

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 $(10-20) \times 10^9/L$,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.