

新编临床医学诊疗学

新编

外科疾病诊疗学

主编 吴学田 袁邦平 李维斌 罗维忠



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

· 新编临床医学诊疗学 ·

新编外科疾病诊疗学

主 编：吴学田 袁邦平 李维斌 罗维忠

副主编：张林清 卢克良 司世同 赵跃峰

王海波 荆信彬 刘喜全 丁光辉

江志娟 高福源

编 委：(按姓氏笔画排序)

丁光辉 于 正 王海波 司世同

卢克良 江志娟 刘志鸿 吕秀云

刘喜全 李维斌 李新波 吴学田

吴洪花 张至善 张林清 张维仕

罗维忠 周崇安 赵跃峰 袁邦平

荆信彬 徐 波 高福源 常素娟

董 涛 鲁霞霞

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

新编外科疾病诊疗学/吴学田,袁邦平,李维斌等主编. -上海:第二军医大学出版社,2009.9

ISBN 978-7-81060-969-2

I. 新… II. ①吴…②袁…③李… III. 外科-疾病-诊疗 IV. R6
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 180972 号

出版人 石进英
责任编辑 高标

新编外科疾病诊疗学

主编 吴学田 袁邦平 李维斌 罗维忠

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

青州市新希望彩印有限公司印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 35.75 字数: 860 千字

2009 年 9 月第 1 版 2009 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-969-2/R·782

定价: 89.00 元



参编人员一览表

(按姓氏笔画排序)

丁光辉	山东省即墨市人民医院
于正	山东省即墨市人民医院
王海波	山东省莱西市人民医院
司世同	山东省菏泽市市立医院
卢克良	山东省潍坊医学院附属医院
江志娟	山东省即墨市人民医院
刘志鸿	山东省即墨市人民医院
吕秀云	山东省潍坊市人民医院
刘喜全	山东省即墨市人民医院
李维斌	山东省龙口市第二人民医院
李新波	山东省即墨市人民医院
吴学田	山东省潍坊市人民医院
吴洪花	山东省安丘精神卫生中心
张至善	山东省即墨市人民医院
张林清	山东省潍坊市人民医院
张维仕	山东省即墨市人民医院
罗维忠	山东省安丘精神卫生中心
周崇安	山东省即墨市人民医院
赵跃峰	山东省枣庄市市立医院
袁邦平	山东省高密市人民医院
荆信彬	山东省即墨市人民医院
徐波	山东省即墨市人民医院
高福源	山东省巨野县人民医院
常素娟	山东省即墨市人民医院
董涛	山东省即墨市人民医院
鲁霞霞	山东省即墨市人民医院

前 言

随着科学技术的发展和进步，新的医学理论知识、技术方法和新的医疗施治方案不断应用于临床，并取得了很好的临床效果。为了汇集这些宝贵临床经验，我们组织多家医疗单位的外科医生集体编写了这本《新编外科疾病诊疗学》，其目的就是通过相互学习，相互交流，以不断提高外科医生的临床诊疗水平和进一步规范医疗行为，更好地为患者解除病痛。

全书共分四十六章，从基本症状入手，系统介绍了普通外科、骨外科、胸心外科、肝胆外科、小儿外科等各领域常见疾病的诊断基础和治疗方法。内容新颖丰富，论述充分全面，理论与实践相结合，实用性强。

该书出版发行对外科学的发展起到进一步的推动作用，同时也为广大外科临床医师、进修医师、实习医师和教学工作人员提供有价值的资料。

编者

2009年9月

目 录

第一章 症状	(1)
第一节 疼痛	(1)
第二节 出血	(34)
第三节 消化道症状	(55)
第二章 体征	(72)
第一节 肿块	(72)
第二节 黄疸	(94)
第三节 外科感染	(99)
第四节 发热	(104)
第五节 水电失衡	(110)
第六节 休克及低血压	(116)
第七节 腹水	(123)
第八节 肝大和脾大	(126)
第九节 外科饥饿	(132)
第十节 下肢静脉曲张	(135)
第十一节 肢体缺血	(139)
第十二节 下肢水肿	(144)
第十三节 溢液	(149)
第十四节 瘰	(155)
第三章 无菌术	(163)
第一节 概述	(163)
第二节 灭菌、消毒法	(163)
第三节 手术人员和病人手术区域的准备	(164)
第四节 手术进行中的无菌原则	(165)
第五节 手术室的管理	(166)
第四章 外科病人的体液调节	(167)
第一节 概述	(167)
第二节 体液代谢的失调	(167)

2 目 录

第三节 酸碱平衡的失调	(172)
第五章 外科休克	(175)
第一节 低血容量性休克	(175)
第二节 感染性休克	(178)
第六章 麻醉	(180)
第一节 麻醉前准备	(180)
第二节 全身麻醉	(180)
第三节 局部麻醉	(181)
第七章 常见外科感染	(184)
第一节 蜂窝织炎	(184)
第二节 淋巴结炎	(185)
第三节 丹毒	(186)
第四节 急性淋巴管炎	(186)
第五节 疔	(187)
第六节 痈	(187)
第八章 创伤及清创处理	(189)
第一节 常见创伤	(189)
第二节 清创缝合术	(190)
第三节 严重外伤的院前处理	(191)
第九章 颅内压增高	(194)
第十章 颅脑损伤	(196)
第一节 头皮损伤	(196)
第二节 颅骨损伤	(196)
第三节 脑损伤	(197)
第十一章 颈部外科疾病	(200)
第一节 甲状腺疾病	(200)
第二节 甲状旁腺功能亢进	(213)
第三节 颈淋巴结结核	(216)
第十二章 乳腺疾病	(217)
第一节 急性乳腺炎	(217)
第二节 乳腺囊性增生病	(218)
第三节 乳腺纤维腺瘤	(219)

第四节	乳腺导管内乳头状瘤	(220)
第五节	乳腺癌	(222)
第十三章	胸部损伤	(230)
第一节	概论	(230)
第二节	肋骨骨折	(231)
第三节	气胸	(232)
第十四章	肺部疾病	(234)
第一节	肺癌	(234)
第二节	支气管扩张	(237)
第三节	肺结核的外科治疗	(238)
第十五章	食管疾病	(240)
第一节	食管癌	(240)
第二节	食管良性肿瘤	(242)
第三节	腐蚀性食管灼伤	(243)
第四节	贲门失弛缓症	(244)
第十六章	腹外疝	(245)
第一节	概论	(245)
第二节	常见腹外疝	(246)
第十七章	腹部损伤	(254)
第一节	概论	(254)
第二节	常见的内脏损伤	(258)
第十八章	胃十二指肠疾病	(270)
第一节	胃十二指肠溃疡	(270)
第二节	急性胃扩张	(275)
第三节	胃扭转	(277)
第四节	胃息肉及良性肿瘤	(278)
第五节	胃癌	(280)
第六节	胃肉瘤	(283)
第七节	十二指肠憩室	(285)
第八节	十二指肠结核	(287)
第十九章	肠疾病	(289)
第一节	肠梗阻	(289)

4 目 录

第二节	小肠炎性疾病	(293)
第三节	肠息肉	(300)
第四节	结肠癌	(301)
第二十章	阑尾炎	(306)
第一节	急性阑尾炎	(306)
第二节	慢性阑尾炎	(307)
第三节	特殊类型阑尾炎	(308)
第二十一章	直肠、肛管疾病	(309)
第一节	肛裂	(309)
第二节	肛瘘	(311)
第三节	痔	(313)
第四节	直肠脱垂	(316)
第五节	直肠癌	(318)
第二十二章	肝脏疾病	(322)
第一节	原发性肝癌	(322)
第二节	继发性肝癌	(324)
第三节	肝囊肿	(325)
第四节	肝脓肿	(328)
第二十三章	门脉高压症	(332)
第二十四章	胆道疾病	(334)
第一节	胆道感染	(334)
第二节	胆石病	(337)
第三节	胆道肿瘤	(342)
第二十五章	胰腺疾病	(345)
第一节	胰腺炎	(345)
第二节	胰腺癌	(353)
第二十六章	外周血管和淋巴疾病	(358)
第一节	血栓闭塞性脉管炎	(358)
第二节	动脉硬化闭塞症	(359)
第三节	动脉栓塞	(360)
第四节	多发性大动脉炎	(361)
第五节	原发性下肢深静脉瓣膜功能不全	(362)

第六节 血栓性浅静脉炎	(363)
第七节 下肢深静脉血栓形成	(364)
第八节 动静脉瘘	(365)
第九节 淋巴水肿	(366)
第二十七章 泌尿男生殖系统外科检查和诊断	(368)
第一节 症状	(368)
第二节 体格检查	(370)
第三节 辅助检查	(371)
第二十八章 泌尿系统损伤	(373)
第一节 肾损伤	(373)
第二节 输尿管损伤	(375)
第三节 膀胱损伤	(375)
第四节 尿道损伤	(376)
第二十九章 泌尿、男生殖系统感染	(379)
第一节 概论	(379)
第二节 上尿路感染	(380)
第三节 下尿路感染	(381)
第四节 男生殖系统感染	(382)
第三十章 泌尿、男性生殖系结核	(385)
第三十一章 泌尿系统梗阻	(387)
第一节 概论	(387)
第二节 肾积水	(391)
第三节 良性前列腺增生	(392)
第四节 急性尿潴留	(394)
第三十二章 尿石症	(395)
第一节 概论	(395)
第二节 上尿路结石	(396)
第三节 膀胱结石	(398)
第三十三章 泌尿、男生殖系统肿瘤	(399)
第一节 肾肿瘤	(399)
第二节 膀胱肿瘤	(401)
第三节 前列腺癌	(402)

第三十四章 骨折概论	(404)
第一节 骨折的基本概念	(404)
第二节 骨折的临床表现及辅助检查	(405)
第三节 骨折的并发症	(406)
第四节 骨折愈合及影响骨折愈合的因素	(407)
第五节 骨折的治疗原则	(408)
第三十五章 四肢骨、关节损伤	(411)
第一节 锁骨骨折	(411)
第二节 肩锁关节脱位	(411)
第三节 肩关节前脱位	(412)
第四节 肱骨外科颈骨折	(413)
第五节 肱骨干骨折	(413)
第六节 肱骨髁上骨折	(414)
第七节 肱骨髁间骨折	(415)
第八节 肱骨外髁骨折	(415)
第九节 桡骨头骨折	(416)
第十节 尺骨鹰嘴骨折	(417)
第十一节 肘关节脱位	(418)
第十二节 桡骨头半脱位	(418)
第十三节 前臂双骨折	(419)
第十四节 孟氏骨折	(419)
第十五节 盖氏骨折	(420)
第十六节 桡骨远端伸直型骨折	(421)
第十七节 桡骨远端屈曲型骨折	(422)
第十八节 髌关节后脱位	(422)
第十九节 股骨颈骨折	(423)
第二十节 股骨粗隆间骨折	(424)
第二十一节 股骨干骨折	(425)
第二十二节 髌骨骨折	(426)
第二十三节 胫腓骨骨折	(426)
第二十四节 踝部骨折	(427)
第三十六章 脊柱和骨盆骨折	(428)

第一节 脊柱骨折	(428)
第二节 骨盆骨折	(430)
第三十七章 周围神经损伤	(432)
第一节 周围神经损伤的原因和分类	(432)
第二节 常见周围神经损伤的临床表现	(433)
第三节 周围神经损伤的处理	(433)
第三十八章 运动系统慢性损伤	(435)
第一节 概论	(435)
第二节 常见运动系统慢性疾病	(436)
第三十九章 腰腿痛和颈椎病	(441)
第一节 腰椎间盘突出症	(441)
第二节 颈椎病	(443)
第四十章 骨与关节化脓性感染	(446)
第一节 化脓性骨髓炎	(446)
第二节 化脓性关节炎	(447)
第四十一章 骨与关节结核	(450)
第一节 总论	(450)
第二节 脊柱结核	(451)
第三节 关节结核	(453)
第四十二章 骨肿瘤	(456)
第四十三章 运动系统畸形	(460)
第四十四章 烧伤外科学	(468)
第一节 概论	(468)
第二节 烧伤创面处理与修复	(469)
第三节 烧伤休克	(471)
第四节 烧伤吸入性损伤	(472)
第五节 烧伤感染	(473)
第六节 大面积烧伤后常见并发症	(475)
第七节 烧伤复合伤	(476)
第八节 烧伤代谢与营养	(477)
第九节 特殊原因烧伤	(478)
第四十五章 整形外科学	(480)

第四十六章 小儿外科学	(482)
第一节 小儿外科基础	(482)
第二节 小儿普通外科	(488)
第三节 小儿泌尿外科	(531)
第四节 小儿矫形外科	(539)
第五节 小儿胸心外科	(548)

第一章 症状

第一节 疼痛

一、分类

在临床上，疼痛可以简单地按程度、病程和部位分类。

1. 按疼痛程度可分为：轻微疼痛，中等度疼痛，剧烈疼痛。
2. 按疼痛病程长短可分为：急性疼痛和慢性疼痛。
3. 按疼痛的深浅部位可分为：浅表痛和深部痛。
4. 按疼痛在躯体的解剖部位又可分为：头痛，颌面痛，颈项痛，肩、上肢痛，胸痛，腹痛，腰背痛，盆腔痛，下肢痛，肛门、会阴痛。

二、常用治疗方法

(一) 药物治疗

药物治疗是疼痛治疗最基本、最常用的方法。

1. 麻醉性镇痛药 又称为阿片类镇痛药，通过激动阿片受体产生强烈的镇痛作用，连续使用易产生耐受性和成瘾性。常用药为吗啡、哌替啶、芬太尼、美沙酮、可待因及二氢埃托啡等。常用于急性剧烈疼痛和晚期癌症患者。不良反应主要有恶心、呕吐、呼吸抑制和成瘾性。硫酸吗啡缓释片剂量为 30mg/8~12h；成人（体重 70kg）肌注或皮下注射吗啡初量为 10mg，儿童剂量为 0.1~0.2mg/kg，必要时每 4h 重复；静脉注射剂量成人为 4~10mg，儿童为 0.05~0.1mg/kg，缓慢注射。

2. 解热消炎镇痛药 又称为非甾体抗炎药（nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs）。常用药物有阿司匹林、对乙酰氨基酚、保泰松、吲哚美辛、布洛芬、双氯芬酸等，都是外周的镇痛作用，系通过抑制体内前列腺素的生物合成而发挥作用。对肌肉痛、关节痛、头痛及风湿性疼痛效果较好，对创伤性剧痛和内脏痛无效。这些药物无成瘾性，但可出现胃肠道反应。阿司匹林口服剂量为 650~1000mg/4~6h；对乙酰氨基酚剂量为 300~600mg/次；保泰松剂量为 100mg/6~8h。

3. 神经安定药 以苯二氮草类最常用。如地西洋、咪达唑仑等。丁酰苯类药物常用氟哌利多、氟哌啶醇等。这类药物反复应用后可引起药物依赖性和成瘾性，故不宜使用过滥。地西洋口服剂量为 4~40mg/d；咪达唑仑常用剂量为 10mg 肌注或静脉注射；氟哌啶醇口服剂量为 0.5~3mg/d；氟哌利多 2.5mg 与芬太尼 0.05mg 配制成依诺伐（Innovar）镇痛合剂，可为剧痛病人镇痛。

(二) 神经阻滞

神经阻滞是指在末梢的脑脊髓神经、脑脊髓神经节、交感神经节等神经内或附近注

入局麻药而阻断神经传导功能。它是治疗慢性疼痛的主要手段。根据不同的病情部位,采取不同的神经阻滞方法。下面具体介绍几种常用的神经阻滞的方法:

1. 星状神经节阻滞 星状神经节由下颈交感神经节和第1胸交感神经节融合而成,位于第7颈椎和第1胸椎之间前外侧,支配头、颈和上肢。阻滞时病人平卧,肩下垫一薄枕,取颈极度后仰卧位。在环状软骨平面摸清第6颈椎横突。术者用二手指将胸锁乳突肌拨向外侧,用一22G 3.5~4cm长的穿刺针(7号针),在环状软骨外侧垂直进针,触及第6颈椎横突,将针后退0.3~0.5cm,回抽无血,注入0.25%布比卡因或1%利多卡因(均含肾上腺素)10ml,药液可藉弥散作用而阻滞星状神经节。注药后同侧出现霍纳综合征和手指温度增高,说明阻滞有效。

2. 硬脊膜外腔注药常用药物

(1) 糖皮质激素: 主要治疗颈椎病和腰椎间盘突出症,每周注射1次,3次为1个疗程。常用药物为泼尼松龙混悬液。①颈椎病: 选 C_{6-7} ,或 $C_7 \sim T_1$ 间隙穿刺,成功后注入泼尼松龙1.5ml(37.5mg),再加2%利多卡因4ml;②腰椎间盘突出症: 一般选椎间盘突出的上或下一个间隙进行穿刺,成功后注入泼尼松龙2ml(50mg),再加2%利多卡因4ml。以上药物均充分混匀后再注入。

(2) 阿片类药物: 常用吗啡。因有成瘾性问题,在疼痛治疗中仅限于癌症疼痛和手术后疼痛。

(3) 局麻药: 常用药物为布比卡因、罗哌卡因等,除单独使用外,常与糖皮质激素或阿片类药物合用。罗哌卡因广泛用于术后镇痛,效果确切,毒性小,常用浓度为0.2%,经硬脊膜外输注速率为6~8ml/h。

3. 蛛网膜下隙注药 用无水乙醇或5%~10%酚甘油注入以治疗晚期癌痛。

三、腹痛

【概述】

腹痛作为一种主观的异常感觉,是临床上常见的症状。急性发作的腹痛称为急腹症,但急腹症也可呈慢性过程,表现为慢性腹痛,但极少经年持续不断,一般均为间断或偶尔发生。如果发作较严重,病人多以急腹症就诊。经常或持续的腹痛若是由恶性肿瘤引起,临床表现多较明显或有其他症状,而且病史不可能太长;若是良性疾病,常常找不到明确原因,或为慢性病,如内脏下垂、腹腔结核等,前者病人大多瘦弱,通常不以腹部胀满为主,多与进食和体位有关,后者一般均有结核的其他症状。很多疾病(包括腹部以外的疾病)都可产生急性腹痛的症状,特别是急腹症,如延误诊断或处理不当,有一定的死亡率,是外科医生应慎重对待的一个临床问题。

按腹痛发生机制的不同,急性腹痛可分为三种:

1. 内脏痛 即脏层腹膜痛,脏层腹膜的内脏神经属于自主神经系统,是在受到突然刺激的情况下传入的异常冲动,其感觉的特点是定位不明,难以指明疼痛的具体部位,对刀割、针刺、烧灼等引起的疼痛刺激无感觉,但对突然膨胀、牵扯、过度收缩和缺血特别敏感,常伴有恶心、呕吐等消化道症状。

2. 内脏特有的牵涉痛 由于传入冲动在相应脊髓平面内的交叉和重叠,可以在非病变区域的浅表部位感觉到疼痛,病变与出现牵涉痛部位的距离可近可远,如急性阑尾炎

可牵涉右下腹痛，而急性胆囊炎可牵涉到右侧肩背痛。

3. 壁层腹膜痛 由于感觉是沿脊神经传入，故和一般体表皮肤的感觉相似。了解腹痛发生的机制对准确判断病变的部位与性质十分重要。

【诊断】

(一) 病史

(1) 现病史

1) 腹痛发作的确切时间，应以小时计算。

2) 诱因，如饱餐、饮酒、剧烈活动、不洁饮食、情绪波动等。

3) 起病缓急，是急剧发作还是逐渐加重。

4) 腹痛开始的部位及以后部位的变化。

5) 腹痛的性质和以后性质的变化，腹痛有间歇绞痛、钝痛、胀痛、持续剧烈疼痛、持续性阵发性加重、放射痛等。

6) 影响腹痛的因素，如体位、搓揉、腹部热敷、排便等。

7) 腹痛的伴随症状，主要是胃肠道症状。外科急腹症常有迷走神经反射性恶心、呕吐，急性肠梗阻则兼有梗阻性呕吐，是断定外科急腹症的重要病史，必须询问清楚。此外，还应询问有无发热，是发生在腹痛发作以前还是以后，体温是逐渐升高，还是突然高热，是否伴有寒战，有无全身不适或肌肉疼痛，体温情况对鉴别内外科急腹症有帮助。

(2) 既往史：既往有无类似腹痛史，有无溃疡病史、胆石症史，有无腹部手术史及外伤史等。

(3) 月经史：女性成年患者必须询问，包括有无阴道不规则出血及白带情况。

(二) 体检

(1) 一般情况：面部表情、体位、脉搏、呼吸、血压、皮肤有无苍白、黄染或紫癜。

(2) 老年病人：应做心肺物理检查。

(3) 腹部：是检查的重点，注意取得病人的合作。

1) 外形凹陷或膨隆、两侧是否对称，有无肠型或蠕动波，腹式呼吸是否存在，脐周或侧腹部有无暗紫色淤斑。注意腹股沟部有无外疝。

2) 有无压痛、肌紧张、僵直、反跳痛、包块等，及其准确部位和范围。

3) 叩诊有无鼓音，如摸到包块，注意是实性还是囊性，外形、大小和移动性。腹部叩诊有无移动性浊音。

4) 听诊注意肠鸣音变化，有无亢进、减弱或消失。肠鸣音消失对诊断很有意义，必须在两处或三处听诊，3分钟以上仍未能听到，才能下结论。

5) 直肠指诊对诊断不能确定的病人，特别是怀疑妇科疾病病人是必要的。注意肠壁外压痛及部位，有无包块，有无溃疡，指套抽出后有无黏液或血液沾污。女性宫颈有无举痛。做指诊时可配合腹部双合诊。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血、尿、便常规。

(2) 怀疑急性胰腺炎者查尿淀粉酶，怀疑胆道疾患者查尿三胆，怀疑腹型紫癜者查尿紫质。

(3) 血生化检查, 根据需要查电解质、血淀粉酶、血胆红素、肝肾功能、血气等。

2. 影像学检查

(1) X线透视或平片: 了解肺部情况, 膈下有无积气, 胃肠道有无充气和液平面, 其数量、程度、部位、分布, 有无胆道和泌尿系结石。

(2) B超: 可判断胆囊和胆管有无结石, 胆管是否增粗, 腹腔及实质脏器外形及质地有无变化, 有无占位, 是实性还是囊性, 阑尾情况, 其周围有无渗出。这对鉴别妇科疾病也有帮助。

(3) CT: 必要时做CT进一步肯定B超所见。

(4) 选择性动脉造影: 怀疑腹腔内有较严重出血或血管疾患时可用。

3. 腹腔穿刺 如叩诊移动性浊音阳性, 可行此项检查, 根据穿刺液的性状及镜检进行判断。这对腹腔出血的诊断尤其有帮助。

4. 腹腔镜检查 对疑难病例, 有助于决定是否有开腹探查指征。

(四) 确定诊断

急腹症完整的诊断应包括病因和相关的并发症或疾病现象, 比如“急性腹膜炎, 感染性休克, 由十二指肠溃疡急性穿孔引起”, 这样的诊断是完整的、准确的。如果诊断为“急性弥漫性腹膜炎, 原因待查”, 只能算是做出一半的诊断。如果只做出“腹痛待查”的诊断, 等于没有诊断, 这种“诊断”显然是不可取的。

1. 根据典型的病史和体征, 再加上有诊断价值的辅助检查, 可以做出诊断。比如膈下有积气, 有助于确定溃疡病急性穿孔的诊断; 尿淀粉酶显著升高则支持急性胰腺炎的诊断; X线检查有多个液气面, 但结肠不充气, 小肠梗阻的诊断当无疑义; 腹腔穿刺吸出血液, 腹腔出血可以肯定; B超发现胆囊肿大、胆囊壁增厚, 并有结石, 有助于诊断急性胆囊炎。

2. 暂时不能确诊, 而病情又较重, 应进行密切观察, 由于病情的发展, 体征的表现逐渐变得明显, 或反复进行必要的辅助检查, 某些指标在两次或多次复查时显示阳性结果, 使诊断有了可靠的依据。有时, 时间是做出正确诊断最可靠的保证。

3. 虽未能确诊, 但有手术适应证, 经开腹探查, 直接发现和观察病变, 可以明确诊断, 如再有病理检查结果, 可以做出最后诊断。

4. 因导致急腹症的病种很多, 有时不能做出诊断, 但又无开腹探查指征, 而后病人逐渐好转或自愈, 这类病人几乎占急腹症患者的1/3, 世界胃肠学会把此类最终不能明确诊断者, 称之为非特异性腹痛(NSAP), 较之“腹痛待查”更符合疾病诊断的习惯用语。

(五) 鉴别诊断

1. 腹腔以外的疾病 因神经传导的重叠和牵涉, 腹部以外其他部位的病变也可引起腹痛。

(1) 大叶性肺炎或胸膜炎: 可刺激横膈周围, 通过第六肋间神经而出现上腹牵涉痛。初期常无咳嗽、排痰, 因此易误诊为外科急腹症。发病初期即有高热, 或先有高热, 无恶心、呕吐等症状。注意胸部X线片检查有时在24小时以后才有阳性发现。

(2) 急性心肌梗死或急性心肌炎: 老年人如全身情况严重, 而体温不高, 腹部体征轻微, 应注意心脏情况。

(3) 脊髓器质性疾病: 主要见于脊髓痨(晚期神经梅毒)引起的胃肠危象。其中以