

外 科 学

沈 克 非 主 編

人民衛生出版社

外 科 学

第四卷

第七期

1957年7月

人民衛生出版社編
人民衛生出版社印製
圖書在版編目（CIP）

人 民 醫 生 出 版 社

一九五七年八月

內容提要

本書為我們 50 余位外科專家的集體創作。大致可分為四個總中叶中西外科學的代表作，並附了近數十年來中國外科學者之成就。全書共分 11 節，94 章，近百万字。一般兒童常見的外科疾病作為重點，詳細論述對於罕見的疾患則从略。作者們多能從理論與臨床並重的情況下，貫徹了預防為主的精神，在介紹諸疾先進的營養和推到身心疾病的方面也初步作了相應的努力。對於衛生學遺傳的學科，雖剛開始，只能看到片面的介紹，難堪深遠的思緒，尚待於將來。

外 科 學

854×178、1072 千字、16 頁、每頁：1109 訂字

沈 廣 興 主 編

人民衛生出版社編
（北京市東城區和平門內大街 21 號）

• 人民衛生出版社編印部

北 京 市 刷 版 一 二 三 號

新華書店發行部發售·各地新华書店經售

統一書號：14048·1562

定價：每本 5

4.80 元

1958 年 8 月第 1 版 · 第 1 冊 · 次印

1960 年 1 月第 1 版 · 第 2 冊 · 次印

（46. 京版印字 31,301~36,000)

本書編者

万福恩 天津医学院外科教研組
方先之 天津医学院骨科进修班
王桂生 北京中国协和医学院矯形外科教研組
左景鑒 上海第一医学院系統外科教研組
石美鑫 上海第一医学院系統外科教研組
刘永 北京中国协和医学院病理学系
刘士豪 北京中国协和医学院生化学系
刘潤田 天津医学院总論外科教研組
叶兴杰 大連医学院外科教研組
叶衍庆 上海第二医学院医疗系临床外科教研組
吴珏 矯形外科
吴英愷 上海第一医学院总論外科教研組
吴阶平 中国人民解放军胸科医院
吴蔚然 北京医学院系統外科教研組
宋儒耀 北京中国协和医学院外科学系
李家忠 北京医学院临床外科教研組
李鴻儒 上海第一医学院临床外科教研組
沈克非 中国人民解放军医学科学院
周同軾 北京中国协和医学院外科学系
周裕德 武汉医学院临床外科教研組
林春業 上海第一医学院系統外科教研組
孟繼懋 北京中国协和医学院矯形外科
陈化东 上海第一医学院临床外科教研組
陈邦典 上海水电公司工人医院
陈景云 沈陽部队衛生部
侯幼临 中国人民解放军胸科医院

施錫恩 天津医学院外科学系
荣独山 上海第一医学院放射学教研組
范国声 南京部队总医院外科
赵以成 天津医学院神經外科
倪葆春 上海第二医学院整形外科教研組
高日枚 上海第六人民医院泌尿科
高有炳 汉口市立第二医院外科
屠开元 第二軍醫大学外科
張查理 医学科学研究委員会
張濂生 上海第二医学院口腔顎面外科教研組
章元瑾 武汉医学院外科学總論教研組
許殿乙 第一軍醫大学外科
陆惟善 北京中国协和医学院外科学系
馮傳宜 北京中国协和医学院外科学系
曾宪九 北京中国协和医学院外科学系
盛志勇 中国人民解放军医学科学院
費立民 北京中国协和医学院外科学系
黃永乐 南京部队总医院外科
黃家駟 上海第一医学院系統外科教研組
黃萃庭 北京医学院^{系統}临床外科教研組
楊克勤 北京医学院临床外科教研組
董秉奇 重庆軍醫大学外科
虞頌庭 天津医学院系統外科教研組
裘法祖 武汉医学院系統外科教研組
熊汝成 上海第一医学院系統外科教研組
蕭星甫 南京部队总医院外科

序 言

一九五一年冬，中央人民政府卫生部卫生教材编审委员会为了配合我国医学教学需要，特嘱我们编写一本高級外科学教科書。当时我們虽感責任重大、經驗不足，但念及国家教学需要，理应勉力以赴，乃在上級大力支持及医学界人士热情鼓舞之下毅然接受此一艰巨任务。我們几經商榷，乃根据当时高等医学院校教学計劃和大綱拟訂初步編寫計劃，約請各部門医学專家和醫師共二十餘人开始編寫。进行不久，中央更改医学教学方針，規定暫以苏联高級外科学教科書為我国目前高等医学院校外科学教材，本書編寫工作遂告停頓。

迄一九五四年初，各地医界人士不断詢問此書停写原因，並希望繼續編寫。中央卫生教材編审委員會征詢各有关方面意見，大家亦認為百余年来我国迄無一部国人自編的比較完整的外科学，在目前医学面向大众及全面發展的情况下，即使暫时不需要作为教材，亦迫切需要一部自編的符合國內情況的参考書籍。我們經過研究，决定將編寫計劃略予变更，以参考書形式繼續編寫；如此，不但与采用苏联高級外科学教材方針不相抵触，且可配合方針，供医学院校学生和教員參考，另一方面，亦可供临床外科醫師、特別是較小城市和邊遠地区的外科醫師作为进修、参考之用。我們接到正式指示后，並根据指示精神，將編寫計劃扩大、編寫人員增加；經兩年共同努力，終於一九五五年十二月將全書編寫完成。

以上为本書編寫的由來和經過。

本書編者五十餘人，散在全国各地，工作中仅用通信方法联系，因此非但筆調各殊，編寫方式亦不一致。又各編者本身工作均甚繁重，本書編寫，虽历时二載，仍不無倉促之感，內容方面想必亦有缺点。至于缺少祖国外科医学史，以及未能多方面結合巴甫洛夫學說，也是缺点。这些缺点，除了我們自己今后尽力檢查外，尚請國內医学界同志多提意見，俾于再版时改正。

我們編寫此書，終至完成，不但實現了集体創作的願望，亦為国人自己編寫大部外科医学書开了端，這是我們的一大安慰。

本書有以下几个特点：

一、本書編者多至五十二人，系集体創作的嘗試結晶；編者均系在外科教學与临幊上有專長並有丰富經驗的人。

二、本書內容尽量引用國內資料，並介紹編者自己經驗。

三、本書重點放在國內常見的外科疾病上——愈常見的介紹得愈多，比較少見的提得較少甚至不提。

四、理論与临幊並重。在处理方面，貫徹了以預防为主的精神。

五、对某种疾病，国内外文献若有不同的看法和处理，編者多表示了意見，並按其重要程度順序列入討論。在外科原則与理論上，編者亦多能特別参考苏联先进經驗，並予以介紹。

衛生部卫生教材編审委員會对本書的編寫工作經常給予指示、鼓励和支持，使本書得以早日完成，我們深为感怀。又在編審加工后的初步謄清和整理工作，沈秉彝同志給我們帮助不少，我們亦在此致謝。

沈克非 一九五五年十二月于上海

目 录

第一篇 一般外科学

(沈克非主編)

第一章 外科基本原理 (1)	第四节 蜂窩織炎 (周裕德) (29) 特殊部位的蜂窩織炎(29)
第一节 炎症与修复 (劉 永) (1)	第五节 破傷風 (張查理) (30)
第二节 休克 (吳英愷 陸惟善) (4)	第六节 气性感染 (張查理) (32)
第三节 血液酸鹼平衡 (劉士豪 陸惟善) (7)	第七节 狂犬病 (張查理) (33)
維持血液酸鹼平衡的机能(7) 酸中毒(8) 鹼中毒(8)	第八节 炭疽 (張查理) (34)
第四节 水和电解質的平衡 (吳英愷 陸惟善) (9)	第九节 放線菌病 (張查理) (35)
基本生理概況(9) 水和电解質的平衡(9) 水和 电解質的平衡失調(10)	第十节 手的急性膿性感染 (沈克非 盛志勇) (35)
第五节 無菌外科技術 (黃永樂) (12)	甲溝炎(36) 膿性指头炎(36) 脣鞘的急性膿性感 染(37) 手掌間隙感染(38)
手术室的布置(12) 各种器械用品的消毒方法(13)	第三章 損傷 (39)
手术者在手术前的准备(13) 手术野的消毒方法 (14) 無菌單的鋪蓋方法(15)	第一节 創傷 (周裕德 曾憲九) (39)
第六节 手术前后的处理 (吳英愷) (15)	第二节 灼傷 (許殿乙) (45)
保护性医疗原則(15) 术前准备和手术种类的关 系(15) 术前总结(15) 营养(16) 膳食(17) 預防 感染(17) 术后切口的处理(17) 术前术后化学疗 法的原则(18) 手术前一日和手术日的最后准备 (18) 手术后的早期处理(18) 手术后恢复期的处 理(19)	第三节 由于化学物刺激所致之損傷 (許殿乙) (51) 强酸类損傷(52) 苛性鹼类損傷(52) 工業的化 學損傷(52) 藥品損傷(52) 氣體損傷(52)
第七节 手术后并發症 (吳英愷 吳蔚然) (19)	第四节 电击伤 (榮獨山) (53)
肺部并發症(19) 手术后腹脹(20) 急性胃扩张 (21) 腹部切口破裂(21) 泌尿系統的并發症(22)	第五节 放射綫照射所致之損傷——放射綫皮 炎 (榮獨山) (55)
急性化膿性腮腺炎(23)	第六节 冻伤 (高有炳) (57)
第二章 感染 (23)	第四章 輸血与血庫 (60)
第一节 一般感染 (張查理) (23)	第一节 輸血 (蕭星甫) (60) 血液及其衍化物的种类和在临幊上的用途(60)
急性膿腫(24) 毒血症(25) 敗血症与菌血症(25)	血型(61) 血型檢定、血液交叉和直接配合試驗 (62) 輸血途徑、溫度、劑量和速率(63) 輸血反 應(63) 輸血傳染的疾病(65)
體血症(25)	第二节 血庫 (蕭星甫) (66) 血庫的組織(66) 血源(66) 采血和輸血的方法 (66) 血液儲存的方法(69) 血液在儲存期中 的变化(69) 清除致熱原問題(69)
第二节 皮与皮下組織的感染 (周裕德) (26)	
體泡病(26) 上皮下膿腫(26) 毛囊炎(26) 癰与 癌病(26) 瘰(27) 皮脂腺的感染(28)	
第三节 丹毒 (周裕德) (28)	
蜂窩織炎性丹毒(28)	
第五章 臨床麻醉的引言和术前用藥	第六章 作用于周圍神經系統的麻醉
..... (吳 珏) (71) (吳 珏) (72)
术前用藥(71)	常用的局部麻醉藥(72) 常用的局部麻醉(73)

封閉疗法(75)	
第七章 作用于中樞神經系統的麻醉	
.....(吳 珊)…(75)	
吸入麻醉术和气管内麻醉术的原则(75) 吸入麻 醉的分期(75) 麻醉的深度(76) 其他全身麻醉 (77) 复合麻醉(77)	
第八章 椎管內麻醉(吳 珊)…(78)	
椎管内麻醉术(78) 脊椎麻醉的术前准备、术中处	

理和术后并发症(80)	
第九章 麻醉和手术的配合(吳 珊)…(89)	
腹腔手术的麻醉(81) 腹腔手术的麻醉(81) 头、 頸、背、脊和四肢手术的麻醉(82) 小兒麻醉 (82) 危急病例的麻醉(83)	
第十章 麻醉的安全和危險(吳 珊)…(83)	
了解病情(83) 麻醉记录(84) 麻醉期间的意外 事件和处理(84)	

第三篇 整形外科學

(倪葆春主編)

第十一章 整形外科学总論	
..... (倪葆春 張濂生)…(87)	
整形手术与截除手术(88)	
第十二章 組織的移植及修复(88)	
第一节 皮膚的移植(張濂生)…(89)	
皮片的移植——游离植皮(89) 皮瓣的移植—— 有蒂移植(95)	
第二节 其他組織的移植(張濂生)…(103)	
第三节 异物的应用(張濂生)…(105)	
第十三章 整形外科的基本技术(105)	
第一节 简单缺损的缝合(張濂生)…(106)	
第二节 V-Y 和 Z 形手术(張濂生)…(110)	
V-Y 手术(110) Z 形手术(111)	
第三节 其他原則(張濂生)…(112)	
多次切除手术(112) 早期拆綫(112)	
第十四章 疤痕組織(張濂生)…(112)	
组织疗法与疤痕(115) 疤痕处理应注意之点(115)	
第十五章 唇頰部的修补(115)	

第一节 唇的修补(張濂生)…(115)	
嘴角歪斜(115) 唇外翻(115) 小口症(116) 上下 唇轉移手术(Abbe-Eslander 二氏手术)(116) 唇 部缺損的修补(117)	
第二节 面頰軟組織的修补(張濂生)…(118)	
面頰部皮膚缺損(118) 面頰部皮膚及皮下組織缺 損(119) 貫通性面頰部缺損(119)	
第十六章 鼻的修补与再造(119)	
第一节 鼻部表面疤痕形成和部分缺損(張濂生)…(120)	
鼻部皮膚表面疤痕形成(120) 鼻翼一部分缺損 (120) 鼻尖部缺損(120) 鼻小柱缺損(121)	
第二节 塌鼻(張濂生)…(121)	
第三节 全鼻缺損(張濂生)…(122)	
第四节 戰傷性鼻缺損(張濂生)…(123)	
第十七章 耳的修补与再造(123)	
第一节 招風耳(張濂生)…(123)	
第二节 外耳部分缺損(張濂生)…(124)	
第三节 全耳缺損的修补(張濂生)…(126)	

第四篇 矫形外科學

(孟繼懋主編)

第十八章 骨折总論(孟繼懋)…(127)	
第十九章 上肢骨折(134)	
第一节 肩胛帶骨折(鎖骨、肩胛骨和肱骨上 端骨折)(周同軾)…(134)	
鎖骨骨折(134) 鎖骨脫位(136) 肩胛骨骨折(136) 肱骨上端骨折(137) 肱骨上端骨骼分离(137) 肱 骨头骨折(138) 大結节骨折(138) 小結节單獨骨 折(138)	
第二节 胳骨干和肱骨下端骨折(周同軾)…(138)	
肱骨干骨折(138) 肱骨下端骨折(139)	
第三节 尺、橈骨骨折(周同軾)…(142)	

尺骨鷗嘴突起骨折(142) 尺骨冠狀突骨折(143) 尺骨單干獨骨折(143) 橫骨头与頸骨折(143) 橫 骨干骨折(143) 尺、橈骨骨干共同骨折(144)	
第四节 腕部和手部骨折及脫位(周同軾)…(145)	
橈骨下端骨折(145) 腕骨損傷(146) 掌骨骨折 (147) 掌指关节脫位(148) 指骨骨折和脫位(148) 手部損傷的治療原則(149)	
第二十章 下肢骨折(149)	
第一节 股骨頸和股骨粗隆部骨折.....(王桂生)…(149)	

股骨颈骨折(关节囊内骨折)(150)	股骨粗隆间骨折(关节囊外骨折)(153)
第二节 股骨干骨折………(王桂生)…(153)	
第三节 膝关节部骨折………(王桂生)…(156)	
股骨髁部骨折(157)	股骨远端骨骼分离(158)
髌骨骨折(158)	胫骨上髁部骨折(159)
第四节 胫、腓骨骨干骨折………(王桂生)…(159)	
胫、腓骨骨干共同骨折(160)	胫骨骨干单独骨折(160)
第五节 踝关节部损伤与骨折 ……(王桂生)…(161)	腓骨骨干单独骨折(161)
踝关节损伤(161)	踝关节骨折(162)
第六节 足骨骨折………(王桂生)…(164)	
跖骨骨折(164)	跟骨骨折(165)
骨骨折(165)	舟状骨和楔状骨骨折(165)
跟骨骨折(166)	跟骨骨折(166)
第七章 脊椎骨骨折………(孟繼懋)…(167)	跟骨骨折(166)
脊椎骨折伴有关节脱位(170)	
第二十二章 骨盆(骨)骨折………(孟繼懋)…(171)	
第二十三章 关节脱位 ……(王桂生)…(173)	
肩关节脱位(173)	肘关节脱位(175)
膝关节脱位(175)	髋关节脱位(176)
第二十四章 骨与关节感染 ……(178)	膝关节脱位(178)
第一节 骨髓炎………(陈景云)…(178)	
化脓性骨髓炎(178)	其他原因所引起的骨感染(182)
第二节 关节炎………(陈景云)…(182)	
化脓性关节炎(182)	梅毒性关节炎(183)
第二十五章 骨与关节结核 ……(183)	
第一节 概论………(孟繼懋)…(183)	
第二节 上肢结核………(孟繼懋)…(185)	
肩关节结核(185)	肘关节结核(185)
	腕关节结核(185)
第三节 脊椎及骶髂关节结核………(孟繼懋)…(186)	
脊椎结核(186)	骶髂关节结核(189)
第四节 下肢结核………(孟繼懋)…(189)	
髋关节结核(189)	膝关节与足结核(194)
第二十六章 慢性非结核性关节炎………	
	(李鴻儒)…(194)
萎缩型(194)	肥大型(196)

第二十七章 畸形………(范国声)…(197)	
第一节 先天性畸形………(范国声)…(197)	
先天性马蹄内翻足(197)	先天性髋脱位(198)
先天性斜颈(202)	
第二节 后天性畸形………(范国声)…(203)	
膝外翻(203)	膝内翻(205)
前弯弓形腿(206)	
第二十八章 骨肿瘤………(206)	
第一节 原发性良性骨肿瘤………(方先之)…(206)	
骨瘤(206)	骨软骨瘤(206)
	软骨瘤(207)
	骨囊肿(207)
第二节 原发性恶性骨肿瘤………(方先之)…(208)	
骨肉瘤(成骨肉瘤)(208)	软骨肉瘤(209)
	骨膜肉瘤(210)
Ewing氏瘤(227)	
第三节 骨内转移瘤………(方先之)…(227)	
第二十九章 脊髓灰白质炎(小儿麻痹)与	
瘫痪性瘫痪………(228)	
第一节 脊髓灰白质炎(小儿麻痹)…(王桂生)…(228)	
第二节 大脑性瘫痪………(王桂生)…(232)	
第三十章 腰痛、肩痛………(233)	
第一节 腰痛………(刘润田)…(233)	
第二节 肩痛………(杨克勤)…(235)	
阔上肌腱炎(235)	阔上肌腱破裂(236)
	肩关节周围炎(237)
第三十一章 膝关节内扰乱………(周同軾)…(238)	
半月板损伤(238)	膝关节先天性髌状软骨(239)
	半月板囊肿(240)
	内外侧副韧带损伤(240)
	十字韧带的损伤(240)
	髌下脂肪垫损伤(241)
	关节内游离体(241)
第三十二章 足部疾患 ……(叶衍庆)…(241)	
扁平足(242)	跗外翻(244)
	锤状趾(245)
	跟痛病(245)
	跟底痛(246)
第三十三章 滑囊、肌腱疾患………(246)	
第一节 滑囊炎………(屠开元)…(246)	
肩部滑囊炎(247)	肘部滑囊炎(248)
	髋部滑囊炎(249)
	膝部滑囊炎(249)
	足部滑囊炎(250)
第二节 腱鞘疾患………(屠开元)…(250)	
腱鞘囊肿(250)	狭窄性腱鞘炎(250)
	屈指肌腱鞘炎(251)
第三节 肌肉破裂与肌腱破裂………(王桂生)…(251)	

第五篇 神经外科学

(赵以成、冯传宜主编)

第三十四章 颅脑损伤………(赵以成)…(253)	
第一节 颅脑的解剖、生理与病理 ……	
	(赵以成)…(255)

第三节 脊損傷.....(趙以成)....(255)	第三节 椎間盤突出.....(馮傳宜)....(285)
閉合性腰損傷(255) 開放性腰損傷(258)	腰部椎間盤突出(286) 頸部椎間盤突出(288)
第四节 腦膜損傷的后遺症.....(趙以成)....(261)	第三十九章 周圍神經外科學 (290)
第三十五章 腦膜感染 (261)	第一节 周圍神經損傷.....(黃莘庭)....(290)
第一节 髩骨骨髓炎.....(馮傳宜)....(261)	第二节 灼性神經痛.....(黃莘庭)....(293)
第二节 腦內腫瘤.....(馮傳宜)....(262)	第三节 周圍神經腫瘤.....(黃莘庭)....(294)
硬腦膜外 腦腫(262) 硬腦膜下 腦腫(262) 腦膜腫 (263)	第四节 頸肋綜合病征.....(黃莘庭)....(295)
第三十六章 腦內腫瘤 (趙以成)....(266)	第四十章 嬰兒腦积水 (馮傳宜)....(297)
第三十七章 神經痛 (趙以成)....(277)	第四十一章 癲癇 (趙以成)....(301)
三叉神經痛(277) 吻咽神經痛(277)	第四十二章 腦裂與脊柱裂 (馮傳宜)....(303)
第三十八章 脊髓的外科學 (278)	第四十三章 交感神經之外科學
第一节 脊髓損傷.....(馮傳宜)....(278)(黃莘庭)....(307)
第二节 椎管內腫瘤.....(馮傳宜)....(281)	交感神經之疾病(308) 交感神經之手術(309)

第六篇 循環系統外科學

(沈克非主編)

第四十五章 心臟與胸腔內大血管的先 天性畸形 (315)	第三节 Raynaud 氏病.....(李家忠)....(336)
第一节 动脉导管未闭.....(石美鑫)....(315)	第四节 血栓閉塞性血管炎.....(李家忠)....(339)
第二节 Falot 氏四合症	第五节 栓塞.....(李家忠)....(349)
.....(石美鑫)....(316)	肺栓塞(341) 腦栓塞(341) 肝與腸系膜血管栓塞 (341) 四肢血管栓塞(341) 脂肪栓塞(341) 空氣 栓塞(341)
第三节 主动脉狭窄	第六节 靜脈怒張.....(李家忠)....(342)
.....(石美鑫)....(317)	第七节 靜脈內血栓形成.....(李家忠)....(347)
第四十六章 心臟與心包的外科疾病 (318)	第四十九章 門靜脈高壓症
第一节 心包炎(曾憲九 吳蔚然)....(349)
.....(石美鑫)....(318) 收窄性心包炎(319)	第五十章 淋巴系統外科學 (352)
第二节 二尖瓣狹窄	第一节 淋巴管疾患.....(許殿乙)....(352)
.....(石美鑫)....(319)	淋巴管損傷(352) 淋巴管阻塞(353) 淋巴管炎 (354) 淋巴管瘤(354)
第四十七章 周圍血管的先天性畸形 (320)	第二节 淋巴結疾病.....(許殿乙)....(355)
第一节 血管瘤	淋巴結炎(355) 淋巴結腫瘤(356)
.....(李家忠 叶興杰)....(320)	
第二节 颈狀動脈瘤	
.....(叶興杰)....(323)	
第三节 先天性動靜脈瘤	
.....(叶興杰)....(324)	
第四十八章 周圍血管的後天性疾患 (326)	
第一节 損傷性動脈瘤	
.....(叶興杰)....(325)	
第二节 雙側動脈瘤	
.....(叶興杰)....(321)	

第七篇 口腔外科學

(宋儒耀主編)

第五十一章 裂唇與裂脣 (358)(宋儒耀)....(363)
第一节 概論	
.....(宋儒耀)....(358)	
第二节 裂唇的修復	
.....(宋儒耀)....(359)	
第三节 裂脣的修復	
.....(宋儒耀)....(362)	
第五十二章 口腔與頸骨的感染	
第五十三章 頸骨骨折 (宋儒耀)....(368)	
第五十四章 頸頸關節疾病 (宋儒耀)....(372)	
先天畸形(373) 發育不良(373) 創傷(373) 化膿 性感染(373) 風濕樣关节炎(373) 習慣性关节脫	

- 位(374) 骨性关节炎(374) 关节强硬(374)
第五十五章 領骨腫瘤(宋儒耀)....(376)

第八篇 面頸部、胸腺和乳房的外科學

(沈克非主編)

- 第五十七章 涎腺外科疾患**(382)
 第一节 涎腺外傷(章元瑾)....(382)
 腮腺損傷(382) 涎液癌(383)
 第二节 涎腺異物(章元瑾)....(383)
 侵入涎管的異物(383) 涎石(383)
 第三节 涎腺感染(章元瑾)....(384)
 急性炎症(384) 慢性炎症(385)
 第四节 涎腺腫瘤(章元瑾)....(385)
 涎腺之混合瘤(385) 涎腺癌(385) 舌下囊腫(386)
第五十八章 頸部先天性囊腫與瘻管
 (周裕德)....(386)
 甲狀腺舌管囊腫和瘻管(386) 鰐發性囊腫和瘻管
 (387) 囊狀水瘤(387)
第五十九章 甲狀腺疾患(388)
 第一节 地方性甲狀腺腫大與腺瘤性甲狀腺
 腫(董秉奇)....(388)
 第二节 甲狀腺機能亢進症(董秉奇)....(389)
 甲狀腺腺瘤性機能亢進(391) 甲狀腺突眼性機能
 亢進(391)
 第三节 甲狀腺機能遲鈍症(董秉奇)....(394)

第九篇 胸部外科學

(黃家駟主編)

- 第六十二章 胸部創傷**(411)
 第一节 非穿通性創傷(石美鑫)....(411)
 肋骨骨折(412) 外傷性窒息(外傷性紫紺)(412)
 肺爆震傷(412)
 第二节 穿通性創傷(石美鑫)....(412)
 創傷性氣胸(412) 縱隔氣腫(415) 血胸(415) 血
 心包(415) 胸部異物(416) 胸腹創(416)
第六十三章 胸壁外科疾病(417)
 第一节 胸壁結核(石美鑫)....(417)
 第二节 胸壁腫瘤(石美鑫)....(419)
第六十四章 胸膜疾患(420)
 第一节 急性膜胸(石美鑫)....(420)
 擴散性膜胸(421)
 第二节 慢性膜胸(石美鑫)....(422)
 第三节 結核性膜胸(黃家駟)....(423)
第六十五章 肺與支氣管外科疾病(426)

- 第五十六章 口腔癌瘤**(宋儒耀)....(378)
 白斑病(381)

- 第四节 甲狀腺腫瘤**(董秉奇)....(394)
 惡性腫瘤(394)
第五節 甲狀腺炎症(董秉奇)....(395)
 甲狀腺急性和慢性炎症(395) 甲狀腺慢性炎症(396)
第六十章 甲狀旁腺與胸腺(396)
 第一节 甲狀旁腺(董秉奇)....(396)
 甲狀旁腺机能迟钝症(397) 甲狀旁腺机能亢进症
 (397)
 第二节 胸腺(董秉奇)....(398)
第六十一章 乳房外科學(398)
 第一节 乳房損傷(裘法祖)....(398)
 第二节 乳房感染(裘法祖)....(398)
 初生兒乳房炎(399) 青春期乳房炎(399) 流行性
 腮腺炎時乳房炎(399) 急性乳房炎或乳房腫瘤
 (399) 慢性乳房炎——乳房結核(400)
 第三节 乳房腫瘤(裘法祖)....(401)
 乳房纖維腺瘤(401) 慢性囊腫性乳房疾病(401)
 管內或囊內乳頭狀瘤(402) 乳癌(402)
 第四节 乳頭 Paget 氏病(裘法祖)....(409)
 第五节 男性乳房疾病(裘法祖)....(410)
 男子乳房發育症(410) 男子乳癌(410)

- 第一节 肺膿腫**(黃家駟)....(426)
第二节 支氣管擴張症(黃家駟)....(429)
第三节 肺結核病的外科治療(黃家駟)....(431)
 萎陷療法(432) 空洞引流水(435) 切除療法(436)
第四节 支氣管結核(黃家駟)....(436)
第五节 肺腫瘤(黃家駟)....(439)
 原發性肺癌(439) 繼發性肺癌(442) 肺囊腫(442)
第六十六章 食管外科疾病(吳英愷)....(443)
 食管癌(444) 食管良性瘤(446) 食管先天畸形
 (446) 食管創傷(447) 懸垂性食管狹窄(448) 食
 管擴大症(費門不張症、費門瘤癭症)(449) 食管
 憩室(449)
第六十七章 縱隔疾患
 (吳英愷 候幼臨)....(450)
 縱隔感染(450) 縱隔腫瘤及囊腫(452)
第六十八章 膜病(吳英愷 候幼臨)....(455)

第十篇 腹部外科学

(沈克非主编)

第六十九章 腹壁的創傷和撞傷	
..... (沈克非 盛志勇) ... (459)	
手術創傷(459) 腹壁的損傷性創傷(461)	
第七十章 膽的外科疾病	
..... (沈克非 盛志勇) ... (461)	
第七十一章 腹部痛——總論	
..... (沈克非 盛志勇) ... (462)	
第七十二章 腹部痛——各論	(465)
第一節 腹股溝痛 (沈克非 盛志勇) ... (465)	
腹股溝斜疝(465) 腹股溝直疝(467)	
第二節 股痛 (沈克非 盛志勇) ... (468)	
第三節 脐痛 (沈克非 盛志勇) ... (469)	
第四節 腹痛 (沈克非 盛志勇) ... (469)	
第七十三章 急性腹膜炎	
..... (沈克非 盛志勇) ... (470)	
第七十四章 胃的外科疾病	(474)
第一節 先天性肥厚性幽門狹窄(陳化東) ... (474)	
第二節 胃及十二指腸潰瘍(陳化東) ... (475)	
第三節 胃腫瘤 (陳化東) ... (478)	
胃癌(478)	
第四節 胃、空腸吻合術與胃大部分截除術的 適應症和併發症(陳化東) ... (480)	
胃、空腸吻合術(480) 胃大部分截除術(481)	
第七十五章 非潰瘍性十二指腸外科疾 病	(481)
先天性十二指腸閉鎖(見腸梗阻章) (481) 十二 指腸憩室(481) 十二指腸壅管(482) 十二指腸 瘤(482)	
第七十六章 小腸的外科疾病	(483)
第一節 小腸的先天性畸形(林春業) ... (483)	
小腸閉鎖和小腸狹窄(483) 小腸旋轉失常和小腸 不旋轉(483) 消化道重複畸形(484)	
第二節 小腸的感染和腫瘤(林春業) ... (485)	
小腸感染(485) 小腸腫瘤(485)	
第七十七章 腸阻塞	(486)
第一節 概論(林春業) ... (486)	
第二節 各論(林春業) ... (489)	
腹膜粘連所引起的腸阻塞(489) 由外疝所引起的 腸阻塞(490) 腸扭結(490) 腸套疊(490) 腸堵塞 (491) 神經性腸阻塞(491)	
第七十八章 蘭尾炎	(492)

第一節 急性蘭尾炎 (林春業) ... (492)	
第二節 慢性蘭尾炎 (林春業) ... (495)	
第七十九章 結腸的外科疾病	(495)
第一節 結腸憩室炎 (林春業) ... (495)	
第二節 結腸良性腫瘤 (林春業) ... (496)	
直腸與結腸的腺瘤(496) 乳頭狀瘤——絨毛瘤 (496) 多數性結腸息肉(497)	
第三節 結腸癌 (林春業) ... (497)	
第八十章 肛門和直腸外科學	(499)
第一節 先天性肛門閉鎖(包括直腸閉鎖) (林春業) ... (499)	
第二節 肛隱窩炎和肛裂 (左景鑑) ... (500)	
肛隱窩炎(500) 肛裂(501)	
第三節 肛門直腸周圍膿腫和肛瘻 (左景鑑) ... (502)	
第四節 良性直腸狹窄 (左景鑑) ... (505)	
第五節 肛道和直腸結核 (左景鑑) ... (506)	
第六節 痔 (左景鑑) ... (508)	
第七節 脱肛 (左景鑑) ... (511)	
第八節 直腸和肛道癌 (左景鑑) ... (512)	
第八十一章 肝和膽道的外科學	(515)
第一節 肝臟的外科疾患 (万福恩) ... (516)	
損傷性肝破裂(516) 肝膿腫(516) 肝包虫囊腫症 (516) 肝癌(517) 肝硬化(517)	
第二節 胆囊的外科疾患 (万福恩) ... (517)	
急性胆囊炎(517) 慢性胆囊炎(518) 胆石症(519) 胆囊腫瘤(520) 其他胆囊疾患(520)	
第三節 胆管疾病 (万福恩) ... (520)	
胆管炎(520) 总胆管胆石症(520) 胆管腫瘤(521) 胆管狹窄(521) 胆管阻塞(521) 黃疸症(521)	
第八十二章 腸腺的外科疾患	(522)
第一節 先天性疾患 (曾宪九) ... (522)	
異位胰腺(522) 壳狀胰腺(523)	
第二節 急性胰腺炎 (曾宪九) ... (524)	
第三節 胰腺囊腫 (曾宪九) ... (525)	
第四節 胰腺腫瘤 (曾宪九) ... (529)	
胰島細胞瘤(胰島素過多症)(529) 胰腺癌、Vater 氏壺腹癌(529)	
第八十三章 脾臟的外科疾患	(533)
第一節 游走脾 (曾宪九 費立民) ... (533)	
第二節 脾臟破裂 (曾宪九 費立民) ... (534)	
第三節 脾臟腫瘤和腫瘤	

..... (曾宪九 贾立民) ... (535)
膀胱肿瘤(535) 膀胱肿瘤和囊肿(535)

第四节 脾臟切除术的适应症
..... (曾宪九 吴蔚然) ... (535)

第十一章 泌尿外科学

(施锡恩、熊汝成主编)

第八十四章 泌尿外科学的介绍	(537)
第一节 泌尿外科学的發展与方向	
..... (施锡恩) ... (537)	
第二节 泌尿生殖系統疾病的診斷	
..... (許殿乙) ... (537)	
第八十五章 泌尿生殖系統的先天性反常	(545)
腎的先天性反常(545) 膀胱管的先天性反常(547)	
膀胱的先天性反常(548) 尿道和陰莖的先天性反常(548) 睾丸的先天性反常(549)	
第八十六章 泌尿系統和男性生殖系統	
感染	(549)
第一节 泌尿生殖系統感染概論 (吳阶平) ... (549)	
第二节 腎非特異性感染	(吳阶平) ... (550)
第三节 膀胱炎和非特異性尿道炎	
..... (吳阶平) ... (555)	
膀胱炎(555) 尿道炎(556)	
第四节 前列腺炎、精囊炎、附睾炎	
..... (吳阶平) ... (557)	
第五节 泌尿系統和男性生殖系統結核病	
..... (吳阶平) ... (557)	
第六节 男性淋病	(吳阶平) ... (562)
第八十七章 泌尿系統梗阻	(563)
第一节 概論	(施锡恩) ... (563)
第二节 腎盂积水	(施锡恩) ... (565)
第八十八章 尿石症	(施锡恩) ... (568)
第八十九章 泌尿系統、男性生殖系統腫瘤	(575)
第一节 腎腫瘤	(虞頤庭) ... (575)
腎炎腫瘤(575) 腎盂腫瘤(577)	
第二节 腎臟囊腫	(虞頤庭) ... (578)
簡單性囊腫(578) 多囊性腎(578)	
第三节 輸尿管腫瘤	(虞頤庭) ... (578)

第四节 膀胱腫瘤	(虞頤庭) ... (579)
上皮細胞瘤(579) 中叶性腫瘤(580)	
第五节 陰莖腫瘤	(虞頤庭) ... (580)
乳頭狀瘤(581) 鱗狀細胞瘤(581)	
第六节 尿道腫瘤	(虞頤庭) ... (582)
第七节 腎上腺腫瘤	(虞頤庭) ... (582)
腎上腺皮質腫瘤(582) 腎上腺髓質腫瘤(583)	
第九十章 前列腺阻塞	(586)
第一节 良性前列腺增生	(許殿乙) ... (586)
第二节 前列腺纖維性變	(許殿乙) ... (589)
第三节 前列腺癌和肉瘤	(許殿乙) ... (589)
前列腺癌(589) 前列腺肉瘤(590)	
第九十一章 泌尿系統和男性生殖系統損傷	
第一节 腎損傷	(熊汝成) ... (590)
挤压性綜合病征(592)	
第二节 輸尿管損傷	(熊汝成) ... (592)
第三节 膀胱損傷	(熊汝成) ... (593)
第四节 尿道損傷和尿道狹窄	(熊汝成) ... (595)
尿道損傷(595) 尿道狹窄(597)	
第五节 男性生殖系統損傷	(熊汝成) ... (598)
陰莖的損傷(598) 陰囊及其內容的損傷(599) 前列腺及精囊的損傷(599)	
第九十二章 神經性膀胱機能失調	
..... (熊汝成) ... (599)	
脊髓損傷后膀胱機能失調(602)	
第九十三章 陰囊內疾病	(高日枚) ... (604)
睾丸腫瘤(604) 附睾腫瘤(605) 睾丸包膜腫瘤(605) 精索腫瘤(606) 精液囊腫(607) 陰囊血腫(607) 精索靜脈曲張(607)	
第九十四章 男性生殖機能失調	
..... (高日枚) ... (607)	
陽萎(607) 不育(608)	

第一篇 一般外科学

第一章 外科基本原理

第一节 炎症与修复

炎症

【意义】炎症是机体对致病因子的防御和损伤的一种反射性或应激性。机体用这种能力以应付各种有害因子的袭击。同时，炎症是一对外集生物学同时也是一个独特的医学治疗的途径。

产生炎症的常见原因大致可分三类：

- (一) 病原微生物、物理、化学损害等。
- (二) 组织损伤、缺血、缺氧、放射治疗等。
- (三) 免疫反应、变态反应、过敏、免疫复合体、寄生虫等。

在一般外科领域中炎症已臻为最普遍。损伤物的致物属性使分子作用于细胞膜破坏，因之炎症过程也在此细胞膜时发生的细胞。化学物质、环状核酸或蛋白质等作用较慢，但其作用较持久。微生物常常不需通过活组织起作用而直接起作用的就相对较少，因为它们的分子较小的代谢又没有细胞壁，比较容易被吸收。但是从炎症发展的因果与结局，除掉细菌引起的炎症以外，主要的还是机体本身的炎症状态。特别是神经系统的损伤状态。每一个局部感染因缺少细菌而没有，在这个阶段可以得到猛烈的炎症反应，而在另一个时期可能在局部组织完全缺乏反应。因此，损伤的机制虽然和致病因子在炎症过程中具有直接关系，但机体的免疫功能、营养状态等因素则又可以影响其病理状态的判断和治疗。

为了避免治疗上的失误，就必须对历史的观念进行修正和新的观察。H. J. Meltzner 和从他的学生中对炎症进行了更深入的研究，发现罪魁祸首可能是吞噬并消化这些因子的细胞。缓慢的多细胞生物体产生了具有吞噬机能的游走细胞。随着进化的继续，生物机体具有完善的组织性及整体的细胞系统，但是像细胞整体的每一个部分，细胞在神经系统内生长后，炎症过程也更趋复杂化，炎症有充血、渗出、白细胞外游行及组织修复代偿等步骤。已经证明在人及哺乳动物中的吞噬细胞由

于吞噬系统的颗粒而更为更有效地杀菌。

炎症及成脓的表现平滑湿润，即炎症上皮的增生局部区域为主的全身性反映。细胞修补损伤的修复对炎症的治疗和控制。从生物学的观点来看，炎症是一种保护性的代谢机能，而修复是主要的治疗手段。男性的生殖细胞在过程中，精子减少了与母体的接触下产生的一个系列的变化，如吸水、细胞膜改变等。其中最明显的是采用了先端的透明带使精子能顺利地穿透屏障，透明带与卵细胞的结合是十分密切的，且互影响的。而且两者之间是彼此协调的。然而，当得管过药物治疗时就有炎症及修复的矛盾存在。机体在开始治疗中将妨碍的细胞修复官能受到抑制，表现出停滞和毒及治疗作用。反之，猛药及滥用不合理性的治疗则出现有抑制性的形态。

根据以上概念，可以得出结论：理疗和成脓是目前对抗细菌因子的共同手段。按其各自来说，理疗的突出特点是成脓的治疗。这是对机体有益的治疗。但在病情过程中某些现象也可以转化为对机体有害的作用。例如在炎症过程中半胱氨酸的降解是细胞组织死亡及蛋白胨中反反复，虽然对机体是不利的，又如炎性液体可以稀释细菌的毒素，而另一方面治疗的本意是利用手消毒及心包腔内障的呼吸与循环机能。在治疗的过程中，细胞素的增加可以加强细胞的粘连，但随后来的融化有可能造成肠梗阻。由此可知炎症不仅对机体是有益的，但在某些方面却也有害的作用。外科医师应该理解这一点，但必须治疗，炎症的治疗较为顺利而顺利，炎症的治疗，机体以促进炎症的完全消除。

【症状】炎症的基本现象为组织损伤、血管变化和细胞增生等三项。其临床表现有红、肿、热、痛和功能障碍五种。欲理解炎症的临床表现，首先必须熟悉其基本现象。

组织损伤 在炎症时，由损伤因子所引起的组织损伤的半相移受损所引起的一系列的反射性和非特异性损伤是普遍的规律。如在炎症组织中，有物理化学上的改变，如细胞膜的离子的破坏，分子的分离、细胞膜的完整性遭到破坏，细胞膜的

胞成份的分解及組織內滲透壓的增高(可高至正常2—3倍)等現象。酸度的增高,可以引起血管壁的腫脹;膠質平衡破壞表面張力降低;組織分解造成分子濃度增加,增強了組織與水的結合。最後,由於血循環障礙可引起缺氧終致組織死亡。

血管變化 早期的血管變化為小動脈和毛細血管的反射性收縮,以後很快的進入血管擴張,引起急性充血。最初血流加速,以後血流逐漸變慢,甚至於劇烈炎症中血流可完全停止或栓塞。

發炎區域血管和淋巴管的改變(管壁腫脹、血壓增高、滲透壓的改變)為蛋白質滲入組織的基礎。滲出物除蛋白質外尚有細胞成份及組織崩潰物質。

滲出物之另一主要成份為富於吞噬機能的白血球,經常吞噬細菌及組織崩潰物質。

在急性炎症中滲出之白血球,主要為中性多形核白血球;不同時期和不同性質的炎症中可有不同白血球的浸潤,如嗜酸性多核白血球多見於由異性蛋白或過敏性的炎症反應。此外亞急性的感染及放射線損傷而引起之炎症亦多見嗜酸性白血球浸潤。嗜鹼性多形核白血球之滲出較為少見。在晚期炎症中則有大單核細胞及淋巴球之浸潤。某些嚴重之急性炎症,也見有紅血球之滲出。這種情況一般稱之為出血性滲出物,如炭疽感染。

組織中白血球的浸潤,是一種積極性的活動,早在前一世紀80年代中И.И.Мечников氏即提出白血球趨化性的重要意義,即各型白血球有趨向一定物質的能力。反之,白血球不滲出是由於麻痺白血球趨化的物質,此種情況名為陰性趨化性。關於白血球滲出與游走的規律還不充分了解。可能在炎症組織中出現的磷酸三腺苷及白血球趨化素(leukotaxin)等對於白血球的游走起着重要作用。但С.И.Металников及Г.В.Выготчиков等氏証實,以條件反射的方法能夠改變血液中白血球的總量及組織中白血球反應的形成。這是否由於神經系統分泌介質在血液中與白血球接觸,從而影響吞噬作用,尚待研究。總之,神經系統對白血球吞噬機能的調節作用是比較肯定的。

組織增生 細胞增生現象主要見於長期慢性炎症。增生的細胞主要為血管內皮細胞、淋巴管外膜細胞、網織細胞、漿細胞及結締組織細胞等。

从臨床症狀學看來,炎症有紅、腫、熱、痛及機能喪失等特徵。

紅 炎症表面部分的顏色,隨著炎症的發展而有所改變。早期炎症由於血管內血流加速常呈淺紅色。較晚血管擴張,血流緩慢局部缺氧,炎症部分呈深紅甚至紫色。終期炎症組織壞死並有化膿,炎症部分表面

作黃褐色。炎症灶之中央部分顏色最深。血管和淋巴管發炎時,表現為條綫狀。

腫 炎症部分腫脹之原因,是由於血管擴張,血流量增多和血漿及血球滲入組織中所致。

熱 炎症部分局部溫度增高,是由於受損部分血液循環量的增加,因之該部組織較正常部分的溫度為高。實際上炎症組織部分的溫度並不高于血液溫度。

痛 痛乃由於炎症滲出物對神經末梢的压迫引起反射性的痛覺。不同組織之密度表現不同之痛覺,感覺神經終末分布之致密與否和痛覺之嚴重度亦有關。肛門部及手指生炎時痛覺遠較其他部分為甚。不同組織器官疼痛亦不一致,如漿膜炎常為刺痛,結締組織為跳痛,尿道炎時為灼痛或刺痛,睾丸炎為墜痛。一般言之,痛覺增劇往往表示化膿過程的增劇。某些內臟器官炎症或腫脹時常表現反射性疼痛,如臨牀上肝腫脹或肝炎時,右肩部分每有反射性疼痛;盆腔器官發炎時每有腰骶部疼痛;前列腺腫脹時每有陰莖頭部疼痛等。

劇烈而經常之痛覺,可以影響病人睡眠,造成神經機能失調及食欲降低而影響患者之康復能力。

機能喪失 炎症早期罹患部分,每有反射性的機能亢進,如充血及代謝增高等。但隨著炎症的發展,炎症部分可喪失其局部或全部機能,如眼結膜炎而有羞明,关节炎或腹膜炎時而有肌肉的僵直。這些情況實質上是具有保護性意義的。炎症消失時機能逐漸恢復。

【類型】

炎症一般可分為三個類型:

急性炎症 急性炎症之特點為臨牀經過期短,病變強烈,血管滲出性反應表現最為突出。

臨牀上急性炎症可由各種刺激因素如機械的、化學的、光的、電的及細菌等因素所引起,而較重要的是細菌因素引起的感染。

發炎區中央部分的組織細胞,因細菌毒素及組織營養障礙的結果,而發生細胞死亡。由白血球破壞所產生的溶蛋白酶溶解了死亡的組織。另方面白血球的吞噬作用清扫了壞死組織及細菌。同時周圍健康組織細胞增生形成肉芽壁,包圍並孤立炎症病灶。炎症之早期變化即結束于此,為時通常約三晝夜。由於炎症灶的被局限化,神經兴奋感受漸次減低至完全停止。炎症早期所見之機能亢進血管反應,組織改變及增生現象逐漸消失而轉入正常狀態,此為炎症消退期。

慢性炎症 臨牀特點為有較長時期的過程,且不顯示治愈傾向。炎症過程之轉變為慢性,主要是由於組織營養障礙。這種營養障礙,可能由於早期炎症中神經感受器和神經傳導路之受損而產生。臨牀上,慢

性不愈合的溃疡，就是因为神经传导通路受损伤引起的感觉性营养障碍的結果。

当孩子全身跑遍被细菌感染(心力衰竭时酸性增高)、贫血、维生素缺乏及全身营养不良的情况下，炎症及感染趋于恶變。此外，机体对药物代谢失常、食物、大块组织坏死等均可影响炎症过程。

细菌侵袭的病理改变为细菌蔓延超过淋巴管宿主之淋巴中淋巴细胞、吞噬、中性多形核白血球浸润。细菌的扩散主要为淋巴系统，伴有结缔组织增生。同时，带虫上皮、肌、热、痛及炎症扩散亦无不若急进炎症显著。

亚急性炎症：炎症的演化介于急性和慢性之間。水肿及充血並不十分显著，而浸潤之细胞主要为淋巴细胞、浆细胞及嗜酸性多核白血球，中性多形核白血球则不显著。

修 复

修 复 与 再 生

如病人不用抗生素治疗，炎症的發展可出現兩種結局，其一为炎癥反应的消退，其二为轉入慢性過程。在上述兩種結局中均可見到組織細胞的再生。

炎症的結果必然造成某种程度的組織破損。經過吞噬和組織溶解等自淨作用，接着出現組織和細胞的增殖代換和补充這一切損壞了的組織並銷毀。这种復原製作完滿的过程称之为修复，而細胞、細胞的增生能力称之为再生。換言之，修复表明組織死亡后能有程度，而再生則表明机体在神經系統過程中所获得的一種特異性適應能力。修复必須建立在細胞細胞再生的基础上才能完成。

組織之再生一般分为兩类，即生理性的再生和病理性再生。

正常組織和器官經常进行着新陈代谢的交換，來去是微細或衰老的細胞死亡，在體腔上皮有角化上皮內脫落及基底細胞的增生；但這些細胞不斷增長分化成時代消逝的成分。

病理性再生亦即病理性的再生，其不同于前者在于这种再生乃是由于組織的特異性死亡过程中引起的一种組織的代偿性或适应性的反應能力。所以不論在體導能上均有辦手生理性的再生。

生物性与病理性再生都有時不能严格划分。如人突子宮內膜的再生，按其性质來說是生理性的，但按其損傷的程度來說則只有大量組織的脱落，似乎不論乎生理性的再生。

已經提出，組織器官的修复是以細胞再生為基礎

的。因此有必要進行討論組織再生的来源、条件及机制等问题。

在組織修复過程中，組織再生时細胞的來源並不單純。一般認為是由于細胞的間接和直接分裂發育的。晚近也有認為組織崩潰后產生的活質能發成為細胞而增生的。

影响组织細胞再生及修复的条件很多。不同種生物对于组织細胞的严重程度不一，修复的速度也不一致。伤口本身的状态如未达到愈合条件，修复也不可能。臨床上常见的炎症因子的繼存存在，時間的液體屏障、伤口的臘膜、壞物的存在及組織的壞死均能影响伤口的愈合。这些例子都說明局部的条件可以影响組織的再生与修复。此外，机体内部整体状态如年龄和营养状态，生活条件亦能影响机体修复从而影响組織再生。而机体的整体状态又是取决于神經系統的机能状态，在炎症修复中，占有首環意义。

已經提出，組織再生的能力，是机体手进化过程中所获得的一種特異性適應能力。水螅被研碎仍能再生，蚯蚓切斷能長成兩個完整的个体；蝴蝶被切斷肢體能重新生長新肢體。高級机体肢体損壞則缺乏此種能力。苏联科學家 A. N. Струве 氏基于動物實驗得出結論：高級机体的組織和器官，通過神經演進過程，隨着神經系統的發展，是趨向复杂化與專門化；各類不同的組織和器官又隨着個別發展而需要具有不同的再生能力。如膠組織與肌肉組織則為高級分化的組織，而二者却具有較大的再生能力。

在再生問題上，許多教科書中還保留着“組織再生特異化的原則，即認為繁殖著的細胞經常只是形成某組織的組織如鱗狀上皮細胞似鱗狀上皮、織紋肌細胞似織紋肌等”。這種法則無可否認的與生物學的擔心學說有關。現已確認，在再生過程中，一種上皮細胞能代替另一種上皮細胞，如柱狀上皮細胞能為鈎狀上皮細胞所代替。結合組織母細胞不但能形成纖維組織且能形成平滑肌、骨及軟骨組織。這種情況，名為化生，決定再生組織化生的可能性性與當時的條件和機作的變化需要有关。

特殊組織的修复与再生

血管的再生 血管的再生具有重要意义，因为一切組織的再生均有血管組織的再生。血管都是最簡單的為血管的生芽，是由小血管壁的任何一部分內皮細胞的外突起，分裂形成幼芽。這種幼芽繼續分裂繁殖為一長絲，並開始出現管腔。新形成的血管具有毛細血管的特徵，其後可分化為小動脈或靜脈。除非

这种方式以外，尚有一种在組織由原始間葉細胞發生的可能性。这种形成方式与原始胚胎組織血管形成相同，多見于肉芽組織及腫瘤中。

上皮組織的再生 上皮組織復蓋皮膚、粘膜及漿膜，均有高度增生能力。当皮膚缺損時，生發層的細胞开始繁殖，移向缺損部分。开始时仅有1、2層細胞，以后逐漸增殖分化而成为正常之鱗狀上皮。当胃腸破損或行吻合術時，殘存不成熟的細胞增殖，復蓋缺口，逐漸形成柱狀腺體細胞。这种复蓋的腺體上皮細胞也可逐漸形成腺體，如子宮內膜的腺體。

漿膜的間皮細胞是依靠殘存細胞分裂來增生的；初時為立方形，其後變為扁平。

神經組織的再生 已成熟之神經細胞本體死亡後，再生能力極為有限。文献曾經載過神經節細胞的分裂。交感神經節細胞在青年人可能再生，但極為少見。神經膠質細胞再生能力較大，所有毀損的神經組織，均由神經膠質細胞的增生來補償。腦組織如有缺損時，腦膜及血管周圍之結締組織亦增生以填補空隙。

當周圍神經割斷時，如果立即加以縫合，保持正確而緊密的聯接，可以再生。因炎症、外傷或營養不良而使神經破壞時，神經遠心部位由於喪失了和神經細胞的聯繫遭到壞死和溶解；這種破壞過程也見於神經斷端的近心端。修復過程首先為 Schwann 氏細胞增生排列在神經膜內。近心端軸突起腫大或分解成為多數神經原纖維，向着遠心端殘余部分延伸，Schwann 氏細胞更沿之向周圍生長。但如切斷神經未經外科處理或

處理不當，斷端為結締組織包圍形成結節，神經纖維滋長於中而與結締組織相互綜錯，形成所謂截肢神經瘤。

肌肉組織的再生 如損害不大，有少量的再生能力。如大塊肌肉之損傷，每有結締瘢痕組織之形成。

橫紋肌再生時，最初為肌纖維腫脹，其核行分裂繁殖形成多核巨細胞，此種巨細胞名為肌芽，經分化而為肌纖維。

平滑肌損傷較小時，周圍淺層細胞進行有絲分裂。較大之損傷則以結締組織愈合。

骨組織的再生與愈合 骨組織的再生，主要由於成骨細胞的增生，這種細胞存在於骨膜及近骨皮層的骨髓組織中。當受到刺激時這種細胞有形成一種骨樣物質的能力。如在骨折時，血腫化後，成骨細胞即開始分裂繁殖，組成成骨細胞性肉芽組織，填滿兩斷端之間。其後致密均勻的骨樣物質沉着在這些細胞間。成骨細胞部分萎縮，部分形成骨細胞。當鈣質沉着後，此種組織就變成堅實的骨組織（骨癟）。新生的骨組織，相當於血管通行處有小管，具有 Havers 氏管之作用。新形成之骨小梁每甚肥厚而不規則。但以後由於重力負擔機能上的需要，骨小梁變薄且排列亦較規則。沿 Havers 氏管之血管通路上，亦有再生的神經纖維延伸至骨癟中。

軟骨組織的再生 軟骨組織再生力較差。輕微損傷軟骨膜下深層細胞可以進行增殖，與血管再生相並行，構成軟骨細胞肉芽組織，其後逐漸分化為軟骨細胞。其再生過程一如骨組織。

（劉永）

第二節 休 克

休克是一種嚴重的病理狀態或綜合症狀，由於創傷、燒傷、出血、脫水、重度感染、劇痛、精神刺激及手術等原因所致；在確立了的休克情況中，神經系統和體內所有生理系統的機能普遍呈顯抑制狀態。

【發生機制】 在以往的二百年中，休克問題曾經各國的學者們研究；在這研究過程中，有關休克發生的機制，曾建立了許多觀點不同的理論。這些理論都有一个共同的缺點，就在於其觀點的片面性，沒有根據生理學的基本原則——机体和機體內部一切系統的病理過程中所發生的統一性，僅着重地指出了休克發生過程中的某一因素，而忽視了起主要作用的因素。僅在近十年來，蘇聯學者們根據巴甫洛夫氏關於興奮和抑制以及抑制的保護和醫療作用的學說，開始對於休克發生的機制有了正確的了解。

根據巴甫洛夫學說，中樞神經系統在機體內任何過程的發展上是起著調節作用的，因此我們認為休克發生的機制，主要是由於各種刺激衝動在中樞神經系

統內產生的機能性變化所致。機體各部分（皮膚、粘膜、漿膜、肌肉、血管、內臟、感覺器官等）的感受器接受體內外的刺激，將其變為興奮波，由傳入神經傳導至大腦皮層形成興奮灶。通過負誘導，在興奮灶的周圍引起抑制。如果不斷地有刺激衝動進入大腦皮層，就能因抑制擴散和超限抑制而引起皮層細胞的疲乏和衰竭，以致失去對於皮層下中樞的調節作用，使皮層下中樞（血管運動中樞、呼吸中樞、內分泌中樞等）的機能發生紊亂，間接使全身主要臟器的機能失常，因而發生休克。

為了進一步認識上述神經反射理論的正確性，這裡同時提出現在某些國家中仍然盛行的一些理論（局部失液和中毒兩個理論）作必要的批判。

局部失液理論假定損傷能使局部毛細血管壁的滲透性增加，引起大量血漿和部分血球滲出，致使全身循環血容量減少和血液濃縮，形成回心血量和左心室逼血量減少及血壓下降，終致產生休克。如果低血壓持續相當長久，全身毛細血管因缺氧而痙攣，管壁滲透性增

如能造成惡性的血漿損失和血管容積的繼續減少，則心、肺、肝、腎、骨髓等主要臟器因血液的供給不足和缺氧而受損害，則體休克不可恢復。

這一理論的特點在於不能解釋某些情況下所產生的休克(如經由導管手術和附壁休克)。動物試驗中發現受下列條件的影響程度和動物的生存或死亡成直接的關係，此可說明兩種消失機率與休克和死之測定標準。

由於受心臟抑制劑的影響(可暫時抑制心臟)，毛細管分解作用，由於吸收粘液作用相對地增加，使強烈的衝擊和營養需要性增加，即兩種休克。

這一理論的優點和劣點是不能的。其相角的

相論中缺點分析根據消炎的組織方法，而不論體休克必須注入液體入另一動物以產生休克。如果用胰島素和胰凝乳蛋白酶這些藥物，然後在該條件上產生休克時，不能有休克發生，此時在消除藥物及胰島素後即恢復，或不能加速度樣的下降。

紙以上的討論中可以看到，如果我們把上述的幾項理論考慮到休克發生的前奏，則是完全不同的。雖然如此，我們也必須認識到失血，低蛋白質，低蛋白代謝紊亂，免疫反應等都是在休克發病的很長時間。這可從D. A. Aepram 氏的休克過程圖上看得更清楚。圖1 說明在休克的發生中有五個基本的方面的影響在起着作用，這些環節是：中樞神經和神經的改變、血液循環動力的改變和血液及組織化學的改變。

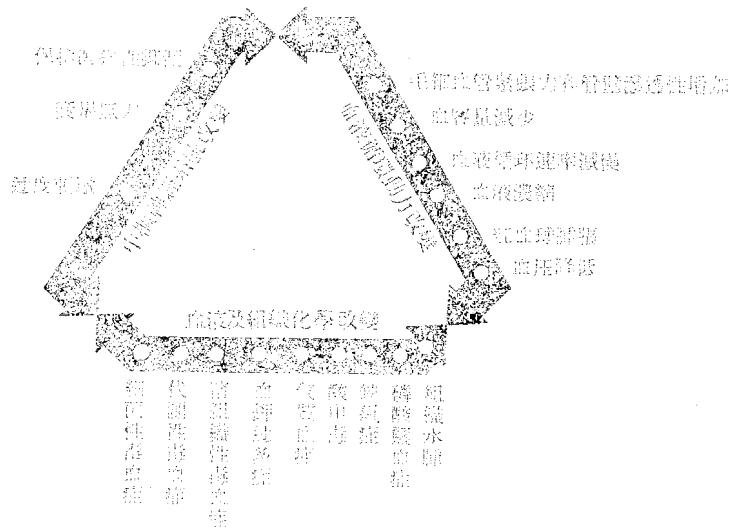


圖1 休克過程中照影環的圖示(按D. A. Aepram 氏著)

圖1 說明神經系統的改變能加重的血液循环动力和血液及組織化學的改變，同時血液動脈活力和血液及組織化學的改變也能促進休克的發展，但也能改變神經系統的改變。所有這些改變的結果(看細胞的無呼吸活力、毛細血管的通透性增加、血液濃縮、水分減少、鈉離子多、氯離子少、血漿之凝固、缺氧症及其代價)使休克症狀增重。因此我們應該認識到，在休克的發生過程中，所有上述的五個基本問題都起着作用，並且互為因果，互相影響是主要的。

【症狀】

兴奋期 休克的最初期表現將接踵而發生，它是抑制性的逆轉，可能僅持續几分钟或數小時，因此常被錯過。如能在此阶段开始治疗，便可避免进入抑制期。例如H. H. Happon氏的記述，在休克早期

的患者，可能有下列現狀：“神志和精神，強烈的頭痛，肢體僵硬，臉色蒼白或在呼吸時發紅變紫，呼吸急迫的努力、呼吸淺而急促……”。在這個期，意識可正常而增高或維持正常。

抑制期 由兴奋过度到抑制(通過負平衡)，是以有保護作用的，其意義乃在保護神經細胞不受過度的刺激物質的影響，以便逐漸恢復。但如有繼發的神經性巨大腦皮層，則可引起超限抑制。在這種情形，患者出現休克斯刺樣的抽搐。

(一) 一般狀況及外貌 患者有顯著的形容，如整齊潔淨、眼球下陷、瞳孔放大、前額上有許多汗珠，嘴唇外周或舌色。皮膚冷而濕，尤以肢體為然，全身皮膚呈蒼白或黃色，以臉部為最顯著。自訴口渴、畏寒及寒顫。

(二) 精神狀態，可有不同的表現，相當見者為抑