

· 临床经验 ·

小儿急性阑尾炎的误诊分析

孙建华, 曹丽芳

(湖州市中医院儿科, 浙江 湖州 313000)

[中图分类号] R656.8 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2009)05-0410-02

小儿急性阑尾炎是小儿外科常见急腹症之一, 发病初期至儿内科就诊的占绝大多数, 且由于其年龄、解剖生理特点等特殊性和复杂性, 误诊和出现并发症的几率较高, 故对于儿科尤其是儿内科医师来说, 只有做到早期诊断, 才能不延误患儿的最佳治疗时机。现收集整理我科 2007 年 1 月至 2008 年 6 月经 CT 和 B 超等辅助检查, 且有完整临床资料并得到我院外科手术、病理证实的急性阑尾炎患儿 67 例, 并作一回顾性研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 67 例中, 男 36 例, 女 31 例, 年龄 13 个月至 14 岁, 其中 ≤3 岁 13 例, 4 岁 ~ 35 例, 10 ~ 14 岁 19 例。发病到就诊时间为 2 h 至 3 d, 手术时间为入院后 30 min 至 5 d, 住院时间 7 ~ 14 d。

1.2 临床表现

有典型的转移性右下腹痛 13 例, 固定性右下腹痛 5 例, 全腹痛 15 例, 发热 52 例, 高热惊厥 3 例, 其他症状如咳嗽、腹泻、腹胀、呕吐、肛门停排气排便等为主要症状的 31 例。

1.3 辅助检查

血常规 WBC (11.0 ~ 24.0) × 10⁹/L, N 0.72 ~ 0.91, CRP 20 ~ 160 mg/L 不等。B 超提示阑尾炎的 60 例, CT 提示阑尾改变 3 例。诊断性腹腔穿刺 4 例。

1.4 治疗方法

在门诊及入院后常规补液、纠正水电解质失衡、抗感染治疗, 经完善辅助检查并经外科医师协助诊治, 明确为急性阑尾炎后即转外科手术治疗。

1.5 结果

入院后 36 h 以内未及时确诊急性阑尾炎的总计 27 例, 按年龄段有明显差异: ≤3 岁高达 62%, 4 ~ 9 岁达 40%, 10 ~ 14 岁仅占 26%。

2 讨论

学龄前儿童中, 术前阑尾穿孔率高达 30% ~ 60%^[1]。在阑尾炎的自然病程中, 从症状出现到穿孔大约需要 36 ~ 48 h, 诊断时间超过此上限, 穿孔发生率将超过 65%^[2]。又因小儿阑尾炎的症状及体征不典型, 故极易造成误诊。

成人阑尾炎与小儿阑尾炎相比, 容易诊断, 多具有典型的转移性右下腹痛及其他伴随症状, 而且体检配合, 麦氏点压痛、反跳痛多数明显, B 超等辅助检查也有助于确诊。小儿则不然, 年龄越小, 症状越不典型, 尤其是 3 岁以内的患儿。

总结上述病例资料, 尤其是早期未能得到及时确诊的病例, 笔者以 3 d 为界限, 以超过 3 d 未能及时确诊算作误诊, 误诊的原因归纳分析如下。

①体检不仔细。小儿主诉能力不够, 尤其是 3 岁以内的小儿, 症状不典型, 体检欠合作, 初诊时医生容易忽视腹部的细致检查, 早期不易发现腹部异常体征, 进而造成漏诊。②辅助检查不完善。对症状不典型的小儿, 如果初诊医师考虑诊断不够全面, 又没能及时完善诸如血常规、CRP、B 超、CT、腹部平片等辅助检查, 易误诊。若白细胞及 CRP 增高明显, 即使临床症状不典型, 也可早期做腹部 B 超、腹部平片等排查。目前我科已将 CRP 纳入门诊常规检查。③先入为主。任何疾病诸如肺炎等都可能合并阑尾炎同时出现, 若患儿腹痛不明显, 接诊医生又先入为主, 询问病史不够仔细, 体检有偏倚或侧重,

[收稿日期] 2008-09-24; [修回日期] 2008-11-17
[作者简介] 孙建华, 女, 硕士研究生, 主治医师。主攻方向: 小儿内科急诊、小儿肾脏病研究。

不重视甚至是忽略腹部检查,则有可能造成漏诊。④科室间的沟通协作不足。疾病在诊断未明确之前,接诊医生需全面考虑各种诊断结果,并及时与相关科室沟通协作,达到早期诊断和妥善治疗。⑤过度依赖辅助检查。疾病的诊断需综合临床及实验室辅助检查两方面才能明确。若临床高度怀疑阑尾炎,WBC 及 CRP 也明显增高,B 超却未提示,则不应轻易排除阑尾炎的诊断。因为 B 超结果与操作者经验密切相关,存在着一定比例的假阳性或假阴性,即使是经验丰富的 B 超专家,诊断的正确率仅达 93%^[3]。此时应反复仔细检查,并动态观察病情变化,及时复查 B 超,同时应请外科医师协助诊治,短期内反复对比观察可以降低误诊率^[4]。⑥其他因素。若早期临床症状及体征不典型,家长考虑经济原因等,省略了早期的常规血检及 B 超检查,易致误诊;个别患儿及家长对医生信任不足,不遵从医嘱,甚至拒绝某些相关检查,导致误诊。

综上所述,若要尽量减少阑尾炎的误诊,提高早期诊断的准确率,首先应该取得患儿及家长的信任和积极配合,判断病情时要考虑全面。其次,体检要

仔细,及时完善相关辅助检查,加强科室间的协作,诊断未明确时,尚需要动态观察病人的病情变化^[5,6]。

[参 考 文 献]

[1] Graham JM, Pokorny WJ, Harberg FJ. Acute appendicitis in pre-school age children[J]. Am J Surg, 1980, 139(2):247-250.

[2] Hartman GE. Acute appendicitis[M].//Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996, 1109-1111.

[3] 余世耀,施诚仁,潘伟华,王俊,沈涤华,张弛,等. 儿童急性阑尾炎若干临床问题 20 年回顾分析[J]. 中华小儿外科杂志, 2004,25(2):112-115.

[4] 刘文英,俞松,唐耘慢,魏艇,王永刚,胡廷泽,等. 小儿急性阑尾炎的诊治体会[J]. 中华小儿外科杂志,2004,25(2):116-118.

[5] 倪美良,许凤鸣. 小儿急性阑尾炎误诊原因分析[J]. 中国当代儿科杂志,2002,4(6):543-544.

[6] 高中秋,邱海航,马小静. 右足跟试验对小儿急性阑尾炎诊断价值的探讨[J]. 中国当代儿科杂志,2003,5(1):73.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

肺吸虫病早期误诊为结核病 1 例

施旭来,叶秀云,林忠东

(温州医学院附属育英儿童医院,浙江 温州 325027)

[中图分类号] R383.2+3 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2009)05-0411-02

患儿,男,9 岁,因胸痛 2 月,咳嗽 1 周,头痛、呕吐 1 d 收住本院。咳嗽、咳痰不明显,无气促,活动无受限。近半月有低热、盗汗,食欲下降,并进行性消瘦、精神萎软、乏力、嗜睡。曾在当地医院使用头孢三嗪后病情继续加重。未接种卡介苗,否认结核接触史。4 年前有生食溪蟹史。入院查体:T 38.4℃,嗜睡状,消瘦貌,未见卡疤,全身浅表淋巴结未及肿大,呼吸平稳,两肺呼吸音粗,右肺呼吸音偏低,未闻及啰音,可闻及胸膜摩擦音,心音尚可,未闻及病理性杂音。腹软,肝肋下 1.0 cm,脾未及,移动性浊音(-)。四肢肌力、肌张力正常,颈抗(-),克氏征,布氏征均阴性,双侧巴彬氏征阴性。入院后查血

常规 WBC $9.22 \times 10^9/L$,N 0.46, Eos 0.168, HGB 104 g/L,PLT $326 \times 10^9/L$;胸水常规:黄色,混浊,WBC $390 \times 10^6/L$,RBC $150 \times 10^6/L$,N 0.12, L 0.66,间皮细胞 0.200, Eos 0.020,李凡他试验(+),蛋白 57 g/L,细菌未找到。脑脊液检查压力 200 mmH₂O, WBC $600 \times 10^6/L$,RBC $12\ 000 \times 10^6/L$,N 0.70, L 0.29, Eos 0.01,糖 >2.28 mmol/L,氯化物 126.0 mmol/L,蛋白 0.5 g/L,未找到抗酸杆菌。凝血功能、生化、电解质均在正常范围。CRP 4.54 mg/L,ESR 49 mm/h。头颅 CT 示右顶、枕叶出血破入脑室。头颅 MRI 示右侧顶叶占位伴出血。胸片示双侧胸腔积液,右侧为著。其父母胸片:(-)。心脏多普勒超声:心包

[收稿日期]2008-11-06;[修回日期]2008-12-24
[作者简介]施旭来,男,硕士,主治医师。主攻方向:小儿神经内科疾病。