

228249

辽宁医药增刊

WAIKE
JIBING
ZHENDUAN
YANXI



外科疾病诊断演习

中华医学会辽宁分会

1

序 言

《外科疾病诊断演习》是由日本十一所医科大学的一些教授、讲师编写的，在日本颇受欢迎。为加强中、日医学交流，《辽宁医药》编辑部将该书译成中文发表是一件好事。

该书有许多地方值得我们学习。书以“演习”命名，就是练习和示范的意思，书中选用的八十三个病例，均是临床常见的，但在诊断上又多有一定困难的。该书采取问答的形式，用现代医学理论知识，从生理、生化、解剖及病理纵横分析，有机地利用各科基础知识提供诊断依据，由浅入深，得出正确诊断，同时指出误诊的原因及注意事项。这样的写作方法在国内外还是不多见的。所以该书不仅对外科医生适用，对内科、儿科、神经科医生和医学院校师生及基层临床医生都是一本很好的参考书。

我相信《辽宁医药》编辑部将此书译成中文刊出，对我国提高外科疾病临床诊断水平定将起到促进作用。

吴英恺

1980年7月25日

目 录

(上 册)

急腹症

1. 以上腹部剧烈疼痛为主诉的病例…………… 1
2. 以右下腹部疼痛为主诉的病例…………… 9
3. 因汽车肇事, 方向盘撞击上腹部的病例…………… 17
4. 前胸部受到强烈打击合并休克的病例…………… 25
5. 以剧烈腹痛为主诉, 既往有频繁腹痛发作和
大便异常的病例…………… 31
6. 以便秘后腹痛和腹部膨满为主诉的病例…………… 40

消化器疾病

1. 在胸部有越来越重的食物阻塞感的病例…………… 49
2. 伴有食欲不振、恶心、呕吐、上腹
部痛的病例…………… 58
3. 上腹痛逐渐加重, 伴有呕吐的病例…………… 66
4. 经常性血便以致频繁血性腹泻的病例…………… 74
5. 主诉右下腹痛伴肠鸣、腹泻、发烧的病例…………… 82

胆道疾病

1. 以上腹不适发病, 反复发生从右季肋部到
背部钝痛的病例…………… 93
2. 以全身倦怠感发病, 黄疸反复消长、
迁延持续的病例…………… 100

胰脾疾病

1. 主诉腹部剧痛、背痛、呕吐的病例…………… 111
2. 主诉上腹部肿物和腹痛的病例…………… 117

3. 主诉黄疸、发烧、全身倦怠，伴发糖尿病
病的病例..... 124

直肠癌

1. 以排尿障碍和血尿为主诉的病例..... 134
2. 常规直肠镜检查中偶然发现无症状的微小
直肠肿瘤的病例..... 143

小儿腹部外科

1. 新生儿口流粘液和口唇发绀的病例..... 153
2. 新生儿呕吐胆汁样物的病例..... 160
3. 新生儿肛门畸形的病例..... 169
4. 婴幼儿呕吐、便血的病例..... 177
5. 婴儿左腹股沟、阴囊隆起的病例..... 183

肺、纵隔疾病

1. 主诉为心悸、呼吸困难、血痰的病例..... 190
2. 主诉为咳嗽、血痰的病例..... 200
3. 主诉咳嗽，胸部X线有异常阴影的病例..... 211

乳 癌

- 左乳腺癌手术二年后，发生右肩关节疼痛
的病例..... 223

心脏病

1. 以心悸、运动时呼吸困难为主诉的
小儿病例..... 235
2. 生后10个月，伴有紫绀、哺乳时出汗及发
育迟缓的病例..... 247
3. 主诉呼吸困难、心悸、左前胸痛、下肢浮
肿及晕厥发作的病例..... 258
4. 心绞痛一日发作数次的病例..... 266

血管病

- 以间歇性跛行和左脚趾坏死为主诉的病例…………… 278

内分泌疾病

1. 高血压, 并有周期性四肢麻痹的病例…………… 291
2. 以异常高血压和心悸为主诉的病例…………… 299
3. 以右前颈部肿物、声音嘶哑为主诉的病例…………… 306
4. 主诉心悸、手指震颤、体重减轻的病例…………… 313

脑神经疾病

1. 主诉视野缩小和没有月经的病例…………… 321
2. 主诉头痛, 并在痉挛发作后出现右
上肢瘫痪的病例…………… 334
3. 伴有呕吐的平衡障碍和有眼球震颤的病例…………… 345
4. 剧烈头痛, 在意识丧失后表现有脑
膜刺激症状的病例…………… 353
5. 头部外伤后, 有中间清醒期及左侧
偏瘫的病例…………… 363
6. 颈部疼痛及四肢瘫痪的病例…………… 370
7. 右半身瘫, 运动性失语症, 意识障碍的病例…………… 378

急 腹 症

一、以上腹部剧烈疼痛为主诉的病例

男，32岁。5年前曾诊断为十二指肠溃疡，接受了3个月的内科治疗。6个月前出现空腹时心窝部疼痛，吃胃药后便可消失，因此没有介意。

本次于两日前有上腹部不适、烧心等。今晨由于剧烈的腹痛而惊醒。腹痛呈持续性，从上腹部开始，很快扩展至全腹，并有呕吐，呕吐物内混有少量血液。发病后8小时来院就诊。

来院时所见：颜面苍白，出冷汗。血压96/76 mmHg，脉搏118次/分，体温36.8°C。腹部板状硬，肺肝界消失。还可见从上腹部到右下腹部的肌紧张和反跳痛（BLUMBERG氏征）。

问题1：该患者来诊时，怎样处置好？

解说：本例患者伴有休克症状，治疗必须优先于诊断。首先一边以输液为中心进行抗休克治疗，再一边查找休克的原因和引起休克的原发疾病。

问题2：在诊断上要考虑哪些疾病？

解说：引起上腹部或全腹部剧烈疼痛的疾病，主要有以下几种：

（1）胃、十二指肠溃疡的急性发作，胃、十二指肠溃疡穿孔

（2）胆石症或者急性胆囊炎

（3）急性胰腺炎 （4）尿路结石

(5) 急性阑尾炎 (6) 肠梗阻或肠穿孔

(7) 肠系膜动脉栓塞、腹部大动脉瘤破裂

另外,还必须考虑引起上腹部剧痛的腹部以外的疾病,如心肌梗塞、心包炎、胸膜炎等。如是女患,还要和宫外孕破裂、卵巢囊肿蒂扭转等加以鉴别。

问题 3: 以腹部剧痛为主诉的主要疾病的疼痛特征是什么?

解说: 胃、十二指肠溃疡穿孔: 因为胃或十二指肠穿孔, 向腹腔内漏出高酸度的胃内容, 所以引起上腹部的持续性疼痛。随着漏出量的增多, 则主诉全腹疼痛。如系十二指肠穿孔, 其内容漏出量不太多时, 可从右结肠周围流到右下腹和盆腔贮留, 则主诉为右下腹剧痛, 有时与急性阑尾炎相混淆。如果对膈肌有炎症性刺激, 有时也主诉疼痛向肩部放散。

胆石症: 右季肋部疼痛, 呈阵发性绞痛, 常常向背部或右肩部放散。高脂肪饮食常可成为诱因。有继发性发烧和黄疸。如合并急性胆囊炎, 疼痛转为持续性的, 并伴有恶寒战栗、高烧。多数情况下可触到肿大的胆囊。

急性胰腺炎: 上腹部骤然地持续性疼痛, 常常向左肩背部放散。脂肪饮食或过饱常可成为诱因。有时可在胰腺走行位置触到疼痛性的肿物, 即所谓 KÖRTE 氏征。

尿路结石: 从一侧腰部或侧腹部开始的阵发性绞痛, 常向会阴部放散。结石接近膀胱时, 主诉尿频。

肠梗阻: 单纯性肠梗阻时, 因为肠内容物要通过梗阻部位, 输送到肛门侧, 故肠蠕动亢进, 所以主诉为周期性的绞痛。其疼痛部位多在上腹部或脐部。绞窄性肠梗阻则以持续性剧烈疼痛为特征。

问题 4：一般对以急剧的上腹痛为主诉的来诊患者，应怎样进行检查？

解说：首先要详细地问诊。问其疼痛的经过、性质、进一步问其是否有呕吐、消化道出血等合并症状和既往疾病，以及是否做过手术。多数的胃、十二指肠溃疡穿孔，既往有溃疡症状，但也有在无任何症状的情况下，突然穿孔者。如果以前有过右季肋部疼痛的发作和黄疸史，要疑及胆石症。如是吃脂肪食以后的腹痛发作，则要疑及急性胰腺炎和胆石症而加以检查。

望诊：要注意是否有腹部胀满、腹壁静脉曲张、蠕动浪、手术瘢痕等。老年女性的肠梗阻，因股疝嵌顿引起者不少见，所以也要查明其是否存在。另外，急性胰腺炎有时也可见由于脐周围的皮下出血（CULLEN 症状）和侧腹部皮下出血而变色（GREY—TURNER 症状）。

触诊：首先注意肌紧张的有无、范围和程度，有无异常的肿物、抵抗，压痛的程度和最痛点，有无反跳痛等腹膜炎所见。肠套叠必须触到肿物。

听诊：机械性肠梗阻时，肠蠕动亢进，但是绞窄性肠梗阻的进展期，肠蠕动反而消失，有时听不到肠鸣音。由腹膜炎等引起的麻痹性肠梗阻，当然也难于听到肠鸣音。

直肠指诊：此项检查虽多易忽略，但却非常重要。检查 DOUGLAS 窝时，对男患还要检查前列腺，对女患还要检查子宫颈部。急性阑尾炎的患者，在 DOUGLAS 窝直肠的右侧壁多有压痛。DOUGLAS 窝脓肿时，则可有直肠前壁膨隆。还可将左手置于腹壁进行双合诊，有时可触知卵巢囊肿等。指诊完了时，不要忘记对指套上附着的粪便、粘

液、血液等要仔细观察。

一般检查：因为需要在短时间内做出诊断，决定治疗方案，所以要抓住要领，尽快进行检查。作为必要的检查列举如下。

(1) 检尿：蛋白、糖、胆红素、尿胆素原、沉渣

(2) 血液检查：血红蛋白、红细胞比积、红细胞数、白细胞数、血小板数

(3) 生化学检查：尿及血清淀粉酶、黄疸指数、血清谷草转氨酶 (GOT) 及谷丙转氨酶 (GPT)、血清钠、钾、氯、尿素氮等

(4) X线检查：胸部和腹部的单纯摄影、消化道造影、胆囊造影、肾盂输尿管造影

(5) 心电图

(6) 术前检查：血型、出血倾向、血清总蛋白、肺活量或屏气时间、血液气体分析等

本例检查结果如下：

检尿：比重 1.040，蛋白 (一)，糖 (一)，尿胆素原 (十)，胆红素 (一)，沉渣无异常。血液检查：血红蛋白 16.3g/dl，红细胞比积 48%，红细胞 582万/mm³，白细胞 19,300/mm³。生化学检查：尿淀粉酶 32 单位，血清淀粉酶 16 单位，血清 GOT 20 单位，GPT 24 单位，黄疸指数 6 单位，碱性磷酸酶 6.8 [K·A (金氏单位)]。血液气体分析 (ASTRUP 法)：PO₂ 60 mmHg，PCO₂ 42.4 mmHg，剩余硷 (B·E) -4.0 mEq/L，PH 7.33。胸部及腹部 X 线摄影 (见图)。

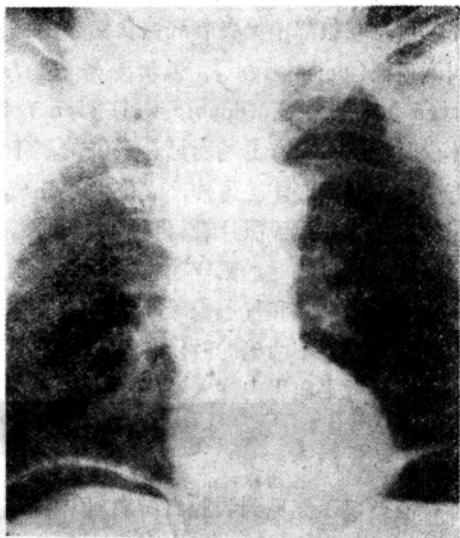


图 右膈肌下有游离气体像

问题 5：从本例的检查所见，应做怎样的判断？

解说：从尿比重和血液的检查，看出由于脱水引起血液浓缩，白细胞增多。胸部X线像认为有肺纹理增强和动脉硬化，还可见膈肌下腹腔内游离气体像。尤其是腹部X线照片除有气腹像外，还有轻度肠麻痹所见。血液气体分析的结果，显示有代谢性酸中毒。

问题 6：腹部单纯X线摄影，应取什么体位？

解说：一般地说腹部单纯X线摄影，原则上取仰卧位或侧卧位，行前后方向投照，而像本例这样检查有无消化道穿孔的气腹像，以及疑为肠梗阻时，在患者状态许可的情况下，也应

同时进行立位的前后摄影。如果腹腔内游离气体量多，在仰卧位的前后像，可见在腹部中央夹着肝镰状韧带的椭圆形气体像，把它叫圆顶征(dome sign)、镰状韧带征(falciform ligament sign)、双壁征(double wall sign)等。但如果游离气体少时，就很难有上述所见。立位的膈下气体像则易于证明有少量的游离气体。另外，立位的膈下气体像，在胸部X线照片上比腹部X线照片看得更清晰(见图)。当然在立位和坐位摄影都不可能时，则应注意左侧卧位前后投照的气腹像。左侧有胃泡，常和气腹像难于区别。如果胃泡和气腹像鉴别困难或气腹像不明确的时候，可插入胃管，把胃内气体吸出，或者反过来向胃内注入空气，使游离的气体量增加，再行摄影。

问题 7：在什么情况下能见到腹腔内游离气体像？

解说：胃、十二指肠溃疡穿孔、胃癌穿孔、新生儿特发性胃破裂、结肠癌穿孔、特发性结肠穿孔、小肠溃疡穿孔以及外伤性胃肠道破裂等含有气体的空腔脏器穿孔、破裂时能够见到。还偶见于由产气菌所引起的原发性腹膜炎。可是阑尾穿孔以没有气腹像为其特征。除上述外，在行开腹手术14日以内的患者，或是行输卵管通气、腹膜透析后等患者，腹腔内也会有游离气体，从这个意义上说试验性腹腔穿刺，最好在腹部X线摄影之后进行。

需要与气腹像鉴别的有急性胃扩张，这可用吸引胃内容的办法加以鉴别。还有肠管壁进入膈肌与肝之间(CHILAI-DITI 综合征)也有时误认为气腹像。特别是以肠壁气体像为特征的肠管囊肿样气肿。一般认为空肠易于进入膈肌与肝之间。

问题 8：在急腹症难于诊断时，为了确诊，常常要进行腹腔穿刺，这该怎么做呢？

解说：考虑腹腔内有液体贮留时，试验性腹腔穿刺即可证明，如有穿刺液，应该送检。虽然这是个有效的检查法，但有副损伤的可能性，可在其它检查法得不到确诊时进行。

其方法是，虽在左右腹部的上下四处均可做穿刺，但首先应在副损伤少的左下腹部脐与髂棘连线的外1/4处穿刺。如果得不到贮留液，让患者左侧卧位有时可以成功。因为用的是18—20号的长针，有可能刺伤腹腔内的脏器，所以要注意，特别是在肠管内有气体膨满像时，最好不做。还有，在触到胆囊和脾的肿物时，要注意不要穿刺肿物。在有手术创口时，因附近可能有肠管的粘连，不注意也是危险的。

被穿刺出的是血液时，要放置一会儿，如吸出的是刺破血管或末梢的血液，则能够凝固，而如是腹腔内出血时，其特点是不凝固。如能得到1ml 以上的不凝的血，即可判断为阳性，可确诊有腹腔内出血。

泛发性腹膜炎者，由于其程度的不同，可能吸出浆液性以至脓性的穿刺液。十二指肠溃疡者，可有胆汁的混入。急性胰腺炎的穿刺液是血性的，淀粉酶也呈高值，这是对诊断有意义的所见。此外，如考虑有感染时，要进行细菌学的检查，如考虑有恶性肿瘤时，还要进行细胞学的检查。

问题 9：本例应下什么诊断？产生休克的原因是什么？

解说：因为有腹膜炎症状和腹腔内游离气体的存在，又有十二指肠溃疡的既往史，所以考虑是十二指肠溃疡穿孔性泛发性腹膜炎。

由胃、十二指肠溃疡穿孔引起的腹膜炎伴发的休克，

分以下三个阶段。首先由于穿孔，向腹腔内流入强酸性的液体刺激腹膜，引起腹部剧烈疼痛，而招致第一次休克；随后大量的渗出液在腹腔内贮留，引起腹膜下组织的水肿，同时循环血液量的减少，成为低血容量性休克（hypovolemic shock）；如再经过一段时间，细菌在渗出液中繁殖，就发展为重笃的感染性休克。本例所见，发病有3小时，从血液浓缩等考虑属于第二阶段，主要是低血容量性休克。

问题10：胃、十二指肠溃疡穿孔如何治疗？

解说：胃、十二指肠溃疡穿孔的治疗，有保守疗法和手术疗法。不用说后者更为确切。本例的情况当然是手术适应症。

作为根治手术有①包括十二指肠穿孔部位和大部分分泌盐酸部位的胃大部切除术；②切断支配盐酸分泌的迷走神经，切除穿孔部位并行幽门成形术。有时也用切除分泌胃泌素（gastrin）的前庭部来代替幽门成形术。

延误手术时机的、高龄的，或心、肾、肝、肺等合并有严重疾患的病例，也有仅作穿孔缝合和引流的姑息手术。

小 结

1. 诊断：十二指肠溃疡穿孔性泛发性腹膜炎

2. 诊断要点：

（1）上腹部的剧烈疼痛

（2）腹膜炎症状

（3）肺肝界的消失

（4）白细胞增多

（5）腹部X线检查腹腔内有游离气体

3. 治疗

非手术疗法：胃内吸引、输液疗法、给予抗菌素

手术疗法:

根治性的: 胃大部切除术、迷走神经切断术, 或加幽门成形术, 或加胃前庭部切除术

姑息性的: 穿孔部的缝合、引流

另外, 迷走神经切断术, 有全腹迷走神经切断术、选择性胃迷走神经切断术、近位选择性胃迷走神经切断术。

森田 建·加部吉男 著

王德林 译 王双生 校

二、以右下腹部疼痛为主诉的病例

26岁的已婚女患, 主诉右下腹痛。来院前约12小时, 上腹部有异样感, 接着上腹部痛和轻度的恶心。过一段时间疼痛转移到右下腹。疼痛虽不放散, 但影响走路。来院前还曾呕吐一次食物残渣。大便通常一日一次, 正常便, 但发病后没有排便、排气。末次月经于3周前終了。体温 37.6°C 。

问题1: 根据上述问诊资料, 最应考虑以下所列举的哪种疾病? 否定其他疾病的根据是什么?

- (1) 宫外孕破裂。
- (2) 右输尿管结石症。
- (3) 急性胆囊炎。
- (4) 十二指肠溃疡穿孔。
- (5) 急性阑尾炎。

解说:

(1) 宫外孕破裂, 从末次月经的时间这一点可以否定, 可是有时有假月经, 值得注意。本症很少发烧, 常常因

合并腹腔内出血，而致休克症状，还可能合并有阴道的异常出血。子宫直肠窝穿刺，如得到不凝的血液即可确诊。

(2) 输尿管结石症，有侧腹部的绞痛发作，并向尿道口方向放散。假如没有合并感染，一般无发烧等炎症所见。血尿，腹部X线检查有钙化影虽可诊断，但是，如果腹部单纯X线照像没有结石阴影者，也不能否定输尿管结石，因此有必要施行肾盂输尿管造影。

(3) 急性胆囊炎，多有右季肋部的持续性疼痛，并向右背部和右肩放散。常常可触到肿大的胆囊，伴有高烧。要注意既往是否有过同样性质的疼痛和胆石症的发作史。急性胆囊炎的胆囊造影，即使胆管能够显影，也很难指望胆囊显影。

(4) 十二指肠溃疡穿孔，由于机械性刺激，也就是穿孔先于腹膜炎，发病急剧，多数患者对发病是有认识的。要注意既往是否有消化性溃疡和日常的消化道症状。本症可根据X线照像腹腔内有游离气体而确诊。

(参照前例)。

(5) 急性阑尾炎，有较固定的右下腹部疼痛、恶心、呕吐的腹膜刺激症状，轻度的发烧时，最应怀疑是急性阑尾炎。

下面所述的是本例的现症状：

面容稍有苦闷状，姿势略前屈。脉搏 84 次/分，脉整。血压 116/70mmHg，睑结膜不贫血，球结膜也不黄染。胸部物理检查无异常所见。肺肝界第 5 肋间。腹部平坦，但右下腹部有肌紧张，麦氏点 (McBURNEY 点) 有压痛，且有反跳痛 (BLUMBERG 征)。白细胞 $10,800/\text{mm}^3$ 。

问题 2：由上面的理学所见，认为肺肝界是存在的，右下腹

有限局性腹膜刺激症状，急性阑尾炎最可疑，可是除上述之外，作为急性阑尾炎的理学所见还有什么？

解说：急性阑尾炎还有用多个压痛点和腹膜刺激症状做为诊断法的。在此就有代表性的介绍如下。

(1) 麦氏压痛点 (McBURNEY 压痛点)：右侧脐-髂前上棘连线上，自髂前上棘1/3的点。

(2) 兰兹氏压痛点 (LANZ压痛点)：在两侧髂前上棘的连线上，右1/3与中1/3的交界处。

(3) 罗氏征 (ROSENSTEIN 征)：与仰卧位时压痛点的压痛比较，右侧卧位时压痛更显著的症状。

(注) 逆(反) ROSENSTEIN 征：在左侧卧位时，压痛消失或者减轻，这是移动盲肠的所见。

(4) 反跳痛 (BLUMBERG 征)：用手压压痛点，然后突然放手，病人感觉到向腹腔内放散的冲击痛。这叫做反跳痛，也是其他腹膜炎的共同症状。

(5) 直肠指诊：对于诊断膀胱直肠窝脓肿当然是不可缺少的，而膀胱直肠窝右侧的压痛，对诊断阑尾炎与腹膜刺激症状有同等重要的意义。

问题 3：从上述的病历看，怎样与以下各疾病进行鉴别？

- (1) 右侧结肠憩室炎。
- (2) 非特异性局限性肠炎。
- (3) 肠系膜淋巴结炎。
- (4) 美克耳 (MECKEL) 氏憩室炎。
- (5) 盲肠癌。

解说：仅从上述的临床经过和现有症状，以上疾病与急性阑尾炎鉴别是非常困难的，常在急性阑尾炎的诊断下被开腹。

这里把这些疾病的特征列举出来，以资在与急性阑尾炎的鉴别上多少有些帮助。

右侧结肠憩室炎：欧美国家的结肠憩室左侧者多，好发于老年人，而日本不知什么原因右侧者多，比较年轻者也不少见。右侧结肠憩室炎在术前被诊断为急性阑尾炎者达50%以上。可是右侧结肠憩室炎，病情经过缓慢，恶心、呕吐者少见。因而病情经过较长者，有便血的既往史者等，应考虑进行钡灌肠造影等X线检查。

非特异性局限性肠炎：本症特别是伴有急性症状的病例，与急性阑尾炎鉴别较困难，常在开腹后得到诊断。但是慢性经过者，有肿瘤形成和肠管通过障碍症状的病例还是多的。还有本症中常能见到有阑尾切除的既往史者，应当留意。

肠系膜淋巴结炎：本症常见于小儿，有腹痛、压痛、肌紧张、发烧、白细胞增多等，也是与急性阑尾炎难于鉴别的疾病之一。鉴别要点是：本症可有上呼吸道感染、扁桃腺炎、体表淋巴结肿大等，全身症状不太严重。瘦的患儿，腹部触诊有时可触及淋巴结。另外压痛部位，取侧卧位时有移动。本症如能确诊，可用保守疗法，使之好转，因此最好能术前做出诊断。

美克耳氏憩室炎：本症在消化道炎症这一点上，与急性阑尾炎的鉴别困难。其鉴别点有：压痛点比急性阑尾炎靠近正中；注意有无便血的既往史；最近用⁷⁰钨闪烁扫描图，如有向憩室内迷入胃粘膜的集积像，可做出本症的诊断，如果条件允许可以试用。

盲肠癌：对癌的好发年龄者更要注意。有时甚至即使开腹，也难以判断炎症性肿瘤或是癌。因而详细地问诊，细