

小儿急性阑尾炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E6_80_A5_E6_c22_308653.htm 名称小儿急性阑尾炎

所属科室儿科临床表现1.腹痛 由于病史询问和叙述困难，常得不到典型的转移性腹痛的病史，腹痛范围较广泛，且有时腹痛不是首发症状。2.消化道症状 常明显而突出。呕吐常为首发症状，呕吐程度较重，持续时间也长，可因大量呕吐，不能进食而产生脱水和酸中毒。有时可出现腹泻，大便秘结者少见。腹泻为肠道炎症刺激肠蠕动过快所致。3.全身症状较严重，发热出现早，可达39~40℃，甚至出现寒战、高热、惊厥、抽搐，这是由于幼儿体温中枢不稳定和炎症反应剧烈的缘故。4.压痛和肌紧张 压痛点多在麦氏点上方。婴幼儿盲肠位置高和活动性大，其压痛点偏内上方，小儿腹壁薄，又欠合作，不易判定有无肌紧张。应耐心、轻柔和仔细检查，并上下、左右进行对比检查。5.腹胀和肠鸣音减弱 由于早期腹膜渗出，胃肠道功能受到抑制，因而腹胀和肠鸣音减弱表现较为突出。6.上呼吸道症状 小儿上呼吸道感染发病率较高，这些疾病可能是小儿急性阑尾炎的发病诱因。因此，小儿常先有上呼吸道疾病，再有急性阑尾炎的临床表现。小儿急性阑尾炎有以下特点：1.小儿机体防御能力弱由于体液免疫功能的不足，补体缺乏和中性粒细胞吞噬作用差，再加之体温调节功能不稳定。因而，轻易出现高热，白细胞升高较成人明显，中毒症状也较严重。2.较大的儿童急性阑尾炎的临床症状和成人相似6岁以下的婴幼儿常缺乏典型的转移性右下腹疼痛的症状，腹痛和痛部体征往往也不固定，故临床误

诊率高，有报告达63%。3.化脓、穿孔块 小儿阑尾淋巴组织丰富，阑尾壁很薄，肌层组织少，发炎后淋巴水肿严重，可造成阑尾腔梗阻，血运障碍，故轻易穿孔。年龄越小，穿孔发生率越高，穿孔后多形成弥漫性腹膜炎，且难于粘连形成局限性脓肿，这是由于大网膜发育不全，穿孔过快所致。化脓型阑尾炎在发病14~24h均可发生穿孔。诊断6岁以上较大的儿童可自诉腹痛部位和性质，配合医生作体格检查，诊断较轻易。而年龄小不能准确表达腹痛性质和配合体检，诊断则存在一定困难。在诊断中注重以下几点：1.小儿发热、腹痛即应考虑到阑尾炎的可能，应做必要的检查和观察。不能除外阑尾炎的患儿应留住院严密观察。当患儿入睡时边摇摆边轻拍患儿身体，如表示抗拒或哭啼时应提高警惕，反复进行检查。2.腹部体征在诊断上有较大价值。假如反复检查均可发现右下腹有明显压痛，则对确诊很有价值。3.***指检对鉴别肠炎、痢疾、肠套叠有实际价值，在诊断中不能从简。鉴别诊断在鉴别诊断中，要非凡注重与急性胃肠炎、肠蛔虫症、肠套叠、痢疾、急性肠系膜淋巴结炎、原发性腹膜炎和美克耳憩室炎等相鉴别。治疗鉴于小儿急性阑尾炎一些特点，要求早期诊断和及时治疗，并且要恰当选择适应症。1.卡他性或早期轻型化脓性阑尾炎，发病时间短可先保守治疗。2.阑尾包块和阑尾四周脓肿，原则上宜采用非手术疗法。3.重型化脓性阑尾炎和坏疽性阑尾炎宜行手术治疗。4.梗阻性阑尾炎（包括粪石、蛔虫、粘连狭窄）宜选手术治疗。5.阑尾穿孔性腹膜炎应及时进行手术治疗。对婴幼儿蛔虫性阑尾炎及异位阑尾炎等非凡类型的患者，手术指征应放宽。术前预备包括应用抗生素和输液，对发病48h左右的患儿术前估计脱

水程度，有无酸中毒及低血钾症状，经过2~4小时针对性处理后再手术。手术切口采用麦氏切口。对压痛部位偏离麦氏点者，可选在压痛最明显的部位，对伴有弥漫性腹膜炎及粘连性肠梗阻者，多选右下腹探查切口。国内部分儿童医院医师主张阑尾残端用电灼处理而不作荷包缝合，但效果和荷包缝合处理无明显差异。腹腔引流指征较成人要放宽。弥漫性腹膜炎，阑尾四周脓肿，阑尾残端处理欠可靠者应置香烟引流。对阑尾四周脓肿患儿入院后应严密观察症状、体征、并行实验室及B型超声检查。病情进展者应即手术治疗。手术以引流为目的。如坏疽性阑尾炎、蛔虫及粪石等包裹粘连不明显应以清除，但应避免暴力分离粘连。未予切除阑尾的患儿，半年后常规切除阑尾。并发腹膜炎的患儿半数以上有革兰氏阴性杆菌及厌氧菌混合感染，可选用氨苄青霉素、庆大霉素及甲硝唑。对中毒症状较重者可选用丁胺卡那霉素或头孢类抗生素。对病程长的重症患儿，术后注重纠正失水、酸中毒及低血钾。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