

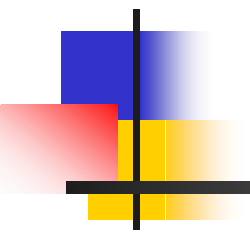
急性阑尾炎



发病情况

- 发病率 **1/1000/年**，外科急腹症首位
- 年龄 青少年多见(**20-30岁**为发病高峰)
- 性别 男**>**女(**2~3:1**)
- 发病与职业、地区和季节无关

急性阑尾炎

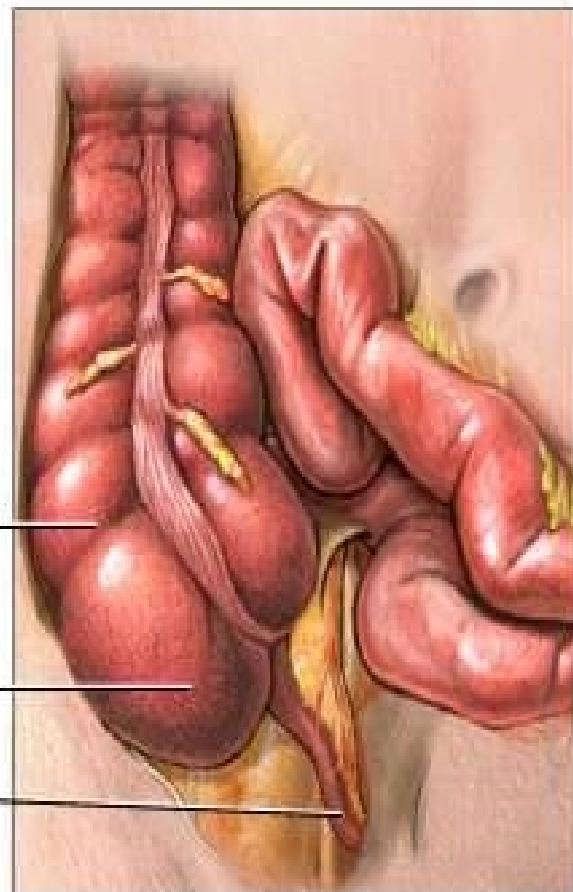
- 
- 一、病因和发病机理
 - 二、临床病理分型
 - 三、临床诊断
 - 四、鉴别诊断
 - 五、治疗
 - 六、并发症及处理

阑尾的大体解剖

位于右髂窝，外形似蚯蚓，一般长约6-8cm，短者仅为一痕迹，长者可达30cm，外径0.5-1cm。

90%以上的阑尾起自于盲肠后内侧壁、三条结肠带的汇合点。

因此，沿盲肠的三条结肠带顶端追踪可寻到阑尾基底部。





阑尾先天性畸形

- 阑尾缺如
十分罕见
- 阑尾全部或部分重复或多阑尾
- 阑尾腔节段性闭锁

后两者也不多见

阑尾的体表投影

脐与右髂前上棘连线中外1/3交界处，称为麦氏点 (McBurney 点)。

麦氏点是选择阑尾手术切口的标记点。

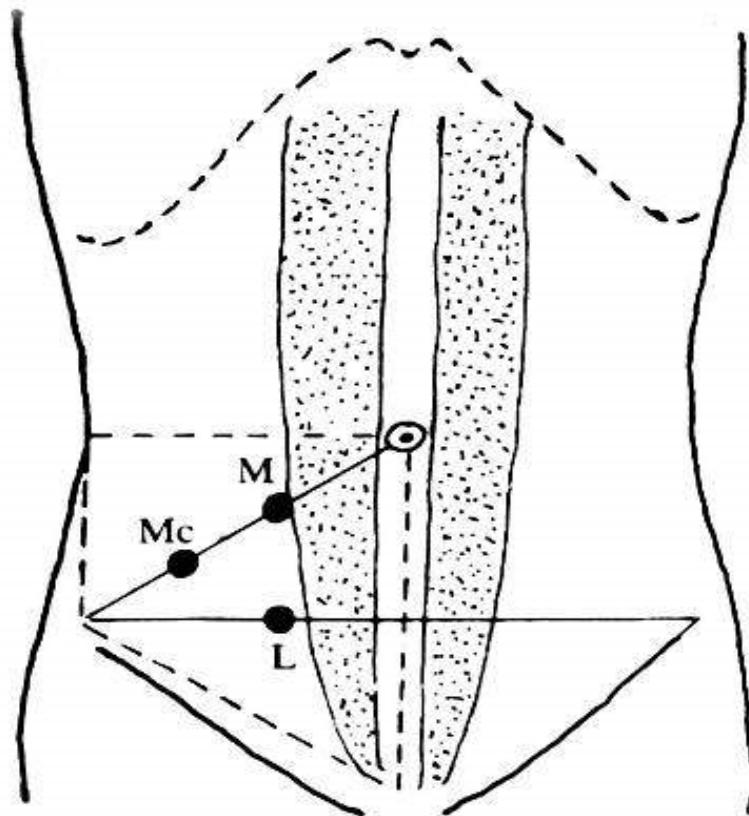


图 39-3 阑尾炎压痛点

Mc: McBurney 点 M: Morris 点 L: Lenz 点
专业医学材料
点线围成四边形为 Rapp 压痛区

阑尾位置

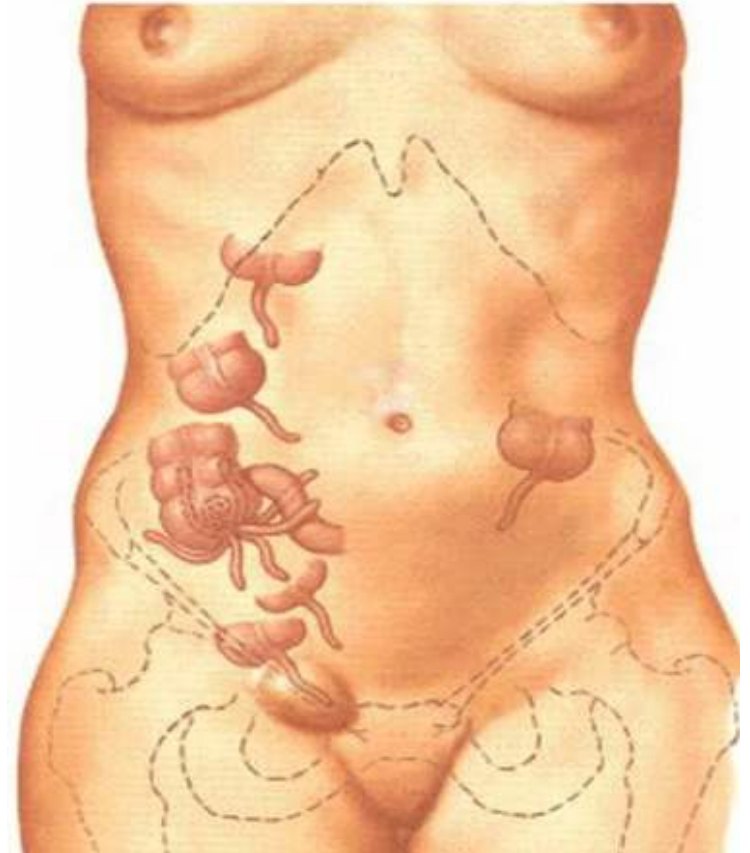
腹膜内器官

与盲肠关系恒定，随
盲肠位置而变异

右下腹(多见)

高至肝下方

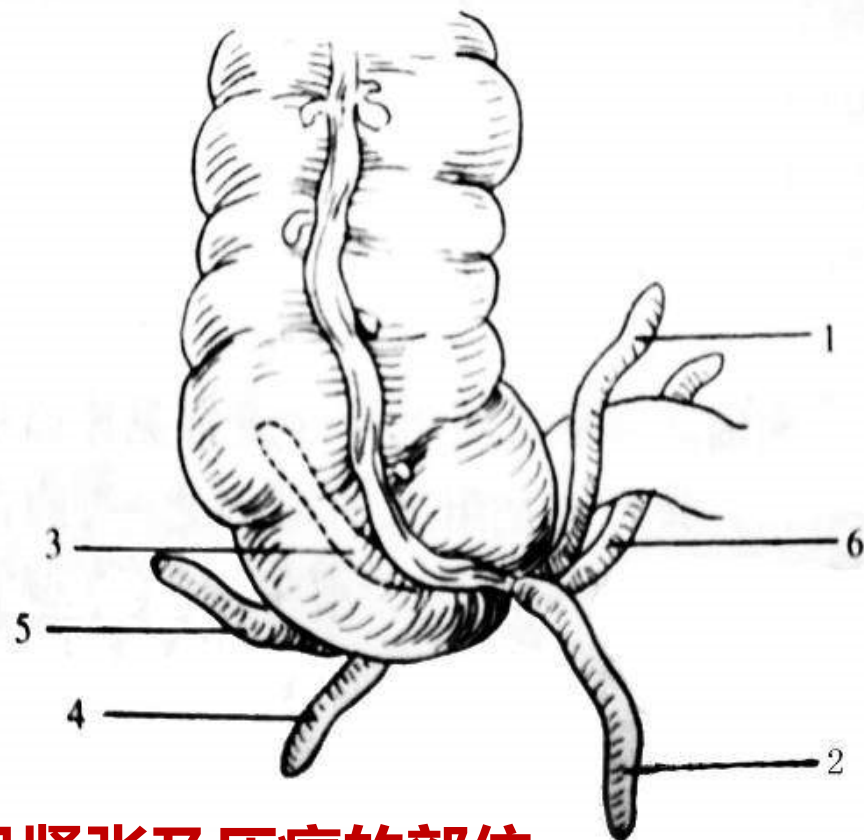
低至盆腔



阑尾的尖端类型

阑尾尖端以其根部为中心，可在360°范围内的任何位置。

1. 回肠前位 (约占28%)
2. 盆位 (约26%)
3. 盲肠后位 (约24%)
4. 盲肠下位 (约6%)
5. 盲肠外侧位
6. 回肠后位 (约8%)

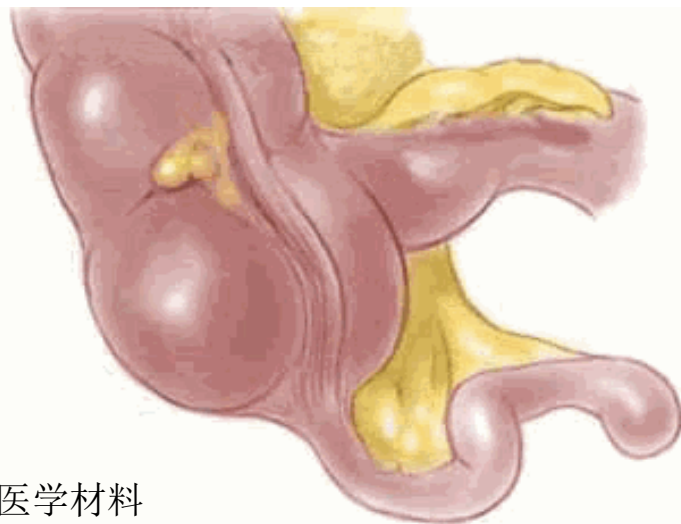
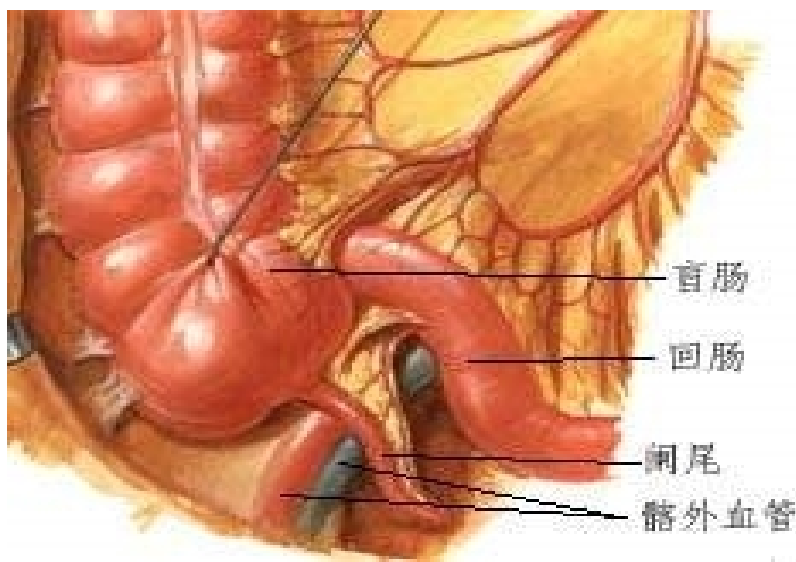


尖端位置决定病人腹痛、肌紧张及压痛的部位。

阑尾的血管

阑尾动脉：回结肠动脉的分支，为一无侧支的终末动脉。因此，有血运障碍时易致阑尾坏死。

阑尾静脉：与阑尾动脉伴行，回流入门静脉。阑尾炎时可引起门静脉炎和肝脓肿。





阑尾的淋巴及神经

淋巴：淋巴管与系膜内的血管伴行，引流至回结肠淋巴结。

神经：由交感神经纤维经腹腔丛和内脏小神经传入第**10**、**11**脊髓胸节，所以急性阑尾炎发病开始时，常表现为脐周的牵涉痛，属内脏性疼痛。

阑尾的组织结构

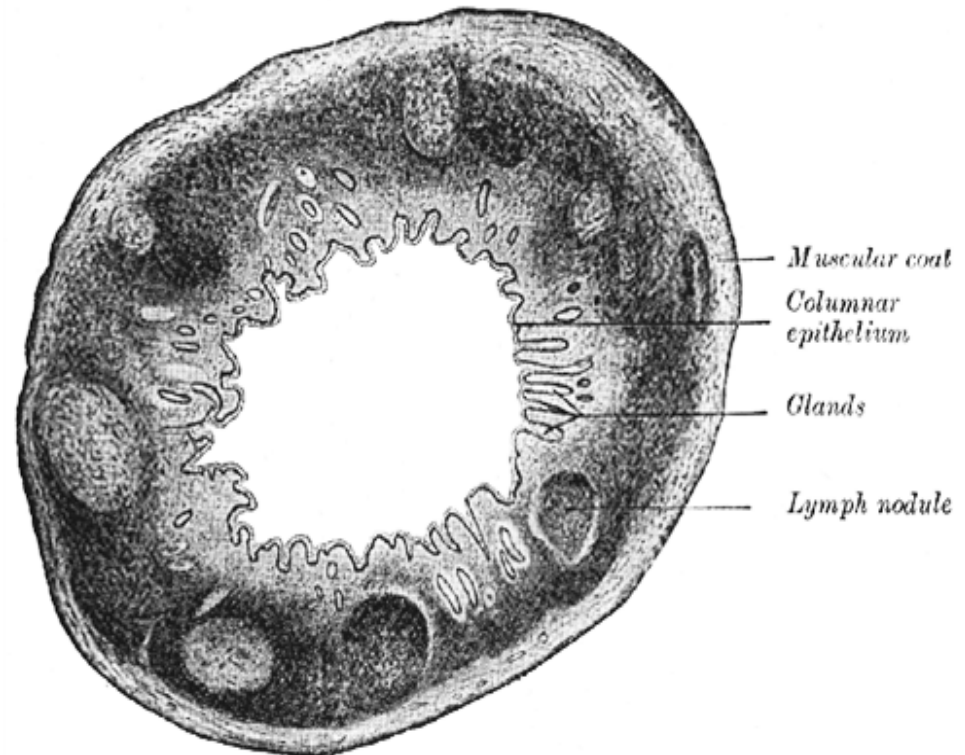
阑尾的结构与结肠相延续分为：

黏膜层：由结肠上皮组成，可分泌粘液。所含嗜银细胞是阑尾类癌的组织基础

黏膜下层：有丰富的淋巴参与B淋巴细胞的产生和成熟

肌层：分布不均，可有局部缺如，易发生穿孔

浆膜层：属腹膜的一部分，如未完全覆盖阑尾，则形成浆膜下阑尾



阑尾的生理功能

- 免疫功能：参与**B淋巴细胞**产生和成熟。
阑尾淋巴组织出生后出现，**12~20岁**达高峰，**30岁**明显减少，**60岁**消失。
- 阑尾粘膜深部有**嗜银细胞**，是发生**阑尾类癌**的病理学基础。



病因

1. 阑尾管腔阻塞 最常见病因。淋巴滤泡增生**(60%)**，年轻人多见；粪石**(35%)**；异物；炎性狭窄；食物残渣；蛔虫；肿瘤。
 2. 细菌入侵 革兰阴性杆菌和厌氧菌。损伤黏膜上皮，使阑尾壁间质压力升高妨碍动脉血流，造成阑尾缺血，最终造成梗塞和坏疽。
- 两个因素相互影响，互相促进



发病机理

Wangensteen根据解剖学研究提出假说，认为阑尾开口部位的粘膜皱襞和括约肌样排列的肌纤维使阑尾易于阻塞，提出阑尾炎发生以下过程：

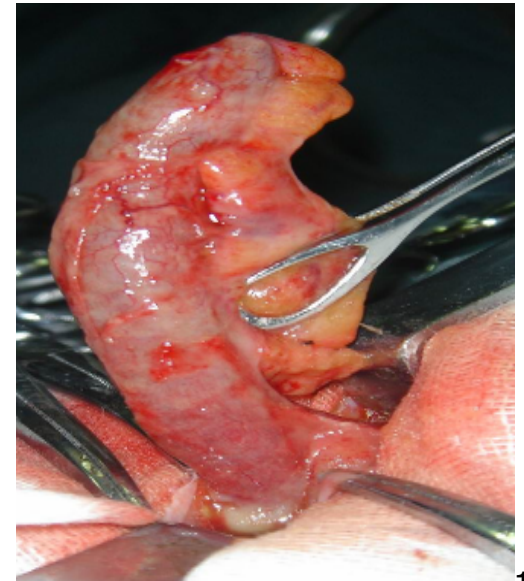
- 粪石和阑尾根部粘膜及粘膜淋巴结组织水肿，导致阑尾官腔闭塞
- 阑尾粘膜分泌的液体，由于官腔闭塞，导致阑尾腔内压力增高
- 当阑尾壁内压力增高，超过毛细压时，引起粘膜缺血
- 当阑尾内细菌过度繁殖，并穿过阑尾壁而移位，导致炎症、水肿，最终发生坏死

临床病理分型

- 急性单纯性阑尾炎
- 病变局限于黏膜和黏膜下
- 阑尾轻度肿胀、少量渗出
- 轻型、病程早期
- 症状和体征较轻



- 急性化脓性阑尾炎
- 病变累及阑尾壁的全层
- 阑尾肿胀明显，有脓性渗出
- 病程进展期
- 症状和体征较重

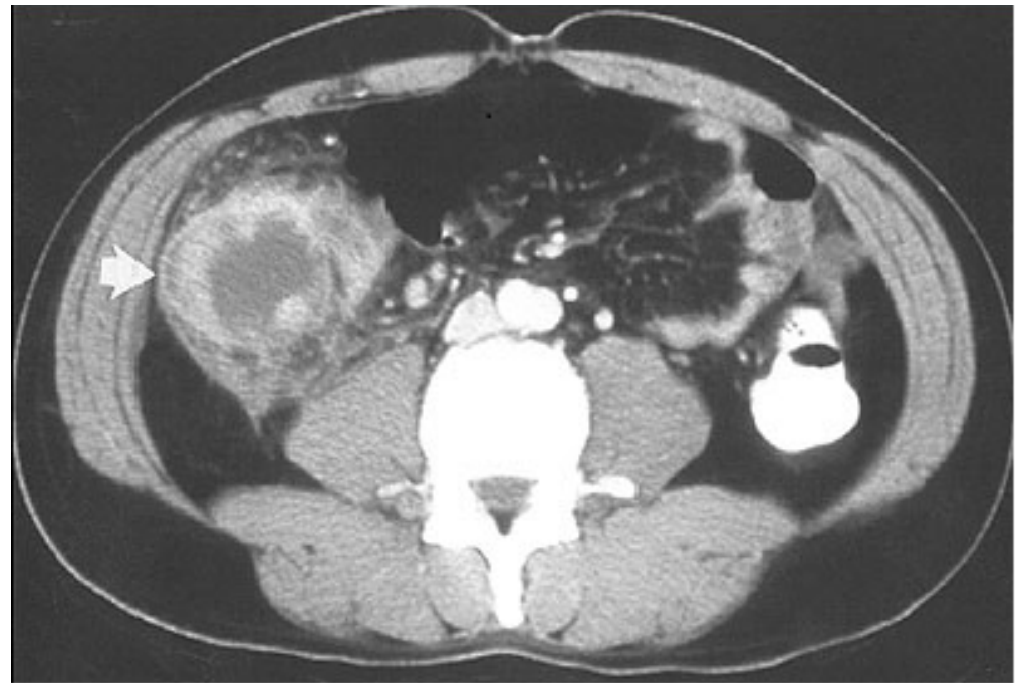


- 坏疽及穿孔性阑尾炎
- 病变致阑尾管壁坏死或部分坏死
- 阑尾呈暗紫色或黑色，常有穿孔
- 重型、病程急重期
- 可引起急性弥漫性腹膜炎



阑尾周围脓肿

急性阑尾炎
坏疽或穿孔，如
病程进展缓慢，
大网膜可移至右
下腹粘连包裹，
形成炎性肿块或
阑尾周围脓肿。



临床表现

■ 1、症状

(1)腹痛 转移性右下腹痛（过程长短取决于病变发展的程度和阑尾位置，快则约2小时，慢则需1天或更长），典型表现**(70-80%)**

a、不同类型阑尾炎腹痛有异

单纯性—轻度隐痛

化脓性—阵发性胀痛和剧痛

穿孔性—腹痛暂减轻，穿孔后持续加剧

b、不同位置阑尾炎疼痛部位有别

盲肠后位—右腰部 盆位—耻骨上区

肝下区—右上腹 左下腹—左下腹



(2) 胃肠道症状

厌食，恶心、呕吐，腹胀，腹泻。

弥漫性腹膜炎—麻痹性肠梗阻表现(腹胀、排气减少)

(3) 全身症状 发热，乏力，脉快等。

门静脉炎—寒战、高热、轻度黄疸。



2、体征

(1)右下腹压痛：最常见。**位置固定**，麦氏点。

(2)腹膜刺激征：压痛、反跳痛、肌紧张。

为腹膜受炎症刺激出现的防卫性反应，提示病情重，出现化脓、坏疽或穿孔可能。

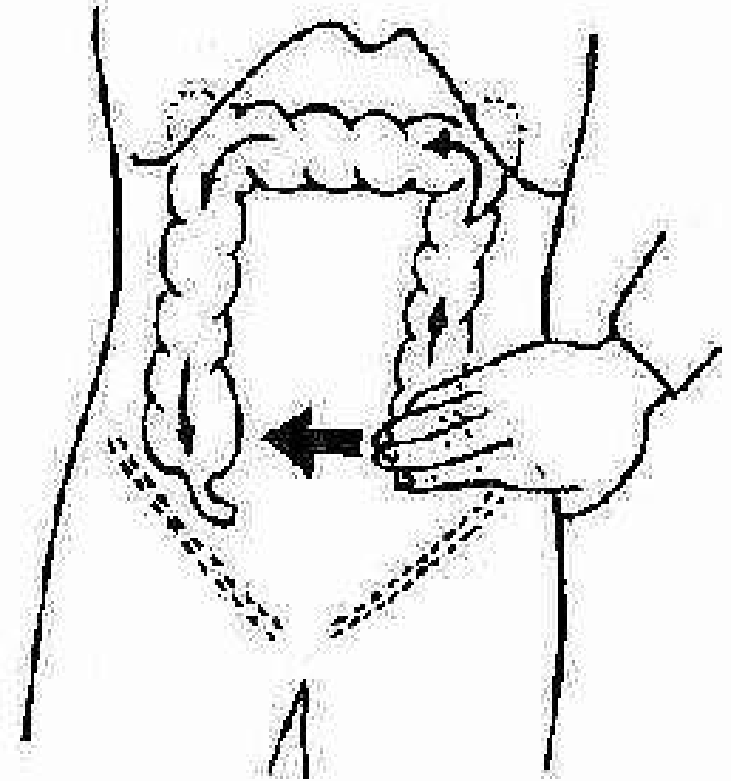
小儿、老年、孕妇、肥胖、虚弱者不明显。

(3)右下腹包块：阑尾脓肿可能。

诊断性试验

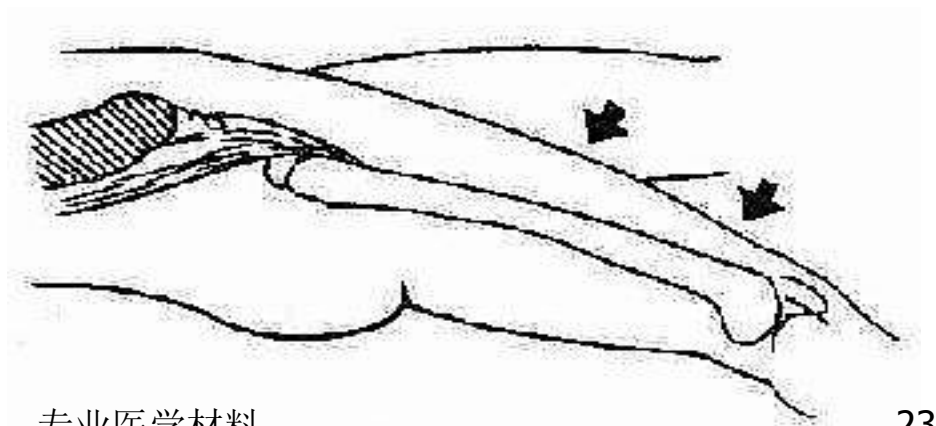
■ (1) 结肠充气试验 (Rovsing sign)

- 患者仰卧位，右手压迫左下腹，左手挤压近侧结肠，结肠内气体传至盲肠和阑尾，引起右下腹疼痛者为阳性。提示炎症重。



(2)腰大肌试验 (Psoas sign)

患者左侧卧，右大腿后伸，引起右下腹疼痛者为阳性。说明阑尾位于腰大肌前方、盲肠后位或腹膜后位



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/057014006056006146>