

中等职业教育护理专业"双元"新形态教材



外科护 WAI KE HU LI



主编:周庆湘 主讲:戴利萍





第十五章

急性腹膜炎与腹部损伤病人的护理

JI XING YI XIAN YAN YU FU BU SUN SHANG BING REN DE HU LI



- 第一节 急性腹膜炎病人的护理
- 第二节 腹部损伤病人的护理



第一节 急性腹膜炎病人的护理

急性腹膜炎(acute peritonitis)是由细菌感染,化学性刺激或物理性损伤等因素引起的腹膜和腹膜腔的急性炎症。按发病机制可分为原发性与继发性;按病因可分为细菌性(化脓性)和非细菌性;按累及范围分为弥漫性与局限性。临床所称急性腹膜炎多指急性继发性化脓性腹膜炎,其病情急,变化快,是外科最为常见的急腹症。

一、病因

第一节 急性腹膜炎病人的护理

- 1. 继发性腹膜炎 最常见。主要致病菌多为大肠埃希菌,其次为厌氧杆菌和链球菌等。大多为混合感染,故毒性较强。常见于下列病因:
- (1)腹内脏器穿孔或破裂:是急性继发性化脓性腹膜炎最常见的病因。如胃、十二指肠溃疡急性穿孔,腹部损伤引起的内脏破裂,急性阑尾炎穿孔或急性坏疽性胆囊炎穿孔等。
- (2) 腹内脏器缺血、渗出及炎症扩散:如绞窄性肠梗阻,急性化脓性阑尾炎,急性胰腺炎,女性生殖器官化脓性感染等。



- (3) 其他:如腹部手术时腹腔污染,胃肠道、胆道、胰管吻合口渗漏等。
- 2. 原发性腹膜炎腹腔内无原发性病灶,临床上较少见。致病菌多 为溶血性链球菌、肺炎双球菌或大肠埃希菌。细菌进入腹腔的途径为: ①血行播散常见于婴儿和儿童。②上行性感染为女性生殖道感染细菌 向上扩散到腹腔,如淋菌性腹膜炎。③直接扩散是泌尿系感染细菌直 接扩散到腹膜腔。④透壁性感染,如肝硬化腹水、肾病、猩红热或营 养不良等机体抵抗力低下时, 肠腔内细菌即有可能透过肠壁进入腹膜 腔, 引起腹膜炎。原发性腹膜炎感染广泛, 但一般不需手术治疗。



二、病理生理

腹膜受细菌、胃肠液、血液和尿液刺激后,即发生充血、水肿, 并产生大量浆液性渗出液。渗出液中的大量巨噬细胞,中性粒细胞 以及坏死组织、细菌和凝固的纤维蛋白,使渗出液逐渐混浊而成为 脓液。



病变较重者,腹膜严重充血水肿并渗出大量液体引起脱水及电解质紊乱;腹腔内器官浸泡在大量脓液中,形成麻痹性肠梗阻;肠腔内大量积液,加之高热、呕吐,引起血容量明显减少导致低血容量性休克;肠管因麻痹扩张使膈肌抬高,影响心肺功能;细菌入侵和毒素吸收易引发感染性休克,严重者可导致死亡。

病变较轻者,病灶被大网膜包裹,炎症局限,形成局限性腹膜炎,渗液被腹膜吸收,炎症消散而痊愈。如脓液积聚于膈下、盆腔、肠袢间,可形成腹腔脓肿。



二、护理评估

(一) 健康史

询问病人既往有无胃、十二指肠溃疡病史;有无阑尾炎、胆道感染、胰腺炎、腹部手术史;了解有无酗酒等不良生活习惯及发病前有无饱食、剧烈运动等诱因;近期有无腹部外伤史。对成人应询问有无肝炎、肝硬化病史;对儿童应注意询问近期有无呼吸道、泌尿道感染病史、营养不良或其他导致机体抵抗力低下的病史;对女性病人还应了解生殖器官感染史。



(二)身体状况

- 1. 腹痛 是最主要的症状,疼痛程度与发病原因、炎症轻重、 年龄和身体素质等有关。于原发病变部位开始,随炎症扩散波及全腹。 腹痛特点为持续性剧烈疼痛,难以忍受。深呼吸,咳嗽,变换体位时 疼痛加重。病人常呈蜷曲侧卧被动体位。
- 2. 恶心、呕吐 早期为腹膜受刺激引起的反射性呕吐,呕吐物多为胃内容物。晚期发生麻痹性肠梗阻时可吐出黄绿色胆汁,甚至棕褐色粪样肠内容物。



3. 感染中毒症状 病人可出现高热、脉快、呼吸浅快、大汗、口干,常伴等渗性缺水、电解质紊乱及代谢性酸中毒。严重者可出现面色苍白或发绀、四肢发凉、呼吸急促、脉搏微弱、血压下降、神志不清等休克征象。



4. 腹部体征 ①视诊:明显腹胀,腹式呼吸减弱或消失。②触诊: 腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张,称为腹膜刺激征,是腹膜炎的标志性 体征。腹部压痛和反跳痛以原发病变部位最为明显。腹肌紧张程度与 病因和病人全身情况有关,如胃肠或胆囊穿孔,腹肌可呈"木板样" 强直;年老体弱或幼儿则腹肌紧张多不明显,易被忽视。③叩诊:胃 肠胀气时呈鼓音;胃十二指肠穿孔时,肝浊音界缩小或消失。腹腔内 渗液较多时可叩出移动性浊音。4)听诊:肠鸣音减弱或消失。5)直肠 指检: 直肠前壁隆起, 触痛, 说明盆腔已感染或形成盆腔脓肿。



- 5. 急性腹膜炎的并发症
- (1)腹腔脓肿:急性腹膜炎局限化后,脓液未被完全吸收积存于某一部位而形成腹腔脓肿,可分为膈下脓肿、盆腔脓肿和肠间脓肿,以盆腔脓肿、膈下脓肿多见。
- 1) 膈下脓肿:位于膈肌之下与横结肠及其系膜的间隙内。高热、脉快、乏力、厌食等全身症状严重;患侧上腹部持续钝痛,深呼吸时加重。脓肿刺激膈肌可引起呃逆。检查患侧季肋区叩痛,患侧胸部下方呼吸音减弱或消失。X线透视可见患侧膈肌升高,肋膈角模糊。B超和CT检查可以明确脓肿部位、范围,并可协助定位行诊断性穿刺。

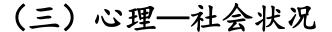


2) 盆腔脓肿:盆腔处于腹腔最低位,腹腔内的炎性渗出物或脓液易积聚于此而形成脓肿。全身中毒症状较轻而局部症状相对明显。常有典型的直肠或膀胱刺激症状,如下腹部坠胀不适、里急后重、便意频繁、粪便带有黏液;尿频、尿急、排尿困难。直肠指检可发现肛管括约肌松驰,直肠前壁膨隆、有触痛或波动感。B超检查可明确脓肿的位置和大小,必要时行CT检查,可进一步明确诊断。



- 3) 肠间脓肿:是指脓液积聚肠管、肠系膜与网膜之间,主要有腹痛或肠梗阻表现,腹部触诊可触及境界不清的压痛性包块。B超检查有助于诊断。
- (2) 粘连性肠梗阻:腹膜炎治愈后,腹腔内多有不同程度的纤维性粘连,一部分肠管粘连可造成扭曲或形成锐角,发生粘连性肠梗阻。





急性腹膜炎起病急骤,病情重,应了解病人患病后焦虑、恐惧等心理反应。评估病人对疾病的认知程度和心理承受能力,评估其对 医院环境的适应情况和治疗的合作情况。了解家属及亲友的态度、经 济承受能力等。



(四)辅助检查

- 1. 实验室检查 血常规检查可见白细胞计数及中性粒细胞比例升高。病情危重或机体反应低下的病人,白细胞总数可不增高而仅有中性粒细胞比值增高,甚至可出现中毒颗粒。血生化检查可出现水、电解质及酸碱平衡紊乱。
- 2. 影像学检查 腹部X线可见肠胀气或多个液气平面的肠麻痹征象,胃肠穿孔时可见膈下游离气体; B超、CT检查对腹腔内实质性脏器病变有诊断价值,并能明确脓肿的位置及大小。

- 3. 诊断性腹腔穿刺抽液术或腹腔灌洗术 根据叩诊或超声检查进行穿刺点定位,依据抽出液的性状、气味、浑浊度、涂片镜检,细菌培养以及淀粉酶测定等判断病因。
- 4. 腹腔镜检查 可直观观察腹腔内积液、腹膜炎症状态,准确定位损伤器官和部位,并进行腹腔镜下冲洗引流等治疗。可用于病情相对稳定、临床症状不典型,以上检查均不能确诊者。



(五) 处理原则

1. 非手术治疗 对病情较轻或病程较长超过24小时,而且炎症已有局限化趋势以及原发性腹膜炎,可行非手术治疗。非手术治疗也可作为手术前的准备。具体措施包括禁食、胃肠减压、补液、输血、合理应用抗生素、对症处理等。

2. 手术治疗 急性腹膜炎手术治疗适用于: ①经非手术治疗6~8小时后(一般不超过12小时),腹膜炎症状和体征不缓解或反而加重者; ②腹腔内原发病变恶化趋势; ③积极抗休克后无好转或继续恶化; ④腹膜炎病因不明,无局限趋势者。手术方式为剖腹探查术。手术原则是正确处理原发病灶、彻底清理腹腔、净脓液、必要时安置腹腔引流。



三、常见护理诊断/健康问题

- 1. 急性疼痛 与腹膜受炎症刺激或手术创伤有关。
- 2. 体温过高 与腹腔感染、毒素吸收有关。
- 3. 体液不足 与禁食、呕吐、腹膜渗出有关。
- 4. 潜在并发症 感染性休克、腹腔脓肿、粘连性肠梗阻、切口感染等。





(一) 非手术治疗及术前护理

- 1. 一般护理
- (1)体位:无休克情况下,病人取半卧位。半卧位有利于呼吸和循环的改善,有利于腹腔内的炎性渗出物局限于盆腔,减轻中毒症状。休克病人可取休克卧位。

- (2)禁食、胃肠减压:病人入院后暂禁饮禁食。对胃肠道穿孔或肠梗阻等病人,应及时行胃肠减压,吸出胃肠道内容物和气体,以减少消化道内容物流入腹腔,减轻胃肠内积气,改善胃肠道血供,减轻腹胀和腹痛。
- 2. 病情观察 ①定时监测生命体征和尿量,观察有无水、电解质和酸威平衡紊乱及休克的表现。②记录24小时液体出入量。③定时观察腹部症状和体征变化。④动态监测血常规及生化等有关检查结果。当病情突然加重,或非手术治疗期间出现手术指征时,应立即报告医生处理。

3. 治疗配合

第一节 急性腹膜炎病人的护理

- (1) 输液或输血:建立通畅的静脉输液通道,遵医嘱静脉输液,必要时输全血或血浆,以维持有效循环血量。合理安排输液顺序,根据病情和补液监测指标及时调整输液速度、量和种类。
 - (2) 抗感染: 遵医嘱使用抗生素, 注意给药途径及配伍禁忌等
- (3) 疼痛护理: 对诊断不明仍需观察或治疗方案未确定的病人, 禁用吗啡、哌替啶等镇痛剂, 以免掩盖病情。已明确诊断的病人
- ,可用哌替啶类止痛剂,减轻病人痛苦。



- (4) 若需手术治疗, 应做好术前准备工作。
- 4. 心理护理 注意观察病人的心理及情绪变化,关心、体贴病人,有针对性地对病人及家属做好解释工作,消除或减轻病人焦虑情绪。及时向家属或病人说明病情变化及有关治疗、护理措施的意义,帮助病人树立战胜疾病的信心,积极配合医疗和护理工作。





- 1. 一般护理
- (1)体位与活动:病人血压平稳后取半卧位。鼓励病人及早活动,促进肠蠕动,预防肠粘连及下肢静脉血栓形成。
- (2) 禁饮食、胃肠减压: 术后病人继续禁食、胃肠减压。2~3天后, 待肠蠕动恢复, 拔除胃管后, 可进流质饮食, 少量多餐。如无腹胀、腹痛、呕吐等不适, 逐渐改半流质饮食或普食。



2. 病情观察 ①观察生命体征; ②注意腹部症状和体征; ③ 观察手术切口情况; ④注意腹腔引流液的量、颜色和性质; ⑤记录 24小时出入液量, 及时发现有无腹腔内活动性出血、伤口感染、腹腔脓肿以及粘连性肠梗阻的发生。

3. 治疗配合

(1) 用药护理: 术后禁食期间遵医嘱静脉输液和营养维持,必要时输全血或血浆,以补充机体代谢的需要;适当应用镇痛剂减轻疼痛;继续使用抗生素,控制感染。



- (2)腹腔引流护理:①术后病人如有多根引流管,应掌握每条引流管的引流部位和作用,并在引流管上贴标签,标明引流管名称,以免混淆;②妥善固定引流管;③保持引流通畅,不受压、折叠或扭曲;④观察记录引流液的量、颜色和性状;⑤及时拔管,2~3天后,病人情况好转,引流量明显减少、色清,即可考虑拔管。
- (3) 伤口护理: 预防伤口污染或感染。观察切口敷料是否干燥, 有渗血或渗液应及时更换; 观察切口愈合情况, 及早发现切口感染征象。对腹胀明显的病人可加用腹带, 以使病人舒适及防止切口裂开。



4. 健康指导 ①向病人提供疾病的相关知识;②有消化系统疾病时应及时治疗;③指导病人早期进行适当活动,防止肠粘连;④进食易消化食物,少食多餐,避免进食过凉、过硬及辛辣食物,以防止在肠粘连的基础上诱发肠梗阻;⑤如有腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等不适时,应及时去医院复诊。





第二节 腹部损伤病人的护理

急腹部损伤是指各种致伤因素所致腹壁和/或腹内脏器和组织的损伤。在平时和战时都较多见。



一、病因与分类

(一)分类

根据损伤性质不同可分为两类。

- 1. 单纯性腹壁损伤 指损伤仅限于腹壁组织。依据腹壁有无开放性伤口,分为单纯性闭合性腹壁损伤和单纯性开放性腹壁损伤。
- 2. 腹内脏器损伤 根据腹膜腔是否与外界相通,分为闭合性损伤和开放性损伤两类。



(一) 病因

- 1. 开放性损伤 常因刀刺、枪弹、弹片所致。开放性损伤中常见受损内脏依次是肝、小肠、胃、结肠、大血管等。
- 2. 闭合性损伤 常因坠落、碰撞、冲击、挤压、拳打脚踢等钝性 暴力所致。闭合性损伤中常见受损内脏依次是脾、肾、小肠、肝 、肠系膜等。



二、护理评估

(一) 健康史

了解病人受伤的原因、时间、部位、姿势、致伤物的性质及暴力的大小和方向等,是否合并其他部位的损伤。注意询问受伤前是否进食和排尿,有无腹痛、腹胀、呕吐、血尿、血便等异常表现;注意询问伤后病情变化及是否采取急救措施,效果如何;了解既往有无慢性病及有无酗酒、吸烟等不良嗜好。如果伤者有意识障碍,可询问现场目击者及护送人员。



(二)身体状况

对腹部损伤病人必须评估是单纯腹壁损伤,还是腹内脏器损伤;腹内脏器损伤;腹内脏器损伤时应判断是实质性脏器损伤还是空腔脏器损伤;是 否合并其他部位损伤。

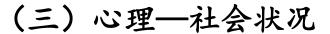
1. 单纯腹壁损伤 ①局限性疼痛、压痛、肿胀和瘀斑; ②全身症状轻, 一般情况好; ③实验室检查、影像学检查、腹腔穿刺等辅助检查无异常发现。



- 2. 腹内脏器损伤 出现下列情况之一,即应考虑内脏损伤: ①早期出现休克; ②持续性腹痛进行性加重; ③有腹膜刺激征且范围呈扩散趋势; ④有气腹征或移动性浊音; ⑤有呕血、便血或血尿等; ⑥直肠指检、腹腔穿刺、腹腔灌洗等有阳性发现。
- (1) 实质性脏器损伤: 主要表现为腹腔内或腹膜后出血,病人面色苍白,脉搏加快,血压不稳或下降,甚至休克。出血量多时可有腹胀和移动性浊音。腹痛和腹膜刺激征较轻,但肝、胰破裂时,胆汁和胰液漏入腹腔可出现明显的腹痛和腹膜刺激征。

- (2) 空腔脏器损伤:主要表现为急性弥漫性腹膜炎,病人出现持续性剧烈腹痛,伴恶心、呕吐。腹膜刺激征明显,肠鸣音减弱或消失。胃肠道破裂时,可有气腹表现,肝浊音界缩小或消失。随着病情发展,病人可出现体温升高、脉快、呼吸急促等全身中毒表现,严重者可发生感染性休克。
- 3. 多发性损伤 创伤中多发损伤的发病率日益增高,因此评估病人 应有整体观念,要系统全面地观察病人有无合并颅脑、胸部或四肢等 部位损伤。





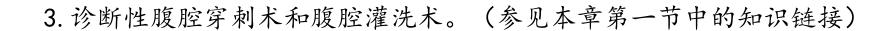
腹部损伤多为意外事故所致,病情往往复杂、严重,病人常表现出 紧张、焦虑、无助和恐惧等。尤其是当腹壁有伤口、出血、内脏脱出 或被告知要紧急手术时,病人上述情绪和心理反应更加强烈。



(四)辅助检查

- 1. 实验室检查 ①血常规检查:实质性脏器破裂时,红细胞计数、血红蛋白值、血细胞比容进行性下降;空腔脏器破裂时,白细胞计数及中性粒细胞明显增高。②尿常规检查发现红细胞,提示有泌尿系统损伤。③胰腺损伤时,血、尿淀粉酶值增高。
- 2. 影像学检查 ①X线腹部立位平片:见膈下游离气体,提示胃肠道破裂。②B超、CT检查:主要用于诊断实质性脏器损伤。





4. 腹腔镜检查 经上述检查仍不能确诊且疑有腹腔内脏器损伤时,考虑行腹腔镜检查,可直接观察损伤部位、性质及损伤程度,并能及时治疗。



(五) 处理原则

1. 非手术治疗 单纯腹壁损伤的处理原则同一般软组织损伤。 对于生命体征等一般情况比较平稳,暂时不能确定有无内脏损伤 或已明确是轻微内脏损伤者,可考虑非手术治疗,如抗休克、抗 感染、禁食、补液、输血等,同时密切观察病情变化。



2. 手术治疗 对已确诊腹内脏器损伤者,或在非手术治疗期间病情加重者,应积极准备,尽早手术。对实质脏器破裂所致的大出血应在抗休克同时紧急手术;空腔脏器破裂病人,休克发生较晚,一般应在纠正休克的前提下进行手术。手术方法主要为剖腹探查术,包括探查、止血、修补、切除、清除腹腔内残留液和引流。



三、常见护理诊断/健康问题

- 1. 急性疼痛 与腹内脏器破裂及腹膜受消化液、血液刺激有关
- 2. 焦虑与恐惧 与意外损伤刺激、出血、内脏脱出及担心预后有关。
 - 3. 体液不足 与损伤出血、感染渗液、禁食有关。
 - 4. 潜在并发症:失血性休克、急性腹膜炎、腹腔脓肿等。





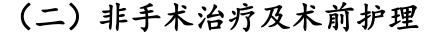
(一) 急救护理

腹部损伤常合并多发性损伤,在急救时应分清主次和轻重缓急。首先处理危及生命的情况,如心跳呼吸骤停、窒息、大出血、张力性气胸等。对已发生休克者应迅速建立通畅的静脉通路,及时补液,必要时输血。对开放性腹部损伤,应妥善处理伤口,及时止血、做好包扎固定。



如有少量肠管脱出,切勿强行回纳腹腔,以免加重腹腔污染,可用生理盐水纱布加清洁敷料覆盖并用碗、盆等加以保护后包扎,送医院处理;如果大量肠管脱出,则应及时回纳腹腔,以免肠系膜血运障碍而导致肠管坏死。





原则上执行急性腹膜炎非手术疗法护理措施,但应注意以下几点:

- 1. 一般护理
- (1)绝对卧床休息,不随意搬动病人,在病情许可的情况下取半卧位。如需作X线、B超等检查,应有专人护送。



- (2)腹腔内脏器损伤未排除前应禁饮禁食,明显腹胀或怀疑胃肠破裂者应进行胃肠减压、禁食间应补充液体,必时输血。
 - (3) 加强口腔及皮肤护理等。
- 2. 病情观察 ①注意生命体证的变化,每15~30分钟测呼吸、脉博和血压及血氧饱度一次:②观察腹部症状、体征的变化,每30分钟巡视一次:③动态检测红细胞计数、血细泡比容和血红蛋白值;④注意有无失血性休克、急性腹膜炎等并发症的发生。



- 3. 治疗配合
- (1)诊新末明确前、禁用吗啡、哌替啶等镇痛药物、禁用泻药、热敷及灌肠。
 - (2) 尽早输液, 纠正水、电解质及酸减平衡紊乱。
- (3) 遵医嘱使用足量抗生素。开放性损伤者,常规注射破伤风 抗毒素。
 - (4) 一旦决定手术、应及时做好腹部急症手术的术前准备。



4. 心理护理 关心、体贴、同情病人,及时向病人解释病情变化,介绍辅助检查的目的及手术治疗的必要性,各项检查前、手术前和手术后做好相关的知识指导,消除其焦虑、恐惧感,积极配合各项治疗和护理。

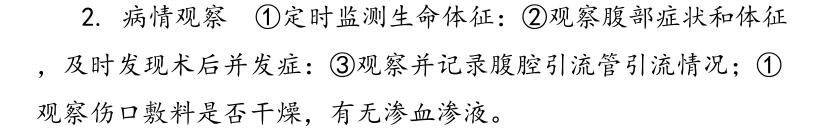


(三) 手术后护理

腹部损伤病人手术后,原则上执行急性腹膜炎手术后护理,但应注意

- 1. 一般护理
- (1)体位与活动: 术后病人血压平稳后取半卧位,以利引流和改善呼吸。鼓励病人尽早活动。
- (2) 禁食、胃肠减压: 术后继续禁饮禁食,胃肠减压。待胃肠道功能恢复,肛门排气后,可拔除胃管,指导病人摄入易消化、营养丰富的食物,从流质饮食开始,逐渐过渡到半流质饮食或普食。以保正能量供给,4促







3. 治疗配合

- (1)腹腔引流管护理:妥善固定;保持引流通畅;保持清洁,每日更换引流袋1次;观察记录引流液性状;掌握拔管指征,及时拔管。
- (2) 防治感染: 遵医嘱应用抗生素。同时鼓励病人深呼吸, 咳嗽排痰, 防止肺部感染。
- (3) 静脉输液: 维持水、电解质和酸碱平衡; 加强营养支持, 必要时输血浆、全血或全胃肠外营养。



(四)健康指导

- 1. 加强劳动保护、安全生产、交通规则等方面的知识教育,避免意外损伤的发生。
 - 2. 学习常见急救知识, 在意外发生现场, 能进行简单的急救或自救
 - 3. 发生腹部损伤后,应及时到医院就诊。
- 4. 出院后要适当休息,加强锻炼,增加营养,促进康复。若有腹痛、腹胀等不适,应及时到医院复诊。

