

急性腹膜炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E6\\_80\\_A5\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_85\\_B9\\_E8\\_c22\\_302825.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_85_B9_E8_c22_302825.htm) 名称急性腹膜炎所属科室普通外科病因病因及分类（一）根据腹膜炎的发病机理分：1、原发性腹膜炎 原发性腹膜炎临床上较少见，是指腹腔内无原发病灶，病原菌是经由血循、淋巴途径或女性生殖系等而感染腹腔所引起的腹膜炎。多见于体质衰弱，严重肝病患者或在抗病能力低下的情况下，或肾病、猩红热、营养不良并发上呼吸道感染时均可致病，尤其是10岁以下的女孩多见。脓液的性质据菌种而不同，常见的溶血性链球菌的脓液稀薄而无臭味，脓汁和血培养可找到溶血性链球菌和肺炎双球菌。临床上常有急性腹痛、呕吐、腹泻，并迅速出现脱水或全身中毒症状。2、继发性腹膜炎 继发性腹膜炎是临床上最常见的急性腹膜炎，继发于腹腔内的脏器穿孔，脏器的损伤破裂，炎症和手术污染。主要常见病因有阑尾炎穿孔，胃及十二指肠溃疡急性穿孔，急性胆囊炎透壁性感染或穿孔，伤寒肠穿孔，以及急性胰腺炎，女性生殖器官化脓性炎症或产后感染等含有细菌之渗出液进入腹腔引起腹膜炎。绞窄性肠梗阻和肠系膜血管血栓形成引起肠坏死，细菌通过坏死之\*\*\*进入腹腔。导致腹膜炎。其他如腹部手术污染腹腔，胃肠道吻合口漏，以及腹壁之严重感染，均可导致腹膜炎。正常胃肠道内有各种细菌，进入腹腔后绝大多数均可成为继发性腹膜炎的病原菌；其中以大肠杆菌最为多见，其次为厌氧杆菌、链球菌、变形杆菌等，还有肺炎双球菌，淋病双球菌，绿脓杆菌。但绝大多数情况下为混合感染。多种细菌的同时存在可发生协同的病理作用，极大地增加了感染的严重性

，故毒性剧烈。（二）根据病变范围分：1、局限性腹膜炎；腹膜炎局限于病灶区域或腹腔的某一部分，如炎症由于大网膜和肠曲的包裹形成局部脓肿，如阑尾四周脓肿，膈下脓肿，盆腔脓肿等。2、弥漫性腹膜炎：炎症范围广泛而无明显界限，临床症状较重，若治疗不即时可造成严重后果。（三）根据炎症性质分：1. 化学性腹膜炎：见于溃疡穿孔，急性出血坏死型胰腺炎等、胃酸、十二指肠液，胆盐胆酸，胰液的强烈刺激而致化学性腹膜炎此时腹腔渗液中无细菌繁殖。2. 细菌性腹膜炎：腹膜炎是由细菌及其产生之毒素的刺激引起腹膜炎。如空腔脏器穿孔8小时后多菌种的细菌繁殖化脓，产生毒素。将腹膜炎分为不同类型，主要是为了治疗上的须要。然而这些类型在一定条件下是可以互相转化的。如溃疡穿孔早期为化学性腹膜炎，经过6~12小时后可转变成为细菌性化脓性腹膜炎；弥漫性腹膜炎可局限为局限性腹膜炎、相反，局限性腹膜炎也可发展为弥漫性腹膜炎。病理腹膜受到刺激后发生充血水肿，并失去固有光泽，随之产生大量浆液性渗出液。一方面可以稀释腹腔内毒素及消化液，以减轻对腹膜的刺激。另一方面也可以导致严重脱水，蛋白质丢失和电解质紊乱。渗出液中逐渐出现大量中性粒细胞，吞噬细胞，可吞噬细菌及微细颗粒。加以坏死组织，细菌和凝固的纤维蛋白，使渗出液变为混浊，继而成为脓液。常见之以大肠杆菌为主的脓液呈黄绿色、稠厚，并有粪臭味，在诊断上有着重要意义。腹膜炎形成后之转归，要根据病人之抗菌能力和感染之严重程度及治疗的效果而定。一般年青体壮者，抗病能力强，加之致病毒力弱，病变损害轻，治疗适当，则腹膜炎可向好转方向发展，炎症消散，腹膜病变自行修

复而痊愈。假如感染局限为膈下脓肿，盆腔脓肿，肠袢间脓肿则需切开引流治疗。年老体弱，病变严重，治疗不适当不及时则感染可迅速扩散而形成弥漫性腹膜炎，此时腹膜严重充血、广泛水肿、炎性渗出不断增加，血容量急骤减少，腹腔内可积存数千毫升脓液，肠管浸泡在脓液中，胃\*\*\*也高度充血水肿，肠管内布满大量液体和气体，肠管高度膨胀、肠蠕动减弱或消失，形成麻痹性肠梗阻。由于腹膜吸收了大量毒素以致发生中毒性休克。膨胀的肠管可迫使膈肌升高，从而影响心脏功能。下腔静脉回流受阻，回心血量进一步减少，气体交换也受到一定障碍，加之高烧毒血症和败血症，脱水酸中毒、中毒性休克加深等。最后可导致多脏器衰竭（MSOF），这些都是急性化脓性腹膜炎的主要致死原因。腹膜炎被控制后，根据病变损伤的范围和程度，常遗留有相应的纤维粘连，但大多数粘连并不产生任何后果，而部分患者可产生粘连性肠梗阻，所以及时的清除病灶和控制感染，手术时彻底清洗腹腔，对预防粘连性肠梗阻的发生有一定意义。

临床表现 急性腹膜炎的主要临床表现，早期为腹膜刺激症状如（腹痛、压痛、腹肌紧张和反跳痛等）。后期由于感染和毒素吸收，主要表现为全身感染中毒症状。

（一）腹痛 这是腹膜炎最主要的症状。疼痛的程度随炎症的程度而异。但一般都很剧烈，不能忍受，且呈持续性。深呼吸、咳嗽，转动身体时都可加剧疼痛。故病人不顾变动体位，疼痛多自原发灶开始，炎症扩散后漫延及全腹，但仍以原发病变部位较为显著。

（二）恶心、呕吐：此为早期出现的常见症状。开始时因腹膜受刺激引起反射性的恶心呕吐，呕吐物为胃内容物。后期出现麻痹性肠梗阻时，呕吐物转为黄绿色之含胆汁液，甚

至为棕褐色粪样肠内容物。由于呕吐频繁可呈现严重脱水和电解质紊乱。（三）发热：忽然发病的腹膜炎，开始时体温可以正常，之后逐渐升高。老年衰弱的病人，体温不一定随病情加重而升高。脉搏通常随体温的升高而加快。假如脉搏增快而体温反而下降，多为病情恶化的征象，必须及早采取有效措施。（四）感染中毒：当腹膜炎进入严重阶段时，常出现高烧、大汗口干、脉快，呼吸浅促等全身中毒表现。后期由于大量毒素吸收，病人则处于表情淡漠，面容憔悴，眼窝凹陷，口唇发绀，肢体冰冷，舌黄干裂，皮肤干燥、呼吸急促、脉搏细弱，体温剧升或下降，血压下降休克，酸中毒。若病情继续恶化，终因肝肾功能衰弱及呼吸循环衰竭而死亡。（五）腹部体征：表现为腹式呼吸减弱或消失，并伴有明显腹胀。腹胀加重常是判定病情发展的一个重要标志。压痛反跳痛是腹膜炎的主要体征，始终存在，通常是遍及全腹而以原发病灶部位最为显著。腹肌紧张程度则随病因和病人全身情况的不同而有轻重不一。突发而剧烈的刺激，胃酸和胆汁这种化学性的刺激，可引起强烈的腹肌紧张，甚至呈“强直，临床上叫”。而老年人，幼儿，或极度虚弱的病人，腹肌紧张可以很稍微而被忽视。当全腹压痛剧烈而不易用扪诊的方法去辨别原发病灶部位时，轻轻叩诊全腹部常可发现原发病灶部位有较显著的叩击痛，对定位诊断很有帮助。腹部叩诊可因胃肠胀气而呈鼓音。胃肠道穿孔时，因腹腔内有大量游离气体平卧位叩诊时常发现肝浊音界缩小或消失。腹腔内积液多时，可以叩出移动性浊音，也可以用来为必要的腹腔穿刺定位。听诊常发现肠鸣音减弱或消失。直肠指诊时，如直肠前窝饱满及触痛，则表示有盆腔感染

存在。检查白细胞计数增高，但病情严重或机体反应低下时，白细胞计数并不高，仅有中性粒细胞比例升高或毒性颗粒出现。腹部X线检查可见肠腔普遍胀气并有多个小气液面等肠麻痹征象，胃肠穿孔时，多数可见膈下游离气体存在（应立位透视）。这在诊断上具有重要意义。体质衰弱的病人，或因有休克而不能站立透视的病人，即可以行侧卧拍片也能显示有无游离气体存在。诊断根据腹痛病史，结合典型体征，白细胞计数及腹部X线检查等，诊断急性腹膜炎一般并不困难。明确发病原因是诊断急性腹膜炎的重要环节。原发性腹膜炎常发生于儿童呼吸道感染期间、患儿忽然腹痛呕吐、腹泻并出现明显的腹部体征。病情发展迅速。而继发性腹膜炎的病因很多，只要仔细讯问病史结合各项检查和体征进行综合分析即可诊断，腹肌的程度并不一定反应腹内病变的严重性。例如儿童和老人的腹肌紧张度就不如青壮年显著；某些疾病如伤寒肠穿孔或应用了肾上腺皮质激素后，腹膜刺激征往往有所减轻。故不能单凭某一项重要体征的有无而下结论，要进行全面分析。若在诊断时须要进一步辅助检查。如肛指检查，盆腔检查，低半卧位下诊断性腹腔和女性后穹窿穿刺检查。根据穿刺所得液体颜色，气味、性质，及涂片镜检，或淀粉酶值的定量测定等来判定病因。也可做细菌培养。腹腔抽出的液体大致有透明，混浊、脓性、血性和粪水样几种。结核性腹膜炎为草黄色透明之粘性液，上消化道穿孔为黄绿色混浊液含有胃液，胆汁。急性阑尾炎穿孔为稀薄带有臭味之脓液。而绞窄性肠梗阻肠坏死，可抽出血性异臭之液体。急性出血坏死性胰腺炎可抽出血性液而且胰淀粉酶定量很高。若腹穿为完全之新鲜不凝血则考虑为腹腔内实质

性脏器损伤。一般空腔脏器穿孔引起的腹膜炎多是杆菌为主的感染。只有原发性腹膜炎是球菌为主的感染。假如腹腔液体在100ml以下，诊断性腹穿不易成功。为明确诊断，可行诊断性腹腔冲洗，在无菌下注入生理盐水后再抽出进行肉眼检查和镜检，会给明确诊断提出可靠资料。对病因实在难以确定而又有肯定手术指针的病例，则应尽早进行剖腹探查以便及时发现和处理原发病灶，不应为了等待确定病因而延误手术时机。

鉴别诊断（一）内科疾病有不少内科疾病具有与腹膜炎相似的临床表现，必须严加区别，以免错误治疗。肺炎、胸膜炎、心包炎、冠心病等都可引起反射性腹痛，疼痛也可因呼吸活动而加重。因此呼吸短促、脉搏变快，有时出现上腹部腹肌紧张而被误认为腹膜炎。但具体追问疼痛的情况，细致检查胸部，加以腹部缺乏明显和肯定的压痛及反跳痛，即可作出判定。急性胃肠炎、痢疾等也有急性腹痛、恶心、呕吐、高热、腹部压痛等，易误认为腹膜炎。但饮食不当的病史、腹部压痛不重、无腹肌紧张、听诊肠鸣音增强等，均有助于排除腹膜炎的存在。其他，如急性肾盂肾炎、糖尿病酮中毒、尿毒症等也均可有不同程度的急性腹痛、恶心、呕吐等症状，而无腹膜炎的典型体征，只要加以分析，应能鉴别。

（二）急性肠梗阻多数急性肠梗阻具有明显的阵发性腹部绞痛、肠鸣音亢进，腹胀，而无肯定压痛及腹肌紧张，易与腹膜炎鉴别。但如梗阻不解除，\*\*\*水肿郁血，肠蠕动由亢进转为麻痹，临床可出现鸣音减弱或消失，易与腹膜炎引起肠麻痹混淆。除细致分析症状及体征，并通过腹部X线摄片和密切观察等予以区分外，必要时需作剖腹探查，才能明确。

（三）急性胰腺炎水肿性或出血坏死性胰腺炎均有轻重

不等的腹膜刺激症状与体征，但并非腹膜感染；在鉴别时，血清或尿淀粉酶升高有重要意义，从腹腔穿刺液中测定淀粉酶值有时能肯定诊断。（四）腹腔内或腹膜后积血 各种病因引起腹内或腹膜后积血，可以出现腹痛、腹胀、肠鸣音减弱等临床现象，但缺乏压痛、反跳痛、腹肌紧张等体征。腹部X线摄片、腹腔穿刺和观察往往可以明确诊断。（五）其他 泌尿系结石症、腹膜后炎症等均由于各有其特征，只要细加分析，诊断并不困难。治疗 治疗原则上是积极消除引起腹膜炎之病因，并彻底清洗吸尽腹腔内存在之脓液和渗出液，或促使渗出液尽快吸收、局限。或通过引流而消失，为了达到上述目的，要根据不同的病因，不同的病变阶段，不同的病人体质，采取不同的治疗措施。总的来说，急性腹膜炎的治疗可分为非手术治疗和手术治疗两种。（一）治疗方法上的选择：非手术治疗应在严密观察及做好手术预备的情况下进行，其指征是：原发性腹膜炎或盆腔器官感染引起腹膜炎；前者的原发病灶不在腹腔内，后者对抗菌素有效一般不需手术，但在非手术治疗的同时，应积极治疗其原发病灶。

急性腹膜炎的初期尚未遍及全腹，或因机体抗病力强，炎症已有局限化的趋势，临床症状也有好转，可暂时不急于手术。急性腹膜炎病因不明病情也不重，全身情况也较好，腹腔积液不多，腹胀不明显，可以进行短期的非手术治疗进行观察（一般4~6小时）。观察其症状，体征和化验，以及非凡检查结果等，然后根据检查结果和发展情况以决定是否须要手术。手术治疗通常适用于病情严重，非手术疗法无效者，其指征是：腹腔内原发病灶严重者，如腹内脏器损伤破裂、绞窄性肠梗阻、炎症引起肠坏死、肠穿孔、胆囊坏疽

穿孔、术后之胃肠吻合口瘘所致之腹膜炎。 弥漫性腹膜炎较重而无局限趋势者。 病人一般情况差，腹腔积液多，肠麻痹重，或中毒症状明显，尤其是有休克者。 经保守治疗（一般不超过12小时），如腹膜炎症状与体征均不见缓解，或反而加重者。 原发病必须手术解决的，如阑尾炎穿孔、胃、12指肠穿孔等。

（二）非手术治疗方法 体位：在无休克时，病人应取半卧位，有利于腹内之渗出液积聚在盆腔，因为盆腔脓肿中毒症状较轻，也便于引流处理。半卧位时要经常活动两下肢，改换受压部位，以防发生静脉血栓形成和褥疮。

禁食：对胃肠道穿孔病人必须绝对禁食，以减少胃肠道内容物继续漏出。对其他病因引起之腹膜炎已经出现肠麻痹者，进食能加重肠内积液积气使腹胀加重。必须待肠蠕动恢复正常后，才可开始进饮食。

胃肠减压：可以减轻胃肠道膨胀，改善胃\*\*血运，减少胃肠内容物通过破口漏入腹腔，是腹膜炎病人不可少的治疗，但长期胃肠减压妨碍呼吸和咳嗽，增加体液丢失可造成低氯低钾性硷中毒，故一旦肠蠕动恢复正常应及早拔去胃管。

静脉输入晶胶体液：腹膜炎禁食患者必须通过输液以纠正水电解复和酸硷失调。对严重衰竭病人应多输点血和血浆，白蛋白以补充因腹腔渗出而丢失后蛋白防止低蛋白血症和贫血。对轻症病人可输给葡萄糖液或平衡盐，对有休克之病人在输入晶胶体液之同时要有必要的监护、包括血压、脉率、心电、血气、中心静脉压，尿比重和酸碱度，红细胞压积、电解质定量观察、肾功能等，用以即时修正液体的内容和速度，和增加必要的辅助药物。也可给一定量的激素治疗。在基本扩容后可酌情使用血管活性药，其中以多巴胺较为安全，确诊后可边抗休克边进行手



术。 补充热量与营养：急性腹膜炎须要大量的热量与营养以补其需要，其代谢率为正常的140%，每日须要热量达3000~4000千卡。当不能补足所需热量时，机体内大量蛋白质被消耗，则病人承受严重损害，目前除输葡萄糖供给部分热量外，尚须输给复方氨基酸液以减轻体内蛋白的消耗，对长期不能进食的病人应考虑深静脉高营养治疗。 抗菌素的应用：由于急性腹膜炎病情危重且多为大肠杆菌和粪链菌所致的混合感染，早期即应选用大量广谱抗力素，之后再根据细菌培养结果加以调整，给药途径以静脉滴注较好，除大肠杆菌、粪链球菌外，要注重有耐药的金黄色葡萄球菌和无芽胞之厌氧菌（如粪杆菌）的存在，非凡是那些顽固的病例，适当的选择敏感的抗菌素如：氯霉素、氯林可霉素、甲硝唑、庆大霉素、氨基苄青霉素等。对革兰氏阴性杆菌败血症者可选用第三代头孢菌素如菌必治等。 镇痛：为减轻病人痛苦适当地应用镇静止痛剂是必要的。对于诊断已经明确，治疗方法已经决定的病人，用杜冷丁或吗啡来制止剧痛也是答应的，且在增强\*\*\*肌肉之张力和防止肠麻痹有一定作用。但假如诊断尚未诊定，病人还须要观察时，不宜用止痛剂以免掩盖病情。（三）手术治疗 病灶处理：清除腹膜炎之病因是手术治疗之主要目的。感染源消除的越早，则预后愈好，原则上手术切口应该愈靠近病灶的部位愈好，以直切口为宜便于上下延长、并适合于改变手术方式。探查要轻柔细致，尽量避免不必要的解剖和分离，防止因操作不当而引起感染扩散，对原发病灶要根据情况做出判定后再行处理、坏疽性阑尾炎和胆囊炎应于切除、若局部炎症严重，解剖层次不清或病情危重而不能耐受较大手术时可简化操作，只做病灶周之引

流或造瘘术。待全身情况好转、炎症愈合后3~6个月来院做择期胆囊切除或阑尾切除术。对于坏死之肠段必须切除。条件实在不答应时可做坏死肠段外置术。一面抗休克一面尽快切除坏死肠段以拯救病人，此为最佳手术方案。对于胃十二指肠溃疡穿孔在病人情况答应下，如穿孔时间短处在化学性腹膜炎阶段，空腹情况下穿孔、腹腔污染轻，病变确须切除时应考虑行胃大部切除术，若病情严重，病人处于中毒性休克状态，且腹腔污染重处在化脓性腹膜炎阶段，则只能行胃穿孔修补术，待体质恢复、3~6个月后住院择期手术。

**清理腹腔：**在消除病因后，应尽可能的吸尽腹腔内脓汁、清除腹腔内之食物和残渣、粪便、异物等，清除最好的办法是负压吸引，必要时可以辅以湿纱布摺式，应避免动作粗糙而伤及浆膜表面之内皮细胞。若有大量胆汁，胃肠内容物严重污染全腹腔时，可用大量生理盐水进行腹腔冲洗，一面洗、一面吸引，为防止冲洗时污染到膈下、可适当将手术床摇为头高之斜坡位，冲洗到水清亮为止，若病人体温高时，亦可用4~100C之生理盐水冲洗腹腔，兼能收到降温效果。当腹腔内大量脓液已被形成的假膜和纤维蛋白分隔时，为达到引流通畅的目的、必须将假膜和纤维蛋白等分开，去除、虽有一定的损伤但效果较好。

**引流：**引流的目的是使腹腔内继续产生的渗液通过引流物排出体外，以便残存的炎症得到控制，局限和消失。防止腹腔脓肿的发生。弥漫性腹膜炎手术后，只要清洗干净，一般不须引流。但在下列情况下必须放置腹腔引流

1. 坏疽病灶未能切除，或有大量坏死组织未能清除时。
2. 坏疽病灶虽已切除，但因缝合处组织水肿影响愈合有漏的可能时。
3. 腹腔内继续有较多渗出液或渗血时。
- 4.

局限性脓肿。通常采用之引流物有烟卷引流，橡皮管引流，双套管引流，潘氏引流管，橡皮片引流、引流物一般放置在病灶四周和盆腔底部。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)