

腹部檢查

吳經略 林漢譯

華北醫刊社出版

版權所有 翻印必究

腹部檢查

譯者 吳經略 林漢

出版者 華北醫刊社

一九五一年七月

華北軍區衛生部印刷廠承印

第一版 1-7,000 定價 5,000

第二版 7,001-11,000

目 錄

一 腹部檢查..... (1)

吳景略 譯自 Pullen : 內科診斷學

二 腹部檢查..... (49)

林 漢 譯自 Clendening &

Hashinger : 診斷方法

腹 部 檢 查

吳景略 譯

此文乃論及醫生對於患者腹部之物理檢查。既不包括病例之病歷，亦不包括化驗法之檢查。尿路及骨盆的器官亦不在此文中討論，但須注意實際上不涉及尿路及骨盆的器官是不可能的。

雖然腹部之內臟較胸腔所包括者爲多，而且其面積亦較胸部爲廣，但是胸腔物理檢查其所積累的發現却缺少能應用於腹部者。其原因爲身體的限制。William Osler 氏曾寫道：『妨礙正確診斷之不可打破的障礙物是腹壁』。這個障礙物也許並非難以打破的，但是沒有疑問打破之是有許多困難。一個有經驗的醫生從他的所積累的經驗中能以其五種感官之三，即視、聽、觸決定在障礙物之內有什麼或可能有什麼。他從經驗中體會，從實踐中積累經驗。此種能力並非如有些討論此問題之文章中，所認爲似含有爲第六感之意味，但是肯定地它是每人所必須學習與積累者。腹部檢查之法，一如 Cabot 氏所云，難於表演，更難繪圖說明，尤其難以描寫。

原則 腹部檢查之第一個原則爲必須週密。必須兼帶檢查所有身體的其他部位，必須檢查腹部之所有的部位。即使懷疑可能或肯定地判斷病變只限於某一器官或一區域，亦不應不檢查所有的其他區域。第二個原則是必須有系統地檢查，先檢查認爲無病的區域，後檢查認爲患病的區域，目的是證實認爲無病區域確無病理變化，同時並搜集一些物理材料，以便與認爲是患病區域的不正常之物理材料相比較。第三個原則是腹部檢查之實施必須較其他部位之檢查更爲嚴格地根據應用解剖學，因爲醫生有如覆以面幕工作一樣。

定義、劃分與界標

腹部之區域，其外部前面上自肋弓及肋下角，下達到恥骨聯合及腹股溝。後面由骨盆壁、下肋骨及脊柱所支持，其正中溝向下延伸至薦骨三角。其內部包括自橫隔膜至骨盆出口之區域。

劃分 腹部之前面，以垂直線與水平線（圖1）可將之分成下列各區域（圖2,3）：

1. 腹上部區域，包括肋弓及肋下線，其下有胃、十二指腸、肝、胆囊、胰腺及腎。

2. 臍之區域或中心區域，其下有橫行結腸、小腸、腸系膜、大網膜及腎。

3. 腹下區域或恥骨區域，其下有迴腸、S狀結腸及盲腸，很多實例中亦有闌尾，若為妊娠之婦人則包括子宮，若為兒童則包括膀胱，若為成人則膀胱在其澎漲時亦包括在內。

4. 左右腸骨區域，為左右腹股溝之三角區。右腸骨區域之下有盲腸、迴腸，通常也包括闌尾。左腸骨區域之下有S狀結腸、迴腸，與空腸。

5. 左右腰區，位於中央部或臍部之兩側。右腰區之下有上行結腸、迴腸及右腎。左腰區之下有下行結腸、空腸及左腎。

6. 脇腹部，為中等度局部膨脹部，適位於肋弓之下，無骨骼支持，亦無何較硬之肌肉支持。

如以上將腹部作系統的劃分，對於檢查及敘述時有其用途；但須牢記三事：（1）大半所提及之內臟在正常狀態下為可移動者；（2）任何正常時可移動之內臟可能有異常寬廣之移動的範圍；（3）即為正常時不動之內臟亦可能位於異常之部位，或多或少移動到其通常所位在的部位之外。換句話講，將腹部劃分為許多特別的區域僅為供給一個圖形，因為應用於特殊之個人時沒有人能肯定其精確性如何。

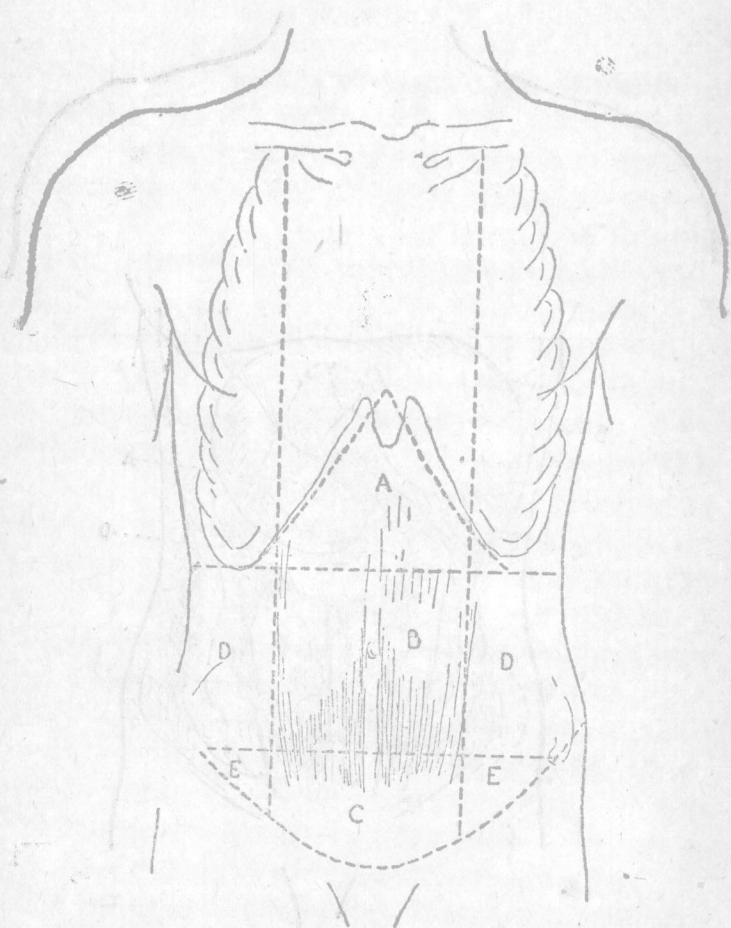


圖 1. 腹部表面部位：A. 腹上部；B. 臍部；C. 腹下部；
D. 左右腰部；E. 左右腸骨部。

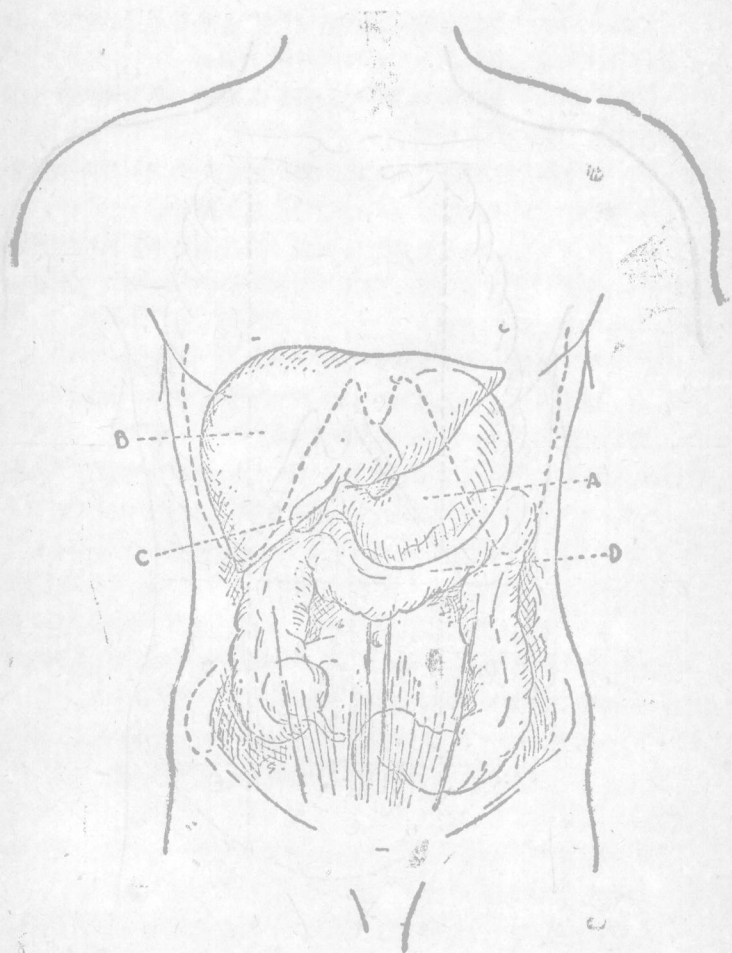


圖 2. 圖示後列臟器的表面解剖：A. 胃；B. 肝；C. 胆囊；D. 大腸。

自腹部檢查之立場而言，後面區域劃分之重要者只有腰部，其位置在脊柱左右，介於第十二肋及腸骨嵴之間。

界標 在腹壁上定出界標爲便於衡量與描述，更加便利腹部檢查。恒常可以顯示之界標爲：

1. 腹上部凹陷或胸骨下凹陷，位於肋下角之下。其外側以第七肋軟骨與肋弓之內緣爲界，向下延伸至第十肋軟骨。

2. 腹臍，正常時位於中線，與腸骨嵴頂端齊平及與第四腰椎相對。兒童者較成人者爲低，而且其位置因肥胖、消瘦及鼓脹而致之腹部外形之改變而改變。

3. 恥骨結節，位於恥骨結合之兩側。

4. 髂前上棘，由鼠蹊韌帶使之與恥骨結節相連結。

界標非恒可感覺，但如能顯示時則有所補助者有：

1. 白線或腹直肌間垂直的縫樣線，爲自劍突之端達於恥骨聯合。在臍之上有時呈一窄溝。在臍之下並不常可顯現，但有時有色素沈着（黑線）將其位置標出，如男子則其位置爲一行向中會集之毛。

2. 半月線，標出腹直肌之外緣，而且兩側向下等延，形成向外側微突的曲線，自第九肋軟骨達於腹臍與髂前上棘連線之中點，自該處繼續向下延伸達於恥骨結節。

3. 臍劃，爲二、三條水平溝紋，其位置恰在腹臍之下，肋弓之底，及第七肋軟骨之水平線上，在肌肉特別發達之男子有時可以見之。

4. 皮膚屈曲皺襞，常見於肥胖之人，其位置在腹臍之水平線上，約在恥骨結合上 2.5cm. 處。

腹壁之肌肉 自診斷之立場言之，腹壁之重要肌肉爲橫隔膜與腰肌、腰方肌、骶棘肌、腹直肌、梨狀肌，閉孔內肌與腹部外側肌肉。自解剖學及診斷之觀點言之，必須認爲形成骨盆之肌肉與前腹壁無關。因此骨盆闌尾炎或腹膜炎等炎性疾病的早期，當其局限

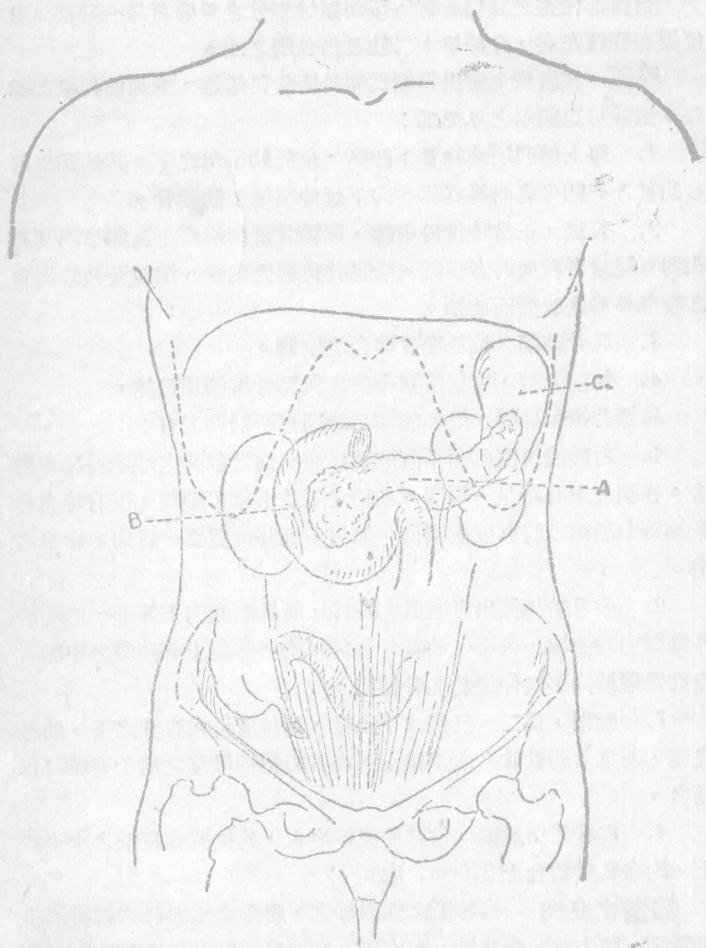


圖 3. 圖示胰腺 (A)，十二指腸 (B) 及脾 (C) 的
面解剖。

於骨盆時，則骨盆神經的刺激不引起腹壁強直。

血液供給之分佈 雖然以物理檢查之方法對於腹內血液供給之分佈不能測定如何精確，但必須記取某些實況。腹部之主動脈位於白線之左側下層，自劍突達於髂嵴之水平線，約在臍下0.75英寸。在此點分為二髂總動脈，向兩側岔下達恥骨聯合與髂前上棘間之中點。左髂總靜脈恰在主動脈岔開處之下與右髂總動脈相交錯。下腔靜脈位於主動脈之右側，並與之平行往下移行。腹軸位於主動脈線上，在臍上4至5英寸之點。在腹軸與臍之間有腸系膜上下動脈及腎動脈。腹壁下動脈循一線延伸，自臍達於鼠蹊韌帶之中點。

腹壁之神經分佈 腹壁有腦脊髓神經分佈，腹部內臟則有內臟神經分佈。腹壁前側與外側有下腔六胸神經及第一腰神經，橫隔膜底面有隔神經分佈。這是最簡單地描述，神經解剖學上最複雜的問題及其某些方面最有爭論的問題。

檢 查 的 方 法

腹部檢查的方法有視診法，觸診法，打診法，聽診法及測量法。所有這些方法如與測定胸腔疾病所用之方法相比較，則顯粗陋與不精確，即其中最良的觸診法，所獲亦很有限。而且，不論醫生之技術如何，觸診可因過敏，其次因感受不全，肌肉痙攣，肥胖及極度毒性而失效。

位置 腹部檢查以在檢查台或醫院中之床上實施最佳，其高約三英尺，窄可容醫生在兩旁操作，堅硬程度須打診時病人身體不致下陷而與檢查之手脫離。大多數之床太低，太寬和太軟而不合於這些要求，但是實際上在家中檢查不得不在那種床上施行。

檢查開始時最適宜為仰臥。患者應對稱臥下，以便測出與正常體郭相異之偏差，自胸腔至恥骨聯合以下應完全裸露。隔着任何覆蓋物，無論其薄至何程度皆妨礙詳盡的檢查。

如檢查一側的腫瘤，比較兩側的打診音，及在積水症中視其有

無其他所見之時以側臥爲宜。令主訴腹痛的患者側轉其身，察其如何轉動，及當其轉身時面部表情的變化可得了解其病況。

膝胸臥式宜用於：（1）觸診仰臥所不能清晰顯示之腹部小塊狀物，（2）顯示小量之積水，（3）測定重力對於腹部腫瘤跳動的影響。如果所檢查之腫瘤爲動脈瘤，則位置雖變化，其搏動仍然繼續。如果搏動乃由於主動脈所傳導至真性瘤者，則當位置變換時，腫瘤對於血管的壓力解除，其搏動即停止。

病重的患者不能直立檢查，但患者能站立時，恒以直立檢查爲宜。直立時可測知因臃脹，腹水或腫瘤，以及各種程度之肥胖與脫垂等而與正常體廓相異之變化。

當檢查時宜盡可能令患者舒適。即使是最冷靜之人當受檢查時也會有些緊張，而且除非昏迷不醒或中毒極重，在重症者其緊張程度更大。令其身體不舒適之位置顯然要增加其神經的與心理的緊張程度。

鬆弛 可應用各種方法令腹部肌肉鬆弛。患者將膝屈曲，或以枕頭置於頭下、胸下或薦骨之下可能感覺更舒適些。如果有些慌張與緊張應令其以口呼吸。Osborne 氏主張應令患者屈膝而且將尾骨抬起離床一英寸。此主張之理由乃任何肌肉可因連接其附着部而得鬆弛。腹肌主要的附着部爲下二肋之上端以及骨盆前側下端之骨質與韌帶的組織，故此其所主張的位置可將正常的腰部曲線放平。

將手放於胸骨上可以幫助腹部呼吸。在吸氣時視腹肌能否鬆弛，可得測知其強直乃不自主者抑爲自主者。其他令肌肉鬆弛之方法爲腹部熱敷十或十五分鐘，或令患者作熱水浴，時間長久相同，如患者爲兒童尤宜採取此法。如果不能區別自主的強直與不自主的強直時，或發炎之腫塊過於疼痛不易作觸診時，則對於過敏的患者必須用氣體的麻醉劑在其鼻下來回送一兩次。

檢查以視診開始，其實應以患者注意他事時爲宜，最使患者自己意識到在受檢查而不能完全鬆弛者，就是醫生立於其面前凝視之。只有在施行時醫生精細運用頭腦，視診方始有效。不用思想而行視診是毫無價值的。

患者腹部裸露，兩側對稱仰臥，光線自窗戶直接射入，或在電燈照射之下，必須直接照射腹面使任何變色、表面的起伏、或其他之異常皆能顯現出來。光線不宜垂直照射。當站立施行視診時，醫生應立於光線之側，莫面對光線。

視診之目的爲決定：患者運動的性質；腹部之大小，形狀與整個的輪廓；皮膚與皮下組織之狀況，包括其顏色、營養與組織；局部或泛發性腫大，隆起與凹陷之有無；疹、疤痕、皮下小結、擴張之血管與腫大之腺體等之有無；因呼吸、蠕動及心臟血管搏動而引起的腹壁運動。

運動 患者之運動或靜止的性質可能很明顯。膽石痙攣病人的不寧及出血與空氣飢的患者之暴躁之動作，適與患有消化性潰瘍穿孔或彌散性腹膜炎的病人之靜止（如果未受煩擾）和不願受煩擾等相對照。急性闌尾炎的患者多屈其右膝於腹部之上而臥，不願片刻左側而臥，因闌尾移位而右側結腸向內垂降，闌尾附着部所發生的牽引增加其疼痛之故。腹部膨脹甚厲之患者，無論其原因爲腹水或腹脹皆採取半坐或全坐的位置，因橫隔膜向上移位使其呼吸困難。

腹臍 腹臍正常凹陷，如突出或伸平時，乃腹脹之結果，而腹脹又爲腹脹或積水之結果。腹臍的炎症可能由於普通的化膿性感染或結核或癌而起。腹臍在肝臟發生贅生物時偶亦強直不動。

肥胖 胖人的腹部呈對稱球形擴大，腹臍凹陷，皮膚細皺顯著。如果肌肉鬆弛無力，腹部則可能下垂而含有不規則之脂肪塊。極端肥胖者，其腹部之脂肪可能披覆兩脇腹部及恥骨，或則脂膜可能延伸達於大腿甚而達於膝部。以手指捲動皮膚之細皺立即可區別出肥胖與水腫，後者不能捲動。水腫壓之則陷下，尤其在脇腹部與

後腰時爲然，而水腫又必須與血管神經性水腫區別。

舟狀腹 舟狀腹見於極其削瘦之人，見於任何原因引起之極度羸弱，脫水，鉛中毒以及高度發展的惡性病、結核與其他消耗性疾病。典型的舟狀腹其兩側深深陷入，肋緣輻集，肋骨下角狹窄。腸骨嵴隆起，鼠蹊韌帶與劍突顯著。肺叩響擴至正常界限之下，正常腹部鼓響之區域大大縮小。腹部內臟有時隱約可見也可確實觸知。在結核症中偶爾可見捲疊之大網膜，其形狀如臘腸狀腫瘤，橫位於上腹部之上。

皮膚 皮膚乾燥、無彈性與無張力，由視診常可看出，但應考慮到患者之年齡，因這些狀況在老年人並非不正常。手術切口之瘢痕說明曾施行過手術，有時也說明曾施行何種手術。通常可以決定是否曾作過引流及癒合時有無感染併發。非手術所致的瘢痕，可能爲梅毒或其他皮膚病之遺跡。傷寒症可能發生玫瑰紅斑。黃疸病時皮膚發黃，阿狄森氏病時皮膚發黑，而紫藍症則有藍色之斑點。妊娠時之橫紋最初發鮮紅，嗣後則變白。

赫尼亞 腹與膈之赫尼亞視診時通常可見。鼠蹊與股赫尼亞亦可能察見。

腺體 顯明可見之腺腫可能歸因於花柳病，結核病與其他傳染病，以及惡性疾病。自然皮下轉移性結節由觸診得出之時爲多。

靜脈 腹上部區域之靜脈，有時因受有肝腫大抵於肋緣之壓力而明顯可見，並可觸知其脹大。下腔靜脈之梗阻由下腹部靜脈之隆起所補償，偶亦由沿中腋窩線上行以連接腋窩靜脈之大靜脈所補償。門靜脈梗阻與肝硬變時，明顯可見之靜脈（靜脈擴張）可能自腹臍輻射，經圓韌帶而形成一側枝循環。這種情況少見但明確。

呼吸上下移動的範圍 決定呼吸移動範圍是否正常時，醫生應考慮到男子正常時爲腹式呼吸，女子正常爲肋式呼吸。亦應注意呼吸之限制與抑制可能由於患者腹內不適或疼痛及腹內疾病之故而有意控制之。呼吸運動界限之正常與否爲有無急性炎性病變之有力

證據；當呼吸運動不自主地受限極顯著時，則爲有急性炎性病變。例如發生潰瘍的患者，其潰瘍已穿孔進入全腹腔腔時，易於引起腹部呼吸移動範圍之顯著的限制或絕對的抑制。患者其呼吸移動範圍受限於右側，髂凹或腹下區域可能是急性闌尾炎。有急性胰腺炎之患者，其上腹部，同時其下腹部也可能發生運動受限或完全固定。膽石疼痛症中，腹上部區域之運動可能減小，其橫隔膜之運動有時亦受抑制。顯著之腹水或由其他原因引起之腹部膨脹的患者，其腹部呼吸運動受到限制或抑制，而胸部呼吸運動亦可能爲此限制或抑制所牽連。

蠕動 明顯可見之蠕動除瘦弱之人外不易見之，其運動呈一連串蟲樣之起伏前進，橫過上腹部；如其起源於胃則自左至右，如其起源於腸管則自右至左。小腸之運動於腹臍部最爲明顯；大腸之運動或在腹上部或左側或右側最顯著，視其發生於橫行結腸抑或發生於上行或下行結腸而定。

蠕動亢進 可見於因腸扭結而發生之早期極爲急性的腸梗阻，高度發展的機械性梗阻，有時見於急性闌尾炎；亦偶爾發生於導瀉之後。在腸管病變部近位端的蠕動起伏如波浪，起自盲腸區域沿鐘錶之方向環繞腹部之周圍而進行。蠕動若似塊狀腸捲者說明在迴腸瓣或其附進發生梗阻。腸梗阻時，脹大之小腸有時於腹壁上呈梯狀外觀，此恒說明病已高度發展。因腸梗阻而起之蠕動亢進常歷數小時後其運動變爲更强更劇，而在急性闌尾炎開始發作時所見者，常於相同之期間內，逐漸變爲不明顯。

觸 診

觸診爲腹部物理檢查最廣泛應用的方法，用之檢查有無疼痛，壓痛、強直，腫瘤與其他腫塊，液體之積聚，以及相似之物理的狀況。

操作之細則 患者仰臥，完全鬆弛，神經過敏的患者可用上面

已經敘述過之某一方法使之鬆弛。天氣冷時手先溫暖然後接觸腹部。醫生之指甲應剪短，任何時皆不應刻入腹壁。一切動作皆應輕穩和謹慎。任何方式之突然加壓應當避免，尤其在壓痛部位。醫生檢查無病處輕隱者，則在其觸及患部時患者的抵抗亦減少。手乃平放於腹部之上，或以指尖軟部輕壓，或兩法併用。

在開始檢查之前，宜精確詢問患者疼痛起源於何處，令其指出其處及現在感覺疼痛之處。疼痛之處暫時不管，對於其餘部位作系統觸診。以全手輕壓時，下在組織之輪廓即可得測知。在呼氣時，腹壁鬆弛，手在此時輕移至他部位，除非疼痛之部位需要變更常規手續，其次序一般為從上而下，從右至左。

正常之腹部 觸診正常之腹部或正常之腹部區域一般無所獲。無壓痛或強直之區域，無液體之證據，亦無異常之隆起或凹陷。對於營養普通之正常人所可測知者為其腹部主動脈之所在（由其搏動），偶爾胃及結腸之所在。對於瘦人，肝臟之一部，髂腰肌以及有時迴腸動脈之第一段可得測知。年青人的右腎尖端有時可以覺出。

敏感的部位 在達到敏感之部位時，檢查者趕快很慢地觸此患部，逐漸深按，此時儘可能引患者注意力旁移。宜用指尖軟部而將手掌貼於腹部之表面。驟然下按時，患者僅覺瘙癢，有時則引起板狀強直。如果患者似為神經過敏或非常敏感，則可將左手之指置於患部之上，而右手之指在患者深呼吸時逐漸使力按之。如此部位敏感之程度，使神經感受正常及自制力正常之患者發生畏縮或呼喊，則病變之部位顯然而無庸置疑。壓痛點愈深，其重要性愈大。亦應在對側將相似之強直或壓痛點以同一之操作尋出或證明其無有。務必注意患者可能很堅忍，或其疼痛閾很低，或過於怕行手術而不顯現疼痛之徵候，或甚而否認疼痛之存在。亦必須注意肥厚之腹壁其大網膜亦可能有相當肥厚之脂肪，不論其下之疾病之急劇程度如何，可能發現甚微或竟無所獲。

打 診

打診之目的乃畫出肝臟脾臟等實質性器官之界限，尋出腫瘤之位置與測出其是否爲實質性抑或爲囊性者，確定腹水與腸水腫之有無，以及發現胃與膀胱是否過份脹大。方法爲以指尖敲叩腹壁，按照觸診的系統診法敲叩。如令患者深深呼吸，則有助於此診法，因其使腹壁與內臟更加接近。

音響 由叩診所引起的音響可分爲：（1）返響或過大返響，（2）濁音或實音，（3）鼓響。依所檢查之器官是否含有空氣，空氣之多少及張力之強弱，而強度、性質、高低與久暫彼此不同。胃發出之音響較小腸爲大及低，及爲時較久之鼓響音，大腸與小腸之區別亦在此諸方面。在空的結腸上敲叩所發出之鼓響音較高較短。在右腸骨區域及左側部即糞便易於積聚之盲腸與 S 狀結腸其音響多爲濁音。肝、脾及腎的正常濁音部有時在外表上擴大的原因，是結腸內充積糞便所致。有人相信在急性闌尾炎症中，盲腸部位上恒有叩音。腸腸症或有氣體在腹膜腔中遊離時，其鼓響音加大；小腸空陷，有糞塊存在，滲液，膀胱與胃脹大以及發生贅生物時，則鼓響音減弱。

Murphy 氏提倡鋼琴彈奏之叩診法，其法爲以所有手指迅速接連敲叩腹壁，一如彈奏鋼琴然，而耳則傾接檢查之部位，以分辨音響之高低。顯然不常使用此法，因而未學得如何分辨與認出正常與不正常之音調，以及音調、性質、高低及久暫的不同之醫生，不易感到此種區別。間接叩診法爲將一指平放於腹部之上，以他手之一二指叩之，其所獲常較直接叩診爲佳。不宜過於追求任何叩診法之結果，因其最大限度也不過是假定居多而且可能完全錯誤。

聽 診

聽診是另一方法，其效果應解釋周詳，而且對於不經常練習之

者用途不大。其目的主要爲確定有無腸塞痙攣，腸梗阻，及瀰散性腹膜炎。

強大的或爆發性的腹間音響如腹鳴有時只以耳即可聽得，但聽診一般以聽診器行之，在腹部各區域有系統地移動。在應用之前宜詢問患者最後何時進食，是否曾服用瀉藥或其他藥物或曾否飲酒；因食物、瀉藥及若干藥物會增加蠕動之音響，而空腹、反復嘔吐、酒精中毒及其他藥物則會減小之。

心臟血管的音響 某些心臟血管的音響可由腹部聽診聽測出來，如由動脈瘤或腹部主動脈管之擠壓所生之雜音，及心臟雜音之空洞回音可向下傳導而爲充氣之腹腔內臟所擴大。腹部腫脹時有心臟的及呼吸的音響可聞；在完全之麻痺性腸塞痙攣或甚深重之腸梗阻症中，其靜息無音之腹部，所呈現的心臟的及呼吸的音響可能非常顯著。如腹上部發生可觸和之震顫以及有膨脹性搏動和在其上有收縮期雜音的腫瘤跳動可見時，則可診斷爲腹部主動脈的動脈瘤。

蠕動的音響 正常的蠕動音響，根據 Vaughan 與 Thorek 氏（彼等曾有著作，全面討論聽診的可能性）的意見，可分爲含漱音，沙沙之音及的答之音，而且可繼續不斷、性質相同及互相重疊。其速率可以呼吸率衡量之。當其接近呼吸率時則爲低減，而在數次呼吸而無一音響時更大爲減低。根據 Stevens 氏之意見，檢查正常的腹部時，在腹臍上不一英寸處隨意聽診，每分鐘隱約可聞五至十次的答之音，次數依一日中時刻不同及患者體溫，高低而異。在異常的狀態時次數可能增至每分鐘十至二十次，或正常之音響爲低粗之軋軋音或不斷之含漱音所代替。因爲正常時小腸中氣體極少或全無氣體，故如發生金屬叮叮之音或水泡音的腹鳴，則爲梗阻的明顯證據。當氣體與液體逼入狹窄的部位時，有時可聞呼呼之音。有擊水音時則說明爲腸塞痙攣。

蠕動由劇烈導瀉，機械性腸梗阻，腰椎麻醉，及因出血性消化性潰瘍、靜脈曲張穿孔或其他原因所致之腸內出血而增強，滲出之血