



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I

K E

H U

L I



主编：周庆湘
主讲：戴利萍





外科护理



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



目录

> 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

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弛，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。

(三) 心理—社会状况

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。

四、护理措施

(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、电解质和酸碱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

(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。

(二) 术后护理

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。

(三) 心理—社会状况

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。



3. 诊断性腹腔穿刺术和腹腔灌洗术。（参见本章第一节中的知识链接）

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。

四、护理措施

(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。

(二) 非手术治疗及术前护理

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，必要时输血。

(3) 加强口腔及皮肤护理等。

2. 病情观察 ①注意生命体征的变化，每15~30分钟测呼吸、脉搏和血压及血氧饱和度一次：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、血细胞比容和血红蛋白值；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) 诊断未明确前、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、电解质及酸碱平衡紊乱。

(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，⁴⁹促

2. 病情观察 ①定时监测生命体征：②观察腹部症状和体征，及时发现术后并发症：③观察并记录腹腔引流管引流情况；①观察伤口敷料是否干燥，有无渗血渗液。

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。



谢谢观看

