

第一章 消化系统疾病常见症状的 诊断和处理

消化道出血

消化道出血分为上消化道和下消化道出血，以屈氏韧带为界区分，前者包括肝、胆道、胰腺出血。十二指肠以上急性大出血多可呕鲜血或暗红血块，量少时可为紫红或咖啡样紫褐色；出血量超过 60ml 即有黑便或柏油样便；出血量大或通过肠道快速时亦可为紫红色血便。小肠出血粪便可为紫黑色或果酱样，大肠出血多为鲜红或紫红色，可与粪便相混或单独存在。乙状结肠以下出血，血液可附着在粪块表面，或单纯为鲜血。服用中草药、铁剂、铋剂、苋菜、甜菜、猪血时，可使粪便呈灰黑色或紫红色。

【病因】

（一）胃及十二指肠疾病

胃、十二指肠出血中以胃及十二指肠溃疡、胃底静脉曲张破裂和急性胃粘膜病变最常见。胃癌、胃息肉、胃粘膜脱垂、胃血管发育不良（包括 Dieulafoy 溃疡）、胃炎、肿瘤等多种胃病亦可致出血。十二指肠炎、憩室、钩虫病出血较少见。引起出血药物有肾上腺皮质激素，水杨酸制剂、消炎痛、布洛芬、保泰松及利血平等。

（二）食管疾病

食管静脉曲张破裂、食管贲门撕裂症、食管炎、食管癌、食管裂孔疝、食管憩室及损伤。

（三）肝胆胰疾病

肝内外胆管或胆囊结石、胆系感染、胆道蛔虫、胰腺癌、乏特氏壶腹癌和胰腺假囊肿出血均可从消化道排出。

（四）小肠疾病

小肠疾病包括伤寒、急性出血性坏死性肠炎、细菌性食物中毒、伪膜性肠炎、肠结核、克隆氏病、白塞氏病、肠套叠、小肠肿瘤，以及血管发育不良，肠系膜血管梗阻和美克尔憩室等。

（五）大肠病变

大肠疾病常见有细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、溃疡性结肠炎、结肠息肉、肠套叠。老年人以结肠癌最多见。少见病有结肠憩室、缺血性肠炎、毛细血管扩张症及良性肿瘤等。

（六）肛门及直肠病

肛门及直肠疾病包括痔、肛裂、肛瘘、直肠息肉及癌、肛管炎及溃疡、放射性肠炎等。

（七）全身性疾病

全身病变致消化道出血者包括血液病、重症肝炎、出血热、钩端螺旋体病、尿毒症，血管性疾病、结缔组织病；多系统器官功能衰竭，严重消耗性疾病，缺氧状态、弥漫性血管内凝血、脑血管病及临终前因胃粘膜糜烂坏死均可致出血。

【诊断】

（一）病史

注意病人有无食管、胃肠、肝胆疾病症状和病史。询问

出血前诱因和伴随的症状，有无可致出血的全身疾病。注意呕血、黑便颜色、次数、估计出血量，急性出血 $>1\ 000\text{ml}$ 即有头晕、心悸、冷汗、面色苍白、脉搏快、血压偏低表现。慢性出血可无明显症状，需亲自观察呕血及血便性状。

（二）临床表现

注意病人有无肝病颜貌、肝脾肿大、贫血、腹水、腹部肿块、腹壁静脉怒张，皮肤有无蜘蛛痣、紫癜、黄疸或毛细血管扩张等表现。

检测休克指数以判断失血性休克的程度。休克指数=脉率/血压，正常为0.5。如为1~1.5则提示失血量为血容量30%~50%；1.0失血量为血容量20%~30%。

（三）实验室检查

检查血、尿、粪便常规，动态观察血红蛋白及红细胞压积变化。粪便潜血试验可检出小量出血和证明出血是否停止。对全身疾病应做肝功能、凝血机制、肾功能、血液病等方面相关检查。

（四）内镜检查

此项检查为上消化道出血首选诊断方法。对急性大出血病人可待纠正休克后急症检查，出血后12~24小时内检查多能明确出血原因和部位，可同时进行内镜下治疗。下消化道出血可行纤维结肠镜检查和治疗，对回肠末端可逆行检查20~30cm。对乙肠以下病变可行普通乙肠镜检查。大量便血时只限于左半结肠检查。超声内镜可探查胃、食管壁和粘膜下病变，可测量奇静脉血流量。插入式小肠镜可检查空肠上段60cm处出血情况，但价值有限。探针式小肠镜可观察50%~90%的小肠粘膜，可诊断部分小肠出血，但效果和安全性尚

待验证。

（五）影像检查

B超、CT可诊断肝、胆、胰、腹腔及盆腔疾病，可检查血管阻塞、门脉高压及动脉瘤等，有时可协助诊断。X线检查应在出血停止两周后进行，可吞稀钡检查胃、肠或大肠钡灌，但应慎重，以免再出血。

（六）选择性血管造影

可在活动出血期间行腹腔动脉、肠系膜上动脉或肠系膜下动脉造影（或数字减影法），对胃肠道血管畸形或肿瘤出血有价值。出血间歇期，可注射前列腺素 E_1 入肠系膜上或下动脉，以显示血管扩张畸形，亦可用尿激酶或血管扩张剂促使再出血而利于诊断，但必须做好栓塞治疗血管的准备。

（七）核素显象

静脉注射放射性核素 ^{99m}Tc 标记红细胞或 ^{131}I 标记人血清白蛋白，经 γ 照像或发射CT（ECT）连续扫描，于20分钟至2小时内可见有核素密集于出血处。

（八）肛门指诊

可发现肛门、直肠出血性疾病。胃肠出血尚未排便时，亦可经此法早期发现出血。

【治疗】

（一）一般处理及药物治疗

对急性大出血休克病人要平卧或头部略低，置鼻胃管以便观察胃出血情况及注药。血色蛋白低于 60g/L 或收缩压低于 12kPa 时，应即输血，同时肌注和静注止血各 1u ，6小时后重复肌注1次，以后每日1次，共2~3天；冻干凝血酶原复合物 $200\sim 400\text{u}$ 静滴，每日1~2次，共2~3天。亦可

肌注新凝灵 0.2g, 每日 2 次。如胃出血可口服或从胃管注入去甲肾上腺素 5~8mg, 加于 250ml 4℃ 冷生理盐水内, 每 2 小时服 20~40ml; 或自胃管注入 5% 孟氏液 20ml, 亦可用凝血酶 10 000u 或立止血 2u 加水 50ml, 口服后轻轻转动体位, 使药液能接触出血处。若疑为食管静脉出血, 可将前端多孔的胃管置入食管下 1/3 处注药。对上消化道出血可用 H_2 受体阻滞剂雷尼替丁、法莫替丁静滴, 或质子泵抑制剂奥美拉唑、兰索拉唑、喷托拉唑口服或注射。西咪替丁可诱发肝性脑病, 在肝病出血时禁用。

(二) 内窥镜下止血

1. 局部喷洒及注射药物 对胃或食管粘膜、血管破裂、渗血或溃疡出血, 可用去甲肾上腺素 8mg 加水 100ml, 或 5% 孟氏液 30ml, 或凝血酶 5 000u 加水 50ml 内镜下喷洒出血处, 亦可注射高渗盐水肾上腺素 (37% 生理盐水 20ml 加肾上腺素 1mg) 于出血灶周围注射 3~4 点, 共 3~4ml, 亦可用凝血酶 1 000u 溶于生理盐水 3ml 中, 每点注射 1ml。硬化剂无水酒精、5% 鱼肝油酸钠、氨基乙醇油酸酯、乙氧硬化醇等只用于胃粘膜小动脉或静脉喷涌出血时, 注射于出血血管根部。溃疡出血亦可用。

2. 高频电或热探头凝固止血 用于血管暴露出血灶, 亦可用于溃疡止血。

3. 激光止血 对深大溃疡及出血部位显示不清者禁用。应根据激光器性能确定照射距离和功率, 防止穿孔。

4. 微波凝固止血 可将电极接触出血灶或插入粘膜内 1~2mm, 功率 30~50W, 时间 5~10 秒辐射。对粘膜或血管出血均有作用。

5. 血管止血夹止血 对血管或溃疡出血可用钳夹止血，夹子留于血管处，日后可脱落。

6. 其他 冷冻止血法、橡胶圈止血法。

对于结、直肠出血亦可在肠镜下喷洒或注射药物，或凝固、填塞治疗。

(三) 食管静脉曲张出血止血法

1. 三腔双囊或单囊管压迫法 先测试压迫气囊是否漏气、气囊充气量和压力，将气囊卷起，涂石蜡油后自鼻孔插入，让病人做吞咽动作，导管进入胃腔后将胃囊充气 100~150ml，向口侧拉紧，固定于床头牵引架或面架上，气囊压力保持 5.6kPa，食管囊内充气 50~100ml（或不充气），压力保持 4~5kPa，以后每 6 小时测压 1 次，测完后补充 10ml 气体，自胃管中常抽吸观察出血是否停止，24 小时可放气观察，如已止血，48 小时吞服石蜡油后，轻轻转动导管，缓慢拉出。

2. 硬化剂注射 参照附录。

3. 套扎法 参照附录。

4. 静脉栓塞法 参照附录。

另外，亦可用纤维蛋白胶组织粘合法和曲张静脉剥脱法等。

(四) 药物止血

1. 加压素治疗 常用垂体后叶素 0.2~0.6u/min，持续静滴 12~24 小时，血止后可减半量持续 12~24 小时，可同时在另一静脉滴注硝酸甘油 10~40μg/min，如收缩压不低，可每 15 分钟酌情增加 20μg/min，但不能超过 80μg/min，舌下含 0.4mg/30min 可提高疗效，减少副作用。亦可用垂体后叶素 10~20u 溶于生理盐水 20~40ml 内，注入腹腔，12 小时

重复1次。应用八肽加压素、糖加压素及三甘氨酸加压素治疗效果亦较好。

2. 生长抑素八肽（即奥曲肽和善得定）治疗 对急性出血可 $100\mu\text{g}$ 静推，然后以 $25\mu\text{g}/\text{h}$ 滴注，持续12~24小时。

3. α 肾上腺素能受体阻滞剂治疗 在滴注垂体后叶素同时，可用酚妥拉明 $0.1\sim0.3\text{mg}/\text{min}$ 静滴，止血后减半量持续12~24小时，停药后口服硝苯啶 10mg ，每日3次。

4. 5-羟色胺阻滞剂 酮色林（ketanserine）、利坦色林（ritanserine）可降低门脉压，但可诱发肝性脑病，应慎用。

5. 其他 长期口服维拉帕米、硝苯啶、脑益嗪、汉防己甲素、心得安可降低门脉压。

（五）外科治疗

外科治疗的适应证：胃肠反复多次出血或大出血内科治疗不能控制者；胃肠疾病合并穿孔、梗阻或疑有癌变者；食管、胃底静脉曲张破裂出血经内科药物、三腔管压迫或硬化剂治疗失败时；急性胃粘膜病变内科治疗无效；胆道出血或癌肿出血。

吞咽困难

吞咽困难是指病人吞咽费力，咽下时胸骨后、剑突后或颈部有疼痛、梗阻感或粘附感，或吞咽过程较长，下咽缓慢，均称为吞咽困难。属祖国医学“噎膈”的范畴。

【病因】

（一）咽部疾病

咽炎、扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽喉炎、咽壁脓肿

等。

（二）食管疾病

返流性食管炎、良性食管狭窄、食管裂孔疝、食管憩室、食管癌、食管闭锁、食管异物、弥漫性食管痉挛、贲门失弛症、食管粘膜下脓肿、食管外伤、膈疝、食管结核，先天性短食管和食管蹼等。

（三）纵隔疾病

纵隔炎、纵隔皮样囊肿、纵隔脓肿、中心型肺癌等。

（四）心血管疾病

心脏增大、主动脉瘤、动脉硬化、大量心包积液等。

（五）内分泌疾病

甲状腺机能亢进、地方性甲状腺肿、胸骨后甲状腺肿大。

（六）结缔组织疾病

硬皮病、皮肌炎与多发肌炎等。

（七）各种中毒

硫酸、盐酸、硝酸、氢氧化钠、氢氧化钾、碳酸钠、碳酸钾和土的年、有机磷、肉毒中毒、有机汞中毒及白喉毒素和蜂毒等。

（八）神经系统疾病

1. 延髓疾病 如脊髓灰质炎、各种脑炎、脑干炎、脑干肿瘤、延髓空洞症，及基底动脉或大、小腿动脉血栓脱落等。

2. 颅神经病变 如多神经炎，迷走、吞咽神经麻痹等。

3. 假性脊髓麻痹 如皮质延髓损害等。

4. 椎体外系病变 如震颤麻痹、舞蹈病等。

5. 神经肌肉接头病变 如重症肌无力及肌营养不良症等。

6. 感染 如破伤风、狂犬病等。

【诊断】

(一) 病史及症状

1. 年龄和性别 中年以上病人发生吞咽困难、食管癌可能性大；儿童突然发生吞咽困难，应考虑到食管异物的可能；青壮年病人应考虑贲门失弛症。有误服腐蚀剂及食管、胃手术史者考虑食管良性狭窄；新生儿病人则多见于先天性食管病（食管闭锁、狭窄、过短、过长或食管蹼）。中年以上女性应疑为缺铁性吞咽困难。

2. 诱因 对有长期嗜饮烈酒或偏食辛辣、过热、过硬食物的病人，有吞咽困难时应疑为食管癌；以往有吞服腐蚀剂或异物病史者，提示食管良性狭窄。

3. 临床症状 吞咽困难伴胸骨后疼痛者应疑为食管炎；咽下时伴有呛咳，应考虑咽神经麻痹和食管气管痿；餐后很久有返流，见于憩室、贲门失弛及食管癌梗阻，吞咽困难且有嘶哑，提示肿瘤侵犯纵隔或压迫喉返神经。起病缓慢进行性加重的吞咽困难，多为食管癌；而起病急骤者，则提示食管异物或急性咽喉部化脓性炎症；发病缓慢但不显著的吞咽困难，应考虑到食管外压迫性疾病和食管内良性肿瘤或憩室。

4. 部位

(1) 梗阻部位发生在口、咽、喉与颈段食管，见于口咽部炎性疼痛或梗阻性病变，以及重症肌无力或白喉所致舌咽、迷走神经麻痹、咽喉部肿瘤等。

(2) 食管中段梗阻于吞咽后 2~5 秒钟发生，应注意中段食管病变及食管外的压迫，如弓部主动脉瘤、纵隔炎、纵隔淋巴结核或新生物，以及心脏增大、心包炎、胸膜炎、脓胸

等。

(3) 剑突后疼痛不适或梗阻感，发生吞咽后 5~15 秒钟，提示病变在胸部下段食管。

(二) 体征

对吞咽困难的病人应全面细致地进行查体，注意有否消瘦、体重减轻及失水等。仔细扪诊颈部、锁骨上淋巴结及甲状腺，有无肿大。颈部听诊时，注意有无杂音。纵隔有无加宽与心界扩大，并注意肺部有无异常。仔细检查神经功能以排除神经肌肉原因。

(三) 实验室检查

血粪尿常规检查，如白细胞增高，多为咽喉部的炎症，贫血患者应考虑食管癌及低色素性贫血。血沉增快多为食管癌或食管结核。

(四) 食管拉网脱落细胞学检查

食管拉网脱落细胞学检查对食管癌的早期诊断价值较大，甚至对症状轻，X 线摄片阴性者，亦可确诊。

(五) 纤维食管镜检查

可直接观察食管粘膜的改变，以诊断有无异物、狭窄、肿瘤、憩室、炎症、溃疡及先天性异常，并能确定病变部位、范围，确定能否手术等。经食管镜活组织检查和细胞学检查，有助于鉴别良性与恶性病变。

(六) X 线检查

X 线检查是鉴别诊断吞咽困难的首选方法。食管钡餐 X 线检查，可直接观察咽部与食管的运动状况，食管括约肌的功能，有无返流及梗阻，从而明确病变部位、性质和程度。但对食管浅表性粘膜病变及炎症诊断有困难，可做气钡双重造

影，以弥补其不足。

（七）食管测压术

食管测压术是诊断与研究食管动力性障碍的重要手段。有换能器测压术和连续导管灌注测压技术。可根据压力曲线特点鉴别食管运动障碍性疾病。

（八）食管腔 pH 值测定

食管腔 pH 测定，是协助诊断有无胃返流的方法之一。通常食管腔内 pH 值在 6.00 以上，胃 pH 值在 1.00～3.00，有胃内容物返流食管腔时 pH 值会降低，可借此协助诊断。

（九）食管滴酸试验

进行食管滴酸试验，目的在于了解病人是否有胃酸返流引起的食管疾病和症状。如返流性食管炎等，应同时测食管 pH 值及压力测定。

【治疗】

（一）一般处理

确定病因治疗原发病。对未完全梗阻的患者，给予富含营养的高热量流质饮食；对完全不能进食者，给予静脉补液，以维持水、电解质平衡，或行肠道外营养治疗；对食管创伤或有感染者，可选择有效的抗生素治疗，对弥漫性食管痉挛及贲门失弛症及返流性食管炎的治疗可参阅有关章节。对食管良性狭窄或癌性狭窄和贲门失弛症，可用气囊或探条扩张，并可采用内窥镜下电凝切、微波和激光治疗。对食管异物可用纤维食管镜取出。若不成功则需手术取出。

（二）外科治疗

外科治疗适用于食管肿瘤和严重良性狭窄、贲门失弛、食管外压迫性疾病及先天性疾病等。

慢性腹痛

慢性腹痛是指起病缓慢、病程较长，或急性发病后时发时愈的腹痛。

慢性腹痛原因相当复杂，与急性腹痛的病因往往互相关联，故诊断时应相互参考。许多慢性腹痛有一定规律和特点，如能明确指出腹痛部位、腹痛性质、腹痛与体位的关系。慢性腹痛伴有发热时提示有炎症、脓肿或恶性肿瘤的可能。慢性腹痛伴有呕吐，常见于胃肠的梗阻性病变，胃粘膜脱垂、胃癌等。伴有腹泻者多见于肠道慢性炎症，或肝脏与胰腺疾病。腹部有肿块时应注意区别是炎性、肿瘤，还是痉挛性结肠等，有些慢性腹痛疾病，在内科临床上不能解决诊疗问题时，应请有关科共同研究处理。

【病因】

慢性腹痛常见于腹腔脏器病变，也可见于其他脏器如心、肺疾病及全身性疾病，对腹部疾病，可根据脏器部位考虑疼痛的诊断。

（一）慢性右上腹痛

多见于肝、胆、胃、十二指肠、结肠病变，如慢性肝病、原发性肝癌、肝脓肿、十二指肠溃疡、炎症、憩室、十二指肠壅滞症，胆系病如胆石症、胆道感染、胆囊癌等，胰腺疾病及结肠肝区、横结肠疾病，右肾病变、右下肺炎及胸膜炎、胸椎结核等。

（二）慢性中上腹痛

主要见于食管及胃部疾病，如裂孔疝、食管炎及溃疡、贲

门炎、食管及胃癌、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎、胃粘膜脱垂、胃下垂、胃结核、胃柿石、慢性胃扭转，肝胆胰疾病及横结肠网膜疾病。另外，腹主动脉及心包炎、冠心病及功能性消化不良亦可见中上腹痛。

（三）慢性左上腹痛

应考虑胰腺疾病，特别是胰腺癌。脾脏疾病较少见，大多继发于血液病、瘀血性脾肿大等；脾曲部结肠病及胃病，如慢性胃炎、胃溃疡、胃癌、左侧肾脏病可有左上腹痛。

（四）中下腹痛

见于小肠、乙状结肠疾病，如炎症、肿瘤，亦见于功能性痉挛；泌尿系及妇科病，如膀胱炎、前列腺炎、精囊炎、子宫疾病、慢性盆腔炎及痛经等。

（五）右下腹痛

应考虑乙状结肠、升结肠及回盲部病变，如结肠炎、结肠癌、结肠憩室、腹股沟疝，尤其多见于结肠易激惹综合征及精囊炎、输尿管结石、输卵管及卵巢炎等。

（六）左下腹痛

见于细菌性痢疾、结肠炎、结肠癌、直肠及乙状结肠癌、结肠憩室炎、痉挛性结肠、慢性左侧输卵管及卵巢炎等。

（七）脐周腹痛

脐周腹痛见于小肠、网膜、肠系膜疾病，如炎症、肿瘤、慢性肠梗阻、过敏性紫癜、肠蛔虫症、淋巴结疾病，腹主动脉、胰腺、横结肠疾病亦可见。小肠功能性痉挛性腹痛亦不少见。

（八）慢性弥漫性不定性腹痛

见于肠系膜淋巴结结核、结核性腹膜炎、腹型恶性淋巴瘤、

腹膜粘连、腹膜转移癌、肠道寄生虫病、血卟啉病；风湿性疾病，如系统性红斑狼疮、白塞病、结节性多动脉炎，变应性血管炎亦可有腹痛，神经官能性和功能性消化不良，均可表现不定性腹痛。

【诊断】

（一）病史

1. 年龄 儿童肠寄生虫病多见；青壮年慢性胃炎、消化性溃疡及功能性消化不良多见；老年人应多考虑动脉硬化及腹腔肿瘤。

2. 性别 慢性肝病及肝癌多见于男性；胆系疾病、胃肠神经官能症多见于女性。对女性病人还应考虑妇科疾病。

3. 过去史 消化性溃疡多有慢性、周期性、节律性疼痛；胆石症常有胆绞痛反复发作史；肠与腹膜结核多有开放性肺结核病史；过敏性紫癜往往有过敏因素存在。同时应询问有无腹部手术史。

（二）伴随症状

1. 发热 见于腹腔脏器炎症、脓肿、肿瘤等。

2. 腹泻 结肠炎症、小肠吸收不良、胰腺疾病、结肠易激惹综合征。

3. 呕吐 多伴由胃、肠、肝、胆、腹膜疾病反射引起，但亦可由器质性病变所致，如裂孔疝伴有返流性食管炎、贲门病变消化性溃疡或胃癌合并幽门梗阻、胃粘膜脱垂、十二指肠壅滞症、神经性呕吐等。

4. 便血 见于肠道炎症、肿瘤、炎性肠病、肠结核、肠息肉、阿米巴病等。黑便见于溃疡病、肿瘤、钩虫病等。

5. 黄疸 多见于肝、胆、胰及乏特氏壶腹部疾病。

(三) 体征

1. 腹部压痛 根据腹痛部位、性质及程度考虑：如局限于某一固定位置，压痛剧烈，或有反跳痛，应考虑炎症或化脓性病变；如为胀痛，应注意肠鸣音、肠型，排除肠梗阻及肠功能性疾病；如有弥漫性压痛及反跳痛，腹部有揉面感，应考虑腹膜炎；如有肠型或胃型振水音、阵发性腹痛及逆蠕动，应注意肠梗阻、幽门梗塞、十二指肠壅滞；如有腹水征应想到肝病、门脉血栓、柏查氏综合征、肿瘤。此外，还应考虑全身性疾病所致的腹水。

2. 腹部肿块 右上腹肿块见于肝囊肿、肝海绵状血管瘤、肝癌、肝脓肿、胰头癌、胃窦癌等；左上腹肿块见于胃体癌、胰体及胰尾癌、脾脏疾病等；右下腹肿块见于肠结核、克隆氏病、肠阿米巴病、结肠癌、右肾疾病等，左下腹肿块见于结肠癌、卵巢肿瘤等；脐周围肿块见于小肠肿瘤、淋巴瘤、腹膜转移癌及间皮瘤。

(四) 实验室检查

1. 尿液检查 尿常规及中段尿培养，排除泌尿系感染和肿瘤等；尿紫质、紫胆原在血卟啉病可能阳性；黄疸病人应做胆红质、尿胆原检查。

2. 粪便检查 粪常规及潜血试验，可提示肠道感染、寄生虫病、消化性溃疡、胃癌、结肠癌等；可做粪涂片寻找阿米巴原虫及有关脂肪检查。

3. 肝功能及肝炎病毒抗体检查 有助于肝脏疾病诊断。

4. 肿瘤标志物检查。

5. 甲胎蛋白及AFP异质体、 α_1 -抗胰蛋白酶、 α -L岩藻糖苷酶、 γ -谷氨酰转肽酶及同工酶、5-核苷酸磷酸二酯酶同工

酶、醛缩酶同功酶 A、M₂ 型丙酮酸激酶、碱性磷酸酶及同功酶、铁蛋白等检查，均有助于原发性肝细胞癌的诊断。POA、PCAA、CA19-9、CA50、DU-PAN-2 等，对胰腺癌有价值，CEA 对结肠癌可阳性。

6. 检查类风湿因子、C 反应蛋白、抗核抗体、狼疮细胞、抗核因子等，可排除风湿性疾病和红斑性狼疮。

(五) B 超检查

B 超检查对诊断腹内多种脏器及泌尿科、妇科疾病均有价值。

(六) X 线检查

1. 腹部平片对慢性或假性肠梗阻、胆道结石、泌尿系结石及腹腔淋巴结钙化，均可显示。

2. 口服及静脉胆道造影、静脉肾盂造影，可诊断胆道疾病和肾脏病变，如结石、肿瘤等。

3. 胃肠道钡餐、钡灌肠、气钡双重对比造影，有助于胃肠道炎症、溃疡和肿瘤等疾病的诊断。十二指肠低张造影有助于发现十二指肠炎症、乏特壶腹周围肿瘤及胰头癌。

4. 选择性腹腔动脉造影或肾动脉造影，对肝癌、肝血管瘤、胰腺肿瘤、肾脏肿瘤、肾上腺肿瘤等有诊断价值。

(七) 放射性核素扫描

放射性核素扫描对诊断肝、胆占位性疾患及梗阻性黄疸有较大帮助。

(八) 纤维内镜检查

此项检查对胃、肠、肝、胆、胰、肾等多种器官疾病诊断有价值，并可取活组织检查及造影。

(九) CT 检查

CT 对腹腔各脏器疾病，尤其对肿瘤有诊断和鉴别诊断价值。

(十) 心电图及动态心电图、运动试验，可排除心绞痛、心肌梗塞引起的上腹痛。

【治疗】

(一) 腹痛的治疗原则

1. 应积极诊断腹痛病因，原因未明时应慎用止痛剂。

2. 针对病因和腹痛机制的治疗是：胃肠道性腹痛应抗炎、解挛止痛；有肠梗阻时应禁食、胃肠减压，及时手术；肝脓肿应及时穿刺引流；对肿瘤应争取手术治疗，并用化疗或放疗。

(二) 治疗用药

1. 抗胆碱能药 用于空腔脏器痉挛性腹痛，如胆绞痛、肠痉挛等。

(1) 丁溴东莨菪碱（解痉灵）：对平滑肌解痉作用比阿托品强，能选择性地缓解胃肠道、胆道、泌尿道平滑肌痉挛。20～40mg 口服或肌注。青光眼及前列腺肥大患者忌用。

(2) 山莨菪碱（654—2）：10mg 口服或肌注，每日 1～2 次。颠茄片 8mg 口服，每日 3 次。其他如元胡止痛片、维生素 K 可试用。

2. 抗酸剂和抑酸剂 对溃疡病、糜烂性胃炎、溃疡型胃癌有一定止痛效果。

(1) H_2 受体拮抗剂：常用甲氰咪呱 0.2g，每日 3 次；雷尼替丁 0.15g，每日 2 次。

(2) 胃泌素受体拮抗剂：丙谷胺 0.2g，每日 3 次。

(3) 质子泵抑制剂：奥美拉唑 20mg，每日 2 次。对返流