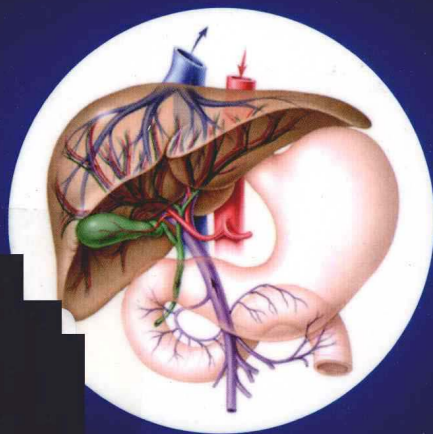


急腹症与 腹部损伤诊疗学

JIFUZHENG YU FUBU SUNSHANG
ZHENLIAOXUE

主 编 / 方先业 刘牧林



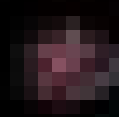
人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急腹症与 腹部损伤诊疗学

JIJUFENG YU FUBU SHANGHUANG
ZHILIE LIAOXUE

主 编 王 旭 副 主 编 王 旭 林



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

急腹症与腹部损伤诊疗学

JIFUZHENG YU FUBU SUNSHANG ZHENLIAOXUE

主 编 方先业 刘牧林
副主编 韩延亮 杨培生 张俊祥 郑哲明
编 者 (以姓氏笔画为序)
马 毅 王文斌 王泽波 王栓虎
方先业 孔令尚 甘亮珠 毕娅欣
刘牧林 孙红霞 孙善林 杨培生
余松涛 张宗兵 张俊祥 陈德利
杭 群 金国玺 郑哲明 高之振
黄丽妹 蒋凤秀 韩延亮 傅 军



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

急腹症与腹部损伤诊疗学/方先业,刘牧林主编. —北京:人民军医出版社,2010.12
ISBN 978-7-5091-4059-8

I. ①急… II. ①方… ②刘… III. ①急腹症—诊疗 ②腹腔疾病—损伤—诊疗 IV. ①R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 210539 号

策划编辑:杨磊石 文字编辑:郁 静 王红芬 责任审读:杨磊石

出版人:石 虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927292

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:恒兴印装有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:29.25·彩页 1 面 字数:677 千字

版、印次:2010 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:118.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

主编简介



方先业 1944 年出生，安徽六安市人。外科学教授，外科主任医师，硕士研究生导师。原安徽蚌埠医学院教研室主任，第一附属医院急诊部主任，安徽济民肿瘤医院院长。现任中国抗癌协会大肠癌专业委员会委员，安徽省抗癌协会胃肠专业委员会主任委员等。1989 年曾赴日本研修腹部外科。从事普外、急诊外科和肿瘤外科临床、科研和教学工作 40 余年，有丰富的临床医疗和手术经验，在急诊外科诊疗、外科危重症救治和肿瘤外科治疗方面成绩斐然。发表论文 30 余篇。主编《腹部外科手术技巧》《实用急诊医学》等著作，参编著作多部。研制国产小肠减压导管等成功应用于临床，获省、市级医学科技进步奖 5 项。



刘牧林 1966 年 10 月出生，蚌埠医学院第一附属医院胃肠外科副主任，主任医师、教授，硕士研究生导师。主持卫生厅、教育厅科研课题 6 项，发表论文 50 余篇，编写专著《腹部外科手术技巧》《实用急诊医学》2 部，参与完成的“国产小肠减压管治疗肠梗阻的研制与应用”获 2000 年安徽省科学技术进步四等奖，主持“急性胰腺炎综合治疗基础与临床研究”获 2006 年安徽省科技进步三等奖。现为安徽省学术技术带头人后备人选，安徽省卫生厅学术与技术带头人，安徽省高校优秀青年骨干教师，蚌埠医学院学科带头人。

内 容 提 要

本书作者参考国内外最新文献,结合自己丰富的临床实践和教学经验,系统阐述了急腹症与腹部损伤的基础理论和诊疗技术。全书共 17 章,包括腹痛本质与相关解剖学关系,急腹症的概念、分类、诊断、鉴别和手术治疗原则,腹壁、腹膜、胃、十二指肠、小肠、阑尾、结肠、直肠、肛门、肝胆系急腹症,急性胰腺炎、脾脏急腹症,腹腔室隔综合征,泌尿、生殖系和腹内肿瘤的急腹症,与腹痛相关的内科、妇产科、儿科急腹症,腹腔镜、内镜在急腹症诊疗中的应用,以及腹部各脏器损伤的急诊和救治技术等。本书内容丰富,阐述简明,图文并茂,实用性强,主要供普通外科、急诊科和相关科医师阅读参考,亦适于基层全科医师和医学院校师生参阅。

前言

急腹症是以“急性腹痛”为突出症状的一组疾病的总称,其中严重者需要手术治疗,甚至紧急手术处理,故“急腹症”一词一般是指“外科急腹症”。因腹内器官病变性质不同,症状、体征、各种辅助检查的表现有着明显差别,临床上可根据这些差别作出初步诊断。在腹部损伤时,虽然腹痛的病因明确,但腹内器官和腹部以外的损伤极为复杂,是一类特殊的急腹症。此外,还有一些腹内非外科疾病(如内科胃肠炎、妇科异位妊娠等),甚至非腹部疾病(如内科肺炎、心肌梗死等)也可发生与急腹症相似的腹痛。如此繁杂的急症和外科危重症,要在门急诊首诊时就能鉴别出来是很困难的,特别对于那些年轻的急诊科医师来说真是一种挑战。但是对急性腹痛患者而言,病痛难忍,急切要求医生手到病除才是。这样,急腹症诊断的复杂性,治疗处理的紧迫性和患者对治疗结果的高期望值,势必把急腹症的诊疗推到了门急诊和普外科临床工作的风口浪尖上。

在医学科学飞速发展的当今,急腹症诊断和治疗的进展是有目共睹的。如果小视这些进展,思维、知识和技术仍然停留在以“剖腹探查”为主要诊疗手段的时期,临床上将会面临更大的风险,承担更大的责任。急腹症的诊断方法已经有了质的飞跃,影像学的普及和发展,将我们的视线带进了腹腔内部。内镜、腹腔镜和介入治疗把诊断和治疗无缝对接起来。非手术治疗和微创手术的理念融入了急腹症的治疗之中。多学科、临床和医技科室的密切协作,打破了急腹症的分科界限。危重急腹症最终发生的多器官功能障碍已经由ICU主动承担起救治重担。如此等等令人瞩目的成就,鼓舞着我们征服急腹症的勇气,坚定了必胜的信心。

遗憾的是,如此变幻莫测、治疗风险极大的一大类急症的处理,通常都是要低年资初、中级医生担负着重任。换句话说,大多数急腹症病人的命运,是掌握在知识和经验并不是很丰富的医生手中。这不仅是医疗风险管理上的缺陷,也是医学继续教育的薄弱环节。如何提高急腹症的诊治水平,应该是临床医生和医院管理者必须下大气力解决的迫切问题。除了有经验的医生接诊病人和指导门急诊医生日常诊疗工作之外,首诊医生的大量知识储备和长期的经验积累,多学科的密

切协作,临床和医技科室的通力配合都是必要的。

就医学继续教育来说,有关急腹症的专业书籍已经很多。人民军医出版社紧跟医疗改革的步伐,满足社区医师和基层医院低年资门急诊医师的需求,早就列计划出版一本既简明适用又能反映当前进展的临床参考用书,来系统介绍急腹症和腹部损伤的诊断与治疗。编辑部把这个担子加在了我们身上,出于临床教学的责任感,我们也应允了。可是动笔之后发现,这个极普通的命题却是难以写出特色和新意来的难题。我们除了写入系统的基本诊疗知识和技术之外,本书尽力将本专业的新理念、新技术和新疗法加以介绍,祈望读者能够享受到新进展带来的好处。

本书共17章,第1章让我们认识一下腹痛的本质;第2章至第9章分器官叙述腹部外科的常见急腹症;第10章提及了腹腔室隔综合征;第11章阐述了泌尿系急腹症;第12章总结了肿瘤并发急腹症的诊疗问题;第13章至15章简要阐明常见的内科腹痛、妇产科和儿科的急腹症;第16章列举了内镜和腹腔镜在急腹症诊疗中的应用;最后一章将腹部损伤做了系统介绍,因为它是有别于一般急腹症的特殊类型,也基于对损伤的高发生率和高危重度的认识,以便读者获得完整的腹部损伤诊疗知识。

本书参考了很多医学文献,并将主要参考书目列于书末。在此向原书和文献的作者表示衷心的感谢!

受阅历、经验、时间和思维方法的影响,我们难以准确反映出急腹症的全貌和最新进展,书中如有错漏不当之处,恳请同道专家和广大读者批评指正。

方先业

2010年8月16日

目 录

第1章 急腹症概述..... (1)	第2章 腹壁、腹膜的急腹症..... (25)
一、急腹症的概念和分类 (1)	一、急性腹膜炎..... (26)
二、腹痛的本质及相关的解剖学联系 (2)	(一)继发性腹膜炎 (26)
(一)痛觉的感受与传导..... (2)	(二)原发性腹膜炎 (31)
(二)皮肤痛觉..... (3)	二、腹腔脓肿..... (32)
(三)内脏痛和牵涉痛..... (3)	(一)膈下脓肿 (33)
(四)腹痛的定位及其临床意义..... (6)	(二)盆腔脓肿 (36)
(五)急腹症相关的解剖学基础..... (7)	(三)肠间脓肿 (36)
三、急腹症的诊断..... (10)	三、腹壁疝嵌顿..... (37)
(一)病史采集 (10)	(一)腹股沟斜疝嵌顿 (39)
(二)体格检查 (13)	(二)股疝嵌顿 (41)
(三)辅助检查 (16)	附一:腹股沟斜疝修补术..... (41)
(四)鉴别诊断 (18)	附二:股疝手术..... (47)
四、特殊状态下的急腹症..... (20)	四、肠系膜血管疾病..... (51)
(一)妊娠时期的急腹症 (20)	(一)肠系膜上动脉栓塞 (51)
(二)重症监护治疗室中发生的急 腹症 (20)	(二)肠系膜静脉血栓形成 (53)
(三)艾滋病(AIDS)、免疫抑制和 急腹症 (21)	第3章 胃十二指肠的急腹症 (55)
(四)非外科急腹症 (21)	一、胃和十二指肠溃疡急性穿孔..... (55)
(五)急性腹腔内脏缺血 (22)	二、胃和十二指肠溃疡出血..... (58)
五、急腹症的手术治疗..... (22)	三、幽门梗阻..... (61)
(一)如何决定手术 (22)	四、应激性溃疡..... (63)
(二)术前准备 (23)	五、急性胃扩张..... (66)
(三)手术治疗 (23)	六、胃和十二指肠憩室..... (67)
(四)急腹症的预后 (23)	(一)胃憩室 (67)
	(二)十二指肠憩室 (68)
	七、胃和十二指肠异物..... (69)
	(一)吞入异物 (69)
	(二)胃石症 (70)

八、胃扭转.....	(71)	(一)结肠癌并发急性结肠梗阻.....	(125)
附一:胃次全切除术.....	(72)	(二)乙状结肠扭转.....	(126)
附二:迷走神经切断术.....	(78)	(三)盲肠扭转.....	(127)
第4章 小肠梗阻	(84)	(四)急性结肠假性梗阻.....	(128)
一、概述.....	(84)	(五)粪便嵌塞.....	(128)
二、粘连性肠梗阻.....	(92)	三、结肠穿孔	(129)
三、肠套叠.....	(96)	四、便血和黑粪	(130)
四、小肠扭转	(101)	五、直肠肛管周围脓肿	(133)
五、疝源性肠梗阻	(103)	(一)肛周脓肿.....	(133)
(一)腹外疝.....	(103)	(二)坐骨直肠窝脓肿.....	(134)
(二)腹内疝.....	(104)	(三)骨盆直肠窝脓肿.....	(134)
六、堵塞性肠梗阻	(105)	(四)直肠后窝脓肿.....	(135)
(一)蛔虫堵塞.....	(105)	(五)直肠壁内脓肿.....	(135)
(二)粪便堵塞.....	(105)	六、直肠脱垂	(135)
(三)异物堵塞.....	(106)	七、痔	(138)
(四)结石堵塞.....	(106)	第7章 肝胆系的急腹症	(142)
七、肠系膜血管阻塞	(107)	一、胆道系统感染概述	(142)
八、麻痹性肠梗阻	(107)	(一)胆道感染的致病因素.....	(142)
九、痉挛性肠梗阻	(108)	(二)胆道感染时的病理变化.....	(143)
十、术后早期炎性肠梗阻	(108)	(三)胆道感染对机体的影响.....	(143)
附:小肠部分切除术	(109)	二、急性胆囊炎	(144)
第5章 阑尾炎	(112)	三、慢性结石性胆囊炎	(151)
一、急性阑尾炎	(112)	附:胆囊切除术	(152)
二、慢性阑尾炎	(118)	四、重症急性胆管炎	(156)
三、特殊类型阑尾炎	(118)	附:胆总管探查术	(164)
(一)小儿急性阑尾炎.....	(118)	五、胆道出血	(166)
(二)妊娠期急性阑尾炎.....	(118)	六、胆道蛔虫病	(169)
(三)老年人急性阑尾炎.....	(119)	七、细菌性肝脓肿	(171)
附:阑尾切除术	(119)	第8章 急性胰腺炎	(175)
第6章 结肠、直肠和肛门急腹症 ..	(123)	第9章 脾的急腹症	(189)
一、结肠憩室炎	(123)	一、脾脓肿	(189)
二、结肠梗阻	(125)		

二、脾蒂扭转	(191)	第 13 章 与腹痛相关的内科疾病 ...	(237)
三、自发性脾破裂	(193)	一、克罗恩病	(238)
第 10 章 腹腔室隔综合征	(195)	二、肝脓肿	(241)
第 11 章 泌尿、生殖系的急腹症	(199)	三、阿米巴痢疾	(242)
一、泌尿系结石	(199)	四、细菌性痢疾	(244)
二、急性泌尿系感染	(206)	(一)急性菌痢	(244)
(一)肾盂肾炎	(206)	(二)慢性菌痢	(244)
(二)肾周围炎与肾周围脓肿	(208)	五、病毒性肝炎	(247)
三、急性尿潴留	(209)	六、肠道蛔虫病	(250)
附一:导尿术	(210)	七、急性胃肠炎	(251)
附二:膀胱穿刺术	(212)	八、急性肠系膜淋巴结炎	(252)
四、急性附睾炎	(212)	九、结核性腹膜炎	(252)
五、睾丸扭转	(213)	十、溃疡性结肠炎	(255)
六、肾脏血管病	(215)	十一、胃肠功能紊乱	(257)
(一)肾动脉血栓及栓塞	(215)	十二、消化性溃疡	(258)
(二)肾静脉血栓形成	(216)	十三、糖尿病酮症酸中毒	(261)
第 12 章 腹内肿瘤的急腹症	(218)	十四、急性肾盂肾炎	(263)
一、腹腔内出血	(218)	十五、急性胸膜炎	(264)
(一)肝癌破裂出血	(218)	十六、急性心肌梗死	(267)
(二)肝海绵状血管瘤破裂出血	(220)	十七、急性右心衰竭	(271)
(三)胃癌急性出血	(222)	十八、腹型癫痫	(272)
(四)结肠、直肠癌出血	(224)	十九、带状疱疹	(273)
二、腹内肿瘤穿孔	(225)	二十、脊髓痨和脊髓空洞症	(273)
(一)胃癌穿孔	(225)	(一)脊髓痨所致的胃肠危象诊断	(274)
(二)结肠、直肠癌穿孔	(226)	要点	(274)
三、腹内肿瘤梗阻	(227)	(二)脊髓空洞症	(274)
(一)结肠、直肠癌梗阻	(227)	二十一、尿毒症	(275)
(二)胃癌合并幽门梗阻	(229)	二十二、肾上腺危象	(278)
(三)恶性胆道梗阻	(230)	二十三、嗜铬细胞瘤危象	(279)
附一:胃空肠吻合术	(231)	二十四、铅中毒	(281)
附二:腹壁造口术	(234)	二十五、过敏性紫癜	(282)
		二十六、流行性出血热	(284)
		第 14 章 妇产科急腹症	(287)
		一、概述	(287)

二、腹腔出血类妇产科急腹症	(287)	(一)腹痛	(311)
(一)异位妊娠	(287)	(二)呕吐	(315)
(二)卵巢黄体破裂	(292)	(三)全身反应	(316)
三、绞窄性妇产科急腹症	(293)	(四)胃肠道出血	(316)
(一)卵巢囊肿蒂扭转	(293)	五、小儿急腹症的主要体征	(316)
(二)子宫浆膜下肌瘤蒂扭转	(294)	(一)腹部检查	(316)
(三)输卵管和卵巢扭转	(294)	(二)不合作小儿腹部触诊方法	(317)
四、炎症性妇产科急腹症	(294)	(三)其他系统和器官的检查	(318)
(一)急性盆腔炎	(294)	六、小儿急腹症的特殊检查技术	(318)
(二)盆腔脓肿	(297)	(一)腹腔穿刺	(318)
五、妊娠合并急腹症	(301)	(二)直肠指检	(318)
(一)妊娠合并急性阑尾炎	(301)	七、小儿急腹症的实验室检查	(319)
(二)妊娠合并急性胆囊炎	(302)	(一)常规化验	(319)
(三)妊娠合并急性胰腺炎	(303)	(二)血液生化检查	(319)
(四)妊娠合并肠梗阻	(304)	(三)消化道引流液及腹腔穿刺液	(319)
(五)妊娠合并急性肾盂肾炎	(305)	八、小儿急腹症的影像学检查	(319)
六、其他妇产科急腹症	(306)	(一)X线检查	(319)
(一)妊娠呕吐	(306)	(二)CT	(320)
(二)妊娠期肝内胆汁淤积症	(306)	(三)磁共振成像(MRI)	(320)
(三)痛经	(307)	(四)放射性核素扫描	(320)
第15章 儿科常见急腹症	(309)	(五)B超检查	(320)
一、小儿的解剖生理特点	(309)	(六)内镜、腹腔镜	(321)
二、常见小儿急腹症的分类	(309)	(七)选择性动脉造影	(321)
(一)腹壁疾病	(310)	(八)其他诊断方法	(321)
(二)腹腔内疾病	(310)	九、小儿急腹症的诊断	(321)
(三)腹膜后疾病	(310)	(一)有无急腹症	(321)
(四)全身其他系统疾病	(310)	(二)判断是小儿外科急腹症还是	(321)
三、小儿外科急腹症的常见病理类型	(310)	小儿内科急腹症	(321)
(一)感染	(310)	(三)区别是腹部器质性病变还是	(322)
(二)穿孔	(311)	功能性病变	(322)
(三)梗阻	(311)	(四)腹部钝性伤的诊断	(322)
(四)出血	(311)	十、常见的小儿急腹症	(322)
四、小儿急腹症的主要症状	(311)	(一)新生儿时期	(322)

(二) 婴幼儿期·····	(326)	静脉曲张·····	(340)
(三) 儿童期·····	(330)	(二) 非静脉曲张上消化道出血的	
十一、小儿急腹症的治疗·····	(334)	内镜治疗·····	(341)
(一) 非手术疗法·····	(334)	(三) 内镜下扩张器治疗上消化道	
(二) 手术治疗·····	(334)	良性狭窄·····	(341)
第 16 章 腹腔镜、内镜在急腹症诊疗		(四) 内镜下治疗上消化道恶性肿	
中的应用 ·····	(335)	瘤导致的急性梗阻·····	(341)
一、腹腔镜在腹部外科急诊的应用		(五) 急诊内镜下胃内异物取出术	
·····	(335)	·····	(342)
(一) 急性胆囊炎的腹腔镜胆囊切		(六) 胰十二指肠镜行胆管括约肌	
除术·····	(335)	切开(EST)+胆管取石术治	
(二) 腹腔镜下胆管切开纤维胆道		疗结石性急性梗阻性胆管炎	
镜取石 T 管引流术·····	(335)	·····	(342)
(三) 重症急性胰腺炎经腹腔镜行		(七) 胰十二指肠镜行胆管括约肌	
腹腔冲洗引流术·····	(336)	切开、鼻胆管引流治疗重症胆	
(四) 腹腔镜下上消化道溃疡穿孔		源性胰腺炎·····	(343)
修补术·····	(337)	(八) 急性小肠大出血急诊剖腹探	
(五) 腹腔镜阑尾切除术·····	(338)	查术中内镜的应用·····	(344)
(六) 腹腔镜肠粘连松解术·····	(338)	(九) 结肠内支架治疗乙状结肠癌、	
(七) 腹腔镜辅助的小肠部分切		直肠癌所致急性梗阻·····	(345)
除+肠肠吻合术·····	(339)	(十) 急性胃扭转的消化道内镜功	
(八) 腹腔镜引导下腹腔脓肿穿刺		能复位术·····	(346)
引流术·····	(339)	(十一) 急性肠套叠的内镜下复位	
(九) 嵌顿性疝的腹腔镜修补术		·····	(346)
·····	(339)	(十二) 急性结肠扭转的乙状结肠	
(十) 腹腔镜应用于外伤性脾破裂		镜下减压复位治疗·····	(347)
修补·····	(340)	(十三) 急性结肠假性梗阻(Ogilvie	
(十一) 腹腔镜对外伤性肝破裂的		综合征)的结肠镜减压治疗	
处理·····	(340)	·····	(347)
(十二) 腹腔镜处理胆汁性腹膜炎		(十四) 乙状结肠镜用于吻合口狭	
·····	(340)	窄扩张和止血·····	(347)
二、内镜在腹部外科急诊的应用·····	(340)	(十五) 可曲式乙状结肠镜急诊取	
(一) 上消化道内镜诊治上消化道		出下消化道异物·····	(347)
		第 17 章 腹部损伤 ·····	(349)
		一、概述·····	(349)

二、腹部外伤的术中探查	(352)	(一)腹膜后血肿	(416)
三、腹壁损伤	(354)	(二)腹膜后大血管损伤	(418)
四、胃损伤	(355)	附:腹部卒中	(422)
五、十二指肠损伤	(361)	十四、创伤性膈疝	(424)
六、小肠损伤	(367)	十五、泌尿生殖系损伤	(426)
七、结肠损伤	(373)	(一)肾损伤	(426)
八、直肠肛管损伤	(378)	(二)输尿管损伤	(433)
九、肝损伤	(382)	(三)膀胱损伤	(435)
十、肝外胆道损伤	(393)	(四)尿道损伤	(439)
十一、胰腺损伤	(401)	(五)外生殖器损伤	(443)
十二、脾损伤	(407)	十六、含腹部损伤在内的多发伤 ...	(444)
十三、腹膜后血肿及腹部大血管损伤	(416)	参考文献	(455)

第 1 章 急腹症概述

一、急腹症的概念和分类

急腹症(acute abdomen)是指以“急性腹痛”为突出症状的一组疾病的总称,因为患者初就诊时诊断尚未明确,以“急腹症”相称,能直观地描述疾病的突出特点。急腹症一词在临床广泛应用,尤其在外科急诊时常用于疾病诊断和作为急诊处理的依据。在大多数情况下,因为腹部的组织和(或)器官发生了病理性改变,其中严重者需要外科手术治疗,甚至紧急手术处理,故“急腹症”一词一般是指“外科急腹症”。急腹症在腹痛发生的同时,常伴有恶心、呕吐、腹胀、发热、便秘、腹泻等症状。因腹腔内器官病变性质不同,所伴随的症状也有明显差别,临床上可根据这些差别鉴别出不同类型的急腹症。此外,还有一些腹内非外科疾病(如内科胃肠炎、妇科异位妊娠等),甚至非腹部疾病(如内科肺炎、心肌梗死等)也可发生与急腹症相似的腹痛,在门、急诊首诊时就鉴别出来,有时存在较大困难,特别对于那些年轻的急诊外科医师。但是对急性腹痛患者而言,一般需要在较短的时间内做出决定,判断是否需要外科手术,常常需要周密的临床观察和现代化的影像学检查。因此,急腹症诊断的复杂性,治疗处理的紧迫性和患者对治疗结果的高期望值,决定了急腹症是临床外科中的一项十分复杂而重要的工作。

在腹部闭合性损伤时,腹痛的病因明确,有时不仅可伤及腹内多个脏器,波及较大范围,还可发生胸、腹部多发伤、复合伤,甚至腹腔与盆腔器官、脊柱、骨盆联合损伤而使腹痛的分析与判断复杂化。

引起急腹症的原因很多,但从外科临床的实用角度出发,比较简单的是将其分为“外科急腹症”和“非外科急腹症”两类。前者是指按习惯需要收住于外科病室,由外科医师行非手术或手术甚至紧急手术的一类疾病,而后者因不需紧急的外科处理,外科手术甚至会给患者带来不必要的损伤,因而通常把患者先收住内科等相关科室做进一步的观察和治疗。然而,这个划分是人为的,并不一定完全代表疾病的本质,因为对某一疾病的处理和是否需要手术治疗,常随着疾病发展过程、治疗观念的改变而有所改变。同时,这些疾病在其治疗过程中,随着病理改变的演变,尚存在需要手术的可能性。

属于外科急腹症范畴的疾病,多属于以下的一些情况:①腹内脏器急性炎症性疾病,包括急性腹膜炎(如原发性腹膜炎、继发性腹膜炎等);②脏器穿孔及破裂性疾病;③空腔脏器的内容物的运行通过障碍性疾病;④脏器血循环障碍性疾病(如脏器扭转、绞窄性肠梗阻、嵌顿性疝等);⑤内出血性疾病;⑥腹部外伤性急腹症等。

外科急性腹痛的诊断,首先从询问病人的腹痛开始,因为腹痛常常是最突出的症状。外科急性腹痛从疼痛的特点上,又可分为持续性的疼痛和间歇性的剧痛,后者通常称之为“绞痛”。疼痛可以是固定的有清楚定位的,或是隐约的无清楚定位性的,后者常称为内脏痛或远离患病脏器的“牵涉痛”。由于外科急性腹痛时腹痛的性质是多种多样的,可能还会因病人个体的差异而不同,有时是复合的,很少是哪一种单一的腹痛,故一般并不将痛的性质作

为分类的依据。但是,外科急性腹痛一般是反映腹内脏器的器质性病变,在不同性别、不同的年龄段均有其不同的特点,例如儿童和老人对同样的腹痛的刺激的表达就可能不一样,但这些差别,尚难于作为分类的标准。非外科性的腹痛则多是不固定、无明确定位、不伴有腹膜刺激的疼痛。比较简单、实用、更直接地对急性腹痛的分类方法,是按照病人感觉腹痛所在的部位进行分类,如右上腹痛、上腹痛、左上腹痛、左下腹痛、右下腹痛、腹中部痛、腰背部痛等,这种分类方法有利于联系腹内脏器疾病及进一步的诊断评估。

二、腹痛的本质及相关的解剖学联系

疼痛是一个复杂的生理过程,对它的了解有助于临床上对腹痛的分析。痛觉是机体受到伤害性刺激时产生的一种不愉快的感觉,常伴有不愉快的情绪活动和防卫反应。它是机体受到损害的警报信号,对于保护机

体有重要作用。同时,疼痛是许多疾病的症状之一,因此,认识痛觉的产生及其规律对于指导临床实践具有重要意义。

(一)痛觉的感受与传导

研究认为,痛觉感受器是分布于游离神经末梢感受致痛性化学物质的化学感受器,又称为伤害性感受器,广泛存在于皮肤、肌肉、关节和内脏等处。各种伤害性刺激只要达到一定的强度,均可引起组织损伤并释放出一些致痛的化学物质,如 K^+ 、 H^+ 、组胺、5-羟色胺、缓激肽等。这些物质促进神经末梢去极化,继而发放动作电位,即痛觉神经冲动。

不同的神经纤维的传导速度差别很大,与神经纤维的直径、有无髓鞘、髓鞘的厚度和温度有关。通常直径粗的神经纤维和有髓鞘的神经纤维传导速度较快。哺乳动物的周围神经纤维分为 A、B、C 三类,其中 A 类又分为 α 、 β 、 γ 、 δ 四类。根据神经纤维的直径可分为 I、II、III、IV 四类(表 1-1,表 1-2)。

表 1-1 神经纤维的分类(一)

纤维分类	来源	纤维直径 (μm)	传导速度 (m/s)	锋电位时程 (ms)	绝对不应期 (ms)
A(有髓)	A 初级肌梭传入纤维和支配梭外肌的传出纤维	13~22	70~120		
	A_β 皮肤的触-压觉传入纤维	8~13	30~70	0.4~0.5	0.4~1.0
	A_γ 支配梭内肌的传出纤维	4~8	15~30		
	A_δ 皮肤痛、温度觉传入纤维	1~4	12~30		
B(有髓)	自主神经节前纤维	1~3	3~15	1.2	1.2
C(无髓)	sC 自主神经节后纤维	0.3~1.3	0.7~2.3	2.0	2.0
	drC 后根中传导痛觉的传入纤维	0.4~1.0	0.6~2.0		

表 1-2 神经纤维的分类(二)

纤维分类	来源	直径(μm)	传导速度(m/s)	生理电学分类
I _a	肌梭的传入纤维	12~22	70~120	A_α
I _b	腱器官的传入纤维	15~20	70~120	A_α
II	皮肤的机械感受器传入纤维(触-压觉、振动觉)	5~12	25~70	A_β
III	皮肤痛、温度觉、肌肉的深部压觉传入纤维	2~5	10~25	A_δ
IV	无髓神经的痛觉、温度、机械感受器传入纤维	0.1~1.3	1	C

(二) 皮肤痛觉

伤害性刺激作用于皮肤时,可先后出现两种性质不同的痛觉,即快痛和慢痛。快痛在刺激时很快发生,是一种尖锐而定位清楚的“刺痛”。慢痛是一种定位不明确的“烧灼感”,一般在刺激过后 0.5~1.0s 才能被感觉到,痛感强烈而难以忍受,撤除刺激后还持续几秒钟,并伴有情绪反应及心血管和呼吸等方面的变化。伤害性刺激作用的部位离脑越远,先后出现的快痛和慢痛两种痛觉之间的间隔时间愈长。现已知道快痛由 A_δ类纤维传导,它直径较粗、有髓鞘、传导速度较快而兴奋阈较低。A_δ类纤维进入脊髓后,在后角更换神经元并发出纤维交叉到对侧上行,抵达丘脑后腹核,换元后投射至大脑皮质的第一感觉区,产生定位明确的快痛。慢痛由 C 类纤维传导,其直径较细、无髓鞘、传导速度慢而兴奋阈较高。C 类纤维在脊髓内弥散上行,抵达脑干网状结构和丘脑的髓板内核群,而后弥散投射到大脑皮质和边缘系统,引起慢痛和情绪反应。深部组织(如骨膜、韧带和肌肉等)和内脏的痛觉,一般也表现为慢痛。内脏痛还常常放射到其他部位。

(三) 内脏痛和牵涉痛

急腹症时腹痛的表现常有三种情况:内脏痛、邻近壁腹膜受刺激时的定位性疼痛和牵涉痛。例如急性胆囊炎病人,内脏痛表现

为常在上腹部中央的深部痛。又如急性阑尾炎时,内脏痛亦常表现在上腹部中央的深部痛,这是因为腹内脏器的神经支配是双侧性的,所以内脏痛总是表现为感觉在腹部中线的深部痛。此种深部痛常相当于体检时的深压痛部位,但二者的部位有时亦可不一致。急性阑尾炎早期,深压痛在右下腹阑尾根部,而内脏痛却在上腹部。随着炎症的发展,由于壁腹膜受刺激,便出现定位性疼痛。如急性胆囊炎的右上腹痛和急性阑尾炎的右下腹痛。有时此种定位性痛可以缺如或不典型。例如若胆囊已经萎缩,或位置高在膈肌下,则可以无明显的右上腹痛和相应的体征。同样,若阑尾的位置异位,深入至盆腔内,或为小肠所遮盖,深藏在后腹膜之后,或在妊娠时被子宫将其与腹前壁隔开等,亦可能不出现典型的右下腹痛和相应的体征。

1. 内脏痛 是内脏器官受到伤害性刺激时产生的疼痛感觉。特征:①缓慢、持续、定位不精确;②对于机械性牵拉、痉挛、缺血、炎症和化学刺激十分敏感,而对于切割、烧灼等刺激并不敏感;③可引起牵涉痛;④疼痛强烈而难以忍受,并伴有情绪反应及心血管和呼吸等方面的变化。

腹部内脏病变时,内脏痛通常表现的部位如图 1-1 所示。胃及十二指肠的痛觉信息经内脏大神经从胸_{7~9}脊神经后根传入脊髓,

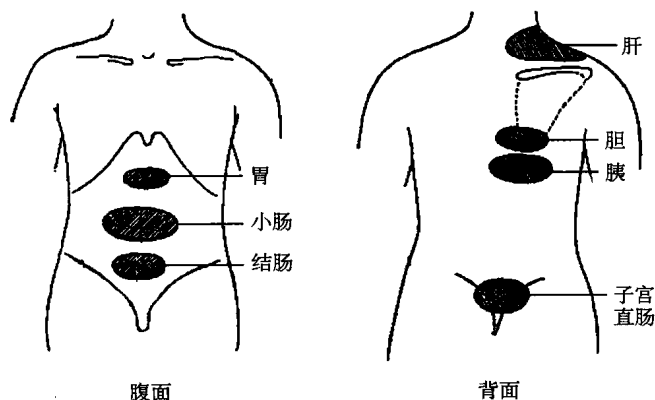


图 1-1 腹内器官深部痛的位置