

1987

中国
外科
年鉴



中国外科年鉴

1987

《中国外科年鉴》编辑委员会 编



人 民 卫 生 出 版 社

1987 • 北 京

责任编辑 高 间

中国外科年鉴

1987

《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)

外文印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 39印张 5插页 916千字
1987年12月第1版 1987年12月第1版第1次印刷
印数: 00,001—3 420

ISBN 7-117-00263-8/R·264 定价:11.05元

统一书号: 14048·5532

〔科技新书E153-64〕

《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 | 第二军医大学外科副教授 |
| 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 |
| 李英祖 | 第二军医大学第一附属医院医教部主任 |
| 张涤生 | 上海第二医科大学外科教授 |
| 贺宗理 | 第二军医大学外科副教授 |
| 高 间 | 人民卫生出版社编审 |
| 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 |
| 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 | 上海第二医科大学外科教授 |
| 裘法祖 | 武汉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	张涤生
	屠开元	傅培彬	裘法祖
	蔡用之	熊汝成	
专科编辑	马永江	王景阳	王福民
	华积德	刘植珊	朱 诚
	仲剑平	吴孟超	周镇万
	张宝仁	张晓华	贺宗理
	高学书	耿振江	郭恩覃
	喻德洪	葛绳德	赵定麟
编辑助理	吴月珍		

编 者 的 话

《中国外科年鉴 1987》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，以便读者利用较少时间，了解我国外科领域的全面情况。

《中国外科年鉴 1987》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、腹腔、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、外科文选两栏目。本卷年鉴使用的材料选自正式出版并公开发行的 133 种医学杂志和医学院校学报的论文共计 6378 篇。选材时限自 1985 年 7 月 1 日始，至 1986 年 6 月 30 日止。

在总结经验的基础上，为了适合读者需要和缩短出书周期，对原有栏目作了调整，省去了专家论坛、医界人物、大事记要和出版动态等四个栏目。

本年鉴自创刊以来已经五年，在此期间得到了广大编者与读者的热情支持与帮助，谨表谢意。

本卷年鉴编辑期间所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

1986年12月

编辑凡例

一、本书包括外科基础及创伤、烧伤、整形、肿瘤、器官移植、麻醉、普通外科、神经外科、胸外科、泌尿外科和骨科等问题，分设一年回顾、外科文选两栏目。

二、一年回顾 反映本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（共 133 种，期刊名称详见附录）。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、本卷年鉴收集论文资料的时间，自 1985 年 7 月 1 日起，至 1986 年 6 月 30 日止。

五、一年回顾的参考文献附有星号（*）者，系已选入外科文选。

目 录

一年回顾	1
外科基础及创伤	华积德··· 1
烧伤	方之杨··· 8
整形外科	郭恩覃 高学书··· 13
肿瘤	周镇万··· 22
器官移植	贺宗理··· 30
麻醉	王景阳··· 32
普通外科	35
甲状腺、甲状旁腺、乳腺	王福民··· 35
腹壁、腹腔	王福民··· 53
肝、胆、胰、脾	吴孟超··· 58
胃、十二指肠、空肠、回肠	仲剑平··· 70
阑尾、结肠、直肠、肛门	喻德洪··· 82
动脉、静脉、淋巴管	仲剑平 叶必远··· 101
神经外科	朱 诚 陈柏林··· 103
胸外科	张宝仁··· 121
泌尿外科	马永江··· 131
骨科	刘植珊··· 149
外科文选	164
外科基础及创伤	164
休克	164
外科感染	168
外科营养疗法	170
外科并发症	173
创伤	174
其它	177
烧伤	179
整形外科	187
肿瘤	201
器官移植	211
麻醉	216
新技术和新药	216
休克与心肺脑复苏	219
心血管手术麻醉	221
临床麻醉	224
其它	230
普通外科	231

甲状腺、甲状旁腺·····	231
乳腺·····	255
腹壁、腹腔·····	271
肝、胆、胰、脾·····	281
胃、十二指肠、空肠、回肠·····	329
阑尾、结肠、直肠、肛门·····	368
动脉、静脉、淋巴管·····	424
神经外科·····	432
颅脑损伤·····	432
颅内肿瘤·····	437
脑血管疾病·····	452
癫痫·····	464
颅神经病变·····	467
脊髓疾病·····	469
胸外科·····	472
胸部创伤·····	472
胸壁疾病·····	473
胸膜疾病·····	474
纵隔疾病·····	476
肺部疾病·····	477
食管疾病·····	486
心脏外科·····	496
体外循环及心内直视手术并发症·····	507
泌尿外科·····	515
基础理论·····	515
尿路结石·····	519
泌尿外科诊治方法·····	523
肾上腺·····	527
肾脏·····	528
输尿管·····	533
膀胱·····	531
前列腺·····	541
阴茎、精索、睾丸·····	543
尿道·····	546
其它·····	550
骨科·····	556
基础理论·····	556
创伤·····	563
骨病·····	573
骨肿瘤·····	591
断肢再植、显微外科·····	594
其它·····	596

一年回顾

外科基础及创伤

华积德

一年来有关外科基础理论与实践方面的文献共收集到 305 篇, 现综述如下。

一、休 克

关于感染性休克的实验研究, 石一鸣等^{[1]*}用精制灵杆菌内毒素复制成狗的内毒素性休克, 探讨血浆组胺、儿茶酚胺含量与血液动力学和微循环变化的关系。结果证实, 注入内毒素后, 很快促使组胺大量释放, 引起微循环扩张、淤血, 外周阻力下降, 回心血量减少, 导致动脉血压急剧降低, 引起反射性去甲肾上腺素和肾上腺素释放增多, 使微、小动脉收缩, 外周阻力升高, 血压有所回升。但由于微静脉和毛细血管持续性扩张、淤血, 因此血压和心输出量始终降低, 甚至导致动物死亡。贺石林等^{[2]*}用大剂量大肠杆菌内毒素复制成狗内毒素休克, 探讨血红蛋白 (Hb) 变化及其意义。结果证实注射后 Hb 含量显著升高 ($P < 0.01$), 表明有血管内溶血。由于 Hb 含量与血清谷草转氨酶、组织蛋白酶及酸性磷酸酶呈正相关, 提示 Hb 与这些酶活性改变相似, 反应单位膜受损的程度。鉴于内毒素注入后动物 24 小时存活率与 Hb 含量呈负相关, 故 Hb 测定对内毒素休克的监测具有参考意义。袁晓泉等^{[3]*}观察感染性休克狗的酸碱平衡和血乳酸、丙酮酸的变化, 严重感染后最先发生呼吸性碱中毒, 以后随着呼吸功能受损程度的不同而有不同的发展趋势。肺损害不严重者将不出现呼吸性酸中毒, 损害严重、有通气衰竭者将转为呼吸性酸中毒。在呼吸性酸碱失衡的基础上随着休克的发展还会出现代谢性酸中毒。并认为缺氧不是血乳酸增加的唯一原因。袁晓泉等^{[4]*}观察了感染性休克对肺功能和氧传递指标的影响。休克早期氧耗量增高, 晚期明显下降, 表明细胞氧化代谢严重抑制, 早期心指数主要随氧耗量而变化, 提示心功良好, 在心排出量增加时, 动静脉血氧含量差缩小, 后期心指数与氧耗量呈正相关, 提示全身代谢抑制与心功能明显减退互为因果。随着休克发展, 氧摄取率下降, 显示组织细胞摄氧功能严重受损。故抗休克时保护和改善细胞功能非常重要。高玉娥等^{[5]*}用家兔实验, 在出血性休克和内毒素休克时肝、脑、心、肾、肌肉等组织内钠、钾含量的变化表明: (1) 两种休克时脏器组织内钠、钾含量变化基本一致; (2) 肝、脑变化明显, 可能由于肝、脑组织对缺氧毒素等作用比较敏感有关。周恒仁等^{[6]*}用平衡盐液对 36 只狗进行出血性休克的实验研究认为, 早期抗休克中及时

补入大量平衡盐液,有利于机体血容量恢复、降低血液粘稠度、促进血液循环、排出酸性代谢物质的作用。但失血量在50%以上者,需补充适量全血及血浆蛋白以利机体恢复。夏学德等^[7*]用快速大量输液与茛菪类药物联合治疗出血性和感染性休克34例,并与单纯快速大量输液组36例对照。联合治疗组死亡率5.88%,认为茛菪类药物组能降低血粘度,对肾有良好影响。临床报道有些药物用后可发生过敏性休克。邵梦扬等^[8]报道1例食管癌用平阳霉素静滴2分钟发生过敏性休克死亡;陈万扬^[9]报道1例怀疑肾积水用76%泛影葡胺20ml静注后7分钟过敏死亡,此例用前过敏试验阴性。所以,对有过敏体质者,在用药时应防止过敏性休克,一旦发生,应及时抢救。

二、感 染

汪复等^[10]研究了医院内感染,在一教学医院部分病区重点调查185例患者,院内感染占患者总数的24.3%,大多发生在严重原发疾病或免疫缺陷的基础上,病原菌由革兰氏阴性杆菌引起者占82%。为探讨院内感染的有效抗生素治疗,对上海地区医院致病细菌504株常用抗生素敏感试验证明绿脓杆菌对氧哌嗪青霉素、庆大霉素、丁胺卡那霉素仍敏感。刘胜文等^[11]调查了9626次无菌切口,总感染率为0.3%,其中外科感染率为0.16%,多发生在术后4~10日,11月份最高,金葡萄菌占42.1%。中国急救医学杂志^[12]综合了6个省、县级医院2001例普外患者术前备皮不剃毛,感染率为4.9%,而对照组1663例剃毛者,感染率为7.8%,认为不剃毛切实可行,只要毛发不影响手术操作,注意清洁皮肤即可;不剃毛省事、简便、省物,深受病人欢迎。江启俊等^[13]总结14年小儿外科6071例手术,在术后感染者209例,其中切口感染102例。无菌切口感染为全部手术人数1.87%。感染细菌头5年以革兰氏阳性球菌最多,其次为大肠杆菌、绿脓杆菌;近4年则大肠杆菌明显增加,变形杆菌及爱德华杆菌稍增多。贾晓明等^[14]对感染肉芽创面组织细菌定量培养,以探索细菌量与植皮成活的关系,凡创底菌量 $>10^7$ /g组织,则植皮成活率急剧下降20%以下。如通过术前认真换药,术中彻底清创,使创底菌量控制在 $<10^7$ /g组织,可获得更高的植皮成活率。唐银等^[15]对厌氧菌培养采用四种方法送检以资对比研究,结果半固体琼脂培养基送检法阳性率明显高于液体培养基、无菌干空针与无菌干空管。认为使用半固体琼脂培养基,直接在患者床旁采样,接种于培养基内,便于在室内环境下分离鉴定,收集、操作简便。宋印章等^[16]收集27份腹内和腹壁切口感染脓汁标本以进行无芽胞厌氧菌为重点的细菌学分离鉴定,共检出需氧菌(含兼性厌氧菌)28株和专性厌氧菌22株。厌氧菌中类杆菌属占90.9%。细菌培养结果:单独需氧菌感染占55.6%,单独厌氧菌感染占18.5%,需氧菌和厌氧菌混合感染占25.9%。厌氧菌的总感染率占44.4%。几种不同标本中,以阑尾炎术后感染检出厌氧菌的比率最高,占58.3%。证明厌氧菌在腹部化脓感染中占不可忽视的地位。

外科感染中,小儿髂窝脓肿引起了重视。褚先秋^[17]、容兑熙^[18]、程鹏等^[19]三组共报道了208例。此病在基层医院和农村较常见,好发于年龄较大的儿童,容易误诊。治疗以局部检查,试验穿刺等以决定采用非手术或手术治疗,如仅有髂窝局部疼痛、压痛,而肿块不明显,试验穿刺未抽出脓液者,可用非手术治疗;局部肿块明显,抽出脓液者,宜及时切开排脓。术中须注意勿伤及股动脉、髂血管,勿捅破腹膜腔。对软组织感染,韩湘珍等^[20]报道新生儿皮下坏疽162例,发生在骶部及臀部者占68.5%(111例)。金

葡萄菌占 56.5%。临床表现分为五型：(1)坏疽型：81 例，死亡率 8.6%；(2)脓肿型：51 例，无死亡；(3)蜂窝织炎型：21 例，死亡率 3.81%；(4)坏死型：5 例，死亡 1 例；(5)剥脱性皮炎样型：4 例，死亡 1 例。本病应早期诊断、早期治疗。早期多处切开，应用大剂量青霉素、庆大霉素，重者加用新鲜全血、血浆或免疫球蛋白、激素。总死亡率为 10.3%，死因多为就诊晚，误为肺炎、脐炎或并发败血症、DIC 等。牟弦琴等^[21]报告婴幼儿急性坏死性软组织感染 25 例，死亡 1 例。姜世杰等^[22]报告小儿急性坏死性筋膜炎 9 例，死亡 3 例。聂昭义等^[23]报道 6 例急性坏死性筋膜炎，死亡 2 例；刘步先^[24]报告 2 例，治愈。华积德等^[25*]报告重症坏死性筋膜炎 2 例，治愈，其中 1 例并发粪链球菌败血症，采用早期彻底清创，切除坏死的筋膜、皮下组织和皮肤，立即植皮，可减少创面渗液，缩短治愈时间。魏树森^[26]报道不洁肌注后蜂窝织炎 2 例，其中 1 例致残，1 例死亡。此为器械或皮肤消毒不严所致的医源性感染，应引起重视，严格无菌操作，加强预防，而一旦发生，应能及时识别，及早切开引流或彻底清创，加强抗感染、水电解质平衡、营养支持等治疗。

对于特原性感染，郑际刚^[27]报道 1 例复发性破伤风。此例曾患新生儿破伤风，经用 TAT 6 万 U 注射后治愈，1 年后无外伤，症状复发，张口、吞咽困难，角弓反张。入院后又用 TAT 2 万 U 每日静滴 1 次，共 5 天，痊愈出院。作者认为复发可能与第一次 TAT 用量不够有关。汤仕伯等^[28]报道 1 例肠梗阻后破伤风。蒋立森等^[29]报道 1 例眼被芦根刺伤引起破伤风，伤情污染不重，受伤后忽视破伤风被动免疫。故应强调预防，提倡在人群中进行自动免疫，未作自动免疫注射者，伤后一定要注射 TAT。对破伤风的治疗，刘仲明等^[30]报道 88 例破伤风，共分三个时期、三种方法治疗：1966~72 年，49 例，用 TAT+镇静、解痉，死亡率 44.9%；1973~77 年，21 例，用安定+解痉、镇静，死亡率 28.5%；1978~82 年，18 例，用醛醇合剂（水化氯醛、乙醇）静脉滴注，死亡率 5.5%，认为 TAT 用多用少甚至不用均无差别。综合疗法如抗感染，维持营养，清创，监护治疗不能偏废。周业锋等^[31]用大剂量安定治疗破伤风 35 例，其中重型 18 例，有 9 例行气管切开，治愈率 94.3%。黄少同^[32]报告用鞘内注射 TAT 5,000U 治疗重型新生儿破伤风，并配合其他综合治疗，死亡率为 11.2%。

三、外科并发症

王睿等^[33]用油酸复制的家兔 RDS 模型观察其心泵功能和外周循环的改变，结果表明，经静脉注入油酸后早期，心输出量、心搏量和心指数等均显著下降，腹主动脉血流量和肺血流量同步减少，提示油酸对心泵功能和体内不同血管床的阻力改变有显著作用。监测 ARDS 患者的心泵功能和全身血液动力学的变化，有助于了解发病过程中有无心源性因素参与，对指导治疗有益。耿志明^[34]报道 ARDS 31 例，起于严重创伤者 64.5%。认为连续动态观察 PaO₂ 变化，比单次 PaO₂ 绝对值对诊断和判断预后更为重要。采用病因治疗、给氧、使用射流呼吸机，对改善低氧血症疗效较好，并用肾上腺皮质激素、抗生素、脱水、补液等综合治疗，总死亡率 48.4%。沙丽君等^[35]报道战伤并发 ARDS 27 例，发病诱因除战伤及手术外，主要为出血或感染性休克、严重感染、DIC 和肺栓塞。治疗上认为应加强监护，早期发现，迅速提高动脉血氧分压，积极防治原发病和重视多器官衰竭 (MOF)。孟宪钧等^[36]研究了 cAMP 及 ATP 在 MOF 发生中的作用。

在低血流灌注下,组织中cAMP及ATP水平在肝、肾细胞均有改变,肝、肾很快出现ATP水平下降。而在不同器官内,cAMP水平尽管受ATP水平的影响,但由于激素水平及腺苷酸环化酶反应性对cAMP的影响,使cAMP的水平不一定与ATP完全平行。cAMP的改变不单纯是底物ATP改变的结果。

近年来术后并发高渗性非酮症性糖尿病昏迷已引起人们注意,陈惠德等^[37]和周长海等^[38]分别报告5例和3例。前者5例均死亡,其中1例死于原发病,4例死于本症;后者3例死亡2例,其中1例死于本症。死因除重病、重伤外,与误诊有关。早期未警惕,昏迷后误诊为脑水肿,给予高渗糖脱水治疗反而加重病情,待明确诊断时为时已晚。提出应加强对本症的警惕、认识与预防。其临床表现为烦渴、乏力、多尿、尿比重高,进而脱水、表情淡漠、嗜睡、四肢不自主运动、最后昏迷。血糖 $>600\text{mg}\%$,尿糖强阳性,酮体阴性,血糖渗透压高于 350mOsm/L 。

四、外科营养疗法

赵扬冰等^[39*]为了解普外科非急诊入院患者营养不良的流行情况,对201例患者进行了营养调查。采用人体测量、生化检查、淋巴细胞总数等测定,结果表明消化系统恶性和良性肿瘤中营养不良较消化系统外疾病为显著。以中、轻度营养不良为主。营养不良可损害自身防卫机能,降低对感染的抵抗力及手术耐受性,可导致休克、增加感染等并发症和死亡率。杜景平等^[40*]利用日立835型氨基酸分析仪检测普外手术前后的血浆氨基酸谱,观察外科手术对血浆氨基酸谱的影响,发现术后第二天血浆总氨基酸浓度明显低于术前,但病情好转与饮食恢复后可渐回升到原水平,组氨酸浓度整个过程中都显著低于术前。术后营养要特别注意组、亮、异亮、丙、甘、谷、苏、赖、色和脯氨酸的足量补充。何桂珍等^[41*]观察含14种氨基酸组成的低氯含磷氨基酸注射液用于12例胃肠手术患者,均获正氮平衡,体重增加。陈亭苑等^[42*]为探讨肠外营养时各种基质(底物)间的相互关系,对营养正常的成年男性患者,在胃大部切除术后,从周围静脉输入按Vuj-N配方制造的氨基酸混合液,对比观察了不同基质对氮平衡、血尿素氮和血清游离脂肪酸的影响。结果表明:用小剂量葡萄糖与氨基酸混合液同时从周围静脉输入比单纯输入氨基酸液,氮平衡改善明显,并明显降低血清游离脂肪酸浓度。陈煜等^[43]报道421例小儿患者在手术期间经皮颈内静脉穿刺置管术。张炳发^[44]报道35例颈外静脉穿刺射管术。汪雪琴^[45]报道24例高位头静脉穿刺插管术体会。这些经验为完全胃肠外营养(TPN)治疗提供了良好输入途径,便于TPN的更广泛开展,赵殿昌^[46]报道10例静脉置管败血症,3例死亡,说明静脉置管后应加强护理,最好是用潜行置管法以预防导管败血症。刘瑞霞^[47]报道在加拿大蒙特利尔市皇家维多利亚医院用静脉高营养于极低体重(低于 1500g)患儿的并发症187例,其中95%(178/187)为末梢静脉高营养,发生代谢性并发症,如后期代谢性酸中毒67%,脂血症59%,嗜伊红细胞增高40%,高血糖19%,低血钠18%,阻塞性黄疸14%,高胆红素血症12%,血尿素氮增高8%。

五、创 伤

王正国等^[48]研究在大面积烧伤合并肺冲击伤时,早期静脉输液对肺部的影响。结果表明:按临床输液公式较晚而较快地静脉补液,未见肺出血加重,肺水肿发生率也不高。

认为烧冲复合伤,在监测尿量和胸部体征变化条件下,应补充足量液体。张一亥等^[49]报道腹部伤中多脏器伤 74 例,占腹部伤的 15.9%,多脏器伤死亡率为 36.5% (27/74)。认为对多脏器伤应早诊、早治,术前、术中全面检查,既不漏诊,又能应用简单可靠的方法。措施有:(1)抢救休克;(2)在抢救休克的同时手术止血;(3)术前应用抗生素,术中注意腹腔清理、冲洗和引流;(4)维护脏器功能,防止衰竭及感染。马玉林等^[50]报道 163 例腹部伤误诊 14 例,分析原因:(1)未能正确询问病史与体检;(2)有腹外合并伤或空脏器官与实质器官伤并存;(3)初诊体征不明显;(4)诊治的医生缺乏经验。易误诊的器官是轻度脾破裂、十二指肠伤。而处理较复杂的为肝外伤。郑松振^[51]报道 130 例腹部伤,94 例手术,死亡率为手术病例的 6.5% (6/94)。黄继先等^[52]报道闭合性腹部伤 125 例,死亡率为 7.5% (9/125)。经验是:(1)急诊抢救时尽快建立静脉通路,迅速恢复血容量,尽早明确诊断,尽快取得各专科的配合检查处理,早期手术处理;(2)手术中探查要仔细,处理要果断,引流要彻底。胡振雄等^[53]分析 286 例腹部伤 24 例死亡的原因:(1)对腹部伤伤势重而复杂、病情急、变化多而快、且常为多发伤缺乏全面认识,因而处理时考虑不周,估计不足,致延误诊治;(2)伤势过重,又常为多脏器伤,如死亡的 24 例中有 20 例共 60 个脏器伤,有 5 例有脑外伤;(3)技术条件和设备不适应,人员忙乱、慌张,抢救不力。徐学俊^[54]报道腹部伤有 3 例发生 MOF,认为关键在于重视预防。对危重伤,早期应有抢救组,要制定抢救计划,确定手术次序,在处理的全过程中避免发生 MOF 的因素,维护肺、肾、肝、心功能。钟友芳等^[55]报道腹部闭合伤腹膜后血肿 27 例,其中急诊剖腹探查 18 例,术后死亡 1 例,9 例未手术。认为术前应仔细判断有无内脏伤,如单纯为腹膜后血肿,多数可避免手术;但血肿较大、可能有较大血管断裂者,应剖腹探查。阮连贵^[56]报道 3 例创伤性腹直肌断裂引起的急腹症,均为钝性外伤肌肉强力收缩所致,青壮年多。特点是有腹痛而无呕吐,收缩腹肌时疼痛加重;断裂肌局部膨隆,触之软,深压有落空感,凹入腹内;生命体征无改变。伍辉民^[57]也报道 1 例,认为用平卧、指头检查可鉴别是腹直肌断裂还是腹内脏器伤。治疗应根据断裂情况,如出血已止,无内脏伤,可用局部封闭治疗;如有内脏伤,应行手术,除按所伤内脏治疗原则处理外,腹壁血管断裂应结扎止血,腹肌缝合,腹直肌鞘缝合严密,以防发生腹壁疝。赵瑛等^[58]报道 5 例外伤性腹膜后十二指肠破裂,并收集国内文献共 64 例,死亡率 31.3% (20/64)。认为早期诊断、正确探查,术中不漏诊,妥善地选用术式,有效的减压和引流,积极进行全身治疗,是救治成败的关键。吕树森^[59]采用带血管蒂的去粘膜胃片,转移修补胰十二指肠复合伤中的十二指肠严重缺损 6 例,除 1 例伴有严重胸部合并伤而死亡外,余 5 例存活。认为在十二指肠憩室化手术基础上,用胃片修补,因胃片厚,血运好,覆盖后愈合可靠。华积德^[60]报道钝性伤中女性生殖器官伤 4 例,均为严重腹部多器官伤,并有骨盆骨折。其中 2 例子宫伤,2 例卵巢伤均治愈。黎介寿^[61]从闭合性腹部伤手术后并发肠痿 42 例分析第一次手术问题,其中,结肠、空肠、回肠、十二指肠痿发生原因可能与手术处理不当有关。如肠管伤 19 例是在修补术后发生肠痿,可能是损伤破口周围肠壁组织还有挫伤区,修补后挫伤组织坏死、穿孔成痿。十二指肠伤修补术后未作十二指肠减压也可成痿。10 例十二指肠痿,9 例未作减压,1 例过重十二指肠伤未作憩室化手术。周诗仁^[62]报道腹部创伤后并发肠梗阻 6 例,因其症状与体征易被原发创伤所掩盖,早期发现较难,加之急性梗阻发展较快,肠管易绞窄坏死,故病死率高。6 例中,4 例

肠套叠, 2 例肠扭转; 6 例在发病 24 小时后才确诊的 3 例中 1 例死亡。故应提高警惕, 做到密切观察, 及时诊断, 确诊后应及早、大胆、果断地争取在肠坏死前解除肠梗阻。术中应防止休克, 操作要轻柔。马鸿基等^[63]报道外伤后 MOF 34 例, 死亡率 91% (31/34)。死亡率高的原因是创伤休克以及相继出现的器官衰竭, 处理上比较盲目, 未从全身的病理生理变化来估价每一个脏器的功能状态, 结果纠正了一个脏器的衰竭, 却又诱发了其他脏器的衰竭, 从而形成连锁反应。马必生^[64]报道 1 例胸腹部多发伤死亡的教训, 伤者为卡车撞伤, 失血量在 1500ml 以上, 伤后 48 小时不能进食进水, 只输液 1000 ml, 且未输血, 伤者上腹部压痛, 呕吐, 对此重视不够, 未诊断出腹内脏器伤, 死后尸检有胰腺中段断裂。认为对多发伤应注意其复杂性, 避免仅注意症状突出、诊断肯定的器官伤, 而忽视对另一些重要脏器的监察; 在分科细的综合医院, 要强调多科室协作, 对腹部闭合伤应加强连续观察; 在急诊抢救工作方面, 应制定便于抢救的医疗法规, 并注意与家属、单位建立快速有效的联系, 以利于病情突变时迅速抢救。杨立革等^[65]报道 1 例煤矿井下冒顶砸伤头面颈及右下肢多发伤, 颈部食管破裂漏诊, 未及时处理, 死于感染性休克。认为在严重多发伤情况下, 必须全面体检, 认真考虑, 综合分析, 才能减少误诊、漏诊; 在有气管伤情况下, 应高度警惕食管伤, 如能早期发现, 24 小时内作食管端端修补吻合是有希望成活的。

蒋克贤^[66]追述我国抗腹蛇毒血清研制成功后应用于临床的情况, 未用前 4 年中收集某院 1803 例, 死亡率为 4%, 应用后收集 3504 例, 死亡率为 0.4%, 认为用得越早, 疗效越好; 严重患者应比常规用量加大 3~6 倍。余培南^[67]应用抗蛇毒血清治疗蛇伤 108 例, 全部治愈。认为用上海生物制品研究所生产的各种抗蛇毒血清治疗相应的毒蛇咬伤, 疗效高, 显效快, 用药后全身中毒症状能在 12 小时内全部消失。在抗蛇毒血清治疗同时, 加其他方法综合治疗, 疗效更好。如对眼镜蛇咬伤后出现局部组织坏死, 除做切除性清创外, 加用异叶天南星等中草药煎汤外洗可提高疗效, 缩短疗程。李其斌等^[68]报道 1 年中抢救 13 例蛇伤引起的呼吸衰竭患者, 其中自主呼吸停止 10 例, 全部治愈。经验是: (1) 高度警惕神经毒类毒蛇咬伤, 银环蛇、眼镜王蛇咬伤较多见。如分不清蛇类, 伤后有眼睑下垂、四肢无力、流涎、吞咽难, 胸闷气急、甚至自主呼吸停止者, 即可确诊; (2) 在自主呼吸未停止前, 有缺氧时立即作人工呼吸。如反射微弱, 立即气管插管抢救。如 12 小时仍无自主呼吸, 即行气管切开; (3) 其他如抗蛇毒血清、激素、营养、水电解质平衡、伤口处理等需全面兼顾。黄石根^[69]报道用中药毛茛治疗各类毒蛇咬伤 160 例, 治愈率 98.1% (157/160)。治愈标准是全身中毒症状完全消失, 局部肿胀消退, 伤口愈合。毛茛每支 2ml, 可全身与局部同时应用, 根据轻、中、重三型不同, 用量可以每日 4ml 分 2 次肌注 (轻) 和每日 24ml 分 6 次肌注 (重), 用药时间 3~7 天; 局部应用系将毛茛叶捣烂, 调敷伤口周围, 以解除余毒和预防感染。刘定国^[70]对眼镜蛇咬伤致肢体广泛坏死 2 例, 采用全麻下一次较彻底的清创, 以消灭毒包, 去除感染灶, 同时以抗生素液湿敷, 二期自体刃厚皮片植皮, 加强全身支持疗法和抗感染, 从而治愈。吴启才^[71]报道毒蛇咬伤死亡 4 例, 原因是急性左心衰竭。福建省血液毒素毒蛇如五步蛇、竹叶青多, 伤后治疗中要注意防止中毒性心肌炎, 积极抗蛇毒, 防止感染, 维持电解质平衡, 防止输钠过多过快; 给予大剂量维生素 C、肌苷、中药, 积极治疗肺水肿。

六、其它

近年来老年人在人群中所占比例日益增长,外科患者增多,老年外科的重要性已引起重视。史沛清等^[72]对20名心电图异常的老年患者手术前后的心脏功能作了观察,认为:仅根据心电图所见确定手术适应证和预后是不全面的;关键在于术前心脏代偿功能如何,因此必须全面检查,综合判定。该组70岁以上心电图明显改变者占85%,均能耐受损伤较大、时间较长的手术。术前心功能良好者,手术对心功能无明显影响。心电图异常不等于心功能障碍,也并非手术禁忌,只要加强术前术中管理,多数是可以耐受常见外科手术的。叶季铭等^[73]对50例老年危重手术患者应用Swan-Ganz导管进行血液动力学监测,能较早地判断重要生命器官血流灌注情况及其发展趋向,保证了手术顺利进行。辛慕韶等^[74*]对42例80岁以上患者,将临床诊断与病理检查相对照,分析其误诊及漏诊的原因,认为:(1)老年人有些疾病无症状或体征,一般检查又不易发现;(2)常患多种疾病,一种病常掩盖另一种病的临床表现;(3)惯于用“一元论”观点解释病情;(4)对老年人不常见的疾病考虑较少;(5)病情危重不允许作必要的检查。作者提出:为减少误诊、漏诊,需要熟识老年病的特点,并要对老年患者进行各系统的全面检查。徐荣楠等^[75]分析690例60岁以上老年患者腹部手术并与中青年组对照。老年人腹部急诊手术死亡率为7.5%,比年青组死亡率高一倍;胆道手术老年组死亡率为6.9%,年青组无死亡;老年人手术后死亡除心肺原因外,严重感染和中毒性休克占59.1%,尤其多见于急症手术者。张鑫奎等^[76]对腹部中等手术患者20例血浆纤维结合蛋白(FN)的测定,发现术后FN减少,尤其术后第1天明显,第7天恢复正常,原因是术中丢失含有FN的全血和术后大量消耗FN。而FN是一种调理蛋白,具有调理人体网状内皮系统的功能,当FN含量下降时,网状内皮系统功能受到抑制,术后如能补充FN制剂,将有利于创伤、烧伤、大手术、感染患者的治疗。王严庆等^[77]报道腹部手术后纱布遗留5例,均在术后短期内出现包块,部分患者有肠梗阻表现,经处理治愈。这是严重的责任事故,应予避免,措施是:(1)加强责任心,对事故保持高度警惕;(2)手术过程中建全器械、敷料核对制度;(3)腹腔内纱布最好附有带子,小纱布和棉球在开腹后禁止上手术台;(4)纱布垫放入腹腔深部时应记清数目,台上人员均有责任提醒术者,关腹前仔细检查一遍。

参 考 文 献

- 1*. 石一鸣,等。第二军医大学学报 1986; 7(2):75。
- 2*. 贺石林,等。湖南医学 1986; 3(2):72。
- 3*. 袁晓泉,等。上海医学 1986; 9(2):94。
4. 袁晓泉,等。同上1986; 9(1):32。
5. 高玉娥,等。中华外科杂志 1985; 23(9):565。
- 6*. 周恒仁,等。中华外科实验杂志 1986; 3(1):27。
- 7*. 夏学德,方炽椿。实用外科杂志 1986; 6(5):253。
8. 邵梦扬,等。癌症 1986; 5(2):206。
9. 陈万扬。中华肾病杂志 1986; 2(2):66。
10. 汪复,等。上海医学 1986; 9(5):270。
11. 刘胜文、黄舜华。北京医科大学学报1986; 18(1):56。
12. 杨熙平,等。中国急救医学 1986; 6(1):56。
13. 江启俊,等。哈尔滨医科大学学报 1985; (4):35。
14. 贾晓明,等。解放军医学杂志 1985; 10(5):365。
15. 唐银,等。湖南医学院学报 1986; 11(3):95。
16. 宋印章,等。白求恩医科大学学报 1985; 14(6):596。

17. 褚先秋. 贵州医药 1986; 10(3):13.
18. 容兑熙. 广西医学 1986; 8(3):127.
19. 程鹏、沈龙章. 蚌埠医学院学报 1986; 11(1):78.
20. 韩湘珍, 等. 中华小儿外科杂志 1986; 7(2):97.
21. 牟弦琴, 等. 同上 1986; 7(2):102.
22. 姜世杰、曲殿魁. 同上 1986; 7(2):104.
23. 聂昭义、舒成忠. 贵州医药 1986; 10(3):9.
24. 刘步先. 新医学 1985; 16(1):584.
- 25*. 华积德, 等. 中国急救医学 1985; 5(6):13.
26. 魏树森. 实用外科杂志 1986; 6(5):272.
27. 郑际刚. 湖南医药 1986; 3(3):191.
28. 汤仕伯、许广德. 实用外科杂志 1986; 6(3):158.
29. 蒋立森、黄学东. 同上 1986; 6(2):112.
30. 刘仲明、刘林汉. 医师进修杂志 1986; (2):41.
31. 周业锋、陈振华. 实用外科杂志 1986; 6(5):259.
32. 黄少同. 广东医学 1986; 7(3):49.
33. 王睿, 等. 第四军医大学学报 1986; 7(2):113.
34. 耿志明. 哈尔滨医药 1986; 6(1):5.
35. 沙丽君、王怀明. 解放军医学杂志 1985; 10(5):362.
36. 孟宪钧, 等. 中华外科杂志 1986; 24(5):308.
37. 陈惠德、陈裕信. 实用外科杂志 1985; 5(1):595.
38. 周长海, 等. 同上 1986; 6(6):313.
- 39*. 赵扬冰, 等. 中华外科杂志 1985; 23(11):606.
- 40*. 杜景平, 等. 同上 1985; 23(10):601.
- 41*. 何桂珍, 等. 同上 1986; 24(2):97.
- 42*. 陈亭苑, 等. 同上 1986; 24(4):240.
43. 陈煜, 等. 中华小儿外科杂志 1986; 7(2):86.
44. 张炳发. 贵州医药 1985; 9(4):13.
45. 汪雪琴. 中华护理杂志 1986; 21(1):31.
46. 赵殿昌. 山东医药 1985; (12):10.
47. 刘瑞霞. 天津医药 1985; (10):611.
48. 王正国, 等. 第三军医大学学报 1986; 8(1):55.
49. 张一玄, 等. 实用外科杂志 1985; 5(1):593.
50. 马玉林, 等. 中国急救医学 1985; 5(5):16.
51. 郑松振. 中原医刊 1985; (6):18.
52. 黄继先, 等. 实用外科杂志 1985; 5(1):561.
53. 胡振雄、杨易人. 同上 1985; 5(1):609.
54. 徐学俊. 同上 1985; 5(1):591.
55. 钟友芳、黄耀权. 天津医药 1985; (10):623.
56. 阮连贵. 实用外科杂志 1985; 5(1):574.
57. 伍辉民. 广西医学 1986; 8(1):50.
58. 赵瑛, 等. 河北医药 1986; 8(3):147.
59. 吕树森. 中华外科杂志 1986; 24(1):4.
- 60*. 华积德. 实用外科杂志 1985; 5(1):584.
- 61*. 黎介寿. 同上 1985; 5(1):589.
62. 周诗仁. 同上 1985; 5(1):598.
63. 马鸿基, 等. 陕西新医药 1986; 15(6):33.
64. 马必生. 实用外科杂志 1985; 5(1):608.
65. 杨立革、李宝柱. 同上 1985; 5(1):611.
66. 蒋克贤. 中国农村医学 1986; (3):12.
67. 余培南. 同上 1986; (3):13.
68. 李其斌、林可于. 同上 1986; (3):15.
69. 黄石根. 同上 1986; (3):17.
70. 刘定国. 实用医学杂志 1986; 2(1):40.
71. 吴启才. 福建医药杂志 1986; 8(1):45.
72. 史沛清, 等. 中华外科杂志 1985; 23(8):477.
73. 叶季铭, 等. 同上 1985; 23(7):433.
- 74*. 辛慕韶, 等. 中华老年医学杂志 1986; 5(1):27.
75. 徐荣楠, 等. 安徽医学 1985; 6(5):5.
- 76*. 张鑫奎, 等. 北京医学 1986; 8(2):68.
77. 王庆严, 等. 四川医学 1985; 6(5):283.

烧 伤

方之杨

一年来我国各医学期刊发表的有关烧伤的论著共有 92 篇。纵观论文概貌, 烧伤的临床与实验研究都有所提高和发展, 现将有关的重点内容作一回顾。

一、烧伤休克期的临床与实验研究

不论成人或儿童烧伤休克期的补液量的计算方法, 国内外均有惯用的公式可以遵循。但小儿烧伤却具有一定的特殊性, 烧伤面积在 5% 以上就会发生休克, 尤以头面部