



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2022.10.017
http://dx.doi.org/10.7659/j.issn.1005-6947.2022.10.017
Chinese Journal of General Surgery, 2022, 31(10):1402-1404.

· 简要论著 ·

急性阑尾憩室炎2例报告并文献复习

廖小燕, 肖海清

(湖南省长沙市第三医院 放射影像科, 湖南 长沙 410004)

摘要

背景与目的: 急性阑尾憩室炎很少见, 在临床和放射影像学表现上难以区分, 极易误诊, 且目前有关该病的报道较少, 笔者报告2例临床上较少见的急性阑尾憩室炎, 旨在提高临床医师及影像医师对急性阑尾憩室炎的认识。

方法: 回顾性分析2例急性阑尾憩室炎患者的诊疗经过, 并对相关文献进行复习。

结果: 2例急性阑尾憩室炎病例腹部B超均表现为阑尾增粗, CT平扫均表现为阑尾增粗, 边缘少许渗出, 其内充满液性密度影, 其中1例阑尾远端见多发突出阑尾腔外囊带状结构。病理结果: 1例为急性阑尾憩室炎并急性蜂窝织炎性阑尾炎; 另1例为阑尾急性蜂窝织炎性阑尾炎并阑尾周围炎、阑尾憩室形成。2例均经手术证实并治愈。

结论: 在怀疑阑尾病变导致腹痛患者的诊断治疗中, 应结合临床及影像资料考虑到阑尾憩室并憩室炎的可能, 一旦发现阑尾憩室, 首选阑尾切除术, 即保守治疗患者宜手术治疗, 已考虑手术治疗的患者, 应及早手术, 避免延误诊治而导致阑尾穿孔。

关键词

阑尾; 憩室炎; 阑尾切除术; 阑尾穿孔

中图分类号: R656.8

阑尾憩室病在1893年最早被报道, 随后在1923年有了更深入的研究^[1]。大多数阑尾憩室是在阑尾手术中偶然发现, 发病率低于2.1%^[1-2]。近年来, 报道^[3]发现阑尾憩室炎的发病率上升至4.8%, 这可能与阑尾切除标本大体检查的仔细程度相关。文献^[1,3-5]报道显示, 急性阑尾憩室炎发病年龄平均约在39~53岁, 以男性多见。急性阑尾憩室炎与急性阑尾炎在临床和放射影像学表现上难以区分, 极易误诊。截止目前, 中国知网及万方数据库中有关急性阑尾憩室炎的报道不足100例, 本报告2例湖南省长沙市第三医院收治的急性阑尾憩室炎病例, 旨在增加临床医师及影像医师对急性阑尾憩室炎的认识, 避免延误诊治。

1 病例报告

患者1 男, 41岁。因“转移性右下腹疼痛3 d”就诊, 患者主诉腹痛呈持续性隐痛不适, 无特殊缓解因素, 伴恶心, 无呕吐, 无胸闷气促, 伴发热, 体温37.9℃。体格检查: 腹软, 右下腹压痛(+), 反跳痛(+), 肝脾肋下未扪及, 移动性浊音阴性, 肠鸣音3~4次/min。腹部B超提示: 右下腹阑尾区声像改变, 考虑阑尾炎穿孔可能。腹部CT表现: 阑尾不规则增粗, 边缘模糊, 最粗处约1.8 cm, 其内充满液性密度影, 阑尾远端见多发突出阑尾腔外囊袋状结构, 阑尾周缘无明显气体, 回盲部见较多液性渗出(图1A)。术中探查见右下腹腔有40 mL黄色浑浊性液体, 升结肠与部分回肠粘连, 阑尾位于盲肠右侧位, 与侧腹壁粘连, 见阑尾大小约1 cm×6 cm, 表面炎症充血水肿, 可见脓胎附着, 中段已坏疽, 可见约0.5 cm×0.5 cm穿孔, 可见肠内容物流出。病理结果: 阑尾憩室病并急性蜂窝织炎性阑尾炎(图1B)。

收稿日期: 2022-03-22; 修订日期: 2022-09-17。

作者简介: 廖小燕, 湖南省长沙市第三医院主治医师, 主要从事放射影像腹部及肺部方面的研究。

通信作者: 肖海清, Email: xhqu571@163.com

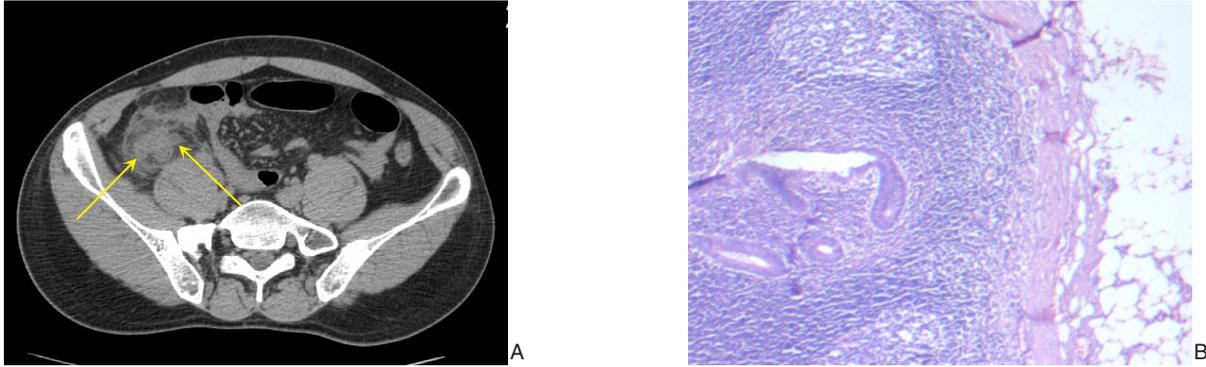


图 1 患者 1 影像及病理结果 A: 阑尾增粗, 周围脂肪间隙浑浊, 见多发条絮状渗出灶; 阑尾远端见多发突出阑尾腔外囊袋状结构, 其内充满液体 (箭头所示); B: 可见憩室由黏膜、黏膜下层、浆膜组成, 缺乏固有肌层 (HE×40)

患者 2 男, 26 岁。因“无明显诱因出现脐周疼痛 4 h”入院, 自诉腹痛呈脐周持续性隐痛不适, 无特殊缓解因素, 伴恶心、无呕吐, 无畏寒发热等不适, 既往体健。体格检查: 腹软, 脐周、右下腹压痛 (+), 反跳痛 (+), 肝脾肋下未扪及, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 3~4 次/min。腹部 B 超提示右下腹阑尾区可见弯曲管状结构, 长约 54 mm, 远段较粗约 8 mm。腹部 CT 表现: 阑尾不规则增粗, 最粗处约 1 cm, 阑尾内充满液性密度影, 其

远端见点状高密度影, 约 2 mm×2 mm, 回盲部见少许渗出 (图 2A)。术中见大网膜与腹壁粘连, 电凝钩分离粘连, 沿升结肠结肠带于回盲部找到阑尾, 阑尾位于盲肠右侧位, 与侧腹壁粘连, 见阑尾尖端有大小约 2 cm×3 cm 大小肿物, 质硬, 活动度可, 表面炎症充血水肿, 未见明显穿孔。病理结果: 阑尾急性蜂窝织炎性阑尾炎并阑尾周围炎, 并阑尾憩室形成, 周围脂肪包裹 (图 2B)。

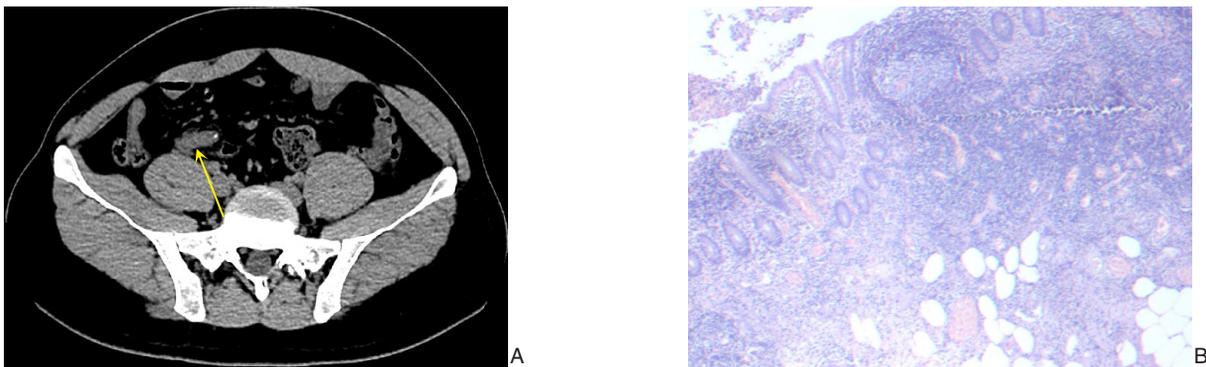


图 2 患者 2 影像及病理结果 A: 阑尾增粗, 其内见液体积聚, 远端见粪石, 周围脂肪间隙稍浑浊, 阑尾远端见脂肪包裹 (箭头所示); B: 可见缺乏固有肌层的阑尾憩室, 周围脂肪包裹 (HE×40)

2 讨论

美国胃肠病学协会关于急性阑尾憩室炎的指南将其定义为单个或多个憩室有临床证据的肉眼可见的炎症^[6]。阑尾憩室分先天性、后天性和真性、假性。阑尾憩室绝大多数是假性憩室, 真性憩室非常少见。先天性憩室是真性憩室, 包含阑尾壁的各层, 包括黏膜、黏膜下层、肌层、浆膜。后天性憩室多是假性憩室, 没有肌层, 憩室壁相对薄, 容易发生穿孔。阑尾憩室一般发生在阑尾

远端 1/3 处, 表现为管壁局限性膨出, 呈圆形或指状突起; 多发者呈串珠状改变, 直径多为 2~5 mm; 也可呈囊腔样改变, 直径约 1~3 cm。阑尾憩室炎可导致多种并发症, 其中最常见和最严重的并发症是穿孔。阑尾炎合并憩室炎的穿孔率 (27%) 高于单纯阑尾炎 (6.6%)^[7-9], 这可能是由于保护性肌壁的缺失和临床诊断的延迟, 增加了穿孔的几率。

阑尾憩室炎与典型的急性阑尾炎症状略有不同。本病的疼痛起始位于右下腹, 不同于典型的阑尾炎起始疼痛位于脐周, 再转移至右下腹。阑

尾憩室炎一般无恶心和呕吐，肠道症状也不多见，患者很少出现厌食，但这些症状的差别因人而异，有时很难辨别。

阑尾憩室炎伴多发性憩室的CT表现于2004年首次报道^[10]。阑尾憩室被认为是阑尾憩室炎最重要的CT诊断征象。阑尾憩室影像CT表现为阑尾局限性囊状突起，其内含液体或气体，周围有或无明显渗出。阑尾憩室炎与阑尾炎最根本的区别在于前者有阑尾憩室的存在，另一个区别为两者病灶中心不同：阑尾憩室炎以憩室为中心，急性阑尾炎以阑尾为中心；但当患者病情严重或者渗出较多，累及整个阑尾或者回盲部时，两者难以区分。同时阑尾憩室非常容易穿孔，故当腹痛患者怀疑阑尾病变行CT扫描时，放射科医生应尽可能指出是否合并憩室，提示有无阑尾憩室炎的可能，以便临床医生选择合适的治疗方案。

阑尾性憩室炎与急性阑尾炎在临床和放射学上一直难以区分，临床的假象和消化道症状的缺乏及临床医生经验的不足容易使医生忽略阑尾憩室及憩室炎，或常被误诊为急性阑尾炎。对于急性阑尾憩室炎或偶然发现的阑尾憩室，首选腹腔镜下阑尾切除术^[11]。有研究^[12]表明，阑尾憩室会增加阑尾肿瘤的发生几率，包括类癌、腺癌和黏液腺瘤（腹膜假性黏液瘤）等，这也体现了阑尾切除的必要性。由于阑尾炎合并憩室的早期穿孔率很高，所以一旦发现阑尾憩室，应尽快手术，避免因延误诊治导致阑尾穿孔、腹膜炎等并发症的发生。

综上所述，阑尾憩室因保护性肌层的缺失，阑尾炎合并憩室的早期穿孔率明显高于单纯阑尾炎，故术前放射影像学检查应仔细诊断。一旦发现阑尾憩室，首选阑尾切除术，即保守治疗患者宜手术治疗，已考虑手术治疗的，应及早手术，以减少阑尾穿孔及腹膜炎的风险。若剖腹探查发现阑尾憩室，即使没有炎症，也宜手术切除。

利益冲突：所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

[1] Abdullgaffar B. Diverticulosis and diverticulitis of the appendix[J]. *Int J Surg Pathol*, 2009, 17(3): 231-237. doi: 10.1177/1066896909332728.

- [2] Dupre MP, Jadavji I, Matshes E, et al. Diverticular disease of the vermiform appendix: a diagnostic clue to underlying appendiceal neoplasm[J]. *Hum Pathol*, 2008, 39(12):1823-1826. doi: 10.1016/j.humpath.2008.06.001.
- [3] Pasaoglu E, Leblebici C, Okcu O, et al. The relationship between diverticula and low-grade mucinous neoplasm of the appendix. Does the diverticulum play a role in the development of periappendicular mucin deposition or pseudomyxoma peritonei? [J]. *Pol J Pathol*, 2016, 67(4):376-383. doi: 10.5114/pjp.2016.62829.
- [4] Lowes H, Rowaiye B, Carr NJ, et al. Complicated appendiceal diverticulosis versus low-grade appendiceal mucinous neoplasms: a major diagnostic dilemma[J]. *Histopathology*, 2019, 75(4): 478-485. doi: 10.1111/his.13931.
- [5] Altmeier WA. Diverticulitis of the vermiform appendix[J]. *Am J Surg*, 1945, 70(2):258-260. doi: 10.1016/0002-9610(45)90222-4.
- [6] Stollman N, Smalley W, Hirano I, et al. American gastroenterological association institute guideline on the management of acute diverticulitis[J]. *Gastroenterology*, 2015, 149(7):1944-1949. doi: 10.1053/j.gastro.2015.10.003.
- [7] Place RJ, Simmang CL, Huber PJ Jr. Appendiceal diverticulitis[J]. *South Med J*, 2000, 93(1):76-79.
- [8] Trollope ML, Lindenauer SM. Diverticulosis of the appendix: a collective review[J]. *Dis Colon Rectum*, 1974, 17(2):200-218. doi: 10.1007/BF02588104.
- [9] Wetzig NR. Diverticulosis of the vermiform appendix[J]. *Med J Aust*, 1986, 145(9): 464-465. doi: 10.5694/j.1326-5377.1986.tb113876.x.
- [10] Friedlich M, Malik N, Lecompte M, et al. Diverticulitis of the appendix[J]. *Can J Surg*, 2004, 47(2):146-147.
- [11] Onafowokan OO, Khairat A, Bonatti HJR. Appendiceal diverticulitis in a young female diagnosed on pathology after laparoscopic appendectomy for acute appendicitis[J]. *Case Rep Med*, 2021, 2021:2508956. doi: 10.1155/2021/2508956.
- [12] Ng JL, Wong SL, Mathew R. Appendiceal diverticulosis: a harbinger of underlying primary appendiceal adenocarcinoma?[J]. *J Gastrointest Oncol*, 2018, 9(2):E1-5. doi: 10.21037/jgo.2017.08.18.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式：廖小燕, 肖海清. 急性阑尾憩室炎2例报告并文献复习[J]. *中国普通外科杂志*, 2022, 31(10):1402-1404. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2022.10.017

Cite this article as: Liao XY, Xiao HQ. Diagnosis and treatment of 2 cases of acute appendiceal diverticulitis and literature review[J]. *Chin J Gen Surg*, 2022, 31(10):1402-1404. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2022.10.017