

外科急腹症的 诊断思维

DIAGNOSTIC THINKING OF
ACUTE ABDOMEN

编著 续治君



中国医药科技出版社

外科急腹症的诊断思维

续治君 编著

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是以提高青年外科医师对急性腹痛类疾病的鉴别与诊断之素质和实际工作能力为目的而编写的实用性参考读物,其最大特点是从阐释诊断的方法学这一根本途径来达到目的。全书共计五篇十六章。第一篇阐述准确获取三类临床要素资料的方法与技巧;第二篇阐述诊断的步骤与思维方法以及鉴别诊断的合理程序;第三篇详述了四大类外科急腹症的诊断与鉴别;第四、第五篇则分别对若干妇产科急腹症和内科急性腹痛的主要诊断依据进行阐述,以方便外科医师参考。总的来讲,本书以临床诊断思维为脉络,以鉴别诊断为重点,详尽阐述了外科急腹症,非常适合外科医师研读。

图书在版编目(CIP)数据

外科急腹症的诊断思维/续治君编著. —北京:中国医药科技出版社, 2006.3

ISBN 7-5067-3380-3

I. 外... II. 续... III. 急腹症—诊断学
IV. R656.104

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 018286 号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100088

电话 010-62244206

网址 www.cspyp.cn www.mpsky.com.cn

规格 A4

印张 42½

字数 1228 千字

插页 3

印数 1—3000

版次 2006 年 6 月第 1 版

印次 2006 年 6 月第 1 次印刷

印刷 北京兴华印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 7-5067-3380-3/R·2802

定价 108.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

序 言

急腹症是外科经常遇到的一种急诊情况，其中绝大多数是常见病，由于病种繁多，病变发展迅速，病情多变，以及个体表现差异等等因素，有一定的误诊率，延误诊断也时有发生，影响了及时处理，至今仍有一定死亡率。近年来高新诊断技术不断用于临床，为急腹症的准确诊断提供了不少有力的手段，但未能从根本上解决问题。近年的临床研究表明，采用B超作为辅助检查，对经手术证实为急性阑尾炎而术前不能确诊的病人，其敏感度为95%，亦即B超检查阴性的病人，仍有5%的假阴性率，与常规诊断组相比，确诊率提高7%（BMJ，2000；321：919-922）。对临床表现比较典型的病人，常规诊断显然有更高的确诊率。上述资料表明，先进的辅助检查技术对诊断是有帮助的，但决不能过多地依赖高新诊断技术，而忽视了询问病史、物理检查和常规实验室检验的传统诊断基本功，特别是根据这些基本素材，启动诊断的思维程序，进而做出诊断。构成临床领域的三个基本要素是疾病、患者和治病的医生，能否为病人祛除疾病，取决于医生的知识、经验和技术水平，而医生获得知识，积累经验，提高水平，无不始于对临床事物的主动思维。开始进行思维即意味着对临床事物的认识已由初级的感性认识提高到理性认识的阶段，是认识上的飞跃。临床思维对医生，当然也包括外科医生，具有极其重要的意义。对于外科急腹症来说，完整收集临床基本资料，加强程序化诊断思维的训练，准确熟练地运用临床思维方法，方始为解决诊断难题的根本出路，无论高新技术发展到什么程度，也不可因之而被废弃不用。

外科急腹症的发展，历史久远，经验成熟，外科教科书中均无例外地设此一章，有关外科急腹症的中外专著更是琳琅满目，在众多的专题讨论中，虽然对病因、病理生理、临床表现、诊断治疗等各个方面叙述甚详，但尚未见有关专门或重点讨论诊断思维的专著。当前忽视传统诊断方法的倾向日益严重，据我所知，甚至个别的高年资外科医生都认为无须多花时间用于传统的常规诊断，简单地问问病情，摸摸肚子，主要是根据常规的和特殊的实验室检查，再加上影像学检查就可以做出诊断，至少可以决定是否需要开腹探查，最终肯定能够获得正确诊断。在这种情况下，单靠强调重视外科基本功是不够的，也扭转不了局面，为此急需一本既能讲清道理，又能具体指导如何进行诊断思维活动的专著，幸逢续治君教授著述《外科急腹症的诊断思维》一书出版，的确是应势而生，适当其时，对提高我国外科急腹症的诊断水平定将做出可喜的贡献。

纵览本书，就急性腹痛诊断专题而言，计五篇、十六章，可谓内容编选涵盖全面，叙述翔实、条理分明而深入浅出，细读之下，深感有如下特点。

一、**侧重临床，兼顾基础知识。**本书是指导临床诊断实践的专著。临床诊治贵在知其然并知其所以然，一名“学者型”外科医生和“操作型”外科医生之区别，重要一点就是是否掌握足够的有关疾病的基础知识，并能熟练地按照规范化思维程序，运用周密的诊断思维方法，正确解决临床诊断问题。本书对引起急腹症的各种疾病，在阐述诊断思维的同时，反复详尽地讲解其发病机制、临床表现、诊断依据等各方面的基础理论，亦即使外科医生知道做什么，怎么做，还要知道为什么这么做，为准确诊断奠定了坚实的基础。关于急性腹痛机制的讲述尤为深透，从腹痛的分类、特征、发生机制，到鉴别诊断思维方法及步骤无不涵括在内，在一般专著和教科书中很难查阅到如此丰富而翔实的资料，对充实和提高临床医生关于急腹症的基础理论知识极有帮助。

二、**推陈出新，变革传统观念。**编者从事医、教、研工作多年，理论基础扎实，临床经验丰富，对急腹症的临床诊治尤为关注，饶有心得，对一些传统的提法和概念的认识有所创新，比如将急性腹痛在“真性”和“非真性”之外，另列“准真性”一类，把全身性、腹外性等引起腹痛的原因均囊括在内，

有助于准确理解腹痛的发生机制。又如不但把外、内、妇科的急性腹痛总称为急性腹痛类疾病，更有实用价值的是对这三科疾病分别做出了可操作性强的分类方法，提出各自的分类依据，便于识别和诊断疾病，使疾病的归类更加明确。还比如提出比较诊断法，包括直接诊断和排除诊断的两种模式，进一步将鉴别诊断分为“划科”、“划类”和“划病”三个层次，依次进行思考和分析，便于得出诊断结论。尽管有些认识还有待深入讨论，取得共识，但本书对传统观念的某些变革，说明类似急腹症这类古老而又常见的情况，仍有观念创新的余地，给读者以莫大启迪。

三. 注重实用，理论联系实际。编著本书的目的在于指导临床诊断，由于外科是开放式、操作性极强的应用学科，知识的传播，经验的交流，方法的介绍，不能只靠意会心授，而靠其可重复性和对实践的指导性，否则空洞的理论于事无补。有鉴于此，本书特别注重实用，全书五篇中有三篇为诊断学各论。先是将外科急腹症划分为炎症、梗阻、血运障碍及出血四类，兼含闭合性损伤以求其全，然后根据急性腹痛的骤发性和渐进性，按具体疾病的临床资料 and 各项数据进行分析鉴别，找出诊断依据，最后确诊。因急性腹痛类疾病涉及的病种繁多，本书特辟两篇专门讲述内科急性腹痛和妇产科急腹症的划病鉴别诊断及其主要依据，对引起这两科急性腹痛性疾病的各个特点，同样进行了详细的叙述。由于分类明确，层次清晰，分析周密，联系实际，容易用于临床和指导临床诊断，外科医生读后必然会受益匪浅。另外，作者强调外科医生需将内科急性腹痛及妇产科急腹症的诊断能力提高到一定水平，指出这是防止与其混淆而致误诊的基本措施之一，本人对此深表赞同。

四. 主题明确，规范思维程序。本书名为《外科急腹症的诊断思维》，显然思维是全书的主题。作者在策划编写的过程中始终牢牢把握住此条主线。诊断思维的特点在于启动思维活动的客观资料选材（作者称之为“占有三类临床要素资料”），层次设置和程序编排，按步骤提出问题，求索查证，分析比较，肯定否定，而后解答问题，随即在深一层次完成新一轮的思维程序，由作者提出的拟想诊断过渡，获取确凿的依据，直至得出诊断。作者除了在各章节都突出诊断思维主线外，还特别撰写了诊断思维方法一章，包括诊断步骤与思维方法和鉴别诊断的思维程序，作为专题讨论，力求深透，不但具体阐明划科、划类和划病的鉴别诊断思维程序，并举出实例作为佐证，使之更易理解。通常外科医生对诊断思维及其程序的理解和认识，在一定程度上，尚缺乏自觉性和主动性，为此，本书对诊断思维重要性的强调和对规范诊断思维活动的具体指导，对提高外科医生的整体诊断水平（不仅仅限于急腹症的诊断水平）一定会大有裨益。

在高新诊断技术的冲击下，外科传统诊断基本功遭受忽视和轻视的倾向已逐渐形成气候，负面影响日益扩大，说得严重一些，将来可能会动摇外科发展的根基，因此本书的问世尤有其重要的现实意义。本书不但全面详尽地讲述了一般不太注意的诊断思维方法与程序，而且提出加强诊断基本功的重要性，肯定有益于促进急腹症诊断水平的提高。我欣然为本书作序，并向外科同道诚挚推荐，阅读本书对高年资医生的教学，对年轻医生外科诊断技能的提高，无疑都有积极作用，是一本很有价值的参考书。

北京大学第一临床医学院外科教授

黄庭庭

2005年8月

编者的话

外科急腹症不但是急性腹痛类疾病之中的一大组常见病，更是外科急诊常见病种之一，几乎是工作于外科急诊第一线的青年外科医师每天都会遇到的一种急症。外科急腹症不仅具有起病急、变化快、病情重、易有并发症和病死率较高的特点，而且易与内科急性腹痛或妇产科急腹症相互混淆，误诊时有发生；一旦发生误诊错治，不论其具体表现形式为何，均可导致不良后果甚至危及患者生命。因此，外科急腹症患者能否转危为安，主要取决于以下两个关键环节。首先是诊断正确与否，其次才是能否根据所做正确诊断揭示出的病变特点予以针对性强而合理、有效的治疗；不言而喻，做出正确诊断乃是最根本的关键环节，如果诊断有误，不但无从给予患者合理的治疗，反而会因错治而造成不应有的危害，甚至造成难以挽回的严重后果。所以，青年外科医师在步入外科急诊工作的头几年里，欲期能正确诊疗外科急腹症，最需迫切完成的首要任务，是力求尽快对外科急腹症的鉴别与诊断之能力提高至可基本适应急诊需要的水平，并在此基础上通过努力学习与反复诊断实践，使自己的诊断工作素质与技能不断地得到提高。

作为“过来人”，根据笔者在外科工作初期对急性腹痛性疾病进行诊断与鉴别时所遇困难的切身感受，完全可以推想现在的青年外科医师也会遇到相同或类似的困难，并且像我当年一样希冀得到可直接应对诊断与鉴别具体需要的实用读物，以充实自己而能提高诊断水平，适应急诊工作需要。正是基于此种看法，笔者决意编写一本以外科急腹症诊断与鉴别为专题并力图从解决其根本问题而着手的实用参考读物，以期对青年外科医师有所帮助。为使这一编写宗旨得以体现，在全书布局的策划、重点资料的筛选以及表述方式的选择等方面，均以基础理论与临床知识紧密结合为准则，以利于掌握诊断的思维方法与其具体运用为基本目的，而对下列几方面的重点内容做了详细的叙述：

（一）可资掌握症状诊断、体检诊断以及协同辅助检查诊断共同建立临床诊断的相关内容。

（二）可资掌握外、内、妇三科急性腹痛性疾病各自不同层次分类的依据以及分类具体结果之相关内容。

（三）可资掌握急性腹痛类疾病诊断思维方法与步骤，以及鉴别诊断思维过程的合理程序——沿着“划科”、“划类”和“划病”鉴别诊断而进行——的相关内容。还有强调外科急腹症的诊断必须建立在可以排除内科急性腹痛或妇产科急腹症的基础上之有关内容，并编入外科医师需要熟悉的诊断若干内科和妇产科急性腹痛性疾病之“主要依据”，以提高同这些疾病的“划科鉴别诊断”能力。

（四）可资掌握比较诊断法及其两种运作方式（直接诊断法与排除诊断法），与其在诊断外科急腹症以及同内科急性腹痛或妇产科急腹症鉴别时具体运用的内容。

（五）可资掌握“诊断依据”的有关内容。首先在第二篇中之第六章就“诊断依据”的组成原则与方法，及其在诊断思维活动当中所能发挥的各种重要功能，加以详细介绍并举例说明，从而为其后各论的叙述预先做好铺垫。在第三、四、五篇诊断各论中，分别就各种外科、妇产科和内科急性腹痛性疾病之“诊断依据”，本着符合概括全面、内容简明扼要和重点突出、层次分明而富于条理性，可操作性强并便于记忆的要求做好表述。同时为强调一个符合上述要求的“诊断依据”，必须建立在对相应疾病有全面认识的基础之上，故在介绍每个疾病的“诊断依据”之前，先就与各该疾病发病和诊断有关的重点临床资料，包括发病情况、病因与发病机制、病理类型、病理生理等主要内容，预做介绍。

（六）详述了可基本满足各外科急腹症与其疑似疾病进行鉴别诊断时的“实战”需要之具体内容，包括鉴别难度大者。

虽然笔者本着本书编写主旨做了如上的安排，但能不能以及在多大程度上达到预期效果，则有待读者的最终客观评价方可得出结论。

由于外科急腹症的诊断与鉴别问题涉及面很广，加以笔者知识和经验有限，不当之处甚至错误恐难避免，切望同道及读者不吝赐教并提出批评、指正。

承蒙北京大学第一临床学院内科张树基教授对本书第五篇内容给予评审，特此表示深切的感谢。本书插图由乔益玲医师所绘，图解策划及稿件打印由张森同志完成，在此一并表示由衷的感谢。

续治君

2005年6月

目 录

第一篇 概述与临床基础知识	(1)
第一章 概述	(3)
第二章 基本症状	(20)
第一节 急性腹痛	(21)
第二节 恶心与呕吐	(89)
第三节 急性排便异常	(112)
第四节 腹形改变	(143)
第三章 急性腹痛类疾病的分类	(168)
第四章 鉴别与诊断赖以实现的三类临床要素资料	(196)
第一节 病史采集	(197)
第二节 体格检查	(207)
第三节 辅助检查	(240)
第二篇 诊断总论	(285)
第五章 诊断的重要性和对诊断的要求	(287)
第六章 急性腹痛类疾病诊断与鉴别诊断的思维方法	(293)
第一节 诊断的步骤与思维方法	(294)
第二节 鉴别诊断的思维程序	(312)
第三篇 诊断各论之一——外科急腹症的诊断	(323)
第七章 急性腹腔炎症类疾病的诊断与鉴别诊断	(325)
第一节 急性腹膜炎的诊断与鉴别诊断	(326)
第二节 急性腹脏炎症类疾病的诊断与鉴别诊断	(345)
第三节 急性腹膜后间隙炎症类疾病的诊断与鉴别诊断	(403)
第八章 急性有腔腹脏梗阻类疾病的诊断与鉴别诊断	(413)
第一节 急性细径有腔腹脏梗阻类疾病的诊断与鉴别诊断	(414)
第二节 单纯性机械性肠梗阻的诊断与鉴别诊断	(428)
第三节 急性胃扩张的诊断与鉴别诊断	(463)
第九章 急性腹脏血运障碍类疾病的诊断与鉴别诊断	(466)
第一节 绞窄类疾病的诊断与鉴别诊断	(467)
第二节 急性肠系膜缺血类疾病的诊断与鉴别诊断	(502)
第三节 入肝或离肝静脉血流受阻类疾病的诊断与鉴别诊断	(508)
第十章 急性腹内出血类疾病的诊断与鉴别诊断	(513)
第一节 急性腹膜腔出血类疾病的诊断与鉴别诊断	(514)
第二节 急性腹膜后出血类疾病的诊断与鉴别诊断	(531)
第三节 急性消化道出血类疾病的诊断与鉴别诊断	(528)
第十一章 腹部闭合伤的诊断与鉴别诊断	(553)

第四篇 诊断各论之二——若干妇产科急腹症划病鉴别诊断的“主要依据”	(579)
第十二章 提高对妇产科急腹症划科鉴别诊断能力的主要方法	(581)
第十三章 若干妇产科急腹症划病鉴别诊断的“主要依据”	(584)
第五篇 诊断各论之三——若干内科急性腹痛划病鉴别诊断的“主要依据”	(601)
第十四章 内科急性真性腹痛类疾病划病鉴别诊断的“主要依据”	(603)
第十五章 内科急性非真性腹痛类疾病划病鉴别诊断的“主要依据”	(626)
第十六章 内科急性准真性腹痛类疾病划病鉴别诊断的“主要依据”	(644)
主要参考书目	(677)

第一篇

概述与临床基础知识

本篇内容

第一章	概述	(3)
第二章	基本症状	(20)
第三章	急性腹痛类疾病的分类	(168)
第四章	鉴别与诊断赖以实现的三类临床要素资料	(196)

第一章 概 述

本章内容

一、急性腹痛类疾病的分类概念	(4)
二、掌握和提高急性腹痛类疾病鉴别、诊断水平的基本方法	(7)

急性腹痛类疾病是指以急性腹痛为显著症状而可见于临床多科的一类常见的急症，包括外、内、妇产、神经、精神、内分泌、皮肤等科的多种疾病。由于这些疾病均以急性腹痛为其显著的共性临床表现，而不同科别疾病所致的急性腹痛又是一种缺乏特异性的常见症状，故而容易由于它的介导引起诊断的混淆乃至发生误诊。在急性腹痛类疾病中，由外科疾病引起者的大多数以及由相当一部分妇产科疾病所致者均需急诊手术，而由上述其余各科疾病引起者均以药物治疗为主且禁忌手术，所以不论是把禁忌手术治疗的疾病误诊为急需手术的疾病或是正好与此相反，均将导致严重后果甚至危及患者生命。因此，欲期急性腹痛患者得到合理、有效的专科治疗，首要和最基本的一个环节是善于通过鉴别而能及时做出正确诊断，而能否做到这一步，关键在于工作于急诊第一线的青年医生，特别是外、内、妇产科医生，对急性腹痛类疾病的鉴别与诊断这一基本功，是否较好地掌握而具备较强的实际运作能力。有鉴于此，本书以青年外科医生为主要对象，以有助于其提高鉴别、诊断的业务素质与实际工作能力而提供一册参考读物为目的，编撰了有关的基础与临床的实用知识，其中的一个重点是急性腹痛性疾病的诊断思维方法与程序。本章则先围绕着同达到上述目的有着密切关系的两个最基本的问题加以概述。

一、急性腹痛类疾病的分类概念

虽然临床许多科室的多种疾病均可以是急性腹痛的病因，但根据致痛病因的病理性质及其发展趋势、腹痛的发生机理与其临床属性、所需基本治疗手段以及传统临床专业分工等方面之不同，可将急性腹痛类疾病划分下列两类、三种：

（一）急腹症类

凡符合下列情况的即可称之为急腹症：①腹痛确系因腹部结构（包括腹内的脏器和结构、腹壁组织）发生某种急性病理变化所致；②常有导致受累腹脏或组织发生不可逆性损害甚至坏死的倾向，因而多需以急诊手术为基本治疗手段；③急性腹痛在其病因被消除或有效控制之前，多数一直存在而且常趋于增重，成为贯穿病程始终的最为显著的主流症状，并常伴有与之平行一致的阳性腹征，腹痛与腹征的表现则可共同反映某种急性腹部病症的基本病理变化之特点即其病理属性为何，如急性炎症、梗阻、绞窄或腹内出血等。根据病变腹脏的种类与其在腹内解剖布局的特点，以及临床传统专业分工之不同，可将急腹症分为以下两类，即外科急腹症及妇产科急腹症。

[外科急腹症]

外科急腹症是以急性腹痛为最显著的症状并且需要外科急诊处理的一类常见急症。

狭义的外科急腹症专指胃肠、肝胆、胰、脾、肾与上尿路等发生某种急性外科病变且引起急性腹痛者；广义的外科急腹症则除含上述疾病外，还包括这些腹脏与腹壁因腹部闭合伤而被损伤者，通常所说的外科急腹症即指此种。此类病例由于其腹壁的解剖连续性完全或基本得到保持，腹内病损情况首先依靠分析病史、症状和体征，再结合某些针对性辅助检查结果来推断诊断，只有当疾病很复杂一时难以确定诊断但又有手术探查指征时，才靠手术探查明确诊断，而腹部开放性损伤则均须立即通过手术探查明确诊断及伤情细节，其诊断过程与外科急腹症不同而相对简单，所以尽管开放性腹部伤也是有急性腹痛且需外科紧急处理的危重急症，但不包括在外科急腹症范畴之内。

外科急腹症具有如下主要特点：

1. 以急性腹痛为其“第一症状” 外科急腹症时的急性腹痛具备下列三个特点而成为患者症状系列中的第一症状：

（1）是首发症状 除个别外，几乎所有外科急腹症均表现为急性腹痛率先出现而早于患者系列症状中的其他一切症状；这点具有重要的鉴别与诊断意义。大多数伴有恶心、呕吐、停止排便、腹胀等胃肠

道症状。

(2) 是最为显要的症状 首发的急性腹痛不但是使患者立刻意识到自己已罹患严重疾病从而促使其急赴外科就诊的主要原因, 而且在整个病程中其显著和严重程度始终超过其他任何同在症状, 成为患者最感痛苦的症状。

(3) 是持续存在且常趋于加重的症状 在绝大多数情况下, 于腹痛病因被消除或得到有效控制以前, 急性腹痛持续存在, 即使发作迄今已超过 5~6 小时仍然如是, 一般对症治疗多无明显疗效, 也不会由于呕吐等同在症状之发生与消长而减轻, 反而常趋于加重或扩大范围。

2. 常造成不可逆转的病理变化 外科急腹症病变常使受累的腹内脏器或结构发生不可逆转的病理变化, 即可由于急性炎症的破坏或急性缺血的影响而致受累的脏器、组织发生坏死乃至穿孔。腹部闭合伤则可造成腹腔或/和某些腹壁结构的损伤包括腹腔的破裂乃至其组织的毁损, 以及腹壁的挫伤、腹直肌与腹壁深动脉的断裂等。这种病理变化特点则决定了外科急腹症的临床表现和对治疗的要求有如下个性特点:

(1) 在临床表现方面 其特点是不外发生下列一种或同时兼有两种临床征群:

①急性腹腔炎症征群 包括急性腹腔炎症或/和腹膜遭受强烈刺激或形成急性炎症后的相应表现, 可只有固定性压痛, 或为压痛伴肌紧张, 或是压痛、肌紧张和反跳痛并在而出现典型的腹膜刺激征, 且可伴轻重不等的炎症性全身反应、感染中毒症状乃至中毒性休克。

②急性内出血征群 表现为脉搏变快、急性贫血、血压下降乃至测不出而有失血性休克, 并有相对为轻的广泛性腹膜刺激征。

急性腹痛伴有明显的阳性腹征, 则为外科急腹症的主要共性临床特点。

(2) 在治疗方面 由于外科急腹症时的病理变化有上述特点, 决定了此类疾病以手术为主要治疗手段。罹患能使受累组织发生坏死以至穿破的病理变化者, 只有通过急诊手术才能预防其发生或对它所致的并发症及时予以有效处理; 腹部闭合伤不论造成何种腹腔或血管破裂时, 均需尽快甚至紧急手术方可控制出血或受损有腔腹腔内容物的外逸; 部分病例的病理变化虽不致造成不可逆转性变化而可先行非手术治疗, 但也不时由于效果不佳或于治疗期间病变加重而有发生并发症的倾向, 或使与病脏有解剖沟通的其他腹腔亦被累及时, 往往需要及早手术。

〔妇产科急腹症〕

妇产科急腹症专指女性内生殖器官或与之邻近的盆腔内结构罹患病变而引发急性腹痛, 并需要妇产科专业急诊处理的一大组常见的急性腹痛类疾病, 尤多发生于育龄妇女。妇产科急腹症之中的妇科急腹症最易与外科急腹症混淆, 产科急腹症发生混淆的机会则较少。

妇产科急腹症具有如下主要特点:

1. 大多以急性腹痛为首发和显著的症状 其急性腹痛则具有下列主要特点:

(1) 绝大多数起于下腹部 腹痛可起于一侧或两侧下腹部或是耻骨上区, 多数持续位于下腹部, 少数则可迅速或逐渐地向四周扩延甚至遍及全腹, 但疼痛仍以起始部位最为显著; 可伴会阴部和/或腰骶部牵涉痛。

(2) 腹痛的发作可与下述某种情况密切相关

①与某种女性生理变化密切相关 相当一部分患者的腹痛发作同某种女性生理变化如月经周期、短期停经、流产、妊娠等密切相关。同月经周期相关者常呈周期性发作并于经后自动消退, 故以有多次类似发作史为其特点。

②与原有下腹部活动性包块的急速变化密切相关 表现为原有包块在骤发剧烈腹痛的同时发生以下某一种变化: 消失不见或明显缩小, 或是增大、变硬而基本丧失活动性。

(3) 急性腹痛并非皆属第一症状 尽管不少妇产科急腹症系以急性腹痛为其首发症状，并在显著性和严重程度超过其他同在症状，而且持续存在于全病程，从而与外科急腹症时的腹痛一样亦可被视为第一症状。但有的疾病并非以腹痛为首发症状（如输卵管妊娠流产或破裂者常以阴道流血为最早的症状），有的并不显著（如经前期紧张综合征等），另外一些疾病其腹痛可以自止（如原发性和继发性痛经、经前期紧张综合征等）。因此，从妇产科急腹症整体来看，还不能将其急性腹痛均称为第一症状，故与外科急腹症有所不同。

(4) 可伴反映妇产科急腹症特点的下列症状 不少患者尤其是腹痛剧烈或范围广泛者，虽亦可伴有恶心、呕吐、腹胀等常见于外科急腹症的胃肠道症状，但也常伴有有助于反映妇产科急腹症特点的症状如不规则阴道流血（有的甚至是首发症状）、阴道分泌物增多或有性状和气味异常、肛门坠胀、膀胱刺激的表现等。

2. 几乎皆可查到反映妇产科急腹症的体征 除个别功能性病变如原发性痛经等以外，凡由器质性病变所致者均可查到下述两种体征：

(1) 腹征 多可在下腹部查到固定性压痛，有的可伴肌紧张或兼有反跳痛，少数可有弥漫性腹膜刺激征，但仍多以下腹部为最显著。

(2) 妇科检查所获的体征 可查到反映某种内生殖器官病变的相应体征。

3. 对治疗要求有其特点 相当一部分病例如内生殖器官或其囊瘤发生破裂、穿孔、扭转绞窄等病变时，均需急诊手术，但也有不少病例需行非手术治疗，如痛经、急性附件炎等。

(二) 内科急性腹痛类

某些内科、神经科、精神科、内分泌科、皮肤科或血液科等疾病，均可引起轻重不一的急性腹痛，当腹痛剧烈或严重时则可主要由于此一症状的介导而与急腹症特别是外科急腹症发生混淆。但这些属于“大内科系统”的疾病引起急性腹痛的原因，既可以是腹部的也可以是腹外的疾病，即痛源并非完全来自腹部结构；这些疾病既可以是器质性的也可为功能性的；但即使是器质性病变也极少导致不可逆转的病理变化而造成组织坏死、穿孔，故在绝大多数情况下均以药物治疗为主而禁忌手术，即对治疗有完全不同于急腹症的要求；从急性腹痛在具体症状系列中的地位来看，它并非能够有力反映所患病症病变本质最具特征性的主流症状，而往往是可随后者的出现就退居其次或者减轻、消退的非主流症状。因此，把上述多科疾病所致的急性腹痛性疾病统称为内科急性腹痛类疾病（简称内科急性腹痛），远比称之为“内科急腹症”合理得多；使用内科急性腹痛这个名称，还在客观上有助于提醒急诊医生重视其与急腹症在病变性质上存在着本质的不同，从而时刻注意相互鉴别。

内科急性腹痛不同于外科急腹症的如下主要特点：

内科急性腹痛不同于外科急腹症的特点集中表现为以下两方面：

[急性腹痛的表现不具备第一症状应有的条件]

1. 急性腹痛多非首发症状 在腹痛出现之前常先有发热、呼吸系统感染、呕吐、腹泻或头痛等某种首发症状，仅个别可以腹痛为首发症状。腹痛发作多较缓渐，骤然发作者只占少数。

2. 腹痛部位常不固定 患者往往不能指出确切部位。

3. 急性腹痛并非主流症状 腹痛大多较轻，有的虽很严重甚至十分剧烈，但大多见于病程早期，随着病变的演变，反映某种内科急性腹痛病变本质的主流症状将陆续出现并居于主导地位，而腹痛不仅未见继续加重或扩大范围，反而退居其次或者减轻乃至消退。有的病例，腹痛亦可由于一般措施（如热敷腹部、给予解痉剂等），或受同在症状（如呕吐、腹泻、排气或排便等）以及体位变更的影响而减轻。

[同在体征可反映内科急性腹痛病变的部位与病理特点]

对具体患者通过以腹部为重点并重视腹外系统检查的体检方法，总可查到下述两型体征组成方式中的一型，这些体征除均可印证腹痛症状符合内科急性腹痛外，还都能判别可致腹痛的病变是位于腹部或腹外。

1. 提示系由腹部内科疾病引起的体征 获得以下两方面体检结果时，即提示腹痛多由腹部内科疾病所致：

(1) 腹征不显著 表现为并无明显阳性腹征，或只有发生率最多的阳性腹征即位置不固定的较轻压痛且多不伴肌紧张，而当持续施按时压痛非但未因之而增重反见减轻，即有“喜按而不拒按”的特点；在动态观察下压痛亦不增重。鲜有肠鸣音减弱或消失。

(2) 亦无提示某种腹外内科疾病为腹痛病因的特异性体征。

2. 提示系由腹外内科疾病引起的体征 兼获以下两方面体征时，即提示腹痛系由腹外内科病变所致：

(1) 有腹外特异性体征 即可在胸部、皮肤黏膜、关节肌肉或瞳孔等某处查到直接提示某种可致急性腹痛的腹外内科疾病之特异性体征（详见后文），或可嗅到特殊呼气味（如烂苹果味、尿臭味等）。

(2) 可查到有如下特点的阳性腹征 多数有如下共性表现，包括有压痛，也常伴不同程度的肌紧张，有时还可有腹膜刺激现象。但这些腹征有如下共性临床特点而可反映腹痛病因是腹外内科疾病：压痛可不太固定，亦无固定的最显著压痛点，也不会由于深按而增重；肌紧张多为轻、中度，鲜有极度强直，并可因限制胸廓运动和局部持续施按，以及在吸气相或呼气末屏息张口时变为松弛；即使有腹膜刺激现象，也多无腹式呼吸和肠鸣音消失或显著减弱这些可见于急性化学性及细菌性腹膜炎时的表现，因而多非真正意义上的腹膜刺激征。另外，在部分胸部内科疾病，上述腹征的显现范围严格限于一侧腹部而极少超越腹中线，则为仅见于内科急性腹痛而不见于外科急腹症的特征性表现之一。

二、掌握和提高急性腹痛类疾病鉴别、诊断水平的基本方法

青年外科医生在步入外科工作的头几年里，一项重要的职责与任务是在急诊第一线的岗位上处理外科急诊，而对急性腹痛患者的鉴别、诊断与处理则是一项常见而重要的工作。由于外科急腹症可与内科急性腹痛和妇产科急腹症相互混淆，一旦判断失误尤其是与内科急性腹痛发生混淆而致误诊错治时，不论是把内科急性腹痛误诊为外科急腹症甚至误行手术，或是把需要手术治疗的外科急腹症误诊为内科急性腹痛以致延误手术时机，均将导致严重后果甚至危及患者生命。因此，青年外科医生不但要以尽快将急性腹痛类疾病的鉴别与诊断工作能力提高至基本适应急诊需要的水平为当务之急，还要以继续不断地提高自己的诊断和处理水平为长远的目标。为达此目的，总起来看所需措施不外两方面：一是加强有关基础理论与临床知识的学习；二是在临床实践中不断总结、积累经验和汲取失败的教训。就青年外科医生尤其是低年资住院医师来说，为了充实自己尤应做好下列两方面工作。

（一）加强有关基础理论与临床知识的学习

可根据自己业务知识的掌握情况和最迫切的实际需要，来选择学习内容并做好学习计划，抓紧一切可利用的时间与机会付诸实施。但一般而言，主要以下述两方面为学习重点。

[重新复习基础理论] 这是一个通过“温故”而达到“知新”的重要学习方法，“知新”的一个重要目的就是使基础理论“临床化”——可为临床诊断与治疗（以下简称诊疗）服务。需要重点复习的内容主要有以下几方面。

1. 腹部局部解剖学 在校时学习的是人体解剖学，腹部解剖只是诸多学习内容之一而不会列为重点，因此所学内容往往不能满足临床应用，何况还可能有某些遗忘，而熟悉腹部解剖对诊疗腹部疾病特

别是急腹症来说，更是各种基础知识之中的基础，故应对照解剖图谱深入学好腹部局部解剖学，尤应特别注意掌握好以下内容。

关于腹膜的解剖知识

主要需掌握以下两点：

(1) 能准确使用腹腔和腹膜腔这两个解剖名词 尽管临床上习以腹腔代指腹膜腔，事实上此二者却有不同解剖学涵义。腹腔作为人体最大的一个体腔，其范围稍大于腹膜腔，它的上壁为形如倒置面盆的膈肌之腹侧面，它的下壁为位于盆腹膜外面的盆筋膜及其所覆盖的骨盆诸肌，而其前后左右四个方向则基本以环绕这些腹壁并铺衬所有腹壁肌肉的腹内筋膜（fascia endoabdominalis）为界。依靠一层疏松结缔组织贴附在腹腔壁内表面的壁层腹膜，与包绕腹脏的脏层腹膜移行衔接而围成，因而是位于腹腔之内的一个不规则性腔隙。可用一个简式来表述此二腔隙既紧密相临和彼此依存而又有区别的关系：腹腔 = 腹膜腔 + 腹膜外间隙；故此二腔不宜等同视之。腹膜外间隙则以腹膜后间隙最大和最有临床意义。

腹膜腔又可分为大、小两腔。在网膜囊孔（Winslow 孔）以外的腔隙之范围广泛而连通盆腔，称大腹膜腔或游离腹膜腔，逸入此腔的消化液、血液等可广为扩散；小腹膜腔即以小网膜、胃后壁和胃结肠韧带为前壁，以覆盖胰、腹主动脉、下腔静脉、左侧肾上极和肾上腺、脾血管的腹后壁壁层腹膜为后壁，以肝尾状叶为上界，以横结肠及其系膜为下界的深部腔隙，并以 Winslow 孔为其连通大腹膜腔的通路。由于膈肌向上隆凸而其右侧和左侧可分别达于右第四肋间、左第五肋间水平，而部分小肠又经常位于骨盆腔内而与盆腔脏器同在，故腹膜腔的实际范围远比在腹壁上所划出的界限为大。

(2) 能十分熟悉腹膜的各种布局情况

①首先需熟悉壁层与脏层腹膜的划分与接续

凡贴附于腹腔各向内壁表面的浆膜均称壁层腹膜，其中贴附腹腔顶部即膈的腹腔面者称膈（区壁层）腹膜，它在膈肌的附着缘向下延伸为贴附腹腔壁四周及盆底因而面积更为广阔的膈区外（壁层）腹膜。这两区壁层腹膜均可在特定的解剖部位朝腹膜腔中间方向折转为双层腹膜结构（如转入膈肝之间的肝冠状韧带上缘，腹后壁腹膜折转成横结肠与小肠的系膜根等），成为与脏层腹膜的移接点。两区壁层腹膜是组织结构相同和解剖连为一体的浆膜，但其神经支配却有大同小异的特点：大同即均属躯体性结构而由脊神经支配；小异表现为两点，一是膈区外腹膜只由下半部胸神经及第一腰神经支配，二是膈的中心部由成自第三至第五颈神经的膈神经支配，故当此处膈腹膜受刺激时可在这些颈神经支配的肩、肩胛和颈部出现远位牵涉痛，而其周边部则全由下半部胸神经支配。

自壁层腹膜向腹膜腔中间方向发生折转的部位起，一切伸向腹膜腔中间的腹膜衍变结构诸如韧带、肠系膜及网膜等，以及包被腹脏的腹膜，均为脏层腹膜，其痛传入纤维则走行于内脏神经之中，但肠系膜根部仍由脊神经支配。

对腹膜上述整体布局是否已获致清晰的立体概念，可通过能否径直画出腹部正中纵断面以及腹部上、中、下三带横断面上壁层腹膜贴附各向腹腔壁内表面和它向脏层腹膜移行情况的示意图，来做出自我鉴定。

②能熟悉腹膜腔内的分区 腹膜腔可被肠系膜根和某些腹内韧带等划分为下列几个大小不一的分区，这种分区对限制腹膜腔内感染性渗液或脓液的自由扩散并促使其局限为脓肿，起重要作用：

1) 由横结肠及其系膜根划分为结肠上/下两区

该系膜根从右肾中点开始，向左横过十二指肠降部和胰头以后沿胰下缘到达左肾中点，在其与横结肠以上到膈之间的腔隙称为结肠上区，在横结肠及其系膜与根部下方的腔隙称结肠下区。

2) 结肠上区的分区 此区因位于膈下故又名膈下区，它又被肝的上、下两面划分为七个小间隙。在肝上面共有四个，并由纵行的肝镰状韧带再分为左上及右上间隙，而后者又被横向的肝冠状韧带划分