中山醫訊

汝川 題



外科同仁合照於中山醫院大門前

目　錄

1 榮譽榜…… 2
2 認識支氣管擴張症…… 3
3 顯微外科簡介…… 4
4 先天性髖關節脫臼的治療…… 6
5 年老骨質疏鬆和骨折的關係…… 8
6 踝關節扭傷了該怎麼辦？……10
7 小兒的腹股溝疝氣……11
8 手掌多汗症之治療……12
9 燒傷之急症處理……14
10 人體最容易受傷的關節－膝關節……16
11 漫談踝關節骨折……17
12 外科住院醫師生活手扎……18
13 走過黑紗……22
14 預告下期醫刊編輯科室……24

榮譽榜

恭賀

1.賀本院周明智院長及牙科部周明勇主任之論文榮登美國雜誌Lymphokine and Cytokine Research, Vol. 10, No.5, pp.385-390, 1991.

論文題目：

"Localization of Transforming Growth Factor-α in Adult Syrian Hamster Tissuse.

2.賀本院牙科部周明勇主任之論文榮登美國雜誌Neuroscience Research, Vol. 12, pp.346-355, 1991.

論文題目：

"Neuropsychopharmacological studies of a Ca^{2+} channel blocker on the modulation of brain ca^{2+} mobilization of spontaneously hypertensive rats under mild stress.

3.賀林中生院長、陳國勳主任、林明正主任之論文榮登美國雜誌：AMERICAN HEART JOURNAL Vol.122,No.6, pp.1671-1682, December, 1991

論文題目：

"The relationship between systolic anterion motior of the mitral valre and the left ventricular outflow tract Doppler in hypertrophic cardiomyopathy."

認識支氣管擴張症



胸腔外科　周明智

支氣管擴張症是呼吸系統中，慢性感染性疾病之一種，由於支氣管及其周圍組織的反覆感染，引發慢性發炎和阻塞，損壞管壁，而造成不可逆轉的變形所致。其主要症狀有慢性咳嗽，咳出大量膿痰和反覆咳血。多見於青壯年，發病僅次於肺結核症，但自抗生素廣泛應用以來，呼吸道感染能得到有效控制，病發已大爲減少。

支氣管腔的阻塞可引起不同程度的呼吸梗阻，造成分泌物滯留及感染，使支氣管壁的破壞加重，而支氣管周圍的病變，常因感染促使纖維結締組織增生，由于瘢痕組織收縮，可產生組織牽引造成支氣管擴張，其他慢性肺纖維性疾病，如慢性氣管炎，縱膈及肺門淋巴節炎，淋巴節結核，肺膿瘍，胸膜增厚及粘連等支氣管腔外的壓迫與牽引，也可引起支氣管阻塞而導致支氣管擴張。因此，不論支氣管腔內、外之部位病變或壓迫，均是導致呼吸道梗塞的因素，促進了支氣管擴張的發生與進展。右肺中葉支氣管細長，周圍又有、內外、前三簇淋巴節圍繞，常因非特異性或結核性淋巴節炎而腫大壓迫支氣管，引起肺不張併發支氣管擴張的機會稱之爲「中葉症候群」，但最好發部位還是左肺下葉，其次爲右肺下葉。

支氣管擴張症一般病程較長，有的往往在青、幼年時期即有呼吸道感染、咳嗽史，反覆發作，時輕時重，經久不愈。伴有咳嗽，並有粘稠痰，其在感染加重時常爲膿性，有腥臭味，量較多，靜置後可分三層。每日痰量可多至數百毫升。在體位改變時，如起床時或就寢後痰量較多，容易咳出。咳痰通暢時患者自覺輕鬆，若痰不能咳出，則感悶胸不適，覺得全身症狀有加重的感覺。咳血是其常見症狀，可反覆發生或突然大量咳血。常引起疲倦、乏力、貧血、消瘦，甚至呈休克狀態。

由上述症狀及胸部X光常顯示肺野下部紋理增粗，紊亂、聚增和收縮。但要確定診斷，得經由做支氣管造影術，如此可正確顯示出支氣管擴張的部位、範圍以及病變的類型和程度，並可做外科治療時重要的判定和參考。最近以作C－T的High Resolution with enhancement診斷法較沒有侵蝕性，其他纖維支氣管鏡檢查，痰液檢查並細菌培養也有幫助。

支氣管擴張症的治療應根據病情，採用綜合療法的效果較好。綜合療法以內科爲主，外科爲輔，包括除去原發疾病，控制感染，暢通引流及支持療法等，如效果不佳，可考慮有選擇性的進行手術治療。手術以肺葉切除是較爲根治的方法，療效也較佳。



顯微外科簡介

外科部總醫師　謝錫炎
整形外科主任　鄭森隆校稿



§ 歷史回顧

顯微鏡用於生物學、組織學、病理學已有數百年的歷史，但眞正使用於臨床，始於1921年瑞典Nylen, Holmgren爲一患有otosclerosis的病患施予顯微手術，其後耳鼻喉科醫師沿用至今。

往後20多年，發展緩慢。一直到1950年Barraquer和Perit以顯微手術縫合眼角膜，從此顯微手術進入另一個新的領域。

1960年，Jacobson和Suarez對於直徑1.6mm與3.2mm之間的血管縫合顯微手術，術後有很好的通透性(Patency)，開創動物實驗的另一個天地。

1961年，Lee et al成功的完成了老鼠的portacacaval shunt，在這之前，如此的小血管接合，幾乎難有很好的通透性。

1962年Gonazles，Abbott et al 分別完成了動物的腎藏移植及老鼠的心臟移植。轉移使用較小動物的實驗，不僅降低費用，且明顯刺激了動物實驗的手術，使得顯微手術占了器官移植實驗的一個重要角色。

1963年大陸Chen Zhong-wei，Chien Ying-Ching將一位男性成人的右手前臂完全截肢成功的接合，並寫了文獻上第一篇報告。1964年，波士頓的Malt將一位上臂截肢的12歲男孩成功的接合。雖然以上2例並非完全仰賴顯微手術，但截肢接合的存活是多麼仰賴血管的通透性！從此在創傷外科、整形外科，顯微手術更加舉足輕重了。

1965年Kleinert以loupes成功的將斷指接合。1966年Buncke以顯微手術成功的將猴子的大拇指、兔耳接合。1967年大陸多位醫師，日本的Komatsu，均報告了多例斷指再接的病例。同時間，O'Brien在澳洲墨爾缽的St. Vincent's Hospital創設顯微手術中心，造就不少顯微外科及整形外科的人才。

1973年，Daniel，Taylor和O'Brien 各自報告了鼠蹊的游離皮瓣（free groin flap)。對於傳統須固定數週之久，且常造成關節僵硬的Skinflap transplantation面臨新的考驗，也開創整形重建外科另一個新的里程碑。

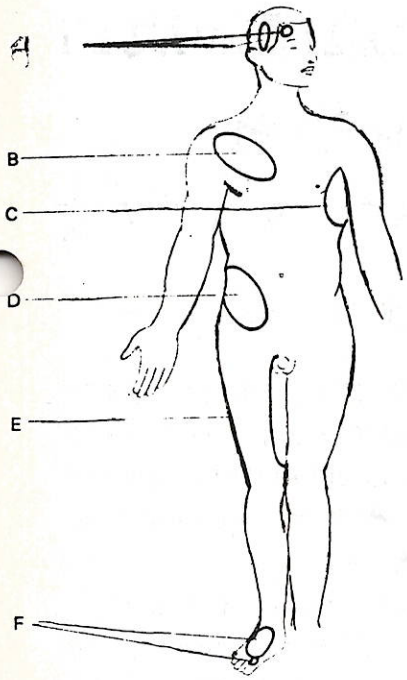
1976年，Millesei et al藉著神經移植成功的將一斷裂的周圍神經顯微縫合，且功能恢復達80%，遠比傳統直接縫合得到更好的結果。

由第一例的顯微手術，到數百個顯微手術中立的設立及年數千例的的病例，已凸顯顯微手術重要的地位。

§ 臨床的應用

顯微手術已廣泛使用於外科領域，可分爲

1.移植帶血管的游離組織（如網膜、腸子、肌肉、骨、關節、皮膚、皮下組織）



圖一

圖1　常見的游離皮瓣供應(Donor flap)

A. free forehead tscalp flap
B. Deltopectoral flap
C. Latissimus dorsi muscle flap
D. groin flap
E. gracillis muscle flap
F. dorsalis pedis flap

2.其他如心臟向管手術

腦神經外科（顱內腫瘤、動脈瘤）

泌尿外科（輸精管再接、腎臟移植）

婦產科（輸卵管再接）

淋巴系統手術

以下分別介紹各種游離皮瓣：

A.肌肉皮瓣移植

(Muscular transplantation with vascular and nerve anastomosis)

1975年Chen Zhong-wei將部分胸大肌移植到前臂取代前臂屈肌以改善嚴重的攣縮，且得到很好的功能恢復。1976年Harri也報告了3例的gracillis muscle transplantation

B.部分腸子的移植

(Segmental transplantation of the intestine with vascular anastomosis)

1959年，Seidenberg將一段空腸來重建頸部的食道。由於腸子的黏膜對缺血(ischemia)耐受性較差，假使停止血液供應30至60分鐘，將會發生壞死和脫落。所以未普遍被接受。Acland使用腔內低溫法(Intraluminal hypothermia)增長對缺血的耐受性，使得這種重建手術，愈來愈廣泛使用。

C.骨頭的移植

(Transplantation of Bone with vasculan anastomosis)

1973年，Mc Cullough和Fredrickson，首先使用助骨移植來修復下頷骨的缺損。

1975年，Taylor用游離的腓骨移植來修復對側因開放骨折所引起的脛骨缺損。

Bancke也使用游離的助骨皮瓣來重建脛骨及軟組織的缺損。

D.關節的移植

(Transplantation of joint with vascular anastomosis)

關節移植已發展數十年，但常因缺血而失敗，乃因排斥或血液循環的缺乏，導致不同程度的退化及吸收，伴隨部分或全部功能的喪失。

1972年，Tamai完成了狗的全膝關節的同種移植(Allograft)

1977年，大陸Yang Yung-yu完成了34歲男性的全膝關節同種移植。移植反應已被克服，病人現追蹤治療中。

E.細膜移植

(Free omentun transptantation)

1972年，Mclean和Buncke以游離的網膜移植及薄層皮膚移植(STSG)來治療頭皮(Scalp)的缺損。1976年，Azuma則用來治療因骨髓炎經刮除(Curettage)所留的缺損。

F.皮膚及皮下組織的移植

(Free skin flap and subcutaneous tissue transplantation)

1975年，Fujino使用三角胸肌部位(Deltopectoral region)的皮下皮瓣完成了乳房整形手術。

§顯微手術技術於外科領域的重要性

顯微手術的發展，使外科醫師從巨視野發展到顯微的領域。可區分先前裸視難已辨別的組織。從而迅速糾正各種錯誤及步驟，使組織傷害減低至最低程度。以往用裸視很難成功的手術（例如直徑小於1㎜的血管接合），經由顯微手術，可得到很好的結果，在斷指再接(replantation)的手術，尤其重要，避免了截肢(amputation)的命運。

以往因關節、骨頭、軟骨、肌健暴露的傷口，經由顯微手術，可得到很好的皮瓣覆蓋，甚至美觀上的需求。減少手術次數及住院日收，提昇醫療效果，是外科領域的重要角色。

參考資料：

1.McCarthy: plastic surgery

2.Jurkiewicz: plastic surgery

3.John Watson: plastic surgry

4.Chen Zhong-wei: Microsurgery

5.O'Brien:Microuascular surgery



先天性髖關節脫臼的治療

外科部主任　林　榮　一

當小孩子學走路時，母親發現小孩子走路是跛行，一腳長一隻腳短，上身向一側傾斜，可能小孩子患單側髖關節脫臼，如果走起路來，像鴨子一樣，可能雙側髖關節脫臼，這時應當帶小孩子看骨科醫師做檢查。

發病率：在美國平均約1000個嬰兒中有10個生下來就有先天性髖關節脫臼，但80％在二個月內會痊癒。其餘的百分之十二（即每4嬰兒中1.55個），屬於眞正的先天性脫臼，必需治療。在台灣的發生率據調查的結果約一萬個嬰兒中有12個(1.2/1000)。

病因：通常是由遺傳和環境兩種因素造成的。此症病人髖關節異常且發育不全，遺傳基因的影響造成關節韌帶鬆弛，加上子宮胎位不正，如臀位生產，使不穩定的關節脫臼，以有家族病歷、斜頸、足部畸形，或其他先天性畸形的小孩，較易發生。女性爲男性的八倍，半數患者爲兩側發生，如能早期診斷，在三個月內，正確的復位，90％以上的小孩均會痊癒。

診斷及治療：先天性髖關節脫臼在臨床上，X光和骨科方面的診斷與治療，因年齡而異，將他們分爲幾個年齡群來考慮。

㈠從出生到六個月

剛出生時可用"Barlow test"檢查出髖關節的不穩定。嬰兒股關節內收屈曲時可摸到股骨頭在髖臼後方。當股骨外展，並向前方拉時會復位，這是Ortolani test"。同時可發現屈曲

的髖關節因內收縮肌緊縮，使其外展受到限制，這是很重要的徵狀；在一個月之後，需作進一步的X光檢查。此時期可將髖關節輕輕地復位，使用馬鞍型吊帶"Pavlik harness"固定髖關節在屈曲外展的姿勢，固定時間約四至六個月，通常效果不錯。

㈡六至十八個月之嬰兒

此時嬰兒之髖關節被動外展受到限制，下肢明顯縮短，髖部突出，如一邊脫臼，患側在髖關節屈曲時，比膝部明顯縮短，叫做"Allis sign"。在做Ortolnni test時，可發現股朋頭在髖臼滑進滑出。此年齡群的治療，包括持續牽引患腿一至兩週後，在麻醉下作復位術，再打上青蛙腿式石膏(Hip spica cast)，此時應避免髖部保持極度外展或內旋轉，因會造成股骨頭缺血性壞死，病童每隔兩個月換一次石膏，石膏固定時間約六個月，六個月後拆石膏，病童可練習走路，效果良好。

㈢十八個月至六歲

此年齡的小孩，除前述徵狀外，已會走路，可見走路時跛行。當他以患側單腳站立時，因外展肌沒有支點，無法拉住骨盆，故骨盆向對側傾斜，爲保持平衡，向患側傾斜上身，這稱爲"Tre ndelenberg's sign"。若單側脫臼，走路時用患側支撐體重，則上身向患側傾斜，好像該側下肢變短一樣；若兩側均脫臼，走起路來，就像鴨子一樣。此時的治療相當困難，因肌肉緊縮僵硬，需要長時間的牽引，若無法復位，則需手術治療，手術的方法以骨盆截骨術，來改變髖臼方向來增加復位後髖關節的穩定，此方法較爲可靠，效果好。

㈣六歲以上的小孩

此時完全脫位引起的次發性變化已很明顯，復原可能性小，有些小兒骨科醫師主張在生長期停止之前手術施行骨盆三部分截骨術及股骨截短復位術，可望改善症狀。

從民國65年10月至80年12月止，15年中在中山醫學院附設醫院骨科共有47例先天性髖關節脫臼病童接受治療。其中女性44例，男性3例。年齡之分佈從一歲兩個月至八歲。治療方面有33例之嬰兒年齡從一歲兩個月至兩歲八個月接受牽引後復位今再以石膏固定術治療，追踪期間從六個月至八年，有3例發生輕度之股骨頭缺血性壞死，一例發生再脫臼後接受手術治療，大部分病例治療效果良好。

有14例之小孩，年齡從二歲至八歲，接受手術治療，有13例結果令人滿意，一例發生再脫臼。

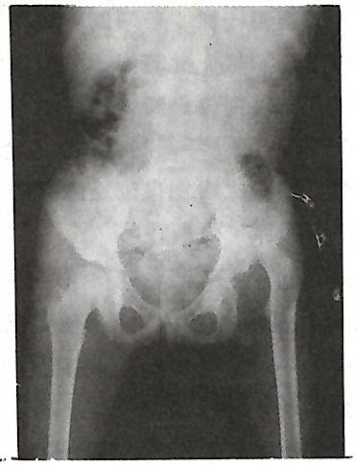
結論：先天性髖關節脫臼之治療相當困難，而且時間相當漫長，還需要嬰兒雙親細心的照顧，唯有早期發現早期治療，才有滿意的效果。



圖一　劉小妹，女孩，一歲九個月，走起路來像鴨子走路一樣，X光發現兩側先



圖二　經過牽引復位術後，兩側髖節回復正常位置和功能。



圖三　蘇小妹，女孩，七歲，由於走路時發現左側跛腳求診，X光發現左側嚴重先天性髖關節脫臼。



圖四　接受骨盆截骨術及復位後，左側髖關節回復正常功能。

年老骨質疏鬆和骨折的關係

骨科主治醫師　洪　一　誠

我們常見到一些老年人，尤其是老太太駝背的樣子，有些駝背彎曲的程度幾乎快要到對摺的傾向。我們也常聽到老人家一不小心摔跤了，造成了臀部骨折(Hip fracture)，或橈骨遠端腕部的骨折(Distal radius fracture)或肩部肱骨頸骨折(Humeral heck fracture)。造成老年人胸腰脊椎的駝背或因跌倒引起的骨折，都是骨質疏鬆所肇的禍。在健康的年輕人是不曾發生的。

骨骼的構造，可分爲外層和內層兩部分。外層叫做皮質骨(Cortical)，質地細密，內層叫做枝狀骨(Trabecular)，看起來像海綿，有血液浸潤。骨頭的主要成份爲鈣及磷兩種礦物質，結合種種激素及許多不同的物質，而成爲骨骼的基質。

骨頭雖然看起來硬梆梆的樣子，但它可是一種活生生的組織，骨骼不斷的進行新陳代謝。它周而復始地分解和重建，就是所謂的「骨骼再造」(remodelling)這種過程在不同的年齡狀態下，有不同的內容。在幼年時期，骨骼的形成速度比分解的速度快。青春期的少年少女，由於骨內激

素增多，導致大量的新骨積存，特別是在皮質骨層。在青春後期以及剛成年的時候"，新骨生成的現象仍舊持續著，不過主要是枝狀骨方面，使得骨胳的密度增加。但是三十歲以後人體開始老化，由於骨骼再造過程中，鈣從骨骼移出比積存的量多，所以骨質就開始減少了。婦女在停經期，因爲動情激素的停止分泌，而使骨質流失的速度加快。

骨質流失的現象主要出現在枝狀骨，結果造成骨骼的內層疏鬆，同時外層部分的皮質骨也變薄，因而造成整個骨骼變得更脆弱，容易發生骨折。「骨質疏鬆症」(osteoporosis)就是骨質加速流失而導致的結果。主要的原因是鈣質從骨骼組織之中流失。

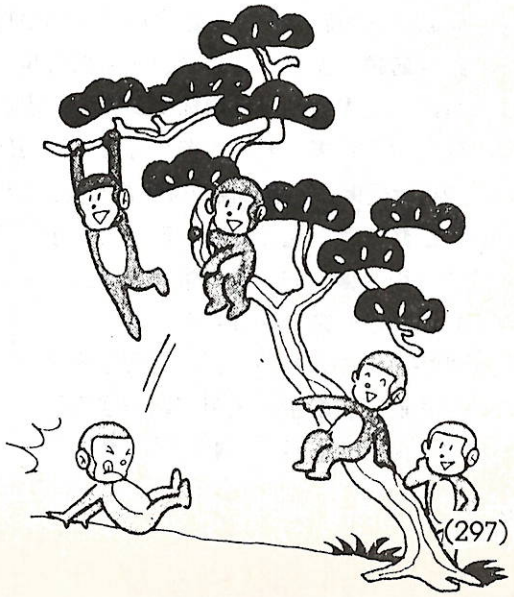
引起骨質疏鬆的原因很多，如肢體的廢用，長期固定、蛋白質缺乏、荷爾蒙缺乏。但主要有兩種型態的因素；型態I是停經後的骨質疏鬆（post-meno pausal osteoporosis)，停經後動情激素(estrogen)分泌的驟減，而加速骨質流失，主要引起枝狀骨(trabecular)的骨質流失，容易在小外力的衝擊下，使含枝狀骨豐富的地方，如橈骨遠端(distal radius)和胸腰脊椎骨發生骨折。型態II是年齡相關的骨質疏鬆(age-related osteoporosis)，大約由50歲開始，由年齡的漸增，相對的骨質慢慢流失，對皮質骨和枝狀骨都可造成骨質的流失，如老年人常因跌倒引起股骨上端臀部骨折(Hip fracture)。

不論男女，都會發生骨質疏鬆症，不過婦女罹患的機會比較高。65歲以上的人，大約有50％可以在X光片中找到骨質疏鬆的變化。骨質疏鬆在早期的診斷是較困難的。當骨質流失已達40％以上，才能由X光攝影觀察出來，所以當它可以經由X光診斷出骨質流失時，病情已發展到後期。由電腦斷層掃描及光子吸收密度測定法，篩檢骨流失的程度比較準確，不過使用這些檢查方法並不普及。下列有幾種是引起「骨質疏鬆」的危險因素：

①上了年紀的人
②身爲女性和停經期提早來臨
③長期攝取低鈣的食物
④長期坐辦公桌，缺乏運動的人
⑤體重過輕
⑥家族中有人曾罹患「骨質疏鬆症」
⑦過量的吸煙飲酒或咖啡、茶的過量的飲用。

隨著老化過程的進展，「骨質疏鬆症」也會出現，但有幾種方法確定可用來減輕「骨質疏鬆症」所帶來的衝擊。正確而適度的運動，能使骨質增加。最好的運動特別需要包含人體長骨的牽動、拉動和某種程度的擠壓，例如散步行走、慢跑、騎單車等。多食用一些含鈣成分多的食物，如牛奶、小魚干、生蠔、蚌類都含有豐富的鈣質；由於人體不斷地流失鈣質，因此須要多食用含鈣成分多的食物。要適度的曬太陽；陽光將皮膚內的非活性維生素D轉變爲活性；有足量的維生素D才能確保鈣質能被小腸所吸收。在停經中或停經後的婦女，服用小劑量的雌激素便可有效地預防也可治療「骨質疏鬆症」。因雌激素可使骨中鈣質流失的速度減緩下來；雌激素的用法及用量要遵照醫師指示。

當已有骨質疏鬆症的發生，一般治療的主要目的在減少疼痛及防止骨折的產生。飲食須含有大量蛋白質、鈣和磷的食物，並補充維生素D，有時可以服用鈣片錠劑如Oscal，以幫助正性平衡的達成。給予甲狀腺所分泌的抑鈣素(Calcitonin)，會增加骨骼的密度，可以用來治療骨質疏鬆症。當脊椎因骨質疏鬆發生壓迫性骨折時，可能需要使用脊柱支架。而當不幸發生肢體骨折時，必須轉介到骨科專科醫師，給以正確的治療。



踝關節扭傷了該怎麼辦？

外科主治醫師　黃錫鑫

一個運動員在球場受傷或是機車騎士發生車禍，常可見到踝關節扭傷的情況，這時候便有很多人束手無策，不知道該怎麼辦。現在就讓我們來好好了解踝關節扭傷的機轉，分類及遇到這種情況時我們應該做什麼緊急處理吧！

踝關節是一種屈成關節，很容易受傷，其受傷的情形和解剖構造有很密切的關係。當足部背屈時，脛骨對距骨稍爲內轉，相反他腓骨外轉，而且脛腓韌帶的彈性允許踝關節杵臼擴大1.5㎜，而使距骨在杵臼裡接觸緊密，所以向內向外的運動範圍非常小，而此時的踝關節也最爲安定。當足部蹠屈時，距骨在杵臼裡較爲鬆弛，側移性較大，安定性較小，所以踝關節扭傷大多發生在足部蹠屈狀態時。

踝關節扭傷就其受傷的機轉又分爲：

一、內翻扭傷：踝關節外側有三條副韌帶①前距腓韌帶②跟腓韌帶③後距腓韌帶。其中以前距腓韌帶較脆弱且最易受傷，所以當足部强力蹠屈而內翻時，外踝部受到拉力常引起此條韌帶的受傷。若外力繼續加强，則距腓韌帶也會受傷，而通常後距腓韌帶比較少受傷。若三條韌帶一起受傷時，而通常後距腓韌帶比較少受傷。若三條韌帶一起受傷時，常引起踝關節的完全脫臼或不安定。

二、外翻扭傷：踝關節內側副韌帶是由①舟脛韌帶②前距脛韌帶③後距脛韌帶④跟脛韌帶所組成，又合稱爲三角韌帶。三角韌帶本身非常堅厚，所以斷離的機會很少，當足部蹠屈及外翻時，雖然內側的三角韌帶受到很强的拉力，但往往在此韌帶斷裂前，它所附著的骨骼已撕裂開。雖然三角韌帶受傷的機會很少，但也應該小心注意，避免有所遺誤。

因爲踝關節扭傷以內翻扭傷較爲常見，所以踝關節扭傷在短時間內就會有外踝部的腫脹，在腓骨外踝下面有明顯的壓痛點，如果足部被蹠屈和內翻來做檢查時，就會引起更厲害的疼痛。

踝關節扭傷的X光檢查也很重要，常須做應力試驗，當踝關節於蹠屈或內翻狀態下做前後照，如果距骨傾斜超過對側10度，或從側面照做前拉試驗，發現距骨向前移位4至16mm,這些現象都表示距腓韌帶或距腓和跟腓韌帶的斷離，也表示踝關節的不穩定。但若X光沒有這些現象，也不能斷定這些韌帶沒有受傷。

踝關節扭傷依其嚴重程度有不同的處理方法，茲述如下。

第一度(輕度)傷害：通常休息一星期左右即可復原。由於踝關節韌帶强度並未減少，因此在不痛的範圍內可以做肌力的訓練，然後再漸漸恢復正常的活動。

第二度(中度)傷害：受傷的韌帶有顯著的斷裂，但仍保持其連貫性，可能會使踝關節機能完全喪失或輕微喪失，踝關節會有腫脹、瘀血或劇痛，這時候最重要的措施莫過於保護踝關節使不再受傷，同時千萬不可加以按摩或推拿，否則常常會

使第二度傷害變成第三度的韌帶完全斷裂，而將原本不需要開刀的傷害，卻因人爲因素變成需要手術的狀況。緊急處置可先用冰敷的方法，並將足踝用彈性繃帶包紮起來予壓迫以預防腫脹，同時用石膏或夾板固定足踝使不再受傷，並提高足踝以減少腫脹，然後再請骨科醫師檢查，做正確的診斷。而其恢復需要的時間大約三至六個星期。

第三度(重度)傷害：此乃韌帶完全斷裂，踝關節機能亦完全喪失，韌帶斷裂部位或有凹陷，足踝腫大，其緊急措施大致和中度傷害相同，惟其大部分的傷害皆需開刀予以縫合斷裂的韌帶。

總之，遇到踝關節扭傷的情況，應以運動傷害急救原則 "R.I.C.E." 來救治病人,其急救原則詳述如下：

(1)休息(Rest)：減少繼續活動所產生的疼痛、腫脹、出血。

(2)冰敷(Icing):幫助血管收縮，以達止血、消腫、止痛、鬆筋。

(3)壓迫(compression):利用彈性繃帶施予壓力，以壓住破裂微血管並消腫。

(4)抬高(Elevation):減少繼續出血，腫脹的趨勢。

經過以上的緊急處置後再送病人予專科醫師做進一步的檢查、診斷和治療，則病人必能得到最佳的照顧和最好的預後。



小兒的腹股溝疝氣

外科葉兆斌醫師
亞堂鑾主任指導

§前　言：

腹股溝疝氣是小兒科中最常見的疾患，在小孩子主要是屬於間接性；直接性及股疝氣則較爲少見。而疝氣修補術是最常施行的手術方法。近年來，由於手術及麻醉技術等多方面的進步，手術後病人在恢復室觀察１～２小時，等完全清醒無異樣，即可返回家休養。這就是所謂的門診疝氣手術。可見，對這種疾患的處置有了新的改變。

§發生率：

疝氣的發生率約爲１～５％，早產兒高達10～30％，男性與女性的發生率爲９比１，一般來說，大約60％在右側，25％於左側，兩側爲15％。

右邊較多疝氣的原因，大致說來是和右側睪丸較慢下降，以至影響腹膜鞘狀突的延遲閉合有關。而三分之一的患孩在出生後六個月以前即出現腹股溝隆起，突出的症狀。

§ 致病因：

1. 腹壁的先天性或後天性薄弱缺損引起
2. 先天性異常的腹壁袋
3. 腹內壓之慢性持續性增加引起如咳嗽
4. 腹內張力突然增加所致，如猛烈壓迫產生勵害的肌肉收縮引起
5. 腹膜鞘狀突(processus Vaginalis)未閉塞的部份與腹腔交通，形成一個包裹而引起。

§ 臨床症狀：

1. 腹股溝間歇性的隆起腫塊伴有輕微的腹部症狀，如壓痛。
2. 腹股溝腫塊無法縮回去，而出現嘔吐、腹痛、哭鬧不停、小腸阻塞等症狀，極可能爲嵌頓性疝氣(Incarcerated Inguinal heruia)即指腹部內容物如小腸進入疝氣袋內無法復位，須緊急手術治療，否則腸子發生壞死，會危害性命。

§ 診　斷：

⑴病史：最常見和典型的主訴爲鼠蹊部發現有隆起腫塊，或腫到陰囊部位，尤其當患者咳嗽或用力時更明顯。

⑵理學檢查：

a. 視診時可讓病人站立或咳嗽、吹氣球，此時可看到腹股溝處有腫塊鼓起。

b. Silk glove sign

以食指的掌面觸摸腹股溝，因疝氣囊的存在會有如絲質手套相摩擦的感覺。

c. X-光檢查：疝氣造影(herino graphy)但副作用多，很少採用。

§ 治　療：

至目前爲止，除了手術以外，並無任何一種藥物或治療法可以絕對治好疝氣，所以一旦發現疝氣，就應該早日手術。否則延至發生箝閉性疝氣才治療，就增加了手術併發症和危險性。

§ 結　語：

近年來由於麻醉，病房護理進步等，疝氣手術已非常普遍安全，可做門診手術而不需住院，因此手術是疝氣最好的治療選擇。

手掌多汗症之治療

神經外科　邱世英

手掌多汗症是指兩側手掌出汗過多之病理狀態而言，一般認爲交感神經功能過高所引起，尤其是在心情緊張或有壓力時，如考試時手掌出汗就特別的嚴重，而在天氣悶熱時工作和運動時，出汗就出的特別多。

病患在每次出汗時，以手掌部位最爲嚴重，

其次是腳掌，腋下及頸部，最後才是身體其他部位，患者一般從小學開始即有此種多汗現象，最嚴重的年齡是在十五歲到三十歲達到最高峰，以後則隨著年齡的增加而減少，施純仁教授和王有智主任在一九七八年美國神經外科雜誌刊登四五七病例治療的論文中，認爲有家族史佔二十三%，而在一九八八年貝傑利特醫師在美國當代神經外科雜誌中則發表有四十%患者有家族史，同時貝醫師也提到手掌多汗症發生率應是佔總人口的0.6%～1.0%，因此在國內人口兩千萬中，幾近有十二萬人～二十萬人有手掌多汗症，而手汗症以東方的中國人、日本人、韓國人、菲律賓人患者最多，依據國內外的研究和文獻都認爲手術取出第二和第三胸交感神經節可以治療手汗症，但是組織切片和正常人並無異樣，而且亦認爲病人的汗腺與正常人無異。

手掌多汗症是功能性之疾病，患者最主要之困擾是社交場合、工作時、考試或寫字、作畫時所造成之困擾和不便，其治療方法有三：㈠是藥物治療㈡是電游子透入法㈢是手術治療，由於藥物治療不易控制不要出汗的時間，同時有藥物之副作用，因此一直很少在臨床上使用。而電游子透入法係較新的方法。係利用一些化學藥物置於塑膠盤內，通止電流十分鐘可以作正負極交換，再行十分鐘，這樣可以減少出汗的效果，其優點是花費便宜而治療方式簡單，其缺點是有效時間太短，一般祇能減少出汗四～六個星期而已。

手術開刀治療方法是國內永久療效之主流，三軍總醫院在施純仁教授和其所屬神經外科專科醫師的努力和研究下，至今已超過一千例，經由上胸部背部切除上胸交感神經節而治癒，依其病例數目及其經歷之多而言，屬世界上最多病例之醫院也不爲過，手術方法是經由全身麻醉下，在上胸背部正中切開皮膚，分離脊椎旁肌肉，將第二、第三胸交感神節切除取出，由於上肢及手的出汗是T_2 和T_3 交感神經節支配，所以臨床上活癒率高達九十九%以上。

另外有一種手術方法是患者在全身麻醉下，在前胸外側切一小口，以內視鏡置入胸腔內，以直接肉眼看到第二和第三交感神經節，而加入燒灼而達到治療效果，作完一側，再作另一側，此種手術效果亦非常好，但是有個先決條件，病人的肺部必須是正常的。

一九八四年十二月麻州大學神經外科主任偉肯森教授於全國神經外科雜誌發表放射頻率熱灼法應用於上胸交感神經節上，隔年五月三軍總醫院神經外科王有智主任率先實施此法，由於第一位病例效果良好，以後王主任陸續完成一百多位放射頻率燒灼術，此方法係利用麻州雷德公司出廠的儀器，以產生攝氏八十五度的熱能效應，將交感神經節燒灼凝結，使神經節內細胞功能消失，此法用局部麻醉下，利用X光透視機之指引，採針置於第二、第三助骨之間，緊置於椎體旁，用放射頻率所產生的熱，燒灼第二交感神經節，此手術成功可由手指溫度持續上昇獲得，此種手術之優點在於不全身麻醉，幾乎無傷口，而缺點是祇有百分之九十之治癒率，上胸部偶而有疼痛感，但是比較起來，優點仍是多於缺點的。

無論是何種治療，手術後手汗是消失了，但其他部位的出汗卻會代償性的增加，因爲人的總出汗量是一定的緣故。



燒傷之急症處理

住院醫師　倪仁仰

1.前言：

燒傷(Burn)病患在急診室中，是常可見到的病例，但因國人以往觀念之錯誤，致使延誤了燒傷病患的病情，近來大眾傳播媒體有大力宣導燒傷送醫前之緊急處理原則，確有助於國人觀念之改進，今更進一步簡介燒傷之基本概念。

2.燒傷之診斷：

(1)燒傷時可引起一連串複雜的全身與局部反應，因此燒傷的問題是包含兩方面的，病人與燒傷傷口，全身醫護與局部治療。燒傷部位的局部變化與燒傷引起的全身反應是時時在改變的，每一時的病態生理學變化均各有不同。故了解燒傷的解剖學與病態生理學機轉，以便給予病人適時的治療，是很重要的。燒傷病人治療得“太多、太早”與治療得“太少、太遲”一樣不好。

(2)燒傷部位的局部處理與一般傷口治療的外科學原則大致相同，致於燒傷深度的分辨，一般分爲三度，有人主張電燒傷爲四度，分述如下：

一、第一度燒傷：燒傷只及表層(Epidermis)，眞皮及皮下發生反應性充血(Deactive Congestion)，因此有厲害之疼痛，皮膚呈現潮紅(Erythema)但沒有水泡的形式，數月後脫皮而癒，常見的如日光溶的日光灼傷。

二、第二度燒傷！燒傷及於眞皮層(Demis)呈現厲害之充血，起泡(BlBter formation)，表皮甚或剝落，有厲害之疼痛而高出正常皮膚，淺在性的第二度燒(Superficiul 2nd degree Burn)可望於二週內長好而不要植皮。但在深的第二度燒傷(Deep 2nd degree burn)如果不植皮，癒後常易引起疤痕肥厚(Hyper trophic Scar)及攣縮(contrcture)常見的有菜湯及洗澡水燙傷等。

三、第三度燒傷！燒傷深及皮下組織，因爲皮膚已全層燒死故無充血反應，也沒有水泡形成，皮膚變白(Pale)而微微凹陷。死皮則變成焦痂(Eschar)。神經末梢亦已燒傷故無疼痛，等到焦痂掉落，神經末稍暴露，才會有厲害之疼痛，全部均需要植皮才可痊癒。常見的有油燙傷，化學燒傷等。

四、第四度燒傷！在電燒傷時，電流經過血管、神經、肌肉骨頭等也會受創，這種廣泛的立體性燒傷，有人歸類爲第四度燒傷，常常需要截肢或皮瓣覆蓋才能痊癒。

3.燒傷比例之計算！

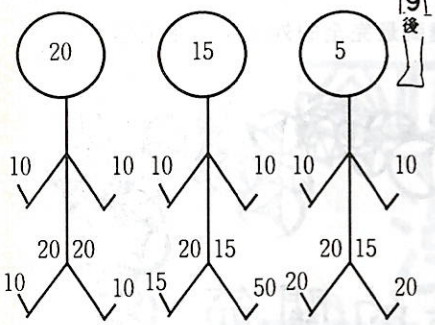
因爲一般成人燒傷面積占體表面積30％以上，小孩及老人佔15％以上就可能有生命危險，所以燒傷百分比的計算非常重要。第一度燒傷是不算的，面積只以第二及第三度列爲考慮，一般原則爲"9"之規則或"5"之規則(Rule of nine or Rule of five)較廣泛採用。

1."9"之規則(Rule of nine)

頭頸部		9%
上　肢	9×1	18%
下　肢	(9+9)×2	36%
軀幹前部	9+9	18%
會陰部	9+9	18%



2."5"之規則(Rule of five)



4.治　療

燒傷之治療大約可分成爲三個階段：

一第一階段：體液循環之保持

急診處之處理：病人送來急診處時，先檢查有生命危險之合併傷害如頭部外傷、呼吸道的維持、骨折或心跳停止，而需要馬上做心臟按摩、氣管內管、呼吸器、及骨架固定等緊急急救。然後給予病人適度之止痛針劑、破傷風預防注射和靜脈點滴。如果病人的血氣體檢查(Blood gas)有厲害的酸中毒(Acidosis)，先得用小蘇打(Sodium bicarbonate)校正，必要時給予氧氣或人工呼吸器，甚或其他急救處理。等到病人情況穩定，才給予適度之麻醉，做基本之清創，除去污物及剝落的死皮，再送燒傷病房治療。

體液之補充：可分爲三個期：

1.休克期(Shock stage)由於體液輸移到燒傷之水腫處或流失，可引起厲害之休克，如不治療會引起急性腎衰竭甚或死亡，期間約1－2天。輸液之計算，較爲大家所接受的有下列三種：

〔布魯克公式〕(Brooke formula)

電解質1.5ml×體重Kg×燒傷面積%

膠狀質0.5ml×體重Kg×燒傷面積%

水份(5%G/W)每日維持量爲

成人約2000ml

小孩　1歲　80ml×體重kg

5歲　60ml×體重kg

8歲　40ml×體重kg

〔伊凡氏公式〕(Evan's formula)

電解質與膠狀質均以等量1.0ml計算(1：1)，其他與布魯克公式相同。

〔巴克特公式〕(Baxter's formula)

以4ml的Lactate ringer來取代電解質膠狀質和水份，即

4ml×體重kg×燒傷面傷%

以上三種公式當體表面積超過50%以上時，均以50%計算，且24小時內不可輸入超過10000ml以上。所計算出來的量爲頭一個24小時之總量，其中½在前8小時中打完，所餘¼、¼分別在第二和第三個8小時中打完。

第二天開始則需依照尿量和其他判斷，給予電解質、膠狀質及水份，大約爲第一天之半量左右。

2.水份儲留期(Water retension stage)：

大約在傷後第3－4天左右，常易由於過度之給水、腎機能不夠、抗利尿激素之分泌增加等引起水腫或水中毒。需要時間使用利尿劑、洗腎或毛地黃等來預防及治療其引起之心衰竭及肺水腫。如能早期注意給水，當可預防這些併發症。

3.利尿期(Diuretic stage)：約在傷後第5－6天開始，尿量大爲增加，局部水腫也跟著消失。要特別隨時注意電解質之平衡和補充，抽血檢查電解質和測尿液比重，電解質含量等是重要的參考。在使用毛地黃的病人更需注意血鉀的濃度。

二第二階段：痂皮去除至完成補皮爲止，極需注意預防治療敗血症的發生。本期大約從第一星期開始至第三星期左右，大部份死亡的病人多發生在此階段。

焦痂的感染：如果每gm壞死組織細菌數超過10^5，就足以引起敗血症，尤其是革蘭氏陰性菌的感染尤爲可怕。抗生素的使用需要配合細菌培養和敏感試驗，必要時細菌培養須做地圖式的連續培養，看菌種消長的情形，針對增加範圍的菌種加强抗生素，如果抗生素使用超過二個星期，而傷口仍然不好，則需考慮對眞菌(Fungus)的預防，給予抗眞菌的藥劑。

維生素：長期使用抗生素或大範圍的燒傷病人，維生素需要補充，尤其B、C放及K尤爲重要。

三第三階段：復健期

復健期的重要性，可說是占整個過程的一半，過去大家都以爲植皮完就結束了，病人回家後一年半載再回來時，就有許多疤痕痙縮、變形、機能喪失、重要器官喪失等問題。事實上，植完皮才是復健期的開始，要延續二年至六年甚或更久，才能達到最完全的外觀和機能復建。

人體最容易受傷的關節
——膝關節傷害

骨科醫師 蕭裕明

膝關節是人體中最大的關節，表面看來似乎保護的很好。由股骨遠端、脛骨近端、腓骨近端、膕骨及半月狀軟骨組成硬體結構，再由肌肉、肌腱、韌帶連繫在一起維持穩定性，關節內又有滑囊膜、滑囊液減少骨頭磨擦，股骨跟脛骨間的半月狀軟骨又有襯墊作用，減少股骨、脛骨間的磨擦。

但是其實膝關節幾乎承擔了全部身體重量、沒有穩固的關節腔硬體，又加上懸在半空中，由力乘力距之槓桿原理，得知在運動時膝關節所承擔之重力和加速度是很大的，因此較大的衝力或扭力時十字韌帶、側副韌帶、半月狀軟骨都有可能斷裂，另外骨折、軟骨損傷也可能發生。

由於膝關節初受傷時常有肌腱之痙攣、膝關節內積血腫脹、故不易檢查，須抽出關節內積血癱醉患者，使肌肉鬆弛才可能檢查。另外曾經膝部扭傷或有內外收力傷害過膝關節不穩者沒有正確診斷而造成慢性傷害者也是非常的多，更嚴重加重傷害也處處可見。

由於半月狀軟骨破裂會移位，患者走路有時膝關節會忽然鎖住，動彈不得，甚至會造成患者跌倒，目前由於知道半月狀軟骨對膝關節機能之重要，因此手術時盡量做損傷半月軟骨之縫合或部分切除。實不得已才做完全取除。由於十字韌帶，側副韌帶斷裂或損傷者會造成膝關節不穩定，患者上下樓梯、跑步困難等等，至於治療方式則看傷害程度有保守療法、手術縫合、重建等等方位。至於骨折也有非手術及手術方法，當然最

重要者是求復位至正常解剖位置，堅固內固定也是爲了膝關節早期活動、減少關節僵硬。

由於膝關節傷害很複雜而且易誤診，膝關節損傷之治療，亦依患者年齡及機能需要而採不同方法，膝關節傷害要經患肢很多種類的測驗檢查，膝X－光片、膝關節造影術，膝關節鏡直接看膝內檢查甚至治療，中山醫院還有很先進沒有傷害性的核磁共振造影檢查等等，來決定膝關節傷害處理方式，來降低膝關節傷害程度，回復患者正常生活，更進一步使運動員重返運動場。

最後我們中山醫院是要大家知道人體最容易受傷又最容易誤診、又是人體內最大的關節是膝關節，也是X光科、骨科、復健科需密切合作才能使患者得到最佳的治療。

漫談踝關節骨折

外科部骨科　呂克修醫師



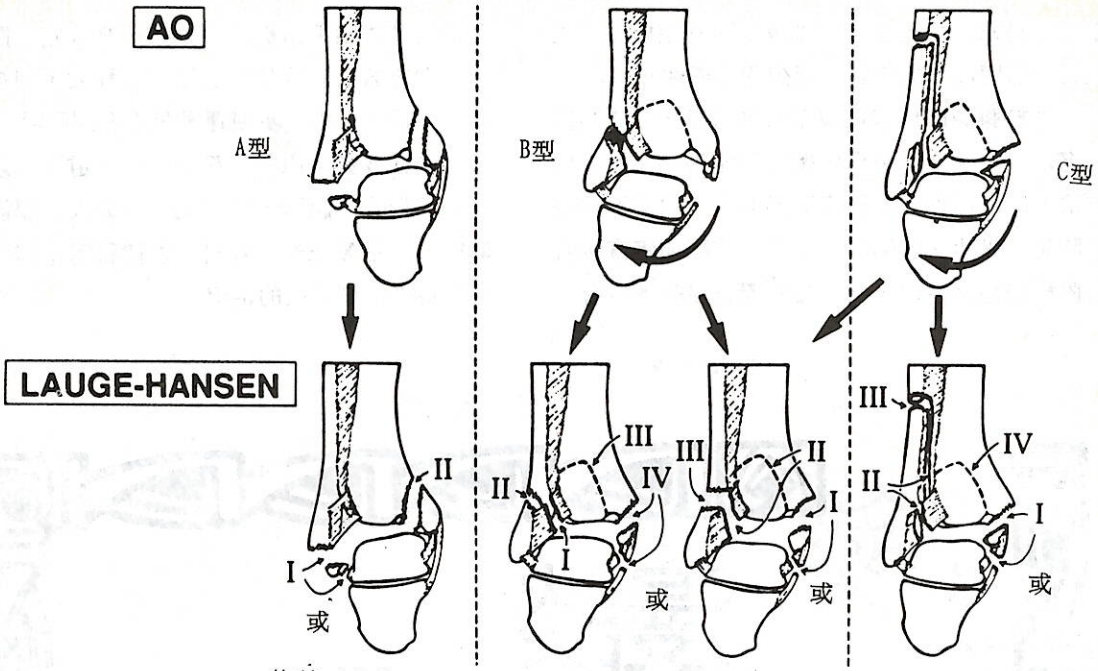
踝關節經由小腿支持全身的體重，當跑、跳、扭、滑等動作過大時，可造成扭傷或骨折，是身體中最易受傷的關節。

⊙前　言

早在西元300年Hippocrates就注意到“踝關節病灶”的問題，但一直到西元1768年法國的Potts，十九世紀英國的Dupuytren，Cooper Maisonneuve及廿世紀的Coffon等等學者，陸續提出有關踝關節骨折的報告，再經過大家的努力研究，才有今日滿意的治療成績。

⊙骨折型式

車禍或運動意外時，由於許多複雜的機轉作用，造成許多不同的骨折；於是有人依骨折的部位，分爲單踝、雙踝或三踝骨折；就距骨脫臼移位的程度分等級；視外力的方向、分外轉、外展或內收；再加上受傷時的姿勢位置，成爲複雜的Lange-Hansen分類；也有只看外踝骨折的高低，就是Danis-Weber(A-o)的簡單分類。目前以後面兩種廣被採用。（圖一）



圖一

⊙治療方式

踝關節骨折治療的目的，是要減輕患者的主觀苦楚和客觀恢復骨折前的機能狀態；也就是避免疼痛、畸型，跛行及維持正常的關節活動範圍。

1. 保守石膏固定療法

未移位的單踝骨折，利用石膏夾板或圓柱固定都可得到很好的結果，不必手術。

2. 手術金屬物內固定療法

對於移位性和雙踝或三踝的較嚴重骨折，一旦消腫後要維持準確的解剖位置往往很難，而且內踝骨折不癒合的機會高達10%，又統計上20%會有距骨和脛骨的關節軟骨損傷，所以大部分的學者主張手術療法，即使是老年人，只要身體狀況能忍受麻醉和手術的危險，還是接受手術療法，早日下床活動，減少罹病率。

一般來講，手術時機最好在骨折後6－8小時內施行；如果超過時間，患部發生嚴重腫脹，只有等3－4天消腫後再手術。但是延遲太久才要手術復位，則患部充血，骨質變易碎，增加復位固定的困難度，也增加感染和敗血症的危險，日後形成退化性關節症的機會也大大提高。

手術後約需1－2週的石膏夾板暫時固定，同時施行腳趾及踝關節的床上復健活動，傷口癒合拆線後，即給予膝下石膏圓柱固定，下床負重走路，大約6－8週後，視骨折癒合狀況拆除石膏，恢復昔日的活動。

⊙結　論

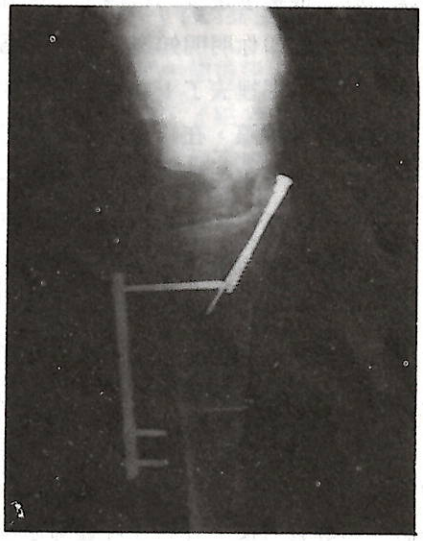
中山醫學院附設醫院骨科近兩年共對14位雙踝和9位三踝骨折的患者施行手術金屬物內固定療法，年齡從19～77歲（平均41.4歲）男女比例爲14：9，左右腳比例爲13：10，結果非常良好（圖二），至目前爲止沒有骨折癒合不良或不癒合的發現，也沒有後遺症發生。其中已有4位患者接受第二次手術取出內固定金屬物。

①凡是移位性和雙踝或三踝骨折，一般認爲還是接受手術金屬物內固定療法，結果最好，而且要越早越好，減少手術的困難和日後的麻煩，我們的經驗也是如此。



手術前

②期望早日發明沒有排斥負作用且可被吸收的內固定物，取代內固定金屬物，避免第二次手術的痛苦。



手術後

外科住院醫師生活手扎

(Pait I)

住院醫師　倪仁仰

1992　×月×日AM8:45 5F護理站

Morning meeting 剛結束，到了5F護理站，想起reuiew一下病人昨人的病況，認眞的5F大家長蕭裕明醫師例行在巡視病人，廣播響起：外科倪仁仰醫師3209，唉可惜！本院沒有一定查房的時間（主治醫師和住院醫師）我是5樓的住院醫師，但是由於外科人手不足，在5樓病房的時間沒有蕭醫師多。或許這也是人手不足的原因。

聽到廣播知道主治醫師已經到了OR(開刀房)，

也就迅速到達OR，由於醫院院區並非很遼闊，這種廣播找醫師的聲音常可在中山院內繞樑，沒有呼叫器，有好處也有壞處，記起在長庚醫院實習的同學常常提起"BBcall"恐懼症，尤其是在值班的時候，眞是恨透了這個call機，一進OR，小姐提高嗓門，倪仁印你明明知道是第一刀爲什麼還不提早來，跑去那裡去了！其實說起來中山對於時間觀念算得著實際，在Intern時，早已領教過了。但由於是第一年住院醫師，一方面不熟悉，另一方面心裡總有一種感覺，一所教學醫院Morning meeting其實也很重要。有討論才有進步呀！

由於是自己學校的醫院、學長又多，科內的氣份一向和諧，或許是許多學長在這裡實習過二年的關係，住院醫師們通常不分彼此，也會相互照顧，或許也是因爲我們人手不足，相互幫忙的精神使科內更加融洽，也由於林主任待人親切善體民意、領導有方使，外科住院醫師原本過分負擔的工作能有所舒解。這一刀是林主任的全關節置換術(THR)由於主任刀法精練，9點下刀10點半即全部結束。外科是一種嚴格的學徒制，期望有一天中山可以由Intern走向one by one(一個主治醫師、一個住院醫師）的教學模式。

AM11:00 5F病房

下了刀在恢復室(POR處理完order後，回到了病房，看一看鐘已經11點了，眞是對不起病人。在病房查看昨天及一些抽血的檢驗數據，來中山已經有五個多月了，回想一下現在病人跟醫師的醫療關係，可以說是十足的商業化。不知是我們的文化水準或是醫師道德職業觀的錯置，使得現代年青的新一代醫師，面臨一種待遇低、工作時間長，危險性極高的工作環境，私底下我們常自喻爲現代的中低收入（符合住屋貸款標準）勞工(勞保)，其實並非醫院刻意刻薄住院醫師，或許是整個社會國家的施政失敗。或許有一天您到醫院看病需要排上一上午，因爲醫師都轉行去開計程車了。

倪醫師89病房病人有Piarrhea的現象，護理長說到，"93病房開完刀後第4天開使fever"……病房有一堆處理不完的Complaint，這些事當然落在我們住院醫師的負擔上，外科病房現有近180～190床(加Icn)，而外科住院醫師只有13位，兩位CIR、ICU、兩位EIR醫師輪值，實際病房只有7位醫師負責近160床的病人。白天要上刀，處理order Case病人，晚上3天一班，每周連看宿舍的床的時間都沒有3天，平均每天睡眠少於5小時，更別談交女朋友，睡覺是外科醫師最好的娛樂眞是不爲過。

查完病房已經下午1點了，該吃中飯了。在外科2、3點吃中飯是稀鬆平常的事。說時遲那時快，廣播聲又響起"外科倪仁印3209"，喔對了！今天我值班，雖然是值病房，但是今天值開刀房的醫師還沒下刀，值病房的支援開刀是常有的事，誰叫台灣人太喜歡飆車了。到了OR一看原來是巫堂鎏醫師的病人來開疝氣了。Dr巫的Herni-oplasty 馳名全省，眞是鬆了一口，氣因爲巫醫師快刀一刀只要10～30分，可趕得及2點吃中飯，但一進OR才知道OR護理長跟巫醫師說有5刀，唉！可憐我的胃，難怪外科醫師常有腸胃道的問題。

PM3:45 7樓會議教室

近來外科讀書風氣濃厚，應歸功大家努力求知的結果，也是各位主任及主治醫師前輩的不吝相授，頗有教學醫院的雛型，我們並不諱言外科曾經沈寂一陣，但進步是循序的漸次不可一蹴可幾，在7樓教室每星期一下午4點有林主任的骨科討論會，每星期三有G-I Section的讀書會，今天星期一是由林主任主持的骨科討論會。

PM5:30 7263值班室

由於討會剛結束，雖然5點過了，大夥仍未下班回家，剛從7樓討論室回到值班室，CIR大人討論著今天比較罕見的例子，然後再各自提出自己的意見，當然初爲R1，的我只有沈默受授的份。此時電話響起，CIR告知有小姐找我，一時興奮不起來，當然不是女朋友找我吃飯，因爲一來沒女朋友，二來值班。原來是病房的小姐找值班醫

師，病房有一個病人病況並不太好，血壓一直很低，是一個腦腫瘤復發並做了放射線治療和手術切除，病人剛從加護病房轉至普通病房。

PM6:30　RO(開刀房)

台灣的交通意外著實很多，由於各處車禍送來兩個病人，一個硬腦膜下出血，另一個股骨骨折，由於同時手術所以我又應召上刀。到了8點多終於將所有的開刀後order處理完，並寫好手術記術，一式兩份。突然想起晚飯好像還沒吃。肚子眞的有餓了。

PM9:15　9F病房

9樓病房是中山病房歸類最完全的病房，大部分是腦神經外科病人，由於有一個病人的CVP到期，須重新換置，這個病人也就是那個腫瘤復發後的病人，才30多歲現已進入意識不清的階段。病人有一個國一的兒子休學在照顧，而病人的太太上班，以維持家計，平常從那個小孩的臉上並看不出任何悲傷的氣氛，臉上仍時有笑容，有時還會跟我們談天說笑，我覺得他比我勇敢堅强多了，這時才覺得自己一生到此還眞是幸福，有時可看見小孩坐在窗邊望著窗外，凝視著天空，我看著也只有一陣無奈。也只有默默的祝福他，爲他加油打氣。

PM10:10　9F病房

剛要離開9F護理站，忽然聽到Miss大聲喊著，倪醫師病人量不到Bp，而且呼吸急促心跳微弱。我心想是時候到了。On上Endo後經過一番處理步驟，由於家屬認爲是Cancer末期，故只要留一口氣回到家才算交代，並不要求過份的CPR步驟，簽好了自動出院單已是近午夜12點了。

AM1:05　7263值班室

已經過了12點處理完各樓病人的狀況，回到值班室已經凌晨1點了，這時急診的醫師告知有一個疑似急性闌尾炎的病人正在觀察中，趁此時趕緊休息，什麼也不想。可是一合上眼。腦中又想起那個坐在窗前的小孩，及現今醫療制度對待新一代醫生不合理……。不知覺中睡覺了 。"倪仁仰App要開了"，原來是學長叫醒我。在外科闌尾切除術是第一年住院醫師所應熟練的刀法。此時已經凌晨3點了。

AM15:00　POR(恢復室)

由於有學長幫忙，使得開刀過程順利，雖然慢了一些，3點下刀，4點半結束，在恢復室可以看到一絲的晨曦，寫好了處方、手術記錄已經快天亮了，看一看鐘5點半了，該吃早飯或是去休息？最後決定還是休息好了，因爲8點還要繼續上班，來了快半年了，覺得科內每一個住院醫師都相當認眞而且負責，只是他們的負擔付出和回收實在無法相比，並非我們功利，而是眼看著自己努力卻無法收獲，誰願意努力付出？回到值班室，值EIR的學長還沒上來，而時鐘上是凌晨5點45分。



走過黑紗

開刀房陳淑綠

78年10月，藉著華航和沙航帶我進入另一個空間，一個神秘的面紗王國－－沙烏地阿拉伯。

抱著好奇的心接近她，的確她的一切一切滿足了我的好奇，也更讓我認識了宗教的力量，阿拉的疵蔭。

第一次看見面紗就是在吉達機場，眼前的阿拉伯女人，身披黑袍，頭罩黑面紗，不裸露婀娜多姿的身材及面貌，女人僅屬於丈夫所擁有，沒有女權，不能開車，不必工作！她們對臉的重要性勝過一切，就醫時，可以卸下身上一切衣物，只要臉上還罩著面紗，而做面部檢查，可要和她折騰半天！男人穿長袍，戴頭巾，穿傳統式拖鞋上至國王，下至遊牧民族，都是此裝扮！

全國信奉回教，精讀可蘭經，相當虔誠，一天有五日禱告，日出時，日正時，日落前，月出時，月正時，都要向聖地－－麥加方向朝拜，朝拜期間，所有商店必需關門熄燈，所有顧客需在外等候，街上到處可見人們就地朝拜，也有清眞寺供人朝拜。開刀中的醫生，也會輪流下來拜拜，手術仍可繼續進行。由於回教教條嚴格，全國沒有電影院、歌劇舞台、或理容中心、嚴禁喝酒！男人可娶四位老婆，但要有一定數字的收入，要休掉老婆也相當容易，口頭說句：我休了你！便成立，岳父母就該將女兒帶回。常在街上，看見一個大男人，後頭跟著四位蒙面女人，八九不離十，那老兄一定相當有錢。搭公共汽車，後頭會隔出六分之一大的空間，供女士乘坐，餐館亦如此！

回教戒律殘酷、傳統，偷竊者送到刑場，右手偷砍右手、左手偷砍左手，通姦强暴男人遭砍頭，女人則遭亂石打死，在我去的那年，就碰了一次，刑場就選在熱鬧的市區廣場上，有位留著下腮鬍的劊子手，當眾砍頭血噴四地！或許是法律戒嚴原故，沙烏地是全世界各大城中，犯罪率最低的國家。

沙國通行阿拉伯文，英文是第二種語言，全國70％能擁有一口流利英文，電視節目也有一台專屬英文，醫院工作、報告、記錄全採用英文。而我們常用的阿拉伯數字卻不是當地所慣用的眞正的阿文數字是：

他們斥責色情，凡自國外攜入刊物，必需送審檢驗，常常到手的刊物報紙，均遭受黑墨塗擦，譬如穿迷你裙時的二腿，無袖時的雙臂，低胸禮服的胸……均列入管制！回教徒不吃豬肉，而任何刊物均不能有"PIG"出現。衛生習慣佳者已使用刀叉，但普遍人仍習慣用手抓飯吃，當地羊肉、牛肉、雞肉便宜，水果都爲進口，式樣多，價格亦便宜，綠色蔬菜卻相當昂貴。那兒沒有美食觀念，沒有小吃，食物不注重色香味，幸好我們有位中國廚師！

民風保守是大一特色，在街上看不到男女相擁牽手，倒是常見男人手牽手。浪漫的紅海畔，再配上通紅的夕照，多麼想有個紅海戀情！不然，遠處立著一個告示牌，牌上畫著一男一女的翦影，上面再加上二大筆紅色的×，以示警告！海邊不時有宗教警察巡邏，僅防知法犯法。婚姻多以媒妁之言，婚前只見一次面，多以電話談戀愛！又以近親結婚爲多，畸形兒的比率很高！婚禮

上採男女分開聚會開宴！

沙烏地貧富懸殊很大，富者擁有皇室般的享受，貧者四處行乞爲家，回曆過年，常見一些大富，手握大把鈔票，在醫院走動，見人就發錢，意是積德。相對的接近過年，一些僞裝病的窮人來就醫，也有些病人賴著不肯出院，爲的不只是醫療免費，而是這筆橫財罷了。

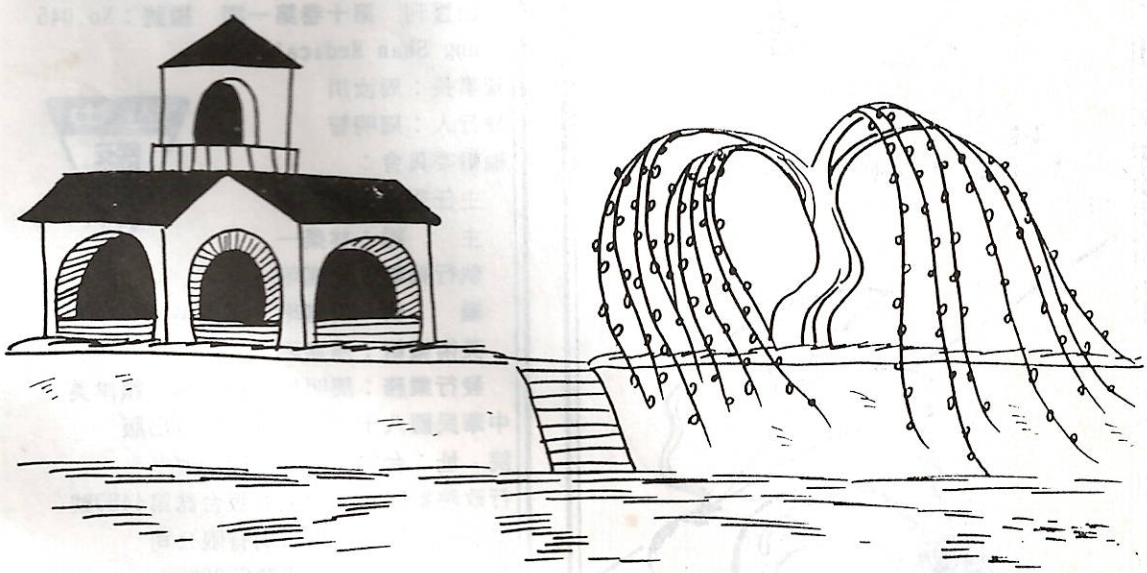
二年來，遇到二次危機，一次是79年7月的中沙斷交，另一次是79年8月的伊拉克侵佔科威特，又於80年2月的美伊戰爭，這些驟變，改變了以往平淡樸實的生活，波斯灣的戰況繁複的在電視畫面中出現，航空母艦的氣勢引誘我想前往一睹，奈何沙方不接受非回教徒，也不接受CHINESE SISTER！

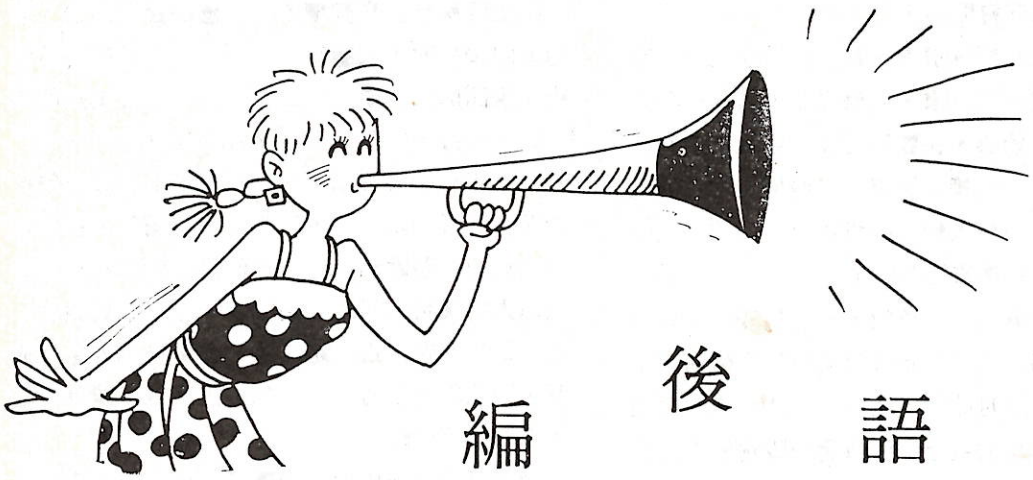
戰打完了，沙漠中的風暴平息了，一切又恢復往日的保守、古舊、封閉、絲亮都沒喚醒這隻沈睡中的中東獅子。

沙烏地不開放觀光，持觀光護是出不了關，非掛上特殊身份是觀攬不到沙國的民俗風情，濃眉大眼俊秀的中東臉孔，神秘面紗，華麗的清眞寺，廣闊的大沙漠，單峰駱駝，世界最美麗的海底域－紅海，以及聞名於世的波斯地毯……

一年有45天假期，充分利用了地利的優勢，走訪了臨近的埃及、土耳其，合約滿後，更能無拘無束的走訪歐洲一趟，三個月的旅程看不盡各國的人文風情，從古老到文明，從保守到開放，從熱帶到寒帶，這一趟下來，感覺自己人生好充實，雖然得失都有，不過如古人所言：讀萬卷書，不如行萬里路。

今日再次踏回中山，隔離二年半的地方！大伙笑我沒去過KTV，沒聽過小虎隊，證實了我與台灣的脫節，我會加緊自己腳步，給我一段時間，在最短時間內進入這繁榮、緊張擁擠又略帶紊亂的五花社會中。





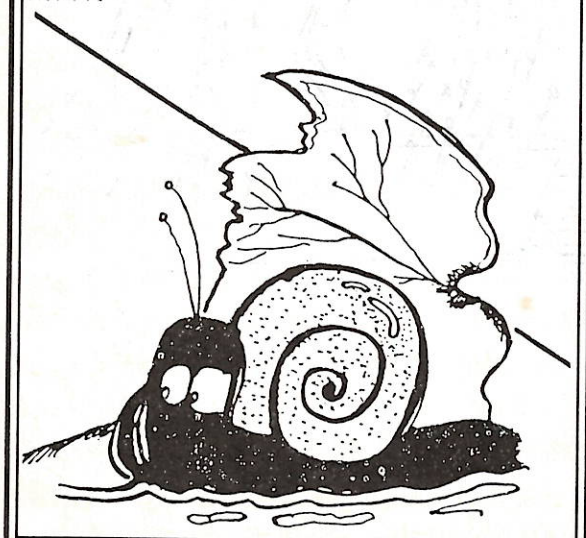
編後語

二月份之中山醫刊輪到外科主編，承蒙本院各科同仁鼎力支持，踴躍賜稿，醫師們之最新醫學報導，臨床經驗，及同仁照顧病人甘苦談，點滴在心頭，內容豐富而精彩，更值得一看。新年新氣象，在外科部同仁們通力合作，祕書謝小姐及出版組周小姐幫忙編排，使本期醫刊如期出版，謝謝大家。林中大

.召此 八德路二段70号
陳清花先生.

預告

下期醫刊(三、四月)主編輪到內科負責編輯，請　貴單位提早準備稿件，以期醫刊能如期出刊。



中山醫刊　第十卷第一期　編號：No.045
Chung Shan Medical News
董事長：周汝川
發行人：周明智
編輯委員會：
主任委員：周明智
主　　編：林榮一
執行編輯：周嘉琍
編　　輯：周嘉琍、賴津美
美術編輯：周嘉琍
發行業務：周明仁、周嘉琍、賴津美
中華民國八十一年二月二十日出版
院　址：台中市中港一段23號
行政院新聞局發記證局版台誌第4483號
印刷廠：穎弘文具印刷有限公司
廠　址：台中市建成路670號
電　話：(04)2818934
公　司：平詮文具打字行
地　址：台中市建成路670號(2F)
電　話：(04)2861610