

# 其他急腹症误诊为急性阑尾炎原因分析及对策

史帅

(徐州新健康医院 江苏徐州 221000)

**【摘要】**目的:探讨其他急腹症误诊为急性阑尾炎原因,并结合具体原因制定针对性管理措施。方法:选择2024年5月~2025年5月医院收治的50例急性阑尾炎患者研究,统计误诊为其他急腹症例数,并分析具体原因,继而制定针对性策略。结果:50例急性阑尾炎患者中8例为误诊病例,具体原因为疾病本身特点、医生因素、患者因素、医疗环境因素( $P<0.05$ )。结论:其他急腹症误诊为急性阑尾炎原因较为复杂,需要结合具体原因进行针对性管理,达到降低误诊率的目的。

**【关键词】**其他急腹症;误诊;急性阑尾炎;原因;对策

Analysis and Countermeasures of Misdiagnosis of Other Acute Abdomen as Acute Appendicitis

Shi Shuai

(Xuzhou New Health Hospital, Jiangsu Xuzhou 221000)

**[Abstract]** Objective: To explore the causes of misdiagnosis of other acute abdominal diseases as acute appendicitis, and to develop targeted management measures based on specific reasons. Method: A study was conducted on 50 patients with acute appendicitis admitted to the hospital from May 2024 to May 2025. The number of cases misdiagnosed as other acute abdominal conditions was counted, and the specific reasons were analyzed to develop targeted strategies. Result: Among the 50 patients with acute appendicitis, 8 were misdiagnosed due to the characteristics of the disease itself, doctor factors, patient factors, and medical environment factors ( $P<0.05$ ). Conclusion: The misdiagnosis of other acute abdominal diseases as acute appendicitis is more complex and requires targeted management based on specific reasons to achieve the goal of reducing misdiagnosis rates.

**[Key words]** other acute abdominal diseases; Misdiagnosis; Acute appendicitis; reason; countermeasure

急性阑尾炎作为临床最常见急腹症之一,典型表现为转移性右下腹痛及麦氏点压痛/反跳痛,临床多选择手术治疗,但其早期症状不典型性,且与其他急腹症高度相似性,导致临床误诊率较高<sup>[1]</sup>。统计显示,其他疾病误诊为急性阑尾炎的比例达3.18% 更高水平,不仅增加患者痛苦,还可引发严重并发症,因此需要及早对误诊原因进行分析,继而制定针对性干预措施,达到降低误诊率的目的<sup>[2]</sup>。本文选择2024年5月~2025年5月医院收治的50例急性阑尾炎患者研究,具体原因分析与对策描述如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2024年5月~2025年5月医院收治的50例急性阑尾炎患者研究,其中8例为误诊病例,误诊病例中男2例、女6例,年龄18~58岁,均值( $37.14 \pm 1.31$ )岁,病程6h~72h,均值( $34.24 \pm 1.24$ )h,误诊时间1~7天,均

值( $3.61 \pm 0.25$ )天。

### 1.2 纳入标准

纳入标准:(1)自愿签署书面知情同意书;(2)接诊时具有不同程度的腹痛、恶心、腹泻等症状,首诊医生初步诊断为急性阑尾炎;(3)术中或最终确诊为其他急腹症;(4)需通过手术探查、病理检查或影像学复查(如CT)明确真实病因;(5)处于化疗周期内,且计划接受全程营养干预。

排除标准:(1)缺乏有效术前影像学资料;(2)妊娠期妇女;(3)CT检查与手术间隔时间 $>6$ 小时;(4)延迟就诊 $>48$ 小时;(5)既往有腹部手术史或慢性腹痛史者;(6)合并严重心脑血管疾病等非急腹症因素导致的腹痛。

### 1.3 方法

回顾性分析8例急腹症患者误诊原因及病例病种,总结临床症状的相似点及区别要点,并提出干预措施及治疗方案。

### 1.4 统计学方法

采用EXCEL表格进行数据分析。

## 2.结果

50 例急性阑尾炎患者中 8 例为误诊病例, 误诊病例为大网膜扭转、右侧输尿管结石、肠系膜淋巴结炎、憩室炎、宫外孕、胆囊炎、肠梗阻、卵巢囊肿蒂扭转。见表 1。

表 1 8 例误诊患者的病种和比率分析表[n (%) ]

确诊疾病	误诊病种	例数	占比
大网膜扭转	急性阑尾炎	1	2.00%
右侧输尿管结石	急性阑尾炎	1	2.00%
肠系膜淋巴结炎	急性阑尾炎	1	2.00%
憩室炎	急性阑尾炎	1	2.00%
宫外孕	急性阑尾炎	1	2.00%
胆囊炎	急性阑尾炎	1	2.00%
肠梗阻	急性阑尾炎	1	2.00%
卵巢囊肿蒂扭转	急性阑尾炎	1	2.00%
合计		8	16.00%

## 3.讨论

急腹症是一类病情发展迅速、病因复杂且多样、需紧急处理的腹部疾病综合征, 其中急性阑尾炎是较为常见急腹症类型, 其典型症状如转移性右下腹痛、麦氏点压痛等在临床诊断中具有一定指向性, 然而在实际诊疗过程中, 有部分其他急腹症常被误诊为急性阑尾炎, 这一情况不仅影响患者治疗效果与预后, 更对医疗质量与安全提出严峻挑战。从解剖学角度而言, 阑尾位于人体腹部右下侧, 其位置相对固定, 且炎症发生时易引发局部疼痛、压痛等体征, 使得医生在面对右下腹疼痛患者会首先考虑急性阑尾炎可能性, 但人体腹部器官众多, 如泌尿系统中的输尿管结石、妇科的宫外孕破裂、卵巢囊肿蒂扭转, 以及消化系统的肠梗阻、克罗恩病等疾病, 其病变部位与症状表现可能与阑尾炎存在相似之处, 从而干扰医生准确判断。在临床诊断流程中病史采集环节至关重要, 患者对自身症状描述可能存在偏差, 部分患者腹痛发作时难以准确描述疼痛起始部位、性质及伴随症状, 或者因紧张、焦虑等情绪因素而夸大或隐瞒某些症状, 导致医生获取病史信息不够准确全面, 进而影响对疾病本质的把握。此外体格检查时医生经验水平与操作技巧差异也会影响诊断结果, 对于一些经验不足年轻医生可能对腹部压痛点的判断不够精准, 对腹肌紧张程度的评估不够细致, 从而将其他急腹症引发的腹部体征误判为阑尾炎的典型体征<sup>[3]</sup>。影像学检查在急腹症诊断中发挥着关键作用, 但目前常用腹部超声检查受操作者技术水平、患者体型、肠道气体等因素影响较

大, 可能出现假阴性或假阳性结果, 肥胖患者腹部脂肪堆积较多, 超声探头难以清晰显示阑尾及周围组织结构, 容易漏诊其他病变; 而肠道内气体较多时可能干扰超声成像, 使医生误将肠道内的异常回声当作阑尾炎表现。CT 检查虽能提供 clearer 腹部影像, 但其费用相对较高, 且存在一定辐射风险, 临床上并非所有疑诊急腹症患者都能及时接受 CT 检查, 这也限制其对误诊纠正作用<sup>[4]</sup>。

50 例急性阑尾炎患者中 8 例为误诊病例, 误诊病例为大网膜扭转、右侧输尿管结石、肠系膜淋巴结炎、憩室炎、宫外孕、胆囊炎、肠梗阻、卵巢囊肿蒂扭转, 具体误诊原因因为以下几点: 第一病史采集不全面, 病史是诊断疾病重要依据, 但在实际工作中部分医生在病史采集时存在不足, 对于腹痛起始部位、疼痛性质、持续时间、加重或缓解因素等关键信息询问不够详细, 未能充分了解患者的既往病史、手术史、过敏史以及近期用药情况等。以宫外孕为例若医生未详细询问患者月经史、停经史以及性生活史, 就可能忽略宫外孕的可能性, 而将其误诊为急性阑尾炎, 此外部分患者对自身症状描述不够准确, 或者因紧张、焦虑等情绪因素而隐瞒部分症状, 也会影响医生对病史准确把握, 从而增加误诊风险。第二体格检查不细致, 体格检查是医生对患者进行初步诊断的重要手段, 但在临床实践中部分医生在体格检查时存在操作不规范、检查不全面等问题, 在腹部检查时对压痛点判断不够准确, 未充分观察腹部外形、腹肌紧张程度以及肠鸣音等体征变化。对于一些经验不足年轻医生, 可能对腹部体征的正常与异常缺乏足够的辨识能力, 或者在检查过程中未能充分结合患者的病史进行综合分析, 从而导致误诊。以肠系膜淋巴结炎为例, 若医生在体格检查时仅关注右下腹的压痛、反跳痛等体征, 而未对腹部进行全面的触诊, 以了解腹痛的范围和性质, 就容易将其误诊为急性阑尾炎。第三影像学检查局限性, 影像学检查在急腹症的诊断中发挥着重要作用, 但目前常用影像学检查方法如腹部超声检查和腹部 X 线检查等存在一定局限性, 腹部超声检查受操作者技术水平、患者体型、肠道气体等因素影响较大, 可能出现假阴性或假阳性结果。在肥胖患者中腹部脂肪堆积较多, 超声探头难以清晰显示阑尾及周围组织结构, 容易漏诊其他病变; 而肠道内气体较多时, 可能干扰超声成像, 使医生误将肠道内的异常回声当作阑尾炎表现。腹部 X 线检查虽能观察到部分肠道积气、液平以及泌尿系统结石等情况, 但对于一些软组织病变如大网膜扭转、肠系膜淋巴结炎等的诊断价值有限<sup>[5]</sup>。此外 CT 检查虽能提供 clearer 腹部影像, 但其费用

相对较高,且存在一定辐射风险,临床上并非所有疑诊急腹症患者都能及时接受CT检查,限制其对误诊的纠正作用。第四临床思维局限性,在临床诊断过程中医生的临床思维模式对诊断结果有着重要影响,部分医生在面对急腹症患者时,存在思维定式,优先考虑常见疾病,如急性阑尾炎,而忽视其他相对少见但同样可引发类似症状的急腹症,这种思维定式使得医生在诊断过程中缺乏对疾病多样性的充分考量,未能充分结合患者的病史、体征进行诊断。第五白细胞计数及分类的误读,在急腹症诊断中白细胞计数及分类是常用实验室检查指标,急性阑尾炎患者通常会出现白细胞计数升高,中性粒细胞比例增加,然而其他急腹症如肠系膜淋巴结炎、宫外孕等也可能出现白细胞计数升高,且升高的程度和速度与阑尾炎相似。部分医生在看到白细胞计数升高时简单地将其归因于阑尾炎,而未结合其他临床表现和检查结果进行综合分析,导致误诊。此外一些非感染性急腹症如肠梗阻早期,白细胞计数可能正常或仅轻度升高,若医生仅依据白细胞计数不高就排除阑尾炎,也可能导致误诊。第六症状不典型,

部分患者由于自身生理特点或疾病早期阶段,症状表现不典型,老年人由于机体反应能力下降,阑尾炎症状可能不明显,仅表现为轻微腹痛、食欲不振等,容易被误诊为胃肠功能紊乱或其他疾病。儿童患者由于表达能力有限,可能无法准确描述腹痛的性质和部位,导致医生难以准确判断病因。此外一些特殊人群如孕妇、肥胖患者等,其腹部解剖结构和生理特点与普通人群不同,急腹症症状可能被掩盖或表现异常,增加诊断难度。

干预对策:(1)加强病史采集和体格检查培训,医疗机构应制定详细的病史采集规范,要求医生在采集病史时全面、详细地询问患者的症状、既往病史、家族病史、生活习惯等信息。对于急腹症患者重点关注腹痛的起始部位、疼痛性质、持续时间、加重或缓解因素等关键信息,并详细记录

患者的月经史、性生活史、手术史等可能与急腹症相关的病史。同时加强医生培训,提高其病史采集技巧,使其能够通过有效的沟通引导患者准确描述症状,减少患者隐瞒或误述症状情况。(2)提高影像学检查质量,加强对影像学检查人员的培训,提高其操作技能和诊断水平,对于腹部超声检查应优化检查流程,尽量减少肠道气体等干扰因素对检查结果的影响。对于CT检查应合理安排检查项目和参数,确保能够清晰显示腹部各器官结构和病变情况,同时加强影像学检查与临床科室的沟通协作,使检查人员能够充分了解患者的临床症状和体征,从而更有针对性地进行检查和诊断。(2)拓展临床思维模式,医生在诊断急腹症时应树立动态思维观念,对患者病情进行持续观察和评估,对于症状不典型或病情变化较快患者应定期复查体格检查和必要的实验室检查,及时发现病情的变化。对于疑似肠梗阻患者应密切观察其腹痛、呕吐、腹胀等症状的变化,定期复查腹部X线或CT检查,以便及时调整治疗方案,避免误诊误治。(4)加强实验室检查知识培训,定期组织实验室检查知识培训,使医生熟悉各项实验室检查指标的正常范围、临床意义以及影响因素,对于白细胞计数及分类、血尿酸淀粉酶等常用急腹症检查指标,应重点培训其在不同疾病中的变化特点和诊断价值,提高医生对实验室检查结果解读准确性。(5)关注患者自身因素,对于老年人、儿童、孕妇、肥胖患者等特殊人群,应制定专门急腹症诊断策略,对于老年人患者应充分考虑其生理特点和慢性病情情况,在诊断时适当降低对症状和体征的阈值,避免因症状不典型而漏诊或误诊。

综上所述,通过对50例急性阑尾炎患者中8例误诊病例的深入分析,发现误诊原因涉及病史采集、体格检查、影像学检查、临床思维、实验室检查以及患者自身因素等多个方面,为降低误诊率,提高急腹症的诊断准确性,需要从多方面入手采取综合措施加以改进。

#### 参考文献:

- [1]德庆多吉.其他急腹症误诊为急性阑尾炎原因分析及对策[J].湖北医药学院学报, 2025, 44(2): 204-206.
- [2]刘吉平,张国胜,赵玉梅,等.腹腔镜治疗原发性大网膜扭转误诊急性阑尾炎1例报告[J].腹腔镜外科杂志, 2023, 28(4): 285-285.
- [3]陈麒.多层螺旋CT在诊断急性阑尾炎中的临床应用分析[J].国际全科医学, 2023, 4(1): 23-25.
- [4]岳彩虹.彩超在急性阑尾炎诊断中的应用[J].中国冶金工业医学杂志, 2023, 16(2): 1461-1463.
- [5]王帆,范月娟,冒鹏飞,等.内镜诊治急性阑尾炎合并阑尾套叠1例[J].现代消化及介入诊疗, 2024, 29(12): 1504-1505.