

成都工學院圖書310957

基本館藏

外科門診手冊



上海衛生出版社

外科門診手冊

修訂本

周梅亭 俞善吾 編譯

~~上海衛生出版社~~

上海衛生出版社

一九五六年

內 容 提 要

本書內容為門診常見外科疾病的診斷和治療，包括感染、創傷、燒傷、畸形、腫瘤、骨折、脫位等，著重在門診處理、鑑別診斷和手術操作，適用於外科臨床醫師和中級醫士，特別是在門診所、保健站、衛生室、工礦車間醫務室的工作人員。

外 科 門 診 手 冊

修 訂 本

周梅亭 俞善吾 編譯

*

上海衛生出版社出版

(上海淮海中路1670弄11號)

上海市書刊出版業營業許可証出080號

中和印刷廠印刷 新華書店上海發行所總經售

*

開本 787×1092 紙 1/44 印張 7 21/22 字數 160,000

(原廣協版印3,000冊)

1956年5月新1版 1956年9月第2次印刷

印數 1,501—4,500

統一書號 14120·32

定價 (10) 1.10 元

序 言

目前醫學書籍出版中，專門對於外科門診工作方面的材料可以說沒有，而在廣大的高中級醫務人員從事於門診工作時，亟需有一本足以實際參攷應用的小冊子。編譯者們不揣愚陋，介紹了這本“外科門診手冊”，其材料來源主要採自 Surgery of the Ambulatory Patient—Ferguson, Minor Surgery—Christopher, Fracture & Dislocation—Geckeler, 以及近年來高中級教材和文獻中有關外科門診工作的材料，重點在處理及具體操作，不侈談理論。如果這本小冊子能對讀者有所幫助，則為原著者之貢獻，不敢掠美也。

周梅亭 俞善吾

一九五五年一月

外科門診手冊目錄

第一章	緒論	1
第二章	麻醉技術	3
第三章	手術前後處理	11
第四章	封閉療法技術	17
第五章	組織埋藏技術	21
第六章	感染	22
第七章	創傷	32
第八章	燒傷	41
第九章	凍傷	45
第十章	骨折、脫位、振傷	48
第十一章	石膏繃帶技術	54
第十二章	異物	63
第十三章	淺部腫瘤及囊腫	72
第十四章	肢端循環障礙	89
第十五章	頭皮	93
第十六章	面部	100
第十七章	耳	106
第十八章	鼻	109
第十九章	眼	112
第二十章	口腔	118

第二十一章	齒·····	125
第二十二章	頸·····	127
第二十三章	胸部及乳房·····	134
第二十四章	腹·····	152
第二十五章	背·····	170
第二十六章	肛門·····	186
第二十七章	男性泌尿生殖器·····	199
第二十八章	女性泌尿生殖器·····	234
第二十九章	肩·····	242
第三十章	上臂·····	256
第三十一章	肘·····	258
第三十二章	前臂·····	264
第三十三章	腕·····	267
第三十四章	手·····	277
第三十五章	髖及大腿·····	298
第三十六章	膝·····	304
第三十七章	小腿·····	313
第三十八章	足及踝·····	326
第三十九章	趾甲·····	341

第 一 章

緒 論

門診外科的重要性

門診部是我們接觸病人最頻繁的場所，而大部分病人的治療都可在門診解決。一般醫師專好注意於重大的疾病，複雜的手術，對於膽囊病、胃腸癌等很有興趣，而不屑注意門診最常遇到的小外科疾病。進行診療這些小病的責任落在一些剛畢業的、少經驗的、年青的醫師身上，而且在一般教科書上對於門診外科問題也很少提到。因此處理不當，往往釀成事故。爲了更好地爲病人服務，每一個外科醫師應學會很好的處理這些外科門診常見的疾病。

門診外科的特點

1. 門診外科的診斷簡單，往往一看就能確定，但是有時也須配合檢驗或X線檢查。

2. 門診外科無死亡率，所需設備及助手不多，在一般門診室、私人診所、保健站、衛生室等處均可進行。

門診外科的優缺點

1. 優點：

(1) 病人可繼續工作，或在家休養，經濟而方便。

(2) 避免轉移環境，感到不慣。

(3) 醫院可保持病房為重病人服務。

2. 缺點：

(1) 回家時須人陪送。

(2) 家裏需人照顧病人。

(3) 須能有條件與醫師取得聯系，以防意外。

門診外科的注意點

1. 診斷不確定者不可在門診進行手術。（往往有在門診手術前診斷為脂肪瘤，而在手術時發現為一肉瘤。）

2. 病灶小並不等於不重要。一般人對於急性闌尾炎的危險性都很注意，而對於一個小的惡瘤或唇瘤的危險性則不注意。

3. 病人有出血傾向、糖尿病者必須住院手術。

4. 門診外科必須“安全第一”。

第二章

麻醉技術

門診手術以局部麻醉為最適宜，必要時也可用全身麻醉。局部麻醉藥多用奴佛卡因，全身麻醉多用乙醚及硫苯土鈉。

一、局部麻醉：有 1. 表面麻醉，2. 局部浸潤，3. 區域阻滯，4. 神經阻滯。

表面麻醉

1. 可卡因：用於麻醉粘膜。在眼用 2-4%，鼻用 5-10%，咽喉用 4%。用滴入法或棉花蘸藥液充塞局部。面積過大不可用，以防中毒。

2. 石炭酸：淺部膿腫切開排膿時可沿切口塗布。

3. 氯乙烷：可在切口上噴射或在切口四周噴射成圈，僅適用於淺部膿腫之切開排膿。

局部浸潤 (圖 1)

1. 準備奴佛卡因液，0.5%、1%、2%。每 100 毫升中加入 5 滴腎上腺素(1:1000)，

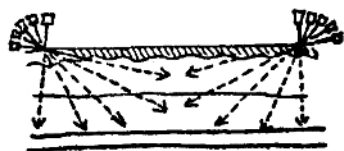


圖 1. 局部浸潤麻醉

並準備 5 毫升及 10 毫升注射器各一副，最好用金屬頭。針頭準備 25 號 $\frac{3}{4}$ 吋長小針頭為皮內麻醉之用，22 號 2、3、4 吋長為深部浸潤之用。

2. 麻醉前說服病人使其信任，注射時溫柔輕巧，自麻醉區逐步進展至未麻醉區，注射針進至新區域時，可通知病人將有不適。進行注射時，必須有耐心，不匆忙，並須具有熟悉之解剖學知識。嚴格執行無菌技術，嚴格執行抽吸試驗，避免誤刺入血管而引起反應。

3. 適用於小手術，如膿腫切開引流，淺部瘤腫剷除，栓塞外痔之切開，新鮮骨折之復位等。

4. 先用 25 號皮下針刺入皮膚，針之斜口向下，注入小量麻醉液，使成一皮內小泡，約直徑一厘米，該小泡可用作表面標誌，指示麻醉區域之界限。然後換用長針頭，穿過皮內小泡，逐步前進，麻醉液亦逐漸注入。皮內小泡可連續成線，皮下浸潤亦可隨之擴展，直至手術野內全部獲得浸潤為止。最多不得超過總量 1 克。

5. 用於新鮮骨折復位時（48 小時內），可在骨折點先作皮內小泡，用長針頭刺入，直達骨折端血腫內，抽吸得血液，乃可注入藥液。最多 1% 60 毫升，2% 30 毫升。15 分鐘後麻醉作用方才出現。

區域阻滯 (圖 2)

1. 在手術野外圍之各層組織，注入奴佛卡因 (0.5%、1%) 液，使通過該麻醉壁之一切神經均被麻醉。可先在四角注成皮內小泡作為標誌，然後刺入深層，構成麻醉壁。

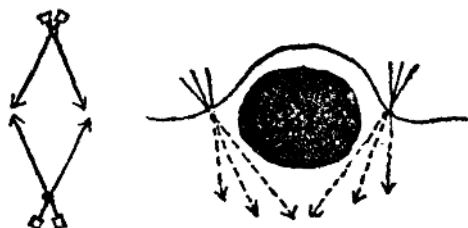


圖 2. 區域阻滯麻醉

2. 用於包皮手術，可圍繞陰莖根部皮下注射成圈。

3. 用於肛門直腸手術，可先在肛門周圍作皮下浸潤，由後緣開始，浸潤肛門周圍皮下組織。第二步深部注射，主要浸潤肛管後半圈，注射時可用左手食指伸入肛門作為引導，由肛門兩側水平刺入，刺入前應通知病人稍有不適，避免激動而誤傷直腸。針頭扇形圍繞肛管注射，深度約 $\frac{3}{4}$ - 1 吋，一側約需 1% 奴佛卡因 20 毫升。

神經阻滯

1. 將 1-2% 奴佛卡因液注射於供應手術野之神經周圍，使其麻醉。

2. 需有熟悉之解剖學知識及豐富之經驗。

3. 指(趾)神經阻滯：指(趾)端手術可在指根處加以阻滯麻醉。先在指根背側注成皮內小泡，由此刺近指骨，向側腹側注射藥液 3—5 毫升。5—10 分鐘後始產生麻醉作用。



圖 3.

4. 頸淺叢阻滯：用於頸部手術。指(趾)神經阻滯病人仰臥，頭斜向對側，先在胸鎖乳突肌後緣中點作皮內小泡，然後用長針深刺達頸外靜脈平面，沿胸鎖乳突肌後緣而注射。頸深叢阻滯在門診外科不常用。



圖 4. 臂叢阻滯麻醉

5. 臂叢阻滯：病人仰臥，頭斜向對側，其臂緊貼身旁。於鎖骨中點之上約一橫指作一皮內小泡，然後用 20 號針頭刺入小泡，向後、向內、向下徐徐前進。同時摸診前斜角肌及鎖骨下動脈，臂叢位在前斜角肌之後，動脈之上。通常當針穿過深筋

膜時，病人恆感手指有放射性刺痛，隨之注射 2% 奴佛卡因 10—20 毫升。若經穿刺數次而未獲得刺痛，可能因方向錯誤，針頭穿過臂叢諸枝之間，再行穿刺恐傷血管，可於深筋膜下向第一肋骨方向注入 2% 奴佛卡因 10 毫升，然後將針刺向第一肋骨外側及第六頸椎橫突各注入 5 毫升。於注射處略加按摩，過 10 分鐘可得麻醉。尚有另一種方法，針頭觸及第一肋骨後退上二、三厘米，一面退一面注射，再刺及第一肋骨方向稍前，再注射，如此者 4—6 次，使前中斜角肌間隙充滿麻醉液。適用於上肢手術。

6. 尾阻滯：病人俯臥，首先確定骶裂孔之位置，普通為三角形凹陷，在骶骨角平面最下棘突稍下。在骶裂孔處作一皮內小泡，用長脊椎穿刺針刺入小泡，方向先與皮膚呈直角，直達骨質，然後將針倒下，使成 45° 左右向頭方刺入骶管。抽吸有無脊髓液及血液，注入 1% 奴佛卡因液 20—30 毫升。適用於生殖器、會陰部、肛門、直腸部手術。

7. 脊椎旁阻滯：麻醉液注於椎間孔之神經根，有胸椎旁阻滯、腰椎旁阻滯。在距棘突約 4 厘米處作皮內小泡，換長針由小泡刺入，與身體之矢狀面成 25° 而循水平方向前進，直至接觸椎體後退後一厘米，注入 1—2% 奴佛卡因液 5—6 毫升，所

擬阻滯之神經根依次注射。在門診常用於解除下肢灼性神經痛或下肢肢端循環障礙。

8. 胸交感神經阻滯：注射標界為第一胸椎棘突下緣，此與第二胸椎橫突下緣及第二肋骨在同一水平線上。針頭以此標界點側面4厘米處插入，一直向前觸到橫突或肋骨為止；此時即變更方向，由肋骨之下通過，成 20° 向正中線方向深入，一直觸到椎體為止（大約深入3厘米）。為安全計應（1）用注射器向外抽吸，以決定針頭是否進入血管或進入蜘蛛膜下腔，（2）放一滴溶液於針尾孔，如未被吸入則針頭不在肋膜腔中。至此可將1%奴佛卡因液20毫升慢慢注入。

9. 腰交感神經阻滯：最簡單方法為注射比較大量1%奴佛卡因於第三腰椎前外側之結締組織中。針頭須用10—12厘米長，與矢狀面成 45° ，在第二、三腰椎棘突之間，距中線7厘米（四指寬）之點刺入。針頭向內側深入，一直觸到椎體之側面，於是退回少許，再前進，反覆行之，直至觸及椎體之前外側面而針頭尚能滑動為止。最後針頭應超過與椎體接觸點前進一厘米，然後注入1%奴佛卡因30毫升。注射前須用注射器抽吸，以決定是否刺入血管。如穿刺正確，溶液將沿着腰大肌之內側緣上下浸潤一相當長距離，如此將使腰交

感神經叢適當地浸潤於麻醉液中，可使下肢血管發生弛張作用約數小時之久。

二、全身麻醉：常用者有吸入麻醉及靜脈麻醉。

乙醚吸入麻醉：

1. 雖因誘導期及恢復期太長，不適合於門診情況，但因其安全而用法簡單，常可施用。

2. 應用時多用開放式滴入，小手術在誘導期即可施行。較大手術在第三期第一階段即可開始手術。骨折或脫位之整復需要肌肉鬆弛者，則需加深至第二階段。

靜脈麻醉：

1. 最常用者為硫苯妥鈉(戊硫巴比妥鈉)。

2. 適用於短時間不需肌肉鬆弛之手術，在門診手術中最為適宜。誘導快而恢復亦快。

3. 禁忌症：

(1) 不用於肝臟機能不好者。

(2) 因具有呼吸抑制作用，不宜用於心臟性呼吸困難者及貧血者。

(3) 不適用於患靜脈病變者。

(4) 不可用於呼吸道急性阻塞性病變者。

(5) 不可用於上呼吸道附近施行的手術，以防發生喉頭痙攣。

(6) 增強喉反射作用，故不應用於患阻塞

性胃腸病患者，因偶或食物反胃可能產生喉痙攣。

4. 方法：

(1) 間歇注射法：用 2.5% 溶液，先注射 5—8 毫升，病人不能計數，然後根據情況，數分鐘注入 1—2 毫升。

(2) 連續滴注法：用 0.1—0.4% 溶液靜脈滴注，每分鐘 30—60 滴。

5. 反應處理：麻醉前給阿託品。呼吸抑制者停藥，立即用氧氣及人工呼吸。喉頭痙攣者先去除原因，必要時行氣管內插管術。

第 三 章

手術前後處理

手術前準備

1. 思想教育：手術醫師須親自解釋病情，說明必須用手術治療之理由，並說明手術無痛、安全，使病人同意後，愉快接受。

2. 家屬教育：對病人家屬除說明手術之必要性外，尚須說明可能發生之危險。尤其對兒童，必須取得家長之同意，方可手術。

3. 事先安排陪人，俾手術後伴送回家。

4. 病人換穿特備之衣服，以免沾污其便服。

5. 服用麻醉前給藥，用局麻者一小時前服魯米那，用全麻者注射阿託品及嗎啡。

6. 手術野準備：有毛處必須剃除，用肥皂水清潔。再用乙醚或苯去除皮膚上油膩，塗 3.5 % 碘酒一次，待乾燥後，再用 70 % 乙醇擦洗兩次。加消毒布單，最好兩層。

7. 手術者及其助手：戴帽，戴口罩，洗手，穿衣，一如大手術。洗手法可用肥皂水刷洗 7 分鐘，