

WAIKE
JIZHENG ZHENLIAO
JINGYAO

梁品 主编

外科 急症诊疗精要

急症诊疗精要系列丛书



化学工业出版社

急症诊疗精要系列丛书

外科 急症诊疗精要

梁品 主编

WAIKE
JIZHENG ZHENLIAO
JINGYAO



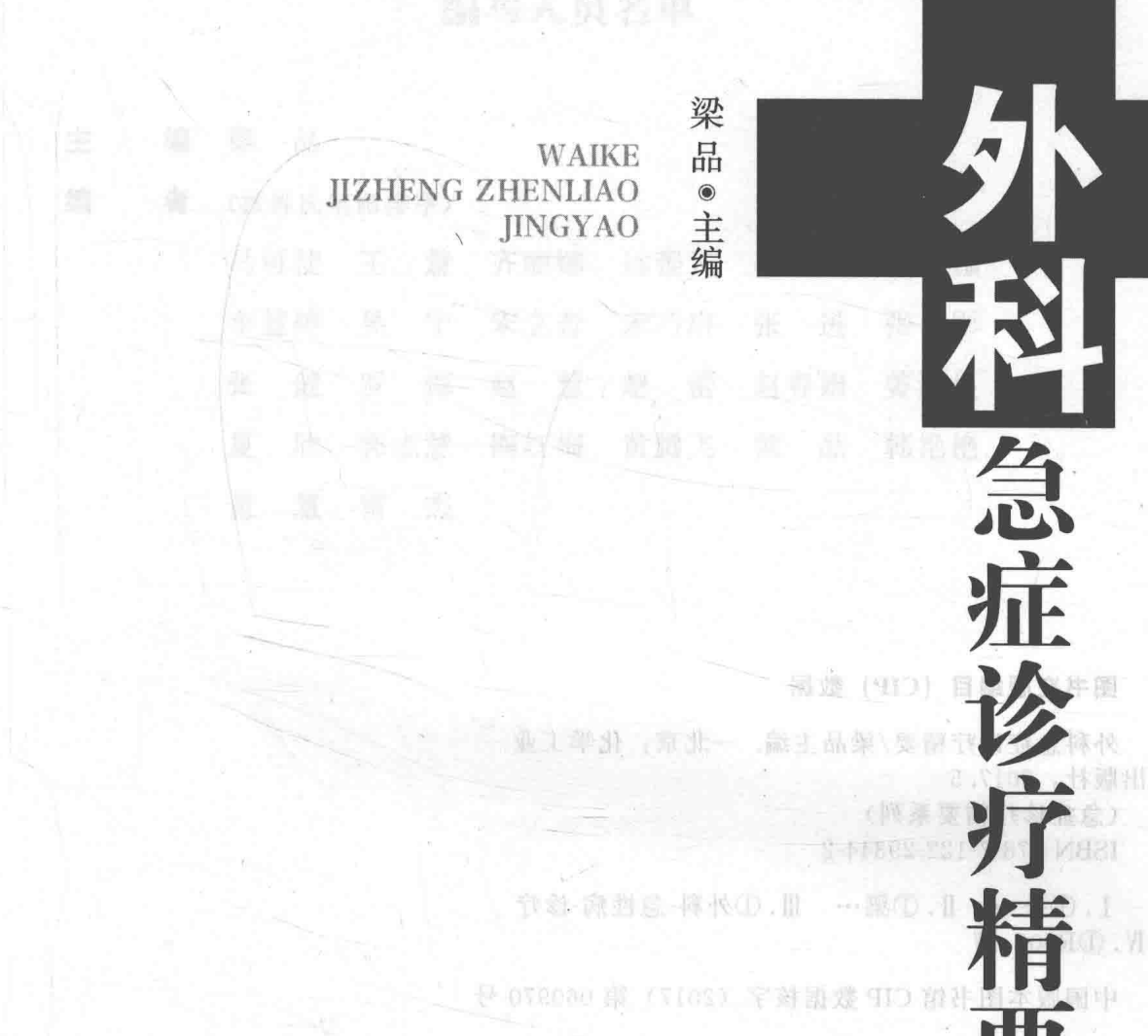
化学工业出版社

· 北京 ·

定价：39.80元

ISBN 7-122-18888-8

本书是《急症诊疗精要系列丛书》第... 主编 梁品



中国图书分类号 (CIP) 数据
I. ①外...
II. 梁...
III. ①外...
IV. ①②...
ISBN 7-122-18888-8
2015年8月北京第1次印刷

本书从外科急诊医生临床工作的实际应用出发,重点阐述了外科常见急症的诊断和治疗要点,具有较高的实用价值。将急症诊疗知识以简便易懂的图表形式表示,条理清晰,将复杂的治疗过程条理化、简单化,便于查阅、理解和掌握,适合医生在急诊急救工作中及时快速获取所需知识,实用性极强。

本书以临床实用性知识为主,内容丰富、简明、实用,格式新颖,便于外科及急诊科医生查阅和参考。

急诊 精要

梁品
主编

BEIJING UNIVERSITY OF AERONAUTICS AND ASTRONAUTICS
LIBRARY

图书在版编目(CIP)数据

外科急症诊疗精要/梁品主编. —北京:化学工业出版社, 2017. 5
(急症诊疗精要系列)
ISBN 978-7-122-29344-2

I. ①外… II. ①梁… III. ①外科-急性病-诊疗
IV. ①R605.97

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第060970号

责任编辑:张蕾
责任校对:边涛

装帧设计:韩飞

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印刷:北京云浩印刷有限责任公司

装订:三河市瞰发装订厂

787mm×1092mm 1/16 印张16 字数403千字 2017年6月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686) 售后服务:010-64518899

网址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价: 49.80 元

版权所有 违者必究

编写人员名单

主 编 梁 品

编 者 (按姓氏笔画排序)

马可佳 王 慧 齐丽娜 远程飞 李 丹 李 娜

李慧婷 吴 宁 宋立音 宋巧琳 张 进 张 彤

张 健 罗 娜 赵 慧 赵 蕾 赵春娟 姜鸿昊

夏 欣 郭志慧 陶红梅 黄腾飞 梁 品 韩艳艳

董 慧 雷 杰

编者

2022年1月

目 前 言

急诊医学是研究急性病、慢性病急性发作、急性伤害和急性中毒诊治的专门学科，1995年7月国家卫生部联合人事部正式批准急诊医学为一门独立的临床学科，并被确认为二级学科，与内科、外科、妇科、儿科等科并驾齐驱。随着急诊医学的快速发展，急诊医学的新理论、新技术不断出现，这就要求急诊科医生不断地补充和更新专业知识，以适应急诊医学的发展需要。为此我们编写了这本《外科急症诊疗精要》，以求对临床外科急诊、急救工作提供更多的参考。

本书从急诊外科医生临床工作的实际应用出发，重点阐述了急诊外科常见急症的诊断和治疗要点，具有较强的实用价值。本书将急症诊疗知识以简便易懂的图表形式表示，条理清晰，将复杂的治疗过程条理化、简单化，便于查阅、理解和掌握，适合医生在急诊急救工作中及时快速获取所需知识，实用性极强。本书共分为八章，内容包括外科常见症状、普外科常见急症的诊疗、骨科常见急症的诊疗、泌尿外科常见急症的诊疗、胸心外科常见急症的诊疗、神经外科常见急症的诊疗、外科常用急诊操作技术、外科患者的体液和酸碱平衡。

本书以临床实用性知识为主，内容丰富，简明、实用，格式新颖，便于外科及急诊科医生查阅和参考。

由于编者水平及掌握的资料有限，尽管尽心尽力，但疏漏及不当之处在所难免，敬请广大读者批评指正，以便及时修订与完善。

编者

2017年1月

目 录

第一章 外科常见症状	1
第一节 发热	1
第二节 休克	4
第三节 急性腹痛	7
第四节 腹腔内出血	10
第五节 消化道出血	12
第二章 普外科常见急症的诊疗	16
第一节 胃十二指肠溃疡急性穿孔	16
第二节 急性胃扩张	17
第三节 急性胃扭转	19
第四节 急性肠梗阻	20
第五节 急性腹膜炎	21
第六节 腹腔脓肿	22
第七节 急性腹腔室隔综合征	25
第八节 急性胆囊炎	26
第九节 急性胆道感染	28
第十节 胆道出血	31
第十一节 胆道损伤	34
第十二节 胆道蛔虫	35
第十三节 胆石病	37
第十四节 急性胰腺炎	42
第十五节 急性非特异性肠系膜淋巴结炎	47
第十六节 急性阑尾炎	48
第十七节 肠系膜上动脉栓塞	50
第十八节 腹腔内脏损伤	51
第十九节 小儿腹部外科急症	68
第三章 骨科常见急症的诊疗	83
第一节 上肢骨折	83

第二节	下肢骨折	88
第三节	膝、踝关节损伤	94
第四节	关节脱位	96
第五节	脊柱骨折	102
第六节	急性腰扭伤	104
第七节	骨盆骨折	105

第四章 泌尿外科常见急症的诊疗 107

第一节	肾绞痛	107
第二节	急性尿潴留	109
第三节	尿道异物	110
第四节	睾丸扭转	111
第五节	急性附睾炎	112
第六节	急性细菌性前列腺炎	113
第七节	急性肾衰竭	114
第八节	肾损伤	116
第九节	输尿管损伤	118
第十节	膀胱损伤	119
第十一节	尿道损伤	121
第十二节	阴茎损伤	122
第十三节	睾丸、附睾损伤	123
第十四节	肾输尿管结石	124
第十五节	肾周围脓肿	125
第十六节	阴茎包皮嵌顿	126
第十七节	阴茎异常勃起	127

第五章 胸心外科常见急症的诊疗 128

第一节	肋骨骨折	128
第二节	胸骨骨折	130
第三节	创伤性血胸	131
第四节	创伤性气胸	132
第五节	气管、支气管损伤	134
第六节	肺挫伤	135
第七节	创伤性窒息	136
第八节	急性纵隔炎	137
第九节	穿透性心脏、大血管损伤	138
第十节	食管异物	140
第十一节	创伤性膈疝	141
第十二节	外伤性乳糜胸	143

第六章 神经外科常见急症的诊疗 145

第一节	颅内压增高	145
第二节	脑疝	148
第三节	弥漫性轴索损伤	150
第四节	头皮和颅骨损伤	152
第五节	原发性颅脑损伤	155
第六节	继发性颅脑损伤	159
第七节	高血压性脑出血	170
第八节	脑室内出血	171
第九节	脑缺血	174
第十节	急性脊髓损伤	181
第十一节	椎管内脓肿	189
第十二节	急性颅脑放射性复合伤	191
第十三节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	194
第十四节	脑脓肿	196
第十五节	急性硬脊膜外脓肿	200
第十六节	癫痫	201

第七章 外科常用急诊操作技术 204

第一节	颈内静脉穿刺术	204
第二节	股静脉穿刺术	205
第三节	锁骨下静脉穿刺术	207
第四节	静脉切开术	208
第五节	股动脉穿刺术	209
第六节	导尿术	210
第七节	动脉输血术	210
第八节	胸腔穿刺术	211
第九节	胸腔闭式引流术	213
第十节	心包穿刺术	214
第十一节	腹腔穿刺术	215
第十二节	腰椎穿刺术	217
第十三节	三腔二囊管压迫止血术	218
第十四节	气管内插管术	219
第十五节	气管切开术	222
第十六节	经皮扩张气管切开术	223
第十七节	大隐静脉切开术	225
第十八节	胸外心脏按压术	226
第十九节	人工呼吸术	227
第二十节	环甲膜穿刺术	229

第一章 外科常见症状

第一节 发 热

发热是临床常见的疾病症状之一，也是很多普通外科急症所共有的病理过程。发热是指机体在某些因素作用下，发生体温调节中枢功能紊乱，产热增多，散热减少，导致体温高于正常范围。换言之，发热是因为调节点温度升高或温度调节控制紊乱导致的体温升高。一般发热的标准是口表温度大于 37.3°C ，或肛表温度大于 37.6°C ，或一天体温波动范围超过 1.2°C ，即可称为发热。发热作为许多不同疾病的共同临床表现，对于机体在一定程度上而言是一种保护性，或者称为防御性反应，发热过程中所表现出的强烈的炎症反应，能够抑制微生物生长，创造一个不利于微生物的病理生理环境。

一、发热的诊断

发热的诊断见表 1-1。

表 1-1 发热的诊断

项目	内容
病史	既往有无类似发作，有无其他感染疾病病史，有无手术史。有无相关家族史
体征	(1) 全身情况，生命体征：血压、脉搏、呼吸 (2) 体温是反映发热的重要指标，每日最少测 4 次，一般采用腋表，较口表约低 0.4°C 。 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热，超过 39°C 为高热。根据 3~7 天的体温变化，可判断发热的类型
实验室检查	(1) 白细胞计数及分类：白细胞总数增多对感染的诊断有重要意义。嗜酸性粒细胞比例增多常见于过敏性疾病，嗜碱性粒细胞比例增多常见于内科的白血病。另外，淋巴细胞和单核细胞计数异常应考虑内科情况 (2) 血培养：做常规的细菌血培养和药敏检查，对严重的感染及长期应用抗生素治疗的感染患者，还应注意真菌培养检查
辅助检查	(3) 肝肾功能，尿常规检查：有助于作为诊断原发病的参考
影像学检查	(1) 胸部 X 线片：可明确或排除胸膜和肺部感染 (2) B 超：首选检查。可发现实质脏器的占位性和其他病变，病变的范围、外形和质地，肝内外胆管有无扩张，还可发现腹腔和肠间隙有无积液 (3) CT 和 MRI：CT 和 MRI 对进一步明确是否存在病变有帮助。其中 MRI 对于软组织和骨骼系统的病变具有较好的分辨率

二、发热的治疗

(一) 密切监测

密切监测	细致测量发热患者的体温变化，判断发热的类型
	密切询问患者的主诉，除发热症状之外，有无伴随症状，注意有无消化道、呼吸道和泌尿道的症状
	密切监测血压、脉搏、呼吸和尿量等生命体征的变化，尤其是老年人、婴幼儿和妊娠期妇女

(二) 病因治疗

对于发热的根本治疗方法是消除感染灶或致热原。

注意要点	用药原则：广谱、联合和足量，注意抗生素组织及血清中的有效药物浓度。并根据采样标本病原菌检查结果及时调整用药
	当出现抗药菌株应选用敏感的抗生素，如金黄色葡萄球菌 (MRSA) 首选 (去甲) 万古霉素；超广谱β-内酰胺酶 (ESBLs) 抗药菌首选亚胺培南和头孢菌素类
	当血、咽喉、痰、尿液、胆汁、创面等标本出现真菌感染时，应警惕深部真菌感染的可能。如果两个系统以上出现同一菌株的真菌感染，可诊断深部真菌感染。治疗药物主要是氟康唑与两性霉素B，疗程一般需达3个月。当抗感染奏效时，随着感染病灶的消退，发热也得以治愈

(三) 物理降温

1. 冷敷

冷敷	以额头部冷敷最为常用，用冷毛巾或装有冰块的冰袋置于患者的额头上、颈侧部、腋下、腹股沟等处
	有条件者可使用冰帽或冰枕，起到有效的降温作用
	每30min更换1次

2. 温水擦浴

温水擦浴	用32~36℃的温水将毛巾浸湿后擦拭全身皮肤，使得皮肤血管扩张，血流增加，体内的热量可通过传导方式散发而达到散热目的
	擦拭全身一遍后可稍等一会儿，待皮肤上水分蒸发完接着擦第二遍，直到体温有明显下降
	擦拭结束后一定将皮肤上水分擦干，然后盖一条薄被子，防止受凉

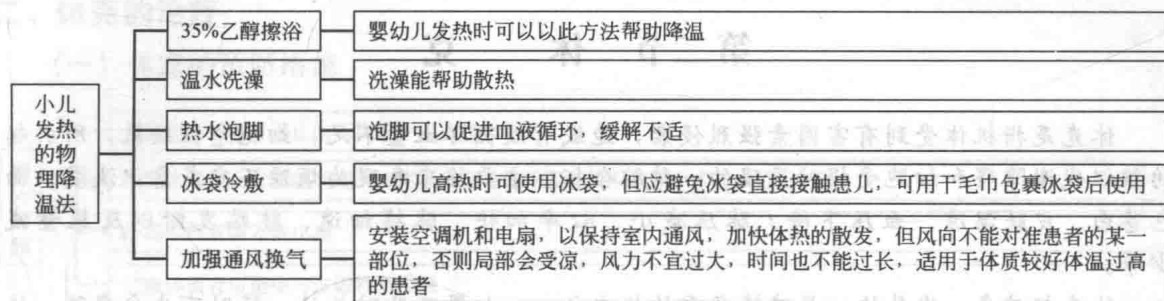
3. 乙醇擦浴

乙醇擦浴	可用25%~50%乙醇擦浴。无乙醇时可用白酒加1/2冷开水混合做擦浴之用
	擦浴时用乙醇擦拭患者颈部、腋下、腹股沟、前胸、四肢等处，使皮肤血管扩张而加速散热
	乙醇配法如下：95%乙醇100ml，加水200ml，即可应用
	乙醇擦浴时应随时给患者盖好被子。擦浴后30min左右要用肛表测量，如果体温不降应给予进一步治疗

4. 冷水灌肠

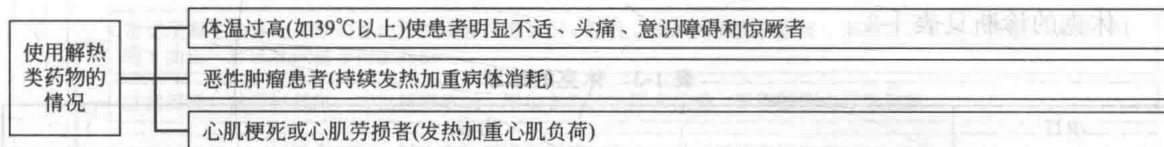
体温高达40℃的患者，可用40℃生理盐水100~150ml灌肠。

5. 小儿发热的物理降温法



(四) 药物退热

1. 使用解热类药物的情况



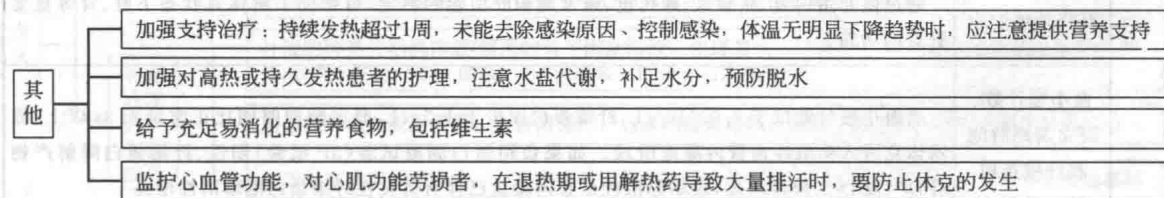
2. 常见的退热药物

常见的退热药物种类、使用剂量、用法、药物不良反应和注意事项如表 1-2 所示。

表 1-2 常见退热药物

药名	剂量和用法	不良反应	注意事项
吲哚美辛(消炎痛)	片剂: 25mg, 25mg/次, 2~3 次/天; 栓剂: 100mg, 50~100mg/次, 1~2 次/天	胃溃疡、癫痫、支气管哮喘、肾功能不全、孕妇和小儿忌用	与阿司匹林有交叉过敏性
对乙酰氨基酚薄膜衣片(百服宁)	片剂: 0.5g, 1~2 片/次, 3~4 次/天	肝肾功能不全者慎用	成年人连续使用<10 天, 儿童连续使用<5 天
复方氨基比林注射剂	针剂: 2ml, 2ml/次, 皮下注射或肌肉注射	严重粒细胞减少症和再生障碍性贫血	每日不超过 10ml
肠溶阿司匹林片	片剂: 0.05g, 0.3~0.6g/次, 3 次/天	增加出血倾向, 肝、肾损害和变态反应	妊娠慎用, 溃疡病和血小板减少禁用
复方阿司匹林片	片剂: 1~2 片/次, 3 次/天	增加出血倾向, 肝、肾损害和变态反应	妊娠慎用, 溃疡病和血小板减少时禁用
地塞米松磷酸钠注射液	针剂: 5mg, 5~10mg/次, 静脉滴注或肌肉注射	孕妇慎用	妊娠和溃疡病慎用
泼尼松	片剂: 5mg, 开始剂量 15~40mg/d, 维持量 5~10mg/d	肝功能不全者慎用, 孕妇慎用	妊娠和溃疡病慎用

(五) 其他



第二节 休 克

休克是指机体受到有害因素强烈侵袭,造成有效循环血量不足,细胞急性缺氧,所引起的组织代谢障碍和细胞受损时呈现的一种综合征。主要临床表现为烦躁不安或意识淡漠、面色苍白、皮肤湿凉、血压下降、脉压减小、心率加快、脉搏细速、肢端发绀以及尿量减少等。

休克起病急,发展快,是病情危重的标志之一,如果不及时救治,随时有生命危险。休克的发病率高,涉及普通外科急症中很多疾病和损伤的过程。

一、休克的诊断

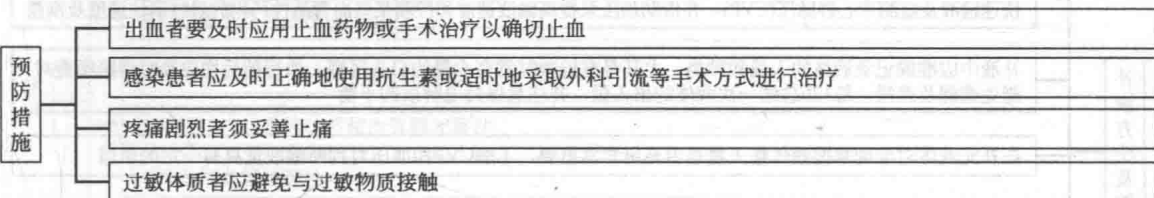
休克的诊断见表 1-3。

表 1-3 休克的诊断

项目		内容
临床 表现	神志改变	休克早期,脑组织血流灌注仍可得到保障,缺氧尚不严重,患者表现为精神兴奋、烦躁不安。当休克进入中期和晚期,脑组织缺氧慢慢加重,患者由兴奋转为抑制,表情淡漠,感觉迟钝,并可出现昏迷
	皮肤与肢端 温度改变	早期面色和口唇苍白,皮肤湿冷,四肢较凉。随着病情的进展,休克晚期患者可出现口唇和肢端发绀,颈静脉萎陷,甲床充盈时间延长
	血压与 脉压改变	休克早期血压变化不显著,收缩压仍能维持在正常范围内,但由于周围血管收缩,舒张压升高更为明显,因此,脉压减小,这是休克早期特征性的血压变化。当休克进入失代偿期时,血压明显下降
	脉搏改变	早期心肌缺血不显著,心脏代偿性增快以维持组织灌注,脉搏表现为快而有力。但如果休克未及时纠正,有效循环量严重不足,心肌缺血缺氧,收缩乏力,脉搏一般表现为细而弱
	呼吸改变	休克患者早期即可出现过度换气,表现为呼吸浅而快,也可出现呼吸性碱中毒。晚期呼吸中枢受抑制,可产生进行性呼吸困难,表现为呼吸深而慢,或不规则呼吸
	尿量改变	早期可出现肾前性少尿,尿量可降到每小时 20ml 以下。晚期时少尿加重,甚至出现无尿
辅助 检查	血液检查	红细胞、血红蛋白和血细胞比容测定可以明确血液稀释和浓缩的程度
	动脉血气分析	休克时,PaCO ₂ 通常较低或在正常范围内。如 PaCO ₂ 超过 45~50mmHg 而通气良好时,则是严重肺功能不全的征兆。通过血气分析,还可以帮助了解休克时酸碱代谢变化的过程和严重程度
	动脉血乳酸 含量测定	血乳酸盐反映了细胞内缺氧的程度,对判断休克预后具有重要的参考价值。休克时间越长,动脉血乳酸盐浓度越高
	血浆电解质 测定	对血浆钾、钠、氯化物等电解质的测定可帮助对机体内环境和酸碱平衡稳定的判断
	肝肾功能测定	通过血非蛋白氮、尿素氮、尿比重、尿常规和肝功能的测定,可帮助了解休克状态下肝、肾等重要脏器的功能
	血小板计数、 凝血酶原时间 和纤维蛋白 原含量测定	当血小板计数低于 $8.0 \times 10^9/L$,纤维蛋白原少于 1.5g/L,凝血酶原时间比正常延长 3s 以上,提示休克进入弥散性血管内凝血阶段。如果鱼精蛋白副凝试验(3P 试验)阳性、纤维蛋白降解产物(FDP)及 D-二聚体增高,表示弥散性血管内凝血已伴有继发性纤维蛋白溶解活性增高

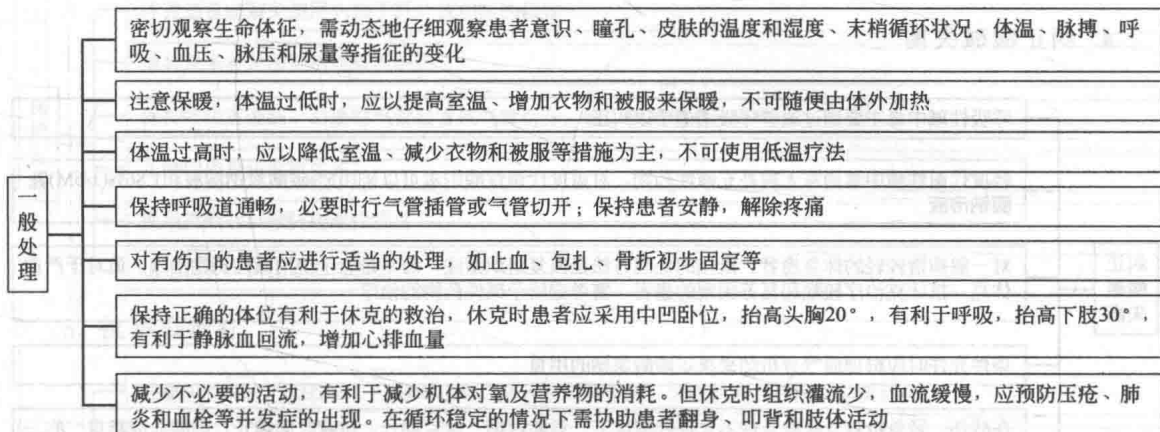
二、休克的治疗

(一) 休克的预防措施

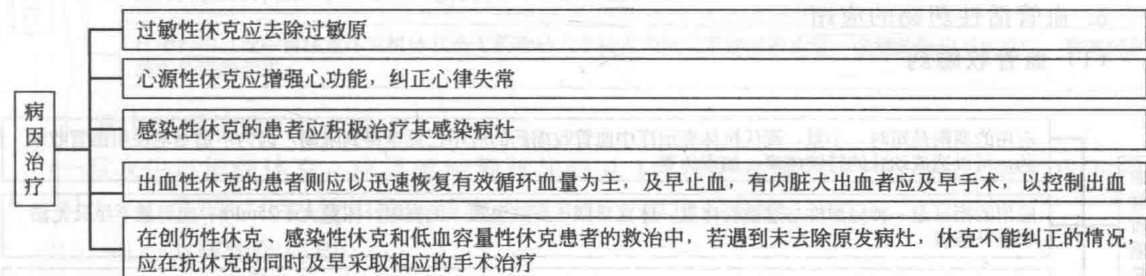


(二) 休克的治疗原则

1. 一般处理

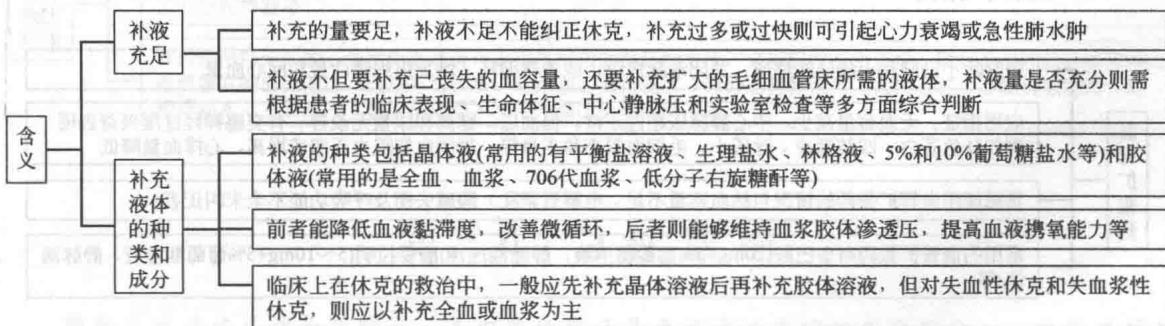


2. 病因治疗



3. 补充有效血容量

(1) 含义



(2) 补液方法及数量

补液方法及数量

- 休克时应及早建立两条或两条以上的静脉通道，如大隐静脉、头静脉切开或经颈内静脉、锁骨下静脉穿刺置管，快速输液及监测中心静脉压(CVP)。并借助加压泵提高输液速度和控制某些血管活性药物的静脉滴注速度及剂量
- 补液中应准确记录液体的入量和种类，尤其是在抢救时常有大量的口头医嘱，执行前后均应及时请医师查对，避免遗漏及差错，每12h总结一次液体的出入量，并注意保持电解质的平衡
- 在补充液体时准确掌握液体输入量是否充足非常重要，了解CVP和血压对判断输液量具有一定的价值
- 补液的量应遵循“需多少补多少”的原则，并进行“边输入、边分析、边估计和边调整密切观察”
- 补液种类的选择则根据“先水后血”的原则，首先以较快的速度输入含钠的晶体液，再给予胶体液和全血

4. 纠正酸碱失衡

纠正酸碱失衡

- 呼吸性碱中毒主要通过改善呼吸通道予以纠正
- 轻度代谢性酸中毒通常无需补充碱性药物，对重度代谢性酸中毒可以采用5%碳酸氢钠溶液和1.86%(1/6M)乳酸钠溶液
- 对一般病情较轻的休克患者，最佳的处理方法是恢复组织灌注，而不是急于使用碱性药物治疗。但对于严重休克、抗休克治疗较晚和复苏困难的患者，需考虑给予碱性药物的治疗
- 条件允许时应根据血气分析结果决定碳酸氢钠的用量
- 在战伤、紧急抢救及医院条件不允许等情况下，只能根据“休克期长，持续时间越长，则酸血症越重”的一般规律来掌握碱性药物的用量，要格外防止过量导致碱血症的发生

5. 血管活性药物的应用

(1) 血管收缩药

血管收缩药

- 应用的原则是短时、小量，现代抗休克治疗中血管收缩药的应用已逐渐得到限制，因为不适当地使用血管收缩药，可以造成动脉的持续痉挛，加重休克
- 应用的指征是：神经源性与过敏性休克；休克早期，皮肤温暖，无发绀，尿量大于25ml/h；血容量不足又无法快速补液者
- 目前常用的血管收缩药包括 α 受体兴奋为主的去甲肾上腺素3mg或间羟胺(阿拉明)10~20mg，加在500ml液体内静脉滴注

(2) 血管扩张药

血管扩张药

- 能解除小动脉和小静脉的痉挛，关闭动脉短路，改善微循环，增加组织灌注量和回心血量
- 应用指征：无血容量减少，中心静脉压超过正常，但血压、脉搏和尿量无改善；有交感神经过度兴奋表现，例如肤色苍白、四肢厥冷、脉压小、毛细血管充盈不良等；周围血管阻力正常或增高，心排血量降低
- 禁忌使用血管扩张药的情况包括血容量不足、电解质紊乱、酸碱失衡及呼吸功能不全未纠正者
- 常用的血管扩张药有多巴胺(20mg+5%葡萄糖溶液，静脉滴注)和酚妥拉明(5~10mg+5%葡萄糖溶液，静脉滴注)等

6. 肾上腺皮质激素的应用

优点

- 增加心排血量和氧耗量
- 减轻交感兴奋和周围血管阻力
- 抑制内毒素激活补体和多形核白细胞
- 恢复网状内皮系统功能和血管膜完整性
- 减轻毛细血管通透性
- 稳定溶酶体膜

7. 重要脏器功能的保护

保护方法

- 休克患者应避免使用有损于肝、肾功能的药物
- 血容量未补足前禁用血管收缩药
- 保持呼吸道通畅，必要时气管插管或气管切开，辅以机械辅助呼吸
- 正确应用预防性抗生素
- 使用抗酸药以预防应激性溃疡
- 加强营养，纠正低蛋白血症

8. 抗感染治疗

抗感染治疗

- 在感染性休克的治疗中，应强调合理选择和使用抗生素，才能达到良好的抗感染目的
- 对感染性休克的患者应采用两种针对病原菌的药物联合治疗，对多种菌，如需氧菌和厌氧菌的混合感染更须相应的抗生素联合
- 选择抗感染药物种类的可靠依据是细菌培养和药物敏感试验结果
- 在用药的过程中需注意休克机体状态下药物动力学特点和抗生素的过敏反应，注意药物的不良反应，警惕病原菌耐药性的产生

9. 肾上腺素治疗

一旦发生过敏性休克，应迅速经静脉注射 0.1% 肾上腺素 0.5~1.0ml，继之皮下或肌肉内注射 1ml，并同时可以使用抗组胺类药物和肾上腺皮质激素。

10. 强心类药物的应用

强心类药物的应用

- 休克而无充血性心力衰竭的患者，用强心类药物并无显著裨益，在急性心肌梗死早期还易导致心律失常，所以此类药物应用应慎重
- 伴有显著心动过速或心动过缓的各种心律失常均能加重休克，须积极治疗，治疗方法包括药物、电复律或人工心脏起搏器等
- 对药物治疗无效的心源性休克患者可采用机械辅助循环的方法，来减轻左心室负担，同时改善冠状动脉及其重要器官的血流灌注。这些方法较多，包括左心室转流术、部分心肺转流术、人工心脏、心脏机械辅助、反相搏动术、主动脉内气囊反相搏动术和体外加压反相搏动术等

第三节 急性腹痛

腹部急性病症总称为急腹症，其中急性腹痛是急腹症的共同临床表现之一，更是普外科

常见病症之一，其特点为起病急、病情重、变化快，常引起休克，危及生命。

一、急性腹痛的诊断

急性腹痛的诊断见表 1-4。

表 1-4 急性腹痛的诊断

项目	内容
腹痛	<p>(1)急性腹痛初期常表现为内脏性腹痛，定位不准确；后期可表现为体壁性腹痛，定位准确、固定</p> <p>(2)溃疡穿孔和阑尾穿孔引起严重的腹膜刺激，产生剧烈表浅且呈持续性的腹痛</p> <p>(3)小肠梗阻引起的疼痛在开始时比较迟钝、呈间歇性，随后逐渐增强，很快变得剧烈，持续且固定</p> <p>(4)胆管、输尿管及子宫颈管阻塞引起的疼痛不同于肠梗阻引起的疼痛，常难以忍受；若有疼痛间歇期，意味着平滑肌间断地收缩，表现为绞痛，如输尿管绞痛</p> <p>(5)缺血引起的疼痛，如肠绞窄、肠系膜血栓形成，即便使用麻醉剂也无明显缓解</p> <p>(6)非特异性的腹痛通常较轻</p> <p>(7)某些局限性小溃疡穿孔、急性单纯性胰腺炎疼痛也可较轻</p>
恶心与呕吐	<p>(1)急性腹痛常先于呕吐发生，反之多见于内科疾病</p> <p>(2)严重的不易控制的呕吐在轻度发作的胰腺炎时会导致腹痛暂时减轻</p> <p>(3)反复发作的呕吐并混有胆汁是近端小肠梗阻典型的早期临床表现。远端小肠或大肠梗阻时，恶心时间较长且先于呕吐发生。大肠梗阻时呕吐物可能有粪便</p>
临床 表现	<p>(1)弥漫性腹胀：以腹水、水气腹、低位机械性肠梗阻、急性腹膜炎导致的肠麻痹为主。这时可伴有腹腔积液，有移动性浊音，个别病例因腹腔内炎性粘连或形成包裹性积液而浊音界固定。腹后壁巨大肿物也可引起腹胀</p> <p>(2)局限性腹胀：上腹部局限性腹胀可为胃、十二指肠、肝、胆、胰病变所引起。中腹部和右侧腹局限性腹胀可因横结肠梗阻、回结肠扭转或肠套叠引起</p>
排便 异常	<p>(1)便秘：本身并不是肠梗阻的一个绝对征象，但顽固性便秘若同时出现渐进性腹痛、腹胀和反复呕吐则有力地支持机械性肠梗阻</p> <p>(2)腹泻：是急性腹痛的一个症状。腹泻混有血提示溃疡性结肠炎、Crohn 病、细菌性痢疾或阿米巴性痢疾，也可见于缺血性结肠炎</p> <p>(3)特异性胃肠道症状：便血或呕血提示胃肠道疾病；血尿提示泌尿系统疾病；大便排出血凝块或坏死的黏膜碎片是严重肠道缺血的主要表现</p>
发热	<p>(1)先发热后腹痛：常提示体内先有感染病灶，后病变发展侵及腹膜或腹腔时出现腹痛，如肠伤寒穿孔、肝脓肿破溃、溃疡性结肠炎穿孔和 Crohn 病等</p> <p>(2)先腹痛后发热：腹痛经过一段时间后才开始发热，如急性阑尾炎发生化脓、坏疽或穿孔；胆道蛔虫病或胆道出血，发病初期只有上腹痛，发生并发症后才发热</p> <p>(3)腹痛与发热同时出现：胆石症发生胆总管梗阻时，常于胆绞痛发生后不久即出现化脓性胆管炎，腹痛和发热几乎同时出现</p>
黄疸	<p>多为梗阻性黄疸，常见原因有肝、胆、胰的先天性病变、肿瘤、结石、炎症等</p>
其他	<p>急性腹痛可发生休克(低血容量、中毒性、创伤性)、弥散性血管内凝血(DIC)、重要脏器功能衰竭等</p>