

外科急症診斷概要

人民衛生出版社

外科急症診斷概要

H. H. 普羅科弗耶夫 著

翁廣年 唐子君 譯
董坤明 張瑞禾

任國智 校

人民衛生出版社

一九五六年·北京

內 容 提 要

本書是一本醫務人員的臨床參考書。內容包括腹腔各器官急性疾病，身體各部非火器性和火器性創傷的各項診斷、檢查的一般原則，所出現的各種症狀及鑑別方法等等。

書中着重地敘述了現病歷、既往歷，檢查自覺症狀和他覺症狀的重要性，指出記錄文件（病歷、手術簿等等）所具有的巨大意義，所要達到的目的及其進行的方式。

書末附有附錄，簡明扼要地總結了“急腹症”和“創傷”的檢查和鑑別的方法，介紹了臨床工作中檢查病人的一般程序及應遵守的各項原則。

Н. Н. Прокофьев

Краткие Основы
Неотложной
Хирургической Диагностики

Медгиз—1953

外科急症診斷概要

開本: 850×1168/32 印張: 5 5/8 字數: 150千字

翁 庚 年 等 譯

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區綏子胡同三十六號 •

人民衛生出版社
長春印刷廠印刷 • 新華書店發行

統一書號: 14048·0979

定 價: (9) 0.80 元

1956年10月第1版—第1次印刷

(長春版) 印數: 1—14,000

序

本書再版本經過了很大的修改和補充，並增加了一些新的章節，如“胃出血的症狀”，“休克”等。某些部分，特別是關於創傷的部分，亦有所擴充。遵照蘇聯醫學科學院院士 Н. Н. Петров 教授的指示，在敘述腹腔器官各種疾病的診斷時添加了手術診斷和手術方式一節，它們是緊密相關，並可能互為因果的；此外，直到目前仍無腹腔各器官急症的外科手術方面的單獨的參考書。

為了使本書能對年青的醫生在診斷腹腔器官急性疾病和創傷時有所幫助，本書的一般風格盡量保持簡明和扼要。

我深深地感謝我的老師蘇聯醫學科學院院士 Н. Н. Петров 教授的許多寶貴指示，這些指示成為我修改本書再版本時的指南。

第一版序

本書簡明地敘述了急性外科疾病和損傷的主要診斷特徵，並指出借以查明這些特徵的方法。

本書是供那些按其工作性質不得不獨立解決外科急症診斷問題的青年醫生和非外科醫生（進行急救的醫生，鄉村或城市醫生）之用。從這一點出發，我們盡量避免引用一切複雜的（如化驗室的和X線的）診斷方法，僅僅在最必要時才引用它們之中最簡單的，最可能做到的或最必要的部分。

大家都知道，在大多數情況下外科急症病人的命運是掌握在非外科醫生手裡的。這些非外科醫生能否及時採用合理、迅速的方法來挽救病人生命，其關鍵就在於他們的診斷技巧怎樣。常因錯誤的診斷而延誤了對病人進行完善的和正確的外科救治，這種情況特別是在所謂“急腹症”的腹部臟器急性疾患和損傷時所常見。

如果本書能幫助年青同志在他們的獨立工作中，當面臨困難時能免於錯誤，那末這就是對作者的勞動的最高獎賞了。

目 錄

序

第一版序

第一章 檢查病人的一般方法	1
第一節 病歷	1
第二節 他覺檢查	3
第三節 診斷與鑑別診斷的概念	16
第四節 記錄文件（病歷、手術簿）及其目的、 意義和形式	19
第二章 腹腔器官的急性疾病	26
第一節 “急腹症”的一般症狀及診斷	26
第二節 急性闌尾炎的症狀	41
第三節 胃及十二指腸潰瘍穿孔的症狀	50
第四節 胃出血的症狀	56
第五節 急性膽囊炎的症狀	60
第六節 急性胰腺炎的症狀	66
第七節 胃和腸蜂窩織炎的症狀	68
第八節 急性腸梗阻的症狀	71
第九節 急性動脈-腸系膜性腸梗阻和急性 胃擴張	79
第十節 急性腸系膜淋巴結炎	83
第十一節 閉閉性疝的症狀	86
各種少見的疝	93
膈疝（93），劍突疝（97），腹外側疝（98），腰疝（98），閉 孔疝（99），坐骨疝（100），會陰疝（101）。	

第十二節	腸系膜血管血栓形成的症狀	101
第十三節	女性生殖器官急性疾病的症狀	104
	炎症性病變(骨盆腹膜炎)	104
	子宮外孕和卵巢出血	106
	女性生殖器官疾病的鑑別診斷	107
第十四節	腹膜外的“急腹症”	109
	腎痙攣	112
第十五節	探索性剖腹術的手術診斷	113
	切口	113
	腹內診斷的任務和方法	115
	腹腔器官的檢查	116
	小骨盆器官的檢查	119
第十六節	休克	120
	休克的診斷	122
第三章	創傷(非火器傷和火器傷)	125
第一節	一般的檢查原則	125
第二節	創傷的症狀和檢查方法	128
第三節	骨折的一般症狀及檢查方法	130
第四節	各部創傷的診斷和症狀	133
	頭顱創傷	133
	脊柱創傷	136
	面部創傷	138
	頸部創傷	140
	胸部創傷	141
	腹部創傷	143
	骨盆創傷	148
	四肢創傷	152
	上肢創傷	153

鎖骨 (153), 肩胛骨 (154), 肱骨 (154), 前臂骨 (156), 腕骨骨折 (160), 掌骨和指骨骨折 (161),	
下肢創傷	162
股骨骨折 (162), 股骨幹骨折 (163), 髌骨骨折 (164), 小腿骨骨折 (164), 足骨骨折 (165),	
脫臼	167
肩關節 (167), 肘關節 (167), 髖關節 (168), 指 (趾) 關節脫臼 (168)	
附錄	169
第一種方案	169
第二種方案	171

第一章 檢查病人的一般方法

急症診斷之所以困難，是由於它的緊急性以及常常由於醫生所掌握的材料不精確而造成，可是，診斷却應當起到“立即行動底指南”的作用；俗語說得好：“遲延就是死亡”。

檢查病人必須系統地、按步就班地進行。要能迅速地發現主要的問題，而同時又不至忽略任何問題，這就有賴於經驗，觀察力以及對機體各個系統、各個器官的疾病和損傷的各種症狀和徵象的豐富知識。換句話說，檢查者必須了解怎樣去發現問題和確實地查明所有的病理變化。

對每一個患者均應查明其疾病或損傷發生的情況和時間，病人的自覺狀態，以及任何形態上的和功能上的異常狀態。所有這些材料可於詢問病人（或其周圍的人）時及判斷其所具有的病變時獲得。

第一節 病 歷

在檢查病人時病歷具有重大的意義。在突發的疾病或外傷時，應該很快地探詢病歷，因為病人會失去知覺而使我們無法完成這一任務。有時病人在入院時已經處於昏迷或休克狀態。在類似的情況下就應向其親友或在場者了解各種有關的材料，即使這些材料的價值是不大的。

當急性疾病或外傷時，現病歷具有重大的意義，而既往歷——生活史的意義雖然較少，但也並非全無價值。既往歷能提供有關胃潰瘍病的症狀，闌尾炎的早期疼痛發作，已往所施行過的手術，與鉛接觸的工作情況，梅毒史等材料。

此外並須查明疾病開始的時間及病人在病前的情況，飲食制度上有無不適之處。對於婦女尚需查明其生殖器官情況和月經的性質（它的週期性，疼痛、及最近一次行經時間），有否生殖器官的疾病，妊娠及分娩次數等。

查明病人在發病前及發病時的感覺亦很重要。在檢查時應考

慮到病人過去曾有過的疼痛感覺、其強度和部位往往會發生改變的，因此最好由病人自述自覺狀態，醫生不要從旁暗示，僅可要求其敘述得明了，具體與扼要。在大多數突發的疾病和損傷中，這一部分的病歷是很重要的，它常常會給我們指明進一步進行他覺檢查與確定診斷的途徑。

因為幾乎所有急性疾病均伴有疼痛，故必須查明它的性質，發生的時間，疼痛的程度，部位，擴大的範圍及是否有擴散現象等等；查明疼痛與進食的時間和食物的性質的關係，以及疼痛與運動及體力緊張狀態的關係，這都是很重要的。在某些病例中，疼痛的性質（它們的持續性或週期性）可以作為初步診斷的依據，如當病人感到有如“刀割那樣劇烈的腹痛”時，就很可能是胃或十二指腸潰瘍穿孔。幾乎在所有潰瘍穿孔的病例中都可以看到這種特殊的疼痛症狀。

查明與疼痛同時發生的各種現象亦有很大的意義。如在女病人中，疼痛伴有頭暈或知覺模糊現象，即暗示為子宮外孕的輸卵管破裂，卵巢囊腫蒂扭轉或輸卵管膿腫破裂。週期性地加強並伴有某種排尿異常現象（頻次排尿，尿閉或假尿意）的疼痛發作，常常說明是腎臟、輸尿管或膀胱的疾病。如腹部疼痛時伴有咕嚕音與腸蠕動，則暗示為部分的或完全的腸梗阻。從上述這些材料中可以明顯地看出，仔細地研究疼痛的性質對於診斷是具有何等重要的意義。

在詢問病人時必須查明有無惡心，嘔吐，大便特性及排尿排气等情況。

假如病人過去曾有过某種突發的疼痛，就必須弄清它與這次疼痛有何相似之點，這一點對於那些曾經醫生檢查並已確定了診斷的病例，特別是曾經住過院的病例（例如闌尾炎的復發，腎結石及膽囊結石等）尤其重要。然而，必須記住，有時病人雖然自稱這次的發作與已往的發作相似，但事實上却可能是由完全不同的原因所引起的，並且已往的診斷也可能是錯誤的。

對於發生“急腹症”的病人，應查明他在不久以前有無注射過麻醉劑（嗎啡，阿片總鹼，阿片或顛茄），所有這些都能減輕病人的

疼痛与腹壁的緊張，因此可能使医生迷惑，在随后的他觉檢查与決定手術適應証的問題上造成錯誤。我們知道有过一个急性闌尾炎病例，其手術延誤的原因僅僅是由於医生不知道病人在住院前曾經注射过嗎啡。

在獲得了有关这些疾病与损伤的材料及已往的手術与疾病的病歷后，还应该探詢病人的家族病歷。

第二節 他 覺 檢 查

仔細地收集了病歷以后即应开始他觉檢查，其目的在於查明病人机体各器官，各系統所具有的一切病理变化。應該按一定的程序進行：首先視診，其次触診、叩診、听診及其他檢查。

視診 視診是最簡單的同时又是最重要的他觉檢查方法，它可以給我們帶來許多有价值的材料。視診时应將病人安置在光綫充足的地方，最好是利用白天的天然的分散光綫，它能使我們很好地区别一切顏色和色彩。人工的(煤油灯的或电灯的)照明会使皮膚的某些色彩改变，特别是早期黃疸的黃色，及腎上腺疾患和厭氧性感染时的青銅色更易搞錯。最好是在直接的(正面的)光綫下來辨别各种顏色和色彩，而檢查身体形态和輪廓的变化时，則宜借側面射來的光綫來進行，这样可以清楚地皮膚下面透見內臟的輪廓和运动：大血管的搏动，心尖的搏动，腸胃的蠕動等。

受檢者應該充分裸露，但全身裸露則僅在某些特殊的情况下才可採用，因为必須考慮到病人的怕羞心理，並且完全裸露还可因受涼而引起一些軀体上的不舒適，以致影响对病情的正确判断。对處於休克或瀕於休克狀態的病人進行檢查时尤須謹慎；即使在正常的室溫下，如裸露部位过大，時間過長，亦会使病人受涼而加重休克。故只能在很暖和的診療室里方可对此类病例進行詳細的視診。

但对某些疾患(如骨盆或脊柱损伤，交通事故引起的廣大外伤，从高处跌下的损伤)，則全身裸露檢查又屬必需。鑑於这些外伤常常伴有嚴重的休克，因此对这些患者的檢查应按上述規則進行。

开始检查时，应看清楚病人的姿势与全身或其某部（常常是某一肢体）的位置。位置可分为随意的和被迫的两种。被迫的位置较典型的如：胸腔器官疾病或受伤时所取的坐位^①，腹腔器官疾病（腹膜炎）时，病人采取髋关节及膝关节弯曲而两下肢屈向腹部的仰卧位。被迫位置不同于随意位置的地方在于当强制地使病人改变其位置后，病人会立即重新回复到原来的位置。因在这种位置下，由于某些肌群的松弛，病人得以减轻痛苦，所以也就保证了患病器官得以相对的安静。大家都知道，在治疗时也应尽可能使病人保持他自己本能地所采取的位置。

还应该注意病人的全身状况。全身状况分为良好的，尚好的，中等严重的，严重的及很严重的。

接着应查明皮肤与粘膜的状况：颜色，光泽，湿润性或干燥，肿胀，皮肤和粘膜上下的各种异常的形成物，以及皮下脂肪层的厚度等等。皮肤颜色的改变中要辨清：发红（充血），苍白，青紫，黄疸，青铜色（Addison 氏病或厭氧性感染）；当腹膜的综合征征和休克时，可以看到皮肤带有土色的异样苍白。关于皮肤上的异常形成物，我们要查明是否有因使用热敷所造成的新的红色的色素沉着或旧有的暗褐色的色素沉着，有否新的或旧的手术后瘢痕，以及妊娠的瘢痕。

应该注意热敷后所造成的皮肤色素沉着的部位，因为某一不同器官的疾病均有其特有的色素沉着的局限部位。例如，在胃脏疾病时色素沉着位于上腹部，在十二指肠溃疡及胆囊炎时则分佈在右侧季肋部，在阑尾炎时则位于右髂部。在早期黄疸时可以看到巩膜的黄色或手背与颜面皮肤的淡黄色，尤其在天然的光线下将我们自己的手与病人的手并放着以比较时更能明显地看出。

检查病人皮肤时必须注意有无皮疹及出血点，它们在某些传染病（有时将此种病人诊断为急性外科疾病而送至外科医生处）、脓毒病状态及胸腔受压（如 Werlhof 氏病，Schölein-Henoch 氏病）等情况下常见。在外伤时，查明有无出血以及出血出现的时间

^① 这种位置并非胸腔器官疾病所固有的特征，只能将其与其他症状结合地加以考虑。

和部位尤其重要，因为如在晚期出血，則多半表示着有骨折。

对病人或伤员作全身檢查时，口腔檢查是必不可少的，檢查口腔时尤須注意粘膜与舌的顏色与湿度，以及硬腭和軟腭有無出血現象(顱前凹部有顱底骨折的可疑时)。

患急性胃腸疾病时，舌通常盖有灰色舌苔，在嚴重的疾病时則被有一層暗褐色的舌苔。舌干燥而附苔者往往說明有全身傳染或腹膜炎的可能，然而在这些疾病的初期或在其局限型的階段时，舌最初可能仍然是湿润的。

病人的营养狀況可区分为：顯著不佳，惡病質，中等，良好。也应注意病人的面色。在所謂“腹部綜合病征”时，尤应注意面部的特征，这时顏面尖削並有憂郁的表情(死相)，而在休克时，它通常則是呆板的，無表情的，淡漠的。

觸診 觸診是他覺檢查的一个重要組成部分。这一檢查方法在外科中，特别是在急性疾病的病例中，应用最廣，因此每一个医生均应正确地來运用它，並須不断地加以提高。

利用觸診可以确定皮膚与粘膜的溫度、張力及湿度；測量皮膚溫度时应用手背貼在病人的皮膚上。有皮下气腫时利用此法可以确定有無捻髮音。

利用觸診还能測定內臟器官(肝、腎、脾、胃、腸，子宫及其附件)的狀況、大小和疼痛的位置。

觸診对腹部檢查具有特別重要的意义，借之可以測定腹壁的張力和查出某种特殊的疼痛症狀(Щеткин-Blumberg氏症狀、Rovsing氏症狀、Образцов氏症狀及 Воскресенский氏症狀等)。

最后，利用觸診还能确定有無異常的形成物(腫物，浸潤物)，它的大小，硬度，表面性質，移动性及与某个器官之間的联系等。在骨受伤时，借此則能确定疼痛的部位，从而就能确定骨折的位置、骨擦音及病理的移动性等。不正确的觸診会給病人帶來很大的生命危險，对被檢者是毫無益处的。應該記住，这是所有檢查法中最疼痛的一种方法，所以，特别是在急性腹部器官疾病与外伤时，切忌粗蛮的觸診。

触診可分为体表触診与深部触診。在腹腔器官有急性疾病与外伤时，深部触診的使用是具有很大的限制性的，並且在很多情况下是很危险的，它会加深炎症与损伤，甚至有时可能引起患病器官（如阑尾，胆囊或狭窄性疝）的破裂。

体表触診是所有检查方法中最有价值的一种，對於“急腹症”來說更具有其特殊重大的意义。

腹部体表触診的要点如下。

1. 体表触診应是溫和的，以暖和的手來進行。
2. 触診应从离患病器官（即疼痛的地方）較远之处开始，然后漸漸地移向患部。

3. 务使病人腹壁完全放松，因此有时必須不給病人枕头，並令其屈曲兩下肢（膝、髖關節屈曲）躺着，最好讓他躺在硬床上，但要使他舒適，同时要他張口作深呼吸。

如不遵守上述三个要点，則由於整个腹壁的反射性緊張，便使我們無法查明患病器官处腹壁張力最大的部位，並妨碍对腹腔內形成物（浸潤物、腫瘤、腸扭結）的探查。

在進行腹部体表触診时，应將兩掌平貼於腹壁上，不加任何压力，在任何情况下均不能用手指尖端触摸，用一个指头触摸尤为禁忌。在触診时用談話方式來轉移病人的注意是很有益的，借此可以免除反射性的影响而獲得有关腹壁緊張度的真实概念。

为了查明腹腔器官狀況和有无某种病理性形成物（浸潤物，腫瘤）及其大小，有时須用手指尖端小心地進行深部触診，然而应避免粗暴的压迫。

叩診 这种检查方法与其他方法同为檢查急性外科疾病与創伤的患者时所常用。胸腔受伤时，借叩診的帮助可确定有無气胸或血胸以及心臟位置有無变动。心臟部位受伤时，借叩診能發現顯著並迅速加強的心濁音，这意味着心臟受伤后有血流入心包腔內。

在“急腹症”时必須用这种方法，因为它能夠确定肝濁音的存在、減少或消失，这是任何有腔器官有穿孔嫌疑时的重要診斷標誌，其中較常見的是胃穿孔。在不可能進行X綫檢查时，这一方法

的价值更大。

当腹腔内有液体存在时，可以發現随病人位置改变而移动的腹腔傾斜部的濁音。这种液体可能是血液、腹水、腹膜炎的炎性分泌物(漿液性或漿液膿性的)。局限於某一部位的濁音表示有局部炎性分泌物、浸潤或腫瘤。

在箝閉性疝时可借叩診來确定疝囊内含物的性質：有濁音时为網膜箝閉，有鼓音时为腸襻箝閉。

此外，为了查明腹腔內某一器官疼痛的敏感性，可使用打診法。在肝臟病、胆囊炎或胆管炎时沿着右肋弓打診可引起肝部疼痛(Ortner 氏症狀)；从脊柱腰段第十二肋的水平向兩側打診能确定腎及腎盂的疼痛(Пастернацкий 氏症狀)。在胃、十二指腸和胆囊等疾患时，用手指(食指和中指)尖端或打診錘沿着腹壁進行短促的叩打，可使腹壁与腹膜壁層及其鄰近器官輕微震动；在器官与腹膜間有粘連时，則產生疼痛。

Губергриц 臨床医院的記載中有一种所謂“劍突症狀”，即压迫胸骨劍突时發生疼痛，这是急性或慢性胆囊炎的特殊征象。

在胃腸弛緩时的膨脹(鼓脹)存在与否可用叩診來确定。叩診最常用來确定腹部器官(肝、胃、脾、腎)和胸腔器官(心和肺)的界限。

聽診 听診可以直接用耳或用听診的儀器——听診器和擴音听診器進行。每个医生必須学会直接用耳听診。

听診除用於听心臟和肺臟外，在急性外科疾病的診斷时尙用以确定腹腔器官急性疾病所固有的一些症狀。

把耳、听診器或擴音听診器緊貼於腹壁上，可以查出腸音的性質。腸梗阻病人当腸內有液体或气体積聚时，由於腸蠕動加強而出現混有“滴水音”的清脆的声音。有时用这种方法能夠确定梗阻的大概部位；在此部位，可以听出腸音加強並發生变化。如腸音完全消失——“死一般的寂靜”，則是嚴重腹膜炎的標誌，或意味着腸壁完全弛緩的晚期腸梗阻。

借听診的幫助能夠确定出胃的界限；進行的方法是將听診器或擴音听診器放在上腹部的腹壁上，然后用一指在腹壁上輕輕滑

動，按音調的增強來判斷胃的部位及其上、下緣（胃小弯及胃大弯）。

这里必須提及一种在外科中所使用的叩診方法，即長管狀骨的听診，借此可以查出長管狀骨的骨折（Plesh 氏法）。

这种听診可按下述方式進行^①：將听診器或擴音听診器放在肢体远位端的骨上，然后用手指末端或打診錘沿此骨輕輕叩打，在手指或打診錘剛剛移动到接近骨折的部位时，声音就消失了，这是由於骨折而中止了声音沿骨的傳導之故。用这种方法还可以确定骨折的有無及其部位。

直腸和陰道檢查 几乎所有一切腹腔器官疾病，以及腹部与骨盆的外伤，都应当用手指進行直腸檢查，如果病人是妇女，則尙應進行陰道檢查。在未進行这种檢查之前，病人的他覺檢查不能認為已經結束。經驗証明，如果忽視这一檢查，有时会造成不可挽救的診斷上的錯誤。

当進行直腸的手指檢查时，应当注意到它的充盈情况、大小、內含物，腸中有無血液或暗黑色的糞便（在胃出血时）以及直腸子宮陷凹有無疼痛。通过直腸檢查可以探查位於下腹部腹腔或骨盆腔內的浸潤物或腫物，有时借之可以确定这些形成物的大概部位，移动性，硬度和形狀。确定复於浸潤物上面的直腸粘膜的狀態很重要：如果浸潤部的粘膜平坦和不能移动，而浸潤物本身呈現面粉团样的硬度，这就標誌着浸潤物已变成了膿腫（例如由闌尾炎發展成的骨盆的浸潤物），可以通过直腸施行手術切开。

有腫瘤或套疊嫌疑的病例，則宜令病人取“蹲坐”的位置進行檢查（Н. Н. Петров 氏），令病人努力做排便动作；这种檢查方法比用普通方法可使手指更深地深入。

同时也必須注意直腸活約肌的情况，在腸扭結和腹膜炎时，其張力一般都減低。

直腸壺腹膨大而沒有大便时，即为乙狀結腸扭結所引起的低位腸梗阻的征象（即所謂的“Обуховский 医院征象”）。当結腸下部發生套疊时可以摸到套入部的頸部；有时可摸到形如腊腸的面

^① 參看 Н. М. Волкович 所著的參考書。

粉团样腫脹的小腸套疊，或在腸梗阻時摸到直腸的腫物。

在腹膜炎時，可於直腸子宮陷凹處出現疼痛，直腸內的溫度比腋窩的溫度至少高一度。

有梗阻嫌疑時，宜用“排水試驗法”（Цере-Мантейфель 氏法）作為補充檢查：把水注入直腸內，當有低位的梗阻時水就回流出來，因為直腸壺腹只能容納 100—150ml 的水。

在檢查婦女時，陰道手指檢查是有同樣重要的意義；檢查時應該用兩手來進行。每個為急性腹部疾病或腹部與骨盆外傷病人診治的醫生都應當會熟練地運用這種檢查技術。

借陰道檢查能夠摸到子宮及其附件，並能確定它們的腫大，同時也能摸到發生於生殖器官內的，或是位於骨盆或下腹部內的浸潤或腫瘤。用這種檢查方法能查出在腹膜炎時發生的直腸子宮陷凹的疼痛以及小骨盆內積血，後者可根據一個或兩個陰道穹窿的短縮、同時存在的急性貧血現象，以及輸卵管妊娠破裂或卵巢出血的臨床徵象來確定。

當向旁引導子宮頸或壓迫它，若出現疼痛（Промптов 氏症狀）時，則是子宮及其附件疾病的徵象；並且在很多情況下可借此而將這些疾病與腹腔器官損傷，特別是與急性闌尾炎區別開。在陰道檢查時應注意手指上有無分泌物，特別是有無血液。如有血液則表示為子宮外孕，初期的或不完全的流產（在子宮口開放時），子宮炎性疾病或子宮腫瘤（常常是癌瘤）。

應當注意膀胱的排空（在病人不能自動排尿時應用導尿管導尿），如違反了這必需的要求，則所獲得的材料將會導致各種診斷上的錯誤。

總之，應當記住，對所有的急性腹部疾病和外傷的病例必須進行直腸和陰道檢查。對於處女病人，則通過直腸進行檢查。

為了不致忽略常與直腸、尿道及膀胱損傷併發的陰道壁的傷口，在骨盆損傷，特別是會陰部損傷或陰道出血的病例，必須用檢查鏡檢查陰道。

這一類損傷如被忽略，因而未能採取適當的治療，則以後常常會產生令病人非常苦惱的、並且難以進行外科治療的陰道直腸瘻

或陰道膀胱囊。

某些作者(Н. Н. Самарин 氏)主張有腹膜炎嫌疑時,可測量直腸或陰道內的溫度;如果直腸或陰道溫度比腋窩溫度高一度以上,那麼就可以有把握地說是有腹膜炎存在。

直腸和陰道檢查應該很小心地進行,因為在炎症或外傷時的檢查是很痛的。有時這種檢查僅在短時間麻醉(氯乙烷)下才能進行,而且麻醉亦應是在適當的病例中才可以採用(Н. Н. Петров 氏)。

脈搏 像每種臨床檢查法一樣,在檢查急性外科疾病或外傷的病人時,脈搏的情況有很大的意義。根據脈搏可以判斷心臟血管張力的情況。根據脈搏的性質常使人能夠推測出某種疾病,如腦髓創傷和腹膜炎初期會引起脈搏遲緩(迷走神經受刺激所致)。

無論是局限性的或弥漫性的腹膜炎在其晚期都會引起不相稱的脈搏和體溫。

例如在急性闌尾炎時,體溫通常是正常的或有微熱(37.5°C 以下),而脈搏則每分鐘達到100—120次。

休克時的脈搏頻繁、不充實而難以計數。脈搏頻繁,每分鐘超過150次,幾乎不可能數出。

內出血時,脈搏的狀況是一個重要的診斷標誌。當體溫低落時,脈搏強度呈進行性的降低而脈搏次數增加,即為嚴重的發展着的(或是持續着的)出血的征象,如加上其他的他覺和自覺症狀(蒼白、全身虛弱、嗜眠、口渴、粘膜乾燥),則可以肯定出血。

必須指出,在由不同病原所致的腹膜炎時,微弱的和頻繁的、注射樟腦也不能使其好轉的脈搏是預後惡劣的征象:這樣的病人大半皆死亡。

有急性外科疾患的病人,如在脈搏減弱的同時併發期外收縮(即是脈搏正常而有附加的跳動),也是預後不良的征象。

檢查脈搏通常是在橈動脈進行,如因某種原因(上肢損傷或燒傷等)而不能在此進行時,則在頸動脈或顳動脈進行。把指尖放在胸鎖乳突肌內側緣,相當於甲狀軟骨上緣的高度,就易於摸到頸動脈。