

杜鹏 编著

慢性腹痛的 定位诊断与处理



山西科学技术出版社

95
R441.1
2

2

慢性腹痛的定位 诊断与处理

杜 鹏 编著

XAPB11/5



山西科学技术出版社



C 045647

〔晋〕新登字 5 号

慢性腹痛的定位诊断与处理

杜 鹏 编著

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路十一号)

山西省新华书店发行 晋中地区印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/32 印张:8.75 字数:183 千字

1993 年 10 月第 1 版 1993 年 10 月山西第 1 次印刷

印数: 1—8 000 册

*

ISBN 7—5377—0782—0

R·311 定价:5.00 元

前 言

慢性腹痛在临床上经常遇到。虽系常见病,但准确而迅速地作出诊断却非易事。病种繁多,病因复杂,固然是诊断困难的主要原因;而临床症状和体征不象急性腹痛那样明显或典型,许多疾病的诊断手段又要求较高,亦给诊断增加不少难度,故临床医师在诊断与处理慢性腹痛时常感棘手。

对慢性腹痛的诊断与处理有关论著较多,但临床医师欲从浩瀚书海中寻觅某些有关问题,却不容易。将慢性腹痛的诊断科学化、条理化、简单化,希冀拓出一条“捷径”,是笔者多年探求的宗旨。鉴于此,笔者在总结多年临床实践经验的基础上,参考了近年国内外有关资料,按“九分法”将百余种慢性腹痛疾病作了定位诊断。当然,这是一种尝试。

本书特点,主要是从外科角度出发,同时涉猎内、妇、儿等科诸多疾病,以定位诊断为基础,较全面地介绍了各种慢性腹痛的诊断与处理。叙述力求深入浅出,对诊断各部位慢性腹痛诸多关键问题作了重要提示,引述了当前一些新观点与新的诊断标准,对常见疾病主要症状的病因亦作了较详尽的解释。每一部分附有“定位诊断”、“概述”、“典型病例”与“鉴别诊断”,刻意于实用,力求在普及基础上有所提高,期望对各种临床学科的医生均能有所裨益。

本书在撰写过程中,承蒙北京医科大学一院黄楚庭教授、

张宝善研究员,山西医学院一院牛树凯教授、李正中副教授,
二院祝庆华教授、纪鑑哲教授,山西晋中地区中医院周啓宇
主任医师指导及协助,在此一并致谢。

鉴于编著者学识浅陋,临床经验匮乏,不足之处,恳望读
者指正。

编著者

1992年12月

录

• 1 •

第二节	定位诊断	(81)
第三节	慢性胰腺炎	(86)
第四节	胰腺癌	(95)
第五节	胃、十二指肠溃疡.....	(99)
第六节	胃癌.....	(104)
第七节	上腹部慢性腹痛鉴别诊断.....	(112)
第五章	左上腹慢性腹痛的诊断.....	(121)
第一节	有关解剖.....	(121)
第二节	定位诊断.....	(124)
第三节	假性胰腺囊肿.....	(128)
第四节	胰腺囊腺癌.....	(131)
第五节	脾脓肿.....	(133)
第六节	脾脏肿瘤.....	(135)
第七节	脾曲综合征.....	(139)
第八节	左上腹慢性腹痛鉴别诊断	(141)
第六章	左、右腰腹部慢性腹痛的诊断	(145)
第一节	有关解剖.....	(145)
第二节	定位诊断.....	(147)
第三节	肾积水.....	(152)
第四节	多囊肾.....	(156)
第五节	输尿管肿瘤.....	(159)
第六节	原发性腹膜后肿瘤.....	(161)
第七节	左、右腰腹部慢性腹痛鉴别诊断	(166)
第七章	中腹部慢性腹痛的诊断.....	(169)

第一节	有关解剖·····	(169)
第二节	定位诊断·····	(173)
第三节	单纯性粘连性肠梗阻·····	(176)
第四节	原发性小肠肿瘤·····	(180)
第五节	慢性肠系膜上动脉缺血 ·····	(183)
第六节	腹主动脉瘤·····	(186)
第七节	中腹部慢性腹痛鉴别诊断·····	(189)
第八章	右下腹慢性腹痛的诊断·····	(193)
第一节	有关解剖·····	(193)
第二节	定位诊断·····	(195)
第三节	慢性阑尾炎·····	(201)
第四节	肠结核·····	(206)
第五节	肠阿米巴病·····	(210)
第六节	节段性肠炎·····	(215)
第七节	右下腹慢性腹痛鉴别诊断 ·····	(218)
第九章	左下腹慢性腹痛的诊断·····	(221)
第一节	有关解剖·····	(221)
第二节	定位诊断·····	(224)
第三节	溃疡性结肠炎·····	(227)
第四节	结、直肠癌·····	(233)
第五节	结肠憩室病·····	(238)
第六节	左下腹慢性腹痛鉴别诊断 ·····	(241)
第十章	下腹部慢性腹痛的诊断·····	(245)

第一节	有关解剖·····	(245)
第二节	定位诊断·····	(249)
第三节	慢性前列腺炎、精囊炎 ·····	(252)
第四节	慢性盆腔炎·····	(256)
第五节	盆腔瘀血综合征·····	(259)
第六节	下腹部慢性腹痛鉴别诊断 ·····	(263)

第一章 慢性腹痛的发生机理

慢性腹痛与急性腹痛一样,是腹部外科疾病中最常见的症状。腹痛具有两重性:一方面是痛感觉,另一方面是个体对疼痛的反应。腹部疼痛作为一种感觉,有其独有的特性:首先它与触、压、冷、热等感觉不同,不是单一的感觉,而总是伴有其它一种或多种感觉所组成的复合感觉,如胀痛、绞痛、灼痛、刺痛、钝痛等;其次,顽固的慢性腹痛常可使病人焦虑不安,甚至导致人格的改变。痛感是一复杂的生理过程,了解腹痛的发生机理,有助于临床上对腹痛的分析,对引起腹痛的原发疾病可进行有效的治疗。

第一节 痛的理论

为什么会有痛感,目前有三种理论:

一、特异性学说

Von Frey 于 1895 年提出了特异感受器学说。认为人的皮肤有触、温、冷、痛四种感觉,各由一种特异的感受器来接受。由于皮肤中痛觉的特殊感受器受到刺激,通过传入神经纤维,传至大脑皮层的特定部位,便产生痛感,然而皮肤虽有多种特异感受器,但痛觉神经末梢多是裸露的,解剖学上亦未能发现

各种痛觉的不同感受器。目前认为痛觉并不需要特异的感受器。

二、型式学说

Weddell 等人认为,所有的神经末梢都不是特异的,强烈的刺激都会引起疼痛。痛觉的性质并不在于特异的神经纤维或感受器受到了刺激,而是在于多个神经纤维活动的时间性及空间性的模式,亦即是所谓模式学说。据此理论,同样的神经纤维在不同的刺激之下,可以产生多种感觉。例如腹内空腔脏器受到被动性膨胀时,只产生较轻微的痛感,但在强烈主动收缩时,则产生剧痛。

三、闸门控制学说

1958 年 Merzack 和 Wall 发现,当刺激实验动物后肢时,可以改变脊髓神经后根的电位,切断后根之后,此作用仍然存在。经过后来的研究,在 1965 年提出“闸门”控制学说。

此说认为,由于刺激引起痛觉冲动,传给脊髓内的三个系统:后角罗氏胶状质区内的细胞(SG),向皮层投射的后索纤维(CP)以及后角中的第二级神经原(T 细胞)。

(一)“闸门”控制系统

罗氏胶状质区内的细胞(SG)其轴突组成 Lissauer 束及联合纤维和上下及对侧细胞相联络。其功能像一个“闸门”控制系统,对来自后根的传入纤维冲动起控制效应,但它又为后根传入纤维冲动所控制。凡由有髓鞘粗纤维传来的冲动,能加强“闸门”抑制效应(关“闸门”作用),而由无髓鞘细纤维传来的冲动,则有削弱“闸门”的抑制作用(开“闸门”作用)。如细纤维

的冲动在数量上占优势,则“闸门”作用减弱,有大量的冲动可以传到后角的第二级神经原(T 细胞),反之如粗纤维的冲动在数量上占优势,“闸门”作用得到加强,到第二级神经原的冲动就少。

(二) 中枢控制系统

粗纤维传入脊髓的冲动,除在脊髓同水平直接控制“闸门”作用外,还可由后索快速传导路(CP)上升到高级中枢,通过高级中枢的整合作用,再反过来对脊髓“闸门”起控制效应(开放或关闭全部或局部“闸门”作用)。就是说痛觉不但取决于伤害性刺激的存在与否,而且还受复杂的心理活动所影响,如郁闷、忧虑可加重疼痛,情绪高度兴奋可减轻甚至对疼痛无感觉。

(三) 作用系统

T 细胞传出冲动沿脊髓丘脑侧束向上传导,不仅产生痛觉,还可产生情绪反应。与前角、侧角细胞发生反射性联系,出现腹肌紧张和植物神经系统症状(图 1—1)。

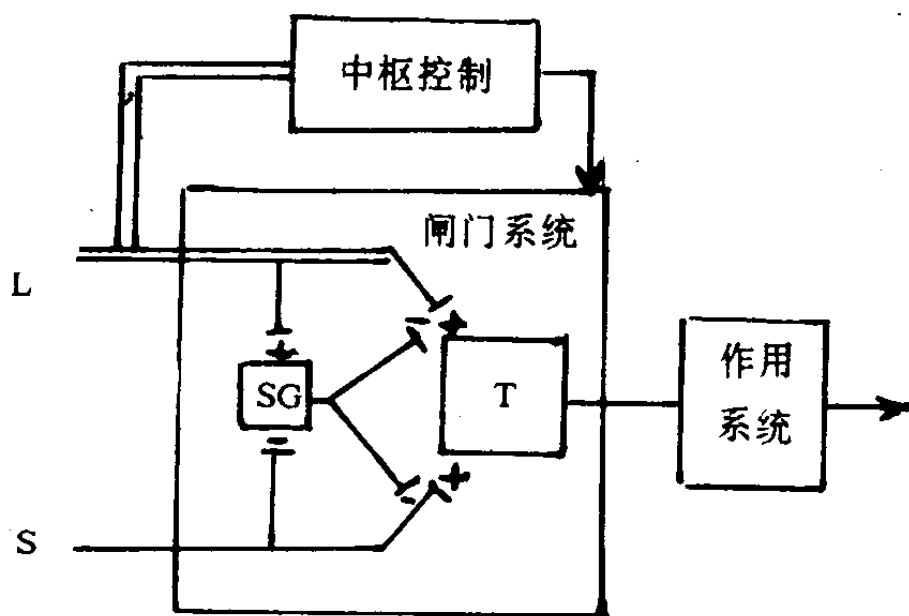


图 1—1 闸门控制学说示意图

L 粗神经纤维； S 细神经纤维；

SG 脊髓胶状质细胞； T T 细胞；

— 第一中枢神经传递站；

= 中枢反馈调节；+ 兴奋； - 抑制

粗纤维(L)和细纤维(S)都直接投射到 T 细胞,当 L 兴奋时,可使 T 细胞发放冲动,但 L 的侧枝同时又使 SG 兴奋,反馈抑制 L 和 S 的冲动到达 T 细胞,使 T 细胞放电迅速停止。S 兴奋也使 T 细胞发放冲动,S 侧枝通过抑制 SG,取消突触前反馈抑制,使 T 细胞加强放电。

闸门学说中有一些基本概念仍属于假设,但根据此学说,似乎可以解释一些临床现象,如一些自发性疼痛、灼性神经痛,持续刺激粗的传导神经纤维可以减轻慢性疼痛和手术后疼痛,针刺止痛等。

第二节 致痛因素

引起腹痛的致痛因素,可分为外源性和内源性两大类,有时两类因素可互为因果。常见的腹部外科疾病通常有以下几种类型:

一、消化道的运动功能障碍

胃肠道、胆道、肾以下的输尿管道都是由平滑肌构成的管道系统,由于某种原因引起的运动功能障碍,都可成为疼痛的原因。

二、消化道的机械性梗阻

由于某种病理损害造成的消化道梗阻,梗阻近端肠管总是企图通过强烈的收缩使胃肠道内容通过梗阻,输送到梗阻

的远端,于是就引起阵发性腹痛。

三、腹腔脏器的炎症

在腹腔脏器炎症时,由于组织肿胀、炎性渗出、运动功能障碍或机械性梗阻等复杂因素,可引起性质不同的腹痛。

四、腹腔脏器损伤及破裂

空腔脏器穿孔或破裂时,由于消化道内容的外溢,刺激腹膜,可引起剧烈的腹痛;实质性脏器破裂时,引起血腹,除有内出血的征象外,突发的腹痛也是一个非常突出的症状。

五、腹腔脏器的血运障碍

以胃肠道慢性缺血和急性血运障碍最常见。慢性缺血以进食后腹痛,消化及吸收障碍为主要临床表现;以肠系膜动脉拴塞及静脉血拴形成为代表的急性血运障碍,先表现为剧烈腹痛,随后即出现腹膜炎,病情危重,若不及时手术多在短期内死亡。

六、恶性肿瘤

腹痛为恶性肿瘤的晚期症状。空腔脏器的腹痛,多因肿瘤已侵犯到浆膜外、肠系膜根部,或已并发梗阻或穿孔;实质性脏器的恶性肿瘤则在穿破包膜侵犯到腹膜或腹后壁之后,出现顽固性腹痛。

七、其他病因

如铅中毒、系统性硬皮症、系统性结节性红斑、结节性动

脉周围炎及皮肤炎、脊髓空洞症等。

疼痛是由于游离神经末梢的冲动,传导至中枢所产生的感觉,这在前面已述及。但是,游离神经末梢何以兴奋?目前认为它是受一些致病物质的刺激,才能向中枢发放冲动。

致痛物质有外源性与内源性之分,前者如强酸、强碱等;而后者是指在生理过程中释放出来的物质如乙酰胆碱、P—物质等;或当机体损伤、炎症时所生成的物质如钾、组织胺、激肽等。我们通常所说的致痛物质,就是指这种内源性致痛物质,特别是疾病时所生成的致痛物质。引起腹痛的内源性致痛物质,可分为以下三类:

(一) 无机离子

钾离子是细胞内的主要阳离子。当损伤、炎症、血细胞破坏时,钾离子很容易释放。通过动物实验,向动脉内注射 9~28 毫克氯化钾,即可以引起疼痛。故认为钾离子是致痛物质。氢离子是另外一个有致痛作用的无机离子。在正常代谢过程中,PH 值保持相对的稳定,而在组织损伤或炎症的情况下,常出现氢离子局部增加,所以有人认为氢离子是体内引起疼痛的真正因素。当组织 PH 值降低时,细胞内钾离子释出,氢离子进入细胞,即可引起疼痛。在临床上也证实了这一点,如胃十二指肠溃疡患者,由于胃酸刺激溃疡病灶而引起疼痛,服用碱性药物则多可缓解。

(二) 胺类

5—羟色胺为神经系统的主要介质,已被证明是较强的致痛物质。5—羟色胺可促进凝血,调节胃肠活动,增加毛细血管通透性,并能促进内脏感觉冲动的传导,有明显的周围神经致痛作用。它与缓激肽能相互加强致痛作用。在外伤或炎症情

况下,血小板释放出 5—羟色胺,可能是引起疼痛的重要原因之一。

(三) 肽类

血浆激肽包括三种具有致痛作用的成分:徐缓激肽、十肽和十一肽。其中以徐缓激肽的致痛作用最强。该物质能使血管舒张和通透性增加,并促进白细胞移行,更主要能使细神经纤维兴奋,因此有致痛作用。在组织损伤、炎症、坏死和缺血的情况下,徐缓激肽的含量明显升高。

目前认为,上述的化学致痛物质中钾离子、氢离子、组织胺与快痛有关;缓激肽、P—物质、5—羟色胺,可能与慢痛有关。至于何种物质起主要作用,现尚不能肯定,也许是几种致痛物质共同作用的结果。例如损伤时,由于强烈刺激直接作用于神经纤维,同时因组织损伤产生大量钾离子和组织胺引起快痛。另一方面组织的损伤使血小板、组织细胞等破坏,释放出激肽致活酶,形成缓激肽,同时产生与 5—羟色胺,组织胺引起血管扩张,通透性增加,组织水肿,局部 PH 降低,使痛阈低下,产生慢痛。

第三节 致痛过程

腹痛是由腹腔实质或空腔脏器及腹膜的病变所引发。有时,胸腔内器官或脊柱的病变,亦可引起腹痛。

疼痛是来源于分布在身体所有组织中的痛觉感受器——游离神经末梢的冲动,经由躯体神经的痛觉纤维或和植物神经的传入纤维传到脊髓,最后抵达皮层中枢所产生的感觉。一般根据冲动来源的部位不同,可将疼痛分为三种:皮肤痛、深

部痛和内脏痛。亦可将前两者合并称为躯体痛,因为它们都是由躯体神经所传导。腹部疼痛既有躯体痛,又有来源于内脏,并经植物神经传导的内脏痛,而后者是更重要的。所以腹部疼痛的痛觉冲动,是通过三条途径即交感神经、副交感神经和躯体神经所传入,其中大部是由交感神经所传导。

根据不同的结构和生理功能,感觉神经纤维按其粗细及传递速度可分为 A、B、C 三型,A 型中又分为 α 、 β 、 γ 、 δ 四个亚型。A 与 B 型神经纤维的传递速度是其中较快的,是传导触觉、压觉、本体感觉和一部分痛觉的神经纤维。C 型是最细的无髓鞘神经纤维,其传导速度较慢,是传导痛觉的神经纤维。痛觉由快速传导纤维(A δ 型)和慢速传导纤维(C 型)传递;前者可能传递针刺样痛感,后者则传递烧灼样痛和酸痛。

痛觉第一级神经原传入纤维由 A δ 和 C 型神经纤维组成。A δ 神经纤维是 A 类神经纤维中最细的有髓鞘纤维,其传导速度每秒约 20~30 公尺,主要存在于躯体神经中,在腹部密集分布于皮肤、肌层和壁层腹膜。若加以刺激,则迅速产生感觉鲜明、锐利、部位明确的疼痛。此种疼痛称为快痛,临床上称为躯体痛。C 型神经纤维主要含于交感神经的传入纤维中,为无髓鞘纤维,稀疏分布于随意肌、骨膜、腹膜和内脏等深部组织。腹部 C 型神经纤维起始于腹部脏器壁。从食管下段、胃、肝、胆管、胰、大血管等脏器来的 C 型神经纤维到腹腔神经节;由小肠、结肠来的抵肠系膜上神经节;而盆腔脏器来的到达肠系膜下神经节。如给上述部位刺激,则呈现钝的、烧灼样的疼痛,痛觉形成缓慢而持久,部位模糊。此种疼痛称为慢痛,又称第二痛,临床上称为内脏痛。

以损伤、炎症、缺血为例,其致痛过程示图如下: