

化脓性腹膜炎和腹腔脓肿病人的护理

泰山护理职业学院
外科教研室

化脓性腹膜炎病人的护理

- **【病因与病理】**
- **【护理评估】**
- **【护理诊断及合作性问题】**
- **【护理目标】**
- **【护理措施】**

病因与病理

- （一）病因
- （二）病理生理



病因与病理

- (一) 病因

1. 继发性腹膜炎

2. 原发性腹膜炎

病因与病理

1. 继发性腹膜炎

是急性化脓性腹膜炎中最常见的一种，占 98 %。
继发性腹膜炎的主要致病菌多为大肠杆菌，其次为厌氧杆菌和链球菌等，大多为混合感染（图14-1）。



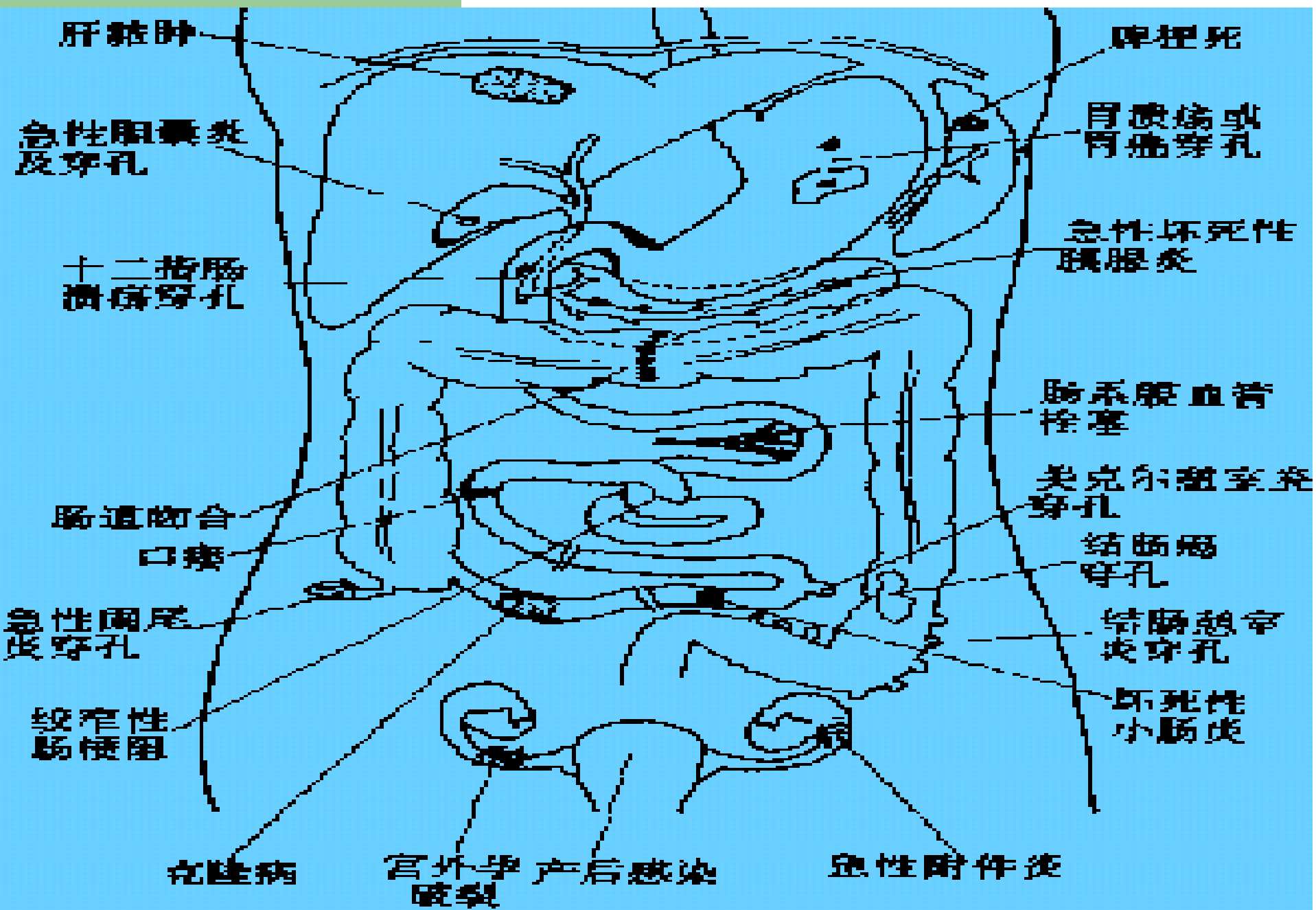


图 48-2 继发性腹膜炎的常见原因

病因与病理

- （1）腹腔内脏器穿孔或破裂：**常见于胃、十二指肠溃疡急性穿孔，腹部损伤引起内脏破裂，急性阑尾炎穿孔或急性坏疽性胆囊炎穿孔等。
- （2）腹腔内脏器炎症扩散：**见于急性化脓性阑尾炎，急性胰腺炎、绞窄性肠梗阻、女性生殖器官化脓性感染等扩散而引起腹腔炎。
- （3）腹腔手术污染：**如胃肠吻合口瘘，腹部手术时腹腔污染。



(二) 原发性腹膜炎 (primary peritonitis)

- * 自发性腹膜炎，腹腔内无原发病灶
- * 主要致病菌为溶血性链球菌、肺炎双球菌、大肠杆菌
- * 致病途径

血行播散—婴幼儿

逆行感染—女性

直接扩散—泌尿系

透壁感染—抵抗力下降



病因与病理

- **（二）病理生理**

腹膜受细菌、胃肠内容物，血液和尿液刺激后，立即产生炎症反应，表现为腹膜充血，水肿，失去光泽，并产生大量浆液性渗出液，渗出液中的大量吞噬细胞，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缺水及电解质紊乱。



病因与病理

- (二) 病理生理

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；同时，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致感染性休克；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。如局限部位化脓，积聚于膈下，盆腔，肠袢间，可形成腹腔脓肿。



护理评估

- （一）健康史
- （二）身体状况
- （三）心理——社会状况
- （四）辅助检查
- （五）治疗要点及反应



护理评估

- (一) 健康史

询问既往有无胃、十二指肠溃疡病史，阑尾炎、胆道感染、胰腺炎等发作史，其它腹腔内器官疾病和腹部手术史；了解有无酗酒等不良生活习惯；近期有无腹部外伤史；发病前有无饱食，剧烈运动等诱因；女性病人了解生殖器官感染史。



护理评估

- (二) 身体状况

1. 腹痛
2. 恶心、呕吐
3. 感染中毒症状
4. 腹部体征

护理评估

1. 腹痛

是最主要症状，特点为持续性剧烈疼痛，难以忍受。疼痛始于原发病灶部位，随炎症扩散波及全腹。深呼吸，咳嗽，转动体位时疼痛加重。



护理评估

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，发生麻痹性肠梗阻时呕吐物常含黄绿色胆汁，甚至呈棕褐色粪样肠内容物。



护理评估

3. 感染中毒症状

病人多出现高热、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。



护理评估

4 . 腹部体征

视诊有明显腹胀，腹式呼吸减弱或消失。触诊有腹部压痛，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。



护理评估

4 . 腹部体征

如胃肠或胆囊穿孔，腹肌可呈“木板样”强直；而年老体弱或幼儿则腹肌紧张多不明显，易被忽视。叩诊在胃肠胀气时呈鼓音；胃肠穿孔时，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。听诊肠鸣音减弱或消失。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。



护理评估

- （三）心理——社会状况

由于病情重，病人常有焦虑，烦躁，甚至精神症状。当需手术时，更易产生恐惧，不安全感，甚至不合作，拒绝手术。非手术治疗或诊断未明确前，因不允许用止痛剂，病人及家属可能有不理解的情绪或言行。



护理评估

- (四) 辅助检查

1. 实验室检查
2. 影像学检查
3. 诊断性穿刺
4. 腹腔灌洗

护理评估

1. 实验室检查

血常规检查 白细胞计数及中性粒细胞比例升高，
血生化检查有水，电解质及酸碱平衡紊乱的表现。



护理评估

2. 影像学检查

腹部 X 线检查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 超检查，CT 检查对腹腔内实质性脏器病变有诊断价值，并能明确脓肿位置及大小。



护理评估

3. 诊断性穿刺

是准确率较高的辅助检查措施，其操作方法是：让病人向穿刺侧侧卧 5 分钟，在脐与髂前上棘连线的中外 1/3 交界处或经脐水平线与腋前线交界处穿刺（图14-2）。根据抽出液的性状，气味，混浊度，涂片，细菌培养以及淀粉酶测定等来判断原发病变，明确病因。



护理评估

3. 诊断性穿刺

如胃、十二指肠溃疡穿孔时，抽出液呈黄色混浊状，无臭味，带食物残渣；急性化脓性阑尾炎时，腹穿液呈稀脓性，有臭味；绞窄性肠梗阻可抽出血性脓液，臭味重；如是血性渗出液且淀粉酶含量高，提示出血性坏死性胰腺炎的可能；若抽出液为血液，抽出后迅速凝固，则可能误刺入血管；若抽出不凝固血液，说明有腹内实质性脏器破裂。



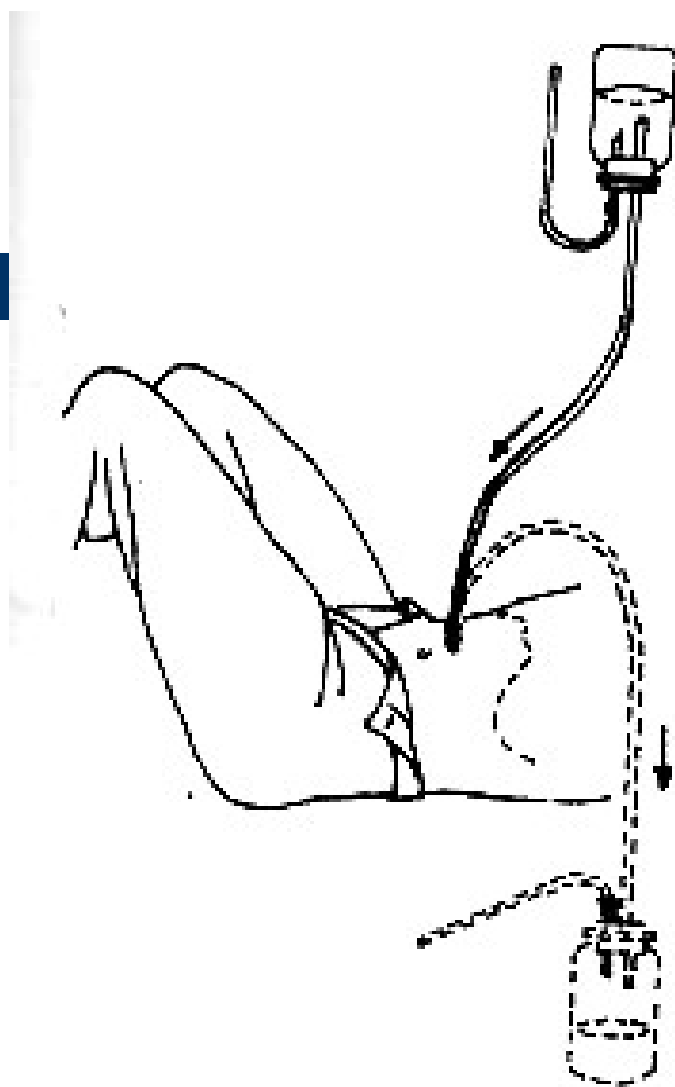


图 14—2 诊断性腹腔灌洗术

护理评估

4 . 腹腔灌洗（图14-3）

适用于难以明确诊断或病因的化脓性腹膜炎而腹腔穿刺无阳性发现者，对灌洗液进行肉眼或显微镜下检查，必要时涂片、培养或检测淀粉酶含量。符合以下任何一项者，为阳性检查结果：①灌洗液含有肉眼可见的血液，胆汁，胃肠内容物或尿液。②显微镜下红细胞计数超过 $100 \times 10^9/L$ 或白细计数超过 $0.5 \times 10^9/L$ 。③淀粉酶超过 100Somogyi 单位。④涂片发现细菌。



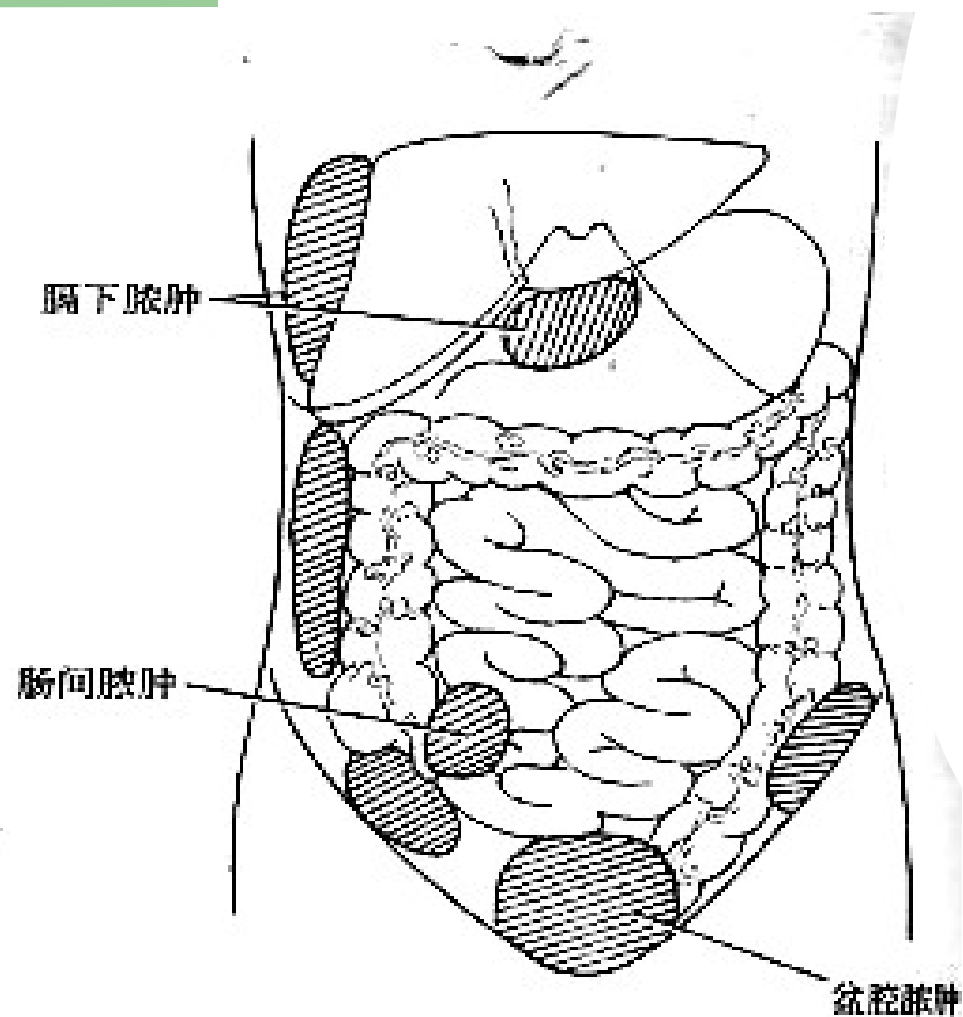


图 14—3 腹腔脓肿好发部位

护理评估

- **（五）治疗要点及反应**

治疗原则为积极处理原发病灶，消除病因，清洗或引流腹腔，促使腹腔内炎症尽快局限和吸收消散。

1. 非手术治疗
2. 手术治疗
3. 常见并发症



护理评估

1. 非手术治疗

对病情较轻或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。



护理评估

2. 手术治疗

适用于经非手术治疗 6 ~ 8 小时后（一般不超过 12 小时），病情不缓解或反而加重者；腹腔内原发病变严重；出现中毒症状，或合并休克者；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，吸净脓液；必要时安置腹腔引流。其指征是：①坏死病灶未能彻底清除或有大量坏死组织无法清除。②为预防胃肠修补术后发生渗漏。③手术部位有较多渗液、渗血。④已形成局限性脓肿。



护理评估

3. 常见并发症

- （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（图14-4）以膈下、盆腔、肠间脓肿为最多见。
- （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。



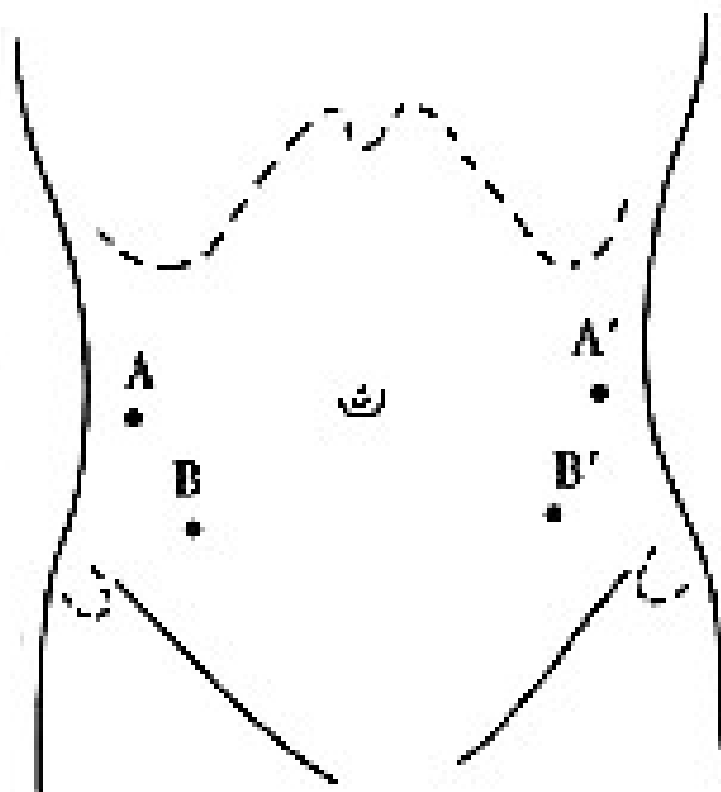


图 14—4 诊断性腹腔穿刺术进针点

护理诊断及合作性问题

- 1. 体液不足
- 2. 机型疼痛、腹痛
- 3. 体温过高
- 4. 焦虑
- 5. 潜在并发症



护理诊断及合作性问题

1. 体液不足

与禁食，呕吐，腹膜渗出有关。

2. 机械性疼痛、腹痛

3. 体温过高

4. 焦虑

5. 潜在并发症



护理诊断及合作性问题

1. 体液不足

2. 机型疼痛、腹痛

与腹膜受炎症刺激或手术创伤有关。

3. 体温过高

4. 焦虑

5. 潜在并发症



护理诊断及合作性问题

1. 体液不足
2. 机型疼痛、腹痛
3. 体温过高 与腹腔感染，毒素吸收有关。
4. 焦虑
5. 潜在并发症

护理诊断及合作性问题

1. 体液不足
2. 机型疼痛、腹痛
3. 体温过高
4. 焦虑
5. 潜在并发症

与病情严重、担心疾病预后、对手术缺乏认识、对住院后环境改变的不适应有关。



护理诊断及合作性问题

1. 体液不足
2. 机型疼痛、腹痛
3. 体温过高
4. 焦虑
5. 潜在并发症

感染性休克，腹腔脓肿，
粘连性肠梗阻。



护理目标

- 病人疼痛缓解；焦虑减轻；体温恢复正常；水、电解质及酸碱平衡基本稳定。



护理措施

- （一）非手术治疗及手术前护理
- （二）手术后护理



护理措施

- **（一）非手术治疗及手术前护理**

1. 一般护理
2. 病情观察
3. 治疗配合
4. 心理护理



护理措施

1. 一般护理

(1) 体位

(2) 禁食、胃肠减压

(3) 输液或输血



护理措施

（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，有利于腹腔炎症局限于盆腔，减轻中毒症状。休克病人取平卧位或中凹位。



护理措施

（2）禁食、胃肠减压

一般病人入院后暂禁饮食，对诊断不明或病情较重者必须严格禁饮食。对胃肠道穿孔或肠梗阻等病人，及时行胃肠减压，吸出胃肠道内容物和气体，改善胃肠道血供和减少消化道内容物自穿孔部位流入腹腔，以减轻腹胀和腹痛。



护理措施

（ 3 ） 输液或输血

建立通畅的静脉输液通道，遵医嘱静脉输液，补充足够的水，电解质和营养，必要时输全血或血浆，以维持有效循环血量。要安排好输液顺序，根据病情和补液监测指标及时调整输液速度、量和种类。



护理措施

2. 病情观察

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；记录 24 小时液体出入量；定时观察腹部症状和体征变化；动态观察血常规及生化等有关检查结果；观察有无腹腔脓肿形成。当病情突然加重，或在非手术治疗期间出现手术指征时，应立即报告医生处理。



护理措施

3. 治疗配合

- (1) **抗感染**：根据医嘱使用抗生素，注意给药途径及配伍禁忌等。
- (2) **疼痛护理**：诊断明确者可给予药物止痛，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。
- (3) **其他护理**：做好高热护理，口腔护理，生活护理等。



护理措施

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。



护理措施

- (二) 手术后护理

1. 一般护理
2. 病情观察
3. 治疗配合
4. 健康指导



护理措施

1. 一般护理

术后病人血压平稳后取半卧位，术后禁饮食并行胃肠减压。在2～3日后，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。行胃肠吻合术者，术后进食时间、进食性质更须严格控制。病情允许时，鼓励病人及早翻身或下床活动，以促进肠蠕动恢复，预防肠粘连及下肢静脉血栓形成。



护理措施

2. 病情观察

- ① 观察生命体征变化。
- ② 注意腹部症状和体征。
- ③ 观察手术伤口的情况。
- ④ 注意手术后有无腹腔内出血、伤口感染、腹腔脓肿和粘连性肠梗阻等并发症的发生。若发现异常，及时通知医生并配合处理。



护理措施

3. 治疗配合

（1）用药护理

（2）腹腔引流护理

（3）伤口护理



护理措施

（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。术后遵医嘱适当应用镇痛剂减轻疼痛，术后遵医嘱继续使用抗生素，控制感染。



护理措施

（2）腹腔引流护理

腹腔引流常用的引流管有硅管、乳胶管或双腔引流管等。引流管的腹腔内段应剪多个侧孔，其大小应与引流管的内径相近。将引流管放在病灶附近及最低位。护理时应掌握每条引流管的引流部位和作用，及时接通并妥善固定引流管，不要受压或扭曲，保持引流通畅，有效。准确观察并记录引流液的量、颜色和性状。当病人体温及血细胞计数恢复正常，腹部症状体征缓解，引流液量明显减少，色清，即可考虑拔管。



护理措施

（ 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伤口裂开。



护理措施

4. 健康指导

- ① 向病人提供疾病的护理治疗知识。
- ② 有消化系统疾病者及时治疗。
- 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。



腹腔脓肿病人的护理

- **【病因与病理】**
- **【护理评估】**
- **【护理诊断及合作性问题】**
- **【护理目标】**
- **【护理措施】**

病因与病理

1. 膈下脓肿脓液积聚于膈肌以下、横结肠及其系膜以上的间隙内称为膈下脓肿。

病人平卧时膈下部位处于最低位置，腹膜炎时腹腔内的脓液易积聚于此处，形成膈下脓肿。小的膈下脓肿经非手术治疗可被吸收，较大脓肿可因长期感染、全身中毒症状重，而使病人衰竭死亡。



病因与病理

1. 盆腔脓肿腹腔内炎性渗出物及脓液积聚于盆腔形成盆腔脓肿，多见于急性腹膜炎治疗过程中、阑尾炎穿孔及结直肠手术后。因盆腔腹膜面积较小，吸收能力较低，所以盆腔脓肿全身中毒症状常较轻。



护理评估

- （一）健康史
- （二）身体状况
- （三）辅助检查
- （四）治疗要点及反应



护理评估

- **身体状况**
- 1. 膈下脓肿病人初期表现为弛张热，脓肿形成后为持续高热，脉率增快。感染累及到胸膜、肺时可出现胸腔积液，有胸痛、咳嗽、气促等表现。
- 2. 盆腔脓肿表现为腹膜炎治疗过程中或腹部手术后，出现体温下降后又升高，有典型的直肠或膀胱刺激症状。



护理评估

- 辅助检查

1. 实验室检查

2. 影像学检查



护理评估

1. 实验室检查

血常规检查示白细胞计数和中性粒细胞比例增加

。



护理评估

2. 影像学检查

X线检查见患侧膈肌升高，肋膈角模糊或胸腔积液；**B超**或**CT**可以明确脓肿部位及大小。



护理评估

- **治疗要点**

- 1. 膈下脓肿感染早期，或脓肿较小时，采用非手术治疗或穿刺抽脓；脓肿较大时根据脓肿所在位置行手术切开引流。
- 2. 盆腔脓肿脓肿未形成或脓肿较小时，多采用非手术治疗，包括应用抗生素、热水坐浴、温盐水保留灌肠及物理治疗等；脓肿较大者手术切开引流。



护理诊断及合作性问题

1. 腹痛

2. 体温过高



护理措施

- 1. 病情观察
- 2. 用药护理
- 3. 物理治疗

