

经验交流

小儿急性阑尾炎误诊原因分析

倪美良,许凤鸣

(长兴县人民医院,浙江 长兴 313100)

[中图分类号] R656.8 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2002)06-0543-02

急性阑尾炎是小儿最常见的急腹症,以5~12岁为多见。由于小儿生理、病理、解剖方面的特点,误诊率较成人为高,本文报道我院儿科自1984年4月至2001年12月因误诊收住儿科后转外科手术确诊为急性阑尾炎的病例50例。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组50例中,男32例,女18例,年龄1~6月4例。7~12月7例,1~3岁13例,3~6岁15例,6~12岁11例。本组病人发病至就诊最短6h,最长12d,平均2.3d。临床表现及症状体征见表1。

表1 小儿阑尾炎临床症状及体征

症状与体征	例数	(%)
腹痛哭闹	46	(92)
发热		
高热	9	(18)
中低热	38	(76)
呕吐	39	(78)
腹泻	12	(24)
腹胀	8	(16)
便秘	2	(4)
白细胞增多	44	(88)
尿频尿急	8	(16)
尿液改变	5	(10)

1.2 误诊疾病

全组首诊误诊50例中,误诊病种例数最多为上感,其次为肠系膜淋巴结炎、急性胃肠炎。误诊病种

见表2。

表2 误诊病种及例数

误诊病种	例数
上感	18
急性胃肠炎	9
肠系膜淋巴结炎	12
菌痢	2
坏死性小肠炎	1
肠梗阻	4
肠套叠	1
消化功能紊乱	1
尿路感染	2
合计	50

2 结果

50例患儿全部转外科手术治疗,其中行阑尾切除术44例,阑尾周围脓肿切开引流术6例。全部痊愈出院。

3 讨论

误诊原因分析:上感与阑尾炎有因果关系,部分患儿是在上感的基础上并发了阑尾炎。本组部分患儿一开始就是阑尾炎,因表现为哭吵发热,忽视了腹部体征,而误诊为上感。有的患儿上感与阑尾炎并存,临床只注意到了上感而忽视了阑尾炎。

消化道症状及消化不良:小儿阑尾炎消化道症状明显,呕吐系由阑尾炎症刺激腹腔神经丛,引起的反射性呕吐。小儿盲肠游动度大,阑尾长度较成人

[收稿日期] 2002-07-25; [修回日期] 2002-10-14
[作者简介] 倪美良(1961-),男,大学,副主任医师。

长,故在腹腔占体积相对大,当阑尾发炎时,刺激了直肠壁及盆腔,或盆腔炎性渗液、脓肿,直接刺激直肠壁导致刺激性腹泻。部分患儿开始是肠炎或消化不良,胃肠机能发生障碍,使阑尾肌层和血管发生反射性痉挛致血运障碍,利于细菌侵入,导致了阑尾炎症,两者亦为因果。

肠系膜淋巴结炎:误诊多为询问病史及体检不仔细。一般而言,急性肠系膜淋巴结炎常先有或同时有发热、上呼吸道感染症状,以后出现右下腹或脐周持续性或间歇性钝痛。可无固定性压痛或压痛范围较大且稍近脐部,当在左侧卧位时,压痛点向左侧移位,无肌紧张。白细胞计数增加不显著。

对提高诊断准确率的体会:对有发热、腹痛或异常哭闹,呕吐的患儿,经短时间治疗及密切观察,无缓解征象,就考虑到本病。典型的阑尾炎三联征由腹痛、呕吐、发热组成,症状的顺序为腹痛先于呕吐与发热,此是与其它感染性肠炎重要的鉴别点^[1]。

体检时应注意观察其姿态及体态,患阑尾炎的儿童行走常有试探感并且很慢,弓身费力向前挪步,儿童多用手护着右下腹,勉强爬上检查床。大多喜身体屈曲,右侧卧位;小儿本以腹式呼吸为主,但阑尾炎患儿,则腹式呼吸明显减弱,双侧腹部呼吸动度不对称,右侧腹部向外隆突度变小;检查者双手同时置患儿双侧下腹部,由浅入深触诊,患儿则奋力推开

在右下腹检查的手或面部表情痛苦及哭声异常;不典型病例,有时可通过叩诊确定疼痛的部位与范围。

肛门指诊为常用检查手段,儿内科医生也应掌握。阑尾炎患儿直肠温度明显增高,右侧灼热感及痛觉敏感。

近年来B超诊断阑尾炎已成为重要的辅助手段^[2],本组B超检查18例,诊断为阑尾炎13例,符合率达72%。B超对于阑尾脓肿的诊断价值很大,优于其它影像学检查。

腹腔穿刺在阑尾炎诊断中有一定的意义,是确定阑尾炎或对不典型病例进行鉴别诊断的重要手段^[3]。穿刺点常选在麦氏点部位,穿刺液有大量脓球或涂片找到革兰阴性菌可提示诊断。本组有12例通过外科会诊行腹腔穿刺,11例得到提示,符合率91.7%。

[参 考 文 献]

- [1] 陈荣华主译. 尼尔逊儿科学 [M]. 第15版. 西安:世界图书出版社,1999, 1608 - 1611.
- [2] 于鼎. B超在小儿急性阑尾炎诊治中的应用 [J]. 中华小儿外科杂志,1998, 17(4): 243 - 244.
- [3] 卢竟. 儿科疾病误诊治疗与防范 [M]. 北京:科学文献出版社,2001, 419 - 429.

(本文编辑:吉耕中)