

老年急性阑尾炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E8_80_81_E5_B9_B4_E6_80_A5_E6_c22_301992.htm

名称老年急性阑尾炎
所属科室消化内科病理 在解剖上，回肠从内后侧进入盲肠者占90%，从后方进入盲肠者占8%。回盲瓣是由上唇和下唇组成，而近瓣膜孔处瓣膜唇是由回肠肌肉和粘膜所组成，瓣膜唇并非对称，上唇更为突出，Hunter报道瓣膜下唇有时缺如。

临床表现老年急性阑尾炎有以下特点：1.老年人血管、淋巴管有退行性改变，阑尾粘膜变薄、脂肪浸润和阑尾组织纤维化，加上血管硬化，组织供血相对减少。故阑尾发炎后容易发生坏死穿孔。2.老年人腹肌萎缩反应力低下，症状体征和病理改变不一致。症状体征常较病理改变为轻。腹痛不甚剧烈也不典型。由于对疼痛反应迟钝，其表现可仅有腹胀、恶心，鉴别诊断有时发生困难，轻易误诊。老年人急性阑尾炎往往就诊晚，就诊时多数已坏疽穿孔或已形成脓肿。3.常合并其他重要脏器的病理改变或潜在疾病，而这些疾病又常是致死原因。

老年急性阑尾炎临床表现 老年人急性阑尾炎有时起病症状常不突出，腹痛可逐渐发生而较轻。因此有时缺乏恶心、呕吐和转移性右下腹痛等典型病史，甚至发热也不明显，以致经常就诊较晚，误治情况也常发生。阑尾穿孔后能局限形成肿块者，一般预后较好，但穿孔后形成腹膜炎甚至出现肠麻痹或出现中毒症状者，表示炎症较剧，病情凶险，往往预后较差。辅助检查 钡剂造影显示的充盈缺损取决于瓣膜的解剖和回肠进入盲肠入口处的情况。前后位显现出玫瑰花瓣状，侧位呈epsilon.形，切线位正常情况可见回

盲交界处出现对称充盈缺损，而脱垂者表现为完整的圆形充盈缺损，当证实钡剂布满回盲瓣区前，不宜行空气对比X线造影。诊断一般诊断不难，但就诊较晚症状不典型者可发生误诊。因此，首先应具体询问病史，抓住与疾病特点有关病史，注重腹痛确切发病时间、部位、性质、转移时间、腹痛伴发症状等。在作出阑尾炎诊断前，还必须排除与之易于混淆的疾病，如溃疡病、胆囊炎、绞窄性肠梗阻等。其次，全面体检应做到认真细致，注重老年人体征反应较稍微、腹壁松弛、腹壁需手术治疗，预后良好。治疗在治疗上，当不能除外恶性肿瘤时，行剖腹探查。一般除瓣膜有严重恶性肿瘤时，行剖腹探查。一般除瓣膜有严重的解剖异常或伴有肠大量出血外不行切除手术，可将脱垂的回肠粘膜通过盲肠切口进行复位。本综合征为一种良性病变，预后良好。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com