方行手术,手术历时三小时余而仅输血 700 毫升,死于休克。另一例脾破裂已六日也因输血不及时术后死于休克。本组死亡率为 6%,1949 年以前为 40%,解放后降为 2.2%,手术死亡率为 4.1%,1949 年以前之手术死亡率为 40%,解放后经手术治疗之 43 例痊愈。脾切除之死亡率为 4.4%。保守治疗二例中一例死亡。单纯脾破裂者死亡率为 2.8%,并发其他损伤者为 17%。即刻破裂者死亡 4.6%,延迟破裂者达 14%。

总 结

(1)本文就南京市立第一医院八年间之 50 例脾破裂作一分析,死亡率为 6%,手术死亡率为 4.1%,解放后施行手术之 43 例,全部痊愈。

(2)本症发生于夏季居多,以男性,21-40 岁之患者较多,工人在本组中占 42%。

(3)本组切除之脾脏曾作病理检查者 28 例,正常者仅 28.6%,70%之患者有疟疾史。

(4)破裂之直接原因以跌伤为最多(46%),其次为拳击伤(32%)。

(5)症状及体征以休克及内出血为主,本组中有休克者占 36%,出血量以 1000-2500 毫升居多占 74%,82%于伤后立即发作,14%延迟发病。

(6)根据血像改变及 X 线腹部检查,结合临

床症状与体征,多数可以确诊,必要时可作腹腔穿刺,本组 86% 于术前得到确诊。

(7)治疗以手术切除脾脏并作自家输血为主。术后并发症中 37.3% 为呼吸道并发症,这可能和本组的麻醉方法有关。

参考文献

1. 陈淑珍.脾破裂病案报告.东北医学杂志 2: 489,1950.

2. Bailey, H., and McNeill Love, R. J.。A Short Practice of Surgery. 8th ed., part 2, P. 286, Lewis, London, 1948.

3. 周志耀.脾破裂 80 例报告.中华外科杂志 1 (6):446,1953.

4. 许殿乙、萧星甫.外伤性脾破裂 64 病例报告.外科学报 2(2):81,1951.

中华外科杂志 1958;6(4):445

脾破裂 62 例分析

郑裕隆*

脾破裂为常见腹部创伤之一。我院曾收治 62 例,内 2 例系自发性,余均为外伤性破裂。下文就上述病例进行分析,并就诊断及降低病死率问题进行探讨如下:

临床资料

男性 51 例,女性 11 例,年龄自 6~68 岁,21~50 岁者占 74%。发病原因,跌伤 22 例,13 例,拳击及撞伤各 9 例,压伤 6 例,踢伤 1 例,自发 2 例。

按症状急重程度,43 例破裂后即刻发病,系暴发型,1 例包膜下破裂症状轻微,6 例经间断后发病,9 例延迟 3~21 天后破裂。有休克现象者占 38.7%,体温正常或较低 82.6%,脉搏除 1 例外均有增速,收缩压在 90 毫米汞柱以下者占 35.5%,有头晕目眩及昏厥者占 79%。腹痛多起于左上腹部,但迅即弥散,仅 1 例诉左腰臀部酸麻。3 例合并严重损伤,呈昏迷状态;有恶心呕吐及肩酸痛者各占 1/4 左右。以往有疟疾史者占 34%。

腹部体征:显著膨胀者占 64.5%,呼吸运动者占 32.3%,腹壁肌肉紧张阳性者占 61.3%;压痛除昏迷者外均阳性,压疼程度较轻,而反跳痛却明显者占 71%;移动性浊音阳性占 72.6%;左腹叩诊浊音者仅 17.7%;液体波动呈阳性占 11.3%,左锁骨上压痛阳性者 10%,肠鸣音低或消失者 48.3%;腹腔穿刺 41 例,抽得不凝固血液者占 85.3%。腹部透视 17 例,有发现者占 41%。

血红蛋白在 70% 以下者占 88.7%,白细胞在

10,000 以上的占 84.9%,中性粒细胞在 81% 以上者占 69.5%。

23 例伴有其他合并损伤,计颅脑损伤 7 例,肾挫伤 10 例,肠挫伤、胰裂伤及膈肌裂伤各 1 例,肋骨骨折 14 例,血气胸 4 例,胸腰椎骨折 3 例,锁骨骨折 2 例,股骨、胫骨、肱骨、鼻骨骨折各 1 例,前臂外伤性截肢 1 例,软组织挫裂伤 11 例。

2 例未行手术,内 1 例死亡。其余 60 均行剖腹术,59 例摘除脾脏,内 4 例死亡;1 例因脾区粘连广泛牢固,且出血已止,开腹未予摘脾。本组共死亡 5 例。

麻醉过去用局麻加乙醚,近来改用气管插管乙醚麻醉,少数用硬脊膜外麻醉。

大部采取左上腹直肌切口,操作困难时可向左加横行延长,1 例因脾过大,粘连多,作胸腹联合切口。

手术及摘除之脾脏所见:8 例系碎裂,占 13.3%;27 例系多发性裂伤,占 45%;其余均仅一处裂伤。脾脏大小正常者占 48.3%,体积小于正常一倍者 6 例,另 25 例均较大,最大者达 1,480 克。作病理检查者 55 例。除破裂外别无特殊病变的 38 例外,其余 17 例(31%)脾脏均有病变;计血吸虫引起脾肿大 2 例,脾萎缩 2 例(内 1 例伴多发性囊肿),结节性肝硬化引起脾肿大 2 例,脾肿大原因不明 11 例。

治愈之 57 例中,20 例有并发症,计支气管炎 1 例,胸膜炎及轻度积水 8 例,疟疾 6 例,肠梗阻、急性胃扩张、肠麻痹、急性肾功能衰竭伴酸中毒、