

中国外科年鉴

1988

《中国外科年鉴》编辑委员会 编

人 民 卫 生 出 版 社

1 9 8 8 • 北 京

内 容 提 要

中国外科年鉴是逐年编纂出版的信息密集型专业工具书。本卷内容包括外科基础及创伤、烧伤、整形外科、肿瘤、器官移植、麻醉、普通外科、神经外科、胸外科、泌尿外科、骨科等专业,辟有一年回顾及外科文选两栏目,全面、准确地反映1986年7月1日至1987年6月30日这一年鉴年度期间我国外科各专业以常见病、多发病为重点的基础与临床研究情况,并精选摘录具有较高水平的新理论、新技术、新经验论文,同时附加编者述评。本年鉴的1983、1984、1985、1986、1987各卷均已出版发行。

本书适用于各级医疗院所、医学院校的医疗、教学、科研专业工作者在工作中随时参考。

责任编辑 高 间

中国外科年鉴

1988

《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 35+印张 5插页 831千字

1987年7月第1版 1987年7月第1版第1次印刷

印数: 00,001—2490

ISBN7-117-00747-8/R·748 定价: 34.20元

〔科技新书目190—152〕

《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 | 上海医科大学外科教授 |
| 史济湘 | 上海第二医科大学外科教授 |
| 朱 诚 | 第二军医大学外科教授 |
| 朱 预 | 北京协和医科大学外科教授 |
| 仲剑平 | 第二军医大学外科教授, 编委会副主任委员 |
| 刘植珊 | 第二军医大学外科教授 |
| 吴 珏 | 上海医科大学外科教授 |
| 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 |
| 吴肇光 | 上海医科大学外科教授 |
| 李英祖 | 第二军医大学第一附属医院医教部主任 |
| 张宝仁 | 第二军医大学外科教授 |
| 张涤生 | 上海第二医科大学外科教授 |
| 赵定麟 | 第二军医大学外科教授 |
| 贺宗理 | 第二军医大学外科教授 |
| 高 间 | 人民卫生出版社编审, 责任编辑 |
| 高学书 | 第二军医大学外科教授 |
| 郭恩覃 | 第二军医大学外科教授 |
| 屠开元 | 第二军医大学外科教授 |
| 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 |
| 葛绳德 | 第二军医大学外科教授 |
| 喻德洪 | 第二军医大学外科教授, 编委会副主任委员 |
| 傅培彬 | 上海第二医科大学外科教授 |
| 裘法祖 | 同济医科大学外科教授 |
| 蔡用之 | 第二军医大学外科教授 |
| 熊汝成 | 上海医科大学外科教授 |

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	朱 预
	吴 珏	吴英恺	吴孟超
	吴肇光	张涤生	屠开元
	傅培彬	裘法祖	熊汝成
专科编辑	马永江	王景阳	王福民
	刘植珊	华积德	朱 诚
	仲剑平	陈 汉	何清濂
	周镇万	张宝仁	张晓华
	赵定麟	贺宗理	耿振江
	郭恩覃	喻德洪	葛绳德
编辑助理	吴月珍		

编 者 的 话

中国外科年鉴的编辑出版,目的是为了及时、全面、准确地向国内外读者反映我国外科各专业在最近期间的成就与进展,为医疗、教学、科研工作提供必要的资料和信息,同时也为祖国文化宝库增添连续性的史料图书新品种。自1983年首卷出版以来,现已编撰、出版6卷。

本卷年鉴包括外科基础及创伤,烧伤,整形外科,肿瘤,器官移植,麻醉,普通外科(包括甲状腺、甲状旁腺、乳腺,腹壁、腹腔,肝、胆、胰、脾,胃、十二指肠、空肠、回肠,阑尾、结肠、直肠、肛门,动脉、静脉、淋巴管),神经外科,胸外科,泌尿外科,骨科等内容,辟有一年回顾、外科文选两栏目。

本卷包容了1986年7月1日至1987年6月30日这一年鉴年度内的外科信息,即从142种医药卫生期刊中选出有关外科的学术论文6313篇,再在其中选出40~60%有代表性的论文编成一年回顾,又选出约6%优秀的论文编成外科文选。

一年回顾全面反映本年鉴年度我国外科各专业在临床与基础研究方面以常见病、多发病为重点的进展情况,同时亦收录有关的新理论、新技术、新经验及罕见病例。外科文选所选论文要求内容质量较高,选文不拘一格,不论老年专家或中青年专业工作者的著作,亦不论期刊属于中央或地方级别,凡符合标准的,均予选录。述评是表达编者个人对该文的看法,并酌情介绍其他同类研究的结果及见解,只供读者参考,并非定论。一年回顾的参考文献序号附有星号(*)者,系已选入外科文选。

读者和原作者有何见教望及时提出。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

1987年11月

目 录

一年回顾	1
外科基础和创伤.....	华积德..... 1
烧伤.....	葛绳德..... 8
整形外科.....	郭恩覃 林子豪..... 15
肿瘤.....	周镇万..... 24
器官移植.....	贺宗理..... 38
麻醉.....	王景阳 吴 珏..... 40
普通外科.....	47
甲状腺、乳腺.....	王福民..... 47
腹壁、腹腔.....	王福民..... 65
肝、胆、胰、脾.....	吴孟超..... 70
胃、十二指肠、空肠、回肠.....	仲剑平..... 90
阑尾、结肠、直肠、肛门.....	喻德洪..... 105
动脉、静脉、淋巴管.....	叶必远..... 126
神经外科.....	朱 诚 陈柏林..... 130
胸外科.....	张宝仁..... 147
泌尿外科.....	马永江..... 160
骨科.....	刘植珊..... 184
外科文选	205
外科基础及创伤.....	205
休克.....	205
外科感染.....	205
水与电解质平衡.....	208
手术前后处理及术后并发症.....	209
创伤.....	211
其它.....	212
烧伤.....	215
整形外科.....	223
肿瘤.....	237
器官移植.....	247
麻醉.....	253
基础研究.....	253
休克与复苏.....	258
临床麻醉.....	259
特殊病人的麻醉.....	260

麻醉技术革新·····	261
麻醉期间监测·····	264
普通外科·····	264
甲状腺、甲状旁腺·····	264
乳腺·····	276
腹壁、腹腔·····	289
肝、胆、胰、脾·····	298
胃、十二指肠、空肠、回肠·····	340
阑尾、结肠、直肠、肛门·····	372
动脉、静脉、淋巴管·····	408
神经外科·····	416
基础研究·····	416
颅脑损伤·····	417
颅内肿瘤·····	425
脑血管疾病·····	432
颅神经疾病·····	440
癫痫·····	441
脊髓疾病·····	443
其它·····	444
胸外科·····	445
胸部创伤·····	445
胸膜疾病·····	446
纵隔疾病·····	449
肺部疾病·····	450
食管疾病·····	455
先天性心血管病·····	459
后天性心血管病·····	465
心内直视手术基本方法·····	473
其它·····	477
泌尿外科·····	479
尿路结石·····	479
尿路感染·····	483
肾上腺疾病·····	486
肾脏伤病·····	487
输尿管疾病·····	491
膀胱伤病·····	493
前列腺疾病·····	501
尿道伤病·····	503
阴茎、睾丸伤病·····	508

骨科.....	511
基础研究.....	511
脊柱伤病.....	516
四肢创伤.....	525
一般骨病.....	529
人工假体.....	534
骨肿瘤及肿瘤样病变.....	537
显微外科.....	540
其它.....	547
附录：本年鉴引用的期刊.....	549
索引.....	551

一年回顾

外科基础和创伤

华积德

本年度收集到国内公开刊物发表的有关外科基础和创伤的论著 208 篇。现将主要情况作一回顾。

一、休 克

刘凝慧等^[1]对失血性休克犬的微循环和血液流变学进行研究,发现失血性休克时微循环反应非常敏感,放血后数分钟球结膜微动脉收缩,血流速度变慢,红细胞出现聚集;血液流变学检查,在放血停止后,血液和血浆比粘度、红细胞比容均明显下降,血小板聚集加强,红细胞变形能力在休克一、二小时内明显降低,并有部分红细胞发生皱缩。如能迅速回输血液和生理盐水,微循环和血液流变学各指标都可恢复。夏亚钦等^[2]对失血性休克家兔心肌组织化学进行研究,在休克 2 小时后,心肌儿茶酚胺(CA)含量明显减少以至耗竭,心肌糖原和磷酸化酶大量脱失,部分心肌细胞明显肿胀,说明心肌组织化学受影响较大,导致心脏交感神经功能低下、心肌代谢紊乱,为休克动物死亡的主要因素。王学林等^[3]用超微量改良法对失血性休克家兔的血乳酸进行观测,证明休克前、中度休克、重度休克组之间血乳酸值有高度显著差异,呈递增性动态变化,与血压下降的程度呈平行关系,说明血压下降越显著,组织细胞缺氧越严重。因此,纠正乳酸性酸中毒是治疗休克的重要措施之一。刘凝慧等^[4]用山莨菪碱对失血性休克犬进行实验研究,认为山莨菪碱有保护红细胞形态和维持其性能的作用,能降低血液粘度和抗血小板聚集;其抗休克机制不仅是解痉和改善微循环,而且对血液流变学因素有全面良好的作用。刘延益^[5]报道 3 例创伤后出血性休克,输血,输液后血压不回升时,用抗休克裤能迅速提高血压,一般穿裤后充气 40mmHg,待血压稳定后迅速手术。认为充气后可使下腹部及下肢静脉池内滞留的 800~1000ml 血液迅速转移至中心循环,以保证生命器官的血流灌注,稳定血液动力学状态,为手术和其他治疗创造条件。黄宗海等^[6]对感染性休克时糖皮质激素受体(GCR)变化进行家犬实验和临床病例观察。休克时,GCR水平降低,降低程度与休克程度相关,应用大剂量糖皮质激素(GC)治疗休克,其作用是通过增加激素-受体复合物的生成而维持靶细胞的效应。严恒生^[7]对中毒性休克主张在相对的早期阶段用大量补液治疗,可迅速恢复有效血容量,提高心输出量,迅速稀释儿茶酚胺等神经体液因子在血中的浓度,解除小血管痉挛。在抢救的头 1~2 小时内补充 1500~2500 ml 液体。姚泰等^[8]对中毒性休克犬用山莨菪碱治疗研究其心血管活动效应,表明早期给予山莨菪碱可使左心室收缩压、左室内压最大上升速率和最大下降速率,以及心力环面积都增大,提示山莨菪碱可改善心肌收缩力,可能原因为药物对外周循环的改善或对

心肌的直接作用。还见到用药后肾血流量和尿量都趋向恢复,提示肾脏灌注有改善。汪昌业^[92]报道15例外科难治性休克的防治经验,病因有创伤性休克、烧伤休克和感染性休克。诊断标准是:(1)典型休克征象,舒张压低于50mmHg,持续4小时以上;(2)尿量 $<30\text{ml/h}$, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 4小时以上;(3)意识障碍;(4)积极治疗超过4小时未见明显恢复者。抢救经验:(1)抢救时机要早;(2)补足血容量后努力维持好肾功能及呼吸功能;(3)提升血压在输血、输液、强心、给氧后不奏效时,试用地塞米松500mg静注。应用血管活性药物如多巴胺、间羟胺无效时改用654-2、白蛋白;(4)积极对症治疗,防治并发症,预防心衰、肺水肿和维护器官功能。中毒性休克综合征(TSS)已引起国内重视,这是一种新近认识的以发热、低血压、皮疹、脱屑和多器官功能损害为特征的症候群。殷凯生等^[93]报告1例30岁女性患者,有典型的上述症状和5个器官损害(胃肠道、皮肤粘膜、肾脏、心、肺)。该病为葡萄球菌毒素引起的病变,此例合并ARDS。经应用耐 β -内酰胺酶的抗生素(新青Ⅰ、红霉素等),面罩吸氧,大量糖皮质激素综合疗法而治愈。朱安明^[94]也报道1例22岁男性患者,体温 $\geq 39^\circ\text{C}$,具有弥散性斑状红皮疹。发病1~2周,手掌、脚底脱皮。血压70/50mmHg,用大剂量青、氯霉素和小剂量多巴胺静滴,经4天治疗脱离休克状态,21天痊愈。

二、外科感染

肖庆林等^[95]报道收治的200例小儿颌面部急性淋巴结炎。特点是新生儿占38%,发病急,好发于下颌部。早期控制炎症或促使病灶早期液化并切开引流可缩短疗程。该组全部治愈。王夫等^[96]报告用超短波治疗颈部急性淋巴结炎101例,并与局部药物外敷的126例对照,结果超短波组治疗时间缩短,脓肿形成率低,并能促进脓肿吸收,切开引流率低。超短波还可促进引流后的脓肿肉芽生长,使分泌物减少,加速创口愈合。王慧贞等^[97]对新生儿感染性疾病的体液免疫功能进行观察,分析了住院治疗的61例新生儿皮下坏疽等疾病的患儿血中免疫球蛋白及补体C₃在治疗前后的含量,认为新生儿在急性感染性疾病时,体内的体液免疫系统有其特征性变化。IgM含量变化规律能反映疾病的严重程度和机体的抗病能力,并可作为指导治疗和判定预后的客观指标之一。刘加升等^[98]报道体表脓肿92例,随机抽样分成两组,两组均用切开引流,术后甲组加用青、链霉素治疗,乙组不加用药物,两组体温降至正常时间和创口愈合时间无显著差别。因此认为,对脓肿最有效的疗法是适时切开引流和更换敷料。章继皋等^[99]总结对25例唇痈的治疗体会:(1)必须抓紧疔肿的早期治疗,痈都是早期治疗不够积极有效、炎症失控而发展成的;(2)痈的治疗应尽早、用足量抗生素;(3)唇痈一般不切开引流,粘稠的脓栓可用镊子夹出,3~4天可排尽脓液;(4)加强支持疗法,如增加营养等,重症者用激素。曹秀峰等^[100]报道对面颈部小脓肿取穿刺抽吸、灌洗脓腔后,注入 α -糜蛋白酶普鲁卡因稀释液治疗35例,只需2~3次,7~10天炎症肿块即消失,有效率达91%(32/35)。张锁况^[101]报道臀部脓肿52例,分析其原因以肌肉注射并发感染最多(29例),多为乡村医生肌注所引起,如消毒液配制不准,酒精棉球事前未高压灭菌,不按正规灭菌操作,肌注方法及部位不对,误注非肌注药物。其他原因有脓毒败血症所致臀部转移性脓肿7例,疔肿所致脓肿和寒性脓肿各5例,异物感染4例和损伤感染2例。并认为为了避免医源性感染,应重视乡村医生的轮训工作,提高其技术水平。对于软组织感染的治疗,尚庆英

等^[10]报道用绵白糖治疗组织间隙化脓性感染20例,全部治愈。方法是先切开排脓,清除坏死组织,待伤口干净后,腔内填满消毒的绵白糖,每天一次。肉芽鲜红后填塞绵白糖,外用敷料覆盖创口,不换药,4~6天即可痊愈。其作用原理可能为,渗透作用吸收组织水分,使绵白糖变成饱和溶液,按Vant Holt规律:渗透压=体积克分子浓度×气体常数×绝对温度。计算下来绵白糖渗透压为51.6个大气压。革兰氏阴性菌体内渗透压为5~6个大气压,革兰氏阳性菌为20~25个大气压,细菌在高渗溶液中体内水分逸出,胶体分子间距缩小,呈颗粒状,与细胞膜分离,因而不能生长繁殖。王尔义^[10]报道用蜂蜜于脓腔引流及治疗感染,认为蜂蜜具有高渗作用,还含有转化酶及多种氨基酸,可直接被组织细胞利用,以加速创口愈合,100例统计中,脓肿组56例,有效率为94.6%;创伤伤口组44例,有效率为100%。于德刚等^[31]对32例创伤后严重感染患者,按照内服以扶正气、托毒外出,外治以诱邪外出,去腐生新的基本治则,给病人内服中药清托汤,外用清创合剂,并适时配合西药治疗,治愈率为100%。许立春^[22]用创伤一号治疗指趾感染80例,全部有效。

关于全身性感染,龚经文等^[23]对金黄色葡萄球菌败血症101例进行临床研究,认为影响其疗效的因素有:(1)年龄: >60岁者的3例无一治愈;(2)病程: <10天预后最好, >30天最差;(3)农村患者预后差;(4)原发灶:未发现原发灶者预后差;(5)伴有原发病或夹杂病者预后差;(6)其他有迁徙病灶、两种以上并发症者预后差。路安宇等^[24]报道5例面中部皮肤感染后出现海绵窦血栓形成,主张非手术治疗。应尽早、大量、持续应用抗生素至症状消退二周以上;手术是早期引流或清除面中部原发灶。5例中有眼失明1例,动眼和滑车神经麻痹2例,外展神经麻痹4例。李英^[25]对腹腔源性脓毒血症并发多器官功能衰竭(MSOF)18例进行临床观察,总病死率为33.3%,认为及时发现腹腔内潜在感染灶,充分引流脓腔是使MSOF好转的关键。

关于特异性感染的研究,黄华棠^[26]研究41例破伤风患者血液和脑脊液内有无循环游离毒素存在,经动物实验证实,破伤风病人发病时血内仍存在循环游离毒素,但并无游离毒素的继续产生和累加,故认为TAT应在发病早期应用,病程中无必要反复给药。姜长明等^[27]总结用TAT治疗破伤风70例的经验,用静脉和肌肉注射的40例死亡9例,用鞘内注射的30例死亡2例,认为鞘内注射无不良作用。鞘内注射TAT用量为6000~10000u,一次性腰椎穿刺后注入即可;个别病例如痉挛程度不减,可在7天后再注射一次。曾贱庚等^[28]用中西医结合治疗破伤风179例,病死率为13.41%。中药是在玉贞散及五虎追风散基础上加中药五虫为主的处方,有驱风镇痉、清热解毒的作用,用1~3剂后抽搐即明显减少或停止。对新生儿破伤风的治疗,周汉卿^[29]收治7例,全部治愈,主要是用安定0.1~0.3mg/kg/次,合用复方氯丙嗪1~2mg/kg/次,每3小时交替注射,加用TAT静滴和脐周封闭。乔汉臣等^[30]综合报告235例,死亡率为25.96%。认为降低发病率的关键是杜绝旧法接生;治疗应采取综合治疗,抗毒素应尽早给予,以安定为主联合用其他中药和西药解痉以控制抽搐,脑缺氧、中枢性呼吸衰竭或循环衰竭者用654-2或东莨菪碱。

关于气性坏疽,李主一等^[31]报道了130例战伤性气性坏疽的治疗经验。认为采用外科处理为主,辅以高压氧治疗最为有效。确诊后果断地进行早期手术,基本方法是广泛切开减压,彻底清创,敞开伤口,充分引流,危及生命或保留无望的肢体应及早截除。

坏死性筋膜炎是以筋膜和皮下组织广泛坏死为主的严重化脓性感染。时德等^[31]报道6例,均为创伤和手术创口严重感染所引起,细菌主要是溶血性链球菌、大肠杆菌和厌氧菌。治疗应将坏死组织及筋膜尽早作广泛切除。死亡2例均合并败血症。赵松生^[32]报道1例女性面部被人咬伤后并发坏死性筋膜炎,此种伤因甚少见,发病原因与初期清创处理不彻底有关。冯明煜等^[33]报告1例进行性细菌协同性皮肤坏死,为一种并发于肢体外伤后的创口感染。认为本症皮肤坏死多在伤后1~2周,开始皮肤呈痈样肿胀,剧痛,迅速扩大,中央区出现皮肤坏死,并不断向外扩展,伴严重脓毒血症。治疗是用大剂量青霉素,全身支持疗法,彻底切除坏死皮肤和深筋膜,延期植皮。

三、水与电解质平衡

向贵^[34]报道了45例外科患者的低镁血症,其诊断标准是血清镁低于 1.38mmol/L 或尿镁低于 $3.9\text{mmol}/24\text{h}$,心电图有T波振幅增宽或呈尖刺状,或T波双峰呈裂开状或T波平坦、倒置,有乏力、嗜睡、肌张力减退等。治疗以硫酸镁 5g 加入葡萄糖水 500ml 内静滴,3~4天可恢复正常。严重者治疗一周后,血、尿镁均恢复正常。

四、外科营养

李书隼等^[35]报道全胃肠外营养(TPN)9例,简化了操作,便于推广。方法及优点是:(1)为防止感染,采用皮下隧道,将普通硅胶管经颈外静脉插入上腔静脉,导管另端经隧道引出皮肤;(2)用串联式密闭输液,同样可达到正氮平衡;(3)可不必需常规应用胰岛素,用逐渐增加糖的入量法以刺激内源性胰岛素的产生。蒋朱明等^[37]研究了手术创伤或感染患者应用脂肪和糖双能源TPN支持时的代谢效应及创伤或感染时对脂肪廓清的影响。结果所有接受双能源TPN支持和接受脂肪廓清试验的病例,临床上都无副作用,4例长期应用双能源TPN治疗,均获得满意的正氮平衡。李黎等^[38]对外科一个病房20205瓶输液治疗中发生的50次热原反应作了临床研究和实验室观察,认为改进TPN营养液的混合技术,用一次性使用的封闭式输液管,另外使用输液滤器以除去微粒,均能有效地降低热原反应的发生率。

五、呼吸窘迫综合征和多器官功能衰竭

周元国等^[39]研究了血栓素(TXA_2)、前列腺环素(PGI_2)在实验性呼吸窘迫综合征(RDS)中的变化和相互关系,并比较了肺动脉、左心房血浆和肺组织中的含量变化。结果提示:(1) TXA_2 和 PGI_2 在油酸ARDS模型中显著增加;(2)血浆中与肺组织中的值有时不一致;(3) $\text{TXA}_2/6\text{-酮PGF}_{1\alpha}$ 在ARDS的发病机理中可能有重要作用。陈聪连等^[40]报告山莨菪碱治疗实验犬ARDS 72小时后肺超微结构的观察。显示山莨菪碱能减轻肺水肿,但可见犬毛细血管内中性粒细胞聚集;肺泡或肺泡管上皮表面有透明膜形成。前者提示犬RDS 72小时血中 C5a 可能仍有一定含量,它似乎不受山莨菪碱治疗的影响;后者的组成成份主要是纤维蛋白。透明膜形成处可见I型上皮细胞胞浆呈局灶性坏死。李金翰^[41]报道18例ARDS,住院病死率为38.8%。认为早期诊断是对有可能发生ARDS的患者严密监测其呼吸频率,连续作血气测定,拍胸片并观察氧疗反应,计算 A-aDO_2 以及 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 、 $\text{A-aDO}_2/\text{PaO}_2$ 或肺内右至左分流率。治疗以早期给氧疗、给

予足量皮质内固醇,适当控制液量及防治并发症,并针对病因进行治疗。张钟灵等^{〔12〕}收治MSOF160例,总死亡率为41.2% (66/160),2个器官衰竭死亡率10% (4/40),3个器官衰竭死亡率25.4% (14/55),4个器官衰竭死亡率65.1% (28/43),5个器官衰竭死亡率90.9% (20/22)。各器官功能损害发生率:心力衰竭72.5% (116例),循环衰竭61.2% (98例),呼吸衰竭59.3% (95例),脑水肿或脑疝53.1% (85例),肝功能衰竭21.8% (35例),肾功能衰竭5% (8例)。

六、手术前后处理及术后并发症

王德生^{〔13〕}报道急性及慢性普外科疾病的糖尿病患者39例的术前术后处理,认为血糖控制在150~250mg/dl为手术安全期,血糖在140~200mg者,一般用胰岛素12~16u/日,200~300mg者用16~24u/日,300~400mg者用20~40u/日,400mg以上者用40u/日。有感染者用量加大。此外,在术中避免全麻,术后应用胰岛素维持量并注意预防感染。庄清萍等^{〔14〕}报道外科病人伴糖尿病者51例,48例行手术治疗,认为糖尿病可增加手术的并发症,术后切口感染和切口愈合不良者占27.08% (13/48)。因糖尿病及其并发症使14例病人平均延长住院期32天。作者认为轻型糖尿病术前作适当控制均可耐受手术。重型者要精确计算胰岛素用量,使尿糖控制在-~+,血糖控制在150mg%水平以下方可手术,并注意酸碱平衡。如高于上述标准而行急症手术,应用生理盐水加适量胰岛素静脉滴注以迅速纠正高血糖和酮症。李秀松等^{〔15〕}对血友病患者22例33次手术进行分析,认为手术时的内科处理主要为替代疗法,且在术前、术后必须补充新鲜血、血浆或/和血浆制品。该院用中纯因子Ⅷ制剂(即AHG浓缩制剂)作替代治疗用。将血友病病例分为拔牙、大手术、小手术三组,如术前诊断明确,并进行合理替代治疗,疗效较好,即使重型患者,术后创面愈合大多只需15~30天。术前、术中必须动态测定Ⅲ:C或Ⅷ:C水平,以替代疗法使缺乏的凝血因子保持适当水平,才能使病人安全地进行手术。王代科等^{〔16〕}对普外科常见手术459例应用抗生素问题进行对比分析,认为普外科清洁切口不必要预防性应用抗生素;污染切口应预防性使用抗生素。预防性应用抗生素需结合不同手术部位来选择。胃肠道手术用氨基糖甙类如丁胺卡那霉素或庆大霉素加甲硝唑,而非胃肠道手术则选用青霉素加庆大霉素较合理。江启俊等^{〔17〕}分析小儿外科术后感染209例,以切口感染最多,占全部感染的48.7%;其次为呼吸道感染、腹膜炎、尿道感染、胆道感染、残余脓肿、骨髓炎、脓毒血症、败血症等。刘仁庆^{〔18〕}报道腹部切口裂开30例,其发生率为0.18%,病死率为10%。发生于40岁以上者占83.3%;急症手术较择期手术为多,发生时间平均为9.2天。发生原因早期裂开多为技术性的,晚期多为代谢性的。关键是预防其发生,即做好患者术前准备,术中要正规操作;一旦发生,应立即手术,重新缝合。

七、创 伤

华积德^{〔19〕}调查上海市解放后历年交通事故伤亡情况,发现创伤危害性在加重,体现于:(1)损伤人数逐年增多;(2)损伤程度加重。80年代初死亡数为60年代初的5.7倍,重伤数为2.6倍,轻伤数为25倍。又调查上海市急救站工作情况,1984年日平均出车次数比1954年多4倍,也说明急救工作量在增加。但急救工作就全国来说还处于落后状态,

缺乏全国统一的急救网和学术团体,应引起国家重视。王正国等^[50]用光镜和电镜检查研究犬弹片伤后伤道早期的形态学变化,结果表明:弹片伤大多数为盲管伤;损伤程度与弹片撞击速度有关,高速投射物伤的伤道呈喇叭形,组织损伤呈不规则和不均匀性,“跳跃式”或“相嵌式”分布。这可能与小弹片的稳定性差及截面密度较大有关。实验证明:高速小弹片的致伤力很强,致残率比枪弹伤高。此外,弹片伤多为多发伤,治疗上更加困难,应据此特点清创。李彦等^[51]研究了100例战伤伤员的气血及酸碱内稳态,并与100例择期手术病人对比,伤员组的动脉血氧合状态(PaO₂)、血氧饱和度(SaT)、动脉血总氧含量(O₂CT)和血红蛋白均显著低于对照组,10%发生ARDS,认为严重缺氧是发生ARDS的原因和结果,故提出应及时纠正贫血和改善肺功能。发生碱血症者36例,pH7.482±0.004(7.455~7.556),强调不应单纯依靠HCO₃⁻、SB和CO₂结合力套入公式输入碱性药物,以防止医源性碱中毒。刘沂等^[52]报道创伤周身合并症213例,以创伤性休克最多,其次为ARDS和脂肪栓塞综合征,其他有挤压综合征和急性肾功能衰竭、感染性休克和败血症,需对这些并发症进行预防和及时诊治。郭峰等^[53]研究了战伤伤员早期的免疫功能,证明创伤后急性出血性贫血与免疫功能低下以及易被细菌感染关系密切,应提高机体康复能力,降低细菌感染率。实用外科杂志在1987年7卷6期重点讨论了多发创伤的诊治问题。刘振聪^[54]报道150例多发伤救治体会,生存率为93.3%。经验是:(1)接诊外伤患者时,应重视体内器官损伤,不轻易放走伤员;(2)群体受伤时应及时处理每一伤员,不顾此失彼;(3)多部位损伤时要首先处理致命性损伤,不忽视合并伤的处理;(4)非手术治疗时应严密观察病情;(5)剖腹探查应全面仔细,不忽略隐蔽性损伤;(6)处理腹内多器官损伤时,应分别轻重缓急;(7)警惕术后发生多器官功能衰竭,不失时机地逐一处理。徐晞等^[55]报告处理90例多发伤的经验教训,认为:(1)紧急救治要抓住主要矛盾,在较短时间内做好准备并采取果断的治疗措施,甚至就地组织抢救。曾有3例在条件极差的矿井口保健站和医务室施行剖胸和剖腹手术获得成功;(2)对腹部伤的诊断认为在基层医院最实用的是病史和体检、X线拍片和腹腔穿刺。44例腹部伤根据上述方法全部确诊。丁义涛等^[56]报道抢救5例肝后段下腔静脉损伤,3例成功,2例死亡。成功关键是迅速判断及时显露肝后间隙。如肝外伤大出血阻断肝门后仍可见大量血液自肝后间隙涌出,应为肝段下腔静脉伤,以Pringle法间歇阻断肝门后,将肝脏压向后腹壁,迅速离断肝圆韧带、镰状韧带、右三角韧带及右冠状韧带前后片、右侧肝肾、肝结肠韧带后,将肝右叶向左前方翻转,迅速填塞肝后间隙,阻断腔静脉裂口后,以3-0无损伤线修补静脉壁。卜广全^[57]也报道救活一例肝破裂伴肝后下腔静脉损伤伤员,经验是快速输血、紧急剖腹,确诊后迅速用纱布填塞压迫止血,果断行半肝切除以显露下腔静脉,再用手填塞下腔静脉破口,钳夹修补破口。廖钜梓^[58]报道多脏器伤时胰腺损伤20例的误诊教训。原因是:(1)胰腺伤发生率低;(2)位于腹膜后,症状体征均不典型,外科医师警惕性不高;(3)伤情多甚重,术前只顾全身性抢救,易忽视具体损伤器官;(4)未作血、尿、腹腔穿刺液胰淀粉酶测定;(5)术中对胰腺伤局部表现认识不清,满足于探查游离器官损伤。

八、其 它

雷建等^[59]报道60岁以上老年病人普外手术300例,占手术者总数的21.2%。术后死

亡率随年龄增高,原因为手术加重了原发病和术后并发症。其中心血管系统并发症最多,呼吸系统次之。急诊手术高于择期手术。总死亡率为15.0%。因老年人重要脏器多有退行性变化,故其脏器功能及储备代偿力均降低。陈惠德等^{[90]*}介绍外科重症病房(SICU)抢救危重患者30例的经验,收治病种为:(1)创伤和术后重要脏器功能衰竭伴有严重心律失常;(2)严重创伤复苏后患者;(3)各种难以纠正的休克及并发症;(4)严重代谢紊乱、体液及电解质失衡;(5)高危患者。住SICU时间为1~37天,平均7.3天。病死率:高危患者常规术后监测无死亡,急诊抢救为47.3%(9/19)。刘庆勋等^{[91]*}报告原发性血小板减少性紫癜(ITP)急性期或慢性期急性发作伴大出血10例的治疗经验。在大量激素、止血药、输新鲜血等治疗1~3天不见好转仍严重危及生命者,行紧急切脾治疗,无手术死亡,远期基本治愈6例,缓解3例,复发死亡1例。认为紧急切脾虽有风险,但能挽救病人生命。术中快速切脾后渗血即可停止,但术中术后应用氢化可的松。杨志煊等^{[92]*}报告氟碳人造血液的实验研究和临床应用经验。氟碳人造血液为一种具有良好载氧功能的氟碳乳剂(FCE),有I号和II号。I号FCE的主要成份是全氧三丁胺;II号FCE是全氟萘烷与全氟三丙胺的混合乳剂。FCE的毒性极低,小鼠急性毒性(LD₅₀)为30g/kg以上,特殊毒性试验未见有致畸、致癌和致突变作用。其载氧能力优于目前的血浆代用品。临床应用有升高血压、PaO₂,增加血氧含量和节减输血量的作用。但输注后可引起网状内皮系统和免疫系统功能暂时抑制。结果提示FCE可用于术中代替输血,治疗缺血性脑血管病和作为移植肾的保养液。该作者^{[93]*}还报告FCE用于12例创伤失血性休克患者,失血量为500~6000ml,术中输注FCE量为500~1000ml,其中9例因失血过多还另输库血300~2700ml。输注后未见不良反应。优点是FCE原料系工业合成,来源不受限制;输注时不查血型,便于急救用;无输血反应。但输注量一般不宜超过30ml/kg,血流中停留时间较短。丁训诚等^{[94]*}用大鼠实验以研究FCE的体内代谢变化。所用的是II号FCE,包括纯度为99%的全氟萘烷(FDC)和纯度为96%的全氟三丙胺(FTPA)。注射后第一天肝内含量最高,随时间逐渐降低,到56天时仅为第一天的1/5左右。FDC与FTPA在肝脾中的半衰期为64天。肝内由注后第21天、脾内由注后第42天起,FDC/FTPA值<1,说明FDC在体内消失比FTPA快。

陆松敏等^{[95]*}在犬后肢扎止血带以比较橡皮管、环绕充气和局部充气三种止血带的某些生化效应。结果表明橡皮管止血带可使肢体高度缺氧,严重酸中毒,使血清钾、血清肌酸磷酸激酶、碱性磷酸酶成倍升高,说明应用后肢体有严重的细胞损伤。环绕充气止血带略优于橡皮管止血带,而局部充气止血带比较安全可靠,战时应用较理想。刁有芳等^{[96]*}研究ET-1型止血带对平时创伤52例的止血效应。此止血带宽4.5cm,长110.0cm,厚1.5mm。因此止血带较宽、薄,结构简单,易消毒,携带和操作方便,重量轻,可替代橡皮管止血带供战地自救互救使用。

参 考 文 献

1. 刘凝慧,等. 徐州医学院学报 1986; 6(4):199.
2. 夏亚钦、文琛. 解剖学杂志 1986; 9(3):175.
3. 王学林,等. 哈尔滨医药 1986; 6(4):25.
4. 刘凝慧,等. 徐州医学院学报 1986; 6(4):205.
5. 刘延益. 山东医药 1987; (2):44.
6. 黄宗海,等. 中华外科杂志 1987; 25(4):245.
7. 严恒生. 中国农村医学 1987; (5):11.
8. 姚泰,等. 中西医结合杂志 1986;

6(11):679. 9*. 汪昌业. 中级医刊1987; (2):21. 10 殷凯生, 等. 中华结核呼吸系疾病杂志1986; 9(6):380. 11. 朱安明. 新医学1987; 18(2):76. 12. 肖庆林、廖桂榕. 广西医学1986; 8(6):293. 13. 王夫, 等. 中华理疗杂志1987; (2):103. 14*. 王慧贞, 等. 中华小儿外科杂志1986; 7(3):131. 15. 刘加升、黄厚明. 中国农村医学1986; (4):14. 16. 张继皋, 等. 同上1986; (4):43. 17. 曹秀峰、马群. 同上1986; (4):17. 18. 张锁况. 同上1986; (4):26. 19. 尚庆英, 等. 中华小儿外科杂志1986; 7(3):176. 20. 王尔义. 延边医学院学报1986; 9(3):171. 21. 于德刚, 等. 中西医结合杂志1986; 6(7):413. 22. 许立春. 中西医结合杂志1986; 6(11):695. 23. 龚经文, 等. 陕西新医药1986; 15(10):31. 24. 路安宇、韩光升. 蚌埠医学院学报1986; 11(4):270. 25. 李英. 实用外科杂志1986; 6(10):533. 26. 黄华棠. 天津医药1986; (7):241. 27. 姜长明、诸葛士功. 临床医学1987; 7(2):99. 28. 曾贱康、王海生. 中西医结合杂志1987; 7(5):296. 29. 周汉卿. 中国农村医学1987; (3):24. 30. 乔汉臣, 等. 实用儿科临床杂志1986; 1(3):29. 31*. 李主一, 等. 中华外科杂志1986; 24(10):580. 32. 时德、林春业. 同上1987; 25(1):38. 33. 赵松生. 临床口腔医学杂志1987; 3(1):22. 34. 冯明煜, 等. 实用外科杂志1986; 6(9):498. 35*. 向贵. 同上1986; 6(11):591. 36. 李书隼, 等. 同上1986; 6(10):523. 37*. 蒋朱明, 等. 中华外科杂志1987; 25(2):110. 38. 李黎, 等. 同上1987; 25(1):34. 39. 周元国, 等. 第三军医大学学报1986; 8(3):246. 40. 陈聪连, 等. 同上1986; 8(4):301. 41. 李金瀚. 第四军医大学学报1987; 8(1):46. 42. 张钟灵, 等. 中国急救医学1987; 7(1):9. 43*. 王德生. 安徽医学1986; 7(6):4. 44*. 庄清蒞、王德昭. 临床医学杂志1987; 3(3):154. 45*. 李秀松, 等. 中华血液学杂志1986; 7(11):660. 46*. 王代科, 等. 四川医学1987; 8(1):14. 47. 江启俊, 等. 中华小儿外科杂志1986; 7(3):151. 48*. 刘仁庆. 实用外科杂志1987; 7(4):203. 49. 华积德. 中国急救医学1986; 6(4):41. 50. 王正国, 等. 第三军医大学学报1986; 8(3):255. 51. 李彦, 等. 中国急救医学1986; 6(6):封2. 52. 刘沂、姚阁宁. 同上1986; 6(4):3. 53*. 郭峰, 等. 中国免疫学杂志1986; 2(9):222. 54. 刘振聪. 实用外科杂志1987; 7(6):295. 55. 徐晔、唐剑星. 同上1987; 7(6):299. 56. 丁义涛, 等. 同上1987; 7(6):301. 57. 卜广全. 同上1987; 7(6):316. 58. 廖鉅梓. 同上1987; 7(6):335. 59*. 雷建、侯树藩. 广州医药1986; (5):248. 60*. 陈惠德, 等. 实用外科杂志1987; 7(1):27. 61*. 刘庆勋, 等. 临床医学1987; 7(1):38. 62. 杨志焕, 等. 重庆医学1987; 16(3):1. 63*. 杨志焕, 等. 中国急救医学1987; 7(3):45. 64*. 丁训诚, 等. 中华血液学杂志1986; 7(8):459. 65. 陆松敏, 等. 解放军医学杂志1987; 12(1):43. 66. 刁有芳, 等. 第三军医大学学报1987; 9(1):69.

烧 伤

葛绳德

一年来, 我国烧伤外科专业在继续发展。此间, 东北三省和广东省分别在大连和韶关召开会议, 成立了中华医学会烧伤外科学会省级分会, 同时还召开了省烧伤学术交流会议。省级烧伤外科学术组织的建立对烧伤专业的发展将起到推动作用。人民解放军在北京举行了全军第11届烧伤学术交流会议^[1], 地方代表参加了会议。

本年度在国内医学杂志上发表的烧伤学术论文共84篇。论文介绍了烧伤的临床救治

经验和实验研究成果,内容丰富,反映了一年来的进展。现就有关部分作简要回顾,并将13篇列入文选。

一、概 况

一年来,全国从事烧伤临床工作的医护人员抢救了众多危重烧伤伤员。有些单位介绍了抢救经验^[2~4]。田福泉等^[5]总结了20年中收治的5448例烧伤伤员,其中死亡308例,死亡率为5.65%。

成批烧伤的抢救工作受到重视。穆学夏等^[6]总结了成批烧伤救治的经验。重点提出强有力的指挥,及时适当的休克复苏,有计划地及时处理深度创面,合理应用抗生素,加强消毒隔离制度等,是在抢救成批烧伤伤员中搞好组织工作和医护工作的关键。葛绳德^[7]提出对灾祸性烧伤事故应有所准备,建议组织平战结合的烧伤救治网。灾祸性烧伤事故的救治往往超越一般医院的能力,需要动员较多的人力物力才能完成救治任务。因而提出灾祸性烧伤事故的救治是社会医疗问题,需要动员社会力量去支援抢救。有时要组织军民协作以增强力量。烧伤救治网要有完善的指挥系统,以便组织现场急救、后送转院、扩大病房、建立医院(指紧急展开的帐篷医院、充气篷医院或空运简易医院等),保证药品器材供应、通讯联络、和交通运输等,以支援和配合医护抢救。医护救治要组织伤员分类,实行分级阶梯治疗。烧伤救治网应在平时制订好抢救预案,组织专业培训,模拟灾祸性烧伤事故的抢救演习。烧伤救治网将对平时和战时的灾祸性烧伤的救治产生积极影响。

小儿和老年烧伤的救治均受到重视。艾深海^[8]总结了25年中收治的4651例烧伤,其中小儿烧伤1255例,占26.95%。为适应小儿烧伤救治的特点,更好地把握治疗,提出小儿烧伤分类(表)。杨贺友^[9]总结了26年中收治的1876例烧伤,其中年龄在60岁以上者有64例,占3.41%。治愈55例,治愈率达85.9%。治愈组平均年龄为66.88岁,而死亡组则为71岁。有29例发生并发症,达64例次。并发症以败血症、贫血和休克多见。心电图异常率为88.09%。老年人血锌、铜和铁等均低,烧伤面积越大、程度越深,锌和铜的血清浓度愈低,持续时间也愈久。老年病人组死亡9例。因败血症致死者7例,可见老年烧伤的突出致死原因为败血症。认为老年烧伤治疗应注意及早手术,防止血容量变化,保证机体内环境稳定,和注意补锌,以促进愈合。

表 小儿与成人烧伤严重程度标准

	烧伤严重程度(面积%)			
	轻度	中度	重度	特重
小儿	<10	10~30	30~50	>50
成人	<30	30~50	50~70	>70

有关妊娠期烧伤,李洁英等^[10]报道了治疗经验。指出大面积深度烧伤易致早产或流产,抵抗力降低易致感染,致使病情复杂,增加治疗难度。强调早期复苏补液,使母体免于发生低容量性休克,以防胎儿缺氧。Ⅱ度焦痂宜及早切除,以预防感染。母体治疗用药应考虑对胎儿的影响。胎儿预后多与母体妊娠周期和烧伤严重程度有关。妊娠32周