

彩色圖解

臨床病史與 身體檢查

AN ILLUSTRATED COLOUR TEXT

CLINICAL HISTORY TAKING
AND EXAMINATION 2/e

原著 / P. D. Welsby

編譯 / 國立台灣大學醫學院醫學士 黃日新



Elsevier Science Limited



合記圖書出版社 發行

AN ILLUSTRATED COLOUR TEXT

彩色
圖解

臨床病史與 身體檢查

Clinical History Taking
And Examination 2/e

原著 / P.D. Welsby

編譯 / 國立台灣大學醫學院醫學士 黃日新



Elsevier Sciences Limited



合記圖書出版社 發行

國家圖書館出版品預行編目資料

彩色圖解臨床病史與身體檢查 / Philip D. Welsby

原著：黃日新編譯。 --初版。 -- 臺北市：合記，

2003【民 92】

面： 公分

譯自：Clinical history taking and examination
:an illustrated colour text, 2nd ed.

ISBN 957-666-978-2 (平裝)

1. 診斷 2. 健康檢查

415.21

92009669

書 名 彩色圖解臨床病史與身體檢查
編 譯 黃日新
執行編輯 鄭巧怡
發行人 吳富章
發行所 合記圖書出版社
登記證 局版臺業字第 0698 號
社 址 台北市內湖區 (114) 安康路 322-2 號
電 話 (02) 27940168
傳 真 (02) 27924702

總 經 銷 合記書局
北 醫 店 臺北市信義區 (110) 吳興街 249 號
電 話 (02) 27239404
臺 大 店 臺北市中正區(100)羅斯福路四段 12 巷 7 號
電 話 (02) 23651544 (02) 23671444
榮 總 店 臺北市北投區 (112) 石牌路二段 120 號
電 話 (02) 28265375
臺 中 店 臺中市北區 (404) 育德路 24 號
電 話 (04) 22030795 (04) 22032317
高 雄 店 高雄市三民區 (807) 北平一街 1 號
電 話 (07) 3226177

郵政劃撥 帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司

西元 2003 年 9 月 10 日 初版一刷

第一版序

對於臨床病史詢問與檢查，本書有豐富的資訊與實用的建議，是醫學生進入臨床學習時的好夥伴。

為什麼需要第二本病史詢問與身體檢查的書呢？唯一的理由是這本書所帶來的觀念與技巧，的確有它與眾不同之處。本書是由一位作者獨力完成。盡量從一般性的觀點出發，避免過分學術化、太艱深的一些醫學術語出現在書中，是作者寫作時所秉持的原則。對於一些屬於次專科級的解釋與分類系統，作者也以平簡的字句來表達，因此非常適合初踏入臨床醫學殿堂的醫學生來閱讀。

醫學之海何其浩瀚，這本薄薄的書卻是存菁取粹。本書中所涵蓋的資訊，都是作者認為一位現代臨床醫師，被評斷能否勝任工作時，所需要具備的知識，因此都相當基本，相當重要。

對於臨床疾病的症狀與徵候如何產生，若有涉及解

剖與生理學等基礎科學的理論學說時，本書將一併討論之，希望如此做能讓讀者對疾病有更通徹的了解。

對於醫病關係的課題，我盡量克制自己，不要闡述過多含有個人色彩的見解，但我認為，以下兩個原則卻是普世通用的。第一、如果病人是你自己，或是你的親人時，你希望醫生如何對待他們？就照這樣對待你的病人吧。第二、時時提醒自己，身為一位醫生所擁有的權力，在個體身體心理的隱私方面，是一個多麼享有特權的身分。醫生面對形形色色的病人，每天接觸許多一般人終其一生都難得碰上一一次的情境，看到許多人生中灰暗、苦澀的一面，對於人生的本質，應該有更深刻的體悟吧。

愛丁堡

1996

P.D.W.

第二版序

雖然醫學生與醫師考試評量的系統在改變，例如在歐洲引進了 OSCEs、PACES 等考試制度，但是臨床病史詢問與檢查的理論與技巧卻是不變的。因此，能夠出版第二版，在內容上必定要有額外的增強。所以在第二版裡，讀者們可以看到一些新的章節，討論住院病歷書寫、出院病摘、持續教育、如何與病患或家屬揭露重大

病情的噩耗、死後驗屍、與開立死亡證明、火葬證明等等專題。

愛丁堡

2002

P.D.W.

目錄

基本原則

1

- 1. 病史詢問 (I) 2
- 2. 病史詢問 (II) 4
- 3. 一般檢查 (I)－順序，一般觀察與指甲 6
- 4. 一般檢查 (II)－手部 8
- 5. 一般檢查 (III)－頭部，臉部與眼睛 10
- 6. 一般檢查 (IV)－口腔，副鼻竇與耳朵 12
- 7. 一般檢查 (V)－喉嚨、甲狀腺與其他頸部徵候 14
- 8. 一般檢查 (VI)－淋巴結 16

系統性討論

17

► 心血管系統

- 9. 基本原則 18
- 10. 心血管疾病的主要症狀 20
- 11. 一般檢查與脈搏 22
- 12. 頸部靜脈與血壓測量 24
- 13. 心臟檢查 26
- 14. 常見心臟疾病的聽診發現 (I) 28
- 15. 常見心臟疾病的聽診發現 (II) 30
- 16. 常見心臟疾病的聽診發現 (III) 32
- 17. 常見的心血管疾病 34

► 呼吸系統

- 18. 基本原則 36
- 19. 呼吸系統的聲音 38
- 20. 常見肺部異常 40
- 21. 呼吸系統的檢查 (I) 42
- 22. 呼吸系統的檢查 (II) 44
- 23. 常見的呼吸系統疾病 46

► 腹部系統

- 24. 腹部症狀 (I) 48
- 25. 腹部症狀 (II) 50
- 26. 檢查原則 (I) 52
- 27. 檢查原則 (II) 54
- 28. 腹部疾病 56
- 29. 肝臟疾病 58

► 泌尿生殖道系統

- 30. 男性生殖道 60
- 31. 女性生殖道 (I) 62
- 32. 女性生殖道 (II) 64
- 33. 泌尿道檢查 66

► 內分泌系統

- 34. 與腦下垂體相關的荷爾蒙 (I) 68
- 35. 與腦下垂體相關的荷爾蒙 (II) 70

- 36. 腦下垂體異常 / 與腦下垂體無關的荷爾蒙 72

► 神經系統

- 37. 構造與功能 74
- 38. 第一對腦神經/第二對腦神經與眼睛 (I) 76
- 39. 第二對腦神經與眼睛 (II) 78
- 40. 第二對腦神經與眼睛 (III) 80
- 41. 與眼睛運動相關的腦神經 82
- 42. 第八對腦神經 84
- 43. 其他腦神經 86
- 44. 肢體與軀幹的檢查－張力與肌力 88
- 45. 肢體與軀幹的檢查－感覺與協調 90
- 46. 肢體與軀幹的檢查－反射 92
- 47. 大腦皮質與自律神經系統 94
- 48. 神經系統的症候群 (I) 96
- 49. 神經系統的症候群 (II) 98
- 50. 神經系統的症候群 (III) 100
- 51. 篩檢性的病史詢問與檢查 101

► 運動器官

- 52. 基本原則 / 關節功能異常 102
- 53. 肌肉與頸部問題 104
- 54. 上肢的檢查 106
- 55. 脊椎、骨盆腔與下肢的檢查 (I) 108
- 56. 脊椎、骨盆腔與下肢的檢查 (II) 110
- 57. 常見的肌肉骨骼系統疾病 112

► 皮膚系統

- 58. 基本原則 114
- 59. 健康狀況良好之病人身上的對稱性皮膚病變 (I) 116
- 60. 健康狀況良好之病人身上的對稱性皮膚病變 (II) 118
- 61. 健康狀況良好之病人身上的不對稱皮膚病變 120
- 62. 健康狀況不佳之病人的皮膚病變 (I) 122
- 63. 健康狀況不佳之病人的皮膚病變 (II) 124
- 64. 其他皮膚病變 126

專題

- 65 侵略性或具有潛在性暴力傾向的病人 128
- 66 精神科病史詢問與檢查 (I) 130
- 67 精神科病史詢問與檢查 (II) 132
- 68 精神科病史詢問與檢查 (III) 134
- 69 重病無法詢問病史的病人—初步評估 136
- 70 重病無法詢問病史的病人—二度評估 (I) 138
- 71 重病無法詢問病史的病人—二度評估 (II) 140
- 72 重病無法詢問病史的病人—二度評估 (III) 142
- 73 小兒科病史詢問與檢查 (I) 144
- 74 小兒科病史詢問與檢查 (II) 146
- 75 老年人的病史詢問與檢查 148
- 76 病歷記載 149
- 77 醫病溝通 150
- 78 臨床技能考試技巧 152
- 79 如何當一位稱職的年輕住院醫師 (I) 154
- 80 如何當一位稱職的年輕住院醫師 (II) 156
- ▶ 索引 158

基本原則

(BASIC PRINCIPLES)

1. 病史詢問 (I) (HISTORY TAKING (I))

引言 (INTRODUCTION)

醫生看病，就是要提供病人正確的治療，而為了達到這個目的，通常必須向病人詢問病史，與實施身體檢查。病史的重要性是永遠不會被高估的。針對醫院門診病人所做的研究顯示，大部分的診斷，都是藉由病史詢問而

達成的，而身體檢查則在其他少數病例中，能提供不尋常的診斷線索，或輔助病史，以達成診斷。

一般處置原則 (GENERAL APPROACH)

詢問病史或討論病情時，記得尊重病人應有的隱私權與其私密。確保這些病史資訊不會被第三者無意中聽到，而在從事檢查時，也不應該有不相干的人士在場。相同的，也不要再在公開場合與同事討論你的病人。

試著由病人的角度來看事情。有時候病人可能會產生暴躁或生氣的情緒，但醫生應該始終表現中立的態度（不管心中的真正想法為何）。記住，病人產生這些負面情緒的背後，可能有醫學上或情境上可理解的原因存在。與病人親切的打招呼，自然的介紹自己，使病人放鬆心情，並千萬別忘記病人的姓名。

病史應該可以構成一個完整的故事，但是少有病人能夠將病史說的這麼清楚，醫生應該協助引導病人，如此才能正確的詮釋病史。若病史很複雜，則最先出現的

症狀，通常能指引我們找到最初疾病的發生區。

與病人寒暄介紹過之後，依我的意見，最佳的開場白是詢問病人：「我能幫你什麼嗎？」這一句話讓病人感受到醫生的善意，與希望能有所幫助的意念。病人的回答也透露出他所期待的，同時也讓他能開始與醫生作溝通。接下來的問句應該直接、開放，例如：「你能告訴我，這是如何發展出來的嗎？」「那麼，問題到底在哪裡呢？」

除非可預期病情是單純的（例如常規的外科住院病史詢問），大多時候最好用筆把一些重要事件及其時間寫下來，如此你才能花較多的精神，來聆聽病人想要表達的病史。複雜的病史，通常在整理歸納之後，才有辦法寫入病歷中。

發問的技巧 (QUESTIONING TECHNIQUE)

醫生所發出的問題應盡量簡單、明瞭，要使用病人聽得懂的詞句字彙來發問。試著避免出現太專門的醫學術語，而在將病人的話翻譯成醫學術語時，也要注意是否有所誤差。有時病人會誤用某些術語，也會說出某些診斷性的名詞，此時，應引導病人多表達描述性的形容詞，這對醫生才是比較有幫助的。

病人陳述病史時，可以提出一些相關的問題，但盡量不要打斷病人的陳述。病人話不多時，可以主動發出許多問題，來建立病史架構。如果病人絮絮不休，或抱怨的症狀實在太多，你可以誠實的跟病人說，實在有困難理解病人的問題在哪裡，請病人能否利用一分鐘的時間，將主要問題陳述一遍。

若病人太多話，而當醫生要插入問題以釐清病情，又怕被病人認為不禮貌時，可以在病人說完一句話時這樣開頭：「是的，但是……」

避免使用太多主動式的問句 (*leading questions*)，因為有些病人直覺上會不假思索的同意醫生的提議。但是主動式的問句也有許多用處：

- 它可以幫助病人自我表達。醫師在問句之後幫病人提供許多可能的答案，由病人來挑選。這樣的問題比直接的「是或否」問句來得恰當，因為若病人回答「是」的話，可能會感到尷尬，若直截了當的回答「否」的話，又可能使醫師感到難堪。舉例來說，詢問病人：「你目前是單身呢？或是已婚？或是分居了？還是離婚了呢？」就比各別用「是或否」問句來詢問還要恰當。

- 它可以幫助病人“招認”一些過去的、不很願意面對的事實。主動提出一些可能的答案，則可以減少病人產生偽陽性反應的機率。
- 當你試圖讓病人作否定的回答時（以排除病人為取悅醫師而回答「是」的情形）。同時，若病人對「你最近一次咳出血是何時？」的回答是「從來沒有過。」時，即可以排除咳血的可能性。
- 當你懷疑病人對醫囑的順從性不佳，不按時服藥的時候。詢問：「你是否覺得要記住每次服藥的時間是很困難的呢？」可能會得到更真實的答案。

不正確的立即性問句 (*false prompt questions*) 可以使病人自動說出一些重要的病情，而不必擔心病人是否為取悅醫師而有所修飾。例如當向一位類風濕性關節炎的病人詢問：「你的關節僵硬現象在晚上的時候比較嚴重嗎？」，如果病人回答：「在清晨的時候比較嚴重。」，那麼醫師可以相信，關節僵硬的現象真的在清晨的時候比較嚴重。

直接型的問句 (*direct questions*)，尤其是「是或否」的問句，有時候也是很有用的（例如像「你當時有沒有失去意識？」這樣的問句）。在病史詢問進行的過程中，醫師可以問病人，他們覺得有什麼是不正確的。得到的回答通常很有趣—而且可能是正確的。但是更重要的是，這可以透露出病人的一些不正確或者非理性的恐懼，而加以消除。

圖 1.1 列出了病史詢問時，例行性應該詢問的一些基本問題。

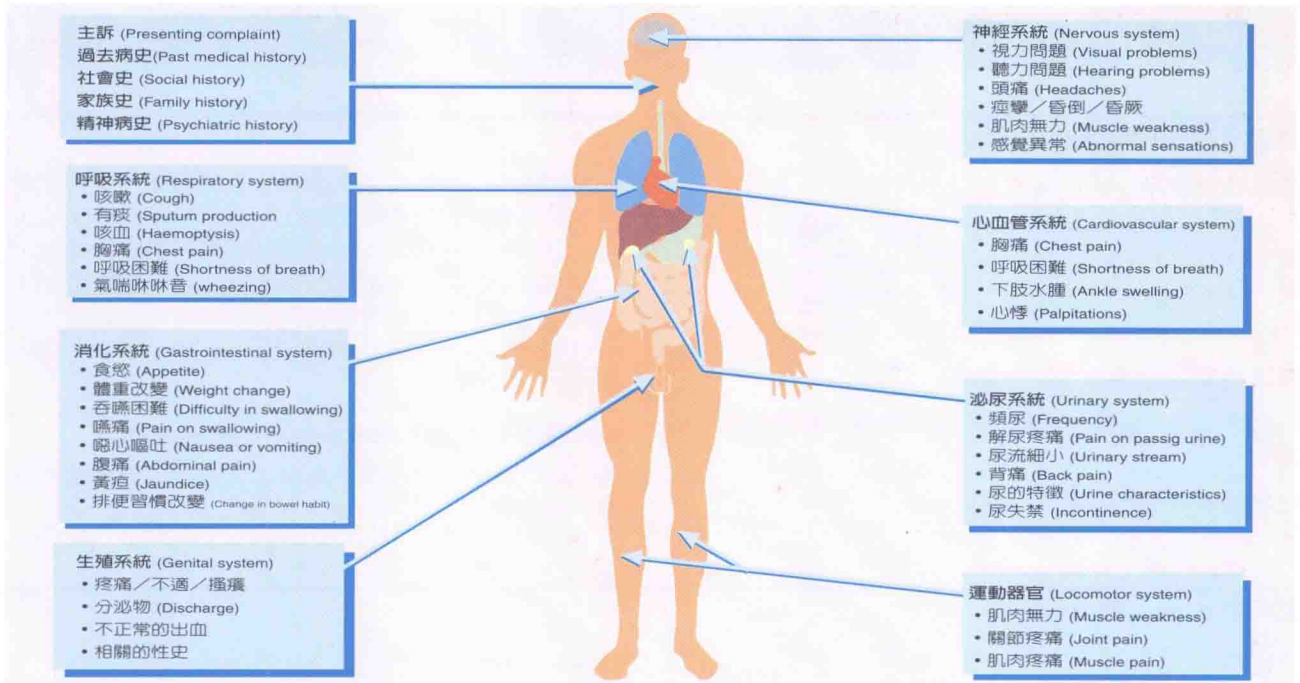


圖 1.1 病史詢問時的例行性問題。有些基本問題，應該例行性的被問到。病史的記錄，應該以病人所抱怨的不舒服作開頭，接以相關的系統性問題，最後以例行性的問題做結論。因此，病史記錄的順序應該是因人而異的。問題導向的處置方式 (problem oriented approach) 並不在此被採用，因為這種病人評估方法雖然有很好的邏輯訴求，但目前還沒被廣泛的接受。

病人的抱怨 (PRESENTING COMPLAINTS)

應該盡速的弄清楚病人的抱怨，包括不舒服發生的時間點、演變的情形、嚴重度、過去求醫的結果、與治療的效果。

與病人接觸的初期，就應該決定病人的主訴是否為整個病史中的一個簡單的因果順序性事件？或是另一個獨立事件，在接下來的病史詢問中要分開來對待？保持某種程度的彈性是必須的，因為有時候你會發現，一開始許多個別獨立的症狀表現，在病史詢問結束後，都會發現其實是相關的。

疼痛的特徵 (CHARACTERISTICS OF PAIN)

與特定疾病或器官相關的疼痛，將會在本書以下的各個章節中討論。而不與特定器官或結構有明顯相關的疼痛，則應該照著下面的九個特徵來描述之。

- 疼痛的位置。
- 痛法。通常醫生要主動給予一些形容詞讓病人選擇。例如：灼痛、刺痛、尖銳的疼痛、或鈍痛？疼痛屬於表面的，還是深層的？
- 疼痛發生的型式。突然發生或逐漸產生？
- 疼痛的進展。疼痛持續時間多久？是持續性或間歇性的疼痛？若是間歇性，那麼出現頻率為何？

- 轉移性。疼痛會不會傳到身體其他地方？若會，那麼傳到哪個部位？
- 疼痛與身體其他功能活動，或姿勢的關係如何？
- 緩解或加重因子。有無任何因素會使疼痛變得比較輕微，或加重它的？
- 給予的治療（若有的話）。若治療有效的話，詢問治療細節。
- 疼痛的深度。是屬於表面，或內部深層的痛？這問題常被省略，但對鑑別診斷有時候很有幫助。

病史詢問 (I)

- 診斷通常是依靠病史詢問所提供的資料來達成。
- 確認你與病人的會談不會被別人無意中聽到。
- 絕對不要忘記病人的姓名。
- 避免使用主動式的問句 (leading questions)
- 盡速定義病人的主訴抱怨。

2. 病史詢問 (II) (HISTORY TAKING (II))

過去病史 (PAST MEDICAL HISTORY)

曾得過的疾病 (Previous illnesses)

一般會加以詢問的疾病包括：風濕熱、糖尿病、與結核病，但對於大多數的病人，可以直接詢問是否有任何心臟、肺部、腸胃、泌尿道、或神經系統的疾病（神經系統的疾病，在此包含了神經與精神方面的病變）。

曾接受過的治療 (Previous treatments)

過去的開刀、住院、或重大的意外傷害，都應該詢問清楚。

過去的藥物史 (Previous medication)

詢問任何病人曾使用過的藥物，包括成藥，並再次確認病人有真的在服用。研究顯示，基層醫療的病人中，只有三分之一的比例遵從醫囑規則服藥。請病人說說，對於規則服藥是否有困難；這樣的問法可以使順從性不佳的病人招認。對於生育年齡的婦女，記得要詢問是否使用口服避孕藥。大部分的婦女並不把避孕藥當作是一種藥物。

過敏與藥物不良反應 (Allergies or drug reactions)

應該詢問病人有無過敏的現象，或對任何東西的不良反應，包括藥物。

家族史 (FAMILY HISTORY)

詢問病人目前的婚姻狀況，是單身、已婚、分居、或離婚。若是分居或離婚狀態，則詢問何時發生及其原因，這可能與病情相關。病人育有小孩嗎？對於女性病人得體的問法，是詢問她懷孕幾次，目前有幾個小孩？如此可以接著得知是否有自然流產、墮胎、死胎、或夭折的現象。表 1.1 詳細的介紹建立家族樹狀圖時，會使用到的一些符號。

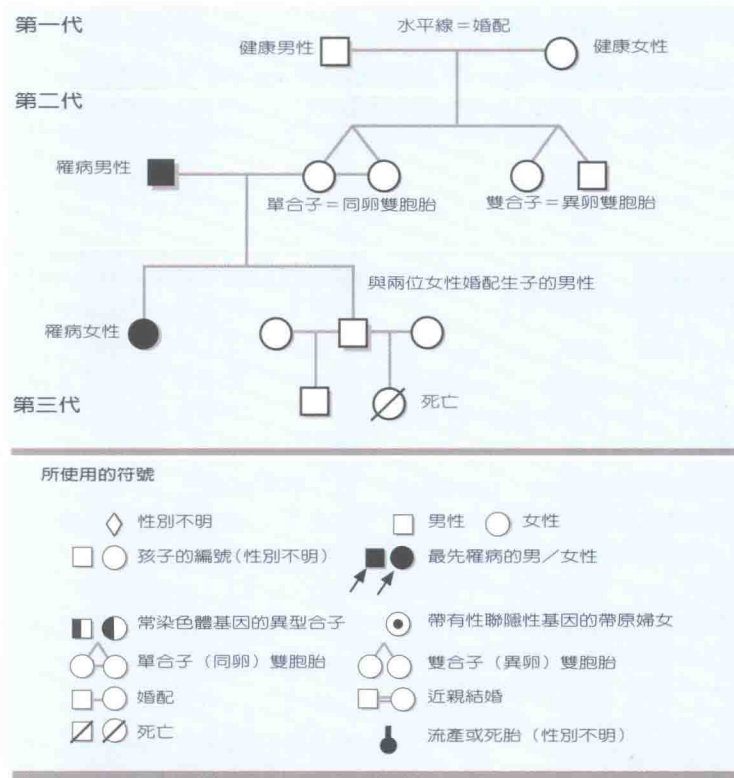


圖 2.1 建立家族樹狀圖時，會使用到的一些符號。

社會史 (SOCIAL HISTORY)

從病人的外觀、穿著打扮與談吐中，即可約略得知病人的社經背景，當然最可靠的做法還是直接向病人提出明確的問題。要小心的是，在評估病人社會史時，好管閒事跟醫學上合理的好奇，兩者分界只有一線之隔，而這條線所擺的位置，病人跟醫生又未必相同。

職業 (Employment)

越來越多證據顯示，失業會帶來較多的身體疾病，與較重的心理壓力。另外，某些工作可能與特定的疾病有相

當的關聯性。

詢問病人：「目前有工作嗎？」若答案是肯定的，則進一步釐清工作性質，與病人從事這工作多久了。若答案是否，則詢問病人接受何種職業訓練，若有的話。對於年輕人來說，如果已經畢業的話，無業狀態可能會令他們感到難堪。對於這樣的情形，一個有用的問句是：「大部分的時間，你都做些什麼事？」詢問病人有無經濟上的壓力（醫生必須要能夠確定，病人有得到所有可能的福利照顧。）

居住環境 (Housing)

詢問病人住在哪裡，對於居住環境是否有任何相關的財務或社會問題。

興趣 (Hobbies)

某些興趣嗜好對健康會有威脅。例如，養鳥人士可能會得到鸚鵡熱 (psittacosis)，或養鳥人特有的肺部病變 (bird fancier's lung)。詢問病人：「空閒時間你都從事什麼活動？」

最近的出國旅行 (Recent travel abroad)

旅行，尤其是到熱帶國家的旅行，可能與某些疾病相關。表一列出了許多傳染病的潛伏期，與旅行時間相結合，可以用來排除或合理懷疑許多鑑別診斷。

壓力 (Stress)

壓力可能會導致病人的不舒服，或甚至就是不舒服唯一的原因。若有此懷疑，則可以問：「你是不是還有什麼問題該對我說的呢？」

表 2.1 與出國旅行相關的疾病：潛伏期

疾病	最短潛伏期	最長潛伏期	平均潛伏期
布魯士菌症	7天	不確定	
黑熱病	10天	2年	3~4個月
A型肝炎	28天	42天	35天
B型肝炎	6週	6個月	
惡性瘧	8天	25天 (註)	12天
間日瘧	8天	27天 (註)	14天
傷寒	7天	21天	8~14天
黃熱病	3天	15天	3~6天

註：在無免疫力的人身上 (若有免疫力，或曾接受不完全的預防，則更久)

酒精的攝取 (Alcohol intake)

從病人的職業、舉止表情、或呼吸各方面，都可以看出是否有酒癮的問題。酒精的氣味很容易察覺，而酗酒者在看醫生之前才停止喝酒，則會在呼吸時發出乙醛的甜味。

你可以詢問病人以下問題：

- 你曾經覺得應該減少喝酒量嗎？
- 其他人是否因為你的喝酒而批評過你？
- 對於喝酒，你是否曾有過罪惡感？
- 你是否需要在清晨喝酒，以消除宿醉或安定神經？

要讓病人了解到，他們攝取的酒精量事實上比他們自以為的還多，理想的開場白是先詢問：「你最喜歡喝哪一種酒？」然後再以圖 2.2 的概算法來計算病人攝取的酒精值。例如問病人：「你每天喝半瓶威士忌嗎？」若病人吃驚的立即反應：「不！」則表示酒精攝取應該不多。若病人回答：「差不多吧！」等肯定答案，或表現遲疑神色時，則意思就很明顯了！

藥物濫用 (Drug abuse)

詢問有無藥物濫用，對某些人是必須的，而對某些人，則可能是一種冒犯。可以這樣技巧性的問：「你在吃什麼藥？」藥物濫用者通常會誠實的回答，而當非濫用者感到被冒犯時，醫生則可以這樣說：「我是指醫學上的

用藥，例如心臟病的藥物。」來緩和緊張的局面。

性活動 (Sexual activity)

性傳染病 (sexually transmitted diseases, STD) 並不罕見。在性病診所，平均一年中，一般人口每 96 個人就增加一個新病人！尤其人類免疫缺乏病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 出現後，性病的影響更是廣及全身的各個系統器官。但是，在病史詢問中，只在懷疑相關的疾病時，才需要向病人詢問性活動方面的病史。

向病人道歉，需要問到如此私密的問題，並跟病人解釋這些問題在醫學上的必要性。接著詢問病人的性生活是否活躍。對於性生活活躍的男性，可能是同性戀者的 (目前男同性戀者感染 HIV 的風險，高於一般人口)，要問他是否是絕對的異性戀者。這樣的問法，比較不會冒犯到對同性戀有成見的病人。

詢問過去是否得過性病，這同樣需要一點技巧。可以使用一些婉轉的說法，例如：是否曾有感染，影響到你的「下面」(對男性病人)，或「前門」(對女性病人)？若怕冒犯女性病人，可在問句中加上「像是鵝口瘡 (thrush) 之類的」，因為這個名詞，不盡然代表性病。若病人答案是肯定的，則詢問：「這東西會不會是從某人身上得到的？」



圖 2.2 評估酒精的攝取量。在英國，標準的單位是「一公勺」的絕對酒精 (one centilitre)，重量大約為八公克。這相當於半品脫 (pint) 的一般濃度的啤酒、一杯葡萄酒 (wine)、一小杯雪麗酒 (sherry)、或一口的烈酒 (1 tot of spirits)。每天喝六品脫的啤酒、一瓶葡萄酒、或三分之一瓶烈酒，則久而久之可能會出現肝硬化。在某些病人，甚至不必喝這麼多酒，就有可能得到肝硬化 (女性風險高於男性)。

病史詢問 (II)

- 好管閒事跟醫學上合理的好奇，兩者分界只有一線之隔。
- 發燒的病人，要詢問最近是否曾出國。
- 酒精攝取過量的病人，很少會自己承認的。
- 性病比我們所想像的還要常發生。

3. 一般檢查 (I) — 順序，一般觀察與指甲

(GENERAL EXAMINATION (I) — sequence, general observations and nails)

檢查病人時，最好能讓病人躺下（呼吸系統的檢查，讓病人站著可能會比較有幫助）。初次評估時，應記錄病人的身高與體重。

檢查的順序 (SEQUENCE OF EXAMINATION)

一開始應該先仔細的評估病人的整體外觀，接著檢查手部、上肢、頸部、頭部、胸部、腹部、與下肢，若覺得需要神經與運動系統的檢查，則接著做第二次的局部詳細評估（圖 3.1）。

實施一般的身體檢查，需要準備的工具具有壓舌板、手電筒、脫脂棉（檢查感覺）、聽診器、檢眼鏡/耳鏡、血壓計、與可拋式的紙夾或迴紋針（檢查針刺感覺，減少傳染病散播的危險。）

許多時候，在檢查之前，最好向病人解釋你將要做什麼動作，與為什麼要這樣做。檢查異性病患病時，最好有護士或其他看護在場。

醫學生在檢查病人時，常忽略掉許多診斷線索。例如病人來醫院的方式，與表現出的態度舉止，都是有用的資訊。對於住院病患，注意他們的體溫記錄圖、痰盂的內容物、與床頭櫃所擺放的雜誌，也或許都派得上用場。

接下來將逐一介紹，在身體檢查的每個步驟中常見的臨床徵候（如圖 3.1），一切還是都由外觀視診開始。

一般觀察 (GENERAL OBSERVATIONS)

異常的腫脹 (Abnormal swelling)

特定器官的腫脹，將在相關章節做介紹。其他沒有明顯與某特定器官或組織相關的腫脹，則要依照下列八個特點來做描述：

- 範圍大小。
- 形狀。淋巴結腫脹，表面應該是平滑的。
- 壓痛。大部分發炎性腫脹都會有壓痛現象，但非絕對。
- 質地。大部分急性發炎的腫脹雖然偏硬，但不會像石頭般堅硬。如石頭般堅硬的腫塊，應該懷疑惡性腫瘤的可能性，直到證明它不是。
- 移動性或附著性。
- 搏動性。若是腫塊本身具有搏動性，則會向兩個以上的方向擴張；如果是腫塊下面構造的搏動向上

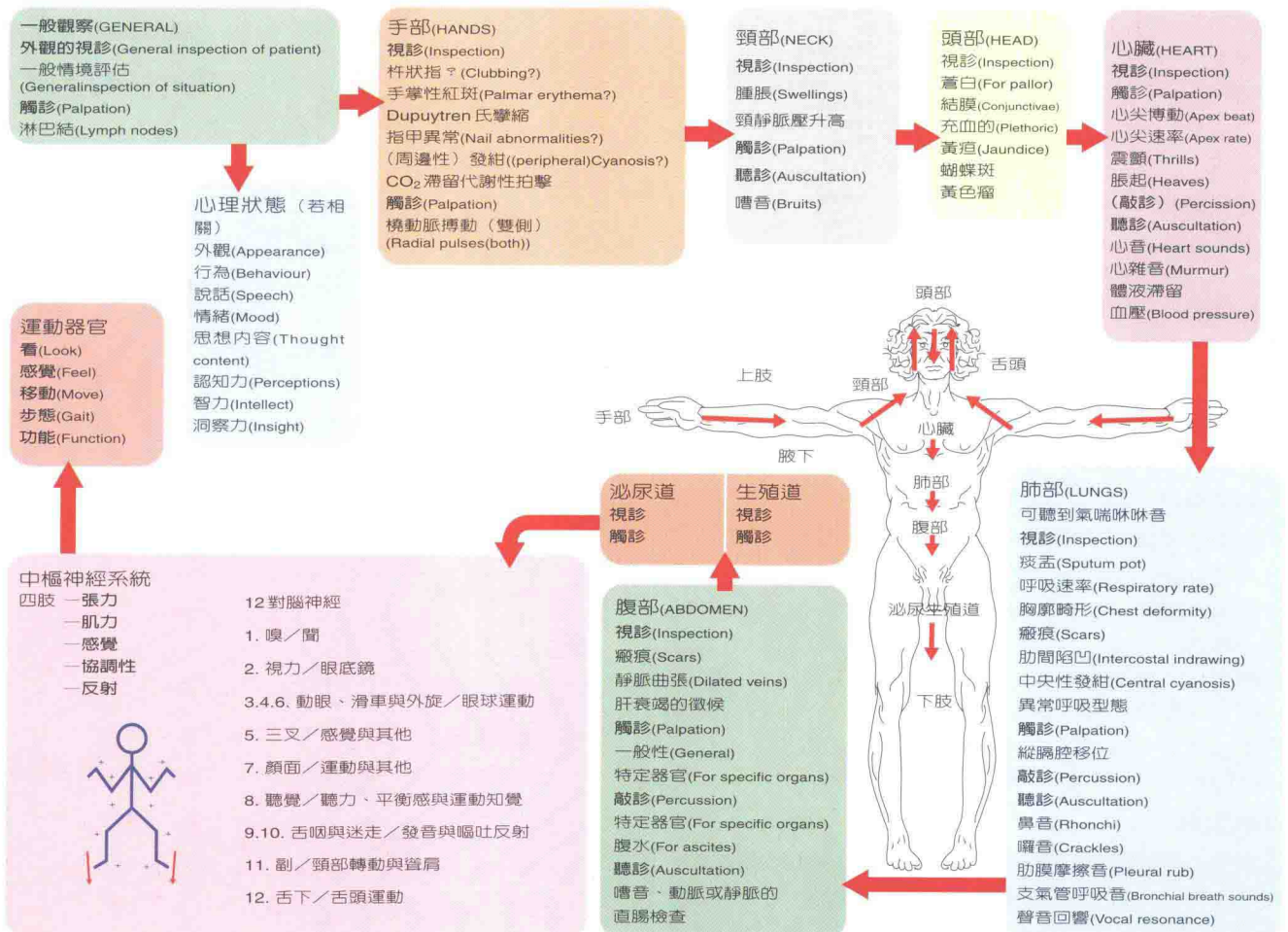


圖 3.1 臨床身體檢查的順序。顯然的，這是根據身體部位所訂下來的順序，並不包含各系統的詳細檢查。圖中每個部位都列出檢查的項目，與可能的異常發現。

傳導的話，則只會有一個方向的跳動。

- **凹陷性**。只有在確定腫塊或下面的組織不會脹破時，才能評估其凹陷性。例如動脈瘤就不能評估凹陷性。
- **透光性**。具透光性的腫塊，表示內容物為澄清的液體聚積。

蒼白 (Pallor)

蒼白的評估是比較主觀的，暗示著貧血，或週邊血管收縮的存在。評估蒼白，可以觀察嘴唇、舌頭、或眼瞼結膜的顏色，是否變得比較蒼白或粉紅。

多血症 (Plethora)

多血症 (plethora) 的臉，是一張飽經風霜的臉，臉色是由血紅素濃度過高 (多血症, polycythaemia) 的鮮紅色與發紺 (cyanosis) 的藍紫色混合而成的色澤。發紺將在第 42 頁做詳細討論。

發燒 (Fever)

正常在腋下量到的體溫是攝氏 37 度或稍低。肛溫比腋溫高約 1 度。發燒有四種主要的型態 (圖 3.2)：

- **持續熱 (continuous fever)** 是指體溫持續處在升高的位置，變動小於攝氏 1 度。
- **弛張熱 (remittent fever)** 是指整天或幾乎整天的體溫都是升高的，而最高與最低溫相差攝氏 1 度。
- **間歇熱 (intermittent fever)** 是指體溫上升後，會回到正常體溫。
- **波狀熱 (undulant fever)** 是指發燒的時間 (通常持續數日) 被不發燒的時間 (通常持續一週以上) 所隔開。

指甲 (THE NAILS)

由指甲可以看出許多疾病的一般徵候。許多臨床現象，例如慢性水腫、肋膜腔積水、鼻竇感染、或甲狀腺疾病，都會使指甲變黃變厚，而表面仍平滑，這稱為「黃指甲症

候群」 (yellow nail syndrome)。腎衰竭的病人，指甲近端會變白，遠端則呈紅棕色。長久的使用某些藥物治療，也可能對指甲有影響。例如 zidovudine (AZT) 會使指甲變白，而 chloroquine 則會使指甲變成藍黑色。

Beau 氏線 (Beau's line)

若曾罹患重病，或嚴重的營養不良，而影響到指甲生長，則會在指甲上看到橫線或凹陷 (如圖 3.3 所示)，這稱為 Beau 氏線。指甲的平均壽命期為六個月，所以在六個月內發生的疾病或營養不良都可以記錄在 Beau 氏線上。

黴菌感染 (Fungal infection)

黴菌感染會讓指甲增厚、變鈍、變脆、與呈黃棕色。指甲可能會與甲床分離 (onycholysis)。

匙狀甲 (koilonychia)

指甲呈現平坦或凹陷，並變薄、易碎。匙狀甲的出現與慢性缺鐵性貧

血有關。

白指甲 (leukonychia)

指甲的顏色變的與其基部半月形的白色接近，其病因包括血中白蛋白太低，與嚴重的貧血。

甲床裂片性出血與指甲凹陷

(Nailbed splinter hemorrhage and pitting)

外傷是裂片性出血最常見的原因，這是因為指甲床小血管的細微出血 (如圖 3.4)。若沒有外傷，則考慮感染性心內膜炎的可能性。

指甲凹陷，則可能與牛皮癬 (psoriasis) 相關。

指甲鬆動 (Onycholysis)

指甲鬆動是指指甲與下面的甲床分離的現象。太過勤於修指甲，與牛皮癬都是常見原因。

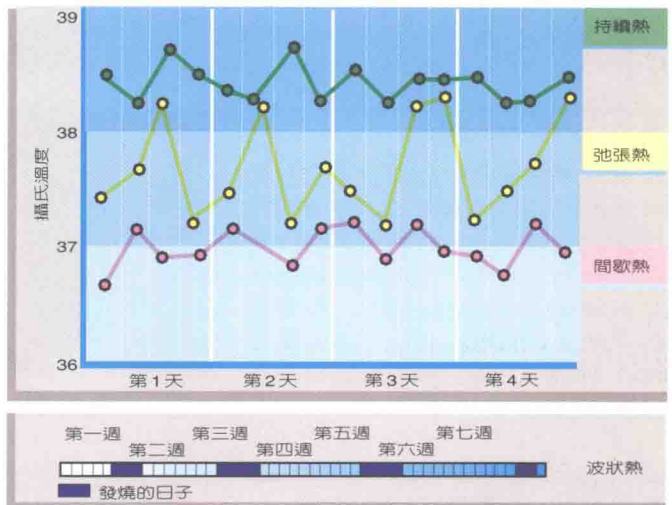


圖 3.2 發燒的型態。



圖 3.3 Beau 氏線。



圖 3.4 裂片性出血。

一般檢查 (I) — 順序、 一般觀察與指甲

- 即使覺得病人的問題是局部性的，也不要省略掉一般性整體的評估。
- 依照例行性的步驟來檢查病人，才不會有所遺漏。
- 若對異性病患實施身體檢查，應該有護士或看護在場。

4. 一般檢查 (II) — 手部 (GENERAL EXAMINATION (II) — HANDS)

檢查 (EXAMINATION)

觀察手部靜止時有無異常姿勢、顫抖或拍擊 (第 141 頁)、骨骼異常或肌肉萎縮、與大小、外觀或顏色上的任何異常。感覺手部的溫度與知覺是否異常 (第 90 頁)。請病人活動他的手指，以觀察是否有不正常的關節、肌肉、或肌肉群的運動現象 (第 106 頁)。

常見疾病 (COMMON CONDITIONS)

肢端肥大症 (Acromegaly)

肢端肥大症的手部是像鏟子般的變大，皮膚質地也比較粗糙。生長激素分泌過多會造成這種現象。

蜘蛛指 (Arachnodactyly)

又長又細的蜘蛛指 (圖 4.1)，是 Marfan 氏症候群的一個特徵之一。Marfan 氏症候群是一種結締組織的疾病，它的其他特徵還有：身高瘦高、上肢橫向伸展的寬度大於身高高度、眼球水晶體脫位、口腔顎部拱起較高、與心臟病變 (常見的病變是主動脈窄縮或心房中膈缺損)。

軟骨發育不全 (Achondroplasia)

軟骨發育不全的手部特色是：手部變小、變厚、且每根手指的長度幾乎一樣。其他部位的特色包括：侏儒症、軀幹大小與正常人相同、但四肢短小。病因是軟骨的生長缺陷。

唐氏症候群 (Down's syndrome)

唐氏症患者的手掌有斷掌的現象，其他特徵還包括：大拇指與毗鄰的腳趾之間有一條繃摺、心智與體能活動遲緩、小頭症 (microcephaly)、眼尾向上 (slanted eyes)、大舌頭、與先天性心臟缺陷 (約出現於三分之一的患者身上)。

爪形手 (Claw hand)

爪形手，意指全部或多個掌骨指骨關節 (metacarpophalangeal joints) 的過度伸展 (hyperextension)，合併指骨間關節 (interphalangeal joints) 的彎曲。單側的爪形手可能是尺神經 (ulnar nerve) 受損所致，而雙側的爪形手，則意指脊髓空洞症 (syringomyelia，一種脊髓疾病) 或麻瘋病 (leprosy，一種侵犯周邊神經的疾病) 的存在。



圖 4.1 蜘蛛指的手部。



圖 4.2 鼓錘狀的杵狀指。



圖 4.3 Dupuytren 氏攣縮。



圖 4.4 手掌性紅斑。

杵狀指 (Clubbing)

指甲的縱向及橫向曲度增加，常伴隨著近端指甲與甲床的夾角消失，這種形狀，稱為杵狀指 (如圖 4.2 所示)。明顯的話，指尖的軟組織還會腫脹，此時外觀就像是一支鼓錘。指甲床的腫脹，可以用食指的擠壓來試驗，若施壓於指尖側邊後感覺到波動，則表示軟組織有所腫脹。單獨存在的杵狀指可以是正常的。若有病變，通常所有的手指都會多少受到影響，而不會只有一兩根手指出現杵狀指的現象。而單側的杵狀指，則被認為與鎖骨下動脈的動脈瘤有關。

杵狀指可能為先天性的 (沒有臨床意義)，而會隨著年紀增長而變得越加明顯。任何最近才出現的杵狀指，都是非常有意義的，因為它可能代表了肺癌、其它胸內腫瘤、慢性化膿性肺病、先天性發紺性心臟病、感染性心內膜炎、纖維化性肺泡炎 (fibrosing alveolitis)、長期吸收不良、發炎性腸道疾病、或肝硬化的存在。而慢性支氣管炎與肺氣腫則很少會造成杵狀指。

肥厚性肺性骨關節病變 (hypertrophic pulmonary osteoarthropathy) 常會伴隨著杵狀指一起出現，病人有手腕疼痛與壓痛的症狀。它通常是肺腺癌所引起的。

指炎 (Dactylitis)

指炎是一個模糊的名詞，泛指手指的發炎腫脹，原因可能是結核病或痛風。

Dupuytren 氏攣縮

(Dupuytren's contracture)

Dupuytren 氏攣縮 (圖 4.3) 的特色是手掌側的筋膜或肌腱纖維化，因此手指 (尤其是中指與無名指) 會屈成彎曲的姿勢。通常兩側都侵犯，雖然可能不太對稱。大部分病人的病因不明，少數則與肝硬化、酗酒、某種職業 (操作震動碎石機)，或痙攣有關。

痛風 (Gout)

痛風是一種尿酸的代謝性障礙，是因為雙尿酸鈣 (calcium biurate) 沉積在許多身體組織所引起的一種病變。慢性痛風會導致白堊狀的痛風石 (tophi) 產生，它可能會進一步使覆蓋其上的皮膚發生潰爛。

結節 (Nodules)

皮下結節的出現，若與關節炎有關的，則通常是血清陽性的類風濕性關節炎 (seropositive rheumatoid arthritis)。結節可能會被誤認為是淋巴結，也可能附著在下面的組織上 (若附著在肌肉鞘或肌腱上，則通常被稱為腱鞘囊腫，ganglia)。其他較不常見的病因包括：脂肪堆積、黃色瘤，或鈣沉積。

Heberden 氏結節 (Heberden's node)

Heberden 氏結節屬於一種骨性結節 (骨刺, osteophyte), 位置在遠端指間關節的側面, 或比較罕見的, 位於近端指尖關節處 (此時稱為 Bouchard 氏結節)。兩者都可以在全身性骨性關節炎的病人身上發現。

手掌性紅斑 (Palmar erythema)

手掌性紅斑 (圖 4.4) 是一種持續性的雙側手掌發紅, 與血管擴張不同的是, 皮膚發紅的現象在手掌周圍比較明顯。手掌性紅斑可能沒有臨床意義, 也可能與肝臟疾病、懷孕、類風濕性關節炎、與甲狀腺毒症有關。

Raynaud 氏現象 (Raynaud's phenomenon)

Raynaud 氏現象通常是雙側性的, 肇因於血管的過度反應性, 血管暴露在低溫下, 而造成陣發性的持續痙攣所造成。手指會先變白、再變藍, 通常伴隨著疼痛 (第 118 頁)。原因包括: 硬皮症或全身性紅斑性狼瘡 (SLE), 兩者都屬於膠原血管性疾病。

類風濕性關節炎

(Rheumatoid arthritis) (圖 4.5)

關於早期的類風濕性關節炎與骨性關節炎的鑑別診斷, 在第 113 頁有詳細的討論。早期的類風濕性關節炎的手部病變, 包括: 肌肉萎縮、掌骨指骨關節腫脹、近端指間關節腫脹 (可能形成紡錘狀的手指外觀)、與屈肌肌腱滑膜炎而導致扳機指 (trigger finger) 與滑膜腔積液。進一步的手部病變包括: 掌骨指骨關節的半脫位、手指向尺側偏移 (ulnar deviation)、如鈕扣孔的畸形 (button hole deformities)、如天鵝頸的畸形 (swan neck deformities)、Z 形畸形 (Z deformities), 與肌腱變薄, 甚至可能導致斷裂。

類肉瘤病 (Sarcoidosis)

類肉瘤的組織 (一種原因不明的肉芽腫性疾病) 浸潤到手部組織, 長久下會造成皮膚變成紫色。與 Raynaud 氏現象不同的是, 並不與低溫暴露相關。

硬皮症 (Scleroderma)

硬皮症的皮膚, 因為纖維化而使得手部皮膚攣縮 (因此捏不起來)。手指運動因此受限, 而皮膚外觀則呈現光滑、亮亮的質感。可能會伴隨

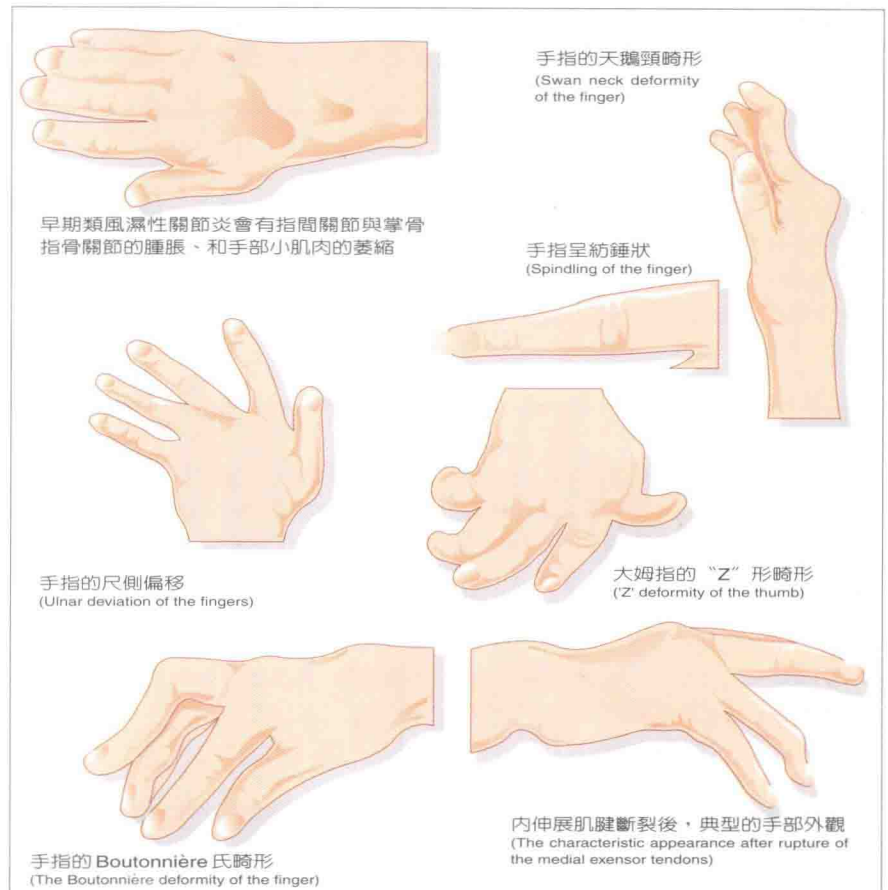


圖 4.5 類風濕性關節炎常見的手部病變。

皮下的鈣質沉積。

甲狀腺功能失常 (Thyroid dysfunction)

甲狀腺功能過度活躍 (甲狀腺毒症) 會造成血管擴張、血液循環加快, 因此導致手掌溫度升高、多汗, 還可能出現手掌性紅斑。相反的, 甲狀腺功能低落 (黏液水腫, myxoedema) 可能導致手掌冰涼、乾燥、與粗糙。

肌肉萎縮 (Muscle wasting)

導致肌肉萎縮的原因有: 神經元疾病 (motor neurone disease, 一種漸進性的下運動神經元病變)、脊髓空洞症、尺神經或正中神經痲痺、脊髓灰質炎 (poliomyelitis)、C8 或 T1 神經根病變、與周邊神經炎或神經病變。

抽煙 (Smoking)

吸煙者的慣用手手指會有焦油 (tar) 所造成的變色痕跡。尼古丁是無色的, 不會造成手指變色。

生活型態 (Lifestyle)

手部皮膚增厚, 可能從事手工業; 飽經風霜, 則可能從事戶外粗重工

作。礦工者的手可能還在皮膚下沾有煤粒。粗野的刺青, 可能暗示某種程度的自我傷害的精神病學傾向, 或是反社會的人格, 要進一步釐清是否有藥物濫用的情形。

一般檢查 (II) - 手部

- 單側爪形手, 意味著尺神經病變。
- 大部分 Dupuytren 氏攣縮的病人, 並沒有明顯的病因。
- 與關節炎有關的皮下結節, 則通常是血清陽性的類風濕性關節炎的一個指標。
- 甲狀腺毒症患者的手掌是溫暖的; 黏液水腫會導致粗糙、乾燥的雙掌。
- Raynaud 氏現象, 一種血管對低溫的過度反應性, 可能是硬皮症或 SLE 的一個徵候。
- Heberden 氏結節可見於全身性骨性關節炎的病患。

5. 一般檢查(III) — 頭部，臉部與眼睛

(GENERAL EXAMINATION (III) — Head, Face and Eyes)

頭部 (THE HEAD)

頭部整體性的變大，可能是先天性水腦症或 Paget 氏症所引起。頭部的形狀是與各部位顱骨的大小相關的。顱骨的過早融合，稱為頭顱縮小 (craniosostenosis)，會導致頭型畸

型，前額骨會向前突出。皮脂囊腫 (sebaceous cysts)，或較少見的腫瘤，都會導致局部的腫脹；腦膜瘤偶爾可在頭部摸到骨性的過度生長突出物。

臉部 (THE FACE)

有些疾病，可以由患者臉部的特徵而馬上被看出來。例如巴金森氏症的臉，就缺乏表情與面部活動，不太眨眼，嘴巴微張 (如圖 5.1)。比較嚴重的病例，因為吞嚥的肌肉也變得僵硬，所以會有流口水的現象。皮膚通常是油性的。但是在嚴重的甲狀腺功能低下的病人，皮膚則呈現乾燥腫脹，頭皮與眉毛上的毛髮

稀疏 (圖 5.2)。肢端肥大症的患者，下巴會向前凸出，而因為軟組織的增生，臉部線條會變得比較粗。唐氏症患者的臉部，則有眼尾上吊 (slanted eyes)、內眼皮的縐折會比較明顯、鼻樑比較塌、嘴巴常微張、舌頭較一般人大而突出在嘴外等特徵。



圖 5.1 巴金森氏症病人的臉。



圖 5.2 甲狀腺功能低下。



圖 5.3 肢端肥大症典型的臉部特徵。

眼睛 (THE EYES)

眼睛的一些基本外部解剖構造，請見圖 5.4。而關於眼睛的神經學檢查，請參閱第 76 ~ 83 頁。

眼睛的一般檢查，要觀察下面幾點：

- 眼瞼炎 (blepharitis)：眼瞼慢性感染，伴隨著眼瞼緣發紅變腫。
- 眼瞼水腫 (chemosis)：眼皮部位的水腫。
- 瞼外翻 (ectropion)：眼皮的外翻。
- 瞼內翻 (entropion)：眼皮內翻，通常會伴隨睫毛倒插，對眼球形成刺激。
- 眼窩蜂窩性組織炎 (orbital cellulitis)：眼窩與其周圍組織的發炎，通常是細菌感染所引起。
- 小水泡性結膜炎 (phlyctenular conjunctivitis)：分布在結膜或角膜緣 (limbus) 的散在性結節性發炎，通常是過敏性的反應，尤其是對活動性結核病的反應。
- 眼球結膜黃斑 (pingueculae)：位於眼球結膜上的三角形脂肪斑，三角形的底在角膜，而頂點朝向內或外眼角。
- 翼狀贅皮 (pterygium)：與眼球結膜黃斑的位置相同，但病因是纖維化，而非脂肪堆積。
- 瞼腺炎 (stye formation)：眼瞼緣腺體的葡萄球菌膿瘍。
- 結膜下出血 (subconjunctival hemorrhages)：支撐力弱的結膜血管出血所導致。
- 瞼黃斑瘤 (xanthelasma)：眼睛周圍皮膚的脂肪堆積，通常代表高血脂症。

虹膜睫狀體炎 (Iridocyclitis)

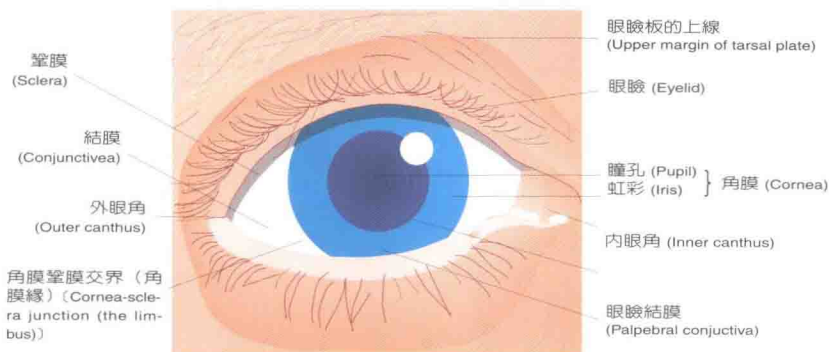


圖 5.5 眼睛的外部解剖構造。

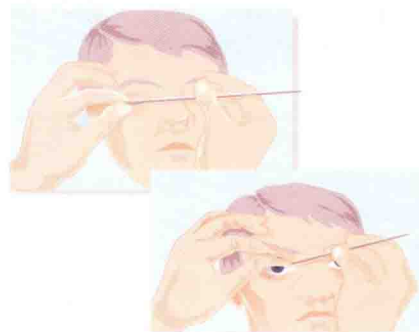


圖 5.7 瞼板外翻，以顯示異物。

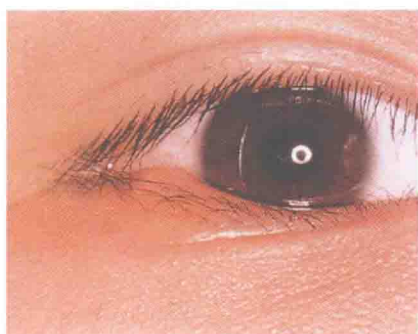


圖 5.5 瞼腺炎。



圖 5.6 瞼黃斑瘤

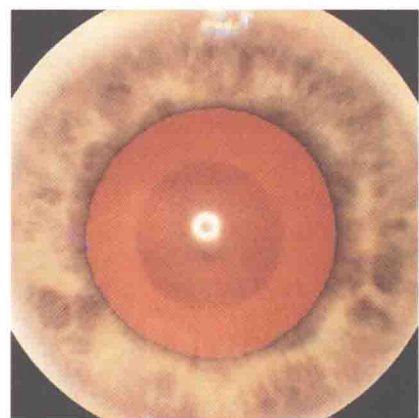


圖 5.8 在紅光反射下可見皮層白內障。



圖 5.9 急性結膜炎。

虹膜睫狀體炎是指虹彩與睫狀體的發炎，病因包括：病毒感染、結核病、類肉瘤病、與膠原血管疾病，包括類風濕性關節炎。其症狀包括：疼痛、畏光、流淚與視力模糊。其他臨床表現包括：角膜周圍的小血管曲張、虹彩腫脹、瞳孔縮小且不規則、前房的液體變得混濁（稱為前房積膿，hypopyon）。

異物 (Foreign bodies)

非穿刺性的異物可見於眼球表面，或眼皮下。為了檢查上眼皮內是否有異物的存在，可將棉花棒抵住上眼皮的頂端，然後用手抓住上眼皮的邊緣與睫毛，快速的將上眼皮外翻過來，以檢視內側黏膜（圖 5.7）。

白內障 (Cataracts)

白內障是指水晶體的透光度下降。常見原因有：老化退化、糖尿病或類固醇治療。主要症狀是漸進性、無痛性的視覺衰退。成熟的白內障是水晶體內一團灰色的不透明區；而經由光線直接照射入眼，在紅光反射下看到缺陷，也是其他白內障存在的一種徵候（圖 5.8）。

急性結膜炎 (Acute conjunctivitis)

急性結膜炎（圖 5.9）是結膜（覆蓋在眼球與眼瞼上的一層纖細薄膜）的急

性發炎。病人可能會有畏光、流淚的症狀，而如果是細菌感染所引起的話，還會有黏稠化膿的分泌物，甚至在清晨醒來時，把眼睛黏住。若是病毒性或過敏性結膜炎，則分泌物就非化膿性。結膜血管充血後，會變厚扭曲，且隨著結膜移動。而在虹彩炎或急性青光眼，血管是細的，自角膜緣呈放射狀的分布，且不會隨著結膜移動。這是鑑別診斷的一些線索。

鞏膜與角膜的一些徵候

(Signs in the sclera and cornea)

鞏膜通常是白的，若病人有黃疸，則會變黃（若燈光不足，或在人造光源之下，可能看不出來）。角膜應該絕對透明。感染，尤其是單純疱疹（herpes simplex）的感染（需要特別螢光染色法來顯示其感染），可能會造

成角膜樹枝狀的潰瘍（dendritic ulcers）。異物也可能導致角膜受損，或變得不透明。老人環（arcus senilis）是指角膜邊緣的一圈白色環狀物，通常與正常老化現象有關。

一般檢查 (III) — 頭部、臉部與眼睛

- 頭部整體性的變大，可能是先天性水腦症或 Paget 氏症所引起。
- 臉部線條比較粗糙，可能是肢端肥大症的一個徵候。
- 虹膜睫狀體炎是虹彩與睫狀體的發炎，通常是由於病毒感染、結核病、或膠原血管疾病所導致。
- 黃色的鞏膜，是黃疸的主要徵候。