

函授业务交流汇编

上海第二医学院教育革命组函授组编

一九七五年十一月

急腹症 1. 早期诊断

急腹症是指患有急性腹痛的患者，一般起病急，腹痛明显。急性腹痛为其共同性，是十分常见的症状，引起急性腹痛的病因很多，包括内、外、妇、儿等各科的疾病，按年龄来讲从新生儿到老年人都可患有急性腹痛的疾病。它们之间有共同的特征（腹痛）因此有许多相似之处，但又都有自己特殊的病史，症状和体征，有其特殊性，即使是同一病种，例如：急性阑尾炎也有它的普遍规律和特殊情况，因此有时造成诊断上的困难，但是如果我们能运用唯物辩证观点来指导医疗实践，对每一个急腹症的患者进行认真的调查研究，特别是详细的询问病史，仔细的体检，结合某些实验室检查和X线的检查，根据已有的有关各个疾病的特殊性知识，进行综合分析，从而得出正确的结论及时处理。

急腹症诊断的基本要点

急腹症的诊断主要根据年龄、病史、体征，结合某些实验室检查（包括X线检查），进行认真调查，综合分析，分述如下：

一、年 龄

年龄是一个较重要的指标，许多急腹症具有年龄的特征，如在新生儿较多见为先天性十二指肠梗阻和中肠旋转不良所致的小肠扭转，婴儿多见为肠套叠，根据我院小儿外科的统计约90%

的肠套叠发生在2岁以下，其中尤以4~10月者最多，儿童期多见为非特异性肠系膜淋巴结炎，蛔虫阻塞，急性阑尾炎。青壮年较多见为急性阑尾炎、溃疡病穿孔、绞窄性疝、急性胆囊炎、急性胰腺炎等，而在育龄妇女要考虑宫外孕破裂、急性输卵管炎（脓肿），卵巢囊肿或肿瘤扭转，老年期以癌肿的并发症、胆道疾患、乙状结肠扭转较为多见。

二、病 史

不少病例通过病史已能得出初步印象，病史包括现在史和过去史，现在史着重于腹痛、呕吐、和排便习惯改变三方面，其他症状如发热、虚脱等对诊断亦均有帮助，一个疾病往往是以1~2个症状为主，各个症状严重的程度和出现的先后对诊断很有价值，例如先发热者大致是非外科急腹症，但是如果以往健康，无腹痛史患者，而目前患有严重腹痛在6小时以上者，可有例外，往往大多数是外科急腹症疾病。

一、腹痛 腹痛是急腹症第一个常见症状

（一）腹痛与解剖关系

1. 内脏神经：在病变未涉及腹膜壁层之前按解剖的关系，内脏痛的位置通过内脏神经而定，有二个特点：

内脏神经的感觉神经是经由脊神经后根及迷走神经等传入中枢，由于分布到内脏的内脏感觉神经数量较少，每根内脏感觉神经纤维所管辖的范围很宽，因此内脏的感觉比较体表感觉迟钝，当内脏的某一部位有病变时，并不表现出这一部位的腹痛，而腹痛的范围较广，定位不明确，不象脊神经的感觉纤维那样，末梢纤维丰富，因此在体表或胸腹膜有病变时，疼痛定位明确。

另外，由于内脏器官的感觉，经脊神经的后根传到脊髓后和这一段脊髓所接受的皮肤传来的感觉，有共同的联络神经向上传，所以当内脏有病变时，疼痛常常误为体表传来，例如小肠的神经由胸9~11支配，经肠系膜根部进入小肠，包括阑尾的感觉神经，痛的位置按上述神经分布在上腹部与脐之间。因此当阑尾有病变时，开始痛在上腹部，当炎症由阑尾波及到腹膜壁层时，才感到右下腹疼痛。此时定位明确，这是由于腹膜壁层受脊神经的前支所支配。

2. 膈神经：膈神经是颈丛最重要的分支，在颈部位于胸锁乳突肌的深面近外侧，跨过前斜角肌下降到胸腔，在心包的二侧肺根前方垂直下降到膈肌，支配膈肌的运动，而膈神经在胸锁乳突肌后缘中间，分出皮支，分布于肩部。因此任何胸下部和腹上部的炎症及其他疾病，如溃疡病穿孔、急性胰腺炎、脾破裂出血等等，刺激膈肌时，就引起肩部反射痛。

有的时候膈肌受到如脾破裂出血或其周围病变的刺激，在颈部压迫膈神经，可在颈部处发现明显压痛。

(二)腹痛的性质，对诊断有很大意义，主要分三类

1. 炎症性疾病的腹痛（包括内出血刺激腹膜）：炎症性疾病的腹痛一般为持续性的闷胀、痛、隐痛，病人喜静恶动，往往双膝屈曲、拒按，在急性胰腺炎时病人取屈曲位则更明显，这是由于胰腺是腹膜后脏器，后为脊柱，前为后腹膜，如取后伸位则脊柱和后腹膜之间的空隙减少，压迫炎性肿大的胰腺，疼痛加剧，而屈曲位则脊柱和后腹膜之间的空隙增大，可减少对炎性肿大的胰腺压迫，疼痛减轻。

2. 梗阻性疾病的腹痛：梗阻性疾病的腹痛如肠梗阻、肾绞痛、胆道结石或蛔虫梗阻等等。腹痛一般为阵发性绞痛，发作时通常叫、吵，阵痛消失时就比较安静。

3. 空腔内脏穿孔疾病的腹痛：一般为持续性剧痛，似烧灼感。

(三)腹痛 发作的形式对诊断的意义 是突然发作还是逐渐发作有鉴别的价值，也分三种情况：

1. 炎症性的疾病：腹痛往往是趋向于逐渐发生，常须数小时以后才达高峰，因此患者往往不易确切地指出发病的时间。

2. 梗阻性的疾病：起病比较急，不过不是很突然，但是越来越严重。

3. 空腔内脏穿孔：腹痛为突然发作，且立即达最高峰，随着化学性刺激被所产生的腹膜渗出液稀释，腹痛可稍有改善。

根据我们的体会，有三种情况病人能较准确地指出发作的时间，即：空腹内脏穿孔，急性胰腺炎，胆绞痛或肾绞痛。

(四)腹痛与其他症状出现的先后对诊断的意义 急性阑尾炎常先有腹痛，以后才有呕吐，而在急性肠胃炎，则常先有呕吐、后有腹痛。先发热者大致是非外科急腹症。

(五)放射痛 泌尿系统的绞痛向会阴部放射，胆道疾患向肩胛放射，急性胰腺炎向腰背部放射这些不一一述及。

(六)腹痛和排尿及呼吸的关系 输尿管结石的绞痛常伴有尿频，但并非绝对，膀胱附近任何炎症的刺激如盆腔阑尾炎、急性输卵管炎等也能引起尿频，任何刺激膈肌的病变如肋膜炎、肺炎、溃疡病穿孔……等，在呼吸时疼痛可加重，因此在问病史时须详细询问。

二、呕吐

呕吐为急腹症第二个常见的症状，产生的原因有三方面，即：反射、回流、中毒。

(一)反射：引起反射性呕吐的因素来自二方面，神经反射和平滑肌管的牵拉和膨胀。

1. 神经反射：由于刺激神经而引起的反射性呕吐，一般发生较早，溃疡病穿孔后腹膜的神经末梢受化学性液体的强烈刺激，可于发病后迅速出现呕吐，以后由于化学性液体受腹膜渗液的稀释，对神经末梢的刺激下降，因此在溃疡病穿孔时呕吐除出现于发病后就很少再出现呕吐，直到病情发展到弥漫性细菌性腹膜炎，由于毒素对呕吐中枢的刺激，再引起呕吐。

急性胰腺炎时由于腹腔神经丛与胰腺靠得很近，因此当胰腺发炎时，腹腔神经丛所受到的刺激极大，反射性呕吐严重而且持续，除非炎症消退，呕吐不会减轻，因此持续性的反复的难以忍受的呕吐是急性胰腺炎的特征之一。

一段肠襻的绞窄，肠扭转或卵巢囊肿扭转的蒂部突然对许多内脏神经丛（如肠系膜上丛、下丛、盆丛）进行强烈的刺激，呕吐发生得早而且持续。

腹腔内出血，血液对腹膜末梢神经的刺激也可引起呕吐，但呕吐的程度远较因化学性刺激后所引起的反射性呕吐轻，因此病情虽严重，但呕吐很少甚至不伴有呕吐。

急性胆囊炎刺激交感神经，而引起幽门痉挛可致反复呕吐。

2. 平滑肌肌管的牵拉和膨胀：牵拉平滑肌或者平滑肌层的痉挛膨胀能引起疼痛，但牵拉和膨胀到一定程度会引起反射性呕吐，平滑肌管包括肠子、胆管、输尿管、子宫等，它们都有扩张这一共同特点，如果平滑肌管的一部分梗阻，引起蠕动亢进，这样梗阻的近端的肌管就膨胀和牵拉引起反射性呕吐。

胆道和输尿管导致的急性梗阻、反射性呕吐来得早也比较频繁。

急性阑尾炎一般在腹痛以后3~4小时发生呕吐，甚至更长些，次数也不多，一般1~2次，不很严重，甚至无呕吐而仅有恶心感，在急性阑尾炎一般很少有腹痛与呕吐同时发生的。如果急性阑尾炎时在腹痛后早期出现呕吐，往往表示阑尾近端被粪石或

其他异物完全梗阻，远端迅速扩张，这是有很快穿孔的讯号，要注意。在急性阑尾炎后期穿孔导致弥漫性腹膜炎，会出现比较频繁的呕吐。

(二)回流 肠梗阻时，除反射性呕吐外，尚有肠内容物逆流所致的呕吐，呕吐的迟早和频繁决定于梗阻的部位和程度，例如胆石落入十二指肠导致十二指肠的梗阻，在腹痛后不久就出现呕吐，高位小肠梗阻的呕吐较频繁而且量多，但是回肠下段的梗阻，呕吐至少发生于腹痛后4小时以上，在结肠梗阻，恶心常早期发生，而呕吐则在晚期才出现，大肠梗阻如果伴呕吐者，多发生回肠瓣闭锁不全的患者(有人认为约占正常人的25%)。

(三)中毒(毒素吸收) 某些药物如吗啡对呕吐中枢起刺激作用，可引起呕吐，是众所周知的，而在弥漫性腹膜炎、肠梗阻等由于毒素的吸收，刺激呕吐中枢也可引起呕吐。

这里提一下尿毒症，由于毒素的吸收可引起严重的呕吐，加上有些病例有腹胀，有时可误认为肠梗阻，因此建议在肠梗阻手术前作尿常规，重点视是否有蛋白，当然比较典型的肠梗阻和尿毒症所引起的腹胀和呕吐是容易鉴别的。

(四)呕吐物的性质对诊断的意义 呕吐物的性质对诊断有参考价值，急性胃炎的呕吐物为胃内容物，一般不含有胆汁，胆绞痛时吐出物多数含有胆汁。在胆道蛔虫症患者有时可吐出蛔虫。小肠梗阻的吐出物的顺序一般为胃内容物——胆青色——粪样伴臭味的液体。肠系膜血管栓塞的吐出物可呈典型的暗红色血水样。

三、排便习惯的改变

是急腹症第三个常见症状，一般外科急腹症便秘较多，在炎症性的疾病中通过反射抑制肠蠕动，以致便秘，但在盆腔位阑尾炎，或盆腔脓肿因直肠受到刺激，可能里急后重感，并可能从肛门多次排出少量粘液性稀便，患者往往自认为“腹泻”实际上与

急性肠胃炎的腹泻是完全不同的。肠梗阻患者，阻塞下段旧存的一些粪便还可排出，以后虽灌肠，亦无粪便或气体排出，因此在腹痛发作后仍有排便1~2次者并不能排除肠梗阻的可能性。

了解粪便的性质有时对诊断很有价值，如肠套叠的粪便中有血液和粘液，肛指检查可发现手套上有粘液和血迹，盆腔脓肿排出的实质上为粘液性粪便。肠系膜血管栓塞的粪便可为混有血样的液体。

三、过 去 史

过去有无类似腹痛，以往是否有腹部手术及其性质，女性的末次月经史，阴道排出物的性质、数量等，都应详细询问加以思考。

四、体 检

急腹症除腹部检查外，全身的系统检查十分重要，如有无休克和失血的外部表现，体温和脉搏的测量，一般急腹症的体温不很高，如果一发现有病即达39°C以上者一般不象急性阑尾炎，须详细寻找其他发热原因。检查一次脉率虽无重大意义，但多次反复的检查如发现脉率增快却是一个严重的讯号，要注意二种可能，即感染扩散或继续出血。腹部检查注意是否有肠型、腹式呼吸的情况、压痛、腹膜刺激症、急性肿块的情况、移动性浊音等，在体检时勿忽略了阴囊、腹股沟区的检查和必要时的肛指检查。

有时急性阑尾包块形成，由于腹壁紧张，而不能触及明显肿块，因此建议在急性阑尾炎手术前，在脊麻后，再仔细检查一下，此时因腹壁松弛，如发现阑尾肿块，可暂不手术，因为绝大多数急阑包块可以经过保守治疗消失，隔三个月后作阑尾切除，手术简单并且安全。

五、实验室检查和X线检查

实验室检查仅作参考，如血、尿的常规，24—48小时内的血清淀粉酶检查等。胸腹透视排除肺炎，并视腹腔内有无游离气体，膈肌的位置及运动情况，有无液平，膨胀肠曲的位置等。

溃疡病穿孔膈下游离气体的阳性率约为80%。

看到液平并不就等于肠梗阻，最险恶的绞窄性肠梗阻在早期腹部X线检查可能阴性。

诊断性腹腔穿刺有时对诊断很有助帮。特别是在疑及有腹腔内出血时，穿刺得不凝的血液有诊断价值。在空腔内脏穿孔时可抽得混浊的脓液，有时见胃内容物，在脏器的急性绞窄病例晚期可抽出血性渗液。

总之急腹症的诊断依据须根据上述几方面材料综合分析，如果一次不能确诊，可2~3小时内重复检查，在诊断不明且腹痛剧烈的患者不应给服泻药和吗啡杜冷丁之类药物，对一些暂时无法确诊，但所疑及的病因如延搁治疗有可能致命者，且患者一般情况尚良好，可行探腹术，但须慎重考虑。

所遇腹痛和其他症状的情况要考虑的

诊断和鉴别诊断

一、单纯腹痛

如腹痛一开始就在病变处，诊断较简单，但这是较少见的。例如腹痛主诉限于一侧腰部，并向会阴部放射要考虑到肾绞痛的可能，进一步查尿常规见血尿而证实。又如上腹痛，右上腹最剧烈，向右肩放射，应疑及胆绞痛。

二、腹中部剧烈疼痛为唯一症状，应考虑的诊断

这在初发时应考虑到单纯的肠绞痛，急阑早期，小肠梗阻的早期，急性胰腺炎或肠系膜血管栓塞的发病期。别忘了排除看不到也未想到的腹外疝（如股疝）所致的小肠梗阻，以及排除腹腔外疾病所致的腹痛，如心肌梗死，带状疱疹等。

要诊断不能明确原因的腹中部痛，最重要的一条是2~3小时内复查一次，绝大多数患者这时可见出现其他症状。如呕吐、发热、局部压痛等而导致明确诊断。

例如急性阑尾炎，几小时后可能出现恶心或呕吐，继以右下腹痛和发热，遇盆腔位阑尾炎，右下腹可延迟出现，但肛指检查可触及局限性压痛。

由于消化不良或胃肠道细菌感染的初发病所致的单纯胃或肠绞痛。腹部加压时有时可使腹痛改善，伴肠蠕动增多，数小时后刺激物进入大肠，腹痛可由中部转移到下腹部。如腹痛持续应考虑到更严重的疾病，因为病人患腹痛时常会自行归于新近所进入的食物。

带状疱疹很快会出现典型的皮疹和皮肤痛感过敏区，本症常无恶心和呕吐。

三、腹中部剧烈疼痛伴虚脱

腹中部剧烈疼痛伴虚脱，面色苍白，低体温和低血压但无肌卫、腹部柔软，以下是可能致痛的原因：急性胰腺炎、肠系膜血管栓塞、内出血、心肌梗死，在女性可能为宫外孕破裂等。

（一）急性胰腺炎疼痛起自上腹部，继以虚脱，但两侧腰部同时感深部疼痛，有几乎无法控制的恶心、呕吐，随着病情的发展，炎症刺激液向下腹部流，特别是右下腹，可以被误诊为急性阑尾炎。如果以往有胆绞痛史患者可误诊为胆绞痛，但不久血清淀粉

酶上升，阳性可得诊断。急性胰腺炎有不同程度的类型，自卡他型至出血型，严重者甚至很快死亡而来不及确诊。

(二)肠系膜血管栓塞的诊断是较困难的，以往有心血管疾病可能使医师考虑到本病。患者常出现虚脱现象，早期探腹的依据为：

1. 持续性严重的腹痛向腰背部放射。
2. 起病急骤，症状剧烈，和腹部体征不相称。
3. 呕吐物或大便为暗红色血水样便。
4. 脉搏上升，血压开始下降，虚脱。
5. 急性发作数小时后肛指检查可能触及肿块，能在腹上部或中部触及压痛的肿块。
6. 有人认为本症患者肛温比口温低。
7. 以往有心脏病或老年人有高血压史。

本病虽较罕见，但死亡率极高。临床上存在的主要问题是肠坏死前及时摘出血栓或栓子，继以抗凝治疗。由于缺乏典型症状，因此不易得到及时诊断和手术，上述七点仅供参考，不是每条都能见于每一病例。

(三)心肌梗死有时表现为上中腹痛，本病疼痛变化幅度很大，可由无痛到剧痛，典型的疼痛很严重，多位于胸骨后，两乳头间区，常放射到中背部，两肩及两臂，亦可自剑突下开始并局限于此，很象胃痛、胆绞痛、溃疡穿孔，或急性胰腺炎，呈绞痛性。详问病史，以下几点有助于鉴别。

1. 多发于40岁以上的患者；
2. 可能有心绞痛史者而无胃痛史；
3. 痛放射到手臂；
4. 胸闷不适，呼吸困难；
5. 出现不明原因的心力衰竭、休克；
6. 心电图检查可作出诊断。

(四)由于腹腔内出血所致的腹痛和虚脱，如肝、脾自发性破裂出血，宫外孕破裂出血，很快有失血休克症状，诊断性腹腔穿刺得不凝的血液能作出诊断。

四、腹痛伴呕吐和进行性腹胀，但无肌卫

这组症状多系肠梗阻，几乎所有急腹症疾病发病时可有一次呕吐，但反复和持续的呕吐示小肠梗阻或弥漫腹膜炎。后者可有肌卫二者均有腹胀，但腹膜炎的腹胀发展迅速。

急性胃炎可有剧烈的腹中部疼痛，反复呕吐，但无腹胀，在诊断急性胃炎之前，须排除小肠高位梗阻，对所有产生绞窄处尤其股疝处要仔细检查，看腹壁有无以往手术疤痕，观察呕吐物的改变，这在肠梗阻时初为胃内容物——胆青色——污黄色似粪，是小肠梗阻的特点。

如呕吐不甚频繁，但腹部逐渐膨胀起来，可能为低位回肠梗阻，见到肠蠕动型可作结论，有疑问时 1~2 小时后复查一次，有条件者可作腹部卧位和立位平片，卧位看梗阻部位，立位片看液平。

五、腹痛便秘，进行性腹胀和可能呕吐

腹痛伴便秘和逐渐腹胀偶有呕吐者多为结肠梗阻所致，特别是乙状结肠，如病人剧烈腹痛，便秘和逐渐腹胀，其后开始吐，并趋频繁，须想到结肠梗阻，回盲瓣突然失功能，致结肠内容物逆入小肠，导致小肠梗阻症状，腹部平片这对诊断很有价值。

老年人结肠迅速扩张，须立即想到乙状结肠扭转可能。肛指检查，有时可摸到增厚的扭转根部，肛管插不上去，是诊断主要方法之一，平片可见扩张的肠襻。

新生儿的呕吐和腹胀可能是小肠先天性梗阻所致，平片可见到液平。6~18 个月小孩患肠套叠是常见病，最常见是健康的小

孩，症状突然发生，面色苍白，尖叫声，缩小腿，重病样，当腹痛好转时小孩可安静入睡，复发时又痛，再叫，几次腹痛以后，在上腹部或腹部可摸到肿块，肛门可能排血或粘液，或染在肛指检查的指套上，灌肠可明确诊断。

六、剧烈腹痛伴虚脱和全腹壁的肌卫

本组症状几乎全为内脏穿孔所致，最常见为胃或十二指肠溃疡穿孔，而胆囊穿孔和结肠溃疡穿孔较罕见。

消化性溃疡穿孔的症状从略。偶遇张力高的急阑破裂后迅速扩散而致弥漫性肌卫和虚脱。本症状须排除双侧性肋膜炎，后者可能引起腹痛和肌卫，仔细触诊，如加压对抗肌卫，深部并无压痛是鉴别的要点，对胸部进行体检和透视不难诊断。

肝硬化有腹水者，因肝功能受损，来自腹腔侵入血的细菌不能为肝所滤，可致菌血症，有时有腹中部剧痛，似伴肌紧张，而误诊为消化道溃疡穿孔，作诊断性腹腔穿刺，吸出腹水是混浊的，且较容易吸出，内含中性白血球，用保守疗法效果好。非外科疾病不能误行探腹。

七、局限性的腹痛，压痛和肌卫

较难诊断的是最常见的局限于腹部一处的腹痛，压痛和肌卫。

分述如下：

(一)右上腹痛和肌紧张 如肺部阴性可排除肺炎、肋膜炎。除急性胆囊炎外，这样的症状和体征以十二指肠溃疡穿孔小漏的可能最大，但鉴别诊断在探腹前有时是较困难的，盲肠后位高位阑尾炎应考虑在内，在阿米巴病和包囊虫流行区，阿米巴肝炎和肝包囊虫病应考虑。

(二)左上腹痛和肌紧张 局限性腹膜炎发生于左上腹较少见，致病的病种亦少见，首先要考虑局限性胃溃疡穿孔(左膈下脓肿)其他如空肠憩室穿孔，脾动脉的动脉瘤漏和自发性脾破裂都是罕见的，后二者有内出血症状。

空肠憩室较少见，急腹痛是憩室炎症所致，不发炎时一般无急性症状，但患者以往可有胃痛的左侧腹部放射史，常发生于饮食后，后期这样痛逐渐趋稳定，本病比较固定的现象是胀气、肠鸣，经常觉有气过水声。在有典型的过去史患者加急腹痛，常是空肠憩室急性炎症穿孔所致，痛在左上腹，伴呕吐，肌紧张和局部压痛，示局限性腹膜炎，如穿孔后漏出液是逐渐而来，可形成局限脓肿，有时能摸到一肿块，时或伴有小肠部分性梗阻。

(三)右髂窝痛，压痛和肌紧张 最常见的病因是急阑，但亦可为十二指肠溃疡小穿孔，低位的急性胆囊炎，右肾盂肾炎，末端回肠炎，回盲区非特异性淋巴结炎，美克尔氏憩室炎，急性胰腺炎，妇科的输卵管炎等所致。

(四)左髂窝痛的压痛的有时伴肌紧张 常为降或乙结肠憩室炎的症状，亦可为结肠癌的周围炎。

盆腔位阑尾穿孔的炎症症状可向左扩散，此外尚须考虑到左肾盂肾炎和左侧的肋膜炎、肺炎。

(五)下腹部的疼痛和肌紧张 在年青和中年人常为阑尾穿孔所致，在老年人有时应考虑到憩室穿孔，在年轻妇女，除急阑外，子宫、输卵管，和卵巢的病变均可引起症状，须予鉴别。

妇科疾病如急性输卵管炎等有以下特点：

1. 多有痛经白带多；
2. 痛自下腹开始，并限于下腹；
3. 阴道检查子宫颈触痛明显；
4. 高热、肌紧张与腹痛不对称，不同时间检查两下腹痛有时有改变。

急腹症的鉴别诊断

类 型		急性炎症	急性穿孔	急性出血	腔道急性梗阻	脏器急性梗阻
		①急性阑尾炎 ②急性胆囊炎 ③急性胰腺炎 ④急性憩室炎	①胃及十二指肠穿孔 ②肠穿孔	①肝脾破裂出血 ②宫外孕破裂 ③肾挫伤破裂	①单纯性肠梗阻 ②胆道蛔虫或结石 ③肾、输尿管结石	①狭窄性肠梗阻(嵌顿、套叠、扭转) ②肠系膜血管栓塞 ③卵巢囊肿扭转
病 史 和 体 征	起病情况	比较缓和 ③急	急 骤	急	①起病较急, ②③急	起病急骤,患者时常不能忍受
	性 质	持续性痛可忍受 ③较剧烈	持续性痛剧烈,拒按	持续性痛,拒按 ②有时较剧烈	阵发性痛,不拒按。阵发时剧烈,间隙时近乎正常	持续性痛,阵发性加剧,剧烈
	部位及放射痛	一般在病变处 ①有转移痛 ②放射到右肩 ③放射到腰背	先在病灶处迅即聚及全腹	先 痛 在 病 灶, 后 累 及 全 腹 ①②可有肩部反射痛	一般痛在病灶 ②向右肩或背部放射 ③向会阴放射	一般在病灶部位 ②范围更广泛向背部放射
	呕 吐	一般不显著 ③持续反复,难以忍受的呕吐	开始有反射性呕吐	轻微呕吐	呕吐频繁	呕吐显著
	排 便	可有便秘现象	便秘显著	便秘腹泻不定	常不能排便,排气	肠套可有粘液血便 ②可有血性稀便
体 检	一般表现	通常不严重,常屈曲静卧	表情淡漠,常有休克现象	出血病容,常有贫血和休克	阵痛时转辗不安	严重,痛苦容,或有休克现象
	腹 膜 刺 激 症	局限在病灶部位	累及全腹,但穿孔处最明显 ①有板样强直	程度不等,一般较轻,微以病灶处明显	无或不明显	早期无,晚期有
	其他症状	肠鸣音正常或减弱	有时有腹胀,肠鸣减弱或消失,肝浊音界消失	肠鸣减弱,有移动性浊音	蠕动亢进 ②有时有黄疽	①和③常有块物触及 ②腹胀明显,肠鸣减弱
腹腔穿刺		一般无益	有时可抽得脓性渗液,有时并见胃内容物	常抽得不凝固的血液	无 益	晚期可抽得血性渗液
X-线检查		无 益 排除肺炎	膈下可见游离气体	无 益	①可见液平 ②③偶可见结石	早期一般无益,肠套可见杯状缺损

磺胺药与抗菌素的临床应用

遵照伟大领袖毛主席的教导“独立自主，自力更生”在工人阶级及广大医药工作者的努力下，使我国抗菌药物进入了世界先进行列。目前我国生产的常用抗菌素和磺胺药，已达七十多种，不但国外有的抗菌素我国基本上都有了，还发现了国外没有的新的抗菌素，从而保证我国工农兵群众的需要。但目前在用药上存在两种倾向，一是抗菌素的应用偏多偏滥，一是基本不用磺胺药，往往对抗菌素的副作用重视不够，而对其预防感染的效果又估计过高。目前预防感染应用占抗菌素全部用量的半数以上，指征不强而盲目用药也普遍存在。为了正确合理使用抗菌素和磺胺类药物，我们就药物的临床应用加以整理和汇集，供大家参考，如有错误之处请批评指正。

提倡应用磺胺药，合理使用磺胺药

一、为什么要提倡用磺胺药

(一)抗菌素生产和粮食 医药用粮占我国粮食总产量的 $\frac{1}{1000}$ ，其中 80%用于抗菌素。

抗 菌 素(吨)	粮 食(吨)
四 环 素	25~30
青 霉 素	100~140
红 霉 素	130
庆 大 霉 素	100
广 谱 青	200
一般抗菌素	30

抗菌素的生产要消耗大量粮食，与毛主席“广积粮”的指示不符。磺胺药生产不用粮食，为了节约工业用粮，必需提倡磺胺药。

(二) 抗菌素生产投资高，增产不容易。

1. 青霉素每年生产 50 吨，需要 800 万元，磺胺 每年生产 50 吨，需要 80 万元，

2. 抗菌素发酵罐发酵时间需 100 多小时，产量 400 公斤/罐/每年，磺胺药生产要求不高，增产容易。

(三) 许多抗菌素的生产都要用原材料 青霉素钾→青霉素钠，损失 7~10% 的青霉素钾。

3 公斤青霉素生产羧苄青霉素 1 公斤。

7 公斤青霉素生产广谱青 1 公斤。

(四) 价格问题：

抗菌素磺胺药		1954年	1969年
青钾	20万 u	0.8 元	0.14 元
普青	80万 u	1.31 元	0.26 元
链	1.0	2.17 元	0.24 元
合	0.25	0.34 元	0.035元
SD	0.5	0.08 元	0.04 元
SM ₂	0.5	0.055元	0.02 元
SG	0.5	0.019元	0.013元
SMP	0.5	0.33 元	0.04 元

以上说明：①价格降低幅度的大小，和用量、产量的多少有直接关系。②目前磺胺药价格和抗菌素相比，调低较少，故有关部门正在研究调整。