

外科理学诊断

吴孟超 主编
李殿柱

人民军医出版社

R364

81796

已录

外科理学诊断

WAIKE LIXUE ZHENDUAN

吴孟超 主编
李殿柱

人民军医出版社

1989. 北京

内 容 提 要

本书共分24章，分别论述身体各部位的正确的理学检查方法和各种疾病的特有体征。书中根据需要附以图解，内容简单明确，可使外科医生通过理学检查得出正确的诊断，是外科医生必读的参考书之一。

3280/21

外科学诊断

吴孟超 李殿柱 主编

人民军医出版社出版

(北京复兴路22号甲8号)

(邮政编码: 100842)

一二〇二工厂印刷

新华书店北京发行所发行

开本: 787×1092毫米1/32·印张: 5.5·彩色插页: 4·字数: 117千字

1990年3月第1版 1990年3月第1次印刷

印数: 1-4,000册 定价: 4.50元

ISBN 7-80020-140-6/R·128

(科技新书目: 211-180①)

编 者

王 宇	北京市友谊医院	主任医师
刘经祖	天津市肿瘤医院	副主任医师
吴孟超	第二军医大学	教 授
何三光	中国医科大学	教 授
李树玲	天津市肿瘤医院	研究员
李殿柱	中华外科杂志编辑部	编审
张殿文	天津市滨江医院	主任医师
崔甲荣	北京市积水潭医院	教 授
黄耀权	天津市第一中心医院	主任医师
谭毓铨	白求恩医科大学	教 授
夏振龙	中国医科大学	教 授

前 言

理学诊断经历了从早期的病史采集、症状观察、体格检查和视、触、叩、听四项操作规程到目前应用于临床的多道生理检测仪、X线电子计算机断层扫描、核磁共振、B型超声、同位素断层扫描、超声血管造影和激光诊断技术等一系列近代检查仪器，已随着医学迅速发展的步伐进入现代社会。在理学诊断领域，许多观念更新，诊断重点发生了根本的变化，诊断手段、方法、设备和诊断理论水平都得到极大的丰富和提高。医学的进展，疾病知识的积累，诊断技术的不断改善，为广大外科工作者和从事理学诊断的技术工作者提出更高的要求 and 迫切需要解决的课题，要求我们不仅要有坚实的医学知识，熟练的临床诊断基本功，还必须掌握现代物理、电子、声学、光学等科学知识和电子计算机工作原理和语言。我认为要成为一名优秀的外科医生，就不容忽视上述要求，坚持不懈地学习新知识，不断进取，努力提高临床诊断水平，更好地为伤病员服务。这与谙熟外科治疗技术具有同等重要的意义。

当前，外科临床工作中出现的重手术，轻诊断，过分依赖先进诊断设备的倾向已经引起了老一代外科工作者的重视和忧虑，应该引起中青年外科工作者的重视。我不是提倡回到五十年代，而是运用现代科学知识，丰富和提高理学诊断能力是我们的责任，但放弃视、触、叩、听等基本物理诊断技术的知识，也是不可取的。实践证明，这些基本诊断技术

仍然行之有效，不失其生命力，仍是最实用、简单、方便、经济的外科物理诊断方法。特别是医学生、青年外科医生和在基层单位工作的外科医生们必须熟练掌握。勿庸置疑，任何先进的科学诊断仪器，在实际工作中都有其一定的局限性和盲点，有可能出现误差，最终需要去粗取精，去伪存真，作出正确的选择和判断。在科学技术现代化的今天，每一位医务工作者都必须有一副冷静思考的头脑，要具有善于使用先进诊断设备的本领，又要相信自己的知识和智慧，切不可作仪器设备的奴隶，此点至关重要，否则出版《外科理学诊断》一书，就无必要了。可以断言，即使在下个世纪或者更久远些，医学院的课程表上，物理诊断学仍有其重要位置。

自从Richard C Cabot于1900年编写出版《物理诊断》一书以来，各种版本和文字的诊断学书刊相继问世，极大地丰富了医学文库。物理诊断学的发展，使任何一本《诊断学》都不可能如此之大的容量包罗所有的诊断技术知识和详细的评论。由于新病种和新疾病的发现和认识，现代技术和设备应用于医学临床，以往的有关理学诊断的书籍已不能适应目前教学和临床工作的现代要求，它们在指导学习和工作时，特别是在各专科分工的今天已显示它的不足，迫切需要分门别类地重新编写专科理学诊断之类的教材和书刊。在中华外科杂志编辑部的组织下，由国内具有丰富知识和经验的外科和理学诊断专家编写了《外科理学诊断》一书，将它献给医学院校从事临床教学的人员、医学生和临床外科工作者，希望这本书能成为他们的良师益友。

《外科理学诊断》凝集着老一辈外科和理学诊断专家们的心血、经验和智慧，体现了对中青年外科医师们的关怀和期望。此书系统总结和评述各种外科疾病的理学诊断程序和方

法，详细描述各种理学检查方法，内容翔实、编排合理、重点突出、观念新颖、图文并茂、文字简练，通俗易懂。本书参考大量国内外有关外科理学诊断文献，运用现代医学知识，结合专家们长期工作经验，既可作为医学院校临床教学的教材，又可作为临床外科工作者的工具书，适用于高年级医学生、外科医师和从事教学工作的医师们阅读和参考。

我衷心希望《外科理学诊断》一书能受到广大外科医师们的重视和欢迎，如果将在医学院校讲授的诊断学课程作为基础，再阅读《外科理学诊断》一书则能使诊断能力和水平得到巩固和提高，即已达到编写出版发行此书的目的了。

编者 1988.1

目 录

第 一 章	总论	(1)
第 二 章	表浅局部肿块	(2)
第 三 章	溃疡与瘘管	(4)
第 四 章	头部	(6)
第 五 章	眼	(16)
第 六 章	耳	(21)
第 七 章	面颌	(24)
第 八 章	口腔	(28)
第 九 章	颈部	(35)
第 十 章	胸部	(42)
第 十 一 章	乳房	(58)
第 十 二 章	腹部	(63)
第 十 三 章	急腹症	(80)
第 十 四 章	腹股沟	(100)
第 十 五 章	泌尿系	(106)
第 十 六 章	肩关节与上肢	(115)
第 十 七 章	腕关节与手	(122)
第 十 八 章	髋关节与大腿	(128)
第 十 九 章	膝关节	(135)
第 二 十 章	小腿与足	(138)
第 二 十 一 章	脊柱与骶髂关节	(141)
第 二 十 二 章	肛门与直肠	(147)
第 二 十 三 章	周围血管	(154)
第 二 十 四 章	阴道	(162)

彩图目录.....	(166)
彩图.....	(1~8)

第一章 总 论

外科病人的基本检查

一、询问病人患病历史、过去史和家族史

初次接触病人，要以热情诚恳的态度接待病人，以取得病人的信任。要询问出病人的全部患病经过，有时需要对病人加以诱导。主要询问病人的患病经过和治疗情况，将目前病人的最明显最突出的症状作为主诉（求医理由），详细询问病人的发病经过，必要时还要询问病人的生活习惯和嗜好，如饮酒、吸烟和工作情况等。如病人为女性还要询问其月经史、妊娠及分娩情况。在必要时还可间接询问病人的家属，以便作为诊断的参考。询问病史时要注意时间的顺序，耐心听取病人的叙述。

二、视诊

首先要注意病人的体质和体型，有无急性病容，意识是否清楚，营养状态如何，呼吸次数和有无喘息。皮肤是否苍白或潮红，有无紫绀、黄疸，步行情况是否正常。检查时病人坐于医生的对面，从头部开始，检视其头发和头部有无肿块。瞳孔的大小和反射，有无眼球突出。耳鼻有无溢液，听力是否正常。舌的颜色和其干燥程度。颈部气管是否适中，有无压迫，甲状腺的大小，颈部有无其他肿块。胸部是否对称，有无畸形。腹部有无表浅静脉曲张，呼吸运动是否正常。四肢有无畸形和变形，有无静脉曲张和溃疡。

三、触诊

颈部有无淋巴结肿大或其它肿物，甲状腺内有无结节。乳腺内有无肿物。腹部有无肿块、压痛。腹部有无肌肉紧张，肝和脾脏的大小，有无压痛，表面是否光滑。腹股沟处有无肿物，精索有无曲张静脉，睾丸及副睾有无肿大和压痛，腹股沟淋巴结是否增大。直肠指诊有无肿块和血液。四肢活动有无异常。

四、叩诊

胸部有无异常浊音，心脏是否扩大。肝浊音界有无变化。腹部有无移动性浊音。

五、听诊

颈部有无异常血管杂音，两肺有无啰音，心脏有无杂音，肠蠕动音正常、消失或亢进。

一般外科病人进行上述基本检查后，再结合病史，即可得出初步诊断。再结合各部位系统的有关体征检查，即可确定诊断。在进行上述的理学检查后如不能确定诊断，可再根据适应证进行生化检查、内窥镜检查、X线检查、血管X线造影、B型超声、CT、ERCP、穿刺细胞学检查等。还可进行活体检查和手术探查等。

第二章 表浅局部肿块

在检查表浅局部肿块时，首先要确定其部位和位置，是位于皮下组织内，还是位于筋膜下或肌肉内。测量肿块大小并记录，如同时询问其肿块生长时间的长短和快慢对诊断亦

有所帮助。然后检查肿块的质地，软或硬，有无炎症或压痛，有无弹性，表皮有何表现。检查肿块的活动度，要检查纵横两个方向，与基底和表皮有无粘连。肿块有无弹性，境界是否明显，单发或多发。有无波动或血管杂音。通过上述检查，一般即可以确诊。

以下简述各种表浅肿块的表现

1. **皮脂腺囊肿**：为最常见的表浅肿块，常发生于皮脂腺较多的头、面、胸背等处。外表呈圆形或椭圆形，囊肿多与表皮粘连，囊肿中央常有点状凹陷或皮脂腺管口，常伴有炎症、压痛，中等硬度与基底不粘连。

2. **脂肪瘤**：常为多发，于四肢皮下多见。外观为扁圆或不规则形，多呈分叶状，边缘清楚，质地较软，和表皮及基底均不粘连，表皮正常，大小不等，有时可生成为巨大肿块。

3. **皮样囊肿**：多见于颈部和面部，常有波动，为球形肿瘤，与皮肤和周围组织无粘连。

4. **腱鞘囊肿**：多发生在关节囊、肌腱或腱鞘，呈囊状，有时质地很硬如骨但有弹性，好发于手、足背侧、膝部、前臂，也可发生于手指，与周围组织无粘连，横向可以移动，但纵向移动受限。

5. **纤维瘤**：发生自结缔组织，可分为硬性纤维瘤和软性纤维瘤，可发生于任何有结缔组织的部位，与周围无粘连，可活动，表面光滑，境界明显。

6. **血管瘤**：如为毛细血管瘤表皮可呈黑紫色，用手指压之可褪色，减去压力之后则复原。大小面积不一，表面平坦，常在出生后即发现，多发生在颜面、颈部和四肢。如为

海绵状血管瘤，其境界往往不清，表皮呈蓝色或暗红色，稍隆起，有弹性，质地软，加压后萎陷，去压后则复原。一般出生后即存在，多见于头面部。

7. 淋巴管瘤：多发生于儿童的颈部或腋窝部，海绵状淋巴管瘤多发生于肌肉组织间隙。呈多房性囊腔，局限性者边缘清楚、质地软，生长较大时皮肤透明菲薄。

8. 神经纤维瘤：质软，大小不等，多发，大者有茎，表面有浅褐色斑纹，无压痛。

9. 血管球瘤：多发于手指或足趾的指甲下，呈紫色小结节，发生自神经血管上皮，有时疼痛剧烈并有明显压痛。

第三章 溃疡与瘰管

由于炎症、供血障碍、肿瘤等原因引起组织坏死，其结果是皮肤、粘膜，以至深达皮下组织和粘膜下组织发生缺损而形成溃疡。

一、溃疡

1. 外伤性溃疡：由于组织损伤合并感染以致伤面长期不愈而形成慢性溃疡，其表面肉芽组织常生长过盛并呈粉红色，有时易出血，其肉芽常高于周围皮肤。分泌物较少。

2. 化学性溃疡：由于接触化学药品，因腐蚀而形成溃疡。

3. 烧伤、冻伤、电击伤后溃疡：由于烧伤冻伤后或电击伤后坏死组织脱落而形成溃疡，此种溃疡有时可深达骨

髓。

4. X线放射溃疡：由于大量放射线照射，引起表皮糜烂而形成溃疡，此种溃疡较表浅每天可渗出大量渗出物。

5. 感染性溃疡：由于化脓性炎症后产生溃疡，其表现和创伤后合并感染的溃疡不易鉴别，其分泌物可较前者为多。由特异性感染如结核或梅毒引起的溃疡有其特异表现。

6. 缺血性溃疡：各种血行障碍如下肢动脉闭塞性脉管炎可于足趾产生坏死，坏死组织脱落后即形成溃疡，可长期不愈。有下肢静脉曲张的患者，由于缺少动脉血的营养供给亦可发生溃疡，此种溃疡在检查下肢有静脉曲张存在的同时有色素沉着即可明确诊断。

7. 褥疮性溃疡：由于体位固定不变，局部压迫缺血而发生溃疡。此种溃疡表面常有脓苔，有时面积较大且有进展趋势。

在检查溃疡时，首先要查出其发生原因和原发病，检查溃疡的边缘形状，溃疡的基底是否平坦，有无分泌物及其性质以及周围组织情况。如在溃疡边缘的下方有潜行性空洞则多为结核性溃疡；如为进行性溃疡则多为梅毒性溃疡。

二、瘻管与窦道

所谓瘻管即有两个开口的管状缺损。先天性瘻管多发生于颈部，如位于颈部中央的甲状舌骨瘻。后天则多是由于感染而引起如常发生于肛门的肛瘻，其外口在肛门周围，有一个或多数开口，用手指进行肛检，沿外口到肛门内可触知一硬性索条即可确诊。

窦道一般仅有一个开口，可用探针探之。一般均为化脓性炎症切开后，由于不正确的换药，造成口小腔大引流不畅

而形成；或者是由于组织内异物存留或有死骨存在均可形成窦道。

第四章 头 部

一、头颅检查法

(一) 大小和形状

头颅的检查应注意大小、外形的变化和运动时的异常。头颅的大小以头围来衡量，可以软尺自眉间绕至颅后通过枕骨粗隆测量头围。头围在发育阶段的变化一般是：新生儿约为34cm，出生后的前半年增加8cm，后半年增加3cm，第二年增加2cm，第三、四年内约增加1.5cm，4~10岁共增约1.5cm，到18岁可达53cm或以上，以后即无变化。矢状缝和其他颅缝大部在生后6个月内骨化，骨化过早可影响颅脑的发育。

头颅的大小异常或畸形可成为某些疾病的特征：

1. 小颅：小儿囟门多在12~18个月内闭合，如过早闭合即可形成小头畸形，这种畸形多由先天畸形所致，同时伴有大脑发育不良。

2. 尖颅：亦称塔颅，头顶部尖突高起，与颜面造成比例异常，这是由于矢状缝与冠状缝过早闭合所致。见于先天性疾患尖颅并指（趾）畸形即Apert综合征。

3. 方颅：前额左右突出，头顶平坦呈方形，见于小儿佝偻病或先天性梅毒。

4. 巨颅：额、顶、颞及枕部突出膨大呈圆形或倒立锥形。由于头颅高度增大与全身不成比例，使颜面部显小。由于颅内压增高压迫眼球，形成双目下视、巩膜外露的特殊表情称落日现象。头皮及颈静脉怒张，颅缝裂开，囟门隆起且有波动感，见于脑积水（图1）。

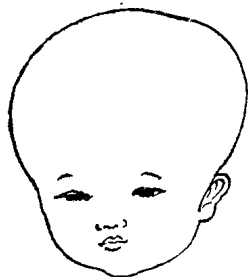


图1 巨颅的外观

5. 变形颅：发生于中年人，以颅骨增大变形为特征，同时伴有长骨的骨质增厚与弯曲。见于变形性骨炎（Paget病）。

6. 颅部结节：由多发性骨髓瘤或转移性肿瘤结节引起。猪绦虫囊虫病亦可在面部及颅部皮下出现花生米大小的囊性结节。

7. 颅部切迹：头部受外伤后或颅骨凹下性骨折，可引起此种变形。

（二）囟门

正常婴儿的前囟在出生后16个月时应完全闭合，后囟于生后6周即可闭合；颅骨缝多在生后一年半左右封闭。在婴儿足岁以前，前囟可以供给很丰富的临床诊断资料。前囟膨隆，多为颅压增高的结果，其病因有脑膜炎、脑炎、脑肿瘤和颅内出血等。生理性前囟膨出可见于婴儿啼哭。前囟凹陷见于重度脱水及营养不良。前囟的延迟闭合常见于新陈代谢方面的疾病。如佝偻病、脑积水和甲状腺功能低下所引起的呆小病等。

在检查脊髓膜膨出的病例时，应测定波动能否从脊髓膜膨出处传达到前囟，能传达此波动者表示脑脊髓腔与脑膜膨

出之间相沟通。

(三) 头皮

没有损及腱膜的头皮创伤，其创口不张开，因此，检查伤口有无张开，即可获知腱膜是否受损。腱膜下的积血或积液可弥散至整个颅顶区，故而自额至枕部的整个头皮部分都有明显的波动。而颅骨骨膜下的积液，因受骨缝的限制而只局限于各块颅骨的范围内。颅骨骨膜下血肿，因其边缘常隆起，很容易被误认为颅骨凹陷骨折。

头皮的局限性隆起，一般位于头皮的肿物，如皮脂腺囊肿、脂肪瘤、纤维瘤等，可在颅骨上移动或头皮可在肿物上滑动。遇有性质不明的囊性肿块时，应注意局部皮温的变化，有无搏动，局部颅骨有无缺损。在检查时须注意鉴别，脑膜膨出及海绵状血管瘤为可压缩性，且前者透光试验可阳性；脑膜囊状膨出可扪及颅骨缺损；蔓状血管瘤的局部皮温升高，有搏动，震颤，可听到持续性吹风样杂音。

(四) 头部运动

头部活动受限，多见于颈椎疾病，头部斜向一侧，见于同侧颈部肌炎引起的肌挛缩。头后仰（即角弓反张）见于脑膜炎、颅内压增高，点头运动见于主动脉瓣关闭不全，由于心缩力与搏出量增加而出现与颈动脉搏动一致的点头运动，头部持久性摇摆或不随意地颤动见于老年人、嗜酒、药物中毒、神经官能症及震颤性麻痹（即巴金森Parkinsonism病）。

二、头部创伤

(一) 幼儿颅盖骨凹陷性骨折特点

幼儿颅盖骨薄且富有弹性，常只有颅盖骨凹陷而无骨折线，形如乒乓球受撞击后的凹陷（图2）。