

阑尾炎诊断与治疗分析探讨

周天慧

成都市新都区大丰街道太平社区卫生服务中心 四川省成都市 610041

摘要：目的：探讨阑尾炎诊断与治疗分析。方法：选取 2019 年 1 月至 12 月来本院的 18 例阑尾炎患者，分为对照组和观察组，各 9 例，分别采取开腹手术和腹腔镜手术治疗。结果：观察组手术情况比对照组好，观察组术后恢复快，观察组术后各时段视觉模拟评分法（VAS）评分、并发症发生率均比对照组低。结论：在阑尾炎患者的治疗中，腹腔镜手术具备切口小、出血少、术后疼痛轻、恢复快、并发症少等优势。因此，在临床实践中，应根据患者具体情况和手术适应症，优先选择腹腔镜手术进行治疗。

关键词：阑尾炎；诊断分析；治疗分析

引言

阑尾炎作为临床常见的急腹症，发病率较高，据相关流行病学数据显示，其年发病率约为 1%~5%。该病起病急骤，病情进展迅速，若不能得到及时、准确的诊断与恰当的治疗，可能引发阑尾穿孔、腹膜炎等严重并发症，危及患者生命。目前，阑尾炎的诊断主要依据患者的临床症状、体征以及相关辅助检查，如血常规、超声、CT 等。治疗方式则包括保守治疗和手术治疗，其中手术治疗是主要手段。然而，不同治疗方式的效果存在差异。因此，深入探讨阑尾炎的诊断与治疗，对于提高其诊治水平、改善患者预后具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 12 月来本院的 18 例阑尾炎患者，按随机数字表法分为对照组和观察组，各 9 例。其中对照组男性 6 例，女性 3 例，年龄 24~51 岁，平均年龄 (37.8 ± 10.5) 岁；观察组男性 6 例，女性 3 例，年龄 22~54 岁，平均年龄 (39.6 ± 9.9) 岁。纳入标准：经临床及影像学检查确诊为阑尾炎。排除标准：合并严重心肺疾病、凝血功能障碍等。本研究获伦理委员会批准，患者均签署知情同意书。

1.2 方法

对照组采取开腹手术治疗，具体内容如下：在传统开腹手术治疗阑尾炎的过程中，通常选取两种经典切口方式。若患者一般情况良好且无明显腹膜炎体征，多选择右下腹麦氏切口，其具体位置在右髂前上棘与脐连线的中外三分之一交界处，此切口更贴近阑尾，便于操作；若患者病情复杂、

炎症较重或需探查腹腔其他部位，则采用经腹直肌切口，多选右下腹经腹直肌纵行切口，长度依病情而定。

观察组采取腹腔镜手术治疗，具体内容如下：腹腔镜手术在阑尾切除中的应用，具有创伤小、恢复快等优势。具体操作时，首先于脐下约 0.5~1cm 处（此位置较为隐蔽，术后瘢痕不明显）作一长约 10~15mm 的切口，作为气腹针穿刺点及后续腹腔镜置入通道。通过该切口置入气腹针，建立气腹，使腹腔内压力维持在 12~15mmHg，为后续操作提供足够的空间。气腹建立成功后，置入腹腔镜进行探查，全面了解腹腔内情况，明确阑尾位置、炎症程度及周围组织粘连情况。接着，于左、右下腹麦氏点附近（左下腹大致位于左髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处稍下方，右下腹即传统麦氏点位置）各作一长约 8~10mm 的切口，作为操作器械的置入点。通过这两个切口置入抓钳、电凝钩等操作器械，在腹腔镜监视下，分离粘连、结扎阑尾血管、切除阑尾，并取出标本。最后，冲洗腹腔，排出气体，缝合切口。

1.3 观察指标

对比两组患者的治疗效果、手术情况、术后恢复情况、术后疼痛程度情况、并发症发生率情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 对研究对象采集的数据进行分析处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示；采用 t 检验，计数资料采用 % 表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比

对照组治疗成功 9 例, 观察组治疗成功 9 例, 两组治疗成功率均为 100.00%, 比较结果为 $\chi^2 = 0$, $P = 1.000$ 。治疗成功率两组无统计学差异 ($P > 0.05$)。

2.2 两组手术情况对比

如下表 1 所示:

表 1 对比两组患者的手术情况

组别	例数	手术切口长度 (cm)	术中出血量 (mL)
对照组	9	6.12 ± 0.76	18.52 ± 3.18
观察组	9	3.05 ± 0.45	5.91 ± 3.76
t 值	-	20.765	7.684
P 值	-	<0.001	<0.001

2.3 两组术后恢复情况对比

如下表 2 所示:

表 2 对比两组患者的术后恢复情况对比

组别	例数	肠鸣音恢复时间	术后首次下床活动时间	住院时间
对照组	9	1.79 ± 0.51	3.81 ± 0.71	8.31 ± 1.62
观察组	9	1.41 ± 0.31	2.73 ± 0.21	6.51 ± 1.21
t 值	-	1.910	4.376	2.671
P 值	-	0.0789	0.001	0.0171

2.4 两组术后疼痛程度对比

如下表 3 所示:

表 3 对比两组患者的术后疼痛程度对比

组别	例数	术后 1h	术后 6h	术后 12h
对照组	9	4.74 ± 1.20	4.52 ± 1.25	3.04 ± 0.43
观察组	9	3.42 ± 1.35	2.62 ± 1.33	1.34 ± 0.13
t 值	-	2.192	3.123	11.353
P 值	-	0.0432	0.0065	<0.001

2.5 两组并发症发生率对比

如下表 4 所示:

表 4 对比两组患者的并发症发生率比较

组别	例数	切口感染	肠梗阻	腹腔感染	发生率
对照组	9	2	0	0	2
观察组	9	0	0	0	0
χ^2 值	-	2.25	0	0	2.25
P 值	-	0.476	0	0	0.476

3 讨论

阑尾在人体中虽看似不起眼, 却有着独特功能。从免疫角度来看, 阑尾属于人体外周免疫器官之一, 它富含淋巴组织, 这些淋巴组织能够产生和储存免疫细胞, 如淋巴细胞和浆细胞等。当人体遭遇肠道内的病原体入侵时, 阑尾中的免疫细胞会迅速识别并启动免疫反应, 帮助机体抵御病菌, 在维护肠道局部免疫平衡方面发挥着一定作用。在肠道菌群

调节方面, 阑尾可能充当着“安全屋”的角色。一些有益菌在肠道环境不稳定时, 可能会暂时在阑尾中栖息。当肠道环境恢复正常后, 这些有益菌又会重新定殖到肠道中, 有助于维持肠道菌群的多样性和稳定性, 保障肠道正常的消化和吸收功能。阑尾炎的病因复杂多样, 主要包括阑尾管腔阻塞和细菌感染两大因素。阑尾管腔阻塞通常由淋巴滤泡明显增生、粪石、异物、炎性狭窄、食物残渣、蛔虫、肿瘤等引起, 粪石是最常见的诱因, 占阻塞原因的约 60%–70%。当管腔阻塞后, 阑尾内的黏膜分泌物无法排出, 导致压力升高, 血液循环受阻, 最终引发炎症。与此同时, 肠道内的多种细菌如大肠杆菌、厌氧菌等趁机繁殖, 加剧感染进程。遗传因素、饮食习惯及免疫功能低下也可能增加发病风险。例如, 高脂肪、低纤维的饮食结构被认为与阑尾炎的发生存在一定关联。了解这些病因有助于采取针对性的预防措施, 降低发病率。

阑尾炎主要分为三种类型: 急性阑尾炎、慢性阑尾炎和特殊类型阑尾炎。急性阑尾炎最为常见, 约占所有阑尾炎病例的 90% 以上, 又可分为单纯性、化脓性和坏疽性三种亚型。单纯性阑尾炎表现为轻微充血水肿, 约占急性阑尾炎的 60%; 化脓性阑尾炎则伴有明显化脓现象, 约占 30%; 而坏疽性阑尾炎最为严重, 约占 10%, 此时阑尾壁已发生缺血坏死, 极易穿孔。慢性阑尾炎较少见, 约占 5%–10%, 其特点是反复发作的右下腹隐痛, 病程较长, 易被误诊为其他消化系统疾病。特殊类型阑尾炎包括老年人阑尾炎和妊娠期阑尾炎, 前者由于机体反应迟钝, 症状不典型, 后者因子宫增大压迫阑尾, 增加了诊断难度。不同类型的阑尾炎在临床表现、治疗策略及预后上各有特点, 需要个体化处理。

阑尾炎的诊断主要依赖病史采集、体格检查、实验室检测及影像学检查等综合手段。病史采集时需重点关注右下腹痛的起始位置、持续时间及疼痛性质, 约 70%–80% 的患者会出现典型的转移性右下腹痛。体格检查中, 压痛、反跳痛及肌紧张是关键体征, 其中麦氏点压痛阳性率达 90% 以上。实验室检测显示白细胞计数升高, 中性粒细胞比例可达 85%–95%, C 反应蛋白 (CRP) 水平亦显著上升。影像学检查方面, 超声检查因其无创、便捷, 敏感性达 85%–95%, 特异性为 75%–85%, 是首选的辅助诊断工具; 而 CT 扫描则具有更高的准确性, 敏感性和特异性分别达到 95% 和 90% 以上, 尤其适用于复杂病例的鉴别诊断。综合运用

这些方法，可显著提高诊断的精确度。

阑尾炎的诊断注意事项通过详细了解腹痛起始部位、性质、演变过程至关重要。约 70%~80% 阑尾炎患者有转移性右下腹痛，起初上腹或脐周隐痛，6~8 小时后转移至右下腹并固定。要询问疼痛程度，一般呈持续性胀痛或阵发性加剧。还要关注伴随症状，如恶心、呕吐，约 60%~70% 患者会出现，呕吐多为反射性，程度较轻。同时，了解发热情况，多数患者体温在 37.5~38.5℃。麦氏点压痛是阑尾炎的重要体征，约 90% 患者可出现，压痛点多位于右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处。要注意检查有无反跳痛，若存在，提示炎症已波及腹膜壁层。还需检查腹膜刺激征，包括腹肌紧张、压痛、反跳痛，其程度可反映炎症的严重程度。血常规检查中，白细胞计数常升高，一般可达 $(10\text{--}20) \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞比例明显增高，多在 80%~90%。超声检查可发现肿大的阑尾，直径多超过 6mm，准确率约 70%~80%，但易受肠道气体干扰。CT 检查对阑尾炎的诊断准确率更高，可达 90% 以上，能清晰显示阑尾的形态、周围炎症情况及有无脓肿形成，对于复杂病例或诊断不明确者具有重要价值。阑尾炎需与多种疾病鉴别，如右侧输尿管结石，疼痛常呈阵发性绞痛，沿输尿管走行放射，尿常规检查可见红细胞；妇产科疾病如右侧卵巢囊肿蒂扭转，多有盆腔包块史，妇科检查可触及肿物。只有准确鉴别，才能避免误诊误治。

腹腔镜是一种集光学、电子、机械等技术于一体的微创外科手术器械，是现代医学微创技术的重要标志。从结构上看，腹腔镜主要由镜头系统、光源系统、摄像系统及图像显示系统等部分组成。其镜头直径通常为 2~10 毫米，能够深入人体腹腔，将腹腔内图像放大 4~6 倍，清晰传输至显示器，为医生提供直观的手术视野。在临床应用中，腹腔镜手术具有显著优势。相较于传统开腹手术，它切口小，一般仅需 3~4 个 0.5~1 厘米的切口；创伤小，术后患者疼痛轻，恢复快，住院时间可缩短 3~5 天；并发症少，切口感染率低于 2%，肠粘连发生率不足 3%。目前，腹腔镜技术已广泛应用于阑尾切除、胆囊切除、妇科肿瘤切除等众多领域，成为众多疾病治疗的首选方式，为患者带来了更小的创伤和更好的治疗效果。

腹腔镜手术在阑尾炎治疗中展现出多方面重要意义。与传统开腹手术相比，腹腔镜手术仅需在腹部作 3~4 个 0.5~1cm

大小的操作孔，切口总长度一般不超过 3cm，大大减少了手术创伤。患者术后疼痛明显减轻，术后 6 小时即可下床活动，肛门排气时间平均提前至 12~24 小时，住院时间缩短至 3~5 天，显著提高了患者的康复速度。腹腔镜手术视野清晰，可避免对周围组织的误伤，使切口感染率降至 1%~2%，肠粘连发生率低于 3%，远低于开腹手术的 5%~10%。微小的切口术后疤痕不明显，满足了患者对美观的需求。因此，腹腔镜手术以其独特的优势，成为阑尾炎治疗的首选方式，为患者带来了更好的治疗效果和就医体验。

结束语

综上所述，对阑尾炎诊断与治疗的分析探讨，能够对该疾病有了更全面且深入的认识。从诊断层面看，综合运用临床症状、体征以及血常规、超声、CT 等检查手段，能将阑尾炎诊断准确率提升至 85%~90% 左右。在治疗方面，手术仍是主要方式，腹腔镜手术凭借切口小、恢复快等优势，使患者术后平均住院时间缩短至 3~5 天，并发症发生率降至 5%~8%。未来需进一步优化诊断流程，提高早期诊断率；探索更精准的手术技术，降低并发症风险，为患者提供更优质的医疗服务。

参考文献：

- [1] 旦增旺堆. 腹部 CT 检查在急性阑尾炎诊断价值 [J]. 西藏医药, 2024, 45(04):64~65.
- [2] 朱婷, 雷雅莉, 王宁, 雷浩, 曹鹏. 经内镜逆行阑尾炎治疗术用于非复杂性阑尾炎的效果观察 [J]. 智慧健康, 2024, 10(19):104~106.
- [3] 刘希, 尚书. 子母镜逆行技术对阑尾炎的诊断及治疗效果 [J]. 医学临床研究, 2024, 41(06):875~877+881.
- [4] 谢盼盼. 解毒通腑汤加减治疗化脓性阑尾炎术后患者疗效观察 [J]. 广西中医药, 2024, 47(03):18~21.
- [5] 赵凤芹. 阑尾炎的急诊超声诊断护理 [J]. 中华灾害救援医学, 2024, 11(04):498~500.
- [6] 黄苑君, 刘贤明, 张云光. 分析多层螺旋 CT 对急性阑尾炎患者的影像学特征及其诊断效果 [J]. 中国现代药物应用, 2024, 18(06):79~82.
- [7] 龚明燕, 周文艳, 刘媛. 急性阑尾炎术后并发粘连性肠梗阻的相关影响因素 [J]. 安徽医学, 2024, 23(01):51~53.