

# 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省，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 $(37.8 \pm 10.5)$ 岁；观察组男性6例，女性3例，年龄22-54岁，平均年龄 $(39.6 \pm 9.9)$ 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 $\chi^2$ 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	$6.12 \pm 0.76$	$18.52 \pm 3.18$
观察组	9	$3.05 \pm 0.45$	$5.91 \pm 3.76$
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
$\chi^2$ 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)×10<sup>9</sup>/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].安徽医专学报,2024,23(01):51-53.