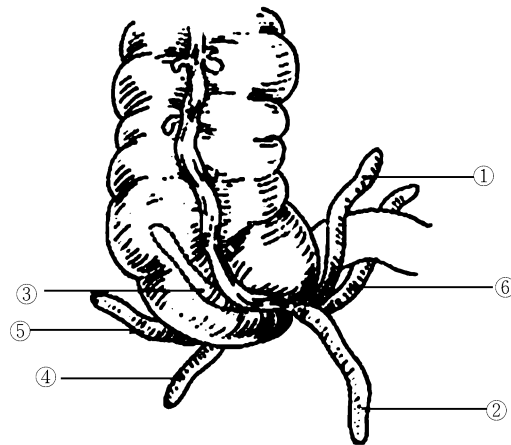


阑尾炎病人的护理

阑尾位于右髂窝部，是一条蚯蚓状盲管，长 5~10cm，直径 0.5~0.7cm，起自盲肠根部，附着于盲肠后内侧壁、三条结肠带的汇合点。其体表投影约在脐与右髂前上棘连线的外 1/3 交界处，称为麦氏（McBurney）点，是选择阑尾手术切口的标记点。阑尾的位置常随盲肠位置移动而变动，其尖端有六种不同指向（图 27-1）。

图 27-1 阑尾的解剖位置



①回肠前位； ②盆腔位； ③盲肠后位； ④盲肠下位； ⑤盲肠外侧位； ⑥回肠后位

阑尾的血运来自阑尾动脉，为肠系膜上动脉所属回结肠动脉的分支，是一个无侧支的终末动脉。阑尾静脉与动脉伴行，最终回流入门静脉。阑尾的淋巴管与系膜内的血管伴行，引流至回结肠淋巴结。阑尾的神经由交感神经纤维经腹腔丛和内脏小神经传入，其传入的脊髓节段在第 10、11 胸节，故阑尾炎发病开始时，常表现为脐周围的牵涉痛。

第一节急性阑尾炎病人的护理

【病因及病理类型】

（一）病因

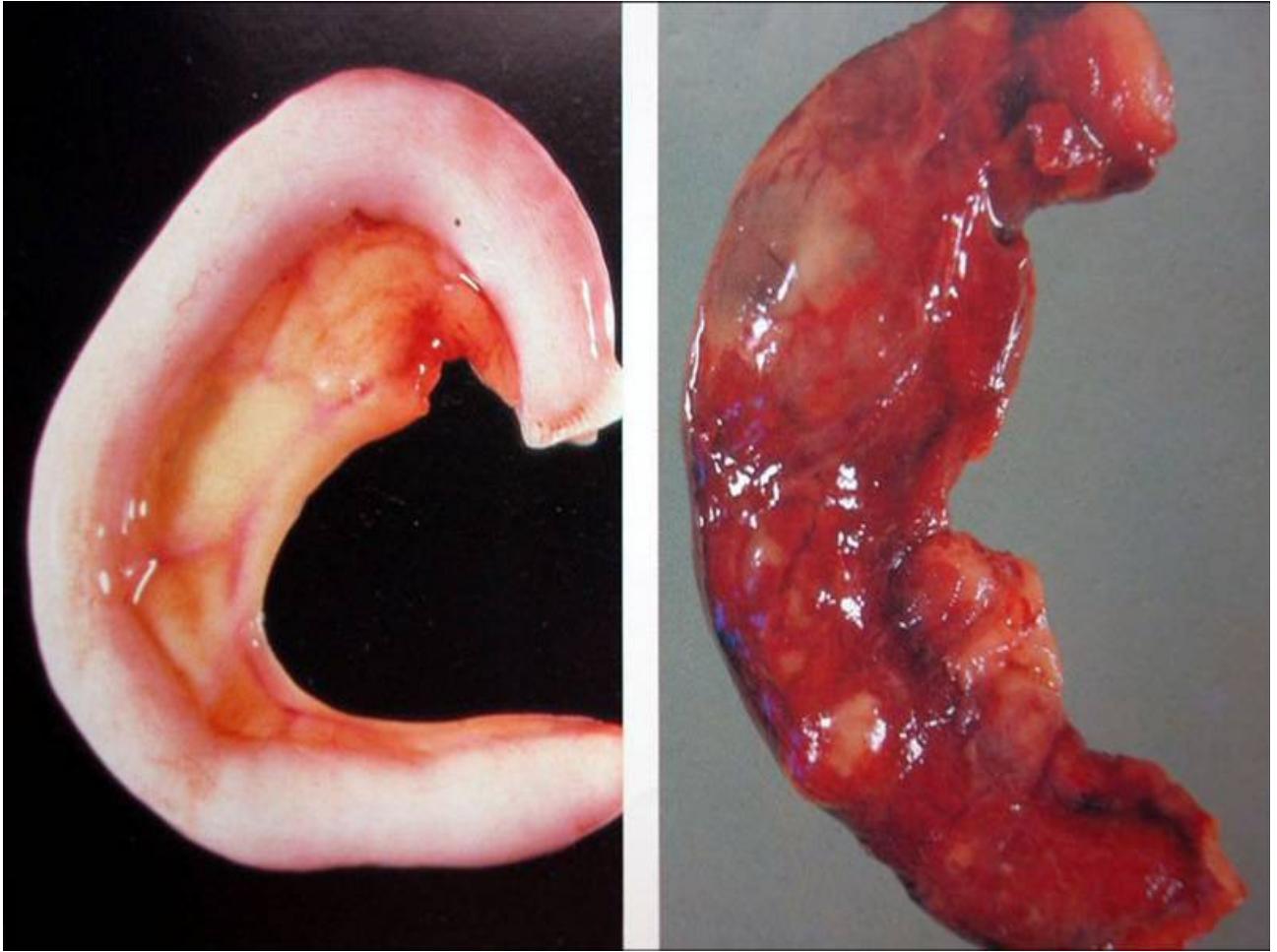
1. 阑尾管腔阻塞是急性阑尾炎最常见的病因。常见原因有：①淋巴组织明显增生，约占 60%，多见于青年人。②粪石，约占 35%。③异物、炎性狭窄、食物残渣、蛔虫、肿瘤等，较少见。④阑尾的解剖结构异常，如阑尾管腔细长，开口狭小，系膜过短致阑尾卷曲。

2. 细菌入侵阑尾管腔阻塞后，细菌繁殖，分泌内毒素和外毒素，使阑尾黏膜上皮的完整性受损、形成溃疡，致病菌沿黏膜下层扩散进入肌层使阑尾壁间质压力增高，妨碍动脉血流，造成阑尾缺血和坏死。致病菌多为肠道内的革兰阴性杆菌和厌氧菌。

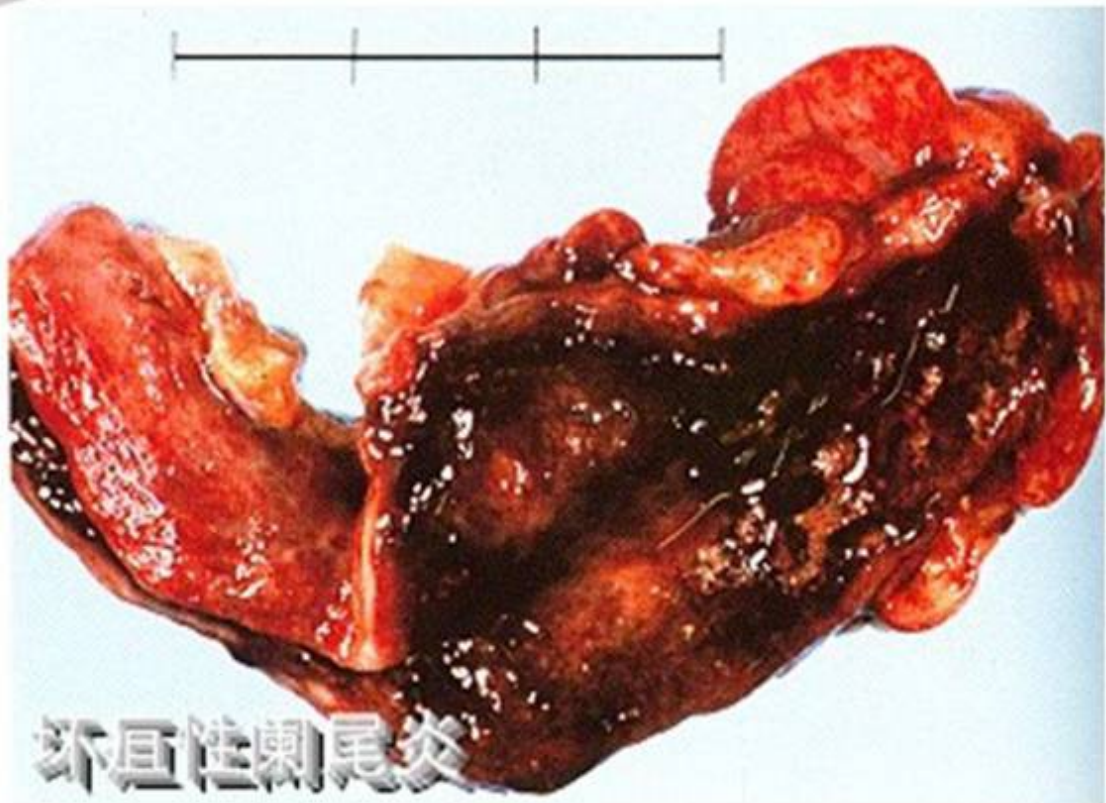
（二）病理类型

1. 急性单纯性阑尾炎是阑尾病变的早期，炎症多限于黏膜和黏膜下层。此时阑尾轻度肿胀、充血，浆膜失去正常光泽，表面有少量纤维素性渗出物。

2. 急性化脓性阑尾炎也称急性蜂窝织炎性阑尾炎，多由单纯性阑尾炎发展而来。阑尾肿胀明显，浆膜高度充血，表面有脓性渗出物。阑尾周围的腹腔内有脓液，形成局限性腹膜炎。



3.坏疽性及穿孔性阑尾炎阑尾病变进一步加剧，其管腔梗阻或积脓，腔内压力升高，管壁血运障碍，致阑尾管壁坏死或部分坏死，呈暗紫色或黑色。阑尾穿孔部位多在根部或近端。



4.阑尾周围脓肿急性阑尾炎化脓坏疽或穿孔时，大网膜可移至右下腹，包裹阑尾并形成粘连，可形成炎性肿块或阑尾周围脓肿。

急性阑尾炎的转归有：①炎症消退；②炎症局限化；③炎症扩散。

【临床表现】

1.症状

（1）转移性右下腹痛：是急性阑尾炎的特征性症状。疼痛多开始于上腹或脐部，位置不固定，为内脏神经反射性痛所致；数小时（6~8h）后转移并固定于右下腹。有70%~80%的病人具有转移性腹痛的典型症状。少部分病例发病初期即出现右下腹痛。

单纯性阑尾炎多表现为轻度隐痛或钝痛；化脓性阑尾炎多呈阵发性剧痛或胀痛；坏疽性阑尾炎呈持续性剧烈腹痛；穿孔性阑尾炎因阑尾腔压力降低，腹痛可暂时减轻，但出现腹膜炎后，腹痛又会持续加剧。

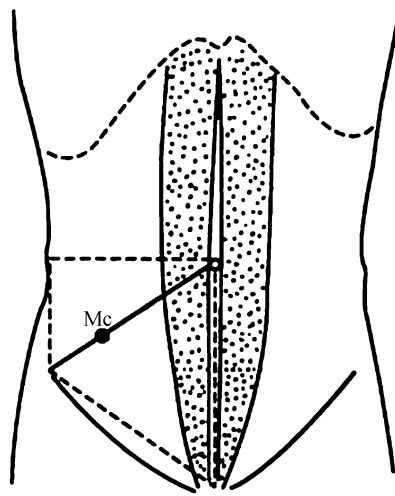
（2）胃肠道反应：炎症早期可出现厌食、恶心和呕吐，程度较轻。部分病人可发生腹泻或便秘。弥漫性腹膜炎可引起麻痹性肠梗阻。

（3）全身表现：早期可有乏力。炎症加重可出现发热、心率增快、烦躁不安等全身中毒症状。发生门静脉炎时可出现寒战、高热和轻度黄疸。

2.体征

（1）右下腹固定压痛：压痛点通常位于麦氏点（图 27-2），可随阑尾位置变异而改变，但压痛点始终在一个固定位置上。

图 27-2 阑尾炎的压痛点

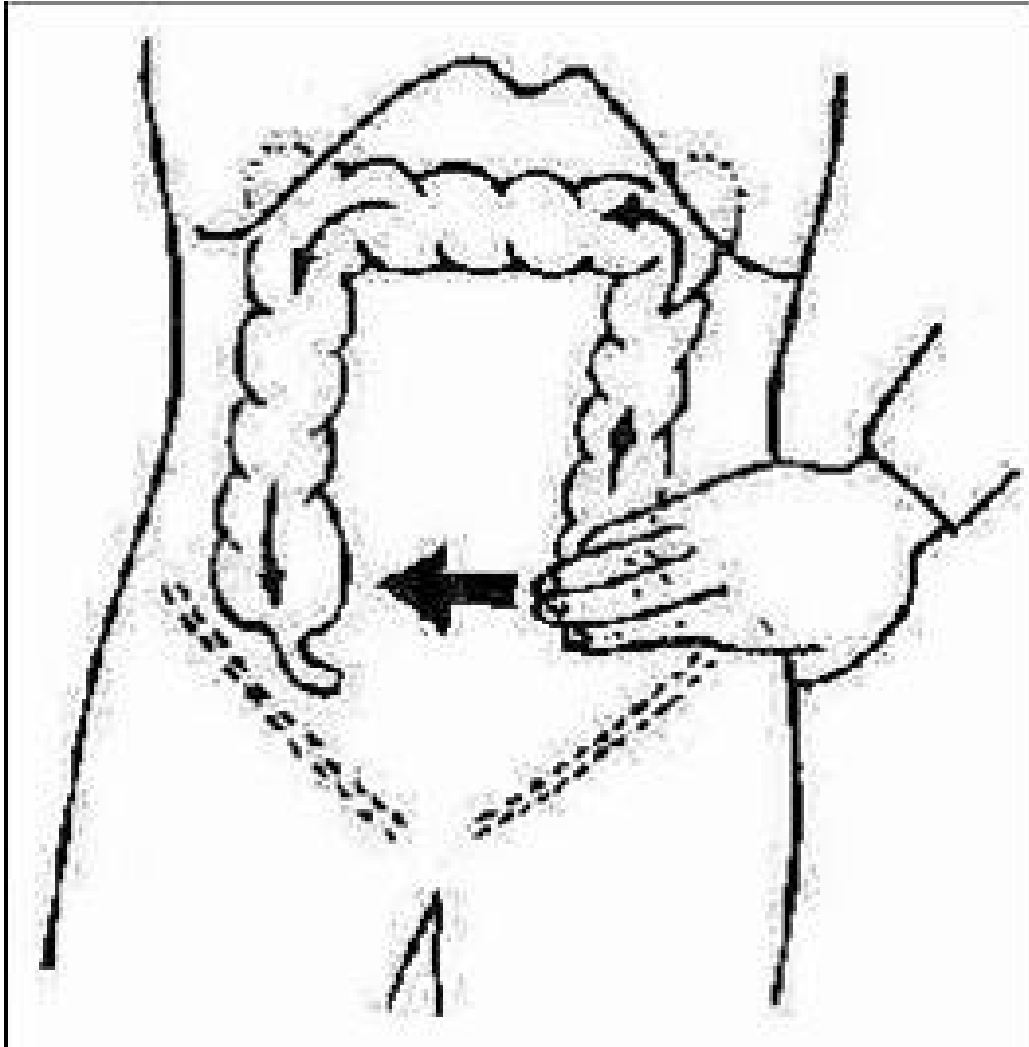


Mc: 麦氏 (McBurney) 点

(2) 腹膜刺激征: 表现为腹肌紧张, 压痛、反跳痛, 肠鸣音减弱或消失等。这是壁腹膜受炎症刺激的一种防御性反应, 常提示阑尾炎症加重, 出现化脓、坏疽或穿孔等。

(3) 右下腹包块: 形成阑尾周围脓肿时, 可在右下腹扪及位置固定、边界不清的压痛性包块。

(4) 其他体征: 结肠充气试验、腰大肌试验、闭孔内肌试验及直肠指诊等可辅助诊断。



【辅助检查】

- 1.实验室检查多数病人的外周血白细胞和中性粒细胞比例增高。但新生儿、老年人及 AIDS / HIV 感染者的白细胞计数不升高或升高不明显。
- 2.影像学检查腹部 X 线平片可见盲肠扩张和气液平面，B 超检查可发现肿大的阑尾或脓肿。

【处理原则】

根据病人典型的转移性右下腹痛病史，右下腹部固定压痛体征，结合实验室和影像学检查结果可明确诊断。急性阑尾炎一旦确诊，应早期行阑尾切除术。

1.手术治疗诊断明确无手术禁忌者均应行阑尾切除术。手术方法包括：剖腹阑尾切除和腹腔镜阑尾切除两种方式。急性化脓性、坏疽或穿孔性阑尾炎行阑尾切除后，应清除腹腔脓液，根据情况放置腹腔引流；阑尾周围脓肿形成、病情稳定者，全身应用抗生素和局部外敷中药治疗，促进脓肿消退吸收，3 个月后可以考虑手术治疗。若脓肿扩大、无局限趋势，则应行脓肿切开引流术。

2.非手术治疗部分急性单纯性阑尾炎，可经非手术治疗而痊愈。措施包括禁食、补液、应用抗生素、中药治疗等。非手术治疗期间，若病情加重，应及时进行手术治疗。

【护理诊断及医护合作性问题】

- 1.焦虑与发病突然，正常的生活、工作秩序受影响，缺乏手术相关知识有关。
- 2.疼痛与阑尾炎炎症刺激、手术创伤等有关。

3.潜在并发症切口感染、腹腔脓肿、粘连性肠梗阻等。

【护理措施】

（一）非手术治疗病人的护理

卧床休息，取半卧位；若病情允许可进清淡饮食，并严密观察病情变化；应用有效抗生素控制感染；必要时遵医嘱应用解痉药，但禁用吗啡或哌替啶（度冷丁），以免掩盖病情；若病情加重则手术治疗。

（二）手术治疗病人的护理

1.术前护理

（1）心理护理：了解病人及家属的心理反应，做好解释工作，讲解有关急性阑尾炎的知识，说明手术的重要性和必要性，使其积极配合治疗和护理。

（2）病情观察：密切观察腹部症状和体征，注意腹痛的变化；若病人腹痛加重，出现腹膜刺激征，应及时通知医师。

（3）避免肠内压增加：禁食，必要时遵医嘱行**胃肠减压**，以减轻腹胀和腹痛；禁服泻药及灌肠，以免增加肠蠕动而使肠内压力增高，致阑尾穿孔或炎症扩散。

2.术后护理

（1）密切观察病情：定时测量和记录体温、脉搏、呼吸和血压；注意倾听病人的主诉，观察其腹部体征的变化，若发现异常，立即通知医师并积极配合处理。

（2）减轻疼痛：全麻清醒后，或硬膜外麻醉平卧6h后血压、脉搏平稳者，可取半卧位，以减轻腹壁张力，缓解切口疼痛，且有利于呼吸和引流。诊断明确的剧烈疼痛，可遵医嘱给予解痉止痛药。

（3）控制感染：遵医嘱应用足量有效抗生素。

（4）饮食护理：术后应禁食水，待肠蠕动恢复、肛门排气后，根据恢复情况经口进食。

（5）切口和引流管的护理：保持切口敷料清洁、干燥，并定期更换；切口出血或感染时应进行相应处理，若有引流者应保持引流管通畅并观察记录引流液的颜色、性状及量。

（6）活动：鼓励病人术后24h即下床活动，以促进肠蠕动恢复，减少肠粘连的发生。

（7）并发症的预防和护理：①切口感染。多见于化脓性或穿孔性阑尾炎，多发生于术后2~3d，切口局部红肿、压痛、波动感，可伴体温升高，可行穿刺抽脓或拆除缝线排出脓液，并放置引流管，定期更换切口敷料。②粘连性肠梗阻。鼓励病人早期下床活动，可防止粘连性肠梗阻的发生；一旦发生，应按肠梗阻进行处理。③腹腔脓肿。取半坐卧位，有利于腹腔内渗液积聚于盆腔或引流，避免形成腹腔脓肿；经常挤压引流管，确保有效引流；遵医嘱应用足量、有效的抗生素；腹腔脓肿一旦形成，可给予穿刺抽脓、冲洗或置管引流，必要时手术切开引流。

3.健康教育①对非手术治疗的病人，说明禁食的目的，教会自我观察腹部症状和体征变化的方法。②向手术病人讲解早期下床活动的意义，鼓励病人尽早下床活动。③保持良好的饮食、卫生习惯，预防慢性阑尾炎急性发作。④指导病人出院后自我监测，出现不适应及时就诊；告知阑尾周围脓肿病人，出院3个月后入院行阑尾切除术。

第二节其他类型的阑尾炎

1.小儿急性阑尾炎是儿童常见的急腹症之一。小儿大网膜发育不全且盲肠位置较高，难以通过大网膜移动达到包裹炎症阑尾的作用，其临床特点有：①病情重且发展快，早期可出现高热、呕吐等。②右下腹体征不明显。③穿孔率、并发症发生率及病死率较高。处理原则：早期手术，并辅以输液、纠正脱水，应用广谱抗生素等。

2.妊娠期急性阑尾炎较常见，多发生于妊娠期前6个月。妊娠期间迅速增大的子宫将盲肠和阑尾推向右上腹，其临床特点为：①压痛点上移；②腹壁被抬高，炎症刺激不到壁腹膜，因此腹肌紧张、压痛、反跳痛均不明显；③大网膜难以包裹炎症阑尾，腹膜炎不易被局限；④炎

症刺激子宫，可引起流产或早产。处理原则：以早期手术切除阑尾为主，手术切口应偏高，尽量不用腹腔引流，术后应用广谱抗生素，围手术期应加用黄体酮。临产期急性阑尾炎或穿孔性阑尾炎、全身感染症状严重时，可经腹行剖宫产术并切除阑尾。

3.老年人急性阑尾炎少见。因老年人对疼痛感觉迟钝，腹肌薄弱，防御功能减退，其临床特点有：①临床表现轻，主诉不强烈，体征不典型，容易延误诊断和治疗。②病理改变重，老年人多伴有动脉硬化，易使阑尾缺血、坏死或穿孔。③老年人常合并心脑血管疾病、糖尿病等，致病情更趋复杂及严重。处理原则：一旦诊断明确，应及时手术治疗。

4.慢性阑尾炎多由急性阑尾炎转变而来。临床表现为：①有急性阑尾炎发作病史，经常有右下腹疼痛，多于剧烈活动或不洁饮食后急性发作。②阑尾部位常有局限性压痛，位置较固定，少数病人左侧卧位时右下腹可扪及阑尾索条。处理原则：诊断明确后行阑尾切除术。