

科學文集

(摘要)

臨床醫學部份

(1957—1958)

內部資料

3

中國人民解放軍第四軍醫大學

1959.2.



10009582

50070

目 錄

普通外科:

- 1 新生兒急性化膿性乳糜炎.....王兆民 (1)
2 胰腺假性囊腫.....巢振南 (2)

矯形外科:

- 3 化合物X對一些關節外疾病的療效.....陸裕樸 (3)
4 腓骨長短肌脫位及其處理附四例病案報告.....陸裕樸、唐農軒 (4)
5 膝關節融合術交叉固定法.....陸裕樸、石凱軍 (5)
6 關於國人股骨頸前傾角等數值的調查及其在矯形外科上的意義.....石凱軍 (6)
7 270例脊柱結核病案分析報告.....石凱軍 (6)
8 脊椎間盤突出症的診斷定位和手術療法.....陸裕樸、唐農軒、石凱軍、田 禹、邵振海 (7)
9 肱骨外科頸骨折之懸吊石膏治療.....田 禹 (8)
10 跟腱延長度的簡便計算法.....石凱軍 (9)
11 骨營養不良.....唐農軒、邵振海 (10)
12 小兒桡骨小頭半脫臼.....邵振海 (12)
13 關於克雷氏骨折治療之機貼體會.....田 禹 (13)
14 國人平足指數之測定.....唐農軒 (14)

整形外科:

- 15 西安市1956年燒傷病案調查報告及有關各項問題的討論.....汪良能 (19)
16 隆起性皮膚纖維肉瘤病案報告二例.....史煥瑛 (19)

泌尿外科:

- 17 女性激素治療前列腺肥大症的經驗介紹.....曹晨濤 (20)
18 介紹一個自制的膀胱模型.....曹晨濤、于茂生、秦爾斌 (21)
19 包皮過短之治療.....于茂生 (22)
20 陰莖角及其治療.....于茂生 (22)
21 先天性尿道狹窄症及其治療.....于茂生 (23)
22 腎血管瘤一例報告.....李希華 (23)
23 膀胱子宮內膜異位.....秦爾斌 (24)
24 往返縫針之設計及臨床應用.....于茂生 (25)
25 介紹一種膀胱閉式連續沖洗器.....李希華、魯開化 (25)
26 頭端白凹具有側孔式尿道探條.....于茂生 (27)
27 試制脫毛劑應用於動物身上成功.....曹晨濤、史慰然 (28)

胸外科:

- 利用體外循環所作的動物實驗.....蘇鴻熙、蘭崇甲、石慧良、張廣甫、王寶蘭
齊奎如、楊松波、蘇成芝 (29)

No. 1/215/25

【2】

- 29 應用體外循環直視開心室修補室間隔缺損……蘇鴻熙、蕭崇甲、李善初、鄧清
鄧維永、石慧良、張威廉、王寶蘭 (30)
- 30 在體外循環時冠狀動脈血流的存在及其重要性……蘇鴻熙、蕭崇甲、張威廉、王寶蘭
齊圭如、石慧良、鄭奕連 (31)
- 31 介紹一種簡便人工心肺的結構和應用……簡崇甲、石慧良、王寶蘭、張威廉、蘇鴻熙 (33)
- 32 心臟切開變項引流器的創制與應用……石慧良 (34)

神經外科:

- 33 急性閉合性顱腦損傷 315 例分析……胡傳宜、易聲勇、吳聲伶、董意如 (36)
- 34 48例顱內腫瘤的診斷經驗……胡傳宜、胡傳宜、尹昭炎、王美山、吳聲伶 (36)
- 35 顱內腫瘤高患者的商談：經活動的初步觀察……葉秀初 (37)
- 36 多型性膠質母細胞瘤——附病案五例……王茂山 (38)
- 37 腦囊虫病及其外科手術治療……尹昭炎 (39)
- 38 腦出血後顱內血腫的診斷問題……葉秀初、謝國雄 (40)
- 39 脊髓腫瘤25例手術病案的分析……曾廣毅、張同和、陳柏林 (40)
- 40 嬰兒腦積水的診斷和治療……賀明輝、王茂山 (41)
- 41 顱裂、脊柱裂、腦脊膜膨出……曾廣毅、李 清 (43)
- 42 血清和腦脊液的腦囊虫補結合試驗方法的初步介紹……程炳達、劉國寶、葉秀初 (44)
- 43 腦脊液檢查在神經外科的應用……李 清 (45)

婦產科:

- 44 硫酸土鈉酒精溶液應用在經手手術上的應用……華 鈺 (46)
- 45 產後出血 202 例病案分析……葉雪清 (46)
- 46 預後子宮收縮乏力產後出血的初步報告……葉雪清 (47)
- 47 陰道式輸卵管結紮術的探討……馬必晴 (48)
- 48 35例胎盤早期剝離的臨床分析……曾淑華 (49)
- 49 341 例早產並臨床分析……高 紀 (50)
- 50 尿瘻59例的綜合報導……付佑芳 (52)
- 51 卵巢巧克力囊腫一例報告……張修瑞 (53)
- 52 子宮頸上關廣氏電烙法的初步報告……陳碧雲、彭家俊 (54)
- 53 外科病誤診為婦科病10例的分析……付佑芳 (55)
- 54 滅滴明治療淋菌性陰道炎的經驗介紹……馬必晴 (56)
- 55 真菌性陰道炎的治療……侯立遠 (59)
- 56 單手上產道的惡液體……陳玉琴 (60)

內 科:

- 57 南京、西安兩地所見的心臟病病案的比較……方國修、李善初、張容容、馬挺光 (61)
- 58 巨成紅血細胞性貧血78例臨床報告……宋少章、陳希陶、崔啓文、修瑞芝 (62)
- 59 糖尿病112例臨床分析及其併發症……胡毅文、宋少章、張學雄 (64)
- 60 胆囊炎187例臨床分析……黃昌德、張學雄 (65)
- 61 敗血症33例的分析……李善初、張學仔、吳一純 (66)
- 62 急性淋巴瘡28例分析……胡盛惠 (67)
- 63 血小板減少性紫癜24例臨床分析……程昭年、楊天松、遲仲陽 (68)
- 64 西安附近部隊1494名戰士結核病感染情況初步報告……孫 斌、理 平 (69)

- 65 大葉肺炎257例臨床分析.....胡紹文、吳覺平、吳興業 (71)
- 66 肺萎縮44例分析.....孫 適、辛善初 (72)
- 67 巴塞杜氏病71例臨床分析.....修端芝、黃 平、宋少章 (73)
- 68 慢性白血病40例治療觀察.....黃 平、遲仲陽 (74)
- 69 結核性腹膜炎50例臨床分析.....馬挺光、張學庸 (76)
- 70 茶葉治癒急性及慢性細菌性痢疾54例治療報告.....林文棠、雷良鄧、李浩煥 (77)
- 71 白色肉瘤(淋巴肉瘤細胞白血病)病例報告.....吳一純、胡盛惠、陳希陶 (80)
- 72 Serpasil 引起消化道出血一例報告.....方國修 (80)
- 73 海綿竇栓塞一例報告.....黃昌霞、遲仲陽 (81)
- 74 硬皮病性心臟病——附三例報告.....馬挺光、辛善初、張學庸 (82)
- 75 輸血致溶血性睡眠性血色素尿.....南伯榮、李琪軒 (83)
- 76 胰腺結核一例報告.....程國年 (87)
- 77 空腸類癌一例報告.....程國年、張晉禧 (89)
- 78 急性紅白血病一例報告.....南伯榮、毛雪華 (92)
- 79 143 例穴位封閉治療的臨床觀察.....南伯榮、毛雪華、陳文娟 (94)
- 80 穴位封閉治療遠視症三例報告.....毛雪華、陳文娟 (95)
- 81 穴封治療急性細菌性心內膜炎所引起之腦血管阻塞兩例報告.....李雲光 (96)
- 82 D860 治療糖尿病的機會.....沈淑英 (97)
- 83 含磷毒蛇中毒16例調查分析.....盧 侃、杜萬福、賈開渡 (99)
- 84 甘露十丸丸的利尿和導下作用.....盧 納 (100)
- 85 益母草對心臟與子宮作用之研究.....盧 納、朱 翥 (102)
- 86 用南瓜子、檳榔合併治療絛蟲病的53例報告.....謝榮光、楊哲華 (104)
- 87 用錫銻合併組織療法治療日本血吸蟲病肝硬化的初步實驗報告.....錢易成、李 霖
劉 躍、辛善初 (105)

傳染科:

- 88 流行性腦脊髓膜炎.....黎漢明、林文棠、汪能平 (106)
- 89 向腎上腺皮質刺激素(AGTH)及血漿聯合治療流行性乙型腦炎初步總結.....趙允祺、楊為松、劉漢明 (107)
- 90 腦脊液丙酮體測定對診斷流行性乙型腦炎的意義.....楊為松、儲鳳鳴 (109)
- 91 阿米巴的哥染色法及其在形態上的一些探討.....朱顯征 (110)
- 92 傳染性肝炎自血皮內試驗階段小結.....趙允祺 (111)
- 93 中藥白頭翁對阿米巴原蟲在試管內以及臨床上的初步觀察.....朱顯征 (113)
- 94 軍隊中流行性腦脊髓膜炎的防治問題.....黎漢明 (117)
- 95 食物中毒調查報告.....趙允祺、劉漢明、楊為松、穆忠華、林文棠、楊鳳儀、丁振芳 (117)
- 96 流行性腮腺炎97例臨床分析.....林 鋒、楊為松 (119)
- 97 皮膚阿米巴病之診斷與治療.....趙允祺、巢振南 (120)
- 98 肝結核併發黃胆一例報告.....趙允祺、范 文 (122)
- 99 抗各種細菌皮膚炭疽一例報告.....葛維方、高德生 (123)
- 100 肺曲霉病(Aspergilliosis)兼有急性全身粟粒性結核病一例報告.....李維華 (124)
- 101 肺囊蟲皮內試驗的初步報告.....劉彥仿、晏培松 (125)
- 102 巴氏利指蟻咬人一例.....謝榮光 (125)
- 103 1957年西安地區腮腺炎病毒藥物敏感試驗.....趙祥豹、顧德鴻、卓文言 (126)

神經精神科:

- 104 耳狀神經節阻滯術治療血管病27例療效觀察.....游國雄、王尊禹 (127)
- 105 關於精神病的轉變問題的商榷.....于清漢 (127)
- 106 Strydom氏舞蹈症文獻復習和15例臨床分析.....游國雄、趙希光 (128)
- 107 反應性精神病臨床類型及治療的探討.....于清漢、王尊禹 (129)
- 108 妄想型精神分裂症52例的臨床.....于清漢、游國雄 (130)
- 109 200例精神分裂症的預後.....丁振、于清漢 (130)
- 110 西安地區躁狂抑鬱症統計的觀察.....于清漢、李松齡 (131)
- 111 青鱗空洞症23例臨床分析.....丁振、王尊禹 (132)
- 112 戰時神經症.....于清漢 (132)

小兒科:

- 113 嬰兒期的一種營養缺乏性舌炎及用維生素乙₁₂治療觀察.....歐陽崇 (135)
- 114 小兒油脂吸入性肺炎.....鄺清 (136)
- 115 新生兒肺炎的臨床診斷與X綫診斷.....陳明鈺、張秉彝、陸通健、鄧士順、袁俊英、劉天峻、李靜蓉 (137)
- 116 Van Allen氏血球體積測定計臨床應用的一些具體問題.....歐陽崇 (138)
- 117 氣驅蛔蟲的初步報告.....王瑞華 (138)
- 118 青鱗灰質炎應用氧管切開術急救治療一例報告.....劉志德 (140)
- 119 116名小兒便便細菌檢查的初步結果.....陳仁鑒 (141)

皮膚科:

- 120 西安市25個小學校的小學生之頭癬調查報告.....魏克莊、關聯舉、車乃增 (141)
- 121 某部腳癬的發生情況及對其防治的意見.....關聯舉、魏克莊 (142)
- 122 藥水浸液對致病真菌殺菌作用的再研討.....魏克莊 (143)
- 123 濕疹樣紫癍.....魏克莊 (144)
- 124 維生素B₁₂治療牛皮癬的初步觀察.....袁德豪 (145)
- 125 藜(灰菜)日光過敏性皮炎.....肖曼西、胡文仙 (147)
- 126 面皰疹.....魏克莊、關聯舉 (148)
- 127 紅汞性皮炎.....關聯舉 (148)
- 128 治療之經驗.....胡文仙 (150)
- 129 維生素乙₁₂治療天皰瘡初步觀察.....胡文仙 (151)

眼 科:

- 130 現代軍事眼科學之進展.....張顯星 (152)
- 131 角膜摺疊及角膜管埋藏術的動物試驗及臨床應用.....蔡用舒、尹素云 (153)
- 132 視力與射擊之關係.....章應華 (154)
- 133 X部除眼部多發病的調查.....章應華 (154)
- 134 101次板層角膜切除術結果之分析.....蔡用舒 (155)
- 135 正常結膜囊內細菌培養之統計與分析.....郭守一、蔡惠文 (157)
- 136 眼部腫瘤的發生率.....肖慶珊、張 端 (161)
- 137 視神經乳頭水腫與顱內減壓術關係的初步探討.....王鴻啓 (162)
- 138 磺胺藥及抗菌素對沙眼之療效.....蔡用舒 (163)

- 139 棕色瘤一病案報告及文獻復習(1946—1956).....蔡用舒 (164)
- 140 脈絡膜惡性黑色素瘤二例報告.....于純智 (165)
- 141 Diamox 對手術後脈絡膜剝離症的治療.....肖慶珊、蔡用舒 (168)
- 142 Nagel 氏異色鏡之臨床應用.....蔡惠文 (167)

耳鼻喉科:

- 143 腫瘤細胞塗片檢查診斷法在耳鼻喉科臨床上應用的初步報告.....李 琦、徐培宇、姜泗長 (170)
- 144 氣管枝氣管及食道異物.....田鍾瑞 (171)
- 145 膈部混合瘤.....劉乾初 (171)
- 146 中耳及乳突癌.....劉乾初 (172)

放射線科:

- 147 慢性食道炎.....馮國毅、黃志蘭、張靜娟 (173)
- 148 乾酪性肺炎病案報告.....郭慶林 (174)
- 149 Sweet 氏眼異物定位的臨診意義及其誤診原因的分析.....潘漁塘 (175)
- 150 先天性膀胱尿管閉鎖不全一例報告.....張靜娟、黃志蘭、馮國毅 (177)
- 151 兩側無名動脈瘤.....張靜娟、馮國毅、黃志蘭 (178)
- 152 胸部舟狀骨折32例小結.....潘漁塘 (180)
- 153 月狀骨脫位的X線診斷一例說明.....潘漁塘 (181)
- 154 范樂氏四聯症的X線征象與病理的聯系.....潘漁塘 (182)
- 155 肺動靜脈瘻一例報告.....吳小英 (183)
- 156 巨大肺大泡兩例報告.....吳小英 (183)
- 157 產婦骨質軟化症.....李培德 (185)
- 158 肋間刺經纖維瘤一例報告.....黃志蘭 (186)
- 159 人體骨骼與內臟表面標記.....朱禮耕 (186)
- 160 放射性鉭遠距離照射用16對治療食道癌的方法.....徐德門 (188)
- 161 介紹用「宮恥間徑測量器」測量子宮頸至恥骨聯合間之距離.....徐德門 (197)
- 162 如何作好小兒投照技術.....葛紹詢 (198)
- 163 計波攝影原理和投照技術.....方人同 (200)
- 164 視神經孔投照經驗介紹.....方人同 (202)
- 165 看立體的體會.....潘漁塘 (203)
- 166 眼眶外壁的投照技術.....薛玉祥 (203)
- 167 暗室與照像室的工作配合方法.....薛玉祥 (204)
- 168 鉛手套架的改進.....薛玉祥 (205)

理療科:

- 169 超高频電場和氦游子全身導入療法綜合治療76例神經性皮炎的初步報告.....郭友池、胡文仙 (205)
- 170 反射性神經障礙症及病例報告.....郭友池 (206)
- 171 熱按摩、熱按摩平穩感應電和刺激感應電療法是一種簡便有效的物理療法介紹.....郭友池、陳 琳、鄧長林 (207)
- 172 周圍神經損傷理療療效的初步觀察.....楊永輝 (207)
- 173 超短波治療時皮膚間距離問題.....楊永輝 (208)

【目次】

174 醫療體育治療痛經16例療效初步觀察.....苗麗華 (200)

檢驗科:

175 介紹一種化學分析自動吸管.....李新發、彭煥征 (210)

176 用雄蠟蝟和碘酒色素兩試驗對早期妊娠在診斷上準確性、特殊性的探討.....楊開基 (212)

177 介紹一種新的血小板稀釋液.....吳麗秋、黃利慎 (213)

178 以蛋白腈液制作比色標準用於測定血漿蛋白初步成效.....李來成、鄧月仙 (214)

179 介紹一種新的尿中蛋白定性法.....李來成 (215)

普 通 外 科

新生兒急性化膿性乳腺炎(摘要)

王兆民

(普通外科)

一、引言:

新生兒急性化膿性乳腺炎在臨床不多見，文獻中報告亦不多，我院自1957年7月遇到4例故報導如下以供參考。

二、病案介紹:

例一：患兒秦××住院號29759女性，13天西安人。於1957年7月8日因左側乳頭紅腫4天之久入院。患兒為足月順產，生後7—8天發現患兒乳房有硬塊，其母用手擠壓，擠出少許乳汁樣物，3天後發現左乳頭紅腫變硬，逐漸擴大但未破潰。無發熱或嘔吐，食慾尚好，曾注射二針青黴素，未進行其他處理。

體格檢查：體溫36.4°C，一般情況良好，週身系統檢查無特殊。左側乳頭腫大約4×4公分，皮膚呈紅紫色，發亮，未破潰。觸之較硬，表面有波動。左側腋窩淋巴腺可觸及。右側乳頭有1×1公分大小之硬塊但無紅腫情形。

化驗結果：白血9050，中性多形核72%，淋巴球26%，嗜酸性1%，單核1%。

治療經過：入院後立即於局麻下行切開引流術，排出乳汁約4毫升，膿汁黃白色，粘稠。並予注射青黴素，術後一般情況良好，局部炎症逐漸消退，於7月14日出院。膿汁培養為金黃色葡萄球菌。

例二：患兒白媛女22天，門診號141464，因右側乳房腫脹3天破潰一天來門診治療。三天前發現患兒右側乳房腫脹，無發熱，患兒安靜，哺乳正常，大小便如常，於來院之晨右側乳房破潰，流出膿液及血性分泌物，量不多。

檢查：患兒一般情況尚好，右乳腫脹以乳頭為中心，中間有一小傷口約0.2×0.3厘米大小，有血性膿汁，經熱敷及傷口換藥，內服磺胺嘧啶2日後傷口癒合。

例三：患兒金××女性9天，門診號142884因右乳腫大發紅約3小時來門診治療。患兒之母於當日早晨發現患兒右乳腫大發紅，未發現其他情況，遂於當日上午來院診治。

檢查：右乳頭為中心腫大發紅，周圍硬約4×4厘米大小，無波動，臍局部用熱敷，第二日家屬來院說患兒腹背部皆有發紅情形，經檢查僅發現腹及背部有紅腫，仍繼續保守治療至第三日發現背部腫部有較大範圍之皮下壞疽大陰囊亦開始紅腫，且右乳紅腫範圍擴大，乳頭有黃色分泌物，立即入院治療，因情況重屬於入院後一日死亡。

例四：患兒王××男性25天，門診號147699於1957年×月×日因左乳腫脹15天之久來院求治。患兒於出生後5—6天，其母察覺患兒兩側乳房發現有1—2cc乳汁樣物被擠出，以後左側乳房即腫脹，無發熱，吃奶好，局部無破潰，曾服磺胺藥物無效。

檢查：發育及營養尚好，左乳腫脹，範圍約3×2×1厘米，皮膚紅，有波動，局部發熱，立即行切開引流術，流出較稠之膿汁約3毫升，傷口內填以凡士林紗布包紮，第二日傷口清潔乃繼續換藥，同時予注射青黴素十萬單位每日二次，共注射三瓶，5日後傷口癒合但基底仍稍硬，繼續熱敷。膿

培養為金黃色葡萄球菌。

討論

本文四例皆為新生兒乳腺炎，新生兒生後3—4天，如果輕壓其乳房，可擠出少許無色液體，幾天後可有少許乳樣分泌，通常於第三週消失，此種乳汁乃因刺激母乳之激素作用於嬰兒乳房組織之故。因有乳汁分泌即可有逆行性感染而形成急性乳腺炎或膿腫。如果用手擠壓形成感染之機會則多，本文內有二例皆用手擠壓過而很快的形成乳腺炎。

診斷不困難。主要的是局部有急性發炎的表現。治療：首先應注意預防，其方法主要的是保護乳房清潔，避免擠壓，已經發生後早期應行保守治療如敷藥，抗生素之應用，已有膿腫時應採切開引流手術。本文有3例經切開後治癒，例三應引起我們的注意，嬰兒之感染可以形成膿毒血症而引起死亡，所以在遇到病情發展快的應收容入院積極治療；採用適當的抗生藥物，必要時可行早期切開。

胰腺假性囊腫(摘要)

巢 根 南

(普通外科)

1. 本文報告5例國內自1947—1957年之7例共有12例。國外Collins氏彙集世界文獻，自1861—1949年，共306例。

2. 病因：

(1) 外傷—Korte氏110例中有外傷史者33例(28.2%)

Mayer氏31例，有外傷史者16例；(51.6%)

本文及國內7例之12例中5例有外傷史佔41.7%。

關於其機轉 Mahorner 氏等認為胰腺組織受傷後，先為出血，胰酶漏出，後消化組織，引起再出血，因此血腫漸擴大；以後血腫吸收或自家溶解，代之以酶液滯留，因而形成囊腫。

(2) 胆石與胰腺炎：臨床上加一瓦氏壺腹為結石所堵塞，胆汁逆流入胰管，使脂肪酶活躍，可引起胰腺炎，致日後形成囊腫。Puikham氏10例中6例有胆道疾患，本文一例手術證實，有胰腺炎，及囊腫形成併有胆囊多數結石。

(3) 妊娠或分娩：Mahorner及Marson二氏的86例中有3例發生在妊娠期和分娩後。本文彙集之12例中2例在分娩後不久發生，這可能因分娩時用力或分娩後腹腔壓力急驟改變，胰腺內血管破裂出血，而形成囊腫。Rus 氏報告一例，認為胰腺內出血與產褥熱有關，因盆腔感染性栓索可引起胰腺某一區域壞死，逐漸形成囊腫。

(4) 腫瘤變性。

3. 治療：

(1) 囊腫剷除術：為最理想之方法，因操作困難致死亡率高，本文一例因剷除囊壁發生大出血死亡。

(2) 囊與胃腸道吻合術：為多數外科醫生所推崇，但亦有形成吻合口出血性潰瘍，吻合口阻塞、腸瘻、腹膜炎等併發症之可能。

(3) 袋形縫合術：操作簡單，死亡率低，但亦有下列缺點①引流時間長，②傷口周圍皮膚腐爛，③胰酶丢失，④感染，⑤再發等。

4. 本文報告5例，除一例因行剷除手術出血致死外，4例均行袋形縫合術，隨訪1—5年效果良好。

矯 形 外 科

化合物 F 對一些關節外疾病的療效(摘要)

陸 裕 模

(矯形外科)

本文報道使用化合物 F 治療上下肢一些矯形外科關節外疾病的療效，多數病案，效果良好，頗有推薦之價值。

作用：化合物 F 在局部的作用還不十分明瞭，一般認為有減少炎症的作用，即減少毛細管的滲出、水腫和結締組織形成，因此在早期病案，有制阻炎症的作用。對炎症的結果如粘連，疤痕則無作用。

適應症：凡非感染性的關節外炎症引起的疼痛及功能損失者，都可試用。早期病案多有迅速的良好療效。在晚期病案，如已有因炎症引起的機械性障礙或囊腫肥厚積液，則效果常不佳。早期或晚期係決定於病情而不決定於病程長短。

禁忌症：凡屬於感染的都不宜在局部注射化合物 F，因其妨害身體抵抗力之炎症反應。

注射劑量及方法：使用化合物 F 的醋酸鹽，為關節內用製劑，每 cc 含 25 毫克。在較大囊鞘或滑囊，每次可注射 1—2 cc，較小的可注射 0.2—0.5 cc，注射前應查好壓痛點，在該處用小針頭作皮內皮下注射少量 2% 普魯卡因，然後穿入囊鞘或滑囊，如在其內，注射時阻力小，然後針頭不動，換空針，注入化合物 F，數分鐘後，可試患部屈伸或動作，如疼痛大部或全部消失，證明注射正確，否則應重行注射。

在效果不佳及復發病案，可重行注射。

本組病案使用化合物 F 治療的效果：共 75 例，分佈在 57 病人，經注射化合物 F 治療，隨診半年至 4 年，總的療效如下：全愈—58 例合 77.33%；明顯進步 6 例合 8%；無效—11 例合 14.67%。

在治療中，無合併症發生。

1. 肱二頭肌肌頭鍵發炎：為肩部疼痛最常見的原因，關節發生炎症改變，影響肌腱在關節內和肩關節內滑動機制，致有疼痛。

治療上目標有二，即止痛和恢復動度。通常使用之療法，如懸吊患肢，熱敷或冷敷，封閉等，效果遲緩而不明顯。若用局部注射化合物 F，多有迅速良好的效果。患肩關節運動，甚為必要，以保持和恢復關節動度。

本組 31 例，經注射後 23 例全愈，2 例進步，共效果良好者 60.64%；6 例無效，合 19.36%；其中 5 例，經手術移植肱二頭肌長頭於肩胛喙突，效果甚好。

2. 肩部鈣化性肌腱炎：岡上肌肌腱最多，患肩外展受限，壓痛點符合於 X 光顯示之鈣化區。

本組共 6 例，5 例注射 1—2 次即好；1 例注射 6 次始愈。

3. 肩峯下滑囊炎：1 例，肩峯下區疼痛，稍腫，外展時疼加重，經兩次注射而愈。

4. 網球肘：為肘關節區常見病，一般疼痛不嚴重，但影響工作。

本組共 15 例，經注射 1—2 次，並懸吊患肢 2 週，全部病人，一二日內疼痛消失。其中一例，半年後復發。

5. 肘後創傷性滑囊炎：共 3 例，2 例在三週內就診，均有疼痛和壓痛，但無積液，各注射一次，當日疼痛消失，未再復發；另一例，傷後 1 ½ 年，肘後有一包塊，積液頗多，注射 2 次無效，經手術切除，囊壁頗厚。

6. De Quervain 腱鞘炎：為腕部常見病，本組有 4 例，各作一次注射，數日內症消失，但其中一例，半年後復發，經手術治療，術中發見肌腱周圍則粘連頗多。

7. 扳機指：共 8 例，經注射化合物 F 各一次，4 例數日內全癒，2 例進步，另 2 例注射前已有肌鞘無效，改用手術治療。

De Quervain 腱鞘炎及扳機指，患者就診時多較晚，已有肌鞘發生，但在早期病案，應試行注射。

8. 屈指肌腱鞘囊腫：一例，手掌部可摸得一小結節，用針針刺破，注射化合物 F 0.25cc，未復發。

9. 伸拇長肌腱鞘炎：一例，伸拇時痛，蓋此肌筋處壓痛，注射一次，次日痛消失，未復發。

10. 股骨大粗隆處滑囊炎：三例均在粗隆處內側，患外展及走路時痛，局部壓痛。所有病案，注射後，一週內痛消失，未復發。

11. 跟腱下滑囊炎：2 例，一例無積液，注射後一週內痛消失；一例積液多，注射二次無效，改手術發見囊壁頗厚。

結 論：

1. 用化合物 F 治療前述各病，經過半年至 4 年隨訪，大多數病案獲得良好效果，是值得推測的。

2. 在早期病案，如腱鞘炎已有積液，滑囊炎已有明顯積液及二頭肌肌鞘炎已有僵直關節，注射化合物 F，多屬無效。本組 11 例注射無效病案中更有 6 例屬此類，宜運用手術療法。

3. 注射化合物 F，副作用少，但應注意無菌操作。部分病人，注射後 1—3 日內，可有局部疼痛加重情形，可能由於注射劑的化學性刺激，本組有 10 例如此，但均痊癒。

腓骨長短肌脫位及其處理附四例病案報告(摘要)

陸裕樓 唐聚軒

(矯形外科)

腓骨長短肌肌脫位為少見病，但在人體上因肌腱脫位引起功能障礙者以此為最多。

腓骨肌脫位的原因，多由於輕微創傷，足部強烈內翻，支持帶 (Retinaculum) 在腓骨附屬處斷裂，腓骨、肌從外踝後滑出，止於外踝前外；有時較輕的創傷，也可發生肌脫位。在這兩種不同情形下發生肌脫位。本文中各有兩例。腓骨肌脫位的發生，還有一些誘因，如解圍上腓骨肌體在外踝後幾乎直向前前，形成機械上不利；外踝後清先天形像得很深，使支持帶易受損傷致有肌脫位。常常運動系平衡上有障礙的，也可成為肌脫位的誘因，文中有一患者，在不同時期，兩側先後發生腓骨肌脫位，患者有類風濕性脊柱炎，除頸椎外全部脊椎有慢性炎症，失去彈性，身體重心前後左右的平衡，主要由足部關節負擔，當腓骨肌脫位時，係在斜坡上轉身及走路時發生，故支持帶用處過長時勞損，輕傷後發生脫位，致有肌脫位。

診斷腓骨肌脫位不難，當病人有惡行足部，表無骨折脫臼，而是內外踝受誤疼痛，應考慮此一可能。在早期病案，足外翻背屈時可感腓骨肌滑出，內翻離屈時可落其復位，均伴有疼痛，脫位時在外踝前外可摸得一條索狀物，有壓痛，並為脫位之肌體。行趾有困難，內外趾均有疼痛和活動度受限。晚期病案，多不能復位，或復位後不能維持，需手術治療，文中各有兩例，因早期診斷被忽略，終需手術治療。

治療上，若能早期診斷，非手術療法，多可獲得良好效果。即將肌體复位後，用貼皮法上石膏靴，在小腿及足背前部先用一條寬一寸綢製膠皮，再上石膏靴，以便石膏的拆除。若石膏不緊密貼合，雖在石膏內，肌體仍可脫位，故石膏變硬後，應使病人左右搖動試脫位（外翻背屈），如不能，證明此一石膏與骨合用，乃加一條皮膠，可以行趾，5 週後去除石膏。文中各有兩例由此處理效果良好。在晚期病案，需用手術治療，在內踝處鑿一條深而平滑之溝，再用 Tones 氏手術法，即將脫位之肌體連

同體積一厚度位，從腿膝外加，切開一條寬4寸，長2寸之肌膜，將近側切斷，折向遠側，向前使用置於外側，作為新的支點帶，可使肌膜向前滑出，文中兩例，使用此法，效果良好。

總結：

1. 討論腓骨肌腱脫位的原因，並提出，脊柱骨性強硬，影響身體重心平衡，使足部負擔加重，支持帶易受損傷或肌腱脫位誘因之一。
2. 檢查足踝部疾患時應注意腓骨肌腱脫位的可能性，以免延誤診斷。
3. 討論治療方法，本文有4例，兩例早期病案，用石膏固定法及兩例晚期病案，用手術療法，效果均好。

膝關節融合術交叉固定法 (摘要)

陸裕樸 石凱軍

(矯形外科)

膝關節融合術大多使用在治療關節結核，在適當的其他情況下亦可使用。

膝關節融合術有各種不同方法，最近數年來，以使用Key氏加壓法為最普遍。其法二點在有很高的成功率，但也有一些明顯的缺點，如股骨胫骨穿針處有4個小傷口，並與手術傷口接近，有感染危險；需適當掌握壓力，過小則接觸面不足，過大可引起骨萎縮壞死；在兒童可損傷骨骺。

膝關節融合術成功的主要因素，在有大的面積建骨質以緊密接合和固定，至於適當的壓力，對融合發生，固然有一定的促進作用，但不能認為是主要的。

本文介紹使用改良Henderson交叉固定法。

方法與點在膝部作Y形切口，切除病征、疤痕、贅肉、滑囊及所有病理組織，再用切骨刀或板鋸去除關節面之一部骨質，應預先估計，以便糾正彎屈、外翻和旋轉畸形，使股骨和胫骨有完好的接觸面。將鋼骨條，其有一方形膨脹性墊質，置於股胫骨前部交接處形成之中；用長度合適之Steinmann針兩根，從胫骨內外側分別打入股骨，作交叉固定，針的鈍端露出胫骨外少許，埋於皮下，以便將來去除，設計時應注意神經血管部位，以免損傷；將碎骨充填於兩骨接觸面周圍和空隙，傷口各部用1cc含1克青霉素及40萬單位青霉素噴注，然後縫傷口，皮下列橡皮條引流48時，以免積血。手術區在光氣止血帶下為之。此種固定法非絕對穩固，在單側國人字石膏固定操作中，稍予扶托，足可維持位置與骨質良好接觸。

在醫用前形較大病案，宜先暴露膝總神經，當糾正彎屈時，如神經張力大，即應去除神經頭，如仍不足，即應去除很多骨質，以免神經癱瘓。

術後治療：術後必有腫脹，須將石膏前部自腹中份下至是趾去除寬約一寸之長條，以後根據需要逐漸向兩端扣緊。兩日後，去除引流，兩週後去墊質，拆換石膏，照體核對位置，置入人字石膏固定三個月，即可換為長腿石膏並可架拐行走，再一月，去除石膏檢查和照像，大多可有良好骨質愈合，否則應延長固定時間。

前述改良Henderson法優點為方法簡單，無需特殊設備；有適當內固定，保持骨質接觸及植骨充填空隙；第4個月帶石膏行走，有加壓法之利而無其弊，必要時可延長固定時間；膝關節結核為全身疾患，術後休息三個月不能下床，於病人有利，不能認為時間損失；在兒童用較細Steinmann針或較細的克氏針，無損傷骨質；此法外無傷口，少有感染危險，針頭在皮下，可待骨愈合牢固後，局麻下作一小切口即可取出。可能之缺點為穿針可能帶入健康骨質，但穿針在徹底清除病征後，針較細，術前、術中和術後均用鈉鹽素，有感染可能很小。

本院二年內曾在10例膝關節結核使用上述融合膝關節，已觀察7例，所有病案，均在4個月內獲

【6】

生骨性融合，全身及局部形態良好，步態穩定，均已開始工作和學習，惟病案數目小，術後積累較多病案，觀察效果。但考慮到方法上簡單易行，不需特殊設備，符合於外科原則，可以廣泛採用。

關於國人股骨頸前傾角等數值的調查

及其在矯形外科上的意義(摘要)

石 凱 軍

(矯形外科)

隨著進化，人體的股骨在形態及結構上發生了顯著的變化；如有了頸干角使股骨干離開身體的重心較遠，以便衆多肌肉的附屬，更有了前傾角以增加髖關節的活動度等。

在1036個股骨中，有652個是男性，382個是女性，左右數目相等，但非左右對稱。共測量了股骨頸前傾角，頸干角，股骨頸的寬度（從股骨頸上緣到下緣），厚度（從股骨頸前緣到後緣），大粗隆下緣以下2.5公分處股骨的厚度，以及從此點到股骨頭的總長度等六個數值。

由測量之結果表明：前傾角在性別及左右側上無明顯差別，其平均值為12.08—13.59度。頸干角在性別及左右側上有顯著差別，即女性大於男性，左側者大於右側，如男左側者之平均數為139.82度，右側者則為137.32度；女左側者之平均數為141.51度，右側者則為140.53度。通常頸干角與前傾角之間有一定的結構上的關係，三者平均數之比值常在11左右，但頸干角超出正常範圍時，前傾角則無變化。

股骨頸的寬度或厚度，在性別及左右側上無明顯差別，然二者之間則有一定的關係，二者平均數的比值在1.3左右，即寬度大於厚度，這點可以說明股骨頸寬度上所承受的壓力及應力較在厚度上所承受者為大。

在大粗隆下緣以下2.5公分處股骨厚度的平均值為2.34—2.53公分，在性別及左右側上亦無何差別。由大粗隆下緣以下2.5公分處到股骨頭的總長度的平均值為9.19—10.12公分，於性別及左右側上無差別。

根據上述之測量結果，前傾角之大小與國外之材料無何差別，如國外之若干材料為11.6度，11.3度及14度等是。而頸干角則較國外材料為大，如Greys氏所列學者為128度是。

有了以上各種數值，則在處理股骨頸骨折行三稜釘固定或同時進行植骨時，那麼對於三稜釘前進的方向及其長度的選擇，以及可否同時容納植骨等均能有一明確的概念，而當在大粗隆下緣以下2.5公分處打入三稜釘時，由於三稜釘進入股骨頸後係在其軸心之下，因而便增大了頸干角，少了骨折處所受之壓力及應力，這點在股骨頸骨折的癒合上甚為重要。因用三稜釘作內固定時不需外固定物，以便患者早期活動！

另外，在先天性髖關節脫臼因前傾角過大而與髖臼不稱時，或矯正由任何原因所引起之髖關節須行截骨術時，有了前述之數值，則對於所應糾正之位置有了參考的價值。

270例脊柱結核病案分析報告(摘要)

石 凱 軍

(矯形外科)

脊柱結核是一種全身性的慢性疾病，在臨床上很常見。它的發生與肺結核等有密切的關係，在脊

柱結核患者有肺結核的佔50%左右。在年齡與性別的分佈上：30歲以下的患者佔多數，男性佔75.9%，多於女性。

脊柱上的結核病灶以胸腰椎交界的部分為多，佔50.7%，腰椎佔20.4%，胸椎椎體最遠佔12.6%，這說明脊柱活動度大的部位患結核的機會多。在脊柱上有數個分離病灶的較少佔4.0%。所侵犯之椎體多為2個或3個者共佔71.5%。僅有一個椎體受累者佔5.5%。查胸椎結核有變性膿瘍時，常因傳導主動脈的波動，逐漸將對應的椎體壓成杯狀，發生了假性動脈瘤的作用，以致在椎體上是杯狀膿瘍者佔9.3%。

寒性膿瘍的發見率在X光片上能看到者佔57.4%，在屍表上可以查出者佔92.2%。但從理論上來講，任何一脊柱結核患者都有寒性膿瘍存在。10歲以下的兒童有寒性膿瘍者佔其總患病數（78例）的80.3%。另外如病性係活動者，那麼在絕大多數患者的X光片上可以看到寒性膿瘍，如在153例有寒性膿瘍患者當中，病灶活動者佔94.2%。

畸形之發生與椎間被破壞之程度及病灶所在各部位有關，其發生率為48.4%。

截癱之發生率為11.8%，其預兆為下肢麻木沉重感，步行乏力不便或小便困難等症狀不定。凡僅由局部水腫所引起者，經治療後恢復快，且便溺之預後好。

血球沉降率係脊柱結核活動性的一種指標，其快慢與局部的病變並非經常一致，但總的說來，在病灶活動時血沉快，最快者可達120毫米/一小時末。

脊柱結核所表現的疼痛係多樣化，因此在早期常易誤認為其他疾病，如有的表現為坐骨神經痛或胸痛，更有的頸椎結核診斷為三叉神經痛，或胸腰結核誤診為類風濕關節炎者。局部的壓痛有無不定，而有局部壓痛者佔33.3%。

脊椎間盤突出症的診斷定位和手術療法(摘要)

陸裕樸 唐象軒 石凱軍 田 禹 邱振海

(矯形外科)

脊椎間盤突出症可發生在頸椎、胸椎和腰椎，但絕大部分發生在活動度較大而又為身體重力支撐所在之處。發生在腰椎4,5之間和腰骶交界者佔大多數，小部分發生在腰椎3,4之間。其次為頸椎間盤突出，大多在頸椎6,7，頸椎5,6及頸6胸1之間；發生在其他部位者，則屬罕見。

腰椎間盤突出症為常見病，逐漸代替了大部分以前廣泛而模糊的坐骨神經痛的診斷；對頸椎間盤突出症也有了正確的認識，改正了一些過去常被誤診為頸椎關節炎、神經炎和肩斜角肌綜合症的情形。

脊椎間盤突出症臨床表現為患處局部疼痛，和有壓的神經根受壓徵象。如無神經根受累，診斷上較為困難，但病情多不嚴重，腰痛主要原因係由椎間盤突出激惹局部組織及附近韌帶勞損所致。多數病案，有神經根受壓情形症狀較為嚴重，也是診斷上主要依據。臨床上診斷，少有困難，無需借助於各種造影或椎間盤造影術，這兩種造影術，都還存在着嚴重缺點。通過仔細和準確的臨床檢查，根據疼痛的性質、部位、壓痛點和神經根的影響，如感覺、肌力和反射的改變，不僅可以正確的診斷本病，而且可以準確的定位。愛普斯光檢查，主要用來排除其他疾病。本組有34例病案，兩例為頸椎間盤突出，其中一例，傷後頸5以下癱瘓，未及手術，因肺炎而死亡；另例符合於臨床診斷，即頸椎5,6間中間椎間盤突出；另一例為頸椎5,7間左側突出，有頸7神經根癱瘓現象，手術治療，證實診斷，效果良好；其他32例，均為腰骶或腰腰間椎間盤突出症，均有不同程度的神經根損害，都經過手術治療，在診斷和定位上都符合於臨床判斷，效果良好。

治療上，在腰椎間盤突出症初發病案，突出之核髓常為活動性的，可以縮回，不論有無神經根損害，都宜執行充分的保守療法，可望核髓縮回，韌帶修復，多數病案，可獲良好效果；如保守療法無

效，病狀較重，尤其前縱橫韌帶損傷者，宜早用手術療法。在選擇用懸吊療法，如無神經根損傷，亦宜用保守療法，若有較重的神經根損害，不問初發還是屢發，都宜早用手術療法，以免神經受損過久，難於恢復，嚴重影響手的功能。

手術療法，宜採用椎板間開窗法，去除突出之核髓，將局部組織傷傷減少到最少，保持骨節結構上完整，使術後恢復迅速，不僅神經根疼痛消失，神經損害可望改善，而脊髓或頭節亦可消失或大為減輕。採用局部麻醉，臥臥位。注意術時定位，根據壓痛點及受累的神經根；棘突暴露後，試屈曲關節，即可判斷腰4、5及骶1位置；在頸椎，一般5、7棘突較突起，參照術前愛克斯光片及根據壓痛點，即可得到準確定位，無需術時影像定位。術時只將患側肌肉自棘突和椎板分開，用帶有倒刺的牽引器（Taylor氏）牽開肌肉，極易保持暴露，去除椎間韌帶後，用上傾囊咬骨鉗，將椎板上下咬去一部，開窗約1.2×2公分即可，用神經牽引器輕牽牽開髓腔及神經根，暴露突出之椎間盤，以尖刀環切之，再用鉗下垂直鉗取出所有突出及鬆弛的椎間盤組織。在頸椎，應用1公分徑的環狀椎板間開窗，再用咬骨鉗擴大之，方法如前，尤需注意勿損傷神經。手術要點在不損傷對側肌肉，棘間和棘上韌帶，椎間小關節面，不完全交錯任一椎面，不損傷神經根和脊髓，神經根有充血腫大時，宜切開神經鞘，術後完全止血。在31例應用上述方法，操作上無困難，術後無失覺症，效果迅速而良好。鑒於通常使用的半椎板切除術，剝離兩個肌肉，甚至去除椎間小關節面及切斷棘間和棘上韌帶，以致術後雖然神經供前消失而腰痛則多存在甚至加重，作者建議推廣椎板間開窗法去除突出之椎間盤，以保持脊柱結構上完整和穩定，當有助於減少術後的腰痛和頸痛。

肱骨外科頸骨折之懸吊石膏治療(摘要)

四 高

(矯形外科)

肱骨外科頸骨折，一般沿用之治療方法多為以外屈石膏固定，作者對此類患者應用懸吊石膏治療亦能取得滿意之療效，但較前者節省時間及物資，且病人活動亦較方便，茲將治療方法做一簡單介紹，並附部分病例以供參考。

肱骨外科頸骨折後，有部分病例嵌合，有部分則成爲角畸形，部分爲數多的外屈錯位，肱骨頭節由於崗上下肌等之牽拉向外側移位，遠端向上移位，作者對於第一種類型，即嵌合者，如無錯位上之改變則不予復位，而採用威爾遜氏石膏包紮，外加一層石膏繃帶，以保持石膏模固不致滑脫，固定四週後去除包紮練習肩關節活動，並配合醫療體育。骨折癒合良好肩關節功能亦不受影響。

病例Ⅰ：王×× 女性，34歲，因被自行車撞倒，左肩着地，傷後左肩腫脹，不敢活動已一小時餘來本院急症求治，經檢查及照片爲左肱骨外科頸骨折且有嵌合，對位良好，立即行威爾遜氏石膏固定，外面加少許石膏繃帶，共固定四週，去除繃帶照片骨折癒合良好，肩關節活動經自願運動及醫療體育後恢復良好。

對有少許角度畸形而無錯位者，則不予復位，而以屈屈石膏固定，亦可收到滿意效果。

病例Ⅱ：王×× 男性 8歲 因自一丈多滑梯上跌下，左肩着地，傷後局部疼痛，腫脹，肩關節不敢活動已一小時餘爲主訴來本院急症求治，經檢查及照片診斷爲左肱骨外科頸骨折，且有向後側角度畸形，立即行懸吊石膏固定，術後26小時照片角度畸形已糾正，對位良好。

在有明顯之錯位者，則應行手法復位，或牽引復位後以屈屈石膏固定，此種骨折之主要點爲必須先行復位後，再以石膏固定。

病例Ⅲ：××× 男性 24歲 因義務勞動時，土牆倒下壓於左肩部，當時左肩疼痛且有畸形及異常動度，腫脹，不敢活動，傷後二小時來急症求治，經檢查，照片診斷爲左肱骨外科頸骨折，因合於有明顯畸形未予手法復位，而以外屈位牽引，三日後對位良好，二週後以屈屈石膏固定，四週後

炎石膏，骨折癒合好，肩關節活動受限，經醫治體育與運動運動，肩關節運動恢復良好。

跟腱延長長度的簡便計算法(摘要)

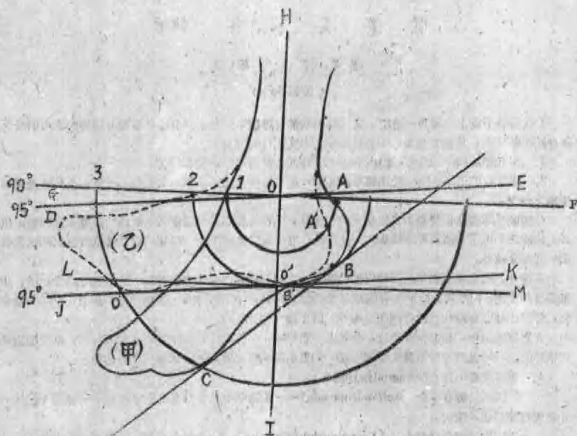
石凱軍

(病態外科)

跟腱是人體中最堅強有力的肌腱，它是腓腸肌和比目魚肌的共同肌腱，止附於跟骨粗隆處。跟腱常因各種原因而發生攣縮，在嬰兒期後這症中最常見，在攣縮後則影響肢體的活動，妨礙勞動。不管因何原因而致跟腱攣縮時，必須將跟腱延長以改進或恢復患肢的功能，藉以改善患者的生活活動範圍。茲將跟腱延長長度的簡易計算法述列如下。

當足底與地面接觸時，則與小腿的長軸成90或95度(直立姿式)，視身體負重之多少而定。足底的特重部分，以跟骨結節，第一蹠骨頭及第五蹠骨基部為主，此三點係在同一平面上。當糾正因跟腱攣縮而致之足蹠屈時，以足背屈屈 95度為合宜。但將跟腱延長多少才能將足背屈屈到95度則有計算的必要。因此在術前，應先加以計算，以免延長過多或不足。因過多，則必作一較大切口方能滿足技術上的要求，過少則不能達糾正的目的致手術失敗。

跟腱延長的簡易計算法如下圖所示。將足部攝正、側位X光像。



上圖中HI線為小腿之長軸，以X光片側位像內踝之中點到地面之垂直線而成。FG線為蹠關節之長軸，以X光片側位像蹠關節前緣為準所作之直線，與HI交於O。A為跟骨粗隆，B為跟骨結節，C為第一蹠骨頭。分別以A、B、C三點之距中心O之距離為半徑各作一弧線為1.2.3弧線，以第

二弧線與H工之交點O'爲準，作LM與H工平行。並作JK及與LM相交於O'，JK代表95度位置。

實際計算時，將患者的X光片用白紙描繪下來，計二份，按上述方法將各點找去，並將各直線及弧線劃好。在二份描繪圖中，備取甲、乙如此規劃，他份則將O點找去，並剪裁成一足形，另外亦將A'、B'、O'三點標出，然後用大頭針將兩圖之O點貫穿（用圖釘亦可），將乙圖逐漸移動，當乙圖A'、B'與甲圖JK線相重疊時爲止。用任何錢將兩圖之A、A'點間弧線找好，再在尺上量出錢的長度，此長度即爲應將跟腱延長之長度。

在實際操作時，不能按所計算出的長度在跟腱上作切口，如按此長度作切口，當跟腱延長後，勢必成兩端相對而不相連接。因此在跟腱上的切口，必使在延長後兩斷段相互重疊若干爲佳，因此，在跟腱上的切口位置，係在跟腱附屬點以上半吋處開始。如在計算後跟腱應延長1吋，則將此數加一倍，再加跟腱應重疊之部分（至少一吋）此數值即爲第二個切口的位置，這點應特別注意。

如在跟腱短而又需延長較多時，則能將應延長的數作爲第二個切口位置，然後用肌腱的對線吻合法縫合之，亦可得到良好效果。

在作每一次跟腱延長時，都應按上述方法進行，蓋人足之長短不一故。

總之，可將跟腱延長之簡易計算法附納爲如下公式。

跟腱延長數=所得數值 $\times 2 + 1$ 吋。

骨 營 養 不 良 (摘要)

唐 衆 軒 邵 振 海

(矯形外科)

「骨營養不良」一詞乃一總稱，實包括由於發育障礙、營養、內分泌、體質改變等因素所引起之全身性骨病變，其類型甚多，每不易區分。本文之目的即在：

1. 對此類疾病中因發育障礙所引起之全身性骨病變作一簡單複習。
2. 報告我院三年來所見此類病案共20例，着重說明其臨床特徵，X線檢查所見，及其適應矯形手術之情況。

此類發育障礙性骨營養不良疾病一般較少見，名稱亦繁多，且常混淆，故構成診斷上之困難。但吾人如能熟知正常骨發育過程及其在發育過程中所發生之障礙，根據病變之解剖性質以明確其特徵，則區分較易。

正常骨組織之成長在早期胚胎期即已開始，大部分於內骨先經軟骨期，然後轉變成骨組織，少數則直接骨化。出生後，肢體長骨兩端仍保持軟骨成分，形成骨骺，逐漸骨化，其與骨干間有軟骨盤，骨骺生長即賴此處軟骨細胞之增生，直至發育中止。

在發育過程中，長骨長度增加，骨組織一面形成，一面改造，依應負荷之功能所需，重新改造成正常形態。而在發育過程中發生任何障礙，均足引起病變，故吾人即依變之以分類如下：

1. 軟骨營養不良 (Chondrodys trophy)

(1) 軟骨發育不全 (A chondropeasia)——胚胎期中軟骨內骨化作用失調，骨骺過早連接，骨骼縱行生長遲緩致病。

(2) 脂質軟骨營養不良 (Lipochondrodys trophy)——骨骺改變與軟骨發育不全者相似，另網狀內皮系統中有脂肪沉澱。

(3) 軟骨骨營養不良 (Chondro-Osteo-dys trophy)——軟骨內骨化失常，骨化極不規則，骨骼變化爲上二型之混合。

2. 軟骨發育障礙 (Chondrodysplasia)