

基层适宜技术

# 腹痛的诊断和治疗方法

腹痛是临床较为常见的症状之一，多由腹腔脏器疾病引起，也可由胸部及全身性疾病所致。引起腹痛的原因可以是器质性病变，也可能是功能性改变。临床上按照起病急缓与病程长短，将腹痛分为急性腹痛和慢性腹痛两大类。需要进行紧急处理的急性腹痛，又称为急腹症。

## 常见病因

### 急性腹痛

#### 1. 腹腔内脏器疾病。

消化系统疾病：急性胃炎、消化性溃疡穿孔、阑尾炎、急性肠炎、细菌性痢疾、肠梗阻、憩室炎、肠套叠、急性胰腺炎、胆道疾病（急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症等）、腹腔脏器破裂等。

泌尿系统疾病：尿路感染、尿路结石、急性尿潴留。

妇产科疾病：痛经、异位妊娠、卵巢黄体破裂出血或蒂扭转、肿瘤。

血管系统疾病：腹腔血管阻塞、腹主动脉夹层。

#### 2. 腹腔外疾病。

心肺疾病：急性心肌梗死、肺栓塞、肺炎、胸膜炎。

其他疾病：带状疱疹、腹壁外伤、铅中毒、糖尿病酮症酸中毒、过敏性紫癜等。

### 慢性腹痛

消化系统疾病：胃食管反流病、消化性溃疡、慢性胃炎、炎症性肠病、胃肠道肿瘤、缺血性肠病、慢性胆囊炎及胆石症、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎、肠易激综合征等。

妇科疾病：慢性盆腔炎、子宫内异位症、痛经。

其他：肠系膜淋巴结炎、中毒、代谢性疾病及肿瘤等。

## 临床特点

### 诱发因素

暴饮、酗酒，可能导致胆囊炎、胆石症、胃炎、胃肠炎或急性胰腺炎；腹部术后，可能导致肠粘连、机械性肠梗阻；腹部外伤，可能导致肝、脾、胃、肠破裂；剧烈运动，可能导致肠套叠、肠扭转、阑尾炎。

### 性质和程度

进食刺激性食物或服用非甾体抗炎药后出现上腹痛，常见于急性胃炎、慢性胃炎；周期性发作、节律性疼痛，常见于消化性溃疡；突发性、剧烈上腹部刀割样痛，多为消化性溃疡穿孔所致；阵发性绞痛（常令患者辗转不安）可见于胆石症或泌尿系统结石；阵发性剑突下钻顶样痛，多为胆道蛔虫症的典型表现；中上腹持续疼痛并向腰部放射，应考虑急性胰腺炎；突发性腹痛，迅速向全腹蔓延伴腹膜刺激征阳性，常提示消化道穿孔或破裂性急性弥漫性腹膜炎；转移性右下腹痛为急性阑尾炎的典型表现。

### 发作时间

餐后痛，多见于胃溃疡、胃炎、胆囊炎、胆石症、胰腺炎；饥饿痛，是十二指肠溃疡的典型表现；部分胃食管反流病及食管裂孔疝患者，易在夜间（卧位）出现症状；月经期间痛，可见于卵泡破裂；子宫内异位症的腹痛，与月经来潮相关。

### 疼痛部位与器官疾病的关系

（见下方表格）。

### 与体位的关系

某些体位会使腹痛加剧或减轻，可作为诊断的线索，如左侧卧位时，可使胃黏膜下垂疼痛减轻；胰腺炎或胰腺癌患者仰卧时，疼痛可加重；膝胸位或俯卧位，可使十二指肠瘀

滞患者的腹痛及呕吐症状缓解；急性胆囊炎患者弯腰时或深呼吸时，会使疼痛加重等。

伴随症状 伴发热、寒战，提示有炎症，如急性胆道感染、腹腔脓肿、肝脓肿、尿路感染；伴休克、贫血，提示腹腔实质脏器（如脾、肝）破裂；无贫血，可疑胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、急性化脓性胆管炎、重症急性胰腺炎等；伴泛酸、胃灼热、暖气，提示消化性溃疡、胃食管反流病、胃炎；伴呕吐，若呕吐量大且有异味，可疑胃肠道梗阻；伴腹泻，提示消化吸收障碍或感染；伴黄疸，常见肝、胆、胰腺疾病；伴血尿，提示泌尿系统疾病（如结石、感染）。

体格检查 生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压）、体位、皮肤黏膜颜色及意识状况等，以及心肺听诊。

腹部触诊：有以上体征时应考虑有急腹症的可能性。例如，腹膜刺激征（腹部压痛、反跳痛及肌紧张），肠鸣音亢进或消失，伴有休克表现等。

腹部触及肿块时，须注意肿块的位置、大小、有无触痛、活动度及有无搏动感等。

墨菲征阳性，提示有急性胆囊炎。

麦氏点压痛及反跳痛，提示阑尾炎累及腹膜壁层。

必要时，进行妇科专科检查。

血液检查：血常规、生化检查。若白细胞总数及中性粒细胞比例升高，常可能有急性细菌感染，有时需要监测血常规的变化。血清淀粉酶升高且超过正常值3倍以上，对确诊急性胰腺炎有重要意义。血糖、酮体检查，可以用于糖尿病及并发症的诊断。

尿液检查：主要用于尿路感染、尿路结石等疾病的诊断。生育期女性出现下腹部疼痛时，为排除异位妊娠所致，可做尿妊娠检查。

诊断性腹腔穿刺：当腹水症状诊断不明确时，可进行诊断性腹腔穿刺。穿刺液混浊或为脓液，提示腹膜炎或腹腔脓肿；如有胃肠内容物（食物残渣、胆汁、粪液等），提示消化道穿孔；抽出不凝血液，多为实质脏器破裂，如外伤性肝、脾破裂或肝癌自发性破裂；穿刺液为淡红色，可能是结核性腹膜炎、绞窄性肠梗阻、肿瘤性腹水；腹水淀粉酶高，多为重症急性胰腺炎。

腹部B超检查：肝、胆、胰腺疾病的首选诊断方法，对胆结石检查敏感度较高，对肝脓肿、肝肿瘤、胰腺炎及肾结石引起的腹痛也有重要的诊断价值。

心电图检查：当有心血管疾病高危因素者出现急性上腹痛时，需要进行心电图等检查，以便与心血管疾病进行鉴别。

内镜检查（胃镜或结肠镜）：消化道疾病首选的检查方法，但考虑或明确有消化道穿孔者为检查的禁忌证；生命体征不稳定者，应慎行内镜检查。

X线检查：腹部立位X线平片检查，是临床判断有无胃肠道穿孔或肠梗阻简单可行的首选检查项目。

处理原则 急性腹痛 判断患者是否需要留院观察、住院或手术治疗；检查生命体征，对伴有休克者，应立即给予抗休克治疗；对怀疑急腹症的患者应加强监测和护理，及时请专家会诊或转诊；对可能需要手术治疗的患者，需要禁食；对腹痛原因不能确定的患者，即便腹痛症状已经缓解，但仍需要继续观察，并在24小时后复诊；对诊断明确的急性腹痛患者，如急性胃炎、肠炎、胆道蛔虫症等，可给予适量解痉止痛药，如溴丙胺太林（普鲁本辛）15毫克，每天服药3次或4次（饭前服用），以及阿托品等；对原因不明的腹痛，应避免使用吗啡、哌替啶等镇痛剂，以免掩盖病情，延误诊治；怀疑为胸腔疾病，如肺炎、心肌梗死所致的急性腹痛，应以原发病的治疗为主。

慢性腹痛 以病因治疗为主，可针对病因酌情给予患者解痉、止痛等治疗。病因不明确时，不宜应用强效镇痛剂，以免掩盖病情，延误诊治；对慢性腹痛或复发性腹痛的患者，注意提供连续性、整体性的个性化医疗照顾。

转诊指征 1. 患者需要进行手术治疗，现有条件不具备。  
2. 有危及患者生命情况的腹痛，如主动脉夹层、心肌梗死、内脏出血（如创伤、异位妊娠等）等。  
3. 有休克现象，如低血压合并组织灌注不良、异常呼吸及意识障碍等，应在积极建立静脉通路、抗休克及监测的情况下转诊。  
4. 在没有进一步检查设备和诊断能力的情况下，需要将患者转诊。

特殊问题 老年人急性腹痛属高危问题 老年人感觉迟钝，对疼痛不敏感；症状不典型，老年人腹膜炎可不发热，无腹膜刺激征，无白细胞增高；死亡率随着年龄递增，基础病多，伴有呼吸系统疾病、心脏病及神经疾病等因素有关；老年人出现的急性消化性症状必须采用排除法确诊，上腹痛、恶心、呕吐应该与冠心病及其他腹腔疾病进行鉴别。

小儿肠套叠 多发于婴幼儿时期，特别是2岁以下的儿童。小儿在添加辅食的年龄，可因肠蠕动紊乱而发生肠套叠，绝大多数肠套叠是近端肠管向远端肠管内套入。肠套叠的主要症状为腹痛、呕吐和果酱样血便，如果一个健康的婴幼儿突然出现不明原因的阵发性哭闹，持续10分钟~20分钟后，有5分钟~10分钟的间歇期，如此反复发作（与肠蠕动间期相一致），同时伴有面色苍白、冷汗、呕吐、精神不振时，应想到肠套叠的可能。婴幼儿腹部可触及腊肠样包块，肛门指检往往可见果酱样血便。

（河南省卫生健康委基层卫生健康处供稿）

## 每周一练

（结核病）

一、做结核菌素试验（PPD）后观察结果的时间为

- A. 12小时内
- B. 24小时~48小时
- C. 48小时~72小时
- D. 72小时后
- E. 12小时~24小时

二、患儿出生后即接种卡介苗，2岁时做PPD硬结范围6毫米，新近PPD硬结范围为16毫米，应判断

- A. 曾感染结核杆菌
- B. 卡介苗正常反应
- C. 新近结核杆菌感染
- D. 过敏反应
- E. 假阳性

三、胸部X线可见“哑铃状”双极阴影的是

- A. 原发综合征
- B. 支气管淋巴结核
- C. 粟粒性肺结核
- D. 支原体肺炎
- E. 法洛四联症

四、结核性脑膜炎常侵犯或常受累的神神经是

- A. 动眼神经
- B. 面神经
- C. 视神经
- D. 听神经
- E. 外展神经

五、患者为女性，5岁，1个月来精神欠佳，食欲减退、低热伴头痛，2个月前曾患麻疹，查体：精神不佳，消瘦，右眼外展受限，颈抵抗阳性，克氏征阳性，布氏征阳性，结核菌素实验（-）。抗结核治疗中如使用泼尼松，其疗程是

颈抵抗阳性，克氏征阳性，布氏征阳性，结核菌素实验（-）。比较有可能的诊断是

- A. 化脓性脑膜炎
- B. 病毒性脑膜炎
- C. 结核性脑膜炎
- D. 隐球菌性脑膜炎
- E. 流行性脑脊髓膜炎

六、患者为女性，5岁，1个月来精神欠佳，食欲减退、低热伴头痛，2个月前曾患麻疹，查体：精神不佳，消瘦，右眼外展受限，颈抵抗阳性，克氏征阳性，布氏征阳性，结核菌素实验（-）。为明确诊断，首选的检查是

- A. 血常规
- B. 胸片
- C. 脑电图
- D. 脑脊液检查
- E. 头颅CT

七、患者为女性，5岁，1个月来精神欠佳，食欲减退、低热伴头痛，2个月前曾患麻疹，查体：精神不佳，消瘦，右眼外展受限，颈抵抗阳性，克氏征阳性，布氏征阳性，结核菌素实验（-）。抗结核治疗中如使用泼尼松，其疗程是

- A. 2周~3周
- B. 3周~6周
- C. 6周~8周
- D. 8周~12周
- E. 3个月~6个月

## 本期答案

一、C	二、C	三、A	四、B
五、C	六、D	七、D	

## 急性腹痛部位与器官疾病的关系

疼痛部位	腹内病变	腹外病变
上腹痛	中	胃溃疡及穿孔，胃痉挛，胃炎，胃黏膜脱落症，急性胰腺炎，胆道蛔虫症
	右	急性胆囊炎，胆石症，十二指肠溃疡及穿孔，肝脓肿，肝破裂，胆道蛔虫症，结肠癌梗阻
	左	胃溃疡，急性胰腺炎，脾栓塞，脾破裂，结肠癌伴肠梗阻
中下腹痛	脐周	肠炎，肠道蛔虫症，急性机械性肠梗阻，急性肠系膜淋巴结炎，腹主动脉夹层，急性阑尾炎（早期）
	右下腹	急性阑尾炎，克罗恩病，右侧嵌顿性腹股沟疝，右侧输尿管炎，右侧卵巢囊肿蒂扭转，右侧卵巢黄体破裂，异位妊娠破裂，痛经
	左下腹	乙状结肠扭转，左侧嵌顿性腹股沟疝，左侧输尿管炎，左侧卵巢囊肿蒂扭转，左侧卵巢黄体破裂，异位妊娠破裂等
弥漫性或部位不定	急性原发性腹膜炎或继发性腹膜炎，急性肠穿孔、大网膜扭转、急性出血性坏死性肠炎等	慢性铅中毒、血卟啉病（血紫质病）、腹型过敏性紫癜、腹型风湿病、腹型癫痫、糖尿病酮症酸中毒、急性溶血等

# 氟伏沙明的用法和注意事项

□张桎桢

想要了解氟伏沙明，要先了解抑郁症。“抑郁症就是小心眼儿，得了抑郁症自己慢慢就能想开，不吃药也行；抗抑郁药有依赖性和成瘾性，能不吃就不吃……”这些认识误区容易导致患者依从性较差，造成抑郁症反复发作，治疗难度越来越大。

## 什么是抑郁症

有一部分人认为抑郁症不是病，可能是错将抑郁症当成了一时的抑郁情绪。抑郁情绪本身是一种正常的情绪，但是抑郁症的发病原因可能与遗传因素、性格因素、环境神经递质变化等有关。抑郁情绪来得快去得也快，不会导致自杀倾向，但是抑郁症会使患者有自杀倾向。

氟伏沙明是经典安全的选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs），其独特的分子结构，可以抑制5-羟色胺再摄取，有效改善焦虑、抑郁等症，通过CYP1A2代谢酶，直接增加褪黑素浓度，改善患者的睡眠质量，保护患者的认知功能。

氟伏沙明的临床特性，作用谱广，具有抗焦虑、抑郁、失眠、强迫、恐惧、进食障碍等，安全性高，心血管问题较小。

## 氟伏沙明是否有依赖性和成瘾性

首先，氟伏沙明没有依赖性和成瘾性。抑郁症的治疗和一般疾病的治疗有很大不同。比如，患者的感冒症状消失后，便可以停止服用感冒药；但是，抑郁症患者的治疗以月为单位，有

复发风险，需要长期服药。其次，氟伏沙明不能突然停用，抑郁症患者突然停药可能导致症状复发，甚至加重，这种表现不是依赖性或者成瘾性的表现，而是停药反应。如果需要停药，患者应采取逐渐减少剂量的方法，避免发生意外。

## 氟伏沙明是否含有激素

“满月脸，水牛背，满面红光一身膘”，这是对长期服用糖皮质激素引起向心性肥胖患者的真实写照。因此，一旦遇到服药后发生的体重增加，人们普遍认为药物含有激素。然而，氟伏沙明引起体重的增加，与激素引起的体重增加有本质的不同。服用氟伏沙明期间，患者可能出现变胖的现象。这是因为氟伏沙明具有一定的镇静作用，可引起患者睡眠过多、活动减少、白天困倦等，从而增加患者肥胖的发生概率。在使用激素治疗疾病时，患者身体的不同部位脂肪代谢对激素的敏感性不一样，有些部位以合成代谢为主，有些部

位以分解代谢为主。比如，在肢体部位，脂肪主要以分解为主；在躯干部位，靠近心脏的部位以合成代谢为主，因此服用激素以后患者会出现四肢瘦而肚子大，满月面容，甚至出现锁骨上脂肪垫和水牛背，这就是向心性肥胖。因此，这两种药物引起的肥胖有着本质上的不同。

## 氟伏沙明的用药周期

治疗抑郁症一般需要个体化的用药方案，一定要适合自己的情况。在氟伏沙明的用药周期内，患者需要遵循5个时间周期。

起效时间 氟伏沙明起效时间在2周~4周。一般医生会在第3周要求患者复评病情，患者不能随意停药。如果患者使用足量的药物治疗4周~6周后无治疗效果，医生会根据患者的实际情况，更换其他药物。

## 急性期治疗时间

一般需要6周~12周，在药物的选择上，医生需要考虑患者的症状特点、年龄、是否有共病、氟伏沙明的药

理作用、患者之前的治疗、对药物的偏好，以及治疗成本等。

巩固治疗时间 一般需要4个月~6个月，原则上应继续使用急性期治疗有效的药物，并强调治疗方案（药物剂量、使用方法）保持不变。

维持期治疗时间 一般需要2年~3年，多次复发（3次以上）及有明显残留症状的患者，建议长期维持治疗。

减药或停药时间 对再次发作风险较低的患者，在维持期治疗结束后的数周内可以逐渐停药。如果存在残留症状，患者最好不要擅自停药，应征求医生的意见。

通常的临床经验认为，自杀相关行为危险在患者康复的早期阶段可能会升高。医生应在患者停药期间坚持随访，仔细观察患者停药的反应或复发迹象，在需要时可以回到足量的治疗阶段。

（作者供职于河南省鹤壁市人民医院）

# 隆冬时节防卒中

□李彩霞 文/图



数九寒天的郑州，北风呼啸，雪花飘飘，天地万物，银装素裹，美丽又“冻”人。然而，被“冻”的何止池塘水，还有老年人的脑血管，也容易被“冻”住。

究其原因，可能是因为气温下降，血管骤然收缩痉挛，血压升高，加上人们户外活动减少，血流缓慢，脑血管就容易堵塞。相关研究表明，冬季脑血管病发病率较夏季升高15%。因此，此时很有必要提醒大家预防卒中。

西医称脑血管病为卒中。中医称脑血管病为中风，其得名是由于脑血管病来势凶猛，像被风中的石头突然砸中脑部一样危险，且猝不及防。脑血管病分为缺血性脑血管病和出血性脑血管病，其中缺血性脑血管病占60%~70%，包括短暂性脑缺血发作、脑梗死（包括脑血栓形成、脑栓塞和腔隙性脑梗死）。出血性脑血管病包括脑出血和蛛网膜下腔出血。怎样判断是否容易得卒中呢？国家卫生健康委推出了“8+2”的判断标准：高血压病、高血脂症、糖尿病、心房颤动或心脏瓣膜病、吸烟、肥胖、缺乏运动、卒中家族史，这8项危险因素里有3

项以上，即为卒中的高危人群；有高血压病、糖尿病、心房颤动或心脏瓣膜病的任一项，而未达到8项里的3项，即为卒中的中危人群；若既往有卒中病史或短暂性脑缺血发作史，有其中任意一项也是卒中的高危人群。这个判断方法简单，也容易在居民中推行，居民可以判断自己属于哪类人群。卒中高危人群一定要注意控制可干预的危险因素，如控制好血压、血糖、血脂，戒烟限酒，经常进行中高强度运动和体力活动，减轻体重（体质指数控制在18~22）。有心房颤动或心脏瓣膜病的患者，要在医师的指导下应用抗凝药物。

哪些表现提示发生卒中了呢？比如，突然说言语不清、口角歪斜、肢体无力、笨拙，突然出现头痛、头晕、步态不稳、恶心呕吐，突然出现视物不清、饮水呛咳、眼球运动不灵活，突然出现反应迟钝、词不达意、答非所问，突然出现抽搐、意识不清等。因为脑血管病发生的脑区不同，而脑部不同的区域其功能不同。因此，卒中的表现多种多样，只要出现上述表现的任何一种，或者突然出现非同寻常的行为（尤其是中老年人），首先要考虑发生脑血管病的可能。脑组织完全缺血缺氧5分钟就会发生不可逆转的脑损伤。因此，判断卒中发生后，要立即拨打急救电话，到有卒中救治能力的医院进行静脉溶栓或血管内治疗等，尽可能恢复脑灌注，减少脑组织缺血坏死。

（作者供职于郑州大学附属郑州市中心医院神经内科）

## 征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术，来稿应注重实践操作，介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等；栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿，并提供宝贵的意见和建议。

邮箱：5615865@qq.com  
联系人：朱忱飞 电话：13783596707

