

目 录

第一章 概论	(1)
第二章 急性阑尾炎	(44)
第三章 急性胰腺炎	(80)
第四章 胃及十二指肠溃疡急性穿孔	(118)
第五章 胆道系统感染与胆石症	(166)
第六章 胆道蛔虫症	(202)
第七章 急性肠梗阻	(232)
第八章 上消化道出血	(273)
第九章 尿石症	(317)
第十章 急腹症常用诊疗技术	(359)
附录一 急腹症常用方	(395)
附录二 急症检验正常参考值(成人)	(421)
附录三 参考文献	(426)

第一章

概 论

急腹症是以急性腹痛为主要症状的腹腔器官急性疾病的总称。临床上最常见的急腹症为急性阑尾炎、胆道系统感染和胆石症、胆道蛔虫病、急性肠梗阻、胃及十二指肠溃疡病急性穿孔、急性胰腺炎及尿石症等。这些疾病在中医文献中，分别记述在肠痛、胆肝胀热、蛔厥、胃心痛、心膈痛、腹痛、结胸，以及胁痛、黄疸、食厥、厥逆等症病和证候中。

由于急腹症病种复杂，发病急，变化快，病情重，又受到时间等因素的限制，因此，现代临床对中医诊疗急腹症提出了更高的要求，不仅要采用中医的望、闻、问、切，而且还必须与现代医学的视、触、叩、听和现代检查手段、设备结合起来，然后将搜集到的资料加以归纳分析，以明确疾病的部位、病变的性质和原因，判明疾病的发展阶级、程度和范围，以求辨病与辨证的迅速诊断，作出非手术和手术疗法的选择和治疗原则，充分发挥中医药优势，采取切实有效的治疗措施，尽早解除患者的疾苦，促其早日康复。

一、古医籍对急腹痛的认识

(一) 急腹痛部位区分

古医家将腹痛部位大致区分为三，即从肚脐定位，分为

脐上、脐下(少腹)、当脐三部。《医法圆通》说:“脐居阴阳交界之区,脐上属脾胃,脐下属肝肾”。《治病要言·心腹诸痛》中谓:“腹痛分三部,脐以上痛,为太阴脾;当脐而痛,为少阴肾;少腹痛,为厥阴肝及冲、任、大、小肠。”《医学真传·心腹痛》作了更明确的说明:“大腹痛者,乃太阴脾土之部……脐旁左右痛者,乃冲脉病也……脐下痛者,乃少阴水脏,太阳水腑,……小腹两旁谓之少腹,少腹痛者,乃厥阴肝脏之部,又为胞中之血海。”中医学对腹痛部位及其脏器的区分,不但含有解剖学的意义,更重要的是言其生理功能及其病理特点。如脐上之脾胃或大腹,主要是指有消化机能之胃、肠、胰、胆等;当脐的肾及左右之冲脉,当包括泌尿、生殖系的部分机能及其器官;脐下之肝肾、膀胱、冲任、大小肠等,则包括多个系统机能与器官。因此,中医学以脐为定位,以纲带目来分属脏器的方法,其临床意义在于区分其不同的生理病理区域,同时提示其腹痛的不同治则与方法。

(二) 急腹痛病因病机

腹痛的病因,甚为复杂,《万病回春·腹痛》将其分为九种:“腹痛者有寒、热、食、气、湿、痰、虫、虚、实九般也。”即寒邪内生或外寒侵袭,热(火)邪郁结,饮食内伤,气滞血瘀,痰湿停聚,虫积内扰,血虚不荣,腹内实邪等。《景岳全书·心腹痛》认为:“凡三焦痛,惟食滞、寒滞、气滞者最多,其有因虫、因火、因痰、因血者皆能作痛,大都暴痛者多有前三证”。

腹痛的病机,《医碕·腹痛》扼其要说:“经脉有正有别,其别分络脏腑部位,邪在正经则注于别络,而从脏腑所虚之部位而入焉。邪入则气停液聚,痰血不行,脉络皆满,邪正相搏故痛”。即认为,腹痛是病邪通过经脉并侵入脏腑所虚的部位,致脉络不通,邪正相争而成。其邪“从脏腑所虚之部位而入”,既指已经受损的或易于发病的某些脏器或

疾病，如消化性溃疡、胆道感染等原发病，同时又指易于受邪、留邪的某些空腔器官，如胆道、肠道(盲肠)、尿道等。其“脉络皆满”不通，“正邪相搏”而痛，是指腹痛的生理病理，同时提示了“痛随利减”，攻其实邪的治疗原则。

有关急腹痛具体症病的因机，可参见各章。

(三) 急腹痛症病区分

中医文献对急腹痛症病记述较多与临床常见的有如下几种：

1. 急性阑尾炎：

急性阑尾炎的临床特征，见于文献中的“肠痈”。《内经》首提“肠痈”病名。对不同部位的肠痈，古医家有谓“大肠痈”、“小肠痈”及“缩脚痈”的讨论。《诸病源候论》中对肠痈的基本症状、体征及变证进行了记述，谓：“其病之状，小腹痛而强，抑之即痛，小便数似淋，时时汗出，复恶寒……”，“甚者腹胀大，转侧闻水声，或绕脐生疮，穿而脓出，或脓自脐中出，或大便出脓血”。这类记述与阑尾炎所致腹膜炎、阑尾脓肿穿溃，以及穿孔合并盆腔脓肿的临床表现甚为接近。《石室秘录》还明确指出了诊断肠痈的一个重要体征：“人腹中疼甚，手不可按，右足屈而不伸”，又“腹痛足不能伸者俱肠痈也。”这是对所谓盲肠后腹膜外阑尾炎体征的描述。

此外，《金匱要略》、《外科正宗》将肠痈分为“脓未成(初起)”、“脓已成”、“脓已溃”，并提出了辨脓的方法：“欲知有脓无脓，以手掩肿上，热者为有脓，不热者为无脓。”其肠痈初起、已成、已溃的区别，不但与现代医学对急性阑尾炎依据其病理解剖学分为单纯性、化脓性、坏疽及穿孔三型的分法不谋相合，同时也为现代临床对急性阑尾炎的辨证治疗提供了依据。

2. 急性上消化道疾患：

(1) 胃、十二指肠溃疡急性穿孔：“古人脏腑图”及《医林改错》对胃及十二指肠的解剖已有比较确切的认识。

如对“胃”、“贲门”、“幽门”以及幽门括约肌等解剖名称均有较明确的记载，说明古医家对消化系统器官及其疾病的认识已相当深刻。

古文献对“消化性溃疡病”临床特征的描述，多见于“胃脘痛”或“心腹痛”以及“吞酸”等症病范围；对其“急性穿孔”，则多归于“食厥”、“厥心痛”、“结胸”等门类中。有关溃疡病典型症状的认识，则主要集中在虚寒性胃痛与气滞血瘀胃痛证型之中，如《景岳全书》中载其疼痛“每多连绵不止，……按之揉之温之熨之，痛必稍缓”；

《医学三字经》中谓：“痛作有时，喜按，得食稍止”；《症因脉治》云：“日轻夜重，……得寒则痛”。《医学心悟》言胃病伤及血分入深，则“痛有定处而不移”；《症因脉治》谓其甚者“痛如刀割……大便黑”。如溃疡病急性穿孔，其疼痛剧烈，《灵枢》、《丹溪手镜》中分别形容为“胸若将裂，肠若将以刀切之，烦而不能食”，或“大满大痛，或潮热大便不通，腹满不减”，以及“从心下至小腹皆硬满而痛”等。《类证治裁》中还记述了类似因暴饮暴食后诱发穿孔乃至昏厥的案例：“食厥由醉饱过度……食气填中，脾阳不达，忽仆不省。”以上载述，均说明胃及十二指肠溃疡急性穿孔其有发病急骤，疼痛剧烈，甚至有一时的昏厥，以及拒按、板状腹等急腹症特征。

(2) 上消化道出血：本病症的临床特点见于“吐血”、“便血(黑便)”范畴中。《万病回春》、《三因极一病证方论》等均认为“吐血”、“便血(黑便)”均源于胃。许多医家还对出血量的多少，出血部位的远近，症情的缓急、虚实，特别是对出血的鉴别诊断，均进行了区别。如胃病与肝病吐血，两者在病史、症状、出血量与出血势态方面有明显的区别：如胃病吐血者有胃病史，出血前有胃痛加重的表现，出血后则胃痛缓解；肝病吐血则有“胁肋牵痛，或躁扰喘急不宁，往来寒热”(《景岳全书》)。又胃家吐血之症：“时而

呕吐纯血，一连数口”，其势不甚暴烈；肝家吐血，则“倾盆大出”，如潮之涌（《脉因症治》）。另外，“因伤裂胃”之出血，则多因“饮食大饱之后，……不能消化，便烦闷强呕吐之，所食之物与气共上冲蹙，因伤裂胃，口吐血，色鲜红，腹绞痛，自汗出”（《备急千金要方》）。以上“胃病”、“肝病”、“因伤裂胃”出血症病的论述，实际上与今人所谓胃病炎症与溃疡出血，肝病所致食管胃底静脉曲张破裂大出血和贲门粘膜撕裂综合征的临床认识与区分相似一致。

此外，前人还对“吐血”与肺病咳血及鼻出血，“便血”（远血黑便）与肛肠疾患（近血）及痢疾等进行了鉴别。

3. 急性胰腺炎：

古文献对急性胰腺炎病名与症状虽无专述，但对胰腺的解剖及功能有其记载，如《医纲总枢》描述胰腺为：“形如犬舌，状如鸡冠……。生于胃下，横贴胃底与第一腰骨相齐，头大向右，至小肠头，尾尖向左，连脾肉也，中有一管，斜入小肠，名曰胰管。”“胰管”即胰管。李时珍在《本草纲目》中谓胰脏的功能时，给予很高的评价：“乃人物之命门，三焦之发源处也”。有其器官必有其病，有其生理功能必有其病理变化，又因胰与肝、胆、脾、胃关系密切，故胰之发病一方面可因肝胆脾胃功能的失常而诱发，另一方面，其临床表现则又可散见于“胃脘痛”、“脾心痛”，以及肝胆疾病之中。另外，因胰脏位于腹之上部，其病理变化又可波及全腹，故其见症还可见于“心膈痛”与“结胸”等症病之中。

有关类似急性胰腺炎的文献记述，《内经》中有谓：“木郁之发，民病胃脘当心而痛，上支两胁，鬲咽不通，饮食不下”，甚则“目不认人，善暴僵仆”。《医学正传》载：“心膈大痛，攻走腰背，发厥，呕吐，……脉坚实不大便”。《景岳全书》中还载有“脾实……痛而胀闷……拒按”以及“结胸”证之描述。这类载述都概要地论述了急性胰腺炎之剧痛，放射腰背；消化道症状之恶心、呕吐；急腹

症之压痛、拒按以及重症之昏迷、厥逆等危重情况。

4. 急性胆道疾病:

古医籍文献中有关胆系疾病的记述较多,其急症主要见于以下两类:

(1) 胆道系统感染与胆石症:古医籍对“胆胀”、“胆热”、“肝胀”、“肝热”以及“结胸”证的记述,已构成胆道感染和胆石症基本特征的认识。其中,“胆肝胀热”主言症状,即痛、吐、热、黄;“结胸证”主言体征,即硬满、拒按。如《内经》中谓:“胆胀者,胁下痛胀”、“肝胀者,胁下满而痛”,甚者“心胁痛不能转”、“胁痛,不得息”,并有“呕宿汁,……寒热”以及“口苦,善太息”等症。

《内经》中还有谓:“肝热病者,小便先黄,腹痛多卧,身热,热争则狂言及惊”;《临证指南医案》中载:“瘀热在里,胆热液泄……则身目俱黄,……溺之色为之变赤黄如橘子色”。这类文字均集中阐明了胆道系统感染与胆石症的基本临床症状——疼痛、寒热、呕吐、黄疸。对于“结胸”证的论述,在《伤寒论》中载有结胸“三证”以及“正在心下,按之则痛”或“手不可近”等,还有后世医家对“结胸发黄”等的记述,也都已包括了对胆系急症基本体征的描述——压痛、拒按、反跳痛等急腹症特点。

(2) 胆道蛔虫病:本病的临床特点,张仲景在《伤寒论·厥阴篇》所论之“蛔厥”有较准确的记述;诸如“其人常自吐蚘”指出有吐蛔史;“蚘上入其膈,故烦,须臾复止,……又烦……”,指出蛔虫窜扰时,则疼痛烦乱不安,蛔虫静止时,则痛烦即止,休作有时。其痛烦不安严重者,可致汗出,四肢逆冷而成“蛔厥”。

5. 急性肠梗阻:

《灵枢》已有蛔虫性肠梗阻因机症状的载述:“……食欲不节,寒温不适,则寒汁流于肠中,流于肠中则虫寒,虫寒则积聚,守于管下,则胃肠充廓”。指出了饮食因素与胃肠

功能失常是蛔虫性肠梗阻的发病原因；其外见于形或触之虫团的“胃肠充廓”是其体征。《金匱要略》中也有类似急性肠梗阻基本症状体征的记述：“心胸中大寒、痛呕，不能饮食，腑中寒上冲，皮起，出见有头足，上下痛而不可触近”、“……雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐……”。《外台秘要》中有谓“急痛坚急如吹状，大小便不通或小肠有气结，如斗大胀起，名为关格病。”这类载述基本符合急性肠梗阻之痛、吐、胀、闭的临床特点。其“腑中寒上冲，皮起，出现有头足”，“小肠有气结，如斗大胀起”是对腹膨、肠型体征的描述；腹“雷鸣切痛”是言其肠鸣音亢进及其阵发性腹痛。

6. 尿石症：

本症主要见于古文献“五淋”之中的“石淋”及“血淋”。《肘后备急方》云：“茎中痛，溺不得卒出者，石淋也”；“如豆汁或如血，结不通者……血淋”。言其下尿道结石，小便不畅或中断及血尿。古医家对于排石经过与结石的大小与颜色及光泽度亦有观察，如《中藏经》载：“便难，其痛不可忍。须臾，从小便中下如砂石之类，有大如皂角子，或赤或白，色泽不定”。《证治准绳》谓剧痛时“令人皆闷，遍身有汗而后醒”。《石室秘录》云：“人有强便中溺五色之石，未溺之前痛甚，已溺之后少觉宽快”。即结石在活动或未排出之前，其疼痛剧烈，当结石排出之后，剧痛消失，患者感觉宽快。以上记述，均视为尿石症的主要临床特征。

（四）急腹痛治疗原则

《医学正传·腹痛》根据腹痛受邪的部位与病性的虚实寒热，提出：“浊气在上者涌之，清气在下者提之，寒者温之，热者清之，虚者补之，实者泻之，结者行之”的治则。

《此事难知》力主诸痛为实，痛随利减的治法，谓：“诸痛为实痛，随利减，汗而通导之，利也，下而通导之亦利也，散气行血皆通导而利之也，故经曰：诸痛为实，痛随利减。又曰：通则不痛，痛则不通，此之谓也。”《医学三字经》对通

法的理解为：“通之之法，各有不同。调气以和血，调血以和气，通也。上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也。虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也”。这种予以通法的广义理解与灵活善变的运用，对现今急腹症的治疗仍具有重要的临床指导意义。

二、现代解剖生理和病理生理

为取得正确的诊断，应对发生急腹症的现代解剖生理要点有较清楚的认识。

(一) 腹痛的解剖生理要点

腹部神经分为脊髓神经和植物神经。前者司腹壁的运动和感觉；后者管内脏的运动和感觉。

1. 植物神经系自主神经或称为自律神经，在内脏广泛分布着植物神经末梢。植物神经系统分为交感神经及副交感神经(包括迷走神经)，副交感神经有两个中枢：一个在延髓(迷走神经中枢)；一个在骶髓。迷走神经支配心、胃、胆、上部小肠及肺。骶髓发出的副交感神经支配膀胱、结肠、直肠、下部小肠。交感神经中枢在胸髓和腰髓。交感神经和副交感神经对内脏呈相对抗的机能，内脏的痛觉纤维随着交感神经从脏器到达中枢(图1)。

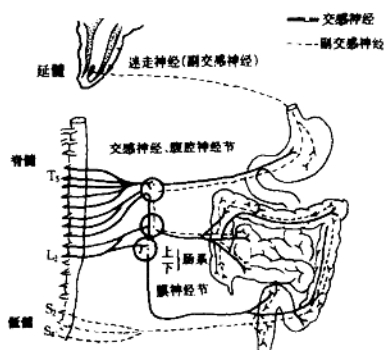


图1 胃肠植物神经分布图

交感神经司分泌粘稠唾液、胃肠道动静脉收缩、抑制胃肠蠕动、降低肠管平滑肌紧张度、抑制胆囊收缩。副交感神经司分泌稀薄唾液和增加肠管蠕动及肌紧张度。

2. 肠壁 Meissner 及 Ausbuch 氏神经丛位于粘膜下肌层，接受脉冲经交感神经节，通过脊髓后根，经植物性输入神经，进入脊髓后角，司牵涉性内脏痛之传导。腹膜壁层上的脑脊髓感觉末梢，通过脊神经后根，传入同节脊髓内，司躯体痛之传导(图 2)。

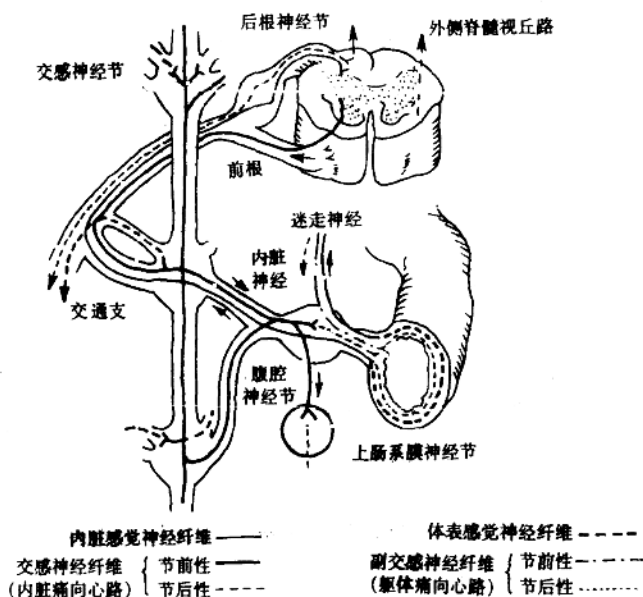


图 2 腹痛发生的神经分布

3. 脉冲在脊髓不仅与内脏输出神经，而且还与体神经相联系，形成反射弧。由同一水平的传出神经纤维，将脉冲传至相应的效应器官，出现皮肤感觉过敏(内脏知觉反射)、皮肤血管舒缩、汗腺分泌(内脏运动反射)，同时通过脊髓内对

侧索视丘路与其它上下脊髓节段及中枢相联系，形成内脏——内脏反射。例如阑尾炎时除了局部疼痛外，并有恶心、呕吐，即通过脊髓脉冲向上脊髓段传，引起胃的反射。

4. 由内脏传来的脉冲经植物神经系统到达脊髓后，通过脊髓神经反映为内脏牵涉痛。内脏神经向路如图3、4所示。

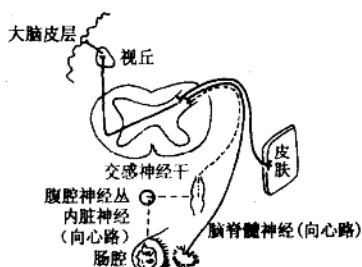


图3 内脏神经及脑、脊髓神经的向心路

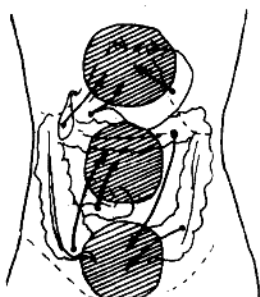


图4 牵涉性内脏痛的部位

5. 胸V~X节通过腹丛及内脏神经，接受来自横膈周边、肝、胆囊、胃、胰及小肠之脉冲。

6. 颈VI节通过膈神经接受来自 Glisson 鞘、肝韧带，横膈膜中央部分、胆囊及心包的脉冲。

7. 下腹丛接受来自膀胱、直肠、乙状结肠等部的脉冲。

(二) 解剖生理与急腹痛分型

多种多样的腹痛，归纳起来不外：牵涉性内脏痛；单纯性躯体痛；牵涉性躯体痛。

1. 牵涉性内脏痛：

牵涉性内脏痛为伴随于交感神经之内脏感觉纤维传导的内脏痛，性质为主观的，疼痛因个人的耐受力而异。炎症充血时痛阈降低，当遇到强大的刺激，空腔脏器扩张和实质脏器牵拉膨胀时发生痛感，痛感位于中线，局限性不具体。凡成对的脏器痛感在患侧，实际后者属于躯体痛。

牵涉性内脏痛常伴有脉缓、恶心、呕吐、出汗、血压下降等迷走神经兴奋的症状。内脏痛无局限体征，更不受体位变换的影响。

发生牵涉性内脏痛时通过脊髓神经反射，伴有以下表现：

(1) 内脏感觉反射：内脏痛时有皮肤知觉障碍，如胰腺炎时在上腹有 Head 皮肤过敏带。

(2) 内脏-内脏反射：一脏器受到冲动时，另一脏器可反映出某些症状。如阑尾炎、胆囊炎时可发生胃痉挛。

(3) 内脏运动反射：内脏痛时可发生竖毛、血管改变，肌紧张等表现。

2. 单纯性躯体痛：

胸 VI ~ 腹 I 的脊髓感觉神经分布于腹膜壁层及肠系膜根部，神经末梢在腹膜外蜂窝组织间。发生躯体痛则表示内脏疾患累及腹膜。对于压迫、冷热不敏感，而对捻、牵引、肿胀、化学或炎症刺激等特别敏感，痛感部位明确，性质尖锐剧烈，可因体位变动如翻身或咳嗽加重，常喜保持某种体位，以求减少刺激，发生躯体痛的同时有体征表现：(1) 局部压痛；(2) 肌肉紧张(腹膜肌肉防御性反射)；(3) 皮肤过敏区(腹壁皮肤反射)；同时可有脉速，血压上升，血管收缩及全身兴奋状态。

表 1—1 急腹痛与解剖生理

分 型	痛觉传导	疼痛特点	疼痛机制	疾病举例
脏器痛	植物性神经	钝痛、隐痛，持续时间较长，定位不太明确	有害物质刺激内脏，内脏神经传入性多重支配	急性阑尾炎初期(炎症限于阑尾腔和肠壁)，胃肠炎、肠钩虫
躯体痛	体 神 经	锐痛、灼痛、刀割样痛、剧痛、定位明确	刺激壁层腹膜，类似躯体痛觉	急性阑尾炎后期(炎症已超过阑尾炎浆膜，刺激壁层腹膜)，胃肠穿孔，胰腺炎

(续表)

分 型	痛觉传导	疼痛特点	疼痛机制	疾病举例
牵涉痛	植一体 体一体	疼痛放射至 远离病变脏 器的区域	二个传入神经 的脊髓中枢在 同一区域	肝胆疾患痛放射 到右肩, 输尿管 结石痛放射到外 阴部。

3. 牵涉性躯体痛:

当横膈中央部分受到刺激时, 可有肩部放射痛, 这是由于分布于横膈中部的膈神经进入颈椎Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ节脊髓水平, 该节脊髓神经沿着臂丛分布于肩部外缘, 横膈中央受到刺激在肩部出现疼痛。

(三) 常见腹痛类型

1. 溃疡病型:

溃疡病型主要为牵涉性内脏痛, 规律性强, 疼痛位于中上腹。如溃疡穿孔则痛的性质改变由牵涉性痛变为躯体痛。

2. 阑尾炎型:

开始由于阑尾梗阻、炎症、积脓, 反映为牵涉性内脏痛, 感觉在中上腹疼痛, 而局部无压痛。由于迷走神经受到刺激而有恶心、出汗、肢冷等症状, 血压波动。其后由阑尾穿孔, 痛感可暂时缓解, 但不久由于局部腹膜受到刺激而出现单纯性躯体痛, 局部疼痛持续剧烈, 并在体征上出现腹壁紧张和反跳痛。

3. 胆囊、胆管痛型:

胆道梗阻刺激, 剧烈绞痛, 属牵涉性内脏痛, 部位在中上腹部。由于膈周围神经通过脊髓表现之牵涉性躯体痛而有右上腹肋缘区痛, 炎症刺激膈神经分布部位则有肩及肩胛部的牵涉痛(即牵涉性躯体痛)。

4. 胰腺炎型:

脊神经根受刺激、痛感深在上腹中部, 胸Ⅹ~腰Ⅱ水平, 虽属躯体痛性质, 但因深在后腹, 体征一向不明显。痛可偏于右(胰头)或左(胰尾)或围腰部一周(全胰腺), 病人喜屈曲

位横卧呈弓位，以减少神经根的压力，使痛缓解。腹膜后肿瘤也可引起类似症状。

5. 肠梗阻型：

本型属空腔脏器膨胀，呈牵涉性内脏痛，痛在腹中线，不明确。早期阵发性痛伴腹胀、呕吐。发生并发症后发展为躯体痛。

6. 肝痛型：

本型见于肝炎、肝周围炎。感觉神经末梢分布于肝被膜，与门脉一同进入肝内，传入神经通过腹腔神经节进入胸Ⅶ～Ⅸ节水平。肝炎时肝肿胀、充血，肝周围炎时肝被膜下充血，横膈受刺激而发生肝区牵涉痛，表现为刺激痛或重压痛、胀痛。躯体痛表现为肝区胸壁周围皮肤敏感。

7. 泌尿系痛型：

泌尿系位于腹膜后，疼痛属于躯体痛，在患侧。泌尿系结石呈绞痛，向下放射至会阴部、大腿内侧。肾周围炎时局部(腰部肾区)有压痛及叩击痛。前列腺炎、精囊炎的痛可放射至后尿道、直肠或会阴部，排尿时疼痛增剧。

8. 急性腹膜炎型：

胃肠道穿孔，先有化学性刺激(胃、肠液酶)发生突然的局限性疼痛，稍适应后，由于渐发的继发感染而渐转为明显的躯体痛诸症，70%膈下积气，腹腔内有积液，移动性浊音。因腹内压不断地变化，腹内积液积脓可贮留于一定部位，如盆腔的后穹窿积脓可从侧腹上达膈下，而发生膈的牵涉痛。

9. 肠系膜栓塞型：

血管栓塞，血行障碍，剧烈腹绞痛，又称为腹部狭心症。疼痛部位不明确，体征不明显，呈持续性，终至栓塞血管供血的肠管缺血坏死，血压下降、休克、血性腹水、便血、呕血。腹膜刺激征明显。

10. 肠痉挛型：

本型见于肠炎、消化不良、过敏性结肠炎等。肠蠕动亢进，呈牵涉性内脏痛。

11. 腹主动脉瘤型：

原因多为动脉粥样硬化。因在腹膜后，呈躯体痛，破裂时性质剧烈、持续性。疼痛与胰腺癌、腹膜后肿瘤相似，也可牵涉到阴囊部。腹主动脉瘤可破入血管壁夹层，疼痛症状十分剧烈。

12. 癌性腹膜炎型：

本型有腹膜炎症状，可有血性腹水，疼痛不如化脓性腹膜炎或结核性腹膜炎的疼痛那样剧烈，部位也不明显。

三、急腹症的诊断

(一) 病史的询问和症状分析

询问病史是诊断急腹症重要手段之一，切不可忽视。急腹症主要症状是腹痛，因此应详细询问和明确腹痛开始的部位，及腹痛的转移、扩散、放射的部位；腹痛的性质和程度；腹痛发生的缓急；腹痛伴随的症状、体检发现(包括阴性所见)，以及腹痛的诱发诸因素。此外，有关病员的年龄、性别、职业、过去史也很重要，应结合病情进行分析，抓住本质及主要矛盾，以求获得正确的诊断。

1. 年龄与性别：

(1) 年龄：幼儿腹痛常为肠套迭或肠蛔虫症，以及绞窄性疝为多见；而肛门闭锁、幽门肥大及巨结肠症等先天性畸形，则发生于新生儿；青壮年以急性阑尾炎、急性溃疡病穿孔、胆道蛔虫病等多见；中老年人以急性胆道系统感染和胆石病、消化道癌肿、或慢性便秘引起乙状结肠扭转多见。

(2) 性别：胆道系统感染和胆石症、急性胰腺炎，以女性多见；胃及十二指肠溃疡病急性穿孔多见于男性。已婚妇女，特别要注意月经史及妇科疾病，对宫外孕破裂、卵巢囊肿扭转、急性输卵管炎等应多加考虑。月经周期前半期可

以发生滤泡破裂出血；月经周期后延且此次血量少时，可能有宫外孕。月经周期后半期亦能有内出血，为黄体破裂，但较少见。常见妇科急腹症及鉴别见表 1—2。

表 1—2 四种妇科急腹症的鉴别诊断

	宫外孕	卵巢破裂	卵巢囊肿扭转	急性盆腔炎
过去史	不育或绝育或宫内避孕器	无特殊	下腹肿块史	不育或慢性盆腔炎史
发病	无特殊	无特殊	常发生于体位或腹压剧变后	常发生于经期或宫腔手术后
月经变化	常有闭经继之少量阴道出血	多发生于月经周期后半期	(-)	偶有不规则出血
腹痛	一侧下腹→全下腹→全腹	一侧下腹→全下腹→全腹	一侧下腹	下腹
里急后重	常见	常见	(-)	偶有
休克	常见	部分病人有	(-)	(-)
腹部体征	饱满，压痛反跳痛，轻度紧张	饱满，压痛及反跳痛，轻度肌紧张	一侧下腹压痛，有时触及包块	下腹压痛反跳痛，肌紧张
移动性浊音	常有	常有	(-)	(-)
盆腔检查	宫颈举痛，后穹饱满，附件包块边缘不清	宫颈举痛，后穹饱满，一般触不到肿块	一侧附件肿物，蒂部压痛	两侧增厚，压痛，肿块（脓肿形成）
穿刺	不凝血	不凝血	(-)	脓液（脓肿形成）
体温	多正常	多正常	多正常，24~38℃以后稍高	常在 38℃以上
白细胞	正常或稍高	正常或稍高	正常或稍高	明显升高
贫血	常有	偶有	(-)	(-)
妊娠试验	常(+)	(-)	(-)	(-)

2. 过去病史:

不少急腹症是慢性病的急性发作,或是在原有疾病基础上进一步发展的结果,因而详细询问过去病史,往往给诊断提供重要线索,迅速作出正确的诊断。如胆道系统感染和胆石症、胰腺炎、阑尾炎患者(可多次发作),以往常有类似发作史;溃疡病急性穿孔的病人,以往有溃疡病,并近年症状有加重病史;胆道蛔虫症、蛔虫性肠梗阻,可能有吐虫、驱虫史;粘连性肠梗阻病人,既往大多有腹部手术史;宫外孕至多只能发生两次。另外,过去病史还包括内科病,如糖尿病酸中毒可以引起腹痛;急性右心衰竭可以有肝肿胀、肝包膜紧张度增加所致的腹痛;肝硬变病人可有肠系膜静脉血栓形成所致腹痛;铅毒性绞痛有长期的铅接触史。

3. 起病情况:

(1) 要了解症状发生的先后次序:内科急腹痛常先是发热、呕吐,后出现腹痛;外科急腹痛,则先有腹痛,后才出现其它症状。

(2) 腹痛与饮食活动的关系:暴饮暴食可诱发溃疡病急性穿孔、肠套叠、急性胰腺炎等;油腻食物可诱发胆囊炎、胆石症;饱食后剧烈活动,可诱发肠扭转。剧烈运动之后的腹痛,要考虑到脏器破裂、嵌顿性疝等。

(3) 起病严重与否:如起病剧烈,并迅速出现休克,常表示为严重的疾病,如急性胰腺炎、溃疡病急性穿孔、宫外孕破裂、绞窄性肠梗阻、肠系膜血管栓塞、卵巢囊肿扭转等。

4. 腹痛情况:

询问腹痛时应注意以下几点:

(1) 腹痛的部位:不同部位的腹痛,往往反映不同部位脏器的疾病,有很重要的定位价值。其一般规律可参见表 1—3。

一般来说,腹痛最初开始的部位即表示病变脏器的所在部位,但应注意下列情况:①腹痛部位的转移:如急性阑尾