

LIN CHUANG FU BU WAI KE XUE

临床腹部外科学

孙作成 编著

天津科学技术出版社

临床腹部外科学

孙作成 编著

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床腹部外科学/孙作成编著. —天津:天津科学技术出版社,2008.8
ISBN 978-7-5308-4196-9

I. 临… II. 孙… III. 腹腔疾病—外科学 IV. R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 110590 号

责任编辑:郑东红

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332693(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjchs.com.cn

新华书店经销

泰安市第三印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 26.5 字数 613 000

2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

作者简介



孙作成,男,44岁。普通外科主任。中华医学会潍坊市微创外科学专业委员会副主任委员。中华医学会潍坊市普通外科学会常务委员。1987年毕业于青岛大学医学院医疗系,同年分配到潍坊市人民医院普通外科工作至今。1998年在北京大学第一医院学习一年获优秀学员。2001年6月应邀参加美国65届国际胃肠外科暨腹腔镜外科论坛,交流论文1篇并获优秀论文奖,并被北美外科学会多次特邀参加外科年会。毕业后共撰写论文46篇。有国家级发明专利11项,3项获日内瓦世界发明博览会金奖,一项被人民日报海外版翻译成四十多种语言做为国家重点招商引资项目。参与完成了省市科研5项。《脾腔静脉分流加TH胶胃冠状静脉断流治疗门脉高压症的临床研究》获市科技进步三等奖;《端粒酶在乳腺癌患者中的表达》获市科技进步三等奖。

毕业后从事普通外科专业,能独立完成各种普通外科专业开放手术,专业特长为微创外科,主攻方向是胃肠、腹壁疝、甲状腺、乳腺、门脉高压症、腹膜后肿瘤、肝胆胰脾等疾病。近年来完成普通外科专业微创手术50余种,均获得成功。填补了我院及省市在微创外科治疗方面的空白30余种。采用腹腔镜微创技术,对罕见的“腹茧症”行腹腔镜微创手术,显示了微创技术创伤小、恢复快、手术痛苦轻的优势。成为目前我院发展最快的一项外科技术。

目前,不断将国内外先进经验及新技术应用于临床,多次参加国际,亚州及国内的微创治疗病态肥胖学术交流,近来开展山东省首例微创治疗病态肥胖——腹腔镜可调节束胃带减肥手术,目前也是山东省唯一微创治疗病态肥胖的医院,填补了是山东省微创治疗病态肥胖方面的空白,为患者提供了微创治疗的新方式。

前 言

腹部外科在外科学中有着重要地位。近年来,随着医学科学的进步,尤其是实验外科以及基础与临床学科的互相渗透,使腹部外科的基础理论研究得到了飞速的发展。新技术、新方法,如内镜、B超、CT和MRI等先进扫描设备的应用,大大提高了腹部外科的诊断和治疗水平。为了适应我国现代化建设的需要,进一步提高腹部外科的基础和临床研究水平,笔者根据自己多年积累的丰富资料和实践经验,并吸收国内外最新进展编著成这部《临床腹部外科学》,供临床医务人员、医学院校师生和从事腹部外科的专业人员参考。

全书共分十六章,内容包括腹部外科各种疾病的病因、病理、临床表现、诊断、检查技术和治疗方法,尤其是对新的理论知识和新的诊断、治疗措施作了较详尽的介绍,既有前人的研究成果,也有作者自己的学术创见,其内容丰富,实用性强。希望该书的出版对国内腹部外科的发展起到推动作用。

由于水平有限,加上当代腹部外科诊治技术日新月异,难免有疏漏和错误,期望同仁及广大读者给予指正。

潍坊市人民医院 孙作成

2008年3月

目 录

第一章 腹部外科疾病常见症状的诊断和治疗	1
第一节 恶心与呕吐	1
第二节 腹痛	3
第三节 腹胀	7
第四节 腹泻	8
第五节 便秘	11
第六节 腹水	12
第七节 黄疸	14
第八节 腹部肿块	15
第九节 肝肿大	16
第十节 脾肿大	18
第二章 腹壁疾病	19
第一节 解剖概述	19
第二节 腹壁疾病	24
第三章 腹外疝	26
第一节 概述	26
第二节 腹股沟斜疝	27
第三节 腹股沟直疝	33
第四节 股疝	34
第五节 脐疝	36
第六节 其他类型腹外疝	37
第四章 腹膜、网膜、肠系膜和腹膜后间隙疾病	41
第一节 解剖与生理概述	41
第二节 急性腹膜炎	42
第三节 腹腔脓肿	48
第四节 结核性腹膜炎	51
第五节 腹膜肿瘤	54
第六节 大网膜疾病	56
第七节 肠系膜疾病	59
第八节 腹膜后疾病	60
第五章 胃十二指肠疾病	65
第一节 胃十二指肠解剖与生理概述	65

第二节	胃十二指肠溃疡外科治疗	71
第三节	胃良性肿瘤	86
第四节	胃癌	89
第五节	胃肉瘤	102
第六节	急性胃扩张	104
第七节	胃石症	105
第八节	胃黏膜脱垂症	106
第九节	胃下垂	107
第十节	胃内异物	109
第十一节	胃损伤	110
第十二节	十二指肠损伤	110
第十三节	十二指肠憩室	112
第六章	小肠疾病	115
第一节	小肠解剖与生理概述	115
第二节	小肠损伤	116
第三节	肠梗阻	118
第四节	肠痿	128
第五节	肠系膜血管缺血性疾病	130
第六节	急性出血性坏死性肠炎	133
第七节	肠结核	135
第八节	伪膜性肠炎	138
第九节	克罗恩病	140
第十节	回肠远端憩室	146
第十一节	小肠癌	147
第十二节	短肠综合征	148
第七章	阑尾疾病	152
第一节	解剖与生理概述	152
第二节	急性阑尾炎	152
第三节	慢性阑尾炎	159
第四节	特殊类型阑尾炎	159
第五节	阑尾肿瘤	161
第八章	结肠疾病	163
第一节	解剖与生理概述	163
第二节	结肠憩室	166
第三节	结肠损伤	169
第四节	溃疡性结肠炎	171
第五节	缺血性结肠炎	180
第六节	家族性结肠息肉病	183

第七节 结、直肠癌	184
第九章 直肠与肛管疾病	193
第一节 解剖与生理概述	193
第二节 直肠肛管一般诊疗技术	198
第三节 直肠肛管周围脓肿	206
第四节 肛裂	209
第五节 痔	213
第六节 肛瘘	220
第七节 直肠脱垂	223
第八节 直肠息肉	226
第九节 直肠和肛管损伤	228
第十节 肛管癌	229
第十一节 肛门瘙痒症	232
第十二节 肛门直肠狭窄	233
第十三节 肛门失禁	234
第十四节 直肠前突	235
第十五节 盆底肌痉挛综合征	235
第十六节 肛门湿疹	236
第十七节 肛门直肠神经症	237
第十章 肝脏疾病和门脉高压症	239
第一节 解剖与生理概述	239
第二节 肝脏损伤	241
第三节 细菌性肝脓肿	244
第四节 阿米巴性肝脓肿	249
第五节 肝包虫病	251
第六节 原发性肝癌	254
第七节 继发性肝癌	273
第八节 肝脏良性肿瘤	275
第九节 肝囊肿	281
第十节 肝移植	282
第十一节 门静脉高压症	302
第十一章 胆道疾病	315
第一节 解剖与生理概述	315
第二节 胆道蛔虫病	316
第三节 胆石症	318
第四节 急性胆囊炎	330
第五节 慢性胆囊炎	334
第六节 急性梗阻性化脓性胆管炎	336

第七节	胆道出血·····	339
第八节	胆道肿瘤·····	340
第十二章	消化道出血·····	348
第一节	上消化道出血·····	348
第二节	下消化道出血·····	356
第十三章	胰腺疾病·····	360
第一节	解剖与生理概述·····	360
第二节	急性胰腺炎·····	360
第三节	慢性胰腺炎·····	371
第四节	胰腺癌·····	376
第五节	壶腹部癌·····	384
第六节	胰腺损伤·····	385
第十四章	脾脏疾病·····	387
第一节	解剖与生理概述·····	387
第二节	脾损伤·····	388
第三节	脾脓肿·····	389
第四节	脾囊肿·····	390
第五节	脾动脉瘤·····	390
第十五章	急腹症·····	392
第十六章	小儿腹部外科疾病·····	398
第一节	先天性肥厚性幽门狭窄·····	398
第二节	先天性肠旋转不良·····	400
第三节	胎粪性腹膜炎·····	402
第四节	先天性肠闭锁和肠狭窄·····	403
第五节	先天性直肠肛管畸形·····	404
第六节	先天性巨结肠·····	405
第七节	先天性胆道闭锁·····	408
第八节	小儿肠套叠·····	409
第九节	先天性胆总管囊性扩张症·····	411

第一章 腹部外科疾病常见症状的诊断和治疗

第一节 恶心与呕吐

恶心是欲呕吐的一种主观感觉,常是呕吐的前奏。呕吐(emesis)是胃贲门张开与腹部肌肉猛然用力收缩引起的胃内容物经食管及口腔向外排出。呕吐要动员膈神经支配的膈肌、脊髓神经支配的肋间肌、迷走神经传出纤维支配的咽喉肌和迷走与交感内脏神经支配的胃肠平滑肌。有这么多神经及肌肉进行如此复杂的协调动作,是由于延髓呕吐中枢的统一调度。

呕吐中枢的发动呕吐可直接由于各种传入神经的刺激,也可以间接由于其邻近位于第四脑室尾缘的化学感受器触发区,把各种外来化学物质或内生代谢产物的刺激,传达给呕吐中枢而引起。呕吐中枢的敏感性因人而异,有的人受轻微的刺激即可触发呕吐,特别在青年女性;有的人可耐受较强的刺激而不发生呕吐。

一、病因

恶心与呕吐的病因大致可分为以下几种:①胃肠及腹腔脏器疾病:如急、慢性胃炎,胃黏膜脱垂症,急性胰腺炎,反流性食管炎,贲门痉挛,幽门痉挛或梗阻,胃、十二指肠溃疡,食管癌,胃癌,肠梗阻,小肠缺血坏死性肠炎,肠系膜上动脉综合征等。②急性感染:如病毒性或细菌性急性胃肠炎、食物中毒、急性病毒性肝炎等。③中枢神经系统疾病:如中枢神经系统感染、脑瘤、脑出血等。④内分泌代谢疾病:如糖尿病酮症酸中毒、甲亢、尿毒症等。⑤妊娠呕吐:青年妇女出现原因不明的呕吐时,首先要想到妊娠呕吐(特别是发生于晨间),询问停经史,并采用尿妊娠试验,即可明确诊断。⑥药物引起:如氯化铵、奎宁类、水杨酸类、磺胺类、异烟肼、氨茶碱、吗啡类、呋喃类、驱虫药、洋地黄类、锑剂、抗癌药物或药物过量等,对部分敏感病人均可引起呕吐。如疑及药物有关,可停用可疑药物,予以观察,如系该药引起,大多即能好转。⑦中毒性疾病:如 DDT 中毒,有机磷中毒,杀鼠药中毒,夹竹桃、乌头碱、毒蕈中毒,亚硝酸盐中毒及毒蛇咬伤,蟾蜍中毒,均可引起呕吐及其他系统的症状。⑧其他:如晕动病、美尼尔氏病、精神性呕吐等。

二、诊断

(一)病史 详细询问病史可初步判断呕吐原因。

1. 询问呕吐与饮食、用药关系 如有进食生冷或不洁饮食病史者多为急性胃炎或食物中毒;如服药后发生呕吐可能为药物反应或药物中毒。

2. 注意呕吐发生的时间和特点 ①晨间呕吐多见于尿毒症、酒精中毒。②已婚妇女有停经史者为早期妊娠。③餐后立即呕吐常见于神经性呕吐。④餐后少顷呕吐提示贲门失弛缓症。⑤餐后 60~90 分钟呕吐多见于胃、十二指肠溃疡。⑥餐后 6 小时以上呕吐,

胃内容物为大量宿食者常见于胃潴留。⑦喷射性呕吐多见于颅内疾病。顽固性呕吐,吐后无舒适感,甚而胃内容物排空后仍有干呕者,多见于腹膜炎、急性阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎等。

3. 呕吐物的性状 呕吐物为大量食物残渣多为幽门梗阻所致;呕吐物为酸性食物残渣者,多为消化性溃疡;食物残渣不酸者,多为胃癌或食道癌;呕吐物为黄绿色者,多为十二指肠梗阻;呕吐物含有血液者,见于消化性溃疡,肝硬化或胃癌;呕吐物为粪臭味者,多见于小肠梗阻。

4. 呕吐伴随的症状和体征 ①伴有发热和相应部位腹痛见于急性炎症。②伴发热、头痛、昏迷者,多为脑炎或脑膜炎。③伴发热、腹痛、腹泻者,多见于急性胃肠炎。④伴有吞咽困难者见于食管癌、贲门失弛缓症。⑤伴眩晕、眼球震颤者多见于内耳眩晕症、急性迷路炎。⑥剧烈呕吐伴腹部绞痛、排便排气停止者,多为肠梗阻。⑦呕吐伴皮肤苍白、冷汗、少尿者,多见于休克。⑧伴有其他神经官能症表现,发病与精神因素有关者,多见于女性的神经性呕吐。

(二)体格检查 应注意神志、脱水和循环衰竭、营养不良和消瘦、贫血、发热等。有腹肌紧张、压痛、反跳痛等提示急腹症;有胃型、胃蠕动波、振水声等应考虑幽门梗阻;肠鸣音亢进、肠型等提示肠梗阻;有眼球震颤常见于前庭疾病;中枢神经系统疾病常有局灶性体征、脑膜刺激征、病理征等;视神经乳头水肿提示颅内压增高。

(三)实验室及其他检查 应有选择性地进一步检查,如胃肠X线钡餐、内窥镜、B超等有助于胃肠及腹腔脏器疾病的诊断;脑脊液、CT有助于中枢神经系统疾病的诊断;其他如三大常规及血生化检查;肝、肾功能检查,尿妊娠试验均有助于病因的诊断。

三、鉴别诊断

应注意精神性呕吐与器质性呕吐的鉴别,器质性中枢性呕吐与末梢性呕吐的鉴别。

四、处理

(一)紧急处理及病因治疗 治疗原发疾病的同时,首先应注意:①呼吸和意识状态:意识障碍者应确保气道通畅,避免呕吐物吸入,昏迷病人可插入鼻胃管,以避免误吸入呼吸道。②血压:脑血管意外时的高血压,出血等休克时的低血压,均应紧急处理。③脱水与代谢性碱中毒:系由持续性呕吐丧失胃液等而脱水的低氯性碱中毒,应予纠正。④其他:中枢性呕吐:其呕吐剧烈且呈喷射状,这是颅内压增高的表现,应立即给予脱水治疗,用20%甘露醇250ml快速静脉滴注,速尿20~40mg加入50%葡萄糖液40ml,静脉注射。须进一步查清导致颅内压增高的原因,明确诊断,对因治疗。

(二)一般治疗 严密观察,注意体位,防吸入呼吸道(对昏迷病人),必要时可用1%碳酸氢钠洗胃等。

(三)对症治疗

1. 镇吐剂 持续性恶心呕吐时,病人处于不安状态,更助长恶心呕吐,应予以镇静镇吐药。

(1)维生素B₆:10~20mg,每日3次口服。

(2)灭吐灵:对中枢及末梢性呕吐均有制吐作用。10mg,肌肉注射,或8mg,每日3次,口服。

(3) 氯丙嗪：为多巴胺受体阻滞剂，除有安定、催眠、扩血管等作用外，小剂量可抑制延脑催吐化学敏感区，大剂量抑制呕吐中枢，有强大的制吐作用。12.5 ~ 25mg，每日3次，口服，或25mg 肌肉注射。

(4) 丙氯拉嗪：与氯丙嗪相似，作用于脑干有制吐及精神安定作用，每片5mg，为止吐每次用15 ~ 25mg。

(5) 潘多立酮：为较强的多巴胺受体拮抗药，使胃排空速率增快。肌注10mg，每日1次；口服10 ~ 20mg，每日3次；直肠用药60mg，每日2次。

2. 解痉止痛 阿托品0.3 ~ 0.6mg，每日3次，口服，或0.5 ~ 1.0mg，皮下注射。本品不应与灭吐灵同用，肠麻痹或胃扩张者禁用。

3. 镇静剂 可选用鲁米那、安定。

4. 其他 对于呕吐剧烈或外科患者应及时纠正水、电解质及酸碱失衡，有明显腹胀者应胃肠减压。

第二节 腹 痛

腹痛由腹部或腹外器官疾病引起。病变性质可分为器质性及功能性。临床上常把腹痛分为急性和慢性。

一、病因

引起腹痛的病因很多，既有腹内脏器的病变引起，又有腹外疾患所致。

腹痛的原因见表1-1。

表1-1 腹痛的常见原因

消化系统原因	消化系统外原因
消化性溃疡	腹主动脉壁间动脉瘤
急、慢性胆囊性	月经不调
憩室炎	副睾丸炎
胰腺炎	不完全性流产
阑尾炎	宫外孕妊娠
肠梗阻	卵巢囊肿
肠系膜动脉供血不全	盆腔炎症
肠寄生虫	妊娠
胃肠炎	肾结石
肠功能紊乱	尿路感染
便秘	

二、诊断

(一) 病史

1. 起病的缓急及疼痛程度 是突然发生还是逐渐出现，疼痛过程是逐渐加重还是减

轻。

2. 腹痛的部位 上腹痛多为食管、胃、十二指肠、胆系或胰腺疾病,下腹痛常由结肠病变及盆腔疾病引起。另外腹痛还应注意是局限性还是弥漫性,是固定性还是游走性,是否有放射性。

3. 腹痛性质 是绞痛、撕裂痛、刀割样、钻顶样,还是钝痛、隐痛、胀痛、闷痛、烧灼痛。是阵发性、持续性,还是持续性疼痛阵发性加重。

4. 腹痛的转移和放射 由于神经分布的关系,一些部位病变引起的疼痛常放射至固定的区域。如胆囊炎、胆石症之疼痛常可放射到右侧肩背部。急性阑尾炎,腹痛常从上腹部和脐周开始,后逐渐转移至右下腹固定。胃、十二指肠穿孔,有时漏出之胃、肠内容物,可沿右侧结肠旁沟流至右下腹,可产生右下腹疼痛及压痛(可误诊为急性阑尾炎)。下叶肺炎、胸膜炎可引起同侧腹部反射性疼痛。肾脏、输尿管结石或女性附件疼痛常可放射到外阴及会阴部。

5. 伴随症状 对急性腹痛病人伴随症状的了解,有时可有力地提示疾病的性质,有时可指示疾病的部位和波及范围。如胃肠道疾病常伴有呕吐。肠梗阻呕吐频繁,高位梗阻者呕吐出现较早,吐出内容物多为食物、胃液、胆汁等;低位梗阻者呕吐出现较晚而腹胀明显,吐出之内容物可为粪汁样,并有停止排气及排便。吐出褐色腥气味之内容物可能为急性胃扩张;呕吐不消化食物及稀水可能为急性胃炎;吐出蛔虫应考虑十二指肠及胆道蛔虫病之可能。若出现果酱样血便则须想到肠套叠、出血性肠炎之可能。绞痛伴有膀胱刺激症状或血尿,常为泌尿系的疾病。腹痛伴有阴道的出血可能为宫外孕破裂、流产等。腹痛早期伴有休克,见于急性出血坏死性胰腺炎,胃、十二指肠急性穿孔,绞窄性肠梗阻等;腹痛后期伴有休克,多为内出血或弥漫性腹膜炎的表现。先有高热而后有腹痛者可能为内科疾病,外科急腹痛一般在开始时体温正常或仅有低热,以后随着炎症的进展而体温逐渐上升。腹痛伴有寒战、高热或黄疸,应考虑急性梗阻性化脓性胆管炎的可能。而腹型癫痫可有短暂的意识丧失。

6. 其他 ①腹痛出现前有无不洁食物史、暴饮暴食、酗酒,有无服药史,所用药物的种类,女性患者应注意月经情况。②既往有无类似发作史,有无溃疡病史、肝胆疾病史、糖尿病史、肾脏病史及心脏病史等。

(二)体格检查 对急腹痛的病员,首先应了解患者的一般状况,包括体温、脉搏、呼吸、血压、神志、舌苔、病容、表情、体位、皮肤情况以及有无贫血、黄疸。且不可忽视全身体检,包括心肺情况,然后重点检查腹部,同时要注意双侧腹股沟处,以免漏诊嵌顿性腹股沟斜疝或股疝。

腹部检查要注意观察①腹部外形有无膨隆,有无弥漫性胀气,有无肠型和蠕动波,腹式呼吸是否受限等。如全腹膨隆可能是肠梗阻、肠麻痹、内出血的表现,肠型和肠蠕动波的出现也说明有肠梗阻存在。腹式呼吸运动的减弱或消失可能为腹膜炎。女性病员下腹部隆起块物可能为卵巢囊肿扭转。右上腹局部隆起之包块可能为肿大的胆囊。②压痛与肌紧张:检查者动作要轻柔,病员应合作,应先作腹部其他部位的触诊,最后触按病员主诉疼痛部位,并与健侧比较。固定部位的、持续性的深部压痛伴有肌紧张常为下面有炎症的表现。若全腹都有明显压痛、反跳痛与肌强直,为中空脏器穿孔引起腹膜炎的表现。③腹

部有无肿块:炎性肿块常伴有压痛和腹壁的肌紧张,因此境界不甚清楚;非炎性肿块境界比较清楚。要注意肿块的部位、大小、形态、活动度以及有否压痛等。④肝浊音界和移动性浊音:肝浊音界缩小或消失表示胃肠穿孔;内出血或腹膜炎有大量炎性渗出液时,可有移动性浊音。但有时胃肠穿孔不一定肝浊音界都消失,少量积液时不容易发现移动性浊音,可辅以腹部X线透视及诊断性穿刺。⑤肠鸣音的增强还是减弱:肠炎时可有肠鸣音亢进,若听到气过水声为机械性肠梗阻的表现;肠鸣音由亢进到减弱或消失,则为腹膜炎、肠麻痹的表现。

此外,还要注意行直肠、阴道检查。直肠检查对诊断盆腔内的脓肿、肿瘤、炎性肿块、肠套迭等疾病有重大帮助。对已婚妇女请妇科医生协助做阴道检查可有助于对盆腔病变的诊断。

(三) 实验室及其他检查

1. 实验室检查 血、尿、粪常规,酮体及血清淀粉酶是最常做的急诊检查,对临床急腹症的诊断有一定参考价值。

2. X线检查 胸部X线检查可及时发现肺炎,胃、十二指肠急性穿孔时腹部透视可见膈下游离气体,肠梗阻时可见肠管内充气及液平等。

3. B型超声检查 B超检查有助于肝、脾、泌尿系统疾患和腹腔脓肿等疾病的诊断。

4. 诊断性腹腔穿刺 对内出血、腹膜炎、胰性腹水及腹腔脓肿等行诊断性腹腔穿刺具有重要的诊断价值。

5. 手术探查 对于经上述措施诊断仍不能确定,内科治疗不见好转而病情转危的紧急情况下,为挽救病员生命应考虑剖腹探查。

三、鉴别诊断

引起急性腹痛的病因复杂,病种繁多,急性腹痛多以消化系统疾病所致,但须注意外科、内科、妇科的急腹症相互鉴别。

四、治疗

(一) 解痉止痛 凡诊断未能明确的急性腹痛病人禁用麻醉性止痛剂,如吗啡、度冷丁、可待因等,以免掩盖症状,延误诊断和治疗。可酌情选用下述药物和针灸疗法。

1. 阿托品 取阿托品 0.5mg 皮下或肌肉注射有解痉止痛作用。

2. 心痛定 心痛定为钙离子拮抗剂,可阻断平滑肌细胞的 Ca^{2+} 通道,抑制平滑肌细胞的兴奋收缩偶联过程,并可直接阻止肥大细胞释放组织胺、5-羟色胺等炎症介质。因此可用于治疗胃肠道、胆道、泌尿道等器官的炎性、痉挛性疼痛。方法:舌下含服心痛定 10~20mg,总有效率为 84%。

3. 消炎痛 机理是本品 PG 合成酶-环氧化酶抑制剂,使用后该酶受抑制,PG 减少,使平滑肌松弛,导管扩张,同时分泌物减少,导管内压减低,疼痛得以缓解,并有利于分泌物、结石、虫体等排出。用法:消炎痛 50mg,日 3 次,剧痛缓解后改为 25mg 日 3 次,完全缓解后停药。

4. 尼群地平(Nitrendipine) 是双氢吡啶衍生物,为硝苯啶的同系物,属钙通道阻滞剂,临床多用于心、脑血管等疾病治疗。有人用本品对内、外科病因引起腹痛患者 234 例,用尼群地平 20mg 1 次口含,缓解共 250 例次腹痛,总有效率 94.8%,无明显副作用。

5. 维生素 K₃ 研究证实,维生素 K₃ 对内脏平滑肌有直接松弛作用。临床上应用维生素 K₃ 20mg 或 K₃ 8 ~ 20mg 肌注,对内脏平滑肌绞痛和癌肿痛有良好效果,其中有些患者使用阿托品、杜冷丁效果不显后加用维生素 K₃ 疼痛可获明显改善。

6. 硫酸镁 有人用硫酸镁静滴治疗急性腹痛患者 48 例,方法:25% 硫酸镁 10ml 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静滴,每分钟 2 ~ 3ml 不用其他解痉止痛药,必要时重复下述用药,并同时给予病因治疗及对症处理。结果本组病例显效 34 例,有效 14 例,其中急性胃肠炎 28 例全部为显效。实践证明,此法对缓解急性胃肠、胆道痉挛等功能性疼痛疗效可靠,且具有见效快、无副作用、价廉等优点,患者呼吸及肾功能正常均可首选本品。缓解止痛机理:镁离子浓度增高可阻断神经肌肉的兴奋传导,使平滑肌松弛而止痛。镁离子作为钙离子的拮抗剂,竞争神经细胞上的受体,其浓度增高时能有效地阻断钙离子与受体结合,而缓解平滑肌痉挛。

7. 地巴唑 需要时皮下注射 10mg,并同时口服 10mg,每日 3 次。机理为本品有直接松弛平滑肌的作用。

(二)病因治疗 对急性腹痛应主要针对病因治疗。

1. 脏器穿孔 包括胃、肠穿孔、脓肿、囊肿等。常见的原因有以下几种:①胃、十二指肠溃疡合并穿孔较常见;②肠结核或伤寒溃疡可引起回肠下端穿孔;③痢疾、溃疡性结肠炎及结肠癌可引起乙状结肠穿孔;④脓肿穿孔可见于阑尾脓肿、肝脓肿、胆囊蓄脓、肠憩室脓肿及肠系膜淋巴结脓肿等;⑤囊肿穿孔包括胰腺囊肿、卵巢囊肿及肝囊肿等。

穿孔将立即引起严重的腹痛,紧跟着发生原发性休克及呕吐。经过不久病人从休克中恢复过来,医生甚至在出现弥漫性腹膜炎才引起注意。腹痛仍很严重及不退,腹壁僵直,肠鸣音消失及出现毒血症的表现。白细胞计数及中性粒细胞分类进行性增加。

治疗:在抗休克的基础上,须尽快剖腹探查。发病在 12h 以内手术者大都预后良好,24h 以后手术者则前途未卜。术后治疗主要抗感染、输液、胃肠减压和维持呼吸及循环功能。

2. 急性肠梗阻 特点是急性腹痛伴休克及大量呕吐,开始为食物,以后肠液甚至粪便,腹胀,肛门不排气,灌肠无效。常见原因有①绞窄性疝;②肠扭转;③肠套叠;④麻痹性肠梗阻;⑤肠粘连等。

治疗:

(1)禁食和胃肠减压:高位小肠梗阻可用十二指肠管,低位小肠梗阻及麻痹性肠梗阻需用 Miller - Abbott 管。

(2)输液:有心动过速及体位性低血压者常已失液 4 ~ 6L,快速静脉滴注等渗葡萄糖盐水,血压回升及尿量恢复后,减慢滴速并需加氯化钾,速度每小时不得超过 1.0g,每 4 ~ 6h 监测血电解质 1 次,调整用量。

(3)抗生素:主要针对革兰阴性菌选用氨苄青霉素 1g 或头孢氰甲(先锋Ⅶ)或头霉甲氧噻吩(Cefoxitine)1.0g 静脉注射,每 6h 1 次。

(4)嵌顿疝不能整复者应立即手术,其他肠梗阻应先保守治疗,经 12 ~ 24h 治疗无进步或出现肠缺血改变。(如持续性腹痛,持续性心动过速,体位性低血压、发热、酸中毒或白细胞计数进一步增加),需外科手术探查。

(5) 假如情况改善,继续胃肠减压 24h。夹住减压管 12h,病情稳定可进食少量流汁 2~3d。如夹住减压管后又发生疼痛、腹胀或呕吐则需继续减压。抽出减压管前,需进行腹部 X 线检查,肯定肠梗阻已解除方可抽去减压管。

3. 急性胃扩张 可见于严重的毒血症,最常见手术后数天。主要表现为呕吐、急性上腹部痛及胀气,不久发生虚脱及休克。治疗为禁食,插胃管及持续减压,输液补充血容量及维持水电解质平衡,注意补钾。数天后胃会恢复张力,面了进食少量流汁,每次进食前需抽液,借以证明有无胃潴留,如有仍暂不进食及继续减压。

4. 肠系膜动脉栓塞 左心血栓脱落及肠系膜动脉硬化可合并肠系膜栓塞或血栓形成,引起脐周围急性腹痛,可伴有休克及腹膜刺激现象,黑便为主要指征。

治疗:常需剖腹探查及手术处理。术后治疗同肠梗阻。

5. 急性阑尾炎 多数腹痛不太剧烈,但少数坏疽性病变常并发局部及弥漫性腹膜炎,主要症状为急性腹痛伴呕吐。开始在上腹部或脐部,以后局限于右下腹部,腹部检查局部肌肉紧张有明显压痛及反跳痛。肠鸣音减少,白细胞计数及中性粒细胞分类明显升高。应及时外科手术治疗。

第三节 腹 胀

腹胀是由于胃肠道内存在过量的气体,见于很多疾病。诊断中首先要排除腹水、腹块、膀胱充盈等引起的非充气性膨胀,进而确定腹胀的病因属器质性疾病或功能性疾病。

一、病因

引起腹胀的病因有以下几个方面:①胃肠道梗阻性病变:如幽门梗阻、急性胃扩张、肠梗阻等。②腹膜或肠结核:顽固腹胀,可带有原因不明的低热,并伴有厌食、恶心、轻泻或便秘、腹痛等,X 线检查可确诊。③肠内气体吸收障碍:肝硬化、心力衰竭、低血压、肠炎、斑替(Banti)综合征。④肠内气体生成增多:肠炎、便秘、吸收不良综合征(如成人乳糜泻)、慢性胰腺炎和乳糖酶缺乏症所致消化不良等。⑤腹腔内积气:人工气腹术后、腹腔镜检查或剖腹术后、消化道穿孔(十二指肠溃疡、胃癌、结肠癌等)。⑥功能性:腹胀是胃肠神经官能症常见而突出的症状,病员多有其他神经官能性症状,常有吞气症,症状随情绪而转移,可因暗示而激发或消失,在排除器质性疾病引起的腹胀后,即可诊断。⑦其他:腹膜炎或感染性毒血症、低血钾、麻痹性肠梗阻均可引起弥漫性腹胀、肠蠕动减弱或消失。急性肠炎、肝胆系统恶性肿瘤、肠系膜血管栓塞、巨结肠可有进行性腹胀。此外,慢性胃炎、十二指肠炎、胃肠下垂、胃张力过高、各种慢性肠道炎症、慢性肝炎、慢性胆道疾患、肠寄生虫病等也可引起腹胀。肺炎、脊椎骨折、脊髓病变、腹腔神经丛病变、某些内分泌与泌尿系统疾病、B 族维生素缺乏、胶原性疾病及药物反应也是腹胀的病因。

二、诊断

(一)病史

1. 注意病史中有无暴饮暴食、进食污染食物或进食多量豆类、花生等食物;有无禁食、大量利尿等缺钾病史;过去史中有无慢性胃肠疾病,胃肠道梗阻,内脏下垂,肝、胆、胰疾病,结核病或腹部手术外伤史等。

2. 注意腹胀部位 上腹部腹胀以幽门梗阻或胃扩张多见;下腹部或全腹胀可能为结肠或小肠胀气。

3. 有无伴随症状 如腹胀伴暖气或返酸等症状,常为胃或十二指肠病变;如伴高调腹鸣,则常为下段肠道梗阻;如伴有呕吐,常见于幽门梗阻与肠梗阻,腹膜病变,肝、胆、胰疾病等;如伴剧烈腹痛、考虑有机械性肠梗阻、急性腹膜炎、肠系膜血管病变等;如伴腹泻,多见于肠道感染、过敏性结肠、慢性胆道与胰腺疾病、肝硬化等;如伴便秘,常见于习惯性便秘与肠梗阻;如伴腹水,应首先确定腹水的性质,渗出液为腹腔炎症,漏出液常见于心、肝、肾等脏器疾病;如伴腹部肿块,首先要鉴别为腹腔脏器肿大、腹腔脓肿、腹内良性或恶性肿瘤、粘连纠搭等,再进一步结合临床特点分析诊断;如伴排气,则常见于便秘、肠道功能紊乱等结肠胀气时。

(二) 实验室及其他检查 大便常规、大便潜血试验、血沉、OT 试验、肝功、蛋白电泳、B 型超声波、X 线钡餐、钡灌肠等对病因诊断可有帮助。

三、鉴别诊断

应与腹水、腹部肿块、妊娠子宫、膀胱充盈、便秘、腹腔内脂肪堆积等相鉴别。

四、处理

(一) 病因治疗 器质性疾病应针对病因治疗。神经官能症引起的腹胀,应做思想工作 and 暗示疗法,同时给予安定剂,也可口服 1% 普鲁卡因 10ml,每日 3 次。

(二) 对症治疗 根据腹胀的病因、部位、性质来进行。如无梗阻性胃原性腹胀,可给予胃复安、吗叮啉口服;动力减退性腹胀,可给予新斯的明肌肉注射或口服;动力增强性腹胀,可给予抗迷走神经药物、地巴唑及镇静剂;肝、胆、胰疾患引起的腹胀可用多酶片、胰酶片、消胆片、胆酸钠;碳水化合物消化不良可给予乳酶生、胰酶片;胃肠下垂与胃酸缺乏用乳酶生、番木鳖酊口服。

(三) 其他 如腹部热敷、推拿按摩、肛管排气。对高度腹胀而发生气急者,应行胃肠减压,并给予吸氧。

(四) 中医中药 可给予针刺或香砂六君子汤、逍遥散等内服。

第四节 腹 泻

腹泻是指肠蠕动增快而引起排便次数增多,粪便稀薄或有脓血、黏液相杂。腹泻对机体有保护性作用,能将肠内有毒和有刺激性的物质排出体外。但持续剧烈腹泻可造成机体失水、电解质紊乱、酸碱平衡失调及全身衰竭。

一、病因及发病机制

急性腹泻的病因有以下几方面:①饮食不当:如暴饮暴食或进食油腻过多等。②食物中毒:如误食毒蕈、河豚鱼或食入沙门氏菌属类细菌、嗜盐菌、金黄色葡萄球菌等污染的食物。③急性肠道感染:如霍乱、副霍乱、菌痢、阿米巴痢疾、肠道病毒感染、肠念球菌病等。④肠变应性病:因摄食鱼、虾、蟹、牛奶、鸡蛋、菠萝或其他致敏原引起。⑤药物与化学毒物:如服用泻药或有机磷农药、砷、汞等。

慢性腹泻病因广泛,主要有慢性感染性肠炎:多见于慢性痢疾、产毒性大肠杆菌肠炎、