

葛氏小外科学

第五册

石華玉 譯

上海衛生出版社

葛氏小外科学

第五册

石華玉 譯

內 容 提 要

本書係根據 F. Christopher 氏所著 Minor Surgery 第六版翻譯。內容敘述日常習見外科疾患之發病理論、診斷及治療方法，為一般門診及各級外科醫師必須熟練之小外科理論與技術參考書。第五冊包括下肢外傷，下肢之感染、瘤腫及畸形，小外科技術，手術前及手術後處置，外科實習須知五章。附圖一百六十八幅。

Minor Surgery
Frederick Christopher
W. B. Saunders Co. 6th ed.

葛氏小外科学

第五冊

石華玉譯

*

上海衛生出版社出版

(上海漢口路1670弄11號)

上海市書刊出版業營業許可証出080號

上海永祥印書館印刷 新華書店上海發行所總經售

*

開本 850×1168 1/32 印張 9 7/16 字數 285,000

1956年9月第1版 1956年9月第1次印刷

印數 1-4,000

統一書號 14120·76

定價 (10) 1.60 元

目 次

第二十一章 下肢外傷799—886

- 挫傷、擦破、水炮及其他創傷 779 外傷性動脈血腫
802 曲張靜脈之破裂 802 關節內出血(關節血腫)
803 肌腱破裂 803 肌肉破裂 804 股關節之急性外傷性滑膜炎 804 膝關節之外傷性滑膜炎;膝關節滲液;“膝水” 805 下肢之滑囊炎 806 捩傷 812 急性化膿性滑膜炎及關節炎 823 膝之外傷 823 骨化性肌炎 831 脛側副韌帶之鈣化 832 易誤爲骨折之顫骨發育障礙 832 骨豆 833 下肢脫胎 833 下肢骨骺分離 839 下肢之小骨折 840 行軍骨折(疲勞骨折,應力骨折) 872 下肢之手技治療 873 嵌甲 873 下肢骨骺之骨軟骨炎 877 乾脆性骨軟骨炎 884 沙眼性痛風 885 下肢大外傷之急救 885

第二十二章 下肢之感染、瘤腫及畸形887—913

- 感染(蜂窩織炎、淋巴管炎、癰、癰、膿腫、急性化膿性膿鞘炎、足之淋巴管炎、足趾之深部蜂窩織炎、骨髓炎、足之穿通性潰瘍、阿洪病(自動斷趾病)、癬之感染“腳癬”;表皮癬菌病;毛髮癬菌病)、下肢梅毒、下肢淋病) 887 瘤腫(皮脂囊腫、脂肪瘤、纖維瘤、血管瘤、黑色素瘤、骨瘤、雞眼、肝胚、膿疣、膿鞘囊腫、黃色瘤、足趾球瘤、腳窩之滑液囊腫(白格¹⁶⁰⁸氏囊腫)、神經纖維瘤) 892 先天性及獲得性畸形(併趾、枝趾、巨大畸形、骨及關節之異常、趾甲骨扭轉(鉤甲)、鏈狀趾、跗

外翻、足跟疼痛、畸足（馬蹄內翻足）、足之勞損及扁平足、小趾內翻）902

第二十三章 小外科技術914—987

局部麻醉（普魯卡因、冷凍麻醉）914 小外科操作（椎管穿刺術、胸腔抽液、腹腔穿刺放液術、腹腔鏡檢查術、鼓膜切開術（鼓膜穿刺術）、靜脈穿刺、靜脈切開術、靜脈內輸液（靜脈灌注法；靜脈滴注法）、直腸滴注法、胸骨輸液法、皮下灌注術、闊筋膜下輸液法、牛痘接種、動脈穿刺法、氣管切開術、植皮術、皮下注射、輸血、血漿及血清輸入法、胸骨骨髓抽吸術、活組織檢查法、石膏技術、繃帶法）923

第二十四章 手術前及手術後處置988—1045

術前處置（病史、體檢、醫囑、術前處置之特別問題、特殊的外科技術、麻醉前及手術前用藥）988 術後處理（休息及止痛、水平衡、電解物需要量、失血因素、需要之食物（所需之熱量及氮量）、維生素、氧、早期離床、手術後併發症）1004

第二十五章 外科實習須知1046—1086

外科實習醫師之條件與職責（勤勉、機智、判斷力、人格、忠心、責任心、誠實、外科換藥、拐杖及其他器具、化驗室工作、災害病房（急症室）及急救、出席屍體解剖工作、屍體解剖之決定、臨床病理討論會及各種醫學會議等、實習醫師健康問題）1046 實習醫師對於主持醫師之職責（病人入院后通知主持醫師、查房、協助手術、手術台上之人工呼吸、病情經過不良時如何報告主持醫師、實習醫師之手術、理學療法及職業療法、麻醉）1059 主持醫師對於實習醫師所應負之責任 1085

外文索引1—10

第二十一章

下 肢 外 傷

挫傷、擦破、水皰及其他創傷 下肢挫傷及擦破之治療，與前述各章同。葛勒敦¹²⁶⁴氏曾報告一有興趣之病例，該例在汽車出事時外髖神經挫傷，發生嚴重的運動、感覺、及血管方面的變化，十一個月後，以外髖神經鬆解術而癒。

鞋子過小或不合式時，特易發生足跟水皰。凡覺鞋跟摩擦足部或將起水皰之前，用大量爽身粉散佈襪內及鞋內、同時取膠布一大塊直接貼於該處皮膚之上，可防護之。如水皰已起，則應立即解除壓迫及勿使摩擦，用肥皂清水及酒精潔淨局部，上覆敷料一小塊並以膠布貼緊之。或將敷料作成環狀保護受刺激之皮膚亦可。上述保護性措施，須施行至水皰上層乾枯且脫落為止。較大之水皰，則經由邊緣健康皮膚穿刺抽出其內容如前述。皰內已起感染或出膿者，剪除水皰壁，並於基部塗百分之二龍胆紫溶液或阿爾特烈許¹³三重染料，上覆白凡士林或硼酸凡士林紗布。又若水皰已破但未感染時，用弱防腐藥及無菌乾紗布或凡士林紗布保護至創傷癒合為止。反之，倘已感染，則修剪水皰壁，並按上述方法以藥品塗佈創面。

足跟有水皰而處置不慎者，可以引起極嚴重的後果。作者在醫院中遇一兒童，十四歲，其足跟之水皰感染，竟發展為多數性骨髓炎。該例當水皰發生後，最初小腿腫痛，膝部屈曲以減腓腸肌之緊張。最大壓痛點在腓骨。於是用硼酸水熱敷法治療感染之水皰，不久此小膿瘍自動排膿。一面在腓骨部作縱切口，切開長形的骨膜下膿瘍，又在腓骨鑽孔多個深達骨髓，以便骨髓腔內膿液得以逸出。一二日後下頷骨亦波及，發生腫痛，並有大量之膿自鬆動的牙齒旁齒齦緣流出。兩側下頷均感染。此後右側大胸肌部份、右腓骨外緣等處亦有壓痛。但後者均經硼酸水熱敷而癒。血液培養葡萄球菌陽性。此後體溫漸減，不久復元。

足之洋釘刺創 包文³³⁹氏治療足之洋釘刺創頗獲良效，

故述其法如下。氏曰：“洋釘雖刺入足部，但其他異物則並不因而帶入深部組織，以其往往留滯於真皮附近故也。余嘗取甲玫瑰苯胺（龍胆紫）²¹²⁴塗於洋釘表面，然後刺入屍體足底觀察其創道，發現洋釘進入 $1/4$ 吋後，其表面顏料已完全消失。又為患者作表皮性擴創術時，亦發現帶入之泥污等僅留於真皮下方，銹跡、積穢屑、橡皮屑等亦然。如以排膿管插入未感染之創傷，則反有使其感染之虞……。足為一種複雜的解剖學結構，且當行走之際，多層筋膜彼此互相滑動。因此，洋釘刺創後，患者步行就醫時，其各層筋膜滑動，故創道已非直線而為階梯狀。”包文³³⁹氏處理此種創傷先用熱水肥皂充份清潔十五至三十分鐘；然後“仔細使足乾燥，創周二三吋處塗佈美克新²¹²⁵酞。創緣用碎骨鉗夾起，並將上皮距創緣約數毫米處切除。如此即可使進入之異物顯露（一般常為砂石，而襪子、皮革、銹跡、橡皮等碎屑較少），並易鉗去或用浸漬美克新²¹²⁵酞之棉籤剔除。如用探針探查創口，不可超過 $1/4$ 吋，且以在直接目視之下行之為妥。於是上覆乾紗布，並注射破傷風抗毒素 1,500 單位。創口如為較大之洋釘所傷，則患者須至少停止工作休息一二日；反之，洋釘較小，則處置後立即回返工作可也。但回家以後，尚須將足浸浴於熱水中三十分鐘，睡前再浸一次。

“洋釘刺創之嚴重者（較大洋釘或發生裂創者），則行走時宜利用拐杖，且一二日內不可使患足荷重。回復工作之日，尚應赴院覆診一次，以便再度檢查創口。若見炎症增劇，則宜熱敷。”一般可以不必口服磺胺類藥物，但用之亦佳。包文³³⁹氏治療六百六十一例足之洋釘刺創，其平均廢用日為 0.6 日。

血腫之治療已見前述。凡小腿腿肚或股部嚴重擊傷時，易在肌肉內或肌肉下發生血腫。大多數血腫均可藉休息及高舉患肢之法而消散。偶亦有血腫過大、致因壓迫關係引起循環障礙者。此時，自須在嚴格的無菌操作下，試行抽吸，倘其內容液性，則成效頗佳。反之，血液如已凝固，則在無菌操作下做一切口排出即可。血

腫內容既已排出，乃取服貼舒適的繃帶包紮局部，使血腫壁彼此貼緊。

柏克³⁴氏曾記述“搏動性血腫”(假性動脈瘤)。氏言：“疼痛爲其最顯著的症狀；而突出的病徵則爲堅硬之腫塊。本病疼痛劇烈，或爲鈍痛、銳痛、持久的鑽樣痛等。偶亦跳痛。且可向肢體下方傳導。又按血管之大小、側枝循環之數量、以及血腫之體積等，該肢局部貧血之程度亦不等，同時可能尚有因神經被壓而起之感覺異常、以及麻痺等。尤爲顯著者，即大多數病例皆有堅硬的腫塊。其上面皮膚，恆有膿腫樣之紅色。該腫塊亦可出現波動。腫脹最著處，通常皆在刺創附近，但亦有例外。腫塊部份往往極感壓痛。又按腫塊所在之部位，可以發生畸形，後者常係屈曲攣縮。又伴發骨折者不罕見，故有時畸形亦係骨折所致。如以觸診法檢查搏動，則往往無之。惟聽診時例有漣漪樣收縮期雜音可聞。後者又以腫脹部之近側最著。如壓迫有關動脈，則上述雜音即消失。毛金士³¹²⁶言此種雜音亦可傳導至心，常在心尖部收縮期雜音時聞得。有時亦有真正的波動出現。此時病變之外表極像一大膿腫。此外尚有膿腫之全身反應，以及輕度發燒、白血球增加、血沉率增加等。

“‘搏動性’血腫之病程不定。血腫多在外傷後二十四小時內出現。然亦有因外傷所起之休克、致血壓降低或因血液自新鮮刺創漸漸流出、致血腫在數日方漸發生者。雖然，一般而言，刺創之出血常極嚴重。常有在四至七日後更換敷料時方發現血腫者。又續發性出血常在十日後出現，且極嚴重。此時或係腫塊因壓迫性壞死關係已漸腐蝕其外層所致，然與感染亦有關。余嘗見數例患者，經醫師粗枝大葉地作爲膿腫而切開，致出血嚴重，僅仗止血帶方獲制止。此後反覆大出血，浸濕所用棉墊。棉墊亦有增加感染之機會，以致病程日趨複雜，日後處置困難。例如肢體壞疽、周圍組織被壓、栓子、續發性感染等均見。壞疽之發生，不僅由於大血管受傷之故，且其側枝循環亦受腫塊之壓迫。常見靜脈鬱血，但靜脈管則不充脹，以動脈充血緩慢故也。又若局部貧血將達壞疽之程度，則切除

假動脈瘤及出血血塊等法有時可以保全患肢之血行。此外反射性血管痙攣亦有關係。’’

治療本病，不外暫時結紮血腫之近側動脈、切開血腫、結紮近側動脈（必要時，暫時去除暫時性結紮）、散佈氨苯磺胺、及鬆填塞等。

威拙士²¹²⁷氏言：‘‘(1)足背之筋膜下出血，常伴軟組織之壓挫性外傷及趾骨骨折。(2)筋膜下腫脹時，足之十字形韌帶形成縮窄環。曾就八具屍體注射色素溶液而證實之。(3)重症時應立即在多处切開。(4)循環阻斷之嚴重者，橫斷足及踝部之十字韌帶及橫韌帶解壓有效。(5)治療過晚或治療不足者，將使足‘僵固’或足背及足趾軟組織之壞死。’’

外傷性動脈血腫 本病係動脈壁之損傷，有損傷部下方之劇痛、腫脹及寒冷，以及末梢無脈搏等特徵。腫脹本身則有搏動，並起可聞之雜音。小動脈之血腫，其形成緩慢，且搏動為晚期徵狀。晚期病例之手術處理不必急急，可俟側枝循環改善後（約二三星期）再行施術。較大血管之創傷，則急須手術以防循環障礙所起之壞疽。又若干病例之損傷劇烈，致肢體之主要血液供應障礙，不得不施行截肢術。術時宜高舉患肢並盡量出空血管中血液。於是在創傷（或外傷）之下方網上艾仕馬²¹²⁸氏繃帶，一面去除血管內之血塊後在傷部上下結紮血管。較大血管損傷者，可以考慮血管吻合術等大手術。

曲張靜脈之破裂 下肢之靜脈曲張或曲張之靜脈易於自動（特在靜脈曲張性潰瘍附近）或在輕微外傷後破裂。所起之出血可以極為嚴重，如不立即制止足以致死。此種情形，作者曾見一例。本類病例治療上之通常錯誤為使用止血帶不當。創傷上方之止血帶，如網紮力量適足阻止靜脈血流而不能制止動脈循環時，則出血將更較未用止血帶前嚴重。如在出血點上直接指壓止血，則各例之血皆可制止。如高舉患肢，則止血尤速。創口部份用消毒溶液拭淨，上覆無菌紗布一大塊，並以繃帶平勻而緊貼包紮，創上部份忌

包紮過緊。如無無菌紗布，則取乾淨毛巾或手帕手力壓迫創口亦可。四肢之損傷，罕有須切開創口或結紮出血之血管者。

關節內出血（關節血腫） 下肢關節之出血，可由關節創傷、關節附近之打擊、及撕裂韌帶之劇烈扭傷所引起。治療措施為休息及嚴密的無菌操作下反覆抽液。宓爾毅²¹²⁹及白雷¹³³⁶兩氏着重指出，凡“股骨下端距髌骨上緣一手闊處之穿通創，有傷及膝關節之可能。”

高舉患腿並用石膏模型或湯沫士³⁴⁵副木制動有必要（請參閱關節外傷章）。至於膝關節抽液法，請見第四百三十五圖。

肌腱破裂 本狀態之治療與以前所述者同（請參閱肌腱外傷章）。

診斷股方肌肌腱部份破裂仗伸腿痛、局部壓痛、以及患部凹陷（僅於傷後立即檢查方可發見）等。部份破裂之病例，以石膏模型長期制動（四至六週）及理學療法極效。柯雷¹⁶⁹⁹氏曾報告一五十四歲之男子，兩側股方肌肌腱皆斷裂，手術後完全復原。

艾啟理⁹⁷²肌腱之破裂，一般均用手術治療。奎奴²¹³⁰及斯篤耶諾維奇²¹³¹兩氏言艾啟理⁹⁷²氏肌腱之不全破裂在手術時未嘗見之。氏等又言為療效迅速及持久起見，外科手術速較保守措施為佳。按貝禮散²¹³²氏之說，本肌腱之破裂，雖非常見，但亦不罕有。貝禮散²¹³²曾見二例，當患者“推桶”時發生破裂。一例破裂在肌腱止端，又一例在腱之上三分之一。後者特感興趣，因破裂後三個月未加治療，乃發生下述情況：足不能屈曲，屈曲力極度減退，極易疲勞故不能行走。手術時發現肌腱兩斷端離開，不易對端縫合。於是在足之極度屈曲位縫合斷端，並保持在此位置數日之久。作者曾見一例為艾啟理⁹⁷²氏之不全破裂，保守療法後效果滿意。

陸耐頓²¹³³氏指出艾啟理⁹⁷²肌腱切斷術及暴力斷裂法為較常見之矯形外科方法。此時即使不縫合肌腱亦能恢復良好。必須指出者，即在肌腱切斷術時，必須切割多處。何勤²¹³⁴及傅朗慈²¹³⁵兩氏言大多數外科醫生認為艾啟理⁹⁷²氏之皮下切斷術為不利之外科手術。氏等寧取伸扯法及石膏包紮。抑有進者，脛骨後踝之嚴重骨折有時必須切斷艾啟理⁹⁷²肌，以保持斷骨之正確位置。至於本肌破裂後之保守療法亦有考慮之必要。脛骨前肌肌腱之

皮下破裂不常見，白門¹³⁸²氏嘗報告二例。

肌肉破裂 本狀態之治療原理，與本書他處所述者同。一九二一年葛老罕²¹³⁶氏分析五百例以上之肌肉及肌腱撕裂，發現其發生率之頻度按下述程序而遞減：（一）脊柱肌肉之撕裂，（二）小腿腿肚肌肉之撕裂，（三）股方肌撕裂，（四）股內收肌之撕裂（“騎師之股”）及（五）臂兩頭肌撕裂（最常破裂者為肌腱）。

所謂網球腦係破肌、膝肌肌腱某些纖維之斷裂，甚或腓腸深肌或腓腸淺肌纖維之斷裂。瓊斯¹⁶氏指出破肌肌腹僅及肌肉及肌腱全長之五分之一，故肌腹所受之緊張力較小腿腿肚肌肉為大，易於斷裂自不待言（但色老⁸¹⁶及安生¹³⁷⁹兩氏檢查七百五十例下肢後，發現缺少破肌者佔6.67%）。本病類往往係劇烈運動所致，例如網球或賽跑等，其小腿腿肚突起劇痛。尤以疲勞時最易撕裂。按破裂之程度，疼痛及病廢往往可極嚴重。有人發現若干病人不照囑咐用石膏或副木制動、相反的任意使用患肢，而其結果反得迅速康復。又長期制動之患者，患肢疼痛及僵硬之程度頗久，且偶有數月之久者。此殆制動之後，滲出之血液機化迅速、瘢痕組織及疼痛性粘連形成極易，從而使患部肌肉與周圍結構癒着之故。此種情況，必須鼓勵患者行走，儘早使用患肢方可。此外，輕柔之按摩、以及抗刺激劑等，皆有促進復原之效。又如疼痛過劇之際，不妨休息數日，並給予外熱，但宜儘早使用患肢。行走時疼痛者，以膠布條、彈性膠布、或緊織織帶包紮可也。

齊克理¹³⁶⁸氏報告股內側肌、股直肌、半腱肌、腓腸淺肌（內頭）、以及膝肌之破裂。氏曰：“撕裂劇烈或完全者，早期手術修補既省時而又效果良好。”克拉爾¹氏曾報告股內收肌之破裂。霍幹事²¹³⁶氏則報告腓腸淺肌內腹之破裂，並在手術修補後復原。下腿肌肉組織之赫尼亞則由柯仁²¹³⁷氏敘述之，氏主張輕症者用彈性織帶即可。重症時與其縫合筋膜，不如用十字切口開大筋膜裂口。高德伯¹⁸⁶⁹及康莫篤²¹³⁸兩氏則言此種肌肉組織之赫尼亞，有時易與靜脈曲張混淆，其修復全仗縫合或移植闊筋膜條。

股關節之急性外傷性滑膜炎 過度使用股關節及其輕度外傷，可致外傷性滑膜炎，尤在兒童為然。方德勞²¹³⁹氏之病案中，有四例係外傷

所致。其病原因素有肌肉勞損、麻疹、猩紅熱、流行性感冒、以及扁桃腺炎等，亦有若干病例之原因不明。化驗室檢查亦不能證明感染情況，且結核菌素及X線檢查亦均陰性。患兒母親僅知其兒跛行，因而求醫以便確定足、踝、膝等處是否有病。一般主訴膝痛，因而往往在膝部施行錯誤之治療。故凡主訴膝痛之病例，概應同時檢查股膝兩關節。檢查患兒之際，最好脫除衣服，並安臥診察檯上。凡股關節有急性滑膜炎之患者，平臥檢查檯時患股往往縮起。倘令其在檯上伸直患腿，則患兒往往不願伸直，否則亦極緩慢困難。又在仰天平臥時術者力按對側髌骨前棘而固定骨盆，則患者必試圖盡量外展其患股。事實上凡股關節之健康者，極易平臥檯上，且其股與身體縱軸構成直角。反之，股關節有病者，因股部肌肉之保護性痙攣關係，不能外展過多，否則發生疼痛。

一般言之，臥床休息一至三週，即可痊癒。稍稍嚴重之病例，則須用膠布以三四磅之重量牽引患肢，同時抬高床足以爲抗牽引用。

按傅雷塞¹³³⁸意見，大多數病例之預後良好，但須注意三點：

“（一）凡曾發炎之關節，在以後受傷時亦易再度發炎。（二）單純的外傷性關節炎，爲關節發生感染性疾病之素因。（三）伴有長時期關節內滲液之外傷性關節炎，因韌帶伸扯弛緩，故遺永久性關節衰弱。”傅雷塞¹³³⁸氏主張關節滲液過多者，用副木固定患肢，並抽出其液體。倘若反復發作，或已成慢性滑膜炎，則皮膚上使用起鰲劑或燒灼術以抗刺激。頑固之病例，必須以器械支持關節並限制其動作。

勞盧¹¹⁴⁰氏統計三十七例之平均病程，爲三十二日。

膝關節之外傷性滑膜炎；膝關節滲液；“膝水”（請參閱膝之損傷） 本病在前述外傷性滑囊炎中曾申論之。摘要言之，膝關節滲液實係一切膝關節外傷之一種徵狀而已。故必預確定其原因所在的外傷，並給予正確之治療，固不僅處理滲液而已。

反之，倘若韌帶方面未有嚴重破裂、半月形軟骨未嘗移位或損傷、脛骨棘亦無損傷、且膝關節之機械性結構大致不傷者，則僅處理滲液即可。關於

所謂“外傷性滑膜炎”抽液療法方面，白利諾²¹⁴¹氏曰：“本療法不僅在教科書中、抑且在實地操作中，均獲應有之評價。”非但膝關節如此，其他關節亦然。

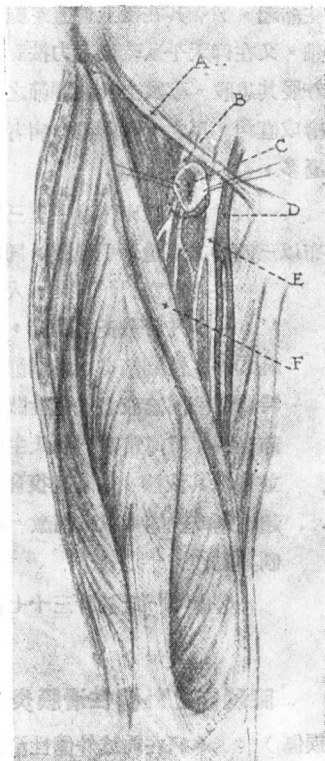
此時，休息、早期及反復抽液、早期活動關節，以及外熱、透熱、按摩等，均有價值。較嚴重之病例，可置環狀石膏模型四至六週，然後施行理學療法。

第四百二十八圖

上腿前方之滑囊與重要神經

及血管之關係

- A. 鮑八⁷氏韌帶；B. 股神經；
C. 髌恥滑囊，已切開；D. 股靜
脈；E. 股動脈；F. 縫匠肌。



下肢之滑囊炎

大轉子之滑囊

本滑囊位在股骨大轉子與其上肌肉之間。發炎後股外轉時疼痛。如本滑囊腫脹，則股外展而外翻，似股關節有病之狀，故有鑑別診斷意義。向²¹⁴²及李門⁶²⁹兩氏報告七例急性大轉子滑囊炎並鈣化。

氏等強調用任何方式的局部充血療法，皆使預後良好。又言“‘奴佛卡因浸潤及鈣化區之多數穿刺法亦極有效。’”

坐骨臀部之滑囊 本滑囊在坐骨結節與其上軟組織之間。長時間坐位工作者易發炎。坐骨臀部滑囊腫脹時，壓迫陰部神經，致該神經分佈範圍內起感應痛（麥克草廉¹⁵）。

閉孔滑囊 本滑囊處閉孔肌肌腱與其骨盆出孔之間。發炎時，直腸指診觸及閉孔肌肌腱出口時疼痛。本狀態頗似髖關節炎（股關節之發炎）。

髂恥滑囊 本滑囊直接位於股關節囊之上，發炎時引起石卡伯¹⁷⁰⁴三角側方之疼痛。腫脹時壓迫股神經，致疼痛沿腿向下放射達膝，與股關節有病時同。其治療不外休息與給熱。約須數週方愈。反復抽液亦有效，何可惱¹⁶²⁵氏曾推荐之。有時須行外科手術。史赫汾²¹⁴³氏報告髂恥滑囊之囊腫兩例，其中一例之囊腫與股關節通。

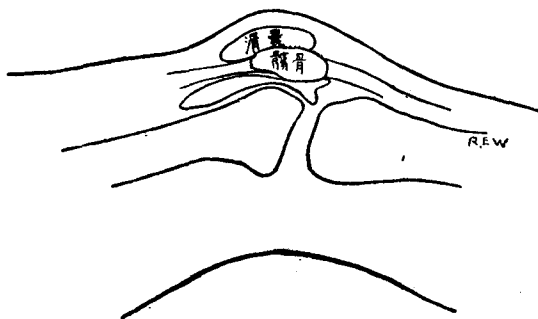
何可惱¹⁶²⁵氏研究髂恥滑囊炎極有成就。茲摘錄氏之一部份言論曰：“髂恥滑囊炎之最常見徵狀為股關節前方疼痛。疼痛之性質不定，或為痠痛或為跳痛。疼痛常屬放射性，並向膝之前方放射。此種放射痛與滑囊刺激所起之疼痛不同，係股神經在前方經過滑囊上面所受刺激之故。髂恥滑囊炎之患者常起放射性疼痛，位在股之前面且因動作而增劇。”氏又言“診斷髂恥滑囊炎最確定而有力的根據為壓痛點，後者範圍其直徑不超過兩厘米，位置則在股之上部（或腹股溝部）前面。該點適在鮑八⁷氏韌帶下方、恥骨及髂前上棘中間，股動脈搏動點外方約二厘米之處（第四百二十八圖）。若無上述檢查結果，則髂恥滑囊之診斷不可靠。又單仗上述檢查結果而無確定體徵時，則診斷亦不可靠。雖然，上述部位如確有壓痛點存在，可謂已獲診斷之基礎矣。

“主動的患側股關節過度伸展及軀體在股部之過度伸展，在髂恥滑囊已受激惹之情況下，可以引起股部前方之疼痛。患者在坐位伸直膝部時，若主動的迅速屈曲股關節，則在股之前面起疼痛感覺，且因腰大肌力量衰弱，故上述動作緩慢。又在患側被動的過度伸展股關節，則該滑囊被壓擠於股關節與腰大肌肌腱之間，引起股

部前方之疼痛。”

髕前滑囊 麥克韋廉¹⁵氏曾述膝部附近有十四個滑囊。其中百分之八十八個患者在髕前滑囊下半部的前面有髓膜下的髕前滑囊（第四百二十九圖）。急性髕前滑囊炎之早期，用休息、避免其他外傷、以及熱敷等可以迅速痊愈。爲免再度受傷起見，可取環墊置於患區周圍保護之。較爲嚴重之病例，不妨抽出滑囊內容，然後注入腐蝕劑如石炭酸或碘酒等。卡伯⁵⁴¹氏研究二十七例髕前滑囊炎之保守療法，總結最後效果如下：

第 四 百 二 十 九 圖



“婢膝患者”髕前滑囊之一般位置

“(一)本統計共研究二十七例急性或慢性髕前滑囊炎（‘婢膝’）保守療法之最後效果。後者包括抽液、囊內注入一半濃度的碘酒數毫升、滑囊部用力按摩、就膝關節完全伸展位以膠布條包貼囊上、以及膝部之堅固的壓迫繃帶等。（二）本類病人以家庭婦女最多。（三）百分六十五的病例有外傷史。（四）三分之一患者訴疼痛。（五）滑囊之腫脹或在外傷後立即出現，或在數日、數週、甚至數月後出現。（六）抽出液體之性質，當按蓄積時間長短而不同。早期者血性，晚期成琥珀或草黃色。（七）有十一例曾做需氧及厭氧培養，但皆無所得。（八）半數左右之病例平均在十日後又有液體積聚，後者曾抽出之，但無須再度注入碘酒。（九）二十七

例中有二十四例平均做十六個月的覆查，未有徵狀出現，亦不再見積液。上述曾經覆查之二十四例中，有四十例其液體完全消失之平均時間為三星期。’’

滑囊之已感染化膿者，則須切開引流。嚴重之慢性髓前滑囊炎，切開引流雖亦有效，但以切除滑囊最屬理想。切除手術，可在局部麻醉下行之。其彎形切口之凸面向上，包括滑囊在內。於是將皮瓣翻下，盡量切除滑囊。有時不能整個切除滑囊底，此時務必盡量切除其漿膜面。凡不能完全切除之處，塗以石炭酸後用酒精中和之。縫合創口后不必引流。休息數日然後仔細開始步行。

脛側副韌帶之滑囊炎 伏錫爾²¹⁴⁴及白藍丁²¹⁴⁵兩氏曾報告本病十例，認為臨床上應屬於一種新的病類。本病注射奴佛卡因有效，有時必須切除腫大的滑囊。

腓側副韌帶之滑囊炎 韓拙生²¹⁴⁶曾述本病及其診斷治療問題。麥克韋廉¹⁵氏言足及踝部重要滑囊約有十個，如下述：

伸趾長肌肌腱與突出的距骨間之滑囊 本滑囊範圍無定，發炎時引起足背疼痛。

第 四 百 三 十 圖



足部滑囊側面圖。常在之滑囊用實線，不常見者用虛線。

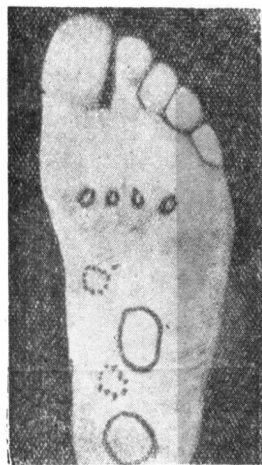
第四百三十一圖



足之內面，示常在及非常在滑囊之位置

足跟下方之皮下滑囊（參閱足跟痛）

第四百三十二圖



圖示跟下、肌間、跗骨等滑囊，以及足底表層筋膜之滑囊。

跟骨後滑囊 本滑囊位

於艾啟理⁹⁷²氏腓及跟骨粗隆之間。凡行走過多且因鞋跟太硬而受傷者、滑冰或賽跑者，皆易起本滑囊之發炎，或稱跟腓痛者是。

艾啟理⁹⁷²氏腓上之皮下

滑囊 本滑囊亦可由過度步行而靴鞋又覺太緊時發炎。其治療不外解除加於滑囊之一切壓力。柴但克²⁰⁵³氏為減輕艾啟理⁹⁷²氏上下滑囊所起之徵狀起見，建議楔狀切除跟骨頂面一小口，楔之基底朝上。

本滑囊直接處於跟骨粗隆之下，可因過度步行而發炎，是謂足跟痛。本病須與腓肌筋膜附麗部輕度發炎所致之疼痛區別，後者多伴跟骨距刺。

踝上滑囊 此類滑囊有無不定。有之，

則外踝者曰“縫匠滑囊”，可因盤腿而坐以致發生炎症。

羅白慈¹¹¹¹曾仔細研究足部滑囊炎五十例（第四百三十圖至第四百三十二圖），作出重要結論如下：

“檢查足痛必須注意有無滑囊炎存在，否則不能認為檢查已告完全。凡非外傷或感染所起之限局性壓痛，皆有滑囊發炎之可能。壓迫敏感的滑囊所起之疼痛，不易誤認。其痛劇烈，壓痛區限局明顯，但患者則訴壓痛點