

F. Christopher, B. S., M. D., F. A. C. S. 著

葛氏小外科學

第 二 分 冊

石 華 玉 教 授 譯

新 醫 書 局 出 版

原書名：	Minor Surgery
原著者：	Frederick Christopher
原出版者：	W.B. Saunders Company
原書版次：	第六版
原出版地點：	Philadelphia and London

葛氏小外科學 (第二分冊) 書號：0056.2

譯者	石華玉
出版者	新醫書局
	杭州馬市街盤園弄四號
	上海漢口路六二七號
	北京宣內大街八五號
印刷者	新醫印刷廠
	杭州馬市街一〇〇號

杭州市書刊出版業營業許可證 出字第 002 號
 開本：787 × 1092 1/25 印張：9 1/2 字數：212,000
 一九五四年九月第一版第一次印刷 1—2,000

定價人民幣一萬五千五百元

“C'est par l'étude de La Petite Chirurgie que
le chirurgien commence son apprentissage.”

——Maisonnet.

“小外科學為外科醫生學習之基礎。”

——馬松耐。

第 二 分 冊

目 次

第八章 頭部損傷201—321

創傷（頭皮擦破、頭皮挫傷、頭皮創傷、頭皮撕脫、頭皮燒傷、面部擦破、面部挫傷、面部之切創及裂傷、舌及軟腭之創傷、面部燒傷、眼球損傷）291 頭部出血（頭皮之出血、面部出血、鼻之出血、耳出血、手術後扁桃腺出血、齒槽出血、燒灼術後之出血）291 頭部之骨折及脫臼（鼻之骨折、顴骨骨折、傷及竇腔之骨折、上頷骨及下頷骨之骨折）306 腦外傷及顱骨折（頭部外傷）314 其他情況（穿耳）321

第九章 頭部感染322—328

頭皮及頭顱之感染（蜂窩織炎、癰、頭皮之癰、顱骨膜下膿瘍、癰、膿胸病及疱疹、顱之骨髓炎、顱骨梅毒、顱骨結核）322 面部之感染（睪腺炎、急性淚囊炎、丹毒、中耳炎、扁桃腺周圍膿瘍；膿性扁桃腺炎、咽喉膿瘍、齒槽膿瘍或稱齦癰、急性舌炎、急性化膿性腮腺炎、涎石、涎瘻、竇之感染、頷骨壞死及齒癰、口腔底之化膿性蜂窩織炎、下疳）325

第十章 頭部之瘤腫及畸形339—377

頭之良性瘤腫（粉刺、皮脂囊腫、表皮樣囊腫、皮樣囊腫、粘液囊腫、舌下囊腫、癰疽疔瘡、疼痛性癰疽、腮腺囊腫、疣、痣、黑素瘤、血管瘤、脂肪瘤、脂肪肉芽腫、骨瘤、纖維瘤、黃色瘤、纖維肉芽腫、纖維瘤、含牙囊腫、鼻贅、舌之瘤腫）339 頭部惡性瘤腫（棘皮瘤、基底細

胞上皮瘤、唇癌、腮腺之混合瘤) 364 頭部先天性及
獲得性畸形(兔唇及腭裂、結舌、齒齦肥大、耳之畸形、
耳垂過大、舌之甲狀腺舌囊腫、下唇、口角、及眼外眥之
先天性裂、瘻痕、過剩之毛髮) 363

第十一章 頸之損傷及感染378—393

損傷(氣管及喉之折斷、氣管及喉部之創傷、食管及胸導
管之創傷、頸之捩傷、頸椎之扭轉、頸椎之脫骹及骨折、
舌骨骨折) 378 感染(蜂窩織炎、丹毒、癰、癤、頸
部腺炎或淋巴腺炎、化膿性腮腺炎、頸之特原性感染、脊
柱頸段關節炎) 386 頸部大創傷之急救 393

第十二章 頸部瘤腫及畸形394—400

頸部切口之位置 394 良性瘤腫 395 皮樣囊腫及皮
脂囊腫 395 球狀瘤腫 395 頸部杯性囊腫及瘻 395
甲狀腺舌管囊腫及瘻管 397 頸之囊狀水瘤 397 包
蟲囊腫 398 軟骨小結 398 頸部淋巴腺之轉移 399
頸肋 399 斜頸或扳頸 400

第十三章 軀體之外傷及感染401—482

軀體之外傷(挫傷、肌肉破裂、創傷、胸腔損傷、背部勞
損及捩傷、脊椎骨軟骨炎、坐骨恥骨之骨軟骨炎、軀體方
面之骨折、軀幹方面之脫臼、喙突炎、劍突炎、臍之出
血) 401 軀體之感染(急性胸肌下膿瘍、臍之感染、
乳房感染、腺炎、胸膜感染、骨髓炎) 459

第十四章 軀體之瘤腫及畸形483—504

瘤腫(良性瘤腫、乳房、腹腔溝子宮內膜異位病、惡性瘤
腫) 483 軀體之先天性及後天性畸形(先天性畸形、
後天性畸形) 494

第 八 章

頭 部 損 傷

創 傷

頭皮擦破 所有之頭皮擦破傷務須仔細治療，以潛有化膿或蜂窩織炎之危險故也。後者尤為嚴重，以其易於擴散，並可能波及腦膜。頭皮既已擦破之後，務將頭髮剪短，並剃淨患部。反之，倘擦破極為輕微，或所在部位較顯者，則不妨稍稍冒險，保留其頭髮，不必剃除亦可。但患部則必須用大量的肥皂清水洗淨，然後塗以1%龍胆紫溶液、阿爾特烈許¹³氏三重染料、或無菌白凡士林。嗣以乾燥敷料包紮，如用膠布則必須粘着於附近頭髮之上。此後時時檢視創口及敷料，至局部已形成一清潔之乾痂為止。倘若擦破部份發生感染，則必須將該處之頭髮剪短剃淨，並用硼酸溶液熱敷。倘無法施行硼酸溶液熱敷，則局部塗敷無菌白凡士林或紅汞軟膏一薄層，然後以繃帶包紮之亦可，但效果似稍遜耳。

頭皮挫傷 一切頭皮之挫傷，皆有發生嚴重後果之可能。患者本人往往不能確言引起挫傷之暴力，其程度如何。例如外表似無大礙之頭皮挫傷，竟有係嚴重損傷之唯一徵狀者。此種嚴重損傷，或為腦震盪、或為顱骨骨折（可伴凹陷骨折）等。上述頭部損傷之後發病，一般言之雖均在受傷後六小時內發生，但頭皮挫傷患者之觀察時間仍以至少廿四小時為妥。較大挫傷雖有起血腫之可能，但淺表的血液外溢其量往往極小，且不擴散。又腦膜下之血液外溢，其散佈範圍極廣。至於頭骨骨膜下之出血，則特稱為“頭血腫¹⁰⁷²”。頭部之血腫其中央部柔軟凹陷，觸診時有火山口般之外貌，故往往誤診為顱骨之凹陷骨折、而用手術治療。

治療頭皮挫傷，不外冷敷及休息。所有頭部挫傷之病例，皆應認為潛有腦損傷之可能。因此，宜令此類病人休息較久，務勿早期離床，

以免萬一有腦損傷時發生危險也。大多數之頭皮血腫皆能自動吸收。此外亦有因液化而起波動、須行抽液或切開者。既已感染之血腫，則須引流。診斷血腫已否感染不難，蓋染毒之血腫有疼痛、紅、腫、壓痛等徵狀故也。

頭血腫 所謂頭血腫¹⁰⁷²者，係指頭骨骨膜下有血液集積而言。卡興¹⁰²³氏言，本狀態之所以有外科方面的重要性者，“並非頭血腫本身有何意義，而係顱內可以發生鬱血之故”。溢血之範圍，在嬰兒一般不超過已成骨骼之大小。但卡興¹⁰²³氏亦曾發現有硬腦膜外的及硬腦膜下的血外溢。一般言之，即使極大的血腫，亦少有超出該骨之範圍者（卡興¹⁰²³）。頭血腫常易與胎頭水腫塊¹⁰⁷³混淆。後者係兒頭通過不平之產道，因而受壓，發生頭皮之限局性水腫之故。胎頭水腫塊¹⁰⁷³之範圍不受一骨之限制，壓之凹陷，不起波動，且在出生後數日內即行消散。反之，頭血腫¹⁰⁷²則有擴大之傾向，且在伴發胎頭水腫塊¹⁰⁷³時診斷困難。

若予頭血腫可用治療法消散。但不加治療則可能發生危險。例如發生頭血腫時間已久、未用手術治療時有起傳染之可能。洪⁹⁰⁶氏及白海⁸²⁵氏所發表之病例即證明姑息療法之危險。“一足月、九磅重之健康嬰兒，因分娩時間過久用產鉗取出。數日後頭皮水腫消散，發現右側頂骨有一頭血腫。後者用姑息方法治療，五六日後變軟，但從無一般常見之感染徵狀發現。至第九日忽然發熱並起驚厥，抽吸時得稀薄之血性膿液。兩日後患兒死於敗血性腦膜炎。”洪⁹⁰⁶氏及白海⁸²⁵氏主張在第四日或第五日切開，並除去其血塊。卡興¹⁰²³氏之常規，則係期待兩星期，倘仍無消散之徵，則切開去除血塊。血塊存在過久者，則鼓突之頭骨骨膜有骨質沉着，發生永久性的顱外畸形。切開並將血塊去除後，患部宜仔細的用繃帶包紮，俾囊壁彼此粘着，以促速愈。

耳之血腫（花菜樣耳¹⁰⁷⁴） 耳血腫係耳之軟骨膜下有血液外溢、引起圓形而有波動的腫塊之謂。治療方面應立即將血腫抽淨或切開，並去除其血塊、將切口縫合齊整。為免再發起見，可將耳廓用繃帶緊貼包紮。何鄧¹⁰⁷⁵氏介紹用橡皮海棉壓迫之法，氏曰：“既已發生花菜樣耳（耳血腫）

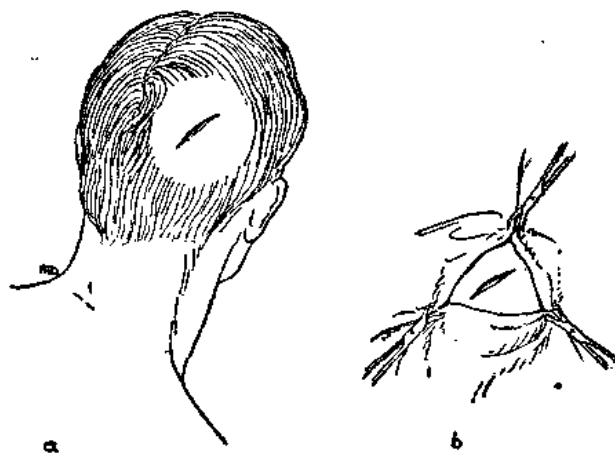
後，如能就耳廓加以切開、翻開皮緣、仔細剖割軟骨骨膜，將引起畸形之軟骨削去，即可獲得美容上之良好效果。翻將翻開之皮緣仍復原位、仔細縫合、給以適當之壓迫。如此處置後，其變形極小。”

頭皮創傷 頭皮創傷多由頭部被打擊而起，例如傾跌於鋪磚之地面、為鈍器擊傷等是。頭皮受上述打擊後，往往發生一鋸齒狀的裂創，其創緣組織失去活力並有挫傷；此外亦有起創緣整齊之切創者。頭皮之切創不多，而刺創則極少見。又頭皮之血管豐盛，故任何創傷發生後，其出血必多，致使患者驚駭、隣人擔憂。但俟醫師到達現場，則上述出血往往早已停止。受傷出血後急救之法，係用無菌紗布一塊（或以清潔之布巾或手巾代用亦可），緊緊壓迫患部。除顱動脈、枕動脈、耳後動脈及眶上動脈等大血管斷裂者外，用上述處置後，往往立可止血。上述大血管之出血，則必須用血管鉗鉗夾或結紮止血。結紮時最好用縫針穿刺結紮。頭皮手術時所用之血管鉗，宜用有齒者（請參閱劈開創傷之止血章）。

處理頭皮創傷之最初步驟，為準備手術野。先將皮膚夾住，剃除毛髮（用保安剃刀及剃鬚用肥皂）。剃除毛髮之範圍，須距創緣至少一寸。剃毛之動作應盡量輕柔，藉免從新出血。手術野既已剃毛並用清水洗淨後，應以汽油或醫藥量擦去皮面之油脂。如有已乾之血漬，亦應揩去。俟手術野四周毛髮中之血污洗淨後，於是再用大量的清水及肥皂仔細洗淨創面。所用之肥皂水，取市售之皂片溶解於溫水中使用亦可。至於沖洗之水，必須為無菌者；且須置於高懸之罐中使水流不斷的由硬橡皮嘴中沖出。創周未剃之頭髮，則應在事前用無菌手術巾蓋覆（第一百十三圖）。頭皮創傷後，雖因有大量之鮮血流出，已將大部份的細菌沖走，但創傷內部仍以使用肥皂清水再度沖洗為要。如沖洗時動作輕柔，則並無再起出血之虞。反之，倘遇再度出血，自以用壓迫法或縫合法止血為宜。此時慎勿以血管鉗止血或結紮法止血，否則徒然損失寶貴之時間，增加患者不必要之痛苦而已；蓋結紮既無必要，而用壓迫法及縫合創緣之法已足使流血停止故也。亦有在創緣縫合後似已止血，而實際上其下方仍在出血、引起血腫者。如遇此種情況，往往證明係縫合不良，或創之深部尚須止血之故。血腫既起，則務在無菌手續下將積

血去除。創緣之破碎過甚或已失生活力者，自宜修整之以促速癒。切除破碎之創緣，宜用利剪或銳刀。又創內之大塊的污物，亦須去除之。嚴禁用探針探入創傷深部、檢查有無顱骨之骨折。顱骨之是否骨折，用藥琴線檢查法及臨床觀察法診斷之，更較用探針檢查為可靠。蓋膿膜之小裂隙，如用探針檢查，往往易誤為骨折也。又探針有帶入細菌之危險。

第 一 百 十 三 圖



圖示頭皮創傷之處理。a. 創周剃毛。b. 用無菌手術巾蓋覆，並以手術巾夾固定之，以免周圍頭髮染污手術野。

又一般在治療頭皮創傷時，往往縫合過濫。經驗不足之醫師常易為大量出血所驚駭，於是未先試行壓迫止血法及在防禦性血塊形成前即行縫合。吾人以爲凡長度不及一吋半之創傷，雖未縫合亦能自行癒合完善，且即使含有化膿細菌亦無大妨。此時所應注意者，即盡量清潔創傷、消毒、及用舒適合宜之繃帶包紮是也。

又若決定必須將較小創傷閉合者，以用適當之膠布黏合為宜（其附近頭髮必須剃淨，以便黏附膠布）。又閉合創傷，不宜用密切爾¹⁷²夾子；反之，宜用較細的不能吸收的縫線。後者如絲線、‘皮膚縫線’，烏尾等均

可。蠶腸線太粗太硬，不合適；而羊腸線則絕不可用。縫時宜用較粗之銳緣縫針。除小兒及過敏者外，縫合時無需麻醉。倘使用麻醉，則以局部麻醉較宜，但在頭皮創之周圍注射較為困難耳。創傷過大者及患兒較幼者，均須改用全身麻醉。創傷縫合後，可以不用引流。頭皮創傷既經縫合之後，在最初五日內，至少須每隔廿四小時檢查一次，以便發覺有無感染之徵。有之，則患部疼痛、發紅、輕度腫脹，並由創緣或針腳中偶有膿液一小滴洩出。感染之徵一經發現之後，應將所有縫線完全拆除。又感染極輕者，則僅拆除一線亦可。反之，情況嚴重者，須改用硼酸溶液濕包。

頭皮撕脫 頭皮撕脫，為一種嚴重之意外傷害，多由頭髮為機器所捲拉，以致頭皮被撕去一部份。倘撕脫之頭皮尚有廣闊的皮瓣與頭部連系者，則將其洗淨、置回原位、並用縫線將其四周縫合固定、作一相對引流，即可保存。又頭皮已成塊的撕脫、且將骨膜或顱骨完全暴露者，則其治療方法，最好採用印第安人（北美土人）剝去敵人頭皮以為勝利品）當日常用之處置法。1777年范思¹⁰⁷⁶醫師提倡奧·貝洛絲¹⁰⁷⁷之療法。其法即以環鑽在顱骨之外板上鑽成小孔多個。范思¹⁰⁷⁶醫師則利用鞋匠鑽子鑽孔，鑽至“鑽眼中流出紅色液體”為止。根據范思¹⁰⁷⁶之觀察，發現小孔中有“豐富的紅肉”生出，但“皮膚長攏則頗緩慢。”吾人現知由所鑽之小孔中，有茂盛的肉芽組織發生，然後彼此溶合，最後整個創傷即為健康之肉芽面蓋覆、可以按第爾許¹⁰⁷⁸氏法植皮矣。艾森德¹⁰⁷⁹氏曾報告一例，氏將撕脫頭皮上之毛髮剝除洗淨，然後縫回原處。嗣後皮膚雖漸腐去，但遺留肉芽組織面，可以植皮矣。葛里¹⁸⁸氏亦報告同樣病例二起，成績優異。

頭皮燒傷 頭皮之燒傷較面部頸部之燒傷為罕見，因有頭髮保護故也。燙髮常為頭皮燒傷之原因。此種“燙髮時之燒傷”患者常忍受不言，以理髮師保證某人前曾燒傷、亦無大礙也。其實此種燒傷常已染毒，必須仔細的用抗菌法治療之。作者曾見一例，在燙髮時燒傷後其頭皮及面部發生嚴重的蜂窩織炎，最後竟使兩眼不能睜開。該患者後經住院，並用濕敷治療。

最後約有 1 吋直徑之範圍完全脫髮。治療廣泛的頭皮燒傷時最好剪短頭髮、用凡士林紗布及彈性繃帶壓迫包裹。

面部擦破 治療面部之小擦破，最好用大量的清水及肥皂仔細洗淨創傷及其周圍皮膚。嗣令患處乾燥。倘有分泌物產生，宜用浸漬硼酸溶液之棉籤或小紗布拭子輕輕吸去。創傷本身則任其暴露於空氣中，僅於分泌物過多時拭去即可。最好在最初三四小時內，每隔十五分鐘拭吸一次，以後逐漸增加其間隔。如此處理後，在短時間內分泌物即漸減少，創面漸乾，最後形成一清潔之痂。後者亦不必用任何敷料保護，蓋其下之上皮細皮漸漸生擡後，痂即自動脫落也。治療過程中，禁止患者用手摸觸創面或所生之痂，以防引起感染。如用 1% 龍胆紫溶液或阿爾特烈許¹³氏染料塗佈擦破部份，自亦有效，但外觀不雅耳。患部如有染污塵埃之虞，則不妨先塗無菌白凡士林或硼酸凡士林一層，上覆無菌敷料，並以膠布固定之。千萬勿用棉膠塗於擦破之處。作者曾見一例，該人在街上傾跌後面部擦破，嗣用棉膠治療，發生破傷風云。

炸傷後，塵埃、火藥、煤屑等均可嵌入皮膚；砂輪擊傷後，其砂亦然。在煤屑路上或碎石路上傾跌者，則砂石煤屑亦可擦入皮內。上述異物往往極難清除；雖然，仍以受傷後盡早將其去除為是。清除之際，常須使用全身麻醉法，並以紗布拭子或無菌硬刷及綠肥皂掃刷之。否則癒後常因而破相、皮膚上遺留永久的刺花樣瘢痕。

面部挫傷 面部各處在被擊後均易腫脹。故面部挫傷後之徵狀，為速起腫脹及疼痛。某些部位，例如上下唇等，尤易浮腫。又面部挫傷後之第二特徵，為易起瘀斑。瘀斑最易在眼眶附近發生。面部及身體其他部份之瘀斑，其地位恆較受傷部位稍低。例如頭蓋或眉部之打擊，恆使上臉（甚至下臉）發生瘀斑。又眼眶部份之瘀斑，不能等閑視之，以為僅係軟部之挫傷而已。應疑及其下之骨骼是否已有損傷，從而仔細觀察之。凡瘀斑之發生於左右眼眶之鼻側、且係受傷後四十八至七十二小時內出現者，則極有可能為眶骨或顱底之骨折所致。同樣，凡兩側性結合膜下之出血，亦必須認為可能係顱骨骨折之徵。至如一側性結合膜下之瘀斑或出血、且係受傷後立即發生者，一般表示結合膜本身之挫傷。同樣，受傷後立刻發生之眼眶瘀斑，則係

眼眶軟組織本身受傷之故。又在此部位之一切皮下出血、凡不明說明其原因者，必須按顱骨骨折加以觀察。面部挫傷之治療為局部使用冷敷或冷濕敷。額之廣泛瘀斑可以發展成為液化血腫，治療上須先抽出，嗣後給予熱敷，以利吸收。眶上神經部份之挫傷極為痛楚，且可引起該神經範圍內頭皮之暫時性麻痺。

面部之切創及裂創 面部常易發生切創，特為今日汽車發達，發生意外時，其窗玻璃往往割裂面部是也。治療之要點，主使創傷癒合後所遺瘢痕微小。因此，必須用大量的清水及肥皂仔細洗淨創傷，切除失去生活力的鋸齒狀創緣，然後以不能吸收的極細縫線、穿入極細的銳緣鑿針縫合之。縫線彼此之距離約 $\frac{1}{4}$ 吋，縫合時切勿將創緣內翻。縫合額面創緣之最佳材料為馬尾、細的絞合絲線、或所謂“皮膚縫線”等。又拆線越早，則所起之瘢痕亦越小。就一般而言，拆線之時間，最好在縫合後第二日或第三日。亦有僅用膠布黏合、可獲滿意之成績者。縫線既已拆除之後，宜每隔五至七日塗佈棉膠數次，以免疤痕變寬。

魏伯道¹⁰⁸⁰氏在敘述顏面裂創之時曰：“凡斜割之裂創，包紮時宜加適當壓力，以免血液積聚；後者之結果使瘢痕粗厚，且有將皮緣翻開之虞。又如用鹽水充份沖洗創傷、切除所有已失生活力之組織、逐層縫合組織後，則創緣即不致翻開。壓迫包紮使用適當者，其結果大不相同，且免二次施行手術。凡顧慮變形、不能切除挫傷之組織時，可改用西洛仿⁷²⁶紗布包紮，或用鹽水濕敷。

小兒患者，常須使用全身麻醉。大多數成人，皆可不用麻醉忍受縫合數針；惟敏感之患者，則必須在創緣注射1%或0.5%奴佛卡因溶液，俾縫合時完全無痛。注射上述麻藥，費時不多，常為患者所樂予接受。市上有每安瓿含一二毫升之麻藥出售，極便使用。注射麻藥，可用小型皮下注射器及針孔不長之細針頭行之。創內注入苯丁¹²²溶液，亦有止痛之效。

凡下唇及頰部之創傷（特為小兒），使用紗布敷料有不良的影響。蓋此等敷料既難保持乾潔，且常受涎液及食物之沾濕；故在紗布揭除後，往往見創傷浸軟及感染矣。

魏伯道¹⁰⁸⁰氏曰：“口部之若干裂創，最好不用敷料包紮。余囑護士取

牙籤製之棉籤蘸 50% 雙氧水(但鹽水則更為常用)隨時吸除漏出之分泌物。硼酸溶液並無制菌之效，且易結晶。”

面部創傷既已縫合之後，如現紅腫及創緣有分泌物漏出，表示已起感染。後者可能僅在表面，故以反覆浸漬硼酸水之棉籤吸淨即可。反之，倘若局部之疼痛情形及障礙程度證明係深部之傳染，則自須拆除縫線，用硼酸水熱敷。凡顏面之一切創傷，其創緣必須對齊。又創緣兩側之針腳必須距離相等，皮緣不可翻入，否則所結之疤痕必大。

使耳聾斷落之創傷，須用間斷縫合法仔細對齊縫攏。倘能注意此點，即使半聾耳朵已經割離之創傷，亦能獲得美觀之癒合。縫合既畢，隨以紗布鬆置耳殼之後，然後用繃帶包紮之。

面部切創及裂創之所以重要者，主係皮下有重要組織之故。例如眉部創傷，常易切斷眶上神經，致患側頭皮之知覺脫失。眶上神經斷裂後，往往可以再生，不必縫合。又面神經亦常因顏面側方之創傷而割斷，結果引起顏面麻痺。本神經之傷害，常須施行神經縫合術。頰部受創，則史丹生¹⁰⁸¹氏管可被割斷，致起頰部流涎之極痛苦後果。按狄更生¹⁰⁸²之意見，凡史丹生¹⁰⁸¹導管割斷後，最好立即修補，其成績往往良好。否則修補極為困難，後果不良。又處理史丹生¹⁰⁸¹氏導管瘻之最可靠、最簡單的方法，即將向外開口的瘻管改變為內瘻。侵入腮下腺體之創傷，產生腮下腺瘻，但通常均能自動癒合。

頰及唇之創傷，其深度可達粘膜，且有穿通口腔者。創傷之長度如已超過半吋，當縫合之為宜。縫時其針腳必須對正創緣，且穿入頰部之深度，亦以頰部厚度四分之一至二分之一為妥。至於粘膜面之創口，往往可以不必縫合。本創傷常因傾跌致牙齒切入唇部而起，特為兒童最易發生。但大多數病例，僅於粘膜側發生創傷而已。此種創口，除每日用弱鹼性消毒藥漱口五六次外，不需其他治療。然亦有牙齒貫穿唇部，致創傷自粘膜面達皮膚面者。除創傷範圍極大者外，其處置亦同前述不全貫穿之創口，無需其他治療。反之，大創傷，當須在皮膚側加以縫合矣。

眼瞼之創傷須加特別處置，處置時常須施行全身麻醉法。蕭伯¹⁰⁸³氏曰：

“處置眼瞼之完全裂創，必須注意下述要點：(1)手術完了時，患瞼必須完全貼蓋眼球。故縫合時創緣必須完全對攏。(2)縫合創之深部時，須用 0000 號腸線。且縫合時針腳必須穿入結合膜，將結合膜縫合在內，但忌將縫線暴露於瞼之結膜面；換言之，即由創傷深處作一結膜下之縫合是也。(3)皮膚縫線必須極細（用馬尾或極細之絲線），且忌緊張。(4)穿通性裂傷之處常遺小凹。其預防之法，莫如在創之兩側切除橢圓形的組織一小塊。(5)手術畢，宜用敷料緊壓包紮至少數小時；然後按大多數外科醫師之意見可以不用敷料，暴露於空氣中矣。有將眼用敷料隔廿四小時後方更換者，如是既有促進感染之虞，且縫線浸浴於分泌物中，常易裂開也。

“吾人主張每日用鹽水清潔創部三四次，每次洗淨後令其乾燥，然後塗 2% 紅汞溶液。最初一二日內所起之血塊，須用小蠟子仔細搗去；搗時如有出血，必須制止；最後塗紅汞一層。處置時（特為最初之四十八小時內）如能仔細謹慎者，則所遺瘢痕幾不可見。手術後例在第五至第七日內，部份的或全部的拆除縫線。”

面部為動物咬傷後，特易發生傳染。疑為狂犬之咬傷，處置上尤屬不易。此種創傷必須用發煙硝酸充份燒蝕方可。然以所生瘢痕極大，故恆為一般所拒絕。最好用清水肥皂徹底清潔創口，必要時不妨鬆鬆縫合，一面注意觀察該犬，需要時立即開始抗狂犬病療法（見狂犬病章）。

面部之刺創常由鐵釘、乾草叉、鑽子等所引起。除刺傷眼球等主要危險外，尚有帶來破傷風細菌及穿通面部各竇之虞，故不可不重視之。

舌及軟腭之創傷 兒童在傾跌時屢有張口者，致尖銳之物件傷及軟腭。治療時須在全身麻醉下用細的銳緣鉗針及絲線間斷縫合之。縫合前仔細對正創緣。

傾跌頰部而舌適夾於上下齒之間時，則引起舌之創傷。此種創傷有時極為重篤。治療舌之小創傷，最好不加縫合。長度 1—1.5 厘米而創緣多開者，如按時用弱消毒劑漱口，亦能迅速痊愈。倘若撕裂過甚，致起部份脫垂者，

須以絲線間斷縫合之。

面部燒傷 面部燒傷之原因頗夥。滾水、蒸汽、汽油爆炸、煤氣灶爆炸等皆是。輕微之第一度燒傷，僅現紅斑者，祇用冷霜等安撫性軟膏或滑石粉即可。其他各種面部燒傷，最好先用肥皂清水洗淨，然後塗以無菌凡士林，並用織製繃帶壓迫包紮之（見燒傷章）。

眼球損傷 眼球本身可能發生種種創傷。如僅結膜輕傷，滴注1-2%紅汞水溶液或5%弱蛋白銀溶液每日二三次便可。又滴每呷水中含一呷硫酸鋅之溶液亦可。若角膜擦破或抓傷者，則須就診於眼科醫師矣。蓋角膜輕傷可致感染、從而發生潰瘍也。

瓊斯¹⁶氏曰：“在眼之一切危險性創傷中，約百分之九十五係角膜表面之擦破，後者多由異物嵌入所致。處置此種創傷，以急救為要。一切角膜表面之損傷，應一律視為感染者加以治療。角膜損傷既起，當盡速（越早越好）滴入苯丁¹³²或可卡因數滴（前者較好）。於是浸角膜用眼鏟於酒精中滅菌，一面再滴麻醉藥於眼中；如是十分鐘後，隨用眼鏟輕輕取出異物，取時宜盡量勿傷角膜。嗣以棉花少許捲牙籤上為棉籤，浸漬紅汞或碘酒後輕塗擦破之角膜表面。倘擦破面積大及一平方毫米時，宜再用1%阿託品溶液一滴滴眼，或予眼用之阿託品油膏亦可（年逾五十歲之患者除外）。患者之不能留於戶內者，尚須給予敷料包紮十二小時。嗣後局部仍覺疼痛或變色者，當以角膜潰瘍症施治矣。”

眼之挫傷須用冷敷治療之，每隔二小時冷敷十分鐘（盧道福⁷⁴⁵）。燒傷者用蓖麻油及1%何馬託品¹⁰⁸⁴滴眼。貫通前房之創傷，除急救時滴入輕和消毒劑外，宜速送至眼科專門醫師處治療。又凡角膜之小剝創、僅使前房水樣液洩漏者，情況不一定十分嚴重，往往恢復極佳。結合膜之創傷，首宜用輕和之消毒藥沖洗，並就破損之傷緣攢創，然後取細腸線縫合之。眼瞼之創，用極細之馬尾或腸線間斷縫合。楊¹⁷⁹氏報告一角膜為蜂所螫之病例。氏謂蜂刺似不能為組織所吸收。

頭 部 出 血

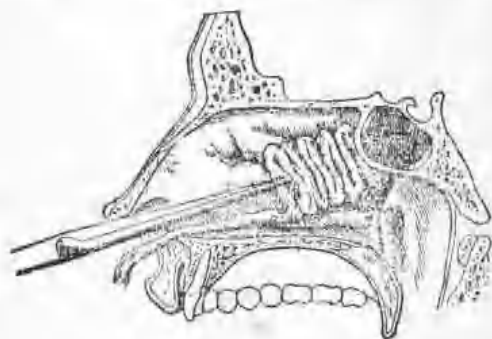
頭皮之出血 頭皮之出血常極劇烈，且為不了解頭皮有豐富之血管者所驚駭。但此種出血一般易用直接壓迫法、或縫合創緣之法止血。但大血管之破裂者（如頭動脈）例外。此時自當以血管鉗夾住破裂之血管並結紮之。倘無法用血管鉗鉗住時，可在出血點縫合較深，並整塊的結紮該組織。頭皮創傷多處、且有嚴重之出血者，就顱底眉上以環狀止血帶緊紮之。後者若能充份緊紮，則動脈循環即為阻斷，便能止血矣。雖然，本法常少需要。（參閱頭皮創傷章）。

面部出血 額部創傷，少有嚴重之出血。但兩頰之血流豐富，故出血劇烈。面動脈之主要分枝如輕斷裂，自應迅予結紮。頭皮止血可用直接壓迫法，但面部出血，則因其下骨骼不平及口腔之存在，往往無法直接加壓。止血時如臨時無止血鉗可用，則用深穿縫合法亦可。

鼻之出血（鼻衄） 鼻衄之原因極多。最常見者，為鼻受打擊及顱底骨折所致。此外揭除鼻前孔乾痂時、中隔潰瘍、異位月經、結核、梅毒、惡性疾病、鼻息肉、血管瘤、白喉、猩紅熱、紫癜、壞血病、白血病、動脈高血壓、腎病、肝病等皆可引起鼻之出血。又支氣管炎、肺氣腫、腦充血等病例，皆有較高之靜脈血壓，可以發生鼻衄。大氣壓力之變化，如高空旅行、潛水夫病等，皆有發生鼻衄者。此外血友病亦為原因之一。治療鼻衄之方法甚多，要皆根據病原及嚴重程度如何而定。病人取直立位置者可減低出血部份之血壓，從而促進止血。習用之止血法係置冰於頂部。又鼻衄患者須令其經口呼吸，切勿用鼻以免將已結之凝血呼出。施密士²⁰⁷腎上腺素（1:1000 濃度之溶液）或雙氧水有制止輕微出血之效。氏亦介紹用硝酸銀棒、鞣酸、沒食子酸及複方明礬粉等止血。孟色爾¹⁰⁸⁵氏溶液亦有止血之用。鼻科醫師偶亦在鼻前孔之出血點施行燒灼止血之法。郝次老¹⁰⁸⁶及威思基¹⁰⁸⁷兩氏介紹用可卡因塗佈潰瘍並以三氯醋酸燒灼之。上述方法若不克止血之時，則必須填塞鼻腔以求止血。可取半吋寬邊緣之紗布條仔細而堅固的

填塞鼻前孔，填時稍加壓力（第一百十四圖）。填塞時常用之材料為辛樸深¹⁰⁷氏鼻塞。後者為一種楔狀塞子，由受潮可以膨脹之材料製成。其大小種類頗多。該塞子在鼻腔內與血液接觸後，即形膨脹，隨將鼻前孔塞緊。亦有出血點深處後方不能用上述方法止血者，此時自須由鼻後孔填塞之。法以軟的橡皮導尿管一根，插入鼻孔深及咽部，並自口腔拉出。乃以粗絲線一根繫

第 一 百 十 四 圖



鼻 前 孔 填 塞 法

於該導尿管之口腔端。又在該絲線距此十二吋之處縛紗布團一個（第一百十五圖）。團上再繫十二吋長之粗絲線一根。嗣將導尿管連同絲線一併由鼻孔拉出，迄紗布團緊塞於鼻後孔為止。為保持該紗布團固定不移起見，可在絲線之另一端再行緊縛紗布團一個於鼻前孔牽制之（郝次老¹⁰⁸⁶）（第一百十六圖）。伸出口鼻之兩線頭互相結牢。辛葆¹⁰⁸⁸氏曰：“為免發生中耳炎起見，鼻後之填塞物須在廿四小時內去除。但用硬仿紗布填塞者，可免本併發症。鼻腔之填塞物，例在廿四小時至四十小時內除去。惟鼻創劇烈且再發者，則不論鼻腔或鼻後之填塞，皆須再行插入，並可保留達四日之久。”

按穆黑德¹¹氏之意見，止血之法最好利用橡皮指套（或橡皮手套之指段），深深插入鼻孔，並以空氣或水吹脹之。范客遜¹⁰⁸⁹氏亦介紹鼻腔內壓迫法，其法係“用橡皮指套（或橡皮手套之指段）深入鼻孔，外端開放，