

普外科急性阑尾炎早期诊断与临床治疗效果分析

周全勇

湖北省竹山县中医医院 湖北 十堰 442200

摘要: **目的:** 分析普外科急性阑尾炎早期诊断与临床治疗效果。**方法:** 选取2023年3月-2024年3月本院84例急性阑尾炎患者开展研究, 均行早期诊断, 根据治疗方案进行分组, 有30例行常规保守治疗, 纳入对照组, 有54例行开腹式手术治疗, 纳入观察组, 比较两组临床疗效。**结果:** 观察组的并发症发生率、IL-6、TNF- α 、CRP、手术时间、术中出血量、切口长度、进食时间、术后排气时间和住院时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 早期诊断急性阑尾炎, 实施开腹手术治疗, 能加强疗效, 疾病疗效和安全性均较高。

关键词: 普外科; 急性阑尾炎; 早期诊断; 手术治疗

阑尾炎是一种多发普外科疾病, 对于急性阑尾炎, 处于疾病发作早期, 因机体素质有差异, 会出现不同症状。程度较轻者, 其症状较轻, 严重者常伴有并发症, 例如急性化脓性腹膜炎等, 分析典型特征, 主要为右下腹痛, 疼痛明显, 可能转移^[1]。进行早期诊断, 评估病情程度, 分析后续进展, 及时予以治疗。常见疗法有两种, 分别为保守治疗, 即选取适当药物缓解疼痛; 手术治疗, 结合阑尾自身特征及解剖结构, 将其切除效果理想, 目前关于两种方式疗效研究较多, 但结果存在争议^[2]。本次研究以急性阑尾炎患者为对象, 分析早期诊断、手术治疗效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院84例急性阑尾炎患者开展研究, 均行早期诊断, 根据治疗方案进行分组, 对照组30例, 男18例, 女12例, 年龄为21-57岁, 平均年龄(37.16 ± 4.22)岁; 观察组54例, 男30例, 女24例, 年龄为22-58岁, 平均年龄(37.28 ± 4.17)岁。两组一般资料 ($P > 0.05$), 具有可比性。

84例患者均为急性阑尾炎, 第一次发病, 资料完整, 知情同意本次研究。排除重要脏器功能障碍, 例如肺、肝等者, 凝血功能异常者, 全身感染性疾病者, 免疫功能异常者。

1.2 方法

1.2.1 早期诊断

全面监测临床症状, 仔细观察体征, 进行查体, 开展有关检查, 包括腹部B超, 血常规等, 然后确诊。

1.2.2 治疗方法

对照组行常规保守治疗: 患者入院后, 提醒其卧床休息, 不可剧烈运动, 保证规律饮食, 禁止一次性摄入

大量食物。经由静脉输液, 为其补充营养物质, 防止受营养摄入不足影响, 导致缺水, 经由静脉输液, 能纠正电解质、水平衡。结合患者病情, 选择抗生素, 保证适量, 起到消炎功效。评估疼痛程度, 提供止痛药。本研究采取第三代头孢类抗生素, 进行保守治疗时, 观察其体温变化, 于5d后, 采集静脉血, 测量血常规参数。当腹部无显著疼痛, 同时体温恢复正常, 相应表现好转, 即可令其出院。

观察组行开腹式手术治疗: 分析检查结果, 评估有关生化生理指标, 本组患者均和手术要求相符。先面向患者、家属, 介绍手术信息, 取得其同意, 进行全麻, 观察右下腹麦氏点, 于该部位切口, 长度约为4cm, 便于后续操作。分离皮肤组织, 确定阑尾位置, 采取止血钳夹, 向上方提起阑尾, 将盲肠末端及阑尾根部充分暴露出来。于阑尾根部, 操作者下刀, 切除全部阑尾, 马上做好结扎工作, 防范大量出血, 对于切口, 采取碘伏进行消毒, 然后缝合。保证无菌理念, 防范感染。

1.3 观察项目和指标

评价炎性因子水平^[3]: 时机为清晨空腹, 获取肘静脉血, 含量为5ml, 用抗凝管储存, 选取医用离心机, 型号为Z2006, 来自国HERMLE, 转速为1500r/min, 展开高速离心处理, 进行10min, 取得血清, 放在冰箱内保存, 温度为-80℃, 借助ELISA法, 检验IL-6、TNF- α 和CRP。评价手术有关指标^[4]: 观察手术时间、术中出血量、切口长度、进食时间、术后排气时间和住院时间。评价并发症^[5]: 包括感染、化脓性门静脉炎和腹腔脓肿。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组炎症因子水平比较

治疗后两组IL-6、TNF- α 和CRP均明显低于治疗前，观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组炎症因子水平比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	IL-6 (ng/L)		TNF- α (m/L)		CRP (m/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	54	35.41 \pm 4.16	23.24 \pm 7.15 ^a	2.05 \pm 0.34	1.24 \pm 0.25 ^a	25.26 \pm 4.15	9.56 \pm 1.52 ^a
对照组	30	35.53 \pm 4.08	30.26 \pm 3.65 ^a	2.02 \pm 0.36	1.76 \pm 0.27 ^a	25.34 \pm 4.09	12.15 \pm 1.65 ^a
<i>t</i>	/	0.128	5.017	0.379	8.877	0.085	7.258
<i>P</i>	/	0.899	0.000	0.705	0.000	0.932	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组手术有关指标比较

时间和住院时间均明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表2。

观察组的治疗时间、胃肠功能恢复时间、腹痛持续

表2 两组手术有关指标比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	治疗时间 (d)	胃肠功能恢复时间 (h)	腹痛持续时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	54	4.36 \pm 1.20	23.45 \pm 2.33	20.24 \pm 1.82	10.48 \pm 1.25
对照组	30	15.36 \pm 1.83	31.57 \pm 2.64	28.75 \pm 2.64	16.65 \pm 1.36
<i>t</i>	/	33.216	14.590	17.414	21.005
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组并发症比较

表3。

对比并发症发生率，观察组更低 ($P < 0.05$)。详见

表3 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	感染	化脓性门静脉炎	腹腔脓肿	发生率
观察组	54	1	0	1	3.70
对照组	30	2	1	3	20.00
χ^2	/	/	/	/	5.944
<i>P</i>	/	/	/	/	0.015

结束语

人类经过几千年进化，阑尾的功能逐渐减弱，其生理功能不明显，但阑尾可能病变^[6]。就阑尾病变而言，其存在诸多因素，例如阑尾管腔梗阻、出现感染和部分肠道疾病等，尤以青年男性最常见。依据病程，阑尾炎包含两种类型，一种为慢性阑尾炎，另一种为急性阑尾炎，后者常突然起病，一般被急诊收入，提供诊疗。患者入院后，应及时分析其病情，评估疼痛程度，积极和患者交流，了解患者需求，拟定治疗措施^[7]。

急性阑尾炎发作突然，可发生于任意年龄，特别是青壮年，其占比达到40%，男性患者约为女性的2-3倍^[8]。对于国家发达，该病发生率为90-100人/10万，存在地域差异，其中韩国较高，达到16%，美洲为1.8%左右^[9]。腹痛是该病最常见表现，常存在胃肠道症状，或出现全身反应。阑尾位置决定疼痛部位，疾病程度关乎持续时

间。就典型腹痛，其一般先出现于上腹或脐周，部分表现为阵发性，持续数个小时，疼痛转移，到达右下腹，典型疼痛出现率为70%-80%，少数患者刚开始就伴有右下腹痛^[10]。关于胃肠道症状，以恶心、厌食为主，部分存在呕吐，一般轻微，如为盆位阑尾炎，有里急后重可能性。关于全身症状，处于早期时可能乏力，炎症严重者有中毒发生风险，出现发热，心率变快。出现阑尾穿孔后，出现腹痛，伴有发热；出现门静脉炎者，伴有高热、寒战等反应；伴有弥漫性腹膜炎者，意识模糊，脉搏紊乱，风险高。

若患者为单纯性急性阑尾炎，或为早期发病，提倡采取保守疗法，有明确疗效。选用抗生素，其能将阑尾病变导致的炎症消除，治疗时全面监测病情，采用止痛药，保证剂量适宜，以减轻疼痛。选择保守疗法，尽管能减轻疼痛，但其用时长，患者配合度差，且无法彻

底治愈,另外抗生素用时长,可能引发耐药性,影响药效,干扰康复进程,故对阑尾炎进行治疗时,其并非最佳疗法^[11]。多项研究证实,对比保守治疗,建议选择手术疗法,效果更明确,能加快康复进程。尽管实施手术时存在切口,有侵入性,但其能够根治,患者更认可,后续疾病不会复发,疼痛时间短。既往研究显示,如未遵循医嘱采取抗生素,或者长期滥用,则机体抵抗力减弱,影响免疫能力,细菌感染率高,后续并发症多。采用手术,监测生理指标,仔细观察切口变化,一旦出现感染,马上将应急预案打开,提供抗感染处理,能避免感染恶化,防范伤口化脓。手术全程保证无菌理念,将引流管放好,监测生命体征,加快伤口恢复速度,关注身体变化,防范感染^[12]。

本次研究结果显示和对照组比,观察组的IL-6、TNF- α 和CRP均更低($P < 0.05$),表示采取手术治疗,能减轻炎症反应,调节机体状态。观察组的治疗时间、胃肠功能恢复时间、腹痛持续时间和住院时间均更低($P < 0.05$),表明实施手术可缩短治疗时间,快速减轻疼痛,推动胃肠功能好转,令其尽快出院。观察组的并发症发生率更低($P < 0.05$),代表通过手术治疗,后续并发症更少。说明尽早检出急性阑尾炎,若其符合手术指征,建议首选手术疗法,能彻底治疗疾病,加快康复进程。

综上所述,早期诊断急性阑尾炎,实施开腹手术治疗,能加强疗效,疾病疗效和安全性均较高。

参考文献

[1]马爱冬,张勇.腹部CT扫描诊断急性阑尾炎的有效性研究[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(2):130-131.
[2]罗绍泽,李忠礼,吴春,周世勇,杨芳,刘运权,艾飞.中药直肠滴入联合腹腔镜手术治疗急性坏疽穿孔性阑尾

炎临床疗效观察[J].贵州中医药大学学报,2024,46(2):35-37+76.

[3]武丽娜.超声检查评分对单纯性急性阑尾炎与急性化脓性阑尾炎的诊断价值分析[J].黑龙江医学,2024,48(6):695-697.

[4]谢雯,王子光,叶蓉.彩色多普勒超声诊断小儿急性阑尾炎的临床应用研究[J].中国医疗器械信息,2024,30(6):125-127.

[5]王亚楠.多层螺旋CT诊断急性阑尾炎的研究进展[J].医学信息,2024,37(6):189-192.

[6]高云霞,李沛.儿童腹腔镜急性阑尾炎切除术后粘连性肠梗阻的影响因素及护理[J].黑龙江医学,2024,48(5):608-611.

[7]张文俊.微创手术治疗化脓性急性阑尾炎的效果及对血清细胞因子的影响[J].医学信息,2024,37(5):120-122+127.

[8]陶振洲,李洋,曹广,骆成玉,韩威.腹腔镜技术在普外科急腹症诊断及治疗中的应用价值研究[J].中国医药,2023,18(9):1347-1350.

[9]王一心,李革.小儿急性阑尾炎诊断与治疗的研究进展[J].中国现代医生,2023,61(9):96-98.

[10]田学军,张攻旭,王艳琴.妊娠期急性阑尾炎26例诊治回顾性分析[J].中国临床医生杂志,2023,51(3):355-357.

[11]许豪杰,徐嘉泽,李慧敏,杨鸿国.高位急性阑尾炎的诊断与外科治疗[J].浙江临床医学,2023,25(2):234-235.

[12]沈哲民,孙培龙,蒋森,刘景田,王成.内镜逆行阑尾炎治疗术诊治急性阑尾炎的初步尝试[J].中国临床医学,2021,28(4):614-617.