

成人急腹症诊疗急诊专家共识（2026）

中国医师协会急诊医师分会 中国人民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

通信作者：赵刚，Email: gangzhao@hust.edu.cn；刘明华，Email: minghua_liu@tmmu.

edu.cn；赵晓东，Email: zxd63715@126.com；于学忠，Email: yxz@pumch.cn

DOI: 10.3760/cma.j.cn114656-20260121-00064

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。共识基于定量系统评价证据分级工具（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在急腹症诊治中的核心地位。本共识（指南共识注册编号：PREPARE-2025CN512）融合了国内外最新研究数据和临床经验，还针对特定类型制定了标准化处置流程，为急诊医师提供了一份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急危重症的统称，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，约占急诊就诊量的 5%~10%，其中约 25%~30% 需要外科干预^[1-3]。急腹症涉及范围广泛，包括消化系统、泌尿系统、妇科及血管系统等多个器官的急性病变，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。流行病学显示，急腹症的发病呈现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]。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显著高于普通人群^[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 证据等级与推荐强度分级（基于 GRADE 系统）

分级	含义
证据等级	
高（A）	未来研究不太可能改变现有评估结果的可信度
中（B）	未来研究可能对现有评估结果产生重要影响
低（C）	未来研究很有可能对现有评估结果产生重要影响
极低（D）	任何评估结果都非常不确定
推荐强度	
强推荐（1）	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐（2）	利弊不确定或无论证据质量高低均显示利弊相当

本共识的制定过程严格遵循循证医学原则，通过系统检索国内外相关文献，筛选高质量证据，并经过多轮专家讨论和修改而成。共识内容涵盖急腹症的定义与分类、流行病学特征、诊断策略、治疗原则、特殊情形管理和多学科协作机制等方面，特别关注了当前临床实践中的争议点和难点问题。我们期望通过本共识的推广和应用，提高我国急腹症的整体诊疗水平，改善患者预后。

2 急腹症的定义与分类

急腹症作为临床常见急症，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以及病变部位位于腹腔，将急腹症与慢性腹痛以及其他系统疾病如急性心肌梗死和肺炎等引起的腹痛相区分。

2.1 病因学分类

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、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决定治疗方式。例如,外科急腹症中,部分类型的阑尾炎可以进行保守治疗,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。此外,创伤所致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的损伤或病变。病情往往进展迅速,延误手术可能导致生命危险。主要类型包括以下几种。

(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。

(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、胆囊穿孔以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。

(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。

(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。

(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。

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、抗感染等保守治疗处理。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。主要类型包括以下几种。

(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

孟肾炎、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。

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

(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,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。此外还包括铅中毒引起的铅绞痛、腹型过敏性紫癜等。

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,都应对潜在的外科急腹症进行筛查。(推荐强度:1B)

2.2 临床严重程度分类

从临床实用角度出发,根据病情危急程度和处理优先级,急腹症可分为以下三类。

(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、迅速出现休克和腹膜炎体征,合生命体征不稳定,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。

(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状态,需要尽快明确诊断并需要及时(通常 6~24 h)进行外科干预。

(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,允许一定时间密切观察和检查明确诊断。

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:1A)

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

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。

病史采集是诊断的第一步，需要特别关注以下要素，

(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（视觉模拟评分）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。

(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 6 h 不缓解，外科急腹症可能性大。

(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。

(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；内脏痛则可能辗转反侧。

(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（特别是抗凝药物）。

表 2 腹痛部位与常见病因

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

体格检查应当系统全面，特别注意以下要点，

(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）。

(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) 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。

(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。

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：1A）。

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。

实验室检查的基础项目包括，

(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。

(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) 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，排除异位妊娠。

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

(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，可作为重要筛查指标。

影像学检查项目的选择应基于临床怀疑的病因，

(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（focused assessment with sonography for trauma, FAST）对腹腔出血诊断价值高^[10]。超声的优势在于无辐射、动态、可重复，但对操作者依赖性高，且受肠气干扰大。

(2) X 线：立位胸片可发现膈下游离气体，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^[11]。

(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、肿瘤性病变等诊断价值高^[12]。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^[13-15]。

(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，对胆胰管成像（magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP）和盆腔疾病评估有独特

优势。

特殊检查包括,

(1) 腹腔穿刺: 对腹腔积液患者有诊断价值, 根据液体性质可协助判断病因。

(2) 腹腔压力监测: 通过膀胱测压法测量腹腔内压 (intra-abdominal pressure, IAP), 对腹腔内高压和腹腔隔室综合征 (intra-abdominal hypertension/abdominal compartment syndrome, IAH/ACS) 的诊断和管理至关重要。正常 IAP 为 5~7 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), IAH 定义为 IAP 持续 ≥ 12 mmHg^[16]。

(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。

(4) 介入检查: 对出血性疾病以及血管源性疾病有诊断作用, 并可进行治疗干预。

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: 1A)。

3.3 常见诊断难点与解决方案

急腹症诊断中存在若干常见难点, 需要特别警惕和针对性策略。

难点一: 非腹部疾病所致腹痛的鉴别

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: 常规心电图检查, 必要的心肌坏死标志物检查, 警惕病史中的危险因素。

(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。心肌梗死可能因劳累或情绪激动诱发, 休息或含服硝酸甘油疼痛可能缓解。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梗死的金标准。

(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常 >20 mmHg。增强 CT 血管成像 (CT angiography, CTA) 是确诊的首选方法, 床边超声心动图也

有助于提示诊断。

(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性啰音或存在肺实变体征。胸部 X 线或 CT 检查显示肺部炎症浸润影是确诊的依据。白细胞及中性粒细胞比例通常显著升高。

难点二: 早期肠系膜缺血诊断

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^[17-18]。因此, 对于怀疑肠系膜缺血的患者应动态腹部体征检查, 对高危患者 (房颤、动脉硬化) 尽早进行 D-二聚体检测与 CT 血管成像, 监测乳酸和炎症指标^[19]。

难点三: 腹内疝的早期诊断

腹内疝的患者早期通常不典型表现为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。

推荐意见 5: 对临床表现不典型的急腹症患者, 应积极进行动态的腹部体检、影像学以及实验室检查, 必要时通过诊断性腹腔镜或剖腹探查术来确诊 (推荐强度: 1B)。

3.4 诊断性腹腔镜的应用

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^[20]。腹腔镜可直接观察腹腔内各脏器, 诊断准确率达 90% 以上, 同时可进行阑尾切除、胆囊切除、肠粘连松解等治疗操作。适应证包括: 不明原因腹痛保守治疗无效超过 6 h、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^[21-22]。

推荐意见 6: 对于诊断不明但怀疑需要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: 2B)。

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

安排密切观察和动态评估，随时调整诊断思路和治疗方案。

4 急腹症处置流程

急腹症的处置需要根据病因、严重程度和患者整体状况制定个体化策略^[23]。

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。需设立急腹症专用分诊标准。整个过程应遵循系统、高效的流程，确保危重患者得到优先处置（图 1）。

（1）初步评估：“ABCDE 法”与快速分类

在分诊台或接诊初期，应立即采用“ABCDE（气道、呼吸、循环、神经功能障碍、暴露/环境）”方法对患者进行快速评估，重点关注生命体征。

高危信号包括，循环不稳定：低血压、心动过速、皮肤花斑、四肢厥冷（提示休克）；呼吸窘迫：气促、血氧饱和度下降；意识改变：烦躁、淡漠、意识模糊；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。

（2）分诊决策：三级分流标准

需紧急处置（立即进入抢救室）：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。立即给予监护、建立静脉通道、补液、吸氧、完善紧急检查，并紧急呼叫外科及相关专科会诊。目标是在“黄金一小时”内稳定生命体征并明确诊断。

需收治病房（急诊绿色通道或直接入院）：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。需进行系统治疗、严密观察或限期手术。

可急诊留观：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性急腹症。密切观察，对症支持治疗，并在 6~12 h 内重新全面评估。根据病情变化，决定后续治疗方案。

推荐意见 7：急腹症需要迅速的病情评估，根据病情的严重程度进行分诊并开展相应的影像学与实验室检查（推荐强度：1B）。

4.2 急腹症治疗的基本原则

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。治疗前需快速评估患者循环呼吸状态，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，适用于所有急腹症患者。

循环支持：对血流动力学不稳定者立即建立静脉通路，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、输血治疗三结合^[24]。

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。

疼痛管理：近年循证医学证据表明，适量镇痛剂不会影响诊断准确性，反而能减轻患者痛苦，便于更全面的体检^[25]。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^[26]。

胃肠减压：对呕吐、腹胀或怀疑肠梗阻、胰腺炎患者留置胃管减压，减轻呕吐和误吸风险。

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。

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，覆盖肠道菌群^[27]。应在取得血培养或其他培养标本后尽快给予抗生素治疗。

推荐意见 8：对血流动力学不稳定的急腹症患者，应立即进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：1A）。

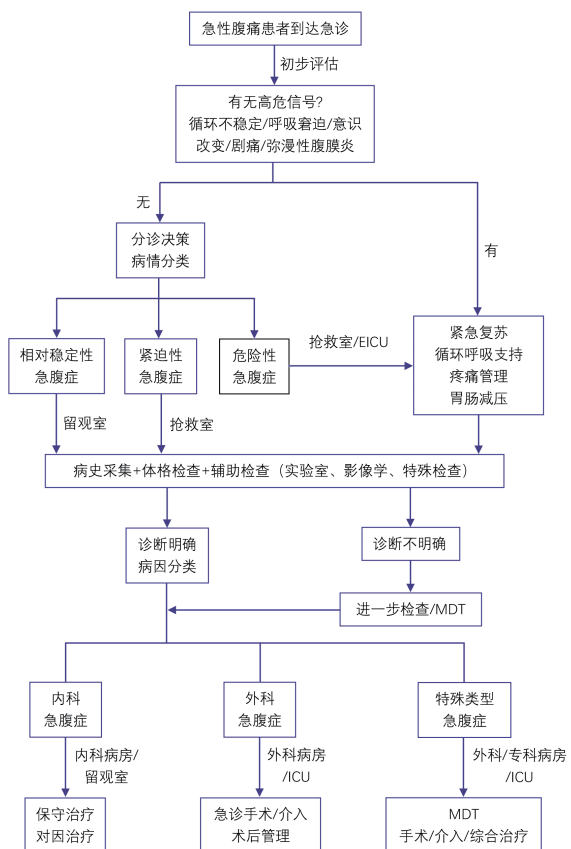


图 1 急腹症处置流程

4.3 按病因分类的治疗策略

4.3.1 外科急腹症

(1) 炎症性病变

急性阑尾炎：单纯性阑尾炎：可考虑抗感染保守治疗，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。复杂性阑尾炎（穿孔、脓肿形成）：需敏感抗生素抗感染，综合感染控制程度及并发症情况评估是否手术；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^[28]。

急性胆囊炎：轻中度胆囊炎：早期腹腔镜胆囊切除术（入院后 24~72 h 内）优于延迟手术，可减少住院时间和并发症。重症胆囊炎（化脓性、坏疽性）：需紧急手术，对高危患者可考虑经皮胆囊造瘘过渡^[29]。

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。内镜下逆行性胰胆管造影术（endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP）并置入鼻胆管引流管（endoscopic nasobiliary drainage, ENBD）或支架是首选的引流方式，可迅速降低胆道压力、控制脓毒症。对于病情危重或不适合 ERCP 者，可考虑经皮经肝穿刺胆道引流（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^[30]。

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 ICU 监护，处理器官衰竭，预防感染。坏死组织感染是后期死亡主因，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 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^[31]。

(2) 空腔脏器穿孔

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^[32]。

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^[33]。

(3) 梗阻性或绞窄性病变

小肠梗阻：粘连性梗阻多数可行胃肠减压、禁食、静脉补液保守治疗，如出现腹膜炎、持续疼痛或乳酸升高提示绞窄可能，需急诊手术。部分可通过肠梗阻导管解除梗阻^[34]。

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^[33]。

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) 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^[35]。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。

(5) 出血性疾病

腹腔内出血：血流动力学不稳定者需紧急手术或（和）血管介入止血，病情稳定者可尝试保守治疗或选择性介入治疗。

4.3.2 内科急腹症

(1) 炎症性疾病

急性胃肠炎：以保守治疗为主。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。

炎性肠病（如克罗恩病、溃疡性结肠炎）：主要采取内科药物治疗。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。

憩室炎：治疗方案取决于严重程度。单纯性憩室炎可通过休息、流质饮食及口服广谱抗生素保守治疗。复杂性憩室炎（伴脓肿、穿孔、瘘管等）需住院，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、保守治疗无效或存在免疫抑制的患者^[36]。

(2) 胃肠道功能性疾病

肠易激综合征：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。

(3) 代谢、中毒、全身性疾病

糖尿病酮症酸中毒所致腹痛：代谢紊乱刺激胃肠道粘膜及腹部神经所致。治疗核心为快速纠正代谢性酸中毒和胰岛素缺乏。需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。

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。

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,一旦发生需外科干预。

推荐意见 9: 对于需要手术干预的急腹症,应在充分复苏后尽早手术,延迟手术会增加并发症和死亡风险(推荐强度:1A)。

急腹症的治疗需要根据患者具体情况灵活调整,密切观察治疗反应,随时准备修正诊断和治疗方案。多学科协作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差异有统计学意义,某些特殊类型需要特别关注。

5.1 妇科急腹症

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、准确的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。

(1) 临床特点

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。

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。

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。

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。

(2) 诊断策略

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。

影像学检查:经阴道超声是首选且至关重要的检查手段,能清晰显示子宫附件、评估宫内孕囊、附件区包块、盆腔游离液体及卵巢血流情况。

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,可进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。

(3) 治疗原则

依据病因和稳定性选择治疗方案。

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。

多学科协作: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ICU密切协作,确保诊疗流程的顺畅与患者安全。

(4) 常见妇科急腹症处置

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。

卵巢囊肿蒂扭转:常有体位变动诱因,疼痛剧烈且局限。确诊后尽早手术,切除囊肿及扭转蒂部,避免扭转复位后血栓脱落。

黄体破裂:常由性生活或剧烈运动诱发,表现为突发性一侧下腹痛,伴腹腔出血,妊娠试验为阴性。生命体征稳定、出血量少者可采取保守治疗。若活动性出血、血流动力学不稳定,则需立即手术行黄体剔除缝合术。

急性盆腔炎:表现为持续性的下腹钝痛或胀痛,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。

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,须常规进行妊娠试验排除异位妊娠(推荐强度:1B)。

5.2 妊娠期急腹症

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^[37-38]。

(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、HELLP综合征、急性脂肪肝、阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、肠梗阻。

(2) 诊断注意事项

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。

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。

实验室检查:妊娠期白细胞可生理性升高至

(12~16) × 10⁹/L, CRP 也轻度升高, 需结合临床表现判断。

(3) 治疗原则

多学科协作: 产科、急诊外科、麻醉科和新生儿科共同参与决策。

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。

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。

药物选择: 避免使用致畸药物, 镇痛优选对乙酰氨基酚。

(4) 常见妊娠期急腹症处置

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。

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。首选保守治疗, 包括禁食、输液、解痉及对胎儿安全的抗生素。若保守治疗失败、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。

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。血淀粉酶、脂肪酶升高有助于诊断, 超声或 MRI 评估胆道及胰腺形态。以保守治疗为主, 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。高脂血症性需严格低脂饮食, 必要时血浆置换。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。

妊娠合并肠梗阻: 会出现肠梗阻的典型临床表现, 但腹痛、呕吐需与妊娠反应鉴别。最常见病因为肠粘连和肠扭转。腹部立位片可见气液平, 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保守治疗。若保守治疗无效, 或出现绞窄性梗阻、腹膜炎体征, 则需急诊手术探查, 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。

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以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: 1A)。

5.3 老年急腹症

老年急腹症患者(通常定义为 65 岁以上) 具有独特的临床特点和治疗挑战。随着年龄增长, 生理机能储备下降, 合并症增多, 临床表现常不典型, 导致诊断延迟和治疗困难。老年急腹症患者的病死率是年轻患者的 3~5 倍, 术后并发症率也显著增高^[39]。

(1) 临床特点

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。

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。

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。

常见病因特殊: 除阑尾炎、胆囊炎等常见病外, 肠系膜缺血、憩室炎、肿瘤性梗阻和腹主动脉瘤的比例显著增高。

(2) 诊断策略

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预后。

降低影像学检查阈值: 对可疑急腹症的老年患者应尽早进行 CT 检查, 避免因依赖不典型的临床表现而延误诊断^[40]。

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。

(3) 治疗原则

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, 但需精确评估手术风险和获益。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。

围术期优化管理: 目标导向液体治疗, 避免过度水化导致心肺并发症。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。

多学科协作: 包括急诊外科、麻醉科、老年科和 ICU 医师共同参与决策和围术期管理。

推荐意见 12: 老年急腹症患者应进行老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)^[41], 治疗决策需权衡手术获益与风险, 围术期实施个体化管理方案(推荐强度: 2B)

5.4 免疫功能低下患者的急腹症

免疫功能低下患者包括: 恶性肿瘤、器官移植、长期高剂量激素使用、HIV、营养不良、肝硬化以及糖尿病等^[42]。患者由于免疫功能受损, 容易合并混合感染, 死亡率明显高于普通患者。其中, 恶性肿瘤相关急腹症发病率较高, 特点鲜明, 将在后文单独列出进行叙述。

(1) 病因特殊性

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）。

肿瘤性：淋巴瘤、卡波西肉瘤相关的穿孔或梗阻。

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。

(2) 临床挑战

症状体征轻微：因免疫反应减弱，腹膜炎体征常不明显，疼痛阈值可能升高。

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。

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）。

(3) 管理策略

早期积极影像学评估：CT 是首选，可发现轻微肠壁改变和隐匿性穿孔。

广谱抗生素覆盖：包括抗真菌和抗病毒药物，根据培养结果调整。

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外科评估，因非手术治疗失败率高。

免疫调节管理：权衡控制炎症和避免感染加重的矛盾需求。

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：1B）。

5.5 恶性肿瘤相关急腹症

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^[43]。这类患者治疗决策需权衡肿瘤分期、全身状况和治疗目标，强调多学科协作^[44-45]。

(1) 常见类型及处理

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。

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一期切除。

肝癌破裂出血：血流动力学不稳定者首选经动脉栓塞（transcatheter arterial embolization, TAE）止血；稳定者在评估肝功能和肿瘤分期后，可考虑行肝切除术或靶向联合免疫治疗。

(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。

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，综合考虑肿瘤生物学特性、手术获益及风险和患者意愿（推荐强度：1B）。

6 急腹症的多学科协作

急腹症的诊疗涉及多个专科领域，建立高效的多学科协作（multidisciplinary team, 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，改善患者预后^[46]。

(1) 核心团队人员

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）等根据需要进行参与。

(2) MDT 运作模式

常规 MDT：固定时间讨论复杂病例，适合非紧急情况。紧急 MDT：通过电话或床边会诊快速集结专家，适合需立即决策的急症。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。

(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）。

推荐意见 15：医疗机构应建立急腹症多学科协作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：1B）。

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，加强多学科协作，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。本共识计划每 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 胡平 曾珠 韩胜博

共识专家组成员（以姓名汉语拼音为序）：

蔡卫东 曹春水 曹钰 陈大庆 陈海鸣 陈明泉 陈威
陈先强 陈旭锋 陈耀武 崇巍 党星波 邓颖 窦清理
杜工亮 范晨芳 甘涛 郭贯成 韩小彤 何武兵 何小
军 侯利民 蒋龙元 金红旭 康健 李朝军 李贺 李
俊杰 李立宏 李丽丽 李湘民 李欣 李永武 李占飞
梁永辉 林炳鏊 蔺际葵 刘国辉 刘明华 刘斯 刘
文操 卢中秋 吕菁君 吕湘琪 马华崇 马可 马青
变 毛恩强 穆叶赛·尼加提 聂时南 欧阳艳红 裴红
红 裴俏 彭娜 彭鹏 秦军 沈开金 孙传政 孙铁为
唐娜 唐袖青 田英平 王海霞 王连馥 王培戈 王威
王兴宇 王旭东 王振杰 吴朝阳 吴国平 吴海鹰 吴
利东 夏剑 向强 邢吉红 徐峰 徐军 徐善祥 许硕
贵 闫柏刚 杨灿菊 杨新文 尹文 张磊冰 张茂 张
鹏 张永标 赵刚 赵晓东 郑粉双 朱海燕 朱华栋
朱长举 左永波

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

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. DOI:10.1056/NEJMra2304821.
- [2] de Burtet 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. DOI:10.1093/intqhc/mzy079.
- [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. DOI:10.1016/j.jss.2020.12.022.
- [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. DOI:10.1159/000371583.
- [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. DOI:10.1002/bjs.9329.
- [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. DOI:10.1007/s11604-015-0489-z.
- [7] 郎景和. 妇科急腹症[J]. 中华妇产科杂志, 2022, 57(3): 161-163. DOI:10.3760/cma.j.cn112141-20211220-00739.
- [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. DOI:10.23736/S0026-4733.20.08266-8.
- [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. DOI:10.1016/j.jclinepi.2010.09.011.
- [10] Savoia P, Jayanthi SK, Chammas MC. Focused assessment with sonography for trauma (FAST)[J]. J Med Ultrasound, 2023, 31(2): 101-106. DOI:10.4103/jmu.jmu_12_23.
- [11] 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. DOI:10.7759/cureus.80420.
- [12] Morani AC, Hanafy AK, Marcal LP, et al. Imaging of acute abdomen in cancer patients[J]. Abdom Radiol, 2020, 45(8): 2287-2304. DOI:10.1007/s00261-019-02332-5.
- [13] Shaish H, Ream J, Huang CC, 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. DOI:10.1001/jamasurg.2023.1112.
- [14] 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. DOI:10.1016/j.acra.2020.03.037.
- [15] 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. DOI:10.1259/bjr.20150859.
- [16] 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. DOI:10.1007/s00134-013-2906-z.
- [17] Pengerma 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. DOI:10.1016/j.jvs.2025.08.036.
- [18] 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. DOI:10.3760/cma.j.cn114656-20250619-00464.
- [19] Yu H, Kirkpatrick IDC. An update on acute mesenteric ischemia[J]. Can Assoc Radiol J, 2023, 74(1): 160-171.

- DOI:10.1177/08465371221094280.
- [20] Navez B, Navez J. Laparoscopy in the acute abdomen[J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2014, 28(1): 3-17. DOI:10.1016/j.bpg.2013.11.006.
- [21] 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. DOI:10.1007/s13304-020-00726-5.
- [22] 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. DOI:10.13919/j.issn.2095-6274.ZHJY202409036.
- [23] Börner N, Kappenberger AS, Weber S, et al. The acute abdomen: structured diagnosis and treatment[J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2025, 122(5): 137-144. DOI:10.3238/arztebl.m2025.0019.
- [24] 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. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2023.11.006.
- [25] 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. DOI:10.1002/j.1532-2149.2014.00456.x.
- [26] 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. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2020.12.007.
- [27] 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*, 2024, 25(6): 419-435. DOI:10.1089/sur.2024.137.
- [28] 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. DOI:10.1007/s00464-024-10813-y.
- [29] 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. DOI:10.1186/s13017-020-00336-x.
- [30] Buxbaum JL, Buitrago C, Lee A, et al. ASGE guideline on the management of cholangitis[J]. *Gastrointest Endosc*, 2021, 94(2): 207-221.e14. DOI:10.1016/j.gie.2020.12.032.
- [31] Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute pancreatitis: a review[J]. *Jama*, 2021, 325(4): 382. DOI:10.1001/jama.2020.20317.
- [32] Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines[J]. *World J Emerg Surg*, 2020, 15: 3. DOI:10.1186/s13017-019-0283-9.
- [33] 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: 36. DOI:10.1186/s13017-018-0192-3.
- [34] 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. DOI:10.1186/s13017-018-0185-2.
- [35] 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. DOI:10.1186/s13017-022-00443-x.
- [36] Bhatia M, Mattoo A. Diverticulosis and diverticulitis: epidemiology, pathophysiology, and current treatment trends[J]. *Cureus*, 2023, 15(8): e43158. DOI:10.7759/cureus.43158.
- [37] Dhamecha R, Pajai S, Bhasin T. Acute abdomen in pregnancy: a comprehensive review of diagnosis and management[J]. *Cureus*, 2023, 15(6): e40679. DOI:10.7759/cureus.40679.
- [38] 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. DOI:10.5455/medarh.2023.77.293-298.
- [39] Yew KS, George MK, Allred HB. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis[J]. *Am Fam Physician*, 2023, 107(6): 585-596.
- [40] Coutureau J, Millet I, Taourel P. CT of acute abdomen in the elderly[J]. *Insights Imaging*, 2025, 16(1): 95. DOI:10.1186/s13244-025-01955-1.
- [41] 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. DOI:10.1093/ageing/afac104.
- [42] 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. DOI:10.1186/s13017-021-00380-1.
- [43] McGinty K. Acute abdomen in the oncology patient[J]. *Semin Roentgenol*, 2020, 55(4): 400-416. DOI:10.1053/j.ro.2020.07.001.
- [44] 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. DOI:10.1007/s13304-025-02253-7.
- [45] 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. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2018.11.002.
- [46] 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. DOI:10.7759/cureus.52269.

(收稿日期: 2026-01-21)

(本文编辑: 张斯龙)