

上海第二医学院
庆祝建国三十五周年
学术报告会

外科学

(普外科、泌尿外科、小儿外科、烧伤、
心胸外科、骨科、整复外科、麻醉科)

上海第二医学院医学情报研究室

1984. 10

目 录

普外、泌尿、儿外、烧伤

1. 甲状腺机能亢进症术前准备中心得安的应用	1
2. 原发性甲状腺机能亢进症术后远期效果	1
3. 胃腺肌瘤	2
4. 白次甲基兰(LHB)迷走神经染色的动物实验研究	3
5. 胆管损伤的预防和治疗	4
6. 溶解胆固醇类结石的实验研究	5
7. 间置空肠和皮下官腔间置空肠胆管十二指肠吻合术	6
8. 门脉高压的血流动力学研究——间接门脉造影的应用	8
9. 急性坏死性胰腺炎56例外科治疗总结	9
10. 股浅静脉瓣膜修复术治疗原发性下肢深静脉瓣膜功能不全	9
11. 肌袢代瓣膜治疗下肢深静脉功能不全	9
12. 乙状结肠扭转62例分析	10
13. 管状吻合器应用于直肠中下段癌肿术后并发症防治	10
14. Rebbein氏手术治疗先天性巨结肠2~5年随访结果	11
15. 尸体肾移植长期存活若干问题探讨	11
16. 肾癌扩大根治术的初步探讨(附4例报告)	12
17. 172例膀胱癌全膀胱切除回肠膀胱术治疗总结	13
18. 腹壁带状瘤(附25例报告)	14
19. 胆道镜的临床应用	14
20. 尿道恶性肿瘤11例临床分析	15
21. 术中胆道造影预防胆道残余结石的价值	15
22. 下消化道出血的易忽略原因——结肠血管扩张症	16
23. 甲状腺单发结节的诊断和治疗	17
24. 补片整形术治疗小儿先天性肾盂输尿管连接处梗阻	17
25. 高度选择性迷走神经切断术(HSV)	18
26. 先天性巨结肠实验诊断的研究	19
27. 1085例直肠癌外科治疗的经验	19
28. 高龄大肠癌患者的外科治疗	20
29. 分期切痂和混合移植治疗大面积三度烧伤	20
30. 14氨基酸—800用于烧伤治疗	21
31. 影响三度烧伤面积超过70%病例生存的因素	21
32. 一例特大面积Ⅲ°烧伤病人的治疗	22
33. 治愈7例烧伤并发急性肾功能衰竭的经验	22

附：普外、泌尿、儿外列题论文目录	23
------------------	----

心胸外科

1. 牛心包瓣膜替换术后心内膜炎(6例报告).....	24
2. 戊三醛和甲醛混混合液处理心脏生物瓣膜组织——牛心包的实验研究.....	25
3. 体外循环期间肝素和鱼精蛋白的应用.....	26
4. LN79-1型心脏急救起搏电极在心内直视手术的应用.....	27
5. Swan-Ganz 飘浮导管的气囊置换.....	27
6. 小儿食道疤痕性狭窄的外科治疗.....	28
7. 研制聚丙烯中空纤维膜式氧台器的动物实验.....	28
8. 自发性血气胸(附8例报告).....	29
9. 人工心瓣膜代替术后霉菌性心内膜炎用病物治疗的体会(附一例报告).....	29
10. 先天性心房膨出.....	30
11. 食管癌手术径路与切除率、并发症及死亡.....	31
12. 经膈肌裂孔游离胃代食管术.....	31
13. 食管和贲门癌切除术 325 例分析.....	32
14. 肺大泡与反复发作的自发性气胸——附12例手术报告.....	33
15. 多功能上海微床氧台器的研制和临床应用.....	34

骨 科

1. 经皮缝台断裂的关节韧带.....	35
2. 膝关节伸直位僵的手术治疗.....	35
3. 挠骨小头或颈骨折.....	36
4. H 反射在腰腿痛疾病上的诊断价值.....	36
5. 严重骨折前后头发内微量元素锌、铜、锰的变化.....	37
6. 自然铜在骨折愈合过程中总胶元、不溶性胶元、钙、磷和生物力学的变化.....	38
7. 100 例膝关节镜的诊断与手术——连续病例.....	39
8. 电磁场促进骨愈合的动物实验和临床应用.....	40
9. 肩胛上神经嵌闭症.....	40
10. 腰椎管狭窄症.....	41
11. 头盖牵引的设计和临床应用.....	41
12. 全踝关节假体的设计和临床应用初步报告.....	41
13. 脊柱侧凸的肋骨辅助手术.....	42
14. 合并神经症状的脊柱侧凸的治疗问题初探.....	42
15. 用高压氧舱治疗骨骼无菌坏死.....	43
16. 小孩肱骨髁上骨折后肘内翻畸形的预防和治疗.....	43
17. 人工尿道括约肌的应用.....	44
18. Axer 氏手术治疗脊髓灰质炎后骨盆倾斜.....	45
19. 多根弧形 Ender 钉治疗股骨粗隆间骨折报告.....	45

附: 骨科列题论文目录.....	46
------------------	----

整复外科

1. 应用显微外科技术一次完成阴茎再造术	47
2. 下肢淋巴水肿动物模型与淋巴管、静脉脉压力测定	47
3. 显微淋巴外科手术新方法的实验探索	48
4. 复杂型鞍鼻畸形的修复(附18例报告)	48
5. 治疗头皮大面积充发的 Orticochea 手术及其疗效观察	49
6. 先天性侧鼻裂畸形的治疗	49
7. 足趾游离移植再造拇指及其他手指的经验	50
8. 血管床种植性皮瓣移植及断指再植	51
9. 面部皮肤提紧术(92例报告)	51
10. 利用小阴唇皮瓣或小阴唇瓣加部分植皮修复阴道缺损	52
11. 应用额肌筋膜瓣治疗上睑下垂(附155眼报告)	52
12. 应用带血管的蹠趾关节移植治疗颞颌关节强直的四例初步报告	53

麻醉科

1. 氟烷、安氟醚及异氟醚对循环功能影响的研究	54
2. 漂浮导管在麻醉和术后早期监测中的应用	55
3. 静吸复合麻醉时琥珀胆碱静脉滴注双相作用的监测	55
4. 左向右分流先天性心脏病小儿呼吸系统顺应性	57
5. 静脉复合麻醉对心血管功能的实验研究和临床观察	57
6. 颅脑手术麻醉颅内压的监测	58
7. 严重创伤、感染和大手术后多器官衰竭	59
8. 创伤及危重病人的急性凝血机能紊乱	60
9. 0.25%丁吡卡应用于颈上胸段硬膜外阻滞时呼吸功能的变化	60
10. 布吡卡因作肌间沟臂丛阻滞与利多卡因比较	61
11. 剑突—脐联体儿分离手术的麻醉处理(二例报道)	62
12. Bain 麻醉回路的应用	62
13. 特别严重烧伤病人的麻醉	63
14. 颞颌关节强直手术的麻醉—100例小结	63
15. 小儿支气管造影麻醉的进一步体会——双导管法气管内麻醉116例	64
16. 慢性脊髓损害与心血管功能不稳定	64
17. SC ₃ 电动呼吸器的性能和临床应用	65
18. 国产MHJ综合麻醉机的性能和临床应用	65
19. 介绍一种简易测压器	66
20. 喷射通气在临床麻醉中的应用	67
21. 应用琥珀胆碱及三碘季铵酚的患者血钾及心电图变化	68

外科(普外、泌尿、儿外)

一、甲状腺机能亢进症术前准备中心得安的应用

第三人民医院外科 邱耀麟 沈又琴

本文报道我科于1976年7月~1983年2月应用心得安和复方碘溶液或单独应用心得安作甲状腺机能亢进症病人术前准备104例的经验。104例中,除6例为继发性甲状腺机能亢进症外,其余均为原发性甲状腺机能亢进症。甲亢程度以静止时的脉率为标准:脉率每分钟在120次以上属严重者61例。脉率每分钟在100~120次之间属中度者43例。服用心得安对象可分为三类:(1)服用抗甲状腺药物过程中血白细胞减少或发生皮疹不能继续使用,因而改用心得安1例,心得安和复方碘溶液者40例。(2)常规抗甲状腺药物治疗后,不能控制症状而改用心得安者1例;心得安和复方碘溶液者16例;(3)单纯服用心得安术前准备者1例;加用复方碘溶液者45例。

心得安的剂量:初次服用小剂量,如患者能耐受,则逐渐增大,平均可达160mg/日。使脉率维持在每分钟70~80次,然后再加服复方碘溶液,10滴每日三次,共10~14天。术后继续服用心得安和复方碘溶液一般为7天。服用心得安后的疗效:①除2例外,心悸、多汗、神经过敏等得到改善;震颤和心动过速得到控制;②除2例送手术室前未服心得安致术中脉率较快,每分钟100~130次外,其余病例在整个手术过程中,血压、脉率始终保持稳定,脉率每分钟在90次以下,③102例手术病例中95例(93%)术后平稳,一周左右出院。

有5例于术后24~48小时出现38.5~40.4℃高温,脉率增快至每分钟120次,经静脉滴注氢化可的松、物理降温及增加心得安剂量后,体温和脉率恢复正常。一例于术后12小时意识不清,小便失禁,但血压、脉率和体温正常,其后转入深昏迷,经静脉注射高渗葡萄糖和地塞米松后不久神志恢复正常。另一例术后4天上厕所时,突然发生手足搐搦跌倒在地,经注射葡萄糖酸钙后症状缓解,此后未再发作。心得安有选择性阻滞各种靶组织的 β 受体对儿茶酚胺的作用,抑制肾上腺素能活力,此外还能使循环 T_3 浓度下降,减少甲亢病人对氧的消耗和纠正氮的负平衡。术前、术中和术后必须维持足够的心得安血浓度。心得安可引起低血糖,本组有一例术后12小时突然神志不清,这是由于低血糖引起。因此,术后如病人因呕吐或伤口疼痛不能进食,必须给予静脉滴注葡萄糖以防低血糖的发生。

二、原发性甲状腺机能亢进症术后远期效果

新华医院成人普外科 王佩璋 金大猷 李兴富 李 北

原发性甲亢的治疗历经演变。五十年代以前以手术作为标准的治疗方法。以后因同位素治疗简便易行,虽然有取代手术之势。但远期甲状腺机能不足的发生率太高,是其缺点。故最

近手术所占的比率又有增加的倾向。国内一般仍以手术治疗为主。我们对建院以来手术后10年以上的病例共124例进行了随访,其中20年以上的有32例,20例为男性。约70%术时年龄在40岁以下。获得随访的64例,人平均随访时间为161月。随访率占50%强。随访结果表明绝大部分健康状况良好,多能正常工作。术前尚未生育的20人中只有1人未曾生育。主要后遗症为:①永久性喉返神经损伤1例;②甲旁腺机能长期不足1例;③甲亢复发1例,于术后3年复发,后经同位素治疗。④甲状腺机能不足:1例明确肯定,2例主诉症状可疑,但化验尚未证实。随访病人检查 T_3 、 T_4 30份,均在正常范围内。以上随访结果证实了手术治疗的效果堪称满意。按国外文献报道手术后甲亢复发及机能不足的发生率较高,分别平均为10~15%及35%以上,我们的病例中尚未遇到来本院作二次手术者,术后明显甲减者亦仅见1例。鉴于文献中认为手术后甲减多数在二年内出院而缺乏长期随访,故特选术后十年以上者观察其远期效果。虽随访率只一半稍强,但即使将未随访到而效果不佳者作为随访组内的加倍计算,复发率及甲减率亦分别仅为3%及10%以下,(甲减尚非均有充份证据)。分析效果较好原因可能有:①我科传统对甲状腺手术操作细致,意外损伤较少。②自六十年代初起,因曾连续遇到数例甲状旁腺机能一过性不足,以后即不再常规结扎甲状腺下动脉,可能因此也增加了残留甲状腺组织的血供应而使甲减率降低。最近Bradley等亦提出同样措施。③我们常规留存甲状腺组织较少,但未像Bradley等以比较精确方法估量,但肯定少于每侧5克,故可解释复发率之低,但甲减未相应增加。按本组系远期随访,不致将后期出现的遗留。也可能因我们未全部测定 T_3 、 T_4 ,致某些化验异常而临床尚无明显表现(所谓亚临床型)未被发现。但根据随机标本检查结果,似乎亦不像会有很多问题。总之,20年左右尚无明显临床不良表现,今后亦不大可能会发展至严重后果。通过此次随访,加强了今后继续采用手术作为主要治疗手段的信心。除非腺体甚小,病人坚决不愿手术者始推荐同位素治疗。

三、胃腺肌瘤(附9例报道)

上海市第六人民医院外科 林超鸿

医疗系三部 病理科 司徒在孝

本文报道9例胃腺肌瘤,5例发生癌变。病灶位于胃幽门窦部5例;贲门部2例;垂直部和胃体部各1例。

由于胃腺肌瘤是胃壁粘膜下病变。典型胃钡餐检查:显示胃壁的小圆形充盈缺损。这种表现与胃平滑肌瘤、脂肪瘤、迷走胰腺等良性病变的x线表现类似,难于区别。如发生癌变,粘膜破坏,类似隆起型(例5、8、9)或溃疡型胃癌(例6、7)的x线表现。胃镜下典型病例:见到类似胃良性病变的粘膜下圆形肿块,有时中央部可见到脐样凹陷(例6);有时也可呈颗粒状(例3);有时可发生糜烂(例1);甚至溃疡(例4)。癌变时隆起块变成不规则;粘膜失去完整性(例5、7、8);甚至呈鼠咬状(例9);中间也可发生溃疡(例6)。因此术前确诊胃腺肌瘤癌变十分困难。本组有4例病灶很小,尚未形成能见到的肿块,其临

床表现、胃钡餐及胃镜均为胃溃疡所替代，并按胃溃疡作手术切除后病理检查才确诊。而发生癌变的5例，均因胃癌手术切除后病理才确诊。

单纯胃腺肌瘤作部分胃壁或部分胃切除，均获得良好结果。如发生癌变应按胃癌治疗原则，作根治性胃切除加淋巴清扫。本组9例，除1例术后4 $\frac{1}{2}$ 年死于外伤性内脏破裂外，余均存活。

最后本文对胃腺肌瘤的形态诊断标准，癌变与胃分化性腺癌以及腺肌瘤与胃壁异位胰腺组织的鉴别诊断进行了讨论。

四、白次甲基兰(LMB)迷走神经染色的动物实验研究

新华医院外科 张一楚 薛志祥* 桑秀峰**

应用高度选择性迷走神经切断术治疗十二指肠球部溃疡，虽然有许多优点，但复发率逐年增高，术中有多种检测迷走神经切断完全性的方法，以白次甲基兰(Leuco Methylene Blue简称LMB)神经染色法较为简便。1969年Lee介绍，LMB液配方(0.4%美兰，7.02%抗坏血酸，1.68%碳酸氢钠)，其染色纤维含神经率为83%，个别报告高达96%，一般为30~33%。本文按Lee氏配方进行复制，染色效果甚差，并无选择性神经染色作用。经反复试验对Lee氏配方和工艺略加修改，通过对狗和家兔进行动物实验，分别对50根染色纤维和50根神经纤维进行染色研究，经病理切片检查，染色纤维含神经率为44%，较一般文献有所提高，神经纤维染色率为68%，并初步阐明其原因。

本文在探讨染色机制原理基础上，着重对提高制备LMB液的工艺操作，提出下列措施(1)神经染色是一氧化过程，受多种因素影响如pH值，温度和去除抑制因素；(2)LMB的 dH 值应符合抗坏血酸脱氢离解常数，pH超过4.3以上效果甚差；(3)次甲基兰盐酸盐优于次甲基兰硫氰酸盐，不需过于萃取提纯，少量氧化后的同系物(即脱甲基后的产物)，有助于提高染色效果；(4)碳酸氢钠用量不限，以调节pH值至4~4.17为度；(5)新鲜配制液效果最佳，安瓿必须经过特殊处理，并须避光保存，否则易致氧化失效。

如能通过研究，不断提高LMB染色质量，进一步提高染色纤维含神经率与神经纤维染色率，无疑将有助于提高高度选择性迷走神经切断术手术效果，降低术后复发率。

*研究生 现在上海第二医学院第九人民医院外科

**上海试剂三厂

五、胆管损伤的预防和治疗

上海市第六人民医院外科 林肇天 朱汉民

本文将我院 20 年来治疗 14 例胆管损伤的情况加以总结分析。全组 14 例中包括急症手术 9 例,择期手术 5 例,占 20 年来 1680 例胆道手术的 0.78%。其中损伤发生在胆囊切除术时 10 例,胆总管切开造瘘术 3 例,胃次全切除术 1 次。

损伤的部位和类型:胆总管上段损伤 6 例,胆总管下段 3 例,总肝管 4 例,右肝管 1 例。其中 6 例为侧壁损伤,3 例完全横断,5 例缝扎伤。

治疗与结果:14 例胆管损伤中施行侧壁修补 4 例,端端吻合 3 例,胆肠吻合 6 例包括胆总管十二指肠吻合 2 例,肝管空肠 Roux-Y 式吻合 3 例,肝总管十二指肠外空肠间置术 1 例,全组有 1 例未施行手术治疗即死亡。1 例先作胆囊十二指肠吻合术,因引流不畅,黄疸长时间不能消退,以后虽再改作胆总管十二指肠侧侧吻合术,但已造成胆汁性肝硬化。另 1 例作肝管空肠 Roux-Y 吻合术后半年内有反复发作胆管炎症状。其余 11 例经 2~15 年随访都顺利恢复健康,情况良好。

讨论:1. 胆管损伤的预防:由于术野暴露不良,局部解剖结构模糊、术中大出血、术者操作粗暴或经验不足等均可造成胆管损伤的原因。我们在工作中体会到重视外科医师的正规训练并在手术中注意以下几点对预防胆管损伤极为重要。①手术切口位置适当,大小足够,麻醉要松弛;②正确辨认胆囊管、总肝管、胆总管和胆囊动脉等肝外胆道解剖中的四个主要结构,尤其要认清三管交接处的 Calot 三角区很重要。本组有 10 例损伤部位在此三角附近;③预防和正确控制术中大出血,我们用食、中二指伸入小网膜孔和大拇指对合指压法或用海绵钳压迫后准确地止血,切忌盲目钳夹;④操作要轻巧和积累经验:本组有 4 例与手术暴力有关。有 1 例为十二指肠球后壁穿透性溃疡,作切除溃疡关闭十二指肠残端时,将胆总管下端一并缝扎。此例若能先行切开胆总管向下伸入 Bakes 胆道探子以提示胆管位置或作溃疡旷置式胃次全切除术则可避免伤及胆管。

2. 诊断:14 例胆管损伤中有 7 例在术中即时发现。7 例在术后才作出诊断。其主要的症状是:①黄疸:有 5 例均在术后 24~48 小时出现无痛性阻塞性黄疸并逐日加深。其中有 2 例伴发胆管炎症状使病情更复杂。若血清总胆红素水平超过 3mg%,作静脉胆道造影不能满意显示时,再作皮肤穿刺胆道造影可有助于确诊,并且对阻塞或狭窄的部位、范围以及近端胆管情况均能详细了解。 β 型超声检查亦可作为参考。②胆漏:有 2 例,一般在术后 6~7 天仍有大量胆汁从引流口外溢时,应疑及胆管损伤,可作瘘管造影或剖腹探查以明确诊断。

3. 治疗:①侧壁损伤:在十二指肠壁以上的切割伤而无管壁缺损者,多可作间断纵或横缝修补术。缺损在 1 厘米以内,经松动 12 指肠和胰头后仍可行横缝修补术,在缝合口上或下另作切口放置 T 管支撑引流。对局部疤痕不多的损伤后胆管狭窄,其长度不超过 4 毫米,内径不小于 2 毫米者可纵切横缝,否则切除狭窄段作对端吻合或结扎远端胆管后作近端胆肠

吻合术。对十二指肠后壁的低位胆管侧壁伤则缝合破口后作胆总管十二指肠吻合术。②完全横断：若缺损在1厘米内可松动十二指肠胰头后作对端吻合，并另开口放置T管支撑。缺损长者行近端胆管十二指肠或空肠 Roux-Y 吻合术。③胆管缝扎伤：作胆管十二指肠吻合术。若为高位缝扎伤后则作肝管空肠 Roux-Y 吻合术或肝管十二指肠处空肠间置术；胆肠吻合口在1.2厘米以下者应放置导管作内撑架引流。全组11例(78.5%)治疗效果良好。2例较差(14.2%)，1例死亡(7.1%)。总结影响胆管修复效果的主要因素有：①修复距胆管损伤时间的长短和既往修复次数有正相关；②有否并发胆管炎和肝损害的程度；③胆管壁质量，尽可能切除疤痕在比较健康组织上缝合；④胆管损伤部位和外科医师的手术经验，特别在肝门处，缝合难度高，要求有熟练的操作技巧。

4. 术前准备和术后处理：对一般情况虚弱有贫血低蛋白血症、出血倾向和电介质紊乱或反复寒热者，应予以输血，补充电介质，使用广谱抗菌素和维生素K；有胆漏者作胆汁培养和药敏。为降低手术并发症和死亡率，对明显黄疸或伴有胆管炎者先作经皮肝穿刺胆道引流或仅作近端胆管造瘘术，经2—3周待黄疸减轻和炎症消退后作二期修复术。术后处理：①继续使用广谱抗菌素和促凝血药物以彻底控制胆道炎症和预防出血；②密切观察肾功能代偿情况，重视保肝治疗措施；③对胆管或胆肠吻合口径在1.2厘米以下者，T管或胆肠内撑导管至少放置3—6个月，每日口服利胆药，必要时可用含有4万单位的庆大霉素生理盐水50毫升作导管或T管内灌洗以防感染和胆泥堵塞。

六、溶解胆固醇类结石的实验研究

瑞金医院外科 傅培彬 张圣道 郑魁元 王体芬

术后胆道残余结石是外科的常见并发症，溶石疗法亦是一个颇使人向往的治疗途径。近年来的统计，我国胆固醇结石的发病率有上升趋势，在某些地区的发生率已超过色素石。本文以胆固醇类结石中最常见的放射年轮石为代表。采用我国自制的单产醇、油酸甘油酯、薄荷脑、二甲亚砷等试剂作单味或复方液的试管溶石实验。

全组16例结石(平均重量176毫克，平均最大直径63毫米，胆固醇含量平均为79.8毫克%)。分成八组，分别置于恒温箱内孵化于49%单产醇、油酸甘油酯、50%薄荷脑、二甲亚砷中(恒温水浴37℃，pH5~7.2)，每24小时观察、记录和更换液体一次。

结果：

8组结石除了50%薄荷脑组外均于5.5~6天完全溶解(注)，49%单产醇/薄荷脑组为7天完全溶解。

单产醇为胆固醇的有效溶剂，国外已用于临床，薄荷为油萜类物质，有胆盐样形成乳胶粒的作用而溶介胆固醇，二甲亚砷为有机溶剂，有明显的溶胆色素作用，有很强的助渗透作用，所以它有溶介胆色素同时促进胆固醇溶解作用，油酸甘油酯为长键脂肪酸甘油酯，具有与单产醇类似的溶胆固醇的能力且价格低廉，来源方便，本组采用单产醇和油酸甘油酯的复合液，充分发挥了二者在溶胆石方面的优点又弥补了二者不足之处，所以是溶解胆固醇类结

石的较理想的试剂。

溶 剂		时 间 (天)	残渣最大直径 (毫米)	减重率(%)	结 论
49%单产醇		6	<0.5	99.9	完全溶解
油酸甘油酯		6	1	99.9	完全溶解
50%薄荷脑		6	3	未测	未 定 论
油酸甘油酯/49%单产醇		6	<0.5	92.3%	完全溶解
油酸甘油酯/二甲亚砜		6	<0.5	残留物颗粒极微与 滤纸粘附在一起	完全溶解
49%单产醇/50%薄荷脑		7	<0.5	96.4%	完全溶解
50%薄荷脑/二甲亚砜		5.5	<0.5	99.6%	完全溶解
49%单产醇/二甲亚砜		5.5	<0.5	100.0%	完全溶解
对 照 组	盐 水	7	未测	0%	不 溶
	菜 油	7	未测	50%	部分溶解

(注): 完全溶解标准: 残留物直径<0.5毫米, 减重率>90%(具有其中之一即为完全溶解)

七、间置空肠和皮下盲袢间置空肠胆管十二指肠吻合术 防治残余结石和复发结石的一种新的内引流手术

第三人民医院外科 施维锦 王钦尧 邱耀麟
谢 敏 张纪蔚 仇宗江
同位素实验室 袁济民 朱志仁
消化研究室 陈铭生

胆肠内引流是治疗原发性胆管结石的有效手术之一, 临床上较多应用, 但目前常用的各种内引流手术都还存在着一定缺点, 为此, 从1980年开始我们开展了一种新的内引流术式——间置空肠胆管十二指肠吻合术⁽¹⁾, 近年在此基础上又发展了皮下盲袢间置空肠胆管十二指肠吻合术, 21例临床应用后, 经3~29个月随访(平均18个月)效果尚属满意。现将手术方法及优点初步报道。

手 术 方 法

在彻底清除胆道病损后, (如清除肝内外结石、切除病肝、胆管狭窄者予以成形等等), 切断胆管、远端缝合关闭近端留作胆肠吻合用。在屈氏韧带下20公分左右开始, 切取带蒂

空肠袢约70公分，近端钳夹银夹4只留作日后x光下定位标志，然后缝合关闭，并置于皮下。离关闭端约10~15公分与胆管残端作端侧吻合。带蒂空肠的远端再与十二指肠第二部近第三部处作端侧吻合。

优点和论证资料

一、盲袢间置术可避免上升性感染：临床上有较多实例可以肯定胆肠内引流术后的上升性感染确实存在。本文间置和盲袢间置术共21例，100%经随访临床上并无上升感染症状发生。为进一步检测间置术后是否可有肠胆返流，9例术后作了钡餐胃肠检查，结果1例于右侧头低卧位并增加腹压时见有少量钡剂返流到胆管，其余8例于同样情况下只有少量钡剂进入间置空肠的近十二指肠段。上述有返流的1例，至今随访已26个月，并无任何症状。我们认为在一般生活中，上述特殊体位并同时增加腹压的机会是极少的。可见间置术能避免上升感染。

二、盲袢间置术可有利于消化吸收：胆管空肠 Roux-Y 吻合术后，食物与胆汁接触延迟，胆酸的分泌减少，尤其对脂肪的消化吸收将发生障碍。间置术后，食物仍能在12指肠内和胆汁混和，脂肪可及时被乳化，有利于胰脂酶的消化，故本术比较符合生理。本组病例随访发现多数病例经手术纠正胆道病变后，体重有所增加，其中3例手术后已结婚怀孕，说明她们的营养状况是良好的。为进一步研究间置术后脂肪的消化吸收功能，11例术后患者作了¹³¹碘-三油酸酯试验，结果与28例正常组对照，另4例更作了术前术后的自身对照， P 值 >0.05 ，差别无统计学意义。进一步说明了本术后脂肪的消化吸收是正常的。

三、盲袢间置术可保持胃肠道正常酸硷度，防止术后溃疡病的发生：Roux-Y吻合术后，由于胆流改道，十二指肠内容的中和祇靠胰液，加上上部小肠产生的肠抑胃激素降低，术后易发生十二指肠溃疡。本组间置和盲袢间置术后病例全部得到随访，结果均无溃疡病症状。其中9例经钡餐胃肠检查，也无溃疡病灶发现。为了研究间置术后胃酸分泌情况，我们检测了5例术后患者的基础酸排量(BAO)和经五肽胃泌素刺激后的高峰酸排量(PAO)，结果与21例正常人对照二者 P 值均 >0.05 ，差别并无统计学意义。上述临床资料说明间置术后由于胆流并未改道，所以上消化道酸硷度是正常的，本术并不增加溃疡病的发生率。

四、盲袢间置术有利于术后复查：胆道内引流术后、胆肠之间已形成了一个没有括约作用的通道。日后如需造影复查。较为困难。盲袢间置术后如需复查，透视下凭银夹即可方便地找到皮下的空肠盲袢。经皮穿刺盲袢注入造影剂，同时调节患者体位，肝内外胆管可顺流显影。有无残余或复发结石，即可得以确诊。

五、盲袢间置术便于治疗残余和复发结石：盲袢间置术后，一旦胆道有残余结石，或日后复发结石阻塞胆道，即可在局麻下切开皮下的盲袢，再按介入放射学取石步骤或插入胆道镜取石，不必再作开腹手术。本组中1例术后通过盲袢透明并经介入放射学取石成功。

八、门脉高压症的血液动力学研究 ——间接门脉造影的应用

第三人民医院 陈治平 邝耀麟 姜广杰 桑剑星
沈谋积 徐惊伯

门脉造影术是研究门脉高压血流动力学的方法之一。近年发展的经皮股动脉穿刺插管,选择性腹内脏动脉造影,可通过动脉-毛细管,获得连续的门静脉影象,又称间接门脉造影。它同脾穿刺和开腹的静脉插管等直接门脉造影相比,创伤小,较方便易行,重复性强,也较符合生理,有助于了解门脉系统影象、分析血液动力学改变和观察门体分流术效果。本文报道自1981年10月至1983年3月,应用国产针和导管,施行40例造影的分析。

方法:按Seldinger氏法穿刺插管,末段弯曲的导管在 T_{12} - L_1 间移动,可选择地插入腹腔、脾或肠系膜上动脉,经注射少量造影剂证实后,以76%泛影葡胺60ml, $3.5\text{kg}/\text{cm}^2$ 压力注入,同时行间隔1秒1张的速率,连续摄片11张。

资料 and 结果:40例中,男36,女4,年龄17~57岁。已诊断为门脉高压36例,脾大待查3例,腹水待查1例。门体分流术后造影14例。选择的动脉有:腹腔动脉11,肠系膜上动脉14,两者结合10例,以及脾动脉5例。门脉干支显影的最佳时间集中于开始注射后第11~17秒;平均门脉宽度为 $17 \pm 4\text{mm}$ 。分析造影剂由肝外到肝内分支的动态分布过程,可判断门脉血流是向肝性,还是逆肝性,以及肝门脉灌注的优劣。本组经脾动脉或肠系膜上动脉造影门脉不显影,显示门脉血栓形成者4例;伴明显胃冠状静脉头向侧支者9例;通向左腹膜后侧支3;肝内和胃左动静脉交通各1例。造影显示大多数肝硬化门脉高压病人有向肝性血流,祇是流量减少。21例肝影缩小,结合临床发现,凡是肝脏明显萎缩,即使肝代偿分级属Child氏B级,对手术耐受力也属不良。14例门体分流中,8例可清楚见到吻合口,也观察到吻合口闭塞者。造影并发症为局部穿刺处血肿3例,都发生在开展的早期。

讨论:(1)造影可确定门脉梗阻部位在肝内抑或肝外,亦可了解门脉、脾和肠系膜上静脉的口径和通畅情况、侧支的方向和肝门脉灌注状态,对手术方案的选择,提供了客观依据。(2)对观察分流术后吻合口通畅与否,估计分流术对肝脏的门脉灌注影响,很有价值,可弥补传统随访手段的不足。作者着重对脾切除后再出血,行端侧肠腔分流术病人作远期随访造影,证明了这一手术的有效性和可取性。(3)在三种动脉造影中,首选肠系膜上动脉,若与另二者之一结合,反映情况更全面。(4)对并发症的预防作简要讨论。由于这一造影痛苦少,较安全,凡门脉高压病人无肝肾功能不全和明显出血倾向,以及对造影剂过敏试验阴性者,都可适应这一检查。

九、急性坏死性胰腺炎56例外科治疗总结

瑞金医院外科 傅培杉 张圣道 沈卓州 张臣烈 王志增 李宏为

自1975年10月至1984年5月,我院外科手术 治疗坏死性胰腺炎共56例,其中男性27例,女性29例,年龄最小15岁,最大87岁,以51~60岁最多,占22例。病变类型中坏死型占45例,出血坏死型3例,出血型2例,脓肿型6例。病变范围中体尾部坏死26例,近全胰11例,散在型8例。发病三天以内手术者26例,4~7天手术者7例,7天以后手术者12例。手术前后诊断符合率为81%。灌洗引流术4例,坏死组织清除术29例,规则性切除者21例。抢救成活率55.5%,与国外大学报导的成绩相仿。本文对坏死性胰腺炎的诊断、手术时间的选择以及手术方式的选择问题进行了讨论。

十、股浅静脉瓣膜修复术治疗 原发性下肢深静脉瓣膜功能不全

第九人民医院普外科血管组 孙建民 张培华

原发性下肢深静脉瓣膜功能不全完全不同于下肢深静脉血栓形成后遗症,是造成下肢深静脉功能不全的另一种病变。其病理变化表现为股静脉瓣叶的游离缘松弛、伸长、下垂,以致失去单向开放的功能,不能阻挡血液的倒流,从而酿成下肢静脉系统的郁血和高压状态。治疗的手术方法是在瓣叶会合处,将松弛的瓣叶游离缘悬吊缝合于会合处二侧上方的管壁上,以缩短、拉紧松弛的游离缘,使之处于半挺直状态,恢复正常的生理功能。

作者等报道1982年2月起开展股浅静脉瓣膜修复术以来,最先施行手术的10例,随访期都已超过2年,其中9例疗效满意。

十一、肌袢、代瓣膜术治疗下肢深静脉功能不全

第九人民医院普外科血管组 孙建民 尚汉祚

采用半腱肌和股二头肌肌腱所形成的肌袢,在腘窝部置于腘静脉上,能在行走时与小腿肌肉交替作用,当小腿肌肉松弛时,肌袢收缩,压迫腘静脉使之闭合,制止深静脉血液倒流。

作者等指出,本手术的适应证为原发性下肢深静脉瓣膜功能不全和下肢深静脉血栓形成演进至完全再通者;而血栓形成后仅部分再通者,由于血流动力学的病变仍以回流障碍为主,肌袢的作用为徒增一个压迫的因素,对病人有害无益。

本文报道36例共38条肢体,平均随访已超过2年,除1例1条肢体为血栓形成后部分再通者外,手术疗效均满意。

十二、乙状结肠扭转62例分析

瑞金医院外科 曹德生 黄慧珍

我院自1954~1982年共收治乙状结肠扭转62例,男性45例,女性17例。年龄13~82岁,平均54.2岁。9.7%伴有腹膜炎体征。治疗方面,1例经钡剂灌肠自行复位,33例经乙结肠镜自肛管插入复位(简称插管复位),成功30例(占90.9%),失败2例,另1例插管成功后第二天死于心衰。急症手术28例,术后死亡3例,死亡率为10.7%。全组死亡4例,死亡率为6.5%,都死于并发症。

本组随访到58例,随访率为93.6%。插管复位后的复发率为31.8%(7/22例)。手术单纯复位后的复发率为25%。手术复位加系膜折叠术的复发率为14.3%。

讨论

一、发病率和病因。本病占我科急性肠梗阻的2.84%(62/2180例)。发病年龄在50岁以上占62.9%,其中51~70岁发病率最高,占48.4%。基本原因是由于乙结肠系膜过长,少数为假性巨结肠。有便秘史者占45.2%,少数术前有腹泻史。

二、临床类型。我们按病程长短分三型:(1)急性型占46.8%,发病至就诊在48小时内,大都发生于青壮年,发病急剧,呈持续性胀痛,阵发性加剧。(2)亚急性型占41.9%,发病2~6天,主要发生于60岁以上病人,起病轻而缓慢,近半数有便秘或腹泻史。(3)慢性型占11.3%,发病已超过6天,其中最一例为15天,起病及症状均不典型,表现为肠炎、腹泻或慢性肠梗阻,都需钡剂灌肠摄片。

三、诊断与误诊。典型病例根据病史,体检及X线平片诊断不难。但对病程较长,症状不典型的,应与结肠癌肿鉴别,通过钡剂灌肠摄片即可肯定。本组误诊率为4.8%(3例),分别误诊为阑尾穿孔、高位小肠梗阻、直肠癌,这与X线读片经验不足有关。

四、治疗。本组50%以上病例可经插管复位,复位后留置肛管3天,并争取1~2周后再作乙结肠切除,否则再次复发率为31.8%。对插管失败或疑有肠坏死者立即作手术复位。再择期作肠切除,如肠段已坏死,则切除后作Mickuliz氏结肠造口。我们反对作一期肠切除吻合术。因易发生吻合口漏。对年迈体弱,估计不能再次手术者则作肠系膜折叠术。我们改进如下操作:将乙结肠系膜二叶按长轴纵形切开,直至其根部,再延长数厘米。潜行分离系膜后,按纵切横缝方式折叠系膜,使系膜缩短,根部增宽,减少旋转活动度。我们按此操作3例,都无复发。

十三、管状吻合器应用于直肠中下段癌肿术后并发症防治

第三人民医院 王平治 朱人伟 唐思聪

我院自1979年10月开始到1984年5月止,应用管状吻合器,对中下段直肠癌行根治性手术后,保留正常括约肌排便功能共64例。手术后有6例发生术后并发症:(1)吻合口出血1例(占1.5%);(2)吻合口瘘5例(占7.8%)。其他无一例发生吻合口狭窄及化脓性腹膜炎。此6例并发症经治疗后均痊愈。

对两种并发症的讨论:

1. 出血原因分析及其防治方法的讨论。我们认为引起出血的主要原因是由于吻合口愈合的过程中, 通向吻合口肠壁中的较粗动脉没有完全闭塞, 在吻合钉松动脱落过程中引起出血。根据上述原因分析, 在吻合前, 有必要先将通向吻合口的肠壁较粗大的血管, 用细丝线缝扎, 是预防术后吻合口出血的重要措施。一旦发生吻合口出血, 如果量少, 可用止血剂等药物同时严密观察出血情况。一般不主张用任何填塞方法来压迫止血, 以免发生吻合口瘘。如果出血量较大, 难以控制, 则宜早期手术探查寻找出血点, 缝扎止血较为安全。

2. 并发吻合口瘘的原因和防治

(1) 简介病例(略)

2 例男性病员, 均作低位前切除术, 在盆腔内使用吻合器作吻合术, 手术后第 5 天拔除皮管双套引流后发生瘘, 分析其原因, 由于质地较硬的皮管直接接触吻合口所引起压迫所致, 或者因为术后负压吸引力过大所造成。

(2) 预防吻合口瘘的措施:

除了要求吻合口应无张力、结直肠血液供应良好以外, 对于应用管状吻合器吻合者更要求提出以下几点预防措施: ①手术者必须对管状吻合器性能、操作程序熟悉; 手术前必须作常规的结肠手术前肠道准备; ③手术中必须严密止血, 吻合前必需彻底冲洗盆腔; ④估计在骨盆腔内低位吻合有困难时作经肛管拖出于肛管外作吻合, 对于减少盆腔污染, 防止盆腔感染是一种较为理想的方法。

⑤注意引流管应用及拔除方法; ⑥对于直肠壁肌层较厚, 使用管状吻合器吻合后, 用缝线将肌层或全层加固缝合 4~6 针减少吻合口张力, 亦是预防瘘的一项重要措施。

十四、Rehbein 氏手术治疗先天性巨结肠 2~5 年随访结果

新华医院小儿外科 余亚雄 李衷初 金惠明 刘国华

本文报告 Rehbein 氏手术 32 例。作为术前准备的一个新措施, 是对所有病例在基础麻醉下进行肛门、直肠扩张 2~3 次。手术是经腹结肠、直肠切除术, 远端切断线在腹膜反折下 1cm, 近端尽可能将扩张的结肠切除。如二个切端口径差别不大, 可作一般一层间断端端吻合术; 如二个切端口径悬殊较大, 可按 Rehbein 介绍的分四份均匀分配吻合法。我院对 2 例作了扩张结肠壁部分切除整形后端端吻合术。手术后应坚持肛管一直肠扩张 3~6 月。

手术结果, 本组死亡 2 例。参考国际大宗病例综合分析, 本术的死亡率和近、远期并发症均不比其它手术差, 尤其从来不发生污粪和失禁。

在讨论中, 强调术前、术后肛管、直肠扩张的重要性及其意义: 使部分肌纤维断裂, 克服内括约肌的失弛缓性和残留直肠的痉挛。此术系一般经腹结肠、直肠切除术, 没有 Swenson, Duhamel, Soave 等手术的特殊操作, 普外科医生易于掌握, 有利于推广。

十五、尸体肾移植长期存活若干问题探讨

上海市第六人民医院泌尿科 徐月敏 陈曾德 周永昌 王金如 乔 勇 吴 平
上海市第六人民医院内科 唐令铨

本文报告了我院从 1978 年 3 月~1983 年 12 月的 28 例(42 次)尸体肾移植。移植肾存活

2年以上者10例(35.71%)，其中3年以上7例，4年以上2例，5年以上1例。13例作再次肾移植，有功能肾存活2年以上5例(38.46%)，3年以上3例。结合本组病例，对尸体肾移植长期存活若干问题进行探讨。

一、组织配型与输血对移植肾存活的关系：在国内肾移植工作中，ABO血型相配与淋巴细胞毒性试验是最重要的组织配型。淋巴细胞毒性试验百分率的高低与移植肾的排斥有明显关系。本组病例中因排斥反应而使移植失败者中，细胞毒大于5%的占大多数。混合淋巴细胞培养也是一种测定组织相容程度的试验，本组结果提示低于20%效果较好。移植前输血，能提高移植肾存活率的论点已被众多的文献报道所证实。本组中输血组的存活率也明显占优势。

二、手术并发症对肾存活的影响：本组手术并发症发生4例，3例尿瘘，其中1例输尿管坏死，缺损段长5~6厘米。1例输尿管膀胱吻合口狭窄。尿瘘中1例做肾切除，1例膀胱壁瓣与输尿管吻合，另1例经保守治疗愈合。尿瘘3例中2例在术后3月、2年半内无排斥反应，由于手术并发症使移植失败或肾功能减退。因此，重视预防手术并发症也是提高移植肾存活率的一个关键因素。

三、肾移植后停用免疫抑制药与肾存活的关系：本组有2例肾存活3年半以上，肾功能一直在正常范围，因擅自停服免疫抑制药引起排斥反应，最终导致肾功能减退或衰竭。从这些病人的经验教训，进一步证实了尸体肾移植病人必须终生服用免疫抑制药。

四、再次肾移植与肾存活关系：各种原因导致肾移植失败后，可通过再次移植提高存活率。本组再移植后有功能肾存活率为38.46%，较首次移植(17.85%)明显为高，从本组资料，我们认为：第二次移植肾存活率与首次移植肾的排斥反应有一定关系，首次移植中，急性排斥反应出现频繁者，再次移植效果也差。再次移植肾存活率与失功肾的切除或保留没有关系。

十六、肾癌扩大根治术的初步探讨

(附4例报导)

新华医院泌尿外科 蒋鹤鸣 安世源 叶敏 朱荣璇 盛申耀 何尚志

肾癌是肾脏最常见的恶性肿瘤，占恶性肿瘤的1~3%。肾癌生长非度隐匿，诊断常在晚期作出。手术切除仍为肾癌治疗的主要方法，多主张行根治性肾切除近年来经胸腹联合切口的扩大根治性肾切除已广泛应用于临床，而逐渐成为标准手术。本文报告4例经切除第9肋的胸腹联合切口，在作根治性肾切除的同时，作自膈肌脚到患侧髂总血管分叉水平的腹膜后淋巴结清扫术。介绍了手术步骤与术中注意点，并进行了讨论，认为：(1)本切口暴露良好，并不增加手术的危险性与病发率；(2)容易控制大血管，便于早期阻断肾蒂，而在其起始部结扎肾动、静脉。(3)在切除胃静脉或下腔静脉癌栓时，暴露良好，便于操作；(4)取除可能存在的淋巴结转移，特别是取除肾门与肾门水平的主动脉与下腔静脉间的淋巴结有其重要意义。

十七、172例膀胱癌全膀胱切除回肠膀胱术治疗总结

瑞金医院泌尿科 王瑞伦 郑崇达 程一雄 吴瑜璇 陈弋生*

瑞金医院病理科 陈志让

因膀胱癌作全膀胱切除，尿路改道方法，目前我科均采用 Bricker 氏式作为膀胱切除术后的肠道替代手术。

自 1960 年—1983 年我科共收住膀胱癌患者 592 例，其中施行全膀胱切除 172 例，占 29.1%，男性 139 例，女性 33 例，男女之比为 4.2:1；年龄最小 28 岁，最大 74 岁，50 岁以上 119 例占 69.2%。肿瘤部位：膀胱三角区 59 例，前壁 2 例，侧壁 24 例，顶部 2 例，多发性 52 例，记录不详 33 例。病理分型：移行上皮癌 166 例，腺癌 2 例，鳞癌 3 例，未分化癌 1 例。复发病例：有 43 例因复发施行膀胱全切除，占 25%，复发次数 1~4 次不等。

本文就以下几个问题进行分析讨论：

一、关于全膀胱切除探讨：指出术前膀胱镜的正确判断至关重要，如能正确诊断，则手术时可不必要打开膀胱，从而可避免癌肿播散等并发症。但在某些病例不能做到时，则手术时宜切开膀胱，在直视下作出决定。

二、手术方式方法及优点：膀胱全切除后，一期作肠道替代手术，我科采用腹膜内回肠膀胱术。手术方法从略，重要的一点：近年来我们体会到，应该将输尿管与回肠吻合口置于腹膜外，这样一旦发生尿漏即可从耻上双腔管持续负压吸引中迅速发现并诊断，也可减少因尿漏而引起的腹膜炎。腹膜内回肠膀胱术较腹膜外处理容易，便于青年及进修医师掌握，此外还有以下几个优点：(1) 手术简单。(2) 输尿管扭曲少，甚至可完全顺势，毫无扭曲。(3) 如发生吻合口狭窄，需作整形手术时，腹膜内优越。(4) 膀胱肿瘤中输尿管可切除足够长度，甚至可切至输尿管中段。

三、近期并发症及术后近期死亡原因分析：近期并发症主要有肠痿 5 例，其中 1 例因肠炎并发回肠吻合瘘死亡；直肠损伤 4 例，均愈；尿痿 7 例，2 例经修补，5 例单纯吸引治愈；肠梗阻 3 例；切口感染 30 例，其中窦道形成 7 例，阴道痿 1 例，切口裂开 2 例，尿路感染 10 例等。本组术后住院期间死亡共 11 例，死亡原因主要是癌肿晚期转移(占 7 例)，以及脑血管意外，心血管病衰，肺炎等。因此，我们认为对晚期膀胱癌患者施行膀胱全切除应慎重。

四、远期并发症及随访结果：到 1983 年 12 月，本组共随访到 124 例，其中发生尿道癌 5 例，腹壁癌 4 例，肠梗阻 6 例，输尿管吻合口狭窄 2 例，瘘口周围皮肤糜烂 3 例等。本组随访 5 年以上的远期病例 72 例，19 例已死亡，5 年生存率为 73.6%。19 例死亡原因中癌肿转移占首位共 14 例，其他死亡原因肺炎 2 例，肠梗阻 1 例，尿毒症伴肺炎 1 例，心肌梗死 1 例。

五、回肠膀胱术虽是目前尿流改道中较为满意的方法，但其不能克服的缺点是要安置集尿袋。近年来，我们在部分病员中改用遗弃式灭菌塑料袋，病人都喜采用，因它轻巧方便，不须清洗，且能减少感染的机会，如能进一步改善遗弃式塑料袋的装置和供应，将会受到广大病员的普遍欢迎。

* 本院进修医师