

第 1 章 低渗性脱水

病历摘要 李某 男 24 岁。4 周前出现腹胀、腹痛 近 2 周呕吐频繁 进食和饮水均可引起呕吐 近 1 周来呕吐物为粪样 行胃肠减压治疗。现病人口渴不明显 但有软弱无力 起立时晕眩 视力模糊，尿量少。既往患过化脓性阑尾炎，于半年前手术治疗。T 36.8℃ P 85 次/min R 22 次/min BP 13.2/9.3 kPa(100/70 mm-Hg)。表情淡漠，神志清楚，面色苍白，皮肤弹性下降，眼窝凹陷。心音弱，心律齐，双肺听诊无干湿啰音。腹部略显膨胀，无明显胃肠型及蠕动波，右下腹轻度压痛，触及一包块，可移动，约鸡蛋大小，无肌紧张及反跳痛，肝脾未触及，移动性浊音（-）听诊有气过水声。血清钠 132 mmol/L 血清氯 93 mmol/L。尿比重 1.010，尿钠和尿氯均呈阴性。血常规 Hb 160g/L, RBC $5.7 \times 10^{12}/L$ 红细胞比容 0.52。腹部 X 射线片可见多个液平面。

一、临床病例讨论（供医疗、社医专业）

（一）讨论问题

1. 本病例除有粘连性肠梗阻外，还存在何种并发症？其依据是什么？

2. 计算补充钠盐的量有几种方法？

3. 按补钠公式计算 第 1 天共应补钠量为多少？（按 $17 \text{ mmol Na}^+ = 1 \text{ g}$ 钠盐计算补给氯化钠的量）。

（二）参考答案

1. 还伴有低渗性缺水。

依据：本患者原发病为肠梗阻，频繁呕吐 2 周 并行持续性胃

肠减压 使钠随大量消化液丧失。口渴不明显 手足麻木 视觉模糊 血压不稳 脉搏细速都是低渗性缺水的临床表现。实验室检查血钠 132 mmol/L, 尿钠和尿氯呈阴性, 尿比重低均证明低渗性缺水的存在。

2. 计算补充钠盐有 2 种方法

(1) 轻度缺钠病人, 每公斤体重缺钠量为 0.5 g 本患者 60 kg, 缺钠量为 30 g 当日补给缺钠量的一半和日需量 4.5 g 当日补钠量共为 19.5 g。

(2) 按公式计算需要补钠量:

需钠量 (mmol) = [血钠正常值 (mmol) - 血钠测定值 (mmol)] × 体重 (kg) × 0.60 (女性为 0.50)。本病人按公式计算结果为 360 mmol 按 $17 \text{ mmol Na}^+ = 1 \text{ g}$ 钠盐计算 约为 21 g 钠盐 当天补给 $1/2 \sim 2/3$ 量 加上日需量 4.5 g 补钠量共为 15 ~ 18.5 g。

二、护理病例讨论

(一) 讨论问题

1. 疑有脱水和电解质紊乱的病人, 入院后应注意询问和观察哪些情况及作哪些检查?

2. 病人入院后在未确定是何种脱水时应立即输入哪种液体?

3. 请拟定该病人术前的护理计划?

(二) 参考答案

1. 应首先询问病人大小便、呕吐的次数和量, 观察病人神志、皮肤弹性、粘膜等情况 应测量 T、P、R、BP 抽血查血清 Na、K、Cl、Ca、CO₂CP 等 以确定水、电解质紊乱的程度。

2. 应立即输入等渗盐水 待化验结果出来后 结合病情估计脱水程度 再根据“缺什么、补什么 缺多少、补多少”的原则 纠正脱水和电解质紊乱。

3. 护理计划

P₁ 体液不足，与肠梗阻液体丢失和体液补充不足有关。

【预期目标】病人脱水征基本消失，生命体征趋于正常，尿量恢复正常。

【护理措施】

(1) 监测病人神志、生命体征、口渴程度、皮肤弹性及尿量。

(2) 评估体液不足的原因和程度。

(3) 遵医嘱给予液体疗法 并根据病人病情 及时调整输液速度。

(4) 监测电解质 记录出入水量 维持水、电解质平衡。

(5) 做好皮肤护理 以防褥疮。

P₂ 潜在并发症—电解质及酸碱平衡紊乱，与电解质摄入不足或丢失过多、体内酸性物质积聚多或碱性物质丢失或摄入过少有关。

【预期目标】 病人能表述电解质紊乱及酸、碱中毒的主要表现 ②病人保持电解质及酸碱平衡。

【护理措施】

(1) 向病人及家属讲述电解质和酸碱平衡紊乱的主要表现，以便及时发现、及时处理。

(2) 监测呼吸频率、深度、节律及神志变化 并做好详细记录，必要时作心电图检查。

(3) 使用利尿剂患者 宜进含钾丰富而低钠的食物。

(4) 病人少尿期禁食蛋白质及含钾食物 以防高血压。

(5) 密切观察病情 出现低血钾症状者应及时补钾 能口服尽量口服，不能口服静脉滴注 10% 氯化钾，千万不能直接静脉注射。

(6) 遵照医嘱进行补液 并记录 24 h 出入水量。

(7) 定时化验血液生化指标，了解电解质和酸碱平衡的变化。

(刘叔斌郭方)

第 2 章 外科休克

病历摘要 杨某女,48岁。被汽车撞伤 2 h 伴腹痛、胸闷气短。查体:T 36℃ P 120 次/min,R 22 次/min,BP 9.3/6.7 kPa (70/50 mmHg)。意识尚清楚,面色苍白,全身冷汗,四肢发凉。左季肋区可见皮肤撞伤,挤压胸廓在胸左侧壁第 7、8 肋处疼痛。全腹有压痛、反跳痛、肌紧张,移动性浊音(+)。肠鸣音减弱。其他查体未见异常。

一、临床病例讨论(供医疗、社医专业)

(一) 讨论问题

1. 为病人进一步确诊和抢救治疗,急需作哪些检查?
2. 该病的诊断有哪些?其诊断依据是什么?
3. 请拟定一份抢救治疗方案(治疗原则)?

(二) 参考答案

1. 因病人处于休克状态,病情严重,急须查血常规、血型和交叉配血试验,以了解病人失血情况,及时补血、补液抢救休克。为抓紧时间确诊和抢救,尽量减少不必要的检查和移动病人,最简单易行的是作左下腹穿刺,若抽出不凝固血液,即可确诊。若不能确诊待病情稳定后可作 B 超、CT 助于确诊。

2. 诊断

(1) 出血性休克。

诊断依据有:面色苍白,全身冷汗,四肢发凉,脉搏增快;BP 下降,9.3/6.7 kPa(70/50 mmHg)。

(2) 脾破裂?

诊断依据有 ①有外伤史(汽车撞伤)病人有腹痛、胸闷气短(膈肌上移所致)症状;②左季肋区可见皮肤擦伤,挤压胸廓在胸左侧壁第 7、8 肋处有疼痛;③有腹膜刺激征,全腹有压痛、反跳痛、肌紧张;④移动性浊音(+),肠鸣音减弱。

3. 治疗方案(治疗原则)

(1) 暂禁食,胃肠减压,密切观察病情。

(2) 抗休克,立即补血、补液,纠正休克,必要时使用血管活性药物。

(3) 真性脾破裂立即行剖腹探查术,根据损伤程度和范围,行缝合修补、部分切除、全脾切除及脾条移植术。

二、护理病例讨论

(一) 讨论问题

1. 如果你是急诊科护士,应考虑目前危及病人生命(造成死亡)的原因是什么?

2. 你认为病人目前还急需哪些必要检查?

3. 该病人如需手术治疗,你能拟出一份术前护理计划吗?(请写出 3~4 条护理诊断及其相关预期目标和措施)。

(二) 参考答案

1. 该病人目前最危及病人生命(造成死亡)的原因是失血性休克。

2. 急需作必要的检查:①查血常规、血型和交叉配血试验;左下腹穿刺。

3. 术前护理计划

P₁ 组织灌流量改变,与内脏损伤失血有关。

【预期目标】病人各脏器功能维持在正常状态,表现为神志清楚、四肢温暖、生命体征稳定和尿量正常

【护理措施】

(1)一般护理措施:①病人取平卧位或休克卧位(头部和躯干抬高 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$,下肢抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$,以利于脑部血液供应,利于呼吸和下肢静脉回流)②保持病人安静,减少搬动③保持呼吸通畅,持续吸氧 $6\sim 8\text{ L/min}$ 。

(2)观察记录:严密观察病情变化,建立观察记录表,详细记录生命体征 每 $15\sim 30\text{ min}$ 记录1次 若有恶化趋势 立即报告医生处理。

P₁心输出量减少 与血容量不足有关。

【预期目标】病人血压、脉搏和心电图恢复正常。

【护理措施】

(1)置病人于休克卧位,保持静脉输液通畅,按医嘱补血、补液、应用血管活性药物等抗休克治疗。

(2)密切观察病人脉搏、血压和呼吸等变化。

(3)注意中心静脉压(CVP)的变化,维持在 $0.588\sim 1.18\text{ kPa}$ 。

(4)心电图检测。

P₃体液不足,与失血失液有关。

【预期目标】病人及时得到体液补充 表现为血压平稳 尿量 $> 30\text{ ml/h}$ 。

【护理措施】

(1)严密观察病情 每 $15\sim 30\text{ min}$ 测量P、BP各1次 待血压平稳后每 $4\sim 6\text{ h}$ 测量1次。

(2)禁食禁饮 胃肠减压 保持引流通畅 观察引流量和性状。

(3)及时送验血标本 查红细胞计数、血红蛋白、电解质、出凝血时间等 如发现异常 立即报告医师。

(4)立即静脉快速补血、补液 纠正体液不足。

(5)准确记录 24 h 出入水量 保持尿量 $>30\text{ ml/h}$ 。

(6)测量CVP 判断补液是否足够。

P₄焦虑或恐惧，与意外事故和惧怕手术有关。

【预期目标】病人情绪安定，能正确对待疾病，配合治疗与护理，乐意接受手术治疗。

【护理措施】

(1)耐心向病人解释疾病情况，解释时既要合乎实际，又要注意保护性医疗制度，减少病人疑虑。

(2)主动安慰同情病人，认真解答病人疑问和输血、补液、用药及手术的目的，以增强病人的信任感和安全感。

(3)在护理操作时，动作轻柔熟练，严肃认真使病人产生信赖感。

(4)遵医嘱使用镇静、安眠药，但忌用麻醉镇痛剂，以免掩盖病情。

(刘叔斌 郭方)

第 3 章 急性肾功能衰竭

病例摘要 王某 男, 25 岁 公司职员 以摔伤 6 h 为主诉入院。其同事叙述 6 h 前患者骑摩托车下乡途中, 不慎翻入约 2 m 深沟, 右大腿根部撕裂, 出血汹涌, 在其同事及周围群众帮助下, 抬入当地卫生院治疗 患者 BP 9.5/7 kPa(70/50 mmHg) 卫生院经简单处理(包扎、补液约 500 ml) 后转入我院, 查体:T 36 °C、P 100 次/min、R 22 次/min、BP 8/5 kPa(60/38 mmHg) 精神萎靡 瞳孔等大、等圆 对光反应好 颈部软、气管居中 胸部听诊呼吸音清较快 心率齐 100 次/min 腹平软 无压痛及反跳痛 无移动性浊音, 肝脾未触及 脊柱活动正常 四肢多处擦伤 但无畸形无活动障碍, 右股部处有一约 12 cm 向内斜行不整齐裂口 出血迅猛 急行手术探查止血, 并行抗休克治疗。术中见右股静脉撕裂并皮下广泛软组织挫裂伤, 手术行右股静脉缝合及软组织缝合后, 病人送入病房 查 BP 12/9 kPa(90/68 mmHg) 。术中术后共补液 2 900 ml 其中输血 400 ml。入院至手术后 小便一次约 50 ml。尿常规:尿酸性黄色 尿比重 1.012 红细胞 2 个, 蛋白(+)。血生化:全血尿素氮(BUN)6.5 mmol/L 肌酐(Cr)168 μ mol/L。5 h 后 病人又补液 2 500 ml 排尿约 60 ml, BP 16/11 kPa(120/82 mmHg) 经补液实验后尿量不增。尿常规 酸性 尿比重 1.012 尿中红细胞多个, 蛋白(+), 可见肾小管上皮细胞。血生化:BUN 7.2 mmol/L, Cr 176 μ mol/L。10 h 后查尿常规 酸性 尿比重 1.010 尿中大量红细胞, 棕色管型, 蛋白(+)。血生化:BUN 7.4 mmol/L, Cr 180 μ mol/L。

一、临床病例讨论（供医疗、社医专业）

（一）讨论问题

1. 该病人的全面诊断有哪些？依据是什么？
2. 现阶段最突出最重要的诊断是什么？为什么？
3. 拟定治疗方案？

（二）参考答案

1. 其全面诊断有

（1）右股部开放性损伤伴股静脉破裂。（已治疗）

依据：①外伤史 ②查体见开放性伤口（长约 12 cm）探查时可见股静脉断裂。

（2）出血性休克

依据：①外伤 6 h 股静脉断裂大量出血；②休克症状 如血压下降于 8/5 kPa(60/38 mmHg) 心率加快 精神不振 四肢湿冷等。

（3）急性肾功能衰竭（少尿期）

依据：①存在肾前性因素，大量失血且时间较长。②尿液检查 酸性 尿量减少，20 h 小于 200 ml 尿比重稳定于 1.012 左右，镜检见大量红细胞、肾小管上皮细胞及棕色管型。③全血 Cr、BUN 进行性升高。

2. 现阶段最突出最重要的诊断是急性肾功能衰竭。因为，外伤经手术已治疗，休克经补液输血已基本纠正。急性肾功能衰竭（少尿期）发展迅速 变化快 病人常因水电解质、酸碱平衡失调或代谢产物聚集等原因导致死亡，故急性肾功能衰竭是现阶段最突出最重要的诊断。

3. 治疗方案及原则 患者病情较复杂 但急救后外伤已通过手术治疗，失血性休克已通过输血补液等方法基本纠正。故目前治疗的重点应为急性肾功能衰竭。

（1）严格记录 24 h 出入量，少尿期时严格控制入水量，同时，

严密监测肾功能指标 尿中尿素值、尿钠、血尿素氮、肌酐等 营养采用低蛋白、高热、高维生素饮食。

(2) 及时纠正酸中毒，调整电解质平衡，防止高钾血症出现。

(3) 抗感染。应用抗生素时要注意其肾毒性，同时尽量避免含钾制剂。

(4) 透析疗法。对于血尿素氮高于 25 mmol/L 血钾高于 6.5 mmol/L 血肌酐高于 442 $\mu\text{mol/L}$ 或出现水中毒现象时，一般治疗不能改善 酸中毒不能用补碱纠正者 均应进行透析疗法。

(5) 因失血是肾功能衰竭的主要原因 早期可少量补入新鲜血液。

二、护理病例讨论

(一) 讨论问题

1. 如果你是值班护士 现阶段该病人护理估计应注意哪些方面？
2. 请拟出你的护理计划。（写出 3~4 条护理诊断及其相关预期目标和措施）

(二) 参考答案

1. 因病人存在创伤、休克、急性肾功能衰竭、酸中毒等情况 故应注意以下方面：①病人基础生命体征变化，包括神志、血压、呼吸、脉搏、心率等。 应注意尿量变化，做好出入水量记录，尿量大于 400 ml/d 则进入多尿期病情趋于好转。 监测血生化，尿常规、血常规变化，如血肌酐、血尿素氮，尤以血钾最为重要。

2. 护理计划

P_1 体液过多 与肾泌尿功能障碍、补液等有关

【预期目标】 体重不增加或下降趋势。 尿量增加，肾功能逐渐恢复。

【护理措施】

(1) 严格监测记录水的出入量，观察病人是否出现水肿情况并记录。

(2)说明限制水摄入量的重要性 补液原则“量出为人”补液量 = 显失 + 不显失 - 内生 补液量参考以下标准衡量。 体重每日减轻 0.5 kg 为适当 ②血钠应高于 130 mmol/L; 中心静脉压正常范围; 无呼吸困难、心率加快、颈静脉怒张及肺水肿等表现。

P_2 潜在并发症—酸中毒, 氮质血症, 与肾排泄功能受损有关。

【预期目标】病人的电解质紊乱、酸中毒和氮质血症控制在正常范围。

【护理措施】

(1)控制饮食早期禁用蛋白质 以糖为主 辅以维生素 严禁含钾食物摄入 3~4 d 后进食少量蛋白质, 尿量增多后, 应加强营养 促进早日恢复。

(2)高钾血症为少尿期最危险改变 治疗中禁忌使用钾盐、库血及含钾药物 并应用各种方法降低血钾。酸中毒 可应用碱性溶液静脉滴注纠正, 同时也利于降低血钾。

(3)对于氮质血症、酸中毒等可定期应用透析疗法。

P_3 有感染的危险 与免疫力下降、创伤、腹膜透析等有关。

【预期目标】体温正常范围, 白细胞计数正常, 创口及透析后无感染征象。

【护理措施】

(1)告知病人及家属感染原因 易感部位 防治措施等

(2)加强病人个人卫生管理 严格遵守无菌操作 透析物严格消毒 创口及时换药。

(3)遵医嘱应用有效抗生素, 预防感染, 使用抗生素应考虑药物对肾脏的副作用。

(4)注意监测体温变化 每 4 h 测量 1 次并记录 如应用腹膜透析还应监测其引流液性质色泽, 如有感染征象, 立即报告医师。

(张旭明)

第4章 腹股沟斜疝

病历摘要 李某 58岁，右腹股沟斜疝多年。一次搬重物时突感疝块增大并有疼痛，伴恶心，未呕吐。3h后来院急诊，查体：T 36.5℃ P 80次/min R 20次/min BP 20 kPa(150/90 mmHg)。发育营养良好，神志清楚，皮肤粘膜无出血点及黄染，浅表淋巴结无肿大，甲状腺无肿大，心肺听诊未见异常，腹平软，无压痛及腹肌紧张，脾肋缘下未触及，肠鸣音正常，右侧阴囊肿大，可触及质硬并有压痛之肿块。

一、临床病例讨论（供医疗、社医专业）

（一）讨论问题

1. 应诊断为何病？其诊断依据是什么？
2. 此时对病人该如何处理？
3. 如果需要急诊手术处理，术中打开疝囊后，见疝内容物为小肠，此时最重要的工作是什么？若嵌顿肠管蠕动良好，通常采取何种手术方式？若嵌顿肠管已绞窄坏死，手术主要步骤是什么？
4. 该病手术治疗前后均应注意解决的问题是什么？

（二）参考答案

1. 诊断：右侧腹股沟斜疝嵌顿。

诊断依据有 ①右侧腹股沟斜疝多年病史；②搬重物（使腹内压增高）疝块突然增大并疼痛（较多疝内容物突出并嵌顿）③疝块突然增大并有疼痛3h。

2. 此时为防止疝内容物绞窄坏死，应尽快手法解除嵌顿，若手法复位不能成功者，应急诊手术。

3. 术中见疝内容物为小肠，此时最重要的工作是判定嵌顿肠管是否还有生机 若其蠕动良好 通常行疝修补术 考虑病人年龄情况 应用 Bassini 法；若嵌顿肠管已绞窄坏死，手术主要步骤是：切除坏死肠段 肠管端端吻合 疝囊高位结扎。

4. 该病手术治疗前后均应注意解决的问题是去除或防止引起腹内压增高的因素 如慢性咳嗽、便秘、排尿困难等。

二、护理病例讨论

(一) 讨论问题

1. 若该患者需急诊手术，主要的术前护理措施有哪些？
2. 若为患者行疝修补术 (Bassini 法) 试拟订一份术后护理计划。

(二) 参考答案

1. 主要的术前护理措施有：①保健指导：尽可能向病人讲解腹外疝的知识，手术治疗的必要性和手术方法，同时注意消除病人的各种顾虑；②立即通知病人禁食、禁饮；③及时送验血标本 查血常规及出、凝血时间等；④做药物过敏试验 如青霉素皮试 普鲁卡因皮试；⑤备皮；⑥嘱病人进手术室前排空膀胱等。

2 术后护理计划

P₁ 疼痛，与手术创伤有关。

【预期目标】术后 24 h 内病人能忍受疼痛，可安静入睡。

【护理措施】

- (1) 保持病室环境安静。
- (2) 嘱病人咳嗽或活动时，用手或枕头按压伤口，减轻疼痛。
- (3) 安置舒适体位，仰卧位膝下垫软枕。
- (4) 按医嘱给病人注射止痛剂，并评估止痛效果。

P₂ 有疝复发的危险，与腹内压增高有关。

【预期目标】出院前无疝复发病状，能叙述预防疝复发的措

施

【护理措施】

- (1) 评估病人预防疝复发的知识。
 - (2) 嘱病人 3~5 d 内不下床活动。
 - (3) 及时处理便秘、咳嗽等腹内压增高的因素。
 - (4) 保持敷料清洁、干燥 防止切口感染。
 - (5) 告诫病人避免重体力劳动 3 个月。
- P₃ 有阴囊血肿形成的危险，与手术创伤、局部渗血有关。

【预期目标】 术后 72 h 内无血肿形成

【护理措施】

- (1) 术后即于腹股沟手术区用砂袋压迫。
- (2) 术后使用阴囊托或丁字带兜起阴囊。
- (3) 密切观察伤口有无渗血，有多量渗血时及时报告医师。

(宋向东)

第 5 章 腹部损伤

病历摘要 王某 男,24 岁。骑自行车被汽车撞伤,伤后感左季肋部疼痛,呈持续性,并逐渐扩散全腹,伴有口渴、头晕,不能行走。站立时头晕加剧,并有心慌、气短,被他人急送医院。病人受伤后,无呕血及血便,无明显呼吸困难,未排尿。查体:T 36.8℃,P 110 次/min,R 20 次/min,BP 12.0/8.0 kPa(90/60 mmHg) 急性痛苦病容,表情淡漠,面色苍白,贫血貌。胸部体征(-)。腹略胀,腹式呼吸减弱,全腹压痛(+),轻度肌紧张及反跳痛,肝脾未触及,肝上界在右锁骨中线第 5 肋间,移动性浊音(+),腹部听诊肠鸣音减弱,其他查体未见异常。查 WBC $98 \times 10^9/L$,Hb 105 g/L。

一、临床病例讨论(供医疗、社医专业)

(一) 讨论问题

1. 本病例的诊断及诊断依据?
2. 为确定诊断还须进行哪些检查?最准确的是哪一项?
3. 本病人治疗原则是什么?术中应注意什么?
4. 腹部闭合性损伤出现哪些情况需手术探查?

(二) 参考答案

1. 本病例诊断为腹部闭合性损伤,实质脏器破裂,脾破裂可能性大。诊断依据:①有腹部外伤史;②伤后腹痛以左季肋部为主,同时有口渴、头晕、心慌、面色苍白;③血压低(12.0/10.0 kPa),脉搏增快(110 次/min),全腹轻度压痛、反跳痛及肌紧张,移动性浊音阳性;④血红蛋白降低(Hb 105 g/L)。

2. 病人还须进行的检查:①B 超检查可发现腹腔内积液,脾脏

增大及破裂；②腹部 X 线检查可除外空腔脏器破裂，如空腔脏器破裂可出现膈下游离气体；③腹腔穿刺若抽出不凝固血液即可诊断为脾破裂；④诊断性腹腔灌洗 如反复穿刺仍无肯定性结果 即可通过腹腔穿刺针把套管置入腹腔缓慢注入无菌生理盐水，再吸出腹内冲洗液，根据冲洗液检查结果可作出相应诊断。以上检查项目以腹腔灌洗术最为准确，阳性率最高。

3. 因高度怀疑病人脾破裂，原则上应紧急手术处理。术中首先注意有无气体逸出，有者则提示胃肠道破裂。根据积血或积液的部位可初步估计是哪种脏器损伤。术中应首先处理出血脏器并控制活动出血，应注意探查肝脾等实质脏器有无损伤及损伤部位、程度 据此来决定手术方式。术中还应探查有无膈肌破损 并从胃开始逐段探查十二指肠第 1 段、空回肠、大肠、肠系膜 然后探查盆腔器官 再探查胃后壁、胰腺及十二指肠 2、3、4 段 防止遗漏。

4. 腹部闭合性损伤病人除根据病史、体征和化验检查外 若出现下列情况需进行手术探查：

(1) X 线检查时如出现膈下游离气体则提示空腔脏器破裂应手术探查 如出现腹膜后积气 可能有十二指肠或直肠中下段破裂亦应探查。

(2) 腹腔穿刺如抽出不凝血 提示实质脏器破裂 应手术探查。

(3) 进行腹腔灌洗出现下列情况应考虑手术探查：灌洗液含肉眼可见的血液、胆汁、胃内容物或证明是尿液；②灌洗液显微镜下红细胞计数超过 $0.1 \times 10^{12}/L$ ($100\ 000/mm^3$) 或白细胞超过 $0.5 \times 10^9/L$ ($500/mm^3$)；淀粉酶超过 100 索氏单位或胆红素阳性；④灌洗液中发现细菌者。

二、护理病例讨论（请参考第 1 章外科休克）

（刘叔斌 郭方）

第 6 章 十二指肠溃疡急性穿孔 伴急性腹膜炎

病历摘要 李某 男 43 岁,10 年前无明显诱因出现上腹正中隐痛 常于空腹时发生 进食后疼痛缓解。近 3 年来 上腹痛发作时间延长,间歇时间缩短,发作次数增多。6 h 前突发上腹部剧烈刀割样疼痛 迅速波及全腹 自服“阿托品片”疼痛不见缓解 急诊入院。查体:T 39.5 ℃,P 115 次/分,R 20 次/分,BP 10.7/8 kPa (80/60 mmHg)。面色苍白 出冷汗 肢体发凉 全腹压痛 以上腹部最为明显且反跳痛阳性 腹肌明显紧张 呈“木板样”。叩诊肝浊音界缩小,移动性浊音 (+),肠鸣音消失。血常规:WBC $15.6 \times 10^9/L$ ($15\ 600/mm^3$),N 80%。

一、临床病例讨论 (供医疗、社医专业)

(一) 讨论问题

1. 该病人最有可能的诊断是什么?有何诊断依据?
2. 为进一步确诊,应做哪些检查?可能出现何情况?
3. 提出该病人的治疗方案?

(二) 参考答案

1. 该病人最有可能的诊断是十二指肠溃疡急性穿孔伴急性腹膜炎和感染性休克。

诊断依据:

(1) 上腹部空腹痛病史 10 年 加重 3 年。

(2) 发作特点:突发上腹部剧烈的刀割样疼痛,迅速波及全腹 使用阿托品无效。