



内科

疑难杂症诊断与 误诊剖析

程永福 叶山东 主编



安徽
科学技术
出版社

内科疑难杂症诊断 与误诊剖析

主 编 程永福 叶山东
副主编 孙自敏 任 安 褚 俊
编著者 (按姓氏笔画为序)
叶山东 任 安 孙自敏
李向培 李素梅 邢学农
杨 沫 莫蔚林 程永福
褚 俊

安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科疑难杂症诊断与误诊剖析/程永福,叶山东主编.
—合肥:安徽科学技术出版社,2001.4
ISBN 7-5337-2116-0

I. 内… II. ①程… ②叶… III. ①内科-疑难病
-诊断②内科-疑难病-误诊-分析 IV. R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 18182 号

2001.4.27

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市跃进路 1 号新闻出版大厦)

邮政编码:230063

电话号码:(0551)2825419

新华书店经销 合肥中德培训中心印刷厂印刷

*

开本:850×1168 1/32 印张:8.5 字数:228 千

2001 年 5 月第 1 版 2001 年 5 月第 1 次印刷

印数:5 000

ISBN 7-5337-2116-0/R · 392 定价:12.00 元

(本书如有倒装、缺页等问题请向本社发行科调换)

前言

疾病的诊断是一反映临床医师综合能力和水平的过程，但疾病诊断过程常因主客观等多种因素的影响，有时误诊是难以完全避免的，问题是如何对待诊疗工作的失误，不会正确对待失误，就决不可能登上医学的高峰。本书作者怀着学习的心态，将自己在多年从医实践中遇到的一些疑难和误诊病例汇集一起，广泛查阅文献，根据不同的病例仔细分析误诊的原因以及疾病的正确诊断思维过程，希望能为内科临床医师，尤其是中青年医师，提供可借鉴的经验教训，帮助其提高疾病的诊断水平，尽可能降低误诊率，减少患者的痛苦。

本书所收集的病例包括内科多个系统，其中以内分泌代谢系统的疾病较多，一方面可能由于内分泌代谢性疾病多为全身性疾病，临床表现复杂多样，常因某一系统表现突出而就诊相应专科乃致误诊；另一方面可能为目前许多基层医疗单位无内分泌代谢专科，对一些疾病的不典型表现缺乏理性和感性认识有关。

由于著者水平有限，书中错误在所难免，恳望读者不吝赐教，批评指正。

程永福 叶山东

目 录

第一篇 绪论	1
第二篇 内分泌代谢系统疾病	8
第一节 肺癌合并严重低血钾	8
第二节 肺癌合并低钠血症	11
第三节 原发性肝癌并发低血糖症	15
第四节 垂体瘤并发下肢深静脉血栓	18
第五节 胰岛 β 细胞瘤误诊癫痫	21
第六节 低血糖性偏瘫	24
第七节 席汉危象致低血糖-癫痫持续状态	26
第八节 席汉综合征合并 Graves' 病	29
第九节 Graves' 病合并糖尿病	32
第十节 Graves' 病并发严重黄疸	37
第十一节 Graves' 病合并血小板减少性紫癜和 Even's 综合征	41
第十二节 甲亢致严重呕吐	45
第十三节 甲亢致长期腹泻误治	48
第十四节 Graves' 病合并重症肌无力	51
第十五节 老年甲状腺功能亢进症误诊分析	54
第十六节 亚临床甲状腺功能亢进症合并周期性麻痹	57
第十七节 原发性甲状腺功能减退继发垂体瘤样增生和高泌乳素血症	60
第十八节 原发性甲状腺功能减退症伴多浆膜腔积液	63
第十九节 原发性甲状腺功能减退症并发重度贫血	66
第二十节 亚急性甲状腺炎致长期发热	69
第二十一节 亚急性甲状腺炎误诊甲状腺肿瘤	71
第二十二节 糖尿病合并门静脉血栓形成	74

2 / 内科疑难杂症诊断与误诊剖析

第二十三节	2型糖尿病伴恶心想吐-糖尿病酮症酸中毒-无痛性心肌梗死	77
第二十四节	糖尿病酮症酸中毒误诊的教训	80
第二十五节	2型糖尿病合并肺部混合感染	84
第二十六节	原发性肾上腺皮质功能减退症合并结核性脑膜脑炎	87
第二十七节	反复多发性肾结石和骨质疏松症——原发性甲状旁腺功能亢进症	90
第二十八节	肾上腺脑白质营养不良	93
第二十九节	Klinefelter 综合征	97
第三十节	11- β 羟化酶缺乏症	100
第三十一节	低血磷软骨病	103
第三十二节	Bartter's 综合征	106
第三十三节	原发性痛风	109
第三十四节	膀胱嗜铬细胞瘤	113
第三十五节	腹痛伴恶心想吐-急腹症-肝性血卟啉病	115
第三十六节	高血糖、顽固性低血钾——原发性肝癌伴异源 ACTH 综合征	119
第三篇	消化系统疾病	123
第一节	细菌性肝脓肿破溃入上消化道	123
第二节	阿米巴肝脓肿破入胸腔	126
第三节	溃疡性肠结核误诊为溃疡性结肠炎	128
第四节	浸润性胃癌并发腹水	130
第五节	黑色素病-胃肠息肉综合征	133
第六节	胆管结石和胆囊炎致长期发热	135
第四篇	心血管系统疾病	139
第一节	左房黏液瘤	139
第二节	缩窄性心包炎	143
第三节	风湿性心脏病合并亚急性感染性心内膜炎	148
第四节	类风湿性心瓣膜病	150
第五节	马凡综合征	152
第六节	中间综合征	155
第七节	抗心律失常药物致严重心律失常	158

第八节	主动脉夹层动脉瘤	163
第九节	风湿性心瓣膜病合并甲状腺功能亢进症	168
第五篇	结缔组织疾病	172
第一节	混合结缔组织病	172
第二节	干燥综合征-肾小管酸中毒	176
第三节	韦格肉芽肿	180
第四节	风湿性多肌痛综合征	184
第五节	原发性抗磷脂综合征	187
第六节	赖特 (Reiter) 综合征	189
第七节	系统性红斑狼疮	191
第八节	Churg-Strauss 综合征	193
第九节	大动脉炎	196
第十节	长期发热——中线肉芽肿	199
第六篇	泌尿系统疾病	202
第一节	抗生素-急性间质性肾炎-急性肾功能不全	202
第二节	肾病综合征并发腹主动脉血栓形成	205
第三节	肾功能不全与低钠血症	208
第七篇	呼吸系统疾病	211
第一节	肺结核误诊为肺癌	211
第二节	慢支-肺气肿-慢性肺源性心脏病合并无痛性心肌梗塞	214
第三节	巨型肺大疱误诊气胸	217
第四节	气管平滑肌瘤致哮喘发作	220
第八篇	血液系统疾病	223
第一节	多发性骨髓瘤肾脏损害	223
第二节	慢性粒细胞白血病伴阴茎异常勃起	227
第三节	真性红细胞增多症伴低血糖	229
第四节	腹型过敏性紫癜误诊急腹症	232
第九篇	其他疾病	236
第一节	结核风湿症	236
第二节	败血症并发胸椎旁脓肿	239
第三节	子宫内膜异位症致胸腔积液和腹水	242

第四节	宫外孕误诊为急性胃肠炎	244
第五节	胸廓出口综合征	246
第六节	帕金森病	248
第七节	POEMS 综合征	251
第八节	特发性水肿	254
第九节	绝经后综合征	257
第十节	双甲脒中毒误诊为敌敌畏中毒	260

第一篇 绪论

疑难杂症多由于疾病的表现不典型、或属于少见病和罕见病、或由于多种疾病合并存在等原因，从而导致临床对疾病的诊断困难或误诊；疾病误诊是临床工作中很难避免的一种现象，即使经验非常丰富的临床医师亦在所难免。有学者统计在 20 世纪 80 年代至 90 年代临床误诊率为 25%~30%，而各种疾病死亡后作病理检查，发现生前的误诊率达 48% 左右。导致误诊的原因有多种，一方面可能是疾病本身的因素所致，另一方面可能是由于临床医师经验不足、思维不当或心理障碍及基础知识不扎实等因素有关。如何更好地提高我们对疑难杂症的诊断水平和减少误诊，以下几点值得注意。

一、客观方面 主要由于疾病的本身原因所致，其次由于条件所限

1. 疾病临床表现的相对性

疾病典型的临床表现使我们比较容易“对号入座”而作出诊断，如患者有典型的“三多一少（多饮、多尿、多食伴体重下降）”，常使我们想到糖尿病的可能；活动后发作性心前区绞痛是冠心病的表现，但疾病的临床表现常常受多种因素的影响而表现不典型。因此了解疾病临床表现的相对性，可避免医师因过分强调疾病的典型表现而误诊误治，同时还有利于我们打破传统和常规，提出新的见解和观点，使对疾病的认识渐趋完善。

（1）疾病的临床表现受时代的影响：随着时代的进步，人类对疾病认识的不断深入，预防医学的发展和及时有效的早期治疗等，从而使疾病原有的典型表现不能充分显示。如麻疹在未普遍实施疫苗接种前，患者都有典型的发热、皮疹和眼结膜炎等表现，现在除麻

疹的发病率显著下降之外，其临床表现也变得不典型；同样如伤寒的典型临床表现为持续高热、无欲貌、相对缓脉、玫瑰疹和肝脾肿大等已很难在同一患者中同时拥有；再如典型的大叶性肺炎常有畏寒发热、胸痛、咳嗽和咳“铁锈色”痰，但如今由于早期就诊和抗生素的早期应用，“铁锈色”痰和典型的病理过程如“红色肝样变期→灰色肝样变期→消散期→痊愈”已比较难以见到。

(2) 疾病临床表现的时间性：疾病临床的充分表现出来需要一个分化过程和一定的时间性，需要动态观察。如急性阑尾炎在疾病的极早期仅表现为上腹部疼痛伴或不伴恶心呕吐等消化道症状，如此时前来就诊可能因疾病表现不完全或者说“不典型”而有可能导致诊断的失误，如继续观察数小时，出现了“转移性右下腹痛”，疾病的典型表现得以体现而使得诊断比较容易。

(3) 疾病本身的临床表现不典型：每个疾病的临床表现“典型和不典型”都是相对的，因为典型表现一般都是通过若干病例统计得出的，都不是100%的概率，只不过出现的概率相对较高而已。如冠心病典型的临床表现为“心前区发作性绞痛或闷痛”，但一些患者亦可能表现为“牙痛、肩痛或上腹痛”等；如甲状腺功能亢进患者多表现为纳亢和大便次数增多，可极少数患者却表现为“顽固性呕吐或便秘”等。

(4) 疾病的临床表现存在个体差异性：同一种疾病在不同的个体，其临床表现可能相差很大，患者的年龄和伴随的疾病状态等可影响疾病的表现。如甲状腺功能亢进症在年轻患者多表现为怕热、多汗、心悸、纳亢、消瘦和情绪激动等，而在老年患者中却常常表现为“淡漠型甲亢”；“心肌梗死”在一般人群中常表现为严重的“心前区疼痛”，而在糖尿病患者可能因存在心脏植物神经病变而表现为“无痛性心肌梗死”；再如甲状旁腺功能亢进症可累及多个系统，包括骨骼、肾脏、胃肠道，甚至亦影响神经系统，其临床表现具有多样化。在某个病人可能因腰背痛甚而骨折而就诊于骨科，还有的病人因并发肾结石而发生肾绞痛和血尿而诊治于泌尿外科，病人亦可

能以胃溃疡和胰腺炎而长期在消化内科就诊，以上表现可能使甲状腺旁腺功能亢进长期得不到明确诊断；再如成人继发性肺结核病变部位多位于两上肺或肺尖部，而糖尿病患者中却常见中下肺的不典型肺结核，且结核菌素试验常阴性。

2. 客观条件的限制

疾病诊断具有很强的经验性，与我们的主观认识水平及对疾病的认识程度等有关，但更需要有明确的客观证据支持，尤其是随着医疗技术水平的不断提高。但即使在医疗水平和医疗诊断设备相当发达的今天，我们对许多疾病的病因诊断仍处于相当“无知的状态”，许多疾病还处于“功能诊断”的阶段，尤其在条件有限的情况下。如在糖尿病的诊断中，既往我们均以“胰岛素依赖型糖尿病”和“非胰岛素依赖型糖尿病”进行临床诊断，近年来随着免疫学和分子生物学等技术的发展，要求从病因的角度进行分型（如1型糖尿病和2型糖尿病），并从既往诊断为“非胰岛素依赖型糖尿病”的人群中鉴别出不少“成人隐匿起病的免疫性糖尿病（LADA：从病因角度诊断属于1型糖尿病）、年轻时起病的成人型糖尿病及线粒体糖尿病等”，从而能更好地指导临床治疗；再如临床对1例反复关节腔出血并怀疑为“血友病”的患者，在实验室无条件对其凝血因子活性进行定量测定的情况下，便很难对其诊断和病情的严重程度作出准确判断。

二、主观方面

临床疑难疾病的诊断和疾病误诊除上述客观方面的原因之外，相当重要的原因还与临床医师的主观因素有很大关系，这包括临床医师的经验、基础知识以及对疾病诊断的思维方式和心理状态，极少数还与医师的责任心有关。

1. 临床医师的经验

临床医师的经验对疾病的诊断具有相当的重要性，宝贵的经验是其在长期临床实践中积累和总结而获得的，其中有许多可能是从误诊的教训中吸取的。一位工作多年有丰富经验的医师，与一位刚

刚从事临床工作的医学生相比,前者对一些复杂的、少见的临床表现已比较熟悉,并可能由此作为线索而进一步得出某种诊断。一些对一般医务人员可能认为是不典型甚至被忽视的症状和体征,对他而言可能是比较典型的表现;而后者或一些年资较低者常以教科书中典型表现为准,可能被认为不典型或不被重视而导致误诊或长期得不到正确诊断。如作者曾遇一例下肢静脉血栓形成的患者,虽经多次内外科会诊,大家多在“血栓形成”方面进行检查和治疗,后请内分泌科一位经验丰富的医生会诊,经仔细观察病人发现患者有“轻度肢端肥大症”的表现,并由此得出该患者“下肢静脉血栓”可能为垂体瘤所致,最后经垂体 MRI 和手术病理证实为“垂体混合细胞瘤”,此静脉血栓形成乃为肿瘤的表现之一。这要求青年医师要想成为一个名副其实的好医师,一定要一步一个脚印,不断总结经验教训。

2. 医师思维的偏差

疾病的诊断过程是临床医师通过详细收集病史,根据所获资料,经过逻辑思维,然后作出疾病诊断的一过程,因此思维的偏差亦是导致诊断错误的一重要原因。常见的思维偏差有:①主观性思维(如仅根据患者或其亲友提供的病史,而忽视对客观事实证据的收集便主观武断地作出诊断,比如对药物中毒的患者,临床医师在没有获得确切的证据之前如残余的药盒或药瓶或药片而草率地下诊断,正确做法应在紧急救治的处理时应仔细地进行病史询问和体格检查,必要时获得现场证据);②静止性思维(一切事物皆在不断变化和发展中,疾病亦不例外,疾病的临床表现和病情都随着时间在不断变化,这就要求疾病的诊断和治疗应随时进行修正和调整,尤其对诊断不明或疑难重症患者);③习惯性思维(这亦是我们诊断疾病常用的思维方式之一):对一种临床表现,习惯上总是从常见病和多发病方面进行考虑并结合病变部位定位诊断法作出初步诊断,如一例上腹痛的患者,根据习惯性思维方式常首先考虑胃肠、胆道或胰腺系统的疾病可能性大,却较少甚至忽视考虑“心肌梗死”的可

能；④一元论思维：这也是临床疾病诊断过程中常用的思维方式，尤其在传染性疾病的诊断过程中，但这种思维在复杂内科疾病的诊治过程中有时可能导致思维的僵化和局限化而发生误诊，如糖尿病患者疾病病程中出现蛋白尿，临床医师多诊断为糖尿病肾病，但实际情况亦可能是该患者同时合并高血压肾病或肾小球肾炎或原发性肾病等；再如一例“阿迪森病”患者出现意识障碍伴低血糖低血钠时，多考虑为肾上腺皮质功能减退危象，很少再进一步分析追查其他可能导致患者发生意识障碍的原因如中枢神经系统感染等，而遗漏其他重要诊断；⑤思维逻辑错误（正确的逻辑思维应符合逻辑规律，否则就可能在推理和判断中发生错误，如对一例脐周疼痛就诊的患儿，大便检查发现“蛔虫卵”，于是便诊断为“肠道蛔虫症”而给予相应处理，结果患儿若干小时后疼痛症状不缓解且呈加重趋势再次就诊而确诊为“急性阑尾炎”，该病例的误诊便属于逻辑思维错误，因为腹痛的患者尽管肠道内有蛔虫寄生，但腹痛并不一定是由蛔虫所致）。为了尽可能减少误诊，必须坚持思维的客观性、发展性、创造性和逻辑性等，联合、灵活运用各种思维方式，培养正确的思维方法。

3. 医师的不良心理状态

临床疾病的诊断过程，既是思维过程，亦是心理活动过程，医师的不良心理状态无疑会影响临床思维和诊治过程。常见的不良心理状态有：①仿效心理：指在抽象认识能力上存在对各种社会行为的仿效和模仿心理，在临床实践工种中，常表现为对权威人士、上级医师和上级医院的诊断不假思索的仿效和相信，这种心态将严重妨碍医师客观地从具体情况独立地思考和判断，阻碍临床思维的主观能动性，不利于疾病的诊断；②从众心理：指个人在团体环境内的行为常受团体的影响，在认识倾向与行为方式上常与团体多数趋于一致。这种心态在临床工作中常出现在疑难疾病的会诊时，当多数会诊者倾向某一疾病时，个别或少数人便容易放弃自己的见解和观点而认同大多数，这种心态将妨碍医师的创造性思维并易使思维

处于僵化状态；③偏执心理：指顽固的坚持己见，听不进他人或相反的意见，这种心态有时可发生在有一定成就的某些高年资医师甚至专家型的医师中，尤其是在他曾几次或多次对某些疑难杂症获得成功经验之后，这种心态会导致临床医师思维的惯性和僵化而成为误诊误治的重要原因之一；④逆反心理：指对事物盲目坚持反抗抵制与排斥的心态。在临床实践工作中，有时可遇到甲乙两位年资相当、技能相近的医师，在平时因感情或其他因素，经常在诊断或治疗上意见相左，互不服气，如甲医师初始诊断某病，乙医师便设法寻找依据来否定甲医师的诊断，以此显示甲医师的水平不高，从而在心理上满足战胜对手的欲望。这种心理有时可能使疾病在反复否定中获得正确诊断，但因这种心态常带有浓厚的个人成见，缺乏客观冷静的理性思考，可能使思维走向极端，即所谓“偏见比无知离真理更远”。⑤求全心理：这种情况常发生在有一定声望高年资的医师中，因其可能过分看重自己的名声，为了尽可能减少或避免最后诊断与自己初始诊断的不符，而在诊断中求全求稳，这种心态在考虑疾病的全面性方面有一定优点，但在解决临床具体问题时常显得烦琐，叫人无所适从，使疾病在优柔寡断中延误了诊断时间和治疗时机；⑥宁重勿轻心理：这种心态常在过度接受先前教训的情况下产生，多发生在一次诊断失误后，给医师留下一不良的心理阴影，尤其是开始被诊断为较轻的疾病（如肺结核），而后被诊断为较重的疾病如（如肺癌）时。一旦下次遇到类似的情况，便导致其可能首先考虑较严重的疾病，但实际情况可能正好相反而导致再次误诊。

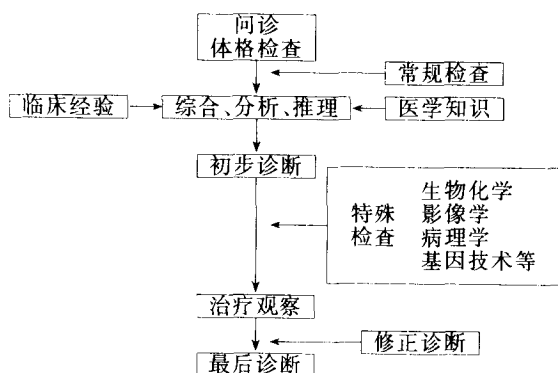
4. 医师的基本功不扎实

临床医生的基本功训练对疾病的诊断非常重要，它包括基础理论水平（其中包括在校从课本所学的，但关键的知识还是来自毕业后的继续学习和终身学习），知识面的广度（人体是一个有机的整体，专科医师不仅对其专科知识有深入的了解，同时应具有全科医师的知识），临床病史的采集（仔细全面，不仅记录阳性病史，对一些有价值的阴性病史也要注意收集），规范正确仔细的体格检查（对疾病

的诊断十分重要，绝对不能因为有先进的辅助检查手段而忽视了最基本的体格检查如视触叩听，听诊器和叩诊锤等仍是诊断疾病最基本的不可替代武器）和合理利用辅助检查（先进的辅助检查设备为疾病的诊断提供了很好的条件，但临床工作切忌过分依赖仪器设备，对任何先进的检查都应合理选择适应证，同时一定要结合临床进行分析，所有辅助检查结果对疾病的诊断符合率都不是100%，存在一定比例的假阳性和假阴性）等等；此外还要求临床医师有较高分析、提炼、归纳和总结问题的能力。扎实基本功的获得是需要相当一段时间的，它要求临床医师，尤其是年轻医师，必须在临床实践过程中，不断结合病例，从理论到实践，再从实践到理论，一方面不断充实和扩大理论知识，同时丰富实践经验，逐步提高自己对疾病的诊断水平。

三、疾病的诊断过程

疾病的诊断是一个实践、认识、再实践、再认识的过程，有时需要动态观察或进行试验治疗，修正诊断，最后才能确立诊断。其过程大体上可以下图予以概括。



疾病诊断过程图解

第二篇 内分泌代谢系统疾病

第一节 肺癌合并严重低血钾

病历摘要

患者，男，54岁。

【主诉】

咳嗽、咳痰3个月，胸闷伴下肢无力半个月。

【病史】

患者3个月前开始出现咳嗽、咳痰，呈白色粘痰，无痰中带血。给予抗生素治疗效果不明显，半月前开始出现胸闷和双下肢无力，且呈进行性加重趋势，门诊查血钾 1.6mmol/L ，拟诊“低血钾原因待查”收入院。既往体检无高血压，无慢性咳嗽咳痰史，无腹泻和恶心呕吐，无服用利尿剂史等。

【体格检查】

神清，无满月脸和多血质，口唇稍绀，双肺底可闻及散在湿啰音和哮鸣音，腹膨软，腹壁和大腿内侧可见少许紫纹，双下肢呈凹陷性浮肿，全身皮肤、牙龈、乳头及掌纹等处可见明显色素沉着，血压 $150/94\text{mmHg}$ 。

【诊治经过】

入院后多次查血钾 $1.7\sim 2.2\text{mmol/L}$ ，二氧化碳结合力 32mmol/L ，血 $\text{pH}7.51$ ，空腹血糖 $8.8\sim 11.3\text{mmol/L}$ ，24h尿钾 $40\sim 112\text{mmol/L}$ ，明显增高。尿常规： $\text{pH}7.0$ ，尿糖阳性，尿蛋白阴性。X线胸片示支气管感染，肺门密度增高，抗炎后复查。考虑“低

血钾”原因系肾性失钾所致，排除摄入不足、消化道失钾和细胞内外转移性低血钾。首先给予B超检查，提示双侧肾上腺增生肥大；进一步做肾上腺和垂体CT检查示：垂体大小形态正常，双侧肾上腺结节样增生；同时两次查血促肾上腺皮质激素（ACTH）和血皮质醇显著升高，血醛固酮正常高限，24h尿17-羟类固醇和17-酮类固醇明显增加。根据临床表现和实验室检查结果，“继发性皮质醇增多症”诊断明确，可能为“异源ACTH综合征”并考虑与低血钾有关。10天后再次复查X线胸片示支气管感染有好转，但肺门高密度影仍存在，为排除肺癌，再次行肺部CT检查报告为“中央型肺癌伴纵隔淋巴结转移”，因病情较重未行气管镜检查。最后诊断“肺癌伴异源ACTH综合征、低钾血症、糖尿病”。入院后由于患者病情进展较快，一般情况差，未立即行手术和化疗，主要给予对症支持治疗，每天静脉补充10%氯化钾50ml~160ml，并口服安体舒通120mg/d，血钾升至2.6~3.2mmol/L，酮康唑（1000mg/d），小剂量皮下注射胰岛素控制血糖。入院1个月后患者因呼吸衰竭而死亡。

讨论

本例患者因严重低血钾入院，体检表现有不典型的皮质醇增多症体征，实验室检查血皮质醇和24小时尿17-羟类固醇和17-酮类固醇显著升高，ACTH明显升高，双侧肾上腺结节样增生，但垂体CT检查未见异常，初步考虑为“异源ACTH综合征（Ectopic ACTH syndrome）”，鉴于本症最多由肺癌所致（约占50%），结合患者存在肺部疾患且X线胸片提示“肺门高密度影”，进一步CT证实为“肺癌伴淋巴结转移”，由于患者一般情况差，未进行病理组织学检查，但根据其病史特点基本可临床诊断为“肺癌伴异源ACTH综合征”。肿瘤伴异源ACTH综合征约50%见于肺癌（以燕麦细胞癌为主），约20%系胸腺癌或胰腺癌所致，其他包括嗜铬细胞瘤、甲状腺髓样癌、支气管腺癌和类癌及各种来自其他组织的肿瘤。文献报告通过放射免疫方法检测各种组织类型的肺癌（不论其有无Cushing综合征的临床表现）组织提取液均含有ACTH样物质（ACTH前