



湖南医学院第一附属医院  
传染病学教研组编

LIN CHUANG  
WU ZHEN  
YI BAI LI



临床误诊 100 例

# 临床误诊 100 例

湖南医学院第一附属 编  
医院传染病学教研组

校阅者:张 铮 熊宏恩 邬若楠

湖南科学技术出版社

# 临床误诊 100 例

湖南医学院第一附属医院

传染病学教研组编

责任编辑：谢 军

\*

湖南科学技术出版社出版

(长沙市展览馆路14号)

湖南省新华书店发行 湖南省新华印刷二厂印刷

\*

1982年1月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/32 印张：8 字数：133,000

印数：1—50,700

统一书号：14204·51 定价：0.64元

# 写在前面

发热、黄疸、肝肿大和腹泻都是临床工作中经常遇到的症候，内科、儿科、传染病科、外科、甚至其他科的医生都要和患有这些症候的病人打交道。历年来我们遇到的这类病人不在少数，在鉴别诊断方面有成功的经验，也有失败的教训。不论是经验或教训，总结一下，对提高我们的医疗质量无疑是有益的。在这本小册子里，我们收集了100个病例，结合有关文献进行了分析和讨论。但愿这本小册子对于广大临床工作者和医学院校师生起到一点“前车之鉴”的作用。

在编写过程中，我院前副院长苏恩惠同志给予了很大的鼓励和支持，谨此致谢。

编 者

一九八一年于湖南医学院第一附属医院传染病学教研组

# 目 录

## 第一章 发热.....( 1 )

### 第一节 感染性疾病.....( 1 )

#### 一、伤寒.....( 1 )

(一)伤寒伴有黄疸 .....( 2 )

(二)伤寒并发脑膜脑炎 .....( 3 )

(三)伤寒伴有广泛的出血倾向和全血细胞减少 .....( 5 )

(四)伤寒合并肺门淋巴结核.....( 7 )

#### 二、败血症.....( 8 )

(一)大肠杆菌败血症误诊为急性坏死性小肠炎 .....( 9 )

(二)大肠杆菌败血症合并肺部感染误诊为肺结核 .....( 11 )

(三)金黄色葡萄球菌败血症误诊为何杰金氏病.....( 13 )

#### 三、结核病.....( 16 )

(一)急性粟粒性结核 .....( 16 )

(二)肠结核 .....( 19 )

(三)结核性腹膜炎 .....( 21 )

(四)淋巴结核 .....( 23 )

#### 四、疟疾.....( 26 )

(一)间日疟误诊为沙门氏菌属感染 .....( 26 )

(二)间日疟误诊为何杰金氏病 .....( 27 )

(三)间日疟误诊为颅内占位性病变 .....( 29 )

(四)恶性疟误诊为胆道疾患和肝癌 .....( 31 )

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| 五、流行性出血热·····                | ( 32 ) |
| (一)误诊为败血病 ·····              | ( 33 ) |
| (二)误诊为猩红热 ·····              | ( 34 ) |
| (三)误诊为急性白血病和传染性单核细胞增多症 ····· | ( 35 ) |

## 第二节 非感染性疾病·····( 37 )

|                   |        |
|-------------------|--------|
| 一、肿瘤·····         | ( 37 ) |
| 二、血液病·····        | ( 39 ) |
| (一)急性白血病 ·····    | ( 39 ) |
| (二)恶性网状细胞病 ·····  | ( 43 ) |
| (三)淋巴瘤·····       | ( 45 ) |
| 三、系统性红斑狼疮·····    | ( 47 ) |
| 四、免疫母细胞性淋巴结病····· | ( 50 ) |

## 第二章 黄疸·····( 62 )

### 第一节 外科性黄疸误诊为病毒性肝炎·····( 62 )

|                     |        |
|---------------------|--------|
| 一、胆囊炎、胆石症、胆道感染····· | ( 62 ) |
| 二、肝胆管癌、壶腹癌·····     | ( 66 ) |
| 三、胰腺癌·····          | ( 67 ) |
| 四、狭窄性胆管炎·····       | ( 69 ) |
| 五、胆道蛔虫病·····        | ( 73 ) |

### 第二节 内科其他疾病误诊为病毒性肝炎·····( 75 )

|              |        |
|--------------|--------|
| 一、原发性肝癌····· | ( 75 ) |
| 二、肝硬化·····   | ( 78 ) |
| 三、中毒性肝炎····· | ( 80 ) |
| 四、心源性黄疸····· | ( 82 ) |

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| 五、体质性黄疸·····                 | ( 85 ) |
| 六、其他感染所致的黄疸·····             | ( 86 ) |
| (一)甲种溶血性链球菌败血症·····          | ( 87 ) |
| (二)产碱杆菌败血症·····              | ( 88 ) |
| (三)新型隐球菌病·····               | ( 90 ) |
| 七、妊娠特发性黄疸·····               | ( 92 ) |
| 八、播散性红斑狼疮·····               | ( 94 ) |
| <br>第三节 黄疸型病毒性肝炎误诊为其他疾病····· | ( 96 ) |
| <br>第三章 肝肿大·····             | (109)  |
| 第一节 误为肝肿大的其他疾患·····          | (109)  |
| 一、胸部疾患·····                  | (109)  |
| (一)结核性胸膜炎·····               | (109)  |
| (二)右中、下肺脓疡·····              | (111)  |
| 二、腹部疾患·····                  | (113)  |
| (一)慢性结石性胆囊炎、胆囊积液·····        | (113)  |
| (二)胃癌·····                   | (115)  |
| (三)膈下脓肿·····                 | (117)  |
| (四)肺吸虫病·····                 | (119)  |
| (五)肾囊肿·····                  | (121)  |
| <br>第二节 肝肿大病因的误诊·····        | (122)  |
| 一、感染·····                    | (122)  |
| (一)急性血吸虫病·····               | (122)  |
| (二)肝结核·····                  | (124)  |
| (三)肝脓肿·····                  | (129)  |

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 二、肿瘤·····           | (136) |
| (一)孤立性非寄生虫性肝囊肿····· | (136) |
| (二)多发性肝囊肿合并感染·····  | (138) |
| (三)肝海绵状血管瘤·····     | (140) |
| (四)肝癌·····          | (142) |

## 第四章 慢性腹泻·····(152)

### 第一节 感染性疾病·····(152)

|               |       |
|---------------|-------|
| 一、阿米巴痢疾·····  | (152) |
| 二、慢性菌痢·····   | (155) |
| 三、慢性血吸虫病····· | (158) |
| 四、霉菌性肠炎·····  | (160) |
| 五、肠结核·····    | (161) |
| 六、慢性阑尾炎·····  | (164) |

### 第二节 非感染性疾病·····(167)

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 一、结肠或直肠息肉·····  | (167) |
| 二、结肠或直肠癌·····   | (169) |
| 三、慢性溃疡性结肠炎····· | (173) |
| 四、肠套叠·····      | (176) |

# 第一章 发 热

发热是绝大多数感染性疾病和部分非感染性疾病的共同症状。由于它常伴随身体某个或多个组织器官的病理过程而出现，这些组织器官受累的临床表现有时明显，有时隐晦；有时一般，有时特殊；症状相互间的关系亦错综复杂，致使对发热性疾病（特别是长期不明原因的发热）的诊断带来困难，甚至造成误诊。其中极少数病例虽经住院详细检查，但直到病愈或病故，其发热原因也始终未能查明。不过在日常医疗工作中，并不是所有的误诊病例都是由于上述因素造成的，其中大多数病例如能详细询问病史、作全面的体格检查，及时而准确地进行有关实验室检查，其最后诊断是能够明确的。这里谨将我科所遇到的部分发热病例，几经周折最后终于确诊的情况介绍于后，以期总结经验教训，提高医疗质量。

## 第一节 感染性疾病

### 一、伤 寒

伤寒是以发热为主要症状的常见消化道传染病之一。教科书上常将梯形上升的持续发热、特殊的中毒状态、相对缓脉、玫瑰疹、脾肿大、白细胞减少、特别是嗜酸性白细胞减少或消失列为伤寒的临床特征，肥达氏反应对本病有辅助诊断意义，确诊则有赖于血中或骨髓中伤寒杆菌的发现，这些要点均为临床工作者所熟知。尽管如此，伤寒（特别是小儿伤寒）在临床

上仍然是诊断困难的疾病之一，误诊病例屡有报告。今就我院将伤寒误诊为其他疾病的几个代表性病例分析如下：

### （一）伤寒伴有黄疸

〔例1〕 姚××(32,562),男,29岁,因发热月余,巩膜、皮肤发黄一周入院。起病缓,体温逐渐上升,呈持续性,下午及晚上较高,伴轻度出汗,在当地按“伤寒”治疗热退一周。入院前一周又开始发热,近两日加重,并出现皮肤、巩膜发黄,右上腹胀。患者来自血吸虫疫区,常有血吸虫疫水接触史。曾有轻度咯血的历史。体检:巩膜有黄疸。肺部有少许干罗音。肝在肋下7厘米,压痛。脾在肋下15厘米。无腹水征。血红蛋白10克,白细胞计数10,750,中性粒细胞84%,尿胆红质阳性,尿胆原及尿胆素阴性。入院诊断为“肺结核,传染性肝炎及慢性血吸虫病”。入院后查肝功能:黄疸指数84单位,凡登白试验呈直接立即反应。肥达氏反应“H”1:1280,“O”1:160。一周后复查,“H”为1:640,“O”为1:1280。二周后大便培养发现伤寒杆菌,经氯霉素治疗,5天内体温降至正常,7天后黄疸指数降至32单位,凡登白试验呈直接双相反应。右上腹腹胀消失,病人坚决要求出院。出院时肝在肋缘下6厘米,脾在肋缘下15厘米。

该患者长期发热,曾按“伤寒”治疗热退,一周后又发热,再用氯霉素又迅速退热,且肥达氏反应滴度明显增高,大便培养有伤寒杆菌生长,因此可确诊为“伤寒”。第二次发热则考虑为“伤寒复发”。其黄疸(肝细胞性)发生在伤寒病程中,且随伤寒治愈而迅速好转,故多为伤寒病所致的肝损害。该患者来自血吸虫疫区,有疫水接触史,伤寒治愈后肝脾仍明显肿大,故可能合并有“慢性血吸虫病”。惜因病人坚决要求出院,未能作进一步检查予以证实。

分析此病例入院时误诊的原因可能有二：(1)因患者发热时间较长，过去有咯血史，故被诊断为“肺结核”。对在院外按“伤寒”治疗退热一周后又再发热的病史未予重视。此病例未经抗痨治疗即迅速退热，全身情况好转，亦不像一般肺结核的发展过程。但因过去有咯血史，入院后又未作胸部X线照片，是否曾患过肺结核还不能删除。(2)对伤寒杆菌感染可合并肝损害的临床过程缺乏经验，认识不足。

伤寒引起的肝损害早已为人们所注意，但对其认识不足。近年来世界各地都注意到伤寒、副伤寒并发肝损害是比较常见的。通过肝功能及肝组织学检查，对此种情况已有进一步了解。据不完全统计，肝肿大发生率为25~40%。肝在右肋缘下可达1~10厘米，以1.5~3厘米为多，伴轻度触痛，黄疸发生率不一，最高可达7.6%，一般较轻。血胆红素很少超过5毫克%，但最高可达8.9毫克%。SGOT及SGPT可有不同程度的升高，SGOT最高可达980单位（正常值<20单位），SGPT最高可达730单位（正常值<15单位）<sup>〔1〕</sup>。絮状试验亦可不正常。肝组织学改变为“非特异性反应性肝炎”，有灶性肝细胞坏死伴单核细胞浸润，即“伤寒结节”。窦状隙扩张、充血，汇管区单核细胞浸润，星形细胞明显增生肥大。无肝肿大者亦可有这些改变，但病变较轻<sup>〔2〕〔3〕〔4〕</sup>。此种病例的治疗除采用氯霉素或氨苄青霉素等病原治疗外，加用皮质激素，效果良好。一般在2~3周内，肝肿大和肝功能均可恢复正常，但组织学改变恢复较慢。Faierman等曾报告一例伤寒伴有严重肝损害患者有肝性脑病、伤寒肾炎、急性肾衰和DIC。经治疗6天后神志转清、热退，6天后痊愈<sup>〔1〕</sup>。由此可见，伤寒伴发肝损害经治疗后一般预后良好。

## (二) 伤寒并发脑膜脑炎

〔例2〕 杨××(48,608), 女,  $2\frac{1}{2}$ 岁, 因发热5天, 伴阵发性全身抽搐、神志不清一天余入院。五天前患儿突起发热, 上午稍低, 下午可达40℃。一天前突起全身性抽搐, 反复十余次, 伴神志不清。在院外作脑脊液检查正常。既往无抽搐史。体检: 急性重病容, 半昏迷。颈有抵抗感。心肺正常。腹稍胀, 肝脾未扪及。膝反射未获, 神经系统检查无其他阳性发现。白细胞计数13,800, 中性63%, 淋巴35%, 单核2%。入院诊断: “惊厥待查”。入院后血抹片检查未发现疟原虫。大便常规: 白细胞0—2。脑脊液常规检查及培养结果如下:

| 项目<br>日期 | 细胞总数 | 白细胞数 | 蛋白定性 | 糖(毫克%) | 细菌培养                     |
|----------|------|------|------|--------|--------------------------|
| 12/10    | 1000 | 10   | (-)  | >50    | 伤寒杆菌生长, 伤寒杆菌免疫血清凝集滴度1:80 |
| 14/10    | 154  | 12   | +    | >50    |                          |
| 20/10    | 24   | 22   | +    | >50    |                          |
| 28/10    | 9    | 8    | +    | >50    |                          |
| 10/11    | 18   |      | -    | >50    |                          |

肥达氏反应: 10月15日及10月24日两次均“H” 1:1280, “O” 1:1280。血培养: 伤寒杆菌生长。

患儿入院后高热达41℃, 仍抽搐, 呈半昏迷状态。10月13日因扪及脾脏, 疑为“伤寒”而给予氯霉素治疗。次日体温下降, 治疗7天后体温正常, 第5天起抽搐停止, 第11天起出现右侧肢体强直, 右手有不自主运动, 四肢肌张力增强, 双侧眼球固视右侧, 第20天后神志逐渐清醒至完全恢复正常。神经系统体征消失。

本例有发热、抽搐、意识障碍, 其神志状态不随体温下降

而迅速好转，同时伴有脑膜受累的表现。肥达氏反应阳性，血和脑脊液培养均有伤寒杆菌生长，诊断应为“伤寒并发脑膜炎”。入院时未能诊断伤寒，可能是由于：(1) 起病急，病程短，未出现伤寒的典型经过；(2) 临床上以神经系统症状较为突出，我们对伤寒引起神经系统症状缺乏足够的认识。

历来认为儿童伤寒的临床经过不及成人典型。国内报道伤寒引起神经系统并发症者较少<sup>[5]</sup>，国外则报道颇多，无论发生率和种类都有增加。尼日利亚的一组959例伤寒中，有意识障碍者580例(占60.5%)，偏瘫5例(占0.5%)，震颤麻痹综合征10例(占1%)，四肢肌紧张30例(占3.1%)，多发性神经炎7例(占0.7%)，单发性神经炎3例(占0.3%)，类精神分裂症7例(占0.7%)<sup>[6]</sup>。斯里兰卡报告一例伤寒并发感染性多发性神经炎<sup>[7]</sup>和一例急性播散性脑脊髓炎，并认为这两例的发病机理均与变态反应有关<sup>[8]</sup>。挪威报告精神病13例，脑膜脑炎2例，多发性神经炎7例<sup>[9]</sup>。有人认为小儿伤寒脑病发病率较成人常见，但TOP认为伤寒并发脑病并无年龄方面的差别<sup>[10]</sup>。该氏认为脑病多为中毒性或代谢紊乱所致，偶尔可由伤寒杆菌直接侵袭而引起。总之，神经系统症状可以在伤寒中表现得很突出和多样化。因此，当一个发热原因尚未确定的患者伴有神经精神症状或体征时，应考虑到伤寒的可能。血培养、脑脊液培养及肥达氏反应均有助于确定诊断。

### (三) 伤寒伴有广泛的出血倾向和全血细胞减少

〔例3〕何××(222,533)，男，26岁，因不规则发热、反复鼻衄40+天入院。入院前曾解柏油样大便2次，并呈进行性苍白、衰竭。体检：重病容，神清，消瘦，苍白。皮肤未见出血点。周身淋巴结不大。胸骨及长骨无压痛。心正常。双肺底有细湿罗音。肝在肋下2厘米，脾未扪及。神经系统未发现阳

性体征。血红蛋白6.7克。白细胞计数4,000, 中性60%, 淋巴37%, 单核3%, 血小板2.3万。入院诊断为“急性白血病、恶性网状细胞增多症、贫血待查”。入院后实验室检查: 麝香草酚浊度试验12单位, 硫酸锌浊度20单位, 谷丙转氨酶359单位, 血清碱性磷酸酶及甲胎蛋白正常。骨髓象检查: (1) 粒细胞核左移, 杆状及分叶核细胞胞浆内有中毒颗粒, 中性分叶核碱性磷酸酶反应阳性率98%, 积分350; (2) 红细胞系统有巨幼改变; (3) 网状细胞3.2%。入院次日血培养: 有伤寒杆菌生长。

入院后给予输血、止血、皮质激素、氨苄青霉素及红霉素治疗。第三天痰中见血丝, 第五天左胸前出现小出血点及淤斑, 但体温逐日下降, 第七天完全正常。退热两天后体温又复升高, 经用氯霉素治疗, 症状体征均消失, 血红蛋白9.5克, 白细胞计数8,400, 中性61%, 酸性1%, 淋巴38%。

本病例以较长期的发热、进行性贫血、衰弱、较广泛而明显的出血及全血细胞减少为特征, 被误诊为急性白血病及恶性网状细胞增多症。但患者的临床表现与这两种疾病并不尽符合, 更重要的是在周围血片中未发现幼稚细胞, 骨髓检查也不支持这两种疾病的诊断。虽然本例骨髓中有网状细胞增加, 但 Allen 等认为伤寒可引起反应性网状细胞增多<sup>[11]</sup>。患者血培养有伤寒杆菌生长, 氨苄青霉素及氯霉素治疗使之迅速痊愈, 因此最后诊断应为伤寒。

伤寒并发不同程度及不同部位的出血屡有报告<sup>[11][12][13]</sup>。其出血原因可能为: (1) 肝脏损害, 致使凝血因子形成减少; (2) 血小板减少; (3) 弥漫性血管内凝血 (DIC)。一般认为细菌或内毒素可引起血管内膜损害, 从而导致血小板在该处凝聚, 引起DIC。也有人指出血小板本身拥有补体成分中  $C'3b$  的受体, 患伤寒时, 如同在其他内毒素血症时一样,  $C'3b$  可通过血小板

的受体使其发生凝聚，从而使血小板减少。最近更有人认为伤寒杆菌与其抗体之间可形成免疫复合体，这一过程需要补体  $C'3b$  参与。血小板可通过  $C'3b$  受体而发生凝聚，因而血小板减少<sup>[14]</sup>。上述假设尚有待今后进一步证实。无论其出血机制如何，本病例的经过提示，一个原因尚未查明的发热患者，虽有出血倾向及全血细胞减少，但不能被证实为血液系统疾病时，应考虑到伤寒的可能，并应常规地进行肥达氏反应和细菌学检查，以进一步确诊。

#### (四) 伤寒合并肺门淋巴结核

〔例4〕吴×× (216,023)，男，9岁，因发热26天入院。患儿起病缓慢，体温波动在38~40℃之间，一般以下午较高，伴多汗。无咳嗽，气促，腹痛，腹泻等症状。于病后第19天测肥达氏反应阴性。在院外用过多种抗生素（品种不详）治疗，无效。体检：一般情况尚好。腹稍胀，肝在肋缘下1厘米，脾在肋缘下1厘米，余无特殊发现。白细胞计数6700，中性33%，淋巴67%，诊断为“粟粒性结核”而住院。入院后胸部X线摄片为肺门淋巴结核，旧结核菌素试验1:10,000(++)。两次血培养为伤寒杆菌。用氯霉素治疗，次日体温即下降，痊愈出院。

结核病为儿童长期发热性疾病的常见原因之一。此患儿发热26天，旧结核菌素试验1:10,000(++)，胸片有肺门淋巴结核，因此“肺门淋巴结核”的诊断可以确定。但一般来说，单纯肺门淋巴结核不能解释如此长程的高热及肝脾肿大。粟粒性结核虽可有这些表现，但其肺部病变广泛，患者常有较明显的呼吸困难，甚至发绀，病程26天胸部X线摄片应能发现双肺粟粒样病灶。因此本例还必须考虑到发热是其他原因所致，特别是伤寒。本例两次血培养有伤寒杆菌生长，最后诊断应为“伤寒合并肺门淋巴结核”。

我院70~78年收治的83例伤寒病例中,误诊24例,误诊率约为30%,其中儿童病例占三分之二。这些患者入院时分别被误诊为结核病,肝炎,血液病,肺炎,急性血吸虫病,败血症,风湿热,肾盂肾炎,颅内感染等。近年来关于伤寒误诊的原因大致可归纳为两种情况:(1)临床表现较轻,或其并发症较突出,并且多样化,致使临床经过不典型而误诊。我们将七十年代确诊为伤寒的83例与五十年代确诊的367例统计比较,亦发现伤寒有临床症状减轻化和不典型化的倾向。近十年来伤寒的起病常较急,热型以弛张型为主,可伴有寒战及大汗,消化系统症状较轻、较少,脾肿大者减少,肝肿大及肝损害者增多,特殊中毒症状较轻或缺如,白细胞计数多正常,并发症少见〔2〕。由于思想方法上的片面性,往往忽略全面分析病情,或被某些临床症状、体征或某些实验室资料所迷惑,导致错误的诊断。

因此,正如我们过去所认识的那样,凡遇未明原因的发热,热程在一周以上,虽然消化道症状不明显,仍应记住伤寒的可能性,并应尽早作细菌学检查(在使用抗生素以前),及时作血清学反应,以期较早作出诊断。国外报道为了进一步提高伤寒的诊断率,对伤寒患者观察了免疫球蛋白、补体、凝血酶原、血胆固醇及乳酸脱氢酶活性等的测定,但这些实验室检查都是非特异性的,不能孤立地予以评价。

(任培上)

## 二、败血症

败血症是由多种致病菌引起的血行性感染,病情变化急骤且严重。随着抗菌药物的广泛应用,引起败血症的病原菌亦发生变迁。近年来葡萄球菌败血症渐有减少,而革兰氏阴性杆菌败血症逐渐增多,且成为败血症的主要病因〔15〕〔16〕〔17〕〔18〕〔27〕。

我院细菌检验室1974年~1976年156份阳性血培养中,葡萄球菌仅占28.2%,而革兰氏阴性菌占55.8%,后者约为前者的2倍<sup>[19]</sup>。近年来厌氧菌败血症及霉菌败血症亦渐引起人们重视。

在发热待诊病例中,败血症实为常见原因之一。第二军医大学第一附属医院分析1961例长期发热病例中败血症占2.34% (45例)<sup>[20]</sup>。华山医院1960~1974年发热待诊入院的长程发热患者226例中败血症占8.84% (20例)<sup>[21]</sup>。此类患者除有急性发热及严重感染中毒症状外,可无其他特殊表现。一般而言,金色葡萄球菌败血症可有皮肤、粘膜及组织的化脓性感染病史,而革兰氏阴性杆菌败血症则多继发于肠道、泌尿道及胆道感染。但是,当患者无原发病灶可寻或其临床表现不典型时,极易造成误诊。翁心华等报道一例金色葡萄球菌败血症因急起高热,全身风团状皮疹,髋关节疼痛,蛋白尿及血尿,先后误诊为“风湿热”、“急性肾炎”、“泌尿系结核”达5个月之久<sup>[21]</sup>。我院内科、传染病科1970~1972年收治败血症71例中22例以发热待诊入院,部分病例入院后经一段较长时间方确定诊断<sup>[22]</sup>。现选择我院近年来遇到的大肠杆菌败血症二例,金色葡萄球菌败血症一例加以讨论,借以分析其误诊原因,提高对败血症的认识。某些败血症可引起黄疸、肝肿大及肝功能变化而被误诊为病毒性肝炎或胆道疾患,这类病例将在黄疸一章中讨论,本节不赘。

#### (一) 大肠杆菌败血症误诊为急性坏死性小肠炎

〔例5〕 黄×× (158,214), 男性, 42岁, 因持续性腹痛, 间歇性畏寒, 发热16天, 解黑大便12天入院。患者于16天以前突起腹部持续绞痛, 主要位于脐周, 呕吐2次, 为黄水及食物残渣, 当晚发热, 次日清晨寒战、高热 (体温42℃), 随即神志不清、血压下降, 出现休克。经外院抢救2天后神志清楚, 血压恢复正常, 但出现解黑色大便, 每天或隔天一次, 每次量不多, 腹