

中華人民共和國衛生部
衛生教材編審委員會審定
醫士、公衛醫士學校教學參考書

外科學及野戰外科學

人民衛生出版社

外科學及野戰外科學

編著者	張 查 理
	張 金 哲
審查者	吳 英 愷
	陳 景 雲

人 民 衛 生 出 版 社

一 九 五 五 年 • 北 京

外科學及野戰外科學

書號：1133 開本：850×1168 毫米 1/32 印張：11 $\frac{11}{16}$ 字數：290 千字

張查理 張金哲 編 著

吳英愷 陳景雲 審 查

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 •

上海藝文書局印刷廠印刷 • 新華書店發行

1953 年 9 月第 1 版—第 1 次印刷 1955 年 12 月第 3 版—第 8 次印刷

印數：52,201—53,700

(上海版) 定價：(7)1.46 元

說 明

本會過去所審定的一批中級衛生教材，因出書在先，多未能符合新教學計劃和蘇聯教學大綱，不便再作教材使用。不過它們的具體內容，有些還值得我們參考，故現以教學參考書出版供應。俟我國教學大綱頒布後，再按教材方向，甄別修訂。

衛生部衛生教材編審委員會

一九五五年十一月

目 錄

第一篇 外科總論

第 一 章	引言	1
第 二 章	外科疾病的病原與病理特點	4
第 三 章	發病學療法——封閉療法、睡眠療法及組織療法···7 奴佛卡因封閉療法——睡眠療法——組織療法	
第 四 章	感染概論	16
第 五 章	急性外科感染(化膿性感染).....19 蜂窩織炎——急性膿腫——毒血症——敗血症和菌血症—— 膿血症	
第 六 章	慢性外科感染.....23 慢性感染——結核病——寒性膿腫——結核膿瘍(竇道)—— 放線菌病	
第 七 章	特原性感染.....27 破傷風——氣性壞疽	
第 八 章	潰瘍與壞疽.....29 潰瘍——壞疽——壞疽的類別	
第 九 章	創傷外科概論	33
第 十 章	急救原則.....35 一般原則——檢查——救治——搬運	
第 十 一 章	包傷和止血.....37 包傷——止血	
第 十 二 章	夾板的固定.....43 骨、關節傷的現象——夾板、副木——固定骨折的要點——個 別骨折的固定	
第 十 三 章	傷口的處理.....50 閉合性創傷——開放性創傷	

第十四章 特殊創傷(戰傷及其他).....	54
工礦創傷特點——槍彈炸彈傷(火器傷)——爆震傷——毒氣傷(化學兵器傷)	
第十五章 異物.....	58
第十六章 休克和輸血.....	60
休克——輸血	
第十七章 窒息與人工呼吸.....	66
人工呼吸——死的徵象——淹死——熏死——吊死——勒死	
第十八章 燒傷、燙傷.....	70
第十九章 電傷、凍傷、咬傷和螫傷.....	73
電傷——凍傷——咬傷和螫傷	
第二十章 腫瘤.....	76
常見的良性瘤——常見的惡性瘤——畸胎瘤——囊腫	
第二十一章 皮膚與皮下疾病.....	81
雞眼——瘰癧——癰	
第二十二章 淋巴系疾患.....	84
急性淋巴管炎——淋巴管梗阻——急性淋巴結炎——慢性淋巴結炎——淋巴腺瘤(何杰金氏病)——淋巴肉瘤——續發性癌	
第二十三章 血管的傷病.....	87
動脈創傷——動脈瘤——動靜脈瘡或瘻管——栓塞——靜脈炎——靜脈曲張	
第二十四章 神經的傷病.....	90
神經損傷——神經炎——神經纖維瘤——常見的神經癱瘓(麻痺)——灼性神經痛——戰壕足及水浸足(浸漬足)	
第二十五章 骨折.....	98
骨傷總說——常見的骨折	
第二十六章 關節脫位.....	117
脫位——常見的關節脫位	
第二十七章 骨病.....	123
骨病概論——結核性骨病——其他骨病——骨瘤	

第二十八章 關節病129

關節強硬時適用的位置——關節強硬(強直)——開放性關節傷——急性滑膜炎——慢性滑膜炎——急性化膿性關節炎——特殊性急性關節炎——結核性關節炎——畸形性關節炎

第二十九章 肌、腱、粘液囊與韌帶的傷病138

韌鞘——粘液囊——韌帶損傷

第三十章 手的傷病141

甲溝炎——指髓膿腫與指端淋巴管炎——化膿性韌鞘炎——掌筋膜間隙感染

第三十一章 畸形147

嬰兒癱瘓(麻痺)或脊髓灰白質炎——頸畸形——脊柱畸形——上肢畸形——下肢畸形——足畸形

第三十二章 矯形手術與截斷術151

矯形手術——截斷術

第三十三章 成形手術與植皮術154

成形手術——植皮術

第二篇 外科各論

第三十四章 頭腦傷病158

頭皮蓋損傷——頭骨損傷——大腦損傷

第三十五章 脊柱與脊髓傷病165

腰下部痛——脊柱與脊髓損傷——脊柱裂——脊椎結核症

第三十六章 面頰傷病170

面部創傷——下頷骨折——裂唇——裂脣——唇癌——戰壕口(奮森氏咽峽炎)——口頰壞疽(走馬疳)——齒槽囊腫——齦瘤——頷骨急性骨髓炎——頷骨慢性骨髓炎——舌下囊腫——舌繫帶短——慢性淺舌炎或白斑舌炎——舌淋巴管瘤及血管瘤——舌癌——急性化膿性腮腺炎——頷下腺結石——涎腺混合瘤——涎腺癌

第三十七章 頸的傷病177

刎頸——氣管切開術——盧德維氏頸炎(咽峽炎)——結核性頸淋巴結炎——頸淋巴結惡性瘤——甲狀腺舌管囊腫與瘻管——甲狀腺腫——青春期甲狀腺腫——地方性甲狀腺腫——突眼性甲狀腺腫(甲狀腺毒症)	
第三十八章 乳房與胸壁、胸膜的傷病	181
乳房病症——胸壁的傷——胸壁的病	
第三十九章 胸內器官的傷病	187
肺與支氣管的傷病——肺結核的外科療法——縱隔瘤和囊腫——心與心包的傷病——食管病	
第四十章 臍病和疝	191
臍病——疝	
第四十一章 腹膜的病症	197
急性腹膜炎——特型急性腹膜炎——結核性腹膜炎——急性及結核性腸系膜淋巴結增大——腹膜後腫瘤	
第四十二章 胃腸的傷病	202
第四十三章 腸梗阻	209
急性癱瘓性腸梗阻(無力性腸塞夜痛)——急性機械性腸梗阻——束帶絞窄與絞窄性內疝——腸套疊——腸扭結——胆石、膽石或蛔蟲團梗阻——慢性腸梗阻	
第四十四章 闌尾炎	218
急性闌尾炎——復發性闌尾炎——慢性闌尾炎	
第四十五章 直腸與肛門的傷病	226
畸形——骶尾瘤——直腸外傷——直腸內的異物——肛門裂——肛門周圍膿腫——坐骨直腸窩膿腫——肛門瘻管——直腸狹窄——外痔——內痔——直腸脫垂——直腸癌	
第四十六章 肝、胆、胰、脾的傷病	233
肝——膽囊和膽管——胰腺——脾	
第四十七章 泌尿系統的傷病	237
腎——膀胱——尿道——導尿	
第四十八章 男性生殖器官的傷病	246
前列腺——陰莖——陰囊——精索與辜丸鞘膜——辜丸與	

附舉

第三篇 外科基本技術

第四十九章 查體記錄	254
查體的綱要——病歷的記錄——檢查的記錄	
第五十章 滅菌	259
機械的清除——熱力消毒法——藥力消毒法——無菌觀念	
第五十一章 更換敷料	263
第五十二章 包紮	267
三角巾——綑帶——四頭帶——多頭帶——丁字帶	
第五十三章 局部麻醉術	282
第五十四章 部位麻醉術(區域麻醉術)	285
第五十五章 脊髓麻醉術	287
第五十六章 全身麻醉術(包括靜脈麻醉術)	289
吸入麻醉術——靜脈注射麻醉術	
第五十七章 手術的準備	294
傷員病人的準備——手術室的準備——敷料及布類的準備——器械的準備——手術者和助手們的準備——手術區的準備	
第五十八章 手術的基本操作	301
第五十九章 手術後的處理	310
手術後的醫囑——手術後的護理——手術後早期活動——手術後併發症	

第四篇 野戰外科原則

第六十章 野戰外科之特點與階梯治療之原則	315
野戰外科工作之特點——階梯治療之概念——肯定治療工作的分段——出院處理——地方野戰外科組織	
第六十一章 戰地救護工作	320
一般戰傷傷口之包傷——特種戰傷之救護及預防——掩蔽與	

後送——連隊衛生教育與互救組織

第六十二章 大量收容與集體計劃治療324

集體治療計劃之原則——計劃治療之具體進行步驟——治療
預核制——集體治療與技術總結——併發症及其他專科合併
症之處理

第六十三章 搶救重傷——一般重傷原則328

休克——大出血——脫水、營養不良及貧血——嚴重感
染——高燒與疼痛

第六十四章 搶救重傷——特殊重傷332

破傷風——廣泛燒傷——頭部傷急性病變——胸部傷急性病
變——腹部傷急性病變——關節傷之急性感染——截癱

第六十五章 突擊輕傷——一般原則336

前綫輕傷之突擊——遺留小傷口之突擊

第六十六章 突擊輕傷——技術介紹340

植皮——再截肢——異物摘除

第六十七章 慢性傷口之治療343

腦芽——慢性膿胸——糞瘻——尿瘻——慢性骨髓炎——凍
傷——褥瘡

第六十八章 畸形的矯正與功能運動347

畸形接合問題——關節強直及神經麻痺——功能運動——成
形外科工作

第六十九章 病房組織與管理351

軍醫掌握與三級負責制度——專業分工與杜絕醫療事故——
休養員之組織——輕重病房的劃分——重病護理及手術前後
之睡眠療法——輕傷員之文娛活動與學習組織——醫療保護
制度——野戰外科工作制度的不斷改進

附 錄 外科急症實習提綱355

第一篇 外科總論

第一章 引 言

重點：我國在外科史上的地位。蘇聯在外科學上的偉大貢獻。外科工作者的任務與工作方向。外科工作的基本條件。

一般人對外科的誤解很多，以為生在皮外或四肢的疾病叫做外科疾病，而體腔以內的疾病叫做內科疾病。事實上這是不對的，皮外的病是皮膚病，屬於內科系統，而急性腹痛却常常是外科病。一般來說，用手術治療是屬於外科的。但也不盡然，因為有些外科病也不一定需要手術治療。例如癰、癤一類的化膿感染，可以用藥物和其他方法治癒，不需手術，相反的單獨施行手術也不能治癒一切的外科病，甚至增加它們的危險。但這一類疾病是隨時急須手術處理的，所以仍然算是外科病。如果將來非手術療法可以完全代替手術療法，則癰、癤也會和肺炎一樣的成為內科疾病了。總之內科外科統是為了治療病人，只是治療方式不同而已。

外科的發展與任務 外科是醫學的最早一科，遠在由猿變人的時代，就知道用水洗傷口和包紮。黃帝內經對針灸已有詳細的記載，遠在二千多年以前。針灸可以代表手術治療的一種形式。後漢書載華佗（公元 112—212）與人服麻沸散，麻醉後而割除疾病，已有現代外科之雛形，亦為近二千年前的事。惜其法不傳，以後未能繼續發展。西洋現代外科之迅速發展只為現代麻醉術發明以後的事（1846 年乙醚麻醉及 1867 年滅菌法成功之後），至今不過一百餘年，而主要之進步亦僅近數十年之事。

自從巴甫洛夫的條件反射學說問世之後，醫學有着革命性的

進步。維什涅夫斯基(蘇聯外科學家)和其他專家們把巴甫洛夫學說發展到臨床外科上去,發明了奴佛卡因(普魯卡因)封閉療法和匈牙利浸潤麻醉法等,幾乎解決了外科感染問題的全部和不少的其他外科問題。使外科在革命中大步的邁進。這只不過是近數年的奇跡,正待我們努力學習和不斷的發展。

衛生工作的四大原則之一,是要貫徹「預防為主」。目前在帝國主義者瘋狂的侵略浪滔中,外科重點工作自然是以戰傷的防治為主。工礦創傷的防治,在祖國的偉大工業建設時代,自然也必須大步提高,方能保證國家過渡時期的總任務的實現。

外科的生理基礎 隨着醫學科學的發展,外科學已由比較簡單的解剖學的操作而走入比較複雜的生理學的研究。[現代外科的生理基礎] 爲一九五五年一月召開的蘇聯外科學會第二十六屆全蘇會議的三個主要內容之一。總結中指出:巴甫洛夫的整體論,即一切生理與病理狀態均經神經反射影響着大腦皮層,再由大腦皮層影響全身的觀念,已肯定地成爲現代醫學科學發展的最重要的理論基礎。並且着重指出:只有在創造性地應用巴甫洛夫的生理學說的基礎上,蘇聯外科才有發展的可能。我們向蘇聯學習,自然也要把巴甫洛夫的整體論,看成爲發展我國外科科學的重要基礎。

外科的預防工作 是過去資本主義社會中所忽略的。戰傷的預防,基本上應該由消滅戰爭作起,這當然不是單純外科的工作,但是在不可避免的戰爭中避免嚴重的損傷,和損傷後避免死亡和殘廢,正和工礦中避免事故損傷一樣的爲外科預防工作的新方向。

外科的分科 一般醫院將外科分爲很多專科,依各種疾病治療的基本技術的不同而分工,以達到專而精的目的。有的醫院依照系統分爲基礎外科、骨科(矯形外科)、泌尿科等。基礎外科包括很廣,又可分出腦系外科、胸部外科、腹部外科、心臟血管外科、癌科、成形外科、小兒外科等各專科;有的醫院分科則依部位而分爲頭部外科、胸部外科、腹部外科、四肢外科與五官科等。其中各分科未必都是必要而合理的。此外亦有將婦產科、眼科、耳鼻喉科、牙科及口腔外科均屬於外科系統的。麻醉科從前是附屬於外科,近來也隨工作的需要,而發展成爲獨立科,並擴大工作範圍增加了復甦科或急救科。爲了面對廣

大的工人羣衆，更有設立創傷外科，包括急救復甦，各部位創傷處理及最後階段之矯形與成形工作等。野戰外科的工作性質與創傷外科相似，不過因戰爭時任務的特殊性，尤其需要特殊之組織與工作方法，所以更成爲一專門而具獨立性之科目，不屬於一般醫院工作。

外科手術 外科手術是在無菌條件下切開組織，其目的在：
1. 救命，2. 止痛，3. 恢復功能。

切開組織本身，就是破壞和損傷人體，也就是製造疾病（創傷），所以必須有明確的目的和絕對的價值。上述三條，原則上應該全面照顧，但條件不可能時，則須以上述次序爲重點，即先救命，次止痛，而後恢復功能。例如對氣性壞疽病人之施行截肢術，則雖喪失了功能，但是救了性命。

手術性質以破壞性者居多，如：切開引流，瘤的切除，截肢，胃腸截除，闌尾截除等不勝枚舉。成形科及矯形科（骨科）手術，如：脣裂的縫合，畸形的矯正以及基礎外科的胃腸吻合術等都是「就地取材」的一種改造性手術。目前如儲藏的角膜移植、儲藏的骨移植、神經移植和血管移植等可稱爲外科手術發展的新方向，而達到建設性手術之目的。

外科工作的基本條件 1. 無菌技術，就是保持切開的組織（暴露的皮下各組織）絕對不被直接或間接的沾染，必須建立「無菌觀念」，使這些技術經過訓練後成爲習慣。2. 麻醉技術。3. 手術技術，須賴個人的技術修養。4. 手術組的合作，尤須每個人均有高度的責任心與服務觀點，再經過合作的訓練，才能使得手術成功。所以手術的成功是集體的成就，並不是手術者個人的英雄事蹟。

一個外科醫師除了具備上述條件之外，尤須和其他科醫師一樣能够診斷精確和治療全面，並且必須基於人類同情心和革命人道主義，不可視病人爲實驗對象；也必須和其他科學家一樣，要有明確的政治立場，否則他手中的刀是會殺人而無形跡的。

復習提綱

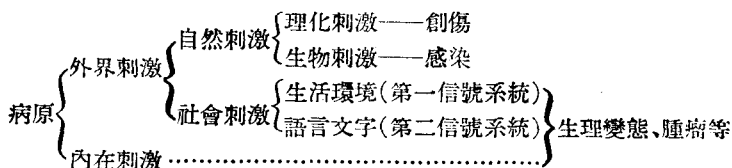
1. 手術的目的是什麼？
2. 蘇聯在外科學上有什麼偉大的貢獻？

第二章 外科疾病的病原與病理特點

重點：外科疾病的病理特點——局限化的破壞。傷口癒合的兩個方式與促進癒合的方法。瘢痕的預防方法。

外科疾病的定義 凡是器官或生理系統的功能障礙，全部或一部須用手技(手法)或手術治療者均屬外科疾病類。

外科疾病的原因 外科疾病的原因與其他科疾病一樣，只是在形式上有差別而已。現將一切疾病的原因列表如下：



由上表可以將外科疾病依其病原分為三類進行討論。

1. 理化刺激類：包括一般的創傷、燒傷、化學灼傷及其他外界自然能的損傷，幾乎全部為外科疾病。

2. 生物刺激類：包括細菌、寄生蟲和少數病毒及其他生物侵入人體引起的感染，大部為外科疾病。

3. 生理變態類：臨床上無明顯之直接外力損害，包括先天畸形、瘤腫和大部分血管、神經系統及內分泌失調等症。這一類疾病，多未能得到進一步瞭解，外科治療對之亦常無肯定的方法。

外科疾病的病理 外科疾病的病理多屬於局限化的組織反應與破壞，也正因為局限性才正適宜手技與手術治療。局部受損害後，發生病理反應，如充血、滲出、白血球的浸潤和纖維增生，就叫作發炎。破壞和增生作用是同時進行的，破壞高於增生，則中心壞死繼續向外展開破壞，就叫作蔓延。如果增生高於破壞，則周圍的纖維增生造成堅壁，阻止蔓延就叫作局限。中心破壞之組織被排出

體外或吸收而填以新生組織就叫作復原。

傷口與癒合 凡是表皮失去連續就叫作傷口；再生長而連續於一起，就叫作癒合。癒合必須由受傷的組織從新生長，填滿傷口，這種組織的生長，就叫作再生。

癒合有兩種形式：1. 初期癒合；2. 二期癒合。初期癒合是縫合傷口的癒合，每層組織均密切接觸，因組織的再生而癒合。二期癒合指開放傷口，每層組織均不接觸，中間的空隙為肉芽組織填補，同時再生表皮，覆蓋在肉芽創面上而癒合。填補的肉芽組織隨時纖維化，加上外面覆蓋的表皮（不是皮膚）就叫作瘢痕。初期癒合的瘢痕很小或可說沒有瘢痕，二期癒合必定結癍。

營養與癒合 癒合全靠再生，自然是受神經系統的支配。營養豐富能給再生以有利的條件。一般貧血或衰弱病人的癒合都不好。在營養方面，尤其是缺乏蛋白質和維生素丙，最能影響癒合。除營養因素外如惡性瘤、局部感染或異物刺激等，均能影響神經系統的功能，從而阻撓了傷口的癒合。

近年來在臨床上主要是以高蛋白和高維生素丙營養飲食以促進外科傷口的癒合。慢性創口的癒合比較複雜，創口周圍纖維組織太多，局部血循環不足，所以採用發病學療法如封閉療法或組織療法頗能奏效（參考第三章）。

癍痕(疤)的預防方法 癍痕是外科很重要的問題。手術後不能無癍痕，而癍痕的害處又很多：如有礙伸縮功能，發生癍痕疙瘩（蟹足腫）與有礙美觀等。癍痕的預防方法當以爭取初期癒合為主。縫合時應盡量使各層組織密切接觸、整齊，縫綫宜早拆除，預防傷口感染、出血或裂開。這樣可以得到最小的癍痕。關於妨礙伸縮的部位，應注意使切口避開功能的方向（如在關節處的切口宜循橫行的方向）。癍痕疙瘩是一種特別大的癍痕，發生的原因現在尚不明瞭，多半是個別病人或個別創傷的特殊反應（如凝固汽油彈的燒傷等），針孔大的創口可以長成巨大肥厚的像蟹足腫樣的癍痕。不但有礙美觀，妨礙運動，而且常常發癢、潰爛。對有發生癍痕疙瘩歷史

的病人，在任何大小手術後均應立刻用X綫照射，加以預防。凡廣大傷口不可能得到初期癒合的，皆可考慮二期縫合或植皮，以預防大的瘢痕。

復習提綱

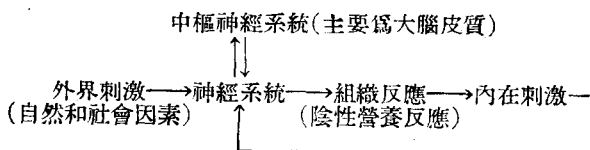
1. 爲什麼局限化的破壞才適宜手術治療？
2. 怎樣促進傷口的癒合？

第三章 發病學療法——封閉療法、 睡眠療法及組織療法

重點：發病學療法的原理。奴佛卡因封閉療法技術——腰封、頸封、肌膜封。睡眠療法的效用與操作方法。組織療法的機轉、準備、用法及其反應。

發病學療法是根據以蘇聯偉大生理學家巴甫洛夫高級神經活動學說為基礎的神經病理學說而發展的。

發病學療法理論機轉 在未討論發病學療法以前，首先需要瞭解神經病理學說的基本知識，就是說疾病發生的機轉是由於病原（外界刺激主要的是病菌）在身體內第一影響了大腦皮質的生理，第二因大腦高級神經中樞條件反射的關係而招致全身或局部組織的反應，亦就是所謂的病變化，這種病變化本身又是一種刺激叫做內在刺激，再刺激神經系統，因而造成發病的惡性循環，茲以下面圖表說明之（根據斯別蘭斯基）。



無論是機械的、理化的、生物的外界刺激，或者語言與文字的外界刺激，只要它們超出生理限度以外，於是就在大腦皮質造成一個興奮灶，再由大腦皮質反射下來，這個反應可能由於神經機能的傳導暫停而呈劣性反應，使組織發生陰性營養反應如腫脹、化膿、壞死、退化和變性等。這種劣性反應變為內在刺激，再來影響大腦皮質，更使反應惡化而成為病理的惡性循環。