

汤德骥 黄德贍 合编

病例讨论集

· 腹部疾病专辑 ·

浙江科学技术出版社

责任编辑：励慧珍
封面设计：徐景祥

病例讨论集
(腹部疾病专辑)

汤德骥 黄德贻合编

*

浙江科学技术出版社出版

浙江新华印刷厂印刷

浙江省新华书店发行

开本787×1092 1/32 印张9.5 字数198,000

1982年8月第 一 版

1982年8月第一次印刷

印数：1—20,000

统一书号：14221·38

定 价：0.87 元

编 者 的 话

临床工作中经常遇到各种各样的病例，有的病情比较单纯，根据病史、体格检查和实验室检验结果，便可作出正确的诊断；有的病情比较复杂或症状不典型，需经短期观察或作试验性治疗，才能作出符合病情实际的诊断。为此，我们选择部分在我院住院治疗的病例，其中有常见病，也有罕见病，即使是常见病，其临床特点、诊断和治疗也多有曲折，按主诉或主要症状加以分类，编写成《病例讨论集》。希望通过此集，对医学院校实习学生、临床青年医师或基层医务人员在日常工作中有所帮助。

疾病的诊断是一门复杂的科学，既要精通基础理论，又要有临床实践经验，除应掌握病史、体征和实验室检验结果等第一手资料外，还要善于综合、分析，加以取舍和鉴别，作出合理和正确的诊断。本书共收集50个病例，每个病例均分病历摘要、临床分析、手术或尸体解剖所见和讨论等部分。病历摘要力求简明、扼要；临床分析着重诊断和鉴别诊断；手术包括尸体解剖所见，在于检验诊断的准确性；讨论部分着重病因、病理和治疗原则，并对该病新的概念或诊断、治疗的最新进展，略作叙述。如遇误诊，则讨论误诊原因，以便从中吸取经验教训。

由于我们水平有限，分析和讨论能力肤浅或有错误，恳切希望读者批评、指正。

编 者

一九八一年十二月

目 录

编者的话

腹痛病例

- 一、下腹部疼痛 4 天，寒战发热 1 天（急性阑尾炎穿孔） (1)
- 二、腹痛、呕吐、发热 3 天（急性出血性胰腺炎） (5)
- 三、腹痛、腹胀伴间歇性呕吐（十二指肠溃疡穿孔） (11)
- 四、脐周及上腹部疼痛伴呕吐 1 天（异位阑尾炎） (16)
- 五、腹痛、呕吐、血性腹水（急性出血性胆囊炎） (20)
- 六、上腹部胀痛、泛酸、嗝气伴反复呕吐（空肠粘液腺癌） (26)
- 七、腹痛、腹胀 2 年，反复呕吐 1 个月（胃植物球梗阻） (31)
- 八、腹痛、发冷发热、咳嗽伴胸痛（膈疝）
..... (38)
- 九、腹痛、腹胀、腹水、嗜酸性粒细胞增多
（何杰金氏病） (45)
- 十、慢性腹泻、左腹阵发性疼痛、腹胀（肠系

膜淋巴结核、肠扭转)	(54)
十一、右上腹疼痛、发热(慢性胆囊炎、胆囊 积脓)	(59)
十二、腹痛屡伴畏寒、发热半年(脾脓肿)	(63)
十三、右上腹疼痛20余天伴发热(胆囊炎、胆 石症)	(67)
腹部肿块病例	(72)
一、上腹部疼痛并发现肿块2个月(混合型肝 癌伴血吸虫卵沉着)	(72)
二、腹泻、腹痛、右上腹肿块进行性增大(肝 脓肿)	(77)
三、右上腹部肿块逐渐增大(肝海绵状血管 瘤)	(82)
四、发热、腹胀、上腹部肿块(胰腺假性囊 肿)	(88)
五、右上腹痛近2年,并出现肿块(后腹膜嗜 铬细胞瘤)	(94)
六、心悸、气急、浮肿、呕吐、左上腹肿块 (多囊肾)	(99)
七、腹痛2个月,转移至右下腹伴腹块(阑尾 结核)	(105)
八、腹痛、腹胀、发现腹块5个月(结核性腹 膜炎)	(109)
九、排便不规则、便条变细、下腹部肿块(肠 系膜单纯性囊肿)	(113)

十、胃次全切除术后24年，半年来心窝部闷	
胀、似触及肿块（残胃癌）	(118)
消化道出血病例	(123)
一、腹痛、腹泻、便血（急性出血性、坏死性	
小肠炎）	(123)
二、呕血、黑便1天，无泛酸、暖气史（十二	
指肠溃疡出血）	(129)
三、腹痛、腹胀、反复呕血、黑便1年余（十	
二指肠溃疡、肠道气囊肿病）	(133)
四、黑便、腹痛、呕吐（Meckel氏憩室、肠套	
迭）	(138)
五、黑便3个月，偶有暗红色便血（结肠异常	
静脉曲张）	(141)
六、腹痛、泛酸12年，黑便3次（十二指肠球	
部溃疡）	(145)
七、持续性黑便1年、呕血1天（胃癌出血）	
.....	(153)
八、黑便、纳减、手术后发热再住院（转移性	
肝癌）	(157)
九、黑便、头昏、乏力、先后手术3次（绒毛	
膜上皮癌）	(164)
十、黑便、呕血、血压下降（不明原因上消化	
道出血）	(169)
十一、腹泻、脓血便、消瘦、恶病质（溃疡性	
结肠炎合并肝脓肿）	(173)
十二、齿龈出血、黑便、头昏、乏力（Evans氏综	

合征)	(179)
十三、不规则发热、腹痛、间歇便血、休克	
(恶性组织细胞增生症)	(185)
黄疸病例	(192)
一、腹痛、发热、黄疸、肝脾肿大(慢性胆囊炎、胆石症)	(192)
二、腹痛、发热、间歇性黄疸, 3次手术(胆道结石再手术, 肠粘连)	(197)
三、腹痛、发热、黄疸、呕血(胃小弯溃疡型未分化癌)	(205)
四、腹痛、黄疸、低血压(急性坏疽性胆囊炎、胆石症、急性梗阻性化脓性胆管炎)	(212)
五、全身乏力、黄疸、肝脏肿大(胰头癌、肝转移性腺癌)	(217)
六、头昏、乏力、心悸伴间歇性黄疸(轻型 β 海洋性贫血)	(222)
七、头昏、乏力、黄疸(原发性自身免疫性溶血性贫血)	(228)
八、头昏、乏力、巩膜发黄2个月(遗传性球形红细胞增多症)	(235)
其他病例	(241)
一、心窝部饱胀、食后不适、恶心4个月(胃粘膜内腺癌)	(241)
二、发热、咳嗽、左侧胸痛1周(自发性脾包膜下血肿)	(249)
三、肝脾肿大8年, 齿龈出血、两下肢出现出	

血点半个月 (Niemann-Pick 氏病)	(254)
四、畏寒、发热 3 天，黄疸、低血糖发作 (溃疡性结肠炎、脓毒血症、肝脓肿)	(265)
五、昏厥、昏迷 (急性出血性胰腺炎)	(274)
六、发作性意识障碍，四肢抽搐 (胰岛素瘤)	(280)
【附】临床重要检验正常值	(283)

腹 痛 病 例

一、下腹部疼痛 4 天，寒战、发热 1 天

病 历 摘 要

患者女性，17岁，学生，住院号72540。因下腹部疼痛 4 天，寒战、发热 1 天，于1976年 6 月29日入院。

患者入院前 4 天吃黄金瓜后感脐周及脐下腹部持续性隐痛，逐渐加重并有寒战、发热，曾服用合霉素等药未好转。起病后未解大便，恶心，无呕吐，无尿急、尿痛和尿频症状。

过去身体健康，无腹痛及腰痛史，未婚，月经史无特殊。

体格检查：体温39.5℃，脉搏100次/分，血压110/76毫米汞柱。一般情况良好，发育、营养中等。咽部无充血，全身无浮肿，无出血点。巩膜无黄染，浅表淋巴结未肿大，心肺无特殊。腹部平坦、柔软，脐下及左、右下腹均有压痛，无腹肌紧张、无反跳痛。肠鸣音正常，无移动性浊音。肝脾未触及。四肢关节及神经系统检查无异常发现。

实验室检查：红细胞360万，血红蛋白9.8克%，白细胞19,800，中性89%，淋巴 8 %，单核 3 %。尿常规检查无特

殊。血淀粉酶测定 4 单位。胸部透视：两肺未见实质性病变，心、膈无异常。

住院经过：入院后肌肉注射青、链霉素，腹痛未减轻。次日出现腹泻，大便次数计数不清，稀薄水样，有时自肛门流出，无脓血。大便镜检见白细胞 0 ~ 4 /高倍视野，未找到巨噬细胞及阿米巴滋养体，潜血反应阴性。腹部检查：全腹广泛压痛，腹肌略有抵抗感，但有明显反跳痛，尤以右下腹为甚，疑有阑尾炎穿孔可能，转入外科病房。

临 床 分 析

本病例系一青年女性病人，过去身体健康，入院前 4 天突感脐周及脐下腹部持续性隐痛，逐渐加重并有发冷、发热，腹泻。腹部检查：脐下及两侧下腹部压痛，腹肌紧张虽不明显，但有反跳痛，提示腹部有炎症性病变，应考虑以下一些疾病：

1. 急性阑尾炎穿孔并发腹膜炎：典型的急性阑尾炎症状，应先有上腹部或脐周持续性或阵发性疼痛，然后疼痛转移至右下腹伴腹肌紧张、压痛、反跳痛，穿孔后才有全腹或下腹部广泛性压痛，可有腹泻、发热，与本病例有相似之处，但很少有水样腹泻、寒战，故应另作考虑。

2. 胃、十二指肠溃疡穿孔：一般应有溃疡病规律性、周期性上腹部疼痛，泛酸、嗝气史，穿孔多发生在溃疡活动期。个别病史不典型，胃、十二指肠内容物流至右髂凹内，表现为下腹部，尤以右下腹腹膜刺激征，造成临床误诊。腹部透视：右膈下有游离气体，对诊断有帮助，但阴性结果不能否定溃疡穿孔存在。本病例无溃疡病史，当可排除。

3.急性胰腺炎：过去常有上腹部疼痛或胆囊炎、胆石症病史。由于胰腺位于腹膜后，急性发病时，疼痛和压痛以背部左侧较显著或呈横位性疼痛，血清淀粉酶增高（超过64 Winslow氏单位或500 Somogyi氏单位有诊断意义）。病史、检查（包括化验结果）与本病例不符，水样腹泻也难以解释（慢性胰腺炎可有脂肪泻），故予以排除。

4.伤寒肠穿孔：一般发生于伤寒病程第2、3周，穿孔部位多在回肠末段，表现为下腹部尤以右下腹部剧痛，迅速弥漫全腹。但有些病例临床症状很轻微（逍遥型），并发肠穿孔时，容易误诊为其他急腹症。本病例病史仅有4天（伤寒潜伏期为3~60天，一般8~14天），发病前无头痛、四肢酸痛、发热、食欲减退等伤寒前驱症状，白细胞计数高达19,800，而伤寒一般不超过10,000等，可以鉴别。

5.卵巢滤泡或黄体破裂：应予考虑，腹痛常是突然发生，开始在下腹部，剧烈，随后可减轻，尚有腹腔内出血或阴道流血症状，与经期有关。前者发生于排卵期，即在两次月经中期（前次月经后12~14天）；后者发生在月经中期以后，即下次月经前14天以内发生。本病例有发热，无阴道流血、腹腔内出血症状，故可排除。

手 术 所 见

平卧，常规消毒、铺单。右下腹贯穿腹直肌切口。腹腔内有多量脓液，带粪臭，大网膜聚集在回盲部。阑尾长约6厘米，中段穿孔。常规切除阑尾，荷包缝合包埋残端。检查无出血，吸尽腹腔脓液，于耻骨上及右结肠旁沟各放橡皮引流管一条，清点纱布无误，逐层缝合腹壁切口。手术经过顺利。

手术后诊断为急性阑尾炎穿孔引起弥漫性腹膜炎。

术后恢复良好，继续肌肉注射青霉素、链霉素，术后 6 天体温恢复正常，半个月出院。

讨 论

急性阑尾炎在临床上甚为常见，可发生在任何年龄，一般在 2 岁内少见，2 岁后发病率逐渐增加，在 20 岁时发病率最高。在较大年龄组，发病率又逐渐减少，50 岁以上的阑尾炎患者只占阑尾炎患者总人数的 10% 以下。典型的阑尾炎病例容易诊断，不典型病例，诊断可遇到困难，尤其是阑尾穿孔并发弥漫性腹膜炎时，应与许多疾病相鉴别。其中较易混淆的有溃疡病穿孔、急性胃肠炎、急性胰腺炎、局限性肠炎等，这些疾病如果详询病史并作必要的检查，实际上不应有误诊。但 Meckel 氏憩室炎、“逍遥型”伤寒肠穿孔等，则确有鉴别诊断上的困难。

本病例入院时被“吃过黄金瓜”病史所迷惑，按一般肠道感染治疗，继而出现稀薄水样腹泻症状，认为亦符合急性胃肠炎的诊断。待全腹广泛性压痛、反跳痛出现，才考虑阑尾炎穿孔可能，说明急性阑尾炎虽是常见病、多发病，但早期诊断由于疑惑不决或诊断技术上的疏忽而被延误的病例不少，应加重视。

本病例另一特点是腹泻，稀薄水样，次数计数不清，有时自肛门流出。一般来说，急性阑尾炎所表现的胃肠道症状是恶心、呕吐，虽有部分病例（30%）因肠蠕动增加，排便次数增多，但很少表现为腹泻。穿孔病例，因盆腔脓肿形成，可有腹泻表现。本病例病史较短，虽有盆腔腹膜炎体

征，但未局限化为脓肿，因此腹泻原因，得不到较好解释。由于未作大便细菌培养和菌谱分析，因此是否与使用抗菌素（特别是广谱抗菌素）有关，得不到证实。一般认为不适当应用广谱抗菌素，在3~16天内即可引起肠道菌群失调，甚至出现真菌性肠炎，引起水样腹泻。但本病例使用抗菌素品种有限，时间不长，故可能性不大。此外类癌，半数以上发生在阑尾，在有分泌功能时，可产生5-羟色胺、血清素、组织胺、儿茶酚胺、前列腺素、血管舒缓素以及类促肾上腺皮质激素等物质。血清素对周围血管和肺血管有收缩作用，对胃肠道节前迷走神经和神经节细胞有刺激作用，使其活动增强，分泌增加，因而引起腹泻，多为水样泻，也应考虑。但本病例阑尾标本未作病理切片检查，美中不足。

二、腹痛、呕吐、发热3天

病 历 摘 要

患者女性，64岁，家务，住院号119878。因腹痛、呕吐、发热3天，于1977年11月9日入院。

患者于入院前3天突感上腹部持续性疼痛，向腰背部放散，频繁恶心、呕吐，呕物先为早餐内容物，后为苦水，量不多，并有畏寒、发热。至当天晚上腹痛加剧，波及全腹，坐立不安，出冷汗，即送到当地医院住院，经补液、镇痉、止痛等药物治疗，腹痛未能缓解，乃转来本院诊治。

患者平素体健，于1974年曾有一次上腹部剧痛发作，当地医师诊断为“心绞痛”，口含硝酸甘油片后好转，但当时

心电图检查无异常。入院前2个月，曾先后有7次上腹部剧痛发作，两次在当地医院住院治疗，作口服胆囊造影，胆囊不显影，按慢性胆囊炎急性发作治疗。近期患者情况良好，无腹痛、腹泻和体重减轻。无烟酒嗜好。

体格检查：体温38.2℃，脉搏110次/分，血压100/70毫米汞柱。呈急性重病容，痛苦貌，皮肤未见出血点，巩膜无黄染，浅表淋巴结未肿大，心、肺无特殊。腹部稍胀气，未见肠型。全腹有明显腹肌紧张、压痛、反跳痛，以左上腹为著。肠鸣音减弱，移动性浊音可疑，肝脾未触及，肝浊音界存在，神经系检查无异常发现。

实验室检查：血红蛋白8.5克%，白细胞12,400，中性82%，淋巴17%，酸性1%，出血时间及凝血时间均正常。尿常规正常。血清总蛋白6.5克%，白蛋白3.9克%，球蛋白2.6克%，黄疸指数3单位，锌浊度试验4单位，谷丙转氨酶14单位。腹腔穿刺液呈血性，涂片检查：红细胞 +++ ，白细胞 +++ ，腹腔穿刺液淀粉酶测定为384单位（Winslow氏法），革兰氏染色涂片检查阴性，培养无细菌生长。与腹腔穿刺同时作血清淀粉酶测定为48单位（Winslow氏法），尿淀粉酶测定为16单位（Winslow氏法）。心电图检查正常。胸部透视：心、肺、膈无特殊。血清钾4.1毫当量/升，血清钠137毫当量/升，血清氯92毫当量/升。

住院经过：患者入院后经禁食、补液、镇痉、止痛、抗菌药物治疗（氯霉素1.5克/日，庆大霉素16万单位/日静脉滴注；链霉素1.0克/日肌肉注射），腹痛及腹膜刺激征逐渐减轻，体温也渐趋正常，入院第7天腹痛消失，压痛、反跳痛及移动性浊音亦相继消失，诊断为急性出血性坏死性胰

腺炎合并胆囊炎、胆石症，转入外科手术治疗。

临 床 分 析

上腹部持续性剧痛、呕吐及发热是本病例最突出的症状。体格检查：腹部稍胀气并有腹膜刺激征。实验室检查：白细胞计数增多，腹腔穿刺液呈血性，淀粉酶增高，涂片检查有红细胞、白细胞。根据以上症状、体征和实验室检查结果考虑：

1. 急性胰腺炎：呕吐及白细胞增多是本病最常见的症状，腹膜刺激征提示胰腺出血、坏死并有胰液渗出。这个可能性由腹腔穿刺液呈血性及淀粉酶增高得到证实。但本病例血清及尿淀粉酶均不增高，对诊断急性胰腺炎不利，但不能排除。因血清及尿淀粉酶检查虽对急性胰腺炎有肯定的诊断价值，但一般只表现在急性发病的早期（24~48小时内），超过这个时限，即使临床仍有急性胰腺炎的表现，血清淀粉酶可以恢复到正常。有的文献报道，当胰腺广泛坏死时，由于胰腺被破坏，血清淀粉酶可以不升高，甚至低于正常范围。据统计20%急性胰腺炎病人有此表现，这点对临床医师来说，应有足够的认识。

2. 胃、十二指肠溃疡穿孔：在一般情况下，应有明显腹肌紧张，习惯描写其程度如“板样”硬，肝脏浊音界缩小或消失，腹部平片于右侧膈下可发现游离气体等，而本病例无此特征，故可排除。腹腔穿刺液淀粉酶增高、血清淀粉酶正常，可见于多种急腹症的病例，但不能以此作为内脏穿孔的佐证。

3. 急性心肌梗死：因患者在3年前有上腹部剧痛史，曾

疑诊为“心绞痛”。但过去和现在都没有得到心电图证实，而且目前最突出的症状是腹痛与腹膜刺激征，腹腔穿刺液呈血性、淀粉酶增高等，与急性心肌梗死无关。

4.慢性胆囊炎急性发作或胆囊穿孔并发弥漫性腹膜炎：因患者在住院前2个月内曾有7次上腹部剧痛发作史，口服法胆囊造影检查胆囊不显影，因此慢性胆囊炎急性发作或胆囊穿孔伴弥漫性腹膜炎的诊断可以成立，是否有胆石症，有待进一步检查。

根据以上临床分析，患者此次发病的全部表现，以急性出血性、坏死性胰腺炎可能性最大。由于患者入院前有多次上腹部剧痛发作史，口服法胆囊造影胆囊不显影，因此可能同时有胆囊炎、胆石症存在。这两种疾病在病因上互相关联，可同时并存。鉴于经内科治疗后，急性胰腺炎症状已经控制，为了预防再发，且对胆囊炎、胆石症作外科手术治疗也是必要的（Bogoch, A: Gastroenterology, P.944, 1973）。

手术所见与手术后随访

患者在硬膜外麻醉下，进行剖腹探查术。进腹后发现大网膜及后腹膜均有多数淡黄色粟粒状结节，切开胃结肠韧带，进入小网膜囊探查胰腺，发现胰腺头部、体部质地偏硬，表面触到结节。取大网膜一小块作冰冻切片检查，证实为脂肪组织坏死。探查胆囊内有多数结石，总胆管壁增厚，作胆囊切除加总胆管引流术，并取胰包膜下淋巴结连同胆囊标本送病理检查（病理检查号77—5711），镜检下证实：（1）慢性胆囊炎；（2）淋巴结：脂肪坏死结节形成，符

合胰液消化所致。

患者术后恢复顺利。

术后随访（1979年12月）：出院后2个月能料理家务，体力与手术前相仿，从未发生剧烈腹痛。

讨 论

急性胰腺炎是临床常见的疾病。发病原因尚未明了，大多数病例有胆道疾病（胆囊炎、胆石症）和暴饮暴食史，特别是结石嵌顿在 Vater 氏壶腹部，由于总胆管与胰腺管“共同通路”*出口发生梗阻，以致胆汁逆流入胰腺管内，发生胰腺炎症、坏死、出血。

急性胰腺炎病理解剖上可分为两型，即急性水肿型和急性出血坏死型。急性水肿型临床上较多见，胰腺局部或全部水肿、充血，病情较轻；而出血坏死型病变，病情均较严重，腹膜、大网膜明显脂肪坏死，腹腔内有血性渗液。临床上患者多呈现休克和腹膜刺激征象。两侧腰背部或脐周瘀斑（Cullen-Turner 氏征）、血性腹水，起病24小时内血清正铁血红蛋白（methemalbumin）增高及血清钙低于7.5毫克%等，均暗示为急性出血坏死型胰腺炎。严重的出血坏死型胰腺炎也可以昏迷为首要表现。水肿型胰腺炎患者腹腔内有时也可有少量渗液，一般为黄色。胰腺炎引起腹腔渗液的特点是渗液内淀粉酶活力增高，即使在血清淀粉酶活力正常时也是如此（Bogoch, A: Gastroenterology, P.944, 1973）。如果

* 根据解剖结构，60~90%主胰管与总胆管末端汇合成 Vater 氏壶腹。当总胆管口 Oddi 氏括约肌痉挛或壶腹部结石嵌顿时，胆汁逆流入胰腺管内，胰蛋白酶元被激活成为活动性胰蛋白酶，引起小胰管和腺泡破裂，胰液渗出，消化胰腺组织本身，以致发生急性胰腺炎，称为“共同通路”学说。