

急性腹部疾病的早期診斷

石 華 玉 校 譯

周 世 行 譯

新 醫 書 局 發 行

1 9 5 2

急性腹部疾病的早期診斷

石華玉教授校譯

周世行譯

新醫書局發行

序

急性腹症之診斷不難，但難準確耳。準確既難，而早期者尤難。凡我同仁，類能道之。

試就醫院而言，此類病人多先入內科，往往待診斷確定，已誤手術之良機矣。然亦有逕投外科者，倘遇急功好刀之輩，則不求詳察而熟慮之，力持刀圭，致開腹後而使勞者有之。此皆不能早期而作精密的診斷所致。

至於一般執業醫師，尤爲急性腹症之首先處置者。或祇作對徵治療，給與嗎啡者有之；或逕予瀉劑，以爲係普通胃腸失調者有之。要之，一誤再誤，待徵狀明顯，轉入外科之手，又幾受家族顧慮手術之厄，良可慨也。

因此，急性腹症之早期知識，實爲一般醫師當務之急，固不僅外科醫師而已。

英國牛津出版社出版 Zachary Cope 氏原著之 “The Early Diagnosis of the Acute Abdomen” 一書，係就解剖學觀點，分析急性腹症各個徵狀之所自，藉獲準確之早期診斷者。此外關於檢查病人、詢探病史等要點，皆有詳細之敘述。且立論新穎有理，尤其餘事。茲由周世行醫師迺譯，以饗國人。周君臨床經驗豐富，且譯筆信達風雅。行見本書出版之後，當爲我同仁所樂觀，對我國醫界之供獻必大，是爲序。

石 華 玉

一九五二年八月於浙江醫學院外科學系

目 錄

第一章	急性腹部疾病的診斷要則	1
第二章	診斷方法	11
	一、病史	11
	二、體格檢查	19
第三章	闌尾炎	27
	一、概論	27
	二、闌尾炎在穿孔後的診斷	29
	三、闌尾炎穿孔後的診斷	36
第四章	闌尾炎的鑑別診斷	41
第五章	胃潰瘍或十二指腸潰瘍穿孔	55
	一、向大腹腔內的穿孔	55
	二、造成局限性膈下膿腫的潰瘍穿孔	63
	急性胰炎	65
第六章	急性腸阻塞	69
	一、急性腸阻塞的一般症狀	71
	二、腸阻塞症狀的種類	74
	三、小腸阻塞的診斷	76
	四、急性小腸阻塞的鑑別診斷	76
	五、大腸阻塞的診斷	73
第七章	腸套疊	78
第八章	大腸癌和大腸絛結	85
	一、大腸癌	85

	二、大腸扭結	87
	三、大腸阻塞的鑑別診斷	87
第九章	嵌頓性和阻塞性赫尼亞的鑑別診斷	89
第十章	妊娠期和產褥期的急性腹(部)症狀	93
	非妊娠期中婦人急性腹痛	95
第十一章	異位妊娠	97
	一、孕囊破裂前的症狀和診斷	98
	二、輸卵管妊娠破裂發生大流血時的症狀和診斷	101
	三、亞急性出血病例的症狀	102
第十二章	胆囊炎和其他急性右腹上部疼痛	104
第十三章	各種痙攣	103
第十四章	腹部受傷的早期診斷	112
第十五章	熱帶地區的急性腹	116
	阿米巴性肝炎	117
第十六章	帶有泌尿系症狀的急性腹部疾病	120
第十七章	急性腹膜炎的診斷	121
	原發性肺炎球菌性腹膜炎	125
第十八章	症狀很像急性腹的其他疾病	127

急性腹部疾病的早期診斷

第一章 急性腹部疾病的診斷要則

在開始詳細研究各種急性腹病的檢查方法之前，先來說明幾個構成準確診斷的基本原則。

一、 診斷必須慎重而週密

腹痛是急需迅速診斷和立加治療的最常見的情況之一，雖然平常除了疼痛之外，常伴有其他症狀，但疼痛實係大多數急性腹病的主要徵候及主訴，醫學術語所謂“急性腹”（Acute abdomen），和“腹部緊急狀態”（Abdominal emergency），就很明顯地表示出需要迅速診斷和緊急治療的意義。話雖如此說，但遇到患劇烈腹痛的病人，要馬上找出腹中病患的部位，往往也是很困難的。當然，有許多急需手術的病症的症狀是非常顯著的，但診察者如果認為還有一些疑惑時，最好即刻請求同道會診後再決定措置，較為妥善。

另有一部份症狀不甚典型或不明顯的病例，有時似乎需要暫時觀察一下，或等候其自行轉機的，但是這種措施究屬是不恰當的。原則上，我們必須在一見病人之後，立即爭取時間，慎重而週密地設法解決問題。當然，對於某種疑難病例要速下診斷是不可能的，

但診察後能有所決定，仍不失是一個良好的習慣。假使我們能夠應用種種檢查方法來詳加研討，得出準確診斷的可能性依然是很大的。

自行轉機病例不能說完全沒有。而外科醫生因為施行手術比較安全而簡便，往往但憑經驗，馬虎檢查，不深切了解而就武斷地施行不必要的手術的。如果每一個外科醫生，能在動刀之前慎重考慮以求其診斷的準確，那麼對於闡明急性腹痛的科學智識能得長足的進步的。

祇有經過了慎密的檢查之後，方可開始診斷。對於發病初期的任何症狀均須注意。粗枝大葉的作風是造成錯誤診斷的主要原因。

準確的診斷是正確治療的先決條件，許多嚴重的後果都是由於診察者的過失，如果我們能對每一病例都仔細地加以臨床鑑別的話，有很多的錯誤是可以避免的。

速診 (Spot-diagnosis) 是不安全的。診察者必須綜合和分析他所觀察到的症狀後，方可決定意見。因為祇有這樣，才能使將來萬一臨床演變證明所見不確時，亦可問心無愧。而且如果我們能夠經常地分析批判不正確的診斷，所得益處是很多的。

二、爭取早期診斷

早期診斷對於急性腹痛的重要性當然是無可置疑的。當病人痛苦號呼時，在旁的戚友們總是要求立即給病人止痛。其實這種措置時常會釀成致命錯誤的。雖然在診斷未定前不給病人予嗎啡止痛，表面上看來似乎是殘忍，但事實上却對於病人大有幫助的。因為嗎啡不但不能阻止疾病的進行，相反地反而掩蓋了病象。正像一種看

不見的火燄在將生命力燃燒着，直到油盡燈枯之時，方才發覺已經來不及了一樣。因此濫用嗎啡，等於叫人去死得痛快。因為注射嗎啡後，病人自覺痛苦消失而自以爲已步入康復之途，這種欺詐性現象有時連缺少經驗的醫師也常被迷惑的。

這是一椿奇異而衆所週知的事，就是許多患腹痛的病人，白天不肯來看病，一直要拖到夜裏痛不可耐時方來求醫，而醫生因爲白天辛苦了一天，此時深更半夜，正感心緒萎頓厭煩，就容易發生拖延病人到明天早上再議的偏向。少數有經驗的醫生，從前嘗因這樣拖延而貽害過病人的，常覺內心悔愧非常。因爲如果遇到腸套疊，胃穿孔等病例，拖延八至十二小時簡直等於拿病人的生命開玩笑。有時即使拖延一兩小時，其影響也已經夠大了。因此除有特殊原因外，基本上觀望和拖延的態度是不可寬恕的。

此外如病人自己來得太遲而使病況已陷入深沉狀態時，診斷更應愈早愈妙。雖然亦不免有例外，一個基本的原則是這樣的：大凡平素康健的人，猝發劇烈腹痛，持續六小時以上而不見減輕者，即有考慮施行手術的必要。近年來，手術結果的統計告訴我們，治療胃腸穿孔，闌尾炎，胆囊炎，異位妊娠，腸阻塞等病的最有效方法，還是手術治療，而且是愈早愈好。我們知道第一個胃穿孔縫合成功的手術和闌尾截除大約在五十年前，認爲剖腹是治療腸阻塞的最好方法是晚近的事，至於運用外科方法來處理一切急性腹痛的新概念，亦不過近一二十年內的事。但是舊意識還不能立即轉變，某些場合仍有人拘泥等待觀望，不立施手術的舊觀點，像不少學者仍舊認爲等候某些闌尾炎病例變爲局限性膿腫是合理的；有人主張用肛門注入氣體或液體等不一定奏效的方法來治療腸套疊的；更有人用

內科方法來治療腸阻塞幾天後才送往外科的。此外對於羣衆也必須要設法教育，時常有許多病人常堅持甯死不願接受手術的，其實因為他們根本不了解手術是挽救生命於危急的唯一有效武器的緣故。

急性腹痛的康復機會，全仗診斷得早。英國（Wales）病院分析 2103 赫尼亞死亡病例，得到結論：大部份病例都是診斷極遲，差不多都已到了阻塞或絞窄的階段的。因此嵌頓性赫尼亞是腸阻塞中最需要早期診斷的一種。作者的意見，以為赫尼亞整復手術只有在容易同納的病例中施行之，而像嵌頓性赫尼亞只有早期診斷，立施手術方可挽救生命的。

三、 詳細的常規檢查

常規檢查對於一切急性腹痛不可缺少，這點也是無庸多述的。當然診察之時很少人會忘記探溫度和數脈搏，但必須留神，因為許多危症急性腹痛的體溫脈搏可能正常的。在這一點上，肛門檢查比較重要，因為許多急性腹痛在脈搏開始變化之前，已可由肛門觸知骨盆腹膜的病變現象了。

還有不少人，草率地用兩手在病人肚皮上摸一摸，發覺有些壓痛或腹壁緊張時，即以為是局限性腹膜炎，但不知若用聽筒仔細一聽時，或許是橫膈膜部胸膜炎，亦未可知。

關於檢查的步驟，出於每個醫生自己的抉擇。下面幾章內所敘述的方法，完全是作者自己的習慣。

四、養成習慣，對於每個病例在診察時， 要聯繫到解剖結構上來思考。

因為祇有極少數病例有時不完全符合解剖學上結構的。所以應用解剖學能使診斷更有趣味和更合理化。像解釋某種疑點，分別致痛原因，決定病灶的地點等，有時都要依靠解剖學知識。

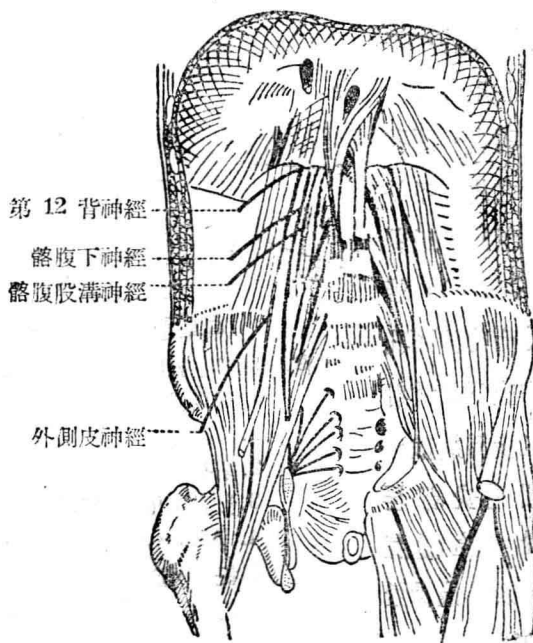


圖1. 圖示腹壁部各種肌肉的緊張，壓痛時對急性腹診斷的重要性。

隨意肌和腦脊髓神經很少變更它們的解剖結構，所以應用它們來診斷腹部疾病是極有價值的。像膈肌，腰肌，腰大肌，骶棘肌，腹直肌，肛門肌，閉孔內肌等都有臨床價值（參看圖一），因為它們中間任何一個，受到直接或反射性的步症刺激時，便會變成敏感而緊張，這時如果被拉動時即生疼

痛。像腹直肌和腹側肌附近有炎症病灶時，它們會呈緊張狀態，這是大家曉得的事。但很少有人注意到膈下膿腫時，橫膈膜的緊張狀態。因為橫膈膜是既看不到而又摸不到的東西，所以它的運動受阻礙時，祇可由腹上部肌肉運動的減少而加以推斷。但若用 X 光檢查時，它的緊張和運動性消失是可以直接看到的。

更須注意的，就是某幾種腹病和闌尾炎，會刺激腰肌而使它收縮，因而造成患側股屈曲現象。但如刺激輕微而股屈曲不顯著時，甚少有人命病人臥向健側而用力伸直患側股來加以檢查的。再者，閉孔內肌因外被的韌韌甚厚之故，不易受到骨盆內炎症刺激，但當其近處發生膿腫時（例如闌尾穿破後），若將患側股儘力向內旋轉而迫使閉孔內肌運動時，會引起向腹下部放射的疼痛。這種閉孔內肌旋轉病徵，並不在每一個骨盆內闌尾炎都呈陽性，亦可能見於骨盆內血囊腫（Pelvic hematocele）及其他骨盆內疾病。總而言之，這個病徵出現時，可以肯定的表示腹內有病理變化存在。（見圖 2）

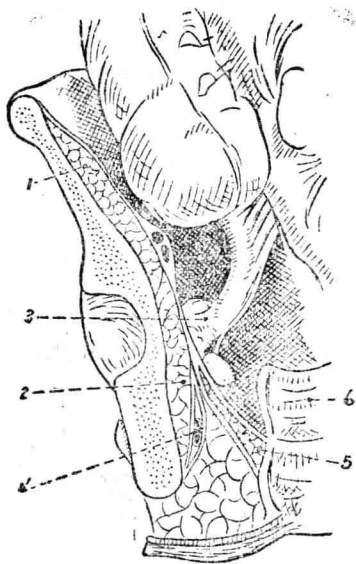


圖2. 圖示閉孔肌試驗中的解剖結構關係。

1. 髂腰肌
2. 閉孔內肌
3. 發炎闌尾帶有小膿腫
4. Alcock, s 管
5. 提肛門肌
6. 直腸

脊髓段神經（Segmental nerves）的解剖結構和分佈情形的應

用也很重要。當病人訴說腰痛而向同側睪丸散射時，我們可以連想到，胚胎發生時睪丸和腎臟發生在相同的部位，不過睪丸在嬰兒降生前下遊到陰囊而已，因此一旦腎部病患時，睪丸會顯示痛癢相關的情況。當然，睪丸的牽涉性痛 (Referred pain) 並不一定表示泌尿系疾病的。例如闌尾炎時亦可能發生睪丸痛。這可能由於闌尾部神經供應來自第十脊髓胸段的關係。牽涉性痛的背部分佈情形亦應注意。(參看圖 3)

另一種脊髓段性痛 (Segmental pain) 是由橫膈膜牽涉而來的。膈神經是由大部來自第四頸神經纖維，和起源於第四頸髓段處的橫膈膜肌肉纖維共同構成的。當胸腔容積擴大時，膈神經隨着橫膈膜的下移而延伸，這一點對於診斷上很有價值的。如果上腹部或胸下部有損害時，第四頸神經分佈區域內可以發生疼痛或知覺過敏，由這一點可以推斷橫膈膜一定受到了近處炎症或其他病灶的刺激。Hilton 氏は推測肩痛可由膈神經刺激而來的第一人，同時在五十年前，Ferguson 氏實驗證明了膈神經內的確含有向心性和遠心性的兩種神經纖

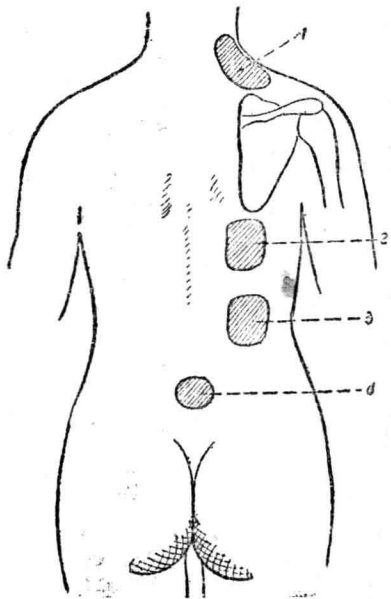


圖3. 圖示急性腹痛向背後牽涉痛的部位。

1. 十二指穿孔
2. 胆絞痛
3. 急性胰炎, 腎石痛
4. 子宮或直腸牽涉痛

維。但第四頸神經分佈區域的疼痛對於腹病的意義，至今仍茫無所知，或被忽視着的。肩頂痛可能是肝臟腫向橫膈膜穿破前的唯一徵候。胃潰瘍穿孔因流出胃液的多寡，決定刺激橫膈膜上膈神經末梢的多少，而發生一側或兩側的肩痛。其他像膈下膿腫，橫膈膜部胸膜炎，急性肺炎，胆石痛，脾囊破裂，某種闌尾炎和腹膜炎等都可能造成肩部牽涉痛。這種牽涉痛可以在棘上凹、肩峯、鎖骨或鎖骨下窩處覺到(圖4)。臨床經驗證實了橫膈膜和肩峯鎖骨部的神經分佈是有聯繫的，因此橫膈膜某部受損害時，同側

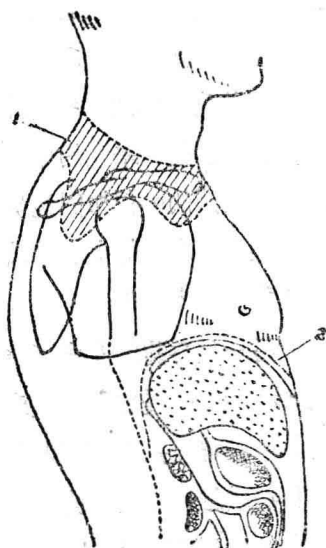


圖4. 膈神經刺激時肩部牽涉痛情形。

1. 肩部牽涉痛範圍
2. 橫膈膜

相應的肩部常生疼痛；橫膈膜中部受刺激時，牽涉性疼痛必在兩側肩頂部。雖然如此，但肩痛常被人誤為肩部“風濕痛”的。(圖5)

不注意另一解剖學要點，亦能造成診斷錯誤。例如供應骨盆的脊髓段神經是不達到腹壁

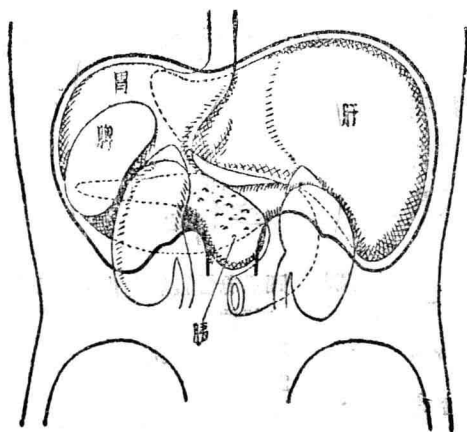


圖5. 圖示臟器和橫膈膜的關係

的，因此骨盆神經受刺激時（例如骨盆腹膜炎），腹壁不會發生肌肉緊張的；同樣情形，如腹膜炎在骨盆底部開始時，腹下部亦不會發生肌肉緊張。

上面的幾張圖，已經指示了解剖學對於診斷的重要性，至於腹部臟器的個別位置，正常大小等詳細情況，此間不必再詳提了。

五、 生理學知識對於阻塞性損害的意義，比較解剖學確定炎性損害的位置還要重要。

休克問題，腸管的感覺和運動狀態，對於急性腹病均有密切的聯繫，各種毒素對於臟器和腹部神經肌肉反射作用亦有很大的關係。

許多急性腹病的疼痛是由於平滑肌管狀器官（例如腸管）的功能失常所致。但這類平滑肌管狀器官的靈敏度並不很高，可能忍受衝撞、拉扯（Tear）或甚至刀切而使一個神志清晰的病人不覺痛楚。但另一方面，我們又確知疼痛多半由腸管而來，那麼這又將如何解釋痛的來由呢？幾年前 Hirst 氏的演講，回答了這個問題。他說能造成管狀器官發生痛感的刺激是管壁的伸牽（Stretching）或擴張（Distension）。因此當腸管為氣體或液體充滿而膨大時即生腹痛。但膨大輕微的時候不生疼痛感而祇呈腸胃充氣。腸子、胆道、子宮等要到膨脹較烈時才生疼痛。十分劇烈的疼痛常表示局部膨脹引起了阻塞或是劇烈的蠕動收縮。

痠痛是突然發作而且苦痛慘酷的。它牽涉到神經發源處의 交感中樞和通至患病臟器交感神經同部位的脊髓段神經分佈區域 (Segmental distribution)。小腸痠痛主要牽涉到腹上部和臍部，大腸痠痛牽涉到腹下部。胆系痠痛大部牽涉到右肩胛下部，腎痠痛則由腰部射向患側睪丸部。

嚴重的痠痛也是人生所遭受到的最可怕的考驗之一。受了過度刺激的神經中樞時常反射到運動道 (Motor canal) 而使病人顯示出一種典型的翻來覆去、坐立不定的姿態。如果病人辨覺劇烈痠痛而至極度苦痛不安時，大致是管狀器官的阻塞而不是腹膜炎。因為腹膜炎時，雖是輕微的動作也要加深疼痛的。

關於休克的生理學，至今尚議論紛紛莫衷一是。但急性腹的新陳代謝和神經方面的變化大致可以分爲兩類：

第一是初期或原發性休克，它是由於像胃穿孔時腹腔內許多神經末梢同時突受酸性胃液刺激，或者像胆石痛時比較少數神經末梢突受嚴重刺激而引起的。

第二是發生較遲的中毒性或續發性休克，它是由於吸收毒素而刺激高位神經中樞而起，所以又稱做虛脫。

在原發性休克和續發性休克的中间，有一段較爲平和的潛伏期，是帶有欺詐性的。像許多腸胃穿孔病例，腹部神經末梢突受刺激而生原發性休克，但隔了相當時間後神經平衡 (Nerve equilibrium) 自己恢復了，這時候病人的體溫，脈搏，呼吸以及一般狀態都會暫時好轉，其實這種平靜狀態僅是生理反應而已，實際上腹膜炎已經在開始進行了。我們如果不能把這種生理反應期認識清

楚，而誤以爲真的情況好轉時，就要鑄成大錯。

還有一點值得注意的，就是身體任何一面的神經受刺激而引起
的知覺過敏和壓痛，祇發生在患側而不在另一側的。例如右側胸膜
炎祇能引起右側皮膚知覺過敏和緊張而不會牽涉到左髂部的。又如
自左髂凹處經腹中線而向右方深壓時若有疼痛發生，表示右髂部深
處有炎症損害存在。

六、 診斷急需手術的急性腹痛時必先 與其他內科病症分別。

但這必須靠臨床經驗和實驗診斷方可。

隨便開刀當然是不合理的。因此診斷未確定前切不可輕意動
刀，以免打開了肚皮後方才發現錯誤。但如經仔細檢查後確定了必
須立刻施行手術的疾病時，不論當時症狀尚不甚險惡，也要說服病
人和他的家屬，勸導他立即接受手術的。

第二章 診 斷 方 法

一、 病 史

診斷急性腹部疾病前的常規檢查，我們有時候要根據情況靈活
運用。有經驗的人常能減省幾種檢查手續，例如婦人突然暈脫，面
色蒼白，呈明顯內出血症狀時，最好避免多檢查，因為驚動病人會
加重出血危機的。但一般而論，常規檢查仍舊是必要的。

St. Mary 醫院中應用的檢查手續是一方面確定發病前的情

况，一方面是研究體格檢查的結果，我們覺得對於診斷很有幫助的。

(表 I)

急性腹部疾病記錄

姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____

地址：_____

檢查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

I. (A) 現在病狀

1. 發病確切時間：_____
2. 發病急慢形態：(急或慢)
3. 疼痛：
 - a. 開始時部位 _____
 - b. 有否轉移位置 _____
 - c. 疼痛性質 _____
 - d. 有否放射 _____
 - e. 小便秘時有否疼痛 _____
4. 嘔吐：在痛前，和痛同時，或痛後發生，繁頻否？性質。
5. 惡心：_____
6. 腸管：大便正常否？ _____ 最後一次大便在何時？
有腹瀉否？ _____ 大便中有血否？
7. 月經：最後一次日期。 _____ 痛經否？

(B) 以往病史

從前曾否患重大疾病？ 消化狀態？ 臍後何時開始腹痛？
黃疸，黑糞，嘔血，便血，體重減輕……
產褥情形

II. 體格檢查

脈搏：_____ 血壓：_____ 呼吸：_____ 體溫：_____

1. 一般狀態：_____
2. 腹部檢查：疼痛，壓痛，皮膚，緊張，膨脹，知覺過敏，呼吸時狀態，癌腫，赫尼亞，積水，肝濁骨，股旋轉試驗，陰道分泌，雙手合診。
3. 肛門檢查：_____
4. 胸部檢查：_____
5. 脊柱：_____
6. 膝反射，臄孔。
7. 小便：膿，蛋白，糖 _____
8. X光檢查：_____