

腹部急症学

陈淑珍 夏振龙 主编



人民卫生出版社

82156

腹部急症学

陈淑珍 主编
夏振龙

审阅人员
(依姓氏笔划为序)

王友良 王德成

王德林 陆少美

张自顺 陈淑珍

夏志平 夏振龙

谢玉栋 颜南生

夏志平 绘图



C0080228



人民卫生出版社

本书提要

全书共分绪论、炎症性腹部急症、脏器破裂及穿孔性腹部急症、脏器梗阻性或绞窄性腹部急症、脏器扭转性腹部急症、出血性腹部急症、损伤性腹部急症以及引起腹部急症症状的内科性疾患，同时还介绍了内镜在腹部急症中的应用共9章117节，227幅插图，其中包括腹部外科、泌尿外科、胸部外科、内科、妇产科、神经科以及传染科的百余个疾病，在系统阐述每个疾病的病因、病理、临床表现及治疗方法的基础上，着重介绍了各病在急症时的临床特点以及它们彼此之间的鉴别要点。本书打破了过去写书的框框，从发病的病理改变特点，进行了横向归类，以便于临床医师遇到腹部急症病人时，不至于单纯地拘泥于本科疾病，可使思路开阔，同时想到有许多其它科疾病的可能去进行鉴别，有助于提高腹部急症的诊断与处理能力。本书不仅能提高实习医师和基层医师的实际工作能力，也可供教学医院高年住院医师及主治医师在临床教学与指导下级医师工作和学习时参考。

腹部急症学

陈淑珍 夏振龙 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 24印张 4插页 559千字

1990年3月第1版 1990年3月第1版第1次印刷

印数：00,001—4,150

ISBN 7-117-01136-X/R·1137 定价：15.70元

〔科技新书目211—167〕

参加编写人员

(依本书内容排列先后为序)

- 陈淑珍 中国医科大学附属第二、三医院外科
徐恩多 中国医科大学局部解剖教研组
郑显理 天津市中西医结合急腹症研究所
施维锦 上海第二医科大学附属仁济医院外科
蔡忠军 第三军医大学第一附属医院肝胆外科
迟彦邦 第三军医大学第一附属医院肝胆外科
郑扶民 白求恩医科大学第三临床学院外科
余云 中国医科大学附属第二、三医院外科
夏志平 实用医学杂志社
何三光 中国医科大学附属第一医院外科
何亮家 上海医科大学中山医院外科
巢振南 成都军区总医院外科
夏振龙 中国医科大学附属第二、三医院外科
杜如昱 北京医科大学附属人民医院外科
李树铎 北京医科大学附属人民医院外科
艾中立 湖北医学院附属第二医院外科
王德昭 上海医科大学华山医院外科
谭毓铨 白求恩医科大学第一临床学院外科
周锡庚 上海第二医科大学附属瑞金医院外科
徐趾麟 中国医科大学附属第二、三医院内科
刘宗唐 中国医科大学附属第二、三医院妇产科
巴景阳 中国医科大学附属第二、三医院妇产科
王纯正 中国医科大学附属第二、三医院内科
蒋吕品 上海第二医科大学附属瑞金医院外科
姚仪经 中国医科大学附属第二、三医院外科
邱荣庆 南京市第一医院外科
赵自亮 中国医科大学附属第二、三医院泌尿外科
刘永雄 中国人民解放军总医院外科
周健英 中国医科大学附属第二、三医院外科
董雨亭 中国医科大学附属第一医院外科
高淑秋 中国医科大学附属第二、三医院外科
王宇 北京友谊医院外科
陈易人 苏州医学院附属第一医院外科

曹德生	上海第二医科大学附属瑞金医院外科
李正之	浙江医科大学附属第一医院外科
傅立人	辽宁省肿瘤研究所
谢惠芳	中国医科大学附属第二、三医院内科
王吉甫	中山医科大学附属第一医院外科
黄蕊庭	北京医科大学附属第一医院外科
林言箴	上海第二医科大学附属瑞金医院外科
朱寿柱	上海第二医科大学附属瑞金医院外科
黄耀权	天津市第一中心医院外科
罗冠章	内蒙医学院附属医院外科
段志泉	中国医科大学附属第一医院外科
戴允明	中国医科大学附属第二、三医院外科
沈立荣	湖南医科大学附属第一医院外科
吴盾利	上海市第六人民医院外科
钱允庆	上海市第六人民医院外科
林擎天	上海市第六人民医院外科
沈 魁	中国医科大学附属第一医院外科
吴孟超	第二军医大学长海医院外科
陈 汉	第二军医大学长海医院外科
杨广顺	第二军医大学长海医院外科
冯友贤	上海医科大学中山医院血管外科
叶建荣	上海医科大学中山医院血管外科
钱光相	第三军医大学第一附属医院肝胆外科
钟守先	中国协和医科大学协和医院外科
马宏敏	第三军医大学第二附属医院外科
盛元志	中国医科大学附属第二、三医院外科
王雪莹	中国医科大学附属第二、三医院外科
钱宗薇	中国医科大学附属第二、三医院内科
富朴云	中国医科大学附属第一医院内科
张文萃	中国医科大学附属第一医院神经科
高鹏远	中国医科大学附属第二、三医院内科
谭朴泉	中国医科大学附属第二、三医院内科
谢玉栋	中国医科大学附属第二、三医院内科
关仲英	中国医科大学附属第二、三医院传染科
徐 辉	成都军区总医院外科
田伏洲	成都军区总医院外科
黄大熔	成都军区总医院外科

2222/04

序 言

腹部急症在临床工作中占有极其重要的地位，这在基层医院尤为突出。尽管在教材、参考书或医学期刊中反复叙述了引起腹部急症的不同病因和其诊断要点，但误诊以致失去及时手术时机或无需手术而进行了手术的病例，仍然时有所闻。因此，如何提高对腹部急症的认识，并及时进行正确的处理，不只是外科医生的职责，也是内科、儿科、妇科，甚至神经内科医生应有的本领。

腹部急症最常见的临床表现是急性腹痛，几乎所有的病人都是由于急性腹痛而来求治的。引起急性腹痛的病因虽然非常复杂，但仍然可以归纳为下列四类：①炎症性病变；②穿孔性病变；③梗阻性病变；④出血性病变。就这些病变引起的腹痛来说，不论在发生的时间上，或者在腹痛的程度和性质上，或者在部位和触诊时腹壁的反应上，都有区别，都有自己的特点。也只有富于临床实践的医生才能辨别和判断出来，并结合其他的临床表现，选择对诊断有决定性意义的辅助检查，进行综合分析，明确诊断，从而及时采取有效的措施或手术。

中国医科大学陈淑珍、夏振龙二位教授主编的这本《腹部急症学》，就是含着这些想法编写的。他们邀请了70位富有临床实践的作者，系统地阐述了引起腹部急症的各种疾病，并根据自己的体会，写出了成功的经验和失败的教训。因此，这是一本，特别对基层医生很有参考价值的读物。

这本书打破了过去传统的编排方式，而按照引起腹部急症的病因：炎症性、穿孔性、梗阻性和出血性来分类的。在这种分类下再系统地列出有关疾病。这本书还介绍了与腹部外科急症要鉴别的妇科、内科和神经内科的疾病，这无疑地对决定采取何种治疗措施是有帮助的。

需要着重提出的，在正规的外科医生的培养中，每一个青年外科医生首先应该经过三、四年普通外科的训练；缺少这个训练也就缺少了牢固的外科基础。普通外科中的重要内容是腹部外科，而腹部急症又是腹部外科中的重要问题。所以每一个外科医生在成长过程中，掌握了腹部急症的诊断和处理，也就给今后的专业工作打下了良好的基础。因此，这本书是每个青年外科医生在成长中很有用的学习资料。

我热忱地推荐这本《腹部急症学》给所有的青年医生，特别是青年外科医生。

同济医科大学 裘法祖

一九八七年夏

编者的话

腹部急症是临床工作中常见的急症之一，急需恰当诊断以及及时正确的处理。这些病人往往为外科、内科、妇产科或儿科急诊青年医生首先接触。过去这些疾病多在各专科书籍中论述，为了培养工作在第一线的青年医生在临床实践中掌握腹部急症的诊断和治疗本领，本书特地把这类疾病集中起来统一叙述。为了保证本书具有较高的学术水平，特邀请国内在有关专业方面有专长的同志（多数是副教授以上，其中有许多为国内著名专家）承担编写任务。目的是要培养临床有关各科医生，特别是分科不细甚至没有分科的基层医院医生，在诊断一个腹部急症病人时能够思路开阔，纵横联系，对腹部急症能有一个比较完整的系统概念，从而提高对该病的诊断和处理的水平和能力。

本书具备以下五个特点：①完整性，本书包括了凡是能引起急性腹痛的外科、泌尿科、内科、神经科以及传染科的疾病。②系统性，本书内容是由介绍与每个疾病有关联的解剖、生理、病理基础知识开始，以便使读者掌握较系统的基础和临床实践知识。③实用性，本书在介绍有关近代医学理论及技术的同时，着重介绍了每个专家自己的临床实践经验，多采取病例介绍以及操作方法和步骤的描述。④先进性，本书多数专题后面附加介绍近代医学的参考文献，便于读者深入了解该疾病的近代进展。⑤生动性，本书编写方法力求避开常规平铺直叙，除结合一些病例外，尽量应用一些图表，使读者一目了然。

本书编写得到了全国70位作者的大力支持，实用外科杂志编辑部夏志平主任主动为本书担当了绘图任务，另外北京医科大学第三医院外科张自顺副教授、王友良副教授、陆少美副教授、颜南生副教授，中国医科大学附属二、三院内科谢玉栋教授，实用医学杂志社王德林社长，夏志平主任，王德成副编审共同参加了本书的审校工作，还有许多同志为本书出版默默地做了大量工作，在此一并致谢。

本书出版得到人民卫生出版社的大力支持，并得到德高望重的著名外科专家裘法祖教授的热情鼓励与指导，值此谨表衷心感谢。

由于我们水平有限，书中难免有错误或不当之处，望读者批评指正。

中国医科大学附属第二、三医院

陈淑珍 夏振龙

1987年9月于沈阳

目 录

第一章 绪论	1
第一节 概述.....	陈淑珍..... 1
第二节 急性腹痛的解剖学基础.....	徐恩多..... 4
第三节 病史采集.....	郑显理.....12
第四节 体格检查.....	郑显理.....15
第五节 影象诊断.....	施维锦.....18
第六节 实验室检查.....	蔡忠军 迟彦邦.....27
第二章 炎症性腹部急症	33
第一节 继发性急性腹膜炎.....	郑扶民.....33
第二节 原发性腹膜炎.....	郑扶民.....42
第三节 腹腔脓肿.....	郑扶民.....44
第四节 渗出型结核性腹膜炎.....	余 云.....48
第五节 急性阑尾炎.....	夏志平.....50
第六节 急性胆囊炎.....	陈淑珍.....56
第七节 急性胰腺炎.....	何亮家.....58
第八节 急性坏死性肠炎.....	夏振龙.....61
第九节 克隆病.....	杜如昱 李树铎.....63
第十节 回肠远端憩室炎.....	艾中立.....67
第十一节 急性肠系膜淋巴结炎.....	艾中立.....70
第十二节 特发性结肠炎.....	王德昭.....72
第十三节 抗生素诱发结肠炎.....	谭毓铨.....76
第十四节 急性结肠憩室炎.....	周锡庚.....79
第十五节 急性肾盂炎.....	徐趾麟.....82
第十六节 急性盆腔炎.....	刘宗唐.....85
第十七节 产褥感染.....	巴景阳.....88
第十八节 急性胃肠炎.....	王纯正.....89
第三章 脏器破裂及穿孔性腹部急症	93
第一节 胃十二指肠溃疡穿孔.....	谭毓铨.....93
第二节 胰源性溃疡合并穿孔.....	蒋吕品.....96
第三节 胃癌穿孔.....	姚仪经.....98
第四节 伤寒肠穿孔.....	陈淑珍..... 101
第五节 阿米巴病肠穿孔.....	陈淑珍..... 103
第六节 胆囊穿孔.....	施维锦..... 104
第七节 胆总管穿孔.....	施维锦..... 106
第八节 自发性食管破裂.....	邸荣庆..... 109

第九节	自发性膀胱破裂	赵自亮	111
第十节	子宫破裂	刘宗唐	113
第十一节	恶性葡萄胎与子宫绒癌的自发性子宫穿孔	巴景阳	116
第十二节	异位妊娠破裂	巴景阳	117
第十三节	卵巢出血与卵巢囊肿破裂	巴景阳	119
第四章	脏器梗阻性或绞窄性腹部急症		121
第一节	肝胆管结石	刘永雄	121
第二节	原发性胆总管结石	刘永雄	128
第三节	胆囊结石	陈淑珍	132
第四节	胆道蛔虫病	周健英	135
第五节	重症急性胆管炎	刘永雄	138
第六节	粘连性肠梗阻	董雨亭	142
第七节	粘连型结核性腹膜炎	余云	147
第八节	蛔虫性肠梗阻	高淑秋	151
第九节	绞窄性肠梗阻	王宇	154
第十节	肠套叠	王宇	157
第十一节	嵌顿性腹股沟疝	陈易人	161
第十二节	嵌顿性股疝	陈易人	164
第十三节	嵌顿性闭孔疝	曹德生	166
第十四节	肠系膜裂孔疝	李正之	168
第十五节	腹白线疝	李正之	169
第十六节	绞窄性膈疝	邸荣庆	170
第十七节	肠系膜上动脉栓塞症	傅立人	174
第十八节	缺血性肠病——腹绞痛综合征	谢惠芳	176
第十九节	肠系膜上动脉综合征	王吉甫	179
第二十节	大网膜粘连综合征	郑扶民	183
第二十一节	阑尾蛔虫病	何三光	184
第二十二节	急性胃扩张	黄楚庭	185
第二十三节	肾、输尿管结石	赵自亮	189
第五章	脏器扭转性腹部急症		194
第一节	大网膜扭转	郑扶民	194
第二节	急性胃扭转	林言箴 朱寿柱	195
第三节	肠扭转	黄耀权	200
第四节	胆囊扭转	罗冠章	203
第五节	脾扭转	段志泉	205
第六节	睾丸扭转	戴允明	206
第七节	卵巢囊肿蒂扭转	刘宗唐	209
第六章	出血性腹部急症		212
第一节	消化性溃疡合并上消化道出血	沈立荣	212

第二节	食管胃底静脉曲张破裂大出血·····	夏振龙·····	218
第三节	胆道大出血·····	夏振龙·····	228
第四节	下消化道出血·····	吴盾利 钱允庆·····	232
第五节	应激性溃疡·····	林擎天 段志泉·····	237
第六节	肝癌破裂出血·····	沈 魁·····	242
第七节	肝海绵状血管瘤破裂出血·····	吴孟超 陈 汉 杨广顺·····	244
第八节	自发性脾破裂·····	何三光·····	249
第九节	腹主动脉瘤破裂大出血·····	冯友贤 叶建荣·····	250
第十节	自发性肾破裂·····	赵自亮·····	253
第十一节	胎盘早期剥离·····	巴景阳·····	255
第七章 脏器损伤性腹部急症·····			258
第一节	胃损伤·····	林言箴 朱寿柱·····	258
第二节	十二指肠损伤·····	钱光相·····	263
第三节	胆囊胆总管损伤·····	钱光相·····	266
第四节	胰腺损伤·····	钱光相·····	269
第五节	小肠损伤·····	钟守先·····	273
第六节	结肠与直肠损伤·····	钟守先·····	277
第七节	肝损伤·····	沈 魁·····	280
第八节	脾损伤·····	马宏敏·····	284
第九节	肾损伤·····	赵自亮·····	291
第十节	膀胱及后尿道损伤·····	赵自亮·····	294
第十一节	外伤性腹膜后血肿·····	盛元志·····	297
第十二节	消化道异物·····	王雪莹·····	301
第八章 引起急腹症症状的内科疾病·····			304
第一节	糖尿病酮症酸中毒·····	钱宗薇·····	304
第二节	高脂蛋白血症·····	富朴云·····	306
第三节	卟啉病·····	富朴云·····	310
第四节	高钙血症·····	富朴云·····	313
第五节	神经根刺激征·····	张文萃·····	317
第六节	胃肠危象·····	张文萃·····	319
第七节	铊中毒·····	高鹏远·····	320
第八节	铅中毒·····	高鹏远·····	321
第九节	结节性动脉周围炎·····	钱允庆·····	324
第十节	系统性红斑狼疮·····	谭朴泉·····	326
第十一节	肺炎球菌肺炎·····	谭朴泉·····	328
第十二节	自发性气胸·····	谭朴泉·····	329
第十三节	心绞痛与心肌梗塞·····	谢玉栋·····	330
第十四节	过敏性紫癜·····	高鹏远·····	333
第十五节	急性心包炎·····	谢玉栋·····	336

第十六节	风湿热·····	谢惠芳····	338
第十七节	流行性出血热·····	关仲英····	340
第九章	内镜在腹部急症外科的应用·····		344
第一节	内镜注射硬化剂治疗食管静脉曲张出血·····	徐 辉 巢振南····	344
第二节	急性非静脉曲张性上消化道出血的内镜处理·····	田伏洲 巢振南····	347
第三节	经皮内镜胃造瘘·····	巢振南 黄大熔····	350
第四节	内镜处理胃肠术后并发症·····	黄大熔 巢振南····	355
第五节	急性下消化道出血的内镜处理·····	田伏洲 巢振南····	358
第六节	内镜鼻胆导管引流·····	黄大熔 巢振南····	361
第七节	内镜括约肌切开术治疗急性梗阻性化脓性胆管炎·····	田伏洲 巢振南····	363
第八节	胆道镜急症处理肝胆管残石和复发病变·····	巢振南 田伏洲····	366
第九节	内镜套取胆道蛔虫·····	黄大熔 巢振南····	371
第十节	内镜胰管栓塞术·····	巢振南····	374

第一章 绪 论

第一节 概 述

一、腹部急症的概念及分类

腹部急症是指腹腔内、盆腔内和腹膜后组织或脏器发生了急剧性病理变化，而产生的以腹部症状、体征为主，同时伴有全身反应的临床表现。腹部急症可分为炎症性、脏器破裂或穿孔性、脏器梗阻性或绞窄性、脏器扭转性、出血性和损伤性六种类型，涉及到内、外、妇、儿等各科疾病。腹部急症的病理变化不同，其临床表现各异。

(一) 炎症性腹部急症 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、急性化脓性胆管炎和急性化脓性输卵管炎等；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、病毒性肠系膜淋巴结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。在临床表现上各有其特殊的症状及体征，当感染、中毒时不易截然区分，主要视其病情的轻重而定。

(二) 脏器破裂或穿孔性腹部急症 除损伤性因素以外，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型的腹部急症。如胃十二指肠溃疡穿孔，肠伤寒或肠阿米巴病穿孔，胆囊穿孔，自发性膀胱破裂，子宫破裂，恶性葡萄胎或子宫绒癌所致的子宫穿孔，异位妊娠破裂和卵巢破裂等。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。

(三) 脏器梗阻性或绞窄性腹部急症 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、输尿管各空腔脏器的梗阻、绞窄，如各种类型肠梗阻、各种嵌顿疝，肝胆管结石、胆囊结石、输尿管结石等。其临床表现主要是腹部绞痛和放散痛，同时伴有胆管、肠管或尿路的梗阻症状，并有感染、便血或尿血等症状。

(四) 脏器扭转性腹部急症 在此类急症中，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、睾丸扭转等。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。

(五) 出血性腹部急症 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出血性休克。

(六) 损伤性腹部急症 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。

二、腹部急症的诊断方法

(一) 详细询问病史 全面地收集病史并客观地进行分析,是腹部急症诊断的关键,临床医师必须亲自耐心而仔细地询问病史。不要只听其他医师的报告,就草率从事,不要未经详细询问病史,就盲目进行检查。为了获得详细的病史,必须对病人服务热情,争取病人的信任和配合。询问病史既要有针对性和系统性,又要注意提问方式,以防对病人形成暗示和诱导,总之要使获得的病史既要重点突出,又要保持其真实性。

(二) 作好周密的临床检查 首先要注意观察病人的全身状态和各种表情,如内出血的病人面色苍白,头出凉汗,四肢厥冷,行动缓慢,轻度烦躁不安。炎症性腹部急症病人,腹痛剧烈,常呈现强迫体位,活动受限,呼吸受限。如为胆道结石或绞窄性肠梗阻病人,由于平滑肌痉挛引起的绞痛,则病人在疼痛发作时表现为翻身打滚,辗转不安。检查腹部时令病人平卧,观察腹部有无呼吸受限,有无肠型蠕动及局限性不对称性肿块。作触诊检查时,医师应使自己的手暖和后轻柔地放在病人腹部,先由左小腹开始,逐渐向痛处移动,细心地分辨腹肌有无抵抗、紧张及其程度,医师用自己的手指轻轻施加压力,以逐步查出压痛点及病灶所在的部位。防止粗暴的触诊和用力过大的检查,以免造成病人由于疼痛而出现的肌防御,混淆检查的真实情况,触诊粗暴有时亦可引起腹腔内脓肿或肿瘤破裂。叩诊可检查肝浊音界有无缩小或消失,提示膈下有无游离气体。叩诊还要检查腹部有无移动性浊音,以分析腹腔内有无积液或出血。听诊检查主要应注意肠鸣音的改变。肠鸣音亢进则多为肠梗阻或肠痉挛;肠鸣音消失则多为肠麻痹或腹膜炎。听诊不能时间过短,要耐心地持续几分钟,另外也不要听一次即不再听了,应反复多次连续作听诊检查才不致漏诊误诊。

(三) 实验室及X线等辅助检查 白细胞计数常能为医师提供病人有否炎症、感染及中毒的依据,连续地动态观察血红蛋白及红细胞的升降,常能起到监测内出血进展情况的作用。尿中红细胞增多常提示有泌尿系结石或肿瘤、感染的可能。尿中淀粉酶的增高有助于急性胰腺炎的诊断,尿中出现胆红素常说明病人的黄疸为梗阻引起。

给腹部急症病人做X线检查时,应注意以下几种情况:①当腹腔内有游离气体并可见膈下有镰刀状暗影时,可提示有胃肠破裂或穿孔。②腹腔内如出现散在的液面时证明有肠梗阻。出现咖啡豆征时,则提示肠梗阻并多系绞窄。如在中腹部见有限局性孤立的气液面或亮影,多为局部肠麻痹的表现,常见于急性胰腺炎。

(四) 腹部急症诊断遇有疑难时要作到以下两点: ①关联知识要广泛,如前所述腹部急症的病变繁多,涉及到内、外、妇、儿各科,因而在诊治一个腹部急症时,不仅要掌握本专业的腹部急症,而且也要熟悉与了解其他专业与此相关的腹部急症,以便予以

鉴别。②诊断实在难以肯定时，应进行留诊观察，有些病人经过一段时间观察，往往症状和体征由不典型而转变为典型，因而得以确诊。

三、腹部急症的治疗原则

腹部急症的治疗需要“稳”、“准”、“快”。“稳”是指不要在未弄清诊断之前即贸然决定治疗方针，盲目的剖腹探查，只会使治疗陷于被动。“准”是指在选择治疗方法时，一定要掌握好适应证，根据病情和病人条件，全面地进行分析，使治疗方法切合病人实际，治疗效果比较理想、满意。“快”是指诊断一旦确立和治疗方针一旦决定之后，一切处理和治疗措施均应迅速进行，争分夺秒，任何毫无意义的拖拉和浪费时间均会影响病人的最后治疗效果。具体的处理原则如下。

(一) 对炎症性或脏器穿孔性腹部急症病人，由于临床症状和体征均比较明显，诊断亦比较容易确定，因而均应早期进行手术，如果病后已超过48小时且病变已局限包裹，可根据具体情况，考虑非手术疗法。

(二) 对脏器梗阻、绞窄性或扭转性腹部急症病人，均应及早手术，防止时间拖延，以免造成脏器坏死及病人中毒性休克死亡。如病人已处于休克，可边抗休克边紧急手术。

(三) 对出血性腹部急症，如为消化道出血，应根据不同病变及病人条件予以处理。如果情况允许，可采用非手术疗法，待血止后再行择期手术，效果可能更为满意，尤其当诊断不清，出血部位及病变性质均不明确时，更宜采用此种疗法。但是如果消化道的出血量较大，用非手术疗法不能维持正常血压及脉搏时，则仍应考虑改为手术疗法。对于腹腔内脏器破裂或动脉瘤破裂大出血病人，则均应及时手术治疗和抢救。

(四) 对于损伤性腹部急症，可根据病情及病人周身表现和局部体征，分别采取不同的方法予以处理。例如腹部闭合性损伤，如症状和体征无腹膜炎或内出血的表现，即可边观察边进行非手术治疗。相反，如症状与体征提示疑有腹腔内空腔脏器穿孔、破裂或内出血，则即应及早手术探查。

(五) 对观察的腹部急症病人的处理，因诊断不清而进行观察者，可根据病人的具体情况，进行必要的抗休克、纠正水电解质失衡、抗感染等治疗。在观察病情改变过程中，禁用吗啡类麻醉性止痛药，以防止掩盖病情，贻误治疗；如疑有肠坏死或肠穿孔，则应禁用泻药与进行灌肠。

(六) 剖腹探查的指征，在严密观察过程中如发现有下列情况，应及时进行剖腹探查：①疑有腹腔内进行性出血。②疑有肠坏死或肠穿孔呈现全腹腹膜炎者。③经非手术治疗病情不见好转反而加重者。

四、腹部急症诊治的进展

近十余年来，随着内镜、B型超声、CT、核磁共振、血管造影及介入性放射医学等新的诊断和治疗方法的不断出现，使腹部急症的诊断和治疗的方法及效果，得到了显著的改进和提高。临床实践证明，B型超声对肝、胆、胰及腹腔内积液或脓肿的诊断，具有许多独到之处。B型超声对胆囊结石的正确诊断率达95%，胆管结石的阳性正确率为64%，而阴性正确率为93~98%。B型超声对内科和外科黄疸亦具有良好的分辨力，除了可显示肝内外胆管有无扩张外，还能对胆道梗阻的部位和性质提供信息。B型超声

对肝脏的检查,在腹部急症中主要用于肝脓肿,其诊断的正确率达96%。B型超声对胰腺的检查,亦有良好的性能,对于急性胰腺炎、慢性胰腺炎、胰管有无扩张以及胰管内有无结石均可提供可靠的诊断影像。此外,B型超声对肾结石、盆腔肿块、宫外孕和卵巢囊肿等诊断亦均有较大的价值。经皮经肝胆管造影(PTC)是近几年来新发展的又一个新的胆道疾患诊断方法,它可以清晰地显示肝内外的胆管解剖关系、胆道梗阻的原因、性质、部位和范围以及胆石的数量和分布,给术前选择正确的手术方法,可以提供详细的可靠依据。经纤维十二指肠镜胰胆管逆行造影(ERCP)也是近年来新开展的肝胆胰的检查方法,对肝内胆管不扩张行PTC有困难的胆道疾患或胰腺疾患均具有独特的诊断价值,它如与PTC结合起来联合应用,则对胆道的检查结果更加清楚而全面。选择性腹腔内动脉造影术是近年来用于诊断消化道出血和胆道出血的一个新方法,对于一些诊断不清的病例不仅可以明确诊断,而且还可清楚地显示出出血的部位。纤维内镜检查对于鉴别上消化道出血具有决定性作用,对于诊断下消化道出血的病变尤其在结肠范围同样占有重要地位。在治疗方法上,近年来新的技术和方法发展亦非常迅速,介入性放射医学、B型超声指引下或内镜直视下的一些新的治疗技术出现,使得许多治疗方法由手术改为非手术,明显地提高了特别是对于一些危重病人或不适于手术治疗病人的疗效,如X线或B型超声引导下穿刺、置管引流治疗腹腔脓肿,X线或B型超声引导下经皮经肝胆管内置管引流(PTCD)胆道减压治疗某些手术有困难的重症胆管炎或用于梗阻性黄疸的术前减黄,又如选择性腹腔内动脉栓塞术治疗消化道出血,内镜下激光止血治疗胃粘膜出血,内镜下注射硬化剂治疗食管静脉曲张破裂出血,内镜下Oddi括约肌切开取石,内镜下钳取胆道蛔虫等等。总之,由于上述一系列新的诊断和治疗技术的出现,腹部急症的诊治水平正在不断提高,并将进一步向前发展。

(中国医科大学 陈淑珍)

第二节 急性腹痛的解剖学基础

【神经系的节段性分布】 脊椎动物胚胎早期,躯干的节段性结构较清楚,只有头部不易识别。每一个节段性结构单位,即所谓体节,应包括骨节、肌节、皮节及相应的神经节。这种人体结构的基本形式,是按照身体纵轴从头到尾排列的,各节段的伸展呈横列位(图1-1)。于是胚胎的每个脊髓节所发出的传出纤维,经过相应的前根,到相应的肌节。同样,其接受的传入纤维乃是由相应的皮节,经相应的后根,传入脊髓同序的节段。中胚层及其衍化物,在胚胎生长发育过程中,它的细胞后来经过复杂的转移,肌节和皮节的节段性变得不易辨认。但有些器官虽已转移至他处,却仍保持其原始的神经节段分布关系。例如从颈部肌节发生的膈,虽已转移至胸腔

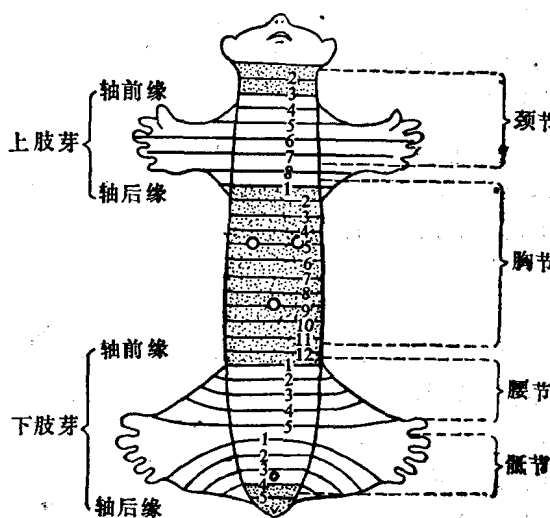


图 1-1 原始神经节段性

与腹腔之间，但膈神经仍起于第4颈神经。

1. 肌肉的神经节段性分布：身体内大部分的肌，均由多肌节合并而成。例如腹直肌和腹外斜肌，各由胸5~12脊髓节来的纤维共同支配。故单独一条神经根损伤时，对多肌节合成的肌，常不引起明显的运动障碍，而只显得功能减低。现将腹及会阴诸肌的节段性支配列表1-1如下：

表1-1 腹及会阴诸肌的节段性支配

部位	肌 名 称	节段性支配
胸	膈肌	颈3~5
腹	腹直肌	胸5~12
间	腹外斜肌	胸5~12
腹	腹横肌	胸7~12、腰1
及	腹内斜肌	胸8~12、腰1
会	腰方肌	胸11、12、腰1~4
阴	肛提肌、肛门括约肌	骶3~5、尾节
	会阴诸肌、尾骨肌	

由表1-1可见，下胸及上腰段脊髓节段间的急性外伤刺激，如脊柱骨折、腹膜后血肿等，有时可引起相应的腹壁肌及腹部牵涉性疼痛、压痛、肠麻痹和腹胀(但无绞痛)，很似急腹症，需要仔细鉴别。

2. 皮肤的神经节段性分布：一个脊神经后根及其神经节供应的皮肤区，称为一个皮节 (dermatoma)。皮肤的神经节段性分布是否有重叠掩盖现象，仍有争议。多数人主张，每一皮节的带状区可有相邻的上、下位皮节的神经纤维参加，形成互相重叠掩盖现象。因此，除单独破坏第2颈神经根，在它的皮节区内可有感觉丧失外(因此处皮节只是单一没有重叠)，而单独破坏其他后根时，只有感觉减低，而无感觉丧失。至少要有三个后根或更多的后根同时损害时，才有一个皮节区的感觉完全丧失(图1-2)。

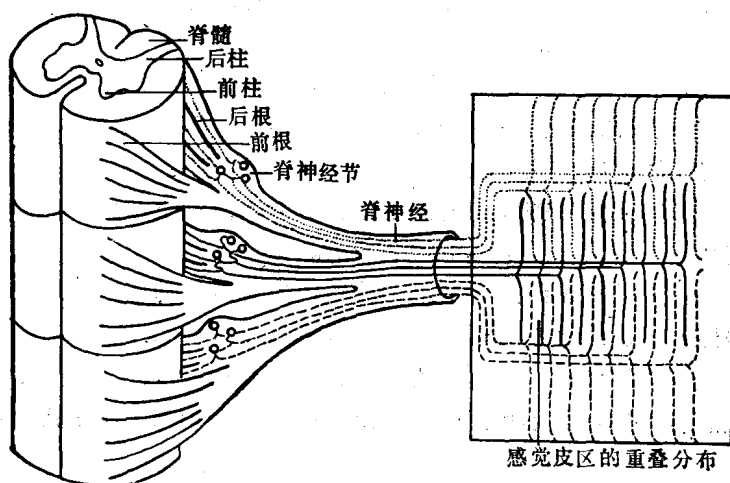


图 1-2 脊神经感觉根皮区的重叠分布

在一个皮节内，同一后根内各种不同性质的感觉神经纤维（触觉、痛觉及温度觉），显示着不同的扩展范围。触觉一般有较大的扩展范围；痛觉的分布范围较小些，温度觉的皮节范围最小。

胸壁与腹壁的节段性分布很明显，是由第2~12胸节及第1腰节来的皮支所分布。第7胸节皮神经分布区的前端对着胸骨剑突。第10胸节皮神经分布区对着脐。第12胸节（包括部分第1腰节）皮神经分布区恰在腹股沟韧带与耻骨联合之上（图1-3）。

腹壁前区周围性皮神经的分布，有下6对胸神经及髂腹下神经的前皮支；外侧区为下6对胸神经的外侧皮支（图1-4）。

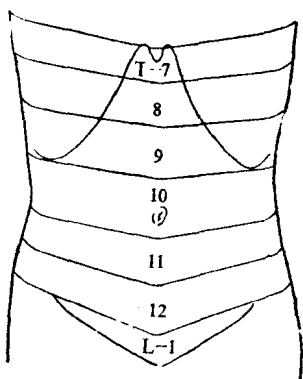


图 1-3 腹前壁的皮节分布

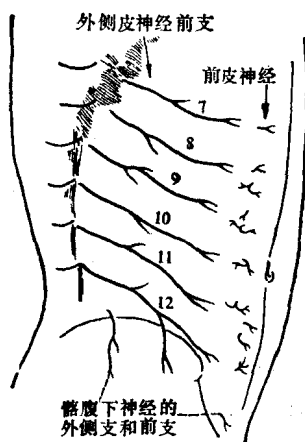


图 1-4 腹壁的皮肤神经

3. 内脏器官的神经节段性分布：所有的内脏器官是由植物神经支配的，也有节段性的神经分布。

(1) 内脏器官植物性传出纤维的节段性分布：交感神经节前神经元位于脊髓的侧角，在胸1至腰3节的一定区域内，发出的节前纤维，经前根及白交通支至交感干神经节，换神经元后发出节后纤维经灰交通支至脊神经，随脊神经分布至皮肤。交感神经的皮肤根性分布，与皮肤的感觉性节段并不一致。交感神经有血管收缩纤维、竖毛运动纤维及汗腺分泌纤维的根性分布。

副交感传出神经有节段性分布。经后根出来的副交感性血管扩张及汗腺抑制传出纤维，全部包含在脊神经的周围感觉神经内。这种副交感性质的纤维也有其节段性的排布，在位置和形态上与皮肤的感觉性节段一致，但一般面积较小。

胸、腹、盆内脏器官植物神经传出纤维的脊髓节段性分布，交感性的来自胸部及腰上部节段，副交感性的来自骶2、3、4节（表1-2）。

(2) 内脏器官植物性传入纤维的节段性分布：内脏器官的感觉支配有交感神经、副交感神经及膈神经参加。这种内脏器官感觉的节段性分布情况，许多是由因内脏病变引起躯体一定皮区的牵涉性疼痛而了解到的。于椎旁作浸润麻醉一定交感干的交通支和切断一定的脊神经后根，以解除不可忍受的内脏疼痛，均精确地证明了内脏器官的节段性分布。

内脏病变引起痛觉过敏的皮肤区（Head带）（图1-5），除面部分布区等处外，可涉及下列节段：①颈、及腰3皮节，为交感神经传入纤维进入脊髓而牵涉性引起的相应皮肤过