

Mc
Graw Education

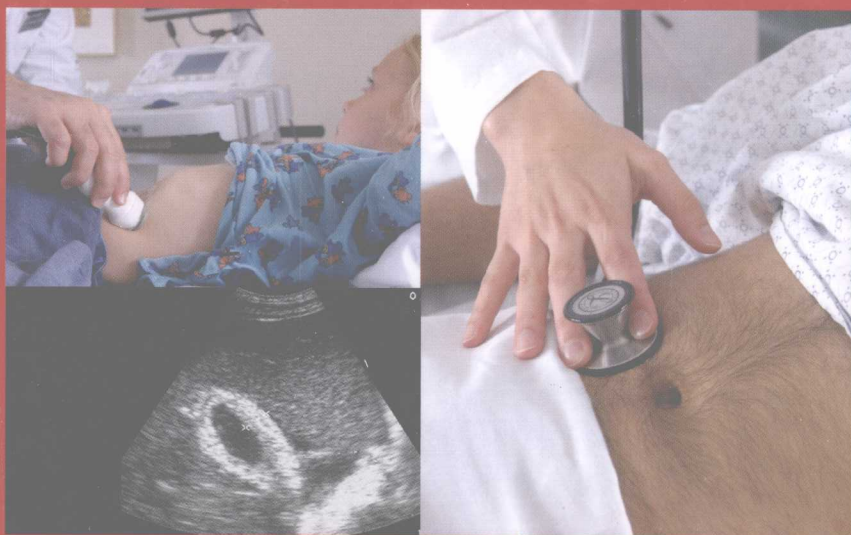


医药学院 610 2 13002740

急诊急救实践系列

急腹症处置原则

Abdominal Emergencies



原著者 David M. Cline

Latha G. Stead

主译 周振理 张楠



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急诊急救 实践系列



医药学院 610 2 13002740

急腹症处置原则

Abdominal Emergencies

原著者 David M. Cline

Latha G. Stead

主译 周振理 张楠

副主译 杨士民 单涛

主审 陈鰐

译者 (以姓氏汉语拼音为序)

杜超 李琳 吕兵兵 吕鹏

马洪 马军宏 单涛 邵伟

王彤彤 徐斌 闫瑞鹏 杨士民

于向阳 张居元 张楠 钟岗

周创业 周振理 邹常林



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

David Cline, Latha Stead

Abdominal Emergencies

978-0-07-146861-9

Copyright © 2008 by McGraw-Hill Companies, Inc.

All Rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including without limitation photocopying, recording, taping, or any database, information or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

This authorized Chinese translation edition is jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) and People's Military Medical Press. This edition is authorized for sale in the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao SAR and Taiwan.

Copyright © 2012 by McGraw-Hill Education (Asia), a division of the Singapore Branch of The McGraw-Hill Companies, Inc. and People's Military Medical Press.

版权所有。未经出版人事先书面许可，对本出版物的任何部分不得以任何方式或途径复制或传播，包括但不限于复印、录制、录音，或通过任何数据库、信息或可检索的系统。

本授权中文简体字翻译版由麦格劳-希尔（亚洲）教育出版公司和人民军医出版社合作出版。此版本经授权仅限在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）销售。

版权 © 2012 由麦格劳-希尔（亚洲）教育出版公司与人民军医出版社所有。

本书封面贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签，无标签者不得销售。

著作权合同登记号：图字：军-2011-137 号

译 序

腹部急症 (abdominal emergencies) 亦称急性腹部疾病 (acute abdominal diseases), 或简称急腹症 (acute abdomen)。急腹症顾名思义, 包括急、腹、症三内容, 范围广泛, 涉及解剖、生理、生化、病理、免疫、药理及消化系统、生殖系统、循环系统、肌肉系统等临床多系统与学科。

近数十年来医学诊断学的新进展 (如纤维内镜、超声、计算机 X 线断层摄影、血管造影等)、腹部疾病 (如胃肠、肝胆胰肿瘤、疝等) 治疗学的新进展均向外科医师提出应不断学习以提高知识与持续实践的严格要求。

本书专论腹部外科急症, 内容涉及许多国际先进及创新的诊治知识。本书经天津市南开医院外一科周振理教授组织 18 位富有外科临床诊治工作经验的医师将全书译成中文。我应邀担任本书的主审, 当然乐于此事, 企能将一些常见词组的中文译词统一起来, 并对译文的文字加工方面做了一些工作, 以为本书的读者作出微薄贡献。

陈 鰧

2012 年 4 月

译者前言

以急性腹痛为主要症状的疾病被称之为“急腹症”，它是急诊科最常见的疾病之一。正如本书所述，由于发病原因的多样性，导致了急腹症发病机制的多样性，急腹症涉及腹部外科、消化内科、妇产科、儿科、肛肠科及泌尿科等多个学科疾病。有时还涉及过敏性疾病、铅中毒及腹壁疾病等少见原因。

因此，要求首诊医师具有较广泛的相关知识与较强的诊断和鉴别诊断能力，以免延误诊治。变化迅速是急腹症的一大临床特点，并且诊治的延误常常导致严重后果。本书采用47章的篇幅对急腹症展开了较全面、详细的介绍，对临床医师，尤其是急诊科医师有重要指导意义，这也是我们翻译本书的初衷。

本书还较客观地介绍了实验室检查和影像学检查在急腹症诊断中的重要作用，同时又提醒人们不要过于依赖和盲目相信影像学检查的结论。这对于正确认识日益增多的高科技手段在医学临床中的作用，应该是很好的提示。由于我们翻译的水平有限，对于书中疏漏之处，希望广大读者提出宝贵意见。

周振理 张楠

2012年8月

原版前言

腹部疼痛患者治疗的进展，从贝比·鲁斯到披头士，到超越。

贝比·鲁斯——著名棒球运动员，在他 30 岁的时候开始出现胃痉挛性疼痛和发热。1925 年春季训练期间，即 4 月 7 日，在阿什维尔（美国北卡罗来纳州中西部城市）举行的一场表演赛后，鲁斯在宾馆浴室内发生晕厥。这次意外导致了一家伦敦的报纸错误的将其报道为死亡。Paul Krichell，一名洋基队的雇员，负责将贝比·鲁斯带回纽约进行诊断及治疗。当火车到达纽约的时候，贝比·鲁斯已经不省人事并且伴有不自主的震颤，胳膊和大腿不断地抽动；于是他要求进行捆绑约束。其被送到纽约圣云仙医院，在那里他忍受了更严重的“惊厥发作”。鲁斯的私人医师，爱德华·金德博士为其做完检查后得出诊断“轻微感冒”和“肠道疾病发作”。金德博士同时解释了其部分原因是饮食所致，包括频繁的暴饮暴食，如今其体重已增至 256 磅。W.O. McGeehan 在流行小说中将其表述为太多的热狗和苏打水惹出的麻烦。

在经过短暂的住院治疗后，贝比·鲁斯又重返赛场，但 1 周后他旧病复发。金德博士再次为其检查并诊断为肠道脓肿。在 1925 年 4 月 17 日，贝比·鲁斯接受了手术治疗，据说手术仅仅持续了 20 分钟。肠道脓肿是提供给新闻界的术后诊断。据谣传其真相是淋病。尽管据报道鲁斯曾完全恢复，但 1925 年是他在大联盟最糟糕的一年，尤其是和他几年来的巅峰时期相比。

在 1925 年，腹痛的诊断几乎完全是依靠临床经验的。尽管腹部 X 线平片已可作为参考，但贝比·鲁斯并没有采用 X 线检查诊断。直到 4 年后 Victor Schilling 出版了《血液图片及其临床意

义》一书，普及了通过白细胞计数来帮助诊断许多疾病，也包括了腹痛。显而易见，贝比·鲁斯的疾病在初次就诊时并没有被明确诊断，最终形成了肠道脓肿。在 20 世纪医学持续发展的过程中，越来越多的实验室检查变为可能，进而帮助医师来评估腹痛患者，包括尿液检查、淀粉酶、肝功能、脂肪酶、肾功能、妊娠检查和其他血液检查，它们提升了医院实验室的重要性，使急诊室诊断急性腹痛病人变得更为容易。

超声检查出现在 20 世纪 40 年代，但并没有对腹痛病人的诊断产生决定性的影响，这种情况直到数十年后才得到改观。超声第一次被应用于腹痛病人的诊断是在 20 世纪 60 — 70 年代的妊娠女性身上，但其通常都不应用于急诊。床旁急诊应用则始于 20 余年后。钡剂被发现作为一种可能的对比材料来诊断空腔脏器疾病，并在 1968 年报道曾在阑尾炎的诊断中有所帮助。传统意义上，当病人入院后，这些检查会以一定的顺序被外科医师安排检查。

在 20 世纪 60 年代末到 70 年代初，腹痛病人诊断的最大革新之一得益于 CT 的基础研究。百代唱片公司出版了披头士的唱片并因此盈利约 2 亿美元。根据亨斯菲尔德先生所说，从披头士唱片所获得的利润允许百代唱片公司在 20 世纪 60 年代后期得以资助他的研究，从而使得 CT 扫描技术得到发展，进而在 70 年代中后期 CT 技术得以商用。最初，CT 仅被用于头部检查，但随即就被应用于胸部和腹部评估。

CT 被频繁使用于腹部急症诊断是在螺旋 CT 问世后的 20 世纪 90 年代。这种模式使急诊科医师对于腹痛的诊断方法有了革命性的变化。与此同时，超声检查对于急腹症的诊断变得更加精确，更加个体化。通过影像学的可靠性来排除或确立诊断已经改变了外科医师对于腹痛的评估习惯。患者要求外科医师解释的问题也许并未得到很好解决，但显然比数十年前有了更多的答案。另外一个已经改变了临床医师对于腹痛思维方法的进步是通过循证医学和荟萃分析来判定诊断技术的可靠性。临床医师面临着数量日益增长的文献，新信息的不断出现帮助临床医师更好地了解各种诊断方式的有效性。

所有这些改变均有助于满足这本书在腹痛病人的评估和管理上的需要。Latha G. Stead 和我尝试着将有关诊断技术的新信息和那些技术的可靠性都呈现出来。我们已经要求各个章节的作者提供重要影像，包括 CT、X 线平片和超声影像。书中我们已经把大量的细节描述用在腹痛的分析上，但我们又尽量突出重点，如代谢原因导致的腹痛。我们衷心希望本书可以让临床医师对急腹症患者在最初诊断和处置上具有更好的参考价值。

感谢 M. Fernanda Bellio 博士，Rahul Kashyap 博士和 Cameron Rowe 女士提供封面图片。

David M. Cline, MD
Latha G. Stead, MD, FACEP

目 录

第 1 章	腹痛机制 /1
第 2 章	腹痛的处理途径 /4
第 3 章	特殊人群腹痛 /15
第 4 章	实验室检查的参考价值与局限性 /24
第 5 章	影像检查在评价急性腹痛患者中的作用 /31
第 6 章	呕吐 /44
第 7 章	腹泻 /55
第 8 章	便秘 /74
第 9 章	急性阑尾炎 /88
第 10 章	消化性溃疡 /97
第 11 章	胃食管反流病和胃炎 /103
第 12 章	消化道出血 /110
第 13 章	肠梗阻和肠扭转 /116
第 14 章	成人疝与儿童疝 /123
第 15 章	炎性肠病 /129
第 16 章	肠系膜缺血性疾病 /142
第 17 章	腹主动脉瘤 /147
第 18 章	憩室炎 /158
第 19 章	酒精性肝炎 /165
第 20 章	病毒性肝炎 /170
第 21 章	肝硬化和肝衰竭 /177

- 第 22 章 胆囊炎和胆道绞痛 /187
- 第 23 章 胰腺炎 /193
- 第 24 章 外科手术的并发症 /199
- 第 25 章 泌尿系结石疾病 /212
- 第 26 章 泌尿系感染 /222
- 第 27 章 睾丸扭转 /226
- 第 28 章 急性尿路梗阻及尿潴留 /231
- 第 29 章 泌尿外科装置的并发症 /238
- 第 30 章 非妊娠患者的盆腔疼痛 /250
- 第 31 章 盆腔感染性疾病 /257
- 第 32 章 妊娠患者异位妊娠和腹痛 /263
- 第 33 章 卵巢扭转 /269
- 第 34 章 肠套叠 /275
- 第 35 章 婴儿肠旋转不良及肠扭转 /281
- 第 36 章 过敏性紫癜 /286
- 第 37 章 婴儿肠痉挛 /291
- 第 38 章 幽门狭窄 /295
- 第 39 章 慢性腹痛 /300
- 第 40 章 表现为腹壁疼痛的各种疾病 /307
- 第 41 章 表现为腹痛的心脏疾病 /313
- 第 42 章 伴有腹痛的非腹部感染性疾病 /317
- 第 43 章 伴有腹痛表现的代谢性疾病和中毒性疾病 /335
- 第 44 章 具有腹痛表现的精神神经疾病 /346
- 第 45 章 具有腹痛表现的血液系统疾病——镰状细胞病 /352
- 第 46 章 具有腹痛表现的腹部钝器伤 /359
- 第 47 章 具有腹痛表现患者的入院和出院管理 /366

第1章

腹痛机制

David M. Cline

关键问题

- 通过对病人所感受到的腹痛的机制的认识，可以帮助临床医师了解疾病的进程。
- 解剖学和病理生理学的概念能解释已知疾病的一些的不典型症状，诸如与阑尾炎有关的无菌性脓尿。

引言

通过对病人腹痛机制的认识，可以帮助临床医师了解疾病进程。然而许多病人的发病过程并不典型，易混淆医师的判断。本章中许多不典型的症状和体征也可以用解剖学和病理生理学概念来解释。

► 病理生理学和解剖学

内脏疼痛神经纤维

腹部内脏疼痛神经纤维起源于腹部脏器，进入不同平面的脊髓束。炎症和局部贫血可以产生疼痛，但疼痛一般是由于空腔脏器扩张（如小肠梗阻）和实质性脏器牵拉（如脾挫伤或破裂）所引起。内脏疼痛神经纤维与传导躯体疼痛的神经纤维相反，其是无髓鞘和双向的。这些事实帮助我们解释了为什么许多腹部疾病受累器官引起的疼痛开始不固定，病人对腹痛的描述模糊不清或说是痉挛性疼痛，疼痛程度可轻可重。如果受累脏器是空腔脏器，持续性肠蠕动会使疼痛呈间歇性与绞痛表现。

腹部相同组群器官腹痛位置相似，这与它们的胚胎期器官发育有关。胃、十二指肠、肝、胆囊和胰腺都是前肠结构，这些器官疼痛表现为上腹痛。小肠、盲肠、近端结肠和阑尾是中肠结构，这些器官的

疼痛表现为脐周痛。远端结肠和泌尿生殖系统是后肠结构，这些器官的疼痛表现为下腹痛。此处所述为一般规律，而临床上往往存在个体差异。

躯体痛觉纤维

体壁或腔壁疼痛产生于对壁腹膜的伤害性刺激，这种疼痛是通过有髓鞘的纤维传导到特定的身体同侧的脊神经后根皮区，产生的疼痛较固定。包括牵拉、局部缺血、炎症在内的一系列刺激都可导致腹痛。病人对这种腹痛的典型描述是腹壁尖锐性刺痛，活动可使疼痛加剧。反跳痛和自主的肌痉挛是这种体神经痛的临床表现，它是由于腹内疾病对壁腹膜的刺激不断加剧所引起的，炎症之后最典型。

► 临床应用

牵涉痛

牵涉痛是指疼痛在远离病源器官处被感知。这种现象的发生是由于来自不同部位不同来源的传入神经元，享有共同的疼痛通路。有许多这样的实例。胸9（T₉）皮区含有来自于肺和腹部的传入疼痛纤维，因此当病人患有下叶肺炎而疼痛时可能主诉为腹痛。下壁心肌梗死疼痛可能被感受为来自于胃部。腹腔出血引起的膈肌刺激，可能被感受为肩痛，如外伤性脾出血的病人可能主诉左肩痛。还有输尿管梗阻引起睾丸痛和胆绞痛，有可能主诉为肩胛下痛。

阑尾炎进程和体征

阑尾炎的典型病史依次为，内脏性腹痛、躯体性腹痛和牵涉痛的病理生理过程。作为一个中肠结构，阑尾炎最初的疼痛是位于脐周部位的典型隐痛。随着病程的进展，壁腹膜被炎症感染，疼痛转移至右下腹。加重的炎症引起反跳痛，即检查者从腹部快速松开压力时，因感染的阑尾上方的壁腹膜的移动引起腹痛。Rovsing 征是另一个应用：按压左下腹，使包括位于感染的阑尾上方的右下腹在内的壁腹膜移动，其引起的腹痛比没有炎症的左下腹还要明显。最终炎症刺激腹壁肌肉使其保持持续性收缩（不随意的肌卫），以减少壁腹膜的运动并减轻病人的疼痛程度。病人的不同表现很大程度上反映了从早期的内脏隐痛到后期伴不随意的肌卫的疼痛这一连续过程中的不同阶段。此外，病人对这些病生理过程的个人反应是不同的，因此在进程中的不同阶段

可以显示不同的体征。这样就可以解释,有时在一例没有反跳痛或不随意的肌卫的病人在手术时发现已经穿孔了。

阑尾的长度可以从几厘米到30cm。当感染的阑尾位于输尿管上方时,可导致脓尿(无菌的),这也许会使得临床医师混淆。盲肠后位阑尾可能位于腰大肌上方,导致腰大肌试验阳性或直肠指检触痛。详细内容参见第9章中对这些病理生理过程的临床技术应用的进一步讨论。

源自腹腔外的疼痛

来自胸部的疼痛可被病人感受为疼痛源自腹腔内。这是由于来自下胸神经根的表皮神经分布像深部内脏纤维一样,通过相同的灰质后角进入脊髓。仔细的腹壁检查将有助于辨别这些进程(参见第40章)。

感染因子可通过侵袭肠壁黏膜引起痉挛性腹痛。然而,由于单纯的感染对黏膜伤害有限,腹痛并不严重,并且像黏膜疾病不会刺激壁腹膜一样,其他不会出现腹膜征象。与此相反,侵入性的感染可导致梗死或穿孔,并出现腹膜刺激征。因此,任何腹痛都不能被认为是简单的胃肠炎。

多种毒性因子可引起明显的腹痛。被黑寡妇蜘蛛叮咬后,可引起严重的肌肉痉挛和疼痛就是一个例子。仅涉及腹壁肌肉群是很少见的。代谢性酸中毒可以表现为腹痛,就像糖尿病酮症酸中毒时一样。尽管被归结于胃扩张和麻痹性肠梗阻,但这些现象的机制还不清楚。这些症状应通过对潜在病因的治疗来获得改善,如糖尿病酮症酸中毒时用液体和胰岛素治疗。然而,也应该想到由于急性腹腔内疾病而引起糖尿病酮症酸中毒的可能。

► 急诊治疗和处置

本书中关于对腹痛病人处理的描述有40多章。

易出现的问题

按照严格的解剖概念和病理生理过程,机械地把病人的临床表现归类到一种典型的疾病中有可能导致误诊。

第2章

腹痛的处理途径

Mary claire O' Brien David M. Cline

“知道哪种病人得了病比知道病人得了哪种病更为重要。”

——Sir William Osler

在美国每年因“胃和腹痛，抽筋和痉挛”去急诊室就医的病人比因其他主诉就医的病人要多得多。2003年6.7%的急诊病人——763万人是腹痛。人口统计数据（年龄，性别，种族，家族史，性爱倾向，文化习俗，地理）影响腹部疾病的发病率和临床表现。病人的病史、生命体征和体检发现可能不能确定为某一特殊诊断。常规实验室检测往往无济于事。在有计算机X线断层扫描（CT）之前，一项有8500例病例的研究显示有40%的急腹症病人在急诊室被诊断为“不明确诊断”或“非特异性疾病”而放走。最近的一项小型研究显示：非特异性腹痛病人只有9%，需要CT扫描确诊。虽然我们不能总是明确病人腹痛原因，但我们会设法排除致命性疾病，缩小后续检查诊断的范围。尽管我们尽了最大努力，急腹症的误诊依然是医疗事故的常见原因。总之，临床拟诊是最重要的，换句话说，就是知道“什么样的病人有这种疾病。”

对腹痛的诊断有多种分析思路（表2-1）。本章的目的就是根据病人的病情、现状或特殊人群，给出一个切合实际的计划。我们建议用以下问题式的临床答案来决定诊断措施的紧急程度和诊断方法：

1. 病情特别危重吗？
2. 病人是否具有已知疾病的典型症状？
3. 是否存在特殊情况（危险因素）妨碍重症的确诊或妨碍对病程的了解？

患有危重疾病合并腹痛的病人需要同时复苏和快速评估。病情稳定的病人通过病史和体格检查进行标准评估。如果在评估中出现特殊修改因素，诸如免疫功能低下，就需要其他测试检查或诊断评价。

表 2-1 传统的急腹症诊断途径

神经解剖学	内脏性腹痛, 体壁性腹痛, 牵涉性腹痛
四象限	右上腹痛, 右下腹痛, 左上腹痛, 左下腹痛; 弥漫性腹痛
时间及疼痛性质	突然腹痛, 渐进性腹痛; 经常痛, 绞痛
危害生命	急性心肌梗死, 内脏穿孔, 急性肠系膜缺血, 异位妊娠破裂, 腹主动脉瘤破裂, 肠梗阻, 食管破裂, 出血性胰腺炎
病因	感染, 炎症, 创伤, 梗阻, 中毒
身体系统	胃肠, 肝胆, 泌尿系统, 子宫, 血管, 生殖系统, 内分泌系统, 血液系统
其他	是否病危? 是否有既往病史? 是否有特殊危险因素?

病情特别危重吗

危重病人诊断前需要稳定病情。红色标记表示病人危重, 包括病人年龄特大或特小, 剧烈疼痛发作迅速, 生命体征异常, 脱水, 内脏病变(如苍白、汗出、呕吐)。病人的一般表现对判断病情轻重有重要意义: 危重病人表情痛苦。他们睁大眼睛, 焦虑不安或反应迟钝; 可出现面色苍白或通红, 或黄疸; 皮肤干热或湿冷。有经验的临床医师能够明确哪些病情较严重, 并立刻对病人生命体征指标(体温、脉搏、血压、呼吸、血氧)进行评估。虽然危重病人的生命体征指标经常异常, 但生命体征正常不排除病人病情危重, 特别是在高危人群, 如新生儿、老年人和免疫力低下者。体温对病程、病情既不敏感也无特异性, 发热的存在与否不能用来区分内科与外科疾病。血压和脉搏可提示病人基本情况的严重程度、失血或体液的丢失情况。急性腹痛发病初期出现明显的休克, 常是腹腔内出血的后果。对血压过低或心率过快的患者不要使其处于“直立位”。呼吸急迫可能提示心肺疾患、代谢性酸中毒、焦虑或疼痛。

► 危重病人的复苏和评估

急腹症危重病病人的复苏包括: 心脏监测, 吸氧(2~4L/min 通过鼻导管或面罩), 建立粗管腔的静脉通道, 根据年龄、体重、心血管状

态调整的等渗液推注。在静脉输液时应进行“彩虹”式的采血检测，至少包括：电解质、血尿素氮和肌酐、包括血小板的全血细胞计数、凝血因子检测、血型 and 镜检。如果初步诊断印象显示有出血病因或如果相信病人需要紧急手术，必须进行交叉配血。除了获得疼痛本身的清楚描述（“PPQRSTT”：诱因/缓和因素，性质，放射，伴随症状，持续时间，已采取的止痛措施），简短病史还应包括既往内科病史（糖尿病、心脏病、高血压、肝病、肾病、妊娠、性传播疾病）、既往腹部手术史、药物（类固醇、免疫抑制药、阿司匹林/非甾体抗炎药、抗生素、泻药、麻醉剂、致孕药、宫内避孕器、化疗药物）、过敏史及末次月经。还应询问以前的类似腹痛情况，包括以前就诊的医师、急诊室、诊断和治疗。如果可能，以前的检测结果、医师印象都应了解，但不能延误复苏抢救。

观察病人的一般表现，神志清醒度和姿势。花一点时间取得病人的信任，然后开始一个全面的身体检查。向病人解释你想要做什么，暴露你想检查的病人身体部位，然后依次盖好，尽可能保护病人的隐私。注意病人的皮肤（颜色、温度、肿胀、灌注状态），进行简单的心肺检查。迅速决定病人是否为急腹症，是否有腹膜刺激征：反跳痛，肌卫和板状腹。在儿科急腹症检查中反跳痛比触诊压痛、腹胀、肠鸣音、肌卫更有特异性。但是，最近一项研究发现，患成人勃起功能障碍合并急腹症者中，仅有中等比例在体检中有此情况，包括外科急腹症的存在。没有任何单项检查能准确预测阑尾炎的存在。对于急腹症患者应采取比较积极的态度进行紧急外科会诊。视诊：腹胀情况（腹水、肠麻痹、肠梗阻、肠扭转），明显的肿块（腹壁疝、肿瘤、动脉瘤），手术瘢痕（粘连），淤血（创伤、出血因素），肝病（蜘蛛痣，脐周静脉曲张）。然后是听诊：肠鸣音消失提示腹膜炎、肠梗阻、肠系膜梗死或使用麻醉剂；有腹泻病史的肠蠕动亢进提示肠胃炎；高调肠鸣音提示小肠梗阻、腹部叩诊：除非发生严重的肠胀气，可通过叩诊肝浊音界在锁骨中线位置估计肝大小，腹部有液波震颤提示腹水；鼓音提示肠扩张。腹部触诊：尽量将疼痛部位留待最后触压，检查疝（腹股沟疝、股疝、闭孔疝、脐疝、腹部内脏疝）。评定股动脉搏动。检查主动脉搏动情况。触诊不能可靠地排除腹主动脉瘤（AAA），但是急诊超声检查能够确诊腹主

动脉瘤的存在。在有循环衰竭时,患腹主动脉瘤病人需要立即手术探查。要区分肌卫是“自主”还是“不自主”的肌卫。注意反跳痛,但应记住手术证明超过 1/3 的阑尾炎病人没有反跳痛。进行彻底的泌尿生殖系检查,包括女性骨盆和男性睾丸检查。妊娠合并急腹症的病人有腹膜刺激征、宫颈抬举痛、单侧或双侧腹部/盆腔压痛,尽管症状不典型,也应考虑有异位妊娠的可能。除极少数情况,对所有患者都要求做直肠指检。男性前列腺炎可有较轻的腹痛,阑尾炎病人无论男女均可有直肠侧壁触痛。如果有粪便应检查隐血。不进行直肠检查就可能漏诊阑尼炎,从而导致医疗纠纷。

在病人初期情况稳定后,可以取得较全面的病史,包括充分回顾症状、社会历史、家族史(肾石、胆囊问题、腹主动脉瘤、炎性肠病)。必要时还应回顾以往的记录。病人家属可对患者饮酒的问题给予更准确的答复。从护理人员、家庭成员或初期照顾者及保姆中可以取得更多信息。在诊断过程中,应提供减轻症状的措施。审慎地使用麻醉性止痛药(如小剂量吗啡静脉注射)能镇痛但却不会掩盖腹部症状,避免延误诊断或导致并发症发生率/病死率的增加。要考虑给予静脉注射止吐药。鼻胃管吸引可使难以应对的呕吐患者、可疑肠梗阻或重症胰腺炎患者缓解。鼻胃管抽吸可确诊上消化道出血。插导尿管能缓解膀胱阻塞,监测每小时尿量有助于计算肾灌注量。

患者存在一系列的症状是否符合一个已知的疾病诊断

腹部危重症表现为以下一个或多个症状:疼痛,呕吐,腹胀,肌紧张或休克。这组症状有助于区分已知的疾病,见表 2-2。需注意的是,该表只是一个指导并不是一个定则。另一种常用的方法是根据疼痛的位置和范围(弥漫性,左上腹,右上腹,左下腹,右下腹)来鉴别诊断(表 2-3)。这两种方法都应该在第一时间来判断威胁生命的疾病的可能性,再形成鉴别诊断,指导进一步的检查。