



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：黄伟





外科护理



第二十一章 急腹症病人的护理

JI FU ZHENG BING REN DE HU LI

目录



- > 一 概述
- > 二 病因
- > 三 病理生理

- > 四 护理评估
- > 五 常见护理诊断/问题
- > 六 护理措施
- > 七 健康指导



一、概述

急腹症(acute abdomen)是一类以急性腹痛为突出表现,需要尽早诊断和紧急处理的腹部疾病。其特点为发病急、病情重、变化多、进展快,给病人带来严重的危害甚至死亡。在诊疗、护理过程中,往往需要多学科协作并高度重视,及时给与正确的诊疗和护理。





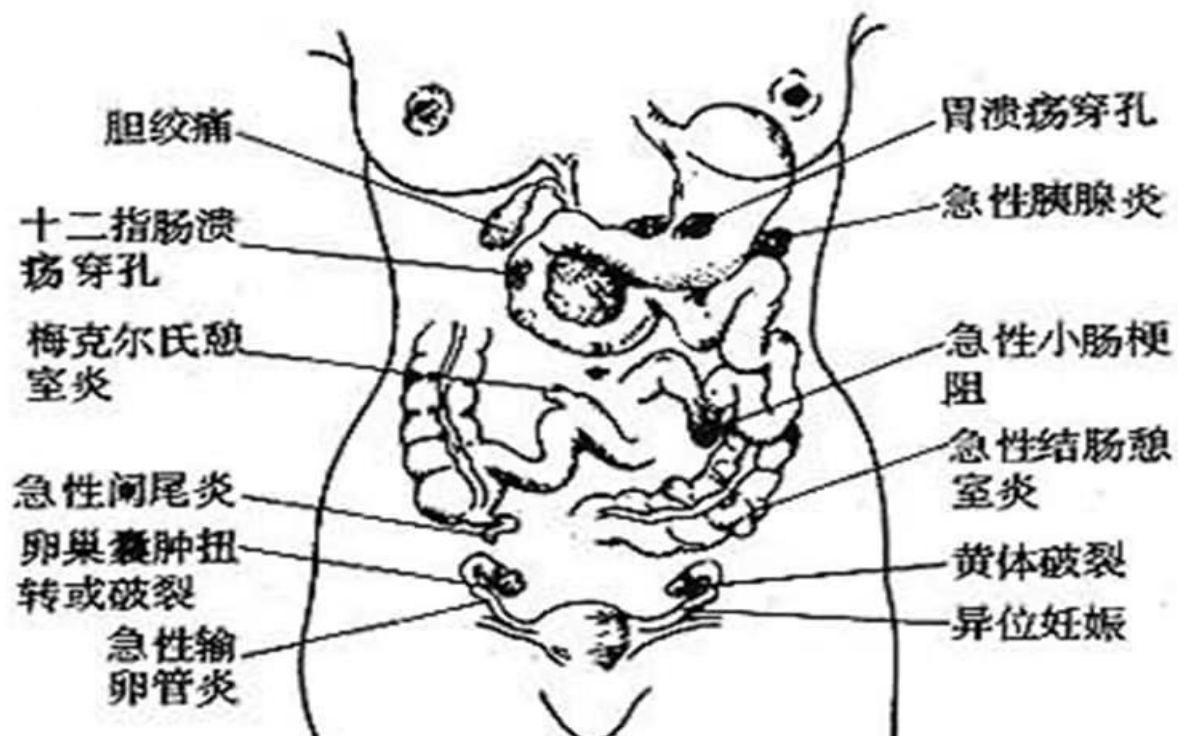
二、病因

部分外科疾病和妇产科疾病常成为急腹症的主要病因,但也有少数是由内科疾病、误服腐蚀物或异物等诱发。常见有以下4点:

- 1. 感染性疾病:** 外科疾病: 如急性胆囊炎、胆管炎、胰腺等; 妇产科疾病: 如急性盆腔炎等; 内科疾病: 如急性胃肠炎等。
- 2. 出血性疾病:** 外科疾病: 如外伤引起的肝脾破裂、腹腔内动脉瘤破裂、肝破裂等; 妇产科疾病, 如输卵管妊娠破裂等。

3. 空腔脏器梗阻及破裂穿孔：如肠梗阻、胆结石或胆道蛔虫病引起的胆道梗阻、输尿管结石、胃肠穿孔或破裂等。

4. 缺血性疾病：如肠扭转、肠系膜动脉栓塞、肠系膜静脉血栓形成、如卵巢囊肿蒂扭转等。





三、病理生理

当腹内脏器的急性感染、破裂、穿孔、梗阻、出血、缺血等原因引起急腹症时,除产生与原发疾病相关的病理生理变化(参见相关章节)外,还涉及腹痛所致的病理生理变化,这些来自腹部的病理性和生理性因素刺激交感、副交感和腹膜壁层的躯体神经传至大脑感觉中枢,产生腹痛感觉。

知识衔接

腹痛的常见分类：

1. 内脏痛

(1) 疼痛定位不精确：主要原因为内脏的痛觉多数由双侧传入神经同时进入脊髓的节段大致相近，其腹痛的感觉部位亦相似，很难定位。

(2) 疼痛感觉特殊性：腹腔内脏对来自外界的机械刺激，如切、割、灼等反应迟钝，但对压力和张力性刺激所致的疼痛则极为敏感，常伴有消化道症状出现反射性的恶心、呕吐，如过度牵拉、突然膨胀、痉挛和内脏缺血等。



2. 牵涉痛又称放射痛：指在急腹症发生内脏痛的同时,体表的某 一部位也出现疼痛感觉,是某个内脏病变产生的痛觉信号被定位于远离该内脏的身体其他部位。

3. 躯体痛：特点为感觉敏锐,定位准确。是壁腹膜受到腹腔内炎性或化学性渗出物刺激后产生的体表相应部位持续性锐痛。

四、护理评估

（一）健康史

1. 既往史：了解病人以往疾病史、手术史、有无腹部外伤史、饮食的结构和量、情绪状态、剧烈活动、疲劳等，有助于急腹症的诊断。如有腹部手术史的腹痛病人，常考虑粘连性肠梗阻；胃十二指肠溃疡病史的病人突发剧烈腹痛，首先考虑溃疡穿孔等。

2. 月经史：有生育能力的妇女准确的月经史、末次月经开始和终止日期对宫外孕或者黄体破裂等腹痛的诊断有重要意义。

（二）身体状况

1. 症状

(1) 腹痛：**是最突出而重要的症状。**

1) 腹痛的诱因：①饮食：胆石症或急性胆囊炎引起的急性腹痛多与进食油腻饮食有关；急性胰腺炎多与暴饮暴食或过量饮酒有关等。②活动：肠扭转出现的急腹痛多与饱餐后剧烈活动有关。③外伤：腹腔内脏器损伤，病人腹痛一般在外伤后突然出现。④变换体位：胆囊结石病人的腹痛常于夜间睡眠变换体位后发生。⑤胆道蛔虫病多因驱虫不当而诱发等。

2) 腹痛的部位：①病变部位通常先出现腹痛或腹痛最显著。如胃或十二指肠、胆道、胰腺的病变,腹痛大多位于中上腹。②腹痛由局部迅速波及全腹者多为脏器破裂或穿孔,如胃十二指肠溃疡穿孔,腹痛始于上腹部,而后可波及全腹等。③转移性腹痛,常见于急性阑尾炎,腹痛始于上腹,再至脐周,数小时后转移并固定于右下腹。④牵涉痛或放射痛,如胆囊炎、胆石症除表现为有上腹或剑突下疼痛外,伴有右肩或右肩胛下痛;急性胰腺炎在上腹痛的同时可伴左肩或腰背部束带状疼痛;肾或输尿管结石除腰部疼痛外,可放射至下腹,腹股沟区或会阴部等。

3) 腹痛发生的缓急: 腹痛开始轻, 后逐渐加重多为炎性病变。突然发生的腹痛且迅速加重, 多于腹内脏器扭转或绞窄、空腔脏器穿孔或梗阻、实质性脏器破裂等, 如急性肠扭转、绞窄性肠梗阻等。

4) 腹痛的性质: 常可反映腹内脏器病变的类型或性质: ①阵发性绞痛: 往往提示空腔脏器发生梗阻或痉挛, 如机械性肠梗阻或泌尿系结石等。②持续性钝痛或隐痛: 多见于腹内炎性病变或出血性病变, 如急性阑尾炎、急性胰腺炎、肝或脾破裂内出血等。③持续性疼痛伴阵发性加剧: 多表示炎症和梗阻并存, 如绞窄性肠梗阻早期和胆石症合并胆道感染。④持续性锐痛: 为壁腹膜受到炎性或化学性刺激所致。

5) 腹痛的程度:腹痛较轻往往为一般炎性病变初期,腹痛较重常为脏器痉挛、梗阻、扭转、嵌顿、绞窄缺血、化学刺激等所致,如胃、十二指肠溃疡穿孔,胆绞痛及肾、输尿管结石等。

(2) 伴随症状

1) 恶心、呕吐:常于腹痛后发生,主要是腹膜或肠系膜受到强烈的刺激或牵拉与毒素吸收作用于中枢神经系统有关。不同疾病的呕吐特点不同:高位肠梗阻呕吐出现早且频繁;低位小肠或结肠梗阻呕吐出现晚或不发生呕吐,有粪臭样呕吐物;血色或咖啡色呕吐物为上消化道出血;呕吐物含胆汁示梗阻部位在十二指肠以下;消化性溃疡穿孔常无呕吐等。

- 2) 排便排气改变：机械性肠梗阻腹痛后常停止排便排气；肠套叠常为小儿腹痛伴果酱样便；急性坏死性肠炎常表现脐周疼痛伴腹泻和腥臭味；急性胃肠炎有大量水样泻伴痉挛性腹痛等。
- 3) 其他：发热、贫血或休克、尿频、尿急、血尿和排尿困难等。

2. 体征：各种原因引起的急腹症，除产生与原发疾病相关的全身反应（参见相关章节）外，最主要的是引起相应的腹部体征：

（1）视诊：观察腹部是否对称，腹式呼吸是否存在，有无腹部肿块。

（2）触诊：体查有无包块和腹膜刺激征，其部位、范围和程度。如肠套叠常为小儿腹部腊肠样肿块；压痛最显著处往往是病变所在部位，如溃疡穿孔的压痛以上腹部为主，阑尾炎压痛在右下腹；肌紧张、反跳痛是壁腹膜受炎症刺激后的表现，但坏疽性胆囊炎、阑尾炎，消化道穿孔时表现为高度肌紧张，呈“板状腹”但随着腹腔渗液的稀释，肌紧张程度将有所减轻，随后再度加重。



(3) 叩诊：肝浊音界缩小或消失常提示消化道穿孔或破裂，出现移动性浊音表示腹腔内有大量积液或积血等。

(4) 听诊：注意有无肠鸣音、其频率及音调，以判断胃肠蠕动情况。肠鸣音亢进伴气过水声或高调金属音多为机械性肠梗阻，肠鸣音减弱或消失提示肠麻痹。



3. 直肠指检：是判断急腹症病因及病情变化简单而有效的方法。注意直肠温度、是否触及肿块、有无触痛、指套是否沾有血迹。如阑尾炎时直肠右侧壁可有触痛，指套沾有血迹或黏液应考虑肠管绞窄或肠套叠。有直肠膀胱（直肠子宫）凹陷脓肿时直肠前壁饱满、触痛、有波动感等。

4. 急腹症的鉴别

- (1) 外科急腹症的特点：**①一般先有腹痛，后出现发热等伴随症状；②腹痛或压痛部位较固定，程度重；③常出现腹膜刺激征甚至休克；④可发现腹部肿块或其他外科特征性及辅助检查。

急腹症鉴别

外科特点：先腹痛后伴有发热伴随症状



治疗原则

急腹症的“四禁”

进食水、进热敷、禁灌肠、禁止用药

刀割样剧烈疼痛，有
检查膈下可见游离

复部剧烈痛，向右肩
囊增大、壁厚，可见

腹痛、寒战高热、
联症外，还可有休克
胆管扩张和结石影。

1) 急性穿孔：明
的腹膜刺激征
气体。

2) 急性胆囊炎：
背部放射，肌紧
结石影。

3) 急性胆管炎：
黄疸。急性梗阻
和精神症状，即F



4) 急性胰腺炎：①多有胆道疾病史或暴饮暴食；②腹痛位于上腹偏左，持续而剧烈，向左肩部或腰部放射；③呕吐后腹痛不缓解；④腹胀表现为麻痹性肠梗阻；⑤血尿淀粉酶升高。

5) 急性阑尾炎：典型表现为转移性右下腹痛和右下腹固定压痛点。

6) 急性肠梗阻：①腹痛 ②呕吐：腹痛时常立即发生恶心呕吐，呕吐后腹痛减轻。③腹胀：低位梗阻腹胀明显。④肛门停止排便排气。

⑤听诊：机械性肠梗阻时肠鸣音亢进，有高调气过水声或金属音；麻痹性肠梗阻时肠鸣音减弱或消失。⑥X线检查可见多个气体液面。



7) 腹腔脏器损伤 ①有腹部外伤史;②腹痛开始于受伤部位;③实质脏器破裂以内出血为主, 抽出不凝固的血液;空腔脏器破裂以腹膜炎表现为主, 胃肠破裂者腹部立位X线检查膈下可见游离气体。

急腹症鉴别

内科特点

内科急腹症：先发热呕吐、后腹痛



考点速记

机械性肠梗阻	呕吐可频繁而剧烈
幽门梗阻	呕吐物无胆汁
高位肠梗阻	可吐出大量胆汁
低位肠梗阻	粪臭味呕吐物
肠绞窄	血性或咖啡色呕吐物
麻痹性肠梗阻	呕吐呈溢出性

(2) 内科急腹症的特点：①一般先发热或呕吐，后才腹痛或呕吐腹痛同时发生；②腹痛或压痛不固定，程度轻，无明显腹肌紧张；③查体或检验、X线、心电图等检查可明确诊断。

(3) 妇科急腹症的特点：①以下腹部或盆腔内疼痛为主；②常伴有白带增多、阴道出血或有停经史等；③妇科检查可明确诊断。



(三) 辅助检查

1. 实验室检查：血红蛋白和红细胞计数降低常提示腹腔内出血；白细胞及中性粒细胞计数升高提示腹腔内感染；尿液中有红细胞常提示泌尿系损伤或结石；尿胆红素阳性表示存在阻塞性黄疸；大便隐血试验阳性多为消化道出血；血、尿淀粉酶升高多为急性胰腺炎等。

2. 影像学检查

(1) X线检查：立位X线摄片或透视膈下游离气体是消化道穿孔或破裂的依据，机械性肠梗阻时可见多个气液平面，麻痹性肠梗阻时可见肠管普遍扩张，乙状结肠扭转和肠套叠时钡剂或空气低压灌肠X线检查可见典型的“鸟嘴征”和“杯口征”。



(2) **B超检查**：是诊断实质性脏器损伤、破裂和占位性病变的首选方法，有助于了解腹腔内积液、积血的部位和量。胆囊或泌尿系结石时可见回声。

(3) **CT检查、MRI检查**：主要用于实质性脏器病变，腹腔内的占位性病变，如对急性出血坏死性胰腺炎的诊断极有价值。



3. 诊断性腹腔穿刺或灌洗

- (1) 抽出不凝固血性液体：多提示腹腔内脏器出血；
- (2) 混浊液体或为脓液：多为腹腔内感染或消化道穿孔；
- (3) 含胆汁性液体：常是胆囊穿孔；
- (4) 穿刺液含淀粉酶：疑为急性胰腺炎；
- (5) 若穿刺未抽出液体，可注入等渗盐水500ml，然后对抽吸液体做涂片镜检，红细胞超过 $0.1 \times 10^{12}/L$ ，或白细胞超过 $0.5 \times 10^9/L$ ，有诊断价值；
- (6) 女性病人疑有盆腔积液、积血时，可经阴道后穹隆穿刺协助诊断；异位妊娠破裂时经阴道后穹隆穿刺可抽得不凝血液；盆腔炎性疾病病人的阴道后穹隆穿刺液则为脓性。



(四) 心理-社会状况

急腹症发病急、进展快、病情重、常需紧急手术,病人和家属常有恐惧不安的心理反应,评估患者及家属的心理状态,对急腹症的认知程度及治疗信心,评估病人及家属承受治疗的经济能力等。

（五）治疗原则 急腹症发病急、进展快、病情危重。应多学科协作及时、准确和有效的治疗措施：非手术治疗、手术治疗。

1. 非手术治疗

- （1）严密观察生命体征、腹部体征和辅助检查的动态变化, 及时判断病情是否恶化。
- （2）禁饮食, 胃肠减压, 静脉补液等。
- （3）给予解痉和抗感染药物治疗
- （4）出现休克时, 及时给予抗休克治疗, 同时做好紧急手术的准备。

2. 手术治疗

(1) 对诊断明确,如腹部外伤、溃疡穿孔致弥漫性腹膜炎、化脓性或坏疽性胆囊炎、梗阻性化脓性胆管炎、急性阑尾炎、完全性肠梗阻、异位妊娠破裂等需立即手术治疗。

(2) 对诊断不明的腹痛、腹膜炎体征加剧,且全身中毒症状严重者,应在非手术治疗的同时,积极完善术前准备,尽早手术治疗。



五、护理诊断/问题

1. 焦虑、恐惧 与突然发病、剧烈疼痛、紧急手术、担忧预后等因素有关。
2. 急性疼痛 与腹腔器官的炎症、穿孔、痉挛、梗阻、绞窄、损伤、出血及手术等有关。
3. 体温过高 与腹部器官炎症或继发腹腔感染有关。



五、护理诊断/问题

4. 有体液不足 与腹腔渗液、肠腔积液、出血、呕吐、禁食、胃肠减压等有关。
5. 营养失调：低于机体需要量 与摄入不足（禁食）和消耗、丢失过多等有关。
6. 并发症 低血容量性休克、感染性休克等。



六、护理诊断/问题

(一) 非手术治疗患者的护理

1. 减轻或有效缓解疼痛

(1) 体位：休克患者平卧位或休克中凹卧位，无休克的情况下一般取半卧位，促使腹液流向盆腔，减少吸收和减轻中毒症状，有利于炎症的局限和引流，减轻腹胀而有利呼吸和循环。

(2) 四禁四抗：严格执行“四禁”，即“**禁饮食、禁用止痛剂、禁服泻药、禁止灌肠**”。急腹症病人没有明确诊断之前禁用止痛剂，以免掩盖病情，一般给与严格禁食，必要时胃肠减压，控制炎症的扩散，减轻胃肠积气、积液，减少消化液和胃内容物自穿孔部位漏入腹膜腔，从而减轻腹胀和腹痛。做好“四抗”：“**抗感染、抗休克、抗水电解质紊乱和酸碱失衡、抗腹胀**”的护理。

2. 病情观察

(1) 密切观察病人腹痛的部位、性质、程度和伴随症状有无变化, 及其生命体征。若病人呼吸急促, 血氧分压 $<60\text{mmHg}$, 提示有发生ARDS的倾向; 若体温升高、白细胞计数及中性粒细胞比例增多, 为感染征象。若脉搏增快, 面色苍白、皮肤湿冷, 为休克征象; 若血压及血红蛋白值进行性下降, 提示有腹腔内出血等

(2) 动态观察检查结果 如三大常规、血电解质、动脉血气分析、肝肾功能等检查; X线、B超等检查结果。注意有无水电解质及酸碱失衡和感染等情况。

3. 维持体液平衡

(1) 消除病因，有效控制体液的进一步丢失。

(2) 补充血容量：迅速建立静脉通路，根据医嘱正确、及时和合理安排晶体和胶体液的输注种类和顺序。若有大量消化液丢失，先输注平衡盐溶液；有腹腔内出血或休克者，应快速输液并输血尽快补充血液容量。

(3) 对神志不清或伴休克者，应留置导尿管，并根据尿量调整输液量和速度。

(4) 准确记录出入水量，维持水电解质的平衡。



4. 心理护理

病人及家属常常缺乏思想准备,对疾病认知有限,担心不能得到及时有效的诊断、治疗或预后不良,护理人员应主动、积极迎诊和关心病人,向病人耐心解释引起腹痛的可能原因,检查的必要性、治疗的意义,稳定情绪、积极配合。



(二) 手术治疗患者的护理：术前护理同非手术治疗患者。

1. 病情观察

- ①观察生命体征、意识、瞳孔等
- ②观察切口敷料、引流等情况
- ③动态观察腹部症状和体征



2. 腹腔引流管的护理 ①妥善固定:正确连接引流装置、做好标记并妥善固定腹腔引流管,防止病人变换体位时牵拉而脱出;②保持通畅:避免引流管受压、扭曲而堵塞,对负压引流者及时调整负压参数,维持有效引流;③观察记录:观察引流物的颜色、性质和量,并详细记录,以了解病情发展的趋势;④严格无菌:严格无菌操作,引流管远端接引流袋时,先消毒引流管口后再连接,以免引起逆行感染;⑤适时拔管:当引流量减少、颜色澄清、病人体温及血白细胞计数恢复正常,可考虑拔管。

3. 营养支持：术后禁食期间通过静脉补充水、电解质和必需的营养物质。胃肠功能恢复、肛门排气、无腹痛腹胀等不适，可进流质饮食，逐步过渡到正常饮食。

4. 并发症的观察及护理

(1) 出血：密切观察切口敷料有无血性液渗出、引流管是否有鲜红色血性液流出，严密监测生命体征，如引流管引出血性液体每小时大于100ml，持续3~4小时不止，且有脉搏细数、血压下降、出冷汗等表现时，应及时通知医生，给予止血药物、抗休克等治疗，必要时手术止血。



3. 营养支持 术后禁食期间通过静脉补充水、电解质和必需的营养物质。胃肠功能恢复、肛门气、无腹痛腹胀不适,可进流质饮食,逐步过渡到正常饮食。

4. 并发症的观察及护理

(1) 出血: 密切观察切口敷料有无血性液渗出、引流管是否有鲜红色血性液流出,严密监测生命体征。如引流管引出血性液每小时大于100ml,持续3~4小时不止,且有脉搏细数、血压下降、出冷汗等表现时,应及时通知医生,给予止血药物、抗休克等治疗,必要时手术止血。

(2) 腹腔内残余脓肿和痿：①体位：腹腔或盆腔疾病病人取半坐卧位，以使腹腔内炎性液、血液等漏出物积聚并局限于盆腔，可减少毒素吸收并有利于积液或脓液的引流。②有效引流：腹腔内置引流管时，须保持引流通畅，并观察引流物的量，色和性质并作好记录。③控制感染：遵医嘱科学合理使用抗菌药物。④加强观察：若引流物为肠内容物或浑浊脓性液体且病人腹痛加剧，出现腹膜刺激征，同时伴有发热、白细胞计数及中性粒细胞比例上升，多为腹腔内感染或痿，应及时报告医生。

5. 心理护理：

护士要主动与病人及家属有效沟通, 提供个性化的健康指导。对担忧术后并发症或因较大手术影响生活质量的病人, 应加强心理护理疏导, 教会其如何正确应对。



七、健康指导

1. 养成良好的饮食和卫生习惯。
2. 保持清洁和易消化的均衡膳食。
3. 积极控制急腹症的各类诱因,养成良好生活方式,如有溃疡病者,应按医嘱定时服药;胆道疾病和慢性胰腺炎者需适当控制油腻饮食;反复发生粘连性肠梗阻者应当避免暴饮暴食及饱食后剧烈运动。
4. 急腹症行手术治疗者,术后应早期开始活动,以预防粘连性肠梗阻。



谢谢观看

