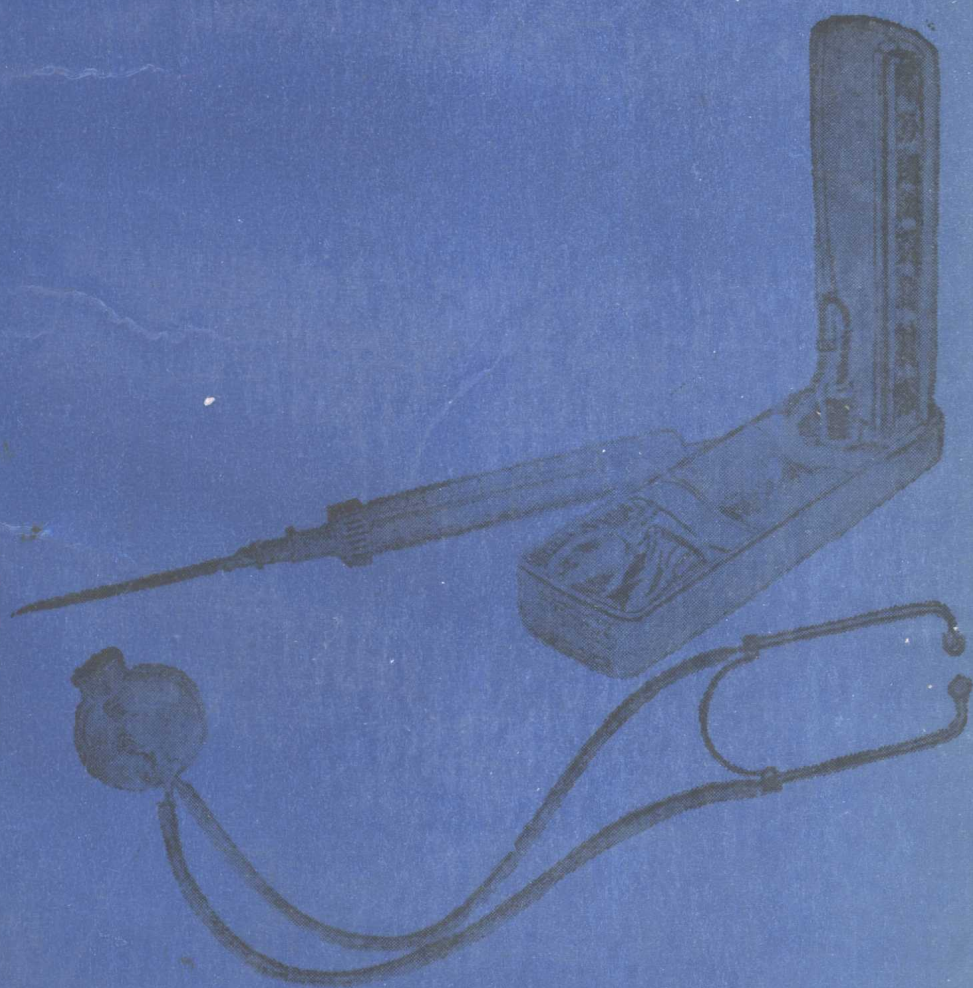


急性腹症的早期診斷

Zachary Cope 著

William Silen 修訂

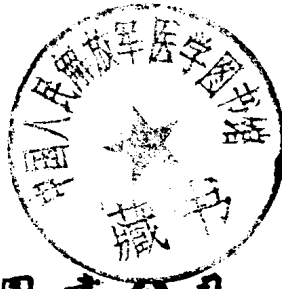
鍾世雄 合譯
雷德義



99-47

急性腹症的早期診斷

Zachary Cope 著
William Silen 修訂
鍾世雄 合譯
霍世德 義



巨流圖書公司

世界圖書出版公司

北京·廣州·上海·西安

1992



86109105

E322/61

内 容 简 介

急腹症是常见病，但及时予以正确诊断比较困难。如能及时诊断（特别是早期诊断）、治疗，可解救病人于危难之中。本书即主要介绍各种急性腹症如何进行早期诊断、治疗。全书共 23 章，详细地叙述了急腹症的病史询问，物理检查、诊断及鉴别诊断，并专章介绍各种急性腹部疾病的症状、临床表现及诊断方法等。内容比较丰富、实用，可供医学院校教师、高年级学生作参考教材。也可供医院门诊和医院医师实习医师参考。

急性腹症的早期诊断

Z.科普著 W.西伦修订

钟世雄 霍德义 译

世界图书出版公司北京分公司出版

北京朝阳门内大街 137 号

北京中西印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

1992 年 11 月第 一 版 开本: 850×1168 1/32

1992 年 11 月第一次印刷 印张: 10.75

印数: 0001—1.700 字数: 25.8 万字

ISBN:7-5062-1418-0/R·29

定价:6.20 元(WB9204/13)

本书已购得重印权，限国内发行。

目 錄

譯 者 序.....	1
修 訂 序.....	3
第 一 章 急性腹痛的診斷原則.....	5
第 二 章 診斷的方法之一：病史.....	19
第 三 章 診斷的方法之二：如何檢查病人.....	29
第 四 章 診斷的方法之三：症狀和徵象的組合.....	45
第 五 章 實驗室和放射線的檢驗方法.....	59
第 六 章 闌尾炎.....	71
第 七 章 闌尾炎的鑑別診斷.....	91
第 八 章 胃潰瘍或十二指腸潰瘍穿孔和急性胰臟炎.....	117
第 九 章 膽囊炎和其它右上腹部急痛的原因.....	141
第一〇章 左下肋區的急腹症.....	155
第一一章 絞 痛.....	163
第一二章 急性腸阻塞.....	173
第一三章 腸套疊和其它造成阻塞的原因.....	199
第一四章 絞縊性和阻塞性疝氣的早期診斷.....	215
第一五章 血管病變所造成的急性腹部症狀.....	225
第一六章 女性的急性腹部症狀.....	239
第一七章 早期的子宮外孕.....	251
第一八章 急性腹痛與泌尿系統的症狀.....	265
第一九章 急性腹膜炎的診斷.....	271

II 目 錄

第二〇章	腹部外傷·····	281
第二一章	手術後的腹部情形·····	291
第二二章	熱帶地區的急性腹症·····	301
第二三章	類似腹部急症的各種疾病·····	311
圖 片	·····	323

譯者序

相信所有在門診、急診室的住院醫師和實習醫師都會有這種感覺：急性腹痛實在是病人最常見的主訴，同時也是醫師最不容易下好診斷的毛病。有些僅需內科觀察治療的情形，却被施以不當的外科剖腹檢查，使得病人平白遭受開刀之苦；而有些必須立刻送入開刀房的病例却在拖延之際錯過了挽救的機會。

譯者有鑑於此，便決心把這本專門討論如何早期藉著最基本的病史詢問和物理檢查，來診斷急性腹痛的書，介紹給讀者大眾。本書的目的，除了在強調不可太過信賴科學儀器以外，還要提醒所有的年輕醫師和醫學生：前人是如何僅靠著經驗和基本的檢查來診斷出各種五花八門的腹內急症，對於現在「只相信儀器，不相信雙手」的怪現象給予一個最佳的修正和反駁。

全書共分二十三章，在有條理的介紹診斷的方法之後，便是廣泛的論述各式各樣腹內疾病，及其它疾病却引起腹部疼痛情形，可以說毫無遺漏地使腹部急症無所遁形；若能熟練本書，相信對於醫護人員在診斷急性腹痛的境界上會有更高層次的提昇。

最後還是要感謝巨流圖書公司負責人熊嶺先生以及編輯部趙天池先生，由於他們大力的支持和鼓勵，這本書才得以順利的出版。

鍾世雄
霍德義

民國七十八年元月三日

修訂序

大約在二十三年前，有一位出版商要求我就急性腹痛這個專題寫一本書，不過在深思之後拒絕了，因為我覺得要超越 Cope 氏已經出版的這本書似乎是不可能的。後來到了一九八〇年，有人要我去修訂 Cope 氏這一本書，使它趕上時代。對我而言，覺得這個工作的主要責任就是，一方面要保存《急性腹症的早期診斷》這本經典之作的基本架構，而另一方面則要依照我自己的經驗加入一些最新的進展，以使這本教科書趕得上時代。我發現，在大多數的領域我的經驗和原作者有很多相同之處，這個發現使我的負擔減輕了許多。

我儘量嘗試去遵循 Cope 氏的方法，只將經過個人經驗和觀察結果一再證實的真理納入本書中。爲了達成這一點，我沒有加入任何一本參考書籍。這本書的主要重點還是在於臨牀而非實驗的診斷。毫無疑問地，因為治療方法的改善以及對外科哲學的進一步了解，使得急性腹症病人的存活率有很大的改進，不過要仔細討論這些主題的話，也許可以再寫成另一本書了。

最近幾年有許多侵襲性和非侵襲性的檢驗方法誕生，對於這些方法的喜好，無疑地會使 Cope 爵士感到驚訝。由於這些方法的發明會使人誤以爲數據或實驗的報告會比臨牀的病史或物理檢查的發現來得更可靠，這樣的結果就造成對昂貴而且有時危險的檢驗方法日益倚賴。這種趨勢要對日益增加的醫療費用以及有些傷殘和死亡負部份的責任。不過，還有另一個更壞的後果，就是

導致病史詢問和物理檢查等臨牀技巧的日益衰微。即使到了今天，不可否認的大多數急腹痛的病還是要靠仔細地詢問病史和做物理檢查來完成診斷。在今天，會延誤診斷的主要因素還是在於有些人覺得有必要做一些特殊而複雜的檢驗以及一些 X 光檢查。

有一些曾經看過這本書最近幾版的人批評本書省略了這些最新的檢驗方法而繼續強調急性腹痛的臨牀表現。因為這一點，所以我特別加了一章新的內容，試圖指引讀者去選擇最適當的檢驗方法，而不是使用每一種自己所想得到的方法。在這同時，我也比以前更相信如果過度倚賴這些新且昂貴的檢驗方法而却輕忽了仔細的臨牀評估，則會降低（而非提高）急性腹痛病人的照顧品質。因為這個原因，所以我將繼續強調那些為 Cope 氏發現很有用而且其價值按我的經驗再一次肯定的臨牀要點。

Cope 爵士之所以下決心寫這一本書的第一版，是因為他發現有許多的病人由於臨牀診斷上的不當延誤而造成悲劇性的下場，而只要早一點發現真正的病況，這些都可以避免發生。有人告訴我說，拿到第一版初稿的出版商事後批評這本書包含太少新的東西，我恐怕這種情形到了今天還是依舊如故。

我深深感謝牛津大學出版社的 House 先生，因為他才使我有勇氣接受修訂這本書的挑戰。我特別感謝 Nancy Kaufman 小姐的大力協助修訂文稿。

最後，我謹向那些曾經教導我有關急腹痛的人致上最高的敬意，這些包括我的老師，我的學生，特別是我的病人。

William Silen

1986 年 4 月於波士頓

第一章 急性腹痛的診斷原則

一定要有個診斷

早期診斷

完整的病史和身體檢查

了解解剖學

了解生理學

急性腹痛和類固醇

排除內科疾病的可能

抗生素的效果

在我們開始詳細討論各式各樣的急性腹痛之前，先來談一些作診斷時的原則和要領。

一定要有個診斷

首要的原則就是：儘量藉著詢問病史及物理檢查來得到一個最可能的診斷。

腹痛是在急診室的醫護人員最常遇到的情況，當然病人可能同時伴有其它的症狀，如嘔吐、噁心、頭昏等，但主要還是以腹痛為最不舒服的抱怨；所謂的「急性腹痛」或「腹部急症」就是指這種情況，而需要醫師的早期診斷和治療。在觀念上容易混淆犯錯的是：不要以為急性腹痛都是需要開刀的！只有在出現了明顯的外科適應症時，才需要會診外科醫師。一般而言，在病情尚未明朗化且還沒有確定診斷前，可以先密切觀察，因為有時候病人的症狀會自行改善，甚至完全消失。當然，要求醫師一下子就能作正確的診斷是不太容易；但至少對每個病例有個合理的結論則是絕對必須的；而且常常練習「分析病情並下診斷」這個過程，診斷的正確率便會逐漸增加。

當病人被認為有需要送入開刀房，但開進去却發現完全不是那麼回事時，外科醫師也不必太過自責。畢竟，想要完全避免誤診實在是不太可能的事情，而且也沒有一個外科醫師能把腹痛的症狀和腹內臟器的實際病理變化描述預測得如此精確。身為一個醫護人員，所要做到的是：仔細詢問並了解完整的病史及作一個澈底的物理檢查，不要放過任一個小節和徵候。

「有了診斷，才有治療」，事實上也是如此。許多不良治療的後果往往是當初粗心大意的診斷所導致。馬上想到一個診斷也許讓人覺得很聰明，但是却一點也不安全，最好的方法還是儘可能列出一個鑑別診斷的表格，再一一刪除比較不像的疾病；這才是最可靠的診斷方式。

早期診斷

毫無疑問的，遇到一個急性腹痛而來求診的病人，最重要的便是要早期診斷出病因。就像許多企業家奉為座右銘的一句話『現在就做』一樣，醫師首先應該想到的就是『現在就診斷』！也許病人此時已經十分疼痛而哀嚎不已，家屬也希望醫師能立刻採取行動來減輕病人的痛苦，醫師也不可以隨便給予止痛劑。這可能有些殘忍，但是，一定要先有一個合理的診斷和治療步驟之後，才可以考慮給予嗎啡之類的止痛劑；這中間所需要的時間並不長，大約只要十五至三十分鐘而已。只有負責治療這位病人的醫師才能使用止痛劑，如果由別的並不了解病情的醫師來使用的話，那麼儘管表面的疼痛症狀控制住，腹內的病變却更加嚴重了。

時常可見到病人在白天痛了一整天之後，到晚上才決定要來求診。此刻的醫師，在經過忙碌的一天工作之後，身體和心理都已是處在疲倦的狀態，他很容易就想：等到明天早上再看看吧！這種態度是可以理解，但却是不能諒解的。相信許多數的醫師都有過因為耽誤病人而使病情加重的經驗：如果這個病人是腸套疊、或是胃穿孔，再多等八小時簡直就是在跟生命開玩笑！原則

上，如果病人愈晚才來找你，你就要愈早下診斷。

一個簡單而可靠的經驗：要是病人過去的健康情形一直都很好，而這次發生嚴重的腹痛超過六個小時以上，就可能是外科的適應症。現代外科的剖腹探查術可以說是一種極為普遍而安全的手術，而且急性腹痛的治癒率也在不斷的昇高。歸結其原因，如抗生素的使用、設備的進步及醫師手術水準的提高等都有關係，而了解到早期診斷的重要性也是功不可沒的因素。

完整的病史和身體檢查

再強調一次：完整的病史和從頭到腳的物理檢查才是真正能否作出早期診斷的關鍵。放射線檢查、超音波、電腦斷層和一大堆的實驗室檢查都無法取代或彌補它們的重要性。舉例而言，很少人會忘記量體溫和脈搏，但有一些嚴重的腹內病變在開始時並不產生脈搏或體溫的變化，所以就必須一再的檢查；在把溫度計放入口腔的同時，不要忘了作肛門指檢。避免草率而馬虎的檢查：只憑腹部有壓痛和僵硬的徵候就斷定病人有局部腹膜炎，而如果肯用聽診器聽一下胸部下方的話，就會發現不是腹膜炎而只是橫膈肋膜沾黏而已。

檢查的步驟和方法可以因個人的習慣而異；在本書以後的章節將以作者本身使用的方式來逐一詳細討論。

了解解剖學

許多腹部檢查作得不完全的原因，必須歸咎於醫師不懂得如何應用他所學的解剖學知識。試著分析每一個病例和解剖上的關係，可以有助於各種疑點的解釋、鑑別診斷的依據及確定病變的位置，而使你的診斷更合理、更有說服力。

有些腹部的解剖構造，主要是隨意肌和脊髓神經，是永遠不會改變的，因此它們在臨牀的應用便更形重要。插圖 1 繪出了橫膈膜等神經肌肉的相關位置，當這些肌肉本身或附近的組織有了發炎現象時，它們就會變得僵硬而有壓痛，且肌肉纖維受到牽扯時也會產生疼痛。許多人都很熟悉腹直肌和腹側部肌肉的壓痛現象，但是很少人懂得如何去檢查橫膈膜的僵硬情形（例如在橫膈膜下膿瘍時）；這時，只要注意上腹部肌肉運動功能是否變差、或者是病人不敢深呼吸，便可以推斷出橫膈附近有了病變。

在盲腸炎時，右側腰大肌（*psoas*）會受到刺激而收縮，使得髖關節會保持在彎曲的狀態，這時，只要讓病人左側躺，然後伸展右側大腿，病人便會感到疼痛（即 *psoas sign*）；還有，內閉孔肌（*obturator internus*）平常是由一層很厚的肌膜蓋著的，所以較不容易受到骨盆腔發炎的影響；但在膿瘍形成時（例如盲腸穿孔），如果將右側大腿儘量向內轉，也可以造成厲害的疼痛（即 *obturator sign*），並不是只有在盲腸穿孔時才發生這個徵候，許多其他的骨盆腔病變，例如骨盆腔血腫塊也可以造成；但只要一出現，都是意味著有了不正常。（圖 1）

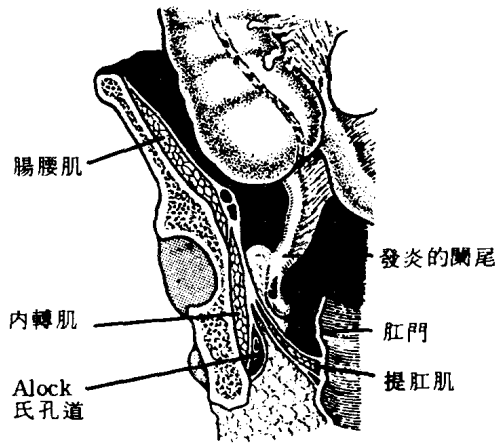


圖 1 obturator sign 的解剖學意義

解剖學和胚胎學的關係和應用也是很重要的。當病人有腰部的疼痛且沿伸到睪丸時，就要考慮到：在胚胎發育時，腎臟和睪丸是在同一個位置，只是後者在出生前會下降到陰囊的位置；所以當睪丸疼痛時，也同時意味著腹腔內的泌尿系統有了病變。當然，並非所有的睪丸疼痛都是來自泌尿道；有時是因為神經分布的關係，睪丸疼痛可由闌尾炎所引起。其它各種傳導性痛（referred pain）如圖 2 所示。

還有一點很重要的，就是橫膈膜的傳導性痛。橫膈發育時的位置是在第四對頸椎，其神經伴隨肌肉發育形成膈神經；在胸腔逐漸擴充發育時，橫膈便被往下擠壓而至上腹部的位置，同時膈神經也隨著橫膈下降而拉長沿伸。由於這種解剖關係，因此在上腹或下胸部疼痛、或第四對頸神經的支配區域有感覺異常時，便要想到是橫膈處有了病變。在胃潰瘍穿孔的情況，胃液漏出來而

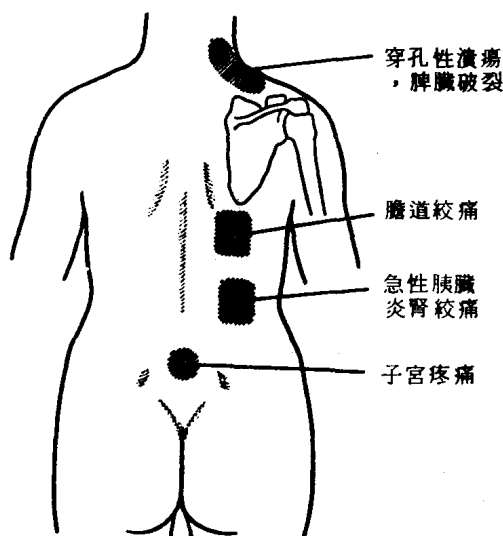


圖 2 這是身體的背側，斜線區域表示在腹內急性疼痛時各種傳導性痛的位置

刺激橫膈膜的下面，這種刺激可以經由一側或兩側的膈神經往上傳，以致引起一側或兩側的肩膀疼痛；除了胃穿孔，其它常見的還有橫膈下膿瘍、橫膈肋膜沾黏、急性胰臟炎、脾臟破裂及腹膜炎等。疼痛的位置可以在肩胛棘上窩、肩峯（acromion）、鎖骨或鎖骨下窩（圖 3）。已經有許多臨牀證據顯示橫膈和肩峯鎖骨區域有類似的神經分布，所以當橫膈某部分受到刺激時，就會引起同側的肩膀痛；這種肩膀痛很容易被醫師或病人誤認為是一種風濕痛而掉以輕心。

容易在診斷上產生混淆的是：骨盆腔內的發炎很少引起腹壁肌肉的僵硬，因此在骨盆腔內闌尾炎或盲腸後闌尾炎時，就很不容易由腹部檢查來診斷出來。