

實用矯形外科學

人民衛生出版社

實用矯形外科學

過 邦 輔 譯

葉衍慶 李鴻儒 吳祖堯 校

人民衛生出版社

一九五六年・北京

內 容 提 要

本書主要講述矯形外科中各種疾病的處理原則。所述手術及處理方法均屬切合實際應用及比較最爲正確而有效的，很少談及尙待證實的理論。矯形外科，範圍頗廣，本書內容幾已包括全面，惟骨折部分，原著者以其應另成專書，故未涉及。不合國情的部分，已經譯者刪除未譯，並用譯者按語加以必要的批判，特別是近年來一些較新的見解而爲原書所無的，譯者都作了詳細的補充。

實用矯形外科學

開本：850×1168/32 印張：12 1/4 插頁：12 字數：322千字

過 邦 輔 譯

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區錢子胡同三十六號 •

人民衛生出版社 印刷 • 新華書店發行
長 春 印 刷 廠

統一書號：14048·0627

定 價：(9) 2.40元

1955年5月第1版—第1次印刷

1956年9月第1版—第2次印刷

(長春版)印數：3,501—5,500

目 錄

第一章 矯形外科學	1
引言	1
病體檢查法	1
第二章 夾架與器械	4
妥馬斯氏夾架	4
改良式妥馬斯氏夾架	5
規形夾架	6
妥馬斯氏靴跟	8
床式夾架	8
外展夾架	10
後脊椎支架	11
妥馬斯氏頸領	12
肩外展夾架	12
金屬直夾板	13
手夾板	13
石膏	14
第三章 關節強直	16
機能性強直	16
肌肉痙攣	17
黏連	17
骨質阻滯	22
關節強硬	23
第四章 膝關節病廢	32
損傷性滑膜炎	32
慢性滑膜炎	33
關節血腫	34
膝關節內的擾亂	34
側韌帶	34
膝交叉韌帶	37

半月形軟骨的損傷	39
外側半月形軟骨的損傷	47
半月形軟骨囊腫	49
膝關節內的游離物	50
髌骨再發性脫位	53
第五章 肩關節損傷	56
關節周圍黏連與損傷性關節炎	56
岡上肌腱損傷	58
肱二頭肌長頭破裂	60
肱二頭肌長頭腱鞘炎	61
肩峯下滑囊炎	61
肩關節再發性脫位	61
肩鎖關節脫位	64
第六章 骨與關節結核症	65
結核性關節炎	65
結核性骨感染	72
結核性骨髓炎	72
真性結核性骨炎	73
局限性	73
彌漫性	74
第七章 髌關節結核症	76
第八章 膝、踝與跗骨的結核症	91
膝關節	91
踝關節與跗骨	97
第九章 脊柱與骺髁關節結核症	102
脊柱	102
骺髁關節結核症	112
第十章 肩、肘與腕關節結核症	115
肩關節結核症	115
肘關節結核症	119
腕關節結核症	121
第十一章 慢性關節炎	124
風濕樣關節炎	124

絨毛性關節炎	128
骨關節炎	129
髖關節	131
膝關節	137
神經病性關節炎	139
夏科氏關節	139
第十二章 骨脈病症	141
幼年畸形性骨軟骨炎，假性髖關節痛或萊克氏-潘澤氏病	141
脛骨粗隆骨脈炎，歐司哥氏-施蘭特氏病	145
跟骨骨凸炎	145
髖內翻症	146
金伯克氏病或半月形腕骨疏鬆症	151
第十三章 非結核性的脊椎病症	153
脊柱後凸	153
圓背	153
青年期脊柱後凸症或休門氏病	155
老年脊柱後凸症	156
脊柱腫瘤	156
癌	156
肉瘤	157
脊椎骨髓炎	158
脊椎梅毒症	158
脊椎脫位症	159
椎體骨軟骨炎或加爾費氏病	160
戈末爾氏病	160
脊椎畸形性關節炎	161
腰骶段的病症和坐骨神經痛	163
椎間盤之損害及其所引起之坐骨神經痛	167
脊椎的先天性畸形	168
脊柱裂	168
第五腰椎骶化症	169
多餘腰椎體	170
第十四章 脊柱側凸症	171

脊柱側凸症的類型	173
姿勢性或能動性脊柱側凸症	173
構造性或固定性脊柱側凸症	174
先天性脊柱側凸症	180
麻痹性脊柱側凸症	180
截癱性脊柱側凸症	182
坐骨神經性脊柱側凸症	182
第十五章 後天性畸形	185
都必聰氏攣縮症	185
產傷癱瘓	187
損傷性骨化肌炎	191
浮克曼氏缺血性攣縮症	194
斜頸	198
痙攣性斜頸	201
第十六章 足病	203
足之靜止性畸形	205
外翻足	205
平跹足和足勞損	206
先天性平跹足	208
後天性平跹足	209
能動性平跹足	210
纖維性強直性平跹足	211
骨性平跹足	211
痙攣性平跹足	211
踇外翻症	214
踇強硬症	219
鉤狀趾症	220
趾痛症或毛登氏病	221
爪形足症	223
戈勒爾氏病	227
行軍足症或行軍骨折	229
嵌甲症	231
痛跟症和骨刺	232

第十七章 急性脊髓前灰白質炎	235
髖關節屈曲攣縮	241
膝關節屈曲攣縮	242
膝關節過度直伸	242
下肢增長術	243
足麻痺性畸形	245
上肢帶麻痺	248
腹肌麻痺	248
臀部麻痺	249
脊椎之麻痺性畸形	249
第十八章 痙攣性麻痺症(小兒大腦性麻痺症)	250
類型與療法	250
偏癱	254
第十九章 周圍神經損傷	256
生理上的損害	257
結構上的損害	258
神經損傷之療法	259
神經灼痛之療法	259
新近的神經損傷	260
個別神經之損傷	267
橈神經	267
骨間背側神經	269
尺神經	270
正中神經	272
臂叢	273
大坐骨神經	275
第二十章 肌肉與肌腱之病症	278
肌腱破裂	278
網球肘	278
手指之總伸肌腱破裂	280
伸拇長肌腱破裂	281
扳機指	281
跟腱破裂	282

趾肌破裂	283
韌帶破裂	283
股四頭肌破裂	284
股直肌破裂	284
肱二頭肌長頭肌腱破裂	285
腱鞘炎	285
慢性感染性腱鞘炎	286
肌腱脫位	287
腓骨肌腱	287
彈響髖關節	288
短銳髖關節	289
半腱肌移滑	289
股二頭肌腱移滑	290
第二十一章 髖關節先天性脫位與其他關節先天性脫位	291
髖關節	291
膝關節	311
髕骨	312
肩關節	312
踝關節	312
肘關節	312
第二十二章 先天性畸形	313
馬蹄內翻足	313
趾骨內翻症	319
仰趾畸形足	320
橈尺骨上端之骨性接聯	320
頸肋	321
施伯倫奇爾氏畸形	325
梅德隆氏腕畸形	327
球棒狀手	328
第二十三章 佝僂症	329
佝僂症	329
佝僂症性脊椎後凸	333
髖內翻	333

弓形腿或膝內翻	334
膝外翻	336
第二十四章 骨的一般病症	339
畸形性骨炎或伯哲志氏病	339
軟骨發生不全症	344
成骨不全症或骨脆症	345
大理石骨症或亞伯斯氏-匈白格氏病	346
纖維性囊性骨炎	346
腎病性侏儒或腎病性佝僂症	351
肢端肥大症	351
骨質軟化症	352
軟骨發生障礙症或骨幹性續連症	353
骨髓炎	354
慢性骨髓炎	359
關節之化膿性感染	360
淋病性關節炎	363
肺炎性關節炎	365
第二十五章 骨腫瘤	367
良性腫瘤	367
外生骨疣	367
軟骨瘤	368
良性巨細胞瘤	369
惡性腫瘤	371
成骨肉瘤	371
攸音氏瘤	374
多性骨髓瘤	375
轉移性惡性腫瘤	377
附 中外文人名對照表	379

第一章 矯形外科學

引 言

矯形外科學這個名詞比較確切的定義是：運動系統的外科學，包括四肢、關節和脊柱的損傷、疾病和畸形，和其治療方法。按矯形外科學^①在原文是由兩個希臘字「直」^②與「孩童」^③併合而成；所以矯形外科學最基本的職責是在於防止並矯正幼年時期的畸形。但目前的範圍已逐漸擴大，把一切急性和慢性關節病症、骨折和脫位等都包括在內，因為它們都有產生畸形的可能。今後的進展除在治療期中去避免畸形外，亦要注意到可能由生長而發生的畸形。

既然矯形外科學是着重於個體的發育，所以我們必須在不妨礙發育的原則下進行較保守的治療。雖然根治手術的結果有時相當驚人，但在兒童期，骨的大手術必然妨礙骨的生長，因此保守療法應視為治療的基本方針。明知保守療法並不能防止畸形的復發，但仍應保守，而一切必要的手術，需待發育比較成熟時方可施行。

醫學的各門各科之間自有其不可分離的聯繫性。若各自為政，必然失敗。例如「腰下部疼痛」就是一個顯著的例子。這類疼痛並不能視為一種疾病，而僅能視作某些病或機械性病廢的徵狀。它可能發生於子宮後傾症、子宮內膜炎或其他婦科病症；亦可由腎病或脊柱病症而發生；又可由軀幹的不良姿態，過度的脊柱前凸，及兩足的外翻與外展等情形而發生。另一個例子是風濕樣關節炎的治療：矯形及增進關節機能，雖屬於矯形外科的範圍，但關於剷除該病的病因，尚有賴於生物學家，病理學家和內科醫師等的協助。以上兩例說明了對許多病症的治療，各科間的相互合作是很重要的。

病體檢查法

由於我們所接觸的病人多半是孩童，所以檢查的手法務必力

① Orthopaedics. ② Orthos. ③ Pedion.

求輕柔。若檢查時使孩童驚懼以致哭叫，則全身肌肉勢必痙攣，即使正常的關節亦將減少或消失它的活動力，而檢查的結果將一無所獲。同時檢查一個關節必須要有一定的次序，一切自動或被動的活動範圍均須予以記錄。尋常是先檢查自動性活動；病人若是孩童，這亦許要費相當長的時間才能獲得活動的真實範圍，然後再測驗被動性活動。但有一點必須注意，即不宜將受檢查的肢體握得太緊，否則病人——尤其是孩童——將發生本能的反抗而抑制關節的活動。相反地，若手法輕柔，則能獲得孩童的信心而檢查的結果也一定準確。

檢查下肢時，最好在偃臥及直立兩種姿勢下進行，因為這兩個檢查法所得的結果可截然不同。檢查脊柱和下肢尚須進行於行走時的觀察。檢查時務使脊柱和下肢完全赤裸。這樣，即使骨盆有輕微傾斜，脊柱有輕微彎曲，均可畢露無遺。單憑臥式檢查此類畸形很難察覺。故不同的檢查法須同時應用，方可得到準確而又完全的診斷。

測量 肢體的測量是非常重要的，但必須按照一定的規則進行，才能得到正確結果。如下肢的測量乃自髌前上棘起量至內踝的尖端止。測量時須視兩下肢是否在對稱的地位。若一枝內收而另一枝外展，則前者的距離必較後者為短。

自髌前上棘至內踝的長度稱之為真性長度。自臍至內踝稱為表面長度。若髋關節已強硬，則後法的測量結果大有出入。強硬發生於內收狀態時，患側的骨盆勢必向上傾斜，以保持下肢與軀體之正常關係，如此則患側的相對長度減短而健側的反而見長。反之，若髋關節強硬於外展位時，則患側的相對長度增加而健側的反見縮短。

是以在檢查之前必須將骨盆放正。若因關節強硬而不能放正時，則可以從真性長度與表面長度的差別來表明骨盆的傾斜程度。

其他部分的測量法亦可依據上述的規則而進行。骨骼上的構造均可用作檢查時的固定點，惟兩側肢體與軀幹所成的角度必須相同。例如：上肢的長度是從肩峯的尖端起，量至肱骨外踝止。

若上臂內收，則其距離將較外展時為長。

運動 檢查可疑的關節時應先檢查自動性的運動，再查被動性的運動。先囑病人在他的可能範圍內運動他的患病關節。例如：在檢查脊柱時，應囑病人在偃臥及直立的姿態下自動的進行前屈、後屈、側斜及旋轉等動作。若自動性的運動正常，則無須探測被動性的運動。僅在自動性運動受到限制時，檢查被動性的運動方才有用。

若運動有限制時，必須記錄其與正常相差的正確度數。同時必須注意它的梗阻原因：是否因關節內或關節周圍的病變而引起的。若係骨質梗阻，則其運動的消失是突然的，並且是完全的，即使用力也不可能增進運動的度數。若係纖維黏連所致，則與上述的性質迥然不同，多用力仍可增進它的運動範圍，但伴有疼痛，若加以急驟牽動，則防衛性的肌肉痙攣立即產生。

觸診 若無細心的觸診檢查不能算完全。用觸診可察覺觸痛點及其面積，腫塊的堅度，及骨折中的擦音與異常的隆凸。對關節鄰近組織情形的鑑別，觸診亦有價值。例如在結核性關節炎，關節周圍的浸潤給予一種柔軟的感覺，這在鑑別診斷上是非常有價值的。骨關節炎亦可由運動時所產生的粗擦聲來診斷之。

檢查時儘可能置手於整個關節上。若此常規能應用於每一病例，則許多非常困難的診斷都可以迎刃而解。例如肌腱在骨隆凸上的滑動，關節內部變位所產生的響聲，以及關節面或滑膜面的粗糙磨擦聲等都非用觸診來檢查不可。

視診 檢查關節時必須將其全部暴露以觀察其運動。此法之優點甚多。例如頸椎再發性變位，腓骨肌腱的滑動，臀大肌在大粗隆上的滑動等都可以用視診獲得診斷。

放射線攝影圖檢查 缺少這一步驟檢查不能算完全。有許多骨病及損傷可單憑放射線檢查得到診斷。但必需記着這不過是檢查法之一種而決不能用以代替其他檢查法；它祇不過用以證明或反證臨床的診斷而已。

第二章 夾架與器械

本書內將時常提及矯形學上習見的夾架與器械。為避免重複起見，特選下面數種最簡單最有用的作簡要說明（另有許多器械不贅述）。

妥馬斯氏夾架^① 戰時外科的經驗指示給醫界「妥馬斯氏夾架」的優點甚多（圖1）。經多次的修改後，才造成現在的形式。它主要的部分是兩根圓形鐵竿，上端與一腰圓形的鐵圈相連，下端成W字形作為固定牽引之用。

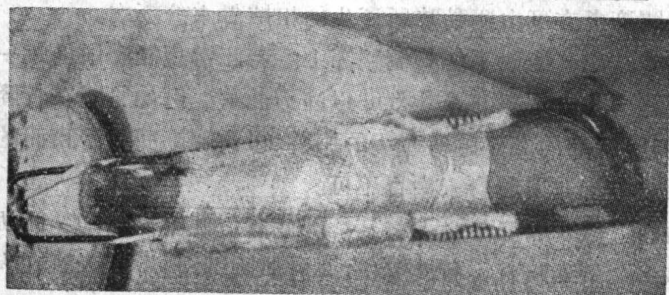
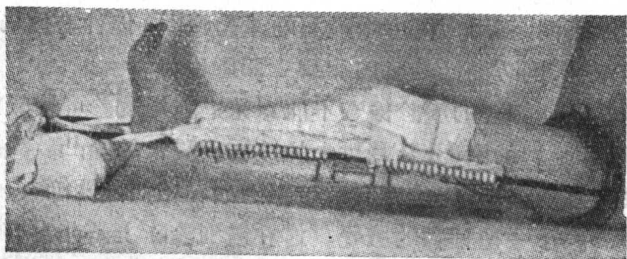


圖1 妥馬斯氏夾架

關於該夾架的構造有些要點必需申述。夾架需用堅不可屈的硬鐵而非鋼製成，因後者經壓力後易變形，不能達到固定目的。竿的粗細須視夾架的大小而定，普通常在 $\frac{1}{4}$ 和 $\frac{3}{8}$ 吋之間。鐵圈為腰

^① Thomas Bed Knee Splint.

圓形，兩側鐵竿將圈等分爲二。圈內方與內側鐵竿成 120° 角，而外方與外側鐵竿間的角度需視夾架的大小而定。兩竿向下伸展，其間的距離愈來愈小。下端間的寬度約等於上端間的 $\frac{2}{3}$ 。鐵圈乃用以抵住坐骨結節作爲反牽引，故須包以毛氈，外加綳皮，尤其在邊緣的內後側要特別加厚，以免坐骨結節受到鐵圈的直接壓力。

在治療下肢骨折與膝關節發炎或其他病症時，此夾架有不可思議的價值。基本的原理是在把受損的、或發炎的組織予以完全的固定。其法可用膠布貼於下肢的皮膚上，用力牽引。到盡度時將膠布縛於下端的W形架上，這樣，就可以把下肢完全固定。經固定後，肌肉的反射性痙攣即消失。若牽引漸鬆，則需再予抽緊以維持固定的作用，直到肢體得到適合的位置爲止。另有一夾架雖不屬於妥馬斯氏夾架，但對固定作用非常重要。此乃一直形的金屬後側夾架，其長度自大腿上部起至離外踝以上三吋處止，懸掛在妥馬斯氏架鐵竿之間。懸掛的高度至少要使肢體的 $\frac{2}{3}$ 在側竿以上。在膝下置一塊羊毛墊，使膝關節有 $5-10^\circ$ 的微屈，以防它發生畸形或強硬。

用妥馬斯氏夾架時，「牽伸」與「固定」全賴皮膚牽引，而「反牽引」則須靠鐵圈抵住在坐骨結節上。若夾架太大，則鐵圈將滑到會陰部或肛門處，反而不能固定。若圈的大小恰當，則圈的內後側可緊貼在坐骨結節上。該處皮膚對壓力的刺激無庸擔心，祇須簡單的護理已經足夠。最初每隔數小時用酒精輕擦，待乾後，抹粉少許。以後護理相隔的時間可逐漸延長。

改良式妥馬斯氏夾架^① 這是從妥馬斯氏夾架演變而來的（圖2）。夾架上端的構造與原來的相同，而在中上部另裝兩根鐵竿，用棘齒輪與原來的側竿相連。在裝置時可視膝關節部位的高低和所需的角度的調節此附架的高低和角度。

此架可用以矯正膝的半脫位。此項病變常見於膝關節的長久纖維性強硬症中。在此情況下，若僅致力於畸形的矯正而忽略脛骨之變位，則半脫位將有增無減。應用此夾後可逐漸將脛骨頭部

① Two-ended Bed Knee Splint.

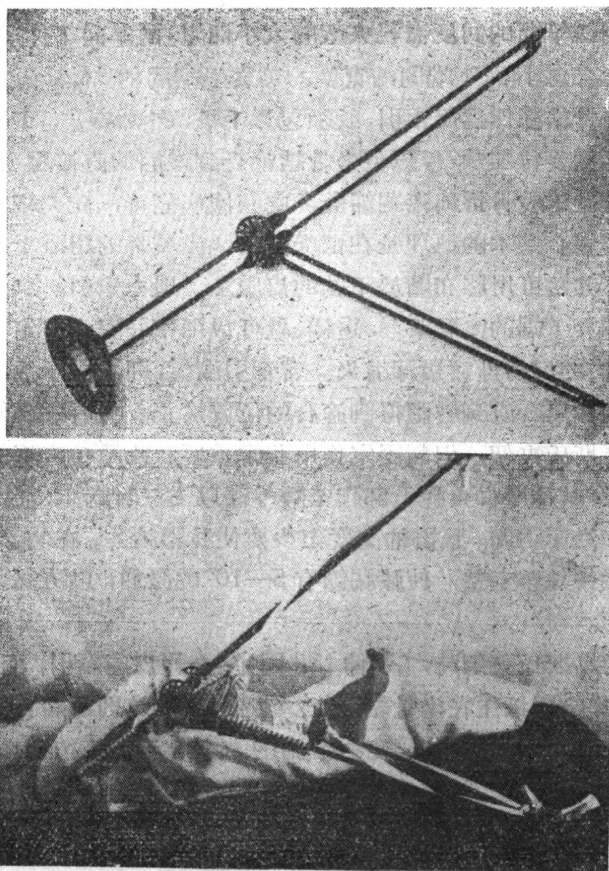


圖 2 改良式妥馬斯氏夾架

向前牽拉以達復位，同時屈度亦可隨之變更。應用法可參閱圖 2。

規形夾架^① 此架普通用於股、膝及小腿的損傷與疾病等行動治療。夾架的構造與妥馬斯氏夾架類似，但加以某些改良，使行動時較為舒適與便利(圖 3)。其側竿與鐵圈的質料與妥馬斯氏夾架相同。主要的變更在於鐵圈的構造。與妥馬斯氏夾架相比：上端的鐵圈不是腰圓形；圈的後部扁平，兩側側竿腳接於圓周中心點

① Caliper Splint.

的後側；同時圈後部在內側及內側側竿之後要向下低沉五度。這些改良使夾架穿用適宜，在起立時僅在坐骨結節上受到壓力。兩側側竿的下端互不相連，在靴跟下一吋處彎成直角，留 $1\frac{1}{2}$ —2 吋長，斜穿於靴跟之鐵管內。

爲孩童用的兩側側竿必須可以放長，以備孩童長大時將其放長，如此每一夾架可穿用兩、三年之久。靴跟內的金屬管最好由銅製成。內側管眼應較外側者退後 $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ 吋。兩側管眼與靴跟所成的傾斜角度須視每一病人所需外旋之多寡而定。

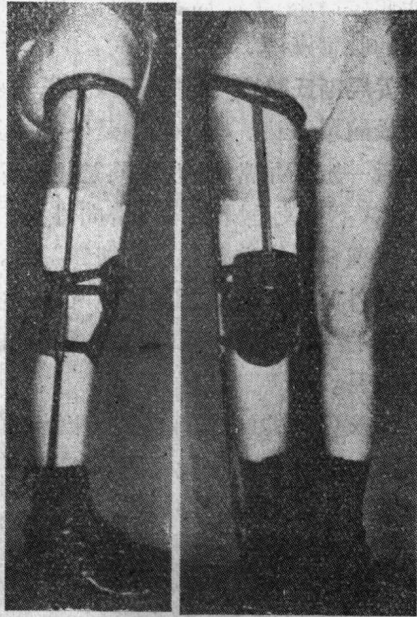


圖 3 行動規形夾架

在膝後兩竿之間置一條四吋闊的皮帶用以保持膝的微屈。在下端以上四吋處再置一狹窄皮帶。膝前可加一墊或用繃帶包紮以控制關節的活動及屈曲。

在開始起床行走時，最好用皮底布靴，如此靴面柔軟而靴跟堅實，病人可繼續穿用。爲避免後跟處發生壓痛點，每日至少脫靴一次。洗淨後擦以酒精，乾後再擦粉少許。於護理時必須保持患部的固定。

在特殊情況下，規形夾架可略加變更，如膝關節腫厚時，可將側竿向側彎屈，勿令壓於關節上。

若穿用的時間相當長（尤其是成人），坐骨處的經常壓力將使病人感到不適或皮膚受到刺激。補救辦法可用平常義肢用的那種皮套來代替鐵圈，使壓力分散至股上部及坐骨等較廣區域。