

● 上海医科大学出版社

● 陈声琼 编著

临床误诊分析



临床误诊分析

陈声琼 编著

上海医科大学出版社

(沪)新登字 207 号

责任编辑 高敬泉

封面设计 朱仰慈

责任校对 冯佳祺

临床误诊分析

Linchuang Wuzhen Fenxi

陈声琼 编著

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

上海译文印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 6.625 字数 148 000

1996 年 8 月第 1 版 1996 年 8 月第 1 次印刷

印数 1—5 000

ISBN 7-5627-0334-5/R·314

定价: 8.80 元

内 容 简 介

本书收集 158 个临床误诊病例，按系统编排分 10 章，既有常见病，又有罕见病。对每个病例着重介绍其误诊经过，并分析产生误诊的主要原因，使读者从中吸取经验教训，达到提高医疗质量，服务人类健康的目的。

本书可供临床各科医生、实习医生、进修医生、医学生以及其他医务工作者参考。

前 言

救死扶伤,为病人解除病痛,使病人恢复健康是医务工作者神圣的职责。然而临床诊疗过程是一项极其复杂而又十分艰巨的工作。一方面,各种疾病虽有共同的规律,但在具体病人身上由于遗传、环境、生活习惯、思想感情、个体反应等因素的不同,疾病在发生和发展过程中的表现也就错综复杂且千变万化,稍不注意便容易产生误诊;另一方面,由于医疗技术水平、服务态度、因时因地的医疗条件和医生的知识广度、临床思维方法、经验积累,以及病人与医生的配合程度、提供病史的准确性与可靠性等原因也均有可能导致误诊。随着医学科学技术的飞速发展,误诊学研究已成为临床工作中一个极为重要的问题。医务工作者只有通过认真总结前人和自己的失误与教训,才能最大限度地减少误诊,使前人的失误成为后人的宝贵财富,从而提高医疗质量,促进医学科学的发展。

本书共收集临床误诊误治病例 158 例,主要为内、儿科疾病,少数为外科及妇产科疾病;其中既有常见病,也有罕见病;在介绍疾病诊治过程后,对其产生误诊的原因进行了分析和讨论,目的是总结前人误诊误治的经验教训,以启迪后人。愿本书能对广大临床工作者有所借鉴,以期达到减少误诊误治的目的,为促进人类健康服务。

本书在编写过程中,承蒙中山医科大学肖杰生教授为本书作序并审阅了部分章节,姚志雄主任医师在该书内容取舍

及全书的编排等方面都给予了具体指导,谨此一并致谢。

由于作者水平所限,如有不当之处,恳请专家、同行读者斧正。

作 者

1996年1月30日

临床诊断的程序和原则

(代 序)

误诊医学近年来发展很快,已渐趋成为一门学科,在临床医学方面占有重要的地位。有正确的诊断,才会有正确的治疗。古语云:“庸医杀人不用刀”,严重的诊断错误则是害人之始。诚然,再高明的医师也不可避免会发生误诊,如能对错综复杂的临床现象遵循诊断原则,科学地进行临床思维,诊断上的错误就一定能少一些,对误诊的修正就一定能及时一些,就会减少对病者带来的痛苦和危害。

临床诊断通过下述 3 个步骤完成:

第一,准确掌握病情是正确诊断的前提。对疾病作出诊断前应对病情进行全面和合乎实际的了解,包括完整的病史、系统的体格检查和有选择性的实验室和器械检查。片面的或错误的临床材料是造成误诊的常见原因。例如,某患者因慢性腹泻进行了多项胃肠道检查但仍不明病因,后发现其有脾气急躁、出汗多、心动过速等,经化验诊断为甲状腺功能亢进。值得注意的是,现代化的技术无疑为正确诊断提供更多方便,但决不意味着可屏弃传统的检验方法。如一慢性脑膜炎患者经多次腰穿、颅脑超声、CT、MRI 等检查,诊断未明,后经做脑脊液墨汁染色发现隐球菌始获确诊。全面收集第一手资料,才不至于漏掉有诊断价值的信息。

第二,缜密思考分析是正确诊断的关键。疾病的表现各

各式各样，可出现“同病异症”或“异病同症”。前者如心肌梗死可表现为心前区疼痛，也可表现为类似胆石症的上腹部绞痛，亦有表现为休克或急性充血性心力衰竭；后者如黄疸症状可发生于溶血、胆管阻塞或各种肝脏疾病。对疾病的鉴别诊断通常是对病者的临床材料归纳，找出一个主要病征(如发热、黄疸、血尿等)，或将几个重要的病征组成一个综合征(如中枢神经系统感染、溶血性贫血等)，然后提出一组待鉴别的疾病，参照各种疾病的诊断根据进行分析判断。

第三，临床动态观察对诊断进行验证。通过上述临床思维过程得出的诊断，尚待病情的演变、治疗效果、反复检查才能得出全面的、正确的诊断。临床经验丰富的医生会在动态观察中认真搜集借以落实诊断的有关资料，不断修正、完善诊断。切忌在作出初步诊断后，带着主观的成见解释病情变化和化验结果，以维护原先的诊断。

临床诊断应注意以下的一般原则：

1. “一元论”的原则：病者的临床表现和检验结果多无高度特异性，同一种疾病可有多个症状或并发症，故应尽可能用一个疾病或一个病因来解释。如病者有高血压、贫血、头痛、乏力，尿液检查有蛋白和颗粒管型，可用慢性肾炎一并解释，不宜用高血压病、神经官能症、泌尿系统感染等多个独立疾病作诊断。

2. “优先考虑常见病”的原则：在几个可能的疾病供选择时，一般应先考虑常见病、当地的多发病或当时的流行病。如某患者短期内有黄疸、腹水、意识障碍，应先考虑为病毒性肝炎(重型)，而把原发性肝癌、肝结核、肝豆状核变性等在进一步鉴别诊断时分析。

3. “警惕器质性疾病”的原则：对病者所患的病，在未有

充分根据之前,不要轻易下功能性疾病的诊断。如某病者有些精神异常就诊,某医生听家属说其曾与他人争吵而心情不愉快,就按癔病发作处理。后来此病者昏迷,经导尿查酮体呈阳性,同时发现血糖明显增高,结果是糖尿病所致。此项原则是从病者切身利益出发,充分权衡两类疾病可能导致的后果而考虑的。

4. “要考虑到有各种可能”的原则:在临床思维中,“一元论”并不排除有两种以上疾病共存的可能,优先考虑常见病和多发病,并不是丧失对少见病的警惕性;着眼于器质性疾病,但对功能性疾病亦不应误诊或漏诊。对一个已作出的初步诊断,如不能解释全部重要的临床现象时,还须注意到病者有可能同时存在两种或多种疾病,或有并发症。

必须强调指出,在临床材料不足以确定诊断之前,要找出可能性最大的疾病作为临时诊断,并迅速采取防治措施,切不可纠缠在诊断问题上,以致贻误时机。

作为广东省揭阳市人民医院陈声琼副主任医师编著的《临床误诊分析》书稿的第一个读者,阅后感想良多。作者为本书倾注了可贵的精力和智慧,进行了艰辛而有成效的工作。本书对158个误诊病例,有重点地介绍了误诊经过,分析其原因并作简要评述,所总结的经验教训对同道无疑是十分有益的,亦为误诊医学提供了有价值的资料。

中山医科大学教授、主任医师

肖杰生

1996年2月

目 录

第一章 传染病与寄生虫病的误诊	1
一、麻疹	1
二、胸部带状疱疹	2
三、病毒性肝炎	3
四、狂犬病	6
五、流行性出血热	9
六、恙虫病	10
七、伤寒	11
八、婴儿化脓性脑膜炎	12
九、流行性脑脊髓膜炎	15
十、破伤风	17
十一、新型隐球菌性脑膜炎	18
十二、曲菌病	19
十三、急性血吸虫病	23
十四、间日疟	25
十五、阿米巴肝脓肿	27
十六、肠梨形鞭毛虫病	29
十七、肠滴虫病	29
第二章 结核病的误诊	33
一、肺结核	33
二、结核性腹膜炎	36
三、食管结核	37
四、肠结核	39
五、结核性肝脓肿	40

六、结核性脑膜炎	42
七、全身性粟粒性结核	44
八、结核性变态反应性关节炎	45
第三章 呼吸系统疾病的误诊	48
一、支气管扩张症	48
二、咳嗽型哮喘	49
三、支原体肺炎	50
四、军团病	50
五、肺嗜酸性粒细胞浸润症	53
六、慢性肺动脉血栓栓塞症	54
七、饲鸽者肺	56
八、腺癌伴发肺外结核	58
九、肺癌	60
十、肺含铁血黄素沉着症	63
十一、巨型肺大泡	64
十二、肺隔离症	66
十三、膈疝	68
第四章 循环系统疾病的误诊	70
一、急性风湿热	70
二、哑型左房室瓣狭窄	71
三、心绞痛	72
四、心肌梗死	73
五、法洛四联症并脑脓肿	74
六、感染性心内膜炎	75
七、缩窄性心包炎	78
八、急性心包填塞	79
九、病毒性心肌炎	81
十、肥厚型心肌病	83
十一、心脏粘液瘤	84
十二、主动脉窦瘤破裂	86
十三、夹层动脉瘤	88

十四、大动脉炎	89
第五章 消化系统疾病的误诊	91
一、食管贲门失弛缓症	91
二、自发性食管破裂	92
三、胃穿孔	93
四、胃癌	94
五、十二指肠球后溃疡	97
六、急性出血坏死性肠炎	98
七、Caroli 病	99
八、小肠憩室	100
九、小肠 Crohn 病	102
十、肠套叠	103
十一、急性阑尾炎	104
十二、直肠癌	106
十三、慢性胆囊炎	107
十四、急性胰腺炎	108
十五、胰腺癌	109
十六、腹膜假性粘液瘤	110
十七、腹膜转移癌	112
十八、肠系膜血栓形成	113
第六章 血液系统疾病的误诊	117
一、阵发性睡眠性血红蛋白尿	117
二、急性粒细胞白血病	118
三、急性淋巴细胞白血病	119
四、急性白血病并发截瘫	120
五、真性红细胞增多症	122
六、恶性淋巴瘤	124
七、浆细胞白血病	126
八、多发性骨髓瘤	128
九、恶性组织细胞病	129
十、血友病	130

十一、过敏性紫癜	131
十二、晚发性维生素 K 依赖因子缺乏症	133
第七章 内分泌系统及代谢性疾病的误诊	135
一、垂体瘤	135
二、原发性醛固酮增多症	137
三、甲状腺功能亢进症	139
四、甲状腺功能减退症	140
五、原发性甲状旁腺功能亢进症	143
六、中老年人血钙偏低	145
七、婴儿脑型脚气病	146
八、糖尿病	147
九、婴幼儿糖尿病酮中毒	149
十、胰岛素瘤	150
十一、半乳糖血症	152
十二、原发性痛风	154
第八章 神经系统疾病的误诊	156
一、腹型癫痫	156
二、脑梗死	157
三、小脑出血	158
四、蛛网膜下腔出血	159
五、慢性硬膜下血肿	161
六、脑膜瘤	163
七、脑室管膜瘤	164
八、周期性麻痹	165
九、Creutzfeldt-Jakob 病	167
十、肝豆状核变性	168
第九章 泌尿及生殖系统疾病的误诊	171
一、慢性肾功能衰竭	171
二、慢性肾盂肾炎并发肾脓肿	173
三、妊娠呕吐	174
四、异位妊娠	175

五 卵巢囊腺瘤	179
第十章 其他疾病的误诊	181
一、变应性亚败血症	181
二、系统性红斑狼疮	182
三、有机磷中毒	185
四、急性鱼胆中毒	186
五、川崎病	188
六、白塞病	190
七、柏-查氏综合征	191
八、POEMS 综合征	193



第一章 传染病与寄生虫病的误诊

一、麻疹

【病例】 患者男,26岁。发热、咳嗽6d,全身斑疹2d就诊。患者3d前因畏寒、发热、咳嗽,到私人诊所就诊。当时诊断为“上感”,给予青霉素肌肉注射。次日,颈部、头面部出现大量红色斑疹,随即到某医院就诊。诊断为“青霉素过敏”,给予泼尼松、马来酸氯苯那敏(扑尔敏)等药口服。此后,皮疹增多,颜色加深,并向躯干、四肢蔓延。咳嗽增剧,伴纳差、腹泻而到我院就诊。追问10d前曾有麻疹病人接触史,本人既往无麻疹病史。体格检查:体温38.7℃,脉搏90次/min,精神萎靡。眼睑轻度水肿,结膜充血明显。咽部充血,扁桃体无肿大,双侧颊粘膜弥漫潮红,左侧颊粘膜见20余个针尖大的灰白色小点,微微隆起。颌下、耳后、腋窝淋巴结肿大如豌豆至花生米大,轻度压痛。心、肺无异常。腹软,无压痛,肝、脾未触及,肠鸣音亢进。皮肤检查:头面部、耳后、颈部、躯干散在或群集大量鲜红色斑疹及斑丘疹,针头大小,部分相互融合,疹间皮肤正常,四肢皮疹稀疏。实验室检查:白细胞 $4.8 \times 10^9/L$,分类中中性粒细胞0.80,淋巴细胞0.17,嗜酸性粒细胞0.03。临床诊断:麻疹。经口服呋喃唑酮、安乃近,静脉滴注青霉素及补充液体等2d后热退,精神好转,食欲改善,腹泻停止;全身皮疹色转暗,耳后、颈部皮疹部分消退,留下棕褐色斑状色素沉着,并有少许细糠状脱屑。

【分析讨论】 本例有典型的临床表现：发热，上呼吸道炎，结膜炎，口腔粘膜斑及全身斑疹，浅表淋巴结肿大。时隔3d，再次使用青霉素亦未见不良反应，确诊为麻疹无疑。本例误诊的原因是：思路片面、狭窄，在未弄清皮肤斑疹与用药的关系之前，即考虑为药疹，忽略了发热伴有皮疹现象是发疹性传染病的重要体征之一，对麻疹的临床特点认识不足。对临床少见的成人麻疹缺乏警惕，体检草率，遗漏了最早最可靠的诊断依据——口腔粘膜斑。而误用肾上腺皮质激素，此有害无益。随着计划免疫的开展，麻疹发病明显减少，但仍有散发和局部暴发现象。因此，要加强对麻疹临床特点及不典型病例的认识，谨防误诊、漏诊，减少传播与流行。

二、胸部带状疱疹

【病例】 患者男，62岁。既往有心绞痛病史5年，平日间断服地奥心血康、多烯康胶丸。本次因心前区剧痛8h入院。疼痛呈持续性，无明显放射。体格检查：体温36.5℃，脉搏92次/min，血压17.3/10.7kPa，神志清，面色苍白，皮肤出汗；双肺无异常；心率92次/min，律齐，心尖区第一音略低钝，无杂音。胸透与血、尿常规检查均无异常发现。心电图：I、aVL、V₄、V₆导联的ST段平直，下移≥1mm，T波倒置。入院诊断：心内膜下心肌梗死？给予镇静、吸氧、口服活心丸、静脉滴注极化液和硝酸甘油等处理，但疼痛不减。肌肉注射哌替啶可暂时缓解，但不久疼痛又复如初。于入院第3天上午发现患者左前胸皮肤潮红，第3~5肋间出现成簇状疱疹。修正诊断：胸部带状疱疹。给外敷六神丸，口服维生素B₁、阿司匹林，肌肉注射利巴韦林，9d后痊愈。住院期间多次复查心电图无动态变化。

【分析讨论】 临床上许多疾病具有相似的表现，但若仔细分析又不难发现它们各自固有的临床特点。紧紧地抓住这些特点，进行由此及彼、由表及里的辩证分析，最后可得出合乎逻辑的诊断。这要求临床医生必须精通业务，既要掌握本专业的知识，对其他科的有关疾病也应熟悉，从而提高诊断正确率。从病史及体检来看，本例酷似急性心肌梗死。但心肌梗死疼痛多呈压榨性、窒息感，而且多向左臂放射，心电图有动态变化，按心肌梗死处理可使疼痛缓解。而胸部带状疱疹发病前局部皮肤往往先有感觉过敏或神经痛，而且在深呼吸、咳嗽时疼痛加重。因此，只要抓住胸痛这一主要症状进行细心分析，当不至于误诊。

三、病毒性肝炎

【病例 1】 患儿男，3岁。因频繁呕吐、腹泻及食欲减退4d就诊。患儿发病后2d呕吐6次并伴有腹泻，大便秘、无脓血，每日4~5次。经检查肝功能正常，初诊为“小儿消化不良”；药物治疗后，病情仍不减轻而再次就诊。病儿未患过急性肝炎，家中无肝炎患者。经详细追问病史得知，患儿所在村有病毒性肝炎(甲型)流行。体格检查：神志清，巩膜不黄染，五官正常，颈软，心、肺无异常；腹平坦，肝上界第5肋间，肝于剑突下3cm、右肋下2cm处可触及，其质软，表面光滑，压痛(+)；脾未扣及。实验室检查：胆红素定量 $3.4\mu\text{mol/L}$ ，谷丙转氨酶(GPT)150u以上，乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)(-)。于患病第7天发现巩膜黄染，复查肝功能：胆红素定量 $54.7\mu\text{mol/L}$ ，GPT 250u以上，尿胆红素(+)，HBsAg(-)，抗HBs(-)，HBeAg(-)，抗HBe(-)，抗HBc(-)，抗HAV IgM(+)。故诊断为病毒性肝炎(甲型)急性黄疸型。经保肝