

# 急性腹痛病案的思维例证及点评

市中心医院急救中心

# 案例一

## [病历摘要]

患者男性，39岁，因急性腹痛近7个小时来诊，病人入院前五天因气温突降受寒后出现鼻塞、流涕、喷嚏及咽干疼痛，在医务室给予抗感冒治疗，但未休息。三天后感到乏力不适，但无恶心、呕吐等症状，7小时前出现严重腹痛发作，以为是溃疡病复发，先后服用胃舒平及雷尼替丁胶囊，腹痛仍无减轻反而加重来诊，腹痛发作以来有小便一次，量不多呈黄色，但无排便及排气。

## 既往史:

患者胃病已5年多，前后两次经检查诊为“十二指肠球部溃疡”，曾多次发作，疼痛可因进食而缓解，并常有夜间上腹部疼痛的病史。曾两次因溃疡病住院治疗，一年前经胃镜证实溃疡病已基本愈合。

## 体格检查:

T 37.8℃，脉搏82次/分，呼吸22次/分，血压122/80mmHg。神志清楚、查体合作、发育正常、营养中等，皮肤、巩膜无黄染，两侧颌下淋巴结轻度肿大伴轻压痛，咽部轻度充血，两肺未闻及干、湿啰音，心律整齐，腹部视诊腹式呼吸减弱，肠蠕动音存在，无亢进无减弱，有腹膜刺激征，以右侧为主，出现肌紧张但无强直。

## 血常规:

血红蛋白140g/L,白细胞 $12.1 \times 10^9/L$ ,中性为0.81,淋巴细胞为0.16,单核细胞为0.02,嗜碱粒细胞为0.01。

## 尿常规:

比重为1.020,镜检白细胞0-2个/HP,无红细胞,有少量上皮细胞。

立位透视:右膈下见条状透亮区,右膈运动稍弱,两肺下野的内、中带肺纹理增多,以右侧较著。心脏不大。

初步诊断：

(1) 十二指肠溃疡急性穿孔。

(2) 上呼吸道感染（恢复期）。

## 诊治经过:

入院后静脉补液抗炎治疗，因诊断溃疡病急性穿孔行急诊手术。手术所见十二指肠球前壁无穿孔，但有颜色发白的纤维瘢痕，触诊较硬，切开胃结肠韧带探查胃后壁无异常发现，右侧间位结肠，但无梗阻现象，遂关闭腹腔结束手术。术后约20小时，出现寒颤，体温升至 $39.6^{\circ}\text{C}$ ，呈稽留热型，呼吸浅促，咳嗽痰不多，给予青霉素治疗。次日，咳嗽加重，痰量增多，右胸刺痛，床旁胸片，右肺下叶部一致而密度均匀的大片阴影，上缘模糊而下缘较清晰，痰涂片检查可见大量中性粒细胞及革兰阳性链球菌，诊断为右下肺大叶性肺炎。

最后诊断：

右下肺大叶性肺炎

# 点 评

## 一、误诊客观原因：

- 1、大叶性肺炎早期的半数病人先有数日上呼吸道感染，即肺炎在病变早期其炎症可波及胸膜，当肺炎病变位于右下肺时还波及右侧膈胸膜，导致右下半部胸神经支配的腹前壁发生躯体性牵涉痛，伴有压痛、肌紧张，甚至腹膜刺激现象，同溃疡病穿孔等外科炎症相似而导致混淆。
- 2、大叶性肺炎早期可无咳嗽，24小时内胸部X片可无改变。
- 3、X光片检查，将上移的间位结肠误认为右下膈积气。

## 二、误诊主观原因

(1) 未严格按照临床鉴别诊断程序进行思维，引起急性腹痛原因100余种，外科急腹症30多种，首先想到的是否是腹部以外原因引起的急性腹痛，本病人腹痛前，有5天的上呼吸道感染症状，出现腹痛后一直没有消化道恶心呕吐症状，有异于外科急腹症的通常表现，但未引起注意，根本未考虑腹部以外，特别是肺部感染可能，未进行内外科急腹症的鉴别，属于遗漏重要的思维程序，造成误诊。

## 二、误诊主观原因

(2) 思维陷入片面性，本例有5年多的溃疡病史，溃疡病病史诊断明确，患者发生急性腹痛时首先想到穿孔也是合理的，特别是腹部X片发现膈下有积气，更促使诊断向急性消化道穿孔倾斜。一般来说，约80%---90%的溃疡病穿孔右膈下积气，但任何重要临床表现都应结合整体情况全面评估，多层面、多方位的思考产生重要临床表现的各种少见或偶然的原因。本例发生误诊的原因之一，即认定膈下积气为急性消化道穿孔所致，而未想到少见的间位结肠也可以造成膈下积气的现象，陷入究其一点不及其余的片面性。

### 三、治疗决策的失误

对诊断存在任何微小疑点的外科急腹症，除非已具备明确的急诊手术适应证，如弥漫性腹膜炎、无法缓解的肠梗阻等，一般均应进行短暂的严密观察，而不应草率进行急诊手术。

## 案例二

### [病例摘要]

患者男性，52岁，无明显诱因突发右下腹疼痛，2小时来诊，病后无发热，无恶心呕吐，二便正常，活动时腹痛加重。查体：病人仰卧屈髋屈膝位，头、颈、胸、脊柱、四肢、肛门、外生殖器查体无异常，腹部平坦，未见肠型及蠕动波，右脐旁偏下方固定压痛，轻度肌卫，无反跳痛。化验血尿便常规正常，胸腹片未见异常，肝、脾、双肾、盆腔、B超无异常。

初步诊断：

腹痛原因待查

## 诊治经过:

- 1、以腹痛原因待查，急诊科观察2小时后腹痛无缓解收入普外科。
- 2、住院观察3小时后出现腹膜体征，行剖腹探查术。
- 3、术中所见回肠近回盲端4厘米有一牙签穿破肠管，行修补术，其他脏器探查未见异常。
- 4、术后恢复正常，七日出院。
- 5、术后追问病史，病人于入院前一天晚上饮酒后用牙签剔牙。

最后诊断:

(1)消化道异物穿孔

(2)腹膜炎

# 点 评

一、本例为少见病例，术前病人未能提供误食牙签病史，术前难以做出明确诊断。

二、治疗决策判断正确

1、腹痛病人急诊观察原则：观察2-4小时诊断不明确，腹痛无缓解收入院治疗。

2、出现腹膜炎，具备急诊手术指征，剖腹探查。

三、 诊断与判断的关系：诊断定义，诊断是“对疾病性质的确定”更准确的说应包括病变的定位、定性、发展和程度和波及范围的确定。

判断的含义较诊断更加广泛，除包括诊断外，还包括在不能确定病因诊断的情况下，做出对病情整体的估价和治疗决策的取向。

因急性腹痛病种繁多，表现错综复杂，医生常常一时难以诊断出原发疾病，有些外科急腹症常常需手术治疗，而内科急腹症不需手术治疗，在此情况下要求医生对每一位急性腹痛病人都能做出病因诊断不现实，但要求正确判断是否需要收住院及有无急诊手术指征则是不过分的。

# 案例三

## [病例摘要]

患者男性，34岁，早餐后突发上腹部疼痛，1小时后转移至右下腹疼痛，发病后3小时来院就诊，既往体健，无消化道溃疡病史，腹部查体：上腹部轻度压痛，右下腹明显压痛，肌紧张及反跳痛。化验：白细胞计数 $12 \times 10^9/L$ 。HGB 130g/L。胸腹X光片检查未见异常。

初步诊断:

(1) 急性阑尾炎穿孔

(2) 局限性腹膜炎

## [诊治经过]

急诊医生明确诊断为急性阑尾炎穿孔、局限性腹膜炎。收入院后值班住院医师因急诊医生是主治医师，是自己的上级医师，而且病史也很“典型”，未做深入分析，立即急诊手术，进入腹腔后发现阑尾正常，但周围有多量混浊渗出液，来自上腹部，只好缝合右下腹切口，改由上腹部入路，证实为十二指肠溃疡急性穿孔，行单纯缝合术。

[最后诊断]

十二指肠溃疡急性穿孔

# 点 评

(1) 此病例也有不典型之处，即溃疡病餐后穿孔，内容物溢出，顺升结肠旁沟向下流至右侧髂窝，由于是新鲜溃疡，胃内容物溢出后，胃腔压力骤减，穿孔可以自行闭合，上腹部不再有消化液刺激，故基本上无腹膜炎体征。

(2) 回顾此病例，其实深入想一下，多提些问题，诊断并不困难。急性阑尾炎按照病理发展规律，穿孔一般在发病24小时以后，即或是坏疽性，也不可能发病1-2小时即穿孔，而且出现明显的局限性腹膜炎。

(3) 此病例无溃疡病病史，腹部立位X光片无膈下积气，给诊断造成困难。消化道穿孔腹部立位X光片检查出现膈下积气仅占60%--70%，消化道溃疡穿孔病人约20%无消化道溃疡病史。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/448006104051006123>