

现代腹部外科疾病

300 问

◎ 张延亮 等主编 ◎

 中国科学技术出版社

现代腹部外科疾病 300 问

张延亮 王善庆 主 编
田传兴 胡述龙

中国科学技术出版社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

现代腹部外科疾病 300 问/张延亮等主编. —北京:中国科学技术出版社, 2009. 8

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5488 - 5

I . 现… II . 张… III . 腹腔疾病 - 外科学 - 问答 IV .
R656 - 44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 135172 号

自 2006 年 4 月起本社图书封面均贴有防伪标志,未贴防伪标志的为盗版图书。

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码:100081

电话:010 - 62173865 传真:010 - 62179148

<http://www.kjpbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

泰安福运达彩印包装有限公司印刷

*

开本:787 毫米 × 1092 毫米 1/16 印张:10.75 字数:240 千字

2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷

定价:28.50 元

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5488 - 5/R · 1413

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

编 委 会

主 编	张延亮	王善庆	田传兴	胡述龙
副主编	杨 廷	孙启耀	陆晓莺	王 敏
	赵 娜	魏先艳	韩福强	赵修法
	田家敏	季运来	薛 斌	刘 晨
	钱 丽	张广斌	陈建勇	杨 慧

主 审 梁兴国

责任编辑	赵 晖	孙 博
封面设计	孙吉华	
责任校对	林 华	
责任印制	安利平	

前 言

腹部外科疾病具有症状体征复杂、发病急、进展快、缺乏特异性检查等诸多客观不利因素。尽管如此,临床医学亦须尽快做出正确的初步诊断和恰当的治疗方案。这其实是一个艰难的抉择。作者通过20年基层临床工作实践深刻认识到,一名优秀的腹部外科医生,亟需具备扎实、系统、全面的腹部疾病整体观。

基于以上体会和认识,作者组织相关专业人员编写了本书。显而易见,本书适合于基层医院的普外科、肛肠外科及其他外科专业的青年医师阅读。

本书编写时,突出了几个特点:①系统性、新颖性。本书涵盖了腹部外科众多常见病、多发病,也收编了一些日趋增多的少见病,还包括肝移植的适应证、禁忌证等应知内容。本书还增编了“胰十二指肠围手术期护理”、“疝手术后护理”及“胆道手术抗生素选择”、“结直肠癌、胃癌化疗”等内容。②先进性、权威性。本书主要以“普通高等教育“十五”国家级规划教材”为依据,同时参考国内业界公认的权威书籍编写而成。③实用性、简捷性。本书采用一问一答的形式,力求内容精选、语言准确,符合人们快速浏览和强化记忆的阅读习惯。

当然,由于作者水平所限,书中不足在所难免。恳请读者提出宝贵意见,以使本书趋于完善。

张延亮

2009年6月24日

目 录

第一章 阑尾疾病	(1)
1. 为何要重视阑尾炎的诊断?	(1)
2. 早早期阑尾炎如何诊断?	(1)
3. 妊娠期阑尾炎的诊治原则有哪些?	(2)
4. 老年人急性阑尾炎的特点与治疗原则有哪些?	(3)
5. 急性阑尾炎误治的原因有哪些?	(3)
6. 急性阑尾炎应与哪些疾病鉴别? 鉴别要点有哪些?	(4)
7. 阑尾切除术的禁忌证是什么?	(4)
8. 阑尾手术切口如何选择?	(5)
9. 阑尾切除术中如何进一步鉴别诊断?	(5)
10. 哪些情况易造成阑尾切除术后出血?	(5)
11. 如何预防和处理阑尾残株炎?	(5)
12. 阑尾切除术后切口长期不愈合的原因是什么? 如何预防和处理?	(6)
13. 阑尾肿瘤有哪些?	(7)
14. 阑尾类癌特点与治疗原则有哪些?	(7)
15. 阑尾腺癌的特点与治疗原则有哪些?	(7)
第二章 腹外疝	(8)
16. 腹外疝分哪几种类型?	(8)
17. 疝手术后复发的可能病因有哪些?	(8)
18. 有哪些因素可使嵌顿疝发生绞窄?	(8)
19. 嵌顿疝手法复位须注意哪些原则?	(9)
20. 腹外疝的非手术疗法有哪些?	(9)
21. 疝修补手术治疗的原则有哪些?	(9)
22. 腹股沟疝应与哪些疾病鉴别?	(10)
23. 腹股沟疝手术的关键是什么?	(10)
24. 临床较常用的腹股沟疝手术方法有哪些? 应如何选择?	(10)
25. 腹股沟疝术后常见并发症如何预防?	(11)
26. 腹股沟斜疝合并直疝、股疝应如何处理?	(11)
27. 滑动疝的分型与手术原则是什么?	(11)
28. 股疝的两种手术方式是什么? 如何选择?	(12)
29. 疝修补术后的护理要点有哪些?	(12)

第三章 腹膜、网膜及腹膜后疾病	(13)
30. 腹膜的生理功能有哪些?	(13)
31. 急性腹膜炎是如何分类的?	(13)
32. 何谓第三类腹膜炎?	(14)
33. 急性腹膜炎是如何形成和发展的? 各种炎性细胞及细胞介质在其中的作用如何?	(14)
34. 如何根据腹膜炎细菌学的特点选用抗生素?	(14)
35. 诊断急性腹膜炎的重要辅助检查有哪些? 如何合理选择?	(15)
36. 急性腹膜炎的治疗原则和手术进展有哪些?	(16)
37. 急性腹膜炎的并发症有哪些? 如何预防和治疗?	(17)
38. 急性弥漫性腹膜炎围手术期应采取哪些措施?	(18)
39. 网膜疾病有哪些?	(19)
40. 原发性腹膜后肿瘤的来源有哪些? 诊断和治疗的原则是什么?	(20)
第四章 胃十二指肠疾病	(21)
41. 胃的解剖分区是怎样划分的?	(21)
42. 胃的韧带有哪些?	(21)
43. 胃的血液供应及临床意义如何?	(21)
44. 胃的淋巴引流如何分布?	(22)
45. 胃液分析的试验法有哪些?	(22)
46. 胃十二指肠病变的基本 X 线表现如何?	(22)
47. 纤维胃镜检查常见的并发症有哪些?	(23)
48. 先天性肥厚性幽门狭窄如何诊治?	(23)
49. 成人肥厚性幽门狭窄如何处理?	(24)
50. 新生儿胃穿孔如何处理?	(24)
51. 先天性巨大十二指肠症如何诊治?	(24)
52. 慢性胃炎和胃的哪些其他疾病相关?	(24)
53. 胃黏膜脱垂症的外科处理原则如何?	(25)
54. 消化性溃疡的转归如何?	(25)
55. 溃疡病的临床分类有哪些?	(25)
56. 溃疡病的外科手术适应证临床标准有哪些?	(25)
57. 溃疡出血的手术特征?	(26)
58. 十二指肠溃疡穿孔如何诊断? 非手术治疗的适应证如何? 手术适应证?	(26)
59. 胃切除术后病人如何护理?	(27)
60. 怎样诊治卓 - 艾氏综合征?	(28)

61. 倾倒综合征的诊治有什么措施?	(28)
62. 什么是胃部分切除术后肠功能紊乱?	(29)
63. 什么是胃切除后胃炎综合征?	(29)
64. 何谓吻合口溃疡?	(29)
65. 老年人消化性溃疡有何特点?	(30)
66. 胃大部分切除术后有哪些常见并发症?	(30)
67. 何谓残胃癌,有何特点?	(31)
68. 胃类癌手术治疗的原则是什么?	(31)
69. 胃癌的化疗方案有哪些?	(31)
70. 胃恶性淋巴瘤有何特点?	(31)
71. 十二指肠憩室有何临床特点?	(32)
第五章 小肠和结肠疾病	(33)
72. 经高位空肠造瘘通常适用于什么病人?	(33)
73. 短肠综合征应如何处理?	(33)
74. 如何鉴别单纯性与绞窄性肠梗阻?	(34)
75. 肠梗阻病人多器官衰竭的特点是什么?	(34)
76. 手术时预防粘连性肠梗阻的措施有哪些?	(35)
77. 急性坏死性肠炎的临床表现有哪些特点?	(35)
78. 急性坏死性肠炎如何治疗?	(36)
79. 肠系膜为动脉急性阻塞的诊断治疗要点是什么?	(36)
80. 肠系膜上静脉急性阻塞的诊治要注意些什么?	(36)
81. 伪膜性肠炎的临床表现特点是什么?	(37)
82. 伪膜性肠炎的发病机制是什么?	(37)
83. 出现伪膜性肠炎后应如何处理?	(37)
84. 克隆氏病的并发症有哪些?	(38)
85. 克隆氏病的手术适应证是什么?	(38)
86. 克隆氏病的外科手术方式有哪些?	(39)
87. 怀疑小肠恶性肿瘤存在时应选择哪些检查?	(39)
88. 什么是遗传性非息肉性大肠癌?	(40)
89. 遗传性非息肉性大肠癌的诊断依据是什么?	(40)
90. 结肠手术的医源性损伤有哪些?	(40)
91. 如何避免结肠手术中损伤输尿管?	(40)
92. 溃疡性结肠炎癌变与哪些因素有关?	(40)
93. 家庭性腺瘤性息肉病的治疗方式有几种?	(41)
94. 结肠损伤应如何处理?	(41)
95. 何为同时多原发性大肠癌?	(42)

96. 如何达到早期诊断结肠癌的目的? (42)
97. 梗阻性结肠癌术前如何处理? (42)
98. 梗阻性结肠癌术中如何处理? (43)
99. 结肠癌并发穿孔应如何处理? (43)
100. 结肠癌并发出血该如何治疗? (44)
101. 进展期大肠癌的 X 线表现有什么特点? (44)
102. 为什么要进行结肠癌的手术化学免疫联合治疗? (45)
103. 结肠癌术前如何辅助化疗? (45)
104. 结肠癌如何进行术后辅助化疗? (45)
105. 免疫疗法的优点及局限性何在? (45)

第六章 肝脏外科疾病 (47)

106. 肝脏周围有哪些韧带? 它们在手术中的意义何在? (47)
107. 肝脏双重血液供应的来源和特点是什么? (48)
108. 第一肝门的解剖结构如何? (48)
109. 什么是第二肝门和第三肝门? (49)
110. 肝脏 Glisson 系统叶、段分界线和标志有哪些? (49)
111. 目前临床较常采用什么方法行肝脏分叶和分段? 其临床意义何在? (50)
112. Calot 三角及其临床意义是什么? (51)
113. 迷走肝管有何临床意义? (51)
114. 肝静脉的特点及对手术的影响? (51)
115. 门静脉的特点及其与体循环如何交通? (51)
116. 肝动脉造影的适应证及异常征象的临床意义是什么? (52)
117. 门静脉系统造影的方法及临床意义是什么? (52)
118. 如何通过门脉造影判定门脉血流方向? (53)
119. 肝硬化腹水产生机制及治疗方法有哪些? (53)
120. 肝功能分级方法有哪些? 分级标准是什么? (54)
121. 如何考虑对门脉高压症进行手术治疗? (54)
122. 为何说布 - 加综合征 (Budd - Chiari Syndrome, BCS) 是一种特殊的门脉高压症?
..... (55)
123. 经颈静脉门体分流术的适应证有哪些? (55)
124. 肝脏损伤的手术治疗原则及适应证是什么? (55)
125. 原发性肝癌的诊断标准是什么? (56)
126. 肝癌的分期与分型的标准是什么? (56)
127. 什么是小肝癌? 有何特点? (57)
128. 继发性肝癌的临床特点有哪些? (57)
129. AFP 对肝癌的诊断学意义何在? (57)

130. 纤维板层型肝癌与普通型肝癌如何鉴别?	(58)
131. 如何考虑原发性肝癌的手术适应证? 术中如何定位? 如何切除?	(58)
132. 肝动脉化疗栓塞(HACE)治疗肝癌的理论依据是什么?	(59)
133. 肝切除时控制创面出血的方法有哪些?	(59)
134. 肝包囊虫病的手术治疗原则及常用方法有哪些?	(60)
135. 阿米巴肝脓肿的手术指征及手术应如何考虑?	(60)
136. 肝移植适应证和禁忌证是什么?	(60)
第七章 门静脉高压症	(62)
137. 什么是门静脉高压症?	(62)
138. 门静脉系统解剖的主要特点是什么?	(62)
139. 门静脉的构成与毗邻的关系如何?	(62)
140. 门静脉主要属支有哪些?	(62)
141. 门、腔静脉之间的交通支有哪些?	(63)
142. 门静脉高压症的病因是什么?	(63)
143. 门静脉高压症如何分型?	(63)
144. 门静脉高压症的发病机制有哪些学说?	(64)
145. 正常门静脉系统的血液是如何调节的?	(66)
146. 门静脉系统血液动力学常用参数有哪些?	(66)
147. 门静脉高压症时血液动力学变化如何?	(67)
148. 门静脉高压症有哪些主要症状?	(68)
149. 门静脉高压症需与哪些疾病鉴别?	(69)
150. 门静脉高压症大出血时如何处理?	(69)
151. 门静脉高压症能行预防手术治疗吗?	(70)
152. 门静脉高压症时脾大,脾功能亢进如何处理?	(71)
153. 门静脉高压症择期手术治疗方法有哪些?	(72)
第八章 胆道疾病	(76)
154. 胆囊有哪些功能?	(76)
155. 引起急性胆囊炎最常见的原因有哪些?	(76)
156. 急性胆囊炎的病理过程如何?	(76)
157. 急性胆囊炎的主要临床表现有哪些?	(76)
158. 如何诊断急性胆囊炎?	(77)
159. 急性胆囊炎需与哪些疾病进行鉴别?	(77)
160. 急性胆囊炎如何进行正确的治疗?	(78)
161. 急性胆囊炎行胆囊切除时的要点是什么?	(79)
162. 胆囊切除术后有哪些并发症?	(79)

163. 肝外胆管损伤最常见的原因有哪些? (79)
164. 肝外胆管损伤有哪些重要的临床表现? (79)
165. 肝外胆管损伤如何治疗? (80)
166. 引起医源性肝外胆管意外损伤的常见因素有哪些? (80)
167. 若术中发生肝外胆管意外损伤如何处理? (81)
168. 医源性胆管狭窄如何正确地治疗? (82)
169. 什么叫原发性硬化性胆管炎? (82)
170. 原发性硬化性胆管炎的病因与发病机制如何? (83)
171. 原发性硬化性胆管炎与癌肿的关系? (83)
172. 还有哪些因素可造成原发性硬化性胆管炎的发生? (84)
173. 原发性硬化性胆管炎的病理改变有哪些? (84)
174. 原发性硬化性胆管炎有哪些临床表现? (84)
175. 原发性硬化性胆管炎应做哪些实验检查? (85)
176. 原发性硬化性胆管炎的 B 超、ERCP、PTC 检查有哪些阳性发现? (85)
177. 原发性硬化性胆管炎的诊断标准是什么? (85)
178. 原发性硬化性胆管炎需要与哪些疾病相鉴别? (86)
179. 原发性硬化性胆管炎非手术治疗包括哪些内容? (86)
180. 原发性硬化性胆管炎的外科治疗多采用哪些方法? (86)
181. 胆囊良性肿瘤的临床特点有哪些? (87)
182. 胆囊良性肿瘤如何诊断及处理? (87)
183. 胆囊癌的病因有哪些? (87)
184. 胆囊癌的病理类型有哪些? (87)
185. 胆囊癌的临床表现怎样? (88)
186. 如何诊断胆囊癌? (88)
187. 胆囊癌的预后如何? (88)
188. 胆囊癌的治疗措施有哪些? (88)
189. 肝外胆管良性肿瘤的发病情况如何? (89)
190. 肝外胆管良性肿瘤的病理类型有哪些? (89)
191. 肝外胆管良性肿瘤的临床表现如何? (89)
192. 肝外胆管良性肿瘤的诊治情况如何? (89)
193. 肝外胆管癌的发病情况如何? (89)
194. 肝外胆管癌的病因有哪些? (89)
195. 肝外胆管癌的病理有哪些? (89)
196. 肝外胆管癌的临床表现如何? (90)
197. 胆管癌的实验室检查有何表现? (90)
198. 如何诊断肝外胆管癌? (90)
199. 胆管癌的鉴别诊断如何? (90)

200. 胆管癌的预后情况如何?	(91)
201. 胆管癌的治疗措施有哪些?	(91)
202. 胆道出血的常见原因有哪些?	(91)
203. 外伤性胆道出血的临床表现如何?	(91)
204. 如何诊断外伤性胆道出血?	(91)
205. 如何治疗外伤性胆道出血?	(92)
206. 感染性胆道出血的病因有哪些?	(92)
207. 感染性胆道出血有哪些常见症状?	(92)
208. 感染性胆道出血如何进行治疗?	(92)
209. 常见的胆道寄生虫病有哪些?	(93)
210. 什么是原发性胆管结石?	(93)
211. 原发性胆管结石的病因有哪些?	(94)
212. 原发性胆管结石的病理特征是什么?	(94)
213. 原发性胆管结石有哪些临床表现?	(95)
214. 原发性肝胆管结石有哪些临床特征?	(95)
215. 原发性胆管结石影像学诊断要求及选择?	(96)
216. 原发性胆管结石有诊断意义的影像改变有哪些?	(96)
217. 原发性胆管结石和肝胆管结石的外科治疗原则是什么?	(96)
218. 原发性胆管结石和肝胆管结石非手术治疗的特征是什么?	(96)
219. 重症胆管炎的手术治疗原则及如何选择手术时机?	(97)
220. 原发性胆管结石的手术方式如何选择?	(97)
221. 胆道手术如何选择抗生素?	(97)
222. 如何合理应用胆肠内引流术?	(98)
223. 结石性胆囊炎的临床表现有哪些?	(98)
224. 胃切除手术后与结石性胆囊炎的关系如何?	(99)
225. 胆石病与胆囊癌的关系如何?	(99)
226. 结石性胆囊炎常用的手术方法有哪些?	(100)
227. 胆囊切除术的适应证和禁忌证有哪些?	(100)
228. 胆囊切除术手术的时机如何选择?	(100)
229. 如何评估与预测胆囊切除术前的危险因素?	(100)
230. 如何评价腹部小切口胆囊切除术?	(101)
231. 胆囊切除与大肠癌的关系如何?	(101)
232. 什么是先天性总胆管囊性扩张症?	(101)
233. 先天性胆总管囊性扩张症的发展史如何?	(102)
234. 胆总管囊肿其发病机制如何?	(102)
235. 胆总管囊肿的病理改变情况如何?	(102)
236. 胆总管囊肿的主要临床表现有哪些?	(103)

237. 胆总管囊肿主要诊断方法有哪些?	(103)
238. 胆总管囊肿手术治疗中的关键问题是什么?	(103)
第九章 胰腺疾病	(105)
239. 急性胰腺炎的致病原因是什么? 临床表现是什么?	(105)
240. 急性胰腺炎的实验室检查和特殊检查有哪些?	(106)
241. 急性胰腺炎胰外器官的损害有哪些?	(107)
242. 急性胰腺炎如何诊断的?	(108)
243. 如何判断急性胰腺炎病情轻重?	(108)
244. 如何治疗急性胰腺炎?	(108)
245. 如何诊断慢性胰腺炎?	(111)
246. 治疗慢性胰腺炎的手术方法有哪些? 手术前后应注意什么?	(112)
247. 什么是胰瘘, 胰瘘形成的原因是什么?	(116)
248. 胰瘘如何治疗?	(117)
249. 什么是胰岛素瘤? 如何诊断?	(118)
250. 胰岛素瘤定位诊断有哪些方法?	(119)
251. 外科治疗胰岛素瘤需注意的几个环节是什么?	(120)
252. 胰腺癌的组织学特点是什么? 如何进行病理学分类和分期?	(123)
253. 胰腺癌的临床表现有哪些特点? 如何进行诊断和鉴别诊断?	(125)
254. 胰腺癌治疗措施有哪些? 效果如何?	(128)
255. 胰十二指肠切除围手术期如何护理?	(132)
256. 胰腺损伤的原因有哪些?	(133)
257. 胰腺损伤如何诊断?	(134)
258. 如何确定胰腺损伤的部位与程度?	(134)
259. 如何治疗胰腺损伤?	(134)
第十章 脾脏外科	(135)
260. 脾切迹有什么临床意义?	(135)
261. 脾动脉分支类型对手术有什么影响?	(135)
262. 脾脏的分区及分段如何影响手术的解剖和止血?	(135)
263. 脾周围韧带是如何形成的? 在手术学上有何意义?	(136)
264. 什么是脾外侧副动脉? 其临床意义是什么?	(136)
265. 副脾有什么临床意义?	(137)
266. 脾功能亢进的诊断标准是什么?	(137)
267. 脾肿大时有何临床特征? 临床如何分度?	(137)
268. 脾破裂的分类、程度分型和相应治疗原则是什么?	(138)
269. 脾破裂的诊断依据是什么? 如何与肝破裂鉴别?	(138)

270. 脾破裂的治疗为什么要力争保脾? 如何保脾?	(139)
271. 如何用影像手段诊断脾血管瘤?	(139)
272. 脾脏恶性淋巴瘤的影像学诊断特点是什么?	(140)
273. 贫血病人的脾切除适应证是什么?	(140)
274. 原发性血小板减少性紫癜什么情况下应切脾?	(140)
275. 脾切除术的切口选择和手术要点有哪些?	(140)
276. 脾切除后要注意哪些并发症?	(141)
277. OPSI 概念是什么?	(141)
278. 脾移植的分类、适用范围是什么? 如何进行自体脾组织片移植?	(142)
第十一章 肛管、直肠疾病	(143)
279. 内痔如何分期?	(143)
280. 外痔如何分型?	(143)
281. 内痔的临床特点	(143)
282. 外痔的临床特点	(143)
283. 混合痔的临床特点	(143)
284. 痔的治疗方法和原则是什么?	(144)
285. 肛裂的成因	(145)
286. 肛裂的临床特点	(145)
287. 肛裂的治疗	(146)
288. 肛管直肠周围脓肿有哪些类型? 如何诊断和治疗?	(146)
289. 肛瘻是如何分类的?	(148)
290. 肛瘻的临床特点?	(148)
291. 肛瘻的手术方法有哪些?	(148)
292. 肛管直肠脱垂的分类、发生的机制是什么? 其临床特点和治疗方法是什么?	(149)
293. 肛门失禁如何分类?	(150)
294. 肛门失禁的临床特点和治疗方法有哪些?	(151)
295. 直肠癌的病因和临床特点是什么?	(151)
296. 直肠癌的诊断靠什么?	(152)
297. Dukes 分期标准是什么?	(153)
298. 我国大肠癌的分期标准是什么?	(153)
299. 直肠癌的治疗原则和方法有哪些?	(153)
300. 肛管及肛门周围恶性肿瘤有哪些? 各自的临床特点是什么?	(154)
参考文献	(157)

第一章 阑尾疾病

1. 为何要重视阑尾炎的诊断?

阑尾炎是外科最常见的急腹症之一,根据主要的症状、体征不难作出正确的诊断。因此,青年医师常有阑尾炎易诊断,易手术的想法,在右下腹痛的病人诊治过程中往往未加以鉴别就在头脑中有了阑尾炎的诊断,从而导致误诊、误治。造成误诊、误治归结为两方面的原因,第一,病人表达不清,尤其是儿童、老年人的临床发病特点所决定。其二,医务人员在询问病史时,易模式化的诱问病人,以及鉴别、分析不够全面。所以,不要主观的把右下腹痛草率地诊断为急性阑尾炎,应当一一排除其他原因引起的右下腹痛,如十二指肠溃疡穿孔、宫外孕、卵巢滤泡或黄体破裂等其他疾病。当然,临床中亦有少数病人早期症状欠典型,从而增加了诊断的难度。

2. 早早期阑尾炎如何诊断?

典型的急性阑尾炎,70%~80%都有典型的转移性右下腹痛且为持续性,因为阑尾腔内梗阻所致的阵发性绞痛,亦即早期上腹痛、后期右下腹痛是炎症发展到阑尾浆膜刺激壁层腹膜的缘故。由于壁层腹膜为体神经支配,所以病人能准确指出疼痛的部位。但应该注意部分病人疼痛也可始于左下腹、腰部、会阴部、大腿等处。患者常常伴有恶心、呕吐等消化道症状。最可靠、最重要的体征是麦氏点压痛。触痛的程度受腹壁的厚度、阑尾位置的深浅、病变的程度与范围以及年龄等因素影响。

临床上并非千篇一律,要综合病人的症状、体征,并加以鉴别分析。当阑尾炎症扩散到阑尾以外刺激腹膜壁层时,引起腹壁肌肉反射性收缩,出现腹肌紧张及反跳痛。但肥胖、老年人和儿童腹壁发育不良或消瘦则腹肌紧张不明显,应反复多次检查,仔细与对侧比较才能确定腹肌紧张的真实程度。临床上典型的急性阑尾炎容易作出正确的诊断。但早早期急性阑尾炎右下腹痛发病几小时内作出正确的诊断,就有一定的困难。阑尾炎早期疼痛部位由于阑尾神经支配为感觉神经肠系膜神经节进入胸髓9~11,所以早早期阑尾炎的疼痛多在上腹痛。根据发病特点要警惕病情发展,不要草率的认为是胃痛而造成误诊。要注意动态观察病情的进展情况。

临床上观察到急性阑尾炎的早期症状中,少数病人出现上腹痛伴有睾丸痛,其原因为睾丸的神经支配同阑尾一样也受第10脊神经支配,所以临床上出现上腹痛伴睾丸痛的病人对早早期急性阑尾炎的诊断有一定的意义。

现介绍几种早早期急性阑尾炎的诊断方法。

(1)呼吸疼痛征 对无转移性右下腹痛及右下腹痛症状不典型的急性阑尾炎,此方法在早早期急性阑尾炎有较高的诊断率。

方法:患者仰卧位,深吸气后,鼓腹屏气 20~30 秒,然后迅速呼气。呼气时,指明右下腹疼痛者为阳性。

机理:深吸气时膈下降 3~4cm,肝伴随膈下移而下移,乃致肝脏挤压了升结肠及回盲瓣,对阑尾产生刺激,当阑尾发炎时,呼吸疼痛征检查使患者感到右下腹痛。临床上早期诊断率高于传统的麦氏征、结肠充气试验等检查,有较高的诊断价值。

(2) 提跟震动试验

方法:双脚并拢,双手自然下垂,腰部挺直,上提足跟,足跟距地面一定高度后,突然放下,患者诉足跟与地面接触时右下腹痛为阳性。

机理:足跟落地腹壁运动突然中止,而内脏由于惯性作用继续向下运动,冲击在腹壁的腹膜上。此时,如阑尾有炎性病变,侵犯到壁层腹膜即可产生疼痛,其诊断率为 97%,尤其对腹壁肥胖,腹胀及其症状、体征不典型的病人有较高的诊断价值。

(3) 北京中医医院急诊科早早期急性阑尾炎诊断方法

方法:用手压迫右下腹,病人感上腹或中腹疼痛加剧;较长时间的压迫右下腹,会加速上腹痛向右下腹转移。通过临床实践,证实了这两个阳性体征对诊断早早期急性阑尾炎有重要的价值。

(4) 皮肤敏感试验

方法:轻触病人的右下腹麦氏点,病人自觉右下腹疼痛为阳性。此时反映阑尾腔内压增高。一旦阑尾坏疽穿孔,皮肤敏感试验即消失。

以上 4 种早早期急性阑尾炎的诊断方法,经临床验证有较高的确诊率。对早早期急性阑尾炎的诊断,尤其是病程症状、体征不典型的病人尤为适用。

3. 妊娠期阑尾炎的诊治原则有哪些?

(1) 诊断 妊娠期阑尾炎为特殊类型阑尾炎的一种,诊断较为困难。尤其妊娠后期,伴随子宫增大,盲肠、阑尾位置的改变,症状、体征有所不同。妊娠 5 个月阑尾位置相当于髂嵴水平,8 个月位于髂嵴上二横指,妊娠后期增大的子宫可以把阑尾压向后方深处。伴随妊娠子宫的各个时期变化,症状和体征而有所不同,疼痛可以上移,或偏向右侧腹部,也可出现后腰痛。以上种种原因导致不能准确判断出阑尾炎症的严重程度。甚至在坏疽性阑尾炎仅表现为单纯性阑尾炎的症状和体征,而延误手术时机,造成病人的早产、流产等后果。针对误诊的原因,查体应注意让病人左侧卧位,子宫自然偏向左侧,触痛较平卧位体征加重,这样可以避免增大子宫对阑尾炎症严重程度的掩盖。如还不能确诊,可行 B 超检查。B 超提示由于阑尾充血、水肿,呈现低回声管状结构,压之形态不改变,较僵硬。横切面时呈同心圆似的“靶样图像”,并以此为特征。阑尾直径 $\geq 7\text{mm}$ 是公认的诊断依据。国内文献报道,敏感性 80%~90%,特异性 89%~95%,准确率 90%~96%。目前,对妊娠期阑尾炎,B 超是被公认安全、无创、诊断率高、易于被病人接受的好的方法之一。

(2) 治疗原则 妊娠期急性阑尾炎治疗,对医生来讲也是很棘手的疾病。医生、患者都担忧手术所致的流产、早产,用药怕胎儿畸形。根据国内多家医院的报道,一般认为,妊

娠1~3月,尤其是既往有慢性阑尾炎病史者,应及早手术。因妊娠性阑尾炎80%可以复发,非手术治疗常常留下后患,待妊娠中、后期手术既困难又危险。妊娠4~7个月轻者可保守治疗,但重者不宜保守治疗。妊娠晚期8~9个月轻者可保守治疗,重者应不失时机的手术。即使早产,婴儿大多数可存活。总之,在妊娠性急性阑尾炎的治疗原则中,要根据妊娠的各个不同时期与阑尾的炎症程度综合分析,制定出合理的治疗方案。

手术切口设计:妊娠早期应用麦氏切口,妊娠中晚期因子宫增大,阑尾位置相应的增高,向外、后、深处发展,应选择压痛点最明显处作切口。

4. 老年人急性阑尾炎的特点与治疗原则有哪些?

伴随着老年医学的发展,各个学科都注重老年人疾病的诊断与治疗。国内资料报道,老年人的急性阑尾炎已升至4%;老年人急性阑尾炎就诊时往往病变程度已非常严重,手术中经常发现阑尾已穿孔,造成这种情况的主要原因是由于老年人的临床特点所决定的。

老年人的临床特点为反应迟钝,症状和阑尾炎病变程度不相符。临床观察到阑尾已穿孔,而患者仅有右下腹麦氏点的压痛,反跳痛不明显,甚至患者高热,体温39℃,也仅表现为麦氏点压痛。症状、体征与病变程度不相符的主要原因就是老年人的肌肉萎缩、皮下脂肪的堆积,尤其是多产妇的老年人,肌肉更加萎缩和松弛。所以,临床查体过程中注意老年人体征与青年人腹部体征的差异,不要千篇一律。注意年龄、机体结构的变化。更应该提醒注意的是老年人急性阑尾炎发病后,病程进展较快,阑尾穿孔早,往往临床表现又多不典型。症状、体征与病理变化不一致,也与老年人的胸腺萎缩,T细胞数量减少,对感染的应激性和抵抗力明显下降,以及免疫反应明显受抑制有一定关系。同时,老年人的阑尾不像小儿,是一个淋巴免疫器官,伴随着年龄老化,老年人的阑尾萎缩,淋巴滤泡数量减少以及血管硬化,使阑尾易感性增加,也是导致阑尾病程发展较快,易于早期穿孔的原因之一。所以要重视老年人阑尾炎的治疗。一经诊断就应高度警惕阑尾穿孔之可能,要不失时机及早手术。不要顾虑患者年龄大,心、肺、肝、肾等器官并发症多,手术危险性大等因素而采取保守观望,以致延误手术时机。如患者已发生了感染中毒性休克,应边抗休克边准备手术,以达到去除病灶,减少毒素吸收的目的,同时应用有效的抗生素和全身支持等措施。

5. 急性阑尾炎误治的原因有哪些?

急性阑尾炎误诊率较高,国内报道误诊率4.5%~5.6%,最高达到15%~30%。误诊的原因主要是重视不够或草率行事。误诊较多的疾病分别为胃、十二指肠溃疡穿孔,急性胆囊炎,右侧输尿管结石,右侧附件炎,卵巢囊肿扭转,结肠癌,右下肺炎等。

对急性阑尾炎的诊断一定要注意与阑尾炎易相混淆的疾病相鉴别,应做到细致收集腹痛发作的资料,如转移性右下腹痛病史,结合局限性右下腹压痛、反跳痛及化验外周血白细胞增高,不难作出诊断。一般转移性右下腹痛短为几小时,长为1~2日。如转移性右下腹痛仅在几分钟至十几分钟,由上腹移至右下腹者,阑尾炎的诊断机率极小,注意和相关疾病的鉴别。注意转移性右下腹痛并非全在右下腹麦氏点,注意异位阑尾发生的部