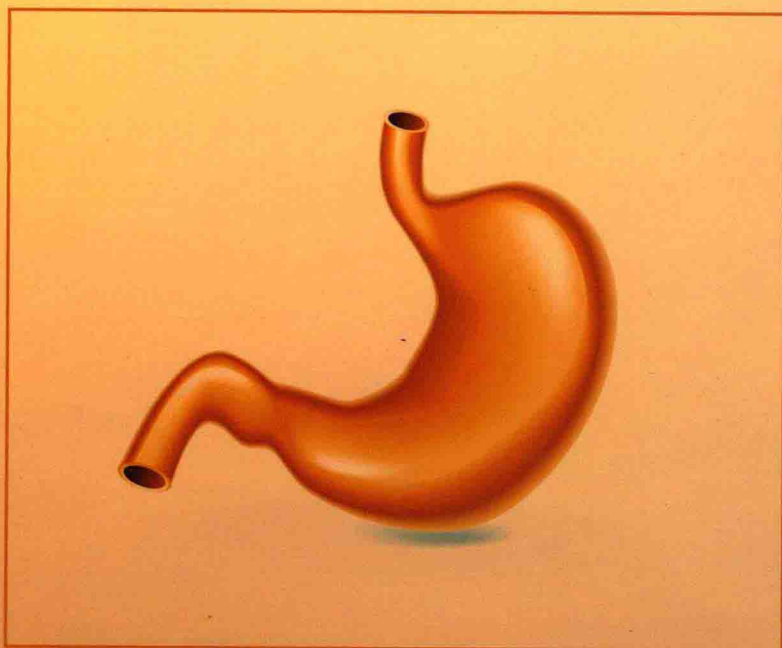


临床消化系统 疾病诊疗学

伞钢镞等◎主编

(上)



临床消化系统疾病诊疗学

(上)

伞钢镞等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

临床消化系统疾病诊疗学/ 伞钢镗, 王海燕, 倪训军主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016. 8
ISBN 978-7-5578-0998-0

I. ①临… II. ①伞… ②王…③倪…III. ①消化系
统疾病—诊疗IV. ①R57

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第167799号

临床消化系统疾病诊疗学

Linchuang xiaohua xitong jibing zhenliao xue

主 编 伞钢镗 王海燕 倪训军
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚 陈绘新
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 816千字
印 张 33.5
版 次 2016年8月第1版
印 次 2017年6月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-0998-0
定 价 130.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

编委会

主 编:伞钢镞 王海燕 倪训军

王 燕 刘 昕 杨伟捷

副主编:孟祥林 张迎春 葛勤利

胡泽楠 张 磊 刘 敏

李新华 任丽楠 李 伟

编 委:(按照姓氏笔画)

王海燕 济南市第四人民医院

王 燕 山东省荣成市中医院

卢亚巍 内蒙古自治区人民医院

任丽楠 沈阳军区总医院

任宪辉 牡丹江医学院第二附属医院

伞钢镞 中国人民解放军第 211 医院

刘 昕 青岛市黄岛区中医医院

刘 莹 中国人民解放军第 463 医院

刘 敏 兰州大学第一医院

杨伟捷 中国人民解放军第一医院

李 伟 中国人民解放军第 88 医院

李新华 青岛大学附属医院

张迎春 沈阳军区总医院

张 爽 中国人民解放军第 463 医院

张 磊 郑州大学附属郑州市中心医院

孟祥林 郑州市中医院

胡泽楠 兰州大学第一医院

修云霞 牡丹江医学院第二附属医院

倪训军 济南市第四人民医院

葛勤利 中国人民解放军第一医院



伞钢镗,女,1978年出生,现任中国人民解放军第211医院消化内科,主治医师,2001年毕业于哈尔滨医科大学临床医学专业,2008年获得哈尔滨医科大学消化病专业硕士学位。在消化内科研究领域具有自己独到的领会与见解,具有扎实的理论基础及临床实践经验,在胃肠镜操作、诊断及内镜下的微创治疗方面具有丰富的操作经验与独到的治疗技巧。发表学术论文10余篇,主编著作1部,获得2项军队医疗成果三等奖,荣立三等功1次,嘉奖5次。



王海燕,女,出生于1968年,1991年毕业于山东医科大学临床医学系,现为济南市第四人民医院消化内科副主任医师,济南市医学会消化学会委员,泰山医学院兼职副教授。工作25年来,在消化内科专业积累了丰富的临床经验和胃肠内镜诊断技术。擅长各种消化内科疾病及危急重症的诊治,包括胃食管反流性疾病、功能性胃肠病、炎症性肠病、慢性胃炎、消化性溃疡、肝硬化、急慢性胰腺炎、消化道出血、肝性脑病等疾病的诊治,特别专长于胃肠疾病的诊断及治疗。完成科研课题1项,获泰山医学院科技进步二等奖,曾获济南市卫生局科技创新奖,已发表专业学术论文多篇。



倪训军,男,生于1969年,毕业于山东医科大学(现在的山东大学),现在就职于济南市第四人民医院,消化内科,主治医师。从医25年,从事消化专业10多年,对消化内科常见病、多发病具有丰富的诊治经验。专长为食管、胃、肝胆、胰腺、小肠、结肠疾病的诊治。研究方向为食管胃底静脉曲张破裂出血、消化道肿瘤的内镜下治疗及肝癌的介入治疗。在核心期刊、统计源期刊上发表论文十余篇,主编、参编著作五部。

前 言

消化系统是人体重要系统之一,消化系统疾病也是临床常见病与多发病,严重危害人们的健康。近年来,随着医学新技术的不断创新、新药物的不断研发以及治疗方法的不断开拓,消化系统疾病的诊断治疗技术也取得了突飞猛进的发展。临床医师需要不断学习、吸收现代医学的先进理论和经验,才能跟上时代的发展,更好地为患者服务。本书基于以上实际需要,本着内容丰富、资料新颖、科学实用的原则,在参考了大量国内外相关文献的基础上编写而成。

本书共分为十三章内容,涉及消化系统临床常见疾病的诊断与治疗,包括:消化系统常见症状与体征、消化系统疾病的临床检验诊断、消化内镜技术、食管疾病、胃部疾病、小肠疾病、肝脏疾病、胆管、胆囊疾病、胰腺疾病、胃肠道感染性疾病、腹膜疾病、消化系统常见病的中医诊疗以及消化系统常见疾病的护理。

对于本书涉及相关疾病均进行了详细叙述,例如:疾病的病理生理、流行病学、病因与发病机制、临床常见症状与表现、常用检查方法、诊断与鉴别诊断、治疗方法及预后等。本书主要强调疾病的诊断及临床常用治疗方法,具有一定的临床实用性,为广大消化科医务人员提供了参考。

为了更好地提高消化科医护人员的临床诊疗水平,本编委会人员在多年诊治经验基础上,参考诸多相关书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医护人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负一线临床诊治工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,共同进步。

《临床消化系统疾病诊疗学》编委会

2016年8月

目 录

第一章 消化系统常见症状与体征	(1)
第一节 急腹症	(1)
第二节 慢性腹痛	(12)
第三节 消化不良	(17)
第四节 恶心和呕吐	(22)
第五节 腹泻	(27)
第六节 腹胀	(34)
第七节 便秘	(41)
第八节 消化道出血	(47)
第九节 黄疸	(61)
第十节 腹水	(64)
第二章 消化系统疾病的临床检验诊断	(67)
第一节 甲肝病毒检测	(67)
第二节 乙肝病毒检测	(69)
第三节 自身免疫性疾病相关的自身抗体	(76)
第三章 消化内镜技术	(84)
第一节 上消化道内镜在消化疾病诊治中的应用	(84)
第二节 结肠镜在消化疾病诊治中的应用	(92)
第三节 小肠内镜在小肠疾病诊治中的应用	(98)
第四节 超声内镜在消化疾病诊治中的应用	(103)
第五节 ERCP 在消化疾病诊治中的应用	(113)
第四章 食管疾病	(123)
第一节 胃食管反流病	(123)
第二节 贲门失弛缓症	(129)
第三节 食管贲门黏膜撕裂综合征	(134)
第四节 食管癌	(138)
第五章 胃部疾病	(161)
第一节 急性胃炎	(161)
第二节 慢性胃炎	(164)
第三节 特殊类型慢性胃炎或胃病	(172)
第四节 应激性溃疡	(174)
第五节 消化性溃疡	(182)
第六节 胃功能障碍性疾病	(196)
第七节 胃癌	(211)

第六章 小肠疾病	(231)
第一节 肠结核	(231)
第二节 病毒性胃肠炎	(235)
第三节 十二指肠炎	(239)
第四节 小肠克罗恩病	(241)
第五节 急性出血性坏死性肠炎	(254)
第六节 机械性肠梗阻	(258)
第七节 黏连性肠梗阻	(265)
第八节 肠扭转	(267)
第九节 肠套叠	(269)
第十节 急性肠系膜上动脉病	(272)
第十一节 急性肠系膜上静脉血栓形成	(276)
第十二节 慢性肠系膜缺血	(280)
第十三节 非阻塞性肠系膜血管缺血	(283)
第七章 肝脏疾病	(286)
第一节 药物性肝病	(286)
第二节 非酒精性脂肪性肝病	(290)
第三节 酒精性肝病	(293)
第四节 肝硬化	(295)
第五节 原发性胆汁性肝硬化	(307)
第六节 自身免疫性肝炎	(311)
第七节 慢性乙型肝炎	(315)
第八节 细菌性肝脓肿	(319)
第九节 阿米巴性肝脓肿	(323)
第十节 肝结核	(328)
第十一节 急性肝衰竭	(329)
第十二节 原发性肝癌	(336)
第十三节 肝肾综合征	(356)
第十四节 肝性脑病	(360)
第十五节 肝豆状核变性	(364)
第八章 胆管、胆囊疾病	(368)
第一节 胆囊结石	(368)
第二节 胆总管结石	(372)
第三节 肝胆管结石	(376)
第四节 急性胆囊炎	(385)
第五节 慢性胆囊炎	(388)
第六节 急性重症胆管炎	(390)
第七节 原发性硬化性胆管炎	(399)

第八节 胆管蛔虫症	(405)
第九章 胰腺疾病	(409)
第一节 胰腺炎	(409)
第二节 重症急性胰腺炎	(412)
第三节 慢性胰腺炎	(414)
第四节 自身免疫性胰腺炎	(418)
第五节 胰腺囊性疾病	(421)
第十章 胃肠道感染性疾病	(426)
第一节 细菌性痢疾	(426)
第二节 肠阿米巴病	(433)
第三节 细菌性食物中毒	(439)
第四节 弯曲菌肠炎	(447)
第五节 致病性大肠杆菌感染	(449)
第十一章 腹膜疾病	(456)
第一节 原发性腹膜炎	(456)
第二节 急性腹膜炎	(460)
第三节 结核性腹膜炎	(470)
第十二章 消化系统常见病的中医诊疗	(474)
第一节 急性胃炎	(474)
第二节 消化性溃疡	(479)
第三节 上消化道出血	(486)
第四节 肠克罗恩病	(492)
第五节 功能性消化不良	(499)
第十三章 消化系统常见疾病的护理	(506)
第一节 急性胃炎的护理	(506)
第二节 慢性胃炎的护理	(510)
第三节 溃疡性结肠炎的护理	(514)
第四节 克罗恩病的护理	(518)
参考文献	(522)

第一章 消化系统常见症状与体征

第一节 急腹症

一、腹痛的类型

腹痛按发生机制可以分为 3 种类型:内脏性疼痛,躯体性疼痛和牵涉性疼痛。

(一)内脏性疼痛

当有害刺激激活内脏疼痛感受器时产生内脏性疼痛。具有以下特点。

1. 痛域较高 因为内脏组织的末梢神经感受器分布稀疏,传导痛觉的神经纤维数目较少、较细,只有达到一定强度的刺激才会引起疼痛。挤压、切割或烧灼内脏时,不能引起内脏的痛觉,但当组织有炎症、充血、缺血、平滑肌痉挛或强烈收缩及强烈的化学刺激时,内脏组织的痛域降低,容易接受刺激产生痛觉。

2. 疼痛范围广泛,弥散、深在和定位模糊 一个内脏器官的传入纤维多通过几个节段的脊神经进入中枢,而同一脊神经又可同时接受几个脏器的传入纤维,因此患者一般无法准确指出疼痛部位。

3. 疼痛部位与脏器的胚胎起源的位置有关 如胃、十二指肠、肝、胆、胰等在胚胎时起源于前肠,这些器官发生疾病时,腹痛多出现在上腹部;小肠和直到脾曲部位的结肠,起源于中肠,腹痛多出现于中腹部和脐周;降结肠、乙状结肠及直肠上部起源于后肠,疼痛位于下腹部。

4. 疼痛的性质与个人耐受力和脏器结构有关 老年人反应迟钝,空腔脏器肌层对张力敏感,在梗阻或痉挛时可产生阵发性绞痛,实质性脏器由于包膜扩张而引起持续性胀痛、钝痛等。包膜扩张越迅速,疼痛就越明显。肾包膜较紧,不易扩张,因此肾有病变肿大时,疼痛可很剧烈;脾包膜较松,富有弹性,因此脾大时,疼痛不明显。

5. 常伴有明显的恶心、呕吐、面色苍白、出汗、脉缓等迷走神经兴奋的反应

总之,这种疼痛常为钝性,很难定位,常位于腹部中线(上腹部、脐周或下腹正中)因为腹部脏器向脊索两侧传递感觉冲动。感觉疼痛的部位大概与病变脏器对应皮肤的神经分布相一致。疼痛无法准确定位是由于多数内脏的神经支配是多节段的,而且分布于内脏的神经末梢数量远远低于高度敏感的器官如皮肤。疼痛经常被描述为痉挛、烧灼、虫咬感。内脏性疼痛常常伴随继发的自主神经反应如出汗、烦躁、恶心、呕吐、面色苍白。患者常常改变体位以试图减轻不适感。

(二)躯体性疼痛

主要由 T₆~L₁ 的脊神经支配。各对脊神经末梢感受器主要分布于腹部皮肤、腹壁肌层和腹膜壁层,肠系膜根部也有少量的脊神经分布。当内脏病变累及腹膜壁层或肠系膜根部时,可产生躯体性腹痛。小网膜和膈肌也存在脊髓感觉神经,也可受理化刺激产生躯体性疼痛。主要有以下特点。

1. 痛觉敏锐 由于脊神经的末梢感受器在腹壁和壁层腹膜分布十分丰富和致密。
2. 定位准确 疼痛多与病变部位相符,脊神经按节段分布,疼痛发生在其传入纤维所支配的相应部位。
3. 疼痛剧烈 尤其对炎症、肿胀、化学刺激更为敏感。
4. 疼痛可因体位改变、咳散或深呼吸而加重 躯体性疼痛若起源于壁层腹膜受到刺激,常常感觉更为剧烈,比内脏性疼痛定位更加准确。显示这种典型的例子就是急性阑尾炎,开始表现为模糊的脐周内脏性疼痛,随之由于炎症累及壁层腹膜,表现为躯体性疼痛,定位于麦氏点。累及壁层腹膜的疼痛常常由于活动或咳嗽而加重。介导壁层腹膜疼痛的神经冲动在体感觉神经内传递。神经纤维在对应于皮肤 $T_6 \sim L_1$ 外周神经内到达脊索。壁层腹膜疼痛的偏侧性可能是由于神经系统仅有一侧支配壁层腹膜的给定区域。

(三)牵涉痛

牵涉痛则远离病变器官,是由于来自不同器官的内脏传入神经元和躯体传入神经元集中于脊髓同一节段脊索上的二级神经元。牵涉痛可能在皮肤或更深的组织被感知,但一般定位准确。一般情况下,牵涉痛使得内脏刺激看起来更为剧烈。膈下血肿或脓肿使得膈肌受到刺激,从而产生肩部。胸膜炎、下叶肺炎、心包炎、心肌梗死等,是刺激了分布在胸膜的 $T_7 \sim T_{12}$ 肋间神经,膈肌周围或下纵隔的神经末梢而引起的腹痛。特点是:

1. 距离原发部位较远。
2. 多为酸痛、钝痛和牵拉痛,有时痛觉比较尖锐。
3. 定位明确,其部位有一定的规律性,与病变器官的神经节段分布相一致。

以上3种腹痛随病情发展,可单一、先后或同时出现。一般来说,内脏病变的早期常先为单纯的内脏性腹痛,随着病变的进一步发展,继而出现躯体性和牵涉性疼痛。

二、腹痛的临床评估

(一)病史

评价急性腹痛患者最重要的部分是患者的病史。从以下方面具体描述。

1. 发病诱因 外伤后突然发生剧烈腹痛,应考虑腹腔脏器破裂;剧烈运动后,突然出现腹痛,应考虑肠扭转或尿路结石;既往有溃疡病史,突发腹部剧烈疼痛时,应考虑溃疡病急性穿孔;暴饮暴食后出现中上腹部疼痛,应考虑急性胰腺炎、胆囊炎和胆石症;有蛔虫病史,尤其服用驱虫药后,突发腹痛,应考虑胆道蛔虫病。

2. 起病方式 腹痛的起病方式反映疾病的病理过程。表 1-1 列举了常见急腹症的起病特点。

表 1-1 常见急性腹痛原因的比较

急腹症	起病	部位	部位特点	疼痛描述	放射	强度
阑尾炎	逐渐	开始脐周,后转为右下腹	开始弥漫,后局限	单纯疼痛	右下腹	(++)
胆囊炎	快速	右上腹	局限	收缩样	肩部	(++)
胰腺炎	快速	上腹部,后背	局限	钻样	后背正中	(++)~(++++)
憩室炎	逐渐	左下腹	局限	单纯疼痛	无	(+)~(++)
消化性溃疡穿孔	突发	上腹部	开始局限,后弥漫	烧灼样	无	(+++)
小肠梗阻	逐渐	脐周	弥漫	压榨样	无	(++)
肠系膜缺血或梗死	突发	脐周	弥漫	闷痛	无	(+++)
腹主动脉瘤破裂部,侧腹	突发	腹部,背部,侧腹	弥漫	撕裂样	后背,侧腹	(+++)
胃肠炎	逐渐	脐周	弥漫	痉挛性	无	(+)~(++)
盆腔炎性疾病	逐渐	下腹或盆腔	局限	单纯疼痛	大腿	(++)
异位妊娠破裂	突发	下腹或盆腔	局限	伴头晕	无	(++)

注:(+)=轻度,(++)=中度,(+++)=重度。

3. 腹痛的时间 评价患者急性腹痛的时间应包括起病、症状持续的时间和进展情况(图 1-1)。

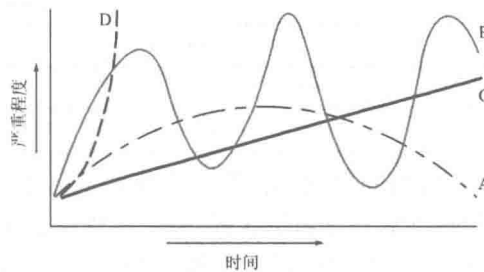


图 1-1 急性腹痛的形式

A. 许多原因引起的腹痛随着时间的推移自行减弱(如胃肠炎);B. 有些疼痛呈绞痛(如疼痛随着时间的推移呈现发作和缓解),常见例子包括肠、肾、胆道疼痛“绞痛”。时间窗变化非常大,在肠和肾绞痛中可以几分钟发作一次,而胆绞痛则可以数天,数周甚至数月发作一次;C. 一般情况下,腹痛呈进行性加重,如阑尾炎和憩室炎;D. 特殊情况下呈现突发的剧烈疼痛如动脉瘤破裂

疼痛发生的快慢常常是评价疾病严重程度的一个指标。突然发生的、严重的、定位准确的腹痛常常是腹腔内严重疾病的结果,如内脏穿孔、肠系膜梗死或动脉瘤破裂。患者常常能描述腹痛发生的确切时间。进展情况是评价腹痛持续时间的重要因素。在某些疾病中,如胃肠炎疼痛是自限性的,但另一些疾病如急性阑尾炎,疼痛则呈进行性发展。绞痛表现为渐增渐弱的形式,这在某些疾病中具有诊断意义,如肾绞痛。腹痛的持续时间也非常重要。已经持续一段时间(如数周)腹痛的患者与持续几小时或几天腹痛的患者相比,前者罹患危及生命的疾病可能性要更小一些。

4. 腹痛的部位

(1)腹痛的部位为寻找病因提供了线索,并对病变具有定位意义。如前所述,一种刺激可能导致内脏性疼痛、躯体性疼痛和牵涉痛,因此需考虑到神经解剖通路,否则为诊断造成假象。例如左侧膈下脓肿使得膈肌受到刺激,疼痛有可能位于肩部,可能误诊为缺血性心脏病。疼痛部位的改变可能代表了从内脏性疼痛向躯体疼痛进展的过程,如阑尾炎,或代表了向腹膜弥漫的过程,如溃疡穿孔。腹腔内脏神经进入脊髓的节段决定腹痛的部位。腹部及盆腔器官腹痛的定位见表 1-2。

表 1-2 腹痛的定位

胚胎来源	器官	胸段 (T)												腰段 (L)					骶段 (S)				腹痛部位
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	1	2	3	4	
前肠	食管远端	——																					剑突与脐之间
	胃、十二指肠	——																					
	肝、胆	——																					
	胰、脾	——																					
中肠	小肠	——																					脐周围
	盲肠、阑尾	——																					
	横结肠 (右2/3)	——																					
后肠	横结肠 (左2/3)	——																					脐与耻骨之间
	降乙状结肠	——																					
	直肠肛管	——																					
	膀胱、输尿管	——																					
	肾	——																					患侧腰部下腹耻骨上
	卵巢, 输卵管	——																					
	子宫卵巢附睾	——																					

(2) 转移性腹痛和牵涉痛: 腹痛的放射部位对某些疾病的诊断具有特定的参考价值。如先有上腹痛或脐周痛, 以后转移并局限于右下腹部, 是急性阑尾炎的典型症状; 先有上腹剧痛以后扩散至下腹或全腹, 见于溃疡病穿孔, 约 1/3 溃疡急性穿孔, 因膈肌受刺激而向肩部放射。肝胆疾病多向右肩部放射, 脾疾病向左肩部放射, 泌尿系疾病向下腹、会阴和大腿内侧放射。但应注意到异位内脏病变引起的腹痛, 如盆腔阑尾、全内脏转位等。表 1-3 列举了常见腹痛部位的鉴别诊断。

表 1-3 腹痛部位的鉴别诊断

腹痛部位		腹内病变	腹外病变
上腹部	右上	十二指肠溃疡穿孔, 急性胆囊炎, 胆石症, 急性肝炎, 急性腹膜炎, 右膈下脓肿等	右下肺或胸膜炎炎症, 右肾结石或肾盂炎
	中上	胆道蛔虫病, 溃疡病穿孔, 胃痉挛, 急性胰腺炎, 阑尾炎早期, 裂孔疝等	心绞痛, 心肌梗死, 糖尿病, 酸中毒
	左上	急性胰腺炎, 胃穿孔, 脾曲综合征, 脾周围炎, 脾梗死, 左膈下脓肿等	左下肺或胸膜炎炎症, 左肾结石或肾盂炎, 心绞痛
脐周		小肠梗阻, 肠蛔虫病, 小肠痉挛症, 阑尾炎早期, 回肠憩室炎, 慢性腹膜炎	各种药物或毒素引起的腹痛
下腹部	右下	阑尾炎, 腹股沟嵌顿疝, 克罗恩病, 肠系膜淋巴结炎, 小肠穿孔, 肠梗阻, 肠结核, 肠肿瘤等	右输尿管结石
	下腹	宫外孕破裂, 卵巢囊肿蒂扭转, 盆腔及盆腔脏器病变, 盆腔脓肿, 痛经等妇科疾病往往偏重于一侧	尿潴留, 膀胱炎, 急性前列腺炎等
	左下	腹股沟嵌顿疝, 乙状结肠扭转, 菌痢, 阿米巴结肠穿孔, 结肠癌等	左输尿管结石

5. 腹痛强度 疼痛强度很难界定。疼痛强度的程度取决于患者描述疼痛的分界点。而

这种分界点个体差异很大,而且与疼痛发生时的环境、过去经历的各种疼痛、个人素质和文化差异有关。因此,疼痛严重程度的评价并不一定是诊断线索所必需的。然而,疼痛的严重程度与刺激的程度关系不大。但临床医生仍应小心谨慎,不应过分强调疼痛描述的重要性,因为经常会有很多例外,而且一种特定的疼痛可能见于多种临床情况。

6. 腹痛性质 腹痛的性质在一定程度上可以反映病变的性质。胆道蛔虫为钻顶样疼痛,机械性小肠梗阻为间歇性伴有阵发性加重的疼痛等。不同性质的腹痛往往可以为同一疾病的不同阶段,如阑尾腔内梗阻时表现为右下腹阵发性疼痛,继发细菌感染转化为持续性疼痛。

7. 加重和缓解因素 疼痛发生的环境或者加重因素可能为诊断提供重要信息。疼痛与体位改变、进食、排便、精神状态的关系非常重要。例如腹膜炎的患者根本无法活动,双腿蜷曲固定不动可使腹膜炎疼痛减轻,活动、咳嗽常使疼痛加剧。而肾绞痛的患者则不停变换体位来寻找可能减轻疼痛的舒适体位。有时特定食物加重疼痛,一个经典例子就是脂肪食物和胆道疼痛之间的关系,而十二指肠溃疡的疼痛则常因进食而缓解对比之下,胃溃疡或慢性肠系膜缺血的患者则可能进食后疼痛加重。患者常常自己寻找方法来减轻疼痛。例如有慢性抗酸药物应用的病史可能提示消化性溃疡病。胰腺炎的疼痛以卧位为甚,前倾或坐位可减轻,胆道蛔虫者则以膝胸位使疼痛有所缓解。

(二)疼痛相关症状和系统回顾

1. 伴随症状

(1) 呕吐:仔细了解呕吐出现的时间和呕吐物的性质、多少,对鉴别诊断也有帮助。如呕吐物为隔夜宿食,多见于幽门梗阻或狭窄;粪性呕吐是低位肠梗阻的特征。

(2) 排便排气情况:若腹胀明显,无气体或粪便排出提示肠梗阻。但在发病初期可排出1~2次大便或少量气体,可能是积存在梗阻部位以下的粪便或气体,不能因此忽略肠梗阻的诊断。盆腔脏器病变可使直肠受到刺激,使大便次数增多,如急性阑尾炎时可有大便次数增多,部分患者以腹泻为主诉来诊。出血坏死性肠炎往往排出有特殊臭味的果酱样大便,过敏性紫癜常排出暗红色或鲜红色大便,并伴有皮肤紫癜和关节痛。老年人或有房颤病史的患者,腹痛后排出稀的、暗红色便,应考虑肠系膜动脉栓塞或血栓形成的可能。

(3) 发热:腹痛初期有发热并逐渐加重,表示腹腔内脏器官有炎性病变,晚期发热多为中毒症状,提示脏器坏死可能,伴有黄疸和低血压则提示化脓性胆管炎等。

(4) 其他:腹痛伴休克,可见于急性腹腔内出血、急性胃肠穿孔、急性胰腺炎和心肌梗死等。腹痛伴尿频、尿急、尿痛,并出现血尿等,应考虑泌尿系感染或结石所致。

详细采集与腹痛并存症状的相关病史需引起重视。应该采集相应的全身症状(如发热、寒战、盗汗、体重减轻、肌肉疼痛、关节痛)、消化系统症状(如厌食、恶心、呕吐、腹胀、腹泻和便秘)、黄疸、排尿困难、月经改变及妊娠情况等。仔细回顾这些症状可能提示重要的诊断信息。例如,呕吐物为胃内容物提示胃出口梗阻,而带有粪质的呕吐物则提示远端小肠梗阻或结肠梗阻。一系列的结果可能显示一种特殊疾病的本质。卵巢卵泡破裂出血约在两次经期间,即在前次月经开始后12~14天,而黄体破裂则在月经中期以后即约下次月经前14日以内。卵巢囊肿蒂扭转的患者则可能有月经不正常的病史,如闭经、少量不规则阴道出血等。

2. 既往史 患者既往史的详细回顾可能揭示了急性腹痛的存在。既往发生过相同的症状则提示是反复发作的问题。既往曾有小肠不全梗阻、肾结石或盆腔炎症的患者更容易复发。全身疾病如硬皮病、系统性红斑狼疮、肾病综合征、紫癜、镰状细胞病,腹痛常常为以上疾

病的临床表现之一。腹痛也可能是药物的不良反应,这时易误诊为其他疾病。

3. 家族史和个人史 对患者家族史的详细回顾可能会为诊断提供信息,尤其是儿童。典型例子是黑人中的镰状细胞病,亚美尼亚或西班牙系犹太人中的家族性地中海热具有家族遗传性。患者个人史包括吸烟、饮酒、药物滥用、职业、有无去过外地、与其他患者或患病动物有无接触,可能提供有用的诊断信息。

(三)查体

当病史采集之后必须进行系统全面的查体从而找出异常所在。临床医生在检查患者时必须结合患者病史来考虑问题。例如,即使存在穿孔的情况下,老年人、免疫功能低下的人或长期糖尿病的患者可能不会显示腹膜刺激征。当疼痛来源于腹腔内时,很多重要的线索来源于完整的查体。因此需进行仔细的全身查体以及彻底的腹部查体。

1. 全身查体

(1) 一般情况检查:全身查体首先看患者的一般情况、表达能力、呼吸形式、体位、姿势、不适的程度、面部表情。一位躺在床上不动、蜷曲体位、不愿意移动或说话、面部表情沮丧的患者有可能存在腹膜炎;反复改变体位的患者可能就是单纯的内脏疼痛,如肠梗阻或胃肠炎。需了解患者的生命体征以除外低血容量、代谢性酸中毒相关的呼吸急促,或引起肠系膜动脉栓塞的房颤。仔细检查肺部可能发现肺炎。四肢的检查可能提供灌注不足的证据,例如休克或慢性血管疾病。

(2) 生命体征:仔细检查体温、脉搏、呼吸是否呈正比例,检查患者意识、神志、表情和体位,皮肤、巩膜有无黄染,结膜、口唇是否苍白等。对全身情况的观察在急腹症中是十分重要的,可初步判断病情的轻重缓急,是否需做紧急处置。

2. 腹部查体 每个患者都应按望、触、叩、听4个步骤进行检查,首先明确腹部压痛的部位。严重的弥漫性压痛并伴有腹肌强直提示弥漫性腹膜炎;不伴有腹膜刺激征的轻压痛提示不需要进行外科治疗(如输卵管炎和胃肠炎)。需要检查腹部有无胀气、瘢痕、疝、肌紧张、呼吸是否加重、瘀斑、肠蠕动过强。肠蠕动过强在肠梗阻和胃肠炎的患者可通过听诊得知。弥漫性腹膜炎常导致肠蠕动消失。杂音可能提示血管狭窄。腹部胀气时叩诊为鼓音,无论是空腔脏器内(如肠梗阻)或空腔脏器外(如胃肠道穿孔)的胀气。在确认有无腹膜刺激征时浅的温柔的触诊要优于深触诊。腹膜炎也可通过其他无创方法获知,如轻微晃动病床或嘱患者深呼吸或咳嗽,或在病变部位进行轻微叩诊等。为避免引起的疼痛影响进一步的检查,浅触诊应从疼痛不明显的地方开始,再逐渐到疼痛最明显地方。应评价触痛的程度,有无反跳痛和肌紧张。脏器肿大、肿瘤或炎症可能产生一个可触及的包块。应检查有无潜在的疝孔。

3. 外生殖器、直肠和盆腔检查 每一位腹痛的患者都应进行盆腔和外生殖器的检查。直肠和阴道检查为盆腔脏器的浅触诊提供了另外的通路。所有腹痛的妇女均应除外妇科疾病。

三、腹痛诊断的辅助检查

(一)诊断性腹腔穿刺

对急腹症的诊断有很大的实用价值,尤其是实质性脏器破裂出血,空腔脏器穿孔,阳性率为84.4%~100%。适应证有腹部挫伤疑有内脏出血者;病情加重,伴有休克疑有肠管绞窄坏死死者;有腹膜炎体征而不能确定病变,如坏死性胰腺炎时等。

(二) 实验室检查

进行的实验室检查需要反映出在采集病史和查体中所提示的临床疑虑。不必要的实验室检查不仅浪费而且可能会掩盖诊断。所有腹痛的患者都应进行血常规分类检查和尿常规检查。白细胞增多、中性粒细胞比例增加为感染反应,若有核左移为炎症进展的表现,若白细胞内出现中毒颗粒为严重感染反应。尿比重增高常提示失水,是补液的指征。蛋白尿、尿酮体阳性、尿糖阳性、脓尿均可作为诊断提供重要线索。电解质、血尿素氮、肌酐和血糖水平往往会反应患者的血容量状态,酸碱平衡、肾功能和代谢状态,但并不是每一位患者都要进行此类检查。所有下腹痛的育龄期妇女都应进行血或尿妊娠实验。上腹痛患者应进行肝功能和血淀粉酶检查。其他化验检查取决于临床情况(如可疑肝病的患者应进行凝血酶原时间和血清白蛋白的检测)。

(三) 放射学检查

诊断性影像学检查必须要解决基于病史、查体和实验室检查所带来的鉴别诊断问题。例如一位临床怀疑肠梗阻的患者,最好进行腹部 X 线平片的检查,而怀疑急性胆囊炎的患者则应进行腹部超声的检查。

1. 腹部平片 急性腹痛患者最常进行的影像学检查是腹部 X 线平片。需进行卧位和立位检查,如果患者无法直立,则左侧卧位进行 X 线平片检查可能提示异常的气体形式。而且,应拍直立位胸 X 线片除外胸腔内病变引起的腹痛(如下叶肺炎)和气腹。仅有 10% 的腹痛患者进行腹 X 线检查后可确诊,但腹 X 线检查简单易操作、便宜,在可疑肠梗阻、肠穿孔或吞食异物的患者需进行此项检查,也可能见到胆道结石、肾和输尿管结石的影像。

2. 超声检查 超声可以快速、准确、廉价的提供腹部器官的情况包括肝、胆、脾、胰腺、肾、盆腔脏器。在一些病例中超声是首选检查(如胆管疼痛、胆囊炎、异位妊娠、卵巢囊肿或输卵管脓肿的患者)。而且腹部聚焦超声是诊断外伤后可疑腹腔出血患者的有力工具。阴道内超声或经直肠超声用于诊断其他检查方法无法诊断的盆腔异常。多普勒超声可以评价动脉或内脏血管瘤、静脉血栓和血管异常。

3. 心电图 心电图的检查有助于与急性心肌梗死的鉴别诊断。

4. CT 检查 对急腹症最有用的影像学检查技术是 CT,腹部和盆腔 CT 扫描可以检测气腹、异常肠管气体和钙化。而且,CT 可以发现炎症性病变(如阑尾炎、憩室炎、胰腺炎和脓肿),新生物(如结肠癌、胰腺肿瘤),以及创伤(如肝、脾、肾的损伤)。CT 也可提供血管病变的信息(如门静脉栓塞、门静脉炎和血管瘤),腹腔内或腹膜后出血(如创伤、肾上腺出血、肝癌破裂)。

CT 技术的发展增加了分辨率,扩大了应用范围。螺旋 CT 的高分辨率已经快速取代了老式技术。其他先进的 CT 技术包括聚焦或器官特异的 CT 检查和 CT 血管成像。其他器官特定的检查需注射造影剂后延迟扫描从而获得特定器官的清晰图像。口服造影剂后食管或上腹部 CT 可以检测有无穿孔,而静脉注射造影剂后则进行动脉期和静脉期扫描,从而发现由于缺血、创伤或肿瘤所致的病变。CT 血管造影在评价动脉或内脏血管疾病时非常有用。CT 也是与急腹症患者病史和查体结果最接近的检查。

5. 其他放射学检查 偶尔也应用其他影像学检查。包括磁共振(磁共振血管成像和胰胆管磁共振成像),前者是一种有效评价内脏血管畸形的无创措施,而后者则对评价胆囊和胆道结石更为敏感。内镜可以有效评价胃、十二指肠、结肠黏膜溃疡、肿瘤、缺血和炎症。

(四)其他诊断方法

其他不常用的有效方法包括腹腔灌洗,腹腔镜和剖腹探查。腹腔灌洗可以发现钝性或穿透性创伤后的腹腔内出血,空腔脏器损伤、缺血或穿孔后可能出现脓性或粪质灌洗液。

当一直无法确诊而患者情况允许时,进行诊断性腹腔镜是有用的。微创技术的发展使得腹腔镜在诊断和治疗急性腹痛方面的作用更加明显。仪器的改进和缩小,腹腔镜超声的应用,先进腹腔镜技术的成熟使得微创外科几乎可以诊断和治疗所有腹腔内疾病,包括引起急腹症的大部分原因。例如,育龄期妇女伴有明显右下腹部局限性腹膜炎,诊断性腹腔镜可以鉴别子宫附件疾病和急性阑尾炎,而且这些疾病也可以应用腹腔镜进行治疗。腹腔镜超声的应用使得对实质性脏器和腹膜后器官的诊断有所改观。急性非创伤性腹痛患者腹腔镜诊断的准确性为93%~98%。在不同系列研究中,有57%~77%的急腹症患者进行了诊断性腹腔镜检查,并且成功应用腹腔镜或腔镜辅助方法治疗。

剖腹探查仅用于根据病史和查体已经确诊的腹腔内严重疾病(如钝性创伤后脾破裂、腹主动脉瘤破裂),或用于不治疗即会致命的极少数患者。

四、急性腹痛的病因

(一)常见急腹症的鉴别

急腹症是指不超过24h的腹痛。急腹症的临床表现错综复杂,要做到正确诊断常有一定困难,误诊漏诊时有发生。急腹症有很多原因,只有经过仔细采集病史、查体、合适的实验室和影像学检查后临床医生才能准确区分哪些情况需要手术,哪些不需要手术。因此急腹症这个术语不等同于需要手术。如果经过初步评价后诊断仍不清楚,隔一段时间进行重复查体和实验室检查将有助于明确诊断或采取进一步措施。引起急腹症的腹腔内病变很多,表1-4列举了最常见的原因。

表1-4 常见急腹症的简单鉴别

病名	病史和(或)诱因	腹痛特点	伴随症状	腹部体征	实验室及器械检查
急性胃肠炎	常有暴饮暴食或不洁饮食史	逐渐加重的上腹部疼痛或脐周阵发性绞痛	呕吐,腹泻较为频繁,常为水样便	中上腹或脐周轻压痛,有肠鸣音亢进	便常规化验白细胞增多及有黏液
急性菌痢及阿米巴痢疾	不洁饮食或痢疾接触史	菌痢常引起左下腹痛,阿米巴痢疾常导致右下腹痛	菌痢:发热,脓血便及里急后重感;阿米巴痢疾:暗红色果酱样大便,腐败腥臭	腹软,轻度压痛	便常规可见红细胞、白细胞,阿米巴痢疾可见阿米巴滋养体或包裹
阑尾炎		转移性右下腹痛,逐渐加剧	体温略升,恶心,呕吐	麦氏点压痛	血白细胞增高
急性胆囊炎,急性胆道感染,胆石症	多在饱餐或进食油腻食物后发作,多见于中年女性	持续性右上腹痛,向右肩背部放射	寒战,发热,黄疸,毒血症	右上腹明显里痛,Murphy征阳性,有时可触及肿大的胆囊	血白细胞升高,尿胆红素阳性,肝功能异常,ERCP检查可发现胆道充盈缺损、胆总管增宽