

临床研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.11.020

异位阑尾炎的临床诊治

官一平, 朱 鹏, 朱代华, 孙家琛, 江时建

(重庆医科大学附属第二医院胃肠外科, 重庆 400010)

【摘要】目的:探讨异位阑尾炎的成因、临床表现及诊断与治疗。方法:对本院 2003 年 12 月-2011 年 10 月间的异位阑尾炎患者 82 例进行回顾性研究,归纳总结其临床表现及诊治经验。结果:术前有 67 例患者得到正确诊断,误诊 11 例,4 例无法明确诊断。所有病例均予以手术治疗,术中均证实为异位阑尾炎,术后患者顺利出院。结论:异位阑尾炎临床表现多种多样,易引起误诊误治。目前超声检查是诊断异位阑尾炎的首选检测手段。腹腔镜阑尾切除术对异位阑尾炎的治疗颇具优势。

【关键词】异位阑尾炎;超声;腹腔镜术

【中国图书分类法分类号】R574.61

【文献标志码】A

【收稿日期】2012-02-27

Diagnosis and treatment for ectopic appendicitis

GUAN Yiping, ZHU Peng, ZHU Daihua, SUN Jiachen, JIANG Shijian

(Department of Gastrointestinal Surgery, the Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the cause, clinical manifestation, diagnosis and treatment for ectopic appendicitis. Methods: Totally 82 patients with ectopic appendicitis were derived from the second affiliated hospital of Chongqing medical university between December 2003 and October 2011. The clinical manifestation and experiences of diagnosis and treatment were summarized and analyzed retrospectively. Results: Sixty-seven cases were correctly diagnosed before operation, 11 cases were misdiagnosed and 4 cases had uncertain diagnosis. All patients were given the operation and were confirmed to be ectopic appendicitis during the operation. All patients were discharged successfully after the operation. Conclusions: The clinical manifestation of ectopic appendicitis is diversified, which can easily cause misdiagnosis. At the moment, ultrasonography is the preferred method in diagnosing ectopic appendicitis. Laparoscopic appendectomy has obviously superiority over the other treatments for ectopic appendicitis.

【Key words】ectopic appendicitis; ultrasonography; laparoscopic surgery

急性阑尾炎是外科常见病,多发病,是最多见的急腹症,约占普外科住院病人的 10%~15%。目前急性阑尾炎的死亡率较以往已大幅降低,但仍有 0.1%~0.5%,其诊断有时并不容易,处理上也可能较复杂^[1],特别是异位阑尾炎的诊断与治疗较一般的阑尾炎有所不同。阑尾一般随盲肠固定于右髂窝,但其自身可因发育原因而呈现异位,当合并感染时即称之为异位阑尾炎。我科于 2003 年 12 月至 2011 年 10 月间共收治异位阑尾炎 82 例,现将其临床表现、诊断与治疗总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 82 例患者,男 50 例,女 32 例,年龄 16~73 岁,平均

作者介绍:官一平(1984-),男,硕士,

研究方向:胃肠道疾病。

通信作者:朱 鹏,男,副教授,Email:526679209@qq.com。

年龄 42.6 岁,发病至就诊时间 5 h~3 d,平均 16 h,住院时间 6~14 d。

1.2 临床表现

所有病例均有腹痛症状,但因阑尾解剖位置的变异,故所表现的腹痛部位各异,如表 1 所示。腹痛向右肩背部放射痛 5 例;会阴部放射痛 8 例;右腰部疼痛 10 例;恶心、呕吐 53 例;发热 33 例,37.5℃~39℃者 28 例,大于 39℃者 5 例;黄疸 1 例;尿频、尿急、尿痛 21 例;血尿 1 例;腹泻、里急后重 32 例;肛门停止排气排便 1 例。

1.3 实验室检查

血常规示 WBC $>10 \times 10^9$ 个/L 76 例,尿常规示白细胞或红细胞阳性者 26 例。彩超检查证实为异位阑尾炎者 51 例,腹部 CT 检查证实者 6 例。

1.4 治疗

术前诊断为异位阑尾炎者 67 例,占 81.7%。误诊及无法确诊的病例在住院治疗过程中症状、体征加重,手术指征明确后均予以手术治疗。麻醉方式以硬膜外麻醉为主,部分病例实施全身麻醉。64 例实施开腹阑尾切除,手术切口依据腹部压痛点最明显为中心,结合术中操作需要,其中麦氏切口 28 例,其余病例均行剖腹探查切口。4 例行腹腔镜探查后完

成腔镜下阑尾切除, 14 例直接行腹腔镜阑尾切除。

表 1 82 例异位阑尾炎腹痛部位的比较

Tab.1 Comparison on positions of abdominal pain in 82 cases of ectopic appendicitis

项目	例数 (n)	术前诊断 (n)	误诊及无法确诊病例
转移性右下 腹疼痛	30	30	无
右下腹疼痛	12	8	3例误诊为泌尿系结石; 1例误 诊为急性盆腔炎
右上腹疼痛	21	19	2例误诊为急性胆囊炎
左下腹疼痛	2	2	无
脐周疼痛	8	4	1例误诊为附件炎; 1例误诊为 肠梗阻; 2例误诊为急性肠炎
全腹疼痛	5	4	1例误诊为上消化道穿孔
无特定部位 腹痛	4	0	症状及体征不典型, 术前无法 确诊
合计	82	67	15

2 结 果

全部 82 例患者无 1 例围手术期死亡, 所有病例均经术中及术后病检证实为阑尾炎, 且为异位阑尾炎, 其中腹膜外阑尾 30 例, 高位阑尾 25 例, 盆位阑尾 16 例, 左位阑尾 2 例, 壁内阑尾 8 例, 错位阑尾 1 例, 如图 1 所示。术后 11 例出现切口感染, 2 例出现早期炎性肠梗阻, 均治愈出院。无医源性损伤及肠痿发生。

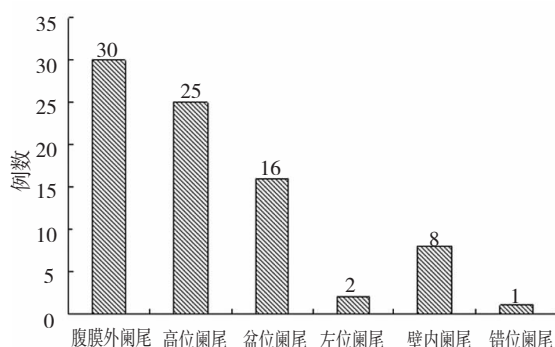


图 1 异位阑尾各型的分布

Fig.1 Distribution of various ectopic appendix types

3 讨 论

3.1 异位阑尾的成因

人体胚胎发育的第 6 周, 中肠远侧支对系膜缘出现一个锥形盲囊, 即盲肠和阑尾的原基。盲囊的尖端渐成长为阑尾。于第 10 周, 脐带内的中肠返回腹腔, 开始逆时针方向旋转。出生时共旋转 270°, 原

左下方的盲肠和阑尾旋转到右髂部。如中肠不旋转或旋转不全, 盲肠和阑尾则位于左下腹或旋转途中的某一部位。即形成异位阑尾。异位阑尾的另一原因是中肠固定不完全致盲肠和阑尾处于游离状态。异位阑尾一般分为如下几种类型: 腹膜外位阑尾、高位阑尾、盆位阑尾、壁内阑尾、左位阑尾、错位阑尾、腔内阑尾及疝内阑尾^[1]。

3.2 临床表现

从所诊治的异位阑尾炎患者中总结发现, 其临床表现大多遵循正常阑尾炎的共有表现, 如转移性腹痛, 早期出现厌食、恶心、呕吐等胃肠道症状以及乏力、发热等全身症状, 但因异位阑尾位置出现变异, 可表现为右下腹以外的其他部位的症状和体征, 容易和该部位脏器的病变相混淆。

腹膜外位阑尾由于其贴近后腹膜, 位置深在, 致右下腹症状及体征轻微, 可仅表现为右下腹隐痛, 而右腰部叩痛明显, 腰大肌试验阳性。同时炎症易刺激右侧输尿管或生殖股神经, 引起镜下血尿、脓尿或会阴部放射痛, 容易与泌尿系结石相混淆, 本组 4 例表现为右腰部疼痛伴会阴部放射痛, 右下腹疼痛轻微, 一度误为泌尿系结石而收治于泌尿外科。此外因后腹膜组织间隙较疏松, 并发炎症时, 感染易扩散, 致使全身中毒症状较重^[1]。部分患者炎症刺激可引起后腹膜激惹征, 本组 1 例患者表现为腹胀, 呕吐, 伴肛门停止排气排便, 一度误诊为肠梗阻。高位阑尾因阑尾多出现在肝下, 故主要为右上腹腹膜炎表现, 右上腹结肠肝区出现固定压痛, 炎症可刺激膈神经, 出现右肩背部放射痛, 呃逆、呕吐等表现, 且因阑尾位置高, 穿孔后炎症易扩散致明显的全身症状及腹膜炎表现, 本组 1 例表现为右上腹疼痛, 发热, 伴右肩部放射痛, 腹部彩超见肝下少许积液, 一度误诊为急性胆囊炎。同时阑尾炎症累及浆膜面时, 炎性渗液顺结肠旁沟至右髂窝, 症状与消化性溃疡穿孔相似, 此时行腹部 X 片可鉴别。盆位阑尾因炎症刺激邻近盆腔脏器而极易误诊。此时腹痛位置低, 可出现麦氏点偏内下方压痛或耻骨上区压痛, 炎症刺激膀胱时可出现尿频、尿急等, 刺激直肠时出现里急后重、腹泻等表现, 本组 2 例误诊为急性肠炎。炎症刺激女性生殖系统, 可出现盆腔炎等表现, 此时临床表现多样, 必要时需请相关科室协助诊治, 以免造成误诊、漏诊。此外, 有极少数患者出现左下腹疼痛, 左下腹对应麦氏点位置固定压痛。本组 1 例以局限性左下腹痛为表现, 术前胸片发现右位心, 方才考虑先天性内脏转位所致的左位阑尾炎可能, 术中予以证实。

3.3 诊断

详细的询问病史,仔细的体格检查及必要的实验室检查是诊断任何疾病的首要前提。急性阑尾炎的诊断以转移性右下腹痛或右下腹痛、阑尾部位压痛和白细胞升高为决定性依据,异位阑尾炎的诊断同样遵循普通阑尾炎的诊断过程,只是腹痛及压痛点并不一定在右下腹。此外,需提高对异位阑尾炎各型及其特殊表现的认识,对于任何部位原因不明的固定疼痛及恒定压痛点,均应想到异位阑尾炎的可能。同时,因异位阑尾炎发生率相对较低,故在诊断的过程中,需先从常见病、多发病入手,在排除腹痛相应部位器官的常见疾病后方可考虑异位阑尾炎的诊断。在诊断困难时,借助必要的辅助检查往往达到满意的效果,同时可有效地避免误诊及漏诊。

超声检查作为诊断急性异位阑尾炎时辅助检查的首选目前已得到广泛的认可,其具有安全、无创、经济、简便等诸多优点且不受阑尾位置的影响,对异位阑尾一经显影便可作出诊断。同时,对妇产科、泌尿系及胆道系统的疾病诊断率较高,对异位阑尾炎的鉴别诊断有重要意义。另外,可在超声下描记异位阑尾在腹壁的体表投影,对于术前切口定位,手术方式的选择有一定的作用^[2]。但超声波易受肠内容物及气体的干扰且对腹壁肥厚、腹膜外位阑尾显示欠佳^[3,4],诊断率亦受操作者的主观因素及技术水平所左右。

CT 对阑尾的自身结构及其周围的渗出征象有清晰的显示,对阑尾炎的诊断特异性较高。故可作为彩超检查无法检出,而临床有高度怀疑为阑尾炎的一种补充手段。且 CT 不同于超声,其诊断结果受操作者操作水平的影响甚小^[5],但 CT 费用相对较高。

由于阑尾炎尚缺乏特异性的术前检测手段,故对于极少数确实难以确诊的病例,腹腔镜探查可提供较为准确的诊断,同时可在腹腔镜下完成治疗。

3.4 治疗

急性阑尾炎一旦确诊,均应及早手术治疗。部分病例经有效的抗生素治疗,炎症可消退,但 75% 将会复发^[6]。

传统的阑尾切除术历史悠久,治疗效果已得到广泛的认同。但因其显露差,无法探查整个腹腔,在异位阑尾切除过程中常需延长切口,故临床上怀疑异位阑尾或诊断不明,估计通过麦氏切口切除困难者多采用剖腹探查切口。随着腹腔镜技术的迅猛发展,操作者熟练程度的不断提高,腹腔镜阑尾切除术已得到越来越多的认同。其具有腔镜手术共有的创伤小、并发症少,恢复快及美容等优点。同时,还

可全方位的探查腹腔及盆腔,提供准确的术中诊断,对异位阑尾及肥胖患者有开腹手术无法比拟的优势。另外对于穿孔性阑尾炎可在直视下冲洗吸尽腹腔脓液,降低肠粘连、肠梗阻及肠间脓肿、切口感染的发生率^[7]。但腹腔镜阑尾切除术仍有一定的局限性,如阑尾周围脓肿形成,阑尾与邻近肠管或其他脏器严重粘连,解剖关系不清,或阑尾根部已坏死穿孔,阑尾残端无法可靠处理,或发生严重的副损伤、出血等^[8],均需及时中转开腹,另外腹腔镜手术费用相对较高,故需权衡利弊,选择最佳的手术方案。

参 考 文 献

- [1] 徐恩多,杨凌洪.阑尾的胚胎发育与阑尾异位[J].实用外科杂志,1992,12(4):194-197.
- [2] Xu E D, Yang L H. Appendix embryonic development and ectopic appendix[J]. Journal of Practical Surgery, 1992, 12(4): 194-197.
- [3] 林建军,陈成海,冯 红,等.急性阑尾炎术前超声定位的临床应用及其价值[J].中华医学超声杂志,2006,3(1):14-16.
- [4] Lin J J, Chen C H, Feng H, et al. Preoperative localization of inflamed appendix by ultrasound in patients with acute appendicitis[J]. Chinese Journal of Medical Ultrasound, 2006, 3(1): 14-16.
- [5] 刘明瑜,何小梅,樊文峰,等.超声对阑尾病变的诊断价值[J].中国超声医学杂志,2003,19(7):536-539.
- [6] Liu M Y, He X M, Fan W F, et al. Diagnostic value of ultrasound in appendiceal disease[J]. Chinese Journal of Ultrasound in Medicine, 2003, 19(7): 536-539.
- [7] Poortman P, Lohle P N, Schoemaker C M, et al. Comparison of CT and sonography in the diagnosis of acute appendicitis: a blinded prospective study[J]. AJR Am J Roentgenol, 2003, 181(5): 1355-1359.
- [8] Weyant M J, Eachempati S R, Maluccio M A, et al. Interpretation of computed tomography does not correlate with laboratory or pathologic findings in surgically confirmed acute appendicitis[J]. Surgery, 2000, 128(2): 145-152.
- [9] 刘志民,郭允希,齐兆生,等.腹部外科诊疗参考[M].北京:中国医药科技出版社,1994:451-454.
- [10] Liu Z M, Guo Y X, Qi Z S, et al. Diagnosis and treatment of abdominal surgery[M]. Beijing: China Medical Science Press, 1994: 451-454.
- [11] 陈开运,向国安,王汉宁,等.腹腔镜与开放手术治疗急性阑尾炎的疗效比较[J].中华普通外科杂志,2010,25(4):295-298.
- [12] Chen K Y, Xiang G A, Wang H N, et al. Laparoscopic vs. conventional appendectomy for appendicitis[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2010, 25(4): 295-298.
- [13] 潘晓明,施 勇,林忠民,等.腹腔镜阑尾切除 102 例治疗体会[J].中国微创外科杂志,2010,10(5):470-471.
- [14] Pan X M, Shi Y, Lin Z M, et al. Treating experience of laparoscopic appendectomy (102 cases)[J]. Chinese Journal of Minimally Invasive Surgery, 2010, 10(5): 470-471.

(责任编辑:关蕴良)