

临床误诊误治案例解析 丛书

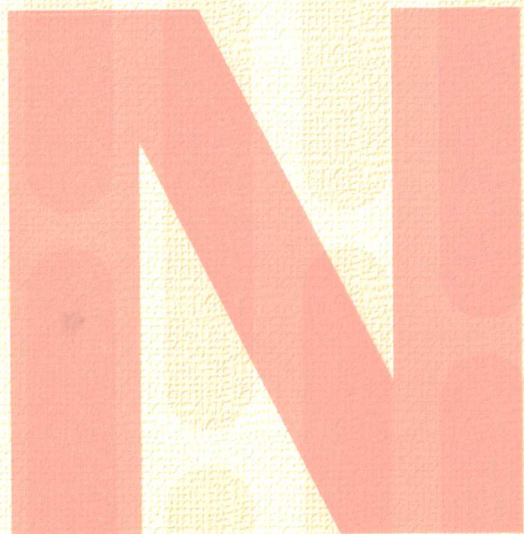
临床误诊误治 案例解析

内科病学

neikebing xue

总主编 彭再梅 何清湖

主 编 彭再梅 刘德良 戴崇文



山西出版集团
山西科学技术出版社

临床误诊误治案例解析丛书

临床误诊误治 案例解析

内科病学

NEIKEBING XUE

主 编 彭再梅 刘德良 戴崇文
编写人员 (按姓氏笔画为序)

山长婷	王春喻	王学红	石志辉	刘 玲
刘德良	刘 浩	刘小伟	朱剑峰	朱笑萍
许丹焰	许念桂	汤建光	张海南	张 贺
张东山	张宏亮	张 洁	李 斌	李 江
李 瑛	李陈婕	吴尚洁	邱双发	陈 燕
陈俊香	罗 红	易 彦	周 滔	周鹤俊
郑文莉	欧阳若	芸 欧	阳春晖	胡长梅
段绍斌	赵延恕	贺志颢	骆云雅	诸兰艳
唐湘祁	涂秋云	袁 芳	符 晓	龚凡杰
彭宏凌	彭 红	彭再梅	蔡 珊	柴湘平
戴崇文				

山西出版集团
山西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科病学 / 何清湖、彭再梅总主编. —太原: 山西科学技术出版社, 2007.5

(临床误诊误治案例解析丛书)

ISBN 978-7-5377-2951-2

I. 内… II. ①何…②彭… III. ①内科-疾病-误诊-案例-分析②内科-疾病-治疗失误-案例-分析 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 053980 号

临床误诊误治案例解析——内科病学

主 编 彭再梅 刘德良 戴崇文

出 版 山西出版集团山西科学技术出版社
(太原建设南路 21 号 邮编: 030012)

经 销 各地新华书店

印 刷 山西出版集团·山西新华印业有限公司美术印刷分公司

开 本 850 毫米×1168 毫米 1/32 印张: 28.5

字 数 709 千字

电子邮件 cbszxc2643@sina.com

编辑部电话 0351-4922073

发行部电话 0351-4922121

版 次 2007 年 5 月第 1 版

印 次 2007 年 5 月太原第 1 次印刷

印 数 3000 册

书 号 ISBN 978-7-5377-2951-2



《临床误诊误治案例解析》总序

临床许多疾病,特别是一些疑难急重疾病,由于各病之间在某些临床特征的相似性和医生诊断思维或医疗技术水平等原因,容易导致临床中的误诊误治,贻误病情,甚或导致医疗事故。现大批医学学术专著和教材多着重在总结成功经验,而忽略临床误诊误治案例的整理与分析。“前车之覆,乃后车之鉴”,从误诊误治案例中吸取教训,分析原因,总结规律,加强防范,无疑是提高医生临床诊疗水平的一个重要方法。为此,我们从大量的医学文献和医疗病案中,精选误诊案例,详加剖析,从临床误诊误治的实例中总结“反面”经验,编纂《临床误诊案例解析》系列丛书,以指导临床诊疗实践。

丛书根据临床学科设置分册,即:《内科病误诊误治案例解析》、《外科病误诊误治案例解析》、《传染病误诊误治案例解析》、《妇产科病误诊误治案例解析》和《耳鼻咽喉——口腔颌面外科病误诊误治案例解析》5个分册。每书以类病设章,以具体病名设节,每病以误诊案例为中心,通过误诊案例的剖析,总结出误诊的原因及防范措施。其编写体例为:无题概述、诊断依据、误诊概况、鉴别诊断、误诊案例、误诊原因和误诊防范。适用于临床各级医生,也可作为高等医学院校临床医学专业教师和学生教与学的参考用书。

全书的编撰主要由中南大学湘雅二医院的专家们完成,他们从搜集文献、整理分析,到反复讨论与修改,最后定稿,付出了大量的心血,在此向他们表示由衷的谢意!对误诊案例的系统解析,是一件尚新且难的研究工作,虽然我们尽心尽力,但书中错误疏漏之处难免,敬请专家和读者批评、指正,以便再版时修订和完善。

彭再梅 何清湖

2007年1月



《临床误诊误治案例解析》丛书 编委会名单

总主编 彭再梅 何清湖

总策划 赵志春

编委 (按姓氏笔画为序排)

丁依玲 皮丕湘 朱付凡 刘朝圣

刘德良 刘毅智 李 点 杨 旭

杨新明 何清湖 苗雄鹰 郑煜煌

郭运凯 赵小昆 贺兴鄂 倪江东

唐晓鹏 蒋永芳 龚国忠 喻风雷

彭再梅 戴崇文

秘 书 刘文琴 米 铎



目 录

第一章 呼吸系统疾病 / 1

- 第一节 肺部感染性疾病 / 1
- 第二节 肺脓肿 / 10
- 第三节 支气管扩张 / 23
- 第四节 肺结核 / 32
- 第五节 慢性阻塞性肺疾病 / 50
- 第六节 支气管哮喘 / 61
- 第七节 肺源性心脏病 / 70
- 第八节 肺血栓栓塞症 / 80
- 第九节 间质性肺疾病 / 92
- 第十节 结节病 / 109
- 第十一节 胸腔积液 / 124
- 第十二节 自发性气胸 / 132
- 第十三节 原发性支气管肺癌 / 139
- 第十四节 肺炎性假瘤 / 155
- 第十五节 呼吸衰竭 / 164
- 第十六节 肺泡蛋白沉着症 / 178
- 第十七节 肺隔离症 / 185
- 第十八节 先天性支气管肺囊肿 / 197
- 第十九节 特发性含铁血黄素沉着症 / 205
- 第二十节 胸膜肿瘤 / 214



第二章 心血管系统疾病 / 224

- 第一节 心力衰竭 / 224
- 第二节 心绞痛 / 235
- 第三节 急性心肌梗死 / 253
- 第四节 心瓣膜疾病 / 272
- 第五节 心肌病 / 284
- 第六节 心肌炎 / 303
- 第七节 感染性心内膜炎 / 315
- 第八节 急性心包炎 / 324
- 第九节 多发性大动脉炎 / 332

第三章 消化系统 / 344

- 第一节 胃食管返流病 / 344
- 第二节 消化性溃疡 / 351
- 第三节 胃 癌 / 361
- 第四节 肠 结 核 / 377
- 第五节 克罗恩病 / 384
- 第六节 原发性小肠肿瘤 / 394
- 第七节 胃肠道类癌和类癌综合征 / 401
- 第八节 原发性胃肠道恶性淋巴瘤 / 411
- 第九节 肝 癌 / 421
- 第十节 急性胰腺炎 / 430
- 第十一节 腹膜间皮瘤 / 440
- 第十二节 柏-查氏综合征 / 448



第四章 泌尿系统疾病 / 458

- 第一节 急性肾小球肾炎 / 458
- 第二节 间质性肾炎 / 469
- 第三节 系统性红斑狼疮及狼疮性肾炎 / 476
- 第四节 肾病综合征 / 490
- 第五节 尿路感染 / 507
- 第六节 急性肾功能衰竭 / 517
- 第七节 慢性肾功能衰竭 / 531

第五章 血液系统疾病 / 548

- 第一节 缺铁性贫血 / 548
- 第二节 溶血性贫血 / 558
- 第三节 再生障碍性贫血 / 566
- 第四节 急性白血病 / 575
- 第五节 淋巴瘤 / 585
- 第六节 多发性骨髓瘤 / 601
- 第七节 慢性骨髓增殖性疾病 / 607
- 第八节 出血性疾病 / 621

第六章 内分泌系统及代谢疾病 / 632

- 第一节 腺垂体功能减退症 / 632
- 第二节 甲状腺机能减退症 / 643
- 第三节 甲状腺机能亢进症 / 656
- 第四节 亚急性甲状腺炎 / 666
- 第五节 原发性醛固酮增多症 / 677
- 第六节 原发性甲状旁腺机能亢进症 / 686



- 第七节 特发性甲状旁腺功能减退症 / 696
- 第八节 胰岛素瘤 / 708
- 第九节 糖尿病酮症酸中毒 / 717
- 第十节 高渗性非酮症糖尿病昏迷 / 730

第七章 神经系统疾病 / 742

- 第一节 急性脊髓炎 / 742
- 第二节 脊髓空洞症 / 747
- 第三节 癲 癇 / 756
- 第四节 吉兰-巴雷综合征 / 769
- 第五节 重症肌无力 / 776
- 第六节 脑出血 / 786
- 第七节 脑梗死 / 798
- 第八节 脑囊虫病 / 810
- 第九节 小脑脓肿 / 821
- 第十节 肝豆状核变性 / 828
- 第十一节 病毒性脑炎 / 834
- 第十二节 神经胶质瘤 / 845
- 第十三节 脑膜瘤 / 868

第八章 急性有机磷农药中毒 / 889



第一章 呼吸系统疾病

第一节 肺部感染性疾病

肺炎是指包括终末气道、肺泡腔及肺间质等在内的肺实质炎症,可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。据 WHO 统计,急性呼吸道感染为全球人口死因的第二位,在我国肺炎居第五位。20 世纪 90 年代欧美国家社区获得性肺炎和医院获得性肺炎年发病率分别约为 12/1000 人口和 5~10/1000 住院患者,近年发病率有增加的趋势。肺炎病死率门诊患者<1%~5%,住院患者平均为 12%,入住重症监护病房者约为 40%。

肺炎发病率与病死率高与下列因素有关:病原体变迁;易感人群结构改变(老年化、免疫抑制剂、合并慢性疾病、大手术等);院内感染增加;病原学诊断困难;不合理使用抗生素致细菌耐药性增加;部分人群贫困化加剧。

肺炎的发生主要取决于病原体和宿主两个因素。如果病原体数量多,毒力强和(或)宿主呼吸道局部和全身免疫防御系统损害,即可发生肺炎。病原体可通过下列途径引起社区获得性肺炎:①空气吸入;②血流播散;③邻近感染部位蔓延;④上呼吸道定植菌的误吸。医院获得性肺炎还可通过误吸胃肠道的定植菌和通过人工气道吸入环境中的致病菌引起。病原体直接到达下呼吸道,孳生繁殖,引起肺泡毛细血管充血、水肿,肺泡内纤维蛋白渗出及细胞浸润。除了金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌和肺炎克雷白杆菌等可引起肺组织的坏死性病变易形成空洞外,肺炎治愈后多不遗留瘢痕,肺的结构与功能均可恢复。

肺炎可按解剖、病因或患病环境分类。

按解剖可分为:(1)大叶性肺炎 病原体先在肺泡引起炎症,经肺泡间孔(Cohn 孔)向其他肺泡扩散,致使部分或整个肺段、肺叶发生炎症改变。典型者表现为肺实质炎症,通常并不累及支气管。致病菌多为肺炎链球菌。X线胸片示肺叶或肺段的实变阴影。(2)小叶性肺炎 病原体经支气管入侵,引起细支气管、终末细支气管及肺泡炎症,常继发于其他疾病,如支气管炎、支气管扩张、上呼吸道感染等。其病原体有肺炎链球菌、葡萄球菌、病毒、肺炎支原体以及军团菌等。可有湿性啰音,无实变体征。X线显示为沿肺纹理分布的不规则斑片状阴影,边缘密度浅而模糊,无实变征象。(3)间质性肺炎 以间质为主的炎症,可由细菌、支原体、病毒或卡氏肺囊虫等引起。累及支气管壁及其周围组织,有肺泡壁增生及间质水肿。呼吸道症状轻,异常体征少。X线通常表现为一侧或双侧肺下部的不规则条索状阴影,从肺门向外扩展,可呈网状,其间可有小片肺不张阴影。

按病因可分为细菌性肺炎、非典型病原体如支原体性肺炎、病毒性肺炎、真菌性肺炎和其他如原虫、寄生虫等。临床常见的是细菌性肺炎,其中约90%~95%是由肺炎球菌引起。临床有突发的寒战、高热、咳嗽、血痰、胸痛等症状。肺炎的诱发因素有受寒、病毒感染、酗酒、全身麻醉、镇静、麻剂过量等。这些因素会削弱全身抵抗力和会厌的反射作用,破坏呼吸道黏膜纤毛运动,减损细胞吞噬作用,使致病物能轻易地吸入而引起感染。

按患病环境可分为社区获得性肺炎和医院内获得性肺炎。社区获得性肺炎(community acquired pneumonia, CAP)是指在医院外罹患的感染性肺实质(含肺泡壁即广义上的肺间质)炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。医院内获得性肺炎(hospital acquired pneumonia, HAP)亦称医院内肺炎(nosocomical pneumonia, NP),是指患者入院时不存在、也不处感染潜伏期,而于入院48小时后在医院内发生的肺炎。

一、诊断依据

(一)临床表现 细菌性肺炎的症状变化较大,可轻可重,决定于病原体和宿主的状态。常见症状为发热、可出现高热,寒战,全身肌肉



酸痛;咳嗽、咳痰,或原有呼吸道症状加重,并出现脓性痰或血痰,伴或不伴胸痛。病变范围广泛者可有呼吸困难,呼吸窘迫;重症者可有鼻翼扇动、发绀。早期肺部体征无明显异常,肺实变时有典型的体征,如叩诊浊音、触觉语颤增强和支气管呼吸音等,也可闻及湿性啰音。

(二)辅助检查

1. 血相 可有血白细胞计数升高($10\sim 20\times 10^9/L$),中性粒细胞多在80%以上,并有核左移,细胞内可见中毒颗粒。年老体弱、酗酒、免疫功能低下者白细胞计数可不增高,但中性粒细胞的百分比仍高。

2. 痰检查 痰直接涂片作革兰染色及荚膜染色镜检,可发现革兰染色阳性球菌或带双荚膜的双球菌或链球菌;痰培养可以确定病原体。

3. 胸部X线 早期仅见肺纹理增粗或受累的肺段、肺叶稍模糊,随着病情进展,病变可累及一个肺叶以上或有胸腔积液,肺泡内充满炎性渗出物,表现为大片炎症浸润阴影或实变影,在实变影中可见支气管充气征或形成空洞,或呈小叶浸润,其中有单个或多发的液气囊腔。

(三)诊断标准

1. 社区获得性肺炎(CAP) 临床诊断依据:①新近咳嗽、咳痰,或原有呼吸道症状加重,并出现脓性痰;伴或不伴有胸痛。②发热。③肺实变体征和(或)湿性啰音。④血白细胞 $>10\times 10^9/L$ 或 $<4\times 10^9/L$ 。⑤胸部X线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。以上1~4项任何一项加第5项除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎等,可建立临床诊断。常见病原菌肺炎链球菌占40%,流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌和非典型病原体。

2. 医院内获得性肺炎(HAP) 临床诊断依据与CAP相同,但其临床表现、实验室和影像学所见对HAP的诊断特异性甚低,尤其应注意与肺不张、心力衰竭和肺水肿、基础疾病肺侵犯、药物对肺损伤、肺栓塞和急性呼吸窘迫综合征等鉴别。常见病原菌革兰氏阴性杆菌占50%。



3. 重症肺炎诊断标准 ① 意识障碍;② 呼吸频率 >30 次/分;③ $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, 需行机械通气治疗;④ 血压 $<90/60\text{mmHg}$;⑤ 胸片显示双侧或多肺叶受累或入院 48 小时内病变扩大 $\geq 50\%$;⑥ 少尿,尿量 $<20\text{ml/h}$ 或 80ml/4h 或急性肾衰需透析治疗。

二、误诊概况

近年来由于空气的污染及抗生素的滥用,致使非典型性病原菌感染增加,加上其临床表现的多样性,人们对结核、肺癌警惕性增加,致使该病的误诊有上升趋势。病变累及上叶的肺炎易被误诊为肺结核,小儿肺炎伴肺门淋巴结肿大者易误诊为原发综合征;支原体肺炎肺外症状、老年性肺炎不典型表现都易误诊为典型表现的相应疾病;下叶肺炎累及膈胸膜或并发败血症时会出现急腹症的表现。

据 2000 年元月至 2006 年 9 月的相关文献报道统计,肺炎误诊病例高达 1000 例,误诊率 28.36%。主要误诊病种及误诊率为肺结核,包括原发综合征占 41.4%;肺部肿瘤性病变包括转移瘤 13.5%及上呼吸道感染 8.26%;病变主要在下肺部、症状不典型的病变有时易误诊为腹部病变,据报道误诊为急性胃肠炎 3.6%、胆囊炎 1.2%、阑尾炎 1.02%;老年人有并发症的易被误诊为心脏病变(主要为心绞痛、心肌梗死,心衰等)3.8%;还有一少部分误诊为肺血栓栓塞、肺梗死计肺部非感染性浸润等。

三、鉴别诊断

1. 肺结核 有些类型的肺结核如浸润性,急性干酪性,其 X 线表现与肺炎相似。主要鉴别点是结核患者一般健康状况较差,起病相对缓慢,病程较长,中毒症状较轻,一般为低热、盗汗、乏力、消瘦。干酪性肺炎播散时也可能出现高热,但一般为弛张热。其 X 线有结核特有的表现如病灶新旧不一,甚至出现钙化灶,空洞,纤维条索状病灶,肺门淋巴结肿大等。抗感染治疗无效而抗结核有效,痰液找到抗酸杆菌可资鉴别。

2. 肺癌 早期肺癌病灶较少但并发阻塞性肺炎时易于混淆。肺癌患者一般年龄较大,常有吸烟史,一般无发热,血象不高,中毒症状



不明显或与其表现不平行。抗炎后复查胸片,阴影吸收较慢或渗出病变吸收后肿块更明显。行 CT、纤支镜检查,痰找脱落细胞有助于鉴别。

3. 肺栓塞 常发生于有手术史长期卧床休息的病人。表现为突发气促、胸痛、咳嗽、咯血甚至昏厥,一般无寒战、高热,白细胞中等程度增高,一般在 $10.0 \times 10^9/L$ 左右。肺血管造影可助鉴别。

4. 支气管扩张 继发感染时出现咳嗽,大量脓痰,反复咯血,而发热等中毒症状不严重。X 线显示感染多次在同一部位发生,多为粗乱肺纹理中有多个不规则的环状透亮阴影,经抗炎阴影逐渐吸收后成为沿支气管分布的卷发样条索影。

5. 急性肺脓肿 高热等中毒症状较重,大量脓臭痰,X 线表现为脓腔、液平面,较易鉴别。

6. 其他 下叶肺炎累及腹膜时可表现为急腹症症状,要注意与胃肠道、胆囊疾患,阑尾炎等急腹症相鉴别。胸痛、气促、心动过速等表现者应注意与心绞痛,心肌梗死等鉴别;伴有精神症状或并发休克时应注意与脑部病变鉴别,做腰穿,颅脑 CT 等检查可资鉴别。

四、误诊案例

案例一 上叶肺炎误诊为肺结核

患者女,35 岁。因发热、咳嗽、咳痰 7 天入院。体查:体温 $38.3^{\circ}C$,右上肺呼吸音稍减弱,未闻及干湿性啰音,其余正常。曾在门诊用青霉素钠和阿米卡星抗感染 1 周,症状无好转。血常规正常,血结素纯蛋白衍生物(PPD) IgG (-),痰涂片未找到抗酸杆菌;胸部正侧位 X 线片示位于右上肺尖段及后段可见小片状密度不均、边缘不清的云絮状影,肺部 CT 示右肺上叶尖段及后段可见云絮状影,边缘模糊。诊断为“右上肺浸润型肺结核”,给予链霉素肌注,口服异烟肼、乙胺丁醇治疗 2 周,症状无好转,且出现口唇、舌尖麻木,耳鸣,视物模糊。复查胸片提示病灶无吸收,故停药。行纤维支气管镜检查,见右肺上叶后段支气管分泌物较多,管壁黏膜充血,取分泌物培养出肺炎克雷伯杆菌,诊断为右上肺炎。根据药物敏感试验结果,使用哌拉西林钠抗感染 10 天后,症状好转,复查胸片示右上肺病灶完全吸收,治愈

出院,随访1个月无复发。

案例分析 本例病变位于右肺上叶尖段及背段,为结核好发部位,其影像学表现酷似结核,且经抗生素治疗无效,血象不高等易误诊为肺结核,而忽略 PPD(-)、痰未找到抗酸杆菌等不支持结核的结果。过分依赖影像学表现而未积极行纤支镜等直观检查,结果延误诊治。对于表现不典型,诊断结核证据不足者,应先按肺炎给予抗感染治疗,并多次查找病原,应用敏感药物,并及早行支气管镜检查有助于明确诊断。

案例二 右肺下叶肺炎误诊为急性阑尾炎

患者男,47岁。因右下腹痛48小时,伴恶心、畏寒、发热急诊入院。体查:体温 39.2°C ,血压 $135/85\text{ mmHg}$,脉搏114次/分,右肺呼吸音减弱,未闻及干湿性啰音;腹部平坦,无肠型和蠕动波,麦氏点有明显压痛,腹肌紧张,肠鸣音活跃,未闻及过水声。血 WBC $21\times 10^9/\text{L}$,N 0.85,诊断为“急性阑尾炎”,行阑尾切除术,术中发现阑尾无明显异常。术后12小时出现咳嗽,胸痛,呼吸困难,体温达 40°C ,心率加快,血压下降,脉搏细弱,听诊右肺下叶呼吸音明显减弱,可闻及管状呼吸音。痰直接涂片作革兰氏染色及荚膜染色,发现典型的革兰氏染色阳性、带荚膜的双球菌,X线胸片提示右肺下叶肺炎球菌肺炎。但由于病人病情发展迅速,出现急性呼吸窘迫综合征及中毒性休克,经抢救无效死亡。死后经讨论,诊断为右下肺炎球菌肺炎。

案例分析 本例起病不典型,缺乏呼吸道症状,因右下腹痛,恶心,腹肌紧张,麦氏点明显压痛等腹部表现明显而误诊为急性阑尾炎,行手术治疗,延误诊疗,造成死亡。本病例忽略了畏寒、高热、白细胞明显增高、呼吸音减弱等提示右下肺炎的表现。右肺下叶肺炎球菌肺炎可以引起右下腹牵涉性疼痛,甚至有麦氏点压痛和腹肌紧张,如果体温超过 39°C 和白细胞总数升高超过 $18\times 10^9/\text{L}$,应高度怀疑该病的可能。

案例三 误诊为肺癌

患者男,75岁。因咳嗽、咳痰2周入院。入院前曾青霉素治疗4天,并一直口服抗炎、抗感冒等药物,疗效不满意。入院体查:T



36.5℃, P 64 次/分, BP 140/80 mmHg, 全身浅表淋巴结未触及, 右下肺呼吸音稍低, 未及明显干湿性啰音, 余检查无明显异常。X 线胸片示右下肺呈不规则、密度不均块状影, 边缘不光整, 心膈正常, 提示“右肺中叶占位性病变”收住院。患者原有“肥厚性心肌病”病史 10 余年, 一直口服 β_2 受体阻滞剂。有吸烟史 40 余年, 现已戒 5 年。住院期间 3 次痰找脱落细胞阴性, 抗酸杆菌(-)、血 AFP(-)、CEA(-)、SF(-)。血常规正常; 胸部 CT 示 ①右中肺结节状病灶, 考虑肿瘤性病变; ②右下肺炎性病灶。建议患者行支气管镜检查或肺穿刺活检以进一步获得细胞学诊断依据, 患者家属拒绝检查。入院后给予三代头孢并联合氟喹诺酮类抗生素及止咳、化痰药物及对症治疗, 症状逐渐好转, 治疗 11 天复查胸片示原右中叶病灶密度变浅, 大小无明显改变。抗生素治疗 2 周临床症状完全消失, 停药观察 4 天无明显不适, 故给予出院。出院后随访, 患者无明显咳嗽、咳痰, 复查胸片示原右肺中叶病灶吸收, 仅见右下肺纹理增多, 心膈正常。

案例分析 本例患者为老年男性, 有长期吸烟史, 无发热, 血象不高, 肺部体征不明显等感染表现隐匿, 影像学提示肺中叶占位性病变, 易误诊为肺部肿瘤。这提示我们老年人由于机体免疫系统功能随着年龄增长而衰退, 易发生肺炎, 且大多数为革兰阴性杆菌感染, 临床表现不典型, 且病灶吸收多缓慢, 易造成误诊或漏诊。典型恶性肿瘤诊断一定要有细胞学检查依据, 不能单凭影像学作出诊断。

案例四 误诊为病毒性脑炎

患者男, 72 岁。因发热、头晕、头痛 3 天, 并发神志不清就诊。患者淋雨受冻后发病, 在外院按“病毒性脑炎”处理, 病情恶化转来院。体查: T 35.8℃, R 30 次/分, BP 80/50 mmHg, 神志模糊, 瞳孔左>右, 对光反射迟钝, 颈软。左上肺可闻少许湿啰音, 心率 106 次/分, 左下肢肌力 II 级, 膝反射迟钝, 巴氏征(+). 血常规示 WBC $3.8 \times 10^9/L$, N 0.90; 脑脊液正常。眼底检查视神经乳突轻度水肿。按感染性休克处理, 病情迅速好转, 第 2 天神志清, 第 3 天左下肢体功能恢复, 病理征消失。后经胸片检查证实为左下大叶性肺炎。

案例分析 老年休克型肺炎发病隐匿, 呼吸道症状不典型, 还可

因严重的血流量灌注不足,致使脑组织缺氧加重和血脑屏障损害引起脑组织肿胀甚至变性、坏死而出现神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等中毒性脑病表现,常被误诊为神经系统病变。对于老年人如出现不明原因的发热、体温不升、低血压、意识障碍、加上受凉等诱因,即使咳嗽、血痰等典型肺炎的临床症状缺如或不显著,也要考虑休克型肺炎之可能。有时白细胞计数在正常范围,也不能据此排除严重感染的存在,而中性粒细胞百分比的增加,对于诊断早期老年休克型肺炎有着重要的参考价值。

五、误诊原因分析

1. 肺炎本身临床表现的多样性,加上近来抗生素的滥用使表现不典型,增加了明确诊断的难度。如支原体肺炎往往并发神经、血液、消化、心血管、关节肌肉等多系统的病变;有些肺炎,尤其是老年人与小儿患者起病隐匿,无发热、咳嗽、咳痰等典型表现,而表现为胸闷、气促、纳差、乏力、精神障碍等;有些肺炎影像学表现不典型;肺炎累及膈胸膜时可出现急腹症的表现。

2. 临床思维局限,缺乏全面分析和鉴别。有些医生或许因缺乏临床经验对不典型肺炎表现认识不足,仅考虑到上述某些典型症状而忽略了可能引起那些表现的不典型症状而导致误诊。

3. 病史采集不详细,体格检查不全面。一部分特殊患者如小儿、老年人或精神障碍者叙述病情能力有限,一些陪护人员由于缺乏相应的医学知识而不能及时准确地向医生反映情况;也可由于临床医生工作繁忙或经验不足在询问病史、体格检查时缺乏系统性,全面性,而忽略或遗漏某些重要病史或(和)体征,延误诊疗。

4. 过分依赖辅助检查结果。对疾病影像学表现多样性和发展性认识不足,不能很好的联系临床、动态观察,而只是孤立的片面强调某单一征象而做出错误诊断。

5. “过诊”也是原因之一。近年来随着肺结核的发病率有上升趋势而老年人口数量不断增加,增加了临床医生对结核和肿瘤的警惕性,过于关注而致误诊。

六、减少误诊的措施