

急性腹膜炎_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_85_B9_E8_c22_611185.htm 急性腹膜炎（acute peritonitis）是由感染、化学性物质（如胃液、肠液、胆汁、胰液等）或损伤引起的腹膜急性炎症性病变。其中以细菌感染引起者最多。【治疗措施】治疗急性腹膜炎的基本原则是控制与清除已存在的感染，不使其漫延和扩展，以及纠正因腹膜炎引起的病理生理方面的紊乱。一般而言，凡急性腹膜炎的诊断已经明确，而又已查明或已推测到原发病灶之所在，若患者情况许可、应尽早施行手术、如缝合胃肠之穿孔，切除阑尾、胆囊等病灶、清理或引流腹腔脓性渗出物等。对诊断为原发性腹膜炎的病例、或弥漫性腹膜炎病程已超过1~2天，炎症已有局限趋势者。或年老体衰、中毒症状严重者，则可先行内科支持治疗，并密切观察病情的演变。内科支持治疗当然亦可视为手术前的准备，因一旦必要时仍需手术治疗。内科支持治疗包括：1.卧床休息、宜前倾30°~45°的半卧位，以利炎性渗物流向盆腔而易于引流。若休克严重则自当取平卧位。2.禁食并作胃肠减压。3.纠正体液、电解质及酸碱平衡的失调。应给予充份的输液，务使每日之尿量在1500ml左右，若能根据中心静脉压测定之结果考虑输液量最好。此外尚应根据血电解质测定之结果计算应输入之氯化钾或钠盐的量，根据血二氧化碳结合率或血液的ph值来考虑使用碳酸氢钠等治疗。4.如有条件最好给予静脉内高营养治疗，或少量输血浆、全血，以改善病人的全身情况及增强免疫力。5.抗菌治疗为急性腹膜炎最重要的内科疗法。一般继

发性腹膜炎多为需氧菌与厌氧菌的混合感染，故宜采用广谱抗生素或使用数种抗生素联合治疗。如能获得病原菌、依药敏试验结果选用抗菌素更佳。6.剧烈疼痛或烦躁不安者，如诊断已经明确，可酌用哌替啶、苯巴比妥等药物。如有休克自应积极进行抗休克治疗等。【病因学】产生急性腹膜炎的原因很多，主要有以下几种：（一）腹内脏器的急性穿孔与破裂大都发生于已有病变的脏器。空腔脏器穿孔往往因溃疡或坏疽性病变进展而突然发生，例如，急性阑尾炎、消化性溃疡、急性胆囊炎、伤寒溃疡、胃或结肠癌、溃疡性结肠炎、溃疡性肠结核、阿米巴肠病、憩室炎等穿孔而导致急性腹膜炎。实质脏器例如肝、脾，也可因脓肿或癌肿而发生破裂。（二）腹内脏器急性感染的扩散例如急性阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、憩室炎、女性生殖道上升性感染（如产褥热、输卵管炎）等，可蔓延至腹膜引起急性炎症。（三）急性肠梗阻肠套叠、肠扭转、嵌顿性疝、肠系膜血管栓塞或血栓形成等引起绞窄性肠梗阻后，因肠壁损伤，失去正常的屏障作用，肠内细菌可经肠壁侵入腹腔，产生腹膜炎。（四）腹部外科情况利器、子弹穿通腹壁时，可穿破空腔脏器，或将外界细菌引入腹腔，腹部撞伤有时也可使内脏破裂，产生急性腹膜炎。腹部手术时，可由于消毒不严，而将外面细菌带至腹腔；也可因手术不慎，使局部的感染扩散，或胃、肠、胆、胰的缝合口溢漏，有时由于腹腔穿刺放液或作腹膜透析时忽视无菌操作，均可造成急性腹膜炎的后果。（五）血行播散性感染可引起原发性急性腹膜炎。腹膜感染中最常见的细菌为大肠杆菌、肠球菌、绿脓杆菌、变形杆菌、产气荚膜杆菌及其他厌氧菌。在大多数病例中呈混合型感染。【病理改变

】急性腹膜炎的病理变化常因感染的来源和方式、病原菌的毒力和数量、患者的免疫力不同而有明显的差异。感染一旦进入腹腔，腹膜立即出现炎症反应，表现为充血、水肿、渗液。渗液中的纤维蛋白可促使肠袢、大网膜和其他内脏在腹膜炎区粘着、限制炎症的扩展。但如果未能去除感染病灶、修补穿孔内脏或进行腹腔引流，或由于细菌毒力过强、数量过多，或由于患者免疫功能低下则感染扩散形成弥漫性腹膜炎。腹膜炎经治疗后炎症可逐步吸收，渗出的纤维蛋白可以机化，引起腹膜、肠袢、网膜之间的粘连，可有机械性肠梗阻之后患。腹膜炎形成后，腹腔渗液中大量的细菌与毒素经腹膜吸收、循淋巴管进入血液中，产生败血症的一系列症状。腹膜炎的初期，肠蠕动增加，不久减弱。发展为肠麻痹。肠麻痹发生后肠道分泌增加。吸收减少，肠腔内大量积气，积液。肠壁、腹膜、肠系膜水肿并有大量炎性渗出物进入腹腔，造成大量的水，电解质，蛋白质丢失。使血容量锐减。有人估计弥漫性腹膜炎患者24小时内的体液丢失量可达4~6升之多。在血容量降低和毒血症的共同作用下、肾上腺皮质分泌大量儿茶酚胺，导致心率加快、血管收缩。抗利尿激素与醛固酮的分泌增加则导致水钠潴留，由于水潴留更超过钠的潴留，引起低钠血症。细胞外液的减少和酸中毒使心排出量降低，心脏收缩功能减退。而腹胀、膈肌上抬又使患者通气量降低，呼吸急促，导致组织低氧血症。在低血容量、低心排出量及抗利尿激素与醛固酮增加的共同作用下，肾小球滤过率降低，尿量减少。由于代谢率增高而组织灌流不足、组织缺氧代谢，以致产生乳酸血症。凡此种种皆可导致体液、电解质、酸碱平衡的紊乱、心、肺、肾等重要器官功能

的损害，以致若无有效治疗即可致病人死亡。【临床表现】急性腹膜炎的主要临床表现有腹痛、腹部触痛和腹肌紧张，常伴有恶心、呕吐、腹胀、发热、低血压、速脉、气急、白细胞增多等中毒现象。因本病大多为腹腔内某一疾病的并发症，故起病前后常有原发病症状。（一）症状1.急性腹痛 腹痛是最主要最常见的症状，多数突然发生，持续存在，迅速扩展，其性质取决于腹膜炎的种类（化学性或细菌性），炎变的范围和患者的反应。胃、十二指肠、胆囊等器官急性穿破引起弥漫性腹膜炎时，消化液刺激腹膜，则骤然产生强烈的全腹疼痛，甚至产生所谓腹膜休克。少数病例在发生细菌继发感染之前，可因腹膜渗出大量液体，稀释刺激物，而出现腹痛和腹膜刺激征暂时缓解的病情好转假象；当继发细菌感染后，则腹痛再度加剧。细菌感染引起的腹膜炎一般先有原发病灶（如阑尾炎、胆囊炎等）的局部疼痛，穿孔时腹痛比较缓起，呈胀痛或钝痛，不像胃、胆囊急性穿破的剧烈，且疼痛逐渐加重并从病灶区域向全腹扩散。腹痛的程度因人而异，有些患者诉述异常剧烈的持续性疼痛，另一些仅述钝痛或不适感，而虚弱或老年患者，例如重笃的伤寒患者，在急性穿孔时可不感疼痛。2.恶心与呕吐 为出现很早的常见症状。开始由于腹膜刺激，恶心呕吐是反射性的，时有时无，吐出物为胃内容物，有时带有胆汁；以后由于麻痹性肠梗阻，呕吐变为持续性而无恶心，吐出物为棕黄色肠内容物，可有恶臭。3.其他症状 在空腔脏器急性穿孔产生腹膜炎时，由于腹膜休克或毒血症，虚脱现象常见，此时体温多低于正常或接近正常；当虚脱改善而腹膜炎继续发展时，体温开始逐渐增高。若原发病为急性感染（如急性阑尾炎和急性胆囊

炎)，在发生急性腹膜炎时，体温常比原有的更高。在急性弥漫性腹膜炎病例，由于腹膜渗出大量液体，腹膜及肠壁高度充血、水肿，麻痹的肠腔积聚大量液体，加上呕吐失水等因素，有效循环血容量及血钾总量显著减少。此外，由于肾血流量减少，毒血症加重、心、肾及周围血管功能减损，患者常有低血压及休克表现，脉搏细数或不能扪及，也可有口渴、少尿或无尿、腹胀、无肛门排气。有时有频繁的反胃，其原因可能是炎症已波及膈肌。（二）体征腹膜炎患者多有痛苦表情。咳嗽、呼吸、转动身体均可使腹痛加剧。患者被迫采取仰卧位，两下肢屈曲，呼吸表浅频数。在毒血症后期，由于高热，不进饮食、失水、酸中毒等情况，使中枢神经系统和各重要器官处于抑制状态，此时患者呈现精神抑郁、全身厥冷、面色灰白、皮肤干燥、眼球及两颊内陷、鼻部尖削、额出冷汗。腹部检查可发现典型的腹膜炎三联征--腹部压痛、腹壁肌肉痉挛和反跳痛。在局限性腹膜炎，三者局限于腹部的一处，而在弥漫性腹膜炎，则遍及全腹，并可见到腹式呼吸变浅，腹壁反射消失，肠鸣音减少或消失。压痛和反跳痛几乎始终存在，而腹壁肌肉痉挛程度则随患者全身情况不同而不一致。一般在消化性溃疡急性穿孔，腹壁肌肉呈木板样强直，而在极度衰弱例如肠伤寒穿孔或毒血症晚期病例，腹肌痉挛或强直征象可很轻微或竟缺如。腹腔内有多量渗出液时，可查出移动性浊音。胃肠穿破致气体游离于腹腔时，约55~60%病例的肝浊音区缩小或消失。当炎症局限、形成局限性脓肿或炎性肿块且近腹壁时，可能扪及边缘不清的肿块。在盆腔的肿块或脓肿有时可通过直肠指诊扪及。急性腹膜炎可以从以下各种不同的角度进行分类：1.按炎症的

范围可分为弥漫性腹膜炎和局限性腹膜炎。2.按病变的来源可分为继发性腹膜炎和原发性腹膜炎。腹膜炎中绝大多数为继发性腹膜炎，或继发于腹内脏器的原已存在的疾病和损伤，或继发于外伤及外来污染。原发性腹膜炎少见，其腹腔内原无病变，病菌由腹外病灶经血行或淋巴播散而感染腹膜，多见于免疫功能低下的肝硬化、肾病综合征及婴幼儿病例中。3.按疾病初起时的性质分为无菌性腹膜炎或感染性腹膜炎。无菌性腹膜炎常见于胃、十二指肠急性穿孔、急性胰腺炎等引起的胃液、肠液、胰液等漏入腹腔刺激腹膜而引起。但如病变持续不愈，则2~3日后亦多继发细菌感染而与感染性腹膜炎无异。【辅助检查】白细胞计数及中性粒细胞比例一般皆有显著增加，并常见核左移及中毒颗粒。在严重的弥漫性腹膜炎患者由于大量白细胞渗入腹腔，周围血中白细胞数可能不高，但中性粒细胞比例仍高。在衰老或免疫功能低下者亦然。尿液因失水而浓缩，可出现蛋白与管型、尿醋酮可呈阳性。血生化检查可发现酸中毒与电解质紊乱。腹腔渗液培养常可得致病的病原菌。x线检查可显示膈下的气体。【鉴别诊断】根据症状与体征，急性腹膜炎的诊断一般不难。腹腔穿刺，吸取腹腔渗液检查对腹膜炎的诊断极为重要。对于继发性腹膜炎，应确定其原发病变的部位，以考虑进一步的治疗。但在腹膜炎征象明显时有时不易。一般而言x线检查显示膈下游离气体时提示为胃肠穿孔。如作胃肠减压和初步治疗后征状毫无好转、应考虑胆囊穿破的可能性。女性患者宜多考虑输卵管炎、卵巢炎，老年患者应考虑结肠癌或憩室穿孔的可能性。胸膜炎、肺炎等可引起发热、上腹痛、急性心肌梗塞可有剧烈上腹痛。急性胰腺炎、肾周围脓肿、甚至带

状疱疹等亦皆可以发热、腹痛。但根据病史、体征及相应的检查、不难鉴别。原发性腹膜炎的症状、体征与继发性腹膜炎相似，实验室检查结果亦多相同。但只能采取非手术疗法则与继发性腹膜炎迥异。故应注意鉴别。原发性腹膜炎与继发性腹膜炎的鉴别要点如下：1.原发性腹膜炎主要见于肝硬化腹水、肾病综合征等免疫功能减退的病人及婴幼儿，尤其是10岁以下的女童。而继发性腹膜炎则大多无此类局限。2.发生于肝硬化腹水者的原发性腹膜炎起病较缓，腹部体征中的“腹膜炎三联征”往往不甚明显。发生于婴幼儿的原发性腹膜炎起病较急、亦多不及继发性腹膜炎明显。3.腹腔内无原发感染病灶是原发性腹膜炎与继发性腹膜炎区别的关键。X检查如发现膈下游离气体则是继发性腹膜炎的证据。4.腹腔穿刺，取腹水或腹腔渗液作细菌涂片与培养检查。原发性腹膜炎都为单一细菌感染而继发性腹膜炎几乎皆是混合性细菌感染。【预防】对可能引起腹膜炎的腹腔内炎症性疾病及早进行适当的治疗是预防腹膜炎的根本措施。任何腹腔手术甚至包括腹腔穿刺等皆应严格执行无菌操作，肠道手术前应给予抗菌药物口服可减少腹膜炎的发生。【预后】由于诊断和治疗水平的进步，急性腹膜炎的预后已较过去改善。但病死率仍在5~10%左右。发生在肝硬化腹水基础上的原发性腹膜炎甚至高达40%。延误诊断而治疗较晚，小儿老人及伴心、肺、肾疾病与糖尿病者预后差。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