

90种急性腹痛的 定位诊断与处理

杜鹏
编著

山西科学教育出版社

90种急性腹痛的定位 诊断与处理

杜鹏 编著

山西科学教育出版社

90种急性腹痛的定位诊断与处理

杜 鹏 编著

责任编辑 赵玺如

山西科学教育出版社出版 (太原并州北路十一号)

山西省新华书店发行 山西晋中印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/32 印张: 8.625 字数: 187千字

1987年11月第1版 1987年11月山西第1次印刷

印数: 1—20,000 册

ISBN 7-5377-0014-1

R·7 定价: 2.00元

序

急腹症是临床医生，特别是外科医生经常接触到的一个课题。一般占普通外科住院病人的1/4左右，在基层医院甚至达到1/3以上。由于急性腹痛的病种繁多，而且病情复杂，发展较快，有一定的死亡率，所以如何提高急腹症的诊断和治疗水平是值得重视的。对急腹症正确的处理取决于正确的诊断，首先要对急腹症的发病做出定位和定性的判断。但由于腹腔内部各脏器解剖结构复杂，不同的疾病可以产生相类似的腹痛和体征，而同一疾病也可以表现出不同的腹痛和体征，这就使急腹症的诊断变得困难复杂，但毕竟仍有一定的规律可循。杜鹏同志长期工作在基层医院，对急腹症的诊断和处理积累了不少经验，并搜集了国内外有关急腹症的资料整理成册。结合自己多年的手术技巧条贯全书，而写成一部论述急腹症的专著。本书有一定的特色，对基层的广大外科医生有所裨益。

黄莲庭

于北京医科大学第一医院外科

1987年2月

前 言

急性腹痛是一种常见症状，因它包括内、外、妇、儿等科的一百余种疾病，临床上又以发病急剧、病情严重、表现复杂而多变为其主要特点，故临床医师在诊断和处理时往往会感到一定困难。

“定位法”是一种简单易行且容易掌握的诊断方法。编者综合国内外有关资料，联系自己多年临床实践经验，撰写了本书，供临床各科医师，特别是基层医务工作者及医学生参考。

本书特点，是用点面结合的方法，依临床常用的“九分法”，较全面地介绍了各种急性腹痛的定位诊断。叙述力求深入浅出，对诊断各部位急性腹痛诸多关键问题作了重要提示，对常见疾病主要症状的病因亦作了较详尽的解释。书中尽量引述当前一些新观点和新方法，每一部分附有“定位诊断”、“概述”、“典型病例”与“鉴别诊断”，期望有助于临床医师，特别是青年医师对各种急性腹痛的认识。

本书在撰写过程中，承蒙北京医科大学外科黄蒞庭教授审校、修改并为作序，山西医学院附属一院外科牛树凯副主任医师和李正中副主任指导，协助及修改第三稿，在此一并

致谢。

鉴于本人水平与经验有限，书中谬误之处在所难免，恳请广大读者斧正。

编者 于山西省榆次市人民医院

1987年1月1日

目 录

序

前言

第一章 急性腹痛的诊断方法与处理原则..... (1)

第一节 急性腹痛的诊断方法..... (1)

一、病史采集..... (1)

二、确定病变的部位和原因..... (4)

三、辅助检查..... (6)

第二节 急性腹痛的处理原则..... (7)

第二章 定位诊断的几个概念..... (10)

第一节 腹部体表标志..... (10)

第二节 腹部分区..... (11)

第三节 体表投影..... (11)

第四节 各种腹痛的常见部位..... (12)

第五节 腹痛向背部放射的区域..... (13)

第六节 腹痛检查之压痛部位..... (14)

第三章 右上腹急性腹痛的诊断..... (16)

第一节 有关解剖..... (16)

第二节	定位诊断·····	(19)
第三节	肝脏损伤·····	(22)
第四节	急性胆囊炎与胆囊结石症·····	(29)
第五节	胆总管结石和肝胆管结石·····	(37)
	附：经皮肝穿刺胆管造影术 (PTC) ···	(40)
第六节	胆道蛔虫病·····	(45)
第七节	右上腹急性腹痛鉴别诊断·····	(52)
第四章	上腹部急性腹痛的诊断·····	(56)
第一节	有关解剖·····	(56)
第二节	定位诊断·····	(59)
第三节	急性胰腺炎·····	(62)
第四节	胃、十二指肠溃疡穿孔·····	(72)
第五节	急性胃扩张·····	(77)
第六节	上腹部急性腹痛鉴别诊断·····	(80)
第五章	左上腹急性腹痛的诊断·····	(86)
第一节	有关解剖·····	(86)
第二节	定位诊断·····	(89)
第三节	脾破裂·····	(92)
附：		
	(1) 诊断性腹腔穿刺术·····	(97)
	(2) 诊断性腹腔灌洗术·····	(98)
	(3) 其它特殊检查·····	(101)
第四节	急性出血性坏死性肠炎·····	(102)
第五节	左上腹急性腹痛鉴别诊断·····	(107)
第六章	左、右腰腹部急性腹痛的诊断·····	(113)
第一节	有关解剖·····	(113)

第二节	定位诊断·····	(114)
第三节	泌尿系结石·····	(118)
第四节	急性孟肾肾炎·····	(121)
第五节	三种常见的腰腹部损伤·····	(124)
一、	肾脏损伤·····	(124)
二、	结肠损伤·····	(127)
三、	腹膜后血肿·····	(128)
第六节	左、右腰腹部急性腹痛鉴别诊断·····	(131)
第七章	中腹部急性腹痛的诊断·····	(136)
第一节	有关解剖·····	(136)
第二节	定位诊断·····	(138)
第三节	急性肠梗阻·····	(141)
第四节	急性肠扭转·····	(147)
第五节	闭合性非穿透性小肠损伤·····	(150)
第六节	中腹部急性腹痛鉴别诊断·····	(155)
第八章	右下腹急性腹痛的诊断·····	(165)
第一节	有关解剖·····	(165)
第二节	定位诊断·····	(167)
第三节	急性阑尾炎·····	(169)
第四节	几种特殊类型的急性阑尾炎·····	(177)
一、	老年急性阑尾炎·····	(177)
二、	小儿急性阑尾炎·····	(178)
三、	妊娠期急性阑尾炎·····	(181)
四、	异位急性阑尾炎·····	(182)
第五节	急性肠系膜淋巴结炎·····	(183)
第六节	克隆氏病·····	(186)

第七节	右下腹急性腹痛鉴别诊断	(192)
第九章	左下腹急性腹痛的诊断	(200)
第一节	有关解剖	(200)
第二节	定位诊断	(201)
第三节	钳闭性腹股沟疝	(205)
第四节	结肠癌梗阻	(207)
第五节	左下腹急性腹痛鉴别诊断	(213)
第十章	下腹部急性腹痛的诊断	(217)
第一节	有关解剖	(217)
第二节	定位诊断	(218)
第三节	异位妊娠破裂	(220)
第四节	急性盆腔炎	(223)
第五节	下腹部急性腹痛鉴别诊断	(227)
第十一章	急性腹痛伴随的症状及处理	(234)
第一节	休克	(234)
一、	休克研究的新动态	(234)
二、	休克发生的原因	(235)
三、	休克的早期诊断	(236)
四、	休克程度判断	(237)
第二节	感染性休克	(237)
一、	感染性休克的早期诊断	(238)
二、	感染性休克的治疗	(238)
第三节	低血容量性休克	(245)
一、	低血容量性休克的发病机理	(245)
二、	低血容量性休克的诊断	(245)
三、	低血容量性休克的治疗	(247)

第四节 黄疸（肝外阻塞性黄疸）	(250)
一、发病原因	(251)
二、黄疸的诊断	(251)
三、肝外阻塞性黄疸几种疾病鉴别	(253)
四、肝外阻塞性黄疸的治疗	(254)
第五节 腹部肿块和急腹症	(255)
一、炎症（炎性包块）	(255)
二、腹部血肿（外伤性肿块）	(257)
三、囊肿（囊肿性肿块）	(259)
四、肠襻（梗阻性肿块）	(260)
五、肿瘤（肿瘤性肿块）	(261)
六、腹部肿块的处理原则	(263)

第一章 急性腹痛的诊断 方法与处理原则

第一节 急性腹痛的诊断方法

急性腹痛的诊断，包括三项内容：（1）病史采集；（2）确定病变的部位和原因；（3）辅助检查。

一、病史采集

病史对急性腹痛的诊断极为重要，详细的可靠的病史有时比检查还有价值。同是腹痛，消化性溃疡为规律性痛，恶性肿瘤为进行性加重，胆绞痛则是间歇不定时发作。同是腹部包块，肠系膜肿瘤先有肿块存在然后出现腹痛，肠套叠、肠扭转则是包块与腹痛同时出现。又如胃、十二指肠溃疡穿孔与肝脓肿破裂，其临床特点均为急性腹膜炎体征，要鉴别这三种疾病，必先问清病史，不弄清病史，诊断无疑会失之偏颇。所以准确的病史是诊断急性腹痛的重要依据。

病史采集应注意全面、详细、可靠、重点突出。概括地讲，须注意以下几点：

（一）注意既往史：许多急性腹痛与过去疾病有密切关系，如胃、十二指肠溃疡穿孔，在穿孔前多有溃疡病史；胆囊破裂，在发病前多有胆囊炎和胆石症的病史；粘连性肠梗

阻，过去多有手术史；胆道蛔虫病，过去多有肠蛔虫病史。对妇女应注意询问月经史和生育史。因为有痛经、闭经或月经期不正常的妇女，常伴有消化道症状，绝经期前后发生胆囊疾病、胃肠肿瘤者亦非少见。

（二）注意年龄与性别：急性腹痛常与病人的年龄、性别有关，如肠套叠、蛔虫性肠梗阻，多见于儿童；急性阑尾炎多见于青壮年；肿瘤性肠梗阻多见于老年人；急性胆囊炎、胆囊结石症多见于女性成年人；宫外孕多见于生育期的妇女。

（三）注意发病情况

1. 发病的诱因：胃、十二指肠溃疡穿孔、胆囊炎或胰腺炎引起的急性腹痛，多在饱食以后发生；肠扭转或尿路结石引起的急性腹痛，多在剧烈活动之后发生；腹部受伤后发生的腹痛，则应考虑为内出血或胃肠道破裂。

2. 起病的缓急：炎症病变开始时腹痛较轻，以后逐渐加重；肠道的穿孔、梗阻和脏器的扭转或破裂，多起病急骤，腹痛开始即很剧烈。

3. 症状出现的先后主次及演变过程：肺炎、胸膜炎，先发热后才有腹痛；急性胆囊炎、胆囊结石症则先有腹痛然后发热；急性阑尾炎一般先有上腹部痛，然后转移至右下腹；急性胆囊炎感染波及胆总管后，才会有高热、寒战、呕吐和黄疸出现。

（四）注意腹痛的特点

（1）腹痛的部位。对病变所在有定位意义，参阅以下各章。

（2）腹痛的性质

1) 持续性痛，一般表示有炎症存在；也可由于内脏缺血引起。

2) 阵发性痛，一般表示有管道脏器梗阻。

3) 持续性痛阵发加剧，多表示炎症和梗阻同时存在。

(3) 腹痛的程度：急性炎症的腹痛一般较轻，如急性阑尾炎；肠道梗阻的腹痛一般较剧烈，如急性肠梗阻；急性穿孔与急性出血的腹痛最剧烈，常能引起休克，如胃、十二指肠溃疡穿孔、出血性胰腺炎和宫外孕破裂。

(4) 有无放射痛或牵涉痛：腹痛有时可因脊神经节接受了病变器官的神经冲动，而传导至所支配的躯体其它部位。如胆囊炎痛可放射至右肩及右肩胛下；胰腺炎可放射至腰背部；输尿管结石可放射至外阴及同侧大腿内侧；宫外孕可因出血刺激膈肌而引起肩部疼痛。

(5) 胃肠道症状：急性腹痛的病人，一般都有不同程度的恶心和呕吐。呕吐发生在腹痛之前，多见于急性胃炎；呕吐与腹痛同时发生，且持续存在，多见于肠梗阻、消化道穿孔或急性出血性胰腺炎；腹痛开始后有恶心呕吐者，多见于急性阑尾炎。腹膜炎发生后，会有不同程度的恶心和呕吐。当病人出现频繁呕吐，腹胀却不明显者，应怀疑有高位肠梗阻；反之，呕吐出现较晚，呕吐并不频繁，呕吐物有粪样内容，且全腹腹胀者，则表示为低位肠梗阻。呕吐蛔虫者，多见于蛔虫性肠梗阻。呕吐频繁，且吐出物呈血性者，则应考虑肠管有绞窄、坏死之虞。

排便情况亦属重要，需要详细了解。完全性肠梗阻时，一般无排便排气。肠套叠时常有粘液血便。急性结肠炎时，腹泻且大便呈泡沫状。上消化道出血时，大便呈柏油样。腹

内炎症病人由于肠蠕动抑制，常引起便秘。有盆腔脓肿者，因直肠刺激可使大便次数增多，且有粘液便。

二、确定病变的部位和原因

在临床上，我们对每一个急性腹痛病人的诊断，大抵有二个步骤：一是确定病变的部位，二是确定病变的原因。确定病变的部位，实际上是认定病变的器官——是胃、肠、脾、还是阑尾？是肝、胆囊、还是胰腺？下述定位诊断的方法，就是解决这个问题。

确定病变的原因，实际上是认定病变的性质。是炎症，还是穿孔？是出血，还是梗阻？是绞窄，还是栓塞？临床上要作出判断。

以上这两个步骤，在诊断过程中相辅相成，密切关联，缺一不可。

常见的急性腹痛的性质和原因，大致可分五种类型：

（一）急性炎症：急性阑尾炎是最多见的一种，其次，急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性胃肠炎、急性肾盂肾炎、坏死性肠炎等，也都属于这一范畴。急性炎症的特点是：

1. 起病缓慢，腹痛为持续性，开始较轻，逐渐加重。
2. 痛最终有定点，痛点大致为病灶之部位。
3. 炎症的发展，直接影响腹痛程度的变化。当炎症逐渐扩散累及腹膜时，可腹痛的定位明确，并出现明显的腹膜刺激征，也可以局限在病灶部位。
4. 患者有明显的炎症反应，体温和白细胞计数有不同程度的增高，全身不适，乏力，食欲不振。

（二）急性穿孔：一般也属于炎症性质，但起病急，发展快，病情重。胃、十二指肠溃疡穿孔是最多见的一种，

还有阑尾炎穿孔、胆囊炎穿孔、伤寒肠穿孔、外伤性空腔脏器穿孔、膀胱及子宫破裂等均属此类。急性穿孔的特点是：

1. 在穿孔前数日一般已有症状。
2. 起病急骤，腹痛剧烈，常伴有休克。
3. 腹膜刺激的体征范围广泛，腹内常有游离气体和较多渗液。

（三）急性梗阻：属于此类的均为腹内空腔脏器梗阻。急性肠梗阻是最常见的一种，胆道结石或蛔虫梗阻、尿路结石梗阻等亦属于此范畴。急性梗阻的特点是：

1. 起病急骤，腹痛剧烈，常有阵发性腹部绞痛加剧。
2. 患者一般无腹膜刺激征。
3. 因脏器不同，其疼痛部位可不同，其它症状和体征亦各异，如患者可有肠蠕动亢进、黄疸或血尿等特殊表现。
4. 有固定的压痛点，反跳痛多不明显。

（四）急性出血：主要指腹腔内、腹膜后和腹壁的出血，胃肠道内出血不在此例，但胆道出血如合并胆绞痛，也属于急腹症。如肝、脾破裂、宫外孕破裂、子宫破裂等。其临床特点是，腹痛多不严重，腹肌轻度紧张，压痛不明显，可出现移动性浊音和不同程度的失血性休克征象，红细胞计数和血红蛋白下降。胆道出血常合并呕血或便血，以及黄疸、高烧。

其共同特点是：

1. 发病突然，多数有外伤史；

2. 常有急性贫血和出血性休克表现。

(五) 急性缺血

包括急性绞窄和急性栓塞。胃、肠、大网膜和卵巢囊肿等扭转后容易发生绞窄。脏器急性绞窄的特点是：

1. 起病急，腹痛剧烈，为持续性腹痛阵发性加剧。

2. 早期无腹膜刺激征，晚期因出现血性渗液可出现腹壁肌紧张和压痛。

3. 腹部可触及到包块。

4. 晚期白细胞计数和中性细胞计数增高，甚至出现休克。

急性栓塞如肠系膜动脉血管栓塞等，临床特点与急性绞窄大同小异。唯不同之处是，腹胀明显，无肿块可及，肠鸣音减弱或消失。

三、辅助检查

有条件时，可选行必要的化验，X线、诊断性腹腔穿刺、超声波以及纤维光束内窥镜等辅助检查，以进一步证实病变的部位和性质。

怀疑有腹内出血时，应连续复查红细胞计数和血红蛋白值。怀疑有急性胰腺炎时，应检查血、尿淀粉酶。怀疑有上消化道穿孔或肠梗阻时，应作X线腹部透视。因急性创伤导致的急性腹痛，应作腹腔穿刺。对肝胆疾患，有条件时应作B型超声波检查。直肠指诊是诊断急性腹痛的病变性质与部位的一种不可缺少的辅助手段，应常规进行。检查时须注意有无触痛、肿块和指套染血。