

急性阑尾炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E9_98_91_E5_c22_303806.htm 名称急性阑尾炎所属科室普通外科病因1.阑尾管腔阻塞 阑尾的解剖学特点，如管腔细窄，开口狭小，壁内有丰富淋巴组织，系膜短使阑尾卷曲成弧形等，这些都是导致管腔易于阻塞的因素。此外，食物残渣、粪石、异物、蛔虫、肿瘤等也常造成管腔阻塞。管腔阻塞后，阑尾粘膜分泌粘液积聚，腔内压力上升，血运发生障碍，使阑尾炎症加剧。 2.胃肠道疾病影响 胃肠道的一些疾病，如急性肠炎、炎性肠病、血吸虫病等，都可直接蔓延至阑尾，或引起阑尾管壁肌痉挛，使血运障碍而致炎症。 3.细菌入侵 阑尾发生梗阻和炎症后，粘膜溃疡，上皮损害，管腔内细菌不能排出而伺机繁殖生长，侵入管壁，使感染加剧。致病细菌多为肠道内的各种革兰氏阴性杆菌和厌氧菌。病理一、病理类型： 1.单纯性阑尾炎：阑尾轻度肿胀，浆膜表面充血，失去正常光泽并有少量纤维素性渗出物，各层组织均有充血、水肿和中性多核白细胞浸润，以粘膜和粘膜下层最为显著，粘膜上尚可出现小的溃疡，腔内可有少量炎性渗出液。 2.化脓性阑尾炎：又称蜂窝织炎性阑尾炎，阑尾明显肿胀，浆膜面高度充血，并有脓性或纤维素性渗出物附着。各层组织除充血、水肿和大量中性白细胞浸润外，常有壁间小脓肿，粘膜面可有溃疡和坏死，腔内常有积脓。腹腔内有少量混浊渗液。 3.坏疽性阑尾炎及穿孔：阑尾管壁已全层或部分坏死，外观呈暗紫色或黑色，表面及其四周有大量脓性、纤维素性渗出物，阑尾腔内积脓。如为嵌顿梗阻，则嵌顿远端坏死；如炎症波及阑尾系膜血管血栓形成，则整个阑尾

坏死，并为大网膜包裹。约2/3病例可见穿孔，细菌和脓液通过坏死区或穿孔进入腹腔。二、病理转归：1.炎症消退：单纯性阑尾炎在粘膜尚未形成溃疡前，及时药物治疗可能使炎症消退而不遗留病理改变。早期化脓性阑尾炎如经治疗即使炎症消退，也将是疤痕性愈合，致阑尾腔变狭、壁增厚，阑尾发生扭曲，易复发。2.炎症局限化：化脓或坏疽、穿孔后，阑尾为大网膜包裹形成阑尾四周脓肿或炎性包块，炎症被局限化。如脓液不多可被逐渐吸收。3.炎症扩散：如机体防御机能差，或未予及时治疗，炎症扩散而致阑尾化脓、坏疽穿孔乃至弥漫性腹膜炎、化脓性门静脉炎等。极少病人细菌栓子可随血流进入门静脉在肝内形成脓肿，出现严重的脓毒血症，伴有高热、黄疸、肝肿大等及感染性休克。临床表现症状：1.腹痛：多起于脐周和上腹部，开始痛不甚严重，位置不固定，呈阵发性，这是阑尾阻塞后，管腔扩张和管壁肌收缩引起的内脏神经反射性疼痛。数小时后，腹痛转移并固定在右下腹部，痛呈持续性加重，这是阑尾炎症侵及浆膜，壁层腹膜受到刺激引起的体神经定位疼痛。约70%~80%急性阑尾炎具有这种典型的转移性腹痛的特点，但也有一部分病例发病开始即出现右下腹痛。不同位置的阑尾炎，其腹痛部位也有区别，如盲肠后位阑尾炎痛在侧腰部；盆腔位阑尾炎痛在耻骨上区；肝下区阑尾炎可引起右上腹痛；极少数左侧腹部阑尾炎呈左下腹痛。不同病理类型阑尾炎的腹痛亦有差异，如单纯性阑尾炎是轻度隐痛；化脓性呈阵发性胀痛和剧痛；坏疽性呈持续性剧烈腹痛；穿孔性阑尾炎因阑尾管腔压力骤减，腹痛可暂时减轻，但出现腹膜炎后，腹痛又会持续加剧。2.胃肠道症状：恶心、呕吐最为常见，早期呕吐多

为反射性，常发生在腹痛的高峰期，晚期呕吐则与腹膜炎有关。约1/3的病人有便秘或腹泻的症状，腹痛早期大便次数增多，可能是肠蠕动增强的结果。盆腔位阑尾炎时，炎症刺激直肠和膀胱，引起排便里急后重和排尿尿痛。并发腹膜炎、肠麻痹则出现腹胀和持续性呕吐。

3.全身症状：初期有乏力、头痛。炎症加重时可有发热等全身中毒症状，体温多在37.5-39 之间。化脓性、坏疽性阑尾炎或腹膜炎时可出现畏寒、高热，体温可达39 -40 以上。门静脉炎时可出现黄疸。

体征：1.强迫体位：病人来诊时常见弯腰行走，且往往以双手按在右下腹部。在床上平卧时，其右髋关节常呈屈曲位。

2.右下腹压痛：是急性阑尾炎常见的重要体征，压痛点通常在麦氏点，可随阑尾位置变异而改变，但压痛点始终在一个固定的位置上。病变早期腹痛尚未转移至右下腹时，压痛已固定于右下腹部。当炎症扩散到阑尾以外时，压痛范围也随之扩大，但仍以阑尾部位压痛最为明显。

3.腹膜刺激征象：有腹肌紧张、反跳痛（Blumberg征）和肠鸣音减弱或消失等，这是壁层腹膜受到炎性刺激的一种防御反应，常提示阑尾炎已发展到化脓、坏疽或穿孔的阶段。但小儿、老人、孕妇、肥胖、虚弱病人或盲肠后位阑尾炎时，腹膜刺激征象可不明显。

4.其它体征：（1）结肠充气试验（Rovsing试验）：用一手压住左下腹部降结肠部，再用另手反复压迫近侧结肠部，结肠内积气即可传至盲肠和阑尾部位，引起右下腹痛感者为阳性。（2）腰大肌试验：左侧卧位后将右下肢向后过伸，引起右下腹痛者为阳性，说明阑尾位置较深或在盲肠后位靠近腰大肌处。（3）闭孔内肌试验：仰卧位，将右髋和右膝均屈曲90times.109/L以上；但升高不明显不能否定诊断，应

反复检查，如逐渐升高则有诊断价值。2.尿常规检查：尿检查一般无阳性发现，但盲肠后位阑尾炎可刺激邻近的右输尿管，尿中可出现少量红细胞和白细胞。3.大便常规检查：盆位阑尾炎和穿孔性阑尾炎合并盆腔脓肿时，大便中也可发现血细胞。4.X线检查：胸腹透视列为常规。急性阑尾炎在腹部平片上也可出现阳性结果：约5-6%的病人右下腹阑尾部位可见一块或数块结石阴影，1.4%病人阑尾腔内有积气。急性阑尾炎合并弥漫性腹膜炎时，为除外溃疡穿孔、急性绞窄性肠梗阻等，立位腹部平片是必要的，如出现膈下游离气体，阑尾炎基本上可以排除。5.腹部B超检查：病程较长者应急取行右下腹B超检查，了解是否有炎性包块存在。在决定对阑尾脓肿切开引流时，B超可提供脓肿的具体部位、深度及大小，便于选择切口。

诊断1. 症状：转移性右下腹痛是急性阑尾炎的典型临床表现，因内脏转位盲肠和阑尾位于左下腹时，出现转移性左下腹痛，也应考虑到左侧阑尾炎的可能。关于初发疼痛的部位和转移过程所需时间，因人而异。但要注重约1/3的病人开始就是右下腹痛，非凡是慢性阑尾炎急性发作时，因此无转移性右下腹痛，不能完全除外急性阑尾炎的存在，必须结合其他症状和体征综合判定。其它可有恶心、呕吐等胃肠道症状。早期可无发热，当阑尾化脓、坏死或穿孔后即有明显的发热和其它全身中毒症状。

2. 体格检查：右下腹固定压痛和不同程度的腹膜刺激征为其主要体征，非凡是急性阑尾炎早期自觉腹痛尚未固定时，右下腹就有压痛存在。而阑尾穿孔合并弥漫性腹膜炎时，尽管腹部压痛范围广泛，但仍以右下腹最为明显。有时为了把握压痛的确实部位，应该仔细的多次和有对比的对全腹部进行检查。急性阑尾炎的压

痛始终在右下腹部，并可伴有不同程度的腹肌紧张和反跳痛。

3. 辅助检查：血液白细胞总数和中性白细胞数可轻度或中度增加，大便和尿常规可基本正常。胸部透视可排除右侧胸腔疾病，减少对阑尾炎的误诊。立位腹部平片观察膈下有无游离气体可排除其它外科急腹症的存在。右下腹B超检查，了解有无炎性包块，对判定病程和决定手术有一定帮助。

4. 青年女性和有停经史的已婚妇女，对急性阑尾炎诊断有怀疑时，应请妇科会诊以便排除宫外孕和卵巢滤泡破裂等疾病。鉴别诊断急性阑尾炎临床误诊率相当高，国内统计为4-5%，国外报道规范高达30%。需要与急性阑尾炎鉴别的疾病很多，其中最主要的有下列十几种疾病。

一、与内科急腹症的鉴别：

- 1、右下肺炎和胸膜炎：右下肺和胸腔的炎性病变，可反射性引起右下腹痛，有进可误诊为急性阑尾炎。但肺炎及胸膜炎经常有咳嗽，咳痰及胸痛等明显的呼吸道症状，胸部体征如呼吸音改变及湿罗音等。腹部体征不明显，右下腹压痛多不存在。胸部X线，可明确诊断。
- 2、急性肠系膜淋巴结炎：多见于儿童，常继发于上呼吸道感染之后。由于小肠系膜淋巴结广泛肿大，回肠末端尤为明显，临床上可表现为右下腹痛及压痛，类似急性阑尾炎。但本病伴有高烧，腹痛压痛较为广泛，有时尚可触到肿大的淋巴结。
- 3、局限性回肠炎：病变主要发生在回肠末端，为一种非特异性炎症，20 - 30岁的青年人较多见。本病急性期时，病变处的肠管充血，水肿并有渗出，刺激右下腹壁层腹膜，出现腹痛及压痛，类似急性阑尾炎。位置局限于回肠，无转移性腹痛的特点，腹部体征也较广泛，有时可触到肿大之肠管。另外，病人可伴有腹泻，大便检查有明显的异常成分。

二、与妇产科急腹症的鉴

别：1、右侧输卵管妊娠：右侧宫外孕破裂后，腹腔内出血刺激右下腹壁层腹膜，可出现急性阑尾炎的临床特点。但宫外孕常有停经及早孕史，而且发病前可有***出血。病人继腹痛后有会阴和***部肿胀感，同时有内出血及出血性休克现象。妇科检查可见***内有血液，子宫稍大伴触痛，右侧附件肿大和后穹窿穿刺有血等阳性体征。2、卵巢囊肿扭转：右侧卵巢囊肿蒂扭转后，囊肿循环障碍、坏死、血性渗出，引起右腹部的炎症，与阑尾炎相似。但本病常有盆腔包块史，且发病忽然，为阵发性绞痛，可伴轻度休克症状。妇科检查时能触到囊性包块，并有触痛，腹部B超证实右下腹有囊性包块存在。3、卵巢滤泡破裂：多发生于未婚女青年，常在月经后两周发病，因腹腔内出血，引起右下腹痛。本病右下腹局部体征较轻，诊断性腹腔穿刺可抽出血性渗出。4、急性附件炎：右侧输卵管急性炎症可引起与急性阑尾炎相似的症状和体征。但输卵管炎多发生于已婚妇女，有白带过多史，发病多在月经来潮之前。虽有右下腹痛，但无典型的转移性，而且腹部压痛部位较低，几乎靠近耻骨处。妇科检查可见***有脓性分泌物，子宫两侧触痛明显，右侧附件有触痛性肿物。

三、与外科急腹症的鉴别：1、溃疡病急性穿孔：溃疡病发生穿孔后，部分胃内容物沿右结肠旁沟流入右髂窝，引起右下腹急性炎症，可误为急性阑尾炎。但本病多有慢性溃疡病史，发病前多有暴饮暴食的诱因，发病忽然且腹痛剧烈。查体时见腹壁呈板状，腹膜刺激征以剑突下最明显。腹部透视膈下可见游离气体，诊断性腹腔穿刺可抽出上消化道液体。2、急性胆囊炎、胆石症：急性胆囊炎有时需和高位阑尾炎鉴别，前者常有胆绞痛发作史，伴右肩和背部放射痛；而后者为转移

性腹痛的特点。检查时急性胆囊炎可出现莫菲氏征阳性，甚至可触到肿大的胆囊，急诊腹部B超检查可显示胆囊肿大和结石声影。

3、急性美克尔憩室炎：美克尔憩室为一先天性畸形，主要位于回肠的末端，其部位与阑尾很接近。憩室发生急性炎症时，临床症状极似急性阑尾炎，术前很难鉴别。因此，当临床诊断阑尾炎而手术中的阑尾外观基本正常时，应仔细检查末段回肠至1米，以免遗漏发炎的憩室。

4、右侧输尿管结石：输尿管结石向下移动时可引起右下腹部痛，有时可与阑尾炎混淆。但输尿管结石发作时呈剧烈的绞痛，难以忍受，疼痛沿输尿管向外阴部、大腿内侧放散。腹部检查，右下腹压痛和肌紧张均不太明显，腹部平片有时可发现泌尿系有阳性结石，而尿常规有大量红细胞。

并发症

1.急性阑尾炎的并发症

(1) 腹腔脓肿：在阑尾四周形成的脓肿为阑尾四周脓肿。但也可在腹腔其他部位形成脓肿，常见部位有盆腔、膈下和肠间隙等处。临床表现有麻痹性肠梗阻的腹胀症状，腹膜刺激征象，压痛性包块和全身感染中毒症状等。B型超声检查可协助诊断和定位。一经诊断即应及时手术切开引流。

(2) 内、外瘻形成：阑尾四周脓肿如未及时引流，一部分病例脓肿可向小肠或大肠内穿破，亦可向膀胱、**或腹壁穿破，形成各种内瘻或外瘻；脓液可从瘻管排出。X线钡剂检查可协助了解瘻管的走行和范围，有助于选择扩大引流或切除瘻管的治疗方法。

(3) 门静脉炎 (pylephlebitis)：急性阑尾炎时阑尾静脉中的感染性血栓，沿肠系膜上静脉至门静脉，导致门静脉炎症。临床表现有肝肿大和压痛、黄疸、畏寒、高热等。如病情加重会产生感染性休克和败血症，治疗延误可发展为细菌性肝脓肿。

2.阑尾切除术的并发症

(1) 切口

感染：是最常见的术后并发症，未穿孔组发生率在10%以下，穿孔组可达20%以上。多因手术时污染切口、存留血肿和异物、引流不畅所致。感染部位可在皮下，也可在腹膜外。临床表现是手术后2~3日体温升高，切口局部胀痛或跳痛，局部有红肿、压痛。治疗为剪去缝线，扩大切口，排出脓液，清除异物并充分引流。（2）腹膜炎、腹腔脓肿：多由阑尾残端结扎不牢，缝线脱落所致。临床表现为手术后体温持续升高，腹痛、腹胀，全身中毒症状加剧。需按照治疗腹膜炎的原则加以处理。（3）出血：阑尾系膜的结扎线松脱可引起腹腔内大出血，表现有腹痛、腹胀、出血性休克等症状。阑尾残端结扎线松脱，而荷包缝合又较紧时，出血可流入盲肠肠管内，引起下消化道大出血。此两种情况均须立即输血补液，紧急再次手术止血。（4）粪瘘：产生术后粪瘘的原因有多种，如断端脆弱，结扎线脱落；盲**损伤；盲肠原有结核、癌等病变；引流物质硬，压迫盲**引起坏死等。一般在形成粪瘘时炎症多已局限化，故不致发生弥漫性腹膜炎。形成的粪瘘位在结肠，又不致造成水和电解质紊乱或营养障碍。一般经非手术治疗后瘘可闭合自愈。经久不愈时，可行瘘管活组织检查，X线瘘管造影，以查明病变性质和范围，有利再次手术切除瘘管。（5）阑尾残株炎：切除阑尾时如残端太长超过1cm时，手术后残株易复发炎症，仍会表现阑尾炎的症状，应进一步行X线钡剂检查，明确诊断。症状较重时宜再手术切除阑尾残株。（6）粘连性肠梗阻：由于手术损伤或阑尾四周脓液等因素，部分病人术后发生粘连性肠梗阻，非凡是并发穿孔后的发生率可达5%左右。多数可经非手术治疗奏效，病情严重者须手术治疗。治疗一、非手术治疗：

主要适应于单纯性阑尾炎、阑尾脓肿、妊娠早期和后期阑尾炎及高龄合并主要脏器病变的阑尾炎。

1. 基础治疗：卧床休息，控制饮食，适当补液和对症处理。
2. 抗菌治疗：可选用广谱抗生素（如氨苄青霉素）和抗厌氧菌的药物（如灭滴灵）静脉滴注。
3. 针刺治疗：可取足三里、阑尾穴，强刺激，留针30分钟，每日二次，连续三天。
4. 中药治疗：外敷适用于阑尾脓肿，可选用“”；内服主要是清热解毒、行气活血及通里攻下，可选“”加减。

二、手术治疗：

- 1、手术原则：急性阑尾炎诊断明确后，应早期外科手术治疗，既安全，又可防止并发症的发生。早期手术系指阑尾还处于管腔阻塞或仅有充血水肿时手术切除，此时操作简易。如化脓或坏疽后再手术，操作困难且术后并发症显著增加。
- 2、手术选择：各种不同临床类型急性阑尾炎的手术方法亦不相同。
 - 1) 急性单纯性阑尾炎，行阑尾切除术，切口一期缝合。近年对这种类型开展了经腹腔镜行阑尾切除，但须把握熟练的技术。
 - 2) 急性化脓性或坏疽性阑尾炎，行阑尾切除术；如腹腔内已有脓液，可清除脓液后关闭腹膜，切口置乳胶片作引流。
 - 3) 阑尾四周脓肿，如无局限趋势，行切开引流，视术中具体情况决定是否可切除阑尾；如阑尾已脱落，尽量取出，闭合盲**，以防造成肠痿。如脓肿已局限在右下腹，病情又平稳时，不要强求作阑尾切除术，给予抗生素，并加强全身支持治疗，以促进脓液吸收、脓肿消退。
- 3、手术方法：
 - (1) 麻醉一般采用硬脊膜外麻醉。
 - (2) 切口宜选择在右下腹部压痛最明显的部位，一般情况下采用右下腹斜切口（McBurney切口）或右下腹横斜切口。皮肤沿皮纹方向切开，对血管和神经损伤少。这种斜切口，因三层腹壁肌的纤维方向不同，

术后切口愈合牢固，不易发生切口疝。但因这种切口不便探查腹腔其他部位脏器，故对诊断不明的探查性手术，宜选用右下腹直肌旁切口，且切口不宜太小。（3）寻找阑尾用纱布垫将小肠推向内侧，先找到盲肠，再沿三条结肠带向盲肠顶端追踪，即能找到阑尾。如仍未找到，应考虑盲肠后位阑尾的可能，再剪开侧后腹膜，内翻盲肠寻找阑尾。寻到阑尾后，用阑尾钳夹住阑尾或用止血钳夹住阑尾系膜，将阑尾提到切口外切除。如不能提出，也需严格保护好切口各层组织后，切除阑尾。（4）处理阑尾系膜 阑尾动脉一般在阑尾系膜的游离缘，感染炎症加剧时系膜脆弱较易钳断，故尽可能在阑尾根部切断结扎阑尾动脉。假如系膜较阔又很肥厚时，应将系膜逐段分别切断结扎。（5）处理阑尾根部 在距盲肠0.5cm处的阑尾根部轻轻钳夹后用丝线结扎之，在扎线远处切断阑尾，残端用碘酒、酒精涂擦处理后，用荷包缝合将其包埋入盲**内。荷包缝合不宜过大，防止残留**内死腔。最后，用阑尾系膜或邻近脂肪结缔组织覆盖加固（图1）。1.切断阑尾系膜2.在盲**上作浆肌层的荷包缝合3.在阑尾根部切除阑尾4.收紧荷包缝合，将残端埋入盲**内图1 阑尾切除术

（6）非凡情况下的阑尾切除术1）阑尾在腹膜后并粘连固定，不能按常规方法勉强切除，而宜行逆行切除方法，即先在根部切断阑尾，残端包埋后再分段切断阑尾系膜，切除整个阑尾。2）盲**炎性水肿严重，不能按常规将阑尾残端埋入荷包缝内，可在阑尾根部切断阑尾，用间断丝线浆肌层内翻缝合方法埋入阑尾残端。如仍无法埋入时，则用阑尾系膜或四周的脂肪结缔组织覆盖残端。3）阑尾炎性水肿很重，脆弱易于撕碎，根部又无法钳夹结扎时，可用盲**的荷包缝合，

将未能结扎的阑尾残端内翻埋入盲肠腔内，外加间断丝线浆肌层内翻缝合。预防及预后一、治愈标准：1、手术切除阑尾，症状、体征消失，切口愈合，无并发症。2、非手术治疗后，症状、体征消失。二、好转标准：1、阑尾未能切除，症状减轻，有待再手术治疗。2、非手术治疗后，症状、体征减轻。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com