

腹部外科症状诊断 与鉴别诊断学

主审 钱 礼
主编 张启瑜



人民卫生出版社

腹部外科症状诊断 与鉴别诊断学

主 审 钱 礼

主 编 张启瑜

编 者 (按编写章节先后排序)

张启瑜	施红旗	余 震	朱冠保
韩少良	周蒙滔	蒋飞照	余正平
郑晓风	虞冠锋	廖 毅	

编写秘书 曾其强

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

腹部外科症状诊断与鉴别诊断学/张启瑜主编. —北京:
人民卫生出版社, 2011. 6

ISBN 978 - 7 - 117 - 14092 - 8

I. ①腹… II. ①张… III. ①腹腔疾病 - 症状 - 外科
诊断②腹腔疾病 - 鉴别诊断 IV. ①R656. 04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 043654 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

腹部外科症状诊断与鉴别诊断学

主 编: 张启瑜

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

010 - 59787586 010 - 59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 14

字 数: 340 千字

版 次: 2011 年 6 月第 1 版 2011 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 14092 - 8/R · 14093

定 价: 48.00 元

打击盗版举报电话: 010 - 59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

前 言

腹部外科以病变复杂多变、病情变化快速、手术并发症多为其特点。因此,正确诊断与鉴别腹部疾病,对制订一个合理的治疗方案或手术方式以治愈疾病显得极为重要。

由于腹腔脏器多而病变复杂,故有相同症状出现的疾病往往不止是一种;反之,一种疾病的应有症状也不一定在每一个患者身上都会有发生。此外,某些疾病的症状表现则往往要随其病变不断发展到一定的阶段才会出现,或许是由于机体抵抗力的差异、机体对病变反应剧烈的程度和个体对疼痛的敏感性不同,其产生的症状轻重也都会有很大的差别。正如钱礼教授所提出的“同病可以异症,异病可以同症”对疾病临床表现的深刻认识,对腹部疾病的诊断与鉴别诊断有着极为关键的指导意义。习惯采用列举相同症状以鉴别不同疾病的所谓“从症入手、由症断病”的诊断方法则必将会受到这种“同病可以异症,异病可以同症”客观存在的病变特殊性而导致诊断偏离或错误。因为以“从症入手”的诊断方法就有可能未能列入所有应作为鉴别诊断对象的疾病而导致漏诊;同时也可能在区分不同症状来源时,又因不同临床经验的医师对病变的认知能力差异也可出现结论的偏差。上述情况应当在诊断与鉴别诊断疾病过程中引起高度的重视。

此外,虽然各种影像学检查(如B超、CT、MRI等)和特殊化验检查对诊断和鉴别诊断具有重要的作用,但必须注意的是,这些检查结果的正确性与否也受到很多因素的影响。因此,临床诊断疾病时应全面而客观地分析来自各方面的检查报告资料,以避免单凭某项检查报告的结果而轻易作出不正确的或许是不全面的诊断结论。特别是临床医师在阅读影像学资料或有关图片时,不可仅凭影像学报告作为临床唯一的诊断依据,而应在自身掌握阅片能力的前提下,认真阅读相应的图片和审核各种检查资料,方有可能更加客观而科学地观察和发现符合病变实际情况的影像学特征,以作出正确而符合病变实际情况的诊断与鉴别。

总之,对腹部病症的诊断与鉴别,必须在每一个患者的诊断全过程中,严格遵循“全面收集资料、认真调查研究、逻辑思维分析、科学合理定论”的诊断思路与原则,才有可能避免误诊或漏诊。那种只注重手术操作而忽略围术期对各种病症的诊断与鉴别的做法都必将会招致极为严重的后果。临床上,术前误诊和准备不充分导致术中术者心中无数而处理困难的例子并非罕见。若要成为一名优秀的外科医师,首先必须应是一名具有外科病症的诊断与鉴别诊断的高超诊断技能,并能对围术期作出合适处理的内科医师。然而,要具备掌握各种内、外科相关疾病的基本知识、病理特征、临床特点和诊断思维方法,并能对相关病症作出科学的“去粗取精、去伪存真”的逻辑分析和符合病变实际情况的正确诊断则并非易事。唯有

认真学习、不继总结、理论联系实际,方有得以成功的可能。

鉴此,本书邀请我院多年从事教学与临床的高年资医师与教授,意欲集多年来的教学与外科临床的经验,结合腹部外科的特点与近年来的外科临床进展和影像学技术在腹部外科疾病诊断与处理中的应用,对腹部外科病症包括一些术后病症的临床诊断与鉴别诊断的诊断思路进行阐述,抛砖引玉,供医学生与临床医师参考,并希望能对年轻的腹部外科医师在其临床成长过程中有所帮助和裨益。

张启瑜于温州医学院

2011-01-06

目 录

第一章 腹部外科病症的诊断方法、思路与程序	张启瑜	1
第二章 腹部主要症状的诊断鉴别		9
第一节 腹痛	施红旗	9
第二节 黄疸	张启瑜	19
第三节 腹块	余 震	26
第四节 呕血与黑便	朱冠保	37
第五节 腹水与积液	韩少良	61
第六节 呕吐与腹泻	周蒙滔	71
第七节 便秘与腹胀	余 震	82
第三章 腹部常见病变的诊断和鉴别诊断		92
第一节 先天性畸形	蒋飞照	92
第二节 穿孔性病变	余正平	101
第三节 炎症性病变	郑晓风	105
第四节 肿瘤性病变	郑晓风	107
第五节 梗阻性病变	韩少良	114
第六节 血管性病变	虞冠锋	123
第四章 腹源性疑难病症的诊断和鉴别诊断		132
第一节 急性腹膜炎	廖 毅	132
第二节 休克	韩少良	143
第三节 腹腔间隔室综合征	周蒙滔	150
第四节 多脏器功能衰竭	余 震	157
第五章 腹部疑难病症术中的诊断和鉴别诊断		165
第一节 消化道出血	朱冠保	165
第二节 腹腔内大出血	虞冠锋	167
第三节 腹腔与腹膜后血肿	虞冠锋	172
第四节 腹膜腔炎症	廖 毅	176

第六章 腹部术后异常病情诊断和鉴别诊断	187
第一节 腹腔引流异常	蒋飞照 187
第二节 术后发热	余正平 193
第三节 术后腹胀	余 震 201
第四节 术后黄疸	张启瑜 206
第五节 术后循环障碍	施红旗 208
参考文献	214
索引	215

第一章

腹部外科病症的诊断方法、思路与程序

腹部外科的发展经历了一个漫长的历史进程,随着医学科学的不断发展与成熟,胃肠、肝胆、胰腺和脾脏外科等多个专业进展迅猛。基础医学研究的深入使人们对腹部外科中许多疑难病症的病因、病理与发病机制等方面有了新的认识;边缘学科的交叉渗透使得腹部外科诊疗新技术(介入、内镜和显微技术)的出现可谓是日新月异;各种生物材料和手术器械的不断研制开发使外科医师妙手生辉、如虎添翼;影像学的发展给临床医师对病症诊断与鉴别诊断增添了新的方法与手段。但是,不论生物医学科学的发展到达什么样的程度,人们认知疾病与处理病症仍有赖于医师的敏锐观察力、逻辑思维、正确判断和果断决策,以及掌握高科技的能力。一般而论,对腹部外科疾病的诊断与鉴别,除可依据其腹部外科之特征性的症状和体征之外,还必须是与常规的诊断方法一样,也都离不开病史的收集整理、相应诊断方法的应用和逻辑分析与判断。

一、病史收集与整理

病史的收集与整理是否全面而正确,对能否对腹部疾病作出正确诊断与鉴别显得极为重要。原则上,病史的询问要求全面、确切、真实、可靠,对一些从患者口中得到的相关主诉,要根据不同患者的口述表达能力与认知程度进行客观的分析与整理,从中找出符合病变发展客观规律的主要症状表现特点,予以认真思考与分析。一般来说,要充分了解腹部外科疾病的主要症状表现如恶心呕吐、畏寒发热、腹痛腹胀、便血腹泻等,具体则应特别注意发病中的如下几方面:

1. 发病情况 主要包括对恶心呕吐、畏寒发热、腹痛腹胀、便血腹泻等症状的发病诱因、发作时间、起病缓急和进展快慢,以及出现症状的先后次序和演变过程等有一个全面的了解。一般而言,如以腹痛为主发症状者,应当了解腹痛发生前有无外伤和饱食史,外伤后出现腹部疼痛大多应考虑腹内脏器的损伤破裂或出血;饱餐后出现的腹痛则应注意有无急性胰腺炎或胃、十二指肠溃疡病穿孔的可能。腹痛前有剧烈活动和明显体位改变应考虑肠扭转;而炎症性病变大多先有畏寒发热、腹痛则先轻后重逐渐发展,多半局限于某个病灶周围,并以明显的局限性压痛为特点;空腔脏器的穿孔、破裂、梗阻、扭转,其腹痛发作突然、剧烈难忍,并可先由局部迅速扩散遍及全腹,多半患者常伴有恶心呕吐和腹胀等。但值得注意的是,老年体衰、儿童和妊娠患者,有时其腹部的症状体征可以很不典型而病变却已极为严

重,在诊断与鉴别诊断时应引起高度注意。此外,在了解发病情况时,还应特别注意有无由心、肺甚或脑部病变引发的腹部症状表现,否则将会因此误诊而导致严重后果。

2. 腹部病症的主要表现特点

(1) 腹痛:腹痛是腹部病症常出现的主要临床症状,腹部病变患者绝大多数首发的症状是腹痛,全面细致地了解腹痛的情况是诊断腹部疾病极其关键的环节,对鉴别诊断具有极为重要的意义。通常是先了解其疼痛的程度、性质,然后再根据其疼痛的部位和发病过程,结合相应的特殊检查结果,以判断病变的部位与性质。

1) 腹痛程度:通常对炎症性的病变如急性阑尾炎的腹痛较轻而大多数患者都能忍耐;管腔梗阻如急性肠扭转者为阵发性绞痛,患者常满床翻滚、辗转不安;急性胃、十二指肠溃疡穿孔和急性胰腺炎则腹痛剧烈犹如刀割,并可迅速向全腹扩散,患者多喜抱膝蜷曲侧卧。

2) 腹痛性质:由于不同病变的腹痛性质有较大的差异,故能对其性质作出正确的区分则有利于鉴别诊断。大体上,有持续性、间歇性、阵发性之分,也有隐痛、钝痛、绞痛和刀割样痛的描述,但这些症状往往相互交叉又同时并存,可出现有持续性的疼痛阵发性加剧的表现。通常如为持续性钝痛或隐痛多为炎症性病变或腹腔内实质性脏器出血刺激腹膜所致;阵发性绞痛则多为如结石、蛔虫或肿瘤等原因引起的空腔脏器梗阻,蛔虫引起者可有特殊的钻顶感;持续性腹痛又阵发性加剧者多表示炎症性病变与梗阻并存,其大多是由于肠梗阻发生血运障碍(扭转、肠系膜动脉栓塞),有绞窄性肠梗阻时的表现。

3) 腹痛部位:一般而论,相应部位腹痛的体表投影与腹内病变都相对比较一致,即症状体征最明显的部位往往是病灶之所在。因此,根据腹痛性质结合其疼痛的部位即基本上可对病变作出定位与定性诊断。例如右下腹部痛可能是急性阑尾炎,右上腹部的疼痛则多为胆囊炎,胃、十二指肠穿孔大多是从上腹部或右上腹部开始向全腹部扩散;左季肋部外伤和右季肋部外伤后出现左或右上腹痛并有内出血征象时多分别有肝、脾破裂的可能。

4) 特殊腹痛:转移性、牵涉性或放射性腹痛是腹痛发生时的特殊情况,对判断病变所在具有一定的诊断价值。如先是剑突下或脐周疼痛开始,然后转至右下腹者是急性阑尾炎的典型症状,但需注意十二指肠溃疡穿孔也可能会有这种情况,后者若有消化溃疡的病史可资鉴别。右上腹痛放射到右肩部是胆囊炎;左腰背部有牵涉痛是急性胰腺炎的症状表现,特别是有腰背部皮肤瘀斑时更有诊断意义。输尿管结石的绞痛可放射到同侧的腹股沟区,值得注意的是,右侧附睾炎往往有向右下腹的放射痛,而易被认为是阑尾炎。

(2) 呕血、黑便:呕血与黑便可以腹部病变的独有症状与体征,也可以作为其他主要症状的伴随症状出现。一般而言,有呕血者必有黑便,有黑便者则不一定都有呕血。其取决于消化道出血是来自上消化道抑或下消化道。通常,上消化道出血者大多有呕血,除非出血量少,或一次出血量不足以引发呕吐而发生呕血症状。下消化道出血者则基本不可能有呕血出现,大多数患者在出血量大时可排出鲜血便,并根据其出血量大小而可有暗红色便、柏油样便或黑便。正如前述,若呕血、黑便并无其他症状体征伴随者,其病变大多在消化道本身,如胃癌、大、小肠血管瘤和先天性血管畸形或肠癌早期未发生消化道梗阻时;若有相应伴随症状体征者则诊断可能较为明确,如呕血呈周期性伴有腹痛、畏寒发热和黄疸,则出血极大可能性来自胆道;如肝炎肝硬化病史者出现大量的呕血、便血症状时,大多为食管胃底静脉曲张破裂出血。必须注意,近期有应用水杨酸类及激素者,则应注意是否有药物引起的血小板减少或应激性溃疡出血。

(3) 腹胀、肛门停止排气、排便:腹胀是指由于腹腔内存在过多的液、气体或囊实性肿块发

展到相当的程度而形成的腹部膨胀。其原因可能是腹腔内有积液、出血,消化道有积气积液,以及腹腔内、盆腔或后腹膜肿瘤等。一般说来,非梗阻性的消化道内积气积液随着消化道炎症的消退,或手术后肠功能的恢复,通过肛门的排气多能自行消失。但若腹胀同时有持续性的肛门停止排气、排便,或伴有恶心呕吐等症状者,则表示消化道必有器质性病变或腹腔内有出血、渗液等。偶尔,腹胀前也有腹泻症状出现,特别是有便血,这种腹胀伴血便者是因为肠套叠早期属不完全性,其套入部出血渗入肠腔所致;而一旦病变发展至完全套入,则必将导致完全性肠梗阻而出现严重的腹胀。此外,腹腔外原因引起的腹胀属肠麻痹,在鉴别诊断时应注意。

(4) 黄疸:阻塞性黄疸是腹部外科常见的临床症状,其表现可以是无痛性的,也可有明显腹痛相伴,或有其他如畏寒发热等症状同时存在。一般说来,无痛性黄疸大多是胆道系统肿瘤引起的,其中以胆道的恶性肿瘤特别是肝门部癌和胰头壶腹部癌为多。无痛性黄疸者因其部位不同也有不同的表现特征,如肝管以上的肝门部肿瘤引起的黄疸,胆囊不肿大;而位于胆囊管与壶腹部之间的胆管癌或胰头部肿瘤引起黄疸者,在无慢性胆囊炎胆囊萎缩的情况下,则多有胆囊肿大,符合所谓的 Courvoisier 定律。此外,胆管系统的良性病变如蛔虫、结石,特别是伴有感染时,多有典型的夏科(Charcot)三联症与五联症的临床表现,有利于急性胆管炎和急性梗阻性化脓性胆管炎的诊断。

3. 肿块 腹部肿块常作为腹部唯一的首发症状出现,因此,就诊时则必须对腹部肿块大小、数目、形状、质地、活动度或移动度、境界,以及有无压痛、波动感或囊性感等,要有较为客观全面的了解与科学细致的分析,方能作出一个更加符合病变实际情况的诊断。就对腹部肿块的诊断与鉴别而论,首先必须明确患者所诉的腹部肿块是否为真正的肿块;其次要确定其位置确实是在腹腔内而非在前腹壁中或腹膜后,再次则还须明确肿块是属何种性质、病变在哪一脏器或累及哪些器官。前腹壁肿块和一些解剖部位变异,有时难以与腹腔内肿块作出正确的鉴别。一般需要通过吸气、屏气以及腹肌收缩等试验作出判断。至于腹腔内肿块与腹膜后肿块的鉴别,则一般较为困难,须通过 B 超、CT、MRI 和某种造影才能作出正确诊断。一般而论,固定的肿块若为良性大多是位于后腹膜,或为腹膜外或间位性脏器如十二指肠、升降结肠;而活动度大的肿块则多位于小肠、结肠或其系膜,特别是小肠系膜上的肿块则多因系膜固定的原因而有右上左下活动度大于左上右下的征象;而横结肠上的肿块则多以上下移动更明显为其特点。当然恶性肿瘤者则多有周围组织或脏器的浸润而固定,难以推动。

4. 其他症状 腹部外科病症除了上述以腹痛、呕血黑便和腹胀以及黄疸为其主要症状表现应引起高度重视之外,畏寒发热、恶心呕吐等症状常作为伴随症状出现对诊断也同样具有重要意义。腹内炎症性病变有畏寒发热的同时大多都伴有恶心呕吐,属于胃肠道的反应性表现,如急性阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎和肠道的炎症性病变都有恶心呕吐,特别是急性阑尾炎的早期,在转移性腹痛局限至右下腹前,其脐周痛伴恶心呕吐为主要症状则容易造成判断困难。当然肠梗阻时,恶心呕吐的频率、次数和内容物等对诊断有较为重要的参考价值:当高位肠梗阻时,其呕吐大多频繁,早期为胃内容物和胆汁,后期则因频繁的呕吐则其内容甚少而有空吐的特点;低位肠梗阻的呕吐不仅出现较晚,其次数与频率也不如高位肠梗阻那样如此频繁,吐出物大多为肠内容物呈粪水样,有粪臭。大便情况也需要了解,以助诊断:腹内炎症性病变时,由于肠壁受炎症的刺激,其肠蠕动的快慢致使大便的性状和次数有所不同,以表现为便频与便秘,如急性阑尾炎时则有“里急后重”之感;如是盆腔有感染或有盆腔脓肿者,则因直肠受到炎症刺激导致便次增加且伴黏液性;肠套叠时则可有典型的黏液血便;但若肠梗阻发现到后期致完全性时,则肛门将停止排气排便。

此外,过去的病史对诊断也有帮助,如有长期的溃疡病史的突发腹痛则有可能是胃、十二指肠溃疡穿孔;有腹部手术史后发生的腹部阵发性腹痛者当应先考虑是否为粘连性肠梗阻;有反复右上腹疼痛和黄疸史者则可能为胆道结石或胆囊炎;女性患者腹痛时有阴道出血、月经改变对鉴别诊断也有很大的帮助;泌尿道结石者大多伴有尿急、尿频、排尿困难和血尿等。

二、体格检查与特殊检查

(一) 体格检查

全面正确而有重点的体格检查对诊断具有极其重要的意义,主要分全身状况与腹部情况两部分:

1. 全身状况 常规的检查应该注意观察患者的营养状况、皮肤色泽和温度等,其生命体征必须检查的项目主要应包括体温、脉搏、呼吸、血压和神志精神状态。一般而论,急性病变其全身情况必然会随着病变的发展而急剧恶化;慢性病变特别是恶性病者则多表现为恶病质。通常急性炎症性病变者一般情况较轻,而穿孔、内出血,肠扭转等急腹症患者的情况则非常严重,常表现为出血性、失血性或感染性休克等体征。

2. 腹部检查 腹部检查对腹部病症的诊断,特别是急腹症的鉴别诊断和判断病情的严重程度具有决定性的作用。主要为腹部的望、触、叩、听:腹部检查时应根据患者的生理体型注意观察腹部情况:瘦长型者腹内脏器常有下垂,其右肝可在右侧腹直肌外侧肋缘下多达3~4cm,肾下极也常易被触及;胃呈窄鱼钩形,直立位时胃大弯可达骨盆,这种体型的人易出现如十二指肠血管压迫综合征,胃下垂等内脏下垂等。体形肥胖,身材粗壮,肌肉发达者,其肋骨斜度小,肋角较宽和肋间隙较窄,剑突与脐部间的距离较短。故肝脏往往向左伸展而其下缘的位置较高不易触及。胃呈牛角形,其幽门位置较低。该型患者易患胆囊疾病,食管裂孔疝等。此外,应密切观察有无腹式呼吸、局限性膨隆、胃肠型蠕动波或逆蠕动,以及有无腹壁静脉曲张、皮下出血的脐部(Cullen征)和侧腰部(Grey-Turner征)青紫现象等。触诊时应全面了解腹壁、腹腔和腹膜后的病变情况:前腹壁主要是看有无腹肌紧张、压痛与反跳痛等腹膜刺激征;腹腔内、腹膜后主要是要确定肿块部位、大小、境界、质地和推动性等。必要时,若对腹部肿块的部位鉴别有困难,应作腹肌收缩试验与腹压增高试验以确定其肿块是在腹壁抑或在腹腔内。叩诊时主要是了解有无腹水征的移动性浊音和肝、脾浊音界是否会消失。听诊则主要是听有无肠鸣音减弱、消失或亢进,有无特殊的气过水音或叮咚音和有无振水音。

值得指出的是,所有的腹部外科患者都应有肛门指诊;女性患者盆腔有肿块者则应有妇科检查,否则都应认为腹部的检查是不完全的。

(二) 辅助检查

为了进一步明确诊断,实验室的检查是非常必要的,通常包括一般性化验检查、特殊的物理学检查和穿刺活检或剖腹探查等,其选择有赖于病史和体格检查后的初步印象诊断。其结果大多可作为诊断参考,但有部分阳性的检查结果则可决定诊断。

1. 化验检查 必要的化验检查包括血、尿、大便常规,必要时作选择性的血生化检查、酶学检查和免疫学检查等也将有助于诊断。如炎症性病变其血白细胞和中性粒细胞都会增加,腹腔内出血时血红蛋白常会有不同程度的下降,急性胰腺炎者血、尿和腹水的淀粉酶、血糖等测定都会升高,而血钙降低。同时可作血弹力蛋白酶I和II、免疫活性胰蛋白酶、胰泌性蛋白酶抑制物测定。肝癌患者可作血甲胎蛋白(AFP)测定。另外,有些慢性病变可根据其病变特点选择相应的生化检验,应对诊断有积极的作用。

2. X线检查 通常腹部X线检查分普通的X线片和造影检查,前者主要对诊断消化道穿孔、肠梗阻和腹内有关脏器结石或异物等都有其重要意义;后者主要是通过应用相应的造影剂作对照,对胃肠道、胆道和血管做造影检查,以获取阳性的结果。

一般说来,X线片显示有膈下游离气体即可确诊胃肠道穿孔,但由于小穿孔、早期穿孔或穿孔后马上自行封堵气孔而一时进入腹腔的气体较少时,膈下游离气体可不明显,故在这种情况下应细心询问病史和详尽地做体格检查,不要轻易排除消化道穿孔的诊断。有腹腔内气-液平面或充气的扩大肠袢,甚或有特殊的肠扭转的X线征象。有尿道和胆道结石者有时可见结石阴影。

消化道的钡餐造影主要是了解到全消化道包括食管、胃、小肠和结肠有无病变,通常情况下都能显示相应部位的溃疡、肿瘤和憩室等病变。空气或钡灌肠检查则主要是观察有无肠套叠、乙状结肠扭转、结肠癌肠梗阻或先天性的肠旋转不良等。口服和静脉胆道造影,以及经皮肝穿刺胆道造影(PTC)对了解胆道有无结石、肿瘤和确定梗阻的部位与性质都有其诊断价值,而泌尿道系统的造影检查对泌尿系统功能状态的判断和病变的诊断与鉴别也有重要的作用。

3. 超声检查 有二维超声和彩色多普勒超声与超声内镜(EUS)检查,可在术前或术中观察肝、胆、胰、脾和肾脏占位性病变,以及后腹膜肿瘤和外伤性破裂;对胆道结石、腹水或血、脓肿有肯定的诊断价值,还可在超声引导下作有关脏器病变的穿刺引流或活检等。虽然超声对空腔脏器的病变识别较差,但有报道对胃肠疾病如幽门梗阻、肠梗阻、肠套叠、胃肿瘤、结肠肿瘤和阑尾炎或脓肿也有诊断价值,其检查结果可作为诊断的参考。

4. CT与MRI CT与MRI是近代发展的影像学新技术,CT是利用人体组织器官对X线的不同吸收程度,并通过平扫、增强和造影扫描、薄层和靶放大扫描对腹部病变作出不同强度的灰阶图像。CT的图像质量与普通的X线图像比较,其空间分辨率较后者低但密度分辨率则要高。因此,CT能对普通X线无法分辨的密度差异较小的组织作出诊断。MRI则是利用人体组织的某些特定的原子核如氢原子在磁场内受到一种特定射频脉冲激励时产生的共振并发出的不同强度的无线电信号,经收集后由电子计算机处理,通过灰阶、多参数灰阶和三维成像后显示各组织结构的影像。它除了提供形态学的改变情况以外,还可以提供生理功能和生物化学方面的信息。其图像清晰逼真,并有多方位成像的特点。特别是磁共振胰胆管造影(MRCP)是属无创性而不需使用造影剂的胰胆管造影成像,能清楚地显示肝内外胆管的梗阻部位和程度、肿瘤的部位与大小以及其浸润的范围等。其对肝外胆管病变诊断的符合率高达90%以上,是一种梗阻性黄疸诊断与鉴别诊断的重要检查手段。

5. 选择性腹腔动脉造影术 腹腔动脉和选择性肠系膜血管的造影术对观察肝、胆、胰、脾、小肠、结肠的病变有着重要的意义,特别是对消化道出血的诊断(当出血量大于 $1.5 \sim 2.0\text{ml/min}$)有肯定的诊断价值。应用放射介入血管造影不仅能迅速找到出血部位,还可以进行局部止血或介入性药物治疗。

6. 内镜检查 包括消化道的内镜和腹腔镜,前者有纤维胃镜、纤维十二指肠镜、纤维小肠镜、胆道镜等;后者主要指的是腹腔镜。内镜的问世使腹部外科的很多疾病能在镜下获得诊断与治疗,是当今医学的一个重大变革。纤维胃镜和结肠镜除能对胃、结肠的病变作出诊断外,还可对一些良性病变如出血作止血治疗与活检。此外可作内镜下逆行胆胰管造影(ERCP)或置管引流(ENBD)和经内镜做乳头括约肌切开术(EST)。ERCP对鉴别梗阻性黄疸的病变部位是肝内或肝外胆管的部位的确定,对慢性胰腺炎与胰头癌的诊断与鉴别,对胆总管的良性扩张性病变如胆总管囊肿、狭窄和先天性肝内胆管囊状扩张症(Caroli病)的诊

断与鉴别都同样具有重要意义。而胆道镜则为术中、术后胆道取石提供了新的途径和方法；腹腔镜的应用除可进行各种手术治疗消化道疾病之外，还可作为诊断腹腔内一些病变的一种检查手段。

7. 放射性核素检查 通过核医学显像仪器来记录和显示体内脏器中放射性核素的分布情况，并分析出体内相应脏器的病变和解剖结构，包括其形态、大小和位置，生理代谢功能变化等。其中单光子发射型计算机断层显像(SPECT)具有多种显像功能，其除了平面显像、动态显像和量化分析外，还可以作断层显像和三维重建，特别是正电子发射计算机断层显像(PET)，更是当今最先进的核医学检查方法，目前除主要用于神经、心血管系统疾病的诊断外，还可对腹腔内脏器的良、恶性肿瘤作诊断与鉴别诊断，可对放、化疗后的疗效进行观察，以及对判断肿瘤的复发与转移有重要意义。

8. 腹腔穿刺 对有些病变如急性腹膜炎、闭合性腹部外伤、急腹症、腹腔内出血和积液等情况诊断不明时，应考虑是否作诊断性腹腔穿刺或冲洗吸液检查观察，特别是对病史资料不全和腹痛原因不明的情况下，对确定诊断具有十分重要的意义。对可疑外伤性内脏破裂或穿孔、异位妊娠、腹腔内脓肿、绞窄性肠梗阻、肿瘤腹腔内转移，可在B超引导下或直接作右下腹或可疑病变部位穿刺以观察腹水的状况，并根据化验结果可作出腹膜炎的诊断或病因诊断。对腹腔内出血不多者或腹部外伤早期内出血不明显时，还可通过穿刺置管作腹腔灌洗引流术，将引出的液体做化验检查，同样也可对腹内炎症或出血性病变作出判断。

(三) 剖腹探查术

剖腹探查术可作为一种特殊的、具有较大创伤的最后检查手段。理论上，剖腹术时意味着腹部病症诊断已经结束，治疗同时即将开始。因此，在作出剖腹探查决定时则要强调对病症诊断与鉴别诊断已确实无其他更好的方法可替代，或者是患者的情况不允许做更多的检查，以免延误治疗时机，乃至是抢救时机时作出的决策。应该特别强调，对明确诊断来说，这是一种属于不得已而为之的抉择，而从治疗或抢救患者生命的角度出发，则具有时间上的重要价值。另外，确实应注意的是，有某些腹部病变还非得要剖腹探查才能作出病因和病理诊断不可，特别是腹膜后的病变或胰腺部位的病变，术前要作出确切的诊断并非易事。有些病变术中肉眼即可诊断，也有些病变则必须在术中还应再做相应部位的超声检查或直视下穿刺活检后，其诊断才能明确。

三、诊断思路与程序

一般而论，经过详细的病史询问与体格检查和辅助检查，对腹部病症都将会会有一个初步的印象。但要对初步的印象有一个更为全面而正确的诊断，则必须对相关的临床资料特别是突出或主要的症状和特殊检查结果作出符合实际病变的逻辑思考，找出其病变的特征，并根据其病症的特征，按一定的思路与程序作出分析判断，方能对腹腔内病变作出符合实际的确切诊断。就腹部外科疾病而言，大约可以分为先天性疾病如畸形，炎症性病变如急性胆囊炎和胰腺炎，穿孔性疾病如急性和慢性胃、十二指肠溃疡穿孔，梗阻性病变如肠梗阻和胆胰管结石梗阻，肿瘤性病变如肝肿瘤和后腹膜肿瘤，出血性疾病如外伤性腹腔内出血来自肝、脾破裂等。但不论是上述何种性质的病变，通常在作腹部病症的诊断与鉴别诊断时，首先是要确定其病症是否在腹部，然后再区别是内科病还是外科病，最后对外科性疾病作出诊断与鉴别。

(一) 确定病症是否在腹部

要确定病症是在腹部，首先应排除非腹部病变引起的腹部症状的一些疾病，更确切地

说,其腹部出现的病症是由于内科或其他非腹部病变所致,这是一个非常重要的诊断步骤。排除了非腹部病变才能避免产生灾难性的手术和严重的临床后果。

1. 呼吸系统疾病 右下肺部病变或胸膜炎、胸腔积液等胸部病变都有可能引发右上腹部的疼痛而易被误诊断为急性胆囊炎,这是由于右前腹壁属第7~12肋神经和第1腰神经支配,从而导致胸部病变刺激这些神经而引发。一般而言,胸、肺部病变引起的腹痛部位,肌肉有紧张而压痛都不明显是 its 特点。询问病史时应特别注意有无发热、咳嗽咳痰、胸痛等胸部病变的症状,全面的体格检查特别是胸部的检查是否有湿啰音等肺部阳性体征对鉴别诊断很有意义,必要时应强调作胸部的X线、CT、PET等特殊检查排除胸、肺部的病变。

2. 心血管病变 冠心病和心肌梗死因心肌缺氧可引发心绞痛,常发部位在胸骨后或可放射到剑突下和上腹部,与胃溃疡或溃疡病穿孔腹痛相似。根据过去有高血压和心脏病发病史,结合其发作特点是出现上腹部剧痛时,多以胸骨后为重,并可向左肩部放射,常伴有呕吐、四肢厥冷、血压下降等,做心电图、心导管、PET等方面的检查有助于诊断。但重要的是在鉴别诊断时应随时高度警惕心血管系统的病变的临床特征予以排除,避免误诊导致手术而引起更为严重的后果。

3. 胸背部或前腹壁的病变 胸背部包括来自脊髓、脊柱、椎体的损伤血肿和肿瘤都有可能因相应的神经根或束受压而引起上腹部疼痛,特别是有外伤时更应注意询问脊柱有无受伤和了解腹痛与外伤部位的关系。胸部及脊柱的X线拍片、MRI、PET等检查对诊断和鉴别诊断应有帮助。

闭合性腹壁外伤后常会出现腹痛、腹肌紧张和压痛,有时很难确定有无腹腔内脏损伤。通常,单纯腹壁的挫伤者作腹肌收缩试验腹痛和腹壁触痛加重,而腹内损伤者则腹肌收缩时腹壁触痛应略为减轻。以此可作初步鉴别,但必须注意对此类患者作严密观察,以防漏诊。

4. 其他少见的疾病 有些神经系统和血液系统的疾病也可引起剧烈的腹痛,如腹型癫痫、过敏性紫癜、铅中毒、卟啉症(血紫质病)等,鉴别诊断时应小心予以排除。

此外,在瘦长型的患者腹前壁触到正常腹主动脉搏动和游离的脾脏或肾脏时有被误认为动脉瘤和肿瘤的情况,在确定病变是否在腹部的过程中都应谨慎予以排除。

(二) 腹部病变是属内科还是外科

明确病变来自腹部后,则需进一步排除腹部病变引起腹部病症的一些不需要外科手术的疾病。由于这类病变虽在腹部但并不需要手术治疗,其引发的症状和体征有时与外科性疾病相似,确定其病变性质显得非常重要。

1. 急性胃肠炎 个别急性胃肠炎患者就诊时没有腹泻,而主要表现为剧烈的腹痛。甚至有的患者腹痛是先从右下腹开始,伴有压痛,极易被误诊为急性阑尾炎。因急性阑尾炎患者可有腹泻或便秘和里急后重等症状表现。偶尔急性胃肠炎者X线检查有肠气-液平面,此时有可能被误诊为不完全性肠梗阻。一般来说,急性胃肠炎时的腹痛虽然剧烈,但其腹部不会有外科急腹症患者所表现的腹肌紧张、压痛与反跳痛,而常有“喜按”的特征性表现,病情亦都可在较短的时间内减轻或好转。

2. 急性肠系膜淋巴结炎 以6~12岁患者为多,主要是病毒感染引起肠系膜淋巴结炎,由于回肠段淋巴结最为丰富,故腹痛往往以右下腹最明显,同时多伴有上呼吸道感染的症状,但由于部分患者可先有脐周部疼痛转至右下腹,并有右下腹压痛,酷似急性阑尾炎。但急性肠系膜淋巴结炎有其特点:腹痛一般较轻,多伴有上呼吸道感染的症状,其腹部压痛点不固定,肌紧张亦多不明显,血白细胞无显著升高,腹部症状较快减轻或消失。

3. 胆道蛔虫症 其临床发病的特点是突发心窝部阵发性剧烈的钻顶样痛,痛时患者辗转不安,可伴恶心呕吐,有时吐出蛔虫;间歇时则如正常人,安静无事。剧烈腹痛而上腹部压痛不明显之所谓的症状体征相分离是胆道蛔虫症的特征。除非是并发有胆管炎、胆囊炎,一般不会有明显寒战、高热和黄疸。既往有吐蛔虫史或有服驱蛔不当的病史有助于诊断。

4. 急性盆腔炎 急性盆腔炎是由于输卵管、卵巢与盆腔腹膜的急性炎症,其主要症状是发热、下腹部疼痛伴白带增多。体检时下腹部可有明显压痛和略微肌紧张,特别是右下腹部有压痛时与急性阑尾炎相似易混淆。急性盆腔炎的特点:常发生于月经周期末、流产或分娩后,有下腹痛但其腹部的肌紧张、压痛反跳痛则相对较轻而位置较低。白带增多而肛门指诊骶窝两侧有压痛,妇科检查阴道有明显的灼热感,子宫颈有举痛和附件有明显的压痛。

(三) 确定腹部外科疾病部位与性质

在排除了非外科性疾病和不需要手术的腹部疾病之后,最为重要的是确定腹部病变的部位与性质,即要明确其病变是在哪个脏器?其病变的性质是什么?正如前所述,可根据病变的部位与性质是属何种情况逐一予以排除与确定:具体则要分清其病变是发生在哪个脏器的先天性或后天性病变;若其属获得性病变,则要进一步明确其病变是炎症还是溃疡?肿瘤(良性或恶性)还是结石?穿孔、破裂还是梗阻、出血等。至于在诊断时是先确定部位还是性质,并无太大的实际意义与差别。无论何者为先,都必须遵循一定的诊断思路,都应根据解剖生理知识,结合临床发病特征和检查获得的阳性结果,采用“以症断病”与“取证论病”的方法,对腹部的病症进行“去伪存真、去粗取精,由表及里,由浅入深”的思维逻辑分析,必能对腹部的病变作出较为符合实际的判断。

通常对腹部病症的诊断与鉴别的步骤是:首先应对主要的症状进行仔细的询问,并结合症状对腹部进行深入细致的检查,然后再根据症状体征选择有针对性的辅助检查。大多都能对其病症作出是先天还是后天性病变的区分,并可对急性或慢性、炎症或梗阻、穿孔或破裂、出血或肿瘤等性质有一个总体的印象。有些病症则还可结合发病部位与特点就能作出一个较为完整而符合病变实际情况的诊断,如急性炎症者其发病都比较缓慢,腹痛多为持续性,开始较轻,逐渐加重,并有相应的固定点,同时有全身炎症反应和明显的腹膜刺激征。如为转移性右下腹部的疼痛和有右下腹固定性压痛反跳痛,并有白细胞升高者,急性阑尾炎的诊断基本就可成立;如有反复发作右上腹部疼痛伴发冷发热、黄疸者,再做B超检查可进一步明确是否有胆囊结石和胆管结石。急性穿孔病变如胃与十二指肠溃疡穿孔时,发病突然,腹痛剧烈难忍,可出现休克,中上腹部有明显的压痛与反跳痛,膈下可有游离气体,再结合原有溃疡病史,其诊断并不困难。对病变不复杂的一般性病变者,采用上述的诊断思维分析方法就可明确,但对较为复杂或长期慢性病变而有并发症者,特别是有些症状体征似是而非,所选择的辅助检查结果也不明确或急诊情况下未能及时出报告时,则首先应对其病变性质作出判断:是急性还是慢性?是结石还是肿瘤?良性还是恶性?是梗阻还是穿孔?是内脏破裂还是出血等要有一个大概的评估,然后再根据缓、急、轻、重作出进一步处理的决定:是进一步检查观察,还是等待检查结果或者马上手术探查。但无论作何决定都必须永远铭记:医师的神圣职责是“治病救人”,在医治病患过程中首先是救命然后再治病,治病是为了更好地救命,这是一个医师的真正医德之所要。那种为了获得“取证倒置”资料的完整性而多作检查观察、只为其诊断的正确全面而不惜耽误救治时机的做法都是错误的,应予以力戒与避免。

(张启瑜)

第二章

腹部主要症状的诊断鉴别

第一节 腹 痛

腹痛是指由各种原因引起的腹腔内、外脏器的功能性失常或器质性病变,从而刺激腹部神经所产生的一系列保护性防御反应的警戒信号。腹痛可按其疼痛发生的程度和缓急分为急性腹痛与慢性腹痛。一般而言,内科疾病引起的腹痛大多是慢性腹痛,而急腹症则是由腹腔内脏器病变引起的以急性腹痛为特征的一组疾病,以病种多、起病急、发展快、变化多、病情重、病因复杂为其特点。由于引起急性腹痛的病种繁多,腹腔内各脏器间紧密比邻,临床表现复杂多变,再加上不同的患者对腹痛的反应和耐受性不一致,很容易引起漏诊、误诊甚至误治。因此,在诊断腹痛时必须抓住要点、全面分析、认真鉴别,严防发生误诊误治。

一、腹痛的原因与表现

腹痛可因其病变所在的脏器和性质不同而有不同的表现特征:一般可有内脏痛、躯体痛和牵涉痛;持续性痛、阵发性痛、持续性痛阵发性加剧;以及急性腹痛与慢性腹痛等的不同描述与感受。根据腹痛的不同特点,其产生机制有如下几种情况:①腹腔内空腔脏器的平滑肌强烈痉挛收缩或空腔脏器管腔内压力显著增高,或空腔脏器的迅速膨胀或伸张;②腹腔内实质脏器迅速肿大,导致其包膜受牵张;③化学性、生物性或其他刺激因素激惹腹膜壁层;④腹腔脏器的血管痉挛或阻塞,致使局部组织缺血影响内脏感受器;⑤腹腔外脏器的病变所引起的牵涉痛;⑥全身性感染、机体内分泌或代谢紊乱、过敏性因素、血液病等,也常可引起不同部位与不同程度的腹痛;⑦腹壁软组织病变刺激腹壁神经引发的疼痛;⑧身心疾病或精神刺激等可引起内脏运动、分泌、血液循环等敏感反应而导致腹痛。

引起腹痛的疾病众多,大多是在腹部,但也有少数是非腹部疾病所致。

(一) 腹部病变

1. 炎症性疾病 如腹膜炎、阑尾炎、胆囊炎、肝脓肿、胰腺炎、急性胃肠炎、炎症性肠病、尿路感染等。

2. 脏器阻塞或扭转 由空腔脏器或管道的梗阻引起,如肠梗阻、肠套叠、胆石症、输尿管结石、胰管结石、胆道蛔虫症、急性胃扭转、大网膜扭转或卵巢囊肿扭转等。

3. 腹腔脏器穿孔或破裂 如胃、十二指肠溃疡穿孔、肠穿孔、胆囊或胆管穿孔、肝脾破裂、肝癌破裂、胰腺损伤、异位妊娠破裂、卵巢囊肿破裂等。

4. 血管病变 如肠系膜血管血栓形成或栓塞、门静脉血栓、夹层动脉瘤、脾梗死、肾梗死等。

5. 腹壁疾病 如腹壁创伤、腹壁带状疱疹、腹壁神经痛等。

6. 腹内脏器被膜过度牵张 如肝淤血肿大、肠系膜被过度牵扯等。

7. 病变侵犯腹腔内神经 如胰腺肿瘤侵犯腹腔神经丛等。

8. 其他 如肠痉挛、急性胃扩张、痛经等。

(二) 腹外病变

腹部以外脏器官病变引起腹痛临床也较多见,如不仔细鉴别,常可导致误诊误治。

1. 胸部疾病 一些胸部疾病如急性肺炎、胸膜炎、肺梗死、气胸、甚至支气管哮喘等也能引起腹痛。肺炎引起急性腹痛的原因多与病情较重、炎症累及膈胸膜有关。心绞痛、急性心肌梗死、心包炎、主动脉夹层动脉瘤破裂等心血管疾病也常有腹痛。急性心肌梗死引起腹痛的机制主要是心肌缺血、缺氧时刺激迷走神经,对胃肠产生反射作用,另外,心脏感觉纤维进入脊髓后与上腹部的感觉纤维共同聚合于同一神经元,经同一传导途径上传,故心脏感觉冲动传入丘脑和大脑皮质后,会使患者产生腹痛的错觉。此外,纵隔炎症或肿瘤等疾病有时可引起腹痛。

2. 中枢神经系统疾病 如脑血管意外、脑炎等有时伴有腹痛。也偶见脑肿瘤引起腹痛的报道。腹型癫痫(abdominal epilepsy)多在剧烈头痛或偏头痛时发生腹痛,其发生腹痛的机制是由自主神经中枢及附近部位的异常放电引起肠管自主神经末梢释放大量乙酰胆碱,导致肠管平滑肌痉挛而出现剧烈腹痛。此外,脊髓肿瘤、脊髓结核、蛛网膜炎等也可引起腹痛。

3. 脊椎疾病 如脊柱侧弯、脊椎炎、脊柱关节炎、胸椎结核、脊柱转移瘤、椎间盘突出症等可压迫神经根而出现腹痛,疼痛多在体位扭转、屈曲、咳嗽、排便时加重。此外,骨质疏松症等也可引起腹痛。

4. 血液与造血系统疾病 如遗传性球形红细胞症、急性血红蛋白性贫血发生溶血时可致剧烈腹痛。阵发性睡眠性血红蛋白尿、阵发性冷性血红蛋白尿可因睡眠或寒冷而诱发腹痛。镰状红细胞病、地中海贫血等血红蛋白病也可发生腹痛。腹型过敏性紫癜(henoch purpura)为一种常见的血管变态反应性疾病,因机体对某些致敏物质发生变态反应,导致毛细血管脆性和通透性增加,血液外渗,产生皮肤紫癜、黏膜及某些器官出血。当消化道黏膜及脏层腹膜毛细血管受累时,表现为腹痛,常为阵发性绞痛,多位于脐周围、下腹或全腹,发作时可因腹肌紧张、明显压痛及肠鸣音亢进而误诊为外科急腹症。急性白血病及恶性淋巴瘤也可有剧烈腹痛发作。此外,溶血性贫血、白血病和骨髓纤维症等引起的脾梗死可出现左季肋部疼痛。

5. 内分泌与代谢疾病 如糖尿病酮症酸中毒引起腹痛的主要原因是严重缺水、电解质紊乱和酸中毒刺激胃肠神经,引起胃肠平滑肌痉挛所致。此外,酸中毒时氧离曲线左移,血氧解离困难,导致胃肠组织严重缺氧,产生大量乙酰醋酸、 β -羟丁酸和丙酮酸,加上蛋白分解后产生的大量酸性代谢产物,均对神经产生刺激,引起胃肠功能紊乱,导致腹痛。原发性甲状腺功能亢进症等也有腹痛发生。高脂血症也可引起腹痛。卟啉症,尤其是急性间歇性卟啉症也可引起腹痛。淀粉样变,特别是原发性全身淀粉样变,也可导致腹痛。