

外科急腹症及并发症

陈亚隆

云南人民出版社

1

外科急腹症及并发症

陈亚隆编著

云南人民出版社出版

(昆明市书林街100号)

云南新华印刷厂印刷 云南省新华书店发行

开本: $787 \times 1092 \frac{1}{16}$ 印张: 10 字数: 216,000

1981年7月第一版 1981年7月第一次印刷

印数: 1—5,940

统一书号: 14116·64

定价: 0.85元

前 言

外科急腹症是多发病、常见病，它发病急，变化快，病情复杂，需要及时作出诊断和治疗，才能使病人转危为安。因此，掌握外科急腹症的诊断和治疗极为重要。初学外科者在诊治急腹症时常会感到困难，为了给医学院校实习生、基层医院外科医生，以及进修普外的青年医师提供一本合乎国情，较为实用的外科急腹症的临床参考书，我于1958年着手编写此书，力求做到论述清楚，重点突出，简明扼要，通俗易懂，偏重临床，并具有中西医结合的内容，在结构安排上，注意有别于教科书。

此书初稿完成于1963年，曾得到昆明市科委和科协的支持，以《外科急腹症诊治概要》为名在内部印发。随后又得到我国著名外科专家曾宪九教授的关心，提出了宝贵的修改意见。1978年冬，我又重新修改了原作各章，并增写了一、二、三、九、十等五章。完稿后定名为《外科急腹症及并发症》，于建国三十周年前夕送交昆明市卫生局和中华医学会昆明分会外科学会审阅，得到外科学会负责人席宽、何诚中、盛兴标、张鸿鸣等四位外科主任医师的热心指导，使最后的定稿工作得以顺利完成。

此书能够写成并正式出版，主要是得到有关单位党政领导的积极支持，以及老前辈的热诚关怀，在此，谨致衷心的感谢。

目 录

第一章 外科急腹症的诊断步骤与要求	1
第一节 详问病史	1
第二节 认真体检	2
第三节 精确化验	5
第四节 特殊检查	8
第五节 剖腹诊断	9
第二章 外科急腹症的治疗方法和内容	10
第一节 中药的临床应用	10
第二节 针刺与穴位的选择	14
第三节 抗菌素的合理使用	16
第四节 解痉止痛的方法	17
第五节 补液的原则	17
第六节 代谢性酸中毒的纠正方法	18
第七节 中毒性休克的治疗	19
第八节 弥漫性血管内凝血的处理	24
第九节 手术治疗与适应症	25
第三章 手术前的准备和治疗与手术后的护理和处理	26
第一节 手术前的准备和治疗	26
第二节 手术后的护理和处理	27
第四章 胃肠疾病	29
第一节 急性胃扩张	29
第二节 胃扭转	33
第三节 胃十二指肠溃疡急性穿孔	36
第四节 胃十二指肠溃疡急性大出血	41
第五节 肠梗阻	45
一、急性机械性肠梗阻	45
二、绞闭性外疝	51
三、粘连性肠梗阻	53
四、肠扭转	57

五、急性肠套迭	60
六、肠蛔虫堵塞	64
七、肠系膜动脉栓塞	67
第六节 急性坏死性小肠炎	69
第七节 急性节段性肠炎	74
第八节 肠伤寒穿孔	77
第九节 急性阑尾炎	81
第五章 肝胆疾病	89
第一节 急性胆囊炎	89
第二节 结石性急性胆管炎	95
第三节 胆道蛔虫症	101
第四节 急性肝内胆道出血	105
第六章 胰腺疾病	109
急性胰腺炎	109
第七章 腹膜疾病	115
急性原发性腹膜炎	115
第八章 腹部挫伤并发症	119
腹内脏器损伤	119
第九章 生命重要器官并发症的处理	124
第一节 脑水肿	124
第二节 急性心功能衰竭	125
第三节 急性肺水肿	126
第四节 肝功能衰竭	126
第五节 急性肾功能衰竭	127
第十章 手术的失误与早期并发症的防治	128
第一节 胃大部切除的早期并发症与胃肠吻合的错误	128
一、吻合口出血	128
二、吻合口梗阻	129
三、吻合口瘘或破裂	130
四、十二指肠残端瘘	131
五、输入空肠段梗阻	132
六、输出空肠段梗阻	136
七、空肠扭转与胃吻合	138
八、胃与回肠错位吻合	139
第二节 小肠切除的早期并发症	140
一、小肠外瘘	140
二、腹泻	141
第三节 阑尾切除的早期并发症	141

一、阑尾动脉出血	141
二、阑尾残端或盲肠外瘘	142
三、腹壁窦道	142
第四节 弥漫性腹膜炎术后的早期并发症	143
一、膈下脓肿	143
二、盆腔脓肿	144
三、肠间脓肿	144
四、粘连性肠梗阻	145
第五节 胆囊、胆道术后的早期并发症与可能发生的错误	145
一、胆囊切除术后出血	145
二、胆汁性腹膜炎与胆外瘘	146
三、十二指肠降部前壁瘘	147
四、误伤胆总管	148
第六节 脾脏损伤术后的早期并发症	148
一、脾切除术后大出血	148
二、左膈下脓肿	149
三、胰外瘘	149

第一章 外科急腹症的诊断步骤与要求

外科急腹症的特点是：发病急，变化快，病情复杂。因此，在进行诊断时有些病例是会感到困难的。然而，能否及时作出明确的诊断，不仅关系到治疗方法的择定，而且直接影响病人的安危。

一个正确的诊断，有赖于详问病史、认真体检、精确化验和特殊检查，并将所得资料进行筛选、鉴别，去伪存真后做出。但要做到这一点，外科医师必须具有扎实的医学基础知识、丰富的临床经验和高度的责任心。

第一节 详问病史

采集病史必须做到详问、深入、全面。年龄、性别、起病诱因、发病后反应以及既往病史、月经及结婚史等等，均能提供诊断外科急腹症很有价值的资料。

（一）性别

注意病人的性别，有助于避免误诊。特别是女病人，更要详问妇科方面的情况并进行有关检查，借以排除输卵管炎、卵巢滤泡或黄体破裂出血、异位妊娠破裂、卵巢囊肿扭转、盆腔炎、子宫癌扩散等。

（二）年龄

外科急腹症有其好发年龄，掌握各病的好发年龄，可以得到启示性诊断。一般而言，在婴儿期，以先天性胆道或肠道畸形多见。在幼儿期，以急性肠套迭、箱闭性腹股沟疝多见。在儿童期，以箱闭性腹股沟疝、胆道蛔虫、肠蛔虫堵塞、肠伤寒穿孔多见。在青壮年期，以箱闭性腹股沟疝、急性阑尾炎、急性胆囊炎、肝胆管结石并发急性胆管炎、急性胰腺炎、肠伤寒穿孔、肠扭转、粘连性肠梗阻、胃十二指肠溃疡并发急性穿孔或大出血，腹部挫伤并发内脏损伤多见。在老年期，以慢性胆囊炎急性发作、胃癌并发出血、肠肿瘤并发肠梗阻、乙状结肠扭转、箱闭性股疝多见。

（三）起病诱因

仔细了解各病的起病诱因，具有临床诊断的意义。急性阑尾炎的发病与饮食不节有关。箱闭性外疝的发病，在婴儿多见于啼哭后；在青壮年多见于劳动时用力过猛。暴食酗酒可以诱发急性胰腺炎、急性胃扩张、急性肠梗阻、胃十二指肠溃疡穿孔或大出血等。急性肠扭转经常发生于饱食后从事改变体位的劳动或剧烈运动。急性肠套迭多见于婴儿突然改变饮食、增加食物后引起。胆道蛔虫、肠道蛔虫堵塞与驱虫不当关系密切。过食油腻是发生急性胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎最常见的诱因。

(四) 发病后反应

外科急腹症发病后，可有腹痛、腹胀、呕吐、大便改变、寒战高热等反应，但各病的反应不全一致，且有各自的特征。掌握这些特征，有助于提高诊断率。

转移性右下腹痛，多见急性阑尾炎。胃十二指肠溃疡急性穿孔也有此特征，但它发生疼如刀割后很快波及右下腹乃至全腹。上腹或右上腹发生烧灼样疼痛，伴吐血、黑便，多为胃十二指肠溃疡大出血或胃癌大出血。急性肝内胆道出血也有呕血、黑便，但伴腹痛剧烈，并有寒颤高热。右上腹或上腹发生放射性阵发性剧痛，伴有寒颤高热，多是肝胆管感染。剑突下发生间歇性顶钻痛，伴取胸膝位征，则为胆道蛔虫症的特点。上腹突发剧烈疼痛，显有带状反射，是为急性胰腺炎的特征。全腹发生持续性胀痛，伴大量呕吐，多为急性胃扩张、急性肠梗阻引起的。呕吐粪物者提示为低位肠梗阻。腹部发生阵发性扭绞痛并涉及腰背部，多属小肠扭转所致。小儿发生阵发性腹痛，伴解酱色粘液性血便，应想到急性肠套迭。

(五) 既往病史

详问过去病史，对诊断外科急腹症很有必要，有些病史可以提供很有价值的资料。例如患急性肠梗阻的病人，若过去动过腹部手术，则可能是粘连引起的。若既往有肠结核病史，则应考虑肠腔狭窄所致。又如患急性腹痛的病人，经X线检查发现膈下有游离气体，查问过去常感胃痛并解过黑便，就可很快地作出胃十二指肠溃疡穿孔或胃癌穿孔的诊断。既往有过黄疸病史，又发生右上腹阵发剧痛并向肩背部放射，伴有寒颤高热，可拟诊为胆石症并发急性胆管炎。

(六) 月经、结婚史

对患急性腹痛的女病人，在采集病史时，应详问月经史和结婚史，借以排除妇科方面的疾患，以防误诊。

第二节 认真体验

检查体格，要认真进行，要做到全面。与外科急腹症有关的项目，更要作为重点进行细查。

一、一般情况

(一) 体温

外科急腹症病人，在发病的初期不一定发热，但随着炎症的演深，体温就会递升。若体温出现持续数日高热（即稽留热型），或体温日差在 2°C 上下（即弛张热型），则可说明腹内存在严重感染病灶。若病情显示危笃，体温反而骤降，提示病人的预后不良。

(二) 脉象

脉象的反应，可随外科急腹症的发生和发展而有所不同。在早期，脉多呈偏沉（轻

按不得，重按应指）。在湿热期，脉多呈滑（应指圆滑，如盘走珠）。在腹痛期，脉多呈弦（挺直而长，如按琴弦）、紧（紧如绳索，来去有力）。在热盛期，脉多呈洪（大而有力，来盛去衰）。在大出血期，脉多呈芤（浮而中空，如按葱管）。在休克期，脉多呈促（脉率数而不规律）、结（脉率迟而不规律）、细（细小如线，来去软弱）、微（极细而软，按之欲绝）。

此外，还可根据脉之迟、数以初定病之寒热，数者（每分钟100次以上）为热；迟者（每分钟60次以下）为寒。根据脉之沉浮以判定病在表里，浮脉为病在表，沉脉为病在里。根据脉的强弱以定病之虚实。滑脉、弦脉、洪脉等均为实，代脉、细脉、微脉等均为虚。

（三）呼吸

呼吸运动的改变，在外科急腹症最常见的有下述两种情况：

（1）腹式呼吸运动减弱或消失，见于急性腹膜炎、急性肠梗阻、急性胃扩张等。

（2）呼吸深而快，并有酮味，多属酸中毒的表现。

（四）血压

观察血压和脉压的变化，在诊治外科急腹症是一项不可忽视的工作。并发休克的病例，往往出现血压低、脉压小，这与心血管系统的稳定性欠佳有关，也是机体抗病能力低落的表现。

（五）舌征

细辨舌质和舌苔的变化，对诊治外科急腹症很有帮助。正常人的舌质淡红，湿润，舌苔薄白，伸缩灵活。外科急腹症多属里、实、热证，在发病初期，可无舌质和舌苔的改变，但随炎症的演深，内热的炽升，血瘀的加重，舌质可由淡红转为鲜红、绛红、青紫。舌苔则由薄白转为薄黄、深黄、老黄、灰黑。

倘若舌质出现绛红、青紫，或舌苔出现老黄、灰黑，并有裂纹、芒刺，舌硬而活动不灵时，则为高热伤津、伤阴、热毒内蕴等病情危重的表现，多见于弥漫性腹膜炎，急性化脓性胆囊炎、胆管炎、急性坏死性胰腺炎，以及中毒性休克病例。

（六）体态

病人出于防御的本能，为了减轻腹痛，往往采取不同的体位。这些体位的改变，与外科急腹症本身有关。例如：患急性阑尾炎的病人，常以手按右下腹弯腰行走；患急性胆囊炎、胆石症的病人，往往辗转不安，坐卧不定；患胆道蛔虫症的人，在绞痛发作时常取胸膝俯卧位；患小肠扭转的病人，常取弯腰下蹲位；患急性腹膜炎的病人，常取屈膝静卧位。

（七）表情

紧皱眉头，大声呻吟，辗转不安，坐卧不定，为腹绞痛的反应。颜脸潮红，烦躁不安，甚至谵语，多与高烧有关。脸色苍白，反应迟钝，无神乏力，多为大出血引起。神志淡漠，呼吸不匀，语言无力，双目无光，眶周凹陷，多是失水、酸碱失衡、吸收毒素所致。

（八）黄疸

若在舌系带、巩膜、皮肤发现黄疸，则大多数病例是肝胆疾患所致，也有少数病例是胰头发炎肿大，或肿瘤压迫胆总管下端以致胆汁不能畅通流入十二指肠引起的。

二、腹部检查

检查腹部得到的阳性体征很有价值，是诊断外科急腹症组成资料的主要部分，甚至在某些病例还可作为诊断的可靠依据。因此，在检查腹部时，必须遵守常规的要求，依照视、触、叩、听四诊逐一认真地进行检查。

（一）视诊

视诊着重注意下列五点：

（1）腹型有否改变？全腹膨隆，多是肠梗阻、腹膜炎的表现。全腹膨隆，并见肠型、肠蠕动波，则是肠梗阻的特征。上腹胀满，伴有大量呕吐，多是急性胃扩张，或高位肠梗阻。板状腹则是胃十二指肠溃疡穿孔早期的典型体征。

（2）腹壁有否切口瘢痕？在肠梗阻病例，既往若有腹部手术史，往往是粘连引起的。

（3）腹壁静脉有否怒张？发现腹壁静脉怒张，应联想到有肝硬变可能。

（4）腹式呼吸运动有否减弱、消失？在腹膜炎、肠梗阻、肠麻痹的病人，常致腹式呼吸运动受限。

（5）腹股沟外环或股环有否包块？若有包块，而又不能回纳，存在触痛，多是鞘闭性外疝。

（二）触诊

触诊着重判定下列五点：

（1）腹内脏器有否炎变？腹内脏器发生炎变，腹部就会有压痛，若炎变已波及腹膜，就会出现腹肌紧张和反跳痛。

（2）病变在何脏器？一般而言，腹部压痛最明显的部位，往往就是病变脏器所在的位置。右上腹压痛，多见急性胆囊炎、胆石症、胆管炎、肝癌、肝脓肿、右膈下脓肿、胃十二指肠溃疡穿孔、胃癌、结肠右曲病变。上腹部压痛，多见胃十二指肠溃疡穿孔、胃癌、肝癌、肝脓肿、胆道感染、结石或蛔虫、胰腺炎、胰腺癌、横结肠病变。左上腹压痛，多见胰腺炎、胰腺癌、贲门癌、结肠左曲病变、左膈下脓肿、脾病变。脐周压痛，多见肠蛔虫症、肠系膜淋巴结炎。右下腹压痛，多见急性阑尾炎、急性回肠憩室炎、子宫右侧附件病变。下腹部压痛，多见腹膜炎、盆腔脓肿、宫外孕破裂。左下腹压痛，多见乙状结肠扭转、降结肠癌、子宫左侧附件病变，全腹压痛，多见急性肠梗阻、胃十二指肠溃疡穿孔并发弥漫性腹膜炎、急性渗出性或出血性胰腺炎、胆囊或胆道穿孔并发腹膜炎、外伤性内脏穿孔或出血等。

（3）腹内有否包块？腹内发现包块是异常的信号，应予警惕，认真鉴别。在右上腹触及茄子样包块，多为肿大的胆囊。在剑突下偏左处触及囊性包块，多为胰腺囊肿。在肝曲或脾曲触及活动度小之包块，多为结肠肿瘤。在腹部触及腊肠样包块，多为肠套迭；触及索条状可变形包块，多为肠蛔虫堵塞。在右下腹触及包块，多为阑尾脓肿或回盲部肿瘤。在左下腹触及包块，多属乙状结肠扭转或肿瘤。

（4）肝脾有否肿大？肝大多属本身疾患所致。反复发作的胆囊炎、胆石症病人也

会继发肝大。脾大的病因比较复杂，除脾肿瘤、脾脓肿外，多属内科疾患。肝脾并存肿大，多见门脉高压症，往往继发上消化道大出血。

(5) 腹内有否震水征？在上腹触出震水征，多示幽门梗阻。在中下腹触出震水征，多示肝硬变或低蛋白血症引起的腹水。

(三) 叩诊

叩诊着重鉴别下列两点：

(1) 肝浊音界有否缩小、消失？在胃肠穿孔后多数病人可以引起气腹征，并可叩出肝浊音界缩小和消失，但应排除结肠充气引起的肝浊音界缩小或消失。

(2) 腹内有否移动性浊音？移动性浊音是腹内积液的特征。在病人腹部叩出移动性浊音，提示腹内积液至少已有 500 毫升，见于腹膜炎、肠梗阻、外伤性腹内脏器穿孔或出血、肝硬变、低蛋白血症等。

(四) 听诊

听诊着重了解下列两点：

(1) 肠音有否减弱、消失？肠音减弱，多出现于早期腹膜炎。肠音消失，多见于肠麻痹和腹膜炎晚期。

(2) 有否气过水声或金属音？肠音出现气过水声或金属音，为机械性肠梗阻的特征。

(五) 直肠指诊

此项检查有助于鉴别急腹症某些病例。例如：低位阑尾炎、附件炎、宫外孕、盆腔脓肿、腹膜炎等可有触痛、饱满感。卵巢囊肿、子宫肿瘤、直肠癌等可触及包块。低位结肠套迭，有时可触及“子宫颈样”包块。

第三节 精 确 化 验

化验检查的结果，对诊治外科急腹症帮助很大，有些阳性资料具有决定性的价值，因此，在取材和化验时，要严格遵守常规操作，始能得出精确的数值。

(一) 血象

了解红、白血球象的变化，有助于判断贫血、出血和炎症的程度。在内出血病例，连续复查红血球计数和血红蛋白出现逐步下降，则示出血为进行性，应引起警惕，及时采取果断的措施。在感染病例，多见白血球总数及中性多形核白血球增高，若每一立方毫米白血球数超过 2 万，中性多形核白血球超过 95% 以上者，多示腹内脏器炎变较为严重。若有中性多形核白血球左移以及毒性颗粒出现，则示感染相当严重。反之，临床上出现明显腹膜炎症状，白血球反应起不来，这是机体对抗感染的潜在力量低落，为预后不良的征兆。

肠伤寒的白血球反应是低的，但在并发肠穿孔引起腹膜炎时，白血球及中性多形核白血球就会增高。

正常人嗜酸性白血球在白血球中的比率仅占 1—3%，在胆道蛔虫或肠蛔虫堵塞病

例则可见上升。

(二) 血PH值

测定血PH值，有助于了解体内的酸碱平衡。正常人血液PH值甚为恒定，平均为7.4，其波动范围介于7.35—7.45之间。PH值低于7.3时，就会出现酸中毒症状的反应。PH值高于7.5时，也会引起碱中毒症状。然而，在作诊断时，应结合临床表现和二氧化碳结合力的反应，才不会发生错误。

(三) 肝功能

测定肝功能，对了解肝细胞损伤、鉴别黄疸疾患，以及估计预后很有帮助。转氨酶、脑絮、麝香、锌浊等数值增高，以及白、球蛋白倒置，均为肝细胞损伤的反应，多见于肝本身疾患。急性胆囊炎以及肝内胆管、胆总管梗阻时，也会导致肝细胞损伤，故应结合临床体征和其他检查进行鉴别诊断。

黄疸指数和胆红素增高，多示肝胆疾患所致，显著增高者则多属肝内或肝外胆道阻塞引起。

范登白氏试验（Vanden Bergh反应）也有助于鉴别黄疸疾患，直接反应阳性者，多示肝内或肝外阻塞性黄疸。间接反应阳性者，多示溶血性黄疸。双相反应阳性者，多示肝实质性黄疸。

正常人的白、球蛋白有一定比例，若发生倒置，提示肝实质损伤较为严重，手术有一定危险，预后不良，应予足够重视。

肝 功 能 有 关 项 目 检 查

项 目	正 常 值	项 目	正 常 值	
G. O. T.	8—40单位	凡 登 白 反 应	直 接	阴 性
			间 接	弱 阳 性
G. P. T.	5—30单位	总 蛋 白 量	6—8克%	
脑磷脂絮状试验	阴性或+	白 蛋 白	4—5克%	
麝香草酚浊度试验	0—5单位	球 蛋 白	2—3克%	
硫酸锌浊度试验	2—8单位	白、球蛋白比例	1.5—2.5:1	
黄疸指数	3—6单位			
总胆红素	0.1—0.5毫克%			

(四) 肾功能

测定非蛋白氮、尿素氮、肌酐，有助于了解肾功能有否损伤。这几项的正常数值：非蛋白氮25—35毫克%，尿素氮10—15毫克%，肌酐0.9—1.8毫克%。外科急腹症并发休克病例，以及大手术后继发肾功能衰竭时，非蛋白氮、尿素氮、肌酐均会增高。

(五) 血清氯、钠、钾

测定血清中氯、钠、钾含量，主要是了解体内酸碱平衡。正常人血清中这些离子的含量是：氯350—380毫克%（100—106毫克当量/公升）、钠320—350毫克%（135—145毫克当量/公升）、钾14—22毫克%（3.5—5.5毫克当量/公升）。在外科急腹症中，血氯、钠、钾增多者较为少见，但在感染严重并发中毒性休克病例出现尿少、无尿时，则可见含量增高。在急性胃扩张、急性肠梗阻、急性化脓性胆囊炎、急性渗出性胰腺炎，以及胃肠、胆囊穿孔并发弥漫性腹膜炎等病例，均可见血氯、钠、钾含量减少的反应。

（六）血清淀粉酶

正常人血清淀粉酶含量为60—200索氏（Somogyi）单位，倘若含量显著增高并超过500索氏单位，则对诊断急性胰腺炎很有参考价值。

（七）二氧化碳结合力

在诊治外科急腹症时，测定 CO_2 结合力，主要在于了解代谢性酸或碱中毒的情况。正常人的血浆 CO_2 结合力数值为50—65容积%（25—29毫克当量/公升）。低于此数值者要结合临床和血 PH 值反应考虑代谢性酸中毒，反之，则考虑代谢性碱中毒。

（八）甲胎蛋白试验

有助于鉴别肝胆包块，对诊断肝癌帮助很大。

（九）尿

尿 PH 值低于5，尿酮体阳性，提示酸中毒可能，必须结合临床及时采取防治措施。尿内出现红、白血球，为尿路有病变的反应。后位急性阑尾炎波及输尿管时，尿内也会出现少许红血球，应予仔细鉴别，以防误诊错治。尿淀粉酶含量明显增高，对诊断急性胰腺炎很有价值。尿胆红素强阳性、尿胆素原阴性多见胆道梗阻严重。

（十）粪便

正常粪便呈黄棕色，其色泽的来源为粪胆素原。粪胆素原是肝胆红素进入肠道内经细菌的还原作用而成的。当胆总管完全梗阻时，肝胆红素不能进入肠道而反流入血，肠道就不产生粪胆素原，粪便就变成灰白色。

黑色大便或“柏油样”大便，见于消化道出血病例，如食道胃底曲张静脉破裂、胃十二指肠溃疡出血、胃癌出血、肝内胆道出血、肠伤寒出血等。

红色血便，见于下消化道出血病例，如直肠癌、内外痔等。

酱色粘液血便，多见肠套迭。

大便检出胆石，常见于采用中西医结合治疗胆石症的病例。

大便匿血试验呈阳性反应者，见于消化道出血病例。

大便粪胆原试验呈阴性反应者，见于胆总管完全梗阻。

大便镜检见到蛔虫卵者，见于肠蛔虫或胆道蛔虫。

大便镜检发现中性脂肪和脂酸增加，具有临床意义。中性脂肪增加，常示胰腺功能不全，见于急性或慢性胰腺炎、胰头癌或胰管结石。脂酸增加则示脂肪吸收障碍，为肠道缺少胆汁所致，见于胆总管阻塞病例。

（十一）其他

胃液分析、十二指肠引流检查、细菌培养以及细菌对抗菌素药物敏感度测定等等，对诊断和治疗都有很大帮助。

第四节 特殊检查

特殊检查是诊断外科急腹症的重要组成部分，有些阳性资料还可以作为诊断的可靠依据，因此，在客观条件包括病情许可下，要抓紧一切时机进行必要的检查。

（一）胸腹透视

可以了解心肺膈和腹部情况。膈下出现游离气层，多属胃肠穿孔的反应。肠管充气并有多个气液平面，为肠梗阻的特征。胃内出现两个胃泡，为胃扭转的表现。此外，偶可发现胆囊结石和尿路结石。

（二）腹部平片

对辅助诊断外科急腹症很有价值，大致可以明确下述六点：

（1）在透视下疑有膈下游离气体时，通过腹部平片就可作出肯定的判断。

（2）在透视确定为肠梗阻病例，通过腹部平片可以大致判断肠梗阻的部位和性质。

（3）对腹部挫伤拟诊肝或脾包膜下出血病例，在腹部平片上借助邻近充气肠管的衬托，若见到增大的肝或脾的阴影，一般可以作出明确的判断。

（4）对右下腹局限性腹膜炎而不能确定病因时，可通过腹部平片，若见到回盲部及其周围出现腹膜激惹征，一般可以判定是炎变严重的急性阑尾炎。

（5）对拟诊腹膜炎病例，若在腹部平片上看到腹腔积液征，则可作出明确的诊断。

（6）在腹部平片上看到钙化灶，一般根据钙化灶大小、多寡和分布的部位，大致可以确定发生结石的脏器，例如胆囊结石、胰腺结石、尿路结石，以及新生儿胎粪性腹膜炎等。

（三）胃肠造影

在急性期一般不作胃肠造影。但在下述两种情况下可以慎用：

（1）拟诊肠套迭病例，为了取得及时的诊断，可以采用钡盐灌肠造影检查。此项检查方法有时还可收到促使肠套迭复位的治疗效果。

（2）对肠梗阻而无明显腹膜炎病例，为了明确梗阻的部位和性质，以及观察中西医结合治疗的结果，则可采用水溶性碘液100—200毫升口服或由胃管注入行肠道造影。

（四）胆系造影

在急性期不宜进行胆系造影。在炎症已被控制和全身情况基本正常后，可以酌情施以口服法胆囊造影或静脉法胆道造影，有助于诊断慢性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫和胆道畸形、狭窄、异常扩大、肿瘤等。

（五）超声波检查

既方便，又安全，并且不受时间、场地和病情的限制，对肝大、炎变、肿瘤、脓肿和胆囊大小、结石、排泄功能，以及腹腔包块的定位和性质，均可提供诊断的线索。

（六）内窥镜检查

在消化道大出血病例，一时不能明确病因和出血部位时，为了抢救生命的需要，可

以利用导光纤维胃镜进行紧急检查，有助于及时作出诊断，在必要时还可采取活体组织标本进行病理检查。

（七）同位素检查

对外科急腹症的诊断帮助不大，但在疑有肝肾病变须待排除时，可有一定价值。此项检查要在病情稳定后才能进行。

（八）腹腔穿刺

对拟诊腹膜炎以及实质脏器出血等病例，为了得到及时的诊断，有必要进行腹腔穿刺。观察分析腹腔抽出液的性质，一般可以作出明确诊断。穿刺部位可选在左或右下腹部叩出浊音区进行穿刺。穿刺前要令病人排空膀胱。肠管胀气明显的病例，禁行此项检查。

第五节 剖腹诊断

外科急腹症的诊断，通过综合分析病史、体征、化验和特殊检查的资料，绝大多数病例均能作出及时而明确的结论。确有个别疑难病例，虽经各项检查，包括邀请有关科室医师会诊共同研究，还是有不能作出肯定诊断的。在此情况下，外科医师的责任，就要掌握好手术探查的指征。只要有手术探查的依据，外科医师必须以极端负责的态度，采取果断的措施为病人进行剖腹诊断。剖腹诊断的目的，是为了查明疾病，俾使病人能够得到及时而正确的治疗。

第二章 外科急腹症的治疗方法和内容

治疗的目的，是为了解除病痛，抢救生命，造福病人。治疗外科急腹症有两种疗法：一是非手术疗法，二是手术疗法。两种疗法各有适应症，必须根据病因、病理、病情认真选择，不然，就会给病人增加痛苦和负担，甚至造成不幸。因此，外科医师在治疗外科急腹症时必须遵循下述五点：

- (1) 以病人的生命安全为重。
- (2) 一切从病人的利益出发。
- (3) 掌握确实病情，对症选择治疗方法。
- (4) 注意减轻病人的负担。
- (5) 力争良好疗效。

外科急腹症的治疗内容相当丰富，仅择其主要部分介绍于下。

第一节 中药的临床应用

自1958年起，外科医师有计划有目的地采用中药结合西医疗法用于治疗外科急腹症，经过二十多年长期的临床实践，证明疗效显著，不仅使大多数病人避免了手术，并且获得较为彻底的治愈。

采用中药治疗外科急腹症，要依中医理论进行辨证施治，要根据病因、病理、病情和体质进行立法、开方、用药。

外科急腹症常用的治法与方剂：

1.通里攻下“腹痛”是外科急腹症的共有症状，也是里实症的症候之一。根据中医学“不通则痛”，以及“脏腑以通为用”的理论，采取通里攻下法治疗里实症是符合辨证施治的原则的。常用药物有大黄、芒硝、巴豆、甘遂、火麻仁、郁李仁、桃仁、枳实、厚朴等，具有下实、泻热、攻水、消积、排阻等作用。根据通里攻下药物的作用，以大黄、芒硝、枳实、厚朴四味配制而成的大承气汤，在外科临床上主要用于治疗急性肠梗阻，若用于治疗其他外科急腹症感染病例，如：急性阑尾炎、急性胆囊炎、胆管炎、胆道蛔虫、急性胰腺炎以及腹腔脓肿的早期病例，则需酌情与清热解毒、活血化瘀、理气开郁以及驱虫等药配用，疗效更为显著。

大承气汤为治疗急性肠梗阻的基本方，疗效甚为显著，但在应用时要注意随证加减。天津南开医院、山西医学院、遵义医学院、青岛台山医院等均对大承气汤的作用机理进行了实验研究，并作下列几点阐述：

- (1) 能促进胃肠道的推进机能。
- (2) 能改善、增加肠血流量。
- (3) 能降低毛细血管通透性。

(4) 具有很强的抑菌作用。

(5) 有预防术后腹腔内粘连的作用。

常用的通里攻下方剂:

(1) 大承气汤(伤寒论方): 大黄、芒硝、枳实、厚朴。

此乃寒下方, 适用于峻下热结之证。

(2) 大陷胸汤(伤寒论方): 大黄、芒硝、甘遂。

此乃寒下逐水方, 适用于峻下热结之证。

(3) 三物备急丸(金匱要略方): 大黄、巴豆、干姜。

此乃湿下方, 适用于寒实之证。

(4) 大黄附子汤(金匱要略方): 大黄、附子、细辛。

此乃湿下方, 适用于寒实之证。

(5) 麻子仁丸(伤寒论方): 麻子仁、杏仁、枳实、大黄、芍药、厚朴, 六味为末, 炼蜜为丸。

此乃润下方, 适用于肠胃燥热, 大便秘结, 腹中胀满之证。

2. 清热解毒 外科急腹症中感染病例, 多属里实热证, 根据中医学“热者寒之”, “治热以寒”等原理, 施以清热解毒的治法, 配用通里攻下, 活血化瘀和理气开郁等药, 疗效显著, 可清除体内热毒、抗菌、消炎, 使病人加速康复。

清热解毒药物甚多, 在临床应用时, 可依药物的性能不同, 结合病因、病理、病情和体质选用。金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、板蓝根、败酱草等常用于清热解毒。黄连、黄芩、黄柏、茵陈、栀子、龙胆草等常用于清热燥湿。石膏、知母常用于清热泻火。牡丹皮、赤芍、生地黄常用于清热凉血。清热解毒药物多具有抗菌消炎的作用, 根据实验研究的资料, 归纳于下表:

清热解毒药物的抗菌作用

清热解毒药物	抗 菌 作 用
金 银 花	对多种细菌有抗菌作用。
连 翘	对多种细菌有抗菌作用。
紫花地丁	有广谱抗菌素作用。
蒲 公 英	对葡萄球菌有抗菌作用。
黄 芩	对多种细菌有抑制作用。
黄 连	抗菌作用广泛, 对痢疾杆菌、葡萄球菌作用最强。
黄 柏	对肺炎球菌抑制作用最强。
栀 子	有广谱抗菌素作用。
牡 丹 皮	有抗菌作用。
赤 芍	对痢疾杆菌有较强的抑制作用。
知 母	对痢疾、伤寒、副伤寒、大肠杆菌和葡萄球菌有抗菌作用。
板 蓝 根	有广谱抗菌及抗病毒作用。