腹痛(abdominal pain)是临床极其常见的症状。多数由腹部脏器疾病引起，但腹腔外疾病及全身性疾病也可引起。腹痛的性质和程

度，既受病变性质和刺激程度的影响，也受神经和心理因素的影响。由于原因较多，病机复杂，因此，必须认真了解病史，进行全

面体格检查和必要的辅助检查，并联系病理生理改变，进行综合分析，才能作出正确诊断。临床上一般将腹痛按起病缓急、病程长

短分为急性腹痛和慢性腹痛。

【病因】

1．急性腹痛

(1)腹腔器官急性炎症：如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性出血坏死性肠炎、急性胆囊炎、急性阑尾炎等。

(2)空腔脏器阻塞或扩张：如肠梗阻、肠套叠、胆道结石、胆道蛔虫症、泌尿系统结石梗阻等。

(3)脏器扭转或破裂：如肠扭转、肠绞窄、胃肠穿孔、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、肝破裂、脾破裂，异位妊娠破裂等。

(4)腹膜炎症：多由胃肠穿孔引起，少部分为自发性腹膜炎。

(5)腹腔内血管阻塞：如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤和门静脉血栓形成。

(6)腹壁疾病：如腹壁挫伤、脓肿及腹壁皮肤带状疱疹。

(7)胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛：如肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎、食管裂孔疝、胸椎结核。

(8)全身性疾病所致的腹痛：如腹型过敏性紫癜、糖尿病酸中毒、尿毒症、铅中毒、血卟啉病等。

2．慢性腹痛

(1)腹腔脏器慢性炎症：如慢性胃炎、十二指肠炎、慢性胆囊炎及胆道感染、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎、溃疡性结肠炎、Crohn病

等。

(2)消化道运动障碍：如功能性消化不良、肠易激综合征及胆道运动功能障碍等。

(3)胃、十二指肠溃疡。

(4)腹腔脏器扭转或梗阻：如慢性胃、肠扭转，十二指肠壅滞，慢性肠梗阻。

(5)脏器包膜的牵张：实质性器官因病变肿胀，导致包膜张力增加而发生的腹痛，如肝淤血、肝炎、肝脓肿、肝癌等。

(6)中毒与代谓|障碍：如铅中毒、尿毒症等。

(7)肿瘤压迫及浸润：以恶性肿瘤居多，与肿瘤不断生长、压迫和侵犯感觉神经有关。

【发生机制】腹痛的机制可分为三种，即内脏性腹痛、躯体性腹痛和牵涉痛。

1．内脏性腹痛是腹内某一器官的痛觉信号由交感神经传人脊髓引起，其疼痛特点为：①疼痛部位不确切，接近腹中线；②疼痛感

觉模糊，多为痉挛、不适、钝痛、灼痛；③常伴恶心、呕吐、出汗等其他自主神经兴奋症状。

2．躯体性腹痛是由来自腹膜壁层及腹壁的痛觉信号，经体神经传至脊神经根，反映到相应脊髓节段所支配的皮肤所引起。其特点

是：①定位准确，可在腹部一侧；②程度剧烈而持续；③可有局部腹肌强直；④腹痛可因咳嗽、体位变化而加重。

3．牵涉痛指内脏性疼痛牵涉到身体体表部位，即内脏痛觉信号传至相应脊髓节段，引起该节段支配的体表部位疼痛。特点是定位

明确，疼痛剧烈，有压痛、肌紧张及感觉过敏等。

临床上不少疾病的腹痛涉及多种发生机制，如阑尾炎早期疼痛在脐周或上腹部，常有恶心、呕吐，为内脏性疼痛。随着疾病的发

展，持续而强烈的炎症刺激影响相应脊髓节段的躯体传人纤维，出现牵涉痛，疼痛转移至右下腹麦氏(McBurney)点；当炎症进一步

发展波及腹膜壁层，则出现躯体性疼痛，程度剧烈，伴以压痛、肌紧张及反跳痛。

【临床表现】

1．腹痛部位一般腹痛部位多为病变所在部位。如胃、十二指肠和胰腺疾病，疼痛多在中上腹部；胆囊炎、胆石症、肝脓肿等疼痛

多在右上腹部；急性阑尾炎疼痛在右下腹McBurney点；小肠疾病疼痛多在脐部或脐周；结肠疾病疼痛多在下腹或左下腹部；膀胱

炎、盆腔炎及异位妊娠破裂，疼痛亦在下腹部。弥漫性或部位不定的疼痛见于急性弥漫性腹膜炎、机械性肠梗阻、急性出血坏死性

肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜等。

2．腹痛性质和程度 突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛，多为胃、十二指肠溃疡穿孔；中上腹持续性隐痛多考虑慢性胃炎及

胃、十二指肠溃疡；上腹部持续性钝痛或刀割样疼痛呈阵发性加剧多为急性胰腺炎；胆石症或泌尿系统结石常为阵发性绞痛，相当

剧烈，致使病人辗转不安；阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现；持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹壁肌紧张或板样强

直，提示为急性弥漫性腹膜炎。其中隐痛或钝痛多为内脏性疼痛，多由胃肠张力变化或轻度炎症引起，胀痛可能为实质脏器包膜牵

张所致。

3．诱发因素胆囊炎或胆石症发作前常有进油腻食物史，急性胰腺炎发作前则常有酗酒、暴饮暴食史，部分机械性肠梗阻多与腹部

手术有关，腹部受暴力作用引起的剧痛并有休克者，可能是肝、脾破裂所致。

4．发作时间 餐后痛可能由于胆胰疾病、胃部肿瘤或消化不良所致，周期性、节律性上腹痛见于胃、十二指肠溃疡，子宫内膜异位

者腹痛与月经来潮相关，卵泡破裂者发作在月经间期。

5．与体位的关系 某些体位可使腹痛加剧或减轻，有可能成为诊断的线索。如胃黏膜脱垂病人左侧卧位可使疼痛减轻，十二指肠壅

滞症患者膝胸或俯卧位可使腹痛及呕吐等症状缓解，胰体癌患者仰卧位时疼痛明显，而前倾位或俯卧位时减轻，反流性食管炎患者

烧灼痛在躯体前屈时明显，直立位时减轻。

【伴随症状】

1．腹痛伴发热、寒战 提示有炎症存在，见于急性胆道感染、胆囊炎、肝脓肿、腹腔脓肿，也可见于腹腔外感染性疾病。

2．腹痛伴黄疸可能与肝胆胰疾病有关。急性溶血性贫血也可出现腹痛与黄疸。

3．腹痛伴休克 同时有贫血者可能是腹腔脏器破裂(如肝、脾或异位妊娠破裂)；无贫血者则见于胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭

转、急性出血坏死性胰腺炎等。腹腔外疾病如心肌梗死、肺炎也可有腹痛与休克，应特别警惕。

4．腹痛伴呕吐、反酸、腹泻 提示食管、胃肠病变，呕吐量大提示胃肠道梗阻；伴反酸、嗳气者提示胃十二指肠溃疡或胃炎；伴腹

泻者提示消化吸收障碍或肠道炎症、溃疡或肿瘤。

5．腹痛伴血尿 可能为泌尿系疾病(如泌尿系结石)所致。

【问诊要点】

1．腹痛与年龄、性别、职业的关系 幼儿常见原因有先天畸形、肠套叠、蛔虫病等；青壮年以急性阑尾炎、胰腺炎、消化性溃疡等

多见；中老年以胆囊炎、胆石症、恶性肿瘤、心血管疾病多见；育龄妇女要考虑卵巢囊肿扭转、宫外孕等；有长期铅接触史者要考

虑铅中毒。

2．腹痛起病情况 有无饮食、外科手术等诱因，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，因其涉及内、外科处理的方向，应仔细

询问、寻找诊断线索。缓慢起病者涉及功能性与器质性及良性与恶性疾病的区别，除注意病因、诱因外，应特别注意缓解因素。

3．腹痛的部位 腹痛的部位多代表疾病部位，对牵涉痛的理解更有助于判断疾病的部位和性质。熟悉神经分布与腹部脏器的关系

(表1-4-3)对疾病的定位诊断有利。

表1-4-3 神经分布与内脏

内脏 传入神经 相应的脊髓节段 体表感应部位

胃 内脏大神经 胸脊节6～10 上腹部

小肠 内脏大神经 胸脊节7～10 脐部

升结肠 腰交感神经与主动脉前神经丛 胸脊节12与腰脊节（？胸脊节11） 下腹部与耻骨上区

乙状结肠与直肠 骨盆神经及其神经丛 骶脊节1～4 会阴部与肛门区

肝与胆囊 内脏大神经 胸脊节7～10 右上腹及右肩胛

肾与输尿管 内脏最下神经及脊神经丛 胸脊节12、腰脊节1、2 腰部与腹股沟部

膀胱底 上腹下神经丛 胸脊节11、12，腰脊节1 耻骨上区及下背部

膀胱颈 骨盆神经及其神经丛 骶脊节2～4 会阴部及阴茎

子宫底 上腹下神经丛 胸脊节11、12，腰脊节1 耻骨上区及与背部

子宫颈 骨盆神经及其神经丛 骶脊节2～4 会阴部

4．腹痛的性质和严重度 腹痛的性质与病变性质密切相关。烧灼样痛多与化学性刺激有关，如胃酸的刺激；绞痛多为空腔脏器痉

挛、扩张或梗阻引起，临床常见者有肠绞痛、胆绞痛、肾绞痛，三者鉴别要点如表1-4-4。

表1-4-4三种绞痛鉴别表

疼痛类别 疼痛的部位 其他特点

肠绞痛 多位于脐周围、下腹部 常伴有恶心、呕吐、腹泻、便秘、肠鸣音增强等

胆绞痛 位于右上腹，放射至右背与右肩胛 常有黄疸、发热，肝可触及或Murphy征阳性

肾绞痛 位于腰部并向下放射，达于腹股沟、外生殖器 常有尿频、尿急，小便含蛋白质、红细胞等

及大腿内侧

持续钝痛可能为实质脏器牵张或腹膜外刺激所致；剧烈刀割样疼痛多为脏器穿孔或严重炎症所致；隐痛或胀痛反映病变轻微，可能

为脏器轻度扩张或包膜牵扯等所致。

5．腹痛的时间 特别是与进食、活动、体位的关系，已如前述。饥饿性疼痛，进食后缓解多考虑高酸分泌性胃病，如十二指肠溃

疡。

6．既往病史询问相关病史对于腹痛的诊断颇有帮助，如有消化性溃疡病史要考虑溃疡复发或穿孔；育龄妇女有停经史要考虑宫外

孕；有酗酒史要考虑急性胰腺炎和急性胃炎；有心血管意外史要考虑血管栓塞。\_\_