

成人急腹症诊疗急诊专家共识(2025版)

中国医师协会急诊医师分会, 解放军急救医学专业委员会, 北京急诊医学学会, 急诊外科联盟, 湖北省医师协会急诊医师分会

[指南共识注册编号] PREPARE-2025CN512

[中图分类号] R4

[文献标志码] A

[DOI] 10.11855/j.issn.0577-7402.0214.2026.0412

[声明] 本文所有作者声明无利益冲突

[引用本文] 中国医师协会急诊医师分会, 解放军急救医学专业委员会, 北京急诊医学学会等. 成人急腹症诊疗急诊专家共识(2025版)

[J]. 解放军医学杂志, DOI:10.11855/j.issn.0577-7402.0214.2026.0412.

[收稿日期] 2026-01-27

[录用日期] 2026-02-23

[上线日期] 2026-04-12

[摘要] 急腹症作为急诊科最常见的危急重症之一, 具有病因复杂、起病急、病情进展快、误诊漏诊风险高等特点, 其规范化评估与及时处置始终是临床实践中的重点和难点。本共识由中国医师协会急诊医师分会、解放军急救医学专业委员会、北京急诊医学学会、急诊外科联盟和湖北省医师协会急诊医师分会共同制定, 围绕成人急腹症诊疗中的核心临床问题, 基于证据资源“6S”模型开展系统文献检索, 检索时限为各数据库建库日至2025年10月13日, 采用推荐分级的评估、制定与评价(GRADE)系统对证据质量和推荐强度进行分级。共识内容涵盖成人急腹症的流行病学特征、早期识别与风险分层、实验室与影像学评估、初始复苏与镇痛、抗感染治疗、手术时机与方式选择, 以及老年、免疫功能低下和肿瘤患者等特殊人群的诊疗策略, 强调多学科协作在优化诊疗流程、提高救治效率和改善患者预后中的重要作用, 旨在为急诊医师提供循证、实用、规范的临床指导。

[关键词] 急腹症; 成人; 诊断; 治疗; 多学科协作; 专家共识

Expert consensus on the diagnosis and treatment of acute abdominal conditions in adults (2025)

Chinese Medical Doctor Association Emergency Medical Branch, Chinese People's Liberation Army Emergency Medicine Professional Committee, Beijing Emergency Medicine Society, Emergency Surgery Alliance, Emergency Physicians Branch of Hubei Medical Doctor Association

Corresponding author, Zhao Gang, E-mail: gangzhao@hust.edu.cn; Liu Ming-Hua, E-mail: minghua_liu@tmmu.edu.cn; Zhao Xiao-Dong, E-mail: zxd63715@126.com; Yu Xue-Zhong, E-mail: yxz@pumch.cn

[Abstract] Acute abdomen is one of the most common critical conditions encountered in the emergency department. Owing to its complex etiologies, abrupt onset, rapid progression, and high risk of missed or delayed diagnosis, standardized evaluation and timely management remain major clinical challenges. This expert consensus was jointly developed by the Emergency Physicians Branch of the Chinese Medical Doctor Association, the Emergency Medicine Committee of the Chinese People's Liberation Army, the Beijing Society of Emergency Medicine, the Emergency Surgery Alliance, and the Emergency Physicians Branch of the Hubei Medical Doctor Association. Focusing on key clinical issues in the diagnosis and treatment of acute abdomen in adults, a systematic literature review was conducted based on the "6S" evidence model, with the search period extending from database inception to October 13, 2025. The quality of evidence and strength of recommendations were graded using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach. This consensus addresses epidemiological characteristics, early recognition and risk stratification, laboratory and imaging evaluation, initial resuscitation and analgesia, antimicrobial therapy, selection of surgical timing and approach, and management strategies for special populations including older adults, immunocompromised patients, and patients with malignancies. In particular, it emphasizes the pivotal role of multidisciplinary team collaboration in optimizing diagnostic and therapeutic pathways, improving rescue efficiency, and enhancing patient outcomes. This consensus is intended to provide emergency physicians with evidence-based, practical, and standardized guidance for the management of adult acute abdomen.

[Keywords] acute abdomen; adult; diagnosis; treatment; multidisciplinary team; expert consensus

[通信作者] 赵刚, E-mail: gangzhao@hust.edu.cn; 刘明华, E-mail: minghua_liu@tmmu.edu.cn; 赵晓东, E-mail: zxd63715@126.com; 于学忠, E-mail: yxz@pumch.cn

急腹症(acute abdomen)作为急诊科最常见的危急重症之一,其诊断与治疗始终是临床实践中的重大挑战。本共识由中国医师协会急诊医师分会、解放军急救医学专业委员会、北京急诊医学学会、急诊外科联盟、湖北省医师协会急诊医师分会共同制定,旨在系统梳理急腹症诊疗领域的最新进展,针对当前临床实践中的关键难点提出解决方案。共识基于推荐分级的评估、制定与评价(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)系统对证据质量和推荐强度进行分级,涵盖了从流行病学特征到诊断策略、从治疗原则到特殊人群管理的全方位内容,特别强调了多学科协作(multidisciplinary team, MDT)在急腹症诊疗中的核心地位。本共识融合国内外最新研究数据和临床经验,还针对特定类型制定标准化处置流程,旨在为急诊医师提供基于循证医学的急腹症诊疗实践指导。

1 共识制定背景

急腹症是急性腹痛为主要临床表现的腹部危急重症的统称,因其起病急,表现多样,进展快,病情重的特点,往往需要紧急评估和处理。此外,腹外疾病如急性心肌梗死和肺炎等也可表现为急腹症样症状。急性腹痛作为急诊科最常见的就诊原因之一,占急诊就诊量的5%~10%,其中25%~30%需要外科干预^[1-3]。急腹症涉及的范围广泛,包括消化系统、泌尿系统、女性生殖系统及血管系统等多个器官的急性病变,且其病因复杂,临床表现多样,误诊率可高达20%~40%^[4]。急腹症的及时、准确诊断和恰当处理始终是急诊医师面临的重大挑战。临床流行病学调查显示,急腹症的发病呈现出明显的年龄和性别差异^[5]。急性阑尾炎、胆道疾病、急性胃肠穿孔、急性胰腺炎在青壮年中较为常见,而老年人中血管源性急腹症和恶性肿瘤相关急腹症占比较高^[6]。在女性患者中,妇科急腹症如异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、黄体破裂和急性盆腔炎性疾病占相当比例^[7]。值得注意的是,随着人口老龄化进程加速和肿瘤发病率上升,老年急腹症和肿瘤相关急腹症的比例逐年增加,此类患者常因基础疾病多、临床表现隐匿,致使诊断延迟率和病死率明显高于普通人群^[8],这也是本共识重点关注的临床难点之一。

本共识由中国医师协会急诊医师分会制定,旨在系统梳理急腹症诊疗领域的最新证据,针对临床实践中的关键问题提出解决方案。共识采用GRADE系统对证据质量和推荐强度进行分级(表1)^[9],为急诊医师及相关专科医师提供一份基于循证医学的急腹症诊疗实践指导。

表1 GRADE分级证据质量与推荐强度

Tab.1 Definitions for GRADE evidence grades and recommendation strength

项目	等级	定义与说明
证据质量	高(A)	证据主要来源于高质量RCT或结果一致的系统评价,后续研究几乎不太可能改变现有结论
	中(B)	证据来自存在一定限制的RCT或高质量观察性研究,进一步研究可能会对当前结论产生影响
	低(C)	证据多依赖观察性研究,偏倚风险相对较高,后续研究较可能改变现有判断
	极低(D)	证据基础较弱,部分内容主要依赖专家经验或共识,数据支持相对不足
推荐强度	强推荐(I)	现有证据较充分且专家意见一致,临床获益明显大于潜在风险与成本,适用于大多数患者及情境
	弱推荐(II)	当前证据有限或仍存在不确定性,临床决策应综合患者偏好、资源可及性及医院条件进行个体化判断

GRADE. 推荐分级的评估、制定与评价; RCT. 随机对照试验

本共识围绕成人急腹症诊疗相关临床问题开展系统文献检索。根据证据资源“6S”模型,系统检索国际指南协作网、英国国家卫生与临床优化研究所指南库、苏格兰学院间指南网、世界急诊外科学会网站、美国急诊医师协会网站、BMJ Best Practice、UpToDate,以及PubMed、Embase、Cochrane Library、Web of Science、中国知网、万方数据和维普数据库,并追溯纳入文献的参考文献。检索时限为各数据库建库至2025年10月13日。采用主题词与自由词相结合的检索策略,中文检索词包括“急腹症”“成人急腹症”“急性腹痛”“腹膜炎”“消化道穿孔”“肠梗阻”“急性阑尾炎”“急性胆囊炎”“急性胰腺炎”“肠系膜缺血”“腹腔感染”“诊断”“评估”“治疗”“影像学”“超声”“CT”“实验室检查”“液体复苏”“镇痛”“抗感染治疗”“手术时机”“多学科协作”等,英文检索词包括“acute abdomen”“acute abdominal pain”“peritonitis”“gastrointestinal perforation”“intestinal obstruction”“appendicitis”“acute cholecystitis”“acute pancreatitis”“mesenteric ischemia”“intra-abdominal infection”“diagnosis”“evaluation”“treatment”“imaging”“ultrasonography”“computed tomography”“laboratory test”“fluid resuscitation”“analgesia”“antimicrobial therapy”“timing of surgery”“multidisciplinary management”等。纳入文献类型主要包括指南、专家共识、系统评价、Meta分析、随机对照

试验、队列研究、病例对照研究及其他与临床问题密切相关的研究，语种限定为中文和英文，研究对象为成人。由2名研究者独立完成文献筛选、资料提取及方法学质量评价，如存在分歧，通过讨论或咨询第三方解决。通过AGREE II对纳入指南进行质量评价，采用AMSTAR 2对系统评价和Meta分析进行方法学质量评价，使用Cochrane偏倚风险评价工具对随机对照试验进行评价，采用纽卡斯尔-渥太华量表对队列研究和病例对照研究进行方法学质量评价，通过Joanna Briggs Institute相应评价工具对横断面研究、病例系列研究等进行质量评价。

2 急腹症的定义与分类

急腹症作为临床常见的急症，其准确定义和科学分类对指导诊断和治疗具有重要意义。本共识将急腹症定义为“以急性腹痛为主要表现”，起病急骤、进展迅速，需要紧急评估和干预(尤其是手术)的腹部急症，可表现为一系列的临床综合征。从病理生理学角度看，急腹症的核心特征是腹腔内存在器质性病变或功能性异常。这一定义强调腹痛的急性特性及病变部位位于腹腔，将急腹症与慢性腹痛及其他系统疾病如急性心肌梗死、肺炎等引起的腹痛相区分。

2.1 病因学分类

推荐意见1: 急腹症应基于病因和病理机制进行分类诊断，这对于指导治疗决策至关重要。急诊医师面对急性腹痛患者时，首要任务是鉴别外科急腹症还是内科急腹症。在明确诊断为内科急腹症前，应对潜在的外科急腹症进行筛查(推荐强度：I；证据质量：B)

根据病因和是否需要手术干预，可将急腹症分为外科急腹症与内科急腹症两大类。这一系统分类有助于临床医师系统思考腹痛的可能原因，避免漏诊和误诊。必须指出的是，不能仅根据疾病分类来决定治疗方式。例如，在外科急腹症中，部分类型的阑尾炎可进行非手术治疗，而内科急腹症中的轻症急性胰腺炎进展为重症急性胰腺炎时可能需要手术干预^[10-14]。此外，创伤所致的急性腹痛不在本共识讨论之列。

2.1.1 外科急腹症 外科急腹症是指需要外科手术干预的腹部急症，病理基础是局部器质性损伤或病变。病情往往进展迅速，延误手术可致生命危险。主要类型包括以下几种：

2.1.1.1 炎症性病变 由细菌感染或化学刺激引起的腹腔脏器炎症，如急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性梗阻性化脓性胆管炎、重症急性胰腺炎等。这类疾病通常表现为持续性疼痛，伴有发热和白细胞升高，随着炎症发展可出现局限性或弥漫性腹膜炎体征^[10-13]。

2.1.1.2 空腔脏器穿孔 包括胃十二指肠溃疡穿孔、炎性肠病(克罗恩病和溃疡性结肠炎)和肠道憩室炎导致的小肠和结肠穿孔、阑尾穿孔、胆囊穿孔及胃肠道肿瘤穿孔等引起的腹腔内消化液外漏至腹腔。特征性表现为突发剧烈腹痛，迅速出现腹膜刺激征和全身炎症反应，严重者可发生休克。

2.1.1.3 梗阻性或绞窄性病变 包括肠粘连导致的机械性肠梗阻、腹内疝及嵌顿疝，溃疡性结肠炎导致的麻痹性肠梗阻、尿路梗阻，以及卵巢囊肿蒂扭转等。这类疾病常导致阵发性绞痛，伴有恶心呕吐。当梗阻合并血运障碍时(如绞窄性肠梗阻)，疼痛转为持续性，病情急剧恶化^[15]。

2.1.1.4 缺血性血管病变 腹腔脏器血供受阻导致的缺血性疼痛，如肠系膜动脉栓塞或血栓形成、肠系膜静脉血栓、缺血性结肠炎等。这类疾病早期症状与体征常不相符，疼痛剧烈而腹部压痛轻微，但一旦发生肠坏死，病情将迅速恶化，病死率高。

2.1.1.5 出血性疾病 腹腔内出血引起的急腹症，如腹卒中综合征、肝癌破裂出血、腹主动脉瘤破裂、腹主动脉夹层破裂、异位妊娠破裂、黄体破裂等。临床表现为腹痛、失血性休克和腹部移动性浊音阳性，腹腔穿刺可抽出不凝血。急性出血性小肠炎表现为剧烈腹痛和持续腥臭味血便，伴有发热寒战等感染相关症状，病情进展迅速可出现肠穿孔和肠坏死^[16]。

2.1.2 内科急腹症 内科急腹症通常无需手术，主要通过药物治疗、补液、抗感染等非手术治疗处理。病理基础常是功能性紊乱、炎症或代谢性问题，而非需要手术解决的器质性损伤^[13-14,16]。主要类型包括以下几种：

2.1.2.1 炎症性疾病 包括急性胃肠炎、轻症急性胰腺炎、无并发症的炎性肠病、小肠憩室炎、结肠憩室炎、急性肾盂肾炎、原发性腹膜炎、急性盆腔炎等。通常为持续性的钝痛、胀痛或隐痛，疼痛区域相对固定，并随着炎症的加重而逐渐加剧。可伴有发热及胃肠道症状^[13,16]。

2.1.2.2 胃肠道功能性疾病 肠易激综合征等。临床表现除腹痛外，往往伴胃肠道症状如排便异常等。

2.1.2.3 代谢、中毒、全身性疾病 特征是各种原因导致胃肠道发生病理损伤，从而出现腹痛症状。糖尿病酮症酸中毒可引起肠缺血，表现为剧烈腹痛，若病情进展，可发生肠穿孔或坏死，此时需紧急外科手术干

预。此外，还需注意铅中毒引起的铅绞痛、腹型过敏性紫癜等情况。

2.2 临床严重程度分类

推荐意见2: 急诊医师应根据“先救命、再辨病”的原则，按照病情危急程度对急腹症患者进行分类处理，优先识别和处理危险性急腹症，并需要急诊外科或者相应外科专科及时干预(推荐强度：I；证据质量：A)

从临床实用角度出发，根据病情危急程度和处理优先级，急腹症可分为以下3类：

2.2.1 危险性急腹症 包括腹主动脉瘤破裂、脏器穿孔伴弥漫性腹膜炎、绞窄性肠梗阻、异位妊娠破裂出血等。这类患者常表现为突发剧烈腹痛，并迅速出现休克和腹膜炎体征，合并生命体征不稳定，病死率高，需在积极复苏和严密监护的同时尽快明确诊断，并实施紧急外科或介入干预^[15-16]。

2.2.2 紧迫性急腹症 如急性阑尾炎、急性胆囊炎、单纯性肠梗阻等。这类疾病在数小时内可能进展为更严重的状态，须尽快明确诊断及及时(通常6~24h)进行外科干预^[10,15]。

2.2.3 相对稳定性急腹症 包括轻症胰腺炎、非特异性腹痛、急性胃肠炎等。这类患者病情相对稳定，允许一定时间内密切观察，并行相应检查以明确诊断^[13-14]。

急腹症的分类为临床医师提供了系统性思考腹痛病因的框架，但实际工作中常遇到跨类别或病因不明确的情况。因此，保持开放的临床思维，动态评估患者的病情变化，对于提高急腹症诊断准确率至关重要。

3 诊断策略与难点

急腹症的准确诊断是临床决策的基础，也是急诊医师面临的主要挑战。理想的诊断策略应当兼顾效率与准确性，以便在最短时间内通过诊断流程识别出危及生命的疾病。

3.1 诊断流程与评估要点

推荐意见3: 急腹症评估应采用系统化方法，包括详细的病史采集和全面的体格检查，特别关注腹痛特征、持续时间及伴随症状(推荐强度：I；证据质量：A)

急腹症的诊断应遵循“结构化评估”原则，包括详细的病史采集、全面的体格检查和针对性的辅助检查。这一流程虽然看似基础，但却是减少误诊和漏诊的关键。

3.1.1 病史采集应注意的因素 病史采集是诊断的第一步，需要特别关注以下要素：

3.1.1.1 腹痛特征 包括起病方式(突发、渐进)、疼痛部位(初始部位和当前最痛处)(表2)、性质(绞痛、刺痛、钝痛)、强度(采用视觉模拟评分评估)和放射痛(如胆囊炎向右肩放射、胰腺炎向背部放射)等。突发剧烈腹痛提示血管事件或空腔脏器穿孔；逐渐加重的疼痛多见于炎症性疾病。

表2 腹痛部位与常见病因

Tab.2 Location of abdominal pain and common causes

疼痛部位	常见病因
右上腹	胆囊炎、胆管炎、肝炎、肝脓肿
中上腹/剑突下	胃炎、胃十二指肠溃疡、胰腺炎
左上腹	胰腺炎、脾梗死
右下腹	阑尾炎、憩室炎、输尿管结石、异位妊娠、卵巢扭转、炎性肠病
左下腹	输尿管结石、异位妊娠、卵巢扭转、结肠肿瘤、炎性肠病
弥漫性/脐周	消化道穿孔、肠梗阻、肠系膜缺血、胰腺炎

3.1.1.2 时间因素 腹痛持续时间对判断病情严重程度和决定处理方式至关重要。一般而言，腹痛持续超过6h不缓解，外科急腹症的可能性大。

3.1.1.3 伴随症状 发热、呕吐、腹泻、排便排气停止、消化道出血、黄疸及泌尿系统症状等。

3.1.1.4 加重或缓解因素 如进食、体位变动、呼吸运动等对疼痛的影响。腹膜刺激征常因活动或咳嗽加重，患者多喜静卧；而内脏痛则可使患者辗转反侧而依然无法缓解。

3.1.1.5 相关病史 包括既往腹部手术史、月经史、慢性疾病史(如房颤患者需考虑肠系膜血管栓塞)及用药史，尤其是抗凝药物使用史^[16]。

3.1.2 体格检查 体格检查应当系统全面，特别注意以下要点：

3.1.2.1 一般状况评估 包括生命体征(发热、心动过速、低血压等休克表现)、面容表情(痛苦面容、面色苍白、大汗淋漓等)和体位(屈曲卧位提示腹膜炎,辗转不安提示绞痛)。

3.1.2.2 腹部检查 按视、听、叩、触顺序进行。视诊注意腹部外形、手术瘢痕、皮肤色素沉着皮疹瘀斑、蠕动波;听诊评估肠鸣音;叩诊检查肝浊音界(消失或缩小提示气腹)和移动性浊音(阳性提示腹腔积液);触诊从无痛区开始,逐步接近最痛处,评估压痛、反跳痛和腹肌紧张。

3.1.2.3 特殊体征检查 如Murphy征(急性胆囊炎)、Rovsing征(阑尾炎)、闭孔肌征(阑尾炎或盆腔脓肿)和腰大肌征(阑尾炎或腰大肌脓肿)等。

3.1.2.4 直肠指检和盆腔检查 对下腹痛患者必不可少,可评估盆腔压痛、肿块及出血等情况^[16-17]。

3.2 辅助检查的选择与解读 合理选择辅助检查是提高急腹症诊断准确率的关键。检查策略应基于病史和体检的初步判断,采用“目标导向”原则,而非“套餐式”检查。

3.2.1 实验室检查的基础项目

3.2.1.1 血常规 白细胞计数及中性粒细胞比例升高提示炎症或感染,但需注意老年人和免疫功能低下者可能不表现白细胞升高;血红蛋白下降提示出血可能。

3.2.1.2 生化检查 包括电解质、肾功能、肝功能、淀粉酶和脂肪酶。乳酸水平升高提示组织灌注不足,对肠缺血诊断有重要价值。

3.2.1.3 尿常规和妊娠试验 所有育龄期女性腹痛患者若月经史不详时必须进行尿妊娠试验,以排除异位妊娠。

3.2.1.4 炎症标志物 C反应蛋白(CRP)和降钙素原(PCT)有助于鉴别感染性病因和评估严重程度。

3.2.1.5 D-二聚体 怀疑肠系膜缺血、腹主动脉夹层、深静脉血栓继发腹腔病变等血管源性急腹症时,可将D-二聚体作为重要的筛查指标^[13,16,18]。

3.2.2 影像学检查项目

推荐意见4: 对病因不明的急腹症患者,应尽早进行增强CT检查;育龄期女性应先行盆腔超声检查(推荐强度:I;证据质量:A)

3.2.2.1 超声 作为一线影像学方法,特别适用于胆道疾病、阑尾脓肿鉴别、胰腺疾病、妇科急腹症和腹腔游离液体的检测。急诊床边超声(FAST)对腹腔出血的诊断价值较高^[19]。超声的优势在于无辐射、动态、可重复,但对操作者依赖性高,且受肠内气体的干扰较大。

3.2.2.2 X线片 立位胸部X线检查可发现膈下游离气体,以协助空腔脏器穿孔的诊断;腹部立卧位平片对肠梗阻诊断有帮助,可显示气液平面和肠管扩张,初步判断梗阻肠管平面,但对病因判断价值有限^[20]。

3.2.2.3 CT 已逐渐成为急腹症诊断的“金标准”,尤其是增强CT,对肠缺血、腹部脓肿、肿瘤性病变等的诊断价值较高^[21]。CT的敏感性和特异性均显著高于超声。对于病因不明的急腹症、老年患者及怀疑血管性病变者,应尽早考虑CT检查^[22-24]。

3.2.2.4 MRI 在孕妇和儿童等需避免辐射的特殊人群中可作为替代选择,对磁共振胆胰管成像(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)和盆腔疾病评估有独特优势。

3.2.3 特殊检查

3.2.3.1 腹腔穿刺 对腹腔积液患者有诊断价值,可根据液体性质协助判断病因。

3.2.3.2 腹腔压力监测 通过膀胱测压法测量腹腔内压(Intra-abdominal pressure, IAP),对腹腔内高压(intra-abdominal hypertension, IAH)/腹腔隔室综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)的诊断和管理至关重要。正常IAP为5~7 mmHg,IAH定义为IAP持续 ≥ 12 mmHg^[25]。

3.2.3.3 内镜检查 对消化道出血和部分梗阻性病变既有诊断价值,也可进行治疗干预。

3.2.3.4 介入检查 对出血性疾病及血管源性疾病有诊断作用,并可进行治疗干预。

3.3 常见鉴别诊断难点与解决方案

推荐意见5: 对临床表现不典型的急腹症患者,应积极行动态的腹部体检、影像学及实验室检查,必要时可通过诊断性腹腔镜或剖腹探查术来确诊(推荐强度:I;证据质量:B)

急腹症诊断中存在若干常见难点,需特别警惕,并给予针对性策略。

3.3.1 非腹部疾病所致腹痛 需鉴别心肌梗死、肺炎、胸主动脉夹层等非腹部疾病。解决方案:常规行心电图检查,必要时检查心肌坏死标志物,并警惕病史中的危险因素。

3.3.1.1 心肌梗死(特别是下壁心肌梗死) 疼痛可位于上腹部、剑突下,表现为压榨性、窒息性疼痛。可伴

有恶心、呕吐、腹胀等胃肠道症状，极易与胃十二指肠穿孔、急性胰腺炎、胆绞痛混淆。患者多为中老年，常伴有高血压、糖尿病、高脂血症及吸烟等冠心病危险因素。疼痛可能因劳累或情绪激动诱发，休息或含服硝酸甘油可能缓解。典型者伴有胸闷、心悸、呼吸困难、濒死感、出冷汗。腹部可能柔软，无明确固定压痛点或肌紧张，与严重的腹痛主诉不符。心脏听诊可能出现异常心音、心律不齐。心电图是必须立即执行的关键检查。心肌坏死标志物检查是诊断心肌坏死的金标准。

3.3.1.2 胸主动脉夹层 表现为突发的、剧烈的、撕裂样或刀割样的胸背部疼痛，可向下放射至腰腹部。当夹层累及腹主动脉或其分支时，会引起严重的腹痛，易被误诊为急性胰腺炎、肠系膜血管栓塞或肾绞痛。多见于未控制的高血压患者、马方综合征等结缔组织病患者。可因夹层累及不同分支血管而出现相应的缺血症状，双侧血压或上下肢血压差异异常(>20 mmHg)。增强CT血管成像(computed tomography angiography, CTA)是确诊的首选方法，床边超声心动图也有助于诊断。

3.3.1.3 肺炎(特别是下叶肺炎或膈胸膜炎) 炎症刺激膈胸膜时，可通过膈神经反射引起同侧上腹部疼痛，常被误诊为胆囊炎、肝炎或阑尾炎。起病时常有受凉、劳累史，伴有寒战、高热、咳嗽、咳铁锈色痰或脓痰、呼吸困难等呼吸道感染症状。腹部压痛可能不固定，深压时疼痛可能不加重，而肺部听诊可闻及湿啰音或存在肺实变体征。胸部X线片或CT检查显示肺部炎症浸润影是确诊的依据。白细胞计数及中性粒细胞比例通常明显升高。

3.3.2 肠系膜缺血的早期诊断 早期肠缺血症状(剧烈腹痛)与轻微体征不符，常规检查常无异常，待出现腹膜炎时已发生肠坏死^[26-27]。因此，对于怀疑肠系膜缺血的患者应行动态腹部体征检查，对高危患者(房颤、动脉硬化)应尽早行D-二聚体检测及CTA，监测乳酸和炎症指标^[28]。

3.3.3 腹内疝的早期诊断 腹内疝患者早期通常表现为不典型的急性或间歇性肠梗阻，这些症状与常见的粘连性肠梗阻、肠扭转、急性胰腺炎等高度重叠，高度怀疑是将其纳入非典型急腹症鉴别诊断的关键。病情进展时会突发剧烈腹痛并出现感染性休克症状。

腹内疝的诊断依赖于识别一些间接征象，如肠系膜血管走行异常、肠管“拥挤”在非正常解剖区域、CT影像出现“漩涡征”等。这些征象细微且不典型，非专科影像医师极易漏诊或误判。即便进行了全面的影像学检查有时仍无法明确诊断，最终需要诊断性腹腔镜或剖腹探查术来确诊。

3.4 诊断性腹腔镜的应用

推荐意见6: 对于诊断不明但怀疑需手术干预的急腹症患者，可考虑诊断性腹腔镜检查(推荐强度: II; 证据质量: B)

对于经过全面检查仍诊断不明的急腹症，特别是存在手术指征时，诊断性腹腔镜检查兼具诊断和治疗价值^[29]。腹腔镜可直接观察腹腔内各脏器，诊断准确率达90%以上，同时可行阑尾切除、胆囊切除、肠粘连松解等治疗操作。适应证包括: 不明原因腹痛非手术治疗无效超过6h、局限性或弥漫性腹膜炎体征、怀疑妇科急腹症等。禁忌证主要为血流动力学极度不稳定，严重的肠梗阻和严重心肺功能不全^[30-31]。

急腹症的诊断是一个动态过程，初始评估可能无法立即明确病因。临床医师应保持警惕，对诊断不确定的患者应进行密切观察和动态评估，随时调整诊断思路和治疗方案。

4 急腹症的处置流程

推荐意见7: 急腹症须迅速评估病情，根据病情严重程度进行分诊并开展相应的影像学及实验室检查(推荐强度: I; 证据质量: B)

急腹症的处置需根据病因、严重程度和患者整体状况制定个体化策略^[32]。

4.1 急诊初步评估与分诊决策 急腹症的急诊处理首要目标是快速识别出危及生命的状况，并对其进行分级管理。须设立急腹症专用分诊标准，且遵循系统、高效的流程，以确保危重患者得到优先处置(图1)。

4.1.1 初步评估 ABCDE(气道、呼吸、循环、神经功能障碍、暴露/环境)法与快速分类: 在分诊台或接诊初期，应立即采用ABCDE法对患者进行快速评估，重点关注生命体征。高危信号包括以下几种情况。(1)循环不稳定: 低血压、心动过速、皮肤花斑、四肢厥冷(提示休克); (2)呼吸窘迫: 气促、血氧饱和度下降; (3)意识改变: 烦躁、淡漠、意识模糊; (4)剧烈或无法忍受的腹痛。出现任何一项高危信号，均提示患者属于高危状态，需立即进入抢救室进行复苏和进一步评估。

4.1.2 分诊决策 采用三级分流标准进行决策。(1)需紧急处置(立即进入抢救室): 对血流动力学不稳定、出现弥漫性腹膜炎体征的危险性急腹症患者，应立即给予监护、建立静脉通道、补液、吸氧、完善紧急检查，

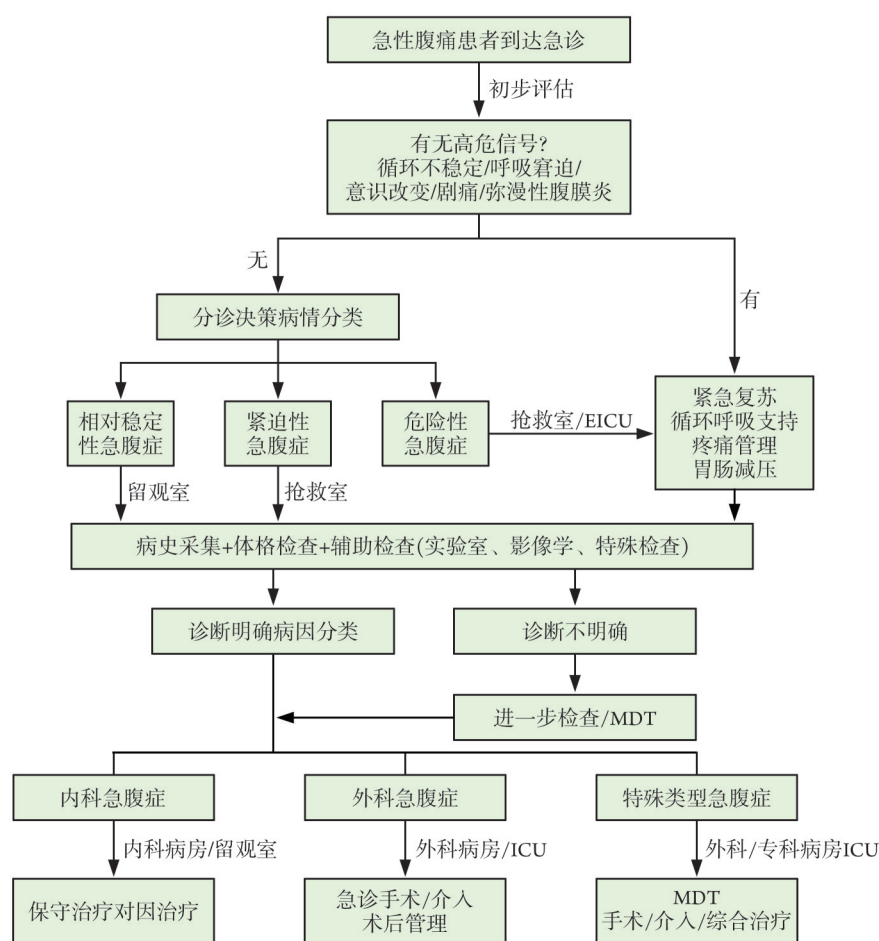


图1 急腹症处置流程

Fig.1 Management protocol for acute abdominal conditions
EICU.急诊重症监护室; MDT.多学科诊疗; ICU.重症监护室

并紧急呼叫外科及相关专科会诊;目标是在“黄金1小时”内稳定生命体征并明确诊断。(2)需收治病房(急诊绿色通道或直接入院):对诊断明确且需住院治疗、病情复杂、有加重风险或留观期间病情加重、紧迫性急腹症患者,应进行系统治疗、严密观察或限期手术。(3)可急诊留观:对诊断不明确的非剧烈腹痛、初步治疗后显效、无腹膜炎和全身感染中毒症状及风险的相对稳定的急腹症患者,应密切观察,对症支持治疗,并在6~12h内重新全面评估;根据病情变化,决定后续治疗方案。

4.2 急腹症治疗的基本原则

推荐意见8:对血流动力学不稳定的急腹症患者,应立即行液体复苏和循环支持,同时积极寻找病因和处理病情(推荐强度: I; 证据质量: A)

急腹症的治疗应遵循“抢救生命、缓解症状、明确病因、根治疾病”的总体原则,采取阶梯式治疗策略。治疗前应快速评估患者的循环呼吸状态,优先处理威胁生命的情况,如休克、呼吸衰竭等。同时,根据初步诊断确定治疗优先级,将急腹症分为需要立即处理、紧急处理和可观察处理三类。

初步稳定措施适用于所有的急腹症患者,包括:(1)循环支持。对血流动力学不稳定者应立即建立静脉通路,快速输注晶体液,必要时使用血管活性药物。对于急腹症出血性休克患者,应遵循损伤控制复苏原则,即限制性液体复苏、纠正凝血紊乱、输血治疗相结合^[33]。(2)呼吸支持。保持气道通畅,对呼吸困难或休克患者给予氧疗,严重呼吸功能不全者需考虑气管插管和机械通气。(3)疼痛管理。近年的循证医学证据表明,适量镇痛剂不会影响诊断的准确性,反而可减轻患者痛苦,便于更全面的体检^[34]。可根据阶梯止痛原则,选用阿片类药物或非甾体抗炎药,并根据病情调整剂量^[35]。(4)胃肠减压。对呕吐、腹胀或怀疑肠梗阻、胰腺炎患者,应留置胃管减压,以减轻呕吐和误吸的风险。(5)禁饮食。所有急腹症患者在明确诊断前应禁饮食,观察病情变化,并为可能的手术干预做准备。(6)抗感染治疗。对诊断感染性病因者应尽早经验性使用广谱抗生素

(应注意覆盖肠道菌群)^[36]。应在取得血培养或其他培养标本后尽快给予抗生素治疗。

4.3 按病因分类的治疗策略

4.3.1 外科急腹症

推荐意见9: 对于须手术干预的急腹症,应在充分复苏后尽早手术,延迟手术可增加并发症和死亡风险(推荐强度: I; 证据质量: A)

4.3.1.1 炎症性病变 (1)急性阑尾炎: ①单纯性阑尾炎可考虑抗感染非手术治疗,但复发率较高;手术仍是金标准,腹腔镜阑尾切除术具有住院时间短,并发症少的优点。②复杂性阑尾炎(如有穿孔、脓肿形成)需给予敏感抗生素抗感染,综合感染控制程度及并发症情况评估是否手术。③部分患者可先行经皮引流控制感染,6~12周后再限期行阑尾切除术^[37]。(2)急性胆囊炎: ①轻中度胆囊炎早期腹腔镜胆囊切除术(于入院后24~72 h内实施)优于延迟手术,可减少住院时间和并发症;②重症胆囊炎(化脓性、坏疽性)须紧急手术,对高危患者可考虑行经皮胆囊造瘘作为过渡^[38]。(3)急性梗阻性化脓性胆管炎: 首要治疗原则是迅速解除胆道梗阻、引流胆汁。行内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP),并置入鼻胆引流管或支架是首选的引流方式,可迅速降低胆道压力、控制脓毒血症。对于病情危重或不适合行ERCP者,可考虑经皮经肝胆道穿刺引流(percutaneous transhepatic cholangial drainage, PTCD)作为替代方案。在感染得到有效控制、患者一般情况改善后,再限期行根治性手术以解决梗阻病因^[39]。(4)急性胰腺炎: 轻症胰腺炎以支持治疗为主,包括液体复苏、镇痛和早期肠内营养;重症胰腺炎需重症医学病房(ICU)监护,处理器官衰竭,预防感染。坏死组织感染是后期死亡的主要原因,应延迟干预,依据感染严重程度和坏死范围采取个体化方式实施干预,包括经皮导管引流(percutaneous catheter drainage, PCD)、消化道内镜支架置入、腹膜后微创引流、腹腔镜下胰腺坏死组织清除等多种方式^[40]。

4.3.1.2 空腔脏器穿孔 (1)胃十二指肠溃疡穿孔: 手术修补是标准治疗,对低危空腹小穿孔(直径<1 cm)、腹膜炎较为局限可尝试胃肠减压、质子泵抑制剂和抗感染治疗等保守措施^[41]。(2)结肠穿孔: 根据穿孔原因和腹腔污染程度选择术式,可能需结肠切除加造口^[42]。

4.3.1.3 梗阻性或狭窄性病变 (1)小肠梗阻: 粘连性梗阻多数可行胃肠减压、禁食、静脉补液等非手术治疗,如出现腹膜炎、持续疼痛或乳酸升高提示绞窄的可能时,须急诊手术。部分可通过肠梗阻导管解除梗阻^[43]。(2)结肠梗阻: 多因肿瘤引起,常需手术干预,可选择一期切除吻合、造口或肠内支架置入后择期手术^[42]。(3)胆道梗阻: 胆总管结石可行ERCP取石,恶性梗阻可放置胆道支架引流或进行PTCD暂时替代。

4.3.1.4 缺血性血管病变 急性肠系膜缺血: 动脉栓塞可行开放或血管介入取栓术;静脉血栓以抗凝为主,综合评估是否手术;非闭塞性缺血以改善灌注和抗凝为主^[44]。难点在于早期诊断,若出现肠坏死,即使完成手术,预后也可能不佳。

4.3.1.5 出血性疾病 腹腔内出血,如出现血流动力学不稳定者须紧急手术或(和)血管介入止血,病情稳定者可尝试非手术治疗或选择性介入治疗。

4.3.2 内科急腹症

4.3.2.1 炎症性疾病 (1)急性胃肠炎: 以非手术治疗为主。纠正水电解质紊乱;一般不推荐常规使用抗生素,仅适用于特定细菌感染或免疫缺陷患者;止吐、止泻药物可作为对症处理,但需谨慎使用以避免掩盖病情或加重肠道负担。(2)炎性肠病(如克罗恩病、溃疡性结肠炎): 主要采取药物治疗。急性期通常使用糖皮质激素快速控制炎症,同时联合氨基水杨酸制剂、免疫抑制剂或生物制剂等进行诱导和维持缓解;治疗期间需密切监测,排除合并感染等可能,并评估营养状态给予支持。(3)憩室炎: 治疗方案取决于严重程度。单纯性憩室炎可采用休息、流质饮食及口服广谱抗生素等非手术治疗;复杂性憩室炎(伴脓肿、穿孔、瘘管等)须住院,接受静脉抗生素治疗,若形成脓肿且直径较大,需在CT或超声引导下经皮穿刺引流。择期手术的建议适用于反复发作、非手术治疗无效或存在免疫抑制的患者^[45]。

4.3.2.2 胃肠道功能性疾病 以肠易激综合征为例,该病是一种功能性肠病,治疗核心在于症状管理和个体化策略。消除患者对重大疾病的顾虑;调整饮食和生活方式;药物治疗需根据主要亚型进行选择;对症支持。

4.3.2.3 代谢、中毒、全身性疾病 (1)糖尿病酮症酸中毒所致腹痛: 代谢紊乱刺激胃肠道黏膜及腹部神经所致。治疗核心为快速纠正代谢性酸中毒和胰岛素缺乏。须立即静脉补充生理盐水、小剂量胰岛素持续静滴、并纠正电解质紊乱。随着血糖、酮体及酸中毒的改善,腹痛通常可迅速缓解。(2)铅中毒引起的铅绞痛: 特征性表现为阵发性脐周或全腹剧烈绞痛。查体时腹痛程度与轻微腹肌紧张等体征不匹配是其特点。确诊依靠血

铅、尿铅检测及典型的铅中毒征象。治疗根本在于驱铅治疗及彻底脱离铅暴露环境。解痉药物仅能用于临时对症。(3)腹型过敏性紫癜：腹痛因消化道黏膜下小血管炎所致。特征为绞痛，多出现在四肢对称性紫癜之前或同时发生，可伴有关节痛和血便。治疗以糖皮质激素为主，可有效缓解腹部及关节症状。需严密监测肠套叠、肠穿孔等严重并发症，一旦发生须外科干预。

急腹症的治疗须根据患者的具体情况进行灵活调整，密切观察治疗反应，随时准备修正诊断和治疗方案。MDT和循证决策是提高治疗效果的关键。

5 特殊类型管理

急腹症的临床表现和处理策略在不同人群中存在明显差异，某些特殊类型需特别关注。

5.1 妇科急腹症

推荐意见 10：对于育龄期女性急性下腹痛患者，尤其是月经史不详时，须常规行妊娠试验以排除异位妊娠(推荐强度：I；证据质量：B)

妇科急腹症是育龄期女性常见的急症，其病因集中于盆腔内生殖器官，起病急骤，病情变化快，且常与外科及泌尿系统急腹症表现相似，易造成误诊。及时、准确地诊断和针对性处理对保留患者生育功能、降低并发症至关重要。

5.1.1 临床特点 (1)症状与月经史密切相关：停经史是异位妊娠的重要线索；腹痛发生与月经周期的关系对诊断黄体破裂有提示意义。(2)疼痛定位与性质特殊：疼痛多位于下腹部或盆腔，可为单侧或双侧。卵巢囊肿蒂扭转常表现为突发性、撕裂样剧痛；异位妊娠破裂为突发锐痛；盆腔炎则为持续性钝痛。(3)常伴生殖系统相关症状：如异常阴道流血(异位妊娠、黄体破裂)、白带异常(急性盆腔炎)。腹部体征可能不典型，但妇科检查常发现宫颈举痛、附件区压痛或包块。(4)病因分布集中：主要疾病包括异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、黄体破裂和急性盆腔炎。

5.1.2 诊断策略 (1)详细采集月经婚育史：包括末次月经时间、月经是否规律、有无不孕史、避孕方式等。(2)影像学检查：经阴道超声是首选且至关重要的检查手段，可清晰显示子宫附件、评估宫内孕囊、附件区包块、盆腔游离液体及卵巢血流情况。(3)实验室检查：育龄期女性急腹症患者建议行尿或血人绒毛膜促性腺激素(β -hCG)检测，以快速排除或确认妊娠相关急症。血常规可评估失血或感染。对于盆腔炎，可行宫颈管分泌物培养。后穹窿穿刺在超声诊断不明但高度怀疑腹腔内出血时仍有诊断价值。

5.1.3 治疗原则 依据病因和稳定性选择治疗方案。(1)强调微创与功能保留：腹腔镜技术是妇科急腹症手术的首选方式，具有创伤小、恢复快、视野清晰等优点。治疗决策需充分考虑患者的生育需求，尽可能保留生殖器官功能。(2)MDT：对于诊断困难或病情复杂的患者，需与急诊科、普外科、泌尿外科及重症医学科密切协作，确保诊疗流程的顺畅与患者安全。

5.1.4 常见妇科急腹症处置 (1)异位妊娠：表现为突发下腹痛、阴道流血和休克， β -hCG阳性、超声检查及腹腔穿刺等可确诊。破裂型患者应在积极复苏的同时紧急手术。未破裂型患者，可根据血 β -hCG水平和包块大小，选择甲氨蝶呤药物治疗或手术。(2)卵巢囊肿蒂扭转：常有体位变动诱因，疼痛剧烈且局限。确诊后应尽早手术，切除囊肿及扭转蒂部，避免扭转复位后血栓脱落。(3)黄体破裂：常由性生活或剧烈运动诱发，表现为突发一侧下腹痛，伴腹腔出血，妊娠试验为阴性。生命体征稳定、出血量少者可采取非手术治疗。若活动性出血、血流动力学不稳定，则须立即手术行黄体剔除缝合术。(4)急性盆腔炎：表现为持续性下腹钝痛或胀痛，常有发热和感染中毒症状，以及阴道分泌物异常。以强效、广谱抗生素抗感染治疗为主。若形成输卵管卵巢脓肿且抗生素治疗无效，需行手术引流或病灶切除。

5.2 妊娠期急腹症

推荐意见 11：对于妊娠合并急腹症患者，应根据患者疾病严重程度及不同妊娠时期采取个体化策略，需产科医师早期参与。不应因妊娠而延误必要的影像学检查。手术决策需权衡母婴风险，尽量同时保证胎儿和母亲的安全(推荐强度：I；证据质量：A)

妊娠期急腹症涉及母婴双方安全，诊断和治疗面临特殊挑战。妊娠期生理变化使得临床表现和实验室检查结果的解读更为复杂^[46-47]。

5.2.1 病因 产科原因包括异位妊娠(妊娠早期)、胎盘早剥、子宫破裂；非产科原因包括妊娠剧吐、溶血、肝酶升高和低血小板综合征(Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count syndrome, HELLP综合征)、急性脂肪肝、阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、肠梗阻。

5.2.2 诊断注意事项 (1)腹痛定位变化:随着子宫增大,阑尾位置向上向外移位,麦氏点压痛可能不典型。(2)影像学:超声为一线检查;MRI在必要时可安全使用;限制CT应用,尤其在妊娠早期(第1~12周),但必要时不因妊娠而拒绝CT检查。(3)实验室检查:妊娠期白细胞可生理性升高至 $(12\sim 16)\times 10^9/L$,CRP也轻度升高,需结合临床表现判断。

5.2.3 治疗原则 (1)MDT:产科、急诊外科、麻醉科和新生儿科共同参与决策。(2)手术时机:必要手术不应因妊娠而延迟,妊娠中期(13~28周)是相对安全的手术窗口期。(3)胎儿监护:术前、术后监测胎心,急诊手术同时需准备新生儿复苏。(4)药物选择:避免使用致畸药物,镇痛优选对乙酰氨基酚药物。

5.2.4 常见妊娠期急腹症处置 (1)妊娠合并急性阑尾炎:为妊娠期最常见的外科急症。腹痛位置随孕周增大而上移,麦氏点压痛不可靠,可出现反跳痛、肌紧张。发热、白细胞升高可能被妊娠生理反应掩盖。超声为首选,诊断不明时可行MRI检查。一旦确诊,应立即手术。妊娠并非手术禁忌,延误治疗导致阑尾穿孔是引起流产、早产和母体死亡的主要原因。腹腔镜阑尾切除术在妊娠早、中期应用广泛,技术成熟可靠。(2)妊娠合并急性胆囊炎:表现为右上腹或上腹痛,可伴发热、恶心。Murphy征在妊娠期可能为阴性。超声是首选的诊断工具,可发现胆囊结石、壁增厚、周围积液。首选非手术治疗,包括禁食、输液、解痉及对胎儿安全的抗生素。若非手术治疗失败、反复发作或出现化脓、坏疽等并发症,妊娠中期是行腹腔镜胆囊切除术的最佳时机,因此时子宫大小适中,流产和早产风险最低。(3)妊娠合并急性胰腺炎:多为胆源性或高脂血症性。表现为突发性上腹痛,常向背部放射,伴恶心呕吐。血清淀粉酶、脂肪酶升高有助于诊断,超声或MRI可评估胆道及胰腺形态。以非手术治疗为主,包括禁食、胃肠减压、液体复苏、营养支持及镇痛。胆源性胰腺炎若合并胆管炎或梗阻加重,可考虑行ERCP治疗。高脂血症性胰腺炎需严格低脂饮食,必要时行血浆置换。如胰腺炎症状严重,孕早期可考虑引产,孕晚期可考虑剖宫产。(4)妊娠合并肠梗阻:会出现肠梗阻的典型临床表现,但腹痛、呕吐需与妊娠反应相鉴别。较常见的病因为肠粘连和肠扭转。腹部立位X线片可见气液平面,但超声和MRI是更安全的替代检查。首先采取禁食、胃肠减压、纠正水电解质紊乱等非手术治疗。若非手术治疗无效,或出现绞窄性梗阻、腹膜炎体征,则须急诊手术探查,以避免肠坏死和母胎死亡。手术决策需权衡流产、早产风险与延误手术的风险。

5.3 老年急腹症

推荐意见 12:老年急腹症患者应进行老年综合评估(CGA),治疗决策须权衡手术获益与风险,围手术期应实施个体化管理方案(推荐强度:II;证据质量:B)

老年(通常定义为>65岁)急腹症患者具有独特的临床特点和治疗挑战。老年急腹症患者的生理机能储备随年龄增长而下降,且合并症增多,临床表现常不典型,从而导致诊断延迟和治疗困难,其病死率是年轻患者的3~5倍,术后并发症发生率也明显增高^[48]。

5.3.1 临床特点 (1)症状不典型:老年人痛阈升高,腹痛可能轻微甚至缺如,而以食欲减退、意识改变或乏力等非特异症状为主要表现。(2)体征不明显:腹膜炎体征常较实际病情轻,发热和白细胞升高可能不明显。(3)病情进展快:从局部炎症发展为弥漫性腹膜炎的速度快,器官功能代偿能力差。(4)病因常特殊:除阑尾炎、胆囊炎等常见病以外,肠系膜缺血、憩室炎、肿瘤性梗阻和腹主动脉瘤的比例明显增高。

5.3.2 诊断策略 (1)全面评估合并症:包括心血管、呼吸、肾脏和认知功能,这些因素将影响治疗决策和患者预后。(2)降低影像学检查阈值:对可疑急腹症的老年患者应尽早行CT检查,避免因依赖不典型的临床表现而延误诊断^[49]。(3)实验室检查扩展:除常规检查外,应评估动脉血气、凝血功能等,早期发现隐匿性休克和器官功能障碍^[50]。

5.3.3 治疗原则 (1)积极但谨慎的手术决策:手术仍是多数外科急腹症的首选治疗方式,但需精确评估手术的风险与获益。损伤控制手术(如脓肿引流、肠造口)对高危患者可能比根治性手术更合适。(2)围手术期优化管理:目标导向液体治疗,避免过度水化而导致心肺并发症。多模式镇痛,减少阿片类药物用量。早期活动,预防深静脉血栓和肺炎。(3)MDT:包括急诊外科、麻醉科、老年科和重症医学科医师共同参与决策及围手术期管理。

5.4 免疫功能低下患者的急腹症

推荐意见 13:免疫功能低下患者出现急腹症表现时,应降低影像学 and 外科会诊阈值,早期积极干预以改善预后(推荐强度:I;证据质量:B)

免疫功能低下包括:恶性肿瘤、器官移植、长期高剂量激素使用、人类免疫缺陷病毒(HIV)感染、营养不良、肝硬化以及糖尿病等^[51]。这类患者由于免疫功能受损,容易合并混合感染,其病死率明显高于普通患

者。其中，恶性肿瘤相关急腹症的发病率较高，特点鲜明，将在后文单独列出进行叙述。

5.4.1 病因特殊 (1)感染性：机会性感染(如巨细胞病毒结肠炎)、中性粒细胞减少性肠炎(化疗后)。(2)肿瘤性：淋巴瘤、卡波西肉瘤相关的穿孔或梗阻。(3)治疗相关：免疫检查点抑制剂结肠炎、移植后淋巴增殖性疾病。

5.4.2 临床挑战 (1)症状体征轻微：因免疫反应减弱，腹膜炎体征常不明显，疼痛阈值可能增高。(2)病情进展迅速：免疫防御机制受损，局部感染易迅速发展为脓毒症。(3)鉴别诊断广泛：需考虑非感染性病因如移植抗宿主病(graft versus host disease, GVHD)。

5.4.3 管理策略 (1)早期积极的影像学评估：CT是首选，可发现轻微肠壁改变和隐匿性穿孔。(2)广谱抗生素覆盖：包括抗真菌和抗病毒药物，并根据培养结果进行调整。(3)外科会诊指征降低：对疑似急腹症的免疫功能低下患者应尽早行外科评估，因非手术治疗失败率高。(4)免疫调节管理：权衡控制炎症和避免感染加重的矛盾需求。

5.5 恶性肿瘤相关急腹症

推荐意见 14：恶性肿瘤相关急腹症的治疗决策应由肿瘤外科、急诊科、肿瘤内科和姑息治疗团队共同制定，综合考虑肿瘤的生物学特性、手术获益及风险，以及患者的意愿(推荐强度：I；证据质量：B)

恶性肿瘤患者出现的急腹症可能由肿瘤本身如梗阻、穿孔、出血或治疗并发症如化疗后中性粒细胞减少性肠炎引起^[52]。这类患者的治疗决策须权衡肿瘤分期、全身状况和治疗目标，强调MDT^[53-54]。

5.5.1 常见类型及处理 (1)恶性肠梗阻：对于可切除肿瘤，可积极根治性切除；对于不可切除者，内镜下肠道支架置入或姑息性造口、短路手术；终末期患者，以小肠梗阻减压导管、药物姑息治疗为主。(2)肿瘤相关穿孔：遵循“抢救生命、损伤控制”原则，手术以控制污染为主，根据肿瘤可切除性和患者状况决定是否行一期切除。(3)肝癌破裂出血：血流动力学不稳定者首选经动脉栓塞止血；稳定者可在评估肝功能和肿瘤分期后，考虑行肝切除术或靶向联合免疫治疗。

5.5.2 治疗策略 可治愈肿瘤应积极手术干预，争取肿瘤根治；可控制肿瘤应平衡急症处理与肿瘤治疗连续性；终末期肿瘤以症状控制和生命质量为主，避免过度治疗。

6 急腹症的MDT

推荐意见 15：医疗机构应建立急腹症MDT团队和标准化会诊流程，特别是对于诊断不明、病情复杂或高危患者(推荐强度：I；证据质量：B)

急腹症的诊疗涉及多个专科领域，建立高效的MDT机制是提高诊疗质量的关键。急腹症的MDT已成为国内外共识，特别是对于复杂病例和特殊人群。有效的MDT能够整合不同专科的专业知识，优化诊疗决策，改善患者的预后^[55]。

6.1 核心团队 成员 **急诊科医师：**作为首诊医师，负责初步评估、稳定病情和启动MDT会诊。**外科医师(急诊外科、普外科、妇产科等)：**根据疑似病因参与临床决策，决定手术时机和方式。**影像科医师：**指导合理选择影像学检查并准确解读结果。**重症医学科医师：**参与危重患者管理，特别是IAH/ACS患者的处理。**肿瘤科医师(如为肿瘤患者)：**提供肿瘤分期和治疗方案建议。**麻醉科医师：**评估手术风险，参与围手术期疼痛管理和液体治疗。**其他专科医师：**如心血管内科(怀疑心肌梗死)、呼吸内科(怀疑肺炎)等根据需要参与。

6.2 MDT运作模式 (1)常规MDT：固定时间讨论复杂病例，适合非紧急情况。(2)紧急MDT：通过电话或床旁会诊快速集结专家，适合需立即决策的急症。(3)远程MDT：利用远程医疗技术实现跨机构协作，特别适合资源有限地区。

6.3 MDT决策要点 诊断不确定或存在争议的病例，治疗选择涉及重大风险或多种可能方案时，特殊人群的个体化治疗策略，资源分配决策(如ICU床位、手术室优先级)。

7 总结与展望

急腹症作为急诊医学和外科领域的重大挑战，其诊疗水平直接关系到患者生命安全和长期预后。本共识基于当前最佳证据和专家经验，系统梳理了急腹症诊疗的各个环节，针对临床实践中的关键问题提出了推荐意见，旨在为医护人员提供科学、实用的临床指导。

这些推荐意见基于当前可得的最佳证据和专家共识，随着新证据的出现，需要定期更新和修订。临床医师在应用这些推荐时应结合患者具体情况和医疗机构实际条件，灵活调整实施策略。医学进步永无止境，急

腹症领域仍有许多问题有待探索和解决。医疗机构和卫生行政部门应重视急腹症诊疗体系建设，加强MDT，优化诊疗流程，完善质量监测，为患者提供及时、安全、有效的医疗服务。本共识建议每2~3年进行更新，以纳入最新研究证据和临床经验，确保推荐意见的时效性和科学性。希望通过本共识的推广和实施，能够提高我国急腹症的整体诊疗水平，最终改善患者预后和生活质量。

执笔作者：胡宇航(华中科技大学附属协和医院急诊外科)，胡平(华中科技大学附属协和医院急诊外科)，曾珠(华中科技大学附属协和医院急诊外科)，韩胜博(华中科技大学附属协和医院急诊外科)

专家组成员(以姓名拼音为序)：蔡卫东(清远市人民医院急诊医学科)，曹春水(南昌大学第一附属医院急诊医学科)，曹钰(四川大学华西医院急诊医学科)，陈大庆(温州医科大学附属第二医院急诊医学科)，陈海鸣(南昌大学第一附属医院急诊外科)，陈明泉(复旦大学附属华山医院急诊医学科)，陈威(解放军总医院第三医学中心急诊医学科)，陈先强(福建医科大学附属协和医院急诊外科)，陈旭锋(江苏省人民医院急诊医学科)，陈耀武(丽江市人民医院急诊医学科)，崇巍(中国医科大学附属第一医院急诊医学科)，党星波(陕西省人民医院急诊医学科)，邓颖(哈尔滨医科大学附属第二医院急诊医学科)，窦清理(深圳市宝安区人民医院急诊医学科)，杜工亮(陕西省人民医院急诊外科)，范晨芳(《解放军医学杂志》编辑部)，甘涛(柳州市人民医院急诊医学科)，郭贯成(郑州大学第一附属医院急诊医学科)，韩小彤(湖南省人民医院急诊医学科)，何武兵(福建省立医院急诊医学科)，何小军(《中华急诊医学杂志》编辑部)，侯利民(哈尔滨医科大学附属第一医院急诊医学科)，蒋龙元(中山大学孙逸仙纪念医院急诊医学科)，金红旭(北部战区总医院急诊医学科)，康健(大连医科大学附属第一医院急诊医学科)，李朝军(陆军军医大学第一附属医院急诊医学科)，李贺(安徽医科大学第二附属医院急诊医学科)，李俊杰(空军军医大学第一附属医院急诊医学科)，李立宏(空军军医大学第二附属医院急诊医学科)，李丽丽(辽宁省抚矿总医院急诊医学科)，李湘民(中南大学湘雅医院急诊医学科)，李欣(广东省人民医院急诊医学科)，李永武(厦门市第五医院急诊医学科)，李占飞(华中科技大学同济医学院附属同济医院创伤外科)，梁永辉(航天中心医院急诊医学科)，林炳镛(福建医科大学附属协和医院急诊外科)，蔺际葵(厦门大学附属第一医院急诊医学科)，刘国辉(吉林大学第一医院急诊外科)，刘明华(陆军军医大学第一附属医院急诊外科)，刘斯(北京大学第一医院急诊医学科)，刘文操(山西省人民医院急诊医学科)，卢中秋(温州医科大学附属第一医院急诊医学科)，吕青君(武汉大学人民医院/湖北省人民医院急诊医学科)，吕湘琪(哈尔滨医科大学附属第二医院麻醉科)，马华崇(首都医科大学附属北京朝阳医院急诊外科)，马可(复旦大学附属华山医院急诊医学科)，马青变(北京大学第三医院急诊医学科)，毛思强(上海交通大学医学院附属瑞金医院急诊医学科)，穆叶赛·尼加提(新疆维吾尔自治区人民医院急诊医学科)，聂时南(东部战区总医院急诊医学科)，欧阳艳红(海南省人民医院急诊医学科)，裴红红(西安交通大学第二附属医院急诊医学科)，裴俏(中国急救医学杂志社急诊医学科)，彭娜(南部战区总医院急诊医学科)，彭鹏(新疆医科大学第一附属医院急诊医学科)，秦军(南通大学附属医院急诊医学科)，沈开金(厦门弘爱医院急诊医学科)，孙传政(中南大学湘雅三医院急诊医学科)，孙铁为(哈尔滨医科大学附属第二医院急诊医学科)，唐娜(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院急诊医学科)，唐柚青(广东省第二人民医院急诊医学科)，田英平(河北医科大学第二医院急诊医学科)，王海霞(威海市立医院急诊医学科)，王连馥(内蒙古航天医院急诊医学科)，王培戈(青岛大学附属医院急诊医学科)，王威(广西医科大学第一附属医院急诊医学科)，王兴宇(安徽医科大学第一附属医院急诊医学科)，王旭东(湖南航天医院急诊医学科)，王振杰(蚌埠医科大学第一附属医院急诊医学科)，吴朝阳(新疆维吾尔自治区人民医院急诊外科)，吴国平(海南医科大学第一附属医院急诊医学科)，吴海鹰(昆明医科大学第一附属医院急诊医学科)，吴利东(南昌大学第二附属医院急诊医学科)，夏剑(武汉大学中南医院急诊医学科)，向强(武汉大学中南医院急诊医学科)，邢吉红(吉林大学第一医院急诊医学科)，徐峰(苏州大学第一附属医院急诊医学科)，徐军(中国医学科学院北京协和医院急诊医学科)，徐善祥(浙江大学医学院附属第二医院急诊医学科)，许硕贵(上海长海医院创伤骨科)，闫柏刚(重庆医科大学附属第三医院急诊医学科)，杨灿菊(云南大理白族自治州人民医院急诊医学科)，杨新文(新疆医科大学第一附属医院急诊医学科)，尹文(空军军医大学第一附属医院急诊科)，张磊冰(贵州省人民医院急诊医学科)，张茂(浙江大学医学院附属第二医院急诊医学科)，张鹏(清华大学北京清华长庚医院急诊医学科)，张永标(中山大学附属第三医院急诊医学科)，赵刚(华中科技大学同济医学院附属协和医院急诊外科)，赵晓东(解放军总医院第四医学中心急诊医学科)，郑粉双(云南大学附属医院急诊医学科)，朱海燕(解放军总医院第一医学中心急诊医学科)，朱华栋(中国医学科学院北京协和医院急诊医学科)，朱长举(郑州大学第一附属医院急诊医学科)，左永波(北京大学第三医院海淀院区急诊外科)

【参考文献】

- [1] Rogers SO Jr, Kirton OC. Acute abdomen in the modern era[J]. *N Engl J Med*, 2024, 391(1): 60-67.
- [2] de Burlet KJ, Ing AJ, Larsen PD, et al. Systematic review of diagnostic pathways for patients presenting with acute abdominal pain[J]. *Int J Qual Health Care*, 2018, 30(9): 678-683.
- [3] Ricci KB, Oslock WM, Ingraham AM, et al. Importance of radiologists in optimizing outcomes for older americans with acute abdomen[J]. *J Surg Res*, 2021, 261: 361-368.

- [4] Gans SL, Pols MA, Stoker J, *et al.* Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain[J]. *Dig Surg*, 2015, 32(1): 23-31.
- [5] Stewart B, Khanduri P, McCord C, *et al.* Global disease burden of conditions requiring emergency surgery[J]. *Br J Surg*, 2014, 101(1): e9-e22.
- [6] Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, *et al.* The practice guidelines for primary care of acute abdomen 2015[J]. *Jpn J Radiol*, 2016, 34(1): 80-115.
- [7] 郎景和. 妇科急腹症[J]. *中华妇产科杂志*, 2022, 57(3): 161-163.
- [8] Sangiorgio G, Biondi A, Basile F, *et al.* Acute abdominal pain in older adults: a clinical and diagnostic challenge[J]. *Minerva Chir*, 2020, 75(3): 169-172.
- [9] Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, *et al.* GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology[J]. *J Clin Epidemiol*, 2011, 64(4): 380-382.
- [10] Di Saverio S, Podda M, De Simone B, *et al.* Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines[J]. *World J Emerg Surg*, 2020, 15(1): 27.
- [11] Kiriya S, Kozaka K, Takada T, *et al.* Tokyo guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos) [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2018, 25(1): 17-30.
- [12] Yokoe M, Hata J, Takada T, *et al.* Tokyo guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2018, 25(1): 41-54.
- [13] Tenner S, Vege SS, Sheth SG, *et al.* American College of Gastroenterology guidelines: management of acute pancreatitis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2024, 119(3): 419-437.
- [14] Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, *et al.* Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus[J]. *Gut*, 2013, 62(1): 102-111.
- [15] Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, *et al.* Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO working group [J]. *World J Emerg Surg*, 2018, 13: 24-16
- National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (NG126) [S]. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
- [17] Kessler C, Bauer SJ. Utility of the digital rectal examination in the emergency department: a review[J]. *J Emerg Med*, 2012, 43(6): 1196-1204.
- [18] Chambliss AB, Patel K, Colón-Franco JM, *et al.* AACC guidance document on the clinical use of procalcitonin[J]. *J Appl Lab Med*, 2023, 8(3): 598-634.
- [19] Savoia P, Jayanthi SK, Chammas MC. Focused assessment with sonography for trauma (FAST)[J]. *J Med Ultrasound*, 2023, 31(2): 101-106.
- [20] Ahmed R, Suliman H, Mubarak Jan B, *et al.* Critical appraisal of plain abdominal x-rays in acute abdomen: a review[J]. *Cureus*, 2025, 17(3): e80420.
- [21] Morani AC, Hanafy AK, Marcal LP, *et al.* Imaging of acute abdomen in cancer patients[J]. *Abdom Radiol (NY)*, 2020, 45(8): 2287-2304.
- [22] Shaish H, Ream J, Huang C, *et al.* Diagnostic accuracy of unenhanced computed tomography for evaluation of acute abdominal pain in the emergency department[J]. *JAMA Surg*, 2023, 158(7): e231112.
- [23] Wildman-Tobriner B, Short RG. Computed tomography for abdominal pain: do radiology reports answer the clinical question?[J]. *Acad Radiol*, 2021, 28(5): 671-675.
- [24] Paolantonio P, Rengo M, Ferrari R, *et al.* Multidetector CT in emergency radiology: acute and generalized non-traumatic abdominal pain[J]. *Br J Radiol*, 2016; 89(1061): 20150859.
- [25] Kirkpatrick AW, Roberts DJ, De Waele J, *et al.* Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome[J]. *Intensive Care Med*, 2013, 39(7): 1190-1206.
- [26] Pengermä P, Palm E, Bako E, *et al.* Prevalence and clinical significance of mesenteric artery stenosis in elderly patients with acute abdomen[J]. *J Vasc Surg*, 2026, 83(1): 91-99.
- [27] 中国急性肠系膜上动脉栓塞诊断与治疗急诊共识专家组. 2025年中国急性肠系膜上动脉栓塞诊断与治疗急诊专家共识[J]. *中华急诊医学杂志*, 2025, 34(8): 1055-1063.
- [28] Yu H, Kirkpatrick IDC. An update on acute mesenteric ischemia[J]. *Can Assoc Radiol J*, 2023, 74(1): 160-171.
- [29] Navez B, Navez J. Laparoscopy in the acute abdomen[J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2014, 28(1): 3-17.
- [30] Costa G, Fransvea P, Podda M, *et al.* The use of emergency laparoscopy for acute abdomen in the elderly: the FRAILESEL Italian Multicenter Prospective Cohort Study[J]. *Updates Surg*, 2020, 72(2): 513-525.
- [31] 颜海鹏. 腹腔镜微创手术在急腹症患者治疗中的应用价值[J]. *中华灾害救援医学*, 2024, 11(10): 1190-1192, 1203.
- [32] Börner N, Kappenberger AS, Weber S, *et al.* The acute abdomen: structured diagnosis and treatment[J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2025, 122(5): 137-144.
- [33] 中国人民解放军急救医学专业委员会, 中国医师协会急诊医师分会, 北京急诊医学学会, 等. 创伤失血性休克中国急诊专家共识(2023) [J]. *中华急诊医学杂志*, 2023, 32(11): 1451-1464.
- [34] Falch C, Vicente D, Häberle H, *et al.* Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: a systematic review of the literature[J]. *Eur J Pain*, 2014, 18(7): 902-913.
- [35] 北京大学医学部急诊医学学系. 成人非创伤性急腹症早期镇痛专家共识[J]. *中华急诊医学杂志*, 2020, 29(12): 1548-1553.
- [36] Huston JM, Barie PS, Dellinger EP, *et al.* The surgical infection society guidelines on the management of intra-abdominal infection: 2024 update[J]. *Surg Infect (Larchmt)*, 2024, 25(6): 419-435.
- [37] Kumar SS, Collings AT, Lamm R, *et al.* SAGES guideline for the diagnosis and treatment of appendicitis[J]. *Surg Endosc*, 2024, 38(6): 2974-2994.
- [38] Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, *et al.* 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis[J]. *World J Emerg Surg*, 2020, 15(1): 61.
- [39] Buxbaum JL, Buitrago C, Lee A, *et al.* ASGE guideline on the management of cholangitis[J]. *Gastrointest Endosc*, 2021, 94(2): 207-221. e14.

- [40] Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute pancreatitis: a review[J]. JAMA, 2021, 325(4): 382-390.
- [41] Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, *et al.* Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines[J]. World J Emerg Surg, 2020, 15: 3.
- [42] Pisano M, Zorcolo L, Merli C, *et al.* 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation[J]. World J Emerg Surg, 2018, 13(1): 36.
- [43] Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, *et al.* Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group[J]. World J Emerg Surg, 2013, 8(1): 42.
- [44] Bala M, Catena F, Kashuk J, *et al.* Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery[J]. World J Emerg Surg, 2022, 17(1): 54.
- [45] Bhatia M, Mattoo A. Diverticulosis and diverticulitis: epidemiology, pathophysiology, and current treatment trends[J]. Cureus, 2023, 15(8): e43158.
- [46] Dhamecha R, Pajai S, Bhasin T. Acute abdomen in pregnancy: a comprehensive review of diagnosis and management[J]. Cureus, 2023, 15(6): e40679.
- [47] Alsadery HA, Bamalan OA, Aljubran HJ, *et al.* Non-obstetric acute abdomen in pregnancy: a review of literature[J]. Med Arch, 2023, 77(4): 293-298.
- [48] Yew KS, George MK, Allred HB. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis[J]. Am Fam Physician, 2023, 107(6): 585-596.
- [49] Coutureau J, Millet I, Taourel P. CT of acute abdomen in the elderly[J]. Insights Imaging, 2025, 16(1): 95.
- [50] Veronese N, Custodero C, Demurtas J, *et al.* Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes[J]. Age Ageing, 2022, 51(5): afac104.
- [51] Coccolini F, Improta M, Sartelli M, *et al.* Acute abdomen in the immunocompromised patient: WSES, SIS-E, WSIS, AAST, and GAIS guidelines[J]. World J Emerg Surg, 2021, 16(1): 40.
- [52] McGinty K. Acute abdomen in the oncology patient[J]. Semin Roentgenol, 2020, 55(4): 400-416.
- [53] Ossola P, Doria E, Coletta D, *et al.* Acute abdomen during chemotherapy: is surgery worthwhile? Insights from a single-center experience[J]. Updates Surg, 2025, 77(8): 2293-2299.
- [54] 郑宏群, 孙凌宇. 癌性急腹症多学科团队综合处理——基于肿瘤外科的思考[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(11): 1206-1211.
- [55] Moparthi KP, Javed H, Kumari M, *et al.* Acute care surgery: navigating recent developments, protocols, and challenges in the comprehensive management of surgical emergencies[J]. Cureus, 2024, 16(1): e52269.

(责任编辑: 张小利)

解放军医学杂志®