从急性阑尾炎到复杂肠梗阻的诊断与治疗策略

齐海东

榆树盛安医院, 吉林 榆树 130400

摘要: 急性阑尾炎和复杂性肠梗阻是外科领域中常见的急腹症, 但由于患者的个体差异、病理表现的多样性以及治疗方式的复杂性, 这两类疾病的诊断与治疗存在较大挑战。本文围绕这两种疾病, 从临床症状、诊断手段到治疗策略, 全面梳理了相关研究的最新进展, 并结合实践经验进行了深入分析, 力求为患者管理的改进和优化提供切实可行的参考。

关键词: 急性阑尾炎; 复杂肠梗阻; 诊断; 治疗

Diagnosis and Treatment Strategy from Acute Appendicitis to Complex Intestinal Obstruction

Qi, Haidong

YuShu, ShengAn, HospitalYushu, Yushu, Jilin, 130400, China

Abstract: Acute appendicitis and complicated intestinal obstruction are common acute abdomen in the surgical field. However, due to the individual differences of patients, the diversity of pathological manifestations and the complexity of treatment methods, there are great challenges in the diagnosis and treatment of these two diseases. Focusing on these two diseases, this paper comprehensively combs the latest progress of related research from clinical symptoms, diagnostic methods to treatment strategies, and makes in-depth analysis based on practical experience, in order to provide practical reference for the improvement and optimization of patient management.

Keywords: Acute appendicitis; Complex intestinal obstruction; Diagnosis; Treat

DOI: 10.62639/ssp19.20250201

急性阑尾炎 (acute appendicitis, AA) 是由多种因素引发的急腹症, 临床表现为恶心、呕吐、右下腹痛等, 该病病情发展较快, 如果不及时治疗, 会导致病情恶化, 引发脓毒血症、感染性休克, 部分严重者会死亡。而复杂性肠梗阻则因病因复杂多样、病情严重且致死率较高, 常被视为外科治疗中的难题^[1]。无论是精准的诊断还是针对性的治疗策略, 这两者都对改善患者预后起着至关重要的作用。本文从诊断和治疗的现状入手, 深入分析两类疾病的研究进展, 并结合实践提出思路, 以期临床提供科学的参考与指导。

一、急性阑尾炎的诊断与治疗策略

(一) 急性阑尾炎的诊断进展

急性阑尾炎的诊断依赖于以下几个维度的评估手段:

1. 临床表现: 右下腹的压痛、反跳痛、恶心以及发热等表现, 是最为典型的线索。然而, 这些症状的表现形式可能因患者年龄和生理状况的不同而发生变化^[2]。比如, 在儿童中, 症状往往不典型, 可能表现为弥漫性腹痛或单纯的厌食, 而老年人由于痛觉敏感性降低, 症状轻微甚至不明显。此外, 孕妇因妊娠晚期子宫的增大, 阑尾位置可能上移, 压痛部位亦可能发生变化, 进一步增加了诊断的难度。这些复杂的临床特征意味着, 单靠症状判断可能导致误诊或漏诊, 要求临床医生既要敏锐捕捉到潜在病症的蛛丝马迹, 也

需综合考虑患者的特殊情况。

2. 实验室检查: 白细胞计数的升高, 特别是中性粒细胞比例的增加, 常提示炎症的存在。然而, 白细胞升高并非急性阑尾炎的特异性指标, 在其他感染性疾病中同样可能出现, 这限制了其诊断价值。相比之下, C反应蛋白 (CRP) 的增高则更具参考意义, 尤其是在疾病早期或病情复杂的患者中, CRP 水平的动态变化有助于判断炎症的严重程度。此外, 近年来对炎症标志物的研究逐渐深入, 如特异性趋化因子和细胞因子的应用, 正在为疾病的早期识别开辟新方向。虽然这些标志物目前尚未完全融入常规临床实践, 但其潜力不容忽视, 未来或将成为辅助诊断的可靠工具。

3. 影像学技术: 腹部 CT 因其高敏感性和高特异性, 被广泛认为是急性阑尾炎诊断的“金标准”。通过直接观察到增厚的阑尾壁、肠周炎症表现以及可能的脓肿形成, CT 能够清晰呈现病变的解剖结构。然而, CT 的辐射问题使其在某些患者群体中的应用受到限制。在儿童和孕妇中, 腹部超声因其无辐射、安全性高的特点成为更为适宜的选择。超声不仅可以识别病变阑尾, 还可观察周围的炎性改变, 尤其在经验丰富的操作医师手中, 其诊断准确性可以接近 CT^[3]。此外, 结合床旁超声技术的便捷性, 许多基层医疗单位也能及时提供影像学支持, 大大提升了急性阑尾炎的诊断效率。

(稿件编号: IS-25-1-1002)

作者简介: 齐海东 (1979-), 男, 汉族, 吉林省榆树市, 本科学历, 职称: 主治医师, 研究方向: 临床外科 (普通外科)。

(二) 急性阑尾炎的治疗策略

1. 抗生素治疗: 在急性阑尾炎的治疗中, 抗生素的应用尤其适用于单纯性病例, 已被多个研究证实可以有效缓解炎症、控制感染。对于无法耐受手术或存在显著手术风险的患者, 抗生素治疗提供了一种安全性较高的替代方案。在部分研究中, 这种非手术干预显示出较低的短期并发症发生率。然而, 这种疗法也存在一定局限, 例如复发率较高和长期效果不稳定。因此, 抗生素治疗更适合对手术禁忌明确或患者意愿倾向保守管理的特定群体, 而非普遍适用。临床医生需要充分评估患者个体状况, 结合疾病进展及治疗依从性做出合理决策。

2. 手术治疗: 手术治疗仍是急性阑尾炎的核心干预手段, 特别是在复杂病例和反复发作的患者中, 阑尾切除术被认为是最直接、最有效的方式。近年来, 腹腔镜技术的普及为该手术的执行方式带来了深远影响。腹腔镜阑尾切除术以其创伤小、术后疼痛轻、恢复快等优势逐步取代传统开放式手术, 成为治疗急性阑尾炎的首选方案。然而, 腹腔镜技术也并非在所有患者中都适用, 例如妊娠晚期的孕妇可能因解剖结构变化或手术空间限制而更适合开放式切除^[4]。此外, 对于某些伴有腹腔严重粘连的病例, 开放手术仍然具备技术上的必要性。这表明, 手术方式的选择必须综合考虑患者的具体情况、疾病复杂程度及手术团队的经验。

3. 复杂病例的处理: 在治疗伴发并发症的复杂病例中, 治疗策略通常需要分阶段实施。早期采取抗生素治疗控制全身性炎症反应, 同时辅以经皮穿刺引流以缓解局部感染, 为后续干预创造有利条件。这种分步治疗模式不仅降低了急诊手术的风险, 还为病情稳定提供了时间窗口。待炎症充分缓解后, 再择期进行阑尾切除, 以彻底清除病因, 减少复发的可能性。这样的处理方式特别适合于老年患者或体质较弱的病人, 同时也能有效应对术中意外和术后并发症的发生。这种渐进式管理强调了综合评估与动态调整的重要性, 在复杂病例中展现出独特的价值。

二、复杂性肠梗阻的诊断与治疗策略

(一) 复杂性肠梗阻的诊断进展

复杂性肠梗阻的诊断需要全面整合临床表现、实验室检查及影像学技术:

1. 临床表现: 在这些表现中, 腹痛的特征性变化最具诊断价值。单纯性肠梗阻的腹痛通常呈间歇性绞痛, 而当绞窄性肠梗阻发生时, 疼痛则可能迅速加重并变为持续性, 并常伴随剧烈的恶心和呕吐。此时, 呕吐物可能由胃内容物逐渐转为肠内容物, 提示梗阻部位较低。需要特别关注的是, 随着病情进展, 部分患者可能出现腹膜刺激征, 反映潜在的肠壁缺血或坏死。对于老年人或存在其他基础疾病的患者, 这些典型症状可能较为模糊, 增加了临床判断的难度。因此, 医生必须结合症状的演变和患者的整体情况, 作出

为细致的评估。

2. 血清学指标: 实验室检查在复杂性肠梗阻的诊断中提供了重要的辅助信息。近年来, 血清学指标的研究为判断梗阻的严重程度及绞窄风险带来了新的视角。乳酸脱氢酶(LDH)升高被认为是肠缺血的潜在标志物, 其水平的增高可能提示肠壁缺血或坏死的存在。与此同时, D-二聚体水平的升高也逐渐受到关注, 尤其在绞窄性肠梗阻的预测中具有一定的参考价值^[5]。尽管这些指标并非绝对特异性, 但它们为判断梗阻的复杂程度及可能的病理变化提供了有力的支持。当与临床表现和影像学检查结合时, 这些生化标志物可以帮助临床医生更全面地了解患者的病情, 避免因延误治疗而导致的严重后果。

3. 影像学技术: 影像学检查在复杂性肠梗阻的诊断中具有不可或缺的地位, 多排螺旋CT的应用使梗阻的部位、严重程度及潜在病因能够更直观地呈现出来。CT扫描不仅能够清晰地显示肠腔扩张和梗阻点的位置, 还能揭示肠壁血运状况的具体细节, 帮助医生判断是否存在绞窄或肠坏死的可能性。三维重建技术的引入进一步提高了影像解剖的精确度, 使复杂病例的手术规划更具针对性和可操作性。与传统平片相比, CT在敏感性和特异性方面展现出显著优势, 尤其在识别肠套叠、粘连性梗阻以及恶性肿瘤相关的梗阻时效果更为突出。然而, 对于某些情况下无法进行CT检查的患者, 超声则成为了一种有价值的替代选择, 特别是在肠套叠的诊断中, 超声凭借其高准确性和无辐射的特点, 成为儿童和孕妇等特殊人群的理想工具。随着影像学技术的不断发展, 医生能够获得更全面的病理信息, 为复杂病例的诊断和治疗提供更可靠的依据。

(二) 复杂性肠梗阻的治疗策略

1. 非手术治疗: 复杂性肠梗阻的初始管理往往优先选择非手术治疗, 尤其在单纯性病例中, 保守治疗被视为一种有效且相对安全的策略。这种治疗方式通常包括禁食、胃肠减压以及纠正水电解质和酸碱平衡, 旨在减轻胃肠道的机械负荷, 并改善全身状态。胃肠减压能够有效缓解腹胀和恶心呕吐等症状, 同时降低肠壁张力, 改善局部血供。然而, 保守治疗的成功依赖于对病情的动态监测, 特别是在早期识别绞窄性肠梗阻或肠坏死的风险方面。未能及时判断病情变化可能导致治疗延误, 从而引发不可逆的肠道损害。因此, 对于病情复杂或存在潜在危险信号的患者, 随时准备升级治疗方案尤为重要。

2. 手术治疗: 在保守治疗失败或出现绞窄征象的情况下常采用手术治疗方案。在现代外科技术的发展背景下, 腹腔镜技术的广泛应用为肠梗阻手术带来了显著的优势。腹腔镜手术因创伤小、术后疼痛轻、恢复快等特点, 在单纯性梗阻患者中的应用逐渐普及。然而, 对于由肿瘤、粘连或肠套叠引发的复杂病例, 手术策略需要针对病因进行个性化设计。例如, 粘连性肠梗阻可能需要精细分离粘连, 而肿瘤相关性梗阻则需结合肿

切除或姑息性手术。术式的选择不仅要考虑当前的病理状态, 还需兼顾患者的整体健康状况和长期预后。

3. 多学科管理: 复杂性肠梗阻的管理常涉及多学科协作(MDT), 尤其当患者合并多系统疾病时, 这种协作模式的价值更为显著。外科、内科、放射科、麻醉科以及肿瘤科等多领域的专业团队能够共同评估患者病情, 从不同维度设计更全面的治疗方案。例如, 对于存在心肺功能障碍的患者, 麻醉科医生需评估手术的耐受性, 并提供合适的术中支持, 而放射科医生则可基于影像学分析协助术前规划。此外, 针对肿瘤相关的肠梗阻, 肿瘤科医生能够制定术后放化疗方案, 从而改善整体治疗效果。这种多学科协作模式有助于减少术后并发症, 缩短住院时间, 并提升患者的长期预后, 是现代医学管理复杂疾病的重要体现。

三、急性阑尾炎和复杂肠梗阻的共同挑战与未来展望

(一) 探索生物标志物

急性阑尾炎与复杂性肠梗阻在诊断和治疗过程中, 因其临床表现的多样性以及病情复杂性, 始终面临诸多挑战。影像学虽然在这些疾病的诊断中发挥了重要作用, 但对其的依赖也带来了问题, 如部分患者可能因反复接受高剂量辐射而增加潜在风险。同时, 影像学在某些特殊人群中的应用(如孕妇或儿童)存在局限性, 容易导致诊断不全或延误。此外, 手术时机的选择对疾病预后起着关键作用, 特别是在判断绞窄性肠梗阻或复杂性阑尾炎是否需要紧急干预时, 经验的依赖性较强, 缺乏统一的标准化流程。术后并发症的发生依然是治疗中的难题, 尤其是在老年人或伴随多种基础疾病的患者中。如何克服这些共性挑战, 是未来研究和临床实践需要深思的重要课题。

(二) 人工智能辅助诊断

在诊断方面, 生物标志物的研究正在为改善疾病早期识别提供新的可能性。传统的实验室检查虽然能提示炎症状态, 但特异性和敏感性往往不够理想。未来的研究方向在于寻找更加可靠的分子标志物, 这些标志物能够精准反映疾病的特定病理生理过程。比如, 对于急性阑尾炎, 特异性的炎症因子可能不仅有助于明确诊断, 还能提供疾病严重程度的分级信息。同样, 在复杂性肠梗阻中, 与绞窄或肠缺血相关的标志物(如乳酸或特定趋化因子)的应用或将大幅提高诊断效率。生物标志物的广泛使用不仅可减少对影像学的过度依赖, 还能缩短诊断时间, 帮助医生更早做出治疗决策。

(三) 微创技术优化

未来的技术进步也将为治疗方式带来新的可能性。人工智能技术的快速发展, 使得基于机器学习的辅助诊断工具在医学影像领域表现出显著潜力。这些工具可以快速分析大量影像数据, 帮

助医生更准确地识别病变区域和提示潜在病理学特征。同时, 人工智能技术还能够通过对既往病例数据的深度学习, 提供更为精确的手术规划建议或预后评估。在治疗层面, 微创技术的进一步优化将为患者带来更少的创伤和更快的康复。通过改进手术器械和手术技术, 不仅可以提高复杂手术的可操作性, 还能降低术后感染和并发症的发生率。这些技术的进步, 不仅意味着对疾病治疗更高效、更精准的探索, 也是患者生活质量提高的重要推动力。

四、结论

综上所述, 急性阑尾炎与复杂性肠梗阻的诊断与治疗在医学实践中展现出诸多共性挑战, 也体现了现代医疗技术与科学发展的重要价值。从诊断的多维评估到治疗策略的不断优化, 每一环节都在努力平衡疾病复杂性与患者需求之间的关系。影像学技术、生物标志物以及微创技术的协同发展, 为改善患者预后提供了更多可能性, 但对技术的依赖也提醒我们, 临床判断力和经验的积累始终是不可替代的基石。

反思这些进展的同时, 也需关注尚未被完全解决的问题, 例如标准化手术时机的选择, 术后并发症的进一步控制, 以及对特殊人群(如老年患者和孕妇)的更精准管理。未来研究和临床实践需要更紧密结合, 将技术进步转化为真正贴近患者需求的解决方案。这不仅要求医学工作者深入探索新的理论和技术, 也呼唤多学科间的协作与共鸣, 以更全面、更细致地面对临床复杂性。

在医疗技术日新月异的背景下, 我们有理由期待一个更加精准、高效、以人为本的诊疗未来。对于急性阑尾炎和复杂性肠梗阻的诊断与治疗, 持续的研究和实践创新将为患者带来更多福祉, 同时也为医疗行业树立新的标杆。医学的发展从来不止于应对疾病, 而在于真正关注患者的整体健康与生活质量。

参考文献:

- [1] 史梦奇, 高磊, 吴冲, 刘栋, 刘寒松. 复杂性急性阑尾炎腹腔镜术后并发肠梗阻的影响因素及其预测价值分析[J]. 医学新知, 2024, 34 (05): 523-529.
- [2] 田文博. 急性阑尾炎患者腹腔镜阑尾切除术后发生粘连性肠梗阻的相关因素分析[J]. 河南外科学杂志, 2022, 28 (03): 73-75.
- [3] 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 (05): 608-611.
- [4] 陈彦军, 邓昌俊. 不同手术方式对急性阑尾炎患者炎症指标、疼痛程度及胃肠功能的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (01): 94-97.
- [5] 杨浩伦, 薛建良, 张黎明. 多体位按摩联合中频脉冲电以及超声波治疗急性阑尾炎穿孔术后不完全性肠梗阻一例[J]. 华西医学, 2023, 38 (06): 952-953.