



聲

明

東北在日本法西斯十多年殘酷統治下，文化事業之摧殘尤甚，就醫書而言，欲購一部中文醫書實屬困難，偶而一二本發見於舊書店，亦屬陳舊不堪，因此本局爲了文化事業之發展醫界之需要，未得本書原著人之許可，在連翻印，想本書作者先生念及文化事業之發展，東北醫界之需要，當能諒解也，今就本書付印之際，特向本書作者表示謝意。

王 布 君



3 0529 2733 6

聲

明

(二)

本書係由翻印本借印
字跡不清圖案不明，其中
錯誤之處實難避免，並非
原著者不慎，請讀者原諒
是幸！

王 布 君

外
科
診
斷
學

416.14
354
〔1〕

目 次

目 次 (全)

	頁 數
導 言.....	1—5
第 一 章 損傷與手術後之全身影響及併發病之診斷.....	6—13
第 二 章 損傷之診斷.....	14—24
第 三 章 創傷之診斷.....	25—34
第 四 章 頭部損傷之診斷.....	35—45
第 五 章 脊柱損傷之診斷.....	46—53
第 六 章 面部損傷之診斷.....	54—56
第 七 章 頸部損傷之診斷.....	57—59
第 八 章 咽部，食道及呼吸道異物之診斷.....	60—63
第 九 章 胸部損傷之診斷.....	64—77
第 十 章 腹部損傷之診斷.....	78—83
第 十 一 章 盆部損傷之診斷.....	89—93
第 十 二 章 上肢骨折與脫位之診斷.....	94—103
第 十 三 章 下肢骨折與脫位之診斷.....	104—116
第 十 四 章 腫脹及腫痛之診斷.....	117—143
第 十 五 章 普通腫脹之診斷.....	144—152
第 十 六 章 波動性腫脹之診斷.....	153—156
第 十 七 章 搏動性腫脹之診斷.....	157—164
第 十 八 章 潰瘍之一般診斷.....	165—172
第 十 九 章 癰及癭管之診斷.....	173—174
第 二 十 章 壞疽之診斷.....	175—181
第 二 十 一 章 與骨相關的腫脹之診斷.....	182—191
第 二 十 二 章 關節及粘液囊疾患之診斷.....	192—212

167.003

第二十三章	頭部疾患之診斷	213—222
第二十四章	眼及頷骨疾患之診斷	223—230
第二十五章	脊柱病之診斷	231—245
第二十六章	唇及面部疾患之診斷	246—251
第二十七章	鼻病之診斷	252—257
第二十八章	口腔之扁桃腺之咽喉及食道疾患之診斷	258—267
第二十九章	舌病之診斷	268—275
第三十章	頸部疾患之診斷	276—286
第三十一章	乳房疾患之診斷	287—299
第三十二章	腹壁疾患之診斷	300—302
第三十三章	腹部疾患之診斷	303—320
第三十四章	腹部腫脹之診斷	321—336
第三十五章	腸梗阻之診斷	337—343
第三十六章	外科性消化不良病之診斷	344—357
第三十七章	腹部手術後較重要後發病之診斷	358—362
第三十八章	腹部癌之診斷	363—368
第三十九章	肛門與直腸疾患之診斷	369—381
第四十章	陰莖病患之診斷	382—387
第四十一章	女性外生殖器疾患之診斷	388—389
第四十二章	陰囊睪丸及精索疾患之診斷	390—406
第四十三章	腹股溝陰囊頭脹之診斷	407—410
第四十四章	腹股溝部疾患之診斷	411—418
第四十五章	泌尿器官疾患之診斷	419—441
第四十六章	手部疾患之診斷	442—445
第四十七章	足部疾患之診斷	446—448

外科診斷學

ELEMENTS OF SURGICAL DIAGNOSIS

導 言

診斷一詞用於外科中具有雙重意義，其一，乃表明探求損傷或疾病性質之步驟，其二，用名詞敘述之方法 真確敘明所查得之情形。

本書擬指述診斷身體各部損傷，及外科疾病所適用之方法，同時列舉依檢查所得擬斷或病情確實之診斷，欲求診斷之真確，必須熟練此種有規律的檢查病人方法，且須具備損傷及疾病性質之外科病理學知識。

診斷之步驟。第一為病情之收集，此又可概分為三種：即詢諸病人所得者，外科醫生檢查病人所得者，及由特別檢查如愛克司光檢查所得者。第二為將所得之病情正確敘述之。

上述數點有時其中某數點常較其他數點更被重視，而在此種病例中，最易犯忽略必要之完全檢查。如依病人自述症狀顯係十二指腸潰瘍之特徵時，即不再以此特徵作詳細檢查，乳房之腫瘤如甚似癌腫，則不必再對病人作另外之詢問，有肢體損傷之愛克司光像，即認為可無須親身檢查即可診斷。但醫者縱在明顯的情況下，必須警惕於不完全檢查之危險，若早期養成完全而有條不紊之檢查習慣，其診斷當較容易而確實；否則雖在診斷明顯而容易的病例，每因不完全檢查而引起嚴重的錯誤，故在上述諸例中，如能充分詳盡檢查之，在第一病例中可發現與十二指腸潰瘍有關之口腔膿毒症，

或刻有慢性闌尾炎之徵候：在第二病例中可以擬想病人腹隔膜，胸膜，已有乳癌蔓延之症狀；同樣第三病例之愛司可光像絕不能顯示骨損傷時身體所受之影響及其性質，或其對肌肉神經大血管等軟部組織發生之損傷。故欲求診斷完全，必須首先認識局部損傷在解剖上之情形，次則注意其本身生理與病理之性質及與局部損傷發生之連帶關係，最後則認明身體上之改變係自局部損傷所誘發抑係其結果？

外科醫生之普通診斷方法各不同；有得先獲得極完全的病歷而後檢查現有之損傷者；有首先檢查損傷而後詢問病歷者；但初學之士以前法為適宜，蓋可避免忽略重要之點，常有臨床經驗之外科醫生，能立即提出一病例中之要點據比以作診斷者，方能應用此直接了當之方法而無誤。

詢諸病人所得之病情，可依下列各項分別詢問之：如家族病史，個人病史，疾病經過等。

家族病史——在外科上母體能影響子女之各種重要因子中，吾人確信最能左右子女之疾患者厥為梅毒。人盡知梅毒遺傳，但有曾經患有梅毒之父母其子女并無梅毒，概言之，自父母受染距小孩出生時愈近，則遺傳之可能性特大，故詢問病人是否帶有梅毒頗屬重要，蓋不僅便于決定診斷，同時在治療上可盡力予以特效之療法，且在許多病情中由此唯一之引導而極便於處理病人，血友病亦係一重要可遺傳之疾病，發現於一家族系中，因其多代遺傳及常有出血致命之事實發生而使人有深刻之印象，故醫師須牢記在詢問時必須直接詢問病人家族中父系諸人有無此病，雖此病由女人遺傳，然其僅發生於男子。尿無胆色性黃疸（Acholoric Jaundice）亦係一可遺傳而與外科有關之疾患。結核，無論肺結核，骨結核或係腸結核，此病雖不能遺傳，但常能使患者之子女有發此病之素因。

在一家族中有此病之素因者，其子女頗易獲得此病？如骨及關節之結核，狼瘡及淋巴腺之腫大等皆為極普通，極慢性，在病人輕忽或忘却有病時則頗為危險。

普通人有一共同信念，即癌腫之先天素因亦同樣可遺傳，但事實上尚少其確之證據，故僅憑一家族病史絕不能確定腫瘤的診斷。

個人病史——在患者個人病史中可幫助吾人診斷之點：（1）種族，例如猶太人對於糖尿病及血友病之發病率較大。（2）年齡，有許多疾病僅在骨骼未發育成熟時發生，例如骨髓之分離是：反之，侵蝕性潰瘍僅在中年後見之。（3）性別，除兩性器官之疾患外，有許多疾患是較多見於一方者，例如胃潰瘍常見於男子，而胆石病則多見於女人。（4）婚史，未婚，已婚或寡，若已婚者，則須分別未產與經產。（5）習性，如有無煙酒之嗜好，運動缺乏或過多否。（6）職業，如注意是否在磷，汞，鉛，石蠟，或煤膠處工作者，製獸皮業者，冒受濕及寒冷者，過度勞作者，屈膝工作者，帶站立工作者，礦工以及接觸煤屑者等。（7）國外居留地，因居留地域之關係可使人發生特種傳染病，如埃及之血吸虫病，澳大利亞之囊虫病，熱帶非洲之血絲虫病。（8）已往疾患，普通疾病每還有外科上的後貽症，如花柳疾患，傷寒，痢疾，猩紅熱，麻疹，癩病等是。

疾患之經過——在疾患已有一種假想之病原後，須注意該病之真確歷程，疾患之順序，方式，及進行時之各種改變，並須檢討各種已行治療之影響。

損傷之影響在許多病例中如創傷骨折，擦傷等皆總稱之曰損傷，但在外科疾患中，損傷因易受微生物之傳染而佔有重要之地位，微生物可經過皮膚上以一創縫而侵入組織中，有時一種創傷並無創口，但在組織變化時亦常可致成病原微生物局部生長之小病

誤，此吾人可相信損傷乃為激成瘤腫之一種因素，損傷常可使病者誤認其本身有一種先在病態之存在，為避免此種錯誤，唯一方法即正確判定損傷之時間及續發事項與疾患各種症狀及徵候之關係。

疾病進行之方式為診斷上之一重要因素，蓋任何疾患其病勢多能漸次增進，唯在數種病情之下亦可自然停止：如挫傷，及發炎膿體是，他如間歇及弛張性經過，若鬚尾炎，疝，及潰潰瘍是。僅持病程以為診斷，則數種疾患如惡性瘤腫及急性炎症常皆忽略之。

症候發生之順序有時在診斷上亦屬重要，例如腎石疼痛常繼有膀胱石症候出現，又如疝之彷彿退回，不但伴發腸絞窄之症候未減，反有增劇之勢。各種症候之輕重關係亦頗有助於診斷，即如無痛時可否認有急性炎症，尿頻煩而大量之膀胱流血，常伴有其他泌尿系之症狀，此多因膀胱內有瘤腫存在之故，最後任何體質上情形如貧血，消耗，黃疸，或惡液質等，常可利用其發生時間之久暫而用以確定此種究係局部之原因抑係其結果。

論及治療之結果，應注意全身強壯療法，休息療法，對抗刺激療法，外科手術及驅海療法等在治療上所發生之影響。

對病人施行檢查——務必周詳而謹慎，雖顯明而不重要的病徵，亦不可忽略之。在局部損傷頗重人情況下，吾人之目光每僅注意於局部而忽略全身檢查，此不可不慎。

檢查病人必須有系統切實而有目的，症狀之探求必須有規則有次序。對病人每一發問，每一操作，每一部位檢查，皆必具有一定之目的，如此之檢查不但可求確實之診斷，並且進行亦容易而迅速。蓋此方法需要外科醫生頭腦與感官之一致運用也，關於此法之應用其價值顯而易見，今以二人同檢查一腫瘤，其中一位刹那間即明知其性質；而另一位經過很久檢查之後，將僅略有所得或全無所得，且將不能明確說出其性質，此非因缺乏豐富之知識，而係檢查缺乏

確定之意志及目的所致。

學生初須養成純正之觀察，不要僅賴單一之敘而而實信無疑。

無論何時檢查之結果能用數字表示者皆必行之；如溫度，脈搏，呼吸次數及一切測量，發作之次數，及小便次數等是。

最後當病情增劇時。化學的，血清學的，細菌學的及愛克司光的檢驗亦有幫助，一個病人非待有適當之檢查不能視為處理完全：在多數例證中，此種檢查之獲得，每有決定診斷之價值，大醫院中此類幫助易於獲得，但每因此種關係僅依特別檢查法而忽略病人之物理診斷；故醫學生須警惕入此種錯其理由有二：第一，此種為別檢查之美滿價值，僅寄託於已有完全而明顯之臨床檢查上；第二，外科診斷常須視為較實際。此種特別檢查方法可謂無益；診斷之倚賴仍憑在外科醫師之詢問病歷及臨床檢查上。

第一章 損傷與手術後之全身影響及併發病之診斷

外科損傷及手術後之立發性全身影響——於下述三種情況之下皆可發生：（一）由於主要器官的直接損傷：如心肺及腦。（二）由於失血。（三）由於休克。第一項之例，如心臟之創傷，異物之塞入氣管及腦休克是。第二項之例，如脾臟之破裂。第三項之例，如重大灼傷。

休克之定義，乃全身生命機能之受抑制並有血壓減低之現象，其發生有二途：原發性休克乃於損傷後立即發生，源起於神經；至於虛脫之發生，乃因心臟迷走神經之抑制，故有神志暈迷，及血管舒縮神經麻痺，所謂發達性休克多在創傷後經過一間隔時間發生，或繼原發性休克發生；其因乃向心性神經之合併受影響與刺激更伴有低血容量，此種循環血液之減少，或因體液由表面損失，或因損傷部位之體液滲出入於組織間隙之故。

各種損傷皆產生輕重不同之休克現象，其輕重程度不僅視乎損傷之嚴重性及損傷之部位，且隨患者神經系統之鎮定性及血管舒縮系統對於損傷所生之緊張力而不同，其結果發生之虛脫現象大有差異，有的僅輕微不適，或竟不能覺察；而其重者可立刻死亡，多數嚴重之損傷，常伴有多量或少量之大出血，或有直接之腦損傷，上述多種情形有時合併發生，亦係常見，事實上上述三種情形其症候皆相近，一切生命器官之受抑制，故可使診斷更為困難，在損傷發生不久後，常併發他種情形，如中風，癱瘓，醇中毒等，雖此等疾患與損傷無關，但在診斷上易發生不可思議之困難，故對於下述諸情形診斷時宜特加注意

1. 休克或虛脫。
2. 出血。
3. 腦震盪與腦挫傷。
4. 中風。
5. 癱瘓。
6. 醇中毒。

值得吾人注意之點，為發病時症狀發生之情形或係忽起者？抑係漸漸而來，知覺及肌肉緊張力，瞳孔反射，脈搏，溫度，呼吸之情況，粘膜之顏色，驚厥及麻痺之發生，以及血壓之變化，甚至過去症候之形式亦常屬重要。

1. 如在受傷後，病人立刻變冷，淡青，或進而失去知覺，同時其四肢軟弱不能動，脈搏細小而速，血壓降低，呼吸淺而無聲，瞳孔擴大，對光刺激之反應減慢，各種反射遲鈍，粘膜變白色諸種情況，即因休克而發生之虛脫現象，因一切生命器官功能皆有同樣受抑制之現象，故其症候之表現亦同。

2. 若在損傷後病人漸漸變弱，首則不能行走，繼則必須睡倒，而面色蒼白，表面粘膜貧血，直至全變為無色如蠟，脈搏初細小而速，漸漸不能捫摸而快，如加有嘆息性呼吸，或呼吸困難，不安寧等症狀，則此即因出血而發生驚厥。

3. 當病人表現有上述之一般症狀，而神志上之症狀較循環衰弱為重，病人很明顯表現完全無知覺，但若有入呼吸，或用力捏鼻，病人亦可被激醒而咕嚕作聲，其時患者腕關節處之脈搏顯然可覺，二膝蓋反射存在且相等，此時可思疑為腦震盪，若有麻痺及驚厥之病徵，而有腦受撞擊或身體受振盪致有立刻失去知覺之歷史，則此診斷更可確定。腦震盪發生之症候較一般腦挫傷發生之症狀為嚴重，且常致死亡，對於此患者之鑑別診斷可參考頭部損傷。

4. 損傷不久病人即有驚厥症狀、或已有驚厥之歷史，繼之昏迷，同時患者之舌被咬破而口內出血。小便失禁，膝蓋反射亢進或消失，此種病例無疑可診斷癲癇。

5. 醇中毒而系暫時之失去知覺者，可混淆為一種損傷對於全身影響之診斷，蓋其表現極為酷似，此須分別者也，吾人定特別注意病人皮色表面一般之情況，一切肌肉動作之不穩定，如舌有糜爛，蹣跚步態，以及精神上之共濟失調，如言語之不連貫，顯潛及愚笨之現象，無能力把握一種觀念或固執一種錯誤之意見等是。

外科醫生亦不可忘却空氣進入靜脈之可能性之心臟或肺臟之栓塞，可成為損傷或手術時之一種併發病。

損傷及手術後發之全身影響

1. 反應。
2. 發熱。
3. 血栓形成。
4. 癡癱性譫妄。
5. 重傷風。
6. 狂犬病。

虛脫除致命者外，經過相當時候即引起反應，最初反應之症狀為血壓增高及脈搏增加，嘆息性呼吸，表面體溫之恢復，輕微而隨意之運動，及有時或發生嘔吐，迨至反應生成時，則患者身體表面溫暖，及知覺恢復，且常伴隨不安寧之現象，發熱，皮膚乾燥，無持久性快脈搏。

外科性熱之診斷——一切外科熱現視為血中毒之結果，多數病例其毒素乃微生物所產生。此熱可區分為：

1. 無傳染性或無毒熱——即外傷性熱。

2. 傳染性或膿毒症——由於：

甲、毒血病包括氣性壞疽及丹毒。

乙、敗血病。

丙、膿毒血病。

外傷性熱係因創傷後產生之毒素所致，無微生物之作用，其性質可由病之早期發生與短期經過及極度症候而認識之。

毒血症或稱爲膿毒中毒，係由創傷內生活微生物之毒素被吸收所致，此時微生物未進入血管內。

敗血病其認識由於循環血液中有生活傳染性之微生物存在。獲毒血病係指示細菌團體血塊等帶至身體其他組織處而產生發生化膿病灶之謂也。

此種熱性不僅在高低及經過上表現不同，且常易由此型變爲他型，當疾病有進行時，熱性常呈虛弱性型。

(1) 熱之發生在損傷後二十四小時內者多係輕度型，常不至超過 102°F 同時脈搏每分鐘亦不超過 100 次，且熱多在四十八——七十二小時內降低，除有輕度頭痛及厭食外，無其他任何不良之嚴重症候，是即外傷性熱。

(2) 如熱之發生頗急性，并有迅速之溫度增高或至 104°F ，脈搏快而數，舌有苔，有厭食，頭痛，不舒爽，便秘，有時或爲下瀉等症候，在潔淨創口後，或切開膿腫後，或創口之折去腐穢後有傳染之滲液排出後，其溫度降至正常，而一切症狀消失者，此即從膿性傳染而來之毒血病。此時血中不能培養得細菌。

(3) 如在創傷不久之後——數小時至或三天，發高熱，脈搏迅速，血壓低降，嘔吐，及創傷周圍疼痛，創傷處局部腫脹，在擴展之病區上按之要有聲響，或唧吼音，該部皮膚由白色而更紫癢，而後呈黃綠色，以及創傷分泌物染細菌爲橙黃色，即可疑爲氣性壞疽之

病例，乃係創傷接受一種或多種之厭氣微生物如 welchii 氏桿菌，腐敗弧菌 [Vibrio septivue]，水腫桿菌傳染所致也。創口有特殊之糞臭者，亦為本症之特徵。如有肉暴露於此種創口內，則初呈污穢紅色，繼則變黑而表面顯光澤。

(4) 如在創傷之癒合過程中，病人忽有寒戰并有前額部頭痛，厭食，不適，脈搏迅速，猝然熱度升高傷在創部鄰近之巴腺有腫脹及壓痛，但檢查創傷部并無改變，或有停止癒合之趨向數小時時後，創傷部周圍顯有鮮紅色火焰狀邊緣，且具有疼痛之浸潤現象，此即丹毒。

(5) 若顯毒血病之症狀，而在血循環中可找到葡萄球菌或鏈球菌，或雖將創部傳染之滲出物排出，化膿之表面洗淨，而熱仍未減退且無膿液性化膿病灶及寒戰，此乃敗血病，但有時此病初起時亦可發生寒戰。

(6) 在敗血病之經過中，若患者有不規則間歇之寒戰，而每一寒戰後繼有高熱，不久即有大量之排汗，同時溫度驟然降低，且隨寒戰而發生有關節或漿液膜或其他部分膿液性膿情形，或更覺察肺肝脾胃有梗塞情形，此即為膿毒血病。

非熱情全身併發病與後患之診斷

若一患者有放縱飲酒之嗜好，其精神漸變成不安甯而有嗜飲情形，每在遇意外時或行手術後之第二天或第三天不能安睡，此時外科醫生可猜疑為震戰性譫妄，如經過數小時後，患者仍與舊有譫妄，而忙亂不適之固定觀念例如盡免理髮的仇敵，其肢體及唇舌有肌肉性震顫，并有急衝性自主運動，皮膚濕浴污臭之汗，舌大而濕潤、蓋有一層白色或黃白色舌苔，邊緣及牙齒則膠有粘液，口渴，厭食，便秘，瞳孔擴大，脈搏速而柔，或有電脈，此時震戰性譫妄

之症象即完全顯露矣，其在意外事變及手術後發生者，有時稱之為外傷性譫妄。但其與時發性震戰性譫妄之主質上無不同，故最好勿用另外不同之名詞，病之經過中能進食，能安睡，乃趨於變好之症象；反之，如舌變乾而黃，譫妄無倫次，口出惡聲，不能回答問題，或有顫麻搖蕩之現象，即示神經系衰弱之增加，造昏迷昭示後，繼之即有死亡，在嚴重之震戰性譫妄；患者常見墮極性肺炎之發主，故外科醫生必每須檢查患者之胸部。

當在受損傷或行手術後之恢復期中，若病人自訴創傷附近有疼痛及輕度之壓痛，須主意檢查有無靜脈血栓之病徵，如壓痛黏在沿靜脈道上，或能感覺靜脈如一硬索，或該部因靜脈血滲而有水腫，則其診斷即可確實矣，對於此項檢查應特別注意，蓋功徑子移位，血栓常發生於膝以下之靜脈，非位於腓腸部淺面，即在淺面，且此病常有體溫增高。

如患者有新近化膿之創傷，或創傷剛痊癒而自訴背部頸部肌肉疼痛，僵硬，經檢查知此等肌肉之僵硬由於強直性收縮之故，如令動作時常發生痛性痙攣，或在此之先傷肢肌肉有痙攣之症候，此時即可疑慮為破傷風，若此種強直性痙攣迅而伸展至嚼肌，面肌，至軀幹而累及四肢，『但手常不受累』，同時受累之肌肉亦發生陣發性疼痛，且強度之痙攣，惟神志仍清醒，診斷破傷風頗無疑義。如創傷之分泌物注意檢查之，即可找出破傷風桿菌，破傷風在臨床可分為多類，I. 急性，潛伏期甚短，經過甚快，發作性，且有溫度升高。II. 慢性，在受傷後至三星期發生，或經過三月之久方發生，但少見，疾病之進行甚慢，無多顯著症候，III. 持發性，在發病之前并未見有明確之表面創傷。

破傷風與他種疾患之鑑別：（1）單純性肌痙攣可藉陣發性強硬與強直性收縮之發生而區別之；（2）脊髓膜炎由腰椎穿刺

液檢查之正常，脊背之無疼痛及壓痛，不在發作性舉筋癱瘓與四肢無疼痛，無顯著之皮膚感覺過敏，受累部位之無一定次序，四肢之可自由及除在病木期衰弱癱瘓，等點而區別之。(3) 癱瘓及協識脫離性癱瘓可由無人事不省及因呼吸暫停暈厥及衰竭等而致命以區別之。(4) 番木鱈素中毒由其症狀之漸漸發生，與較長期經過，及角弓反張之發生較少(番木鱈素中毒常在二十四小時內致命)，以各肌肉與項肌，嚼肌，面肌之受累起始，及其緊張程度等以區別之(如番木鱈素中之高錳，常從下肢肌肉起始，次及於軀幹及呼吸肌)(5) 恐水病由於發作間肌肉強直之持續，及極度牙關之緊閉(與恐水病之喉頭痙攣不同)，無譫妄及狂燥，及較短之潛伏期，無被狂獸咬之歷史等而區別之。(6) 手足攣攣此種痙攣常僅限於肢體之一組肌肉，乃司理此等肌肉之神經激發痙攣所致之也。總之，如吾人能從創口找出破傷風桿菌，則此病立可確實診斷矣。

如患者曾為一染恐水病之動物所咬傷，經過相當時候(三星期至三月)，其神志劇受抑制，不能安睡，寡情，易受刺激或不安甯，迨後因欲飲水發生痙攣性發作，主要受累者，常為喉肌，面肌，及呼吸肌，而後則為肌肉完全弛緩，如此種病人頗受外來之刺激，亦可產生同這更嚴重之發作，如思飲，甚或見水思水亦可發生，他如嘈雜之音響，強光，冷氣吹噓，手之接觸等皆可造成，如有上述之症狀，則可知其精神上大有激動，因陣發性之狂燥而感起坐不安，患者有固定及恐懼之幻覺，或有不可抑制之顫動，但睡時則可有片刻之安靜，濕疹症際此時即可診斷為恐水病，有數病例於患者之舌繫帶周圍發現小疱，但其有何重要性尚不明，如患者在急性期未死於呼吸及心臟諸肌之痙攣，即可進入慢性進行癱瘓期，此期內患者神志清醒，僅在死之前因衰弱之增加可再有昏迷之現象。

由上所述恐水病之症候可與破傷風鑑別，惟值吾人注意者，為

此病與所謂假性恐水病之鑑別，假性者或係真性病態之強情或非強情的模仿，設其發生而終至死亡，則診斷極為困難；主要之認識，乃在患者對此病曾否集中其思想與注意力，常常因對此病之解釋及告訴，或畏懼此病之經過，雖無病毒而許多類似恐水病之症候發生，如作犬吠聲，咬物，四肢行走等，皆係關於此病之普通幻想，當發生此等幻想時，假性恐水病之診斷極為可能，有時且可言確實，在情況許可時，醫生且必須探知該瘋狂動物是否感染及病人。

第二章 損傷之診斷

DIAGNOSIS OF INJURIES OTHER THAN WOUNDS.

診斷損傷之病人應注意下列四點：——

1. 損傷之局部特性——損傷的地方，性質及範圍，但勿忽略每一意外受傷亦可釀成多處損傷。
2. 損傷對於病人即時或將來之影響。
3. 形成損傷之局部情形。
4. 局部或全身情形，對於損傷癒合之影響及治療方法之採取。

病人之檢查，必須有系統；如何能時，必須全身檢查之，並須注意致成損傷之病歷，以便從病歷中估量其可能之損傷，而後與所得之結果比較，特殊損傷症狀，應特別注意焉！

檢查皮膚及皮下組織：宜特別注意任何腫脹及顏色變化。

(1) 如皮膚呈暗紅色或紫色。以指壓之，色不消退，此乃由於新鮮血液滲入皮內所致。謂之瘀斑或挫傷，滲出血液，經過各種顏色變化，後來變成黃色，如損傷發生內部挫傷，則出血在於深部有時此種血液亦可至表面，如上脛骨折，致眼臉瘀斑形成；股骨頸骨折，使股肢薄皮色改變；腎臟撕裂與血胸，腰部青色是也。

(2) 損傷後，皮及皮下組織出現腫脹者，乃由於血液，空氣或分泌液體滲入結締組織內所致。如腫脹軟而具彈性及捻髮音，則必有空氣存在，始有此等現象。名爲外科氣腫，僅於肺，氣管或肋骨刺傷時見之。尿道及膀胱之損傷，尿可立即滲入會陰及陰囊或骨盆腔下部之結締組織；腎臟損傷經過相當間隔期後，尿可入腸

部之蜂窩組織；顛頂骨骨折或腦脊髓液滲至頭皮下，形成有波動之腫脹——外傷性腦膜膨出；損傷後，血液滲出，形成波動性腫脹，謂之血腫，如一大血管破裂出血，血管壁又未閉合，則可成大腫脹；血液周圍之組織，被壓迫而成假空洞，此為限局性外傷性動脈瘤，若血液滲入蜂窩組織，而然限局性腫脹，謂之血外滲——參見第十四章。

血腫常與淺部挫傷同時存在，其中貯之血液可凝固。或經長時間而不凝固，其凝固與否，可由有無波動而決定之，有時此種腫脹，可化膿，嚴重者尤可使其周圍組織發炎及化膿；唯此須與單純炎症性水腫區別之。根據下列數點，可認識之。

1. 脹腫進行。
2. 周圍水腫。
3. 患部紅熱。
4. 跳動性劇痛。
5. 全身發熱，有時發冷或寒戰及出汗。

(3) 挫傷部發現內含暗紅或棕色血清之大泡乃為其附近骨折之重要症狀，此種水泡常常甚大，須與灼傷之水泡區別，夫灼傷水泡之內容，為清澈血清，凝結甚速；此又須與壞疽性水泡分別，後者猶合併有其他組織壞死症狀（見第二十章）。

(4) 如受傷者為男子。其血液滲出，超過於此種損傷應出血之量時；則有血友病之可能。

骨之檢查：——

檢查骨時須小心與其身體之他側相當部份比較之。先用視診，而後觸診，有的病例則須度量之，檢查此等病人於可能時，須用愛克司光顯，良好之愛克司光，於此種診斷，甚有價值，骨質為之特

別臨末病徵爲變形，縱軸運動性，及局部疼痛與壓痛。

畸形——若二側有不同處，須決定損傷之前有無此種現象。通肢體不能完全對稱，故有長度之不同，除非有其他病徵，不認爲骨折或脫位，除遺傳性畸形，先天性損傷，或病後不對外，損傷所致之不對稱，僅影響及一部，例如量下肢發現其兩差四分之一吋時，但下腿等長，此乃股骨骨折之一症狀。比較二時，須將二肢置於相同之位置，正確量各骨點，捫診損傷之可覺察其外形之變化，及局部壓痛。骨部突然之形狀改變，僅折時見之。變形有時極明顯，一望而知，如鎖骨折是；有時則隱微，如肋骨折是，變形之性質亦有各種不同——有的骨變彎曲，有的壓入，斷端可略變位或離開甚大，此外分裂之骨片，亦可察其原來之位置。

檢查骨時，除注意以上各點外，尤須查出骨折片之方向，變之範圍及性質。如可能時尤須查出骨片之數目。檢查務須輕而心，避免不必要之痛苦，及造成軟部組織之損傷。

運動性——骨縱軸運動之檢查法，用一手堅持損傷之上部，定不動；一手持其下部，初用小力，漸漸增大，小心與上斷端動；如可運動或具顯著摩擦音，則同時須檢查該骨全部，有無運動或骨摩擦音，兩新骨折處，運動相摩擦，其性質頗特別，稱之爲擦音 (Crepitus)，此種粗糙感覺，於骨性關節炎或夏科氏病，可見之。如骨髓線骨折，因二骨折端爲軟骨，故其骨擦音柔軟，有麻痺或脊髓勞外，運動骨折端時，皆覺甚疼，故檢查時愈輕佳，一經查出骨異常運動或骨擦音，則不宜作多次之復查。骨折普通皆過敏，當手指沿骨檢查時，則有一點或一部甚敏感，此爲折之要徵，然此症狀亦可見于骨膜挫傷。

應用愛克司光，可診斷出甚多不能診斷之骨折病例；其價

者，不僅證明骨折，且可顯示骨折方向，碎骨片之數目，或嵌入及子彈等異物之存在。

以愛克司光檢查骨骼損傷時，應注意下列數點：

1. 利用愛克司光檢查骨骼，透視不可靠，唯在在照像圖上，方可詳細明瞭，且得一長久之紀錄。

2. 須行二不同方向之攝影，因骨之小隙裂，於一側顯影顯出，但其變位非藉二方向或立體攝影不為功。

3. 如有可疑時，應與對側非損傷部比較之。

4. 因愛克司光照相，為其陰影圖；顯時骨與底片間有相當距離，故變形與變位皆不免略有變化，吾人應用愛克司光診斷骨之損傷及疾病時，實須具相當經驗與專門之智識，方可奏效。骨之損傷有挫傷，骨折，及骨離分離等，骨折可能為一折裂骨折，不完全骨折，嵌入骨折及完全骨折等；此損傷又可分為單純複雜粉碎或多發諸骨折，骨離分離亦有單純及複雜之分。倘骨損傷處有局部劇痛及壓痛；而無骨變形，異常運動及骨擦音，則為骨膜挫傷或折入骨折之症狀。如無愛克司光之幫助，診斷頗屬不易，如許多認為骨挫傷或擦傷之病例，若用愛克司光檢查，皆知其為折裂骨折，疼點愈銳愈廣，則愈有挫傷之能，痛點愈緩經過時間愈長，愈有為折裂骨折之可能。小孩骨損傷後，可變成彎曲，其兩端距離變短，但無異常運動及骨擦音此乃不完全骨折或名曰屈曲骨折 Greenstick fracture 常見於鎖骨及前臂，但其他頰骨亦可見之，此種骨折常由於間接外力所致，須與佝僂病之彎曲及先天性梅毒畸形區別之，後二者乃慢性疾患漸漸發生，普通一般多為對稱性並有其他梅毒及佝僂病之症狀。然而佝僂病患者較健康小孩易於發生屈曲骨折，此不可不慎也，骨受外力，直接打擊後，其骨之輪廓及長度皆起變化；但骨折處并無異常運動及骨擦音；此為嵌入骨折。其與不完全骨折之區

別，乃爲病人之年紀及變形之不同，用愛克司光診斷嵌入股折，最爲確切。髌骨下端與股骨上端乃爲嵌入股折常見之部位。

骨縱軸有異常運動，爲完全骨折之證；此種骨折之其他症狀如外形變化（如骨折端變位），長度變化，骨片相碰時發生骨擦音，骨折處之局部疼痛的壓疼及腫脹等常可遇見。骨組織處富血管，骨折後出血頗多，數小時血清滲出；使軟部組織之腫脹，可成水泡。內含血清，患者常訴聽見骨折端之活動聲。

因普通之運動或普通不足以致骨折之外力而致骨折者，謂之自發性骨折，該骨必先有病理變化如骨瘤腫，骨質脆弱，骨萎縮及運動性共濟失調等。此種原因，亦須爲之發現。

若皮或粘膜之創口，與骨折端相通，則爲複雜或分開骨折。其他皆爲單純骨折或閉合骨折。

如異常運動甚大，骨擦音又甚明顯，則有粉碎骨折之可疑。倘骨折片在二塊以上，則更爲粉碎之證明，如一骨同時二處發生骨折，則稱爲雙骨折。粉碎片於複雜骨折時，易於觸診，但於單純骨折，尤其破片較深處時，每易忽略，若骨折片尖銳，則稱爲條碎骨折。在二十歲以下患者骨及骨髓幹處發生骨折，其骨擦音柔軟，較正常者爲微調，則爲骨髓分離，及少見之損傷也。在愛克司光上多數骨折線非嚴限於骨爲骨幹連接處，但見於骨幹之末端，此不可不留意焉！

關節之檢查——關節之檢查須有系統，且宜確定下列數點：

- (1) 有關節端有無變位，及其變位之程度。
- (2) 有無骨折進入關節腔內。
- (3) 有無韌帶撕傷。
- (4) 有無液體滲入關節內。

1. 細慎比較兩側之關節，檢查該關節之骨端是否仍在正常位

置，如變異時則為完全或不完全脫位，脫位之二主要症狀為骨關節端正常位置之消失異常位置之存在。學者診斷脫位時萬不能忘却此二症狀。更不應僅賴外形及長度等之變化而診斷之，因此類症狀雖皆緣於變位，其他情況亦可發生之，倘此類症狀不著明時，骨變位之簡接證明亦宜發現，而便診斷焉：例如肩關節盂空虛，肱骨頂位於喙突下而支持於肋骨上，則無疑為肩喙突下脫位，此種症狀較肩關節變平，臂軸變改及運動之限止等為有價值。

2. 檢查骨關節端骨折，亦如其他骨折檢查，應用佳良之愛克司光，可使外科醫生易於區別關節內骨折與關節附近之骨折。如不用愛克司光而有下列情形亦可診斷關節內骨折：

- a. 骨折之地位須轉須傷如髓骨折是。
- b. 關節面之一部證明已分離。
- c. 血液滲入關節內。

3. 檢查關節運動、宜注意；（1）運動範圍——運動受限制或有過度運動。（2）關節固定或突然游離。（3）運動時疼痛。當突然扭轉後，腫脹劇痛，運動受限止，檢查無骨折，脫位；亦無肌破裂或變位等症狀。此為關節損傷。擦傷之輕重不等，如關節有過度異常運動，如膝關節向側方運動，則為韌帶破裂之示證，如無不正常之運動，但動作時有急痛，此為韌帶受牽張及一部裂傷也。若僅有輕度運動，而未充分伸展韌帶時，即有利痛且具甚速之關節腔腫傷，此表示骨液囊受傷稱曰滑膜挫傷或裂傷。有數病例，尤其發生於膝關節者，初關節強直或固定，而於突然運動之後，甚為活動，運動時可覺其中有物或聽得之，此為關節內軟骨或髓之變位，或軟骨脫落，嵌於骨幹所致。

4. 損傷後血液滲入關節，滑液腔腫之腫大，普通乃由骨折端入關節內所致。如髓骨折是，尤其血友病患者，雖甚小之損傷，亦

可釀成之。須傷數小時或一日後，關節充液腫脹，此為外傷性滑膜炎之表示。而其原因則由於滑膜受任何損傷或刺激所致。尤以挫傷，擦傷，關節骨折，或關節附近骨折常見。

嚴重之扭轉，可使韌帶或髓與附麗之骨片或撕裂，此種損傷常見於膝關節，四頭肌自髌骨撕下，其頭連一小骨片，實際上此即為骨折或韌帶自胫骨撕裂而連一組織，若用愛克司光診斷，則較其他一切所用之方法為佳。

肌及髓 ——

肌之損傷有挫傷，勞損，及破裂等；髓之損傷有破裂及其附麗處撕離或變性等之分。

檢查損傷部位注意有無肌腫及大裂口。特別在該肌收縮有無裂口？髓與骨是否成正常關係？能否緊張？肌肉收縮時有無疼痛？

1. 當打擊勞損或過人之用力收縮後，肌有腫脹，壓痛強硬及無力之感，動用時劇痛此為肌挫傷或勞損也，如係打擊所致，則為挫傷；如係過度運所用致，勞則為損。後者常見於三角肌大胸肌二頭肌前臂屈伸肌大腿內收肌（騎馬勞損 Rider's Strain）大腿後部諸肌腓腸及伸脊柱諸肌等。

2. 如於肌突然猛力收縮後，發生疼痛，患者常訴該部曾受打擊，繼之乃起無力之感覺；檢查該肌有裂口血液滲出而腫脹等，此為肌破裂倘該肌動作時甚疼痛，則其裂口亦更明顯。

3. 設有似肌破裂之症狀而無裂口及腫大，肌髓亦不能緊張，並失其特有之運動，於肌上或有明顯之裂口，如跟腱破裂是；此吾人可診斷為髓破裂。

4. 肌肉收縮時，髓不能緊張；愛克司光檢查有一骨片脫落，乃為其髓將其附麗處之骨表面撕離。

5. 當突然扭轉後，劇痛且沿神經之範圍發痛，腫脹及瘀斑，肌收縮時更顯劇痛；檢查處已不在其正常位置，此乃為脫位，常見者一為踝關節之腓骨長肌腱經外踝而前；一為膝關節之四頭肌腱，使髌骨及膝滑向關節外側；一為肱二頭肌腱，使上臂固定於外囊姿勢，須待肩關節屈及旋轉時，方可整復。

血管之檢查——血管損傷症狀為立即抑該區發生之動脈或靜脈血循環障礙，或局部出血；故外科醫生可在損傷之遠心端捫脈，並與他側相當處比較之；另須注意肩部有無蒼白，冷，麻木，無力，及靜脈充血等。至於檢查局部血循環能力，其法乃輕壓該處使之退色，而視其恢復之快慢；更宜檢查腫脹之範圍及腫脹之程度；可能使時應用手指檢查主要血管有無脈搏消失或血管變硬等。

1. 損傷部遠側端之主要血管脈搏消失時，則為血管腔受阻礙，若在損傷部立即發生，且無局部大腫脹，此乃血管之挫傷或斷傷。因損傷及於血管內層中層，並有血栓形成致使閉鎖故也。有的病例可捫得閉鎖動脈之硬索及無脈搏，殊堪留意。

2. 如在損傷後經相當之時間，發生脈搏消失無嚴重局部腫脹，此為血管之續發性損害，而成栓塞，吾人可診斷為外傷性動脈炎及血栓形成。

3. 如動脈脈搏消失並局部相當腫脹，乃為主要動脈破裂及出血，因普通出血處無空腔形成，故腫脹處多無脈搏及振顫；如有脈搏及振顫，或有兩者中之一種時，則為限界性外傷性動脈瘤。其腫脹之大小與緊脹之程度，及其增大之快慢，與出血之多寡及速度有關；因滲出血之壓迫靜脈，可使其下部形成腫脹及水腫，甚致發生濕性壞疽頗堪注意！

4. 如骨折或脫位後，其遠側之脈搏消失，整復後脈搏恢復，此為動脈受壓。倘壓迫過久，可成外傷性動脈炎及血栓形。如成病

人在損傷便有灼痛，則或係該動脈帶之神經受刺激所致。

5. 損傷部於損傷後立即發生腫脹者、除尿外溢及氣腫外，多為出血所致。其形成之慢快，與出血之血管大小有別，如脈搏仍存在，則表示主要動脈並無損害，而其出血，可由於非主要動脈或靜脈破裂所致。

6. 損傷後不久，檢查靜脈如硬索，可診斷為挫傷後靜脈血栓形成。此種血栓形成，僅限於損傷之靜脈，而與蔓延性血栓性成不同。

7. 甚多病例難以診斷血管損傷之實際，局部腫脹，則為皮下出血。皮膚蒼白及變冷，則為動脈阻塞之示。水腫及青紫乃靜脈阻塞之症狀。此種局部血循環障礙，須與休克及失血性全身血循環障礙鑑別之。

神經檢查——神經可因皮下組織損傷而發生撕及壓迫等，繼則發炎或成癰腫。檢查時須詢問病歷，或可決定其損傷係直接打擊之挫傷；或過於伸展之撕傷；或骨變位，骨痲或血液，或其他液體滲出之壓迫等，如損傷係由於挫傷，挫傷，或骨變位，則症狀立即發生。然而滲出血液，膿腫，或骨痲之壓迫等則發生症狀較遲。倘有神經損傷之可能時，則外科醫生須仔細檢查各肌之功能，皮膚之感覺，並與健側相當部份詳細比較之。由檢查所得之實際感覺及運動痛專區域，可推知某神經受傷。

醫生必須試驗病人自動收縮之能力，以檢查肌肉，並小心試驗其對電刺激之反應，觀察有無萎縮之現象；如患者肌肉不能收縮，且對感應電流亦無反應，則為運動神經受損傷之證明。

至於感覺檢查，則須作細微之觀察，不宜僅以手指或針試之，至少須試三種感覺反應，因各種反應各有其經過及中樞，故應分別試之。

1. 粗感覺——針刺，冷熱及痛之感覺——可用尖針及盛熱與冷水試管子細試驗之，粗感覺神經之分佈甚廣，但若歸入脊髓神經後根，故一小部分感覺麻痺時，則為神經根有損傷，而大部份之粗感覺消失，則為後根有損傷。

2. 細感覺——細小觸覺及精微之溫度識別覺——試驗時可用一小束羊毛，棉花或甚軟駱駝毛，輕觸皮膚，精微感覺之消失，常相當於一肢神經之分佈區域，故精微之精微感覺麻痺區域即為損傷神經之分佈區域。如精微感覺消失之區域較粗感覺區域小，則為後根有損傷，蓋因精微感覺神經可經其隣近不受傷之神經根入其中故也。

3. 深感覺——肌感覺——此為辨別輕重及位置之感覺，乃非經過皮神經及脊髓後根，而係運動神經所傳導經同側脊髓向上傳導，如此種感覺與表淺感覺同側消失，乃為神經前根時根皆受傷之示意，一側之表淺感覺消失，同時他側相當部份之深感覺麻痺，則為脊髓之一側損傷，其損傷部即在深感覺消失之一側，倘在一界限分明之範圍內所有之感覺皆消失即所謂，形感覺消失，且有弛緩麻痺，但肌肉對電刺激反應不消失，則為官能性之疾患，即協識脫離性癱瘓，而非器官性疾病。

神經損傷後，應注意各種形式之營養改變，皮可變粗糙，有鱗癬蒼白及乾燥或溼潤，充血、滑澤及潮濕。并有起泡化膿或潰爛之趨勢，毛髮及指甲可被斷或脫落，指甲可起脊或成潰瘍性甲炎。肌及骨可起萎縮。關節尤其指及足趾關節可變僵直，肢體之發育停止，該部體溫亦較正常者低，當皮膚變粗糙，蒼白，及乾燥時，乃該部之神經完全斷離之表示，無神經刺激現象，若皮變薄，潮濕，充血，滑澤，有潰爛之趨勢，是為損傷神經之刺激症狀，如神經受骨癒或異物之壓迫是也。

〔24〕 外 科 診 斷 學

當有明顯之損害時，如骨折，脫位等，須立即認清有無重要之血管及神經受傷；此須十二分注意，切不可忽略為要。

第三章 創傷之診斷

觀察——新鮮創傷時，應該決定三件事：

- (1) 創傷之性質
- (2) 創傷之部位
- (3) 對於身體之影響——此項已詳述於第一章

創傷有一看即可診斷者，但不盡然，有非經詳細檢查而不易得正確診斷者。檢查不徹底，往往可鑿成大錯，如創傷處有神經或肌肉之斷離，有異物存在，或有氣性壞疽發生等，稍不注意，甚易忽略。

檢查創傷時，最重要者為明瞭受傷之情形，如究為銳器傷抑或鈍器傷？有無異物遺留在傷口內？有無傳染物或毒物滲入傷口內？其次則注意創傷之部位，何種器官可能受傷，關於創傷之大小，深淺及方向等亦宜從速決定之，用手指或深針探察創傷深度或有無異物時，須特別注意消毒，以免傳染；另不可造成新鮮之出血。遇傷口出血宜注意血量，血色以及出血情形，是射出或湧出？是一點出血或是全創面出血？傷口以下組織之脈搏及循環情形如何？傷口深而出血？傷口除出血外有無他種液體流出等均須注意及之，由局部之感覺如何，可知神經有無損傷。創傷處亦常可見已受傷之肌肉與肌腱等，必要時檢查其功能是否喪失，創傷處之異物有時可觸知或看見，不透光異物用愛克司光診斷時尤為明瞭。檢查創傷時對患部組織血循環，感覺及骨之情形亦須注意。遇槍傷時應特別注意患部肌肉之顏色與血管分佈情形，分泌液內是否含有小氣泡，最後則注意患者全身狀況如何？其對於創傷有無直接影響與外出血量如何？尤宜迅速決定之。

既如上檢查後，吾人即可明瞭所受者爲何種創傷及其損傷部位何在。

(1) 創傷之性質——所欲討論者僅指新鮮之創傷而言。

1. 若皮膚或他種組織受單純之切割，切傷緣整齊光滑，在切面可見各種被切組織，此謂之切傷。

2. 若創面不平，顏色暗黑，傷口周圍之皮膚顯青藍瘀斑，溫度較低且麻木，此爲挫傷。

3. 若創面很不整齊，有被撕裂之組織連於創口，此爲撕創。挫創常與撕創一起發生，此時可稱爲挫裂創，痛較烈，爲刺痛，有灼感。挫傷與撕創痛較輕，爲鈍痛有麻木感，切傷流血較多，挫傷與撕創出血較少。

4. 按傷形狀與面大小以區別之可分二類：其一類，片鱗之組織被分離，此稱爲皮瓣創。組織受切割或撕裂時常可造成此種創傷。另一類創傷口小而深此爲刺創。

5. 遇挫傷或皮瓣傷，首先宜決定此損傷之組織是否已無生機。有時所受之皮瓣傷甚爲嚴重，傷部之循環似已完全斷絕，組織亦多破壞，但吾人不應毅然將此受傷組織切除，宜靜待患者初期神經震盪消除，循環恢復正常後，再詳細觀察傷部組織之循環是否恢復，壓迫後顏色能否改變，是否仍冷，以及有無感覺等，以決定此組織是否真死。

6. 若創傷之局部或全身影響並非由嚴重之損傷或出血所致，此種傷多爲染毒創，中毒之症狀各異，如嗎啡中毒發生昏迷番木鱈素中毒發生強直性抽搐，此外如化膿，敗血病，丹毒或淋巴管炎惡水病或破傷風之抽搐，氣性壞疽，蔓延性壞疽及梅毒之全身影響或局部硬結等，皆由染毒所致。

(2) 損傷之部位——

1. 皮膚或粘膜之損傷診斷甚易，若損傷通過全皮層可見皮下脂肪織，若已達肌肉組織則深筋漢必先損傷，此時創口內可見深紅色之肌肉或白色發亮之肌腱。欲知肌腱是否全斷，可藉下列諸點以診斷之。

(a) 診斷時，患者不能使該腱之肌作其固有之運動。

(b) 不能緊張患肌。

(c) 腱斷後，肌肉收縮可形成顯明之腫脹。

(d) 有時在創口內可顯見斷腱之一端或二端，肌肉動作時可將斷腱之近側端拉向上。

肌肉失去功能時，欲鑑別其究因運動神經切斷所致，或肌腱中斷所致並不困難。因運動神經切斷時，其下所轄諸肌皆可失去作用，譬如腕部受傷，若尺側屈腕肌肌腱斷裂則僅此肌單獨失去作用；若此處之尺神經亦受傷，則此神經以下所轄手部諸肌皆可失去作用。

2. 若整個傷面皆滲出血，此為毛細管出血。

3. 傷面之一點或諸點迅速不斷流出暗紅色血液，此為靜脈出血，靜脈出血時創面不變蒼白，創口遠側端之脈搏亦無影響；在創口之近心端極壓時，靜脈出血量增加，重壓時，因動脈被壓故靜脈出血亦可停止。較大之靜脈，如股靜脈或頸靜脈等出血時，則亦可自創口噴湧而出，但係繼續而均勻地湧出與動脈出血之斷續噴出者不同。

4. 靜脈損傷後，若於患處聽得吸吮聲，或嘶嘶聲，同時血中起泡沫，此為空氣進入靜脈內之現象。頸部，腋部等近胸腔之大靜脈受傷時多發生之。因當吸氣時，靜脈內發生負壓力，致使空氣進入其內故也。空氣進入不論其量之多寡皆可能因栓塞而致暴死，或顯心臟衰竭之嚴重症狀如面色蒼白，呼吸困難，及脈搏速弱等。

5. 在傷口之某一點，很快而有力地噴射出鮮紅色血液，此為動脈出血。若病人已發紺，則流出之動脈血亦可為暗紅色，但仍隨心跳而噴射，藉此點可與靜脈出血鑑別。在下列諸情形下動脈出血可不顯其特性；

(a) 若動脈出血處，為創口之組織所蓋蔽，不能直接射出，此時可不顯其噴射之特性。

(b) 有時因梗阻或出血過多，脈搏之張力顯著降低，此時小動脈之出血亦可如靜脈出血，不隨心跳噴射。

其與靜脈出血不同之點，即在傷口之遠則端壓之並不能止血，且靜脈血顏色亦較暗，其與毛細血管出血不同之點，即動脈出血多來自創面內之一定點，而非整個創面滲出，頸動脈，股脈或腹動脈等大動脈出血時，常可聽得一清晰嘶嘶音，動脈出血有時可藉下列症狀以診斷其為某動脈受傷。

(a) 創部蒼白——如行張腿切斷術時，誤傷脛後動脈，結果足皮部可無血而顯蒼白。

(b) 脈搏消失——如在頸根部有動脈之損傷，但頸動脈與鎖骨下動脈及腋動脈與髂動脈之脈搏仍存，在此即表示頸動脈與鎖骨下動脈皆未受傷，同樣，若大腿部受創傷，但檢查此腿之腔動脈搏與健腿無異，則表示股動脈並未受傷，有時由創口之部位即可知某動脈受傷，但有時非找到此出血動脈及整理其四周之組織後，不易確定何動脈受傷。

6. 部分組織失去感覺及癱瘓，即可知神經有損傷，由癱瘓之部位可以確定為某神經受累，有時在創口內可見半斷或全斷之神經。

7. 創傷是否致骨折，可藉有無骨折症狀以診斷之。如骨端之可移動，有骨擦音及外表之畸形等是，且傷口內常可發現碎骨片。

若骨未完全折斷，僅有所謂骨創傷，此時即無完全骨折之諸症狀，但可藉肉眼之觀察。手或探針之探察及愛克司光之檢查等以診斷之。骨折後若軟部組織亦連帶有創傷，則不可忽視之，因可致複雜或嵌斷骨折也。此種診斷並不困難，即視有無骨折端突出於傷口，或在傷口內可見或觸有骨折處。有時雖創傷之地位與骨折處很相近，惟其僅為表淺皮膚創傷，此不可誤認為複雜骨折，在有所懷疑時，若見傷口長時間繼續流出鮮血，即可藉此診斷為複雜骨折，因骨乃一甚富血管之組織也。

8. 若傷口內流出染血或不染血之澄清粘液，為滑液腔破裂之證。若創部適在粘液囊或滑液鞘，若創部適在關節上，流出液量是較多，此係關節創傷，於較大之創口內則不難診斷關節有無損傷，因或可見關節面關節軟骨碎片等暴露於創口內也。若在近關節部份受小刺傷或切傷，則診斷發生困難，如有猶豫時必須視作關節創傷而處理之。若關節腔因滲症而腫脹此時亦可藉以診斷為關節創傷。同處若粘液囊腫大亦可知有創傷及此。可以區別究為粘液囊創傷或為關節創傷。有懷疑時須擴大傷口而詳細檢查之。

9. 漿液腔創傷則僅藉其內臟或光滑發亮漿液膜之暴露以診斷之。積液之漿液腔破裂時、須判定流出之量，有所懷疑時，可小心擴大傷口，詳細檢查以求得正確之診斷。頭部漿液腔受傷時，可見有腦脊髓液不斷流出，壓迫頸部脈則流出加快，胸膜受傷而不損傷及肺葉者有之，但頗少見，除顯有肺萎陷或肺脫出等症外不易診斷之。胸腔受傷後，在每一呼吸時，往往可聽得有空氣進出於創口之聲音，腹壁受傷時網膜常先脫出，此時必須與皮或腹膜下脂肪之脫出區別之，網膜之外表呈特殊之顆粒狀，下界限清晰，此二點可資區別，網膜脫出者有時可縮回，有時則不能還納且彼較窄而顯清紺色，其次小腸亦常脫出。陰囊受傷時；光滑發亮之睪丸亦可脫出。

10. 內臟創傷之診斷述於局部損傷各章中。

11. 管或腺創傷依創傷之部位，及其流出之特殊分泌物（如涎液，乳汁，胆汁或尿等）以診斷之。

(3) 創傷之後果——創傷之痊癒，及由受傷活組織之滲出液繼化而成，因傷之種類各異，故痊癒之經過亦不同，若創緣及創面相對整齊，慢慢長合而成一瘻痕，此稱為第一期癒合，若創面離開，其上蓋有一層發亮之淋巴液，後肉芽組織漸自基底長起以至與皮膚齊平，上皮細胞亦由亮緣之皮膚長出蓋於肉芽組織，而使痊癒，此稱為第二期癒合，有時創口之痊癒合上二種形式而成，即肉芽組織長平後，創口對合而長癒，此可稱之為第三期癒合，有時創傷腔內積滿血液，血凝成塊而後機化長成瘻痕，換言之即創傷之癒合，不經肉芽組織之生長，此種癒合稱為血塊着機化癒合，其在此過程中無紅，腫，痛，熱等發炎症狀創傷癒合經過中，常可因出血壞疽，傳染，滲液聚積，局部刺激，重症身體虛弱及常運動創口等而影響創傷之癒合，創傷癒合後，患部之功能有時不能恢復如常，所生之瘻痕亦或可致異常之變化。

判斷創傷之後果時應注意致點：第一，此創傷將由何種方法癒合？第二，在癒合過程中有無障礙？第三，缺乏任何癒合條件否？創傷所致之全身影響，已述於第一章。現在僅述其局部情形。

1. 若二創面相對而粘，此乃為第一期癒合。

2. 若創口不直接相粘，創面間有一層半透明發亮的滲出液，其下有許多小圓錐形肉芽長出，此種癒合稱為肉芽性癒合，或稱第二期癒合。若創緣之肉芽組織很均勻，顏色初加深，而後常藍，此為將生長上皮之徵，繼藍色變現後不久，皮緣發生一圈白線，此白線漸向中心伸長，最後整個創面皆蓋以上皮而痊癒，挫創和撕創所致之組織碎片往往不能重行長合，成大小不一之灰色或黃色塊，險溢

液而脫離排出，在自行癒合之先，此種潔淨創口之法，乃由漿液或腺性分泌物之排洩而完成之。

3. 若相對之肉芽而直接相粘聯而其間之空隙由肉芽生長而填充之，此乃為第三期癒合。肉穿性創傷之病變與潰瘍有關，於第十八章中討論之。

4. 若創口內全部或局部填以凝塊，此血塊並不融化，數日後漸成膿化而形成癩痕，此種癒合稱謂血塊膿化癒合，僅見於四周組織不甚緊之無菌傷口內。小創傷常造成痂下癒合。

5. 若受傷後多日創口並不長合，且亦無甚變化，僅成有少量暗血自傷口滲出，然受傷組織之原有性質並未改變，傷面亦不連，稱為遲延癒合，常見於身體極度衰弱或患糖尿病者，患糖尿病時，不僅創口難於癒合，有時更可將長好者破壞，在此種情形下，甚易感染丹毒，膿毒血病及其他重篤全身疾患。

深創傷之皮膚緣往往長合甚緩，患部皮膚血營養有障礙時，尤為常見，創部常常有運動，亦可使創口遲癒合。

局部障害之影響創傷癒合者有下列數種：

出 血	}	外出血	創傷傳染
		隱匿性出血	壞 疽
		不完全引流	異物之存在

外出血創傷後四十八小時以內之出血，稱為中間性出血或反應性出血，乃由於初次止血未完善之故，受傷四十八小時以後之出血稱為繼發性出血，僅見於傳染創傷內。受傷後數日忽由創口之深部，慢慢流出少許鮮血，此多為廣大繼發性動脈出血之預兆，切不可輕忽之。在繼發性出血前，體溫常常升高。繼發性靜脈出血多見於身體虛弱者之擴大創口中，其出血性質為實質性或毛細血管口者往往可持續發生。血友病患者之出血量多而反復，恆久不能制止之。

創部發生腫脹乃因有隱匿性出血或積有漿液或發炎所致。檢查時要注意腫脹之硬度，界限，有無水腫，瘀斑，觸痛，以及疼痛之性質與其對於身體之影響等，若腫脹發生早，而不繼續增大，表面無紅腫亦無觸痛此多為隱匿性出血所致。若腫脹有明顯之波動則可知其中之血未凝並混有血清，此種腫脹不甚緊張而溫度略高。若腫脹緊張有彈性，此多為血凝塊所致，觸之亦可有波動之感覺。若腫脹不甚明顯，堅實，其上之皮膚或更顯於斑，此為血滲入皮下組織內之象徵，常見於眼瞼陰囊及唇等處，創部之液性腫脹而無發炎症狀者，多為漿液積積所致，若腫脹繼續增大，界限不明顯，有觸痛，其上之皮膚微紅及水腫，有持久性疼痛，體溫與脈搏皆略升，此為發炎之症狀，將來更可化膿。腫脹早期較為堅實，後漸變軟，可現膿頭，發炎部位愈滿，則波動亦愈早顯，腫脹部四周常較硬必要時宜採取創部之分泌液，行細菌檢查以確定受何種細菌傳染。

若創部之骨亦受累而腫脹，骨衣與骨分離，骨面裸露而乾燥，此為急性骨髓炎，行截斷術後骨端髓腔內有時可突出一絨絨覆塊狀組織，探針探之可直刺入，或流出少許膿液，此時患者有廣大化膿與高熱。創傷發性壞疽詳見於第二十章，發生丹毒氣性壞疽敗血病及膿毒血病等詳見於第一章。

不全修復——傷口遲延或不全癒合常見於下列諸情況下：有局部刺激存在如遺留子彈，布片，縫線或腐骨等，有結核病，放線菌病及疔腫等，皮膚發生內瘻，創口不時有分泌液流出如涎液，小便，大便或粘液等。引流不完全，常動未長合之創部，創面有不潔物或詐病者，故意使用局部刺激以損壞創口等，其他如血循環不良（如發生 Raynaud 氏病），營養神經之喪失，受愛克司光線或雷之灼及傷患糖尿病等，皆為使創口遲延長合之原因。

創傷雖可治癒，但患部之功能不一定能恢復，若創部以下之組

觸覺冷軟弱，輕度麻木，動脈搏消失或軟弱，此表示動脈幹已梗阻，而側枝循環亦不敷應用，若患部以下之部分顯水腫，或在動作時顯腫脹，此為靜脈或淋巴，循環受障礙或二者俱受障礙之表示。

若創部以下組織（部分）失去知覺，肌肉麻痺，消瘦，或遇電刺激之亦起反應，此表示神經已中斷，或其功能已喪失，遇此種肌肉不能運動情形，須與肌或肌腱中斷所致可區別。瘰癧部位，麻痺之界限，以及電反應與感覺之程度，皆可作診斷之助。若患部之皮膚組織（表皮）乾燥，有鱗屑，此表示神經已全斷，若皮膚光滑發亮，無毛髮，顯青紅色斑，或有疱疹，有灼痛，肌肉萎縮，此表示神經之部分斷離。

創部若位於肢端主要神經或血管之周圍，即時或數天後在創傷之遠則部可發生強烈之灼痛感，壓迫時，改變溫度時或感情衝動時，皆可增加其痛若，溫敷則較舒適此為灼性神經痛，臂部受傷時，痛在掌部，可分散到正中神經所分佈之處。下肢受傷時，痛在足部，疼痛部但之皮膚有時發生營養性變化。

若患者不能自行運動患部肢體，但被動運動並無妨礙感覺與覺電反應等亦未喪失，此為肌或肌腱斷離之表示。

傷癒後若關節變強直，此由於關節面發生粘連，或囊與受傷之部分發生粘連所致，強硬程度愈大則彼可能或為真性側節強硬。手部足部之肌腱，常管理數關節之運動，若此囊在近側一關節處，發生粘連，即不能再去運動遠側之關節，雖然此關節，本身並無弱任何病變。關節運動度不正常，多由於韌帶損傷未能長復所致。

瘰癧之疾患——瘰癧組織常可發生粘連或有過緊縮或軟弱，如易破裂難長合等，其嚴重之疾患為：

神經痛
瘰癧痛

上 皮 癌

癩痕有持續性疼痛及觸痛，乃為神經痛之病徵。此種神經痛分為三種形式：一種乃因神經之感覺潛纖維受癩痕壓迫所致，若壓迫當為混合之神經纖維，則除有神經痛外，更可有肌肉麻痺。第二種在癩痕組織一點或數點上有劇烈之壓痛，此因發生神經瘤之故也。摸神經斷端處可覺有結節狀或球狀之腫大，故診斷不難。第三種初痛僅在神經斷端處，以後可漸影響及神經枝或神經幹所分佈之區域，痛為持續性。在運動，碰擊或溫度改變時，可顯劇烈之陣痛，有時更可致孱弱及痛性肌肉攣縮，此乃因發生萎延性神經炎之故也，初發上於受傷部之神經，後可伸展及神經中樞，若癩痕組織漸變大，增厚，隆起，但仍光滑，密實，顯桃紅色，此為癩痕癌。癩痕癌常在創傷痊癒直後發生，然在癩痕形成後之任何時間亦皆可發生之，長大至某一程度時可停止進行，或隨即消失，與上皮癌不同點，即癩痕癌很光滑，堅實，生長較慢，不形成潰瘍，且常可自行縮小或消失。

若癩痕組織漸顯結節狀或疣樣增殖，更形或潰瘍，流出污濁漿液性分泌物此示已成爲上皮癌，由經過情形與四周淋巴腺之腫脹可以正確診斷之。

侵蝕性潰瘍，癌腫或肉瘤等惡性瘤腫，行手術割治後，其所成之癩痕常可重顯惡性生長，其性質與手術前其相同與否並不一定。

第四章 頭部損傷之診斷

DIAGNOSIS OF INJURIS OF THE HEAD

頭部損傷有其特別之重要性，因在損傷之後，或經相當時間之後，可能發生最重之腦損害也。頭皮之損傷與顱骨骨折皆有其特點在，同時亦應注意觀察，有無合併之顱內損害發生。

檢查之次序，首先搜查頭皮及骨膜之損傷，次查骨折，最後研究顱腔內容之損傷，此三部分之任何一種損傷均可由二種原因致成：（1）原發性——直接由于損傷而發生，（2）繼發性——間接由于損傷所致。發生於損傷之數日或數月後。

I, 頭 皮

原發疾患——頭皮可受創傷或挫傷，傷後應注意創傷之深度，傷口是否裂開，或成一瓣狀，以及顱骨膜或顱骨是否暴露。更應檢查出血量，出血點之部位，組織損傷之情形，以及創口內有無頭髮，泥土，骨折碎片，或柔軟之灰色腦質等。若創口邊緣裂開，則創傷一定經過顱頂肌，甚至累及『危險區』；若創口未裂開，頭皮未必全部受傷，但此種傷亦不應忽略顱骨之損傷也，因顱骨之構造圓滑形凸，故顱頂任何部份受挫傷，其結果并不十分明顯；鈍物打擊常致成切割傷，有時亦可使頭皮大部份或全部撕去。

在打擊或壓擠後數小時，常在顱頂部形成血腫（頭顱血腫），或腦脊髓液腫（外傷性腦膜膨出），二者之鑑別，應檢查頭皮之顏色，測驗腫脹之波動，小心接觸其邊緣之硬度，若察知腫脹為半透明者，當啼哭或咳嗽時顯跳動或變緊張，則為外傷性腦膜膨出，若其波動限於局部，或因血液之凝結使腫脹之邊緣變硬，或頭皮變

色，或腫脹為黑暗色，及不受啼哭或用力之影響，此為血腫。

頭顱血腫分頭皮內，臙膜下，與骨膜下三種。三者之鑑別，須注意腫脹之界限，及與顱骨之關係，與臙膜之附麗，在頭皮移動時腫大是否隨頭皮，或在其下運動。

1. 腫脹堅硬，且較平坦，能隨頭皮移動，此為頭皮內血腫。

2. 若腫脹柔軟，具有波動性，捻揉時覺有輕微爆發音，與顱骨無顯著移動性，此為限界性臙膜下血腫。

3. 若腫為柔軟，有波動，在頭皮下及照如皆與骨衣分離，此為瀟滑性臙膜下血腫。

4. 若腫脹固定於頭骨上，但頭皮有移動性，其界限限定於顱骨之一部，此為骨膜下血腫。此種血腫常在初生兒之頂骨上發現，乃因臨盆時由母體骨盤壓傷，或產鉗損傷所致，當腫脹之界限堅硬——滲出液或血液凝結及淋巴液變化——而其中央仍保持柔軟狀態，常誤認為凹陷骨折，鑑別時應注意腫脹之堅硬邊緣，為可壓縮的，或腫脹之外，尚有一鋸齒邊緣，或其邊緣凸出骨面。但凹陷骨折之邊緣，並不凸出骨面，且不能壓縮，其中之骨常低於正常骨面。血腫與凹陷骨折均可在頭骨上發生，骨折可用X光診斷，如血腫骨折合併發生，則診斷比較困難。

5. 搏動性腫脹，當蔽動脈，枕動脈或眶上動脈分別被壓迫之，在所有此等動脈均被壓迫時，雖咳嗽或用力時，均無顯著跳動，此種腫脹為大血管破裂後，血液積蓄而成之搏動性血腫，或稱瀟漫外傷性動脈瘤。若腫脹與骨有移動性，診斷更易確定。

頭顱血腫常能吸收，但有時墜時很久，仍有液體存留成一波動性腫脹，比種腫脹，欲與其同樣腫脹區別，必須參考以前病歷，有時此種腫脹發炎而至化膿，若腫脹由病歷或其性質上看，係為血腫，而變成緊張，發熱，疼痛，觸痛，腫脹之周圍有水腫現象，

溫亦略高，則可診斷為化膿性血腫。

診斷頭部損傷之後果時，應注意癰疽之認識，他如病歷之詢問，及部位之確定等亦屬重要，Pott 氏認為一柔軟有虛腫之腫脹，為硬膜外膿腫之發有價值之象徵，但亦可見於斷骨挫傷時繼發之壞死。

頭皮創傷之繼發合併症為：——

1. 化膿。
2. 腐爛。
3. 治療期延長。
4. 皮膚丹毒。
5. 蜂窩織炎。

檢查創傷應注意創口邊緣是否連合。及該瓣深面與顫骨粘連否，且須注意有無腫脹，腫脹之範圍及其內容，皮膚之顏色，附近淋巴腺之情形，以及有無發熱，與全身症狀。

1. 若頭皮成瓣狀分離，創口之邊緣時有膿液如係化膿，膿液易在頭皮下積聚。壓之膿液甚易流出。有時亦可積著於局部，形成波動性腫脹，此為膿腫。

2. 嚴重挫傷之結果，常使一塊頭皮完全腐爛。限局性腐爛多為發炎之結果，尤常見於受挫傷或撕裂之組織。

3. 創傷化膿，創口邊緣分離，致使治療期延長。

4. 若頭皮之皮膚微腫，有觸痛，其腫脹向創口外圍延展，且有界限分明之邊緣，此為丹毒。丹毒所具之鮮紅色特徵，在頭皮可不見，但若蔓延於額部或頸部，則紅色甚顯明，額部者，更可致眼臉水腫。附近淋巴腺，如耳前，乳突或枕部淋巴腺皆腫大，且有觸痛，全身症狀很顯著——如發熱，頭痛，惡心，嘔吐或突然發生暈厥。

5. 若頭皮腫脹甚烈，且顯潮潤，顏色灰白，或污染者。此爲蜂窩織炎。有時耳，眼，臉頸上部皆發生水腫，淋巴腺腫大，且有觸痛，全身症狀很嚴重，——高溫，脈搏快而弱，頭痛，或譫妄等。

創傷之分泌液，應用細菌學檢查法檢查之，在丹毒蜂窩織炎之分泌物內，可找到鏈球菌，有時或有其他細菌同時存在。

II, 顛 頂

顛骨之嚴重損傷，可不發生明顯症狀，顛頂骨折欲得詳細診斷，須顯X光及其他徵象，如骨折之變形，與腦內容溢出，以手指輕輕按觸顛頂，同時注意表面之平整，尤應對凹陷，腫脹，與頭骨之尖銳邊緣，嚴加注意，若發現一腫脹，應檢查其波動，透明度，與搏動。若爲一頭皮創傷，應檢查有無骨折片，與腦質，然後再以手指或探針詳細探觸骨面；若摸到有一凹陷，須注意其寬度，深度；裂隙之方向，以及貼連碎骨等。翻轉創口之邊緣，有時可發現骨折，骨折邊緣不整齊，呈暗紅色。

顛骨損傷之原發疾患：——

挫傷，

不全骨折。

骨折。

1. 顛骨挫傷並無顯著徵象，僅於骨壞死或發炎時方引起吾人之注意。故在所有顛骨嚴重損害後，如未發生骨折，皆可推想爲挫傷。

2. 若於初生嬰兒或小兒頭骨之仍軟者，發現一淺而光滑，邊緣整齊之凹陷，可診斷爲凹陷或壓痕，或不完全骨折。此種無骨折發生之凹陷，僅見於極幼小兒，若遇到此種病狀，切勿認爲囟門未閉，或誤認爲顛骨軟化症。後二者之凹陷並非永久者，僅於手指壓

待方顯凹陷。

3. 骨折(甲)若顱頂突然發生一凹陷，有尖銳或不整齊之邊緣，表面亦不平滑，可隔頂皮觸知其尖銳邊緣並不瀝出骨面，且不可壓縮，此為顱頂骨之單純凹陷骨折(乙)單純折裂骨折，常能用手指摸出骨之尖銳，不規則邊緣，適位於骨縫間線，此為骨縫分離。在某種情況下，沿骨折線可測出骨之移動與骨擦音。此種單純骨折，常為頭皮內或頭皮下血腫所隱蔽，而不易察見，故更應分清骨折與正常骨縫，因正常骨縫線稍凸出於骨面，表面平滑，但亦不像先天梅毒樣之隆音，其區別點即(1)高出骨面。(2)不能壓縮。(3)邊緣平滑整齊。若無骨折變位，則甚難鑑別單純折裂骨折與正常骨縫，此時僅可用X光照像解決之。(丙)若顱頂損傷後，於受傷處發出一透明。有波動之腫脹，此為腦脊液積於頭皮下而成，見於顱頂骨折合併硬腦膜與蛛膜撕裂時。此種腫脹除小兒外不常見，可在損傷後立即發生，或數日才發生，腫脹可不變大，或漸增大，頭皮無發炎現象腫脹邊緣亦不硬，腫脹有搏動可見，當小兒啼哭時漸變緊張，此為外傷性腦膜膨出，頭皮創傷至骨者，可推想發生骨折，若於創傷基底發現一條紅色不規則線痕，同時骨衣撕破，流血，或溢血尤當略加壓力時，沿此線可觸到輕微運動，且用探針可插入此線內並能探出骨之尖銳邊緣，此為顱頂骨複雜折裂骨折，此種裂紋勿錯認為普通骨縫，後者並無出血線之存在，亦勿以撕破骨膜或顱筋膜之邊緣誤認為骨之邊緣，由於其平滑情形，對於壓力之少抵抗，及用探針觸探時發生之特別聲音等，皆可知為緻密纖維筋膜之邊緣，若此種裂紋恰發生在顱骨縫上，則可稱為骨縫分離。

由創傷之探觸，可區別複雜性凹陷，粉碎，穿刺，高起，液狀，或溝狀骨折。若骨折裂，且略且凹陷，此可為單純顱骨外板骨

折。同樣症狀亦可為單純內板骨折，遇此種情形，須用佳良之X光診斷。當骨之外板損傷，有凹陷與碎骨片發生，同時吾人亦應猜測其內板亦受重大損傷，在穿刺性骨折幾皆有發生此種現象之可能，若一裂紋能容探針插入，且可將探針向側方探入，而於其下方仍可探到骨之存在，此為內外板分離與內板凹陷。

若頭皮創傷久未見愈，且相反的，軟部組織離開骨面；創面乾燥，裸露，呈蒼白色，此為壞死，若死骨未分離，或除去則頗難斷定壞死至何深度，骨壞死可在挫傷後因受細菌傳染致成，而頭皮並不顯創口，所發生之虛腫脹，在切開後顯出乾燥蒼白骨面可證明之。

III, 顱 底

顱底骨折之徵象為出血，骨內容流出，與腦神經受傷，出血之多寡常視受傷血管或血竇之大小而定，其特徵為瘡象之發現處常距受傷處有相當距離，從創口之深部有血液流出，在若干者常有血流不休；血可由耳眼鼻，或咽流出，若患者仰臥，則咽出血常嚥下，於嘔出血塊時方才發現，有時血咽滲至眼眶，漸至結膜下，最後眼臉亦有血液積蓄，若骨折線經過眶弓，則上眼臉立刻發生血腫，顱底骨折，血液進入枕骨以下之疏松組織，數日後，耳後下之表面才發現血腫。

蜘蛛膜撕傷，腦脊髓液可從耳或鼻流出。恆持續數日。當顱內壓力增加時：如咳嗽，用力，或壓迫頸靜脈皆可使腦脊髓液流出量增加，但吾人不應任作此種試驗，因顱內壓增加時對腦本身有損傷也，脊髓液清而透明，比重約1002，呈弱鹼性反應，含有極少量蛋白，若洗至澄部而嚥下常不自覺，在嚴重顱底骨折時，一部份腦質可被壓，流出鼻，咽，耳，之外。

腦神經損傷時，顯示運動性或感覺性麻痺症狀。

顱骨底骨折有完全明顯症狀或徵象者，而使用 X 光診斷，除非專家，每可發生錯誤。但有以下諸臨床情形：

1. 頭部或面上部損傷後，眼結合膜下常有積血，此積血或可散至眼瞼，（常先至下眼瞼後至上眼瞼），此乃示眶頂骨折。單純挫傷或顱骨上額骨骨折，亦可致眼瞼血腫，或稱眼瘀斑，然無結合膜下積血。遇眶頂及眶弓骨折者，緣眶內壁之骨膜並未撕破，則血液不能滲入結合膜下，僅能進入眼，而形成眼瞼血腫，遇此種情形須用 X 光之助，以作診斷。

2. 若於頭部或鼻部損傷後，發生鼻衄，數小時不止，甚至一日不止者，尤以繼出血之後，又有腦脊髓液溢出，或永久嗅覺喪失，則為篩板骨折或額竇骨折。

3. 若於顱頂中帶損傷後，或墜處落下時，脚或臀先着地，發生耳流血，數小時不止，而血乃出鼓膜流出，此為顱中凹骨折。合併中耳受傷。如見大量腦脊髓液從耳流出，更可判斷為骨折。且示蜘蛛膜亦被撕破，面神經麻痺與單耳聾，亦有助診斷，然耳道短時出血，可為外耳道損傷或鼓膜破所致。

4. 若病者自知頭部受傷，且於受傷後不久吐出暗黑色血，此多見於顱底骨折時，血順流至咽，隨吞嚥下之故也，但唇，口腔，舌亦須詳細檢查，以證明此等部份并無出血，若同時鼻部流血，或在損傷後即發生此現象，或病人自覺有血液嚥下，或在病人知覺喪失後，時時可看到吞嚥動作。再者用視診或觸診亦可見口腔後部有血溢出。凡此皆可輔助吾人診斷為顱底骨折，無其他證據，則無從診斷顱底某凹受傷，因血液從鼻部耳部，或咽頂裂縫皆可至咽部也。

5. 當顱後部受傷後，或墜落時兩足或臀部先着地後，在顱乳

突周圍或在頸部一側或在枕下部發生一處腫脹，數小時漸漸增大，或在此等部位受挫傷後一日或二日發生腫脹，此乃顱後骨折。若腫脹不在受傷部份發生，則診斷更可確定。

VI, 顱 內 容

顱內容損傷之結果：

(1) 腦震盪；為突然發生之一種臨床情形，與暫時失却知覺之重症神經震盪不易鑑別。

(2) 腦挫傷；可為局部性，或普遍性其嚴重性因損傷不同而各異。

(3) 腦壓迫，即於一種情形之下，如發生蔓延性水腫或因顱內出血致使其發生『空間佔據損害』之徵象。

1. 若於頭部損傷或全身受震盪後，病人立刻發生知覺喪失，(肌肉弛放摔倒)與顏面蒼白，蘇醒時又有惡心或急性嘔吐，頭痛，與不復記憶受傷前刹那之事件，此為腦震盪。

2. 若知覺喪失歷數分鐘之久，此為普遍性腦挫傷。若早期檢查，可見病人週身肌肉弛放，反射減低，呼吸與脈搏并無甚特殊，恢復時漸見較高中樞再顯其活動力，於恢復之第一期有腦刺激症狀，此時病人開始對刺激再生反應，有時嘔吐，口中開始喃喃作語，或翻不安，此期可歷數日或數週。依其興奮狀態，或倦睡情形，可知其為『創傷性譫妄』，『或創傷性昏睡』。

3. 若頭部受傷後，初時甚清醒，數小時後，又呈現深度知覺消失狀態，呼吸有鼻鼾聲，脈搏滿而慢，此為腦壓迫，若兩側瞳孔等大，兩側肢體同時麻痺，此大多為蔓延性水腫致成之普遍性腦壓迫。然於知覺恢復時，仔細檢查，可見一側瞳孔對光無反射，且擴大，對側肢體肌肉麻痺，此種腦壓迫為局部出血所致，如X光照像

上見腦頂骨折線穿過腦膜中動脈之經路，而無上述折骨情形則可知此血塊，一定從腦膜中動脈破裂出血而凝固形成。

腦壓迫症狀之發生常在數日以後者，乃因反應性出血而致，亦有數週或數月後才顯症狀者，蓋因初起之小血腫，漸有血液或血清積貯，直至其積量足以發生症狀時，才發生腦壓迫症狀。

4. 有些病例很難診斷究為釀中毒引起之結果抑或因嚴重腦損傷所致，嗜酒者頭部受傷應使其靜臥數小時直至酒精排盡為止。釀中毒之徵象為呼氣中有特別氣味，顏面赤紅，呼吸加深，但無鼻鼾聲；瞳孔縮小，於醉酒清醒後可見瞳孔漸漸放大，患者時有不連貫之謔妄，喜與人口角，有時震顫，或步行不穩，但無麻痺情形，膀胱內充滿尿液，由於以上象徵，可診斷為釀中毒。然詳盡病歷對於診斷更較有用耳。

5. 在某種情形之下，欲定知覺喪失，與麻痺，究因卒中摔倒所致，或因頭部受嚴重外傷所引起，頗為困難，蓋因腦中血凝塊所生之症狀不論其由於血管自發性破裂，或因打擊後破裂，其結果常一樣，故在所有情形下，必須注意患者之年齡，與一切附屬條件，更應檢查患者之心臟與小便，如有心臟雜音，或大動脈瘤或蛋白尿則更可確定中風之診斷。對於頭皮有無創傷或挫傷，亦須詳細檢查，更應注意有無木凹陷或鼻耳、咽出血等情形。若知覺喪失與運動麻痺之部位不一致，則對於鑑別診斷，更有幫助，因在外傷情形下，感覺喪失之範圍總較運動麻痺次範圍為大，而在特發性卒中時，可有完全之偏癱，但感覺之喪失則為暫時的。

6. 糖尿病性昏迷雖為少見之疾患，亦應與外傷性知覺喪失鑑別，若血壓降低，尿中含糖，呼氣中有積澱味，有深度昏迷現象而無麻痺症狀，顏面赤紅，呼吸快而深，脈搏弱而速，此可確定為糖尿病性昏迷。

7. 血糖過低，亦可發生知覺喪失，如胰島素用量過多，或為罕見之胰臟腺腫等，此皆可使血糖突然減少，儘量紮之後，即有昏迷，痙攣，與脈搏加速等症狀，由此知病人之曾用胰島素，於注射葡萄糖後，能使病人恢復常態等，以助此病之診斷。

顱內損傷之續發合併症。

其合併症如下；——

1. 慢性硬腦膜下血腫。
2. 傳染。
3. 外傷後癲癇。
4. 大腦疝。
5. 外傷性精神衰弱。

1. 前曾提及腦壓迫徵象之發生，多距損傷有相當期間，此因其症狀之發生僅於慢性硬腦膜下血腫積至相當量後始見也。

2. 顱骨傳染所生之顱內疾患，常有一定傳染途徑，或為損傷後，傳染，或為乳突尖囊炎之合併症，或為血行性骨髓炎，許多疾患多與中耳疾患有關，其診斷方法見第二十三章。

3. Jacksonian 氏抽搐，或普通型者，於頸部損傷後，因腦受挫傷而發生，此稱為外傷後癲癇。頭顱損傷部位之確定，對於此種併發症之診斷，甚為有助。

4. 顱骨複雜骨折，致硬腦膜撕裂，或行顱骨環鋸術後，或顱頂窩骨取出後；於骨之裂開處，常見一灰斑，及暗紅色之柔軟腫脹突出，其大有如環狀，稍探觸即易出血，但無過敏感。於啼哭，咳嗽，或用力使顱壓增加時，常發見腫脹隨之增大，亦可觸到與顱內動脈一致之搏動，此為大腦疝。(Hernia cerebri) 若顯微鏡檢驗證明為腦組織，診斷更可確定。在腫脹發生以前之損傷病歷，對於診斷頗有價值，藉此可與惡生搏動性瘤腫鑑別。

若大腦疝甚小，生長慢，此多因其下面有一小膿腫致之，若甚大，且生長快，此大多因慢性軟腦膜炎所致。

5. 常見之合併症厥為外傷性精神衰弱，該病之特徵為頭痛，無能力工作，暈眩，震顫，缺乏情感之管制，顏面赤紅，脈搏加速，出汗，膝反射加強，體重減輕，重症者常發生精神紊亂，甚至發呆輕症者常猜疑為醇中毒之結果。

第五章 脊柱損傷之診斷

DIAGNOSIS OF INJURIES OF THE SPINE

脊柱損傷嚴重之結果，即為脊髓及脊髓神經之損傷，距損傷部有相當距離而發生麻痺，乃為此種受傷次重要之症狀，醫生必須先明察其損傷部位及其下方之麻痺區域；否則常可發生錯誤。若無是等損傷情形，則須更進一步檢查其椎骨韌帶肌肉有無變化。

1. 脊髓及脊髓神經之損傷。

此種損傷所致之症狀，即為麻痺及刺激現象，其所宜注意者有二：（1）麻痺之範圍（2）初發生之時間及情形。就第一點即可定其損傷之部位，第二點則可推知其損傷之性質及原因。將麻痺區域劃出，並詳細試驗其對於痛，觸，冷熱之感覺如何、對於其自主運動能力亦須加以檢查，感覺過敏區，肌痙攣，強直，疼痛，及各種淺反射深反射，臟器反射等均須詳加試驗。

（1）感覺消失，或運動麻痺，與某一神經分佈區域相合，乃示此神經受損傷，在數神經發生損傷，如馬尾發生損傷時，其麻痺不限於一神經之分佈區。

（2）在某一定平面下發生麻痺，乃示脊髓之損傷在比平面相當處。

（3）若為完全之麻痺，且伴有完全之知覺消失，如對觸，痛，冷，熱等均無感覺，及麻痺區之各種反射完全消失時，乃表示脊髓發生完全之橫截損傷。

（4）若有完全麻痺及反射消失，但其知覺並不完全消失，則概非完全之橫截傷。有肌肉運動及反射運動，不論其過強或過弱，此即表示為完全損傷之證。

(5) 在損傷後很快即恢復其反射動作，即示為脊髓發生暫時之休克或震盪 (Concussio)

(6) 在損傷後隨即發生麻痺現象，乃示脊髓被壓挫傷，或因骨片，異物或出血而壓迫脊髓所致。

(7) 損傷後甚速發生麻痺且很快向上方擴展，此蓋為腦脊髓膜出血，稱為脊髓膜溢血，此種麻痺，普通概非完全性，常伴有急烈之疼痛。

(8) 若麻痺二臂，瞳孔收縮，其麻痺肌迅速發生消癢，此即示有出血侵及脊髓頸膨大部，稱為脊髓出血，是種麻痺，蓋在損傷後立即發生。

(9) 若其疼痛繞射軀幹，且向肢體伸延，肌肉顯痙攣性收縮，及反射加強，此等均為腦脊髓膜刺激之症狀，在損傷後即發生者，為腦脊髓受血液之刺激所致，其症狀發生較遲者，乃係腦脊髓膜炎所致。

(10) 麻痺進行很快，反射消失，肌消瘦快，及有其他之營養改變，此乃係脊髓炎所致之脊髓神經中樞，有進行性之破壞，脊髓炎可自損傷之脊髓處向上或向下擴展其病變。

觀察者就其解剖知識之助，及藉麻痺發生之範圍，即可定出脊髓損傷之部位何在，但對於下列數點，仍須引證之：(a) 在第一腰椎以下 (有時為第十二胸椎或第二腰椎以下) 之脊髓管主，乃為馬尾部 (b) 若下肢顯完全運動及感覺麻痺、及與脛同高部之感覺消失，此即表示相當於第九胸椎，或即在第十胸神經根部發生損傷

(c) 若腹壁肌及肋間肌等發生麻痺，且其知覺消失上達第二肋骨，並包括臂之內後份皮膚，此即表示相當於第一胸椎之脊髓發生損傷 (d) 若麻痺及於上肢，但頭面頸及肩部稍下，或鎖骨部稍下之感覺未失，且其呼吸運動為單純之膈式呼吸；即示其損傷部位相當於第

五頸椎或稍上處。

檢查反射狀態；至為重要，反射可因傳入神經傳出神經纖維之中斷，或因其中樞麻痺而消失；如脊髓在某平面部損傷，但其以下之神經並無損害之證據，且反射中樞位於脊髓損傷平面以下者，其反射作用仍存在，則表示該損傷部以下之脊髓，其功能仍完全。例如第五頸椎因頭撞地致骨折脫臼而壓迫脊髓，若檢查其睪陰肛門臟器反射等尚存在，即指示在損傷部以下之脊髓功能乃存，在此可知對於脊髓之損傷並不嚴重。

脊髓受傷後，其下部樞可發生暫時性之神經震盪，此等情形僅能延達數小時，有時或至三星期；若超過三個星期而反射仍然消失者，則其損傷甚為嚴重；或其損傷幾達橫截之情況，然就常律而言；在距損傷部愈遠之反射中樞其恢復亦愈早。

在檢查反射時，檢查者必須使病人去除其決意力，如一手指挿入正常人之肛門內，則可引起肛門括約肌之收縮，但可因其自主之力量而加強其收縮力，故如在頸脊髓發生擠壓傷後，則其對於直腸之自主動作完全消失，此時雖其反射弧完好無損，但其反射動作則變慢且無力也，同樣在膀胱貯滿尿時。其刺激傳至腰膨大部之排尿中樞，再由此中樞至膀胱肌之運動纖維，而發生排尿。此種排尿情形。仍與意志同時工作，如腹肌與呼吸運動之協助，其排尿動作是。普通排尿動作乃快而有力。若將其自主作用隔絕，則其反射動作就比較慢而弱。

今舉數最常見且顯專現象如下：

小便失禁雖脊髓腰膨大部之反射中樞及第三、四骶神經並無損，而其上方之感覺及運動經路被損傷時，則最初可於神經震盪狀態下發生尿滯留；其後即發生反射性排尿，而病人並不自覺，僅運動興奮發生故障時，該病人能自覺排尿動作，但不能加以阻

止。反之若其感覺興奮發生障礙，則該病人對膀胱之漲滿，並不感覺，故無自主力去阻止或幫助排尿之反射作用。若在排尿中樞或在中樞與膀胱間之神經發生損傷時，則其反射作用消失，有律週性之排尿現象亦消失，而成真性之小便失禁。漸成絕對之小便失禁，尿液自尿道口一滴滴滴出，恰與尿液自輸尿管滴入膀胱之情形相同。有一小部分之尿液停留於膀胱內，此乃因重力作用及長而彎曲之尿道所阻滯者也。

陰莖異常勃起，在脊柱損傷時常發生；多因部分出血，或不完全出血所引起，此症狀即表示脊髓內之勃起中樞之抑制作用消失。又此種情形，不但可在下部之脊髓受傷發生，在頸髓胸髓損傷時亦常發生。真正勃起之發生，蓋係脊髓之不完全損傷所致。

大便失禁：主管肛門括約肌之中樞，乃在腰髓大部，若此中樞及直腸間之神經未受損害，則手指插入肛門內，或於直腸內，有糞便時，概可引起肛門括約肌反射性收縮，若其脊髓在此中樞之上方被壓，則當糞便壓力增加超過一定限度，或在糞便尚為液體狀時，括約肌即弛放，在病人不知不覺中大便排出。此並非真性之大便失禁，僅為一種不自主及不自覺之排便。且此種排便動作，蓋在一定或經較長時間後方反復發生。若腰髓大部或馬尾部被壓，則肛門括約肌對於指插入時，或於糞便增加時，並無反應，且對蠕動作用之排便不能抗制，而逕向外排出。但除在腹瀉情形外，普通並非常常有糞便進入直腸內，因此吾人復可知是言之一種不自覺及不自主之排便動作，因排便器不受約束所致者，乃為真性之大便失禁。

對於上述二部損傷（即中樞與中樞上部）之情形，必須加以分別，其分別法須以手指插入，試其肛門之緊張力，並非以排便情形而區別也。對於腸胃鼓氣之鼓脹，及頑固之便秘，常為胸髓上部或頸髓下部被擠傷而致，固然一部分乃因腹壁肌肉之麻痺。但其尤要

者乃為脊髓中樞受損所致，因此中樞部實為調節消化道各段蠕動之主宰也。

褥瘡及尿之變更，二者可同時論之，均有二種原因致成。褥瘡乃因壓迫摩擦或尿液大便之刺激皮膚部分於數日後而發生，此均可藉小心之護理除去之。但有數病例在二三日內可很快發生大而深之褥瘡，且概非上述原因致之。此乃係脊髓刺激性之損傷所致。同樣尿起變更：如酸度之改變，分解，混濁及發生粘液膿樣之混合物。此可因導尿時發生傳染所致，有時雖事前加以各種注意；但仍於脊髓損傷後，很快發生膀胱炎，甚或有出血及膀胱腐爛等。

脊椎之損傷，此必須詳加注意，因上部頸椎之發生骨折，脫臼、壓迫頸部脊髓、可發生暴死；故遇死因不明時，對於此部分須加以詳細之檢查。頭之運動是否很自由，有無骨擦音等，可知此部分有無損傷。

若在脊椎損傷後，麻痺現象立刻發生時，此為脊髓受脊髓骨折脫臼所致，若其損傷在頸髓或胸髓，欲詳細檢查，除用 X 光檢查外，常得不良之結果，因檢查之運動反可使其對脊之壓迫加劇也。

若在腰部在骶部發生損傷時，則認小心檢查之，令病人小心向前彎腰，醫生以手指沿脊椎棘突按之，由上至下檢查在何處發生破裂，或脊柱線有偏斜，如此常可檢查得其顯明之變形。但須注意者，即脊柱線整齊者，並不能證明在脊髓或神經被擠壓部無骨折或脫臼發生，因骨之變位，或為暫時性，或被隨後之運動所復位者有之。

在脊髓無擠壓傷時，但脊髓部曾受相當嚴重之打擊，此時必須要經過 X 光之前後及側面之攝影證實後，方加以決定有無骨折發生。

脊髓棘突有摩擦音，或能摸到其棘突，均為診斷之材料；但此種損傷較椎體之擠壓性骨折傷較不重要，尤其是此種擠壓性骨折發生在胸椎末部或腰椎部時，因初時常可因無甚症狀，而未加診斷，或治療後致成進行性之病變，及長期殘廢。故在早期若能得X光診斷實甚為重要。

尾骨骨折及脫臼。可由直接外力致之，如跌倒，被踢，或有時因生產而致之。此時附於尾骨部之肌肉動作時，如在走路，咳嗽排便等均可發生極大之痛苦。外部之檢查，如發生變形或骨音等，均可查得。若無則必須用手探入直腸，可摸得其前部之骨面；若覺有一部分之骨摸得，有移動且有骨音即示其骨已發生骨折。若在其底部，可摸出有很明顯之橫行突出時，即示其脫位，但須注意其突出究竟為龍骨之下端，抑或尾骨之上端，因此此點可以決定尾骨脫位乃向後者或為向前者。

3. 韌帶與肌肉之損傷，此種損傷常與前述數種合併發生，但亦可因脊柱發生驟然及猛力之扭轉、打擊、或損傷所致。凡此均可致成脊柱之疼痛及強直，且常延至很久，尤以鐵道或馬路土之意外事件或其他嚴重之挫傷為多。

在外傷發生後，其症狀乃為局部疼痛及壓痛，在欲運動脊柱之損傷部時，常極疼痛。有時可見腫脹及瘀斑，但並無棘突或橫突之變形及活動。除非合併發生脊髓及神經之損傷外，在遠側並無麻痺及感覺過敏現象，當原發損傷恢復後，而其疼痛仍繼續者。於診斷很重要，醫生須以X光檢查有無骨折，或為單純脊肌及韌帶之扭傷，或為椎體之損傷。

在很多病例，作損傷之判定時，其檢查必須極為小心，並須問詳，因病人有時常自欺或詐病，故對於病者之表情及行動，均須加注意，可先引病人之注意力至其他事物，然後觀察其行動。

若疼痛繼續數月，但無脊柱棘突突出（角形脊柱後凸）。二椎體間有相當之動度，且在頸部或肩部壓迫脊柱亦無劇痛發生，則可知此非骨椎骨癆。（見二十五章）。脊椎骨癆，亦可因拔痛而致，若無此種象徵，但其背部有局部性之疼痛於運動時尤甚，且沿脊柱或其旁之肌肉有壓痛，及因疼痛而致運動被限制，則可診斷為脊柱拔傷。在此情形常使淺部及深部反射加強。

中年或稍老之病人，在拔傷或扭傷後，在背部下份發生疼痛，或其疼痛沿一側坐骨神經之經路，且檢查時發現在一側骨骼關節節後方有顯著之局部壓痛，同時該側關節有屈曲之傾向，但在X光上並未見其骨盤及關節有何病變，此種情形為骨骼關節節扭傷（Sacro-iliac Sprain）。

若發生肌肉消瘦，而其脊柱能作輕度之屈曲時，並無疼痛，但在伸直時則可發生，此乃因伸脊柱肌因損傷而發生營養故也。就反面來說若肌營養很佳，且其疼痛並非在伸脊柱時，而在彎曲經過一定限度時，此即示為椎間韌帶發生扭傷，肌肉扭傷，其痛乃在肌收縮時發生。韌帶扭傷，其痛乃發生在韌帶伸展時，但須注意在肌肉拔傷後，其疼痛亦可在肌完全伸展時發生，有時在發生嚴重之脊柱拔傷後，尤其在頸部為最，因其韌帶變鬆或變長而致相互脫離而活動，此種情形概與發生在其他關節相同。在脊椎發生嚴重之扭傷後，雖無骨折及脫位，但亦可發生出血，圍繞脊髓或在椎管中化膿，而成化膿性腦脊髓膜炎，或急性脊椎骨髓炎。

4. 脊柱部之損傷僅為皮與肌肉等創傷，在該處並不重要但若為深部創傷，如刺傷，而有水樣之清液流出時，即示腦脊液已被損傷，蜘蛛膜下腔已被開放，若此種創傷發生傳染，即可成急性腦脊髓膜炎。

在脊柱損傷後，若即或發生感覺及運動之麻痺，即示脊髓或脊

髓神經已受傷，由麻痺分布區域，即可以確定神經損傷之部位，神經中斷所致之麻痺範圍，即為該神經之分佈區域，並不致影響其下方，但在脊髓中斷之後，則其下方之各段均致麻痺，此即因脊髓每段均為一傳導器，一經中斷，即致下方失去傳導作用，而致麻痺故也，脊髓之損傷每可引成脊髓炎。

在槍彈傷病例，若有彈片存留，則可借X光顯出其位置，同時更可顯出骨折片之變位情形。對於手術之時機，乃視其損傷對於脊髓或神經影響之程度，及部位而定；並須視脊髓是否為完全之橫斷傷等。致於其他，均須按前述各項加以詳確之診斷。

第六章 面部損傷之診斷

DIAGNOSIS OF INJURY OF THE FACE

面部損傷多數頗顯見，但須注意其性質如何，如係創傷，則必須仔細檢查有無異物存留，挫傷則須檢查其下骨折徵候，且組織撕破後所起的腫脹，在面部往往甚顯著，尤其在唇部及頰部，較他部分更為顯明，如頰部損傷，當咀嚼時，其創口常出大量水樣液體，此液體呈鹼性反應，且具澱粉分解性此乃腮腺或腮腺管損傷徵象，此種鹼性液體及間歇的流出，且往往由咀嚼所激起，凡此已經足夠決定這液體的來源，如創傷經休息後癒合，而遺留一洞，繼續流出涎液為涎液瘻。若創口或瘻管位於嚼肌中部之後方，則其流出之涎液乃從腮腺而來；如若在其中部之前面，則必為由腮腺管流出，即示此 已受傷。

至於面部普通的挫傷，如發生臉素斑，有明顯黑脹，界限與波動，叩之呈濁音，此即為血腫，此種血腫、各因其中血液凝固而變硬或可化膿。

如鼻子受打擊後，立即發生一緊張而光滑圓亮且呈紫色的腫大物，塞住一側鼻腔，且固定於鼻中隔，此即鼻中隔血腫。

面部受擊以後，如有虛腫，按之柔軟，且覺有爆裂聲，輕叩之有回響，此即為氣腫，乃示骨折線延及面部骨竇內，如在額竇、鼻骨，或其他竇骨，則在早期即可發現腫起。

檢查面部骨折，每次均須仔細查檢，以決定其有無顯著變形，異常運動，或骨擦音，若其軟部組織不顯腫脹，則此種檢查很易查出的，面部骨折，應用X光很難顯，除非用實體鏡檢視，但在疑惑之病案，仍須用X光檢查。用食指沿鼻樑去探察，如探得該部有尖

鏡的破裂時、則用二食指檢查鼻骨邊緣及上頷骨，額突，如在得變形，且兼有活動及骨擦音，在此種情形之下，診斷不難，可依變形及活動點或線而決定骨折部位。繼之檢查上顎牙齒槽突，倘使發現有骨折線及有活動時，則須視診與觸診檢查硬顎，若硬顎是規則且對稱，則可知二半並未分開，令病人的頭後仰，用指推鼻尖向上以露出鼻孔，而檢查每一側鼻中隔；如此可以找到縱或斜的骨折與變位，以及骨尖的塌，但是必須當心，切勿將縱隔的偏歪誤認為骨折；如縱隔黏膜無變色及腫脹，凸出處無觸痛，且沒呼吸時沒有不慣的阻塞，此可認為自然的鼻中隔偏歪；若中隔的彎曲係突然改變，有局部的腫起變色，且有觸痛，而於呼吸時有阻塞，且鼻變形，成扁平或凹陷，此乃骨折無疑。比較兩側顚骨時，宜注意骨幹的任何不齊正變形，及活動性等；用指頭沿骨弓向後摸之，以判定其有無骨折，如有骨折，則有骨的不齊正及骨折片移動等症狀，面部骨折；有的其骨折片極易活動，有的則互相嵌入；有的有軟部挫傷及腫脹甚烈，如此其骨折之異形，須在腫脹消除後方能查出，故其早期的正確診斷，惟有賴於X光。

下頷須同樣方法檢查，外科醫生應先用手沿下頷骨體下面及外面，去捫出其任何不齊正，或兩邊之不對稱，然後觀察其齒排列線是否整齊，若有不齊正，則應分別用手握持異形部，試驗其活動度及骨擦音，並且注意骨折之範圍，僅經過齒槽突抑或經過骨體，倘使骨折線達對犬齒處，則須試其同側下唇的感覺，以確定其下齒槽神經是否亦被損及，外科醫生須注意其牙齒是否均在原位，否則須留意勿使牙齒陷入骨折片之間，下頷骨枝亦須詳細檢查、可握住下頷角以試其活動性；骨枝之面及其後緣，須輕觸肌而觸察之，倘使上述諸部健全，但病人訴說在口開閉時，有很大痛苦，而他自己能夠感到，且能聽到骨擦音，則下頷髁狀突及下頷喙突必須詳細檢

查，按食指於每側耳廓的前面，去覺察髁狀突是否在正常的位置，且仔細比較之，以確定是否對稱，同時嚴密觀察頷的位置，注意下頷中切齒與上頷中切齒是否在一垂直線上，如一側髁狀突變形，且顛向同側移位，則可無疑診斷為該側下頷骨頸骨折，髁突的探查須用指伸入口內行之，若下頷在靜止狀態時，可察出牠有活動或能够察覺到突出，則可知此處有骨折。

倘使直接用指在耳屏前面不能查出堅實而微突的下頷髁狀突，反而覺有一凹（下頷關節凹）此係下頷脫臼，下頷脫臼分為二種，單側脫臼時，頷移位至對側，雙側脫臼時，則口張開而頷向前突出。

第七章 頸部損傷之診斷

DIAGNOSIS OF INJURIES OF THE NECK

頸部損傷可分創傷挫傷與呼吸道或消化道內異物堵塞及局部的燙傷與腐蝕傷等，頸椎的脫臼骨折與脫位已在脊椎損傷章（第五章）內詳細述及，此處從略。

頸部創傷，創傷之由外來者，當然顯而易見，但其危險程度相差甚遠，有無關緊要者，有頸刻致命者，故必須詳加檢查，何部受傷，藉以決定其預後與治療，首先須注意及者：(i) 血管之創傷及流血 (Wounds of vessels and hemorrhage)；(ii) 呼吸道之創傷 (Wounds of the air-passages)，主要血管位居深處，較罕有受傷，倘若創傷在頸前部，舌骨以上，則舌可以受累。倘若切傷在甲狀舌骨間隙會厭可以切開，並可使咽腔向外離開，創傷正對甲狀軟骨深入，可以橫截喉部而傷及聲門裂，有傷其上部者，有傷其下部者，有正傷及聲門裂者，再下一些，則可以傷及環甲膜或氣管，呼吸道創傷之特徵，為創口湧氣，並流出粘液，與呈泡沫狀血液及失音等症狀，倘使氣管完全橫截，可因下段向後變位之故，而發生迫促的或即刻致命的呼吸困難，不甚急迫之呼吸困難常可因有血流入氣管內所致，創傷經甲狀舌骨間隙而入咽腔即可被截開，但在此間隙以下，咽腔與食道受傷，必先有喉頭或氣管之完全橫截傷，故此種創傷非常深入，有時食道的損傷可由創口內看出；在可疑時，須用柔軟導管或食道管，自口中插入而於創口觀察以證實之。但醫生切勿予以食物令其嚥下而從創口湧出，以試食道是否損傷，蓋因食物或可由此開口而入氣管。致貽害非淺也。

倘遇頸部槍彈傷或刺傷，受傷部分不易暴露時，吾人診斷多憑

意測。若有一柔軟隆脹內似裝氣，按之可發小爆裂音，咳嗽時可增大其體積，此乃皮下氣腫，由於呼吸道創傷所致；若病人有呈泡沫狀血液咳出，則亦可診斷為呼吸道創傷。食道的彈傷或刺傷很易忽略，但是，如病人嘔吐出血液，或吞嚥時極困難或疼痛，特別當病人飲牛奶或其他流汁時有少許自創口溢出，可以診斷為食道創傷，頸動脈損傷，出血甚多，可立時喪命，但有時亦可於受傷後若干時間發生外傷性動脈瘤，若發生動靜脈瘤則其瘤狀立可顯見，頸部神經損傷可由麻痺之發生而證明之；在頸後三角可傷及臂叢主幹，而致上肢一部運動及感覺麻痺，膈神經亦可受傷，使該側膈肌麻痺，致無力壓束其腹部內臟，使該側腹壁凸起，若於頸部受傷後，脈搏不整而頻速，心臟跳動紊亂，此乃表示迷走神經之損傷；若見一側瞳孔縮小；當二眼遮光後亦不能使之擴大，此乃表示同側頸部交感神經之損傷，倘使損傷在頸上部，同側一半之舌發生麻痺，並不久即告萎縮，此為該側舌下神經之損傷。倘使病人有失音或呼吸困難情形，無容思慮即應用喉鏡仔細檢查喉頭，若見一側聲帶，成屍體位置，不因發音或深呼吸而活動，仍為該側肌肉麻痺，係由於該側喉返神經損傷所致。在彈傷或炸傷者須用X光照像證明潛伏子彈或彈片的存在，並可確定其位置。

創傷之由內生者，確實診斷甚難做到；出血仍表示血管之損傷，但不能明白指出某一血管受損，尤其在創傷不能探見時。

頸部之挫傷可以即刻致命，在非致命者，則應詳細檢查舌骨喉頭軟骨或氣管，視其有無受傷，首須檢查舌骨弓，觀其外形有無不規則，或壓其二角有無骨擦音或劇痛發生及注意骨之彈性是否正常，若其骨已折斷，則在嚥時或運動舌頭時極感疼痛，故言痛苦且覺痛苦，並不能轉動頭，檢查其口腔，可長其口底黏膜有瘀斑，在舌骨脫位時，可使舌骨之角與甲狀軟骨之角相接觸。

其次檢查喉頭軟骨，尤須注意甲狀軟骨之後上角及其鄰近，蓋此處時致骨折也，其發生次數之多實出吾人意料之外；其骨折症狀爲二側不對稱及骨折片的活動；或可聞有骨擦音等，可因出血或氣腫而形成腫脹，此足妨礙吾人之檢查而不能確實診斷。其主觀症狀或輕微或甚嚴重——如呼吸困難，咳嗽及疼痛等。

氣管破裂極罕見…倘若在頸前下部受擊傷後，發生嚴重之呼吸困難，面色青紫，聲音減弱或喪失，以及頸部氣腫，而喉頭觸之覺正常，此須疑爲氣管損傷，若病人狀況許可，用手指檢查而摸出氣管的裂口時，則診可斷確定矣。

第八章咽喉食道及呼吸道異物 之診斷

(DIAGNOSIS OF FOREIGN BODIES IN THE PHARYNX, OESOPHAGUS AND AIR-PASS- AGES)

自口或有時從胃吐出之異物進入食管或呼吸道內，均甚嚴重且常難診斷。有時藉顯明之病歷，已可指明有異物進入，如無此顯明病歷，僅靠醫生檢查則實非容易。

詢問病歷，有時病人或能自動說明或經醫生詢問後而說出，當其有食物或其他件在口內等，或其唇仰某物時，或當嘔吐時，或用力後，或在狼吞虎嚥時，突然吸氣，繼之即發生呼吸道阻塞，或燕下困難或二者兼有之。在小孩每無良好的病歷可詢得，若在突然發生症狀之前，曾知小孩吃過櫻桃梅小子或食其他物件等，此種病歷於診斷食道或呼吸道之異物時亦甚為重要。在老年者可於睡時因假牙等脫落而發生梗塞症狀，此種意外亦不時有之，外科醫生不可不注意及此。醉酒或在麻醉時發生嘔吐，因其神志不清醒，故嘔吐物亦可進入呼吸道內，無論如何對於吸入或吞入異物的病歷，吾人決不應輕視之。

病狀的變化甚大，須視異物的位置，大小，及其性質而定；重者可使病人甚驚慌，或甚致於突然死亡，而輕者致忽視，此外可因異物嵌人繼發炎等而發生急性或很慢性症狀。其主要之發炎症狀，多為吞嚥時困難或呼吸時困難疼痛，靈學性咳嗽，失音或聲音改變，以及空氣不能進入一部或全部肺內等。如突然發生上述諸症狀，而無疾病的一般症狀，如發熱等，此為咽或食道或呼吸道異物

的特徵。其繼發症狀或為咽食道化膿或一側化肺膿，且兼有枝氣管擴大等。

診斷——突然發生呼吸困難致危及生命之重篤病例，醫生無須等待準確之診斷，即用手指檢查病人的咽喉，注意有無異物，並將其除去之，若檢查無所得，應即將其喉或氣管切開，但不甚緊急的病人，須詳細小心檢查之。

咽或食道的異物——外科醫生常用之檢查方法，係右手食指插入病人口內深查咽門，扁桃體，喉之上口，及向下入咽至其指不能及為止；有許多病循如此檢查已確定異物之存在及其位置，且能用指除去之。但此種粗魯之檢查，當然不能查出已經過會厭或入食道內的異物。此時須用食道探子或捕鯁器 (Probang) 探察有無抵抗嵌入之異物，但異物之小者，每不能探得，(且往往擦傷，極危險也)。因利用此種方法探察多不正確之診斷，且危險性很大，故多不用之。較大之異物，如金屬片或假牙等進入食道頸段，則可在頸部外面摸知，尤其是頭向前彎，胸鎖乳突肌弛放時可用指在其下摸知。

如神知悉異物的正確性質，位置及其關係，則有二種方法；其一即用X光觀察，以確定異物之存在與位置，但此僅限於不透光之物體；其二用喉鏡，枝氣管鏡及食道以觀察此等部位之各種異物。

究異物存在呼吸道中抑或在食道中頗易確定。前者有呼吸困難及咳嗽，後者有吞嚥困難。如病人能很快的飲水及吞嚥麵包，則可知咽及食道無異物存在。如用喉鏡反光或直接置電燈於口腔內，則可以視察口腔，咽，及喉中部，用喉鏡可檢查喉部，若檢查無所得，但有呼吸道異物之症狀則可在麻醉後用枝氣管鏡，小心通過氣管，且必要時進入各枝氣管詳細檢查之，如有食道異物之可能，則謹慎將食道鏡插入可檢查出咽下部及全食道。檢查鼻根部則可用鼻

後鏡及用手指至軟骨觸診之。

既如上述之法，吾人固已可觀察異物，然有數點仍須加以說明。

在嘔吐時，異物或可驅入鼻咽部——曾有口腔假牙脫落入咽部而嵌入於軟骨後面之病例報告，此處可用鼻後鏡及手指檢查之。

銳利的物體誤入胃時，食道等處可發生擦傷，如病人每於吞嚥時覺得食道有刺痛。但經小心視診後，縱無異物存在，其時始可確定為食道擦破或創傷，如患者僅為食道擦破或創傷則進柔軟食物，且小心吞嚥時則痛苦可減輕。反之如有異物嵌入時，則其痛苦不減，且可咳出少許血及膿。

如症狀上似乎有異物入呼吸道之可能時，即須詳細檢查，因此每可致成頗嚴重之痛苦，或即致致命也，雖然有的病人其症狀可甚輕，且外科醫生切勿誤認此種初起時其嚴重而後忽然減輕之隱匿症狀作為異物已驅出之象徵。異物如完全阻塞一側主枝氣管，例如有枝氣管被櫻桃核阻塞時，則胸部內物檢查可顯特別症狀。即於側胸部無呼吸運動；叩診有響亮音，聽診時肺呼吸音消失，如阻塞不完全則枝氣管處可聽得有嘶嘶乾囉音，不阻塞之肺野之則有過度響亮音；其呼吸運動及呼吸音亦均加強，須知此種病例使病人安靜時可不發生呼吸困難或其他痛苦。如一側肺之某一部份聽診無呼吸音，叩診有明顯響亮音或聽得嘶嘶囉音，此為異物嵌入某一中等大枝氣管所顯之物理症狀。

已有相當時間之肺積異物患者，自己已有化膿，枝氣管擴張及肺纖維化等症狀發生，除非能回憶及有異物入肺之病歷外，醫生每易忽略此種診斷。在肺之某一限局部顯有前述之物理症狀時，則懷疑為有異物嵌入。

注油填入氣管而後攝胸部X光像，不但能顯示出其限局性缺

氣管擴張，更能顯出某一中等大枝氣管的被阻塞，有時亦可見到異物的陰影。

灼熱的流質或腐蝕物，亦可致成呼吸道或食道的異物損傷。患者的口，唇，舌等處可顯有被燙傷或酸鹼等蝕之現象。小孩突然發生喉部梗阻，而以前並無前驅症狀者多為喉部燙傷所致。

第九章 胸部損傷之診斷

(DIAGNOSIS OF INJURIES OF THE CHEST)

胸部損傷甚爲常見；以其中內臟之重要，于實用上特感興趣，胸部損傷可分爲挫傷與創傷，二者貽後症之發展，均略相同。吾人先須認清者，厥爲其即發與直接之影響，于此章結論中將述及胸部損傷之貽後症或繼續發合併症之診斷；而後者多爲炎症之影響所致，當科發性者，在有經驗之內科醫生，僅須少加注意，即能診斷。

I. 挫 傷

患者胸部已受挫傷，醫生最好能自問以下五題而行診斷：

(1) 有挫傷否？——須決定有無瘀斑性變色，在損傷後數日，皮膚顯紫或黃色，此多表示有深部挫傷；損傷二日數日後，胸部皮膚顯瘀斑，此爲血胸之特殊症候；但此種徵象，不能完全信任；挫傷瘀斑之擴展，乃爲多數大小血管受撕裂或血友病者之流血所致。

(2) 有肌肉破裂否？——由于打擊或驟然激烈之扭轉，胸部肌肉可有多少之破裂；尤以胸大肌爲然；若病者不能將臂抬至體前，同時可察出或覺其胸肌有轉鎖，即可診斷爲胸肌破裂。

在肌肉收縮時，能致急性疼痛；并無骨折現象，同時壓其痛部，有明顯之壓痛。此或爲肌肉挫傷與輕微破裂；損傷之疼痛，可繼續若干時日；若同時肋間肌亦受害，則其症狀甚似肋骨骨折，因其呼吸運動時有疼痛，且亦有若干局部壓痛也，但此時肋骨並無不規則之外形及移動與骨擦音，在距壓痛點遠處壓肋骨亦無明顯之疼痛；由此諸點可確定診斷矣。

(3) 肋骨上有無腫脹？——用限觀察及用手平放於胸部上可

立即決定之：此種腫脹可由於：——

1. 血腫：乃血液流出所致，
2. 氣腫：乃空氣滲入蜂窩織內所致。
3. 肺膨出：亦稱為肺疝。

注意腫脹界限是否清楚，有無波動，是否有壓痕，或以手指觸之，有無軟爆裂音輕叩之是否有回響或濁音；同時呼吸及咳嗽時，是否可使其有大小之改變？

1. 若其有波動，或無波動；輕叩之有濁音，呼吸時無大小改變，且無捻髮音，此為血腫在損傷後早期發現，此可與膿腫分別，且其無一般急性炎症狀。

2. 若腫脹無界限內逐漸擴大，甚柔軟，壓之凹陷有顯明捻髮音，輕叩有回響，同時不受呼吸之影響；此即為外傷性氣腫乃空氣由肺入胸壁蜂窩織內而成，其發生有二途徑：a. 當聲門關閉時，肺因受胸部嚴重壓迫而破裂，空氣通過胸膜而至肺門；於是乃播散於頭部及頸部蜂窩織內，此種病例，腫脹首先發現於頭部及背部，並不發生於疼痛處，b. 斷肋端可刺破其鄰近之肺；於是空氣於每次呼吸時進入表面蜂窩織內，其空氣且可由肺至胸膜腔而造成氣胸；但有氣胸而兼腫者少見。往昔以為骨折發生於陳舊胸膜粘連處可阻止空氣進入胸膜，據現今所知，雖無粘連時，空氣亦可從受傷之肺處進入胸壁而不發生氣胸，在比種病例，氣腫那先發現於斷肋之急慢性刺痛處，而不在頸或背部，有氣胸者在勞動時有甚劇之呼吸困難，心移向對側，呼吸音不顯，或有空窸聲呼吸，與餘聲若無氣胸，則可聽出明顯之肺泡呼吸雜音；且表淺觸音遍，但絕不可因叩診有鼓音即診斷為氣胸，因空氣有於表淺組織內，叩之亦可有此種症狀也，局部氣腫發生乃為肋骨骨折時兼肺臟創傷之明證，

3. 若腫脹界限分明，柔軟，有捻髮音；叩診有回響，腫脹可

因呼吸或咳嗽而顯露(咳嗽可有明顯之衝動)，在深吸氣時而變低，此即為肺膨出或稱肺疝；且長示胸壁已受廣大與嚴重之損傷；但此為胸部挫傷甚罕有之合併症，而在胸部創傷時，則甚常見。

(4) 胸壁之骨與軟骨有受傷(骨折或脫臼)否?——

1. 在詳細觀察胸部外形後，須找出是否有任何外觀畸形，呼吸運動是否普遍一致與自由，並用手接觸胸骨及沿肋骨從前至後，由上而下逐一捫診；注意是否有任何不規則之外形，及局部之壓痛等；若有明顯凸出橫過胸骨；且其凸緣一邊有骨接續，此為胸骨骨折(Fracture of Sternum)；當骨折後，下段常變其位置至上段之下後；若其凸出處與第二肋軟骨相對，此為胸骨柄體分離；但此并非骨折因：a. 正常骨脊乃橫過此處，此種分離較骨折整齊而光滑；b. 其下端立凸陷平滑；若局部更有挫傷疼痛，壓痛與腫脹之事實；則診斷甚易發生錯誤。

2. 在肋軟骨處外表不規則，可表示為肋軟骨骨折；若肋骨與軟骨相接處有凸起，可表示肋骨與軟骨分離；但切勿將佝僂病患者在此處所發生之結節狀增大誤認為分離或骨折；佝僂病之結節狀增大，多為對部發生；且侵犯多數肋骨，外表圓潤而光滑；若係由分離或骨折而致者，則僅累及一二肋骨，外表凸出而不規則；且有活動性。

3. 在一或多數肋骨上有一明顯之凹陷；或有角度之凸出，此為肋骨骨折明顯之現象；若不能覺察骨之不規則，可用手緊壓於病者最痛處，并令病者深呼吸與咳嗽，若能覺出骨擦音時，即可決定有骨折存在；有時可放聽診器於最痛部，當胸廓運動時以聽其骨擦音，

若此尚不足證明骨折，可放一手於懷疑之區，而以他手放於肋骨與軟骨上緊壓之，如此骨擦音或能發現，在肋骨上緊壓時而現連續

有尖銳多痛，此可爲骨折之明證。

局部氣腫或肺膨出之發現，可資肋骨骨折之證明，已於前述。

但亦有些病例中，病者能述及所聽到及感覺骨折斷之明顯病歷；且於深呼吸時覺有摩擦音感；尤其尖銳之刺痛，常能使其正確指出骨折之位置。

若外科醫生不能發現肋骨之不規則，或明顯之骨擦音，但患者深呼吸或咳嗽時，或壓肋骨時，覺某處有局部刺痛；且此疼痛因定於一處而不移動亦可診斷爲骨折。

X光攝影有助於診斷者甚大，尤其在下部肋骨懷疑其有骨折時，須攝一實體像。

(5) 胸腔內臟有損傷否？——有廣大肺臟及其血管撕裂傷或二側氣胸，或心臟及大血管破裂等之病例，於未有正確診斷前，而病者即已甚快死亡矣。

吾人更須注意虛脫或失血之症狀，必須注意呼吸困難之發生；此等症狀皆示胸壁非爲單純性挫傷；而有其他更嚴重之合併症，有二種現象可診斷爲肺臟損傷：一爲皮下氣腫表示肺已發生破裂或創傷，空氣從肺氣泡逸出；他爲咯血若咳出鮮紅帶泡沫之血液；此可診斷有若干肺血管受損；且其血液入枝氣管內。

在若干病例中，病者於胸部受傷之後數天，必咳出灰色或黑色痰，此爲輕度肺挫傷之現象，兼有血流入肺氣泡內；此種輕改變後之血液，流入氣管內甚緩；須經相當時間後，始能咳出。

胸部必須整個周密檢查，以決定胸膜腔內，是否有空氣或液體，肺是否撕裂，心跳是否擾亂，首先須注意胸部通側之大小，及其膨脹之程度；而後注意其叩診所得，呼吸音，語聲，心尖搏動之位置，與心音之性質等。

若在肺區內叩之，有正常巨響，擊之全部有表淺正常肺泡呼吸

音；並無囉音，且有正常之語聲，及有規則之心動與正常之心聲，吾人根據以上之症狀，即可否認心或肺有任何之損傷；而氣腫等更無論矣。

在擊擊之後，若肺區下部，叩診有濁音，此區上語聲輕弱或消失，聽診時呼吸音與語聲柔弱或消失；在濁音區以上肺臟之一切物理徵象皆正常或示肺有受壓迫徵象；此可診斷為血胸；若胸膜出血甚多，則有相當程度之呼吸困難；且常有失血症狀，在二三天後胸廓後下部與腰部之皮膚，均變為深紫色；此種血液幾盡來自肺臟，且此種症狀為肺撕裂之明證；若有咯血，則益堅其診斷矣。

一側胸部膨脹，且將其肋間之凹陷部充滿，叩診有鼓音，聽診有弱而遠或不明顯之呼吸音，或呈空響音，或粗囉音，捻髮音（金屬音）或鐘聲等；若其心向對側移位；且患者自知其勞力時有甚劇之呼吸困難，或呈端坐呼吸；此表示肺破裂而空氣入胸膜腔而成氣胸；此時空氣普遍積於胸膜腔，此種或可與肋骨骨折或表淺氣腫伴發無定；若發生於左側，正常之心濁音可被其掩蓋；且心位改變，不能察出心臟之搏動，同時心音亦不易聽出；此種現象亦可僅發生於肺之一部，而其他部份之物理徵仍正常，因陳舊之胸膜粘連而成限局性氣胸。

若此種症狀綜合發生，在胸廓底部有濁音；且該處呼吸音及語聲消失；同時在胸廓上部叩之有鼓響，聽診顯空響且呼吸音，鐘聲，金屬音與振顫音；此即表示為血氣胸；在所有氣胸病例中，胸膜腔內亦可積有若干量之血液；但因其量太少；故不發生任何特殊之輕理徵象。

觀察病者曾否患肋骨骨折及肺氣腫與慢性絞氣管炎，甚為重要；桶狀胸在吸氣時，胸廓失去伸縮力，哮喘樣呼吸者叩之顯過度反響；心濁音區減小，呼吸音延長；髮響，或有氣箭音等皆為其

症。

胸部挫傷時，心臟之損傷較肺臟之損傷少見；若見時在損傷淺即可有音樂性雜音與心音一起發生；此可爲診斷時胎動之明證，由吾人之探討，諸所發生之嚴重循環障礙情形而觀之，可知心臟膜肋能受影響；此可診斷爲半月瓣破裂或脆索破裂循環障礙之徵象，如眩暈，進而弱之脈搏或有大動脈閉鎖不全之忽然虛脫性脈搏，心跳快而不規則，呼吸困難，靜脈膨脹，及一般肺充血之症狀皆可存之。

胸腔大血管之破裂因胸部挫傷而成者甚少；且甚易因內出而致致命。

若胸部受打擊後，病者立刻發冷與昏倒，脈搏弱而快，呼吸淺而不規則；但注意檢查並無出血，骨折與不正常之濁音；且亦無心臟位，或雜音；此種情形即爲胸震盪。

胸部受嚴重之壓迫，有時結合膜，面部與頸部皮膚可即顯紫色癰慢性變色，此爲外傷性腔息，其受累區以鎖骨水平線爲界；此情形，並不甚嚴重。

腹部臟器之損傷將於第十章中討論之。

II. 胸部創傷

胸部創傷之發生較挫傷爲少，且常由戳刺，子彈或彈片等所致；故於軍陣外科中常見之；於任何病例中吾人應注意下列四問題：

(1) 爲貫通傷抑爲非貫通傷？——其創傷僅限於胸壁或已至胸腔內三葉液腔之一，或進入縱隔障內；外科醫生應認明其爲貫通傷，或於其相反之證據中認爲非貫通傷；但於檢查損傷時，須特別小心，以免致貫通傷；更須決定胸腔內臟有無損傷。在若干病例中

損傷顯然極爲淺表，則無所謂貫通傷問題矣，其於廣大彈片傷之病例中，有空氣與血液從傷口進出，且有明顯之吸入聲此則爲貫通傷無疑矣。

若創傷周圍無氣腫，且於呼吸時無空氣進出，無氣胸，血胸，或肺膨出；無咯血及心臟不規則之跳動，與無嚥下困難；此皆爲非貫通傷之證據；雖然在此種情形之下，若其損傷，有致成貫通之可能，則僅當其無炎症發生時，方能確切診斷爲非貫通傷；若傷爲彈片致成；且彈片仍留於體內，則藉X光之助當可解決此問題。

(2) 損傷是否伴有出血——若有出血則須查出血之源何在，血液可從傷口滲出或嗽出而難有多少空氣泡沫；此可爲內出血；但須詳細檢查始能確定之，其失血之全身徵象爲：蒼白，昏眩，暈厥，應注意及之；且須找出有無血胸，心包積血及縱膈障血之證據，其血胸之徵象，前已述明。

若受傷後正常心濁音區迅速增大，心臟搏動上移或消失，心音清晰或不顯；尤其在濁音區之下部，心跳柔弱而不規則，從脈搏上亦可表示而出；此可診斷心包積血。

若胸部有鬱悶及呼吸困難之感覺；且發覺胸骨之後及其兩側飽滿，心跳動消失及心音極度衰弱，頭部靜脈怒張，此可診斷爲縱膈障積血。

此一種情形，可同時存在，其區別甚困難；不過藉損傷之位置及其方向可爲診斷之助；若血液存於心包內，可使心動加速及嚴重障礙較縱膈積血時心動作障礙爲佳。

吾人必須謹記者，外出血與內出血可以同時存在，故凡所有之患者，均須檢查內出血之有無，如全身失血症狀較已知外出血量所可致者更嚴重時；尤須注意之，但檢查時必須十分小心；因不良之被動或自動之運動，可致已止之出血而再出血也。

若有出血之事實，更須決定其血之來源；創傷之位置與其血之流動緊抑或泛流，對於血來源之診斷，甚有幫助，肋間血管。沿肋骨下緣而行，乳房內血管距胸骨緣半吋處沿肋軟骨垂直下行；若創傷在此種部位，則有乳房內血管或肋間內血管受累之可能，若出血系單純外出血，且血量不多，未混有空氣；則可診斷為胸壁血管創傷；若其流血時用手指壓迫創傷處肋骨上緣而能止血者，則其血必來自胸壁血管。若流血甚急，且因此而發生血胸，或血色鮮紅，復混有空氣，同時有血咳出，尤其血流因呼吸而改變，及創口之血因呼吸而進出或有廣大之氣腫；此可認為血由肺而來。大血管與心臟創傷之出血，常流至心包或縱隔障，可很快致命。

再者未檢查創傷，而逕欲診斷為胸壁或內臟出血，有時係屬不可能；不過二者有時可兼而有之。

(3) 創傷是否累及內臟？此為研究胸部創傷之最重要問題，藉此對傷者之預後可得一正確之解答。

1. 胸部創傷兼輕度氣腫，或氣胸與肺萎陷但無外傷引起之外出血證據，血腫及不咯血；此可診斷為胸膜創傷而肺無損傷；不過此種胸膜受傷而不受累者，極為少見，其傷多在肺底部，且多非銳器創傷之結所。

2. 若胸部創傷之後，速急有軟而光滑深紫色之物從創口內突出，用脂們之有彈性及捻髮感；此即為胸膜創傷所致之肺面，肺之外形與感覺，均甚特別；不過有時與極度充血之網膜脫出相混亂；若能察出網膜之分葉狀外表與肺之光滑及捻髮音之徵象；則可以判別。

3. 血若創傷後發生廣大氣腫或顯著之氣胸及血胸，或更有嗜若有此種象徵發現，即知為肺臟創傷。

4. 若心區有創傷，且心區叩診有鼓響；同時有（有時或無）

甚高之心音者；在甚短之間歇後，在心區下部有多少之濁音；同時其上部有敲響，心搏動位置上移顯呼吸困難，窘迫狀態，上腹部疼痛，脈搏速而柔，緊接有心壓擦音；此即診斷為心包創傷之明證，可致心包積氣心包積血與心包炎。

5. 若心受傷後，即接以神經震盪與暈厥；且有外出血，或更有內出血進入縱膈障與心包內；同時脈搏速而弱；此為心臟創傷；在創傷處可發現異物如長針等，並可注意心臟每一搏動時此異物亦隨之移動；此可認為異物存於心靈內；心臟受傷，多甚焦慮與恐慌，且診斷亦頗困難，宜視創傷之性質及出血之多少而決定之；由創傷之位置可決定心臟何部受傷。

6. 若創傷位於胸部下血管處，緊接以大量之出血與發生有縱膈障積血之象徵兼有虛脫，暈厥，與呼吸困難；此為大血管創傷併發之現象；此種損傷，患者在短時間內死亡。

7. 若有血吐出，吞嚥困難與吞下之液體從外面創口流出；此即為食道創傷。

8. 若胸部創傷之後，有清漿液流出，而在飽餐後，此液變成乳狀；檢查該液，可發現含球狀有核小體及許多脂肪；此可認為胸導管創傷。此種損傷極少見，若此導管不閉塞，則可像身體瘦弱。

(4) 創傷內是否有異物——在者下病例中，此問題甚易答覆；其有時則甚困難；據經驗所知，凡一創傷不論槍彈傷或鈍器傷，或銳器傷，其最要者為檢查有無衣服破片進入傷口內，在刺傷時應注意檢查有無兇器之尖端斷留在創口傷口內；在槍彈傷時應檢查具槍殼，由此可知有多少子彈已射出，且亦應由何處射擊，及傷者衣服之情形，由如此檢查，當可明瞭是否有異物存留於創傷內。

其次須檢查傷口，刀可貫穿一肋骨，針之一端可透過皮膚或存於皮下；用指或探針可探知傷口內之子彈，或肋骨碎片，X光二直角

方向攝影，攝出一金屬異物；此時更應將其正確位置決定；一明詳之病歷亦可判定異物之存在；受傷部發生急性炎之現象，繼之化膿亦可指示有異物存在，若干病例中，因積膿（膿胸或肺膿腫）排出將其異物一起排出者亦有之，或因探針檢查腔隙而將其除去；胸前區若受針或尖刀等之刺傷且心跳時亦隨之運動，此表示針或尖刀等已嵌入心臟；若病歷指明異物存於胸部之肺區，肺受傷之指徵，但發生有急性肋膜炎與膿胸；此即表示肋膜內有異物，反之若有肺創之各種徵象，尤其若發生肺炎或有肺膿腫穿入氣管內；則可知肺內有異物。

VI 胸部損傷之繼發合併症

胸部損傷後除極少數外，組織大都發生炎症；且化膿常為其結局；其重要合併症有下列諸種：

1. 外傷性肌炎。
2. 胸肌下膿腫。
3. 胸膜周圍膿腫。
4. 胸膜炎。
5. 膿胸。
6. 肺炎。
7. 肺壞疽。
8. 縱膈障膿腫。
9. 心包炎。
10. 心肌炎。
11. 心內膜炎。
12. 肺膨出。

若病人在恢復期發熱，疼痛，呼吸困難，暈厥，心悸或其他呼

或系統之病徵；亦無循環系統之障礙等；即示無合併症之發生；反之有疼痛，尤其發熱初時或塞職，呼吸困難增劇，或有心力衰竭之徵象；此時必須懷疑，有合併症之存在；且應注意檢查胸部，同時明瞭其原傷之性質，此對於滲液炎症之診斷，甚為有助，肋骨單純骨折，常發生胸膜炎，滲液有無不定，胸膜創傷兼血胸，常可變為膿胸；肺受傷可致肺炎，挫傷可引起肌風濕病。

第一步檢查胸壁以證明是否有肌炎，與腫脹，且須作有系統之肺部與心臟檢查，胸部X光照相，於診斷上甚有價值。

1. 若在胸部挫傷或突然扭旋之後，患者於深呼吸或咳嗽時或收縮胸部任何肌肉時，即覺有局部疼痛，且該處有壓痛；但無肋骨骨折或胸膜炎或胸腔內其他合併症之證據；即可診斷為外傷性肌炎。

2. 若有炎症一般症狀，同時在胸部前發現腫脹，其腫脹，界限不明，濕潤而彌浮腫，有壓痛，及疼痛，舉臂向前時，疼痛更劇；同時知該腫脹，並非於損傷後即刻發生者；此可診斷為胸肌下膿腫，波動在腋下首先發現；但有時因膿腫位置太深，不易察出波動。

3. 若胸部受挫傷或小刺傷後；而已經癒合，病人漸覺不適，體溫甚高或有寒戰，胸側疼痛，須注意檢查損傷之部位，若發現胸部增大，同時一或多數肋間隙擴大與凸出；若在凸出部探知有波動，且當吸氣時凸度減少，而於呼氣時，則甚緊張與飽滿，若此處叩診變濁音，及語顫消失；同時呼吸音甚弱；但無摩擦音可聽得，更若心臟未移位至對側，又無肝臟及其他腹部器官波瀾；此即可診斷為胸膜周圍膿腫。

膿胸與胸膜周圍膿腫；二者須大加鑑別；尤須謹記下列各點；

a. 膿胸時，胸部有均勻之膨脹；且「穿頭」為其晚期之象徵；而胸膜周圍膿腫膨脹較為局部，且其「穿頭」甚早。

b. 膿胸其濁音區常在胸膜腔最下部，雖亦可升高，但其上面之水平面，可因不同之位置而改變；而胸膜周圍膿腫，則在濁音區之下，有回響區，其呼吸運動與聲音均正常；且其濁音之水平面，不受位置之影響。

c. 膿胸時可使其鄰近組織器官變位，而膿腫則否。

d. 膿胸腫脹之緊張度於呼氣與吸氣時，各有不同，而膿腫則否。

e. 膿胸時X光攝影在膈上面現一「液體水平面」之陰影；在胸膜周圍膿腫，則僅有一混濁之區而無「液體水平面」或肋膈角為之填滿。

胸膜周圍膿腫為甚少見疾病，能自然發生及受傷後而成，且能流入胸膜腔及成為膿胸或散播於縱膈障與心包內。

4. 若胸部聽診在呼氣與吸氣時，有乾摩擦音或捻髮音，且限於胸廓某部；在深呼吸時，常有疼痛；叩診無濁音；此為乾性胸膜炎之指徵；此種摩擦音亦可在胸膜滲液上部，或肺炎時聽得之。

5. 若胸一側發現濁音，與呼吸運動減弱及語顫消失；同時呼吸音亦不明顯，或者深遠而柔弱；且為枝氣管音，其語顫音為枝氣管語顫，更若心臟向對則移位；此無疑為胸膜腔積液；此種徵象若甚快於損傷後發生，可斷定為血胸，若經過一、二天後始發生或於一、二天後更劇；尤其有發熱與呼吸困難；此即為胸膜炎兼有滲液 (pleurisy with effusion) 之指徵；同時若體溫持續增加，且積留甚高或若有寒戰與出汗及瘦弱，或在胸壁任何部有局部波動性腫脹；即可診斷為膿胸；在若干萎膿之病例中，其肋間隙可凸出，當液體之性質有所懷疑時，可行穿刺，並檢查其抽出液，X光攝影，更有助於診斷。

6. 若檢查胸部時，在創傷之周圍有限局性濁音，與呼吸音

減低，或顯枝管呼吸音，有剝檢髮音，與枝氣管語響；且病者發熱與胸部刺痛，咳嗽及銹色痰；即可診斷為外傷性肺炎，此種肺炎較持發性者為輕，且少見；若於一肺炎病例中，患者忽然咳出大量膿液，此可認為有胸膈膿液由肺入氣管而咳出；若在肺實質之前，空洞徵象已先發現，則膿腫及其位置之診斷，甚易決定。

7. 若有或無外傷性肺炎之證據，病者於受傷若干日後，若咳出黑色而極臭之痰，且其呼氣有難聞之臭味，如此則為肺壞疽；痰液由顯微鏡檢查，可見有傷組織之特殊彈力纖維，此纖維用醋酸不能溶解之。吾人治療的目的乃使病灶能局部化；若一處有濁音，與溼性囉音及空洞性呼吸聲音，即可認為乃病灶所成肺壞疽，為胸部損傷中極少見之合併症；但在挫傷與創傷後亦間有之；尤以肺大用撕裂或有異物存於肺內時為多見。

8. 若有縱隔障積氣或積血或胸骨受暴力傷，病者痛苦漸增加，且有心悸與呼吸困難或浮腫與頭頸及上肢靜脈梗阻之徵象；胸骨處叩診有濁音，其濁音向側方擴展，至肋軟骨處，或向後在脊柱之兩側；更若有發熱或有寒戰，則應思疑有縱隔障膿腫，須行胸骨環鑽法探察之，膿腫可在胸骨上切迹或接近胸骨肋間隙處，或于上腹部「穿頭」顯一柔軟有波動性腫脹；此種腫脹有從心臟傳來之搏動；於呼氣時較為飽滿與紫漲，有時膿腫忽然破裂而膿流入胸膜腔或心臟引起炎症；但患者多半在未「穿頭」之先已早死亡。

9. 心包膜受傷後數小時在心區部即可聽得摩擦音；此乃表示為心包炎之發生；心包摩擦音與胸膜摩擦音，可由其發生之地位不同而區別之，心包摩擦音在暫停呼吸時仍可聽得，且與心音相關；其與心內膜炎雜音之區別點即其檢髮音或摩擦音甚為表淺；且常不能正確與心之收縮與舒張一致，其雜音範圍較小，不沿血管傳達至遠處，用聽診器緊壓胸壁時，則其音改變；以後心濁音如漸形增

大；心搏動向上或向左改變（搏動或可不見）心臟動作增加，在濁音區失去心音；同時脈搏小而弱，有顯明之呼吸困難；致患者不能平臥而坐起向前傾。有乾燥而短促之咳嗽；此即為發生心包滲液；若發生寒戰，乃為在濁音區任何部分有「穿頭」之趨向；此時可診斷為心包積膿由試驗穿刺可決定心包內積液之性質。

10. 若與心包炎同時發生，心臟動作極度衰弱而不規則，運動或端坐時可發生昏厥，此可知為心肌炎。

11. 胸部發生挫傷，擦傷或其他損傷，經相當時間後，正常清晰之心音忽變為雜音；此時應思及為有心內膜炎。

12. 若胸部創傷已愈之後，或在嚴重挫傷之後；一腫瘤漸發現；此種瘤，圓，光滑，柔軟，按之有捻髮音，輕叩之有回響，且咳嗽時衝動，呼氣時膨脹加甚，吸氣時則收縮；此即為肺脫出，或肺膨出；此種腫瘤顯露甚快；且至甚大，能多少還納，亦可摸出其裂隙處。

第十章 腹部損傷之診斷

DIAGNOSIS OF INJURES OF THE ABDOMEN

腹部損傷之危險，與頭部及胸部相同，視其腔內之臟器是否受累而走，通常腹腔內臟之損害，係受強大之暴力所致；但有時僅因微小之打擊，亦可發生致命之內臟破裂，故診斷腹部之損傷時；除能反證無內臟損傷者外，務須意想其中之臟器已受累。

檢查病人時，宜用最溫柔之手法；往往因檢查者之粗暴，或患者之運動，而使不完全之臟器破裂傷，竟變為完全破裂或致出血也。

腹部損傷，可分為挫傷與創傷。前者更為常見，二者之後患，常下在文分別論之。

確實之診斷，有時為不可能，無急性症狀，或無顯明內臟損害症狀者，不足使外科醫生謂比損傷之不重要；例如於劇烈受傷之後，即使有嚴重如腸道破裂者亦可無任何症狀，但迨數小時之後，發生急性腹膜炎，始能知其嚴重，其他創傷者亦同，所謂單純性表淺損害，僅能於患者之經過中不發生嚴重症狀時，方可如是診斷，但在治療上為未雨綢繆計，均須預防腹膜炎之發生；如待炎症發生，而後治療，已非所宜矣，有許多病例，臟器損傷之確實診斷，實非易易，必須詳細探索之；尤以腸道穿孔為然，蓋起初常未併有一定之症狀也，實質性臟器之損傷，常有出血之症狀，故其診斷較易。

腹部挫傷，其內部嚴重之損害，往往無外表之顯示；故對於腹部挫傷，必須詳細查究與監視之，關於受害之情形，如跌倒，受擊，擠壓，或碰撞，以及空洞器官之盈虛，即胃，腸，膀胱之飽滿否？皆

爲應加注意追詢者也。虛脫，出血，腹腔內氣體或液體之有無，腹壁緊張，疼痛，壓痛，嘔吐，血尿，氣腫等，皆應特別注意及之。

慎重檢查者患之體溫，顏色，一般態度（喜鬱，安靜，冷淡，不安，不省人事）脈搏率及其緊張性，呼吸之離易及飽滿度，腹壁之緊張及其移動性，觸診腫脹之位置，叩診全腹部之回響及濁音之領域，檢查嘔吐物及腸道或尿道之排洩物，且必要時，須行導尿，測尿量及排尿之快慢，查尿中有無血液，症狀起於何時，何時最劇，以上所述皆不可忽略者也。

休克爲受傷後立即發生之一重要現象，乃神經之過度刺激所致，腹腔神經叢受打擊時，最爲嚴重；當胃腸飽滿時，則外力更易傳播至此，腸道或膀胱之破裂，可無此症發生，即發生其症狀甚輕微。

驟然之情感作用，過於緊張，如恐懼，亦可發生休克；在神經質者，懼外傷之將臨時，即發生輕度之休克。

出血爲一重要之症狀，有內出血及外出血之分，外出血者如嘔血，腸道便血，小便帶血皆是也，出血之症狀，與其出血之快慢，及量之多少有關，其症狀係慢慢加重，故與休克不同。內出血之診斷乃根據一般急性貧血症狀，異常腫脹與濁音，凡可隨身體姿勢變異之濁音，即爲腹腔內積有流動液體之指徵，如血，尿，胆汁，血清等等，叩診必須輕柔而仔細，如此不但可免病人之痛苦，且可減少肌肉之痙攣，且少量液體所致之輕微回響，亦可查得，腹膜外出血所形成之腫脹，不因身體姿勢而改變，且常發現皮下瘀斑，腹腔內積聚小便，肌滑，囊腫液，皆有流動液體之濁音，但鮮有出血之症狀，見於膀胱阻滯或囊腫（如卵巢腫）之破裂傷。

遊離氣體積於腹腔內時，則肝濁音區消失，上腹部或下腹部有高度回響音，此種情形可見於腸胃破裂之患者。

皮下氣腫在腹部損傷不甚常見，如有腹部皮下氣腫，則須考究

其係來自胸部抑或腹部之損傷，胸部損傷之皮下氣腫，已述於前，茲不復贅，通常依其損傷之部位及初現腫脹之處所，不難分別，為胸部或腹部之損傷，腹部損傷所發生之皮下氣腫，初現於一側或他側之腰部或腹股溝部，且有腸道破裂之指徵，若患者有此種皮下氣腫，而無腹膜氣腫或全腹腔俱含氣體，則係無腹膜掩蔽之腸道損傷之示，如上行或下行結腸之後面是也，此種症狀或偶然見於直腸之損傷。

腹壁強硬為內臟損傷之極重要症狀。但有的僅輕微現於局部，有的則劇烈而廣泛，且與呼吸有關，若患者深呼吸時並不疼痛，且腹壁又鬆緩，則大部可決定無內臟之損傷，或腹膜炎，然而於內臟損傷之後，經較長之時間，迨於運動之際，始增強腹壁之強硬者亦有之。

疼痛為所損傷之必有症狀，若患部未經運動，而疼痛自行加重，或由局部之痛點而彌蔓全腹，皆為不良之徵兆，嘔吐亦為常有之症狀，若患者適於飯後，腹部受擊，則所發之嘔吐，乃係排出胃之內容物，並無甚重要，但若反後嘔吐，且嘔吐物常帶血液，則為內臟損傷之主要徵候，血尿，腸道出血，可顯而易知，若從肛門流出鮮血，為結腸下段受傷之徵，若流出者為溼青狀大便，則係腸道上段之損害。

右季肋部受傷之後，該處固定不敢運動，且有劇烈之疼痛及壓痛，則須疑及肝臟破裂，若更有顯明且漸加重之虛脫及內出血之症狀，肝濁音區加廣其範圍或轉移其領域，嘔吐頻繁，則其診斷可無疑矣，其嘔吐物通常含有胆汁而不帶血。

左季肋部受擊之後，繼起深度之虛脫，且有顏面蒼白並其他內出血之症狀，左胸壁下緣顯壓痛，脾濁音區向前向下增加，且此濁音區不因身體位置而改易，則為脾臟破裂，內出血為其主要症狀；

據此症狀及受傷之位置與血液鬱積所引起之濁音，皆為診斷之要則。

肝與脾臟破裂之患者，有時延遲至十二或二十四小時之後，始發現出血之症狀。

腰部受傷之後，發生血尿，其血與尿充分混合，或形成細長之輸尿管圓柱，則為受傷側之腎臟破裂，若腰部有挫傷，疼痛，壓痛，睪丸疼痛或退縮，大腿之前面疼痛或痠感，則診斷更可確實，若腰部受重壓而發生挫傷，深部腫脹，疼痛，腎臟部位顯壓痛，且伴有顯明之虛脫者，即無血尿，亦可診斷為腎臟破裂，蓋輸尿管中斷或阻滯之故也。

膀胱破裂之診斷，參閱第十一章

若患者係於飯後，上腹部或左季肋部受傷，以後上腹部劇痛，且疼痛由局部迅速彌漫至全腹，虛脫甚重而不恢復，嘔吐或嘔血頻繁，則為胃臟破裂，腹壁強硬，叩診時，肝濁音區有回響，表示遊離氣體之存在，此二症狀，可為診斷之助，胃臟受傷之患者，在臨床上並不多見，但在胃臟飽滿時則易發生，腹膜炎症狀迅速隨之而起。

臍部受傷之後，發生休克，且隨後又顯急性腹膜炎者，則為小腸破裂，倘患者起初雖無嚴重症狀，無顯著之神經震盪或嘔吐，腹壁肌肉亦不強硬，肝濁音區亦不消失，然遇此種受傷之患者，亦必須詳細檢查，蓋治療上賴於早期診斷而縫合之也，關於患者受傷之情形，兇氣之力量與大小，均須注意，例如從高處跌下者，小腸甚少受傷，受箭頭或木片之打擊，劇烈之挫傷或壓挫，則易傷及小腸且受此等外傷之後，雖腹部之呼吸運動，僅輕微障礙，腹壁亦僅稍許強硬，回響之改變亦極少，然腸道損傷之檢查，仍不可忽略，倘脈搏繼續增加，不論局部症狀如何，即須想到內臟損傷，若待其症

病發生，則已失去治療之真機矣。

倘腹部挫傷之後，發生內出血之症狀，但無實質器官損傷之症狀，則為腹部大血管破裂，症狀發生之快慢，其嚴重之程度，乃依破裂血管之大小，倘迅速發生嚴重之症狀，乃為下腔靜脈，門靜脈或腸系膜血管之破裂。

倘有患者於突然用力或劇烈損傷之後，自訴左胸部銳痛，呼吸困難，橫膈膜固定不能深呼吸，則須詳細檢查左胸部，若心尖搏動尚右變位，正常肺叩響區不顯，而代以胃結腸之鼓音或濁音，且該區呼吸音消失，但在此區之上則係正常而無變化，患者又甚感口渴，則可診斷為橫膈膜破裂後發生之內疝，橫膈膜之破裂若見於左邊；患者往往不及診斷而已死亡，橫膈膜疝，有為先天性者，須與上述因過度激烈動作或外傷而急性發生者，以鑑別之。

孕婦於腹部受擊之後，自訴疼痛且放射至陰唇，會陰或大腿，但子宮之外形未變，且無子宮出血及顯明之虛脫，則為子宮挫傷，常可致成小產。

在上述同樣情形之下，患者兼有虛脫及失血症狀，且有血自子宮陰道流出，則為子宮破裂，若子宮之外形不能觸知，而從腹部能摸著胎兒之頭或肢體，則為胎兒已出子宮裂口而入腹腔。

已知有卵巢囊腫之婦人，因腹部受打擊或跌傷之後，發生眩暈，且訴疼痛，腫塊之輪廓變形或甚至不顯，且於下腹部叩診得濁音，改變病人之姿勢時，此濁音區又不顯，則為卵巢囊腫破裂，若余有腹腔內之液體，即不先知有卵巢囊腫，亦可診斷，當時有破裂之感及虛脫，無黃疸及心肺病，皆有助於診斷。

若患者無顯著或加重之虛脫，劇痛，嘔吐，氣腫，血尿及腹部叩響與運動之改變，則大概可無內臟損傷，但嚴格論之，須待病人之經過良好，無腹膜炎之症狀，亦無腫毒之形成，始能確實診斷。

腹壁腫脹兼有瘀斑之皮色改變，患區又有觸痛，且當呼吸或運動而腹壁肌收縮時鈍痛加增，則為腹壁挫傷，若移動腹壁肌而有裂據之感，此為肌肉斷裂之徵，在腹直肌尤然，且伴有血滲出之腫脹與肌肉收縮之疲弱感。

腹部挫傷之後患

腹膜炎

腹腫

胰腺囊腫

尿囊腫

腹膜炎為最常見之後患，且極危險，腹膜炎之發生，可因消化道之穿孔，或因消化道受較劇烈之損傷後，病原菌滲經腸壁而傳染腹膜；或其他臟器劇烈挫傷或破裂之後，於是循行於血中之細菌乘機傳染，腹膜炎之結果，種種不一，有的限制細菌於局部，變為成形性腹膜炎使與近旁之器官發生粘滯。或成限局性腹腫；若傳染性甚大，則迅速擴播而成普遍性腹膜炎，腹膜炎之症狀，各有不同。一方面由於毒血症，他方面由於發炎部位之機能障礙也。

檢查時應注意以下之幾點

體溫：短時之輕微升高，謂之外傷熱，任何損傷均有之，腹壁肌肉挫傷，或實質器官挫傷，有輕度體溫增高，且能持續多日；但無傳染者，其熱型無隨伴症狀，倘熱型迅速增高，則為傳染之主要症狀然有少數病例，特如老年人，雖有嚴重腹膜炎，其體溫亦僅稍許增高。

脈搏：在腹膜炎經過中，皆有脈搏增快，若炎症係在局部，則脈搏細能硬；若為瀰漫性腹膜炎，則脈搏快而弱。

面容：焦慮之表情，面容嚴肅，口唇青紫，不安不寐，皆為腹膜炎所常見之症狀，但意識始終清醒，患者亦不自知其嚴重，

舌：乾燥，有薄苔，常感口渴。

嘔吐：此症狀常見，嘔吐不費力即能吐出，嘔吐頻繁，嘔吐物混有血而呈暗色，因胃腸充血之故也，患者常有暗色液體，一口口吐出。

疼痛：發病之初，即有急性疼痛或為普遍性或僅限於患處之局部或臍部。限局性腹膜炎，疼痛限於局部，其嚴重與炎症之劇烈成正比，若有膿腫形成，則疼痛轉惡。普遍性腹膜炎。雖無局部疼痛，但亦有僅限於背部者，臍痛在限局性腹膜炎，此狀甚顯，若有膽膿腫形成，則更加重。普遍性腹膜炎之早期，此狀較輕，其後轉劇，但有少數之病歷，並無此狀。

腹壁板硬：為腹膜炎之常有症狀。限局性腹膜炎，此狀只限於發炎之部位。普遍性腹膜炎，則殃及全腹，病至後期，此狀則不顯。有少數之病例，始終無此症狀。

腸蠕動：腹膜炎患者，常有蠕重抑止狀態，無大便及放屁。且用瀉劑及灌法，終歸無效。但有少數患者，反而下瀉。

腹部膨脹：為常見之症狀。普遍性腹膜炎早期即有之，以後更甚。限局性腹膜炎，此症狀發現較晚，且為腹膜炎瀕墓之症候。

呼吸：腹膜炎患者，呈胸式呼吸，其原因由於腹肌之緊張，運動特之疼痛，及腹部之高度膨脹所致。普遍性腹膜炎之末期，呼吸加快。而且甚為有力，同時血中氧氣漸弱缺乏。循環普遍性腹膜炎循環逐漸不良，四肢發冷，微血管瘀血，臨死前：一小時腕部脈搏可消失。

小便，小便量減少，或完全受抑制，普遍性腹膜炎亦可發生蛋白尿。

白血球增多：此症狀可表示急性腹膜炎之程度。普遍性腹膜炎亮膿腫形成者。白血球增加更多。

診斷腹膜炎，不能依據上述中之任何一種症狀，必須綜合多種症狀始可決定之。此等症狀中，以脈搏為最重要，而以腹壁強硬次之。

腹膜炎多發生於傷後數小時，但延至二——四日後始發生者亦有之。如腹部挫傷之患者，自訴腹部或背部疼痛，體溫增加脈搏增快，腹壁運動，鼓腸，不放屁，則可診斷為普通腹膜炎。患者面容憂鬱緊急，嘔吐頻繁，小便減少，鼓腸漸甚，循環不良，則診斷更有把握。倘遇可疑之病例，則多形核白血球之迅速增加，甚有助於診斷。

若患者自訴有局部疼痛，且該處有觸痛及強硬，體溫脈搏均增加，則可診斷為限局性腹膜炎。有時能觸知局部腫脹，偶爾嘔吐，便秘，白血球稍增。若炎症稍退，則此等症狀均失，但若發生粘連，則有障礙性疼痛，局部觸痛及便秘，而便秘又為疼痛反復發生之原因。

若腹部挫傷之後，而有局部腫脹及發熱症候則有膿腫之可疑，有時外表不顯損傷，而有發熱及局部疼痛，且有進行性腫脹。若此腫脹漸大，並有紅腫，劇痛，觸痛，發熱等進行性炎症狀；詳細檢查發現波動，周圍水腫，白血球增加，寒顫，弛張熱，則診斷更可確實矣。由膿腫之部位，外形，移動性或固定性。與其相近臟器之關係。則可決定膿腫之位置，此種膿腫可發生於腹直肌鞘內，或在腹壁之峰窩組織處，或在腰部脂肪組織處，或在腹腔內而為組織粘連所圍繞，有時亦可在腹膜後組織內見之。

膈下膿腫居於肝胃與膈之間，其位甚深，故檢查極難，詳見於三十七章。

上腹部受損傷之後，胃臟之上或胃與橫結腸之間，徐徐發現腫脹，叩診得濁音，則為胰腺囊。此為假性或外傷性囊腫，常於受傷後

數月仍無顯明之症狀；但患者消瘦且小便中嚴精常增加。

如一側腰部受傷之後，該處徐徐形成腫脹，但無熱型及急性疼痛，亦無觸痛及波動，則為輸尿管破裂而成尿腫。

腹部創傷：遇腹部創傷，須決定為腹腔或僅腹壁之創傷，若已知為腹壁創傷，則進而決定為表層或肌肉層，抑或腹膜層者，若創傷深及腹腔，則進而求決定為內臟突出，或內臟創傷，抑或血管創傷，又須注意上述各種創傷，是否有異物存在。刺傷不但診斷甚難，而且危險極大，其進口甚小，常使檢查者忽略，然其創傷則常可深達內臟或伴發內臟創傷。子彈傷亦然，檢查時應注意致傷之樣式，武器，創傷深度，創面是否有胃腸之內容物污染。

1. 是否為穿入性創傷？——許多傷者往往難以決定為穿入性者，尤以刺傷為然，非擴大創口，則難以決定診斷，邊緣敞開，創面暴露，僅侵犯皮膚及淺層脂肪組織者，乃為淺壁創傷；倘創傷深達肌肉或肌腱膜，肌間隔，腹直肌鞘，深筋膜，則可有續發性疝氣及瀰漫性炎症與化膿之危險，因此有與淺壁創傷區別之必要而謂之深壁創傷；倘有內臟突出，或有器官內容物流出（食物，膽汁，大便，小便）或從深處創口流出澄清之漿液或暗色血液，且當腹壁用力時（如咳嗽）流出更快，又有甚重之虛脫內出血之症狀，以及血尿，嘔吐，肛門流血，凡此等症狀均為穿入創傷之徵候；如有可疑時，必須擴大創口，以決定創傷之深度其形式。

2. 有無內臟突出？——大都易于認知，以網膜及小腸為最多見，肝胃脾膀胱次之，凡深部創傷，必須詳細檢查有無內臟突出，突出大者，診斷不難，但若腸管小曲居于網膜皺襞之後時，則不可不注意，網膜稍許突出于創唇之間，必須注意，方能認識網膜之，須注意其脂肪之粒狀排列，外面之血管，若向外脫垂則有基底連於深部。腸胃肝之表面滑亮，甚易於創口發覺，膀胱脹滿時，常可從

下腹壁脫出，而腹腔可不敞開，用消毒導尿管將尿排出，則見縮陷，若插入金屬導尿管至膀胱，則可用手在突出之膀胱壁摸知。

3. 有無內臟創傷？——(A) 凡見內臟突出，均須除去異物，詳細檢查有無內臟，破裂或創傷，如網膜或腸系膜突出，則須注意時無血管破裂，如腸胃脫墜，而腸胃陷縮或其內容（氣體或半固體）流出，則為有創傷之徵，至於腸道之較大創傷，則一基而知。

(B) 不見內臟突出之傷者，須據下述數端以診斷之：從傷口流出未經消化或已消化而無胆汁之食物，或嘔血，皆為胃臟創傷病徵，此傷者可發生重症之虛脫或急性腹膜炎。如從創口流出大便或肛門流血，則為腸道創傷。如從創口流出小便，或發現血尿，則為泌尿器創傷，又觀創傷之位置，則可知為腎臟或膀胱之創傷。相當於肝之部位受傷，而從創口流出胆汁，則為膽囊或胆管創傷。

若創傷後發生暈厥，流度虛脫，粘膜蒼白，創口有暗色血液流出，腹部鼓脹，腹部叩診得濁音，則為內出血，即脾肝或下腔靜脈腎靜脈或其他腹部入血管之創傷也。

穿入性創傷不立即發現嚴重症狀者，不能證明無內臟創傷，故遇此種傷者，必須詳細深察或須擴大創口而檢查之，因未經處理之大血管或內臟創傷，危險甚大，故外科醫生必須慎重確實診斷，若待其致主致命之虛脫及傳染性腹膜炎而始察覺，則已失去治療之良機矣。

4. 有無異物存在，——異物多為金屬，故用X光可診斷其存在及位置，但穿入性創傷，不能延誤至X光診斷後，始行治療。

腹部創傷之後患

腹壁彌蔓性化膿
腹膜炎

人工肛門
疝

瘻管

粘連

腹壁創傷之後，而發生廣部組織萎縮性腫脹，皮膚發紅而水腫，且有疼痛壓痛，體溫升高，則為腹壁潮濕性或炎症，往後則可化膿。

創傷已癒，但腹壁存留管道，有腹內臟器之內容繼續從此流出，則為瘻管形成。如分泌液不含胆汁，且為酸性反應，而含有未消化或不全消化之食物，則為胃瘻，或為輸胆總管入口以上之十二指腸上段瘻管。從瘻管流出腸內容者，則為腸瘻，與小腸連通之瘻管，則流出糊糜之物質，無臭而為淡白色，能使周圍皮膚迅速起表皮剝蝕，與大腸連通之瘻管，為糞瘻，流出物質為暗黑色，糞臭，且混有氣體，如流出物為胆汁，但不含食糜謂之膽汁瘻。若水樣流出液，內含尿素，則謂之尿瘻。如腸粘膜直接連續皮膚，而腸開口直通於外，則謂之人工肛門，或為人工手術，特意造成，或為脫垂之腸壞死脫落而成。如有柔軟發紅，且有粘膜潤濕之皺襞，從此開口突出，則為人工肛門脫垂。如從此開口有圓滑之一團突出，其上覆以紅色之粘膜，壓之，則突出之團可送回，而其覆蓋之粘膜亦即縮陷，則為人工肛門疝；腹腔內壓力增加時，（如咳嗽，有圓滑而柔軟團，從腹壁薄弱處突出，叩診得鼓音，則為疝，濕分還納性及非還納性兩種，還納性者可以送回腹腔內，有時於單薄之癢痕，可以透見腸曲，或用手能摸覺網膜塊，此種疝無顯明之囊頸。

腹部內臟創傷之後，經不定之間隔時期，可發生腸道粘連之症狀，其診斷在第三十六章討論之。

第十一章 盆部損傷之診斷

(DIAGNOSIS OF INJURIES OF THE PELVIS)

盆部損傷大多由於重力打擊，足踢，高處掉下，大力擠壓，或槍彈創傷所致。其損傷可分三類

第一類：骨外軟部組織之損傷。

第二類：骨之損傷。

第三種：盆內臟器之損傷。

檢查時吾人須先注意損傷之屬於何類，藉作檢查之前導，當然內臟損傷，傷者甚為嚴重。

軟部挫傷：軟部挫傷常有皮膚顯明變色，鈍痛，及腫脹，以此三點即可識別，局部腫脹大小不定，有時皮膚瘀斑性變色，範圍甚廣，因之損傷部位究在何處，首先必須注意。輕者，則僅於損傷處發生之。不論挫傷之連累會陰，陰囊或陰頸與否，詢問病歷，必須留意其尿道曾否流血，或猶繼續流血，若損傷後不久，軟部組織即挫有界限與波動，多少顯明之腫脹，此即血腫，其上覆之皮膚可無挫傷，其內血液可久滯留，或即被吸收，此類血腫常多發生於臀部。盆又亦如身體他部，挫傷後可繼發膿腫。因其腫脹疼痛，壓痛，皮膚變紅，局部水腫及波動症狀之增進，而可診斷之，同時全身尚有發燒及白血球增多之現象。

骨折：骨折檢查，可如下列順序：

第一：將傷者以式平臥床上，醫生兩手分別輕放於恥骨聯合之兩側，然後沿恥骨聯合及恥骨弓由前後之方向：而向下按，觀察其外形是否完整，或有變化。

第二：緊抓髖骨或髖前上棘，而試其是否能與其餘骨部分離而

動搖，於恥骨聯合之一側向後按壓，用力先輕，而後漸漸加大，試其能否壓下。然後置兩手於骨盆之兩側，向內重壓，試其是否疼痛。

第三：加壓於恥骨棘是否疼痛，一側股骨大粗隆是否有壓扁，或較他側提高，髖關節活動，是否疼痛。

倘使藉此檢查發現盆部輪廓不整。任何一部之獨立活動，或發現骨擦音，均可證明骨盆骨折。輪廓不整之部位，獨立活動之部分，或骨擦音之所在，即係骨折之處所。骨盆軟骨聯合之分離，亦有上述之症狀而無顯明之差別，須注意者也。不能站立，髖關節運動疼痛及恥骨棘壓迫可痛，乃表明髓臼裂隙。倘若同時運動髖關節，有強烈之疼痛並明顯之骨擦音，此乃，臼骨折。有碎骨片脫墜。同時又具上述症狀，股骨大粗隆趨近中線，乃表示股骨頭回骨盆變位，骶骨或尾骨骨折之診斷，詳論於第五章。

都損傷，X光檢查非常重要。首因許多骨折距離表面過遠，且無多大變位，臨床檢查難以確定診斷，次因骨盆一側顯骨骨折，對側亦難避免，無X光檢查頗難發現也。

盆內臟器損傷：在受傷前臟器之情形必須深知，如膀胱之盈虛如何，女性月經來潮否，懷胎與否或腹內有瘤腫否等，次詢傷者受傷時之感覺，特別碎物或崩潰之感覺，尤為緊要。至於盆痛，須問其部位，性質及時間，是否時有排尿意或甚急後重。曾否有過排尿，排尿之感覺如何，是否混有血液或獨尿道，肛門或陰道流血。再顧及傷者全身狀況，有否神經震盪及失血等症狀，雖皮膚毫無挫傷現象，亦不能證明內臟並無損傷，蓋膀胱皮子宮破裂之重大損傷，有時亦可不顯表面症狀故也。

泌尿器常易受傷，故外科醫生應首先注意及之，倘使尿道見有血液流出，或已知會有此種現象，同時會陰前部業亦有挫傷現象，此乃尿道撕裂平常多為尿液瀰留，但亦可有排尿之感覺，隨即發生

會陰，及陰囊之腫脹，此乃尿外溢也。將導尿管小心順道挿入，若能達膀胱，清尿流出，此即表示尿道，並非完全橫斷撕裂。若導尿管不能伸入膀胱，同時並感覺其管口，被阻於皮下，此乃表示尿道損傷甚重。此種損傷常發生於高處掉下，會陰落在橫木上或會陰受其他同樣之直接暴力而致成。

倘使受傷者於受傷後，立感鼠蹊部刺痛，尿道緊接着流出鮮血，但排等正常，同側睪丸壓痛，壓痛，稍許腫大，及日後睪丸萎縮，此種損傷乃示輸精管破裂。凡尿道流血，首先宜思及尿道損傷，但由損傷之性質（如僅受擠壓而非受打擊）且會陰及陰囊毫無挫傷現象，排尿正常，則以非尿重損傷可知矣。日後睪丸萎縮，更可證明診斷之無訛。

膀胱破裂：其症狀變化不定，易於隱瞞，若受傷者能一口氣將尿排出，不含血液，不感痛楚，此可斷言膀胱並無破裂，雖然如此，但因其症狀變化不定，於此情形，稍有變異，吾人仍應有懷疑之心，而小心檢查，以達確實診斷之目的。

膀胱破裂僅發生於充盈時：故詢問病歷甚有意義。膀胱破裂可使其排尿力減少，甚至消失。膀胱內仍能否積尿，頗不一定。膀胱壁中被撕破之血管間外流血，因之尿出可流出之尿中，可含若干血液。若大量尿液，流入腹腔或蜂窩織，傷者可否發生休克頗不一定，亦可有尿意頻數，但亦可既無尿意又無排尿能力等各種不同之症狀。若尿已由膀胱外溢後相當時間，腹膜炎或盆部蜂窩織炎隨即發生。

欲達到確實診斷之目的，首先須決定其受傷時膀胱之盈虛狀態，即受傷前，膀胱充盈，而受傷後在恥骨上部或直腸陰道，食指探未能摸得膀胱，僅此事實即可作診斷重要根據。於是再觀察其排尿之動作，尿量之多少，以及排尿之力量。尿中是否含血，排尿

是否如吾人想像之多少，排尿力之消失。尿中含血雖其量少，亦為有價值之症狀，挿入消毒導尿管，測其尿液外流量，並注意其外流之速度。膀胱空虛後注入定量消毒之溫水約一英升，檢查膀胱是否膨脹，於是將水放出，再量其分量是否減少。若膀胱不能膨脹，且流出之水量少於注入之水量，則膀胱破裂，由此可証。有時導尿管可經膀胱裂口而入腹腔，引膀胱液與血清之混合液，此液之性質與純粹從膀胱內引出者不同，膀胱破裂至此又可確定診斷矣。此時再檢查其脅腹部，若叩診有轉移性濁音，則知腹腔內有液體存在，此表示膀胱裂口上入腹膜內，稱為腹腔破裂。若無此等症狀，則須小心注意恥骨上部，及腹股溝韌帶上部腹壁之狀態，若有深部腫脹，此即表示為膀胱腹膜外破裂，尿液向盆部蜂窩織浸潤之現象。要之腹膜內破裂，日後必生腹膜炎，腹膜外破裂，日後必生盆部蜂窩織炎，於盆部及下腹部逐漸腫脹。

膀胱破裂，不僅可見於盆部骨折，亦可視於下腹嚴重之挫傷，尤在分娩，膀胱膨脹，膀胱疾患，及肌肉過度作用時，受孕子宮之挫傷或破裂，或卵巢囊腫之破裂其診斷詳見第十章。

盆內臟器之創傷：倘使在排尿時，尿液由陰莖或會陰創口流出，此乃表示尿道創傷。倘使尿液由創口流出，而與自主之排尿無關，此乃表示尿道創傷。倘肛門，女陰，陰道之外部發生創傷，或有武器傷及此種腔道之歷史，則吾人手指必須輕輕挿入，小心探查其腔壁，利用此法，在任何腔道中，可能發見其裂口。若藉窺探器，則於其範圍與深度尤可作進一步之檢查。陰道創傷時，有時腸一段可由陰道脫出，血液與羊水從創口外溢胎兒或胎盤之一部，伸入陰道，此乃表示受孕子宮創傷。而急性腹膜炎之發生，乃表示腹膜創傷也。

直腸或陰道異物，直腸或陰道內若有異物：用手指檢查即可探

出。倘異物新近進入者，由其病歷既可知之，若長久嵌入，其長期粘液性膿液之分泌，疼痛，直腸有裏急後重，在此種情形即有檢查之必要。

尿道異物：異物在尿道海綿體部，可以手指沿尿道揉下而觸知，或用探子或用尿道鏡亦皮知異物之所在。倘使異物深在，則可將手指挿入直腸而捫出。倘使不能捫出可用銀質導尿管或探子挿入尿道在膀胱頸近端，若有閉塞之感，此即示異物之阻塞，此時應將導尿管或探子向內輕輕導入，將此異物推入膀胱，而後再行檢查。異物在尿道內能自動進入膀胱，此點吾人必須記住。

膀胱異物：倘使小孩發生瀰尿現象，或排尿時突然疼痛並稍有血尿而其病歷不明時，此時應疑其為膀胱異物。其確實之診斷可用膀胱鏡檢查或X光照像。

陰莖，陰囊，與睪丸損傷：皮膚挫傷為常見之症狀，可資識別，如為陰囊，則發生相當腫脹及甚深之變色。初由血液所成之腫脹可被血清滲入水腫而增大。陰囊壁之變厚，妨礙睪丸之檢查。倘受傷後睪丸即感不適之疼痛，全身有虛脫現象，睪丸腫大及壓痛，此乃表示睪丸挫傷也，睪丸挫傷不久可顯睪丸炎之症狀，日後發生萎縮。嚴重之擠壓傷，可使睪丸壓成一團肉凝。陰莖任何一部受傷，血液立可向海綿體滲入，倘損傷廣大陰莖全部受害，則可顯強度及持久之陰莖異常勃起。陰莖及陰囊表面組織可以廣大撕裂或變位。所謂陰囊脫位，即陰莖及睪丸表面組織可全部撕裂或陰莖之鞘，翻轉而致陰莖位於陰阜之深部，在此種病例之一側或二側睪丸常可撕開。

急性精索扭轉可由肌肉過度牽拉所致。有些睪丸疼痛腫脹之病例副睪受害為最烈，即由於受傷之後，常發生副睪丸炎。其他病歷中，此種疾患所能引起吾人注意者，厥為結核或淋病所致之副睪丸炎也？

第十二章 上肢骨折與脫位之診斷

DIAGNOSIS OF FRACTURES AND DISLOCATIONS OF THE UPPER LIMB

因X光攝影對於可疑或實在之骨損傷，其診斷非常確實，誠可使臨床檢查不屬必要。在今日為確實診斷及減少病人因檢查所受之痛苦起見，吾人幾乎均運用X光。但本章及下章所須加討論者，乃在準備對付X光無效時，或病人不願作X光攝影時，所遇骨折與脫位之病例也。

大多數病例，病人常能指示損傷之部位，但亦並非一定，所以吾人對於傷肢，必不能僅作損傷部之檢查，而遺忘檢查其全部，有時在受傷過重者，尚須作他肢檢查，因為一處骨折或脫位檢出後，常可忽略他處之同樣損傷或潰瘍與挫傷，倘使如是，則十分危險。

肢體之長度比較：在未述他種損傷之檢查與診斷前，測量體之長度必須注意。

1. 測量鎖骨內端與肩峯頂點之距離——此距離不因損傷增大，而常因骨折而縮短，如斷端已重合，骨之彎曲（如蠟枝骨折）或肩鎖關節脫位等皆可由此現象。
2. 量測肩峯頂點與肱骨外上髁或喙突頂點與肱骨內上髁之距離——倘此距離增大，則此為肩關節脫位，倘此距離縮短，則表示為肩關節脫位，肱骨骨折或肩峯喙突之向下變位骨折等。
3. 測量肱骨內外上髁與同側莖突之距離——倘外側距離縮短時，此或由於橈骨在肘部之脫位或橈骨骨折。倘內側距離縮短，同樣由於尺骨脫位或骨折所致。

4. 在腕部或掌部測量橈骨莖突至第一掌骨底及尺骨莖突至第五掌骨底之距離——倘使距離縮短，乃表明腕部脫位。

5. 測量肩部周圍之長度——其帶尺之游離端繞過液窩，在肩部上面與帶尺垂直相遇而測量肩部周圍之長度。倘此長度增大一二寸乃表示肩關節脫位。

6. 測量尺骨鷹嘴尖端與肱骨內外上髁間之距離——可以表示尺骨與此點之相互位置。

鎖骨與肩胛骨之檢查：病人坐椅上，醫生立其背後，將兩手之食指放於病人胸骨上切迹處，漸移向外，即可觸及鎖骨胸端。注意兩側是否對稱，然後再沿鎖骨向外接壓，直至肩峯，更沿肩峯肩胛岡，直至肩胛脊柱緣，此種骨均在皮下，甚易摸出。兩側比較即可察出有無鎖骨或肩胛骨之骨折陷凹或壓痛點。

從肩胛骨肩胛岡向下沿其脊柱緣直至下角，抓住下角搖動之，試其能否與其餘部分分離活動。外展其臂，其腋下緣亦可同法檢出。肩峯與肩胛岡亦應抓住搖動而試其有否異常活動，與骨擦音。窩突可在胸大肌與三角肌之間溝內，三角肌覆蓋下按出，注意其是否陷入，或有活動。一手放在病人肩上，他手抓住肘部，向上用力轉動，試其有否骨擦音。

用上述檢查方法可知鎖骨胸端，是否有向上向前或向後之脫位，若向胸骨柄後脫位，則可壓迫氣管，食道，鎖部大血管，及神經等，發生極大之危險。

倘使鎖骨線中斷，或發現骨擦音，此乃鎖骨骨折，鎖骨骨折常發生於三分之中份，具相當變形：若發生於外端，在錐狀與稜狀韌帶之間，則無任何變形，此種骨折可以肩部壓痛，與上臂轉動時發生之骨擦音而行診斷。單側鎖骨前面曲度增大，乃由於鎖骨之縱橫骨折所致，按之有壓痛，倘癩病亦可發生此種曲度，但其兩側對

稱。

肩胛骨肩峯可離鎖骨肩峯端向下脫位，或向上脫位，但較少見。此種脫位又可稱曰鎖骨肩峯端向上脫位或向下脫位。兩側之肩胛關節有稍微對稱之凸起，並非脫位，乃係正常之關節外形，此須注意，不可誤認，肩峯尖端可以按三角肌撕斷，牽引向下或其肩峯全部於根部折斷發生異常活動與骨擦音。倘骨擦音細柔病人年齡在二十歲以下，此乃骨骺分離畸形，異常活動及骨擦音此三者可表示肩胛岡或肩胛體骨折。倘喙突位置較正常者低，並可活動，此係喙突骨折。若骨擦音甚細柔，病人年齡甚輕，乃骨骼分離也。

肩之檢查：外科醫師立於病人之前，一手平放於病人肩之外部，拇指按住肩峯，若感覺肱骨上端位三角肌下，較肩峯弓凸出，則表示肱骨頭仍在關節內，並非脫位。反之如手不能感到任何抵抗，且手可越過肩峯向關節凹探入，此係肩關節脫位。兩側比較時須勿忘記兩側肩關節，亦可以同時脫位。

肩關節脫位：全部肩關節脫位時，腋前變凹入，肩之周徑增大，用直尺或直板能同時將一端接觸於肩峯，一端接觸於肱骨處上裸。欲決定脫位之種類，肱骨頭必須找出。此可由球形輪廓及轉動肘部時，掌下有旋轉感覺而資識別。上臂方向對右肱骨位置之指示，甚有助益。上臂外展愈大，肱骨頭脫位愈低。倘使肘部位身體正中橫軸之後，則可知肱骨頭在其前，反之亦然。若肱骨頭初在前面，充滿腋大肌與三角肌所成之溝內，而使喙突糝糊，顯一球狀凸出物，臂動，此物亦隨之而動，此係喙突下脫位。倘檢查肩前部，喙突尖端可明白捫出，而肱骨頭位腋窩內，向底凸出，此係關節下脫位。喙突下脫位，常可誤為關節下脫位，因臂上舉時，其肱骨頭亦可於腋窩內捫出。關節下脫位較少，僅在肱骨頭與喙突間有一顯明間隔，球形肱骨頭可於腋窩內可明白捫出時方能確實診斷。

倘肱骨頭在鎖骨下，喙突內捫出，而腋窩不能找到，此爲鎖骨下脫位。倘肱骨頭在前面不能捫出，而於肩峯及胛岡下後，反可摸到，此爲肩胛岡下脫位。

倘肱骨頭在胸大肌與三角肌間，皮膚下明白顯出，肩頂部凸起，此乃喙突上脫位此常與喙突或肩峯骨折伴發，而其致成之故，常由於肘部受嚴重暴力，沿肱骨上行所致。

倘見上臂於耳旁垂直上舉，而肱骨頭一如關節下脫位，凸出於腋窩底，此曰堅立脫位。

倘在脫位整復時，發見骨擦音，整復後又易滑出，而外科醫師自信肱骨喙突或肩峯並無骨折，此時則可診斷爲關節盂骨折。除撞傷外，此種損傷必伴有脫位。

肩部骨折：若外科醫師已決定肱骨頭，猶位於關節盂內，則必須小心檢查肱骨上段之形狀及有否異常活動骨擦音。

肱骨上段之形狀，在三角肌上可以摸觸。置手指於腋窩，能檢查其肱骨頭之內側面，一手平放於肩外側。一手轉動其肘部。此時可檢查骨擦音。依此方法不僅骨擦音可以查出，並因肱骨上段不隨肘動而指出骨折端離開之狀況。髁骨大粗隆亦應抓住，試其能否與骨幹分離而活動，藉此種檢查可以確定大粗隆骨折或肱骨在解剖頸處或外科頸處骨折。肱骨頭在腋窩內可自由活動，但不隨骨幹而動，此表示肱骨頭脫位及其頸骨折。倘患者年齡在二十歲以下，肱骨上端適於喙突下向前凸出，轉肘時，發生柔軟骨擦音，此爲肱骨上端骨分離。倘肱骨上端少許變形，肩部扁平，但肱骨活動仍如未斷然，又無骨擦音，此爲骨頸嵌入骨折。此種損傷後，肱骨頭常有輕度向下移位，因此肱骨上端可在關節凹內，而其頭在關節盂下腋窩內凸出。

倘轉動上臂發見有深部骨擦音，而肱骨未有骨折，此爲 壓骨

頸部骨折。喙突或可從肩胛骨體分離而與臂俱動，在此種病例中，肩部變位，肘部下落，若肘部堆上，可矯正肩部扁平。

倘肱骨頭位於關節盂內，無骨折現象，但其臂固定於外展位置，不能活動，經發生屈曲其肘，轉動其臂時，可感覺有物滑動，而其變形為之矯正，強直為之消失，此種情況乃是肱二頭肌離自其溝內脫位。

肱骨幹骨折：吾人可用拇指與其餘四指分別握住上臂之內外一側，自上向下觸摸，檢查肱骨幹有無畸形，異常活動及骨擦音。骨折常使上臂顯著變形，並常呈角形彎曲，朝前或他側。關於此種病例不僅宜知骨折之確實位置，而於其變位方向及骨折是否粉碎等，更須詳細小心檢查。上臂血管及神經緊靠其骨，不特骨折力量，可致損傷，即骨折斷端亦可刺傷，故外科醫生應比較兩臂之脈搏及注意前臂與手掌有無感覺消失或麻痺等現象也。

肘部骨折與脫位：關肘節骨折與脫位，種類甚多。其變位若不矯正，日久可遺留功能上之永久障礙，故其診斷甚重要！肘部骨折，常由直接暴力所致，故受傷後立生甚大之腫脹，使骨外形不易摸觸，診斷亦頗感困難，倘無X光攝影，須在麻醉後，以作詳細之檢查。比較兩肱各骨點之相互位置，有否變化。次則檢查有無異常活動。檢查肘關節最佳之方法，乃使病人端坐，醫生立其前，以兩掌托住病人兩肘，拇指放於肱骨外上課，中指放於肱骨內上課，食指尖端頂住尺骨鷹嘴。此三點之相互關係，首須確定，當關節屈曲時，鷹嘴下降與內外上課成一三角形。當關節伸直時，鷹嘴上移與內外上課成一直線。檢查時首須注意此三骨點之相互關係，有無變化；次則檢查橈骨頭，此頭即位於肱骨外上課之稍下，腕關節旋前旋後時，則顯轉動。倘其離正常位置，則應接觸肱骨外上課之前面後面及外側面。其次每一肱骨上課，必須抓住搖動，試其有否與其餘部

分分離活動，若有活動，則其附麗碎片之大小，應加決定。鷹嘴外形必須接觸，並抓住之，左右搖動，而試其有否骨折，蓋尺骨骨折常被忽略也。肱骨內外上髁間之距離，可用兩脚規測出，若受傷後距離變長，即由於肱骨骨折所致。於是再注意其肘關節之伸直與活動，伸直常為脫位之結果，而在骨折可生異常活動，異常活動，常致過度疼痛。

藉上述之檢查可檢出下列各種損傷

(1) 若鷹嘴過度位於肱骨內外髁之後，且其半月切迹亦可摸知，此為尺骨向後脫位。倘同時橈骨頭於外上髁後摸出，此為前臂二骨向後脫位，但橈骨頭亦可在肱骨小頭之前而變位。倘脫位整復後卻又脫位，此或有伴尺骨喙突骨折；骨片可在關節前面摸出，或可發生骨擦音。

(2) 前臂橈尺兩骨可向內或向外脫位：無論向內或向外脫位，肱骨外或內上髁，常可特顯，而橈尺骨之一，於對側凸出。

(3) 倘肘後部之鷹嘴突起，不能摸出，同時橈骨頭位於肱骨小頭前，此為前臂兩骨向前脫位，此種病例中，肱骨內外上髁之任何一端，與莖突間之距離皆增長。

(4) 鷹嘴位置雖無變化，而橈骨頭可向向前向後或向外脫位，在向後脫位肘關節屈曲時，可因橈骨與肱骨前面相碰，而使突然停止，不能再屈曲，但因尺骨與肱骨滑車仍有連接，故肘關節仍有一部分之屈伸運動，在小孩橈骨向前脫位，時有所見，此種脫位，可由前臂牽曳所致，故特名之曰牽曳肘。

(5) 倘尺骨鷹嘴在肘後過分凸出，而其頂端與外髁之距離未有變動，半月切迹不能摸觸，此係肱骨下端骨髁分離並向後變位，或為適在髁線上骨折及有同樣之變仍。此種損傷僅見於小兒及年青

人。

(6) 突出之鷹嘴或內外上課，均可骨折而發生異常活動及骨擦音。其碎片或僅為其突出之一小部分，或為其整個部分，或更累及骨幹。

(7) 肘部後面過分凸出，而鷹嘴與內外上課之關係無改變，此乃表示未有肥位也。此為肱骨軸於肘部上發生變化，設向前牽曳前臂，則發生骨擦音，並減少其變形，此係肱骨下端骨折向後變位。倘骨擦音顯明，並易發現，且一側上課能獨立分離活動，此為肱骨下端向肘關節內丁字骨折。

(8) 倘旋轉前臂，橈骨頭不能隨之活動，而適在其下又發生骨擦音，此為橈骨頸骨折。

(9) 倘旋轉前臂，適於肱骨外上課下發生骨擦音，壓迫橈骨頭亦然有其骨突之任何一部，又能移動，則尤可為橈骨頭骨折之證據。

(10) 倘運動肘關節發生骨擦音，此固骨折之表示，但若各骨點之位置正常，亦無獨立之活動，同時肘關節處又有肢軸之偏向，或有側方運動及骨擦音，此時肱骨關節突骨折可了診斷，此種損傷甚為罕見。

肘關節附近骨折損傷後，最易發生嚴重之併發症，名 Volkman 氏局部缺血性攣縮，其原因乃由肘部損傷後局部腫脹甚大，並加以其緊纏帶壓迫所致。病人沿前臂及手掌常訴疼痛，其腕雖伸，而不易令其屈指伸直。腕之極度屈曲，可使五指伸直，蓋比姿勢其攣縮之屈曲得充分弛緩也。

前臂骨折：前臂固可發見橈骨尺骨或單獨骨折，而以二骨同時骨折為常見。前臂戴杖骨折較身體他處尤多發生。其骨折徵候如疼痛，腫脹，變形，異常活動及骨擦音均如他處骨折然。尺骨後緣之

長，適在皮下，故檢查甚易，至於橈骨以其頭是否隨腕關節旋前旋後而活動可試其是否有骨折也。

(1) 橈骨彎曲，其全長即無異常活動，又無骨擦音此種損傷乃係嫩枝骨折。僅見於小孩。

(2) 前臂角形變形並有一處發生異常活動及擦音，此係尺橈二骨同折。

(3) 橈骨或尺骨亦可單獨骨折，唯其畸形不顯，但在其骨幹之某一點，有劇烈壓痛，異常活動及骨擦音。

腕部及手部之骨折與脫位：腕部諸骨，皆位皮下，故在任何關節變位或骨折碎片變位，用眼或用手均易檢查。但X光常顯示吾人多數腕部損傷，常有骨折而無變位者也。

注意橈骨及尺骨莖突之相互位置，及腕部內側，尺骨下端，是否過分凸出，及下窩，又須注意橈骨下端之外形及前臂與手之平面。若非小心觀察橈骨下端之輕微嵌入骨折，常被忽略，此常使橈骨莖突上拉（橈側縮短）致手掌向橈側變位，（橈側外展）而尺骨莖突明顯凸出。以手背言，諸指骨均位皮下，故可沿手背每一掌骨及指骨摸觸，而注意其變形，及骨弓之突消失。以二手各握骨之一納試其有否異常活動及骨擦音，並須注意任何關節活動度之減低。

常遇之損傷述於下：

(1) 倘橈骨莖突適位尺骨莖突水平線或水平線以上，此係橈骨下端骨折。其骨折下端常多向後及向橈側變位，致腕背面橈骨莖突以上，有多顯明凸出，其腕掌之相當部反成陷凹，同時尺骨莖突甚顯明，並於其上端顯一淺溝，或稍塌陷，此種損傷，特名曰Collies 低骨折，即橈骨下端骨折。此種骨折常為嵌入，致異常活動與骨擦音不能檢得。變形大小視嵌入多少而異，致變形可大亦可輕微，

倘此種變形發生在十八或二十歲以下之年輕人，在手掌牽引整復時，發生柔軟摩擦感覺，此為橈骨下端骨結分離。

(2) 倘適在腕背以上顯一隆起，手向後牽，仍與前臂成一直線（非外展位置），此乃橈尺二骨下端同折。此種骨折概有異常變形及骨擦音，尺骨折處更易摸出，其肱骨上髁與莖突間之距離，當然縮短。

(3) 倘兩莖突相互保持其正常位置，而其任一莖突，與掌骨間距離有相當縮短，此種損傷，乃係腕骨脫位。在腕部前後可以摸出，有一顯著腫脹，但此種損傷非常罕見。

(4) 倘橈骨下端於腕背部非常突出，又適位尺骨下端之上，此乃表示橈骨下端向後脫位。倘腕背突出由尺骨圓形下端或其頭所成，於皮下非常顯著，且位橈骨下端之上處，此係橈骨下端向前脫位。此二種脫位，亦非常少見，有時亦可改稱為尺骨下端脫位，唯其方向則反之。無論在任何一種脫位，前臂長度及莖突與掌骨之距離，常不改變。手掌旋前旋後運動，極受限制並感疼痛。

(5) 活動腕部，發生疼痛，並持續相當時間，腕關節背掌二面有腫脹而無畸形，此種情形可由於腕部捩傷（甲）捩傷兼橈骨下端折裂；（乙）捩傷兼任一莖突發生骨折；（丙）捩傷兼腕部一骨骨折，普通以舟狀骨為常見。

此種損傷真偽能在愛克司光下，檢出與鑑別，因之外科家在疑有較捩傷更烈之損傷時，不應延誤X光診斷，蓋真確診斷，對於治療大有影響也。

(6) 一腕骨不論半月狀骨或頭狀骨，可以向腕前脫位，或較為少見之向後脫位。此種損傷常有舟狀骨骨折之合併病。

(7) 掌骨或指骨脫位，常可因關節有畸形及該部運動障礙而行診斷。

(8) 掌骨或指骨骨折常有畸形異常活動及骨擦音之發現，而行診斷。有輕度畸形及壓痛，但無異常活動及骨擦音，此乃表示掌骨所指骨之嫩枝骨折。

(9) 大魚際底部之外側，發生疼痛，畸形及骨擦音，此乃表示第一掌骨底部之骨折。倘骨折波及關節面，此曰拇指骨劈折或 Bennett 骨折。

(10) 鉅狀指 Mallet's Finger 者，乃係病人不能將彎曲之末節指骨伸直，而其成因乃由於指骨底伸肌腱之止端撕裂所致。

第十三章 下肢骨折與脫位之診斷

DIAGNOSIS OF THE FRACTURE AND DISLOCATION OF THE LOWER LIMB

甚多肢骨折及脫位，可由其顯著之畸形，即刻知之，此外則由疼痛所在，可定受傷之部位，而骨擦音亦可為骨折診斷之助；但一小部分之病人其骨折與脫位甚難鑑別，此常見於髌關節軟部組織過厚之病人。於前章開始時曾述及X光對於四肢損傷之診斷價值，此時亦有助焉！

檢查受傷肢體時，應先全露患者之兩肢，詳察其有無畸形及肢之位置或線之變更；有無異常之腫脹，突出或低陷及顯著之長度改變，如有此種症狀時：不但指明骨骼已有病變，且可明其病變之部位及性質；次須用手檢查其骨之輪廓並與正常肢體比較之。骨之長度、移動性及骨擦音皆應試之，關節之運動亦須檢查，疼痛及壓痛之部位，尤不可忽略。

以下所述兩肢測量之比較對於下肢損傷之診斷，甚為重要。

(1) 髌前上棘至踝端之長度：須令病者盆部平躺，即使其二髌前棘之連線應與正中垂直平面成直交。測量長度須小心準確，二側皆應起於各部路之同一骨點；於肥患病人，常易發生差誤，故最好乃由下向上，摸之即可得該骨點。此種測量乃求全肢之長度，其所得仍不能定病處之部位究在髌部，上腿、膝、或下腿。兩肢之長度不等，可因最近之損傷，先天性不對稱，陳舊損傷及手術或其他疾病所致，由後三者所致者，常可由組織之變質，消瘦，麻痺等而指示吾人，病者亦能自述其致病之經過；但先天性兩肢不相等，則可毫不知覺。先天性不對稱，上腿與下腿俱同樣跛累；而疾傷性不

對稱，則僅影響受傷部位，因欲分別上述二者，故不得不分別測量上腿及下腿之長度。

(2) 上腿之長度：其測量法，係由髌前上棘至髌骨上緣，或由恥骨棘至股骨內收肌結節，有些人亦喜以髌骨下緣為下點，若如此測量，則髌骨包含在內，故二膝關節應在同一之位置，且骨亦須上推使完全伸直。測量結果有變短時，可因人粗隆之垂直位置有改變致之。此外股骨幹骨折之獨疊者及髌骨向上脫位皆可使此種測量結果變短，若用髌骨上緣為下點，則測量之長度亦可因髌骨橫斷及折端分離而減短。

(3) 下腿之長度：其測量最好由脛骨髁之上緣，量至同側之踝端，當膝屈時，脛骨之上緣較易摸出。脛骨骨折之發生折端獨疊者與其下端骨折，有垂直變位者，皆使其長度變短。

(4) 脛骨結節及腓骨頭前部間之距離：可指示腓骨頭是否居脛骨結節之正常位置。

疼痛之部位及性質，肢之功能障礙，具抵抗性之被動運動，或突然滑倒，使關節不能自由活動，以及此等不幸事件之經歷，與病者年齡之長幼，皆可為診斷之助。如小兒最易致股骨橫折，及骨髌脫離，但軟骨折則在下肢較在上肢為少見；較老之婦人常易因些微間接外力，而致股骨頸骨折。

關節脫位，乃因關節過度外展所致；男性較女性較常見。斜骨折及蝶黃骨折，多為間接外力扭轉之結果，因防止跌倒亦可致脛骨橫折pott氏骨折脫位乃為足外翻所致；勃滑倒時，以足跟之內側着地是。膝之脫位及踝部脫位，與骨折皆由嚴重外力所致。如由於高處跌下是。半月板之損傷多因足部固定時半屈曲及膝足扭轉所致。

髓部之檢查：首先注意肢之位置，有無內翻或外翻，為屈抑為伸之位置。通常股骨幹及其上端骨折，常易致外翻，而普通之脫位

多致顯著之內翻，且骨折時上腿多成伸有位，而脫位時，則成屈曲位；次以手，平置於髓，之外側，檢查大粗隆突起，是否對稱，特在受損傷之側，注意其突起是否被拉近髌端，或較正常為顯著，是否過前或過後，其輪廓是否有變更，及有無壓痛，大粗隆與骨盆之關係，對於髓關節脫前及骨頭骨折之診斷，甚為重要，應按下列之方法正確大定之。

內拉通 (Nelaotn) 氏綫：——病者側臥於健側，由髌前上棘引一線，過髓外側至坐骨結節之突起，大粗隆之頂，應恰落於此連線上。由此法可決定大粗隆是否居正常位置之上或下，此線在大粗隆以前之長處，可定骨之水平位置。

Bryant 氏綫：——令病者背臥，由髌前上棘向床面引垂線，再由大粗隆之頂引一線與前者直交，第二線之長即表明大粗隆至髌前上棘之垂直距離，用此測量法，其價值與內拉運氏線同，且測量時不須病者任向運動，故可免因運動而致之各種損害及疼痛。

若引第三線自髌前上棘至大粗隆，則成一三角形，此第三號線之長可指示吾人大粗隆之水平位置。

此時再捫按股髁部以考股骨頭之正常抵抗力，若此部甚鬆疏，則可令手指直抵至髓白，捫出位置於髋部之球狀頭，在一未斷之股骨，其內髁之內面，係與股骨頭向同一方向，此點甚物重要，因當髋部脫位時，吾人即可觀此以判定股骨頭脫出之方向。

次檢查髓關節之運動，最好令一助手輕握患者之髓關節，且內外旋轉之，醫生則以手平貼於大粗隆處，如此則關節之強硬及骨擦音，均可由醫生之手感覺之，此時患側之大粗隆似成小圓周之轉動；若係嵌入骨折，則股骨頭亦可隨骨幹而轉動。

因股骨之任何損傷，而致之變短，或其兩附著端接近，均可使脛脛束鬆弛，試驗時，可以指平壓於大粗隆之上或股骨外髁之上。

最後可將大粗隆握住而謹慎使與股骨之他部分離，所有之動作皆須柔和，否則可使嵌入骨折分離。

股骨頸骨折：——下肢之外翻及無力，皆股骨頸或股骨幹骨折之主要徵狀，但甚少成內翻甚者。股骨頸骨折之診斷，可由大粗隆向上及下肢縮短，而股骨頭仍居正常位置，以決定之。

若在二十歲以下之病人，於髓部受傷之後，下肢成外翻位，大粗隆升高且變平，於股三角內有骨突出，此物股骨上端分離。

若股骨頭可於髓臼內覓察，且隨骨幹移動，並無骨擦音，大粗隆之輪廓及位置亦不改變，此則既非骨折，亦非脫位；因嚴重之挫傷亦可致下肢外翻也，此種損傷可隨有肢體漸次變短，及大粗隆因股骨頸吸收而升高，由於特別疼痛，下肢力量消失，及外翻，當易誤為骨折，而肢之漸欲變短更與骨折相似，如病人曾患有風濕線關節炎，而致肢體變短，及大粗隆有種種畸形者，此時除非醫者，熟悉以前關節情形或由X光決定外，不能診斷究為軟部挫傷抑或股骨頸之嵌入骨折。

若大粗隆升高且旋轉時，有骨擦音，此為股骨頸之非嵌入骨折，常稱之為關節囊內骨折，此時可感覺大粗隆，在其自身之軸上旋轉，而不循圓弧轉動，但骨之輪廓仍不變動，此種損傷多係間接外力之結果，好滑跌，足扭轉等，於近老年之病人常見之。

若大粗隆升高，股骨頭可隨骨幹移動，且無骨擦音，此為股骨股頭入骨折，或為稀有之關節囊外骨折，大粗隆之畸形，特別為其外形之增大，可因股骨頸被插入其內。且將其裂碎致之，關節囊外骨折，可因直接外力而致，常見於有力之年青人。

若大粗隆甚為扁平。且向正中線陷入，運動之，則發生深生骨擦音，此示吾人乃髓臼骨折，且股骨頭被闖入骨盆內，以指探入直腸或陰道，可探得盆內有一突出物。

若發現大粗隆可移動，則此為大粗隆骨折之證，分離之大粗隆，可升高，下肢並不縮短，其骨擦音有無不定，種骨折甚罕見。

髓關節脫位；——若按腹股溝部，覺原有股骨頭致之抵抗力，現已消失，且有關節僵硬，此表示股骨脫位，完全之診斷，則更應找出股骨頭之新移位置。

若下肢內翻，自髓臼後可觸出股骨頭，大粗隆升高一至二吋，且股骨頭在大粗隆之後，臀肌之下，此為向髖背脫位，但若大粗隆升高僅一時，股骨頭觀察不清楚，而活動取少，此為向坐骨孔脫位，若大腿僅稍微縮短，而內翻則甚顯，以後更有內收，此可能為股骨被坐骨神經所若固定；下肢屈甚，內收且內翻，上腿可能與腹壁接觸，且於骨結節突起之上觀察股骨頭，此為向坐骨結節脫位，向後脫位最為罕見，大粗隆可在正常位置之稍上或下摸得，視脫骨頭向後脫位之距離而定。

若下肢外翻，股骨頭可於內收肌深部覺得，此為向果狀孔脫位，或向骨盆而使腹股溝原有凹部充滿，此為向恥骨脫位，或在腹股溝級管下近髖前下棘，此為棘下脫位，或近於髖前上棘之前面，此為脫位，或在會陰之皮下凸出，此為向會陰脫位，股骨頭，亦可在髖背處摸得，大粗隆則仍向後離開頗遠，上腿外展，此為外後脫位。

上述數種之外翻脫位，其下肢之變位如屈曲，外展及長度縮短，均變化甚大，但為何類之脫位，則全賴證明其變位骨之正確位置。

若在脫位整復時，股骨頭仍又滑出，且可發現骨擦音，則除脫位外尚合併有髓臼骨折。

股部之損傷：股骨深處於甚厚之肌肉層下，故骨幹輪廓甚不易覺察，吾人先須用手檢查，注意其畸形，再量股之長度，試其縱軸

之運動，察其有無骨擦音；若骨彎曲，而大粗隆可隨骨下端而旋轉，且無骨擦音，則此為嫩枝骨折，此種骨折僅見於小兒。若骨之兩斷端不連帶移動，且發生骨擦音，則此為股骨骨折，骨折端變位之方向及度數甚為重要，肢之減短可為度量垂直變位之標準；骨折下端常向外旋，且向上拉，位於上骨折端之後，若骨折發生於骨幹之上部，則上端常傾於外前，且於股之前部突出，橫斷骨折或可無變位。

膝部之損傷：膝部可遇見之特殊損傷，總括如下：

股骨，脛骨或髌骨之骨折，及脛骨幹或股骨之分離。

腓骨，腓骨，橈骨或半月板之脫位。

股四頭肌之側韌帶及十字韌帶或髌韌帶之扭傷或撕裂。

首先決定脛骨與股骨之關係；注意脛骨是否突向股骨之前，抑向股骨之後，或其任何之一側，次檢查脛骨外側後之腓骨頭，有無向前或向後變位。再檢查髌骨，視其有無變位，其前音是否傾向於前方，用母指及他指，甚易尋出骨之輪廓，而與正常者比較之。

若檢查無脫位，則須分別考各骨有無骨折，注意骨之輪廓，骨擦音，及骨折處之移動性，股骨任何一課及脛骨任何一結節，須分別按之，探其與其他部之移動性。髌骨須慎重檢查，其輪廓須與對側者比較，縱橫方向之移動性，皆須試之，否則，力壓髌骨之邊緣及其正面，注意有無骨擦音，或特殊響音，髌骨之粉碎骨折，可無骨折，可無骨折碎片之分離。

如上述檢查骨折及脫位後，再檢查關節周圍之數肌腱，特別是股四頭肌腱及其延長之髌韌帶，髌脛束及股二頭肌腱，且決定其是否完整，或仍在正常之位置；其是否完整之證明，可令病者於床上將伸直之肢舉起，再彎曲其餘。次檢查其前後及側音之運動度，注意膝關節有無液體，有無關節之『交鎖』或交鎖關節突然恢復之現

象，醫者非在已決定韌帶之完整時，不得任意彎曲關節，蓋一動則骨折及韌帶之撕裂，更為厲害也，此外；應考察脛股二骨間之空隙，且比較二側之差異，同時宜注意軟部組織腫脹之輪廓。

用此種檢查：（1）可指示脛骨之脫位——或腓骨頭向前或向後脫位，或髌骨向外，向後或向其邊緣脫位，有時脛骨似較股骨寬，且突出於一側，而他側又無甚陷下，此示吾人爲脛骨垂直骨折，且兼有側變位，其骨折端常可移動；且有骨擦音可覺出。

（2）若脛骨髌保持其正常之關係，但於近膝之處，稍有畸形，則此必骨折兼變位，股骨下段可致全斷，其折斷之下端，每朝膕凹變位，致骨幹之下端，則突出於前方。橫骨折每伴有垂直之裂隙，而使兩髌分離——丁字骨折——或僅股骨之髌脫離；且可移動，於十六歲以下之兒童，其股骨髌可致分離，且向骨幹前變位，但偶然亦有向側變位者。

（3）髌骨之檢查，可發現其橫骨折，兼有多少不等之骨片分離或其他之垂直或斜行或粉碎骨折。

（4）股四頭肌腱或脛韌帶斷裂者，患肢不能自臥位舉起，且於髌骨上縫處，或髌骨下韌帶處，可捫出裂口。

（5）若膝完全伸直時，脛骨能向股骨前變位，此爲前十字韌帶撕裂；反之，若屈其膝，而脛骨能向股骨後變位，此爲後十字韌帶撕裂，若二種不正常之運動皆有之，則表示前後十字韌帶，皆有撕裂，關節之側方運動增加，可因側韌帶撕裂而致後者常可於受之韌帶處，發生壓痛。

（6）若病者自謂：當其膝扭轉運動時，忽覺關節內有強裂之疼痛，且似有物由關節內滑出，鎖住關節檢查時，又發現脛骨與股骨內髌——或甚罕見於外髌——之間，有疼痛及壓痛，且充分之被動運動，可引起劇痛，此時即可診斷爲半月板脫位或裂，如此種不

幸事件，曾經遭遇一次，其後發生之疼痛，每次皆為同樣之部位，及性質，而有時患者，忽覺有物回入原位，其痛令即刻停止，此則診斷更可決定，此種損害所致之疼痛及孱弱頗烈，甚致可使病者跌倒。

若在關節之兩側，恰於過股骨與脛骨之間線上，有一腫塊可捫出，其外形及硬度與一軟骨相當，而此腫塊特別在某種意外損傷之後發生，且用手仍可壓回原位第，此為關節外變位。

半月板之損傷，甚易誤認為嵌入關節內之活動物。反之亦然，但依下述名點足可使吾人獲一正確之診斷，半月板常因突然入關節猛扭，而先有變位；其後經甚輕之關節扭轉或即為之滑出，但陷入關節而間之活動體，則非由猛扭或突然之扭轉所致，乃於常規之運動時發現之，若半月板脫位時，可摸得有半月板凸出，而關節內活動物之嵌入，則不能覺察出其突出，因于其疼痛之際或覺有物於滑液囊內，有浮動自如之感，關節內活動物嵌入時，關節可完全複交鎖。而半月板脫位者，關節仍可有被動運動，此外軟骨滑出所致之疼痛，常反射及關節之一側，尤其內側，而關節內活動物之嵌入，則關節之任何部位，皆可致疼痛。

(7) 若關節無變位或骨折，而於振傷或挫傷後，很快因充液體而膨脹，此乃為關節內出血所致，特別是血友病之患者。更為急劇，此外亦可因骨折致之，蓋每一關節內骨折之病人，可於關節內發現多少不等之出血也。

(8) 若病者於膝部跌傷或擊傷後，關節覺疼痛，且放射於髌韌帶或關節之內側或膕窩，因肢部之負擔加重，或因關節之完全彎曲及伸展，而痛更增劇，同時在骨及各主要韌帶，不能覺得明顯之損傷，惟關節囊稍盛滲液，此時即可診斷為振傷兼外傷性滑膜炎。

(9) 若於膝扭傷鬱滯或至數月後，患者覺膝部變弱及不穩固

之感，關節內復感頗多之液體，運動時或有輕微軋音，此為慢性外傷後滑膜炎，此時定可在損傷側之股四頭肌，尤其內側頭發生萎縮，此乃因長期之滑膜炎所致，因消耗結果，致關節亦失去其支持之力。

下腿之損傷：脛骨之全長及腓骨之一段，皆在皮下，破骨幹之任何變形甚易察覺之。然其變形除兩骨皆有折斷外，恆不甚顯著。醫生須以指，謹慎沿脛骨表面之內側摸下，且與健側比較注意其表面有無不平，及主要疼痛之部位，特別為顯著壓痛點，再緊握此疼痛區之上下端，以試其有無移動及骨擦音，腓骨亦須作同樣之檢查；且宜於腓骨頭下及其踝上向脛骨壓之，視其有無骨擦音，或其附近有無壓痛點，及該骨應有之彈性。

由此種檢查：(1) 可指示骨之相當畸形，或骨全長間之活動性及骨擦音，此皆可為腓骨及脛骨骨折之證明，亦可直接外力而致相對折斷，其型式為橫折或粉碎折，若為間接外力所折斷，則腓骨斷面，常較脛骨為高，脛骨常為斜折或螺旋折。其裂隙可延至踝關節，此時，常見之畸形，為骨折上段之下端向前突出，其向外旋，而其下段及足則向後變位。

(2) 脛骨單獨具有活動性及骨擦音，余有些微畸形無之，此表云單獨脛骨骨折。

(3) 腓骨之某一處有固定性疼痛，顯局部壓痛且應有之彈性亦消失，於疼痛區之附近壓迫兩骨時，仍於局部壓痛顯明之處，發生刺痛，此表示為單純之腓骨幹骨折。疼痛壓痛，以及畸形，有時可在腓骨脛或其上端發現，此則表示為腓骨頸骨折。

(4) 若脛骨幹有一壓痛線或疝，但骨覺無活動及骨擦音，乃示吾人有不全性折裂骨折，用愛克司光可確定其診斷。

(5) 若病者經突然用力之後，覺下腿腓腸部或踝後部，有嚴

重疼痛，該處似有被擊之感，且下脚能力喪失，檢查時骨與關節皆無損傷；而於後跟上發生瘀斑及腫脹，於跟腱之正常突起部，可摸得一凹陷，其時吾人不難診斷其為跟腱撕裂，但有時雖有此種症狀，而跟腱仍完整，惟關節之自動運動，可引起劇烈之疼痛，被動運動則無甚障礙，此表示比目魚肌部分撕裂，此種現象在以前述隱胫裂時，曾詳細加以說明，然此亦無病理學根據，跟腱斷裂每先有一粗暴之斷音。

(6) 若於二十歲以下之患者，無論其有無扭傷，或過度用力之歷史，但脛骨結節處有壓痛及腫脹，且有跛形，X光檢查亦指明有向前突起及骨髁舌突不規則，此為什拉透(Schlatter Osgood)氏病。

踝及足之損傷：本節包括有甚多部分之損傷，如下腿骨下端及足部骨折，腓骨脛骨踝部及足部之與跗骨脫位，各跗骨及跖骨間之彼此脫位及髓之變位與扭傷等。正確之診斷常因腫脹甚快，致骨體隱而感困難，有時因醫者在檢查病人前，其特有之畸形已有改正，致診斷亦感困難，因此X光之應用，在此特為重要。

檢查時，須特別謹慎，必達以下之目的，(1) 決定各骨間之位置關係；(2) 各骨是否完整；(3) 對於數易於變位之髓，其位置是否正確？

(1) 各骨間位置之關係——(a) 注意足是否與下腿在一線上，有無向側向前或向後之變位。

(b) 注意踝是否有過度突出或陷下，或腓骨於踝關節以上有無陷凹。

(c) 測量兩踝間之寬度，如有增廣，則為骨折或骨間韌帶撕裂。

(d) 測量由任一踝至後跟，由外跟至第五跖骨底，由內踝至

舟狀骨結節及每一踝至足底之距離。

(e) 檢查跟骨及距骨頭，此頭位脛骨前，屈舟狀骨之後，其圓形關節面被脛骨所遮，股骨居其外側，楔狀骨位舟狀骨前及各跗骨底之後，皆宜檢查之。

(2) 骨之位置關係已經決定後。再檢查各骨之移動性及骨擦音。

(a) 握住踝部，向下腿前後左右移動之，內外踝亦宜試其是否能移動。

(b) 檢查跟骨之輪廓，有無可移動之之部分，並注意其有無骨擦音。

(c) 移動踝及橫行踝關節，注意其有無骨擦音及此等關節之運動範圍。

(d) 檢查跗骨及趾骨之活動度，及注意其有無骨擦音。

(3) 檢查跟腱之張力及其凸出部，並注意有無肌腱滑向任何一踝之前。

在以前曾述及，如於腫脹部有變色之水疱存在時，乃其附近有骨折之表示。

用此種檢查，可以決定以下各種損傷：

(1) 若整個定向外變位，致內踝突出：下腿於外踝上凹入，及足外翻。此為腓骨下端骨折。即踝部向外部分脫位，且腓骨有時在距外踝上約 3 吋處有骨折，足有向後變位，致跟部有異常突起之。

(2) 若整個足向外變位，踝間寬度增加，由髁至足底之距離則減少。此為莖骨下端近韌帶斷裂骨折，即 Pott 氏骨折，兼有下骨間韌帶撕裂也。

(3) 若足向外變位，兼有外踝之深陷，距骨頭突出於內踝之

前，此爲距骨下向外脫位。

(4) 若足向內變位，內踝陷凹，距骨之圓頭突出於外踝前，此爲距骨下向內脫位，在腓骨與脛骨下端骨折，足亦可向內變位。

(5) 若跟部突起增加，踝與舟狀骨及第五跖骨之距離減少，足向後變位，此可爲 Pott 骨折，及足之脫位。然欲決定足之脫位，須檢查距骨之位置，若距骨在脛骨弓之下，致其頭突出於舟狀骨之頂端，且其鞍狀面，不能摸得，此爲距骨下脫位。若脛骨前無骨之突出，此爲踝關節向後脫位。此時距骨之鞍狀面，僅在跟前與脛骨之間，隱約可捫出。

(6) 若跟部之突出減低，踝與舟狀骨及五跖骨間之距離增加，此爲向前脫位，若距骨之鞍狀面在脛前可摸得，此爲踝向前脫位，若不能摸得而僅距骨圓頭少許突出於於脛骨之前，此爲足之距骨下向前脫位。

此爲(7) 足與脛在一線上，跟可因跟骨脫位，而向外變位，——極少之遭遇。

(8) 若足無彰明之畸形，僅跟部痛腫，患者足部不能負重，踝部被動運動時無骨擦音，及疼痛，此或爲跟骨骨折。

(9) 若踝與足底相近，但不增廣，畏不向前或後變位，此必爲距骨脫位，此骨可於脛骨之前或後覺得。——在前面脛骨輪廓易於決定，但若踝間增廣，跟升高，而足置於兩踝之間，此爲足向下脛骨間脫位。

(10) 若足之前半部變位，跟骨之前部突出於外側，舟狀骨突出於距骨內側及內踝之旁甚大，此爲中跗關節向內脫位。若側突起位於於前方較遠，此爲蹠骨脫位，其脫位可向任何一側，或向跗骨背或向足底。

(11) 一單獨之距骨可摸獲向足背脫位；此可由突起之位置及

輪廓，決定其診斷。

(12) 在趾部亦可有趾骨脫位。

(13) 於踝部握緊，足向兩側及前後運動之，如覺腓骨及脛骨有鬆弛退讓之感，且有骨擦音時，表示近踝上之骨骨折，在十八歲下之青年，若骨擦音甚輕，則多係腓骨及脛骨下端骨折分離。

(14) 任何一踝可因骨折而移動或脛骨骨折分離，亦可移動之。

(15) 若任何一骨皆無移動及變位之象徵，但移動踝部時，有深在性骨擦音，欲起立時則疼痛，此種症狀或為距骨骨折。

(16) 若橈骨與趾骨可移動，且有骨擦音此為橈或趾骨骨折之證。

(17) 若無任何一骨變位，亦無骨擦音，但病者僅於踝前疼痛，且該處可摸得一長形隆起線，此為脛變位。脛骨後肌可滑向內踝前，腓骨長肌可星向外踝前。

第十四章 腫脹及腫瘤的診斷

(DIAGNOSIS OF SWELLING AND TUMORS)

關於瘤性狀診斷的條件，人人各留，然綜合之，實不外六點，於本章順序討論之，能檢查有方，及避免實際上的錯誤，雖然擇住一二要點，已成竹胸，益以臨床上與有關之各種事項亦作腫瘤之診斷，其法順列如下：

1. 釐定腫瘤所在地位，及其結構，
2. 留心腫瘤的物種性狀，
3. 察攷腫瘤的生活史，
4. 研究腫瘤於隣接組織的影響，
5. 考慮病人的情況與腫瘤的關係，
6. 必要時尚須切取患部，以作化學，顯微鏡及細菌學的檢查。

查。

1. 腫瘤發生的部位及其所在處之結構

檢查與腫瘤所在有關連的結構，最先應注意其正確的位置與形狀，此又可依其某一器官或結構本身的不同而異，例如關節滲液囊腫脹，腰肌臃腫，靜脈曲張，膀胱膨脹，尿外滲，腺體增大，副睪炎，異位睪，及活動腎等，皆各有其特徵的。

其次，應試其移動性，以證其與隣接組織有否粘連的發生，及其粘連之部位，此點甚為重要，且廣被運用，人體正常器管組織的互相間，常有相當的移動性如肌與肌，肌與骨，及皮膚與深筋膜及骨骼等，然亦有不少例外，如顱頂之皮膚硬韌上所覆被之粘膜，牙齒，指甲，掌蹠之皮膚，肌鞘及骨膜等，與其下層組織，皆不

能移動。

腫瘍之無活動性常因器官性的交通所致，如外生骨疣或任何器官炎性增大。是又因束縛或包住而失去其獨立的活動性者，此兩種情形，尤應特加注意，以區別之。關於此一種區別，可舉數簡單例證以明之。

- a. 睪丸腫瘤與陰囊鞘膜水腫。
- b. 大腸腫瘤與便秘的糞塊。
- c. 子宮肌瘤與妊娠。
- d. 附骨腫瘤與骨腫瘤，肌下與深膜下的腫瘤。

當施行檢查時，在可能範圍內，空腔性臟器必排空，肌及筋膜必須弛緩。

粘連有為（1）原發性者，乃腫瘤隨血該部組織所發生，如動脈瘤，皮脂囊腫，橡膠樣腫，外生骨疣；亦有為（2）繼發性者，僅偶為腫瘤所發育的結果，如膿腫的延及表面，乳癌之侵襲皮膚，及所有之惡性癌腫當侵潤擴展至其周圍接觸組織中時，發生粘連。

腫瘤與一種以上的組織發生粘連者，為炎症及惡性腫瘤的特徵。

腫瘤粘連于皮膚者，有時一瞥即可識出之，如皮膚至于骸架之腫瘤，則檢查時須將腫瘤所覆被之皮膚，試移之，若有固粘，則在病部表面作潛狀捻起，以查其粘連之發生，或推動腫瘤時為察皮上所呈之凹壓，但有一事應熟記于心者，即大面積腫瘤的張力愈大，則其所被覆的皮膚的一般移動性愈小。

腫瘤與皮下組織的粘連，可由皮下，肌上，或其他深層組織上之腫瘤的移動性而顯露之，例如：通常之脂肪瘤，因藉細緻纖維夾以連于皮下脂，故在腫瘤上，捻起表皮時，粘連部即呈一大凹壓。

腫瘤與深筋膜粘連時，可用筋膜緊張而腫瘤之移動性即受限

制時露示之，但欲加表證，則確係一大難事因：

1. 肌常與筋膜緊連臨床無法使其五分。
2. 筋膜緊張將腫瘤固定于其下，恰似粘連于其上者，欲外面推肌筋膜既不可能，同時亦無法以加外力之拉引。

腫瘤與肌粘連時，可由該肌之弛張影響而露示之，當肌鬆弛時，腫瘤與肌同樣活動，尤其作橫跨其徑長的活動，當肌緊張時，腫瘤即固定不動，且常微有位置的移轉，在肌下可移動的腫瘤，僅在肌緊張時固縮，若弛放時，則可縱橫自如移動。

腫瘤與血管粘連時，於皮膚，骨及對於血管之橫斷方向上皆可作自由的移動，而在其縱長方向上，則不能；有時與血管有關連之腫瘤常與神經，肌及其他結構，已有粘連的發生。

神經腫瘤之移動性，較為特別，可在神經從軸是橫方向上自由移動，而在其縱軸方向則反不能移動，此種情形與血管腫瘤相似，不過較為顯著，即神經腫瘤的橫斷移動範圍較大于動脈瘤，血栓塊，及靜脈石等，神經腫瘤，不易與鄰近組織固定。

腫瘤與骨粘連時，可由其在骨上無移動性而決定之，但在已經固定之腫瘤所發生其上發生有一可移動的大粘液囊即是。

腫瘤與腺體如甲狀腺，乳腺等粘連者，可由注意腫瘤是否隨腺移動而決定之。（參見第三十一章）依據腫瘤移動範圍或程度的不同可決定其位置所在，如活動體之關節中，在粘液或鞘膜內者，腹膜或腸系膜內腫瘤，卵巢巢及子宮的腫瘤：

僅在某種動作下：方有移動性，可決定腫瘤與器管及組織的關係，如甲狀腺腫在吞嚥時的起落，所腫瘤在吸氣時的沈降等皆是。

除觀察病部的一般情形外，某一特殊象徵，于診斷上亦頗有價值。排空室腔性臟器後，常可決定腫瘤的存在與某性狀。如思疑之腹部腫瘤，常在導尿後，或服用緩瀉劑大便後而消失；若腫瘤在器

官呈機能活動暫時縮窄期性增大。此可藉以明瞭腫瘤的性狀，如卵巢瘤或涎腺管結石之涎腺腫脹等是。

若腫瘤在以手檢查時，變硬者，即表示為肌性此種象徵可為胃及子宮腫瘤或腸套疊等診斷之助。

II. 腫瘤的物理性狀

腫瘤有為一致性者，有為混雜性者，故第一步應決定腫瘤為固體液體氣體或混合性者。

腫瘤中氣體的存在：(a) 見於空氣性的內腔者如肺肌出，或腹部腸疝，(b) 由蓄氣性內腔逃竄而來者，如外科性腫氣，(c) 由分解作用而來者，如見於一部份的膿腫及壞疽的病例時，在壞疽時氣體可成爲一袋淺大泡，或見於靜脈中，當結締中含氣散時，觸之有細微之破裂聲，壓之柔軟，若伴有液體：則用手按之，常有氣過水聲。此可手掌腹疝時，經歷之。最要者當爲叩診時的鼓音，但必須具有相當的氣容量始可。例如肺膨出，皮下氣腫，氣鼓，及腸膨出等病例。

腫瘤中有液體存在時，可由三現象之一，以決定之。即波動：波動浪或聚窩。

(1) 波動：波動者，乃腫瘤中液體發生變位，所給於檢查者的一種感覺。檢查時，以一指認附于腫瘤的一側，以另一手指在另一側，漸次向腫瘤壓入，若前手指覺腫瘤向上頂起者，骨即可表明液體在腫瘤中變位，所致成的一種波動，關於此種象徵的留意點如下：

1. 必須以雙手施行檢查，絕不能以一手檢查。
2. 必須以一手細心固定腫瘤，免其于加壓時，使其移動。若其中一部分液體變位。入無經驗者之手，常將腫瘤之移動誤爲波

動。

3. 一手附于腫處上不動，他手加壓，若兩手同動，則差誤發生，雙手互換檢查，亦無不可，然非必要。

4. 波動的檢查結果，至少須從該腫瘤兩種不同方向的檢查，以爲決定，因液體的移動，在各方面都是一致的。固體腫瘤在某一方面上，有時檢查，似爲波動；但在另一方向上，則多未能如斯，例如橫過肌者即是，在狹長的積液腫脹，如關節炎，因其太窄，很難或甚至不能不檢出波動。

5. 須慎重者，爲不宜將腫瘤的彈性或伸縮性誤認爲波動，最好之避免方法，爲注意其假波動之感覺，可由其不動之手所得觸知，并非由于壓迫的手，所觸知者。非拜對於壓迫退讓，乃其內容之變位，腫瘤之大小及張力的增加所致。

至於檢查小量或深部的積液，非技術熟練者，不爲功。

淆亂此種重要象徵，及常不易爲外科家所獲得液性腫瘤波動性，有下列數點之原因：

(甲) 液居深層 (乙) 腫瘤範圍小，清手困難，(丙) 液體之張力過大 (丁) 液體之張力過小誤診無積液之腫瘤爲有波動者，其原因常爲 (I) 腫瘤富于彈性，(II) 腫瘤過軟 (III) 移動性過大。

(至于波動腫瘤的診斷見第十六章)

在液性腫瘤中：若含有很多小個形體者，其液體變位時，常可發生特異之震顫感覺，此種象徵可使外科家檢查出關節粘液中或囊鞘囊腫瓜子體 (Melon Seed bodies) 的存在，少數包囊蟲腫瘤的病案中，以左手按腫瘤，右手叩之，常可查出細微之震顫，此即所謂之「包囊震顫」。此由於其所含密接之子包囊的震動所致，叩此種包囊蟲腫瘤時，有時可聽得音樂聲。

(2) 波動浪：波動浪必在大量積液之腫瘤始可查出，且多少須具備緊張之外壁，如在單房性卵巢囊腫及腹水時即是。檢查時以一手之手掌，平均地覆于腫瘤之一側，以他手之指或微指，于另一側作頓促性輕叩，可於手掌感出顯著之波浪。在腫之各方向，皆應叩試之，應注意不要將由腫應上的外表組織所傳來的衝動，誤為波浪，後者不如真波動浪般的銳利，急猝；為免除此種錯誤，可由以他物輕壓于兩手間之覆被組織上，而完成之；利用此法檢驗腹部腫瘤時，常令另一助手，以其手之側緣，輕置于檢查者兩手間之腹壁，以隔斷由膈腹外表所傳來之衝動。

(3) 壓窩：若以一指壓于腫瘤上，手指移去後，即遺一陷窩，以後漸漸平復，此種現象名爲壓窩，乃氣體或液體浸潤蜂窩組織所致，而蜂窩組織之液性浸潤，名曰水腫，可由組織的天然紋紋減少或消失，而認知之。然非識如此，氣性浸潤與水腫之分別至爲易。其要點如下：

1. 叩診呈鼓音， 2. 壓之有細微之碎裂感， 3. 壓窩之恢復快。

至于液性浸潤，則 1. 叩診濁音 2. 壓走浸潤液，不伴有震顫及碎裂感覺。

由于壓窩形成速，消失易，可測計外滲液之張力。

水腫的形成：由于 1. 急性炎症 2. 靜脈梗阻 3. 重力影響

4. 尿液浸潤。

若係炎症，則爲局限性，且具炎症的一般症狀；如觸痛熱紅，周圍水腫，常爲炎症進而化膿的指症，若爲靜脈梗阻，則水腫現于其所滲的于此線路的組織區域，若爲循環障礙的重力影響所致，如在病者受創下肢，起立時發生水腫，置下肢于水平位置，則自然消失，尿浸潤僅限于尿流經之處，足顯示水腫的型式，須留意確定水

腫之限度及範圍，而局部水腫，係由于局部的原因，全身水腫，則爲一般的原因。

腫瘤叩之呈濁音，且無波動，亦不發生擊窩者，即屬固體性。固體性腫瘤，有時壓之很軟，故必須慎與液性腫瘤區別之，脂肪瘤與粘液瘤即其一例，關於硬性腫瘤之可注意者如纖維瘤，腺瘤，及多種肉瘤；硬固而具有彈性，仍可壓縮者，如軟骨瘤及韌核等是。軟骨腫瘤對壓力，微有退讓，而其復原，亦甚迅速。絕對堅實而無退讓之腫瘤如骨瘤，鈣化性腫瘤（如靜脈炎）及源于結石前腫瘤等，檢查固性瘤之堅度性時，常可得一乾枯而堅硬甚高之特殊碎裂感，恰如壓于一破蛋上，所發生之感覺相似，此即所謂之蛋殼破裂聲。乃脆骨殼或骨板覆被于軟腫瘤上所致，在薄軟骨板覆被軟腫瘤上時，亦可得一不很乾枯而調低之類似感覺，此種象徵常爲指示內部腫瘤生長使骨膨脹也。當其累及關節端，而延及關節軟骨時，則可感到較爲柔軟的感覺，在顯骨膜下血腫及齒齦腫時手檢之，可得其相類似的感覺，因此等骨膜，包扎成似一張堅羊皮紙，結石的摩擦音可於檢診膀胱，腎及前列腺等結石病案中見之。

腫瘤在不同的部位或不同的時期，其堅度各不相同，對於此種現象之智識，於診斷上極有益助，一腫瘤混有堅硬及柔軟之固性物質，有時爲表示一軟性腫瘤生長于其他硬質中，而有包鎖之組織，一或數處爆裂所致。此可見于發育時之骨腫瘤，但有時亦爲表示軟組織趨于硬變。如肉瘤之軟骨化或骨化是。然在其他腫脹中，亦爲表示其具有極不同的組成物，例如在單純疝囊中的腸及腸系膜。他如腫瘤中含有固體及液體兩部份者，亦更常見，然其形成途徑，至少有三：（1）有炎症現象而腫瘤的一部份有波動者，可認爲化膿；（2）無炎症象徵而腫瘤有退行等軟化，此可爲囊腫之原因，此等之區別甚難，但積液愈多則愈緊張，愈呈球形，亦愈似囊腫而

非柔軟碎屑塊的積聚。成分稠硬複雜，爲一般惡性腫瘤的特徵，尤以肉腫爲最。此在良性腫瘤中，甚爲罕見，腺體之纖維性上皮癌常可軟化而成波動性腫脹。

腫瘤之形狀，必須詳慎觀察，因其常于診斷上，甚有幫助！

腫瘤可具有體內一種正常結構的形式，以表示與該結構的關係，例如甲狀腺腫，腰肌膿腫及變位腎等是。

腫瘤成球形，爲表示洩連之組織，對生長物壓迫一致性的退讓，或所有作成生長甚速之腫瘤的各種組織均被平均累及，如各種囊腫，囊狀動脈瘤及關節病時，其纖維組織均軟化而不能保持其原形者皆是。軟肉肉腫癌腫亦常形球狀，球形之皮樣囊腫或皮脂囊腫，可與卵形脂肪瘤及半球形膿腫區別之。

腫瘤有可爲其特徵的分葉狀，如乳汁鬱積時，乳腺腺泡可成爲精細分葉狀，此可爲腺體膨脹的特徵。于扁平卵形的分葉狀脂肪瘤，是有所區別的，壓按進入疝囊之的腸系膜，可由其粒狀及疏鬆的分葉狀感覺而決定之，粗大分葉狀的腫瘤可由其周圍組織，嚮向其一方方向延生所致。如在少數神經節中者卽是。呈囊包性者如在乳房及睪丸的囊腫，附連腫瘤發育者，如內生軟骨瘤；腫瘤的增殖性者，如子宮纖維囊腫，分葉性有時可以腫瘤的解剖關係闡明之，如腰肌膿腫。

腫瘤的凹縮，亦爲重要象徵之一，表示組織的收縮，此常爲硬性癌腫的特徵。

其他情形乃爲疣狀，或絨毛狀，懸垂狀或息肉狀。

腫瘤透明性，乃表示其中積有透明液如漿液滑液，故在診斷上極爲重要，檢查時將腫瘤抓起，使其緊張，以光源放於腫瘤之一側，檢查者之眼視于另一側，射于腫瘤表皮之光線，可以手或恰當之幕遮蔽之，若爲半透明，多少可以透光，有用聽診器或紙卷筒或

相類似之管以通眼及腫瘤而窺之者，半透明性不細心時，用此法（檢查）亦常忽略，如有時陰囊腫瘤，病者之陰莖，睪丸，或檢查者之介於光線之間使其透過阻礙；檢查腫瘤之一部，為部份液性，部份固性者。另一方面可致錯誤之發生者，乃檢查之眼不能純受透過腫瘤所來之光，而使外面射來之光亦同時入眼，引起作用，如聽診器或筒管未密切穩定於腫瘤之上，光線墜入其裂縫，而誤為光線由腫瘤透過而來者，即是半透明性腫瘤之覆被厚緻者，可不透光，如在肺泡陰囊水囊腫的病案中，或移動液性時亦然，如出血性陰囊水腫及漿液囊腫之發炎與化膿，當檢查腫瘤之透明性時最好應檢查其整個腫瘤半透明之部可不致忽略，亦可檢視，不透明之局部，用此一法可檢查出，陰囊水腫中的睪丸的位置與大小及脊柱裂中的脊髓與脊神經之位置及大小，有透明性時，因為明證腫瘤中有澄清液體的漿液或滑液的存在，但外科學極熟記於心者，即不透明的本身並非此等液體不存在的確證。腫瘤的覆被組織，有時很薄而至於透明，可自外察知腫瘤的色澤與形態如現頭的膿腫，具薄囊的脊柱裂瘻皮脂囊腫擴大靜脈，黑瘤及綠色瘤。腫瘤對X光的透明度：用X光細心檢查腫瘤，於所見位置及性狀方面常有多所收穫，氣性腫瘤很透光，囊腫亦大致相似且其陰影極一致，僅在其具鈣化或骨化之包壁，或不透明陰影，時，留較暗的陰影；膿腫較囊腫為不透光，但同樣的有規則的間隔。固性腫瘤當留具有線紋之陰影骨之陰影很深，且在一良好的感光片上，有層骨紋的排列。清晰可見，腫瘤的陰影與其鄰接骨骼及內藏之陰影，其關係於診斷上頗有巨助，如對膿腫，縱膈障腫瘤，腰肌膿腫及其他深部膿腫等。

透視X光的特殊價值，乃顯示一腫瘤及其一宛之延展與部位，尤以此等為用他法所不能查出者，如在脊柱縱膈障上頷，及骨骼未變形前的骨內腫瘤即是。

X光在腫瘤診斷上的用途，由於用各種人工方法以變遷各器官所發生之陰影的密度，而用途大增，如用不透光的照影食物或灌腸劑，他如腎盂攝影術及膽囊攝影術等。

腫瘤的能復性：腫瘤有可整個或一部質性或假性的能復性者，且此種觀察更闡可明腫瘤的性狀，真性能復的腫瘤乃其內容物離開包囊，完全退入正常體腔或該部之血管內；此可在疝少數陰囊水腫，靜脈曲張，動脈瘤及膽囊膨出等病案中見之；假性能復性腫瘤，乃望之似消失而其內容仍留於包囊內，且保持其原來之大小，此例可于少數精索腫瘤及隱睾能腰肌腫及未與膝關節相連半膜肌下粘液囊積液等病案中見之。在四肢上能復性腫瘤的內容多為液體（膿，血，及滑液）與軀幹有關係者，則可為液性或固性，如疝及精索靜脈曲張能復性腫瘤之體積常易逐次而暫時性增大，其過滿與殘空常可為實際上診斷之助。位置，壓力，使勁或拉引每為造成此種腫瘤變化的一般原因。

、位置——倘最易有能復性腫瘤，尤其以靜脈曲張其影響甚著，由體姿所致成的靜脈曲張，則該部舉起時，即可作整個或部份的消失，少數病中，常隨病的體位而起伏的。

水腫時必須詳察其囊在相關位置時，或為興起，或為消沈若依此等體位而改變，則其水腫必為被動性的，如陰囊水腫雖完全為不能復者，但夕滿於晨，此因日間滲出液分泌的增加；然水腫與水囊腫變化的發生皆頗緩慢。

位置：之影響於腫瘤者，倘有一事：即於肢體的變遷對肌與筋膜的張力的變換，關於此種典型解體的病案，如：在半膜肌與膝腸肌內側之間，其粘液囊積液蓄積時此肌鬆弛，腫瘤可整個或部份的消失，因液體勞動包囊定向膝後空間，至膝伸時，肌緊張，其在膝後之粘液囊之淺份向膝內側面即呈一突起。

壓力：施壓力於腫瘤時，可判斷其抵抗還原力的大小，還原的情況：速或緩以及其他特殊的併發現象，靜脈腫瘤：如陰囊水腫及臍疝均易還原，而其速緩則視還原之孔道及其所欲壓入空腔的抵抗力怎樣，若腫瘤中內含液體，且有少數固體浮遊小塊者：常用指壓使還原時，可察覺很細微的震顫（Thrill）固性腫瘤之進行移動而還原者，可有爲（滑溜）（Slip）的感覺，臍的還原常伴有氣過水聲，用壓迫法同樣可判別完全性還原及不完全性還原，如在部份還原性的陰囊水腫的病案中腫瘤還原時可隨其被納之腫物定其孔道，壓迫腫囊上面或下面各個血管時，常可得極有價值之提示。如壓至動脈處之動脈血管，可使腫瘤縮小，再壓其膨起部，即為縮更甚，（參見十七章）下肢靜脈曲張先壓臍腫消失，隨以手指壓接內隱靜脈上端使病人站立，直至加於靜脈上之壓力移去，而腫塊不再重現，此表示靜脈曲張與內隱靜脈之關係，并表示有靜脈閉鎖不全的存在。

用力使含有腹腔中內容物的腫瘤發生膨脹，並使其靜脈循環生障礙，常用過力或咳嗽時，尤其是因外來的充實或內在的衝壓力而發生疝此爲其最特殊象徵之一，類似衝動亦見於先天性陰囊水腫腫，少數脊髓腫瘤，骹腰膨腫及肺腦出血等病案中，由於用過力使靜脈循環障礙而形或腫瘤的張力增加，此尤特見於靜脈病病案靜脈曲張，脊腦膨出及腦膜膨出等病案中，壓脊髓腔中的靜脈充血，可將腦脊液多少壓入腫層內。最重要者：應區別腫塊係由於實質性壓力或腫塊外來的充實，抑或腫瘤的向前凸出或其變位（見第十七章）。

搏動：爲症狀中之最重要者，在所有病案中，表示動脈系統與腫瘤之一種特殊的關係，應熟記於心者，乃搏動盡見於血流在受有策量抗力而進入某部的現象；例如：動脈瘤膨大，或皮下動脈破裂，血液滲入該部疏松組織故無搏動可察知。

腫脹的搏動性可由於：

- a. 腫瘤與動脈直接交通：如動脈瘤或動脈瘤性靜脈曲張。
- b. 腫瘤中有很多搏動性血管存在：如吻合性動脈瘤，搏動性甲狀腺腫，及富血管性肉瘤。

c. 緊接動脈腫瘤所發生的傳導作用：如增大之淋巴腺，甲狀腺腫瘤及少數腹部腫瘤所生之搏動是（搏動性腫瘤的診斷見第十七章）覆被於腫瘤上之皮膚可值注意者，乃其血管狀況與色澤：皮膚可變紅色，若如此須與數腫皮膚變色區別之，（皮膚發紅時，應區別其色澤的變遷）壓之不褪色者，即係血管的溢血，若分離性小點，即稱為瘀點著為深浸性則稱挫傷或瘀斑此種情形，可作紫癍 Purpura 裂病血腫，挫傷及血管破裂等診斷之助。若壓之褪色者，則為表示仍循環於該部之血管，至其恢復速度，則全視循環的活動性而定，若發紅為一致性的，且不能察出單獨擴大之血管者，此種情形多為毛細血管的擴大，每為炎症的性質，氣種皮膚炎症的發紅，可為發紅的原因，如大陰囊，臍疝或大懸垂性脂肪瘤等，皮膚上所發生的癢癩 Inetertigo 鮮明的毛細血管炎症性潮紅，益以水腫，可為化膿之有力象徵，炎症性發紅常伴局部熱度的增高，發紅非一致性，各個血管腫脹可指者，乃限於毛細血管充血，決非炎症淡紫色的存在，或由於靜脈循環的障礙，在惡性腫瘤上常可較毛細血管稍大的而實有鮮紅血液之擴大血管，此亦常為指示皮膚病理的滋生，在有些病案中為用X光治療的後患。

應與上述各種發紅，細心區別者，為蕁癩狀態，而後者之外觀較為特殊：色由鮮紅至深紅不定，瘤部皮膚微微高起，分界鮮明，由於血管做圈狀及陷窩狀的排列而現凸凹不平的外表，此種皮膚現象常為先天的或於出生後即呈現之常指示其下有痣，或它型先天性腫瘤。

皮膚可生色素沉着，此可於黑痣及癌變性結果中見之。長期充血（被動性）及X光治療時亦可發生之，但其邊沿不似黑痣樣之分界明顯且色澤淡些。黑色素瘤的黑色，可于皮膚或粘膜內見之。

III. 腫瘤的生活史

腫瘤生活中的重要點：最初發生的情形，以後的進展，生長型式，組織所發生的病理變化，及其惡性化的證據。

腫瘤最初發生的歷史於其性狀方面常有更明確的暗示，下列各類可資區別者：

1. 先天性腫瘤：此類包有畸形。如：腦膜膨出，脊柱裂，連胎，包胎先天性脫位陰囊水囊腫及疝。
2. 囊腫性腫瘤：如皮樣囊腫及囊腫性水腫。
3. 固性腫瘤：如脂肪瘤，齒齶頭皮或皮膚尾骨及髌骨腫瘤，纖維性腫瘤。
4. 肥大：尤特見於四肢。
5. 血管性生長物或各種不同類的痣。
6. 子宮內骨折者的骨周圍增厚！

驟起的腫瘤：——此類腫瘤的形成僅由於：

1. 在脫位及疝時的部份變位。
2. 在外傷性動脈瘤，血囊腫，及血腫時的，（急性）血液很快滲出。

3. 空腔性臟器的內容物流竄：如在外傷性氣腫。

部份變位可由三種象徵以識別之：

- a. 某部離開其正常所在之位置：如：肱骨頭之忽至喙突下或橈骨頭忽然至肱骨外髁下者即是。
- b. 腫脹與鼠蹊有變位部有連續性例如在往變位骨所至成之腫脹

當旋轉骨之另一端時，彼亦隨之移動，且其強連可用手指沿齒部追蹤按出之，其他某一特殊象徵亦可以表示之，如疝之還原性及衝動性與夫肺膨出在呼吸時增減均屬之。

c. 腫脹有類似於變位器管的特徵，如圓形的股骨頭骨間，叩之發音，有氣骨水聲，及顆粒性網膜均是。

迅速血液滲出，可資識別者：

a. 無上述部分變位症狀，亦無併發空腔臟器的內容物被竄者。

b. 用叩診檢想波動，或浸潤，以證明液體的存在。（急性浸潤只可在液體或氣體所發生，叩診可以區別之）

c. 有挫傷或血痕。

d. 一般的失血象徵（在少數病案中見之）

e. 在少數病案中，見該部血液循環的紊亂。

f. 腫瘤至少有一時期繼續的增大，此為各象徵中最重者。溢出血液停留後該滲出物，陡呈一顯著之腫瘤，即所謂之血腫，在此等病案中，血液常來自多數較小的血管，若血液為由一個大血管所流出者，流血未閉，血仍續流，此即為破裂的動脈瘤或動脈破裂，關於此等情況的識別法有三：

(a) 若一腫瘤，界限尚清楚，最初有波動無搏動，無雜音震顫，且其遠側動脈亦無搏動的障礙者，多係血腫尤以經暴力後所造成之結果為最。

(b) 若一腫瘤，界限不清甚緊張，面積甚大，無波動，邊際顯濕潤，其遠側之體肢變為冰冷，有水腫，呈蒼白色及麻木，動脈無搏動，若該部有重傷或伴有彈簧及其他一般重失血的症狀者，即係漏動脈瘤，在此重腫瘤中可聽出雜音，若包繞血瘤之組織，多多受壓，可聚縮而成筒囊，並可檢出輕微之搏動，若動脈一部分破

裂側動脈之遠側端仍可按得甚弱之搏，有時病人可輕歷到似有物的感覺，且隨覺該部有一股熱流通過。

(c) 若此重腫瘤的形成是由於重度扭轉或擠壓，破裂或退的結果，且以前有血管受傷的歷史者，即可診斷為血管破裂，若腫瘤是自然的形成或僅由於輕度的外力，且該部已有脈腫瘤或腫瘤，或該部曾有搏跳感覺或有可疑的神經痛，或有靜脈充血等等的歷史者，即可診斷為動脈瘤破裂。此種情形，若不設法處理，行爲濕性壞疽。

外傷性氣腫：可由腫瘤診時的柔軟性及破裂感覺及叩診時的回響，而識別之，尿外滲時，可由腫瘤部位與範圍，水腫的性狀以及排尿作用的障礙等而顯示其特性。

驟然長起的腫瘤，多由於體液或氣體在該部積聚，因只有此等物質始能迅速的聚集。

急性炎症發生於蜂窩織，腺體，骨膜，扁桃腺，舌喉，黏膜粘液囊及滑液膜等處爲此類腫瘤形成的最常原因，亦見於靜脈循環的驟然障礙，如在大靜脈血栓形成受壓迫時，肝脾腫的被動性水腫，又如血液變性引起血清滲出的增加時亦可發生，如在急性腎炎時是，小血管之受傷與流血，亦可引起水腫，如在挫傷可以發生，在分泌腺體之腺體的阻塞時，滲出之液集聚亦可速成腫瘤，如「乳汁淤積」乳房分葉，因乳汁之積聚膨脹。延腺管阻塞後的無液性膨脹及急性尿瀰瀰。胸頭面部的氣腫，皆可於各該部筋膜處引起膨脹；靜脈血栓之血凝塊，也可膨脹而形成腫瘤。

急性炎症，可由其特殊的局部象徵而識別之：

- | | |
|---------------|--------------|
| a. 炎症部表淺時的發紅。 | b. 熱。 |
| p. 痛常甚重。 | c. 壓痛及體溫的增升。 |

水腫的識別可由加壓於腫脹致所部成的高壓。一完全水性腫腫

瘤，可在任一處，用相當壓力將其完全壓消，若水腫由於靜脈是梗阻而發生者多只限於區域性，其表面每呈蒼白色而有靜脈的擴張，若由於血液的變性而發生者，皆係廣泛性，不僅無表面之錯青色，反之尚呈顯著的蒼白色。

血液外滲之識別由於：

- a. 病部變色，壓之改變，呈挫傷後之特殊顏色變遷。
- b. 腫脹界限的不清楚。
- c. 及外傷之歷史。

腺體或臟器膨脹之分別可由於：

- a. 腫瘤的位置。
- b. 依據腺體或內臟的正常界限而觀察腫瘤之界限。
- c. 形成腫瘤對分泌的影響，例如：在涎腺管，為結石所阻塞時，每在飯後，涎腺擴大。
- d. 移去臟器內容物的影響：如胃擴大時的虹吸引流，或導管插入術之於尿潴留。

靜脈血栓的特徵為。

- a. 有靜脈的經過部位。
- b. 為圓柱狀，依據靜脈腔內而定，紋突有無並非一定。
- c. 有總固性。

漸次發生或慢性腫脹之原因，可由該部體液的積聚，或形成腫瘤成分的增加，或二者之兼併，因之此等腫瘤的形成每由於：

1. 慢性炎症。
2. 慢性血液變性及靜脈循環的障阻所致之水腫。
3. 對於血管內壓力的退變所形成的動脈瘤及靜脈曲張等。
4. 閉鎖性囊中，分泌物的積聚或腺管的梗阻，如囊腫，乳腺囊腫及滑液膜積液。

5. 器官的漸次變位，如脊柱彎曲，眼球突出及大多數的疝。
6. 肥大，例如乳腺（乳腺自然肥大而脹起）
7. 真正腫瘤或新生物，

慢性炎症的特徵為：

- a. 漸次腫大的腫脹。
- d. 具浸潤性。
- e. 疼痛，尤以加壓或運用該部時的疼痛。
- b. 少數病案中，可有局部的發熱。
- e. 組織抵抗力改變，如變軟或硬。
- f. 局部功能的障礙。
- g. 少數病案中尚有全身發熱。

區別慢性發炎與肥大所致之結果，常非容易：

水腫在慢性時，亦有急性者之同樣性質，惟在固性水腫時，壓之不呈壓窩。

認之動脈擴張可由於：

- a. 腫脹位於血管經過之處，且固定於某一動脈。
- b. 當心呈收縮時，同時腫脹內亦有膨脹性搏動，且常伴有雜音與震顫。
- c. 壓阻動脈的近心端時，腫瘤縮小。
- d. 腫瘤動脈的遠心端的搏動減弱或延遲。

識別靜脈擴張的途徑，可由於：

- a. 腫脹之部位於靜脈經過之處此種病變常見於下肢，精索及肛門，等處之靜脈血管。
- b. 腫脹具縱長迂曲或囊狀之特性。
- c. 具敏縮性及還原性。
- d. 患部表淺時呈鉛青色。

若擴張的靜脈與動脈直接交通者，可有搏動，震顫及雜音。
分泌液積聚的識別可由於：

- 腫瘤發生於腺體之處或離在腺內，或在一對閉之囊中。
- 少數病案中，可由其內容物的液性的波動而察出之。
- 腫瘤外觀每呈球形。
- 無炎症的一般性狀。
- 腫瘤內容物的穿刺。

肥大：常為先天性或在早年所發生，其一般要點為：

- 部份或全器官有一致及無痛性的脹大，至某一相當程度之大小時，保持而不變。
- 無硬度之改變。
- 除少數病案，僅由於其大小的變化，而有礙於功能外，餘均無功能障礙。
- 無熱紅及變性。

新生物特徵繁多，然一般識別可由於：

- 繼續增長或為迅速，或為遲緩，少數腫瘤亦有滯留於停止狀態者。
- 外觀的界限極清楚。
- 局部無紅腫，痛及發熱，但有例外。
- 似係自然的形成。
- 除腫切除及X光治療外，對其它療法不收效。

外傷性腫脹在多數病案中，腫脹每起於損傷之後，其可致腫脹之損傷處：

- 部分之變位，例如痛，骨折及脫位。
- 血管的破裂如在骨折及挫傷時所發生之血腫及動脈瘤是。
- 激起之炎症，如打擊後的急性睪丸炎及創傷或穿刺後的膿

腫。

b. 組織修復時，成形成淋巴的滲出：如骨折處骨痂之形成即是。

e. 因刺激而使新生物發生。

F. 間歇性腫脹間歇表現之臟器或組織的變位，所致的腫脹中，並非不常見，如疝，直腸息肉，脫肛及子宮脫離等；輕度水腫如夕間所見之踝部的腫脹；由於靜脈膨脹者，如能發生於妊娠乃痔瘡的靜脈曲張。

腫瘤的進展，亦為重要事項，應特別注意下列數點：

1. 腫瘤亦可輕年而無增長：此全為指示其無生長的活動，最重要者，亦無惡性變化及活動性炎症的明證，腫瘤一長期的停滯後，仍可再行擴大，如一乾酪化膿腫，被炎症侵襲者即是，而簡單之腫瘤亦可趨於惡化，如疣或黑痣惡化為上皮癌或黑色素瘤即是。

2. 腫瘤之大小可縮小，常為有別的象徵。若為漸次縮小者：乃指示腫瘤的內質：如液體血液血清或膿，固體的肉芽組織，纖維或骨質等的吸收，或指示此種縮小，仍係營養情形仍退變，如結核腺的乾酪化及鈣化，及萎縮性銅腫的縮小；若為急驟變小者，乃指腫脹之液性內容的逃竄，例如小致腎盂積水及卵巢囊腫破裂，或為指示某一變位臟器的復位例如在疝的還納。

3. 腫瘤急驟增大，此乃其內部或其周圍有急性炎症的發生，如炎性痔，血液或血清的滲出，陰囊水腫之變為陰囊血腫，或卵巢囊腫蒂扭轉後的充血，或由於變位器官的變位增長，如疝。

腫瘤可持續增長，其速度不定，其速度全視腫瘤發生地大原因的強弱，其抵抗此種力大的大小而定。

(1) 遲者：甲、由於擴大趨勢的衰弱，如在慢性炎症及多數善性腫瘤。

乙、由於相當大的抵抗此種擴大的力量（對於擴大有相當抵抗力者）

如在動脈瘤，靜脈曲張及骨內腫瘤與炎症等。

（2）迅速者乃指示：甲、腫瘤原有大的增長力量，如在急性炎症，柔軟惡性腫瘤及少數癌腫。

乙、抵抗此種大力量薄弱，如壓窩組織的水腫。

固性腫瘤特殊增大而硬度變弱者為惡性腫瘤的重要特徵：

腫瘤可間歇的增大，此常見於：

1. 變位臟器在用力時，所發生的變位增加，如疝及脫肛等病案。

2. 持續的炎症侵襲，例如少數腺炎及扁桃體炎。

3. 自動或被動性的血管性增大，間歇性的擴張動脈所致之突眼性甲狀腺腫，或間歇性靜脈梗阻，所致的靜脈曲張，如在多次的妊娠後。

腫瘤可轉變其位置；脂肪瘤常見之，如背部之脂肪瘤可沿皮下組織由背部而移至臀部，但此等徙移，從不相背於重力之作用，更常見者為腫瘤擴大時因特別向某方增長所致成的位置的變遷，腹股溝疝部，僅於該部呈腫瘤，當其擴大時，進入陰囊而擴張之，而不見腹股溝疝突！

腫瘤擴大的方向，對於診斷上常有甚大的價值，此或為指示組織對一增長中腫瘤的抵抗薄弱，並表示與該部運動筋膜的關係，此類變化在骶腰肌膿瘍疝尿外滲。滑液囊炎及其他腫瘤時見之；或為指某一特殊組織的受累，如在瀰漫性脂肪瘤受累者：僅為脂肪組織在淋巴腺瘤時，擴大者僅為淋巴腺，在靜脈曲張時，受累者亦僅為靜脈。

腫瘤的生長方式：腫瘤之增大，可任取下例三途之一。

1. 原發腫瘤的繼續膨脹，如在進行中的動脈瘤，囊腫及脂肪瘤。

2. 某周圍組織受變異者，如急性腫瘤微之一，即是生長的淺潤性是。

3. 分離之腫脹與其原來之組織的發育不相伴而獨去的發展，如癰腫尤以癌性腺體為最，亦可變淋巴腺腫，模膠樣腫痕瘡及放線菌病時見之。

依據腫瘤的病理變化，亦可助於診斷：

(1) 腫瘤，當其擴大時，可發生潰瘍，此種潰瘍可別之為二類；

1. 可因腫瘤的膨脹及常受磨擦而發生，此等病案中其皮薄，腫瘍帶很大，潰瘍部亦不深。

2. 潰瘍自身組織分子的崩解而成潰瘍，故與腫瘤之大小無關，乃表示腫瘤活動性的重要指徵，此等潰瘍較深，不僅限於皮膚而發生於腫瘤的本身皮膚或精膜，可黏連於腫瘤可微呈突出的生長狀態此等例證，可於上皮癌及其他癌腫，樹膠樣肉腫，痕瘡，放線菌病等病案中見之。

(2) 腫脹硬體性的增加可由於：

1. 張力的增加，在此等病案中，常伴有腫瘤的擴大，如陰囊水囊腫，絞窄性梗阻性疝，與瘤蒂扭轉後之卵巢囊腫。

2. 液體內容的凝固，如動脈瘤或血液的凝固或靜脈曲張內血栓形成。

3. 組織滲液或所生物之變化，如骨痛，骨炎及內生軟骨疣之骨化是。

4. 血栓的鈣化。

最後三例，除內生硬骨疣外，在其變化的經過中，常伴有腫瘤

的收縮。

(3) 腫瘤的軟化，可由於：

1. 固質部份之液化，如在膿腫的形成與進展及腫瘤的崩解時見之。

2. 具堅固抵抗性，如組織的崩毀，即骨與筋膜如在骨中央性腫瘤的生長，由於腫瘤的強大抵抗性的結構的崩毀，而呈軟化。

3. 吸收後張力的減低，如在漿液性及滑液性的滲出，此常伴有腫瘤本體的縮小，而表示其消散。

腫瘤生長時，可形成囊腫，此可於乳房的囊腫性腺瘤，囊腫性肉腫，的進展及子宮肌瘤的囊腫性變性中見之。

腫瘤惡性化的證據：惡性化可為局限性及轉移性侵潤型的生長，表示腫瘤四周與其相接組織銜合，而有多數小瘤區結節，繞連於腫瘤主要部份的四周者，為局限惡性化普通象徵，在不完全的局部切除後，由於同樣的原因，可有腫瘤的局限性後發。

轉移惡性化的結果，可與該部相關之淋巴腺，肺，肝或其他組織器官內的繼發性腫瘤，肉腫，某類肉芽腫，乳頭狀瘤及其它病情時，極其重要。

IV. 腫瘤對於其隣接組織的影響

對於腫瘤局部感染的影響其周圍組織的受間的考證，為所有炎症性，肉芽腫性及惡性化腫瘤等的要徵，其它局部影響，吾人現今所欲論列者，僅指所謂壓力的結果與影響而已！

(1) 痛：腫瘤的疼痛性，其主要因素有三：

1. 腫瘤的位置：在感覺敏銳或神經幹之近處。

2. 腫瘤的張力：其形成的迅速或遲緩。

3. 腫瘤的浸潤性。

當神經幹受累，則痛多在神經末梢的分佈區，故痛部與病部不在一處，而有相當的距離如臂部的神經球受累其痛在手，腦動脈動脈瘤，痛在足處，頸部的惡性瘤，其痛在病側的頸部，若為神經末梢受累，則痛在局部，其情形隨神經破壞的速緩而變異的；急性炎症時所常有的，為體姿或運動或任何情形之能使該部增加充血者，皆可增劇疼痛。當急性化膿時，痛多變為跳動性，張力的影響，可例見之於：

- a. 卵巢腫瘤蒂整復後的刺激性疼痛。
- b. 骨肉瘤腫或瘤腫，在其生長時疼痛，但穿破後即消失。
- c. 血栓性痔痛。

一部份的漸次變位，通常無痛苦，如在大脂肪瘤，囊腫，子宮纖維樣瘤等病案中，即可證明之，然在浸潤性的生長，若神經末梢有破壞時，亦可發生疼痛，例如多數惡性疾患（惡性腫瘤）。

(2) 肌肉攣縮與痲痺：由於壓迫神經而發生痲痺者，縱有亦屬罕見，其結果多為痲痺且於眠，喉病案中尤有嚴重的影響，其它似之實例如腮腺中生惡性腫瘤時的顏面痲痺，及頸動脈動脈時的伴側痲痺。

(3) 組織的吸收：當各腫瘤零長時，可使結締組織與其它類組織有伸長變薄，及被吸收等變化，在破壞性腫瘤生長時甚至骨亦可能被其消耗與吸收，骨被吸收後，可致成重大的變形，如脊柱塌陷，或股骨幹的自發性的骨折，或面骨的耗損。

(4) 腫瘤遠心側的動脈搏動，應常留心注意之。在動脈瘤的病案中，甚遠心側血管的搏動，較其它側相隔之血管者，為小而無力，且遲至，此種差異，用手指即可觸之，有時因血栓形成或腫瘤壓迫血管的關係，動脈瘤之遠心端搏動可完全消失，主要為皮下動脈完全破裂，其下端之動脈，亦常無搏動可捫，腫瘤的壓迫的使動

脈變位或受壓，但少有因之而便阻其管經者。

(5) 靜脈充血，可由該部覆被之靜脈擴大，或由於呈鉛青色而指示之，此為腫瘤有關於血管係的主要指證，應留意者，即併發症之發生，可完全為偶然的，例如股部脂肪瘤時，併發下腿靜脈曲長，若查考腫瘤及靜脈擴大與發現的時間，則甚易消除此等差誤。靜脈擴大與腫瘤的直接關係有四：

1. 靜脈膨脹，可為一整個腫瘤的原因。在此種病案中，腫瘤有擴大而顯彎曲，囊形血管外形，除其中之血液已凝結外，可有完全還原性。

2. 靜脈膨脹與腫瘤，可由於一共同的原因而發生，即阻礙性或閉鎖不全性的心臟病，在此等病案中腫瘤為水腫的。

3. 靜脈膨脹的發生，可由於腫瘤使血液的回流障阻，或由壓迫或閉塞所致，或由於靜脈的交通動脈血迫使靜脈血的通流而成斯病，前者之實例，可見於頸部或他部動脈瘤，與縱隔障及其它處腫瘤，此種靜脈膨脹，多在腫瘤之遠側，且多伴有水腫。

4. 於其它病案中，可由於處液的供應增加，而須要輸出靜脈的擴大，此可見於骨性腫瘤的病案中，因輸至該處之血液多，必須大口徑的靜脈，以運走此多量血液，亦可因而受阻，少數某部份靜脈充血，時常可以此種事實解釋之。

(6) 淋巴性水腫在腋部頸根，及腹股溝等疾患的病案中，淋巴管與靜脈系障阻的結果，發生水腫，可不呈鉛青色，或稍有此色皮可大為增厚及不規整或變為柔薄，在有些病案中，水腫極為密實，至於難生凹陷或甚至不可能發生凹陷，極壓力的影響，在指示腫瘤的位置與關係的診斷上，具極大價值，並可表示所謂腫瘤的破壞性。

V. 患 者

(1) 年齡於腫瘤，診斷上，至關重要：

在嬰兒可見之腫瘤：

1. 可見各種先天性腫瘤者，如痣，皮樣囊腫，囊腫性水瘤，脊椎裂膜膨出及腦髓膨出。

2. 由於先天畸形而成之腫脹，如疝及陰囊水囊腫。

3. 由於遺傳性梅毒或佝僂病所成之腫瘤。

4. 偶見有之脂肪瘤及肉腫。

在兒童時代之青年期，腺體增大，急性及慢性膿腫及軟骨性，與骨性腫瘤等最普通。

在壯年時，盛行者，有花柳病，外傷性及炎性腫脹及脂肪性，膜性及纖維性的腫瘤。

在晚年，不時多見者為各種惡性腫瘤，及其它老年性腫脹，如風濕樣關節炎，或前列腺瘤及陰囊水囊腫等。

年齡最直接價值有二，而助於先天性及惡性腫瘤的診斷。

(2) 性別與病因：似為或少有直接關係，故在腫瘤的診斷除辨兩性特殊器官的影響外其餘無甚特殊，例外者如頸動脈的動脈瘤及唇舌癌腫，則以男子為多，然亦非原發於性別的差異。

(3) 職業：對於腫瘤的診斷上，偶有益力，如皮革 最易患皮膚炭疽，馬夫之宜致炭疽與放線菌病，煤膠，鑽石，及X光的工作者，常易發生皮膚上皮癌。

(4) 病者過去歷史，常可作為腫瘤診斷之助，如在結核，梅毒，血友病或白血病等病的病種中，對其體腫瘤或血液滲出的性狀之診斷，可給予重大的線索，惡性病如肉腫及癌，其診斷線索，可觀察原發性腫瘤，以除後其繼發性腫瘤的性狀而決定之，必舌部癌

腫在切除後的頸淋巴腺增大時，不致誤為結核性腺體，或其它單純之腫瘤，在診斷妊娠時，不論其為子宮內孕，病歷都有相當重要

(5) 伴生疾患於腫瘤的診斷上帶有特殊的價值，此種併發病，可為雙重的，由於其它普通原因，腫瘤常可伴發各種損害，最好之例為梅毒患者可有特殊的皮膚及粘膜的潰瘍或鼻骨或頭頂的壞死等等，皆可為簡單診斷之助。樹膠樣腫眼球突出並有甲狀腺腫及多組腺體之一致，可為簡單的診斷，Grvae 氏病淋巴腺腫診斷之助。

在其它病案中，腫瘤為局部疾患的繼發病症，此類證例之可資體論者，如腺體腫瘤，當其發生於腹腔時，可由於足皮膚軟性下疳，尿道炎，疣或上皮瘤，其發生於腋部者，可由於乳房的炎症或皮腫，發生於頭部者，可由於頭虱病，耳漏，扁桃腺炎，顏面下疳，或唇舌，咽喉的腫瘤，其它實例：如慢性副睪炎或會陰膿腫，併發尿道，陳舊癰之併有蛋白樣肝，或直腸癌腫之併發放肝膿腫，乳房之併有骨瘤腫，及甲狀腺腫之併發於頭頂癰腫。

(6) 惡疾質對於腫瘤性狀的診斷上，頗具重要。

此種情形乃惡性病之結果而非其原因，且常發生於由局部向外生長甚明顯之時期，然在內生癌腫的病者惡病質於診斷亦有幫助的。

IV. 腫瘤探察法

在未決定正確的診斷，以便依根本治療以前必細心探察腫瘤：

(1) 最簡單之探察方法：為穿刺，且可決定腫瘤為固性或纖維，而所得液體可供檢驗。此種方法還有價值，如在鑑別一小的深房囊腫與一固性腫瘤，或一軟性肉腫與一硬性腫瘤時的是。亦可使人識別陰囊腫，與併發睪丸腫脹，及睪丸鞘膜腔積空後之

的學丸。

(2) 第二種探察法，為切開，切至癰腫處，甚至在有些病，可切開腫瘍內考察之，切開後可將腫瘍外圍一部份的組織出，置作更進一步之組織檢驗，由此種方法，吾人可得知其實在的位置，及生長的型式，係包繞性或侵潤性，黏液之有無，與其範圍，且的由檢驗其切出之組織，可決定其真實的結構，有數病案中尚可察出發生物的存在，此法多用於腹部腫瘤；但有時用於四肢，下頷，膀胱，腦及脊髓腫瘤的病案中，無論何時欲作固性腫瘤結構的顯微鏡檢驗時，須切取腫瘤的一部但此種組織塊片，係由用叉鉤出或括下其表面者，鮮有滿意的結果，若將一部圍繞於瘤腫外的假性健康組織，連帶的取出，則其病理檢驗較易成功，尤應熟記於心者，即為用顯微鏡的檢驗，診斷常是很不容易的，有時或接至不可能，除非切下待驗的部份，是合用而選擇得宜的。

(3) 切出組織的檢查：

可分為化學的顯微鏡及細菌學的三種用法吾人可區別：

1. 各種液性及囊腫性腫瘤的內容：

如血清粘液，尿液腦脊髓液，涎液，胰液，及包囊囊內液體，卵巢內液體，及脂囊腫與皮樣囊腫內液體。

膿液，乳液血液，變性血液，結核液等等。

3. 各種固體液：

炎症性肉腫性，癌腫性及其它。

5. 病理微生物——如膿毒性結核性，黴菌性及其它等等之存在，亦可辨識，由此等方法可得一為他法所不能獲得之精確診斷，運用之特別方法，吾人可參考生物化學，病理化學及細菌學等。

第十五章 普通腫脹之診斷

(DIAGNOSIS OF GENERAL SWELLINGS)

以前數章曾詳述波動和搏動的腫脹，皆位於身體特別部位，今所述者非爲此類，乃係見於身體之一般位置者；係於檢查方法前章已經說過，外科醫生須要決定的（1）腫脹是屬於何種組織或組織（2）其物理性質及其主要性質。此數點可參閱前章。

一、皮膚腫脹——（1）假設腫脹由皮膚上生去，全突出於皮膚表面，且與其接觸之底面判然有別，性堅固而乾燥，生在有分泌液之潮濕部份則例外，表面呈顆粒狀，或樹枝狀者此爲疣或乳頭狀瘤，因其樹枝狀突之多少及具組織厚度之不同，故其外形之變化頗不一定也。

（2）若腫脹爲多發性，無蒂有潮濕或表淺之潰瘍表，面且分泌辛辣之水分液，此爲精膜斑或濕疣，此多見於口角，肛門，和女陰周圍及陰莖和陰囊上，此外第二期梅毒患者亦常發現。惟欲診斷確實則須檢驗其表面液體有無梅毒螺旋體存在。

（3）假設腫脹有皮膚浸潤及固定性，並向四周及深層擴張，表現潰瘍而堅硬，潰瘍邊緣厚而隆起，瘍底呈顆粒狀高低不平，並有深滲紫液性之分泌，而潰瘍部附近淋巴腺腫大且堅硬，日漸增大此爲上皮癌。在該癌之早期潰瘍或淋巴腺腫大，尚未發生時，診斷困難且重要，其特徵乃在向真皮內及邊緣擴張，如由小結節之邊緣及其健康皮膚切下一部作片，以顯微鏡檢查見其上皮細胞向下長入真皮或特殊水泡之生成即可診斷之。

生成即可診斷之。

（4）如腫瘤常爲多發性有小結節狀突出於表面，爲球形或指

出形，呈光亮白蠟狀，中心如臍，固定於皮膚上，此為傳染性軟疣。此種確定診斷須顯微鏡檢查方稱滿意。

(5) 假設瘤腫懸垂成蒂狀，生於皮膚表面，柔軟，有彈性光澤，此為彈性纖維瘤，大型或受摩擦者，表面可發生潰瘍。

(6) 腫脹懸垂於堅厚之皮膚或皮下組織，如見於頭皮肩甲部，背部，肩部，肩部和背部，時靜之以上所述懸垂之一類，但以性纖維瘤之者宜，此二型之纖維瘤生長甚慢，且在完全切除後永不復發。

(7) 假設瘤腫呈暗棕色或黑色且生長穩定，是為黑色素瘤。常於色素黑痣，漸次長大或有潰瘍發生皆為變成惡性之象徵，亦可以發生於正常皮膚或黏膜上，如手，足，女陰，陰莖，陰囊，肛門。體性瘤亦有色素瘤淋巴而轉移。常發生於皮膚，肝，及其他臟器，或白尿發現。

其他皮膚腫瘤如皮脂囊脫和侵蝕性潰瘍，常於一定部位發生，此於各別部分別述之。

二、隆起組織瘤腫——(1) 假設瘤毒為橢圓形，呈小狀，具一定淺而圓之邊緣，與皮下組織有移動性，是為脂肪瘤。當壓力於脂肪瘤上則其內之脂肪小葉可由皮下顯出並形成小窩，須因皮膚粘連所成之小窩區別，脂肪瘤發生之深淺影響其形狀者頗巨淺者如息肉瘻，深層者可被脂肪所隱蔽，脂肪瘤常發生於身體後部肩部和腰部。常為多發性，數目可甚多，大小之變化亦巨，無疼痛常保持固定狀態至一年以上，吾人現已知其可向下改變其位置。

Dreum 氏病乃為某部生數個脂肪瘤，每個皆有疼痛或有壓痛之者。

(2) 假設膨脹柔軟顆粉狀或分葉狀瘤着於皮膚，邊緣不明

顯可 其深的移動之，但與其皮下筋膜不能移動，是為癰疽性脂肪瘤，最常見者如雙下額是發生於頸後部或在乳突上，或在腹壁上。

(3) 如上特性之瘤種柔軟呈分葉狀不能壓縮，深筋膜下或與肌部，骨， 經相聯繫，是為先天性質脂肪瘤。

脂肪瘤可由其表面柔軟及呈分葉狀而認識之。

(4) 假 瘤腫或自先天，輪廓不規則，性柔軟而疏鬆，無壓縮性一部有波動，一部為固體樣，是為囊腫性水瘤。此類瘤腫多生於頸部，面部和膺腋部，皆靠近深部血管，常為多發生，可增大頗巨 復發而變大，易於果變為急性炎症。此種瘤腫亦有僅為單品 囊，漿液性囊腫者。

(5) 如瘤腫在壓力下漸見退縮（非忽然的）一無水濕器又不滑溜；如普通血管壓力移 時依然充滿，如病人哭叫緊張，或用方呼吸時，更為充實緊張是為瘰。由瘤腫上以其瘰樣皮膚，由淺薄皮膚下透出之一種藍色可， 診斷之。瘰乃先天形成，或後天隨即發現，性固定，其生長之速率或不定，有時自然痊癒，或消失。雖然此種腫脹屬於體，但無波動，因其與靜脈相聯也，在身體任何部位皆可發生。

(6) 若瘤腫與脂肪瘤之性質，以力壓之，稍能凹陷移去壓力時恢復原狀，此為癭脂瘤。其先天形成與其所蓋皮膚之瘰狀況皆可有助於診斷。

(7) 若瘤腫柔軟界限不甚清晰，表面情形亦不若脂肪瘤之分葉狀者明顯，生長甚慢，此多為粘液瘤。此瘤腫甚少見。

(8) 假瘤腫較硬而生長迅速；且固定很緊。不僅淺層其生長之筋膜同時亦受累其附近各部份，是為肉瘤。

(9) 在周圍神經經過之途中發生之圓形或橢圓形小瘤腫，向神經橫方向自由移動有壓痛或在神經分佈之區域發生如針和尖銳物

之刺痛，此為神經纖維瘤，肢體切斷之神經近側端，或神經切斷而未聯絡之處，可以發生上述同樣瘤腫，若於一神經之分枝或神經叢處發生多發性之神經瘤，此名為形狀神經瘤。神經瘤亦可如一小結節發生於皮下組織，劇烈敏感性，微用壓力疼痛異常，此名為瘤痛皮下小結。

(10) 散佈在甚多神經上之多發性小纖維神經瘤。是兼有軟性纖維瘤，或皮膚色素沉着，或二者皆兼之，此名為Von雷克令(R-eckling hausen)氏病。此病同一家庭中常數人發生，病人同時有精神上缺陷及骨發軟。多發於兒童時代，但在成年人亦可發生。假設一個或多數生度巨大而迅速，則可變或肉腫化，

(11) 設瘤腫為淺潤滑，距急性進口，瘤腫之皮膚微紅，初硬固變則一處或數處軟化，此可謂為放線菌病，如腫脹發生於鎖部面部，頸部或腹部則可能性更大。其診斷須由腫脹腔或軟化處取其分泌物用顯微鏡檢查其放線菌或菌絲。方可確定，以前見多之放線菌病皆誤為結核，梅毒，甚或惡性瘤，若外科醫生不忽略，亦必須有比觀念盤旋腦內也，此病之始趨向於軟化而形成膿瘍且遺留一慢性有分泌之瘻。甚似結核病，囊周圍生異物之浸潤及堅硬，甚頑固而不易治癒，健康組織漸趨破壞，好發部位及致命之結果，皆似惡性疾患。

(12) 設腫脹長形呈柱狀，位於靜脈處，是為血栓。腫脹新發生而有疼痛和壓痛，是為新生之血栓。此外若更有腫脹，邊緣不清。起始之形狀亦甚模糊，且發熱是為靜脈炎周圍炎。此易於化膿。因靜脈發生堵塞，當急性情況之下。多少可發生水腫，但此大血管等血栓之部位以為定。表淺靜脈之診斷可據其腫脹之性質，即可確定，而深部之堵塞局部水腫及沿靜脈管壁之疼痛與壓痛，診斷血管之腫脹及輸鞘不能察出者，為難免他處極可有嚴重之壓痛，或

併劇性之肌肉攣肌痙攣和發癢？在其他情況下，僅有輕微疼痛和壓痛。

(13) 皮下組織之限界性腫脹，初堅硬，但甚速即變軟積稀薄之膿而為波動性，是為結核性沈澱物。此病常有而並非皆為多發性，其不同之腫脹可指示本病不同之各期，多發生於小孩或青年期，常持有結核病傳染之其他證明，結核菌之存在須施細菌學之檢查。

(14) 微有壓痛之小結節位關節附近或在腫痛之骨上；又見於患急性風濕病之患者，別是青年人，此即所謂風濕性小結，經過治療後為之消失及其他風濕病之伴發現象皆為其特顯之症狀。

(15) 位於皮組織之結節，堅硬後粘連於皮膚且堅時增大，是為繼發性皮膚性生長物。若發現於原發所在之周圍或於原發性癌腫摘出後發生，診斷則更容易。此種明顯之象徵；乃觀察首先之症狀，特別是腸柱狀癌腫，若不在臍部或腹壁上發生結節狀。易於忽略同樣之繼發性肉腫性小結。亦可遇見黑色素瘤，其數有時非常衆多。

(16) 在蜂窩組織所遇見之其他癌腫為嚙膠樣腫，包蟲囊，以及甚罕見之豚囊蟲所致之瘻腫。

三、淋巴腺癌腫一如腫脹發生在淋巴腺所在地位或橢圓或圓形，尤其是多發性，且皮下與深層都有移動性，並有顯明之發生原因，此易診斷為淋巴腺增大僅有一小部位所發生之腫脹欲確實診斷其是否為癌腫性腫脹，頗甚困難，茲得另章述之。

果已診斷如為腺體腫脹，外科醫生應後一步決定其性質。欲達此目的吾人宜詳察該腺腫之特性可能性之傳染來源，及血液細菌學之研究等。

注意增大腺體之局部情形，須特別注意其移動性或固定性，其

周界之明顯與否，其內容及其覆蓋之皮膚情形，由葡萄球菌和鏈球菌傳染者，腺體可發生急性腫脹和炎性水腫，固定於所居之筋膜，且外形模糊，由葡萄球菌發生者，常易化膿而軟化並生波動，梅毒性者堅硬而界限清楚；且多於其筋膜層自由移動，結核性者乃慢性增大因腺周圍炎而致腺粘連，此等可變成堅而硬的結節，腺體之惡性病體繼生長趨向浸潤及固定於周圍組織；上皮層常使腺體增大變軟而有波動性。

檢查傳染之來源，淋巴腺為吸收系統之一部，吾人宜首先檢查來自組織進入腺體之淋巴是否含有傳染性或毒性，普通一損傷皆可使相關之淋巴腺腫大，如患創傷傳染性丹毒，梅毒初期硬結，潰泡性扁桃腺炎，癌腫，黑色素瘤，等皆可使淋巴腺腫大。全身傳染之結果可使全身淋巴腺增大，檢查時必須遍及全身各處以期發現全身疾患如結核病，梅毒或瘧等是。

血球已分類計算。對於腺體腫大頗有關係，輕度淋巴球增加，表示結核病的存在。過度淋巴球增加同時紅血球及血色素減少，應當想到腺熱病。及淋巴性白血病；（傳染性單核白血球增多症，有輕度繼發性貧血，紅血球及血色素減少，而白血球無變化，應想到Hodgkin氏病。

(1) 設腺體顯急性腫脹，因其所屬區域損傷或發炎傳染至淋巴腺內，而腺體有疼痛，壓痛，與周圍組織有多少不定之固定，所覆皮膚特別紅腫，此為化膿性傳染之炎腫。

(2) 常有腺體內發生繼發性化膿菌傳染而屬於亞急性者，局部之疼痛較少而發紅和水腫亦較不顯著。

(3) 腺性熱型，腺性熱亦可見亞急性腺體腫大，常在體溫增高兩天後，發現頸部腺體膨大，過一星期消失同時脾曾大，淋巴球高度增加，且屬流行性，此時診斷固亦不難。

(4) 設腺體腫大爲慢性，腺體與腺體間之傳染亦徐緩進行，固多痛圓形腫脹，周圍常起分解，特別在頸部發生者，吾人應誌靈性，結核性之特性乃淋巴腺腫大爲慢性；因腺體周圍炎致與組織有多少粘連，傳染腺多漸趨軟化，雖然如是但其變異亦多，亦可迅速進行但不似很急性的，腺周圍炎不很明顯；或只限於腺體；經過不一定使之變軟，腺體亦可因鈣化而變硬。血球正淋巴球輕度增加。

(5) 設多發性淋巴腺被傳染腺，體堅硬在結締組織中可自由移，無疼痛或壓痛，同時全身有梅毒徵候，則可診斷 梅毒性。腹股部淋巴腺腫大，都有硬性下疳之可能，可由下列事實判明兩側腹股部有很多淋巴腺 腫大如子彈堅硬，而不聯繫於一不易化膿，常有二期梅毒症狀伴發或繼發，血液呈陽性瓦氏反應驅梅毒治療而症狀減退。但此潰瘍生於唇上或口腔內者，則近或下額部淋巴腺互相連繫成塊，但不疼痛。當第二期梅毒之早至原發潰瘍之遠處亦常有如上述腹股部淋巴腺腫大之狀況，特殊位置，例如頸前三角，腋下，腹股部與股骨內上髁等

(6) 設慢性淋巴腺腫脹增加有浸潤發生並與鄰近組織固着，肌肉，骨髓等受累者此爲惡性病，惡性淋巴腺病多有疼痛且甚大，有時變軟，破裂流出膿液或水樣分泌物，並形成深潰瘍位，常發生軟化時腺體表面之皮膚變紅，而誤認爲化膿，雖速成皮膚潰亦紅，凡原發病檢查不可能或腫脹大小而無病狀，其腺腫大爲最可注意之先期病理變化。

(7) 淋巴腺慢性變厚脹，以頸部爲主要，雖已變熱癢疹三白血球增多至20000或更多。常血球附 70% 斯 慢性腺熱病程進行幾星期腺體腫大亦漸縮減。

(8) 如淋巴腺之腫脹系原發性且生長甚慢而有多數之淋巴腺被傳染，至成球形分葉之大塊，除其感覺不方更外無其他特別痛苦，雖持久生長，不浸潤周圍組織不軟化亦不化膿，此病可為淋巴腺瘤。(Hodgkin氏病)，淋巴白血病或淋巴肉腫。淋巴腺瘤常見於青年或中年人之頸部，常有一羣淋巴腺大。隔相當時間後，淋巴腺羣趨趨腫大，非到病之末期血球不生變化，僅有濃稠性貧血，但有時續數月之週 經度發熱，方為本病之有價值之診斷症狀。

淋巴肉腫於首先受染處附近之腺體，早期即漸漸腫大，當病進行時有關明之肝脾腫大，淋巴性肉腫或係慢性 Hodgkin 病之最後變化。

四、肌肉瘤：肌肉肉瘤之最常見者為肉瘤，樹膠樣腫與結核性膿腫，次之則為纖維性癌腫性小結，較罕見者為放線菌病包，囊蟲與骨化性肌炎。

(1) 設腫脹速於增大，外形圓凸，密實有硬而不變之內容，邊緣界限清楚，此為肉腫，此病有持久性疼痛和局部功能障礙。可長至很大表面皮膚伸展，或有紫藍色靜脈經過腫脹表面，但非到病之末期不會發生潰瘍。

(2) 如腫堅實，周界不很顯顯明，有浸潤周圍組織之傾向，(如骨髓筋膜，甚至於皮膚)，並中央有軟化者則為樹膠樣腫，其診斷可由下列事實確定之。即病垂，全身之梅毒象徵，血液瓦氏度陰陽及驅毒治療之結果等。浸潤現象為樹膠樣腫之顯明特點，此外樹膠樣腫無解剖上的限制，絕不如肉腫之大，相口時間後增大停止，且開始進行性變化——潰瘍與肉脫出——腫脹變軟，表面皮膚變硬或形成特殊潰瘍。

(3) 繼發性癌腫小結，可從其慢慢生長，堅實，浸潤之趨向，並與鄰近組織粘連等認識之，或由原發性癌腫顯明狀況證明

之。

(4) 設腫脹係慢性，不痛，光滑，不甚緊張，有波動，並使臨近肌肉累；乃係結核性膿腫。肌肉結核多係繼發於骨結核之後，腰肌膿腫為最常見之例。

(5) 腫脹為慢性可發生至相當大，祇限於肌肉之一部，並有緊張，波動，停止不再進行或僅漸次增大，血內嗜酸性白血球增加，此為包蟲囊腫。如病人居於包蟲病流行地域其診斷更可計矣，Caonai 氏皮內試驗在每一病例（在澳大利亞）皆呈陽性反應。

(6) 關於放線菌病之診斷見前。

(7) 假設肌肉內或肌腱內有腫脹甚硬堅之下縮小，X光影暗濁，此為骨化性肌炎，此可為外傷之結果，尤其是肌肉開裂傷之灌於骨者更可為其原因，此不透明之骨或生於髓內或自骨內長出散佈於肌組織中，特發性者先見於肩胛肌，可擴展至他部而發生，嚴重性之運動障礙，倘呼吸肌受累，每死於絞氣管肺炎。

第十六章 波動性腫脹之診斷

腫脹波表示有液體存在，但不能預知爲何種液體。本章所討論者，爲如何決定液體腫脹之特性。

腫脹內所藏液體可爲血液；炎性滲出物——漿液，滑液，膿液；或軟化的結核，細菌性，瘤性，或肉腫性組織。各種液體之區別應熟記下列點諸。

一、腫脹位置之確定

(1) 腫脹相當於漿液或滑液腔者，則液體，爲血液或炎性滲出物，例如陰囊水腫，陰囊血腫，滑液膜炎，粘液囊炎，疝囊水積。

(2) 若腫脹相當於含液之空腔臟器，如膀胱，膽囊則腫脹內之液體多係該臟器之分泌物如尿，膽汁，粘液，但亦可在膀胱內流出膿液。

(3) 設腫脹位置相當於分泌腺體，則該腫脹因腺體積貯分泌液所致例如腎盂積水，腺囊腫，皮脂囊腫，囊腫性甲狀腺腫，乳腺囊腫等。

(4) 設腫脹位於相當胎生管狀組織，或胎生皺壁結合線之地位，常因分泌物流入未長合之管中，或流入皺壁未完全長合所形成之空腔內，而形成腫脹，例如甲狀舌管囊腫，囊腫，皮線囊腫，副睪精索積水，卵巢冠囊腫，脊柱裂等。

(5) 設相當於淋巴腺之位置，在急性者其內膿液，慢性者則其係軟化結核性或瘤腫性碎屑。

(6) 位於肌鞘內者，普通係結核性或係包蟲囊液體。

(7) 如關節逼近關節位置，則多為滑液囊腫，或結核性膿腫。

二、腫脹之病歷

(1) 假設腫脹發生於降生時或降生後則多係先天性畸形，例如脊柱裂或多囊腫性水瘤，有許多囊腫，雖係先天畸形但必待數年後方顯明，如皮膚膿腫，在幼年發覺者多係先天性形成。

(2) 假設腫脹係外傷後立即發覺者，大概由於血液流出而致之血腫及挫傷病徵發生，更可有助於診斷。此外應注意者乃為滑液膜之炎性滲出物——滑液膜炎——亦可在受傷後甚快發生，所以在捩傷數小時後，關節囊內即充滿液體。輕微外傷而血液急速滲出者，大約由於血友病，須詢問病人過去病史及家族男性有無患此同樣病之患者。

(3) 當腫脹很快形成且漸次增加，同時有發熱病徵，一一紅，局部發熱，痛，壓痛，發癢，多核形白血球增加，此為急性膿腫。

(4) 凡腫脹慢慢形成且腫大，此多由囊腫壁之分泌液慢性積聚所致，或由於漿液膜或滑液膜之輕度炎症，或由於結核性，微菌性，或惡性囊腫之慢性分解或液化等所成，例如囊腫，慢性陰囊水腫，腰肌膿腫，癌性膿腫是。

(5) 有些病例長久腫脹而忽然變於變大且緊張，當由於驟然有分泌物滲入或其排泄物忽受阻塞所致，例如女性性印巢囊腫，疝囊積水膨脹或腎內積尿或膽囊膨脹等是。

(6) 在某些病呈間歇性腫脹——發現與消失——表示有反復暫時性之分泌物，積滯受堵之原因，例如間歇性腎囊積水或表示不完全堵塞，後定期性分泌增加，例如涎腺受精石堵塞後，在每次飲

食時涎線皆可膨脹。

三、伴發的病理現象

(1) 關節移動時有阻礙感覺及關節面之唇狀突起，乃表示為骨關節炎在其附近之液體腫脹多為滑液囊腫，若關節有強硬滑液膜腫脹，骨之顯著擴大，及肌肉過度消耗，則表示為結核性之液體腫脹，有淋病存在表示為淋性滑液膜滲出液，至於最近有骨膜炎，癰，或其他葡萄球菌之局部傳染，則暗示為膿毒性關節疾患。

(2) 淋巴腺在淋巴腺病例中原發性病灶，可有多少暗示作用，此對於鑑別瘰癧病之診斷頗有幫助，如淋病，下疳，丹毒，發病，癰腫等是，在腫例中若一部淋巴腺已形成波動腫脹，但另一部淋巴腺則仍呈病之初期現象，監質少許之固定，此應疑其為結核性病。

(3) 其他伴發疾患對於診斷甚有價值者，如脊柱骨瘍之與膿發膿腫；胸膜滲出物之與胸壁之波動性腫脹，淋病之與急性腮腺腫脹。

柔軟之惡性新生物，亦有波動感覺，不易與液體腫脹區別，另一方面惡性腫瘤亦可軟化成假性囊腫，或與囊腫合併發生，於此吾人須認清腫瘤之主要特徵，以免誤為膿腫或單純性囊腫所應注意之主要點：腫瘤置在腫脹之一處有波動或某處特別有波動此表示其內容不完全為液體。此外有時可查出堅實之邊緣及多少不等之硬結，此與囊腫正相反。癰腫之固定度永遠比囊腫者為大。特別變化如骨膨脹及有蛋殼樣裂音，自發性骨折及類似之症狀皆有補助診斷。

囊腫與慢性膿腫，不易鑑別：——二者常發生於相同地位，例如位於淋巴腺或近關節處，且慢性膿腫亦常無任何發炎現象。一般而論囊腫，比慢性膿腫緊張。故其外觀呈圓球狀，囊腫每有界限分

明之壁或囊可與周圍組織移動，且發生經過較膿腫為久，在一定時期內無顯著增大。慢性膿腫多為結核性，常有其他之結核病徵存在。不能與周圍組織分離，此膿腫之固定性為一定不變，頗有助於診斷，至於囊腫雖有時亦生於組織中，但多少可移動，且膿腫壁之有炎性浸潤影響與囊壁之無炎性浸潤亦有區別，是以囊腫每可使附近之器管組織官組織移位，如腹部大囊腫常將臨近器官移位至他處，但膿腫可致周圍器官粘連而移位者甚微。

第十七章 搏動性腫脹之診斷

DIAGNOSIS OF THE PULSATING SWELLING

搏動性瘤腫診斷之要點，在於決定其是否爲一動脈瘤，假如係一動脈瘤，更應進一步決定其是否完全由於動脈瘤所組成。如果小心檢查不拘任何單純病徵，而根據所有之重要現象，以下診斷當較易爲。

茲將有搏動性之瘤腫，列舉如下：

動脈瘤：梭狀，囊狀，蔓狀，假性，動靜脈性。

搏動性瘤腫。

位於動脈瘤上之瘤腫或膿腫。

積腫，

腦膨出。

外傷性腦積水。

吾人應先作詳細檢查，再綜合檢查之所得注意各種瘤腫之特別狀態。

(1) 注意腫脹位置對於該部動脈之關係。

動脈瘤腫發生於主要動脈內或其徑路之附近，交通搏動性瘤腫，僅在大動脈之下可見之。其他搏動性瘤腫，亦可見於較大動脈之路徑路或較遠之處。

(2) 檢查其搏動，並決定下列各點。

1. 其搏動是否可膨脹於每次心跳時。瘤腫是否尚四周增大或僅略爲隆起，此種區別，好帶望診或觸診以決定之，膨脹性搏動，乃由血液迴入瘤腫內所致，此可表示爲動脈瘤或一富血管性瘤腫，起伏性搏動，乃表示瘤腫緊接於臨近之大動脈或心臟之結果，倘一

動脈瘤已凝結硬因，其動脈尚未阻塞，則其搏動即為起伏性，而非膨脹性。

2. 全腫脹之波動，是否一致，動脈瘤大多有一致之波動，如僅沿動脈之經路有波動，則多為傳達性搏動，如僅瘤腫之一部有波動；大概是搏動性惡性物。

3. 改變瘤腫之位置 如前消滅衝之搏動性則知為傳達性搏動。

(3) 壓迫腫脹部上方之主要動脈，注意阻止血流後腫脹所蒙之影響，除蜿蜒動脈瘤外，其搏動均應停止；如腫脹部自動脈小則為與動脈交通之動脈瘤當壓迫主要動脈時，加適度壓力於瘤腫之上，注意其影響如何，如加適度壓力於腫脹，不能使其縮小，則為搏動性新生物，或不開口於空腔之傳達性搏動性腫脹，或為完全或近於完全凝結之動脈瘤，如壓適合之壓力後瘤腫縮小，則知其內部為液體，且此液體可被壓入動脈內，或某些空腔內，如靜脈，葉液腔或關節囊內，或膿腫之深部，此類瘤腫可為一動脈瘤，動靜脈瘤膨出，膿腫或膿腫，其縮小之程度，可代表所含液體之多少。

如動脈之壓力除去，經二、三次心跳後，瘤腫又腹充盈，此表示由於動脈血進入而使其膨脹大，此瘤腫為動脈瘤，如腫脹全部，立刻恢復搏動，且不再擴大，此可表示為傳達性腫動，或為搏動性之新生物。

(4) 小心檢查以決定腫脹是否可移動鄰近之動脈，動脈僅有少許之側方移動，而無縱方移動，試驗時務使患者之筋膜，肌肉完全放鬆，然後試此腫脹沿動脈方向有無移動性，若有移動性，則可確定此腫脹之搏動為傳達所致，譬如隨吞嚥動作而昇降之甲狀腺瘤腫，吾人可以與頸動脈動脈瘤相鑑別，但有些傳達性搏動性腫脹，亦可無移動性，如動脈上之膿腫，其他如搏動性癌腫，因其多生長自

骨，故亦無移動性，有些腹內之瘤腫，初有搏動性，但將其移動離鄰近之動脈，則其搏動亦隨之消失。

(5) 不壓迫其上部動脈，而試將膨脹壓縮，施用此法，必須用力柔和與小心，如能壓縮，則知此腫脹內容為體液，但非動脈瘤，且知彼與顱或關節等空腔相交通，藉此象徵，吾人可以鑑別與膝關節相通之滑液囊腫之傳達性搏動，與腸動脈動脈瘤腫或腦膨出，與頭顱「搏動性瘤腫」。

(6) 雜音及震顫之檢查，如在腫瘤處聽得雜音，則應判定下列諸項：

甲、發生之時期如發生在收縮期則為動脈瘤或新生物壓迫動脈或為血管性瘤腫，如收縮期及弛張期均有之則為動脈瘤。

乙、是否因受壓力而雜音增加，若然則為動脈局部受壓迫所致。

丙、是否瘤腫之全部或僅沿動脈部可聽到雜音，後者表示為傳達性搏動。

丁、雜音聽到區域是否大於腫脹區域，若然則為動脈瘤。

有的動脈瘤可觸覺有震顫，特別是動靜脈直接交通者，動脈之震顫僅限於其腫脹部且與其囊之大小，囊口形狀及囊內情形有關，在動脈性靜脈曲張震顫常顯著，且其範圍特別廣泛，有的沿整個肢體之靜脈均生之，在某種情形下，常因一領同瘤腫或骨折擠壓而生震顫，且此種震顫若適以適度之壓力，更可增強。

(7) 檢查腫脹遠心側之動脈搏動，如其搏動緩滯緩及細小，則為動脈瘤之證，如脈搏並無改變，則表示為一富血管性搏動新生物，或為傳達性搏動，如動脈消失，則可因動脈瘤，破裂，動脈破裂或動脈栓塞所致。

(8) 檢查心髒及野脈之一般情形，因動脈瘤常與動脈硬化，

或心臟肥大伴生。

(9) 注意瘤腫之範圍界限清楚否，其形狀及緊張度，上層組織之情形，以及其遠側部之情形等，瘤腫及動脈瘤之界限甚清楚，且有一定之張力，炎性腫脹，與動脈或動脈瘤破裂所致者，其界限常不清楚，且可滲血至皮下，並使其變色，而表面充血，水腫，常見於發炎組織，動脈瘤遠側之肢體，有時可發冷或消溼，甚至麻痺，肢體水腫，發青，預示將壞死或已壞死，此種情形於動脈或動脈瘤破裂時常見之。

所有的搏動性瘤腫，應小心謹慎檢查之，若已診斷，最好勿再用手檢查，亦非所有搏動性腫脹皆需要上述諸檢查法也，如檢查完畢，診斷仍有疑難時，可再用之。

(10) 壓迫之結果，檢查瘤腫之遠側有無水腫，靜脈擴大，及感覺與運動神經麻痺之徵候，此種象徵易見於動脈瘤，蓋其易壓迫近旁之靜脈與神經也，另一顯著壓迫現象為被壓骨質之迅速吸收，此常見於脊椎，胸骨及股骨等，除運動神經麻痺外，動脈瘤所引起之肢體肌肉消耗，乃由血液供給不良所致也。

在下列情況，動脈瘤可失去其搏動。

1. 內容固體化。
2. 囊口為血凝塊阻塞。
3. 囊壓迫其上部動脈。
4. 囊破裂：動脈瘤破裂之漸漸發生者，血凝於組織，發生迅速或突然發生者，則血液滲入組織之範圍甚遠且寬。

茲舉例說明，各種搏動性腫脹之特徵。

- a. 如一人有全身動脈變性之象徵，較大動脈處有長形搏動性腫脹，兩端漸尖細，此為一梭形動脈瘤梭形動脈瘤比囊狀動脈瘤生長較慢，且無壓迫症。

b. 位於大動脈或中大動脈上之限同性球形或卵圓形瘤腫，與此動脈無移動性，有膨脹性搏動，壓迫腫脹上部之動脈，瘤腫漸漸消失，壓力移去即又恢復；沿動脈有顯著之雜音，瘤下份之動脈搏動力較細小，此為一囊狀動脈瘤，倘有外傷病史或嗜酒患或有梅毒，痛風，或此部有空虛感覺，全身動脈變性，心臟肥大，則可確定此診斷，如動脈瘤腔內充滿血凝塊，則不能壓縮之，且將其上方之動脈壓迫；此處仍可有相當之張力，雜音與震顫，有時亦皆消失。

如一動脈瘤境界漸變清晰，其膨脹性搏動不甚明顯，其可壓縮及壓縮程度亦較少，此乃指示其動脈腔空腔漸漸被血凝塊所閉塞也。

如瘤腫已凝固，不能壓縮，顯凸起而無膨脹性搏動，則表明此動脈瘤已完全被血凝塊閉塞，但此處之動脈仍通，此須與位於動脈上的固定瘤鑑別，但此種瘤腫並不似動脈瘤之固定於動脈也，如其搏動完全停止，則表明入此種動脈瘤之動脈亦閉塞也。

如瘤腫明顯增大，搏動漸趨表淺，膨脹亦漸清楚，則此動脈瘤實已增大，如瘤腫迅速增大，界限不清且其波動不明顯，此為其囊有小破裂之證；名為漏血性動脈瘤，但自然發生或擠壓損傷後，此瘤增大甚速，致界限不清，初則搏動大減，後則完全消失，且其下段動脈亦無搏動，則表示此瘤已破裂，而為一漏血性動脈瘤。

X光可助動脈瘤之診斷，特別是胸腔內動脈瘤；在用手可觸覺之前，在影射下已可見其搏動；X光片可表明全瘤之境界，大小及其與附近之關係。

c. 一不規則及可壓縮的腫脹，外表呈彎曲囊管狀，且有顯明的膨脹性，搏動，與收縮期雜音，此為蜿蜒動脈瘤此病常見於頭皮及手部，有時亦可見於深部，如眼眶，脛凹等，有時為先天性，三

十歲前較多見，且可見於外傷後，其生長漸趨表面，無形成球狀之趨勢，脹部之皮膚，較其周圍之皮膚溫度高，雖有時較厚，但多半較薄，可生炎症或生潰瘍進入，脹內之動脈，常較擴大或彎曲。

d. 如一處之靜脈擴大，具膨脹性搏動，震顫明顯，有際際雜音，於每次心跳縮期，雜音增溫，且沿靜脈傳播至相當距離，此為一動脈瘤性靜脈曲張，除上述症此外，其雜音最重處，有大小不定固定之瘤腫，壓縮之有膨脹性搏動，此為動靜脈交通瘤。此瘤通常見於外傷之後，如槍傷或刺傷，刺傷動脈瘤性靜脈曲張，外傷後短期內即發生，但曲張性動脈瘤，可發見於數月或數年之後，雜音明顯時，病人自己亦可聽到；有時立於其旁即可聽到，此二者均可名為動靜脈瘤，或吻合性動脈瘤。

e. 如在外傷或擠壓後在某一動脈上，忽然或迅速發生界限不清的腫脹，具膨脹性搏動，有阻滯之雜音與震顫。張力漸增，皮膚顯於癢，其下段搏動消失，靜脈阻塞，水腫，此為動脈破裂，其與動脈瘤破裂之分別僅待病歷耳，如患者先已有瘤腫，有搏動感覺或局部有神經痛，靜脈擴張或更有動脈粉瘤化，與心臟擴大，則可指明此乃動脈瘤破裂也。關於動脈瘤下之搏動消失，吾人須知在各情況中，此為動脈或瀰漫性動脈瘤最普通象徵而已；但在診斷時，絕不能持此一項即認為滿足，蓋此象徵亦可見於動脈瘤之壓迫動脈或閉塞動脈口或由於囊內之血凝塊阻塞動脈，而發生也，當動脈完全斷裂或動脈瘻口甚大時，則此瘤腫之搏動性立即消失。

f. 如瘤之全部具膨脹性搏動或置於一處發覺之，壓迫其上部動脈，既不縮小，亦不能壓縮，解除其上部壓迫時，搏動又恢復此為一「搏動性瘤腫」，如此瘤腫置於距主要血管較遠之處，且其搏動發覺於後期，固定於骨上，在骨上可發現其基底或表面，又復有骨擴張，蛋殼樣破裂聲，或自發性骨折，則此診斷更為確切，此種

瘤腫之境界，常不規則，各部之硬度亦不相同，亦可聽到柔和吹氣樣雜音。

「亞性甲狀腺腫」之患者如於其頸頸上發現一與上述相似之瘤腫，則知為癆瘵，甲狀腺中於癆腫之存在，可加強此診斷之正確性。

g. 診斷動脈瘤與非發膿腫或其他瘤腫確甚不難；通常發腫之症象。為境界不清的腫脹，有波動，紅，熱，刺痛及發熱等，由其病歷即可推知之，並聽到有吹氣樣雜音，則可確定矣，此外如壓迫其上段之動脈腫脹可縮小，解除壓力後仍復原，則可斷定為動脈壁上膿腫，如癆腫之一部，其波動較明顯，搏動時起伏而非擴張，壓其上端之動脈時，亦不能縮小，此可認為一動脈壁上周圍性癆腫，有一腫脹具有一般波動之特徵，但無炎症現象，則知為膿腫與動脈瘤並發，如壓其上段之動脈與癆腫波動無關，則診斷可確定無誤矣。

h. 如一瘤腫位於大動脈上有起伏之搏動，壓迫其上段之動脈時，既不縮小，亦不能壓縮，解除壓迫後，立即恢復原來搏動情形，但於改變瘤腫之位置時，其搏動可減小或消失，或此瘤腫可與動脈分離，此為動脈上固體性瘤腫之傳達性搏動，此種瘤腫無雜音及震顫，其遠側端之脈搏亦不受改變，若瘤腫壓迫血管，則此類症狀常見之，波動不能壓縮及移動，境界不清，除壓迫近心段動脈，可使波動消失，更如此部有炎症現象（紅，腫，痛，熱）時，是為動脈上膿腫之傳達性搏動，如一瘤腫有普通一般之特徵，但不問壓迫上段動脈與否，具可壓縮及縮小，且可漸漸恢復原狀，此可診斷為動脈上能回復性癆腫，若發生在膜部，此或為滑液囊腫，位於動脈上之膿腫，若不與關節或其他空腔相通，則有似膿腫，但其經過慢性，界限清楚，且無炎症現象。

除非已確知其非動脈瘤外，吾人對於動脈上之腫脹，不能任意

下診斷。

i. 胸部左側與心跳一致之搏動性腫脹，固定於胸壁上，漸漸增大，心臟同時向右移位，此部叩之有濁音，發熱，氣喘，此為搏動性積膿。

j. 頭顱上之先天性無帶瘤腫，有波動及多少腫脹性搏動，是為腦膨出，常見於枕骨中部，鼻根部，或胸門部，但有時可見於顱底而伸展至咽部，大多數為圓球狀，用力呼吸則緊張增強，一部可壓入顱內，發熱充血時（腦膜膨出，則搏動不明顯，腦膨出常見與水腦同時發生）。

k. 小兒顱內受傷後，發生一腫脹物，柔軟一部可壓入至顱內，隨心跳而搏動，咳或哭時搏動加強，此為外傷性腦積水。

l. 於行腦解壓術，後有時可生如上同樣之腫脹，如手術時未能將增加壓力之原因除去，此腫脹復可漸漸增大，顱部槍傷後，外表皮處傷口癒合良好，但顱骨破口尙未能閉合，此時腦質可自此破口跑出而顯一小腫脹，具如上同樣之物理現象，若顱內無炎症現象，則腫脹可不增大。

第十八章 潰瘍之一般診斷

GENERAL DIAGNOSIS OF ULCERS

潰爛者，乃表面組織如皮膚或粘膜一部份壞死之謂也，潰瘍則為潰爛之結果。

診斷潰瘍須認識其環境及原因，欲決定其環境，須細心觀察其特點；欲確定其原因，在許多之病例中須檢查患者全身的狀況及潰瘍進行之歷史，有無其他任何合併症，可能時須作細菌學及顯微鏡檢查，有吾人遇見潰瘍，第一步須描寫潰瘍的特點；第二步方下診

(1) 潰瘍一般現象

1. 瘍底——注意：

(甲) 瘍底之深淺，可指示組織損壞之多寡；

(乙) 瘍底是否平滑或發亮光；

(丙) 瘍底是否蓋有腐肉如壞死或腐爛的組織，

(丁) 瘍底是否蓋以肉芽組織，顯示多少癒合之傾向，

(戊) 由基底組織之增厚可知基底之浸潤，此種浸潤常伴有質瘍深陷可，或由基底長出很大的虎樣贅肉。

潰瘍之基底可顯特別的性質，如構成漏或漏管，或蓋以白喉性體膜。

2. 瘍緣——當潰瘍尚在進行時，其邊緣為不整齊的腐肉，當腐肉分離後，其邊緣如鑷鬚狀；瘍緣圓而厚者，表示為慢性靜止性潰瘍，瘍緣浸潤，堅硬，腫脹，且瘍底繼續浸潤，此為組織浸潤發生潰瘍，如肉芽腫或癌腫是，瘍緣更可能為潛行性者，此乃由深層組織較皮膚破壞更為廣大故也，瘍緣亦可向外翻，如潰瘍性癌腫

時，瘡緣亦可被肉芽或新生物遮蓋，若夫上皮性潰瘍其邊緣則為斜披形，仔細觀察可查出其同心之三帶，最內帶狹而光滑，且呈深紅色，中帶為淡紫色，最外帶為乳白色，覆以薄層表皮，至於潰瘍的形狀可不必注意，無論其瘡緣為直線，不規則，或曲線形——由於其隣近圓形潰瘍結合而成。

3. 潰瘍周圍組織情形——潰瘍周圍組織可十分健全，可損傷，可發炎或發生濕疹凡此種情形必須決定是否在發生潰瘍之前即有或以後方有。其組織可發生浸潤及彼此交織，周圍之上皮亦可過長如足踐穿通性潰瘍即組織過長之一例。限界性的浸潤可由癌腫之一部發生潰瘍所致。在某種情況下其周圍皮膚較冷且呈青黑色吾人此時應注意該部之血管——變硬，紆曲，動脈梗阻，靜脈曲張或閉鎖，對於神經方面吾人則應注意其感覺的改變，不正常的反射，運動的麻痺或局部腫脹。

4. 分泌——分泌量的多少與潰爛的進行成正比與迅速的修補成反比，若分泌內混有小便，大便，乳汁，唾液，膽汁等等時則其量可增加。分泌物的性質可為膿性，敗液性或粘液性，若分泌液沈積於周圍皮膚或乾後而成尿酸鈉的白堊性沈澱此雖少見，然已可指示為菌風性潰瘍，用顯微鏡可查出分泌物內之顯明細胞，例如在上皮瘡是，用細菌學的檢查可發現其內之特別微生物，例如結核桿菌，放線菌，梅毒螺旋體等等，自家傳染可由潰瘍面因分泌液所致之繼發性潰瘍而顯示之。

5. 潰瘍疼痛——疼痛可全無亦可為劇烈搏動之疼痛，炎性的痛可沿分佈于潰瘍面的神經方向放射之或在潰瘍面呈一點或數點的劇烈疼痛，在某種情形下唯運動時刺激潰瘍或接觸瘡面時才發生疼痛。

檢查潰瘍及其周圍組織，必觀察下列諸項以助診斷：

甲、潰瘍位置——潰瘍在易受傷之處如在踝部或踝部前面的皮膚可疑為由外傷所致，若在距心臟很遠之處（如指尖與趾尖）此或由于循環障礙所致，麻痺的肢體發現潰瘍，其原因大多由於營養狀況的關係。普通言之；廣大分佈的潰瘍，表示由血運障礙所發出，而局部一羣的潰瘍，可由於體質病或局部原因所致。

某一種潰瘍大都限於身體某一定的位置，例如梅毒在臉上與臂上，侵蝕性潰瘍多在臉的上半部，靜脈曲張性潰瘍多在小腿下半部，軟性下疳在生殖器或靠近生殖器部，結核性潰瘍在頸部，骨，或關節處。

乙、潰瘍數目——潰瘍的數目愈多則大都由體質的原因所致；但單獨的潰瘍可由於梅毒所致。廣泛性潰爛多由於局部原因如疥瘡此等因素，皆甚重要，必須注意及之。

丙、潰瘍形狀——海毒性潰瘍普通為圓的或環形狀或為數個圓形者結合而成，在其他情況下，亦可為曲折的邊緣，但甚罕見；結核性潰瘍普通是橢圓形。

丁、起始情況——調查起原情況，可顯示其純由外傷所致；或只部份與外傷有關——如初傷時組織無大損壞，後因局部傳染之結果或局部營養不良或全身抵抗力減低；如大病後或患糖尿病，腎病，或節食等，其結果乃使局部發生潰瘍。偶然上也皮膚上亦可見一潰瘍，在開始時為一小黑色壞疽點，此乃由於局部血管疾患所致例如小血管內血瘤形成。潰瘍最普通乃隨以前，所患之便毒，丘疹，小結，或淋病腫體而發生；例如狼瘡，樹膠樣腫，上皮癌。潰瘍亦可為炎症進行的結果，或由表面散佈至深組織內，如惡疹性潰瘍是，或自裂的組織散佈於表面，如淋巴腺化膿乾酪樣變性所成的潰瘍是。

戊、與患區有關之淋巴腺的情形——若與潰爛區相通之淋巴腺

腫大，此即證明潰瘍為傳染性者。腺之傳染常有其特殊之結果；膿毒性潰瘍與軟性下疳常重一個淋巴腺顯急性的腫脹，且兼有腺周圍炎的病徵，在硬性下疳可有數個腺體稍腫大，硬而無壓痛且在疎窩組織中能移動，在上皮癌時最初腺體較正常者變硬，以後則漸次腫大，且固定于原位。侵蝕性潰瘍其淋巴腺無腫脹此最值吾人注意。

已。年齡—損傷性潰瘍可發生於任何年齡，除此之外結核性與狼瘡以及由先天梅毒所致之潰瘍最常見於小孩及青年人；慢性與靜脈曲張潰瘍，痛風性與惡性潰瘍，並包括侵蝕性潰瘍皆多見於中年及老年人，年齡之影響，並非絕對甚至侵蝕性潰瘍亦可見於二十歲以下者。

(2) 潰瘍情形——係潰瘍的蔓延，癒合或靜止的病徵而分為三大類：

1. 蔓延性潰瘍——其特狀為瘍底完全未覆蓋肉芽組織，且顯不平，呈海綿狀完全或不完全蓋以腐肉；有不整齊，不規則發炎或腐崩之瘍緣且周圍的皮膚發炎或浮腫，潰瘍有大量的膿液或血液流出；有向一方或四周繼續增大的歷史。

2. 癒合性潰瘍——其性質為瘍底蓋以平而鮮紅之肉芽組織，有三同心帶的上皮邊緣，周圍組織無炎症及疼痛，分泌小量的混濁血清，在不甚滿意癒合時，其肉芽不整齊，浮腫，易出血或呈蒼白色，柔軟而水腫，其緣薄而為紫色，周圍組織仍然發炎，其分泌完全為膿性且疼痛亦可有之。

3. 疼止性潰瘍——慢性潰瘍常變化莫定，其共有的特點即無健全的肉芽，有厚而圓且活連的邊緣，周圍組織浸潤，附近的皮膚變厚，且有色素沉着，流出稀薄水樣且潤澤的分泌，有劇烈疼痛與壓痛，尤其在肛門與小腿部的慢性潰瘍常可有之。

在外科上常遇見的潰瘍可分下列三類：

(1) 由於外傷或化膿菌所致之潰瘍，兼有或無循環或神經障礙。

(2) 由於特種微生物所致之潰瘍。

(3) 惡性潰瘍。

1. 外傷性或化膿性潰瘍——下列潰瘍屬於此類：

(甲) 外傷性潰瘍，

(乙) 靜脈曲張性潰瘍。

(丙) 濕疹性潰瘍。

(丁) 穿通性或營養性潰瘍。

(戊) 褥瘡

(己) 痛風性潰瘍。

甲、健全人的健康組織由於外傷的結果所發生的潰瘍曰外傷性潰瘍。

乙、慢性潰瘍常發生在下腿之下半部或踝部，瘍底陷下，光滑，或蓋以少許散在性不健全的肉芽或淺薄青色或灰色的腐肉，其邊緣厚而粘連，潰瘍周圍之皮膚堅硬充血壓痛且粘連，肢體上表面靜脈擴大，此即為靜脈曲張性潰瘍。此種潰瘍多見于貧苦階級中年後的婦人。疼痛的程度各不相同；其起源通常由於皮膚輕微損傷後，受化膿菌之傳染而引起，並非直接由靜脈曲張所致。

丙、潰瘍之位于廣泛性紅腫皮膚上，蓋以粘連性痂，或上皮鱗屑與乾性分泌，此乃為濕疹性潰瘍。此種潰瘍常為多發性。決定濕疹是否發生在潰瘍之先極為重要，蓋由潰瘍的分泌或不適當的敷料，皆可使潰瘍四周皮膚發生濕疹也。

丁、足底極慢無痛的潰瘍向延及足底或骨，周圍皮膚肥厚而角化，此乃穿通性潰瘍，此種潰瘍通常很小並且可為多發，常發生於足麻痺諸病，例如此運動性共濟失調，脊柱裂脊柱骨癆或其他任何

原因所致之神經炎，麻風與先天性畸形足等。

戊、長久臥床虛弱之病人，於骶部，肩胛部或跟部發生之潰瘍，最先皮膚充血，在表面或深部漸次擴大且無痛，瘍緣薄而不整齊，瘍底蓋以腐肉及可厭的分泌物此乃為褥瘡。

己、潰瘍發主於甯風性沈着物處，瘍小而淺且光滑其四周皮膚有由分泌遺留之白堊沈痛此乃甯風性潰瘍其病種及其他甯風徵狀可助診斷。

2. 由特種微生物所致之潰瘍——屬於此類的潰瘍如下：

(甲) 梅毒性潰瘍。

(乙) 結核性潰瘍。

(丙) 軟性下疳。

(丁) 放線菌病。

甲、梅毒性潰瘍——此種潰瘍通常單個發生，急性經過，并有顯著，硬而之邊緣與基底，潰瘍不甚大，其潰爛或不大于表面擦傷之傷口；隣近之淋巴腺腫大，該腫大之淋巴腺硬而能在皮下移動，彼此相遮蓋，此種潰瘍可為硬性下疳其診斷非依靠其特點，而在檢查其分泌物，或用皮下注射器由下疳內抽出液體作梅毒螺旋體之檢查而決定之。

圓形或橢圓形的潰瘍見於惡液質患者身上，數目不甚多，但廣泛的散佈，有紫色及傾斜的邊緣瘍底柔軟，其分泌乾後形成棕色蠟殼形此等潰瘍為第二期梅毒性潰瘍或稱瘰癧瘡，陽性的瓦氏反應可確定其診斷。

第三期梅毒潰瘍有甚多特點，在任何情況下必能發現一個或多個特點茲將其特點列之于下：

(I) 數目——常為多發性但亦有例外。

(II) 位置——可見於身體各部；若任小腿并不局限于下半

部，外側較內爲常見，且以膝部爲最多。

(III) 形狀——一或圓形或橢圓形，或由毗連之數個潰瘍結合成不規則的彎曲形，潰瘍之一邊癒合而他邊蔓延，或成一環形潰瘍是爲其最特別之點。

(IV) 特點——外表爲鑷鑿狀，或瘍底蓋以粘膠性灰黃色濕皮革樣腐肉或黑色圓錐形粘連之痂；或在瘍底蓋以甚厚而硬之灰斑色及淡紅色之肉芽組織或或爲崩蝕性潰瘍，凡此等等均爲其特點，梅毒性潰瘍與慢性潰瘍之一切性質甚相似，在小腿深入性或慢性的潰瘍，其四周組織隆性潰瘍無痛，皆爲值得注意的特點。

(四) 起原——其起始或爲硬結，或爲樹膠性慢間。

大多數患者瓦氏反應爲陽性，故欲確定診斷應作此試驗。

乙、結核性潰瘍——若一慢性表淺性潰瘍發現於兒童或青年人之額面，臂或手上顯結節狀疹，破裂甚慢，痊則遺留平滑且光輝的疤痕，此即狼瘡，其與下疳及上皮癌不同之點，即狼瘡之生長爲慢性的經過極慢，破壞很少，同時兼有不同之合併病，且瓦氏反應爲陰性。

在小兒或青年人身體上發現一種潰瘍，有淡紅色或青白色潛行性腐蝕，瘍底蓋以軟弱肉芽流出稀薄膿性分泌，是爲結核性潰瘍，此等潰瘍多發生在頸淋巴腺，或他處之淋巴腺或在關節上。最初患處皮膚發紅與變青，繼則穿破露出結核的碎屑，在此期該種情況每可誤認爲一真正膿腫。

丙、軟性下疳——爲多發性潰瘍，位於生殖器，臀部，或股部附近，有環斜裂鑿狀腐蝕，瘍底蓋以淡綠色腐肉，周圍繞以紅暈，且滲出很多膿性分泌物。其附近淋巴腺迅速發炎而致化膿此即軟性下疳。

丁、放線菌病——下頰或頸部皮膚上之結節狀增厚之潰瘍面，

由其瘡可同內延直達口腔，分此稀薄膿液或敗液，且無淋巴腺腫大，其潰瘍的歷史乃膿腫之後而起，此或為放線菌病，其診斷之確定全賴於其分泌的硫磺狀粒中發現放線菌菌絲，此種潰瘍亦可發現於軀幹部。

3. 惡性潰瘍包括下列諸種：

(甲) 侵蝕性潰瘍。

(乙) 上皮癌。

(丙) 潰爛性癌腫及肉腫。

甲、慢性潰瘍之發生於老年人的額面上者其瘍緣硬而狹小，瘍底淺而光滑，且常蓋以痂，無真正癒合病徵表現，而保持很慢性的進行，並無淋巴腺的傳染，此乃侵蝕性潰瘍。

乙、潰瘍之發生於一中年人或中年以後的人，其起源為一疣或一裂，繼續的進行，瘍邊硬而高起，瘍底硬而不平，並蓋以淡紅色肉芽或黃色斑點，附近淋巴腺腫大，且完全粘連於其周圍組織，此即上皮癌，此等潰瘍多在口唇，舌，生殖器，陰囊，女陰及肛門，發生或圍繞於陳舊瘡周圍，或發生於陳舊疤痕上，或在被過量X光或鐳鏡照射而灼傷的表面上，此種潰瘍很少為多發性，患者之年齡病進行之性質，淺闊的瘍底，以及淋巴腺的腫大，均為其顯著的特點。

丙、一不規則之潰瘍發生於潰爛性癌腫上，是為惡性潰瘍，此種潰瘍之鑑別全依其特性與形成腫瘤之組織不同而定；有時為環狀，有時成深陷腔，原發癌腫或繼發受累之腺體均可發生潰瘍，腫瘤之性質為癌腫或肉腫，其最大決定點乃依原發癌腫之所在地位而定（參考第十五章）。

生殖器潰瘍的診斷詳述於第四十章。

第十九章 瘻及瘻管之診斷

(DIAGNOSIS OF SIUUS AND FISTULA)

在外科上言之，瘻乃為一內壁襯以肉芽組織之管道，開口於表面而進入於深組織，瘻管乃為內外二端皆開口之管道，可開口於粘膜或皮膚。若於二相隣粘膜間有一不正常之直接通道，亦可稱為瘻管。

瘻之診斷可以探子沿其道伸入而確定之，其孔之大小及性質，瘻壁之硬度，瘻中流出分泌物之數量，以及使分泌能流出之特別方法等，皆可助於瘻之認識。瘻既認識，必先決定其是否為瘻管，依其分泌之特性及探子之探導，可知其另一端開口於表面，或進入於空腔臟器內。

瘻管——涎瘻，腮瘻，尿管，糞瘻，肛門瘻，胰尿管瘻，等，均述于後章，直腸膀胱瘻，可由小便內帶有大便，或直腸內可以流出小便而認識之。直腸陰道瘻與膀胱道瘻之診斷，可依其由陰道流出大便或小便而決定之，亦可由患部直接觀察，若瘻管通至膀胱，則小便不斷流入陰道；若瘻管通至內括約肌以下之尿道，則僅在排尿時小便方流入陰道。口與鼻之間直接相通，此可為先天性，外傷性，或梅毒性，此甚罕見，有之則名為口鼻瘻，胸膜瘻常名之為瘻管性膿胸，其診斷可依其病歷，及呼吸時有空氣進出胸腔，大量膿流出而確定之，且可用探子伸入其內以決定之。

瘻之診斷，必須先將瘻徹底考究，以確定其完全範圍及原因，二者可由患者病歷知之，對於瘻之範圍有所懷疑時，可先注射油碘 (Lipiodol) 於瘻內，而後用愛克司光照像查知之，同時此種檢查，常常可發見其原因。例如發現與本病有關之病骨，或膿液如子

彈，壞骨板，或金屬線等。

壞死與骨瘍爲致成瘻之極普通原因，且常合併發生，二者均可於愛克司光照片上顯明之，在壞死時，以探針探之，感覺其骨硬而光滑，輕擊之有明晰之響聲；在骨瘍時探之，則感覺其骨軟而不規則，且感覺有磨擦鋸齒音，輕擊時無清晰之響聲，但此等特殊性質，僅在典型患者身上方可得之，若一瘻非由上述二原因所致，則必須觀察瘻腔引流是否充分，蓋分泌液阻滯亦瘻不癒合之最普通原因也；有時瘻管入肌間或他組織間、因不斷的彼此移動而難以癒合，此瘻可能治癒，綜合以上各種致成瘻之原因，可知瘻爲一種由化膿菌，結核菌，或放線菌所致慢性炎症之一種伴發現象，此種特殊細菌可在其分泌液中，或取於其瘻壁之內芽組織內培養出來，瘻之頑固不易治癒，與身體之健康狀況及營養情形俱有關。

第二十章 壞疽之診斷

(DIAGNOSIS OF GANGRENE)

壞疽的診斷在於認識：(1) 組織壞死的情形；(2) 壞疽的種類；(3) 壞疽的原因。

(1) 壞疽的識別須藉各種徵候，此徵候是由各種不同之病列中得來。

1. 感覺完全消失——這種徵候在壞疽中一定發生，不過不能證明組織之壞死，因為感覺神經之疾病與損傷亦可使感覺失去。又須記住，雖死組織完全無感覺然其與活組織相連。故亦能發生疼痛，檢查時須小心從事行之。

2. 循環障礙——是壞疽必有之徵候，可以無動脈搏動證明之，因表面靜脈逆流受阻，若於近心端加壓迫不能使靜脈擴張；因血液返回至毛細節很慢，此等死組織割除時亦無血液流出，是以血循環障礙是為致成壞疽的直接原因之一。

3. 患區低溫——此因循環障礙，血質缺乏之故，常藉此徵候以診斷壞疽，若無人工方法加以保持其溫度，其周圍組織亦將失熱，寒冷不一定足以診斷壞疽；蓋有些人，四肢異常的寒冷，肢體暴露外面，手指，足趾致寒冷而麻木，然此尚能完全恢復原狀，再次在雷那氏病 (Raynauds disease)，受累之區常致十分的低溫，但仍能恢復原狀。

4. 機能消失——肌肉失却收縮力，腺體停止分泌。如足死壞時足本身縮小，肌失去收縮官能，但其趾仍可藉上部之長屈肌與伸肌而運動故其收縮未多受影響。患區皮膚無汗浸潤，表皮完整而乾燥。同樣的，壞疽性創傷其組織無再生之力；壞疽片無凝結的淋巴

分泌，亦無肉芽組織覆蓋其上。

5. 變色——變化頗大，患區首變蒼白無血，或劇烈的充血；或患部起皺，乾燥而色棕，或患部黑而有棕色或綠色污點，並有含氣體之無色水泡形成。表面血管，通常首顯暗紅色之條狀，該部之顏色依血量之多寡而定，且其變異須視皮下組織內血色素之彌散與溶解而異。皮下組織之腐肉常係灰白色或黃白色，如同在癰瘡內所見者相似。樹膠樣腫腐肉亦如是色。

6. 死後變化——在某些病例中，所有死組織變乾而硬；更常見者腐敗組織液化，與表皮脫離，形或水泡，組織內氣體放出故水泡隆起，內含腐敗性臭味。在肺壞疽呼出之腐敗性臭氣，於診斷上甚有價值。

7. 死組織與活組織自發性分離——死組織於潰瘍界線與活組織分離而脫，此為壞死後一定的徵候；同樣的，活組織永不發生分離現象。若壞死組織面積很小而又未受細菌傳染則可完全被吸收，且新鮮組織漸代腐肉而生。

(2) 壞疽之種類：通常分壞疽為乾性與濕性兩種。二者間具有重要之區別點。有很多病例中者兩者之分別點不顯，則稱混合性壞疽，其變異則依死組織中液體量的比例而定。

1. 患區死組織變乾，緻縮而硬，色變深棕或黑，微有或無臭味，此為乾性壞疽。

2. 壞死區變溼潤，有灰白色斑點，色變黑或青，組織內氣體放出（按之起氣腫性小爆發，或沿表面血管線起泡），形成水泡致表皮分離，泡內含有棕紅色液與氣。且有黑黝色流汁由暴露之真皮或任何創傷分泌而出，同時患區滿佈腐敗性臭味，此為濕性壞疽。

3. 壞疽處一部分組織變乾而另一部分却溼潤而腐爛，甚或既不變乾燥，亦不很快的腐敗，此所謂混合性壞疽。

壞疽可分能原發性與繼發性兩種，原發性壞疽是直接的多少有組織很快的死壞，故最初之症狀患區生活力減退，冷而麻木，重量覺減少等等。繼發性壞疽，先有急性炎症及其一般現象，以致組織壞死，且其原因係劇烈之炎症。

(3) 壞疽之原因——壞疽可發生一種或多種不同之病期，下面的幾種原因係壞疽的原因之最常見而最確切者。

1. 損傷。
2. 炎症。
3. 血循環障礙。
4. 營養性損害。

1. 損傷——可由直接或間接引起壞疽。

直接的：(甲)由於強烈的冷，熱或苛性藥之破壞作用；(乙)由於血供給受阻致一部分的生活力破壞，如外傷或手術所致之片塊組織失血營養，或壓縮而致循環障礙，或組織之劇烈壓傷等。

間接的：(甲)因主要血管血行障礙而發生壞疽，如血管之縛紮，創傷或損傷是也；(乙)由於傳染炎症，與血循環停止。

2. 發炎——發炎劇烈時可因血栓形成，或一部分血管絞窄致引起壞疽，而細菌與其毒素更加重其作用；例如在急性骨髓炎，蜂窩織炎；癰，腫與氣腫壞疽等時皆可由此種情形。

3. 血循環障礙——血循環障礙致使局部組織壞死，此為壞疽最主要原因，如動脈或靜脈血栓形成與栓塞部分之血管狹窄，雷那氏病癰疽的樹膠樣腫等皆是。麥角中毒亦能致之。

4. 營養性損害——可為壞疽之直接原因；然他種使組織抵抗力減低之原因常易致壞疽之誘因。營養性壞疽可由於很快的腐蝕而發生。如見於截癱，偏癱之患者；其他如脊髓空洞症，脊柱裂，運動性共濟失調，亦可致之。更有數例為糖尿病性壞疽。

外科醫生要得一個壞疽之原因之診斷，必須注意到下列的幾點：

1. 壞疽之種類，乾性抑或濕性。
2. 壞疽之前驅狀態及如何發生壞疽，由其鄰近組織之狀態可證明之，變白寒冷，動脈循環衰弱，充血與水腫，或急性發炎。
3. 壞疽之範圍，尤其是壞疽之蔓延，是否超越原來受害之部。
4. 局部與全身主要血管之狀況，最明顯的如動脈硬化，栓塞與血栓形成。
5. 神經狀態，特別注意知覺消失，反射消失，與消瘦等。
6. 患者一般狀況：年齡，職業，心臟與一般循環之狀態，有無糖尿，蛋白尿，及腐敗性中毒之顯現。
7. 損傷之歷史，種類與嚴重情形，壞疽之位置與發生之關係，損傷之時間與位置。
8. 有些病例由患部作抹片檢查可發現炭疽或氣體壞疽之細菌。

上述這些事實的研究常可以確定壞疽之原因。任何情形下，外科醫生亦可將之列入下述三者範圍之一：損傷性，傳染性，與自發性或症狀性。

1. 外傷性壞疽——這種壞疽依其發生的時間與組織受害範圍來判定，於劇烈損傷後很快或直接的發生並且發生於損傷部損出傷部之遠側部。例如挫傷，或撕裂傷的腐爛，組織營養不良，手術時縫線太緊，肢體受壓傷，凍瘡，火傷，或苛性藥物損傷等皆可致壞疽，剖木與綁帶壓迫所致之壞疽多由不小心所致，主要血管破裂或縛架其以下組織亦可致壞疽。

2. 傳染性壞疽——發生於損傷後雖有時其損傷不能目觀，小

如刺傷或擠抓傷但可暗自進行。蔓延很快，且局限於損傷部或損傷部之遠則端，並伴發嚴重之全身症狀；且常為濕性壞疽，吾人可將之別為數類。

甲、肢體損傷後即變冷麻木腫大，而後很快的變成綠色或鉛色，且有死組織之各種狀況。並且很快的蔓延至非直接損傷之組織，此處可完全無炎症現象而進至壞疽，此乃由於靜脈栓塞所致之，稱為蔓延性外傷性壞疽。其與因血管直接外傷之外傷性壞疽之區別，乃由於損傷後立即發生而迅速地向受傷肢體部向遠部蔓延，這類壞疽特別易發生於循環衰弱，身體虛弱或大出血之病人，然亦不能確切證明，所有壞疽皆由傳染而致之但廣大之血栓性形成，今知乃由靜脈循環遲慢放弱所致。此等病例中細菌亦常為致血栓形成之原因。

乙、若損傷後，損傷部很快的腫大，紅，劇痛，灼熱迅速向軀幹蔓延；全身受累，寒戰，高熱，脈速，精神萎頓。若在此種劇烈之局部炎症後繼以濕性壞疽者。可稱為性膿毒症壞疽是種壞疽可迅速的蔓延至軀幹。全身症狀更似『傷熱』對於壞疽變採取液體作細菌檢查可以查出一種或多種化膿性細菌。

在創傷後，發生嚴重之全身障礙，發熱，脈速加速，嘔吐，疼痛，肢體迅速腫脹變大，摸之有捻髮音，更有特別之臭味，及穢，色分泌液，此為糸性壞疽，產氣莢膜桿菌，腐敗細菌，或水腫桿菌，等可以從分泌液中培養出來。

糖尿病患者易罹廣大之化膿病，及因創傷傳染致毒素人易發生壞疽，故每一壞疽患者之小便小心檢驗是否含糖若有存在當須認為膿毒糖尿病性壞疽。

3. 自發性壞疽——(1) 有顯明之前驅症狀；(2) 進行緩慢；(3) 構近組織之生活力亦健全。當由損傷所誘發，但無如傳

壞疽之有劇烈全身徵狀。

幾種不同之自發性壞疽可作如下之鑑別。

1. 若患者肢體（最常見於下腿）驟然發生嚴重之疼痛，痛區麻木，蒼白，動脈無搏動，而後漸進行變為『乾性』或『濕性』壞疽，是乃動脈血栓形成或栓塞之壞疽，此種病例在急性病之初期可以見到，而以傷寒與心臟病患者為尤然。由其原因，症與經過類似重要血管被縛紮或破裂所致種。其全身症狀直至組織分離線形成時尚未發現，可僅侵犯一小部分之組織，有時下慢性潰瘍即由此而起。

2. 若老年病，動脈變硬彎曲無彈力，心力疲弱，循環衰弱皮膚色澤可以證明，有時更顯水腫，足趾，足或腿，或手指發生，不論其自發或於輕微損傷後皆然，且亦不僅限於損傷之部位，老年性壞疽，此類壞疽之特點，乃一切之變化發生很慢，其病，反覆無常，潰瘍之腐肉脫離很慢，甚或完全不能痊癒，尿中現有糖分，蓋因胰臟動脈硬化，『胰島』功能喪失致也。

3. 在中年人，尤其是男性，有類似上述臨末症狀，應思其點病變，Monkebyry，氏變性即血管壁中膜層起鈣化苟若有此則在愛克司光上動脈顯濁濁之影。

4. 若壞疽發生於一肢體上，該肢疼痛，局部缺血——冷，色，有斑點，輕度水腫，而麻木——患區以上相當距離之主要血管，無脈搏；此乃因閉塞性動脈內膜炎人 Baerqers 氏病致之。疾者下腿多於上肢，男多於女，且多見於中年時期，其與動脈硬化之區別，即此乃係局部血者病，並非全有性者也。局部缺血嚴重之疼痛，常因暴露與受冷致情形更壞，若溫暖之則病情減此種動脈病可存在數月或數年，而後發生壞疽。

自發於手或足，或其他部分，因受冷而有間歇性局部缺血，皮

膚變青白色，寒冷且有痙攣樣疼痛發生，若患於腿則顯間歇性跛行，為時數分或數小時甚或更久。有時兼伴發血神經病性水腫，或且有間歇性血尿此為雷那氏病壞疽，此病見於幼童少年人及壯年人，通常多發生於冬季。顯明的局部缺血與其時常之復發乃本病最要之徵候。

5. 中麥角毒性壞疽——此病僅食麵食者患之，由於麥穗中之麥角菌所致，然用麥角作治療用而致之者尙未之有也，此種壞疽多為乾性，多患於手指，足趾及鼻頂與耳廓部。

6. 若壞疽僅有微痛，或疼痛亦無急性破壞性炎症之普通徵候，此時應詳細檢查有無神經紊亂之症狀，如感覺消失，反射消失肌感覺失去，局部營養變更及麻痺等現象，如有此現象，可視之為失營養性壞疽，此病常遇下列情況。

甲，在截癱與偏癱之患者其身體表面部分受壓迫，摩擦或他種刺激可很快壞疽，其與原發性褥瘡之區別乃在壞疽的進行快而範圍大，同時雖小心看護亦不能阻其發生。

乙，運動性快濟失調，或脊柱裂之患者，其足趾與足底易發生壞疽。

丙，脊柱空洞症患者，手指或手易致壞疽。

第二十一章 與骨相關的腫脹 之診斷

DIAGNOSIS OF SWELLINGS IN CONNEXION WITH BONES

如何決定腫脹病是否與其鄰近骨骼相連已於第十四章討論過。此種判斷確非易事；有少數病例，往往非經試驗切開，則無法確定；但自經克司光應用之後，其診斷之困難減少多多矣。本章所欲討論者，乃如何才可確定腫脹與骨骼相連而不能移動。至於各部位之特別病種。如脊柱裂及骨或關節之瘤腫，另在他章中討論之。

(1) 詢問病歷——注意下列數點 (1) 損傷性或自發性，(2) 驟然發生抑或發生很慢 (3) 繼續長大或靜止性或反而縮小。

損傷性腫脹——如脫位骨折，出血，炎症，實質物等皆是。損傷可為瘤腫發生之起因，或常可因細微之損傷將骨髓之薄殼破壞而引起瘤腫之發生，如骨幹中心性骨髓瘤是也。若某部有損傷之病歷，則須小心詢問該處。在損傷之前有無何種症狀如局部疼痛等或損傷本身已可解釋其病之經過也。

自發性腫脹——可為炎症性實質性或囊質性，特種性發，例如膿熱病之後常致骨膜炎症性腫脹，忽然發生腫脹多為外傷之直接結果——如脫臼，骨折，血液滲出等。急性發生之腫脹，則常為炎症性，但少數病例。係由於出血，例如在壞血性瘰癧，慢性腫脹可以由於損傷之遺棄結果，如骨折處理不當以後形成骨折增厚；或為炎症性或囊質性或實質性。膿液不斷增大，腫脹，則為炎症性或囊腫性，而增長較速者為多炎症性。而久而繼續增大者常為新生物之特性也。靜止性腫脹可為損傷之結果，或慢性炎症或為良性瘤。退

行性腫脹可為損傷之結果，如骨痲或骨膜下出血是，或為炎症所致如骨疣是。

(2) 用手檢查腫脹應注意下列幾點：

1. 骨之部位與範圍，骨幹，骨端或二者之接連部，關節面或骨之全體。

2. 腫脹之數目：在一骨上，或在數骨上。

3. 腫脹之外形：是否界限分明，球形，分葉狀，有蒂，包莖性，或骨一致增大。

4. 腫脹之堅度，硬，密緻或柔軟，用手壓之有無破蛋殼之感覺，一致性或各處堅度不一。

5. 腫脹有無搏動，其對骨之移動性如何。

6. 有無局部灼熱，發紅，疼痛，壓痛或水腫等局部發炎症狀。

7. 有無癰腫至骨，用探針可否深導死骨片。

8. 鄰近關節之運動度如何，運動時是否平滑，有無疼痛。

(3) 愛克司光片檢查：並須注意以下各點：

1. 骨：甲，骨紋是否連續或中斷，其關節頭有無變位。

乙，骨質稀疏或密緻：髓管擴張或狹窄，或完全骨化。

丙，骨彎曲或變形。

丁，骨影是否一致性，有無因壞死所致較濃之處，注射油線 (Lipiodol) 於腔內，以證明瘻與骨或死骨片之關係。

2. 腫瘍——甲，在骨之外或在其內。

乙，與骨幹，骨端之確切的關係。

丙，有蒂或無蒂，限局性或浸潤性。

丁，愛克司光上所顯之影不透光或透光，不透光部分之分佈之情形如何。

(4) 一般狀況之探究——對於佝僂病，梅毒，結核，貧血或發高熱之患者應特別注意，白血球計算對於此種患者之診斷帶有甚大之幫助。

在診斷上價值的事實，可如下述：

1. 損害之位置 急性或慢性炎症及成骨性肉腫 (Osteogenic sarcoma) 多發生於骨幹；外生骨疣 (Exostosis) 發生於骨幹與骨端之連接線上，但若骨長長則外生骨疣可離開骨端處。佝僂病的腫脹，亦發生於骨幹與骨端之接合處，或肋骨與軟骨相連處。在骨端處可以發生結核，球菌性炎症，與破骨細胞瘤，在關節端可以致成痛急性腫脹，骨性新生物可發生於骨關節炎與 Charcot 氏關節內。骨膜特忍受各種炎症與丙皮瘤 (即 Ewiny 氏瘤) 之侵犯。在骨髓可以發生急性或慢性球菌傳染，結核病，纖維性骨炎或囊腫；骨髓瘤與血管瘤等，在密質骨可致佝僂病性彎曲，骨質軟化病，Payet 氏病 (變形性骨炎) 或壞死。

2. 骨質之改變——甲，結核，骨關節炎。骨髓炎，纖維性骨炎，死骨片之分離轉移性癌腫等可致骨質疏松。

乙，在炎症後之修補，變形性骨炎，結核性，梅毒性或化膿性病灶等皆可致骨質密積。

丙，肉腫，癌腫，破骨細胞瘤，纖維性骨炎，包囊蟲病可致骨擴張。

丁，肉腫，上皮癌，或他種癌腫侵犯骨可致骨折表面腐爛。

戊，肉腫，繼發性癌腫，纖維性骨炎破骨細胞瘤或包囊蟲病，常為自發性骨折之原因。

己，佝僂病，骨質軟化病，可使骨質軟化腫脹。

3. 腫脹之物理性質 甲，形式——無定形，邊緣慢慢向健康處移行者此種炎症之特徵；外形陡峭者多屬各種新生物；若新生物

包繞骨骼且沿骨面伸展者通常為成骨性肉腫；球形輪廓者多為液骨細胞瘤，囊腫，及密質骨瘤，有蒂之新生物發生在骨幹而不在肌與肌腱者是為外生骨疣，而同樣之新生物發生於肌或肌腱則為骨化性肌炎。

乙，堅度——腫脹骨化者，或骨內疾患致骨質膨大，概呈骨質狀之硬度；但有時骨之肉腫甚軟呈液性，然每有波動感覺。

丙，骨腫脹有搏動者，由於血管分佈過多之故，僅於肉腫時見之。

4. 覆蓋於瘤腫上面的組織之狀況——充血，局部灼熱，水腫觸痛，是乃炎症之徵候，若皮膚緊張而發亮，且皮下靜脈擴大是為進行性多血管之瘤腫之徵候，

若腫脹係急性可為下述數種之一種：

脫位	血腫	骨髓炎
骨折	骨膜炎	深部膿腫

骨折與脫位可參閱第十二第十三章。

若波動性腫脹發生於生產或損傷之後，是為血腫。

若腫脹之發生與受傷無關或在其後方始發生，有炎症之一較局部症狀，及高熱，速脈兼有他種發熱症狀。是為急性骨膜炎，此種急性骨膜炎限界性與彌蔓性之分。

限界性急性骨膜炎通常由於損傷而起，但有時則因梅毒濕熱病而起，詢問病歷不難斷之。此疾最常見於胫骨。詳細檢查得有波動者，則為骨髓下膿腫。

發生在骨生長端之急性骨髓炎之腫脹，於一至六天之前，或有外傷之歷史，迅速向骨幹蔓延，兼伴發炎症之局部症狀，是由化膿菌之傳染，稱為急性骨髓炎，該部之皮膚下發紅但顯水腫且有深部波動。其全身症狀各不相同，通常發高熱，且有明顯之發熱，

寒戰，驚厥，大量出汗，譫妄，甚或發生昏迷等。如本疾不經良好之治療，則在骨幹周圍發生大膿腫，或遺癰一癰，向內通至死骨片。並可發生繼發性膿腫，與膿毒病之症狀。因此病之發生近關節部，故初時亦易誤診斷為風濕病。然藉下列數端不難與之區別：骨幹有疼痛，觸痛，腫脹迅速向骨幹蔓延；全身症狀嚴重，且僅一關節受累，本病發生於正生長之骨，故多見於小孩及青年人。如偶見於成人，則發生於骨端之較遠之處，有時本病亦不如上述之嚴重。初期治療，甚屬重要，初起時用X光檢查無明顯之變化，迨故新骨形成死骨片脫落，則顯影清晰，於診斷上甚有價值矣。

與骨不相連之深部膿腫，甚難與上述諸種鑑別，其唯一方法即剖視之可見其骨並不暴露。

骨之慢性腫脹：

肥大	骨折接合不良
骨壞死與骨瘍，	佝僂病，
骨膜炎	癰腫
壞血性佝僂病	膿腫
骨化性肌炎	梅毒
畸形性骨炎	纖維性骨炎
包蟲囊腫。	

有時可使任何疾病之症狀，一部分之骨或一肢體之各骨，或身體一側皆大過正常者則稱之為肥大，肥大一名，從時用於生長骨發生之增長，或慢性炎症後之增厚時，然嚴格論之，僅能引用於因功能增加而骨增大者。例如腓骨因脛骨損傷或疾病使其增大以增加功能也。

若發生多發性對稱性之腫脹，於小孩之肋骨端及長骨骨端與骨幹相接處，尤其是在橈骨與脛骨之下端為然。同時因骨軟化或骨化

遲延，而致骨質彎曲，則可診斷為佝僂病。多數患者尙可得其進行期中之病史。如大量出汗，（特多於頂部），脫髮乳癬溼生，身體消瘦，肌肉無力『鷄胸』『瓠狀之腹部』，肝脾腫大，嘔吐，腹瀉，表面有普遍性壓痛。

若幼童之一或數長骨幹之增大，而顯硬痛，以致四肢不能運動，若或運動之，或觸之則慘叫，且有顯著之貧血，是為濃血病性佝僂病，齒齦腫脹，且有出血性瘀斑。下肢骨最多受累。多發生於人工營養兒，常見於初生十二月內之嬰兒，亦可發生於數歲之小孩，是病常與佝僂病同時發生。

如嬰兒或幼童之肢骨或髕或腕生腫脹，且多顯於骨幹線上，漸向下至骨幹；特別是若骨節在骨幹之有活動性，柔軟，或有磨擦音，或化膿，且有其他遺傳之梅毒徵候可探詢，此是為骨梅毒，本病可侵害多數之骨，但在四肢通常非對稱性發生。

腫脹在陳舊骨折處之旁側，不能移動，硬而不疼，可視為因骨折接合不良所致之畸形，於愛克司光片上顯示甚詳；骨折部有甚多之碎骨片，或有軟部組織撕裂傷。骨痂滲出物吸收很慢，故經數月之久，在骨之周圍仍可找到無痛，而堅實之腫脹，有些罕見之病例中，骨折後之骨痂經相當時間，漸漸增大，很近似肉腫。

如一骨痂漸形成健全骨質時，發生疼痛及壓痛，乃由於骨膜發炎所致骨膜炎。本病限於局部，或沿全骨幹而蔓延。骨與骨髓常併發骨症囊化——骨髓炎。限局之骨膜炎則稱為骨疣，由成形性骨化性骨膜炎致成者，是為硬骨疣，如出炎症滲出物軟化成膿腫，則為軟骨疣。慢性骨膜炎通常多由結核與梅毒而致，然亦可因颯熱症，或鄰近軟部組織炎症致之。

在一恒入性潰瘍或癩痕之下骨質增厚者，乃係炎症由潰瘍伸展至骨膜所致。

當限界性之骨腫大，軟化成一膿腫，膿中可查得傷寒菌。此為傷寒性骨髓炎與骨炎，可在傷寒以後經長久時期甚或一年發生，本病通常多累及肋骨及四肢長管骨。經過徐緩。

如一限局性骨腫大，然係完全包繞骨周圍，經過很慢，又不疼痛，經相當時期後，膿腫形成，此為結核性骨髓炎。本病之初期骨質稀疏及至晚期骨之周圍緻密。患者多係小孩，或成年人。外容虛弱，兼有結核之他種症狀顯現。如膿腫被劃破或自破致遺瘻管，用探針可探着柔軟之瘻骨或死骨片。病多累於長骨端，掌骨，跗骨，指及趾骨，然亦發生於骨幹，惟較罕見，本病為骨瘻之普通原因。

多發性皮下之骨腫脹，有疼痛及壓痛，且易復發，又伴發梅毒之他種症狀則知為梅毒性骨髓炎：長骨幹漸漸形成慢性骨增大，硬而重，終則骨化。病多侵犯長骨之各部分——骨膜，骨密質與骨髓，樹膠樣腫間或發生於骨，亦可破潰，與他處之樹膠樣腫相同，有時形成境界分明之瘻骨，通常受累之骨為顱骨，鎖骨與四肢之長骨，此種梅毒病伴發疼痛，與他處之梅毒疾患不同。

Ewing氏瘤，或名內皮性骨髓瘤(Endothelialmyeloma)，為罕見之骨瘤通常易誤診為惡急性或慢性骨炎症，本病可發生於壯年人之扁平骨或長骨若侵犯長骨者多在骨幹之中段，其初腫脹之大小不定，後漸增大，併發高熱，疼痛，且鄰近淋巴腺腫大。查以愛克司光，能見骨骼被新生物侵害新生骨與骨幹共心成層生長，其診斷可藉活組織檢查法或觀察愛克司光治療之速收成效等情形以確定之。

若長骨局部輕微腫脹，位置不變，長期疼痛，夜間尤甚，有顯明之壓痛，或某一點有劇痛，如照以愛克司光，骨面顯一清晰之影，P週繞以密質骨，兼且骨膜下有新生骨形成此乃骨內膿腫，有時稱爲Erosie氏膿腫。

如中年後之人有慢性之骨增大，大概是爲變形骨炎，其縱長與周圍皆增大，而變彎曲；照愛克司光則見髓腔縮小或缺如，如此診斷更可確定，病亦稱爲 Paet 氏 骨骨病可侵犯許多之骨（如顱骨，脊柱，鎖骨，肱骨，脛骨，脛骨等）兼伴發風濕病性痛，病進行甚慢，可專限於某一骨至數月或數年之久。

骨增大兼而化膿，敲開此膿腫，或以探針試探其底，可發現硬而平滑之裸骨，此爲骨壞死。照以愛克司光，其死骨片顯影較正常骨爲濃厚。

炎症性骨分子裂解或稀疏，通常稱爲骨瘍、或骨潰瘍，若發生於脊柱很易認識，即脊柱成角形彎曲。若發生於其他各骨則顯一空腔爲普通所不能見者。於瘡之深端常可探出死骨細顆粒，骨質之疏鬆與死骨之位置於愛克司光片上顯之最明晰。

若一徐徐長大或靜止性之瘤腫，初發生於幼年人，甚硬，愛克司光上顯影濁濁，且起發於骨幹或近骨骺處。是爲外生骨疣 (Exostosis)，瘤或無蒂或有蒂，單一的或多數的或圓形或分葉，其外或包有一粘液囊初起時似軟骨性生長物，繼之生長，有軟骨層蓋於其上。至外生骨疣完全骨化則生長停止，然在少數病例中雖已完全骨化而骨疣仍續生長。此等瘤中含有很多軟骨織，且易變成肉腫，外生骨疣通常多見於肱骨與股骨之下段，脛骨之上段，大趾趾甲之下與顱骨，在四肢骨者最初多發生於骨髓線，在後期可生長至骨幹部。

骨性瘤腫沿肌膜而進展，或生在肌肉之內，是乃骨化性肌炎之結果。常發生於損傷之後。此腫脹可與骨面相連，或完全與骨分離而無關；當發生在骨幹部分之骨面則不能與骨膜疣，及初起之骨膜肉腫相區別，必須作試驗切除用顯微鏡檢查腫大組織與隣近肌肉以別之。

若瘤發生於少年人之手或足，且常為多數性，生長慢而無痛，以手摸之其輪廓平整而球形，壓之堅硬，然亦非絕對堅硬。愛克司光上則骨上有透明物遮蓋之，此可診斷為軟骨肉瘤 (Chondroma)。

一繼續增大之腫脹起發於長骨幹端，沿骨生長並多少有骨膜包繞之。是為成骨性肉瘤 (Osteogenic sarcoma)，可增長很大，經其緊張之皮膚而能見擴大之靜脈，愛克司光片上顯輕度之濁濁，並有細條紋與骨感直角生成。其瘤之堅度不一定，或部分的軟化骨化，於愛克司光很清楚現出。受累之骨常被腐蝕，瘤能侵入骨髓且好犯之，易致自發性骨折，有時肉腫並不包繞骨骼，而形成球狀腫團。

如腫脹生長在扁平骨——即肩骨，髖骨等——迅速沿骨面蔓延，播及其反面，瘤面外形平滑或分小葉，則為肉瘤，在本病之末期生長之快與生長之大，殊可驚人，若瘤發生搏動則不無疑義也。

長骨如繼續不斷增大，由愛克司光證之則知是因腫脹在骨內替代骨密質，且將骨密質膨大。則為破骨細胞瘤，中心性肉腫或為纖維性骨炎而有囊腫形成。

若骨中心性腫大，更侵犯及骨質鄰近骨密質擴大而變平，但生長不大迅速是為破骨細胞瘤 (Osteoclastoma)，以愛克司光攝影可看見瘤影有模糊之斑點或條紋。

如中心性腫脹與上不同，侵害骨幹管更利，生長亦速，骨被毀亦大，兼早期發生自發性骨折，則為中心性肉腫骨癌因擴張而變薄有如蛋殼薄，瘤之搏動，於破骨細胞及肉腫時皆可察見。

若腫脹向骨端進行，愛克司光上顯影透明而無斑點及條紋，多少成球形，骨殼雖薄而不破裂，此則為漿液性囊腫或係纖維性骨炎

之結果。在本病中，腫脹發生很慢，且可停止進行，自發性骨折或為本病之最首要的明顯症狀。肱骨與股骨最易受累，在瘤之早期可由愛克司光顯示之，本病之特點為多數之骨皆受累；患者血中有過量之鈣質。在試驗切開時可見副甲狀腺發生有線瘤，因比而發生骨之變化。

有骨腫脹之患者，若他處有癭腫之病灶存在，——如在乳腺，前列腺腎上腺或甲狀腺——則此骨腫脹大概為繼發性癭腫，其於骨之破壞力強，可發生自發性骨折，愛克司光攝影可見骨質為輕度濁濁，有斑點而不規則之物所代替，癭常覺疼痛，但自發性骨折為最可注意之首要症狀也。

若骨增大，平滑而多少成球形，愛克司光顯影透明，該處骨質鬆疏，將骨擴大，此或為包蟲囊腫，若患者血中嗜酸性細胞增加，而患者現患或曾患過包囊蟲病，則診斷易於確定，若患者係生活在澳大利亞，新西蘭北部或冰島則診斷更易，蓋是等地帶多包囊蟲病之故，本病或僅藉發性骨折之發生始知之。病多累及扁平骨，長骨骨幹或關節端。

如有一彈性，軟而分葉之瘤腫，局部性之附於骨是為脂肪瘤本病多為先天性，故患者之病史對於診斷甚有幫助。

若癭腫與骨幹相連，生長徐慢，外形似平滑而圓，硬而無痛，可診斷為纖維瘤，就一般外形而言很近似內生軟骨瘤，比僅依發生之部位可以鑑別之；骨化內生軟骨瘤，多發生於骨幹與骨骺之交接處，而中心性內生軟骨瘤則多侵犯手之長骨，其與肉腫之別，乃為其慢性之經過，生長很慢，且或成靜止狀態，並無骨折或搏動，愛克司光上顯示骨之外形無變化。除纖維性顯瘤外，骨甚少發生纖維瘤。

第二十二章 關節及粘液囊疾患 之診斷

DIAGNOSIS OF DISEASES OF JOINTS AND BURSAE

於此章所述者爲使讀者得一簡明及有目的的檢查方法，進一步而從事於關節及其附屬器官疾病之診斷。爲方便起見；第一當知診斷關節疾患之原則，第二要明白某一關節之特別構造及其探求之途徑：

查檢關節須明悉下列三點：

- (1) 關節構造之情形——滑液膜，骨，軟骨，及韌帶等。
- (2) 關節運動時是否平滑無痛。
- (3) 關節周圍組織之情形。

關節檢查之最好方法，首爲詳細觀察，次爲感覺，再爲研究其自動及被動動作時之情形。如有愛克司光檢查，作患側及健側之比較，以補上述檢查之不足，則結果尤佳；關節之視診由此可知其一般外表之情形如腫脹，畸形，消瘦及有關各骨之關係。按診可以確定腫脹之所在及其是否相當於滑液囊或骨質或根本與關節無關；同時可以探知此腫脹爲固點或液體；及各關節是否有壓痛，觀察關節之活動範圍是否正常，或受限制，或過度，由是可知關節是否平滑及有無疼痛。愛克司光檢查可以看出組成關節狼骨輪廓之緊密及與各骨之關係，關節軟部組織所發生之變化亦可看出如：滲出液，腫脹，囊腫，及新生物等。

I. 關節疾患被侵犯之組織

關節附近各組織之病變，常似關節本身之疾患，故腫脹部當注意其與粘膜炎，滑液鞘，關節腔及各骨之關係如何。常關節活動之時其附近之粘膜炎亦生連帶之運動，此種運動所生疼痛及軋音常誤認為關節內所發出。為避免此無錯誤首先確定疼痛及軋音所在之位置，次以手觸動粘液囊與滑液鞘（同時固定關節）是否發生上述之象徵，如試驗前粘液囊時可運動膝前部之皮膚；踝或腕間之滑液鞘可由趾或指之動作即可知之，然試驗時關節必須固定。

關節外部之炎症雖常引起關節內之刺激，然其腫脹相當於關節之鄰近組織如粘液囊，滑液鞘，而與關節腔及骨無關，同時與關節之活動亦無影響；若直接觸其炎症之部分則發生疼痛，此時當決定為關節外之疾患，此種病例如在女僕膝關節之韃韞腔或關節骨之一部，當關節運動時不平滑，有疼痛，關節骨對壓迫亦有敏感或擺動，此時當思其為關節之本身定受侵犯。

(1) 當腫脹相當於滑液囊或當關節活動時有雜的軋音，此時病理之改變定於關節之滑液膜，其改變分述如下：

1. 由血，血清，膿等滲入腔內而致腫起。
2. 滑液膜之浸潤，使組織增厚如結核，梅毒，肉腫等。
3. 滑膜皺壁之肥厚使表面不平。

(2) 韃帶病之象徵在早期及急性時期有顯明之壓痛，尤以其附麗處為最著；雖小小的伸展亦生疼痛，在晚期由韃帶之縮短或延長，而引起骨之異位或關節之活動異常。於普通情形之下，關節之病不僅侵及韃帶，其他之組織，亦多同時發生變化。

(3) 如關節活動時失去其滑潤性，同時有粗糙或細弱的摩擦音，或有摩擦的感覺，或更進可摸得關節之軟骨緣，有結節之發

生，此爲軟骨已發生病變。當急性關節病有陣發性之刺痛，（尤當初睡時）則此種診斷更爲正確。但變化始於軟骨者並不多見。

（4）於關節之骨端發生腫脹，有壓痛，在愛克司光片中有骨體外形之改變，此多爲關節骨之病變。

（5）如腫脹相當於粘液腔，固定其鄰近之關節而活動粘液囊之外圍，發生摩擦感，則知病在粘液囊而非屬於關節。

（6）如腫脹相當於囊之滑液鞘部，此時固定關節而運動某一肌肉或全肌肉，則發生疼痛或摩擦音，此爲滑液鞘病之證明。

（7）最後尚有腫脹及其他病理之現象，不是由於特殊組織之改變，而是由於普通之結締組織受侵犯。

許多關節之疾患不祇上述之一種組織發生變化，其病變或爲原發者，或爲繼發，在後者，常或不易探得其原始之病灶，但若能注意早期之病變，每可限制其進行，而得相當之成功。

此外尚須注意者，關節之異常亦爲希可或利症狀之一。此雖多見於女子，然亦非只限於一性及一定之年齡。其症狀即爲關節呈固定狀，疼痛不定，若有腰痛則概爲表層之疼痛，其關節之固定甚似器官性之僵直；但固定之位置適與相反，可作爲診斷之據點，此病之特點：

- （1）無關節組織之改變。
- （2）無充足致病之原因。
- （3）並可發現其他官能性病之表示。

II. 疾患之性質

外科醫生除詳知上述構造之受侵外，並當知病變之性質。炎症爲最常見之疾病，其症狀概與他部所發生者相類似。退化及贅瘤亦常見於關節。

(1) 急性病，急性關節病，最易侵及滑液膜，其特顯之症狀，即為滲出液很快又多量的流入腔內，當關節之重篤損傷後，即發生積液；尤以骨折入關節內（如髌骨骨折）則滲液概為血液，故曰關節積血，其確定之診斷可藉軟部組織之損傷及其後血色素之沉着。當關節輕或重運動之後，忽可滲出液入關節腔內？同時患者有血友病之歷史，此時亦可確定其為關節積血。

在關節因運動速度，損傷，或內部擾亂，即發生快而自然的積液時，其初概為漿液性滑膜炎。此時或有局部之發熱，色紅，疼痛，運動受限制，並有全身發熱。如有極度之疼痛急性之局部疼痛，運動時有劇痛，同時關節之外形由滑液膜外之腫脹而不消，則關節之韌帶亦概有急性炎症之發生。

如關節腫脹擴大且有表層浮腫局部發熱，觸痛，發熱，發紅，此概為化膿之表示。關節腔內化膿時，其溫度增加且有日日增高之勢，間或發生寒戰，在此種情形之下，如有疑慮當用穿刺檢查液體之性質，並加以細菌學之檢查以確定之。在膿毒病之關節化膿，不僅很快而且無局部之浮腫及疼痛。

急性滑膜炎及關節炎，有數型而必加以鑑別。為達到此種目的，當詳詢其病歷，注重其致病之原因；如外傷，運動過度或關節忽然滑脫或交錯，此外再注意其為一個或兩個以上之關節，同時發生變化，並詢其以往曾否生風濕病，痛風，淋病，梅毒，膿漏及其他部份之化膿。

1. 如於外傷之後或用之過度，或拉傷或其他關節內之擾亂後，很快有滑液滲出，此曰外傷性滑膜炎。

2. 當關節腔創傷之後，迅速發生炎症，而致化膿此多由化膿菌之傳染，大部可以證明細菌之存在。

3. 如滑液滲出很快但無感覺，同時無局部變紅及疼痛，然甚

者之溫度日增，間有寒戰，出汗，消瘦，而其全身症狀常與關節部病變不相稱，此為膿毒性之滑膜炎。如滲出物最初即為膿性，含有化膿菌（最多見者為鏈球菌次為葡萄狀球菌或其他之化膿菌）有時侵及多數關節，其軟骨及骨易被侵蝕，於此種情形之下原發病灶很容易找得。

4. 當肺炎，傷寒，流行性感冒，猩紅熱之後，關節發生急性炎症，多出上述病之病原菌而致。不管某一關節發生變化，可證明其病原菌之存在。一般而論，關節之滲出物在上述各病多為漿液性；然肺炎球菌性者則為膿性。肺炎球菌性關節炎，亦可因其他肺炎菌病變而引起。此外關節病變常可因他部之化膿症而延及，如膿漏，慢性化膿性鼻竇炎，腸道或泌尿系統之化膿等。

5. 患淋病者如有關節急性之腫脹，吾人當疑其為淋病性關節炎。此病之症狀非常劇烈，除滑液膜有滲出物之外，韌帶亦生腫脹。故其疼痛較一般有滑膜炎為尤甚，並可引起化膿，而結果多為關節強直。此病多見於大的關節，（如膝踝腕等關節）同時延及韌膜及筋膜亦生炎症。在淋病之過程中皆可發生此病，關節內之分泌液有時可查出淋菌之存在，故有此病之嫌疑時，當詳細檢查之。

6. 如多數關節同時發生輕的腫脹，略紅，運動時疼痛，且有急性之發寒，汗多，而有酸臭，尿為溫度之酸性反應。舌有苔，或更有心外膜炎，或心內膜炎，肪膜炎，同時有發作之歷史，此時吾人當思其為急性關節性風濕病之症狀。總之由關節發病之多寡，一般之症狀及發作之歷史等，均為診斷上之要點。

7. 如關節於夜間忽然發生劇烈之疼痛，數小時後關節發生腫脹，發紅，皮下結締組織發生急性水腫，局部有極烈之觸痛，而體溫僅稍稍上升，此時當思其為急性痛風。若其患部為趾蹠部之關節，以往有同樣發作之歷史，並有痛風石，消化不良，瘰及血中

尿酸過多等情，此時則診斷更為確實。

8. 如月動發生滲出液，緩緩透入關節之內，略有疼痛，且患者有第二期梅毒，此時當思其為梅毒性滑膜炎。其確定之方法有二：一為瓦氏反應，一為驅梅毒療法，視其結果而定，此病亦見於先天性梅毒，其特點為無痛，滲出物產生很快而入大關節內，對於運動並無限制，亦有常變之傾向，同時多為對側發生。

9. 嬰兒之關節尤以髖或肩關節發生急性腫脹，有局部壓痛，運動時特別疼痛，並有重病發熱，此為嬰兒急性關節炎。此病之原因由毒力強大之化膿菌所傳染，很快致關節化膿，更或致關節破壞或脫臼。

10. 如關節忽然自動發生液性腫脹，但無疼痛，及壓痛，對於運動，亦無顯明之限制，此為 Charcot 氏病——神經性關節炎，對於患者之反射，腫孔及肢體之感覺，應詳細檢查以確定有無神經梅毒或脊髓空洞症。

11. 在粘液囊處有波動性之腫脹，壓痛及痛痛皮膚發紅，並有全身發熱，此為急性粘液囊炎，如周圍之組織亦生腫脹，並有跳痛及溫度加高，多為化膿之指證，此種疾患多見於腕部及鷹嘴部粘液囊，或在拇囊炎腫 (Bunion) 其原因多為外傷而致。

12. 患者主訴於粘液囊處發生刺痛及壓痛，壓迫其二面並加摩擦時有摩擦音，此多屬於亞急性成形性或乾性粘液囊炎。

13. 如韃韜上發生急性腫脹，當運動其韃時，疼痛增加，並有摩擦音，此為急性韃韜炎。此病大多見於腕踝關節，概係運動過度或扭傷所致。但間或可因淋病，風濕病，及痛風所誘發。

(2) 慢性疾患——檢查關節之慢性疾患，當注意下述各點：

1. 關節腔內有無滲出液其數量之多寡。
2. 關節周圍組織及滑液膜是否增厚。

3. 注意骨之形式是否擴大或脫離或被吸收。
4. 全部或局部之骨變位其原因是否由於骨形或韌帶之改變。
5. 在X光片所顯示骨質之構造及密度，同時亦觀察關節骨之外形及其鄰近關節處組織之情形。
6. 關節之活動是否平滑或粗糙有無疼痛或運動受限制，甚至有交鎖（Locking）之現象。
7. 發生疼痛之部位及性質對於骨質受壓迫或運動時之影響。
8. 肌肉是否強直或消瘦。
9. 有無腫脹或瘰之形成。
10. 疾患之來歷及有無神經病或體質病徵象之存在。

1. 如單純性滑液膜滲出液 產生於損傷之後 或於急性滑膜炎後，同時無結核，淋病，梅毒，血友病，脊髓癱之歷史，此時為慢性漿液性滑膜炎。

2. 如滑液膜變厚，滲出液有無不定，運動關節時則大受限制或隨之發生疼痛，此時當思為結核性滑膜炎。此種症狀極為重要或可作早期診斷之助。蓋在早期時有較此更確切之徵象。為確定此病之診斷當注意其往日之病情，同時詳究其他部份結核之現象，於病之進行更當用X光檢查是有初起之腐骨及其周圍部 是否有疏稀現象。

3. 如關節發生界限不明顯之腫脹，呈圓球狀，由肌肉之壓縮而使關節強直，運動時則疼痛，腫之覺骨質肥大，且有壓痛，此為結核性關節炎，而延及骨質後發生之現象，關節結核其經過及進行每多不同，但其主要之性質如下：初起為隱蔽性（隨時有外傷之歷史）慢性之經過，滑液膜骨及至韌帶之浸潤現象，並有使組織軟化之趨向，形成膿腫，若穿破則成慢性瘻。常與骨癆相連，其最不良者可致成膿液或成膿之。此外並有一切結核之症狀：如肌肉消

瘦，突發之疼痛及蒼白等。至形成腫痛時，此關節部之皮膚並不發紅，僅之微熱，此種情形舊稱爲白色腫脹。如經愛克司光檢查每見骨質之疏松或腐蝕關節面亦漸成不規則。

4. 如關節慢慢的腫大，疼痛很輕，而關節之滑液膜勒帶發生堅硬的浸潤或僅侵潤及關節之一部份或慢慢延及表面而發生潰瘍及腐肉，此爲梅毒樹膠腫性關節炎。由梅毒之病歷及瓦氏反應可以確定診斷。

5. 尙有極少見而與上述上情形相似之病變並有骨質之改變及軋音之發生，多見於有先天性梅毒之小兒，此爲Vichow氏梅性軟骨關節炎。

6. 如關節漸漸僵硬，並有運動疼，而關節面之骨緣有結節之增厚，由於滑液膜及軟骨之變粗或腐蝕而運動關節時，發生摩音；同時於X光片中有骨質疏松或發生層狀關節面及骨贅形成，多爲骨性關節炎。本病有下述數種。

甲、兒童骨性關節炎或稱 Still 氏病，初起概爲遷延性，隨之有骨質肥厚，並伴發淋巴腺及脾臟擴大。其與梅毒性關節炎之鑑別，由於本病很快致關節強直其瓦氏應爲陰性。

乙、青年急性骨關節炎，起於多數關節，經過很快，而致關節畸形或強直完全跛行。

丙、青年慢性骨關節炎，多見於指及膝關節，其經過爲慢性或爲間歇性多見於婦人。

上述乙丙二類之原因多由於受性傳染之病灶，或毒血症，或由於口鼻骨之傳染，或由腸道鬱積。

丁、單關節骨關節炎 (Monoarticular osteo arthritis) 或外傷性骨關節炎，多見於外傷或長期扭傷之後，如由於職業之關係而過度應用 (如勞動者之髖關節)，或正常之關節結構有改變，如

膝內翻，膝外翻，或關節上部骨折後之連接不正，此病有輕重不同之疼痛，並有畸形及強直。

7. 如關節發生異常之活動（如伸膝時可發生側方活動）關節內生顯著之磨擦音，骨質被吸收而成畸形，或發生關節變位，或骨有結節狀長出物，或發生滲出液，此病變化雖快，然痛苦極少，此多為關節之 Charcot 氏病。本病之初程多為急性，繼而產生多量之滲出液，並迅速發生組織紊亂。此病與骨關節炎之鑑別點有二：即此病經過較快且無疼痛；如發生於杵臼關節，（如肩關節髖關節）在X光片中多有骨質之破壞。但在屈戌關節發病則反顯骨質之新生。本病有時可顯骨髓空洞症及神經毒之症狀。

8. 如患者經多次之發作，有關節劇疼，壓疼及腫脹，且增大之部有永久之結節狀或光滑之沈積物圍繞之，不論其固定於骨上，或可移動，或關節顯強直，活動時無磨擦音。若其病部初發生於踝趾關節，或並有痛風症狀；如痛風結節，僵硬之動脈，消化不良，血中尿酸過多，概為慢性痛風。其與骨關節炎之鑑別；可藉其發病之位置，急性，或亞急性之發作，及其特有之痛風石等，即可鑑別之。本病多見於男子。

9. 骨髓 破細胞瘤之診斷，見第二十章。由骨發生之軟性肉瘤者破裂，可侵入滑液腔，致充塞腔中，甚似滑膜炎。其確定診斷之方法，即其腫脹不僅限於關節腔，而不斷的生長，穿刺時所得僅有血液，最後致皮膚潰瘍，及瘤呈環樣變化。

10. 當關節活動時忽於屈曲位置固定，覺有劇烈之疼痛，此時當思其為關節內活動物若此種情形時發時愈，在偶然之被動運動下可使其疼痛及不能活動之情形忽然消失。間或可在滑液腔內摸得其軟骨之活動，則診斷便可確定，此種關節內活動物，可為關節間纖維軟骨所纏出，或更連有一片骨質可見於分離性骨軟骨炎，或滑液

膜內發生軟骨或骨性結節。其發生之歷史，由關節之扭傷，或為直接之打擊，或有骨關節炎等，有時關節內之活動物可由患者及醫生摸得之。如此在活動物未滑入骨間而致極度疼痛之前，已可診斷之。如此體含有一部之骨質時，則愛克司光片作診斷更為容易。

11. 如於粘液囊處發生波動性之腫脹，局部無發熱，及皮膚發紅，雖有疼痛但無壓痛，及全身發熱。此多為慢性漿液性粘液囊炎。

12. 於粘液囊之位置，當關節活動時有柔軟摩擦感覺體，或可觸知有一或多數之小體，此為慢性肉樣粘液囊炎，可有多少的滲出液入粘液囊中。

13. 如慢性的滲出液入粘液囊中，並致其壁增厚，此為結核性粘液囊炎。並可致皮膚潰爛，形成結核性瘡，此多為結核性骨炎之結果。

14. 相當於粘液囊之位置，有硬性之腫瘤，且形成慢性，可繼續長大，或達相當之程度而停止，此為慢性或纖維性粘液囊炎。化骨為其最後階斷，此時顯極度的堅硬可藉愛克司光證明之。

15. 如粘液囊於數週中擴大，顯一很堅硬無痛之瘤腫，後其中央部漸變軟，且其皮膚呈紫色，最後變成潰瘍，此為梅毒性粘液囊炎。其確實之診斷；可籍瓦氏反應，及驅梅毒療法而走之。

16. 一個緊張呈球形波動性之囊腫不連於皮而連於滑液鞘，或連於關節，如連續用力壓迫可縮入關節，此為滑液囊腫。此種囊腫多見於足背及手背，但亦可見於其他關節，及滑液膜，尤其是骨關節炎之患者此曰 Monant Bakor 氏囊腫。有時見於關節之外，但與關節多有連帶之關係。如是於上臂之中部，前臂上三分之一或前腕部。

17. 粘液鞘發生慢性積液及鞘壁增厚，是為結核性滑膜炎。其

積液中常可摸得有西瓜子樣之感覺，起一種特殊之震顫。

III. 各關節疾患之特別形態

肩關節因位置很深，雖液體充於滑膜腔，亦不易顯波動之腫脹，祇於腋窩部顯有柔軟彈性或波動性之突起但於急性滑膜炎，則關節呈固定狀態。其肩頭之突起加增。如有慢性滲出物，（例如 Chascorj 氏病），則臂可顯延長，其腋骨頭可用手將其推上達原來位置，一放可覺其頭仍然下降。

如肩部之突起增加，在三角肌下，或由前緣而達後緣可檢出波動，關節亦無固定狀態，運動時亦無疼痛，而上臂因欲使三角肌弛緩而取外展之姿勢，此時當診斷其為三角肌下粘液囊積液，

肩關節結核，初起時為隱囊性，其經過極為平靜，結果致纖維性關節強直。並無疼痛，滲液及結核組織軟化之症狀。

肘關節滑液囊積液可於鷹嘴之外側及橈骨小頭，最為明顯。此時或可致鷹嘴與肱骨內稜之間隙消失，其腫脹可超越鷹嘴之上方。

鷹嘴部皮膚之下，僅有一粘液囊，如有滲出液則關節之後中線顯腫脹，致鷹嘴模糊不顯，甚似該部兩側發生滑膜炎者，此囊近於皮膚，故外傷襲擊或擦傷之後，每引起炎症之發生。

腕關節之疾患詳見第十六章。

髖關節疾患之診斷極為重要且多困難；其困難之原因有三：

- (1) 由於此關節之位置太深，其上並覆以厚層之肌肉，故關節之本身不能摸得，即滑液囊擴張亦多能清晰觸知。
- (2) 由於腰椎部之活動，與髖關節發生連帶之關係，故代償性之骨盆轉動，每多隱蔽髖關節之疾患：如發生屈曲，內收，外展時，常仍似伸直狀態。
- (3) 最後因關節鄰近組織之疾患，常可誤認為髖關節本身之變化。故髖關節之檢查當顧一定之精確方法，下列數點尤當注意。

(1) 股骨及髌骨之關係位置——為確定此種情形，患者當臥於堅平之褥上，此時須注意其脊柱是否臥於褥上，由二髌前上棘之連線是否與劍突恥骨聯合連線成直角。骨盆下肢均放平時，其下肢須長短相等，大腿須平行或略內收，除上述之標準形式外，當注意其大腿可否行曲屈旋轉，內收，外轉，並觀察股骨與髌骨有無連帶之運動及變位。

當髌關節屈曲時，其大腿可因脊柱前凸而得伸直平放。此時脊柱前凸自直顯明，而背部之凹很易顯出。如欲測此關節之屈度，醫生可緊握健側之膝，舉其大腿竭力屈向軀幹，此時脊柱呈伸張狀態，若患側之下肢仍為平放不動，即為該關節無屈曲之證明。反之如在同樣操作之下，使脊柱伸直，如患肢升起，此為髌關節屈曲之確證。由膝蓋至褥距離之多寡，即示其屈曲之程度。

上述腰椎之屈曲，常能隱蔽髌關節之屈曲，而骨盆之側轉，亦能隱蔽股骨之外展，或內收。當髌關節內收時如二腿平行，則患側之骨盆增高，同樣骨盆旋轉向下，使外展之下肢與健側並齊，則此腿似乎長過健側。總之，骨盆之旋轉，可影響下肢之長短，此吾人所當注意者。

大腿之屈曲為髌關節炎最常見之變形，但亦見於髌腰肌膿腫，或滲出物入腰肌下粘液囊中，在腹膜炎，闌尾炎，腎石，腰痛等，亦或有此現象。大腿之屈曲，並非為髌關節病之症狀，無併發髌腰肌膿腫者則例外。大腿之外展乃為髌關節病之初症，如結核及髓骨骨髓炎之初期，內收則見於骨關節炎，及此關節病之後期。股骨頭之向後脫位則內收之狀態更為明顯，且股骨之旋轉亦由此關節之疾患而發生。大腿外翻可於滑液腔之膨大時見之。如在單純性滑膜炎，或初期之髌關節結核，或任何情形而使見腰肌緊張者，如在該肌鞘或肌下粘液囊內之膿腫，或髓內翻等。髓內翻常見於骨關節

炎，及此關節之後期結核，尤於股骨發生脫位時更為明顯。

對於髖部骨之突出部份，須兩側比較之。如大粗隆可因股骨頭之被吸收，股骨頸之彎曲，股骨頭變扁平，而致升高。在股骨頭之軟骨脫離，或股骨脫位時，則升高更顯。接近中央線由於髖內翻股骨頭：股骨頭被吸收，股骨及股骨頭經髖臼而入骨盆之中央性變位等之故。反之大粗隆不顯明者見於股骨後脫位。如於臀部可以抹出股骨頭或腿變短內收且旋轉，同時於腹股溝部顯下凹：多為股骨脫位之指證，愛克司光更易確定其位置之變異也，

(2) 關節之活動——試驗其運動有範圍，抵抗之性質，其平滑之程度，運動時是否有疼痛。在作此種試驗時，在手固定骨盆而右手緊握其膝，漸漸用力，試其伸，屈，內收外展，及旋轉。當作此種檢查時，應盡力轉移患者之注意力，而減去其管制之作用，同時醫生當注意下列各點：1. 骨盆運動是否與大腿活動有密切之關係，或關節之活動受限制。2. 運動時是否有疼痛。如有須注意其在關節完全屈曲，旋轉，及側方運動時，是否仍有疼痛，及限制，或已無任何之痛苦。3. 運動時注意摩擦音之軟或硬，平滑，或粗糙，關節運動受限制為一重要症狀，多見於關節強硬，肌肉痙攣，畸形或脫位等，如限制運動在一特別之位置，或方向，多由局部之變化而非普遍性之關節病。如關節之伸直有疼且受限制但全屈時其痙攣及疼痛即消失，此多為髂腰肌痙攣。此時當仔細檢查髂腰肌鞘，及其與關節囊之間，有無腫脹。若於麻醉之下，一切之痙攣現象完全消失，則此概為肌肉性之強硬也。總之於此種情形之下並當注意其他症狀，如內收肌、縫匠肌之緊張力如何。

(3) 骨之情形輪廓及感覺——首先比較二側大粗隆之輪廓，以手掌平放其上慢慢加以壓力，於股骨頭線上，如有疼痛即知其為壓痛，及股骨頭或股骨頸部發生炎症。作此種試驗時手宜輕壓，不

宜加以壓力於脛粗隆或足跟部，因在小兒每易引起無味之哭泣，在成人引起無意義之疼痛。在打擊足跟而發生之疼痛，每不能確定其位置，用二手壓迫髌骨之前部，或骨盆之二側，使其二骨作分開與集合的運動。此種方法可以推測髌骨間之輕微活動，及是否有疼痛以推知關節是否有病。

(4) 髌關節附近之腫脹——此部之常作詳細之探求，如腹股溝之單純腫脹或此部之淋巴腺腫大，或有波動性之積液等。如有波動當注意其位置是否相當於腰肌下粘液囊，或髌肌鞘，或大粗隆上之粘液囊，或相當於該部之峰窩組織。如其波動性之腫脹，在腹股溝韌帶之上，髌骨之內，未至大腿或僅至股動脈之外側，此為髌腰肌膿腫。如腫脹在腹股溝韌帶之中部，面向大腿，伸展至股血管之後而至其內側，此為腰肌膿腫。如膿腫在骨盆界線處所顯或與髌臼有相當之關係。

(5) 肌肉之情形是否為痙攣性收縮或消瘦——痙攣多見於內收肌，其症狀為關節運動時疼痛，消瘦多見於臀部肌肉，使此部變平，其骨膜壁下降，此種多見於髌關節結核，及骨關節炎。膝關節部之疼痛尤當內側者，多為髌關節病之特殊症狀。

髌關節結核其患側下肢顯然加長，髌關節可以完全伸展運動無攣縮及疼痛，但在髌骨關節部有壓痛，或壓二髌骨作分合之運動時，亦有疼痛，此種病少見於青年，其來勢多為隱襲，病人主訴跛行，無力，後面疼痛，且多沿坐骨神經。(沿股前神經則少見)此種病之確定診斷用X光可見其一或二骨之疾患，侵入此關節內，或可發膿腫使髌關節屈曲，但無強直，且運動時無疼痛，或見臀部或骨盆部之膿腫此可破裂而入直腸。

如髌關節可各方運動，而無疼痛，且股頸亦無壓痛，X光亦無變化，此時可確定髌關節及其諸骨無病，若股骨顯外轉，而大粗隆

略向上，腹股溝部之凹形稍凸起，在X光片中股骨頸之角度減小。股骨頸向上變位，或高過股骨頭，此為髓內翻。外展部與內翻均被限制，此病多見於正生長之兒童，雖可因外傷所致，但平常多忽視其損傷，至於真正之衰弱者，亦可致此狀也。對稱性之髓內翻，亦見於佝僂病，及其他之骨質軟化病。

若在兒童或少年發生髓關節運動障礙，有顯明之跛行，但無疼痛，此關節略屈或有大粗隆上升，於X光片中股骨頭變扁平，骨脈線變寬，並有骨脈碎裂，此為假髓關節痛。或名Perthes氏病。由其無痛，及愛克司光片上特別之變化，可與早期髓關節結核相鑑別。

如在小兒尤以女孩初學走時於站立時脊柱前屈，且特殊之旋轉步態，大粗隆之頂可與髕前上嵴在一平面上，此為先天性髓關節脫位。如於二側則為對稱性，可發生於一側。患側甚短，行路時跛行甚顯，拉其患肢每可使股骨與髕骨相摩擦，此種股骨之活動，非為病理之脫位。而為先天性脫位。其脫位後之變形即為過度跛行主要原因之一。在X克司光中可見股骨頭之位置及發育不完全之髕臼。

病理性脫位常有下肢顯然變短，腹股部顯下凹，股骨大粗隆升高，如股骨頭及頸無變更，其大腿呈內收並內翻在髕部可摸出股骨頭，此多由於膿毒性病如產褥性之傳染，或濕性關節炎；所致。若其股骨頭或頸已被吸收，或已顯骨脈分離，但仍居髕臼內，則其內收與內翻被輕，此多為結核性關節炎之後果。

診斷初期髓關節結核，可根據肌肉痙攣性關節固定，呈屈曲，外展，外翻之位置。向各方運動時主發疼痛而受限制，髕肌消瘦，髕囊腫下降，如結核侵犯限局於骨部，則有顯著之壓痛，於晚期則下肢內翻，內收，並有直性之縮短，同時亦可發現膿腫，及漏於受

克司光片中不僅顯出骨質疎鬆，並可求得其他可能之診斷。

如膿腫來自骨盆之內面，而於腹股溝部穿出，骨探針沿瘻探入深部感有死骨，即放轉大腿死骨亦不移動，此種現象可因股骨頭之分離。是時須注意於其運動軸上之運動，其周是否較建則為小，愛克司光可給以確切之診斷。

在骨關節炎時，股骨內收並略屈，常有內收肌痙攣，活動範圍日益狹小，同時股骨頸亦變短。

如大腿不能伸直或伸時疼痛，同時腹股溝部有波動性腫脹，而髖關節可自由屈曲於此時強直即消失，且股骨與髓白運動亦極平滑，於此種情形之下吾人當認其腰肌下粘液囊積液。其發生之原因可為關節疾患之合併症，愛克司光片上見關節骨正常則診斷更為容易。

如有腰肌腫脹，則下背部之脊椎必須詳驗查，其有無骨瘍，如無所得，則同側胸膜腔及腎臟亦當詳細檢查，如發現髂肌腫脹，吾人當檢查腰椎骶髂關節或髌骨，及有無關節，下行結腸，或盆內結腸之周圍炎症。

膝關節：——檢查此關節時下肢當伸直。如滑液囊積液則髌骨之二側，及其上有平韌彈性波動腫脹。關節腔內之液體可漂浮髌骨向前而失去其在股骨上之位置。如於其上加以垂直壓力，則感覺輕擊股骨而跳起，此曰髌骨之輕擊。而為滲出液入關節之重要象徵，在積液較少，而不能得波動及腫脹亦可得此現象之故也。為作此種試驗時，膝當伸直，然而四頭肌當放鬆；為達到此種目的，可令患者坐在床上，而醫生用左手緊握膝關節上部之軟組織，固定向下推使股直肌放鬆，試其髌骨是否能向各方自由活動，而後使用左手二指或三指尖直壓髌骨，推向股骨可見髌骨浮遊。在正常之情形下，髌骨伏於股骨上，反之如髌骨升起，多由關節有某種物體而致。為作此種試驗，醫生亦當留心斜方及側方壓迫此骨時，每易引起錯誤

的髌骨浮遊。在液體不多而股直肌收縮致壓迫髌骨接近股骨，故此種現象不能試出。髌骨浮遊為膝關節積液最常見之現象，然亦見於關節內之軟部新生物。

此外尚有一種試驗膝關節之積液法如下：用一手握膝關節之上部而向髌骨方向壓下，用他手壓髌骨側方之滑液囊部，如有液體存積則其波動感覺可傳於初用之手。因液體自關節腔壓出而進入四頭肌下之滑液膜故也。

在所有之急性及亞急性之關節炎，關節多呈略屈，及脛骨外轉之位置，且脛骨頭向後變位，此表示膝後肌發生痙攣性收縮，同時十字韌帶及側韌帶亦呈牽引之狀態。此種變位即示病變延及韌帶之證也。

膝關節之過度側方運動多見於關節水腫，及Charcot氏病，乃韌帶過度伸展所致。部分性脛骨向後，及外轉變位，常見於晚期之關節結核。此為前十字韌帶，有多少破壞之現象。內側韌帶附着發生壓痛，多為急性滑膜炎後之症狀。

此關節之骨很淺，故其情形易於考查。但吾人當注意者髌骨於急性或慢性炎症之後，可致壞死及骨瘍。

關節內活動物，不論由於骨關節炎，或分離性骨軟骨炎而致者，在膝關節較多見。且其症狀亦較明顯，關節中之半月板之撕裂，或變位而顯暫時性之關節固定，與極度之疼痛，此多於亞急性滑膜炎之後發生，其症狀概與關節內活動物相仿。診斷時可因此發作，多由於膝關節猛烈旋轉之結果，而其恢復亦僅為關節之旋轉運動，其疼痛之位置常在半月板之部位間，或可以摸出軟骨突起，在向內變位則顯下凹，無滑動體可以摸得，此外吾人當知關節半月板之變位其疼痛之程度，較關節內活動體嵌頓為輕。（參見第十三章）

膝關節之外圍，有多數粘液囊其位置亦當知之

如膝前部腫脹，下半部之髌骨及上部之髌韌帶不顯，此時當診斷為髌前粘液囊炎。其性質或急性，或慢性，或漿液性，或化膿性，或絨毛性，或成形性，在最後者可改變關節之外表，呈球形平滑而不柔軟與皮膚粘着，在髌骨上可以移動之。

如在髌骨之上部發生圓形緊張波動性之腫脹，但無髌骨浮遊現象，且此骨之二側亦無腫脹及波動，此可診斷為髌上粘液囊積液。

如膝關節內無積液但伸此關節時則有疼痛，同時髌韌帶突起，其二側略顯腫脹，並有波動如加壓力於髌韌帶，則有疼痛，並二側腫起，此為髌下粘液囊積液。（或髌韌帶與脛結節上方間之粘液囊積液）脂肪組織圍繞於此粘液囊周，亦可生出類似波動之感覺，故當與髌側詳細比較。欲確定其診斷僅由二側之情形不同及波動不明即可知之。

有液性腫脹在膝之內側半膜肌囊之下，當膝關節伸時，則呈豐滿而緊張且向後推入隱窩。在關節屈時則緊張減退，此種為半膜肌及腓腸肌間之粘液囊積液。有時名為隱粘液囊或半膜肌粘液囊積液。在屈關節時可摸知其腫脹位於肌間，如此粘液囊與關節相通，加以壓力時則可縮小。

與上述相似之腫脹，位於脛骨內髁之上，在半膜肌囊之表面，其擴大之形橢圓，而與其長軸成垂直狀，此為縫匠肌下粘液囊積液。

如在腓骨頭之上發生而緊張之波動性腫脹，並突向後方，此為腓二頭肌下粘液囊積液所致。

除關節發生疼痛之各病例，醫生當詳細探求是否有體關節疾患。除關節——組成此關節之數骨因其近於皮膚，故檢查較為容易。對於關節韌帶，粘液囊之腫脹，積液，及疼痛須加以注意。關節積液可使關節前方之肌腱下發生腫脹，其顯明者可呈圓形波動性

之腫脹，橈蹠之下部致此部變大。如從後方觀察尤為明顯，並可有顯著之波動由一側而至對側。

脛骨後肌腱鞘積液致成長形的波動性腫脹，居於內踝之後下，達二吋長，或位踝端之上，或向下擴大而達足底之跗部。此種腫脹較踝關節積液為長而高，且其腫脹不延及外踝。腓骨肌腱鞘積液致成與上相似之腫脹，在外踝之後或下，及於跟骨之下，此種疾患較前者為少見。跟腱下積液積液後其腫脹居跟點之上，在跟肌之下兩側均可得其波動，然此種波動易與皮下脂肪層之波動相混亂。吾人應詳為分辨之。同時在關節活動時，對於滑液鞘及粘液囊有無特別之軋音，及柔軟磨擦音發生當注意之。

踝關節之疼痛當於跗骨關節液鞘，及粘液囊疾患之疼痛相分別，故檢查有時須將足跟及跗部握緊，而活動其小腿。如有疼痛即非為關節之病。如踝關節固定而足外翻及內翻時因脛骨肌及腓骨肌腱交換伸展運動，而致疼痛，即指示其一之腱鞘，或其中，骨之一，或跗骨關節，發生病變。由腫脹及壓痛之位置，與X光片中顯示之變化，可以確定診斷。跟骨後粘液囊炎時當患者足蹠屈而使腓腸肌收縮或醫生使其趾背屈，而伸展其蹠，即可發生疼痛，然被動之蹠屈則無痛。

下頷關節之病詳見第二十四章。聽關節詳見四十七章。

IV. 關節強硬

當患者之關節變強硬，醫生當確定其強硬由於關節骨橋着所致之直性關節強硬，（亦骨性變今），抑或因關節內或關節外之原因而致關節骨運動受限制，——此為假性關節強硬。

關節強硬之性質——有的由於患關節活動之情形可以立刻判知。下述所舉乃限於關節活動之不甚明顯者：（甲）注意關節

動，

或被動運動時發生疼痛者可證明為假性關節強硬。(乙)注意作用於此關節之肌肉情形；如肌肉呈痙攣性之收縮，或於運動時變緊張，此為假性關節強硬。肌肉發生顯著之消瘦，或弛緩者，常為真性關節強硬之症。X光可證明有無關節之骨性接合，亦可顯示有無骨之結節狀外生物，而阻止運動關節面之改變，多係關節內之疾患，或損傷所致。如關節各骨完全健全，而生運動阻礙，多由關節之疾患所致。

決定假性關節強硬之性質，實屬非易；然由病歷經過及關節之檢查，有無骨質之疾患（如癭痕性粘連或骨之肥大）或滑液膜之疾患，及關節周圍之肌腱有無癒合等可得大體的決定。關節部長期之痛，乃指示關節內之疾患。如軟部組織受嚴重燒傷或破壞性凍後，或有骨折而非進入關節內，或軟部組織增厚，或關節部之縫合未癒合，骨化或不能運動，然其關節本身並無變形，骨無增大，愛克司光片中骨無病變，同時骨之活動亦平滑，此種多屬於關節外粘連。反之如關節本身有炎症之歷史，或有創傷，骨折進入關節，同時有關節之變形，骨質之改變，軟部組織亦顯有癭痕，及陳舊之痛，此為關節內粘連。

致關節強硬疾病之性質，無特別之點，然由病歷經過，及此骨節改變之性質，每可正確判定。然每個關節其改變之情形不同故需詳述如下：

下頷關節之強硬多為假性，且診斷不易，可用全身麻醉後，試其動度，及愛克司光攝影以決定之。然口內有無癭痕，及嚼肌無堅實的萎潤等，亦須特別注意。

肩關節常為假性強硬，如不謹慎每易誤認為真性強硬。其為未確證起見；醫生一手旋轉患臂，而他手緊按肩胛骨而定之；如此骨

不受上臂運動之影響則為假性關節強硬。行此試驗而旋轉上臂時（特別於長期關節強硬之患者）不要用力太大，因可引起肱骨頸之骨折。

肘關節之強硬多為真性，屈伸有顯著之限制，可由於組織之增生或骨充滿喙窩，或鷹嘴窩，或因喙突及鷹嘴之外生物而致關節強硬。橈尺關節強硬多與肘關節內之關節強硬相連，如肘關節之屈曲受限制，於直角位置時，當注意橈骨頭骨有無向前變位。

腕關節強硬多為關節外之強硬，由於腕與其鞘之粘連。故常更有指之運動障礙一一。但其部位與原始損傷或病變之處可有相當之距離。

指關節強硬多由於膿性指頭炎，及膿性粘連或骨關節炎所致。

髖關節強直可由於骨關節炎，然最常見者尚為由膿毒性或結核性關節炎所致。如關節有骨性接合而無骨之位及畸形，多係膿毒性關節炎之結果。而結核所致之關節強硬，多有顯著骨之變形，檢查髖關節強硬時，當固定骨盆，如運動其大腿而腰椎活動即證明為髖關節強硬。如試驗肩關節強硬時一樣，旋轉運動更為可靠。

膝關節強硬時可由檢查胫骨之活動範圍而知。如胫骨任意側方運動證明未與股骨發生骨化，亦可顯示脛骨與股骨間之強硬是為假性，脛骨向後半脫位，或此骨外旋或關節顯明屈曲，此多為關節內疾患所致。

踝關節強硬多由關節外之變化而致，如關節附近之骨折後，或不良之扭傷後，久之則帶關節亦不能活動。

跗關節強硬多為關節內並為真性。此多見於足之外側部，同時連有內翻足，如發生於大趾關節多由於痛風所致。

脊柱關節及肋骨關節之強硬，於第二十五章討論之。

第二十三章 頭部疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE HEAD)

在第四章中曾討論過頭部之傷害及其後患應與本章參讀之。該章所論者如血腫，腦膨出及頭皮下波動性積液等。本章所論頭內容之疾患爲非外傷性所引起者。氣竇傳染之顱內併發症亦則於該竇疾患中詳述之。

頭 皮 瘤 腫

欲確切診斷一在骨膜以外組織部之腫脹可如下列所述：

(1) 上皮痣，可以藉其顏色鑑別之。位於健康皮下或痣皮下之軟性瘤腫，壓迫可以變小，使病人叫喚或用力時則漲滿而緊張，比爲皮下靜脈痣，患者多爲小孩且腫脹於出世時或出世後不久即顯現。

(2) 瘤腫顯有力性搏動，表面不平滑，內含彎曲血管，力壓可覺其下之顱骨；若在瘤腫邊緣發見有邊入之大動脈，而壓此動脈時瘤腫之搏動減低或停止，此爲纒繞動脈瘤 (Cirroid aneurysm)。瘤表面之皮膚常發熱。

(3) 瘤腫爲球形，緊張，平滑，有波動，不能壓小，無跳動則爲囊腫，囊腫分四種其中僅有三種能够診斷。若瘤腫爲後天性且與皮膚結連而在骨面上則可自由移動此爲皮脂囊腫。此種囊腫常爲多發性多見於中年及老年人，可以變爲甚大或更發炎與潰爛。若囊腫發生於頭皮潰瘍後則可以診斷爲植入性囊腫，在囊腫底面之顱骨或可稍現下凹。若頭皮在囊腫上面能自由活動。而囊腫有一部份固定於顱骨，不能完全在骨面上活動此爲皮絲囊腫。此種囊腫，可在

出生時即有，或在後始發生，多見於外眥附近，普通多為單個，其下之額骨可以變薄或穿破，蒂部已閉鎖之囊膜膨出，甚難與上述各種囊腫鑑別診斷但可由穿刺中得到透明之漿液性液體以證明之。於生出時即發現甚大適腫外科醫師須疑為囊膜膨出。

(4) 若瘤腫基結實居頭皮之下能在額骨上面自由活動觸之表面稍兩分葉，此為筋膜下脂肪瘤。此種瘤腫平常甚小，較為扁平但亦可以變大變圓故常被誤認為漿膜之皮脂囊腫。能與囊腫分別者為微顯葉狀之表面與不粘連於頭皮是也。此多生於額部，但亦可在頭之任何部發生。

(5) 當一側頭之耳上部顯有腫脹，發熱，發紅，水腫及急性疼痛與壓痛，下頷緊閉或張大口時發生痛楚，如此可以診斷為筋膜下膿腫。若能檢查出波動則更可以確定其診斷無誤。腫脹部緊要與點潤，僅在筋膜界限之內，不往面部及頸部擴展但可使同側之眼瞼水腫。

頭皮潰瘍

(1) 潰瘍之底若乾，硬可摸得或見到不平滑之骨面，此為壞死之一種。若潰瘍為自然的或手術的積膿穿破而成者，且聚膿甚急快有發熱，不適與局部頭痛等症狀，此為顯頭骨膿性骨髓炎。究因毒菌即結核所引起者在亞急性潰瘍時應留意鑑別之。若有第三期梅毒之其他症狀出現，尤其是有樹膠腫樣或深部潰瘍或其疤痕，而華氏反應又為陽性，此為梅毒性骨髓炎。梅毒性骨髓炎初起時發生頭痛，骨質及頭皮增厚，潰瘍為除慢性進行，死骨有如虫咬狀潰瘍或瘻狀，常為多發性。若潰瘍顯隱潛行性邊緣，潰瘍遮蓋有薄層蛋白質狀態，在其中可以找出結核菌，此為結核性骨髓炎。此種病初時腫脹後成膿腫。穿破而流膿。病人普通多為青年人，體弱，神經過

致，羅氏反應為陰性，同時常可發見其他的結核病灶。

外科醫師一定要注意去鑑別顱骨之單純暴露與壞死。創傷，意外或手術，或蜂窩織炎常可使一部份顱骨暴露，但未久顱骨可變成紫色，肉芽逐漸生長遮蓋創面而使創傷癒合。外科醫生能從暴露骨中分出死骨片時才能診斷為死骨。

(2) 邊緣厚而外翻之頭皮潰瘍，其基底成腔狀或為腐肉，遮蓋以惡臭分泌物，此為潰爛之皮脂囊腫，或腺腫或癰腫。若上詢問病歷上知為慢性生長，初為圓形突出物，後發炎而破裂，且潰瘍底能在骨面上運動，所在部淋巴腺亦不腫大此為潰爛性皮脂囊腫或腺腫。

(3) 若有同上之病歷但潰瘍底與骨粘連有下頷角淋巴腺，或乳突或胸鎖乳突肌後之淋巴腺腫脹時恐係皮脂腺發生癰腫。在可疑的病例中可切除潰瘍邊緣之一部作顯微鏡之檢查。

(4) 從疣，或慢性狼瘡斑而發生之潰瘍漸行擴大，其邊緣及基底皆與骨外衣或骨粘連此為上皮癌，其附近有開之淋巴腺常腫大。

(5) 進行徐緩之慢性潰瘍有捲旋而薄的邊緣，基底清潔而光滑，無淋巴腺腫脹，此係侵蝕性潰瘍。

頭 顱 瘤 腫

(1) 在初生兒子前囟周圍發現有圓形不甚高起之硬性骨質腫脹此為Parrot氏『結節形腫脹』由於先天性梅毒而發生之，此時外科醫師應該注意檢查其他先天性梅毒之症狀。頭蓋之任何部(非門門或骨縫)於指壓發現凹陷同時按之覺有羊皮紙樣感覺者，此為顱骨軟化症，軟化點最多發現於頂骨常展頂隆凸之後，普通皆與先天性梅毒可發但可因軟骨病而致之。

有時小孩之全身健康亦可受影響。

(2) 在中年人，一個較低，光滑或不平之骨性腫脹，有疼痛及壓痛。硬或有波動，可診斷為海毒性結節。結節之性質不一，有者發生劇烈之疼痛及壓痛，有者硬似骨頭，有者柔軟，有者如液體，可單獨發生或者多發，在隆起之骨緣間可按出下凹之所在，有些病例中皮膚發生潰瘍而顯出瘻管樣腫或死骨片。此常與梅毒之其他症狀共同發生。用驅毒療法有很大效果。

(3) 前額突起，後頭部偏平，齒門廣大，張開或閉合太遲，沿骨髓之骨質增厚，此為軟骨病性頭顱。正常者在一年後前額已不應變得。

(4) 一個突起界限清楚而固定於骨之瘤腫，基礎而生長慢在愛克司光線片上有均勻之陰影，其影與顱骨骨影有同樣之密緻者是為骨瘤或密質性外生骨疣。倘若浸入顱腔則可併發腦症狀。經過一個長時期後，瘤腫能自行變成死骨片，而與正常顱骨脫離者則極為少見。

(5) 由於腦膜瘤之顱骨侵犯顱頂，可使顱骨成一破口，破口中可見有突出之柔軟瘤腫，或可使該部骨質過生，甚似局部之骨性腫脹，在愛克司光片上可顯有特殊之纖毛樣陰影。

(6) 固定於頭蓋之限局性瘤腫，硬而堅實壓之不能變小且繼續生長可診斷為骨之惡性瘤腫。瘤腫發現之前可先有局部之劇烈疼痛，生長不同或可顯有普遍性或部份性搏動。此種瘤腫可為多發性，普遍者為乳癌，前列腺癌或甲狀腺癌之續發性瘤腫，檢查可以發現原發性病灶，若切除之可斷其轉移。

(7) 若一成年人時喜戴用大帽，從其他方面察出其頭顱形狀有普遍性增大，同時或以後更發現其四肢長骨變大與彎曲，身長變矮，此係變形性骨炎，或Paget氏病。假使下頷漸變突出，手足變

大，則其顱骨之『肥大』乃為肢端肥大病之一部份症狀。

(8) 嬰孩或青年小孩之頭顱形狀有超出比例之長大且繼續生長，顱骨間之間隔甚大，即一骨縫可發生波動於他一骨縫，此為水腦之病例。

下述二種頭部瘤腫雖非真正之顱骨病腫，但常一併敘述之。

(9) 在生下或生後不久即發現之瘤腫，軟性有波動，半透明，輕壓之能下凹，病人叫喚或用力時則漲縮與緊張，此為腦膜膨出，可見到或按出其下缺少一塊骨質此病平常多為球形常在枕粗隆，鼻根或顱頂中線等處發生，穿刺則可有腦脊髓液滲出，腦膜膨出常與水腦共同發生。

(10) 一個先天性瘤腫具有腦膜膨出之一般性特徵之且有與顱動脈同時之搏動，則知瘤腫內含有一部份腦質，此時謂之——腦膜膨出 (Meningo-encephale)。在此等病例中其搏動僅在鬆弛被壓縮時方能顯見。腦運動與呼吸動作之相互影響亦與上述之動脈搏動相同也。

顱內瘤腫

腦或小腦之正確診斷要具有：(1) 有顱內慢性『空間被佔』出現能認明 (2) 盡可能估計其病理狀況 (3) 瘤腫位置之決定，可能範圍內須不必行試驗切開。根據第一步階段之條件擴展作為第二第三問題之答案。

此種瘤腫遲早總可以發生甚烈而顯著之頭痛症狀，不規則與無原因之嘔吐及乳頭水腫等。此種症候指示顱內張力增加之進行，常因腦脊液及腦靜脈之流動發生阻礙所關。在大多數病例中此種臨床現象僅可作早期診斷之助。

此種早期症狀常有指示病處的價值，例如運動區被瘤腫侵害則

可發生將側性，單癱或偏癱，或更有Jackson氏癱瘓，此皆發生在有顱內壓力增加之症狀以前。惟大部份之腦，即其功能不能用普通神經檢查的方法去認識此即所謂沉默區也。若此部分發生有瘤腫，對其指示性之早期症狀如較經之永久性體改變或智力及技術力之消退宜設法避免。幫助最大者為應用特別檢查方法以決定瘤腫之位置與性質。如視野之測定多方向之X光綫照像。腦室檢影術，即腦室中注入空氣代替腦脊液而後以X光照影。

詳細之檢查雖可以幫助外科醫師認識許多病例，但典型之病候亦能藉以診斷下面之各瘤腫。

(1) 雙顳側偏盲在側照X光線片上顯脈較擴大，且一般症狀表明腦垂體前葉功能亢進或減低者乃表示腦垂體前葉瘤腫。

(2) 若有病人為小孩，有雙顳側偏盲，在愛克司光片上因有蝶鞍上囊腫 (Suprasella cyst) 存在而顯体突擴張 (Glainoid processes)，顳壁鈣化此可確定其診斷。

(3) 成年病人有長期病史，在X光片上見顳骨之一部分血管分佈增加顯骨或被侵蝕，或有不規則的新骨形成，此為腦膜腫。此種瘤腫在許多部位發生，不浸潤到腦部，但可壓迫腦之某一部位發生特殊之神經症狀。

(4) 若顱內張力增加之後基快發生一側之腿之不穩定或第七腦神經共濟失調，此可能為小腦瘤腫；此種變異較多見於小孩。

(5) 長期一側耳聾之成年病人同時發生暈眩，以後還發生第五神經之癱瘓及感覺失常最後則發生頭痛，嘔吐，視力虧損，此乃患小腦橋腦角瘤 (Cerebello-pontine angle tumour)。

顱內傳染性損害

腦膜炎

靜脈竇血栓

硬腦膜外膿瘍

急性迷路炎

腦膿瘍

在外科上顱內合併症多係氣竇受傳染性損害後之嚴重結果，但在中耳及乳突病時亦甚重要且常見。同時可以發生一種以上之合併症。至於各病所發主之症狀現疾病之輕重擴展及疾病之部位不同而各異。正確之手術前診斷常不可能，外科醫師常因除去骨面部之病灶或尋求遠處病灶或暴露及探查其顱內構造時而致傳染者頗多。

考查下列症狀及行腰脊刺穿以檢查腦脊液，在許多病例中即可得到正確之診斷。

(1) 吾人知所有之顱內合併症皆發生頭痛，雖然為普通性，但在腦膿瘍之病例中膿瘍部位之疼痛特別而在靜脈竇血栓時則幾乎完全無頭痛發生。

(2) 感覺過敏。怕光及聲與運動之刺激在腦膜炎時常遇之，但在腦膿瘍及血栓則常無此狀。

(3) 腦遲用，徐緩之腦遲用，精神呆滯，回答問題前之間歇甚長，言語徐緩定為顱內張力增加之指示，此等症狀腦膜炎時可發生，在腦膿瘍中更較顯著。在腦膜炎尚可以發生興奮或譫語而腦膿瘍則漸趨向深度之昏迷。

(4) 體溫脈搏與呼吸，持久性之高熱，尤其是繼續上升者，為腦膜炎熱型之特性；弛張熱有顯明之特殊升高及正常以下之低落，病人出汗，此為竇血栓形成之象徵；在正常體溫線附近上下升降之溫度多數表示為腦膿瘍。腦膿瘍時之脈搏可甚慢但有許多病例則反見加快，在腦膜炎時其脈搏甚快，初為滿而實感後則成細而柔，在血栓形成時脈搏常極快而弱，在腦膿瘍時呼吸可甚慢。Chyaneastoke mhtyhr 式呼吸是一種嚴重症狀指示顱內張力之特別增高延髓之功能衰弱。

(5) 眩暈，在急性迷路炎發生嚴重之眩暈但在腦膿瘍時亦可見之。若令病人站起則耳鬪則步趨或跌倒，睡在牀上則見病人習慣上喜側臥於膿瘍之對側。

(6) 嘔吐，當顱內壓力增加時可發生，腦膜炎或膿瘍時均有此症狀，在急性迷路炎時亦常見此顯明的症狀。

(7) 眼症狀，眼瞼下垂，部份性或完全性之單側或雙側眼肌癱瘓，及乳頭水腫，皆可以發生。在海維爾血栓形成時顯眼瞼下垂，外側肌完全麻痺及乳頭水腫。最先發生於一眼，若他眼亦繼發生同樣症狀則表示血栓之形成傳佈於他側，橫竇之血栓可顯眼底靜脈充血。若顱骨頂部之顱內傳染可引起單側之外直肌麻痺而終致成斜視，最後三叉神經之主理區可發生感覺過敏或知覺消失，及咀嚼肌之功能缺損 (Gradenigo 氏症狀)。

(8) 抽搐。普遍性之抽搐為腦膜炎之末期症狀。Jackson氏顫搐則在硬腦膜外膿瘍及腦膿瘍時發生，頗具有甚大之定位價值。

(9) 麻痺，對側面部之輕度麻痺或並有對側手部之麻痺在硬腦膜膿瘍時發生之。

(10) 耳聾，原先聽良好而忽發生完全性耳聾者在急性迷路炎時可見之。

(11) 腦脊液，在靜脈受血栓形成及急性迷路炎的病例腰椎穿刺時腦脊液之容積及壓力皆為正常。在硬腦膜外膿瘍及腦膿瘍時脊液壓力增加，液中之淋巴球亦輕度增加，但無微生物存在。在腦膜炎中不但脊液壓力增加甚高且因大士白血球之增加使脊液變為混濁其病原微生物亦可在染色片及培養上發現之。

患腦炎傳染或最平常之中耳疾患之病人倘突然發生極度頭痛，高熱，精神興奮，或譫語，畏光，畏聲，脈搏快，此係腦膜炎之象徵，腦脊液混濁，壓力增加，做細胞學之檢查時發現白血球大量增

加及病原微生物之存在。

持久發熱之病人發生局部之疼痛及輕叩時在顱骨面上之一定部位發生壓痛此時應疑到有硬腦膜外膿腫發生，此亦為上述二氣囊傳染之合併症，其發覺不易僅於手術切開時始知之。但在耳病之病例中若向外流膿甚多，而有膿現於鼓室蓋與硬腦膜之間或環繞黃囊周圍時則亦應疑及之。

有慢性氣竇傳染之病者而精神上發生有輕微之遲鈍或呆滯且於每日之相同時間中發生繼續性之上升熱，此應疑為有腦膿腫。膿腫之初期脈搏徐緩，後時變快。若膿腫之形狀不斷的繼續增大則甚快發覺『空間侵佔損害』之症狀，即頭痛，嘔吐，乳頭水腫。至於膿腫之地位甚難決定，讀者可參考膿腫章。

繼後篩骨蜂窩或蝶竇疾患少例亦能繼額竇疾患後而發生高熱，脈快，然後發生中央性眼瞼下垂，完全性眼肌麻痺，結合膜水腫，與視網膜靜脈擴大，此種情形，初現於一眼後可波及，他眼，此為一則或兩側之海綿竇血栓形成。若前篩骨蜂窩有病則眼球可向向下向外變位同時伴發眼眶內側劇痛，結膜水腫與眼瞼水腫，有此種症狀時即示傳染已波及眼眶，是為眼眶蜂窩竇炎。海綿竇血栓形成亦常隨之繼發。

橫竇血栓形成。為急性乳突炎常見之合併症。如病人發生單純之寒戰及特殊之波動式體溫此時一定要懷疑及之。從乳突部開刀可以顯出該靜脈竇，然已消失正常之搏動。若血塊伸展至內頸靜脈能使同側頸部發生疼痛。

慢性或急性中耳炎之病人突然發生極度眩暈與共濟失調，及有快動向健側之眼球震盪且眼球自動運動向健側時可增加其震盪此可以診斷為急性迷路炎 (acute labyrinthitis)。發作之夜其發生嘔

吐及耳痛枕部及頭頂疼痛。原來之良好聽覺此時可以完全消失。腰
椎穿刺時其液體與壓力均屬正常。

第二十四章 齦及頰骨疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE GUMS AND JAW)

齒齦之疾患 (Diseases of the Gums)。

健康之齒齦有均勻之鮮紅色及棉狀之邊緣：堅實，光滑而粘連於齒頸。疾病則顯示顏色改變，尤其是自由緣，組織改變，光滑消失，脫離于齒而退縮，齦或牙頸周圍出膿，潰爛，普通之腫脹或局限性增大。

壞血病 (Scurvy) 之齒齦，腫脹而似海綿樣，蒼白顯瘀斑，易出血，牙齒搖動而易脫落。齒齦腫脹，環繞齒頸之齦緣腐壞而分離，此時須詢問患者有無服過汞製劑，或因其他關係而受此類金屬之刺激，此種病變可認為汞性齒齦炎 (Mercurial gingivitis)：此外尚可使舌面生腫脹與潰爛，流涎，牙齒鬆動，口中作金屬氣味，呼吸發生顯明口臭。若無汞中毒症狀，而同時於舌上及唇上發現起口瘡，此種情形應認為鰐口瘡性齒齦炎 (Aphthous gingivitis)。

齒齦無菌性膿牙頸，以指輕按患部則見齒與齦間有少量膿液溢出，此為齒槽膿溢症 (Pyorrhoea-alveolaris)。最早之症狀為沿自由緣發生一深紅線，棉狀邊緣消失。常從門齒部開始或起於殘缺之牙齒；而甚快傳播直到全齒齦受害為止。呼吸時可發生惡氣，有口臭，尤其是在臥睡時。重時，病人可吐出帶臭之黏液膿性液體，睡時液從口流於枕上，染色成淡紅。

在齦上之痛 (Sinus)，應小心探查，並應探查鄰近之牙齒，若探針觸之到處為堅滑之面，此或為牙根之存在。在齒槽夾壞死時

(Necrosis of the alveolar Process) 探針常可以穿過廣大之死骨面。精巧之手能感觸分別所探到之處為牙冠，牙根，或骨。愛克司光可以指示埋藏於頷骨中之牙齒或牙根，故由此可得正確之診斷。口腔檢查時若發現牙齦離開牙齒而退縮，牙齒搖動或脫落，如齒槽突裸露出來，且膿汁從齒齦部流出，此可診斷為壞死 (Necrosis)。壞死可由各種原因而成之，可為拔牙損害之結果，齦瘤腫或齒腫瘤時之手術化膿性傳染，以及疹熱病之後皆可發生，在此等病例中，壞死僅累及齒槽突，常為對稱性，且多隱蔽其進行。因磷之中毒而發生者，此可及於全骨之深部，同時發生極重之齒齦水腫，並很快或膿，下頷骨則新生骨殼以包圍死骨片。由於磷中毒而成之死骨片，其表面常粗糙而成污棕色。頷骨壞死亦常因走馬疳 (Cancerumoris) 所致。因用鑄來破壞近下頷部之惡性瘤時，間有發生不良之合併症而引起頷骨之壞死。

其餘之齒齦疾患可歸於瘤腫一類。其生長之速度，發生之部位，性質及其生長後之影響不能一概而論，視各個病例而異之。

在嬰孩或青年人，若發現其齒齦生長超過牙齒，或完全將牙齒埋沒，而呈一葉狀組織塊長入口腔中，其表面有健康粘膜遮蓋，此係齒齦肥厚之病例。乃為先天性疾患；雖然有時於生後甚久方發現，但常與齒槽突肥大及早期出牙合併發生。在中年人亦可以發生同樣之情況，並常有埋沒之殘齒，由齒間之線上生出之新生物，其上蓋以健康粘膜者是為瘻肉 (Polypus)。若新生物顯乳頭狀或絨毛狀則為疣 (art W)，同樣之疣亦可發生在脛上或舌上。

一軟而帶紫紅色之塊，容易出血，表面不平由齒槽內生出，此為肉芽腫 (Granuloma) 指示齒槽中齒根有傳染。

齒齦上之無蒂瘤腫；堅硬固定於齒槽，生長徐緩，硬，無痛；表面蓋有健康粘膜，此係纖維瘤 (Fibroma)，通常巨轉雜性膠上

齒 (Fibrous epulis) 。甚大時表面可因壓迫與摩擦而成潰瘍，能與癌肉分別者賴其附着部之深廣，且瘤腫常較大。

齒齦上若發現進行之廣泛性潰瘍，有侵蝕之基底與外翻之邊緣，是上皮癌 (Epithelioma) 。由附近淋巴腺之腫大可以確定診斷。在懷疑之病例中，可將生長之邊緣切下作片，做顯微鏡檢查。

頷骨之疾患 (DISEASES OF THE JAWS) 。

頷骨之急性疾患為炎症性疾患，而最常見者為齒槽膿腫 (Alveolar abscess) 。無論何時，當一個病人因急性疼痛，頷骨之兩側，面部有炎症之腫脹而來求治時，外科醫生第一件事即要找出齒槽膿腫之條件。用輕壓方法以找出最劇之壓痛點，觀察腫脹是否固定於骨，次則檢查牙齒，先要尋出蛀牙及出膿之齒槽，然後用細小之金屬器械輕打牙腫，決定牙齒之何部對於此輕微之垂直壓力發生顯明之壓痛。然後將手指置於患者之唇及齒齦之間，即覺出齒槽處腫脹，若此腫脹固定於齒，一齒有顯明壓痛，或已經腐死，腫脹遍及齒槽即可診斷為齒槽膿腫。總之概可由病牙上找出致病之原因。

無論如何，當腫脹之範圍甚廣大時，尤其是侵犯至整個下頷骨體與下頷骨枝而非與一齒有關；有數齒弛鬆而從齒口中突起，有顯明壓痛，此可診斷為急性骨骨膜炎 (Acute osteoperiostitis) 。在此病性下常發生高熱。

下頷齒槽膿腫或下頷有相類似之傳染而病人發生雙眼前垂，結膜充血及水腫，眼球不活動腫於擴大位置固定，此為海绵竇血凝 (Thrombosis of cavernous sinus) 之症狀。甚少發生單眼症狀。眼底檢查則顯視網膜靜脈擴張。

下頷淋巴腺之急性發炎，甚似齒槽膿瘍或骨膜炎，但若以一指叩底，他手之指按腫脹之外部，則可發現淋巴腺在下頷骨表面上腫。

假若一個病人發熱而同時覺得一側面部疼痛或有脹滿之感，應留意檢查其氣竇。注意其頰部有無腫脹與壓痛，鼻腔外壁有無充血，鼻有無分泌物；更行澈照法檢查，即以一小電燈光置於患者口腔中，以此較兩頰竇之透光度。若一側上頰之暗影混濁，而其同側之鼻中甲骨下有膿流出者，此為正確之急性氣竇化膿 (Acute sup-puration in the antrum)，症狀不確實時，可以從鼻下道外側壁之前份舉行試驗穿刺以證明之。

頰骨之慢性疾患包括壞死，骨炎，氣竇積液，囊腫與堅實性癭腫。

頰骨部之慢性漏孔不論開口在口內，面部或甚至頸部，平常皆為牙齒，牙齦或頰骨之壞死而致之。病牙或病骨可用愛克司光或探針決定之。當頰骨之周圍發現廣大之增厚，或探針可通到下頰骨體或枝，或口中發現廣大之死骨片此為上頰骨壞死 (Maxillary necrosis)。致此病之最大原因為磷毒性壞死 (Phosphorus necrosis)，但今日常見於應用多量鐳 (Radium) 治療後。

在檢查頰骨之任何腫脹或癭腫時特別要注意其生長速度，伸展方向，邊緣境界，傾度，對於頰骨與牙齒之影響，與出血或分泌物之發生。癭腫常發生於頰骨，具圓球形之境界，可向周圍擴張生長而破壞其骨，尤以頰骨之外側面為甚，發展無一定之階級，以手觸之，則覺有蛋殼呈裂聲，或捫羊皮紙之摩襪聲之感覺。牙齒須檢查，不但要注意因癭腫之生長而致之牙齒變位或脫落；而且須注意有無未出根之齒，此可察視齒槽之空位及愛克司光之暗影定之，出血常見於有惡性生長。氣竇積膿則有大量之粘液性膿，或膿可從鼻腔流出。

在上頰骨，癭腫與氣竇 (Antrum) 之關係特別密切。檢查氣竇首先要觀察竇壁之界線，再則置小電光於口腔中比較二竇之透光

度，最後若需要時，可打開竇腔以檢查其內容。如疑其有液體，可從第一或第二臼齒齒槽處試抽，或從下鼻道之外側壁穿刺之；疑為固體可從犬齒窩處行大切開。竇之擴張常可使其外側壁突出，以眼眶與顴骨之下份最顯，口頂偏平或向下凹，眼眶向上隆凸，而使眼球突出，重則眼盲，及同側鼻腔堵塞與溢淚，竇腔之擴張非均一進行：可以一個方向特別顯著除非其他竇莖亦發現突出時，此時不能有確切之診斷。氣竇之擴張決不因急性或慢性積膿而起，但可以因囊腫之生長而發，尤其是因骨性，肉腫性癌腫性等堅實性瘤腫。

在大瘤腫之病例中，外科醫生須探索此瘤腫僅在頷骨之界限內生長抑或已侵害他骨：故須檢查額部，鼻部，前額部有無腫脹出現。然後用手指置於脣後或用後鼻鏡檢查以決定有無瘤腫堵塞於咽部，抑或固定於額底。

當外科醫生處理一個頷骨之腫脹時，最先須決定此腫脹具有發炎症質否。如腫脹僅現於骨之一側面（如硬腭，或下頷骨之外側面）有疼痛及多少壓痛，此時可認為慢性骨膜炎（Chronic periostitis）。如腫脹有波動出現則為慢性齒槽膿腫（Chronic alveolar abscess），若使因治療而腫脹消退，則更可確定其診斷；若治療不生功效：腫脹仍繼續長大，不但成膿腫，尤在其發生或更發有出血，有為贅瘤（Neoplasm）。

圓形或卵圓形瘤腫生長在上頷骨或下頷骨上面，生長徐緩，無痛，多數為囊腫（Cyst）。若更有波動或們蛋殼之破裂擊音之症狀，則此診斷更為正確。

若囊腫為單個而有正常出齦之恆齒，此為牙齒囊腫；若在蛀牙根附近出現更可知此診斷無誤。牙齒囊腫可於拔牙之後或數年後發生，最常發生於上頷前臼齒區域。

在青年人，生長徐緩性之單獨性囊腫，不見其恆牙出齦，此可

診斷爲含齒性囊腫，或濾泡性齒瘤，(Follicular odontoma)，在囊腫可找出其齒或在愛克司光片上見其影，則可證明診斷之正確，含齒囊腫常發主於下頷骨而包繞於未出齦之第三白齒。

假如囊腫性瘤腫爲多房，邊緣不規則，生長徐緩，此可診斷爲多房性囊腫 (multilobular cyst) 或上皮性齒瘤 (Epithelial odontoma)。此瘤腫常見於青年人，且下頷骨多於上頷骨。

堅實性瘤腫 (Solid tumour) 之鑑別與他部堅實性瘤腫之鑑別法相同 (看十五章及二十一章)。一個限同性之硬性瘤腫在愛克司光上之暗影與頷骨本身相同者此爲骨瘤 (Osteoma)。如在齒槽部發現一瘤腫其在愛克司光片上之暗影與頷骨濃厚且有結節性之邊緣此爲齒瘤 (Odontoma)。

頷骨或其他之面骨有慢性進行性增大，而成界限不清之結節性骨質團塊，施以任何治療皆不見效，此疾患一稱獅面 (Leontiasis)。腫脹概係對稱性，進行甚者則病人面容起歪曲之改變。

在一局部化瘤腫，其生長較速，起於頷骨之齒槽，尤以下頷骨爲常見，擴展其骨，使牙齒鬆疏，呈現柔軟之葉狀表面與青黑顏色，此爲破骨細胞瘤 (Osteoclastoma)。在愛克司光片上指示一個骨質稀疏之顯明區域。

迅速連續性生長之瘤腫，能侵蝕及改變頷骨，使牙齒脫落及變位，而擴展至鄰近之腔，窩或軟組織，此可知爲惡性疾患。如頷下與沿頸血管之淋巴腺皆顯明腫大，此即瘤腫 (Carcinoma)。若瘤腫甚大，但不侵犯淋巴腺此爲肉腫 (Sarcoma)。在早期除非用顯微鏡檢查此二種新生物不易鑑別。

假使病人主訴面部有鈍性疼痛，同側鼻孔發生不良氣息，早晨口有臭味，如臥於病之對側，或頭向下俯時，則有無臭之膿液從鼻孔中流出，在愛克司光片上氣竇顯混濁，此則疑診斷爲氣竇積膿。

(Empyema of the antrum) 若此病之症狀不甚顯著，輕微之局部不舒張，一側鼻孔有不規則性分泌，反復發作之鼻咽炎，慢性之健康不良則僅能靠氣竇陰影之混濁與穿刺之結果而診斷之。

顫 下 頷 關 節

(THE TEMPORO-MANDIBULAR JOINT)

疼痛及不能開口為此關節疾患之症狀，此等症狀之發生可因關節本身之急性發炎，或關節鄰近部之炎症壓迫及限制下頷骨之運動，或因骨關節炎，或因咀嚼肌肉之痙攣，或因關節之纖維性或骨性粘連，或因關節周圍之疤痕性收縮，與或因關節附近有瘤腫。診斷時，第一要決定何時發生牙關緊閉，（即不能開口）是剛發生抑或剛發生甚久。

急性牙關緊閉 (Acute trismus) —— 若為急性，應直接在耳屏之前檢查關節本身之腫脹，與腮腺之腫脹，或扁桃體，顫凹，頷部，與頸上部等處之腫脹。然後注意嚼肌是否強硬或開口時有變強顫傾向，或其他處肌肉有強硬或痙攣現象，尤其是在頸部及脊柱部者。

(1) 假使關節本身腫脹，有壓痛，輕微之運動即發生疼痛，此係急性關節炎 (Acute arthritis)。其後常化膿，膿可流入耳道，口內或下頷骨枝之後面。此疾患可引起下頷骨狀突之壞死或關節強硬。此關節常係發生膿毒血性關節炎 (Pyæmic arthritis) 之部位。且亦常為急性多發性骨關節炎 (Acute polyarticular osteo-arthritis) 之一。

(2) 使疼痛與壓痛性之腫脹在關節附近則牙關緊閉之原因已甚明顯；最普通為流行性腮腺炎之影響，或扁桃腺炎，顫體腫，齒槽膿腫與急性淋巴腺炎等之影響。

(3) 若無局部腫脹，但關閉下頷之肌有強硬及疼痛之痙攣，此為破傷風 (Tetanus) 之病例。當痙攣展到軀幹肌肉時，其診斷即確實。

(4) 無局部腫脹，由於肌肉之強硬而關閉下頷，但無疼痛之痙攣，頸部及軀幹之肌肉亦不受影響，此係反射性牙關閉緊 (Reflex Trismus) 之病例。其原因常為蛀牙或智齒難生。

慢性牙關閉緊 (Chronic trismus)——位於腮腺或頰部下，或口咽部 生長可以阻止下頷之張開此早所知也。疤痕性牙關閉緊 (Cicatricol trismus) 於伸指入口中時，可覺有疤痕束存在。

(1) 頷骨運動時發生疼痛及關節磨擦之感覺，且有下頷髁狀突增大乃骨關節炎 (Osteo-arthritis)。

(2) 骨關節之運動範圍甚小而面因瘤腫或纖維束或肌肉之強硬時所致時此係纖維性關節強直 (Fibrous ankylosis)。

(3) 當關節不能運動而無關節外之病變原因此為真性或骨性關節強硬 (Fony ankylosis)。愛克司光片上有骨性接聯之表現，關節肉腫腫可遺留顯明疤痕，由創傷之骨折可損害關節。若此情形發生於小孩可視為骨發育不全之畸形。關節強硬可發生於一側或二側。

(4) 關節運動有時現有突然疼痛之滑跌情形此為關節內纖維軟骨之輕微變位所致。

第二十五章 脊柱病之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE SPINE)

脊柱之外科檢查，注意研究者，有下列七點：——

- (1) 覆蓋於脊柱上組織之狀態。
- (2) 脊柱之彎度。
- (3) 脊柱之運動。
- (4) 脊柱肌肉之狀態。
- (5) 脊柱之感應。
- (6) 脊椎之狀態。
- (7) 施壓力於脊髓或脊髓神經後之顯示。

當檢查時，如可能一定使病人站在良好之光線下。令其足跟靠牆，兩臂下垂，眼向前看。如在嬰兒，則採取坐式位置檢查。有時則須令病者在俯睡與仰臥姿態下檢查之。

1. 脊柱之覆蓋物——注意皮膚之狀態，在皮膚有充血或色素沈着，潰瘍或腐肉，陷凹，癰或瘻管，毛髮生長不正常，或有覆蓋於脊柱之腫脹或瘤腫時，皆須特別注意。發紅，顯潰瘍，發生腐肉，常因受長期間壓迫之結果而起。如久臥病褥，護理不周，或用不適合之器械，或因脊柱某部特別突出所致。陷凹，中央性痛，或與脊髓或脊髓膜相通之瘻管等，可在先天性畸形病例中遇到。用探子可探出瘻之長度和方向。又藉顯微鏡或化學方法檢查，可決定其溢液是膿液抑或脊髓液。腰椎部分皮膚生長毛髮，同時常可找到其下之脊椎棘突有缺損。此即隱匿性脊椎裂(Spinabifida Occulta)。關於脊柱上面瘤腫之診斷見後。

2. 脊柱之彎度——第一，要觀察脊柱前後彎度，較之正當有

無增減，或有一二棘突，突出等情形，其次，則觀察脊椎間，有無旋轉情形，肋骨角和脊椎橫突特別顯明。可利用之以小心比較脊柱兩側之情形。對於兩側肩胛骨之突度，與腰部之凹面，和顯明之體暗，亦必須注意比較之，欲帶確定脊柱是否對稱。可使病人向前彎腰，兩膝伸直，如此，肋骨角不致被肩胛骨掩蓋。且橫突較向後突出，醫生立在病人後面，沿着背面，自上看下，如為正常，則兩邊脊椎橫突在一個水平線上。如為脊柱側凸 (Scoliosis)，則可見脊椎旋轉，橫突及肋骨不對稱。但並不全視棘突之偏向而決定。其後使病人轉過方向，注意其兩側胸部之突起是否相同，或一則胸壁較扁平，兩側露前上棘是否在一條水平線上，或一側較他側為低而較顯明。如上檢查後，自上而下尋出各棘突頂點，是否在一條線上，其中棘突有無缺損或偏歪。為便利起見。可就各棘突部位，用墨水在皮膚上作一記號點，而後將各點連起，看其各點是否在一直線上。

脊柱向後彎成圓背，是由於身體衰弱或姿式不良之故，峻突之後彎，乃由於先天性椎體缺損或因一個或多個椎體前後破壞所致，腰部之過度彎曲，——脊柱前凸 (Lordosis) ——是由於脊柱上部有脊柱後凸 (Kyphosis) 而下部起代償作用所致。或因骨盆前傾所致。(如固定性之髖關節屈曲或先天性髖關節脫臼)。其他在肥胖者，或腹部生大腫瘤時，亦可致成腰部過度前彎。腰部彎度減低，在早期腰椎骨癆 (Coties) 可見之。

脊柱一側偏向，有幾個原因可致成：——如先天性椎體一半缺損。但最多見乃因不良姿式所致。其次可因兩側下肢長短不等，或一側大腿有內收或外展而使骨盆起代償性傾斜，而致脊柱偏向。或因一側胸廓之牽縮，及普通骨軟化後。皆可致成脊柱一側偏向。

3. 脊柱之運動——醫生首先宜觀察患者之運動，令病人行

走，踮路，彎腰向地板上拾東西等，看病人做此類動作時，是否容易，還是困難。甚至不能做，病人動作時，其脊柱是否保持強直姿勢？有無以髖關節或膝關節以代替脊柱運動，病人有無利用轉動軀幹，代替頭部轉動，脊柱有幾個部份可用手檢查。檢查時以手貼於患者骨部欲試之區域。令病人彎曲以伸展該區，而感觸每個脊椎是否可能運動，或固定而不能運動。在頸椎，可利用點頭，屈曲。旋轉等運動而診斷各關節是否正常，如點頭自如而不痛，則知枕寰關節無病。頭左右旋轉，而不困難時，可表示寰樞關節無病。當頭彎曲自如，且無痛苦，則可知下部諸頸無病。上述諸頸部運動中，如有一種不能運動，或感限制及痛時，即可指出其頸椎發生病變。在所有脊柱彎度不正常之病態中，最要者，在試其畸形，是否能改正，試驗其能否改正，最便利之方法，可利用移去頭和肩部重量，即令病人向地俯屈。或利用體重來伸張，即叫病人以手懸懸吊擺棍（Trapeze）而試驗其能否改正。造成脊柱運動受限制之原因甚多，如脊柱肌肉痙攣，脊椎關節有改變或強直；脊柱體之畸形及體間之骨性接連（Synostosis）其他脊柱病以外所影響之軀幹運動阻礙。如胸腔及腹部之癌腫等，然若脊柱運動無任何阻礙和不正常，則可表示脊柱無病變。

4. 脊柱肌肉之狀態——注意肌肉有衰弱，萎縮，或強直，使病人手直於頭或頸項上，體向前彎，觀察其脊柱肌肉對脊柱伸展之抵抗力如何？此即可試驗脊柱伸肌之強度如何？以手感觸腰推兩側之肌肉，看有無衰弱或過度之強直。要試驗肌肉有無強直，最便之法，即使病人做各種不同之動作。看病人動作時，是否運動自如，肌肉可在很多情況下強直，例如在脊椎運動有痛時（骨痲性骨關節炎（Caries Osteoarthritis）或肌肉骨化時（骨化性肌炎（Myositis Ossificans）或腰痛時（Lumbago）皆可致之。當肌肉強直

發生時，祇要病人服從指定之動作而運動，於此種保護痛苦之特徵一看就可知道。如病人當運動頸椎時，每以手支持其頭，使病人向地彎腰時，可見病人將手置於大腿上，而運動髖關節和膝關節來代替脊柱之運動。同樣叫病人旋轉或側彎軀幹時，亦可見其僅運動髖關節。極端之肌肉萎縮無力，特見於脊髓前灰白質前柱炎（Anterior poliomyelitis）不過在任 何長期臥床，亦或可有之。虛弱之人。如河僂病（Rickets）患者，急性病後和生長過快與鍛鍊不良之青年，皆可使脊柱肌肉無力。

5. 脊柱之感應——試驗脊柱之敏感性，有四種方法：（甲）用指壓棘突時，病人就表示畏縮痛苦狀，如此即應注意是否為皮膚感覺過敏，如為皮膚感覺過敏，不論用手是輕輕摸觸其皮膚或輕壓其骨，都同樣覺痛，並且當病人不注意時候，用手壓其最痛之點，病人可以忍受，而不見得如何痛苦。這種皮膚過敏為歇斯忒利脊柱（Hysterical spine）一重要症候，脊椎體發炎厲害者，其棘突常能支持很強毅之壓力。皮膚感覺可用冷熱感觸法試之。但此對骨之診斷無甚價值。（乙）當用垂直壓力達於椎體時，若其骨有病，則其椎體，可呈感覺過敏現象。試時令病人坐下或站立，試者面對病人，如斯僂人有輕微之表示，亦可察出，用垂直力最壓頭頂，看病人有無痛苦之表示。此為試脊柱過敏之最好方法。但初壓時要輕，如病人能忍受，而後再漸漸加重，如此而病人仍無痛苦之表示，則其脊椎無過敏感。（丙）用力交換壓一脊椎之二橫突，可使此脊椎稍旋轉。如該脊椎之上下，關節有病時，則病人對此種運動感覺極痛，而表示怨恨。（丁）使病人做動作：此種動作一定要可使脊椎震動，例如叫病人從椅上跪下，或跑下樓梯。如其不能操此動作，必會拒絕，或用別法代替之。或動作遲慢，須小心保護，或設法減少脊柱之振盪——例如按着椅背跳下，小心慢慢動作——

此即表示作震動時，脊柱有過敏感覺。

6. 脊椎骨及其關節之狀態——用手仔細感觸棘突可確定考查出棘突有無缺少或二裂。(Bifida) 意觀察脊柱有無明顯畸形。如峻凸之脊柱後穿。此乃為該部之光天性椎體缺乏，或後天性椎體破壞所致。上面所述者，亦可用愛克司光檢查，愛克司光線檢查，最佳而最可靠因其可檢查出骨外表無改變性畸形，及不能測得之關節改變，愛克司光線檢查，第一要看神經弓(Neural arches)及其突有無變化。是否完整或對稱。次再注意椎體之愛克司光線所影出之任何微小暗影或骨構造之不清處。此種暗影如不清晰，常常是指示結核病之初期變化，表示結核病進行期之骨破壞。脊椎成骨性惡着，表示結核病已癒，或有骨關節炎，最後要注意其他新組織代替正常組織在愛克司光線上所顯示之各種暗影。如動脈瘤，腫瘍及新生物等是。

7. 神經現象——疼痛，感覺過敏麻木，肌肉強直或麻痺和各種反射之情形，皆須注意觀察研究之。實在感覺區之及變及肌肉之影響，吾人均須小心測定。此種症狀診斷方面很重要。因可判斷最否為器官性之損害，其損害部如何？及疑為刺激性抑或毀壞性所致。

當刺激足成時，如大趾呈伸性反射。(Babinski 徵) 這表示纖維束處受害，而決非神經官能病(Neurosis)。真性之踝關節陣攣，足趨向背屈，則陣攣烈，此為一種器官性之損害。在神經官能病者，亦可看到陣攣現象。但此為假性陣攣(Falseclonus)，在踝關節強力之背屈下，即可使此種陣攣停止。此點可以與真性者相區別。膝反射增強是神經官能病之一種普通症狀。但上運動神經單位有病時，亦可有上述現象，膝反射消失或減低，可因傳入神經或傳出神經，或反射中樞發生器官性損害所致，至於反射完全消失，

則因損傷部之脊髓傳導全被破壞之故也。

其障礙僅限於一條或幾條神經管轄之區域，是由於一條或幾條神經幹受損後所致。並非脊髓受害所致。神經幹由有髓（鞘）神經纖維組成，對於炎症及壓迫之抵抗力很大。反之脊髓蒙織之抵抗力則甚小。神經受損後，常經較久之時間而重發生刺激反應（痛或痙攣等）若脊髓本身受害，則立刻可發生麻木或麻痺等症狀。

病人既如上檢查後，就可以很容易判定其屬於下列那一類（甲）有明顯之畸形者（乙）無明顯之畸形者（丙）脊柱或脊髓有瘤腫者，而後吾人可按下述之步驟來診斷：

一、有顯明脊柱畸形之病案

（1）在兒童，假如他失去脊柱正常之彎度，而一致性地向後凸，其向後凸度於臥下時可以使之消失可因動作而使彎度變更。這種情形是由於脊柱肌肉衰弱所致。在小孩，此常常是由於佝僂病之原因。如長管骨彎曲，骨骺部腫脹。齒門關閉過遲，根據此種種症狀，可診斷為佝僂性脊柱（Rachitic spine）。脊柱一致性後彎，亦可見於患重病後恢復期之病人。因彼平直臥於牀上時期過久而此現象也。

（2）成人於頸背部發生圓背，係因姿勢不良所致。在幼年時，此種圓背尚可矯正。在晚年則不能，且骨和關節之外形可看出變形。此種圓背最多見於彎背工作之人，故亦謂之職業彎曲（*occupational Curve*）。

（3）假如脊柱彎度固定，運動或臥睡時都能變更且脊柱運動減弱，甚至不能運動，胸腔固定，呼吸全呈腹式，愛克司光線上指示柱變有骨性癒着，關節突有唇狀變化，此即變形性脊椎炎（*Spondylitis deformans*）此病普通甚痛，上述此病，可發現於青

年人，多係淋病之一種合併症。但多見於晚年人。此病須與脊椎骨髓鑲別，變形性脊椎炎，脊椎彎度突出不明顯，脊柱受垂直壓迫時無觸痛，多數病者於夜間痛加甚，有時在運動時自覺有磨動感覺。這種脊柱後彎，亦可在肢端肥大病 (Acromegaly) 發生。但可藉其他之特殊症狀概不致與脊柱畸形發生誤診。

假如圓背發生於年紀較大之病人，同時其鎖骨，股骨，腓骨變大而彎屈，此為變形性骨炎 (Ostitis deformans)。

我們不要忘記，椎間韌 (Intervertebral disc) 至老年時可漸漸被吸收，而使脊柱變成一致而對稱之脊柱後彎，脊柱之高度亦變短。

(4) 假如脊柱向後突彎，或有一個或多個棘突突出，且愛克司光攝影顯出椎體前部疏鬆，骨質破毀壞，其他pett氏病或稱角形彎曲亦即為脊柱結核或脊柱骨瘍 (Tuberculosis or Caries of the spine)。突出甚烈時，其上部之脊柱，常有明顯之前傾之改變。如彎度變形已固定很久，則在其上部或下部或二部會發生代償性之脊柱前彎。

在所有脊椎骨瘍病案中，醫生一定要檢查有無膿腫及神經有無損害。膿腫常隨脊柱前而下沉。當病灶在頸椎時，醫生檢查咽後里，頸後三角，腋部及胸骨上切迹等處，病灶在胸時，須注意腰肌有無膿腫發現。但雖無膿腫發現，若髓關節呈固定現象時，即表示該肌有炎症，結核性膿腫不久即要縮之而出現。如病灶位置更低，則膿腫可進入腰肌，或髂肌鞘內，或進入骨盆內，此時在臀部或會陰部，常可見到膿腫。良好愛克司光攝影。不論膿腫大小，胸可攝出。亦任何時期之脊椎骨瘍，其診斷皆不易。除非吾人已找到膿腫，方可確定。

假如下肢有痙攣性麻痺 (Spastic paralysis)，膝關節反射加

強，此指示脊髓前部受壓迫。如結核性肉芽組織或膿瘍壓迫是，若下肢忽然成爲弛性麻痺（Flaccid paralysis）即指示膿腫已侵入椎管。在經久之結核病患者。但是數年未復發且脊柱對於垂直壓迫或震盪無過敏之感覺，在愛克司光攝影上顯示椎體有很堅密之骨化線着，骨質無任何疏鬆處，亦無膿瘍之存在，此即示結核病已經痊癒。

(5) 假如腰椎線上忽有缺損處，且顯一深溝，此是由於脊柱脫位(Spondylolisthesis)所致。此單一腰椎部分的向前脫位，多發生於第四或第五腰椎，且常係受嚴重外傷之結果，但亦有無顯明之損傷漸漸發生者。

(6) 較正常背部之彎度減少，胸脊柱變直，並且沉落於兩肩胛之間，此乃因脊柱旋轉所致。假如一側（設爲右側）之肋角，比較他 一之向後突特別明顯，且該側肩胛骨之位置交較高而突出，右側腰部下凹，髂脊即隨之而顯，左側腰部之凹不顯或消失，但其腰椎橫突向後突出，上列情形乃因脊柱旋轉之故，稱爲脊柱側凸(Scoliosis)。亦名爲側彎曲(Lateral Curvature)。真正側凸，我們更可以看到右側胸部變平扁，左側胸部向前凸出，左髂前上嵴亦顯凸向前，棘突在前部是偏向右側，在腰部是偏向左側，這種變化，亦可左右兩側完全 對換。如醫生僅靠棘突偏向，來診斷脊椎側凸，即將失去診斷之價值，有脊椎旋轉度很小，臥倒時即不顯，此可稱爲羸弱脊柱(Weak spine)。雖有明顯之畸形者，亦可爲有力之肌肉在適宜之位置時而矯正之，此須與永久性之骨形有改變之真性脊柱旋轉在愛克司光線是鑑別之。如病爲忽然而起，脊柱肌肉很快萎縮並且畸形很明顯。這是因麻痺原因——脊髓灰質炎(Poliomyelitis)。醫生一定更要檢查足，膝大腿，髖部，藉以找出有無因下肢不對稱而致之骨歪及脊柱之傾斜；致上列之原因。一設

都爲扁平足，膝外翻，髖部病，髖關節先天性脫立或髖關節強直，大腿或小腿骨折後不良癒合等。

(7) 脊柱一致性向一側傾彎，且其彎曲爲永久性，但並無脊椎旋轉情形。這是由於對側胸部收縮 (Retraction) 之結果。如胸膜炎 (Pleurisy)，膿胸 (Empyema)，或因胸廓之成形術後致成之胸廓一側陷等。均可致脊柱之側彎。

脊柱很利害的畸形。有時可以因爲轉移性之脊柱癌腫所致成。

二，無顯明脊柱畸形之病案

(1) 假如醫生發現病人脊柱有一部分強直後。使之運動，試其有無疼痛。如有痛，病人就會拒絕活動。脊柱如受垂直壓迫而覺痛，則其對於凡是可震動或壓迫脊柱之一切運動，都會拒絕不作，如有上列之情形，並且在愛克司光線片上顯示有一個或多個脊柱體組織疏松。縱以往無脊椎體毀壞而致成之隆背，亦可診斷爲脊柱結核病 (Tuberculosis of the spine)。醫生第一要注意脊柱有無膿腫或疼痛。此種痛應限於脊柱病部發出神經之分佈區域。例如下胸部神經有病，而發生帶狀疼痛。

(2) 病人如覺脊柱有定位之疼痛，且該部皮膚對壓力，冷，熱發生敏感，但脊柱對垂直壓迫並無所覺。並且痛部又毫無強直情形，遇此病人，應認其爲歇斯忒利 (Hysteria) 患者多半爲少婦，但亦不盡然。這種病人其膝反射常增強，有假性之膝關節陣攣。如令病人不注意吾人之檢查，壓迫其痛點時，其一切過敏皆可因不注意而消失，此種病人感覺過敏非常表淺，皮膚過敏之感覺之骨頭爲厲害。這種病人往往會告訴你，他有受傷歷史。

(3) 神經損害 (Nerve lesion) 後之症候是疼痛，感覺遲鈍，抽動，麻痺，深部反射增加，上列症狀是由於脊髓或脊髓神經

起處受刺激或壓迫而致。但須與神經炎相區別。神經炎(Neuritis)之疼痛乃沿一定神經之經路而發生。痛之區域可以感覺過敏。脊柱有畸形時，而且有下列痙攣性麻痺者，此須顧及是否因脊髓被壓而起，若此種症狀發生輕快，此為脊椎內膿腫壓迫所致，若麻痺之肌肉僅僅限於幾條神經所分佈之範圍者。並且此幾條神經是由該有病之脊柱發出者。要想到神經受壓迫。假如病人忽然變成麻痺。但毫無疼痛或敏感。下肢弛緩，無新增之畸形。此時可因膿腫破裂侵入柱疼或因出血壓迫之結果，而致成此現象。

(4) 當我們以為尾骨或鰭尾關節有病時，檢查此部分須特別小心，如此部分覺得熱，腫，和壓痛。就須以手指伸入直腸稍動尾骨。如病人覺得很痛，可診斷其為鰭尾關節疾病(Disease of the Sacrocoxygeal joint)。如骨之外面或內面有膿腫顯出，則診斷更為可靠。

(5) 假如局部無紅，腫，熱。但是尾骨部非常痛。甚至坐下，咳嗽，打噴嚏時都痛。排大便，直腸檢查及觸動尾骨時更痛。此時要考慮是否為尾骨痛(Coccydynia)。尾骨痛，婦女發生較多，且常在該部外傷後發生。

(6) 新生兒之脊柱。如顯陷窩，並且有液體從中間逸出。此是脊髓膨出(Myelocoele)。

(7) 尾骨竇(Coccygeal Sinus) 這是由於最下脊椎導管閉鎖不全之原因而致我。此尾骨竇不與骨或肛門相通。程度輕者，僅顯陷窩於鰭尾關節部位之皮膚上。

(8) 發見一個或多個脊椎棘突缺少。此稱隱性脊柱裂(Spinabifida Occulta)。最見常在腰骶位置，有隱性脊柱裂處皮膚上。常常有黑而長之毛。這有一個極好之指徵。有時可同時發見有足底穿孔性潰瘍，其他營養障礙及畸形足等。

(9) 脊柱癌腫 (Carcinoma) 。多半是轉移性者。乳癌特別易轉移至該處。一個有乳癌之病人，謂其脊柱有局部之疼痛及沿着椎間孔出來之神經亦有疼痛。則吾人應疑其為轉移性之癌腫，如上述病人更有經醫治而無效之持續性脊柱痛。且脊柱變強直或在各種動作時有劇痛。大趾之背伸反射增強，則診斷為脊椎轉移癌腫。則更有把握。如愛克司光片上顯示脊柱已變形，及有較淡于椎體之暗影圍繞着脊椎，或伸入其內時，即可知診斷已確實。癌腫有否繼續生長。可觀察其以後照之愛克司光片上有之演變，與神經方面之改變有無增多以及麻痺現象之發生而決定之。如癌腫在脊柱發展，或若其畸形係上方脊椎向前下傾滄。則吾人診斷，不致錯誤。而脊柱方面之畸形，最後可變得更利害。

三、脊 柱 之 瘤 腫

脊柱瘤腫可分為先天性及後天性兩種。在檢查先天性瘤腫 (Congenital tumour) 時。首先須要考察此瘤有否與椎管或脊髓膜相交通。因為此種原故，吾人不得不注意下列幾點：

(1) 位置——中央位置有先天性椎管內瘤腫最緊要之特徵。如瘤腫之位置不在脊柱之此中線上。則多不與椎管相交通。

(2) 脊柱之狀態——假如瘤腫之基部為骨緣所包繞着。即表示瘤腫在椎管內。但是如脊椎之標誌，仍很可清楚的在瘤腫下摸到。此表示瘤腫在椎管外。

(3) 瘤腫之能被壓回縮 (Raduciality) 。是椎管內瘤腫之重要症狀。尤其是當瘤腫被壓回縮時。若同時更發見齒門張力增加或行神經症狀時，更可確信之。

(4) 當啼哭或用力呼吸時。瘤腫張力增加。此亦是一種要緊之症候。雖然有此症候，若此時瘤腫無回縮特性時。蓋由於瘤腫

與直腸或腹部內臟相接近之原故。

(5) 合併症——最要緊之併合症就是水腦 (Hydrocephalus)，畸形足。下肢，直腸，或膀胱之麻痺。以及覆蓋於瘤腫上皮膚變薄或缺如等。

(6) 我們對瘤腫之檢查，也須要用透光檢查法，如果發現有不透光帶狀或索狀物在瘤腫內時，此即瘤腫在椎管內之表示。不透光之暗帶和暗索，即是脊髓或神經。

(7) 吾人亦可先將瘤腫內之液體抽出，而代以氧氣，然後再照愛克司光。如瘤腫內有脊髓或神經。即可在半透明之充氣囊內顯出。

(8) 瘤腫內容我們定要檢查，如果瘤腫內為腦脊液，可藉此而診斷出瘤腫是在椎管內。

脊椎管外瘤腫 (Extraspinal Tumours) 之檢查，首先要決定該瘤腫是固體液體或係混合性者。又瘤腫與脊柱或骨盆之何部相連。在尾骨或髖骨瘤腫病案中。應檢查病人大便。看其有無瘤腫內容物進入其內，假如瘤腫與腸二者密切關連。則大便內或證明有瘤腫之內容物。此時醫生亦應以手插入直腸內，而檢查骨盆之情形。

(1) 假如一個先天性之瘤腫，是固定性覆蓋在脊柱之正中綫上。並且可檢查出瘤腫有波動。當病人啼哭或用力時，此部即緊張。輕輕壓之。該瘤腫可微微向脊柱內回縮。此時可以見到窗門張力增加。或有神經症狀。此即脊椎裂 (Spina bifida)。如再利用觸覺和視覺之方法來觀察骨板 (Lamina) 之情形，同時檢視其合併症(如水腦，畸形足，或麻痺等)以及瘤腫囊內液體之檢查。如此對診斷上。可獲得進一步幫助。假如此瘤腫上蓋有健康之皮膚。其內液體代以空氣後。顯出愛克司光片上顯示出一致性之半透明之陰影。且物神經合併症。這是脊髓膜膨出 (Meningocele)。假如滲

蓋於瘤腫上健康皮膚。代以一薄而含血 或纖維膜。瘤腫內可以看到脊髓或神經橫過。有神經合併症狀。此即脊髓膜膨出(Meningo-myelocoele)。

(2) 假如一個先天性瘤腫，固定於脊柱上，瘤腫之各部皆有波動。而其上之被覆組織甚薄或顯半透明。但是不能壓小，當啼哭或用力時。瘤腫之張力並不因之增加。亦無水腦，畸足或麻痺等之合併症。此即假性脊椎裂(Falsespina bifida)。或者是一種不能固定之脊髓膜膨出。乃由於脊髓膜從脊椎處漏出之原故。

(3) 在尾骨後下部之小囊腫，疎鬆接觸於皮膚與骨之間。且不與脊管相交通。此係尾骨囊腫(Coccygeal cyst)。乃由脊柱裂隙最下部分，未經閉合之故。

(4) 假如一個無蒂之先天性瘤腫從骶骨處生出。其瘤腫一部分是固體，一部分是液體，但可因位置各異而不同。瘤長入骨盆後，可由直腸內檢查而觸知之。亦或可與直腸相交通。使瘤腫內容物排入其內。這是骶骨瘤腫(Sacral tumour)。

(5) 在骶骨或尾骨部分，生長一個先天性瘤腫。觸其內容時可以感覺得有軟骨或骨之硬塊。有時更發現有發育不全或發育完全之手指或足趾，這是胎瘤(Foetal tumour)。或怪胎瘤(teratoma)。

(6) 一個先天性之脊柱瘤腫，其內容柔軟。觸之可覺分葉狀還是先天性脂肪瘤(Congenital lipoma)。這種瘤可發育伸入椎管內，與脊柱很堅固固定。可使下肢發生麻痺之合併症。

(7) 假如一個脊柱上之瘤腫之可因受壓而回縮。可因咳嗽或用力而凸出。但是沒有波動及不半透明。此係痣(Naevus)。假如瘤腫上蓋着黑色或很薄之皮膚。發育之血色可由瘤腫內透出來。則診斷甚容易。

脊柱後天性瘤腫 (Acquired tumours)，沒有一定之特別象徵。吾人之所以能認識者，是靠瘤腫之一般特性。脂肪囊腫，脂肪瘤，纖維瘤及肉芽等，都可在脊柱部發生，粘液囊亦可在椎突部發生。患者身體低下，時可壓迫此囊腫，如刺激之可使之發炎或化膿。在此類病案中，醫生一定要耐心檢查在瘤腫以下椎炎之情形。以傷定脊柱是否完整，脊椎骨癆，可以致成很大膿腫，在頸背腰各部皆可發生。

四、脊 髓 瘤 腫

非先天性而起於椎管內之瘤腫，可自成一組，診斷這類瘤腫，全靠觀察對於神經根及脊髓所致之過行性刺激和壓迫等症狀，由精確 定有神經症狀之神經分份區域，可藉以確定瘤腫之位置。

單條或多條神經所分份區域內，如有經久之疼痛。隨後又有進行性麻木及麻痺之症狀。這是指示脊髓有瘤腫。

假如神經很痛的症狀很明顯，並且很厲害。過相當時期而有一側損害性脊髓功能障礙之症狀——Brown sequard 氏麻痺，——這就是損害同側之運動能消失。損害之對側以下之皮膚麻木，此乃脊髓外瘤腫。

(1) 假如運動及感覺，皆同時很早發現麻痺，少有疼痛，其麻痺程度身體兩側相等，並且很快就變成完全麻痺，且可能稍向上進行，此為脊髓本身之瘤腫。

(2) 假如麻痺是弛緩型。有肌肉消瘦及肌肉對於之反應有變異，此指示瘤腫已侵入馬尾。

(3) 要決定脊髓瘤腫之位置。一定要小心準確地畫出麻痺之區域。及注意麻痺或感覺過敏之區域境界，神經很受損之最上部位即指示瘤腫上緣之所在處。下表是幾個普通之感覺神經分佈在

軀幹上之相當部位：

胸骨上切迹——第三第四頸神經。

乳頭平線——第四胸神經。

胸骨劍突軟骨——第七胸神經。

臍窩——第十胸神經。

臍前上端——第十二胸神經。

Queckenstedt 氏試驗。包含着第一要注注腰椎穿刺時測脊髓壓力，然後壓迫頸靜脈而窺其壓力之升降。如椎管被瘤腫梗阻時。腦脊髓之壓力於測量時有很明顯減少或消失。

多注射碘油 (Iopido) 入脊髓膜內。一在瘤腫上方注入，如經枕寰韌帶 (Occipito atlantal ligament) 而注入是，一在瘤腫下方注入，如在第三四腰椎間注入是。隨即照愛克司光以觀察之如，此不但對診斷瘤腫之位置有很大幫助。且更可知道瘤腫範圍之大小。

第二十六章 唇及面部疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASE OF THE LIP AND FACE)

此部之外科疾患甚夥，茲述於下：

(一) 先天畸形：(Congenital deformities——兔唇(Hare-lip)或名唇裂容易辨別，其裂隙在一側或二側，僅軟組織裂開者，曰單純裂，累及頷骨者，曰槽裂，(Alveolar)，累及聘者，曰複雜裂(Complicated)而裂口開在唇之中點者，則甚罕見，至面部側裂，(Lateral facial cleft)乃係罕見之畸形，其裂順鼻側上升至內眥，有時其裂與鼻淚管合併，且常延至眼內，使虹膜缺損，巨口(Macrostoma)即口格外寬大，其寬大，乃因唇裂在頰部之延長而成。

(二) 潰瘍(Ulcers)——要特別注意：病者之年齡，發病之時限，發生之狀態，潰瘍之性質，(如單個或多個，其邊緣為潛行性，墨狀，塔學，其基底為硬結，尤滑，腐肉或不規則及罩狀等)。及淋巴腺被累之情形，有時須要檢查分泌物，注意有無螺旋體及瓦氏反應。

(1) 如潰瘍僅一個，短時間內發生，底及邊緣堅硬，表面剝離成潰瘍，潰瘍面上或蓋有白色腐肉，并有淋巴腺腫大，堅硬，在皮下可以自由活動者，則為硬性下疳(Hard chancre)，惟診斷之確定，則須在分泌物內找到梅毒螺旋體。此種下疳，發生在上唇者多於下唇，女多于男，口唇下疳常致全唇腫脹而外翻，其硬度較生殖器部之下疳而軟，下頷淋巴腺之腫大較腹股溝淋巴腺為甚，如更有第二期梅毒之症狀，可以確定其診斷。

(2) 如潰瘍發生于早年，慢性進行，潰瘍初時為軟而高起

者，蘋果醬樣之結節，結節之周圍且有散在之病灶者，則為狼瘡 (Lupus)，此外或可有結瘡病樣子症狀，患者淋巴核巴多正常，如淋巴腺腫大，多非狼瘡所致，且與狼瘡亦無直接關係，狼瘡潰瘍之分泌物常結成粘痂。

(3) 如潰瘍之始為紅，硬，凸出之結節，迅即破壞成潰瘍，切狀邊緣，腐敗樣基底，且淋巴腺不腫大者，則為第三期梅毒之損害，如瓦氏反應陽性，又有其他梅毒症狀可尋者，診斷可確定矣，梅毒之損害，比較狼瘡快而且甚。

(4) 如潰瘍為破裂或疣所轉變，瘍之基底及邊緣厚而堅實，瘍底且呈不規則顆粒狀，則為上皮癌 (Epithelioma)，其附近之淋巴腺屢早是腫大，此癌多為一個，有時發生數個，亦有時唇之上下而相對發生，病者多為中年以上人。

上皮癌發生在下唇者多於上唇，病者多為中年或老年人，且幾純為男子，破裂或疣常為大塊白斑病之局部轉變而成。

面皮上之皮癌，多係侵蝕性潰瘍之繼發病變，或為陳舊之狼瘡潰瘍之併發症。由侵蝕性潰瘍所轉變而成者，其邊緣硬，淋巴腺亦腫大，由狼瘡癩癩所致者，可發生於年輕人身上，數目不僅一個。

(5) 如潰瘍發生在中年以上人之面上，經過甚緩，瘍底光滑，邊緣有一圈固環。淋巴腺且不因之腫大者，此為侵蝕性潰瘍 (Rodent ulcer)。頑固經年不癒，可以向四周及深部組織破壞，致面部留一缺損處，間或痊癒。但亦可再破，初生時為一篇平丘疹，好發於鼻則下臉及口角近處。

(三) 急性炎症及壞疽 (Acute inflammation and gangrene) ——面部有三種不同的壞疽，即走馬疔，炭疽及癰也。如孩童在發疹時或病後，頰之一側發生急性腫脹并有潰瘍現於粘膜上，瘍底腐爛，且進行迅速，是為走馬疔或名水疔 (Noma)。此潰種

毒之進行，可使頰部洞穿，可使軟組織及骨組織壞死，病者舌苔黑，呼吸惡濁，脈搏及體溫都升高。

頸部或面部逐漸發生鉛色，扁平的隆起。中央有黑色腐肉，外圍以小泡所成之環，其小泡初為散在性，後迅即與中央之腫脹部融合，此病即係炭疽疔毒 (Malignant pustule of anthrax)，傳染來源為接觸牛馬或其皮毛。病一二日內即可使全身狀態失常，可以致發敗血病。在病疔之水泡液內。可以找到炭疽桿菌。

皮及皮下發生堅實而疼痛之水腫，水腫之頂部迅即化膿，且體溫亦升高者，則為癰 (Carbuncle)，進而壞死形成，堅實及有壓疼之淋巴管及靜脈管，可以觸出，防近之淋巴腺上腫脹疼痛，在其膿內可以找到葡萄菌，癰發生于面部者，進行迅速及其嚴重性較任何部位均為厲害。

所謂特發性之丹毒起于皮內不顯見之空窠內。發生于面上，其症狀各不相同，有體溫微升者，有發高熱及昏迷者。

(四) 癰 (Sinus)——如頰部有癰，阻于嚙時分泌水樣液者，則為涎囊 (Salivary fistula)，其分泌液性質須以澱粉分解反應試驗之，病者可在口之患側覺有乾燥感。

如癰竈粘着于骨上，則應以探針細心深察有無壞死骨片或菌齒，凡此病例，牙齒必須作詳盡之檢查，愛克司光亦須應用。

(五) 波動性腫脹 (Fluctuating tumours)：(1) 急性腫脹——如腫脹發生在損傷或皮膚受打擊之後者，則為血腫，對於手指常有擊動感觸，如并有急性發炎症狀者為膿腫。

(2) 慢性腫脹——如為無疼性，圓球狀，附着於皮膚，在其深層組織之上，可以自由移動者，則為皮脂囊腫 (Sebaceous cyst)。此腫好發於面之額鬚部。如囊腫具以上之性狀，非但附着于皮膚，特好發生于年輕人之眼眶內角或外角，或鼻側者，則為皮

類瘻竇腫 (Dermoid cyst)，但頰部之囊腫于咀嚼時更見緊張者，則為涎腺囊腫或腮腺囊腫 (Salivary or parotid cyst) 如此囊腫聚于腮腺之下，波動難于檢查或不能檢查。勿誤認為固體腫脹 (Solid tumours)。但有光滑而圓周界，及其單性的組織。與固體新生物 (Solid growth) 顯不相同，如能因咀嚼使其大小變異，更能加增此診斷之確實性，口唇下之囊腫顯藍色者，則為唇粘液囊腫。

(六) 腮部腫脹 (Swellings in the parotid region)——此部之界限，上界為顴弓，下界為下頷角，後界為胸鎖乳突肌，前緣前界超過脣肌之前方。

(1) 表淺性腫脹——卵圓形，可以自其深層組織移動，則為淋巴腺增大。其增大原於發炎，或原結核病，亦或為惡性病之徵候，結核性淋巴腺增大，為硬固，或為有波動之軟性腫脹，而癌性淋巴腺 (Cancerous gland) 則速固定于腮腺及皮膚上。

(2) 腮部之普遍性急性腫脹，其疼痛及緊張感于咀嚼時加重，且覺有發熱者，則為急性腮腺炎 (Acute parotitis)，如為原發性，其二側勾腫，且併發發熱，則為流行性腮腺炎 (Mumps)，小孩及青年人好生此病，一家內可數人同患此病，頷下腺，舌下腺與乳腺，睪丸，卵巢等，同樣可受感染，腮腺炎往往繼發于下列情況之後；特種熱病之後，敗血病，膿毒血病及腹部手術後，如其表面水腫，如痛及緊張感增高，更有壅脹及向詩出之波動者，乃係腮腺膿腫。

(3) 如在耳翼，前下方 (有時亦在後方) 發生慢性腫脹，在皮膚之下腮腺之內，可移動者，為腮腺瘤腫 (Parotid tumour) 其在腮腺內之活動性因所在之位置及深度不同而各異，如瘤之一部夾于下頷骨與骨之間，則其活動性即為骨所限制，瘤之形狀不一，惟大都顯分蒂狀，其組織有軟者，有稍硬者，有很硬者，亦有同時含軟及硬組織者。

(4) 慢性，而日見腫大，固定于腺體下能移動，組織堅實者，則為惡性腫瘤 (Malignant tumour of the parotid) 普通多為癌腫 (Carcinoma) 日後漸固定于骨上。并使頸淋巴腺腫大，患側耳痛，其膿瘡可擴張到頭之半側，而致不能開口，面癱瘓，耳聾等，均為特殊之影響。

(七) 口唇之其他疾患——所謂巨唇 (Macrocheilitia) 者：係先天之一層肥厚。幾全因唇內淋巴間隙擴張所致，至海綿形亦為此部之先天性疾患，如口唇之局部慢性增厚，致唇之紅色緣外翻，有時唇粘膜上可併發慢性之表淺潰瘍，且漸增大者，則為梅毒所致。同時其他梅毒之症狀及瓦氏反應可為診斷之資助，至唇粘膜下，小而堅實與彈丸類似之結節，為唇粘液腺之腺瘤 (Apeonomas) 。如此處之瘤更大且有波動者，則為粘液囊腫 (Mucous cysts)，如為固體線，則為唇瘤腫，其中常含粘液瘤性纖維組織。腺組織及小囊腫，如在唇紅之基底面上，發生成羣之清晰小泡，經乾燥後，結成黃色或褐色之痂皮，痒而且痛者，必為疱疹 (Herpes) 。

口角上之慢性裂紋，有水樣分泌物者，此為梅毒皸裂 (Syphilitic Rhagades) 。常發現在有遺傳性梅毒患者之口角上，癒後亦遺留有裂紋的癢痕，唇粘膜上藍灰白色之扁平斑，名曰粘膜炎，不規則裂狀潰瘍，發生在唇粘膜面上，慢性而疼痛者為梅毒潰瘍 (Syphilitic ulcers) 。此最後三病之正確診斷，須借助于梅毒之其他現象，如梅毒螺旋體之發現及瓦氏反應等。

在膜粘面上，發生小白點，後變為很表淺圓形潰瘍，是即精口瘡 (Aphthae) 鄰近潰瘍，可與融合。此病極甚疼痛，且其液分泌增多，至精口瘡可發現于口唇上，為白色不透明之紋及斑，不疼痛且不致變成潰瘍，若除去此白色物，以顯微鏡檢查之，可見其中

含有；白色絲狀菌，纖維及芽胞。

如病人之頤骨上有急性，疼痛之及很重之水腫者，大概為齒槽膿腫 (Alveolar abscess) ——詳見第二十四章。

第二十七章 鼻病之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE NOSE)

鼻病之因重主要徵候爲(1)鼻衄，(2)排洩分泌物，(3)阻塞，(4)變形，故在分述各病診斷之前，最好先述此主徵：

(1)鼻衄(Epistaxis)或鼻出血，可因外傷而生，或爲特發性；外傷或爲鼻本身直接受打擊，或爲顛底骨折所致；特發性者。可因局部充血，血管痙血，血液狀態之改變，鼻粘膜潰瘍及鼻內血管新生物之血管破裂而起，特發性鼻衄若發生于年輕健壯之人，尤其鼻衄前有面紅，耳鳴，暈眩，及頭疼諸症者，多由于充血而起，發作于發熱，或患肝病之病者，則可有血液改變及充血二種原因。由鼻受打擊充血所致之反覆性出血。最普通之原因爲鼻中膈前下部一側或雙側有擴張靜脈疝。以開張器易查見之。健康成人之鼻大量出血，有時可因鼻潰瘍致一動脈穿破而起。在年長者，先有腦充血症狀，而流出暗紅色靜脈血者，此爲充血所致。但若血色鮮紅，流出決速，尤其是發生于有表淺血管彎曲擴張之患者，約因粥樣化動脈破裂而起，驚人大量之出血，亦發生于血友病(Haemophilia)患者。

(2)鼻分泌物：其性質可有種種變異，或稀淡如水，或爲粘液膿性，或膿性或粘液，或血水樣，或參雜以惡臭之血痙，或絕無臭味，亦或臭味驚人，粘液或粘液膿性分泌物，係因急性或慢性之鼻炎所致，膿性分泌物可由上頰竇積膿，鼻粘膜潰瘍，外物嵌入，或癢癢，篩竇，蝶竇內化膿而起。血水樣膿液之排洩，爲鼻粘膜潰瘍，或爲急性病強度充血之表示。臭味腐臭之排洩物，表示曾在鼻內滯留及分解，常與梅毒性粘膜炎，及萎縮性鼻炎有關。

分泌物流出之樣式，亦可供吾人以消微分泌物帶流不變者，約爲鼻腔本身之分泌，流出有甚顯明或不甚顯明之區別者，必因近旁另有竇腔，內蓋分泌液，而後時時流出，若頭于患側之對側，側臥時，有液體大量流出者，其分泌液大都來自上頰竇。若位置對於流出無何影響，則約來自篩竇或其他房竇。應詳查其局部之疼痛。額部，頰部及上齒槽部之疼痛，每暗示上頰竇之疾患。如疼痛處在眉弓上，眉與髮際間，則約爲額竇之疾患。若疼痛在眼後或枕部約爲蝶竇之疾患。若疼痛在鼻根上，則爲篩竇病之徵。至額竇病者，其疼痛每開始于早晨，至晚即自行消除。

(3) 鼻阻塞——鼻阻塞病者，呼吸不靈暢，說話時有翳閉之鼻音，少數病人亦有溢淚症狀，阻塞可因鼻中隔位置異常，鼻壁或其鄰近腔中有新生物凸出。(粘膜炎腫，鼻中隔距狀突，癌肉，血腫，膿腫及上頰或其竇中之肉瘤及癌腫等)。在小兒，尤爲單側鼻道阻塞，多爲異物所致。同樣之呼吸阻礙，可發生于腺體慢性感染病之後，及鼻竇部之瘤腫，與軟聘粘着于咽後壁時；至於粘膜炎肉致之阻塞，其症狀在潮濕天氣較乾燥天氣爲重。

(4) 鼻畸形 (Deformity of the nose) ——可爲先天性，可爲後天性。後者可爲外傷性，如鼻直接受暴力打擊，或爲突發性，如鼻發育不全，鼻中隔偏歪，鼻骨架破壞，及鼻形塌陷，或因鼻腔內瘤腫進行性生長，致鼻腔擴大，此數種鼻形改變之區別，自甚明顯。常鼻腔竇徑擴大，眼被推出，二眼距離增大，好像是得了軟骨瘤或軟骨肉瘤，畸形可使面容醜惡，稱爲『蛙面』 (Frog-face)。

鼻之檢查——首須檢查鼻外形之改變，以指壓其一側鼻孔，疾患者用他—鼻孔作深呼吸，二側鼻孔均如 考查之，再輕壓其鼻尖，在良好光線下檢查其鼻前孔，及鼻中隔，並找尋有無鼻中隔之

偏歪，鼻前孔之潰瘍，或鼻息肉之存在，鼻腔之檢查，須導入以窺鼻器，并用返光鏡將強光射入，注意其內外壁之狀態，鼻腔空竇之大小，及分泌物之性質，如發現有鼻鉅狀突，新生物，則須以探針觸查其硬度及活動性。分泌物為膿性時，必須根據疼痛，以測定膿係由何處流入鼻腔內，來自中鼻甲之下者下鼻甲之上者，係由上額竇，額竇及前篩骨竇分泌而來。由中鼻甲之上部流出者，係由後篩骨竇或蝶竇分泌而來。後鼻孔之檢查法有二：即以手指探入軟腭後方檢查之，或以『後鼻鏡』檢查之；後鼻鏡係一小返光鏡，伸入放於軟腭後兩腔內，由檢查者額鏡之反射光線經口腔而檢查之，若病人在麻醉狀態下，可以手指探入軟腭之後，作詳盡之檢查。

鼻副竇，加上額竇，額竇及篩竇等所起疾患之狀況，可以出『澈照法』檢查之；于暗室內置小電燈于病者口腔內，眼眶內背之下方緊閉其口，而比較其顯于鼻者面頰部兩側之光亮及陰影度。

依照上述諸法檢查鼻病，顯然可分為數類。(1)顯著之呼吸阻塞。(2)鼻腔通暢，僅有分泌物排出。(3)鼻分泌物有刺鼻奇臭，稱為臭鼻。

1. 無鼻塞分泌物亦無任何臭味者——如鼻分泌粘液或膿性粘液，則知其為慢性鼻炎 (Chronic coryza) 若嬰兒顯吸吮困難且有流涕。此為遺傳性梅毒 (Inherited syphilis) 之特徵。若有分泌物同時鼻粘膜肥厚，且不平等者，則為肥厚性鼻炎 (Hypertrophic Rhinitis)。此肥厚之粘膜，外觀或似癌肉，但探針觸之，并不能隨意運動，而加古加炎 (Cocain) 及腎上腺素 (Adrenalin) 後，立即縮小。鼻粘上之裂口及小潰瘍，大都為海毒性，故應為檢查，病者是否尚有其他梅毒症狀，中年及老年人有時可見其鼻粘膜發紅，易受刺激，有乾痂粘連不下，或有稀薄水樣排泄物者，則為濕疹 (Eczema)，常見于梅毒患者。

設膿性分泌物較多，定期排出，在頭側臥於患側對側時，或用力鼓氣時或更多者則為上頰竇積膿 (Empyema of the maxillary antrum)。上排牙齒若有齲齒，更可支持此診斷之確實性，此種病例，多無頰竇膨脹症狀，病者可自覺有舒適之臭味，早晨每因膿分泌物垂入咽腔每致有惡心吐嘔之味覺，可查見其膿在下鼻甲之上方流入鼻腔，愛克司光檢查時，此竇亦暗濁無光，上頰竇化膿所致之疼痛常擴展到眶緣周圍，頰部，上列牙齒及鼻，或下行延及到頸之一側惟其最確實之診斷，總要賴於上頰竇穿刺，設膿持續由鼻甲前部上面流出，兼有頭疼不限症狀，膿之流出亦不受位置之影響者，約因頰竇化膿所致，前額自覺疼痛及頰部之壓迫痛症狀，可加強此種診斷，至確實之診斷，則須賴於愛克司光之證明，鼻樑與兩眼間疼痛及鼻中道之排物，為前篩骨蜂窩疾患 (Disease of the ethmoidal cells) 之特徵。若見膿由中鼻甲上方流入鼻咽部者，此約係由後篩骨蜂窩 (Posterior ethmoidal cells) 而來，探針每可發見其中有裂死之骨片。

鼻腔時有清水樣分泌物，兼有陣發性噴嚏者，為血管舒張性鼻炎 (Vasomotor rhinitis)，此亦可為一輕度鼻竇病之一症狀，所有寫例，皆指示其鼻粘膜有刺激症狀。枯草熱 (Hay fever) 亦即為此病之一型。

設在頭部外傷後，其一鼻腔持續或間斷流出稀薄水樣液，而通暢自如，無何障礙者，此液亦許為由腦蜘蛛膜下腔流出之腦脊。

2. 具鼻——具鼻之直接原因為纖毛脫落，而使鼻液停滯變乾，自行分解，長久積存所致，此現象可為晚期梅毒之表徵，亦可為萎縮性鼻炎 (Atrophy rhinitis) 之現象。前者有清楚之梅毒病歷，瓦氏陽性反應，且除粘膜萎縮有乾痂外，鼻甲亦萎縮，鼻腔隨

之擴大，探針每可探查露之壞死骨片。

萎縮性鼻炎患者，多為窮苦階級之年輕婦女，但絕無壞死骨片發生，近年此病已少見，惟對於異物嵌頓亦可致腐蝕性分泌物之實事，慎勿疏忽。

3. 鼻腔阻塞——(1) 若鼻與帶黃色或藍色半透明所充滿，易為探針所推動推移，呼吸時亦顫動者，為粘膜炎肉 (Mucous polypus)，癌肉生長緩慢，絕不致有尋之常大量出血，但可致流淚及嗅覺失去，慢性長期之患者，其鼻樑顯著擴張並有輕度慢性水腫，在潮濕天氣較乾燥天氣，更為痛苦。

(2) 鼻腔檢查時，若見有自外壁凸出之柔軟粘膜色或暗紫，不為探針呼吸移動者，稱之為鼻下甲粘膜炎，常見於慢性鼻炎患者，易與鼻粘膜炎肉混淆。

(3) 若鼻腔為一色深紅或蒼白稠之堅硬之物體所充塞，且曾有多次之鼻衄者，外科家常診斷為纖維性癌肉 (Fibrous polypus) 但稱之為肉瘤或更適當。此病殊少見，偶見於年輕少壯者，癌肉繼續生長，鼻腔強度膨脹，穿越鼻中隔，二眼距離因之增長，充脹上頰竇，並凸入咽部及口腔。

(4) 檢查鼻腔阻塞者之口腔時，在軟腭後見到淡圓，色藍，半透明之瘤體，用手指可以自其周圍自由通過者，為竇鼻後孔癌肉。由一側之上頰孔向後凸突所致，性質雖簡單，但以圈套器或鉗子除去後，仍可復發。

(5) 鼻中隔偏歪 (Devia of the septum) 或中隔上癭生距或阻狀突均可使鼻之一腔阻塞視診易于檢出。

(6) 若鼻中隔向二側凸出，或凸同一側而他一側未見凹陷，則為中隔腫瘤應詳查其為固體抑或液體，在為液體性且腫脹迅即形成，紅而疼且者，則為急性膿腫或為化膿，血膿腫若為液體性

經過，不甚疼痛亦不水腫者，則爲慢性脹腫，若腫脹硬固，而稍柔軟者，則爲軟骨瘤 (Chondroma)，若爲石樣，絕不顯柔樣之物，則爲骨瘤 (Osteoma) ——鼻中膈血腫參見第六章——。

(7) 若在鼻腔內發現圓布硬之物質，不緊連二壁者則爲異物，病者或有外物引入之病歷，取出檢查，可見其爲豌豆，或小寶石，或廢紙一束，或爲其他類似之物質，此種異物可在鼻內停留數年之久，若有結石樣性質，則爲鼻結石 (Nasal calculus)，結石常繞異物之周圍而形成。

(8) 疣 (Warts) ——時見于黏膜長面上，由其微細分枝之表面，立即可與其他瘤體鑑別，探針觸之很易出血。

(9) 如鼻有阻塞音，但發現其並未全阻塞，鼻腔尚通暢，則應以後鼻鏡 (Postnasal mirror)，詳細檢查其後鼻孔及鼻咽部，後鼻鏡不能檢查時，可以手指觸驗之，如檢查該處有軟物體存在，且其上有深陷縱溝，此爲腺樣增殖體，或此部淋巴組織肥厚，此常發現於脆弱之小兒，且每與扁桃腺肥大 (Hypertrophy of the tonsils) 並存，腺增殖體之傳染可致鼻內出血及阻塞。由此阻塞之徵候症狀，爲其特殊之扁平鼻孔，開口呼吸，呼吸時上唇翻動，且有耳鳴，耳聾，早晨有稍許血分泌流入咽內，慢性鼻炎。或有鼻齶病之併發。

(10) 如一側鼻孔阻塞漸次增進。尤其在阻塞前由阻塞時有膿血之小出血，且常作疼者，此爲惡性瘤侵入鼻腔之特徵，應詳細檢查，有否有腫脹及骨變形，瘤腫有否突入鼻腔及有無淋巴腺腫大等，此瘤之表面，常爲腐爛樣，探針檢查時，易使出血。

第二十八章 口腔，扁桃腺， 咽喉及食道疾患之診斷

DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE MOUTH.

TONSILS, FAUCES, AND OESPHAGUS

口腔 Mouth:——頰內粘膜常為上皮增厚所成之白斑 (白癩病 *Leucoplakia*.) 同樣在舌上疾患如梅毒性或消化性潰瘍，乳頭狀瘤，粘膜下纖維瘤，上皮癌，均可在該部發生。

在口腔粘膜發生急性，表淺性，甚痛之潰瘍，其邊緣鮮紅，基底呈灰色，是為消化性潰瘍潰瘍常為多發性，且易復發，此多見於慢性消化不良之患者。

粘膜斑 (*Mucous Patches*.) 因其本身稍凸起，呈白色，在潰瘍表面之滲液或抓傷其表面所生之滲液中查出梅毒螺旋體，即可識別之，且常有二期梅毒之他種症狀，其瓦色曼反應，概為陽性，梅毒性潰瘍 (*Syphilis ulcers*)，形不規則而彎曲，常為匍行性，稍有凸起，邊緣銳利，結果遺留一堅硬而陷下之瘡痕。

乳頭狀瘤 (*Papilloma*.) 長出於粘膜之外，帶有無不定，其粘膜下組織，無浸潤現象，藉此可與上皮癌鑑別，但若因咀嚼運動損及瘤之本身，則可形成潰瘍。

粘膜下纖維瘤 (*Submucous fibroma*.) 為堅硬性結節，上覆有健康之粘膜組織，結節生長緩慢，且有生蒂之傾向。

在此地之上皮癌與他部者同，皆藉粘膜及粘膜下組織之浸潤狀潰瘍之表面及早期淋巴腺傳染等主要症狀而識別之。

上皮癌常見於口底部，通常由舌繫帶附近發型，由病徵可資辨

別之，業已於頰內上皮癌中提出，此癌腫亦可漸致舌呈固定狀態及病部表面固定於或蔓延侵及頷部；流涎，疼痛，不潔之溢液均為其遷發症狀。

在腮腺管口可以看到，或觸知有異物或涎腺結石存在，或看到有膿液從管口外溢，用手指放於舌頰間沿其溝探之可發現一微覺硬固之腫脹，此即涎腺石。患者常訴覺此部位疼痛，硬固，及下頷腺腫大，且每於進食時可以察出其脹大，休息時則縮小，結石周圍傳染結果，可形成口底部潰瘍，因其下有結石故其基底硬固，易與上皮癌相混亂，但患者之病歷及結石摘出後即痊癒，可作其正確診斷。

口底部發生一球形表面平滑波動性腫脹致舌變位及阻礙其運動，此即為舌下囊腫。其種類概分之如下：——

(1) 囊腫發於口底，表面覆有薄而健康黏膜，且外觀藍色透明，是為粘液囊腫或稱腹膜腫 (Ranula)。

(2) 囊腫位於中線突出於口腔頷連合之下方，透過黏膜觀之呈灰白或黃色，此為甲狀舌管之皮樣囊腫。

(3) 如囊腫具有此等共通特性，但其地位在舌旁之下，僅位於一側頷下而向頸部突出，此為腮囊腫 (Branchial cyst)。

在此部位發生之柔軟，有移動性，且呈分葉狀之腫塊則為脂肪瘤。

脣部：——檢查脣部第一要注意其一般形狀，及完全整否，其為狹窄且呈高弓形者，為發育不完全之結果，且常有腺樣增殖體之併發，有時可因先天性梅毒而生先天裂 (Congenital cleft)。可因其中間位置而識別之，有僅累懸垂者；有懸垂，軟脣及硬脣後部邊緣同時受累者，更有向前蔓延達齒槽突起者，在齒槽夾之裂縫，其位置不在中部，僅在上頷骨間 (Intermaxillary bones)

之一邊或兩邊，可僅發生於齒槽突起而不累及膠本部者。後天性穿孔，幾全由海毒性潰爛及壞死所致。在極少數病案乃為傷害或手術之結果。藉其位置，形狀及結疤組織之存在足與先天性裂區別。

若軟膠部鮮紅色，且患者不覺或僅有輕微疼痛，此時應注意檢查有無其他第二期梅毒症狀；因該病在此期中常可發現丘疹，或稍高起扁平狀之類藍色粘膜炎也。

膠部之潰瘍——如潰瘍位於淺面覆有灰色肉芽組織，且有疼痛此恐係結核性潰瘍，若病者同時有舌部，咽部或喉部之結核病，或於潰瘍表面分泌液中發現結核桿菌者，則診斷更為確實矣。若起於臼齒後方之慢性潰瘍蔓延及膠部，一面癒合而在他面則繼續蔓延是為第三期梅毒潰瘍。若膠部潰瘍深凹，邊緣及基底有腐蝕性兼有骨質性壞死者，此為梅毒樹膠腫性潰瘍，此等潰瘍常甚廣大及累至咽部及膠部，且癒合後常遺留膠穿孔及疤痕性變形，陽性瓦氏反應更可確定其診斷也。膠部潰瘍具有堅實浸潤性邊緣，及基底表面不平，或高起如疣狀，分泌惡臭之漿液膿性液體，此為上皮癌 (Eithelioma)。下頷角及在脛鎖乳突肌上份下之淋巴腺發生浸潤及此病潛伏性之形勢，持續性之擴大以及患者之年齡，對診斷上預為重要，祕部之單一潰瘍，稍高起於普通表面。基底堅固，表面平滑者最多為硬性下疳若發現頸部有幾個堅實可移動之淋巴腺或在潰瘍表面分泌液中查出梅毒螺旋體，或後來發二期梅毒症狀者，則診斷上更確實。

膠部之腫脹——靠近齒槽突起之波動性腫脹，最大之可能性為齒槽膿腫，可為急性，亞急性，慢性。復發膿腫，可以向口內穿破，見竇中排出少量膿液，藉此指引可達齒髓根部，此種腫脹可能為種軟性肉瘤若然，則穿刺時，抽出者為血液而非膿，膠部堅固之腫脹可為樹膠腫或單純瘤腫，或惡性瘤腫。若腫脹之中心部軟

化，或有潰瘍形或及基底腐崩，瓦氏反應為陽性者，此即為樹膠樣腫 (Gumma)。若瘤腫界限甚顯明，上覆正常粘膜，生長緩慢曾一度停止進行，且表示其無軟化及潰瘍形成之趨勢，限局在腭部之口面，此為單純瘤腫，摘出後經組織檢查，當能明其真確性，腺瘤，纖維瘤，及混合瘤均可在此部位發生，若瘤腫生長迅速浸潤及粘膜或呈菜狀，穿經粘膜直達齒槽突起，或鼻部及氣管，此為惡性瘤腫，屢經常被上顎竇內生長之腫瘤所壓陷。

若患者有急性之嚥下困難及呼吸困難症狀。外觀上喉部非常腫脹軟腭非常腫脹并有水腫現象，甚至遮蓋咽後部，此情況為急性水腫性咽炎。

扁桃腺——Tonsils；(1) 增大；若為急性腫脹，外科醫生必須詢問患者，其炎症是否是續增加，或已經減退，並宜注意粘膜之顏色，假膜，潰瘍，腐肉之存在，其他各部有否突出點，觸之有無敏感，或有波動，病灶週圍是否有水腫，患者之體溫及一般狀況必須仔細觀察之，若腫脹為慢性，則須注意其病期，病況，生長之速率，實度，增大之限度向腭部或咽部伸展之情形，粘膜之狀態及頰部淋巴腺之狀況。

1. 若為急性腫脹，呈深紅色，咽門前柱水腫(舌腭弓水腫)，發癢，吞嚥時患部甚痛，及因咽部粘澀而感到不舒服，此為急性扁桃腺炎 (Acute tonsillitis) 若腫脹增劇，有嚴重之搏動性疼痛，腺體本身軟化或翻出突出小點，或有波動者，此為扁桃腺膿腫，普通稱為濕性扁桃腺炎 (Quinsy)。若在表面發現小豌豆大黃白色腫起，或因小膿腫穿破後形或潰瘍，此為瘡泡樣扁桃腺炎 (Follicular tonsillitis)，此種潰瘍可以融合而成為一大潰瘍，呈潛伏性及腫脹邊緣發現假膜現象，或急性潰瘍形成時，應用棉拭子 (Swab) 抹之作詳細之細菌檢查，特別要注意白喉桿菌之存在或 Vincent 氏咽

喉炎及梅毒螺旋體此二種微生物可與 Vincent 氏咽喉炎同時存在，白喉之假膜迅速由扁桃體向上蔓延到腭上部而 Vincent 氏變形桿菌仍在扁桃腺上，此二種病均有輕度發熱及頸部淋巴腺腫大。

2. 若扁桃腺為慢性增大，外科醫生應區分其為肥大或為惡性腫瘤，若增大為兩邊或僅為一邊者，且僅限於腺體表面，為健康之淡紅色，且有陷痕出現，增大緩慢或完全靜止，除變為急性發炎外，概不至有若何疼痛，此為肥大之現象，此種情形，在小兒極為常見，且大多伴發頸部上份淋巴腺慢性腫大，此遲早可證明其為結核病變，有許多病案將扁桃腺作詳細之組織檢查，始可知其為結核病。

3. 扁桃腺一側腫脹為持續進行，可達甚大之體積，而連累及咽門柱，上覆以可成潰瘍之蒼白色或極薄之粘膜，下頷角後淋巴腺腫大，此為惡性腫瘤此種腫新生物較肥大柔軟。肉腫，及癌腫均可侵犯淋巴腺，此二者不易分別，在年青人則多為淋巴肉腫，(Lympho-sarcoma) 但中年以後者，可為癌腫，但後者終較前者為少見，在腫瘤成大潰瘍時，可顯花菜樣，甚易出血。

(2) 潰瘍 Ulcer ——

1. 因小膿疱穿裂而形成之小圓形黃灰色潰瘍。稱為潰泡性潰瘍。

2. 咽門部表淺潰瘍呈微紅色，無硬結，此為第二期梅毒潰瘍，應檢查有無梅毒螺旋體存在，扁桃腺常為粘膜炎之好發部位。

3. 若潰瘍深凹，邊緣峻峭，而銳利基底呈不潔之灰色一周無顯明之硬化及腺體之腫大，此為樹膠腫性潰瘍。

4. 若潰瘍為單獨性者，不痛，周圍有顯明之硬固，下頷及頸部有數淋巴腺腫大，硬固且甚活動者，此為硬性下疳。若有續發性之現象，當然可以確定診斷，但仍須尋找梅毒螺旋體，以求得到早

期之確實診斷。

5. 若潰瘍為單獨者，基底咽固不平，或如疣狀及厚而密之外翻邊緣，由扁桃腺起始蔓延達舌部及腭部，且下頷角下，胸鎖乳突肌上部之淋巴腺腫大，此為上皮癌。

鼻咽部 Naso-pharynx：——檢查鼻咽部應注意鼻呼吸暢通與否，用反光鏡觀察軟腭後部，檢查時注意有無分泌液降入咽部，或在該處有瘤腫凸起，檢查成人時，有時直接用手指檢查之，小兒之鼻呼吸梗塞足以阻礙其鼻及面部之發育，所有在鼻咽腔之新生物，可迅速致成耳聾，在此生成之惡性新生物，因向顛腔內伸展可發生腦腫瘤之症狀。

(1) 小兒腺樣瘤增殖體之診斷。(見第二十七章)。

(2) 成人發聲時有鼻音，口呼吸，鼻甚狹窄，腭部成狹而高度弓狀，上頷牙齒之排列甚擁擠，此概因早年有腺樣瘤點之故，但此種患者於臨床檢查上，在鼻咽部可以無所得。

(3) 若為平滑，呈灰藍色或黃色，形圓甚軟之腫脹目見或知其掛於軟腭後者，是為靈鼻後孔瘻肉。(參見第二十七章)

(4) 鼻咽部發生較腺樣瘤增殖堅實之瘤腫或形成潰瘍且致單耳聾，同側軟腭固定，口不能脹大及三叉神經痛，此為上皮癌。胸鎖乳突肌上份下之淋巴腺迅速腫大及固定，且失去原有外形，此種患者，常為男性青年人。

咽部 Pharynx：——粘膜之急性發炎，多為口鼻，咽部急性炎症擴張之結果，慢性炎症多見於嗜癮者及演說家，粘膜充血有條紋狀及黏稠液或見白色及小點狀之增大濾泡，梅毒性潰瘍可發生於咽部，纖維瘤 (Fibroma)，腺瘤。及肌瘤則甚少見，但有時可見無蒂或有蒂之新生物，急性腫脹且咽後壁向前凸脹發生呼吸困難及嚥下困難者，此為急性咽體後壁腫。小兒時常因鼻面部病灶引起咽後

壁淋巴腺急性發生炎之結果，至於成人，此種腺體已消失，膿腫常直接因咽部創傷感染之結果，咽後壁凸向前圓成圓形而柔軟之腫脹，進行甚慢者為慢性咽後壁膜腫，或為動脈瘤，候時注意有無搏動即可區別之。

咽上皮癌——此病有數重要之分類，如於喉門之上或梨狀窩中或在喉門之下。喉上部之上皮癌起於會厭或破裂會厭網壁成圓週形蔓延環繞喉部致發生聲嘶，呼吸困難，嚥下困難，梨狀窩中之上皮癌，長時間潛匿於深腔中，甚易忽略，此期之病徵為輕度嘶啞，一側破裂會厭網壁有水腫樣腫脹，在腫脹與咽側壁之間有粘液膿性之分泌液，沿頸動脈鞘之淋巴腺早期即腫大。由頸部凸起喉下部上皮癌，早期有顯明之嚥下困難，此病多見於中年婦人，其他二者在早期即可侵及頸部淋巴腺腫大，此症狀常引起病者注意。

食道 Oesophagus：——食道疾患最常見之症狀，為嚥下困難，為便利起見，借嚥下困難病例之討論，以說明食道疾患之診斷，嚥下困難由以下原因所造成。

(1) 舌，腭，咽，食道等部肌肉之痙攣或麻痺。

(2) 咽腔或食管之梗塞，可因以下原因所致。

1. 壁部腫脹，
2. 管腔狹窄，
3. 外部壓迫，
4. 新生物由內部伸展。

(3) 吞嚥動作疼痛可因：——

1. 吞嚥肌疼痛。
2. 圓形食物經過其表面所生之感覺過敏。
3. 吞下時之動作部發生分敏感作用，

研究嚥下困難之病例，外科醫師，第一要注意患者之年齡與性

別，初起之情形，爲漸進抑爲突發，困難之時限及殘留物之分量，醫師須親自觀察患者下嚥情形，檢查嘔吐食物及液體注意其分量反應，及氣味，仔細檢查口，頸及胸部，尋找有無腫脹，腫大之腺體，及其他部位之改變，特別要注意動脈瘤患者之病歷應詳加詢問，特別要其曾否嚥下灼熱物或腐蝕物，骨片，假牙齒或其他異物之嵌入，及神經現象存在——功能性或器官性。

時鐘可能時須在愛克司光影幕下檢查病者，觀察吞嚥不透明之銀質合劑時之動作情形並攝愛克司光片，用此方法不但可以發現阻塞之地位，且可觀察其狹窄之特點，程度，範圍，形狀，及上部食道擴張狀況，仔細用食道鏡觀察之，可見內部異物進入或橫形固定在食道上。潰瘍狹窄，新生物或食道外部所致之壓迫，動脈瘤之搏動亦常可看到，食道探子或探針係僅於用愛克司光或食道鏡無效時用之，因探時可生危險也，成人食道長度自幽門至胃部約爲十六吋。

青年人之嚥下困難常由於先天性畸形。過過中年之患者多爲惡性疾患之結果。因賁門痙攣而引起之嚥下困難，普通女子較男子爲多，但並不限制全爲女性，惡性狹窄則男子較女子爲多見。而驟然發生嚥下困難及指示由於嵌入異物或痛性撕裂傷所致；或爲食管中有潰瘍形成。炎症腫脹之壓迫及肌肉痙攣之結果，惡性狹窄之存在，常因未十分咀嚼之食物塊經過該狹部忽然覺得困難始引起注意者。嚥下困難逐漸生成者管壁緩慢而來。(狹窄)或因食道外部之慢性腫瘤，動脈瘤或其他瘤，可因腫脹壓迫所致，間歇性之嚥下困難多因賁門痙攣或似個盲囊之間歇性壓迫所致，嘔吐物在長時間內吐出者爲即指示有盲囊之存在，並可知其大小，或爲食道之擴大，有時患者常可指出梗塞之水平部位。

(1) 初生嬰兒其吮乳動作正常，但不吞嚥，吸入之乳仍由口流出，同時嬰兒亦消瘦甚快，此爲咽與食道相接處有先天

狹窄用彎曲金屬小探子探時可確定其部位。

- (2) 中年人下嚥食物覺有困難，且進食時困難更劇。於頸部可逐漸生成界限不清之腫脹，此由於咽盲囊。所致壓迫該腫脹部位，可令之嘔吐食物。人工使之空虛或自然空虛時，則吞嚥可立即消失，有數病列在腫脹中所含者，僅為空氣，叩之有鼓音，患者食物中混以氫鹽，用愛克司光檢查之，可看出盲囊地位，大小，及形狀，在盲囊口之對側常有狹窄。
- (3) 若嚥下困難進行甚快時，應疑其為膿腫之壓迫所致之結果，若於頸深部或咽部看到或摸到有柔軟或波動性腫脹。於胸鎖乳突肌之下發現突出時，則診斷甚易清楚，此種膿腫，可為急性者，徵為傳染所致，常伴有發熱及嚴重病狀，慢性伴有脊椎結核病，脊柱強直或上部胸椎之角形彎曲，均有助於診斷。
- (4) 若嚥下困難突然發生，立刻變為完全性，此或全因某種食物所致，在其持續期內，可達相當時間，或發生改變，甚或至於完全停止，在透視上可見阻礙是在贛門部，上部食管擴大或顯明之壅瓶狀，此為贛門壓窄或喪失弛緩性之病例，患者多為中年女子，但其感染並不限於年齡及性別。
- (5) 逐漸增長之嚥下困難於頸部或縱膈中伴發增長之瘤腫時。除非能證明確實在食道內部有內生性之疾患者外，則概由外方瘤腫壓迫所致，如動脈瘤，良性或惡性甲狀腺瘤腫或其他部惡性新生物，或腫大之淋巴腺團等是。或食道亦可先發生原發性惡性瘤腫，致頸部淋巴腺發生續發性感染而變大。
- (6) 漸漸增烈時常常發生之嚥下困難，呈相當消瘦，且不能證明有腫脹性之壓迫，則指示為食道狹窄若有梅毒史且有

咽樹膠腫之症狀，此為海毒性狹性狹窄。有吞嚥腐蝕液病史者，可見其管壁為摺向內，呈灰色此為變良性狹窄外傷性狹窄係潰瘍結果，潰瘍可由於異物滯頓或外傷而形成，若無潰瘍形成之歷史，應思疑其為癌腫。患者年齡。吞嚥困難症狀之繼續增進，迅速之消腫及頸部淋巴腺之腫脹等，有助於診斷，食道鏡可視患部變色，彈性消失，不平坦，表面腫脹或潰瘍，愛克司光檢查上見腔中呈不規則狹窄，約時許，其下部並無顯然擴張。

- (7) 急劇疼痛及下嚥困難，發生於急迫嘔吐或吞嚥過大或太熱食物或尖銳骨片後，此係因食道擦傷所致。此類症狀可遷延相當時日。若進以柔軟或流體食物症狀即可消失。
- (8) 在急迫嘔吐以後，患者立刻發生虛脫。胸骨後部裡痛，恐係食道破裂。若患者不死於虛脫則縱膈化膿病徵可隨之發生。
- (9) 咽部無顯明原因之反覆出血，並非因動脈瘤，潰瘍，惡性癌等所致，此或係食道癌所致。用食道鏡視之，可見到藍色靜脈。

第二十九章 舌病之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE TONGUE)

亦如身體上其他部份外科疾患之診斷一樣，決定一舌病之性質，必須首先研究其病歷——先天性，或後天性；起病之久暫，進行之快慢；病人之嗜好，特別是因爲飲酒，吸煙，或牙齒銳則邊緣之刺激；以及既往症，及併發病，如梅毒結核病等之有無。

對於舌病之檢查應按下列所示之次序：——

(1) 令病者張開口，注意舌之大小，及形狀；舌有時能相當的增大，因此常不能置於口內，而露於外方；且有時稍大，恰爲牙齒所壓出齒痕，此外舌亦可完全缺如，或較正常爲小；能裂成溝紋或結癭。

(2) 令病者竭力伸舌，查其是否能適度伸展，並且是否對稱；然後令病者轉動舌尖，查其運動是否自如；舌之動力可因數種先天性畸形：——如舌繫帶短縮，發育缺損及舌外肌之發炎，與營養生物之浸潤；舌至齒槽部，腭，喉頭，之粘膜減少彈性，或舌肌麻痺等，而使舌運動減少；若單側有上述諸情形之一，或一側較他側加強；則舌之運動即不對稱。

(3) 觀察舌之表面，必要時先輕輕拭乾之，應特別注意其顏色，爲藍黑色，抑或較正常蒼白；舌變白（並非舌苔）乃表示上皮增厚；舌苔 (Fur) 之有無，乳頭之情形，增大或缺損，舌口面之變態：——囊腫，靜脈，小結，疣，或斑，及潰瘍，或裂瘻 (Fissure) 之存在，位於舌邊緣在咽前注與舌交處之葉狀乳頭，有時能增大及分裂，此並非病理現象，但有時誤認之；若仔細與對側比較，即可避免誤會。

(4) 利用視覺，及觸覺，以決定舌面或舌內有無瘤腫，舌瘤腫之形性，應特別研究者，為其所在地位。——僅在舌表面，或深入組織內；若在表面則是否有帶或無帶？其表面是否平滑或呈乳突狀？瘤腫之堅實度，僅限於舌部，或延伸及下頰，腭及扁桃腺皆須注意。

(5) 若發現一潰瘍則應注意下列諸點。

1. 病歷及有關情況——任何損傷，不論由外界暴力所致，或由銳利牙齒，或不良齒板刺激所致，皆屬重要；有無消化不良及回瘻過去疾患，或梅毒之歷史，並注意慢性舌炎，結核或梅毒性疾患以及汞毒性口腔炎之任何症狀。

2. 年齡——幼年易患疱疹性潰瘍，成年之早期則多為梅毒性潰瘍，而中年以後，則以上皮瘤腫為常見。

3. 時限——疱疹性及消化不良性潰瘍，為時甚短；梅毒性潰瘍為慢性者，上皮瘤腫則其進行為繼續不斷者。

4. 地位——樹膠腫性，結核性，及消化不良性潰瘍，通常多在舌背部；上皮瘤性，疱疹性，及梅毒性裂隙，最常見于舌邊緣；下疳則多半近於舌尖端；汞毒性潰瘍則見于舌下面。

5. 數目——疱疹性，消化不良性，第二期梅毒，及結核性潰瘍，常為多發性者；原發性下疳，樹膠腫性潰瘍及上皮瘤腫者，則常為單獨發生。

6. 深度——深潰瘍為損傷性樹膠樣腫，或上皮癌之結果。

7. 基底及邊緣——注意潰瘍之基底是否硬固，及浸潤，腐壞或化膿，不規則或似蕈狀；邊緣是否肥厚，外，或為潛行性者，抑或為極少黃色結節之環基？此等症候有助於潰瘍之認識者甚鉅。任何潰瘍不論其在舌上與否，變為慢性時，皆會起硬固，潰瘍基底發生糜爛，常見於梅毒性者；在結核性者，則僅略現潛行性之邊緣；

樹膠樣腫者，于腐爛後，則其深潰瘍之邊緣為潛行性者；有堅固浸潤之基底，及邊緣，則為癌腫之特別表示。

8. 分泌物——由結核性潰瘍流出者，多為膿性的；且上皮腐腫而出者，常為血水 (Sanious)，並有特別臭味；流涎為一類顯著之形性，但在早期之上皮癌及汞毒性潰瘍則例外。由第一期及第二期梅毒性潰瘍所流出之分泌物，常可在其中發現螺旋體。

9. 牙齒——亦須檢查，視其有無鏡利邊緣，有無齒垢 (Tartar) 之粗硬物與潰瘍相對。任何假齒，皆須留心觸摸，以查其是否有突起邊緣。同時牙齒之清潔，與其他疾患，及膿漏之存在，皆須注意。

(6) 淋巴腺之檢查——檢查淋巴腺時，應令病者取坐位，醫生立於其後，將指端放於病者頰下；並沿下頷骨水平枝向下頷角檢查之；次則接觸自頸至鎖骨之胸鎖乳突肌前線下頷之腺體；並與對側比較之；其後則立於病者前，將一指放於口底，他手則放於下頷骨下，檢查兩手間之組織，用此法常能按出在外面不能獨覺小而硬之腺體。

關於舌之淋巴循環有二點，頗有外科上之重要，舌緣之中份為一特別區，其淋巴道除通本側外，并與對側腺體相通連；其他則皆流入最鄰近之淋巴腺內，如舌尖者終於頰下淋巴腺，中三分之一者，則至頰下淋巴腺，後三分之一者，則至頸最上深部淋巴腺；有些淋巴道，則由各處集來，直接進入位於頸靜脈鞘附近在動脈下之腺體內。

(7) 顯微鏡檢查及血檢驗——有些情形必須利用顯微鏡，檢查由潰瘍所得之分泌物，以定其為由結核菌或梅毒螺旋體所致之病；有時可將潰瘍邊緣一小部份切除，或一小結之整個切除，以查其上皮之變態生長 (Down-growth) 及細胞巢 (Cell-nest) + 瓦氏反應，則用以為遲發性梅毒疾患之診斷。

(8) 治療之影響——有些病例由治療之結果，常可立即確定診斷，例如齶齒形齒或不良齒板之摘除，常能於數日內治療——潰瘍，此則證明其為外傷性者。施用驅梅毒藥物能很快使梅毒疾患消滅；但必須謹記，即碘化物對於惡性生長物能使暫時收效，此與梅毒疾患能完全治癒者不同，不可誤會。

舌之全部增大

舌之全部增大或由于巨舌 (Macroglossia)，或由于急性舌炎。巨舌為一種慢性疾患，先天性或生後不久即發現，其表面不平；且乳頭亦增大，并有由擴大之淋巴管形或小圓發閃光之突起。舌可增至非常大；其露出于口部份發硬變乾，表面乃起裂痕或潰瘍，下頷可因受壓而成畸形，此種舌病極易復發。

在舌發生急性腫脹，有痛並兼有呼吸困難，嚥下困難，顯紫藍色及受牙齒所壓迫，此為急性舌炎 (Acute glossitis)。此病能累及舌之一半，若在腫脹處可觸到波動，則為已成膿瘍之表示，損傷及傳染，汞中毒，碘中毒，寒冷及其他未明原因，皆可致本病。

粘膜之非潰瘍性疾患

(1) 于舌上見有一層乳白色凝塊，加以刮除後，露出一新鮮創面。在顯微鏡下可查出白色絲狀菌之芽胞及纖維，此為鵝口瘡。

(2) 于粘膜上見有淡藍色發乳白光之稍隆起斑，此為粘膜炎。須注意有無梅毒螺旋體之存在，及其他梅毒症狀。

(3) 淡紅色環狀或新月狀斑，在舌面散佈很快，好鑿于核黃；粘膜平滑，呈深紅色，無痛，能形成環狀并流涎，且治療無甚

影響，此為轉移性紅斑 (Erythema Migrans)。

(4) 舌背發黑，輕抹其表面不易拭去之，其不褪色區域。乃由於不能褪色過長之絲狀乳頭而致，為黑變舌。

(5) 舌表面乳頭消失，發紅，平滑，顯光澤，是為表淺性舌炎 (Superficial glossitis) 之早期現象，此常稱為『平滑閃光舌』 (Smooth glazed tongue)。

(6) 舌之表面缺乏乳頭，顯白色，此為表淺性舌炎之晚期症狀，稱為白斑病 (Leuco Plakia)。若上皮堆積或不平均疣物，並有皺紋及裂隙，此為表淺性舌炎之進行期，稱為魚鱗舌，此病可侵及舌之一部或全部乳頭表面，且各期可同時存在。乳頭破壞隨以上皮之增生為本病之特性，常易復發潰瘍，並特別容易變為上皮癌。

(7) 若白斑病之斑，漸成爲疣狀或潰瘍，其邊緣及基底發硬，同時伴發頸下或頸下淋巴腺之腫大，表示已轉為上皮癌。

(8) 舌表面發生皺折或成交錯線紋，並且在此等皺折及線紋中，能觸及堅硬束，此為海毒性硬化 (Syphilitic sclerosis)。此硬化深入肌組織中，但不侵犯粘膜。

(9) 自舌表面突起淡紅色或白色之微細乳頭，此為乳頭狀瘤 (Papilloma)，表面無潰瘍，基底之下及周圍亦無硬結，但有蒂，最常見于舌背，但亦可于舌下面見之，與年齡無關。

(10) 于舌緣或舌尖，有細微小結，并非全由表面長出，特別當其顏色及表面與鄰近之乳頭不同時，此可疑為上皮癌，應速為之廣大切開并行組織鏡檢查。

舌 之 潰 瘍

(1) 若潰瘍甚表淺，疼痛，緊張，有銳利邊緣，多發生者常

侵犯舌背及舌尖，且在唇或頰具有同樣潰瘍，此爲疱疹(Herpes)，疱疹性潰瘍，常爲一白色小胞，進行甚快且，常有輕微流涎。

(2) 復發性及慢性圓形或卵圓形之潰瘍，在舌背上有平滑基底，無硬結，亦無淋巴腺腫大，或爲消化不良性潰瘍，醫生應探討其他消化不良症狀。

(3) 若潰瘍在舌緣，粗糙，甚深，不規則，邊緣及基底無硬結，地位在齒石或齒角(angle of tooth)之對面，或鑲齒托之邊緣，此爲外傷性潰瘍。無淋巴腺腫大，若除去局部刺激原因，則潰瘍即可治愈，其診斷乃更加確實。

若外傷性潰瘍存在相當時期，其邊緣與基底增厚，則其與上皮癌之區別點：即除去局部原因是否可痊癒；及有無腺體腫大；外傷性潰瘍，可漸起上皮癌化(Epitheliomatous)。

(4) 舌發生腫脹，且有流涎，呼吸有惡臭，沿舌之下面及尖端有灰色基底之不規則變性潰瘍，牙齦亦腫脹，變軟或成潰瘍及退縮，此爲汞毒性潰瘍(Mercurial ulceration)，若病者能說明曾受汞之影響，則診斷頗易。

(5) 近舌端初起之個潰瘍，其邊緣與基底有顯明之硬結，且伴有頷下腺體之硬結及腫脹，似有下疳之可能。

(6) 在舌緣或舌端之淺在性裂隙，爲多發性者，進行慢且易復發，或爲梅毒性潰瘍。

(7) 舌背有淺壑狀裂隙；但鄰近之粘膜甚健康，此爲梅毒性之疾患。

(8) 舌背之潰瘍，凹入頗深，具灰色，且污穢有腐爛之基底，很小影響於舌之動作；且在病歷上亦可證實，初起爲一小瘤，後軟化破裂乃成爲潰瘍，此或爲潰瘍性樹膠樣腫。

下疳與第二期梅毒之診斷，最確實者，乃爲行分泌物內之梅毒

螺旋體檢查，潰瘍性樹膠樣腫之診斷，則賴瓦氏反應及治療效果。

(9) 若在舌端或其近處，有一淺在性發痛之潰瘍，有薄而潛行性邊緣，蒼白碎片狀之基底，周圍無硬結，應疑為結核性潰瘍，若病者有肺癆症狀，或喉頭結核，或由潰瘍面作抹片檢查，能查出結核菌，則此診斷更確實矣；此種潰瘍可單發或多發，亦可見于口腔及咽門，但較少見，近潰瘍之粘膜上或可見有黃色小結節。

(10) 中年或老年人舌上所見之潰瘍，基底堅硬，邊緣厚而外翻，有不規則疣狀表面；且有汚穢分泌物，淋巴腺亦腫大，此為上皮癌性潰瘍。此潰瘍患者男多於女，且多位于舌緣，常廣延至口底或腭及齒齦上，縱在早期於舌之運動即有影響，在伸出時，能使其向患側發生偏斜；至於其擴散時（其生長為緩發者）則更影響於舌之運動，而能藉此向下延至口底或下頷，此病常由一裂口，一疣狀丘疹，一白斑上之瘤，或一樹膠樣腫壁上之硬結，或一損傷性潰瘍而引起；所有此等可見之經過皆應具懷疑態度視之，而切除局部作病理檢驗，實不容遲緩，務使早期得確實診斷。

舌 之 瘤 腫

(1) 若一瘤腫為先天性者，青黑色或鮮紅色可以壓縮而無波動，此為痣 (Naevus)，其診斷常甚簡易。

(2) 由舌表面長出分枝之絨毛狀物，而舌本身并無硬結或腫脹，此為疣 (Warts) 或乳頭瘤 (Papilloma)。

(3) 懸垂或有蒂之堅硬生長物，外觀圓形，并有平滑及健康之粘膜覆蓋，此為纖維瘤 (Fibroma)。

(4) 在舌之實質上長出堅硬之浸潤性瘤，生長甚快，無痛，除因其體積略致妨礙外，並無其他苦痛；此為樹膠樣腫 (Gumma)；若更有陽性瓦氏反應，且經驅梅毒治療收效甚快，則此診斷更確實，

瘤腫可以淺在而細小；但亦可深入舌肌內而共體積變大；有軟化傾向，可起波動，終能成爲潰瘍。

(5) 若有小結發見于舌邊或舌尖，觸之則知由粘膜而起，堅硬且有明顯之生長，是爲上皮癌；若有一小結，見於久存之斑內或其邊緣上，此亦爲上皮癌，在舌邊或舌尖有一體積無定侵及肌層，堅硬而無軟化傾向；僅有磨損之表面，則亦爲上皮癌，在以上每種情形之下，若伴有淋巴腺增大，則其診斷更確實也。

舌之咽部之上皮癌，常爲堅硬有侵潤性者，終能變爲潰瘍；且很早即能妨礙舌之運動，但常易忽略。

若診斷有懷疑時，則可將整個小結，潰瘍或其邊緣相當部份作組織切片於顯微鏡下檢查之。

舌上皮癌主要特性。1. 常犯及粘膜。2. 散佈至舌肌層。3. 表面潰瘍化，但有時亦爲深在性。4. 淋巴腺受感染。

(6) 很少例其頸部之甲狀腺不見，而代以一舌甲狀腺(Lingual Thyroid) 該腺成爲中央性圓形靜止瘤位於舌後之中份。

(7) 其他及少見之硬固舌瘤腫：如脂肪瘤，軟骨瘤，囊狀神經瘤(Plexiform neuroma) 及肉瘤。

(8) 若有波動之瘤腫發見於舌實質；且有損傷歷史，其周圍組織腫脹，或緊張，則爲膿腫。

(9) 若有表淺性波動瘤腫，由粘膜長出，呈藍色，顯乳光狀，無痛，是爲粘液囊腫(Mucous cyst) 很小時不易接得波動，則其診斷可藉球光狀外形，透明，表淺位並無其他發炎症狀而定之。

(10) 若在舌上發現生長極慢緊張，球狀，具有波動之瘤腫，或粘膜囊腫爲深，亦無發炎症狀，血中嗜酸性細胞增加，可診斷爲包囊史囊腫(Hydatid cyst)

第三十章 頸部疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE NECK)

頸部外科之疾患可分為下列諸種：——

1. 腫脹

(1) 急性

(2) 慢性——(甲)液體性；(乙)固體性；(丙)搏動性。

2. 血管。

3. 頸部強直。

4. 甲狀腺之增大。

頸部淋巴腺特別易於患病，其診斷已於第十五章內討論之。

(1) 頸部急性腫脹，除少數病例由氣腫而致者外，皆由發炎而起，故醫生努力探尋發炎之部位，並決定其是否化膿或腐爛。

1. 若腫脹在淋巴腺固有之地位，疼痛而緊張，周圍無水腫，則為淋巴腺發炎。若在腫脹處可按得波動，則為急性腺體腫，應尋出傳染之局部原因；若然則類有助於診斷。

2. 若腫脹僅在頸之一側，而頭亦向該側傾斜，藉以減除痛苦，同時發炎部非常疼痛，界限不明，緊張，則可診斷為胸鎖乳突肌下蜂窩織炎 (Cellulitis)。若表淺部份有水腫，發光彩，且可按得深部波動，則為胸鎖乳突肌下膿脹；立即決定其是否化膿，頗屬重要，腫脹增加，緊張，有顯著之表淺水腫，且有發熱，皆應為之切開。縱然無波動，行之亦有價值，頸部任何其他份之蜂窩織炎皆可利用同樣特性以診斷。

3. 若一腫脹具有如硬衣領狀之硬結，伸展於下頷及舌骨間使此區之皮膚推向前提高；且能使舌固定。此可診斷為韋德維天病

喉炎 (Ludwigs angina) 此等腫脹進行非常快；且甚至即引起頸門水腫，蜂窩組織之壞崩，及致死亡之敗血症，最初僅於口底顯一竇而後漸引起組織之崩壞，唯有此等蜂窩織炎為特發性者 (Idiopathic) 始可稱此名；此可由於損傷及口部手術後所致成，或由頸部淋巴腺發沿而起。

4. 若皮膚腫脹界限不明顯；且表面積膜呈蒼紅色，甚堅硬，非常疼痛而緊張，表面可見小膿疱，或於皮上見數小孔；並露出軟而灰色之腐肉，是為癰 (Carbuncle) 癰可發生於任何部份；但以頸部為最常見，癰進行之快慢不定，但通常為單個發生；最常見於中年之多血質者 (Plithoric individuals)，尤其多見於患糖尿病病者 (Glucosuria)。

5. 若腫脹為一硬固而扁平或圓錐狀之皮膚突起，色深紅，界限清楚，疼痛且緊張，在頂端有小膿疱形成，破裂後則有皮膚下帶綠色之腐肉面，露出或侵及皮下組織，此為癤 (Furuncle) 如癰 (Boil) 即是癤，常為多發性者，雖多犯於頸部；但亦常遍及全身。

6. 若腫脹初起為潛色小水泡，其下基快形成腐流，(Slough) 而周圍有新起水泡圍繞，亦能交換結成腐流，水泡內液體應檢查其有無炭疽桿菌，(Bacillus anthracis) 若有之，則炭疽 (Anthrax) 之診斷，更能確定，此病初起併無全身症狀；但於局部病變後即有全身症狀發生。

(2) 頸部慢性液性腫脹，如膿腫，囊腫，或軟化之惡性新生物等應特別注意腫脹之地位，深度，粘連之部份，緊張度，外期有無任何硬固新生物或腫脹之併發或鄰近組織之疾患。病者之年齡，腫脹之時期，生長之式樣，進行之快慢，均應注意者也。

1. 若在淋巴腺地位腫脹，緊張度甚小與周圍組織粘着；且隨一硬塊發生之後而發生，或在液性腫脹下可觸得一硬固區域，此為

慢性結核性腺體腫(Chronic tuberculous glandular abscess)，若有其他結核病，或膿腫病史存在，則診斷更確，當膿腫表淺時，則覆蓋之皮膚潮紅，常誤認為急性膿腫，若能注意結核性膿腫，其發紅皮膚之緊張度，波動散佈於整個紅色皮膚面，則可避免診斷之錯誤。

2. 若腫脹在頸深部，橫於脊椎前不可移動；但自咽部能觸知一向前突出之腫脹，是為慢性咽後壁膿腫(Chronic retropharyngeal abscess)此等常可於胸鎖乳突肌之上份，或該肌之前下段近胸骨以上顯出。頸椎骨癆之症狀亦常可發現。

3. 若在一患上部胸椎骨癆之病者，其腫脹之波動可在頸下份顯出，或於鎖骨上之角或頸部前突出，是為胸椎膿腫(Thoracic vertebral abscess)。

4. 若瘻口位於頸中線部，與舌骨或喉頭固着，但與表淺之覆蓋組織則不相連，此為甲状舌管囊腫(Thyroglossal-luect cyst)此囊腫最多發現於恰在舌骨之下，如一小而緊張之囊腫，年輕人多患之。

5. 若瘻腫與皮膚固着，但與其以下組織游離，緊張，外形呈球狀，進行甚慢，是為皮脂囊腫(Sebaceous cyst)。

6. 若瘻腫位於側方胸鎖乳突肌下，有甚顯著之外形生長甚慢而無痛，有輕度緊張，且不透明，此為鳃囊腫(Branchial cyst)若穿刺此囊腫，則可抽出凝塊性液體內含有膽固醇結晶體(Cholesterol crystals)，若囊腫由最高腮腺而起，則突出於口內舌下之下，及頸部之頷下三角內，雖為先天者，但可至中年後才顯現。

7. 若腫脹為先天性者，突出於嬰兒，或年輕孩童頸部，半透明，有非常薄壁之囊腫，則為淋巴囊腫(Lymphatic cyst)，或稱為頸部水囊腫(Hydrocele of the neck)。穿刺之有滑液性

液流出。

8. 若腫脹為先天性者，患處，頸動脈鞘近或在頸後三角內，與鄰深部結構相粘着，一部為液體，一部為固體，即稱為囊腫性水瘤 (Cystic hydroma)。此等腫脹常傾向於急性炎症之發作。

9. 若腫脹開始為一小硬塊後漸大且漸軟，並起波動，密切與鄰近組織粘着，好犯中年以上之人，或較長之成人，此為軟化性惡性瘤腫 (Malignant tumor)。若自口咽或食道發源，則診斷可確實，但自腺變化後而起者則數月始能發現；此等瘤腫有時可生波動，與慢性膿腫相類似，其固體生長物只含有薄的包被層；若腫脹處皮膚發紅，則診斷頗困難，病者年齡，腫脹處皮膚常有鉛色斑紋，除波動區域外無發紅，與水腫，為其辨識之要點。

10. 甲狀腺囊腫 (Thyroid cyst) ——見後述。

(3) 頸部之慢性固性腫脹；——

1. 在嬰兒胸鎖乳突肌中份之小腫脹，多為胸鎖乳突肌血腫 (Haematoma Haematoma of the sternocleidomastoid) 由於該肌在生產時一部分破裂而起。

2. 於後頸三角有硬固之腫脹，與脊椎相連，並向前位於胸鎖乳突肌下端之外，且在鎖骨下動脈之深處，此為頸肋 (Cervical rib)，愛克司光可顯示其性質關係。

在成熟期前頸肋常少發見，多由頸部之按步檢查或在探找手部感覺運動，或血管之紊亂原因而偶然得知，通常多見於女人，且為雙側者，僅有少數病例發生症狀，且常見於右側，病者主訴為變色，及當手下垂時，則手與前臂，生無力感覺，或腕及手之內側發生神經性痛，并有小肌肉之無力與消瘦，此為頸肋可發生之特有症狀；當臂上舉時，此種症狀消失。

3. 分葉狀之柔軟腫脹，界限清楚，在組織內略可移動，此為

被鞘性脂肪瘤 (Encapsulated Lipoma)，該瘤腫可存在於皮下組織內，其外形常呈球狀，或卵圓狀，突出於皮膚表面；此瘤腫亦可深在於頸筋膜下，後頸三角內，若係先天性者，則可粘附於肌肉上，或甚至在鎖骨上或脊椎上。

4. 在乳突部或頰下之球狀腫脹，位於皮下組織內，并密切與之固着，故此腫脹，不會在皮下與深筋膜間移動，此為瀰漫性脂肪瘤 (Diffuse Lipoma) 該腫脹可為對稱性者，其形式成為『雙頰』 (Double chin) 或圍於頸上部份而為大假頰狀。

5. 在頰下三角之圓形腫脹，為獨立者，且不分葉，容易觸及近在口底粘膜之下，有些病例沿其後緣有一溝紋，為頰下涎腺增大 (Enlarged submaxillary salivary gland) 若其發作為亞急性，則多半為該腺傳染之結果；至於涎腺結石之有無則不定；壓該腺并同時留意 Wharton 氏管之開口，視其是否有涎液或膿性分泌物流出；若經過甚慢，則示腺有慢性發炎；若生長非常緩慢，且表面不均，為該腺之混合性腫瘤。

6. 進行緩慢，深在於胸鎖乳突肌下，且與甲狀軟骨相齊平之硬固瘤腫，好發於中年人，其長軸橫列，突出於胸鎖乳突肌之前或後，或甚至使頸動脈突出，此為肋腺球瘤腫 (Tumor of the thyroid body)。

7. 若一腫瘤，生長迅速，與周圍組織密切連合，無一定外形，此則可疑為樹膠樣腫，放線狀菌病，或惡性瘤腫，若既往有梅毒病史，或其他梅毒症狀；且皮膚有潰瘍，具有粘稠黃色之腐肉或此腫脹經驅毒治療，而甚快消失者，則為樹膠樣腫 (Gumma) 樹膠樣腫在頸部並不常見，若腫脹為浸潤性有幾處顯示軟化傾向，或已形成瘻管；應檢查分泌物內有無分枝菌 (Streptothrix) 若有則為放線菌病 (Actinomycosis) 之例，此種腫脹，常與惡性新生物

相混；若腫脹生長甚快，有顯著浸潤，或完全硬固或一處軟化，此可認為惡性腫瘤，頸部之惡性新生物常非常硬固，但亦可軟化，成為假性囊腫 (Spurious cyst) 或潰瘍，或甚樣變，若無顯微鏡檢查，常不能區別癭腫是肉瘤或癌腫，其原發抑續發之性質，及最初之所在地，頗有助於診斷。

8. 淋巴腺瘤 (Lymphadenoma)，淋巴肉瘤 (Lymphosarcoma)，及其他淋巴腺疾患可見第十五章。

9. 若腫脹顯於頸部後頸三角之下層，柔嫩而有彈力性，手壓之起捻髮音，叩診得回響，隨呼吸而改變大小，咳嗽時脹大，為肺膨出 (Pneumatocoele)，或肺疝 (Hernia of Lung)。

(4) 頸部之搏動性腫脹，為頗重要之問題，首須決定搏動，究竟來自腫瘤內部或由傳達而及者；若為自發者，是否為動脈瘤 (Aneurysm) 或血管性新生物 (Vascular growth)；易與動脈瘤誤診之腫脹，為搏動性甲狀腺腫，位於頸動脈上之單純性或囊狀性甲狀腺腫，及頸動脈上之皮樣囊腫，或膿腫等，第十七章所論，可助確實區別各種腫脹；但此處所可言者為甲狀腺腫，能隨吞嚥動作而動作；但動脈瘤則否，波動性瘤腫或囊腫，其波動甚易查得，但不因壓瘤腫近心端之動脈而波動消失。

若已決定一搏動性腫脹為動脈瘤時；須決定由何種動脈發起，當其在上頸三角發現時則立即可指為頸動脈動脈瘤 (Carotid aneurysm)；若在後頸三角則易診斷為鎖骨下動脈動脈瘤 (Subclavian aneurysm)；但當動脈瘤位於頸根部之前方時則頗難，甚至不能決定，應盡力研究瘤腫最初發生之地位；若在右側位於胸鎖乳突肌二頭之間，或可診斷為無名動脈動脈瘤 (Innominate aneurysm) 若在胸鎖乳突肌胸段之內側，則或為頸動脈動脈瘤；在其外側或為鎖骨下動脈動脈瘤；此等症狀，並非絕對可恃；而正確

之病變頗少獲得；醫生欲檢查動脈瘤之遠側脈搏而與對側者相比較。若頸動脈及其分枝之脈搏并無改變，則可言非爲無名動脈者，亦非鎖骨下動脈者；反是則爲無名動脈或鎖骨下動脈之動脈瘤矣，在此等動脈內之脈搏，將因瘤腫侵犯主幹或塞住動脈口，或血管爲動脈瘤所壓，或血管爲凝塊所塞，等因而減弱或消失，主動脈弓之動脈瘤可延至頸根部。良好之X光檢查常有助於指出地位，範圍，及動脈瘤之關係。

在頸根部之動脈瘤，必須注意有無呼吸困難，或呼吸喘息鳴（Stridor）——由於氣管或喉返神經壓迫所致——食道受壓，而起嚥下困難，及交感神經受壓而發生瞳孔收縮，臉裂狹窄，眼球凹下，喉返神經受壓則有同側之外展肌肉麻痺，而聲帶固定於屍體位置；在完全性氣管閉塞，及呼吸困難時，則喉頭不能運動，而聲帶在每次吸氣時過度外展；上述兩種呼吸困難情形，可同時存在；在欲開放氣管以解除喉頭阻塞時，此點應非常注意。

舌之同側肌肉麻痺及無力常在頸動脈瘤時見之，乃由於舌下神經受壓所致。

（5）瘻管及漏一詢患者之病歷，并注意瘻管與開口之部位，其方向及分泌物之性質方可下各種瘻及瘻管之診斷。

1. 若瘻開口於頸部中線，並於喉前經過或直至舌骨，此爲甲狀舌管瘻（Thyroglossal fistula）。

2. 若瘻開口於頸上半部胸鎖乳突肌之前緣，且經過咽頭，近於頸動脈鞘，此爲腮囊（Branchial fistula）若已知瘻爲先天者，或開口於皮膚顯垂直皺處，分泌物爲粘液性，或病者吞嚥液體後，一部分液體由瘻口排出，則診斷可迅速確定，腮囊亦可發現於耳屏或耳輪。

3. 若瘻由喉嚨而起，且向下頷上行，應詳細檢查牙齒，因多

半為齒膿腫 (Dental abscess)，或下頷骨之壞死所致。牙齒膿腫常可在距下頷骨適當處穿出成瘻管。

4. 若一腺或數腺處於一團浸潤組織中，流膿，膿中有遠橫線顆粒狀物，應用顯微鏡檢查有無放線菌病之徵菌。

5. 若於慢性增大之腺下，分泌稀薄柔毛雲樣膿，此為結核性腺瘤 (Tuberculosis glandular sinus)。

6. 氣管瘻 (Trachial Fistular) 咽後腔膿瘍遺留之竇及皮脂腺上皮囊腫或甲狀腺囊腫破裂所成之竇皆可在頸部見之。

(6) 頸部屈頸為許多重要疾患之一併發症狀，頸可固定於直立位置，或傾斜於一側，或他側。

1. 若項向下且旋轉，使頸部傾向一側之肩，而枕部則向另一側，一耳接近鎖骨，如是在該側之頸部形成凹形而他側則成凸形，此種畸形曰斜頸 (Torticollis) 或歪頸 (Wryneck)。在許多例中，此畸形為先天性，該病者收縮側之面部較他側發育稍差，眼變斜，頸椎形成曲線；若為後天者，則須尋其原因；在孩童，疼痛發炎之淋巴腺，可在胸鎖乳突肌下發現或有同樣之病態；此種病例，可屬於發炎性者；在少年女人之斜頸，多半由於患 Hysteria 所致，形成肌肉之時常痙攣，但經過相當時，則減退或竟改邊，致他側發生歪斜，若企圖運動時，發生劇痛，而又無上述斜頸原因存在，則可假擬為脊椎骨傷，當頭因胸鎖乳突肌之緊張痙攣而時時發生斜頸；此應區別其究為陣攣抑或為痙攣性斜頸 (Spasmodic torticollis)；除胸鎖乳突肌參與作用外，應注意尚有其他肌肉否？

2. 若頸固定在直立位置，或略傾斜於一側，或頸部伸向前，醫生應診斷究為脊柱疾患或損傷歪頸，或類肌風濕病 (muscular rheumatism) 所致之從病態可證明究竟僵硬或夾痛為漸發或突發；由於損傷或寒冷而起且須注意其確實地位，及疼痛之性質；在

晚上是否症狀加重？按壓及溫復後是否減輕？檢查時宜溫和小心；檢查時使病者坐下，醫生下放其手於病人頭頂，輕輕垂直向下壓；漸增其壓力注意其有無任何疼痛之表示；然後屈其頭，一手放於頸下，緩緩提起其頭問其何處疼痛，詳細檢查其脊椎，應注意頸椎任何不正常突起，或體腫周圍增厚，對於咽部，注意咽後壁腫瘤；至於頸部其他任何處之腫腫或贅皆應注意及之。

脊柱之愛克司光檢查應留心研究其變位情形，有無椎體病變或能與福椎間關節之病變。

若疼痛及強硬為突然而來或由受冷所致，或在患流行性感同以後而生；若其能因熱水或輕輕按摩減小痛苦或輕輕抬頭或低頭並不發生疼痛者，此情形可診斷為肌風濕病，或纖維織炎 (fibrositis) 應研究何種自動運動對病者最痛苦；若發覺某種運動在被動運動無甚疼痛，自動運動則痛；且愛克司光檢查時，骨並無改變，亦無膿腫之症狀，且無頸椎之任何突出，則此診斷即可成立。

若發見強硬疼痛由漸緩而來，下午疼痛較劇，運動時加重，在頸部向下壓迫脊柱即發痛；而頭舉起時其痛苦減除，或竟全無疼痛；X光檢查時，有一或數個脊柱節而有斑點狀之陰影，或已失去一部分物質及畸形時，此必為脊柱結核。若在後方見到脊柱突出，或發生腫脹，或在咽後有膿腫，或膿腫在後頸三角內發現，則此診斷將更確實。(再參考第二十五章)。

(7) 甲狀腺之增大——甲狀腺之腫脹，可由其地位，形狀，且在吞嚥時能隨氣管以運動否而決定之；但亦不能忘能迷走性甲狀腺腫 (Aberrant thyroid tumor) 可在甲狀腺骨之邊緣或胸鎖乳突肌之外頭下見之；且甲狀腺瘤腫，可延伸至喉嚨，併詢甲狀腺腫脹，應特別注意病者既往症，時限，發生方式，生長速度，外觀，尤其須注意為汎發者或局限者；對於頸部肌肉血管及骨之移動

度；其內容，腫脹之是否有波動，注意其甲狀腺有無機能亢進症狀之存在。

頸部及縱膈障部之愛克司光檢查，對於胸骨後瘤腫之存在與氣管之扁斜或壓縮，頗有診斷之價值。

1. 若甲狀腺腫脹為突然發起，且進行甚快，疼痛，觸壓痛，覆蓋部份發熱變紅，全身溫度增高，此為急性甲狀腺炎 (Acute thyroiditis) 若覆蓋部份水腫，或在腫脹處可觸得波動，則為急性甲狀腺膿腫 (Acute thyroid abscess)；此病可在腸熱病及其他傳染性疾病之經過中見之。

2. 若整個甲狀腺發生慢性增大，略整齊及對稱，發軟，表面不平均，在頸部移動自如，無波動，無甲狀腺機能亢進之症狀，此為實質性甲狀腺腫 (Parenchymatous goitre)；十分硬固者故為少見，但因此可使氣管受壓，而在動作時，發生呼吸困難。

3. 若腫脹僅在甲狀腺之一部，或整個腺體俱增大；但能分出腺之腫脹有分離性者，能分成二或更多之腫脹；且在頸部可自由活動，此為甲狀腺腺腫 (Thyroid adenoma) 或腺瘤性甲狀腺腫 (Adenomatous goitre)；由於腺外形不規則，故亦別稱為結節性甲狀腺腫 (Nodular goitre)；腺瘤呈堅硬者，或呈囊狀者，或二者合併發生，但堅實者，有時也可柔軟，如液體狀；有些囊腫：緊張且深在性，或竟甚小，不能證實為液體性；當波動顯著時，則可稱為囊腫性腺瘤 (Cystic adenoma) 範圍顯著之卵圓形或球形外觀之腫瘤，應與腺瘤性甲狀腺增大區別，在腺瘤性甲狀腺腫，常有甲狀腺機能亢進之症狀存在——如心跳加速心房纖維性顫動，心悸，震顫，基礎新陳代謝率加增，若有眼球突出存在，則已示有輕微繼發性甲狀腺中毒 (Secondary thyrotoxicosis)。

4. 若甲狀腺有普遍性增大，軟而有搏動，有甲狀腺機能亢進之

症狀，如心跳過速，心悸，震顫，前垂 (Proptosis)，眼球眼險及眉毛之共濟運動失調，虛勞，出汗等，基礎新陳代謝率增加增高，此爲 Graves 氏病，即突眼性甲狀腺腫 (Exophthalmic goitre) 或稱原發性甲狀腺中毒 (Primary thyrotoxicosis)；但患此病者並非一定有顯著之甲狀腺腫大。

5. 若甲狀腺腫脹增大甚快，如開始時爲一葉，後浸潤犯及全腺體，並可散佈至腺外周圍組織而與其發生粘着，此稱爲惡性甲狀腺腫，(Malignant goitre) 據其累及被膜之能力，爲診斷上之最要點；發硬並非確實之徵象，稍遲則有不平之結節狀變去，潰瘍化，氣管，食道，喉反神經及頸靜脈受壓症狀；若在其他腺體有繼續生長，特別在顛頂如此則使診斷更確實。

然而，常有惡性變化於甲狀腺者，並無任何特殊局部改變，足爲臨床上診斷之助，組織學的檢查，即將該腺切除一部，可以啓示實在情形或在身體其他部份切除組織內發現有甲狀腺組織，此可以證明甲狀腺已起惡性變化矣。

第三十一章 乳房疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASE OF THE BREAST)

乳房疾病之正確診斷：甚屬重要，且甚困難，故對於乳腺之生理變化必須熟記腦中，初生數日後之嬰兒乳腺常有經度充血(Engorgement) 腫脹壓痛，及硬結發生，尤以男性者為多見，倘不慎妄加摩擦，可使成炎症，於或及成膿腫，女人一到青春期乳腺即現輕重不等之增大，乳頭發育展大，乳暈也擴大而明顯，當此種變化之始，尤其兩個乳房不同時發育之例中，每易誤認為腫瘤。但若施以適宜之檢查，詢問患者年齡，可避免此誤會，若有較長時間之觀察，則更可明白，且在此時期或其後每發現乳暈或乳房皮下急性化膿等情形，男人屆此年齡乳房亦常有頓挫性發育，乳頭下呈小而硬之圓盤狀凸起，微有觸痛。吾人所應注意者，凡乳房之腫脹常非雙側，即或雙側亦常非對稱。此點對於診斷上頗有資助。

在分娩後子宮恢復正常大小時，乳腺發育最為豐滿，因此時腺泡極度發育成圓形蜜質小結。其變化在懷孕末期即為顯明增大，不過隨個人乳腺小葉周圍及皮下層脂肪之豐腴而程度不同耳，此期有發生單純性腫瘤之可能，但癌腫則極少見，當懷孕期可偶爾在腺體之一葉發現膿腫，在授乳期間則常有炎症與膿腫之發病，且很快有變成癌腫之可能。

女人一到經絕期，則大部份乳腺退化，腺泡變小，終至消滅，而囊腫與癌腫最多發生於此際。

乳房之檢查

使病人坐在椅上，面對充足光線，兩肩舉起而循下列次序檢查之。(一) 乳頭，(二) 乳暈，(三) 乳房表面皮膚，(四) 淋巴腺。

(1) 乳頭之檢查：注意其位置有無改變，如有改變是否因頸塊或腫脹推其向前方或側方之故，其大小比正常者增大或縮小或發育不全，其形狀是否凸出，扁平倒轉退縮，或是否與腺體某部不能分離，表面有無發炎，分泌物，潰瘍，上覆以痂或光亮而硬之斑點。是否有分泌物從腺管流出——乳汁狀，漿液狀，或有血液混雜，且其分泌是否因壓迫乳暈或乳房之某部而增加，倘乳頭形狀不規則須問明病人由於先天畸形或後天變形，特別是乳頭退縮、轉，致乳汁排出受障礙成乳汁淤積，或致乳房腫脹，縮回處即表示腺牽引之所在。如有分泌物產生，必須辨明係從開口於乳頭頂之腺管流出，還是從腺管表面上發炎或潰瘍的皮膚所滲出，關於此點我們可觀察乳房上有無破壞與瘻處，及壓迫乳腺後看其分泌物係由乳頭頂或旁邊流出以判別之。

(2) 乳暈之檢查：在妊娠或授乳期內，乳房大皮脂腺(Sweaty gland) 常自皮膚凸出，切勿誤認為病理變化，在此部發生任何紅腫，分泌物：鱗屑，或與深層組織相連皆須加，注意與檢查，有時擴大之乳腺 可從薄的皮膚外面看出或摸出，呈光滑柔軟之梨形膨大，學凡膿腫，皮脂囊腫，膿性疔瘡，梅毒 粘膜炎，濕疹，Puget 氏病，癌腫等皆可在乳暈部發生。

(3) 乳房皮膚之檢查：注意其顏色或組織的變化，有無分泌物，腫脹，水腫，穿頭瘻或潰瘍等。將乳房處皮膚提起，輕輕在乳腺體上移動并與他側比較之。再輕輕用拇指與餘指持着乳房在皮下移動之，注意皮膚面是否有陷凹形成，凡乳房皮膚消失其正常移動性者，多由於 Cooper 氏支持韌帶之深端被生長物所牽引，或因炎症浸潤，而使其支持帶之彈性減弱或消失之故，所以皮膚陷凹為

深層有新長物之重要指證。皮膚與皮下有限局性粘連者是由於炎性侵潤或疔瘡伸入皮膚所致，皮膚上有小結發上時必須詳細檢查。皮膚發生過敏者不應加以注意。

(4) 乳腺之檢查：先注意乳房之大小，是否變大或縮小，其大小與身材相稱否，其形狀是否正常或有改變，地位是否向任何方向偏移，有時乳房因疾病之影響，而被誤認為曾施摘除手術，用手指之掌面按摸乳房向肋骨平壓之，注意其腺體之硬度及感覺是否一致，有無硬塊存在。如有此現象即係有瘤腫存在，然吾人所應注意者試驗瘤腫之存在，不要以拇指與他指夾住檢查之，因如此檢查雖在健康乳房亦或有瘤腫之感覺，乳腺瘤腫之有無，除用手平放於胸壁按摸外，尚須用其他方法檢查之，假如沒有瘤腫之證據，則對於乳腺之硬度及不平小結須小心檢查之，因此可由擴大腺泡所致成，或腺之某部份或全體較正常略堅實時亦須注意檢查之。

欲檢查乳房在胸壁上之活動性時，宜先使病人之胸肌固定於強度收縮狀態下，即令病人兩手用力相對推，或用與被檢查乳房同側之手用力壓迫該側之髻前上喙。在健全的乳房，當用定胸肌時，其移動性略受相當限制，但有炎症或贅瘤從腺體侵至肌肉筋膜時，則乳房固定於胸肌上，不能移動。

(5) 淋巴腺之檢查：病人坐或立，上臂微外展由助手握持之。如此則肌肉弛鬆，檢查者坐或立於病人之前，其手從腋窩頂向下方移動，輕輕按摸皮膚與肋骨間之組織，腋窩之前後及四周亦須如法檢查，淋巴腺之大小，硬度與固定性皆為，意之點，再與對側比較之，切勿誤認胸肌緣或肋骨為擴大之腺體，更勿誤認硬而固定之腺體或硬塊為肋骨，最常見之錯誤為不細查全腋，而致遺漏一脹大之淋巴腺，在脂肪豐富者，其小而堅實的腺體每不易查出，其固定於肋骨上者亦易被忽略。

病人腋窩經檢查後，則檢查者立於病人之後，再檢查鎖骨上下之淋巴腺，并小心比較兩側，所應注意者在授乳期及授乳期不久後，腋窩淋巴腺常有腫大現象，又在乳房炎病，或乳房皮膚炎症時也可使其腫大。有時其腫大與乳房無關，例如結核病或淋巴腺病 (Lymphadenoma)

乳房瘤腫 (Tumor of the Breast)，既已決定乳房有瘤腫存在，則令病人仰臥床上，使欲檢查之乳房向上顛露，繼續判明下列諸點：

1. 瘤腫與乳腺之關係：——最要者先決定該瘤腫是否與乳房之某部相固結或全部居於乳腺內而並無粘連。注意腫瘤之輪廓係很明顯或渾然不清。向胸壁壓迫乳房以固定之，用手持住瘤腫一側，再以他手移動瘤腫，如此可查出瘤腫，係能在乳腺內移動或已發生固着。同時尚須注意瘤腫存留於腺體內之位置，此點甚為重要且甚不易。所有惡性囊腫，膿腫，囊腫，肉芽腫 (Granuloma) 等，皆可與乳腺粘連不分而成腺體之一部分，反之纖維瘤，腺瘤，皆有包膜故疏鬆長在腺體內，此等簡單之觀察可使欲診斷之範圍縮小。

2. 瘤腫之硬度：——次之應決定者，瘤腫為固體性或液體性，注意瘤腫之輪廓是否渾圓樣囊腫輪廓顯平滑而有平均緊張；或如纖維腺瘤 (Fibro-adenoma) 有不平之表面；或有許多硬癌 (Scirrhus) 表面平扁，堅實僅現極微小結，細心按查被動或彈力性，不過在小而堅實的囊腫，或囊腫之位於乳房深部者，或深部之膿腫則此點不易查出。在柔軟肉腫亦可得波動之感覺。凡對於瘤腫內容為固體或液體有疑當時最好作試驗穿刺，若有液體抽出必須將此腔完全斷空抽空，此判斷此腫是因之一部分消失或完全消失。

腫瘤之堅實性為其主要特徵。在慢性乳腺炎中查出堅實之小結

或邊緣則多係氣腫。

3. 瘤腫對於乳房及其周圍組織之影響——有三點應特別提出者：

(甲) 浸潤 (infiltration)，越過其所發生之腺體，侵入周圍脂肪組織，表面皮膚或深部之肌肉內者，僅見於惡性瘤與一部發炎病例，此點對於診斷甚有價值。

(乙) 收縮 (Contraction)，很多瘤腫當增大時，將周圍組織推移，迨硬化後，則漸收縮，牽引周圍腺管，致乳頭縮回，或致表面之皮膚顯凹陷，或成皺縮，有時致全乳腺縮向癌瘤，於發育過程中，認出此瘤腫之收縮，在診斷方面言之為最重要之階段。

(丙) 水腫 (Oedema)，乳房硬塊表面之皮膚或皮下組織有時可發現水腫；在發炎時最為顯明，此對於慢性膿腫之診斷甚有幫助。

4. 傳染之證明——癌腫在早期即可傳染至腋下淋巴腺，硬性癌而不轉移至腋下淋巴腺者則甚為罕見。有時繼發傳染之瘤腫可作原發瘤腫附近之皮膚發生，以後轉移至身體他部如肝，肺，骨，卵巢等。

5. 瘤腫之形狀——為球狀，卵圓狀，方形，分葉或分為許多小葉。

囊腫與膿腫之外表皆為圓形。癌腫則為方形。纖維腺瘤常分為許多小葉，慢性乳腺炎每致乳腺一葉或數葉腫脹，或現不規則之外形。

6. 瘤腫之數目——囊腫，纖維瘤常係多發性。有時慢性膿腫之數目亦可超過一個。原發性硬性贅瘤超過一個者則少見，但可在兩側乳房同時發生。

7. 病歷——包括病人之性別年齡，懷孕，小產或授乳之數

生，以及瘤腫經過之時期及速度等。

按系統各部檢查後，則乳房疾病可歸入以下各類：

- (一) 乳房急性增大。
- (二) 瘤腫以外之慢性疾病。
- (三) 乳房瘤腫。

乳房急性增大病例

(1) 當授乳期，乳腺之一葉或全部變或腫脹堅實，表面不規則，此由於腺泡擴大，皮膚不變紅亦不與腺體固着，局部亦無急性疼痛或壓痛，體溫不增高，此為乳汁淤積 (Milk congestion)。小心檢查乳頭，找出腺管阻塞之原因。此時腋下淋巴腺亦可輕度腫大。

(2) 如乳房有急性疼痛與壓痛，表面皮膚鮮紅，腺組織之外表顯水腫，此乃急性乳腺炎 (Acute mastitis)。體溫增高，有炎症發生之一般症狀，腋下淋巴腺脹大且有壓。

(3) 如腫脹已顯膿頭或按得波動。則為乳腺膿腫 (Mammary abscess)。其無上述病徵者則可籍下述諸點診斷之即其腫脹，漸增大，潮紅區擴張且甚緊張，有跳動性疼痛，或有顯明皮下水腫。

(4) 若乳房隆起，皮膚緊張，乳頭突出，向腋壁壓迫乳腺有疼痛及液體流動感覺，尤以乳腺之腋下緣處變化最顯明而緊張隆凸，此為乳腺下膿腫 (Submammary abscess)。

此類膿腫可分為急性或慢性。急性者由於乳腺膿腫之繼發感染，或局部創傷所致，慢性者多結核或微菌病所致成。結核性膿腫常係肋骨結核之繼發症，放射線癌病之位於此處者，多由於部肺之繼發傳染。凡乳腺膿腫從腺體邊緣穿頭，其管內達腺體之深部者即

爲乳房下化膿證明。

(5) 急性腫脹皮膚潮紅且有表淺水腫，很快即有波動顯出膿頭，但乳房本身並不現脹大或變硬，此爲皮下或乳腺上膿腫(Sur-ramammary abscess)之證。

(6) 假如乳房腫大甚快且密實，其上的皮膚潮紅且與腺體固着，腺體又固着於胸壁上，腋下淋巴腺并腫大堅實，此爲急性癌腫(Acute Carcinoma)。上述急性腫脹，皮膚變紅及伴隨發熱現象，頗與急性乳腺炎類似，尤以發現於懷孕期與哺乳期者更易誤會。倘腫脹不現柔軟，有小結存在且表面不規則并侵入皮膚或胸壁則爲急性癌腫之可靠病徵。到晚期則頸部或他處淋巴腺亦受染，更易診斷矣。其病程之經過可延至三四個月之久。

二、瘤腫以外之慢性病病例

(1) 兩乳房異常巨大，不痛，除乳房之體積與重量增大外，并無其他痛苦，硬度亦正常，此爲乳房肥大(Hypertrophy)。吾人應注意者有些女人乳房可長至甚大，但并無礙健康，有兩型必須認識，其一爲腺體弛鬆，柔軟而懸垂，另一種堅實，緊張而突向前。乳房肥大，普通係兩側，但不一定相對稱，最常見於少婦，青春期即開始。

(2) 乳頭變紅，疼痛，壓痛，有漿液膿性分泌物從裂隙滲出，此爲乳頭皸裂(Cracked Nipple)；常在乳頭頂或周圍變成潰瘍。水樣分泌物乾後致成草黃色痂皮，深層皮膚發紅發痒，但無急性疼痛與壓痛，此爲乳頭濕疹(Eczema of the Nipple)。乳頭頂有白色小塊突出物存在，此爲腺管之上皮細胞栓塞(Epithelial plug in the ducts)。

(3) 遇乳頭有漿液性溢液，則以指尖小心壓迫分泌液流出。

處，摸獨有無小結存在，如有小結則為腺管乳頭狀瘤 (Duct papilloma)。如無小結查出，則分泌物係由擴大腺管生出，倘常有溢液流出或偶爾其中帶血，則為腺管癌腫。

(4) 皮膚變紅，有水樣溢液致內衣污染變硬，乾後結淡黃色痂，則為濕疹 (Eczema)。

(5) 經慢性濕疹生於乳暈及其周圍皮膚者稱為 Paget 氏病。患區表面變成暗黑色且有粘連性乾痂，或為鮮紅色俱有水樣溢液，不論在何種病例中其面積俱能緩慢進行擴大，突出之乳頭亦漸變扁平，在此種情況下常有轉變為癌腫之可疑，雖然在臨床上其硬塊之發生可遲延至數月或數年之久。

(6) 如乳房之一部或數部按摸之比正常堅實些，但以手放平壓迫胸部并無澀阻之感覺，表面皮膚亦無陷凹，腺體之移動亦不減少，此為慢性乳腺炎 (Chronic mastitis) 被異部分因有小囊腫發生而不平，腋下淋巴腺可有一個或數個因之腫脹，此多見於30至50歲之女人；與早期癌腫不易區別，亦或即係癌腫之開始，慢性乳腺炎常在兩側同時發生且可累及乳房之數處，但此並非慢性乳炎所特有之症狀，因癌腫亦可致二乳房同時發生，或在一乳房上發生數個，進一步可從一處二處或數處之乳腺炎而發生，乳腺炎不如癌化性癌界限之明顯，其腺體內之小結摸之亦不甚顯着。早期癌腫為慢性乳炎之必經過程，而慢性癌則無。在一部分乳腺炎病例中施以固定壓迫治療消滅頗快；但慢性癌則不效，且反在腺體內凸出，此點對於診斷上甚有價值。

(7) 皮膚不紅亦無發炎症狀，但以手壓觸之則有疼痛，此為乳房感覺過敏 (Hyperaesthesia of the mamma)。如過敏累及全區，且尚以第2,3,4,5. 肋間神經之肋前及肋旁皮枝發出处最顯，其疼痛可放射至背部及肩部，則可診斷為神經痛 (Neuralgia) 如疼

痛由於壓迫乳房某部所引出，且在該處有莖圓形或卵圓形小瘤腫存於皮下，可向一側移動，壓迫之有銳敏疼痛放射至全乳房，則可認為係神經瘤 (Neuromata)，此或即係感覺過敏之原因。

三、乳房瘤腫之病例

(1) 在乳房組織內可移傳之瘤腫：

(甲) 如瘤腫能在乳房組織內移動，且堅硬密實乃係腺纖維腺瘤 (Fibro-adenoma)，橢圓形之顯然輪廓，並分葉，生長緩慢，為此類瘤腫之特點。尤多見於青年女子可在雙側乳房發現或一乳房發生數個，此類瘤腫無浸潤力，不與乳房組織固定。其含纖維腺多者愈密實。

(乙) 設乳房組織內之瘤腫，如上所述，可以移動，但較柔軟，分細微小葉，是物腺瘤 (adenoma)。此類瘤腫頗多見；其構造和硬度與健康之腺體同；達相當大時則將乳房推至一側，致胸部突出。

(2) 有波動之瘤腫：

(甲) 在懷孕期或受乳期乳房脹大，外表呈球狀，硬度一致，并無發炎病徵，是為乳腺囊腫 (Galatocoele) 或稱乳囊腫 (Milk-cyst)。此類瘤腫常生於腺體之中央部且不痛。

(乙) 如腫脹之發生與受乳無關且無發炎現象，亦無淋巴腺或周圍組織傳染症狀，則為退化性囊腫 (Involution cyst)。此類腫常係多發性可長至甚大；尤多見於30至50歲之女人，常有許多小囊腫存在時則乳房有散彈狀之感覺。

(丙) 若一存在已數年之小硬塊，忽然生長甚快，或生長甚快之腫脹，初為單個囊腫，後表變成不規則，呈囊腫樣凸出，不痛，亦無淋巴腺腫大，此為囊腫腺瘤 (Cyst-adenoma) 或 Broliop 氏瘤

腫。此類瘤腫可長至甚大，當瘤腫脹大時，表面皮膚易出血且呈瘰癧樣。此瘤與惡性瘤不同之點為皮膚不被瘤腫所連，且在變薄皮膚與瘤之間可伸入探針。

(丁) 若腫脹之發生在授乳期或小產後，其外形界線不明，尤其腫脹上有水腫，或該部曾有或見有疼痛，是為慢性膿腫 (Chronic abscess)。此多見於腺體之周圍部。

(戊) 一波動性之腫脹初為堅實，不痛之固性小結，以後慢慢變大，呈表淺之液性，同時身體他處更有結核病灶存在，則為慢性結核性膿腫 (Chronic tuberculous abscess)，在此種病例其液下淋巴腺亦常受染。

於腫脹處 穿刺，抽出其內容物檢查之方可下正確診斷，抽出液可為膿含結核性碎塊，有時含有放線菌病之出枝菌團 (Streptothrix)，現濁混粉黃色之粘稠液或乳狀液，亦有時為包裹蟲囊腫之透明水樣液且可尋出包裹蟲之小鈎。

(3) 堅實性瘤腫與乳房結合為一體者。

(甲) 若在中年人或老年人乳頭現慢性潰瘍，且有堅厚疣樣邊緣，及淡紅色不規則硬面之基底，排出液稀薄惡臭或帶血，以後硬結與潰瘍漸漸增大，腋下淋巴腺亦脹大變硬，此為乳頭上皮癌 (Epithelioma of the nipple)，乃乳房少見之惡性瘤。

(乙) 在乳暈有堅實，扁平，鉛扣樣之硬塊，邊緣圓而明且與表面皮膚固着，腋下淋巴腺有一個或數個脹大，則為癌腫，不久皮膚即成潰瘍。

(丙) 如癌腫固着於乳房組織中頗堅實，但無淋巴腺傳染，是為肉腫。此類瘤腫多形成球狀，生長甚快，且形成凸出塊，有些病例中在某一個時期的育甚慢，亦可甚軟而有波動，穿刺時僅有血液抽出；或在此瘤腫內可有囊腫發生內藏無色之漿液，到後來此類瘤

腫可潰瘍，自皮膚穿破成菜花狀，其累及皮膚不如癌腫之快，傳播亦不如癌腫之廣，肉腫為少見之疾患。

(丁) 如瘤腫固定於乳暈處或其鄰近，且乳頭有液體排出，此可為單純之腺管擴張，或腺管乳頭狀瘤或為腺管癌腫。如排出液僅為漿液性，且輕輕壓迫之則露空虛，此係腺管擴張(Dilated duct)。

(戊) 如瘤腫甚小且軟，輕加壓力並不消失，其分泌物有時為漿液有時為血液，可從乳頭排出，尤其此症狀可存留數月或數年之久。此為腺管乳頭狀瘤。

(己) 如瘤腫繼續增大如豌豆大，堅實，且在腋下有腫大淋巴腺存在，則為腺管癌腫。

(庚) 如瘤腫與腺組織固定，堅實，淋巴腺受傳染或致表面皮膚凹陷，乳頭退縮，或乳頭偏向瘤腫側則為硬性癌(Scirrhus Carcinoma)，或為立方狀細胞癌腫(Spheroidal celled Carcinoma)。

硬性癌。亦為瘤腫之一種，特異頗多，可以很快診斷出來。特別應注意下列數點：

臨床上形跡——其最重要之臨床徵象即為浸潤性生長。其開始生長於乳腺，即絕對固定於腺體而不能移離，迨增生長越相當大時即與皮膚或深層肌肉發生同樣之浸潤與固定，但後者現象僅於瘤腫到相當大時方可查見，在各病例中其生長速度亦各不同，因任何期間此種癌腫之特性皆甚顯明，故應立刻診斷。

迨增生物收縮則腺管被牽引致乳頭退縮，表面皮膚亦起收縮，其改變之程度依其所在地位而異：愈表淺者皮膚愈早期凹陷；愈在中央者乳頭愈早期退縮，有的病人收縮甚顯明，為最可注意之症狀。

淋巴腺傳染可早期發現，其被傳染的淋巴腺，宛如原發性腫

瘤，硬度較正常堅實，常可長至很大。其淋巴腺相繼被傳染之速度各不相同，且其瘤體生長之快慢與原後者之大小關，最要注意者，如原发性瘤生長在乳房之內緣，則對側淋巴腺可在早期受連累。

硬性瘤腫除此主要病徵外，尚有一些不常發生的現象，但如存在可使診斷更為容易，茲提示如下：

皮膚之Paget氏病——與乳房瘤腫連帶繼發不易治癒的慢性濕疹，可確定為癌（Cancer）。

皮膚之結節狀贅瘤（Nodular growth）——在乳房瘤腫之皮膚上或周圍有硬固的小結節存在為最顯明的特性。

潰瘍形成——雖為明顯易見之狀態，然須注意其皮膚在未穿破之前是否已受瘤腫之染累，或受壓迫後，才有潰瘍與腐肉流出，而致其下之瘤腫穿開或破樣。此類潰瘍可從其邊緣之特狀確定之。

在未潰瘍之前皮膚已先受新生物浸潤者為瘤腫之特性，但在肉腫與囊腫常可經薄弱而未受浸潤的皮膚穿出。

關於年齡，遺傳，疼痛及顯惡液質等，不能說是該瘤之特性，不過對於診斷不清楚的病例或有幫助。癌腫治療之成功全靠早期診斷，但亦不能過分要求外科醫生對於每一堅實性瘤腫在初期即下一精確之診斷，如臨床方面不能檢查出來，則須行組織病理檢查，此種檢查方法雖然有使瘤腫生長增快之危險，但仍比必待臨床症狀發生後才應治療為好。

硬性瘤腫之種類——乳腺之硬性癌有許多型，下列數種為最易認識者：

1. 結節型。有顯明瘤腫發生，進行甚慢，且有新結節形成為其特點。
2. 潰瘍型。生長快而潰瘍廣，
3. 癰疽型。其特性即為發育進行很慢且有強度收縮，其周圍部

分皆被牽引，致乳腺或皮下組織顯發臃凹。

4. 萎縮型，生長甚慢，瘤腫小且堅實，潰瘍發生可延甚久，淋巴腺受傳染遲慢緩和，全病程可經過數年之久，此多發生於老年人。

5. 淋巴型。其原發病灶小而進行甚慢，但可很快且很廣泛傳染至淋巴腺。此即病人痛苦之主要原因。

6. 鏡甲狀癌。皮膚有沉澱之散在性小結，不久集聚一起，使胸成鏡甲樣。

7. 急性型。前。

有一部分瘤腫，除行組織切除作顯微鏡檢查外，罕能知其特性，例如甚小之瘤腫，內皮瘤 (Endothelioma)，內生軟骨瘤 (Enchondroma)，肌瘤 (Myxoma)，包囊虫囊腫與淋巴囊腫等是。

男性乳房之疾患——慢性乳腺炎，立方細胞癌，鱗狀上皮癌，囊腫，肉重等皆可在男性乳房發現，其症狀與女性者相同。因男性之乳房甚小，故對於慢性乳腺炎與早期癌腫之鑑別診斷，比女人更難，但皮膚有浸潤，結節狀硬塊，淋巴腺增大等均為診斷癌腫之主要症狀。

第三十二章 腹壁疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE ABDOMINAL WALL)

本章所述僅限於腹壁之若干疾患，在診斷上言，殊甚困難。

臍部先天性畸形較少，其中以疝(Hernia)為常見，臍處之鮮紅新生物，表面光滑，中央有短管，且分泌粘液者，息肉乃(Polyp)或腺瘤(Adenoma)也。倘外表分葉形，(Lobular form)，分泌膿液，而無中央管者，則為肉芽腫(Granuloma)，倘臍顯剝蝕，有水液流出，即宜檢查尿道是否狹窄，有時亦可發見先天糞瘻(Fecalfistula)膽囊(Biliary fistula)或胃瘻(Gastric fistula)。

若中與腸歧交通，皮膚與粘膜相續，此種情形乃人工肛門(Artificial Anus)也。而外科醫生應察其分泌物之反應及外觀，確知其消化道之何部已經開放，於是仔細檢查腸之距狀突(Spur)而澈底明其是否有腸瘻突出，唯此僅須手法及感覺即可得知，腹壁任何部份皆有糞瘻之可能。

因其流出液之消化及化學性質，吾人詎分別其為膽胃抑胰瘻(Pancreatic fistula)也。

由於腹壁或腹腔膿腫之結果，可促進瘻(Sinus)之形成。但依其病歷及他種客癩症狀之出現，如存在之彎曲，腹部之腫脹及其分泌物中之特殊微生物之發現。吾人可決定其診斷矣。

腹壁瘤腫——腹壁瘤腫與腹腔瘤腫，吾人可因其與腹壁之移動及腹肌收縮後如咳嗽時之特殊顯著，而鑑別之。腹腔瘤腫若能移動則其運動與表淺組織不關聯。有些病例瘤腫始在腹壁，繼而腹腔生

長而與內臟粘連；生於腹內者亦可擴展到腹壁，最普通之瘤腫乃臍疝，脂肪瘤，纖維瘤，肉腫，上皮癌及膿腫等。脂肪瘤可在皮下組織發顯但主要見於漿膜下層，生長較小，在腹白線臍部之上，開口而突出，以手觸診感覺其為小球形，而不可反納之腫脹物，固定於深層，移動於皮下，有壓痛，有時同發嘔吐，與消化不良，近今名此為脂肪疝 (Fatty hernia) 但須與真正疝分別也。

腹有肌鞘之血腫乃一緊張而有壓痛之長形腫脹，輕叩有饒音，患者咳嗽時則更顯著，若在右側時可藉此與膽囊增大，闌尾炎性腹壁內腫脹可資鑑別。

纖維瘤 (Fibroma) 或硬纖維瘤 (Desmoid tumor)，乃腹壁深層界限不明之瘤腫，生長頗慢，堅硬而固定，多見於經產婦，常沿腹直肌發生而成長為不規則之纖維塊，此瘤雖完全剔除亦可復發，經相當時間後，亦有變成肉腫化 (Sarcomatous) 之可能。

腹壁肉腫常圓形或球形，堅硬，大部附着於腹壁肌肉，可繼續生長，可由於不能反納之臍部網膜疝 (Omental umbilical hernia) 發生而成之。

臍癌 (Carcinoma of umbilicus) 之發生有二型為：

(1) 原發性鱗狀上皮癌見於皮之表面，並有腋體及腹股溝淋巴腺之腫大。(2) 皮下組織癌，乃胃癌，腸癌之遷移者，乃於皮下組織，在有些病例中，此等遷移性之生長，即為消化道疾患之先聲。

腹壁膿腫之位置，可深可淺，淺者依其波動及急性炎症，易於診斷。深者可位於腹直肌鞘內或肌腱膜 (Muscular aponeurosis) 下，凡瘤腫之有炎症症候 (痛，壓痛，熱，與紅) 位於腹壁且其界限相當於一側之腹直肌區者，則此為肌鞘之膿腫，急性膿腫之波動不易得到，硬結及周圍水腫則極顯明，慢性膿腫，硬結及水腫則付

缺如，而波動反顯，僅恃壓力則可分別點狀之腹內膿腫，腹壁膿腫之有波動者與腹腔內液性腫脹之特具張力者其分別須注意；臃膜下膿腫 (Scebo, on eurali abscess) 與腹腔之局部積膿僅於手術時方可鑑別也。

第三十三章 腹部腫脹之診斷

(DIAGNOSIS OF ABDOMINAL SWELLING)

檢查腹部時，患者應平睡於床上，光線來自上面，或平射而來；腹部完全敞開，再依下法檢查之。

視診：——視診之注意者，厥為腹部之大小及一般形態，與腹部呼吸運動之自由，規律或其他情況，表面之不規則，宜詳細注意特別為任何可見之蠕動或某種足以指示為腸曲，胃，子宮，或膀胱之隆起境界。

觸診：——將溫暖手掌很和平地貼患者腹部，小心按及全部，注意其抵抗及各部抵抗之變異。

倘有不正常或局部抵抗之發現，則特別留意其位置，大小，形狀，硬度，波動或波動波浪及其他究否隨手而運動等等。

叩診：——首先輕輕叩診，普及全腹部，注意其正常響亮及其響亮之程度，次則略深叩診，亦須注意上述諸點，倘有任何之異常濁音：則應注意其程度與究否正常或受地心引力之影響，或位置之變遷而有轉移等。果有響亮音增加之發現，則應分別致成之積蓄氣體在胃，大小腸，游離於腹腔抑關閉於有限界之空洞，或膿腫中。吾人用聽診叩診法 (Auscultatory percussion) 則不難分別氣體所在之位置也，濁音區及響亮區必須仔細研討，倘隨病人之位置移動而變更，則可知其液體及氣體乃在同一腔內，其氣體或游離或貯於腸內，倘響亮音在上，濁音區居下，則其病體結構，由上方生長，同時腸胃或單獨腸被擠向下，濁音居腹部前，響亮音僅於一或二側結腸處見之，則濁音結構必離在腹腔內；倘深叩為濁音，輕叩為響亮音，則膜積必有使濁音發生之物也。

確定瘤腫之外形以手仔細觸摸瘤腫，須注意其一般外形及其任何突出或落入。(1) 要指示瘤腫之外形係與何種實質性內臟相似，例如肝臟之尖銳下緣，脾臟邊緣之切迹，腎臟之圓形下極及腎門等，皆各具其特性也。(2) 一個球狀外形或球狀突出，為液體性瘤腫之特性，結節狀表面，常見於堅實之生長物，尤其是在惡性之生長者，但在腹部吾人須謹記者，呈結節外觀之子宮良性瘤，糞團塊 (Faecal Tumors) 及結核性腹膜炎之硬塊皆具特性；肝癌腫結節之壓窩，表面亦頗特別，而可摸出：

確定瘤腫之內容。——腹部之瘤腫亦如他處之瘤腫，除分別為液性或固體性外，尚有內含氣體之胃腸瘤腫與氣體膿腫，為此等目的計，其檢查方法，見第十四章。

試驗瘤腫之運動性——試驗腹內瘤腫動度之法有三：

(1) 以手握住瘤腫，試移動之，由一側向他側，自上至下，有時須由前至後；用此方法不但能證實運動度及固定性，並可決定動度大小與方向；有些病人可查出其腫留一端固定，一端游離，恰如一游擺然，例如膽囊其底部向二側動度較頸部大，卵巢瘤腫則下部固定，而上部可運動，在某些病例中運動之方向，更有價值，如活動腎 (Movable kidney) 其腎能自由垂直運動，但難橫行。

(2) 令病人深呼吸注意其腫大，是否受橫隔膜完全下降之影響，及影響之範圍；如肝臟 (包括膽囊) 腎，脾及胃與橫隔膜接觸最近，受其運動力之影響亦大。

(3) 在某種病例中我們將特殊器官變位，並注意瘤腫是否時隨之而移動，例如使胃擴張，能使胃腸門易動性瘤腫，胃壁瘤腫，或腔內之髮塊等移動。

用上述方法之任一，或多種合用，即能確定瘤腫之運動性；

且宜然記腹部各器官之正常運動，尤其是大網膜與迴空腸及其系膜，另宜知曉者為在某種情形下，其運動之增減，如腎及游走脾（Wondering spleen）；此外勿宜忘記者，為本可動之瘤腫，因其長生之擴大，及粘連之形成，或偶然因其特殊情形而變固定。

排空或擴大空腔性臟器後之影響。——

胃可用虹吸法將其洗空；膀胱可用導尿管放尿，使其空虛，或用液體以擴大之；直腸及大腸可用灌腸法，或瀉劑，令其空虛；如用此等方法，排空臟器後，瘤腫消失，藉此可知其真像；甚多吾人疑為腹部瘤腫者，待膀胱空虛後，則為之消失；排空或擴大臟器之影響於腫瘤之位置及其他副性質，有時甚明顯；例如胃之瘤腫，可縮至肋下或變位至膈下，大腸之擴大常可隱匿其後方之瘤腫使之不顯也。

愛克司光診斷腹壁瘤腫有二法，不透明之瘤腫於愛克司光片或透視時，可研究其位置及其與旁器官之關係，肝臟腫大或膈下膿腫可推橫膈膜向上，又在其近旁之構造，接近外生骨疣（Exotosis）時，亦可推其向上，用不透明之物質灌入胃腸膀胱及腎盂內以資診斷腫瘤與上述各器官之關係。服銀莖可顯露其腸胃道之情形，亦可用灌腸向上灌入（參見第三十六章）。至於腎盂顯影法，更不僅一種，詳見第四十五章。

盆部檢查：——用手指插入肛門或陰道，可發覺及確定在盆內之瘤腫，與盆內器官或盆壁之聯絡關係，藉乙狀結腸鏡可觀察直腸或盆內結腸下端之糞物（參看第三十九章。）

麻醉後檢查——麻醉後檢查頗有價值，不但醫生不致使病人有任何痛苦且可使病人之肌肉完全弛放，不致因檢查之刺激而起自動性或反射性之肌肉收縮也。

其他器官之檢查——男病人須注意其二舉丸是否全在陰囊內，

有無二側或一側尚未降下之情形，或一側已被摘除等，果有之須考查其原因，此外對於睪丸之瘤腫，不論爲惡性瘤腫抑陰囊積水皆須注意及之。

在女子則須檢查乳房，如乳房有妊娠症狀或乳房已因惡性瘤而切除，凡此對於子宮、肝臟卵巢瘤腫之診斷均有關係，無論男女現在或過去有無直腸癌腫，惡性瘤已被切除之歷史或有無其他足以致腹部腫大之原發病灶等皆甚重要，結核，梅毒或慢性化膿病，腎病，心病，腸病或肋膜炎等之事實，對於腹部腫大之診斷上亦甚有幫助。

血之檢查——原發或繼發貧血，白血球增加特別是嗜伊紅細胞過多等證據於診斷上頗有助焉。

完全檢查後，醫生須確定三點（1），瘤腫之於現，（2）瘤腫之位置，（3）瘤腫之性質。

（1）瘤腫之發現或存在

下列五種情形，可使腹部瘤腫診斷發生錯誤：

1. 肥胖
2. 腹直肌收縮
3. 腹部肌肉不一致的收縮。
4. 胃腸氣脹
5. 腹壁之瘤腫

1. 肥胖 (Obesity)；一肥胖之事實當然不致忽視，然而常腹壁及網膜積存脂肪過多時，可誤診爲瘤腫，尤於腹下垂者爲然；爲避免此種錯誤應注意下列各點（甲）腹壁厚薄均勻而可疑之瘤腫，又無一定外形（乙）令腹壁向兩側來移動，其深部無瘤腫亦在之感覺（丙）在假想有瘤腫長，行深部叩診之如瘤腫位於下腹部則須作骨盆內檢查果無正常腫大可證其無瘤

腫，肥胖病人檢查時，手之壓力必須及其深部，更應記着，肥胖者誤診為瘤腫，小瘤腫亦易忽略，如直腸新生物，卵巢囊腫，子宮纖維瘤，肝臟略增大等，診斷頗困難，除非特別小檢查，方不致錯誤！

2. 腹直肌收縮之抵抗，尤其該肌一部收縮，頗與瘤腫相似，故須注意該瘤腫之外形與該部肌肉之關係，叩診特有無聲音，或令病人舉肩反屈腿，以引離病人之注意力，而使該肌弛鬆，若麻醉後檢查，則肌肉之緊張消失，有無瘤腫，當可診斷矣。
3. 腹部肌肉不規則及不普通之收縮，多為下腹部——似有十分顯著之瘤腫外形，甚致可存在數星期或數年之久，叩診發生聲音變化，但非絕對實音在腹壁下無運動，無壓痛，表面亦無變異。

於骨盆內亦無此等瘤腫可摸得，完全麻醉後，肌肉弛放，則無所見，若真有瘤腫，則瘤腫之形狀完全顯露此常稱為幻瘤 (Phantom tumor) 常於患 Hysteria 之婦人見之。

4. 胃腸氣脹——於其氣脹處，叩診之發生該音全部膨脹時則無腸蠕動現象，且不放屁。
5. 腹壁瘤腫——由於特別活動性可區別之，於腹肌動作及咳嗽時更為顯明 (參看第三十二章)。

(2) 瘤腫之位置

欲知瘤腫部位，必須明瞭其在腹腔之位置，與胃腸空響音，動性，外形之關係；有的器官雖變大，其形狀不變；有的病例特別是臟器瘤腫具特殊之症狀，如痛，嘔吐，黃膽，血尿等可助診斷。

1. 在右假肋下乃上腹部突出之瘤腫，叩診有實音，有明顯之下緣續於腹部，深吸氣時則被壓降低，此乃肝臟瘤腫也，其實音與上

部正常肝實質相連續，並完全位於胃腸鼓音之上部。

2. 在腰部隆腫自肋下突出，其下緣甚薄，吸氣時降低，但極力吸氣時亦不能發現其上緣與界限，用輕力不能向上完全壓入肋下，此為雷氏肝葉(Reidel lobe of the liver)，易與活動腎或膽囊增大等混誤，蓋此等病症俱多見於婦人，其與腎之分別，在肝者下緣尖銳，而腎者圓滑；且在肝臟不能摸上部邊緣，因肝邊上延下有如舌形；輕壓之，在肋骨下亦無滑動，無活動腎之症狀，但有的活動腎可無自覺症狀，故後者在診斷上不一定有幫助。銳利下緣若能觸覺且能與膽囊增大區別，同時有膽囊疾患之症狀(雷氏叶非重要後患)則足發生混誤也。
3. 右腹直肌下腫大或適在該肌外側腫大，下端圓形，表面圓滑，上端不能摸得(上部在肝下緣)病人深吸氣時，則下降，此為膽囊腫大；叩診實音，與肝實音相續，其下則為腸之響亮音遮蓋其下緣，或遮蓋其下緣之下；如瘤腫大，腹壁弛放，略可向側方移動，不能與肝分開，此點於診斷上甚重要，病人可有痛或黃疸或二者兼有；倘腫大膽囊與腹壁粘連，則吸氣時其移動性即消失。
4. 在右腰部有堅腫腫瘤，其外形圓，吸氣時能降低因之手能插入其上緣與肋骨間，呼氣時升高；如在下端加輕壓力，即可將其壓入假肋下。此為活動腎，其運動性變化甚大，假如不能向各方向運動則多垂直運動可入髂凹有時甚至降至盆內；有的病人可摸出凹入之腎門，左側腎活動性常較小，更難左側腎單獨活動；如腎之運動性大，其方向不但垂直，並有左右運動且超過中線者乃為浮游腎。
5. 一個腫瘤在腰部從季肋下突出，并填滿髂凹間之空間，雙手檢查覺得有向後隆突或用一手輕向前壓亦可使之向後隆，深

吸氣時動度甚小，叩診實音，前有大腸響亮音，此乃腎瘤腫 (Renal tumor) 如繼續增大，可填滿 四，且可將大腸遠處推動，向前企展而過正中線，有尿血或膿尿，且當大量尿排出後，瘤腫即消失，頗有助於診斷。

6. 自左假肋下，向前下突出之瘤腫，前緣有垂直切迹，外表光滑，深吸氣時下降，乃為脾臟瘤腫 (Splenic tumor)。其血液之變化於診斷大有裨益。脾臟腫大與胃左部腫大時亦不易辨別，唯腎臟位於胃下深部，其上有胃響亮音，脾下部之後雖有結腸響亮音，決非腎臟瘤腫之據。能注意上述諸點，縱有時不能得確疾歷史，腎病症狀，及尿之變化等亦足以分別此二種瘤腫矣。

7. 圓滑緊張之瘤腫，突出於恥骨聯合上之正中處，其上及兩旁叩之有響亮音，無移動性，位置益丙子宮前或前腺外，用導尿管排出大量尿後，瘤腫隨之消失，為膀胱瘤腫 (Bladder tumor) 此種瘤腫可誤診為子宮或卵巢瘤，直至作陰道檢查及導尿管排尿後方明白，用一手插入陰道或直腸內，他手在腹上部容易覺察其波動，有些不常見病例雖用導尿管後瘤腫仍不消失，若血凝塊充積膀胱內，導尿管插入後，因被血凝塊所阻塞故可無尿排出，膀胱惡性瘤腫，有時可突於恥骨上，此二種情形由病人之症狀上，即可看出而不致錯誤。

8. 下腹部之瘤腫不能與骨盆緣分開，其上及兩側有腸響亮音，此為原發上盆部之瘤腫亦漸向上以長入腹內，在男子如非為膀胱瘤腫，則有自骨盆壁長出瘤腫之可能，在女子亦然，亦有膀胱或骨盆壁瘤腫之可能，但多數為子宮或子宮附屬器之瘤腫。

瘤腫之位於正中者，多為子宮瘤，但小瘤腫亦可位於旁側，卵巢瘤腫初常位於一側，但長大後變為中央位置。故於中央或

一側之位置不宜過於重視。用雙手檢查每可覺察瘤與子宮之連絡程度，其外形或與子宮運動互相關係，如瘤腫自子宮闊韌帶長出，則子宮可被其排擠向對側；壓之或升高之，在該處可顯然摸得子宮底，有許多病例其腫瘤特性對診斷予以證實有妊娠之證或腫瘤硬實者，此為子宮瘤之顯明指徵，如瘤係一大囊腫或為多數之瘤腫則甚似子宮闊韌帶之瘤腫 (Broad Ligament tumor)。多為卵巢瘤腫 (Ovarian tumor)。卵巢瘤腫具有長帶，且可在腹腔內具甚大之活動性，能自一側移至他側，向上可至骨盆腔以上，故須與大網膜之囊腫分別之，其區別乃卵巢瘤腫之向上移動，常受限制，當瘤腫向上推時可摸得下部之蒂，大網膜瘤腫之動性，則向下常受限制，而向上運動可無任何牽限，卵巢瘤腫常因蒂之突然扭轉，而致疼痛，及囊腫內容之緊張性，並疼痛等之增加甚至引起致死之腹膜炎 (見第三十四章)。上述症狀較輕者，乃囊腫發生粘連而致固定，如其固定距骨盆邊緣，則不易診斷。腹膜下纖維腫亦有長蒂，故亦可自由運動，若因發炎而固定，診斷亦頗不易，但甚堅硬，外形如球，或似子宮纖維腫，又子宮向瘤腫而移位，或因之限制子宮之正常動性等，皆為其特性之顯示。

如骨盆內瘤腫與骨壁相連，子宮及附屬物彼其移位不與子宮相連，乃為骨盆壁瘤腫之證，而非臟器之瘤腫，此等瘤腫，如係惡性，後可與臟器相粘連。

9. 瘤腫之位於膈與劍突軟骨間者，可能與肝，胃，大腸小網膜或脾等相連，又可能為腹膜炎瘤腫，如觸診及叩診皆證明與肝臟相連，與橫膈不相連，且下緣甚薄，乃為肝臟瘤腫 (Liver tumor) 如在肝上有明顯不與肝臟之瘤腫，呼吸時隨之運動，且亦能向兩側推動，并有胃腸症狀——即痛，嘔吐，咯血，胃

膨脹，——此為胃幽門瘤腫(Pyloric tumor)，服攝影對照物用X光診斷可確定之，此等瘤腫多為癌腫，如腸管長大則沿胃向左側伸展，亦可與肝臟胰臟大腸或復壁相粘連而固定，遂致失其動性，但其具有胃臟之症狀足以診斷之。

若瘤腫顯明與上方肝分開，橫隔膜下降時運動甚少，但向側方則自由移動，叩診上有胃響亮音，右有大腸響亮音，左則不顯，此甚可能為橫結腸瘤腫；倘無胃症狀，而瘤之右側有腸鳴及結腸擴大，而左側無之，此為宜特殊注意者也。腸正常作用之變異病歷，或下瀉或更秘等類有助診斷。X光之施用及以胃劑灌腸在病臟之下，則見陰影而瘤腫處或其上則完全缺如。

如瘤腫固定，呼吸時概不運動，向側方亦無運動，病人并有黃疸，消瘦甚快。及脂肪性大便，乃為胰臟頭瘤腫，因此而致之黃疸，則膽囊常被膽液擴大，如瘤腫小，輕叩之則有胃響亮音，遮蓋胰尾瘤腫(Tumor of the tail of the Pancreas)夾向中線之左，適於左假肋之前並有胃或大腸響亮音，並與脊注定，此只須與該處之腹膜後瘤腫(認為囊腫者)鑑別之。

如瘤腫不能與肝臟分開，又能離肝而單獨運動，尤其是向橫方向，或肝下緣可與瘤腫分別清楚，叩診及愛克司光證明胃已被其排擠向下，此為小網膜瘤腫(Tumor of the Lesser omentum)此種瘤腫甚少見，但能長得很大，不論其為多大而胃仍不能避免變位於該瘤腫之下。

10. 瘤腫自腹上部突出向下伸至左假肋下——有時可直至骨盆內——叩診有鼓音。搖之有『鈴音』乃為胃擴張(Dilated stomach)利用胃，或極大量嘔吐棄空胃後，可確定診斷。
11. 膈平面以下之瘤，能向二側及上方自由運動，但不能向下移動，叩診之上有胃腸響亮音，兩側有大腸響亮音，——如不

達至骨盆——則其下有腸響亮音，此乃為大網膜瘤腫。如瘤腫非常大，則其向二側之運動即受相當限制。

12. 臍平以下之瘤腫，向垂直及左右有相當之動度，且觸診無上或下粘連之感覺，乃為腸系膜瘤腫(mesenteric tumor)；瘤小時位於腸彎後，叩診有腸響亮音，如瘤大，則將腸推至一側，叩診遂得濁音。
13. 瘤腫具有如橫皺襞(Transverse fold)或脊隆(Ridge)狀，位於橫維腸下，略有移動性，可為結核性腹膜炎之結果，同時並可有多少結核性淋巴腺摸得，但此種同樣之瘤腫，亦可於惡性癌變間及轉移至網膜時見之。
14. 在肋凹或腰部之瘤腫，可能為相當部分大腸瘤腫，如能在腹腔後壁上移動，但不向腰部突出，叩診時為不完全濁音，此乃為大腸瘤腫，乙狀結腸之活動性，較大腸他部之活動性為大，瘤腫可為長形，沿大腸伸展至相當距離，疼痛便秘，大便不規則，糞帶粘液及血或完全便秘等症狀，可以確定診斷。倘大腸擴張得甚大，外表亦可看出筒狀外形，叩診鼓音，檢查時異常硬或有氣過水聲(Gurgling sound)，腰鎮莖或領窩灌腸後，攝X光片甚有助於診斷。
15. 腹部之瘤腫，無一定外形，叩診發濁音，但病人位置改變後，濁音亦隨之變更，仰臥時二側及下腹部有濁音，膺及上腹部則為響亮音；側臥時上側為響亮音，下側為濁音，此乃腹膜內儲水(Intraperitoneal fluid)所致。用手指快而輕，按壓腹部，可覺得有一硬瘤腫於腹膜液內自由移動，此可能為單獨之大瘤腫。如卵巢囊腫；或可摸得甚多之小結節，則為瀰漫性腹膜癌腫或結核性腹膜炎。腹部亦有因腹膜滲出及粘連之結果，造成包囊性腹水(Encysted Ascites)或局部性腹水(Local-

atel Ascites)，致有分佈不規則之濁音及響亮音。若僅於腹部之中央有一單獨濁音區，其上下兩側俱為響亮音。此可能為腹膜小囊內之滲出液。

13. 若瘤腫在腹內之任何部分，絕對固定其深面，其前方之臟器被其所排擠，叩診有響亮音遮蓋而指示瘤腫上有腸及網膜之運動者，此乃為腹膜後瘤腫 (Retroperitoneal tumor)。
17. 如瘤腫固定於深處，長大甚快，臟器不為所排擠，或能在其上自由移動，則為腹膜內膿膜 (Intraperitoneal abscess)，為生長快之消化器性瘤腫。
18. 如病人有未下降之睪丸，而同側腹股溝韌帶之近內恰有一瘤腫或極少見於腎臟相近處，此極可能為未降睪丸之瘤腫。

(3) 瘤腫之性質

關於瘤腫之各種性質已於第十四章詳論之，故此處不必贅述，其診斷上之普通問題完全與診斷他處瘤腫同。鑑別固體與液體瘤腫，囊腫與膿腫，炎性腫脹，與營養性腫脹，良性與惡性瘤等之主要症狀亦與他處相同。據以前各節之觀察吾人將詳述各器官瘤腫之因子，依此因子或可診斷瘤腫之性質。

1. 肝臟瘤腫：如肝均勻增大較正常堅硬，並有顯明之硬緣，觸之壓痛，或有磨擦之感覺，病人又復有嗜酒之長久歷史此為肥大性肝硬化 (Hypertrophic Cirrhosis)。

如肝臟增大甚快，形成一甚堅實之瘤腫，有圓而硬之邊緣，患者漸病，甚快消瘦，胃口不佳，嘔吐或有黃疸，此乃為肝癌 (Carcinoma of the liver) 此癌可能為原發，但多數為消化道或乳房而續發者也，常於表面摸得結節，在消瘦之病人，更可觸得此結節之臍間中心；繼發性肝臟肉腫 (Secondary

Sarcoma of the liver)其物理性質難與癌腫分別，普通肉腫較少，倘能知原发性癌腫之性質則易於診斷矣。

如肝臟漸漸增大，具有多少之球形，光滑均勻緊張，尤其是能在癌腫中感有波動或水顫，或病人復有久居於多包囊蟲病地方如奧大利新西蘭等歷史，則可診斷為肝臟包蟲囊腫，此腫可長至極大，唯其大小與其在肝中之地位有關，如長於肝臟表面，則自肝臟有球狀突出，如位於肝之深部，則全肝臟變大。病人無發熱，且其一般之情形，無嚴重之影響，血液之檢查時可見嗜酸性細胞過多，Casoni氏皮內試驗 (Casoni's Intradermic testis) 陽性，此等病人如一旦肝部疼痛，體溫升高，變成篤病，則為囊腫化膿之表示。

如肝臟變大，並發熱及出汗，厭食，古肩痠痛，肝臟有劇壓痛，患者曾患阿米巴痢疾，或大便內有特殊之阿米巴者則須診斷為肝臟阿米巴性膿腫，肝臟腫大，能向上使橫膈膜因此腫起，該膿腫亦可增大而有波動，唯白血球不常增多，且許多病例必須經抽膿後，方能診斷之。

如肝臟均勻變大，表面光滑有明顯寬邊線，橫膈膜下降時，移動甚自由，病人且有慢性化膿病，此乃為蛋白變肝臟 (Albuminoid liver)。脾若變大，有癆瘵性熱，夜間出汗，消瘦及下瀉等皆可證實此種診斷。

肝臟中等增大，壓痛或僅具點壓痛，病人有膿毒血病性體溫 (Pyæmic temperature) 及寒慄。出汗，黃疸，消瘦很快，此為化膿性靜脈炎 (Suppurative pylephlebitis)，此等病例多因門靜脈區之傳染所致，如闌尾炎，胃或腸，或膽囊之潰瘍，果有此等潰瘍之存在，雖在早期亦可診斷之。

在小兒有不規則變大凸出之肝臟，為患先天性梅毒之指示。

如發生在患第三期梅毒之成人，則為肝海毒樹膠樣腫 (Gumma)。陽性之 Wassermann 氏反應與驅梅毒療法，不久即可變小，更可證實診斷之不謬也。

2. 膽囊腫大——如腫大之膽囊，堅實，觸之頗硬，略有過敏感，且消化不良，局部稍感不適，或有膽石疼痛發作之歷史，乃為膽石 (Gall Stone)。膽石可於 X 光上見之，于膽囊攝影 (Cholecystogram) 上顯一負陰影，若膽囊甚而緊張，在腹部上部深壓時為痛，但無黃疸此乃為膽石嵌頓於膽囊管因而為粘液所充滿，此時行膽囊攝影，則無影可得，多數患者常有劇痛，雖未除去阻塞，其疼痛亦可漸漸減低，如發生輕度黃疸，乃為膽石嵌頓於輸總管之結果，昔亦有膽石疼痛之發作，頗有助於診斷，如膽石嵌頓於輸總管，則起完全性黃疸症狀，但並無膽囊腫大，只除非同時膽囊管亦被嵌頓時，輸總管受壓并發生完全性黃疸，但膽囊則腫大，此種壓迫多數為胰頭增大幽門癌腫或胃周圍粘連所致，胰頭內大結石阻塞所致者甚少，突然發生之持久性完全黃疸無膽囊腫大，腹部有壓痛，但有不規則熱型及空戰或為膽石嵌頓於輸總管之示，而持久性黃疸之具膽囊變大者乃為輸總管受壓迫之示。

如膽道膨大極度壓痛，且該處有跳動性劇痛，患者體溫甚高則可能為急性膽囊炎 (Acute cholecystitis)，或膽囊化膿或壞疽，初可聽得摩擦音，以後因與內臟發生粘連遂不能呼吸動作矣。

膽囊之進行性固體性，結節狀增大，逐漸失去運動性且發生惡液質為膽囊癌腫 (Cancer of the gall Bladder) 之示，癌腫向肝臟擴大亦可續發肝癌腫。

3. 腎臟癌腫——腎臟癌腫診斷，見第四十五章。

4. 脾臟腫大——脾臟腫大，完全藏於在肋下令病人深吸氣，或站立，或向右側，則脾臟可下墮，向前伸出肋下，此乃為游走脾，瘧疾患者，脾臟腫大者，可認為瘧疾性脾，如有典型之熱望，且血內檢查出瘧疾原虫更可證實診斷之不謬。

脾臟變硬漸變大且有進行性貧血，血內多核白血球大量增多乃為脾骨髓性白血球增多病 (Spleno-medullary Leuco-cythaemia) 但如脾臟腫大，與瘧疾無關及其帶轉白血球不增多，只有進行性貧血，紅血球及血色素百分率減少，此乃為脾生貧血 (Splenic anemia)。如脾臟腫大，有以上各特性，並有肝臟腫大及腹水則為 Banti 氏病。小孩及年輕者之慢性脾臟變大，並有時間性黃疸發作尿中無卟啉，小兒尿無膽色素質疸 (Adoluric jaundice) 常家中有數人患之，脾臟為慢性球狀有緊張及波動者，為包虫囊腫惡性瘤腫及膿腫等亦可見於脾臟。

5. 子宮瘤腫——任何子宮腫大之病人，首先須問及是否懷孕，亦須記住雖患子宮其他疾患，如子宮頸癌腫或纖維腫仍可以懷孕也。子宮之固體性瘤腫，其長大不快或歷一年而仍無長大或於週經期後反變小，每每全體一致或分葉，亦每除其變大外別無症狀，但亦或伴發月經過多 (Menorrhagia) 或血崩症 (Metrorrhagia) 或白帶，乃為子宮纖維樣瘤 (Uterine fibroid)，球狀瘤腫，突出或在某表面移動，甚易認為腹膜下纖維樣瘤，中年或中年以後慢慢生長，并不致甚大，疼痛，陰道分泌，液血性物，惡液質日重，乃為子宮底癌腫 (Carcinoma of the fundus uteri) 子宮內檢查及刮出一部份新生物，以備檢查，頗有助於早期診斷。

長得很快之子宮瘤腫，表面不平，移動性漸少，其後有惡液

質現象及腹水或爲子宮肉腫 (Sarcoma of the uterus)。

6. 子宮闊韌帶瘤——自闊韌帶長出之瘤腫，其表面光滑，且有液動，尤其漸長大而無痛，移動性小，乃爲卵巢冠或闊韌帶囊腫，倘若瘤腫之表面不平滑，一處或數起波動，此係數個囊腫或囊腫與固體瘤混合而發生，此爲卵巢囊腫 (Ovarian cyst) 如密腫能自由活動，有長蒂，此爲囊腫之可能性比卵巢冠囊腫爲大，由瘤腫之移動度，及有時有單純之薄壁，可分別卵巢或子宮闊韌帶之瘤腫，生長甚快之固體瘤腫，有結節狀不平表面，漸增大，其固定性，並伴有腹水，嘔吐消瘦及惡液質等症狀，乃爲卵巢惡性瘤腫。此等瘤可原發或繼發。

緩慢生長之固定性卵巢固體瘤腫，有時可停止一些時期長大，乃可爲卵巢纖維瘤，較固體性，粗大分葉之闊韌帶瘤腫而無其他症狀，乃闊韌帶脂肪瘤；放腹水後觸得不可壓陷之硬性總位於一側或二側闊韌帶上，此乃爲一側或二側卵巢乳頭狀囊腫 (Papilliferous cyst of ovary) 本症甚易發生腹水，其液體爲血色，倘患者一般情形良好，雖未診斷但經施適當療法，經多次放出大量腹水，此病可經延數年。固體性或部份固體性瘤腫，其移動度小，見於女孩或年輕婦人者，大多數爲卵巢皮樣囊腫 (Dermoid Ovarian cyst) 此種瘤腫易化膿，切開之則有皮脂肪分泌物，頭髮，或牙齒等，則不難認識該瘤之性質，該瘤雖爲先天性，但非至成年期，并不發生任何症狀，亦不長大。

7. 幽門瘤腫——幽門瘤腫外形平滑，亦不長大，是爲幽門纖維性狹窄，慢性胃擴大并有飯後胃痛之歷史或有嘔吐及咯血——爲胃幽門或幽門附近潰瘍症狀——則可診實其診斷如知瘤腫係新近發生，移動性小，并逐漸消化不良，吐瀉，胃中食物排出

時間延長，胃分泌變化，消瘦及貧血等此乃為幽門癌腫。

落後數星期之小孩，在幽門部有硬而小之桶狀腫大，多發於男孩，可見蠕動之波動，體重減輕，不常嘔吐，取便秘乃為先天性幽門狹窄。

8. 胰臟癌腫——胰臟頭有硬而固定之癌腫，持久性黃疸，膽囊變大，消瘦甚快，並有惡液質，乃為胰臟癌腫，可有嘔吐，脂肪性大便，糖尿，及尿中澱粉酶大增，緊張性囊狀之胰癌腫則有膽狀囊腫之可能。如至相當大，且有波動，並有因損害而發生之歷史則診斷更為確實，慢性全胰臟相當增大，背部疼痛，局部有壓痛或由胰石 (Pancreatic calculi) 所致，此病能致長期黃疸并膽囊擴大；胰石為愛克司光所不能透過。
9. 網膜癌腫——緊張球狀能動之網膜腫大，或有包囊腫之可能，如有嗜酸姓白血球增多，Casoni 氏皮內試驗，陽性反應，及有波動，則可證明診斷之無誤，非常慢性之固體癌腫表面不平或分葉狀，無腹水及惡液質，乃為網膜脂肪癌，但甚於長大之固體性癌，硬而有結節，腹水及惡液質，乃為網膜惡性癌腫，粘液癌在網膜亦可見之其與脂肪癌之分別，只能待切除後，方可區別。
10. 腸系膜癌腫——緊張球形之癌腫，乃為囊腫，若進行慢而體積小，且無症狀，此多數為淋巴囊腫或乳糜囊腫 (Chylous cyst) 如大而硬，多數為原包膜之囊腫，內含油灰狀物 (Patty-like material) 其性質尚未決定有人信為結核性者，有人信為先天性者，且與皮樣瘤有關，有時甚痛，略有壓痛，若癌腫為軟，固體性，不規則，分葉狀，生長甚慢，乃為脂肪癌。
11. 腸癌腫——欲確定腸之任何癌腫，首先須知該腫大是否有惡便之性質，便糞之積象，其特性為硬，外形呈結節狀，腸之移

動性減少，如用手指壓該處，并時時沿大腸按摩，結果有瘤腫消失之可能性，叩診無濁音，因其由於大便與腸胃氣混合而致也。其病之經過可有刺激下瀉或有大便積聚，糞便積聚最多之處，為盲腸，結腸肝曲脾曲，乙狀結腸之積聚，亦可思腸惡性瘤腫及其他構造壓迫梗塞之結果，故診斷時須記得此等可能性，腸有硬而結節狀瘤腫，有粘膜表面潰瘍，及結腸內糞便運動受阻症狀，粘液及血液性下瀉，絞痛，斷碎大腸，腫大近側端腸擴大，乃為大腸瘤腫病漸重，瘤腫變成固定，且肝臟腹壁等可起纖維性瘤腫，突起腸阻塞，常為病人之最先自覺症狀，除吐糞外，無他腸阻塞症狀，則為胃與大腸間潰瘍之指徵。

肥胖者之右半側，結腸有硬性瘤腫，且有慢性便秘，其大便似羊糞，此為慢性便秘之特性可由於慢性腸阻塞，慢性憩室炎 (Chronic diverticulitis) 大腸之運動性受影響所致唯受累部多為盆部結腸，運動性消失更快於瘤腫運動性消失也。

腸之而小光滑或分葉性瘤腫，并不增大，腸之正常運動性不減少，有絞痛，則有腸脂肪瘤，息肉，或肌瘤之可能，腸瘤腫之真正性質，只能待手術後決定，大腸之長形瘤腫，以手執之，外形硬而顯然，數分鐘後變軟，不甚擴大，并有絞痛裏急後手，斷碎大便且有粘液及血，乃為慢性腸套疊甚少之病例，右髂凹，與左腰部常虛空，而套腸端，可於直腸套後之。

12. 腹膜後瘤腫——此種瘤腫之特性，乃運動良，生成速度，外形波動，脈跳及脊柱症狀等。

如瘤腫絕對固定於脊柱，髂骨，繼續長大，為肉體性，表面不平，乃原發性瘤腫，此可為骨之原發性肉腫，常見於髂骨；或為繼發性瘤腫，多為睪丸癌腫，所繼發，多見於腰部淋巴腺甚硬而小，慢性瘤腫，完全固定於骨，表面分葉，此為外生骨

疔，亦可能為桿狀，愛克司光可示其性質及外形，極慢性之瘤，其性軟，表面不平，對脊柱略變移動，乃為脂肪瘤也。

慢性腹膜後腫大，有清晰之外形，光滑而緊張，有波動，此乃結核性膿腫，由其位置及及形狀，即可決定其腰肌或肋骨肌膿腫。

有跳動腫大，側為動脈瘤，此種病例須十分小心檢查之（參看第十七章）如沿腹上部至臍部之綫，捫得搏動，但當病人屈膝，腹肌完全弛放，及不能捫得時，此乃為主動脈搏動，僅於薄且緊張力小之壁，方可捫得此種情形，多見於婦人，肉腫之富血管者亦可有搏動，若有膨脹性搏動及雜音則可診斷為動脈瘤其雜音多半能於背側聽得，並可因壓迫脊髓神經而發生劇痛或壓腫管發生痔瘡，從消化道出血或因動脈瘤破裂致成猛烈廣泛性出血至腹腔內，消化管或漿液腔內。

13. 腹部膿腫——腹部膿腫之診斷，頗為不易其症狀為腫脹，明顯之外形，與周圍組織粘連，疼痛及壓痛皆進行迅速，並有發熱，脈快或白血球增多，與闌尾炎攸關之膿腫，可於右髂凹，右腰部，盆部，甚致左髂凹或腹中部見之，同樣之闌腸潰瘍（結核性）乙狀結腸之憩室炎及降腸潰瘍之膿腫，可於左髂凹及左腰部見之，恰在橫隔膜下之膈下膿腫（Subphrenic abscess）頗不易診斷，其膿腫常含氣體，改變病人位置，叩診之得鼓音，此點很有價值；如膿集於肝上，可壓迫肝臟，同時使其濁音區之上緣亦升高，此種上腹部之膿腫，乃顯示在前面左側橫隔膜上升，而胃脾受壓迫，膈肌之膿腫帶可使膈下葉塌陷，並致肋膜炎或膿胸有時腫脹，亦可穿破入肺內。

上腹部膿腫之患者，在臨末症狀未顯明以前，用愛克司光作診斷，甚有幫助，有時需要每隔數日即攝一愛克司光片，以資比較，唯此種診斷須要相當之經驗也。

第三十四章 急性腹部疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMINAL AFFECTIONS)

甚多急性腹部疾患，其症狀極相近似，非留意，不能診斷。此等疾病之普通症狀為腹部疼痛，嘔吐，及虛脫；但其發生之緩急，及輕重之程度各有不同，其原因可為：

闌尾炎。	胃或十二指腸潰瘍穿破。
輸卵管妊娠破裂。	卵巢瘤腫扭轉。
輸卵管膿腫破裂。	急性或變直性膽囊炎。
膽囊破裂。	肝膿腫破裂。
腎石疼痛。	腎變位。
脾臟扭轉。	腸套疊。
腹內疝。	腸扭結。
腸膽石嵌頓。	腸痙攣。
急性胰腺炎。	腸系膜血栓形成。
膈胸膜炎。	脊髓癱之胃危象。
腸瘻變。	腎皮質膿腫。

欲區別此種疾患，須注意下列諸點：

1. 疼痛——(甲)發作之方式：是突然發生或漸漸發生增劇，是持續的或間歇，是自然發生的或在用力時方發生。(乙)發作之時刻：在白天或夜晚之何時發生。對於食物及運動之關係。(丙)位置初感覺痛在何處，最後局化於何處，更須注意其放射之方向。(丁)痛的性質：是絞痛，灼痛，切痛，抑或惡心的疼痛，能否因位置，移動或呼吸而變更。(戊)腸痛；如有，係在何處；

係局部的抑或廣泛的，輕微抑或強烈的。

突然強烈的疼痛，爲潰瘍破裂，闌尾炎，輸卵管妊娠破裂輸卵管蕩滯破裂，膽囊破裂之特性，但亦可發生於腸套疊。疼痛之變異者遇腎囊痛，膽絞痛，卵巢扭轉，腸套疊，及膈胸膜炎；而由腸絞痛，腹內疝，腸扭結，腎囊變位及脾扭轉所引起之疼痛均緩慢的增進而達其最大之烈度。

闌尾炎常發生於清晨當病人正安眠之際，而其他急性腹部疾患亦常在此時發生。自然闌尾炎亦可在其他時候發生。腎囊痛多在白天發生，且多在破裂運動之時或其稍後發生。膽囊疼痛易生於後半日，或飽食之後；胃及十二指腸潰瘍之穿破則常發生於飽食及用力之後，輸卵管妊娠破裂大多發生於白天，且在用力時發生，卵巢瘤腫扭轉及脾扭轉，腎變位，等差不多常發生在白天劇烈活動之際。腹內疝及腸扭結亦發生在劇烈運動之時。

甚多急性腹部疼痛，最初發生在臍部或其附近，而闌尾炎，膈胸炎，腹內疝，腸套疊，腸之膽石嵌頓及潰瘍之穿孔尤爲如此。在此等病例中，其痛常漸漸離開此位置，如闌尾炎常降至右髖窩，潰瘍穿孔常廣泛於整個腹部。疼痛之在上腹部右腹直肌之下繞至臍部之右半部，且在劍突軟骨之下，及右半月線上之端有觸者痛，此爲膽囊疼痛之特性。如痛在腰部，屈假肋之下，向下放射至腹股溝部，腹下部，陰莖，辜丸，或股部者爲腎囊痛之特點。并可伴有局部強烈觸痛，或可由緊壓腎部而減輕。疼痛約在胸骨劍突與臍部之中間，常爲由於胃潰瘍穿破，其疼痛或可更向左，但十二指腸潰瘍之疼痛則稍在中線之右。輸卵管破裂之疼痛常可在近骨盆上方之臍下可感覺到，痛可在中間或居一側。卵巢瘤腫扭轉及脾扭轉，腎變位等之疼痛，多在該局部，且伴有局部觸痛，於腎變位之疼痛，常可因仰臥而減輕，如在此等病處向上方加以輕壓，尤可減輕。

脾扭轉亦可由同法而減輕，但其疼痛多在左方，而腎變位之疼痛則幾多在右側。

潰瘍穿孔之疼痛，常現熱而灼痛之特性，其痛甚烈且有些病者自訴，似有液體流入腹腔之感覺。膽囊炎痛有各種不同之烈度，但通常有狹窄之感，腹右部似被緊壓或執於鉗子中一般，其疼痛在背部甚劇，而有時肩部亦有之。腎疝痛係銳利的如同刀割樣的撕裂痛；至於腎變位及脾扭轉，卵巢室腫扭結之痛，即為漸增加的痛。絛蟲穿破疼痛不似其他病之劇烈，且常為暫時的。腸套疊或腸扭結為逼迫的間歇性疼痛亦然，且可放射至臍部，並能由壓按而減輕。膈胸膜炎之痛多顯於每次深吸氣，尤以吸氣終結之時；為甚銳利而有放射性的痛，可延及該側或二側軀幹之前面，通常在臍之平直處，其痛甚烈致病人感覺其軀體二側似被夾於鉗中，在馬克亭內氏點或其近之觸痛為闌尾炎之象徵。潰瘍穿破所在處常有觸痛，但通常隨後即有急性腹膜炎之廣泛性壓痛。腸套疊僅在疼痛發作時有觸痛，急性輸卵管腫脹或易誤認為闌尾炎，但其疼痛常在恥部之上而不在髂窩，且左右二側疼痛之程度相同。

2. 嘔吐——(甲) 時間及次數，在急性疼痛之初起伴發輕微嘔吐，並無診斷上之意義，僅為各種嚴重腹部疾患之一種共同症狀而已——如內臟破裂，(臟器) 帶之扭轉腹膜之初次受傳染，急性內臟變位等——且亦可遇於胸膜炎開始之時，常時及一再之嘔吐遇於各種腸梗塞，急性腹膜炎，腎及膽石痛，及急性胰臟炎等。(乙) 嘔吐之特性：在腎及膽石痛，嘔吐常伴以惡心或作嘔；在腸梗塞及腹膜炎之後期，則無惡心，其嘔吐微重於反胃，且其發生與進食無關。(丙) 嘔吐物：在胃潰瘍穿破時，嘔吐之食物中混有微量鮮血；在內臟之疾病，扭或轉時，可嘔出膽汁樣物；腹膜炎時則嘔吐物為暗棕色或黑色，且混以已變化之血液，腸梗塞之嘔吐物為酸性

之腸內容物，倘梗塞愈久，則症狀愈嚴重，其嘔出物亦似大便。反胃時之嘔吐為常誤稱為糞狀，其實糞狀嘔吐出物僅在大腸梗塞之末期，或在結腸與胃有潰瘍時有之。

3. 虛脫——除虛脫之烈度為該疾患之嚴重問題外，其發作之時間，進行之程度及同時存在之顯著貧血，均為尤須注意之點。初發即為嚴重之虛脫可在內臟如胃，十二指腸，闌尾輸卵管及膽囊等穿破時見之。漸增之虛脫可由疼痛引起，例如腎炎痛，肝絞痛，或由於出血如輸卵管妊娠穿破之故。虛脫之發生於腸梗塞及腹膜炎者常遲緩。胃潰瘍之患者可由以往之出血而致貧血，此頗有助於診斷。但如當急病之際，顏色蒼白，具各種急性貧血之徵，則可為輸卵管妊娠穿破之確實證據。重要而須留意者，乃同一疾患所發生之虛脫症狀，甚不相同，如潰瘍穿破幾可引起即刻死亡之虛脫；但亦可引起很急性而暫時的神經震盪，互腸套疊，腹內疝，痙攣及闌尾炎，亦可輕重不等之虛脫，於有些潰瘍穿破及闌尾炎病例中，在發生輕度虛脫後而未形成腹膜炎之先，常有易引起錯誤之安靜症狀，而急性腹膜炎之虛脫症狀常甚顯著。

4. 脈搏及體溫——脈搏頻數及失調，因腹部疾患嚴重之程度而異，與疾病之位置及性質甚少關係。通常急性輸卵管炎，對於脈搏之影響較少於闌尾炎，而輸卵管妊娠穿破有嚴重出血時，則胸部脈搏常甚速而不易計數。就診斷上之線索而言，體溫不如脈搏之有價值——於內臟穿破及失血過多之神經震盪，體溫減低，在炎症時則較升高，但在數例極壞之壞疽性闌尾炎，有時亦可體溫正常，或竟在常溫以下。

5. 腹壁強硬及腹式呼吸停止確為一嚴重症狀。此為腹膜外層受刺激而肌肉起反射性收縮之表示，在潰瘍穿破，闌尾炎及腹膜炎時尤見之。鉛中毒性疾痛 (Lead colic) 之腰部強硬收縮，甚為顯

著，但於腎，膈及普通之腸痙痛，腸梗塞，內臟扭轉之尚未發生腹膜炎前及輸卵管破裂時，則不顯著。在膈胸膜炎時，腹壁強硬或甚顯此由膈肌下移時發生痙痛之故。腹壁強硬之發生於膈上或膈下，或在腹之二側者須注意並區別之。當強硬高化時，乃表明在該不動處之下發生有損壞，此等現象常存于闌尾炎，膽囊炎痛，潰瘍破裂，及輸卵管穿破等。腹部強硬為腹膜炎各種最常見症狀之一，但有時此病之症狀變異甚大，而有極少數例中並無此症狀，但通常在急性膈膜炎，腹肌強硬常多不見。

6. 腫瘤——須仔細而輕檢查腹部有無腫瘤，如已發現，則須留意其位置，症狀，大小及緊張度及其對於相鄰臟器之關係。由於此種方法，可發現卵巢瘤腫突現於盆部之上腫瘤小時只位於一側髂窩部，如恰在右髂窩，則伴似闌尾炎之腫脹，須留意者，為此凸起之發現常在發之初起時不似闌尾炎之漸漸形成，如此痛苦之原因為卵巢瘤腫蒂之扭，則緊張而有觸痛，且漸漸增大。如遇卵巢囊腫破裂，則瘤將較以前縮小，少緊張無特別觸痛，且腹內有流動液體之徵。在右腰部或髂窩部有圓或橢圓形之瘤，能上推向假肋，且如此病人之痛苦即減輕，須認為腎瘤腫，如在左腹直肌之下。有橢圓形瘤，緊張而有壓痛，或可為脾臟之器扭轉所致，如更在其邊緣觸到一切迹，或可回復至左側季肋之下，則其診斷更可確定。在右腹直肌上份下面，有圓形緊張之隆起，有觸痛，向上延至肋弓下緣，能對膈肌下降而移動；叩診時有濁音，可認為是一擴大的膽囊，如一瘤腫僅有時能觸知，按之發硬其後並伴發疼痛及觸痛，或有惡心，嘔吐，則屬於腸管。於腸強烈蠕動之間，僅稍能觸知，或全不能觸知，且全無疼痛，及觸痛，則顯明的為腸套疊，或為甚劇而扭結之擴大腸疝，或為腸梗塞之腫脹，腸套疊常於近腹中央觸知，腸扭結則特別在左髂窩部者。恰在骨盆邊緣能觸知之瘤，可為輸卵管肌瘤或輸

卵管膿腫。腹部深處之界限不明，微觸痛之隆起可為腹內疝。恰在急性闌尾炎初期，有時可在右髂窩觸知一甚擴大之闌尾，在其末期有限局性腹膜炎時，則在右髂窩之最低處，其內或外側，有時或升至腰部，發覺一硬，緊張而固定之腫脹。上腹部稍覺飽滿可能急性胰腺炎症狀之一。

7. 叩診所得——須研討者有四：(甲)腹內：游離氣體，乃由於消化道某部穿破而來；如量甚少時，則於穿破處之周圍被包圍而封閉，遂在該處顯明之鼓音。通常多在上腹或右髂窩處。如逸出之氣體甚多，則使肝臟與壁分開，而減少或消失其濁音區；聽診時該處作鐘聲，但須留意者為擴張之橫結腸亦不可將肝推上，使肝濁音區減小。如顯明之有腹內游離氣體存在，則為腸胃穿破之一重要症狀。(乙)流動液體急性發作時之現腹內流動液體者多為膿腫穿破或出血之徵，亦或可因胃，十二指腸或膽囊內大部液體逸出之故。濁音區之由于輸卵管妊娠穿破出血而致者，初多在恥部之發現，以後擴張至髂窩及腰部，由于卵巢囊腫破裂所致之濁音；除非有粘連而限于一側腰部外，則多半二側均之。胃後壁穿孔可擴展小網膜囊使腹部中央發生一濁音區，而其周圍有叩響。(丙)膨脹：即消化腸道內氣體之積聚；如為普遍性者乃表示有急性之腹膜炎，或低位之腸梗塞。如為局部性者於急性胃擴張，巨大之腸扭結，或局部腹膜炎時，腹內疝時之叩診其叩響不如其周圍腸管之響。(丁)局部濁音：可表示液體，食道，血液或膽液之聚集或固體器官之變位，或瘤腫之存在。

盆部檢查——在婦人尤為重要，因可利用之以診斷妊娠，一側闊韌帶內之輸卵管膿腫，及扭轉之卵巢瘤腫，特別是此種瘤腫甚小，且專限於骨盆腔時。男女兩性，吾人常可於盆部右側觸知一擴大的闌尾稍遲則可觸知盆部闌尾之周圍膿腫。如腸梗塞於高位，則

其下之空虛小腸蠕可於直腸前窩處觸知，此為硬塞之一重要證據。手指之直腸檢查，亦可觸知直腸子宮窩有無血液聚集或藉以觸知盆腔腹膜炎之劇烈觸痛。

9. 既往史一：病人之既往病史，常識關重要，故須問及之（甲）性別：不僅數種疾患如輸卵管妊娠，輸卵管膿腫，及扭轉之卵巢瘤腫等，僅限於女性；即膽囊炎痛，脾臟扭轉及腎囊位等亦在婦人常較男子為普遍；至于急性胰腺炎，十二指腸或胃潰瘍穿破，腎炎痛等則在男子較普遍，（乙）年齡：闌尾炎可發生于從嬰兒以至極老年之任何年齡，但在幼童及壯年人最多見；且為當此等年齡時之腹部突發疾患之最普遍的原因。胃及十二指腸潰瘍穿破常見於二十五歲至五十歲之間而男子發生者常多于女人，卵巢瘤腫可遇于任何年齡雖在思春期前之女孩亦可為此瘤扭轉之患者，輸卵管妊娠當然限於生育年歲之女人，而輸卵管膿腫，則多為青年女人發生，膽囊炎痛雖可見於幼童但，在中年或中年後較多見，而腸硬塞之因膽石嵌頓者多限於較老之婦人。急性腸套疊遇于早年，而腎炎痛大多在中年之成人。

（丙）職業：鉛業工人易患嚴重之腸絞痛，故須檢查牙齦有無藍綠色線紋。急性腮腺炎在嗜烈酒者與酒把潤工作者，釀酒工人，運貨車夫等較多見（丁）既往狀況：有三四要點，須先詢問者：雖以前有過輕微的消化不良，亦可為嚴重腹部疾患之原因。因之已往的闌尾炎發作，或在右額窩，曾有過突然發生之銳利的暫時多痛，均可表示闌尾有病。食後疼痛，且可因減性藥物而減輕，或有吐血者，必可表示有胃潰瘍，如疼痛在食後一至二小時發生，而再進食物或碱性物後，痛可時時減輕，且有黑糞表示為十二指腸潰瘍。有腸胃充氣性消化不良具腹痛，多發于飯後，尤發主於後半日；其痛放射至上腹部，尤以在右側至于右肩，則必為膽囊疾患之徵。在急性胰腺炎病例中，病人亦可有上述病史，且或有慢性消化不良。於

腸絞窄病例中，病人常自訴有既往痙攣發作病史，或輕微的驟發腸梗塞，且常有訴曾經行腹部手術者；但在多數病例，并無任何先兆症狀。以前在腰部曾有疼痛，或刺痛其痛能放散向下至側方，或有睪丸神經痛血尿，或小便頻繁則可疑為腎結石；且于嚴重發作之前，常有某種輕微之發作。於卵巢腫瘤扭轉時，雖不盡如此，以前或全無症狀；但在有些病例，則腫脹長大，以致足以引起其注意。在卵巢腫瘤穿破之病例，其腹部隆起常甚大，多半早先即可知。囊破裂前每于右腹道飢上份之下面發現腫脹，雖在症狀未發生前已令人注意。對於生育年齡之婦人，須特別詢問月經史，既往妊娠史，有無子宮不規則的出血，陰道分泌及盆部疼痛，並須查乳房有無妊娠徵象。輸卵管妊娠可遇于初妊婦然通常多發生於既婚婦之無正常妊娠能力者。或數次無月經，或月經微延期均為輸卵管妊娠之有價值的症狀。乳房雖無懷孕徵，但如乳房中含有乳汁，或乳暈呈黑色，此均為妊娠之有價值的表徵。如陰道有膿性分泌，且盆部疼痛，可暗示輸卵管長腫之存在。以前曾行過腹部手術者，可遺留粘極，或發生腸扭結，絞窄。若最近經腹部手術後，可引起深部膿腫且能突然擴延或破裂。

10. 大便——急性闌尾炎剛發生時，每常有一次，但有時亦可有二或三次疏鬆的大便。急性腸套疊，則常有大大便困難，於每次疼痛發作時，或可有粘液及血液排出，而絕對無大便乃為各種急性腸梗塞之特性。伴發於鉛中毒性痙攣之舊有或仍存在之便秘，自然亦須注意。血液及膿性糞便可暗示腸系膜血栓形成。

11. 尿——排尿頻繁常伴發腎痙攣，且在尿中可含血液及尿酸或草酸鈣之結晶體，如尿中含多量尿酸母，則為梗腸塞之表示，尿中鉛質之發現，可為鉛中毒性痙攣診斷之助。

12. 血球計算——由於嚴重出血之結果，每致赤血球數目顯著時

減少；但除排出血甚劇，且更有其他症狀可表明外，血球變化在診斷上並無多大價值。多形核白血球增多於急性及慢性膿尾炎、輸卵管膿腫、膽囊炎、胰腺炎，及因急性傳染而致之腹膜炎，但不見於潰瘍穿破，輸卵管破裂，或內臟轉扭之早期；於腎痙痛，膽囊痙痛及鉛中毒性腹痛亦無之。但如毒血症症狀嚴重，可不顯此種白血球改變如在數例之壞疽性膿尾炎，每無白血球增多，故於甚多此等疾病，須在白血球檢查之前即下診斷。

13. 胸部檢查—於任何種急性腹部疼痛之病例，如腹部之症狀含糊不明。或呼吸之性質及速率有暗示為肺或胸膜之疾患的可疑時，則須詳查胸部有無不正常的濁音，摩擦音，呼吸音之強度及其性質之變遷或捻髮音。於胸膜炎或肺炎初起時，其典型的物理徵常不存在。

14. 愛克司光—於多種病例，可不賴愛克司光之應用而定診斷，但腎石或膽石之急性症狀減退後，則必須利用愛克司光以確定之，此外如真性腸梗塞，醫師於詳細之臨床檢查後，對於該病之存在，及其準確位置仍有疑惑時，可令病人取坐位，行腹部之愛克司光檢查，可獲得明確之解釋而供給決定的報告。

15. 神經現象—須詢問有無下腿疼痛及共濟失調之歷史；并須試其膝反射及瞳孔之光反應。在神經系梅毒之例中，若現胃危象則常為復發性者，如治療之絕對收效期未錯過，或他方面病者亦不須必要之手術者，則不必過于小心。但對於病之突然發生者，功能之最重障礙者，有嚴重損傷之物理徵象者，有既往病變之歷史者，及確實無肺或脊髓之徵狀存在者，均須特別留意。神經現象不能表示所有可遇之各種症狀，但廣義言之；多數例中，頗有助於診斷。

1. 於上腹部突發之急劇疼痛，不久痛降至右髭窩，且於該處有

觸痛，此例爲急性闌尾炎。如其發作於早晨，或以前曾患過闌尾炎，或會於同處有偶發之突然疼痛，則其診斷更可確定。此病初起時，可有嘔吐，且可有一或數次之疏鬆大便。在有些病例中，其右髂窩之觸痛輕微或全無；但於右側腰部，則現觸痛及某些肌肉強硬；或於直腸檢查時向盆腔右側壓迫時，即可發主觸痛，或當體部完全內轉而閉孔內肌伸展時亦發主痛。診斷至此步時，更須進而決定其所處理之病係屬那一型。

如初發之症狀甚重，特別是當心跳甚快，有持續嘔吐，或有腹痛面容，及腹部失去動作，在髂窩及腰部盆部無腫脹或隆起，是爲急性阻塞性闌尾炎。在此種病，腸壁之部份壞疽而穿孔頗速。如發病之初，有顯著之白血球增多，則其診斷更可確定。如其病之後期，發展成普遍性腹膜炎更可有力的確定其診斷。此病之體溫可正常，降低或升高，對於診斷并無幫助。

如疼痛發作之後即發現有一隆起或局限之抵抗在闌尾周圍，而且肌肉強硬，及觸痛均限於腹部之右四分之一處；同時體溫升高，脈搏數速，稍有白血球增多，此爲限界性闌尾周圍腹膜炎，對於此種病例，臥床休息後多漸轉良而愈。

但如腹部腫脹持續，或更進行，且疼痛及觸痛亦更劇；白血球計算顯示白血球增多症益加重，且體溫漸退而忽然又升高；是爲化膿性闌尾炎或闌尾周圍膿腫，如腹部表面發紅，水腫，或且顯然前突出，或可使其情況更明顯。有裏急後重及直腸流液從直腸流出大量粘液——常示膿腫近直腸或在其周圍。穿破而致之徵。排尿頻繁及極疼痛之排尿困難，可表示一膿腫接近或發生於膀胱壁，通常有化膿病存在時，脈搏多增高，然有時亦有例外。局部腸結核之症狀雖與之類相似，然闌尾炎發生之突兀常可有助於鑑別。

如初起其物理徵狀及症狀均顯如普遍性腹膜炎者，則闌尾炎之

診斷，將觀其病史及初發部位，或以前之輕微發作而決定。

2. 如病人在進餐後不久，或當用力之後突患上腹部劇痛；或立即嘔吐，虛脫甚顯，且檢查時上腹部強硬不動，觸痛甚劇；可診斷為潰瘍穿孔，如病者有明確之胃潰瘍歷史，嘔吐物中稍帶血，腹膜中有遊離氣體之存在，右髒窩無觸痛，盆部亦無觸痛，更可確證胃潰瘍穿孔之診斷。如在食後二或三小時發生前述之疼痛，嘔吐，虛脫等症狀；而尤以病人為男子，有十二指腸性消化不良之歷史，其觸痛最劇之部分在中線之右，可診斷為十二指腸潰瘍穿孔，通常盆部檢查可顯示在此二種情形下，其急性觸痛係由於盆腔腹膜之早期炎症反應，因胃，十二指腸內容物遊離而發生。

3. 如一生育年齡之婦人突在下腹部患嚴重疼痛，次則發暈，繼起嘔吐，檢查時有急劇觸痛，陰道或直腸檢查時，在一側闊韌帶處或處發現腫脹；自疼痛發生後面色變為蒼白及貧血，彼過去曾有有一次或數次之流產病史，亦或稍有不正當之子宮流血，可診斷為輸卵管妊娠破裂。病人平臥時兩側肩部發痛，而於抬高其肩部並未時。一起坐一則減輕，常為其重要症狀，此為液體之刺激，此例為血液與膈膜接觸所致，若腹腔內更能證實有液體存在，或乳部表示有妊娠之徵，則診斷更可明白。

4. 如一女孩或少婦在下腹夾患劇痛，嘔吐且稍有虛脫，其下腹部發現一緊張有觸痛之腫團，此可為卵巢囊腫蒂扭轉，如該腫團能完全移動，且全在腹內，甚至甚大，有關明之波動，則其診斷可確證。

小的卵巢囊腫其大小如鰾卵或檸檬，連于右卵巢，當其蒂扭轉時，甚似一闌尾炎之腫團，此腫團可在闌尾之同樣位置，同樣的有觸痛，而該處之腹壁亦強硬不動，脈搏及體溫升高，且可有嘔吐及便秘。其診斷可藉腫團之是否於病之瞬時發現，或是否在腹內可

移動，或甚緊張，且有甚明顯之輪廓而定。在疑惑之病例，可藉之查其移動度以確定診斷。

5. 如一青年或中年之婦人，自訴有急劇腹痛，且有發熱，盆腔腫塊位于一或二側之闊韌帶處，或在子宮之後，而腫脹部份與子宮固定；企圖推動子宮時，即發生疼痛，如陰道有體性分泌，則推擠卵管腫塊之已被裂或示有破裂之危險，或由其炎症擴延至腹膜故。

如有上述之疼痛及固定性，移動子宮時有疼痛並無顯明之腫脹乃指示為急性盆腔管炎，此二例中，體溫均升高但其脈搏之加靜及闌尾炎或腹膜炎同樣溫度時所啟者顯著。

6. 如已知一婦人有腹部腫瘤，或僅知微有隆起，緊張之腹瀉用力或運動時，感覺疼痛嘔吐，且漸生虛脫，檢查時密或已不顯起，或已經為柔軟之腫塊，或僅發現腫之某一部份柔軟，如在一或二側腰部更發現流動液體，則可確實的診斷為卵巢囊腫破裂。

7. 如一長期患腸胃膨脹性消化不良之中年病者，其腹部疼痛以右季肋部為甚，且突於上腹部感受嚴重之牽痛，並放射至右腰部及右肩；於痛處感受嚴重之收挾感；同時有嘔吐，虛脫且創新下之中線處有緊劇刺痛，此為膽囊疾痛，此等病人以前有同樣緊劇或膽石移動之歷史及膽囊痙攣或膽囊擴張之徵狀，足供診斷之確據。如膽石移至輸膽總管，炎症從管竇延至輸膽總管時則有黃疸症狀及泥土色糞便，且尿中亦有膽汁素發現，膽石變痛亦可遇于較年輕之病者。

8. 如病者有嚴重之上腹部疼痛，嘔吐，且有發熱及輕度之腸膨脹，同時劍突下方及右側自八至九肋軟骨下有急劇刺痛，在右直肌上份之下面可觸及抵抗，此為急性膽囊炎之一例；且常有膽石存在之歷史，有白血球增多；如病者甚肥胖，則其腫塊不顯

其症狀與急性胰腺炎比較；則本病之虛脫稍輕而疼痛及觸痛均大限於右側腹部。

9. 已知病者有膽石，或膽囊擴張，或其病史充分的暗示為該疾病者；如突在膽囊處有嚴重疼痛，同時有嘔吐及神經震盪。檢查腹則全腹部不動而其擴張之膽囊不復能查知，同時腹內有流動液體存在，則須診斷為膽囊破裂。

10. 若一病人已知或疑感其有肝膿腫或肝包蟲囊病之可能，其肝腫形腫大，而突然有嚴重復痛以致發生虛脫，且腹內有流動液體之示證，須認為肝膿腫或肝包蟲囊破裂。在囊內液體流入胸腔內機，時可查知肝臟有顯着之減小。

11. 如病者在未肋下之一側腰部，突有嚴重而增劇之切割痛向下射至腹股溝，陰莖，睪丸或大腿部；其烈度加增，致病人不能忍受，伴嘔吐，戰慄，出冷汗，虛脫，必須診斷為腎疾痛如在白天發生則尿頻繁，尿中微有血，睪丸上縮以前並有同樣發作之歷史，或尿中有砂粒或結晶體；更可確定其診斷。若病者情況許可時並可行鏡可光以確定之。

12. 一婦人在劇烈運動或用力時，其右側肋骨下感覺疼痛，並漸以至令人難忍；同時有嘔吐，神經震盪，檢查時右腰部或髂窩處，可查出硬固且非常緊張之腫塊。並由肋骨下向上推後移，即減其痛苦，可診斷為腎變位，同時有輸尿管或腎臟血管扭轉，如在同一處有同樣之輕微發作歷史，並在站立時發生，而仰臥及弛放體時即減輕，則更有助於診斷。

13. 一婦人正在用力時，其左側腹部平臍處發生疼痛以後漸增，微嘔吐，檢查時於疼痛處觸知一硬固而緊張團團，此腫塊於所觸知之邊緣向上按壓此為脾臟扭轉及變位，病者或自訴似有異物移，或已往有同類之輕微發作。

14. 如一嬰孩或幼童其他方面均甚康健，但突然發生嚴重之腹痛，及嘔吐，其疼痛為陣發性的，并隨正常糞便之後，有不與糞便混和存在之血液及粘液流出，或伸導入直腸檢查時亦如此，檢查其腹部則在中央或近側腹中一縱長之腫塊，此腫塊當疼痛發作時，行手觸診感覺甚堅硬，而發作後變軟或竟至不見，右髂窩部則感覺特別空虛此為腸套疊，在罕見之病例中，腸套疊處能由直腸檢查而觸知。

15. 若病者有再嘔吐，嘔出多為腸內容物；既無大便，亦不能成尿，在嘔後亦不能引起此種動作，且縱給以瀉劑，亦仍對腸失去作用，此為急性腸梗塞此病或可有輕微疼痛，亦或者疼痛，或全無疼痛者。常有於致死之虛脫或腹膜炎形成前，這不能發現任何虛弱者，不過腹部可有頑固或不明顯之腫脹，或全無空虛之迴腸音，或腹部有膨脹之腸音，感小腸膨脹而大腸空虛。至腸梗塞之詳細診斷法參閱第三十五章。

16. 如鉛業工人沿牙齦上發覺一道藍線。尿中有鉛質之成分，且有嚴重之緊壓性腹痛，且痛放射至臍部，同時有頑固之便秘，其腹部亦呈硬收縮，則為鉛中毒性疼痛。

17. 如病者有嘔吐及緊壓性腹痛，并有腹泄及漸加重之虛脫，無局部之腹部頑固痛，此為癩菌性中毒之病例，此症常為一團體或一家庭中之，於食用某種特別食物如臘腸又燒肉節中毒所致。

18. 如病者自訴上腹部有嚴重之緊縮痛，腹部無塌陷亦無腫脹，在深吸氣末膈肌下降時，疼痛更增劇；檢查其腹部并無觸痛或叩診前變化，此多半為膈性胸膜炎，若有摩擦音之發現，更可確定其診斷。如一侧胸部叩診時有濁音，呼吸音消失，或呈氣管枝音，則為大葉肺炎。

19. 如一肥胖病人從前曾有膽囊結石之症狀，或有嚴重之消化不

良症狀；如突然有嚴重之上腹部疼痛，且或放射至左肩頭上并有連續嘔吐，虛脫漸重，伴有特殊之面色發紺，及脈搏頻數，檢查腹部則膨脹而柔軟，而壓迫臍部之上有觸痛及些許之飽脹或抵抗，此為急性胰腺炎，此種疾病之症狀甚為曖昧有些現出血。有些現腹膜炎，或壞疽，但自初起即顯白血球增多。

20. 如病者患嚴重腹痛嘔吐，大便中有血及膿液，漸變虛脫，大體可診斷腸系膜血管栓形成如已往有心臟疾患及血管變性之存在，均有助於診斷。

21. 如病者突患腹部銳痛及虛脫，不能排便或放屁，腹部由充氣及緊張的腫脹而膨脹此為急性腸扭結，此種急性梗阻之病者，其嘔吐可甚輕微或竟全無。

22. 如病者患腹中疼痛，膨脹，發熱，快脈及白血球外多，但並無局部疼痛及觸痛，亦無局部腫脹及腸梗阻，此為急性腹膜炎，由於漿液受肺炎球菌鏈球菌，或淋球菌傳染之故。

23. 如一男子突患嚴重之腹痛，嘔吐及虛脫並查知其瞳孔縮小，無光反應，膝反射減退或消失，並於對腿部有『閃痛』，此為脊髓癱瘓病中之『胃危象』。如有既往癱瘓之歷史，甚有助於診斷。

24. 如一中年病人，發作不甚重之腹痛，從前曾之腹部不適之歷史或竟有數年之久，此時伴有全腹部觸痛，但並無腹部僵硬，而微有發熱及脈搏稍快，可由於小腸之急性腸痙攣，致成此病甚為罕見其診斷之徵象亦甚曖昧，總言之其真像僅由試驗剖腹術而發現。

25. 腎皮質腫，有時亦稱腎腫，其發作為急性，有發熱，脈微快，並有疼痛其疼痛位於一或二側腰部。下延至諸窩於腎臟之前面或後面可有觸痛，由位置之不同及病人之一般情況，與腹部症狀之不相應等須與闌尾炎，膽囊炎等鑑別，此等病列常可發現在最近期內常有葡萄球菌之皮膚傳染，如皮膚癬瘡。

但有數種疾患如脊柱之急性骨髓炎，初起之腹主動脈夾層動脈瘤及腹膜後出血等，其所發生之症狀與急性腹部疾患甚相似，此不可不注意者也。

第三十五章 腸梗阻之診斷

(DIAGNOSIS OF CASES OF INTESTINAL OBSTRUCTION)

腸梗阻概分二類：

(1) 其主要症狀：為忽然大便不通；(2) 腸道之排洩不能通順，是慢性與進行性之現象；前者曰急性，後者曰慢性，有由慢性而變為急性之病史，稱為慢性而致之急性腸梗阻；至于排便與放屁，全恃腸肌之活動；故腸之蠕動衰竭，或機械性梗阻，均能致大便與腸氣不能排出；在臨床上所謂「腸梗阻」僅指機械性梗阻而言，亦即此處所欲討論之問題，至于由腹膜炎而致之腸不全麻痺，或先天性結腸膨大等病均不屬於此章範圍之內。

(1) 急性腸梗阻——此類可由四種症狀而診斷之：1. 正常腸中之大便與腸氣完全停滯；2. 梗阻處以上之腸蠕擴張；3. 劇烈之腸疾痛；4. 反胃嘔吐；因神經受刺激，可有輕重不等之休克，尤其當神經被壓時，特別顯著，病者並有毒血症症狀；若嘔吐甚劇，則因失水而現虛脫，患者亦可顯結腸或直腸癌等慢性腸梗阻之症狀，腸梗阻之便秘，曰「絕對便秘」，即連少許腸氣與大便，亦不能自動排出，此時腸對瀉劑無反應，且灌腸亦無效果；不過當灌腸時，尚有少許之腸氣，或存於梗阻以下之內容物，可以排出，反胃嘔吐亦無惡心，亦不須用大力排擠，此乃示胃甚易排空；在所有病例中，第一次嘔吐，多為通常胃內容物，至腸發生梗阻時，則嘔吐物甚夾雜腸液性；且多為腸內容物，其後可有糞便吐出；通常嘔急劇，且擴張有限者。乃示梗阻在腸上份。

腹部愛克司光攝影時，最好令病者取直立之位置，或令病者側

睡，前後經照之亦可；此種攝影法不但能表明梗阻之情形，且可指示梗阻之位置，其梗阻以上之腸腔，常充滿氣體，與液體；故在攝影圖上均可看出液體水平。在迴腸擴張之腸擴張，其外形為平滑者；而結腸則呈袋狀，欲確實解釋透視線圖，自然須要相當之經驗。

既確定病者為急性腸梗阻，則進而決定病者是否有外疝，其可發生疝之部位，無論為常見，或不常見者，均須注意檢查之；若腹壁有腫脹發硬，該腫脹與腹壁固定，且甚緊張，而叩診顯有濁音，此種即可視為絞窄性疝，不過尚疑惑此種腫脹是否確為疝時，則有賴于試驗切開，以顯露該腫脹，若無疝腫脹發硬，則須探究病者是否曾患疝而被整復者；則更須研究其疝送入時與梗阻症狀發生時之關係，同時亦須詢及送入時是否困難，自己能否作很方便之整復，既知病者有還納性之疝，則更須仔細檢查其疝環，疝道，以究疝是否從此而下，若然則此處非腸梗阻之所在。

若已確實其無外疝，則須注意各種內絞窄之鑑別問題；在甚多病例中，非腹腔之詳細探察，難以決斷絞窄之正確原因；腸套疊，較其他急性內絞窄，易于診斷，若在絞窄早期即有甚顯明之虛弱，脈搏細微，皮膚冰冷，且出汗甚多，此乃表示有緊絞窄，若早期即發生嘔吐，且腹瀉頻頻，同時甚快即吐出腸內容物，腹壁均勻；而僅有輕度之膨脹，排尿甚少，如此可知梗阻之位置多在小腸；且其梗阻愈上，則此特徵愈顯，反之若梗阻在大腸，則腹壁顯脹膨脹，嘔吐較不急迫，且在嘔吐物變為腸內容物之先，須經過相當時間；在此種病例中，或能利用視診，以叩診，以顯明關腸及結腸；且其梗阻在橫結腸，或近于橫結腸時，右腰部常較左腰部膨脹為甚。

下述各種內絞窄，如腸套疊，內疝與腸扭結等應區別之。

在急性腸梗阻之病例中，行多量或反覆之灌腸或插入長直腸

管。對於診斷全無裨益。

若觸知有長形腫脹在闌腸部，或結腸道，且常有裏急後重感覺，同時有血與粘液，或純血從肛門流出，可診斷為腸套疊；此種腫脹時變其堅實度，與形狀，在堅實時，伴有腹緊壓痛，與裏急後重。腫脹之變更，係因甚強之腸蠕動所致；且可證明此種腫脹為肌肉性，有些病例腸絞窄之末段，可在直腸內觸之。或更可從肛門突出。

設病者腹部突出局部之疼痛，且速使之極度膨脹，同後并可在髂凹或臍腹部探知，圓而緊張之腫脹，或腫痛；此種梗阻，可診斷為腸扭結；在此等梗阻時，嘔吐可極輕，或竟無之，扭結處大腸較小腸較小腸為常見，尤以闌腸或乙狀結腸為最多；而扭結之部分，可有極顯着之膨脹，在腹壁外即可透見。

若腹部常有輕度擴張，無隨處腫脹，或特別抵抗之處，同有嘔吐發生甚早，且甚快吐出腸內容物；此種病例，可診斷為內疝，或由束索引致之腸絞窄，或由陳舊之疝，或以前曾有腹膜炎病史，或會行過腹膜內手術，均指有束索之存在；若病者曾有腸絞痛情形，且或有界限無定之局部抵抗，或充滿狀態，特別發生于髂凹部，即為內疝之徵。

胆石常在迴腸下段嵌頓，但在未入迴腸下段前，可以暫時停留于任何部；因此常有間部之病史，故在年老者，其病發之始，似為原先胆石痛之嚴重再發作，一二日後，始有小腸梗阻之各種病徵。

以上各類急性阻之診斷，在第三十四章內亦已述之矣。

(2) 慢性腸梗阻——此種多發于大腸尤在大腸末段為常見；慢性腸梗阻須與慢性便秘相區別，在慢性便秘者，經過甚久，與不規則之間斷期，常有硬而大之糞塊排出；糞塊嵌頓與慢性梗阻亦不能混淆；糞塊嵌頓在大腸任何部均有之；但特別多見于闌腸，結腸

曲，或盆部之結腸；嚴重者整個大腸均可為大便堵塞，在腹部結腸之糞塊，多為圓形或不平，能用手指觸知，叩診有回響，且有極微之緊張，在治療過程中，可查見沿結腸移動，或漸次溶解消失，若用指在直腸內深討之，可觸知盆部腸中之大糞塊。

凡遇慢性腸梗阻之病例，應按下述研詢之，先詳查其病史，注意其大便之性質及次數，——體積，形態，大便之份量，粘液與血液之終和等；由大便之體積，可指示大腸末段之腸腔容量，其狹窄若在結腸上部，則經過狹窄處之大便在排出之先，仍可在狹窄處下部重新構成最大之糞塊；大便中之體積，漸次減小，乃為腸腔收縮之重要症狀；若大便中發現粘液，乃表示腸粘膜充血與受刺激；若為血糞乃為粘覆極度鬱血，或為潰瘍所致；當粘液分泌甚多時，則大便次數甚多，病人即以爲患腹瀉；在大腸壁內，有血管性新生或血管長入之病例者，其粘液分泌特多，大便之排洩不規則亦應注意；其數日無任何排洩，但忽然緊張以次數多而份量少之稀軟大便者，此爲器官性梗阻之重要症狀，稱爲交替性便秘與腹瀉；若晨起有數次舒服之便晨瀉，——晨瀉——而其長大半日腸反呈靜息狀態，此常令人診斷爲早期腸末段縮腫；若腸有絞痛與咕嚕作響之病歷，則爲梗阻處，以上之腸正強力而無效收縮之象徵，在病史中若曾行手術，或曾患腹膜炎，自應謹慎注意之。

即如病者之病歷後，須注意檢查病者，並特別注意以下數點：

1. 膨脹——可云爲普遍性者，即包括大腸或限局性者；尤其于辨別大腸部分與整個腹部之膨脹，甚爲重要，應注意每個腸腹之充滿；且應藉叩診判出大腸之界限；膨脹可爲完全梗阻之徵，亦可藉腸受牽之程度，而斷定梗阻之部位；概然梗阻之部位位置甚低，闌腸爲大腸中最先膨脹者；故闌腸之情形，在所有病例中，均應特別注意。

2. 大便儲積——當大腸梗阻，為慢性而未完全堵塞時，大便可滯留于梗阻之上部，並可在大腸處摸出，尤其在乙狀結腸與盲腸為著；故大腸積糞，為慢性梗阻之要徵。

3. 腸蠕動顯明易見且可聽到此種蠕動；此種蠕動，可自動發生，或用腹部暴露，或因捫壓刺激而引起；此乃證明因機械性梗阻，而蠕動無效；于是便梗阻之上而膨大膨脹，此時作響亮咕嚕鳴與絞腸痛；欲鑑別其為小腸抑為大腸之蠕動，通常頗為容易。

4. 腸之觸痛甚為重要，尤其盲腸或乙狀結腸處者為然；而觸痛實為潰爛處之唯一顯著症狀；因此部位甚易發生糞積性潰瘍故也。

5. 腫脹——若摸出任何腫脹，則其真確位置，大小固定，或活動度，與其密度等均須注意之。

6. 于肝臟必須檢查其體積是否增大，表面是否堅硬，或不規則；凡此均可由續發性惡性疾患引起，同時須檢查皮膚，結合膜，與小便，以證明是否有黃疸。

7. 腹壁腸癌及胃癌在臍部俱易發生續發性堅實平圓結節；此種結節之發現，在任何梗阻之病例中，皆甚重要；蓋由此可知其梗阻之性質，及是否有轉移發生之現象。

8. 腹股溝淋巴腺甚于以上之原因，亦須注意其是否增大。

9. 所有能發生疝之位置，皆須詳細檢查。

10. 直腸檢查：腹部既已完全檢查，于可能時，當注意病者之大便，最應注意前文所述各點，而後用指探察直腸，直腸檢查時，先戴手套，並用潤滑劑，于必要時可用直腸鏡，或乙狀結腸鏡，手指探肛時，須注意肛門括約肌之抵抗，或弛緩，及肛管之平滑，與軟和，或其壁是否有任何硬節，或不平現象；指既進入直腸，即須注意其腸腔是否有收縮膨脹，或因潰瘍而擴大；腸內是否空虛，

抑爲大便或異物充滿，有脫垂物，或腸套疊，再用指觸直腸壁各部份是否變厚，或硬，腸固定，或活動，或爲腸外生長物壓迫，或變移位置；因映光良好之直腸鏡可探察直腸與在骨部內結腸下段之精膜，及其攢張力之改變，其所得每較其他方法更爲精確可靠；若病人有嘔吐，則須檢查其嘔吐物尤其應注意其味，色與對石蕊紙之反應；要宜決定其爲通常胃中物，或僅摻以胆汁而顯綠色；抑爲小腸中物反胃而來；更或爲結腸中之大便。

最後須注意病者普通情形，關於病者之消瘦，與蒼白，及衰弱狀態之徵候，更須注意及之。

若病者原極健康，但經長期之間歇，始有一次硬便，其色黑，而體積正常，直腸亦健康。腹部既無特別膨脹，亦無腫痛；尤其當病者爲貧血之婦女，則可視爲腸無緊張力。

若症狀如上所述，而直腸充滿硬糞，或大腸中亦有同樣之大便，常名曰糞塊嵌頓；此二種情形，常甚普遍，在糞塊嵌頓之病者，或竟每日排出甚少之硬結大便，或有裏急後重之苦。而排出之大便，附以粘液，此病常爲年老者患之。

若摸出腹壁上有長形腫脹；且具備慢性梗阻之症徵，而病者有粘液和少量大便混合排出，同時主訴有不規則之腸絞痛，與裏急後重；此即可診斷爲慢性腸套疊；腸套疊之末端，可在直腸內摸著。直腸單純性爲惡性絞窄之診斷，見第三九章。

若上述諸病原，均可除外；則醫者必須根據腹部膨脹之特性，程度，而決定其梗阻之位置，在大腸或小腸；惡性疾患，多發生於大腸；而慢性腹膜炎，或粘連，成牽引，常累及小腸；若在腹部摸出腫脹，則大有助於診斷；假有小腸炎阻之症狀，且病者曾患腹膜炎，或盆部炎症，或瘤腫之病史，同時非絕對便秘；此種情形，可歸于慢性腹膜炎或因此等原因足以將腸拉上或牽下，致妨礙其

動也，其梗阻之位置，若在大腸，同時病勢甚緩慢，但繼續進行，無論腫瘤能摸出與否，要以大腸癌為最近似之診斷矣；其早期症狀：可有消化不良，與腸胃充氣，大便有長時不規則之習慣，以後或兼有粘液或血流之下痢，消瘦，與進行性貧血，在肝與他處或可找其續發之轉移痛；在強壯病人，有比同樣之病史，且經過甚久之時間，尤其在盆腔內大腸部位有固定壓痛之腫脹，有時且十分疼痛；則可斷定為慢性憩室炎。

用銀鹽作愛克司光攝影，對於梗阻存在之地位，及其梗阻原因之診斷，甚有價值，對於迴盲瓣以上之梗阻，須吃銀鹽；若梗阻在其下，則須行灌腸法，注入銀鹽先透視而後攝影。

先天性腸梗阻初生之嬰兒，在二四時內仍無胎糞，必須注意檢查其下部腸道是否有畸形；嘔吐與腹壁膨脹，皆為值得注意之症狀。醫者須深知三事：肛門是否發育完全？直腸是否發育完全？直腸是否與膀胱子宮或陰道等構成不正常之交通？由會陰部之視診，可察知肛門是否發育確定後，進而檢查直腸是否發育；可用其小指進入肛門，以查有無緊張凸出充滿盆腔內之腫脹，及有膈膜將其與肛門分離；二者相距較遠；反之在盆腔內亦能觸知任何腫脹，若無肛門；醫者須細診會陰部注意當小兒啼哭或用力時，或加壓于腹下部及膝凹，是否有凸處；用此種方法膨脹，每可以定直腸位置；若直腸與子宮陰道等相通，則可發現小便中有胎糞，或胎糞從女陰口排出。

第三十章 外科性消化不良症 之診斷

(DIAGNOSIS OF CASES OF SURGICAL DYSPEPSIA)

本章內診斷將注重於其發生均屬同一類之病變，此等病變俱先發慢性腹部不適或疼痛之症狀，但大多均可用外科方法減輕或治癒者，鑑別診斷則須着重與一些可用內科方法治療之病變分別之。屬於此類之病症約有下列數種：

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. 白虫缺損。 | 2. 慢性闌尾炎。 |
| 3. 膽漏。 | 4. 大腸狹窄。 |
| 5. 胃潰瘍。 | 6. 內部疝。 |
| 7. 幽門狹窄。 | 8. 胆囊炎與胆石潰。 |
| 9. 沙漏形胃。 | 10. 胃癌。 |
| 11. 慢性胰腺炎。 | 12. 胃擴張。 |
| 13. 胰腺結石。 | 14. 空腸潰瘍。 |
| 15. 胰腺癌腫。 | 16. 十二指腸潰瘍。 |
| 17. 腸下垂。 | 18. 迴腸糾纏。 |
| 19. 內臟粘連。 | 20. 慢性十二指腸腸塞絞痛。 |
| 21. 闌腸膨積。 | |

欲達到診斷此等病例之目的，首要詳細研究詢問病歷，次要確實注意症狀，終須將病者之牙齒與腹部器作詳細檢查。

(1) 病歷——病歷上應特別注意兩件事，即(1)症狀初發時之模式。(2)時限及進行。

(1) 1. 症狀之初發或為發覺或無明顯之強成原因，或繼發

於一些急性疾病，手術或懷孕之後，其症狀可突發，亦或在不知覺中漸發，凡突發者多指示由于傳染病。或機能障礙為部份之變位或卵囊（Kiak）或結石之嵌頓，急性病變之後果由于發炎使器官受到永久的損傷，或由于粘連者影響其功能，若病變隨手術之後而發生，多半為粘連之結果，但亦可直接由于術手影所致；至于懷孕所發生之障礙則常隨以胆炎及胆石病。

(2) 症狀之時限與進行——症狀之時限其重要意義在表示功能障礙之重或輕；而病歷方面關於症狀進行者更屬重要，症狀既可持久而不變能有數年之久表示為一種非常慢性且不沈重之情況；亦可增有一定間歇使病連續發作，表示為繼續性傳染或病勢增劇；若其症狀近來如刺或發生變化則表示有其他合併症之發生如由慢性潰瘍轉變成瀉瀉或尾炎之繼發胆囊炎，潰瘍或胆石嵌頓所隨發之狹窄。

(2) 症狀學 1. 疼痛：——部位——雖然在病因所在處常可發覺疼痛，但並不一定俱係如此，如像在胃潰瘍胆囊炎，及闌尾炎；有時其痛映射至與致病所在處有相當距離之部位，如在胆石映射至右肩在闌尾炎映射至臍周圍或腹上部。

若病人常能確切指出其痛完全在臍之上或臍窩之下，且或更可分出只局限于腹左側；如此則在第一種情形須想到為胃，胆囊與胆管，十二指腸或橫結腸之病；在第二種情形則應想到為十二指腸以下之小腸。闌腸，闌尾，右或左結腸之病；在第三種情形者若其痛全在右側則可疑為闌尾闌腸，升結腸或盲囊之病，若全在左側則可疑為降結腸與乙狀結腸之病，此外有許多病者訴說其痛特別局限在上腹部之上部或下份。右季肋部正在第九肋軟骨之下，臍上之右腹直肌之深層或闌腸部等定點，若如此則多示疼痛之原因即在該小區域之腹壁下。

(3) 疼痛之特性——描述疼痛，應用「燒灼」、「針刺」、「切割」、「拉拖」、「蠕咬」等形容字，并無甚重要，但用「突發」、「分換樣」以記述不隨意其之強烈而無效之作用於胆道；胃、或腸之作用時，則須慎重考慮，蓋頗有意義也。若用放射一字，以形容某種疼痛時則其痛放射之方向應加說明，譬如痛自上腹部臍體之右側放射至較下背脊——有時亦可上至右肩，——則必為胆囊或胆道之疾患，而痛在在右髂部，但放射向上至臍部或上腹部之下份或橫過左髂部則常指示為慢性闌尾炎之例：偶然其痛亦向下放射至右大腿部或沿腹股溝部分佈但并不至恥骨部或順着尿道散發者。疼痛自原發部向其他部份擴延亦為可注意之點，例如上腹部之疼痛若延至背部則可指示為胃潰瘍之經過胃壁而擴延到胰腺矣。

(丙) 痛之發作——可為漸進的，突發的，或間歇的，在幽門狹窄或胃潰瘍多感覺闌進之疼痛；而突發性痛則常為胆囊結石，闌尾炎，內疝；至于間歇痛則多半發于十二指腸潰瘍及胃或腸閉塞，對於疼痛發作之時間不僅注意其在一日之何時，且顯及對於飲食吹風及運動之關係，慢性闌尾炎其痛與飲食及食物之性質均不生關係，而多在早晨之首幾小時或運動之後始發生，胃潰瘍痛則在食東西後隔一會即發生，而便東西較軟慢西更難受。

十二指腸潰瘍其痛在飲食後即減輕但過二或三小時後及再發生；且食混合性食物後較濕潤液體食物為更壞，胆囊炎及闌腸鬱積之病則發于一日中之較晚時間，胃膨脹痛在多次打噎或嘔吐之後或減輕；消化性潰瘍在應用過大量鹼性藥之後，其痛則減輕，小腸梗阻疼痛則當放屁及通便後乃減輕。

2. 惡心與嘔吐——在胆囊炎，腸糾纏，內臟下垂與闌腸鬱積時可發生惡心，但在有些胃癌病例却更為明顯，嘔吐可在胃癌及胃潰瘍時見之，若多次嘔吐或能將一两天前之食物盡嘔出則多半見于

幽門閉塞之例，在胃與大腸間有癌性瘻管時，偶然亦可嘔吐大便，腸梗阻亦有嘔吐大便之現象，(見第三十五)在胃潰瘍，胃竇及十二指腸潰瘍乃有嘔血，在胆石夾滯有大量變氣，且伴有急性痙攣性疼痛。

8. 黃疸——若病人自訴有皮膚發黃病歷，且同時大便蒼白或為粉筆色，小便發暗，此定屬梗阻性黃疸，而可為膽石之診斷有力佐證。

4. 大便——在很多此類病例必須親自檢驗大便，若有多次異樣之病歷，不論曾否有忽然昏倒，常示為十二指腸潰瘍；若大便由有少許紅褐色血及粘液比多指示成為大腸由有潰瘍或為慢性腸套疊，慢性便秘或雖用輕瀉劑後仍無效力常見于內臟下垂，闌腸鬱積，及內臟粘連，且為此等疾患之明顯症狀，在迴腸糾纏受有偶然發作之腹瀉與習慣性便秘併發，若有大塊糞便排出縱經相當時間，亦可表示大腸之較下部及直腸并無窄狹；反復排出細小大便球則常併發有憩室炎大便漸減小且對於瀉劑感應甚難，是為大腸窄狹漸增劇之特點。

5. 寒戰——不規則寒戰之發生同時併發抑鬱感且有黃疸乃為膽道總管結石之確實表示。

6. 一般情況——癌腫之結果亦使身體消耗得很快，其虛弱特甚，與其他症狀之輕重不成比例，在癱瘓性幽門狹窄或多沙漏形胃之增經一年以上者，雖非惡性情形亦可致相當癯瘦與大量虛弱。

(3) 病人之檢查 1. 齒與齒齦——應特別注意是否堅強之白齒具有良好之咀嚼作用或有膿漏存在。膿漏存在之徵象為有一紅線圍繞於牙齦遊離縫，牙齦現惡臭與潰瘍，當塞牙線時則圍繞於牙齦部有膿性腫起，而呼吸亦有特別氣味，膿漏可單獨在牙齒之上則發生，因此有些病例必須非常詳細探尋後始能獲到。故檢查時不應疏忽。

有作用之白齒的缺損常為取食後發痛及腸胃充氣之通常原因，假若屬實則在裝設牙以後，此等症狀可迅速消滅，在有些病例，膿瀰或為胃及十二指腸潰瘍之發成原因之一。

2. 腹部之一般形式——腹部可以一致的擴張，弛緩，或呈舟狀，亦可僅有胃部，闌腸部或結腸部之局部擴張，胃、胰、肝、胆囊或闌腸部之瘤腫可以很明顯在薄腹壁下凸出。腸收縮之蠕動波浪除在很薄之腹壁可見外，正常在外表不能見之；若能見則指示腸肌之肥厚或者為器宮性腸梗阻之徵象，故在診斷上極占重要；且若只顯露腹部並不足以徵起則可用手加以輕微壓力常即能顯露之，此現象伴伴證有腹脹及腹突痛，若令病者直立則上腹部上份扁平，下份及髂部均凸出則可為一般腸下垂之徵。

3. 腹部之呼吸運動——使病人作兩三次緩慢之深呼吸，注意腹壁，運動是否完全隨之升降且有一致性，或者其運動較正常為減少，或有區域之限制，並且有無任何內臟或瘤腫在腹壁下作上下之移動，完全與均一之運動乃亦伴無肌肉之強硬及腹內臟器之顯著觸痛，局部之不動可為一有利之指示，可明示能痛臟器之存在與所在如潰瘍的十二指腸或發炎之闌尾等。若見到在腹壁下有瘤腫呼吸運動而移動則必為與鄰接腹膜之任一臟器如胃、肝、胆囊或脾發生接連而非嚴重之粘連。

4. 肌肉之強硬與觸痛——將手平放於腹壁上，後然輕微彎曲，手指同時對腹壁之弛緩度的減少須加注意。有些病例其局部強硬非常微弱，但却一定存在，若不小心檢查則每易忽略。身體兩側之相當部位特別是兩髂部及多側腹直肌之上份皆必須小心比較之。強硬乃其下臟器過敏性現象之一種表示，且為闌尾炎及十二指腸潰瘍之重要症狀。次以同樣小心檢查局部壓痛，先用手輕微平壓之，若無所得，則以較強壓力按之，然後方用單一指尖輕微且慢向後

壓之，此種檢查法須對稱行之方不致忽略腹部之任何一部；此特別在上腹部，右肋部，右腹直肌上份，左肋之下及其後面，尤其在腹直肌之外側邊緣更形重要。檢查胆囊觸痛，若無胆囊腫痛可覺出時，則右手尖應沿壓在第九、十肋軟骨之下，同時令病人深吸氣，如此則胆囊降下可用手觸得，若有觸痛偶爾亦發疼痛。胃潰瘍則在上腹部顯觸痛，特別在前壁沿胃小彎部及近幽門部。若在劍突與臍間的中點壓之有觸痛時則為現石胆囊管或胆管內嵌頓也。恰在臍上且略偏右之一點有觸痛時則為十二指腸潰瘍之徵象。由右肋前上棘突至臍之連線間三分之一處如有觸痛。並且當手在關尾腸下緣旋轉時亦然，則為關尾炎之徵狀；若此壓力且反射至恰在臍上之一點亦發痛則仍為慢性關尾炎之指示。在任何腹部腫之瘤上俱可發現觸痛。

5. 腫瘤及其特性——讀者可詳細復習第三十三章，此處所著重討論者，特別趨向於腫瘤的準確位置之決定，在腹內之運動性，叩診時之發濁音或回響及其永久性。胃或腸之一部擴張或為間歇性者，所致成之腫瘤可以有時存在，有時消失而其大小亦可變動；再者擴張與梗阻性胃或腸蠕動可當其肌層收縮致變緊張時漸顯可以認出，並且可利用其收縮性而用手在該部位揉摸使腫瘤漸顯，可以觸出。此點對於幽門梗阻、腸梗阻及慢性腸套疊之診斷有很大意義。在其他病例，腫瘤可因受按摸而其肉壁變軟而漸趨於消失，在手下不可觸出。

6. 腹部臟器之位置，大小，及運動性，胃藉叩診可定出，肝之位置及大小，能知肝臟之下緣，可能時亦可得知胆囊所在，并可決定每個胃袋運動之程度，胃腸氣脹亦可由叩診而知；特別重要須注意比較結腸高點對於較低地位之相應的擴張，因此為腸道梗阻徵狀之一。

特別情形亦可覺出闕腸擴大形成軟團塊且有病變之外形，但用手揉按之，可發生明顯氣過水聲及稍許不適。

7. 嘔吐物之檢查——若嘔吐大量東西則為胃擴張症之表示，而此症乃由慢性幽門梗阻而起，若嘔吐之食物為許多小時或竟一天或二天以前者則示食物離胃排出延遲；內嘔吐物有發酵情形及臭味，在顯微鏡下可見胃八聯球菌亦能表示向胃至十二指腸食物通道梗阻之結果。有小量血常在嘔吐物內發現為胃癌之較常見徵狀，但偶爾大量出血則可在胃及十二指腸潰瘍，肝硬化，及動脈瘤破裂入骨或十二指腸時見之。若嘔吐物內查出大便，但並無完全腸梗阻之徵狀，則可確證為因潰瘍而致之胃結腸瘻或胃與橫結腸之癌腫。

8. 愛克司光檢查——此類病例用愛克司光檢查并無多大價值；但在大多數情形下利用之亦可獲得如同在骨損傷時所得之同樣相對的診斷價值。此處仍須重復警告如在導言章內所示即若唯一依賴愛克司光而忽略其他診斷實屬錯誤！有三種可利用之特別愛克司光檢查法即利用領餐，利用鋇劑灌腸與胆囊攝影術。

用領餐檢驗法可得知胃之大小，形狀，位置及其排定之速度；十二指腸之外形，位置及排定之速度，以及內容物入小腸及大腸之速度用鋇劑灌腸則可顯露整個大腸位置，口徑及其潛力。上述兩種愛克司光檢驗法，其完全價值之獲得除攝取愛克司光照片外，且亦須使病人能處於一便于接觸腹部且經各種不同之平面均可觀察之位置。口服或靜脈注射二困醇並發射之溴鹽或碘鹽，愛克司光胆囊攝影術，因該藥乃自胆汁排出，在正常情況時其集中於胆囊內，故前顯出不透過愛克司光之胆囊的影子。胆囊內之胆石，鈣化程度高時則用愛克司光亦可能將其顯出。視檢驗顏料正在分泌時則在透光區可顯出陰影來。若在顏料已適宜吸收以後仍不能顯出好影子則示胆囊管狹窄或胆囊患失去正常集中胆汁能力之疾病。

9. 胃內容物之分次分析——此種簡單但較辛苦費事之食餌試驗法若用之合法則頗有診斷價值之。抽出胃內遺留食物可以顯示胃排定作用是否延遲及有無血液等；而在進食餌之相當時間後，採取胃內測驗可以估計胃液之性質特別是胃酸排出之量與時限，胆汁逆流之時間及任何不正常成份。

10. 大便與小便之檢驗——黑糞為極度失血至腸胃道上部之表示，在胃特別是十二指腸潰瘍時見之；但此亦只為偶然之事。但在預先給予適宜食物後，而於其大便內仍有小量血（稱為隱血）發現，乃為時常有少量滲出血入胃之重要症狀而於胃潰瘍及胃癌時見之。

大便之體積及形狀對於有些情形之診斷很重要。此處所欲討論者為常時排出如山羊大便一樣堅硬小粒狀之大便，此症想及有慢性憩室炎存在。大量白色如粥樣大便指示腸消化不好，通常乃因慢性膽腺炎，Wirsung 氏管因結石阻塞或者胰頭生癌腫等使腺分泌減少而致。

既已研詢病者，病曆，發現之症狀，與多種不同方法驗查所得之結果，則可診斷矣。可是仍須記着能有多種病理情形共同存在且共負症狀之發生，而有些診斷只有由外科之探查或審視，外科治療之結果方可知也。

(1) 白齒損缺——食東西後有發漲感覺，且發痛，腸胃充氣，并且慢性便秘，伴有軟弱，貧血及營養不好，此多半可由缺損白齒所致。

當缺損補足後則症狀減退而其診斷更可成立矣。

(2) 膿漏——前已曾述及膿漏存在之如何決定。關於如何診斷并不甚重要，蓋病者能自述其直接所致之症狀也，如飯後疼痛，嘔吐，便秘，貧血，消耗及軟弱；且亦可因此傳染之原而為胃潰瘍胆

囊炎及闌尾炎初發或再發之因素。任何處只要有其發現，即應做有效之處置與治療，首先決定何部為主訴致發症狀之直接原因所在，且將消化道其他部份的可能傳染原因消除，同時并慎行，何需要之外科手術。

但另須注意者即慢性消化不良并非一定直接由臼齒缺損或膿漏所致！

(3) 胃潰瘍——若一病人，尤其是中等年紀之男人，有上腹部發作性疼痛，且能間歇數星期均不發而在食東西後即很快發生，或過相當時間在一點半鐘以上直下次飯前，且可有嘔吐及酸鹼性物而減輕等病歷時則可疑為胃潰瘍。此病歷可延遲數年，病勢加重，疼痛加增且波及背部發痛，但胃口及體重則僅略有減低，在無幽門狹窄者，其胃內容物分析檢查，大多數病例均係酸性增加。而最有助者則係經愛克司光學家利用銀餐檢查，在胃小彎部份有潰瘍穴之發現，滿充以銀劑為蟹疣樣，且在同張愛克司光片上亦可能見着胃大彎部亦有久存之切跡，此乃由胃壁起痙攣所致。

併發病如幽門狹窄，胃沙漏樣收縮，胃與胰發生粘連，及隨患之癌腫均可使病歷與其他記錄如非典型之潰瘍。如腹部在物理診斷時并無特點可發，診斷唯賴病歷，加以確切的胃內容物分析及愛克司光之發現。

(4) 幽門狹窄——痛處在飯後漸增嚴重不適，但能為嘔吐而減輕，嘔吐物多為一兩天前之大量食物，且所服之銀劑食物雖經過數點鐘後仍留存於胃，或發現其以很細之窄流以過幽門，則可診斷為幽門狹窄。在兩三日前嘔吐食物中，若發現有大量腐敗性細菌，酵母，及八聯球菌以及酪酸其他發現而生之酸類，均頗有助於此種診斷。

狹窄之原因或由於近幽門處潰瘍之癢痕形成或由於該部之癌

腫，此在過去病歷上部即已顯示，如典型之胃或十二指腸潰瘍，狹窄症狀之時期，胃壁肥厚之程度。腹部腫脹之確實有無，及嘔血等。狹窄之長期經過及胃壁之非常肥厚皆可明示為單純性癩痕梗阻。

(5) 沙漏形胃——有長久飯後疼痛及偶發嘔吐之病歷，透視時胃底發現銀餐存在，同時可見其細流經過直至幽門實如有則指示為沙漏形胃。此種胃潰瘍之合併症不可解的幾與女性無關。

(6) 胃癌——若病者在中年或中年以上而作主訴食慾減低，並且在食東西後很快即發生疼痛。且多少有常時嘔吐，亦顯迅速而過行性軟弱及消瘦，檢查時有便及輕微壓痛之團塊可在胃部觸覺，此即胃癌之例。有些病例並有胃慢性潰瘍之先期病歷；假若有如此病歷則其痛可由間歇性者變為持續性者，且有貧血及體重減輕，胃內容物分析發現不潔臭味查血的胃內容物，故雖不能確知腹部腫脹亦可下如是診斷。食銀餐後行X光診斷頗有價值，特別在無腫脹可窺出，但病歷與徵狀其甚疑難時。典型現象為陰影之邊緣發生缺損，此常在幽門端，致胃正常形狀扭曲乃現不規則之邊緣。胃內銀劑可因幽門狹窄而遲延排出或因癌腫影響幽門括約肌之作用而難胃過速。

若癌腫生在胃之賁門端則可無貧血，且僅略有軟弱。但在營養上，本病之此兩種症狀因病者之不同而其改變之程度亦大異。

(7) 胃擴張——伴發於慢性消化不良症狀另有飯後不適及發脹感非常憂氣，偶然亦很多嘔吐，及便秘，胃部扣診有回響區加大且低下，食銀餐後照愛克同光管影像特別盛大及不正常的低下，但並無任何幽門狹，則胃擴張及垂即可診斷矣。

(8) 十二指腸潰瘍——若病人主訴食東西後二三小時延至第二次食飯時間有歇或反復之疼痛，在夜晚之同一時間亦常發生，其痛

且可為進食或予鹼性物而減輕，此乃由於幽門痙攣之結果。中等程度之幽門痙攣可在過度吸烟者發現。是為慢性闌尾炎之症狀，或亦可在習慣性便秘者見之；但如痙攣嚴重時應想及十二指腸潰瘍，右腹直肌上部微強直，臍之右上有壓痛，或忽然有黑糞，嘔血亦可見此等倍可有助於診斷，此外有些病例，其診斷須根據於食物試驗而分析其餘留胃液有很高酸含量，鹽酸之排出加快，量加多；行與餐試驗時見十二指腸有畸形，其通過十二指腸之速度加快，或竟通過全段小腸亦加速。本病患者男多於女。

(9) 空腸潰瘍——在胃潰瘍或十二指腸潰瘍之經有欲手術通常多為胃空腸吻合術或僅部份之胃切除術以後間隔相當時間常在數月之久，病者在食後愈又開始覺疼痛而休息，服鹼性藥及留心飲食均不能完全減輕之，如是則可疑為空腸潰瘍或吻合性潰瘍。若X光顯出其吻合線不規則，且大便內發現匿血，則此診斷即可確定無疑。

(10) 迴腸糾纏——若具下腹部疼痛或不適之症狀，而X光片亦現出銀餐排至闌腸延遲，此可為迴腸糾纏；若在大部份銀餐向前輸送時而在迴腸端仍充有銀餐則診斷更確實。

(11) 慢性十二指腸 壅塞腹痛——有長久持續性腹部不適之病歷，但睡臥時則減輕，特別在俯臥位置時，並有定期性胆汁極度增加與嘔吐，但病症亦時暫時完全可全減輕，此乃由腸系膜根部之拉扯所引起之慢性十二指腸壅塞腹痛。若病者為年輕之婦人，且有一般內臟下垂之徵狀，則如是推測更屬有理。由於X光之指示，十二指腸近端三分之二擴張而有銀餐停留，且在胃內容物分析時，在留胃液內見有胆汁，且亦在隨後所有測樣內見之，但此患者若曾行胃腸吻合術則無，但在許多病例中，X光檢查與胃內容物分析二者均可無不正常變化。

(12) 慢性闌尾炎——當病人主訴有一定發作之疼痛，與進食無關，且其痛主要映射至腹右側下份，雖亦可在上腹部下份或左腹臍覺出，在右腹直肌下份發覺有輕微有強硬，在McBurney氏點或其附近，或在闌腸下端用手指旋轉與按壓共有壓痛，此為慢性闌尾炎，其痛非少發於晚間，或在走路時發生；而為頻發，或經過長久及不規則之時間以後，且與食西東無關，並不能減輕或致發，但常因運動致更重，並且常有惡心。有些病例，行腹腔檢查發現雖闌腸已排空但闌尾仍充滿。

此等症狀常使人疑為胃或十二指腸潰瘍，但並無該等疾患之明確而詳終檢查決定局部觸痛所在即可得正確之診斷。

(13) 結部狹窄——不規則痙攣性疼痛，特別映射至臍部，且伴有腹鳴，便秘，腹部並漸覺發脹，此可疑為結腸梗阻，若當痙攣性痛發作時，可見及觸到腸蠕則梗阻之存在更確實矣。若發現結腸一部份有膨脹及擴張，但此外之結腸則空虛，或者X光所示鈉餐或銀劑灌腸劑於結腸之特別部份有臨刻之停留則可決定狹窄之所在矣。

(14) 內疝——除非狹窄性者則絕少被診斷出，但若病人曾有重複發作之驟發疼痛，映射至臍部，有惡心，且或有嘔吐，而在腹部按摩或位置改變之後則此症狀即能突然消去，雖經詳細檢查亦不能在症狀上有其他有意義之發現，此則可疑為有內疝之存在。須在症狀未發作前相當時間內行腹膜內手術，方能得較確定之診斷。

(15) 膽囊炎與膽石病——有長久持續性上腹部每日偶發之不適病歷，食後立即發現，在豐厚餐後尤甚，並伴有發脹感，能因受氣而減輕但臥下則無效，如是症狀極可疑為有胆囊炎及胆石之存在。此等病者既往曾有傷寒症，流行性感胃之病歷，或多見於婦人之在懷孕者。若有上述病歷再加以較近時間內曾忽發極性疼痛，

特別在將晚或初夜發作，其痛限於上腹部上份且自體右側轉至背部，好似痙攣或收縮樣，並伴以惡心，噯氣，且有時嘔吐，檢查此病人於其劍突與間或許第九、十右肋軟骨之下發現有壓痛，如是則診斷即可確定。若膽囊發覺脹大，則每由於膽囊管或膽囊之壺腹部受膽石嵌頓而致。假如有如上症狀發生後而病人重發黃疸，在上腹部中份有疼痛及觸痛，並有寒戰，而膽囊並未發覺脹大，此乃因膽石存於輸膽總管內也。

雲霧影術對於慢性囊炎頗有診斷幫助；但須謹記雖能致適當症狀之本疾患但未必能影響胆囊之機能使其發生不正常陰影。

(16) 慢性胰腺炎——若病人主訴在腹之上部及中部有不適，飯後覺發脹，腸胃充氣，或亦有惡心，且有兩次或更多次大量白色形狀大便，檢查之則在大便內發現含有過多之脂肪及很多不消化之肌肉纖維，此明顯指示為胰腺分泌機能不足。若胰腺無塊狀物可覺，胆囊並不十分擴大，而X光下在胰部位又無陰影顯出，則慢性胰腺炎即可診斷。既往病歷指示為膽石，且有長期經過之症狀，更可確定此診斷，尿中或有糖發現。X光顯示胃與十二指腸並無異常變化，且胃內容物分析亦為正常。有些慢性胰腺液其症狀方面與胃潰瘍非常相似，故得上述諸種之陰性結果時頗有價值。

(17) 胰腺結石——若在光照片上見 Mirsung 氏管位置則不規則之陰影，且亦有胆胰機能不全之泡狀，如是則可診斷為胰腺結石。若在膽囊大且有完全性黃疸，此等症狀多由於 Vater 氏壺腹發生結石嵌頓。

(18) 在胰癌腫——若具胰腺機能不全症狀，並發現胆囊擴大，完全性黃疸，且在臍之右上可能覺有塊狀物，堅實不平，其後面固定不動，並可慢慢變大，此病人乃患胰頭癌腫且壓迫輸膽總管。胰腺機能不全伴有很快消瘦但無黃疸或胆囊擴大，且在臍上

可能覺有小硬塊，此或為糞體凝滯。

(18) 腸下垂——腹上部平坦，但自臍下則很明顯突出，肝臟濁音較常減低，呼氣亦如吸氣時很易覺出一側或二側之腎位於肋骨之下，且在鎖鑿檢驗時亦見胃低垂。小腸在眞骨盆內，而盲結腸低過臍部，如是則景通多為腸下垂。此等病例之消化不良乃有通常一般腹部不適在食後性質，每日如是，臥下可至少減輕一部份，病人變瘦但並不繼續減輕體重。

(20) 內臟粘連——內臟粘連不可得確實症狀足資診斷。其症狀因發生部位，粘連數目與輕重，影響於器官功能之情形，及其他不能解釋之情形等而結果不同。在兩種同樣之病，有的可得確實之症狀，但有的則無。

一般言之，其診斷通常多根據於病人早先曾行過腹膜內手術或發炎，經過一段時間後乃發生疼痛，其發作為不規則，與進食無關。雖詳細檢查亦不能發現有其他器官病，疼痛之描述各不同，可因腸充氣鼓脹，便秘或大便而改變。在腹部按之可在遠處有痛發生，好似拉樣，或只在—方向壓亦可以致痛，例如當粘連受牽引時。其痛常限於一定局部部位。愛克司光明顯指示軟餐之暗影停滯或扭轉於腸某些部份。

(21) 闌腸膨脹——病歷上在腹右側覺不適，日日改變，但在下午尤重，並在右髖凹伴有輕微及普遍質之觸痛，在闌腸部位壓之如氣過水聲如是則可大膽疑為闌腸膨脹。軟餐之X光檢驗於結腸之首幾份發生延遲更可確定診斷矣。

第三十七章 腹部手術後較重要 後發病之診斷

DIAGNOSIS OF THE MORE IMPORTANT SEQUELAE OF ABDOMINAL OPERATIONS

在腹部手術之後常可發生輕度休克。其脈搏頻數，張力減少，呼吸淺狹，並四肢發冷，但此期可很快即度過，脈搏恢復正常之張力且緩慢，呼吸規則。快而有正常之深度，手足及面部亦復溫暖。麻醉後之意識不清，可轉變至正常睡眠情形，如是則病者醒來時祇訴脫略有頭痛，輕度腹痛，口渴，惡心或由於麻醉關係所引起之一，二次的嘔吐。

第二日則頭痛，惡心，嘔吐，及口渴俱消失，而除局部疼痛外，並無其他症狀，病人能進食流汁，且可安靜或入睡，但其脈搏證溫及呼吸俱正常，小便排洩自然，並時能放屁。是應無腹部遺棄，又無腹壁變硬，同時腹部之呼吸運動亦應如胸部呼吸一樣好。傷口，包括縫合口應得第一期癒合而無紅腫，或多於局部消毒之疼痛，可遺留一無痛之直線狀凝固疤痕。腹壁再恢復其自由活動及肌肉收縮力，腸之運動自如，且無論如何俱易回復其鬆也。病人不再有任何腹部無擴張或疼痛，而神經之管理亦未損。

由於此種典型之進行變化，更可按其輕重而分成許多階段。其中有些為在所有手術後頗常見者，如節變或遲發之麻醉的嘔吐，小便滯留，及腸充氣擴張。但有些腹部手術之後貽症，其診斷須稍遲加以詳論者如。

1. 嚴重休克

2. 內出血
3. 麻醉後之嘔吐
4. 酸中毒而起之嘔吐
5. 急性胃擴張而起之嘔吐
6. 腹膜炎而起之嘔吐
7. 由於腸梗阻而起之嘔吐
8. 肺大塊萎陷
9. 腸不全麻痺
10. 腹膜炎
11. 腹內膿腫
12. 門靜脈膿毒血病
13. 血栓形成
14. 肺栓塞

休克之診斷已在第一章內論過，而內出血亦已述之於第十章矣。故不再討論。

嘔吐——嘔吐為許多手術後合併症之症狀，此應將其加以區別者。若嘔吐發於手術後極短時期內，由於進食之興奮而起，且有惡心，嘔吐物內可嗅得有麻醉後之嘔吐，經治療後很快即消失。但若嘔吐為時發者，與進食無關，且自病人呼吸內可嗅出醋菌氣味，尿類亦能發現醋菌，此病例乃酸中毒；此情形常見於小孩，特別是在第二次給予氣仿麻醉者，現今因施用此類麻醉去大減，故本病亦很少發見，若嘔吐為大量黑棕色流體，腹部檢查時發現胃擴張且低至腹下部，此乃為急性胃擴張；若伴發虛脫則常致死。若嘔吐物量少而次數頻繁，並無惡心，有輕微胃液反流至口內，且嘔吐物漸變褐色以至較暗，有時且為墨色，如是則為腹膜炎之嘔吐，若嘔吐雖經療治但仍繼續，且與進食無關，嘔吐物很快即失去酸性，且漸變褐

色如豌豆羹一樣，有腸內容之氣味，此則為腸梗阻；若此等症狀在手術之直後即發生，乃由於未能收便阻解除所致，例如在校窄性疝之未完全整復者，或第一次經解除而第二次被忽略之內絞窄或嵌窄者，但若此等症狀乃發於手術後數日或數星期內則多由於內絞窄，腸糾纏，腸扭結，或與手術無關之腸梗阻。

肺大塊萎陷——若病人主訴呼吸短促且急迫，粘膜與指甲現發紫，胸部檢查時有一側略見不動，該肺底部以上扣診時發現病態，呼吸音弱，且兼枝氣管呼吸音性質但亦或缺如者，心尖跳動改變位置移向該側，此情形乃為肺大塊萎陷；此病可在任何腹部手術後發生。雖極輕之手術如腹股溝疝之根治手術亦然，但健康而強壯之病人亦能發生。若侵犯及兩肺，而兩肺除上部之外，均不能動，兩肺下葉則發現輕微濁音且呼吸音消失此為極嚴重之病；在本病者其心尖跳動並無變位。在大塊萎陷時，體溫升高，脈搏加速。此種合併症乃見於手術之後二三日內。

腹部膨脹，——亦為手術後其他相當重要症狀之一。無嘔吐，發熱，及脈搏頻數之合併症僅由於手術時將腸暴露或手握太久致腸不全麻痺，或因手術前腸已膨脹及充血有時亦由於病者年老或經患長期便秘所致。由於有效合宜之治療即減輕可確定診斷。若腹部膨脹合併有嘔吐，不安靜，脈搏及呼吸率增加，血壓降低且有輕微發紺此情形乃由於腹膜炎所致。有無發熱與疼痛不定；結腸膨脹對於瀉劑及刺激之灌腸均很難起有效之反應。

腹內膿腫——手術後數日內或再較長時間病人主訴腹部有局部性疼痛，且發現腹部運動受限制、腹壁局部並略有發硬，壓之有痛痛，且可覺出有腫脹，同時體溫數日來均升高，夜晚升高早晨微降，白血球顯明增加，此乃腹內膿腫。脈搏快可出汗且有一次或多次瀉瀉。由於膿腫所在位置之不同，可有幾種變異。若病人常欲大便

且排出大量清液（粘液便）則膿腫可在盆部內發現，經壓迫或破入直腸，故在直腸內可覺出膿腫，且可據其外形如袋狀及柔軟而知為一種液體腫脹。

若發現腫脹近在恥骨上，亦或延至盆內，而病人小便頻數且很疼痛，並有尿急感，尿內混有鮮紅血，粘液或膿液，此等膿腫近於膀胱並有破入膀胱內之預示。

若有腹內化膿之症象，而腹下半部亦無發硬，及不能動作，又其能痛，在盆內或臍下亦無腫脹可觸覺，此時應檢查上腹部或為膈下膿腫。在此情形下，其腹部疼痛每很少見，但大多數病例每在肩部有暫時或持續性痛。應小心注意疼痛確實所在，及合併任何局部敏感；若發現痛在肩後肩胛骨部分者即指示在該側膈後份受損害，而痛在肩頂者則多為中間部位發炎，若病在鎖骨則指示為膈前半部發炎。若下述所示症象不能清楚表示膿腫所在則此局部性肩疼痛之事實可以決定應該顯露手術之方向。應加判定之特別點為（1）異常濁音之存在，特別是超過於正常區域以上如膈之穹窿可因其下有膿將之推上；（2）鼓音區因病人位置不同而亦受變動，此因膿腫內有氣；（3）肝向下移位，（4）膈脹；（5）呼吸時該部之不能動作；（6）心尖跳動位置升高。由於肺底部硬化或者肺膜積液而在胸腔之一側或他側叩得濁音。在此情形下愛克司光在診斷上之價值已在第三十三章內腹部膿腫時言之矣。在大多數例內，膿腫液之存在可由探查穿刺術證明之。

膈下膿腫之六種變異已述過能多少有點確實診斷之把握矣。

若腫脹在上腹部腹中線之左並臍平面以上，此乃左前膈下膿腫。通常有胃潰瘍之病歷，心尖被推上，且在腫脹之前方有可移動之鼓音區。若併有腹內膿腫之症象而其痛乃在右季肋部，且膈右穹窿升高，肝不向下變位，如此可能為右前膈下膿腫，可移動之鼓音

區能確定此診斷並指示為由於胃或十二指腸潰瘍滲發之膿腫。

但若有此等症狀且有顯著之肝向下變位，此乃表示為右腹膜外膈下腫之在冠狀二層之間。若膿腫發現在右邊最下肋骨之內下，滿腰部此為右後膈下膿腫；若同樣位於左肋下及胃後，此乃左後膈下膿腫，若有左肺底部硬化之症狀而在腰部，可探出膿腫，可以為左腹膜外膈下膿腫之在左冠狀韌帶二層之間者。最後兩種膿腫非常不易診斷。

門靜脈膿毒血病——若病人體溫不規則而有連續寒戰並有輕重不定之黃疸，此為一種門靜脈膿毒血病，由於一些部位其靜脈係流入門靜脈者受傳染所致。肝臟通常略有增大很易在肋下能覺出且顯輕微觸痛。

血栓形成——當病人有峻峭上升之體溫且接連主訴直腿股溝部有性痛，（多在右側）順着腿部血管經路下延；檢查時發現腹股溝凹部被鎖滯，而向股動脈內側輕壓之有觸痛此為靜脈血栓形成。僅在同側腿上輕微水腫一二日後即向上沿肢部擴散，如此更可確定診斷。

肺栓塞——先或有無發現靜脈血栓之症狀而病人忽然在胸部發作尖銳疼痛，急性呼吸困難，並且咳血，或血及粘液，此肺栓塞，大多數病人多於幾分鐘內即死亡。在非致命病例其窘迫之沉重與其所侵犯之血管之大小有關，而其後之經過及視凝結塊之傳染性如而定。假若所形成梗塞其大則很快可發現一澆軀音，其呼吸音減弱；若為傳染者則隨之可致成肺膿腫或肺壞疽。

第三十八章 腹部疝之診斷

DIAGNOSIS OF ABDOMINAL HERNIA

疝之診斷包括下列數點：（1）認識疝之腫脹；（2）決定疝之階切位置及解剖上的種類；（3）疝內容物之性質；（4）病理的情形。

疝之現狀各異，歸納之其通性僅有三點；（甲）有腫脹之存在（乙）與腹腔相連，（丙）腫脹為驟然的或漸漸的自腹部突出。在大多數的病例，其腫脹多見於易患疝之部位，且可回復或以前曾可回復，而加以逼氣或用力卻又再行突出，並且由於腫脹的特殊感觸，與乎鼓音的叩響，或覺其內有潺潺聲，而得決定其內容物為某種臟腑，而且由咳嗽時有衝動，知出與腹腔相通也。

疝在解剖上的種類

（1）腹股溝疝——凡降自腹股溝部之一切陰囊與陰唇疝皆屬之。為位於腹股溝皺襞處者，則可為腹股溝或為股疝無定。其區別法，外展患者之腿以緊張其內收長肌，旋以指沿該肌向上而摸到恥骨結節；若該結節在疝氣之內側，則為股疝；若外側，則為腹股溝疝。

（2）股疝——其腫脹在腹股溝皺襞之下，可顯明的摸到者。

（3）股腹溝不全疝——所謂腹股溝不全疝，即腹股溝管內之小形疝也。

（4）臍疝——位於臍部或臍部之鄰近者，曰臍疝。而先天性臍疝，乃經臍帶口為突出也；待年齒稍長此口即行封閉，而成為

腹白線中之臍孔。

(5) 腹疝——可於腹壁任何處突出，常發生於陳舊之癍痕處或肌肉之破裂處，其與他種疝之不同點，即該疝中無『頸』也。

(6) 手術後疝——係指手術癍痕處所發生之疝而言。

(7) 閉孔疝——此種疝疝腫圍在腹股溝韌帶之下，股血管內側，而深藏於諸內收肌之間。該疝罕有形成頸之腫圍，甚或不顯，僅在恥骨肌深面有輕度之抵抗感覺及壓痛，並沿閉孔神經之經路發生疼痛，此時應從直腸或陰道詳查閉孔環內面的情形。

(8) 他其他罕見之疝——有陰道，腰部，陰部，會陰部，坐骨孔，以及股血管外側之股疝等。

腹股溝疝之種類其常見者如下

(1) 先天性疝——即本鞘膜疝，其特性為偶然發生而完全包繞睪丸，此疝除在小孩外，很少見之。

(2) 精索疝——乃內臟突出於未閉鎖之腹膜鞘狀突上部而起者，其腫圍亦為驟然發生，可下達至睪丸頂，縱使疝變大，在其下面，仍可捫出睪丸且無粘連。此類亦特別好犯於嬰兒及小孩。

(3) 後天性疝——此類可分為二種；(甲)間接疝或稱裂疝，由內腹環而突出，先現於腹股溝管內；於咳嗽時亦可見其先充盈於該管內，倘於內腹環處稍加壓力，即可阻其突出。(乙)直接疝，此種疝突出於閉鎖疝動脈內側或外側之隱窩。——可觸知其疝直接從腹股溝皮下環後面露出，若僅加壓力於內腹環處，則咳嗽時仍可突出，倘該疝變大，則在外腹環中心呈一球形腫圍，但絕不會沿精索而入陰囊內。倘其突出不經過外腹環者，則稱謂『不完全性疝』倘經過外腹環者，則稱謂『完全性疝』。

年久而大之斜疝，能將內腹環索引向內，以致在能求上酷似直

疝及精索疝常屬於斜疝也。

胃性疝——爲腹股溝疝之一種，其疝囊散展於外腹斜，散展於其淺面者更屬罕見，而於腹股溝皺襞之上形可外擴延至內腹環，且常有同側睪丸不降之情形。

其『後天』二名詞，常易誘起誤解。其實，大多數的疝，其疝囊每先已形成。

勿——若一疝叩之鼓音，平滑，圓形而富彈性，咳嗽動或按之有潺潺聲者，此爲腸膨出，即疝囊內含小腸。若音，堅實，分葉狀內無潺潺聲，咳嗽僅有輕微的衝動膨出即囊內含大網膜也。若疝有顯明波動性，則爲含囊疝之一部分有波動時，加以壓力即有尿排出或患尿之感，則可診斷爲膀胱膨出，即該疝囊內含有一部分種疝在男性很少見，且甚速變爲難復性疝；至女性時，當兼慮之。在女性發生股疝時，若其中含有不規則固體物，有觸痛，且當經期時，發生疼痛者，此乃內疝也。但切勿與常在股疝囊內發見之局限性腹膜脂肪塊團亦常在疝囊內，成爲難於回腹之一部分。

網膜膨出之診斷，宜與皮下脂肪瘤及腹膜下脂肪外疝等皆含有柔軟圓形分葉之脂肪塊也。若腫團在腹壁，完全不可回復，而無膨大性衝動者，則爲皮下脂肪疝。至於腹壁，當咳嗽時有或會有膨脹性衝動者，則爲網膜膨出與腹下脂肪瘤，除手術外，實難以區別。

疝的種類——若疝之腫團，當臥下或輕施整復時，即行入腹內，但當咳嗽或立起時，復行下降者，此爲可復性疝，可觸知疝囊，即該處較爲增厚，且疝所經之孔外在腹股部不應觸到有任何腫脹或特殊的抵抗感覺。若

將外疝囊除空時，而於其附近之腹部內，仍觸有腫團或一種抵抗的感焉，則證明該疝為變質者——『變質疝』。

假設疝或其某一部不能完全回復時，則應查詢疝之存在時間，及發生不可復回的時日，或現方發生不能復回，或今已較往常為大。若然，更須進而追問其增大是否由於逼氣或用力之結果，抑或完全為自發的。其時應檢查其腫團，注意其緊張，輪廓，及敏感性，咳嗽時有無任何衝動或波動，叩診有無濁音或響亮音，並應詢問其最後一次大便在何時或以前曾否放屁；倘若發作嘔吐，則應檢查其嘔吐物，以確定其逆流自消化道之何部分發，且應詢查其嘔吐之次數，及腹部之緊張與觸痛。最後，應觀察患者一般情況，面容，脈搏，體溫，舌頭及小便等。

(1) 若疝之腫團不緊張，且毫無發炎症狀，亦無腸梗阻情形，僅在咳嗽時有衝動者，此為單純性難復生疝。

(2) 若疝之腫團猝然形成或用力後舊疝驟然變大，且緊張，而不能自行還的，於咳嗽時又無衝動，此乃絞窄性疝也。急性絞窄性疝之症狀，殊不一定，有毫無疼痛或刺痛者，有病情十分嚴重者，其痛常放射至臍部，腸絞窄之症狀發生遲早不定，腸道完全閉鎖，既無放屁又無大便，然可在早期即發生嘔吐頻數；頃刻吐酸，並發生脫肛絞窄之恆症狀為腫團緊張，難於復回，且於咳嗽時失去衝動。當絞窄性疝之周圍組織變為腫脹，發紅及腫，且嘔吐停止而代以呃逆，病體變冷，膚色鉛白而極度虛脫時，則可診斷為壞疽，若絞窄性疝患者，突訴腹部刺痛，而帶大虛弱顯著加重，並有腹脹，背痛，以及腹部強烈觸痛，則可診斷為腸破裂與急性腹膜炎。

通常小而緊張之難復生疝或閉孔疝，有氣及糞通過者，此曰士德李氏疝，其體腸之一側突入疝囊內也。其局部情形與絞窄性疝類，然無完全梗阻之症狀，此種疝並非少見，但鮮有典型之症狀。

至梅克氏憩室發生絞窄時，亦可有同樣之合併症狀。

(3) 若難復性疝突然變大，重垂而脹滿，叩之鼓音，按之覺有潑潑聲，而僅有輕微觸痛及腹脹感，並無顯著精力虛脫之現象，但於進食後，即發生惡心嘔吐者，此為梗阻性或閉鎖性疝也。患者常發主便秘，雖其腸道已閉鎖，仍然能通氣，及每次排出大量未經消化之大便，咳嗽時每微有衝動。此種情形，最多見於難復性之疝或左側腹股溝疝，而患者常不注意按時規則的大便。

(4) 當疝之腫團有發炎症狀（紅、腫、熱、痛、觸痛、及全身發熱）時，是為炎性疝，其炎症可由於外傷，或闌尾炎所致之局部性或全部性腹膜炎，與乎疝囊內容物之腸梗阻甚或腸絞窄與壞死而發生也。凡此一切炎症，務必確實查明其發炎之原因，而善為處理之。

絞窄性疝整復之結果——當整復時，疝之腫團突然滑走及有潑潑聲，則知其內容物進入腹內而空遺疝道（除疝囊存在外）也。且須在其附近或其上方並無異常之抵抗或腫脹可覺出者，始知疝已被整復矣。

但亦可發生假 假性整復，共有三種，（1）在變疝囊時，將外囊內容物除空而擠入疝囊者；（2）疝囊破裂，容內物經裂口而移位者；（3）疝囊及內容物皆移位者——稱謂疝整復移位。

若疝漸被擠入而毫無潑潑聲，而遺留不正常之環（並無囊存在）時，則有疝移位之可疑；此時若由腹壁或由直腸或陰道檢查之，而遇有腫團或抵抗之感覺，且有絞窄症狀存在，則疝移位之診斷可確定矣。疝整復移位很易發生。患者亦自可致之。

在整復一曾經發生過絞窄之疝時，若其腫團之輪廓及緊張，於整復時雖有變化。但並不消失，同時病人之虛脫情形加重，則可診斷為腸破裂也。

絞窄性疝，行適當整復術後，繼而發生腹膜炎症狀者，此乃表示：（甲）在腸絞窄處，腸潰瘍後所起之腸穿孔也，或腸端坏死，並無穿孔者。

第三十九章 肛門與直腸疾患 之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE ANUS AND RECTUM)

肛門與直腸疾病，其發生之症狀，在診斷上之價值，應有討論之必要；但診斷若不基於檢查所得之事實，雖對於症狀詳加討論後，亦難有明白的結果，故對於每一患者，務必作詳細慎密與澈底的局部檢查，方能達到診斷之目的。

疼痛——幾為各症狀中之最常見者，有時只發癢，重者則稱為癢症，特別見於外痔，肛門或其鄰近皮膚之疱疹，紅腫或濕疹，及外肛瘻，蛔蟲病，便秘，性慾異常等。若為跳動性痛，普通多由於急性炎症與膿腫，或由於脫出之痔核或粘膜之絞窄所致。若為多痛性見於排便以前或當排便時發生者，普通由於腸潰瘍所致，若在大便後，發生一種持久鈍性痛，且有急性增劇之燒灼痛或放射痛，概由於肛門之刺激性潰瘍或肛裂，或前列腺發炎而致，骶部疼痛常由於腸道惡性病所致，當其痛向下放射至大腿時，則表示其病已累及骶神經也。裏急後重，特別見於直腸息肉，脫肛便秘，下痢，膀胱石，以及前列腺肥大等病。

大便——糞便之大小，可用以測量肛門及直腸之口徑，便秘與直腸新生物，患者其大便常分成許多小塊狀。腸道狹窄或腸道外壓迫，如子宮瘤，前列腺瘤等，可致大便成扁平狀。

腹瀉——乃小腸內容物經過太速及液體過多而致，破其病非直腸疾患之症狀；但便意頻頻，則為直腸疾患之一普通症狀也，其或由於糞便與潰瘍面之接觸，刺激而引起蠕動增加，或由於患部分泌

之大量液體血清或血液而致。直腸部大便鬱積，常有粘液分泌，混合於若干糞便內；此亦為急性肛圍炎之一重要症狀，並可見於盆部闌尾炎膿腫之患者。此種症狀，誠常見於直腸梗阻時，故應作一徹底的直腸檢查，以明其真相。

便秘——與直腸疾患，常互為因果；便秘可誘起痔瘡，且常致外痔血栓形成，並增加內痔之出血，亦認為是肛門膿腫，肛裂，及肛瘻之原因。

疼痛的肛裂（由於怕大便時疼痛而禁便），肛門或直腸狹窄，以及腸道無力而排便減弱等，皆可引起直腸疾病，當此發生便秘時，可引起假性腹瀉，『假性腹瀉』與『便秘』——其意即時常排洩含極小量糞便物之液體——常遇見其同時發生，此乃表示大便嵌頓或腸道狹窄而為外科醫生所不容忽視者也。

分泌物：（甲）發現之時間——假使分泌物恆定不變，而於排便之作用無顯著者，則其原因概為直腸外的，如痔脫出，粘膜斑，濕疹，潰瘍，或肛瘻等；而肛瘻之分泌物，常可因排便時之壓迫而增加。但若其分泌物，僅在腸道向外用力時方流出者，則為來自腸內疾患，如息肉，痔，內肛瘻，肛裂，潰瘍或新生物等。但在非常弛鬆之肛門，其括約肌失去作用，大便能自由走出者，則此種特異毫不適用。

（乙）分泌物之性狀——純粹新鮮之出血，若無外傷原因，則多半見於內痔，息肉，直腸靜脈曲張或患之破裂；至於小孩出血，幾乎常為息肉所致，有時亦或由腸套疊所引起；若大便附有血絲，乃肛裂之特徵，棕色或黑色及惡臭之含變性血液分泌物，特別見於腸道惡性病與痢疾兩種疾患；血與粘液混合之分泌物，概來自腸套疊或腸道癌腫之充血性粘膜。粘液性分泌，有時見於息肉潰瘍之患者，亦可見於內痔，充血性或慢性發炎之粘膜，以及肛圍炎等患

者，在極柔軟之腸內惡性新生物時，常有大量粘液分泌，膿乃特別表示膿腫或腸內膿管或肛門潰瘍，有時亦可見於直腸潰瘍時。稀水樣分泌物，多見於惡性瘤腫崩潰時，且常混以若干出血。如洩氣時（非由肛門洩出），病者自覺有細爆裂聲或水泡音，此乃完全性肛瘻之症狀，並兼有糞便膿等混合物自該處同時流出。倘肛管分泌出大量膿液，則表示已成擴大之膿腔矣。

肛門突出物——倘其突出物恆定不變，則表示有外肛或肛門惡性腫瘤之存在；倘僅在排便時或其他用力時始突出者，則有內痔，息肉或脫肛之可能。其突出物愈大，且常愈易脫出者，則屬脫肛之可能性亦愈大，但是否兼患上述各病，則不一定。

檢查——在作詳慎之局部檢查前宜先灌腸以淨其腸腔，但若有腸便阻滯時則忌行灌洗。而病人之局部對於檢查有任何惡感，或不能進行滿意之檢查時，則可施用麻醉，檢查時，令患者向左側臥，屈其兩腿，且使會陰朝向光亮處，或令患者屈膝而臥，頭與肩向前彎下，而腿垂直。

首先徐徐分開兩臀部皺襞，以便露出肛門周圍部；繼而檢查肛門，令病人行如大便時之動作，以露出肛緣；最後，用手指，直腸擴張器或二者併用，以詳查腸壁之情形。

1. 肛門周圍檢查——尤須注意者，其為任何紅，腫，潰瘍或分泌物。假使肛門周圍全部有瀰漫性光亮發紅之表面，散至臀部或向前至陰囊部，而除發癢外，並無任何腫脹，分泌物或疼痛者，此乃紅斑。若其見於年輕小孩，此或由於不清潔或由先天梅毒所致，其時外科醫師即應細尋全身各處有無粘膜炎以及其他梅毒的證據，藉以確定之。在成年，最多見於肥胖者，且該部處常有汗浸滯。若肛門周圍之表面呈暗紅色，潮濕，而蓋以薄層淡黃色痂，但無任何膿者，此乃濕疹。設其紅色非瀰漫性的一塊而是一種環狀出

疹，且屬慢性並有瘙癢者，此乃寄生蟲性紅斑，或稱邊緣性紅斑。

患肛門瘙癢症者，其肛門周圍常有大小不等之紅色表面，並可看見表面之瘙癢及結痂等。

若一局限性光亮紅腫，且有劇痛及壓痛者，乃表示皮膚及皮下組織之急性發炎也。倘有波動，則為膿腫。

倘其膿腫甚近肛門，且為表淺性者，則此為肛門膿腫。

倘深在性之腫脹，觸之堅硬，以指探入直腸，覺坐骨直腸窩為其充塞，且在腫脹外面與腸內手指之間，有波動感覺者，此乃坐骨直腸窩膿腫也。其經過可為慢或急性不定。倘為急性，在其進行中極其疼痛，且有相當的發熱，而其膿液有一種特臭，顯為大腸桿菌所傳染，倘為慢性者，多屬結核性，且常為身體他處結核病灶之遷徙性傳染而致。

假使有一個或數個圓形或卵圓形之扁平突起物，呈乳白色或珍珠色，表面潤滑而探針不能探入者，此乃粘膜炎。外科醫生可在其分泌物中尋出梅毒螺旋體以證明之。在皮膚上，長出許多細小乳頭狀物，而於各乳頭分枝之間，可用探針分開者，此乃疣。皮脂囊腫，皮樣囊腫，脂肪瘤腫，黑肉腫以及尾骨瘤等，有時均可見於肛門直腸部，較領二種下疳，亦可於此處見之，其診斷法論於第十四章。

假使有膿或分泌塊，現於皮膚一點之下時，應用一細探針小心壓入，或可通至一腔內；或其空腔之開口立即可發現之，有時其開口或隱在一堅硬之小突起或皮皺褶之下。既見有瘻時，必須用探針小心探入，以決定其方向及性質，倘見有糞便或氣體經過比痛，或通入探針，而指在直腸內可觸及其針端者則為完全性瘻，倘使探針雖徑向腸道，但不用力不能通過粘膜炎，且指在腸道內亦摸不到瘻口之任何內口，此乃不完全性瘻，或曰外盲瘻，倘用探針試探，在

肛門周圍作環形經過或其有許多不同方向者，此乃蹄鐵形瘻成分歧瘻也。但須切記，肛門近周皮膚與其皮下組織相連甚緊，故探針每易通過肛門周圍之皮下，而實際上並無腔隙存在；用力切開之，立可辨別，蓋陳舊之腔隙，在其堅固之纖維組織基面上遍生肉芽也，而探針造成之管乃在蜂窩織內。

瘻管之壁恆堅，以指觸之常如一索狀物，故利用指觸，不僅可使探針即刻探得瘻管之正確方向，並有助於辨知其分歧之存在。瘻管常為多發性者，其外口可很小，甚或極微細，以致普通的探針不容深入；但該處恆有潤濕或有其他管囊九狀時，則務必作極詳細檢查，以指探查索狀物，並用探針試探，且須重複檢視之，方可決定。對於肛門附近小丘疹狀突起，尤須注意檢查之，蓋此種結節之下，常隱着瘻管口。

但是，「亦可由腸道擴延至骶骨或坐骨，或向上入盆腔內，此時吾人必須想及或有坏死部份存在，或為「關節病變，或為股關節有病，在檢查肛門週圍時，應以指頭遍壓肛門兩側及其週圍之全部；倘覺有異常抵抗或硬結，尤其當該處表面皮膚呈微紅色或青鉛色時，則有不完全性或內盲囊之可疑，壓迫之，有膿自肛門溢出。或用窺器可看見膿流入腸內，或其內口可以指觸知，且用探針插入內口而抵至皮下；此等症狀之任何一種，均足使診斷確定矣。蛔蟲有時亦可在肛門週圍發見之。

2. 肛門檢查——若遇見肛門縮回，括約肌緊閉，而其週圍有深入之放射狀皺摺，此或為刺激性潰瘍所引起之痙攣也，故其時應令患者作排便樣動作，同時徐徐張開其肛門，則在肛門外端或可看見肛裂及一皮膚增厚的小而粗之結節——「前哨痔」，此種肛裂，於肛門後緣最常見；且有多數存在，其症狀之最要者，為在大便時，尤其在便後，劇烈作絞樣痛，其痛由肛門向下放射及兩大腿，且條

狀大便附有膿或血，以及少許膿樣分泌物，勿論便後刺痛或插入肛門致生急痛，均可疑為肛裂。

肛門狹窄誠易誤為肛門痙攣；但前者無肛門縮回狀，且施用麻醉後，亦無法使肛門阻止手指進入之抵抗力減少，而其糞亦常細小。在小孩多屬先天性，但在成人，多因不良手術之結果，由於瘻痕收縮而致也。肛門上皮癌，可將肛口阻塞之。

開放性肛門，即指肛門對於指之插入或氣體，糞便及分泌物之由流出，毫無抵抗，其原因或由於骨髓損害（參閱第五章），或因膿道脫垂，致括約肌長時間伸張之結果，或由於手術後，尤其裏行雙重括約肌完全分離之手術後，亦或因直腸狹窄而牽引一部分之括約肌所致。

對於肛門邊緣之腫脹，必須詳慎仔細辨別之。肛門口周圍一致之腫脹，略紅蒼白，並有極表淺之擦傷，有時發癢與刺痛者，則為肛門濕疹，粘膜炎可見於肛門邊界上，其與肛門周圍皮膚上所見者相似，其餘之腫脹，有三種孤立性顯著的小腫起，第一種最為常見，即皮膚上起堅實而弛緩之贅贅或皮垂，不能壓小且無觸痛，是為肛垂。第二種為外痔，乃痔靜脈擴張而成，為藍色之腫脹，圓滑柔軟，壓之能縮小。第三種為炎症性外痔，普通稱為「血栓性痔」此乃痔靜脈血栓形成也，其內面呈深藍色，而表面皮膚僅略有紅腫，為緊張且硬，球狀的腫脹，有劇痛及觸痛。

然而，一種不痛之浸潤性腫脹，其表面無顯明高起者則以觸診較見清楚，若患部皮膚及皮下組織之增厚，界限不明，不痛，皮膚略變為青紅色或有潰瘍，潰瘍底堅硬，有黃白色腐肉，或在腸道內有獨立性潰瘍者，則可診斷為肛門樹膠樣腫或肛門直腸梅毒瘻；瓦氏反應陽性以及有其他梅毒症狀時，則更可確定矣。假使其為結締標硬塊，或為邊緣增厚致翻出，底面硬而不平，有疣狀小瘤之積

瘍，且腹股溝部淋巴腺腫大者，此爲肛門上皮癌。

最後，若遇見肛門有脫出物時，務必小心檢查，注意其脫出物是否爲腸粘膜炎之翻出，或脫出物與肛門之間是否有溝存在，或其脫出物之端上是否有開口，若脫出物上覆蓋之粘膜炎直接聯屬於肛門皮膚者，此或爲單純性脫肛或爲內痔脫垂，倘其由底部粘膜炎表面所起之柔軟無蒂，深紅色或鉛青色之突出物，則證明爲一種脫垂之內痔；倘不見有血管之增長，則爲單純性或部分性脫肛。

假使，無論指頭或探針可以深入脫出物底部週圍之溝內。此爲完全性脫肛，抑或爲息肉，須視其頂端有無開口而定。倘脫出物之頂端有開口，且覆以正常之粘膜炎者，則爲完全性脫肛，此與部分性脫肛或僅粘膜炎脫垂之鑑別，即在於其底部週圍有溝之存在，且有顯著之環狀皺襞，體積較大且長；在慣性下降，而長時間脫出者，則其粘膜炎較正常者爲乾燥，而與皮膚之情形近似。

倘使指頭經繞脫出物底部週圍之溝內，而覺有直腸壁的回折部者，此常稱謂脫肛或脫出，但若指頭不能觸及溝底或覺出其回折部者，此乃所謂腸套疊。當突出部大時，則可在其前部腸覺到小腸蠕動有濕漉聲，在少數罕見的直腸狹窄病例，可因用力而擠出肛門；其脫出之口上，有硬結或潰瘍存在，即表示此病之特性，而於整復後，儘可診斷之。

假使，患者訴述，凸出物不能整復，且有劇痛，而視之凸出物已有浮腫及腫脹，爲鉛青色，甚或代以黑色與坏死者，此乃絞窄性脫肛，且常被認爲絞窄性內痔。

若其突出塊質堅密而末端無任何開口者，此即息肉。其最常見一種息肉，爲光亮紅色柔軟，有蒂，大如櫻桃，此多見於小孩及年輕者，內含腺樣的組織，故稱謂腺性息肉，此常致出血，且爲孩童出血之最大原因；倘伴發肛裂或被括約肌勒鎖，則有劇痛，此類息

肉，概由直腸本部粘膜所長出。堅實之纖維性息肉，僅見於成人，其形圓滑，且常有一細長之莖，其大小各異，多長自肛門直腸交界處，故又稱肛門纖維瘤，絨毛狀息肉，可由其軟毛狀的表面而識之，罕有突出肛門者。小息肉 密生於指頭所能摸到之直腸表面上。癌性物，可由於其堅硬度與併之潰瘍，以及直腸壁之浸潤而認定之，息肉與內痔之鑑別：即肉有顯明之蒂，生長於肛門括約肌上之腸壁；而痔則無蒂，乃為肛管之脹腫物。

3. 直腸檢查——檢查直腸，常用右手食指，護以橡皮指套或手套，外塗以油膏，徐徐探入腸道內，同時，令病人下努力以鬆弛括約肌；且利用此法即可決定該肌之緊張度。將指之全部儘可能伸入，且徐徐捫腸道週圍，特別注意其口徑有無狹窄，腸壁有無硬變，及平滑之粘膜面上有無分枝物；當旋轉指頭時，可將粘液性或軟膠性息肉纏住，甚或斯斷其蒂。而在有任何潰瘍之表面或狹窄處，可因稍加壓力，而致薄變且浸潤之腸壁，發生破裂，故此種直腸檢查，必需極度輕緩行之。

在男性，於直腸前壁，可觸到前列腺，充滿尿時之膀胱底及精囊；在女性，可顯明地觸到向痔部後凸之子宮頸；不論男女，在直腸後面，皆可觸到骶骨，尾骨，而在兩側可觸到坐骨棘及坐骨節。此等部分或正常或變大，切勿認診為直腸之疾病。

利用適宜之直腸窺器，可看見腸道內部，而任何潰瘍或新生物之性狀，或表面凸出物以及粘膜上血管之情形，均能判定。在窺器進入時，須小心為之，且僅許在指診後確定無何危險時，始允用之。

茲將僅由窺器查得，而指診不可得之疾患各種診斷，首行討論之。將窺器放入肛門部，立即可見粘膜下靜脈充血，屈曲擴大，有似粘膜下靜脈囊；此乃痔靜脈曲張之特徵也，其一般症狀為肛

部發囊，有時出血，進而可形成痔核。直腸痔爲腸內壁之局限性腫脹，有鉛色，高起，柔軟，可壓縮，其唯一症狀，即時常發生嚴重之出血；爲一種先天性病，常易見於小孩及年輕者。此二種疾患可以其擴張血管之位置而鑑別之，在痔形成一種柔軟腫脹的表面，其血管不能個別分出。但靜脈曲張，則無腫起，且每一血管互相離開，看得很清楚。

倘粘膜失去正常之光澤，而變爲一致性深紅色，觸之有熱感，有時患者覺發癢或灼痛，且直腸粘液分泌增多；則爲慢性卡弛性直腸炎。其由肛管粘膜所起之深紅色無蒂突起物，是爲內痔；其外觀不一，有的極蒼白色，有的現亮紅色，且出血很快；普通均柔軟，以致指不易觸知，但若其經過長久時間，有時因脫出與絞窄，致漸變爲較堅實，方可顯明觸知。

前述各種不同之息肉，亦可用窺器見之，絨毛狀息肉，爲無蒂疣狀或乳頭狀之凸起，或爲含有多數分離的絨毛，故有多發性腺瘤之稱，此類息肉僅用窺器始可決定；其與瘻之區別，即腸壁無硬變情形。

瘻管之內口，普通俱可觸知，但亦可以窺器見之，並可伸入探針，以查其空腔之經過。盲瘻管或非完全性瘻管可分爲二種：一種其漏向外至皮下，以致肛門側之皮膚變爲堅硬，且呈鉛青色；另一種，用探針探之，則知其沿腸壁向上，或入粘膜下組織內或在腸壁外而通入上盆直腸骨間隙內，最後二種腸壁內或腸壁外之瘻管，探針插入內，由於探針外所包繞組織之厚薄情形而區別之。在有些輕度之單純性狹窄患者，因其沒有硬結，故直腸指診，難以觸知其是否狹窄，但用窺器則可看見其收縮情形；由其張開之大小形狀，一如失去擴張性者，即立可診斷之。當然，窺器亦可用以檢查肛裂，以及刺激性潰瘍等。

指診所能查得之直腸疾患，可分五類，即：潰瘍，瘻管，腸道外之壓迫，狹窄及新生物等類。

直 腸 潰 瘍

潰瘍，乃由腸黏膜之襯裏失去正常平滑，而查知之。對於任何直腸潰瘍之形態應特加注意者——(A) 是否為瘻管之內口（僅可利用探針之插入以決定之）；(B) 為單獨性者或多發性者；(C) 兼有腸壁上其他變化否。內痔或息肉上之潰瘍，蓋因排便時外傷之結果，慢性直腸潰瘍，常係傳染之結果，故須設法證明其與特殊細菌之關係。

結核病患者者，若發現有潰瘍，則有結核性潰瘍之可能；若其為多發性潰瘍，邊緣略有增厚，或在黏膜上見有黃色結節，或於膿中找到結核桿菌，則診斷即可確定矣。結核性瘻管常兼患結核性潰瘍。

從分泌物中，若能分別隔離出痢疾原虫，淋菌或梅毒螺旋體，則可證明該潰瘍乃分別由於痢疾原虫，淋球菌或梅毒而致。若分泌物中僅可找到葡萄球菌，鏈球菌及大腸桿菌，則其中較多數菌或較有力者，即可能為該潰瘍之原因。

若潰瘍之基底變厚，邊緣高起，並有參差不平疣狀之潰瘍面，此乃癌性潰瘍也。

直 腸 狹 窄

最後，吾人將論及直腸經變窄與直腸壁硬結之診斷；此二種常同時遇見，且均可用指觸知之。若遇發現腸道變窄，須特別注意其位置及狹窄之程度，狹窄處黏膜之性狀，其為潰瘍抑或為結節而致黏膜增厚。直腸可因腫脹或腸外其他病理變化而變位或壓縮；其中

最常見者爲前列腺肥大，該腺如一堅實圓形塊凸入直腸前壁。前列腺內或其週圍腺腫亦可在同一地方形成一極有觸痛與波動之腫大物。此處亦可發生惡性瘤腫，終至浸潤及膀胱壁與直腸壁。結節狀之精囊凸入腸道內在直腸之較高處，而骨盆的瘤腫亦可壓迫腸道。在女性子宮後彎，子宮或卵巢之瘤腫，均可有同樣的影響，兩性，尤以婦人爲更常見，可因骨盆反復多次炎症的結果，致腸道被堅固纖維索牽引向下，欲認識此種情形，須視壓迫物的位置，及其他客觀與主觀之症狀，而尤須注意直腸壁是否被浸潤或固定，以及壓迫所致狹窄部之活動性大小而決定之。

假使距肛門上 1.5 吋處，觸到一環狀狹窄新月形之皺襞，其粘膜連環正常，過去亦無外傷或疾病的歷史，此乃先天纖維性狹窄，蓋因後腸與肛門未完全的接合而致也。此病在婦女較普遍，且常在早年即行發現。

直腸下端之狹窄，可因創傷，癩痕收縮，意外或手術之結果致成，故曰外傷性狹窄。

假使腸道發現有狹窄，且有硬性組織束致腸壁略爲變硬者，則其狹窄乃由於潰瘍之癩痕形成而致，有的且仍可在治癒潰瘍的上下發現有癩痕存在，曾有淋病或痢疾病史者，可認爲該潰瘍的原因。

若在女性患者，其直腸之一段發生堅硬的狹窄，腸壁堅韌並有表皮樣變，而腹股溝部淋巴腺腫大或曾有慢性腫大，且或會軟化而紫破，並有大陰唇之水腫性增厚，此乃腹股溝淋巴肉芽腫，此診斷可由 Frei 氏皮膚試驗之陽性反應，而得證實之，（參看第四十四節）。

倘更發現一結節塊浸潤且與腸壁粘連者，則可診斷爲直腸癌，其表面常參差不平而發生潰爛，且有決慢不等之出血，破有粘液性敗液性分泌物的歷史，許多患者，當其生長物業已發展進行，

且大多在床上發生顯明症狀時。仍然前來求治，未免過晚矣。欲達到早期診斷，則唯有對於可疑症狀之患者，均行指診及直腸鏡的檢查，倘看見或觸到任何浸入腸壁之塊狀物，可切除之做病理檢查。生長物有呈環狀者，可致腸道狹窄，有略呈息肉狀者。環狀生長物有時下垂入腸道內，觸之猶如腸套疊，其表面有硬性潰瘍或硬結；故在觸診上藉似子宮頸癌腫，在遇見生長物時，即須小心注意其所存在之位置，縱橫發展的情形，直腸對於骶骨，膀胱，前列腺，陰道，以及子宮等之移動性，腸道狹窄的程度，腸壁內原生長物的上下附近或直腸後之降窩內有無繼發性硬結之存在，腹股溝部或盆部淋巴腺以及肝臟等有無任何變腫大，尤須注意任何阻塞症狀，如腹脹，或結腸部與闌尾部之觸痛等。

癌腫之增長與潰瘍之形成，殊無一定之關係；有的患者其腸道完全被生長物之結節塊所充塞，而有的患者，其贅瘤很快的則發生潰瘍，且腸壁變硬不規則而起癌性變化，並常侵及膀胱或子宮或陰道，在癌之晚期，常伴發完全性外瘻，其腸道內之開口可在收縮部之上或下；直常膀胱囊，必有糞便。及氣體與尿液一起流出，且在小便時或便後常發生刺痛。直腸陰道瘻，則有糞經陰道而流出。由此等不同症狀，可知其為何種瘻。

直腸癌為一種柱狀細胞癌，可延展至肛管，成凸出肛門外。常見於四十五歲以後，但在很年青的成人亦可見之，癌之發生於肛部粘膜者，乃為鱗狀細胞癌，亦可略向上延及腸管，但以向臀部發展者為更多。肛門廣較直腸癌為少見，且僅發生於較年老之人。

直腸肉瘤偶或見之，為一種大體積之癌腫；潰瘍發生每在晚期。且可發生大量之出血，其確定之診斷，唯有癌腫組織之顯微鏡檢查。直腸部單純性瘤腫亦可發生——如腺瘤，脂肪瘤，肌瘤及纖維瘤等。此等瘤之界限平滑，其覆蓋之粘膜正常，且無浸潤性的生

長。除息肉樣腺瘤外，其他之單純性瘤腫皆屬罕見。

嵌頓之糞塊或異物，用直腸指診法很易查出，其異物或口吞入或由肛門進入或為嵌頓之膽石。

若病人主訴直腸或肛門有陣發性的痛，刺痛或放射痛，且詳查腸道無任何局部病變可見，而既無泌尿器官疾病，又無盆部瘤腫，特別是患者，若有其他之神經痛時，則由其所述之病狀，即知為直腸神經痛。

肛門與直腸之先天畸形，已詳論於第三十五章，只有一種尚未述及，特補於此。

先天畸形，有時被忽視者，為肛門狹窄；此病之特點，為雖有胎糞排出，但繼之則排便困難而糞塊之直徑很小，當小孩出生後，醫生皆應用小指試探其肛門是否狹窄，正常出生後之肛門適容一小指進入也。

第四十章 陰莖疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASE OF THE PENIS)

先天性畸形——尿道下壁之發育不全，或尿道下裂，致尿道口開口於陰莖下面之某一點而成畸形，尿道下裂有三種：(1) 龜頭尿道下裂：尿道口開口於陰莖頭與體接聯處之下方，該部通常為包皮繫帶所充佔，但在此種疾病中，包皮繫帶下面裂開，且覆蓋龜頭而呈僧帽狀；(2) 陰莖尿道下裂：尿道口開口於陰莖體部之下方，且陰莖通常亦呈發育不全性之短小；(3) 會陰尿道下裂。或完全性尿道下裂：尿道口開口於會陰前，且伴有陰囊分裂，及陰莖之不全發育，使陰莖酷似一肥大之陰帶。此等病者，亦常為所熟知之假兩性畸形。陰莖沿背部而裂開者，名曰尿道上裂，完全性之尿道上裂，每伴有膀胱外翻。

包皮——若包皮欲翻過龜頭不易，且有痛苦，即稱為包莖。當包皮翻轉時，若龜頭曲向下者，此乃包皮繫帶過緊，若包皮已經翻轉而不復至原位時，此為韃靼包莖。當包皮收緊時，在充血之龜頭後，起一團腫起之粘膜，而陰莖稍後份之皮膚亦呈腫脹，且在此兩腫脹之深溝內，即為包皮之緊張緣所緣在，一般包皮常係過長，但若能適當收縮者，即非包莖。

包莖可為先天生或後天獲得。先天性者，根據病歷即能知之。此因包皮口狹窄，阻止其向後安然翻過龜頭，或因包皮與龜頭粘連，但以後者較為普通。此種情形企圖翻轉包皮時，甚易認出之，一極度緊張之先天性包莖，若歷一悠長之時間後，其結局亦可使包皮大為擴展。後天性包莖可由下述各原因致成之：即水腫，水腫為局部炎症所致，或發於一部分之全身水腫；固性水腫，硬性下

疳，慢性龜頭炎致包皮與龜頭粘連；結癥所致之包皮口狹窄；贅生物；象皮病；成陰囊水腫所致之陰囊高度膨脹等。致陰莖稍爲之所累。此等情況中之任一種，皆可與先天性包莖合併發生，後天包莖常見之於精索疾患，慢性腎炎，淋病，下疳，初期梅毒，及包皮下疳之癒合後。固性水腫或包皮肥大，可由梅毒致成之。

在先天性緊張之包皮之下，覺有一如石樣堅硬塊時，應診斷爲包皮結石，若用探針在包皮下探之，當觸及石塊時，即發生一種摩擦感，硬性下疳，上皮癌或梅毒樹膠腫等固實性硬結，並不如結石之硬塊相淆混。

從包皮而來之分泌物，可由龜頭炎尿道炎軟性下疳初期梅毒上皮癌或疣等所發生，若包皮能翻轉時，則此診斷甚爲簡易，（見下）若爲包莖時，則須仔細檢查，期能得一正確之結論；必要時，可將包皮切一長縫，以求獲一早期及確切之診斷，將包皮口灌注或細爲指拭，以至於十分清淨後，外科醫師須設法盡量使尿道外口顯露，同時沿尿道向前擠壓之；若見有膿液由尿道下流者，即爲尿道炎；且須檢查此膿液中，有無淋球菌之存在。若在未發生包莖前，已有尿道分泌之歷史，或排尿時沿尿道有灼痛，或痛性陰莖勃起者，皆爲此種診斷之佐證；若尿道口不能顯露時，則僅由此種症狀，亦可診斷之。若分泌物爲破壞性，而非稠厚乳脂狀之膿液者，可診斷爲軟性下疳；如在包皮口可窺見下疳或在發生包莖前，已有潰瘍之歷史者，則爲此種診斷之有力證據。

若包皮腫脹非一致性，僅在一部分覺有顯明之硬結，且在腹股溝部有小而固實之腺體者，此爲初期梅毒；若病者雖呈以二期梅毒之病徵時，則此診斷，立即確定無訛，對一病案，必須仔細檢查其分泌物中，有無梅毒螺旋體之存在，當病者在三十歲以上，若其陰莖末端呈慢性進行性之增大，排出血性水狀液體，且包皮內面有紅

色肉芽狀或葇狀之生長，當至包皮部變為潰瘍或葇狀者，此應診斷為上皮癌，尤以有腹股溝部腺體之浸潤時，則更為可恃矣。與此相似之腫脹，但其分泌液稀薄，具鮮明而色微紅肉芽性之外貌，基底毫未增厚，且此腫脹發生於青年人者，應診斷之為疣。若分泌物為膿性，而非來自尿道，且包皮亦無局部硬結者，此乃為龜頭炎。包皮發炎之包皮若能被翻轉時，其粘膜表面多為分泌液所塗被，並有鮮紅之表層剝蝕斑，但無任何硬結或潰瘍之存在。

陰莖之潰瘍——見於陰莖上之潰瘍有下列數種：

1. 疱疹
2. 單純性裂
3. 軟性下疳
4. 硬性下疳（初期梅毒）
5. 混合性下疳
6. 梅毒樹膠腫性潰瘍
7. 上皮癌

對在陰莖潰瘍所須解答之先決問題，即此病是否為硬性下疳？多數病者，顯非此病；但其他病者，若能發現二期梅毒象徵，——腺體肥大，梅毒疹咽喉痛等，結果始可證明其為硬性下疳，所幸今日吾人可由檢查血清中，有無梅毒螺旋體之存在；而得一確定之診斷，其法為先消毒而後搔刮潰瘍之表面，將滲出之血清吸入一細吸管內再行檢查之。

對任何陰莖潰瘍，外科醫師須注意病者之年齡，各種有關性病及性交之既往潰瘍，潰瘍之初發性，——是否為一團泡疹，膿疱，硬結，鱗裂或疣，——及潰瘍之個數，更須檢查其潰瘍，以決定潰瘍之程度，基底與邊緣之有無硬結，以及分泌液之多寡。腹股溝部之腺體，亦須檢查之，慎為注意一切增大，硬化及其與皮膚或

筋膜之粘固性。

(1) 若潰瘍十分表淺，並未擴展至全部包皮內面之粘膜，且係新近發生，無硬結形成，有引人注意之搔癢及刺痛者，此為包皮泡疹。若病者曾受同樣殘病之痛苦，且知該病初起時，為在鮮紅之基底上，有一羣小泡者，則此診斷即確實無訛矣。病者腹股溝部腺體，可發生輕度之增大。

(2) 包皮之線狀裂，可在性交後發生之，此裂既不變深，亦不增廣，且迅即癒合者，此為單純性裂；在包莖患者，此病可在多處或反復發生之。若包皮繫帶過緊時，則該部此病亦並非罕見。

(3) 若與有傳染可能性之環境接觸後，數日內即有急性潰瘍發生，且其外翻如鑿，邊緣銳利如切；基底似海綿而凹陷，周圍成底部無硬結者，此為軟性下疳，若已知潰瘍之起始為一膿泡，為多發性，而時有因與多量膿性分泌物接觸之縫裂或腐蝕部致形成新潰瘍，腹股溝腺體有炎症性增大，及未能尋出螺旋體時，則此診斷即可因之而確實無訛，檢驗軟性下疳之病原微生物，常非易易，崩蝕性潰瘍及匍行性潰瘍可侵襲軟性下疳，但此等疾病，多數已先有全身梅毒之明證。凡軟性下疳皆可留一凹陷之痕。

(4) 若潰瘍基底平滑，邊緣圓斜，分泌液稀薄而呈水狀，環周界限青明。固實而具彈性，且輕壓之即變白色之硬結者，此為硬性下疳，若潰瘍高起，扁平而界限清楚，且具有血管不甚多之硬結者，此為初期梅毒之特別表徵。此種潰瘍之種類甚多，可由皮膚較深層之小丘疹或薄紙樣板，致稠而高度密緻且呈廣大潰瘍化之團塊。注意在傳染後三至六星期有硬結發生，（雖在其先或已有潰瘍存在）此後約再閱二星期，檢查在兩側腹股溝部，有無發生而性固實之腺體，二期梅毒疹之發去，及喉痛等，皆可為本病診斷之附加表徵。單純性下疳雖最常見，而多發性者每亦發生。下疳癒後可

留一不易引人注意之癢痕，此病之確定診斷，乃基於螺旋體之發現，及初次下疳發生後閱一至二星期血液所呈之陽性瓦氏反應。

(5) 若潰瘍初起時，具有軟性下疳之性狀，然後發生特別硬結者，此為混合性下疳，且全身梅毒病徵又多繼之發生。除發生傳染後，至少已閱六星期而仍物硬結出現者，外科醫師不能得證該病者未染梅毒；軟性下疳之存在，並無法防制或不夠表示一纏繞之硬性下疳。

(6) 若潰瘍深凹有潛行邊緣，基底粘附以強勁或柔韌之腐肉，且此潰瘍乃由病者陰莖之慢性硬結所軟化而成，而血清呈陽性瓦氏反應，或全身發生梅毒之其他病徵者，此為梅毒樹膠腫性潰瘍。無膿腫增大，能用醫梅毒療法治療之，但可留一極深之凹癢。

(7) 若潰瘍為慢性，須經治療，而病情仍照常進行，基底不整，硬固而呈疣狀，邊緣呈小結節狀外翻，分泌物臭而呈水狀或具取壞性，且腹股溝部淋巴腺有一個或較多個呈浸潤性之增大者，此即為上皮癌。

崩蝕性潰瘍乃指急性壞疽性而且擴展迅速之陰莖炎症，此乃由於一特別潰瘍在抵抗力低弱之病者，重染有鏈球菌所致。

陰莖壞疽——可發生於患特種發熱病，韌頰包莖，包莖有下疳或崩蝕性潰瘍等病時。

陰莖瘤腫——可分為表淺性與深性在二種。外科醫師須注意瘤腫附著或固定於鄰近部分之情形及全身病史或病徵。

若瘤腫為從皮膚或粘膜所發生，或有蒂或無蒂之外生體，周圍組織，無硬結形成，表面分歧而不整，包皮蓋覆之部紅腫潮濕而露出之部乾燥堅硬者，此為乳頭狀癌或疣。此等微小之生長體常為多發性，且每觸之以尿道炎或龜頭炎等疾病；該瘤可增生至巨大體積，若受有摩擦時可致表層潰瘍。於包皮或陰莖頭部可有一角之發生。

一扁平無蒂而有輕度增厚及硬結之外生體，其表面具乳白狀之長潤者，此乃粘膜斑。

若瘤腫向表面生長，且同時呈浸潤性而長入陰莖之組織，其輪廓固實而不整，表面呈顆粒或疣狀者，此為上皮癌。患者普通多在三十歲以上，此癌通常迅即潰爛，且早期延入腹股溝部之淋巴腺體。癌腫可生於包皮下，或由於其膨起使包皮不能後翻時，致目不能窺見之。此病可沿陰莖深部組織向他部擴展。

在包皮或深在海綿體部之固實或沼澤性硬結，有與皮膚粘連及軟化之趨向者，此為梅毒樹膠腫樣；益以梅毒之其他明證，及對於特效治療之成果，可確定此診斷為不誤矣。

若硬結極度慢性，不軟化，在皮下有移動性，觸之似覺其位於海綿體鞘之內者，此為痛風性硬結，其發生全與梅毒無關，但常與痛風症合併存在。陰莖損傷後，延至數月，始在該部發生硬結者，有時亦被認為乃該部之血栓形成。炎症可從尿道擴展，致在海綿體部形成一高度之頑固性硬結。凡陰莖深部硬結，皆可觸發痛性陰莖勃起。

黑色素瘤腫亦常在陰莖上發生，尿道粘膜囊腫可從尿道凸出。陰莖之癩痕——初期梅毒損害癒後，並不留一永久癩痕。軟性下疳所留之癩痕為陷凹性，且經相當之時間後，亦可消失而不顯；梅毒樹膠腫性潰瘍所留之癩痕，為永久凹陷性，瘦瘠而營養不良，且常沉着有多量色素。崩蝕性及匍行性潰瘍，其癩痕遠闊，在梅毒患者，最常見之。

尿道疾患將於第四十五章中另行討論。

第四十一章 女性外生殖器疾患 之診斷

DIAGNOSIS OF DISEASE OF FEMALE EXTERNAL GENITAL ORGAN

炎症——女陰炎，陰道炎，及尿道炎，此三者常共同發生；由其發炎部位所流出之分泌物，及其紅，腫，痛，熱之症狀而知之。尿道炎之確實診斷，須掀開陰唇，仔細拭淨外尿道口，再以手指插入陰道，沿尿道口而擠壓之，有膿滴自尿道口出現者即是。分泌物中，須檢查有無淋球菌，以便確定其病因。

若陰唇腫脹，潮紅，水腫，疹腫與觸痛，且其後內方有緊張及波動者即為前庭大腺急性膿腫，若此等發炎症狀較輕者，即為亞急性陰唇膿腫。

女陰急性壞死，有時見於小孩之女陰走馬疳。

癰腫——如有 腫脹，在小陰唇下突向陰道口，且無發炎症狀者，即為前庭大腺囊腫，或陰唇囊腫。

尿道口有深紅色，疼痛及觸痛性之腫脹，且小便時發疼痛，此為尿道肉阜；此種腫痛常見於中年及晚年之婦人，小陰唇肥大，且有奇癢而頑固之外生物，亦不少見。固性水腫或象皮病，乃腹股溝淋巴肉芽腫之後驗症。

慢性質硬基底而壘樣，且有不規則之顆粒。邊緣固實，繼續增長而伴有腹股溝淋巴腺之腫大者，即為上皮癌。

女陰前部發生一小而青色深暗之潰腫，早期出血而嚴重，且腹股溝淋巴腺迅即受累者，此為黑色素瘤。

潰瘍——慢性下疳，及軟性下疳常於女性之外生殖器上發生。

(其診斷請參看第四十章)，許多細小且突出之表淺性潰瘍，可偶於大陰唇之內面，小陰唇及陰蒂之上見之，此乃表淺性結節所破潰之結果，是即罕見之濾泡性女陰炎，慢性潰瘍有腐爛之基底，不齊之邊緣，此為後期梅毒，當很慢性時可有硬結發生，但依其病歷及全身梅毒之病徵，可與初期變性下疳區別也。

粘膜炎及粘膜炎，常於第二期梅毒中見之。

變性——女陰之變性病有二種，均以劇烈之瘙癢為其特徵。

白斑病——有下列情形時，即可診斷：年老婦人（常多為產婦）其陰部之皮膚或粘膜，覆以紅色，無濕潤之斑塊，而其上覆之表皮，聚集成丘，且此斑塊即變白，成癢而收縮，女陰口徑亦因之而狹窄，同時小陰唇亦能顯露，裂隙亦常見也。此種情形，如不醫治，即可進展成上皮癌。女陰乾枯甚不常見，縱有，亦僅於年輕婦女之小陰唇及前庭處見之。由下述幾點可與白斑病相區分，無裂隙及上皮之增厚，而有較重之收縮，且無上皮癌之發生。

第四十二章 陰囊睪丸及精索疾患之診斷

陰囊組織能在睪丸精索上自由活動，因之，該部疾患應與陰囊內容之疾患相鑑別。

1. 陰囊之疾患

表淺靜脈曲張——因陰囊內膜弛緩所致之，懸垂陰囊，及陰囊垂直裂開成兩份，如陰唇狀，且其內各含正常睪丸之尿道下裂等之存在均甚易識知。陰囊發育不全並有陰囊內之睪丸缺如，可見於一側或兩側。陰囊皮膚發紅，可由於下列諸病發生：癬癩，濕疹，丹毒，梅毒，下鄰組織發炎，淤血。

外科醫師須致查為急性或慢性，為局部疾患或全身病之症狀（如發熱梅毒，痛風等），抑因局部因等而使發紅。

如發生於與大腿接觸之陰囊側，而該處大腿之皮膚亦有同樣變化，且其表面常濕潤，則為癬癩，此多見於小孩及肥胖之成年人。

如表面濕潤而有稀薄之分泌物，其下凝固，有些地方蓋有分泌物乾燥所成之薄痂，則為濕疹。

如為急性發生而迅速彌蔓，皮膚鮮紅，水腫，有起水泡之趨勢，有刺痛或癢痛及顯明之壓痛，腹股溝淋巴腺呈觸痛性腫大及發熱，並全身之嚴重症狀，則為丹毒。

如年幼小孩之臀部及陰囊發生銅紅色疹，與扁平丘疹或有濕潤粘膜斑，此為先天性梅毒之現象。

急性睪丸或副睪丸炎症之皮膚發紅，則局部有劇烈之疼痛，壓痛及腫脹。

因瘀血所致之皮色改變，由其顏色及加壓不退而易認識，陰囊腫脹，外科醫生須查腫脹在指壓時是否發生壓窩，呈波狀，或為固體性。

水腫——可為局部性或為腎炎，心臟病，下腎靜脈堵塞等全身性水腫之一部分。如係局部水腫，則可為炎症性，或尿液性，若伴發紅腫熱及體溫升高，特別僅現於陰囊之一部分者，則為炎症性水腫，可為丹毒或初發生之膿腫。

若患有尿道破裂或損傷之患者，於用力小便後驟然發生腫脹於前會陰部及陰囊，或此種腫脹發生於尿道狹窄有尿滯留時，患會陰前腫時，或突然在尿道流膿後，此時則可診斷為尿外滲。此腫脹將蔓延至陰莖及腹部，但不至腿部及肛門周圍，其皮膚可變壞死，脈搏決而弱，舌則乾燥而呈棕色。

若陰囊組織增厚，緻密，表面呈大疣狀突起，且此種固性水腫為表淺疹性腫脹持續侵襲之後結。是為象皮病。患部常甚廣泛，陰莖，大腿亦可受累。此病常見於 Barbados 地方，印度或非洲之本地人或在該處居留者；但從未離開本國之英國人，亦可患之。此或係原發性，或係因腹股溝淋巴腺之被手術後摘出，或因發炎而堵塞所致。

如有陰囊象皮病之類似情形，但為柔軟疣狀突起，且時有水樣（淋巴）或乳樣（乳糜）液滲出；此為陰囊淋巴管腫。常伴乳糜尿。

如腫脹有波動，緊張，如球狀，其中央與皮膚相粘連而與深部活動自如，慢性而無各種突狀，則為皮脂囊腫，此囊腫可為多發性。其白色之內容物，常可於淺薄之皮膚下透見之。甚小者為白色球形而緊密，可從皮膚突出。

限界性固性腫瘤，扁平微黑色丘疹，表面有輕微落屑，此常見

於第二期梅毒，如丘疹表面濕潤而如乳白色，謂之結核斑，在其分泌物中可找見梅毒螺旋體，且若有梅毒之其他症候，則可確實診斷。

如丘疹甚小，緊聚，色紅，其周圍皮膚則有色素沉着，有不堪忍受之搔癢，則此病為癩疹。

皮膚內之慢性疣狀生長物，其上有痂覆蓋。如痂除去則顯露紅色肉芽面，此為疣或上皮癌，如此疣浸潤皮膚，雖施以局部治療而仍然漸向深部蔓延，且同側腹股溝淋巴腺之腫大，乃可成立診斷矣，常有數疣同時存在，然僅其中之一有上皮癌之特徵，此病常見於繙塗者，紡績者，以及工作於煤膠及石墨之工人，更為年逾四十之男子慢慢長大之腫瘤，在皮下及睪丸精索上可以活動，且分狀而邊緣清楚者，則為脂肪瘤。

陰囊潰瘍——應如陰囊潰瘍之檢查（見第四十章）但須特別注意潰瘍與睪丸相黏連否？或有瘰癧至睪丸否？

如為急性潰瘍，境界分明，瘍底深而呈紅色，如峰窩狀。且有性分泌物，數日前有不潔之性交，或陰囊上亦有同樣之潰瘍，此為軟性下疳。

如一境界分明之隆起硬結，有潰瘍面，且有液性分泌物，在其內可找見梅毒螺旋體，則為硬性下疳，兩側腹股溝淋巴腺有硬固性固。

如為慢性潰瘍，紆曲或匍行性，瘍底扁平凹下，或潰瘍下凹較深而有潛行性邊緣，瘍底堅韌，色黃，腐壞性，此為第三期海毒性潰瘍，血清檢查瓦色曼反應為陽性。

慢性潰瘍或以外傷為起因，或為腐肉崩離之結果，瘡可為尿液性或結核性，前者有尿從此流出，後者則睪丸或副睪丸結核病。

如潰瘍之底為睪丸，而此睪丸突出皮膚之外，則為睪丸組織

疔。對此患者其突出物之性狀，睪丸之粘連部分及其分泌物等須詳細檢查。

1. 如瘍底稍微突出，而為淡紅色肉芽織，睪丸無變化僅稍微腫大，此為睪丸鞘膜或白膜之肉芽形成。

2. 如瘍底顯明突出，為灰白腐肉形狀，分泌物稀薄，顯微鏡檢查可見精子，睪丸有很大之改變，睪丸組織有多少從陰囊突出，此為睪丸樹膠樣腫，軟化壞死，從皮膚裂口而突出，瓦色受反應為陽性且有其他梅毒症狀。

3. 如在陰囊外側之潰瘍，基底灰白，係副睪突出所成，副睪呈結節性腫大，此係結核性，分泌物為稀薄之膿液，含有乳酪狀或白堊碎塊，但絕對無精子，偶而可見睪丸亦同時突出。

4. 睪丸組織疝可於睪丸內膿腫破潰後而發生，故偶而見於急性睪丸炎化膿之患者。

5. 如睪丸腫脹甚大，且有惡性潰之症候，有不規則之斑點狀物質從潰瘍之皮膚破口突出，有甚多之紫性腐敗性分泌物，則此突出物為惡性者。

陰囊壞疽之原因，以尿外滲為最多，亦可為丹毒，凍傷，或急性發熱病後血栓形成的結果。整個陰囊壞死與女性走馬疳相似，但甚少見。

2. 陰囊內容物之疾患

外科醫生若發現病者一睪丸或兩睪丸缺如或過小，則更須判別此等疾患為先天性抑或後天之疾患。

睪丸缺如——若陰囊小，且陰囊與腹股溝處並無瘢痕，而且亦不可觸知睪丸或精索之踪跡，此為睪丸未降。故須於腹股溝管，鞘凹，腹股溝或腹膜等處尋找有無該睪丸之存在，若在腹股溝或陰囊

等處，可看見有線狀癢痕，而同時在其他地方又不能找出睪丸。此乃為行睪丸截除術所致。

睪丸過小此可因發育不全或消耗所致。外科醫生須注意為整個睪丸缺如，但輸精管完好！或僅為睪丸體缺如，或只睪體變小，同時更須注意陰囊有無任何癢痕，或該器官是否與皮膚相癒着，若一部全缺則為先天畸形，在器官之消耗者，其遺跡常可探求而得。左側睪丸過小，常與精索靜脈曲混合併變主，且由睪丸之無軟塊或硬結可與曾經消耗者區別之。睪丸消耗之已知原因（僅影響於睪體者）為急性炎症，最常為流行性腮腺炎損傷，同側或對側之結核症，精索動脈損傷等之合併症，或為精索或其周圍手術，或精索動脈為其動脈瘤阻壓等之結果。

陰囊內腫脹之檢查——對於任何陰囊腫脹，應先決定其腫脹為局限於陰囊內者，抑或已展至腹股溝，欲區別此二者，僅須用食指與拇指逼住陰囊根，若腫脹觸覺完全在手下，則為陰囊腫脹，若其一部已越食指與拇指間，即為腹股溝陰囊腫脹。施用此種檢查，有時發生兩種困難，（1）陰囊腫脹甚至可充滿整個陰囊，故欲在腫瘤上握住陰囊，頗為困難；或竟不可能。在此種病例時，惟沿腹股溝管觀察，以決定其是否伸入。（2）在多數認為陰囊腫脹之病例，其精索亦張『；此種張』不可錯認為延伸入腹股溝之陰囊腫脹。

腹股溝陰囊腫脹，將於次章討論之；此處欲者為純粹陰囊腫脹之診斷。

既已決定腫脹完全包於陰囊內，其次即須認清其與睪丸及精索之關係，第一試尋其睪丸，可由其大小，形態，硬度與壓陰囊時病人之特別敏感以認定之。在此等病例中，睪丸可能看出，若睪丸能與腫脹分離，須注意其連接究在何部。同樣，亦須決定腫脹究與精

囊分離抑或形成精索之一部。應囑記者，本鞘膜之腫脹環繞於睪丸，其緊張足以阻止觸診該器官，且不能與之分離也。

第二件事即須決定陰囊腫脹與腹腔有無任何貫連，若有則有「衝動」，並可納入腹腔內。

用食指與拇指輕握腫脹，且令病者用力咳嗽，若有突然脹大之部分可露出，此即為『衝動』，但肥胖或懸垂腹之運動，決不可誤認為衝動；在陰囊腫脹之衝動可表示：(1) 腹膜內液體因咳嗽呼氣之力驅於陰囊內。(2) 因咳嗽而阻止靜脈血流回，以致靜脈有膨脹之感。行復位試驗須使病人仰臥，提起睪丸並輕壓腫脹；若用此法既行變小或不見，此乃表示一部或全部有下述之可能：(甲) 其中之液體能回流入腹腔。(乙) 靜脈血可流入精系精脈內。

既由檢查已決定腫脹，更須注意腫脹之普通性質，——大小，形狀，硬度，敏感性，發炎或傳染徵象，精索，腹股溝，髂凹與腰腺之構造情形，尿道，膀胱，前列腺，精囊等疾病之存在。與具疾患之病歷。關於此點在診斷上所佔重要價值之討論已於第十四章中詳言。此處欲述者僅限於在陰囊腫脹之診斷上，有特別興趣者。

副睪必須與睪丸分別之，在正常情形下，此種分別甚易，但須注意副睪之腫大，縱當其變至甚大時，亦可探出其顯明界限；但在睪丸腫大，立即使副睪界限不清，遂不易判別，故在事實上，若此兩器官不能判別，則證明睪丸體有疾病。縱當疾病發原於副睪而播散至睪丸，如結核病，副睪之顯明界限一般可獲得。

本鞘膜腔積滲液為常見之疾患，該滲液圍繞睪丸乃使睪丸界限不明，故在陰囊水腫而睪丸界限不明時，應認為本鞘膜內積有滲液。該腫脹之大小，形狀，與腫脹緊張度等之改變甚大，若液少而稀則其液可移位，且能摸出睪丸在若干病中例，其睪丸上漿液囊，一部或整個秘閉合，滲液乃入未閉合部份，而於睪丸之上形成波動

的腫脹，並與睪丸相接觸。病歷與囊內液體之性質的能作為診斷之助。

漿液性滲液均為半透明者，若細心伸展陰囊組織，同時使之盡量變薄，並利用強光透照即可顯示之。最好之檢查睪丸腫脹法為透照法，即將與陰囊同側之手掌貼於陰囊之後。同時用拇指與他四指輕輕伸展陰囊，放置光近大腿，醫生用自在反對側視之，為乃光線走漏，可用他手遮於陰囊之上隱蔽之，可能時此重檢查須於暗室中行之。用此法遮住陰囊，可使不透光之陰囊位於旁側，同時陰囊組織亦易伸展。

漿液性滲液，若其密度不正常，則透光顯圓濁，若混有血液，與相當之脂肪亦可失其半透明之性質，檢查半透明腫脹時，須注意任何陰影，蓋能指示不透光睪丸之位置也。

在檢查精索空滿時，須判別其疼痛來自何處：（1）索狀之輸精管，（2）彎曲可壓縮之虫狀精索靜脈，（3）精索蜂蜜組織，（4）精索若于附屬之固性或液性結構等任何一種腫大，以鑑別之。

陰囊腫脹，可分為精索之腫脹與睪丸及本鞘膜之腫脹二部分言之。

1. 若腫脹為條狀，外形彎曲，柔軟，可壓縮，且在個臥位置時甚易復位，及不透光，此即為精索靜脈曲張，是髓疾毒幾多發生於右側，且其性質亦十分典型。

腫脹在咳嗽時有衝動。若整復後將一指按於腫外環之上，使病人站起，則腫脹即從下方緩緩充滿，若精索靜脈曲張之一部份不能壓縮與不能復位時，乃表示血栓形成，若此為新成者，該部尚柔軟。

2. 若腫脹緊張，呈球形，平滑，半透明，且有波動者，是為

帶索陰囊水腫，若緩壓時此腫脹即復位，則亦有一狹路與腹腔相交通。精索陰囊水腫，其緊張或可使波動不能顯現，亦可小至不能行透光法檢查。與其他精索所有之腫脹，一樣可以輕拉睪丸向下而固定之。

3. 若腫脹為固定性者，不透光，不復位，柔軟且分葉，即為脂肪瘤，但有時須加意與不能復位之網膜膨出鑑別之。但網膜膨出必有莖，雖通入腹內無論如何細小，來必能摸出，且在疾患之早期常有明顯復位之病歷。網膜分葉較脂肪瘤者為細微。

4. 硬性腫脹，較脂肪瘤為軟，分葉狀，且用長甚慢，是為結核腫。該種腫瘤可為多發性者，或與陰囊，皮下組織之粘液腫相伴發。

5. 結核與惡性新生物在精索亦可發現，其多為睪丸相同疾患之繼發性者，是以診斷亦易，結核性病灶趨向於柔軟，可破裂而遺留下癆。惡性新生物病灶則浸潤廣大，潰爛成蕈樣。

6. 在受傷或劇烈出血之後，絕快形或一大而界限不明，不能復位，不透光之精索腫脹，是為帶索陰囊血腫。

7. 在炎症時若論精管有一致性之腫大，此乃由尿道炎症播散而來；在結核性睪丸炎時，則論精管堅硬且常成線珠或結節性之腫大，在睪丸之惡性新生物與其他瘤時，精索有普遍性充脹情形，且睪丸之惡性新生物可沿精索向上伸展，在精索內亦可見精液囊腫，此不易與陰囊水腫分別，除非抽出其液作顯微鏡檢查以確定之。

睪丸與鞘膜之腫脹

1. 若腫脹環繞於睪丸，有波動且為半透明者，此即為本鞘膜陰囊水腫，關於此種腫脹之各種變異如下：

(甲) 若腫脹形成甚慢，且不能復位，此為普通之慢性本鞘膜

陰囊水腫。

(乙) 若腫脹形成甚快，且陰囊發紅，水腫，疼痛，並有觸痛是為急性本鞘膜陰囊水腫，此常為急性睪丸炎之合併症，本鞘膜創傷傳染，或注射刺激劑於腔內之結果，陰囊腫脹與觸痛，常阻止有透照檢查法。

(丙) 若腫脹內容之液體可壓入腹腔內，此則為先天性陰囊水腫。

(丁) 若腫脹發生於幼兒或小孩，而伸展於精索上，且不能復位，此為嬰兒陰囊水腫。

2. 若腫脹纏繞睪丸，且在各部均可得波動，但透照時並非半透明，此為本鞘膜積濁滲液之證。此外尚有各種變異，應加判別者，探問腫脹之時限，應注意陳舊腫脹有無忽然脹大之現象，是否因任何損傷所致，或手術後而起，同時應注意陰囊表面情形，是否增厚或變硬，或有瘀斑。

(甲) 若腫脹甚快隨損傷而發生，或隨本鞘膜之刺傷而很快發生此即為鞘膜陰囊血腫。

(乙) 若一慢性腫脹忽然脹大，且為損傷之後遺症，此多為本鞘膜陰囊血腫，乃血流入於慢性本鞘膜陰囊水腫內之結果。

(丙) 若腫脹已有甚長久之時間，且陰囊組織增厚而堅實，其不透光或由於本鞘膜內發生鈣化，或他種變質所致，輕叩腫脹將確定其診斷。

(丁) 若腫脹且所有慢性本鞘膜陰囊水腫之一切性質，但非半透明且腫脹無忽然增大之明證，亦無輕微之損傷，同時陰囊表面薄而柔軟，其不透光乃因液體之改變或脂肪之混合而致乳糜囊腫，或乳糜陰囊水腫，此多因膽固醇大量增加所致，穿刺與檢驗該液即能決定之。

3. 若腫脹為非環繞辜丸者，但半透明，有波動，乃發自辜丸頂部，且顯然由辜丸而來，此即謂辜丸陰囊水腫或精液囊腫，多因本鞘膜陰囊水腫下部發生閉合，而滲液集於其上，遂在辜丸頂形成液體腫，其病歷可使吾人獲得一正確之診斷，若乃不能診斷，則可由抽出液，脹之性質而決定之，慢性本鞘膜陰囊水腫之液常為黃色，而急性陰囊水腫之液則為無色或與精液混合而呈乳狀。

精液囊腫可為多發性者，且此種腫密甚不規則，同時甚難辨識辜丸，在其他病例中，本鞘陰囊水腫甚似包繞性陰囊水腫；後者僅在本鞘膜空處始能探知。精液囊腫可破裂而入於本鞘膜陰囊水腫內，穿刺腫脹其黃色液體可呈輕乳色狀，且其中可找出精子。

在所有陰囊水腫之病例中，決定辜丸之位置甚為重要，若以前辜丸之位置正常，在本鞘膜陰囊水腫時辜丸將被推至囊之後下部，但若辜丸被轉動亦可在囊之前下部發現，此病例在病歷上並無何特殊，亦不能以其他辜丸之情形而指定之，必須利用檢查方可決定。精液囊腫常在辜丸之上或後，但亦可在其側，若為多發者則自環繞於辜丸。決定陰囊水腫時辜丸之位置，有三方法：

(甲) 抵抗力較大——在壓時辜丸之抵抗力較液體性者為大。

(乙) 受壓力時顯觸痛——當辜丸被壓時病者有痛苦之感覺。

(丙) 不透光——當行陰囊水腫之透照法檢查時辜丸常較液體為不透明。

辜丸之固性腫脹

欲研討任何固性辜丸腫脹，醫者應先決定其是否僅由副或辜丸受累，或二者皆受累，蓋病之位置於對面之性質甚有關也。其次則該病例辜丸之形性，凡與診斷有關者，皆須加以詳細注意。如：

(1) 腫脹起始之樣式及進行之速率與方向，(2) 腫脹之大小，內容及輪廓，(3) 睪丸之敏感性，(4) 對於本鞘膜，陰囊，精索，前列腺及精囊之結果，(5) 淋巴腺之情形，睪丸之腫大，既常由膀胱尿道之病擴張而來，亦或係全身傳染之一部，故對於尿道，前列腺，膀胱，必須檢查，而對於全身傳染之證明亦須探尋，尤以結核，梅毒，痛風，瘧疾及流行性腮腺炎為然。

腫脹之正確位置及形狀，壓痛之所在，皆可有助於醫者以決定此病之部位，但吾人須當記者，睪丸之一部或全部可依其縱軸轉動致使副睪位於睪丸之一側或其前方，而睪丸則反位於副睪後方。

1. 睪丸首先受累之部，淋病，結核，常先波及副睪，而睪丸體受累則多為繼發性者。但梅毒，新生物，及由微菌稀見之炎症如流行性腮腺炎，痛風，及瘧疾等所致者，多最先侵犯睪丸體。

2. 尿道，前列腺及膀胱之疾患，為致睪丸腫脹最常見之原因，故在每一病例中，均須決定此等疾患之有無，此等疾患或甚輕而未為病者所覺，或可顯然地有尿道分泌，尿道狹窄，前列腺腫大，膀胱炎，尿道器械濫用或膀胱結石等之歷史，否則須有新離尿之檢查，查其內有無細菌，有之，則指示尿道前列腺，膀胱之炎吐，小便之直前，須按壓前列腺以使檢驗之結果正確。

睪丸之炎症性及繼發性腫脹，與尿道疾患甚有關係，故應詳細檢查之，且其多先侵犯副睪，在所有病例中，若病已由尿道或膀胱波及至睪丸，則輸精管亦可發現腫大，且有壓痛，而病者在睪丸覺疼痛之數小時前，可先沿精索有顯著之疼痛，但尿道疾患之存在，並非以睪丸腫脹性質中決斷之證。如結核常侵犯副睪而為淋病之後患，可愈有或不兼有先驅之急性副睪炎。有前列腺增大之患者，其睪丸每可有新生物之存在，但此究非常見。

3. 腫脹開始之形式及經過情形——突然而來之腫脹常指示為

於炎症者，而新生物則常有捉摸不定之起始，數種單純發炎之病例中，其起始可不顯著，但相反者，結核雖為一慢性之病，却可突然而起，且擴展甚速，病人突發現其睪丸腫脹，此可謂其腫脹開始突發者，腫大已停止或減小，此為炎症之顯明症狀；雖加以治療但仍繼續生長，無疼痛，且生長甚快，此為瘤腫之特性。

4. 副睪丸炎先有硬性腫脹，而復變軟，此為結核之最顯著症狀。

5. 兩睪丸皆受累，通常見於結核及梅毒，尿道疾患之繼發性副睪丸炎及新生物，則少見侵犯二側睪丸。

6. 陰囊水腫——急性陰囊水腫，常兼有急性副睪丸炎，且使腫脹易誤為急性睪丸炎，慢性陰囊水腫等，常與梅毒有關，但亦常於結核病見之。在瘤腫病例中常可發現積有少量瘀血液體。

7. 精索之疾患——輸精管有一致性壓痛及增厚為尿道炎炎症擴展而來之顯明症狀；硬而無病之輸精管增大，或輸精管成串珠狀腫脹，此為結核由副睪向上伸展之特性。睪丸之生長物擴展至精索組織內。此常見於惡性病，由血管充脹而致之精索一般腫脹，常見於炎症及富於血管之生長物。

8. 在傳染病時，髂凹之淋巴腺可稍腫大，在睪丸之惡性瘤腫，其同側腰腺運亦須被波及，若陰囊被連累，則腹股溝淋巴腺可被影響。

9. 與陰囊發生粘連，可在急性炎症，慢性炎症兼有組織分解及惡性瘤之末期見之。

特殊之睪丸感覺在患有新生物及睪丸梅毒之病例中，可甚快完全消失。

副睪丸之腫脹

副睪丸腫脹兼有淋病或淋後輸精管之一致性增厚者，為淋病性副睪丸炎症之徵象，可顯著，或輕微，或全無之，其與尿道之器械應用，尿道狹窄，前列腺增大，或膀胱結石併發之同樣腫脹，乃為前列腺份尿道之疾病擴展而致成之傳染性副睪炎，此等單純性炎症，皆可以休養及鎮靜藥之治療克制之。副睪炎常於副睪尾處，遺留一小而硬之節結。且閉塞在該處之管腔，陰囊水腫亦可於此部發生合併腫脹。

若一副睪之腫脹全不與尿道發生關係，進行甚慢，且有結節之輪廓，或顯示軟化之徵象，此為結核副睪丸炎，腫脹可僅局限於副睪之一部分，但不久全部必被波及，輸精管呈佛珠狀增大，同側前列腺及精囊之腫脹，膀胱，腎，或其他器官之結核病，皆可使診斷更確實。若一淋病性副睪炎，雖經特殊治療仍未減輕，但在急性症狀克制後，漸擴大且變軟，此時可知其已變發結核桿菌之傳染。

在梅毒傳染之第一年內，副睪丸小與無痛之增大，且亦無其他尿道病，此為梅毒性副睪炎，腫大首先發現於睪丸頭，可為兩側性者，為常見之疾患。在睪丸體樹膠樣腫之病例中，樹膠樣腫亦偶見於副睪。

在此等梅毒性病例中，可得瓦色曼陽性反應。

睪丸本身之腫脹，若睪丸體有急性甚劇痛，與疼痛之腫脹，此為急性睪丸性，若更有急性副睪炎存在，而睪丸炎乃由副睪炎所波及，則稱為急性副睪丸炎。但須注意不應誤認有壓痛之陰囊水腫之液體性腫脹為睪丸炎。若腫脹乃迅速因睪丸受傷而致，且能證實其必非由於尿道炎，雖為慢性，此亦可認為外傷性睪丸炎，若患者有急性之唾性腫脹，或曾經患過流行性腮腺為之傳染，並無其他原

因，此為睪丸性腫脹炎，睪丸之腫脹，可發生於腮腺腫脹之前或後。繼痛風而起且不合併尿道炎者，此為痛風性睪丸炎，睪丸炎之全身及局部症狀皆較副睪為甚。睪丸體之急性炎症可隨該器官消耗而發生，偶無亦可積蓄成一膿腫。

在慢睪丸增大，其診斷有時甚困難，一睪丸或兩睪丸之慢性腫脹，包括有該器官全部，且有相當大小，及平滑卵形輪廓，兼有疼痛及睪丸敏感之增加，精索飽脹，及輸精管增厚，而此病人又患尿道或前列腺之慢性病，此為慢性睪丸炎。

睪丸慢性腫大，副睪亦甚腫脹，其輪廓不規則，一部變硬，他部或又變軟。此為一慢性結核性睪丸炎。此種病例之特殊鑑別點，乃其早即顯著波及副睪，且輸精管增厚，精囊及前列腺增大，或更可在他處找到結核病灶。

睪丸體慢性腫大但不累及副睪，進行數周後又再停止，睪丸發覺非常硬而平滑或稍不平。正常之睪丸感覺消失，或僅有少許之普通感覺，無論精管之極厚，此而瀰漫性梅毒性睪丸炎，有梅毒之歷史及其他梅毒疾患之明瞭症狀，瓦色曼反應陽性，皆可證實其診斷，此病常為對稱性者且合併發生陰囊水腫。吾人必須謹記慢性陰囊水囊腫，亦可導致睪丸腫大，此種情形或可與梅毒性者辨別，且梅毒所致者，更有顯著之發硬。

性睪丸腫大，完全失去正常之睪丸感覺，且無精索增厚，發生於第三期梅毒之患者，此為樹膠腫性睪丸炎，輪廓不平。陰囊與睪丸發生粘着，陰囊起潰爛，有硬性腐肉發生，及瓦色曼反應，皆可幫助診斷。睪丸樹膠樣腫，常較普通梅毒性睪丸炎者為大。

若睪丸腫大有疼痛且顯壓痛，較梅毒者為軟，而發生於痛風患者，且兼有消化不良、痙攣等痛苦，此可認為痛性風睪丸炎。

睪丸慢性增大，亦可因新生物而致，在早是診斷甚不可能，縱

在後期其診斷亦甚困難。即使診斷可能，亦僅在行試驗切開以後；在晚期，可因瘤腫變大有繼發性病性，及潰爛與壞疽變而使診斷容易。新生物之重要形性如下：（1）起始多不明顯，有些病人在腫脹未現前數週，或有損傷之歷史，偶爾亦或為先天性者。（2）雖經休息及局部或全部之治療，但瘤腫仍繼續長甚快；瘤腫生長之速率各異，愈惡性者則其增大愈快。（3）甚快即失去睪丸之輪廓及其感覺，結核可致副睪呈葉瘤腫脹，梅毒可使睪丸體顯輕皮結節狀。惟新生物則可使睪丸輪廓顯著凸出，但此種徵象亦可無之，或僅在晚期始發現，唯睪丸感覺消失之早及完全，則無其他任何病可比諸新生物者。（4）瘤腫之密度——常為彈性者，不如梅毒性睪丸之石樣硬；今可有波動，或可軟至似液瘤腫脹，腫脹各部之密度不同，此種情形皆為新生物之特性。（5）散佈之徵象——腫脹可擴展至精索或入陰囊及轉移至腰腺。

睪丸之新生物，多半為近於惡性者，其確實性質之決定，應藉鑒診或切出後用顯微鏡檢查。不拘任何年齡皆可息之，但以中年為常見，與其他之睪丸固性增大同。

陰囊瘤腫穿刺之診斷價值

有些病例，於未行試驗穿刺，而欲決定腫脹之性質，常有不可能。凡有顯明之炎症徵象，且有波動之感覺而非半透明之慢性瘤腫皆須用此法。

行試驗穿有下列三目的：——

1. 檢查抽出液之性質——（甲）若液呈草色或綠色，稠帶粘性且富於蛋白質，此為由本鞘膜陰囊水腫而來，此液亦可混有血液，膽色素結晶或脂肪而變更，其中含有大重蛋白質（6%）。（乙）若液體為無色水樣者，僅含有極小重之蛋白質，此乃由精索或副睪

之包囊性水腫而來，(丙)若液體為乳光狀，此色乃因混有精液而致，且亦可用顯微鏡查得其中含有精子。若精液囊腫破裂至本鞘膜陰囊水腫內，則於本鞘膜陰囊水腫之草黃色積液中，即可尋得精子矣。(丁)若液體呈乳狀，此乃因含有脂肪之故。乳糜囊腫，或脂肪性陰囊水腫，置之，脂肪可浮於表面而成一層乳皮。(戊)若抽出僅為鮮來色之血液，此乃由睪丸之固質瘤腫而來。血液滲出之快慢可指示瘤腫內所含血管多少。(己)若液體為已改變之血液，內質膿而色深，此乃由陳舊出血所致(陰囊血腫)。(庚)若液體為黑琥珀色，此或為疝囊積水之內容物。

2. 檢查穿刺，對於瘤腫之體積及堅度之影響——(甲)若體積與堅度俱減少，乃示液由一封閉之腔內抽出。如陰囊水腫，血腫及膿腫是在睪丸之囊腫性病，因自任一囊腫抽出之液量過少，遂使瘤腫之體積無顯明之變化。(乙)甚富血管之新生物，經穿刺後，因其血乃由血管內流出，故其體積並不會減少，先天性陰囊水腫與腹水患者，在陰囊穿刺時可放出數英升液體除非腹內液體張力有相當減低，則陰囊之腫脹仍不減低，抽出液之量亦與診斷有關。

3. 便於瘤腫固體部分之檢查——在梅毒或結核而兼有滲出液入囊鞘膜內者，除非將其液抽出，行睪丸之檢查甚不可能。在惡性瘤腫之睪丸亦或有繼發性之陰囊水腫，其積液量足可在瘤腫之前部發生波動，但隱蔽該瘤之表面。

亦有睪丸發生疼痛，但其體積並無改變者，僅為單純不正常之感覺，輕按之即發痛，此種情形可稱為易激性睪丸，此常見於春機發動期，亦可發生於晚年而為性交結度，縱慾及虛弱之結果。而與陰虛病，精索靜脈曲張，淋病等俱有關係。

若睪丸發生陣發性疼痛，遲鈍，甚或手性如射刺樣時，常映射至腹股溝部及腰部，或轉向他部分，此為睪丸神經痛。在此類病例

[485] 外科 診斷 學

須檢查其有無腎盂炎，腎石，腎痙攣，瘧疾，精索之損傷，腰椎之疾病，或壓於生殖股神經之腹部瘤腫等。

第四十三章 腹股溝陰囊腫脹 之診斷

DIAGNOSIS OF INGUINO-SCROTAL SWELLING

腹股溝陰囊腫脹者，即以手緊握陰囊根部時，諸指與拇指間可覺知腫脹之一部，或推一完全在陰囊中之腫脹能離開睪丸而進入腹股溝者皆屬之。

腹股溝陰囊腫脹之最常見而最重要者為腹股溝疝，故在診斷時，首須判定已知之腫脹是否即為本病。

若腹股溝部突顯腫脹，並擴展至陰囊，且被緊密固定於腹壁之深部；若腫脹為能腹性或在過去任何時期曾為能腹性者；或若能觸知腸蠕或網膜團塊者：此腫脹即為疝。至於疝性腫脹之診斷，則見第三十八章。

腫脹除已知其為疝外，外科醫師須決定其為固性抑為液性，為此端在查波動。常用便利之方法為以雙手握腫脹處，然後以一手輕壓之，注意他手之諸指及拇指是否覺有衝動而向外開張。

若腫脹為液性，則應檢查其半透明性之有無；唯須憶及者，即在漿液性液由於其復蓋物之厚密，或因其腹股溝部難用此檢查法時，半透明性亦可因之而不顯。次須注意腫脹是否為能復性，——醫師切勿誤認腫脹在腹股溝管內簡單之搏動性為能復性；要之，當腫脹復位時，腹股溝管應完全空虛。若已知其為能復性時，應慎為檢查是否有一可進納此液體之盆部或腹部的腫脹，同時並須檢查咳嗽所致之影響，應注意識別真性衝動之充滿腫脹或擴展，與腫脹推移而下。輕壓睪丸則精索因之固定，若同時腫脹亦被固定者，此為腫脹與精索相合併之病徵。

液性腹腔鞘陰囊腫脹。

1. 陰囊水腫——(1) 先天性 (2) 嬰兒性
(3) 包繞性 (4) 疝囊性
2. 陰囊血腫——包繞性臃腫
3. 臃腫

輕微地加壓力於腫瘤，若腫瘤消失不見或向復入腹腔內者；此為精索先天性陰囊水腫，當令病人咳嗽時，此腫瘤復又充滿擴大，且有顯明之膨脹性衝動。另一方面，若腫瘤因受壓而驟然回復者，恐為疝囊頸部具能復性疝之疝囊積水。鑑於由來已久之腹股鞘疝與近來疝有相當增大之病歷，且將腫脹還納後，若輕置手指於疝門而令病人起立時，即可發生一半透明波動性腫瘤；當輕提起手指時，可覺知一腸管或網膜自腹內垂下，據此等事實即可作為本病正確診斷之憑依。

若腫瘤用還納術而仍完全無能復性者，則須詳審其病歷。若在同側有疝病史，曾使用疝氣帶，且腫瘤掩蓋精索而上達內腹環，尤在其上端為實質之一部者，此為水囊腫入於疝囊內，同時囊頸部因粘連，或無能復性之腸管及網膜塊等，形成閉鎖而有以致之。此種腫瘤於咳嗽時，可呈輕微之衝動，乃其附於腹股鞘管之部分受壓所致。在此須憶及者，即不可與輕度絞窄性疝之具有大量滲液於囊內相混淆。應想到絞窄之一般基本症狀，如存在時，即可據之而下一正確診斷矣。

若無疝病史，且腫瘤伸展達內腹環者，此為嬰兒性陰囊水腫。

若腫瘤為球狀或卵形，周圍緊張平滑，無咳嗽衝動，且與不為其所掩蓋之精索能自由移動，與睾丸分離而不連者，此為精索包繞囊水性陰腫。此種囊腫可位於腹股鞘管內，後因咳嗽之擠壓而不移，然其衝動非為膨脹性；且此種腫瘤每列於外腹環與睾丸之間。

若因損傷或用力之結果，陰囊水腫增大，加緊，有苦楚與爛痛，且不透明者，此可診斷為精索包繞性陰囊血腫。

若精索之腫脹有波動，不透明，無咳嗽衝動，無移動及能復性，有苦楚及觸痛，覆被之皮膚膨起而色紅，或呈水腫，局部觸之發熱，全身體溫增升，但內腹環仍不受累者，此應診斷為精索急性膿腫。

若腫脹形長圓，表非平滑，不透明，有波動，咳嗽時有顯明之膨脹性衝動，可經腹股溝管能還納於腹內且無潺潺聲，此為沿精索而彌散之盆部或腹部膿腫。膿腫之在盆部或腹部者，摸之為圓形而緊張之腫脹，與腹股溝陰囊腫脹間並可互達以顯明之波動浪，如斯成立之膿腫腫如腰肌膿腫，及懸連於髓白，膀胱前峰窩識之化膿性疾患，與精囊膿腫之沿輸精管向上擴散而至腹環。在女性之盆部膿腫，則可沿圓韌帶而擴散之。至於此類各式膿腫之診斷見第四十四章。

慢性腹股溝陰囊瘤腫

精索炎症

精索脂肪瘤

精索彌散性陰囊血腫

精索惡性瘤腫

精索靜脈血栓形成

精索彌散性陰囊水腫

睪丸扭轉

急性發生之腫脹——若在一患尿道炎之病者，發生腹股溝陰囊腫脹，且精索全長中之脈管有劇痛，敏感及固實者，此為精索急性炎症，此病迅即蔓延至副睪丸；要之副睪丸發炎，罕有為獨存之疾患。

若在精索中覺有一長而固實之腫脹，且顯然係從脈管而來者，尤以其整個周限之蜿蜒式不整，或發生於損傷或用力過度，此為一支或較多支精索靜脈血栓形成。

若疝張驟顯於損傷或用力之後，伴有表淺性紫斑，無能復性，無咳嗽衝動，體積不變，或漸次增大或間歇增大者，此爲精索瀰漫性陰囊血腫。

若睾丸突現於損傷或用力之後，其內容爲一高度敏感之睾丸，其上有精索及副睪所形成之睾丸及敏感之團塊，且有急性疼痛，發熱及嘔吐者，此爲睾丸扭傷，本病或誤診爲絞性血，然由下述各點可鑑別之，即睾丸都有較重之觸痛，發熱，無便秘及反胃嘔吐，此病最常於睾丸下降不全之病人見之。

慢性發生及漸次性之睾丸——若瘤腫之生長極緩或停滯，作球狀，在皮下及睾丸上能自由移動，於精索之固着疏鬆，若瘤腫無能復，無咳嗽衝動及不透明者，即係精索脂肪瘤。此瘤顯似無能復性之網膜膨出，根據從病者所得可資參考之病歷，尤似腫瘤之向上擴展時，若有最高亦不能達至腹環者，即可鑑別之。

若腫瘤沿精索向上急進擴大，至體積達一相當之大小時，初固附於周圍組織，後與其上覆之皮膚亦生粘連，同時髂部及腰部之腺體，亦發生引人注意之腫大者，此爲精索惡性瘤腫。

若瘤腫體積小，形長圓而柔軟，按之呈輕度壓窩者，此爲精索水腫或瀰漫性精索陰囊水腫，若瘤腫向上擴展至內腹環時，則可有輕度之咳嗽衝動，或於其較下部分可顯波動，本病於使用一不適合之疝帶後最常見之。

第四十四章 腹股溝部疾患之診斷

(DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE GROIN)

皮膚之疾患

癰腫——於肥胖者腹股溝部之皺處，常見發生，他如粘膜炎，及懸垂性纖維疔或脂肪瘤等，亦常可於腹股溝部之皮膚上見之。

腹股溝部固性瘤腫，腹股溝部腫脹可為疝，不全下降辜丸，或此部一種或數種組織之固性增大，若已有先天性陰囊無辜丸，且在腹股溝或股管或近於腹股溝裂帶靜凹處，似覺有一與辜丸等大或稍小，形圓而性堅實之瘤腫者，尤似其上若能摸知精索者；或於壓按時，若能發生一種特具之辜丸感覺者，此即為未降辜丸之病例。若未降辜丸並不在此等部位時，則可於腹膜內找見之；此種辜丸可為固定性或能在腹股溝管內上下滑動，且有推動性之咳嗽衝動。疝亦通常併有此等現象但可由能與辜丸分離之能復性瘤腫之存在而識別之。迷途辜丸可因轉動而發生絞窄，可呈急性發炎，可併發陰囊水腫或可為惡性疾患之基因。在同側先天性陰囊無辜丸，且精索附於辜丸者，可引為此器官受累之診斷。

一發炎或絞窄之未降辜丸可類似於絞窄性疝，且後者常可與未降辜丸同時存在之，在辜丸炎或辜丸扭轉時，其局部疼痛及敏感較在疝者為大；或有嘔吐及惡心，但嘔吐之不變及反流型亦不變為劇烈性且大便秘結亦非為絕對者，而全身疾狀僅只發熱，外科醫師尚可發見一種尿道分泌或一受有直接暴力之病史。

腹股溝與股管內，應檢查有無疝之存在，而此處所須提及者，

僅進入腹股溝管內之卵巢疝，其識別方法爲該都有一小卵圓形之瘤腫，並於每一經期時，發生腫脹與疼痛；且在雙手施行檢查時，盆腔內卵巢每不存在。

腫脹深位於內收肌起端之下，且固附於盆部者，或爲閉孔疝。

在淺筋膜處之淋巴腺，皆列爲二組，其一沿腹股韌帶，（腹股溝組），一組沿隱靜脈（股組），在股管部者，另有部深淋巴腺佔據之。當部淋巴腺腫大時，加壓於窩凹，沿靜外動脈即可觸知之。在多數病案中，外科醫師觀察一腫瘤之位置與周限，而聯以尿道陰莖陰囊腹膜腎腹股溝，或下肢等部之一般局部傳染之原因；或有他組腺體擴大共同存在時，可診斷之爲一種腺體腫脹。至於腺體腫脹之一般診斷方法見各該章。此處僅將特別有關於腹股溝部者講述之於下：

當二側有多數腺體呈中等度腫大，性堅實，在皮下及深筋膜上能完全移動，無苦楚及觸痛，或其他之顯著炎症象徵者，此或爲生殖器上有一慢性下疳之存在。

當一腺體增大疼痛或感或因着於皮膚下及深筋膜上，且因周圍水腫而致外形不良者，此時應搜求其感染之來源，如足小趾或股部之潰瘍淋病或軟性下疳覆蓋該腺體上之皮膚，熱而紅，易趨於化膿。

在性交後三星期，一側或二側腹股溝部有一包有淋巴腺之硬性腫脹團塊，且疼痛可有可無者，此恐爲腹股溝淋巴肉芽腫。若 Frei 氏皮膚試驗爲陽性時，則可證實該診斷之不謬矣。本病亦名氣候性或熱帶性癩瘡，普見於北非，近來歐洲亦能見之，初期疾患乃在生殖器上發生丘疹或潰瘍，其病變如是輕微，致常爲病者忽略之。

至於此部之他種癰腫，僅須指出在內收肌內且接近於恥骨之硬

性腫脹，慢性而無疼痛者，此為髌骨或內收長大二肌 \bigcirc 之骨化。髌骨損傷後，延至相當之時期，特在內收肌上，偶生一相當堅實之腫脹。脂肪窩及粘液瘤在淺層脂肪內見之，內生軟骨瘤或肉腫可由盆骨或股骨發生，而肉腫亦可自筋部或肌 \bigcirc 膜等發生之。（見四十五及四十九章）。在 \triangle 部夏科氏病，由 \triangle 臼向外生出新骨，可在腹股溝部成一特大之腫瘤。

腹股溝部液性瘤腫：——

1. 膿腫 \bigcirc 。
2. 囊腫性瘤腫 \bigcirc 。
3. 靜脈曲張 \bigcirc 。
4. 動脈瘤 \bigcirc 。
5. 疝囊積水 \bigcirc 。

腹股溝膿腫可為表淺性或深在性；而在每一病案中，又可為急性或慢性。至區別慢性膿腫於囊腫之診斷見之。

當在腹股溝部深筋膜之淺面，形成顯著而凸起之腫瘤時，且其上覆以具有急性發炎之皮膚者，此為化膿性腹股溝淋巴腺或股淋巴腺。因足部或腿部潰瘍淋病陰莖包皮炎或軟性下疳而致成。當軟性下疳發生時與其有關係之淋巴腺呈急性發炎，且迅即化膿者，於破開時並表現有下疳之一切特徵，吾人對此狀膿腫，有時亦名之破毒性廣疔。在一大而周緣不整，具沼澤形而甚慢性之膿腫，且在其上數處顯現波動者，此可作為結核性或微菌性膿腫，或係腹股溝淋巴腺肉芽腫，檢查膿性分泌物中之衛生物及施行 Frei 氏皮膚試驗時，可以鑑別診斷之。

在腹部或盆部之深在性膿腫，由注意其位置及髂凹與真骨盆處，有無充脹抵抗及波動等之存在，甚易診斷之。髂部疾患為股部

膿腫最常見之原因，故外科醫師須檢該關節有無患病之象徵。當腫脹充滿腹股溝褶皺，並凸起於褶皺之上，且有髖部疾病之象徵者，此乃特別指示為髓白疾病。

若深在股三角內，有一波動性腫脹，伴以髖關節直伸時受限制，而曲屈時仍能自由運動者，此為腰粘液囊積液所致，滑液囊腫。

若膿腫之緊張性不大，且同時伴有鄰近關節之疾患者，即係膿腫。若膿腫其大部在腹腔內；但可沿腰大肌之經路下行與股部時，能顯一腫脹於股動脈之內側，並在此二腫脹間，有一互連之波動浪，且股部腫脹尚有顯明之咳嗽衝動者，此即為腰肌膿腫。欲尋求腰肌膿腫之原因時，須有良好之透視光，以檢查脊柱及髖髖關節，並注意此等部有無骨瘍，及同側胸部之胸膜腔內有積液否，檢查小便內有無膿液蛋白圓柱體血液及尿砂，或其他結晶性沉澱，且須詢問病歷，留心其疼痛發作時是否由腰部放射至腹股溝及睾丸。脊椎骨瘍為腰肌膿腫最普通之原因，積膿破入肌鞘而顯於腹股溝成爲此病者，此亦發生於原發性或續發生之腎周圍膿腫髓鞘疾患亦可失腰肌中有膿腫之形成。在少數病案中，並無如上述之各項原因者，故其化膿認爲係腰肌損傷或原發性腰肌炎所致。腰肌膿腫亦在股部股動脈之外側呈現之。

若膿腫充滿髖凹，並突出於腹股溝褶帶上之近髖端處，且其一部有時可經腹股溝褶帶向下擴展至股部股血管之外側者，此為髖膿腫。若膿腫擴展至股部時，則該部可有咳嗽衝動，且至少有一部分之能復性，髖膿腫常與髖髖關節或脊柱髖骨壞死損傷髖尾炎或肌肉一部分之破裂等疾患有所聯繫。

若膿腫現頭於腹股溝部，且伴有盆部疾患之症狀時，須由肛門或陰道窺爲檢查盆腔；如發現一腫脹並有波動浪可由該部達於腹股溝

部者，即可認之爲盆部膿腫。盆部之蜂窩織炎，婦人較於男子。此等膿腫可在腹股溝管處出現之，且可經該管而入陰囊或陰唇。

若腫脹位於股動脈內側之腹股溝摺皺下，周限形圓而滑軟，可劍縮，且直接加壓時呈輕易之能復性，既不滑動亦無硬滯擊，而爲隱靜脈曲張。小腿部或股部之任何表淺靜脈，均可發生靜脈曲張，且追蹤內隱靜脈而易進達之。由於腫脹之能復性及咳嗽衝動，每易與股疝相混淆，但高度之柔軟性及輕易之能復性，爲靜脈曲張所具有之特徵。

位於女性腹股溝管內之液性腫脹，無能復性，且經外腹環而向陰唇擴展者此爲勒克氏管積水，此病是否能成爲一早期能復性腫脹，——疝之病史，尙在兩可之間。

若已有股疝之病史，繼後在同一部位呈一緊張而具有波動性之腫脹，無咳嗽衝動，無能復性，亦無絞窄性疝之病徵者，此爲股疝囊積水。當一小段腸管嵌頓於股環內，而疝囊外又全爲液體所充脹時，致與股疝囊積水極相近似；然而由於腸梗阻之一般象徵，可予外科醫師以鑑別之商針。

緊張而具波動性之腫脹，充滿腹股溝管，且附連於精索，同時無腸梗阻之象徵者，此爲精索包繞性陰囊水腫。

若腫瘤爲先天性，或早在早期生活中，即曾發現，而周限不整，性質柔軟，與周圍組織多少發生粘連，病變停止進行或慢慢增大，或因時起之炎症，致人留心者，此乃囊腫性水瘤。

若腫瘤爲慢性，與皮膚粘連，有波動，性緊張而形球圓，無疼痛及觸痛者，此爲皮脂囊腫。

搏動性腫脹之診斷，見第四十二章。

腹部溝部潰瘍

在腹股溝部之潰瘍，有爲原發者，有爲腺性者，有爲晚期性病性者，其他如上皮癌性，或腺體癌腫性生長之崩潰時，亦可發生；至於下疳之診斷，則見該章。

若潰瘍深而不整，基底鬆軟，呈鉛紅色而有廣大之潛行性緣，具多量之膿性分泌，同時在病者之生殖器上有軟性下疳者。（或留一新瘻痕者），此爲傳染性腺體破潰後所成之潰瘍，有時即以毒性廣痿名之。

若潰瘍復蓋一層與基底相粘連，而色黑或白色之腐肉，且新迅向深廣兩方面擴展，並有初爲白色繼成黑色腐肉之形成，有多量液膿性分泌，周圍皮膚腫脹而色鉛紅，有劇痛及嚴重之全身障害者，（脈搏速弱厭食，作渴，舌乾而色棕，以及體溫增升等），此爲崩蝕性下疳。

若潰瘍爲慢性，進行穩定，瘍底不規則，有些地方呈深掘之坑洞形，有些地方則呈小結性或壘狀，且具有多量惡臭水狀或腐敗性之分泌物，周圍組織浸潤，增厚，或有相當大小之腫瘤形成者，此乃一惡性潰瘍。此種潰瘍可原發於腹股溝，或爲生殖器及下肢等部惡性疾患之繼發症，外科醫師須探查原發性生長體之存在，及髖部與腰部之腺體有增大否？

腹股溝部痛

在腹股溝部痛之分泌物中，須尋查有無大便尿以及各種微生物，尤以結核菌與分枝菌屬之存在；用探針探之，以決定痛之去向與深淺，而鄰近部分，特別是脊柱骨盆生殖器及關節等亦應檢查之。

疔可分爲淺疔（在深筋膜以上者），與深疔（穿過深筋膜者）二種：

淺疔——若疔蓋復以薄而呈青鉛色之皮膚無硬變，且係繼起於急性膿腫之併有淋病下疳及足或足跟部潰瘍之後者，此爲淋巴腺單傳受染後之後發病。

若疔形不整，爲多發性，並遁入一硬結之腺塊，而塊中之單個腺體不能區分，且該疔未發生前，此等腺體已有緩慢漸增性增大，並有極慢性之化膿時，則此即爲結核病或爲放射菌病所引起。

深疔：

人工肛門	盆骨或股骨壞死
尿管	腸腸胃腸膿腫
糞瘻	髖膿腫
皮樣囊腫	腰肌膿腫
髖部疾病	

人工肛門可由糞性排洩物及粘膜與皮膚的聯續狀態而識別之。

若排洩物中含有大便物質之腸胃氣者，此乃糞瘻。糞瘻可發生於絞窄性病或穿通傷之後，在體右側之膿腫可爲鰻尾膿腫，腸腸或其周圍之結核或放射菌等病之後發症。

若排洩物中含尿，並可由檢驗尿素而證實之者，此爲尿管。尿管可與膀胱相通，而囊中尿之流出，可爲多少之連續性，且探針亦能透過自盆邊緣而探入之。與尿道相通之尿管較爲普通，而病者之會陰部或有另一瘻管，此瘻管僅於小便時，方有尿液排出，且探針可探向骨盆外壁之下內而至會陰。

若瘻內流出毛髮牙齒胎骨或脂肪塊及上皮碎屑者，此乃指示該瘻與皮樣囊腫相通連。

若探針可探向髓白或探沿骨盆之內面者，此乃具有白疾患之明

徵，而瘻與關節病之合併存在，實並非難事也。

若一婦人之瘻可向下探入骨盆內，且陰道檢查法證明其子宮周圍有巨大之硬結，而尤以此病係繼發於分娩小產或淋病之後者，此乃由於輸卵管膿腫或其他盆部膿腫所遺留之後發病。

若探針能觸及裸骨者，即可診斷為骨之壞死，而外科醫師隨應確定瘻之去向與長短，尤須用愛克司光檢查以明死骨之所在，若在股骨，則關節運動時，死骨亦將隨之而移動。

若瘻開口於腹股溝韌帶之上或下，且位於股動脈標線之外側，並向上伸延而入髖凹內者，此即為髖膿腫所引起之後發病。若在右側，則或可指示為有闌尾炎之病史，若在左側，則或可為一示為憩室炎之病史，若瘻延入一不規則而增厚之硬塊者，此為結核或放射菌病——仔細檢查分泌物，即可診斷之。此二病在體之右側較為普通。

若瘻開口於腹股溝韌帶下股血管之內側，並向上伸延泌入腹內者，此瘻半為腰肌膿腫穿頭後所留致。

第四十五章 泌尿器管疾患之診斷

DIGNOSIS OF DISEASES OF THE URINARY ORGAN

當查究任一泌尿器管之病例時，必須有一系統之步驟，且須將其症狀及徵候列為四類：最先須研究病者之疼痛，次則其排尿情形，再次則檢驗所排出之小便，最後則直接檢查尿道膀胱腎臟等泌尿器管。

疼痛——幾所有之泌尿器管疾患均伴有之，其致痛原因及其一般現象與在他處者無異，唯痛之所在，時間，及性質？則頗有診斷上之評價。痛可為局部性，即覺之於患部；或為放射性，即覺之於遠離患部之他處。

泌尿器管疾患之放射性疼痛可由痛部無其他之患病徵候及其多有一定之特殊位置而識別之，經驗上此種疼痛多在陰莖之末端且恰在龜頭後——檢查痛處則完全正常——此痛乃由於膀胱頸或腎盂二部放射而來；或其痛覺之於睪丸，腹股溝，且下達大腿者則由腎，腎盂及輸尿管所放射至此等部，且可併發有睪丸後縮，此等放射性特多起自結石或異物之刺激。小孩之尿道末端疼痛則可因其強拉陰莖，且常將包皮拉出至相當長度後有以致之，或係女陰被搔傷時亦可致之。關於局部性疼痛，此處僅須述及者即前列腺疼痛。此痛可於會陰部及直腸處覺出之，且在大便困難或用力時或手指在腸內觸及時均可刺激之而生痛，膀胱內疼痛則於恥骨上部，會陰深部，且有時在腹股溝及陰囊等部覺出之，腎前則可於腰部覺出之，然可下達至腹股溝。

感覺疼痛之時間——疼痛可為自發性，且確知與痛體之運動；

排尿，勃起。或大便無關；此種疼痛可因發炎，異物或結石之接觸。癰腫或膀胱之膨脹過度等有以致之。有許多致痛之情況並不發生此種自發性疼痛。

當排尿時疼痛增加者，此乃顯示或為膀胱之收縮或因尿通過尿道而致，故此種症狀吾人可於急性膀胱炎，急性前列腺炎，尿道炎，尿道狹窄，尿道口下疳或上皮癌及過度緊張之包莖等病見之。

當排尿終了時疼痛增加者，此乃表明膀胱收縮下達於頸部時所致；故此種症狀吾人於膀胱結石，前列腺炎，及任何原因所致成之膀胱底部潰瘍等病中見之，若僅於小便終了時，始覺有牽引之痛者，可由於膀胱與其周圍組織已有粘連所致。

排尿後疼痛減輕者，此乃表明疼痛係由膀胱為尿管抵觸或膨脹所致，此例可於急性膀胱炎及尿潴留之疾患見之。

所有疼痛在運動時皆增加，但此種情形特多見於能動物體所致成之疼痛，故易見之於膀胱結石及腎盂結石之諸病例中。已成年之患者因明悉運動對其病痛之影響，故能將此點詳細報告醫師，如在火車上之旅行途中，或在不平之道路上騎馬，或下樓梯時等等情況之下均可發生。在小孩子則可由於病者常常避却劇暴之遊戲，及無謂之動作，或強使之動作時則啼哭，更司令病人從桌或椅上跳下以試之，凡此等等均可發現此種症狀之存在。倘病者可自由操作而未有任痛之徵候時盡勿用慮其膀胱內有結石之遺存矣，能動腎或腎石所致之疼痛於病人休息時很少發生，尤以如在夜間臥臥時此點應為常記之，能動腎所致之疼痛當令病者取臥臥位隨時即可解除，此外若將腿向上加舉以達假助時則收效更著。

大便時疼痛增加者此乃表明其痛處必在膀胱底或前列腺，當然在大便困難或用力時此痛亦更為增加。

陰莖勃起所致之疼痛，或由於發炎尿道之被伸展及已發炎之前

例腺之充血增加，或由於一部勃起組織之不能鬆弛該部受有巨大張力而主痛，故此種情形，可爲尿道炎，前列腺炎或一部海綿體發生閉塞之指徵。若痛由尿道受伸展所致者則沿陰莖下面可覺有緊張之疼痛，且陰莖亦有多少之向下彎曲。若痛由前列腺所致者，則陰莖可完全勃起而痛僅於會陰之深部覺之，若痛由一部勃起組織之閉塞所致者，則陰莖向一側或直下作弧度之彎曲。勃起時疼痛普通均熟知之爲陰莖痛性勃起，唯此名僅能於一勃起之陰莖疼痛並兼有彎曲之時用之。

疼痛之性質——急性炎症時之疼痛，多爲劇烈之尖銳痛而慢性炎症者則爲鈍痛。因異物或結石所致之疼痛通常多爲銳性，且如割或灼灼，大便墜脹性痛或裏急後重，經驗上特多見於急性膀胱炎，膀胱異物，及尿管滯留等，疾患中若疼痛變爲跳動性時，此乃已化膿之有力指徵。在腰部之嚴重痠痛，且向下放射至腹股溝及睪丸者，應注意其爲輸尿管結石之徵候或通過輸尿管及爲急性腎盂積水。

排尿之動作——所有泌尿器管之疾患中均發生有小便頻數，此種情形可由於膀胱刺激作用增加其致因則爲不正常之尿，異物及結石，或因膀胱之具有過敏性，如在各種膀胱炎及前列腺炎泌尿器全部受有刺激或因膀胱太小當需數滴之尿即將其充滿，或因無能使尿排盡者，如是尿量稍即隨又將其脹滿，或因泌尿器他部受有刺激所影響者，如在腎結石，腎盂炎，急性腎盂擴張，尿道炎及包莖等疾患中所見者，或因脊髓中樞之不穩性，致微小之原因則可成爲刺激，此種情形可見於小孩之夜溺或成人之房事過度，最後或因來自腦之刺激，如在歇斯特利及神經過敏之病例中見之。因結石及異物刺激所發生之小便頻數，每於運動時增加，因前列腺之慢性肥大所致者以夜間爲尤著。

失覺性排尿——排尿應爲一種有意識之動作，但失覺性排尿可

因脊髓之感覺傳導中斷，或反射中樞對所加之刺激弱，不發覺主感覺時發生之，如小孩之夜溺，或因膀胱漏尿，如在重症無力性膀胱過脹之病例中，當括約肌之作用發生阻礙時，尿可滴瀝入尿道而或失覺性排尿。此種漏尿必須與有力排出之排尿動作區之。失覺性排尿常稱之爲不隨意小便，吾人切勿誤小便頻數或失覺排尿爲小便失禁，後者僅在直腸膀胱或直腸陰道瘻，膀胱外翻及麻痺諸疾患中見之。

尿流之力量乃基於膀胱及腹肌之推進逐力，與夫尿道各具有之阻礙性合成之，此力可由尿流雜體所能射到之距離而計算之，所具有之膀胱收縮力強者其射程增遠，有時可石於膀胱結石之病例中見之，反之在膀胱無力，前列腺肥大，或尿道狹窄時，則射程均縮短。

尿流形狀與大小——乃基於尿道之情況而定，當尿道狹窄時，因尿流不能充滿尿道口，致其不能被指成如尿道口之原形。而呈撻旋或二岐狀，亦有單純連續之點滴者。

排尿所須時間——可因尿道狹窄膀胱無力及前列腺肥大等情形而增加。病者常自訴小便之初很難將其排出，此可於神經機械作用之影響所致，亦爲前列腺肥大最常見症狀。此外尚有一相類似之困苦，即在小便排盡或在排尿之自主動作停止後，仍有數滴小便繼續流出，此可於前列腺肥大，且併有膀胱無力與殘餘小便及嚴重之尿道狹窄等病例中見之。排尿驟停者此種症狀較爲罕見，乃由膀胱內有結石或新生體將膀胱頸阻塞所致。

若尿不由尿道口而由其他孔穴向外竄流者，此顯知其爲尿道其命名法中隨其位置所在而定如會陰性，陰囊性，直腸性，陰道性等是也。

尿瀦留——發生乃因膀胱無力將尿排出所致。此可分爲完全性及部份性二種，而後者常併有小便頻數或不隨意小便。此點常爲病

者所忽略，除非能熟記，多次尿滴瀝之發生，大多數係來自膀胱過滿，否則將有錯誤之診斷。

完全性尿瀦溜須與尿閉，膀胱破裂及尿外滲等區別之。其特徵則有由直腸內或恥骨上可觸知之，滿載性膀胱乃有欲排尿之痛感，當放入導尿管時有大量之尿流出，其痛立解而膀胱之腫脹亦消，在其他情形之下，膀胱無腫脹且放入導尿管時或僅有少許血尿流出，在尿閉時膀胱空虛亦無尿外竄，所形成之腫脹且不久則發生有全身徵候之特徵，如昏迷及搐搦是也。膀胱破裂時病者曾有一發生意外損傷之歷史，或先已有長久之尿瀦溜而忽覺輕鬆，至於尿外滲時其特點為在會陰，陰囊及腹壁等處有腫脹之發生。

部份性尿瀦溜之特徵為小便頻數，尿流無力及常有之尿滴瀝或病者當咳嗽或用力時無法阻止有數滴尿液之外滴，此種症狀以夜間為尤甚，每於病者之排尿後仍可導出少許之殘餘尿。

尿瀦溜之成因，有為神經性者，有為肌肉性者，有為梗阻性者，神經性尿瀦溜乃因排尿中樞受有強大刺激後所發生之抑制作用，如在直腸或泌尿器管之手術或任何體部之手術或損傷時，或因排尿時之有劇痛，如在急性尿道炎時，此外在患希司忒利阿及神經過敏者亦可發生。尿瀦溜有時可見之於因腰脊髓中樞衰竭所致之急性膀胱過脹，其他神經性尿瀦溜之成因，有如腦壓迫頸，胸脊髓之挫傷，此種尿瀦溜之特點為驟發性，完全性，且多數患者關係與損傷或手術有關，同時泌尿器亦無任何梗阻之存在。

肌肉性尿瀦溜乃因膀胱之過脹使肌肉癱瘓所致，或因膀胱無力，或因前列腺之新生物使肌肉之動作位之阻礙時亦可致成之，其特徵即此種尿瀦溜通常為部分性或伴有尿滴瀝，同時由導尿管所導出之尿流其力微弱，實際上膀胱亦無力排出其內容，故須在恥骨上部加力壓之始能將尿排出。

梗阻性尿瀰留，可爲外傷性或特發性者，如骨盆骨折，關節脫臼，及尿道破裂均爲致成此種梗阻性尿瀰留之外傷。特發性者乃因異物或結石之封鎖尿道。與炎症性腫脹尿道壁狹窄，及瘤腫之阻壓尿路等情形所致成。梗阻由結石等所致成者，則其發生爲驟發性，由炎症所致成者，其發生爲急性，且伴有其他顯著之徵候，如痛，腫及排出分泌物等是。由狹窄或腫所致者則其發生爲慢性，且先必有排尿困難乃尿流力量之低減與形狀之變小，病者之病歷及年齡常足供吾人診斷此病，故事先尿道有無分泌物尿流是否弱小，排尿後有無疼痛，有無腎囊痛，曾否施行碎石術等項須問及之。小孩之尿瀰留大多由於結石之衝擊所致。青年人多由於尿道炎，前列腺炎，膿腫；中年人則多由於尿道狹窄；而老年人則由於前列腺肥大或結石所致。

尿之檢驗，對泌尿系疾患於檢驗小便時須力求能滿足下兩問題：（1）腎本身之排泄功能是否正常？（2）尿中有無其他異常物質之存在？對第一問題之解答可由於測定病者尿液全日之總量，比重，反應，顏色及所含尿素之多寡等而解決之。在少數病案中尚須測定血中之尿素總量，此點亦甚重要。對第二問題之解答須試驗尿中有無蛋白質，血，膿，及糖等物質之存在，搜尋有無圓柱體以及用顯微鏡檢查尿中所有沉澱與微生物。

蛋白尿可因尿中混有膿或血液，或因腎在某種情形之下血清出血管或血液滲漏以入尿中所致，總之無論何時何地蛋白尿若不伴有血或膿時則必係腎臟之排泄功能紊亂。若能尋得任何種類之圓柱體時則此診斷更可確定矣。同時若探知尿中所含蛋白質之總量，已超過其與所查見之血液或膿球之比數者，亦可得一同樣之結論。

血尿——大部分尿中有血球之存在，而確切顯示之，外科醫生必須決定此血液之來源；如來自尿道，膀胱，抑或來自腎盂，若出

血爲無自制力，且具有獨立性，同時與小便之動作無關者，或僅於排時尿最先數滴尿內可見有血液者，或排尿時而尿尚未排出之前已有如尿道形狀之長凝血塊排出者，此種血液必係來自尿道，致成尿道出血之最常原因爲損傷及施行導尿管。

若僅於最後數滴尿中見含有血液者，此定係來自前列腺。或膀胱頸，其原因或爲前列腺炎症及充血，或爲膀胱結石等所致，根據病者之病程，尤以是否有尿道炎或尿道狹窄之存在，前列腺或膀胱鏡之檢查等，皆可下一決定之診斷。

在前列腺大量出血時，其血液返流以入膀胱者，此時除有其他前列腺疾病之症徵外，實不易與膀胱出血區別。若血液與尿並不十分密切混合，且其量隨小便動作之終了而益加增者，或尿中含有浮動而形不規則或扁平之血凝塊且或色呈鮮紅者，此種血液均係來自前列腺或膀胱。

致成膀胱出血之原因有：膀胱結石，膀胱癌腫，急性膀胱炎，膀胱結核性成癆膿性潰瘍，住血裂體虫病，膀胱靜脈曲張之破裂紫癢及壞血液由結石所致之出血，其量少而爲間歇性，尤以在運動時因刺激而發生者爲多見，同時具有特型之疼痛等。由患有乳頭狀瘤所致成之出血，其量常特多，且持流片刻，後即驟行停止，並可經相當長久時間後亦不再復生少數病案中，排尿之初則見出血，且尿愈出愈呈血性，直至排尿將了，膀胱已壓在及此整個血管性新生物。此時所排出者幾全爲血液矣。由膀胱惡性癌腫所致之出血，次數少而量少，疼痛，小便頻數，且發生有顯著之惡液質。由急性膀胱炎所致之出血，量中等且同時併有劇痛及小便頻數，尿內並含有粘液及膿。由結核性潰瘍所致之出血，量少而混有膿，且每爲腎臟前列腺腎囊丸或精囊等結核之徵候，吾人必須由其尿中以檢出結核菌——多不易找出住血裂體病所致之出血，量少少每再發，其虫卵

可自尿中檢得之。由紫癩，壞血病及血友病所致之出血，必併有該數病之其他徵候。

若血與尿密切滲合或尿色如糊或尿內有狹長之血凝塊者（輸尿管之圓柱體），此無疑係發自腎一側或兩側之腎臟或前列腺之大量出血，與膀胱出血極相近，故僅記諸各該器官疾病之其他徵候以區之。

腎臟出血，可由損傷，急性炎症，梗塞結石，結核，瘤腫寄生蟲或血液之變性等而致之，是否來自損傷此由於察考病歷即可決定。由炎症所致成者則尿中必有大量蛋白質，圓柱體，且常有水腫及其他血液變性之徵候。由結石所致之腎出血，最主要之特點乃出血在運動或動作時增加，疼痛及有尿砂排出。由結核所致成者，可由檢查病者身體他部之有無結核病與其熱型及所排出之血中是否混有膿液等而識知之，其出血之量通常不多。腎臟瘤腫之出血其量有非常多，有非常少者，腎盂乳頭狀瘤如在膀胱中所患者同能致大量出血；而且尿內有大量之上皮細胞；然按之並不能觸出瘤腫。要之，凡在任一病例中，其能摸出之腎部腫脹均甚微小。至於血友病，壞血病，紫癩等之徵候與其所致成腎臟充血之原因均極顯明，故由此等源由所致成之出血極易診斷。乳糜尿同時出血者，可由其有纖維凝塊而識知之，其乳白色則由脂肪所致；此種患者極可能在血液內檢查出血絲蟲。

在一切血尿病例中，若不能由病歷，（例如損傷），或由簡單之身體檢查之結果，（例如探知有腫大之前列腺，亦非由腎臟瘤腫等，而明白其出血之原因，則行膀胱鏡檢查愈早愈佳；否則至出血已停止則不易診斷矣。

膿尿，尿中常附有膿液，此可由尿液之混濁度，蛋白質，及膿之存在否，與將沉澱之膿液加入苛性鉀溶液，而此沉澱物即變為非

常粘韌之流體等；而識知之。若膿自尿道口排出，且與排尿動作無關連者，此係來自尿道；由於尿道炎或膿腫之開口於尿道所致。尿中驟現膿液，此乃由膿腫破裂所致，其部位可由疼痛與腫脹所在而顯示之。若在排尿終了時附有小量之膿液，此乃前列腺化之表徵，在鹼性而有惡臭之尿中，含有非常粘稠之粘液性膿液者，此乃表明發生有膀胱炎。酸性尿液中含有大量膿液則此膿係來自腎盂或來自極少見之開口於膀胱或輸尿管之膿腫。大腸桿菌之桿菌尿，其特點為鹼性及乳白色，據此即可識別之，此種桿菌之存在與否，如其他細菌然均可用細菌檢驗證實之。

泌尿系任何部份之炎症，均可使尿中之粘液增加。精蟲可於尿液中見之。而在射精之後尤多，泌尿器內有腫胃氣或糞質之排出者，此乃表明膀胱與消化道之間已相通。或其質之存在糞由其含有動物性或植物性之纖維或細胞，及由顏色，與臭味等而識知之。此種情形，常伴有膿病，且多因之引起膀胱炎檢查者當小心觀察其大便之含量，顏色與性質，或使病者口服炭末，以視其由尿排出之速度等，以決定膀胱與腸之何段相通，此種交通亦可為先天性畸形，但多數係由於癌腫性潰瘍，傷寒性潰瘍或盆部膿腫等，致成之由病歷可以確定診斷。若患發膿尾炎之後，則鬮尾與膀胱則已有通連，且間時（或經久之間歇期）有少許之糞質排入膀胱，至於尿中之含有膽汁，或糖，及各種結晶沉積物對於診斷上之價值，讀者須參考其他有關文獻。尿中含有毛髮，或皮脂之團塊者，此乃皮樣囊腫開口於泌尿器內所致，包虫之囊曾有人自尿中檢查出來。

尿道之檢查——尿道畸參見第四十章。

檢查者對尿道口之一般情況，與大小，及有無分泌物之存在，等，雖係至微亦應留心。其口有非常小者，（即狹窄），囊腫或疝可經尿道口向外長出，此外其邊緣處可發生下疳，或上皮癌。若尿道

口腫脹覆蓋一層膠樣之分泌物，痛部極重，且此情況又係發生於性交後二至七日者，此為急性尿道炎之初期病象。若為多而濃厚之黃色或綠色分泌物，陰莖腫脹尿道按之覺堅實且敏感者，此乃急性尿道炎。及至分泌物呈乳白色，而腫痛消退者此為慢性尿道炎。若僅於最初排出之尿內，浮有分泌物之碎片，或僅於尿道口處湧有一點分泌物，且僅見於晨間者，此為後淋。在此等病案之分泌物，必須檢查有無淋球菌。若分泌物一種膿毒性，且在尿道口有潰尿之存在者，此乃軟性下疳如覺有一硬結，而腹股溝淋巴腺有多發性之腫大，更繼之皮面出疹者，此乃硬性下疳。淋病與其他尿道炎之區別，端在分泌物中有否淋球菌之存在。一種無痛而呈粘液膿性分泌物，有時可於第二期梅毒中見之。後淋可由慢性尿道炎，前列腺炎，尿道狹窄，或尿管等所致。

將尿道情形詳細觀察後，吾人可用手指沿尿道向會陰部按摸之，急性炎症者，有腫脹及觸痛。重度之尿道狹窄，變更有結節。若在會陰前部有疹病，觸痛及境界不顯之實性腫脹此為會陰膿腫。其波動於後期始可覺出。一種相似之腫脹，可在陰囊所覆蓋之尿道處發生，其周圍有極大之浮腫，膿在射尿肌下，此種膿腫可在會陰之根部穿破。

應用尿道鏡檢查時，可察肉芽組織，潰瘍，糜爛，擴大之澀泡，及精膜充血等，且可探知頑固性尿道炎之損害部位與其性質。

若一青年或中年人，自訴有小便困難，尿流無力，尿流分枝，尿滯留或直在排尿後之尿滴壓，而且又有淋病，或損傷之歷史者，此或為尿道狹窄。狹窄可因尿道外附肌之壓擊，尿道粘膜之充血，或管腔之器官性狹窄。此類原因中任何二種可同時存在。單純之尿道狹窄。實際上罕見，通常係在直腸或會陰部手術後所引起之尿滯留，可認為係由此種情形所致；或其最可能之原因，乃係膀胱之抑

制作用。早期淋病患者，忽然發生尿瀰留，檢查其前列腺時，並無任何變化，此可診斷爲充腫性狹窄。此時若放入導尿管或探子，實爲一種不須與而且爲一種錯誤之舉動。若病者在數年前已有淋病，或會陰損傷或有進行性之排尿困難之病歷者，可於排尿開始時非常費力，同時有尿流無力，尿流曲扭，甚至或有重度之尿瀰留，或尿滴瀝，而此種伴發之尿瀰留，又每爲患者所忽視，此時可疑之爲器官性狹窄。此種診斷可由用探子或導尿管探尋尿道之實在狹窄情形而確定之。

最初常應用大號之器械試之，若在距尿道口六吋內部即被阻，而不能繼續放入者，則尿道上必有狹窄存在；必須決定其狹窄之位置，大小及數目。此種檢查，最好用端呈桿子形或彈頭形之器械，且須漸次換用小號者，以能通過此狹窄部而進入膀胱之最大一根探子爲止。

若導尿管通入時，覺有粗糙之磨擦音者，此爲由移入導尿管按其所發生之磨擦音，以測知結石所在。且可由其距離之不同，而分別二種結石。但不可誤認由於通過舊而強烈之狹窄部所發出之柔軟磨擦音爲結石。當放入導尿管時，忽有膿腫液流出，此乃表示穿破尿道周圍膿腫，然通常和爲前列腺膿腫。不過此種之部位，極易由檢查其膿腫所在而確定之。若放入導尿管時，覺其管幹乃偏於正中線之一側，或將其全長均插入後，而仍未到達膀胱，（有前列腺肥厚者例外）且伸插入直腸內探覺此導尿管非常表淺，或在正中線之一側者，則此管必係進入一假道矣。當吾人用力欲使導尿管通過一種阻礙時，忽覺其滑管溜而入，且伴有柔軟之彈簧感並即有血流出，此時知已另開一假道。此種假道，並不如狹窄或尿道橫部括約肌之能阻礙器械前進。

前列腺之檢查——前列腺之情況，可用下列數法以推究之，手

指之直腸檢查，導尿管或尿道探子之檢查，膀胱鏡檢查，愛克司檢查等四種。所須注意之事項，則前列腺之形狀，大小，硬度，與其在盆內之活動性，觸痛之有無，及對愛克司光之透光度等。下列各種前列腺之疾患均可由此而斷。

急性前列腺炎——若一曾透有，或最近患有急性尿道炎之病者，自訴其會陰深部發痛，用手指檢查可觸知其前列腺呈一致性之肥大，發熱，且具有觸痛，即可診斷為本病。如在相類似之病例中，而其腫脹性柔軟，且具有波動者，此則為前列腺膿腫。在此等情形，均可發生尿瀰留。急性前列腺炎亦可因使用器械方法之未妥而致成之。

慢性前列腺炎——為致成後淋之最常見原因。患者有慢性尿道分泌，前列腺可覺有輕度之肥大，且於直腸用手指按壓時，可使其體積減小，最初之分數兩尿內含有由前列腺小窩所排出之分泌物中之碎片。

前列腺結石——此病罕有發生顯明之症狀；故其診斷多由有指在直腸內觸診，及或由於尿管通過時所發出之特殊摩擦音等而得之，當然可用愛克司光以顯示此石之存在。

慢性前列腺增大——凡病者年過五十，自訴有排尿困難，小便動作之開始時須延擱一相當之時間後始可排出，夜間之小便頻數較諸日間為甚，除用大號 Coude 氏肘形導尿管外，其他導尿管皆難放入，且尿道顯示增長，並有多少殘餘尿存在者，皆可疑之為本病。前列之增大一定之界線者，或用膀胱鏡時可見在尿道內口之正後有一隆起，而突入膀胱之物體者，則此診斷可確成說矣。若腫大腺之表面，光滑，而能在骨盆內移動者，此為腺瘤性或單純性增大。若前列腺僅稍行肥大，表面光滑，質在異常固質，但仍可在骨盆內移動者，此為慢性纖維性前列腺炎。反之，若此腺體之散在甚

固，界限不清具結節性，且係固定而不能移動者，此種增大必係前列腺瘤腫。

下列一種或多種疾患，乃在前例腺肥大之併發症中所常見者，故其症狀均可加入以上所舉之諸病內，此等併發症即血尿，膀胱炎，尿瀦溜，與膀胱結石等是也。所堪注意者，即血尿之發生，在單純性肥大中者，較比在惡性肥大者為早且其出血之量亦多。

膀胱之檢查——檢查膀胱除用普通之按診，叩診方法外於尚可加甲膀胱鏡及愛克司光，以探究之，膀胱鏡若使用得宜時，對病者並無任何危險，至於能使病者允於接受此種危險查方法之勸告，則極關重要。因膀胱鏡之使用已成：診斷膀胱疾患之一貫步驟或方法。而且在診斷腎臟之疾患中，亦同在使用之，下例為吾人可遇見之膀胱疾患：

膀胱外翻——乃一種先天性畸形。其特徵為膀胱前壁之發育不全，及恥骨聯合分離，膀胱顯露出粗而鮮紅之表面，分泌粘液，二輸尿管口亦可見有尿滴瀝，此種病者之外生殖器，亦常呈有發育畸形。

膀胱小囊——可為一種先天已存在之狀態，或因液道窄狹。或由於可致成尿管障礙之其他後天性原因等促成之，此小囊可見之於疝囊內，或在恥骨上現一鈍性之膀胱腫脹，插入導尿管，將膀胱之尿排盡後，並無體質改變，唯隨即加以壓力時，則仍有小便自導尿管流出，此小囊或可於使用膀胱鏡時查見之，在疑似病例中，可將膀胱充滿臭化鈉液溶，再用愛克司檢查及攝影。

當尿中含有膿及粘液，呈鹼性反應。並有顯明之小便頻數時，此可診之為急性膀胱炎。病者自訴在恥骨上方及會陰之深部發痛，其痛有時特劇，且併有嚴重之尿急感，此時切勿庸由膀胱鏡檢查，唯須查其尿中有無細菌，以便決定其病因。此種病人，可有曾應用

過器械或 過泌尿器他部疾病之歷史。若於尿之膿性沉澱物所做成之塗抹片上不能找見任何細菌者，有人堅主此病即係結核性且在膀胱感染有之，初期通常皆與急性膀胱炎，甚相近似。

若病為急性，而其尿中之大量膿液內倘附有膀胱結膜之碎片者，此種情形即為慢性膀胱炎。

慢性膀胱炎——其特徵乃有中度之小便頻數，尿呈鹼性，並含有少許膿與粘液，且常為結石，狹窄，導管插入術膀胱新生物，或前列腺肥大等之發病。欲得完全之診斷，必須涉及其原發之疾患，及尿中所存之微生物、或病原體。特型慢性膀胱炎，即結核性膀胱炎，此大多發於腎臟，或生殖器之結核症若病者有小便頻數，且尿中有結核桿菌，即可疑為本病。欲自尿中直接檢獲結核桿菌實一難事，僅能由接種於豚鼠，待其有結核性損害發生時而得決定之。用膀胱之時，可將此診斷加以確定。此種檢查按膀胱疾患之各期病情可顯示，(甲)輸尿管口附近有局部之精膜充血斑，(乙)同一地區尚有散在之灰白結節，潰瘍之界線分明，但邊緣不整，而輸尿管口有時亦有損破及之可能。在所有較末期之病者，膀胱極易感受刺激，排尿有巨表面膀胱之容量亦大為減低。

病者主訴其恥骨上方疼痛，痛放射至陰莖末端當排尿終了時。最後且運動時痛更劇，休息時痛減輕，此外若更有日間比較較為顯著之小便頻數，且尚有輕度血尿之歷史，此可疑為膀胱結石。在極少見之膀胱中，小便時，可忽然中斷，唯將身體位置續加變動後又可將尿排出。

此種診斷可用(甲)愛克司光檢查，若有石存在，且可以顯示其數目，及大小。尿道探子，及膀胱鏡等以確定之。

使用膀胱鏡時可暴露整個膀胱，不僅能證明結石之存在，而其位置游離或被包於小囊內，數目，大小與其大囊之組成。以及膀胱

壁部之變化，（此變化可顯示其對於治療之適應性）凡此等等，均可由此鏡察悉之，由是可知膀胱探子已成為近代中之廢物矣。

檢驗結石，病者之尿液其主要之點為探知膀胱發炎之程度，及腎臟機能之活動性，結石之表面乃由極難溶於尿之鹽類所構成。此種表面時時改變，如是結石為含有不全成份之積集層所組成。

膀胱瘤腫之存在，最先可由血尿以顯示之，因之對於診斷之初，應決定血尿是否來自膀胱。在單純性膀胱瘤腫之病例中，如乳頭狀瘤，其血尿之量多。唯無疼痛，經數日後始行停止，且經一無定之間歇期後，又再再發。病者常係青年人，或中年人，此痛之確定診斷，須藉助於能在尿中檢出其一部份之癌腫組織，及膀胱鏡之應用。當瘤腫伴有膀胱炎時，即發生有疼痛，與小便頻數。施用膀胱鏡時，除能確定瘤腫之是否存在外，尚可查悉其蒂之有無，及膀胱內精膜受累之多少。凡患膀胱之惡性瘤腫，如癌腫，病者多已年過半百，其血尿為恒久性，而量不多，疼痛，可即時久後始發生，但皆可因小便作用而加重。此瘤可由直腸手指檢查法，或雙手檢查法，以觸出之。用膀胱鏡時，可察知一叢樣潰瘍，其上覆有粘膜碎片，或甚至覆有磷酸鹽之凝結體。此種情形與水腫性膀胱炎，有時且有尿瀰溜結石及膀胱直腸瘻。

膀胱瘻管——乃由直腸或膀胱瘤腫之潰爛，或傷寒性腸潰瘍，或局部性腹膜炎，如盲尾炎，以及因膀胱炎引起罕見膀胱壁水腫性軟化等等所致成之瘻管。此時膀胱乃與腸管形成交通，此種情形可由腸胃氣，及糞質，經尿道排出而識知之。用膀胱鏡時可見膀胱內瘻管開口之位置與大小。

腎臟之檢查——除用按診，叩診，及檢查尿諸法外，尚有三種特殊方法可用以診斷腎臟之疾患：愛克司光乃用以決定腎或輸尿管中有否結石存在；顯脈注入尿路顯影劑，（顯脈注射腎盂攝影術，

或用膀胱鏡由輸尿管以注入一種能滲斷愛克司光透過之液體，如溴化鈉(逆行性腎盂攝影術)腎盂及腎盞及輸尿管之位置，與形狀。靜脈腎盂攝影術之優點，乃在能避免使用膀胱鏡，同時尚可察知兩側腎臟之境況，顯影至相當濃度所須之時間，以及兩側陰影之比照，可用以推探兩腎機能之活動性。腸內之氣體應部除盡，因吐物能使所得之陰影模糊不清，其驅除法，為在攝影前三十六時服緩瀉劑。逆行性腎盂攝影術，可使腎盂腎盞之輪廓更為顯明，且可正確測定其空腔之容量。膀胱鏡乃用之以檢查輸尿管口，亦可用之以插入輸尿管。導管使液體能注入腎盂內，或能藉之分別收集各腎之尿液標本。此種分離法，乃在兩種意義：一則可使吾人分別檢出每一標本內之異常成份；一則比較兩腎之機能。

一側或兩側之腎臟，其官能性活動力，可由計算每腎在規定時間內所排出尿素之多少以測定之。最好作一尿素濃度試驗，即使病人服十五公分局素後在隔第一小時及第二小時之末，分別收集尿液，而將共內所含之尿素量計算之，若對整個之腎臟機能皆有疑問時，則於舉行此試驗外，同時尚須測定血中尿素，及總非蛋白氮之含量。

直接檢查腎臟時，一手應放於腰下，他手則在病者之腹前，同時並令病者作有規則之深呼吸。由此法關於腎之大小，形狀，活動性，與固實度以及此種器官之任何特殊壓痛，等均可探知之。

下列之腎臟與輸尿管之外科疾病通常於臨床上皆可遇見之：

腎盂積水

腎盂積膿

結石

腎盂炎

結核性腎炎

化膿性腎盂腎炎

瘤腫(包括活動腎)

腎盂積水——由腎至體外之尿路若發生部份性梗阻時，可避之而

起腎盂及腎盞之充脹，若梗阻在膀胱以上者，可迅即致成一側性腎盂積水，若在膀胱頸或尿道者，則腎盂一時向不致發生充脹，直至膀胱肥厚，輸尿管口之尿流被阻礙後始起，因之此種充脹通常均為兩側性。可致成腎盂積水之情況極夥；如植入腎盂之畸形輸尿管輸尿管肌肉痙攣，使其上端受制，腎盂或輸尿管結石，腎盂內新生體，腎游走時之使輸尿管纏扭，輸尿管外傷後之結癥，或輸尿管受腎動脈異常分枝之壓阻等等皆可致成一側性腎盂積水。然當前列腺肥大，膀胱結石，尿道狹窄，包莖，膀胱或前列腺之惡性病等疾患時，則可致成兩側性腎盂積水。子宮頸之惡性瘤腫。若浸潤至膀胱頸部絳窩處時，可使一側或兩側之輸尿管發生梗阻。

腎盂積水之診斷，乃基於在一側或兩側腰部能否察有液性腎瘤腫之存在。由病歷常可明瞭其致成之原因，或由施行全部尿路檢查時，每可按得如上述之成因，若瘤腫之大小可改變，且排出大量尿液之後，則變小者，此種事實每為診斷上之一重要特性，且病者自己亦可覺出腫脹之大小時時變更，斯情可名之為間歇性腎盂積水。特易於活動腎或異常分枝之動脈跨過，及壓迫輸尿管時見之。腎盂積水之診斷，可由腎盂攝影加以確定。在愛克司光上所顯出者，即腎盂擴張，且擴張之腎盞亦多少被吸引而消失。腎盂積水在診斷上之有別於積膿者，則無全身之一般症狀與徵候。且最後尚可由病腎所取出之尿經檢查量無膿液之存在而確定之。

若尿液原有微生物之污染，且有尿流之部分性梗阻者，其結果乃成腎盂積膿。而非腎盂積水。若病者有慢性體毒性吸收中毒之病徵者如寒慄發熱，局部疼痛與壓痛，貧血，身體虛損及白血球增多等，則可疑之為腎盂積膿。此病之一般情況，與腎臟之機能不全，且伴有進行性之腎組織毀壞者極相近。易發生誤診。若在一側之腎抽出或排出膿液者，則腎盂積膿之診斷即可確定。

腎結石——診斷腎結石可由審察病歷，及檢驗尿液，及腎部之手與透克司光檢查等而得之。病歷方面，以疼痛為最主要之症狀。病者可自訴其背後腰椎之一側覺有鈍性痛，休息時減輕，而運動時則加重，此病者則種情形經月或甚至累年持續存在而不變者，或有發作為非常嚴重之疼痛，此即所謂之腎痠痛。此種發作，常由於運動或驟然之動作所引起，其疼痛具有重病性質，且係驟然發生，並能於腰部壓出之，可放射至病側之腹股溝，以達睪丸，而此睪丸時有被拉至腹股溝皮下環之可能。嘔吐且伴有出汗，及昏迷。而病者並有頻死之苦悶，經過一不定之時期後，其痛一如其發作樣可驟然停止。血尿可繼起於發作之後，但事實上多單獨發生，而無關連，每病均有一或二種之此類疼痛，亦有少數病者根本未訴有疼痛，在此等無痛之病例中，所僅有之症狀，即輕度之返復性血尿，與日間輕度之小便頻數，其尿內可找出蛋白質膿血液，以及草酸鈣，尿酸，或尿酸鹽類等結晶。

吾人若在受累之腎部施以檢查時，可於該部發現壓痛。檢查腎臟壓痛之最良好方法，為用兩指指尖在浮肋之尖端下，向上用力深壓之，同時用他手在病者背後以支持其腰部，隨令病者舉行深呼吸或用指尖深為壓入腎角等，皆可試出之。腎角乃浮肋與腰棘肌之外段所形成之角也。若已發生腎盂積水，或腎盂積膿時，則腎臟增大，檢查由輸尿管所分離出尿之液時，膿性物質可於呈酸性之尿酸顯現之。血液之量無定，通常均極稀少，且多僅於用顯微鏡檢查其尿中之有紅血球與否以決定之。結晶體按其結石之組成所查得者有草酸鈣，尿酸或尿酸之鹽類。

由於事先不用灌腸，而僅用緩瀉劑，而將其腸內氣體妥為排除之良好透克司光照相上，均可將所有結石之存在，位置及目及大概之形狀等顯露之。關於腎臟之任何疑影，均可由腎盂攝影術而加以

確定。若無任何症狀，或其症狀放射至不受累之一側，或尿中並無任何改變時，診斷即有困難。腎結石須與草酸尿——此病之痛極似腎炎痛，唯其尿中僅暫時有草酸結晶與紅血球之存在——腎結核及活動腎所發生之 Dielt's 氏危象 鑑別 診斷之。結石之在右側腎臟者，有時可與膽石彼此發生錯誤。

若病者之自訴為一腎結石之歷史，而腎炎痛達在極點後，其痛下降入豁凹，或腹股溝，其不定有否腎盂積水，而愛克司光照相，顯示在輸尿管線上，有一陰影者，此可診斷之為輸尿管結石。用腎盂攝術或通入一不透光之探子，均可顯示出。此陰影對於輸尿管之聯繫能用膀胱鏡檢查時可顯其結石確由輸尿管突出，但通常大多藉之以助診斷輸尿管炎是否存在，此時患側之輸尿管口充血，與脫垂，在晚期時或有後縮與開放，在少數病例中，乃無既往病歷，若自訴有下腹部疼痛，在右側時可誤為鰓尾疾患，患者為女性時，又可疑之為子宮附件之疾患，在極稀有之病例中，輸尿管結石尚可由尿道摸到之。

腎盂炎之發生有二型——原發型，即泌尿道同時未有其他疾患存在，及續發型即繼發於腎臟疾患，如腎石、或腎瘤腫或膀胱受染性後者是。

原發性腎盂炎——若病者之自訴腰部有慢性或再發性疼痛，且伴有中度之小便頻數，及在談性尿內可尋出大量細菌，（多為大腸桿菌，至於膿液之有無則不定，此時則可診斷之為本病。若用普通方法檢查，多無所獲，用腎盂攝影術時，則可見腎盂有些微之擴大。及一不整之輪廓。

孕婦每易患大腸桿菌性腎盂炎。此等患者，呈多急性症狀，小便頻數，且伴有嚴重之疼痛，發熱及嘔吐，此種急性型，於小孩中甚罕見。在患有慢性便秘，大腸炎，或關腸鬱積之病者亦可見之。

但其症狀多為慢性，而非急性。

在尿內有大量膿液之腎結石，或腎包腫患者，或腰部有放射性疼痛之膀胱炎患者，且其一般病情甚危重均可疑之為慢性腎盂炎。

腎盂腎炎——或化膿性腎盂腎炎，多繼發於膀胱炎，亦可以起於受染膀胱尿道之手術後，或由在此等部位施行手術而被傳染時後可致成之。在此種病例中，若病情沉重有間歇性體熱寒戰，嘔吐及可竭者，即可診斷之為本病。其在兩側腰部，均有疼痛，在小量之尿內，含有大量之膿液，在最不良之病例中，則有完全性尿閉。而血中之尿素氮量增加。

結核性腎炎——早期在診斷上多少有困難，患者自訴其尿部有輕微之間歇性疼痛，而小便次數亦逐漸加多，其尿液在顯微鏡下可查出膿細胞，且時時尚可見有少許之紅血球，若將分離出尿液加以周密之細菌檢查時，可證明其中有結核桿菌早期腎臟毫無觸痛，膀胱鏡檢查亦無異常，腎盂攝影充其量亦祇能顯有腎盂炎之圖象，故早期之診斷藉尿液標本內檢出特殊桿菌。當疾患進行時，則其症狀漸起見著，其疼痛更為顯明，同時尿內所含有之膿血亦更增多，若其傳染腎及膀胱時，可由很利害之小便頻數以表證之。隨用膀胱鏡檢查，亦提供吾人以該病之真確徵候矣。除膀胱本身已有結核病變之明證外。由於患側輸尿管之改變，亦可偵知有慢性輸尿管炎。在進行性而且 型之病例中其輸尿管口常擴張成所謂高爾夫(Golf)洞，或呈鼻孔樣腎盂攝影圖，可顯示腎臟組織之潰爛。其不透光之照影液，乃由腎盂而入於腎之外層皮質，結核桿菌之數亦漸為增多。疾患進行時，一側之腎臟機能損失，而他側則反呈補償性肥大，此種肥大腎臟，很容易發出。而該處亦可為疼痛與觸痛所在。病側腎，亦可具觸痛，唯照例若非疾患已伸展至週圍組織，而形或腎局

腫脹腫外，則此腫痛，並不存在。

腎 臟 瘤 腫

1. 先天性囊腫性腎臟
2. 腎盂乳頭狀瘤
3. 腎臟肉瘤
4. 腎上腺瘤
5. 腎囊腫
6. 活動腎

1. 先天性囊腫性腎臟——若一病者，年四十歲以下，有多尿頭痛，經久及消化不良之病歷，而在一或兩側腰部發生瘤腫者，即可診斷之為本病，此病為兩側性，但一側可較他側者為大，而可先被摸出之，在此種病例中，尿量甚豐，直至病之末期始行減少。此時尿之比重與其所含之尿素量均為減低，照例尿中亦含有蛋白質，其瘤腫堅實，無囊蒂，表面不整，且持續增大而不變，膀胱鏡檢查不能顯示此病之若何明瞭，惟腎盂攝影圖則呈典型之徵狀腎盂曲扭，而成鉤狀形，腎盂則成粗鈍鼓脹狀之狀。

2. 腎盂乳頭狀瘤——若病者有返復血尿，用膀胱鏡檢查時，知其確係來自一側之腎盂，且由此側所來之尿內含有多量上皮細胞，或一部分瘤腫之組織者，即可診斷之為本病。瘤腫可移植至膀胱底，則診斷更為確實。如腎臟不肥大，當血塊向下通過輸尿管時亦可有腎絞痛，而小便中不見有一部分瘤腫之組織，其診斷而不能確定之維腎乳頭血管曲張，腎石，及腎結核等例外。腎結石而併有腎瘤腫。症狀者，即極為疑慮此腎盂內之瘤腫之惡性者。

3. 腎臟肉瘤——若於小孩發見其有一生長迅速之固性腎瘤腫，即可診斷之為本病。此種瘤腫可生長至非常大疼痛且其痛可致

射至一或兩側之髂凹。在瘤腫未被發現前，即可呈現此種症狀，且可疑之為腹內之疾患，在少數之病案中極早發生血尿、其他者至遲亦不延至病之末期。病者身體之一般情況很快即受影響，最終成虛勞。

4. 腎上腺瘤——壯年人之固性腎瘤腫，其百分八十皆係本病，此種瘤腫名之為 Graitz 氏瘤腫，此病無能觸之腎臟肥大，惟診斷可因有返復性腎血尿之病歷而思及之。無腎結核症，或腎結石之明徵，腎盂攝影圖表示正常之腎盂，及腎盞，有發生曲扭或極或兩極腎盂削弱，腎盞亦被延長及壓緊，致其整個外形呈一蜘蛛狀，若有一可摸出之瘤腫，則易於診斷。

5. 腎臟癌腫——此為少見之惡性瘤腫，其與腎上腺瘤之亦不同者，即其擴展之型態，乃有早期侵入鄰近腺體之趨勢，可壓迫清潔之靜脈，而生精索靜脈曲張。

6. 活動腎之所以列入腎臟瘤腫項下者，因其於腹部形成一可摸出之團塊也，若一病者——多係營養不良之婦人——自訴直立時有拉引性疼痛，而躺下時則消退者，即可診此為本病。在少數病例中，有急性疼痛之發作，且持續數小時始告停止之病歷。且隨即排出大量之尿液，（間歇性腎盂積水）或血尿，而此種病人照例有其他自覺之苦痛，如頭痛及消化不良等，是在檢查病者腎臟時，於其右側或於吸氣時，較易觸到其腎臟，且此幾成爲不變之定律。活動腎吾人尙可以手將其向腰部撥復之，此腎具有觸痛，且可覺較正常者爲大，其動度可由呼吸時之運動等級或取直立及斜臥位置時之檢查結果以決定之。取此種位置所攝得之腎盂顯影，亦可給於吾人以同樣之指示，同時並可顯出所生之任何腎盂積水或輸尿管扭結。

尿道性熱——當施行導尿管導尿，碎石手術或其他相類似之局部刺激之整理後，病者即突發寒戰，繼之以皮膚高熱，並請之以全

身大汗，且在寒戰時體溫常增高，出汗時即降至正常，整個病變於數小時內即完全消除者，此病即係急性尿道性熱。其發作之輕重程度並不一定，有似瘧疾之發作，或膿毒症寒戰者，然其特徵乃為時期短暫，且與尿道之刺激相關。若其歷數小時或幾日之間歇期後又再發者，此即名之為回歸性尿道性熱，至於導尿或手術後受染之影響，如膀胱炎腎盂炎。及腎盂腎炎等，早於本章此等疾患之個別項下述之故不贅。

第四十六章 手部疾患之診斷

DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE HAND

畸形——手爲先天性或後天性畸形最常發生之部位。

先天性畸形之常見且易於識出者，如多指，缺指，撲指，併指，一指巨大，巨指及先天性手指攣縮等，後一種畸形其手指於第一指節過度伸張，第二三指節則屈曲，故與 DuPuytren 氏手指攣縮有異，各種畸形手常因橈骨或尺骨之異常發育而致之，此時手多偏向一側，且屈曲或過伸。前臂先天性肢體截斷病，手常爲一不成形之團塊，其端附以一或較多小突狀之畸形手指。

常見之後天性畸形，如單性指，乃病人伸開手掌時其中一指仍持屈曲位，如用他手將此指伸直時此指即呈彈動性而伸開。癱指乃因神經受損後之終末指節屈曲所致。杵狀指乃終末指節骨之增厚所致，常見於肋膜炎及肺部之慢性疾患，如慢性肺胸，支氣管擴張症及肺結核病等。一指數節之攣縮常起於屈肌腱鞘之化膿性炎症後。此外尚有一種畸形且特別多見於中年或老年之男性者，其特徵爲掌指關節屈曲，如用力欲其伸直時，則於掌部似具很大之緊張性掌蹼膜，似與皮膚粘着甚固，由於掌皮上顯明之橫紋知此即所謂 Dupuytren 氏攣縮，此種畸形多起於小指，且顯見於小指，次爲環指，大多係兩側性發生。

尺神經之永久癱瘓，結果致成爪狀手，即由於掌指關節之過度伸張掌指關節則屈曲，並有骨間肌萎縮，特以第一骨間肌爲最顯見。正中神經之癱瘓或上肢之嚴重槍傷，且無神經主幹之病者，均可致成束縛手，即係手之蹼羣萎縮。至於 Volkmann 氏局部缺血性攣縮所致之手部畸形，則已於第十二章述之。

火傷後所遺留之收縮性疤痕，可致手部外形之極大改變，但另有一種鮮麗而病期極罕累月之自發性皮膚病須與此病分別者，即前將手指彼此漸漸發生併連，最後成一杵狀團塊，指端由此突出，於紅色疤痕性之皮面上可形成日瘡，或蓋以黃色之厚痂此病即係狼瘡之一種。

身體他部之某種疾患亦可影響手之外形，其中可資提述者如肢端肥大症之鐘狀手，進行性肌萎縮症，脊髓空洞症，及頭肋等之扁平消瘦手。

急性炎症可侵及手之任何組織，且有炎症之一般現象，故易認識，但外科醫生仍應盡力尋求炎症之實在部位，如腕關節有腫痛時則應輕輕試其運動性，繼以手將腕部固定而試各手指之伸屈作用，若前者行之有劇痛而後者無之者，可證明其為腕關節急性炎症，或更有急性髓鞘炎。

癰疽（膿性指頭炎），此係手指急性炎症之普通用語，炎症進行頗快而至化膿，多發生於一指，乃手指損傷後之受染所致，良性者炎症僅局限於手指之一部，然大多可上延至掌，甚至累及前臂，病度較重時，手可因之永久喪失功能，故本病之早期診斷特為重要，俾能確定受累之組織以選擇適當有效之治療法，庶幾無害。

(1) 如膿液僅集於手指之表皮下使之高起成一扁平具壓痛而無急劇自發生疼痛之黃疱者，此為表皮下癰疽。

(2) 若於局部損傷後之一二日內，皮下蜂窩織腫脹，表面發紅緊張及劇痛，且全指皆有輕度之腫脹者，此為皮下癰疽。

(3) 如併有皮下癰疽或初起時全指即顯腫脹，指持輕度屈位，強伸之即發劇痛，此為屈肌腱鞘之傳染性炎症稱或髓鞘疽，此病變大多有劇痛有發熱及一般全身障礙，由於解剖上之特殊結構，食指中指及環指之髓鞘傳染其炎症即停止於掌部而不再上延，但於拇

指及小指時則炎症很快可蔓延至腕之上部。

(4) 任何腱鞘之傳染均易突破其解剖上之界限而廣為擴展，在拇指之擴展方向可有幾種：(甲) 侵入環肌帶下之屈指總肌鞘，且由此可續向上延至小指腕鞘。(乙) 侵入魚際筋膜間鞘。(丙) 自腕上方之屈指總肌鞘延至於旋前方肌與各屈肌間之肌間隙，即前臂肌間隙，中三指任一腱鞘之傳染均可侵入掌腕膜間隙，要之此種膿性炎症擴展之路途甚不一致，其診斷之確定當視腫脹之部位及壓痛之存在以決之。

鏈球菌之傳染雖無局部之化膿現象，但伴有重症之全身障礙，且有迅速由前臂以至上臂之淋巴管炎發生。

慢性疾患——手指之慢性炎症性腫大常稱指炎，如腫脹平滑均致，整個指骨受累而成梭形，且無任何化膿之傾向者，此多係梅毒性指炎，但其他梅毒症狀之存在與否亦應搜求以為診斷之助。如腫脹頗不規整，病變沿滑之一部進行，或主要病變乃在骨之一部，且有軟化及潰爛之傾向者，此多係結核性指炎，此可使手指變短而同樣病變亦可於掌骨中見之。

手指慢性無痛性之表在潰瘍，其基底顯淺潤，同時腋部淋巴腺及肘上淋巴腸有固實性之腫大者，此係一慢性下疳，確定診斷可由於分泌物中螺旋體之檢查及陽性之瓦色曼反應得之。

手背之潰爛性疣狀贅肉，其經過緩慢，伴有肘上淋巴腺，甚至腋淋巴腸之腫大，且沿臂部上行，主要淋巴管之經路列有多數皮下小結節者，此稱屠夫疣，乃局部染有結核桿菌所成之結核病灶，常見於與獸尸接觸者，或行病理解剖者之手上。

手背之上皮癌發生於六十五歲以上之老年人，尤其限於長與日光接觸者，如多行戶外工作之人，或因長受煤焦及石蠟等之慢性刺激，致引起瀰漫性疣狀性表皮角化之變化，此時有一般上皮癌之普

通微狀，而淋巴腺之受累常須經一悠久之時間始可發生。

腕部之結核病可使骨之周圍發生腫脹，運動及加壓於病骨時均可致痛，迨後骨亦破碎。有膿腫及瘻形成以至發生骨瘍，用愛克司光可得察腕部之侵蝕及病骨之透光度增加，至晚期時則骨之破壞愈大。

掌腕鞘積液或複房性腕鞘囊腫可使腕前腫脹，且伸入掌及上入前臂之下分，在腫脹之上份與下分間可試出波動，有時因積液內有瓜子體，故可覺出震顫感，此常為一種結核病，與其他腕關節疾病之鑑別即無疼痛，局部之強硬及疼痛均較輕微，腕部背面不顯腫脹，愛克司光檢查時，骨仍健全無損。

限界性腕鞘囊腫，每於手背或腕前呈一緊張形卵圓或球圓，具有波動之腫脹，此常與一腕鞘或關節滑液膜囊相連通，有時偶於腕鞘內可覺出一種軟摩擦音，大多由於慢性乳性腕鞘炎所致，因常有積液存在，故成一有波動性之腫脹，其形狀及位置與腕鞘一致，若積液內含有瓜子體時，則因液體流動更有一種特殊之震顫感可觸出之。

若手之一骨或多骨有固實而無痛之增大，致成一形卵圓或球圓之腫塊，初雖堅實，但後漸成蛋殼樣腕皮變化，或稍具彈力性，且對各種治療應難奏效，此可斷為一種軟骨瘤，此瘤每於早年發生，多起於骨之內裏，起自骨之外皮者較少，且常為多發性，當其由骨與骨幹交連處之骨面長出時，每呈一帶蒂之外生物，而速即骨化，初期之軟骨瘤，每難與骨髓炎分別，但前者並無何致刺激之損傷歷史，亦無疼痛或壓痛及其他梅毒與結核之一般現象，用愛克司光檢查尤易分別，若已有蛋殼樣之皮之變化，則診斷可確定之。

如手之各關節成半屈曲且內收位強硬而覺疼痛，關節內或有摩擦音，關節周圍有小結節樣之增厚，此為骨關節炎。

第四十七章 足部疾患之診斷

DIAGNOSIS OF DEVIATIONS OF THE FOOT

畸形——當站立時踝關節伸直而足跟懸空離地，此畸形即馬蹄足，依於足底之體重更有各種差異之別，患者於行走時，有以足趾滾地者，有以足背踏地者，故視其足部跗底部位，可明悉患者於行走時其踏地之所在。如站立時踝關節屈曲，足尖高擧，致全身重力盡落於跟部者，即或所謂仰趾足，若足於踝關節處內旋，致足之內緣提點變短，於跗骨頭之下成一深溝，而外緣則下壓致於骹骨骹表面形成跗底，此即內翻足反之若足向外旋，致足外緣提高，跗骨肌：緊張，而內緣則下壓着地者，此即外翻足。若足弓異常深曲，致體之重力全落於足弓全失，致站立時足內緣之全長均着地，而距骨頭及舟骨結節且有異常突出者，此即扁平足，或假性外翻足。有時兩種或兩種以上畸形可同時發生，如馬蹄足之併有內翻足，有時更併有空凹足，外翻足與仰趾足亦常合併存在，而重度之扁平足每同時有相當之足外翻。

畸形是有先天性及後天性兩種，先天性畸形足有其特殊之病歷，或合併有其他部之畸形，如脊柱裂。其非由麻痺所致者則肢體之營養仍佳良，且對畸形之矯正不易為功。

後天畸形應詳細考究其原因，係由於疤痕之收縮所致，抑由損傷後之神經切斷之所致。（外傷性），或因足長期固定於一定之位置（靜止性），或因肌之麻痺（麻痺性），或因肌之痙攣等所致（痙攣性）。其因肌肉痙攣所致者又宜注意其引起反射刺之來源，或有無希司或利之症狀，如畸形之發生，是否有時間性。

若患腿甚冷，且或帶鉛青色，肌肉萎縮，患者不能隨意運動其

足成趾，此定係麻痺畸形，常為脊髓前灰白質炎之後發病，此多發生於兒童，故予肢體之生長甚有防禦，恒使肢體因之變短，皮膚亦呈乾糙，外科醫生於此時應注意欲改正此種畸形時，究竟如何設施及需多少力量，且以後將使何種肌腱最為緊張。

拇趾常被推離其原位而至第二趾之上或下（稱波外翻），隨於跗骨頭上發生一粘液囊——即稱拇跗炎腫，炎症及化膿均可於出囊見之。若第一跖趾關節不能自由屈曲則成僵母，此常與扁平足合併發生。若一趾於其跖趾關節處背屈而其末二趾關節難屈曲，則成鏈狀趾，以第二趾為多見，同時且有表皮角化塊覆於第一趾間關節之背側及趾尖。

足底受力最重之處即跖底或雞眼，最常見之部位，梅毒患者其足底皮膚亦可增厚，且有皸裂發生，此應與牛皮癬區別之，梅毒患者之皸裂每在趾間且有潰瘍存在，其形不整，此名之為跖皸裂，若於趾甲之任一側發生潰瘍，則多係內嵌趾甲所致。有時於足底跖底部之中央生一潰瘍，無痛者，經過慢性，以探針探之，可深達跖骨間或直觸骨面者，此即穿孔性潰瘍。外科醫生此時應檢查其周圍皮膚之知覺能及各種肌腱反射，步態，腫孔以及脊柱，且應詢其膝部是否有閃性疼痛，蓋此種潰瘍常與局部如壓消失，脊髓癱及隱性脊柱裂等有連帶關係，而於此種與骨及關節有關連之病中，有時更可形成癰腔。

癰腫限界性囊鞘有腫亦可於足背上發生之，趾甲下外生骨疣係一硬而固定之腫瘤，常自拇趾甲之下長出，且使趾甲因之變位。

足部骨骼及關節最易分別檢查之，任何癰腫，在痛或運動等均能確切加以決定，用探針插入癰時，可查出壞死骨或骨瘍之存在。分別將各趾屈向跟部壓迫時，跖骨底部及跗骨前份之炎症可查悉之，愛克司光於診斷上尤具重大之價值，可決定各骨之一般狀況。

附骨之結核病，多易擴展至其關節面，更因其關節滑液膜之廣泛複雜，故可連使他骨受累，此在距骨及舟骨大為確見，足部骨骼結核病之所在，可由漏腔之部位，加以愛克司光所起之變化以確定之。

跟骨常生廣泛之結核病但不易連累他骨。

痛風對於足趾之蹠趾關節似具有選擇性，故常於該處發生之使蹠趾漸次向外變位；而第一跖骨頭之正常突出部漸呈紅腫，疼痛及壓痛，且有波動者此係化膿性跖囊炎腫。其膿腫可穿破而成漏或延入關節內，由蹠趾向蹠部，運動時引起之劇痛知之，急性跖囊炎腫與痛風之鑑別，可根據其病歷之不同及痛風之無先期徵狀兩點得知。

若患者自訴於站立或行走時在足底第三四跖骨頭下有劇痛，並放射至足趾，且檢查時並無任何急性或嚴重之病變，於加在某一特別點時有同度之壓痛者，此即 Motron 氏病；而痛之發生，乃因蹠神經受骨之壓迫所致，若足底之軟部組織有不均之瘦削者，則於行走或站立時亦可致痛，但較輕微，不放射於足趾，界無何急性之局部壓痛現象。

中華民國三十五年十月十日

非 賣 品

翻印者 大連市衛生局

印刷所 關東友誼印刷廠

材料費 實費 圓

翻印冊數 (第一版) 三〇〇〇冊

