

外科護病學

中華民國三十六年

外科護病學

上海廣協書局發行

SURGICAL NURSING

By

Hugh Cabot, M.D., C.M.G., F.A.C.S.

and

Mary Dodd Giles, R.N., A.M.

Translated by

Wu Chien An

*(From the Second Revised Edition Published by
W.B.Saunders Company)*

Published for the

NURSES' ASSOCIATION OF CHINA

By the

KWANG HSUEH PUBLISHING HOUSE

Shanghai

1947

外科護病學目錄

第一章	近代外科學之發展	一
第二章	手術前之管理	一一
第三章	麻醉法	二四
第四章	手術後之管理	三八
第五章	壞死與壞疽 出血與休克 血栓形成與栓塞	五九
✓第六章	創傷 發炎 傳染與修復 燒傷	九九
第七章	外科熱	一三〇
第八章	勞損 扭傷 脫位與骨折	一五二
第九章	骨病	一九五
第十章	顱頂蓋與頭顱	二一二
✓第十一章	脊柱與脊髓	二二八
✓第十二章	面部與舌頸	二三五

第十三章	甲狀腺 胸腺·····	二五四
第十四章	乳房之病·····	二七七
第十五章	胸膜與肺·····	二八九
第十六章	腹病·····	二〇九
第十七章	胃與十二指腸病·····	二二三
第十八章	腸病·····	二三八
第十九章	大腸之病·····	二四八
第二十章	直腸之病·····	二五五
第二十一章	膽囊膽管與胰腺之病·····	二六四
第二十二章	赫尼亞·····	二七七
第二十三章	泌尿道之病·····	二八八
第二十四章	腎病·····	四〇五
第二十五章	膀胱與尿道之病·····	四一九
第二十六章	前列腺病·····	四三一

外科護病學

第一章 近代外科學之發展

外科學 *Surgery* 與內科學 *Medicine* 不同，可解釋為應用機械方法以治療疾病之學。自有人類，即嘗以某種外科術治病。機械療法，於未有史乘之前，早經應用，其證據昭然可考。惟直至晚近，外科學幾專用為救死之具，勉欲以此保全生命，而昔日之外科學，又多限於治療創傷及其他損傷，此言亦信而有徵也。

近代外科學，有三個重要基礎，鼎足而立。第一為貝萊氏 *Ambroise Pare* 之採用血管縛線 *Ligature of blood vessels*。第二為吸入麻醉法 *Anesthesia by inhalation* 之採用；莫爾登氏 *Morton* 於一八四六年證明用醚 *Ether* 麻醉之價值，辛孫氏 *Sir James Simpson* 於一八四七年證明用氯仿（哥羅芳）*Chloroform* 麻醉之價值。第三為李斯德氏 *Joseph Lister* 證明染毒之創口，可用抗毒劑（防腐劑）*Antiseptics* 滅菌。以上三者，為克服外科學上三大障礙之方法，此三大障礙維何，即出血 *Hemorrhage*，疼痛 *Pain*，與傳



染 Infection 是也。

出血 Hemorrhage 未用血管縛線以前，因出血而死，為創傷之普通結果；而應用烙器與沸油，極言之，亦不過為一種無效而殘忍之方法而已。血管結紮之法，早先亦嘗用之，然至貝萊氏出，始介紹此法供普通應用，而與提倡用烙器、沸油及其他殘忍而無效之止血法者作外科戰。此戰直繼續至十六世紀中葉，自是以後，用縛線止血之法，始經人公認焉。

疼痛 Pain 於未採用全身麻醉法

以前，疼痛當然為施行外科手術最恐怖之事。以前所用之止痛法，常屬無效。或飲酒使醉，因其深淺不等之中毒，而令感覺遲鈍；或以鴉片止痛，充其量亦不過一部



第一圖 用麻酔之第一次手術一八四六年
 十月四日在波士敦麥薩區公立醫院中公開表演

份有效，或全無效果，豈可人使不省人事，雖知之已久，然至郎氏 Dr. Long of Georgia 出，始於一八四二年第一次應用之於病人。牙醫師莫爾登氏 Morton 則於一八四六年十月十六日，由華倫醫師 Warren 在波士頓麥薩區賽公立醫院中 Massachusetts General Hospital in Boston 施行外科手術時，公開表演，可使人完全不省人事。一八四七年初，辛孫氏 Sir James Simpson 證明用氯仿（哥羅芳）Chloroform 能得滿意之全身麻醉，有使人安然失去知覺與疼痛之功，即在六個月內公布於世。

凡未見過使用麻醉劑以前之外科術者，殆不能想見其手術時之恐怖情形。雖今日視爲比較輕微之手術，病人及外科醫師，亦極惴惴不安，故非至萬不得已，必用外科手術始能保全病人之生命時，不輕應用。且在未有麻醉劑以前之外科手術，祇限於最短時間內可以竣事者，此亦爲當時之情勢所限，不得不如是也。故每遇施行手術，必須預先規劃，使外科醫師能以最少之動作實行，而於恢復病人身體各部份之正常關係，殊不暇顧及。昔日之外科，多偏於毀傷肢體方面，較諸今日，大是不同，故其應用之範圍，當然有限。

傳染 Infection 第三個重要之基礎，爲制止傳染。我人生當今日，以爲制止傳染，並非難能之事，故於當日之創傷，無論意外或自致者，實際上無不染毒，殆不能想像其範圍。

與結果。雖至十九世紀中葉，醫院中猶充滿傳染，名爲醫院病 *Hospital diseases*，大抵屬於敗血病 *Septicemia*，膿毒血病 *Pyemia*，及丹毒 *Erysipelas* 之類，而尤可畏者，則爲醫院壞疽 *Hospital gangrene*。今已絕跡矣。前二種今猶甚爲普通，故於外科上尙易見之。惟醫院壞疽，則已完全消滅，曾見之者，殆已寥寥無幾人矣。『外科原理』 *Principles of Surgery* 一書，係裴爾氏 *Mr. John Bell* 之講演集，爲十九世紀上半最風行之課本，內中嘗有一節描寫此病，頗饒趣味，其文云：『爾雖欲令創口結合，最少亦使其一部份粘合，然常不免失望。爾於其熱勢之猛烈，肢體之腫脹，已可覺其內部發生故障。病人皮乾，口枯，脈搏強烈，譫妄不甯，接連數日之久，創口四周變黑，有發生壞疽之險。然其熱勢漸減，青紫之色，一部份由於瘀斑，一部份由於發炎之暗黑色，漸變爲綠，而創口化膿，開放極大，四肢粗腫異常，皮與蜂窩組織，柔軟弛緩，以指按之，則留一印，其紅徧於全肢，有若干處空而且軟，卽知其內部已在大化膿矣。』

於此時期，須竭盡智力，備極審慎，以謀應付此情形。每晨須小心裹敷料，晚間需加以清潔。按時洗滌，用海棉拭淨，可防創口之臭氣，使病人精神阻抑，而損害其健康。一日兩次，以潔淨之軟布墊於創口，可以吸收臭穢。至於謹慎清潔之功效如何，（實際爲醫院內

之危險如何) 當不難想見假使病人在自己家中,我儕輒敢保全其肢體,若居於病人擁擠之醫院,而遇此意外,則惟有將其截去而已。在醫院中,尤其在陸軍醫院,與多數醫院船中,病人於矜開骨折(穿破骨折)之化膿狀態下,幾常致不起。

「常有因傷處之破壞,與病人之不良狀態,而致用盡心力,全歸無效者。每次檢查受傷之肢體,輒發見其破壞愈廣,全肢腫脹更甚,膿液流出益多,創口之孔,逐漸增加,自腿至跟,全部化膿,奇臭觸鼻,肌肉傷損,骨亦生瘍。病人腹瀉頻仍,發熱不退,以致衰瘦異常,不復能維持其康健,觀其面色蒼白,肌肉弛緩,眼眶深陷,頰骨外突,頭髮污穢,手指細長,指甲彎曲,聲音細弱,呼吸短促,已為虛癆之末期;此時病人之天然抵抗力,已極低落,非特食慾全無,即生存之希望,亦已盡絕,我人若非因經驗而知於此時截除其肢體,尙未嫌晚者,亦將以病人為無可挽救矣。」

尤有證據,可以證明此類「醫院病」特別是醫院壞疽,最多盛行於醫院內,病人之創傷,若幸而在醫院外治療,更易避免。今再節錄裴氏書中饒有趣味之一節如下:

「醫院無論如何小,如何空氣流通,或如何管理完善,無有不時時發生流行性潰瘍者,當時一切手術,皆不敢嘗試,治療停頓,每一創口,皆成爲潰瘍,每一潰瘍,皆易成爲壞疽。

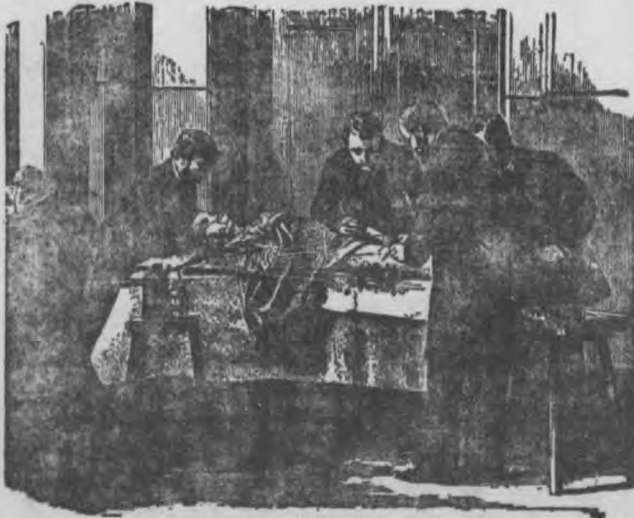
然在大醫院中，則尤終年盛行，且爲真性壞疽，名曰『醫院壞疽』。巴黎之Hotel Dieu，爲腐敗與疾病之大棧房，其中尤爲猖獗，致外科醫師不敢直呼其名，而稱爲瘡瘍之臭腐。此『醫院壞疽』四字，無異死人之喪鐘，故不敢出諸其口，病人一聞此名，卽已完全絕望矣。Hotel Dieu中，壞疽盛行，歷二百年而不已，直至晚近，始在法國新政府之下，從事改良。法國昔有某著作家嘗曰：『一個青年外科醫師，生長於Hotel Dieu之中，可以學習各種手術與裹創之法，然欲學習瘡創之法，則非所能也。凡經其手治之病人，任令如何，必死於壞疽。』

此種恐怖情形，若長此不變，則外科術之進步，必將受其阻礙。自李斯德氏 Lister 利用巴司徒氏 Pasteur 之實驗，始能戰勝此恐怖。巴氏以實驗證明，凡動物質之分解，因被含有生活體之空氣染汚所致，此生活體巴氏名之曰微生物 Germ。氏又證明創口之傳染，約係同一性質；然至李斯德氏，始能實地證明染毒之創口，可用化學品滅菌，以完成巴氏之發見。李氏最初證明其信仰之力，係在一哆開骨折病人，此爲一最佳之試驗，因哆開骨折，無不受染甚重，於可能時，常須用截斷術以保全病人之生命。

李氏第一次用石炭酸 Carbolic acid 試驗，在一八六五年八月，並未成功；但於同年

十月間，復以此施諸一下腿哆開骨折之童子，大見成效，故其創口之癒合頗佳，並無傳染。自是以後，李氏證明不僅染毒創傷，於初時即用此法治療，可以免除細菌，即外科創口，亦可使其潔淨無菌；昔日之普遍傳染，使外科開刀，成爲冒險之事者，不難完全避免，此則於近代外科學之發展，尤有重要關係也。此後四十年中，外科之範圍，大爲推廣，昔日所躊躇而不敢施行之許多手術，皆可安然無恙，而成爲日常習見之事矣。

李氏證明石炭酸可以殺滅細菌，而預防發生傳染，並可節制已經發生之傳染，遂爲其他抗毒劑關一發展之途徑。此項抗毒劑，目的在獲得同樣之成績，而減



李德斯氏用石炭酸噴霧法施行手術 第二圖

少其損傷組織之程度，與醫師及助手管理上之困難。應用最早之抗毒劑中，如氯化高汞 *Bichloride of mercury* (通稱爲昇汞 *Corrosive sublimate*) 卽其一也；各種氯化物亦經採用。此類溶液，兼於施行手術以前，應用之於器械，醫師之兩手，及病人之皮膚。多數器械，向用煮沸法消毒者，後皆代以抗毒劑，因煮沸損傷器械，可使刀鋒變鈍，而減短器械之壽命也。當時以爲外科手術必須用強烈之抗毒劑，如是者甚久云。

自有此三種基本進步，卽止血，止痛，與制止傳染，而現代應用外科清潔原理於外科手術之法，卽淵源於是焉。此三種基礎，皆屬必不可少。若不能制止出血，則現代外科學且不能得一起點。若不能制止痛楚，則今日所用複雜而需時之手續，均將無從做到，而制止傳染一層，雖屬重要，亦將長在初步時期，祇可以此應用於較簡單而不需時之手續而已。外科清潔之現代原理，普通係指無膿毒原理 *Doctrine of asepsis* 而言。此原理所依據者，卽爲假定凡與病人接觸之物，皆可完全滅菌，或比較的使其無菌。滅菌之物，包括器械，敷料，縛線，在內，最後爲外科醫師及其助理之兩手。此原理亦與抗毒外科之原理同，經人勉強接受，直至二十四紀之初，無毒外科始獲得最後之勝利，而於施行手術時，不復以強烈之抗毒劑爲必不可少矣。至於今日，我人於清潔無菌之外科，已少見抗毒劑，僅留作已

染菌者之用，或至少已知其創口曾經染污者之用而已。無毒外科之勝於抗毒外科，即在此一點：細菌雖爲下等植物，然今是否已有何種溶液，能殺滅細菌，而於同時不破壞細菌所接觸之組織細胞，乃一疑問。抗毒劑之目的，固欲殺滅細菌，然其選擇作用，是否能盡善盡美，可以殺滅細菌，而不損傷健全之組織，未免可疑。無毒外科，則免用強烈之抗毒劑，而代以科學的清淨法；惟就最後言之，則仍須恃組織自身之能力，以抵抗其最低限度之細菌傳染。

由此以觀，昔日之外科學，所以一變而爲今日之外科學者，在能控制其阻礙進步之種種因素。若不能制止出血，則如此範圍廣大之外科，將爲我所想像不到；若不能於需要之時，制止病人之感覺與意識，則如此範圍廣大之外科，將不能實行；最後，創口若不能免其染污，而染污之結果，勢必至於傳染細菌，則外科之範圍，亦將大受限制。昔日之外科，實際上完全屬於「必要的外科」*Surgery of necessity*，就其大體言之，則爲保全生命之外科，而常以此解除病人不能忍受之痛苦。今日之外科，雖亦包括「必要的外科」，然其大部份可以適當稱之爲「選擇的外科」*Surgery of election*，卽用以免除畸形，改正異常，甚至用以解除罕致疼痛，與並不危及生命之不安之外科也。抗毒期以前之外科，

草率，苟且，污穢，殘忍，而於保全生命之事，不愧爲英雄。今日之外科，則爲溫柔，謹慎，精巧，清潔，志在保護，滅冤，恢復，及延長生命，而專爲保全生命之時較少。昔日之外科，其所爭者爲病人之生命；今日之外科，則罕以病人生命爲孤注，外科醫師之職，在於恢復被疾病，畸形，或先天異常所改變之機能。今日之外科，可隨化學及生理學之進步，偕行並進，而昔日之外科，則與此兩者各不相關。今日之外科醫師，若能注意人體之生理的與化學的機能，而有充分之技巧，則於行使職務，幾可毫無限制焉。

由此可見昔日之外科，需有今日所罕見之勇氣，與今日所不需之胆量，精神鎮定，而不爲當時及未來之慘劇所震動。惟今日之外科醫師，雖可免除身體方面之種種努力，然必須爲一更大之思想家，與多受訓練之科學家，以判斷何時當毅然進行，何時當小心謹慎。故今日外科醫師所需之品質，與昔日大有不同，且更爲高等焉。

第二章 手術前之管理

預備病人受外科手術時，若不確知此病人之特殊情形，以作根據，則無論何種辦法，皆不能認爲完善。以上所云，當然係指詳細之體格檢查，與相當之實驗室研究而言。外科手術，大概可分爲救急的或必需的 *Of emergency or necessity*，與選擇的 *Of election* 兩種。救急手術，大有刻不容緩之勢，或以之保全生命，或以之預防組織毀滅。故制止出血之手術，當然爲救急手術，以之保全生命；至於一個大而危險之膿腫，施行手術以便排液，或爲保全生命所必需，但爲防止組織之毀壞者更多。選擇的手術，則可毋需急實行。各種選擇手術，其手術前之管理，目的係欲病人在最完美之狀態下受手術，如治療減低病人生活力之現有狀況，亦包括在此項管理之內。比方病人患嚴重之繼發性貧血者，指示於施行手術以前，常用輸血法。如胃有梗阻性損害而致脫水者，指示病人於手術前當輸入液體，或葡萄糖溶液。如患甲狀腺腫者，當於手術前投以碘劑。患黃疸者須用鈣，以縮短其血凝時間。患尿瀦溜者，於可能之時，當在手術前排尿。糖尿病人須節制其糖，而某種心臟病之有心衰竭徵狀者，或需用心興奮劑，以洋地黃 *Digitalis* 爲尤要。凡此方法，一部份

爲治療手術前所得之病，以減少其無可避免之危險。此事當然須因人而異，且必先得其真相，而後施以治療，結果方能滿意，亦有許多情形，並不明顯，尤須在施行手術之前，詳細檢查病人。

手術前預備之原則 普通分爲兩種：其一，目的在減輕腸道之負擔；其二，預備皮膚，或施行手術之部份，目的在減少手術時染菌之機會。

據現代醫學界之意，峻瀉與長時間之斷食，雖爲昔日通用之方法，然足使病人衰弱，不免受人反對。凡重大之手術，非有特殊原因，其預備約需二十四小時左右。先投以輕瀉劑，如病人習用輕瀉劑者，當用其習慣之藥。最好在朝晨開始預備，至夜而畢（指腸道）。若於傍晚投以瀉藥，不免擾及病人之睡眠，常有至手術日上午尙在排便者，更足使病人不安。內科或外科醫師亦爲所擾。有效之灌腸法，當在午後或黃昏時施行之。關於腸道方面之預備，卽以此作爲結束。於手術前數小時灌腸，著者不信其爲一完善之辦法。除在腸道施行手術外，可以少許固體食物餵病人，至手術前十二小時爲止，自是以後，祇可用液體食物。昔日慣例，每於手術前十二小時以內，停止一切液體，以著者觀之，似可毋庸如是嚴格。若除去牛乳，儘可給以少量液體，至手術前四小時，或三小時，甚至二小時，而安全無害。以

上所云，當然爲普通原則，須隨各病人之特殊情形而酌量變更，例如患糖尿病者，患消耗病者，或患脫水者等是。

皮膚之預備。施行外科手術前皮膚之預備，其目的在減少創口被潛伏於皮面或生活於皮膚淺層內之細菌傳染之可能性。惟護士須知，此種預備，於開始時並不能滅除細菌，因細菌常居於毛囊內，非將皮膚全部毀壞，決不能滅除之。且因過於努力預備之故，不免使皮膚之生活力減低，而增加傳染之可能性。就大概言，其預備之手續，包括剃毛，除去皮面油質，及敷以不刺激之抗毒劑等。護士須知，病人皮膚，對於刺激之敏感性，大有不同，因其年齡，性別，與膚色，而顯然有別。普通女子之皮膚，較男子更爲敏感，小兒之皮膚，較大人更爲敏感。至於身體局部之皮膚，其敏感性亦大有差別。手臂與腿之皮膚，其敏感不如腹部之皮，尤不如大腿內面之皮。以上諸點，於預備各病人時，必須加以考慮。剃毛之日，的有二：一爲去毛，一爲刮淨皮面，而以除去其表面之上皮爲尤要。剃時須謹慎靈敏，不可實際損傷皮膚。乾剃常受人反對。剃後須多用肥皂與水洗之。如爲手足，尤其是工廠中工人之手，沾染油垢者，須用毛刷擦洗，惟毛刷可引起刺激，故通常以不用爲宜。所塗肥皂，須用清水完全洗去，俟皮面既乾，再敷抗毒劑，以免餘留之水，將其稀釋。抗毒劑常有變更，迄

今尙無一種，證明可以普遍應用，完全滿意，故何者爲最佳之抗毒劑，殊不能確定規則。百分之七十酒精，乃常用者，爲一良好之質，於乾皮膚平常不起刺激，而有相當之抗毒效力。然不能用於陰囊及陰唇之敏感組織，以免引起極大之不安與刺激。昔時習用比較濃烈之氯化高汞 *Bichloride of mercury* 溶液（一比二千至一比三千），然因其刺激皮膚，故現時多已捨棄不用矣。無論用何抗毒劑，當聽其自乾，而以無菌敷料，蓋於預備處，四面罩出，務須寬大，並使其穩固不動。此普通原則，可隨手術之地位與性質，而加以變更。須知粘膜不能滅菌，即近於滅菌亦不可能，否則難免破壞，故預備粘膜時，當以除去分泌，避免刺激爲目的。

口或舌施行手術之時，尤須注意於手術前一二日清潔其齒，且常宜請一牙醫或牙科衛生專家相助。用不刺激之漱口劑漱口。陰道及陰唇手術，用肥皂與水洗淨後，當以多量之百分之二硼酸溶液，或當量鹽溶液灌洗，其所得成績至佳。胃手術須限制飲食，有許多外科醫師，於將施手術之前洗胃，以此作爲常規。包括骨或關節之手術，對於皮膚，尤須小心作長時間之預備，如遇可能時，當延長至四十八小時；其手術處須有兩次以上之完全清潔。

手術前之護理 Preoperative Nursing Care

環境 欲為相當優美之服務，則環境於病人之影響，自應加以考慮。此點已日漸受人注重，可於多方面表現之。例如，醫院中白色耀光之油漆，現已代以柔和之藍色，而器具陳飾，亦採用顏色者，病人接待室等之布置，更為美術化與家庭化，並益注意於院中人員之接待及侍應病人，以養成其和諧，周到，與注意之態度。

精神方面之預備 護士於護理個人方面之失敗，恆較其護理疾病方面為多。常有忽略病人精神方面之護理者，因其較身體方面之護理為難，且不易了解也。人之心意，節制神經系統之全部，故恐懼，憂愁，煩惱，等精神狀態，不能不影響及於身體之機構。護士應當留意此點，並注意於受疾病之負擔者。故護士於病人精神方面之護理，當與身體方面之護理，同一有興味，同一肯努力。護士須能應用較簡單之心理學方法，如善用其同情心，相機應付病人之憤恚不合理，及以巧妙之方法，誘導病人思想，入於愉快希望之途徑，以防其不良之情緒反應。換言之，即護士當小心規劃，以巧妙之建議，養成病人合宜之態度是也。護士若能小心準備，以應付病人之心理的需要，則對於護士服務之各種怨言，自可

減少矣。柯白氏 Irving Cobb 之『手術談』Speaking of operation 與施密斯氏 Pauline Smith『小卡羅』Little Karoo 一書中所述『痛』之故事，為護士人人所應讀，其中每一節故事，皆為負責護理病人者之一課，實驗教授也。

外科病人之護理，可以下圖代表其手術後護病時間之分配。施行手術後之最初數日內，護士時間，幾專費於病人身體方面之護理，自後每過一日，關於護理身體方面之責任遞減，而於病人精神方面之護理，其責任即逐漸增加。護士之缺乏效能，及服務之不甚滿意，殆皆在此後半期內證明之。



圖 三 第
配分之間時理護人病科外

體格檢查 Physical Examination 除急病外，病人輒於手術前一二日至醫院，以

備觀察考查。醫師記其病歷，檢其體格，照例包括下列數端：即查血壓，驗尿，驗血，查其血色蛋白，白血球數，與血凝時間，並就觀察所及，再作其他應有之試驗。護士當研究醫師檢查與實驗室試驗之結果，否則不能與病人以靈敏之護理。

護士之觀察 護士助病人解除衣服時，當仔細觀察，注意其精神上，體格上特殊之

點，以作護理時之指南。如病人是否神經過敏？是否饒舌多言？是否過於憂慮，或異常不甯？是否態度沉靜，緘默無言？病人之身體狀況如何？滋養是否充足？或肥或瘦？有無鼻卡他之症狀，如噴嚏，咳嗽，流涕等？病人之溫度，脈搏，與呼吸如何？是否正常？其身體上有無擦傷，疹子，或何種瘡瘍？病人對於烟，酒，茶，及咖啡等興奮劑之習慣如何？是否過度，或適中？此為護士所應知者，蓋於手術後護理病人時，或因停止某種興奮劑而致病人發生過度症狀也。以上各項觀察，皆應記入單中。

病人之衣服，須小心標明，記錄入冊，妥為保管，以免遺失或損壞。貴重物品，須一一登記，藏於保險箱中。此事殊為緊要，不但因偶一疎忽，將引起日後無謂之糾葛，且其妥善之料理，大可引起病人對於醫院之信任心也。

普通衛生

(一) 清潔浴

或為擦浴，或為盆浴，或為淋浴。護士於浴法之選擇，當視

病人之身體狀況而定；例如溫度過九十九，脈搏過一百，或有創口排液者，當在床上擦洗。

(二) 洗髮

病人之髮，須擦洗潔淨，因其臥床非止一日，頭部清潔，可使病人舒適。

(三) 口腔衛生

預備病人受手術時，護士於其口齒之清潔，常欠注意。實則當手術

前數日，即應一日數次，刷其齒與齦，刷後用溫利之抗毒劑漱口漱咽。如有染菌甚重之齒，

當施以治療。口膿毒病，除緊急時外，當於手術前先清除其毒。克德婆與亨脫爾氏 (Cutler and Hunt) 曾研究手術後之肺併發病，謂口膿毒病為手術後肺炎之一因。

(四) 指甲與趾甲 指甲與趾甲，須剪短清潔。

(五) 保存體熱 使病人溫暖，不可受涼，乃一緊要之事。如病人習慣若襯衣而睡，當為之預備一掖肩之絨毯。

(六) 液體 液體須有相當之供給，以排除體內廢料，充分溶化食物，與調節體溫高下。成人之健康者，每晝夜至少需液體二千五百毫 (西西)。護士當向病人說明吸飲大量液體之重要，以求其合作。手術前之病人，其液體供給，須較平常增多，因手術時多出汗，手術後少飲水，並於嘔吐時損失液體，故更易致脫水。脫水不僅使病人因乾渴而致不安，且足妨礙適當之體功，故甚不相宜。外科醫師因病人脫水，在手術方面，不免冒險，故常有展緩施行者。

(七) 飲食 手術前斷食，將使病人之瘦者，不得不消耗其自身之組織，以維持生命。而病人之肥者，則消耗其體內儲藏之脂肪，故此法現已不用。惟病人思及手術，常致妨害食慾，故護士應為之小心規劃，使病人能得相當之熱力單位，以適應當時之需要。所用食

物，宜滋養適口，而易於消化，多寡適中。外科醫師常吩咐用少含蛋白質而多含炭水化合物之飲食。施行手術之上，一日晚，可用尋常之晚餐，但至八時以後，不可再食固體食物。若病人滋養不足，或為預防酸中毒起見，常以橘汁和乳糖飲之，直至手術前四小時為止。

(八) 排泄。手術前使病人泄瀉之法，現已不用，因泄瀉而兼斷食，將使肝內儲藏之動物澱粉耗竭，組織內失去液體，而剝奪身體對於休克之天然防衛力。瀉又刺激全腸道，而增加手術後腹部之不安。平常於手術日之上，一晚，或至少，在手術前六小時，用肥皂水灌腸。灌腸之目的，乃欲使結腸之下段空也。

尿標本於手術日之上午，送往實驗室，或係循例檢查，或遵醫師吩咐，作某種特殊之試驗。

皮膚之預備 (一) 用品 盤內置下列各物：

(a) 小溶液盆三只

1. 置綠肥皂。

2. 盛溫水。

3. 置廢料。

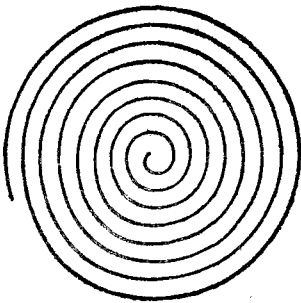
- (b) 大口瓶一個，內置棉球。
 - (c) 保險剃刀與刀片。
 - (d) 取物鉗一把，在抗毒溶液內。
 - (e) 滅菌彎形止血鉗。
 - (f) 瓶兩個，內盛：
 1. 百分之七十酒精。
 2. 醚。
 - (g) 拭剃刀之紙。
 - (h) 牙簽拭子。
 - (i) 返光燈（於需要時備之）。
 - (j) 治療巾與橡皮單以保護床，治療巾以保護被。
 - (k) 滅菌敷料。
- (l) 用於腹部之司枯忒氏帶，或用於四肢之繃帶。
- 護士洗手後，將被摺下，露出應預備之部份。鋪治療巾及橡皮單於預備部份之下，以

保護床。若預備腹部，當以小絨毯一條蓋胸，並以治療巾蓋於被上。

機械的清潔。按吩咐剃去手術處之毛。除緊急時外，切勿乾剃。應剃之處，先飽塗肥皂沫，以減少皮膚對於剃刀之抵抗力，且使病人少受不安。剃毛時務須順剃，不可逆剃。剃時須小心，不可刮傷皮膚，否則較不剃更壞，易致皮膚受染。剃刀須時時用紙拭淨，污紙投入廢料盆內。小心檢查，是否已將該處之毛，完全剃淨。若係預備腹部，應將臍處用牙簽捲棉花小心清潔，但宜輕輕爲之。

次用棉球與肥皂洗淨；擦洗時用迴旋式，如第四圖，自中央起旋轉向外，逐漸擴大。每個棉球，在同一皮面上不可用兩次。如此繼續三分鐘，每一旋轉，須換一新棉球。

滅菌預備。用鉗取出滅菌之錐形止血鑷。用滅菌止血鑷取酒精棉球。用酒精棉球仔細清潔擦洗之部份，仍用迴旋式。每次用一潔淨之酒精棉球。任何部份，不可用一棉球抹過兩次。酒精抹擦後，再用棉球蘸醚 Ether 擦之，其法與上同。醚可使皮面乾。面部，會陰，或痛性抽搐之手術，切勿用醚預備。蓋以滅菌敷料，用司枯忒氏



圖四第

法之膚皮潔清備預術手科外
大擴漸逐外向轉旋起中自

帶或繃帶縛住，視其需用情形而定。

休息 病人於手術前一夕，須得酣暢舒適之睡眠。睡眠為最有益之休息，可使病人入於施行手術之最良狀態，較任何療法為佳。疲乏、過敏、與情緒不安之人，不宜作手術的冒險。

最後預備 手術日之晨 (一) 溫度、脈搏、與呼吸。病人溫度升高，或與脈搏呼吸之比例不合者，宜立即報告。

(二) 頭髮 無論何種髮針，不可留在頭上，因其易刺入頭皮，而損傷病人。若髮長，當在中央分開，編成兩辮，縛於不礙事之處。用手巾包頭，以別針扣住。

(三) 衣服

(a) 潔淨之睡衣。

(b) 腹切開術襪。

(c) 迷蒙帽 ether cap。

(d) 縛住滅菌敷料之闊帶。

(四) 排尿 病人於手術之前，必須排尿，使膀胱空虛，因麻醉時肌肉弛緩，病人或排

尿於手術檯上；若於骨盆部施行手術，則膀胱脹滿，必致妨礙手術。若病人不能排尿，須將此事通知外科醫師。其排尿之時間，與排尿之多寡，均須在記錄單上註明。

(五)飾物 戒子耳環等，必須取下，放入保險箱內；若病人欲戴結婚戒，可用繃帶一小段縛住之，以防脫卸遺失。

(六)假齒 假齒須取出，放在病人之漱口杯內，浸於水中。護士常須小心詢問病人，有無可以取下之齒，因病人或有一二假齒，而回言無有，致於麻醉後不省人事時落入咽喉內。

(七)麻醉劑(照吩咐者用之) 至遲於手術前半小時施用，若於送往手術室時用之，病人將不能受到全部藥力。

(八)記錄單 記錄單須完備，載明所用之麻醉劑，及全部實驗室試驗。此記錄單與病人一同送往手術室。

(九)抬床 病人在抬床上，須安放舒適，妥為遮蓋。於送往手術室時，小心勿令病人受涼。

第三章 麻醉法

麻醉之英文爲 Anesthesia。此字乃霍姆士 Oliver Wendell Holmes 所造，以描寫莫爾登醫士 Dr. Morton 於一八四六年十月在波士頓麥薩區賽公立醫院第一次公開實驗用醚 Ether 施行手術之結果者也。其意義爲不覺痛，此乃應有之事，惟醚與其他全身麻醉劑 General anesthetics 兼能使人不省人事，各種麻醉之法，其發展頗速，故於全身麻醉法 General anesthesia 及局部麻醉法 Local or regional anesthesia 之間，不可不加以區別；全身麻醉法使人不覺疼痛，且不省人事，局部麻醉法雖使人不覺疼痛，但祇限於一定之部份，且非不省人事。

麻醉法於近代外科之發展，因爲其三大要因之一，而於近代護病事業之發展中，亦爲一重要因素，蓋護士與病人作最密切之接觸，常以此爲起點，且爲其第一個機會，以保護病人，抵抗外科中最普通最不易避免之情緒損害。多數病人，皆懼失知覺，惟一經明瞭施行外科手術時之痛苦，必較失知覺更爲懼怕。於此左右兩難之際，護士之人格，極易影響病人，伊若富有技巧，必能置身於病人及此種恐怖之間，而與以安慰也。

全身麻醉劑 General Anesthetics 醚 Ether 第一次用醚作麻醉劑者，為美國

喬琪亞州之郎醫士 Dr. Long of Georgia 時在一千八百四十二年。其第一次公開試驗，則由莫爾登醫士 Dr. W. F. G. Morton 於一八四六年十月十六日在波士頓麥薩區賽公立醫院當眾實行。自經此次證明以後，醚之應用，乃逐漸普遍矣。

氯仿 (哥羅芳) Chloroform 採用氯仿之第一人為辛孫爵士 Sir James Simpson 時在一千八百四十七年。

一氧化氮 Nitrous Oxide 美國康奈鐵克德州哈德福之韋爾斯醫士 Dr. Wells of Hartford, Connecticut 一八八四年首以一氧化氮氣施用於牙科，但並不用作全身麻醉劑。直至與氧氣合併應用，始以此施諸長時間之手術，須歷一小時以上者。

二炭烯 Ethylene 二炭烯為最近用作全身麻醉劑之氣體，於一九二三年，由芝加哥之勒克哈德醫士 Dr. Lueckhardt of Chicago 首先公表於世。

直腸麻醉法 Rectal Anesthesia 醫學界久欲以一種物質輸入直腸，特由直腸與大腸吸收之效力，而得滿意之全身麻醉，其有此企圖，已非一日。最早得有成效者為弗斯曼氏 (Gwathmey) 嘗完成一滿意之麻醉法，以醚與油之混合物輸入直腸，作為灌腸劑。手法

熟練者，用此法可得極滿意之全身麻醉。惟隨易引起大腸之刺激，有人用此麻法後，將致瀉血及其他不良效果。較此更近者，係於一九二六年採用阿佛汀 *Avertin*，得有滿意之直腸麻法。阿佛汀係用其水狀液輸入腸內，體重每尅（公斤），用量自六十尅（公絲）至一百尅，病人逐漸入於基礎麻醉狀態。此法多用於易激惹之病人，施行甲狀腺腫手術者，亦有效於防止病人預備施行手術時之過敏性休克。施行口手術者，用尋常之吸入麻法，足以妨礙手術師，亦多改用此法。惟直腸麻法有一受人根本反對之點，即其麻醉之深淺與時限，不受麻醉師之直接管理，此殆為一永久之障礙，不易破除也。

全身麻醉病人之預備 欲求一完全穩妥之全身麻醉劑，現尙未能發見，其危險之程度，則視病人之健康，與其疾病之狀況而異。惟有一穩健之普通原則，即除極急迫時外，病人非先經過詳細之體格檢查，並驗尿後，切勿施行全身麻醉。驗尿為一重要之事，可以發見其有無糖尿病 *Diabetes*，或慢性亨來忒氏病 *Chronic Bright's disease*。如患糖尿病，若不加以制阻，用全身麻醉劑時未免危險。患亨來忒氏病者，其麻醉劑必須慎重選擇。病人將赴手術室時，必須撒空膀胱，此事最為緊要。其故因膀胱脹滿，或一部份膨脹，將妨礙手術，而於腹下部手術，赫尼亞手術，及女子骨盆手術為尤甚。尙有一要點，因在手

術後初期，病人於排尿一事，常經歷不少困難，若於手術時膀胱即覺膨脹，則其困難將更甚。病人於手術前不能排尿者，將引起一微妙之判斷問題，或發生一簡單而煩擾之兩難事件。若膀胱不能自然排空，其勢不得不用導管。於此兩難之中，須由外科醫師決定。手術前導尿，非有特別命令不可。

欲得全身麻醉之最佳成績，宜投以嗎啡。亦有許多外科醫師，用適當量之阿託品，以限制咽喉與枝氣管內之分泌。此兩藥當於手術前二十分鐘至三十分鐘內施用之。

施用全身麻醉劑之原則。麻醉師對於若干意外事件，未有防範抵制之法以前，不可即施用全身麻醉劑，此為一穩健之普通原則。凡全身麻醉劑皆可引起惡心與嘔吐，多少視病人消化道之情形而異。故於飽餐後用全身麻醉劑，勢必發生猛烈之惡心與嘔吐。若病人祇一部份不省人事，將吸入吐物，而致吸入性肺炎與死亡。因此病人之胃，於麻醉開始時，須大部份空虛。於麻醉師可以取得之處，須備張口器 *Gage*，*Hill* 鉗 *Tongue forceps*，與一導氣筒 *Airway*。因全身麻醉劑有時引起呼吸梗阻，以上各物，可使麻醉師預備應付。心力衰竭，為施用麻醉劑時重大之意外事，故常預備各種抵抗藥，以防不測，此習慣由來已久。然至心力已經衰竭，則血循環大為遲緩，所投之藥，即有作用，其散佈亦將遠不如

平常之速，故普通所用諸藥，實際上無大效，不免爲一疑問。惟心臟衰弱之程度，頗有不等，故宜預備若干藥物，如以咖啡因 Caffeine 注射肌肉或注射靜脈內，可以輔助心力。麻黃素 Ephedrine 於抵抗或制止血壓之降落過低，尤有價值，與較新之麻醉法同用尤佳。醇 Alcohol 亦嘗用作心興奮劑，惟實際殆無價值。番木鱉素(士的甯) Strychnine 昔爲一有名之心興奮劑，然無事實可以證明其功用，似應放棄。洋地黃 Digitalis 之任何製劑，是否能迅速發生作用，以期有效，亦屬疑問。

麻醉開始之前，病人應舒適安放於檯上，最好在手術檯上，但不可在手術室內，以免病人因目覩手術室內之動作，而發生無謂的震恐，最爲緊要。宜用種種方法，使病人鎮靜無懼，此爲麻醉師及與病人接觸諸護士之重要職務。恐懼最足妨礙病人滿意之麻醉，甚者或致殺人，因此麻醉之開始宜極緩，勿令病人有絲毫窒息之感覺，以窒息爲多數病人所畏也。

麻醉之第一期 凡全身麻醉劑，皆有一狀似不省人事之欺騙期 Deceptive stage，用時尤甚。

麻醉之第二期 第一期之後，常立即繼以亢奮期 Stage of excitement，病人或有

猛烈之動作，口中喋喋不休。此時在旁諸人，於其所見所聞，切勿加以批評。病人於麻醉期中，不由自主之言論，若隨意作爲談助，對於醫家道德，不免爲一重大破壞。護士及在旁之侍役，當此麻醉期內，常欲以強力約束病人，此爲其自然之反應。夫約束病人，以防由檯上跌下，固屬當然之事，然而不需要之約束，常足與病人以刺激，使其不易安定，歷時更久。故宜任其臂腿作相當之運動，祇須不妨礙麻醉劑之施用足矣。用醚時係逐漸麻醉，用氯仿（哥羅芳）與其他氣體麻醉劑，則可迅速發生完全之外科麻醉。此時呼吸自然，瞳孔非用嗎啡使之收縮，對於光亮反應如常，病人全體弛緩。迨至此期，因肌肉弛緩之故，其頷將不如平常之堅強，舌向後墜，阻塞咽喉，故必須使頷向前，以節制其舌之位置。若呼吸之速度與深淺如常，卽爲病人已得滿意的麻醉最可靠之徵。

麻醉時之意外事。呼吸梗阻，或不規則，殆爲麻醉時最普通之意外事，亦爲其最重要之危險狀。用氯仿（哥羅芳）麻醉者，病人之呼吸尤須有規律，以保安全，若呼吸停止，將發生重大之意外。用其他麻醉劑者，病人之呼吸不規則，或爲麻醉太深，或爲麻醉太淺。用醚者若麻醉不深，加醚之時，尤易立即使其呼吸暫停，而失去韻律。此爲麻醉深淺有益之指徵，務須加以注意。若呼吸停止之時間延長，麻醉師必須加以調查。

嘔吐 病人於麻醉之初期，或有惡心嘔吐，輕重因病人之胃內容而大有不同，已如前述。嘔吐時，常有吸入吐物而發生重大結果之危險，故宜令其自由流出。通常撤去麻醉劑，將病人之頭側向一邊，以一指插入其口之下角，勿令阻塞。迨已得完全之外科麻醉，即不致發生嘔吐，故嘔吐常為淺麻醉之徵，最多見於引入期，及麻醉將終時減輕或撤去麻醉劑以後。

心力衰竭 Heart Failure 因麻醉劑而死者，多屬有心臟病之人，此為一普通現象，其言殆甚真確，蓋補償充足之心，絕不為巧妙之全身麻法所擾亂也。全身麻醉劑中，氫仿（哥羅芳）最易引起突然之心力衰竭，此事雖不多見，然為反對常用此藥之一原因。用一氯化氫與氫氣者，亦嘗有心力衰竭之事，惟用二炭烯者甚為罕見。治療之法，當將麻醉劑撤去，用人工呼吸法以興奮心臟，惟用氫仿麻醉而致心力衰竭者，此法多無效。

麻醉後之料理 施用全身麻醉劑之病人，須常有一幹練人員，在旁看視，直至其回復知覺始已，此為一穩健之通則。麻醉後主要之危險，即因麻醉而致肌肉弛緩，舌向後墜，以致呼吸梗阻，故病人之頷，須受節制，至咽喉恢復反應，而能自己節制其頷為止。病人回床後，平常係仰臥，肩下置一枕，其頭側向一旁。因病人易致嘔吐，此法可以便利吐物之排

出，免於咽喉恢復反應以前，將其吸入，繼續觀察病人之時間，其長短因所用之麻醉劑而大有不同。用醚麻醉之技術不良者最長，用氣體麻醉劑一氮化氫與二炭烯後之時間最短。後二種麻醉劑之優點，即為病人能迅速回復知覺。

局部麻醉部位：麻法、脊髓麻法與氫麻法。現已有法可使身體之一小部份或一大部份麻木，而不失知覺。此種麻醉，由於注射藥物，其使用最早者為可卡因 Cocaine，一八八四年柯勒氏 Koller 首用於外科，以使眼麻木。脊髓麻法係注射藥物入脊髓之鞘內，由紐約康雷氏 Corning of New York 於一八八四年首先用之，然未能普遍，直至一八九四年，始經德國界爾氏 Bier of Bonn, Germany 改良其用法。可卡因有毒，故實際上現已不用，而代以各種綜合製品，如奴佛卡因 Novocaine，即其一也。局部麻木 Local anesthesia 一名詞，普通用以指示身體一小部份之失知覺，因注射一種藥物之稀溶液入皮，而漸達深組織所致。部位麻木 Regional anesthesia 普通用以指示身體一大區域之失知覺，因注射藥物於該部大神經幹之周圍所致。故以奴佛卡因之稀溶液，用針由鎖骨上相當之一點，注射於臂叢左右，可使上肢完全失知覺，下肢之感覺，則因氫神經與股前神經之浸潤而阻滯，身體之其他部位，亦可以同樣方法使其失去感覺。

脊髓麻醉 Spinal Anesthesia 乃以麻醉劑之溶液輸入脊管，普通在其脊髓終點

之下。此麻醉劑可以針刺入第三、第四，或第二、第三腰椎骨棘突之中間而輸入之。

由此法所得之麻醉程度，因溶液之比重，注射之多寡，與病人之位置而不同。溶液之比重較脊液高者，若病人頭低於身，作成所謂『垂頭仰臥勢』，其液體將傾向於上，而發生高度之麻醉，甚至及於全身。反之，若溶液較輕於脊液，而令病人作垂頭仰臥勢，則液體將上升，而麻醉劑限於身體之下部，如四肢及下腹部。因此護士須知其所用者為何種溶液，欲得高度、低度，或中度之麻醉，方可明瞭病人應作何種姿勢，及維持此姿勢之如何重要。無論何時，若麻醉劑及於全腹部，則供給腹內臟之神經，與供給腹部之大血管，均將麻痺，結果可使血壓大為降低。然若預用腎上腺製劑，即可防免，而以麻黃素 Ephedrine 為最有功效。此魔法不僅可使人不覺痛，且使肌肉完全癱瘓，其效力約於三刻鐘至一旬半鐘之時間內消滅，視注射之藥量而異。

骶麻法 Sacral Anesthesia 以麻醉劑注射入骶管，使由此處發出之神經根麻木，

亦可得同樣之麻醉，然祇限於下肢及會陰部耳。

麻醉劑之選擇 使人不覺痛之方法，既大有不同，使人不覺痛與不省人事之方法，

亦大有選擇，故在種種不同情形之下，外科醫師必須分別選擇，注意於病人之狀態，及其所可增加之疲勞。迄今尙無一差強人意之麻醉法，可適用於各種情形，此事可以斷言。故外科醫師若祇採用一種或兩種方法，作為常規，對於病人即為未盡其全責。

麻醉法中最緊要之問題，固為保護病人，勿受因外科而致之損害。其次當令外科醫師於工作之時，勿受障礙，以增加其效力。病人所受之侵害，至少有二：一為身體上之損害，由於疼痛，一為精神上之損害，由於恐懼。昔日對於麻醉之觀念，祇欲令病人不覺痛，而於免除病人恐懼之事，並未注意。自世界文明，日益進步，而神經過敏之情形，亦隨以俱增，故保護病人，勿受恐懼等之害，乃愈見重要。若於選擇麻醉劑之前，護士能與病人充分接近，而知其心境如何，恐懼如何，則於麻醉劑之選擇，必有不少輔助。例如護士可以發見病人更懼失知覺，甚於部位麻法或脊髓麻法所致少許之疼痛，此事應加以相當之注意。護士亦可由此得知病人以前所受之麻醉經驗，而於選擇相當之麻醉劑有所供獻。今將依此根據，討論其選擇之法如下。

醚麻醉法 Ether Anesthesia

醚於各種麻醉劑中，久佔優勝，因其易於施用，且不易於施用時突然發生悲慘之併發病。故今日雖有種種不同之麻醉法，而醚仍為其最普

通用之一種。用醚麻醉之優點如下：(一)易於施用，雖技術不甚精者，亦能用醚使病人不省人事，與肌肉弛緩；(二)直接發生重大之意外事者，比較罕見。然就另一方面言，則醚亦自有其劣點，即此藥之臭與味，均甚惡劣，令人發生不快之感覺，幾為麻醉時所必不能免。且於手術後易致肺併發病，其主要原因，即為此藥對於呼吸道粘膜之刺激性，決不能完全防免。此點人多忽之。醚於將來被選用為麻醉劑時，大率當根據以下兩點：(一)此藥易於施用，凡在設備不甚完善之醫院內施行之外科手術，普通皆可應用此藥；(二)比較的直接安全。此外尚有一點，即醚能發生比較完全之肌肉弛緩，而無藥力過濃之危險。醚之施用，有所謂氣管內麻法 *Intratracheal method* 者，於(一)肺手術，(二)口手術之欲其麻醉器離開手術處者，(三)病人需要高度之肌肉弛緩者，此法大有價值。其法係用一管由口或鼻通入氣管，通入時稍見困難，須由專家行之。管之口徑與質料，頗為重要。以醚與各種氣體合併用之，(尤以一氧化氮為最)，可減少其使人嫌惡之點，如關於麻醉期之引入，並可增加單用一氧化氮與氮氣所能得之肌肉弛緩。如此應用之時，可視醚為一種通用之麻醉劑。

氯仿 (哥羅芳) 麻醉法 *Chloroform Anesthesia* 氯仿自用作麻醉劑以來，雖與

醚競爭達五十年之久，惟迄今已漸不用，其故大抵因病人於麻醉時有猝死之危險，幾於不能防免。雖因此死亡者並不多見，約為每千人中不到一人，然終為一冒險之事，非外科醫師平常所願担任也。自另一方面言之，則氯仿在熱帶氣候中，仍為一最易取得，最易運輸之麻醉劑，醚因極易揮發，故在熱帶地方，實際上幾不能得。氯仿除略有危險外，亦為一種佳之麻醉劑，既無醚之臭味，而手術後之肺併發病，亦遠不如用醚麻醉之多。

一、氮化氫與氮氣麻醉法 Nitrous Oxide and Oxygen Anesthesia 一、氮化氫久已博得『完全穩妥』之名，大抵因其施用於牙科手術，祇須暫時麻醉。若為長時間之手術，如需半句鐘以上者，即無此安全，較諸氯仿未必更為穩妥，其必不能免之死亡率，約為千分之一。腹部手術，需要高度之肌肉弛緩，一、氮化氫即非完全滿意之麻醉劑。此時必須與醚混合，因以增加肺併發病之危險，若單用氣體，則幾可無之。然若能得有經驗之麻醉師，與複雜之麻醉用具時，一、氮化氫殆為今日普通用各種麻醉劑中之最滿意者。

一、二炭烯 Ethylene 二、炭烯在今日普通用之麻醉劑中，為一最新之藥，因其能得更大之肌肉弛緩，故優於一、氮化氫與氮氣；因其極少手術後之肺併發病，故優於醚。然有一嚴重之反對，即於使用時有發生重大爆裂之危險。此氣與氮混合，稀釋至百分之五十以

下時，倘與一熱火花接觸，即將猛烈爆發。以著者所知，曾有極少數之爆發，報告於世，且有死者，然其事甚為罕見，而因此死亡之危險，大約尚不到五萬分之一。願在未能完全免除危險以前，對於二炭烯之使用，終不免為一反對，惟並不重大耳。

局部麻法，部位麻法，與脊髓麻法。Local, Regional and Spinal Anesthesia。於身體之小部份施行手術，且無需重大之手術者，局部麻法，殆為最佳。例如在身體之任何部份施行有限之淺手術，如割去小瘤等，尤其於手指施行手術時，極易使其完全麻木，此法特為滿意。惟遇較重大之手術，需用部位麻法或脊髓麻法時，對於病人精神上之損害之全部問題，須有相當應付。如令病人完全不覺其應施之手術，此事主張者頗多，但非病人完全不省人事，則因手術而致之精神損害，自屬不能免。於手術前投以相當之藥物，使病人幾於完全不省人事，亦常可能。此項藥物之有效者為巴比特酸衍化物 Barbituric acid derivatives。其中主要者為安密安 Amytal 與奈布安 Nembutal。若劑量適宜，用法巧妙，可使病人失去知覺，對於可以引起不良的情緒反應之一切手續，全無所知。應用部位麻法，或脊髓麻法，其最明瞭之指徵，即為禁用任何種吸入麻醉劑時。如患嚴重之肺病者，無論用何種吸入麻法，皆不免有超過其手術本身之危險。又如人患重病，或腎受損傷者，亦不

宜用吸入麻法，尤不宜用氫仿（哥羅芳）或醚。病人之患重休克者，或新近曾有大出血者，用任何全身麻醉劑，其結果皆不良，惟氣體麻醉劑之害較醚或氫仿爲少耳。年高體弱之人，及有廣大之動脈硬化症者，以用部位麻法或脊髓麻法爲佳，不易發生情緒的休克。就全體言之，脊髓麻法之所以應用日廣者，大抵因其能滿意節制血壓，並能發生最完美之肌肉弛緩，故於技術靈敏者，其應用之範圍殊廣也。

第四章 手術後之管理

爲便利起見，病人手術後之護理，可分爲：(一)直接施行手術以後者，(二)以下數日內所需要者。直接施行手術後之護理，包含病人受麻醉作用後之恢復問題，與觀察其手術之直接影響。第三章麻醉法中已經論過，病人須由一幹練之護士直接監督，至麻醉效力幾已完全消滅爲止。在此期內，必須小心觀察與記錄病人之脈搏，蓋祇有此法，易發見休克或出血之證據也。病人血循環如有異常，或發生意外之變動，當立即報告現代醫家，以爲病人須用液體支持，且有許多外科醫師，於手術甫畢之後，即欲以液體輸入病人體內，或用靜脈內注射法，或用皮下輸入法。

靜脈內給藥法 *Intravenous Medication* 靜脈內給藥法，於下列三種情形，在外科

學上頗佔重要：(一)外科休克，(二)病人脫水，或腎功不足之時，(三)腦水腫。(腦水腫於第十章中論之) 治療外科休克，如以全血由靜脈內直接輸入循環，最爲有效。然若病人形勢岌岌可危，而又無適當之輸血者，則必另用他法，至少足以暫時維持其血循環者。此時如以百分之六亞刺伯膠溶液 *Gum-acacia solution* (在當量鹽溶液內) 輸入靜脈，

確有功效，若其血色蛋白不低至百分之三十五以下者，其效力尤佳。凱斯氏 (Case) 以爲此溶液之功效，乃因其能保留水分於循環內，經歷不少時間也。

脫水與腎功不足者，亟需相當之水量。惟蒸溜水不能輸入靜脈內，其最合用之溶液有二：(一) 百分之〇·六氫化鈉溶液 (0.6% sodium chloride solution)；(二) 百分之五葡萄糖溶液 (5% Glucose solution)。此兩種溶液，皆易輸入太多。若續用葡萄糖溶液太久，其血內之氫化物，或致大爲減少。若續用氫化鈉溶液太久，則尿量必致大減。因此以上兩種溶液，雖甚相宜，且常以大量輸入，經過久長時間，然須謹記，切勿擾亂體內鹽與水之平衡，及酸與鹽基之平衡。病人之腎受傷，或於腎施行手術者，或其泌尿道梗阻者，或腹手術之并及於腸者，以及口服液體須受限制者，或惡心嘔吐易致延長者，此點尤爲重要。所宜注意者，則爲液體乃病人恢復所必需，宜於較早之時間，設法輸入。若知其口服液體，易致不良效果者，必須早用他法。以大體言，手術後若病人需要，雖惡心尙未完全消滅，亦可飲少許之水，尤其是熱水。病人普通以爲甯可飲冷水，然飲熱水較易容受，已得強有力之證據。但溫水不宜飲。除胃或小腸等施行手術後別有理由外，所飲液體，宜逐漸增加至二三兩，愈早愈善。按平常情形，無論何種液體，均可於手術後十二小時，或至多二十四小時，自由輸

入。常見病人之惡心不止者，顯係胃受麻醉劑刺激之直接結果，如用醚，則因嚥下含醚之粘液，而使其刺激不絕。如此者，可以溫水一杯，內加重碳酸鈉 Sodium bicarbonate 一滿茶匙，以飲病人，意在使之嘔吐，而自動將胃洗清，免用令人不歡迎之通胃管。此法常可使惡心大減，或完全停止。於此期內，若病人之惡心嘔吐，仍極困苦，則必須改用他法，以供給液體，或由直腸輸入，以當量鹽溶液作保留灌腸劑，或用茂斐氏滴法 Murphy drip，不斷供給少量之液體，而用靜脈內注射或皮下輸入法更佳。由直腸內輸入之液體，其吸收極不一律，且致腸內膨脹，不能容忍，故此法常較為不滿意。

痛 Pain 除有異常之原因外，病人於施行手術後，常用任何種止痛法嗎啡為最通用最有價值之止痛藥，宜注射適當之劑量，隔相當之時間，以期確能止痛。病人對於嗎啡具有特性者，或能受全阿片素 Pantopon，若二者皆不能受，其次常用可待因 Codeine，特非一滿意之代用品耳。腹痛用熱可以減輕，或用亞麻仁泥罌劑，或用電氣擊較佳，惟罕能全止。

腹脹與氣痛 Abdominal Distension and Gas Pains 腹手術後，因腸蠕動之恢復，

尤易發生一定程度之膨脹與疼痛。此類症狀，由於腸漸恢復其正常功用，疼痛則因腸自

身所受之侵犯或傷害而來，故不易管理。且於手術後最初二十四小時內，常不免需用嗎啡，及停止以後，將使腸之活動增加，而疼痛亦更甚。其治法須有利於腸功用之恢復，在早期內，即第二個或第三個廿四小時內，普通用熱敷物如上，並時時使病人略為轉側，肌肉內注射垂體素（蝶鞍腺素）Pituitin，並於氣體行至大腸時應用靈巧之灌腸法。於恢復期之初，即欲以灌腸法止痛，為一普通錯誤。於最初二十四小時內，以灌腸法治療腹痛與膨脹，其成績不及稍後之滿意，且常僅令病人煩惱而已。故最初二十四小時內不宜用灌腸法，至第二日之後半，及第三日，則可逐漸增加其使用。

飲食 除有特殊之情形外，任何種液體，皆可於最初二十六小時內供給病人，過後即可開始用柔軟食物，如無特別禁忌，一俟腸之運動恢復，即可改用完全飲食。

特種手術之後療法 胃或腸施行手術後，病人之飲食尤須小心謹慎，當視各病人之特殊情形而定。但有一普通規則，於胃或小腸施行手術後最初兩日內，其所飲液體之量宜少，而次數較多。因此常需用他法，以供給其所需之液體量，如靜脈內注射，或皮下輸入法。若惡心嘔吐延長，或須完全停止口服，或大部份停止，則必改用他法，以供給充分之液體。於此應注意之緊要原則，即為始終承認病人有以一法或他法輸入適量之液體之

絕對必要。平常人以爲人生所必不可少者乃食物，普通爲固體食物，實則液體之需要，更甚於固體，而水爲尤要。體內液體之平衡，爲一根本要素，以維持循環，維持正常之內分泌，（其中最明顯者爲尿），並以之補充麻醉時，外科休克及手術後發熱時所失之液體。就食物而言，多數人祇須飲水，卽不食數日，仍可生存，此爲一奇特之事。頤或舌施行手術者，有兩種情形須特別注意。手術後常易發生肺併發病，尤其是各種吸入性肺炎。此其原因，大抵由於手術時吸入血或膿毒物質，而妨礙吞咽之機構，將益增吸入性肺炎之危險，必須時刻謹防，不可疎忽。手術後之初期，須小心看視病人，勿令吸入口分泌物，其防範之法，祇須注意病人位置，以側臥爲主，使涎液等便於自口流出。開始飼食時，亦須小心防範。因此等病人，對於咽肌之節制力甚爲欠缺，半因受傷，半因不安所致。亦有不能安然咽下，必須用人工飼食法者。普通以一小而柔軟之橡皮導管，自鼻通入，直至咽之下部，在喉以下。管之通入，必須小心，因導管極易入喉，而發生重大之結果，故平常由醫師親自執行。近年以來，此等病人之飼食法，常用一種小橡皮管，管端有一球狀金屬尖，上穿多孔，使液體經過橡皮管，由孔而出。此管名雷甫士管 *Rehms tube*，係自口中通入，由食管而下，至於胃內。以此法飼食，可完全免去吞咽作用，液體滋養物可直接輸入胃內，或至十二指腸內。此

爲一種滿意之方法，若病人餉食，異常困難者，用此法尤佳。

於泌尿道之任何部份施行手術者，其液體之輸入與排出量，務須特別注意。若在泌尿道之下段施行手術，以去梗阻，如老年人之前列腺梗阻；或在腎臟施行手術者，不論割去一腎與否，尤須加意小心。前列腺施行手術之病人，其膀胱內之尿，常由尿道，或恥骨上管而排出。第一重要者，此管須常令開放，使行至膀胱內之尿，均可迅速排出。惟此管常爲血塊，積膿，與膀胱內之粘液所阻塞，或因未能與以適宜之料理，以致阻塞不通。護士遇有阻塞，須能立刻認識，爲之設法。其較易者，祇須用稀硼酸溶液洗淨導管，或他橡皮管，即可恢復排液。其較難者，雖經認識此狀，而不能用溫和之方法恢復排液時，當即請專家相助。此類病人，尤須吸收大量之液體。普通於手術畢後，即行輸入，以維持體內高度之液體，而獎勵自由排尿。前列腺有梗阻性損害者，其腎常受輕重不等之傷，欲維持口服之液體量，多較平常困難。管理此等病人之要點，即其輸入之液體須異常多，而有完全滿意之排出法，護士應小心量過，視其排泄之狀而加以注意焉。

· 手術後之併發病 Postoperative Complications 休克 Shock 於外科手術後

發生手術後休克 Postoperative shock 現「」不及從前之多，然仍爲一重要因素，在手術

後期之前半尤甚。護士應注意而報告之，其治法見第五章休克節。

手術後出血 Postoperative Hemorrhage 手術後出血，常為可能之事，或為外出血，或為內出血（隱匿血）。如為外出血，若經小心觀察，常能立即認識。如為內出血或隱匿血，祇能就病人之全體狀況辨別，如出血節所論，脈搏速度漸增，為一最重要之指示。手術後出血，須與手術後休克及手術後重傳染，分別清楚，後二者之初狀，或與前者極相似，護士主要之職務，即為觀察與報告其真相。治法見第五章出血節。

手術後之肺併發病 Postoperative Pulmonary Complications 各種枝氣管炎

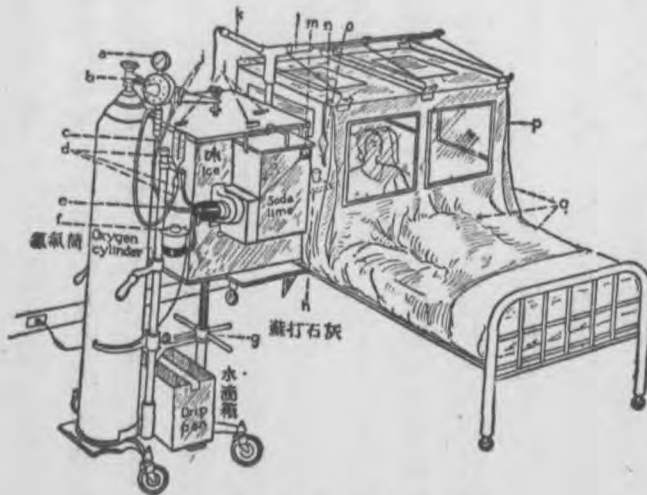
Bronchitis 枝氣管肺炎 Bronchopneumonia 或大塊性肺炎（全實性肺炎） Massive pneumonia

均為比較普通之手術後併發病。查其原因，一部份由於應用吸入麻醉法時受麻醉劑之刺激，一部份則由於小枝氣管內因呼吸變緩而有粘液積聚。其呼吸變緩，或於手術時因麻醉劑之故，用脊髓麻醉者尤甚，或於手術後因痛而限制膈之自由運動所致。症狀常於手術後最初二十四小時至四十八小時內顯出，其證據為咳嗽，呼吸增速，發熱，較重者則有輕重不等之發紺 Cyanosis。用聽診法與叩診法檢查胸部，常可得滿意之診斷，惟病重者此法每多困難，或不甚滿意。最準確之診斷，當攝取 X 光影片，凡設備完

前，改用氧氣室，於室
力不佳。距今約十年
此法不甚滿意，且效
口中，自氧氣箱供給
方法，乃以導管通入
一法也。早先所用之
以氧氣供給病人之
給之，氧氣帳即現代
發紺者，須以氧氣供
困難，或心臟病，而致
Tent 病人因呼吸

氧氣帳 OXYGEN Tent

善之醫院內，皆可實行，而於病人亦無大不便。治療之法，輕者用祛痰止咳藥，或用蒸氣吸
入法。如有發紺，則須用氧氣帳，或以他法供給氧氣。



第四圖 (a) 氧氣帳

a. 高壓計。b. 減壓瓣。c. 氣流調節針。d. 氧氣流出計與
連接之橡皮管。e. 電動機與空氣吹送器。f. 電流調節器
g. 升降柄，以整理器具，使合於病床之高度。h. 帳內之
度架，以放病人所用各物。i. 使氧氣速增之旁行瓣與管。
j. 於分析時固定氧氣分析器之鎖扣。k. 展開帳套時使帳升
高之旋柄。l. 支持物，於帳套收藏時可以摺疊。m. 蘇打
石灰旁流瓣。n. 聯接氣體分析器之橡皮管。o. 橡皮球，
以取樣品作分析用。p. 帳套。q. 橡皮質之帳線，備掖在
病人體部之周圍。

內供給氧氣，可維持所需之濃度，常超出平常空氣之含量（百分之二〇·九三）以上。各國醫院，用此室者甚多，其功效極佳，惟建築及運用之費，殊為不費，故現多以各式之氧氣帳。此帳可由甲病人移至乙病人，頗為便利。約言之，計有供給氧氣之器具一，於相當壓力下供給氧氣，並調節帳內氧氣與空氣之循環，且能布置適合，使外面空氣之漏入，大半可以防免。第四圖 a。顯明現用各氧氣帳之普通原則。（關於肺不張等情形，詳見第十章肺病節）

亢奮譫妄躁狂 Excitement, Delirium, Mania 手術後各種程度之亢奮，多少係受下列數者之直接影響：（一）麻醉劑，（二）手術後痛，（三）病人意識，尚屬模糊，而缺乏平常節制力之恐懼心，惟護士常用巧妙之安撫，與以節制若痛為一重要之因素，可用嗎啡以止之。手術後譫妄，除因腦受傷者外，大抵見於老年人之大腦循環不良者。此事不必十分嚴重，通常用催眠劑（包括溴化物）即可與以相當之節制，惟用任何種阿片劑治療，均不滿意，實際且因用以止手術後疼痛之阿片而加劇。

震戰性譫妄（酒狂） Delirium tremens 昔為受傷或手術後普通之併發病，今已顯然少見，蓋用酒類為飲食中之必要部份，此等人今已較前減少也。惟此事既嘗有之，自亦

不可忽略，若淡然置之，或誤認爲他原因，則其結果將甚嚴重。震戰性譫妄之特狀，最常見於慣飲例酒之人，雖不致過度者亦然；昔日多見於勞苦之工人。此等人受傷或施行手術後，卽有低聲囁語之譫妄，普通於手術後不久，或最初二十四小時內發生，漸進而爲猛烈之譫妄，普通有約束，攻擊，或迫害幻想，病人常欲下床，以脫逃其虛擬之攻擊。此等病人，常極兇猛，且甚有力，若強行約束，將使其妄自掙扎，以致疲乏，用藥物節制，亦頗困難，用嗎啡與阿片衍化物 *Opium derivatives*，將使其增劇。普通可多用醇類以節制之，殆取對症下藥之義也。因是，若知受傷或施行手術之病人，習慣飲酒者，可於恢復期內，自由飲以酒類，以防其發生震戰性譫妄。

手術後躁狂 *Postoperative mania* 一名詞，乃用以指示一種急性躁狂狀，有時顯因手術時之情緒傷害所致。治法與他種躁狂同。病人須約束，並與以不斷之注意，因躁狂病人常有跌出床外，或自高樓上跳下，而致身受重傷，或喪失生命者。故躁狂病人切不可失於觀察。惟用細臂掛嚴行約束，著者認爲不宜，祇可於病人十分兇暴，不能維持相當之監督時使用之。約束之效力，當然不甚相宜，足以耗費病人之體力，故能免則免。任何種阿片劑均不宜用，與手術後譫妄同，雖不能不用以止手術後之疼痛，然用藥物以治躁狂時，不

可包含阿片在內。溴化物 Bromides 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

不甯靜與不寐 Restlessness and Insomnia 靈敏之護病技術，應用於手術後各種病狀，其價值誠至高，然無過於不甯靜及不寐者。凡幹練之護士，多能以巧妙之安撫法，與小心注意細節，以制止不甯靜。護士表現其技能與品格之機會，亦無過於此時。至少在昔日，此種情狀，乃因病人之情緒約束弛懈所致，於未施手術以前，雖經竭力壓抑，此時期已失去約束，而不能自制。護士能於必需時善用藥物，而於不需時巧為避免，可以發揮護病技能至最高點。鎮靜劑如溴化物，催眠劑如魯米那 Luminal，安密妥 Amytal，與巴比特魯製劑 Barbitol preparations，乃最有效者，但宜少用，而以能確得充分之睡眠為主。無論何物，皆不能用以完全代替睡眠，然若過用藥物，則將引起昏沉或假睡，可謂得不償失。故治療不甯靜與不寐，當以護病法為第一，而藥物次之。

腹膜炎與腸梗阻 Peritonitis and Intestinal Obstruction 護士須謹記，經過腹手術之病人，皆有上述兩種重大併發病之可能性。本章內暫不討論，可參看第十六章腹膜

炎與第十八章腸梗阻

手術後之護理法 環境 病室宜幽靜，而空氣流通。通氣之法，最宜注重。南丁格爾

女士 Florence Nightingale 曾於『護病筆記』一書中為明白有力之表示曰：『是為護病之第一要義。是為護士始終應注意之一事。是為病人之第一需要。無此，則其他一切，皆於病人無補。有此，則其他一切，幾可全置不問。此事維何？即使病人所呼吸之空氣，與外面之空氣同一清潔是已。』南丁格爾女士有此重要之言論，以迄今日，其間雖已經過不少年代，而對於通氣問題之注意，則有過之無不及。亨丁登醫師 Dr. Ellsworth Huntington 曰：『適宜之通氣法，其重要殆與預備病人之飲食，不相上下。』

關於通氣法有應注意者三點，且此三點之重要相等，即：(一) 溫度 Temperature

(二) 濕度 Humidity (三) 流動 Movement 手術後病人之室內，其適當溫度為華氏六十四度至六十八度。病室內須潔淨無塵，使病人能得清潔之空氣。空氣之流動須有調節，勿令病人受直接之氣流或陣風。欲使室內空氣，得適宜之流動與變換，當將窗之上框放下數寸，(高下視外面空氣之流動與溫度而定)，下框移上數寸。窗之下端，備一擋板。上窗放下，則熱而輕之空氣，上升至天花板時，可由此而出。下窗移上，則豐富之新鮮空氣，可

由此而入，用一擋板，可使強烈之氣流，方向偏離，不致直達病人。惟護士隨時皆應留意，不可暴露病人，以致受寒。

病床 臥褥須翻轉，換鋪潔淨褥單。於床頭加鋪橡皮單一條，以資保護。枕頭須用橡皮套。先用絨毯蓋於病人身上，再蓋平常之被。被蓋不可掖於褥下，其鋪法宜使床溫暖，而於病人到來時容易揭開。床內須放相當數目之熱水袋。麻醉床上之熱水袋數目，各醫院有一定標準，庶將病人安放床上時，護士可一一取出，不致遺漏。不省人事之病人，不覺疼痛，護士務須小心，勿令失去保護力之病人，為熱水瓶燙傷。

病人自手術室回房 病人在手術室內，更換溫暖潔淨之睡衣，然後用一乾暖之絨毯包裹。若醫院內之門與升降機，可容病床經過，即將溫暖之床，移至手術室，以接取病人。此法可免病人由抬床移至床上之麻煩。抬起或搖撼一半醒之人，可致嘔吐。抬病人至床上或抬床上時，須極小心溫柔，並宜遮蓋妥善，以防經過廊下時吹風受涼。病人由手術室回房時，以小絨毯蓋其頭部，乃一有識之舉。病人由手術室回至床上，愈快愈善，且愈少暴露愈佳。若病人於此時受涼，可致肺併發病，或手術後休克。

病人在床上之位置 病人在床上之位置，因各種手術而不同，當於特種手術之護

理法內討論之。護士應知所用之手術，及創口在於何處。凡外科病人，若能視其手術而安放於適宜之位置，使縫處不致緊張或傷力，必能更為舒適。

護理病人至回復知覺之時，放在床邊桌上之用品：

(甲) 張口器。

(乙) 舌鑷。

(丙) 嘔吐盆，用手巾遮蓋。

(丁) 拭口紗布與污紗布袋。

(戊) 鉛筆與紙，以記錄脈搏呼吸。

小心注意 手術病人，非俟知覺全復以後，護士切不可離開。用一氧化氮或二炭烯麻醉者，病人大概於回至病室時蘇醒，但應注意其有無出血或休克，與不省人事之病人同。護士對於手術病人，應銳敏觀察下列各點：

皮色 病人用醚麻醉者，回至病室時，平常面部潮紅。其皮色如有變動，應當注意。若突然發紺，乃因氣道阻塞而缺氧所致。此時當立刻解救，必需時可用舌鑷拽舌向前，用紗布拭淨其口。反應恢復以前，如有嘔吐，尤為危險，恐致呼吸梗阻，與吸入性肺炎。病人面色

蒼白，而脈搏不佳，有增進之象，且不甯靜者，指示出血。護士當於此時察其創口之敷料，及背下之闊帶上有血漬否，有時血於敷料下面滴出，而沿流至背。如有出血症狀，當立即報告。

脈搏。 病人之脈搏，至少每五分鐘數一次，記在紙上，直至病人回復知覺時。記錄脈搏，甚為緊要，可知其是否逐漸增進，指示內出血，或僅為偶然之變動。脈搏之性質或速度，如有劇變，當即報告。用查體療法之病人，每小時應查其血壓一次，小心記錄。

呼吸。 甫經施行手術之病人，其呼吸性質，大抵喧聲如鼾，腹上部施行手術者，膈動時可致疼痛，故其呼吸多限於胸部，即呼吸較淺，因膈比較固定所致。若每次呼吸時有爆裂聲者，指示病人之背門部有粘液，護士須將病人之口內拭淨，使頭向前，以免吸入枝氣。管病人一經回復知覺，護士當獎勵其每小時作深呼吸五六次，使肺內十分舒暢，以解充血，而防手術後肺炎。如有特殊原因，易致手術後肺併發病者，當早用氧氣帳。

溫度。 醴使皮膚之淺血管擴張，故全身均覺溫暖潮潤。若病人覺冷而濕，且脈搏不佳者，乃休克之狀，當立即報告。外科醫師皮用暖巾擦乾，並蓋暖絨毯，用熱水瓶，以增其體溫。惟病人不宜令其出汗，恐致衰弱，而失去體熱與體液，此兩者皆為病人所甚需要者。此時

若冒寒受涼，易致肺併發病，頗爲危險。手術後數日內，病人之溫度或略高。若至第三日後，仍發熱，或體溫高者，平常爲併發病之徵（參看第七章外科熱）。

被蓋 蓋被太多太厚，與蓋被太少，同一不合。病人不宜受涼，亦不宜包裹太暖，以致出汗。病人完全清醒以後，當將腹切開術襪脫去。此時頭下可置一枕。

惡心與嘔吐 用較新式之麻醉劑，如二炭烯，及一氮化氮與氮氣者，其惡心與嘔吐，不如用醚麻醉之甚。嘔吐平常於麻醉漸退時開始。此時護士當助病人將頭側向一邊，並用吐盆承受吐物。上下唇須仔細拭淨。吐物之多寡與性質，須記在紙上。若病人清醒，可以用水漱口。唇宜潮潤。胃內已空時，乾嘔將更顯。限制液體，不足以止惡心，且將增加嘔吐之不安，因胃內空無一物，嘔時更爲傷力。熱水或茶，時飲少許，可以洗清胃部，減少惡心與嘔吐之時間。若嘔吐不止，而病人需用嗎啡者，應注意一劑之後，其惡心與嘔吐是否增劇。若投以嗎啡，而惡心與嘔吐更甚者，當即通知外科醫師，另以他麻醉劑代替嗎啡。拭口之污紗布，宜立即投入紙袋內。吐盆須常清潔，用潔淨之毛巾遮蓋，病人若見吐物，或聞其臭，將使嘔惡更甚。面手均須洗淨，以去醚與吐物之臭。吐物之多寡須記錄，並宜小心記述其吐物之形狀（如含血，含胆汁等），嘔吐時有無惡心，與是否困苦。

疼痛 腹手術後，病人或於醒時呼痛，平常其痛起於腹壁，性質屬肌。病人之動作，須運用腹肌者（如咳嗽或嘔吐），可致劇痛。若病人不得不咳，或不得不吐時，護士可用雙手緊按腹壁，一部份夾住腹肌，以減輕其痛。整理腹帶，使其支持腹肌，而解除縫處之緊張，但不可壓迫胸部，或妨礙呼吸。腹手術常較他手術更為痛苦，於最初二十四小時後之痛，平常非因手術，乃因他故，如腹膨脹等。外科醫師常吩咐用麻醉劑，惟護士須竭力設法，使病人舒適，迨至無法可施，方用麻醉劑止痛。嗎啡宜審慎用之，其故有二：（一）減呼吸，因減少肺之通氣，以致增加充血；（二）減蠕動，而增加腹膨脹之危險。

排泄 因膀胱膨脹，事屬危險，故病人於手術後無小便，不可過六小時至八小時以上。（參看第二十五章）於施行導尿管之前，當先用種種方法，引病人小便。引小便之普通方法如下：（一）用溫水灌洗其外部；（二）將水自甲瓶倒入乙瓶，使病人聞之；（三）使病人聞流水之聲。外科醫師常吩咐用小灌腸劑，而不用導尿管。於直腸、腹膜，或腹下部施行手術後，更易致小便困難。若必須用導尿管時，護士應小心遵守一定之原則如下：

（一）插入導管時，須用極輕柔之手法。

（二）常用橡皮導管，勿用玻璃導管。

(三) 用水溶性潤滑劑，以滑潤橡皮導管。

(四) 自膨脹之膀胱，祇放出尿十兩。

(五) 常用無菌技術。

手術後之尿標本，將尿標本送至實驗室檢查。病人於二十四小時內排泄之尿量，須一一記錄，載入單內。

大便 病人若不因腹膨脹而灌腸，平常於手術後第三日之上午用灌腸劑。蓋淹臥床上，大有便秘作用，若不用鑛油，其大便或難於調節。大便後飲食增加，護士須注意其中當富含防止便秘之物，若病人能排泄得宜，實為早日恢復之重要因素。老年人淹臥床上，其直腸內易致糞質嵌入，而使腸道之動作更形遲緩，護士於此，應小心注意其有無糞質嵌入。糞質嵌入之症狀，或為腹瀉，或呼直腸內痛，而常欲大便。

口腔 護士料理病人之口，必先將兩手洗淨。病人用全身麻醉劑後，口中乾燥，常為不安之一因，宜用抗毒漱口劑漱口，或以重碳酸鈉 *Sodium bicarbonate* 半茶匙，加入一杯水內，(水中有檸檬汁數滴，甚為涼爽) 作為漱口劑。清潔口後，須常以液狀石蠟 *Liquid petrolatum* 數滴滴於舌上。如病人係口呼吸者，於睡中以潮濕紗布數層，蓋於口上，以防

粘膜變乾，可使病人舒適。最初數日後，病人可咀嚼橡皮糖，以刺激涎腺之分泌。若飲相當之液體，亦可使病人入口舌滋潤舒適。

飲食 一俟病人蘇醒，即可飲以熱水（胃部施行手術者，不在此例）。第一日應時時以少許熱水飲之。如病人欲飲，亦可與以其他飲料。惟冷飲料或牛乳，易致膨脹，宜禁用。第二日用清潔灌腸劑後，平常增加飲食，其所用之柔軟食物，以炭水化合物為主，因其易吸收，易乏力也。蛋白質為增加體力之要素，亦當飼以少許。病人每日須飲液體二千至三千毫

（西西）

膨脹 腹手術後，常有膨脹，多動腹內臟者，其膨脹更甚。膨脹常始於第二日，亦有病人第一日即覺不安者。減輕膨脹，最好插入一直腸管，並於腹部用熱罨，如電氣墊，或亞麻仁泥罨劑。第二日可用各種驅風灌腸劑，如胡椒，松節油，或牛乳與烏糖漿。護士當時更更換病人之位置，以預防腹脹。因病人仰臥過久，胃腸內更易積氣。如有明顯之腹脹，足以妨礙呼吸，因其阻膈下降，故呼吸淺而速。此時若能善用垂體素 Pituitin，以之注射肌肉內，可與病人以最需要，最急切之救濟。應用垂體素之巧妙，在能適當其時，不可太早。注射次數，亦勿太多，以免病人衰竭，並須佐以相當之灌腸法。若於注射後不久，即行灌腸，此時氣

體尙在小腸內，而未入大腸，不能隨灌腸劑排出，故其效力或不顯。通常於注射垂體素後，須經過半小時至一小時之相當期間，方可灌腸。嗎啡增加便秘，故可增加腹膨脹之不安。

咳嗽。病人施行手術後，或因麻醉劑刺激咽喉，而徵患咳嗽。用安息香 Benzoin 或

桉葉(猶卡列) Eucalyptus 蒸氣吸入法，可得最大功效。有時用 Slippery elm lozenges 亦可制止。惟病人咳嗽，或爲肺併發病之最初症狀，應立即報告外科醫師。

不甯靜與不寐。病人由麻醉醒來時，多少有不甯靜。或於手術之結果，發生憂慮，護士當從早告以手術既畢，平安無恙，以寬其心。按摩背部，更換位置，與整理其枕，常可減少病人之不甯靜。洗面與手，可使不甯靜之病人，甚覺涼爽，頭部用冷濕布墊亦然，若於冰上傾倒芳香鹼醋(芳香鹼酒精) Aromatic spirits of ammonia，再將布墊蘸濕，其功效尤大。室中通氣須佳。足部宜溫暖。不甯靜亦常因饑餓所致，以早晚膳相隔之時間甚長也。若晚間與以熱飲料，可減其不甯靜，而使病人安眠達旦。檢查腹帶，察其是否在適宜之位置。常有病人，因對於某種特殊之麻醉劑，具有癖性，而致極度的不甯靜與不寐者。夜間不寐，亦或因日間睡眠太多所致。如此，則其午睡之時間須減短，使病人不得不於夜間補足其睡眠。

創口之敷料 潔淨創口之敷料，非因紗布粘住創口，而致不安，可以勿動。此等創口之敷料，愈少動，則其癒合完善之機會愈佳，且可免皮膚傳染。縫線平常於第七日斷之，任其自脫。如此可使病人不痛，而尋常除去縫線時之痛苦經驗，得以免除矣。

排液之創口，平常於第二日或第三日裹敷料，因潰透之敷料，使人不適，且為細菌生長最好之媒介。

恢復期 欲望病人於最短期內，恢復健康，則在護理方面，此時期甚為重要。惟我人對於病人之恢復，常以創口之癒合為衡，而不問其神經、消化、肌肉、循環等系統之紊亂，此乃一不幸事也。關於恢復時期內之護理，若不小心指導病人，則外科療法之成績，或不免大受妨害。此項指導，當包括：(一)飲食，如食物之多寡與種類等；(二)普通衛生，如適宜之排泄，適宜之飲水量，適宜之睡眠與休息，逐漸增加運動，包裹敷料，及如何回復工作等。

第五章 壞死與壞疽 出血與休克 血栓形成與栓塞

壞死與壞疽 Necrosis and Gangrene

定義 壞死 *Necrosis*，即組織死，此名詞常應用於較小區域之組織死亡，如云：因褥瘡而致皮壞死，因傳染而致骨壞死等。壞疽 *Gangrene* 亦為組織死亡，惟普通應用於較大之區域，及成團之組織死亡，如在器官或四肢，如云：闌尾壞疽，肺壞疽，指壞疽，及腿足壞疽等。惟學者須知壞死與壞疽，皆有組織死亡，故其區別不在種類，而由於便利及習慣。

病原學 組織之死亡或毀滅，可由於下列數原因：(一)當時破壞組織之損傷，例如壓傷 *Crushing injury*，頃刻使組織失去活力，燒傷 *Burn*，立刻破壞若干組織，或因壓力而使組織逐漸枯萎，如束緊帶，或纏緊繃帶等。(二)於廣大區域內失去血液供給，舉例見以下『血栓形成與栓塞』內。(三)損傷組織之神經。此一原因，較為不易明瞭，蓋其血液之供給，顯然無恙。然雖極輕微之損傷，若傷處之神經受阻，即可使組織死亡，或至甚深。其死亡之結果，可致潰瘍，名為營養性潰瘍 *Trophic ulcers*，指示組織之營養，因失去正常之神經供給而被妨礙，然其何以致此，殊覺莫名其妙也。因傳染而致壞疽者，其最明顯之一

例爲氣性壞疽 Gas gangrene，此名詞用以指示因一類細菌所致之傳染，此類細菌，有在組織內產生氣體之特性。氣性壞疽於上次世界大戰中非常普通，在平常人則多見於受傷時被塵垢或田土染污者。

以上各種壞死與壞疽，皆由血之供給被妨害而來。如係受傷，則血之供給受阻，或被破壞；如爲第二類，則血之供給，常猛烈被阻，或突然被阻，因損傷神經而致壞死者，當然於同時損傷血管之神經，以致傷處不能得正常之榮養，最後爲傳染，則有動脈或靜脈血栓形成，致令組織速死，尤甚於傳染之本身也。

壞疽有乾性，有濕性，其區別視血之供給受障礙時，組織內實際所含之液體量而定。若組織較乾，則壞疽區皺縮而爲屍乾化，其作用與古時埃及人製木乃伊（乾屍）之法，殆無大異。

壞死與壞疽之舉例 (一) 損傷 壞死明顯之一例，如爲熱金屬燒傷者，組織幾立時被毀，其深淺視接觸之時限，與熱質之多寡而異。若組織較乾，將有界限分明之黃黑色腐肉，其周圍組織，略如常狀。此種狀態，名爲壞死，或局部壞疽，而有腐肉。又有一例，更可切實證明其作用之進行者，如指與手掌相聯之處，猛然被壓，組織毀傷，而手指未全分離。若

- Dextrose
- Acide Citrique
- Citate de Soude

外科醫師治療得法，可將實際被毀之組織切除，而將各種構造如斷腿等接合，恢復其適當之關係，割去死皮，而使完好之皮，與創口對面之皮聯合。然若血之供給，被障礙太甚者，此指於下一日將發冷，而作青白色，大部份或完全無感覺，與他指不同。此時已發生壞疽，組織之死亡開始，而成乾性壞疽 Dry Gangrene，或濕性壞疽 Moist Gangrene 視傷處之或乾或濕而定。

(二) 血之供給斷絕。試舉一例如下：若有一人，其上股中彈，傷及股動脈。經手術治療，潔淨創口，取出子彈，並將衣服碎片等外物小心洗去，動脈紮縛創口封合。如此者，其由各小血管下行至腿之血（側枝循環），能否使足與小腿部得充分之供給，以資生存，常不能無疑。若血之供給不足，則於手術之下一日，此足必將較他足為冷，或作白色，或青紫斑駁。此狀在腿之下部亦多少有之。



第五圖 乾性壞疽

惟腿之上部，平常溫暖，顏色亦幾如常，血管受傷處下面之股，亦全如常狀。一二日內，足愈變色，如係乾性壞疽，則趾色青黑，在小腿下段之某處，將有一明顯之界線發現，自線以下，組織漸死，自線以上，仍然如常。此線名爲分界線，表示此處之血液供給，適足維持組織之生存自此以下，即覺不足（第五第六兩圖）。

又有一較普通之例，即所謂足部老年性壞疽 *Senile gangrene of foot* 是也。此種壞疽，多見於中年以上之人，惟患顯著之動脈硬化症者，並無一定年齡。病人先覺足冷，次覺疼痛，普通在足趾部，尤因受冷而起。於此時檢查足部，絕少異狀，然若細查其血之供給，則見動脈並不搏動，而足背動脈尤甚。於數星期內，一趾將緩緩變色，普通爲小趾，或因微傷如剪鷄眼等而起。自此逐漸進行，至於完全變黑，有者成乾性壞疽（屍乾化），有者因組



第六圖 乾性壞疽

織內之液體而成濕性壞疽，足趾生膿，皮膚脫落，而漸及於深組織。(第七圖)此事在平常人極易受欺，因表面上雖祇一趾染病，而實則血循環已被阻斷，大抵在膝後腦動脈分枝處，或須將小腿自股截去，使成爲殘肢，其榮養始足供給創口之健全癒合。

(二) 損傷神經 此事可見於各種不同之情形，損傷神經者，或因暴力，或因疾病所致。其較普通之例如下：脊骨折之病人，其脊骨被壓傷，致自腰以下，知覺與運動全失。由外表觀之，其血循環仍如常狀，並無受傷之證據。然於無論何處受壓時，如盆骨着床則背受壓，病人側臥則壓着粗隆，仰臥則壓着跟部，其皮雖受平常壓力，亦將變紅，而無損傷，組織消耗，而不覺疼痛，但可發生潰瘍，而蔓延至骨，其癒合非常遲緩，或竟不癒合。此作用與感覺之喪失有關，已如上述，然亦可因失去血管之神經節制而然，此神經節制，平常能使需要處之血液增加也。



第七圖 足部老年性壞疽

(四)傳染 上文曾云，最明顯之壞疽，因傳染而致者，莫若氣性壞疽 *Gas gangrene*，然尚有其他普通例子，見於因急性闌尾炎而致之壞疽，其闌尾之全部或一大部份，因被傳染而致完全死亡。氣性壞疽乃因一定之細菌傳染所致，此類細菌，最常見於施用肥料之地，而以糞爲肥料者尤甚。上次世界大戰時，兩軍作戰，多在比國及法國北部肥饒之地，因此氣性壞疽，乃習見不鮮。(一八九八至一九〇〇年南非之戰，則因地土高亢，幾無耕種區域，故實際上殆無所謂氣性壞疽也。)如歐戰時有一傷兵，於某處沃野之戰壕中，爲爆裂彈所傷，壕中泥濘沒脛，因之其衣服爲布滿細菌之污水漬透，彈傷在大腿上部，雖未傷及骨，而肌肉之破毀甚多，且有一部份衣服碎片帶進創口，深入組織。此等傷兵，於十二小時至二十四小時內，不能即送後方醫院治療，乃係常事，其受寒濕，受凍餓，又是可想而知。若於此時檢查創口，顯見十分污穢，其破傷處之皮緣壞死，暴露之肌肉部份，亦將死亡。若情形良好，此等傷兵，將立施手術，剖割至肌肉健全，用鉗觸之，收縮如常之處，其彈片與破碎衣服，當然與毀壞之組織一併除去，並將切去其已死與染污之組織。此等創口，常不能完全封合，須以紗布飽和抗毒劑如阿苦里黃 (阿克法拉芬) *Acrilavine* 鬆鬆填塞，蓋以適宜之敷料，並用湯麥斯氏夾 *Thomas splint* 縛住腿部。以下兩日內，雖有發熱，及

脈搏略增，然其情形或甚良好。於第三日左右，若將敷料露出，常有特殊之臭，難以言傳，而易於辨識，微帶甜氣息，凡熟習此情形者，均能偵知。其尤明顯者，則為腿部創口以下，現一定之青色，微有腫脹，體溫與脈搏皆增，為傳染加劇之證據。此時用高位截斷術，尚可挽救。惟普通認為太利害，而續用抗毒敷料。病人溫度雖高，但亦無甚申訴。常於第四五日或第六日之夜，創口突然大出血，則壞死已延至大血管矣。此即名為繼發性出血 Secondary hemorrhage（參看出血與休克）為氣性壞疽之特徵，亦為昔日『醫院壞疽』之特徵。急救之法，可將其較高處之大血管縛住，或於髖關節處將腿截去，惟大抵損害已甚，死亡隨之。其主要原因，雖為傳染，惟一部份亦由於失血太多，以致抵抗力減低。雖常用輸血之法，終難完全補充。此類傳染，有一特殊之點，即並無疼痛，病人雖至脈搏已無，去死不遠時，人仍完全清醒。營帳之內，常見坐滿此類傷兵，狀似活潑愉快，而顏色慘白，脈搏停止，顯然去死已近矣。

出血 Hemorrhage

定義 嚴格言之，出血者，乃有任何量之血，自任何處之血管內而出是也。此血可來

自動脈、靜脈、或毛細管。然在醫學或護病方面，則 Bleeding 與 Hemorrhage 兩字，應有區別。醫學上出血一名詞，乃用以指失血較多，足以影響病人之全體狀況，或繼續不止，足以影響病人之全體狀況者。Bleeding 一字，普通用以指抓傷或小割傷後些微有血流出，而 Hemorrhage 一字，則用以指大出血，若不止住，將發生重大之結果者。出血平常有內出血 Internal hemorrhage 與外出血 External hemorrhage 之分，或自身體表面而出，或流入體腔如胸腹內，而隱藏不見，直至病人發生重大之全體影響，方始得知。出血又有原發性出血 Primary hemorrhage 與繼發性出血 Secondary hemorrhage 之分，原發性出血，乃於受創時立即出血者，繼發性出血，則於受創後相隔若干時而出血者，乃因傳染之結果，以致血管壁脫腐而開放，血乃流出也。

原發性出血之舉例，如受深刀創後，血即猛烈湧出，如大腿部之股動脈被割斷者是也。繼發性出血之傷處與上同者，歐戰中頗為常見，尤以創傷之傳染氣性壞疽者為多於耕種成熟之地域內作戰，創傷染毒，係常有之事，其故則因耕地多用糞為肥料，此乃傳染氣性壞疽之普通來源也。上面所舉之第一例，於受傷後立即出血，必須設法止住，否則結果可致死亡。第二例，大腿部之創傷，傳染氣性壞疽，其出血或在數日之後，突然發作，並無

警告，且在夜間護病人員缺乏之時者亦不少。就大體言之，繼發性出血之結果，最爲驚人，最爲悲慘，因有傳染之故，其治療乃非常困難。

診斷 外出血 外出血者，其出血係在身體表面，稍加注意，即可見之，故外出血之診斷，並不困難。惟病人於受傷或施行手術之後，立即放在床上，其出血未經充分止住，則將繼續流出。如此者，非俟血流至地，或病人之狀態大變，引人注意，或並無出血之徵狀，質言之，非俟其於全體狀況發生重大影響時，將並不覺察，病人之麻醉半醒者，更易如此。故於受傷或施行手術之後，必須嚴密注意病人，直至明瞭其並無出血爲止。

內出血 內出血之診斷，與外出血難易大有不同。內出血有時稱爲隱匿性出血 *Concealed hemorrhage*，其診斷非易，在出血之初則爲不可能。診斷之法，祇有根據失血於病人之全體狀況，有何影響。就普通言之，其第一證據爲蒼白，或發暈，脈搏軟弱，在後期則脈之次數增加。出血時或有疼痛，或無疼痛，大抵視此血之作用，是否爲一刺激劑而定。若出血不止，致失去大量之血，即將發現休克之狀。簡言之，則爲蒼白，出汗，脈弱而其細如絲，或緩或速，至後期時，呼吸變深，有時謂之空氣饑 *Air hunger*。休克之現象，當再於下文詳論之。

內出血之臨床現象，可舉一例如下：譬有某病人患胃潰瘍或十二指腸潰瘍，但或並無何種症狀，而突然暈倒，面色蒼白，脈弱而軟，或緩或速，稍後或吐出大量之血，常有多至一滿盆者，或血入腸內，由大便而出，則其血作深黯色，有時幾作黑色，若在腸內稍久，尤易作黑色，病人若不嘔血，而出血入腸，其診斷或十分不明，在未由大便之性質證明其出血入腸以前，常不免懷疑內出血或隱匿性出血之又一例如下：施行腹手術後之病人，一切進行，或頗順利，出血之處，以為均經止住，創口封閉，並無排液，間或於一小時內，且常在數小時內，脈搏忽增，此為內出血最早現，最確定之指徵，其發生之時，常在病人顯露蒼白色以前，或因手術之作用，已使之發生蒼白，故並不注意，若在平時，則將認為異常矣，病人又多少在麻醉之下，鮮覺疼痛，故此時期病人若不發熱，而脈搏漸增者，當認為可疑，而立即報告外科醫師，因此腹手術後之病人，須查其脈搏，而加以記錄，歷數小時乃止，此為一良好之規例，手術後常有脈搏間歇，或不規則之變動，因麻醉漸退而覺疼痛所致，惟此種變動非漸進的，痛止則逐漸平息，其最重要者，為出血與休克之區別，然此二者之區別，常極不易，當於下文論之。

第三例多見於產科，分娩之後，因子宮不能適當收縮，出血入子宮腔，以致子宮脹膨，

Hemiplegia 半身不遂
 Hämorrhagie 出血
 Meladema 瘡

uterol
 經, 子宮
 glode
 rassurant

而陰道無相當之出血證據。此時其現象與上述同，惟普通有疼痛，若多用麻醉劑，或隱而不顯。凡此情形，以脈搏漸增為其最確定之證據，應即報告上級人員，使之負責。

治法 治療之法有三：第一，當然為止住出血，第二，用相當之方法維持血循環，第三，如失血多者，當設法恢復其血之容量。

止出血法 止出血或為一簡單之事，或異常困難。就大概言，止出血可暫時施用壓力，以阻斷傷處之血供給，如在四肢出血然。凡上肢出血者，可於臂之內面，壓肱動脈於腋骨之上，以止出血。其法可暫用指壓，而繼以壓脈器代之。下肢出血者，可壓股總動脈於恥骨上，在動脈經過腹股溝韌帶下之一點，以止血。壓股動脈以止下肢出血，較壓肱動脈以止手臂出血，更為困難，在肥壯或肌肉充滿之人尤其，需用大力壓之，方能奏效。然在臨時製成一個壓脈器之前，宜試用此法以止血。



第九圖 指壓股動脈法



第八圖 指壓肱動脈法

壓脈器 Tourniquet 壓脈器可用任何堅固之質料製成，其長足以圍繞出血之肢

體，兩頭各餘一尺左右，如用布單一狹條，纏成繩子，或用衣服一片，或用一條帶一根繩，或一條索皆可。最滿意之壓脈器，乃用粗橡皮管製成，因橡皮有彈性，可施壓力，而不致過於

壓迫組織。應用橡皮管時，宜用兩手握其中部，拇指向內，直接放在血

管上面，然後伸張橡皮管，將兩手分開，使管之中央部留在血管上，而

兩手移至肢體之外側，再將壓脈器之一端，按於他端之下，作成一環，

以免脫卸，如為無彈性之質料，必須繞肢作一方結，使此結適在大血

管之上。以短木棒一根，插入壓脈器下，旋轉之，如西班牙轆轤式，至出

血已住為止。惟護士須知，應用壓脈器，仍係臨時辦法，若留置太久，則

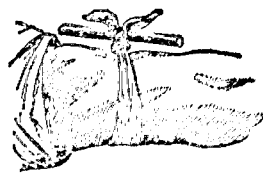
壓脈器下之組織，將因缺血而死。以壓脈器施於上臂者，尤有壓迫神經幹之重大危險，此

神經幹與肱動脈甚為切近。若其所施壓力，足以止住出血者，為時稍久，即可損傷神經，自

此以下之肌肉，均將癱瘓。故於上臂施用壓脈器，不可過二十分鐘以上，此為一穩妥之規

則。若在下肢，可以毋需顧慮，大腿部用壓脈器時，不致損傷神經，若時間太久，其惟一之危

險，則為阻斷血流。故下肢用壓脈器，除由外科醫師吩咐外，不可過半句鐘。由此可知以壓



臨時用之壓脈器

力止外出血，不論用壓脈器，或不用壓脈器，純爲一臨時辦法，祇於必要時應用，以便招請外科醫師，紮縛血管，爲永久止血之計。故在平常情形，外出血者頗利害，當先用壓力止血，然後速施手術，以縛住血管。

內出血或隱匿性出血，在受傷或施行手術之後者，普通需用手術治療。如係胃潰瘍或十二指腸出血者，一俟血壓降低，出血即能自止，若病人安靜，飲食適宜，亦可不致復發，故不需用手術。如係分娩後出血，其治療之法，須令子宮內空，而收縮完善。當然各種內出血之治法，須視情形而定，惟上述數例，其原則略備於是矣。

維持循環 失血若多，足以引起病人全體狀況顯著之變動，如面色蒼白，脈搏之性質改變，及血壓降低等，其維持循環之法，以保障腦部能得充分之血量爲主。雖病人之血壓降至極低者，亦可保全其生命，祇須墊高床尾，使頭低於身，而血流至腦。如此者，其留在循環內之血，以供給頭及上身爲主，而腦內之生命作用，可賴以維持。同時須令病人溫暖，此重要之手續，亟應注意。若病人出汗，（此事並非少見，當用絨毯裹之，勿用布單，並充分供給熱力，或用熱水瓶置於身旁，以供給大量之外熱。藥物普通爲興奮劑，但其效力不確定。番木鱧素（士的寧）Strychnine 以前常用大劑量，實際殆無價值。酒類之作用，爲時甚

暫，是否值得使用，不無可疑。咖啡因 *Caffeine* 可以暫時增加心之工作，或於病人有益。治療出血之第三要點，即為恢復血之容量。昔時係用鹽溶液輸入靜脈內，惟此法縱佳，亦不過為一種不滿意之代替物，故今日多用輸血法以恢復血量，除非在不能實行輸血時，方以鹽溶液代之。

輸血法 *Transfusion* 輸血法有兩種，即直接輸血法與間接輸血法 *Direct and indirect* 是也。直接輸血法者，係用小套管使輸血者之動脈，實際與受血者之靜脈連接。惟此法執行時頗為困難，輸血之多寡又不能確知；加以損傷血管，使同一輸血者，不能輸血至兩次以上，故不合用，祇於不能施行間接輸血法時行之。間接輸血法，兩人之血管，實際並不相聯，係自輸血者之靜脈取血，而輸入受血者之靜脈。間接輸血有數法，其最普通者如下：

- (一) 用單純注射器，或稱林特曼氏法 *Lindemann method*。
- (二) 用機械注射器，或稱恩求氏法 *Unger method*。
- (三) 用石蠟管，或稱吉勃氏法 *Kimpton-Brown method*。
- (四) 用枸橼酸，或稱婁維生氏法 *Lewisohn method*。

各法主要之不同點，當於下文詳論之。

輸血者 The Donor 今日各大醫院，多數備有一輸血者之名單，可於應用輸血法時取用其血。惟選擇輸血者時，有若干要點必須注意。輸血者之全體健康須佳，年齡在十八至四十五歲之間，若過四十五歲，血之再生力已低。其血質當用赤血球計數法，與血色素白測驗法查知，並試驗其有無瘧疾與梅毒。輸血者之血，當歸入以下四類之一：即第一型，第二型，第三型，第四型。如同一輸血者，經歷久長之時間，當時時查驗其血，實為至要。血之分類 琴斯基氏 Jansky 於一九〇七年證明人類之血，概可歸入四類。穆斯氏 Mosz 於一九一〇年單獨研究，證實琴氏之說。惟穆氏分類法中，將琴氏分類法之一四兩類對調，因此大起紛亂，故於報告血屬時，須說明用穆氏分類法或琴氏分類法，以免混淆。

輸血者之預備 若輸血者曾經輸血，當能自知一切，故其進行可以順利迅速。若此輸血者為病人之親友，而未曾經歷過者，須告以此項手續，頗為簡單，且無危險。護士當令輸血者解衣脫鞋，臥在抬床上，面除枸橼酸法外，其他輸血之法，輸血者與受血者，須在同一室內。

臂。輸血時多數係選擇貴要正中靜脈，惟間或有以他靜脈為較適宜者。施用壓脈器，須稍緊，以阻靜脈回流，但亦不可太緊，致妨礙動脈血。若脈搏不能察覺，必須立刻解鬆壓脈器，至可覺脈搏為止。俟針入靜脈，即將壓脈器鬆開。

壓脈器安放拽緊之後，肘彎處及四周之皮，露出在外者，當用碘滅菌，然後蓋以滅菌巾，用夾夾住，祇令滅菌之部份露出。次用一滅菌布單，蓋在輸血者身上。

受血者之預備。護士宜將輸血手續之簡單，及輸血法之利益，明告病人。

局部之預備。外科醫師指定其所用之一臂，此臂照輸血者一樣預備。

病人須嚴密注意，有無發生反應之徵狀。

林特曼氏法 (一) 用品之預備

(甲) 二十號(西西)瑞科注射器 Record syringe 十二個。

(乙) 壓脈器兩個。

(丙) 壓脈計。

(丁) 套管三副 (每副三個)。

(戊) 水盆二只。

(己)滅菌物品：長衫，手巾，布單，檯毯，繃帶，海棉，拭子。

(庚)滅菌手套三副。

(辛)預備輸血者與受血者臂部用之抗毒劑。

注射器與套管，可在蒸溜水中沸煮十分鐘滅菌，或浸在百分之七十五醇內十分鐘。此醇須用鹽溶液洗去。

(二)輸血者與受血者之位置。

輸血者與受血者並臥，中間置一小桌，上罩布單，桌上置盆三只，內盛室溫度之滅菌鹽溶液，將注射器洗淨，護士立在桌後，依次將三個注射器在每盆中洗滌潔淨。一個注射器，非經洗淨後，不可用第二次，如此可免宿血，或殘餘之血，入病人靜脈。注射器一經用過，即行洗淨，第三個水盆，在全部輸血時間中，務須始終潔淨。

此法之成結，以迅速為其主要因素，故護士務須靈敏機警，預料手術師之需要而供應之。

恩求氏法 (一)用品。

(甲)恩求氏輸血器械，為一個雙路活栓，裝在座架上，並兩個注射器，與兩個套管。

(乙) 二十錫瑞科注射器六個。

(丙) 滅菌鹽溶液。

(丁) 噴霧器——用氯化二氫 Ethyl chloride 噴霧，較醒便利，且少受病人憎厭。

(戊) 滅菌物品 (與林特曼法同)

(己) 清潔臂之抗毒劑。

(二) 輸血者與受血者之位置。

輸血者與受血者臥於平行位置，臂放在中間之桌上。預

備輸血者與受血者之臂，施用壓脈器。

護士於注射器裝滿及放空時，用氫或氫化二氫噴射其

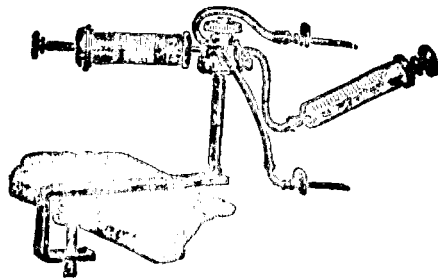
管。每次射血後，不必更換注射器，僅於運用不便時更換之。

吉勃氏輸血法 (一) 用品。

(甲) 吉勃氏石蠟管兩個。

(乙) 支臂木板兩塊。

(丙) 橡皮球兩個。



第十一圖 恩求氏輸血器

- (丁) 壓脈器兩個。
- (戊) 清潔臂部之抗毒劑。
- (巳) 滅菌物品。
- (庚) 局部麻醉劑。
- (辛) 滅菌桌上置下列各物：
 - (1) 滅菌藥杯兩只。
 - (2) 十氏呂氏注射器 Luer syringe。
 - (3) 皮下注射針兩枚。
 - (4) 二氏呂氏注射器一個。
 - (5) 小刀一把。
 - (6) 剪刀一把。
 - (7) 鉗一把。
 - (8) 小止血鉗四把。
 - (9) 蚊式止血鉗 Mosquito hemostats 四把。

- (10) 皮膚針兩枚。
- (11) ○號純腸線。
- (12) 輸血針連通管弦四枚。
- (13) 輸血套管。
- (14) 橡皮帽。
- (15) 七號橡皮塞。
- (16) 五號黑絲線。
- (17) 皮夾器與鉗。

(一) 吉白氏管塗蠟之指示。

此管須用緊張蒸氣殺菌器滅菌。滅菌後一經涼却，即預備塗蠟。塗蠟之法如下：

護士戴乾滅菌手套，將管舉起，由不滅菌之護士倒入百分之十六分之一 (1/6.25) 之石蠟與鹼溶液。滅菌護士將管緩緩旋轉，使蠟徧布於管內各部，塞子，及其枝管（直至收窄處）餘多之石蠟，任其流出套管。取滅菌脫脂棉花一小塊，鬆鬆塞入枝管，直至收窄處。

此棉花可防使用橡皮球時，而被空氣染污。

護士於塗蠟時須極小心，因此法之成績如何，恃乎管內之滑潤與否，若裏層粗糙，血將結塊。

受血者之預備。 外科醫師平常用局部麻醉劑浸潤受血者之肘彎處，然後露出靜脈，預備插入套管。次預備輸血者之臂，插入套管後，將壓脈器收緊，俟抽取所需之血量後，即將壓脈器鬆開，自輸血者之靜脈取出套管。

將裝血之管，帶至受血者。以套管插入預備好之靜脈內。欲將管內之血逼入靜脈，可於枝管上聯一雙橡皮球，由護士擠空氣入內，以迫血入靜脈。護士於管未全空之前，須小心停止擠球，否則將有空氣入於病人之血流。至管將空時，即行取出，縛住靜脈。將受血者臂上之皮縫合，裹以敷料。

吉勃氏管用後之料理。 用過之管，宜立即在冷水中洗淨其血，再用醚洗淨石蠟。石蠟去淨後，再用肥皂與溫水洗管，復以清水洗之，小心裹在棉花墊內，於緊張蒸氣殺菌器內滅菌。

麥維生氏法（枸橼酸鈉法）（二）用品之預備。

- (a) 五百西西大燒瓶一個。
- (b) 五百西西大瓶一個。
- (c) 玻璃管四枚。
- (d) 橡皮管五根。
- (e) 高夫孟呂氏注射器 *Kaufman Iner* 連橡皮管。
- (f) 皮下注射針。
- (g) 十八號二英寸長之針兩枚。
- (h) 套管兩枚。
- (i) 二蚝呂氏注射器一個。
- (j) 五百蚝鹽溶液，用雙蒸溜水製成。
- (k) 五十蚝百分之二·五枸橼酸鈉溶液。
- (l) 橡皮塞兩個。
- (m) 裝管器。
- (n) 脈壓計，連橡皮管兩條，與Y形玻璃接管。

(o) 壓力球。

(p) 滅菌乾物：布單，手巾，長衫，海棉，手套，繃帶。

(q) 局部麻醉劑。

(r) 壓脈器。

(s) 清潔受血者與輸血者臂部之抗毒劑。

(t) 橡皮保護物。

(u) 支臂木板與抬床。

手續 輸血者臥於抬床，臂放在木板上。將輸血者之臂預備好後，即以壓脈計加於臂上。(抽血時其血壓須始終維持在七十至八十耗之間)使血速流入五百耗之燒瓶，瓶內有滅菌純枸橼酸鈉溶液二十五耗。俟取血二百五十耗後，再加入枸橼酸鈉溶液二十五耗，將血與枸橼酸鈉溶液，輕輕搖和。因血球容易受傷，故舉動不可粗暴。俟取足所需之血量後，(平常為五百耗)即除去壓脈器，將針取出。

內。此血係用重力法輸入受血者之血管。加入枸橼酸鈉之血，先由燒瓶用紗布濾入瓶

病人輸血後之護理。病人或有反應，其症狀通常為頭微痛，溫度升高兩二度，（有時發生寒戰）或有寒戰感覺，與脈搏增速，但其作用係暫時性，祇有兩三小時。

枸橼酸鈉之排除法。薩倫德 Salant 魏斯 Wise 兩氏，於一九一七年研究枸橼酸鈉自體內排除之法，證明約有百分之九十，於靜脈注射後十分鐘內即行排出，多數經尿化作用分解，腎排泄約百分之二十至四十，尿於此時變為鹼性。

昔日用此法時，常有利害之反應，病人有發熱者，惟用最嚴密之方法預備器具及枸橼酸鈉溶液者，此類反應甚少，且不重大。於屢用輸血法之時，此法尤為有益，如遇戰爭，或發生重大之意外事件，而有多人受傷是也。

休克 Shock

外科學上之「休克」Shock一名詞，不可與日常生活中普通所用者相混。普通所謂休克，係指病人患大腦出血，以致癱瘓者而言。如云：某君患休克，意即某君之腦血管，有若干破裂或梗阻也。此與外科的休克 Surgical shock 毫無關係，讀下文自能知之。

外科休克之真因為何，至今意見尚不一致，然可解釋為病人之生命作用，突被阻抑，

而致血壓驟降，循環失常。其輕性者頗爲常見，普通稱爲昏倒 *Fainting*，或暈厥 *Syncope*。此人人所習知者。其原因或由於驚恐，通常因見血所致，亦或由於疼痛，及本身不甚利害之各種損傷，如胸口受擊等。平常拳鬥時之被『擊倒』即爲輕性休克之一例。惟醫師與護士所注意者，則爲較重之休克。

真性休克爲重傷之結果，普通與壓破組織有聯帶關係，或因手術時間過長，生命器官暴露所致，如在各種腹手術，若時間延長，或組織受傷者尤甚。亦可見於大出血時，或至少發生一種與休克無可區別之情形，上文已經論過。

臨床·症·象 休克最佳之一例，見於個人遇重大之意外傷，而致皮破骨折者，如火車或汽車失事時是也。病人面色蒼白，常致出汗，但亦有不出汗者，脈搏軟弱，甚至不辨，或緩或速。病人完全清醒，不覺疼痛者亦有之。如此者其失血常較少，因此種壓傷，雖撕破血管，但立即被血塊阻塞。其他損傷，亦有同樣之現象，雖表面上傷勢不重，而有上述之休克症狀者，常足證明其實際所受之傷頗重；若傷勢不甚明顯，當細查其原因，例如內部有隱匿性出血入胸腹等。損傷組織，爲發生休克之一因，觀於上次世界大戰之經驗，甚爲明瞭。大腿穿破骨折之傷兵，未用夾板，而用救護車運送，經過若干里崎嶇不平之道路，迨抵傷兵

醫院時，輒患沉重之休克。後經發覺若用合式之夾板（以湯麥斯氏夾 Thomas splint 爲最佳）縛於骨折處，使斷骨端分離，以免組織磨擦，抵後方時，其情形輒較好，休克亦較輕。觀此足見骨折之人，由出事地點送往醫院或他處治療之前，須先用夾板暫時紮縛，其爲重要。休克之現象，見於外科手術後者，大體與此相同，病人蒼白，或有汗，或無汗，脈弱而通常較速。此時若用相當之器械，查其血壓，常係極低，檢查血壓，常可略知其休克之程度或輕重。

治法 治療之法，可約分爲四項：（一）休息，（二）維持循環，（三）用熱溫暖，（四）供給體液，血亦在內。

休息 休息之意義，不僅將病人放在床上而已，因病人不安靜，而輾轉反側，多耗體力，故常用足量之嗎啡，以止其不甯靜，普通用六分之一至四分之一厘，立刻注射，此後每隔四小時一次，以保其安靜。第一要著，爲維持腦內之血量，已於出血節論過，其法可墊高床尾至少一尺，有時高至十八英寸。同時須兼用外熱保護病人，但宜謹防燙傷，此危險甚易發生，務須小心。

供給體液 病人雖失血不多，亦宜用適量之血（約五百毫）輸入，半爲補充所失之

血，半因輸入循環之他種液體，鮮能留在血管內，此事已爲人所公認矣。以前常用大量之當量鹽溶液 Normal salt solution，直接輸入休克病人靜脈內，可使其狀態進步，惟爲時甚暫，顯因鹽溶液不能留在循環內，而迅速滲入組織也。故今日已不信靜脈內輸入鹽溶液，於治療休克，有多大價值，然亦非謂不宜用鹽溶液緩緩輸入皮下組織，以增加液體，而使身體得以供給其需要也。近年以來，常用百分之五葡萄糖溶液 5% Glucose，直接輸入靜脈，以治休克。此法確可供給身體所能迅速利用之食物，如用量適當（五百鈔），確有價值，亦有人主張於同時注射胰島素 Insulin，使身體更能利用以此法輸入之糖。其所持之根據，爲胰島素能使身體燃燒糖類更速，惟此說尙未經人完全接受，故今日猶在懷疑之列。

方法 (一) 口服，(二) 由直腸輸入 (直腸灌洗術 Proctocolysis)，(三) 入皮下 (皮下注射)，(四) 入靜脈 (靜脈注射)。

(一) 口服 若病人清醒，能保留液體，護士當時時飲以熱水或熱茶少許。以此法輸入液體，頗爲緩慢，於緊急時效力至微，惟病人此時，常需用各種可能之方法，以輸入液體。

(二) 由直腸輸入 (直腸灌洗術)

(甲)用品。

(a)貯溶液之器具與橡皮管。

(b)玻璃接管。

(c)直腸管。

(乙)溶液：

(a)自來水。

(b)鹽水。

(丙)溫度。溶液入體時，須在體溫度，因合宜之溫度，可以促進吸收也。使溶液溫暖之法不一，但無一有大效者。各醫院或用熱水瓶圍裹貯水器，或使橡皮管經過一盆熱水，並用熱水瓶以維持其溫度。

(丁)時限。溶液若不繼續輸入，而於指定時間停止，可得更大之吸收。例如輸入兩小時後，停止兩小時，使病人休息，再輸入兩小時，如此即可多得吸收。

(戊)手續。使溶液少許，流過橡皮管，以驅出管內之空氣，然後用夾夾住，將管插入病人之直腸內。貯水器之位置，高出病人臀部約八英寸至十四英寸，使一量磅半之溶液，

可於一小時內吸收。溶液之流出，當用重力節制，而不用夾器節制；如此，病人於排出氣體時，溶液可以迅速回流貯器，而不致排入床中，否則必將沾污被褥。

(三) 皮下輸入法 Subcutaneous Infusion (皮下灌注、注射 Hypodermoclysis) 皮下

灌注術者，即以液體輸入皮下組織也。因液體由皮下組織吸收頗緩，故其輸入宜緩，用量宜小。

皮下灌注術之地位，平常選用之部份，須無大血管與神經，而有豐富之皮下蜂窩組織者。最常選擇之地位為乳房下與腋間。

(甲) 用品 托盤一個，內盛下列之滅菌物品：

(a) 七百瓦之輸入瓶。

(b) 四英尺長橡皮管。

(c) Y形玻璃接管。

(d) 注射針兩枚以上。

(e) 夾器。

(f) 迨金氏管 Dakin's tubing (十五英尺長者兩段)。

(g) 取物鉗。

(h) 滅菌棉花。

(i) 瓶三個，內盛：

(一) 酒精。

(二) 碘。

(三) 火棉膠。

(乙) 所用之溶液

(a) 生理的氫化鈉溶液 *Physiologic sodium chloride solution*。

(b) 任氏溶液 *Ringer's solution*。

(丙) 溫度 瓶內之溶液，當在華氏一百二十度，使其輸入時適在體溫度。

(丁) 用量 按照通常方法，係用一針，輸入二百五十至三百毫，其輸入頗緩。最要者，其輸入之速度，須有節制，使液體能由組織吸收完全。若流入過速，將致注射部份腫脹疼痛，而受病人反對。若僅用一針注射，護士當輕輕按摩注射之處，以增加其吸收力。尙有一較善之法，爲胡雅德氏 *Woodrath* 法，係在輸入瓶與注射針之間，用一玻璃枝，有四個

至八個直角之出口，於每一出口，聯一分離之橡皮管，與一分離之針；此針須用小口徑者，雖長至二三英寸，而其大不可過於平常之皮下注射針。各針可在一廣大區域內插入，包括胸腹之前面與兩側，而節制其溶液之流出，使注射處不發腫，亦無不安。用此法輸入液體，可繼續注射若干小時，並用大量液體，於二十四小時內，可輸入三千至六千呎之多。

(四) 靜脈內輸入法 *Intravenous Infusion* 靜脈內輸入法者，即以液體輸入靜脈內也。

(甲) 用品 盤內盛下列之滅菌物件：

(a) 重力法所用之滴定管，與長四英尺之橡皮管。

(b) 玻璃接管。

(c) 施萊白氏針 *Schreiber needle*。

(d) 器械盤內置：

止血鉗兩把。

平滑鉗一把，有齒鉗一把。

蚊式止血鑷四把。

動脈瘤針一枚。

剪刀一把。

(e) 解剖小刀。

(f) 腸線與絲縫線。

(g) 縫皮針。

(h) 壓脈器。

(i) 清潔管用之酒精。

(j) 滅菌棉花與繃帶。

(乙) 溶液 所用之溶液如下：

(a) 生理的氫化鈉溶液 *Physiologic sodium chloride solution*。

(b) 百分之五至二十五之葡萄糖溶液 *Glucose 5-25%*。

(c) 百分之五重碳酸鈉溶液 *Sodium bicarbonate 5%*。

(d) 血 (參看輸血法)。

(丙) 溫度 滴定管內溶液之溫度為華氏一百十五度。

(丁) 用量 直接輸入靜脈內之溶液，自五百蚌至一千五百蚌，平均約一千蚌。輸入宜緩，約需三十分鐘至六十分鐘。若不輸入太快，此大量之溶液，可入於循環內，而安然無害，亦一奇事也。年齡較高之病人，患動脈硬化性心臟病者，其輸入宜更緩，且須小心監督。

(戊) 防範 注射處之周圍部份，須小心察看，勿為溶液所浸潤。

溶液流入靜脈之速度，須時常注意。有時注射針或被阻塞。

注意滴定管內之溶液，勿令空虛，致有空氣入橡皮管。

(己) 觀察 注意病人之脈搏，呼吸，與皮色。

若用葡萄糖，應注意其反應，平常初有寒戰。

血栓形成 Thrombosis

定義 血栓形成 Thrombosis，乃由組成血栓 Thrombus 而起之一種狀態也；血栓為血管內，或心臟內，即循環器內之血塊。人生活時，血管內之血，平常不結塊，此乃應注意者。

病原 使血凝結之異常狀態，大概如下：(一) 血管或心臟受或內或外之損傷；(二)

血質改變；(二)血流異常遲緩。舉例如下：血管受傷之例，見於重大之意外傷，壓破組織者，亦見於平常之外科手術，血管被切斷，而用縛線縛住者。如遇以上之情形，血即在管內凝結。血管被紮縛者，其凝結即在紮縛處之上，因縛線損傷與壓破血管壁所致。受重大之壓傷者，其血管壁破裂，平常失血不多，即行凝結。血凝結之又一普通狀態，幾屬於生理方面者，可見於分娩後之子宮。生產時開放之血管，半因子宮收縮，半因血凝結而立即閉合。血管自內受傷之例，大抵見於全身傳染，如患傷寒（腸熱病）及肺炎等。又有一種血栓形成，於外科手術後並非罕見，於腹部手術尤甚，亦見於生產之後。結果可於腿靜脈內結成血塊。至其何以有此結果，殊不明瞭，顯然非由於傳染，且普通並無由手術而致傳染之確實證據。其一部分原因，或為病人困頓床上，而致循環遲緩，惟此外或另有原因，為我人所未明瞭者。血栓形成之見於外科手術後者，大抵在腿之隱靜脈，最普通者為長隱靜脈。見於生產後者，普通為腿之大靜脈，即股靜脈，結果可致俗所謂腿白腫病 *Milk leg*。

血栓形成之由血質改變而起者，其例見於靜脈內因輸入異物而致血凝結，例如以各種藥物注射入靜脈，如治療梅毒時之注射砒製劑是也。此時不獨因針刺而損傷血管壁，且其藥物之本身，直接刺激血管之裏層。如此者，普通有血塊結成，常致閉塞靜脈。

血栓形成之由於血流遲緩者，如因心臟有病，而致心房擴張，循環減低，其心右耳內，間或有血塊凝結。又一比較普通之例，係在動脈內結成血塊，腿部尤多，因廣大之動脈硬化，使血管狹窄，阻礙血流所致。如此者，其血管被凝塊閉塞，亦非不常見之事也。

就大概言，血栓形成除因壓傷或外科手術而致之一種外，在靜脈內較在動脈內尤為普通。此事當然因靜脈內血流較緩之故。靜脈內有血塊凝結時，此血塊將繼續增大，至靜脈第二旁枝交聯之處，而自此點以下之靜脈，將全被阻塞。

症狀 血栓之成，普通並無症狀，此類血栓，為各種外科手術所不能免者。其所起症狀，乃因血栓障礙循環而起，因此小靜脈之閉塞，並無影響，以其供給充足，故可不發生症狀。於外科手術後引起之靜脈血栓形成，尤其是在腿部者，常不發生任何症狀；我人可認識者，必為極廣大之血栓形成，始有徵狀可見。如在腿之大隱靜脈，其第一證據，為靜脈上面有緩和之痛與觸痛。普通始於小腿之腓腸，病人覺有微痛。若其狀頗嚴重，而波及大靜脈，則足與小腿之下段將變腫而覺重。此時施以檢查，將發見足與小腿之下段水腫，沿靜脈略有觸痛，可直至大腿隱靜脈之總幹就大體言之，其腫脹與血栓形成之範圍成正比例。由生產而起之血栓形成，即所謂「腿白腫病」，包含小腿之總深靜脈，全腿將有劇

痛，而甚腫，且變作白色，病人云覺腿重。同時常有輕度之發熱。

豫後 血栓形成之豫後，視其屬於何靜脈，及牽涉之範圍而定。多數於生命無妨礙，然有一部份凝塊分離，而隨血運行，至他處停着，成爲栓子 Emboli 之危險。（參看下文 栓塞 Embolism 節）其治療之原則，即根據血塊分離之危險而定。

治法 治療之法，包含（一）休息，（二）抬高，（三）應用熱或冷，以免除不安或疼痛，而以熱爲尤佳。休息可以減少一部份凝塊分離之危險；抬高肢體，所以儘量減低循環；用熱或冷，所以減免不安。第一要事，須令該部份絕對休息，而限制病人之行動揉搓或劇烈之按摩，尤應禁止。此等病人，務須安靜，直至其凝塊已完全結合變實，而不致分離之時，其理由與上同。此時期平常由醫師專斷決定，約爲六星期。惟病人於症狀全退之後，自覺一切均好，如欲勸其長期臥床休息，殊極困難。間或不遵約束，不願醫師命令，普通雖無危險，然或發生極不幸之結果。茲舉一例如下：

有一年已六十之紳士，因施行外科手術，住居醫院，其左腿之淺靜脈有輕性血栓形成。當依常法治療，使之臥床休息，至兩星期末，症狀已完全消滅。雖醫師告以非至六星期末，不能起床行走，或回至家中，以保安全。然至四星期末，病人決意自作主張，穿衣而起，步

行下樓，乃於行至停在路旁之汽車時，突然倒地而死，因血塊分離，經過心臟，而停止肺內所致。此例雖不多見，然由此可知醫師與護士，不能負責准許此等病人行動，非經過長期之後不可也。

栓塞 Embolism Embolie

定義 栓塞即血管被異物阻塞也。此異物來自循環，而塞住血管，名曰栓子 Embolus。
種類 栓子爲（一）由血栓或血塊分裂之碎片，視其有無傳染，而或爲無毒的，或爲有毒的，亦可爲腫瘤或贅疣之一部份長入血管口，（二）爲脂肪所成（*fat embolism*），（三）爲空氣所成（*air embolism*）。此鬆動之體，不論在動脈內，或靜脈內，將隨血循環之方向而行，直至行抵一處，因其體積太大，不能通過，即在此點塞住血管。

（一）血栓 Thrombi 如血栓形成節所講，血栓最易見於靜脈內，若有一部份分離，將沿靜脈向心而行，至心之右側，經過心，而至於肺。若發源於心之左側或肺內者，將由左心入大血管，而沿血運行，至一終動脈；若在肺內，則將先經過心，而後入動脈。

（a）大腦栓塞 Cerebral Embolism 如此者，其一部份之物，來自心臟，且常來自一

瓣，雖心而入主動脈，次入頸動脈之一，而行至腦部，止於終動脈內，致身體之一邊多少癱瘓。若因此而致一甚大之腦血管閉塞，幾可立即死亡，然亦有極廣大之血管梗阻，致身體之一邊，多半癱瘓，而其後仍得恢復，使大部份癱瘓之肌肉復原者。

(b) 肺栓塞 Pulmonary Embolism

此種栓塞，最常見者，係因靜脈內所成之血塊脫離，此靜脈常為腿靜脈，已見上文血栓形成節。此等血塊之一部份分離，經過大靜脈而至心右耳，再至心右室，後經肺動脈而至肺，閉塞其或大或小之一枝。

肺栓塞之臨床現象，如係小栓子，或並無症狀，故此類栓塞，較我人所能察知者更多。如係大血管閉塞，其症狀將立即發見，且頗可驚，最普通之症狀為痛在胸部之左側或右側，常致發暈，呼吸速而艱難，重者其狀極似休克。如有一極大之分歧閉塞，幾可立即死亡。若不即死，將發生咳嗽，常有血痰，症狀頗似胸膜炎併發肺炎，而於呼吸時胸部有尖利之痛，呼吸速而艱難，病人發紺，兼有肺量減縮之其他證據。

治法 治療之法，限於減輕症狀，將病人放在呼吸最舒適之位置，普通係作半坐式。氧氣帳能迅速應用，為保全病人生命之一法。用嗎啡以止痛，用相當之藥物以興奮心臟，用氧氣以供給其不足，為早期之臨時救急法。若栓塞不大，不致於十二小時或二十四小

時內死亡者，可以恢復，不幸此種栓塞，有一發生，其他栓塞，亦將繼之，必須經過久長之時間，至少閱六星期，始不再發生栓塞之危險。

(c) 四肢動脈栓塞 Embolism of the Arteries of an Extremity 間或有心瓣上之癩狀增殖體，一部份脫離，而入主動脈，下行至腿，其最普通者，係入於左髂動脈；凡患心瓣病，而累及心臟之左側者，尤易發生此事。因其普通甚小，故最多停着於髖動脈之分枝處，但亦可停着於股總動脈之分枝處，而入股淺動脈與股深動脈。如在髖動脈之分枝處，此小腿下段，將突然發生劇痛，或者變白，而知覺大減。歷時稍久，足與小腿之一部份，將因全無血液滋養，而致組織死亡。若栓子停在較高之處，其症狀與上同，且更劇烈，小腿之全部，與大腿之下半，血循環減低，而作粉白色，其組織之死亡與上同，但在較高處。此點已於「壞死與壞疽」節詳論之矣。

(二) 脂栓塞 Fat Embolism 骨折，壓傷，或手術之及於長骨幹者，由骨髓而來之若干脂肪，可入於血循環，然因脂肪在循環內為一異物，將沿靜脈而運至心肺，亦有經過肺而至腦者。

症狀 骨折，受傷，或手術之及於長骨幹者，多數有小量脂肪，入於靜脈循環。若其量

頗微，或並不發生症狀，而為外科醫師所不知。其較顯者，或較重者，情形極似休克，病人蒼白，血壓降低，脈弱而速，虛脫頗甚。呼吸或甚困難，其狀有時名為「空氣饑」。如有大量脂肪行至腦，可致昏迷。其尤明顯者，則有咳嗽，吐痰，痰內含脂，惟尿內有脂肪，更為普通，亦更易觀察。此事可於受傷後數小時內發現，見尿面上浮有脂球，故遇長骨折，或長骨受傷，而休克之症狀，與其他情形不相稱者，當檢查其尿中有無脂肪。

治法 除適宜於所受之損傷及休克者外，別無其他療法。

(11) 氣泡栓塞 Air Embolism 氣泡栓塞，因有大量空氣入靜脈所致。此氣隨血運行至心，而與心內之血混合，致血作泡沫狀，此為正常血循環所不應有者。氣泡栓塞見於大靜脈開放之時，而以近心者為尤甚，如頸、胸，或上臂之靜脈是也。祇有少量空氣入循環，大概可以無害，實則於各種靜脈療法，常偶有少量之空氣引入，而並不發生症狀。實際上祇有大量空氣入內，且在較近心臟之處，始顯重大。惟於男子注射空氣入膀胱，或於女子注射空氣入膀胱或子宮時，將有空氣入於循環，如此者，可致重大之氣泡栓塞，或致命。其症狀之發見頗速，心動作與呼吸困難，可速致死亡。若不致命，即可恢復，而不需治療，實際亦無法可以治療也。

痲疹
 中紅
 中紫
 中黃
 中白

第六章 創傷 發炎傳染與修復 燒傷

創傷 Wounds

plaie, contuse

incisé (par arme tranchante)
 par perforation

創傷可分為：(一)挫創 Contused (二)割創 Incised (三)刺創 Punctured (四)裂創 Lacerated 亦可因創口內是否有異物而分為：(a)潔淨創傷 Clean 即創口內並無污垢且無細菌者；(b)染污創傷 Contaminated 即創口內染有塵土或用顯微鏡檢查染有細菌者。

(一)挫創 Contused Wounds 最簡單之挫創，即為挫傷 Bruise。其較重者，如有

大量之肌肉，受一重擊，而致深組織有廣大之裂傷，並有血凝塊或血腫，其較輕而出血不多者，皮面絕少變動，或並無變動，較重之挫創，皮現青紫色，而顯皮內有血之證據。皮下出血者，稍後常致變色，如平常之險癩斑 Black-eye。其出血深者，皮之變色，須經若干小時後，甚或數日以後，始現於表面。此等創傷之癒合，需先吸收其血凝塊，(吸收之法，於後文論之)，再由肉芽組織填滿其所留之間隙，最後為癍痕。

(二)割創 Incised Wounds 不用專門名詞解釋，割創僅為一個割口，或為偶然所

致，或爲故意所致。外科創傷常爲割創，然被小刀、利器或玻璃割傷者，亦係割創。凡創傷之邊緣潔淨光滑者，始能適當稱之爲割創。此等創傷，是否張開，視創口與皮之彈力性纖維線是否成平行，或橫斷而定。與纖維平行之創口，不過張開少許，惟橫斷纖維者，開放頗大。割創之輕重，與是否重要，視受傷之地位、深淺，與割傷之構造而定。若割破大血管、神經，或直達內臟者，此種意外之割創，可致重大損害。

割創之治法，在於恢復生命器官，如內臟神經等之損害，紮縛重要之血管以止出血，並將創口縫合。

(三) 刺創 Puncture Wounds 刺創爲一小創傷，但其深淺不定。此等創傷，自細如針刺，以致刀、劍、槍、箭、刺刀、玻璃等傷不一。(一) 刺創之輕重，與是否重要，視創口是否潔淨，或染污而定，故應知其所用之器械爲何。例如針有潔淨者，有染污者。小刀亦然，外科醫師之刀爲潔淨者，漁人之刀則爲染污者。平常之繡釘，足踏其上，可致染污之創傷，且常頗危險。最後如毒箭或蛇咬之創傷，亦應注意。(二) 異物如木片，或碎玻璃片，留在創口內，雖不染毒，亦可致刺激，必須將其取出。(三) 刺創最重要之點，爲被刺之地位，或分離血管神經，深入關節體腔。例如刀刺之傷，或切開一重要血管，以致出血甚劇，使人速死。胸部之創，可

傷及心肺或大血管、腹部之創，可傷及任何腹內臟，而因此發生一切影響。

故刺創之治法，視其原因而不同，外科醫師常需作極精確之判斷。其最適應之治法，彰彰甚明，即制止出血，縫合組織，與割創同，修補體腔之創口，如在胸部，或在內臟如腸等。

(四) 裂創 Lacerated Wounds

此名詞包含撕破組織之各種創傷。其重要者，見於

許多工業上之意外險，與火車、汽車失事等。裂創之輕重，自壓破一指尖，至斷去一肢不等，故其影響或甚輕微，或不免為一悲慘之劇。其治療方法，顯因創傷之輕重而不同。裂創之重者，其療法須兼全身的與局部的。全身療法為治療休克。此等創傷，常有休克，其重者或須緩用局部療法，至病人狀態漸佳，可以施行手術之時。局部療法為去其受傷死亡之組織，小心除淨染污物質，並修補創口。若創傷甚大，如壓傷或撕破一肢，則須除去大量之受傷組織，此項手續，法文名為 Debridement，譯為「斷制術」，或「擴創術」。此法非用麻醉劑不能施行，並須遵守潔淨手術之各種無膿毒警誡。例如哆開骨折（穿破骨折）之傷肌斷骨者，其創口必須自由擴大，將失去生機之皮肉割去，分離之碎骨片取出，斷骨須經合法之整理，一切異物，小心清除，然後使創口併合，力謀恢復其各部份之正常關係。此治療廣大裂創之法，為上次世界大戰中重要之發展，當時被炮彈炸傷者，數以千計。受傷

之人，宜從早治療，（最多在二十四小時內）慘烈之創傷，可以即行修補，使恢復之期，大為縮短，且多能避免傳染，而實際保全其生命。

發炎傳染與修復 Inflammation, Infection and Repair

發炎 發炎 Inflammation 一名詞，可解釋為身體組織被侵犯之反應。至少在理論上，此侵犯可為（一）機械的，如打擊，（二）物理的，如熱或電流，（三）化學的或毒素的，如化學劑，或細菌所生精細之毒素。然在實用上較簡單之解釋，不如以發炎為細菌作用之產物，且以傷害人類機體之細菌為尤甚。若無傳染時，其損傷內由他法所生之作用，可視為修復作用，似更適宜。

病原菌被引入組織如創口內時，其反應可為局部的，亦可為全身的。

局部反應 組織被侵後，其血量之供給，立即增多，以致腫脹，若近表面，則紅，熱，失功用，繼有白血球遷徙，經過血管壁而入受傷區，因血管擴張，血流遲緩，在靜脈內尤甚，故此作用之進行頗易。同時血之液體部份（即血清）滲入組織，隨之而出者，有或多或少之赤血球。此名為滲出物 Exudate，可使傷處腫痛，痛因壓迫感覺神經所致。（第十二圖）

細菌之作用，使組織受或多或少之損傷，此作用名為壞死 Necrosis。繼而組織液化成膿，由於一定類之細菌者尤甚。此為成膿腫 Abscess 最簡單之例。於被毀組織之外面，由白血球作成一屏障，亦略雜以其他組織細胞同時組織生出各種化學質，以抵抗傳染之毒性而中和之，此點於某一種傳染，或較他種傳染為更顯。因此在死組織之周圍，生一組織細胞壁，於相當時間內，可與破壞組織之力相抵，而使其作用自受限制。此時組織之抵抗力，已與細菌之攻擊力相等，而雙方之持久戰或壕溝戰，由此始矣。

各種傳染之自然歷史內，皆包含此原則，但因細菌之種類，病人之抵抗力，與傳染之位置，而大有不同。若傳染在表面者，其紅腫，熱等症狀，頗為顯明，若傳染深入組織，則以上



第十二圖 急性發炎之病理變化

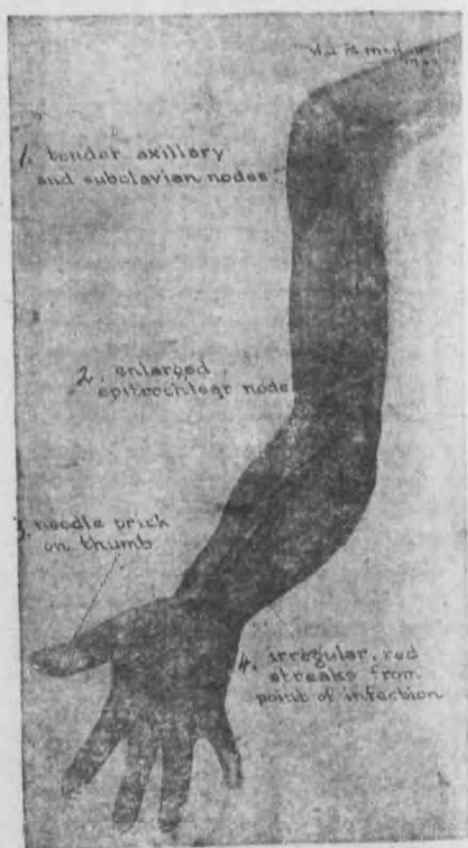
- | | |
|---------------|-----------|
| a. 赤血球在血流中 | b. 血管擴張 |
| c. 血流遲緩 | d. 白血球之邊緣 |
| e. 血清滲出 | f. 淋巴凝結 |
| g. 白血球遷徙 | h. 赤血球滲出 |
| i. 纖維結締組織細胞增生 | |

細菌之作用，使組織受或多或少之損傷，此作用名為壞死 Necrosis。繼而組織液化

各症狀，無一可見。實際上常有疼痛，但因被染之組織而不同，不生大壓力不發腫者最甚，例如在骨之前面，或有硬壁之腔內，而不使組織緊張，即可發生甚腫者，其痛最少於解釋各組織及身體各部傳染之證據時，此點必須緊記。

全身反應 身體對於傳染之局部反應，若不能抵禦或殺滅其侵入之敵，即將發生全體反應，局部反應可視為身體之第一道防線，或其力足以擊退敵人，或抵抗不住，而為敵所制，如此者，敵軍將突破第一道防線，而發出全身警報，集全身之防禦力，以協同抗敵。若侵入之敵軍（細菌或其產物）擊破局部組織之抵抗力，即將沿兩大路侵入其周圍或遠組織內，此兩大路即血流與淋巴管是也。細菌攻破第一道防線後，所以不即征服全身者，因血有殺滅侵入血流內細菌之能力，亦因沿淋巴路各點，皆設有防禦，換言之，即以淋巴腺為各路防軍之局部集合點，以抗禦敵軍傳染自侵入處散佈之證據，兼為局部的與全身的，全身的或系統的症狀 *General or constitutional symptoms* 為發熱，脈速，頭痛，欠爽，常有全身痠痛，食慾不振，惡心與嘔吐，亦甚普通。此類症狀，於多種傳染有之，所謂外科傳染 *Surgical infection*，並不較內科傳染 *Medical infection* 如急性咽喉炎，肺炎，麻疹，等更顯特殊。傳染蔓延之局部現狀，為傳染處紅與觸痛加劇，創口之排液增多，皮內

護士須知，細菌除創口外，亦可由他處入體。或自身體之腔穴而入，於其內膜起發炎作用，而由此穿入更深之組織。如鼻，咽，與眼之傳染，乃其例也。普通傷風（鼻卡他 Coryza）為氣道上部粘膜之傳染。細菌於粘膜上起發炎，名為卡他 Catarrh，以致粘膜所分泌之粘液過多，細菌並可由此深入組織。此在扁桃體發炎時甚易辨明，扁桃體腫脹頗劇，細菌



第十三圖 鏈球菌淋巴腺炎

1. 腋窩與鎖骨下淋巴結觸痛
2. 肘骨上滑車淋巴結腫大
3. 拇指上之針刺傷
4. 不規則之紅紋自傳染處發生

時有紅紋發生，自傳染處至附近之淋巴腺。（第十三圖）

可由此侵入頸下面之組織。同樣，細菌亦可入口，由空氣吸入肺內，而起發炎作用，如數種肺炎；或與食物一同入口，而嚥下入胃，多數細菌於胃內被殺，然有若干細菌，如傷寒桿菌，及各種痢桿菌，則可由胃入腸，而引起此類傳染特殊之發炎。

反應之性質——即發炎——因特殊之細菌而不同。

傳染創口最普通之細菌為葡萄球菌。

葡萄球菌 *Staphylococcus* 各種鏈球菌 *Streptococci* 與綠膿桿菌 *Bacillus pyocyaneus*

重之連
向侵律
成子死

其次為大腸桿菌 *Colo bacillus* 與發生氣性壞疽之各種桿菌，於歐戰中最多見之，在平民生活中重大之壓傷，亦非罕見。發生氣性壞疽，有數種極相類之桿菌，以大概言，葡萄球菌與數種鏈球菌，可致迅速廣大之生膜，而其他鏈球菌則致組織壞死，但不使其化膿傳染之展開，由於直接蔓延入組織，但亦可沿淋巴管而傳達至遠處，鏈球菌尤甚。

沿淋巴路各要點，皆有成羣之腺，即淋巴腺 *Lymphatic glands* 是也。傳染可於此處被阻，由淋巴腺加以制止，然常有通過淋巴腺，而於較遠之處起發炎者。例如手染鏈球菌，皮內將有紅線，極似創口周圍之紅色，使管內之淋巴路線甚為明顯（第十二圖）有時肘彎內面之淋巴腺亦可被染，惟普通經過此處之淋巴腺，而以管窩之淋巴腺（腋淋巴腺）為其第一個停頓處。以上各淋巴腺之被染，可使該處發生疼痛與觸痛，小心檢查，可發見

若于小瘡地深處皮下，實即膿膜之淋巴腺也。

若在下肢，其作用與此相同。例如足受傳染，將有紅線沿腿而上，波及腹股溝內之淋巴腺，適正腹股溝韌帶下，此為傳染最簡單之一例，於表面清晰可見者，惟護士須知，發炎由淋巴管蔓延，於體內各處，皆可發生，不僅表面有之，而在深不可見處之發炎作用，其重要正與表面者相等。

膿腫 Abscess 膿腫為局部積聚之膿，可見於身體之任何部份，及任何組織內。此膿為傳染，壞死，與液化之結果。膿腫之大小不一，有細如針頭，或僅顯微鏡可見者，有大如腔穴，盛膿至兩量磅以上者。膿腫之壁，常有一膜遮蓋，膜為一部份壞死之組織，膜之外面，則有組織設立之防禦壁壘，阻止化膿作用。此膜常被稱為膿膜 Pyogenic membrane，現尚間或用之於發炎作用之臨床病理學上，無甚關係。

淋巴管炎 Lymphangitis 此名詞用以指示沿大淋巴管路線之發炎。如上文所云，發炎線終止處，為淋巴腺之集團，組織擬在此處抵抗，以阻止發炎作用。

蜂窩織炎 Cellulitis 此名詞用以指示皮與皮下組織散布之發炎，雖常有大量組織壞死，但無一定之膿腫組成。此為一含糊不確定之名詞，泛泛應用，無甚價值。

潰瘍 Ulcer 潰瘍為身體表面之發炎作用，損失組織者。潰瘍之起原不一，如損傷

由傳染而致之淺壞死，因靜脈曲張而致靜脈壅滯與組織浸透，後者名為靜脈曲張潰瘍，或壅滯性潰瘍 *Varicose or stasis ulcer*，有由於物理的原因者，如熱，冷，電流，X光線，與銹等，最後則為組織被化學品毀壞之結果。

竇 Sinus 竇為一通路，自發炎處通至身體表面，其裏層為發炎組織，普通係膿腫自然破裂經過組織所致，因排液不淨，使發炎作用進行不止，而癒合不全。

瘻管 (癩) Fistula 瘻管乃一通路，自體腔通至表面，或自一體腔通至另一體腔，其裏層為發炎組織。瘻管普通使身體表面與有粘膜作裏之腔穴（如腸）溝通。如此者，管若久存，則粘膜將沿管道長出，完全作成管裏，使其永久存在，直至用手術除去為止。

治療傳染之原則 此處於傳染之治療，並不詳論，僅將治療各種傳染所合之原則，約略舉之。其中最重要者如下：(一) 休息 *Rest* 能使傳染加劇者，無過於繼續運用受染部位之部份。惟各器官如心，肺，腸，等，雖需要休息，當然不能使其停止工作，而不妨害生命。此原則於實際上具有自然律之作用。須知失功用為發炎症狀之一，可視為天然不欲於發炎作用進行時，繼續運用，以防發炎之蔓延。故發炎之肢體，不論為趾，指，臂，腿，若使其完全休

血和凝、熱數可使細菌侵入連可便停內核力故
增強。

息，則瘡瘡至速。此同樣之定律，亦可適用於體內各器官，惟欲使之休息，較為不易。肺發炎者，若能使其功用停止，固屬甚願，然此為不可能之事，故完全休息，不成問題。各內臟之有肌壁者，亦將發生此同樣之困難，如欲不致死亡，或使身體之機能，不受重大障礙，決不能使其功用停止。(一)抬高 Elevation 發炎之屬於一肢者，須將其抬高。此法可免靜脈循環傷力，而使發炎之產物除去較易。(二)熱與冷 於發炎時應用熱力，有促進循環，助組織抵抗發炎作用之效。就大體言此為一有價值而合宜之治療法，或用乾熱，或用濕熱。但不可以熱為一普遍有效之療法，於治療發炎作用時，可引起若干情形，如應用熱力，實際上可助細菌生長者多，而助組織抵抗侵略者少，尤以濕熱為更甚。此其故，乃因熱與潮濕，為細菌生長所需要，而用熱治療發炎之法，大抵僅在早期有價值。冷之作用，略與熱同，尤其在深藏內面之發炎作用。冷有驅血離開表面之功效，因此或能增加深處之血量供給。惟冷之功用，較熱多有限制，大抵僅在發炎作用之早期有效，於決定驅血離開表面而至深組織時用之。

排液 Drainage

三石喉嚨可強其膿液排出

治療發炎之基本原則，即為排液。排液之目的，乃助壞死組織，與發炎戰爭中之其他傷亡遺跡，被排出至表面也。排液最明瞭之適應證，為有膿腫。此時須切

開其上面之組織，至可容全腔開放，而安然無害，如此即可減輕組織之累，而促其癒合。膿腫排液，須有一自由開放之口，舊法於膿腫之淺部開一小割口，然在現代外科學上不能成立。此種小割口，或可有助於排液作用，然常致癒合遲緩，且可成瘻。

抗毒劑

Antiseptics

抗毒劑乃各種化學物質具有殺滅或阻止有害之細菌之生長

者也。昔時多用強烈之溶液，如二十分之一石炭酸 Carbolie acid 或酚醇 Phenol 溶液，一千分之一昇汞溶液 Corrosive sublimate 等。此兩種溶液，均能毀壞表面組織，因而殺滅表面之細菌。然其被毀之組織，須用除去其他死組織之法除去之，以致組織增多工作，故此種強烈之抗毒劑，其為害之大，或與其為益相等。現代外科學之趨勢，則用較溫和之溶液，實際上或能殺滅細菌，惟普通僅使該部份不適宜於細菌生長，而免組織被毀，若用較強烈之抗毒劑，則毀損組織為無可避免者。

我人對於抗毒劑之觀念，所以發生此變化者，因組織若得相當之機會，皆具有保護自身之能力，現多已承認此說，實際上則為承認古代天然癒合力之學說，而昔日李司德爵士 Lord Lister 之信徒，則殊不以為然。注意正常之生理作用，而努力輔助「自然」勿圖以一擊殺滅細菌，此趨勢今方日增月盛，上述者不過舉其一例而已。李司德主義所用器具

化學品之猛烈，與當時所用之其他療法，正相吻合，如用峻烈之藥劑，及現時認為可笑之放血術，以治許多不甚明瞭之病狀。若能謹記現代醫學界之思想，以抗毒劑最佳之用途為輔助自然，如是則於現代之習慣，甚易明瞭矣。

卡雷爾迨金氏療法 Carrel-Dakin Treatment 卡雷爾迨金氏療法，為卡雷爾與迨金兩醫士所小心規定之一種療法。所用溶液，為百分之〇·四五至〇·五〇之次氯酸鈉 Sodium hypochlorite。次氯酸鈉乃一極不穩固之化學質，遇日光，或與有機質接觸，或靜置時，皆可迅速分解。故宜儲藏在深褐色之瓶內，小心保護，勿令見光，至少隔日製新鮮溶液一次。

用此法治療創傷時，(一)用機械的清潔法或擴創術 Débridement (二)用迨金氏溶液 Dakin's solution 與以化學的清潔。

病人赴手術室施行機械的清潔法或擴創術。然後將創口周圍之皮，用凡士林紗布條遮蓋。此項紗布條之作用，即為保護周圍組織，勿受迨金氏溶液之刺激。繼將迨金氏管 Dakin's tube 插入創口，使各部份皆可注洗周到。後將敷料鬆鬆蓋上，但須裹住此管在適宜之位置。

病人回至病室後，其創口日夜用迨金氏溶液注洗，每兩小時一次。平常之法，每管用醫師規定之用量注洗。一個有橡皮球之玻璃注射器，殆最適於此項注洗之用。

修復 Repair 組織之損傷，若由於傳染者，其作用停止後，修復即將開始，至少在一部份。其損傷由於機械的，物理的，或化學的原因者，若無傳染，修復或立即開始。

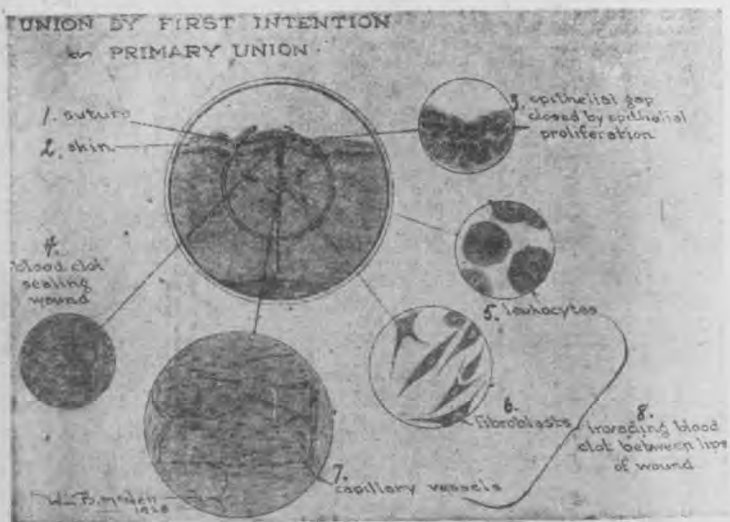
修復作用之第一要事，為清除死亡或壞死之組織，由白血球與周圍組織之細胞担任，即所謂噬細胞 Phagocytes 是也。此作用之進行，乃由細胞吞食死亡質之細粒，而實行消滅。其液體部份，若不過多，將吸收入組織，而死亡或不活動之質，即由此除去。實際之修復作用，始於構成所謂『肉芽組織』Granulation tissue。當此組織呈露，而於體面可見時，係作精細之葉狀或粒狀，名為『肉芽』。此組織為成圈之毛細血管，由組織內之血管生芽發出。四周有新生之結締組織細胞圍繞，是名成纖維細胞 Fibroblasts。成纖維細胞為纖維組織細胞之前鋒，長成纖維組織細胞，而為各種癍痕之基礎。為纖維組織細胞所包圍之毛細血管圈，最後填滿腔穴，若損失之質，直達皮面，則肉芽組織將向上生長，至與周圍之皮相平。(第十六圖) 上皮在此處開始向內生長，佈於肉芽面，最後將其蓋沒，而創口全癒矣。

各種進行性工作
 (1) 由血球及周圍之纖維組織
 (2) 由血球及周圍之纖維組織
 (3) 由血球及周圍之纖維組織
 (4) 由血球及周圍之纖維組織

113 傷燒復修與染傳炎發傷創 章六第

創口之癒合 Healing of Wounds

創口之癒合，有第一期癒合 (Heal by first intention)，第二期癒合 (Heal by second intention)，第三期癒合 (Heal by third intention) 之分。第一期癒合，係指創口各部，用縫線縫合而癒，並無罅裂或傳染者。癒後祇留一線癢痕。(第十四圖) 第二期癒合，即肉芽癒合 (Healing by granulation)，見於創口之未經縫合，或其縫線已經除去，而創口開放者。創口中間之空隙，由肉芽充滿，長至與創口周圍之皮相平，而由上皮生長



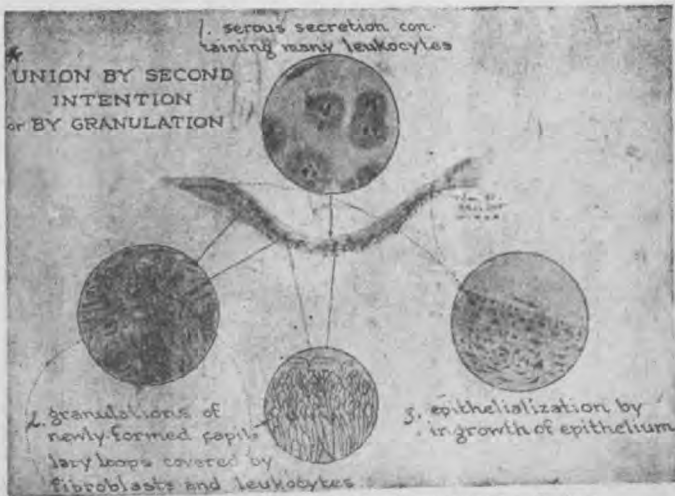
第十四圖 第一期癒合之病理變化

- 1. 縫線
- 2. 皮
- 3. 由上皮增殖閉合之上皮隙
- 4. 封住創口之血塊
- 5. 白血球
- 6. 成纖維細胞
- 7. 毛細管
- 8. 創口中間侵入之血塊

於其面，癥乃完成。此等癥常較第一期癒合者大而寬，故可比較的留一巨癥。(第十五圖)

第三期癒合一名詞，頗為罕用，實際與所謂後期縫合 Secondary suture 同義。若創口未經縫合，或因傳染而除去縫線，由健全之肉芽遮蓋創口者，此名詞頗為適用。如為深創傷，或廣大之創傷，若聽其全由肉芽填滿，必須經過許多時間。假使此創口係完全清潔，而肉芽健全者，若將皮緣修去，使之更新，而用縫線縫合創口，可以節省時間。如此者，即由相對之肉芽面接合而癒。

此時癥痕若在表面可見者，將現一紅色區，其大小實際與原來失



第十五圖 第二期癒合之創口顯明肉芽與上皮形成

1. 漿液性分泌內含許多白血球
2. 新成毛細管圍之肉芽有成纖維細胞與白血球蓋之
3. 上皮形成由於上皮之向內生長

去之組織相等。已而變為青色，紫色，後則漸淡而成青白色，皆因毛細管周圍之結締組織收縮，及毛細管自身之收縮與消滅所致。

癩痕有收縮之趨勢，為其最特殊之一點，此收縮係各方面均等者。若失去之質為圓形，其範圍將逐漸向中收縮，故最後之癩，遠較原來之創口為小。若癩痕較長而狹，雖其各部份之實際收縮相等，然以長軸之總收縮為最多。

癩痕有此收縮之特殊趨向，為組織堅固癒合之基礎，是乃一最合宜，最有意識之辦法。然若失去之質頗多，勢必將創口之遠端曳合，以致被牽累各構造，發生重大之畸形，是為癩痕收縮大不利之點。此不如意收縮之結果，於燒傷中皮層全毀者，最為顯見。例如頰與胸上部中間之皮，受廣大之毀傷後，即將成癩，最後結果，則拉頰向下至胸，拽下唇向下，使口張開，致成醜惡之形。（第十七圖）任何活動部份，皆可致同樣之畸形，使關節周圍失去機能，幾致功用消滅。由此可見癩若廣大，癒合之後，



第 十 六 圖 肉 芽 創 口

Handwritten notes in Chinese and English, including the word "cuticle" and other characters.

將致畸形，或需用手術救濟，若在身體之表面者尤甚。

燒傷 Burns

燒傷之原意，為組織受熱損傷，普通係指乾熱，被濕熱燒傷者，平常稱為燙傷 Scalds。此名詞亦可適用於特種燒傷，如化學品，磨擦（如繩），太陽之放射熱，石英燈，或X光線，最後為電氣燒傷。

燒傷之輕重或等級，分為四類：第一等燒傷，僅使皮紅，或起皰，或不起皰；第二等燒傷，毀壞皮之上層；第三等燒傷，皮膚全毀；第四等燒傷，毀皮之外，兼侵入其下面之組織。

第一等燒傷 Burns of the First Degree 皮膚發紅，如平常之晒斑，略有疼痛，其不安可歷數日之久。或受充分損傷，以致皮膚上層之下面積液，而發生泡或水皰。皰內之液，



第十七圖 燒傷之癍痕

若聽其留存，則因白血球積聚，而漸變溷濁，最後受染，以致化膿。剝去水飽之頂，其下將留一紅亮之皮面，惟癒合後可無癍痕。

第二等燒傷 Burns of the

Second Degree 皮之上層毀壞，但

其深層無恙。此等燒傷，甚為疼痛，若傷處廣大，尤極嚴重，癒合時皮面留一白色之區，缺乏天然色質，但不成癍，不致因收縮而成畸形。

第三等燒傷 Burns of the

Third Degree 皮膚全毀，有甚大

之痛。癒合時，若不佐以植皮術 skin

grafting，將留下大片之潰爛區，而癒合極緩，並有大而畸形之癍（第十八至二十一圖）。

第四等燒傷 Burns of the Fourth Degree

皮與皮下組織並皆毀壞者，就皮言，第二等燒傷節所云，亦可適用於第四等燒傷。肌肉之傷損大，則將妨害受傷各肌之功能，以



第十八圖 廣大之燒傷(第三等)

不可不
由

致增加畸形。

可用盤尼西林，但此時不能用磺胺劑。

治法 燒傷之治法，兼全身的與局部的。第一等燒傷，若不廣大，其治法純為局部的。傷而起之變化，則需用全身療法。重燒傷皆有輕重不等之休克，在休克期內，或無痛，或不甚覺。如在其他重創傷，痛覺初因傷重而變鈍，須俟病人由早期之休克大部份恢復後，始復覺痛。燒傷之較輕者，與各種燒傷之休克已消滅者，痛為一重要之因素，於局部療法外，需用其他止痛之法。重燒傷可致腎與消化道之官能發生障礙，一部份因有大片之皮失其功用，一部份則因組織損傷之產物被吸入循環所致。惟此等情形，祇見於重燒傷。

局部療法為隔絕空氣，防範傳染，便利受傷組織之分離，脫腐，並輔助修復作用。休克



第十九圖 第三等燒傷已施行植皮術

與疼痛之治療，除用局部方法外，與由他原因而致之休克疼痛無異。局部療法之種類甚多，今祇討論其普通原則如下。

第一等燒傷，可露於溫暖之空氣中，在床上置一護架，用絨毯遮蓋，內懸電燈泡一枚或數枚，此法頗為滿意。用電燈泡可得適度之熱，其熱量之多寡，由病人之感覺節制之。此法之目的有二：(一)使表面乾以止痛。(二)免細菌易於生長，因皮面常有細菌也。

水匏宜用滅菌剪剪開，使液流出，或將皮面高起之上層切去尤佳。

如傷處甚廣，可將病人浸在溫鹽水內，用懸帶絡住，水宜時時更換。此法頗勞苦，且十分滿意，祇於非常時用之。第一等燒傷，不毀傷皮之淺層者，治法可用含醇之蒸發洗劑，或露於空氣中，若痛則用不刺激之軟膏，常可得滿意成績。第二等燒傷，現今最通用之療法有二：(一)敷以液狀石蠟 Liquid paraffin 普通用者，其商業名詞為安亭任 Ambrine。(二)用百分之二·五鞣酸溶液 Tannic acid solution 於最初二十四小時內敷治二三



第二十圖 燒傷之瘰痕

次。此兩法之主要目的，即為保護其裸露之面，勿受空氣。石蠟可作成一有彈力性之薄膜，鞣酸則與皮之分泌混合，而成廣大之黑痂，可以隔絕空氣，保護組織。

第三四等深燒傷，最好以濕敷料治療，用溫和，不刺激，而微有抗毒性之溶液。最普通者為鹽溶液 Salt solution，百分之二硼酸溶液 Boric acid solution，或極淡之迨金氏溶液 Dakin's solution。關於此點，其治法與廣大之輕性傳染，無甚差異。廣大之燒傷，其癒合常頗緩。普通有輕性傳染，因其範圍頗廣，吸收毒質之區較大，故影響病人之生活力甚巨。

皮移植術 (植皮術) Skin Grafting 第三四等燒傷，普通需用皮移植術 (植皮術) 以完成癒合，免致成癍，收縮，而發生重大之畸形。移植術有數種：(一) 針尖移植術或雷佛亭氏移植術 Pinpoint or Reverdin's graft，殆為皮移植術最早之一種，用於燒傷者。此法係將皮之細小部份，用剪修下，撒布於燒傷面，以作為上皮再生之出發點。若癍痕之收縮不甚，而以迅速癒合為主者，此法頗有功效。

(二) 稍後有除去大片之皮者。去皮之法，不侵入皮之深層，故不致成癍收縮。此名替耳氏法 Theirsch method。其移植之皮或甚大，普通取自股之前面。所用之刀，或大如一截斷術刀，或用一特製之刀，如舊式之剃刀。然取下之皮，長可數英寸，闊約一二英寸，以此

蓋於肉芽面。此肉芽面須先清潔，繼用鹽溶液小心洗淨，若預備時所用之抗毒溶液，有絲毫留存，則移植之皮，將不能生長。此移植之皮，位置既妥，面上當以橡皮組織一薄層蓋之，後用極鬆之紗布敷料，以繃帶裹住。如此可於最初二十四小時內得平均穩固之壓力，而防皮下有漿液積聚，將其推起。經過二十四小時後，植皮處露於空氣中，在護架下面，插入電燈泡，以維持其溫暖。須時時小心換敷料，除去漿液在皮緣凝結所成之痂，以免阻遏分泌，而促進傳染。故皮移植術之成功，恃乎靈巧之後療法。

(二)若祇有一小區域需遮蓋，而又需有正常之皮質者，則以完全之皮，移植其上，並可用少許皮下脂肪組織。此法施於兩手，尤有功效。惟應用時，須有非常之技術與經驗，始



第二十一圖 用莖移植術治療燒傷之癍痕

得成功。除下之一部份皮，約較所蓋處大三分之一，並須準確適合。先用縫線鬆鬆縫住，再裹敷料，以平均之壓力，使其與下面之組織密接。

莖移植術, Pedicle Graft 常有因燒傷而致之畸形，用以上各種移植術，皆不能矯

正者，如第二十圖，即其一例也。如此者，則於其附近取皮一部，而用莖移植術移植之，如第二十一圖。

自徑盤尼西林等明以收效較前為佳

預後 廣大之燒傷，足以殺人，因皮膚失其功用，且突然有大量之死組織，及組織損傷之產物，入於循環，過後亦因傳染而死。就大概言，燒傷達體面三分之一者，可以致命。燒傷區域之大小，較深淺尤為重要。因此腹部或前胸之燒傷，較四肢之燒傷更為嚴重。燒傷之後死者，由於傳染及衰竭、疼痛、失眠、與食慾不振，亦為重要之因素。

燒傷之結果，視其範圍之廣狹與深淺而定。第一第二等燒傷，不致發生畸形，亦可少留癍痕，或完全無癍。第三第四等燒傷所生之癍，視其大小與深淺而異，且各因其地位而重要不同。

X. 光燒傷, X-Ray Burns 所謂X光燒傷者，乃因X光於組織起作用所致，祇在應

用X光不合法時有之，或因歷時過久，或無適當之屏障，以隔斷光線，而致燒傷。其最輕者，

於相隔十二小時至二十四小時後，皮膚略紅，如輕性之第一等燒傷，較重者可致起泡，但其作用不即顯明，乃由漸而來，因組織失去生機，以致緩緩死亡，而發生大小不等之潰瘍，異常頑固，絕少癒合之望。

此等燒傷，最普通之療法，即將受傷組織施行廣大的切除，而用各種皮移植術補充其皮，或自身體他處，割取成片之皮以補之。X光燒傷有一種重大之併發病，即於日後發生癌腫，此事常應謹記在心，所以用廣大的切除法治療X光燒傷者，即爲此故。若成癌腫，即無他害，亦不免爲一嚴重狀態，雖用最佳之療法，亦須歷久始癒，或永遠不癒。

燒傷之護理法 燒傷之護理，昔時常爲一困難問題，因其治療之法，已使病人精力衰竭，而於實質上不能稍增其舒適，自採用石蠟與鞣酸療法，而病人之舒適已大增矣。任何廣大的燒傷，平常所用之直接療法如下：第一，剪去衣服，放病人在溫暖之床上，



第二十二圖 X光燒傷

將床尾墊高；第二，用醫師吩咐之麻醉劑（平常用嗎啡以止痛）；第三，使病人溫暖，安靜，飲以熱湯水。至病人已無休克之危險，再治療燒傷部份。

普通衛生 沐浴 病人未燒傷之部份，每日須洗清潔浴，以興奮皮膚，而使病人更為舒適。有時吩咐用酒精擦法，以減低溫度。

飲食 熱度高時，飲食以液體為主，若無腎併發病，可漸增至普通飲食。病人之胃口常不佳，須加以勸勉，食物尤應妥為選擇，烹調得宜，以引起其食慾。

液體 液體可助之稀釋毒素，刺激排泄，且能助身體散熱，而減低溫度，故強飲液體，異常緊要。水果汁能助抗酸中毒，可以多飲。病人所飲之液體，必須小心規劃，多所變換，以使病人樂飲，而不致生厭，其所需之用量，亦須妥為計算，使一次之所飲勿太多，亦勿於夜間喚醒之。

睡眠 睡眠甚為緊要，使身體能進行其修復工作。病人於最初數夜，因全身不安，以致轉輾反側，不能成寐，故常需用鎮靜劑。

排泄 每日須有大便，宜用飲食節制。瀉鹽類瀉藥，使身體失去所需之水分，故不可用。或需用灌腸法，至大便能以飲食調節為止。若燒傷之處，延至臀部，大便之後，須將肛門

周圍，仔細潔淨，以免細菌傳染燒傷區域，因囊內常有細菌也。

每日須檢查尿標本，並將二十四小時內之排泄量，記入表內。平常初時尿少，內含白蛋白，有時含血。

護士須盡力設法，勿令燒傷處為尿所污，因一受潮濕，毒素即易吸收。

臭氣 鞣酸療法，減少腐組織之臭氣；床之四周，宜用除臭劑，以解除被燒組織之臭氣。
位置 護士須靈敏機警，注意病人臥位，勿作易成畸形之姿勢，最為重要。支持兩足，使成直角，以防足垂病 Foot-drop，被蓋可用護架擋住，以防受壓。兩腿之旁，各置沙袋，以防旋轉向外。兩腿屈時，若任其向外轉，髓將收縮，而作外轉之勢，以致日後病人起床時，步態非常不雅。

軀幹或臂燒傷時，病人易將臂靠近身旁。此姿勢若不改變，將致粘連，臂肌旋即收縮。如此者，病人使臂外展，或使肩向外旋轉時，將不能自由運動。護士宜時時注意，謹防因收縮而發生此類障礙。瘡合時，指趾間宜用橡皮組織隔分，以防連成一片。

面部燒傷時，宜令病人時常運動面肌。額上起皺，兩頰鼓出，咀嚼軟糖，與面肌之其他運動，皆應與以獎勵。

身體及四肢宜多運動，以維持與保全其功用。

燒傷之併發病 酸中毒 Acidosis 小兒較成人更爲普通，故小兒被燒傷者，應嚴

密注意其酸中毒之發展。平常以葡萄糖輸入靜脈內，作爲預防。酸中毒之症狀，爲頭痛，軟弱，思睡。因酮酸類之產生過多，常可覺其呼吸氣有特殊之甜臭。

毒血症 (血中毒) Toxaemia 用鞣酸療法，可以減少毒血症之危險。毒血症之症

狀爲譫妄，嘔吐，體溫增高，脈速而其細如絲。

繼發性傳染 Secondary Infection 燒傷部份周圍之皮膚略紅，凝塊邊緣，微有漿

液膿性溢液，此爲繼發性傳染之徵。若有膿積聚，可使凝塊浮起，用滅菌剪刀剪去之頗易。凡士林 Vaseline 可使凝塊內之毒素釋出，致發生中毒症狀，故用凡士林使凝塊變軟，殊爲不智。

燒傷之鞣酸療法 一千九百二十五年，美國狄屈洛州之台維孫氏 Davidson of

Detroit 主張以鞣酸 Tannic acid 治療燒傷，連續使用於若干病人，頗著成效。自是以後，通行甚廣，其成績亦大著。

用品 (一) 百分之二·五鞣酸溶液。此溶液靜置時易變壞，故宜用新鮮製者；若變

Penicillin 不可用藥法解毒
 - solution 供供藥法解毒
 - Pommade 供供藥法解毒
 - Mercurochrome

填，則其所成之收斂性沒食子酸 Gallic acid 將大為減少。在家庭內，鞣酸亦甚易得，祇須用茶葉一磅，加水兩量磅，猛煮十分鐘，將茶葉濾出，而以清液噴於燒傷處。

(二) 噴霧器。

用法 每十五分鐘，將鞣酸噴於燒傷處，至其面變成淡褐色為止。面部燒傷者，近眼處不可噴射，恐有使角膜上起凝固之危險。小心勿使其褐色太深，因濃鞣酸有深度之潰蝕作用也。平常需時十六分至二十四分鐘，可使傷處成褐色。應用鞣酸後一小時內，其痛縱未全止，亦可大減。此因鞣酸之鎮痛作用，殆為其最顯著之特質也。除用鞣酸外，並須用一護架，此護架以石棉保護，裝有電燈三四盞，安排在燒傷處之上面。護架內須附溫度計一枚，以小心查看溫度，因護架下面之溫度，須為華氏一百度。多開或少開一二盞電燈，即可調節所需之溫度，頗為容易。病人由此可得乾熱之益，而使滲出之漿液變乾。

所成之凝塊，不受壓力，而露出於空氣中。如此可容護士隨意改變病人之位置，若用昔日之舊療法，則幾不可能。惟護士須小心勿損傷凝塊。

燒傷處開始癒合時，痂將捲起，其捲起之邊，須用滅菌剪剪去。切勿將痂拉下，因出血可使血管開放，而吸收由燒傷組織來之腐敗物質。護士可見乾痂之下，上皮由燒傷處周

圍健全之皮緣生長。上皮緣每星期約可生長八分之一英寸。肉芽組織之生長較速，於八日至十日內，可遮蓋直徑約六英寸之面積。若因燒傷處受染，而有膿積於痂下，此痂必須除去。

常有燒傷處之全部，不能同時露於空氣中者，例如身體之前後面均被燒傷時。若此者，當將燒傷較廣之部份露出，而病人則臥於燒傷較少之一面。露出部份，用平常之噴霧法與乾燥法。其他部份，則用鞣酸濕布墊，以鞣酸噴於紗布墊上，用繃帶裹住。敷料自應用後第八小時起，每隔四小時檢查一次。俟有淡褐色之凝塊，即應除去。除敷料時，為免拉去凝塊，當先用鞣酸溶液濕潤。若其凝固作用，未能均勻一致，當於尚未充分變褐之處，再用新鮮布墊，每隔四小時檢查一次。因治療各部，須受壓力，故宜用紗布一層，蓋一棉墊，以保護之。

燒傷之石蠟療法 (一)用品 石蠟合劑 Paraffin mixture，須在燉鍋內熱至華氏一百二十二度，但小心勿令其沸，若沸，則應用時將碎裂。

(a) 噴霧器。

(b) 滅菌鹽水。

(c) 滅菌棉花。

(d) 繃帶。

(二) 用法。以此法治療中等大小之燒傷，似更有成效。若燒傷面染污不潔，或有小腐肉者，須洗淨（用鹽溶液較佳）而後乾之。繼將石蠟噴射傷處，至完全作成一層，不僅普遍全面，并及於健全之皮緣。上面再蓋以蓬鬆紗布所作成之巨大敷料，用繃帶裹住。

燒傷之石蠟療法，頗為醫師贊成，因其裹敷料時，可以少痛，傳染亦減，所成之癍，較用他種療法所成者更為光滑而柔軟。使病人甚覺舒適，當然為石蠟療法最大之價值也。

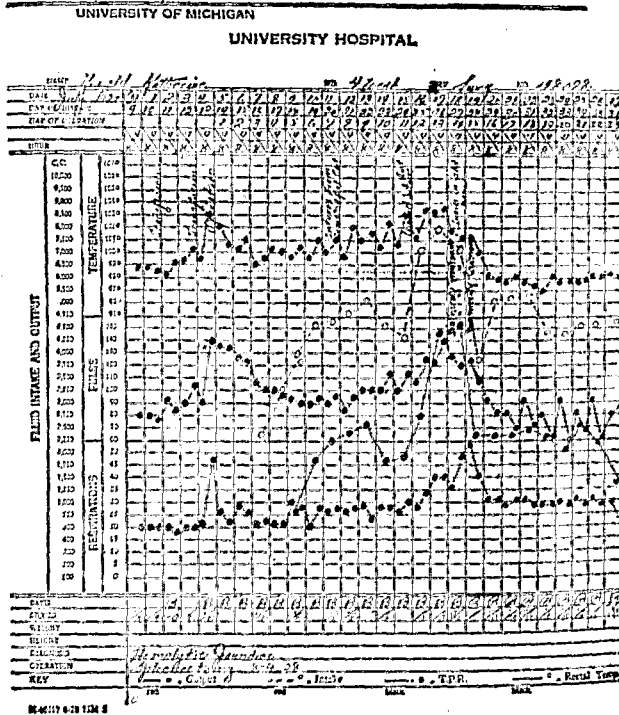
第七章 外科熱 *Fièvre Chirurgicale*

本章內係將普通稱為外科熱之若干情形，歸為一類，概因發熱為其症狀之一，而普通呈現於外科醫師之前也。

無菌熱 *Aseptic Fever* *Fièvre Aseptique*

此一名詞，似不免矛盾，蓋熱病與傳染，常聯帶而及，凡與熱病有關係之任何作用，我人對之，輒認為可疑，然於避免傳染之創傷癒合時，發生輕熱者，亦非罕見，此事已有滿意之證明。其故乃因組織吸收小血塊與由創傷本身而來之壞死微粒時，其溫度輒有略高於正常度者，此種解釋，我人亦認為正確。若密切觀察用合法之無菌技術施行選擇手術，而並無傳染證據之若干病人之溫度圖，則見其於施行手術之下一日，溫度常微高，或升至九十九度半。於第一日之晚，甚或第二日，此溫度可達一百度半，後乃逐漸回復至正常度，而其創口內並無傳染之證據。若開一廣大之創口時，此種溫度略升，更為習見，如外科醫師未能用相當之輕柔手腕，縫合創口，使之十分接近，以致組成「死腔」而有血塊與

血清積聚者，尤易如此。故祇須研究一類病人之溫度圖，有時可以準確斷定其手術之範圍，與外科醫師之技術是否精妙。無菌熱常能自瘳，無需治療。惟於明顯之無菌熱，及輕性之創口傳染，其診斷亦有深為困難者。如遇此種情形，若能小心研究其創傷，常可獲一正確之答案。



第二十三圖 膿毒性熱之溫度圖

膿毒性熱 Septic Fever

膿毒性熱 Septic fever 或膿毒病 Septicæmia 乃普通用以指病人因創口傳染而發熱之名詞。其發熱之輕重，與熱量之多寡，直接恃乎傳染之輕重，與其受染組織之多寡及性質。故傳染重而有大量之組織被累者，其反應亦重。若創口之傳染頗鉅，且係毒烈之細菌，則於受創後不久，即將發熱，普通在最初二十四小時以內，溫度可升至甚高，通常為一百零二度，亦有達一百零三度者，同時脈搏亦增，此點頗為緊要，因可立即引起疑竇，認為此項作用，確係傳染，而並非無菌熱。有時於發熱之前，先有寒戰全身欠爽，食慾不振，及普通與發熱有關係之痠痛及不安。其創口內將顯出傳染之證據，痛幾一律有之。若傳染之處，深藏於內，或無表面徵狀，即無明顯之腫，皮亦不紅。惟痛與觸痛，幾常有之，若此作用頗為明顯，即診斷不甚困難。(第二十二圖)

上文曾言，輕性之創口傳染，易與較重之無菌熱病相混。若其作用頗輕，雖不即施用積極療法，亦可無妨，此相當之延緩，能使可疑之症，診斷更為明確。

豫後之良否，與傳染之輕重，及其被染之組織為比例。若此組織可以安然處理，而得

相當之排液，不致危及生命者，其豫後常佳。若其傳染重而且深，或在生命器官，則其豫後比較嚴重。治療之法，即治療其傳染，普通須切開創口，使膿有相當之出路。

敗血病

Septicemia

Septicemia

敗血病之發生，乃因傳染之結果，細菌侵入，而發見於循環之血流內。敗血病或因明顯之傳染所致，可見於任何創傷之被毒菌染污者。於發見創口受染之證據後，其熱度甚高，脈速，並有其他重傳染之普通指徵。欲確定診斷，祇能抽取其靜脈血，而施以檢查，並由含菌之培養物證明。此事不一定簡單，因細菌雖侵入血，但非常在血內，故於取血之時，或其血中並無細菌。且在正常狀態下，血之本身，亦大有殺滅細菌之能力，故於施行檢查之特別時間，或已將細菌滅除。其更足使人迷惑，而難以判明之敗血病，為病人發熱，或先有寒戰，脈速，與重病之其他證據，但並無明顯或易發見之傳染病竈。此種病例，亦非罕見，雖運用一切科學方法，殫精竭慮，悉心研究，或亦不能證明其作用之起源，雖於血內發見細菌，在事實上其診斷已可毫無疑義。

敗血病之豫後常嚴重，大概須視能否尋得其傳染病竈；而用外科方法治療之。若能，

則其豫後較佳。近年以來，屢欲以抗毒劑直接輸入血循環，使由血流達到其傳染之來源，尤其是不能尋得病竈之所在者。各種化學溶液，均曾有人主張，其最新者則為阿苦理黃（阿克法拉芬）Acriflavine，[汞]質 Mercurochrome，與 Merthiolate。本書於此，可不必深究，惟真性敗血病用此法是否有效，尙待證明，則可斷言。 *Parvader*

膿毒血病 Pyemia Pyo-Hæmie

此種外科熱，所以用膿毒血病一名詞者，乃指示其確有膿循環於血內也。是為與傳染有關係之一種熱病，而為創傷傳染之併發病者，亦非罕見。膿毒血病亦如敗血病，乃昔日所謂『醫院病』Hospital diseases 之一，至今猶為我人未能完全制服傳染之明證。亦如敗血病，其特徵為高熱與脈速，惟敗血病之熱，普通能得相當的維持，晝間變動較少，而膿毒血病之特殊熱，則其變動甚鉅，於二十四小時內，自正溫度至一百零三度之相差，亦不少見。膿毒血病尙有一特殊之區別點，則為寒戰次數較多。雖敗血病亦有寒戰為前驅，惟於以下數日內發生有規律之寒戰者，並不常見，在膿毒血病，則寒戰為常事，而非例外，且常每日發作。此種寒戰，或頻頻發生，指示其膿毒作用之甚延，顯因含菌傳染物之微粒。

實際由血流傳達所致。此種含菌血栓，有停在關節內之特殊趨向，而於其間發生化膿。實則含菌栓子，能至身體各部，引起活動性之發炎，而發生膿腫，此為膿毒血病之特點。在遠處之膿腫，名為遷徙 Metastases，指示此作用由實在之傳染物自血流分布，而敗血病則細菌自身循環於血流內，但無組成膿腫之特殊趨向。

傳染之趨向，或為敗血病型，或為膿毒血病型，率視其特殊之細菌為轉移，可無疑義。如鏈球菌尤易致敗血病，而葡萄球菌常有早生膿之特殊趨向，易為有定型的膿毒血病之致病菌。

診斷 膿毒血病之診斷如下：於外科熱期內有寒戰，嗣後於遠離原病竈之各處，有發炎證據，尤於關節內發生傳染。膿毒血病不似敗血病，其血培養物普通為陰性。

敗血病與膿毒血病之合併症，名為膿毒敗血病 Septicopyemia，其性質常嚴重。停止此作用，是否可能，顯然不能全恃外科方法管理其原來之傳染，因在他處發生之膿腫——即遷徙——可成為新病竈，而其作用繼續進行，循環不已。然亦有能恢復者。外科醫師之責，在能以有效之方法，處理其原來病竈，切開排液，並巧妙的應用抗毒劑，然後蹤跡其遷徙之膿腫，冀能治療最後一個而終止傳染，間或可達此目的。然其需要技能，忍耐，

腹中... 右... 散... 點... 聖... 藥... 重... 此... 症... 如... 理... 得... 法... 膿... 毒... 且... 亦... 非... 不... 治... 之... 症...

與優良之判斷力，殆無過於此者。

丹毒 Erysipelas Erysipèle

丹毒為皮與皮下組織傳染一種特殊之鏈球菌 Streptococcus erysipelatis 或為創傷之併發傳染，或為彰明之自然傳染，其先並無已知之創傷存在。丹毒最初之特徵，為皮帶紅色，易變為青紅色，始於一小區，而蔓延殊速。如係自然傳染，常先見於面，但亦可發生於體之任何部。有時先發寒戰，常兼有高熱，脈亦較速，其全身症狀，較之發炎之證據，頗顯沉重。此症極易傳染，與傳染區一經接觸，即可轉移至本人身體之他部，或待病者疎忽不注意，則可傳染至他病人。丹毒亦為一可怕之『醫院病』。昔日常由一病人任意傳至他病人，蓋其傳染之易，昔人殆未嘗夢想及之也。細檢其紅色區漸淡至與正常皮膚相同之處，將有一確定之高起，可以摸出，且可眼見。此作用有一特殊之點，即於附近組織緩緩蔓延，而其初起之處，逐漸消滅，推進至附近組織上面。此症常見於年高之人，或因消耗病而精神委頓者，但亦可見於任何年齡，及任何部份。丹毒可為創傷傳染之一種，然於一世紀前異常普通，而在今日則殊罕見。定型之丹毒，不易致組織壞死與成膿。

此爲其特徵，若於傳染丹毒之部份開一割口，可見其血量之供給大增，組織腫脹，水腫，但無顯著之壞死，亦不成膿腫。

有一類似之作用，因與丹毒鏈球菌微有不同之一類鏈球菌所致，名爲膿性蜂窩織炎性丹毒 *Phlegmonous erysipelas*。初起與丹毒之狀相似，然其特徵爲迅速蔓延入皮下組織，發生壞死，與成膿腫。膿性蜂窩織炎性丹毒，與丹毒不同之處頗多，故其治療之法亦異。

診斷 定型之丹毒，其診斷不致久令人懷疑。雖於初起時紅處小，其全身反應如發熱，脈速，欠爽等，或甚不相當，而使人疑爲他傳染病，然不久其皮面之紅色區（普通在面上），即可使診斷明瞭。

豫後 就大體言，其豫後尚佳。惟此症於老年人及患消耗病者更爲普通，自較年輕壯健之人，易致死亡。多數病人，可於長短不一之時期後恢復，視其傳染之遷徙性趨向如何而定。

治法 此症由於鏈球菌所致，故近年嘗謀以特種抗鏈球菌血清治療之。至其成效如何，所得證明，頗多矛盾，然若能早用此血清，並投以滿意之劑量，則此症之時限可縮短，

死亡之結果亦減少。此點頗為可信，更有十分明瞭者，即此血清務須在最初一兩日內用之，始可奏效。

X光 最近更有用X光治療丹毒者，於急性期內尤甚，其功效頗顯。惟此法祇能由專家用之。若能得精於X光療法之專家，且能在早期內施治，成績較任何療法更為滿意。

全身療法 就大體言，其全身療法僅為姑息的，以解除發炎組織所致之不安為主。其不安平常為刺痛或燒痛，並不甚重。含醇之蒸發性洗劑，乃常用者，取其有陰涼之效，可使病人舒適。至其抗毒作用，是否甚大，或於防止傳染之蔓延有無大效力，並無十分明瞭之證據。用較強之抗毒劑如碘等，敷於邊緣，以止傳染，未見明效。有力之抗毒劑，是否能不增加刺激，而於細菌有重要之作用，亦無滿意證據。

丹毒之護病法 環境 丹毒病人須隔離，另設一完全之單位，以護理病人。此單位內所備之物如下：

(一) 桌。

(二) 椅。

(三) 屏風。

(四) 水盆。

(五) 吐盆。

(六) 牙刷，漱口杯。

(七) 溫度計及置溫度計之器

(九) 滑石粉

(十一) 受廢料拭口物等之紙袋。

(十二) 長衫。此衫也者一護士一用

(十四) 便盆。

(十二) 擦手用品。

(十) 盥洗用具。

(八) 酒精一瓶。

護士須用內科無菌技術，以護理病人，及其所居之單位。病人之鼻咽溢液內，及其皮膚之損害內，皆有細菌，故與皮膚損害及溢液接觸之物，護士料理時，尤須特別注意，當小心包裹而燒去之。

由病人及單位內來之衣服布單，須裝在袋內，袋上標明『染污服單』字樣。此袋在洗衣所中應受特別料理。若洗衣所內無料理染污服單之設備，此項服單，可放在有蓋之洗衣鍋內，煮三十分鐘，然後洗之。

碗碟與各種治療用品，須煮三十分鐘。食物餘屑，當用紙包裹，而付之一炬。

蠅類傳病之危險，務須注意。丹毒於冬春兩季，更爲盛行。此時雖蠅類不多，然仍有傳佈此病之可能，惟其危險不如腸熱病之甚耳。

普通衛生 飲食 發熱期內用液體食物，常以少些餉之。水果汁爲病人所嗜，且能

抵抗酸中毒，(按酸中毒乃常有者)。護士應維持病人之熱力輸入，達其正常需要，使身體更能抵抗傳染。

強飼液體 強飼液體，以促毒素之排泄，異常重要，每日至少須飲三千呎。其最大量須在夜半前與之，使病人下半夜得以安睡無擾。液體之種類與多寡，須小心計劃，以供病人二十四小時內之用，使其不致因紛亂雜投，而起惡心。

口之料理 舌平常乾而有苔，此為病人不安之原，故須特別注意，時常用抗毒漱口劑清潔，清潔後以阿波冷 Albolene 數滴滴於舌上。此法可以增加病人之舒適。唇上敷雪花膏，以保其柔軟滋潤。飲充分之液體，可使口滋潤，而保護其完好。飲牛乳後，須立即潔淨其口。

眼之料理 面丹毒之延及眼部者，醫師常吩咐用硼酸溶液 Boric acid solution，或百分之十阿久羅 Aegyrol，滴入眼內，一日數次。如眼瞼水腫頗甚，或吩咐用硼酸溶液注洗，一日兩次。丹毒病人之眼亦受染者，其床之位置，須令病人不必面光而臥。

頭與髮之料理 面丹毒之損害，平常至髮際而止，但亦有延及全顱者，如此則髮之脫落必多。幸而脫髮僅為一暫時狀態，若能稍加注意，則指顱之間，其頭上即可滿布健全

之新髮矣。皮膚緊張之處，似有一種天然屏障，以阻丹毒之蔓延，故常在此等處停止進行。頭部當支持，使兩耳不致受壓，因其常腫且痛，病人自不致側首而臥，以益增其全體之不安。護士應謹記，若患部長久受壓，可致壞疽與脫腐，故病人之位置須時常更換，以免受壓。

皮膚之料理 丹毒病人之皮膚，常乾而如鱗狀，病人容易抓爬。若用柯柯脂 *Cocosa butter* 或雪花膏抹之，可以止癢。謹防抓傷，恐病人之手染污，而由身體之一處傳毒至他處也。

發熱之節制 酒精擦法，以冷水水洗結腸，與冷濕布裹法，常用以節制高熱與譫妄。惟丹毒病人，年老體弱者居多，故對於冷濕布裹法之反應，不及酒精擦法。施行以上各法時，護士須小心勿令病人受涼。

四肢之損害 被蓋太重，最足令四肢患丹毒之病人不安。用一簡單之被架，可免疼痛之肢體受壓，能使病人舒適不少。兩足亦須用法蘭絨包裹，或套一床上穿之襪，以免因足冷而致不安。肢體之運動須有限制，並須小心支持。

丹毒之治療 局部療法 治療丹毒，凡可想到之療法，幾無一不用，其中大半以局部敷法為根據。

最常用之局部療法如下：

魚石脂 *Fishyol* 此係魚石脂在百分之十甘油溶液內。將其攤在紗布上。紗布之

大小，須能蓋沒患部。紗布上面，再蓋一輕敷料，以防沾污被褥單。

冷濕敷 *Cold Compresses* 冷濕敷似能與病人以最大之舒適。醫師或吩咐用硫酸

鎂 *Magnesium sulphate* 或硼酸 *Boric acid* 飽和溶液。布墊之大小，須能遮蔽患處，其厚

薄須能保持冷度。欲使布墊冷與濕，應時常更換。病人之舒適，乃得自冷，而非得自溶液。故

護士應時時補充溶液。益四圍之冰，使溶液愈冷愈佳。其布墊即浸在此溶液內。冷濕敷之

上，不可置冰袋，因有凝凍組織之危險也。且冰袋之重量，亦使病人不安。皮膚須小心檢查，

有無變藍之處。若變色，應將冷濕敷立即除去，施以按摩，以興奮循環。

應用冷濕敷時，下列之警誡，必須遵守：第一，受治療之部份，其下面須用橡皮單妥為

襯墊，以保護床；第二，布墊須絞出，以免水滴於病人身上。

抗毒素療法 *Antitoxin Treatment* 裴康氏 *Birkhaug* 於一九二六年始創抗毒

素療法，以治療丹毒。

此療法乃以一定量之抗毒素注射肌肉內。若於病初起時，早施注射，可得最佳之成績。

力熱及生素之量足 輸法 劑 外
 力熱及生素之量足 輸法 劑 外
 力熱及生素之量足 輸法 劑 外
 力熱及生素之量足 輸法 劑 外

而丹毒用此療法，較用於軀幹及四肢之丹毒，成績更佳。

注射之方法 其應用物品如下：

皮下注射器與針。

五十瓦注射器與針。

皮下注射器與針，及腎上腺素 Epinephrine or adrenalin 五量滴至十量滴。

丹毒抗毒素 Erysipelas antitoxin (熱至血溫度 100°F，但慎勿高過此點，以防抗毒

素中之白蛋白凝固)

注射療劑之前，先用血清作皮膚敏感性試驗。若有過敏症狀如呼吸困難，發紺，與

脈搏顯然增高者，當立即注射腎上腺素 Epinephrine or adrenalin 三十分鐘後，再注射

抗毒素療劑。

平常每二十分鐘續注射一次，至局部狀態進步為止。若注射六次或八次後，仍無進

步，當停用抗毒素療法。大概則於第二次注射後，病人狀態，即見進步，溫度降落，脈搏減低，

損害漸退。抗毒素療法，能使病人留住醫院之時間，顯然減少。

亦有少數病人，用抗毒療法後，發生血清反應，此種反應見於停止注射後約一星期。

蕁麻疹普通可用膠性浴 Colloidal baths 或硫酸鎂冷濕敷 Magnesium sulphate compresses 治之。關節痛平常祇有數日。厄尼奇咳嗽流涕表利箱等症。

丹毒之併發病 丹毒之復發者，殊為普通。復發時先再發熱，或熱度增高。普通於最後停頓之處重新發炎，但鮮延及甫經受染之部份。結局死亡者，終期肺炎與敗血病為其常有之併發病。護士並須謹記，凡老年人多易仰臥，有發生墜積性肺炎與褥瘡之危險，應加以勸阻。

繼發性丹毒 Secondary Erysipelas 患繼發性丹毒之病人，不必甚重。繼發性丹毒之惟一表現，常為溫度微高，與局部發紅，而他無所見。惟護士於此，仍須維持無菌技術，小心謹慎，一如其護理明顯之丹毒然。

終期消毒與恢復期 病人臥床，至溫度復常後數日為止。然後沐浴洗髮，移至潔淨單位內。指導病人，須以適當之休息，滋養之食物，與充足之日光，培養其身體之抵抗力，並須警告病人，有自剝下之乾皮再受傳染之危險。皮上應敷柯柯脂或雪花膏，以使其柔潤。染污之單位，當用肥皂與水擦洗，並須空氣流通。枕褥移置門外，在日光下至少曝曬八小時。污服單之處理，與染菌者同。各種治療器具，須煮二十分鐘。

Antitoxine diphtheriae erysipheusa

Reaction serique

Serum anti-meningitidis

Præparata Methoda de

防範法 丹毒病菌侵入顯露之皮膚損害，故護士於護理丹毒病人時，須極謹慎，勿令兩手有任何割破、損傷、或破裂之處。

破傷風

Tetanus Tetanos- Spasmi

Strigilarius 字

Bacille

破傷風 Tetanus 或牙關鎖閉 Lockjaw 係因傳染一種特殊之破傷風桿菌 Bacillus tetani 所致，此菌常見於施用肥料之泥土內。平常之倉場及用糞作肥料之田園，普通皆有此菌。惟未墾之荒地，殆無此菌。故破傷風傳染，最多見於文明之國。當南非戰爭時，傷兵創口之傳染破傷風者，殊為罕見，而於上次世界大戰時，則在比利士及法國北部作戰受傷之人，傳染破傷風者，為數甚眾，乃其明證也。法國北部，為全世界開墾最熟之土地，故於戰爭初期，創傷之傳染破傷風者，其數至堪驚人云。

破傷風桿菌，屬於生芽胞之厭氣菌類，故在穿刺創傷，如由爆裂彈炸傷之創口內，最易繁殖，惟手足被釘或乾草叉等刺傷之創口內，普通亦有此菌。故凡創傷之染着泥土者，皆應疑其藏有破傷風桿菌，而施以治療。此症之潛伏期頗長，少有在受傷後一星期內發生者，間或須遲至二十一日。其潛伏期較此更長者，亦嘗有之。創口在上部者，其潛伏期較長，在下部者，其潛伏期較短。此病之發生，多由於泥土中之桿菌，其孢子在泥土中，可生存至數年之久。又受染者，其孢子在泥土中，亦可生存至數年之久。此病之發生，多由於泥土中之桿菌，其孢子在泥土中，可生存至數年之久。又受染者，其孢子在泥土中，亦可生存至數年之久。

最早發現之症狀，爲閉鎖之肌（即嚼肌）痙攣，故昔有牙關鎖閉之名。此傳染之特徵，爲對於神經組織有偏向性，病勢發展，則肌痙攣按時發作，背之大肌尤甚，使病人之位置，幾祇有頭與足跟着床，名爲角弓反張 *Opihotonos*。此等肌痙攣，乃因突然之行動，喧聲，亮光，與可使病人突然動作之任何事情所促成。重症，及其多數，於病勢進行時，痙攣之發作，先後相繼，接踵而來，最後將因衰竭而死。病人牙關緊鎖，與咽肌痙攣，以致不能飼食，故縱不因衰竭而死，亦將因絕食而死。

最重之症，其創傷係在頭部或頸部，名爲頭部破傷風 *Cephalic tetanus*。如此者，牙關緊鎖（嚼肌痙攣）爲早期症狀之一，經過較短之潛伏期後，症狀即發現，病勢之進行頗速，直至死亡爲止。

豫後 病人雖處最佳之環境，其豫後亦不良。確已發展之破傷風症，縱使治療，其死亡率亦將超過百分之七十五。就大體言，其潛伏期愈長者，病愈輕，若潛伏期長至三星期，則病勢更見和緩，恢復者亦更多。此症之豫後，至爲嚴重，故最要者在預防，而不在治療。

治法 此症之發展，由於組織內發生一種毒素，若用抗毒素預防，可得滿意之成績。已有確實證明。七月四日，爲美國獨立紀念日，萬姓歡騰，舉行慶祝，是日被花爆及玩具手

Vaccin Anti-rabique 3000-5000 單位
 已患者則須減半
 Toxine 毒素
 Sér um Antirabique
 Te Ténus Antirabique

鎗所傷者，常致發生破傷風症，然於受傷後數小時內，循例注射抗毒素，破傷風症幾可完全消滅，可為明證。若需再事證明，則上次世界大戰，乃一顯例，於開戰後數星期內，前方傷兵急救處，及野戰醫院，即有大量抗毒血清運到，使受傷者於數小時內即可注射，普通在一日之內，結果以前非常盛行，使人驚駭之破傷風症，竟至少見，且其性質頗為溫和，則抗毒素之功效，可以概見矣。凡平常創傷之被塵土染污者，亦應注射破傷風抗毒素預防劑，若欲決定其是否染菌，而後施以注射，此法殊為不佳，因一時不能作確定之判斷，而偶有錯誤，則其結果之重大，殆有不堪設想者。亦有若干破傷風症之發生，並未嘗疑其染菌，此症或見於嬰兒，顯由剪斷之臍帶傳染。間或因外科手術技術上之失誤，亦可發生此症。預備腸線時，間或其破傷風芽胞，未遭殺滅，致有因此傳染者。最後則小創傷如破傷之類，每被忽視，於小兒尤甚。此症之發生，多由於皮膚之小創傷，如刺傷、擦傷、及一切皮膚之損傷，均易引起此症。

破傷風之已發者，其治法有二，一則大開創口，務須割穿其曾被染污之較深部份。遇可能時，其受傷之組織，皆應割去，創口開放，用抗毒劑治療。如此可以斷絕毒素之供給，即因細菌繁殖而發生者，欲遏制此病之本身，則恃乎能否注射足量之抗毒血清，以達到藏於神經幹內之毒素，約略言之，於初顯牙關強直症狀後十二小時內，能有效注射大劑量

破傷風

於此用抗毒藥法時... 蓋料理一破傷風病人... 凡曾經歷過者... 射愈早愈佳... 作有效之制止... 凡曾經歷過者... 護病法... 蓋料理一破傷風病人... 異常困難之事... 有絕大之技能不可... 息或呼吸肌癱而死之危險也... 環境... 撼床榻... 舉動粗率... 門戶碰撞等... 可以引起痙攣... 皆應力避... 作事務須溫柔安靜... 凡與病人接

之抗毒血清，一半可得恢復。每過二十四小時，其機會即減少一分，迨過三日，則死亡率可高至百分之九十五以上。最要者，抗毒素須能直達神經系統。皮下注射無效。靜脈內注射雖有相當功效，但因此發生過敏性者亦屬不少，可以致命。最有效之方法，係直接注射入椎管內，可於抽出等量之脊液後，輸入極濃之抗毒血清。惟欲治療有效，則其劑量宜大，注射愈早愈佳。破傷風之痙攣或驚厥，常令人心驚膽裂，於靜脈內注射安密安 Amytal，可作有效之制止。此於疾病本身，當然無效，但可保存病人之精力。無論如何，此症異常危險，凡曾經歷過者，自應明告他人，盡力以預防之也。

護病法 護士於破傷風病人，能否與以靈敏之護理，為其聰明與技巧最佳之試驗。蓋料理一破傷風病人，使其身體舒適，而能得所需之滋養與液體，不致引起痙攣，此為一異常困難之事。且因病人之神志，始終常清，故其困難益增，欲減少病人精神上之痛苦，非有絕大之技能不可。病人須常受注視，雖一分鐘亦不可離開，蓋當驚厥發作時，常有因窒息或呼吸肌癱而死之危險也。

環境 病人須獨居於安靜、陰涼、幽暗之室內。一切無謂之感覺刺激，如强光、喧聲、震撼床榻、舉動粗率、門戶碰撞等，可以引起痙攣，皆應力避，作事務須溫柔安靜。凡與病人接

觸之物，必須溫暖，即用溫暖之手，與溫暖之布單。

防範 染毒處之敷料須特別注意。污敷料宜置於床側之紙袋內，然後包裹而燒去之，免再取用。碗碟與治療器具，須煮三十分鐘。破傷風桿菌爲少數生芽胞病原菌中之一種，其芽胞極難殺滅。

普通衛生 **飲食** 病人不能張口，或運用嚼肌，故飲食須爲液體；然宜富含滋養，而以雞蛋與牛乳爲主。此項滋養品，須用灌食法。病人牙關緊閉，故導管由鼻孔而入，較由口內通入，可以更爲舒適。用此法輸入之液體，宜溫，不宜熱，蓋鼻之黏膜，較口之黏膜，尤爲敏感，故燒傷之危險更大。

液體 液體須強飲之，以防脫水。病人不能口飲液體時，醫師普通用皮下或靜脈內輸入法。有時亦可由直腸輸入，惟除輕症外，病人多不能保留，因其引起痙攣也。

排泄 普通有便秘，因腹肌強直如板狀所致。膀胱頸痙攣，故小便亦見困難。普通多汗，故病人兩脇下須置大而軟之棉花墊。墊若潮濕，較布單易換，且可少擾動病人。時用暖醇抹擦，冷醇可以引起痙攣。

助醫師注射抗毒素法 其用品如下：

其打0.5子0.5西使不其孰內注藥
其必道半來神必視其行於熱性再打

(一) 腎上腺素 Adrenalin 十量滴，在注射器內，預備於病人發生過敏症狀，如呼吸困難，發紺，或脈搏顯增時注射之。

(二) 二蟬之注射器與針，於皮下注射抗毒素，使病人脫敏感。

1cc = 20 fluid drops
= 20 g. bottles
fluid ounce = 30cc

(三) 擦洗盤，以清潔病人。

(四) 若施行椎管內注射，需用局部或全身麻醉劑。(註)

(五) 抗毒素熱至體溫度(華氏九十八度)護士須極小心，不可熱過此度，以防血清內之白蛋白凝固。

(六) 若注射靜脈內，當預備體溫度之等滲氯化鈉溶液 Isotonic sodium chloride solution，以稀釋抗毒血清。

(七) 五十蟬玻璃注射器管，此管用作儲器。以十五英寸長之橡皮管聯上注射針。由醫師指示所用之注射法：(甲) 肌內，(乙) 椎管內，(三) 靜脈內。

抗毒素須於第二第三兩日，各再注射一次，再在第八日注射一次，以防由蟄伏之桿菌或芽胞再發生症狀。

椎管內注射抗毒血清時，需用局部或全身抗毒劑。多數醫師，對於小兒及角弓反張

Traumatisme ^{碰傷}
 superficiel des Parties Molles. ^{軟組織} 亡。

- Entorse ^{扭傷}
- Luxation ^{脫臼}
- Fracture ^{骨折}

之成人，常用全身麻酔劑。

驚厥。驚厥頗爲痛苦，可由喧聲，或震撼床榻，或料理病人等而激起。病人因頰肌之鉗狀收縮而不能哭喊。驚厥或至劇烈，以致撕破肌肉而出血。可於靜脈內適當注射安密妥，以節制驚厥，具見上文。若治療無效，平常於第三四日，因驚厥時窒息，或循環衰竭而死。

第八章 勞損振傷脫位與骨折

勞損 *Strain* 與振傷 *Spain* 兩名詞，用之頗爲寬泛，且常相混。勞損係指軟組織受強力之結果，尤其是肌、腱、韌帶等，以致伸張過度，或微被撕破，但祇限於輕微之損傷，少致不能動者。振傷則指關節受傷，以致撕破韌帶者，有時其關節上面之肌與筋膜被撕破，且常有較小之靜脈撕破。此係較重之損傷，普通兼有骨折，因與實際損傷骨部者，須顯分區別，故頗爲重要。其症狀極似骨折之累及關節者，惟較輕耳。如踝受振傷，卽爲良好之一例。此損傷普通係受強力之結果，如足猛向內轉，或猛向外轉，而腿不動等。振傷之後，卽有腫痛，一二日後，則有瘀斑。振傷與骨折之區別診斷，祇有用 X 光線檢查，始能確定。治療之法，如確知其並非骨折，傷處不能運動者較少；就大體言，踝受振傷後，當用合口膏條貼於關節，頗爲穩固，但不妨獎勵病人行走，以免關節因不用而強直，其所得之成績較佳。貼膏之法，須轉足向傷側（內翻或外翻），而穩定之，以免撕破之韌帶傷力。（第二十四圖）若其手法精巧，除老年人外，多數可以不恃拐杖而行走，惟用足之時較平常大爲減少耳。貼膏須繼續至傷處全無不安爲止。此處所規定之原則，可以普通應用於其他關節之振傷。

脫位 Dislocations

脫位乃一個關節之關節

面間，發生異常之關係也。脫位

Complete or incomplete

或完全或不完全或係急性，或係慢性，或由損傷所致，或因關節面受病而

起。

See also de J. G. G. (Text & Illustrations)

舉例。肩關節脫位，係最習見之一種，普通因受傷所致，且係完全脫

位。肱骨頭可自關節囊之破裂處離開肩關節盂，常穿至內側，而於肩胛喙突下上升。亦可
被迫向下，而在肩關節盂下面，或被迫向後，而在肩關節盂後面肩胛肌之下。(第二十五

二十六兩圖)

See also de J. G. G. (Text & Illustrations)

腕關節脫位，亦不少見，乃係受傷所致，股骨之頭，因關節囊破裂而離開髌白。若破裂

處在關節之前面，骨頭將滑過髌白之前，其所成之畸形，為足與小腿外翻，普通略屈。若骨
頭由關節後面之裂口離開髌白，將留在髌白後面之髌骨上，如此則小腿內翻與內圍

See also de J. G. G. (Text & Illustrations)



第二十四圖 振傷之踝貼膏法

(第二十七圖) 髖關節脫位亦可因病而致，結核病尤其，如此者，其骨頭因病損傷，髖臼亦常損傷，而股骨滑向上，為肌止與股骨大粗隆之肌所節制，非結核性之發炎症，亦可致同樣脫位。平常維持關節之肌癱瘓，亦可引起脫位。如脛骨與股骨間之關節脫位，常見於嬰兒癱瘓症，其大腿之肌多癱瘓，是乃一極好之例也。此等脫位，常不完全，脛骨易於股骨髁之上滑向後，但非完全脫離。此一部分脫位，名為半脫位 Subluxation，乃指示其不完全脫位也。

診斷 脫位之診斷，係用檢查法，顯明兩骨間異常之關係，與異常之動作，或在關節處缺乏運動。此法普通可得正確之診斷，然常宜用 X 光證明之。

治法 脫位因受傷所致者，當立刻使其復位。平常須用全身麻醉劑，而施以

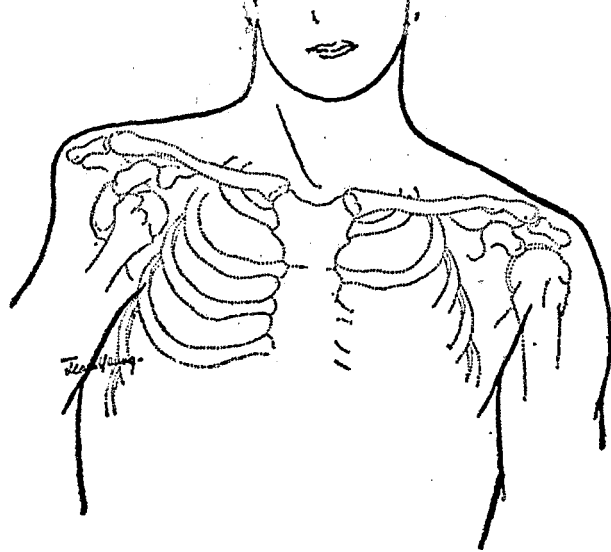


第二十五圖 肱骨之肩胛喙突下脫位

Remotely
Position
Reductive
Reduction

相當之手法。若忽略不注意，而一任其骨在異常之位置，則用手法復位時，將益增困難。最後至於不能復位。如遇此種情形，復位時須用開放手術，然其結果鮮能如立刻復位之滿意。因病而致之脫位，或係作成關節之骨受病，或係維持關節骨位置之肌受病，治療之法，以探其病原為最要。當然須視其作用之性質而大有不同。故關節脫位之由於結核病者，當用關節結核病之治法，脫位部份須長期固定於適宜之位置，以使病痊癒。因其關節內之骨與軟骨皆病，故癒後常致關節強硬

Ankylosis。若其脫位或半脫位（如脛骨與股骨間之脫位）係因肌麻痺所致者，如嬰兒癱瘓，其治法視麻痺之輕重而不同。間或用肌移植術，庶關節周圍之肌肉平衡，略得恢復。



第二十六圖 肱骨之肩胛喙突下脫位

而使其關節復可運用。然其惟一滿意之治法，常為人工的關節強硬法，因正常之肌肉動作，不能維持其關節之位置也。

骨折

Fractures

定義 骨折乃骨或軟骨之折斷，或係部份折斷，或係完全折斷。

類種 骨折分類之法頗多，因

此不免引起許多紛亂。其較普通之數種，當列舉於下。

骨折可按其程度而分類，如（一）不全骨折，（二）完全骨折。

（一）木全骨折 Incomplete Fractures 或為屈曲骨折 Greenstick fracture 之類，

祇見於小兒及少年人，其骨尙未變硬者。骨僅彎曲，其外側斷裂，而略壓向內側。（第二十八圖）不全骨折，或僅為骨之破裂，而並不分離。



第二十七圖 髁關節脫位

(1) 完全骨折 Complete Frac-

ture 完全骨折者，其骨斷裂為兩塊

或數塊。完全骨折有數種：橫斷者名橫

骨折 Transverse，對角折斷者名斜骨

折 Oblique，成三數碎塊者名粉碎骨

折 Comminuted fracture，一部份之

骨被迫嵌入其他部份者，名嵌入骨折，

或相插骨折 Impacted fracture (第二十九圖)。

或肱骨之上端。普通亦可見於

橈骨之下端。

位置 骨折可按其折斷

之部位而名，如長骨之幹，股骨

或肱骨之頸，股骨之髌等。另一

類以部位名之骨折，係長骨之



第二十八圖 屈曲骨折



第二十九圖 肱骨折

後一類最易見於長骨之端，尤在股骨

骺 Epiphysis 與骨幹脫離。此種骺脫離，不少見於股骨或肱骨之上端或下端。(第二十圖)

骨折亦因其是否與外面相通而名，即折骨上面之皮，是否破裂。皮不破者，名為單純骨折 Simple fracture 雖亦可為上述之粉碎骨折，或兼有他傷。若折骨上面之皮破裂，則名穿破骨折 Compound fracture。此中要點，即皮破骨折者，極易染菌，故其治療之法，須與單純骨折根本不同也。

病原學 除骨病外，骨折幾常因暴力或損傷所致。

性別 就大體言，男子骨折，約較女子多三倍，乃因男子較女子多受猛烈傷害之故。此點與職業問題有直接關係，如男子所操之職業，有為礦工者，有為機器工人者，有在高屋上工作者，有在鐵路上工作者，故更易受此種猛烈之傷害也。



第三十圖 下肢骨骺脫離

骨折之修復。骨折之修復，有若干因素，非平常創傷癒合時所有者，故不歸入創口之癒合節，而別於此處論之。

骨折時，常因斷骨而致出血，如為長骨折斷者，血凝塊或甚多。此血塊由組織處理之法，與其他創傷同，然若過多，則除去血塊之平常作用，或不足以使其全去，而為遲癒合之一原因。骨折癒合時之主要特點，即由骨與骨膜之特殊細胞作用，而造成新骨。此種特殊細胞，於受傷後兩三日內開始活動，在骨折處之周圍造成細胞網，稍後有骨質——即鈣質——沉澱於內，而成所謂骨痂（接骨質 *Callus*）。若使斷骨之端，彼此作成相當之正常關係，則因細胞活動所生之質，將密布於骨折處周圍，此法殆與裝管工人之用鉛焊接鉛管無異。（第二十一圖）於正常狀態之下，骨在骨痂內造成時，若用手術露出其處，普通於第一星期內，即可察見，以下數星期內，進行頗速，其新骨之造成與變硬，可使碎骨片連接。



第三一圖 骨折處之骨痂

護理骨折時，關於骨折連接之遲速，當時有所聞見。此中原因頗多。骨折之連接，顯恃下列數端：(一)血塊之多寡。(二)四圍軟組織被撕破之範圍，與碎組織參入斷骨間之多寡。(三)碎骨片間之關係，亦與其連接大有影響。如折骨未能置於完美之解剖位置時，其連接較緩，或完全不能連接。此外尚有一極重要之因素，與連接有關係者，則為運動。若骨折處多動，則新成之骨質，常被裂為粉碎，以致徒勞無功，自難望其連接。因此骨折者，必須用固定法實施高度之制動術。折骨與血液供給之關係，亦可影響連接。故長骨折如在滋養動脈入骨之處，或其附近，以致滋養動脈受傷者，常致遲連接，或甚至不連接。

骨折遲連接 Delayed Union 遲連接一名詞，係指骨折不能於平常可以接合之時間內連接者。如此之類，其所生骨痂，雖較平常為少，然仍有若干骨痂，用適宜之方法檢查，可以證明其連接正在進行，惟速度異常緩慢而已。

骨折不連接 Nonunion 不連接一名詞，當用於不僅連接過緩，且其斷骨之端，變為光滑者，骨質生長物，填滿骨髓管露出之端，且其斷端變圓，用X光可見，顯明其連接並不進行。如此者，非用手術助之，將永不連接。(第三十二、三十三圖)。

症狀 骨折之症狀，當然因其折斷之骨而異。若祇小骨折斷，極少症狀發現，而長骨

折之症狀，普通甚為明顯。骨折之深藏者，如在骨盆部份，或祇發生與全體有影響之症狀。然除此以外，則有若干甚為確定之症狀，可列舉如下。

(一) 畸形

Deformity 多

數長骨折，或四肢骨折，除為小骨之腕，踝，指，趾，等骨外，將顯出骨折部份特殊

之畸形。如鎖骨折者，其骨折一邊之肩將下陷，而其骨之本身，亦有確定之畸形，用指診察



第三十三圖
未連接之小腿骨折(前後面)



第三十二圖 未連接
之小腿骨折(側面)

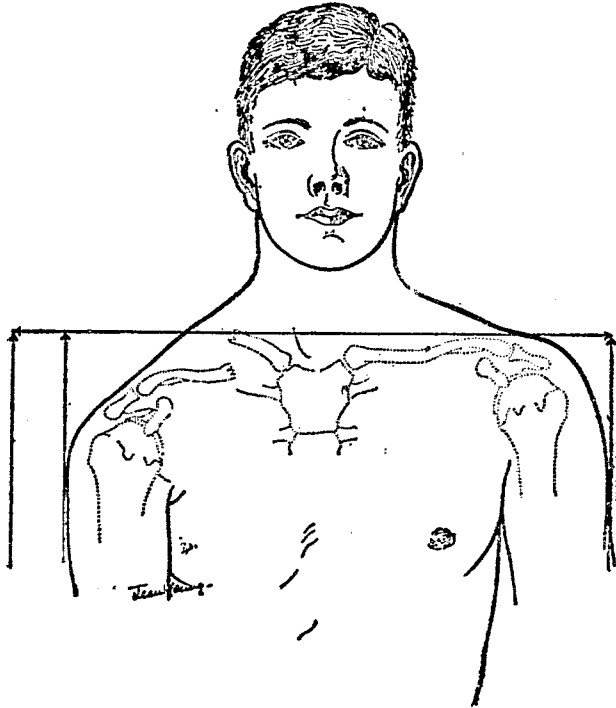
時可以覺察。(第二十四,三十五兩圖)

上臂骨折,將顯錯位與彎曲,常致縮短。大腿骨折,或小腿骨折,將顯示足之異常位置,或轉向內,或轉向外,而為平常所不能有者。

(二) 運動異常

Abnormal Mobility

此點在臨床方面,常與畸形相聯合,用極微細之檢查,即可顯出,於四肢尤甚,其骨折之肢,將在一異常之點運動或彎屈。



第 三 十 四 圖 鎖 骨 折

(二) 骨擦音 Crepitus 骨擦音係指于診時所得異常之感覺，因碎骨磨擦所致。此磨動感覺，一經察知，極易認識。

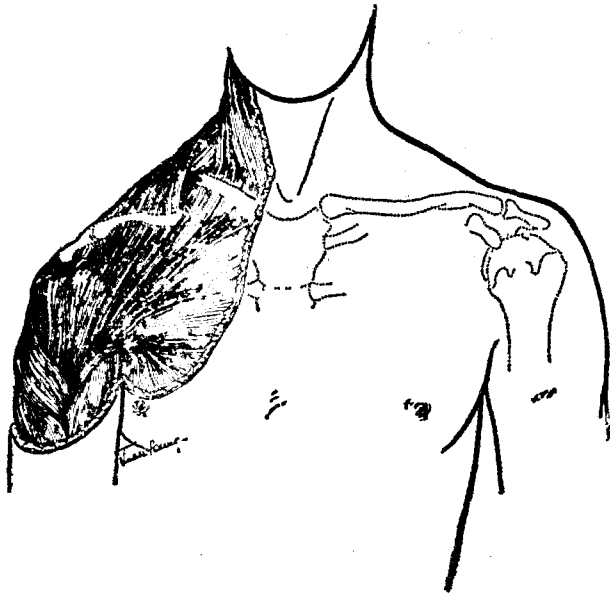
(四) 失功用 Loss of Function

骨折可致受傷之部份失功用。如一支斷臂，不能運用如常。一個斷腿，不能支持重量。肋骨折斷，呼吸時將致痛。背骨折斷，可致癱瘓等。

(五) 痛 Pain 除因受傷而

致痛外，尚有與骨折直接聯合之痛。故於檢查斷骨時，若壓骨折之處，將覺異常觸痛，此為一特殊之點。此事於診斷上大有價值，於肋

骨折尤甚。肋骨折者，或實際上並無錯位，少失功用，惟折骨處之上異常觸痛。痛亦可間接



第 三 十 五 圖 鎖 骨 折

發生，因壓着斷骨端所致。於可疑之掌骨折，若壓手指向腕，雖其畸形與錯位不多，骨折處亦將生痛。此名爲間接痛 *Indirect pain*，於診斷上或大有價值。

(六) 腫 *Swelling* 折斷之骨，若近表面，幾常發腫。此腫大抵因出血入組織所致，但亦可因肌肉收縮而致，如在股骨折下肢實際縮短之時。

(七) 遲顯瘀斑 *Late Ecchymosis* 骨折之出血，大抵由骨之斷端而來。此血流入組織，於皮色不即發生任何變化。但過數日，此血將漸至皮面，於距離骨折處不十分遠之一點發生變色（瘀斑）。如腓骨折者，在踝關節上二三英寸之處可見。自受傷後二日或三日起，骨折一邊之踝關節附近有瘀斑，大抵見於骨折處之下，蓋所出之血，因其地位關係，易降入組織也。此遲顯瘀斑，祇於骨折經過數日後，診斷時方有價值。

診斷 診斷骨折時，不可增加其傷害之程度，此爲第一要點，不可不記。對於斷骨，如有粗率之舉動，甚易增加其已受之傷害，致有損無益。故診斷骨折時，一切檢查，須以極輕柔之舉動出之。診斷之法，須謹記上述各症狀，而小心檢查，手法不可粗鹵，且常能不動手而得到診斷。大腿骨折者，量其骨之是否縮短，亦可以助診斷。肥胖或肌肉豐厚之人，其骨折殊不易顯明。最後當用 X 光檢查以證實之，可不多動傷處，而得準確之報告。用 X 光診

斷骨折有二重目的。雖於診斷方面，常可毋需用X光檢查，但藉此可以證明其碎骨間準確之關係，而於整理骨折時需用之手法，裨益至大。且用X光檢查後，可得一永久之記錄，或為日後所需用。故在整理骨折之前及後，皆需用X光，庶可確知其所得之結果。

併發病 骨折之併發病，或為直接的，或為遠隔的，即其受傷之直接結果，或於過後方顯，雖為當時受傷之所致，但其發生較遲也。

直接的併發病 Immediate Complications 骨折最普通之直接併發病為休克，當然祇在骨折之本身利害，而折斷大骨者有之；或骨折之本身，雖比較不甚重要，而傷及他主要構造者，亦可有之。因此股骨折與盆骨折者，普通有休克，而較小之骨，如腕，與前臂，上臂，或小腿骨折時，比較不甚重要，或並無休克。凡骨折時，因骨折之本身而發生休克者，必係大骨折斷，因之出血頗多，此點必須注意。又有一點應記者，其休克之程度，與碎骨移動，以致損害組織，發生疼痛，大有關係。此點已在休克節論過，可勿多贅。但宜謹記，有許多發生骨折之傷害，亦可損傷其他構造，雖骨折之本身，不致引起休克，亦可因其他傷害而發生休克，成為當時最重要之一點。例如火車或汽車遇禍時，一人之前臂骨折，比較不甚重要，但於同時其腹內臟亦受傷，如肝，脾，腎，或腸破裂，以致立即發生休克，若欲保全其生

命，必須立即用外科療法。如遇此種情形，見病人發生休克，而其骨折又未必足以引起休克者，當即疑其尚有他種更重大之傷害，此點有時為人所忽略。實則最初見受傷之人時，應當決定其骨折之傷害，是否足以引起目觀之病人狀態。臂骨折或小腿骨折，在旁人視之，似頗嚴重，然若有內傷，則此骨折為無足輕重，而應立即治療其內傷，方為有效。

出血 Hemorrhage

每逢骨折，當然不免出血，惟自斷骨而來者，鮮引起重大之影響。此處所論之出血，則因骨折而致大血管受傷，如肱骨折而於其內有一鋒利之碎片，可以刺破肱動脈，（斜折者尤甚。）股骨折者，亦可發生同樣之情形。雖此種損傷血管之事，大體尚不甚多，然於移動病人時，應謹記碎骨片有刺破血管之可能，肱骨折或股骨折者尤甚；雖受傷時血管並未破裂，而手法粗疎，殊易損傷血管。

栓塞 Embolism

乃因血塊，或來自骨髓管之脂肪所致，本書已於栓塞節論過。因血塊而致栓塞者，大體言之，在骨折中並不習見，惟脂栓塞較普通所知者為多，有大骨髓管之骨折斷時尤甚。

遠期併發病

Remote Complications

傳染 Infection

因骨折而致傳染者，實際

上祇見於穿破骨折，惟組織內有大血塊時，間或可致血塊之後期傳染。

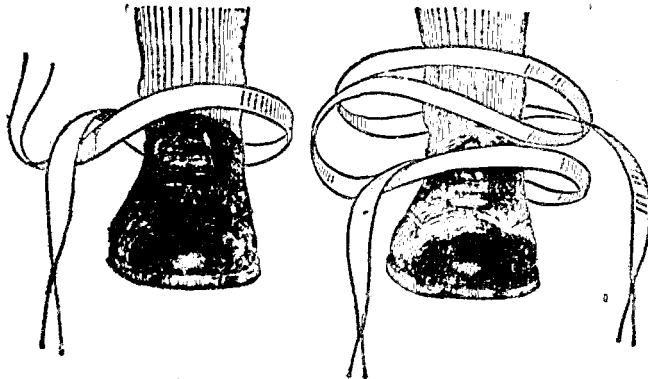
壞疽 Gangrene 壞疽間或為四肢骨折之併發病，見於大血管被斷，或受重大之傷害，致有血栓形成者。但此僅指動脈受傷而言，實際上靜脈受傷，不足以完全阻斷血流。於實用方面，四肢骨折，而在腕際或踝際不能覺察動脈之搏動，即應疑其有發生壞疽之可能。

骨折之療法 骨折之療法，可分為直接療法 Immediate treatment 與後期療法 Later treatment 兩種。直接療法，實際上係設法送病人至可以繼續治療之處，後期療法則包括折骨之復位或正定法，並使其永久癒合等在內。

直接療法 直接療法中最要之點，為預防病人續受傷害。骨折後，若料理不善，可以加重其傷害（長骨折斷時尤甚），而使病人多受無謂之痛苦。

骨折直接療法之原則，即應用臨時夾板，使傷處不動，而在比較安全之位置。小骨折，如手足骨折，可以不發生問題。鎖骨折，肩關節骨折，肱骨折，與肘關節骨折，可將臂縛於身旁，暫時固定其位置。如係鎖骨折，當支持肘關節，以防肩下垂。於以上數種骨折，胸腔即為一絕好之臨時夾板。惟前臂骨折，不能如此辦理，須在臂之一面或兩面，與以暫時支持，以防彎曲。普通可用木板條作為臨時夾板，在文明國家，殊不難得。此夾板可置於前臂之正

面或兩面，堅固縛住，但不可太緊。在夾板與臂之間，須用衣服襯墊。再用懸帶支持前臂，並將上臂縛於身體。此法可使斷臂固定，而病人仍可行動自如，無大不安。大腿骨折，為一最困難之問題，因其不能用臨時取得之任何材料，作為滿意之夾板也。欲移動大腿骨折之人，於足部須略用拉力，以防股之大肌，彼此拉扯碎骨，而增加組織之損傷。至於移動時之疼痛，更不待言矣。若發生於距離人口中心不遠之處，最好使病人安適，而至最近之醫院，或醫師診所，取一湯麥斯氏夾 Thomas splint 用之，即因此遲延數小時亦不妨。除非出事之地，不能使病人溫暖乾燥，甯可略為延緩，勝於將病人安置車上，而一路顛簸至最近之市鎮也。湯麥斯氏夾取得後，不必解去衣服，即可套上。若穿長統鞋，可用一片金屬物，如鐵盤，或一個大釘，插在鞋跟間，用繩



第 三 十 六 圖 殊 仰 用 之 丁 香 結

面或兩面，堅固縛住，但不可太緊。在夾板與臂之間，須用衣服襯墊。再用懸帶支持前臂，並

療法 { 收斂 }
 { 延期 }
 { 二期 }

曳此金屬物向夾板端。如此可得有效之牽引，腿在夾板內，用任何便利之物絡住，以取得支持。若穿短統鞋或拖鞋，其足須用衣服小心墊妥，以繃帶或類似之物，繞踝與足，作成丁香結式，若不歷時太久，可以安然得到牽引之益。（第三十六圖）以上兩法，常有過份受壓之危險，尤其是在足背，以致損傷組織，故切不可繼續太久，超過其絕對必需之時間。

脊骨折，或骨盆骨折，最要者不可使脊柱彎，或在腰處彎曲。移動傷者，祇可用堅固之抬床，或門，或附近之竹籬，雖汽車座位亦可。尤要者，此等受傷之人，不可任意推在一路過之車輛中。

回復術（正定法）Reduction (Setting) 普通人以為骨折正定法，最好能立刻施行，

實則不盡真確。雖就大體言，骨折如能用滿意之手法回復，當然愈早愈佳。然尚有種種其他原因，可使骨折回復之適當時間，大為延緩。其中最要者，殆為休克，因滿意之骨折回復術，幾無一不需用麻醉劑，以致增加休克。故如有休克，必須立刻注意，回復術則可展緩至治療進步以後。

今日已與昔日不同，施行骨折回復術之前，幾常須攝取一滿意之X光照片。除無此設備，不能實行之外，鮮有不先攝影，即施回復術者。蓋其成績之是否滿意，全恃對於骨折

之性質，能有真知灼見，而施行回復術所得之結果，亦可藉此與其原來之情形相比較。故與其不用X光攝影而施行回復術，甯以攝取影片而遲延數小時，或一日，亦有幾種骨折，尤其是肘關節附近之骨折，因腫脹頗甚，不宜即施行回復術。惟一般人漸信因腫脹而延緩施術，殆成過去，未回復之骨折，通常即為一退腫之障礙。然有若干骨折，尤其是肘關節附近之骨折，因腫脹太甚，以致不宜或不能於施行回復術之後，將臂放在適宜之位置，而不阻斷循環。此事大概因肘關節附近之肱動脈，與各骨間之關係，甚為密切，其上面之軟組織既甚腫，則因壓迫動脈之故，遂不能使臂銳屈。

關於骨折回復術之上述規則，有一重要之例外，則為穿破骨折。穿破骨折不僅為一骨折，實際上常為一染毒創傷，因此需用手術，不宜遲緩，而骨折處之組織，既須割去，外科醫師於施行回復術之前，即可毋需用X光攝影矣。骨之斷端露出，故雖不用X光，亦可一目了然，而施行最完美之回復術。

骨折回復術，除極少數外，皆需用滿意之麻醉法。

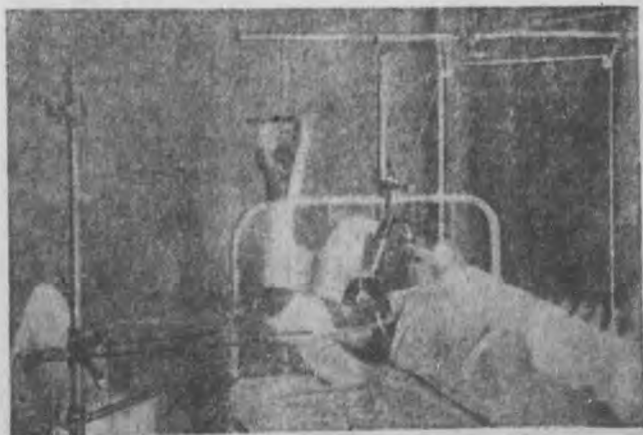
骨折回復術，係用手法，須牽其斷骨，使之回復解剖學上準確之位置，此非有技術與經驗者不能。就大概言，骨折回復其正常位置，是否正確，即為其最後成績是否完美之標

準於此有兩問題焉：(一)爲骨折之回復，(二)爲碎骨之不動。今欲將斷骨置於正確之位置，頗爲容易，然欲使其維持不動，則或異常困難。大腿骨折與上臂骨折者，此言尤確。其長肌之牽曳，易使碎骨重疊，如係斜骨折者尤甚；用手法與牽引所得之位置，祇須牽引一鬆，即將立時改變。橫骨折者，不論爲肱骨折或股骨折，有若干可用手法使其斷端完全接合，如此者，其維持位置之困難較少。施行骨折回復術後，係用夾板維持位置，夾板雖有多種，但祇有一個目的，即維持骨折於施用手法時所安放之位置，而勿令損傷組織是也。

自上述者觀之，夾板可大別爲兩類：(一)其目的在保持用手法所得之位置，可以不藉牽引而維持；(二)必須繼續牽引，以維持其位置。就大體言，祇有肱骨折，股骨折，與小腿之兩骨俱折者，需用牽引。其他骨折，通常可用夾板治療，祇須於施行回復術後，維持其舒適之位置。用以維持位置之夾板，或爲木製，或爲薄金屬所製，或爲粗鐵絲網，或爲石膏，後者如善於應用，爲一極佳之法。至於必需牽引之處，則用特製之夾板，今日最普通用者爲湯麥斯氏臂夾或腿夾。

牽引 Traction 欲施滿意之牽引，其要點在能繼續用平均之拉力，而不損傷組織。牽引有二法：(一)爲皮面間接牽引法 Surface traction (1) 爲骨骼直接牽引法 Skeletal

traction。皮面間接牽引法，係指其拉力施於皮面者，法用長條之合口膏，緊貼傷處，可於其上施用適量之牽引力。此法行之已有多年，但不免受人反對，則以皮面非供牽引之用，且繼續牽曳皮面，若其牽引之力頗大，遲早間將致皮膚破傷，或貼膏滑脫。若需多而且久之牽引，近時所用方法，大都已捨棄皮面間接牽引法，而改用更有效力之骨骼直接牽引法。所謂骨骼直接牽引者，即以骨之本身，作為牽引之繫着點，其法乃用一金屬針，由此至彼，穿過軟組織與骨。（第三十七圖）此法驟視之，似將遭受嚴重之反對，因其不免使病人不安，且將使骨受傷害。然由長期之經驗，已切實證明此兩重反對，皆不成立，若用此法，可施以長時間之牽引，既無傷害，亦無疼痛。故最多為治療股骨折，其次為肱骨折，間或為小腿之兩骨俱折者，已大抵用此法代替舊



第三十七圖 肱骨折用湯麥斯夾施行骨骼直接牽引法

手到病除... 直達... 法國...
FV Simple Ferme
Ouverte

日之皮面間接牽引法矣。

穿破骨折 Compound Fractures 穿破骨折，須用手術治療，少有例外。如有例外，必

爲傳染極輕，皮面之創口甚小者。現代外科學家之意見，以爲兩害相權，當取其輕，施行手術，卽爲取其輕者。蓋創傷之染污，難以準確計算，或不能計算，外科醫師之意見，設有錯誤，不卽施行手術，而發生傳染，卽將負重大之責任。故穿破骨折治療之原則，係合併治療，染毒創傷與治療骨折之原則爲一。若使斷骨直接受外科醫師之觀察，當然可較暗中摸索，能得更準確之接合。於骨片鑽孔，而用各種縫合法，以維持其位置，亦可得更準確之整理。故穿破骨折，當從早用手術治療。若遷延時日，則引起成績不良之可能性，必將大增。

單純骨折之手術療法 此法常稱爲顯露療法（敞開療法）Open treatment，以別

於閉合療法 Closed treatment，或單純之手法。此法自現代外科術發達以後，始能實行，且祇在手術可以不損傷病人，及用他法不能得準確之回復術時，始認爲正當。此法可應用於兩大類之骨折：（一）不能滿意回復者，卽雖用最巧妙之手法，仍不能使碎骨準確復位，因此無滿意之成績可望者。此一類中，最多爲肘關節骨折與肩關節骨折。膝關節骨折亦間或需用。所宜注意者，則爲此法最普通用於關節骨折。

(二)若骨折雖能回復，而不能維持滿意之位置，則需用顯露療法。此事最多見於大腿骨折及小腿之兩骨俱折者。於斜骨折之不能得正確接合者，尤多需用此法。惟適用此類方法之次數，大抵視骨折治療之情形而定。若無完善之醫院，不僅在護理病人之物質方面，有滿意設備，且有學識經驗俱豐之外科醫師時，顯然不能用此法。蓋必需經驗、技術，與判斷，始能得最佳之成績。今此需要，已逐漸增多，故其應用亦多。

骨折之後療法。骨折後療法之原則如下：(一)察看用回復術所得之位置，是否能維持。(二)所用之器械，於維持碎骨時，不損傷他組織。(三)使可以防免之能力喪失，減至最少限度。凡骨折回復之後，皆須用X光檢查，以確知其是否滿意，亦可得一永久之記錄，以備將來查考。夾板須整理適宜，以免不安，不安為受壓過甚最普通之指徵，務須注意。欲確知夾板不壓着骨隆凸處，頗非容易，即使病人自覺舒適，而無怨言，亦可受過分之壓，而發生壞死，若夾板在骨隆凸之上者尤甚。例如小腿骨折者，雖小心襯墊，其夾板亦可壓着兩踝之骨隆凸處，而發生脫腐，為病人所不自知，一部份亦由於骨折本身之不安。同樣，經過足背之貼膏，易發生壞死。其因此而生之褥瘡，癒合極緩，間或發生比骨折本身更嚴重之結果。

(Treatments) TR immediate (Direct) Urgency (Reduction) Immobilisation Provisional
 (No Fracture) TR. Tardif. (Sole) TR. Orthopedique (Reduction) Immobilisation Provisional
 骨折與位股傷損損勞瘵八第
 Te. Chirurgical Fracture Simple Fr. ouverte
 175 折骨與位股傷損損勞瘵八第
 Soins Post-operatoires

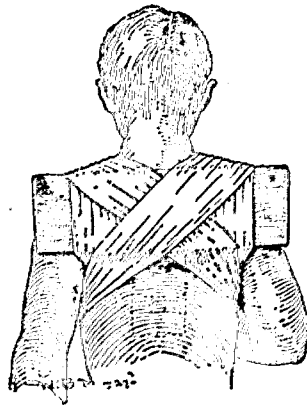
上夾板之時限。夾板不能移動之時間，長短不等，視骨折而異。約言之，凡不需任重之骨，其夾板除去較早，在手腕與前臂下端之骨是也。若係脛骨折，尤其是大脛與骨盆骨折者，於除去夾板後，須任全體之重，故應受長時間之限制。因此橈骨下端骨折者，其夾板可於數日後除去，而大脛骨折者，則須縛數日之久。

肌肉與關節之護理。治療骨折，須令斷骨之端，維持其正確之關係，固定不動，雖為一根本原則，然因此制動，而使其肌肉關節，久不運用，即為發生病廢之重要因素，此亦理所應有也。現代外科專家之意，與昔日微有不同，其附近關節，不妨作謹慎之運動，祇須應用夾板，使其關節可以動轉，而不致危及骨折之處，自無妨礙。按摩肌肉，亦已較早，若在昔日，則須遲至數星期後焉。此事於股骨折尤為真確，因長久不動，可使大腿之肌萎縮，而致膝關節強直，變為更長久更重大之病廢。今日則以應用骨節直接牽引法之故，膝關節制動幾可全免，而早運動此關節，與按摩大腿之肌，使其恢復功用之時間，可以節省不少。此乃治療骨折原理之一例，尤適用於關節附近或牽連關節之骨折。上夾板期內，折骨之位置，須按時用 X 光檢查，蓋用回復術後，其折骨雖在優美之位置，惟稍後或略有移動，若不小心查看，或致發生不滿意之結果。

下列治療骨折原理之舉例，可明示其所用方法之種類。

鎖骨折 Fracture of Clavicle 鎖骨折所成之畸形，率由於肩胛之墜落，亦因肩被

胸大肌牽曳向前。故此處之問題，即在維持肩向上向後。其最完美之法，當使病人仰臥床上，於兩肩中間，置一沙袋，惟此法使人厭煩，且需要甚少，祇以美觀為第一，或其骨折異常粉碎而重大時用之。鎖骨折之癒合頗為堅固，惟其位置不甚完美，因之骨痂過多。自功用方面觀之，如用各種方法，使肩向上向後，可以不必限制，而得完全滿意之成績。最普通用之一法，即所謂鎖骨十字架 Clavicular cross 者，係用輕木製成之十字架，將其橫條置於背上，與肩胛之上緣相平，肩須緊靠此橫條，其豎條之長頭，則用帶縛於背部。（第三十八圖）此法能使肩維持其相當之正常位置，用一懸帶，則可減除肩之重量。病人用此十字架，於癒合期內，即可起床行走。



第三十八圖 鎖骨十字架用之鎖骨折

橈骨下端骨折（科雷斯氏骨折）Colles' Fracture of the Radius 此係極普通之

骨折，尤多見於中年人，或老年人，因傾跌時伸臂支撐，以防着地，致跌仆時之重量着於腕際，而手彎向後者。此骨折普通為相插骨折（嵌入骨折），橈骨之下端，被迫向後，發生所謂銀叉狀畸形 *Silver fork deformity*，若不同復，或回復不全，將引起高度之失功用，且致腕部常痛。（第三十九四十四兩圖）故治療此骨折之要點，必須全復，使碎骨準確回至其正常之解剖位置。回復以後，祇須用較輕之夾板，維持其位置，自能連接甚速，而使其位置不變。因手腕易致強直，老年人尤甚，故其夾板平常於數日後取去，開始按摩與被動運動，三四星期內，即可完全恢復。

肱骨上端骨折 *Fracture of the*



第四十圖
科雷斯氏骨折側面



第三十九圖 科雷斯氏骨折正面

Upper End of the Humerus

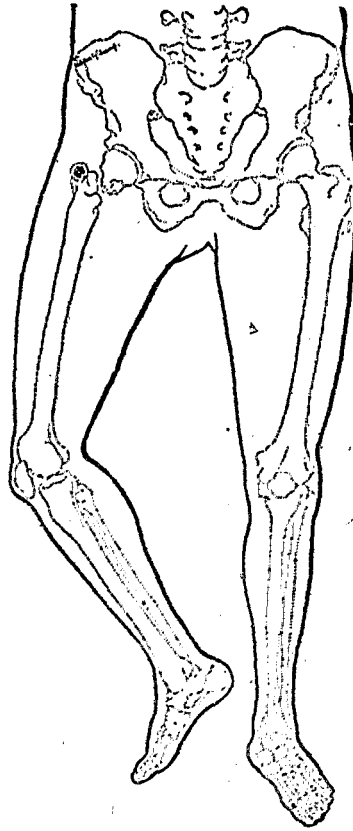
此骨折有時亦為相插骨折，於老人尤甚。亦有時兼致脫

位，即肱骨頭被迫出關節盂，同時骨幹之上端折斷，以致脫位不能回復，因無法施力於肱骨頭也。如此者，必須施行手術，其目的有二，即使肱骨頭復入關節盂內，而折骨亦可得準確之整理。因此骨折之結果，其最重大之失功用為肩關節強直，若骨折回復後，（不論用手術或不用手術）將臂放在身旁，則日後舉臂之力將大受限制。因此通常將此等折骨，放在極度外展之位置，使臂與身體，幾成直角，係在其外側面，而肘則彎成直角。因此需用所謂「飛機式夾」(Airplane splint)，或用石膏製成之夾，使手、前臂、肩與胸，一並包連在內。照此位置治療，於肩之運動方面，常可得極佳成績。



夾 機 式 飛 圖 一 十 四 第

髌骨折 Fracture of the Hip 髌骨折於老年人最為普通，且與其他多數骨折有一不同之點，即在女子亦與男子一樣普通。髌骨折常因傾跌，與髌骨觸着硬面所致。普通為相插骨折，其骨之頸，被驅入股大粗隆，故欲得佳良之治療成績，殊為困難。一部份亦因受傷者之年事已高，故癒合不能如少年人之滿意也。有一最重要之點，即此骨折可致足



第四十二圖 股骨頸折

外翻，與下肢縮短。(第四十二、四十三兩圖)如此可致病廢，在老年人尤為嚴重。治療此骨折時，若能用全身麻醉，或局部麻醉，去其相插，使腿全伸，將內翻或外翻之足置於正確位置，然後使下肢外展，全體自胸以下，裹於石膏管型之內，包括兩腿，骨盆，及腹部，此法最為

滿意。尤令人驚奇者，依此治療，並無不合，且相當的舒適。病人可左右轉側，惟至少需有兩人扶持，其所得之最後結果極佳。

股骨折 Fracture

of the Femur 如以股骨折顯明骨骼直接牽引法之原則，此為一最佳之舉例。股骨者，其強有力之大腿肌，最易彼此牽曳斷骨端，上面之碎骨，易被拉向前，下面之碎骨，被拉向後，以致不易得準確之整理。（第四十四圖）用史鐵



第四十三圖 股骨頸折



第四十四圖 未回復之股骨折

門針 Steinman pin 施行骨骼直接牽引法，可使其治療大為簡單。此法與湯麥斯夾合用，可於任何平面，施行任何拉力，以坐骨粗隆為支點。（第四十五、四十六兩圖）若因肌肉收縮，雖用麻醉劑，不能以手法使斷骨準確復位，則須在針上或鑿狀鉗之上，以全力牽引一日或二日，使其肌肉疲乏，然後準確之整理，自然可得，重量減輕，而優良之成績可望矣。此法尚有一優點，即可使膝自由活動，

以免因長期限制，而損傷肌與關節。

（第四十七圖）因病人多屬年長者，

故其發生墜積性肺炎 Hypostatic

pneumonia 之危險甚大。預防之法，

最好能時常更換病人位置，以免因

呼吸受限制，而血被引至肺底。如有

肺併發病之徵，當即使用氧氣帳。骨折之需要小心護理者，殆無過於股骨折。夾板壓着坐

骨粗隆，及大腿下之懸帶與足托，整理不善等，皆須時刻注意，膝關節活動者尤甚。故優良

之護病法，其重要殆與優良之外科療法等。



第四十五圖 股骨折用史鐵門針施骨骼直接牽引法之前後面

豫後。骨折之豫後，若將同時所受之其他傷害，除開不論，則因骨折之位置，損傷之程度，病人之年齡，與治療之技術而異。以大概言，折骨連接後，若其骨之復位正確，則百分之九十功用優良。據英國醫學會骨折委員會調查，骨折復位之結果，佳良者，癒後百分之七十功用優良，復位之結果不良者，癒後祇有百分之四十七功用優良。

骨折牽引法之料理 Nursing Care of Traction

(甲) 皮面牽引法 Skin Traction (1) 用品之預備

(a) 牽引用之貼膏條。用合口膏製成一定之長闊，一端縫二十四英寸長一英寸闊之帶一條。各種大小，皆應預備，按病人之大小而用之。

(b) 各種大小如下：



第四十六圖
股骨折用史鐵門針施骨
髓直接牽引法之側面

- (1) 闊二英寸，長十八英寸。
- (2) 闊三英寸半，長二十二英寸。
- (3) 闊四英寸，長二十八英寸。
- (c) 湯麥斯夾。
- (d) 足托，蓋以手巾，(防足垂症之用)。
- (e) 牽引展開器，為一塊方木，中央有孔，可以繫繩，每邊有一扣帶，牽伸用之貼膏，即聯於其上。
- (f) 朋特氏繃帶 *Bender bandage*。
- (g) 床上用之高架。
- (h) 滑車，繩，與錘。
- (i) 扭轉具。
- (j) 骨隆凸處免壓用之氈墊。
- (k) 不滅菌墊。
- (l) 白蘭福架 *Bradford frame*。

(二) 病人之預備 皮上之毛須剃去，用肥皂水清潔，敷醚令乾。因貼膏之後，須繼續牽曳皮面，故預備皮時，須十分小心溫柔。貼膏後，即以朋特氏繃帶直接縛在上面，欲防骨隆凸處受壓，(如膝或跟)當用氈墊保護之。貼膏之端，聯於牽引展開器。外科醫師將夾板懸於高架。上等病人，若用白蘭福架，於護理方面可以簡單不少。病人使用便盆時，可不必動其位置，鋪床亦較便利，並可保障其制動之成績更佳。

併發病 皮膚本非作牽引用者，故繼續牽曳皮面，遲早間必致破傷，或貼膏脫落，因此不得不捨棄舊法，而改用新法。

褥瘡 此為護士所應努力預防之併發病。病人常自訴覺熱與燒痛，即為該部份受壓之故。凡過於受壓之處，無論如何，不可增加襯墊，雖暫時可以舒適，實則其所受之壓，有增無減。病人若訴不安，護士決不應置之不問。

(N) 骨骼直接牽引法 Skeletal Traction (1.) 用品之預備

(a) 與皮面牽引法同，惟不需貼膏。

(b) 插入史鐵門氏針或鰐狀鉗所需用之無菌物品：

(1) 小刀。

- (2) 齒鉗。
- (3) 剪刀。
- (4) 止血鉗四。
- (5) 史鐵門氏針二。
- (6) 木工用之鐵。
- (7) 巾夾。
- (8) 史鐵門針把持器之鉤。
- (9) 阿苦里黃 *Acriflavine* 或
 汞色質 *Mercurochrome*。
- (二) 病人之預備 插入針或鑿狀鉗之皮區，須於事前二十四小時內預備兩次。上一日晚，先將皮面剃淨，輕輕用肥皂水洗之，繼用酒精與醚清潔，蓋以無菌敷料。翌日上午，除刺毛外，照樣再預備一次。



第四十七圖 湯麥斯夾與屈曲片

插針法 局部預備，可用碘與醇，汞色質，或 Merthiolate。

(二)牽引法應遵守之警誡 錘不可拖在地上或床上，展開器不可與滑車接觸，以抵消牽引之力。

湯麥斯夾 Thomas Splint (1) 預備湯麥斯夾環：

- (a) 用肥皂與水擦洗。
- (b) 用醑清潔。
- (c) 用醇清潔。
- (d) 用一塊棉絨，擦馬鞍皂 Saddle soap 入皮內。此皂有防水之功，且使皮柔軟。
- (e) 環上與皮膚上撲粉。

(二)遮蓋湯麥斯夾法 蓋湯麥斯夾，以棉絨為最佳。將棉絨剪成四英寸闊，其長須照夾板之闊加倍，再多二三英寸。內中一塊為主要者，其剪成之形式，一邊為七英寸，一邊為九英寸，長與其他各條同。所以剪成此式者，為適合於夾板內外長度之不同也。此主要之一塊，應用於夾板之頂，直接在襯墊之環下。應用時，將棉絨之軟面轉向外，每條疊蓋其前一條約四分之一英寸。棉絨條之上緣須摺入，勿令有散邊。每條自外夾之後側開始，繞

夾板之前面，再經過其下，而至開始之處，用扣針扣住。針須緊靠夾板條，棉絨鬆開之一端，須俟醫生試用夾板，確知每條已足敷用後，方可剪去。

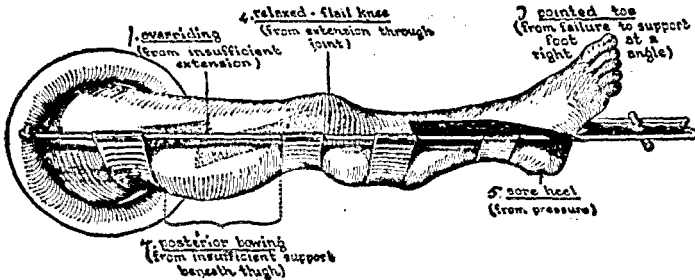
棉絨條不可蓋至夾板之極下端，因跟上不可施用壓力。以此法蓋湯麥斯夾之優點，即為被汚時容易更換，且少傷害病人。

襪墊 普通放在膝下，使其成五度之正常彎曲，亦在跟臚下面，以資扶托。

足托 用足托以防足垂病，與維持足部之解剖位置。金屬絲製成之足托，須用一大方棉絨，或一塊手巾蓋之。(第四十八圖)

(三) 預備病人應用湯麥斯夾：
皮面牽引法，見前。
骨骼直接牽引法，見前。

(四) 應用後一日兩次料理其環。



第四十八圖 用湯麥斯夾之錯誤

1. 骨折塊襞疊(因牽伸不足所致)
2. 膝部弛緩如連枷狀(因牽伸過關節所致)
3. 趾垂病(因未能支持足成直角之故)
4. 向後弓(因股下支持不足所致)
5. 跟潰瘍(因受壓所致)

(a) 用棉絨一條，蘸醇，繞環橫抹，以清潔之。勿濺醇於皮上，以免流入皮摺。

(b) 用肥皂與水洗環下面之皮區，輕輕抹乾。

(c) 用馬鞍皂擦環。

(d) 於皮膚及環上撲粉，但小心勿令粉結塊。

以上之手續，每日須早晚實行。壓下臀部之皮，曳一新鮮部份至環下。

環面之皮柔軟，幾與人皮同。每日料理之目的，即使環面之皮，保持其柔軟狀態，且防病人之皮，因與較粗之皮磨擦而發紅或剝脫。

不安 用湯麥斯腿夾之病人，訴其腹股溝之內面受壓者，若使之外展，可較舒適；若髓外面髁前上棘之下受壓，則須內闔；後面坐骨粗隆之上受壓者，可抬起其腿。

白蘭福架 Bradford Frame 此架為波士敦之白蘭福氏 Bradford 所設計，故名。其目的在令背不動，而使之休息。(第四十九圖) 自希爾登氏 John Hilton 首倡休息為療病之重要因素後，使脊柱不動之法，已有多種應用。如桎梏，與各種細臂掛，昔日均嘗用之，但不能戰勝重力，或減輕背之任重工作。臥於床上，雖能戰勝重力，而免其任重，但不能免除畸形。白蘭福架為一特製之架，能使脊柱患病或受傷之病人，減少動作至最低限度，

而於同時仍能維持其優美之解剖位置。

(一) 用具之預備：

(a) 白蘭福架——後架 以鍍鋅之煤氣管四根，旋入接合處而成。

長——照病人之長短加四英寸至六英寸。

闊——照病人兩肩之闊加一英寸，或照其髀前上

棘間之距離。

架套用堅固之帆布，分作兩節。一自架頂至尾骨中部相近，一自其下四英寸起，直至架底，於兩節中間，留一四英寸之空隙，以便病人大小便時使用便盆。此帆布套經過架之前面，繞其兩側，而以縫於套上之堅帶縛住，或用扣扣住。布套必須曳至極緊，堅固而平滑。上節在病人尾骨下之一部，須用油綑保護，約六七英寸，自上面開口處起，用合口膏貼住。餘六英寸經過空隙，掖於堅帶及架套之間。如此則於大小便時，可以抽出，任其下垂，以保護床。再用一適合此架之棉布套，或摺



第四十九圖 白蘭福架

疊之布單，用針扣於上下兩節之周圍，緊而且平。白蘭福架墊，用棉花製成，上蓋紗布，適合於此架之上半，可使病人更為舒適。

外展帶 Abduction straps (11)。

枕或臂靠，左右臂下，各置一個，使肘靠於其上。

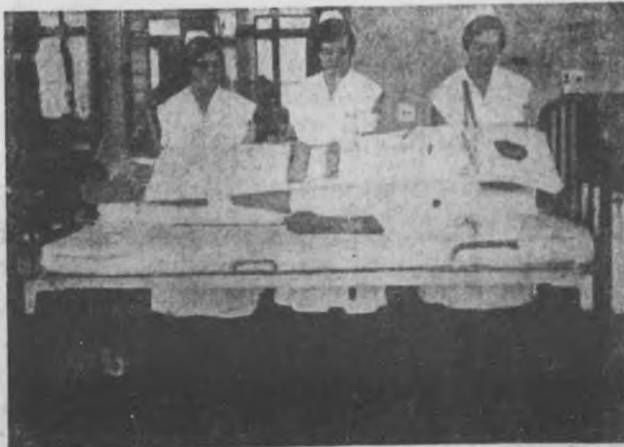
手巾或襯墊，置於膝下，使膝作成五度之正常彎曲。

足托，以維持足部優美之解剖位置，而免足垂病。

闊兩英尺，長與床闊相等之木板數塊，以防床凹陷。

白蘭福架須裝有架座，使其高出床面約六英寸。

(b) 前架——病人每日置於前架上兩次，每次一二小時，以資休息，而防褥瘡，且可



第五十圖 在白蘭福架上翻轉病人以料理背部法

使血循環進步。前架之預備，及架套等，與後架同。

在前架上翻轉病人法。將前架置於病人上面，兩架輕輕相接，以帶條繞兩肩兩膝及骨盆縛之。護士三人，同立於床之一邊，曳架及病人向自身（第五十圖）。令病人將兩臂緊靠身旁。將架翻轉，解開帶條，除去後架。

料理背部。病人之背，須特別料理，以保持其皮之完好。以中性肥皂與水洗淨後，再用酒精抹擦，按摩，以促進循環。發紅之處，須仔細按摩，報告醫師，以去其受壓之原因。

器械之普通料理法。潔淨鐵夾與白蘭福架。用過後，除去夾套，用棉花蘸松節油潔淨鐵架，再用熱蘇打水仔細擦洗。以肥皂與水洗去蘇打水。抹乾，裝套。

夾板之襯墊。各種夾板，於應用之前，必先襯墊。襯墊之物，為一層薄棉，或手巾，或氈。一切空隙，須用棉花填滿。骨隆凸處如跟，踝，當用棉花套或棉花圈圍繞，以免因受壓而成褥瘡。上夾板後，護士須小心觀察纏繃帶處之下面，有無腫脹，變色，或受壓過甚之其他指示。如有，當立即報告醫師。病人之自訴，須細聽。平常於發生潰瘍後，病人即不復言矣。

應用石膏管型法。用品之預備。（a）彈力性織物，其闊度當適合於應用管型之部份。

(b) 氈，襯在管型下面，以免壓迫骨隆凸處。

(c) 薄棉絮——保護病人之皮。

(d) 煨石膏繃帶 Plaster of Paris bandages。

製繃帶法 用大小長短適合之白色硬紗繃帶，以手掌擦入乾石膏粉。煨石膏，即壓碎之石膏，於竈內煨過，因此其原來之水份，已失去大半。當煨石膏與水混合時，即重行結晶，或定着。加鹽則其定着更速。

病人之預備 應用石膏繃帶之部份，須清潔皮膚，用酒精抹擦，至全乾時，然後撲粉。因皮面有毛，故須保護。其最普通用者，為彈力性之織物，或薄棉，（不吸水而有光澤之棉花。）骨隆凸，與背之突出部，如駝背，當用氈妥墊以保護之，以免受壓。若軀幹之全部包在管型內者，當用一摺疊之毛巾，蓋於腹上部，其蓋法可於上管型之後除去，留出一隙，俟於該部份剪開一口。

後料理法 用石膏管型之病人，其褥下須置一骨折板，（腿用管型時，板置於床之下端。）於石膏濕時靠着之一部份，須蓋橡皮單，以保護床。病人在床時，須將不上管型之部蓋暖，而露出在濕石膏內之部份。石膏因水份蒸發而乾硬，故須露在空氣中。（注意受

壓之徵狀，與病人因緊管型所受之困苦。

保護管型 管型常須注意，勿爲尿糞所污。最佳之法，當用油綢保護腹股溝周圍各部，用合口膏貼住在管型外面，一端掖在皮與管型之間，但須平整。邊緣用帶縛之，或以蟲膠片(樹脂) Shellac 膠住。

塗膠法 石膏管型全乾後，當塗以蟲膠片數層，不僅可保護管型，使其減少吸收，且可防管型發霉，保持清潔，於必需時可以洗淨。

去石膏管型法 石膏管型係用鋸或小刀或剪切開。應切開之處，先劃一記號，然後以橡皮耳注洗器注水於劃線周圍。如此可使石膏變軟，而切開較易。管型切開後，墊在下面之棉花，可用剪剪之，此時即預備除去管型矣。

雙瓣管型 Bivalve Casts 管型常切開其兩側，以便於按摩及治療時，可容易除去。管型切開除去之後，其邊緣當用貼膏貼之。迨重行上好，即以扣帶扣住。

開孔 管型當開孔，以便由此取出其顯露創口上之污敷料。管型在敷料上面之一方，先作一記號，然後切去。邊緣貼合口膏，其切下之一塊亦然，俟不再需用敷料時，可以重行接上。

護士之觀察。上管型之部份，其循環須小心注意。若應用於腿部，須注意其趾之循環。足趾應溫暖而作淡紅色，若變青，宜立刻報告。

石膏管型不可使病人不安，若繼續疼痛，即為發生故障。管型有惡臭者，普通指示脫腐，因壓着骨隆凸或骨疔，而阻斷循環，以致組織死亡之故。

病人行走時之輔助。手杖。手杖須長短適宜，一端有橡皮頭，以防滑卸，致病人受重大之傷害。手杖持於傷肢對面。病人先舉跛足前行一步，同時即將手杖移前，支持身體之重量，而於後足舉起時，前足不致傷力。迨第二步，其重心已移至強健之足，手杖與他足同時提起，備作第三步。病人用此法，行走頗易，其需要休息之傷腿，自不致過於用力。

腋杖。腋杖可為多數病人行走時之助，惟護士須教以正確之用法。靠臂架與握手處之距離，應較腋窩與手掌間之實際距離，減二英寸至二英寸半。握手最為重要，其高度應適宜，使全部重量，均着於此點。靠臂與靠手，務須妥為襯墊。若病人靠在腋杖之頂，其姿勢殊為惡劣，易致回肩，且阻礙胸腔之擴張，故護士應指導病人，使其重量着於靠手上，而勿在靠臂上，以防「腋杖癱瘓」Crutch paralysis。

Penicillin 青霉素
 Sulfadiazole 磺胺二氮嘧啶
 Sulfadiazine 磺胺二氮嘧啶
 Sulfanilamide 磺胺脒
 Sulfapyridine 磺胺吡啶
 Sulfathiazole 磺胺噻唑

第九章 骨病

骨折與脫位一章，已論因受傷傾跌等而致之骨病。除此以外，尚有許多其他骨病，為醫師所習見者。然其中祇有少數特為重要，本書以篇幅有限，不能多論，惟擇其要者言之而已。

骨之發炎 急性骨髓炎

Inflammation. Acute Osteomyelitis.
Osseopyelitis Acuta de Staphylococcus

此係骨之傳染，因膿菌所致，普通為金色膿球菌 *Staphylococcus aureus*。有時與皮之發炎狀態，如癰，及小染毒創傷，直接聯合。六歲至十六歲之兒童最易患之，男孩較女孩尤多。最普通受染之骨為脛骨，股骨，與尺骨，其次序如上，惟身體內之任何骨，幾無一不可受染。

病理學 傳染發生於骨幹內，與骨骺線有密切關係，此點務須認識。但決不致原發性染及骨骺，即使蔓延甚廣，骨之兩端，亦鮮有受染者，故普通可免關節損傷。此病傳至骨之外層，致組織死，而使骨膜離開骨，亦可沿骨髓管蔓延。結果骨之一大部或一小部死亡，

而成死骨片 *Sequestrum*，即為組織所欲排斥之異物。於死骨片之周圍，由組織內特殊之生骨細胞，組成新骨。此新骨可一部份或完全包圍死骨片，名為包壳 *Involucrum*。一骨之大部份（如脛骨）可因傳染而死亡，或多或少，全被此新成之骨所包圍，如是，則欲除去死骨片時，需用甚大之手術，切開其新成之骨或包壳，以達到死



第五十二圖
橈骨骨髓炎側面



第五十一圖
橈骨骨髓炎前後面

骨 (第五十一, 五十二兩圖)

臨床症象。虛弱之兒童(男孩常較女孩為多)或有表面傳染,或受一極小之損傷後,將發生高熱,寒戰,虛脫,或譫妄,而無明顯之原因。簡言之,則為一種急性全身傳染之症象。普通有痛,或輕或重不等,屬於一肢,常為小腿。附近之關節,髖,膝,或踝,將多少強直,或略顯腫脹。因此不少與急性性髓質斯熱相混。惟仔細檢查,即可顯出其並不牽涉關節,若小心運動,能使其完全動轉。於骨之某部上,普通有極確定之深觸痛,數日後,至少有明顯之腫脹,惟通常其傳染深藏在內,故不如傳染較淺者之發赤,熱度續高,脈搏亦隨之增速,白血球顯然增多。此病雖染及骨,但於此時用X光檢查,因其骨之毀滅,尚在初期,故不能得有價值之報告。

治法。其治療之原則,適用於任何處之膿腫,即切開與排液是也。最初期內,祇須在發炎作用局限之一端,鑽穿其外層,使深藏骨內之傳染,易引至表面。若其作用已進行數日,普通將發生膿腫,或即在骨膜之下,或在包圍骨之柔軟部份。此膿腫須自由排液。所惜者,外科醫師常在急性期已過後,始見病人,則膿腫已經排液,祇留一瘻管,而其下有多量之骨毀滅。此時治療之原則,須將其死骨或發炎之骨,廣為切除。因切除此各部份之骨,易

成一腔，而於骨內造成廣大之創口，其上面之軟組織將陷落，以填補此缺。此種去骨手術，



第五十三圖
施行碟形手術後
之脛骨骨髓炎

名爲碟形手術 Saucerization (第五十三圖)

此項作用之永久治癒極難，經若干年而復發者，亦非罕見，使骨續受傷害，須再施行手術。護理恢復病人時，須密切注意其收縮之創口，因易成癭管也。若外部之閉合，較深處爲速，將成膿袋，致發輕重不等之熱，而於該部份有痛或觸痛。因表面癒合較速而成膿袋，與骨內發生膿腫，須有判斷力，方能區別。小心研究 X 光影片，亦可以助區別。

護病法 (甲) 局部的 骨髓炎如在四肢，即將此一肢用夾板或石膏管型制動。夾板或管型，既能使其不動，故因運動而致疼痛與肌痙攣之事，可以完全防免，癒合後之畸

形與病廢，亦可減至極少。

創傷之後療法，因外科醫師而不同，然似有離開歐戰時所常用之抗毒注射，而改用奧爾氏（O.）所倡保守療法之勢，即以滅菌軟石蠟紗布，輕輕填塞創口，然後用乾滅菌墊遮蓋，纏繃帶，上管型。除溫度升高，或有排液乖常之其他徵狀者，不裹敷料。通常除有臭氣外，亦不需裹敷料，此臭氣於數星期之內，或並不發生。

創口若需注射，手術後第一次裹敷料時，常須用氣體與氮氣麻醉。以後裹敷料時，如仍極疼痛，當用全身麻醉劑。若不用全身麻醉劑，病人對於裹敷料，常致發生恐怖，而使其恢復大受影響。

奧氏主張病人不必時常裹敷料，可使其疼痛大減，而多得安閒，因之更為舒適。其肢體須抬高，至瘡合為止，若任其下垂，必致十分腫脹充血，而致瘡合遲緩。

用蛆清潔骨髓炎之創口法。創口暴露，與空氣接觸，而有蠅類 *Blowflies* 產卵於其中，以致生蛆者，雖令人見而作惡，然多顯異常健全之狀，此已為一久知之事實，乃因蛆蟲慣食死組織，而不攻擊活組織故也。近年以來，嘗應用此觀察所得，以治療慢性傳染，及瘡合遲緩之創口。供此用之蛆，須以無菌方法小心培養，免帶細菌入創口。蛆置於創口內，

任其生長，至創口已顯清潔爲止。惟此法是否能久受人歡迎，不免爲一疑問。

(乙) 全身。此等病人，常因缺乏日光，與營養乖誤，而致抵抗力減低，故培養病人抵抗力，爲護病之主要關鍵。此等病人，應逐漸習慣日光療法，而多居戶外。

飲食。手術後第一日，用滋養之液體食物，以後漸逐增加，至病人能進大量滋養而易同化之飲食爲止。此等病人，宜多進牛乳，與其他含礦物質之食物。魚肝油常有價值，橘汁亦宜多飲。

液體。於此病之初期，常由皮下輸入額外之液體，以助毒素排出體外。此等膿毒病，以能得適當之排泄爲最要，故其收入體內之液體宜常多。

排泄。尿應量過記錄。其飲食內須多含抵抗便秘之食物，使病人不用瀉藥，而每日大便。

警誡。護士應小心侍候此等病人，若震動床榻，可致甚痛。

阿爾品燈 Alpine Light 創口變淺時，可用阿爾品燈之光線照射。日光爲最佳之光線，若不能得日光時，則用阿爾品燈。

併發病 可有之併發病，爲膿毒血病，敗血病，（見第七章）與血栓形成（見第五章）。

骨結核病 Tuberculosis of Bone

骨結核病爲比較普通之小兒病，惟有數種，幾於人之一生，隨時皆可有的。（骨結核病之種類，多而不一。）此病當然由結核桿菌所致，細菌由血流而帶至於骨。結核桿菌在骨髓炎所起之作用，與膿球菌不同，喜侵入骨之骺部，故與關節有密切關係，其骨節之被染頗早。此爲兩種作用間之重要區別。結核病之進行頗緩，雖同樣破壞骨，但不如骨髓炎之代以新骨。其發生慢性膿腫之趨向，頗爲驚人，而進行甚緩，常爲病人所不知，因無明顯之發炎反應，故名爲冷膿腫 Cold Abscesses。此病普通見於髌、膝、踝、腕。（第五十四圖）脊椎結核亦爲兒童之普通病症。由椎骨體開始，緩緩破壞，使脊椎失其天然之支持，致向後弓，而成駝背，爲有名之畸形。



第五十四圖 膝關節結核病

臨·床·症·象 骨結核病與骨髓炎不同，常極隱微，極難確定其實在之起點。痛為一較早之症狀，但常不甚利害。被染關節之運動受限制，此乃與急性骨髓炎又一不同之點。病人有微腫，發熱，且常有全體虧損之象，如食慾不振，精神冷淡，與貧血等。髖關節病尤易於夜間生痛，因不注意之運動，引起肌痙攣，使發炎面擠合，以致疼痛，而發生所謂「夜啼」小兒由睡夢中突然醒來，因痛啼哭。

治·療·之·原·則 各種結核病，若能使患處休息，皆可漸趨恢復，治療之法，即基於是。然其進步極緩，故自始即應明瞭，如欲得有結果，非經歷數年不可。治療之原則，包括絕對休息，染病之關節不動，即使大瘡以後，仍須長期保護。關節大受損傷之後，而得瘡合者，幾常致強直，或關節連硬。早期時幾從不施行手術；於後期或需用之，以矯正畸形，較少者為治療膿腫。

髖·關·節·結·核·病

Tuberculosis of the

hip 普通見於小兒。

其始一足微跛，有時痛



第五十五圖
髖關節結核病有瘻管者

在髓處，有時沿腿而下，至於膝部，夜啼爲一早發現之症狀，可首引人注意此病。檢查時可發現其關節之運動，略受限制。普通畸形爲微屈，與內闔。治法須用石膏人字形繃法，使病肢完全不動。小兒須臥床多日，髓部用夾板保護至數年之久。(第五十五至五十七圖)

脊椎結核病 Tuberculosis of the Spine 痛爲一早發現之症狀，常不甚劇。痛或在背染病之部份，或沿脊神經路，故小兒有痛在腹部者，或致誤認爲他病。初期時施以檢查，亦可顯出背部之運動受限制，而多少強直。其背顯然軟弱，故小兒以兩手支持體重，由地



第五十六圖 右髓結核病



第五十七圖 治療體結核病之白蘭福架與牽伸法

上起來時更甚。迨至後期，將有一明顯之節，自背部向外凸出，若不治療，將繼續增大。（第五十八圖）於此時疎忽，可致駝背之畸形，若在今日，殊不應有。治療之法，為長期臥在白蘭福架上，多數病人，至少須臥三年，後用相當之梛具，支持其背。

護病法 治療結核病，尚無一作用迅速而有力之療

病劑。今日之治法，以培養病人自己之天然免疫力至最高度為主。故護理骨結核病時，有一應記之要點，即結核病為一全身病，故其護病之目的，在保存病人之精力，與培養其身體之抵抗力，以期戰勝此病之局部現狀。關節



第五十八圖 脊椎結核病

結核病，不可視為一局部問題，若僅使其患部不動，或為之包裹敷料，護病之事，尚不能算

爲完全也。骨與關節傳染，平常爲腹或縱隔障淋巴腺繼發性之現狀。

局部療法 局部療法之要點，爲保全關節之構造，以維持其最大之功用。故休息爲治療之關鍵，當以夾板固定之。關節運動，可阻礙修復作用，其害較之任重尤大。

手術療法 成人之結核關節，應用外科手術者較多，蓋成人不比小兒，臥床一二年，殊足令人頹喪，且至多成一強直之關節，而不能恢復功用。小兒患此病，平常較輕，而久困床褥，亦不爲意，故其結核關節之施行手術者較少。

全身療法 全身療法佔治療中之主要部份。如欲治療有效，必須病人與之完全合作。其最大之因素爲休息、飲食、新鮮空氣與日光。

精神調整 此等病人，對於精神衛生之需要頗大，因其強制不能活動，於精神方面，影響至深，欲求調節適合，較之忍受其身體上之痛苦不安，雖不至更爲困難，亦必與之相等。初時病人尙發熱，故以全力與疾病奮鬥，若強制不活動，易使其精神萎頓。護士於此期內，必須運用其心理學識，以維持病人之精神與勇氣，直至可以應用職業療法之時。

飲食 結核病療法中，飲食自佔一極重要部份。其熱力價值，今日悉依各人之需要而定，病人須按其年齡與高度，維持正常之體重。以肥瘦觀察病人之恢復程度，並無科學

根據。故飼食過量，以前雖爲治療結核病之特點，然常致病人腸胃過勞，而不復能消化食物，以致重大之失敗。其瘡合作用之真性質如何，飼養結核病人時，必須刻不忘懷，迨其抵抗力一經養成，卽爲身體之保護機構，可阻止此病之進行，病區由纖維組織逐漸包圍，而有鈣質沉着其間，卽成一小結。小結成時，此結核卽爲已瘡。故結核病人須飼以含鈣之食物，如牛乳、青菜、與水果，其理甚明。病人須日飲牛乳一二量磅，並多食水果、青菜，不但因此項食物供給鈣類，且可以防便秘，而得易同化與絕不可少之礦物質，如磷、鎂、鐵、鉀等。肉類須有限止。（參見第 100 頁）

用日光療法之病人，其飲食須極審慎調節，因日光療法，足以影響新陳代謝。（參看下面日光療法節）故其飲食須隨療法之增加而比例減少。

水 病人須飲大量之水，護士宜說明，多飲水可助之維持健康與治療疾病。

敷料 瘡管之溢液內，或含有結核桿菌，故各種敷料，皆應放在床側紙袋內，連袋燒去。

日光療法 Heliotherapy 日光對於無病者及有病者身體上之作用，至近今始加

以研究。然而日光之功用，則爲文明始祖之古埃及人，卽已知之。埃及人敬拜太陽之神。希

波格拉諦 Hippocrates 爲醫學界之鼻祖，已知日光之價值。其他大醫學家，如蓋倫氏 Galen 與西爾蘇氏 Celsus 亦然。惟直至一八四五年，蒲乃德氏 Bonnet 始研究日光於關節病之作用。日光療法第二步之發展，則爲一八九二年芬森氏 Finzen 之研究。查出日光於皮膚病之作用，而證明日光治療外科結核病之價值及功用者，則爲洛利氏 Rollier，首於一九〇三年，在瑞士之萊辛 Leysin, Switzerland 創設一偉大之洛利氏療養院。

日光療法不僅暴曬於日光中。日光療法之技術，必需靈敏，小心，而逐漸應用。其最重要之光線，爲短而不能見之紫外線 Ultra-violet rays，佔太陽全部放射線百分之一不到。因其易爲空氣內之煙塵，與濕氣所吸收，故在城市中顯然減少。冬季清晨，與傍晚時，因太陽在低空，其射線經過多量之空氣，故亦減低。紫外線絕對不能透過普通玻璃及衣服。夏季由太陽來之紫外線，較冬季爲多。至山頂上之紫外線，亦較在海平線爲多。住居鄉間之人，可較住在城市者多得紫外線。

日光於身體之作用。日光中之紫外線，於身體之新陳代謝有特殊作用，使氫之排泄增多，氫之消費亦增，血色蛋白之分數，每星期增高，食慾重振，病人更見愉快樂觀。此新陳代謝之改變，能使人更易戰勝傳染，其方法不明。結核病之治癒，約與色素沉着之程度

平行色素沉着愈多，則其治癒愈速。故因色素沉着而致皮色改變，此點最爲重要。皮初現紅斑或曬斑，其深淺視日光之是否強烈，所含紫外線之是否豐富，曝曬時間之長短，與皮內平常之色素量而定。色素沉着由於屢受日光，或富於紫外線之任何光線所致。色素沉着顯爲一保護機能，以保護身體，抵制活動而強烈之太陽光線。

日光於各人之作用不同。膚白之人，其變褐頗緩，成績不良，其退去亦較速；膚黑之人，其變褐速而且深，其退去亦較緩。紅髮之人，極易燒傷，須特別防範；微有曬斑之狀，卽應停止治療。

皮色變褐或色素沉着之輔助。膚色白析，或其他易致燒傷之病人，用胡蘿蔔與菠菜等食物，而發生葉紅質血症 Carotinaemia，利於皮下色素之沉着，而作成一褐色層。以鹽與水敷於皮府，而小心曬之，亦可助色素沈着。

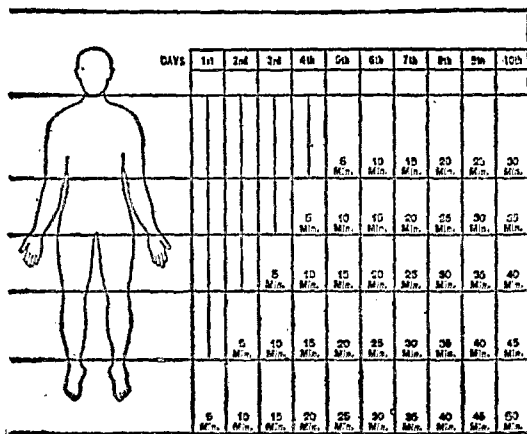
應用之方法。病人受日光療法之處，須受保護，不可吹風。頭上戴帽，或用遮蔭；戴黑色或黃色眼鏡以護眼。夏季不可在一天中最熱之時受曬。冬季非在氣候溫和，病人可以久居戶外之處，不宜暴露。最初受曬之時間，與每日增加多少，視病人對於日光之耐量而定。洛利氏所定受曬時間及露出皮面之程序表，必須小心遵守（第五十九圖）。白膚紅髮

之病人，其增加受曬時間，須較此表更緩，避免強烈之反應，如溫度上升，心動過速，呼吸困難，食慾不振，精神萎頓等，俟皮作褐色後，此等反應，即不易發生矣。

不露出之皮面，應當遮蓋。欲使所需之變褐作用，不致延緩，或完全被阻，須小心避免燒傷。迨至軀幹時，更宜謹慎，如有肺病者，尤應注意。

強壯之人，較虛弱之人，更能抵擋日光，故虛弱者須令其逐漸習慣，較強壯者進行更緩，以免欲速不達。與其破壞耐量，而發生猛烈之反應，毋寧失之稍緩也。

病人於開始日光療法之前，須逐漸實行戶外生活約一星期。患病之部份須遮蓋，俟身體其他部份完全變褐後，方可受日光。



THE PROGRESSION BY WHICH THE PATIENT IS EXPOSED TO THE SUN

第五十九圖 洛利氏日光療法圖表
自第十日至第十五日按此比例增加。自第十五日起，以前曬過之部份，應照受曬時間最長之部份，每日增加五分鐘，至能作三四小時之日光浴為止。

如有頭痛，溫度增高，軟弱，欠爽等，應減少受曬之時間，或完全停止。稍後再曬，但宜更為徐緩。

病人逐漸得到一層褐色，皮膚先如青銅，繼如紫銅，最後為柯柯糖色，指示其強烈之色素沉着。

人工太陽燈 各種人工太陽燈之成績，未能完全滿意。此燈雖能使皮膚變褐，但不如日光之深，而於疾病之作用，亦不如日光之大。

病人與護士，在紫外線室中，宜戴護目鏡，因眼受光線，將發生痛苦之結合膜炎。

此種病

併發病 腰肌腫脹 *Psoas Abscess* 腰肌腫脹，多任其吸收而不動，因吸收無害於

病人也。膿腫僅於將破裂時用吸引術吸出其膿。施行吸引術時，皮膚須小心用醇清潔，以一極細之吸引針，自健全組織插入。用吸啜法使膿排出，蓋上敷料。膿腫內常一再充滿膿液，須再吸出。因切開易致混合傳染，故不相宜。

痛 治療時疼痛不止者，足見（一）病勢無滿意之進步，（二）治療不見效，（三）於壓力下成膿腫。

恢復期 病人於損害癒合時，輒自覺其病已癒。故須教導病人，使其起居生活，常能

骨病一骨之病
 骨結核
 骨接病
 骨痛
 骨炎

以自身之復元力與以保護。此等病人，必須繼續住在戶外日光之下，食易消化而滋養之食物。否則其奮鬥不免徒勞，而因恢復病體所用去之時間與金錢，皆成虛糜矣。

起床後之輔助。俟其作用漸癒，至肌痙攣消滅後，病人可逐漸離床，戴桔具或夾板而行動。

部位外科術

第十章 顛頂蓋與頭顛

顛頂蓋之創傷 Wounds of the Scalp

顛頂蓋之創傷，比較的甚為普通，且多為挫創或裂創。因顛頂之皮緊張，而與骨有密切關係，故其創傷略異，即鈍器所致之創傷，常狀似割創。故棍擊之傷，或明顯一切緣。此等創傷，幾常致染污，頭髮當然不免陷入創口，而染着塵土，又係常事。惟顛頂蓋之血液供給頗豐，其生活力異常佳良，故創傷之癒合，平常頗為完善。然若發生傳染，則蔓延廣而且速，使顛頂蓋與顛分離，其區域頗大。頭顛外面之傳染，可由交通靜脈而傳至裏面，發生腦膜炎，其危險亦殊不小。尚有一注意之點，顛頂蓋創傷，常兼有顛骨折，致使輕微之傷害，立刻變為穿破骨折，若不能施以正確之診斷，與靈敏之治療，其結果頗為重大。故診斷顛頂蓋創傷，必須施以檢查。而將骨折除外。若不仔細探察，亦不使用麻醉劑，而將顛頂蓋之創傷洗淨縫合，雖多數可以無害，然終不甚相宜也。

治法 顱頂蓋之創傷，除最輕微者外，須用全身麻醉劑治療。剃去其四周之頭髮，小心潔淨與擴大創口，檢查創口之裏面，以確定其並無骨折。事畢，再行小心縫合。使創口邊接近，雖需用極大之緊張力，平常可得第一期癒合。Healing by first intention。普通不需精細之裹敷料法，祇須保護創口，勿受外面之染污已足。

顱頂骨折 Fracture of the Skull

就骨折言，顱頂骨折，除因穿破而有傳染之危險外，比較不甚重要。然在實際上，顱頂骨折，不能不損傷腦部，故其重要不在骨折，而在腦所受之傷害，難以確定，因腦部對於傷害所起之反應，殊為不一也。顱頂骨折，可分為顱頂骨折，與顱底骨折。其骨折或為單純者，或為穿破者，或為凹陷者，或為不凹陷者。

病理學 顱頂骨折，比較不甚重要，已如上節所述。其骨折癒合時，接骨折不多，若將骨之重要部份除去，如在穿破骨折，不能望其補充，即有補充亦甚少。顱頂骨折，常為線形，因其骨富有彈性，多於受傷時發生絕大行動，斷骨彈回原處，故於檢查時並不發見錯位。然因此動作，或致撕破硬腦膜，而血管破裂者亦不少見，腦膜中動脈，適在顱頂骨與硬腦

膜之間，尤易破裂，致發生重大之損傷，而並無顯狀。故因骨折所受之傷害多少，殊難確定。惟穿破骨折，粉碎骨折，或凹陷骨折之需用手術療法，而檢查其周圍組織者，於其傷害始能略得證據。腦受傷之多少，所以不能確定者，因頭顱爲一閉合腔，而其內容（腦、腦脊髓液、與血管內之血），在實際上又爲不能壓縮者，故頭顱之一部份受暴力時，卽由此實際的液體媒介物四散傳佈，發生極不確定與極不一致之傷害。

症狀 爲便於敘述起見，頭顱骨折，普通分爲顱頂骨折，與顱底骨折。惟一病人亦可於同時發生兩種骨折，且甚普通，例如骨折始於顱頂一邊之頂骨部，而向下經過顱底，其範圍之大小不等。

顱頂骨折 Fracture of the Vault 如爲線形骨折，不凹陷，不穿破者，其症狀或極輕，祇有「震盪」Concussion 而已（第六十圖）。骨折並無錯位，除用X光精細檢查外，亦鮮能作正確之診斷。就大概言，其症狀不屬於骨折，而爲屬於腦受傷者。於此可以區別震盪；其本身之表現爲不省人事，但非完全不省，病人常可一部份喚醒，但不能回復意識。普通有輕性休克症狀，脈搏略速，皮色蒼白，血壓降低。此現象可由許多傷害所致，有甚爲輕微，而於數小時內卽可恢復者；亦有勢頗沉重，腦受廣大之傷害，而有生命危險者。於早期內

常不能正確決定，且不宜輕易決定。因受傷而致血管破裂者，將發生大腦受壓之症狀，即昏迷，脈緩，血壓高，瞳孔初時不規則，後擴張，對於光線失去反應及調節作用。迨至後期，呼吸將大受影響，有作切斯安氏呼吸（潮式呼吸）

Cheyne-Stokes respiration 者。

顱骨折有一最重要之情形，即單純顱頂骨折，（頂骨部尤甚）將有短時間之震盪期，過後，病人即完全恢復意識，狀態頗佳。乃數小時後，復陷於不省人事，而有大腦受壓之徵，如脈緩，血壓高，瞳孔改變等。此因腦膜中動脈之一枝或他枝撕破，於顱骨及硬腦膜之間成血塊。（第六十一圖）此時需立刻施行手術，將頭顱剖開，止住出血，除去血塊。

診斷 普通雖有顱頂蓋挫傷或裂傷之證據，惟檢查時，於其受傷之輕重，所得不多。

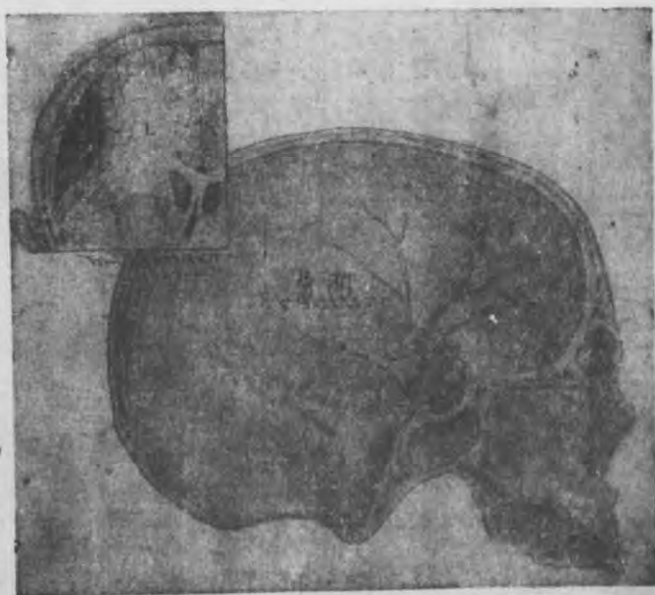


第六十圖 顱頂骨折

準確之診斷，須用 X 光攝影，而由專家解釋之。

顱底骨折 Fracture of the

Base 顱底骨折兼顱頂骨折，或不兼顱頂骨折者，常可區別。病人有震盪之症狀，因骨折時鼓膜破裂，常自一耳出血，但鮮有兩耳俱出血者。出血是否真來自耳內，或因耳之本身，或其附近部份被裂傷，以致血流入耳，此點必須區別。真正之耳內出血，更帶持續性。小心清淨耳與外耳道，再以一小片無菌棉花插入耳內，施以檢查，即能分別此血係來自耳內，或來自耳外。顱底骨折，因其解剖位置，可損傷任何腦神經。（第六十二圖）最普通受傷者為第七腦神經或面神經，因折骨常通過顱骨岩石段，



第六十一圖 骨折而由腦膜中動脈出血者

而波及面神經所居之管。結果可致傷側之面癱，口角下垂，與下臉下垂。第八腦神經或聽神經有時亦受傷，以致聽覺發生改變，但更難確定。其次為第三第四與第六腦神經，可使眼之運動發生改變。其他腦神經之受傷較少。顱底骨折，亦常於受傷之一邊，發生結合膜下出血，名為結合膜下瘀斑 (Subconjunctival ecchymosis) 於診斷常有價值。

診斷 無骨折之震盪，顱頂骨折之震盪，與顱底骨折之震盪，其中區別，常頗困難。耳



第六十二圖 顱底骨折

出血爲一重要之徵狀，若繼續不止，歷數日之久，而兼有漿液流出者，尤爲重要，暗示有腦脊髓液漏出。腦神經受傷者，實際上可以診斷。用脊椎穿刺術顯出脊液內含血，即可確定診斷，但非一安全之法。大體言之，其診斷頗非易事，常不免懷疑，惟有假以時日，始能明瞭一切。

顱骨折之治療法 單純之顱頂骨折，腦無重傷證據者，除治療震盪外，毋需其他療法；治療震盪，祇須靜養，其時間視震盪顯出之輕重而定。惟腦膜中動脈出血者，則爲例外，需施行手術，已於上文論之。穿破骨折，常須用手術與擴創術治療。如無骨片陷入，其骨可以不動。如有凹陷，其骨片有時可被驅入腦，必須取出。受傷之腦組織，須用鹽溶液自導管流出，將其洗淨，皮內之創口，小心使其接近而不排液。顱底骨折之療法，自大體言，並不滿意。通常不用手術，因施行手術後，並何無種情形可以減輕也。腦之損害多少，祇能就其症狀之輕重，加以約測。病人普通有休克，治療後或可見效。如有大腦受壓之證據，由直腸內輸入硫酸鎂 *Magnesium sulphate* 濃溶液，可以減輕腦之腫脹與水腫，顯因自腦吸出水份，而減少壓力，故有此效。現時則用百分之二十至二十五之葡萄糖高滲溶液，注射靜脈內，可使之脫水，其效力更佳。顱底骨折之病人，不致命者，（其死亡率約百分之六十）需長

期休養，亦有此等病人，表面上已完全恢復，而一經勞心，輒有或輕或重之頭痛，如此者亦不少見。此爲不完全恢復之證據，須再靜養多月，不可稍用心力。若腦神經受傷者，常不易治療。

顛骨折之護病法 環境 此等病人，須在陰涼幽靜之室內，休息靜養。一切擾人之刺激，如喧嘩之聲，耀目之光，皆須避免，使病人之精神身體，得以完全休息。

衛生 病人或大小便失禁，故其皮膚須多注意。對於清潔方面，尤應注重，以防褥瘡。最佳之預防法，即使皮膚清潔乾燥，轉側病人，或用橡皮環，以防其骨隆凸處受壓。按摩法於維持循環，大有補助。

口之料理 病人之口，須用抗毒漱口劑，小心拭淨。於仔細清潔之後，可以無菌阿波冷 Abolene 數滴滴於舌上，以維持其滋潤與完好。

耳鼻之料理 顛底骨折後，可致耳鼻出血，或有腦脊髓液自耳鼻流出。護士須小心注意其耳鼻孔，保持清潔。平常以無菌棉花一小片置於耳內，以吸收溢液。污卽更換，並記錄其溢液之多少。

飲食 初時常吩咐用液體食物。若病人能嚙，須小心飼之，因有液體被吸入肺之危

險也。不省人事之病人，用鼻灌食法，與靜脈內注射葡萄糖。若病人之顱內壓力增加，液體須受限制。

排泄 平常用瀉藥，以清除腸道內可致毒血症之物。其尿於可能時必須量過。此等病人，或致小便失禁，或患尿瀦溜。小便失禁，亦因尿瀦溜溢所致。

脈搏、呼吸與血壓 脈搏、呼吸與血壓，為前途有無危險最佳之指徵，護士應密切注意。血壓降而脈搏與呼吸增高者，為休克之徵。反之，若血壓速升，而脈與呼吸俱減者，則疑其顱內壓力增加。病人或有切斯安氏呼吸 *Cheyne-Stokes respiration*。切斯安氏呼吸於不省人事之病人，較省人事之病人更多。切斯安氏呼吸期內，瞳孔擴張，脈速，病人或有轉動，而在停止呼吸期內，則瞳孔收縮，脈緩，病人極安靜弛緩。

靈心改變 病人常不省人事。完全不省人事之後，繼以半省人事期，病人可以驚醒，或為各種刺激，如聲、光、行動等所擾亂。半醒期之後，常繼以大腦過敏，亦有若干病人，繼以顯著之性格改變。病人或忘其所遇之意外，及以下數日內之情形，或盡忘受傷以前之事。

鎮靜劑 此類病人，有若干鎮靜劑更易見效。三疊醋醯（副醯）*Paraldehyde* 乃一有益之藥。水化氫醯 *Chloral hydrate* 普通用於極騷動之病人。溴化鈉 *Sodium bromide*

與魯米那 Luminal 用於較輕之症。嗎啡 Morphine 於呼吸中樞有阻抑作用，故通常不用。

高滲溶液 Hypertonic Solution 韋特氏 Weed 發見高滲溶液可以減低顱內壓力。此療法之功效，即在靜脈內注射高滲溶液後，血之滲透壓力可以提高，結果使水分由腦入血，顱內壓力即可因之大減。

應用之方法 (甲) 靜脈注射 欲使顱內壓力速降，可用靜脈內注射法。常以百分之十五氫化鈉溶液 Sodium chloride solution (在蒸溜水內) 一百毫輸入靜脈。惟百分之二十五葡萄糖溶液 Glucose solution 較氫化鈉溶液更爲多用，因葡萄糖有滋養價值，可以助防休克與酸中毒，且於顱內壓力有更緩慢，更持久之作用。葡萄糖溶液必須緩緩輸入。

(乙) 口服 若需較溫和，而較有持續性之作用，高滲溶液可以口服。最常服之高滲溶液，爲硫酸鎂溶液 Magnesium sulphate solution。

(丙) 直腸輸入 直腸內輸入高滲溶液，如百分之五十硫酸鎂溶液，亦有益。如欲保留，此溶液須在華氏一百度，輸入極緩。若於半小時內排出，不能發生完全效力，一小時

內當再輸入。硫酸鎂溶液，平常吩咐每三小時用一次。

此法之作用在脫水，如欲奏效，則病人所吸收之液體，須受限制。若病人休克，血壓低降，體溫在正度下，與脈搏增速者，不能用高滲溶液。

腰椎穿刺術 Lumbar Puncture 用此法可取得有價值之診斷資料，與減輕顱內壓力。若脊液之壓力，在正常度十耗以上，外科醫師將令此液若干自脊管流出，以減少壓力。顱內壓力高者，或須每八小時放液一次，直至壓力降至正常度，或症狀顯有進步為止。併發病之症狀：(一)腦膜炎。頭仰縮，頸強直，頭痛，寒戰，出汗。

(二)驚厥。護士應觀察病人身體有無顫搐，或痙攣運動。並應注意顫搐自何部份開始，有無大小便失禁。又應注意病人是否失知覺。

(三)險與結合膜下出血，在受傷後數日內或不即發現。

(四)嘔吐，如與飲食無關，亦無惡心，而係噴射性者，或為腦受傷之徵。

(五)嗅覺與味覺擾亂。

(六)頭痛，由於硬腦膜內之緊張，或腦膜刺激，痛係局限性，常與叩診時之觸痛聯合。

(七)聾。

(八)脈搏不均。

(九)癱瘓，係面癱，有時爲眼之外肌癱，以致上臉下垂。

(十)顛內壓力。其症狀爲心動過遲(脈緩)，頭痛，惡心，嘔吐，呼吸次數減少。用高滲溶液之目的，卽所以制止此類症狀也。

手術前之預備。若露出腦部，全顛頂皆須剃淨。髮須用剪剪去，於刀剃之前，先行修短。剃時須小心，不可劃破顛頂。後用肥皂與水，將顛頂蓋之全部擦洗潔淨，除去其上皮，愈多愈善。以敷料與手巾遮蓋顛頂。

手術後之料理。密切觀察病人，而記錄其狀，如清醒或昏迷，及脈搏，呼吸，溫度，血壓，瞳孔等。

敷料。首數日中，敷料常被血清與腦脊髓液浸透，需時時更換新鮮敷料。

恢復期。起居生活，須小心調節，歷數月之久，日間須有長時間之絕對休息。
易於利用之足矣，向欲之保是爲了的事，利用藍尼西林敷料。

三叉神經痛(痛性抽搐) Trigeminal Neuralgia (Tic Douloureux)

此係第五腦神經，即三叉神經感覺部曖昧不明之病。此神經供給感覺於面之一半，顙頂蓋舌，及一邊之角膜與結合膜。此病見於中年以後，女子較男子略多，常與動脈硬化症聯合。其原因不明。症狀爲面之某部份猝然劇痛，普通在口角，或鼻之附近，歷時約數秒鐘至一二分鐘，有似電擊，或被紅熱之針所刺。早期時相隔甚久，痛亦較輕，然易逐漸加重，至於萬難忍受，有求死不得之苦。病人常欲自殺，間有實行者。其惟一滿意之療法，爲施行手術，直達顙底半月神經節感覺根分枝處，一部份切除，以免神經纖維之聯合。如手術靈敏，可以奏效如神，病人痛苦若失，無異出地獄而登天堂。施行手術後，面部之皮，當然有一大部份失去感覺，而最重要者，則爲此一面之角膜與結合膜失去知覺能，因此眼易受異物之刺激，平常則由淚液洗去。故施行此項手術後，眼須小心保護，以防受傷，於相當時期內常戴橡皮綠之護目鏡，並以硼酸溶液時時洗滌其眼。後療法中之最要者，卽爲謹防角膜或結合膜受傷，恐致角膜潰爛而成癍，使視覺發生障礙，或大半喪失。

護病法 此等病人，常於經過各種治療後來院施行手術，以期免除痛苦。因日久求治無效，故多精神頹喪，忍耐力盡失。病人不能自制，遇事皆存恐怖，亦不願受人移動，或爲之工作任何事，恐致陣痛發作。大多數病人皆係逍遙性，並不戀床；彼等甯可自己作事，不

願因待病者粗魯之動作，以致引起一陣痛苦也。

病人常拒絕食物，因第五腦神經（三叉神經）之運動部使嚼肌衰弱，食物時可以引起發作，故病人多消瘦軟弱。痛時並有局部潮紅，出汗，流淚，涎多，與面肌抽搐。皮亦薄而有光，疼痛部份，於兩次發作之中間期內，平常有痛覺。皮或粘膜微受刺激，如在飲食，談話，或吹氣時，亦易引起疼痛。

手術前之料理。如病人因痛不能飲食，以致脫水，與滋養不足，此時施行手術，未免冒險。外科醫師平常先用醇類注射，使之暫時止痛，休息一星期，並於飲食方面加以適當之注意，甚有功效。病人在此一星期內，須臥床靜養，強飲液體，並飼以高熱力之食物。

醇類注射 (一) 皮膚用碘消毒。

(二) 局部麻醉劑。

(三) 平常用百分之八十至九十五之醇一至二坵。

(四) 注射針與注射器。

檢查 此等病人，常屬中年，故須小心檢查體格。動脈硬化症常與痛性抽搐聯合，其血壓宜每日檢查之。病人患高血壓者，宜臥床靜養，可以減低血壓。

局部預備 於有病之一邊，剃淨一三角區，自耳前之髮際線起，直至眼內眥上。勿剃前額，或剃去其眉。

面部所用之溶液等物，必須溫暖（華氏九十度至一百度），冷可引起一陣疼痛。極輕微極淺之刺激，如一輕觸，亦可引起發作，較強烈之刺激更速。常用堅固平穩之動作，切勿輕而急速。

手術後之料理 位置 頭與肩須略為抬高。

惡心與嘔吐 平常約歷二十四小時。此狀殆起於中樞神經，故平常療法無一能止。飲食 至可能時，當即勉勵病人飲食；如全體狀況佳良者，可用完全飲食。病人身體衰弱，非用滋養食物培植不可，故護士於病人之飲食，必須審慎規劃。

頭痛 宜使室中陰涼幽暗，足部用熱水袋，平常可以止痛。醫師或吩咐用阿斯匹林 Aspirin，或溫和之止痛藥。

排泄 平常於手術後第一日之晚用瀉藥。後用飲食與鑛油調節大便。

面部之感覺 護士應告知病人，手術後面部常致麻木腫脹。病人自訴其舌覺厚，口與面部有燒灼感覺，然甚易習慣。

併發病。面癱。平常在最初二十四小時之末，與四十八小時之前，可發生面癱。此癱僅係過渡性，惟恢復頗緩，或須經過半年，其功用始能全復。原因不明，大概由於出血，其癱之發展，頗為緩慢。

疱疹。常見於唇，在手術後初數日內，頗為可厭。不用治療，亦可逐漸而癒；敷雪花膏，可以使唇滋潤。

恢復期。立即恢復者，常並無不安。病人於第五日起床，除去縫線。

第十一章 脊與脊髓

脊脫位 Dislocation of Spine

無併發病之脊脫位罕見，若有之，平常在頸椎部，其椎骨橫突之關節面，較近水平，故脫位在機械上為可能者。惟通常此種脫位，併有一邊或兩邊之關節突骨折。如為第一頸椎與第二頸椎間之脫位，常致齒突（樞椎）骨折。若完全脫位，且在頸部之兩側者，幾可立死。較普通者，為頸部不完全之偏側脫位，常因頭向軀幹突然彎屈所致。如是者，其症狀較少，僅手臂有麻刺感，大概由於肱叢之伸張，及頭轉至對面，並有使頭偏側之趨向。（第六十三圖）頸多少強直。診斷時，由其病歷與頭之位置，使人疑其頸椎脫位，用X光檢查，可以證實。若早發見，可施行復位術。但必須用完全之外科麻醉法，作成矯枉過正之形，使其脫位面復返常位。然此非一完全穩妥之手續，若有不全骨折，經此手法，或致完全脫出，而壓迫脊髓。另有一安全之方法，可施於受傷後不即發見之症，或其全部，即應用頭牽伸術，於頰下及後項安置帶條，在頭上連合，並由滑車經過床頭，聯一錘於牽伸帶上。再將床頭抬高十二英寸至十八英寸，使身體之重量，作成對抗牽伸。此法用於發現較早之脫位，可以使其復位。若為日已久，亦可制止肌痙攣，與減少畸形。

此種牽伸，須繼續一兩星期，後用湯麥斯氏領 Thomas collar，維持頭部於適宜之位置。此領須戴多時，直至能維持永久之位置，方可除去。即使脫位不能回復，亦可得滿意之成績，雖其頸項之運動，稍受限制，然已能得完善之補償矣。

脊柱骨折 Fracture of the Spine

平常稱為頸折或背折，係因暴力所致，普通由於頸或身體突向前彎，但亦可因躍入淺水，頭觸池底所致，上背或頸部骨折者，尤多因此。所起症狀，當然須視下列二因素而定：(一)骨折之高下，

(二)骨折之程度，及使脊髓所受之傷害多少。大概言之，此種骨折，可分為兩類：(一)即所謂「壓迫骨折」Compression fracture，乃一個或數個椎骨體被壓迫，其程度不等，而脊髓不受壓迫者，(第六十四圖)。(二)骨折之範圍較廣，包含關節突，兼有脫位，而致脊髓多少受傷者。椎骨通常可以彼此滑脫，至廣大之距離，使脊髓受壓傷，後又多少滑入原位，致由



第六十三圖 頸脫位

X光檢查時，於其原來之錯位，不免發生誤解。

症狀 症狀幾全視脊髓與骨折部受傷之多少而定。此乃顯而易見者。壓迫骨折最普通在背之下部，脊髓不受壓，僅有背受傷之症狀，疼痛，軟弱，而不致癱瘓。骨折脫骶，為一較普通之損傷，若脊柱受損處愈高，則癱瘓愈甚，豫後亦更嚴重。頸部完全之骨折脫骶，脊髓橫裂者，幾常可致命。若在頸部較高之處，則身體全癱，膈亦癱，因膈神經受傷所致。膈神經之受傷常不完全，故呼吸雖艱，仍不停止，但因背肋肌亦癱，故不能輔助呼吸作用。受傷後不久，即發高熱，病人可於數小時內即死。骨折包含背椎或腰椎者，傷處之下，將發生肌弛性癱瘓 Flacid paralysis，須知脊髓神經所經之路，甚為偏斜，故其癱瘓顯較受傷處更低。同時感覺亦失。在感覺喪失終止之處，其皮易有過敏性現



第六十四圖 脊柱之壓迫骨折

象，其痛多少爲束帶樣痛，他肌癱時，膀胱與肛門括約肌亦癱，結果可致完全尿瀦溜與頑固性之便秘，下端骨折及下肢不全癱瘓之骨折，膀胱與直腸神經受傷，常爲一最重要之因素。

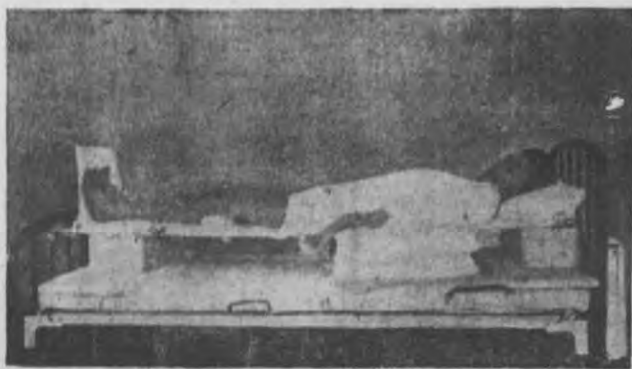
豫後 豫後因骨折之位置，與癱瘓之全否，而大有不同。頸骨折壓迫脊髓者，其豫後甚不良。背骨折而有癱瘓者，其豫後一部份恃乎癱瘓之範圍，惟主要者爲膀胱癱瘓，不免使腎多少受傷。壓迫骨折之豫後頗佳，雖因背弱而致失去不少能力，且多少有痛，用力時尤甚，但並無癱瘓。其痛與失能力，易經過冗長時間，或至遙遠無期。

治法 脊柱骨折之診斷已定者，其第一要點，須令病人仰臥於堅固之面上，以免續受損傷。在白蘭福架上最佳，(第六十五圖)。壓迫骨折，祇須用此療法，惟病人在白蘭福架上須兩三月之久，後用背襖維持背部，再後則用鋼支柱，歷時甚久。如受傷之男子，不得不任背部用力之粗重工作者，當考慮施行手術，目的在以人造之骨支柱，使背強硬。不用手術治療，而其成績不滿，背部仍疼痛軟弱者，亦當考慮施行手術。其所用手術，卽於相當之高度，在椎骨棘突上面切開。大抵用二法：(一)爲阿爾皮氏 Albee 法，卽自病人之脛骨，取其一段，移植於椎骨棘突上面所造成之溝內，伸過傷處上下頗遠。(二)爲希勃氏 Hibbs

法，即不用骨移植術，而使傷處之椎骨棘突與椎骨板融合。若手術靈敏，此兩法皆能得滿意之成績。

病人有廣大之癱瘓者，除用白蘭福架外，尚有其他問題，如管理癱瘓之膀胱，遲鈍之腸道，與料理皮膚，以防褥瘡（因病人必須仰臥，故尤易發生褥瘡）及因癱瘓而致榮養擾亂等。

管理膀胱，為一最重要之點。膀胱因癱瘓之故，機能擾亂，而致完全尿瀦溜。直至最近以前，治療尿瀦溜習用之法，即以導管通入膀胱，於其膨脹時放空之，或於尿道內置一導管，而任其時時排洩。惟用此法，常致傳染，由膀胱而傳至於腎，結果可致腎盂炎，腎盂腎炎，及膀胱炎。因癱瘓而致之異常狀態，使此種傳染，不能治癒，而繼續進行，且由傳染與反壓，而使腎逐漸毀滅，最後可致病人死亡。普通在數年以後，因腎機能不全而死。現代醫學家之主張，已為之一



第六十五圖 脊柱骨折用之白蘭福架

應以爲善完全不用導管，可使膀胱膨脹過甚，此時膀胱括約肌之抵抗力，將被屈服，而致泛溢滴瀝，亦可用手壓法以助之排空，如此可免致傳染，最後能得一「自主的膀胱」，而使腎之傳染較少，或並無傳染，因之豫後更佳。此法在醫師方面，需有極大之自制力，因膀胱或異常膨脹，而高至臍處者亦有之，若猶不用導管，未免與平日之所學所行者，大相矛盾，殊難望其認爲合宜也。然由廣大之經驗，（內有若干係得自上次歐戰者，當時脊柱受槍彈傷之人，頗爲不少），已滿意證明此法實爲最善。膀胱膨脹過甚，因括約肌伸張而開始滴瀝，此時可用手在膀胱上施以堅穩之壓力，略如愷德氏（C. C. De Lee）產後壓子宮以逼出胎盤之法。此法需有技術與經驗，恐易致膀胱破裂也。然而以余所知，非膀胱前曾患病，（此事可由其病歷而知），或用極強之壓力，不致發生破裂，此法係於第一二星期內，用手法助膀胱排空，結果可使膀胱自動的恢復其功用，按時完全排空，雖無平常之感覺，且不待病人知覺或容許，惟普通可以漸知其相隔之時間，而預防衣被受污。此法之要點，即導管切不可通入膀胱，恐導尿管一經開始，即將發生傳染，而導尿之事，又須繼續進行，此實一冒險之事也。然其第一要點，必須儘量減少尿受傳染之危險。最善之法，莫若用氫化銻 Ammonium chloride，或硝酸銻 Nitrate ammonium，使尿變爲極酸，兼用尿道抗毒劑，如

六炅四鍾(烏羅刀平) Methenamine

Methenamine

大便之調節，須有規則的應用瀉藥與灌腸法，以免因癱瘓而致蠕動異常遲鈍。普通於受傷後之初期，腹甚膨脹，可用外熱與高位灌腸法以治之。稍後，腸之行動，雖不能完全恢復，亦可比較如常，惟此等病人之腸，永遠需要人工的護理。

爲脊柱骨折之病人，料理其背與腿之皮，在外科護病中，殆未有較此問題更爲困難者。然其所需之護理，不過較平常仰臥之病人所需者，加上一等，即使皮乾燥，骨隆凸處設法襯墊，以防受壓，用酒精施以適當之摩擦，乾後撲粉，以使皮堅韌。然因癱瘓之故，皮之生活力異常減低，雖與以最精妙最艱辛之護理，仍不能免除褥瘡，實際上皮將溶化，而於骯部尤甚。故發生褥瘡乃普通者，但若爲良性，兼能與以精妙之護理，可使其緩緩癒合。欲完全實行背部之料理，須將病人翻轉，然必另用一架，置於病人上面，然後翻之如夾餡麵包。(參看第五十圖)此事需有兩三人，方臻穩妥，且於實行之時，須防其脊柱彎曲。

第十一章 面頰舌頰

面 Face

傳染 Infection 丹毒普通始於面部，患者多為已過中年之人。面丹毒與他處之丹毒，殆無重要差別，惟侵入面上部者，眼周圍之鬆組織易腫，而致眼不能開。故兩眼須每日或時用不刺激之溶液如硼酸溶液或鹽溶液洗之。面丹毒又可致靜脈血栓形成，在鼻與眶之附近尤甚，此作用亦可延至與顱內相通之靜脈，而引起竇血栓形成，或致腦膜炎。此雖非普通之併發病，然異常嚴重。 *面丹毒之併發病*

瘰癧 Boils and Carbuncles 瘰與其更深而更可厭之同屬——癰，生於面部，較

在他處更為嚴重，其理由有二。因切開與排液後所成之癰，甚不雅觀，一也；因廣大之脫腐所成之癰，亦甚不雅觀，二也。其他嚴重之併發病，與丹毒節所論者同。此種發炎，在上唇，及眼鼻周圍，間或致大竇血栓形成，與腦膜炎。 *田菊菊球菌* 及 *膿鏈球菌* 所致

診斷之法，與在身體他處者，無甚區別。治療之法，較在身體他處同樣之發炎，更須嚴重注意。病人應住居家內或醫院內，以便繼續應用熱敷法。因面部用大而熱之敷料，頗非

易事，且祇能限於較小之區域，故須時刻注意。護士應嚴密觀察其最適宜切開排液之時間。若不待發炎限於局部，及化膿已經明顯之前，即行切開，或完全不需，或致切開過大，或因無效而需重行切開。切開之最良時間，即發炎作用已被阻斷，而成限界性之膿腫，可由一小割口開放排液之時。最要者，此種割口，最好依皮膚之天然線路，小心切開，使其所成之瘻較小。通常因面部血液豐富，故俟其作用成爲限界性而化膿時，切開後癒合頗速。

瘻 Cancer 面部爲普通生瘻之處，約佔淺瘻全部七分之一至三分之一。各種腫瘤之見於面部者，三分之二爲瘻。最多生於下唇、鼻、頰、臉，及上唇，其次序如上。

原因 慢性刺激，與瘻之發生，其關係甚爲明顯。故面部生瘻者，男子更多於女子，因其刺激較多也。多冒風霜之男子，其皮面粗糙之處（角層分離 Keratosis），常有瘻性變壞，但必經歷數月或數年之久。唇瘻男子較女子尤多，大概與吸煙有關係。女子之有唇瘻者，大部份喜吸煙，此乃一有趣味之觀察也。

臨床現象 面瘻有兩種明顯之狀，隨此症不同之細胞型而定。其一爲緩緩發生之扁潰瘍，普通見於局部刺激之處，常於角層分離之後發生。其一爲癩樣型、潰爛型，與薑樣型，自皮之深層發生。此兩種瘻生時，緩而無痛，因此常易忽視。自全體言，此等瘻可以長至

甚大，而病人猶認爲不必就醫診視，即往就診，亦以爲不必遵守其指導，發生較緩者，其作用延至附近之淋巴腺頗遲，常在此症之後期，用局部檢查，常不能確定其是否已經蔓延。被染之腺，即爲宣泄此區之部位淋巴腺。如在唇癌，則頰下與頰下三角之淋巴腺，被染最早。（第六十八圖）若在頰上，或鼻周圍，則



第六十六圖 面癌

頸前三角之腺，最後將被染，但常不能捫出，而易致忽視。（第六十七圖）由此可知，根治手術，雖似毋需，實則必不可少，因腺已被染，則僅去其局部作用，不能治癒此症也。因是於頸



第六十七圖 面癌



第六十八圖 唇癌

部施行廣大之解剖術，以資檢查，與切除病腺，常爲手術中必需之一部份。

治法 早期之小損害，尤其在面部，與自角層分離區發生者，以腐蝕性之化學溶液，與電烙器，局部毀滅其組織，或局部切除而縫合之，常可治癒此症。癌症中之最易治癒者，殆即此類，其早而良性者，有百分之九十可以治癒唇癌。若早就診，常在健全組織內施以相當廣大之切除，並用電烙器烙灸，與剖開附近之頸三角，以切除其病腺，則治癒之數亦較多，常達百分之五十。較大與較久之唇癌，須用電烙器毀滅其全區，包含唇之大部份在內。年齡已高，或身體不佳者，其被染之淋巴構造，須展緩施行手術，至兩三星期以後，唇部切除之組織若多，常宜任其癒合，再形成形手術修補之。銳 *Radium* 與 X 光，於治療面癌及唇癌，頗有價值。銳可用以代替局部切除與烙灸，常得滿意之成績。以此代替替淋巴腺之切除，雖不滿意，然在年老之人，不宜施行廣大手術者，可用深 X 光療法，以代替切除其淋巴腺。射線於治療癌症，不論爲銳或 X 光，現尙未能確定其地位。

頷與舌 Jaw and Tongue

頷骨折 Fracture of the Jaw 下頷骨折，爲一較普通之損傷，幾常因直接受暴力

所致，或遭重擊，或跌着頰，或與頭部之他傷聯合，如被汽車撞倒。最普通之頤骨折為垂直骨折，在中線一邊之前臼齒部位。（第六十九圖）更向後面，而沿嚼肌部之下頤枝者較少；下頤髁狀突與喙狀突之骨折罕見。自其真性質觀之，此類骨折，普通為穿破骨折，或穿破外，或穿破內，或內外兼穿。診斷常不難，因上下齒之閉闔，參



第七十圖 巴登氏纏法

差不齊，有畸形，骨擦音，與運動異常，可以一望而辨。前面之斷骨，常被拉向下，後面之碎骨被拉向上。此等骨折，常併發骨髓炎，與傳染細菌，因實際上殊不能，或不易使其外科的清潔，若穿破入口者尤甚。最有效之治法即用鉸線縫合，使上下齒閉闔正確。普通須由口腔外科醫師擔任此手術。此法之外，再用



第六十九圖 下頤骨折

巴登氏繃法 Barton bandage 輔助之。(第七十圖)下頷固定後，飼食當然十分困難，但如有缺口，可用一導管由齒間通至後面，或由鼻孔通入以飼之。遇有困難之症，可用雷甫氏管 Rehfuss tube。

下頷癌 Cancer of the Jaw 下頷生癌，男子較女子為普通。亦如面癌與唇癌，似與慢性刺激有關，惟其關係不十分明瞭。下頷癌有二型：一為扁平之浸潤性潰爛性區，通常始於齒緣，而染及附近之頸淋巴腺。一為乳頭樣癰樣之生長，易較第一型為大，發生腫瘤，或內凸入口，或外凸向頰。此型不如前者之惡性，生長較緩，至後期染及淋巴腺。

治法 任何種射線療法，用於骨組織受染之時，其功效不及用於柔軟之蜂窩組織生長。此等癌通常須用手術治療，將下頷之一邊，切除其大部份，同時剖開頸部，以去其染病之淋巴腺。此係變形手術，其死亡率甚高，大抵由於肺炎，有時因手術時吸入粘液，有時因手術後妨礙吞嚥所致。此類病人之手術後療法，頗為困難，創口之傳染，幾不能免，其傳染自口而來，普通兼有惡臭，故用抗毒漱口劑小心清潔其口，至為重要。飼食常見困難，用鼻飼法或雷甫氏管有益。

舌癌 Cancer of the Tongue 舌癌為普通之癌症，其中四分之三，見於四十五歲

至六十五歲之男子病原爲舌受刺激，如吸煙，及粗糙之齶齒，亦爲梅毒舌損害之後期結果。舌之任何部份，皆可被染，惟最普通在舌之前半。舌癌與頰癌同，分爲兩型：一爲硬結性，潰爛性型，一爲癢樣型（第七十一圖）。頰下三角之淋巴腺首先被累，稍後，頸三角之淋巴腺亦被累。迨至後期，常有惡臭。死者因惡病體貧，膿毒病，與肺炎。

治法 以射線治療此等癌症，其效果

仍屬可疑，但亦有成績頗爲滿意者。若於早期內診治，且其癌僅在舌前半之一邊，常適應手術療法。除在舌尖外，此等損害，常限於舌之一半，歷時甚久，因經過舌中線之血管或淋巴管，交通甚少也。故將舌之一半截去，可得滿意之成績；此手術遠不如頰癌手術之嚴重與易致變形，但須剖開頸部以切除淋巴腺。肺炎爲一普通而嚴重之手術後併發病。膿毒病亦普通，其重輕不等，且有斷舌墜向後面而閉塞咽喉之危險，於恢復期之初尤甚。故



第七十一圖 舌 癌

至六十五歲之男子病原爲舌受刺激，如吸煙，及粗糙之齶齒，亦爲梅毒舌損害之後期結

手術後常宜留一縫線穿過舌，而曳之向前，至能滿意管理諸肌爲止。手術後之療法，與頷癌手術同，須小心清潔其口，常用鼻管或雷甫氏管飼食。

口癌之護病法 手術前 手術前之護理，實際與其他外科病人同，惟須特別注意於飼食，及口之清潔，此等病人，因不能吃適量之食物，咀嚼與嚥下困難，口內臭穢，損壞食慾，故平常消瘦衰弱。

口之料理 護士料理病人之口時，應先洗手。

口內常有細菌，若不特別注意，口與頸腺常有傳染之危險。施行手術以前，須檢查其齒，注意膿毒病之來源（蛀齒）。食後須仔細刷牙，口與舌用抗毒漱口劑清潔。沒藥酞（沒藥浸酒）Tincture of myrrh 1-10 爲一極有益之清潔劑。至於漱口劑之選擇頗多，可隨病人所好而用之。料理口時，務須極輕，以防損傷粘膜，而開一傳染之門。口中惡臭，由於贅疣之潰爛，故須時時清潔其口，至少每小時一次。

飲食 此等病人，口服液體，頗爲困難，故或致脫水。惟液體須有適量之供給，至少應自靜脈內或皮下輸入若干。靜脈內用百分之五或百分之十葡萄糖溶液，有時頗爲相宜，一方面供給液體，一方面亦可略得氯化甚速之食物。若口之狀態，使病人不能得充分食

物者，醫師或吩咐用鼻灌食法。

鼻灌食法 Nasal Gavage

此法係用橡皮導管，自鼻經咽，而通入食管，以輸送液體

食物入胃。所以用鼻灌食法，而不由口腔灌食者，因自鼻內通入導管較易，故可少擾病人。於兩次餉食中間，導管可任其留在鼻孔內。若病人不安，則可取出，否卽以一片合口膏貼於耳際，導管每次須輪流自兩鼻孔通入。

應用之物品 托盤內置：

1. 中等大小之導管，接管與橡皮管（管長須能自病人之臍至鼻孔，再加兩英寸）。
2. 小漏斗一只，須與橡皮管之端適合。
3. 藥杯與甘油（潤滑劑）。
4. 橡皮單與棉布單，以保護床。
5. 拭口物。
6. 治療巾。
7. 小瓶無菌水。
8. 一瓶食物（六兩至八兩，濾過，熱至華氏一百度）。

9. 一小盆水，以試驗導管是否在食管內。

喂哺之食物 以牛乳爲主，可加雞蛋、乳酪、乳糖與稀粥，用適當之分量。食物須小心澆過，量過，溫至華氏一百度。普通每兩三小時飼以六兩至八兩，視病人狀態而定。

飼食之方法 病人曳至床沿，或平臥而將頭側向一邊，或坐於床上，而頭向前俯。醫師滑潤導管，將其插入。欲確知導管已通入食管，而非誤入氣管，可將漏斗覆於一盆水內，若誤入氣管，可聞呼出之空氣入水聲，若無空氣排出，即知導管確已通入食管矣。導管合法插入後，通常可容病人休息數分鐘，先以少許無菌水緩緩注入管內，然後將應飼之物，依樣倒於漏斗內，使其緩緩而下。

施行手術，平常須遲至病人已不脫水，得有充分滋養，作成相當準備，而足以支持此手術之時。

肛飼法 Rectal Feeding 滋養灌腸法，於此等病人，已捨棄不用，因大腸之功用，大概祇能作爲一個貯蓄器，而無甚消化，平常祇有水與鹽被吸收而已，蛋白質與脂肪，少能爲大腸所利用。麥尼萊與威廉士兩氏 MaNealy, R. W. and Williams, J. D. 對於結腸內吸收葡萄糖問題，嘗作有趣味之研究。據其調查所得，於直腸內注射葡萄糖之價值，似已

引起問題。其研究之結論曰：「就所得各種證據觀之，欲吸收自直腸輸入之葡萄糖，殆恃此灌腸劑可經由機能不全之迴結腸瓣而入迴腸。平常之迴結腸瓣，因受刺激，或自下面來之充分壓力，而致機能不全。此非生理的正常狀態，故充其量亦祇有少許葡萄糖，可以此法強迫入血流而已。」

故百分之五葡萄糖灌腸劑，似並無滋養價值，即有亦殊不多也。

手術後之護理。口之料理。病人應坐於床上，膝下用物支持，以防卸落。其頭須轉向一邊，可助口內之血與粘液排出。吸入粘液，有發生肺炎之危險，故護士應時時拭去其口內之粘液。若病人涎過多，即以紗布條之一端，置於口內，他端任其外垂。此紗布係作排液管用，可免病人時時唾涎之煩。若病人口乾，當於清潔之後，以無菌阿波冷 *Abolene* 數滴滴於舌上。若病人用口呼吸，熟睡時當以數層厚之濕紗布蒙於口上，此潮濕之紗布，可使粘膜滋潤。

口之注洗 *Irrigation of Mouth*

(一) 應用之物品

(a) 注洗筒與橡皮管。

(b) 尖削之玻璃接管，與二英寸長之小橡皮管，聯於尖削之一端。

(c) 橡皮單與手巾，以保護床。

(d) 受迴出液之盆。

(e) 拭口物。

(f) 醫師吩咐之溶液。

(二) 所用之溶液

(a) 當量鹽溶液 Normal saline。

(b) 四千分之一過錳酸鉀 Potassium permanganate 溶液，清潔除臭，極有效力。

(c) 十分之一沒藥 Myrrh。

(d) 朵貝耳氏溶液 Dobell's solution。

飲食 用鼻灌食法輸入液體食物，與手術前同。

危險與不安 須防斷舌向後墜，而致窒息。若留一縫線如上所云，可以管理較易。

口 手術後，口內之臭氣與感覺，殊令病人煩惱，若時常注洗，可以使口清潔。

出血。繼發性出血，雖遲至手術後第七日或第九日，尚可發生。用無菌紗布壓出血處，以待外科醫師到來。

肺炎。肺炎爲一常有之併發病，因不易防止病人吸入血與粘液之故。若令病人側臥，可使分泌物自口流出，於預防肺炎，裨益不少。

頸 The Neck

刎頸 Cut Throat 刎頸普通爲自殺，或被殺，然自現代殺人之法，日新月異，而後法已漸遭廢棄矣。偶然割破頸部亦有之，如汽車肇禍時爲玻璃所傷是也。不論自殺或被殺，其意皆在切斷大血管，即可因出血而致速死。惟通常無效，自殺者尤甚。以此法自殺，而能達速死之目的者，殊佔少數；但可致一醜惡，多血，而危險之創傷。自殺者，如爲用右手之人，其傷處普通在左面最低，右面最高，惟左面之創口最深，常致切斷頸外靜脈，由此出血甚多。因頭仰向後，故氣道與喉等，適當其衝，致遭割破，而開放氣道，足使自殺者驚惶失措，終止其企圖。惟出血雖猛，而並不甚多，空氣自創口湧出，景象乃致奇慘。

豫後 豫後不佳。雖如上所述，刎頸不能使人立死，但稍後因出血，吸入性肺炎，傳染，

與喉水腫而死者頗多。^{→ 喉三核}治療之法，當然愈速愈善，即將切斷之血管縛住，其最大者普通爲頸外靜脈，封閉氣道，如傷及軟骨，或非易事。創口之縫合，不可太緊。封閉氣道，務須小心，否則空氣吹入皮下之組織，因皮下氣腫而致腫脹。亦有需插入一氣管切開術管者；若早診治，初時鮮用此管。

頸腺脹大 Enlarged Glands of the Neck 頸腺炎 Cervical Adenitis 頸淋巴

腺自口、舌、咽、扁桃體，與面排泄，故以上各部份受傳染者，其淋巴腺亦常染病，自喉傳染者尤甚。最多係來自扁桃體，其局部作用，或至溫和，而遭人忽視，其首先發見之惟一證據，或即爲頸腺脹大。腺脹大可分爲最普通之三型：(一)由於普通傳染生膿之細菌者；(二)結核病；(三)何金氏病 Hodgkin's disease。

(一)膿毒性頸腺炎 Septic Cervical Adenitis 自口內而來之傳染，波及頸腺者，其真確之來源常不明。症狀爲腫痛，觸痛更明顯者，則有發熱。最普通見於頸前三角，在胸乳突肌前緣之前或下，惟亦常見於頷下之頷下三角內。病之經過，或吸收發炎作用之產生物，或破壞頸腺，以致化膿與成膿腫。因急性頸腺炎而致之一種傳染，名爲頸深膿腫 Deep cervical abscess。此發炎作用，見於頸之深處，沿頸血管之鞘而發生，當然由於自口內來

Penicillin
Sulfa-group

同之科方注下。諸病者之概概力。

Streptomycin

P.A.S.

(1) 結核性頸腺炎 Tuberculosis Cervical Adenitis

此種結核性傳染，最多見於兒童，普通在後期，約有四分之三發生於十歲至二十五歲之間。內有一定比例，係牛型結核病所致，於不注意檢查牛結核病之處尤多。傳染係自喉而入，為當然

之傳染無疑，其狀為彌散性腫脹，無確定之腺脹大可以摸出，兼有疼痛，發熱，頸亦多少強直，視其作用之輕重而定。有時進行頗緩，因其深藏不露，故診斷頗難。

治法 以上各種傳染，早期時可外敷熱或冷。多數病人喜用熱，以著者觀之，亦似熱較冷為更有效。若此作用仍不止，而發生化膿與膿腫，必須切開排液。膿腫切開排液時，須盡量顧到此處之癢痕，殊不雅觀，故須橫切，以順皮膚之天然線路。



第七十二圖 頸部之結核性腺

- * 結核性潰瘍(面,鼻,鼻翼,唇,淋巴管上面之皮,頸,大關節,肋骨或胸骨上面)線形長形,或橢圓形,鮮有作圓形者.除在舌上外不痛.
- 1. 癒合時有薄而微白或微褐色,收縮,柔軟,並萎縮性之腐. 2. 脹之大淋巴結.
- 3. 涎液稀薄如水,或似凝乳. 4. 邊綠色黯紫,軟而不硬,亦不高起. 5. 沿邊用玻片壓之,有銳利凹陷之覆果醬狀小結. 6. 其底不平,蒼白,鬆軟,水腫,有肉芽及灰白色之腐肉.

無疑之事，大概經過扁桃體，普通於傳染之時間或位置，並無明證。其特徵爲數類淋巴腺緩緩脹大，最普通者，乃沿胸乳突肌前緣，與頷角下面之淋巴腺。其大小至不一定，自中等大小之單腺，以至極大之淋巴集團不等，有時爲兩側的，使頸發生重大之畸形。如爲小兒，其腺之破裂甚速，而成冷膿腫。如爲成人，破裂者較少，易致吸收，及纖維性變。結核性腺炎與頸腺其他傳染區別之要點，即發生時無痛，雖至甚大，亦少不便。膿腫破裂而成瘻者，於兒童常有之。（第七十二圖）

治法 治療應兼施於咽喉及腺之本身。傳染大抵由扁桃體而入，故須將其切除。此等兒童之全體狀況，應當注意。最好使其離校，多在新鮮空氣中，飲食須富於滋養，是爲至要。迨發生膿腫，當開一小切口，以免成瘻，而逐漸破壞組織。有時應施以較大之剖割，是爲至除病腺，但較少耳。於頸部施行廣大之解剖，以切除病腺，昔雖通行，今已大致廢棄不用，因其所成之瘻，殊爲醜陋，而病腺亦多不能完全除去，以致復發。然應實施大剖割者，亦間或有之。其後療法幾完全屬於全身療法，及衛生療法。此等病人，常應小心檢查其肺，或於傳染進行時肺部竟遭波及。

護病法 結核性頸腺炎於成人殊不常見，可稱爲小兒病。患此病之小兒，體重不足，

貧血，衰弱，因腺結核於兒童之有害作用，更甚於成人也。此症平常須施行外科療法，故多將小兒送入醫院，用扁桃體截除術，或切開頸腺腫，使之排液。予預防結核病，予食已已予予也

手術前之預備，與平常外科手術同。(參看第二章) 惡症宜早治，早治則愈，其行也

須知手術之成功，與小兒將來之恢復，恃乎身體抵抗此病之力。至今尚無一種藥物，可以治瘰結核病，其恢復之程度，全恃能否以充分之休息，日光，與新鮮空氣，及適宜之飲食，培養其抵抗力。凡結核病兒之父母，於以下各點，皆須小心受訓練。他行也

休息 病人夜間須睡十小時，上午及下午各休息一小時。

新鮮空氣與日光 小兒不僅須終日在戶外，且於可能時，夜間亦須睡在戶外。若氣

候溫和，適宜於日光療法，當使其逐漸習慣太陽之光線。(參看第九章日光療法)

飲食 宜配製平衡，而適於病人之年齡，最為緊要。多飼以富含礦物質及維生素之

食物。此等病人，常極貧血，需用富含鐵質之食物。每日又至少須飲牛乳兩量磅。

魚肝油 魚肝油或其代替物，平常可助培養身體之抵抗力；小兒服魚肝油，其胃腸

道之擾亂，較成人為少。

沐浴 凡結核性傳染，普通皆有盜汗，兒童尤易發生，必須每日沐浴，行日光療法，以

結核菌有

維持其皮膚之功用。夏季，病人之近海者，每日作海水浴，甚為有益，惟須小心令病人逐漸習慣冷海水。

併發病。化膿之腺，常有破裂入附近靜脈，而致發生粟粒形結核病之可能。

何金氏病 Hodgkin's Disease 此症首由何金氏 Hodgkin 於一八三二年明白敘述，故即名為何金氏病。此係淋巴腺之惡性病，為一惡性淋巴腺瘤 Lymphadenoma。其特徵為散佈身體各處之淋巴腺，漸進的致命的增大，兼有漸進的貧血。

病原學 此症普通見於

青年男子。

臨床症象 此症發生時，

淋巴腺無痛脹大，普通始於頸之一邊，逐漸波及他淋巴腺，如腹股溝，腋，縱隔障，與腹部之淋巴腺，依次而及。同時有漸進的貧血。(第七十三圖)



第七十三圖 何金氏病

診斷。症狀明顯者，其診斷常不難。在早期時，亦可似結核病或梅毒之腺脹大。惟與結核病不同者，卽其腺不因發炎而團集一處，不易破裂而成膿腫。在相當時間內，他腺亦將發生類似之增大。梅毒之腺變化，其特徵爲腺形較小，約於同時廣布；梅毒之大腺腫，與初期損害聯合，多半可由乏色曼氏反應加以區別。早期症與可疑之症，宜用外科手術切除其手術可及之病腺。

治法。此症尙未有治癒之法；內科療法之有無功效，係屬疑問。用X光線治療，普通可使腺之大小速減，或竟完全消滅。然隔長短不一之時期後，仍將復發，或在原處，或在它處，且漸變爲不受X光線治療。惟用此療法後，平常可得兩三年安舒之生活期間，故於病人甚有裨益。

第十三章 甲狀腺 胸腺

甲狀腺腫 Goiter

甲狀腺 The Thyroid Gland 凡甲狀腺脹大，非由於發炎者，普通稱為甲狀腺腫 Goiter。

種類 (一) 單純性甲狀腺腫 Simple goiter，多少為生理作用，其甲狀腺僅因肥大而腫，於臨床上或無重要關係。(二) 膠體性甲狀腺腫 Colloid goiter。此係甲狀腺腫，而有大量之膠質沉着者，顯示其活動之休息期。(三) 腺瘤性甲狀腺腫 Adenomatous goiter。特徵為腺之各部，發生腺瘤性小結。此狀顯因食物內慢性的缺乏碘質所致。(四) 甲狀腺癌 Cancer。甲狀腺癌比較為一不甚普通之病，最多見於腺瘤性甲狀腺腫之病人。(五) 突眼性甲狀腺腫 Exophthalmic goiter。此非甲狀腺單獨之病，乃因他類無管腺之機能擾亂，而致甲狀腺增大。

病原學 甲狀腺於發身期，行經期，妊娠期，及授乳期內，常略增大。甲狀腺病，女子較

男子幾多十倍除甲狀腺癌與突眼性甲狀腺腫外，甲狀腺病普通與食物內之碘質不足有關。所謂地方性甲狀腺腫 Endemic Goiter 者，見於全世界上之若干地方，其居民大部份皆患此症。病係腺瘤型。如在日本，亞洲，英國，奧大利，瑞士，及美國之一部份，地方性甲狀腺腫為一普通病症。重神經擾亂，如驚恐，或長時間之精神過勞，常使甲狀腺發生變化，結果可致突眼性甲狀腺腫。

症狀 甲狀腺腫之症狀，大概可分為兩種：

(一) 與新陳代謝之改變有關係者，(二) 因腺腫壓迫而起者，大抵在氣管。新陳代謝改變，

因甲狀腺正常分泌(甲狀腺素)之增加或減少所致。分泌減少，可使新陳代謝作用減低，分泌增加，則可使其活動力增高。甲狀腺居於氣管之兩側，其峽經過氣管，故甲狀腺如甚腫，將迫令氣管移至一邊，(若兩面之腫大小不相稱者尤甚)或實際被壓縮。氣管受甲狀腺壓迫之時間延長，可使氣管環軟弱，而致歛縮性異常。

甲狀腺機能遲鈍(分泌減少) Hypothyroidism 甲狀腺正偏分泌減少，在發身期



圖 四 十 七 號
簡 單 性 甲 狀 腺 腫

之前，與發身期之後，根本不同。

(一)發身期前之甲狀腺機能遲鈍(克汀病) Pre-pubertal Hypothyroidism (Cre-tinism) 兒童於發身期之前，甲狀腺分泌缺乏，結果可致克汀病，於上述世界各國之甲狀腺腫區域內，更爲普通。此症之現象，爲發育遲緩，智力不足，或等於癡愚，皮與髮乾，新陳代謝率大減，性器官之發育不足。深期病人，其身體短小，狀似侏儒，間或口角流涎，性情癡呆。

(二)青年期後之甲狀腺機能遲鈍(粘液性水腫) Post-adolescent Hypothyroidism (Myxedema) 婦女於中年時，亦常有並無明顯之原因，而發生甲狀腺分泌不足之狀者。此卽所謂『特發性型』Idiopathic type 是也。於甲狀腺施行手術，致所留之腺組織不足者，亦可發生此狀。其臨床現象爲精神抑鬱，呆滯，皮與髮乾，面部有特殊之浮腫，下脛尤甚，左右鎖骨上部之脂肪增多。新陳代謝率顯然減低。

甲狀腺機能遲鈍之療法 甲狀腺機能遲鈍，其治療之法，不外以甲狀腺製劑飼之。患克汀病者，若爲日已久，其發育不足，多少已成永久性，然經治療後，通常可得顯著之進步，至少令此等兒童，能在社會中自立。如爲粘液性水腫，可望完全恢復，惟普通須續服甲

狀腺製劑，並無一定時期。

甲狀腺機能過敏 Hyperthyroidism 乃因甲狀腺之正常分泌增多，見於單純性甲狀腺腫，腺瘤性甲狀腺腫，及突眼性甲狀腺腫。

症狀 症狀不一，但皆由於甲狀腺之分泌增多。病人常極神經過敏，其應激機能增加，有輕重不等之震顫，兩手尤甚。皮膚潮濕，容易出汗，食慾頗佳，且常增盛。其重者則有明顯之腹瀉，間或嘔吐；脈率增高，心之動作極速，如作輕微之運動時尤甚。新陳代謝率顯然增高。

診斷 如上所云，甲狀腺機能過敏，至少可與甲狀腺三種不同之變化有關。

(一) 單純性甲狀腺腫 Simple Goiter 甲狀腺輕微之脹大，係生理的，與發身期及妊娠期內之變化有關係。其腺微腫，柔軟而堅度一致。實際上或無症狀，或祇有溫和之甲狀腺機能過敏症狀。

治法 投以小劑量之碘，並注意其全體狀況，以減少緊張，普通用此法已足。

(二) 腺瘤性甲狀腺腫 Adenomatous Goiter 此係『甲狀腺腫區域』內之定式病症。亦有若干區域，其全部人口，無論男女老幼，以及家畜如馬牛貓犬等，幾無不患甲狀腺

腫。此症之重者，顯然由於食物及飲水內，幾無碘質所致。若在碘質未至完全缺乏之處，其甲狀腺腫，發現較遲，普通在二十歲左右，且大抵為女子。此症之特徵為甲狀腺不規則的腫大，顯係小結性。除其腺增大，及於氣管上發生壓力外，並無症狀，然至將近中年時，幾常有甲狀腺機能過敏，與心臟擾亂之症狀。此名為毒素性腺瘤 *Toxic adenoma*，乃腺瘤而有甲狀腺機能過敏之症狀者。其症狀為心動過速，體重減輕，神經過敏，性情急躁，及新陳代謝率增高。眼球並不突出。

治法 其惟一滿意之治法，為施行外科手術。此症於早年時，除甲狀腺腫外，雖無其他症狀，然而損害心臟，與發生甲狀腺機能過敏，幾為必不能免之事，故應早以手術治療；迨至症狀顯現以後，即用手術治療，亦不能十分滿意矣。所施手術，即將甲狀腺之兩葉切除其大部份，而僅留足以維持機能之一小部。施行手術前，須先投以含碘之魯葛爾氏液 *Lugol's solution*，歷時一星期或十日。



第七十五圖 腺瘤性甲狀腺腫

(1) 突眼性甲状腺腫 Exophthalmic Goiter 此症首由格雷斐氏 Graves 於一八三五年詳細敘述，故常稱為格雷斐氏病 Graves' disease。巴雪朵氏 Basedow 於一八四〇年亦曾敘述此病，故又稱為巴雪朵氏病 Basedow's disease。此非甲状腺之原發性病，然其腺之變化特甚，若切除此腺，顯可治癒。

病原學 此症最普通見於青年女子，但亦可見於中年以後。至少有若干病人，係因強烈之情緒擾亂，如驚恐，與長時間之精神過勞所致。此症在非甲状腺腫區域內，顯然更多。

症狀 腺之構造，逐漸增大，常為對稱的，有時不甚大。以聽診器置於腺上，可覺其確定之震顫，或聞營營之聲。多數病人，皆有眼球突出之趨向，其輕重不等，重症可致異常突出。同時上臉缺乏正常運動，故眼向下時，上臉不隨眼球而向下。其他症狀，與甲状腺機能過敏同，即心動過速，神經過敏，發熱，消化擾亂，與新陳代謝率增高。(第七十六圖)



第七十六圖
突眼性甲状腺腫

豫後 此症易作不規則之進行，而增減其輕重，如波浪式。若不用手術治療，約有四

分之一可以致命。投以碘質，或可暫時制阻，惟此藥之作用旋失，過後再用碘質，其功效減少，或全無價值。碘是否可永久治癒此症，尙無證據。

治法 治療之法，病人須完全休息，安臥床上，免除一切刺激，包括喧嘩等在內，並用高熱力飲食。輕症用此療法，可使其症狀大爲減輕，顯似痊癒。惟較普通者，其病狀進步至一定點後，卽致復發。多數經休息與小心飼食之後，應投以碘質，如魯葛爾氏液 *Langol's solution*，於一星期或十日後，再施手術。此手術卽截除大部份之甲狀腺，而僅留其足以維持正常工作之一小部（約五分之一）。

突眼性甲狀腺腫之護病法

患突眼性甲狀腺腫之病人，須分別治療。不可令病人遵守醫院常規。注意病人入院，及在院內護理之一切細節。各種佈置，及照章應辦之一切手續，當於病人未到前，由其家屬代爲料理。病人宜由最近便與最少刺激之路，直赴病室。室內須完全準備，由主管之護士，預備接待，將病人安放床上，不可稍現忙亂之狀。一切命令，當然須在病人未到之前，先向醫師請示。

環境。病室內不特須陰涼，且須有充足之新鮮空氣。因病人產生之體熱，多逾尋常。若室中溫暖，或空氣不流通者，將使其不甯靜，不舒適。室內須極安靜，謹防一切刺激。床須柔軟而舒適，無凹凸之處。此種不安，可使病人不甯靜與神經過敏。環境幽靜，為病人所最需要。其入院之目的，常有祇為靜養而來者。床上之橡皮單，阻止蒸發，而增加病人之煩熱不安，必須將其撤去。

精神療養。護士對於病人，及其身體上精神上之現象，必須詳細明白，以輔助治療。生理的休息，為治療此症之重要關鍵，然因病人感覺生活之興趣甚濃，而精力加增，以致不住活動，欲使之休息，頗非易事。如欲制止其活動，阻遏其滔滔不竭之談話，而同時不致令病人情緒紊亂者，非有高等之機智，與熟悉各種生理方法不可。患甲狀腺腫之病人，雖僅受些微之刺激，亦易變為過敏不合理，忽而興奮愉快，忽而抑鬱沮喪。蓋情緒不定，為此等病人最顯著之特性，雖遇輕微細事，亦將顯示非常之情緒激昂。其精神方面，顯然缺乏平衡，不能集中注意，與弛緩身心。故於無論何時，皆應與以保護，避免一切興奮，疲勞，與煩惱。

休息。減低基礎代謝率，有一最好之法，即減少其生理上之需要，故休息為治療甲

狀腺病之必要條件。強制的身心休息，可以減少甲狀腺之活動。夜間須睡眠八小時。病人最好能居於和諧之環境中，度其安閒、恬靜，如在『休眠狀態』之生活。惟病人夜間常因心悸而不能成眠，護士須多用腦經，想出各種使人安眠之法。用酒精擦抹後，繼以輕輕按摩，常可輔助病人，使其身心閒適，而得安然入夢。病人多轉側不甯，與神經過敏，故其睡眠不能如健康者之甜密，欲其酣睡達旦，魂恬夢適，常須用鎮靜劑。溴化物多不能受，常致妨害消化，成爲一嚴重問題。魯米那 Luminal，或巴比特魯 Barbitol 化合物，爲普通所用。惟此類藥物，於就寢時一次服大劑量，不如分爲數小劑，其效更佳。

會客須有限制，護士當小心觀察每一探病者於病人之影響如何。若病人因探病者而更變爲神經過敏，須報告醫師。

普通衛生 皮膚 因新陳代謝增加，而產生過多之熱，率由放射作用離體。故由皮膚失去之水份增多，以致皮暖而潮濕，爲此症之特徵。每日須洗清潔浴一次，以病人之基礎代謝率增高，故熱之產生與放射亦多，皮熱而濕，病人遂因出汗過多而致不安。

此等病人之汗腺與皮脂腺，甚爲活動，而有局部的與全體的大汗。其皮較平常健康之人，似更油膩。手足與腋下潮濕，故欲使病人舒適，與外觀優美，非十分小心護理不可。

病人之面與頸，常有瀰散性似紅斑狀之潮紅，其皮膚亦常變為淡棕色，面與頸一帶有色素沉着，亦可遍及全身。平常於中毒症狀消滅時即退。

此等病人所需之衣被，較平常人少，雖在冬季，祇蓋一層布單，已可使其十分舒適矣。

飲食 飲食至為重要。每一病人之飲食，須分別規劃，以適應其特殊之需要。病人常言，雖食多量之食物，仍覺饑餓，而體重續減。然若仔細審查其飲食之熱力價值，則其總加路里，殊不足以適應病人基礎代謝率增高之需要。病人每日所需之加路里，須遠過於平常人，故應小心規劃，供給高熱力之豐富食物，以資維持，否則病人常感不足，幾將食物不離其口矣。病人所不滿意之飲食，必為僅含低熱力或平均熱力之食物所配成，體積雖巨，而不足以供給病人所需之熱力。

甲狀腺機能過敏之病人，缺乏儲蓄葡萄糖之能力，觀其血糖分之高，可以證明。血糖分高，係因肝不能儲蓄之故，或由於肝內因此症所起之毒素性改變，若人體內不能儲蓄葡萄糖，必須每日有充分之食物供給，否則必致消滅體組織。病人每日所需之熱力，較平常人處於相同之情形下，幾增一倍。

病人所需之食物元素，各醫師之見解，在細節方面，大有不同。有除去蛋白質者，以蛋

白質興奮細胞，生出過多之熱，祇有增高體溫，方能利用，而增高體溫，當然為病人所不需要，且不相宜之事。其他醫師，亦有吩咐用足量之蛋白質，以適應身體需要，而用炭水化物與脂肪，以供給其餘之熱力需要者。病人飲食中，當以炭水化物佔最大部份，因其最易同化也。

注意病人症狀之進步，與體重之增加，頗有趣味。滋養不足，可以減少其安定性，而擾亂神經系統適當之機能。

晚間宜用輕淡而易消化之點膳，可以止饑，且可引睡。

此等病人，平常約需五千加路里之熱力。護士須明瞭各種食物之燃價。茶、酒、咖啡，與煙，通常不宜列入。

病人入院時，須秤體重，以後時常秤之，直至出院為止。

水。病人多汗，亦常因嘔吐與腹瀉，而有脫水之趨向，頗為明顯，故每日須飲大量之液體。於橘汁中加入乳糖，為一有益之飲料，既可供給液體，且可增加不少熱力。

病人於二十四小時內，至少須飲液體三千至五千鈺（西西）。病人之新陳代謝率高，而多產生熱，故須強飲液體。所生之熱，或祇由蒸發消散，因此須多供給水，以備蒸發。水之

比熱頗高，故能吸收大量之熱，而勻布於全身。水又能帶過剩之熱，至身體表面，以備蒸發。是水不僅為高溫度變化之緩衝，且能於體內作為熱之輸送器焉。

排泄 此等病人，常患腹瀉，但幾無便秘者。胃腸道必須注意，若不能適當行功，即將妨害治療，蓋食物之消化與同化，為治療上最重要之一因素也。

尿中之尿素、尿酸，與他種氫質，顯示增加。病人患營養性糖尿者頗多。糖尿病有時與甲狀腺機能過敏並發。其糖尿間或為食炭水化合物過多所致。實際上多數病人之糖尿，皆為暫時性，僅由腎溢出一些糖而已。故此狀不必指示病人氫化糖之能力減低。

眼 眼平常無需特別護理，惟眼球突出過甚者，兩瞼不能閉合，灰屑粘着角膜，可致乾燥與潰爛。如此者，其結合膜囊，須時用硼酸水洗之。夜間用繃帶將眼繃紮，使其閉合。若眼球之突出顯，恐將成為永久性。

魯葛爾氏液 Lugol's solution 常吩咐用之。此液內含碘百分之五，溶於百分之十碘化鉀 Potassium iodide 溶液中。每一甌（十六量滴）中，含碘一百二十六甌。其劑量視病人之狀態而異。魯葛爾氏液須在飯後和於牛乳或橘汁內飲之。橘汁與牛乳，可去碘之色與味，而減少胃腸道刺激。平常服魯葛爾氏液後，可得顯著之進步。病人較為安靜，其脈

率逐日減低，病人自覺大好，常幻想爲已癒，而欲停止治療，若竟許病人停止服碘，雖祇數星期，其症狀亦可復發，重與前同。魯葛爾氏液，若服之過久，即失其作用。平常於十日，至兩星期內，得益最大。

洋地黃 *Digitalis* 若無切實禁忌，醫師或令病人於短期內常服大劑量之洋地黃。但須嚴密觀察病人，有無服過量之症狀，即惡心、嘔吐、腹瀉、頭痛，與脈搏減至六十以內。

病人之溫度、脈搏、與呼吸，每四小時查一次。其溫度平常略高於正常度。基礎脈（即清晨病人未醒時之脈），平常約於上午六時數之。睡眠時，或完全休息時之脈率，須特別注意，因甲狀腺病人，幾常明顯加速，而在他病則否。心動過速與新陳代謝之增高爲比例。臥床休息時，甚或睡眠時，依然如故，與因各種神經官能病而致脈搏加速者，殊不相同。

血壓每日檢查一次。

基礎代謝 *Basal Metabolism* 基礎代謝率，即人當休息時之新陳代謝率也。基礎

代謝率約隨甲狀腺病之輕重而比例增高，可自 $+15\%$ 至 $+50\%$ ，甚或至 $+75\%$ 。病人之消瘦衰弱，即因基礎代謝率增高所致。

決定基礎代謝率時，病人之準備：病人於試驗前一日，食晚點之後，不再給食物。病

人非終夜安眠，身體不用力，情緒不擾亂者，不能得滿意之試驗成績。試驗日之晨，不食早餐，不服藥，若能不飲水尤佳。

病人用輪椅或抬床，送至新陳代謝室，禁止肌肉用力。

後料理法 試驗既畢，病人即可食物。

平常每五日覆驗一次，以考查其治療之功效。

喉鏡檢法 Laryngoscopy 施行手術之前，須檢查喉，以發見其有無喉癱。此檢查法可以顯出初起之外展肌癱。若發現此狀，外科醫師施行手術時，即將特別注意於其神經區。又在手術前知有此狀，事後亦可免外科醫師受人不公平之指謫，如病人或其家屬，常以為此癱乃因手術所致。

口之料理 於手術後期，病人之口，須特別料理，並清除其口腔膿毒。

心前區置冰帽 平常吩咐以冰帽置於心前區，因冷可減輕心悸。冰帽須用闊帶縛住，以維持其位置，而免病人握持之勞，或致卸落。

手術前期 手術前期，平常約歷一至二星期。屆時病人已可達到施行手術之最良狀態。

施行手術之時間，不可令病人知之，甚至施行手術一事，亦勿令其知。欲免病人因手術而憂慮，常實行所謂『甲狀腺竊取術』其實行之法如下：每晨令病人於自己室內，數嗅一氯化氮與氮氣，可使其習慣麻醉用之器具，並告以此乃『療病』。迨至實際施行手術時，其麻醉並不間斷，而繼續施用，使病人安然入睡，不知其恐怖時間之將到。俟病人睡熟，即可連床移至手術室。

病人初入醫院時，常以繃帶纏於其頸際。用此繃帶之目的，即使病人習慣，而於手術時殊不自覺。

不論施行甲狀腺竊取術與否，病人常宜連床移入手術室。

手術後之護理 床 病人施行手術後，其床之鋪法與他種床同，惟不用絨毯。護士易使此等病人太暖，然過熱可致不甯靜與不安，務須避免。

位置 頭托固定在四十五度左右之角度。病人作垂直勢，支持舒適。兩肩裹一極輕之棉絨毯，用針扣住。作此位置，可使由創口外溢之血，血清，及甲狀腺分泌，易於排出。

脈搏 脈搏指示病人之狀態，頗有價值，須極密切注意。

液體 手術後宜立即飲水。各種液體，與柔軟食物，一俟適宜，即可早餉。液體與滋養

品，爲病人所亟需。惟平常咽喉甚痛，故嚥物殊覺困難，或須用鹽溶液或葡萄糖，由靜脈內或皮下輸入，以補充飲水。

發熱 醫院中有一常規，病人體溫高至一百零二度以上者，用微溫水擦後，當再以酒精擦之。皮膚之反應必須佳良。浴後宜摩擦至皮作淡紅色，則放射作用可以完成矣。

併發病 (一) 出血 護士須時刻注意敷料上有無血漬，並檢查其頸後，間或所出之血，未被敷料吸收，而沿頸流至後面。出血或有一部份爲隱匿血，於頸之鬆組織內成一血腫 Hematoma。如此者，常須重開創口，縛住出血之血管。

(二) 手足搖擻 Tetany 病人之手足搖擻，乃因甲狀旁腺受傷，而妨礙鈣之新陳代謝，現已證明。因鈣之新陳代謝受障礙，致血中之鈣分低。手術後之手足搖擻，於施行甲狀腺手術後，可以隨時發生。平常在最初二十四小時之後，但亦可遲至數月。

症狀 護士須注意病人之四肢，是否麻木或強直。其神經系統之應激機能增高，可由各類屈肌之強直性痙攣顯出。痙攣之輕重不等，或爲持續性，或爲間歇性。此痙攣甚痛。

治法 最近製成之甲狀旁腺膏 Extracts of the parathyroid gland，於治療上甚有價值。每三小時服乳酸鈣 Calcium lactate 十五厘，或靜脈內注射氫化鈣 Calcium

chloride 可恢復血內之鈣分。

(二) 返神經受傷。返神經節制使聲帶外展內闔之諸肌。有時於施行手術時，返神經受傷，以致妨害其功用。若內闔（發音時之位置）之功用受障礙，則一部份或完全失音；若外展（呼吸時之位置）之功用受障礙，則致呼吸困難。

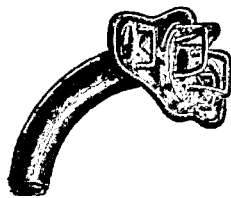
若兩側之內闔肌癱，因不能使聲帶並合，可致失音，但無呼吸困難。

若兩側之外側肌癱，聲帶極度內闔，可致重大之呼吸困難，而於呼吸時有尖銳之嘯聲，但並不失音。此等病人，或需用氣管切開術，蓋因發炎作用而致氣管微有水腫，可致聲門閉闔，病人將因窒息而死。

氣管切開術 Tracheotomy 氣管切開術乃一種救急手術，

護士須完全準備，於千鈞一髮之時，與醫師以最靈敏，最有效之輔助，於氣管上開一口，而插入氣管切開術管，使病人可以由此呼吸。氣管切開術管有數種，各有內外二管。外管有一盾狀物，上有兩孔，聯之以帶，可將此管縛住。內管較外管略長，可取出清潔。（第七十七圖）

用品。氣管切開術之器械，常須滅菌預備，因需用之時，必須立刻取用，不能稍緩須



第七十七圖
氣管切開術管

與，若必待臨時滅菌而後用之，病人或已氣閉而死矣。

應備之物：(一)局部的或全身的麻醉劑(緊急時可不用麻醉劑)。

(二)沙袋，置於肩下，以伸長其頸，而使氣管更爲凸露。

(三)氣管切開術管與帶。

(四)氣管切開術擴張器。

(五)牽開器。

(六)解剖刀與剪刀。

(七)鉗(平滑鉗與有齒鉗)。

(八)止血鑷。

(九)縛線與縫線。

(十)無菌之物：手巾，布單，海棉。

(十一)清潔皮膚之抗毒劑。

氣管切開術之後料理法：室中須溫暖，空氣宜潮潤。若呼吸困難，或吩咐用蒸氣吸

入法。護士須注意內管，勿令阻塞。其法可取出內管，加以清潔；取時，以左手之拇食兩指持

外管，而以右手將內管小心取出。此管用重碳酸鈉 Sodium bicarbonate 溶液洗淨，滅菌，抹乾後重行插入。

病人因嚙物時痛，故飲液體或覺困難。若病人不能嚙，須用鼻飼法。施行此手術後，病人非學習以手指按住管孔，將使人不能聞其聲。平常以潮濕之敷料，蒙於管口。

氣管切開術病人床側所備之物。其需用各物如下：

- (一) 氣管擴張器。
- (二) 一碗重碳酸鈉溶液，以洗淨內管。
- (三) 棉花。
- (四) 敷料鉗與探子。
- (五) 解剖鉗。
- (六) 廢料盆。

此管平常於第四日後取出。取出後，病人須嚴密注意，若不能自然呼吸，護士須將氣管擴張器插入其舊創口，使氣管邊分開，以待醫師到來相助。

氣管切開術後之併發病爲創口傳染，枝氣管肺炎，或氣管因受壓而致潰爛。

急性手術後甲狀腺機能過敏。甲狀腺毒症，可於手術時，或手術甫畢後突然發生，常被稱爲甲狀腺危象 *Thyroid crisis*。症狀：脈與呼吸速，次數漸增，體溫升高，達一百零五六度，惡心，嘔吐，極度激惹，與不甯靜，漸致譫妄。嘔吐使病人不能吸飲，或保留液體；新陳代謝率高，發熱，間有腹瀉，使體內水分之損失更多，而滋養物之需要益增，若不能應其需要，病人之體組織將被毀滅。

治法 (一) 大劑量之魯葛爾氏液 *Lugol's solution* (五十至一百量滴) 平常於葡萄糖內輸入靜脈。嘔吐使病人不能口服魯葛爾氏液。

(二) 液體須盡量由口與直腸及靜脈內輸入。葡萄糖平常注射於靜脈內，可增加動物澱粉之積儲，供給易氯化之食料，以防酸中毒。

(三) 用冰濕布裹法以減低其溫度。冰帽須圍繞其頸，並置於心臟及臂腿內大血管之上。

咳嗽與嘶嘎。施行甲狀腺截除術後，如有咳嗽，嘶嘎，平常吩咐用安息香 *Benzoin* 與桉葉(猶卡列) *Eucalyptus* 吸入法。

吸藥時須用格魯布帳 Crampent, 使病人能在最舒適之位置, 不必曲頸, 因曲頸困難而不舒適也。(第七十八圖) 格魯布帳使病人吸藥時可以移動。其髮須用橡皮帽或手巾保護, 以免潮濕。非俟一切準備後, 不可將此帳罩於病人上面。吸後病人之面頸須用冷水洗沐, 更換乾寢衣與裹肩之絨毯。

安撫性飲料, 鎮靜劑, 與護士之慰藉, 可免病人恐慌, 且能平其刺激。

恢復期 此手術僅為治療突眼性甲狀腺腫之起點。病人在院時, 須教以以後之生活方式。其豫後良否, 大抵恃乎病人之經濟狀態。通常有神經不安定, 與神經衰弱之症狀, 為其舊病之遺跡, 因此工作能力大減。病人生活, 須在受人庇蔭之環境中, 使其身體方面, 社會方面, 與經濟方面, 均覺安定。最好能避免一切傳染, 呼吸道



第七十八圖 甲狀腺病人之格魯布帳

之上部尤甚。疲勞，與劇烈之精神興奮，亦須避免，恐其誘致昔日之甲狀腺病，重復發作也。

胸腺 Thymus Gland

胸腺爲一較小之無管腺，居於胸內，在胸骨上段之後。其功用至今未明。胸腺於初生時有之，逐漸增大，直至二歲左右，後乃漸小，通常於發身期消滅。

淋巴體質 Lymphic Constitution (Status Lymphaticus) 胸腺大小異常，或久不消滅，與所謂「淋巴體質」有關。此等兒童，平常蒼白，柔弱，扁桃體與腺樣增殖體之大異常，淋巴構造，莫不增大，包括淋巴腺在內。此症象界限不甚分明，且可於不知不覺中，漸成常狀，故診斷不易。其應注意之要點，則爲此等兒童，極易受染，有猝然身死，而無明顯之原因者，與外科手術，尤有關係。此等兒童，或有哮喘發作，夜間尤甚，隱示其氣管受壓。胸腺增大，於甲狀腺腫區域內更爲普通，發生格雷斐氏病者常有之。

診斷 診斷之法，祇有用 X 光檢查，可於胸骨後面之胸腺位置，顯出一明確異常之影。此等兒童，於施行外科手術時易致猝死，其與外科學之關係在此。

治法 昔謂用 X 光治療胸腺增大之兒童，可免手術時猝死之慘劇。因此信仰，昔日

第十四章 乳房之病

產後乳房炎 Puerperal Mastitis 此即所謂『發炎乳房』是也，普通於授乳初期有

之急性乳房炎(乳滯) Acute mastitis (caked breast) 見於授乳初期，普通因不能使乳房排空所致，有時因乳頭破裂而痛，或因不能哺乳等。乳房腫脹，觸痛，顯有小葉。普通於乳之中央部份最顯，周圍漸減。兼有輕熱，患處常極觸痛。

治法 治療之法，為保護乳頭，以減少不安，扶托乳房，施以按摩，並用其他手法，使乳房按時排空。產後因故不能哺乳時，當用瀉藥，及逼壓法，使其生乳停止。若須繼續授乳，則用扶托，按摩之法，及使乳房按時排空，平常可以治癒。
此為外科治療法之第一

急性化膿性乳房炎(乳房膿腫) Acute Suppurative Mastitis (Abscess of the Breast)

此為乳房炎常有之結果，發炎不止，而成膿腫。其特徵為明顯之發熱，常有寒戰，局部觸痛，紅腫，而有搏動痛。膿腫或發生於乳房內，常為多數性，或發生於乳房之深面，穿入乳房下組織，使乳房由胸壁向前舉。後者其痛較少，而更腫，因其發炎作用少為纖維構造所限制也。就大體言，其熱度與所顯之困難，比例不合。

治法 如有膿腫，當切開排液。切開乳房面，可致畸形之癥，若用華倫氏 J.C. Warren

切法，即可免除。此法乃依乳房下摺之一線切開，翻乳向上，自下面開放膿腫。（第七十九

圖）此為達到乳房下膿腫最佳之

法，亦為接近乳房內膿腫最滿意之

法，可免畸形醜惡之癥。（第八十圖）

但宜留意將各膿腫腔廣為開放，作

相當之排液。（第八十一圖）

慢性囊腫性乳房炎 Chronic Mastitis

Cystic Mastitis 此症於二十歲

至六十歲間之女子，甚為普通，因恐

發生痛症，常致引起驚惶，故頗為重

要。此症由於乳管之一部份梗阻，致

管擴張，而成許多或大或小之囊腫。此症常與定期性之行經乳房痛伴發。其真確之病原

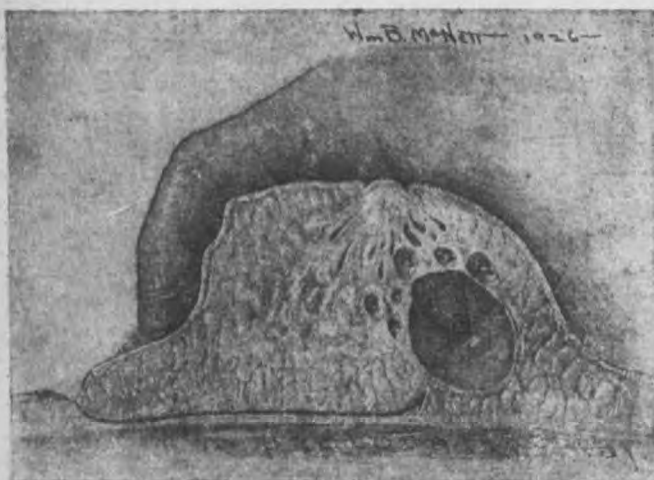
不明。



第七十九圖 華倫氏切開乳房膿腫法

通有或大或小之結，常能在皮下自由移動，此項小結，不附着於皮，其乳房亦不固定於深組織。若觀察稍久，可見其大小與位置，時常改變，或一時幾已消

臨床症象 發炎或祇限於一個乳房，惟普通兩側皆略受影響。其特徵為乳房上有瀰散性不整齊之塊，散布頗廣，惟間或有限於一角者。普



第八十圖 接近乳房下膿腫法



第八十一圖 乳房下膿腫排液法

滅，一時又復發現，且較前更甚。若年輕婦女，發生此狀，與初期癌症不難區別。惟年齡較高者，尤其在生活變化期以後，則區別更爲不易。現時醫學家，以爲此症與癌症之間，尙無切實關係，但可爲一慢性刺激之原，而引起癌症之發生，此點不可不知。

治法 年輕婦女，及多數年長婦女，治療時當與以安慰，免除癌症之恐怖，此爲治法中最重要之一點。若乳房大而重，可用托帶，有時應用平均之壓力，可使其減退，而免除不安。亦有若干病人，其發炎祇限於乳房之一節，尤其是年長婦女，可以施行探察手術，而去其主要之發炎區。此手術當由乳房下之華倫氏彎形切線，施行切開，乳房翻起，由其下面小心探察。或須切去大量之乳房組織，而將留存之組織併合，使乳房復回原位，以盡量減少其畸形。若於其損害之性質，有相當疑竇，則用乳房探察術，切去若干組織，以備立即檢查，爲惟一安全之法。若原診斷爲慢性囊腫性乳房炎，證明錯誤，而知確爲惡性症，即當應用乳癌之療法。

乳癌 Cancer of the Breast 乳房之各種真性腫瘤，其中最普通者爲癌，但須知各式囊腫性乳房炎，不列入腫瘤中。

病原學 大多數見於女子，惟男子乳房生癌，亦未嘗無之。平常在四十歲至六十歲

之間發生此症，在三十五歲以前少見，曾經生育之女子，患者最多。除子宮癌外，此為女子最普通之癌症。

臨床症象 腫瘤之

發生，並不疼痛，故常係偶然發見，於乳房之一部份，有不規則之硬塊。（第八十二圖）此瘤之生長頗

緩，惟在年輕之病人，較年長之病人為速。腫瘤漸大，易與皮粘連，而牽皮向瘤，同時並拽乳

頭向內，名為乳頭退縮 Re-

traction of the nipple，此狀

非不常見。（第八十三圖）迨

至後期，瘤已固定於皮，最後

發生潰爛，同時亦可固定於

其下面之肌上。（第八十四



第八十三圖 乳癌



第八十二圖 乳癌

圖) 乳癌亦與他種癌同, 可延及此一部份內之淋巴腺, 其趨勢甚明。腋淋巴腺, 胸肌後淋
巴腺, 胸骨後淋巴腺, 與鎖骨上淋巴腺, 依次被染, (第八十五圖) 此腫瘤有發生骨遷徙之
趨向, 最普通者, 為股骨之
上端, 肱骨之上端, 椎骨體,
與骨盆之骨。至後期時, 乳
房大部份之皮, 皆固定於
腫瘤, 而現「豬皮」狀, 其緩
緩發生者尤甚。在此時期,



第八十四圖 乳癌

病乳一面之臂, 有時發腫, 因腋淋巴腺被染, 閉斷自臂來之淋巴流, 並於腋靜脈發生壓力
所致。此點為腋內有廣大之遷徙性沉積 *Metastasis* 之證據。

診斷 女子於四十歲後, 乳房上發生偏側之硬塊者, 皆應認為可疑。若粘連於皮, 而
非發炎性, 其為癌症之可能性益顯。乳癌與囊腫性乳房炎之區別, 平常不難, 因囊腫性乳
房炎, 普通為兩側的, 而癌症則為偏側的, 其兩乳皆有者, 甚為罕見。惟於早期時不能作正
確診斷者有之, 故遇可疑之症, 當用外科探察術而於此時決定相當之治法, 最為安全。

豫後 癌症若能早發見，而病人之年齡，又不太幼，用外科手術治療之，希望頗佳。約有百分之五十病人，其癌未延至腋淋巴腺者，於手術後五年，依然無恙。惟病人之年齡較輕者，患病已久者，並有延及淋巴腺之明徵者，其豫後不甚良。

治法 此症若發見較早，除根治手術外，其他療法，皆不必嚴重考慮。稍後，皮已潰爛，而有廣大之遷徙，至淋巴腺者，手術仍大有價值，可以增加病人舒適之生存期。惟病勢極深，皮已潰爛，臂已發腫者，外科手術殊無能為力矣。

X. 光線與銑 X-ray and Ra-

dium 放射線在乳癌療法中，其地位

尚未確定。現有許多病人，在各診療所中，由各醫師單獨用銑治療乳癌。內有若干，其所得



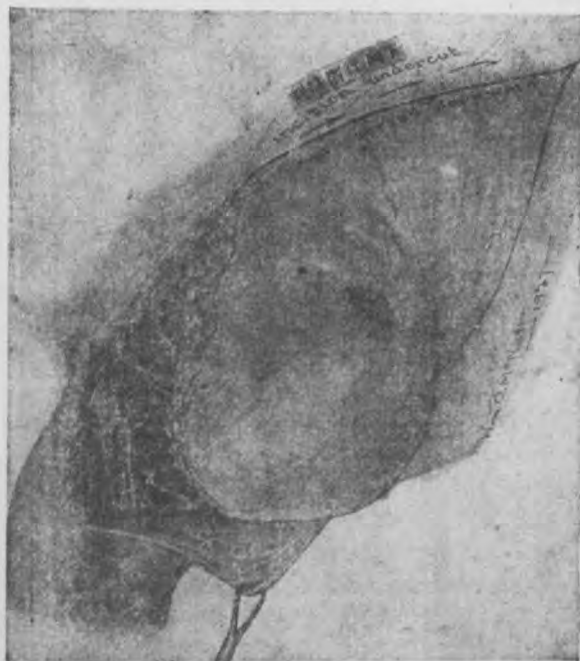
第八十五圖 乳淋巴管

1. 胸廓頂淋巴腺 2. 鎖骨上淋巴腺 3. 肩胛下淋巴腺
4. 胸肌淋巴腺 5. 鎖骨下淋巴腺 6. 至對面之乳房

成績之佳，殆與根治手術等。然欲準確估計此療法之價值，非再經若干年之研究不可。於施行手術前，先用射線療法，是否能增加治癒之分數，尙無確證。惟用於手術後復發之症，頗爲有益，已得確實證據，於手術後循例用X光治療者，亦可略增其治癒之分數。後期症之潰爛脫腐者，用銑或X光之放射線治療，以清除腐肉，而增加病人之舒適，或亦有價值。若已發生骨遷徙者，其痛甚劇，用X光以止痛，常大有價值，雖不能信其可以治癒，然可延長病人舒適之生存期一二年。

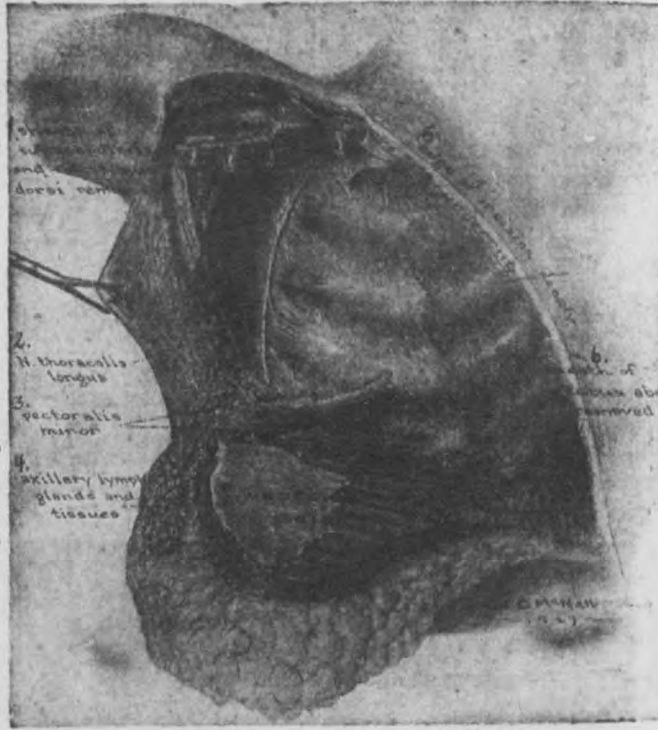
手術療法 診斷不確定

者，當先探察腫瘤，立卽用顯微鏡檢查，其手術範圍，可由病理學家之報告而決定。凡癌症



第八十六圖 乳癌手術

塊之皮，切除兩胸肌，並小心切除自腋下，胸肌下，與肩胛下部來之淋巴腺。（第八十六，八



第 八 十 七 圖 乳 癌 手 術

1. 肩胛下肌與背闊肌之鞘已切去
2. 胸長神經
3. 胸小肌
4. 腋淋巴腺與組織
5. 胸大肌
6. 深切之割口邊
7. 腹直肌之鞘已切去

認爲可以治癒者，宜施行「根治手術」Radical operation，包括切除所有乳組織，與一大

十七兩圖) 切除後,常有不能使皮封合創口,而不發生異常之緊張者,如此當於手術時即用替耳什氏植皮術 *Thiersch graft*, 以補其缺陷。創口必須封合,臂向外展。恢復期內之大部份時間,臂仍須作此位置,以免創口封閉或癒合時,因臂靠在身旁,以致癒後不能運動自如。(第八十八圖)

護病法 手術前之預備(參看第二章) 局部的 自頸部之髮際起,直至與臍相平處,前後各經過中線,連同病乳一邊之臂,直至肘關節下,及病乳一邊之腋下,同時將毛剃淨。有時即於手術時施行植皮術,如此者,其同側之大腿前面,亦須預備。切除一單純之乳房腫瘤,可不必連臂剃淨。

手術後之護理 位置 病人麻醉醒後,當在床中撐起,手術一邊之臂,外展成直角,



第八十八圖 乳截斷術後臂之位置

用枕支持之外科醫師亦有以頸懸帶 *Cravat sling* 繞其腕際，而縛於床頭者。舊法縛此臂於身旁，現已不用，因易致癢痕收縮，而使臂之運動受限制也。

預防病側之一臂強直，及運動不靈，為護理此等病人最重要之點。此臂於首數日內，在外展位置，休息不動，繼即勉勵病人輕輕運動，但宜小心，運動時不可令縫處過於緊張。俟縫線拆去後，病人應練習運動其臂，先以手觸頭後，次向前後運動其肩。每日數次，每次運動數分鐘。按摩癢痕，當於第四星期內開始，以防其粘連於肌。

飲食。病人於手術後，可立即飲液體，或於需要時飲之。手術後一日，即可用柔軟之食物。

應注意之併發病 休克（參看第五章休克節）

出血（參看第五章出血節）

肺併發病 枝氣管炎與胸膜炎，為施行乳截斷術後常有之併發病，因創口縫線緊張，繃帶緊束，與胸肌受傷致痛，使胸腔之運動受限制而然。

臂水腫 由於腋靜脈血栓形成，或淋巴管梗阻。

創口受染 由於手術時或裹敷料時之技術不良。

敷料 於最初二十四小時內，其敷料或須增厚兩三次，平常有大量之血，自敷料滲出。腋下及背上，常置額外棉墊，此兩處之滲出，似乎最多。排液管於第二日取出，即在此時更換敷料。平常非俟第十日除去縫線後，不再換敷料。

恢復期 平常於第四日准許病人起床片時。此事在病人方面，大抵甚爲愉快，且令護士有翻轉臥褥，使床透氣之機會。

病人須時常運用其臂，以恢復肩臂之正常功用，護士於此點，宜令病人得到一正確之印象。

第十五章 胸膜與肺

胸膜 The Pleura

膿性胸膜炎 (膿胸) Purulent Pleurisy (Empyema) 此係胸膜腔內積膿。

病原學 膿胸爲肺炎與流行性感胃之普通併發病，亦爲肺結核病之併發病，但不甚普通耳。肺炎症併發膿胸者，其有關係之細菌，爲各種肺炎球菌。流行性感胃併發膿胸者，普通由於鏈球菌；肺結核病之併發膿胸，當然爲結核桿菌所致無疑。膿胸之發生，爲以上各症胸膜發炎，而有滲出液之結果，液體積聚，而傳染發病之細菌，遂致化爲膿性。

臨床症象 膿胸爲大葉肺炎之併發病，普通於驟退後發生。此時溫度已近正常，或回復正常，忽又上升，而若干肺炎症狀，亦重新發現。其有病一邊之胸腔，不能如無病一邊之自由運動，叩診時有實音。肋間或成扁平，或致突起。膿胸併發病，小兒較成人更爲普通。流行性感胃併發之膿胸，其發生頗早。若病人之狀態較流行性感胃應有之狀更惡，即疑其有膿胸併發病。

結核病之發生膿胸，係隱襲性，除屬於結核病本身者外，極少症狀可見。其發熱常較高，甚至更高於活動性之肺結核病，其病側之胸腔，運動減少，然有發生已經多時，方始覺察者，亦屬不少。

診斷 (一)體格檢查之結果，或富有暗示性，或不能決定其是否；(二)施行胸腔吸引術，用針吸引，將有膿發見；(三)攝取X光片，於診斷上甚有價值。

豫後 肺炎症併發之膿胸，其豫後頗佳，診斷較早，治療得宜者，更有希望。流行性感冒併發之膿胸，雖其死亡結局，係由於膿胸，或由於流行性感冒，常不易決定，然其豫後頗為嚴重，則可斷言。結核病併發膿胸，指示其胸膜之結核性傳染，蔓延甚廣，不僅使病側之肺傷殘，且留下一硬壁之巨大空洞，故其豫後之嚴重，可不待言。

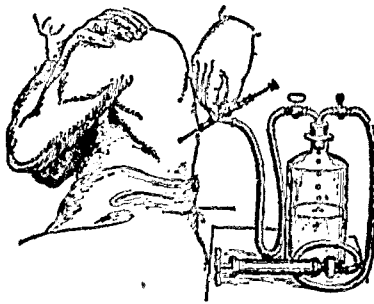
治法 膿胸之治療，除由結核病併發者外，常屬於外科。其治法有二，可應用於膿胸之各期。

(一)吸引術 Aspiration 吸引術，即用空針與注射器，自膿胸腔吸出多寡不等之液體也。(第八十九圖)此法可應用於肺炎併發膿胸，而病勢沉重之人。於流行性感冒併發膿胸者，亦為一最有益之方法，因其發生常在病勢極盛之時，故病人殊為危殆。小兒患

膿胸者，尤適用此法，結果或可治癒。於前兩種病人，僅可視為姑息療法，於最嚴重之時期，減輕其病勢，惟普通於吸引術後，常繼以更有效之排液法，視病人之狀而定。吸引術針刺之處，或在背部肩胛角之下第七或第八肋間，或在腋中線之第六肋間。如在較低之處，恐觸及膈，或穿破膈，而刺入右側之肝，其危險甚大。用此法時，須抽出足量之液體，以減輕病人之呼吸困難，或至引起咳嗽，乃停止吸引。此法可續行兩二次，但祇能認為一種姑息療法。惟小兒膿胸，則為一例外。

(一) 密閉排液法 Closed Drainage 密閉排液法者，

即以排液管一二條，於肋間通入胸腔以排液，而密封其所開之孔，不通空氣，胸膜腔內之壓力，可以管之吸力節制。於比較急性之膿胸，肺之壓縮不久，而未為粘連所緊束者，用此法大有價值。其目的在抽出胸腔內之液體，以促肺擴張。若有成效，其腔穴之大小，亦可縮減不少。用兩管一上一下，置於附近之肋間，功效最佳。須用較小之管，使其能自肋間通過。惟普通用此法排液，常不能完全滿意，最後須以第三法，



第八十九圖 胸膜吸引術

可檢時後
 (白)法(教)分
 試驗(數)ABC
 292

即開放排液法補充之。(第九十圖)

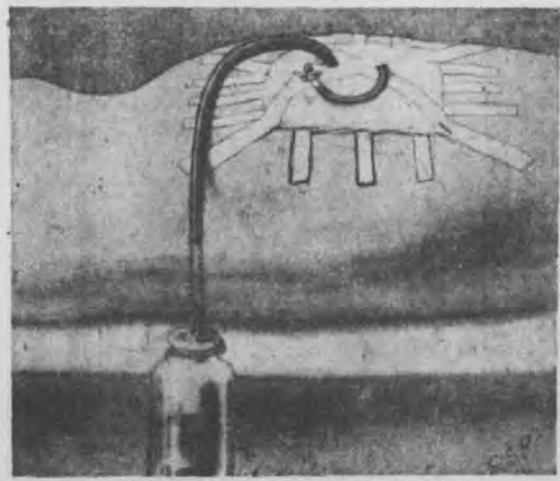
(1) 開放排液法 Open Drainage

開放排液法，用於吸引術後，及密閉排液法後，

已使胸膜腔多少縮小者，或用吸引術及密閉排液法均不適宜者。此法係用外科手術，截去一二根肋骨之小部份(二英寸)，或在背部之肩胛角下，或在腋中線。施此手術後，胸腔自由開放，創口並不封閉，與密閉排液法不同。由此所開之創口，通入較大之排液管兩條，用合口膏貼住。排液之外，亦可用相當之溶液，注洗胸膜腔。此法可利因紐尼西林時作作注洗。

胸腔之用
 膿胸之護病法 普通衛生 飲食 飲

食為膿胸治療法中重要因素之一。發熱期內，病人食慾不佳，祇用液體食物，護士須以種種機巧，使其輸入之熱力單位，足可維持。各種液體內，應加入乳糖，使身體能得相當之炭水



第九十圖 膿胸密閉排液法

化物供給。迨熱勢漸退，食慾增加時，其飲食亦隨之而增，直至病人每日至少能得三千加路里之平衡食物為止。葡萄糖可於發熱期內由靜脈輸入。

液體。輸入多量之液體，甚為重要，不僅可助熱勢之減退，且可以助毒素之排除，此毒素乃由傳染而來者也。

新鮮空氣。病人須得充足之新鮮空氣與日光。日間宜將床推至陽台上，以變換景物，並得新鮮空氣，以刺激食慾。病人之精神狀態，將立見進步；稍後其身體方面，亦將顯有同樣之進步。

各種治療法。胸腔吸引術。抽出胸腔內之液體。

應用之物品。(一)吸引瓶，或大注射器。

(二)橡皮管二條，連一裝管器。

(三)橡皮瓶塞，裝有兩個金屬管，與活塞開關。

(四)唧筒。

(五)吸引套針。

(六)清潔皮膚之溶液。

由科療法

一、用針及注射器吸胸者

二、用針及注射器吸胸者

三、用針及注射器吸胸者

四、用針及注射器吸胸者

由科療法

(七) 局部麻醉劑。

(八) 火棉膠。

(九) 海棉。

(十) 合口膏。

(十一) 兩蛙 Luer 注射器，以注射局部麻醉劑。

用品之預備 將瓶塞塞上，橡皮管兩條，各連於瓶塞內之一個金屬管，再將套針連於一個管端，唧筒連於另一管端。將通至套針之一管之活塞關閉，而抽出瓶內空氣，使成真空。瓶內所以必須成爲真空者，因胸腔內有陰壓（吸力）之故。氣壓大於胸腔內之壓力，不能利用重力，使液體流出，故必須將瓶中氣壓減低，即用唧筒唧出瓶內之空氣，使成真空。唧筒又可藉吸唾之力，使液體自胸腔流出。試驗此器，可置針端於一杯水內，若水能吸入瓶中，則此器即可應用矣。

病人之位置 病人靠近床沿，側臥於無病之一邊。亦有外科醫師，甯令病人坐於床沿，而兩足踏在檯上者。病人宜舒適，依外科醫師指定之位置，小心用枕襯墊。不可令病人傷力，或不安，最爲緊要。

皮膚之預備 皮膚用綠肥皂與醇，汞色質 Mercurochrome 或 Merthiolate 清潔，以無菌巾蓋之。然後於針刺處注射麻醉劑。

液體停流時，即將活塞關閉，取出套針。蓋上敷料。令病人安臥，因放液刺術後易覺發量，甚至入於休克狀態，護士須嚴密觀察病人若干時。常宜預備興奮劑，於需要時用之。

密閉排液法 手術前皮膚之局部預備 於胸之外側面及後面剃淨一大區域。注意腋下，務須剃淨。

全身預備 與任何種手術同，(參看第二章)。

手術後病人之位置 作半垂直勢，以得適當之排液。

密閉排液法之護理 (亞立山大醫士法 Dr. John Alexander Method) 手術後一小時，以排液管之一端，浸於一個小無菌器皿中之無菌硼酸溶液內。將管上之夾鬆去，約令其排出六十瓦之膿(幼兒三十瓦)。將管重行夾好，然後自溶液中取出管端，防有空氣侵入胸腔。注洗管上之夾不動。依此手續，每小時一次，直至不再有膿排出爲止。繼將此排液管，用無菌玻璃二聯管聯於一無菌長橡皮管，注滿無菌硼酸溶液，管端在一咖啡無菌瓶中，浸入無菌硼酸溶液內約十釐，此瓶置於地上，自後排液管上之夾，即永久開放。長管

之長度，須令病人能在床轉側，不致曳管出硼酸溶液。為格外安全起見，可將此管用帶繫於瓶頸，以防脫出。

此時已預備用硼酸溶液，或含氫蘇打（鈉氫粉）外科溶液 *Surgical solution of chlorinated soda* 注洗，每兩小時一次。因管口不通空氣，故病人毋需作特別姿勢，使溶液直達於胸壁各部。將一個裝滿溶液之三千哂注射器，聯於注洗管上，然後將夾取出，使溶液緩緩注射入內，但切勿用壓力，恐致排液管阻塞。繼續注洗，至回流內無膿為止。每次將注射器取下重裝之前，注射管必須用手指或夾夾住，以防空氣入胸。通至床下大瓶內之長排液管，自瓶內取出洗淨之前，亦須先行夾住。

開胸術（胸廓切開術）*Thoracotomy* —— 開放排液法。

手術前之預備（參看第一章）

手術後之位置 病人作半垂直勢，以助排液。

注洗 應用之物品，隨外科醫師而異。

外科醫師於此項療法，所欲成就者三事：

（一）胸膜腔排液。

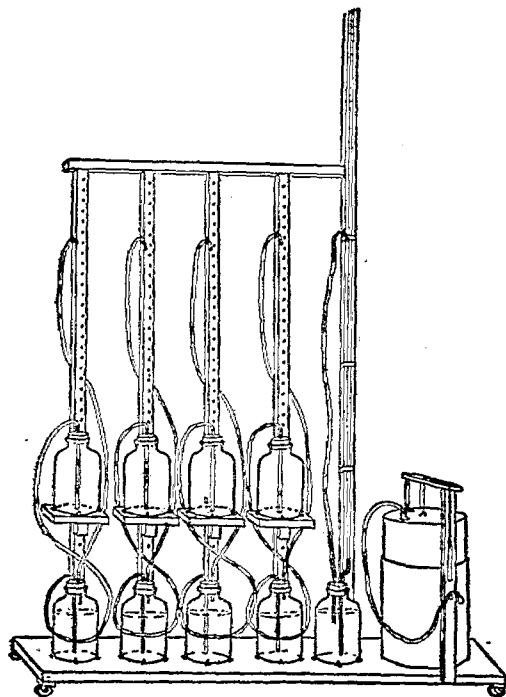
(二)擴張肺部。膜胸與其他膜腫不同，因肺擴張而癒合，並非由肉芽癒合，故肺不擴張，為一嚴重之事。

(三)胸膜腔消毒，以戰勝傳染。

施行開胸術後，已得一排液法，迨金氏溶液 Dakin's solution 注洗，則為消毒之用。護

士令病人用力吹氣，以戰勝抵抗力，可大有助於肺之擴張。(第九十一圖)取瓶兩個，用玻璃管聯合，即可製成一十分滿意之器具。病人吹氣入一瓶內，使瓶中之水，逼入他瓶。小兒可用喇叭或叫笛，用力吹之，或吹張氣球亦可。

敷料 須用大敷料，



第九十一圖 擴張肺部之肺量計

且時常更換。

溫暖。此等病人，須穿法蘭絨睡衣，並預備裹肩絨毯，因其胸腔開放，故散熱甚速也。

肺 The Lung

膨脹不全與大塊萎陷。Atelectasis and Massive Collapse of the Lung 膨脹不全，即有大部份或小部份之肺，失去空氣，顯因枝氣管梗阻，而自肺泡吸收空氣之故。大塊萎陷，則有大部份之肺（至少一葉）失去空氣，較膨脹不全更甚。以上兩種情形，於本節合併論之，蓋至少在外科方面，膨脹不全即為輕性之大塊萎陷也。

病原學。以上兩種情形，為手術後之併發病者，亦頗不少，最常見於腹上部施行手術之後，如胃與十二指腸及膽囊等手術，間或在任何種腹手術後皆可發生，在任何種外科手術後發生者較少，亦可見於重傷之後，尤其是重骨折與意外之壓傷。發生此兩種情形之原因，一部份為呼吸之深度受限制，於腹上部施行手術後，此為一重要因素；一部份則因一個或大小之枝氣管，被堅韌之粘膜阻塞。如遇此情形，在此一部份肺內之空氣，即被吸收，而肺乃萎陷矣。

症狀 普通於二十四小時之內發現症狀，然亦有較遲者。明顯之症，則有重呼吸困難，發熱，脈速，發紺或微或顯。定型之症，其體徵如下：患部顯濁音，暗示肺炎及心臟變位，但係傾向患側，而不似胸腔多積液體時之離開患側。診斷之法，於體徵而外，兼須用X光，可以準確顯明其肺之狀態。

治法 預防之法，頗為緊要。若能於麻醉期終止後，立即用二氟化炭以引起深呼吸，並於此後二十四小時至四十八小時內，每隔三小時至六小時使用一次，則於手術後發生此兩種情形之數，當可大減。此法可使肺擴張，且多半可免枝氣管被粘液阻塞。在床上轉側病人，以免久臥於一種位置，在最初兩日內尤要。已經發生後之治療法，用二氟化炭刺激呼吸，雖仍有效，然其價值已減。使病人側臥，甚至使其頭低於骨盆，可以有益。刺激咳嗽，亦有功效。如病人發紺，或有和氣作用不足之證據，當用氧氣帳，使病人吸氧氣。通常除較重之症外，豫後尚稱佳良。

枝氣管擴張 Bronchiectasis 此名詞用以指示一種枝氣管擴張之狀，大抵在肺之下葉，或為對稱之管狀增大，或為囊狀增大。有時為偏側性擴張。

病原學 見於小兒者，為重天哮噎，或慢性枝氣管炎之結果。亦可因偶然吸入異物。

而不即取出所致。見於成人者，其原因頗不明瞭，雖常有久咳之歷史，然其病原不免為一疑問。

症狀 咳嗽為一習慣症狀，普通於朝晨較劇，常係陣發性，一日中數次復發。痰頗多，痰內易有泡沫，靜置時分為二層或數層，其狀頗為特殊。久病者，或有輕微之肺出血（咯血），以前頗與慢性肺結核相混。如係兒時得病，而歷久不瘡者，或有杵狀指。

治法 治瘡頗難，或竟不能治瘡，因枝氣管之損傷為永久性，且完全限於肺之一葉者甚少，故不能用手術完全治瘡之。普通有三種治法：（一）位置排液法，（二）普通衛生，（三）各種手術。

（一）位置排液法 Postural Drainage 使病人作成一種位置，其頭與上胸，較骨盆為低，以助之排空積在肺內之液體。平常使其頭垂床外，而臥於無病或病患較輕之一側。如此可使胸內之液體，大為排出，若一日兩三次，歷久當有極切實之進步。

（二）普通衛生 護理此等病人，當用適於慢性肺結核病人之普通衛生法。療養院制，常於病人有益，詳見脊椎結核病之治療法。

（三）手術 適用於此症之手術不一，或以壓縮受病之主要部份為目的，或完全切

除其主要受病處之一葉。壓縮法可用人工氣胸術 *Artificial pneumothorax* 或膈神經截除術 *Phrenicectomy*，後者多少使膈於患病之一邊，永久抬起，以壓縮肺。欲使肺之一部份永久的壓縮或萎陷，可將患部上面之肋骨數根，截去其一大部份，使胸壁陷入，以壓縮肺。截除肺之一葉，手術重大，須將胸腔開一巨口，拉出病肺，而用各種方法截除之。

肺結核病 *Pulmonary Tuberculosis* 近年以來，此症已多列入手術外科之範圍。按肺結核病有兩種情形，用外科療法頗有價值。其一為慢性結核性膿胸，已於膿胸節論之。此等病症，如液體不吸收，而有混合傳染，適應胸腔開放排液法者，可施行手術。此時病人之肺，普通不如他種慢性膿胸之擴張，且不常需要擴張，因此留一巨大之腔穴，其內界為萎陷之肺，心臟，縱膈障，其外界即為胸腔之硬壁。此腔當然不能由肉芽填滿而閉合，又因肺之擴張，為不可能，或不需，則此一面之胸壁，必須令其陷入，以填滿空處。其法係在相當位置，截去數根肋骨之大部份，即所謂胸膜外胸廓成形術 *Extrapleural thoracoplasty* 是也。此係重大之手術，惟精於技術者，可以奏效。他類肺結核病之需用手術日多者，為慢性肺結核病，大部份或完全限於一側，或肺之一葉者。此等病症，多於肺內留下巨大之空洞，因此須用壓縮術。其適宜之手術，可分三種：（一）最初用人工氣胸術，以壓縮肺，或大有

成效。(二)膈神經截除術，於相當之一面，在頸際切斷膈神經，並截去其一大部份，以防重行聯合，恢復機能。膈神經截除術，可使病側之膈癱瘓，結果使膈上升，壓縮肺，而限制胸腔之容量。此係一種大手術之預備，比較輕微，且甚少危險，以此預備截除胸壁之骨部，而壓縮肺。(三)第三種應用之手術，即所謂「胸膜外胸廓成形術」。此法於近年來始應用於肺結核病，惟用以治療慢性膿胸，(不論結核性或非結核性)，則已有多年矣。用此法治療結核病之手術，約分兩期以上，每期截除肋骨若干。實際須將施行手術之肋骨全部截去，而並不開放胸腔。此項手術，甚為困難，而病人之身體又不佳，故非有豐富之經驗與技術不可。然在病勢已無挽回之人，施行此手術後，多可較有希望。

肺結核病之護理法 普通衛生 結核病人之抵抗力，經過若干時期小心節制之衛生療法，即可養成，此點不宜忽視。

環境 病室須明亮，最好有日光透入，而不為玻璃所阻隔。窗須洞開，冬季溫度，不可超過華氏六十八度以上。若病人由療養院送至急性病院，已習慣豐富之日光與新鮮空氣者，必須加倍供給始可。室內各物，均須十分清潔。不可乾掃或乾抹，以防塵灰飛揚。日光能於數小時內殺滅結核桿菌，宜多用此消毒之法。

休息。病人不可自己用力，因用力增加呼吸，而按之病情，須將呼吸減至最低度。所宜注意者，即肺應休息，凡增加呼吸之事，皆應小心避免。

榮養 (參看脊椎結核病飲食節)

水。病人須多飲水，以維持體內水之平衡。此等病人，常因出汗而失去多量之水，必須努力維持其體內之水分，以防脫水。病人飲充分之水後，其熱勢顯可減低。故每晝夜輸入之液體，至少須有三四千託，平常遠過於病人之口服量，其餘當用靜脈內注射或皮下注射法輸入之。

排泄。瀉藥可不必用。飲食內須包含充分之輕瀉食物，外加多量之液體，即可每日大便。大便有定時，亦可以助適當之排泄。

衣服。冬季病人須穿法蘭絨睡衣，因羊毛衣服，可自皮膚吸收過多之濕氣，故晚間有盜汗者，可更舒適。

咳嗽與唾痰。結核桿菌使肺內發生破壞性發炎性之變化，故平常有痰咳出。痰內密布結核桿菌，故富有傳染性。當咳嗽、談話，或噴嚏時，有細微之染菌痰屑，散入空氣中，或為附近之人所吸入。此染菌之痰屑，亦可落於器具上、地板上，或掛物上，而危及他人。故病

人咳嗽時，當用紙掩口，以防飛沫之散布。此紙當立刻投入紙袋中，勿令第二人觸之。痰須吐入有蓋之痰杯，時常更換。

痰杯之處置。 用過之痰杯，裝滿木屑，以新聞紙數層包之，投入爐中燒燬。如在醫院內，病室中無焚化爐，即將裝滿木屑之痰杯，投入紙袋，裹緊，以防潑出，袋上標明「焚燬」。結核桿菌甚有抵抗乾燥之能力，痰內桿菌，可以生活數月之久，故處置若不合合法，足以增加危險。

每日記錄痰量。 每日所睡之痰，須量過記錄，以此與手術後所睡之痰量比較，甚為重要。

膈神經截除術之護理法。 手術前之預備。膈神經截除術雖為一種小手術，祇用局部麻醉劑，惟普通病人，對於手術之結果，皆甚恐懼憂慮，使其衰弱之身體，更受影響。護士應向病人說明此手術之簡單，及手術後所得之益，以消滅其恐懼憂慮。

局部預備。 女病人頸際之皮，毋需剃淨。男子則須剃淨其頸之前下及後側之皮。其他預備，與任何種手術同。

全身預備。 不用瀉藥，祇於手術日之上午用清潔灌腸劑。病人可飲水果汁，至手術

前四小時止。

手術後之護理 位置 半垂直之位置，可助病人呼吸。欲防受寒，病人之肩臂，須用

絨毯遮蓋。

痰 每日所睡之痰，須準確量計，以資比較。蓋膈神經截除術之臨床作用，其一即為使痰減少。膈神經截除後，膈即癱瘓，使病人咳嗽唾痰時，較為容易。

胸膜外胸廓成形術 *Extrapleural Thoracoplasty* 手術前之預備 病人已安居

療養院中數月，而習慣其制度，一旦遇有施行此大手術之必要，當然無此勇氣。護士應努力設法，以恢復病人之勇氣與樂觀，此勇氣與樂觀，實為事後奮鬥之有力援助也。護士應以種種方法，免除病人憂慮，使其對於此手術安然毋恐。

局部預備 於前後胸各劃過中線二英寸或三英寸，上自鎖骨，下至髻前上棘處。腋下務須剃淨。如有排液之管，兼須清潔創口，與其周圍之皮。

唾痰 病人於手術前兩小時，使肺中之痰，排空一次，手術前一小時，再排空一次。使病人唾痰，可用已經證明之有效方法。有時其最佳之位置，即倚靠床側，用重力法引出其痰，有時側臥於病患較輕之一邊，或較重之一邊，視情形而定。此肺內排液法，可防手術時

吸入傳染性之分泌物。

手術後之護理 病人所臥之床，必須十分溫暖。施行胸廓成形術時，病人失去之體熱，遠過於廣大之開腹手術，其體溫或致降落數度之多，故回床後必須加蓋絨毯，用熱水瓶或暖爐等，以供給熱力。

病人之位置 麻醉醒後，病人應置於半垂直位置，半臥於施手術之一邊。胸臂須用肩毯密蓋，或着長袖高領之褂。欲維持此位置，而勿令病人傷力，當用數枕，與一橡皮環，妥為支持，膝下放支持物。若病人眩暈，不能用此位置，亦不能維持過久，必須時時整理。獎勵病人臥於施手術之一邊，愈多愈善，此位置可以支持軟弱之胸壁，增加肺之壓縮，而助唾痰。

溫度與脈搏 手術後病人之溫度與脈搏均增，即手術前溫度正常者亦然。約因手術時之損傷，及有毒質入於全身血循環之故。溫度與脈搏，平常可逐漸減低，於第二或第三星期內回復常狀。若繼續高，或減後復增者，當注意併發病。

護士應嚴密注意其脈搏之速度與性質。胸廓成形術後，心臟多少變位，牽曳節制之神經。凡此皆可為循環紊亂之原因。心肌因吸收結核毒素，已受損傷，不勝額外之勞力。手術後脈速與呼吸困難之狀，平常須歷數日。至少有若干病人，其呼吸異常艱難。雖感不便，

亦須應用氧氣機。

睡痰與咳嗽。病人日夜須每半小時睡痰一次，以免分泌物留積，而致墜積性肺炎，或再傳染。少量之分泌物，由細毛帶至氣管，又，然自此點以上，必須由咳嗽引出。適當之睡痰法，可幫助病人不少，勸其吸一長氣，然後用力咳嗽，護士當先以一手置於施手術一邊之腋內，一手放在其無病之一側。病人咳嗽時，護士再用手壓其胸以助之。手術後咳嗽，甚為困難，因疼痛，及受腹部強有力之「咳肌」限制故。無效之小咳嗽宜勸阻。

手術後初數日內，因病人不能咳嗽，故痰極少。下一星期中，則有大量積聚之分泌物唾出，其量可較手術前更多。然於肺之休息及壓縮，漸發生良好作用時，其痰量即逐漸減少。

呼吸困難。第一星期內，因肺組織驟減，心臟紊亂，及疼痛，而致呼吸困難；右胸施行手術後，較左胸施行手術後更甚。護士應注意病人之腹膨脹，腹膨脹限制膈向下，因而限制呼吸。

運動。病人每將臂緊靠身旁，以致肩臂之任何運動，皆受限制，且覺疼痛。欲免其肩之疼痛強直，護士須堅令病人於第一日後，肩臂常作自動運動。此運動之開始愈早，則其

痛愈減。數星期後，病人當有小心分級之漸進運動，以強固施手術一邊病廢之肌肉，而抵抗未受手術一邊較強諸肌之牽拽。

第十六章 腹病

解剖學 腹壁 維持腹內臟彼此間之關係，及腹內臟對於膈肌之關係，比較的恆常不變，此責任由腹壁負之。因此腹壁之完整與健全，頗為緊要。腹壁於下列情形，可大為寬弛：(一) 妊娠後；(二) 體重大增；(三) 營養不足，兒童營養不足，尤易致墜狀腹 Pot-belly；(四) 神經癱瘓，如在脊髓前灰白質炎；(五) 腹手術後，供給腹肌之神經，有一二受傷者，將使腹內臟多少下陷，名為內臟下垂 *Visceroptosis*。

腹肌 前有腹直肌，上聯胸壁之劍突與其附近之肋軟骨，下聯恥骨，此肌於維持腹前壁之力，最為重要。側有腹內外斜肌，亦有腹橫肌，後聯於堅固之腰筋膜，前聯於腹直肌之前鞘，阻其向外側突出。神經之供給，大抵來自下六肋間神經，所應注意者，則為此項神經，在外側部係斜行，而於近中線處，則幾成水平。(第九十二圖) 開腹時切斷此神經之一個或數個，不免使腹壁之肌，有或大或小之一部份癱，而致腹壁衰弱。故切開腹壁時，對於神經位置，須有相當之注意。在腹中線劍突與恥骨間之任何一點切開，顯可免傷神經，頗為相宜。於中線之一邊，垂直切開至若干長度，皆不免損傷神經，故不相宜。斜切時，可設法

免傷神經，因此亦頗相宜。大體言之，於臍上開一割口，較在臍下開一割口，少致重要之衰弱，因病人直立時，可以少受壓力也。再論腹部之癍，凡割口與皮之裂紋，多少成直角者，其癍有伸張之普遍趨向；皮之裂紋，大抵隨神經而行。（第九十三圖）因此直癍常有加寬之趨向，而橫或極斜之癍則較狹。此點於審美方面，頗為重要，非為機能關係也。

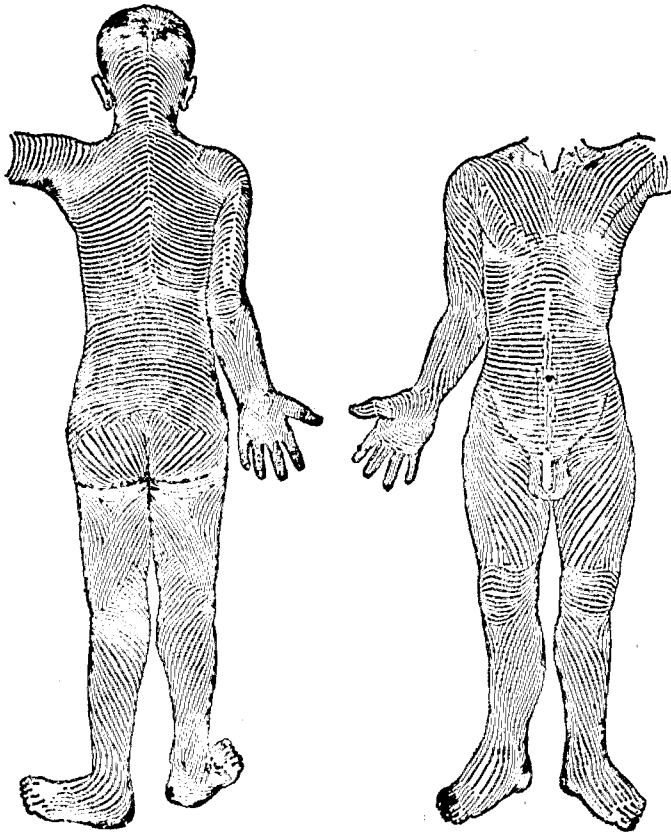
腹部之標誌 有若干

重要標誌，於檢查腹部時常提及之，可使檢查者確定腹內各構造之方位。其中最重
要者，為腹上之劍突，腹下之恥骨聯合，兩側之髂前上棘，及髂嵴，與臍。用此標誌，即可將腹區分若干部，而為記述腹部檢查結果之一助。最簡單之區分，即以兩線將腹部略分為四，



第九十二圖 腹壁之神經

一線自劍突至恥骨，另一線與之交叉成直角，經過臍，而與髌脛相接觸，如此即分腹部爲
 右上，左上，右下，
 左下，四部。如欲
 再分，當然不難，
 然似過於複雜。
 腹部檢查中常
 提及之一點，即
 馬克李內氏點
 (蘭尾炎點) Mc-
 Burney's point
 此點位於腹之
 右下部，自右髂
 前上棘至臍之
 一線上之三分



第 九 十 三 圖 皮 之 裂 紋

之一處。此點平常適在闌腸(盲腸)之上,指示闌尾之正常位置。

腹壁弛緩。Relaxation of the Abdominal Wall 此為一重要之狀,最多見於中年以後,曾經生育之婦女。然亦可見於任何年齡,不論男女,而於體重大減,消耗病,或腹內損害之有積液者尤甚。此狀若顯,病人直立時,腹部懸垂,可以遮住恥骨(第九十四圖)普通由於腹肌之過度伸張,常因腹直肌在中線分離,以致縮向兩側。

症狀。因腹壁不能維持其正常之緊張力,以致腹內臟向下變位,而失其與隔肌之關係。肝,腎,胃,與結腸,皆可因此向下變位,致其血液供給,發生變態,而致肝腎充血,胃腸糾搭。由此可以引起各種消化不良,便秘,頭痛,背痛,而於

許多人在中年時或中年後之效能,有明顯之影響。

治法。治療之法,普通有兩種,一為增強肌力,一為人工扶托。男子,及年齡較輕之女子,可勸其運動,並以腰帶或硬背褙扶托腹壁。年齡較高之女子,其腹肌常過於伸張,萎縮,



第九十四圖
肥胖寬弛之腹壁

而不能增進其緊張力，如此者，祇可以扶托腹壁為主，罕有適應手術者。

腹膜 The Peritoneum

腹膜炎 Peritonitis 腹膜炎可分為急性、亞急性、或慢性，後者普通由於結核病，亦可因其發炎之範圍，而分為局部的、蔓延的、或全身的。

病原學 腹膜炎之重者，普通由於（一）細菌的原因。有時為遠處之構造——如肺——受傳染，而蔓延至腹膜，或由血流轉移至腹膜，則為全身敗血病之一部。然其最普通者，則為腹內構造之發炎，如急性附尾炎、輸卵管炎、或膽囊炎等。（二）化學的原因，如有膽汁入腹腔，或因胃穿破而有胃液入腹腔，或有手術時所用之抗毒溶液入於腹腔等。（三）最後為機械的原因，由於腹手術時動腹膜，或為棉球及器械所傷等。

（一）細菌傳染 腹膜炎間或為肺炎之併發病，常頗嚴重，但於治療肺炎之外，無需用其他療法。腹膜炎亦間或為膿毒性咽喉炎、流行性感目、及數種全身傳染病（包括結核病在內）之併發病，凡此皆應視為一種併發病，罕有需用外科療法者。

如上所述，為實際應用起見，此種腹膜炎常為各種腹內臟發炎或穿破之結果，其中

最普通者爲闌尾、輸尿管、膽囊、胃或十二指腸、與大腸或小腸。由以上原因而起之腹膜炎，多少各自有其明確之臨床現象。

(二)化學刺激 由化學刺激而起之腹膜炎，因有刺激性之液體入於腹膜腔所致。例如膽囊或膽管手術後之膽汁漏出，胃潰瘍或十二指腸潰瘍穿破時之胃液漏出，輸尿管或膀胱受意外傷，或爲手術所傷，而有尿流入腹膜腔，乃其最普通者。若有液體漏出之內臟，並無傳染，則因此發生之腹膜炎，可以無菌，歷時甚久，此在尿液漏出時爲尤確也。

(三)機械刺激 因腹手術時觸動腹膜而致之刺激，常被忽略。腹膜爲一精細之構造，其細胞容易受傷，受傷之結果，爲粘着於其附近構造，或腸圈，或腹壁，而發生粘連。此等粘連，爲外科手術恢復期內之併發病，可使病人大爲不安，或結合甚緊，而致腸糾搭，因以引起腸梗阻。故於手術時料理腹膜，必須小心謹慎，此乃最要者也。

病理學 腹膜受傷，不論由於細菌的、化學的、或機械的原因，均可引起反應，而致發紅、充血，失去平常之光澤，而有液體的與細胞的滲出物。此作用有一早現之結果，卽爲停止腸之正常運動，使此一段之腸，部份癱瘓，或完全癱瘓。若此作用與腹前壁之腹膜層接觸，卽將引起肌強直。此兩者皆爲保護機能，使發炎部份停止運動，將其夾住，以得休息，而

促其癒合。腹膜受傷後所傾出之液體與細胞滲出物，大有殺菌性。此兩種作用相合，為撲滅傳染（如有細菌時）與減少損傷（如因化學的機械的刺激而致發炎）有力之輔助。因此兩種作用之結果，使其膠着於腹部構造，如附近之腸圈，或使胃粘連於肝之下面，或使內臟粘連於腹前壁，而限制其發炎於局部。此作用有一圍裙狀組織，即大網膜相助，此膜易被拽至發炎處之附近，而膠着其上，使發炎限於局部。腹膜內發炎有成爲局限性之趨向，對於腹膜炎之治癒，甚爲重要，故在診斷及治療時，常應謹記。

症狀。 此處所記之症狀，爲各種腹膜炎所共有者，當然將隨其作用之性質與原因，而顯有分別。爲便於敘述起見，腹膜炎可分爲三期，所應注意者，則爲各期之過渡，常隱微而不覺。其極急性者，各期之銜接甚緊，其較輕者，或發炎作用被限於局部者，則後期症狀或並不發生。腹膜炎早期時最顯著之症狀爲痛，普通無確定位置，常感應至腹之中央部。與之俱來者爲腹部觸痛，常有肌痙攣與肌強直，及惡心，普通有嘔吐。病人易作多少有定型之位置，仰臥曲膝，以免牽引其痙攣之腹壁。此期內之脈搏洪大，惟通常不甚速，成人大概在八十至九十之間。於溫度之作用較少，或仍如常，或稍高，而至華氏一百度。稍後，平常於十二至二十小時之內，腸因部份癱瘓，而蠕動變緩，以致腹膨脹。惡心嘔吐不止，且增劇，

嘔吐更頻，而與惡心少有明顯之關係。此時病人之容態，頗為特殊，面部緊蹙，漸露憂色。溫度漸升，且確實增高，普通在一百零一至一百零二度之間；脈搏亦增，常達一百以上；此時其血內之白血球計數，當有切實改變。若繼續進行，而不用外科療法阻止，或不能加以阻止，則後期之症狀，即將發現，其特徵為腹甚膨脹，有高熱，脈速而弱，呼吸增速。呼吸之改變，一部份由於發熱，一部份由於膈因腹膨脹而升高。及後病人垂危，即將發生死亡相 Hippocratic facies，面蹙，頰平，眼有亮光，暗示其死亡在即。此時病人之嘔吐，幾於接連不斷，大抵不須用力，且其吐物常甚臭，（即所謂嘔糞），係小腸內之物，回注入胃，因腸癱而向上逆流所致。

診斷 痛為腹膜炎早發現之重要症狀，而腹膨脹又甚普通，故腹膜炎與其他狀態之有此症象者，應加以區別。例如膽石與腎石之疼痛，腸梗阻（不論由何原因）之疼痛與膨脹，異位妊娠（子宮外孕）破裂時之疼痛，虛脫，與膨脹，卵巢囊腫因扭曲所現之壞死症象，脊髓癆胃危象之腹痛，與鉛中毒腹疼痛之症狀等等，均須加以考慮。

診斷之時，當將以上各症除外，彰彰甚明；亦常有於腹膜炎之真實原因，在施行手術以前，不能作正確之診斷者。實際上重要之點，即在區別因種種原由而致之腹膜炎，與其

他不適用外科療法之各種腹部症狀，例如對於腹內之急性發炎，不能準確區別其原因，而主張施行手術，可無重大錯誤；若誤以脊髓痲胃危象所特有之腹劇痛為膽囊之急性損害，二者有時相類，則將發生重大之錯誤，或致釀成悲劇，不可不慎也。

豫後 腹膜炎之豫後，顯視其致病原因之性質而異。若能去其病原，如急性闌尾炎，或阻其進行，如十二指腸潰瘍穿破，或與腹內之其他部份隔離，如極急性之膽囊發炎，則其豫後較佳。反是，若腹膜炎之蔓延頗廣，雖能去其局部病竈，如壞疽性闌尾炎，而腹膜廣大之發炎，與一大區域內被包圍之積膿，仍不能直達，以施行有效之排液法，則其豫後較為不良。就大概言，腹膜炎之診斷較早，而以有效之外科療法去其損害者，豫後最佳；診斷較遲，而於施行外科手術之前，發炎已經廣布者，其豫後不良。

治療之原則 如豫後節所示，其治療之原則，係於可能時除去其病原，若不能去其病原，則將發炎區隔絕，或使其排液。根據上項原則，發炎之闌尾宜切除，穿破之潰瘍宜縫合，急性發炎之膽囊，宜與腹內之他部份隔離，排液。對於腹膜炎又有一重要原則，即施行手術時，觸動腹膜，雖不能免，然宜以少為佳。其基本原則，為施行有效之療法，而腹膜之被動，愈少愈善。若不免留下壞死之組織，或有染毒之質積聚，而不能於當時排出者，宜設法

令其排液。有許多局限性之腹膜炎，其全部壞組織，皆可除去者，非特不需排液，且甚不相宜，因恐引入異物，其本身即爲一刺激腹膜之物也。由特種細菌而致之腹膜炎，尤其是因輸卵管與卵巢傳染之淋球菌而致者，亦不適用排液法，且宜反對之。然此決定常極不易，須賴外科醫師之經驗與判斷力，方能正確無誤。

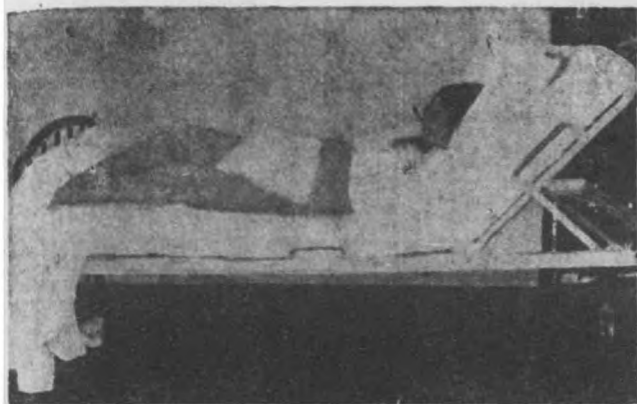
後療法之原則。腹膜炎之重者，無論用手術療法與否，當使腸道休息，此根本原則，應盡力遵守。亦須與以機會，使腹膜腔內之液體滲出物，被吸引而積於腹之下部。因此病人宜作否琉氏臥式（斜坡臥式）*Fowler's position*，其身體之上部，用靠背架抬起，兩膝彎曲，用物支持，以免腹肌緊張。欲使腸道休息，須停止任何種食物，即口飲液體亦不可以。防刺激腸蠕動。此類病人，多有極困苦之同注性嘔吐，由於小腸之逆蠕動所致。逆蠕動爲腸癱之症狀，須腹膜炎退後，始能停止。然以一雷甫氏管 *Richter's tube* 通入胃中，或經過胃，而通入十二指腸，使胃或小腸內之物，常由此管排出，則嘔吐大概可止，或完全不作，而膨脹亦可大減。此嘔吐與膨脹之解除，捨保全病人精力外，於腹膜炎有無其他重要之作用，並不明瞭。然即爲保全精力起見，亦應視此爲一極重要之輔佐療法。在此期內，宜盡量減少其腸之蠕動，因此需投以阿片劑，普通則用嗎啡。重者於早期內不可口服任何物，但

須維持病人之液體輸入量，故大抵由靜脈內或皮下注射鹽溶液，以供給液體，間或用茂斐氏滴法 *Murphy drip*，由直腸輸入。惟由直腸內輸入大量液體，如用六兩或八兩之鹽溶液或葡萄糖溶液灌腸，不免刺激大腸之蠕動，而破壞休息之原則，故此法已多廢棄不用。在最初二十四小時至四十八小時之內，應用熱力，其價值亦不無疑問，因易刺激蠕動，故不相宜。在此期內，亦不可用灌腸劑，其理由同上。迨至後期，病人已有進步之象，即可時時飲以少量之液體，而於腹部用熱及施行灌腸，以解除腹膨脹，亦逐漸相宜矣。

腹膜炎之護理 精神狀態 腹膜炎病人，常極靈警，於其狀態之嚴重，似有預覺。病人於護士之容貌舉動，常密切注意，期於本人之病狀，得有若干暗示。因此護理腹膜炎病人之護士，常宜謹慎，勿於辭色之間，顯露其憂慮之意。

休息為治療之根據，亦為恢復所必需，然以病人之憂慮，警醒，精神興奮，欲得休息，頗為困難，護士必須竭盡才智，方足應此需要，可以斷言。

位置 病人須作否瓠氏臥位，軀幹抬起，與平面成六十度或七十度之角。作此臥式之目的，為便利引膿至骨盆，而使之限於局部。骨盆腹膜抵抗傳染之力頗大，而吸收之力甚小，因其淋巴管不多，故可減少毒血症。



第九十五圖 不正確之否琉氏臥式



第九十六圖 正確之否琉氏臥式

膝宜彎曲，用枕支持，或用特別可以調節之床。以一枕置於床尾，使病人之足，抵着其上。（第九十五九十六兩圖）因此臥式，極易令人疲乏，護士宜用枕支持病人，加以整

理，使其舒適。脊柱之末端，須小心注意。用橡皮環以免受壓，按摩以興奮循環。病人宜勿動，因動可致痛也。

普通衛生 榮養 病人絕對不可吃食物，恐其刺激蠕動，散佈傳染，增加惡心、嘔吐，與氣臟。平常須俟其傳染已限於局部，而安全無害，方可給與食物。傳染之限制，普通於腸胃氣及糞質之自然排出可見。

液體 葡萄糖可由靜脈內輸入。此為一易氫化之食物，可防酸中毒。生理的鹽溶液（當量鹽溶液）由皮下注射。此溶液可以供給體內所必需之氫化物與水。

口 舌乾而中央有苔，兩邊光滑。若不料理適宜，稍後舌上將有痂。病人劇渴，加以舌乾而粗糙堅硬，因此益增其不安。每隔兩小時，須用溫和之抗毒溶液清潔其口一次，後滴液體阿波冷 Albolene 數滴於舌上。唇須常敷雪花膏，以使其柔軟滋潤。

排泄 早期內不可用輕瀉劑與灌腸劑，以免刺激蠕動，而破壞治療之主要因素，即休息。第一次排出之腸胃氣，常為病人恢復之初徵。

靜脈內輸入法 見第五章。

皮下灌注術 見第五章。

脈搏溫度與呼吸。脈搏爲判斷病人狀態最可靠之證據。平常每分鐘自一百十至一百二十次，傳染蔓延，則有逐漸增加之趨向。若傳染繼續散布，脈搏將變弱，最後細而且速，至於不能計數。

溫度平常上升，在此病之終期，則降至正溫度下。其時全身有粘濕之冷汗，病人脈速而溫度低落，卽爲『去死不遠』之徵。呼吸淺而沉着，因腹肌運動，可使病人甚痛，故爲胸呼吸，而非腹呼吸。

腹膨脹。平常有板狀強直，直至傳染局限爲止。灌腸增加腸之蠕動，故於腹膜炎之早期，不用灌腸法。

第十七章 胃與十二指腸病

消化性潰瘍 Peptic Ulcer 消化性潰瘍，現時始爲胃或十二指腸最重要之病症，需用外科療法者。消化性潰瘍之分類法不一。按其位置而分類者爲胃潰瘍 Gastric ulcer，十二指腸潰瘍 Duodenal ulcer，或邊緣潰瘍 Marginal ulcer，邊緣潰瘍見於少數胃與小腸接合之手術後，此潰瘍即在其接合處發生。潰瘍亦可按其時限而分爲急性，亞急性，與慢性，外科醫師所最關切者，則爲慢性潰瘍。

發生率 胃或十二指腸潰瘍，於二十五歲至五十歲之間，較爲普通，男子更多於女子。十二指腸潰瘍較胃潰瘍多三四倍。邊緣潰瘍之見於胃腸吻合術後者，約佔百分之二或三。

原因 此等潰瘍之根本原因爲何，現尙未能有一致之意見。病人之齒受傳染，而患胃潰瘍者，較爲普通，不注意口之清潔者尤甚。病人之口部有他種傳染者，如慢性膿毒性扁桃體，或於腹部之他處，如蘭尾或膽囊，有慢性發炎病竈者，亦甚普通。凡此顯係事實，然其間之正確關係如何，並不明瞭。酸過多極常與潰瘍有關，此點已逐漸證明。酸過多於神

經不安定之人，及工作過勞，憂慮不甯者，似亦更易發生。故神經過勞，或酸過多，或兩者合併，可視爲其病因之一。

胃潰瘍 Ulcer of the Stomach 急性胃潰瘍，並非罕見之損害。其狀不一，或僅爲粘膜之淺腐蝕，或爲小而界限分明之潰瘍，有一柔軟之邊與底。急性胃潰瘍，於二十五歲至三十五歲間之病人較多，男子與女子，大略相等。其症狀如消化不良，嘔吐，而有大量之出血入胃者，亦甚普通。診斷時須查其病歷，大量之胃出血，富有暗示性，並佐以X光研究，可資證明。然淺腐蝕與小而軟之潰瘍，於X光下或並不顯示異狀。治療用內科方法。出血雖嚴重可驚，然罕有致命者，實際上從不應用作外科術。

慢性胃潰瘍 此等潰瘍，多數沿胃小彎，及向胃之幽門端，惟在賁門端附近，與胃大彎者亦有之。其大小不一，自直徑半糲，而有硬邊硬底之小潰瘍，至面積甚大，直徑數糲，而底在肌壁內，抵着腹膜，甚或完全穿過胃壁，而粘連於其附近之構造，如胰腺，或肝之下面。（第九十七圖）如爲大潰瘍，胃之機械工作，將因胃壁受損傷，而受重大之障礙。此等潰瘍，與急性胃潰瘍間之重要區別，爲時限較長，發生癍組織與硬結，爲癒合作用之重大障礙，與身體他處之慢性潰瘍同。

症狀 腹上部痛，爲一普通而幾於常有之症狀。其特殊之點爲食後不久即痛，有時在數分鐘內，有時可遲至一小時以上。服鹼類，與食物離胃或吐出而胃空時即解。嘔吐者約有半數，於痛作後發生頗早，因胃欲排除其致痛之物而然。出血者約佔其四分之一，或多或少，有時大量出血。此等症狀，頗有定期發現之趨向，病人於數星期或數月之內，食後輒有上述諸狀，過此期間，即可不發，其歷時之久暫不等。

診斷 查其病歷，可起極大之猜疑，若有明顯之間歇期者尤甚。檢查胃內容，不問係嘔出者，或用通胃管取出者，大多數顯示胃酸過多。惟最準確最有價值之診斷法，即令病人食銀餐 *Barium meal* 後，用 X 光檢查。由精於此道者行之，X 光診斷，最有功效，亦最爲準確。

併發病 胃潰瘍最嚴重之併發病，爲急性穿破。在胃之遊離面，與胃之前壁穿破者，顯然更爲嚴重。蓋在胃小彎，與胃後壁之潰瘍，易粘連於附近構造，而受其保護；胃前壁與胃大彎之保護較少，故易穿破入腹腔，而使胃內容直接與腹膜接觸，致有劇烈之刺激，而引起重大反應。（第九十八圖）穿破之先，或並無警告，即絕少暗示胃潰瘍之症狀，或並



第九十七圖 慢性胃潰瘍

無病狀者，亦可發生。然自大體言之，病人至少曾有消化不良之歷史，暗示胃潰瘍。此等穿破，於日間隨時皆可發生，惟最多在食後不久，胃中膨脹活動之時。胃潰瘍穿破之症狀，頗為特殊，初有腹上部痛，非常劇烈，

病人可痛極倒地。休克為一早現之特殊症狀，腹肌強直，以謀保護腹膜，呼吸急劇而艱難，其理由亦同；脈搏緩慢，充實，而有規則，溫度正常，或在正度下，直至發生腹膜炎時；腹膜炎之發生，約在穿破後數小時內。診斷頗速，因其痛至劇，腹肌強直，並有腹腔內發生重大

障礙之證據，以故不難。其狀常稱為腹急病 *Acute abdominal emergency*；治療之法，當立即施行手術。凡腹部之病，除因受傷而致內臟破裂外，其急需診斷，與早用外科療法，少有較此更重要者。若於最初六小時內施行手術，幾常得恢復，於六小時之後，十二小時以



第九十八圖 穿破之胃潰瘍

內施行手術者，腹膜炎已經發生，豫後雖佳，然已不甚滿意；於十二小時以後，二十四小時之內施行手術者，其豫後漸益不良；若過二十四小時，則雖用手術，死者常在半數以上。

十二指腸慢性潰瘍 Duodenum Chronic Ulcer 與慢性胃潰瘍同，其損害之原因不明。惟發生十二指腸潰瘍之病原，或與發生胃潰瘍之病原相同，此言殆屬可靠。十二指腸潰瘍，較胃潰瘍約多一倍，男子患此者，約二三倍於女子。潰瘍普通祇有一個，幾常在十二指腸之第一部或橫部，前壁更多於後壁。

症狀 與胃潰瘍同，痛為一顯著之症狀，且與進食有關，亦與胃潰瘍同。所異者，其痛之發生，較胃潰瘍為遲，約後兩三句鐘，假定此時食物已開始由胃而至十二指腸。所謂「饑痛」[Hunger pain]者，常與此損害有關，於胃內比較空時發生，在近午及傍晚時尤甚，深夜之痛，更為特殊。嘔吐不如胃潰瘍之普通，此症狀亦易定期而發，歷數星期或數月之久，後與胃潰瘍同，有長時間之休止，病人可以全無嘔吐。腹上部定期作痛之病歷，常暗示有潰瘍。此等潰瘍，亦可如胃潰瘍之出血，惟其血常入於腸，而嘔出者少，故易致忽略。於發作期內，小心檢查其糞，常可發見微血，甚有規律。若有大量出血入腸，病人或發暈，有時竟可昏倒。於數小時後大便，其糞將作柏油狀，因血與腸液接觸，已發生變化，惟出血多者，仍

有少許之血，未曾改變。柏油樣糞，於十二指腸潰瘍之診斷，頗為重要，然不發見並無關係。診斷。根據食後腹上部作痛之歷史。如有嘔吐，或用通胃管取得其胃內容，平常顯示酸過多。隱匿血，（即非用化學試驗不能發見者），與柏油樣糞，皆可為確定診斷之根據，而由專家用 X 光檢查，尤為可靠。

併發病。慢性十二指腸潰瘍兩種最重要之併發病為『穿孔』與『出血』。穿孔之情形與慢性胃潰瘍同，其發生率亦比較相等。發生時或全無警告，病人亦無暗示潰瘍之先狀。十二指腸潰瘍穿破之症狀，與胃潰瘍無異，其治療之法亦同。十二指腸潰瘍之大量出血，不如胃潰瘍出血之明顯，而易使人迷惑，因胃出血時，可嘔吐多量之血，而十二指腸出血，則普通入腸，於若干小時以內，表面並無證據。此等出血，雖足使人驚惶，虛脫，甚形嚴重，然罕有致命者。治療之法，當令病人安臥床上，完全休息，勿吃食物，用嗎啡以限制腸之運動。凡此方法，其目的當然係使各該部份休息。休息期內，應輸入之液體，當用靜脈內注射，或皮下注射。平常於休息數日之後，即可小心飼食，而緩緩增加其量。有時貧血甚重，宜用完全之血輸入體內，以補充其所失之血。然非病人狀態，十分嚴重，宜遲兩三日再行輸血，以免增加已破血管內之血壓，此時其血管內之血壓，當然已因出血而大減矣。

治療慢性胃潰瘍或十二指腸潰瘍之原則 有兩種普通方法，可以應用。一屬內科，

一屬外科。內科療法之原則有二：(一)減少此兩器官之活動，(二)減少其分泌之酸度。第二種方法，第一原則之實行，可令病人安臥床上，完全休息，此殆為療法中最重要之一點，亦當減少每次所飼之食物量，與變更其性質。減少分泌物之酸度，可服鹼類，如重碳酸鈉 Bicarbonate of Soda，並用少刺激酸分泌之食物。內科療法，必須嚴格實行，方可有效；絕對休息之時期宜長，病人至少於若干月內，須確遵所規定之飲食。依此辦法，有大多數潰瘍可以癒合，或永久癒合；如能確遵指導，用相當之飲食者，尤有希望。反之，亦有許多於症狀完全消滅，病人顯已痊癒之後，重又復發，甚有病人尚能遵守規則之時，即行復發，惟較普通者，則在規則弛懈以後，尚有一點，不得不聲明者，即以上之辦法，於許多病人，不免為一重大障礙，或在經濟上不能實行。普通人民，在工界服務者，欲遵守此項飲食規則，未免與其收入不合，而未婚之人，常寄食於外，或赴餐肆進膳，尤難遵守規則。因此內科療法，常不滿意，經過長時間之反覆試驗後，終不免於失敗。

外科療法，幾完全適用於內科療法未能奏效之症，然非俟內科療法屢試無效後，似不宜輕用外科療法。對於病人之社會的及經濟的地位，亦宜加以考慮，以資決定。外科療

白屋上信

法之原則，即於可行時割去潰瘍如潰瘍周圍有大量之癢組織，而限制循環，使其癒合遲緩，或不能癒合者，當割去之；或雖已癒合，而所生之癢，生活力低，易致破裂，與續行潰爛者，亦當割去。外科療法尚有一主要原則，即永久改變胃之化學反應，換言之，即減少其所增之酸度，以期復原，或得有進步。治療胃潰瘍最普通之原則，即將胃之一部份截除，割去潰瘍，而使胃與空腸之首段吻合。因減低酸度，為施行手術之適應證，故各種手術療法，其目的在除去胃內大部份之生酸區，而後使胃與十二指腸或空腸吻合者，其應用頗廣。十二指腸潰瘍之切除，技術上較為困難，因其創口之封閉，不易美滿也。十二指腸後壁之潰瘍，切除尤難，故施行此法，不如胃潰瘍之普通。胃後壁與空腸吻合，成績優良者佔百分之七十五以上，故今日多採用手術療法。其顯然之作用，係混合十二指腸之鹼性內容，與胃之酸性內容，並減少或完全阻止胃內容之流過十二指腸。若能選擇適宜，則用手術治療後，可得相當永久之美滿成績者，約自百分之七十五至八十。惟施行此等手術後，仍有限制飲食之必要，至少於手術後須經過若干月，倘能繼續用適宜之飲食，即可獲得最優美之成績。

胃潰瘍或十二指腸潰瘍之護理法 手術前之精神護理 愉快之景象，必不可少。

成續。此點較中。即手術之有長元。是也。少。有。去。日。用。胃。截。除。何。之。起。向。

病人須免除煩惱，而知足快樂，蓋情緒可以影響胃腸之分泌也。

口 口內之狀態，平常不佳，須特別料理。口腔膿毒，必須廓清，每日至少刷牙三次，每小時用溫和之抗毒漱口劑漱口。

排泄 大便須用礦油調節，或於飲食內加入瓊脂。瀉藥似可引起膨脹。平常於手術日之上午灌腸。

飲食 強飲液體。食物之性質須溫和，(少用香味，及甜或酸之調味品，或不用)以易消化之蛋白質、脂肪、與炭水化合物為主。(參看下面飲食節)餐數宜多，而每次所飼之食物量宜少。

X. 光檢查胃腸道 此項常規，因醫院而異，惟多數如下：檢查之前一日，不可服瀉藥，不可灌腸，勿用阿片劑，或阿託品 *Atropine*。瀉藥與灌腸劑，增加蠕動，對於腸道之動力，可發生虛偽之現象。阿片劑可阻蠕動，阿託品則弛緩痙攣。早餐應減去。病人送至 X 光室，飲以硫酸鋇 *Barium sulphate*，與去油牛乳。鋇敷於食管、胃、及腸之裏層，使其在 X 光中顯出明確之影。病人於六小時後再照 X 光一次，即可回復平常飲食。惟瀉藥、阿片劑、或阿託品，或任何藥物，足以影響腸之蠕動力者，仍不宜用。隔二十四小時再攝 X 照一次。

手術後之護理 位置 病人恢復意識後，即作半坐勢，與任何種腹手術後所用者相同。

脈搏 最初兩小時內，每十五分鐘按脈一次，以下六小時內，至少每半小時按脈一次，然後每小時一次，至第十二小時為止。此法可助手術後出血之診斷，於病人未至嘔血之危險期以前，即可引起疑竇。

呼吸 因創口致痛，故呼吸淺，而為上胸呼吸式。病人每小時宜作深呼吸數次，以使肺通氣，因肺內易有粘液積聚，而利於傳染，故此舉至為重要。手術後最初兩小時內吸入二氯化炭，似有預防肺底墜積性充血之價值。若手術重大，而時間延長者，宜立置病人於氮氣帳中，以抵抗因淺呼吸而致和氮作用不足。

飲食 飲食隨各醫師而不同；以下為定式之一種。

第一日：

六小時內，不飲不食。

以下六小時內，每小時飲熱水一兩。

以下十二小時，每小時飲熱水或牛乳一兩。

第二日：

每二小時（逢雙數）飲水二兩。

每二小時（逢單數）飲牛乳二兩。

第三日：

每小時飲液體（除水果汁或肉湯）四兩。

第四日：

上午八時 濾過之五穀類四兩，牛乳四兩。

上午十時 蛋黃乳四兩。

正午十二時 軟煮蛋一個，塗於烘麵包上；冰淇淋少許。

下午三時 乳蛋糕或蛋黃乳。

下午五時 煮蛋一枚，或牛乳四兩。

下午八時 乳蛋糕與蛋黃乳四兩。

第五第六兩日，與第四日同。

自第六日至第十二日，病人可用溫和之飲食，每三四小時飼以食物少許。所以用溫

和飲食者，目的爲免除一切刺激胃或胃液分泌之食物。肉類除煮肉外，屏除不用，因較乳蛋、穀類及蔬菜更易刺激酸之產生也。其刺激由於肉之提出質，因此富於提出質之肉湯不宜用。

脂肪制阻氫氫酸（鹽酸）之分泌。惟脂肪須新鮮，若變腐，即發生乳酪酸，此酸刺激分泌。乳酪與未加鹽之乳油宜多用。

尾食。與以鷄蛋及乳酪所製之尾食，如乳蛋糕，乳凍，與冰淇淋等。

勿用香料，調味品，醋，醃漬物，與番茄。極熱或極冷之物，亦不宜食。

液體。初時祇用溫暖之液體，可以解渴，而防膨脹。餐時祇可飲液體少許，惟於兩餐中間，宜時以少許飲之。

排泄。腹膨脹有時頗劇。外科醫師之治療法，各有不同。平常於第三日晨，吩咐灌腸，大便可用礦油調節，或於飲食內加入瓊脂。

併發病。出血。平常出血入胃腸，病人於手術後嘔吐一次或二次，其吐物常爲黑暗而含血之液體。脈搏須嚴密注意，以察其是否繼續出血。出血平常見於最初二十四小時或四十八小時內；出血若多，則胃膨脹，而致痛與嘔血。護士應即通知外科醫師，或需用

輸血法。

嘔吐。最初二十四小時內嘔吐不止，可為腸梗阻或出血之徵。

胃癌。此為體內器官最普通之一種癌症。男子體內之癌，以此為最多，女子則大為減少，而以子宮癌或乳癌為最重要。此癌大抵見於四十歲至六十五歲之間。約有百分之十，其癌有生於慢性潰瘍基之證據，此潰瘍即為發生癌症之一因素。胃癌最普通在幽門附近，佔全數一半以上，（第九十九圖）其次在胃小彎，而在胃大彎與前後壁之癌則較少。胃癌有略可區別之三型。其中最普通者，初起為一硬潰瘍，早期時，大似



第九十九圖 胃之癌性潰瘍

慢性消化性潰瘍，惟延蔓較廣，而現一更明顯之硬結與潰爛面，亦有蕈菌型癌 *Fungus-type*，其新組織之生長頗多，凸入於胃。最後則有所謂「皮囊型癌」 *Leather-bottle type*，實際上全胃皆被浸潤，以致其容量大減，胃壁強硬，而引起所謂「皮囊樣胃」 *Leather-bottle stomach*。胃癌亦與他種癌同，遲早間將侵入該部之淋巴腺，胃肝網膜內之腺，沿胃小彎之脈，與沿胃大彎遠端三分之一之脈，受染最早。包含胃小彎之癌，可生長過胃壁，而延及其後面之構造，主要者為胰腺。

症狀 胃癌可發生甚久，而少有局部症狀，更無明顯之全身症狀，故不能早作正確之診斷。胃癌最早之證據，常為體重，體力，與食慾，逐漸喪失，稍後則覺胃內困苦不安，與食物無特殊關係，亦不似慢性潰瘍之有定期性。此期內或有嘔吐，或無嘔吐，惟有亦輕微。於此時檢查胃內容，不論為嘔吐物，或由通胃管取得者，多顯示其酸度大減，氣氫酸（鹽酸）常完全不見。迨至後期，則於腹上部逐漸發生咬痛，常覺有一確定之腫瘤，若此癌在近幽門處，更易覺察，體重與體力繼續喪失。此時胃之出口，或大受梗阻，以致撒空不易，困難口增，而有大量之食物嘔出。此期內常可發見貧血，病勢進行，則貧血變重。 此期內常可發見貧血，病勢進行，則貧血變重。

診斷 從早診斷，至為重要，然因缺乏症狀，故又異常困難。若無故食慾不振，體重與

體力漸減者，皆應小心調查，如為四十歲至六十歲間之男子，尤應注意，胃內容氣氫酸減少，或無氣氫酸，暗示癌症，平常用X光小心檢查，可顯示胃癌之證據，或有高度之暗示，迨至後期，X光診斷，甚為準確，然其價值則已減少矣。

豫後 除用外科手術外，其豫後極不良，內科療法，毫無功效。於此病之早期，若能將胃施行廣大之部份截除術，其成績甚為優良，殆有百分之三十可以永久治癒。病勢較深者，其治癒之可能性，當然大減，惟施行手術後，可使病人得長時期舒適之生活，或能延至三四年之久。

治法 上節已經指出，其治療之法，屬於外科，將大部份之胃切除，尤其是沿胃小彎之一部，並至少包括胃大彎之一半，連同沿胃小彎全部，自胃肝網膜與幽門部來之淋巴腺，一併切去。殘餘之胃，或一部份閉合，或完全閉合，而後接連於空腸之第一段，與胃潰瘍同。殘餘之十二指腸，當然須緊密閉合。

第十八章 腸病

腸梗阻 *Intestinal Obstruction* 腸梗阻為腸內容以任何原因而停止流動。

原因之分類 (一)神經發生的 *Neurogenic* 此類梗阻，因有異常之影響，自神經

至腸而起。其最顯著者，為脊髓受重大之損傷，如在骨折或因脊柱患病，而使脊髓受壓，如在結核病。由交感神經系統而至腸之神經供給，因此發生故障，結果可致不規則之膨脹，腸之動作，大為遲鈍，或幾至癱瘓程度。腸蠕動之又一普通擾亂，常被稱為反射性擾亂者，見於(一)腹部受擊，而不足令腹內臟發生明顯之損傷者，(二)與利害之腎痠痛有關係者，(三)普通見於肺及胸膜之病，如胸膜炎與肺炎。

(1)血管的 *Vascular* 腸梗阻之全部，其血之供給無不異常，惟血管型之腸梗阻，其血供給之改變，並不由於梗阻本身。如較大之腸血管有血栓形成或栓塞，可發生高度的與嚴重的腸梗阻。

(2)機械的 *Mechanical* 此為最重要之一類，因其常見也。若診斷正確，用手術治之，常有成效。此一類包括因粘連，糾搭，扭結，赫尼亞，腸內有異物，腸腫瘤，腸收窄，與腸套疊

等所致之梗阻在內。

症狀 無論何種腸梗阻，皆有一類共同之症狀，但隨其原因與輕重，而略有差別。此共同之症狀為疼痛、嘔吐、膨脹、便秘，與新陳代謝變化。新陳代謝變化，因腸功受損害所致。小腸上段梗阻者，尤為嚴重。此時血與尿內之氮化物減少，血中之氣增多。痛為一變動不定之症狀，視其梗阻之完全與否，及發生之遲速而大有不同。嘔吐亦為一特殊之症狀，就大概言，則腸內梗阻之處愈高，其發現愈早，亦愈嚴重。

臨床現象 神經發生的腸梗阻，因無外科關係，茲不具論。

腸套疊 Intussusception 腸套疊為腸之一部份，套入其另一部份，因此發生壓縮與梗阻。最普通見於結腸瓣，有時亦可在距瓣甚遠之處（第一百圖）發生。此症者大抵為五歲以下之兒童，常有早至一歲者，成人較少，多半在中年以後。

症狀 症狀為疼痛、嘔吐、腹瀉、糞內含血，右側常有一圓柱形腫瘤。診斷普通不難，因其大半見於兒童，突然而發，瀉含血之糞，並有腫瘤，平常已足使其診斷成立。

治法 早期時，或可不用手術而使套疊之腸復原，然僅於早期時有此可能性，鮮有過二十四小時者。治法係將兒童倒轉而搖之，間有成效。尙有一更普通，更有效之方法，則

以大量之溫水或鹽液灌腸，使大腸膨脹，而因大腸之伸張，有時可使套入之小腸鬆出，而復其原狀。以上兩法，祇於套疊部份發生粘連以前有效，其粘連之或遲或早，則視症之輕重，與套疊部份之長短而定。於最初二十四小時以內，雖應試用手術以外之方法，然亦不宜堅持，因手術瘡病之成績，恃乎小兒身體尚佳，腸亦無多損傷之時，即行施術。若歷時已久，或內科方法無效，當即改用手術治療。此項療法，係切開腹部，而使套疊之腸復原或脫出。然祇宜擠壓大腸，而切不可拉扯小腸，因其易致扯破，或完全拉斷也。若此兩部份不能擠開，可就其最緊之處，於外腸開一割口，以使之鬆出。（第一百圖）可按其作用之時限，與腸所受之損害，將露出之腸，復納於腹，而一無損傷；或留受傷部份於腹外



第 一 百 圖 腸 套 疊

外，使其上段能得適當之排液，或極重者，即將無可修補之一段腸實行切去。

腸扭結 Volvulus (twists) 乃因一圈或一節之腸，扭結於腸系膜上，以致閉塞腸腔，後因腫脹而致阻斷血流。最普通見於大腸之乙狀結腸曲，間或在闌腸，亦或在小腸。中年以後，更爲普通，男子較女子多。

症狀 其症狀普通係急性，腹痛，膨脹頗甚，嘔吐常較遲，因其梗阻多在大腸也。腹膜炎雖爲一後期症狀，然較多數腸梗阻發生較早，亦較多。急性者普通進行甚速，使腸破壞。亦有亞急性或慢性者，於各段有不完全之梗阻，故不發生急性症狀。

治法 因腸扭結所致之急性梗阻，常用手術治療。有時其扭結可以解除，腸亦無恙，惟普通則因循環障礙，須切去大部份之腸，兼令排液，後用吻合術以治之。

粘連 Adhesions 一圈之腸，粘連於腹壁，或腸之附近部份，或其他腹內臟，爲急性腸梗阻之普通原因。最易引起粘連，而致腸梗阻之普通情狀如下：(一)因已往之腹手術，留下許多無皮面，致有腸圈粘連於腹部創口之內面；(二)已往之腹內臟發炎，未用手術治療者，如闌尾炎，骨盆器官炎，間或爲膽囊傳染；(三)先天性帶 Congenital bands 發育異常，可留下一橫過腹膜腔之帶，使腸圈糾纏於其周圍。因未全脫離胎兒腸與臍之關係，

而常留一小腸憩室(美克耳氏憩室, Meckel's diverticulum)與腹壁或連或不連者尤多;其他之先天性帶,亦間或有之。

症狀 有一種普通之腸梗阻,見於腹手術後,其手術處曾有發炎狀態,如急性闌尾炎之有膿腫者。當時發炎區內,不免有數圈小腸,彼此粘附,施行手術以後,亦可附著於腹部之創口,如此者,其腸之膨脹,與粘連之堅固,在一星期或十日內,足以實際阻塞腸腔,若粘連處以上之腸,膨脹過甚,尤易致此。如是即將於正常恢復期中,發生腹痛,初時每易與「氣痛」相混;嘔吐起初不多;普通脈搏增加,而溫度不高,可與發炎之併發病區別。嘔吐之發生,與其輕重,視小腸之粘連,在其起點處,或下至闌腸附近而定,惟後者較為普通。早期時,或病人之情形頗佳者,因腹痛與嘔吐,為腹手術後恢復期內常有之事,故診斷較難。反之,疼痛不止,嘔吐加劇,與脈搏增高,常可因此得有端倪。

診斷 此症之發生,若不在外科手術以後,或於外科手術後數年始發生者,診斷時須根據其疼痛,嘔吐,與膨脹,並無腹膜炎之證據,暗示腹內傳染。因診斷宜早,為第一重要之事,施行適當療法,尤不可過分遲延,故於診斷時之情形,常不免感受困難。處此兩難之際,若由X光專家,用X光影屏檢查,常有裨益。檢查時可以顯出口服之不透明劑,入於小

腸，但至小腸中之某點，不能再進，而由嘔吐排出。用X光影攝，亦可發見小腸之特殊形狀。故於可疑之症，用此診斷方法，甚為相宜。

治法 此種腸梗阻，常用手術治療，診斷一定，即應從早施行。如若遷延，將使腸被限制之部份受壓，可致壞死與壞疽，而發生腹膜炎。惟腸梗阻最大之死亡原因，殆為新陳代謝障礙，與自梗阻之腸內吸收毒質，於可能時，若不需多用手法，當去其梗阻之原，惟因腸極膨脹，故不易正確查知其梗阻之點；最緊要者，即為鬆去其梗阻處以上之壓力。按梗阻處以上之腸，將見擴張，梗阻處以下之腸，將致萎陷，此點於查出梗阻之位置，最關重要。然其梗阻若在小腸之低處，則全腹部充滿異常膨脹之腸圈，其萎陷處殊不易查出。如是者，可用簡單之腸造瘻術，以一大導管或小直腸管通入腸內，小心縫合，以免漏氣，可解除急性症狀，使腸撤空，俟稍後於必需時另施手術，以去其梗阻。若梗阻處以上之腸，膨脹過甚，一經解除，其梗阻常可消滅，用人工所開之口，即行封合，病人將入於美滿之恢復期，而不必查得其確實之梗阻處焉。

闌尾之病

Diseases of the Appendix

解剖學 闌尾可視為附屬於闌腸最下段之一尾，靠近結腸瓣。其底平常在腹部之右下角，可於闌腸之活動範圍內自由運動。故闌腸不降，而位於右側之高處者，闌尾可佔異常之高位；若因腸系膜長，而闌腸能自由活動者，闌尾可佔據多數不同之位置，惟大抵在右側。闌尾之長度，平常約十釐（十公分），惟兒童時較長，逐漸萎縮，故入後大抵為纖維性。尾尖較為自由，可佔多數不同之位置，以闌腸為旋轉點。普通係在骨盆界線上，亦常在闌腸之外側，介於闌腸及腹側壁之間，其尖向上，而在闌腸之內側與下面者，亦相當的普通。此項位置之變動，於診斷及手術方面，皆甚重要。

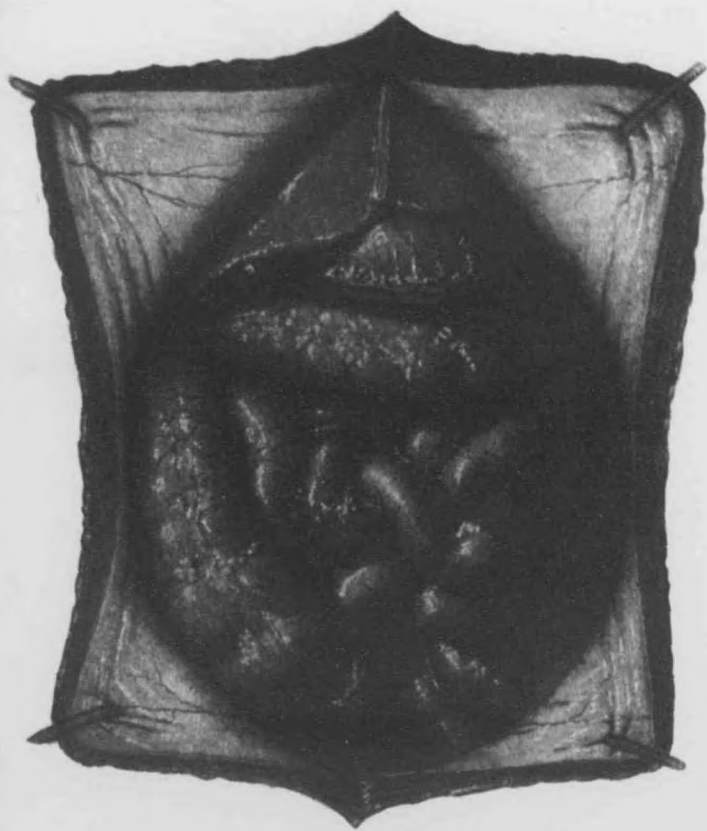
闌尾炎 Appendicitis 病原學 此症發生於五歲至二十歲之間，最為普通，五歲以下罕見，五十歲以上亦不普通。成丁之男子，較成丁之女子，患者更多，於『文明國人』亦更常見，其理由不明。此症可為急性，亞急性，或慢性。

急性闌尾炎之症狀 其標準症狀為腹痛，惡心，或吐或不吐；初起後，其痛局限於腹之右下角馬克李氏點（闌尾炎點）McBurney's point 附近，有肌痙攣及輕微之發熱。初起時之痛，係在腹上部，或腹中部，普通兼有惡心，或有輕性之嘔吐。數小時後，其痛即易局限於右下角，此時，平常為闌腸所居之部份，有確定之觸痛，並易發生確定之肌痙攣。早

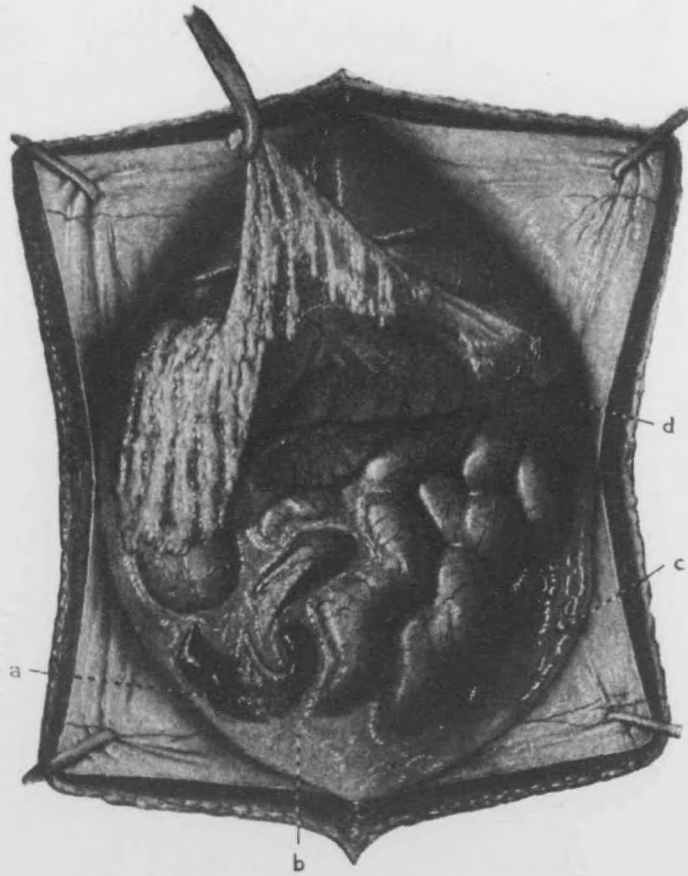
期時，熱勢輕微，在華氏九十九度至一百度半之間。脈搏增加不多。初起時有寒戰者罕見。若有之，當疑其另有他種情形。若發作較重，病人將仰臥，而屈其右股，以解除肌緊張。稍後（普通在最初十二小時之末），熱度增高，至一百零一度，白血球增多初時頗微，此時達九千至一萬之間，且尚有續增之勢，嘔吐加劇，開始有腹膜炎之證據。自此以後，其病程隨發作之輕重而不同。有許多較輕之症，其症狀於第二日漸退，嘔吐停止，痛與觸痛漸減，至一星期末，症狀幾已完全消滅。其較重者，病勢進行，至發生顯著之腹膜炎（第一〇一圖）經過猛烈之侵襲後，或有所謂『隱性期』*Latent period*，此時痛已大部消滅，或完全消滅，惟惡心、嘔吐，與局限之觸痛仍在。此常由於發炎之闌尾破裂，而滅除其緊張，應視為一嚴重之併發病。多數闌尾炎症，若任其進行，經過此期後，將由闌腸、小腸，與網膜之織合，而將其包圍，成一局限之膿腫，以闌尾為其中心。如此者，在其右髂凹可覺一確定之塊，而於腹之其他部份，仍可相對的免除觸痛與肌痙攣。其最惡性者，或未用適當之療法者，即將發生普遍性腹膜炎之症狀，範圍頗廣（第一百零二、一百零三圖）。此症在兒童進行較速，於四十八小時之末，即可發生明顯之膿腫。中年以後，其定型性又見減少。痛或不甚顯，肌痙攣或不甚確定，膿腫或於診斷之前即已發生。

診斷 診斷須根據腹痛與惡心嘔吐之各種情形，顯而易見。自對於此症得有正確之觀念後，平常所謂『急性胃擾亂』者，已漸減少，尤其是青年男子，突患腹痛，即不能無疑。不可以『飲食不謹』而遽作急性消化不良之診斷，務須審慎將事，根據事實之明徵。在小兒尤應注意，常有以腹痛為無害者，此種假定，其危險甚大，或致有關生命。腎之急性傳染，診斷時須小心除外，腎痙痛之發作亦然。腹膜炎之其他原因，如急性輸卵管炎，胃或十二指腸潰瘍穿破，與重要稍減之急性膽囊病，均須加以考慮，而將其除外。肺或胸膜之急性發炎（急性肺炎或胸膜炎）初起時常見之腹痛，或可致重大之混亂；然若謹記此兩種情形，初起時常有寒戰，即可將其除外。

豫後 當然須視其發作之輕重，及診斷之確實與否而定。就普通言，急性闌尾炎自以在病理學專家手中為最安全。較輕之症，多可不用手術，而自行平息，但須知其中至少有四分之一，常致復發，故一次雖可緩用手術療法，或須在另一次施行之。且一次發作時所需完全恢復之時間，亦與施行手術，截去闌尾所需者相等。若能迅速診斷，而將闌尾截除，豫後絕佳，其死亡率殆不到千分之一。稍遲而腹膜炎已經發生者，其死亡率約佔百分之五，且因加入併發病，或須施行排液法，以致恢復期更形延長。若忽略不注意，致發生廣



第一〇一圖 由闌尾炎而起之急性彌散性腹膜炎



第一〇二圖 由穿破性盲尾炎而起之膿性腹膜炎

第一〇三圖

急性闌尾炎
急性壞疽性闌尾炎時限十二小時



急性穿破性闌尾炎穿破之闌尾尖包裹於網膜粘連內

布之腹膜炎，及其症勢至急，腹膜炎之發生甚早者，雖用現代療法，豫後亦頗嚴重，惟死亡率可不過過百分之十五。

治法 急性闌尾炎惟一安全之治法，即為早施手術，祇有呼吸道上部并發急性傳染病，或無幹練之外科醫師，始可藉此延緩。如上所述，復發者甚為普通，故不宜用觀望政策。若必不得已，宜停止一切食物，無論如何，不可服瀉藥，亦不宜用阿片以止痛，因其足以掩蔽症狀，而誤認為安全也。手術當以截除闌尾為目的，惟有若干急性腹膜炎，已成膿腫者，欲尋出其闌尾頗為不易，且須破壞多量之粘連。如此者，當先令膿腫排液，稍後再去其闌尾。然欲決定一症之是否需排液，必須有良好之判斷力。如留下重大之損害，或有壞死組織者，必須排液；若完全限於闌尾，可以將其切除者，即不需排液。手術後療法，與腹膜炎同，視其發展之程度而定。

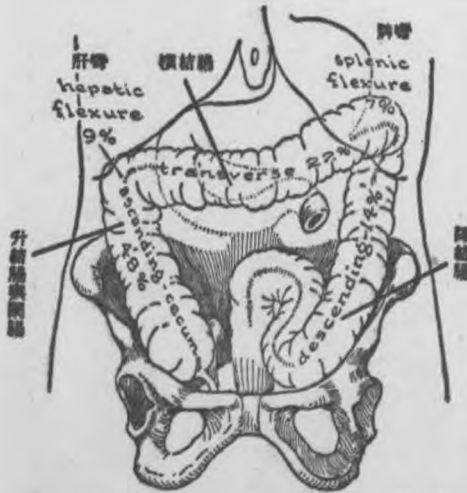
慢性闌尾炎 Chronic Appendicitis 此症在本章內討論，頗非得已，因其殊為罕見，而用手術截除一完全無害之闌尾，祇顯平常闌尾退化之特殊改變者，不幸又甚普通，故并及之。有少數慢性闌尾炎，發生消化不良之症狀，暗示其為胃或十二指腸潰瘍遇此症象時，若能將潰瘍等其他情狀，小心除外，亦可用手術截除闌尾。

第十九章 大腸之病

結腸癌 Cancer of the Colon 此係腹內比較普通之一種癌症。結腸各部之受染

率，大有不同，發生於骨盆結腸或乙狀結腸者，幾佔半數。其次為闌腸，肝彎，脾彎，與橫結腸部。（第一百零四圖）此症大抵見於四十五歲以後，最普通在五十歲至六十五歲之間，男子多於女子三倍。

症狀 初起時常暗昧不明，普通於診斷成立前，此症已經發展。慢性腸梗阻之間歇發作，便秘，痠痛，膨脹，與可見之腸蠕動，極有暗示性。或有間歇發作之便秘與腹瀉，瀉時且常帶血，癌在骨盆結腸或乙狀結腸者尤甚。朝晨腹瀉，為此症之特徵。有者，其最初之證據為明顯之急性腸梗阻，乙狀結腸之環



第一〇四圖 結腸癌之病發率

狀小癌尤甚(第一百零五圖)迨至後期,將見腹內有腫塊,體重減輕,貧血漸進,而成惡病體質。結腸癌與他癌同,有延及附近淋巴腺之趨向,頗為明顯,迨至後期,腹膜後間之淋巴腺,將受染頗廣,沿大血管尤甚。有數種結腸癌,尤易由門靜脈而傳至肝,成遷徙性沉積。

豫後 就全體言,患結腸癌者,若用相當之外科療法(大抵為結腸造瘻術),以防發生腸梗阻,其壽命約可延長三年至五年。在乙狀結腸者,用除去此癌及其遷徙性沉積之根治手術,最有成效,治癒者可達百分之十五至二十。若在結腸之較高部份,其治療之希望較少。

治法 治療之法,純屬外科,或為姑息療法,或為根治療法。姑息療法之目的,在預防腸梗阻,並使腸內容改道,繞過病區,此法於根治療法不成問題之症適應之。若生癌處在



第一〇五圖 骨盆結腸之環狀癌

狀小癌尤甚(第一百零五圖)迨至後期,將見腹內有腫塊,體重減輕,貧血漸進,而成惡病

降結腸以上，可使迴腸與乙狀結腸吻合，（適用於闌腸及肝彎之癌，或使闌腸與乙狀結腸吻合，此兩法皆令腸內容改道，而不經過染病之部。此手術之功效有二：（一）可免腸梗阻，（二）可免潰爛之癌區，與腸內容接觸，以免自癌多吸收毒質，並減少此症之全身作用。乙狀結腸之癌，可於腹壁造一人工肛門，在癌腫以上，取出一圈大腸，而開一巨口，乃一種選擇手術。此等癌不宜於癌腫周圍施行吻合術，最好造一人工肛門，以增病人之安舒。（第一百零六圖。）此手術由病人視之，雖覺擾累，似乎不能忍受，然若能管理適宜，此異常之排糞處，亦可完全容忍，而不必定覺可厭也。

根治法 如少有廣大之淋巴遷徙，及並無遷徙至肝之證據者，皆可考慮施行根治療法，將染病之結腸段，廣為截除。乙狀結腸染病者，用根本截除手術，最易奏效，已如上述，可將染病之腸圈，完全曳至腹外，或即於此時



第一〇六圖 人工肛門

切除，或俟下次切除，而將分開之兩端，於稍後連接之。此手術比較的可無危險，於年事較高之病人，實為一重要因素。惟患處在乙狀結腸以上者，此法即不適用，其手術應分為兩期，第一期使瘻以上之大腸排液，第二期須俟病人之全體狀況進步後，再治病之本身。此等手術，常頗嚴重，然若分為兩期以上，其危險即可減至極少。

後療法 後療法中惟一之特點，與其他腹手術有重要區別者，即為施行永久的結腸造瘻術後人工肛門之管理與訓練。此人工所開之口，平常位於左下角，迨腸端之組織結癥收縮，即於粘膜上留一凸起之塊，多少帶圓形，可套上一金屬杯，而聯以橡皮袋，以受排液。手術後第一二星期內，每日用灌腸劑，由人工口輸入，以洗滌結腸，撤空內容，平常可使其於二十四小時內，安靜不動。如此每日練習，經過相當時期後，即可成為習慣，病人於晨間排空結腸，日間可以不再被擾。此給腸訓練，尤為重要，病人能否在社會中不受人厭惡鄙棄，即繫於此點。

結腸造瘻術後之護病法 結腸造瘻術之成功，全恃對於創口及結腸有良好之後料理法。管理完善之結腸，可使病人施術後所受之不安與不便，大為減輕。

結腸造瘻術創口之料理 創口周圍之皮，常用氧化鋅 Zinc oxide，硼酸軟膏 Boric

acid ointment 或凡士林 Vaseline 紗布保護，以防爲腸液所侵，而致表皮剝脫。腹部宜用一闊而堅固之帶，以支持腹壁。帶有扣，以便時常更換敷料，勿令病人不安。

護士對於切開之腸，應知何者爲其上端，何者爲其下端，注洗時始能靈敏無誤。

結腸造瘻術之注洗用具如下：

(一) 注洗筒與橡皮管，夾器，及接管。

(二) 橡皮導管。

(三) 受回出物之器皿。

(四) 護床之橡皮單。

(五) 吩咐之溶液，在華氏一百度。

(六) 便盆。

各種用具，須絕對清潔，以免傳染腸之上部，而致腹瀉，疼痛，與出血。

結腸上段之注洗。結腸造瘻術創口已適當癒合之後，(平常於施行手術後約需

六日)，在開口處以上之結腸，每日常用龍頭水一量磅注洗。注洗宜在每日同時，以早餐後爲佳，此乃一緊要之點。此法不僅可以機械的洗清結腸，且可興奮蠕動，而養成每日按

時排便之習慣，此後日間即可不再需料理矣。

結腸下段與直腸之注洗。 病人置於便盆上，將導管插入結腸口之下端，病人由肛門排出其注洗液。結腸下段與直腸，平常用溫暖之溫和抗毒溶液（如硼酸溶液）注洗。此抗毒溶液，可防細菌孳生，並除去積於直腸內之刺激性粘液。結腸下段平常每兩三日注洗一次，若有潰爛或刺激，則注洗次數較多。

病人之教育。 欲得最優良之成績，與最大之舒適，須以適當之料理法，指導病人。結腸造瘻術若管理不善，常為病人不安與煩惱之源。故教育之目的，即為養成每日有規律之大便。如此可令病人過其舒適之日，毋需因創口滴瀝而時常更換敷料。養成每日大便之主要輔助如下：（一）勿用瀉藥，（二）注意飲食，（三）注洗有一定時間。

敷料。 結腸造瘻術若能調節完善，則敷料可以甚小，其大以能保護露出之粘膜，防止傳染，與吸收分泌之粘液為主。

不規則，無節制之結腸造瘻術，需用大量敷料。

飲食。 最初數日用液體食物，後用平衡之飲食，另加可致便秘，或抵抗便秘之食物，以應各病人之需要。

每日大便之習慣，與飲食大有關係。

大便 瀉藥與液狀石蠟 Liquid petrolatum，易令結腸口常有溢液排出，使大便之節制不易，故不宜用之。

結腸造瘻術袋 逍遙性病人，有時需用結腸造瘻術之袋與帶。此帶宜闊，可與腹壁以堅固之扶托，而使袋固定。

此袋或杯，宜輕而易洗。

夜間將袋與帶除下，仔細清潔消毒，晾於戶外。另用敷料，以帶縛住。

第二十章 直腸之病

直腸癌 Cancer of the Rectum

此症發生之年齡，與大腸癌同，其發生之情形，實際亦相同，故可與大腸癌併論。男子較女子略多。症狀與乙狀結腸癌微異，惟發生於乙狀結腸之最下部，及直腸之最上部者，彼此常易相混。腹瀉乃普通者，尤其在朝晨。若發生於直腸之下段，兼有裏急後重，且普通出血。常有膿性含血而氣味難聞之溢液，與大便無關。若在直腸上部者，可致半慢性型之腸梗阻，有數種癌更甚。此癌之症狀，多被認為由痔而來，不作充分之檢查，故常致忽視。

診斷 若能小心檢查，診斷並不困難。用手指作直腸診察，常可查出硬結、潰爛，產生性與收窄性之腫瘤。若在直腸上段，為手指所不及，則需用直腸窺器或直腸鏡，以察視其情形。

治法 或用姑息療法，或用根治療法。姑息療法即於乙狀結腸施行結腸造瘻術，以造一人工肛門，可解除腸內容經過潰爛面時所起之症狀，並可解除梗阻，以減少自痛吸收毒素。免除刺激，又可減低其生長之速度。而延長病人舒適之生活期間，自一年至二年。

不等。射線療法，不論用銻 Radium 或 X 光，其真價值尙未能確定。根治之法，當使腸內容經由枝路而出，先施行初步的結腸造瘻術，繼將全直腸截除。其法係環肛門開一割口，繼續向上，經過尾骨，與骶骨之下段，並除去尾骨。如此即可達到直腸，而與其附近之淋巴腺，一并截除。良性之症，病勢未深者，其治癒之希望頗佳。

坐骨直腸膿腫 Ischiorectal Abscess 此膿腫深藏於坐骨直腸窩；此窩乃一三角形間隙，外以坐骨與閉孔肌爲界，內以直腸及提肛門肌之一半爲界，其底爲皮與皮下組織所成。窩內充滿脂肪與鬆結締組織。膿腫或於受傷後發生，或因該部份內皮膚之淺傳染所致，或並無明顯之原因而自然發生。症狀爲疼痛，觸痛，腫脹，及硬變，與其對側比較，可以辨出，兼有發熱及發炎之其他證據。因其深藏在內，故普通不見皮紅，然至後期，則皮亦受染。

診斷 診斷平常不難，惟早期時，膿腫小而位置深，檢查所得之證據甚少，故較爲不易。然用局部檢查，與對側作比較，並施行直腸診察，可顯出其一側有觸痛與變硬，再合發熱等症狀而并計之，平常可得正確之診斷。坐骨直腸膿腫之所以重要者，不獨因其令人不安，且因其普通之後發病爲肛門內成瘻。治療之法，純屬外科，即開一割口，而使其有適

宜之排液，且須小心注意，所有膿袋，及蔓延部份，均須滿意排液，其瘡合常緩，恢復期頗長。

肛門瘻 *Fistula in Ano* 此係直腸下段之間，或肛門與皮膚間炎性之通路。

病原學 此係坐骨直腸膿腫普通之後發病，因肛門膿腫，或始於直腸隱窩 *Crypts*

of Morgagni 之潰爛所致，後者引起緩緩發生之肛門內膿腫，而逐漸通至表面。肛門瘻之一部份，有為結核性者，起於直腸隱窩之結核性膿腫，逐漸向外至皮。此等瘻普通見於有活動性肺結核病之人，因將痰嚥下，而引結核桿菌入腸道，可使粘膜發生潰爛。

症狀 肛門瘻之症狀，常包含坐骨直腸膿腫，或直腸內膿腫之病歷。雖有疼痛不安，但不甚劇；有許多肛門瘻，其惟一之外表症狀為一瘻管，微有溢液，其孔間歇閉合，發生膿腫之溫和症狀。膿腫常又自開，其痛即解。

診斷 診斷平常不難，若於肛門附近有持久性之瘻管，及時開時合之歷史者，皆應致疑。用探針通入瘻管，常可循管道而入腸，於靠近肛門緣至肛門內括約肌以上之任何點發見一口。略有膿性溢液，用直腸檢查法，可覺該部大為變硬，以指壓肛門內，則可增多溢液。肛門瘻之內口，雖無從查出，然若肛門附近有日久排液之瘻管者，常可假定其有一內口。治療之法，純屬外科，施以麻醉劑，而用探針小心探查其內口。然後將瘻管開放，或須

將直腸括約肌切斷。所有發炎組織，均須小心切除。肛門瘻普通皆有枝瘻甚多，一部份環繞肛門，如此者或有兩個外口。施行手術而仍不能治癒者，常因未全切除其瘻所致。受損之組織，既完全除去，當用紗布填塞，使之敞開，待其自底癒合。若將直腸括約肌小心切斷，與纖維成直角，且祇切斷其一處，可不致令括約肌受永久之損傷，以致大便失禁。

肛門裂 *Fissure of the Anus* 肛門裂係一刺激性之潰瘍或裂隙，在直腸括約肌之範圍以內。其初或祇為一輕微傷，因便秘所致。普通與外痔相聯。若歷久不癒，其潰爛將延至括約肌本身。

症狀 其臨床現象，頗為特殊，大便時痛，或直接在大便後痛。平常微有出血，但決不如內痔出血之多。亦有確定之反射痛，或感應痛者，如背痛，小腹痛，與腿痛。

治法 或用姑息療法，或用手術療法。姑息療法即用相當之輕瀉劑，與調節飲食，以治便秘，局部用硝酸銀 *Silver nitrate*，或石炭酸 *Carbolic acid* 敷治潰瘍較重者，姑息療法通常無效，因其本身可致括約肌痙攣，而此肌時常運動，易使其病成為永久性。故在相當時間內，用姑息療法不能治癒者，當即施行手術。先用全身麻醉劑，將括約肌擴張之。其潰爛不甚深，不甚廣者，如此已足，因其肌肉弛緩，至少可歷多時，癒合作用即有機開始。

其較重者，潰瘍有明顯之硬結，於括約肌完全擴張後，應即切除，而縫合其粘膜。施行手術之結果，幾一律滿意。

痔 Hemorrhoids (piles) 痔於實際上為直腸下段及肛門部之靜脈曲張。該部份之靜脈血流，頗為複雜，其靜脈既與回至腹下靜脈之全身靜脈通，復與門靜脈通，而最後行至肝。按門靜脈系無瓣，故腹內情形，使門靜脈循環發生停滯者，即易致此類靜脈血壅滯，因而擴張。痔普通可分為外痔 External hemorrhoids 與內痔 Internal hemorrhoids 兩種，外痔在肛門括約肌之外，累及痔下靜脈，內痔則在括約肌之上，累及痔上靜脈。

病原學 肝病如肝硬化，腹腫瘤，妊娠，與慢性便秘，皆為其重要之病原，可使門靜脈梗阻，如在肝硬化，或壓迫全身靜脈，如在妊娠時。

外痔 External Hemorrhoids 外痔在肛門緣，為一硬塊，乃擴張之靜脈，蓋以多少變厚之皮所成。此靜脈常變為血栓形成性，而發生所謂「血栓形成性痔」 Thrombotic pile (第一百零七圖)。血栓變實，而一部份吸收後，皮外之下垂物，因其上之組織變厚，而依然留存，可致回歸性發作表面的刺激與發炎。

治法 痔常與便秘相聯，故便秘應加以矯正。收斂性洗劑有益，尤宜注意清潔。血栓

形成性痔，可切開取出其血塊以治療，惟因手術而致之不安，及所耗之時間，殆與任其自然同；平常在數日之內，可以免除不安。急性期內，病人應臥床休息，用熱罨物。手術療法以除去其外皮之下垂物為主，因回歸性發炎，而引起困難者尤甚。外痔普通與內痔相聯，可於內痔施行手術時處理之。所用手術，即開一橢圓形之切口，始於皮及粘膜聯合處，而向外展，包含異常組織在內。後用連續之羊腸縫線縫合創口。

內痔 Internal Hemorrhoids 此

係完全在括約肌內之靜脈擴張，其上面之粘膜，多少變厚。最明顯之症狀為大便時出血，血色鮮明，有時頗多。較為慢性者，其靜脈



第一〇七圖 血栓形成性外痔

與上面之粘膜，大便時有經過肛門括約肌而脫垂之明顯趨向，此脫垂之塊質，須由病人重行推入，免被肌肉絞窄。其重者，不論大便與否，皆可脫垂，亦有外層潰爛，而於直腸下段發生慢性潰瘍者。並有少數，因繼續的微出血，而於多年後發生重大之貧血症，惟有止其出血，始能糾正。

診斷 診斷應根據病歷，以手指入直腸觸診，並用直腸窺器檢查。此檢查乃最要者，因直腸癌亦可發生內痔之症狀，若不實施檢查，或致延誤診斷，而危及生命。治法與外痔同，或為姑息療法，或為手術療法。姑息療法為解除便秘，患處敷收斂性軟膏，其中大抵含有鞣酸。然此療法常歸無效，多半須施行手術。手術療法為擴張括約肌，或用局部麻醉劑，或用全身麻醉劑。痔塊或僅一個，或有多個，當用夾夾住，而切除其溢出部，然後縫合粘膜。此為最通用之一法，率以之代替用烙器除去痔塊。

後療法 一二日內勿解大便，令病人安靜，用輕淡而易消化之飲食，後以溫和之輕瀉劑通便，並用油類灌腸劑。病人宜臥床，至創處癒合為止。

痔瘡病人之護理法 手術前之料理 手術前一日吩咐用瀉鹽類瀉藥。手術日用灌腸法，直至回出之液體清澈為止。

局部之預備。剃去恥骨處之毛，可以不必，亦不相宜。惟距離肛門半徑四英寸之內，均須剃淨。大腿之內面，約剃五英寸。用綠肥皂與水仔細洗淨之。

手術後之料理。飲食。平常可用下列之飲食：

第一日 清湯。

第二日至第四日 液體食物。

大便後 普通飲食。

大便。第四日晨用油類灌腸劑。此灌腸劑須保留在內，於三小時後再用肥皂水灌腸。此後可吩咐用液狀石蠟 *Liquid petrolatum*，日服二次，每次一兩，使大便柔軟。

敷料。肛門上須置一小無菌墊，用丁形帶縛住之。女病人小便後，當用溫暖之無菌水注洗，輕輕抹乾，蓋上無菌墊。

併發病。反射性尿瀰溜 *Reflex Retention of Urine*。此為直腸手術後普通之困難，因膀胱直腸與肛門，係由同一之神經分布也。病人常准其坐於床沿，如為男病人，可准其立於床側。此法普通有效，若無效，當用導尿管。（參看第二十五章膀胱病）

出血。出血可於手術後數小時內發生，或於第五日後大便時發生後者。普通因縛

線被斷，或腐肉脫離所致。出血時或爲內出血，故病人之脈，應小心注意。

膿毒病 施行痔手術後，或有潰爛與膿腫，因痔爲門靜脈一幹之分支曲張，故於此時發生膿毒性靜脈炎，可致異常嚴重。手術後數日，病人突然發熱，或寒戰，而兼有傳染之症狀者，應即報告。

直腸狹窄 Stricture of the Rectum 若同時割去數痔，其留下之肉面或融合，或於癒合時收縮，而致腸道狹窄，平常約在距肛門一英寸半處。惟此事頗罕見，僅施行手術不善者有之。病人應於第十日施行直腸檢查，如有收窄之趨向，當每日伸張其癢以治療之。

第二十一章 膽囊膽管與胰腺之病

膽囊爲一薄壁之囊，居於肝下面，與膽管相連，適當肝管連合處之下，而由膽囊管與之合成輸膽總管。膽囊壁大都爲彈力性組織所成，肌肉不多。膽囊之容量約三十瓩（西）。至今關於膽囊之功用，尙未全知，亦一甚饒趣味之事也。昔以膽囊爲貯蓄膽汁之所，然其平常容量，不過三十瓩，而每日肝所分泌之膽汁總量，則達八百瓩，故此說不得不廢棄。自輸膽總管來之膽汁中提出水與鹽，爲膽囊之重要功用，殆無可疑。惟膽囊是否能撒空其內容，則爲一疑問，若僅恃膽囊壁之肌收縮，決不能致此。膽囊自膽汁內吸出水，而使膽汁加濃，此作用與膽石之發生，頗有關係。膽石係膽汁內所含之化學質積於膽囊內而成者。

膽囊炎 (Cholecystitis (inflammation of the gallbladder)) 除闌尾炎外，此爲腹內最普通之發炎作用，或係急性，或係慢性，惟正與闌尾炎相反，以慢性發炎者爲多，而急性者較少。

發生膽囊炎之細菌，行至膽囊之法不一，或自血流，由門靜脈循環而至肝，或直接由

十二指腸，經輸膽總管與膽囊管而至膽囊。此症女子較男子為多，肥者較瘦者為多，中年人較青年人為多。

症狀 輕性之膽囊炎，症狀無多，故不易確認，此言殆屬不虛。多數病人，有可以認識之膽囊炎者，必已患之多年。其最易辨別之症狀，與消化不良同，腹上部困苦不安，大抵在食後，但與消化性潰瘍不同，與食物並無確定之關係。此困苦並非一陣發作，亦鮮有甚劇者，但係繼續經過長時間而困苦不減。迨至後期，歷時既久，將開始發生痠痛，其特徵為急性發作之痛，普通在腹上部，有時確定在腹上角，痛係突如其來，閱數小時始定，然其餘痛及觸痛，則可歷數日之久。

膽石 Cholelithiasis (gallstone) 膽

石成於膽道內，大抵在膽囊中，但亦可成於膽管內，有阻塞者更甚。此係膽醇（膽脂素）



第一〇八圖 膽囊與膽管內之膽石

Cholestrin 所成，形如沙礫，或石，或祇一枚，或有多枚，間或一枚之石，可成極大，其最大之直徑，有達五六釐（公分）者。普通係多數性，因互相磨擦而成爲多面體，其形常小，間或爲數甚多，於一個膽囊內可以發見數百枚。（第一百零八圖）

病原學 膽石大都於四十歲後發生，惟年齡較輕之人，間亦有之。女子更多於男子；四十歲以上之女子，有膽石者佔百分之二十，男子僅佔百分之四。妊娠時血內之膽固醇多，膽汁在膽囊內停滯，及因習慣多坐而身體過重，與膽囊傳染，皆爲發生膽石之重要因素。

症狀 膽石可在膽囊內多年，而不發生症狀。有膽石之明徵爲痛，形似痠痛，其發作多在夜間，爲一異事。痛始於腹之右上角，常頗劇，而感應至背，在肩胛角處。此發作可歷數分鐘至數小時不等，殆因膽石或膽砂嵌在膽囊管內而起。如有一石或數石經過輸膽總管，而阻膽之流出，即將發生黃疸，惟膽石在膽囊或膽囊管內，或其形小者，並不發生黃疸。故黃疸爲膽石症比較的不甚普通之症狀。

膽囊炎與膽石病之合併及其結果 此兩者易發生於同一類之人，且多互相依賴。如膽囊發炎，易引起發生膽石之情形，膽石則又明白引起易發生膽囊炎之情形，故此兩

症甚易共同發生，而兩症合併，較之任何一症更爲嚴重。慢性膽囊炎，幾可無定期繼續，而不發生何種症狀，於生活上有重大之障礙，然一有膽石，卽有梗阻膽囊出口之可能性，而爲急性膽囊炎立一基礎，其故乃因膽汁梗阻，生活力減低，與危及全部膽系統之若干症狀。輸膽總管被染，與其後發病，更爲普通。輸膽總管爲膽石所梗阻，而發生黃疸，肝管擴張，與膽管傳染（膽管炎）之可能性益增。爲便於明瞭起見，膽囊炎與膽石病之臨床現象，可分爲三期：（一）原發性之膽囊炎或膽石病。（二）伴發病之加入，致膽囊炎與膽石，同時並存；此合併症易於中年時發生。（三）因此兩者之合併，致有慢性化膿，膽管病，與肝損害等。故此兩種病之重大結果，易於中年後發見；因有此可能性，故阻止病勢進行之外科療法，應在未到此期時施行之。

診斷 就大體言，膽囊炎之現象，較膽石病或兩症合併者爲溫和。膽囊炎之急慢性發作罕見，而膽石病則於發作時有疼痛之特徵，至少在診斷上富有暗示性。此兩症稍後將有若干症狀合併，包括或多或少之腹上部繼續性痛，及痠痛與發熱，如膽石行至輸膽總管，並將發生輕重不等之黃疸。此狀顯宜與其他急性腹痛病如闌尾炎，消化性潰瘍，腎痠痛等區別，而饒有趣味者，尙有與腹上部痛聯合之各種心臟病，亦須加以區別。正確之診斷，

平常可小心研究病歷，施行體格檢查，及用X光研究而得。最後一法，不僅可顯出由鹽類所成之膽石，實際上阻止光線通過，而留下一影，且有一更新式之研究法，即格柯二氏之膽囊攝影法 Graham-Cole method of cholecystography 是也。此法係根據一種可以口服之藥，名因得四氫聯因酸酐 Phenotetrachlorphthalen 者，由肝排泄，與膽汁同被帶至膽囊而濃縮，經過十二小時後，膽囊之輪廓，可由X光明確顯出。如有膽石，可由其陰影而知，關於膽囊撒空能力之生理，亦可加以研究。故此症之診斷，大體上已可因格柯二氏之法而增加不少準確性。

治法 藥物療法是否有消除膽囊炎之永久作用，並無確證，而膽石一經發生，亦無法可以溶化。惟護士須知，有許多病人，其一生中大部分，雖患慢性膽囊炎，或膽石病，或兩者兼患，而本人殊不之知。變更飲食，尤戒多食脂肪，減少炭水化物，與小心注意便秘，可使症狀較輕之病人，免除不安。減輕過度之體重，與養成多運動之習慣，亦於病人有益。若其症狀確令病人發生困難，尤其是回環發作膽絞痛者，當用手術療法治之。此症之後期損害，妨礙肝之排泄機能，適用外科療法，此點亦應謹記。

一般人已公認膽囊炎或膽石病最滿意之療法，為截除膽囊（膽囊截除術 Chole-

(Cystectomy) 亦常於較早之時期除去膽石，而使膽囊排液，惟此法每不能治癒其症，常致膽石重生，而最後發生一嚴重相等，且管理更難之情狀，故以截除膽囊為宜。然亦有例外者，即病人有極急性之發炎（急性膽囊炎與膽囊壞疽），而其全體狀況，又至不佳，祇有極輕微之手術，方可安全施行。凡擬截除膽囊之手術，皆應小心檢查其輸膽總管，如已有膽石入管，而尚未發生黃疸者，即可不致忽略。石在輸膽總管內，不論有無黃疸，皆應將管切開，取出膽石，而使之排液。此膽囊手術，常頗嚴重，雖可得極佳之成績，然因施術之病人，當在中年，或中年以後，身體肥碩，且有中年以後之各種壞變，故百分之二至百分之十之死亡率，自在意料中，其數亦不可謂之甚低也。

黃疸病人之護理法 手術前之護理 膽囊炎病人手術前之預備，與任何種腹手術同。（參看第二章）

精神狀態 患黃疸之病人，有過敏者，亦有多少抑鬱者，慢性症間或發生譫妄與昏迷。其神經症狀，想因血內有膽鹽，或因所得之鈣質減少而致。

皮膚 黃疸病人之皮膚，染作黃色，由於血及淋巴內之膽色質異常多。病人亦可因膽鹽沉着，而致皮膚發癢，甚感不安。用膠性溶劑，可以止癢。膠性溶劑如下：

重碳酸鈉 Sodium carbonate 八兩

澱粉 Starch 八兩

以華氏八十度之水，注入浴盆，後加重碳酸鈉與澱粉，使病人浸在此溶液中二三十分鐘，輕輕拍乾。

實驗室試驗 每日將尿標本送往實驗室檢查。尿或作黃綠色，因排除膽色質之故。

大便標本，亦每日送往檢查。大便或作土色，因缺乏膽汁之故。

黃疸妨礙血之凝固性，故須檢查其血凝時間。外科醫師對於黃疸病人，非俟其血凝時間減短後，輒猶豫不敢施行手術，恐致出血也。

飲食 飲食須含脂少而不粗糙，以去油乳，五穀類，與蔬菜，水果，為主。餐數加多，而每餐之量宜少。蛋，肉，鹹肉，乳餅等忌食。液體宜強飲之。於水果汁內加入乳糖，可供給病人所需之葡萄糖。

手術後之料理 與其他腹手術並無不同，惟膽囊造瘻術 Cholecystostomy 則以一排液管插入膽囊，以便排液。

位置 病人之頭與肩，宜抬高成四十五度之角。如此可助排液，而免壓着膈，故呼吸

可更舒適。病人應增多腹呼吸，以防肺併發病。

膽囊造瘻術管之管理。 病人安置於床上，膽囊造瘻術管以玻璃接管與一橡皮管相連。橡皮管置於適宜之受器內——一個小瓶或橡皮手套——此受器縛於腹帶上，但不縛於管上，以免牽曳。膽汁收集於瓶內，必須量過，而每日記錄其多寡與性質。此管平常於第七日取出。護士料理病人時，務須小心，以防偶然將管拉出創口之危險。

飲食。 最初數日內之飲食，與他病人在手術後期內所用者同，惟膽汁缺乏時，多食脂肪，易致消化困難，故宜限制。病人每日需要之氧，當有適量供給，但不可太多，免增肝之工作。肝須由血內除去氧質，變成他質，（以尿素為主），復回血內，而後由腎排泄，此為護士所應記者。病人之能力需要，及食物內所含之鐵與維生素，亦須加以考慮，因黃疸病人之赤血球毀滅過多也。

飲食宜簡單，次數較多而分量較少，似更適於病人之消化。

排泄。 膽道施行手術後，病人更易患便秘與腸胃充氣。大便須觀察，因大便之色，多由膽色質而來，若作土色，即為腸道內無膽。

併發病。 出血。血內有膽汁，使其不能於平常時間內凝結。

肺併發病 肺併發病因呼吸受限制而易於發生。深呼吸可致疼痛，於腹上部手術後尤甚，故病人之呼吸被限制。護士應令病人作半坐勢，時常轉側，並勉其作深呼吸，以助防肺併發病。用二氯化炭吸入法，普通亦甚相宜。手術告終時，病人之狀態，若不甚佳，宜用氧氣帳，使病人吸取氧氣，可防肺併發病，與胃手術後同。

膽瘻 Biliary Fistula 膽瘻因膽囊所開之口不能閉合所致。膽汁刺激皮，故於創口周圍，須用硼酸軟膏保護，以防表皮剝脫。

胰腺之病 Diseases of the Pancreas

解剖學與生理學 胰腺為一巨大之腺構造，橫臥腹內，居腹膜之後。其最大之一端（胰腺首），與十二指腸第二段之左緣接觸，有二管相通，即胰管與十二指腸管，其較小之一端（胰腺尾），則與脾門接觸。胰腺有二重功用，一由胰腺島之分泌（胰島素），而影響於炭水化物之新陳代謝，二由其生成與排出之各種酶，以進行消化。胰腺主要之管，即胰管，於乏特氏壺腹，與輸膽總管同入十二指腸，其第二管，即十二指腸管，係分別通入十二指腸。此解剖關係，暗示胰腺頭之病，可梗阻輸膽總管，而輸膽總管梗阻，亦可阻塞主要之胰

腺管。(十二指腸管即胰副管。)

胰腺之疾病與腫瘤，今祇論二種於下。

急性胰腺炎。Acute Pancreatitis 急性胰腺炎，至少有若干係因乏特氏壺腹之梗

阻，致令膽汁及十二指腸之內容，與胰腺酶接觸，此症普通與膽石病相聯，惟上面之說明，不能完全適用於諸症，必尙有其他致病原因在焉。梗阻之直接結果爲出血入胰腺，速行性壞疽，與脂肪性壞死，因胰腺之脂肪分裂酶所致。

臨床症象。此爲一最利害之腹急病。有突發之劇痛，普通在腹上部或腹中部，爲此症之特徵。腹痛之後，旋有休克症狀，脈弱而速，惡心，嘔吐，初時體溫在正度下。後發生腹膜炎之症狀，膨脹，發熱，與肌強直，診斷時須與腹內臟（大抵爲胃與十二指腸）之急性穿破，異常劇烈之膽絞痛，及極急性之腸梗阻，有所區別，間或須與闌尾炎之闌尾，因闌腸不降而高居右側者區別。

豫後。此症進行頗速，豫後不佳。其惟一之治療法，爲施行手術，將胰腺之被膜分開，以免除反壓；若此症顯與膽石有關係，則使膽囊排液，並助防傳染之蔓延。極急性者，雖施行手術，其豫後亦不佳良。

胰腺癌 Cancer of the Pancreas 癌爲胰腺最普通之腫瘤，此損害並非不常見

者，男子更多於女子。此症始於胰腺頭者最多，故易致輸膽總管在乏特氏壺腹部梗阻。因此發生黃疸，兼因反壓而有進步性之膽囊膨脹。至少有若干病例，其惡性作用之活動力較低，因之黃疸可爲一延長之症狀。

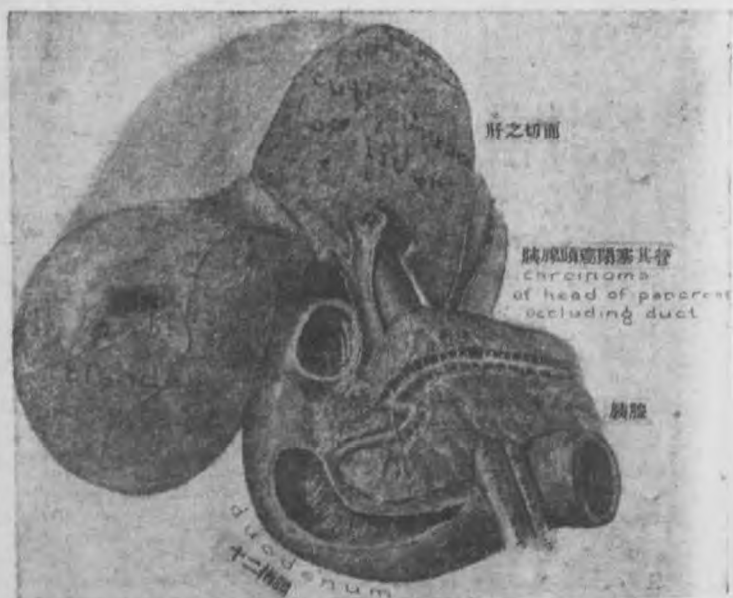
臨床·症·象 臨床症象常似緩行性之黃疸，兼有食慾不振，與體重減輕。與此聯合者，尙有其他症狀，如尿中含膽，糞內之膽汁或多或少或無，而含脂較多等。常有糝糊之腹痛，但鮮有劇痛者。

診·斷 大抵由梗阻輸膽總管之膽石，及使此管發生梗阻而致黃疸之其他情形，以診斷此症。膽石病通常有痠痛式痛之病歷，可以暗示診斷，但亦常有膽石病之痛，並無特徵，甚或無痛，而胰腺癌之輸膽總管梗阻者，其痛或異常明顯，以致膽石病與胰腺癌之間，易生混淆，而不能作確定之診斷，故施行探索手術爲其正確之手續。上文曾云，胰腺癌之梗阻輸膽總管，與膽石不同，結果可使膽囊逐漸擴張，至於甚大，有時可以捫出一膨大之膽囊。如是者，胰腺癌之診斷，即可甚爲確定。膽囊膨脹，而兼有黃疸，此症象名爲柯伏西氏

定律 Courvoisier's law

治法 此惡性病能除去者甚少，即使可能，對於胰腺分泌物之適當處理，亦為一絕大困難。故胰腺癌純用姑息療法，目的在解除黃疸，而實際上使病人困苦者，大抵即為此症狀。其法係於膽囊與胃或十二指腸之間，開一人工口。

手術前之療法 手術後死亡之主要原因，由於肝腎之機能不全，或手術後出血，後者因血凝遲緩所致。肝之機能，如用凡登白氏試驗法 Van den Bergh test，可以略知其大概。此試驗法指示血內之膽紅質量。欲知腎之機能，可用第二十三章



第一〇九圖

因胰腺頭生癌梗阻輸膽總管而致膽囊與膽囊管膨脹

Hernie Congenitale
 |
 Hernie Acquisae

Hernie Interne - H. Diaphragmatique
 Hernie Externe { H. Inguinale
 { H. Scrotale
 { H. Femorale
 { H. ombilicale
 { H. Obturatrice
 { H. sciatique

H. Post-operative

{ H. Red
 { H. IRRed.

H. Inguinale { H. Indirecte
 { H. Scrotale
 { H. Fémorale
 { H. Directe

內疝之重一類
 外疝之重
 { 腹股溝疝
 { 陰囊疝
 { 股疝
 { 斜疝
 { 直疝
 { 股疝
 { 腹股溝疝

腹股溝疝
 { 腹股溝疝
 { 腹股溝疝
 { 腹股溝疝

中所論之各種試驗法研究血內之尿素，尤有價值。病人之血凝時間，當於手術前加以試驗，此為一緊要之點。於靜脈內注射氯化鈣 Calcium chloride，可使其凝固時間減短，而近於正常。但即使病人之血凝時間，實際如常，亦宜於手術前三日，以百分之十氯化鈣溶液五呎，注射於靜脈內，以資預防。

手術療法：如上文所云，施行手術之目的為解除黃疸。因其膽囊已習慣膨脹，使膽囊與胃或十二指腸最適宜之部份間作成吻合，似更容易。若所開之口，手術巧妙，膽汁即可排入腸道，頗為美滿，而黃疸及其使人不快之症狀，如發癢等，即將消滅，病人舒適之生活期間，亦可大為延長。此手術之死亡率雖頗高，然由技術精良者施行，並於手術前有適宜之預備，亦不致超過百分之五云。

腹壁之疝
腹壁之疝

腹壁之疝 腹壁之疝 腹壁之疝

腹壁之疝
腹壁之疝

腹壁之疝
377

第二十二章 赫尼亞

赫尼亞 (Hernia (rupture)) 爲一內臟自其腔壁有異常的突出，大都見於腹部，而由腹壁之一部突出。

構造 赫尼亞可就其外蓋與內容敘述之。腹赫尼亞之外蓋，常包含(一)腹膜，名之曰囊，(二)關係部份上面之組織，如肌與各層筋膜，及皮等。囊或爲固有者，此名先天性，或係逐漸發生者，則名後天性。囊之狹處，即在自腹出發之點，名之曰頸。

種類 如上所述，赫尼亞或爲先天性，或爲後天性。赫尼亞又有內外之分，內赫尼亞 Internal hernia 純在腹內。外赫尼亞 External hernia 之最普通者爲腹股溝赫尼亞 Inguinal hernia，包括陰囊赫尼亞 Scrotal hernia，與股赫尼亞 Femoral hernia，及臍赫尼亞 Umbilical hernia。較少見者爲閉孔赫尼亞 Obturator hernia，臀赫尼亞 Sciatic hernia，與膈赫尼亞 Diaphragmatic hernia 等。赫尼亞或爲損傷性，因受傷所致，包括腹手術後之手術後赫尼亞 Postoperative hernia。在內，赫尼亞又有能復性 Reducible 與難復性 Irreducible 之分，視其內容能否還入於腹而定。最後亦可按其內容而分，如腸赫

尼亞 Enterocoele 內含一部份之腸，網膜赫尼亞 Epiplocoele 內含網膜，與膀胱赫尼亞 Cystocoele 內含一部份之膀胱等。

病原學 赫尼亞於小兒較爲普通，幼兒多係先天性，赫尼亞亦常見於成人，普通爲後天性，雖有許多係因腹壁衰弱，或有瘻，而引起此症。男子患赫尼亞者，多於女子約五六倍。赫尼亞常有指爲因受傷而起者，夫受傷可爲致病之原因，誠然，然在實際上，祇有非突發之症，由於先天性原因無疑者，與受傷有疏遠之關係。就全體言，則由受傷而起之赫尼亞，甚不普通。

症狀 赫尼亞明顯之症狀爲突出，普通在腹壁先天性軟弱之處，其大小不一，初時頗小，但有增大之趨向。普通於臥下時消滅，此卽爲之能復性。多數赫尼亞，並無症狀，祇係偶然發見，最多僅於直立時有糝糊之痛或不安。

診斷 診斷由同一部位之其他腫脹而定，當於各類赫尼亞節討論之。

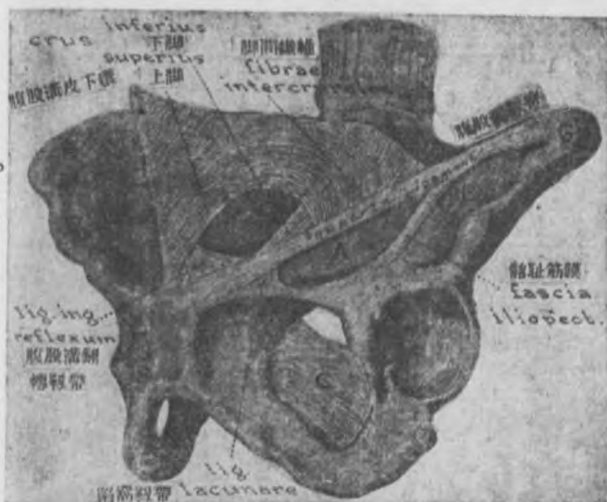
併發病 難復性赫尼亞 Irreducible hernia 爲一種赫尼亞，其內容不能復回至正常位置者。此因其囊內有輕度之發炎，以致內容固定，爲一普通之併發病症，最常見於臍赫尼亞，次之爲股赫尼亞，亦常見於腹股溝赫尼亞中之陰囊赫尼亞。Incarceration

者，其內容暫時被留在囊內，因一蟠之腸，部份膨脹，或完全膨脹所致。此為絞窄性赫尼亞 *Strangulated hernia* 之初期，最普通見於臍赫尼亞，但見於腹股溝赫尼亞及股赫尼亞者亦不少。囊內之物，若被箝閉，而繼續腫脹，以致一部份或完全阻斷循環，即致絞窄。此事最多見於下列之情形。如有一蟠之腸（普通為小腸）降入囊中，而膨脹至不能回復，迨因壓力與水腫，而腫脹日增，則其血循環漸被斷絕，而成惡勢互長 *Violous circle*。其久歷時日，即將完全阻斷循環，以致發生壞死與壞疽。

治法 就大體言之，赫尼亞或用機械療法，或用手術療法。機械療法之目的，即以人工器械，如赫尼亞帶，遮斷其口，使腹內物不能入囊。手術療法則為一勞永逸之計，將囊截除，而使組織回復其正常關係，或成立新關係，以免赫尼亞之復發。

腹股溝赫尼亞 *Inguinal Hernia* 此赫尼亞乃最普通者。男子多於女子，至少五倍。然在女子方面，亦為一最普通之赫尼亞。腹股溝赫尼亞通常有兩種：一為間接的腹股溝赫尼亞 *Indirect inguinal hernia*，隨腹股溝管所經之路，沿男子之輸精管與精管，及女子之圓韌帶，稍後在男子將降入陰囊，女子將降入陰戶。（第一百十、一百一十一兩圖）腹股溝赫尼亞中，十有八九係屬於此類。二為直接的腹股溝赫尼亞 *Direct inguinal hernia*。

直接向前推進。此赫尼亞最多見於中年以後。



第一一〇圖 腹股溝管股管與閉膜管



第一一一圖 女子間接的腹股溝赫尼亞

發生於腹股溝管之下段，腹壁下動脈之正中，在腹壁下動脈與恥骨棘間，經過所謂「海塞爾巴氏三角」Hesselbach's triangle。此赫尼亞並不伸入陰囊，但於腹股溝韌帶之上，

四, 圖) 自腹脫出後, 易轉向上, 而經過腹股溝韌帶, 故有絞窄之趨向。(第一百十三, 一百十四, 一百十五圖)



第一一二圖 股赫尼亞之解剖



第一一三圖 女子股赫尼亞

股赫尼亞 Femoral Hernia 股赫尼亞在各種赫尼亞中約佔百分之十, 女子多於男子約二倍。此赫尼亞由股管向外, 股管在腹股溝韌帶之下, 股靜脈之內。(第一百十二

臍赫尼亞 Umbilical Hernia

各種赫尼亞中，臍赫尼亞約佔百分之五。在幼兒為普通者，且係先天性，因臍帶附連處腹壁軟弱之故。其次在中年時與中年後，亦屬普通，曾經生育之女子，與腹部積脂者，更為常見。成人患臍赫尼亞，當然係後天性，其最普

之位置，適當臍下，惟日久增大，可將臍環包含在內。(第一百十六圖)

手術後之赫尼亞

Postoperative Hernia

此赫尼亞由外科手術之瘻而來。(第一百七十七圖) 普通因腹肌之

神經供給受障礙，如有一直長割口，而使或多或少之腹直肌癱者尤甚。亦常於創口受染，組織多少被毀之後發生。最後常為創口排液之結果，若排



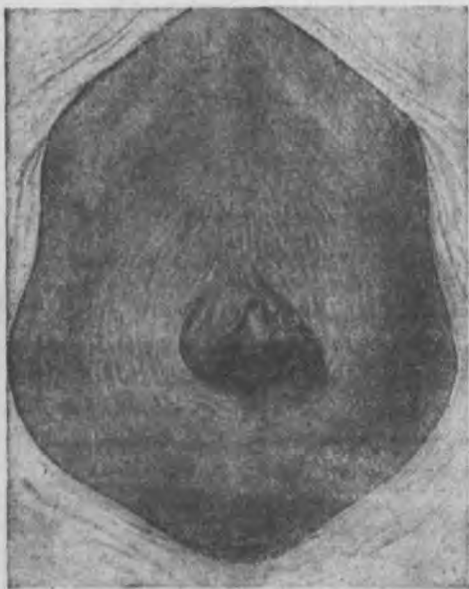
第一一四圖 絞窄性股赫尼亞



第一一五圖 赫尼亞囊內絞窄之腸蠕

液多而歷時久，當然使疲軟弱。

診斷 赫尼亞之診斷，常須直接檢查；惟間有特殊情形，雖令病人咳嗽，亦不能使赫尼亞發現，祇有病歷為其惟一之證據。然病歷不足為充分之佐證，以作為治療根據，不可待言。能復性赫尼亞之能復性，於診斷上至為重要。任何種腹股溝赫尼亞，如該處有腫脹，於病人臥下時消滅，或壓之則消滅，而病人咳嗽或直立時，復又現出者，已足使其診斷成立。因腹股溝赫尼亞常發生於腹股溝韌帶之上，斜者由腹股溝腹環而出，直者由腹壁下動脈之正中而出，靠近恥骨棘，由此可以查知其種類。能復性股赫尼亞，可因其突出於腹股溝韌帶下面而證明。難復性赫尼亞，必須與各該部份內之他種團塊區別。如為腹股溝赫尼亞，其難復性者，必須與該部份內由任何原因而



第一一六圖 女子臍赫尼亞

膨大之腺相區別，並與所謂精索水囊腫 Hydrocele of the cord (精索水囊腫乃腹股溝管內精索周圍之囊內積液，其兩端均被關斷者) 相區別；患先天性赫尼亞之小兒，尤須與先天性水囊腫區別，此水囊腫係舉丸鞘膜內積液，可伸入腹股溝管，而似一陰囊赫尼亞。如此者，用適當之方法試驗其傳光度時，水囊腫之半透明狀，可作為診斷之助。臍赫尼亞與手術後赫尼亞之診斷，少有困難者。

治法 姑息療法 小兒患赫尼亞，不論為臍赫尼亞或腹股溝赫尼亞，自初生以至三歲，可用各種赫尼亞帶或器械，作為姑息療法。普通可使囊閉合，而常得治癒，惟於腹壁仍留一軟弱之點，日後可再發生赫尼亞。姑息療法，亦適用於年長之人，凡人已過中年，手術療法，



第一一七圖 手術後赫尼亞

膨大之腺相區別，並與所謂精索水囊腫 Hydrocele of the cord (精索水囊腫乃腹股溝

不能一定奏效，且多冒險，故以此法爲宜。且在中年以後，普通兼有易發生赫尼亞亞之情形，使其治瘡更爲不易。如男子赫尼亞亞，常兼有尿道之梗阻性損害，且至少一部份由此損害而發生；至於損害之原因，大抵爲前列腺病。其小便時之墜脹，常未能確實認識，於此症之治瘡，最爲不利；故非先去其尿道梗阻，或因恐致絞窄，或實際有絞窄而出於不得已時，不宜施行手術。有慢性咳嗽或心臟病之人，亦不宜於手術，通常用赫尼亞亞帶治療。年長而習慣多坐之病人，施行手術，不易得美滿之結果，而用赫尼亞亞帶，常可得完全舒適之生活。由此可知手術療法最適宜之範圍，卽爲青年病人與未及中年之病人。

手術根治法 若無禁忌，赫尼亞亞手術所冒之險甚微，殆不過百分之一之五分之一（卽五百分之一），若選擇適宜，大有永久治瘡之可能性。絞窄性赫尼亞亞，常須用手術治療，愈早愈佳，若遷延不治，則因壞死而致腸所受之損害，逐漸增大，故雖數分鐘亦不可延緩。就大體言，難復性赫尼亞亞，非有極重大之禁忌證，常須用手術治療，已發現絞窄之症狀者，尤甚。腹股溝赫尼亞亞，用手術治療，頗爲滿意，除年高病人，及有尿道梗阻，與慢性咳嗽者外，其治瘡之分數頗高。反之，能復性之腹股溝斜赫尼亞亞，普通用赫尼亞亞帶可得美滿之成績，雖歷多年而無不安。股赫尼亞亞帶不甚滿意，以手術治療，較爲可靠，故甯用手術

療法。臍赫尼亞普通用手術治療，惟幼兒及年長之人，（大抵爲婦女之有咳嗽病，心臟病，及過於肥胖者），不在此例。臍赫尼亞用赫尼亞帶，通常不甚滿意，因箝閉者多，絞窄者亦不少，此兩者更足爲施行手術之理由。然婦女或有較小之臍赫尼亞，雖歷多年，而絕少不安者。手術後赫尼亞，若不因神經供給受廣大之損傷，或因創口傳染，組織受廣大之損傷而起，及並無慢性咳嗽等禁忌證者，常用手術治療之。

赫尼亞病人之護理法。手術前之料理。腹股溝赫尼亞施行手術時，皮膚之預備，尤須特別小心，因該部份頗不易消毒，而手術時一經傳染，可致全功盡棄。

手術後之料理。位置。縫處不可傷力，最爲緊要，因此病人之頭與肩須略高。膝下置一枕，使其略屈，以弛緩腹肌，而減少縫處之緊張。在十天至十四天內，病人不准在床上坐起，或不待護士相助，而自己轉身。

排泄。病人禁止努力，故須防其便秘。大便宜通，不宜塞。

休息。平常於第十二日後，始准坐起，於第十四日後，始准下床；此時期已可保障創口之相當癒合矣。中年病人，及身體過肥者，須臥床十八日以上。

恢復期。病人應教以預防便秘，上樓時宜小心，勿舉重物，或努力伸張其體，（如懸

掛圖畫等。至少於六星期內，不可做活動之工作；至少於三個月內，不可舉物及墜脹。

併發病 反射性尿瀰溜 赫尼亞手術後普通有之，於腹股溝及股赫尼亞後尤多。

膿毒病 勿令敷料沾污。此點在小兒甚為緊要，因其易於大小便時沾污繃帶也。敷

料宜由醫師更換。發生膿毒病，可視為手術之絕對失敗，將令外科醫師所欲增強之部份，變為軟弱。

復發 手術後最初兩星期內，因劇烈之咳嗽，嘔吐，與呃噁不止，或坐起，或下床，而致縫線裂開，易使其修補失效。故在創口癒合之早期內，須用各種方法保護縫線，勿令緊張，咳嗽尤須防止，以免意外。

第二十三章 泌尿道之病

檢查與研究之方法 泌尿器雖多數深藏於體內，由外面診察，比較不易，然今已有各種檢查與研究之法，使深藏體內之器官，可不用外科探察術而得準確之診斷。此項方法，當於以下詳論之，由是對於各器官之位置，大小，官能，與病狀，可得極正確之意見。

觸診 用觸診法檢查兩腎，以查知其異常狀態，大有價值。平常兩腎之大部份，皆在肋緣下面，除體瘦者外，祇有右腎之下端可以摸出，（平常右腎較左腎低）然在病時，則可查出其腎之增大，如為固體性者尤易查知。痛與觸痛，亦可確定其位置於腎；背部之觸痛，在末一肋骨，與腰直肌所成之「肋肌角」內者，於腎之傳染病，關係頗為重要。施行此種檢查時，病人當仰臥舒適，若腎部有痛或觸痛，常將兩膝屈起。

尿之檢查 診斷泌尿系統之病時，檢查病人之尿，可獲得重要證據。此檢查應包括二十四小時中實際排泄之尿量在內，並須檢查數種尿標本，而於其異常之點，得一普通概念。所欲查出之異常狀態，即尿中有無白蛋白，膿，血，與細菌。女子之尿，若不用導管取得者，其異常成分之來源，全不可靠，此為一應記之要點。如由女子排出之尿標本內，查得膿，

血、白蛋白、與細菌、此等異常成分、不必爲實際來自泌尿道之證據。總之、女子之尿、非用導管取得者、不能記錄爲異常。

腎官能之決定法 收集二十四小時內之尿、而量其多寡、於決定腎之官能、關係至爲重要。尿之多寡、自無尿至四五千毫不等。尿量少者、須決定其減少之故、乃因腎不分泌尿、或因膀胱不能排出其內容。無尿 Anuria 一名詞、於尿不行至膀胱時適用之、用導尿管可以證明。無尿或因腎之出口梗阻、或因腎不分泌尿。後者則名爲尿閉 Suppression of urine。無尿（有時並無先兆）見於（一）兩輸尿管同時或幾於同時被石阻塞時；（二）一個獨腎之輸尿管被阻塞時；（三）一腎已被割去、或因早先患病而失其功用、餘剩之一腎、其輸尿管復被阻塞時；（四）兩腎皆受傷、而主要行功之一腎、其輸尿管被阻塞時、可於不阻塞之一邊、發生反射性尿閉、即所謂『反射性無尿』 Reflex anuria 也。尙有一種少見之無尿、與希司忒利阿有關。尿瀦溜 Retention of urine 一名詞、係指腎雖照常分泌尿、而因膀胱之出口梗阻、以致不能排出。

腎官能之試驗法 現有之各種腎官能試驗法、其中有價值者頗多、但祇有少數通用者。

(一) 濃度之試驗 此試驗之目的，爲查出腎排泄尿與較高分數之固體質（即比重高）之能力。行此試驗之法，當研究其尿之比重，病人所進之液體量，與平常同，或不及平常，庶其比重在一〇二四以上。繼以較多之液體飲病人，而記錄其比重最高與最低之差。若腎不能濃縮其尿，而使其比重在一〇二〇與一〇二五之間者，應視爲確定的異常之證據。

(二) 靛胭脂試驗 Indigo Carmine Test 此法係試驗腎排泄染料之能力。用百分之四靛胭脂溶液四毫，注射入肌內或靜脈內，而用導管導尿，以查知其尿內發現染料之時間。注射靜脈內者，應在七分鐘至十分鐘內發現藍色，注射肌內者，於三十分鐘內一定可以發現。染料之排出，可繼續十二小時至二十四小時。此法於膀胱鏡之使用，亦有價值。因有藍尿自輸尿管口射出，可以證明其位置有否異常，或隱蔽不見。

(三) 因碇紅試驗 Phenolsulphophthalein Test 此係腎官能之試驗法，爲美國所最常用者。因碇紅由腎排泄，平常於注射後，將立即發現於尿中。所射之藥，在兩小時以內，可由健全無病之腎，排出一半以上，此試驗法即根據於是。注射或在靜脈內，或在肌內。其劑量爲六毫，溶於水中而注射之。以導管通入膀胱。於尿內發現此藥之時間，應當記錄。

此藥在鹼性媒介中將明顯紅色，藉此可知其有無。發現之時間，平常亦有不等，靜脈內注射後約二分鐘或三分鐘，肌肉注射後約十分鐘。記錄發現此藥之時間後，須再收集其尿，或由病人自己排出，或用導尿管，於一小時及兩小時之末，各收集一次。第一小時內排出之藥量，應自百分之二十五至百分之四十；第二小時所排出之量，連第一小時合計，應達百分之五十至七十五。行此試驗，有一相當滿意之法，即注射此藥於肌肉內，先令病人排空其膀胱內之尿，然後隔兩點十分鐘再排空一次。若其排泄正常者，此法頗為滿意，否則須用導管。欲使此項試驗，更為精細，而所得更多，則有一法，即於尿中發現染料後，每隔半小時用導管導尿一次。腎官能正常者，於第一半小時內，可排出大量之藥，第二半小時內較少，以下每隔半小時，逐漸遞減。反是，機能不全之腎，於第一半小時內，排泄極少，第二半小時內略多，且常於第三、第四半小時內增加排泄。此事顯然指出腎之排泄機能，反應遲緩，而於其總容量可得一更準確之象。

預備 令病人飲水兩杯，以促尿之分泌。二十分鐘後，令病人小便，將此尿標本棄去。注射因磚紅。病人於試驗時宜飲水數杯，此法可確令病人於一小時之末小便。

用品 (一) 一蚝之壺腹，內含因磚紅六戔。

(一)滅菌注射器與針。

(二)棉球。

(四)清潔皮膚用之溶液。

方法 (一)靜脈內注射,因吸收較速,可得更準確之指示。

(二)肌內注射。

手續 記錄注射之時間,注射後恰正一小時又十分鐘,令病人排尿,將其全部保存。此十分鐘係代表自注射至尿內發現染料之時間。

注射後兩小時又十分鐘,再令病人排尿,用另一瓶保存之。此尿將作異常鮮明之黃色。

記錄每小時所排出之尿量。

在實驗室中,再由專家加入充分之氫氧化鈉 Sodium hydroxide (鹼性)使其呈現最高度之紅色。然後與一標準溶液比較其顏色,以計算排出之藥量。

平常此藥初現於尿內之時,約在注射後五分鐘至十分鐘。發現後一小時內,可排出百分之二十五至四十,兩小時內,可排出百分之五十至七十五。

兩腎分別試驗法。病人飲水兩杯後半小時，以導管通入其左右輸尿管，然後注射
困潯紅於靜脈內。

排出之尿，用兩個試管收集，試管內有百分之十氫氟化鈉各數滴。尿內初現染料時，
可於管內發現紅色，當即記錄其時間，然後每隔十五分鐘或三十分鐘收集其尿，歷半小
時或一小時為止。按照平常情形，尿內初現染料之時，約在靜脈內注射後二分鐘至五分
鐘，但亦有一腎或兩腎稍遲者，因插入導管而引起反射性制阻所致。每一腎之總排出量，
較染料初現之時間，更為重要。兩腎合計，在十五分鐘內約為百分之三十五至四十五，第
一半小時內約百分之五十至六十，第一小時內約共百分之六十五至八十。

(四)血內含氫之試驗。腎若完全不能行功，則尿中之含氫成分，將保留於血內，
(因腎不排泄之故)。其中最要者為尿素 Urea，與肌酸 Creatine。血試驗法可兼用於
此兩者。尿素試驗，殆為一最通用最滿意之試驗。每百毫之血中，平常含尿素十五至四十
毫，若超過四十毫，即為腎機能受損之徵。用此試驗法時，應知欲免血中保留氫質，僅需用
腎組織之三分之一。故血內有氫質留滯，係腎機能已受極大障礙之徵，惟消化道內發生
某種嚴重狀態，而不以平常量之氫質供給血流者，係屬例外。因是，此試驗用於豫後，較用

於診斷，更有價值，為其祇能顯出高度之腎損害也。凡病人血內，有高度之氮質溜滯者，皆應視為嚴重。

特別檢查法 導管 檢查泌尿道所用之器械，導管乃最簡單而亦最重要者。導管

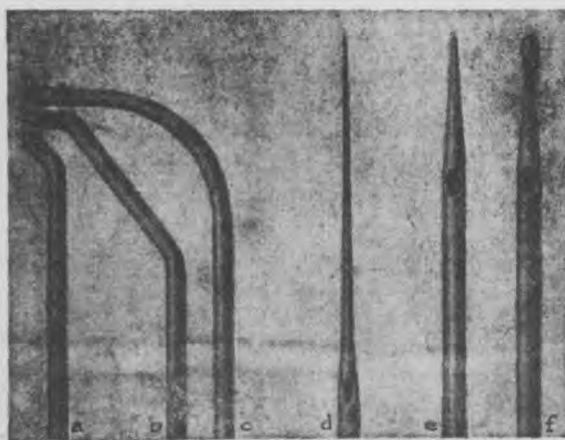
有數種，其大小不一。昔日祇供女用之玻璃導管，應用頗廣，因其能用煮沸法滅菌，殊為可靠也。同時有一種銀質長導管，係軟合金所製，可彎成各種曲線，多於男子導尿時用之。此兩種導管之所以受人反對，即因其硬性，而有損傷泌尿道之可能。故現代泌尿科專家之醫用品中，幾已不見此兩種導管。今日最通用之導管，乃軟橡皮所製，其長度足供男女並用，其大小殊為不一。此種導管，可以煮沸法滅菌，若祇用不含油之潤滑劑，以助通入，亦可耐久。若用含油之潤滑劑，則橡皮之彈性與硬度，旋即消失，表面發粘，而導管無用矣。除小而軟之橡皮管外，女病人之需用其他橡皮管者，祇有少數。男子因其尿道之長，解剖位置之複雜，前列腺與尿道起端之關係，及尿道狹窄者較多，故常需用較軟橡皮導管，硬性之導管，大抵係用精細之織料所製，飽和諸質，以使之變硬，並有各種大小與形式。其尖尤多不同。例如探條導管 Bougie catheter，單彎導管 Coudé catheter，複彎導管 Double Coudé catheter，及有前列腺彎之導管 Prostatic curve catheter，皆為全副導管中所

不可少者。(第一百十八圖)

用導管之目的，即自膀胱內抽出尿，如在女子，有時係為預防排出之尿，在尿道外染污。其較普通者，則為查知膀胱內有無餘剩之尿，並使因膀胱機能障礙，而於小便時不能排出之尿，得以源源流出。如為後者，導管通入後，即固定於適宜之位置，並不取出。

膀胱鏡 Cystoscope 膀胱鏡乃一用

電氣發光之金屬器械，其大小不一，可由尿道通入膀胱，以檢查其內部，並引入小導管至輸尿管內，以查知尿道上部之真相。膀胱鏡之適應證，約言之，即用以取得其他方法所不能得之報告，為決定一特殊病症所必需者。膀胱急性發炎時，如能用他法得到正確之診斷，則以勿用膀胱鏡為宜。膀胱鏡之使用，發展甚速，現已有種種器械，可使膀胱鏡



第一一八圖 各種導管

- a. 單彎導管 b. 複彎導管 c. 前列腺瓣形導管
d. 與 e. 絲狀尖頭導管 f. 探條導管

鏡

檢查，不論老幼，自嬰孩以上，皆可施行。故技術精練之人，以此為正確診斷泌尿道病所絕對必需之輔佐用品。

膀胱鏡檢室及其應用之物品。膀胱鏡檢室，須有現代無毒手術室之各要點；外加室中之窗，一律須裝百葉窗，以備隔絕外來之光線。膀胱鏡檢查所需用之其他物品如下：

(一) 膀胱鏡檢檯，可以調節，使病人能作膀胱石截除術臥式，垂頭仰臥式，或膝胸臥式。檯上須妥為鋪墊，使病人檢查時感覺舒適。

(二) 檯之長寬為 80×40，蓋以無菌之半幅布單，與手巾。

(三) 小玻璃杯，內盛醫師用以洗骨盆之溶液，與麻醉劑。

(甲) 百分之五奴佛卡因 Novocaine，為麻醉尿道及膀胱之用。

(乙) 阿昔里黃(阿克法拉芬) Acriflavine 千分之一者一兩。

(丙) 硝酸銀 Silver nitrate 千分之一者一兩。

(丁) 硼酸飽和溶液 Boric acid saturated solution 一兩。

後三種溶液，可用以灌洗骨盆，宜在室溫度，以減少刺激。

(四) 十耗之 Iuer 注射器，以滴洗腎盂。

(五)尿道注射器,以注射奴佛卡因。
 (六)大注射器或注射器,以注射溶液入膀胱。



第一一九圖
膀胱鏡

(七)膀胱石截除術單。
 (八)滅菌紗布,以拭導管。

(九)三個滅菌標本瓶,記明如下:

(甲)導管標本(膀胱)。

(乙)右輸尿管標本。

(丙)左輸尿管標本。

(十)滅菌試管數個。

(十一)困磚紅盤(參看第三九一至三九二頁)。

(十二)膀胱鏡。

膀胱鏡所需用之電光,有數法可以供給,如以之聯於一乾電池,或蓄電池,或間接電

流等。用間接電流時，宜謹防因地板潮濕而發生危險。

(十一) 探條 Bougie 一根細長之圓柱，普通用絲織物製成，塗以假漆，為擴張尿道之用。

絲狀探條 Filiform bougies 口徑細如毫髮，用為較大之器械探路。平常係絲織物製，塗漆而成。此等探條，一經變脆，或變粗，即應棄去不用，恐在尿道或膀胱內折斷。

(十四) 輸尿管導管。大小不一，其尖之形狀亦不一。最普通用者為 F 五，六，七號。

管尖。最通行者為笛形或口笛形之尖頭，受尿較他種尖頭為佳。

橄欖形尖頭，用於輸尿管之不易通入者，圓錐形尖頭為擴張之用。

絲狀尖頭為探路之用。

輸尿管導管之記號。輸尿管導管上，應有區別記號，使左右不致相混。

(十五) 潤滑劑。泌尿生殖器用之各種器械，當用水溶質滑潤。市售者有數種，其商業名稱不同，皆以海菜與甘油為基。用油脂滑潤器械，殊不相宜，因油垢粘著於器械上，清潔消毒，均感困難也。

(十六) 外科醫師之器械。

(1) 椅。

(2) 橡皮圍裙。

(3) 長衫。

(4) 洗手用之抗毒溶液。

(5) 橡皮手套，於需要時備之。

(十七) 清潔病人之溶液。

病人之預備(精神方面) 護士應向病人說明膀胱鏡檢查之目的，為查出病原之第一步，以期減輕症狀。患泌尿生殖器病之病人，或顯神經過敏，殆為時常小便，與便時疼痛所引起。

不用全身麻醉劑時之預備 預備之法，隨各外科醫師之意而異。平常不用全身麻

醉劑而施行膀胱鏡檢法之常規如下：

(一) 清潔，恥骨部尤應注意，若無命令，不可將毛剃去。

(二) 換穿潔淨之睡衣，與腹切開術襪。

用全身麻醉劑時之預備 (一) 檢查日之晨，用肥皂水灌腸。

(一) 不進早膳。

(二) 用醫師吩咐之麻醉劑。

病人在膀胱鏡檢術檯上之位置。病人置於檯上，作半垂直勢，臀靠檯緣，兩膝彎屈，略高於檢查檯，用鐵支持。兩股與軀幹作成四十五度左右之角。病人之胸部，須蓋絨毯，因肌肉受涼收縮，檢查時將使病人更覺痛苦，醫師更覺困難。第一要事，為掩蓋病人，不論男女，皆應妥為遮蓋，勿令過於暴露。巧妙之掩蓋法，可免病人因赤身裸體，以致窘態畢露。

膀胱鏡檢查法。護士應預測醫師之需要，將溶液及器械備好，以待取用。

健全無病之膀胱粘膜，其觸覺與痛覺，幾可不必顧慮，惟發炎之膀胱，則異常敏感。膀胱鏡插入女子膀胱時所引起之痛，可不介意。然在男子，當第一次以任何種器械通入尿道時，必至甚痛，間有發生休克者。

病人之後料理。膀胱鏡檢查後，病人應臥床休息，保護溫暖。普通略有不安，與膀胱頸周圍痛，或歷數日之久。因男子之尿道，構造複雜，故較女子更多不安。病人須教以多飲水，每日至少飲十二杯，甚為緊要。護士應注意無尿，腎痠痛，與尿道寒戰等症狀。若繼續不安，醫師或吩咐用坐浴，可解充血，其功效較麻醉劑更為持久。

器具之後料理法。膀胱鏡爲一精細之器械，價值昂貴，若不適當清潔，必致損壞，故料理時須十分謹慎。且由不潔淨之膀胱鏡，而自甲病人傳淋病球菌或其他傳染至乙病人，危險甚大，故膀胱鏡各部份之滅菌，務須小心。

膀胱鏡用過後，須將其拆開清潔。各絞關節，及罅隙處，與鞘之裏面，尤應特別注意。護士用冷水沖洗其鞘後，當取通管絃一根，以棉花裹其尖頭，在醇中一浸，以清潔鞘之裏面。此棉花須時常更換。將鞘置於洋磁盆內，盆中貯滿千分之一氫精化高汞 *Mercury oxy-cyanide*，浸兩小時取出。

又一滅菌法，於膀胱鏡完全清潔後，用福爾馬林氣 *Formalin gas* 消毒。惟用福爾馬林滅菌之膀胱鏡，須在溫無菌水中洗淨後，方可使用。

橡皮導管。先在冷流水中沖洗，繼用溫肥皂水擦淨，於沸水內滅菌，每兩量磅水中，加鹽一茶匙。護士應謹記，橡皮導管若照此法置於沸水中，管內如有空氣，則其消毒無效。因導管中之空氣，可阻溫度上升至適當之度數，並阻水與管之裏面接觸。故將導管放入水內時，應先驅出管中之空氣。沸煮十五分鐘。

織物導管。先在冷流水中沖洗，繼用溫肥皂水擦淨，浸於五百分之一氫精化高汞

溶液內兩小時。

此項導管，亦可用煮沸法消毒，但宜十分小心。滅菌器中，祇可用蒸溜水；此器須大，使導管不致彎曲。滅菌器中，須備一排液架，以備將橡皮管取出沸水，待其涼却，而並不接觸。切勿以他物與導管同置滅菌器內。織物導管熱時與他物接觸，則其光滑之面受損，而不適於用矣。

X光 X光之使用，大有助於準確之診斷。X光可顯出一部份泌尿器平常所居之部位內，即自腎至前列腺一帶之鈣密度之影。若與膀胱鏡合併使用，其價值更大。如用導管（管壁飽和金屬質）通入輸尿管內，以明泌尿道自膀胱至腎各部份所顯X光影之準確關係。如此，在輸尿管內或不在輸尿管內之影，均可得其準確位置，而顯在輸尿管內之影，或可證明其實際上相距甚遠。此外尚有一發展，為攝製腎盂檢影圖 Pyelogram。其法係將某種化學溶液，能在X光軟片上顯影者，由輸尿管導管注射入腎盂與輸尿管。此溶液現已有更新之製劑，如尿路顯影劑 *Uroselectan* 乃最通用者，內含碘質，腎盂及輸尿管之位置，大小，與輪廓，藉此可以準確顯出。若能小心應用，此法並無危險，不過暫時妨礙腎功，則為常有之事。因此法之另一發展，又有所謂「膀胱檢影圖」*Cystogram*者，係用

同樣之溶液，使膀胱膨脹，結果於 X 光影片上，可準確顯出膀胱之大小與形狀，用以證明膀胱內間或發生之陷凹（憩室），尤有價值。亦可用以顯明輸尿管擴張症，輸尿管下端之肌收縮力受障礙或已喪失之症，及一個或兩個輸尿管與膀胱直接通連，致充滿膀胱內物之病症。

用 X 光檢查泌尿道時，病人之預備。放射攝影術 Radiography 之成功，恃乎病人能小心預備。預備之目的，即使其本質以外之因素，能盡量消除。因胃腸道遮蓋腎及輸尿管之若干部份，故使腸內並無何質於 X 光影片上顯其密度，以免淆亂，實為一重要之點。平常之預備。攝影前用易消化之食物，忌含植物纖維素者。

可能時於上一日服輕瀉劑。複方甘草散 Compound licorice powder 或蓖麻油 Castor oil 之成績最佳。攝影日之上午用清潔灌腸劑。灌腸可助腸道內氣質之排出，此氣質因密度低，可亂所顯之影，使人解釋底片，發生困難。

瀉鹽類瀉藥，使腸內之水分過多，應忌用。金屬鹽如氫化低汞（卡羅美）Calomel，或複方瀉丸 Compound cathartic pills，均不宜用，因服藥丸或藥片，攝影時或未溶化，可與腎石相混。

靜脈內尿路攝影術

Intravenous Urography

最近五年內又有一新法，用以考

查腎與輸尿管之形狀及位置。此法係於靜脈內注射含有大量碘質之物，由腎排泄，其濃度可使X光影片上明白顯出。此法已證明有極大價值，然非用以代替逆行性腎盂攝影術 Retrograde pyelography。腎功佳良者，雖其腎本身有重大之異常狀態，仍可顯出腎盂極滿意之輪廓，亦常可顯出輸尿管極滿意之輪廓。如用此法，可免膀胱鏡檢術之不便與不安。此法亦略可用以試驗腎官能，如腎官能有重大之損害，即不能迅速排泄，或排泄其濃縮之質。此法現常用於泌尿道上部之損害為初步研究，稍後再以需用膀胱鏡與輸尿管導管之他法補充之。

第二十四章 腎病

傳染 腎受傳染，於大多數之病症，或因細菌由血流而至腎（血原性傳染路），或因上升性傳染，自泌尿道之下段，經由輸尿管而至腎，惟最普通者殆為直接蔓延。此項細菌，當然有各種，蓋細菌之得入血流，或使泌尿道下段發生傳染者，若能生活，皆可行至於腎。為便於敘述，及使學生更易明瞭起見，當按細菌對於腎所起之作用，而將其分為兩大類。

(一) 化膿球菌類 *Pusproducing cocci*，如葡萄球菌，與若干種鏈球菌，大都在腎內發生多數性膿腫，切近腎之皮質。(二) 桿菌類 *Bacillary type*，主要者為大腸桿菌，於腎盂、輸尿管，及膀胱之粘膜內，發生最顯著之損害。以上之區別，當然不甚明確，因化膿球菌而使腎盂及泌尿道下段發炎者，其例亦頗多。

病原學 腎之傳染，見於女孩及婦女之妊娠期內者，殊為普通。此類傳染，多見於腹壁弛緩，而致內臟下垂之婦女。泌尿道下段梗阻，尤其是因尿道狹窄與前列腺肥大而起者，普通有腎傳染繼之；體內他處，若因化膿球菌而致化膿，如癰、癤，與急性骨髓炎等，亦常有腎傳染繼之。

病·理·學

此處將述兩種傳染，但須明白在二者間不常有明顯之區別。其一為皮質型 Cortical type，大抵限於腎之皮質，常因化膿球菌所致。結果將成多數小膿腫，起源於腎血管球，因之靠近腎皮質。此類傳染，最普通見於細菌由血原性傳染而至腎者。其二為腎盂型 Pyelitic type，最普通因大腸桿菌族所致，由上升性傳染而來，故於腎盂內及腎盂附近，傳染最劇。然使其細菌為毒性者，亦可在全腎蔓延甚廣，最後所發生之景象，幾與血原性傳染並無區別。學者謹記此兩型，顯知皮質型之傳染作用，限於腎皮質，而尿無異常之狀，卽有亦較少，通常不發見膿質。腎盂型之作用，在粘膜最為明顯，早期時卽有膿與細菌發現於尿內，為此型之特徵。

症狀 急性腎傳染之特徵，為腎部感應痛，有輕重不等之觸痛，發熱，膀胱刺激，與尿質異常。皮質型之傳染，其痛更劇，肋肌角之觸痛尤為明顯，熱度較高，更易發生寒戰。腎盂型傳染之痛與觸痛較減，通常無寒戰，惟膀胱刺激，更為普通，尿內常有膿。皮質型傳染，尿內或全無膿質，其惟一確定之證據為腎部痛與觸痛，及在尿內查得其致病之球菌。

慢性腎盂炎 Chronic Type of Pyelitis 腎盂型之急性腎傳染，不出以下二途。或突然發作，疼痛發熱，膀胱刺激，與膿尿，用適當之治法，可按病理進行，於十日或三星期內

完全消滅，或於急性症狀既退之後，除膿尿及溫和之膀胱刺激外，不留其他症狀，惟此兩者，則可繼續至無定期，而於病人之健康，並無重大妨礙。此等情形，於小兒殊為普通。

併發病 腎傳染顯著之併發病為腎圍膿腫。此併發病幾專限於皮質型傳染，因腎皮質內之膿腫，破裂入腎圍之脂肪，致發生大膿腫，然除有持久之痛，與持久之發熱外，少有膿腫之證據，其傳染雖原於腎，而其尿甚少異常，或並無異常。

腎傳染之診斷 診斷腎傳染，通常係根據病歷，體格檢查，顯示輕重不等之觸痛，與可能的腎增大，並檢查其尿，如為女子，必須用導管取得者。依此診斷，可得高度之準確性。驗尿時須用絕對新鮮之標本，技術精良者，於腎盂型可發見多少不等之白蛋白，與多量之膿，及可以證明為屬於大腸桿菌族之細菌，於急性症並可發見少量之顯微鏡血，即用顯微鏡始見者。如為腎皮質傳染，則尿之檢查，結果將大不相同。至多有少許白蛋白，少量之顯微鏡血，間或能發見一個膿細胞，然於此病之首數日內，若能以靈敏之技術，作數次檢查，常能在經過完全離心旋轉之尿內，發現並證明有大量之球菌。X光於診斷上頗有價值，藉此可將腎石除外診斷。膀胱鏡檢術與輸尿管導尿術，在急性期內不宜用，若此症有變為慢性之趨向，則於診斷上為必要者，其在小兒尤甚，若不用膀胱鏡與輸尿管導管。

常致發生慢性炎，幾可抵抗治療。故腎傳染若不止息，而於相當時期內痊癒者，必須詳細考查泌尿道之上部。其法宜先用靜脈內尿路攝影術。若不能得所需之報告，則用膀胱鏡與輸尿管導管。

治法 治療之法，顯視引起此病之情形而不同。如因尿管狹窄或前列腺病，而致尿路梗阻者，此梗阻須先解除，否則治療之成績不滿意，或無價值。各種腎傳染，病人皆須完全臥床休息，強飲液體，每日至少三千鈺，投以尿路抗毒劑，並於腎部用熱敷法。

妊娠時之急慢性腎盂炎，大概常有一個或兩個輸尿管擴張，以致發生梗阻，必須解除，以期減輕或治癒其病。多數病人，須安臥床上，床尾可墊高，病人向左側臥，強飲液體，通常如此已足。其較為急性者，若以上諸法無效，當用輸尿管導尿管術，普通為右輸尿管，將導管留在其中，使腎時時排液，結果可以（一）保全腎，否則不免有喪失之慮；（二）免終止妊娠，昔日以此為治癒惡性症所不能免者；（三）實際可保全病人之生命。皮質型傳染有發生腎圍膿腫之可能性，此點必須謹記。有少數皮質型傳染，腎之破壞或過大，致需用外科截除術。幸而此等事不常有。慢性腎傳染，即所謂「慢性腎盂炎」者，用膀胱鏡與輸尿管導管考查，可顯出腎盂與輸尿管略為變厚變硬。近數年來，已有許多證據，足見使尿變為極

酸，爲治療此等傳染之一要點。使尿變酸之法有二，或口服藥物，或用所謂「酮原性飲食」(Ketagenic diet)。惟無論如何，其酸度必須準確決定。最佳之法，即決定尿之氫游子濃度 (pH)。若其尿之氫游子濃度，在四·五至五·五之間者，即已得滿意之酸度。此酸度至少須維持四日，方有成效。於慢性腎盂炎沖洗腎盂有益；比較溫和者，可用百分之二硼酸溶液。比較頑固者，則須用較強之抗毒劑，如阿苦理黃 Acriflavine，汞色質 Mercurochrome，或硝酸銀 Nitrate of silver。此灌洗腎盂之法，最重者可每星期或每兩星期一次，較輕者每三四星期一次，至見有成效爲止。

腎結核病 Tuberculosis of the Kidney 此爲溫帶內比較普通之病。平常由血傳帶，雖祇在一腎發生傳染，爲外科醫師所注意，實際上大約兩腎俱經受染。此症之本質係慢性型，約須在數月後，甚或數年後，始發生症狀。醫師見此傳染時，大多數雖祇限於一腎，惟實際上結核桿菌必係並至兩腎無疑，所以祇有一腎發病者，殆因一腎具有較大之抗染能力也。現知其較小之損害，大抵爲粟粒型，可不發生任何症狀而自癒合。至必須由外科醫師治療之腎結核病，則其損害廣大，破入腎盂，以致廣布於腎盂及輸尿管，且常廣布於膀胱。由此可知其損害於診斷成立以前實際爲慢性也。

病理學 如上節所述，此病係慢性型，起源於腎之中央部，多數漸擴展而至腎盂，此時始發現臨床方面之證據。腎盂受染時，輸尿管亦漸進的被染，包括膀胱口在內，於此常可發見其最早之證據。因輸尿管被染，且因此症之作用係慢性，常致輸尿管梗阻，故因腎膨脹而發生疼痛。最後膀胱之粘膜炎亦染病，或較早，或須遲至數年以後，膀胱被染後，將發生膀胱刺激之症狀。

病原學 此症最普通見於十五歲至三十五歲之間，男子較女子尤多。此症亦可於兒時發生，間或見於中年以後，惟在中年以後者，大半得病已久，僅至晚年始發現症狀耳。約有四分之一，同時患肺結核病，此點約為病人對於結核病有易感性之證據。

症狀 如上所述，此症極為慢性，故可染病多年，而不發生症狀。多數病人，其第一個證據為時常小便，而無明顯之原因，日間與夜間之次數，約略相等。此時尿亦異常，內含少量之白蛋白與膿，常可發見顯微鏡血，病勢進行，而膀胱之被染處增多，病人即可發見微量之血尿，約有半數病人，在身體一側之腎部，有確定之痛或不安。因投保壽險，而偶然發見其尿質異常，方始注意此病者亦不少。病勢較深者，時常小便，與小便作痛，可致甚劇。普通於病人之全體狀況，所顯作用較少，惟病勢漸進，則有體重減輕，乏力，與食慾不振等。

診斷

比較年輕之人，若發生膀胱刺激，而別無其他原因者，即有腎結核病之嫌疑。於尿內查得上述之異常質，而尿渣（尿沉渣）內不發見他傳染病應有之細菌者，更可得一高度之暗示，用合宜之染色法，於尿內查得結核桿菌，或接種豚鼠，可以確定診斷。因此症常係偏側性，故可截除一腎，以作有效之治療，但必須查出何腎染病，其另一腎是否健全，是否能維持生命。用膀胱鏡與輸尿管導管，可以查知何側之腎染病，用適當之官能試驗法，可以決定其另一腎是否健全。用靜脈內尿路攝影術之現代方法，則於何腎染病，及何腎健全，可得極滿意之證據。然用此法，鮮能作十分確定之診斷，以保證施行腎截除術。又光檢查，可將尿內含膿之其他原因除外，尤其是腎石與輸尿管石，且常可於染病之腎內，顯出密度增高之區，此密度增高，因在舊時之慢性傳染部份有鈣鹽沉澱所致。

治法 因此症發現之時，為日已久，故用任何療法，皆不能望其治癒。若病人之另一腎健全，則適應腎截除術，故較有治癒此症之可能性者，惟外科療法耳。病人之兩腎俱染，或無病之一腎，因他故不能維持病人之生命者，當用其他結核病所適用之衛生療法。白檀油 Oil of sandalwood 裝在膠囊內服之，常可減輕膀胱刺激，功效頗顯，惟於病勢之進行，殆無作用。手術療法即截除染病之腎，此手術本身之死亡率頗低，不過百分之二·五。

其治療之可能性頗大，病人截除一個結核病腎者，雖有百分之六十至七十，常因膀胱癩痕而微留刺激，但仍可度其安舒之生活。

腎石或輸尿管石 (腎石病) Stone in Kidney or Ureter (Nephrolithiasis) 來源與種類 腎石之成，因由尿排出之鹽類所成之固體質結晶沉澱而致。此等鹽類，因何變為晶體，尙未確實明瞭。在酸性尿內成石之質，其最普通者為尿酸，尿酸鈉與尿酸銣，及草酸鈣。鹼性尿內之沉著物，大抵為磷酸鈣與碳酸鈣，及磷酸銣與磷酸鎂。膀胱鱷基酸石與鹼石罕見。

此等尿石，成於腎盞或腎盞內，小時可通入輸尿管，即名為輸尿管石。在輸尿管本身內成石者，此事殆不可信。

病原學 腎內成石，無論年齡老幼，皆可有的。於十歲至五十歲之間，發生症狀，而被發見者最普通，以二十歲至四十歲之間為最多。關於性別，或何側有病，並無明顯之區別。惟我人已知尿石之成，於某種地帶尤為普通，有時稱之為「尿石區」。如印度之某某數省，其大部份居民，無論男女老幼，皆患腎石。中國亦有若干部份，其情形相同。此等現象之發生，並無相當理由，可資解釋。

症狀 概言之，腎內有石，除阻塞出口，致腎膨脹，與腎之被膜伸張（爲腎痛之主要原因）外，並不發生症狀。故有腎石之病人，大部份或無症狀，其石可在腎內多年，而不爲病人所知。惟多數有痛，就全體言，痛爲一明顯之症狀。約有半數，其痛爲痠痛式，而指爲腎痠痛。其特殊者，痛始於脇腹，驟而且劇，有時慘痛，向下沿輸尿管路而感應至膀胱，甚或至外生殖器。惟腎痠痛並非腎石之特徵，於腎之出口猝被梗阻時，皆可發生。其次要症狀爲尿之異常，因腎內受石刺激所致。其異常處爲尿內有膿，與多少不等之白蛋白，及多少不等之血，惟通常所含之血，須用顯微鏡方可發見。大量之血尿，並不常有。其血最普通見於腎石磨擦粘膜而致痛之時。迨石已入輸尿管，而停着於一處，痛即爲一較普通之症狀，尿之異常，則不如其明顯。血



第 一 二 〇 圖 腎 石

祇見於被石擦傷之處。輸尿管內有石之病人，排泄平常之尿者，亦非罕見。

診斷 診斷根據病歷，與尿之檢查，用X光檢查泌尿道，並用膀胱鏡與輸尿管導管，或靜脈內尿路攝影術，以證明X光片上所顯鈣密度之影。若用適當方法研究，通常可得確定之診斷。(第一百二十圖)

豫後 小腎石通常降入輸尿管，而由膀胱排出，在一再發作腎痠痛之後。此外，一個小腎石，或留於腎內多年，而並不明顯增大，且罕致腎痠痛發作。然多數病人，其石將繼續長大，腎之出口，漸被梗阻，以致發生反壓，與腎組織逐漸毀滅，終致腎完全消滅。故以大概言，腎內有石，與腎官能之健全，兩不相容，若不取出，將破壞腎。惟一腎毀滅者，未必不能保持其健康。

治法 自上述諸點觀之，顯見治療之目的，為除去腎石。多數病人，其石小，而已入輸尿管，故可排出。此等腎石，不妨與以相當之機會，待其自行排出。腎內之石，其大小不能排出者，通常須用手術治療。

姑息療法 腎石之姑息療法，即使病人於痠痛發作時更為舒適。安臥床上，病處敷熱，投以適量之嗎啡，以止痛。此數者皆有功效。輸尿管石，有時投以適量之嗎啡，不能止痛。

且常有危險；若投以極大之劑量，石或突然通入膀胱，致令病人服嗎啡過量，而無惟一滿意之解毒劑——卽痛——以抵抗其毒。故病人有痛劇者，若用適量之嗎啡，不能止痛，當別探他法以治之。此法卽由膀胱鏡通入一輸尿管導管，或將石推回，或使石通過，以解除腎所受之壓迫。此法可以立卽止痛，輸尿管導管或任其留在裏面數小時，可改變石與輸尿管之關係，而助其通過。

用器械由膀胱鏡通入以摘出輸尿管石法 現可用各種器械，由膀胱鏡通入，施行手法，以助病人排出輸尿管石。迄今已發明之取石器，製作精巧，種類甚繁，然其中多數，皆不免有受人反對之處。大約最安全之一法，卽用兩條以上之輸尿管導管，通入輸尿管內。此管曲折盤繞於石，使外科醫師拉管時，卽可施以牽引。留在輸尿管內之石，有一大部份可用此法，及類似之法，使其排出。現今約有百分之八十之輸尿管石，或由病人自己排出，或用手法取出。

手術療法 腎石或輸尿管石之手術療法，可適用於多數腎石病，及輸尿管石之屢試無效，不能排出者。其法係開一相當之切口，或在腎上，或在輸尿管上，然後切腎盂或輸尿管，以取出其石。此項手術，甚見功效，其死亡率頗低。有少數腎石病，其作用進行不止，幾

至使腎全毀。如有腎石，而附加傳染者，最易致此。腎石與傳染合併，使腎受害至大。若腎質已大部份被毀，而傳染甚重者，應將此腎截除，但須小心查知其另一腎之有無，及其官能如何。不適用手術之病例，其主要者為兩腎皆有大石，取出甚難，與病人不用手術，亦可獲得相當舒適之生活者。

結石性尿閉 *Calculus Anuria* 無尿 *Anuria* 一名詞，係指無尿行至膀胱而言。或

因兩輸尿管同時被石梗阻，此為一比較不甚普通之事；或因先天的祇有一腎，而其輸尿管被石梗阻，或其另一腎甚小，最後為行功之一腎，輸尿管被梗阻，而其另一腎已早因同樣之作用被毀，但未發生重要之症狀。

症狀 主要之症狀為痛與無尿。所異者，雖完全無尿，於若干日內，亦不發生腎機能不全與中毒之症狀。如有一病人之輸尿管全被梗阻，或於二四日內，除痛而外，並無可見之異常狀態。時日進行，而並不解除，最後將發生尿毒症，與惡心嘔吐等症狀，病亦由此結局。治法當然純屬手術方面，須令其尿得一出口。重症，尤其是診斷遲延者，最好直接在腎上面切開，而用腎造口術，使腎盂排液，經過腎質。早期症，可取出其輸尿管內之石，惟無論如何，須從速完全解除其梗阻。施行靈巧之治法後，其復原之速，殊足使人驚異。

腎腫瘤 Tumors of the Kidney 腎腫瘤幾可屬於任何一種，惟普通有三型：(一)

兒童腎腫瘤屬於胚組織瘤 Embryomata；(二)腎上腺瘤或腎癌 Hypernephroma or cancer of the kidney 爲中年時特有之腫瘤；(三)腎盂之惡性腫瘤，見於中年或晚年。兒童腎腫瘤，即胚組織瘤，大抵見於初生至五歲時。此瘤極爲惡性，生長甚速，雖不常有遷徙，但亦極可致命。腎上腺瘤，爲中年時代普通之腎腫瘤，大抵見於三十五歲至五十五歲之間。此瘤有成遷徙之明顯趨向，由血管而傳至肺、骨、與腦。腎盂腫瘤比較不甚普通，但可見於中年或晚年，大抵在四十五歲至六十五歲之間。

症狀 兒童腎腫瘤，除腫瘤以外，常不發生症狀；其最初可見之體徵，普通爲腎增大。成人之腎腫瘤，以下列三症狀爲其特徵，即血尿、腫瘤、與痛。其中大部份血尿爲一早發現而頗明顯之症狀，惜其時限短而且急。血尿之發作，彼此相隔數月或數年，可使病人誤以爲安全無恙。痛平常祇於血尿時有之，由於腎之出口，被血凝塊梗阻。腫瘤絕非一初期症狀，迨至明顯時，則其病勢已深矣。

診斷 血尿既爲一早而明顯之症狀，故病人有血尿者，必須詳細研究，而證明其是否腎腫瘤。所惜者，病人因發生血尿之時限頗短，故常延緩檢查，有時雖醫師亦然，實則

如能施以技巧之檢查，必能得正確之診斷，與滿意之治療。診斷時須用膀胱鏡與輸尿管導管，並佐以X光之腎盂檢影圖，始能準確無誤。腎盂輪廓變形，為腫瘤之特徵，若能靈敏研究，於大多數病人，皆可獲得正確之診斷治療之法，純屬外科，即將腫瘤切除。

豫後 成人之腫瘤，常致遷徙，故豫後頗為嚴重。其腫瘤之遷徙，常可用X光發見，在肺內或骨內者尤甚，施行手術之前，必先用X光檢查，若有遷徙，則手術將無效。其惟一可慰之點，即腎上腺瘤之惡性，大有不等，其惡性較低者，可用手術治療。成人患腎腫瘤而用手術治療者，約不過百分之十五至二十。兒童腎腫瘤之豫後，最為失望。

第二十五章 膀胱與尿道之病

膀胱之病 Diseases of the Bladder

膀胱傳染 Infection of the Bladder 膀胱炎 Cystitis 膀胱，尤其在靠近膀胱出口之一部份，為泌尿道最能發生，且最易發生症狀之處。例如泌尿道之其他部份，雖有種種情形，繼續存在，而不致發生症狀，然一經波及膀胱，症狀即將發現，而人皆歸咎於膀胱，此亦一不幸事也。因是膀胱炎之診斷，可溯源於種種情形，由泌尿道之其他部份受染而起者，但祇有膀胱發生症狀。故應認識膀胱炎為一繼發性傳染，由他處之傳染而來，最普通者為腎，其次為前列腺，最後為膀胱附近之其他構造，如女子之輸卵管等。因此膀胱發炎之時，應立即檢查其發炎之來源。

病理學 膀胱炎或為急性，或為慢性，按其傳染之輕重，與作用之時限而定。急性膀胱炎，為定型之膀胱粘膜炎。由膀胱鏡窺之，將顯急性瀰散性之紅腫，與水腫。其表面上皮，或有淺損失，與微潰爛。慢性膀胱炎易成片，於若干充血區之間，雜以若干幾近正常

之組織。若傳染由腎而來，慢性膀胱炎易局限於患側之輸尿管口周圍，特別是在結核病者。腎受傳染時，其尿中皆可含膿，不必累及膀胱粘膜也。小便頻數，亦可見於膀胱炎以外之各種情形，如膀胱出口有重輕不等之梗阻，及膀胱頸周圍充血等。痛或為一最特殊之症狀，惟尿道，前列腺，或膀胱周圍之組織有病者，亦可發生，不必累及膀胱也。

診斷 膀胱炎之診斷，已如上述，須檢查其膀胱受染之原因，如尿道上部，前列腺，及女子之骨盆內臟，均須檢查，藉知其發生困難之原因，雖已認識為膀胱炎，可不必深為注意，因其治療之法，當施於他構造也。膀胱炎通常非用膀胱鏡不能作絕對準確之診斷。急性期內，罕有需用膀胱鏡檢查，或應用膀胱鏡檢查者。然於急性期已過，而病仍不瘳者，須用膀胱鏡，輸尿管導管，作詳細之檢查，或用腎盂攝影術。

治法 膀胱炎以治療病原為主，另用方法解除其不安。如強飲液體，使尿稀釋，服氯化銨 Ammonium chloride 或硝酸銨 Ammonium nitrate 兼投以六炀四銨 Methenamine，以使尿變酸，於必需時用阿片以止痛，皆為急性期內普通需用之方法。

導管膀胱炎 Catheter Cystitis 此名詞乃係誤稱，似含有導管之本身不良，以致

發生傳染之意。此症起於病人曾患尿瀰溜，而用導管解除其疾患者。最簡單之一例，見於患所謂「反射性尿瀰溜」(Reflex retention of urine)之病人，普通在外科手術後，或病人受重傷之後，雖其泌尿道並無疾病或異常，仍不能於相當時間內撒空膀胱。結果可致膀胱過脹，膀胱伸張，與壓力略增，尿之分泌，必須抵抗此壓力。反射性尿瀰溜，於外科手術後，及產科，損傷性外科，甚為普通，故應明白敘述其管理之法。至少在昔日，其經過程序如下：病人於上午施行手術，手術後之恢復，頗為滿意，然隔十二小時至二十四小時後，不能排尿，膀胱略脹。以前常緩用導管，以期自然得解除，而將尿排出。此種主張，所以受人反對者，即因「自然」不能與之合作，以致膀胱過脹，勢必於最惡劣之情形下再用導管。反對用導管導尿者，其學理上之根據，為導尿時可帶細菌入膀胱，無異一導火線，觸之即發，引起膀胱炎。此種學說，並無事實上之根據。帶細菌入健全之膀胱內，已一再證明其不能引起發炎。簡言之，發炎祇見於膀胱過脹，以致膀胱壁異常，而撒空時突然弛緩，及因充血、水腫，而致組織之活力減低時。際此膀胱粘膜有損害之時，通入導管，為傳染之惟一根據，故致傳染者並非導管，乃因避用導管而致引起發生傳染之情形者，約居百分之二十。由此可得一必然之結論，即因過脹而致反射性尿瀰溜，必須預防，若於膀胱過脹前使用導管，不足反對。

於膀胱過脹後使用導管，無論如何謹慎，亦常引起膀胱傳染，普通雖屬輕微，且為時不久，然亦可致甚為嚴重，而時限較長。簡單言之，反射性尿瀦溜之治法，即於較早時期，使用導管，以免膀胱過脹。著者確信，於手術後八小時至十二小時，斷定其膀胱尚未異常膨脹之前，為病人施行循例之導尿管，平常可免膀胱傳染，如用他法，不免為一極常見之併發病。於無論何時，無論何地，用導管排空膀胱，同時須服增加尿酸度之藥，及足量之六煤四鈣 Methenamine，以減少尿內容留細菌之適宜性。

膀胱石 Stone in the Bladder (Vesical Calculus) 膀胱石之成因，與腎石及輸尿管石無異。

病原學 在世界各地，常有膀胱石之處，無論男女老幼，皆可發生。溫帶地方，大抵見於兒童及已過中年之男子，北美尤甚，普通與前列腺病或泌尿道狹窄所致之梗阻聯合。膀胱石在女子並不普通。有時係因小腎石自腎入膀胱而長大，膀胱內因有小囊（憩室），以致不能將其排出，或於膀胱頸梗阻。

症狀 膀胱石可不發生症狀，特別是有輕度的尿瀦溜之男子，亦常見於有前列腺梗阻之病人，但並無膀胱石之暗示。其症狀並無特殊性，膀胱刺激，尿內含膿，間或有輕度

之血尿。其最能暗示膀胱石，而又並無特殊性之症狀，為運動或顛簸之後，其膀胱刺激加甚。如男子有膀胱石者，或不能步行於崎嶇不平之道路，下樓時須十分審慎，或於床上轉側時覺有不舒。亦有於小便時其石滾向膀胱口，以致小便突然停頓者，但較少見。如在小兒，痛為一更明顯之症狀，普通感應至陰莖頭，結果將牽曳包皮，可暗示診斷。惟平常其症狀頗為含糊，僅暗示膀胱傳染耳。

診斷 診斷之成立，可由以下

諸法：(一)用鋼質器械如探子，檢查膀胱，器械觸石時，將發出特殊之摩擦聲或滴答聲；(二)用膀胱鏡檢術，

在今日幾為一最滿意之方法；(三)用X光，但不如檢查腎石時之準確，因膀胱石更易為不大截阻光線之鹽類所成也。(第一百二十一圖)為鈣鹽類包裹之腐腫瘤，與軟石，有時



第一百二十一圖 膀胱內之石

雖用膀胱鏡，亦不易區別診斷。

治法 治法以外科爲主，用內服藥使石溶解，雖甚合宜，但事實上殊不可能，取石之法，或用器械由尿道而入，將石壓碎，繼用空皮管與唧筒，將碎石抽出，或由腹直接切開入膀胱。此兩法之選擇，視外科醫師之手術，及膀胱內有無其他情形，需用手術而定。如患前列腺梗阻，而有膀胱石者，此乃枝節問題，其主要療法，當施諸前列腺本身，以去其梗阻之原因。同樣，石在有憩室之膀胱內者，必須去其憩室，治療方可奏效。病人之膀胱，若並無需用手術之其他情形，普通當用壓碎排出術，若因他故而需用外科手術，可於應用此項手術時將其取出。

膀胱腫瘤 Tumors of the Bladder 除較複雜之病理區別以外，膀胱腫瘤大體分爲肉眼可以區別之兩型：卽乳頭狀瘤 Papillomatous 與癌狀瘤 Carcinomatous。乳頭狀瘤之最簡單者，爲一鬆柔似羊齒類植物之贅疣，見於年齡較輕之病人，以前視爲良性腫瘤，惟此說已證明爲不確實，應視爲癌之惡性較輕者。此等腫瘤，有時可長至甚大，在膀胱內與一簇矮樹無異，且常增生不絕。其次較顯惡性者，仍係乳頭狀瘤，但其形較爲堅實，最普通見於二十歲至四十歲間之男子，其第一個症狀，爲突發無故，無痛，而完全之血尿，且

常有大量。其出血最烈者，可在膀胱內結塊，於血塊通過時可致不安。有時出血係在結尾，即其大部份之尿清澈，而最後部份則顯然為血。此等出血，並無原因，通常為時頗短，繼續十二小時至四十八小時，然後停止，停止時與發生時相同，全無理由可言。血尿於不規則之期間內發生，有時相距頗遠。

診斷 惟用膀胱鏡可作確定之診斷，其石之位置，數目，（如為多數性）與大小，皆可用此法決定。欲知其惡性程度，須由膀胱鏡切除其腫瘤之一部份，而用顯微鏡仔細檢查。

治法 自皮亞氏 Beer 採用電擊法 Fulguration method 以來，其治法已大有進步。法由膀胱鏡通入電極，直接應用高周波電流於腫瘤。以此法治療，凡惡性較輕之乳頭狀腫瘤，多可消滅。

豫後 此等腫瘤，其復發之趨向，頗為明顯，殆因膀胱組織有發生此等贅疣之確定趨勢而然。故用電擊法消滅腫瘤後，應繼以膀胱鏡檢查，歷數年之久。若發見較早，而施以有效之治療，平常可得痊癒。

膀胱癌 Carcinoma of the Bladder 如上所述，膀胱腫瘤之久經明認為癌者，係屬於無蒂而扁平之浸潤性型。有時與傳染有關，其腫瘤面顯腐崩，而被以鈣鹽類。若腫瘤在

膀胱底（此爲一普通情形）則累及輸尿管之出口較早，可致梗阻，反壓，與腎痛。因此等腫瘤而死亡者，多由於梗阻，及腎之毀滅，而非由於腫瘤之本身。男子較女子患者更爲普通，大抵見於四十歲後。其發生淋巴遷徙較緩，此爲一應記之要點。

症狀 膀胱癌最特殊之症狀，即有多少不等之血尿。普通於發生血尿時有痛，大抵因間發性傳染，及膀胱刺激，爲此類腫瘤之特狀，較其他惡性較輕之膀胱腫瘤，更爲明顯。歷時稍久，則有腎痛（因輸尿管梗阻而起），貧血，及體重減輕。

診斷 惟用膀胱鏡檢查，始能診斷準確。其癌腫廣大者，男子用直腸檢查法，女子用陰道檢查法，顯示膀胱底有可以捫出之浸潤。

治法 治療之法，屬於外科，或爲姑息療法，或爲斷根療法。姑息療法適用於不能根治之症。其法係局部消滅腫瘤，或用高周波電流，或用內熱 *Endotherm* 法，由恥骨上切開膀胱而入。亦可用銼 *Radium* 植於癌內，但除延緩病勢之進行外，並無甚大之治療機會。其病深而膀胱壁之毀壞多者，施行永久性之恥骨上排液法，可得暫時的救濟，惟姑息療法，普通祇有輕微之幫助而已。斷根療法，即將膀胱壁施以廣大的切除，於相當之症，並可完全截除膀胱，而於事先將輸尿管移植入大腸，使尿流改道而行。此法當然爲一重大之

手術，然以今日外科技術之進步，其價值當可益增也。

尿道之病 Diseases of the Urethra

尿道狹窄 Stricture of the Urethra 尿道狹窄，爲尿管之收窄，而非由於外面之壓力。

種類 狹窄或爲痙攣性 Spasmodic，即因尿道之暫時的痙攣而起者，此爲一不常見之神經官能病，或係先天性 Congenital，頗爲罕見，或係機質性 Organic，則爲其普通原因，可分作兩大類，即損傷性 Traumatic 與發炎性 Inflammatory。

機質性狹窄之病原學 損傷性狹窄，大抵因跌着會陰部所致，病人不由自主，從高墜落，如昔日帆船上的水手，因整理蓬索而自上跌下，爲常有之事。近時多見於在高屋上工作之人，尤其是鋼骨水泥建築之房屋，然無論由何處跌落，於跌時使尿道壓着恥骨弓者，皆可以致狹窄。發炎性狹窄，因尿道受染所致，大抵由於淋病球菌，男子久患淋病性尿道炎，一再發作，與忽略不治者，尤易致此。故機質性狹窄，男子較女子更爲普通。女子常因以前曾受淋病傳染所致。

病理學 損傷性狹窄，實際常累及膜性之尿道，因其被擠向恥骨弓，結果可發生收縮甚快之惡性癥，而致早期的與高度的尿道梗阻。發炎性收窄，通常為淋病性收窄，最多在男子尿道之球狀部，其次在陰莖陰囊角，最後在尿道口附近。此等狹窄，其長短大小，至為不一，自單純之圓形狹窄，以至長而彎曲，蜿蜒數英寸者不等。

繼發性之變化 因狹窄而繼發之病理變化，與因梗阻而起者同。如其狹窄頗小，在狹窄處以上之尿道，可致習慣性擴張，而有慢性卡他性之發炎，亦為同時所不能免。因泌尿道梗阻，以致膀胱壁肥大變厚，為膀胱肌對於梗阻之生理的反應。重症及歷時已久者，於腎或有反壓，並致輸尿管伸張擴大，其完全尿瀦溜者尤甚。最後泌尿道上段之全部，皆可受染。

症狀 損傷性狹窄之特點，為成癥早，收縮快，普通於數月內發生泌尿困難。淋病後之狹窄，則與此相反，因癥痕不如損傷性之廣，收縮不如損傷性之快，故其來較緩，或歷數年之久，並不發生症狀，至多稍有尿道刺激之證據，如有輕微而慢性之溢液是也。尿道狹窄最早之指示，普通為尿流渥緩，病人覺其排出之力，不及平常。繼以小便秘時有滴瀝，為尿道狹窄之又一證據。反是，尿道狹窄之第一個證據，或為突然而來之完全尿瀦溜。最普

通在感受寒濕，或飲酒過多之後。

診斷 診斷祇能用適當之器械，與技巧之方法，檢查尿道。如有受傷或淋病傳染之歷史，可為佐證。

治法 大多數之尿道狹窄症，係用擴張法 *Dilatation* 治療，直至尿道擴展至平常口徑，或超過平常口徑為止。此等擴張，或為間歇的，或繼續若干時。間歇擴張法 *Intermittent dilatation* 係用適當之器械擴張，通常用一鋼探子，於早期時相隔一星期至十日，於晚期時增至數星期。（第一百二十二圖）繼續擴張法 *Continuous dilatation* 適用於較

狹隘之尿道，乃以小導管通入尿道，而留在其中。施此法後，須迅速擴大其狹窄之口徑，而



百圖子
第二十二圖
鋼探

用漸次增大之導管插入尿道，為時約一星期或十日，至其口徑增至可用較大之器械施行間歇擴張法，以繼續治療為止。此法大致於狹窄較甚，間歇擴張法不免需時過多者適用之。亦有少數狹窄，必須用手術切開。此法大抵適用於狹窄太甚，或太彎曲，而不能通入器械者。此名為不通的狹窄 *Impassable stricture*。又有一類需用手術者，即所謂彈性狹

窄 Resilient stricture 或銳敏性狹窄 Irritable stricture 是也。此類狹窄，逐漸擴張，不能收效，因其癥之回縮甚快，或於每次施用器械後，輒有體質反應，如發熱、寒戰等。所用手術，係自外面之會陰部切開尿道，或用相當之器械通入，以分開狹窄，如此者，其切開處習慣在頂上。此即所謂尿道內切開術 Internal urethrotomy，祇適用於尿道前段之狹窄，其口徑並不太狹者。施行以上兩種手術後，其膀胱必須排液，或自會陰部之創口插入一管，或由尿道通入一導管。此兩種手術中之任何一種，皆須繼之以逐漸擴張法。

豫後 由癥痕而致之狹窄，其癥痕平常不能除去，雖用任何療法，皆難完全治癒。故患尿道狹窄之病人，至少須間一赴外科醫師處就診，以終其生。反是，技巧之擴張法，不論是否在手術以後，如能恪遵所用之療法，通常可使病人免除困難。惟損傷性狹窄，係屬例外，雖用技巧而有規律之療法，因其回縮甚快，故管理至為不易。

第二十六章 前列腺病

前·列·腺·之·解·剖·生·理·學 前列腺爲一性腺，包圍男子之尿道於其第一部份，略作錐體形，大小普通如一馬栗。其底部，或較大之部，直接與膀胱內括約肌接觸，其尖與三角韌帶接觸，其後面與直腸之前壁接觸，如上所述，此腺爲尿道所橫過，亦爲生殖管所橫過，其管通入尿道前列腺部之底。此腺與性機能之正確關係，尙未十分明瞭，但其分泌物爲一稀薄而作乳光狀之液體，顯然有延長精子動力之功用。前列腺於膀胱頸之外科病，常被牽涉，因其解剖關係，使之易受自尿道或膀胱而來之傳染，因其形狀與大小之改變，可使小便發生重大障礙。

前·列·腺·病·况 Prostatism 此名詞用以指前列腺之各種異常變化，可致膀胱口發生慢性梗阻者。

病·原·學 五十歲以上之男子，有可證明之前列異常者，約佔三分之一。其中一半，所有之症狀，足使病人發生困難，而乞助於醫藥。前列腺損害之可以引起前列腺病况者，約有三型：

(一) 前列腺良性肥大；(二) 前列腺萎縮與發生纖維組織；(三) 前列腺癌。因前列腺病而乞助於醫藥者，約有五分之一係前列腺癌。

前列腺發生變化，而致良性肥大，其原因不明。此肥大並非發炎性，亦非真腫瘤，乃係腺過長，或因性活動減退期內性激素 *Sexual hormone* 之持續作用所致。

病理學 上述三種病型，其受治療之程度，有重要區別，故須略為說明。肥大性型由於腺構造之過長，但祇限於腺之一定部份，最著者為外側葉與內側葉，從無累及後葉者。腺可異常肥大，間或大如網球，常有大如哥爾夫球者。此等肥大，不免影響尿道第一段與膀胱頸間之關係，使其上升，而臥於膀胱底上，以致膀胱之撒空發生故障。外葉不對稱之肥大，可使尿道第一段偏向一旁，按其左葉或右葉肥大之程度而定。最後，如直接在尿道口之內葉，甚為肥大，可致球狀瓣作用，而使尿道口發生重大之梗阻。

萎縮性或纖維性型，大都為腺構造之消滅，前列腺之縮小，與變此器官為堅硬之纖維組織，而使膀胱內括約肌之作用，發生重大障礙。

前列腺癌，平常始於後葉，後乃侵入他葉，而使膀胱口之機能受重大障礙。前列腺癌常及於後葉，且為期頗早。此點在診斷上殊關重要，因該部份之腺，用直腸檢查法易於查

得，故可知其較早之變化也。

上述前列腺之各種變化，皆可使膀胱口發生程度不等之梗阻，而影響於泌尿道上部之構造，爲其重要結果之一。早期時，膀胱口之梗阻漸增，膀胱爲努力戰勝此梗阻起見，將逐漸變厚。此名爲膀胱壁肥大，其肥大之程度，可使膀胱壁厚達四分之一英寸，甚至半英寸，與其平常之薄壁相反。膀胱壁之變厚，可增加輸尿管入膀胱處之梗阻，而使腎盂及輸尿管排尿入膀胱之機能，發生困難。同時膀胱不能完全排空，亦逐漸加甚，結果可發生反壓於腎，輸尿管及腎盂擴張，而腎組織受壓萎縮。故由任何原因而起之前列腺病況，其病深者，腎將受廣大之損害，而減少機能，漸趨向於腎機能不全之一點。凡此變化，普通皆有傳染，於遲早間發生者頗多，其膀胱內常有殘餘尿者尤甚。所謂「殘餘尿」，即病人於努力排尿以後，留剩在膀胱內之一部份尿也。早期時，此殘餘量或甚微，不過一二兩之譜，若梗阻增加，則膀胱壁之力，雖然加強，其殘餘量亦將漸增至完全不能撤空膀胱之一點，此即所謂「急性尿潴留」(Acute retention)也。

症狀 一部份病人，其前列腺病況之變化，進行徐緩，故病人不覺異常，即有亦不多，其發生嚴重困難之第一警告，或爲突然而來之完全尿瀰溜。惟多數病人，將覺其小便滯

緩，尿流之力減低，同時有發生輕度的小便頻數之趨向。此點於夜間最爲明顯，其第一個異常之徵，爲病人覺在夜間有撒空其膀胱一次或數次之必要。通常其小便之次數漸增，入夜尤甚，繼而日間亦有輕度之小便頻數，若有傳染發生，則小便時將覺痛，病人於少量之殘餘尿，常並不覺察，故其膀胱雖不能完全排空，至數年之久，而病人全不知之。

此狀有多少明顯之三型，可以區別如下：

(一) 突然發作急性尿瀰溜，而於事先並無警告者，已如上述；(二) 可名爲慢性中毒型，其腎之勞損更甚，以致全體虧損乏力，食慾不振，體重減輕。同時或有一定程度之倦睡，病人所自覺者，不如他人所見之更爲明顯。此類症狀，實際爲逐漸發生之腎機能不全。(三) 較小一類之主要特徵爲出血，出血易爲終期性，有時頗多，間或於膀胱內充滿血塊，病人不能自己排除，須由外科醫師取出。

症狀之發生，多極徐緩，故病人向外科醫師求治此疾之平均年齡，當距七十不遠。病人之有癌性梗阻者，則可較早，最普通見於六旬左右。

診斷 通常於診斷上並無大困難。其病歷可以暗示，由直腸檢查，於肥大型可得其肥大之證據，於癌性者，可發見其特殊之堅硬與不規則，萎縮性或纖維性者，可覺其腺之

縮小。至於診斷之最後證據，爲查知其有無殘餘尿，及殘餘之多少。於病人用相當努力，以圖完全撒空其膀胱之後，再用導管導尿。如有大量之殘餘尿，其膨脹之膀胱，於下腹部可見，爲一光滑圓形之腫塊，自骨盆處起，膨脹極甚者，幾可高至臍部。

良·性·前·列·腺·梗·阻·治·療·之·原·則 早期之前列腺病况，祇有輕度的小便頻數，與小便徐緩，或有過敏性，此時或無殘餘尿，或不多，可用姑息療法，惟於其症狀或病勢之進行，少有重大作用。然有一要點應記者，卽此時宜警告病人，勿因拘謹細節，而忍住小便，因其易激成急性尿瀰溜也。通常對於前列腺病人，宜教以一覺膀胱充滿，卽當盡力排空。在此期內，服鹼類以減低尿之酸度，用白檀油 Oil of sandalwood 以安撫其粘膜，並於晚餐後節制液體之輸入，可以減少不安。直至近時，病人有殘餘尿二兩，或不到二兩者，皆以爲可安然無恙，不必用外科治療。自前列腺外科術發達後，此通則已漸失其真確性。現時雖祇有少量之殘餘尿，若歷久不已，亦宜視爲應施手術之徵。

手·術·療·法·之·原·則 引起前列腺病况之良性前列腺損害，欲使手術療法能得高度之成績，有一重要原則，以認識下列之事實爲根據：卽有許多病人，因發生相對的梗阻，以致腎之工作過勞，而多少受損，已有數月，甚至數年之久。故欲盡量恢復其腎機能至正常

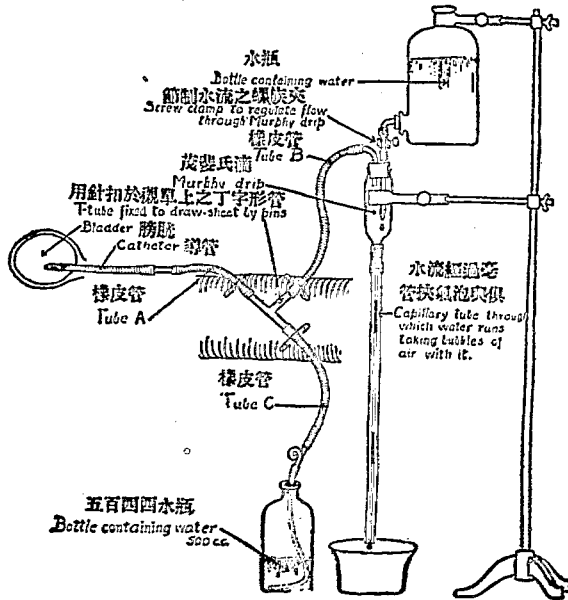
度,需用長期排液法,以一導管由尿道通入膀胱而固定之,於可行時即用此法。然若查得
其腎因梗阻所受之損傷較少,殘餘尿亦不多,即可不必預先排液而施行手術。

病人患急性尿瀰溜,與膀胱

過脹者,使其逐漸排空,或用所謂
減壓法 Decompression, 殆最相
宜,以免膀胱急性充血,而引起膀
胱壁出血,或有急性發炎。減壓法
之實行,係用一導管通入膀胱,使
其逐漸將尿排出,以免突然解除
壓力。時時抽出少量之尿,或用康
奈爾氏器 Connell apparatus, 於
緩和之抵抗力下,使其平穩流出。

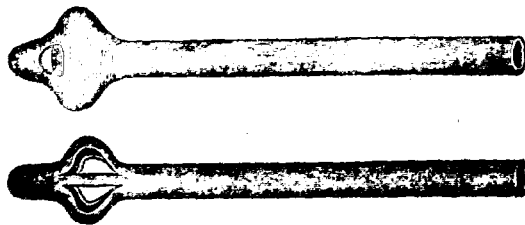
(第一百二十三圖)

亦有少數病例,導管不能通入,其更普通者,即有導管留置在內,為病人所不能忍受,



第一百二十三圖 康奈爾氏器

此時欲實行排液，祇能由恥骨上開一割口而入膀胱，置一相當之管於膀胱內，然後將其妥為閉合。(第一百二十四圖)如此即可施行滿意之排液法，至數星期或數月之久。無論用此法或他法排液，皆應詳細考查腎之機能，而知其情況如何。試驗腎官能最普通可靠之方法為困得紅試驗 Phenolsulphophthalein test，與決定其血氮分 Blood nitrogen。同時須小心研究病人之其他狀況，因多半病人之心血管系統皆顯衰退，並有許多病人之肺發生異狀，如氣腫與輕重不等之枝氣管炎，或兩者兼有。最要者，於最後決定施行手術之前，必須確實明瞭病人之情況，絕不含糊。強飲液體，可助腎機能之回復。此等病人，於排液期內，每日應輸入液體三千至四千瓩，相當於其每日之液體排出量。通常不能口服如許多之液體，必須用他法補充，主要者為靜脈內注射鹽溶液，其次為靜脈內注射百分之五葡萄糖溶液，間或用皮下注射。排液之時限，按其排液量與腎機能而大有不同。有等病人，其腎所受之損害，比較輕微，其腎機能於實行排液法後第一次檢查時，頗為佳良，以下數日內亦仍滿意。此等病人，可以不



第一百二十四圖 傘菌形與 Pezzer 導管

必排液而施行手術，或祇須繼續五天至十天之短期排液法。其他病人，或腎機能之受損已多，致血內有存留氮質之證據。此等病人，須用長期排液法，歷數星期或數月之久，以期恢復腎機能至最高點。此點雖遠在按照病人年齡所應有之正常度以下，然而相當穩固之腎機能，亦能使病人抵擋比較輕微之外科手術，其手術之目的，即為除去此腺之梗阻部份。排液期若須延長，可不必令病人久臥床上，或久居醫院內，且亦並不相宜。若需長期排液，最好於恥骨上切開膀胱，而插入一管，因留置導管，而作長時期之排液，既不便利，亦不安全也。最惡之症，或需用恥骨上排液法，使病人回家，而以每隔一月左右之時間，至院檢查其腎官能。

手術之原則

除去前列腺之梗阻部份，現今有三法：(一)恥骨上前列腺截除術 *Suprapubic prostatectomy*，(二)會陰前列腺截除術 *Perineal prostatectomy*，(三)由尿道內部份截除術 *Transurethral resection*。恥骨上前列腺截除術，於過去十五年中，為一最通行之法。然自有尿道內截除術，而其地位近已大為動搖矣。按此法最為簡單，其所需之技術最少，雖普通外科醫師，亦能施行此手術，而得相當之安全。然常有較高之死亡率，約在百分之十左右。此手術可分一期或兩期施行。一期施行者，於安置導管，經過滿意之

排液期後，從恥骨上切開入膀胱，其所開之口頗廣，然後剝出前列腺，幾盡去其異常之組織。出血頗多，通常可用縫線縫於膀胱頸周圍以止血，頗為滿意；或用一橡皮囊置於膀胱頸內，由一管自尿道通出，以維持其位置，然後將膀胱之創口縫合，而留一排液管，使尿得一相當之出口。若用皮囊，平常於二十四小時之末取出。膀胱頸周圍因手術而起之發炎消退後，由恥骨上創口通出之排液管，逐漸減小，最後將其取出。就解除梗阻而論，此手術之結果，頗為滿意。兩期手術，係施諸病人因腎機能受廣大之損害，而需用長期排液法者，或用導管排液不能滿意者。第一期係切開膀胱，插入一相當之排液管，而將膀胱與其創口閉合。此排液法須繼續至病人全體狀況完全滿意之時。或宜令病人離院回家，而繼續其恥骨上排液法至數月之久。第二期之手術，即將排液管插入之孔擴大，而自創口伸入一指，以剝出此腺。出血平常不劇，當用紗布塞或橡皮囊止之。分此手術為兩期，其危險可以大減，於身體不佳之病人尤宜。

會陰前·列腺·截·除·術 此手術施行之法，係於會陰開一彎形之割口，病人作膀胱石截除術臥式。向後解剖，佐以自尿道通入之器械，此器械在膀胱內放開時，使前列腺與膀胱頸被牽引向下，如此即可窺見前列腺，而將其肥大部份切除。於必需時可用紗布塞或

橡皮囊制止出血，但平常可用縫合術止血。此手術因技術上之困難，故不甚通行。除由專家施行外，其危險頗大，可損傷直腸，而致直腸會陰瘻，及前列腺囊內之創口不能完全癒合，致成尿瘻，經過會陰，間或因損傷膀胱外括約肌，而致小便失禁。惟由專家施行時，此手術頗為滿意，其死亡率較之恥骨上截除術為低。

尿道內部份截除術 近年以來，由尿道內通入一附有電光之器械，而部份截除前列腺之法，其發展頗速。此法現時顯已得有極滿意之成績；其危險亦遠不如恥骨上手術之多，且較會陰手術（除非由十分高明之專家施行）為少。然於經過若干年之後，其最後成績如何，現尚難以臆測，未能遽行斷定。

後療法 後療法之原則，包括排液法之巧妙的管理，使其能繼續自由行功，並以大量之液體，供給病人。普通用靜脈內注射法，因手術後常有惡心，使病人口服之液體量，大為減少。前列腺病人施行手術後之成績，特乎能否輸入大量之液體，其方法可以不論，此言殆甚真確。此等病人，因年事已高，尤易致肺充血，大率為繼發性，因心動作衰弱所致。故病人不宜平臥床上，應令其自由轉側，並用二氯化炭，以刺激深呼吸，且准其於較早之日，期內離床。病人之循環狀況，常須小心注意，於適應時用心興奮劑。此等病人，易患輕重不

等之心衰弱，而致墜積性肺炎者亦不少，故有心衰弱之徵時，宜將病人置於氧氣帳中。

前列腺癌之治法 外科術對於此症，未能與以治癒之大機會，亦一不幸事也。此症易於較早之時期內，延至膀胱底下面之組織，沿生殖管而至其區內之淋巴腺。亦有遷徙至骨之顯明趨勢，其主要者為骨盆之骨，骶骨，椎骨，與股骨之上端。故施行外科術，通常祇為姑息療法。然自有尿道內部份截除前列腺術，而外科醫師對於此症之姑息療法，已大有進步，可將此贅瘤之梗阻部份，施以切除。此法之冒險極微。有等病人，其病之進行甚緩，可數次截除其梗阻，使症狀大為輕減。用銹治療此病，不論由尿道，由會陰，或由切開之膀胱而入前列腺，多未能證明其有十分滿意之成績。X光於減輕骨遷徙之劇痛，常有價值，甚有能完全消滅疼痛至甚久者。深X光線療法，於制阻癌之生長，有無重要價值，未有明確之證據，故切除瘤性前列腺梗阻部份之姑息療法，及用銹或X光治療，無一有治癒之可能，對於此等病人，除姑息之外，別無他法也。

前列腺病人之護理法

手術前之預備 前列腺病人，平常年事已高，更易發生併發病，故須極小心之護理。

使此等病人適應醫院內之環境，務須慎重考慮。若欲完全改變其生活法，於病人至爲困難。故護士除絕對必要之外，切勿干涉或變更其生活習慣。病人之精力體力，務須保存，勿令其因小煩惱或小約束而耗損，並宜養成其抵抗之能力，與和平之心理。

精神狀態 病人入醫院時，常顯輕性之思想錯亂與過敏性。此思想錯亂，當然可歸原於若干因素，如因腎機能不全，而有輕微之毒素吸收，致生毒血症，因進醫院而受刺激，因求適應於新生活，而致神經緊張與過敏等。其最有效之療法，即使病人至戶外新鮮空氣與太陽光中，若不能，則任其下床，在病室中行走。此類病人之睡眠不佳，夜間微有精神錯亂與驚擾不安，惟日間頗清醒合理。

普通衛生 飲食 病人宜與以富滋養而易消化之飲食，以培養其抵抗力。肉類須代以蔬菜及五穀。其飲食內宜含有大量之抗便祕食物，因病人年高，其腸道之蠕動，常顯遲緩也。其食慾亦因年齡與固定之習慣，而多幻想。護士宜用病人所習慣之食物，因勢利導，勿徒勸其拋棄幻想。若病人之不良習慣，足以阻礙恢復，機警之護士，當能用巧妙方法，保持其飲食方面之安全，而免起紛爭，以防病人受刺激。

舌之狀態 舌於腎之活動力，指示頗爲準確，然因腎官能試驗之發展，及其價值，今

日已不常用舌作爲指南矣。護士應知尿毒症乾紅有光之舌，純用局部料理法，決不能使其清潔。宜強飼液體，以刺激排泄，增加腎與皮膚之機能，及腸之排泄。毒血症既除，其舌即可復變爲滋潤正常矣。

強飼液體 平常於靜脈內注射鹽溶液，至惡心停止始已。每日強迫輸入之液體，需三千至五千鈺。此爲極大量之輸入，護士方面，必須細心考慮。病人之豫後，與液體之輸入，大有關係，故以大量液體飼病人，爲絕對必要者。此等病人，切不可飲以冰水，因冰水可減少病人所能飲之水量也。

排泄 病人常苦便秘，宜以飲食調節，並用鑛油治之。病人之腸道，須令其十分活動，可輔助腎之工作，甚爲緊要。排出之尿，須小心量過，若液體之輸入增加，而不能刺激排泄，則水積於體內，實際上不免有害。

皮膚之料理 皮膚須清潔而乾。輕輕按摩，以興奮循環。此等病人，極易發生褥瘡，故須特別注意，時常變更位置，以免其身體各部受壓。

膀胱切開術 周圍之皮，須用凡士林保護，免爲分解之尿所刺激。

溫暖 病人身體，切勿受涼。年老之人，體內不能多生熱，故護士須特別注意，以保其

溫暖。此等病人，肩際應蓋絨毯，室中須較尋常病人所居者為暖。

體格檢查 此等病人，多因年齡關係，而有其他併發病，故平常應小心施行體格檢查。

心 病人常有心肌機能不全，與動脈硬化病。有時吩咐用洋地黃 *Digitalis*，以興奮心動作。惟護士宜小心觀察，因受傷腎之排除洋地黃，不如無病腎之速，故洋地黃積於體內，而有中毒之症狀。

心為輸水至腎之唧筒，常因毒血症，虛弱，年老，或心肌炎而受傷。

血壓 病人幾常有動脈硬化症，其血壓或高或不高。

試驗 (一) 困磚紅試驗 *Phenolsulphonphthalein test* (參觀第二十三章) (二) 非蛋白氫質試驗 *Non-protein nitrogen test* (參觀第二十三章)

膀胱排液法 *Bladder Drainage* 膀胱排液有不同之三法，如下：

(一) 間期導尿法

(二) 留置導管法

(三) 膀胱成口術

導尿管由寓院醫士辦理，惟護士應將其尿量過記錄。於膀胱內留置導管，護士宜深切注意，使其能涓涓留出，而不為膿血，或粘液所塞。受尿之瓶，宜時時倒空，以察其尿是否流出。橡皮管須用針扣於襯單上，以防牽引導管，將其拉出。注意尿中有無異常成分，如血或膿。病人之尿若有異狀，應立即報告外科醫師。若疑病人出血，宜頻用小瓶收集其尿，且小心標明收集之時間。如此外科醫師可按其時間比較，以判明出血之是否增多。

膀胱成口術 Cystostomy 膀胱排液，用留置導管法不滿意時，平常施行膀胱成口術。導管排液法不滿意之原因，最常為膀胱之重傳染症，痙攣，或導管被血塊或膿阻塞。

局部預備 剃淨皮膚，用蘭尾截除術同樣之預備技術。

膀胱注洗法 Irrigation of the Bladder 注洗膀胱，為必不可少之後料理法，但須遵守最嚴格之無膿毒法，實為第一重要。有許多病人，對於已使其膀胱發生傳染之細菌，得有若干免疫性。反是，亦可加入他種細菌，其最重要者，為鏈變形菌 *Proteus ammoniac* 與糞鏈球菌 *Streptococcus faecalis*。據最近調查所得，此等細菌，於手術後恢復期內，帶入泌尿道者，並非罕見，結果或極嚴重。故於料理排液之時，或偶然注洗膀胱，皆須盡力防範，所用之巾布，水盆，手套，注射器，及溶液，一律皆須無菌。

恢復期。病人於數日內下床，因起床後，其進步似較快也。

注洗膀胱之用品。

(一)大注射器或注洗筒。

(二)醫師吩咐之無菌溶液(溫度華氏一百十度)。

(三)廢料盆。

注射器內，裝滿無菌溶液。將留置導管上之橡皮管拆去，以注射器尖頭插入導管。使溶液緩緩注入，然後擠緊導管之一端，重裝注射器。平常用兩二注射器，已足使膀胱微脹，而機械的洗淨。其回出之溶液，流入廢料盆中，其形狀須注意記錄。將洗淨之橡皮管，重與導管連接。小心勿令空氣入膀胱。勿強迫溶液通過膀胱。切開術管或導管。如有困難，殆因管被粘液阻塞，或滑出膀胱所致。護士若不能整理橡皮管或導管，應立即報告醫師。

前列腺截除術。Prostatectomy。病人因有謹慎小心之初步預備，故平常經過手術時，頗為良好。

後料理法。位置。病人易患墜積性肺炎，故作半垂直勢。肩際蓋絨毯，使病人溫暖，勿受陣風。病人在床上之位置，須時時改變。

液體 惡心一止，即宜強餉液體。手術後之第一日，可於靜脈內或皮下注射葡萄糖溶液，至病人能口服所需之液體量為止。

膨脹 此等病人，常因腸胃充氣而不安，可用熱敷法，如亞麻仁泥罨劑，兼於直腸內插入一直腸管，以解除之。平常不吩咐灌腸，恐有栓塞之危險。如手術後膨脹頗劇者，注射垂體素或有價值。

膀胱排液法 將膀胱切開術管，用一段注滿水之玻璃接管，與一條橡皮管聯接；橡皮管之一端，墜於縛在床側之瓶中，瓶內盛硼酸溶液約五英寸。管端常宜被水蓋沒，以防空氣入管，而阻礙尿流。此係虹吸作用，須注意其源源流出。若不流通，應報告醫師。

膀胱痛 痛或由於膀胱痙攣，乃因（一）有血塊，（二）排液梗阻，（三）膀胱內有管所致。敷料 平常由外科醫師日換兩次，如管周有漏隙，則次數較多。敷料頻換，免尿分解，尿瓶潔淨，每日糞過，病人即可不聞臭氣。

併發病 （一）休克（參觀第五章）。

（二）出血 手術完畢時，用止血囊插入膀胱內，以止出血。若不發生困難，此囊可留在膀胱內二十四小時。取出此囊時，須先吹脹，清潔尿道端，然後滑潤之，將囊由恥骨上之

創口取出。

(三) 副·辜·炎· Epididymitis 外科醫師於施行前列腺截除術之前數日，或一星期，先用輸精管造瘻術 Vasotomy，以防副辜炎。陰囊須抬高，或用懸帶，或以一小枕置於兩腿之間。平常於首數日內，附用冰袋，惟稍後可用熱以代之。

(四) 呃·噦· 前列腺截除術後，常有呃噦，為腎機能不全之症狀。治法，強飼液體，興奮各排泄道，以助身體排除毒質。吸二氯化炭亦常有益。

(五) 肺·炎· 於床內移動病人，且使其早日離床，可免肺併發病。病人不可受涼，不可過於用力。頭與肩應抬高，令病人每小時作深呼吸十次或十二次，使肺內完全通氣。

INDEX 索引

A

<p>Abdomen, anatomy, 腹部之解剖學 309</p> <p>diseases of, 腹痛 309</p> <p>landmarks, 腹部之標誌 310</p> <p>quadrants of, 腹部之區分 310,311</p> <p>Abdominal adhesions, obstruction</p> <p>from, 膜粘連爲腸梗阻之原因 341</p> <p>distention after prostatectomy, 前列腺切除術後之腹膨脹 447</p> <p>and gas pains 腹脹與氣痛 40</p> <p>in peritonitis, 腹膜炎之腹膨脹 322</p> <p>postoperative, 手術後之腹膨脹 40,56</p> <p>emergency, acute, 腹急病 326</p> <p>operation, internal hemorrhage after, 腹手術後之內出血 67</p> <p>pain in appendicitis, 闌尾炎之腹痛 344</p> <p>tenderness in peritonitis, 腹膜炎之腹部觸痛 315</p> <p>wall, 腹壁 309</p> <p>muscles of, 腹壁之肌 309</p> <p>nerve supply, 腹壁之神經 309,310</p> <p>relaxation of, 腹壁弛緩 312</p> <p>Abscess, 膿腫 103,107</p> <p>cervical, deep, 頸深膿腫 248</p> <p>cold, 冷膿腫 201</p> <p>ischiorectal, 坐骨直腸膿腫 356</p> <p>metastatic, 遷徙性膿腫 135</p> <p>of breast, 乳房膿腫 277</p> <p>perinephritic, 腎圍膿腫 406,408</p> <p>psoas, 腰肌膿腫 210</p> <p>submammary, 乳房下膿腫 279</p> <p>Accidents of anesthesia, 麻醉時之意外事 29</p> <p>Acidity of urine, method of obtaining, 使尿酸之法 409</p> <p>Acidosis in burns, 燒傷酸中毒 126</p> <p>Adenitis, cervical, 頸腺炎 248</p> <p>septic, 膿毒性頸腺炎 248</p> <p>tuberculous, 結核性頸腺炎 249</p>	<p>Adenitis syphilitic, differentiated from Hodgkin's disease, 梅毒性腺炎與何金氏病之區別 253</p> <p>Adenoma, toxic, 毒素性腺瘤 258</p> <p>Adenomatous goiter, 腺瘤性甲狀腺腫 254,257-258</p> <p>Adhesions, intestinal, conditions causing, 腸粘連之原因 341</p> <p>After-treatment in special cases, 特種手術後之療法 41-42</p> <p>Air embolism, 氣泡栓塞 98</p> <p>hunger 空氣機 98</p> <p>Airplane slint, 飛機式夾 178,179</p> <p>Albee operation in fractures of spine, 治療脊柱骨折之阿爾皮氏手術 233</p> <p>Alcohol injections in trigeminal neuralgia, 三叉神經痛醇類注射 225</p> <p>Alexander's method of caring for closed drainage of empyema, 亞立山大醫士之膿胸閉排液法 295</p> <p>Alpine light in acute osteomyelitis, 阿爾品燈治療急性骨髓炎 200</p> <p>Ambrine in burns, 安李王治燒傷 119</p> <p>Ambulatory aids in tuberculosis of bones and joints, 骨與關節結核病起床後之補助 211</p> <p>Ampulla of Vater, 乏特氏囊袋 372</p> <p>Amytal, 安齊妥 36</p> <p>Anemia in cancer of stomach, 胃癌之貧血 336</p> <p>Anesthesia, 麻醉法 24-37</p> <p>amytal, 安齊妥麻醉法 36</p> <p>barbituric acid derivatives, 巴比特酸衍化物麻醉法 36</p> <p>by inhalation, 吸入麻醉法 1</p> <p>chloroform, 氯仿麻醉法 25,35</p> <p>ether, 醚類麻醉法 25,33</p> <p>intratracheal method, 氣管內麻醉法 34</p> <p>ethylene, 二炭稱麻醉法 35</p>
---	---

Bathing in burns, 燒傷病人之沐浴	124	retained nitrogen in, tests for, in renal disease, 血內含氮之試驗	393
in tuberculous cervical adenitis, 結核性頸腺炎病人之沐浴	251	supply, loss of, necrosis and gangrene from, 壞死及壞疽由於血之供給斷絕者	61
Bed, 病床	50	transfusion, 輸血法	72
covering after operation, 手術後病人之覆蓋	53	vessels, ligature of, 血管縛線	1
position in, 病人在床上之位置	50	Body fluids, supplying, in shock, 休克供給體液法	84
sores (See Pressure Sores) 褥瘡	184, 234	heat, conservation of, before operation, 手術前保存體熱法	18
Bedside table, equipment, 床邊桌上之用品	51	Boils of face, 面部之癰	235
Bell, 裴爾氏	4	Bone, diseases of, 骨病	195
Bier, 畢爾氏	31	inflammation of, 骨之發炎	195
Bile ducts, diseases of, 膽管之病	364	operations on, preparation for, 骨手術之預備	14
Biliary fistula, 膽瘻	372	tuberculosis of, 骨結核病	201
Birkhaug, 裴康氏	142	Bonnet, 蒲乃德氏	207
Bivalve casts, 雙瓣管型	193	Bougies, 探條	394, 398
Bladder, cancer of, 膀胱癌	425-426	filiform, 絲狀探條	398
decompression of, 膀胱減壓法	436	Bowels after operation, 手術後之大便	55
diseases of, 膀胱之病	419	management of, in burns, 燒傷者大便之調節	124
drainage of, 膀胱排液法	444, 447	in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫病人大便之調節	265
infection of, 膀胱傳染	419	in spinal fractures, 脊柱骨折病人大便之調節	234
irrigation of, in prostatism, 膀胱注洗法	445	in tetanus, 破傷風病人大便之調節	149
irritation in cancer of, 膀胱刺激	426	preoperative management, 手術前大便之管理	12, 19
management of, in fractures of spine, 脊柱骨折膀胱之管理	232	Bradford frame, 白蘭福架	188-190
manual compression in retention due to fractures of spine, 脊柱骨折尿道留之手壓膀胱法	233	in fracture of spine, 脊柱骨折用之白蘭福架	232
pain in, after prostatectomy, 前列腺切除術後之膀胱痛	447	in tuberculosis of hip, 髖結核病用之白蘭福架	204
papilloma of, 膀胱乳頭狀瘤	424	Brain, concussion of, 腦震盪	214
stone in, 膀胱石	422	Breast, abscess of, 乳房膿腫	277
tumors of, 膀胱腫瘤	424	caked, 乳帶	277
wall, hypertrophy of, in prostatism, 前列腺病膀胱壁肥厚	433	cancer of, 乳癌	280-288
Bleeding, 出血	66	diseases of, 乳房之病	277
from ear in fractures of base of skull, 顱底骨折之耳出血	216	inflamed, 乳房發炎	277
Blood grouping, 血之分類	73	Broken back, 背折	229
pressure in prostatism, 前列腺病人之血壓	444	neck, 頸折	229
in skull fracture, 顱骨折病人之血壓	22		

Bronchiectasis, 枝氣管擴張	299-300
Bronchitis after breast amputation, 乳房截斷術後枝氣管炎	287
postoperative, 手術後枝氣管炎	44
Bronchopneumonia, postoperative, 手術後枝氣管肺炎	44
Bruise, 挫傷	99
Burns, 燒傷	116-129
complications, 燒傷之併發病	126
nursing, 燒傷之護理法	123-126
prognosis, 燒傷之預後	122
treatment, 燒傷之治法	118-122, 126-128

C

Caffeine as cardiac stimulant, 咖啡	
因為心與衝劑	28
Caked breast, 乳滯	277
Calculus anuria, 結石性尿閉	416
renal, 腎石	412
ureteral, 輸尿管石	412
vesical, 膀胱石	422
Callus formation in fractures, 骨折	
處之骨痂	159
Cancer of bladder, 膀胱癌	425-426
of breast, 乳癌	280-288
of colon, 結腸癌	348-354
of face, 面癌	236-238
of jaw, 頷癌	240
of kidney, 腎癌	417
of lip, 唇癌	236
of mouth, 口癌	241
of pancreas, 胰腺癌	374-376
of prostate, 前列腺癌	432
of rectum, 直腸癌	355
of stomach, 胃癌	335-337
of thyroid, 甲狀腺癌	254
of tongue, 舌癌	240-241
Carbolic acid as antiseptic, 石炭酸	
為抗毒劑	6-7
Carbon dioxide, inhalations of following operation, 手術後吸 二氧化炭	332

Carbuncles of face, 面部之瘰	235
Cardiac stimulants in anesthesia, 麻醉法中之心與衝劑	28
Carrel Dakin treatment, 卡雷爾 迪金氏療法	111
Casts, plaster of Paris, application of, 石膏管型之應用法	191
Catarrh, 卡他	105
Cathartics preceding operation, 手術前用瀉藥	12
Catheter cystitis, 導尿管膀胱炎	420-422
Catheterization after operation, 手術後導尿	54-55
before operation, 手術前導尿	27
Catheters, 導管	394
mushroom, 傘菌形導管	437
rubber, sterilization of, 橡皮導管 之滅菌法	401
ureter, 輸尿管導管	398
woven, sterilization of, 織物導管 之滅菌法	401, 402
Cellulitis, 蜂窩織炎	107
Celsus, 西爾蘇氏	207
Cephalic tetanus, 頭部破傷風	146
Cerebral embolism, 大腦栓塞	95
Cervical abscess, deep, 頸深膿腫	248
adenitis, 頸腺炎	248
septic, 膿毒性頸腺炎	248
tuberculous, 結核性頸腺炎	249
Chart before operation, 手術前之記錄	23
Chest, aspiration of, 胸腔吸引術	293-295
Cheyne-Stokes respiration in frac- tures of skull, 切斯妥氏呼吸	215
Childbirth, thrombosis of leg after, 產後腿血栓形成	92, 93
Chills in pyemia, 膿毒血症之寒戰	134
Chloroform anesthesia, 氯仿麻醉法	
	25, 34-35
Cholecystectomy, 膽囊切除術	368-369
Cholecystitis, 膽囊炎	364-365
Cholecystography, Graham-Cole method, 格柯二氏膽囊攝影法	368
Cholecystostomy, 膽囊造瘻術	370-371
Cholelithiasis, 膽石病	365-368

Circulation, collateral, 側枝循環	61	Collateral circulation, 側枝循環	61
maintenance of, in hemorrhage,		Colles' fracture, 橈骨下端骨折 (科雷	
維持循環(出血)	71	斯氏骨折)	176
watering, in use of plaster casts,		silver fork deformity in, 橈骨下	
用石膏管型時循環之注意	194	端骨折頰叉狀畸形	177
Citrate method of blood transfu-		Colloid goiter, 膠體性甲狀腺腫	254
sion, 枸橼酸鈉輸血法	79-82	Colloidal baths in jaundice, 黃疸病	
Clavicle, fracture of, 鎖骨折	162,163,176	人之膠性浴劑	369-370
Clavicular cross in fractures of		Colon bacillus infections of kidney,	
clavicle, 鎖骨十字	176	大腸桿菌傳染(腎)	405
Cleanliness, surgical, principles of,		cancer of, 結腸癌	348-354
外科清潔之原理	8	irrigation of, after colostomy,	
Cleansing bath, preoperative, 手術		結腸注洗法	352,353
前之清潔浴	17	Colostomy, 結腸造瘻術	351
of iron splints and frames, 潔淨		Complications, postoperative, 手術	
鐵夾與白蘭福架法	191	後之併發病	43
of skin for operation, 手術前皮膚		Compound fractures, 穿破骨折	158,173
之清潔	13,19-21	Compresses, cold, in erysipelas, 冷	
Closed drainage of empyema, 膿胸		濕敷(丹毒)	142
密閉排液法	291,295	Compression fracture of spine, 壓	
Clothing in pulmonary tuberculosis,		迫骨折	229
肺結核病人之衣服	303	Concentration test of kidney func-	
of patient at operation, 手術時病		tion, 腎官能之濃度試驗法	390
人之衣服	22	Concussion of brain, 腦震盪	214
care of, 病人衣物之保管	17	Congenital bands of intestine, 腸之	
Clove hitch for extension in frac-		先天性帶	341
tures of thigh, 股骨折牽伸用		hydrocele, 先天性水囊腫	384
之丁香結	168	Connell apparatus, 康奈爾氏器	436
Cobb, 柯白氏	16	Conservation of body heat before	
Cocaine as anesthetic, 可卡因為麻醉劑	31	operation, 手術前體熱之保存	18
Cod liver oil (tuberculous cervical		Constipation in cancer of colon, 結	
adenitis), 魚肝油(結核性頸腺炎)	251	腸癌之便秘	348
Codeine for relief postoperative pain,		Contraction of scars, 瘻痕之收縮	115
可待因止手術後痛	40	Contused wounds, 挫創	99
Cold abscesses, 冷膿腫	201	Convalescence after operation, 手	
compresses, in erysipelas, 冷濕敷		術後之恢復期	58
(丹毒)	142	in cancer of breast, 乳癌之恢復期	288
treatment of infection, 用冷治療		in erysipelas, 丹毒之恢復期	144
傳染法	109	in exophthalmic goiter, 突眼性甲	
Colds, common, 普通傷風	105	狀腺腫之恢復期	274
Colic, renal; in nephrolithiasis, 腎		in hernia, 赫尼亞之恢復期	386
痙攣(腎石病)	413	in skull fracture, 顱骨折之恢復期	223
Collapse, massive, of lung, 大塊萎		in trigeminal neuralgia, 三叉神經	
陷(肺)	298	痛之恢復期	227

in tuberculosis of bones and joints, 骨與關節結核病之恢復期 210

Convulsions in skull fracture, 顱骨折之驚厥 222

in tetanus, 破傷風之驚厥 151

Corning, 康甯氏 31

Cortical renal infections, 腎皮質傳染 406

Coryza, 鼻卡他 105

Costo-muscular angle, 肋肌角 388

Cough after extrapleural thoracoplasty, 胸膜外胸廓成形術後之咳嗽 307

after thyroidectomy, treatment, 甲狀腺切除術後咳嗽之治法 273

in pulmonary tuberculosis, 肺結核病之咳嗽 308

postoperative, 手術後咳嗽 57

Courvoisier's law, 柯伏西氏定律 374

Cranial nerve injury in fracture of base of skull, 顱底骨折之腦神經受傷 216

Crepitus in fractures, 骨擦音 163

Crests of ilium, 髂嵴 310

Cretinism, 克汀病 256

Crisis, thyroid, 甲狀腺危象 273

Cross, clavicular, in fractures of clavicle, 鎖骨十字 176

Croup tent, 格魯布帳 274

Crutches, 腋杖 194

Gut throat, 勿頤 247

Cyanosis, postoperative, 手術後發紺 44,51

Cystic mastitis, chronic, 慢性囊腫性乳房炎 278

Gonorrhea, 膀胱炎 419

catheter, 導管膀胱炎 420-422

Cystocele, 膀胱赫尼亞 378

Cystogram, 膀胱攝影圖 402

Cystography, 膀胱攝影術 402

Cystoscope, 膀胱鏡 395,397

instruments introduced through, extraction of stone ureter by, 由膀胱鏡通入器械以取出輸尿管石法 415

sterilization of, 膀胱鏡之滅菌法 401

Cystoscopy, 膀胱鏡檢術 395-400

Cystostomy, 膀胱或口術 445

D

Dakin's solution, 達金氏溶液 111,120,297

Davidson, 吉維孫氏 126

Debridement, 剝創術, 斷創術 101,111

Decompression, 減壓法 436

Decubitus ulcer (See Pressure sores), 褥瘡 184,234

Deep cervical abscess, 頸深膿腫 248

Deformity in fractures, 骨折之畸形 163

silver fork, 銀叉狀畸形 177

Dehydration, postoperative, 手術後脫水 39

preoperative, 手術前脫水 18

Delirium, postoperative, 手術後譫妄 16-47

Delivery, internal hemorrhage after, 分娩後內出血 68-69

obstetric, thrombosis of leg after, 產後腿血栓形成 92,93

Demarcation, line of, in gangrene, 壞疽之分界線 62

Diarrhea, morning, in cancer of colon, 結腸癌之晨瀉 348

of rectum, 直腸癌之晨瀉 355

Diet after colostomy, 結腸造瘻術後之飲食 353

in acute osteomyelitis, 急性骨髓炎之飲食 200

in burns, 燒傷之飲食 124

in cancer of breast, 乳癌之飲食 287

of mouth, 口瘡之飲食 242-244

in empyema, 膿胸之飲食 292

in erysipelas, 丹毒之飲食 139

in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫之飲食 263

in hemorrhoids, postoperative, 痔手術後之飲食 361,362

in jaundice, 黃疸病人之飲食 370,371

in peptic ulcer, 消化性潰瘍之飲食 331,332

in peritonitis, 腹膜炎之飲食 321

in prostatism, preoperative, 前列	
腺病手術前之飲食	442
in skull fracture, 顱骨折之飲食	219
in tetanus, 破傷風之飲食	149
in trigeminal neuralgia, postoperative, 三叉神經痛手術後之飲食	226
in tuberculosis of bones and joints, 骨與關節結核病之飲食	205
in tuberculous cervical adenitis, 結核性頸腺炎之飲食	251
ketogenic, 酮原性飲食	409
postoperative, 手術後之飲食	41
preoperative, 手術前之飲食	18
Digitalis as cardiac stimulant, 洋地黃為心興奮劑	23
in exophthalmic goiter, 洋地黃於突眼性甲狀腺腫	226
Dilatation of urethra in stricture, 尿道狹窄擴張法	429
Disinfection, terminal, in erysipelas, 丹毒之終期消毒	144
Dislocations, 脫位	153
of hip, 髖關節脫位	153
of shoulder, 肩關節脫位	153
of spine, 脊椎脫位	228
Distention, abdominal, after prostatectomy, 前列腺切除術後之腹膨脹	447
in peritonitis, 腹膜炎之腹膨脹	322
postoperative, 手術後之腹膨脹	40,56
Doctrine of asepsis, 無菌原理	8
Donor in blood transfusion, 輸血者	73
Drainage, 排液	109
closed, of empyema, 膿胸閉排液法	291,295
in infection, 傳染之排液	109
of bladder in benign prostatic obstruction, 良性前列腺梗阻之膀胱排液法	436
in prostatism, operative, 前列腺手術之膀胱排液法	444,447
open, of empyema, 膿胸開放排液法	292
postural, in bronchiectasis, 枝氣管擴張位置排液法	300
Dressing after prostatectomy, 前列	

腺切除術之敷料	447
for colostomy, 結腸造瘻術之敷料	353
in cancer of breast, 乳癌之敷料	288
in hemorrhoids, 痔之敷料	362
in skull fracture, 顱骨折之敷料	223
in tuberculosis of bones and joints, 骨與關節結核病之敷料	206
of operative wounds, 創口之敷料	58
Dribbling of urine in stricture of urethra, 尿道狹窄之小便滴瀝	428
Dry gangrene, 乾性壞疽	61,62
Duodenum, diseases of, 十二指腸病	323
ulcer of, 十二指腸潰瘍	323,327,330
Dyspnea after extrapleural thoracoplasty, 胸膜外胸廓成形術後之呼吸困難	307

E

Ears, bleeding from, in fractures of base of skull, 顱底骨折之耳出血	216
care of, in skull fracture, 顱骨折耳之料理法	219
Echymosis, late, in fractures, 骨折之遲顯瘀斑	164
subconjunctive, 結合膜下瘀斑	217
Edema of arm after breast amputation, 乳房截斷術後之臂水腫	287
Election, surgery of, 選擇的外科	9
Elimination in acute osteomyelitis, 急性骨髓炎之排泄	200
in burns, 燒傷之排泄	124
in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫之排泄	265
in fractures of spine, 脊柱骨折之排泄	234
in hemorrhoids, postoperative, 痔手術後之排泄	362
in hernia, postoperative, 赫尼亞手術後之排泄	386
in jaundice, 黃疸病人之排泄	371

in peptic ulcer, 消化性潰瘍之排泄	334	之護理	15
in peritonitis, 腹膜炎病人之排泄	321	Ephedrine as cardiac stimulant, 麻	
in prostatism, 前列腺病人之排泄	443	黃素爲心與腎劑	28
in pulmonary tuberculosis, 肺結核		Epididymitis, 副辜炎	448
病人之排泄	303	Epigastric pain in gastric ulcer,	
in skull fracture, 顱骨折病人之排泄	220	胃潰瘍之腹上部痛	325
in tetanus, 破傷風病人之排泄	149	Epiplocele, 網膜結尼亞	378
in trigeminal neuralgia, postopera-		Erysipelas, 丹毒	136
tive, 三叉神經痛手術後之排泄	226	phlegmonous, 膿性蜂窩織炎性丹毒	137
postoperative, 手術後之排泄	54-55	secondary, 繼發性丹毒	144
preoperative, 手術前之排泄	19	Ether anesthesia, 醚麻醉法	25,33
Embolism, 栓塞	95	intratracheal method, 氣管內噴霧	
air, 氣泡栓塞	98	醇法	34
cerebral, 大腦栓塞	95	nitrous oxide with, 氮與一氧化氮	
fat, 脂肪栓塞	97	醇法	34
in fractures, 骨折之栓塞	165	Ether-oil method of rectal	
of arteries of extremity, 四肢動脈		anesthesia, 醚與油類之直腸療法	25
栓塞	97	Ethylene anesthesia, 二炭佛麻醇法	35
pulmonary, 肺栓塞	96	Examination, physical, preopera-	
Embryomata (of kidney), 胚組織瘤	417	tive, 手術前之體格檢查	16
Emergency, abdominal, acute, 腹急病	326	Excitement, postoperative, 手術後亢奮	46
operation, 救急手術	11	Exercise after extrapleural thora-	
Empyema, 膿胸	289	coplasty, 胸膜外胸廓成形術後之	
Endemic goiter, 地方性甲狀腺腫	255	運動	307
Enema in abdominal distention,		Exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺	
腹膨脹之灌腸劑	56	腫	252,259,260
nutritive, value of, in cancer of		Expectoration in pulmonary	
mouth, 滋養灌腸劑於口癌之價值	244	tuberculosis, 肺結核病之唾痰	303
postoperative, 手術後灌腸	41,55	after extrapleural thoracoplasty,	
preoperative, 手術前灌腸	12,19	胸膜外胸廓成形術後之唾痰	307
Enterocoele, 腸疝尼亞	377-378	after phrenicectomy, 膈神經切除術	
Environment in nursing of erysi-		後之痰	305
pelas, 環境於丹毒病人之護理	138	before extrapleural throacoplasty,	
of exophthalmic goiter, 環境於		胸膜外胸廓成形術前之唾痰	305
突眼性甲狀腺腫之護理	261	Extension, clove hitch for, in	
of pulmonary tuberculosis, 環境		fractures of thigh, 骨折牽伸用之	
於肺結核病之護理	302	丁香結	168
of skull fracture, 環境於顱骨折		External hemorrhage, 外出血	66,67
之護理	148	Extrapleural thoracoplasty, 胸膜外	
of tetanus, 環境於破傷風病人之護		胸廓成形術	395
理	219	Extremity, embolism of arteries of,	
postoperative, 環境於手術後病人		四肢動脈栓塞	97
之護理	49	erysipelas of, 丹毒病人四肢之損害	141
preoperative, 環境於手術前病人		Exudate, 滲出物	102

Eyeballs, protrusion of, 眼球突出	259
Eyes, care of, in erysipelas, 丹毒病 人眼之料理	140
in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀 腺腫病人眼之護理	265

F

Face, boils and carbuncles of, 面部 之癰與癤	235
cancer of, 面癌	236
infection of, 面部之傳染	235
Facial erysipelas, 面丹毒	140, 235
paralysis, in trigeminal neuralgia, postoperative, 三叉神經痛手術 後面癱	227
sensations in trigeminal neuralgia, postoperative, 三叉神經痛手術 後面部之感覺	226
Facies, hippocratic, in peritonitis, 腹膜炎之死相	316
Fainting, 昏倒	83
False teeth, removal before opera- tion, 手術前假齒之取出	28
Fat embolism, 脂肪塞	97
air hunger in, 脂肪塞之空氣饑	98
Fear, control of, in anesthesia, 麻醉 時恐懼之制止	28, 33
Fecal vomitus in peritonitis, 腹膜炎嘔 糞	316
Feeding by tube after operation on jaw or tongue, 頰或舌施行手術後 用管飼食法	42
rectal, (in cancer of mouth), 肛門 法(口瘡)	244
Femoral hernia, 股溝疝	377, 381
vein thrombosis after childbirth, 產後股靜脈血栓形成	92, 93
Femur, fractures of, 股骨折	180
traction by Steinman pin in, 股骨 折用奧鐵門針牽引法	180-181, 185
Fever, aseptic, 無菌熱	130
in exophthalmic goiter, postoper-	

ative, 突眼性甲狀腺腫手術後之 發熱	269
septic, 膿毒性熱	132
surgical, 外科熱	130
Fibroblasts, 成纖維細胞	112
Filiform bougies, 絲狀探條	398
Finsen, 芬森氏	207
Fissure of anus, 肛門裂	358
Fistula, 瘻管	108
biliary, 膽瘻	372
in ano, 肛門瘻	357
Fluids after operation, 手術後之液體	39
on stomach and intestine, 胃腸手 術後之液體	41
after prostatectomy, 前列腺切除術 後之液體	447
in benign prostatic obstruction, 良性前列腺腫病人之液體	437-438, 440
in prostatism, 前列腺病人之液體	448, 447
in acute osteomyelitis, 急性骨髓炎 病人之液體	200
in burns, 燒傷病人之液體	124
in empyema, 膿胸病人之液體	293
in erysipelas, 丹毒病人之液體	140
in exophthalmic goiter, 突眼性甲 狀腺腫病人之液體	264, 268
in peptic ulcer, 消化性潰瘍病人之 液體	331, 334
in peritonitis, 腹膜炎病人之液體	321
in pulmonary tuberculosis, 肺結核 病人之液體	303
in shock, 休克病人之液體輸入	84-85
by intravenous infusion, 靜脈內 輸入液體法	89-91
by mouth, 口服液體法	85
by rectum, 直腸內輸入液體法	85-87
by subcutaneous infusion, 皮下 輸入液體法	87-89
in tuberculosis of bones and joints, 骨與關節結核病人之液體	206
preceding operation, 手術前之液體	12, 18
Fluoroscopy in intestinal obstruction	

from adhesions, X光影屏檢查時 梗阻	342	location, 骨折之位置	157
Foot, senile gangrene of, 足部老年性 壞疽	62, 63	loss of function in, 骨折之失功用	163
Foot-drop in burns, prevention of, 足垂病之預防(燒傷)		muscles and joints in, care of, 骨折肌肉與關節之護理	175
Footpiece for Thomas splint, 湯麥斯 夾之足托	187	nonunion of, 骨折不連接	160
Forced fluids in benign prostatic obstruction, 強固液體(良性前列 腺梗阻)	437-438, 440	oblique, 斜骨折	157
in erysipelas, 強固液體(丹毒病人)	140	of clavicle, 鎖骨折	162, 163, 176
in prostatism, 強固液體(前列腺病)	443, 447	of femur, 股骨折	189
Forearm, fractures of, immediate treatment, 前臂骨折之直接療法	167-8	of forearm, immediate treatment, 前臂骨折之直接療法	167-8
Fowler position, 香梳氏臥式(斜坡 臥式)	318	of hip, 髋骨折	179
Fractures, 骨折	156	of humerus, upper end, 肱骨上端 骨折	177-178
abnormal mobility in, 骨折之運動 異常	162	of jaw, 頰骨折	238
after treatment, 骨折之後療法	174	of pelvis, 骨盆骨折	169
Bradford frame in, 骨折用之 白蘭福架	188-191	of skull, 頭顱骨折	213-223
callus formation in, 骨折處之骨痂	159	of spine, 脊椎骨折	229-234
Colles', 橈骨下端骨折(科雷斯氏骨折)	176	open treatment, 骨折之顯露療法	173
comminuted, 粉碎骨折	157	pain in, 骨折之痛	163
complete, 完全骨折	157	plaster of Paris casts in, application of, 骨折應用石膏管型法	191-193
complications, 骨折之併發病	165, 166	prognosis, 骨折之意後	182
compound, 穿破骨折	158, 173	reduction of, 骨折回復術	169
crepitus in, 骨擦音	163	repair of, 骨折之修復	159
deformity in, 骨折之畸形	161	setting of, 骨折正定法	169
delayed union of, 骨折遲遲接	160	shock in, 骨折之休克	165
diagnosis, 骨折之診斷	164	simple, 單純骨折	158-173
ecchymosis late, 骨折之遲顯瘀斑	164	swelling in, 骨折之腫	164
embolism in, 骨折之栓塞	165	symptoms, 骨折之症狀	161-164
gangrene in, 骨折之壞疽	166	Thomas splint in, 骨折用之 湯麥斯夾	186-188
greenstick, 屈曲骨折	156	traction in, 骨折之牽引	171
hemorrhage in, 骨折之出血	166	nursing care of, 骨折牽引法之料理	182
immediate treatment, 骨折之直接 療法	167-169	transverse, 橫骨折	157
impacted, 相插骨折	157	treatment, 骨折之療法	167-174
incomplete, 不全骨折	156	union in, 骨折之連接	159-160
infection in, 骨折之傳染	166	Frame, Bradford, 白蘭福架	188-191
		Frequency of urination in prostatism, 小便頻數(前列腺病)	434
		Fresh air in empyema, 新鮮空氣 於膿胸	293
		in tuberculous cervical adenitis, 新鮮空氣於結核性頸腺炎	251
		Fulguration in papilloma of bladder,	

電擊法治療膀胱腫瘤	425
Functional tests of kidney, 腎官能試驗法	389-394
Furunculosis of face, 面部之癤	235

G

Galen, 蓋倫氏	207
Gallbladder, diseases of, 膽囊之病	364-372
inflammation of, 膽囊炎	364-365
Gallstones, 膽石	365-368
Gangrene, 壞疽	59-65
dry, 乾性壞疽	61, 62
gas, 氣性壞疽	60, 64
moist, 濕性壞疽	61
senile, 老年性壞疽	62, 63
Gas gangrene, 氣性壞疽	60, 64
Gas pains, postoperative, 手術後之氣痛	40
Gastric ulcer, 胃潰瘍	323, 324, 330
Gavage, nasal, in cancer of mouth, 口癌之鼻灌食法	243
General anesthesia, 全身麻醉法	24-30
Glands of neck, enlarged, 頸腺肥大	248
Glucose injections in shock, 休克注射葡萄糖溶液	85, 90
rectal injections, value of, 直腸內注射葡萄糖之價值	244-245
solution, postoperative use, 手術後用之葡萄糖溶液	39
Goiter, 甲狀腺腫	254
adenomatous, 腺瘤性甲狀腺腫	254, 257-258
colloid, 膠體性甲狀腺腫	254
endemic, 地方性甲狀腺腫	255
exophthalmic, 突眼甲狀腺腫	254, 259, 260
simple, 單純性甲狀腺腫	254, 255, 257
symptoms, 甲狀腺腫之症狀	255
Grafting, skin, 皮移植術	120
Graham-Cole method of cholecystography 格柯二氏膽囊攝影法	368

Granulation tissue, 肉芽組織	112
Graves' disease, 格雷夫氏病	259
Greenstick fractures, 屈曲骨折	156
Gum-acacia solution, 亞刺伯膠溶液	38
Gwathmey, 葛斯曼氏	25

H

Hair, care of, in erysipelas, 丹毒病人髮之料理	140
final preparation of, for operation, 手術前髮之料理	22
shampoo, preoperative, 手術前洗髮	17
Head, care of, in erysipelas, 丹毒病人頭部之料理	140
Headache in skull fracture, 顱骨折之頭痛	222
in trigeminal neuralgia, postoperative, 三叉神經痛手術後之頭痛	226
Healing of wounds, 創口之癒合	113
Heart failure in anesthesia, 麻醉時之心力衰竭	27, 30
in prostatism, 前列腺病人之心衰	444
stimulants in anesthesia, 麻醉時之心興奮劑	28
Heat, body, conservation of, before operation, 手術前保存體熱法	18
in treatment of infection, 用熱治療傳染	109
in treatment of septic cervical adenitis, 用熱治療膿毒性頸腺炎法	249
Heliotherapy, 日光療法	206, 251
Rollier's schedules for, 洛利氏日光療法表	209
Hematogenous origin of renal infections, 腎之血原性傳染	405
Hematuria in cancer of bladder, 膀胱癌之血尿	426
in papilloma of bladder, 膀胱腫瘤之血尿	424
in tumors of kidney, 腎腫瘤之血尿	417
Hemoptysis in bronchiectasis, 枝氣管	

擴張之吐血	300	diaphragmatic, 膈赫尼亞	377
Hemorrhage, 出血	1,2,65-68	external, 外赫尼亞	377
after prostatectomy, 前列腺摘		femoral, 股赫尼亞	377,381
除術後之出血	447	incarceration of, 赫尼亞箱閉	378
concealed, 隱匿血	67	inguinal, 腹股溝赫尼亞	377,379-380
control of, 止出血法	2,69	internal, 內赫尼亞	377
diagnosis, 出血之診斷	67	irreducible, 難復性赫尼亞	377,378
external, 外出血	66,67	mechanical treatment, 赫尼亞之	
from meningeal artery in fractures		機械療法	379
of vault of skull, 顱頂骨折之		nursing care, 赫尼亞病人之護理法	386
腦膜動脈出血	215	obturator, 閉孔赫尼亞	377
in cancer of mouth, postoperative,		operative treatment, 赫尼亞之	
口癌手術後之出血	247	手術療法	379,385
in duodenal ulcer, 十二指腸潰瘍之		palliative treatment, 赫尼亞之	
出血	327,328	姑息療法	384
exophthalmic goiter, postoperative,		postoperative, 手術後赫尼亞	377,382
突眼性甲狀腺腫手術後之出血	269	recurrence of, after operation,	
in fractures, 骨折之出血	166	赫尼亞之復發	387
in gastric ulcer, 胃潰瘍之出血	324, 325	reducible, 能復性赫尼亞	377
in hemorrhoids, postoperative,		scrotal, 陰囊赫尼亞	377
痔手術後之出血	362	sciatic, 臀赫尼亞	377
in internal hemorrhoids, 內痔之		sepsis in, postoperative, 赫尼亞	
出血	360	手術後之膿毒症	387
in jaundice, postoperative, 黃疸		strangulated, 絞窄性赫尼亞	379,385
手術後之出血	371	symptoms, 赫尼亞之症狀	378
in peptic ulcer, postoperative,		traumatic, 損傷性赫尼亞	377
消化性潰瘍手術後之出血	334	treatment, 赫尼亞之治法	379
in prostatism, 前列腺病之出血	434	umbilical, 臍赫尼亞	377,382
in skull fracture, 顱骨折之出血	222	Hibbs' operation in fractures of	
internal, 內出血	66,67-68,70	spine, 希勃氏治療脊柱骨折法	231-232
postoperative, 手術後出血	44	Hiccough after prostatectomy,	
primary, 原發性出血	66	前列腺摘除術後之呃逆	447
secondary, 繼發性出血	66	Hilton, 希爾登氏	188
in gas gangrene, 氣性壞疽之		Hip, dislocations of, 髖關節脫位	153
繼發性出血	65	fractures of, 髖骨折	179
tourniquet in, 止出血用之壓脈器	70	tuberculosis of, 髖關節結核病	202
treatment, 出血之治法	69-82	night cries in, 髖關節結核病人之	
Hemorrhoids, 痔	359-363	夜啼	203
Hernia, 赫尼亞	377-387	Hippocrates, 希波格拉諦氏	207
acquired, 後天性赫尼亞	377	Hippocratic facies in peritonitis,	
complications, 赫尼亞之併發病	378	腹膜炎之死相	316
congenital, 先天性赫尼亞	377	Hoarseness following thyroidectomy,	
convalescence in, 赫尼亞之恢復期	387	treatment, 甲狀腺摘除術後嘶啞之	
diagnosis, 赫尼亞之診斷	378,383	治法	273

Hodgkin's disease, 何金氏病	248,252	Incarceration of hernia, 疝閉	378
Holmes, 霍姆士	24	Incised wounds, 割創	99
Hospital diseases, 醫院病	4	Indigo carmine test of kidney function, 腎功能之靛胭脂試驗法	390
gangrene, 醫院壞疽	4	Infection, 傳染	2,3,102
Humerus, upper end, fractures of, 肱骨上端骨折	177-178	antiseptics in, 治療傳染之抗毒劑	110
Hunchback, 駝背	204	application of heat and cold in, 傳染之冷熱療法	109
Hunger pain in duodenal ulcer, 餓痛	327	bacteria causing, 細菌可致傳染	102,103
Huntington, 亨丁登醫師	49	Carrel-Dakin treatment, 傳染之卡爾何達金氏療法	111
Hydrocele of cord, 精索水腫	384	constitutional symptoms, 傳染之全身症狀	104
Hygiene in bronchiectasis, 枝氣管擴張之衛生	360	control of, historical account, 制止傳染之歷史	3-9
in erysipelas, 丹毒之衛生	139	drainage in, 傳染之排液	109
in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫之衛生	262	exudate in, 傳染之滲出物	102
in peritonitis, 腹膜炎之衛生	321	general reaction, 傳染之全身反應	104
in prostatism, 前列腺病之衛生	442	in fractures, 骨折之傳染	166
in skull fractures, 頭骨骨折之衛生	219	local reaction, 傳染之局部反應	104
in tetanus, 破傷風之衛生	149	necrosis and gangrene from, 因傳染而致之壞死與壞疽	64,103
in tuberculosis, 結核病之衛生	302	of bladder, 膀胱傳染	419
preoperative, 手術前之衛生	17-19	of face, 面部之傳染	235
Hyperacidity associated with peptic ulcer, 消化性潰瘍之酸過多	323,324	of kidney, 腎之傳染	405
Hypernephroma, 腎上腺瘤	417	of wounds in early hospitals, 昔日醫院內創口之傳染	4-6
Hyperthyroidism, 甲狀腺機能過敏	257,263,273	rest in treatment, 傳染之休息療法	108
Hypertonic solution in skull fracture, 高滲液	221	secondary, in burns, 燒傷之繼發性傳染	126
Hypertrophy of bladder wall, 膀胱壁肥大	433	treatment, principles of, 治療傳染之原則	108
of prostate, 前列腺肥大	432	Inflamed breast, 乳房發炎	277
Hypodermoclysis in shock, 皮下灌注術(休克)	87	Inflammation, 發炎	102
Hypostatic pneumonia in fracture, 壓積性肺炎(骨折)	181	general, 全身發炎	104
Hypothyroidism, 甲狀腺機能遲鈍	255,256	local, 局部發炎	102
		of appendix, 闌尾炎	344-347
		of bone, 骨之發炎	195
		of gallbladder, 膽囊炎	364-365
		of pancreas, acute, 急性胰臟炎	374
		of peritoneum, 腹膜炎	313
		treatment, 發炎之治法	108
		Infusion, intravenous, in shock, 靜脈內輸入法(休克)	89

I

Ice caps to pericardium in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫病人心的冰置冰帽	267
Ichthyol in erysipelas, 魚石胆治療丹毒	142

subcutaneous, in shock, 皮下輸入法(休克)	87	of mouth in cancer of mouth, postoperative, 口瘡手術後口之注法	245
Inguinal hernia, 腹股部疝尼亞	377,379-380	of upper colon after colostomy, 結腸上段之注法	352
Inhalation pneumonia after operation on jaw or tongue, prevention of, 頷或舌施行手術後吸入性肺炎之預防	42	Irritation, in cancer of bladder, 膀胱刺激	426
Injury, necrosis and gangrene due to, 由損傷而致之壞死與壞疽	60	Ischio-rectal abscess, 坐骨直腸膿腫	355
to nerve supply, necrosis and gangrene due to, 由損傷神經而致之壞死與壞疽	63	Islands of Langerhans, 胰腺島	372
Insomnia, postoperative, 手術後不寐	48	J	
Insulin, 胰島素	372	Jansky, 琴斯基氏	73
Internal hemorrhage, 內出血	66,67-68,70	Jaundice, biliary fistula in, 黃疸病人之膿瘻	372
Intestinal adhesions, 腸粘連	341	blood in, 黃疸病人之血	370
obstruction, 腸梗阻	338	colloidal baths in, 黃疸病人之膠性浴劑	369-370
operations, after care, 腸手術後之護理	41	elimination in, 黃疸病人之排泄	371
Intestine, diseases of, 腸病	338-347	hemorrhage in, postoperative, 黃疸病人手術後之出血	371
large, diseases of, 大腸之病	348-354	mental manifestation in, 黃疸病人之精神狀態	369
twists of, 腸扭結	341	nursing care in, 黃疸病人之護理法	369-372
Intracranial pressure in skull fracture, 顱骨折之顱內壓力	223	postoperative complications, 黃疸病人手術後之併發病	371-372
Intratracheal method of ether anesthesia, 氣管內麻法	34	skin in, 黃疸病人之皮膚	369
Intravenous blood transfusion, 靜脈內輸血法	38	stools in, 黃疸病人之大便	370
infusion in shock, 靜脈內輸入法(休克)	89	urine in, 黃疸病人之尿	370
medication, 靜脈內給藥法	38	Jaw, cancer of, 頷癌	240
urography, 靜脈內尿路攝影術	404	fractures of, 頷骨折	238
Intussusception, 腸套叠	339	operations on, after care, 頷手術後之護理法	42
Iodine in treatment of exophthalmic goiter, 碘於突眼性甲狀腺腫之治療	265	Jewelry, removal before operation, 施行手術前病人飾物之保管	23
Iron splints and frames, cleansing of, 鐵夾與白蘭德架之潔淨法	191	Joints, operations on, preparation for, 關節手術前之預備	14
Irrigation, colostomy, equipment for, 結腸造瘻術之注洗用品	352	K	
of bladder in prostatism, 膀胱注洗法	445	Keith, 凱斯氏	39
of lower colon and rectum after colostomy, 結腸下段與直腸之注洗	353	Keratosis, 角層分離	236

Ketogenic diet, 酮原性飲食	409
Kidney, cancer of, 腎癌	417
diseases of, 腎病	405-418
embryonata of, 腎之胚組織病	417
function, determination of, 腎官能之決定法	389
functional tests, 腎官能試驗法	389-394
concentration, 濃度試驗法	390
in benign prostatic obstruction, 良性前列腺腫阻之腎官能試驗	437
indigo carmine, 靛胭脂試驗法	390
phenolsulphonthalein, 因得紅試驗法	390-393
retained nitrogen in blood, 血內含氮之試驗	393
infections of, 腎之傳染	405
diagnosis of, 腎傳染之診斷	409
operations on, after care, 腎手術後之護理	43
palpation of, 腎之觸診	388
stone in, 腎石	412
tuberculosis, 腎結核病	409
tumors, 腎腫瘤	417
Kimpton-Brown method of blood transfusion, 吉勃氏輸血法	72,76-79
tubes, after care, 吉勃氏管用後之料理	79
method of paraffining, 吉勃氏管塗蠟法	78
Koiler, 柯勒氏	31

L

Labia, preoperative preparation, 陰唇手術前之預備	14
Laboratory tests in jaundice, 實驗室試驗(黃疸)	370
Lacerated wounds, 裂創	99,101
Lamp, alpine, in acute osteomyelitis, 阿爾卑燈治療急性骨髓炎	200
therapy in tuberculosis of bones and joints, 人工太陽燈治療骨與關節結核病	210
Landmarks of abdomen, 腹部之標誌	310

Langerhans, island of, 胰島	372
Laryngeal nerve, recurrent, injury in thyroidectomy, 甲狀腺切除術返神經受傷	270
Laryngoscopy, 喉鏡檢法	267
Law, Courvoisier's, 柯伏西氏定律	374
Leather-bottle stomach, 皮囊樣胃	336
Leg, embolism in, 腿靜脈栓塞	97
milk, 腿白腫病	92,93
thrombosis in, 腿靜脈血栓形成	92,93
Lewisohn method of blood transfusion, 裴維生氏輸血法	72,79-82
Ligature of blood vessels, 血管縛線	1
Lindemann method of blood transfusion, 林特曼氏輸血法	72,74-75
Line of demarcation in gangrene, 壞疽之分界線	62
Lip, cancer of, 唇癌	236
Liquids after operation 手術後之液體	36
on stomach and intestine, 胃腸	
手術後之液體	41
preceding operation, 手術前之液體	12,13
Lister, 李斯特氏	6
Listerism, 李斯特主義	110
Lister's principle of antiseptics, 李斯特氏之抗毒原則	6-7
Local anesthesia, 局部麻醉法	24,31,36
Lockjaw, 牙關鎖閉	146
Long, 郎氏	3,25
Lubricants for catheters, 導管之潤滑劑	394
for genito-urinary instruments, 泌尿生殖器檢之潤滑劑	398
Luckhardt, 勒克哈德德士	25
Lugol's solution, 魯葛爾氏液	258,260,265,273
Lumbar puncture in skull fractures, 腰椎穿刺術	222
Lung complications after breast amputations, 乳房被斷術後之肺併發病	287
in jaundice, postoperative, 黃疸手術後之肺併發病	372

diseases of, 肺病	298-308
massive collapse of, 大塊萎陷	298
spirometer for expanding, 擴張 肺部之肺量計	297
tuberculosis of, 肺結核病	301
Lymph glands of neck, enlarged, 頸淋巴腺肥大	248
Lymphangitis, 淋巴管炎	107
streptococcic, 鏈球菌淋巴管炎	105
Lymphatics, spread of infection by, 淋巴管散佈傳染	104,106

M

Maggots, clearing up wounds of osteomyelitis with, 急性骨髓炎 用蛆清潔創口法	199
Management, postoperative, 手術 後之管理	38-58
preoperative, 手術前之管理	11-23
Mania, postoperative, 手術後躁狂	47
Manual compression of bladder in retention due to fractures of spine, 脊柱骨折尿瀦留手壓膀胱法	233
Marginal ulcer, 邊緣潰瘍	323
Massive collapse of lung, 大塊萎陷 (肺)	298
Mastitis, acute, 急性乳房炎	277
chronic cystic, 慢性囊腫性乳房炎	278
puerperal, 產後乳房炎	277
McBurney's point, 馬克李內氏點(關 尾炎點)	311,344
McNealy and Williams, 麥尼萊與 威爾士	244
Meningeal artery, hemorrhage from, in fractures of vault of skull, 顱頂骨折腦膜動脈出血	215
Meningitis in skull fractures, 顱骨 折腦膜炎	222
Mental care in peptic ulcer, 消化性 潰瘍之精神護理	330
changes in skull fracture, 顱骨折 之重心改變	220

condition in peritonitis, 腹膜炎病 人之精神狀態	319
hygiene, tuberculosis of bones and joints, 骨與關節結核病人之 精神衛生	205
preparation for operation, 手術前 精神方面之預備	15
state in prostatism, 前列腺病人之精 神狀態	442
symptoms in jaundice, 黃疸病人之 精神症狀	369
Metabolic changes in intestinal obstruction, 腸梗阻之新陳代謝改 變	339
Metabolism, basal, 基礎代謝	266
Metastatic abscess, 遷徙性膿腫	135
Milk leg, 腿白腫病	92,93
Mobility, abnormal, in fractures, 骨折之運動異常	162
Modern surgery, development of, 近 代外科學之發展	1-10
Moist gangrene, 濕性壞疽	61
Morning diarrhea in cancer of colon, 晨瀉(結腸癌)	348
of rectum, 晨瀉(直腸癌)	355
Morphine after operation, 手術後用 嗎啡	53
before operation, 手術前用嗎啡	27
for relief of postoperative pain, 手術後用嗎啡止痛	40
in shock, 休克時用嗎啡	84
Morton, 莫爾登氏	1,3,25
Moss, 穆斯氏	73
Mouth, cancer about, nursing care, postoperative, 口癌手術後之護理	245
preoperative, 口癌手術前之護理	242
care of, in erysipelas, 丹毒病 人口之料理	140
in exophthalmic goiter, 突眼性 甲狀腺腫病人口之料理	267
in peptic ulcer, 消化性潰瘍口之 料理	331
in peritonitis, 腹膜炎病人口之 料理	321

in skull fracture, 顱骨折開人口 之料理	219
irrigation of, after operation for cancer of mouth, 口癌手術後口 之注洗	245
postoperative care, 手術後口之料理	55
preoperative preparation, 手術前 口之料理	14,17
Muscle spasm in appendicitis, 闌尾 炎之肌痙攣	344
in peritonitis, 腹膜炎之肌痙攣	315
Muscles and joints, care of, in frac- tures, 骨折肌肉及關節之護理	175
of abdominal wall, 腹壁之肌	309
Mushroom catheter, 傘菌形尿管	437
Myxedema, 粘液性水腫	256

N

Nails, preoperative care, 手術前指趾 甲之料理	18
Narcotics after operation, 手術後之 麻醉劑	54
before operation, 手術前之麻醉劑	23,27
Nasal gavage in cancer of mouth, 口癌之鼻灌食法	243
Nausea in appendicitis, 闌尾炎之惡心	344
in peritonitis, 腹膜炎之惡心	315
in trigeminal neuralgia, post- operative, 三叉神經痛手術後之 惡心	226
postoperative, 手術後之惡心	53
Necessity, surgery of, 必要的外科	9
Neck, broken, 頸折	229
diseases and injuries of, 頸之疾病 與損傷	247
enlarged glands of, 頸腺肥大	248
Necrosis, 壞死	59,60,103
Nembutal 奈布妥	36
Nephrectomy, 腎臟除術	411-412
Nephrolithiasis, 腎石	412-416

Nerve supply, injury to, necrosis and gangrene due to, 壞死與糜 疽由於神經受傷者	63
of abdominal wall, 腹壁之神經	309
Neuralgia trigeminal, 三叉神經痛	223-227
Night cries in tuberculosis of hip, 髖關節結核病之夜啼	203
Nightingale, 南丁格爾女士	49
Nipple, retraction of, 乳頭退縮	281
Nitrogen, retained, in blood, tests for, in renal disease, 腎病血內含 氮之試驗	393
Nitrous oxide, 一氧化氮 and oxygen anesthesia, 一氧化 氮與氧氣麻醉法	25
Nonunion of fractures, 骨折不連接	160
Nose, care of, in skull fracture, 顱 骨折鼻之料理	219
Novocaine as anesthetic, 奴佛卡因爲 麻醉劑	31
Nursing care, postoperative, 手術後 之護理	49-58
preoperative, 手術前之護理	15-23
Nutritive enema, value of, cancer of mouth, 滋養灌腸劑於口癌之價 值	244

O

Observations, of patient, preopera- tive, 手術前病人之觀察	16-17
Obstetric, delivery, internal hemor- rhage after, 產後內出血	68
thrombosis of leg after, 產後腿 部脈血管形成	92,93
Obstruction, intestinal, 腸梗阻	338
prostatic, benign, principles of treatment, 良性前列腺梗阻治療 之原則	435
Odor in burns, 燒傷之臭味	125
Oil of sandalwood in tuberculosis of kidney, 白檀油治療腎結核病	411
Oil-ether method of rectal anesthe- sia, 醚與油類之直腸麻醉法	25

Open drainage of empyema, 膿胸開 放排液法	292
Operating room, return from, 病人 自手術室回房	50
Operations, after care, 手術後之護理	49-58
emergency, 救急手術	11
of election, 選擇的手術	9,11
preparation for, 手術之預備	11-14
Opisthotonos in tetanus, 角弓反張	146
Oral hygiene, preoperative, 手術後 之口腔衛生	17
Orr's treatment of acute osteomye- litis, 奧爾氏急性骨髓炎之治法	199
Osteomyelitis, acute, 急性骨髓炎	195-200
Oxygen and nitrous oxide anesthesia 一氧化氮與氮氣麻醉法	35
tent, 氮氣帳	45

P

Padding of splints, 夾板之襯墊	191
Pain, abdominal, in appendicitis, 闌尾炎之腹痛	344
in obstruction from adhesions, 因粘連而致腸梗阻之腹痛	342
control of, historical account, 止 痛之歷史	2-3
epigastric, in perforated gastric ulcer, 胃潰瘍穿破之腹上部痛	326
gas, postoperative, 手術後之氣痛	40
hunger, in duodenal ulcer, 十二指 腸潰瘍之饑痛	327
in bladder after prostatectomy, 前列腺切除術後之膀胱痛	447
in cancer of bladder, 膀胱癌之痛	426
of stomach, 胃癌之痛	336
in duodenal ulcer, 十二指腸潰瘍 之痛	327
in fractures, 骨折之痛	163
in gastric ulcer, 胃潰瘍之痛	325
in intestinal obstruction, 腸梗阻 之痛	389

in peritonitis, 腹膜炎之痛	315
in tuberculosis of bones and joints 骨與關節結核病之痛	210
in tumors of kidney, 腎腫瘤之痛	417
on urination in cystitis, 膀胱炎小 便時之痛	420
postoperative, 手術後之痛	40,54
renal, in nephrolithiasis, 腎石病 之腎絞痛	413
Pallor, postoperative, 手術後蒼白	52-53
Palpation of kidney, 腎之觸痛	388
Pancreas, anatomy and physiology of, 胰臟之解剖生理學	372
cancer of, 胰臟癌	374-376
diseases of, 胰臟之病	372-376
Pancreatitis, acute, 急性胰臟炎	373
Pantopon for relief of postoperative pain, 全阿片素止手術後之痛	40
Papilloma of bladder, 膀胱乳頭狀瘤	424
Paraffin treatment of burns, 燒傷 之石蠟療法	128-129
Paraffining of Kimpton-Brown tubes, 吉勃氏管塗蠟法	78
Paralysis, facial, postoperative, in trigeminal neuralgia, 三叉神經 痛手術後面癱	227
in skull fracture, 顱骨折之癱瘓	223
Paré, 貝萊氏	1
Pasteur, 巴斯德氏	6
Patient, postoperative management, 病人手術後之管理	38-58
preoperative management, 病人手 術前之管理	11-23
preparation of, for general anesthesia, 病人全身麻醉之預備	26
Pedicle skin graft, 莖移植術	112
Pelvis, fractures of, immediate treatment, 骨盆骨折之直接療法	169
Peptic ulcer, 消化性潰瘍	323
Perforation of duodenal ulcer, 十二 指腸潰瘍穿破	328
of gastric ulcer, 胃潰瘍穿破	325-326

Pericardium, ice caps to, in exophthalmic goiter, 突眼性甲状腺腫心前區置冰箱	267	postoperative, 手術後肺炎	44
Perineal prostatictomy, 會陰前列腺	438, 439	Pneumothorax, artificial, 人工氣胸術	301
裁除術	438, 439	Point, McBurney, 馬克李內氏點	
Perinephritic abscess, 腎圍膿腫	406, 408	(闌尾炎點)	311, 344
Peritoneum, 腹膜	313	Position after extrapleural thoracoplasty, 胸膜外胸廓成形術後病人之位置	306
Peritonitis, 腹膜炎	313	after phrenicectomy, 膈神經裁除術後病人之位置	305
Phagocytes, 噬細胞	112	after prostatictomy, 前列腺裁除術後病人之位置	446
Phenolsulphophthalein test of kidney function, 腎官能之因德紅試驗法	390-392	for aspiration of chest, 胸腔吸引術之位置	294
Phlegmonous erysipelas, 膿性蜂窩織炎性丹毒		Fowler, in peritonitis, 否流氏臥式(斜坡臥式)	318
Phrenicectomy, 膈神經裁除術	301	in burns to prevent deformity, 燒傷病人之位置	125
nursing care, 膈神經裁除術之護理法	304	postoperative, in cancer of breast, 乳癌手術後之位置	286-287
Physical examination, preoperative, 手術前之體格檢查	16	in hernia, 赫尼氏手術後之位置	386
pigmentation of skin in heliotherapy, 皮膚色素沉着	207-208	in jaundice, 黃疸手術後之位置	370
Pigskin appearance in cancer of breast, 乳癌之豬皮膚	282	in peptic ulcer, 消化性潰瘍手術後之位置	332
Pile, thrombotic, 血栓形成性痔	359	Postoperative abdominal distention, 手術後之腹膨脹	40, 56
Piles, 痔	359	bronchitis, 手術後枝氣管炎	44
Pin, Steinman, for traction in fractures of femur, 股骨折用史鐵門針牽引法	180, 181, 185	bronchopneumonia, 手術後枝氣管肺炎	44
Pituitrin for abdominal distention and gas pains, 垂體素治腹脹與氣痛	41, 56	complications, 手術後之併發病	43
Plaster of Paris casts, 石膏模型	191-193	cough, 手術後咳嗽	57
Pleura, aspiration of, 胸膜吸引術	291	cyanosis, 手術後發紺	44, 51
diseases of, 胸膜之病	280-298	dehydration, 手術後脫水	39
Pleurisy after breast amputation, 乳房截斷術後之胸膜炎	287	delirium, 手術後譫妄	46-47
purulent, 膿性胸膜炎	289	elimination, 手術後之排泄	54-55
Pneumonia after prostatictomy, 前列腺裁除術後之肺炎	448	excitement, 手術後亢奮	46
hypostatic, 壓積性肺炎	181	hemorrhage, 手術後出血	44
in cancer of mouth, postoperative, 口腔手術後之肺炎	247	hernia, 手術後赫尼氏	377, 382
inhalation, after operations on jaw or tongue, prevention of, 頰或舌手術後吸入性肺炎之預防	42	insomnia, 手術後不寐	48
		intravenous medication, 手術後靜脈內給藥法	38
		management, 手術後之管理	38-48
		mania, 手術後癡狂	47
		nausea, 手術後噁心	53
		nursing care, 手術後之護理	49

Radius, Colles' fracture of, 橈骨下端
骨折(科倫斯氏骨折) 176

Rays of sun, effect on body, 日光於
身體之作用 207-208

Rectal anesthesia, 直腸麻醉法 25

feedings in cancer of mouth, 口癌
之取膈法 244

Rectum, cancer of, 直腸癌 355

diseases of, 直腸之病 355-363

stricture of, 直腸狹窄 363

Recurrent laryngeal nerve injury
in thyroidectomy, 甲狀腺切除術
返神經受傷 270

Reduction of fractures, 骨折回復術 169

Reflex anuria, 反射性無尿 389

retention of urine, 反射性尿瀰留
363, 387, 421

Regional anesthesia, 部位療法 31, 36

surgery, 部位外科術 212

Rehfuus tube, 雷福士管 42, 318

Relaxation of abdominal wall,
腹壁弛緩 312

Renal calculus, 腎石 412

colic in nephrolithiasis, 腎石病之
腎痙攣 413

infection, 腎之傳染 405

Repair, 修復 102, 112

Resection, transurethral, of
prostate, 前列腺由尿道內部切除
除術 439, 440

Residual urine in prostatism, 前列
腺病之殘餘尿 433

Respiration after operation, 手術
後病人之呼吸 52

before operation, 手術前病人之呼吸

Cheyne-Stokes, in fractures of
skull, 切斯晏氏呼吸 215

in exophthalmic goiter, 突眼性甲
狀腺腫病人之呼吸 266

in peptic ulcer, postoperative,
消化性潰瘍手術後之呼吸 332

in peritonitis, 腹膜炎病人之呼吸 322

Respiratory disturbances in
anesthesia, 麻醉時之呼吸擾亂 29

Rest before operations, 手術前病人之
休息 22

in bed after operation for hernia,
赫尼亞手術後病人之休息 386

in treatment of exophthalmic
goiter, 休息於突眼性甲狀腺腫
之治療 261-262

of infection, 休息於傳染之治療 108

of pulmonary tuberculosis, 休息
於肺結核病之治療 303

of shock, 休息於休克之治療 84

of thrombosis, 休息於血栓形成之
治療 94

of tuberculous cervical adenitis,
休息於結核性頸腺炎之治療 251

Restlessness and insomnia,
postoperative, 手術後之不寧與
不寐 48

Retention of urine, 尿瀰留 389

after operation for hemorrhoids,
痔手術後尿瀰留 363

in fractures of spine, 脊柱骨折尿
瀰留 232

in prostatism, 前列腺病尿瀰留 433

in stricture of urethra, 尿道狹窄
尿瀰留 428

postoperative, in hernia, 赫尼亞
手術後尿瀰留 387

reflex, 反射性尿瀰留 363, 387, 421

Retraction of nipple, 乳頭退縮 281

Reverdin's method of skin grafting,
雷佛亨氏皮移植術 120

Röntgen ray burns, X光燒傷 122

Rollier's schedules for heliotherapy,
洛列氏日光療法表 208, 209

Room of patient, ventilation of,
病室之通氣 49

Rupture, See also Hernia, 赫尼亞 377-387

S

Sacral anesthesia, 腰麻法 32

Saline solution in shock, 當量鹽溶液
治休克 85

Sandalwood oil in tuberculosis of kidney, 白檀油治療腎結核病 411

Santorini, duct of, 顯副管 372

Saphenous vein thrombosis, 隱靜脈血栓形成 93

Saucerization, 碟形手術 198

Scalp, wounds of, 頭頂蓋之創傷 212

Scars, contraction of, 瘻痕之收縮 115
of burns, 燒傷之瘻痕 119,121,122
of wounds, 創傷之瘻痕 114-115

Secondary suture of wounds, 創口之後期縫合 114

Sedatives in skull fracture, 顱骨折之鎮靜劑 220

Senile gangrene of foot, 足部老年性壞疽 62,63

Sepsis, 膿毒症 132
in hemorrhoids, postoperative, 痔手術後之膿毒症 368
in hernia, postoperative, 疝尼亞手術後之膿毒症 387

Septic cervical adenitis, 膿毒性頸腺炎 248
fever, 膿毒性熱 132

Septicemia, 敗血病 133

Septicopyemia, 膿毒敗血病 135

Sequestrum, 死骨片 196

Setting of fractures, 骨折正定法 169

Shampoo of hair, preoperative, 手術前洗髮 17

Shaving, preoperative, 手術前剃毛 13,21

Shock, 休克 82-91
postoperative, 手術後休克 43
surgical, 外科的休克 82

Shoulder, dislocations of, 肩關節脫位 153

Silver fork deformity in Colles' fractures, 銀叉狀畸形 177

Simpson, 辛孫氏 1,3,25

Sinus, 竇 108

Skeletal traction, 骨節直接牽引法 171,172,184-186

Skin, care of, in erysipelas, 丹毒皮膚之料理 141

in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫皮膚之料理 262

in prostaticism, 前列腺病皮膚之料理 448

in spinal fractures, 脊椎骨折皮膚之料理 234

cleansing of, for operation, 手術前皮膚之清潔 13,19-21

grafting, 皮移植術 120

in jaundice, 黃疸病人之皮膚 370

pigmentation of, in heliotherapy, 皮膚色素沉着 207,208

preoperative preparation, 手術前皮膚之預備 13,19-21

preparation of, for aspiration of chest, 胸腔吸引術皮膚之預備 295
for closed drainage of empyema, 膿胸閉排液法皮膚之預備 295

sterile preparation, 皮膚之滅菌預備 21

traction, 皮面間接牽引法 171-2,182-4

Skull, fractures of, 顱腦骨折 213-223

Sleep before operation, 手術前之睡眠 22
in burns, 燒傷者之睡眠 124

Smith, 施密斯氏 16

Sodium chloride, solution, post-operative use, 手術後用之氯化鈉溶液 39

Sores, pressure, in spinal fractures, 脊椎骨折者之褥瘡 234
with surface traction, 皮面牽引法之褥瘡 184

Sound, urethral, 尿道探子 429

Spasm, muscle, in appendicitis, 附尾炎之肌痙攣 344
in peritonitis, 腹膜炎之肌痙攣 315

Spermatic cord, hydrocele of, 精索水囊腫 384

Spinal anesthesia, 脊腦痛法 32,36

Spine, dislocations of, 脊椎脫位 223
fractures of, 脊椎骨折 229-234
tuberculosis of, 脊椎結核病 203

Spirometer for expanding lungs, 肺量計 297

Splint, airplane, 飛機式夾 178-179
padding of, 夾板之襯墊 191

Thomas, 湯麥斯氏夾	168,183,185,186-188	淋巴腺炎	105
Splinting of fractures, 骨折上夾板法	167-168,171	Streptococcic as cause of infection, 鏈球菌為傳染之原因	106
duration of, 上夾板之時限	175	Streptococcus erysipelatus, 丹毒鏈球菌	136
Sprains, 扭傷	152	Stretcher, 拾床	23
Sputum in pulmonary tuberculosis, 肺結核病人之痰	303-304	Stricture of rectum, 直腸狹窄	363
Staphylococcus as cause of infection, 葡萄球菌為傳染之原因	106	of urethra, 尿道狹窄	427-430
Static ulcer, 癰滯性潰瘍	108	Strychnine as cardiac stimulant, 番木鱉素為心臟劑	28
Status lymphaticus, 淋巴腺炎	275	Subconjunctival ecchymosis, 結合膜下瘀斑	217
Steal, thyroid, 甲狀腺結核	268	Subcutaneous infusion in shock, 皮下輸入法(休克)	87
Steinman pin for traction in fractures of femur, 股骨骨折用史德門針牽引法	180,181,185	Subluxation, 半脫位	154
Sterile preparation of skin, 皮膚之滅菌預備	21	Submammary abscess, 乳房下膿腫	279
Sterilization of cystoscope, 膀胱鏡之滅菌法	401	Sun rays, effect on body, 日光於身體之作用	207,208
of rubber catheters, 橡皮導管之滅菌法	401	treatment of tuberculosis of bones and joints, 日光治療骨與關節結核病	207
of woven catheters, 織物導管之滅菌法	401,402	Suppression of urine, 尿閉	389
Stomach, cancer of, 胃癌	335-337	Suppurative mastitis, acute, 急性化膿性乳房炎	277
diseases of, 胃病	323-337	Suprapubic prostatectomy, 恥骨上前列腺除術	438-439
leather-bottle, 皮囊樣胃	336	Surface traction, 皮面間接牽引法	171-172,182-184
operations on, after care, 胃手術後之護理	42	Surgery, antiseptics in, 外科抗毒劑	6-8
preparation for, 胃手術之預備	15	asepsis in, 外科無菌毒	8
ulcer of, 胃潰瘍	323,324,330	definition, 外科學之定義	1
Stone, gall, 膽石	365-368	modern, development of, 近代外科學之發展	1
in bladder, 膀胱石	422	of election, 選擇的外科	9
in kidney or ureter, 腎石或輸尿管石	412-416	of necessity, 必要的外科	9
Stools in jaundice, 黃疸病人之大便	370	pre-anesthetic, 未有麻醉劑以前之外科術	3
tarry, in duodenal ulcer, 十二指腸潰瘍之柏油狀糞	327	regional, 部位外科術	212
Strains, 勞損	152	Surgical cleanliness, principles of 外科清潔之原理	8
Strangulated hernia, 絞窄性疝尼亞	379,385	Surgical fevers, 外科熱	130
Strapping in ankle sprains, 踝扭傷之貼膏法	152,153	shock, 外科的休克	82
Streptococcic lymphangitis, 鏈球菌		Suture of wounds, secondary, 創口之後期縫合	114

Swelling in fractures, 骨折之腫	164	Thomas splint, 湯麥斯氏夾	168,183,185,186-188
Symphysis pubis, 恥骨聯合	310	Thoracoplasty, extrapleural, 胸壁 外胸廓成形術	305
Syncope, 暈厥	83	Thoracotomy in empyema, 開胸術 (胸廓切開術)	296
Syphilitic adenitis differentiated from Hodgkin's disease, 梅毒 性腺炎與何金氏病之區別	253	Throat, cut, 割頸	229
T			
Tannic acid treatment of burns, 燒 傷之鞣酸療法	126-128	Thrombosis, 血栓形成	91-95
Tarry stools in duodenal ulcer, 十 二指腸潰瘍之柏油狀糞	327	Thrombotic pile, 血栓形成性痔	359
Teeth, false, 假齒	23	Thrombus, 血栓	91,95
preoperative preparation, 手術前 齒之料理	14,17	Thymicolymphatic constitution, 淋巴體質	275
Temperature after extrapleural thoracoplasty, 胸壁外胸廓成形術 後病人之溫度	306	Thymus gland, disease of, 胸腺之病	275-276
before operation, 手術前病人之溫度	22	Thyroid crisis, 甲狀腺危象	273
in exophthalmic goiter, 突眼性甲 狀腺腫病人之溫度	266	gland, cancer of, 甲狀腺癌	254
in peritonitis, 腹膜炎病人之溫度	322	decreased secretion of, 甲狀腺 分泌減少	255
postoperative, 手術後病人之溫度	52	diseases of, 甲狀腺之病	254-274
Tenderness, abdominal, in perito- nitis, 腹膜炎腹部之壓痛	315	increased secretion of, 甲狀腺 分泌增多	257
Tent, croup, 格魯布模	274	toxic adenoma of, 甲狀腺之毒瘻 性腺瘤	258
oxygen, 氧氣模	45	steal, 甲狀腺竊取術	268
Terminal disinfection in erysipelas, 丹毒之終期消毒	144	Thyroidectomy, convalescence after, 甲狀腺截除術後之恢復期	274
Test, concentration, of kidney function, 腎官能之濃度試驗法	390	cough and hoarseness following, 甲狀腺截除術後之咳嗽與嘶啞	273
indigo carmine, of kidney func- tion, 靛胭脂試驗法	390	nursing care preceding, 甲狀腺 截除術前之護理	260-267
phenolsulphonphthalein of kidney function, 酚磺紅試驗法	390-393	postoperative care, 甲狀腺截除術 後之護理	268
van den Bergh, 凡白登氏試驗法	375	preoperative period, 甲狀腺截除 術之手術前期	267-268
Tests of kidney function, 腎官能試 驗法	389-394	Tic douloureux, 痛性抽搦	223-227
Tetanus, 破傷風	145	Tissue, granulation, 肉芽組織	112
Tetany, 手足搐搦	269	Tongue, appearance of, in prosta- tism, 前列腺病人舌之狀態	442
Thiersch's method of skin grafting, 替耳氏皮移植術	120	cancer of, 舌癌	240-242
		operations in, after care, 舌癌手 術後之護理法	42
		Tourniquet in hemorrhage, 壓脈器 止出血	70
		Toxemia in burns, 燒傷之毒血症	126

Toxic adenoma, 毒素性腺瘤	258	Ulcer, 潰瘍	108
Tracheotomy, 氣管切開術	270	decubitus, 褥瘡	184,234
Traction, 牽引	171,182	duodenal, 十二指腸潰瘍	323,327,330
by Stienman pin in fracture of femur, 股骨折用史鐵門針牽引法	180,181,185	gastric, 胃潰瘍	323,324,330
skeletal, 骨節直接牽引法	171-172,184-186	marginal, 邊緣潰瘍	323
surface, 皮面間接牽引法	171-172,182-184	peptic, 消化性潰瘍	323
Transfusion of blood, 輸血法	72-82	static, 靜滯性潰瘍	108
Trigeminal neuralgia, = 又神經痛	223-227	trophic, 營養性潰瘍	59
alcohol injections in, 三叉神經痛之酒精注射	225	varicose, 靜脈曲張潰瘍	108
nursing care, 三叉神經痛之護理法	224-226	Ultra-violet rays, 紫外線	207
operation in, 三叉神經痛之手術	224	Umbilical hernia, 臍疝	377,382
Trophic ulcer, 營養性潰瘍	59	Umbilicus, 臍	310
Tube, cholecystostomy, management of, 膽囊造瘻術之管理	371	Unger method of blood transfusion, 恩求氏輸血法	72,75-76
feeding by, after operations on jaw or tongue, 舌或頰施行手術後用管飼食法	42	Union of fractures, 骨折之連接	159,160
Rehfuss, 雷甫士管	42,318	delayed, 骨折遲連接	160
Tuberculosis of bones, 骨結核病	201-202	Ureter catheters, 輸尿管導管	398
of hip, 髖關節結核病	202-203	stone in, 輸尿管石	412,415
of kidney, 腎結核病	409	Urethra, dilatation of, in stricture, 尿道狹窄擴張法	429
of spine, 脊椎結核病	203	diseases of, 尿道之病	427,430
pulmonary, 肺結核病	301	stricture of, 尿道狹窄	427-430
treatment and nursing care in, 結核病之治療法及護理法	204-211	Urethral sound, 尿道探子	429
Tuberculous cervical adenitis, 結核性頸咽炎	249	Urethrotomy, internal, 尿道內切開術	430
Tubes, Kimpton-Brown, after care of, 吉勃氏管用後之料理	79	Urinary tract, diseases of, 泌尿道之病	388-404
method of paraffining, 吉勃氏管塗臘法	78	methods of examination and study, 泌尿器病檢查與研究之方法	388
Tumors of bladder, 膀胱腫瘤	424	operations on, after care, 泌尿器手術後之護理	43
of kidney, 腎腫瘤	417	Urination, abnormalities of, in stricture of urethra, 尿道狹窄之小便異常	428
Twists of intestine, 腸扭結	341	frequency of, in cystitis, 小便頻數(膀胱炎)	420
		in prostatism, 小便頻數(前列腺病)	434
		pain on, in cystitis, 膀胱炎小便時痛	420
		slowness of, in prostatism, 前列腺病人小便遲緩	433-434
		Urine, acidity of, method of obtaining, 使尿變酸之法	409
		dribbling of, in stricture of urethra, 尿道狹窄之小便滴瀝	428

U

examination of, in urinary tract disease, 泌尿器病尿之檢查	388
in exophthalmic goiter, 突眼性甲狀腺腫病人之尿	265
in jaundice, 黃疸病人之尿	370
in nephrolithiasis, 腎石病人之尿	413
residual, in prostatism. 殘餘尿	433
retention of, 尿滯留	389
after operation for hemorrhoids, 痔手術後尿滯留	363
in fractures of spine, 脊柱骨折後尿滯留	292
in prostatism, 前列腺病尿滯留	433
in stricture of urethra, 尿道狹窄尿滯留	428
postoperative, in hernia, 赫尼亞手術後尿滯留	387
reflex, 反射性尿滯留	363,421
specimen after operation, 手術後之尿標本	55
suppression of, 尿閉	389
Urography, intravenous, 靜脈內尿路攝影術	404

V

Vagina, preoperative preparation, 陰道手術前之預備	14
Valuables of patient, care of, 病人貴重物品之保管	17
Van den Bergh test, 凡白登氏試驗法	375
Varicose ulcer, 靜脈曲張潰瘍	108
Vasostomy, 輸精管造瘻術	448
Vater, ampulla of, 瓦特氏壺腹	372
Ventilation of patient's room, 病室之通氣法	49
Vesical calculus, 膀胱石	422
Vicious circle, 惡勢互長	379
Visceroptosis, 內臟下垂	309
Voiding after operation, 手術後之排尿	54
before operation, 手術前之排尿	22,26-27

Volvulus, 腸扭結	341
Vomiting in anesthesia, 麻醉時之嘔吐	30
in cancer of stomach, 胃癌之嘔吐	336
in duodenal ulcer, 十二指腸潰瘍之嘔吐	327
of gastric ulcer, 胃潰瘍之嘔吐	325
in intestinal obstruction from adhesions, 腸梗阻之嘔吐	339
in peptic ulcer, postoperative, 消化性潰瘍手術後之嘔吐	335
in peritonitis, 腹膜炎病人之嘔吐	315
in skull fracture, 顱骨折病人之嘔吐	222
in trigeminal neuralgia, post-operative, 三叉神經痛手術後之嘔吐	226
postoperative, 手術後之嘔吐	53
Vomitus, fecal, in peritonitis, 嘔糞 (腹膜炎)	316

W

Warmth of body in prostatism, 前列腺病人身體之溫暖	443-444
Warren, 華倫醫師	3
Warren incision for breast abscess, 乳房膿腫華倫氏切法	278
Weed, 韋特氏	221
Wells, 韋爾斯爵士	25
Wirsung, duct of, 胰管	372
Woodyatts method of subcutaneous infusion, 胡雅德氏皮下輸入法	88
Wounds, 創傷	99-101
antiseptics in, 創傷之抗毒劑	110
Carrel-Dakin treatment, 創傷之卡雷爾達金氏療法	111
contaminated, 染污創傷	99
contused, 挫創	99
dressing of, 創口之敷料	58
healing of, 創口之癒合	113
incised, 割創	99
infection of, in early hospital, 創口之傳染	3-6

lacerated, 裂創	99,101	X-Ray burns, X光燒傷	112
of osteomyelitis, clearing up with maggots, 急性骨髓炎用蛆清潔		examination in peptic ulcer, X光檢查胃腸道	331
創口法	199	of urinary tract, X光檢查泌尿道	403
of scalp, 頭頂蓋之創傷	212	picture in fractures preceding reduction, 骨折回復術前之X光 攝影	169
punctured, 刺創	99,100	treatment of cancer of breast, 乳癌之X光療法	283-284
scars of, 創傷之疤痕	114-115	of erysipelas, 丹毒之X光療法	138
secondary suture, 創口之後期縫合	114		
X			

索引 INDEX

一三不		乙乳乾	
一氧化氮	Nitrous oxide,	25	
一氧化氮與氧氣	and oxygen anes-		
麻醉法	thesia,	35	
三叉神經痛	Trigeminal neuralgia,	223-227	
三叉神經痛之護理	nursing care,		
病法		224-226	
三叉神經痛之醇類注射	alcohol injections in,	225	
三叉神經痛之手術療法	operation in,		
		224	
三叉神經痛手術後面癱	facial paralysis in, postoperative,	227	
不全骨折	Incomplete fracture,	156	
丹			
丹毒	Erysipelas,	136-145	
面丹毒	facial,	140, 235	
繼發性丹毒	secondary,	144	
膿性蜂窩織性丹毒	phlegmonous,		
		137	
丹毒鏈球菌	Streptococcus erysipelatus,	136	
丹毒之護病法	Erysipelas, nursing care,	138-141	
丹毒之治療法	treatment,	137-138, 141-142	
丹毒之抗毒素療法	antitoxin treatment	142	
J 乙			
乏特氏瘻腹	Ampulla of Vater,	372	
乳癰	Breast, caked,	277	
乳癌	cancer of,	277	
乳房之病	diseases of,	277	
乳房發炎	inflamed,	277	
乳房退縮	Retraction of nipple,	281	
乳房膿腫	Abscess of breast,	277	
乳房下膿腫	submammary,	279	
乳癌之豬皮狀皮	Pigskin appearance in cancer of breast,	282	
乳癌手術後臂之料理	Management of arm in cancer of breast,	286	
乳房膿腫華倫氏切法	Warren incision for abscess of breast,	278	
乳房截斷術後之臂水腫	Edema of arm after breast amputation,	287	
乳房截斷術後之枝氣管炎	Bronchitis after breast amputation,	287	
乳房截斷術後之肺併發病	Lung complications after breast amputation,	287	
乾性瘰癧	Dry gangrene,	61, 62	
二二五			
二炭烯麻醉法	Ethylene anesthesia,	35	
亞刺伯膠溶液	Gum-acacia solution,	38	
亞立山大醫士氏胸密閉排液法	Alexander's method of caring for closed empyema,	295	

上 亨		
亨丁登醫師	Huntington,	49
人 人 休 何 位 使 修 側 傘 傳		
人工肛門	Artificial anus,	350
人工氣胸術	pneumothorax,	301
人工太陽燈治療	Lamp therapy in	
骨與關節結核病	tuberculosis of bones and joints,	210
休克	Shock,	82-91
手術後休克	postoperative,	43
外科的休克	surgical,	82
休克之治療	treatment,	84
休克供給體液法	supplying of body fluids in,	84-91
休克注射葡萄糖溶液	Glucose injections in shock,	85,90
休息於傳染之治療	Rest in treatment of infection,	108
休息於休克之治療	of shock,	84
休息於肺結核病之治療	of pulmonary tuberculosis,	303
休息於血栓形成之治療	of thrombosis,	94
休息於結核性頸腺炎之治療	of tuberculous cervical adenitis,	251
休息於突眼性甲狀腺腫之治療	in treatment of exophthalmic goiter,	261-262
何金氏病	Hodgkin's disease,	248,252
位置排液法(枝氣管擴張)	Postural drainage in bronchiectasis,	360
使尿酸酸之法	Acidity of urine, method of obtaining	409

修復	Repair,	102,112
側枝循環	Collateral circulation,	61-
傘菌形導管	Mushroom catheter,	437
傳染	Infection,	2,3,102
傳染之排液	drainage in,	109
傳染之滲出物	exudate in,	102
傳染之全身反應	general reaction,	104
傳染之局部反應	local reaction,	102
傳染之休息療法	rest in treatment,	108

儿 先 克

先天性帶	Congenital bands of intestine,	341
先天性疝尼亞	hernia,	377
先天性水腫	hydrocele,	384
克汀病	Cretinism,	256

入 內 全

內出血	Internal hemorrhage,	66,67-68,70
內臟下垂	Visceroptosis,	309
內疝尼亞	Internal hernia,	377
全身麻醉法	General anesthesia,	24-30
全阿片素止手術後痛	Pantopon for relief of postoperative pain,	40

丫 冷

冷膿腫	Gold abscesses,	201
冷濕敷(丹毒)	compresses in erysipelas,	142
冷治傳染	treatment of infection,	109

凡凡 口 出 刀 切創制刺前創制

凡 凡	
凡登白氏試驗法	Van den Bergh test, 375
凱斯氏	Keith, 39
口 出	
出血 Hemorrhage	
	(bleeding), 1,2,65-68
外出血	external, 66,67
內出血	internal, 66,67-68,70
原發性出血	primary, 66
繼發性出血	secondary, 65,66
出血之診斷	diagnosis, 66,67
出血之治法	treatment, 69-82
刀 切創制刺前創制	
切斯安氏呼吸	Cheyne-Stokes respiration, 215
割頸	Cut throat, 247
制止傳染之歷史	Control of infection, historical account,3-9
刺創	Punctured wounds, 99,100
前列腺癌	Prostate, cancer of, 432
前列腺之病	diseases of, 431-448
前列腺萎縮	atrophy of, 432
前列腺肥大	hypertrophy of, 432
前列腺病况	Prostatism, 431
前列腺切除術	Prostatectomy, 437-440,446-448
前列腺病之症狀	Prostatism, symptoms, 433-434
前列腺病之治法	treatment, 435
前列腺之良性梗	Prostatic obstruction, benign, 434
前列腺梗阻之後	after treatment, 440
療法	

前列腺梗阻手術	operative treat-ment 435,438
療法	
前列腺除骨上談	Prostatectomy, Suprapubic, 433-439
除術	
前列腺病人之護理	nursing care of the prostate, 441-446
護法	
前列腺病之膀胱	Prostatism, drainage of bladder in, 444,447
排液法	irrigation of bladder in, 445-446
膀胱	
注洗法	cystostomy in, 445
膀胱	
成口術	
前列腺梗阻治療	Prostatic obstruction, principles of treatment, 435
之原則	
治療	
前列腺梗阻膀胱	decompression of bladder in, 436
減壓法	
前列腺尿道內部	Prostate, trans-urethral resection, 437,440
分枝除術	
前列腺梗阻除術後	Pain in bladder after prostatectomy, 447
之膀胱痛	
前臂骨折之直接	Fracture of forearm, immediate treat-ment, 167-168
療法	
副睾炎	Epididymitis, 448
創傷	Wounds, 99-101
挫創	contused, 99
割創	incised, 99
裂創	lacerated, 99,101
刺創	punctured, 99,100
創傷傳染	infection in early hospital, 3-6
創口之敷料	dressing of, 58
創口之癒合	healing of, 113
創口之瘻痕	scars of, 114-115
創口之抗毒劑	antiseptics in, 110
創口之後期縫合	secondary suture, 114
創傷之卡爾爾達	Carrel-Dakin treatment, 111
金氏療法	
割創	Incised wounds, 99

力 勞 十 十 半 南 卜 卡 厂 原 又 反 口 口 可 史 台 吉 否 否 咯 咯 咯 喉 喉 喉 喉 喉 喉 口 四 國

	力 勞	
勞損	Strains,	152
	十 十 半 南	
十二指腸病,	Duodenum, diseases	
	of,	323
十二指腸潰瘍	ulcer of,	323,327,330
十二指腸潰瘍出	hemorrhage in,	
血		327,328
十二指腸潰瘍穿	perforation in,	
破		328
半脫位	Subluxation,	154
南丁格爾女士	Nightingale,	49

	卜 卡	
卡他	Catarrh,	105
卡爾爾達金氏療	Carrel Dakin treat-	
法	ment	111

	厂 原	
原發性出血	Primary hemorrhage,	66

	又 反	
反射性無尿	Reflex anuria,	389
反射性尿瀰留	retention of	
	urine,	363,387,421

	口	口 可 史 台 吉 否 否 咯 咯 咯 喉 喉 喉 喉 喉 喉
口瘡手術前之護理	Cancer about mouth,	
	preoperative care,	242
口瘡手術後之護理	postoperative	
	care,	245

口瘡手術後之出血	hemorrhage in,	
血	postoperative,	247
可卡因為麻醉劑	Cocaine as anesthetic,	31
可待因止手術後	Codeine for relief post-	
痛	operative pain,	40
史鐵門針牽引法	Steinman pin for	
(股骨折)	traction in	
	fractures of	
	femur,	180,181,185
合維孫氏	Davidson,	126
吉勃氏輸血法	Kimpton-Brown me-	
	thod of blood	
	transfusion,	72,76-79
吉勃氏管塗頤法	tubes, method of	
	paraffining,	78
吉勃氏管用後之	after care,	
料理		79
否瓊氏臥式(斜	Fowler position,	
坡臥式)		318
咖啡因為心臟藥	Caffeine as cardiac	
劑	stimulant,	28
咯血(枝氣管潰	Hemoptysis in	
裂)	bronchiectasis,	300
唇癌	Lip, cancer of,	236
喉鏡檢法	Laryngoscopy,	267
單純骨折	Simple fracture,	158
單純性甲狀腺腫	goiter,	254,255,257
嗎啡止手術後痛	morphine for relief	
	of postoperative	
	pain,	40
噁瀉(物膜炎)	Fecal vomitus in	
	peritonitis,	316
噬細胞	Phagocytes,	112

	口 四 國	
四肢動脈栓塞	Arteries of extre-	
	mity, embolism of,	97
因荷紅試驗腎官	Phenolsulphonphtha-	
能法	lein test of kidney	
	function,	390-393

土 地坐垂基藥壓瘰

地方性甲狀腺腫	Endemic goiter,	255
坐骨直膕膿瘰	Ischiorectal abscess,	355
垂體素治腹脹與氣痛	Pituitrin for abdominal distention and gas pain,	41,56
基礎代謝	Basal metabolism,	266
壓積性肺炎(骨折)	Hypostatic pneumonia in fracture,	181
塞帶性潰瘍	Static ulcer,	108
壓迫骨折	Compression fracture of spine,	229
壓力止出血法	Pressure for control of hemorrhage,	69-71
壓器止出血	Tourniquet in hemorrhage,	70
瘰疽	Gangrene,	59-65
乾性瘰疽	dry,	61,62
氣性瘰疽	gas,	60,64
醫院瘰疽	hospital,	4-6
濕性瘰疽	moist,	61
老年性瘰疽	senile,	62,63
瘰疽分界線	Line of demarcation in gangrene,	62
壞死與瘰疽	Necrosis and gangrene,	59,60,108
壞死與瘰疽由於傳染者	due to infection,	64
壞死與瘰疽由於損傷者	due to injuries,	60
壞死與瘰疽由於神經損傷者	due to injury to nerve supply,	63
壞死與瘰疽由於血之供給斷絕者	due to loss of blood supply,	61

夕 外多

外出血	External hemorrhage,	66,67
-----	----------------------	-------

外科熱	Surgical fever,	130
外科休克	shock,	82
外疝尼亞	External hernia,	377
外科抗毒劑	Surgery, antiseptics in,	6-8
外科無膿毒	asepsis in,	8
外科學之定義	definition,	1
外科學之發展	development of,	1
外科清潔之原理	Surgical cleanliness, principles of,	8

大 大夾奈奧

大腦栓塞	Cerebral embolism,	95
大腸之病	Diseases of large intestine,	348-354
大地萎陷	Massive collapse of lung,	298
夾板之襯墊	Padding of splints,	191
奈布安	Nembutal,	36
奧爾氏急性骨髓炎之治法	Orr's treatment of acute osteomyelitis,	199

女 奴妊賽

奴佛卡因為麻醉劑	Novocaine as anesthetics,	31
妊娠時急性腎盂炎之治法	Acute pyelitis of pregnancy, treatment,	408
裴維生氏輸血法	Lewisohn method of blood transfusion,	72,79-82

安完

安替安	Amytal,	36
安亭壬治燒傷	Ambrine in burns,	119
完全骨折	Complete fracture,	157

寸 寸		(尿道狭窄) in stricture of urethra, 428	
導管	Catheters, 394,398,401,402,437	(赫尼亞手術後) postoperative, in hernia, 387	
導管膀胱炎	Catheter cystitis, 420-422	尿之檢查(泌尿器病) Examination of urine, in urinary tract disease, 388	
導管之潤滑劑	Lubricants for catheters, 394	尿道之病 Urethra, diseases of, 427-430	
小 小		尿道狹窄 stricture of, 427-430	
小便異常(尿道狹窄)	Abnormalities of urination in stricture of urethra, 428	尿道探子 Urethral sound, 429	
小便頻數(膀胱炎)	Frequency of urination in cystitis, 420	尿道內切開術 Urethrotomy, internal, 430	
小便頻數(前列腺病)	in prostatism, 434	尿道狹窄擴張法 Urethra, dilatation of, in stricture, 429	
小便時痛(膀胱炎)	Pain on urination in cystitis, 420	風曲骨折 Greenstick fractures, 156	
小便遲緩(前列腺病)	Slowness of urination, in prostatism, 433-434	己 巴	
小便滴瀝(尿道狹窄)	Urine, dribbling of, stricture of urethra, 428	巴斯徒氏 Pasteurs, 6	
尸 局 尿 尿		巴登氏翻法 Barton bandage, 239, 240	
局部麻醉法	Local anesthesia, 24,31,36	巴魯宋氏病 Basedow's disease, 259	
尿閉	Suppression of urine, 389	巴比特脲衍化物 Barbituric acid derivatives, 36	
尿瀦留	Retention of urine, 389	巾 希	
(反射性)	reflex, 368,387,421	希爾登氏 Hilton, 188	
(痔手術後)	after operation for hemorrhoids, 363	希波格達蘭氏 Hippocrates, 207	
(脊椎骨折)	in fractures of spine, 232	希勃氏治療脊柱骨折法 Hibb's operation in fractures of spine, 231-232	
(前列腺病)	in prostatism, 433	广 床 康	
		床邊桌上之用品 Bedside table, equipment, 51	
		康荷氏 Corning, 31	
		康奈爾氏器 Connell apparatus, 436	

手後	
後天性赫尼亞	Acquired hernia, 377
心 必急助恩惡愛慢	
必要的外科	Surgery of necessity, 9
急性乳房炎	Acute mastitis, 277
急性骨髓炎	osteomyelitis, 195-200
急性胰腺炎	pancreatitis, 373
急性化膿性乳房炎	suppurative mastitis, 277
急性骨髓炎用蛆清潔創口法	Maggots, cleaning up wounds of osteomyelitis with, 199
恥骨聯合	Symphysis pubis, 310
恥骨上前列腺除術	Suprapubic prostatectomy, 438-439
恩求氏輸血法	Unger method of blood transfusion, 72,75-76
惡勢互長	Vicious circle, 379
愛克司光燒傷	X-ray burns, 122
愛克司光療法 (乳癌)	treatment of cancer of breast, 283-284
愛克司光療法 (丹毒)	of erysipelas, 138
愛克司光檢查胃腸道	examination of gastrointestinal tract, 331
愛克司光檢查泌尿道	of urinary tract, 403
愛克司光影屏檢查腸梗阻	Fluoroscopy in intestinal obstruction from adhesions, 342
慢性囊腫性乳房炎	Cystic mastitis, chronic, 278

戈成	
成纖維細胞	Fibroblasts, 112
手 手抗拾挂根排探損損	
手足搐搦	Tetany, 269
手術前導尿	Catheterization before operation, 27
手術前脫水	Dehydration, preoperative, 18
手術前灌腸	Enema, preoperative, 12,19
手術之預備	Preparation for operation, 11-14
手術前之瀉	Purgation, preoperative, 12,19
手術前洗髮	Shampoo of hair, preoperative, 17
手術前剃毛	Shaving, preoperative, 13,21
手術前排尿	Voiding before operation, 22,26-27
手術前之記錄	Chart before operation, 23
手術前之飲食	Diet, preoperative, 18
手術前之排泄	Elimination, preoperative, 19
手術前之液體	Fluid preceeding operation, 12,18
手術前之衛生	Hygiene, preoperative, 17,19
手術前之管理	Management, preoperative, 11-14
手術前之護理	Nursing care, preoperative, 15
手術前之休息	Rest before operation, 22
手術前之睡眠	Sleep before operation, 22

手 手

手術前用嗎啡	Morphine before operation,	27	手術後咳嗽	cough,	57
手術前之麻醉劑	Narcotics before operation,	23,27	手術後發紺	cyanosis,	44,51
手術前之清潔浴	Cleansing bath, preoperative,	17	手術後脫水	dehydration,	39
手術前保存體熱	Conservation of body heat before operation,	18	手術後譫妄	delirium,	46-47
手術前髮之料理	Hair, final preparation of, before operation,	22	手術後排泄	elimination,	54-55
手術前齒之料理	Teeth, preoperative preparation,	14,17	手術後亢奮	excitement,	46
手術前大便之管理	Bowel, preoperative management,	12,19	手術後出血	hemorrhage,	44
手術前病人之觀察	Observation of patient, preoperative,	16-17	手術後不寐	insomnia,	48
手術前之口腔衛生	Oral hygiene, preoperative,	17	手術後躁狂	mania	47
手術前之體格檢查	Physical examination, preoperative,	16	手術後惡心	nausea,	53
手術前假齒之取出	Removal of false teeth before operation,	23	手術後之痛苦	pain,	40,54
手術前皮膚之清潔	Cleansing of skin for operation,	13,19-21	手術後蒼白	pallor,	52-53
手術前指趾甲之料理	Nails, preoperative care,	18	手術後肺炎	pneumonia,	44
手術前精神方面之預備	Mental preparation for operation,	15	手術後休克	shock,	43
手術前之溫度脈搏呼吸	Temperature, pulse and respiration before operation,	22	手術後嘔吐	vomiting,	53
手術時病人所穿之衣服	Clothing of patient at operation,	22	手術後腹膨脹	abdominal distention,	40,56
手術後導尿	Postoperative catheterization,	54-55	手術後之大便	bowels,	55
			手術後之飲食	diet,	41
			手術後之灌腸	enema,	41,55
			手術後之液體	fluid,	39
			手術後之氣痛	gas pains,	40
			手術後疝尼亞	hernia,	377,382
			手術後之管理	management,	38-48
			手術後之護理	nursing care,	49
			手術後用嗎啡	morphine,	53
			手術後之脈搏	pulse,	52
			手術後之呼吸	respiration,	52
			手術後之溫度	temperature,	52
			手術後不甯靜	restlessness,	48
			手術後之排尿	voiding,	54
			手術後枝氣管炎	bronchitis,	44
			手術後之併發病	complications,	43
			手術後口之料理	mouth, care of,	55
			手術後之麻醉劑	narcotics,	54
			手術後之尿標本	specimen of urine,	55
			手術後枝氣管肺炎	bronchopneumonia,	44
			手術後之肺併發病	pulmonary complications,	44
			手術後吸二氯化炭	inhalation of carbon dioxide,	332

手 抗拾挫排探損讀 支放救敗 斗斜斤新方施日 日昏及昏暈 日昏會 木 未李枝

手術後體腔內給藥法	intravenous medication, 38	施用全身麻醉劑之原則	Principles of administration general anesthetics, 27
抗毒劑	Antiseptics, 1,7,8,13,14,110		
抗毒劑治療丹毒	Antitoxin treatment of erysipelas, 142	日	日昏及昏暈
抗毒劑治療破傷風	of tetanus, 147-148	日光療法	Heliotherapy, 206,251
抗毒劑預防破傷風	prevention of tetanus, 147	日光於身體之作用	Sun rays, effect on body, 207,208
抬床	Stretcher, 23	日光治療骨與關節結核病	treatment of tuberculosis of bones and joints, 207
挫傷	Bruise, 99	昏倒	Fainting, 83
挫創	Contused wounds, 99	晨瀉(結腸癌)	Morning diarrhea in cancer of colon, 348
誤傷	Sprains, 152	(直腸癌)	of rectum, 355
排液	Drainage, 109	普通傷風	Common colds, 105
探條	Bougies, 394, 398	暈厥	Syncope, 83
損傷性疝尼亞	Traumatic hernia, 378		
讀創術(斷制術)	Débridement, 101, 111	日昏會	
支放救敗		替耳氏皮移植術	Thiersch's method of skin grafting, 128
放射攝影術	Radiography, 403	會陰前列腺截除術	Perineal prostatectomy, 438-439
救急手術	Emergency operation, 11	木	未李枝林柏阿松杉栎梅檉檉檉檉
敗血病	Septicemia, 133	未有麻醉劑以前之外科術	Pre-anesthetic surgery, 3
斗斜		李斯德氏	Lister, 6
斜骨折	Oblique fracture, 157	李斯德主義	Listerism, 110
斤新		李斯德氏之抗毒原則	Lister's principle of antisepsis, 6-7
新鮮空氣於膿胸	Fresh air in empyema, 293	枝氣管炎	Bronchitis, 44, 287
新鮮空氣於結核性頸腺炎	in tuberculous cervical adenitis, 251	枝氣管擴張	Bronchiectasis, 299-300
方施			
施密斯氏	Smith, 16		

木 枝林術柯栓格栢栢榮漢櫻櫻 止 止 歹 死殘 毋 毒 气 氣 氣 氣 水 治

枝氣管肺炎(手術後)	Bronchopneumonia, postoperative, 44
枝氣管擴張位置排液法	Postural drainage in bronchiectasis, 300
林特受氏輸血法	Lindemann method of blood transfusion, 72, 74-75
枸橼酸钠輸血法	Citrate method of blood transfusion, 79-82
柯白氏	Cobb, 16
柯勒氏	Koller, 31
柯伏西氏定律	Courvoisier's law, 374
栓塞	Embolism, 95
肺栓塞	pulmonary, 96
脂肪栓塞	fat, 97
氣泡栓塞	air, 95
大腦栓塞	cerebral, 95
栢魯布帳	Croup tent, 274
格雷斐氏病	Graves' disease, 259
格柯二氏膽囊攝影法	Graham-Cole method of cholecystography, 368
栢油狀糞(十二指腸潰瘍)	Tarry stools in duodenal ulcer, 327
梅毒性腺炎與何金氏病之區別	Syphilitic adenitis differentiated from Hodgkin's disease, 258
營養性潰瘍	Trophic ulcer, 59
橫骨折	Transverse fracture, 157
橈骨下端骨折(柯雷斯氏骨折)	Colles' fracture of radius, 176
橡皮導管之滅菌法	Sterilization of rubber catheters, 401

止 止

止血法	Control of hemorrhage, 2, 67
止痛之歷史	of pain, historical account, 2-3

歹 死殘

死相(腹膜炎)	Hippocratic facies in peritonitis, 316
死骨片	Sequestrum, 196
殘餘尿(前列腺病)	Residue urine in prostaticism, 438

毋 毒

毒索性腺瘤	Toxic adenoma, 258
-------	--------------------

气 氣 氣 氣

氣痛(手術後)	Gas pain, 40
氣泡栓塞	Air embolism, 98
氣性壞疽	Gas gangrene, 60, 64
氣管內療法	Intracheal method of anesthesia, 34
氣管切開術	Tracheotomy, 270
氧氣帳	Oxygen tent, 45
氯仿麻醉法	Chloroform anesthesia, 25, 34-35
氯化鈉溶液(手術後用)	Sodium chloride solution, post-operative use, 39

水

治淋病之原則	Principles of treatment of infection, 108
--------	---

牛 特率

特種手術之後療法	After treatment in special cases, 41-42
牽引法	Traction, 171, 182
骨髓直接牽引法	skeletal, 171-172, 184-186
皮面間接牽引法	surface, 171-172, 182-184

玉 琴

琴斯基氏	Jansky, 73
------	------------

生 産

産後乳房炎	Mastitis, puerperal, 277
産後内出血	Obstetric delivery, internal hemorrhage after, 68
産後腿靜脈血栓形成	thrombosis of leg after, 92, 93

田 甲 昇 番 當

甲状腺癌	Thyroid gland, cancer of, 254
甲状腺腫	Goiter, 254
腺瘤性甲状腺腫	adenomatous, 254, 257-258
膠體性甲状腺腫	colloid, 254
地方性甲状腺腫	endemic, 255
突眼性甲状腺腫	exophthalmic, 254, 259, 260
單純性甲状腺腫	simple, 254, 255, 257
甲状腺危象	Thyroid crisis, 273
甲状腺之病	gland, diseases of, 254-274
甲状腺竊取術	steal, 268

甲状腺切除术	Thyroidectomy, 258
甲状腺腫之產狀	Goiter, symptoms, 255
甲状腺機能過敏	Hyperthyroidism, 257, 263, 273
甲状腺機能遲鈍	Hypothyroidism, 255, 256
甲状腺分泌減少	Thyroid gland, decreased secretion of, 255
甲状腺分泌增多	increased secretion of, 257
甲状腺之毒素性腺瘤	toxic adenoma of, 258
甲状腺切除术之護理	Thyroidectomy, nursing care, 260-268
甲状腺切除术手術前期	preoperative period, 267
昇氏氏	Bier, 31
香水隨素爲心與毒劑	Strychnine as cardiac stimulant, 28
當量鹽溶液治休克	Normal saline solution in shock, 85

疔 漏 痔 瘻 瘻

病床	Bed, 50
病室之通氣	Room of patient, ventilation of, 49
病人衣物之保管	Care of patient's clothing and valuables, 17
病人自手術室回房	Operating room, return from, 50
病人在床上之位置	Patient, position in bed, 50
病人手術後之護理	postoperative management, 38-58
病人手術後之護理	preoperative management, 11-23

皮膚病學 皮膚白發 目 石 破 德 蝶

病人全身麻醉之預備	preparation of, for general anesthesia,	26
痔	Hemorrhoids (piles),	359-363
痛性抽搦	Tic douloureux,	223-227
瘰癧之收縮	Contraction of scars,	115
瘻管	Fistula,	
肛瘻	biliary,	372
血門瘻	in ano,	357

發

發炎	Inflammation,	102
發炎之治法	treatment,	108

白 白

白蘭爾架	Bradford frame,	180-190, 204, 232
白檀油治療腎結核病	Oil of sandalwood in tuberculosis of kidney,	411
白蘭爾架上背部之料理	Care of back, on brad-frame,	191

皮 皮

皮囊揉胃	Leather-bottle stomach,	336
皮移植術	Skin grafting,	120
皮下灌注術	Hypodermoclysis,	87
皮下輸入法(休克)	Subcutaneous infusion in shock,	87
皮膚色素沉着	Skin, pigmentation of, in heliotherapy,	207, 208

皮膚之預備(手術前)	preoperative preparation, 13, 19-21
(胸腔吸引術)	preparation of, for aspiration of chest,
	295
(膿液閉閉排法)	for closed drainage of empyema,
	295
皮膚之消毒預備	sterile preparation,
	21
皮面間接牽引法	Surface traction,
	171-172, 182-184

目 直 相 眼

直腸癌	Rectum, cancer of,	355
直腸之病	diseases of,	355-363
直腸狹窄	stricture of,	363
直腸療法	Rectal anesthesia,	25
直腸灌洗術(休克)	Proctoclysis in shock,	85
直腸內注射葡萄糖之價值	Rectal injection of glucose, value of,	244-245
相插骨折	Impacted fracture,	157
眼球突出	eyeballs, protrusion of,	259

石 石 破 德 蝶

石膏管型	Plaster of Paris casts,	191-193
石炭酸為抗毒劑	Carbolic acid as antiseptic,	57
破傷風	Tetanus,	145
破傷風桿菌	Bacillus tetani,	145, 149
碘於突眼性甲狀腺腫之治療	Iodine in treatment of exophthalmic goiter,	265
碟形手術	Saucerization,	198

禾 穴 穿穿突實 竹 籍 米 粉粘精 糸 細紫校結絲網織網 肉 肉肌

禾 程		
程新氏	Moss,	73
穴 穿穿突實		
空氣飢	Air hunger,	98
穿破骨折	Compound fracture,	158, 173
穿破(胃潰瘍)	Perforation in gastric ulcer,	325
(十二指腸潰瘍)	in duodenal ulcer,	328
突眼性甲状腺腫	Exophthalmic goiter,	254, 259,
突眼性甲状腺腫之護療法	Nursing care,	260
竇	Sinus,	108
竹 籍		
籍閉(赫尼亞)	Incarceration of hernia,	378
米 粉粘精		
粉碎骨折	Comminuted fracture,	157
粘液性水腫	Myxedema,	256
精菜水囊腫	Hydrocele of cord,	384
糸 細紫校結絲網織網		
細菌傳染	Bacteria causing infection,	103-106
紫外線	Ultra-violet rays,	207

絞窄性赫尼亞	Strangulated hernia,	379, 385
精腸癌	Colon, cancer of,	348-354
精腸注洗法	irrigation of,	352, 353
精石性尿閉	Calculus anuria,	416
精腸造瘻術	Colostomy,	351
精腸造瘻術袋	bag,	354
精核病之衛生	Hygiene in tuberculosis,	302
精核腫下流症	Subconjunctival ecchymosis,	217
精核性項腺炎	Tuberculous cervical adenitis,	249
精腸上段之注洗	Irrigation of upper colon after colostomy,	352
精腸下段與直腸之注洗	of lower colon and rectum after colostomy,	353
精腸造瘻術之注洗用品	Equipment for colostomy,	352
精腸造人工肛門之護理	Artificial anus in cancer of colon, nursing care,	351
絲狀探棒	Filiform bougies,	398
網膜赫尼亞	Epiplocele,	378
織物導管之滅菌法	Sterilization of woven catheters,	401, 402
繼發性丹毒	Secondary erysipelas,	144
繼發性出血	hemorrhage,	65, 66
肉 肉肌肋肱肘肩腕膝肘背膝胃腸胸腺能脊腕腎臟腸底腸腰腸膀胱腎臟腸胃腸		
肉芽組織	Granulation tissue,	112

肉 肌肋肛肺肩股膝骨胚胃腸胸

肌痙攣(闌尾炎)	Muscle spasm in appendicitis, 344	股骨折用史鐵門 針牽引法	Traction by stein- man pin in fracture of femur, 180-181,185
(腹膜炎)	in peritonitis, 315		
肋肌角	Costomuscular angle, 338	股骨上端骨折	Fractures of upper end of humerus, 177-178
肛門裂	Anus, fissure of, 358		
肛門瘻	fistula in, 357	胡雅德氏皮下輸 入法	Woodyatts method of subcutaneous infusion, 88
肛飼法(口瘡)	Rectal feeding in cancer of mouth, 244	骨折	Broken back, 229
肺病	Diseases of lungs, 298-308	胚組織瘤(腎)	Embryomata of kidney, 417
肺量計	Spirometer, 297	胃癌	Stomach, cancer of, 335-337
肺栓塞	Pulmonary embolism, 96	胃病	diseases of, 323-337
肺結核病	tuberculosis, 301	胃潰瘍	ulcer of, 323, 324, 330
肺併發病(手術後)	complications, postoperative, 44	胃癌之貧血	Anemia in cancer of stomach, 336
肺膨脹不全	Atelectasis of the lung, 298	胃潰瘍穿孔	Perforation of gastric ulcer, 325-323
肺結核病人之痰	Pulmonary tuber- culosis, sputum in, 308-304	胃手術之預備	Operations on stomach, pre- paration for, 14
肺結核病之護理 法	nursing care, 302-304	胃手術後之護理	after care, 41
肩關節脫位	Dislocation of shoulder, 153	脂肪塞	Fat embolism. 97
股骨折	Fracture of femur, 180	脂肪塞之空氣機	air hunger in, 98
股疝尼亞	Femoral hernia, 377, 381	胸膜炎	Pleurisy, 287
股靜脈血栓形成 (產後)	Thrombosis of femoral vein after childbirth, 92, 93	胸腺之病	Thymus gland, diseases of, 275-276
股骨折牽伸用之 丁香結	Clove hitch for extension in fractures of thigh, 168	胰囊之病	Pleura, diseases of, 289-298
		胸腔吸引術	aspiration of, 291
		胸腔切開術	Thoracotomy, 296
		胸膜外胸膈成形 術	Extrapleural thoracoplasty, 305-308

肉 腺能存脫腎腺腫

腺管	Duct of Wirsung, 372	腎戒除術	Nephrotomy, 411-412
胰副管	of Santorini, 372	腎之傳染	Kidney, infection, of, 405
胰島素	Insulin, 322	腎之觸診	palpation of, 388
胰腺島	Islands of Langerhans, 372	腎結核病	tuberculosis, 409
胰腺瘤	Pancreas, cancer of, 374-376	腎上腺瘤	Hypernephroma, 417
胰腺之病	diseases of, 372-376	腎囊腫	Perinephritic abscess, 406, 408
能復性疝尼亞	Reducible hernia, 377	腎皮質傳染	Cortical renal infection, 406
脊脫位	Spine, dislocations, of, 228	腎孟攝影術	Pyelogram, 402
脊法骨折	fractures of, 229-238	腎孟攝影術	Pyelography, 402
脊髓療法	Spinal anesthesia, 32, 36	腎傳染之診斷	Kidney, diagnosis, 409
脊椎結核病	Tuberculosis of spine, 203	腎之組織	embryomata of, 417
脊法骨折壓縮留	Manual compression of bladder in retention due to fracture of spine, 233	腎官能之決定	function, determination of, 389
手壓膀胱法	Dislocations, 153, 228	腎官能試驗法	functional test, 389-394
脫位	of spine, 228	腎腫痛之血尿	hematuria in tumors of, 417
脊脫位	of hip, 153	腎手術後之護理	operation on, after care, 43
環關節脫位	of shoulder, 153	腎之血原性傳染	Hematogenous origin of renal infection, 405
肩關節脫位	Dehydration, postoperative, 39	腋杖	Crutches, 194
脫水(手術後)	preoperative, 18	腸病	Intestine, diseases of, 338-347
(手術前)	Adenomatous goiter, 254, 257-258	腸扭結	twists of (volvulus), 341
腺瘤性甲狀腺腫	Kidney, cancer of, 417	腸粘連	Intestinal adhesions, 341
腎癌	diseases of, 405-418	腸梗阻	obstruction, 338
腎病	stone in, 338	腸套疊	Intussusception, 339
腎石	tumors, 417	腸疝氣	Enterocoele 377-378
腎腫痛	Nephrolithiasis, 412-416	腸疝尼亞	Intestinal operations, after care, 41
腎石病	Pyelitis, 406	腸手術後之護理	
腎孟炎	Renal colic in Nephrolithiasis, 413		
腎炎痛			

肉 腸 腹 腔 腹 部

腸梗阻之新陳代謝改變	Metabolic changes in intestinal obstruction, 389	腦震盪	Concussion of brain, 214
腹痛	Abdomen, diseases of, 309	腦膜動脈出血(顱頂骨折)	Hemorrhage from meningeal artery in fracture of vault of skull, 215
腹肌	muscles of, 309	腰肌膿腫	Psoas abscess, 210
腹壁	Abdominal wall, 309	腰椎穿刺術	Lumbar puncture in skull fractures, 222
腹膜	Peritoneum, 313	腦鞘尼亞	Diaphragmatic hernia, 377
腹疝(闌尾炎)	Abdominal pain in appendicitis, 344	腦神經剝除術	Phrenicectomy, 301, 304
腹粘連	adhesions, 341	膀胱癌	Bladder, cancer of, 425-426
腹膨脹	distension, 40, 56, 322, 447	膀胱痛	pain in, 447
腹急病	emergency acute, 326	膀胱石	stone in, (vesical calculus) 422
腹膜炎	Peritonitis, 313-322	膀胱炎	Cystitis, 419, 420-422
腹壁弛緩	Abdominal wall, relaxation of, 312	膀胱鏡	Cystoscope, 395, 397
腹部悶痛(腹膜炎)	Abdominal tenderness in peritonitis, 315	膀胱之病	Bladder, diseases of, 419
腹上部痛(胃潰瘍)	Epigastric pain in perforated gastric ulcer, 326	膀胱傳染	infection of, 419
腹部之解剖	Abdomen, anatomy, 309	膀胱刺激	irritation in, 426
腹部之標誌	landmarks of, 310	膀胱腫瘤	tumors of, 424
腹部之區分	quadrants of, 310, 311	膀胱減壓法	decompression of, 436
腹壁之神經	Nerve supply of abdominal wall, 309, 310	膀胱排液法	drainage of, 444, 447
腹膜炎之死相	Hippocratic facies in peritonitis, 316	膀胱注洗法	irrigation of, 445
腹股溝疝尼亞	Inguinal hernia, 377, 379-380	膀胱壁肥大大	wall, hypertrophy of, 433
腹手術後之內出血	Internal hemorrhage after abdominal operation, 67	膀胱疝尼亞	Cystocele, 378
		膀胱鏡檢圖	Cystogram, 402
		膀胱攝影術	Cystography, 402
		膀胱鏡檢術	Cystoscopy, 395-400
		膀胱鏡口術	Cystostomy, 445
		膀胱乳頭狀瘤	Papilloma of bladder, 424

膀胱炎小便時痛 Pain on urination in cystitis, 420
 膀胱鏡之滅菌法 Sterilization of cystoscope, 401
 腿白腫病 Milk leg, 92, 93
 腿動脈栓塞 Embolism in leg, 97
 腿靜脈血栓形成 Thrombosis in leg, 92, 93
 膠性溶劑 Colloridal baths in jaundice, 369-370
 腺體性甲狀腺腫 Colloid goiter, 254
 膿胸 Empyema, 289
 膿腫 Abscess, 103, 107
 冷膿腫 cold, 201
 頸深膿腫 deep cervical, 248
 乳房膿腫 of breast, 277
 腎周膿腫 perinephritic, 406, 408
 腰肌膿腫 psoas, 210
 遷徙性膿腫 metastatic, 135
 乳房下膿腫 submammary, 279
 坐骨直腸膿腫 ischiorectal, 356
 膿尿(膀胱炎) Pyuria in cystitis, 420
 膿毒病 Sepsis, 132, 363, 387
 膿毒症熱 Septic fever, 132
 膿毒血病 Pyemia, 134
 膿毒症血病 Septicopymia, 135
 膿性胸膜炎 Purulent pleurisy, 289
 膿毒性頸腺炎 Septic cervical adenitis, 248
 膿胸閉閉排液法 Closed drainage of empyema, 291, 295
 膿胸開放排液法 Open drainage of empyema, 292
 膿性蜂窩織炎性丹毒 Phlegmonous erysipelas, 137
 膽瘻 Biliary fistula, 372
 膽石 Gallstone, 365-368
 膽囊炎 Cholecystitis, 364-365
 膽石病 Cholelithiasis, 365-368

膽管之病 Bile ducts, diseases of, 368-369
 膽囊之病 Gallbladder, diseases of, 364-372
 膽囊炎 inflammation of, 364-365
 膽囊切除術 Cholecystectomy, 368-369
 膽囊造瘻術 Cholecystostomy, 370-371
 腎筋尼亞 Sciatic hernia, 377
 臍 Umbilicus, 310
 臍筋尼亞 Umbilical hernia, 377, 382

舌 舌

舌癌 Tongue, cancer of, 240-242
 舌手術後之護理 operations on, after care, 42
 舌或頰手術後之人工飼食法 Artificial feeding after operation on tongue or jaw, 42

色 色

色素沉着 Pigmentation, 207-208

艸 芬 菲 莖 莖 莖 莖

芬森氏 Finsen, 207
 菲斯曼氏 Gwathmey, 25
 莖移植術 Pedicle skin graft, 122

艸 其華菌毒滿 虫 蜂 血 血 衣 裂 裂 而 西 角 角 貝 貝 赤 赫

莫爾登氏	Morton,	1, 3, 25
華倫醫師	Warren,	3
華倫氏切法	Warren incision for	
	breast abscess,	278
葡萄糖液	Glucose solution,	
		39, 85, 90
葡萄球菌爲傳染	Streptococcus as	
之原因	cause of infec-	
	tion,	106
蓋倫氏	Galen,	207
蒲乃德氏	Bonnet,	207

虫 蜂

蜂窩織炎	Cellulitis,	107
------	-------------	-----

血 血

血尿	Hematuria,	
		417, 424, 426
血栓	Thrombus,	91, 95
血栓形成	Thrombosis,	91-95
血之分類	Blood grouping,	73
血管結紮	Ligature of blood	
	vessels,	1
血栓形成性痔	Thrombotic pile,	359
血內含氮之試驗	Tests for retained	
•	nitrogen in	
	blood,	393

衣 裂 裂

裂創	Lacerated wounds,	
		99, 101
賽爾氏	Bell,	4
賽康氏	Birkhaug,	142
褥瘡	Pressure sores	
	(bed-sores),	
		184, 234

兩 西

西爾蘇氏	Celsus,	107
------	---------	-----

角 角

角層分滯	Keratosis,	236
角弓反張	Opisthotonos,	146

貝 貝

貝萊氏	Pare,	1
-----	-------	---

赤 赫

赫尼亞	Hernia (rupture),	
		377-387
外赫尼亞	external,	377
內赫尼亞	internal,	377
膈赫尼亞	diaphragmatic,	
		377
股赫尼亞	femoral,	377, 381
臂赫尼亞	sciatic,	377
臍赫尼亞	umbilical,	377, 382
閉孔赫尼亞	obturator,	377
陰囊赫尼亞	scrotal,	377
後天性赫尼亞	acquired,	377
先天性赫尼亞	congenital,	377
腹股溝赫尼亞	inguinal,	
		377, 379-380
難復性赫尼亞	irreducible,	377, 378
手術後赫尼亞	postoperative,	
		377, 382
能復性赫尼亞	reducible,	377
絞窄性赫尼亞	strangulated,	
		379, 385
損傷性赫尼亞	traumatic,	378

赤 粉 足 足 蹠 車 輪 辛 辛 走 返 近 途 遠 途 遠 途 邑 郡 部 西 西 酸 質

赫尼亞之診斷 diagnosis, 378, 383
 赫尼亞之範圍 incarceration of, 378
 赫尼亞之復發 recurrence of, 387
 赫尼亞之治療 treatment, 379, 384, 385
 赫尼亞之併發病 complications, 378
 赫尼亞病人之護理 nursing care, 386

足 足 蹠

足垂病 Foot-drop, 125, 187
 足部老年性壞疽 Senile gangrene of foot, 62, 63
 蹠板傷之貼膏法 Strapping in sprains of ankle, 152, 153

車 輪

輸血法 Blood transfusion, 72-82
 輸血者 donor in, 73
 輸尿管石 Stone in ureter, 412, 415
 輸尿管導管 Ureter catheters, 398
 輸精管造瘻術 Vasotomy, 448

辛 辛

辛孫氏 Simpson, 1, 3, 25

走 返 近 途 遠 途 遠 途

返神經受傷(甲) Recurrent laryngeal

狀腺腺除術) nerve injury in thyroidectomy, 270

近代外科學之發展 Development of modern surgery, 1
 達金氏溶液 Dakin's solution, 111, 120, 297
 遲滯瘀血 Late ecchymosis in fractures, 164
 選擇的手術 Operation of election, 9, 11
 選擇的外科 Surgery of election, 9
 遲延性膿腫 Metastatic abscess, 135
 邊緣潰瘍 Marginal ulcer, 323

邑 郡 部

郎氏 Long, 3, 25
 部位療法 Regional anesthesia, 31, 36
 部位外科術 surgery, 212

西 西 酸

酮原性飲食 Ketogenic diet, 409
 酸中毒(燒傷) Acidosis in burns, 126
 酸過多(消化性潰瘍) Hyperacidity associated with peptic ulcer, 323, 324
 醚麻醉法 Ether anesthesia, 25, 33
 亞氮一氧化氮麻醉法 with nitrous oxide, 34
 亞麻油類之直腸麻醉法 Ether-oil method of rectal anesthesia, 25

醫院病 Hospital diseases, 4
醫院瘰癧 gangrene, 4

金 銻銀鐵鑄

銻療法 Radium treatment, 283-284
銀叉狀畸形 Silver fork deformity in Colles fracture, 111
銻骨折 Fracture of clavicle, 162, 163, 176
銻骨十字 Clavicular cross, 176
銻球菌淋巴管炎 Streptococic lymphangitis, 105
銻球菌為傳染之原因 Streptococcus as cause of infection, 106
銻夾與白蘭補架之潔淨法 Iron splints and frame, cleansing of, 191

門 開開閉閉

閉孔疝尼亞 Obturator hernia, 377
閉胸術 Thoracotomy, 296
閉尾炎 Appendicitis, 344-347
閉尾之病 Appendix, diseases of, 343-347
閉尾炎點 McBurney's point, 311, 344
閉尾炎之腹痛 Appendicitis, abdominal pain in, 344
閉尾炎之治法 treatment, 347
閉節連硬 Ankylosis, 155

關節手術之預備 Preparations for operation on joints, 14

阜 阿陰

阿托品 Atropine, 27
阿佛汀 Avertin, 26
阿爾皮氏手術(脊骨骨折) Albee operation in fracture of spine, 233
阿爾品燈治療急性骨髓炎 Alpine light in acute osteomyelitis, 200
陰囊疝尼亞 Scrotal hernia, 377
陰道及陰唇手術前之預備 Preoperative preparation of vagina and labia, 14
隱腫血 Concealed hemorrhage, 67
隱靜脈血栓形成 Saphenous vein thrombosis, 93

佳 雙難

雙難管型 Bivalve casts, 193
難復性疝尼亞 Irreducible hernia, 377, 378

雨 雷

雷甫士管 Rehfuß tube, 42, 313
雷節亨氏皮移植術 Reverdin's method of skin grafting, 120

食 餵			
饑渴	Hunger pain in duodenal ulcer, 327		
馬 駱 駝			
馬克李內氏點 (剛尾尖點)	McBurney's point, 311, 344		
駱背	Hunchback, 204		
驚厥(顛骨折) (破傷風)	Convulsion in skull fracture, 222 in tetanus, 151		
骨 骨 體 體			
骨病	Diseases of bone, 195	骨癩	Callus, 159
骨折	Fractures, 156	骨擦音	Crepitus, 163
斜骨折	oblique, 157	骨之發炎	Inflammation of bone, 195
橫骨折	transverse, 157	骨結核病	Tuberculosis of bone, 201
鎖骨折	of clavicle, 162, 168, 176	骨折之痛	Fracture, pain in, 163
股骨折	of femur, 180	骨折之腫	swelling in, 164
髌骨折	of hip, 179	骨折之畸形	deformity in, 161
肱骨折	of humerus, 177-178	骨折遲連接	delayed union of, 160
頷骨折	of jaw, 238	骨折不連接	nonunion of, 160
骨盆骨折	of pelvis, 169	骨折之連接	union of, 159, 160
頭顱骨折	of skull, 213-223	骨折之診斷	diagnosis, 164
脊柱骨折	of spine, 229-234	骨折之栓塞	embolism in, 165
粉碎骨折	comminuted, 157	骨折之壞疽	gangrene, 167
完全骨折	complete, 157	骨折之出血	hemorrhage in, 166
穿破骨折	compound, 158, 173	骨折之傳染	infection in, 166
風曲骨折	greenstick, 156	骨折之豫後	prognosis, 182
相插骨折	impacted, 157	骨折間復術	reduction of, 169
不全骨折	incomplete, 156	骨折之修復	repair of, 159
單純骨折	simple, 173	骨折正定法	setting of, 169
橈骨下端骨折	colles' 176	骨折之休克	shock, 165
		骨折之症狀	symptoms, 161-164
		骨折之牽引	traction in, 171, 182
		骨折之治法	treatment, 167-174
		骨折之後療法	after treatment, 174
		骨折之併發病	complications, 165, 166
		骨折之失功用	loss of function in, 163
		骨折上夾板法	splinting of, 167-168, 171
		骨折手術之預備	Preparation for operations on bone, 14
		骨折之運動異常	Fracture, abnormal mobility in, 162
		骨折之遲顯瘀症	late ecchymosis in, 164

黄 黄		黄疸病人手術後 之併發病	postoperative complications,
黄疸病人之血	Jaundice, blood		371, 372
	in,	370, 371	
黄疸病人之飲食	diet in,	370, 371	
黄疸病人之皮膚	skin in,	369	
黄疸病人之護理	nursing care in,	369-372	
法	colloidal baths		
黄疸病人之膠性	in,	369-370	
浴劑			
		鼻 鼻	
		鼻卡他	Coryza, 105
		鼻灌食法(口滴)	Nasal gavage in cancer of mouth, 243

民國三十六年五版

外科護病學

翻印必究

原 著 者	Hugh Cabot Mary M. Giles
緝 譯 者	嘉 禾 吳 建 庵
審 訂 者	中 國 護 士 學 會
發 行 者	上 海 廣 協 書 局 北 京 路 一 四 〇 號
代 印 者	集 成 印 刷 所

Surgical Nursing

By

HUGH CABOT, M.D., C.M.G., F.A.C.S.

and

MARY DODD GILES, R.N., A.M.

Translated by

WU CHIEN AN

Published for the

NURSES' ASSOCIATION OF CHINA

By the

KWANG HSUEH PUBLISHING HOUSE

140 Peking Road, Shanghai

1947

