

1948

軍醫提綱

第三版
癸未醫學社發行

內政部註冊
絕對禁止以任何方式翻印

軍醫提挈

改編第三版

樓方岑總纂
下冊

癸未醫學社

1948

改編第三版

軍醫提絮

下冊總目錄

第十六篇	外科手術學 (楊克勤)	1225
第十七篇	眼科學 (李玉純)	1311
第十八篇	牙科學 (陳約翰)	1383
第十九篇	皮膚病學 (戴文鑫)	1419
第二十篇	性病學 (戴文鑫)	1479
第二十一篇	愛克斯光學 (徐 鈞)	1529
第二十二篇	耳鼻咽喉科學 (樓方岑)	1605
第二十三篇	小兒科學 (吾健胡)	1691
第二十四篇	婦科學 (羅玉英)	1751
第二十五篇	產科學 (羅玉英)	1817
第二十六篇	物理診斷學 (馬義品)	1895
第二十七篇	實驗診斷學 (董年生)	1949
第二十八篇	治療通論 (徐 鈞 非常立)	2063
附 錄		2187

上 冊 包 括 下 列 各 篇

第一篇公共衛生學(舒榮坤) 第二篇衛生勤務(舒榮坤) 第三篇急救術(樓方岑) 第四篇綑帶術(汪宋寶) 第五篇運兵醫學(舒榮坤) 第六篇擔架教程(舒榮坤) 第七篇毒氣病及毒氣防禦(舒榮坤) 第八篇航空醫學(嚴榮鈴) 第九篇單陣外科(樓方岑) 第十篇醫院通論(舒榮坤) 第十一篇熱帶病學(嚴 邁) 第十二篇精神病學(陳祖榮) 第十三篇內科學(施啓坤 樓方岑 胡健吾 夏佩華 羅英彩) 第十四篇外科總論(劉青彰) 第十五篇外科各論(樓方岑 楊克勤)

改編第三版

第十六篇

外科手術學

SURGICAL OPERATIONS



癸未醫學社

1948

第十六篇

外科手術學

SURGICAL OPERATION

目 錄

第一章 概 論		三 各種結紮及縫合法	11
第一節 手術室	1	第二節 引流及膿法	13
第二節 外科器材	2	一 普通引流與排膿法	13
一 外科器械	2	二 手部傳染之切開與排膿	13
二 縫合材料	3	第三節 換創術	16
第三節 手術前之準備	3	第四節 膿腫切開之一般原則	16
一 參加手術人員之準備	3	第五節 骨之手術	17
二 使用器物之準備	4	一 骨折之手術治療	17
三 患者全身及手術區之準備	4	二 不癒合骨折之治療	18
四 手術之禁忌	7	三 骨移植術	18
第四節 手術後之治療	8	四 腐骨摘除法	18
第三章 基本手術		第六節 膿之手術	19
第一節 組織之切離與縫合	9	一 膿切斷術	19
一 持刀法	10	二 膿縫合術	20
二 運刀法	10	第七節 神經之縫合法	21
		第八節 血管之手術	21
		一 血管結紮術	21

(續見下頁)

二 血管縫合法	26	三 軟頸性氣蹙赫尼亞手術	58
第九節 皮膚成形術與植皮術	27	十六 腰部交感神經節及交感	
一 組織移植法	27	神經全切除術	58
二 植皮術	28	十七 痔核手術	59
第十節 一般良性腫瘤之摘出術	30	十八 脫肛手術	61
第三章 手術各論		十九 痔瘻手術	61
第一節 開顱術	31	二十 胆囊摘除術	62
第二節 顏面手術	32	二十一 肛裂手術	64
一 耳鼻手術	32	二十二 肝囊腫切開術	64
第三節 頸部手術	34	二十三 腸胃肌膜腫切開術	64
一 氣管切開術	34	第五節 泌尿生殖器手術	65
二 腦神經切斷術	35	一 陰囊水囊腫之手術	65
第四節 胸部手術	35	二 包莖手術	65
一 肋骨切除術	35	三 尿道外切開術	67
二 胸廓成形術	36	四 恥骨上膀胱切開術	68
三 胸廓造瘻術	37	五 腎臟摘出術	69
第五節 腹部手術	38	第六節 四肢手術	70
一 開腹術	38	一 截肢術與關節離斷術	70
二 胃腸縫合術	41	總論	70
三 腸吻合術	43	各論	73
四 腸切除術	45	(一) 上肢截斷術	73
五 腸瘻置術	45	(1) 指截斷術	73
六 腸造瘻術	46	(2) 掌指關節截斷術	74
七 人造肛門術	46	(3) 前臂截斷術	74
八 瘻瘻及人工肛門閉鎖術	47	(4) 上臂截斷術	74
九 腸中刺術	48	(5) 肩關節離斷術	75
十 胃造瘻術	48	(二) 下肢截斷術	75
十一 胃腸吻合術	49	(1) 跗跖關節離斷術	76
十二 胃切除術	50	(2) 中跗關節離斷術	76
十三 闌尾切除術	51	(3) Syme氏踝關節離斷術	76
十四 脾臟摘除術	53	(4) 下腿截斷術	77
十五 氣蹙赫尼亞手術	55	(5) 膝關節離斷術	77
一 間接性氣蹙赫尼亞修		(6) 股骨截斷術	78
復術	55	(7) 腕關節截斷術	79
二 直接性氣蹙赫尼亞修		二 關節切除術	79
復術	57	三 關節切開掛膿法	79
		參考文獻	81

第十六篇 外科手術學

SURGICAL OPERATION

第一章 概論

General Considerations

第一節 手術室 Operating Room

一 地位：手術室應設於病室之近傍，而距門診部亦不可過遠，俾手術可迅速施行。戰時則手術室應設於隱蔽場所，以便安心作業。

二 構造：完備之外科手術室，應包括消毒室 (Sterilizing Room)、器械室 (Instrument-Room)、麻醉室 (Anesthetic Room)、洗手室 (Washing Room)、綑帶交換室 (Bandage-Changing Room)、石膏綑帶室 (Plaster Bandaging Room)、及手術室；而手術室又有膿毒手術室 (Septic Operating Room) 及無菌手術室 (Aseptic Operating Room) 之別，各室之聯絡隨地勢、環境及各人見解而定，但必得有一甬道以爲公共走動場所。手術室之建築應高暢，盡可能使牆壁勿成角度，以免灰塵之堆積。牆壁地板宜取材水泥或瓷磚，以便洗刷；塗以油漆亦佳，但其色不宜刺目。門窗應嚴密，以避塵埃侵入；而門以雙重爲宜，其大小以適於担架出入便利爲度；若有自動關閉裝置則更佳。

三 採光：在白日可利用天然陽光，故手術室須三面或兩面有玻窗；由屋頂射來光線亦佳，但在中午陽光直射時，往往可妨礙醫師作業。在晚上或地窰中行手術，必須利用燈光，如無電燈，則以煤汽油燈代之，(在醃麻醉時，可引起爆炸危險，故禁用)。必要時，可用手電筒等協助之。

四 室溫：室溫以 22° — 25°C 爲最宜，故冬夏兩季須設法調節之，而冬日火爐勿置於手術室內爲妙，由電燈、汽燈所生之熱量，往往可妨礙醫師久時操作，故應附有吸熱裝置於燈上。

五 設備：●手術台 (Operating Table)：台面分三節，可自由昇降，以調節病人之臥姿。上有橡皮海綿墊覆以橡皮布，再蓋以布單，便手術後洗滌也。在野戰醫院如無此項設備，則可利用床板、長棒等以代之。●洗手裝置：洗手室至少須可容四人，如有流動水、及腳踏啓閉裝置則尤佳。●衣槽：用以放置消毒之敷料及衣服者。●器械台：大小各一，小者放病人腳旁，用以盛急切待用之器械；大者盛不急用之器械。●麻醉台及縫合材料台：用以放置麻醉用器材及縫合材料。總之，手術室中之設備以簡單切用為原則。

六 管理：每天手術完畢後，應將手術室清潔一次，非特門窗打開，且須用肥皂水、Lyso 等完全洗過，待其乾燥方可。在大醫院中，無菌手術室及膿毒手術室必須分開。

第二節 外科器材 Surgical Supplies

外科器材分為外科器械、縫合材料、及綁帶敷料三類，今略述其梗概如下：

一 外科器械

●剪刀 (Scissors)：有直刃剪 (Straight scissors) 及彎刃剪 (Curved scissors) 二種，而其兩剪刀端有為尖銳者 (Sharp-pointed) 有為鈍圓者 (Probe pointed)，有為一尖一鈍者，在應用上各有其利弊。

●刀 (Sscalpel) 種類繁多，可分普通手術用刀，(於皮膚切開時常用圓刃刀，膿腫切開時，多用彎刃球刀)，截肢用切斷刀 (Amputating knife)，剝離骨膜用刀等。近時則實用電氣刀。

●鑷子 (Thumb forceps)：外科用鑷子其尖端有鈎，亦名有鈎鑷子；解剖用鑷子尖端無鈎，亦名無鈎鑷子，後者於腹膜腸管等縫合時用之。

●探針 (Probe)：有溝探針，沿其縱長有一溝；圓頭探針，其尖端鈍圓，探索時可不致傷組織也。

●血管鉗 (Hemostat)：Kocher 氏止血鉗，尖端有齒，整個咬嘴有橫紋；Pean 氏止血鉗，尖端無齒而有橫紋。

●創傷鉗 (Retractors)：用以暢開創口而利觀察者，有 Roux 創鉗，Langenbeck 創鉗等多種，而其鉗亦有尖鈍之別。

●鋸 (Saw)，鑿子 (Chisel) 等。

●鉗子 (Clamps)：形狀類似血管鉗，有直形及彎形之兩種，更有硬性及其彈力性之別。硬性鉗有挫滅組織之作用；如 Payr clamps 即是。彈力性鉗則無損害組織之作用，如胃腸吻合術時所用之鉗是

也。

二 縫合材料

①可被吸收之縫線：為貓腸線 (Catgut)。

②不能吸收之縫線：有絲線、馬尾、麻線及金屬線等。

③縫合針 (Suture needle)：主要分圓針及三角針等；圓針 (Round bodied needle) 縫合腸胃用，形小，斷面呈圓形。三角針 (Triangular or cutting needle) 為普通皮膚縫合針，有大小兩種，斷面呈三角形，又由其彎曲度可分直針 (Straight needle)、彎針 (Curved needle)、強彎針等；由其孔可分普通針孔及彈簧孔，後者通線容易，最合實用。

④持針器 (Needle holder)：分有關閉及無關閉裝置二種。

第三節 手術前之準備

Preoperative Preparations

一 參加手術人員之準備

所有工作人員在進入手術室之前，必須熟讀手術室使用之無菌術各項原則及方法，無菌衣物、敷料、配備器械之消毒，高壓蒸汽之管理，液體之加熱，消毒後器械敷料之搬運與安置。其次應知道口罩、手術衣、手套之穿戴，手臂之洗刷法，手術野消毒及鋪布法，至於手術手之放置位置，尤須注意不可接近患者頭部及麻醉者，以免污染。不可壓迫病人胸部，以免妨礙患者吸呼。咳嗽噴嚏時，不可使唾沫飛入手術野。對處理組織，尤應小心珍惜，不得粗暴，以免降低組織生活力，增加對病原菌之敏感性。

一 戴口罩：參加手術工作人員，進手術室時，須換上清潔白色衣帽褲，戴上口罩，口鼻部須完全覆蓋於口罩內，以防參與手術者鼻咽喉部毒力大之鏈球菌呼出，進入手術野內。普通用之口罩，只能轉換口鼻細菌呼出之方向，而不能過濾細菌。Arnold 氏認為纖維素團塊 (Cellulose Wadding) 有過濾細菌之作用，實為製口罩之優良材料。De Takat 氏以為用法蘭絨作口罩，能過濾細菌。Staige Davis 氏主張用兩隻口罩蓋住口鼻部，每隻由 3—4 層羊毛紗作成 (每方吋 6J—8J 股)。

二 洗刷手臂：手指及手部有傳染創者，不能參加手術。洗刷手前，指甲宜先剪短，皮膚保持柔和，手指尖浸於 1.5% 碘酒後，取出使乾，以綠肥皂、硬刷、流水反覆洗刷手、手臂、達肘關節上。最後舉上手臂，使水由手直向肘部流去。用同法浸手及前臂於 70% 酒精中。

三 穿衣及戴手套：用消毒巾擦乾手部，穿上消毒衣，手部撒佈滑石粉，戴上手套，戴時手部皮膚不得接觸手套外面，如一時尚不手術，應將手置於胸前，並包於消毒巾中。

四 手術野鋪置消毒布：手術野先施行碘酒及酒精消毒，然後鋪布。手術部位不同，鋪布亦略有異。通常以手術部皮膚露出愈少愈好。助手應將戴手套之手，接近於手術野放置。

Melleney 氏在 1933 年研究手術室之細菌，估計在手術過程中，每小時有 35,000—60,000 細菌落入手術野中。換言之，每手術傷口均已污染。實際上，傷口傳染甚少，實由組織具有抵抗力之故。目前傷口傳染機會，約為 4—6%，有時可增達 20%。

二 使用器物之準備

Preparation of the Instruments

一 棉織料之消毒：手術衣、帽、口罩、床單、敷料、均應包於布中，置於金屬儲槽內，用高壓蒸汽 15 磅壓力消毒 5 分鐘。消毒後之物品，應常作培養檢查，以視消毒是否確實。

二 橡皮手套：用後洗淨，煮沸，乾燥，試驗有無破洞。再在 15 磅壓力下蒸汽消毒 20 分鐘，前後兩次。

三 溶液：如鹽水、葡萄糖、硼酸水等，可置於瓶內，20 磅壓力下，消毒一小時。

四 器械：每次手術後，洗去其血跡，同前煮 20 分鐘（加 1% 重碳酸鈉）。手術刀僅須煮三分鐘，煮後放於 70% 酒精中 20 分鐘，以免刀鏽轉鈍。

五 橡皮管：吸引用管、引流條，及盛 Procaine 瓶之消毒，在 20 磅壓力下消毒 20 分鐘已足。

六 縫線：盛於玻璃管內者，僅須將玻璃管保持於 5% 石炭酸液中，再浸於 75% 酒精中 20 分鐘。絲線、馬尾、麻線、綢金屬線等，用煮沸法消毒。

三 患者全身及手術區準備

Preparations of Patient's Body and Operative Areas

一 注意患者一般狀況，及其身體是否有充分之抵抗力，以決定採用保守的抑手術的治療。

二 心肺之檢查：患者心肺之狀態，可決定手術之能施行與否及麻醉劑之選用，或指示患者是否須先行內科療法，使其一般狀況進步。有病之心臟恐不勝手術之緊張與休克，及氣仿之侵害；而呼吸道有炎症。

時，如因吸入麻醉劑而生嚴重之枝氣管肺炎；用醚麻醉時，於術前可注射阿托品（Atropine）以減其分泌物；心之不全者應先給以洋地黃劑或手術時給以樟腦（Camphor）等強心劑。

三 血之檢查

①血糖（Blood sugar）：正常時每 100cc. 血含糖 75—125 mg. 如血糖增加，則指示患者有糖尿病或代謝不全，若施手術則患者抵抗力既低，創口不易癒合而易受傳染，此外，尚有發生糖尿病性瘻疽之虞。

②血像（Blood picture）：如有白血球增加現象，在外科中指示體內有發炎化膿之病或有隱性傳染，若欲決定病人應否立即施行手術，則白血球之計算更不可缺。在手術之後，如白血球不及正常，則表示病人抵抗力降低；如手術後數日仍不恢復正常，則有創口傳染排膿不佳或有合併症發生之可疑。又血色素低者不宜手術，其低於 5% 者，應先輸血。

③凝血時間（Coagulation time）：通常者 2—8 分鐘內凝固，但有血友病、白血病、黃疸病者，其凝固不易，手術時或手術後常有大量失血之危險，尤以肝、脾、扁桃腺之手術為然。故此種病人在手術前給以鈣劑、維生素 K、或血清等以助凝血作用。

④注意血球沉降速度（E.S.R.）：以防肺結核者術後之咯血。

⑤血壓（Blood pressure）：若血壓高，則難忍受手術之緊張，血壓低，不適宜用腰椎麻醉。休克時不可立即手術，必須在手術前加以適當治療。

四 泌尿系之檢查（Examination of the urinary tract）：若尿中有蛋白、圓柱體等，有腎炎之徵，小心採用麻醉劑，以免促成急性變作，甚或引起尿道炎等。如尿中有糖或醋酮、雙糖酸、乙氧酸，則為糖尿病及酸中毒之徵，不宜用全身麻醉，並應補充體內炭水化合物及鹽質。於手術前必令排尿或導尿，使膀胱空虛。

五 消化系（Digestive system）：術前當清潔口腔，以含藥劑多嚥數次；又且忌予以流質或絕食。在開腹手術後，腸之蠕動常減少，故在手術之前晚即術前 12 小時及 4 小時，各作灌腸一次，以減手術時之傳染及手術後之便秘，或免深麻醉期肛門膨脹括約肌失知覺而排便於手術台上，或免手術後糞質壓穿腸氣而鼓腸，但空腸結腸有損傷或病症者，不在此限。又有黃疸病或施行膽系手術，應多給予糖質，以增加肝糖儲量，黃疸病者更應注意。如用 20cc. 2% 氯化鈣液之靜脈內注射，可減少其出血性。

六 其他：有 Basedow 氏病者，有胸腺淋巴體質者，皆不宜行

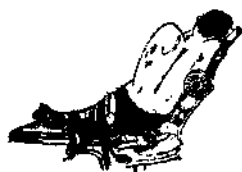
全身麻醉。此外，對病人精神上亦宜加以注意，使對手術勿畏懼，不悲觀，故在手術前，須有充分之休息與睡眠，亦可給以嗎啡以鎮靜其神經系統，或於前晚予以安眠劑。此外，皮膚有化膿性疾患者，不應立即施行無菌手術而必須先治療其皮膚病。

七 於闌尾炎早期手術，穿孔性腹膜炎，嵌頓性赫尼亞等救急手術時，可不施行前處置；而於重症患者，可試用強心劑注射，輸血，及予以充分之水分等。

八 病人之位置 (Positions)：手術時病人應取之位置，每因手術之不同而異，一般之手術，病人可仰臥於台上，上肢平伸體傍，掌面向下，指伸直而置於體側，如有礙手術，則攙其手於胸前，兩腿伸直而綁布帶，固定膝部於手術台上。壓力不可過大，恐使神經麻痺故也。①頭部之手術，則用小砂袋將頭略行抬高。②若後頭或小腦部手術則取坐位，使其頭強度前屈。③在頸部手術，則墊枕於肩胛部，使頭後垂，頸部抬高。為避免呼吸困難，可用羅斯氏傾斜位 (Rose's position)。④在上臂及乳房之手術須固定其手於外展之位置，但不可過度外展，以免傷及臂神經叢。⑤在胸廓及胸腔內之手術，並無標準位置，但胸廓成形手術，常取側位，上體高舉。肩部墊以軟枕，頭向健側傾斜，手向上舉則胸廓自然上舉矣。⑥在氣管擴張或肺膿腫手術時，頭須放低，且側臥，使分泌物易排出。⑦在食道下端或經過橫膈之手術時，患者可取半坐背位，且兩手上舉。⑧上腹之手術，須放一支持物於背腰部，使局部抬高。而在縫合腹壁之前，則須取去之。⑨如欲在腰部暴露腎臟，則須臥健側而在胸廓與骨盆之間，墊以支持物，使病側高舉且使肋弓與腸骨嵴更為展開；居下側之腿應伸直，上側之腿可屈曲，在骨盆處以綢帶固定之；病者之手不可壓於胸上。⑩下腹或骨盆部之手術，則應放低其下肢而抬高其骨盆部，頭及上肢略可放低，即所謂 Trendelenburg 氏位也。⑪如欲將骨盆部墊高，則曰骨盆高位。骨盆之高位對於手術區血液容量之多少有影響，且可使腹腔臟器勿擁擠於手術區，而有利於手術之進行。⑫在肛門及會陰部行手術，則常用截石位，倘手術台上無特別裝置以安置兩腿，則可用 Cover 氏器以支持之。所謂截石位者，乃令患者仰臥，而將股關節膝關節向腹部屈曲，並稍向兩旁分開之位置也。



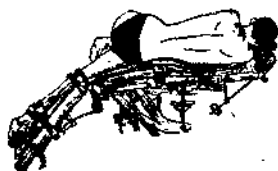
此實手術時之體位。



胸廓成形術之體位



腎臟手術之體位



膈骨直腸手術之體位

膀胱結石手術之體位
(截石位)

九 局部手術區之準備：在手術前之上午，宜令病人作全身浴，而急症病人之不及沐浴者則免之。至於手術野準備，主為消毒（見外科總論消毒篇）。消毒既畢，即用消毒巾四幅遮蓋手術野之四週，以布綑固定，而後再罩一中有裂孔之雙幅大巾於其上。凡此均應於戴手套之前行之。

四 手術之禁忌

The Contraindications of Operation

外科手術固為根本治療法，然在某些情況下，亦有不能或暫時不能施用手術者，茲分述如次：

（一）病者一般情況：若病者過於消瘦，羸弱，決不能忍受手術時之緊張與休克，對於傳染亦無強大抵抗力，則須緩行手術而先加以內科之治療，以特健康恢復。

（二）循環系疾病：病者之有心臟瓣膜病、心肌炎、心內膜炎、心肌變性、脂肪心、心臟衰弱、血管硬化或冠狀動脈硬化諸病者，皆不能忍受手術之侵襲，對過度之負擔亦難支持，故手術之施用，必須慎加考慮。若病者有強度之貧血或白血病、血友病，則手術時之失血，往往不能補償，或出血不止而致死亡。又如糖尿病、胆脂血症等，亦可阻止血液之凝固，而引起失血過多之危險。凡此諸症，均宜先行內科治療。

(三)呼吸系疾病：病者之有肺炎或重症結核者，不可行手術，其有枝氣管炎者常因縫之刺激而症狀增惡，以致死亡。

(四)其他：在某種疾病之急性期，如闌尾炎之穿破時、腎炎等，均不宜即行手術，而宜應用保守療法使其症狀減輕，再行手術，較為安全。

第四節 手術後之治療

Postoperative Treatment

手術後之治療，影響病者之豫後至鉅，其所施行之手術，實可稱為治療之開始，例如關節手術後之長期固定而造成關節強直；胃腸手術後，早期進食而引起腹膜炎；綑帶副木過緊之發生缺血性攣縮等，均為後治療不適所致之結果。是以吾人宜謹慎處理，庶可達早期治癒之目的也。

一 一般手術後治療：手術後，患者應保持絕對安靜，使臥於溫暖柔軟之床上，於骨盆、背、足跟部更宜加軟墊以免褥瘡之發生，手術局部須減少壓迫。清醒後，每可發生嘔吐，此時宜放低頭部，免致誤嚥性肺炎。其曾施行腰髓麻醉術之患者，應平臥低頭；一般腹部手術後之患者宜仰臥位，兩膝屈曲以免腹壁緊張；而有腹腔內化膿性炎症者，必須取半坐位，蓋欲使其炎症局限也。四肢手術多固定於副木，並旁置砂袋以助之。

二 疼痛 (Pain)：手術後局部必有暫時之疼痛，其不可忍者，可予以止痛劑。患肢發生疼痛，則高舉之，或用三角巾副木固定；因腰髓麻醉而引起之頭痛，則可輸入生理鹽水 1500cc.，或用 40% Urotropine 20—40cc.，作靜脈注射。

三 出血 (Hemorrhage)：手術時止血不完全，則於手術後常早期出血，骨手術、腺手術之後更多見之；於疏鬆結締組織之處，頗易形成血腫，欲預防此等情形之發生，須使局部安靜高位，壓迫綑帶，冰囊敷敷等，倘若失效，則拆開縫線以止血。其已形成血腫者，可作穿刺抽血或開放之，以取出凝塊，但須俟自然止血後始行之。手術後之後期出血，每可危及生命，多因炎症侵蝕血管或結紮脫落而致。患者有急性貧血之症狀，應急探知出血來源以止之。其他處置見外科總論之止血法。

四 體溫升高：手術後常有輕微之吸收熱，2—3日後即可降至正常。膿毒性外科疾患本發高熱，於手術之直後，可見體溫顯著下降，復稽留於 38°C 左右，3—4日減退，若逾此不復正常，則有手術局部傳染或菌膿之可疑。局部若檢知紅腫疼痛緊張感等，則應擴大引流，若體溫昇降不定，可能為敗血症，而其內科傳染病之檢查，亦為不容忽視者也。

五 心臟機能之維持：手術時之長期麻醉及大量出血，皆可影響

心臟機能，故須用強心劑，或施行生理鹽水注射及輸血，後者更可防止休克之發生。

六 呼吸系合併症：施行麻醉者，對呼吸道有強烈刺激，可誘起枝氣管炎，嘔吐物入肺可引起肺炎，故於手術後應注意肺之檢查。事先加以防範，既發之後則施行內科之治療。

七 睡眠障礙：手術後之疼痛，不安，臥位之不習慣，麻醉引起之不快、口渴、鼓腸、精神興奮等，皆可妨礙患者之睡眠而影響其體力，故在必要時，須予以鎮靜劑。

八 排尿困難：手術後極易引起。其處理方法有（1）膀胱部濕漉包，或冷熱交換使用；（2）溫水灌腸；（3）下肢冷敷以誘起尿意反射；（4）人工導尿；（5）利尿劑。

九 排便困難：手術後腸管運動不足，加以食物飲料之減少，每起便秘，經過既久，則可引起頭痛、鼓腸、不快等症狀，是以應使其大便通暢，用灌腸法或緩下劑。在可能範圍內，可作適當之運動。

十 吃逆（Hiccup）：吃逆乃為橫膈肌肉間歇性痙攣之現象，在腹部手術後尤為多見；頑固異常，可引起創傷之疼痛，影響全身狀態，更可妨礙呼吸安靜，以及食物之攝取，故後頗煩惡。在治療上，除原因療法外，尚可應用洗胃，內服 Luminal 等鎮靜劑，必要時可壓迫橫膈神經或切斷之。

十一 急性胃擴張（Acute Dilatation of the Stomach）：其後不佳，處理亦難。乃與胃腸神經麻痺、鼓腸、鬱血有關，並有劇烈嘔吐，胃強度擴大至下腹，且膨脹，終因水份消耗過多而衰弱消瘦，以至意識模糊而死亡，亦有因自家中毒或胃壁穿孔而死者。若能以早期診斷，則宜速用冷水反覆洗胃，或放置鼻管入胃，用 Wangenstein 氏器長期抽吸，直至嘔吐停止；輕症者頗有效。此外亦可令病人取右側臥位，腹臥位，或膝肘位。而在營養上則用口外之人工營養法，於皮下、靜脈內注射葡萄糖液等；而水份之補充，尤為必需也。

十二 休克：見外科總論。

第二章 基本手術

Fundamental Operations

第一節 組織之切離與縫合

The Incision and Suture of the Tissue

施行切開手術之先，預將皮膚消毒妥當，而後用無菌器械切開，以達深部組織。吾人於此種手術創應加以注意者為：（1）力避吾人手指

皮膚與創口接觸；(2)嚴密止血；(3)組織之縫合不留死腔，以免血液及分泌物之淤積，而致利細菌之發育；(4)用一定之方法引出分泌物；(5)創傷局部務求安靜。

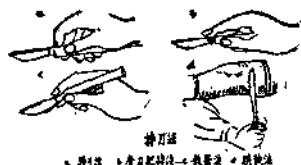
一 持刀法

①持弓法：普通之皮膚切開用之。

②食刀把持法：用力加以切開時用之。

③執筆法：皮膚之小切開，整形手術，組織之剝離等時用之。

④拱執法：以五指全部緊握，於大量之組織切斷時用之，通常肢體截斷時用之，而圓刃刀不用此法。



二 運刀方法

(一)皮膚之切開法：在皮膚切開時，手術者及助手必壓迫皮膚向兩反對方向平均伸引，使其緊張；刀刃與皮膚面垂直，以一刀切開為佳，故用力須適中；創口之大小，常以足夠施行手術，能明視手術野之狀態為度。吾人應注意者，有下述數點：①須沿皮紋之方向切開，蓋可使創口不致過度擴開，治癒亦迅速，且癒後疤痕狹小，不遺醜形，故於顏面手術，尤宜顧及。②若沿皮紋之方向切開，有橫斷其下重要神經血管之慮者，則可不顧及皮紋；大體言之，頭部顏面，軀幹宜橫切者多，於四肢及正中線處宜縱切者多。③作瓣狀切開時，則宜注意皮瓣之形狀、大小、營養、及位置。

(二)深部組織之切離：皮膚切開後即將其兩旁輕輕伸引，而後鈍性分離皮膚下結締組織，若有較大之血管或神經，宜加保護，神經尤為重要；蓋因血管切斷尚可結紮止血，更因其副枝之代償而恢復其功能；若夫神經切斷，則除喪失其機能外，尚有營養障礙之發生。例如頸部手術時誤傷返頸神經，則必使病人要啞終身也。再者神經之肌枝較肌肉本身尤不可傷，蓋因肌肉於適當部切斷，經縫合之後，不致障礙其作用，而微細神經枝切斷後，該肌肉即失其功能也。又肌肉之切開究亦不可橫斷，宜先切開肌膜後，沿其纖維之經過用鈍器分離之。若行開腹手術，則在切開腹膜之前，用鉗子鉗起腹膜，切一小口，而後小心切開之。