

阑尾炎护理查房 (acute appendicitis)

普外科护理部

【病史简介】

- 33床，沈鹭，男，31岁，住院号：113200。患者自诉1天前无明显诱因出现胃痛恶心、呕吐，右下腹疼痛，阵发性钝痛，程度中等，无它处放射，无腹泻、黑便，无里急后重。诊所输抗炎药物后效果不明显，疼痛逐渐加重，伴发热。患者自发病以来，饮食、睡眠差，大、小便通畅。于2017年9月15日我科以“急性阑尾炎”入院，首测T38.8，P96次/分，R21次/分，BP105/59mmHg。
-

查体：腹部平坦，右下腹压痛，无腹肌紧张，未触及腹部包块，肠鸣音正常，次数**5**次/分。

- 9-16 在连硬麻下行阑尾切除术。暂禁食水。
 - 9-17 切口周围情况好，肠蠕动未恢复，继续暂禁食水。嘱患者下床活动，促进胃肠蠕动。
 - 9-18 肠蠕动恢复，已排气，可进半流质食物。
 - 9-19 换药，切口无红肿渗出，嘱患者下床继续适当活动。
-

□ 辅助检查:

9-15 阑尾区B超 右下腹回声增强 (考虑: 阑尾炎)

□ 治疗:

9月16日10:15在连硬麻下行阑尾切除术
术前 给予美洛3g静点抗感染

术后 9-16遵医嘱给予一级护理，禁食，吸氧，
心电监护，并给予美洛3g每日二次静点抗炎，
止血敏2g止血，加维生素c AACO 和脂溶性维
生素支持治疗。

9-18遵医嘱给二级护理 半流质饮食。停止
血药，减少补液量。

现住33床仍观察，术后7天行拆线，切口愈合
好可出院。

概述

- 阑尾炎是指发生在阑尾的炎症反应，其体表投影在脐与右髂前上棘连线中外约1/3交界处，称为麦氏点，是阑尾切口的标记点。常表现为该脊神经所分布的脐周牵涉痛，属内脏痛。
-

急性阑尾炎

- 急性阑尾炎是外科最常见的急腹症之一，可在各个年龄段发病，多发于20-30岁的青年，男性发病率高于女性。若能及时、正确处理疗效好，若延误诊治，引起坏疽、穿孔，导致弥漫性腹膜炎，将危及生命。
-

【病因】

- 阑尾管腔梗阻（是阑尾炎最常见病因）
 - 细菌感染
 - 胃肠功能紊乱
-

【病理类型】

- 急性单纯性阑尾
 - 急性化脓性阑尾炎
 - 坏疽性及穿孔性阑尾炎
 - 阑尾周围脓肿
-

【临床表现】

症状:

- 1、腹痛 — 为最早出现的症状
 - ①转移性右下腹痛（由脐周→右下腹→全腹）
 - ②呈持续性、针刺样,可阵发性加剧
 - ③穿孔时突然减轻→随后逐渐加剧
 - 2、胃肠道症状 - 恶心、呕吐、便秘或腹泻、腹胀，盆腔阑尾炎有直肠或膀胱刺激征。
-

【临床表现】

□ 3、全身感染征

①畏寒、发热：一般 $>38^{\circ}\text{C}$

②若 $T>39^{\circ}\text{C}$ 多为阑尾坏疽或穿孔→腹膜炎

③高热、寒战；门静脉炎→黄疸

【临床表现】

体征:

- 1、右下腹压痛 麦氏点
 - 2、腹膜刺激征 肌紧张、压痛、反跳痛、肠鸣音减弱或消失
 - 3、右下腹包块 边界不清、固定
 - 4、特殊检查
-

【处理原则】

□ （一）手术治疗

除早期单纯性阑尾炎或有手术禁忌证外，均应早期手术

- 1、阑尾切除术（适于单纯性）
 - 2、阑尾切除腹腔引流术（化脓性、坏疽性、穿孔性）
 - 3、阑尾脓肿切开引流术（阑尾周围脓肿）
（一般三月后再切除阑尾）
-

【处理原则】

□ (二) 非手术治疗

禁食

半坐卧位

补液

胃肠减压（穿孔者用）

应用抗生素

中草药

针灸

【护理诊断】

□ 术前

- 1.疼痛：阑尾管腔阻塞后扩张、收缩引起的内脏神经反射性疼痛
- 2.焦虑：与环境陌生及担心疾病预后有关

□ 术后

- 1、潜在并发症：出血，切口感染，粘连性肠梗阻 阑尾残株炎
 - 2、舒适的改变：与切口疼痛及引流管的放置有关
-

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/815322243023011243>