

目 錄

第一章	緒言	1
第二章	幾項基本病徵	3
第三章	幾項關於檢查關節的原則	21
第四章	局限性腫塊	26
第五章	局部炎症的病徵；潰瘍與瘻管	32
第六章	口	39
第七章	唾液腺	48
第八章	面與顎	54
第九章	頭	62
第十章	耳	70
第十一章	頸(甲狀腺除外)	75
第十二章	甲狀腺	83
第十三章	乳房及腋淋巴結	92
第十四章	胸	102
第十五章	肩,上臂與前臂	115
第十六章	手	126
第十七章	疝和腹股溝淋巴結	138
第十八章	非急性腹部疾病	148
第十九章	非急性腹部疾病——特種檢查	155
第二十章	直腸與陰道	170
第二十一章	泌尿系統的臨床檢查	179
第二十二章	男性生殖系統	188

第二十三章	常見的急性腹部疾病·····	203
第二十四章	腹部和骨盆的損傷·····	223
第二十五章	幾種稀見的急性腹部疾病·····	230
第二十六章	骺髌關節·····	238
第二十七章	髌關節·····	244
第二十八章	膝關節·····	254
第二十九章	小腿與腳·····	264
第三十章	骨·····	269
第三十一章	脊椎·····	276
第三十二章	周圍神經·····	281
第三十三章	四肢血管檢查法;壞疽與先兆性壞疽·····	290
第三十四章	神經官能性疾病的病徵·····	297

第一章 緒 言

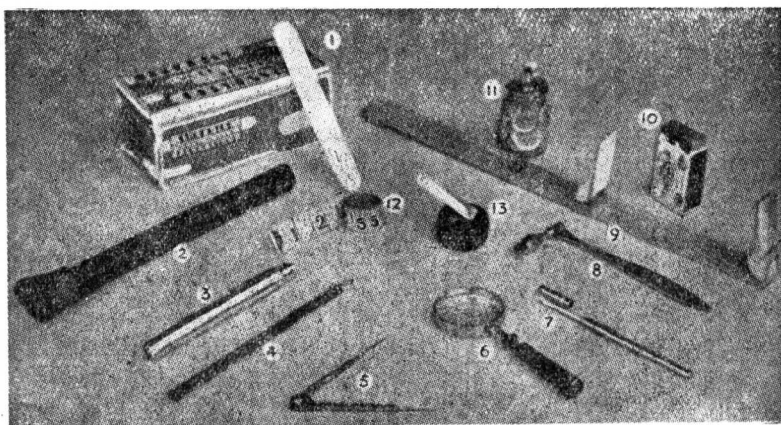
外科疾病的診斷過程，可分成七個步驟——通常，祇須三個或四個步驟就可以得到診斷。

1. 詢問病史，及觀察病員的一般情況。
2. 檢尋各項體徵。
3. 把(1)與(2)予以分析及連繫，並作出合理的結論。
4. 根據結論，再與類同的病症逐一鑑別。必要時，再度檢尋其他有關體徵，以增強鑑別診斷。
5. 進行各種科學化的測驗，以證實已得到的診斷。通常，這步檢查是由其他部門所作，如X光學檢查，化學檢驗，細菌學檢驗，病理學檢驗等。
6. 身體內部比較易於達到的部份，可用各項精巧的儀器直接觀察，如膀胱鏡，乙狀結腸鏡，食道鏡，胃窺鏡，枝氣管鏡等。
7. 進行活組織檢查或探查術。

如經過上述七項步驟後，而尙未能得到診斷時，尙有一項檢查法，即屍體解剖是也。

這七項步驟是外科診斷學的基礎。本書所述，主要是第二步驟及第四步驟的一部份。這兩個步驟也就是外科診斷學的主要部份。臨床教學時，須訓練學員應用各種檢驗法，以得到體徵及鑑別診斷。很多場合，某人可解決疑難病案，而另一人則不能；主要原因在於前者能靈活應用各種檢驗法，而後者不能。

檢驗用具 檢驗用具很簡單，數目不多，價值不高。本書所述及的用具幾乎都包括在第1圖中。靴尺在本書中將不予特別提出，但它在



第1圖。本書內所用的檢驗用具： 1. 木質壓舌板； 2. 透視鏡； 3. 袖珍電筒； 4. 不易擦去的鉛筆； 5. 圓規； 6. 放大鏡； 7. 體溫表； 8. 叩診鎚； 9. 靴尺； 10. 火柴； 11. 指套； 12. 麻製卷尺； 13. 金屬卷尺。

測量腳及身體的其他部份時，都有用途，尤其在健側與患側作比較時，更屬有用。

欲訓練成一個勝任的臨床醫師，在技術方面，學員們須熟練直腸窺器，陰道窺器，鼻窺器，耳鏡，檢喉鏡，檢眼鏡等的操作技術及應用方法，但本書將不予述及，主要原因是這些學識並不屬於理學診斷學範圍以內。

第二章 幾項基本病徵

在開始敘述各項病徵以前，作者必須着重提出一項 臨床外科學中最基本的原則——**對比**。檢查時，如有機會能把傷側或患側與健側對比時（見書末第 2 圖彩圖），就應該抓緊這個良好的機會。讀者在閱讀本書時尚祈注意及此。

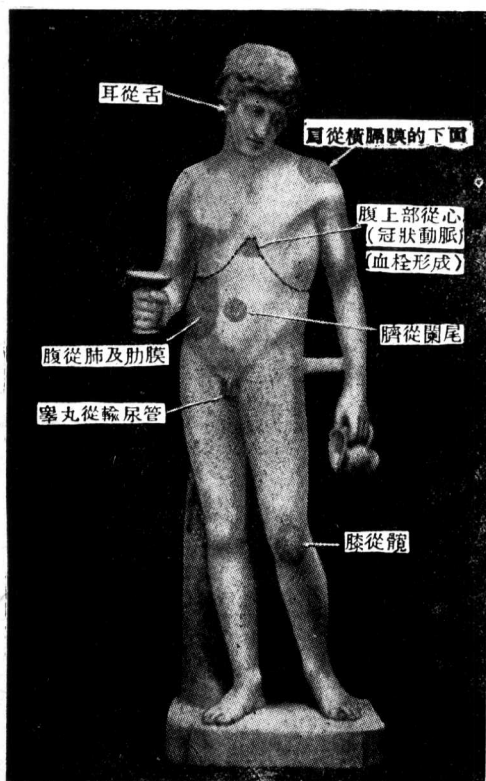
疼痛的地位

若疼痛是病徵之一，須囑病員指出疼痛的地點。病員常常含糊的指着一個面積叫痛，或用手在痛的地方摩擦着。這是一個很不正確的定位法。應該囑咐他用一個手指指出他感到最痛的地點（第 3 圖）。



第 3 圖。病員指出他的疼痛地位。這是一例網球肘。

作者在臨床上曾廣泛的應用這個指痛測驗，並且堅決的要病員本人捫摸患部，找出壓痛地位。在病員完成了他自己的檢查後，作者纔開



第 4 圖。感應痛的明顯例子。

始檢查。

臨床醫師的腦海中常須想到感應痛的可能。明顯的例子如下（第 4 圖）：急性闌尾炎初期的疼痛感應到臍部（見第二十三章）；橫膈膜下的刺激在左肩有感應痛（見第二十三章及第二十四章）；膝部的疼痛常由髕關節疾病所引起（見第二十七章）；舌痛可成為耳痛（見第六章）。

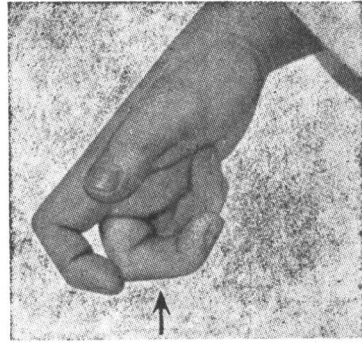
局部溫度

在炎症初期，患部發熱是一個重要的病徵。測驗局部溫度的最好的方法是用手迅速地比較患側與健側的溫度。第 5 圖表示在膝部表演的情形。



第 5 圖。在膝部測驗局部溫度。把手很快的從健側移到患側，然後再到健側。

Thomas Lewis 氏主張在測驗皮膚溫度前，須把捫手放在自己頸部，使它溫暖後纔作測驗。他主張用手的背面而非掌面試測溫度，中指的背面對溫度的測驗最爲合宜（第 6 圖）。

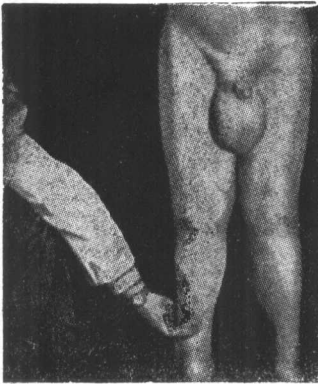


第 6 圖，中指的背面對溫度的測驗最合宜。

施壓後的凹陷

在證實水腫時，對面積大的水腫（如下肢），可用拇指或其他手指在患部加壓（第 7 圖）。對較爲局限的腫脹，必須用食指施壓。所施壓力須維持十至十五秒鐘。病徵陽性者，在施壓處可以看到一個凹陷（第 8 圖）。若凹陷並不顯著，可用手指的掌面在施壓處按摸，就可感到輕度凹陷。局部有壓痛者（如炎症性水腫），亦用食指施壓，但壓力須逐漸增加。

局部淋巴體積增加百分之八以上者纔能有可摸到的水腫。這是局部組織中浸潤着液體的表示。Kanavel 氏說：「水腫的凹陷是軟的，但若有膿液存在，可以摸到硬結。若能把



第 7 圖，施壓後的凹陷。這是一例心力衰竭。入院前診斷爲尿外滲。注意陰囊的水腫。



第 8 圖，水腫手上的壓力凹陷。這是一例腋靜脈的血栓形成。



第9圖。下嘴唇的血管神經性水腫。攝取本照片以前是發作的最高潮。那時下唇有兩倍大。

這事實牢記腦中，就可避免很多嚴重差誤。]

皮下組織水腫的病因很多。總的說來，它是由於淋巴向組織中傾注所致。其病因如下：炎症；淋巴管被癌細胞或血絲蟲所阻塞；周圍血循環衰竭，例如心力衰竭；劑量過多的靜脈注射液體；尿外滲；維生素缺乏症（例如腳氣病。作者曾見一例十二指腸瘻，因饑餓而發生腳氣病）。最能使人眩惑的水腫是血管神經性水腫（第9圖）。

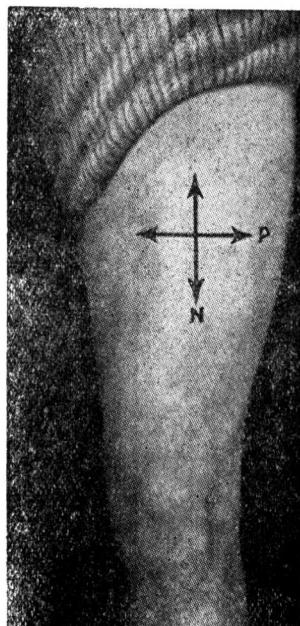
它可以突然發生，而在頃刻之間完

全消失。

波 動

波動是最基礎的外科體徵，或許是外科中最老的體徵。但測驗時常因方法不正確，而使所得結果毫無價值。茲將 Howard Marsh 氏的測驗技術錄下：[測驗時手指須伸直，而掌指關節處稍微屈轉；所用手指的數目視腫脹的面積而定，通常用兩手的食指已經足夠。]

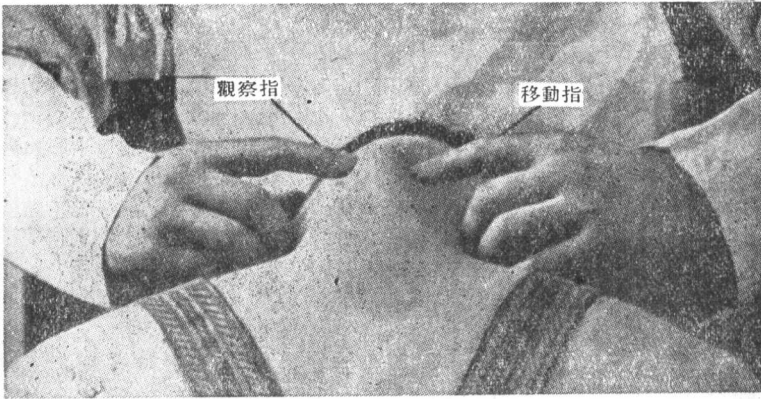
測驗波動時必須在兩個相互之間成為直角的平面上去作。為了表明這個基本原理的重要性，我們可以在正常的大腿上做一個實驗。在橫的方向，股四頭肌或任何其他肌肉可以有波動徵狀，但在縱的方向，絕不會有波動現象（第10圖）。



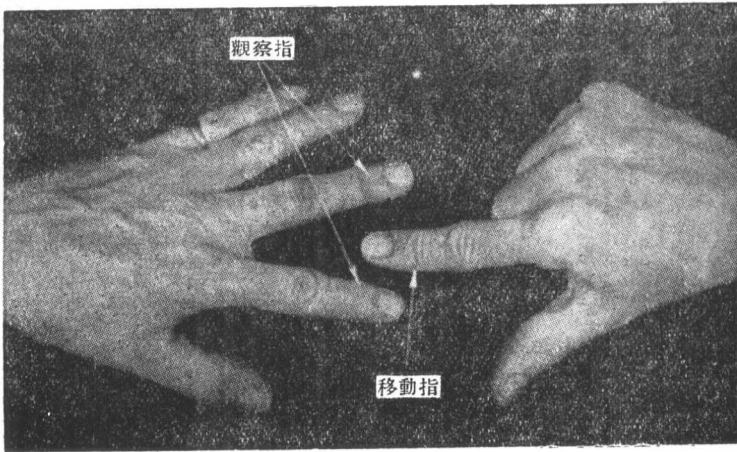
第10圖。表示一定要在兩個相互之間成為直角的平面上測驗波動。[P]表示波動陽性，[N]表示陰性。

在面積中等的腫塊上，測驗波動的方法如下：右手食指的指尖放在腫塊的中央與邊緣的中途，稱之謂「觀察指」。在測驗過程中，它是靜放在那裏不動的（第 11 圖）。然後把左手食指放在對側的相同地點，稱之謂「移動指」。若「移動指」向下按壓時，「觀察指」都有被向上推動的壓力感覺者，則腫塊內一定含有液體。

另有一個測驗波動的方法，對小的腫塊尤為適用。第 12 圖所示就



第 11 圖。測驗波動的標準方法。這是一例第三頸椎結核症。頸部有結核性膿瘍。

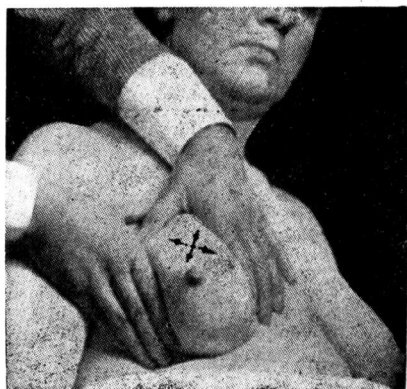


第 12 圖。適用於測驗小的腫塊的方法。

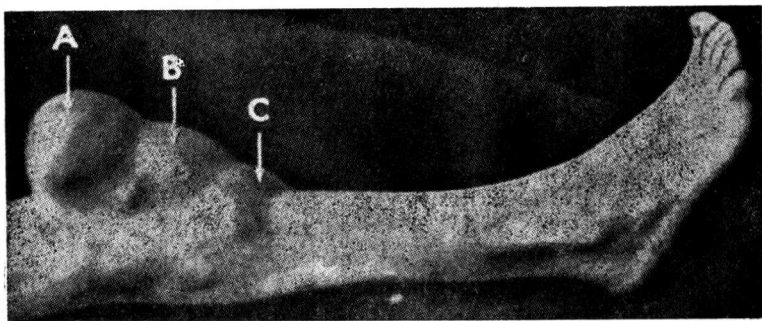
是測驗的方法。用左手兩個指頭作為「觀察指」，右手的食指作為「移動指」。同樣的，須在兩個相互間成為直角的平面上有了陽性結果，纔能宣稱波動陽性。

如腫塊生長在軟組織中，很容易移動時（例如乳腺中的囊腫），則須在檢查前，由助手把腫塊「固定」，然後再測驗波動（第13圖）。

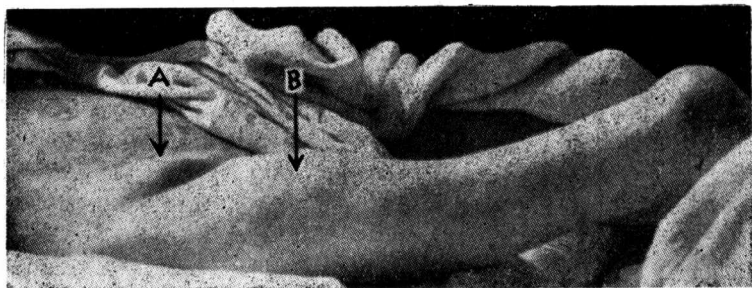
波動的其他例子見第14圖與第15圖。



第13圖。在一個能移動的腫塊中測驗波動。先由助手把腫塊固定，然後用一般常用方法測驗波動。



第14圖。從A到B有波動，但從B到C並無波動。證實A—B是膨大的髕前囊，C是膨大的腓下囊，兩個囊之間並不連通。



第15圖。在腹股溝韌帶上下(A—B)之間有波動。這是一例腰大肌膿瘍。



第 16 圖。多發性皮下脂肪瘤。

脂肪瘤有沒有波動？這是一個很使人眩惑的問題，常使學員不能回答。但是可以肯定的說許多脂肪瘤的確有波動。波動表示有液體；在體溫中，脂肪是液體。對深筋膜表面以上的脂肪瘤（常發病的地點）診斷比較簡單，因為它有分成小葉的徵狀，但在深筋膜以下的脂肪瘤，它的診斷並不容易，因為祇能測出它的波動而深筋膜却隱蔽了它的分成小葉的徵狀（第 16 圖）。

單獨拿波動病徵來說，甲狀腺瘤的徵狀是反常的。L 堅實的甲狀腺瘤有囊樣感覺，而囊性腺瘤却有堅實感覺（James Walton 氏）。它的理由很簡單。甲狀腺囊性腺瘤的囊腫是很緊張的，它們是處於半固體的甲狀腺組織中的（含有膠體泡的甲狀腺組織），因此，這個瘤腫有固體感覺。相反的。L 固體的腺瘤是由許多小囊腫匯集在一起而成——它們是從充滿着膠體的空隙中產生出來的贅瘤，因此，這種瘤腫有囊樣感覺。

對直徑小於四分之三寸的腫塊，波動徵狀並不正確。在此情形下須應用 Paget 氏測驗。Paget 氏測驗：如為固體，腫塊的中央部份最硬；如為囊腫，它的中央部份最不硬。

半 透 明 性

常規檢查中，手電筒對測查腫塊的半透明性有很大幫助。本病徵陽性者，腫塊上有光可見（見書末第 17 圖彩圖）。

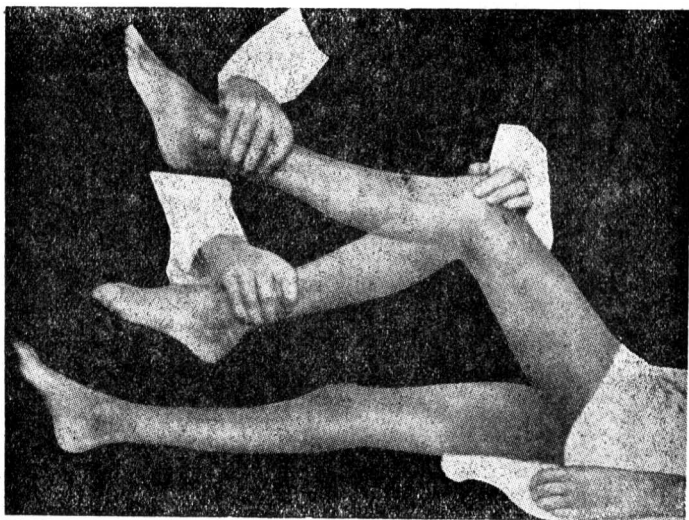
檢查時，須記住一項秘訣，就是「正常皮膚的透明性」（見書末第 18 圖彩圖）。但因手電筒的光的強度不能始終一律，故在每次測驗前，須先測定正常皮膚的透光度以作標準，否則測驗必不正確。又在強光下，尤其在夏季，不宜作此測驗。事前須將窗簾閉合，或在暗室中進行。

磨擦音及磨擦感

它們的種類很多，每種磨擦音或磨擦感都具有基本診斷的重要性。

骨擦音或骨擦感 在表演骨磨擦時，動作務須輕柔。它祇准在沒有 X 光設備的時候試測。測驗時可以感到粗糙的磨擦感或聽到粗糙的磨擦音。它們是很特殊的，在診斷上絕不致誤解的。骨骺分離的擦音及擦感與骨折的性質相同，但較為柔和。

關節擦音或擦感 一隻手放在關節上面，另一隻手移動關節（第 19 圖）。



第 19 圖。 檢查膝關節擦音的方法。

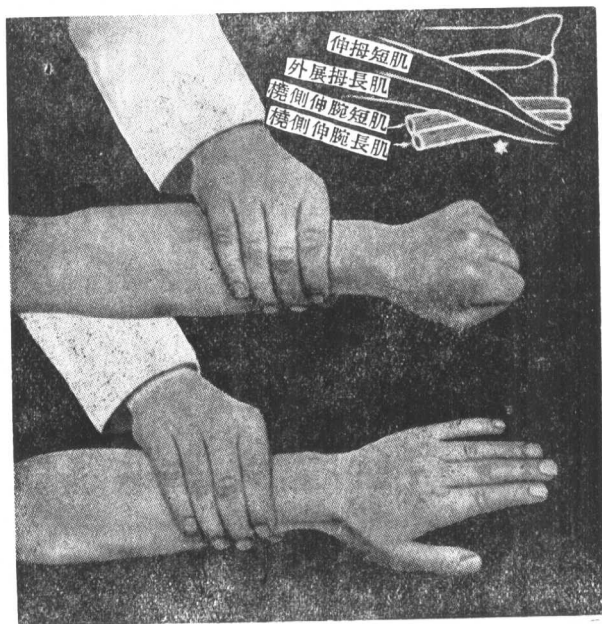
如有關節擦音或擦感，這是絕不會誤解的。它們可分為下列三類：

1. 柔和的關節擦音或擦感。很多亞急性及慢性關節疾病有之 → 
2. 粗糙的關節擦音及擦感。大多表示着骨關節炎 → 

3. 一個 [尖細] 的聲音, 若是經常有的話, 表示着關節內有移位的軟骨或活動體.....→



腱鞘炎的擦音 可在曾有滲出液的發炎的腱鞘上得到。最好的例子是前臂伸肌腱鞘因創傷而引起的腱鞘炎。測驗時用手緊握前臂下端的近腕關節處, 然後囑病員作抓拳及放鬆的動作 (第 20 圖), 就可得到擦音或擦感。選擇這裏作為檢查部位的理由, 是因為伸拇短肌及外展拇長肌就在這裏斜越橈側伸腕長短肌而過。對難以解釋的腕部疼痛, 須詳細檢查這個部位。



第 20 圖. 對疑有腱鞘炎而進行的擦音檢查。插圖說明前臂下端作為檢查部位的理由。

外科氣腫的擦音或擦感 外科氣腫的意義是在皮下組織中有氣體存在。從臨床觀點而言, 它可分為三類, 每類在檢查時都有一種特殊的破裂感。檢查時把手指分開像扇形, 輕輕按在患部, 稍施壓力就能感到像馬棕磨擦的感覺。

1. **創傷性** 最常見的是肋骨骨折後的皮下氣腫。肋骨折斷後，斷端刺破肺臟，空氣就滲入皮下組織。有時氣腫的面積很大，作者曾見一例，其氣腫範圍從下顎起一直擴展到陰囊。最重要的是詢問氣腫開始的地位。若氣腫從臉的一側開始，可能是該處鼻竇壁有骨折，而因病員哼鼻涕將空氣驅入皮下組織。對這種病例毋須假定空氣從胸腔中而來。創傷性皮下氣腫的其他病因有：喉的破裂及額竇骨折等。

2. **感染性** 與上述擦音或擦感性質相同的氣腫亦可在氣性壞疽得之，但它尚有其他病徵足使診斷不致錯誤。

3. **體外性** 血液滲入皮下組織後常能引起外科氣腫的病徵。典型外科氣腫常能在皮下注射生理鹽水後見之；更常見於手術創口周圍，因為在縫合切口時，不免有空氣留在切口中。作者曾有多次被其他醫師邀請會診，會診理由是在手術切口附近發現皮下擦音或擦感，疑為氣性壞疽，但除了氣腫以外，別無其他病徵可以證明氣性壞疽的存在。

脈 搏

脈搏的詳細檢查法在內科學中都有敘述，這裏祇把對外科學有重要性的幾點列下：

1. 對病人剛入院時所立即測定的脈搏應抱某些程度的懷疑，因為他們常有驚懼心理，使測定結果不正確。因此，必須等待二十分鐘後，才能得到正確的測定。

2. 應記明正常脈率與年齡的關係。這是一件很重要的事，尤其對兒童。若不明瞭正常脈率而去測定一個嬰兒的脈率，這是一件毫無意義的事。作者曾見很多學員甚至在畢業後仍不知正常脈率的多少。

正 常 脈 率

年齡	每分鐘的脈率
胎兒	140
0—1	135
1—2	120
3—4	110
5—9	90

9—11	85
12—17	80
成人	72

3. 有些完全健康的人，他們的脈率較表中所列的要低得很多（心動徐緩）。

4. 多次測定脈率對診斷內出血有很大幫助。所謂多次測定，並不是每四小時測定一次，而是每小時，甚至每半小時測定一次。把測定的脈率記錄在一張紙上（如下表），或用紅墨水顯明的記錄在體溫表上。

下午 3:30	82	(入院)
4:0	80	—
4:30	88	—
5:0	90	—
5:30	108	*

* 決定施行手術（一例脾臟破裂症）。

5. 短時期內屢次測定脈率對決定頭部創傷的處理方針是很重要的。在早期，脈率的逐漸上昇或降低都具有診斷上的重要性。因此必須訂出一個每半小時記錄脈率一次的常規。

6. 若不能摸到脈搏，須在另側腕部測定；橈動脈偶有反常，以致正常脈搏亦不易摸到。倘若兩側橈動脈都不能滿意的在腕部摸到，則可摸肱動脈或頸動脈。倘脈率很快，不易測定，可用聽診器放在心前區去數測心搏動。若經過一小時的治療後，而腕部脈搏仍然很弱，或是快得數不清，那末無論病人的神志如何清楚，死亡的機會很大（參閱第二十三章）。

7. 用脈率來診斷休克是最不可靠的方法。目前最好的方法祇有測量血壓，但亦不可完全信賴。每一個微小的臨床體徵都有它的診斷價值。下列方法是用來測驗休克病員皮膚中血流減少的情況：用拇指

緊緊按在胸骨前的皮膚上，停留片刻(第 21 圖 A.)，然後很快的移去拇指(第 21 圖 B.)。正常情形下，由此產生的蒼白區域在一秒鐘內就轉為緋紅色，但在早期休克，這個反應的時間顯然的延長了。

觀察正常與不正 常的淺靜脈

要知道靜脈壓力的情況，祇要把頸部衣服拉開，一望便知(第 22 圖)。

頸外靜脈 若靜脈壓力在正常範圍以內，頭睡在枕上時，頸外靜脈並不顯著，或祇能在鎖骨上方一個短距離內可以看到。若靜脈壓力增高，如在心肌衰弱或缺氧血症病例中，頸外靜脈必然充盈。



第 22 圖。把睡衣拉開，顯露頸外靜脈，應該成為臨床上的習慣。當病員在接受連續的靜脈注液時，頸靜脈須暴露在外，使每個工作人員都能一望便見。



A.



B.

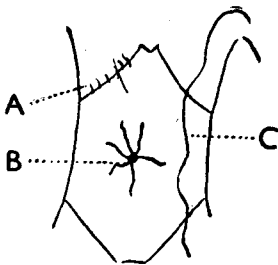
第 21 圖。休克時，皮膚上蒼白區消退時間較長。

在靜脈注液時，頸外靜脈充盈是注入液體太多的最早又最好的病徵。

歌唱家因為長時期歌唱高音，故兩側頸外靜脈都有擴張。單側擴張者(見書末第 23 圖彩圖)可以由於腫大的淋巴結節，或贅瘤，或鎖骨下動脈瘤壓在頸外靜脈上，使它部份受阻所致。

在胸廓入口處的靜脈擴張，常是診斷胸骨後甲狀腺腫的關鍵(見第十二章)。

對肋緣處一系列的小靜脈擴張(第



第 24 圖。軀幹上的擴張淺靜脈。A, 在肋骨邊緣處的淺顯小靜脈；B, 脾周圍靜脈擴張；C, 腹股溝——腋窩的靜脈。

24 圖. A) 雖學說很多, 但據作者經驗, 並無臨床意義。

脾周圍靜脈擴張 (第 24 圖. B) 從臍向周圍放射的擴張靜脈是門靜脈系統阻塞的有力證據。

腹股溝——腋窩的靜脈 (第 24 圖. C) 如在兩側都有很明顯的靜脈從股三角通至腋窩, 則下腔靜脈一定有阻塞。若單側有此現象, 那末阻塞是在該側髂總靜脈或髂外靜脈 (見書末第 25 圖彩圖)。

任何地點, 深部有贅瘤的表層常能看到擴張的靜脈。至于靜脈擴張請參閱第二十三章。

嘔 吐

常有人看了嘔吐物以後, 就自作聰明的宣稱這是 [麻醉嘔吐物], 那是 [腹膜炎嘔吐物] 等等。但以作者經驗而言, 祇能認出下列幾種嘔吐物:

1. 含有食物的嘔吐物。酸性反應。
2. 含有血液的嘔吐物: (一) 含有一部份鮮血; (二) 血塊; (三) 變質的血液及血塊。
3. 含有胆質的嘔吐物。
4. [糞樣] 嘔吐物。
5. 含有糞的嘔吐物。
6. 急性胃臟擴大症的特殊嘔吐物。

雖然作者並未把嘔吐物外形的價值估計太低, 但必須聲明 僅從嘔吐物外表就要作出診斷是太過份的。

有時, 在懷疑嘔吐物中含的是血液抑是深胆質時, 可用水稀釋。若是胆質, 則呈綠色。

嘔吐物含有分解的血塊時, 常稱 [咖啡渣樣嘔吐物]。但這名詞常被濫用, 遇到深色的嘔吐物都叫它 [咖啡渣樣]。這裏同樣的祇要用水