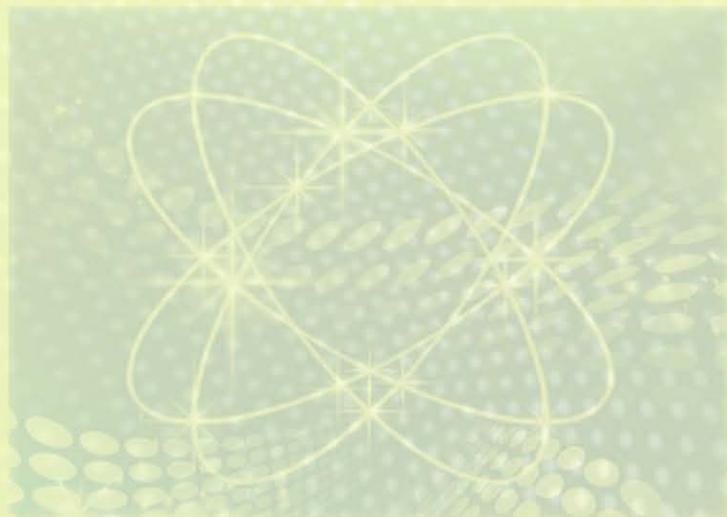


现代腹部急症外科学

关春保 胡国斌 主编



《现代腹部急症外科学》编著者名单

主 编 关春保 胡国斌

主 审 夏穗生

副主编 黄居科 苏 健 丘敏梅 袁立克

编 委 (以姓氏笔画为序)

王振杰 王金福 王甘露 冯旭明 关助明

刘文斌 吴蔚清 陈海亮 林建山 贺 德

彭海峰 徐茂盛 曾 艳

再 版 前 言

外科急腹症是临幊上須短时间内做出诊断并及时加以处理的一类腹部外科病症。本类疾病起病突然，发展迅速，严重时常危及患者生命，若能做到及时正确诊断和恰当治疗，往往使许多患者转危为安。若在诊治过程中，未能将众多的临床征象去伪存真，抓住主要矛盾做出正确诊断；或未能及时把握住正确的治疗时机，甚或有所疏漏或失误，都可能使患者产生不良后果。但身处临幊第一线的医师们，要做到百慎而无一漏，实非易事。这就要求广大从事腹部外科的临幊工作者，不但要有良好的职业素质和扎实的基础理论知识，而且还需不断进行知识更新，取长补短，提高临幊治疗水平，更好地、更合理地为患者服务。有鉴于此，作者在广泛收集近年来国内外的最新资料、总结多年临幊经验的基础上，结合临幊上的实际需要，特再次修订编著这部《现代腹部急症外科学》奉献给读者，以供同道们在临幊实践中参考。

近年来，医学领域的基础理论与临幊方面进展迅速，腹部急症及相关危重症的诊断和治疗水平也有了较为明显的提高。为此，本书第一版的某些内容已显陈旧，必须补充一些新的内容，以期满足临幊需要；同时第一版的一些编排错误也须纠正。因此，在征得湖北科学技术出版社的同意后，决定再版。

本书分上、下两篇，共 27 章，上篇第一至第十三章为总论部分，重点介绍与腹部外科急症有关的基础知识、现代诊断技术、围手术期处理，以及各类腹部急症有可能导致的危重病症的诊断和治疗措施。下篇第十四至第二十七章为各论部分，分系统分别阐述各种腹部急症的病因、病理、发病机制、诊断、鉴别诊断及治疗方法。

本书是由国内 10 余位具有丰富临幊实践经验的专家、教授和长期从事腹部外科临幊工作的具有高级职称的临幊医师，在总结各自临幊经验并参考大量国内外近期文献的基础上，经三年时间的通力合作精心编著而成，是集体智慧的结晶。全书内容涵盖面广、系统全面、资料新颖，具有高度的科学性、先进性、创新性和实用性。可供各级医院从事腹部外科、急诊科工作的医师及医学院校师生参考。

本书在编写过程中始终得到了我国著名外科专家、博士生导师、华中科技大学同济医学院夏穗生教授的关怀和悉心指导，尤其是脱稿后承蒙夏教授在百忙之中抽出宝贵时间审稿、撰写序言，并亲自撰写第一章第一节，给我们以极大的鼓舞和鞭策，在此，作者表示由衷的敬意。此外，本书借鉴了国内外许多专家、同道们的宝贵经验、学术成就及研究成果，一并致以衷心的感谢。

当本书呈献在读者面前之时，需要说明的是，由于编著者分散在全国各地，各自的经验、学术研究的广度和深度以及写作风格不尽相同，又由于我们的学识水平有限，加之时间较为仓促，尽管作了最大努力，但仍有许多不尽人意甚或谬误之处，恳请专家、同道及读者们不吝赐教，以待再版时修订。

编著者

2009 年 9 月

序

急腹症是一大批以急性腹痛为主要症状疾病的总称，而且习惯用于需要施行外科治疗者，由于其发病原因众多，性质各异，引起病情轻重程度十分悬殊，治疗方法亦有天壤之别，结果原本属径庭。如果诊断正确，治疗措施得当，很多急腹症可以得良好效果，但如诊治过程中，有所失误，足使轻症变重，重者病情更为恶化，预后变得严峻，有的原来可以治愈的，却因诊治上的错误，导致终身带疾或导致死亡。因此，急需在发病伊始，给予早期精确诊断，施以恰当及时治疗，争取获得最好的预后，这正是社会上所渴求于医生的，也是医生所应该做到的。但是，这对身居第一线的临床医师，实在是一个重大的考验，面对以急性腹痛主诉而进入急诊室的病人，在病人的痛苦呻吟声中，家属的焦虑企求的表情和对话中，如何迅速获取全面病情资料，正确判断各种检测的数值和特检带来的拟诊描述，在头绪万端中，排除众多鉴别诊断，在最短时间内，理清思路，摸清病情，下一个正确诊断；同时还要当机立断，拟定一个治疗方案，考虑到手术本身与围手术期间各个环节的设计与实施，从术前准备，麻醉选择到手术时机，术式采用，病灶处理，腹腔清理，术毕引流，即期监护，以及防治近远期并发症，都要郑重处理以尽医师之责。

综上所述，时至今日，不能单纯地把急腹症仅仅看作是一个医学名词，也不能满足于一个临床症状或临床综合征的解释，其内容已十分丰富，学术理论与临床实践并重，涉及到许多医学诊断技术的各个环节，包含现代医学中新近的技术、发展与方法，内涵包罗万象，绝非目前教科书、外科临诊丛书，以及外科专著中，一个章节所能论述完尽。说一句实在话，急腹症到今天，已经形成了“现代腹部急症外科学”一门崭新的专业学科。

针对上述要求，为了满足临床紧迫需要，提高第一线临诊医师治疗技术，和发展腹部急症外科学要求，关春保、胡国斌主任医师等，以非凡气魄，邀请汇集了国内著名普外和有关学科的专家教授和耕耘于各级医院、医疗单位第一线的医师们，各自以渊博常识和丰富的切身经验体会，分别撰写，为国内新颖的急腹症学贡献出全力，日夜奋战，历经三个春秋，终于完成达 90 万字的专著。

全书开拓了现代急腹症学的新领域，建立了现代化知识所堆积成的知识库，理论内容上在全面性、系统性的前提下，具有高度科学性、创新性和实用性。全书结构严谨，图文并茂，表达清晰，文笔流畅，为促进我国现代腹部急腹症学科的发展，作出了巨大贡献。本书切合各级医疗单位第一线医师的日常治疗需要，是他们的良师益友，既赋予实际临诊能力，并在理论上充实提高，也是各临床其他有关专业各级医师所不可或缺的参考书。我在庆贺本书圆满顺利完成再版的同时，深信其再次出版发行，肯定会受到广大读者的欢迎。

夏穗生
2009 年仲秋于武汉

目 录

第一章 绪论	1
第一节 概述	1
一、腹部急症的定义与概念	1
二、腹部急症总论的内容	1
三、腹部急症的各论内容	2
第二节 病理	2
一、功能障碍	2
二、炎症	2
三、梗阻或扭转	2
四、破裂或穿孔	3
五、出血	3
六、损伤	3
七、结石	3
第三节 病史资料采集	3
一、病史资料的分析方法	3
二、腹痛	4
三、寒战与发热	5
四、恶心呕吐	6
五、腹胀	6
六、大小便异常	6
七、黄疸	7
第四节 理学检查	8
一、一般检查	8
二、腹部检查	8
第五节 外科急腹症的诊断思维程序	10
一、诊断方法与步骤	10
二、鉴别诊断	12
三、应把闭合性腹部外伤作为一个突出而特殊的问题来处理	13
第二章 肠疾病的现代诊断技术	15
第一节 实验室检查	15
一、血液检查	15
二、尿液检查	16
三、大便检查	16
四、胃液及十二脂肠液检查	17
五、微生物学检查	17
第二节 X线检查	17
一、十二指肠的X线检查	17

三、小肠的 X 线检查	18
三、低张力十二指肠造影	20
四、结肠 X 线检查	21
第三节 超声检查	23
一、应用范围	24
二、小肠造影	24
三、介入性超声	24
四、结肠超声	24
第四节 电子计算机断层扫描 (CT) 检查	25
一、小肠 CT 检查	25
二、结肠 CT 检查	25
第五节 磁共振 (MRI) 检查	26
第六节 核医学检查	27
一、概述	27
二、常用仪器简介	27
三、诊断应用	27
第七节 内窥镜检查	30
一、胃、十二指肠镜检查	30
二、双气囊小肠电子镜检查	32
三、胶囊内镜检查	33
四、结肠镜检查	35
五、染色内镜和放大内镜检查	36
六、共聚焦激光内镜在大肠疾病诊断中的应用	37
七、超声内镜检查	38
八、乙状结肠镜检查	40
九、直肠镜检查	40
十、腹腔镜检查	40
第八节 选择性血管造影	41
第九节 生化与免疫学检查	41
一、生化检查	41
二、免疫学检查	41
第十节 诊断性腹腔穿刺和灌洗检查	42
一、诊断性腹腔穿刺	42
二、诊断性腹腔灌洗	43
第十一节 直肠指诊	44
第三章 腹部急症的围手术期处理	47
第一节 术前评估	47
第二节 术前的一般准备	49
第三节 全身性并存病的估计及处理	52
第四节 手术后的一般处理	61
第五节 手术后并发症的处理	64
一、切口感染	64
二、切口裂开	64
三、出血	65

四、肺部并发症	66
五、下肢深静脉血栓形成	68
六、急性胃扩张	69
七、应急性溃疡	70
八、术后肠梗阻	70
第四章 腹部急症病人的营养支持	73
第一节 营养物质的吸收	73
一、小肠的吸收细胞	73
三、营养物质的吸收	73
第二节 饥饿的代谢效应	74
一、体内成分的改变	74
二、中间代谢的改变	74
三、糖异生	75
四、贮能动用的调节机制	76
第三节 外科病人的营养状况估计	76
第四节 外科病人营养支持的适应证	77
第五节 完全胃肠外营养 (TPN) 支持技术	78
一、TPN 基质的需要量	78
二、TPN 的输入方法	80
三、营养液的输入方法	80
第六节 完全胃肠内营养 (TEN) 支持技术	80
一、常用制剂	81
二、特殊制剂	81
第七节 外科营养支持的监测	81
一、TPN 支持时的监测	81
二、TEN 支持的监测	82
第八节 外科营养支持的并发症及预防	82
一、中心静脉置管、输液等的并发症	82
二、与代谢有关的并发症	82
第五章 外科休克	85
第一节 概述	85
第二节 感染性休克	94
第三节 过敏性休克	97
第四节 出血性休克	98
第五节 创伤性休克	99
第六章 全身炎症反应综合征	103
第七章 多器官功能障碍综合征	113
第八章 腹腔间室综合征	123
第九章 急性胃黏膜病变	131
第十章 急性肝功能衰竭	138
第十一章 急性肠功能衰竭	148
第十二章 腹部急症病人的水、电解质及酸碱失衡	154
第一节 正常体液代谢与调节	154
第二节 水、电解质异常代谢及治疗	156

一、水、电解质异常代谢分类	156
二、水代谢异常	157
三、电解质代谢异常	159
第三节 酸碱平衡紊乱及治疗	162
一、酸碱平衡的正常调节	162
二、酸碱平衡的常用指标及其意义	163
三、酸碱失衡类型及其治疗	163
第四节 水、电解质紊乱及酸碱失衡的综合治疗	166
一、治疗原则	166
二、常用液体制剂	167
第十三章 抗生素在腹部急症中的应用	170
第一节 肠道菌群的意义	170
一、小肠的菌群及意义	170
二、肠道的菌群及意义	170
第二节 抗生素的应用	171
第十四章 腹部创伤概论	176
第十五章 消化道出血	188
第一节 上消化道出血	188
第二节 下消化道大量出血	198
第十六章 腹膜腔和腹膜后急症	204
第一节 急性腹膜炎	204
一、继发性腹膜炎	204
二、原发性腹膜炎	207
第二节 结核性腹膜炎	208
第三节 腹腔脓肿	209
一、膈下脓肿	209
二、盆腔脓肿	210
三、肠间脓肿	211
第四节 腹腔内出血	211
第五节 大网膜扭转	218
第六节 外伤性腹膜后血肿	218
第十七章 消化道异物	222
第十八章 胃、十二指肠急症	225
第一节 先天性十二指肠闭锁与狭窄	225
第二节 胃、十二指肠损伤	228
一、胃损伤	228
二、十二指肠损伤	230
第三节 急性胃扩张	233
第四节 急性胃扭转	236
第五节 消化性溃疡出血	238
第六节 消化性溃疡穿孔	241
第七节 门脉高压症并出血	243
第八节 胃癌并出血	252
第九节 胃手术后并发症	256

一、溃疡病急性穿孔修补术后并发症	256
二、胃大部切除术后并发症	256
第十节 十二指肠瘘	259
一、十二指肠外瘘	259
二、十二指肠内瘘	263
第十九章 肠梗阻	271
第一节 概论	271
第二节 十二指肠梗阻	277
一、概述	277
二、十二指肠血管压迫综合征	278
三、先天性十二指肠隔膜症	281
四、十二指肠前门静脉	283
五、环状胰腺	283
六、十二指肠周围先天性异常韧带	285
七、十二指肠套叠	285
第三节 粘连性肠梗阻	286
第四节 蛔虫性肠梗阻	289
第五节 堵塞性肠梗阻	291
一、胆石性肠梗阻	291
二、肠石性肠梗阻	292
三、异物性肠梗阻	292
四、粪便堵塞性肠梗阻	293
第六节 肠扭转	293
第七节 肠套叠	294
第八节 腹内疝	299
一、概述	299
二、膈疝	300
三、腹膜隐窝疝	302
第九节 嵌顿性腹外疝	303
第十节 动力性肠梗阻	305
一、假性肠梗阻	305
二、麻痹性肠梗阻	308
三、痉挛性肠梗阻	310
第十一节 血运性肠梗阻	311
第十二节 结肠梗阻	315
一、概述	315
二、乙状结肠扭转	317
三、盲肠扭转	319
四、急性假性结肠梗阻	319
第十三节 新生儿小肠梗阻	320
一、先天性肠壁肌层缺如	320
二、胎粪性肠梗阻	320
三、新生儿肠扭转	321
四、先天性腹膜索带	322

五、凝乳块肠梗阻	322
第二十章 小肠急症	325
第一节 小肠先天性狭窄	325
第二节 小肠先天性闭锁	325
第三节 小肠系膜损伤	329
第四节 小肠损伤	330
第五节 肠系膜脂膜炎	332
第六节 急性非特异性肠系膜淋巴结炎	333
第七节 节段性肠炎	333
第八节 小肠憩室炎	337
第九节 急性出血坏死性肠炎	339
第十节 小肠穿孔	344
一、肠伤寒穿孔	344
二、阿米巴肠穿孔	345
第十一节 小肠外瘘	346
第二十一章 结肠急症	354
第一节 结肠先天性闭锁与狭窄	354
第二节 结肠损伤	355
第三节 溃疡性结肠炎	357
第四节 伪膜性肠炎	362
第五节 特发性大肠穿孔	364
第六节 结肠外瘘	365
第七节 急性阑尾炎	366
第八节 阑尾周围脓肿	375
第二十二章 肝脏急症	379
第一节 肝脏损伤	379
第二节 肝脓肿	383
一、细菌性肝脓肿	383
二、阿米巴肝脓肿	386
第三节 肝癌自发性破裂出血	387
第四节 肝海绵状血管瘤破裂出血	389
第二十三章 胆系急症	392
第一节 先天性胆管闭锁	392
第二节 胆道出血	393
第三节 急性胆囊炎	397
第四节 胆囊穿孔	399
第五节 胆道蛔虫病	400
第六节 胆石症	403
第七节 胆总管穿孔	410
第八节 急性胆管炎	411
第九节 重症急性胆管炎	412
第十节 肝外胆管损伤	416
附 医源性胆管损伤	417
第十一节 Mirizzi 综合征	420

第二十四章 胰腺急症	425
第一节 胰腺损伤	425
第二节 急性胰腺炎	427
第三节 重症急性胰腺炎	435
第二十五章 脾脏急症	448
第一节 脾破裂	448
一、外伤性脾破裂	448
二、自发性脾破裂	451
第二节 脾梗塞	451
第三节 脾脓肿	452
第四节 脾扭转	454
第二十六章 腹部血管急症	457
第一节 腹部血管损伤	457
第二节 腹主动脉瘤破裂出血	458
第三节 腹部卒中	460
第四节 肠系膜血管性疾病	461
一、肠系膜上动脉栓塞	461
二、非闭塞性急性肠缺血	463
三、慢性肠系膜血管闭塞	463
四、肠系膜静脉血栓形成	464
第二十七章 直肠、肛管急症	467
第一节 先天性直肠、肛门狭窄与闭锁	467
第二节 直肠、肛管损伤	471
第三节 肛管、直肠周围脓肿	473
第四节 痔合并出血	475
第五节 直肠脱垂	478

第一章 緒論

第一节 概述

一、腹部急症的定义与概念

每个人几乎都有腹痛的经历，但腹痛有轻重缓急之分，其中最使人难忘与难受的是突然发生的剧烈腹痛，它能把一个健康的正常人立刻变成痛苦万分的病人，其中绝大多数当即被迅速送到急诊室就医，主诉十分简单明确，就是突然发生的剧烈腹痛。如果这个病人经过检查作出诊断，决定需要施行外科手术治疗，医学上赋予一个专门名词或综合征，叫做急腹症，英文称为 acute abdominal disease，划入外科学范畴。有别于不需手术的急性腹痛疾病，这些疾病不属于外科急腹症，在急腹症的论述中出现在鉴别诊断的一栏中。

腹部急诊内容分总论与各论两大部分，按照处理顺序，分诊断与治疗两步，尽管诊治是连续性的，不能截然分开。

二、腹部急症总论的内容

1. 诊断资料的收集 腹部急症诊断所依据的资料来源，可以归为 5 大类：①首先是病史的询问与体征的检查。病史包括以往的主要疾病史和现在症即急腹症发生的先兆与现在腹痛症状的种种描述，医生可与病人本人，也可以向其家属获得所需的信息。体检需要全面系统，包括全身一般情况、体质、表情、神志和各个生命器官与表浅部位淋巴结群的“视、触、叩、听”，特别是腹部本身，诸如主要腹痛剧烈点、部位、强度、局限与放射，主诉与客观体征的符合程度，腹痛在时间推移中的变化，腹壁、腹肌对腹痛的反应，以及一切与腹痛相联系的症状群：如恶心、呕吐、发热、寒战、咳嗽、抽搐、黄疸、腹水等等。特别需要注意的是年龄、职业、嗜好、所在地区的流行病高危因素以及不可遗漏必须检查的部位，如腹股沟区，有关淋巴结处，直肠指检等。②实验室检测项目的确定与数值评估。③现代影像学特检的运用与其提示的评估。影像学检查包括常用的 X 线（平片、钡餐、选择性造影）、B 超、CT、MRI 与核素五大类，根据病情和相关检查项目的适应证、禁忌证条件下可行性，实施时对病人的搬动，检查时体位的置放，都要考虑周到，然后作出对其报告提示的评估。④镜器检查包括各科空腔脏器的特置内镜，如③中所述的一样，病情是否有适应证、禁忌证和在急诊条件下的可行性以及实施措施。⑤腹腔穿刺和诊断性腹腔灌洗，应用时的条件与以上③、④相同。最后综合以上 5 点，作出诊断。但是，这里必须强调指出的是现代影像学与特检取得迅速的进展，对诊断的提示，的确比以往有了很大的提高，以往无法检查的区域，都能得到窥测，这是绝对需要加以肯定的；但另一方面却使得不少医师走向极端，以为现代检查仪器设备是万能的，不懂得获取病史病情细节与体检结果对诊治的重要性，有的医师甚至不去触摸病人，忙于开特检申请单，和等待报告结果，作为唯一依据，轻下诊断和决定治疗，以致铸成大错。要懂得任何现代影像学、镜器和特殊检查都有一定限度，在正确性以外，都有一定的假阳性和假阴性率，这是不足为怪的，也是符合科学规律的。因此，只有医生根据亲身所获取的第一手病史与体征资料加上各种特检影像学的提示，进行综合分析，才能得出最可靠的诊断，但也是最初步的拟诊，可以作为下一

步的治疗依据，在手术中再证实诊断，这一点，在本书之初务必予以说明。

2. 围手术期的准备、监测与处理 按顺序分为：①术前准备包括禁食、胃肠道排空、置管，重点突出输液输血、营养支持和抗生素三大辅助治疗，针对其他生命器官的防护与治疗措施，以及服用稳定患者对手术紧张、恐惧情绪的药物，并布置手术中监测仪器的准备。②手术期期间的观察，以及麻醉、手术步骤、输液（包括输血）和用药之间的协调。③术后即期监护与并发症的防治，包括术毕送往ICU（重症监护病室），还是一般病室的决定，麻醉师和病房医师工作的协调与交班，以及相应科室之间的会诊，然后转入正规每日查房，讨论更换医嘱，局部（包括切口、引流）的处理。随后是对远期并发症的防治措施。在术后出现各并发症时加以及时的诊治。

3. 腹部急症急诊手术的特异情况的特殊处理 包括：①特殊危急情况出现，如伴发休克，多器官功能不全与障碍。②患者的特殊，如小儿、孕妇、老龄，特别注意伴随病的围手术期的处理，常见的有高血压、冠心病、糖尿病、慢性感染（老慢支、结核病）和与本病没有关联的肿瘤，以往手术的后遗症，和酗酒、精神病患者。

三、腹部急症的各论内容

按照腹部急症中每一疾病单独加以描述，将情节有关联归并成节，然后再合编成章。依照发病机制分为感染、创伤、梗阻和出血4大类，也可视病变的所在器官归类为章，即胃、十二指肠、小肠、结肠、直肠和肛管，然后是肝、胆、胰、脾和腹部血管各章。两类交叉穿插，形成各论章节，结构层次清楚。每一疾病按照惯例从病因、病理或发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗措施，重点是外科手术，也述及外科为主的综合治疗，有的还论及多种术式选择，手术并发症及其处理。

（夏穗生）

第二节 病理

腹部急症按病理类型可分为：功能障碍、炎症、梗阻或扭转、破裂或穿孔、出血、损伤、结石等7种，涉及内、外、妇、儿各科疾病。

一、功能障碍

功能障碍是指神经、体液调节失常而出现的功能紊乱。临幊上表现为急性腹痛（如胆绞痛、肠绞痛等），少数例表现为消化不良、腹泻、腹痛等征象。如果病程较久的功能障碍可以发展为器质性病变。

二、炎症

发生炎症的器官除有红、肿、热、痛及功能障碍外，全身还可以出现发热、白细胞计数升高等。根据炎症的类型不同，可分为三类：

1. 黏液性炎症 指病变局限在黏膜，有黏膜充血、水肿、炎性细胞浸润及黏液分泌增加。
2. 化脓性炎症 由化脓性细菌引起大量嗜中性白细胞浸润、组织变性和坏死。由于外观呈蜂窝组织样，容易使炎症扩散，亦称为蜂窝组织炎。
3. 坏疽性炎症 此类急症包括腹腔内脏器急性化脓性炎症和各种特殊原因引起的非化脓性炎症。前者有急性化脓性阑尾炎、急性化脓性腹膜炎、急性化脓性胆囊炎、急性化脓性胆管炎症；后者有急性坏死性胰腺炎、急性坏死性肠炎、急性节段性小肠炎、特发性结肠炎以及小肠或结肠憩室炎等。上述两种类型的急症在病理上也有不同的改变，前者主要是化脓性改变，后者则主要是坏死、出血、穿孔或一般炎症改变。

三、梗阻或扭转

系指空腔器官的管道阻塞不通，如肠梗阻、胆道梗阻、胰管梗阻、阑尾梗阻、输尿管梗阻等。梗阻

发生后，首先引起近端管腔的压力增加，进而导致局部管腔的扩张，管壁增厚或坏死、穿孔，并引起全身的中毒反应。

此类急症的病变特点是各种致病因素引起的胃肠道、胆道、阑尾、各空腔脏器的梗阻、绞窄，如各种类型肠梗阻、各种嵌顿时伴有胆管、肠管的梗阻症状，并有感染中毒等症。

脏器扭转属梗阻的特殊类型，有相当一部分属于先天性发育异常，另一部分则属于后天性因素。扭转的脏器有的为空腔脏器如胃扭转、肠扭转和胆囊扭转，有的则为实质性脏器如脾扭转等。临床表现特点是发病突然、急剧，表现为剧烈绞痛，同时伴有轻度休克，晚期由于局部血供障碍，常发生脏器的缺血性坏死，腹部呈重度腹膜炎体征，严重者可出现中毒症状及中毒性休克。

四、破裂或穿孔

除损伤性因素以外，通常是空腔脏器原有病变恶化的结果。凡各种病理改变引起的腹腔内、盆腔内或腹膜后的某一脏器的病理性破裂或穿孔均属于此类的腹部急症。常见者有溃疡病穿孔、胆囊穿孔、阑尾穿孔、肠穿孔等。穿孔发生后，消化液流入腹腔，刺激腹膜，发生腹膜炎。部分病人可因穿孔包裹渗液吸收而治愈，有的则需采用手术修补穿孔或切除病损部位。此类急症的临床表现特点是突发性腹部剧痛以及由于急性腹膜炎或内出血等引起的症状和体征，并伴有轻重不同的休克。

五、出血

有血管破裂出血和毛细血管渗血两种。此类病变的特点是各种致病因素引起的食管下端、胃、十二指肠、小肠、大肠及胆管的大出血，视为上消化道或下消化道出血。另外尚有一部分属于损伤性或病理性腹腔内实质性脏器自发性或病理性破裂以及腹腔内动脉瘤破裂引起的大出血，如损伤性或自发性脾破裂、肝癌破裂、肝海绵状血管瘤破裂和腹主动脉瘤破裂等，其临床表现为腹腔内出血及失血休克。出血的后果取决于出血的数量和速度。

六、损伤

此类病变主要是锐性或钝性损伤造成胃、肠、肝、胆囊、胆管、胰腺、脾、肾、膀胱的损伤。由于损伤脏器不同及损伤的性质（如开放性或闭合性损伤）不同，其临床表现截然不同。当胃、肠损伤破裂后，其内容物外流进入腹腔，常造成严重的腹膜炎。膀胱破裂，则有大量尿液外流至腹腔内，引起腹膜炎。当肝、脾破裂时，可造成腹腔内大出血，出现失血性休克。肾破裂，由于损伤性质及程度不同，症状不尽相同。闭合性损伤造成的肾破裂常有大量血尿及肾周围血肿，如后腹膜亦同时破裂，则混有尿液的血可流入腹腔，引起腹膜炎。

七、结石

结石是由管道器官的梗阻、感染等因素所造成，常见于胆石症、尿石症等疾病。

第三节 病史资料的采集

一、病史资料的分析方法

充分地收集病史资料，并对这些资料进行全面的、仔细的、确切的分析，但抓住重点，是正确诊断急腹症的一个重要前提。具体应做到以下几点。

1. 患者的一般情况 如年龄、性别、住址等，往往可以提供一些发病的线索。例如，急性阑尾炎、溃疡病穿孔、胆道蛔虫病等，常见于青壮年人，而急性胆囊炎、胆石症、肿瘤等常见于中老年人；胃肠道急腹症男性居多，而胆胰疾病则女性居多；我国南方和沿海地区胆石症较常见，而在农村，与肠蛔虫

病有关的急腹症比较多见。

2. 仔细询问既往病史 对于急腹症的诊断与治疗，往往可以提供重要的根据。例如，溃疡病急性穿孔患者，多有上腹部病史；上消化道出血可有肝病史等。

3. 详细询问发病情况 包括发病的诱因，发病的急缓，发病与饮食、劳动等的关系，对于急腹症的诊断与鉴别诊断很有帮助。外伤后突然发生的腹痛，应考虑到腹腔内脏损伤，如外力直接作用于上腹或肋部，肝脾破裂的可能性大；外力直接作用于中腹或下腹部，应首先考虑肠管破裂；有溃疡病史的病人，突然发生剧烈腹痛，应考虑溃疡病急性穿孔；饱食及饮酒后的急性腹痛同时伴有呕吐，应考虑急性胃炎或胰腺炎；进食大量脂肪食物后出现的右上腹痛，应考虑急性胆囊炎及胆石症；饱食及剧烈活动后出现的严重腹痛，应注意小肠扭转，而有慢性便秘史的老年人，突然发生腹痛、腹胀，应注意乙状结肠扭转的可能性；儿童有蛔虫或蛔虫病史，又在服驱蛔药后突然发生上腹痛，则胆道蛔虫病的可能性大；如病人先有发热，以后出现上腹痛，同时伴有呼吸道症状，可能因肺炎或胸膜炎所致。

4. 对常见症状的了解和分析 腹痛、恶心、呕吐是急腹症的常见症状。此外，腹胀、大小便的异常、黄疸、发热发冷等也较常见。

二、腹痛

急性腹痛是急腹症最常见的症状，也是最重要的诊断依据。

1. 腹痛的分类 根据腹痛的原因，可分为两类：①腹腔内脏器病变引起腹痛。②腹腔外脏器或全身疾病引起腹痛，又称反射性腹痛。根据腹腔内器官的病变又可分两类：器质性腹痛，是由于腹腔内脏器的炎症、穿孔、破裂、梗阻、扭转、绞窄或出血而引起；功能性腹痛，是腹腔内脏器没有器质性病变，是由功能紊乱或失调所引起。

2. 腹痛的诊断 一般可分两个步骤：①将西医的“视、触、叩、听”与中医的“望、闻、问、切”结合起来，对病史与临床特点有一个全面的了解，有选择地作一些必要的辅助检查。②综合全面资料进行分析，确定病变的部位、性质、程度以及病因，为治疗方法的选择提供依据。

此外，问诊是十分重要的。通过详细的问诊，往往能对疾病的性质与部位做出初步的诊断。例如，患者的发病年龄、性别、婚姻、女性的月经及生育史、职业、起病原因以及既往病史等，更重要的是注意询问腹痛本身的特点。

(1) 腹痛的部位：一般来说，腹痛最明显的部位即是病变所在的部位。腹痛部位与病变的关系见表 1-3-1。

表 1-3-1 腹痛的部位与病变的关系

腹痛部位	腹内病变	腹外病变
中上腹	食道贲门疾患及膈疝、胃、胰腺疾患、肝及胆总管疾患、横结肠疾患、早期阑尾炎	心绞痛与心肌梗塞、心包炎、糖尿病酸中毒
右上腹	十二指肠疾病、胆囊炎、胆石症、肝疾病、右膈下脓肿、结肠肝曲病变	右下叶肺炎
左上腹	结肠脾曲疾病、胰尾及脾脏疾病	左肾疾病
右下腹	阑尾及回盲肠疾病，肠系膜淋巴结炎	异位妊娠破裂、输卵管炎、卵巢囊肿扭转、肾结石
左下腹	降结肠或乙状结肠疾病	异位妊娠破裂、肾结石
脐周围	小肠疾病、肠寄生虫、早期阑尾炎	新陈代谢紊乱或各种胃肠毒素引起的腹痛
全腹痛	各种原因引起的腹膜炎、绞窄性肠梗阻、急性肠系膜动脉栓塞	

此外，小肠及其系膜的病变，其腹痛可放射至腰背部；阑尾炎所致的腹痛，最初可在上腹或脐周，以后转移并固定于右下腹。

(2) 腹痛的性质：常见的有以下几种。

1) 阵发性绞痛：多为平滑肌痉挛性收缩所致，突然发生，在短时间内可达最高峰，持续一定时间后可自行缓解，间隔一定时间又反复发作。此种疼痛往往表示空腔脏器有梗阻或痉挛，常见的有肠绞痛（位于脐周围）、胆绞痛（位于右上腹，常向右肩放射）和肾绞痛（位于腰部，向腹股沟、外生殖器及大腿内侧放射）三种。

2) 持续性疼痛：表示腹膜或腹内脏器有炎性或其他进行性病理损害，如急性炎症、腹腔内出血及肿瘤的侵犯等。持续性腹痛伴有阵发性加重，表明炎症的同时伴有梗阻或梗阻性疾病伴有血运障碍。

3) 刀割样锐痛：多见于穿孔性急腹症，如溃疡穿孔，也见于急性出血性胰腺炎，是由于消化液的化学刺激作用于腹膜而引起之剧烈腹痛。

4) 钻顶样腹痛：可见于胆道蛔虫病与胰管蛔虫病。

5) 烧灼样腹痛：为酸性胃内容物刺激胃黏膜所致。

6) 刺痛：系发炎的浆膜互相摩擦而产生的一种腹痛，见于腹膜炎、肝脾的周围炎等。

(3) 腹痛的放射：是由于内脏病变，刺激神经末梢而在脊髓的相应节段出现的疼痛，常见者有胆囊炎及胆管疾患可放射至右肩或左肩胛区；急性胰腺炎可放射至左肩或左背部；输尿管结石可放射至腹股沟、阴囊或股内侧；右下叶肺炎、胸膜炎、心肌梗塞等胸部疾病，可由胸部放射至上腹部。

(4) 腹痛的范围：腹痛的范围与腹腔内的病变严重程度也往往成正比，即腹痛范围广，则病变严重或累及脏器多；反之，则病变较轻或累及的脏器少。例如弥漫性腹膜炎有全腹疼痛、压痛、反跳痛和肌紧张。但也有例外情况，如神经性腹痛或痉挛性腹痛范围可能较广，但程度并不一定严重，可以鉴别。

(5) 腹痛的过程：腹痛发生后的程度变化，对诊断也有很大帮助。例如，溃疡病穿孔引起的化学性腹膜炎，在发生腹痛之后，可立即出现剧烈腹痛，而急性阑尾炎穿孔引起化脓性腹膜炎则发生腹膜炎的时间较迟，一般在发病24~48h后才出现，腹痛程度也不如化学性腹膜炎严重。

(6) 腹痛的强度：腹痛的强度与刺激物的强度、病理性质与病人的敏感性有着密切的关系。不伴有梗阻的炎症一般疼痛较轻，病人多能忍受；胃、十二指肠溃疡穿孔，由于酸性或碱性胃、十二指肠液对腹膜的强烈刺激，病人出现难以忍受的剧痛；急性胰腺炎的腹痛比较强烈；肠道梗阻时的阵发性腹痛与胆石症引起的绞痛，一般都很剧烈，但在间歇期病人可无明显症状。由于病理性质与病人的敏感程度不同，有时腹痛的强度与病理改变的轻重并不完全一致。如癔病性腹痛、胆道功能紊乱及胆道蛔虫病，虽然没有或仅有轻微的器质性病理改变，但病人腹痛却十分剧烈。老年人的急腹症则相反，由于病人敏感性较低，往往腹痛较轻，与腹腔内病变的程度很不相称。

(7) 腹痛与其他症状之间的相互关系：腹痛、腹胀、呕吐、便秘、发热是急腹症常见的症状。这些症状出现的先后与轻重程度，对于鉴别诊断有着十分重要的意义。如急性阑尾炎的病人，先有腹痛，以后出现恶心呕吐，随后发热；急性肠炎则发热出现早，伴随频繁的腹泻，才有腹部绞痛；肠梗阻的病人都有腹痛、呕吐、腹胀、便秘等症状，但高位梗阻的病人腹胀轻、呕吐重、低位梗阻则腹胀重、呕吐轻；上腹痛、发冷发热与黄疸的先后出现是总胆管梗阻及炎症的典型症状，而一般单纯性胆囊炎或胆道结石则多无黄疸，发冷发热的症状亦较轻。

三、寒战与发热

寒战与发热是外科急腹症的常见全身症状。临床中所见发热多为感染性疾病引起，非感染性发热少见。寒战则是细菌毒力强的表现。

寒战与发热的诊断也是建立在详细的询问病史、仔细的查体和采用一些必要的辅助检查基础之上。根据已获得的资料，对以下几方面进行判断。

1. 发热的原因 发热的原因比较复杂，虽然以感染性因素为多见，但外科急腹症常常伴有全身性和腹腔内的并发症。寻找引起发热的病灶，尤其是深部病灶，往往十分困难，如膈下、胆管、泌尿系统等。

2. 发热的程度 与感染的程度往往成正比，感染严重者可出现高热与寒战，如败血症，感染较轻者，发热亦轻，无寒战。

3. 发热的类型 发热的疾病可有一定的热型（体温曲线），在鉴别诊断上也很有帮助。

(1) 稽留热：高热持续39~40℃上下，24h体温波动在1℃以内，见于严重的全身性和腹腔感染，如败血症、弥漫性腹膜炎、肝与胆道感染等。

(2) 弛张热：高热在24h内波动达2℃或更多，也见于严重的全身性和腹腔感染。

(3) 双峰热：高热曲线在24h内有两次小波动，形成双峰，见于大肠杆菌败血症、绿脓杆菌败血症。

(4) 间歇热：体温突然上升达39℃以上，经数小时后降至正常，常见于肝、肠道的急性感染。

(5) 不规则热：发热持续时间不定，变动无规律，见于急腹症的并发症。

4. 发热的时间 急腹症发病急、变化快，因而多为急性发热，随着治疗措施得法，发热多能很快降至正常。长期发热见于某些部位较深的感染和急腹症并发症，如肝脓肿、腹腔脓肿等。

四、恶心呕吐

常在发生腹痛后不久出现。常见有反射性恶心呕吐，多发生于急腹症的早期，如急性阑尾炎的早期；梗阻性恶心呕吐，如急性肠梗阻时，因肠管通过受阻而引起。

1. 恶心呕吐的程度 恶心呕吐的轻重，常能反映出腹部病变的严重程度。腹腔病变轻，可无恶心呕吐，或仅有恶心，但无呕吐，腹腔病变重，恶心呕吐亦重，有时还可以出现频频干呕，这是一种危重征象，须引起注意。

2. 呕吐物的性状 吐出物以胃内容物为主者，多为反射性呕吐，或为胃部病变；如含有胆汁，多为胆胰疾病，或为高位肠梗阻；如有粪臭样物，多为低位肠梗阻；上消化道出血可呕吐鲜血或咖啡样吐物；如为胆道蛔虫病则可有吐蛔虫现象。

3. 呕吐与其他症状的关系 幽门梗阻病人常在呕吐后腹痛缓解，而胆胰疾病在呕吐后则腹痛不减轻；呕吐伴有黄疸者，多为肝、胆、胰腺疾病；呕吐伴有休克者，见于绞窄性肠梗阻或急性腹膜炎等；呕吐伴有发热者，应先除外传染病，以后再考虑腹内炎性疾病。

五、腹胀

腹胀也是急腹症的一个常见症状与体征。临幊上以全腹胀为多见，但也有局限性腹胀，后者表明病变局限在腹腔中的某一部位，例如上腹胀多为胃、十二指肠梗阻所致，中下腹胀或左右不对称的腹胀，可见于闭袢性肠梗阻、肠扭转或有腹内占位性疾病。常致腹胀的病因有以下几种。

1. 胃肠道梗阻 临幊特点常伴有阵发性腹痛，腹部可见肠型或蠕动波，肠音活跃或有高调肠音。

2. 腹腔炎症 肠管麻痹所致，常伴有持续性腹部胀痛，肠音减弱或消失，X线检查可见小肠及结肠普遍胀气。

3. 腹腔积液 常见于肝硬化引起之腹水、腹腔炎症渗出或消化道穿孔。腹部叩诊可测出移动性浊音，腹腔穿刺对腹水的原因及性质的判断很有帮助。

六、大小便异常

1. 大便异常 在腹部急症中，以便秘最为常见，还可有腹泻与便血。

(1) 便秘：在急腹症中，甚为常见。根据便秘发生原因可分为三类。①肠腔内因性：是由于胃肠道内的食物或粪便、结石、蛔虫等阻塞肠腔引起。②肠壁内因性：是由肠壁肌肉萎缩无力引起便秘，如先天性巨结肠症等。③肠壁外因性：是由腹腔内病变引起的肠麻痹，如急性腹膜炎、腹膜后血肿等。

(2) 腹泻：腹泻主要取决于大肠蠕动、分泌与吸收功能的失调，小肠单独病变可无腹泻。急性腹泻多见于肠道内疾病，可能引起急腹症表现在疾病有肠炎性疾病、急性阿米巴痢疾、假膜性肠炎、过敏性紫癜以及盆腔脓肿、盆腔位急性阑尾炎；慢性腹泻多在肠管慢性疾病的基础上，发生急性病变，如溃疡