

消化系统急症

刘海峰 王伟岸 主编

XIAOHUAXI JIZHENG



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

消化系统急症

XIAOHUAXI JIZHENG

刘海峰 王伟岸 主编

图书在版编目(CIP)数据

消化系急症/刘海峰,王伟岸主编. —北京:科学技术文献出版社,2012.9
ISBN 978-7-5023-7068-8

I. ①消… II. ①刘… ②王… III. ①消化系统疾病:急性病-诊疗
IV. ①R570.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 215743 号

消化系急症

策划编辑:张金水 责任编辑:张金水 责任校对:张明磊 责任出版:王杰馨

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部 (010)58882938,58882087(传真)
发 行 部 (010)58882868,58882866(传真)
邮 购 部 (010)58882873
官 方 网 址 <http://www.stdp.com.cn>
淘宝旗舰店 <http://stbook.taobao.com>
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京博泰印务有限责任公司
版 次 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 次印刷
开 本 787×1092 1/16 开
字 数 825 千
印 张 36.25 彩插 4 面
书 号 ISBN 978-7-5023-7068-8
定 价 118.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换

前言

消化系统包括从口腔到肛门的消化道（食管、胃、小肠、结直肠）和附属腺体（肝、胆、胰），以及腹膜、肠系膜、网膜附属结构，与人体的其他内脏系统密切联系，并受神经系统的调节。消化系统疾病是常见病和多发病，其本身的急症已是临床重危、急诊的常见病，加上其他系统疾病在消化系统的急症表现复杂而多见，与消化系统有关急症的诊断和处理变得复杂和棘手，甚至误诊、误治。

重视消化系统相关急症的规范处理，是急诊工作的重要内容。因此，以武警总医院有关专家为主，并邀请其他医院的知名专家，组织编写了本书。全书共七章，内容涵盖消化系常见急症症状的诊治思维，食管、胃、肠、肝、胆、胰疾病相关急症，内镜技术在急症中的应用，以及内镜操作本身所引起的急症。并专章介绍了多系统疾病的消化系急症表现，以及呼吸、心血管、神经系统、内分泌疾病在消化系的急症表现，妊娠相关性消化系急症，中毒的诊治，血液净化技术和营养在消化系急症中的应用等。

本书反映了消化系相关急症诊治的新观念、新技术和方法。在编写过程中，各个疾病原则上涵盖其相关的定义、概念，疾病急症处理相关的病理生理基础，遵循循证医学原则的诊断思路和程序、治疗的基本原则及各种治疗措施的具体方法和应用技巧，力求反映最新的临床研究成果，提供规范的消化系急症诊治程序和具体处置方案，体现出内容的科学先进性、实用可操作性。但因有关疾病的循证医学指南更新时间的差异，以及作者对指南认识的差异，加上编写者经验和能力所限，难免有疏漏或不能完全反映最新进展，祈望读者批评指正。

应特别强调的是，本书所列治疗方案和药物尽可能反映目前最新进展，但药物及其用法等所述内容不具法律效应，仍应结合药物说明书和有关法规的最新规定使用。

主 编

2012-4-8

· 目 录 ·

第一章 消化系急症的诊治思维	1
第一节 急性腹痛的诊治思维	(韩晓梅 杨建民) 1
第二节 消化道出血的诊治思维	(姜利国) 13
第三节 恶心、呕吐的诊治程序	(赖人旭 郭惠学) 18
第四节 急性吞咽困难、吞咽痛的诊断程序	(王伟岸 刘海峰) 55
第五节 急性腹泻的诊治程序	(聂青和) 61
第六节 黄疸的诊断流程	(唐红卫) 69
 第二章 食管疾病急症	81
第一节 腐蚀性食管炎	(施英瑛) 81
第二节 急性化脓性食管炎	(滕小春) 84
第三节 反流性食管炎	(刘海峰 丁 宇) 86
第四节 急性放射性食管炎	(滕小春) 96
第五节 马洛里-魏斯综合征	(卜保国) 99
第六节 食管穿孔及自发性破裂	(王国安 刘海峰) 102
第七节 非心源性胸痛	(王伟岸) 109
 第三章 胃病急症	119
第一节 上消化道出血	(姜利国 李长政) 119
第二节 急性胃炎	(施英瑛) 133
第三节 应激性溃疡	(张 爽 刘海峰) 143
第四节 膈疝和胃扭转	(朱晓慧) 147
 第四章 肠道急症	163
第一节 急性出血坏死性小肠炎	(刘海峰) 163
第二节 肠梗阻	(韩承新) 169

第三节	假性肠梗阻综合征	(宋志强 刘 烨)	181
第四节	胃肠扭转	(韩承新 王伟岸)	187
第五节	憩室炎	(朱晓慧)	198
第六节	急性阑尾炎	(高宏凯)	206
第七节	急性盲肠炎	(朱晓慧)	213
第八节	炎症性肠病	(殷 健)	217
第九节	抗生素相关性腹泻	(王伟岸 陈新华)	232
第十节	感染性腹泻	(聂青和)	243
第十一节	肛门直肠疾病	(金伟森)	254
第十二节	下消化道出血	(姜利国)	267
第十三节	其他结肠急症	(黎 君)	271

第五章 肝胆胰腺疾病急症 284

第一节	急性胰腺炎	(王伟岸 温小恒)	284
第二节	胰性脑病	(王伟岸)	299
第三节	肝硬化腹水	(贺春燕)	306
第四节	肝肾综合征	(贺春燕)	310
第五节	肝肺综合征	(贺春燕)	312
第六节	自发性细菌性腹膜炎	(宋志强 李如源)	315
第七节	肝性脑病	(赖人旭 王伟岸)	320
第八节	肝性脊髓病	(吴士文)	328
第九节	暴发性肝衰竭	(张绪清)	331
第十节	肝脓肿	(周丁华 张建华 董钦生)	359
第十一节	肝移植术后早期并发症	(陈新国)	370
第十二节	胆道蛔虫病	(屈亚威)	378
第十三节	急性胆囊炎	(周丁华)	381
第十四节	胆石症	(周丁华 高武林)	384
第十五节	原发性肝癌破裂出血	(王悦华)	388
第十六节	胆囊切除术后综合征	(李虎城 吴田田)	396
第十七节	胆囊及奥狄括约肌功能障碍	(李虎城 吴田田)	399

第十八节 药物性肝损害	(卜保国 王伟岸) 404
第六章 内镜相关急症	420
第一节 消化内镜在消化急症中的应用	(唐红卫 陈晓光) 420
第二节 消化道异物的内镜处理	(唐红卫) 431
第三节 消化内镜诊疗技术相关并发症及其处理	(张建国 李虎城 吴田田 毛高平) 434
第四节 深度镇静技术与内镜操作	(王 寰 刘海峰) 440
第七章 其他	447
第一节 常见消化系肿瘤相关急症的诊断和处理	(刘海峰) 447
第二节 腹腔脓肿	(周丁华) 470
第三节 腹内高压及腹腔间隔室综合征	(陈新华 王伟岸) 475
第四节 酒精相关疾病急症	(汪兴伟) 481
第五节 食物中毒	(邱泽武) 487
第六节 农药中毒	(黄清臻) 506
第七节 心血管疾病的消化系急症表现	(沈新海) 513
第八节 肾脏疾病的消化系急症表现	(刘红燕) 518
第九节 神经精神疾病的消化系急症表现	(陈文武) 528
第十节 妊娠期消化系急症的诊断及处理	(熊光武) 535
第十一节 血液净化技术在消化疾病治疗中的应用	(刘红燕) 549
第十二节 消化系危重病人营养支持概要	(吕 利) 555

第一章 消化系急症的诊治思维

第一节 急性腹痛的诊治思维

急性腹痛是临床上常见的症状，病因复杂。根据病因不同，可分为腹腔脏器病变和全身疾病的腹部表现。根据治疗方法的不同，将其分为内科性急性腹痛和外科性急性腹痛，后者又称为急腹症。临床医生应对急性腹痛做出及时、恰当的处置。

一、病因

（一）腹腔与盆腔疾病

1. 内脏急性炎症

（1）急性胃肠道炎症：急性胃炎、消化性溃疡、急性肠炎、急性憩室炎、炎性肠病、急性阑尾炎、出血坏死型肠炎等。

（2）急性肝、胆、胰、肾盂炎症：急性肝淤血或炎症、肝脓肿、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性肾盂肾炎等。

（3）腹膜与淋巴结炎症：急性腹膜炎、肠系膜淋巴结炎、急性盆腔炎、子宫内膜异位症等。

2. 内脏急性穿孔或破裂

（1）空腔脏器穿孔：消化性溃疡急性穿孔、胃癌急性穿孔、伤寒肠穿孔、憩室炎穿孔、胆囊穿孔、炎症性肠病穿孔等。

（2）实质性脏器破裂：肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂等。

3. 空腔脏器急性梗阻

（1）梗阻性病变：急性肠梗阻、绞窄性疝、胆道蛔虫病、胆道结石、肾与输尿管结石、输卵管梗阻等。

（2）扭转性病变：急性胃扭转、肠扭转、胆囊扭转、脾蒂扭转、卵巢扭转等。

4. 内脏急性血管病变

肠系膜动脉血栓、急性门静脉血栓形成、脾梗死、肾梗死、夹层动脉瘤、主动脉瘤等。

（二）腹外病变

1. 胸腔病变 肋间神经痛、胸膜炎、急性心肌梗死、急性心包炎、心力衰竭、肺梗

死、食管病变等。

2. 全身性疾病

(1) 免疫性疾病：腹型过敏性紫癜；系统性红斑狼疮、风湿病等结缔组织病。

(2) 内分泌代谢性疾病：糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、紫质症、甲状旁腺功能亢进或减退、慢性肾上腺皮质减退等代谢性疾病。

(3) 中毒性疾病：铅中毒、导泄药中毒等。

(4) 血液系统疾病：血卟啉病、白血病、淋巴瘤等。

(5) 其他：带状疱疹、神经根痛、腹型癫痫等神经性疾病。

二、发病机制

(一) 内脏性疼痛

腹腔内空腔脏器的黏膜因炎症、溃疡、充血、缺血等刺激，引起肌层痉挛性收缩或因腔内压力增高而被伸展、扩张而产生疼痛。亦可因实质性器官的肿胀使包膜受到牵张，或病变涉及包膜等引起疼痛。痛觉自内脏感觉神经末梢由交感神经通路经脊神经传入中枢。由于一个脏器的痛觉往往由双侧的传入神经同时进入几个脊髓段，使患者感觉到疼痛部位常不精确，范围亦较弥散。实质性器官包膜紧张性牵张时出现钝痛，而空腔脏器膨胀、平滑肌痉挛时可出现剧烈绞痛，均不伴有皮肤痛觉过敏或腹肌紧张。临床上多见内脏空腔器官运动功能异常，如胃肠道、胆道、胰管、输尿管痉挛或梗阻，消化性溃疡，早期阑尾炎或实质器官如肝、脾的急性肿大等。

(二) 躯体性疼痛

躯体性疼痛指腹部皮肤、肌肉、腹膜壁层及肠系膜根部受到病变刺激时，分布于这些部位的痛觉感受器将痛感经体神经或脊神经末梢传入中枢所感知的疼痛。疼痛定位较为清楚。多有局部压痛及腹肌反射性痉挛，甚至出现腹肌紧张，例如化脓性胆囊炎时伴有右上腹胆囊区局限性压痛与肌紧张，系该区腹膜炎所致。内脏性疼痛与躯体性疼痛的鉴别见表1-1。

表 1-1 躯体性疼痛与内脏性疼痛的鉴别

	躯体性疼痛	内脏性疼痛
产生部位	壁层腹膜包括腹壁和腹膜后	主要是腹部空腔脏器
传导	节段感觉纤维，不对称	自主神经，对称
起因	壁层腹膜等受刺激	内脏平滑肌痉挛，被膜扩张等
疼痛特性	刺痛，刀割样疼痛	痉挛性疼痛，绞痛，胀痛，烧灼痛
定位	明确，局限，不对称	模糊，广泛，对称，多在中线
疼痛时间	持续性	周期性
伴随症状	与部位和运动相关	烦躁，恶心呕吐，苍白等自主神经反射症状
缓解因素	休息，制动	散步，蜷曲等体位改变
加重因素	运动	安静
有效药物	止痛药	解痉药

(三) 牵涉性疼痛

牵涉性疼痛是因内脏感觉神经与进入同一脊髓段的体神经在丘脑束内汇合,故当内脏感觉神经传入腹痛时会在由该体神经支配的部位发生牵涉痛。如胆囊的内脏感觉神经纤维进入脊髓T₅~T₉节段,而进入相同节段的体神经支配右肩与肩胛区。故在胆囊炎时会感觉右肩与肩胛区痛,通常称之为放射痛。

三、急性腹痛的诊断

急性腹痛的诊断重要的是做细致的病史询问、体格检查,确定腹痛的性质、部位、病因,有选择地做一些必要的辅助检查。

(一) 一般情况

年龄、性别、职业对诊断有帮助,如幼年期肠道病变多见肠蛔虫、肠套叠等。青壮年常见急性阑尾炎、急性胰腺炎、胃十二指肠溃疡急性穿孔、肠扭转、溃疡病、急性胃扩张等。中老年人常见胆石症、胆囊炎、急性胰腺炎、血管病变。女性常见输卵管炎、卵巢蒂扭转、异位妊娠等。

(二) 方式和诱因

胃十二指肠溃疡穿孔、急性胰腺炎、急性胃扩张常与暴饮暴食有关。胆囊炎或胆石症发作前常有进食油腻食物史;如有左上腹外伤者要注意迟发性脾破裂;有长期铅接触史者注意铅中毒绞痛;有腹部手术病史的,需考虑机械性肠梗阻。

(三) 腹痛性质和程度

腹内病变致急性腹痛一般由以下五种性质病变引起:炎症性、穿孔性、梗阻性及扭转性、出血性及损伤性、功能性紊乱和全身性疾病所致的急性腹痛。

1. 炎症性急性腹痛

- (1) 一般起病缓慢,腹痛多由模糊到明确,由轻到重。
- (2) 持续性腹痛,因发病部位、病变程度及其病理变化不同,而呈局限性或全腹痛。
- (3) 炎症病变波及脏器浆膜和壁腹膜时,炎症病变所在的部位腹膜炎刺激征最明显。
- (4) 早期可出现全身感染征象,如寒战、发热、脉快和白细胞升高。常见的有急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性胃肠炎、急性胰腺炎、急性盆腔炎、腹膜炎、肠系膜淋巴结炎等。

2. 穿孔性急性腹痛

- (1) 骤然发生、状如刀割样,范围迅速扩大。
- (2) 腹壁板样强直,有明显腹膜刺激征,常伴有休克。
- (3) 全身中毒反应在穿孔后发生。
- (4) X线膈下游离气体。例如消化性溃疡穿孔、胃癌穿孔、胆囊穿孔、外伤性肠穿孔等。

3. 梗阻性及扭转性急性腹痛

- (1) 阵发性腹部剧痛是其特征,多突然发生,呈剧烈绞痛,往往使患者难以忍受。
- (2) 痛时多伴胃肠道症状,如恶心、呕吐。胃肠道高位梗阻发生呕吐较早,低位梗阻则发生呕吐较晚。
- (3) 多伴有水、电解质与酸碱平衡失调,休克或晚期毒血症。

(4) 常可触及压痛性包块, 例如胆管结石、肠梗阻、输尿管结石、腹内外疝、有蒂肿瘤(如卵巢囊肿)等。

4. 出血性及损伤性急性腹痛

(1) 起病急骤, 常有肝癌、消化性溃疡, 以及肝、脾外伤等病史。

(2) 持续存在、腹膜炎较明显, 有呕吐、腹痛、腹肌紧张、压痛、反跳痛明显。

(3) 呕血、血便、血尿, 腹腔穿刺液为血性液体或消化道分泌物。实质性脏器损伤, 如外伤性肝、脾破裂, 肝癌破裂出血, 异位妊娠、黄体破裂; 空腔脏器如膀胱破裂, 胃、小肠、大肠破裂等。

5. 功能性紊乱及全身性疾病所致的急性腹痛

(1) 腹痛常无明确定位, 呈间歇性、一过性或不规则性。

(2) 腹痛症状重, 但体征轻, 腹软, 无固定压痛和反跳痛。如食管弥漫性痉挛、肠易激综合征、胃肠神经症等。全身性疾病, 如肠系膜动脉硬化或缺血性肠病、过敏性紫癜等。

(四) 腹痛部位

腹痛的部位常提示病变所在, 是鉴别诊断的重要依据。急性腹痛部位与疾病的关系见表1-2。部分急腹症有特定部位的放射痛, 对诊断有一定的参考价值。胆囊炎、胆石症向右肩背部放射, 急性胰腺炎向腰背部、右肩背部放射, 溃疡病穿孔向肩顶部放射, 输尿管结石向腹股沟区、会阴区放射。可从放射痛部位、区域推断病变器官, 见表1-3。

表1-2 急性腹痛部位与疾病的关系

急性腹痛的部位	疾病
右上腹 (四分区法)	肝: 肝脓肿穿破、肝癌破裂、肝脏海绵状血管瘤破裂、肝炎
	胆囊与胆管: 胆道蛔虫病、急性胆囊炎与胆管炎、胆石绞痛、胆囊扭转、胆囊穿破
	结肠: 结肠炎、憩室炎、结肠癌梗阻
	肺: 肺炎、肺栓塞
	肾: 肾结石、肾盂肾炎、肾梗死
	胆囊: 胆囊炎、胆管炎、胆石绞痛
	心脏: 心包炎、心肌梗死
上腹部	胃与食管: 食管炎、胃炎、消化性溃疡
	胰腺: 肿瘤、胰腺炎
	血管: 主动脉壁夹层形成、肠系膜动脉血栓形成
	心脏: 心包炎、心肌梗死、心绞痛
左上腹 (四分区法)	胃与食管: 食管炎、胃炎、消化性溃疡
	胰腺: 肿瘤、胰腺炎
	肾: 肾结石、肾盂肾炎、肾梗死
	血管: 主动脉壁夹层形成、肠系膜动脉血栓形成
脐周	结肠及小肠: 早期阑尾炎、小肠肿块、小肠梗阻
	胃: 胃炎、消化性溃疡
	血管: 主动脉壁夹层形成、肠系膜动脉血栓形成

续表

急性腹痛的部位	疾病
右下腹部 (四分区法)	结肠: 阑尾炎、结肠炎、憩室炎、炎症性肠病、肠易激综合征 妇科: 异位妊娠、子宫纤维瘤、子宫平滑肌瘤、卵巢癌、卵巢蒂扭转、盆腔炎 肾: 肾结石、肾盂肾炎
下腹部	结肠: 阑尾炎、结肠炎、憩室炎、炎症性肠病、肠易激综合征 妇科: 异位妊娠、子宫纤维瘤、子宫平滑肌瘤、卵巢癌、卵巢蒂扭转、盆腔炎 肾: 肾结石、肾盂肾炎、膀胱炎
左下腹 (四分区法)	结肠: 结肠炎、憩室炎、炎症性肠病、肠易激综合征 妇科: 异位妊娠、子宫纤维瘤、子宫平滑肌瘤、卵巢癌、卵巢蒂扭转、盆腔炎 肾: 肾结石、肾盂肾炎
弥漫性或部位 不定	腹壁: 带状疱疹、肌肉劳损 其他: 肠梗阻、缺血性结肠炎、腹膜炎、戒断反应、卟啉病、炎症性肠病、重金属中毒

表1-3 内脏疾病腹痛时的放射痛部位

内脏器官	感应(牵涉、放射痛)
胃、十二指肠	背部
胆囊	肩胛间区、右肩、右肩胛下角
胰腺	背部
子宫、附件	腹股沟、大腿内侧
膀胱	腹股沟
输尿管、肾盂	腹股沟、阴唇、阴囊
睾丸	脐部
心脏	肩+臂、颈、颌、上腹、左耳下

(五) 腹痛与伴随症状的关系

1. 先发热后腹痛: 需考虑胸膜炎、肺炎、自发性腹膜炎等。
2. 腹痛伴发热者: 提示腹腔脏器有炎症性病变, 如急性腹膜炎、阑尾炎、胰腺炎等。
3. 腹痛伴咯血: 提示胸科疾病, 如支气管扩张、异物、肿瘤、血液系统疾病、肾病综合征、子宫内膜异位症等。
4. 腹痛伴呕血者: 多提示食管溃疡、胃、十二指肠溃疡、急性出血性胃炎、食管胃底静脉曲张破裂出血、胃癌破溃出血、异物损伤等。
5. 腹痛伴恶心、呕吐: 多提示急性胃炎、胃、十二指肠溃疡、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎和胆管炎、急性肝炎、肠梗阻、幽门梗阻等。
6. 肛门停止排便排气: 多见各种类型肠梗阻。
7. 腹痛伴黏液脓血便: 多见于肠套叠、肿瘤、炎症性肠病。腹痛、腹泻多见急性胃肠炎、痢疾。

8. 腹痛伴血便：常见肠系膜血栓形成或栓塞、肠血管瘤破裂、坏死性肠炎。

9. 腹痛伴少尿、无尿、血尿、脓尿等：多提示泌尿系炎症、外伤、结石肿瘤、外伤合并急性肾功能衰竭。

（六）体格检查

1. 一般检查 如面色苍白，手足湿冷、少尿等，提示有失血性休克。如体位蜷曲，不敢活动。需考虑急性腹膜炎。辗转不安、呻吟不止，提示有梗阻性疾病绞痛发作。黄疸有助于肝、胆道系统疾病的诊断。心肺、四肢脊柱神经系统检查、直肠指检等均有参考价值。

2. 腹部检查

（1）视诊：全腹胀多见于肠梗阻、肠麻痹、腹膜炎。胃型及蠕动波见于幽门梗阻，肠型及蠕动波见于肠梗阻。腹部静脉曲张多是肝硬化引起门脉高压症。

（2）触诊：发现压痛、肌紧张与反跳痛是炎症波及腹膜的指征。急性腹膜炎患者常拒按、而铅中毒绞痛患者常喜按。触诊发现肿块，如边界模糊，多提示为炎症；如肿块质地坚硬、边界清楚，常提示有肿瘤可能。

（3）叩诊：发现移动性浊音，多为出血、肝硬化腹水、腹腔炎症渗出液。肝浊音界消失、腹部高度鼓音，多见胃十二指肠穿孔或高度肠胀气。

（4）听诊：肠鸣音亢进、气过水声是肠梗阻的表现。肠鸣音消失是肠麻痹的指征，常见于急性腹膜炎。直肠指检对诊断盆腔内炎性肿块、脓肿有帮助。子宫颈有举痛提示异位妊娠破裂等。

应强调的是，腹部检查听诊应在触诊之前进行。

（七）辅助检查

辅助检查是诊断的重要依据，首诊医生不应过分依赖太多的辅助检查，而应立足于病史和体格检查，根据初步印象选择有针对性的检查项目，争取尽快获得检查结果，指导后续诊治。

1. 实验室检查

（1）血、尿、粪的常规检查：几乎是每位腹痛患者皆需检查的项目。血白细胞总数及中性粒细胞增高提示炎症性病变。尿潜血、尿糖提示泌尿系结石、肿瘤等。血便提示肠道感染、绞窄性肠梗阻等。

（2）血清酶学检查：淀粉酶、脂肪酶升高提示胰腺炎，血清胆红素升高提示胆道疾病；心肌酶谱对心肌梗死的诊断有帮助。妊娠试验阳性，有助于异位妊娠破裂出血的诊断。

（3）体液检查：有腹腔积液而诊断不明者，需行腹腔穿刺检查，腹腔穿刺液有助于腹腔内出血及感染等诊断。阴道后穹窿穿刺对异位妊娠破裂出血有诊断价值。

2. 影像学检查

（1）腹部X线检查：在腹痛中应用广泛，腹部平片发现膈下游离气体对胃肠道穿孔有诊断价值。发现液气平则可诊断肠梗阻。输尿管部位的钙化影常提示输尿管结石。

（2）B超、CT、MRI：主要用于检查胆道和泌尿系结石、胆管扩张、胰腺和肝脾肿大等，对腹腔内积液、脓肿等均有较好的诊断价值。

（3）心电图检查：有助于心肌梗死诊断等。

(4) 内镜：可明确有无消化性溃疡及出血。

四、急性腹痛的鉴别诊断

首先应警惕、排除危重型急腹症，如重症胰腺炎、重症胆管炎、腹腔内大出血、腹主动脉瘤破裂、全小肠扭转等。应多考虑常见病，再分析其他少见急腹症。充分认识动态观察、留观随访急性腹痛的重要意义。任何一个急腹症都有误诊、漏诊、贻误病情，甚至导致医疗纠纷之罹患。常见急性腹痛的鉴别诊断见表1-4～表1-8。

表1-4 内脏急性炎症引起急性腹痛的鉴别诊断

病名	病史	腹痛部位	腹痛性质	腹部体征	其他表现	实验室检查	辅助检查
急性胃肠炎、胃炎	发病急，暴饮暴食或洁食物史	中上腹部或全腹	持续性胀痛，阵发性剧痛	中上腹或脐周压痛，肠鸣音亢进	恶心、呕吐或腹泻、发热	白细胞增高(+)，呕吐物或大便有不消化物	
原发性腹膜炎	体弱、肾炎、肝硬化，常见有上呼吸道感染	全腹	持续性钝痛	广泛腹膜刺激征，肠麻痹，移动性浊音可能(+)	呕吐、腹泻、发热、中毒性休克	白细胞增高(+++)，血培养可能阳性	腹腔穿刺有脓性渗液，培养链球菌及肺炎双球菌(+)
阑尾炎	从中上腹至右下腹转移性腹痛，无诱因	先中上腹后右下腹	转移性右下腹痛	右下腹麦氏点恒定压痛，肌紧张	早期恶心、呕吐、体温略升	白细胞增高(++)	
Meckel憩室炎	婴幼儿多见，发病急，无诱因	右下脐旁，不转移	持续性钝痛	脐旁压痛，无明显肌紧张	体温略升，可有恶心、呕吐	白细胞增高(++)	过去可能有腹痛史
克罗恩病	青壮年男性多见，起病缓，可反复发作	脐周或右下腹旁中线，不转移	阵发性钝痛或持续性	脐周或右下腹旁中线压痛、反跳痛或肌紧张	腹泻、血便、肛门病变、发热等	白细胞增高(+++)，血红蛋白减低	钡灌肠造影及肠镜有特征性改变
急性肠系膜淋巴结炎	儿童多见，随呼吸道感染发病	脐周或右下腹旁中线，不转移	持续性钝痛	右下腹或脐周压痛，无肌紧张	高热、呕吐少见，腹痛在治疗后迅速消失	白细胞增高(+)	
急性胆囊炎、胆石症	中年妇女多见，多脂餐后发作，起病急骤	中上腹到右上腹	先胀痛，后绞痛，向右肩及背部放射	右上腹压痛，肌紧张，莫非征阳性，可触及肿大的胆囊	恶心、呕吐、发热、毒血症，可有轻度黄疸	白细胞增高(++++)	B超、CT可见胆石影，胆囊肿大增厚

续表

病名	病史	腹痛部	腹痛性	腹部体征	其他表现	实验室检查	辅助检查
急性胆道感染, 胆石症	青中年多见, 起病急	中上腹向剑突下及右上腹	持续剧痛或阵发性绞痛, 向肩背部放射	中上腹及右肋下压痛, 肌紧张, 可扪及肿大的胆囊	寒战、发热、黄疸、恶心、呕吐、肝可肿大	白细胞增高(+++), 胆红素增高(+), 尿胆红素阳性	B超、CT、磁共振胆管成像显示胆总管扩大及胆石影
胆道蛔虫症	青中年多见, 起病急, 有吐蛔、驱蛔史	剑突下	剧烈钻顶样疼痛难忍, 辗转不安、出汗	剑突下深压痛、无肌紧张, 与腹痛程度不符	恶心、呕吐、可吐出蛔虫、间歇期隐痛或无痛	白细胞增高(+), 嗜酸性粒细胞增多, 大便有蛔虫卵	B超、CT、磁共振胆管成像显示蛔虫症
急性盆腔炎	多月经期或分娩流产后发病, 反复发作	下腹部为主, 常有上腹部不适及腰痛	持续性钝痛, 有坠胀感	下腹部子宫附件区有压痛, 子宫颈有举痛	发热及白带增多	白细胞增高(++), 血沉增快	

表1-5 内脏急性穿孔或破裂的鉴别诊断

病名	病史	腹痛部位	腹痛性质	腹部体征	其他表现	实验室检查	辅助检查及其他
胃十二指肠穿孔	中年男性多见, 有溃疡病史, 多于进食后突然发作	先在中上腹, 随后可扩散至全腹	剧烈持续刀割样	上腹压痛、肌紧张、板状腹, 肝浊音消失, 移动性浊音(+), 肠鸣音消失	保持静止, 不活动, 严重病例呈现休克征	白细胞增高(+++)	腹部X线平片见膈下气腹, 腹腔穿刺可抽出渗液
Meckel憩室穿孔	Meckel憩室炎症过程中突然发作	脐周或右下腹迅速扩散	起病时尖锐痛, 继为持续性	右下腹或全腹腹膜刺激明显, 移动性浊音及肝浊音可(+)	发热, 可能出现休克	白细胞增高(++)	腹部X线平片见膈下气腹, 腹腔穿刺可抽出渗液
伤寒肠穿孔	伤寒第3周突然发作	脐周或右下腹迅速扩散	起病时尖锐痛, 继为持续性	右下腹或全腹腹膜刺激明显, 移动性浊音及肝浊音可(+)	伤寒症状, 可出现休克	原伤寒白细胞减少基础上可略增多	腹部X线平片见膈下气腹, 腹腔穿刺可抽出渗液
外伤性空腔脏器破裂	腹部暴力压迫或挫伤时发生	先局限后扩散至全腹	开始尖锐痛, 继呈持续性痛	局限或全腹膜刺激, 但破裂器官部位较明显, 肝浊音消失, 肠鸣音减弱或消失	可有恶心、呕吐、发热, 可出现休克	白细胞增高(++)	腹部X线平片见膈下气腹, 腹腔穿刺可抽出渗液或胃肠内容物

续表

病名	病史	腹痛部位	腹痛性质	腹部体征	其他表现	实验室检查	辅助检查及其他
肝、脾、肠系膜破裂	腹部暴力压迫或挫伤后发病，起病迅速	全腹，但以肝脾或系膜部位较明显	尖锐至持续性钝痛	肝、脾或系膜（腹中部）区压痛，肌紧张明显，波及全腹，有移动性浊音	失血性休克	进行性红细胞及血红蛋白下降	腹腔穿刺抽出鲜血，肝损伤可混有胆汁
异位妊娠破裂	见于育龄期妇女，有停经史，发病突然	先一侧下腹，继扩展至全腹，但仍以下腹为显著	开始可能尖锐，继而持续性加剧	下腹部压痛伴肌紧张，有移动性浊音	失血性休克	进行性贫血，妊娠试验阳性	后穹窿穿刺可抽出鲜血
卵巢黄体破裂	两次月经中期前后突然发生	下腹部低位	开始较剧烈，继后减轻或钝痛	下腹部腹股沟上区深压痛，无肌紧张	多无恶心、呕吐、发热，可能出现休克	白细胞正常或略高	后穹窿穿刺可抽出鲜血

表1-6 空腔器官急性梗阻或扭转的鉴别诊断

粘连性肠梗阻	过去有腹部手术或腹膜炎史，突然发作	脐周或全腹	阵发性绞痛	脐周或全腹胀痛，可见肠型、肠蠕动波、肠鸣音亢进，除非绞窄无腹膜刺激征	伴恶心、呕吐，腹胀、便秘、可完全不排气	白细胞一般正常	X线片见肠曲扩大，内有液平
肠（小肠、乙状结肠）扭转	小肠多见于儿童，乙状结肠多见于成人，突然发病	小肠在脐周，乙状结肠在下腹偏左，均可向背部放射	持续性阵发性加剧	小肠：腹部压痛和肌紧张、肠鸣音亢进，腹胀不明显；乙状结肠：全腹胀，左下腹压痛和肌紧张、腹胀明显	小肠：呕吐频繁，严重者出现休克；乙状结肠：腹胀突出，但呕吐少	白细胞增高（+）	X线平片：小肠扭转见肠曲扩大，内有液平；乙状结肠扭转见结肠巨大扩张，钡剂灌肠见钡柱呈锥形、鸟嘴状

续表

肠套叠	婴儿多见，起病急	腹中部或全腹	阵发性绞痛	回盲部可扪及腊肠形包块，有压痛，无肌紧张；阵痛时发硬，间歇时松软	呕吐频繁，见肠蠕动波，排黏液血便，体温不高	白细胞增高(+)	钡灌肠见钡柱在套入处呈环形影
肠蛔虫	儿童为主，有吐蛔、排蛔史，起病急	腹中部	阵发性绞痛，间歇期减轻	腹中部可触到肠内蛔虫团，有压痛但无肌紧张	呕吐频繁，便秘，不排气、腹胀，体温不高	白细胞增高(+)嗜酸性粒细胞增高，粪检有蛔虫卵	X线片见肠曲扩大，内有液平，腹块处可见蛔虫密集影
卵巢囊肿扭转	既往有腹部肿块，突然发作腹痛	下腹一侧，可遍及中上腹(长蒂囊肿)	阵发剧烈绞痛	有压痛及肌紧张，可扪及压痛肿块，盆腔检查发现与附件有关系	恶心、呕吐、体温不高	白细胞增高(+)	腹部B超、CT可见卵巢囊肿
肾、输尿管结石	发作突然，既往有反复发作史	下腹一侧或两侧	阵发性剧烈绞痛向外生殖器放射	肾区叩痛，一侧腹部自上而下沿锁骨中线压痛，无肌紧张	恶心、呕吐，体温不高	白细胞增高(+)，尿常规见红细胞	X线片或肾盂造影见结石，B超可显示结石影

表1-7 腹腔脏器血管病变的鉴别诊断

肠系膜上动脉栓塞	中老年多见，有动脉硬化或心脏病，心房纤颤史，起病急	腹中部	剧烈持续性阵发性加剧	早期有压痛，拒按；晚期伴有腹膜刺激征，伴有肠麻痹表现	呕吐频繁，呕吐物血样，可出现休克	白细胞增高(++)	X线见小肠、结肠胀气，肠壁增厚
肠系膜上静脉血栓形成	有腹腔内感染或门静脉高压(肝硬化或肿瘤压迫)、起病缓	腹中部	持续性钝痛	压痛及肌紧张、肠麻痹、腹胀、移动性浊音可能(+)，可能扪及肠段肿块	可有恶心、呕吐，呕吐物有暗黑、粪臭	白细胞增高(+++)	X线平片见肠麻痹征，腹腔穿刺可抽出血样渗液