



急性阑尾炎

- 胃肠 I 科：护理查房

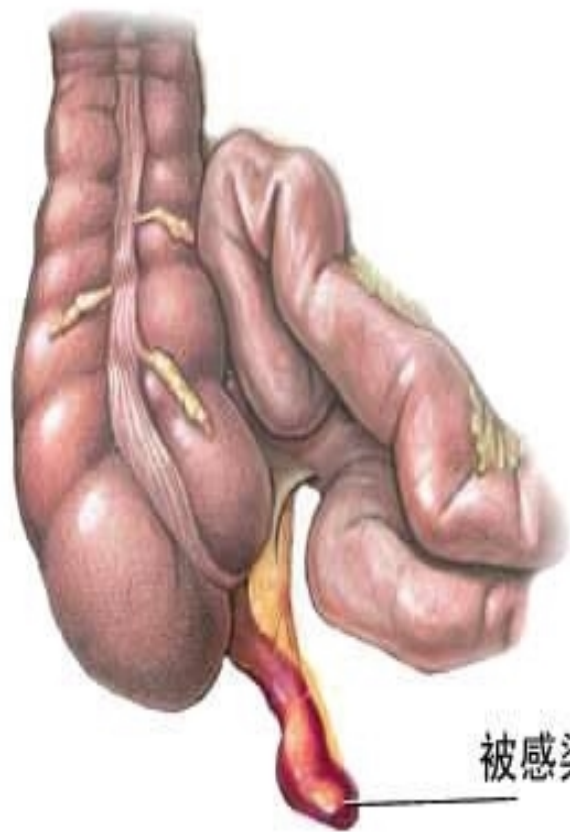
01

...

疾病知识

余洋 朱美桦 刘亚娟

什么是急性阑尾炎？



急性
临床
呕吐

首位。转移性右下腹痛及阑尾点压痛、反跳痛为其常见。其临床表现为持续伴阵发性加剧的右下腹痛、恶心、增高

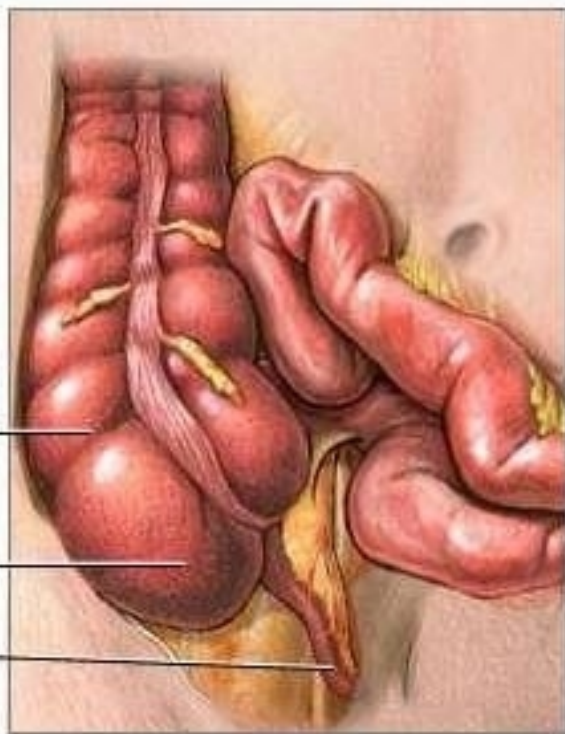
阑尾位于人体的哪个部位？



大肠

盲肠

阑尾



阑尾起于盲肠根部，外形呈蚯蚓状，长约5---10cm，直径0.5---0.7cm；位于右髂窝部，其体表投影约在脐部与右髂前上棘连线中外1/3交界处，称为麦氏（McBureny）点，是阑尾手术切口的标记点

急性阑尾炎的发病机制

（一）阑尾管腔的阻塞

1. 淋巴滤泡的增生
2. 粪石阻塞
3. 其它异物（食物中的残渣，寄生虫体和虫卵）
4. 阑尾本身
5. 盲肠和阑尾壁的病变

（二）细菌感染

1. 直接侵入
2. 血源性感染
3. 邻近感染的蔓延

（三）神经反射

各种原因的胃和肠道功能紊乱，均可反射性引起阑尾环形肌和阑尾动脉的痉挛性收缩

急性阑尾炎的分类



（一）急性单纯性阑尾炎

又称急性化脓性阑尾炎，常由单纯阑尾炎发展而来。阑尾显著肿胀，浆膜高度充血，表面覆以纤维素性渗出物。镜下可见炎性病变呈扇面形由表浅层向深层扩延，直达肌层及浆膜层



（二）急性坏疽性阑尾炎

是一种重型的阑尾炎。阑尾因内腔阻塞、积脓、腔内压力增高及阑尾系膜静脉受炎症波及而发生血栓性静脉炎等，均可引起阑尾壁血液循环障碍，以致阑尾壁发生坏死



（三）急性单纯性阑尾炎

为早期的阑尾炎，病变以阑尾黏膜或黏膜下层较重。阑尾轻度肿胀、浆膜面充血、失去正常光泽。黏膜上皮可见一个或多个缺损，并有嗜中性粒细胞浸润和纤维素渗出。黏膜下各层有炎性水肿

急性阑尾炎的病理分型

① 急性单纯性阑尾炎：

腹痛轻、无发热或低热、 $WBC < 15 \times 10^9/L$ ；为病变早期，阑尾管腔出现梗阻因素，阑尾各层均有水肿和中性粒细胞浸润，黏膜表面有小溃疡和出血点。

② 急性化脓性阑尾炎：

腹痛剧烈、发热、 $WBC > 16 \times 10^9/L$ ；此时炎症加重，阑尾肿胀明显，浆膜高度充血，有脓性渗出物附着。

急性阑尾炎的病理分型

急性坏疽性阑尾炎伴阑尾穿孔：

腹痛范围广、剧烈，可出现弥漫性腹膜炎，发热， $WBC > 16 \times 10^9/L$ ，穿孔时可有气腹；大体病理上可见阑尾管壁坏死或部分坏死，呈紫黑色或黑色，可发生穿孔。

阑尾周围脓肿：

急性阑尾炎病程超过3天(短者可于8小时后)，持续高热，腹痛持续存在，但常不剧烈，右下腹可触及有压痛的包块，WBC居高不下。急性阑尾炎化脓坏疽时，大网膜可移至右下腹，将阑尾包裹并形成粘连，出现炎性包块或形成阑尾周围脓肿。

急性阑尾炎发作时引起的症状



典型者腹痛多自中上腹部或脐周围开始，数小时（6—8小时）后转移至右下腹，为持续性疼痛，有阵发性加剧，可伴恶心、呕吐，下腹明显压痛、反跳痛，肌紧张等

急性阑尾炎的辅助检查



$10 \sim 20 \times 10^9 / L$ ，甚至以上，中性粒细胞比例常超过
胞无明显升高，烈见于单纯性阑尾炎或老年病人

急性阑尾炎的辅助检查



1. 结肠逆行充气试验：

- 一手按压左下腹，另一手逆行挤压结肠，而出现右下腹疼痛，为本试验阳性，可提示阑尾炎症存在

2. 闭孔内肌试验：

- 病人平卧，将右髋和右膝屈曲 90° ，并内旋髋关节时，如引起腹痛加剧，称本试验阳性，提示阑尾位置较低

3. 直肠指检：

- 阑尾位于盆腔或炎症已波及盆腔时。直肠右前方有触痛。如发生盆腔脓肿时，可触及痛性肿块

1. 体格检查

急性阑尾炎的辅助检查



3 影像学检查

1. 站立位腹部平片可见盲肠及回肠末端扩张、积气或液气平，右侧膈大肌影模糊
2. 诊断特别困难时可作CT检查，可以发现阑尾增粗及其周围的脂肪垂肿胀，见于90%左右的急性阑尾炎病人。B超有时也可以发现肿大的阑尾或脓肿，但可靠性低于CT

急性阑尾炎的处理原则



手术治疗



除早期单纯性阑尾炎或者
有手术禁忌症外，应
早期手术



阑尾切除术（适于单纯
性）



阑尾切除腹腔引流术
（化脓性、坏疽性、穿
孔性）



阑尾脓肿切开引流术
（阑尾周围脓肿）（一
般三月后再切除阑尾）

急性阑尾炎的处理原则



非手术治疗



禁食



半坐卧位



补液



胃肠减压（穿孔者用）



应用抗生素



中草药



针灸

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/677106131144010005>