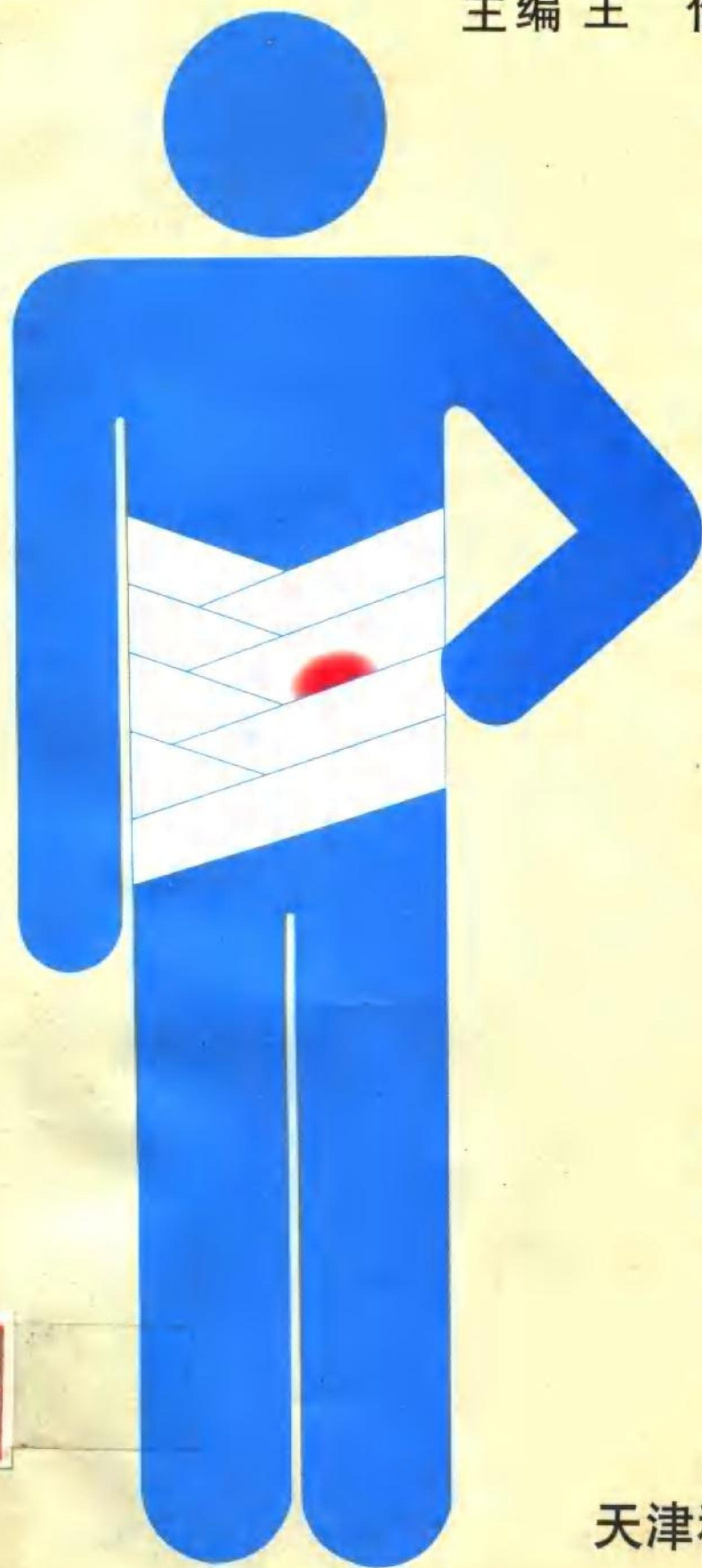


主编 王 侑 张庆忠 宝 荣



现代 腹部 外科 诊断 与 治疗

天津科学技术出版社

现代腹部外科诊断与治疗

主 编

王 侑 张庆忠 宝 荣

副 主 编

韩要法 赵德鹏 刘汉启 马建国

刘继敏 程广明 崔友福

主 审

王兆允 刘德惠

天津科学技术出版社

责任编辑: 张洪善

现代腹部外科诊断与治疗

主 编

王 侑 张庆忠 宝 荣

副 主 编

韩要法 赵德鹏 刘汉启 马建国

刘继敏 程广明 崔友福

主 审

王兆允 刘德惠

*

天津科学技术出版社出版

天津市张自忠路 189 号 邮编 300020

石油管道报社印刷厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 1/16 印张 14.25 字数 335 000

1997 年 9 月第 1 版

1997 年 9 月第 1 次印刷

印数: 1—4 000

ISBN 7-5308-2079-6

R·582 定价: 18.50 元

编 著 者

侯松江	何相明	李 剑
杨传欣	李建军	文兆峰
侯恩存	崔东晖	华中州
程序兴	高祀岩	龙立榜

前 言

腹部外科是外科学的基础,涉及的病种多而复杂,面最广,病人最多,特别在基层医院更必不可少;而医学生的外科临床课及实习阶段的教学也多由腹部外科医师承担。我国目前却缺少这方面的专业参考书,所以我们组织了二十多位在医、教、研第一线的专家教授根据各自长期从事外科临床教学、科研的经验硕果,参考国内外有关最新资料共同编写了这本书。

本书共分两编,第一编为腹部外科疾病,第二编为现代常用诊疗手段在腹部外科的应用。本书内容系统丰富、资料新颖可靠、文字简练、简明实用、切合临床,是腹部外科必备参考读物。特别适用于普外科青年医师、大中专医学院校师生及实习医师参考。

由于限于编著者水平,加之各位参编老师工作繁重,个人文风难以一致,繁简也不尽相同,总之,还有许多不足之处,希望各位前辈及同行不吝指教,以便修改补充。

编 者

1997年5月

目 录

第一编 腹部外科疾病

第一章 急腹症	(1)
第二章 腹部肿块的诊断	(9)
第三章 腹部损伤	(14)
第一节 诊断与处理原则	(14)
第二节 脾脏损伤	(16)
第三节 肝脏损伤	(18)
第四节 肝外胆管损伤	(21)
第五节 胰腺损伤	(21)
第六节 胃损伤	(22)
第七节 十二指肠损伤	(23)
第八节 肠系膜裂伤和肠破裂	(24)
第九节 腹部大血管损伤	(26)
第十节 创伤性腹膜后血肿	(27)
第十一节 腹部刺伤和弹伤	(28)
第十二节 消化道异物	(29)
第四章 疝	(31)
第一节 腹外疝	(31)
第二节 腹内疝	(34)
第五章 腹壁、腹膜、网膜、腹膜后间隙疾病	(36)
第一节 腹壁硬纤维瘤	(36)
第二节 腹膜炎	(36)
第三节 腹腔脓肿	(39)
第四节 腹膜肿瘤	(41)
第五节 肠系膜囊肿	(42)
第六节 原发性肠系膜肿瘤	(43)
第七节 肠系膜淋巴结炎	(43)
第八节 原发性腹膜后肿瘤	(45)
第六章 消化道出血	(47)
第一节 上消化道出血	(47)
第二节 下消化道出血	(51)
第七章 胃、十二指肠疾病	(54)
第一节 贲门失弛缓症	(54)

第二节	应激性溃疡·····	(54)
第三节	马-万 (Mallory-Weiss) 综合征 ·····	(55)
第四节	胃十二指肠溃疡外科治疗·····	(56)
第五节	胃良性肿瘤·····	(59)
第六节	胃肉瘤·····	(60)
第七节	胃癌·····	(60)
第八节	急性胃扩张·····	(67)
第九节	胃扭转·····	(67)
第十节	胃、十二指肠憩室·····	(68)
第十一节	原发性十二指肠肿瘤·····	(70)
第十二节	胃下垂·····	(71)
第十三节	肠系膜上血管压迫综合征·····	(72)
第十四节	先天性肥厚性幽门狭窄·····	(73)
第八章	小肠、结肠疾病·····	(75)
第一节	先天性肠道畸形·····	(75)
第二节	急性肠梗阻·····	(78)
第三节	肠炎性疾病·····	(88)
第四节	肠肿瘤·····	(93)
第五节	肠痿·····	(95)
第九章	阑尾疾患·····	(99)
第一节	急性阑尾炎·····	(99)
第二节	慢性阑尾炎·····	(101)
第三节	特殊类型阑尾炎·····	(102)
第四节	阑尾良性肿瘤·····	(103)
第五节	阑尾恶性肿瘤·····	(104)
第十章	直肠、肛管疾病·····	(105)
第一节	直肠、肛管先天性畸形·····	(105)
第二节	直肠、肛门周围脓肿·····	(105)
第三节	肛裂·····	(106)
第四节	肛痿·····	(107)
第五节	痔·····	(107)
第六节	直肠脱垂·····	(108)
第七节	直肠息肉·····	(109)
第八节	直肠癌·····	(110)
第九节	肛管癌·····	(111)
第十一章	肝脏疾病·····	(113)
第一节	肝结核·····	(113)
第二节	细菌性肝脓肿·····	(114)
第三节	肝囊肿·····	(115)

第四节 原发性肝癌	(116)
第五节 继发性肝癌	(118)
第六节 肝的良性肿瘤	(119)
第十二章 胆道疾病	(120)
第一节 胆道蛔虫病	(120)
第二节 先天性胆道闭锁	(121)
第三节 急性胆囊炎	(121)
第四节 重症急性胆管炎	(122)
第五节 胆石症	(123)
第六节 胆道肿瘤	(126)
第十三章 胰腺疾病	(129)
第一节 急性胰腺炎	(129)
第二节 慢性胰腺炎	(131)
第三节 胰腺囊肿	(132)
第四节 胰腺癌和壶腹部癌	(133)
第五节 胰岛素瘤	(135)
第六节 胃泌素瘤	(136)
第十四章 脾脏疾病	(137)
第一节 脾扭转	(137)
第二节 游走脾	(137)
第三节 脾囊肿	(138)
第四节 脾脓肿	(138)
第五节 脾功能亢进	(138)
第六节 脾脏肿瘤	(140)
第七节 脾动脉瘤	(141)
第十五章 门静脉高压症	(142)
第十六章 血管疾病	(144)
第一节 布-加氏综合征	(144)
第二节 腹主动脉瘤	(145)

第二编 现代常用诊疗手段在腹部外科的应用

第一章 CT在腹部外科的应用	(147)
第一节 概述	(147)
第二节 肝脏疾病的CT诊断	(149)
第三节 胆系疾病的CT诊断	(151)
第四节 胰腺疾病的CT诊断	(153)
第五节 脾脏疾病的CT诊断	(155)
第六节 胃肠道疾病的CT诊断	(157)

第七节 其他腹部疾患的CT表现	(157)
第二章 超声波检查在腹部外科的应用	(159)
第一节 概述	(159)
第二节 肝脏疾病的超声诊断	(160)
第三节 胆道疾病的超声诊断	(162)
第四节 脾脏疾病的超声诊断	(164)
第五节 胰腺疾病的超声诊断	(165)
第六节 胃肠道疾病的超声诊断	(166)
第七节 介入性超声	(167)
第八节 彩色多普勒在腹部外科的应用	(168)
第三章 MRI 在腹部外科的应用	(171)
第一节 概述	(171)
第二节 肝脏疾病的MR表现	(172)
第三节 胆系疾病的MR表现	(175)
第四节 胰腺疾病的MR表现	(175)
第五节 脾脏疾病的MR表现	(176)
第六节 胃肠道疾病的MR表现	(176)
第七节 腹部大血管病变的MR表现	(177)
第八节 其他腹部疾病的MR表现	(178)
第四章 造影检查在腹部外科的应用	(179)
第一节 胃肠道造影	(179)
第二节 胆道系统造影	(184)
第五章 核医学检查法在腹部外科的应用	(190)
第一节 概述	(190)
第二节 肝显影	(190)
第三节 胆道显像	(192)
第四节 胰腺显像	(193)
第五节 脾显像	(194)
第六节 胃肠道显像	(194)
第六章 内镜	(196)
第一节 纤维胃镜	(196)
第二节 纤维结肠镜	(198)
第三节 胆道镜	(199)
第四节 腹腔镜	(200)
第七章 腹部肿瘤的放疗、化疗	(203)
第一节 胃癌的放疗、化疗	(203)
第二节 大肠癌的放疗、化疗	(205)
第三节 肝癌的放疗、化疗	(206)
第四节 胆囊及肝外胆管癌的放疗、化疗	(207)

第五节 胰腺癌的放疗、化疗.....	(208)
第八章 介入治疗在腹部外科的应用.....	(209)
第一节 概述.....	(209)
第二节 肝癌的介入治疗.....	(209)
第三节 消化道出血的介入治疗.....	(210)
第四节 双介入疗法治疗恶性梗阻性黄疸.....	(211)
第五节 脾动脉栓塞治疗脾功能亢进.....	(211)
第六节 布-加氏综合征的介入治疗	(211)
第九章 腹腔穿刺及腹腔灌洗术.....	(213)
第一节 腹腔穿刺术.....	(213)
第二节 腹腔灌洗术.....	(214)

第一编 腹部外科疾病

第一章 急 腹 症

急腹症很常见，具有起病急、腹痛剧烈、病情发展快、变化多的特点。如能及时诊断，正确处理，可转危为安；否则增加病人的痛苦，延长病程，甚至危及生命。引起急腹症的原因很多，可涉及到内、外、妇、儿等科的许多疾病，诊断较困难。需详细询问病史，仔细体检，参考必要的实验室及其他检查，综合分析始能做出较正确的诊断，制订切实可行的治疗方案，以挽救病人。

【诊断】

(一) 病史

病史是诊断急腹症的重要依据之一，但由于急腹症病情急，痛苦重，且多需紧急处理，所以病史询问，力求全面、详细、可靠、突出重点，又要联系整体。

1. 腹痛

(1) 腹痛的起病方式：腹部受伤后发生腹痛，应考虑有无内出血和胃肠道破裂等；若疼痛起病迅速，突然发作，应考虑空腔脏器穿孔和急性梗阻；腹腔内感染性疾病，腹痛开始较轻，后逐渐加重；饮食后发生腹痛，应考虑有无溃疡病穿孔与急性胰腺炎；油腻食物可诱发急性胆囊炎；剧烈活动后腹痛考虑到急性肠扭转和尿路结石；先发热后腹痛多为内科疾病；停经1~2个月腹痛伴休克者，应考虑到有宫外孕破裂的可能等。

(2) 腹痛发生的部位：一般发病时最先疼痛的部位和疼痛最明显处多为病灶所在处。如溃疡病和胆道蛔虫症疼痛多在上腹

部；胆囊炎、胆石症、十二指肠溃疡穿孔、肝破裂等疼痛多在右上腹；胰腺炎多为左上腹痛；输卵管炎、卵巢囊肿扭转、乙状结肠扭转等多在下腹部。

特殊部位的牵涉、转移或放射痛对诊断亦有帮助。如转移性右下腹痛多为阑尾炎；胆囊炎、胆石症右上腹痛多放射至右肩部；输尿管结石向会阴及大腿内侧放射痛；胰腺炎多有腰背部和左肩痛。

(3) 腹痛性质：①持续性钝痛或隐痛，多为炎症或损伤出血刺激腹膜所致，如阑尾炎、腹膜炎、内出血等；②阵发性绞痛常表示空腔脏器梗阻或痉挛性疾病，如胆道蛔虫症、机械性肠梗阻、输尿管结石等；③持续性腹痛阵发性加剧，一般为炎症与梗阻同时存在，如绞窄性肠梗阻、胆道梗阻并感染。

2. 消化道症状

(1) 恶心呕吐：早期频繁的呕吐而腹胀不明显者，多为小肠高位肠梗阻；反之，呕吐出现较晚吐出物含粪便样内容物，常常表示为低位肠梗阻；吐出物呈血性者，则应考虑有肠管绞窄、坏死；如病人呕吐先于腹痛，则多为急性胃肠炎。

(2) 排便情况：腹痛后停止肛门排便排气多为肠梗阻或弥漫性腹膜炎所致肠麻痹；腹痛伴血便多为肠坏死；病人大便呈柏油样者，表示有上消化道出血；大便带少量鲜血，则表示系直肠、肛管内出血；果酱样大便伴腹痛、包块在婴幼儿考虑肠套叠；若粪

便带脓血、粘液、大便习惯改变考虑结、直肠肿瘤。

3. 感染症状

一般急腹症，常先有腹痛后有发热，先发热而后腹痛多为内科病，如肠伤寒先有发热后穿孔而引起腹痛。

在急性阑尾炎发热常不太高，而高热常提示门静脉炎及其他诊断；寒战和发热在胆道或泌尿道感染中常见；寒战、发热、黄疸和低血压提示为化脓性胆管炎。

4. 既往史

许多急腹症与患者过去的疾病有因果关系，如胃十二指肠溃疡穿孔，在穿孔前多有溃疡病发作史；粘连性肠梗阻多有手术史；过去有阑尾切除史则不必考虑阑尾炎的诊断。

5. 其他

女性病人应询问月经史、生育史、有无阴道异常流血。特别注意在腹痛出现前后的月经与患者平时月经有无异常之处。如宫外孕破裂出血，多有月经过期病史；卵巢滤泡破裂出血约在月经周期的中期。另外需了解有无心血管、呼吸系统症状，以便排除心肺、胸膜疾病。

(二) 体格检查

1. 全身检查

注意病人的表情、姿势、体位和神志状态，测量体温、脉搏、呼吸、血压，要检查全身重要脏器，了解有无心肺疾患，腹股沟区有无异常肿物，必要时做直肠、阴道检查，此外还应观察有无脱水、酸碱失衡和休克征象。

2. 腹部检查

可按望、触、叩、听的顺序进行，直肠指诊是某些急腹症必不可少的步骤。已婚妇女必要时行妇科检查以排除妇科疾病。

(1) 望诊：病人裸露下胸、全腹部，包括腹股沟区及会阴部，可正面或侧面观察。内容有：①腹部外形：弥漫性腹胀见于腹

水、低位或麻痹性肠梗阻；局限性腹胀见于局限性腹腔脓肿、肠扭转、肠套叠等；舟状腹见于消耗性疾病。②腹壁呼吸运动：急性腹膜炎病人的腹式呼吸运动减弱或消失，其运动受限的程度与炎症的程度成正比。③胃肠蠕动波：多见于胃肠机械性梗阻。

(2) 触诊：动作要轻柔。要从腹部不痛的部位开始，逐渐移向痛点，由浅入深，分层触诊。内容包括：①腹部压痛、反跳痛和肌紧张：是腹膜受刺激的表现，体征的轻重和腹膜刺激的程度一般成正比。消化液刺激性最强，腹肌有时成板状，肠液其次，血、尿的刺激性较小。腹壁压痛表示腹内脏器受累的部位，反跳痛和肌紧张是由于腹膜炎而出现的一种自卫性反应。三者是判断腹内病变严重程度的重要标志；值得注意的是，老年人、幼儿、经产妇、肥胖者、休克、极度衰弱者或使用镇痛、麻醉剂后腹膜刺激往往不能真实反映腹内病变严重程度。②腹部包块：包括包块的部位、大小、质地、活动度、边界和表面情况、有无触痛等。在急腹症患者经仔细触诊可以辨认肿块的常见病变为发炎的胆囊、阑尾周围脓肿形成、闭袢的小肠梗阻、结肠的肿瘤或套叠等。③肝脾的触诊：肝内毛细胆管炎或肝脓肿时，肝脏肿大、缘钝、有压痛、肝脏肋下局限性触痛处常为肝脓肿的所在部位。门静脉高压时脾肿大，但在上消化道出血后，脾可缩小，甚至肋下触不到。

(3) 叩诊：有助于鉴别腹内脏器、肿块的性质，包括：①叩痛及叩击痛：腹部有叩痛，见于腹部炎症，肝肾部位叩击痛表明肝肾可能有病变。②腹胀的性质：叩诊呈鼓音，多为胃肠道胀气或气腹；叩诊呈实音或浊音，表明腹内有实质性肿物或腹腔有积液、积血。③移动性浊音：一般腹腔积液或积血在 500ml 以上，可测出移动性浊音，积液越多则越明显。④肝浊音界：缩小或消失见于胃肠道穿孔。严重腹胀或肝硬化晚

期,肝浊音界也可缩小或消失。

(4) 听诊:①震水音,在胃肠道大量积液的情况下,行冲击性触诊或摇动腹部时,可有震水音。见于幽门梗阻、急性胃扩张、急性低位肠梗阻等。②肠蠕动感,正常情况下,每分钟有2~4次肠鸣音,每次听诊时间不少于3分钟。肠鸣音亢进,见于胃肠道梗阻,如伴有高调金属音或有气过水声,常为机械性肠梗阻;肠鸣音减弱见于各种原因引起的肠麻痹、急性腹膜炎等;肠鸣音消失见于溃疡病或阑尾炎的急性穿孔;肠鸣音由强转弱以至完全消失,表明有肠管绞窄或坏死。③在腹腔血管疾病,有时可听到血管杂音。

3. 特殊体征

腹部疾病时常在体表特定部位出现压痛点或通过某种检查方法测得痛点的存在。在急腹症发作时常呈阳性反应,发作以后则逐渐消失。常用的有McBurney压痛点、Lanz压痛点、Boas压痛点、阑尾穴压痛点、Murphy征、Rovsing征等。

4. 直肠或盆腔检查

直肠指诊,发现指套上有粘液及血迹,可能是肠套叠、直肠癌和肠道炎症;直肠癌还可扪及直肠腔狭窄和肿块,若在肠壁上发现触痛、饱满感或波动感,表示有盆腔积液或积血,在盆腔阑尾炎或盆腔炎时也可有类似表现。触子宫颈有疼痛,后穹窿饱满或有波动感时,可行后穹窿穿刺,发现血液,多为宫外孕破裂。

(三) 实验室及其他检查

1. 实验室检查

急性炎症可有白细胞计数及中性粒细胞升高;腹腔内出血有红细胞、血红蛋白和红细胞压积下降;胰腺炎时血、尿胰淀粉酶增高;胃肠道梗阻和休克病人检查血清电解质可以提供液体丧失的性质和程度。

2. X线检查

消化道穿孔膈下见半月形游离气体,肠

梗阻时可有肠管内气液平面或扩张的肠袢。肠套叠钡灌肠或空气造影可见“杯口”征。尿路结石在腹部平片上可看到不透光阴影。乙状结肠扭转钡灌肠可见梗阻部“鸟嘴形”征。

3. B超

腹内实质脏器的损伤可见损伤的部位及腹腔积血、腹腔肿瘤、尿路结石、胆道结石、卵巢囊肿等可在B超下直接观察结石、肿瘤的部位、大小以及胆囊有无炎症等。

4. 心电图

对心肌梗塞有较高的诊断价值。

5. 腹腔穿刺

对急腹症有很大的实用价值,尤其是在疑难病例的鉴别上有重要作用。稀薄透明液体多为腹水,经化验可鉴别是漏出液还是渗出液;混浊液镜检大量白细胞或脓球常见于腹腔炎症或腹腔空腔脏器的穿孔;稀薄血性液常见于绞窄性肠梗阻或出血性胰腺炎,淀粉酶的含量有助于两者鉴别;鲜血如不凝表示有实质脏器的破裂或宫外孕破裂。如凝固,表示穿刺针误入血管。若为胆汁样液,提示为上消化道或胆囊穿孔。

6. 内窥镜检查

纤维胃镜、结肠镜可直接发现消化道出血的原因和部位,并可通过内镜治疗。

7. 其他检查

如CT、血管造影、PTC、ERCP及放射性核素等检查。

通过以上病史询问、体格检查及辅助检查,对急腹症多能做出正确的诊断。

【鉴别诊断】

急腹症的疾病甚多,症状、体征各异,临床鉴别较难。可归纳、概括为几个类型,每种类型的不同疾病通过共同特点与其他类型鉴别,根据各自的特点与同类型中的其他疾病区分。首先考虑为哪种类型疾病,再确定为哪一种疾病;即使不能肯定为何病,但属同一类型者在治疗原则上大体相同。

1. 腹腔内局限性炎症疾病

如急性阑尾炎、胆囊炎、憩室炎等。此类型疾病共同表现为：①腹痛多为持续性，起病较慢，开始较轻，逐渐加重。②炎症引起局部肌肉紧张、压痛和反跳痛。③体温上升，白细胞计数和中性粒细胞数增高。④局限后形成局部炎块或脓肿，炎症继续扩展难以控制，则形成弥漫性腹膜炎。

这种类型中不同疾病的鉴别是各自不同的解剖部位。

2. 腹内空腔脏器梗阻性疾病

如单纯性肠梗阻、胆道蛔虫症、胆道和泌尿道结石等。其共同表现为：①发病突然，开始症状较剧烈。②为阵发性绞痛，剧痛时难以忍受，缓解后疼痛全消。③体征不显著，全身变化不明显，除胆总管结石外，全身性感染亦不显著。④经予抗痉剂后可缓解，不久又疼痛发作。

这类型的不同疾病的鉴别主要是绞痛的部位，以及过去类似发作史。实验室检查对诊断有帮助。胆总管结石并感染的典型表现为腹痛、寒战、发热及黄疸。

3. 腹内空腔脏器破裂与穿孔

如胃、十二指肠溃疡穿孔、胆囊穿孔、伤寒性肠穿孔、肿瘤肠穿孔、外伤性胃肠道或胆道破裂、急性胰腺炎、膀胱破裂等。

其共同表现为：①发病突然，病情发展快。②先在病变部位有局限性腹肌紧张、压痛和反跳痛，迅速扩散至全腹，出现弥漫性腹膜炎体征。③腹胀、肠鸣音减弱或消失。④体温升高，白细胞计数上升，严重者出现中毒性休克。

这种类型中不同疾病的鉴别主要是过去病史，腹痛初发部位，腹膜刺激的强弱，气腹的有无，血、尿淀粉酶的测定，腹腔诊断性穿刺等。

4. 腹腔内大出血性疾病

如肝、脾破裂、胃十二指肠溃疡并大量

出血、胆道出血、门脉高压症胃底和食管下段静脉曲张破裂大出血、宫外孕破裂等。

空腔脏器出血的共同表现为：①突然发作，呕血、便血、柏油样便、出血量多者很快出现失血性休克。②腹部柔软，无明显压痛及反跳痛。

实质性器官出血的共同表现为：①发病突然，病情发展可快可慢，取决于出血速度和失血量，但为进行性加重。②腹痛轻但腹胀明显，腹肌轻度紧张，压痛不明显，出现移动性浊音并逐渐加重，可出现失血性休克征象。③血红细胞计数与血红蛋白下降。④腹腔穿刺可抽出血液。

这类疾病间的鉴别主要依靠既往病史、受伤部位及实验室检查等。宫外孕破裂可根据月经史及妇科检查而诊断。

5. 腹腔内脏器急性血液循环障碍疾病

如各种绞窄性肠梗阻（肠套叠、肠扭转、绞窄性疝）等。

其共同表现是：①突发性剧烈腹痛，呈持续性痛或持续痛阵发性加重，无明显缓解期。②绞窄后腹肌紧张、压痛、反跳痛明显，常可触及压痛的包块。③缺血坏死后，可呕吐或自肛门排出暗红色液体，腹穿可抽出恶臭液体。④血压下降，白细胞计数升高，重者出现中毒性休克。

这种类型的不同疾病的鉴别，除病史、体征外，X线检查对诊断有较大帮助，体检时不可忽略疝常发生部位的检查。

经上述分型，有的病人症状、体征不典型，一时难以鉴别者，应作短期观察，每1~2小时复查一次，注意病情进展和体征变化，依检查结果作出诊断。如经多次复查，病情逐渐恶化者，应立即剖腹探查，以免延误诊断和治疗。

为便于鉴别几种常见急腹症的症状、体征特点，列表如下（表1-1-1）。

表 1-1-1 急腹症的鉴别诊断表

部位	疾病名称	症状特点		体征特点	
		腹痛	其他	腹部	其他
上腹部	溃疡病穿孔	突然发生持续性上腹剧烈疼痛，短期内迅速扩散至全腹	恶心、呕吐较少，过去多有溃疡病史	全腹肌紧张呈板状、压痛及反跳痛明显，肝浊音界缩小或消失，肠鸣音减弱或消失	部分病人出现休克，多数病人腹部透视有膈下游离气体
	胆道蛔虫症	发作时上腹部阵发性绞痛，有钻顶感。间歇期疼痛消失	恶心、呕吐，有时吐出蛔虫。过去有肠蛔虫病史	腹壁柔软，少数病人剑突下方偏右有轻度压痛，多数病人无明显腹部体征	体温正常，白细胞计数可增高
	胆囊炎、胆石症	突然发生持续性上腹疼痛并呈阵发性加重，疼痛向右肩、腰部放射	发冷、发烧、恶心、呕吐，偶有黄疸。部分病人有反复上腹痛发作史	无阻塞者，仅右上腹有压痛。胆囊管阻塞者，可扪及胀大的胆囊。严重者有明显压痛、反跳痛、肌紧张	体温升高，白细胞总数、中性白细胞比数增高。严重病人常合并中毒性休克
	急性胰腺炎	突发性上腹中部持续性剧痛，向左腰、背部放射，饮水或进食后腹痛加重	早期出现恶心、呕吐后症状不减轻。出血坏死型病人有明显腹胀	中轻度上腹肌紧张，上腹中、左、右或全腹压痛。出血坏死型肠鸣音减弱或消失。合并胆囊炎、脓肿形成者，可触及肿块	体温升高、脉搏变快。血清或腹腔穿刺液淀粉酶增高，血钙降低，白细胞增多。重者皮肤呈片状紫绀，出现中毒性休克体征
	肝、脾破裂	伤后突发上腹部剧痛，脾破裂以左侧为主，肝破裂在右侧，可扩散至全腹，向肩部放射	口渴、心慌、苍白、出汗、皮肤发凉、恶心、呕吐、腹胀	腹膜刺激征：腹肌紧张、压痛、反跳痛。脾破裂，脾浊音区增大，不随病人体位改变及呼吸而移动。肠鸣音减弱	出血性休克体征。腹腔穿刺抽出新鲜血液。血红蛋白、红细胞计数降低，白细胞计数增高。X线检查肝、脾阴影增大，同侧膈肌上升
	大叶性肺炎、胸膜炎	上腹部剧烈疼痛，随深呼吸而加重，并向肩部放射	发冷、发热、呼吸困难、咳嗽、吐铁锈样痰或干咳	腹部柔软，多数病人无明显腹部体征，部分病人有轻度不固定的压痛	胸部呼吸音减弱，有湿罗音和管笛音。胸膜炎有胸膜摩擦音
	心肌梗塞	突发上腹部持续剧痛	胸闷、胸骨后痛，有绞痛病史	上腹部肌紧张、压痛，但肠鸣音正常	心律不齐，心电图有T波倒置，S-T段移位，出现Q波

续

部位	疾病名称	症状特点		体征特点	
		腹痛	其他	腹部	其他
中腹部	肠蛔虫病	阵发性脐周或部位不定的腹痛	部分病人有恶心、呕吐，多数有便虫或吐虫史	腹部柔软，可有轻度压痛但部位不固定。有时可触及条索状肿块	可在大便中找到蛔虫卵
	急性肠梗阻	单纯性肠梗阻为阵发性腹部绞痛，肠鸣音亢进。绞窄性肠梗阻为持续性剧痛，呈阵发性加重	高位肠梗阻呕吐为主，腹胀不显著，偶有少量排便。低位梗阻则腹胀明显，呕吐发生较晚，肛门停止排气、排便	腹部膨胀，出现肠型、肠蠕动波，肠鸣音亢进。绞窄性者呈不对称的腹部隆起，局部有压痛、反跳痛，并可能触及肿块。麻痹性者，全腹膨胀、轻度压痛及腹肌紧张，肠鸣音减弱或消失	有脱水、酸中毒体征，重者出现休克。血液浓缩、白细胞增加。X线检查梗阻部位近侧肠袢或某一段肠袢胀气，有液平面
	肠套叠	阵发性腹痛，突然发作，很快消失，交替不息	呕吐，血性粘液粪便，2岁以下儿童多见	多数可触及长圆形肿块，局部有压痛，右下腹多呈空虚感	钡灌肠可见杯状充盈缺损
	肠穿孔	突然发生脐部或全腹部持续性剧痛	恶心、呕吐。有外伤或伤寒病史	全腹均有肌紧张、压痛、反跳痛，但以病灶区为最显著。肠鸣音减弱或消失	体温升高，白细胞计数增高。严重的后期出现中毒性休克，X线透视可见膈下游离气带
	肾、输尿管结石	阵发性绞痛，向会阴和大腿内侧放射	遇有恶心、呕吐、血尿。既往有泌尿系统结石病史	肾区有叩痛或沿输尿管区有轻度压痛	尿内有红细胞，X线摄片可显示结石阴影
下腹部	嵌顿性疝	局部持续性剧烈绞痛，阵发性加重	恶心、呕吐、腹胀、肛门停止排气、排便	腹部有肠型、肠蠕动波，肠鸣音亢进。有腹外肿块，局部压痛	有可复性反复发作史，嵌顿后疝块不能回纳
	急性阑尾炎	突发上腹或脐周围痛，继而转移至右下腹部。痛可为持续性或阵发性。阑尾腔梗阻后则有阵发性剧痛	恶心常见，呕吐较少见。食欲不振。排便后腹痛不缓解。可有腹泻、便秘	右下腹部压痛，特别在阑尾部位有明显的固定压痛点。右下腹肌肉紧张，有反跳痛。脓肿形成后可触及肿块	体温略高，39℃以上者较少见。脉搏超过110次/分多表示阑尾已穿孔。白细胞计数在 $10 \sim 20 \times 10^9/L$ 间，中性白细胞比数增高
	结肠憩室炎	多为左下腹疼痛	腹部不适，消化不良，便秘，恶心与呕吐	左下腹部压痛，憩室炎处压痛明显。局部肌肉紧张有反跳痛	体温升高，白细胞计数与中性白细胞比数均增高
	急性盆腔炎	持续性下腹部疼痛，多为两侧	发病前有月经不调、流产或分娩史	下腹部两侧均有腹肌紧张、压痛与反跳痛	体温升高，白细胞计数与中性白细胞比数均增高
	宫外孕破裂	突发下腹部持续性剧痛，初期在患侧，逐渐扩散至对侧，但以患侧为重	心慌、口渴、面色苍白、恶心呕吐，有停经或阴道不规则流血	下腹部肌紧张、压痛、反跳痛。患侧子宫触及肿块且局部触痛	妊娠试验阳性，后穹窿穿刺可抽出血液，血红蛋白值下降，可有休克征象
	卵巢囊肿扭转	患侧下腹部持续性剧痛，阵发性加重	恶心、呕吐。发病前有下腹部包块	患侧下腹部肌紧张、压痛，双合诊检查可触及肿块	早期体温、脉搏、白细胞计数均正常，晚期可增高

【治疗】

1. 一般处理原则

(1) 止痛：未经明确诊断的病人，禁止使用吗啡、杜冷丁、可待因等麻醉性止痛剂，以免掩盖症状，延误诊断和治疗。需要时可用阿托品或针刺止痛。同时禁服泻药和灌肠，以免刺激肠蠕动，使炎症扩散或促使空腔脏器穿孔。

(2) 注意全身情况：休克病人应首先抢救休克，在抢救休克的同时，作适当检查，以确定治疗方案，待病情好转后，再作进一步处理；有些严重病例发展很快，应在继续抗休克治疗的同时进行剖腹探查，解除病因，挽救生命。例如肝、脾破裂合并出血性休克，肠坏死合并中毒性休克等均属此类。

(3) 根据病情选择最有效的方法：某些急腹症，如单纯性阑尾炎、胆道蛔虫症等，病情较轻，目前已有丰富的治疗经验，可采有中西医结合治疗方法。另一些疾病，如粘连性肠梗阻、胆囊炎、胆石症等，病情较轻，发病时间较短，采用非手术疗法可能治愈者，宜在作好手术准备条件下，采用非手术疗法，并密切观察病情变化。严重病情，如肠坏死、肝、脾破裂、绞窄性肠梗阻等，则应早期手术治疗。

2. 非手术疗法适应证

诊断不明确病人，有下列情况者，可在作好术前准备工作的同时，行保守治疗，同时密切观察病情变化和治疗效果，再作进一步处理：①腹痛已超过3天，病情变化不大或病情明显好转者。②腹膜刺激征已有所减轻或消失者。③病人全身情况欠佳，估计难以耐受手术探查者，应先加强全身支持疗法，作好手术前准备工作，创造手术条件，不急于立即手术。

3. 手术适应证

手术是治疗急腹症的一种重要方法，有些病人常需紧急手术，凡有下列情况者均须采用剖腹探查：①急腹症病人，经6~24小

时非手术治疗无效或恶化者。②有进行性内出血征象，经输血、补液、止血剂等治疗措施，休克难以纠正或休克征象一度好转后又加重者。③腹内空腔脏器穿孔的病人，估计穿孔较大，难以自行封闭者。④肠梗阻病人采用非手术疗法过程中，疑有肠坏死，出现腹膜刺激征，以及病后不久出现绞窄性肠梗阻征象者。⑤病因不明，但有明显腹膜刺激征，经短期治疗后，体征不减轻，反而范围扩大或已形成弥漫性腹膜炎者。

4. 手术时注意事项

(1) 麻醉方法：结合病人具体情况，选择安全、有效的麻醉方法。凡血压不稳定、休克的病人，最好选择全麻，慎用硬膜外麻醉。

(2) 手术方法：手术首先是抢救病人生命，其次再考虑根除病灶。手术应力求简单而又能解决问题，在全身情况许可条件下，尽可能将病灶根除，一次解决问题。一般情况不佳者，可分期手术，先作简单手术以挽救病人的生命，待病情好转后，再次手术处理病灶。

(3) 手术操作：手术操作应轻柔、准确、迅速，切忌粗暴、强力牵拉、长时间暴露和误伤其他组织。

(4) 防治并发症：尽量预防术后并发症的发生，争取病人顺利恢复。

5. 术后处理

注意维持水、电解质平衡及营养的摄入，尽力减少腹胀，缩短肠麻痹时间，保护心、肺等重要脏器的功能，鼓励病人深呼吸、咳嗽、加强术后护理工作。

6. 外科急腹症常见并发症的防治

(1) 腹腔脓肿：急性腹膜炎局限后，脓液积聚形成腹腔脓肿，常见的有：膈下、盆腔及肠袢间脓肿。

防治原则：①手术结束时彻底冲洗腹腔并放置引流物，保持引流通畅是预防的主要措施。②选择有效的抗生素，加强支持疗