

基层适宜技术

# 阑尾炎的诊断与治疗

阑尾炎是阑尾受多种因素引发的炎症改变,按病程分为急性阑尾炎和慢性阑尾炎两类。其中,急性阑尾炎在外科急腹症中居首位,占急诊外科就诊量的15%~20%。急性阑尾炎起病急、进展快,病理类型包括急性单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎、坏疽性阑尾炎及穿孔性阑尾炎和阑尾周围脓肿;慢性阑尾炎多由急性阑尾炎转变而来,或起病即为慢性炎症,表现为反复右下腹隐痛、劳累、饮食不节后易急性发作。阑尾位于右髂窝,长5厘米~10厘米、直径0.5厘米~0.7厘米,体表投影为脐与右髂前上棘连线中、外1/3交界处,是体格检查重要定位标志。阑尾血供来自阑尾动脉(回结肠动脉分支,终末动脉),一旦阻塞容易导致缺血性坏死。

## 常见病因

阑尾炎发病的主要机制为“阑尾管腔阻塞+细菌入侵”,同时受胃肠道功能紊乱、先天性解剖结构异常等因素影响。

1. 阑尾管腔阻塞是主要病因(占60%~70%)。阑尾管腔狭窄、开口狭小,壁内富含淋巴组织,系膜短小易卷曲,这些解剖特点使其容易发生阻塞。阻塞原因包括淋巴滤泡增生(青少年常见,占60%),多由肠道感染、免疫反应引起;粪石阻塞(成年人最常见,占35%),由粪便、细菌及分泌物浓缩形成;异物阻塞(占4%),如食物残渣、寄生虫等;此外,先天性畸形、炎症粘连或肿瘤压迫也可导致管腔狭窄。管腔阻塞后,黏液无法排出,腔内压力升高,黏膜缺血坏死,为细菌入侵创造条件。

2. 细菌入侵管腔阻塞后,肠道内革兰氏阴性杆菌(如大肠埃希菌)及厌氧菌大量繁殖,突破受损黏膜屏障侵入阑尾壁引发炎症。炎症扩散可致弥漫性腹膜炎,侵入阑尾静脉形成感染性血栓,沿肠系膜上静脉蔓延至门静脉可引发化脓性门静脉炎。

3. 其他诱发因素:胃肠道功能障碍(如急性肠炎、炎性肠病)可直接蔓延或引发阑尾管壁痉挛,导致血液循环障碍;餐后剧烈运动、长期便秘、精神紧张等,影响肠道蠕动,增加阻塞风险;肠道菌群失调也是重要诱因。

## 临床症状

阑尾炎的临床特点与病理类型、阑尾位置密切相关。急性阑尾炎临床表现典型,慢性阑尾炎症状隐匿。

## 急性阑尾炎

腹痛为主要症状,有70%~80%的患者表现为转移性右下腹痛:早期上腹部或脐周隐痛、胀痛(内脏神经反射痛),6小时~8小时后转移并局限于右下腹(躯体神经支配);慢性阑尾炎,腹痛呈持续性,呈阵发性加剧。不同病理类型的急性阑尾炎腹痛有差异:单纯性阑尾炎,轻度隐痛;化脓性阑尾炎,阵发性胀痛或剧痛;坏疽性阑尾炎,持续性剧烈腹痛;穿孔性阑尾炎,腹痛暂减后因腹膜炎而加剧。阑尾位置异常时腹痛部位改变,约1/3的患者初期表现为右下腹痛,不能因无转移性腹痛而排除诊断。

2. 胃肠道症状:早期反射性恶心、呕吐(呕吐物为胃内容物,量少无呕血、黑便);部分患者有食欲不振、腹胀,盆腔位阑尾炎患者可出现尿频、尿急或里急后重。

3. 全身症状:早期体温37.5摄氏度~38摄氏度,化脓、坏疽或穿孔后升至38.5摄氏度以上,伴乏力、寒战;严重感染患者,可出现高热、心率加快、血压下降等感染性休克表现。

4. 体格检查:右下腹固定压痛(麦氏点最明显),压痛程度与炎症正相关;炎症累及腹膜时出现腹肌紧张、反跳痛(腹膜刺激征),提示化脓、坏疽或穿孔;阑尾周围脓肿可触及右下腹压痛性包块。结肠充气试验、腰大肌试验、闭孔内肌试验,可辅助判断阑尾位置;对于盆腔位阑尾炎患者,直肠指检可触及右侧壁压痛。

## 慢性阑尾炎

临床多由急性阑尾炎治疗不彻底演变而来,症状不典型,表现为右下腹间歇性隐痛,劳累、饮食不节、受凉后加重,可伴食欲不振、腹胀等非特异性胃肠道症状。体格检查结果提示右下腹轻度固定压痛,无腹膜刺激征,部分可触及条索状阑尾,急性发作时表现同急性阑尾炎。

## 诊断思路

阑尾炎诊断遵循“病史采集-体格检查-辅助检查-鉴别诊断”的思路,结合病理类型及特殊人

群特点,实现早期准确诊断,避免误诊、漏诊。其核心原则是依托典型症状体征,结合辅助检查排除其他急腹症,必要时进行诊断性治疗或腹腔镜探查。

## 病史采集

重点采集腹痛相关信息(起病时间、部位、转移情况、性质、诱因等),伴随症状(恶心、呕吐、发热等),病史(阑尾炎发作史、腹部手术史等)。育龄期女性,需要询问月经史、停经史,排除妇科急腹症;老年人,需要评估基础疾病;残障人士,需关注痛觉感知,避免漏诊。

## 体格检查

全身检查:观察神志、精神状态,测量体温、脉搏、血压,评估感染性休克迹象。发热,提示炎症加重;心率加快、血压下降,需要紧急处理。  
腹部检查:按从无痛区到疼痛区的顺序检查,重点按压麦氏点判断固定压痛;穿孔合并弥漫性腹膜炎时压痛范围广泛,但是仍以右下腹最为明显。肥胖、老年人、残障患者腹膜刺激征可能不典型,需要细致检查并结合其他体征。同步进行结肠充气试验等辅助检查,判断阑尾位置,盆腔位阑尾炎需要进行直肠指检。

## 辅助检查

实验室检查:血常规检查为必做项目。急性阑尾炎多表现为白细胞总数及中性粒细胞比例升高,炎症越重计数越高;老年人、免疫力低下者或早期单纯性阑尾炎可能计数正常,需结合症状进行判断。C反应蛋白反映炎症程度,穿孔后会显著升高。尿常规检查,可以排除尿路疾病;育龄期女性,应检测血清人绒毛膜促性腺激素,排除异位妊娠;怀疑胰腺炎,则需要检测淀粉酶、脂肪酶。

影像学检查:腹部超声检查为首选,无创便捷,可显示阑尾形态、粪石及周围积液,急性阑尾炎表现为阑尾增粗(直径>6毫米)、管壁增厚等。腹部超声检查结果为阴性但是高度怀疑阑尾炎者,需要进行腹部CT(计算机断层扫描)检查,准确率可达95%以上,可以清晰显示炎症范围、穿孔及脓肿情况;立位腹部X线检查,可以排除胃十二指肠溃疡穿孔;胸部透视检查,可以排除右侧胸腔

疾病。

## 鉴别诊断

阑尾炎误诊率为5%~10%,需与以下疾病鉴别:

妇科:急腹症、异位妊娠破裂(育龄女性、停经史、阴道出血,血清人绒毛膜促性腺激素检测结果为阳性)、卵巢囊肿蒂扭转(突发剧痛、压痛性肿块)、盆腔炎(双侧腹痛、白带异常)等。

其他:十二指肠溃疡穿孔(溃疡病史、腹壁板状强直,膈下游离气体)、右侧输尿管结石(阵发性绞痛、放射痛,尿红细胞增多)、急性肠系膜淋巴结炎(儿童,有上呼吸道感染史,压痛范围不固定)等。

内科:急性胃肠炎(不洁饮食史、腹痛无固定部位)、肺炎、胸膜炎(胸痛放射至右下腹,伴咳嗽发热)等。

## 治疗方法

### 手术治疗

早期手术(充血水肿期),操作简单、并发症少;延误至化脓、坏疽或穿孔后手术,手术难度及并发症风险升高。手术方式分为腹腔镜阑尾切除术(临床首选)和开腹阑尾切除术。

腹腔镜阑尾切除术:适用于绝大多数急性阑尾炎患者,尤其是儿童、老年人、肥胖患者及育龄女性(减少瘢痕)。

开腹阑尾切除术:适用于穿孔合并弥漫性腹膜炎、脓肿破裂的患者,以及有腹腔镜手术禁忌证(严重粘连、无法耐受气腹)的患者。首选麦氏切口(损伤小、愈合好),诊断不明时选用右下腹直肌旁切口。

特殊类型阑尾炎手术:处理阑尾周围脓肿,病情平稳者先保守治疗,3个月~6个月后择期手术;如果破裂,立即手术引流,视情况切除阑尾。

坏疽性及穿孔性阑尾炎:术中彻底清除脓液及坏死组织,放置引流管,术后强化抗感染治疗。  
内镜下阑尾炎治疗:微创保留阑尾疗法,适用于急性单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎(无穿孔)、利用结肠镜疏通管腔,清除粪石、脓液,保留免疫功能。

### 非手术治疗

适用范围:症状轻微的急性单纯性阑尾炎,病情平稳的阑尾

周围脓肿,无法耐受手术者,无粪石的儿童单纯性阑尾炎。

治疗要点:抗感染(头孢三代+甲硝唑),一个疗程为5天~7天,监测炎症指标;对症支持(禁食胃肠减压、静脉补液、止痛),避免强效止痛药掩盖病情;密切监测,病情加重者立即转为手术治疗。

### 术后护理与并发症处理

术后护理:饮食从流食逐渐过渡到正常饮食,术后1个月避免剧烈运动;青少年每半年评估肠道功能,残障人士术后腹部按摩促进肠道蠕动。

并发症处理:切口感染,较为常见,需要换药引流;腹腔内出血,立即手术止血;腹腔脓肿,穿刺或手术引流;粘连性肠梗阻,禁食减压,必要时手术松解;化脓性门静脉炎,强化抗感染治疗,必要时清除感染灶。

### 预防措施

预防阑尾炎,需要构建三级预防体系,结合病因从生活习惯、早期筛查、术后康复入手:

一级预防:合理饮食(每日膳食纤维>25克),避免长期便秘;餐后不立即剧烈运动;养成卫生习惯,治疗肠道寄生虫病;规律摄入益生菌,保持肠道功能稳定。

二级预防:有阑尾炎发作史或慢性阑尾炎患者每半年行腹部超声监测;出现右下腹隐痛及时排查;育龄女性腹痛需要排除妇科疾病;高危人群定期腹部检查。

三级预防:术后遵循护理指导,避免并发症;保守治疗后期定期复查,若复发要及时手术;避免盲目切除阑尾,仅在明确指征时切除。

总之,阑尾炎是临床常见急腹症,发病与管腔阻塞、细菌入侵密切相关,典型表现为转移性右下腹痛,特殊人群症状不典型易误诊。诊断需要结合患者病史、体格检查及辅助检查,重点做好鉴别诊断;治疗以腹腔镜阑尾切除术为首选,非手术治疗仅适用于特定病例。预防需要依托三级体系,降低发病率及复发率。临床医师需要制定个体化诊疗方案,加强健康宣教,提高公众认知,避免拖延就医,改善患者预后。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

## 每周一练

(肺结核)

一、结核分枝杆菌的生物特性中,对临床诊断最有意义的是

- A. 菌体结构复杂
- B. 多形性
- C. 生长缓慢
- D. 抵抗力强
- E. 抗酸性

二、结核病最重要的社会传染源是

- A. 原发型肺结核患者
- B. 浸润型肺结核患者
- C. 急性粟粒性肺结核患者
- D. 慢性血行播散型肺结核患者
- E. 慢性纤维空洞型肺结核患者

三、早期发现肺结核的最主要方法是

- A. 询问病史
- B. X线检查
- C. 痰菌检查
- D. 血沉检查
- E. 结核变态反应

四、肺结核原发综合征的临床表现

- A. 病灶常为多结节性
- B. 肺内可有一个或多个空洞
- C. 病灶位于锁骨上下
- D. 肺内常见结核球
- E. 原发灶、淋巴管炎及肺门淋巴结结核

五、患者为男性,28岁,有吸烟史,因低热、咳嗽2个月,痰中带血1周来医院门诊就医。查体:体温37.5摄氏度,双侧颈后可触及多个可以活动的淋巴结,右上肺可闻及支气管肺泡音;胸片显示,右上肺云雾状阴影。该患者最可能的诊断是

- A. 原发型肺结核
- B. 血行播散型肺结核
- C. 浸润型肺结核
- D. 支气管肺炎
- E. 肺脓肿

六、患者为女性,60岁,发现肺结核20年,未正规治疗,X线检查结果提示:右上肺有球型病灶,其内有1.5厘米~2厘米的空洞,右肺内见纤维条索状阴影,纵隔右移,右侧胸膜肥厚,左下肺可见散在钙化灶。该患者的诊断是

- A. 浸润型肺结核
- B. 结核性胸膜炎
- C. 慢性血行播散型肺结核
- D. 结核球
- E. 慢性纤维空洞型肺结核

七、有抑菌作用的抗结核药物是

- A. 异烟肼
- B. 链霉素
- C. 利福平
- D. 乙胺丁醇
- E. 吡嗪酰胺

八、患者为女性,28岁,发热、咳嗽2个月,胸部X线片显示左上肺不规则片状阴影,给予抗结核治疗1个多月。查体:体温36.5摄氏度,巩膜稍黄染,双肺未闻及干、湿性啰音,白细胞 $4.3 \times 10^9$ /升,中性粒细胞 $0.55 \times 10^9$ /升;肝功能检查结果示ALT(谷丙转氨酶)、AST(谷草转氨酶)正常,总胆红素40.6微摩尔/升,直接胆红素17.8微摩尔/升。该患者目前应首先停用的药物是

- A. 利福平
- B. 异烟肼
- C. 吡嗪酰胺
- D. 乙胺丁醇
- E. 链霉素

## 本期答案

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 一、E | 二、E | 三、B | 四、E |
| 五、C | 六、E | 七、D | 八、A |

## 经验交流

# 炙甘草汤合四逆散治疗神经性皮炎

□刘云琦

初诊:李某,男性,52岁,患者颈后、双肘、腰骶部皮肤反复瘙痒4年,曾多方用药(具体不详),时愈时发,后累及腰背。

刻诊:颈后、骶尾部可见2.0厘米×1.5厘米皮损,双肘见1.0厘米×1.0厘米皮损(呈苔藓样变),腰背散在淡红色丘疹。瘙痒呈阵发性发作,夜间、情绪紧张或摄入辛辣食物后加重,伴心烦急躁、口苦咽干、失眠、小便黄、大便干,舌质红、苔薄黄,脉弦弦细。

诊断:神经性皮炎。

辨证:血虚风燥、肝郁化火、肌肤失养。

治则:益气养血、滋阴润燥、疏肝理气、祛风止痒。

方药:炙甘草汤合四逆散化裁。生甘草24克,南沙参20克,生姜12克,生地40克,桂枝12克,阿胶12克,麦冬20克,炒酸枣仁40克,大枣30克,醋柴胡24克,赤芍20克,枳实24克,首乌藤30克,生龙骨30克,黄酒60毫升。每日1剂,开水冲泡兑黄酒,分两次温服,连服7剂。

外用硫磺膏:颈后、双肘、骶尾部皮损用硫磺膏封包治

疗,每日2次,每次6小时;腰背外涂硫磺膏,每日2次。笔者嘱咐患者要清淡饮食,调畅情志,不要熬夜。

二诊:患者瘙痒减轻,皮损变薄,睡眠质量改善,大小便正常。守方,改枳实为枳壳,生地用量增至50克,续服7剂,外治不变。

后续用药随症状调整,共服药35剂,瘙痒消失,皮损消退,仅留少量色素沉着。患者不愿再服用中药,给予防风通圣丸,知柏地黄丸善后。

1年后随访,患者症状未复发。

按语:神经性皮炎成年人较为多见,以瘙痒、皮肤苔藓化为特征,病程缠绵,多由情志失调、肝郁化火、气血瘀滞,久则阴血耗伤、血虚生风化燥、肌肤失养所致。本案以炙甘草汤益气滋阴、养血安神,合四逆散疏肝解郁,配伍养血止痒之品,黄酒温通助药力直达病所。全方共奏疏肝养血、滋阴止痒之功,标本兼顾,顽疾得愈。

(作者供职于汝州市梅李村卫生室)

## 征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿,并提供宝贵的意见和建议。  
邮箱:5615865@qq.com 联系人:朱忱飞  
电话:13783596707

本版治疗方法需要在专业医生指导下应用

# 警惕ACEI类降压药引发的难治性干咳

□李向阳

患者李某,男性,65岁,反复干咳近半年。半年前,患者无明显诱因出现干咳,无咯痰、喘鸣,无明显呼吸困顿,影像学检查未发现明显异常,经多方治疗效果不佳。

查体:患者身材魁梧、轻度肥胖,有长期降压药服用史,本次测量血压为135/85毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音或哮鸣音。笔者进一步追问降压药

服用史,患者家属出示手机拍摄的药盒图片,显示其服用药物为酒石酸美托洛尔片、贝那普利,属于ACEI(血管紧张素转换酶抑制剂)类降压药。经详细询问得知,患者咳嗽与用药存在明显的时间关联。半年前,患者因原来服用的苯磺酸氨氯地平降压效果欠佳,住院期间调整为贝那普利,用药后逐渐出现干咳症状,且持续近半年未缓解。

笔者综合患者症状、体征及用药史,判断其干咳为贝那普利所致,当即建议停用贝那普利,恢复服用苯磺酸氨氯地平并适当增加剂量;同时,嘱咐患者规律监测血压,留意血压控制情况及咳嗽症状等变化。

笔者分别于调整用药方案后1周、2周、3周对患者进行电话随访,患者的干咳症状逐渐减轻,最终完全消失,且血压控制平稳。

该患者的诊疗经过提示,对

于久治不愈的干咳,在充分排除肺部及支气管肿瘤、咳嗽变异性哮喘、肺结核等器质性疾病后,务必详细询问患者病史及用药史,仔细排查病因,高度警惕

ACEI类降压药导致的干咳。及时科学调整治疗方案,可以有效避免误诊误治,减轻身心负担。

(作者供职于新密李向阳内科诊所)



# 精准选穴 科学保健

□龚淑梅

人们常说“预防胜于治疗”,《中国公民健康素养66条》中提到的穴位保健,就是一种简单有效的预防手段。下面,笔者就从日常穴位按摩这个小技巧说起,让大家在家就能守护健康。

科学研究证实,规律按压相关穴位,能调节人体神经与内分泌功能,增强免疫力,这正是“预防为主”理念最直观的落地方式。在此,笔者为大家推荐足三里穴、涌泉穴、大椎穴等核心保健穴位,若能搭配《中国公民健康素养66条》强调的规律作息、

适度运动等健康习惯,可以让养生变得简单高效。

一、选穴方法:日常穴位保健,无须记忆繁杂的穴位,“少而精”即可。以下3个穴位适用人群广、保健效果确切,就能轻松学会和掌握。

足三里穴:找穴方法简单,外膝盖窝下方3寸(此为同身寸),胫骨外侧肌肉上方即是。它被称为“长寿穴”。现代医学研究发现,按揉此处能调理肠胃功能、改善血液循环,尤其适合胃炎患者、易疲劳人群,无论是

饮食不规律的上班族,还是消化功能较弱的老年人,都非常实用。

涌泉穴:位于脚底前1/3处凹陷中。中医认为,涌泉穴是肾经的起点,按揉涌泉穴能温肾养脏、改善睡眠,精准契合大众“睡好觉”的健康需求。冬天易失眠、手脚冰凉的人群按压该穴位效果尤为明显;小朋友,应适度按揉涌泉穴,能辅助促进生长发育。

大椎穴:大椎穴位于人体的后正中线上,第7颈椎棘突下凹陷中,也是全身阳气汇聚的关键部位。按揉大椎穴,能疏风解表,增强机体抵抗力,冬天常按大椎穴,可以有效降低感冒、流感等呼吸道疾病的发生率,简单又实用。

二、操作方法:标准手法+科学次数,可以获得理想的疗效。主要就是两点:找对穴位、坚持按压。掌握以下方法,轻松实现

科学保健。

按揉法:用拇指指腹按压穴位,力度以“酸胀但不疼痛”为宜,切勿用蛮力,避免损伤皮肤。每个穴位按揉3分钟~5分钟,每天早晚各1次,契合中医“早上养阳气,晚上养阴气”的养生规律,能让保健效果事半功倍。

擦揉法:该方法适用于涌泉穴,睡前将手掌搓热,在脚底凹陷处来回擦揉100次,直至脚底发热即可。该方法无须精准找穴,既能暖脚驱寒,又能辅助入睡,全家人都能操作。

搭配使用:根据自身需求组合穴位,保健效果更具针对性。比如,预防感冒可按大椎穴+足三里穴;改善失眠可按涌泉穴+三阴交穴;缓解肠胃不适可按足三里穴+中脘穴。

三、科普方法:让穴位保健知识真正走进百姓生活中,关键在于找对科普方式。笔者总



河南疾控CDC