

急诊外科常见急腹症的诊断与治疗体会

金 瑞

灵武市人民医院 宁夏 灵武 750400

摘 要：本文聚焦急诊外科常见急腹症，先分类阐述炎症性、穿孔性、梗阻性、出血性、血管性急腹症类型及病因，分析不同类型急腹症的危险因素。接着介绍急腹症诊断思路，涵盖快速评估流程、病史采集要点、辅助检查选择与解读及鉴别诊断策略。因此，说明治疗原则，包括紧急处理、手术与非手术治疗。旨在为急诊外科急腹症的诊疗提供参考，提高诊断准确性与治疗效果。

关键词：急腹症；急诊外科；诊断流程

引言：急腹症是急诊外科常见病症，起病急、进展快、病情复杂，若诊断与治疗不及时，可能危及患者生命。其病因多样，涵盖炎症、穿孔、梗阻、出血及血管病变等多种情况，不同病因导致的急腹症临床表现与治疗方式存在差异。准确诊断与合理治疗对改善患者预后至关重要。本文将深入探讨急诊外科常见急腹症的诊断与治疗，以期为临床实践提供有益参考。

1 急诊外科常见急腹症分类与病因分析

1.1 常见急腹症类型

1.1.1 炎症性

炎症性急腹症是急诊外科常见类型，核心为腹腔脏器急性炎症。急性阑尾炎发病率最高，由阑尾管腔阻塞（淋巴滤泡增生等）引发细菌感染；急性胆囊炎多因胆囊肿管梗阻（多为胆囊结石）伴细菌感染；急性胰腺炎与胰酶异常激活有关；急性胆管炎由胆管梗阻（结石或肿瘤）合并感染引起，典型表现为腹痛等三联征，严重可致感染性休克。此类疾病伴局部炎症渗出，体检有局限性压痛等表现。

1.1.2 穿孔性

穿孔性急腹症以腹腔脏器壁穿孔、消化液或内容物漏入腹腔为特征，起病急且凶险^[1]。胃十二指肠溃疡穿孔最常见，空腹穿孔漏出少，饱餐穿孔漏出多；外伤性肠穿孔多由腹部外伤引起，小肠更易受损；结肠癌穿孔多在肿瘤晚期，穿孔前有便血等症状。穿孔后患者剧烈腹痛，体检可见板状腹等，腹腔穿刺可抽出消化液或食物残渣。

1.1.3 梗阻性

梗阻性急腹症由空腔脏器梗阻引发，梗阻部位以上脏器扩张、内容物潴留。急性肠梗阻按病因分机械性（最常见，如肠粘连等）、动力性和血运性；胆道梗阻以胆管结石和胆道蛔虫症为主；幽门梗阻多由溃疡瘢痕

收缩导致。典型表现为阵发性腹痛，伴呕吐等，影像学可见梗阻部位以上脏器扩张，肠管扩张者有气液平面。

1.1.4 出血性

出血性急腹症以腹腔内血管破裂或脏器出血为核心，病情与出血量、速度相关。肝脾破裂是常见外伤性出血，易致失血性休克；胃十二指肠溃疡出血由溃疡侵蚀血管引起，表现为呕血等；肝癌破裂出血多见于巨块型肝癌，出血快。此类疾病腹痛多为持续性胀痛，伴休克表现，腹腔穿刺可抽出不凝血，血常规见血红蛋白下降。

1.1.5 血管性

血管性急腹症由腹腔血管病变致脏器缺血或坏死引起，起病隐匿、进展快。急性肠系膜上动脉栓塞最常见，栓子多来自心脏；肠系膜上静脉血栓形成与血液高凝状态有关；腹主动脉瘤破裂最凶险，多由动脉粥样硬化引发。早期腹痛与体征不符，后期出现腹膜炎体征提示脏器坏死，增强CT可明确血管病变部位及程度。

1.2 病因与危险因素

急腹症病因复杂，不同类型危险因素差异显著且常相互作用。炎症性急腹症，危险因素有饮食不规律、暴饮暴食（诱发胰腺炎），胆道结石病史（诱发胆囊炎、胆管炎），阑尾管腔狭窄（诱发阑尾炎）。穿孔性急腹症，主要危险因素为慢性溃疡病史、腹部外伤史、肿瘤晚期，长期服用非甾体抗炎药增加溃疡穿孔风险。梗阻性急腹症，危险因素包括既往腹部手术史、胆石症病史、肠道肿瘤病史，儿童肠套叠好发于添加辅食初期。出血性急腹症，危险因素有腹部外伤史、溃疡病史、肝癌病史、凝血功能障碍。血管性急腹症，危险因素以心血管疾病为主。此外，老年患者脏器功能差、反应迟钝，更易发病且病情隐匿；糖尿病患者免疫力低，感染易扩散，增加炎症性急腹症风险。

2 急腹症的诊断思路与鉴别要点

2.1 快速评估流程（ABCDE原则）

急腹症患者就诊，应立即启动ABCDE快速评估流程保障生命安全。A（气道）评估，观察患者意识，判断有无舌后坠、呕吐物误吸等气道梗阻情况，若出现呼吸困难、发绀，立即清理气道、吸氧，必要时气管插管。B（呼吸）评估，检查呼吸频率、深度及胸廓运动，听诊双肺呼吸音，排查气胸等合并症，呼吸异常时监测血氧饱和度，低于90%给予机械通气^[2]。C（循环）评估，依据血压、心率等判断，休克时立即建立静脉通路，输注晶体液扩容，监测中心静脉压。D（神经功能）评估意识、瞳孔等，排查颅内损伤等。E（暴露与环境控制）充分暴露腹部检查，注意保暖。评估中若发现危及生命情况，立即干预，待生命体征稳定再明确诊断，确保评估与急救同步。

2.2 病史采集关键点

病史采集是急腹症诊断核心。腹痛信息方面，明确诱因，如外伤、暴饮暴食等；了解疼痛部位初始位置、转移及放射情况；判断疼痛性质、程度，记录缓解或加重因素。伴随症状上，详细询问呕吐、排便、发热、黄疸、排尿等情况。既往史重点询问手术史、溃疡病史等及药物使用史。女性患者要询问月经史、生育史，避免漏诊妇科急腹症。采集病史需系统全面，围绕腹痛及伴随症状展开，明确各关键信息，为后续诊断提供准确依据，确保不遗漏重要线索，提高诊断的准确性和及时性。

2.3 辅助检查选择与解读

急腹症辅助检查应结合病情，遵循“快速、精准、无创优先”原则。实验室检查，血常规等可提示感染，血淀粉酶等是胰腺炎特异性指标，凝血功能等能评估病情。影像学检查中，腹部超声是首选无创检查，可明确多种病症；腹部X线平片能发现穿孔、梗阻等情况；CT分辨率高，增强CT可鉴别血管性急腹症。腹腔穿刺适用于怀疑腹腔积液或出血患者^[3]。解读结果要结合病史及体征，因部分患者检查结果可能不典型，如老年患者穿孔早期X线可能无异常，需综合判断，避免单一依赖检查而漏诊，确保检查结果能为诊断提供可靠支持。

2.4 鉴别诊断陷阱与规避策略

急腹症鉴别诊断存在诸多陷阱。非腹腔疾病易误诊为急腹症，如肺炎引发上腹痛；老年患者痛觉迟钝，腹膜炎体征不典型；糖尿病患者发热不明显，易延误诊断；妇科急腹症易与外科混淆，男性医生忽视月经史易漏诊宫外孕。规避策略如下：拓宽诊断思路，排查心肺、泌尿及妇科疾病，常规行心电图，女性查妇科超

声；重视动态观察，对诊断不明患者，定时复查生命体征、腹部体征及指标，变化时及时进一步检查；多学科协作，疑难病例邀请多科室会诊，结合多学科意见明确诊断，避免单一科室诊断局限性，提高诊断准确性，减少误诊漏诊。

3 急腹症的治疗原则与个体化策略

3.1 紧急处理措施

急腹症紧急处理需遵循“先救命、后治病”原则，优先稳定生命体征。首先建立静脉通路，通常为两条以上粗口径通路，快速输注生理盐水或平衡盐溶液，纠正休克及脱水，对出血性急腹症需备血并紧急输血，维持血红蛋白 $\geq 70\text{g/L}$ 。同时给予吸氧，维持血氧饱和度 $\geq 95\%$ ，严重呼吸衰竭者行机械通气。疼痛管理需谨慎，未明确诊断前避免使用强效镇痛药（如吗啡），防止掩盖病情，可酌情使用解痉药（如山莨菪碱）缓解痉挛性腹痛^[4]。胃肠减压适用于肠梗阻、幽门梗阻及穿孔性急腹症，通过负压吸引排出胃内容物，减轻胃肠道扩张，降低穿孔风险。抗生素使用需遵循“早期、广谱、足量”原则，针对腹腔常见致病菌（大肠埃希菌、厌氧菌等）选择头孢类联合甲硝唑或喹诺酮类抗生素，待细菌培养及药敏结果回报后调整为敏感抗生素。此外，需严格禁食禁水，避免加重胃肠道负担，同时监测电解质、酸碱平衡，及时纠正低钾、低钠及代谢性酸中毒。对合并糖尿病患者需控制血糖，高血压患者控制血压，确保基础疾病稳定，为后续治疗创造条件。

3.2 手术治疗指征与术式选择

3.2.1 炎症性急腹症

炎症性急腹症手术指征依炎症程度与保守治疗效果判断。急性阑尾炎确诊后，原则上尽早手术，化脓性、坏疽性或合并穿孔者更需如此，首选腹腔镜阑尾切除术，穿孔者要同时行腹腔冲洗引流。急性胆囊炎保守治疗无效，出现胆囊坏疽、穿孔或合并胆管梗阻时手术，首选腹腔镜胆囊切除术，病情危重者先做胆囊造瘘术引流，待稳定后行二期手术。急性胰腺炎中，水肿型以保守治疗为主，出血坏死型出现胰腺脓肿等情况时手术，术式包括胰腺坏死组织清除术等，术后加强营养与感染控制。急性胆管炎出现感染性休克、梗阻无法解除时，紧急行胆道引流术，感染控制后再处理原发病。手术要严格把握指征，彻底清除感染灶，降低并发症风险。

3.2.2 穿孔性急腹症

穿孔性急腹症腹腔污染重，手术治疗以修补穿孔、清除污染为主，需尽早进行以防感染扩散。胃十二指肠溃疡穿孔确诊后6-8小时是最佳手术时机，小穿孔且无

癌变风险者行腹腔镜穿孔修补术等；穿孔大、溃疡病史长或怀疑癌变者，行胃大部切除术。外伤性肠穿孔依穿孔部位及程度选术式，小肠小穿孔行单纯修补术，大或合并肠管坏死者行肠段切除术等，术中全面探查肠道。结肠癌穿孔若肿瘤未广泛转移，行结肠癌根治术等；晚期无法根治者，行穿孔修补术等，控制感染后再后续治疗。术中彻底冲洗腹腔，放置多根引流管，术后加强抗感染治疗及营养支持，警惕并发症^[5]。

3.2.3 梗阻性急腹症

梗阻性急腹症手术指征为保守治疗无效、出现肠坏死或有绞窄风险。急性肠梗阻保守治疗48-72小时无缓解，或出现腹痛加剧等情况，需立即手术。术式依梗阻原因选，肠粘连者行粘连松解术，肠套叠者行手法复位术等；肠道肿瘤引起梗阻，可切除者行肿瘤根治术等，无法切除者行肠造瘘术。胆道梗阻由胆管结石引起，保守治疗无效时行腹腔镜胆管探查取石术等；胆道肿瘤引起者，可行肿瘤切除术等，晚期患者行胆道内支架植入术等引流胆汁。幽门梗阻保守治疗无效时行胃大部切除术等。术中仔细探查，判断肠管活力，明确坏死者彻底切除。

3.2.4 出血性急腹症

出血性急腹症手术治疗以止血为核心，依出血部位及速度选术式。肝脾破裂确诊后，生命体征不稳定立即手术。脾破裂术式有脾修补术和脾切除术，儿童尽量保留脾脏。肝破裂术式依破裂程度选，小裂伤行缝合修补术，较大裂伤行肝动脉结扎术等，严重破裂需行肝部分切除术。胃十二指肠溃疡出血保守治疗无效，出现反复呕血等情况，行胃大部切除术止血。肝癌破裂出血若肿瘤局限，行肝癌切除术等；晚期无法切除，行肝动脉栓塞术等止血。术中快速找到出血点，彻底止血，输血补液维持循环稳定，术后监测血红蛋白及生命体征，警惕再次出血。

3.3 非手术治疗适应证与方案

非手术治疗适用于病情较轻、无手术指征的急腹症患者，核心为对症支持治疗并密切监测病情。适应证包括：急性阑尾炎早期（单纯性阑尾炎）、急性胆囊炎无坏疽穿孔者、水肿型急性胰腺炎、单纯性肠梗阻（保

守治疗有望缓解者）、胃十二指肠溃疡出血经内镜止血成功后、腹腔少量出血生命体征稳定者。治疗方案首先需严格禁食禁水，避免加重胃肠道负担，同时行胃肠减压，减少胃肠内容物潴留。补液治疗需根据出入量及实验室检查调整，输注晶体液+胶体液，纠正脱水、电解质紊乱及酸碱失衡，出血性患者适当输注红细胞悬液^[6]。抗生素使用需针对性选择，炎症性急腹症选用覆盖腹腔感染的广谱抗生素，如头孢曲松联合甲硝唑；胰腺炎患者若合并感染，选用碳青霉烯类抗生素。对症治疗包括使用解痉药（如山莨菪碱）缓解腹痛，发热者给予物理降温或退热药物。同时加强病情监测，每4-6小时复查生命体征、腹部体征及血常规、CRP等指标，若出现症状加重、体征恶化或指标异常，立即转为手术治疗，避免延误病情。

结束语

急诊外科急腹症的诊疗需综合多方面因素。准确分类与明确病因是诊断基础，快速评估、详细病史采集、合理辅助检查及谨慎鉴别诊断，可提高诊断准确性。治疗上，依据病情紧急程度与患者状况，合理选择紧急处理、手术或非手术治疗方式。未来，随着医学发展，期待更多新技术与新方法应用于急腹症诊疗，进一步提升救治水平，保障患者健康与生命安全。

参考文献

- [1]葛亚佳.老年急性结石性胆囊炎临床急诊外科治疗的应用效果分析[J].妇女之友,2024(9):114-115.
- [2]王志远.基层医院急腹症诊治策略的探讨[J].临床医学, 2020, 39(12): 123-126
- [3]李晓玲.基层医院急腹症诊断与治疗的实践分析[J].医学实践与研究, 2021, 38(5): 85-88
- [4]李洪志,张丽萍.急腹症的临床诊断和急诊处理经验探讨[J].中国医药指南,2025,23(08):32-34.
- [5]夏盛,江惠玲,黄秀梅.血清CRP、PCT和LA联合检测对老年急腹症患者感染病情评估和预后的早期预测价值研究[J].医师在线,2024,14(12):46-48.
- [6]赵凤芹.全面腹部超声检查在急诊急腹症诊断中的应用及护理[J].中华灾害救援医学,2024,11(10):1234-1236.