

急症早期诊断与 危重病抢救成功案选

福建科学技术出版社



5.1

责任编辑：陈金良

急症早期诊断与危重病抢救成功案选

何振声 袁维森 陈文箭

*

福建科学技术出版社出版

（福州得贵巷27号）

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 3.75印张 79千字

1987年1月第1版

1987年1月第1次印刷

印数：1—4,200

书号：14211·145

定价：0.65元

前 言

在临床工作中，对急危重病的及时诊断与处理，是提高医疗质量、降低病死率的关键。

笔者从多年的临床实践中，总结和搜集了急症早期诊断与危重病抢救成功的案例，使临床工作者对急症早期一些征象和某些不典型表现的患者有足够认识，避免延误诊断贻误治疗；同时也期望从各个危重病的抢救中，吸取精华，开拓眼界，激发思维，当见到急危重症时应先做什么、后做什么以及如何做等问题有个明确概念。

本书通过具体病案的讨论，介绍了几种急症早期诊断的步骤和危重病抢救成功的经验，附录还介绍了一些急危重病的诊断要点或抢救治疗原则。由于作者多、病例复杂，在编写中为统一体例，个别篇后和文字进行了一些修改。由于我们水平有限，收集的资料不够全面，阐述得也不够详尽，书中误漏之处，敬望同仁批评指正。

编 者

1986年9月

目 录

急腹症的早期诊断·····	(1)
婴儿期常见的急腹症·····	(13)
食管裂孔疝的急诊表现·····	(20)
不典型心肌梗塞的早期诊断·····	(26)
睾丸扭转的早期诊断与治疗·····	(32)
自发性脾破裂·····	(36)
难治性重症肺部混合感染用灭滴灵治疗获得成功·····	(39)
重症Ⅱ型呼吸衰竭的抢救·····	(43)
严重哮喘持续状态并呼吸衰竭抢救成功·····	(47)
少见的百日咳脑病伴呼吸衰竭心律紊乱抢救成功·····	(50)
抢救急性心肌梗塞合并重度休克和心律失常成功 报告·····	(53)
床边股静脉穿刺起搏抢救乙胺碘呋酮致阿-斯综合 征成功·····	(58)
病毒性心肌炎反复阿-斯综合征发作抢救成功·····	(61)
心脏起搏抢救暴发性心肌炎的幼儿成功报告·····	(63)
胰高血糖素抢救暴发型流脑难治性休克·····	(66)
抢救急性坏死性胰腺炎的经验与体会·····	(69)
抢救成功腹部闭合性损伤脏器破裂大出血并 休克的经验·····	(76)
急诊室对各类休克的鉴别与处理·····	(84)
大量酚妥拉明、速尿抢救妊娠中毒症产后急	

性肾功能衰竭·····	(91)
暴发型肝炎抢救成功·····	(94)
治愈严重颅脑电烧伤·····	(97)
抢救河豚鱼中毒自主呼吸停止68小时报告·····	(99)
敌稗中毒抢救成功·····	(103)

附录:

(一) 心脏骤停诊断与抢救·····	(105)
(二) 昏迷的治疗原则·····	(106)
(三) 急性心肌梗塞抢救·····	(107)
(四) 心源性休克的诊疗·····	(107)
(五) 感染性休克检查与治疗·····	(108)
(六) 过敏性休克措施·····	(109)
(七) 失血性休克急救处理·····	(110)
(八) 上消化道出血的处理·····	(110)
(九) 肝昏迷急救处理·····	(111)
(十) 急性肾功能衰竭和尿毒症昏迷的处理·····	(111)

急腹症的早期诊断

急腹症是外科最常见的急症，占外科所有急症的50%以上。处理过程，外科医生首先得快速作出鉴别诊断，判定是内科急腹症还是外科急腹症，采取相应措施，对抢救工作起着重要作用。临床观察提示，内科急腹症有下列几个特点：①先有发热、寒战、体温骤升而后才有腹痛；②症状剧烈，但腹部体征很少，如胆道蛔虫、心绞痛等；③病程进展相对缓慢；④缺乏完整的腹膜刺激症候群、肠梗阻症候群、内出血症候群等。本文根据1971年至1984年我院普外组收住的475例急腹症病历，对外科急腹症的早期诊断，提出下列几点意见，供作参考。

1. 急性阑尾炎

它是外科最常见的急腹症，本组计188例（41%），发病年龄以18~26岁最多计55例（34%）。男、女发病率相近。主要征象如下：

（1）转移性右下腹部疼痛：171例（占91%）均诉说有转移性右下腹部疼痛史。但起病初期，先于上腹部或脐周感到疼痛，数小时后转到右下腹。

①若起病直接从右下腹部疼痛开始的，几乎都不是阑尾炎。有14例经手术探查证实，其中：肠套叠4例、肠系膜淋巴结炎3例、卵巢滤泡破裂1例、卵巢囊肿蒂扭转2例、肠伤寒穿孔2例、局限性肠炎1例、右输卵管妊娠破裂1例。

例1：患者男，29岁，住院号50113，因右下腹部疼痛24小时，伴恶心呕吐1次入院。持续性腹痛阵发性加剧，无

畏寒发热，无腹泻及血水样便，亦无吐蛔虫史。体检：急性病容，心肺正常，腹部平坦，右下腹部压痛及反跳痛明显，肌卫，肠鸣音活跃。实验室检查：白细胞12000，中性78%，淋巴22%。因疼痛始于右下腹，阑尾炎可能性不大。手术证实系回盲部套入结肠，套入部经整复退出，回盲部肠系膜淋巴结两个约蚕豆大，切除肿大淋巴结样组织送病理，术后经过良好。病理诊断：肠系膜淋巴结核。出院诊断：回盲部淋巴结核引起的肠套叠。

例2：患者女，36岁，住院号28265。因右下腹突发性剧痛30小时急症入院。患者于30小时前正常大便后不久，突感右下腹部剧烈疼痛，无呕吐恶心，不伴畏寒发热，无腹泻。自服“胃痛”药及当地医院注射止痛针、抗生素等未能缓解，转入我院。既往史、月经史、个人史无异常。妇科检查未发现妇科情况。体检：急性病容、痛楚貌，心率12次，腹部平坦，左下腹部压痛明显，无反跳痛，腹肌不紧张，无肿物触及，肠鸣音正常。白细胞9800，中性82%，淋巴18%。疼痛从右下腹部开始，程度很剧烈，阑尾炎可能性不大。手术探查：右卵巢囊肿约拳头大，蒂部扭转360度，囊肿很柔软，切除扭转的囊肿，术后10天出院。出院诊断：右卵巢囊肿蒂扭转。

②间或转移性右下腹部疼痛者，亦不是常见的阑尾炎。

例3：患者男，26岁，住院号55596。因上腹部疼痛12小时，痛移到右下腹6小时急症入院。患者入院前晚开始上腹部疼痛不适，逐渐加剧，凌晨到当地卫生院用针刺足三里、中脘及耳穴刺激疗法，上腹部疼痛明显减轻，痛向右下腹部转移。呕吐4次，吐出食物和带黄绿色的胃液，转来我院。体检：体温37.8℃，脉搏108次，呼吸20次，血压100/70。急性

病容，呻吟。心肺正常。腹式呼吸变浅，全腹有不同程度压痛，但以右下腹压痛、反跳痛最为明显，肌紧张。肝浊音界正常，肠鸣音弱。在下腹穿刺抽出淡黄色液体，不臭，镜检：白细胞8~10个/HP，红细胞2~4个/HP。血象：血红蛋白13g，白细胞19200，中性90%，淋巴10%。胸腹联合透视：膈下未见游离气体。这个病例尽管有转移性右下腹部疼痛，过去没有胃病史，以及X线检查都不支持溃疡病穿孔，但腹腔穿刺出淡黄色液体又不臭。我们仍然考虑系溃疡病穿孔。取上腹直肌切口探查：发现十二指肠球部穿孔，孔径约0.8cm，孔口继续向外流液，液体沿着右结肠旁沟下行到右下腹，这与临床上出现转移性右下腹部疼痛有关。行胃大部切除术，术后经过良好。

③由于阑尾位置的变异，间或可见非右下腹部疼痛为主诉的阑尾炎。本组遇到4例右上腹异位阑尾炎。

例4：患者女，22岁，住院号54003。因右上腹疼痛12小时入院。12小时前患者感到上腹正中部疼痛，痛渐向右，较为剧烈，持续性痛伴阵发性加剧，并向右腰侧放射，不敢转身，呕吐两次，吐出胃内容物。吐出后上腹稍舒服一阵，不久痛再发。无腹泻、黄疸、畏寒发热。体检：体温37.6℃，脉搏98次，呼吸20次，血压110/68。心肺正常，腹部平坦，右上腹部腹直肌外侧压痛最明显，右下腹无压痛及反跳痛。白细胞19000，中性分叶86%，杆状1%，淋巴13%。尿常规正常，尿三胆阴性。胸腹联合透视：心肺无异常发现，两侧膈肌活动正常，膈下未见游离气体。拟诊腹痛待查，住院后予补液、抗感染，并观察6小时，腹痛未减轻，仍无腹泻现象，巩膜不黄，尿三胆阴性。考虑属异位阑尾炎。经右下腹直肌切口进腹，发现回盲部位于肝曲下一些，阑尾位于其内

上方，末端坏疽，中段粪石嵌顿，腹腔内少量淡黄色渗液。升结肠很短，约3cm，横结肠下垂，长约60cm。切除阑尾，术后很快复健。术后诊断：异位阑尾炎（坏疽性）。

（2）右下腹部压痛、肌紧：本组有转移性右下腹疼痛的病人，右下腹均有压痛、肌紧。起病早期，开始出现上腹部或脐周疼痛的病人，右下腹也已经有压痛。有右下腹反跳痛的有128例（68%）。而只有右下腹部压痛、无反跳痛的病例，大多属于轻型、单纯性阑尾炎。

以上两点是急性阑尾炎早期诊断的要点。为了早期发现阑尾炎，我们还有如下体会：①当急性阑尾炎与其他急腹症难以判断时，建议行右下腹部穿刺抽液检查，这对鉴别溃疡病穿孔、胆系疾病、急性胰腺炎和阑尾炎阑尾穿孔来说，具有很大的意义。凡阑尾穿孔的病人，腹腔可抽出黄色粘稠脓液，味臭。②遇到右上腹部，脐下或靠脐部局限性疼痛的年轻人，无慢性腹泻，其他疾病可以排除时，首先得考虑异位阑尾。

2. 急性肠梗阻

肠梗阻是很常见的急腹症，本组98例（20%）居第二位。外科急性肠梗阻大多由机械因素引起。这种肠梗阻的病因可分三类：第一，管腔内堵塞：如蛔虫团、肠套叠等。第二，肠管受压：如粘连带的压迫或牵扯、内外疝嵌顿、肠扭转、腹部肿块压迫等。第三，肠壁病变：如肿瘤、息肉、炎症。急性肠梗阻常因管腔堵塞和肠管受压引起，以粘连带、肠套叠、肠扭转、内外疝嵌顿最为多见；而肠息肉、肠结核、肠肿瘤引起的肠梗阻多属慢性过程，有时早期诊断很困难。无论是急性或慢性肠梗阻，它们的共同特征是：

（1）阵发性腹痛：本组每个病例都有阵发性腹痛，由梗阻部位以上的肠管强烈收缩压迫神经引起的。疼痛程度及发

作频数与梗阻严重情况成正比。

(2) 呕吐：起病初由反射性引起，以后按梗阻部位而异。高位肠梗阻，呕吐频频；低位梗阻，呕吐出现的时间迟而少，后期可吐出粪样物。我们所见的每个病例，至少有一次以上的呕吐。

(3) 肠型、蠕动波与腹胀：急性肠梗阻多数先出现肠型或蠕动波。低位梗阻早期不一定有腹胀，随着病程的进展，腹胀才明显起来。肠型与蠕动波的出现，对早期诊断肠梗阻，比腹胀更有意义。

病例：患者女，65岁，住院号1661。因阵发性腹痛腹胀伴呕吐7天，无排气排便2天入院。患者有30多年阵发性腹痛反复发作史，在当地医院手术两次，术后均诊断乙状结肠扭转。第二次手术后5年多，时有阵发腹痛，服中药缓解。近7天来阵发性腹痛复发，疼痛程度逐渐加剧，发作间歇时间缩短，呕吐频繁，两天前转为持续性疼痛伴阵发性加剧，疼痛一直未能缓解，进食不久则呕，下腹部自感膨胀，无排气排便。体检，体温36.8℃，脉搏90次，呼吸20次，血压130/86。心肺正常。脐下方稍膨隆，可见肠型与蠕动波，腹部柔软无压痛及反跳痛，肠型轻轻按压后可消失，无移动性浊音，肠鸣音亢进，可听到气过水音。肛门指诊无异常发现。白细胞12000，中性78%，淋巴22%。腹部透视：可见两个巨大液平面，提示机械性肠梗阻。家属迫切要求药物治疗，不愿接受手术。经中西药物、针灸治疗16小时，腹痛未见减轻，出现腹胀及全腹性压痛及跳痛。临床考虑肠梗阻日趋绞窄，家属同意手术。术中发现乙状结肠扭转360度，扭转部肠管高度扩大，肠壁水肿增厚呈紫黑色已坏死，梗阻上段降结肠、横结肠高度膨胀，肠壁增厚，行坏死肠段切除，结

肠端端吻合，置肛管于吻合口上方5 cm。术后痊愈出院。

这个病例，入院时没有明显的腹膜刺激征，腹壁柔软，无压痛与反跳痛。住院后用中西药物促进肠蠕动，阵发性腹痛愈来愈频，病人烦躁不安，说明梗阻程度加剧，肠扭转愈来愈紧，终于导致肠坏死。入院时立即手术是可以避免肠切除的。这说明了阵发性腹痛发作频数、腹部可见肠型与蠕动波，是早期诊断肠梗阻的重要体征。

(4) 无排气排便：完全性肠梗阻则不会排气排便，但梗阻早期可排出少量大便，也会有排气；肠套叠有时可排出血样便，须加鉴别。

综上所述，机械性肠梗阻早期诊断要点：①具有阵发性腹痛、肠型及蠕动波、不排气排便三大特征。缺一则诊断不能成立或为不完全性肠梗阻。②阵发性腹痛发作频频，间隔时间愈短梗阻愈严重，提示应快速转为手术治疗。③痛、吐、胀、闭四大特征（肠梗阻综合征），发生发展急剧的为急性肠梗阻；发展缓慢，有时有缓解间歇期的慢性反复过程，多属慢性肠梗阻，这种病例，大多与肠壁、肠内病变有关。

3. 胆道感染、胆石症

本组男性31例（36.4%），女性54例（63.6%），共85例。它们具有下列共同点：

(1) 右上腹部疼痛：本组患者都有程度不同的右上腹部疼痛现象。不少病人有长期的右上腹部反复发作的疼痛史。胆道感染多在胆道梗阻的基础上。梗阻越完全、感染越严重，其疼痛也较剧；反之则轻些。由于炎症存在，疼痛可呈持续性，随着胆石位置的改变，疼痛可能暂时缓解，也可能突然加剧。但认真体检，可以发现右上腹肌比左上腹肌紧张。

(2) 寒战高热：有52例（61.1%）病人出现寒战高热。这与胆道感染的细菌或毒素通过肝脏的窦状隙进入血行有关。所以，有些早期病人，尽管病情严重，不一定出现寒战高热。

(3) 黄疸：本组63例（74.1%）出现黄疸，占有胆道感染、胆石症病人的3/4。

右上腹部疼痛、寒战高热、黄疸三者叫做Charcot三联征，是结石阻塞胆总管后继发胆管炎的典型表现。当然，胆道感染，胆石症病人，不一定都具有典型的三联征。

(4) B超检查：B超检查目前较为普及，除能了解有无结石外，还能测出总胆管口径大小，对胆道感染胆石症的早期诊断很有意义。建议有慢性反复发作病人，都应做一次B超检查。

病例：患者女，29岁，住院号55259。因上腹部剧痛，迅速扩散到全腹12小时急症入院。患者上腹部间歇性疼痛已十几年，每次发作，食欲减退，畏冷，自服“胃痛药”而缓解，12小时前突感右上腹部剧烈疼痛，无法忍受，疼痛逐步向全腹扩散，伴恶心，呕吐4次。幼年期有吐蛔史。体检：体温38℃，脉搏112次，呼吸22次，血压106/72。巩膜黄染在灯光下看不清楚，心肺正常，腹部稍胀，全腹压痛与反跳痛，肌紧，移动性浊音不明显，肠鸣音极弱。腹腔穿刺未抽出液体。白细胞19200，中性88%，淋巴12%，尿常规正常，尿三胆阴性。胸腹联合透视：心肺无异常发现，膈下未见游离气体。

讨论：从病历分析，这个病人有如下特点：①过去有“胃病”史，这次突然发生上腹部剧痛迅速扩散到全腹。②腹膜刺激征明显，腹肌紧张，全腹压痛与反跳痛。③恶心，呕

吐。④发热与白细胞明显升高。⑤无黄疸，尿三胆阴性。这些现象可唤起我们考虑溃疡病穿孔引起弥漫性腹膜炎。

经过认真分析，患者还有下列情况：①右上腹肌比左上更为紧张。②过去有吐蛔史。③自诉有过长期“胃病”史，服胃痛药能缓解。但未得到X线或胃镜检查证实。而慢性胆道感染也可以出现这些症状。④膈下未见游离气体。⑤溃疡病穿孔女性较少见，而胆道感染女性多见。尽管病人无黄疸，腹腔未能抽出液体，尿三胆阴性，我们判定胆道感染胆石症可能性大。行B超急症检查，提示：胆囊壁增厚，内有多个小结石，总胆管径1.5cm，下段探到 $1.5 \times 3 \times 1.5$ cm的结石。术中证实B超所检查的情况，在腹腔内还见有少量淡黄色渗出液。行胆囊切除，总胆管切开取石，总胆管下段成形术。术后第一天发现巩膜轻度黄染。术后诊断：胆道感染、胆石症。

4. 溃疡病穿孔

溃疡病穿孔计72例（15.1%），男性61例（84.7%，女性11例15.3%）。男性发病率比女性高得多。多数病人具有下列特征：

（1）上腹部突感剧痛或于持续性闷痛的基础上突然加剧、范围扩大；本组所有病人都具备这个症状。甚至包括溃疡病穿孔，胃手术后复发的病例。

病例：患者男，50岁，住院号55374，因上腹部闷痛1个月，剧痛12小时急诊入院。患者于12年前因溃疡病穿孔，在当地医院行胃切除术，术后两年又出现上腹部饱食后闷痛，反复发作，伴反酸嗳气，疼痛与气候变化无关。继续服用过去治疗胃病药物，能够控制，未作其他检查。近1个月来上腹部持续闷痛，服药无效，12小时前无明显诱因，突感上腹

剧痛，范围逐渐扩大，伴恶心呕吐两次。痛向左肩部放射。体检：体温37.8℃，脉搏108次，呼吸22次，血压104/70。心肺正常，上腹部微胀，上腹正中手术疤痕长12cm，有压痛、反跳痛、肌紧。下腹部轻度肌卫，深压痛无反跳痛，无移动性浊音，肠鸣音减弱。白细胞18200，中性88%，淋巴12%。胸腹联合透视：膈下可见游离气体。术前诊断：胃肠吻合口溃疡穿孔。手术探查：第一次胃切除系 Moynihan's 术式，靠小弯侧前壁吻合口穿孔，孔径约1.5cm，残胃较大，小肠多处粘连。行残胃部分加吻合口处肠管切除，空肠对端吻合，空肠残胃端侧吻合术，术后14天出院。

(2) 典型的腹肌“板样硬”：有腹膜刺激征的65例(90.2%)，典型的腹肌“板样硬”57例(79.1%)。无明显腹膜刺激征6例(8.3%)。如无明显腹膜刺激征，也没有其他合并症的溃疡病穿孔，穿孔部位多于后壁，穿孔后被后壁粘连的胰腺等组织包绕，而局限化。这种病人多数可以通过药物而治愈。

病例：患者男，24岁，住院号42568，因右上腹部饥饿性疼痛5年，剧痛4小时入院。上腹疼痛似刀割，向后背放射，无法平卧，伴恶心呕吐1次，吐出物系淡黄色液约200ml。体检：体温37.9℃，脉搏108次，呼吸22次，血压108/60。急性面容，屈曲坐位，心肺正常。腹部平坦柔软，上腹部偏左侧压痛明显，无反跳痛及肌紧，无移动性浊音，肠鸣音正常。白细胞16800，中性86%，淋巴14%。胸腹联合透视：膈下未见游离气体。经胃肠减压、补液、抗生素、针灸等治疗10天出院。出院后3个月胃肠钡透提示十二指肠球部后壁溃疡。第二年12月份，因右上腹痛发作频繁，出现黑便2次入院手术，术中见胃窦后壁广泛粘连，十二指肠球部上方网膜

粘连，十二指肠后壁浸润块约 $4 \times 4.5 \times 4$ cm，从十二指肠前壁向后按压，可触到后壁偏上方一个溃疡面，径约 0.6cm、深 0.5cm。行胃窦旷置式胃大部切除，术后很快恢复正常。我们认为十二指肠球部浸润块，及其上方与幽门部周围组织及网膜粘连，可能与去年十二指肠球部后壁穿孔有关。

(3) 膈下游离气体，有确诊胃肠道穿孔的价值，本组 51 例 (70.8%) 膈下可见游离气体。另 16 例虽然膈下未见游离气体，但有腹肌“板样硬”征象，术前诊断为溃疡病穿孔，均得到术中证实。

(4) 腹腔穿刺抽液检查与白细胞升高：溃疡病穿孔后，隔一定时间 (6 小时左右)，多数病人腹腔穿刺可抽出淡黄色液体，无臭。本组腹腔穿刺 40 例，除 3 例外 (已归入胆道感染与阑尾炎介绍) 其他均抽出淡黄色液体。与其他急腹症不易鉴别时行腹腔穿刺，对早期诊断很有意义。

白细胞升高与腹膜炎程度成正比。一般来说，后壁穿孔范围局限的，白细胞呈轻、中度升高；而前壁穿孔，孔径大，又是饱食引起，腹膜炎严重的，白细胞及中性升高都很明显。

溃疡病穿孔的早期诊断，我们归纳下列几点：①上腹部突发性剧痛或在闷痛、钝痛的基础上突然加剧，范围逐渐增大。②典型的腹膜刺激征——腹肌“板样硬”。这个体征也可见于胆道、胰腺疾患，须要通过病史分析，进行鉴别，有溃疡病史的患者，溃疡病穿孔可能性大；没有溃疡病史者，得依据这次发病的特点进行判定。③膈下可见游离气体有确诊胃肠道穿孔意义，而无否定意义。④结合腹腔穿刺抽液检查、白细胞的升高与体温情况综合分析，可作出早期诊断。

5. 急性胰腺炎

急性胰腺炎也是外科较常见的急腹症，本组居第五位，计32例（6.7%）。男11例，女21例，女性比男性高一倍。主要征象有下：

（1）突发性上腹部剧痛：本组31例有上腹部突发剧痛史，另1例系突发性全腹性疼痛。尽管病人诉说上腹部或全腹疼痛，而压痛部位往往偏于左上腹。疼痛多向腰背或左肩背部放射，有的病人腹痛呈束带状。疼痛的程度与病变轻重是一致的。急性出血性或坏死性胰腺炎，可因突感极其剧烈腹痛，引起休克或猝死。本组有明显暴饮暴食诱因的只有15例（47%）。多数人无诱因而发病。

（2）恶心、呕吐：吐出物系胃内容物，呕吐后腹痛不减轻是本病的一个特点。

（3）腹部压痛与反跳痛：水肿型胰腺炎往往只有左上腹部压痛，肌卫。腹部压痛、反跳痛与肌紧——“腹膜刺激征”愈重，范围愈大，胰腺的病变也愈严重，如出血性或坏死性胰腺炎。

（4）血、尿淀粉酶升高：血、尿淀粉酶，通常发病后6~12小时开始上升，24~48小时达到高潮，2~5天下降。以后如果再升高，常提示疾病的反复或有合并症存在。有些急性坏死性胰腺炎，由于胰腺坏死，淀粉酶生成减少，反而不高。而胆道感染或溃疡病穿孔，血、尿的淀粉酶也会升高，应注意鉴别。

病例：患者男，51岁，住院号51530。因突然出现上腹部剧烈疼痛，面色苍白，四肢冰冷14小时入院。住院前晚曾参加酒宴，当天晚饭后不久突感上腹部剧痛，心窝部不舒，昏倒样感，频频呕吐，先吐进食之物，继则黄色苦水，呕吐

后腹痛不缓解。面色苍白，手足冰凉，送当地医院时血压、脉搏均测不到，经补液、抗休克、抗感染等措施，血压已回升，急转我院抢救。体检：体温37.6℃，脉搏112次，呼吸20次，血压84/60。危重病容，面色苍白，心率快，律齐，右肺呼吸音降低，腹微胀，全腹均有压痛、反跳痛和肌紧，有移动性浊音，肠鸣音消失。腹腔穿刺抽出带红色脓液，混浊、味臭，镜检：脓球(++++)，红细胞2~4/HP，淀粉酶300u（索氏）。血象：血红蛋白8g，白细胞19800、中性分叶90%、杆状2%，淋巴8%。血淀粉酶100u“尿淀粉酶200u。拟诊急性坏死性胰腺炎。术中发现全胰腺高度水肿充血，胰体尾部散在性多发性坏死灶，附近组织、大网膜有众多皂化点，腹腔吸出脓液550ml，行坏死的胰腺组织清除加胰床及腹腔内引流术，经多方抢救，住院45天痊愈出院。

我们体会急性胰腺炎的早期诊断可归纳下列几点：①上腹部突发剧烈疼痛，若痛系持续性而严重者。可引起休克、甚至猝死。②呕吐频繁，呕吐后腹痛不减轻。③腹膜刺激征随着病情程度而改变。水肿型胰腺炎，腹痛常局限于左上腹部；出血性或坏死性胰腺炎的腹痛范围广，遍及全腹，体检有压痛反跳痛及肌紧张。④血、尿淀粉酶升高。

有人认为胰腺炎的诊断是一种排除性诊断，出现上述征象，排除了其他急腹症，就得考虑是急性胰腺炎。这个见解可以参考。

(袁维森)