

急性弥漫性腹膜炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E6\\_80\\_A5\\_E6\\_80\\_A7\\_E5\\_BC\\_A5\\_E6\\_c22\\_305615.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_BC_A5_E6_c22_305615.htm) 名称急性弥漫性腹膜炎所属科室普通外科病因引起继发性脓性腹膜炎的病因有：

： 腹内脏器穿孔。以急性阑尾炎穿孔最为常见，其次是胃十二批肠溃疡穿孔，其他还有胃癌、结肠癌穿孔、胆囊穿孔、炎症性肠病和伤寒溃疡穿孔等； 肠道和腹内脏器炎症。如阑尾炎、憩室炎、坏死性肠炎、Chron病、胆囊炎、胰腺炎和女性生殖器官的化脓性炎症等； 腹部钝性或穿透性损伤致腹内脏器破裂或穿孔； 手术后腹腔污染或吻合瘘； 机械性绞窄性肠梗阻和血运性肠梗阻，如肠扭转、肠套叠、闭襻性肠梗阻肠坏死，肠系膜血管栓塞或血栓形成等； 医源性损伤，如结肠镜检查时结肠穿孔、肝活检或经皮肝穿刺胆管造影的胆汁瘘，腹腔穿刺后小肠损伤等。胃肠道中的内源性细胞常是继发性腹膜炎的致病菌，最常见的为在肠杆菌，其次为肠球菌、粪链球菌、变形杆菌、绿脓杆菌等。对厌氧菌的研究表明，未前几天回肠内需氧菌和厌氧菌的数目大致相等，而结肠内两者之比超过3000 1。故细菌性腹膜炎常是多细菌性混合感染。原发性腹膜炎是指腹腔内并无明显的原发感染病灶，病原体经血行、淋巴或经\*\*、女性生殖系进入腹腔而引起的腹膜炎，远较继发性腹膜炎少见。常发生于： 婴儿和儿童； 患肾病综合征儿童； 肝硬化腹水病人免疫功能抑制的病人，如肾移植或用皮质类固醇治疗的血液病病人； 全身性红斑狼疮病人。儿童期原发性腹膜炎的主要致病菌是肺炎球菌和链球菌。可能经呼吸道或泌尿道侵入

，经血行播散到达腹膜腔。在成人则多为肠道的内源性细菌所致。经女性生殖道上行性感染的细菌种类较多。病理腹膜受细菌侵犯或消化液（胃液、肠液、胆汁、胰液）刺激后，腹膜充血，由肥大细胞释放组胺和其他渗透因子，使血管通透性增加，渗出富于中性白细胞、补体、调理素和蛋白质的液体。细菌和补体及调理素结合后就被吞噬细胞在局部吞噬，或进入区域淋巴管。间皮细胞受损伤可释放凝血活酶，使纤维蛋白原变成纤维素。纤维素在炎症病症的四周沉积，使病灶与游离腹腔隔开，阻碍细菌和毒素的吸收。假如感染程度轻，机体抵抗力强和治疗及时，腹膜炎可以局限化，甚至完全吸收消退。反之，局限性腹膜炎亦可发展成为弥漫性腹膜炎。由于大量中性白细胞的死亡、组织坏死、细菌和纤维蛋白凝固，渗出液逐渐由清变浊，呈脓性。大肠杆菌感染的脓液呈黄绿色，稍稠，如合并厌氧菌混合感染，脓液有粪臭味。肠曲浸泡在脓液中，可发生肠麻痹。肠管内积聚大量空气和液体，使肠腔扩张。肠腔内积液、腹腔内大量炎性渗液、腹膜和肠系膜水肿，使水、电解质和蛋白质丢失在第三间隙，细胞外液体量锐减，加上细菌和毒素吸入血，导致低血容量和感染中毒性休克，引起内分泌、肾、肺、心、脑代谢等一系列改变。最常发生的是代谢性酸中毒、急性肾功能衰竭和成人呼吸窘迫综合征，最终导致不可逆性休克和病人死亡。临床表现继发性化脓性腹膜炎：起病方式因原发疾病而异，如胃穿孔表现为中上腹突起持续性刀割样疼痛，迅速向全腹扩散。急性阑尾炎表现为转移性右下腹痛伴恶心、呕吐、发热。而手术后腹腔感染或吻合口瘘则表现为发热、腹痛、腹胀和肠麻痹。当炎症累及壁层膜时，便出现腹

膜刺激征：腹痛、腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张。以原发病灶处最为明显，向四周扩张。其程度与病因、病变程度、患者的年龄和体质有关。如胃穿孔时，由于胃酸和胆汁的强刺激，腹肌呈板样强直。腹式呼吸运动减弱，甚至消失。如伴有腹腔内大量游离气体，肝浊音界缩小或消失。肠鸣音减弱或消失。年老体弱者虽有腹膜炎，体征可不明显，轻易耽误诊断。脏层腹膜受刺激后，可引起恶心、呕吐。随着肠麻痹，可出现腹胀和反复呕吐。细菌感染和毒素的吸收，使患者体温升高、脉搏加快、白细胞计数常增高，平均在12 000和18 000之间，中性白细胞比例可高达85~95%，涂片常见中毒性颗粒。尿常因浓缩而比重增加，有时醋酮呈阳性，可出现蛋白及管型。急性弥漫性腹膜炎晚期，患者极度虚弱，眼球凹陷，鼻翼动，口唇而弱，常因四周循环衰竭、肾功能或肺功能衰竭而死亡。

原发性腹膜炎：儿童患者发病前可能有上呼吸道感染病史，继之出现腹痛、恶心、呕吐、腹胀、肠麻痹等症状，常有发热和全身中毒症状。体检时腹部有压痛、反跳痛和腹肌紧张，但在幼儿因腹肌不发达，腹肌紧张可不明显。直肠指检常有触痛，白细胞计数常大于10 000，中性粒细胞计数可达90%以上。腹腔穿刺液涂片经革兰氏染色，可找到阳性球菌。肝肾疾病患者发生腹膜炎时，常因腹水存在，腹痛、腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张不如继发性腹膜炎那样明显。腹腔穿刺抽到混浊腹水，如白细胞计数 $> 500 \mu\text{l}$ ，则诊断基本上可以确定。疑为女性生殖道上行性感染，腹痛及腹部体征以下腹部最显著。必要时可行妇科检查和经\*\*\*后穹窿穿刺抽脓。诊断根据病史和出现腹膜刺激征，继发性腹膜炎的诊断大多不困难。但在有些病人，确

定病因及判定是否立即手术会碰到困难，这就需要严密观察病情演变，并进行必要的检查。腹部立卧位X线平片可观察有无胃肠穿孔所致的膈下游离气体，有无绞窄性肠梗阻的X线表现，如肠扭转时可见排列成多种形态的小跨度蜷曲肠襻、空肠和回肠换位。腹内疝绞窄时可见孤立、突出胀大的肠襻，不因时间而改变位置，或有假肿瘤状阴影。腹膜外脂肪线模糊或消失则直接提示腹膜炎。诊断性腹腔穿刺有极重要的作用。如抽到脓性液体，甚至点滴液体在高倍镜下观察发现多量白细胞或脓细胞，便可确诊。必要时，可在腹腔不同部位用细针无麻醉下进行穿刺，抽到的液体更能反映腹腔内的情况。如腹痛以中下腹部为主，应进行直肠指检，如指套染血性物则提示肠套叠、肠扭转、炎症性肠病或肿瘤性病变。直肠子宫或直肠膀胱陷窝有触痛、饱满感，提示有炎症或积脓。已婚女性尚可经\*\*\*后穹窿穿刺抽脓。必要时，尚可用B型\*\*\*和电子计算机断层扫描了解腹内相应的脏器有无炎症改变。治疗由于继发性腹膜炎大多为多菌混合感染，故应联合应用对需氧菌和厌氧菌有效的抗生素。常用的方法是氨基甙类抗生素或氨基青霉素与甲硝唑联合应用。或应用对上述两种细菌都有治疗作用的第三代头孢菌素，如头孢噻吩和头孢羟羧氧酰胺。继发性腹膜炎在绝大多数情况下需手术治疗，去除病灶、修补穿孔、吸去脓液，必要时引流腹腔。腹部切口和麻醉方式依原发病灶的部位而定。如病因不明确，则可作剖腹探查切口，即右中腹膜直肌切口。必要时切口可向上或向下延长。关于腹腔冲洗问题。原则上局限性腹膜炎不行腹腔冲洗，以免感染扩散。弥漫性腹膜炎，腹腔污染严重，或有胃肠内容物等异物，病人情况又许可时，可用

大量生理盐水冲洗腹腔。吸尽冲洗液后，必要时可用1%新霉素溶液500ml冲洗腹腔，但应注重病人的呼吸是否受到抑制。或将1%碘伏用生理盐水稀释10倍，用1000ml稀释的碘伏冲洗腹腔，但患甲状腺机能亢进、肾功能不全或对碘过敏者禁用。有时尚可应用腹腔连续灌注。关于腹腔引流问题，应视病变的性质和手术处理的方式而定。弥漫性腹膜炎，病灶已彻底清除，腹腔清洗干净者，原则上不放置引流。病灶处有感染坏死组织，或虽经处理但很难保证不发生胃肠道瘘，则应放置引流物，如烟卷引流、硅胶管、或双套管。腹膜炎病人的手术切口大多有一期缝合，如切口污染较严重，可用可吸收肠线缝合腹膜，切口全层置数根尼龙张力缝线，而切口内堵塞盐水纱布，外盖消毒敷料，天天更换纱布，4~5天后，待分泌物减少及有健康的肉芽组织生长，再行切口延期缝合，常可避免切口的严重感染。术后应取半坐卧位，使脓液流向盆腔。由于盆腔腹膜吸收能力较上腹部差，可减少毒素吸收。即使形成脓肿，也可经直肠或\*\*\*后穹窿引流。原发性腹膜炎经抗生素治疗，常能得到控制。一般不需要手术治疗。如难以与继发性腹膜炎相鉴别，仍宜行剖腹探查。如为原发性膜炎，可吸出脓液，腹腔不谢引流，可同时切除阑尾。

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)