

大會參考資料：

外科病

中國人民
解決軍 華東軍區後方勤務部衛生部第四屆醫療工作會議

一九五五年一月

此次會議，共收到三十三個單位之醫院管理工作總結和各科臨
床經驗報告，計二百一十一篇，經初步審查後，其中大部分內容
豐富，醫學觀點向較正確。現經部分修改，選印八十篇，以供各
單位互相交流。但因編審組同志業務水平有限，時間匆促，缺點
與錯誤在所難免。希讀者閱後，將意見直接寄華東軍區後方勤務
部衛生部醫療預防處，以便今後進一步修正。

大會秘書處

外科病目錄

手術前後藥物睡眠療法(一六六例初步經驗總結報告)……中國人民解放軍華東軍區總醫院	1
頸淋巴結結核之治療(附四十五例分析報告)……中國人民解放軍第八一醫院	9
胸廓改形術治療四〇例肺結核病案初步總結報告……中國人民解放軍第四〇療養院	17
肺內異物存留症(附五十七例病案報告)……中國人民解放軍華東軍區總醫院	25
五〇例脾腫大症手術治療分析……中國人民解放軍華東軍區總醫院	30
急性胆囊炎(附三〇例病案分析)……中國人民解放軍第八一醫院	45
急性闌尾炎七二三例病案分析報告……中國人民解放軍第八一醫院	54
一四二例慢性闌尾炎的診斷與治療……原華東軍區第二十陸軍醫院	62
肛門瘻之治療(附一一八例病案分析)……中國人民解放軍華東軍區總醫院	66
泌尿系統結石症一一〇例病案分析報告……中國人民解放軍華東軍區總醫院	74
腎與輸尿管結石(附二二例之分析)……中國人民解放軍第八一醫院	82
包皮環切術的麻醉與早期拆綫問題……中國人民解放軍華東軍區總醫院	86
異型輸血反應(附一例報告)……中國人民解放軍第八一醫院	87

手術前後藥物睡眠療法

(一六六例初步經驗總結報告)

中國人民解放軍華東軍區總醫院

李德馨整理

緒 言

睡眠法是建築在巴甫洛夫學說的高級神經活動障礙病理生理學基礎上的新療法。巴甫洛夫學說認為神經系統在各種生理過程中具有重要的作用，並參與病理機轉的發生和疾病的痊癒；同時強調指出：整個機體的活動都受大腦皮質的影響，一切器官及生理系統的反應特性都以大腦皮質的機能狀態為轉移。所以大腦皮質的機能健全與否是發病和痊癒的重要條件。巴甫洛夫氏在他對大腦兩半球的多年研究工作中，證明了睡眠和內抑制是同一神經活動過程。皮質細胞在抑制狀態時停止活動，恢復其正常的生化成份，得以避免衰竭而保持良好的功能。所以，通過睡眠——保護性抑制的建立保護大腦皮質，使其保持功能的平衡及與皮質下中樞的正常關聯，在許多場合下是中斷或改變病理機轉的有效辦法。

巴甫洛夫氏首先把睡眠療法應用到精神病的治疗上去。1943年安得烈葉夫氏在潰瘍病病例上開始使用睡眠療法。1947年，烈伏夫氏首先在外科手術

前後實施了睡眠療法。近年來，先進的蘇聯醫務工作者們在這方面作了不少努力，證明了藥物睡眠療法在外科手術前後具有卓越的醫療保護作用。

華東軍區醫院外科在1953年初，在學習巴甫洛夫學說的基礎上，開始施行了手術前後睡眠療法。因為這是一種比較新的療法，沒有成套的完整的經驗可以遵循。一年半來（1953年1月至1954年8月）我們在邊做、邊學、邊改中摸索前進，逐漸積累了一些經驗，為今後睡眠療法打下了初步基礎。今將有關的經驗體會予以分別論述、分析和介紹，以供大家參考。可能因為對巴甫洛夫學說體會不够，還望批評指正。

病 例 概 況

一年半來，我們共作166例，包括基礎外科、矯形外科、泌尿外科、胸腔外科四類病種。幾乎全部是中等以上的大手術。其中有四例祇在手術前睡眠，有18例在手術後開始睡眠，絕大部份（144例）在手術前後均作睡眠療法（詳見表一）。

表 一 診斷、手術及手術前後睡眠例數統計表

科別	診 斷	手 術	例 數			
			祇手術前	手術前後	手術後	共 計
基	闌尾炎（急性或慢性）	闌尾切除		2	2	4
	腹膜炎	闌尾切除及腹腔引流			1	1
	消化性潰瘍	次全胃切除		5		5
	慢性胆囊炎及結石	胆囊切除及取石術		5		5
	囊瘻（腸外置後）	部份迴腸切除及對端吻合		0	1	1

外科	腸結連及潰瘍	小腸部份切除及瘻管修補	1		1
	腸結核及潰瘍	部份迴腸切除及迴腸橫結腸吻合	1		1
	結腸瘻	結腸瘻修補或部份切除吻合	2	1	3
	腸結連	粘連剝離吻合分離復原術		1	1
	腸系膜纖維硬骨痛	腫瘤切除	1		1
	脫肛	直腸懸吊	5	1	6
	腹痛原因不明	剖腹探索	1	1	2
	斑替氏症候羣	脾切除	1		1
	閉塞性脈管炎	腰部交感神經切除	1	1	2
	頸動脈瘤	總頸動脈結紮	1		1
	甲狀腺機能亢進	甲狀腺部份切除	2	1	3
	腹疝	腹疝修補	1		1
	肛瘻	肛瘻切除	1		1
小計			2	29	39
矯形外科	橫間軟骨髌脫出或坐骨神經痛	粗板切除探索或髓核括出	20		20
	長骨骨折，癒合不良	植骨術	14	3	17
	肘關節強直	肘假關節形成	5	2	7
	長骨骨折畸形癒合	畸形矯正	2		2
	腰椎骨折	脊椎融合	2		2
	腰椎結核	脊椎融合	8		8
	關節炎	關節固定	4		4
	膝關節半月板破裂	半月板切除	0	1	1
	腕骨骨刺形成	骨刺切除	1		1
	足部畸形	畸形矯正	2		2
	肱骨骨痛	骨痛切除	1		1
	橈神經癱瘓	肌腱移植	2		2
	肌腱裂斷	肌腱移植	1		1
	足下垂	三關節固定	3		3
	關節內異物存留	關節切開異物取出	1		1
	髌關節炎	擴節及囊管切除	1		1
	馬尼部囊腫	粗板切開，囊腫切除，	1		1
	足下垂	踝關節固定	2		2
	跗骨關節結核	關節固定	2	1	3
	蜘蛛膜炎	粗板切開探索	1		1
	月骨前脫位	月骨摘出	1		1
	脛骨肉瘤	截肢	1		1
小計			0	75	82
泌尿外科	腎盂積水及腎盂腎炎	腎切除	1		1
	腎結核	腎切除	4		4
	腎結石及膿腎	腎切除	1		1
	腎結石及腎盂積水	腎切除	2		2
	腎結石	腎盂切開取石	7		7
	輸尿管結石	輸尿管切開取石	3		3
	膀胱乳頭瘤	膀胱切開，腫瘤切除	1		1
	膀胱乳頭瘤	膀胱部份切除		1	1
	尿道狹窄	尿道修補		1	1
	陰莖癌	腹股溝淋巴組織切除	1		1
小計			0	20	22

胸 腔 外 科	肺內金屬異物存留	開胸探索及異物摘除	9		9	
	橫膈及肝內金屬異物存留	開胸探索及異物摘除	1		1	
	肺 膿 瘍	開 胸 探 察	1		1	
	支氣管擴張	肺 葉 切 除	1	2	3	
	胸 壁 結 核	結核組織切除	1	5	1	7
	食 道 癌	開 胸 探 察		1		1
	胃 門 癌 變	開 胸 探 察		1		1
		小 計		2	20	1
	總 計		4	144	18	166

166例全部為男性病員。年齡除四例在40歲以上，二例在50歲以上外，一般都是20歲至39歲的青壯年。

所有病例，根據我們所制訂的暫行管理規則（見附錄），除事先具備完整的病歷及體格檢查記錄外，都作了血液、尿液、糞便的常規化驗檢查以及胸部透視和肝功能試驗等（以麝香草腦混濁試驗為主）。在一部份特殊病例中還作了腎功能試驗，以作選擇病例時的參考。

全部病例身體的一般情況都在中等以上。血紅素在70%以上，紅血球計數在三百五十萬以上。凡是嚴重貧血或衰弱年老的病例都列入禁忌。

肝功能衰退者是不適於作睡眠療法的，在166例中，麝香草腦混濁試驗在六單位以上者有12例，此12例的身體一般情況尚屬良好，且其他肝功能試驗均在正常範圍之內，故仍舊進行睡眠療法。

胸部透視的結果，肺部有結核病變可能者有14例，計：胸膜粘連或增厚7例

輕度慢性肺結核4例

鈣化結核病灶 1例

可疑結核病變 2例

此14例都非屬於肺結核的活動期，痰中也無結核菌找到，故並未認作禁忌。

實 施 情 況

I. 睡眠日數（表二）

手術前後睡眠日期的長短在文獻上沒有統一具體的數字規定。我們在實施初期對睡眠日數的掌握較為零亂。手術前有睡一天者亦有睡二三天者；在手術後有長至7—8天者，亦有短至一二天者。後來，我們把睡眠日數基本上規定為手術前一天，手術後四天（包括手術當天）及停藥觀察一天，前後共六天為一療程。

手術前在一晝夜之間要使病員的神經活動狀態達到預期的境界在時間上是不够充裕的，但是因為病室的限制，無法將手術前後的病員分開，讓病員在手術前睡眠過程中先留下對麻醉藥和呻吟聲的深刻印象，我們認為是不合保護性醫療制度的原則的。故不得不將手術前睡眠日期縮減為一天，如以後條件許可，我們當將手術前睡一天改為兩天或三天。

病員感覺到最痛苦和最易發生併發症的是手術後三四天，四天以後一般無菌創口已將近拆線，疼痛已幾乎完全消失。根據我們的經驗。手術後睡四天一般已經足夠，祇有少數特殊病例須將療程予以適當延長（如閉塞性脈管炎等）。但過份延長睡眠療程，祇是延遲了病員的恢復和出院日期。

表二 162例手術後睡眠日數統計表

睡 眠 日 數	一 天	二 天	三 天	四 天	五 天	六 天	七 天	八 天	九 天	共	計
病 例 數	2	10	43	76	12	9	7	1	2		162

II、睡眠時數及深度

我們所採取的是間斷睡眠和延長晚間生理性睡眠的方法，病員基本上一晝夜睡三次，即早晨一

次，下午一次和晚間一次。在清醒期間即進行護理，飲食或其他治療。

在藥物睡眠療法時，影響病員睡眠時數和深度

的因素我們認為主要的有以下四點：

- (1) 給藥方法和藥物劑量。
- (2) 病員對催眠藥物的耐量。
- (3) 神經活動類型。
- (4) 疼痛刺激的程度。

給藥方法，病員對藥物的耐量以及疼痛與睡眠的關係等當在以後各節中分別詳述。我們發現凡是精神緊張，本來「神經衰弱」的或有嚴重抽香烟癖的病員往往較難入睡，即使投與大量藥物，一晝夜睡眠時間有少至6—7小時者。有香烟癖者何以會對催眠藥有「抗性」，在文獻上未見到有類似報告，不過可以理解到這類病員的高級神經活動中興奮過程顯然佔着優勢，因而阻礙了保護性抑制—睡眠的建立和鞏固。

一晝夜應該睡眠幾小時？睡眠應達到何種深度？聶夫羅卓娃氏講得很清楚：「必須認清保護性抑制的意義是要使藥物引起的睡眠儘可能地與自然的生理的睡眠類似」。劉載生氏也說：「如果睡眠太深太久，使得大腦皮質機能活動性過份低下，對整個機體的機能恢復也是有影響的」。所以我們認為在一晝夜中睡眠12小時左右即已足夠，在給藥時必須儘量用有效的小劑量或其他方法促使病員入睡。單純地要求病員睡得深而久，盲目地投於大量藥物，使病員達到麻痺狀態是違反睡眠療法的基本精

神的。

III、給藥方法

藥物是否使用得當是睡眠療法的重要問題。根據我們的經驗，祇要合理地適當地配合使用，即使用小量催眠藥物反能得到比使用大量藥物更完滿的效果。在實施初期，我們起始就使用大劑量，病員隨醒隨給，巴比土酸鹽類藥物一晝夜劑量常達一克以上。後來，我們改用了定時和小劑量給藥方法，摒除了排洩慢，毒性大的藥物。並擬訂了給藥方案（表三）。這樣一晝夜間巴比土酸鹽類藥物總量一般為0.3克，很少需要超過0.6克者。從此服藥反應率即大大降低，節省了藥物，減少了工作中的困難，同時使睡眠更近乎生理性。給藥方法分二種，第一方案適用於一般病例，第二方案適用於胃腸道手術後禁食的病例。我們之所以用魯米那爾納而不用安眠妥納因為後者來源困難價格貴，而魯米那爾納使用的效果也很滿意。

當然，給藥方案並不是一成不變的。各種有關文獻上都會特別指出了催眠藥物的劑量必須個別化的原則。因此每次給予的藥物劑量仍應視病員的睡眠情況和對藥物的耐量而增減，有時在日間或晚間可增加或減少一二次。為要加深睡眠，還可補充使用溴劑。第一方案也可與第二方案更替應用。

表三 給藥方案草案

第 一 方 案	第 二 方 案
本日及手術後	手術前與第一方案相同
9 ⁰⁰ 上午 五燒巴比土 0.1—0.2.	手術當日：
2 ⁰⁰ 下午 安 眠 妥 0.1—0.2.	6 ³⁰ 上午 魯米那爾納 0.1—0.2(肌)
或10%水化氯醛 15毫升	7 ³⁰ 上午 阿托平 0.0004—0.0005(皮)
8 ⁰⁰ 下午 魯 米 那 爾 0.06—0.12.	或莨菪素 0.0003—0.0004(皮)
安 眠 妥 0.1—0.2.	8 ³⁰ 上午 手 術
手術當日：	2 ⁰⁰ 下午 10%水化氯醛15—20毫升(肌)
6 ³⁰ 上午 五燒巴比土 0.1—0.2	8 ⁰⁰ 下午 10%魯米那爾納0.1—0.2(肌)
30 7 ³⁰ 上午阿托平0.0004—0.0005(皮)	手術後本日：
或莨菪素 0.0003—0.0004(皮)	9 ⁰⁰ 上午 魯米那爾納 0.1 (肌)
8 ³⁰ 上午 手 術	2 ⁰⁰ 下午 魯米那爾納 0.1 (肌)
2 ⁰⁰ 下午 魯米那爾納 0.1—0.2(肌)	或10%水化氯醛15—20毫升(肌)
或10%水化氯醛15—20毫升(肌)	8 ⁰⁰ 下午 魯米那爾納 0.1—0.2(肌)
9 ⁰⁰ 下午 魯米那爾 0.06—0.12	
安 眠 妥 0.1—0.2	
或魯米那爾納 0.1—0.2(肌)	

有些慢性病員平時即有服食安眠藥的習慣，對藥物的耐量甚大。爲了避免藥物中毒，在開始幾次可給予顆數較多，劑量較大及作用強的藥物以建立病員對藥物的信心。以後即可將藥量逐漸減小，而代以無安眠作用的乳糖裝在外觀與安眠藥相同的膠囊內。利用條件反射的作用，即使每次給與的劑量遠低於病員的耐量，而病員仍能安然入睡。

利用條件反射性睡眠是減少藥物毒性反應的有效辦法，在精神病或內科的睡眠療法時常收到滿意的效果。而外科手術後病員有顯著疼痛，療程較短，又係四人一室，每個病員對各種顏色和聲響的好惡和反應不同，因此我們除了利用偽充安眠藥物外未能普遍應用其他方法。

IV、服藥反應

任何催眠藥物都有一定的毒性和副作用，在睡眠療法過程中常可發生各種反應。雖然這些反應在減藥或停藥後即能減輕或消失，然常因此而增加病員的顧慮和工作上的困難。嚴格地講，如果催眠藥用量正確，反應是應該很少發生的。在我們這組病例中所發生的反應有頭痛，複視，遺尿、燥動，皮疹等。在1953年10月份以後，由於使用了前述的給藥方案，反應率即有顯著減少。例如遺尿在九月份以前的69例中有40例發生遺尿，佔57.9%，在使用新方案的97例中祇有五例發生遺尿，複視和燥動等已基本上不再發生（表四）。

表四 服藥反應統計

反應症狀	九月份以前用大劑量催眠藥69例		九月份以後用小劑量催眠藥97例	
	例數	%	例數	%
頭 痛	11	15.9	7	7.2
複 視	3	4.05	0	0
遺 尿	40	57.9+	5	5.15
燥 動， 不 合 作	10	14.4	0	0
皮 疹	1	1.44	0	0

除表四所列的反應以外，在文獻上還提到有嘔吐、打呃、蛋白尿、發熱等。由於我們都是外科手術病例，絕大多數用的是乙醚麻醉，在麻醉甦醒過程中及以後幾天內常可發生嘔心、嘔吐、打呃等情況，在手術後體溫升高也是常事，所以很難把這些症狀歸於催眠藥物。最初我們以爲蛋白尿或酮體尿單純是服藥反應所致，後來發現尿液的這種異常

變化是與手術、麻醉及術後體液補充等均有密切關係，因此未再計入服藥反應內。

效 果 觀 察

由於睡眠療法作用的機轉在於形成和加強大腦皮質的抑制過程而影響整個機體的生理和病理變化，所以它是兼具了保護和治療的作用。手術前後睡眠療法的效果在文獻中報告的很多，今將我們在166例實施過程中所體會到的幾方面分別論述如下：

I 手術前的保護作用：

每個臨床工作者都熟知，任何病員在得知手術的日期後總難免有情緒上的擾亂。尤其在手術前晚常致整夜失眠。在迫近手術時，病員的血壓、脈搏、呼吸都可能有顯著的改變，在這種情緒刺激下就擾亂了整個大腦皮質機能的平衡性，擾亂了大腦皮質興奮和抑制過程的巧妙讓渡，通過下級神經系統與各內臟的聯系，在整個機體內產生了一系列的不良變化，降低了病員對手術的耐受力和增加了發生休克的可能性。

本組病例雖然在手術前的睡眠期祇有一天，然而保證了病員在手術前有12小時以上的深熟睡眠。在進入手術室時病員都在睡眠或朦朧狀態；血壓、脈搏和呼吸都保持正常，避免了情緒擾亂對大腦皮質的不良影響，爲手術和手術後恢復準備了良好的條件。

根據病員本身的體會，特別是曾經數次手術的慢性病員，認爲經過睡眠療法後減少了害怕手術的心理，有些病員甚至在手術後二三天才清楚知道自己已經手術而不勝欣喜。

II、睡眠療法與麻醉

嗎啡有較強的抑制呼吸的作用，麻醉時及麻醉後的嘔吐有人認爲亦與嗎啡有關。而麻醉前應用嗎啡使病員鎮靜在各醫院中已成爲常規。由於手術前睡眠療法的實施，麻醉前嗎啡的應用已失去它的重要性。因此，我們在實施手術前睡眠療法的病例中不再應用嗎啡。

根據近年來蘇聯文獻的介紹，局部麻醉在各種手術場合有廣泛應用的價值，而睡眠療法更爲局部麻醉準備了良好的條件。但在我們166例中祇有二例在局部麻醉下施行手術，其餘絕大部份都是乙醚麻醉（表五），同樣也取得良好的效果。

表五 手術時使用麻醉種類統計(166例)表

麻醉種類	乙 醚	脊 椎	局 部	硬脊膜外	靜脈內普羅卡因
例 數	130	28	2	1	5

任何全身麻醉劑的作用都在於使高級神經系統產生抑制過程，因此手術前睡眠療法的另一個意義是具有基礎麻醉的作用，便利了麻醉的誘導和減少了麻醉劑的需用量，在130例使用乙醚麻醉的病例中，唯每個麻醉者操作技術熟練程度不同，然而都有相同的體會，主要的有①麻醉誘導期縮短，②興奮期不明顯，③乙醚需用量減少。例如：病員姚×（治療號25），患尺桡骨骨折畸形癒合，以往曾經兩次手術，每次均需用乙醚200毫升以上方能使病員進入麻醉期。在第三次手術時經睡眠療法後，用乙醚70毫升即進入麻醉期。我們認為這種優越性，並非單純地在經濟上節省了乙醚，而更重要的是減少了乙醚對人體組織的毒性，減少或避免了誘導期中可能發生的種種意外及麻醉後的併發症。

III 睡眠療法與手術後併發症：

手術後來自受損組織的各種病理性刺激是持久和強烈的，在這種「劣性刺激」的影響下，形成了大腦皮質的疲憊和神經系統的機能紊亂。疲憊的大腦皮質和在各種組織中發生的負性營養反應是為手術後併發症發生的主要原因。手術後睡眠療法——保護性抑制的建立，保持了大腦皮質的良好功能及與皮質下中樞的正常關聯，無疑地對於手術後併發症具有確定的預防和治療作用。

（甲）腹脹及腸癱瘓

在藥物學上曾提到巴比士酸鹽類藥物有減低腸道肌肉張力的作用。內科及精神病的睡眠療法病例中常有便秘的現象，因此將兩日灌腸一次列為常規。一般在腹腔大手術後，腹脹、腸蠕動減少或暫時性的腸癱瘓是常見的併發症狀，在嚴重的病例中，腸癱瘓所致的腹脹和阻塞是很難處理的。

在手術後作睡眠療法的病員亦常有「腹脹」的主訴，然而在絕大多數病例中，檢查腹部並無腹脹存在。經放置肛管以後，往往腹脹即減輕或消失。這種腹脹可能是由於催眠劑抑制腸道排氣的功能所致。

在33例腹腔內手術病例的睡眠過程中，我們觀察到腸蠕動的恢復並無明顯提早。例如胃次全切除病例，在手術後第二三天才能聽到較稀少而低弱的腸鳴音，然而腹壁始終柔軟平坦。所以，一年來經睡眠療法的病例中，手術後無一例發生腸癱瘓者。我們體會到，雖然催眠藥物抑制了腸肌的張力，由於睡眠療法的保護和治療作用，使腸癱瘓的病理機轉中斷，為腸蠕動的恢復正常準備了條件。

（乙）手術後肺部併發症

肺部併發症在手術後並不是稀見的，尤以胸腔及腹腔手術後為然。文獻中的統計竟有高達20%

者，一般也在5%左右。

本組166例中，發生手術後肺部併發症的共有三例，佔1.8%強，其中一例為肺葉切除後併發健側肺膿瘍，此例在手術前原來痰量甚多，在手術當時即有痰液侵入健肺的可能。另二例為腹部手術後併發枝氣管肺炎。

從巴甫洛夫學說的觀點來看，肺部發生併發症的主要原因係由於手術部位強烈的病理刺激使肺臟發生反射性負性營養反應所致。無疑地，睡眠療法是避免和中斷此種病理反射的有效辦法。我院近年來關於手術後肺部併發症的發生率尚無統計，然與某些文獻比較，1.8%顯然是較低的數字，這不得不歸功於睡眠療法，如果病例選擇適當和麻醉操作合理，我們相信手術後肺部併發症還可以更加減少。

（丙）手術後休克：

根據巴甫洛夫學說的觀點，休克的發病機理，主要是由於大腦皮質細胞衰竭疲憊所致。先進的蘇聯醫學工作者們早已明確指出，各種保護性抑制的措施是預防休克的最積極和有效的方法。

在本組病例中，發生手術後休克的計有二例，佔1.2%。其中一例係施行胸壁結核之根治手術，另一例為膽囊手術，都是損傷較大和失血較多的手術，在手術時的情況均極良好，而在手術後發生相當嚴重的失血而致休克。失血能使循環有效量減少，影響了血循環的動力，同時失血本身即是一種強烈的病理刺激，足以破壞大腦皮質的機能，損害神經細胞，當非單獨地依靠大腦的保護性抑制所能奏效。不過我們相信，假如手術時止血完善，手術後無其他意外發生，手術後休克在睡眠療法的病例中是完全可以避免的。

（丁）創口裂開

在33例腹腔手術病例中，曾有一胃次全切除術病例在術後第七天發生創口裂開，估計其原因為縫合腹膜時，腹肌過度緊張，腹膜在當時即有撕裂的情形。雖然睡眠療法有助於創口的癒合，而影響創口癒合的因素很多，在其他因素未嚴格掌握時，當然創口仍有裂開的可能。

IV. 睡眠療法與疼痛

外科手術前後睡眠療法與其他各科睡眠療法的顯著差別是在於手術病員有劇烈的創口疼痛。疼痛本身就是一種強烈的刺激，足以擾亂神經系統的正常功能，妨礙病員的睡眠，在許多場合下，為造成休克或手術後併發症的主要原因。

在藥理上，任何催眠藥的止痛作用都是很弱的，然而各種有關文獻報告都指出藥物睡眠療法能

減輕手術後創口疼痛。在我們一年多的觀察過程中，不論根據工作人員的體會或病員的訴述，睡眠療法減輕疼痛的效果是肯定的。疼痛減輕是病員主觀上所體會到的睡眠療法的最大優點。在病區中，由於病員的宣傳，往往使其他病員主動提出作睡眠療法的要求。這樣大大的促進了睡眠療法的推廣。

目前我們還沒有一種方法可以用來測定疼痛的程度，祇有憑病員的訴述來作決定。在經手術後睡眠療法的162例中，我們根據病員的訴述作一概括

統計（表六），發現在大多數病例都覺得創口疼痛較輕甚或完全不痛。奇怪的是雖然有些病員在睡眠療法期間大聲叫痛，然在事後訪問時却堅決否認，反而說「這次手術後創口一點不痛！」。所以，我們體會到，大腦皮質保護性抑制的建立減弱了皮質細胞對疼痛的「應激性」，並且抑制了這些刺激在大腦皮質遺留「痕跡」的作用。使這些刺激的痕跡在短期內消失無蹤。

表六 手術後睡眠療法162例對創口疼痛訴述統計表

病員訴述傷口疼痛情況			例數	百分比(%)	
1	不痛	未訴創口痛	17	31	19.13%
		創口不痛而其他部位痛	14		
2	略痛	創口略痛不妨礙睡眠	44	66	41.75%
		在運動時創口痛，否則不痛	6		
		術後第一天痛，第二天即減輕	16		
3		傷口痛	65		40.12%

在某些原來伴有疼痛的病例，例如椎間軟骨盤突出症的坐骨神經痛，閉塞性脈管炎的肢端痛，在手術後第一、二天可能仍舊述訴肢痛而不覺創口疼痛。這種現象可以用烏赫透姆斯基氏所謂大腦皮質興奮灶的「優勢法則」來解釋。新起的發源於創口的刺激傳到大腦後，被集中到皮質中原來存在的興奮灶的周圍，增強了原來的興奮灶，而使病員對創口疼痛的感受性減弱。然而，大腦皮質的治療保護性抑制過程足以抑制和消除停滯的興奮灶。對這種原來伴有疼痛的病例的遠期追訪還不够，所以還不能作出肯定的結論，不過從理論上說，凡是手術後作睡眠療法的手術效果應該比一般為佳。

睡眠療法足以減輕手術後創口疼痛，而疼痛又常妨礙病員得到深熟的睡眠，因此為了改善病員的睡眠情況，手術後頭二天適當地給予嗎啡等止痛劑（尤其是骨骼手術後）仍是需要的。不過，其需用量要較不作睡眠療法的病例大為減少。在162例中曾有22例始終未用嗎啡，一晝夜需用二、三次以上者（每次10毫克^②）祇24例（表七）。如果在手術後能較廣泛地應用各種止痛的方法，如靜脈內注射酒精或鹽羅卡因，或神經阻滯，封閉療法，則睡眠情況與無痛效果均可更形提高，嗎啡的用量可以更形減少。

表七 162例手術後頭二天使用嗎啡次數統計表

嗎啡使用情況	例數	百分比(%)
未給	22	13.58
兩天內祇給一次	26	16.04
每天祇給一次	36	22.22
第一天給二、三次，第二天未給	25	15.43
每天給二次	29	17.9
每天給二、三次以上	24	14.81

討 論

巴甫洛夫學說不但強調了高級神經系統對機體的決定性作用，同時更確立了外在環境對高級神經

系統的影響的原則。所以，在手術前後為了保持病員的高級神經系統活動的良好平衡，除了依靠藥物所引起的睡眠的保護作用外，尚需撤除經第一信號系統和第二信號系統所給予病員的種種不良刺激，

換言之，睡眠療法必須建立在健全的保護性醫療制度上，必須有賴於保護性醫療制度的支持和配合。由於環境給予病員的不良刺激未能完全去除，往往影響應得的療效。我們在實施過程中，曾觀察到如果病員對手術或其他治療的不正確的看法未曾消除，或在原病區中聽到了關於手術或睡眠療法的不良宣傳，在睡眠療法過程中，仍舊會顧慮重重，甚或對各種治療表示不信任或厭惡，這樣，無疑地，睡眠療法的效果將會減弱或無效。

目前，手術前後睡眠療法的適應症和禁忌症尚不明確，蘇聯保健部學術會議所制訂的「關於藥物睡眠療法實施的暫行指示」中祇提到了「胸腔及腹腔重大手術之後」，未有其它詳細說明，其他蘇聯文獻的意見也很不一致，例如胸腔內手術，有人認為是禁忌的，也有人認為是適應的，所以在選擇病例時常莫知所從。事實上，病員之選擇是否適當對睡眠療法的效果和安全性有莫大關係。根據一年多來的實施經驗，我們初步擬訂了手術前後睡眠療法的適應症和禁忌症，（見附錄），不過必須予以說明的，在施行時必須全面地和機動地考慮病員的各種情況以作抉擇；而且，除了個別內臟疾患的禁忌和適應外，對病員的高級神經活動類型也必須予以考慮。1953年3月蘇聯醫學科學院主席圖收收梁贊巴甫洛夫醫學院參加的擴大會議中，曾特別強調地指出了這方面的重性，所以祇有在體質和精神類型對睡眠療法適合的病例中，效果才是顯著的，否則非但無效，反而會發生很多的「陰性結果」——不

良反應或併發症。

手術前後睡眠療法在減少病員的痛苦，改善病員手術前後情況的效果是肯定的。由於影響病員的外在和內在因素綜錯複雜，在某些情況下，預防和中斷病理機轉的作用往往非睡眠療法所能單獨奏效。如果病例選擇不當，外科原則掌握不嚴，在手術後仍有發生種種併發症的可能。因此一般手術後後的各種處理和外科操作原則並未因睡眠療法而失去重要性，甚至更形重要。

結 語

(1) 本院外科在一年半來共作手術前後睡眠療法166例，包括各種疾病和手術種類。

(2) 有關手術前後睡眠療法的實施方法作了簡單介紹及論述。

(3) 手術前後睡眠療法在減少併發症及創口疼痛的效果上是肯定的。

(4) 施行睡眠療法時，外科原則及其他治療並未失去重要性。本療法之成功同時亦有賴於保護性醫療制度的配合。

(5) 實施手術前後睡眠療法必須慎重考慮適應症和禁忌症，除內臟疾患、手術性質外還應該考慮病員的神經活動類型。

(6) 睡眠療法並不是單純叫病人睡覺聽話或解決思想問題的「對症療法」，而是一種足以改善手術前後病員的整體情況，提高手術效果的「病因療法」，是值得推廣的。

附 錄

外科睡眠療法暫行管理規則

- 一、外科睡眠療法室的主要任務為施行外科手術前後睡眠療法。
- 二、凡適於作睡眠療法的手術病員，負責醫師在訂立治療計劃時應將睡眠療法列入計劃內，並及早與睡眠療法室聯繫，至遲於預計開始睡眠的前一日早晨填寫「睡眠療法申請單」送至睡眠療法室，經該室同意後排定床位，做好準備工作，然後通知執行。
- 三、睡眠療法申請單各項目必須填寫完整，並須寫明病員床號，疾病診斷，擬施手術，手術日期及擬用麻醉種類等。
- 四、為提高治療效果及更好地總結經驗，在實施睡眠療法前必須慎重研究適應症與禁忌症，作好

準備工作，在選擇病員時，以對治療有信心較能合作者為宜。

- 五、每個病例在睡眠之前應完成以下各項必須的檢查：

(一) 血液常規、(二) 尿常規、(三) 大便常規、(四) 胸部透視、(五) 肝功能試驗、(至少須作麝香草腦混濁試驗)(六) 腎功能試驗、(凡廣泛大手術，泌尿系統手術或根據尿檢查有可疑腎臟疾患者為限，其他手術病例可免除)。

- 六、睡眠療法室工作人員應事前與原負責醫師聯繫瞭解病員情況，探訪病員，介紹睡眠療法室情況及必須遵守的規則，消除其顧慮，以取得合

作。

七、各病區接到睡眠療法室通知後，必須按時轉送病員，並完成下列工作：

(一) 洗澡；(二) 理髮；(三) 剪指甲；
(四) 準備皮膚；(五) 灌腸；(六) 點交保管病員各種貴重物品。

八、病員的各種治療，在睡眠療法期間仍由原病區負責醫師負責，睡眠日期長短，用藥（包括麻醉前用藥）劑量及方法，以及睡眠情況，由睡眠療法室醫師掌握。

適應症：

(一) 胸腔及腹腔手術；
(二) 四肢骨骼及軟組織手術；
(三) 脊椎及周圍神經手術；
(四) 頸部手術；
(五) 泌尿系統手術；
(六) 交感神經及周圍血管手術。

禁忌症：

(一) 心臟血管系統功能不全；

(二) 顯著肝功能衰退；

(三) 顯著腎功能衰退；

(四) 呼吸功能衰退或呼吸困難；

(五) 在手術前或後有發生呼吸道阻塞可能者；

(六) 在手術前痰液分泌旺盛（在五〇毫升以上）或在手術後痰液分泌依然旺盛者。

(七) 體腔內晚期惡性腫瘤；

(八) 在半昏迷或昏迷狀態的病例；

(九) 在潛伏休克或休克進行期的病例（尤其是失血性）；

(十) 開放性肺結核症；

(十一) 五十歲以上的老年病員；

(十二) 貧血或全身性衰弱；

(十三) 內分泌障礙疾病；

(十四) 中樞神經系統疾病；

(十五) 急性傳染病；

(十六) 有嚴重吸煙習慣；

(十七) 嗎啡癮或慢性酒精中毒。

頸淋巴結結核之治療

(附四十五例分析報告)

中國人民解放軍八一醫院

杜仲閣整理

前 言

頸部淋巴結結核是我國常見之疾病，俗稱瘰癧。此病後期往往潰穿皮膚形成竇道，經年流膿，不易痊愈，使患者健康受損精神痛苦影響工作。本症長期來缺乏統一有效的治療辦法，過去大多數外科醫師，認為此病之治療往往事倍功半，目前文獻報告有漸趨向於外科手術與周身療法並施之趨勢。

本院對頸淋巴結結核之治療，在1952年前一般都採用保守療法，手術治療者不多，甚多病例由輕而重，由乾酪化型而形成竇道，在門診換藥經久不得痊愈。自1952年後，因鑑於過去治療方法的治愈率不高，乃逐漸轉變治療方針，儘量採用切除病灶手術，治療效果尚稱滿意。今將1952年一月至1954

年七月本院收治之45例頸部淋巴結結核病例作一分析及討論，以得出初步之體會，希國內同道批評指正。

發 病 情 形

(一) 發病率：本症在部隊中之發病率不算低，二年七個月內本院共收治頸淋巴結結核45例，在同時期內之外科住院總人數為3921人，佔外科住院總人數之1.15%。

(二) 性別與年齡：本病發病率男女並無差別，一般都發於幼年與青年期，本院因收容對象之關係，故以男性青年為多（表一），男性為38人，女性為7人。

表一 發病年齡統計表

年 齡	6 歲	17-20	21-30	31-40	40以上	合 計
例 數	1	10	29	4	1	45
百分率%	2.2	22.2	64.5	8.9	2.2	100

(三) 病期：大部分病例於發病後數月方來就診，分析其原因有二：(1) 緩慢發病者，往往自己不加注意及重視，必待腫塊增大，數目增多方引起重視而就醫。(2) 急性發病者，初起時往往誤

認為急性淋巴腺炎而作一般治療，待治療無效後方來院就醫。本文病例中病期最短者為14天，最長者為17年。

表二 病期長短之比較表

病期時間	半月	一月	二月	三月	半年	一年	二年	三年以上	合 計
病 例 數	1	4	9	1	8	6	7	9	45

病理變化與臨床現象

(一) 侵入路徑及臨床分類：Ronald 氏將本病在臨床上分為三類：

(1) 上頸部淋巴結局部乾酪樣結核（係指上頸部之深或淺淋巴結如頰下組、乳突組、扁桃體淋巴結與頸深淋巴鏈上羣等）；Ronald 氏認為此類病變係兒童或青年常結核菌初次侵入頸部淋巴結時所產生之原發性感染。結核菌可由上呼吸道或上攝食道之黏膜侵入，特別是扁桃體常為細菌入侵之門，一般常發生於某種呼吸傳染之後，患者感疲倦，午後輕度發熱，過半數患者可有扁桃體腫大，受累淋巴結多為一側，受累組織發生過敏性的組織反應，淋巴結迅速增大，發生水腫及淋巴結周圍炎，使其與周圍組織纖維集成團，依病理變化過程，破壞逐漸進行終於形成膿腫，表面皮膚很快的呈水腫發紅，終於破爛形成竇道，如患者抵抗力克服了感

染，則淋巴結周圍炎逐漸消退，釋集的淋巴結各自分開，未遭損壞的淋巴結逐漸恢復正常，已遭損害或已有乾酪樣變的淋巴結變硬或鈣化遺留堅硬有竇或無竇之淋巴結，此即為痊愈之最後階段，但仍有隨時蔓延惡化或者復發之可能。

(2) 下頸部淋巴結局部乾酪樣結核病變：見於青春期或老年，由於肺或胸腔內組織的結核病病灶經過縱隔或喉部淋巴結侵入頸基部的淋巴結所致，形成一個或數個單獨的感染灶，或者是縱隔結核淋巴結向上延伸的結果，臨床上可見一個腫塊位於鎖骨上方，在胸鎖乳突肌下端的深面。

(3) 頸部彌漫性淋巴結結核：多見於成年人，大概是晚期結核病灶之病菌經淋巴道或血流傳播的次發病灶，沒有初期感染之過敏反應，發展慢，周身症狀不顯著，病變範圍廣，常二側受累。

根據本院45例統計結果，上頸部淋巴結之結核多於下頸部，一側者多於二側。

表三 病變部位統計表

病變部位	上頸部淋巴結	下頸部淋巴結	散發性	合 計
急性發病	10	2	2	14
慢性發病	19	3	9	31
合 計	29	5	11	45 (一側 34 例 二側 11 例)

表四 病變深淺組別統計表

病變部位	淺淋巴結	深淋巴結	淺及深淋巴結	不 詳	合 計
例 數	16	15	12	2	45

由表三可看出極大多數病例多是上頸部之淋巴結結核，計29例，佔64.4%，且大部為一個病變，同時肺部合併結核者極少，故說明這些病變之感染途徑似乎都是經由上呼吸道及上攝食道而來。而根據統計我國成年人90%以上是已感染過結核病的，故此類上頸部淋巴結結核，似不應稱之為原發性感染，而是身體之再次感染，感染途徑則多來自上呼吸道或上攝食道，同時有肺結核者之部分病例，可能也屬此種再次感染，而與血行及淋巴路之直接傳播無關。此外，此種由上呼吸道及上攝食道所感染之再次發覺之病例似乎仍可有臨床之急性反應現象，我們29例上頸部淋巴結結核病例中有10例有急性反應現象。

表三中之散發性病例也包括了淋巴結結核病變後期自身之彌散，故不一定能發現身體他處有結核病灶，此與 Ronald 氏分類中之頸部彌散性淋巴結之原義有所出入。

(二) 身體他部之結核病灶：我們全部病例除作全身檢查外都作了胸部 X 線檢查，在45例中發現肺部有結核病灶者僅八例，佔全部病例之17.8% (

包括靜止性及進行性)。此外，同時有腋淋巴結核者四例 (8.9%)，以上數字說明了頸部淋巴結結核患者並不一定自肺結核傳播而來，而大部是由上呼吸道及上攝食道侵入的，此點也為施行摘除手術之一個有利條件，故術後復發不多。

(三) 受累淋巴結之病理過程：已受結核菌感染的淋巴結因抵抗力強弱之不同，致其病理過程亦不一致，因而臨床上的表現亦有出入。部分患者的淋巴結可以不發生乾酪化而呈增殖性或纖維性變化，但大部病例則先發生部分乾酪壞死再發展為局限於增厚之囊膜內之全部乾酪壞死，終致囊膜破裂形成肌膜下冷性膿腫，再穿破皮下，形成所謂鐮鈴形膿腫，最後皮膚隆起軟化穿破，形成經久久不癒的瘻道，在發展過程中還隨時可有續發化膿性感染之可能。本組之45例中以乾酪化型與冷性膿腫型為多數 (表五)。

冷性膿腫之形成及穿破部位以胸鎖乳突肌中上段之後緣為最常見，此部是頸部淺神經自深部穿出口部位，故予手術操作上造成不少困難。

表五 病理變化性質表

病理分類	增殖性	纖維性	乾酪壞死性		冷性膿腫形成 (及膿腫部位)					瘻道形成	合計
			頸部	肺部	乳突	扁桃體	頸部胸突上	頸部胸突中	鎖骨上		
例數	1	3	15	10	1	2	7	2	1	3	45
百分率	2.2	6.7	55.5				28.9			67	100

【治療問題】

本症之治療問題，迄今尚無統一的辦法，有人主張用單純保守療法，有人主張用摘除手術，少數主張用 X 線或日光治療，由於抗痲藥應用後，對手術後可能形成瘻道問題已有較滿意之解決，故目前趨勢以主張手術治療與強身治療並施者為多，但主要還是應根據各個病人的具體情況而決定。

(一) 一般周身療法：頸部淋巴結結核與一切結核病之治療原則相同，應當重視周身療法，充分之休息，充分陽光，空氣流通，富於營養的飲食，維生素等，以提高患者之周身抵抗力，尤以病情正在急性進展時更為重要。一般1—3月的周身療法即能使患者周身狀況顯著改善，血球沉降率降低，淋

巴結周圍炎消退，腫集的淋巴結分開，但周身療法不是一個積極有效的治療辦法，經周身療法治療的病人，一部分雖可暫時好轉，但病灶未除，仍有隨時復發之可能。此外部分病例即使在周身療法施行過程中，病情仍可繼續惡化 (例一)。周身療法雖為一重要之治療措施，但只能作為手術前之準備治療及手術後之鞏固治療，而不能認為是一種單獨有效的治療方法，當然在不適合作手術之病例中則周身療法無疑的仍為主要之療法。

(二) 組織療法：組織療法治療頸部淋巴結結核，國內文獻中已有報告，趙慶文氏報告有效率在70%左右，我院門診病員亦曾一度試用，因登記觀察不全，故無法統計效果，其中也有因選擇病例不嚴，致效果不顯，甚且有惡化者。有的病例因病變

本身正在急性發展，故治療未收任何效果，本組45例中即有11例曾於門診或住院期間曾應用組織療法其結果如下。

表 六 組織療法對11例頸部淋巴結結核治療結果之分析表

病 變 類 別	治 療 效 果 及 例 數			備 註
	進 步	無 效	惡 化	
竇 道 形 成		1		治療70天未癒出院後果不詳
靜 止 性 型 纖 維 化	1			已經X綫照射病灶靜止成纖維性硬塊經用組織療法硬塊縮小。
乾 酪 壞 疽 型	1	4	4	惡化係指病灶擴散或進展加速冷性膿腫形成
合 計	2	5	4	應用方法分注射及埋藏二種應用組織
百 分 率 %	18.2	45.5	36.3	分牛脾及胎盤二類

對於組織療法之應用我們初步之體會是：

(1) 對重度乾酪化型，冷性膿腫型或病變在急性過敏期進行期等情況均不應使用組織療法，否則可使病情擴散惡化。

(2) 已靜止之纖維型可以應用組織療法，有機會痊癒。

(3) 黏連嚴重者可用組織療法作為手術前準備，以使黏連鬆動適合手術，手術後之局部硬塊也可應用組織療法協助吸收。

(4) 已形成竇道者如不採用手術摘除，可使用組織療法。

(三) 放射線治療：應用於下列情況：(1) 淋巴結僅輕度腫大，但為數很多，手術切除不易徹底者；(2) 腫大的淋巴結和周圍組織黏連過廣而且嚴重因而無法手術者；(3) 有大塊乾酪壞變的淋巴結已經手術除去乾酪樣物者；(4) 發生或蔓延較快的淋巴結核。我們有一例原為乾酪化淋巴結核因黏連過多而未作手術，經使用X綫照射治療，結果病灶靜止纖維化發硬，此為一收效之實例。X綫對於已纖維化硬結性之淋巴結則無效果，故不應採用。

(四) 姑息手術療法：

(1) 切開排膿術：冷性膿腫遇有續發性化膿感染時，除予熱敷制動使用化學及抗生藥物等處理外，應立即施行切開排膿術，待感染被控制後，方可處理結核性的潰瘍面或竇道。對於單純的冷性膿腫則忌施行切開排膿術，我們有多數門診病例都因此而經久不癒。即使將膿腫切開清除膿液後，再行縫合也難收到預期效果(例二)。

(2) 穿刺抽膿術：Calat氏曾主張冷性膿腫於抽膿後加壓包紮促其痊癒，實際上抽膿後膿液再積

極速，雖多次抽取也難痊癒，且多次穿刺極易發生續發感染，本院門診經驗，無一例因穿刺抽膿而獲得痊癒。

(3) 刮術：將冷性膿腫切開，用刮匙搔爬或用刮匙伸入竇道深部施行搔爬，以期除淨感染的組織，事實上盲目的刮術，不但不能有效的清除創內之結核組織，且易損傷神經與血管，故此法不可輕易使用。

(五) 摘除病灶的手術療法：

(1) 手術原則及優點：本療法之基本原則是將病變之淋巴結徹底剷除。因極大部分病例是由上呼吸道或攝食道而感染之局部病變，而非全由肺部或身體他部結核病灶蔓延或播散而來，則在此類病例，如將已有病變之淋巴結病灶全部去淨，在理論上是應當可以得到痊癒的，在臨床實際工作中也證明此理論之正確，同時本療法尚具其他優點。

(甲) 確有一部患者，若不早日將有乾酪化的淋巴結予以摘除，就有形成冷性膿腫，穿破皮膚，創口經久不癒的結果，本組45例中已有重度乾酪化而形將引起冷性膿腫者十例，已形成冷性膿腫者13例，此等病例如不加手術處理，大部均係將穿破而形成竇道。

(乙) 若能細心的將所有受累的淋巴結於手術中完全摘除再配合一般周身療法，復發的機會並不多。

(丙) 若病例選擇得當。手術前準備充分，技術操作合適，切口可以得到一期癒合，手術後一至二週即可痊癒出院，即使已成冷性膿腫甚至已形成竇道者，在適當之手術處理下，創口在一至二月內也可癒合，使病程顯著縮短。

(丁) 免除長期換藥，不但節省人力物力，並

可減輕患者身體和精神的痛苦。

(2) 手術時機的選擇：不是所有頸部淋巴結結核患者，可以不擇時機都適合於病灶摘除手術治療，相反的我們對手術病例及手術時機均應慎重選擇，凡手術可使病勢擴展或發生其他全身或局部之不良後果者，或手術預計無法達到目的者都不應手術，或等待有利時機施行手術。

原則上：

(甲) 凡有廣泛的活動性肺結核患者，或生殖泌尿系胃腸道骨骼等系之嚴重結核患者都不宜作廣泛的病灶摘除手術，而以採用一般保守療法為宜，必要時僅行切開排膿等姑息手術。

(乙) 局部病變在急性過敏期，或急性進行期者，也應先用周身療法，俟病情穩定後，再施行手術。

(丙) 有急性發性感染化膿時，須先採用切開排膿術而暫不作病灶摘除手術。

(丁) 全身過於衰弱、發熱、盜汗、消瘦、血沉率極高、中毒症狀嚴重病情惡劣者暫不予以手術。

(3) 手術前準備：

主要是提高一般抵抗力，使身體健康條件適宜於施行手術。術前準備即為周身療法，準備之時間視個別病情而決定，如為少數的活動的淋巴結及全身情況良好者，可不需術前的準備，其他的病例須先施行一段長短不等時期的周身療法，以使周身情況改善，血沉降率降低，淋巴結周圍炎消退腫集的淋巴結分開，病情穩定方行手術，但也有部份病例在施行周身療法過程中病情仍不斷進展惡化，此時也可根據具體情形提早作手術處理，而不一定要等待至不可能求得之病情好轉時期，本文病例中有一冷性膿腫形成不久之病例，於周身準備過程中，病情仍迅速進展，勢將向外穿破，因視其全身健康尚好，故提早施行病灶摘除手術，結果滿意(例一)。

所有頭面口腔內之傳染如牙齦炎、口腔炎、扁桃體炎或輕度的上呼吸道感染等，均須預先得到確實的控制，必要時於手術前一至二日開始磺胺類及青黴素治療，以提高手術後切口一期癒合率。有瘻道的患者應先用青黴素及鏈黴素混合液或異菸肼溶液施行局部換藥，至分泌物減少肉芽組織健康後方可手術。

我們病例之手術前準備時間並不長，一般為一至二週。

(4) 麻醉：病變範圍較廣，黏連較多之病例以使用全身麻醉為妥，氣管內乙醚加氧最為理想，因其既可使呼吸道通暢，又不妨礙手術之操作，但

一般病變範圍較小或黏連較輕者可用局部麻醉，本文手術治療組40例中，82.5%是採用局部麻醉的。至於局部麻醉時應用局部麻醉劑抑頸神經叢阻滯一點，須視病情決定，但在頸深淋巴結上組病變且有黏連時，頸叢麻醉往往是難以施行。至於靜脈內麻醉則因易引起呼吸道障礙在頸部淋巴結摘除手術中是禁用的。使用局部麻醉時必須注意手術前驅藥物之使用，以期得到患者在手術時的切實合作。我們40例手術麻醉方法統計如下(表七)：

表 七 麻醉方法統計表

麻醉方法	氣 管 內 乙 醚 加 氧	閉鎖腔加氧	局麻	合計
病 例 數	4	3	33	40
百分率%	10	7.5	82.5	100

(5) 切口：

(甲) 沿皮綫之橫切口：此種切口癒合好疤痕小，不易發生功能障礙，最適用於單個的或範圍小的病灶，不過在散發性且病灶分列之病例，我們經驗是可用多個橫切口，其後果仍較作斜切口施行廣泛之剝離為佳，本組之例三其病灶極為分散遍於全頸各處，我們共作了九個橫切口，術後不論功能或美觀方面均甚滿意。

(乙) 斜切口：對病變範圍較大之頸深淋巴結之切除手術可以沿胸鎖乳突肌後緣作斜行切口，可得到較好的暴露，必要時且可將胸鎖乳突肌切斷牽開，以利手術之進行，遇鎖骨上淋巴結同時腫大者，可在斜切口下緣沿皮綫向外伸長作一橫切口，如遇鎖下及頰下淋巴結也同時腫大時，可在下頰骨下緣沿皮紋方向向內伸長作一橫切口。

以上二種切口可相輔採用，不必一定希望只作一個切口以解決全部問題，這樣有時反造成對組織不必要之損害。此外皮膚之切口應包括頸闊肌使之隨同皮膚牽開。我們手術治療40例中採用單個或多個橫切口者32例佔80%，斜切口者八例佔20%，其中有三例曾切斷胸鎖乳突肌。

(6) 對各種不同性質的病變之手術方法：

(甲) 乾酪化型增生型及纖維化型：手術原則是完全摘除受累之淋巴結，所有堅硬腫大及乾酪樣變的淋巴結都應徹底摘除，細小柔軟的淋巴結則可以保留，對界限不明顯或緊密黏着於重要器管不易剝離的淋巴結不宜强行解剖，可用刮匙在直接視鏡下分塊刮淨，頸深淋巴結如黏連較多可將胸鎖乳突胸部分或全部切斷，向二端翻轉牽開，在直接視鏡下細心剝離，以免損傷頸內靜脈，充分的暴露是使

手術安全的要點。

(乙) 冷性膿腫型：如同時存在有乾酪性病灶，則須先處理後者待切口癒合後，再處理有冷性膿腫部之病灶。冷性膿腫如無繼發感染仍應本徹底摘除原則處理，細心施行局部解剖，摘除受累淋巴結；當全部摘出有困難時，仍可採用刮除辦法，作者主張用刀柄搔刮，既可達到刮除目的且極為安全。

病變未累及皮膚者，應縫合切口（例五），外面加壓，已累及皮膚者，則應將切口敞開不縫合，但如累及皮膚之範圍較小，則可切除一部分皮膚而

縫合之。

單純之切開排膿而不將受累淋巴結摘除，不論在排膿後採用引流或是縫合，其效果都是不好的（表八）。反之手術如能做得徹底，縫合之切口一般都可初期癒合（例五），即使有輕度裂開或縫線感染，也不日即癒，採用敞開法之創口，一般平均月餘也可癒合（例一）。

本組45例中冷性膿腫形成者計13例，其中除一例因有進行性肺結核未作手術轉院休養外，其餘12例之手術方法及切口癒合時間之關係如表八所示。

表 八 12例冷性膿腫型病案之手術方法及切口癒合時間

手術	方法	例數	切口平均癒合天數	備 註
徹底摘除病變之淋巴結	切合縫合	4	7.5	
	切口引流	6	31	內一例於出院後引流部創面又破潰經再次治療而癒合
單純切開排膿	切口縫合	1	91	拆線後復化膿破裂換藥癒合出院後再次潰破而擴散（例三）
	切口引流	1	160天以上	術後160天未癒轉院

(丙) 竇道形成：對於新形成之竇道不應即時手術，最好先用青黴素及鏈黴素混合液換藥，俟肉芽組織健康時，再用美藍或探針導引解剖摘除受累之淋巴結，此等創口以開放為宜，本組病案中有竇道形成者三例，一例未手術未癒出院，其他二例我們都於竇道及病灶切除後試作縫合，但二例均未獲初期癒合，一例裂開，一例化膿，經長時換藥始癒，均說明竇道之創口不宜於縫合。

(7) 手術併發症及其防止方法：

(甲) 神經的損傷這是最易發生的一種合併症，欲避免神經之損傷必須熟知頸部解剖，細心操作。凡有疑似神經之索狀物，決不可輕易切斷，也不應盲目地以銳器搔爬，如帶搔爬則須在直接視鏡下操作，或用鈍器如刀柄等作搔爬工具。

平常最易損傷的為耳大、枕小及鎖骨上等神經，因這些神經均於胸鎖乳突肌之中上1/3附近由深部繞該肌後緣而出，而頸淋巴結結核則最多見於頸深淋巴鏈之上羣，特別易於該部形成冷性膿腫而穿出皮下，故於手術時甚易損傷這些神經，於鎖下部及耳下部則須注意面神經及副神經之損傷。我們有過

例面神經分枝損傷之教訓，該患者是扁桃體淋巴結結核有冷性膿腫形成，患部在右下頷骨水平以下，事後推想，可能該神經係因炎症後痙攣收縮將其向下牽引致遭損傷，此例半年後神經恢復正常。此外於頸淋巴結之摘除時尚須注意迷走神經及副神經等之損傷。

(乙) 血管之損傷：因頸淋巴鏈位於頸內靜脈周圍，同時二者往往發生粘連，故分離時須特別小心，避免損害血管。我們病例中即有一例頸內靜脈之損傷被迫作了頸內靜脈結紮術幸無不良後果。

(丙) 出血及血腫：防止術中及術後的出血及血腫，須小心止血，皮片翻開後流血點都應加以仔細結紮，摘除淋巴結時儘可能切達最後一層包膜，手術中可用腎上腺素鹽水液的紗布壓迫止血，創口較大而止血無把握者可置一橡皮條作暫時之引流，於24小時後拔除，手術後使用輕壓綑帶及頸部制動等均為防止出血及血腫之辦法。

手術治療40病例的併發症（表九）主要為神經之損傷，出血及血腫尚無發生。

表 九 40例手術之併發症

併發症	次數	處理	結果
面神經下頷枝切斷	1	當即吻合	半年後恢復
頸內靜脈撕裂	1	結紮	無不良後果
副神經損傷症狀	1	結紮	恢復（可能係牽拉或壓傷）
耳大神經損傷症狀	2		恢復

(8) 手術後之處理：手術完畢於縫合之前，以鹽水徹底沖洗創口，手術範圍大者為防止淋巴液積聚或血腫形成可放置一條皮條引流，於24小時後取出，青黴素在冷性膿腫及瘻道等例中手術後必須應用，乾酪化型則可酌量決定，第4-6日拆除縫線，當發現創口有感染化膿的情況，應即將創口敞開換藥，一般一至二月後也可癒合。

手術後周身療法仍須繼續即在出院後仍應長期注意適當之休息與足夠之營養，扁桃體與增殖腺腫大的患者，應於頸淋巴結摘除手術之後，擇時作扁桃體與增殖腺之摘除。

(9) 復發的問題：據 Ronald氏報告之302病例，繼續觀察三年，局部復發率僅為4%，一般說術後有無復發可能，一方面決定於摘除是否徹底，另一方面取決於患者的營養及衛生條件之是否改善。手術時只能將肉眼可見到受累的淋巴結摘除，而對已受結核菌侵襲，而尚無肉眼可見之病理改變

之淋巴結則往往無法認出或全部摘除，故手術後應繼續施行完善之周身療法，以防復發。

我們的病例中，已發現復發的有四例，其中一例很明顯的是由於工作過勞而引起的，且病理變化之進展極快。一例是引流創口又潰破成瘻道經再次治療痊癒。此外內中三例復發之患者，病灶都屬於散發性的。

(六) 治療效果及住院天數的統計：

(1) 治療效果：我們之45例中，計施行手術者40例，保守治療者五例。手術治療之40例中38例施行了病灶摘除手術，其中35例痊癒，三例進步（未摘淨），二例施行姑息的切開引流手術，其中一例未癒而轉院療養，一例90天後創口暫時癒合，不久又復破潰（例二），採用保守療法之五例則三例無效，二例進步。上述結果明顯的說明了病灶摘除手術之效果遠較其他治療為優良（表十）。

表 十 45例頸淋巴結手術療法與保守療法效果比較表

臨床類型	手術治療(40例)			保守療法(5例)			合計
	痊癒	進步	無效	痊癒	進步	無效	
乾酪壞死型	20	3 (未摘淨)		1	1	1 (治療59天轉院)	25
冷性膿腫型	10	1 (姑息手術)	1 (姑息手術)			1 (治療46天轉院)	13
瘻道型	2					1 (治療70天未癒出院)	3
增生或纖維型	3				1		4
總數及百分率	35 (87.5%)	4 (10%)	1 (2.5%)	0	2 (40%)	3 (60%)	45

(2) 住院日數：40例手術病案之切口癒合天數及住院總日數，以瘻道型最長，冷性膿腫型次之，乾酪化型、增生型、纖維化型最短，故明確的指出了頸部淋巴結結核應在冷性膿腫未形成之前作早期

手術治療，不但創口癒合快，住院日期縮短，同時手術簡易，不易發生合併症或術後頸部遺留不美觀之疤痕，此外，更使患者健康短期恢復(表十一)。

表 十一 手術病例住院天數及創口癒合天數統計表

手術種類	病變性質	病例數	創口癒合天數		住院天數		備註
			總天數	平均天數	總天數	平均天數	
摘除手術	瘻道型	2	99	49.5	176	88	
	冷性膿腫型	10	215	21.5	341	34.1	
	乾酪壞死型	23	150	6.5	548	23.8	
	增生型	1	5	5	24	24	
	纖維化型	2	12	6	22	11	
姑息手術	冷性	1	91	91	109	109	病灶未除去，出院後仍破潰
	膿腫型	1	未愈		160	160	未癒轉院