

临

吴祖尧
郁解非 等编译

床

外



科

理

学

人民卫生出版社

诊

断

89298

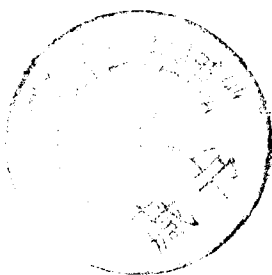
临床外科学诊断

吴祖尧 郁解非 主编译

编 译 者

(以姓氏笔划为序)

邓相华	王严庆	安 洪	向国元
严为棣	李少健	李怀先	吴祖尧
吴凯南	张依仁	郁解非	罗崇德
谭富生			



人 民 卫 生 出 版 社

C0153299



(京)新登字081号

临床外科学诊断

吴祖尧 郁解非 主编译

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社胶印厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 25 $\frac{3}{4}$ 印张 14插页 610千字
1992年12月第1版 1992年12月第1版第1次印刷

印数: 00 001—4 210

ISBN 7-117-01556-X/R·1557 定价: 31.50元

〔科技新书目267—208〕

目 录

第一章 绪言	1
第二章 基本体征	4
第三章 局限性肿块	17
第四章 局部炎症；溃疡与窦；瘢痕	23
第五章 几种独特的外科情况	30
第六章 头部	37
第七章 眼眶	49
第八章 耳	58
第九章 面和颌	64
第十章 涎腺	73
第十一章 口腔	79
第十二章 喉、鼻和副鼻窦	92
第十三章 颈部（甲状腺除外）	99
第十四章 甲状腺	111
第十五章 乳房和腋窝淋巴结	120
第十六章 胸部（包括食管）	130
第十七章 背	146
第十八章 非急性腹部疾病	164
第十九章 腹壁、脐、腹股沟	181
第二十章 疝	187
第二十一章 直肠阴道检查	196
第二十二章 急性腹部疾病	209
第二十三章 腹部及骨盆损伤	236
第二十四章 泌尿系的临床检查	243
第二十五章 男性生殖器官：性病	253
第二十六章 四肢循环系疾病	272
第二十七章 周围神经	288

第二十八章	骨	300
第二十九章	疑为骨折和关节损伤的检查	312
第三十章	肩关节和肩胛带	318
第三十一章	上肢	326
第三十二章	手	339
第三十三章	髋关节和大腿	354
第三十四章	膝关节	367
第三十五章	小腿和踝关节	381
第三十六章	足	389
附录一		403
附录二		409

第一章 绪 言

外科疾病的诊断过程，可分七个步骤，一般三至四个步骤就足以得出结论：

1. 采集病史和对病人的一般观察。

2. 检寻各种体征。

3. 将 1 与 2 的资料进行分析，经过筛选和联系，然后作出合理的结论。某些情况可借助电子计算机作诊断。

4. 继而作鉴别诊断。这也是一项思索过程，主要使用排除法，若有可能，可用更多的体征加强鉴别根据。

5. 对易于达到的身体内部，可用各种精密仪器直接窥察病变部，如膀胱镜、乙状结肠镜、支气管镜、食管镜、胃十二指肠镜、结肠镜、关节镜等。

6. 证实所做诊断。为此可作简单的生化检验、细菌学检验、免疫学检验或X线检查等；有时对隐匿的疾患，需作技术复杂的检查，如同位素扫描、超声波检查或电子计算机断层摄影等。

7. 进行活组织检查或探查手术。

经过上述七个步骤而尚不能明确诊断者，则有两种可能：疾病已借自然力而自愈，因此永不能确诊；或病人病故，只有在尸体解剖中才能明确病理真相。

这七个步骤也可称为“外科学的渐强”（注：“渐强”是音乐术语）。本书所述，主要是第二步和第四步的后一部分。

“资料！资料！资料！”S. 福尔摩斯大声喊道，“没有粘土，就无法做出砖块”。本书所示是竭诚设法训练学生去找到和搜集足能作出合理诊断的资料。

另一重要目的是以经过选择的典型外科病例作示范，使读者明瞭寻找体征的方法，又能在一部分病人中去注意某些特征或综合征，以助诊断。

书中所示病例并非都属常见。但某一特殊疾病在世界某一地区为罕见病，而在另一地区却并非少见。同样，读者见到了示范图，读了有关书籍，有时很可能对一个以前从未见过的疾病便能作出正确诊断。

检查用具 需要几件简单用具，它们都很价廉，如图 1 所示。

要培养成一个能胜任的临床医师，学生和医师都须熟练掌握肛门镜、阴道镜、鼻镜、耳镜、眼底镜和喉镜等的操作技术，但本书将不予叙述，因为它们不属理学诊断范围。

体征记录法 准确记录体征极为重要。病史对诊断非常重要，须予详录。对于喜欢画图者最好用简图说明体征。如无绘图技能，可用橡胶印戳（图 2）代替。

外科诊断的范围 由于外科治疗范围逐渐扩大，迫使专科医师必须掌握他本专业内的复杂诊断。一个神经外科医师必须能用体征诊断一个大脑肿瘤，一个胸外科医师必须能认识适应作外科治疗的疾患的体征，尽管这些病人曾由内科专家用各种特殊的，有时是复杂的观察方法检查过。但这类诊断并不属于本书范围。本书对象是医

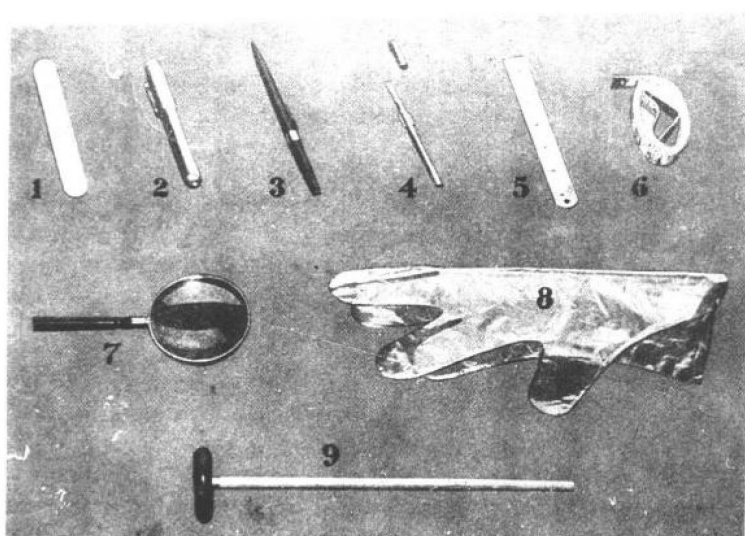


图1 书内介绍的检查用具

1. 木质压舌板；2. 袖珍
电筒；3. 皮肤划线铅笔；
4. 体温表；5. 钢尺；6. 麻
制软尺；7. 放大镜；8. 一
次性手套；9. 叩诊锤

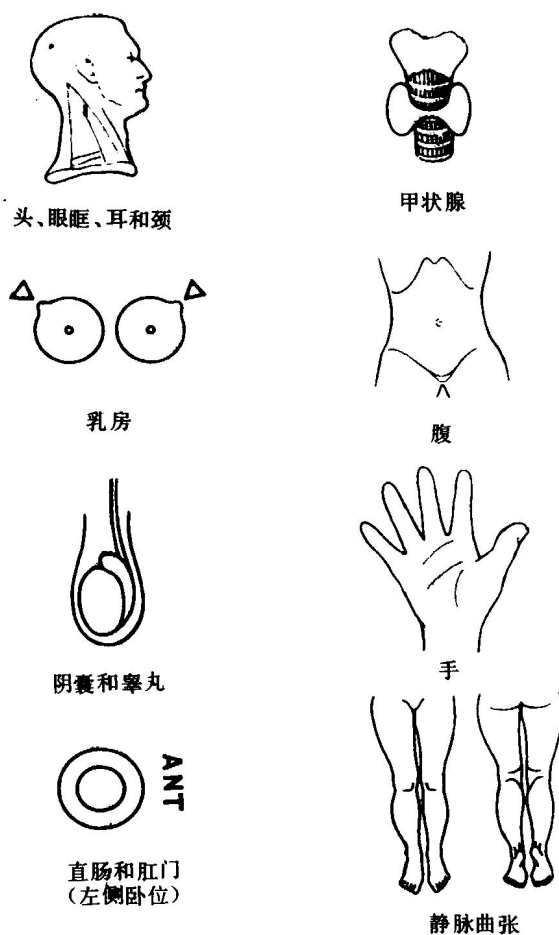


图2 用于记录体征的橡胶印戳举例

学生和低年外科医师。对前者须授传诊断学基础；对后者如固定专业，则将在专业训练中，从专科医师获得必要的知识。因此本书重点集中在广义的、也称为普通外科的领域，不包括妇科，但将包括泌尿外科和骨科。

与病人和家属谈话 最后，医师在作出诊断后的下一任务是不厌其烦地用通俗语言向病人或其家属说明病情以及治疗步骤。

(吴祖尧)

第二章 基本体征

在开始叙述个别体征前，必须着重提出一项临床外科中最基本的原则——对比。如有机会可把伤侧或患侧与健侧对比(图3~6)，应紧紧抓住这一良机。读者应努力遵循这一原则。



图3 两侧乳头对比。左侧乳腺癌，其乳头升高、内陷(见第120页)



图4 左侧颈肋(见第106页)。注意大、小鱼际的萎缩



图5 右腕结核(见第334页)

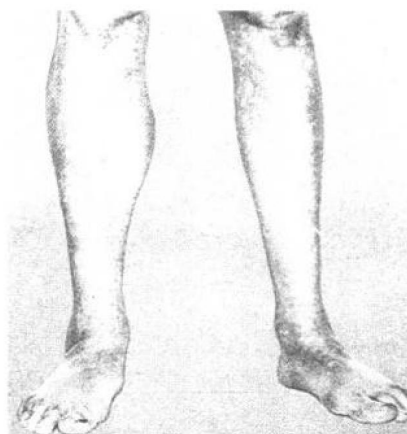


图6 右小腿腓肠部的纤维肉瘤。肿块不与皮肤和胫骨相连，可自由移动。当腓肠肌肉收缩时，肿块的活动度即减小

另一基本原则是在检查一个局部炎症或肿瘤时，不忘检查相应区域的淋巴结。对此要成为一个条件反射而不是过后想起。反之，当检查到一个或一组肿大的淋巴结时，必须找寻其原发病灶。疏忽这一原则，必将导致检查失败和因犯错误而陷入窘境。

脸和手的简单观察

甚至一个普通人也能对病情好转的病人说：“你的脸色好多了。”无疑，经验丰富的医师都在潜意识时刻注意对病人脸部的观察。

对以往检查过的病人，只要一见面，医师不用其他检查，常能知道治疗效果如何。由于这一相对估计法的重要性，本节将着重讨论对初见面病人的脸部观察。从脸部观察中可获得很多重要的诊断资料，但很多经验只能体会而非文字所能表达。

眼睛是心灵的窗户(图7,彩图),可以提供很多资料,虽不如以往认为的那么多。甚至在病人陈述病史时,从他看望你的神态也可知道他对医师的诚意或不信任。轻度眼球突出,尤其伴有神经质者,须考虑甲状腺功能亢进症。针尖大的瞳孔或小瞳孔(图8),须怀疑脊髓痨或服用麻醉药成瘾。



图8 此病人在陈述尿急史时,被注意到瞳孔仅“针尖”大小,稍不规则。检查时有Argyll Robertson瞳孔(瞳孔对调节尚有反应,但对光反射消失或减弱,膝反射消失。诊断为脊髓痨引起的尿失禁)

巩膜轻度黄染,虽未被人发觉,但对有经验的医师而言,在日光下则一望便知。在灯光下,甚至中度黄疸也难察觉。

眼下有松软的袋状组织下垂者可以是狂饮暴食或纵欲的征象,在更多情况下它具有不良的临床意义(图9, 10)。



图9 眼下有袋状组织垂下。皮肤干燥,甲状腺机能低下症



图10 主诉尿频和夜尿。眼下软组织下垂,表示有肾炎可能。小便中有大量蛋白质和管型,但无脓细胞

患有酒渣鼻或真性红细胞增多症者(图11,彩图),很可能是一个酒徒。是否病人着凉或有轻度紫绀,可观察指甲床。下颌像喇叭狗并且容貌迟钝者,可能为肢端巨大症(图12)。嘱他出示两手,手指呈铲形者(图13),即可证实所疑属实。至于手,並沒有像手相家所说的有过去、现在、将来的命运秘密,但却记录着年龄与性别、职业与习惯、技能熟练与不熟练以及体力劳动者或懒汉。有关手与全身性疾病的关系的许多问题,将在本书有关章节中叙述。

以上所述仅为对有关病人初次印象的重要性的肤浅引言,以鼓励渴望求知的医师们努力获得经验和效益。



图12 “突出的下巴”,
肢端巨大症



图13 铲形手。图12的病人

脉 搏

脉搏的详细检查法属于内科范围,本节仅将其对外科有意义的项目叙述如下。

1. 对病人刚入院时的脉率都应抱某些程度的怀疑,因常夹杂兴奋和精神因素。卧床休息20分钟后,脉率则比较准确。

2. 正常脉率与年龄有关,尤其儿童。出生几个月的婴儿,在啼哭和活动时,正常脉率可升至170次/min。

年龄(岁)	每分钟的正常脉率
胎 儿	140~160
0~1	135
1~2	120
3~4	110
5~9	90
9~11	85
12~17	80
成人	72

3. 有些健康人,如运动员等,的脉率较表中所列者要低得多(心搏徐缓)。

4. 多次测定脉率对诊断内出血很有帮助。所谓多次测定,并非每4小时测定一次,

而是每小时，甚至每15分钟测一次。将测定的脉率用另纸记录，或用红墨水明显地记录在体温单上。一般，将体温、脉率和呼吸用不同颜色画在表上，从而可以迅速获悉病情的任何变化。

5. 短时间内屡次测定脉率对决定头部损伤的处理极为重要。在早期，脉率的逐渐上升或下降都具诊断意义，因此必须订出每15分钟测一次脉率的常规。

6. 若不能摸到脉搏，可试测对侧腕部桡动脉，因桡动脉偶可缺如。如两侧桡动脉均不能满意摸到脉搏，可摸股动脉。

舌与一般健康状态的关系

由于舌的表面富于毛细血管网，血供丰富，故呈暗红色。正常有一层浅灰色的舌苔。舌头可以提供很多诊断资料，不仅可以通过听他说话，而且可通过看到舌头的情况得到资料。首先，当病人听从医师的要求，伸出他的舌头时，常可获得一些有价值的资料。一个患癔想症的病人，可以完全表现在他伸舌时的敏捷性、范围和意愿上，因为他曾在镜前进行过长期练习。

舌苔过度增厚 可为下列疾病的结果：

1. 局部感染 例如口腔（如口腔炎）、鼻或喉（如扁桃体炎、感冒、鼻窦炎）、肺部（如气管炎和肺炎）引起的感染。

2. 口腔干燥 例如全身脱水、高热、鼻塞（口腔呼吸）或吸烟的结果。

舌的变色 可为咀嚼或饮某种有色食品等所致，明显的例子如食槟榔（鲜红色）、甘草和含铁药物（黑色）以及黑樱桃与黑莓（紫色）等。又如口服抗生素，可使口腔内的正常菌丛消灭，从而生长真菌，例如念珠菌属。

干燥舌的意义 在外科，舌面的相对干燥最有诊断价值。在肠梗阻的晚期、肾功能衰竭，以及由任何原因引起的脱水，舌干燥呈棕色，並常结痂。舌的干燥是由唾液腺分泌减少所致，但也可发生于用口呼吸而无脱水的病人。

（舌病的检查法见第85页）

疼痛的定位

如果疼痛是征象之一，嘱病人指出疼痛部位。病人常是含糊不清地指出一个区域，或用手在痛处抚摸。应嘱病人用一个手指由他自己准确地指出最痛的部位（见第210页，图505）。为了证明疼痛部位有压痛点，必须坚持由病人自己先找到压痛点，然后才由医师检查。

临床医师必须经常记住疼痛有由别处感应而来的可能。明显的例子见图14。

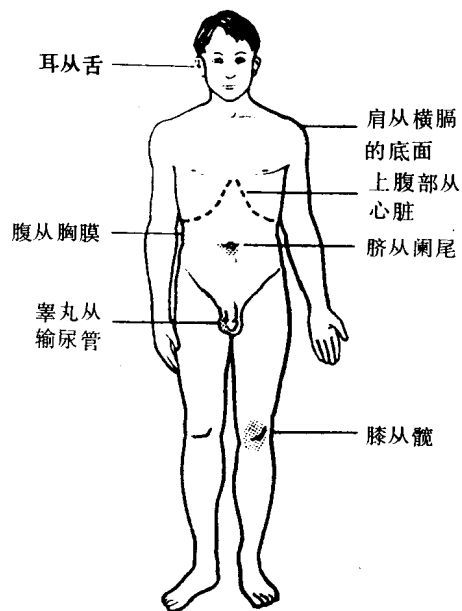


图14 感应痛的明显例子

局部温度

炎症初期，患部温度升高是个重要体征。最好的测定方法是用手迅速地来回抚摸患部与健侧，比较两侧温度，但手法略需练习(图15)。目前，此体征和炎症的其他体征常被抗生素疗法所掩盖。因此，冷脓肿以往几乎都为结核，而现在也可为化脓性感染。



图15 测定膝部局部温度的方法。扪手迅速从健侧移至患侧，然后再到健侧

施压后的凹陷

为证实水肿，对面积较大的水肿（如小腿），可用拇指或其他手指在患部加压（图16）。对比较局限的肿胀，可用示指。维持压力10~15秒钟。体征阳性者，施压处成一凹陷，并可维持半分钟以上（图17）。如患部有压痛（如炎症性水肿），则可用示指缓慢地逐渐加压。如凹陷不明显，不能为肉眼所见，则可用手指掌面在施压处轻轻抚摸，便能感到轻度凹陷。对轻度水肿，有时摸比看好。

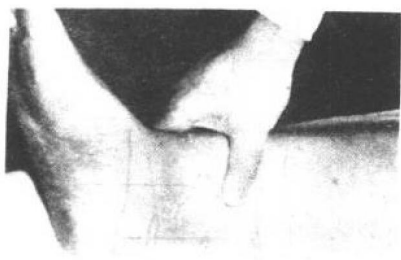


图16 施压后的凹陷。一例心力衰竭病人。用拇指施压



图17 拇指移去后留下一个深凹陷。
与图16同一病人

水肿的体征是软的凹陷，但若存在脓液，可感到硬结。如能牢记这点，便可避免很多严重错误。

皮下水肿的病因很多，例如炎症的淋巴渗出、淋巴管被癌细胞或血丝虫所阻塞、周围血循环衰竭（如心力衰竭）、尿外渗、维生素B₁缺乏症（如脚气病、十二指肠瘻）等。最能使人惊讶的是由过敏而发生的血管神经性水肿（图18），它可突然发生，又可顷刻间完全消失。

踝部水肿（见第388页）



图18 下唇的血管神经性水肿

局部水肿 肢体的水肿常见于下肢，可由静脉血栓形成，或由肿瘤或肿大的淋巴结压迫大静脉引起。如原因不明，勿忘作直肠检查，以排除直肠癌或盆腔肿瘤的可能。对热带地区的居民或曾在热带住过的人，原因不明者，须怀疑血丝虫病引起的淋巴阻塞。最后，记住一侧或两侧下肢水肿可由淋巴管的畸形发育所致（见第286页）。

由内分泌机能障碍引起的水肿 粘液性水肿有时也可伴有轻度凹陷性水肿。有时水肿可达相当严重程度，伴有浆膜腔内渗液，尤其是心包膜腔。

胫前区粘液性水肿(图19,彩图) 仅发生在或最常发生于甲状腺毒症病人,或经过治疗后其他症状已消失的病人（有时伴有持久的突眼）——见第52页。

波 动

波动是最基础的、也许是最古老的外科体征。但常可由于检查方法不正确，使所得结果毫无价值。

Marsh的检查方法如下：手指伸直，掌指关节微屈；所用手指的数目视肿胀的大小而定，通常用两手示指已经足够。

测验波动时必须两个相互垂直方向的平面上进行，如果都能检查出传导性冲动，则为波动阳性。为了示范这一基本原则，可在正常大腿上作一实验。在股四头肌的横方向，可以检出传导性冲动，但在纵方向，则无此现象（图20）。

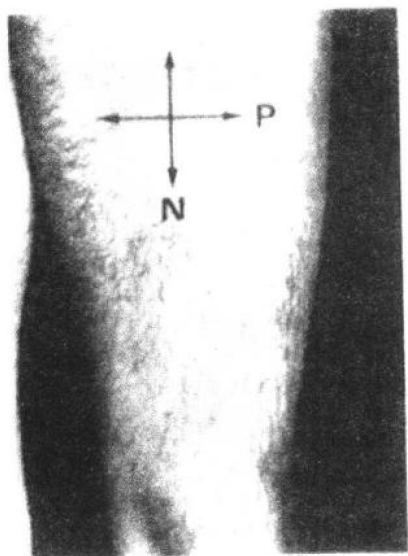


图20 一定要在两个相互垂直的平面上检查波动
P. 表示在横方向液体冲动阳性；N. 表示在纵方向无之

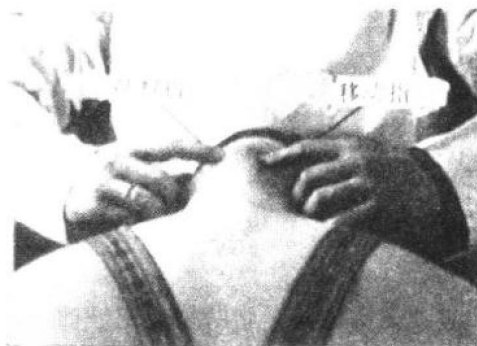


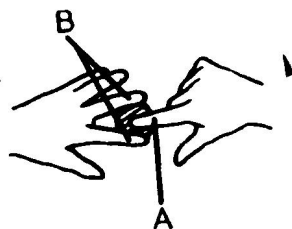
图21 检查波动的标准方法。由第三颈椎而来的结核性脓肿

对中等大小的肿块，检测波动的方法如下：把右示指置于肿块中央和边缘的中途，称为“观察指”。检查过程中此指静置不动(图21)。然后把左示指放在对侧的相应部位，称为“移动指”。若在肿块的两个轴上，移动指向下急促按压，都能在观察指上感到向上推动的冲动，则肿块内定含液体。

另一特别适用于小肿块的检查法：用左手两个手指作为“观察指”(B)，并维持不动。用右示指作“移动指”(A)。——同样，须在两个相互垂直的平面上有阳性结果者，才能称为波动阳性。

如果肿块生长在容易移动的软组织中(如乳腺囊肿)，在检查前须由助手“固定”肿块后，再检查波动(图22)。

波动的其他例子见图23和图24。←



附图 1



图22 对一个可移动的肿块的波动检查法。先由助手固定肿块，然后用常法检查波动

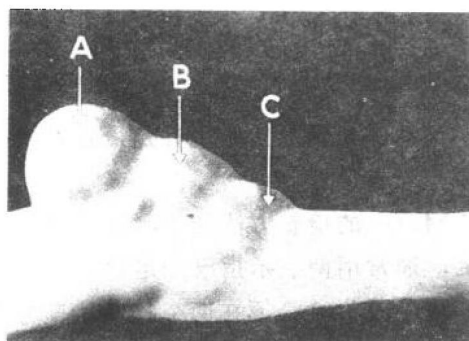


图23 从A到B有波动，但从B到C无波动。证明A-B肿块是膨胀的髌前囊，而C是膨胀的髌下囊。两囊之间并不连通

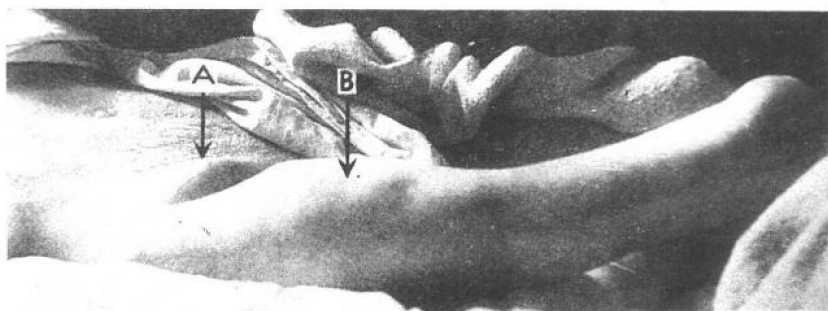
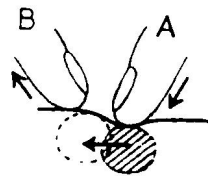


图24 在腹股沟韧带上下(A-B)之间有波动。一例腰大肌脓肿

波动的错觉 ①脂肪瘤有无波动？这是个难题，常使学生迷惑不解。有些脂肪瘤似乎有波动。波动表示有液体，脂肪在正常体温下是半液体。②在直径小于2cm的肿块，波动征是不可靠的。其理由是移动指(A)测试波动时，它并不增加囊肿中的张力，——→



附图 2

而是把肿块（不管是囊性或固体）从观察指下移至别处。

冲击触诊

本征用于证实3个月以上的妊娠，但在下列非产科情况也可应用：

肾脏冲击触诊 如怀疑腹内肿块为肿大的肾脏，让病人仰卧，一手平置于腹上，使手指的屈面大部分置于肿块上，而另一手的手指稍屈插入腰后，使指髓与骶棘肌外侧的腰部接触。后者作为移动手，作急促的向前推挺动作。如果在前腹平置的手上（观察手）觉到有力的冲击感（由于肿块与前腹壁的碰撞），则为阳性（图25、26）。

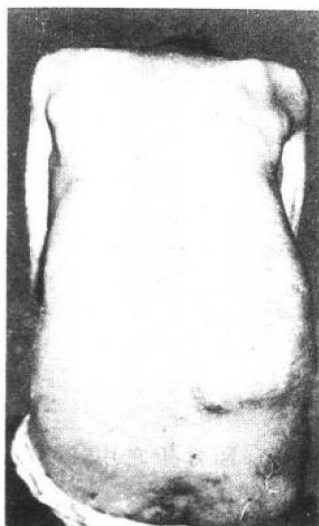


图25 右肾大量肾盂积水引起的肿块

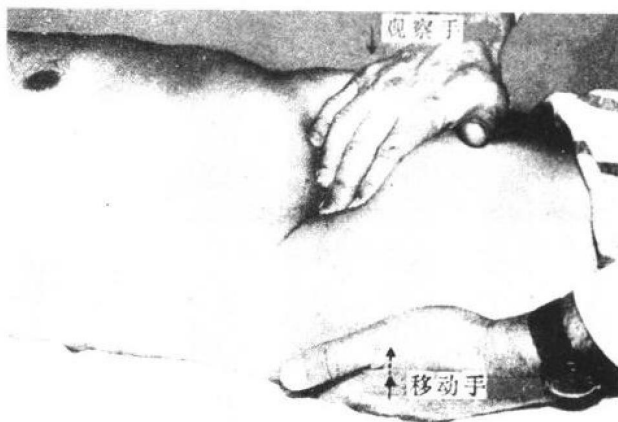


图26 引出图25病人的冲击触诊的手法示范

腹内肿块的冲击触诊 常在没有粘连的巨脾病人中获得此征。其他肿块常也可有此征，尤其是活动度大和充满液体的肿块，如卵巢囊肿。冲击触诊对有腹水而疑有腹内肿块的病人，特别有用。

长出骨盆腔的肿块的冲击触诊 如怀疑肿块为子宫，可将左手（观察手）置于下腹部，而右手的移动指插入阴道内触及子宫颈后。再进行检查。对处女和男性病人，如在真骨盆内有巨大肿块则可将移动指置在直肠内。

透光度

常规应用这一非常有用的体征，常可揭示肿块的性质。但在应用中，须经常记住“皮肤的正常透光度（图27）”，由于电筒的光亮度不可能完全相同，故每次检查时须先测定“正常皮肤的透光度”，否则检查必不准确。在强光下，尤其在夏日下，需用幕帘遮掩后检查。对可疑病人，应在暗室中进行。

透光度很强的肿块有：阴囊鞘膜积液（图28，彩图）、精索上包绕性水囊肿、Nuck管或女性腹膜鞘突囊肿（见第190页，图451）、水囊状淋巴管瘤和脊膜突出。透照法有两个

错觉,须予注意:①在婴儿或幼儿,腹股沟疝中的小肠是半透明的;②多年的阴囊鞘膜积水,由于纤维蛋白和血色素沉积在其囊壁,常为不透光。

摩擦音及摩擦感

摩擦音及摩擦感有好几种,每种都具有诊断上的重要性。



图27 皮肤的正常透光度

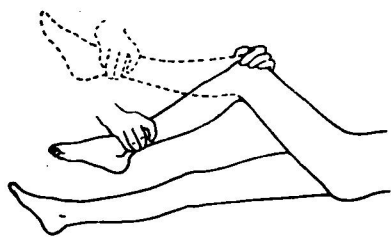


图29 膝关节擦音、擦感的检查法

骨擦音或骨擦感 只准在没有X线设备的条件下,以此作为诊断骨折之用。必须谨慎、细心,手法轻柔。在移动骨折部位时,有一种特殊的粗糙的摩擦感或摩擦音,决不会使诊断有误。

关节擦音或擦感 一手置于关节上,另一手活动关节(图29)。如有关节擦音或擦感,非常特殊,决不致误。它有下列几类:

1. 柔和而间隔均匀的摩擦,存在于许多亚急性和慢性关节疾病。——→ 
2. 粗糙而不规则的摩擦,通常表示骨关节炎。——→ 
3. 一声卡嗒或弹跳,如能重复,表示关节内有移位软骨或游离体。——→ 

附图3

腱鞘炎的擦音及擦感 发生在轻度发炎的腱鞘内及肌腱处于活动状态时。最好的例子是桡骨茎突狭窄性腱鞘炎(见第332页)。病人在腕关节附近有不明原因的疼痛。检查者将手置于腕关节上方的前臂上,嘱病人作抓拳和松拳动作(图30)。在拇伸短肌和拇长展肌斜越桡侧腕长、短伸肌处,可感到摩擦(图30中插图)。

Hamilton Bailey ar. de Quervian病作为本征的主要例证,但此体征绝非de Quervian病。编者称之为腱鞘音筋膜炎,是上述两组肌肉的筋膜猛烈摩擦所致。摩擦感即来自筋膜之间。见于强体力劳动者,常在冬季发生。在筋膜间注射醋酸强的松龙可治愈本症。

皮下气肿的擦音或擦感 在皮下组织中有气体存在者,共有4种情况,每种情况都能感到一种特殊的爆裂感。检查者将手指分开呈扇形,轻轻按于患部,稍施压力,便有类似抚摸马鬃垫的感觉。置一听诊器于其上,施以稳定压力,即可听到轻微的爆裂声,即使叩诊中不能肯定爆裂感者,也能听到此声。