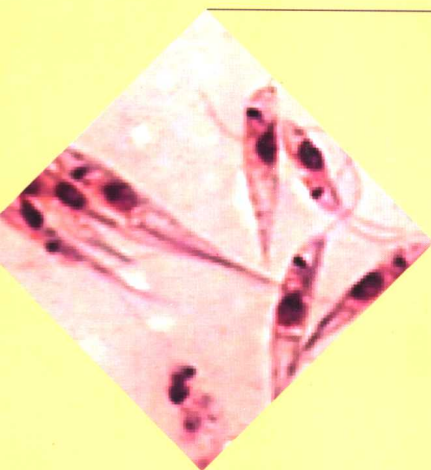




张爱华 陈喜珪 主编

人体寄生虫病 误诊分析



典型病例集萃

误诊原因剖析

预防误诊措施



科学出版社

www.sciencep.com

人体寄生虫病误诊分析

主 编 张爱华 陈喜珪
副主编 丁义玲 张 民
主 审 何昌浩

科 学 出 版 社
北 京

内 容 简 介

我国疆域辽阔,自然环境极其复杂,寄生虫分布也十分广泛。由于寄生虫病具有带虫者、慢性感染、隐性感染、异位寄生、幼虫移行症和多寄生现象等特点,与临床医学各科均有联系,导致寄生虫病误诊误治病例屡有发生,给社会和病人造成不必要的损失。本书在搜集国内大量寄生虫病误诊误治病例的基础上,筛选出常见的21种寄生虫病,从分析误诊的原因入手,提出预防误诊的措施,特别注重与其相关各科的鉴别诊断。

本书不仅是临床工作者和医学生值得一读的参考书,也是广大群众了解人体寄生虫病的有益读物。

图书在版编目(CIP)数据

人体寄生虫病误诊分析/张爱华,陈喜珪主编. —北京:科学出版社, 2005.5

ISBN 7-03-015458-4

I. 人… II. ①张…②陈… III. 寄生虫病—误诊—分析 IV. R530.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第043014号

责任编辑:夏 宇 吴茵杰 / 责任校对:朱光光

责任印制:刘士平 / 封面设计:陈 敬

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencecp.com>

丽 源 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2005年5月第 一 版 开本: B5(720×1000)

2005年5月第一次印刷 印张: 12 1/4

印数: 1—4 000 字数: 234 000

定价: 22.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

序

经过五十多年的努力,防治寄生虫病的工作已经取得了一定的成绩。但迄今在我国,寄生虫病仍然是多发病、常见病,尤以广大农村为甚,调查显示某些地区寄生虫病总体感染率仍居高不下。值得庆幸的是现代治疗寄生虫病的药物及方法均有很大改进,只要早期正确诊断并及时进行有效治疗,寄生虫病已不是临床上的难题。然而,由于种种原因造成诊断上的延误,不仅给患者经济上带来巨大损失,也给患者身心增加了不必要的痛苦,严重者可能导致病人失去生命。国外早年即已注意到此问题的严重性,而我国除散在报道一些误诊病例外,尚未见有此类专著论述。

张爱华、陈喜珪副教授等几位中年教师,在繁忙的教学、科研之际,搜集国内资料,整理编撰了这本《人体寄生虫病误诊分析》,共搜集了 21 种寄生虫病的近百个病例,从误诊的实例入手,分析误诊的原因,鉴别相关类似的疾病,提出确诊要点,并为减少误诊指出相应的措施,还对该种寄生虫病的基础知识作了精要的复习,并就每节内容拟定相应的思考题。在书末的附录中,还对寄生虫病在我国的分布、流行、危害、诊断及治疗寄生虫病的常用药物作了全面介绍。这不仅是临床工作者值得一读的参考书,也是医学生有益的参考教材,谨向广大读者推荐。

唐 超

2004 年 5 月

于华中科技大学同济医学院

前 言

我国疆域辽阔,地跨温、寒、热三带,自然环境极其复杂,动物种类繁多,寄生虫分布也十分广泛,寄生虫病的发病率和死亡率均很高,对人类健康危害很大,并严重影响社会和经济的发展。我国曾是寄生虫病流行严重的国家,解放后在党和政府领导下,我国在控制寄生虫病方面取得了无与伦比的成绩。但据 1988~1992 年全国人体寄生虫分布调查显示,除疟疾、血吸虫病、丝虫病和黑热病外,我国寄生虫总感染率高达 62.632%,感染人数达 7 亿多。

随着社会经济的发展,农村经济好转,生态环境发生变化,从生产方式、生活习惯等方面减少了感染机会,肠道寄生虫感染率明显下降。但相反,一些食源性寄生虫病,如旋毛虫、囊虫、肝吸虫、并殖吸虫和棘球蚴病,则呈明显上升趋势,其流行程度加重,流行区域在不断扩大。因此,寄生虫病在我国仍然是常见病、多发病。由于寄生虫病具有带虫者、慢性感染、隐性感染、异位寄生、幼虫移行症和多寄生现象等特点,加之寄生虫病与临床医学各科均有联系,导致寄生虫病误诊病例屡有发生。为克服由于寄生虫病误诊延误治疗,给社会和病人造成不必要的损失,我们在搜集国内大量寄生虫病误诊病例的基础上,筛选出常见的 21 种寄生虫病,从分析误诊的原因入手,提出预防误诊的措施,特别注重与其相关各科的鉴别诊断。为增强理解和记忆,结合病例还设置了一些思考题,供阅读后学习参考。本书附录中收录了寄生虫的流行、分布,寄生虫的危害及常用的治疗药物等,供临床医师及医学生参考。

中国知名人体寄生虫学专家,华中科技大学同济医学院唐超教授在百忙中为本书写序,何昌浩教授悉心审阅了全稿。本书特别参考了许隆祺等主编《中国寄生虫分布与危害》,沈一平主编《寄生虫与临床》,詹希美主编《人体寄生虫学》,刘振华、陈晓红主编《误诊学》,薛纯良、许隆祺主编《寄生虫病诊断与治疗》等书,并引用了一些作者搜集的相关病例,在此一并表示衷心感谢。

由于时间仓促,水平所限,其中的错误和缺点在所难免,敬请读者提出宝贵意见。

张爱华
2004 年 6 月
于长江大学医学院

目 录

第一章 概论	(1)
第一节 寄生虫病概况	(1)
第二节 寄生虫病的特点	(2)
第二章 寄生虫病的误诊原因	(4)
第一节 临床原因	(4)
第二节 医务人员原因	(7)
第三节 护理原因	(9)
第四节 病人原因	(9)
第五节 其他原因	(10)
第三章 原虫病	(12)
第一节 阿米巴病误诊	(12)
第二节 蓝氏贾第鞭毛虫病误诊	(21)
第三节 疟疾误诊	(25)
第四节 弓形虫病误诊	(36)
第四章 吸虫病	(44)
第一节 华支睾吸虫病误诊	(44)
第二节 卫氏并殖吸虫病误诊	(48)
第三节 斯氏狸殖吸虫病误诊	(52)
第四节 血吸虫病误诊	(56)
第五章 绦虫病	(64)
第一节 囊虫病误诊	(64)
第二节 包虫病误诊	(71)
第三节 曼氏裂头蚴病误诊	(81)
第六章 线虫病	(86)
第一节 钩虫病误诊	(86)
第二节 蛔虫病误诊	(93)
第三节 蛲虫病误诊	(100)
第四节 旋毛虫病误诊	(103)
第五节 粪类圆线虫病误诊	(108)
第六节 广州管圆线虫病误诊	(112)
第七节 结膜吸吮线虫病误诊	(116)

第七章 医学节肢动物及新现寄生虫病	(121)
第一节 蝇蛆病误诊	(121)
第二节 蛭螬病误诊	(124)
附录	(127)
I. 寄生虫病对人体的危害	(127)
II. 常用寄生虫病实验诊断	(135)
III. 常用抗寄生虫药物	(140)
IV. 中国人体寄生虫分布	(170)
思考题参考答案	(186)

第一章 概 论

第一节 寄生虫病概况

寄生虫病流行于世界各地,尤以热带、亚热带地区的发展中国家为甚,给人类身体健康和经济造成巨大的损失。联合国开发计划署/世界银行/世界卫生组织联合倡议的热带病特别规划(UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. TDR)要求防治的6类主要热带病中,除麻风病外,其余5类都是寄生虫病,即疟疾(malaria)、血吸虫病(schistosomiasis)、丝虫病(filariasis)、利什曼病(leishmaniasis)和锥虫病(trypansomiasis)。概括WHO 1975~1995年估计,全世界现感染疟疾人口为4亿~4.9亿,每年死亡人数为220万~250万。血吸虫病流行于76个国家,受感染者约1.5亿,其中埃及血吸虫(*Schistosoma haematobium*)感染者1亿,曼氏血吸虫(*S. mansoni*)感染者6000万,日本血吸虫(*S. japonicum*)感染者150万,每年死于血吸虫病者为50万~100万。丝虫病流行于80多个国家,感染者约1.45亿,其中淋巴丝虫感染者为1.28亿,盘尾丝虫感染者1700万。利什曼病主要在热带、亚热带地区,呈世界性分布,现有感染者120万。锥虫病,其中非洲锥虫病,每年新增病例10万,每年死于该病人数为5000人,美洲锥虫病(恰加斯病,Chagas' disease)患者为240万,每年死亡人数为6万。肠道寄生虫病也严重地影响人类健康,阿米巴(amoeba)感染者约占世界人口1%,每年死亡人数为4万~11万;蓝氏贾第鞭毛虫(*Giardia lamblia*)感染者2亿;钩虫(hookworm)感染者13亿;蛔虫(*Ascars lumbricoides*)感染者13亿,每年死于蛔虫引起肠梗阻者1550人;鞭虫感染者9亿;绦虫病和猪囊尾蚴病(taeniasis and cysticercosis cellulosae)患者为6500万;粪类圆线虫病(strongyloidiasis)患者为3500万;华支睾吸虫病及后睾吸虫病(clonorchiasis and opisthorchiasis)患者为1350万;姜片虫病(fasciolopsiasis)患者为1000万;毛圆线虫病(trichostrongyliasis)患者为550万;并殖吸虫病(paragonimiasis)患者为210万。此外,蛲虫、阴道毛滴虫感染也较普遍。

在经济发达国家,寄生虫病虽不像发展中国家那样严重,但也是重要的公共卫生问题,如阴道毛滴虫(*Trichomoniasis vaginalis*)感染者,在美国为250万,英国100万,贾第鞭毛虫病的感染在前苏联特别严重,美国也几乎接近流行。机会性寄生虫感染,如弓形虫病(toxoplasmosis)、肺孢子虫病(pneumocystosis)及隐孢子虫病

(cryptosporidiosis)等多为原发性或继发性免疫缺陷患者(艾滋病、抗肿瘤治疗等)的致死性原因之一。还有一些人兽共患寄生虫病不仅对人体健康造成危害,同时严重影响畜牧业发展。

我国幅员辽阔,地跨寒、温、热三带,自然条件极其复杂,人体的或人兽共患的寄生虫病种类甚多。在旧中国,寄生虫病流行猖獗,如疟疾、血吸虫病、丝虫病、黑热病和钩虫病,曾经夺取成千上万人的生命,严重阻碍农业生产和经济发展,曾被称为“五大寄生虫病”。经过四十多年的努力防治,成绩显著。但寄生虫病在我国仍然是一个严重的问题(详见附录 I)。

第二节 寄生虫病的特点

(一) 寄生虫感染与带虫者

宿主感染寄生虫后,临床上可以表现为无明显症状和体征,称为寄生虫感染(parasitic infection),有明显的临床表现,称为寄生虫病(parasitic disease)。在大多数的情况下,人体感染寄生虫后并没有明显的临床表现,但病原体还存在,这些感染者能传播病原体,称为带虫者(carrier)。带虫者的出现与感染的虫数多少、宿主的免疫状态和营养状况等因素有关。

(二) 慢性感染及隐性感染

寄生虫病的一个基本特征是慢性感染(chronic infection)。通常人体感染虫数少,在临床上出现一些症状后,不经治疗逐渐转入慢性持续感染,并出现修复性病变,例如血吸虫病的肝纤维化,丝虫病的淋巴管阻塞等。寄生虫在人体内可生存相当长一段时期,这与宿主对大多数寄生虫不能产生完全免疫有关。如大多数原虫感染由于在人体内繁殖而且机体免疫力差,不经治疗可以长时间存在。

隐性感染(suppressive infection)是人体感染寄生虫后,既没有临床表现,又不易用常规方法检测出病原体。机体抵抗力下降或免疫功能不全时,如艾滋病患者、长期使用激素或抗肿瘤药物的患者寄生虫病的增殖力和致病力大大增强,出现明显的临床症状和体征,并且病情发展迅速,常常恶化,严重者可致死亡。这类寄生虫通常被称为机会致病寄生虫(opportunistic parasite),主要有卡氏肺孢子虫、隐孢子虫、弓形虫等。

(三) 多寄生现象

人体内同时有两种或两种以上的寄生虫感染是比较常见的现象,同时存在不同种类的寄生虫之间也会相互影响,它们之间常常出现相互制约或促进,增加或减少它们的致病作用,从而影响临床表现。例如,蛔虫与钩虫同时存在时,对蓝氏贾第鞭毛虫起抑制作用;而短膜壳绦虫寄生有利于蓝氏贾第鞭毛虫的生存等。

(四) 幼虫移行症和异位寄生

幼虫移行症(larva migrans)是指一些寄生性蠕虫的幼虫侵入非正常宿主以后,在组织中长期移行造成局部或全身性病变。其特点是幼虫在这类宿主体内不能正常发育为成虫,但能较长时间的存活并造成损害。如犬弓首线虫的幼虫侵入人体,在人体内不能发育至成熟,在器官间窜扰,引起内脏幼虫移行症。

根据幼虫所侵犯的部位和症状不同,可把幼虫移行症分为两类:

皮肤幼虫移行症(cutaneous larva migrans):幼虫主要侵犯皮肤,并长期在皮肤组织中移行,可出现缓慢弯曲线状红疹,如犬钩虫幼虫感染。有些蠕虫幼虫可侵犯皮肤局部组织,引起游走性皮下结节或肿块,如斯氏狸殖吸虫的童虫。

内脏幼虫移行症(visceral larva migrans):幼虫在内脏器官中移行,引起局部或全身症状。如广州管圆线虫幼虫引起嗜酸粒细胞增多性脑炎或脑膜炎,犬弓首线虫引起眼、脑等器官的病变。

有的病原寄生虫既可引起皮肤幼虫移行症,又可引起内脏的幼虫移行症,有的可两者同时存在。这些虫种对人类危害较大,应引起足够的重视。引起幼虫移行症的蠕虫种类繁多,临床表现复杂多变,但均有明显的变态反应现象,病原检查常不易得到阳性结果。

异位寄生(ectopic perasitism)是指有些寄生虫在常见寄生部位以外的器官或组织内寄生,可引起异位病变(cilopic lesion),如卫氏并殖吸虫在脑;异型吸虫在心脏;血吸虫虫卵在肺、脑、皮肤等部位寄生都可归为异位寄生。

在临床上,了解寄生虫幼虫移行症和异位寄生现象,对于疾病的诊断和鉴别诊断至关重要。

(陈喜珪)

第二章 寄生虫病的误诊原因

所谓误诊,指在临床诊断过程中因多方原因未能获得正确诊断,导致延迟诊断或错误诊断,从而影响医疗质量、使患者延迟治疗时间或失去了治疗时机甚至危及患者生命安全,也是造成医疗差错、医疗事故、医疗纠纷的主要原因之一。据中国医学误诊文献数据库提供的数字显示,中国目前的临床医疗总误诊率为 27.8%,比国际平均的临床医疗总误诊率 25% 高出 2.8%。

由于寄生虫病的诸多特点,导致临床表现错综复杂,加之其他多方面的原因以致寄生虫病的误诊屡见不鲜,客观上给社会和个人造成不必要的损失,教训是惨重的。综合分析主要可分为临床原因、医务人员原因、护理原因、病人原因等几个方面的原因。

第一节 临床原因

一、病 史

病史是指病人疾病发生、发展及演变的全过程。通常是医生从病人及其陪伴者那里获得的。病史是诊断过程的第一个环节,全面、准确、系统的病史是正确诊断的关键。相反,失实的病史是误诊的根源。

(一) 突出一点,以偏概全

病史一般是经医生提问,由病人或病人的亲属或其他陪伴者以口述的方式提供的。其一,他们总是会将自己认为表现最突出、最明显、印象最深刻的症状作为重点介绍甚至加以渲染和夸大,而对一些不明显的表现则一带而过或弃之不说,其目的是要引起医生的重视。然而,病人所提供的、最突出的症状并非都是疾病的本质。这时如果医生不加分析地完全接受这种带有主观性的诉说,诊断思维被引向或围绕着病人所说的突出症状或突出的部位,从而在心理上形成一种思维定势,会把自己的诊断思路引向歧途。如有一肺吸虫病人,主诉“咳嗽、发热如何厉害,有多少天”,医生很容易考虑到是否“感冒”(而没有想到不少寄生虫病同样也可出现咳嗽、发热等症状,如肺吸虫病、血吸虫病、蛔虫病、钩虫病等),而“感冒”治疗无效,后检查发现白细胞升高,又诊断为“白血病”,多方治疗无效,给病人造成较大的精神

和经济损失。以后入住上一级医院,经复习病人的病历,查看病人是否有其他相关症状才得知病人曾在其背部出现过“游走的皮下小结节”,从这一思路入手,经过进一步询问病人的职业、生活习惯、是否生活或到过流行区,通过痰液查虫卵和血清学检查,最后确诊为“肺吸虫病”,经两个疗程治疗后痊愈出院。病人所说的疼痛最突出的部位并不一定就是引起疼痛疾病的原发部位。病人感受深刻的恶心、呕吐等消化道症状,原发疾病并非都在消化系统。恶心、呕吐的原因也许来自中枢神经系统或自主神经系统,也许来自眼睛或前庭。所以,对病人提供的病史既要听,又要分析,决不能受病人主观意愿的影响。

(二) 掺杂意外因素

病史是疾病发生、发展、变化的全过程。这个过程可以是几小时、几天、几个月,或者是几年、几十年。在这个过程中,除了某种疾病本身之外,还会有一些疾病以外的因素出现。这些因素虽然与该疾病无直接关系,但是病人在提供病史时,也许会将这些因素掺杂在病史之中加以描述,使病史变得复杂化。

(三) 病史遗漏

病史的提供受病人及其他提供病史者主观因素的影响。病人感受深刻的、比较突出的病史,容易及时地提供给医生,而一些比较隐匿、不很明显、没有特殊痛苦的,特别是一些长期存在,病人已习以为常的病史,就容易被遗漏。

二、临床表现

临床表现是指疾病在发生、发展、变化过程中表现出来的症状体征和一些辅助检查的结果。根据典型的临床表现,可以及时地对疾病做出诊断,但是,如果不能正确地判断临床表现中的复杂情况,也会造成误诊。临床表现中的误诊因素主要有以下几个方面。

(一) 表现与本质不一致

临床表现可以看做是疾病的现象。通常情况下,在疾病发展变化过程中所表现出来的症状体征(疾病现象)是与其病理变化的本质相一致的,但是也并非每个病人都是如此。因此,要获得正确的诊断,不能仅凭某些疾病的现象,还要通过现象深入本质。相同的致病因素作用于不同的个体时,由于各自机体反应性的差异,会出现不同的表现。两个人患同一种疾病,也不一定临床表现就完全相同,也许一个病人的疾病现象表现得典型,另一个则表现得不典型或者根本还未表现。

(二) 表现中的假象

在诊断过程中,经常会遇到一些临床表现的假象。医生在诊断时,如果被假象

所迷惑,常常会导致误诊,甚至会由此而造成不良的后果。例如,水肿是慢性肾小球肾炎的特征性表现,但是到了慢性肾小球肾炎的晚期,水肿反而会减轻或消失。如果将上述这些现象看做是病情好转的表现,则必然会导致不良的后果。

(三) 表现变化不定

典型的临床表现是确立诊断的依据。然而临床表现并不总是典型的,其表现有一定的时间性,在发病的早期、中期和晚期表现是各不相同的(如血吸虫病、钩虫病、旋毛虫病、粪类圆线虫病等,因虫体在人体内寄生的不同时期而表现出不同的临床症状)。如果医生只凭一时的观察,来衡量某一临床表现是否典型并作为诊断的依据,就往往可能会导致误诊。

(四) 多种表现共存

临床上常有一种疾病同时或先后损害几个器官,互相间功能交叉影响,症状体征表现得十分复杂,使诊断无所适从。如旋毛虫病、肺吸虫病、囊虫病等因虫体可同时寄生于人体的不同部位而表现出不同的临床症状。如果不能正确认识这些多种表现共存的本质,就会造成误诊。

(五) 表现类似

临床上经常可以见到许多疾病,其病变的部位、性质根本不同,而临床表现却十分相似。如果不能认真区别互相间的差异,从类似的表现中找到其不同之处,也会成为误诊的原因。如脑囊虫病的临床表现与很多疾病临床表现类似,常见有颅内肿瘤、散发性脑炎、结核性脑膜炎、脑血管病、原发性癫痫,其他还可因精神症状突发而误诊为精神病;老年患者出现明显痴呆时,而误诊为老年性痴呆;囊虫性脑膜炎因脑脊液的炎性改变或临床症状不典型而误诊为蛛网膜炎、隐球菌性脑膜炎、病毒性脑膜炎等。CT扫描有时也可发生判断错误,如将单发的片状低密度病灶误诊为炎症或脑缺血性病变等。

三、体 征

体征是医生用自己的感官或简单的检查工具对病人经过系统检查和观察所发现的疾病状态及机体生理病理改变的表现。准确、完整、系统的体征是临床诊断的客观依据,而失实的、不全面的、变异的体征可以成为误诊的原因。其表现为体征缺失、体征遗漏、体征隐匿、体征不典型和满足已有体征等。

四、临床用药

药物治疗是临床上主要的治疗手段之一。药物固然可以医治疾病,然而病人

在生病和求医、用药过程中(特别是病人长期多方求医),多种药物发挥的副作用而出现的复杂表现会导致掩盖疾病的原有症状、改变疾病的典型症状、并发新的疾病等表现,从而成为误诊的原因。病史询问不够全面细致。未重视流行病学资料,有些地方诊所治疗不做任何检查,只给对症治疗,造成误诊。如有一旋毛虫病患者,因发热、全身肌肉酸痛伴血尿3个月入院。患者3个月前无明显诱因出现高热伴畏寒,一周后出现双侧上臂、前臂、手背、小腿等多处肌肉酸痛,可见肉眼血尿。当地医院先后误诊为“混合性结缔组织病”、“类风湿关节炎”等,治疗无效。后入住上级医院,在排除细菌性感染疾病存在可能性的前提下,根据患者疼痛累及的肌肉不是典型的对称性近端肢体肌肉,而是全身大小肌肉均累及,且局限于肌肉上某一点压痛明显,往往自觉疼痛厉害,且肌力和血清肌酶均正常而排除“多发性肌炎”的可能性。经反复询问得知,患者工作地点位于新开发区,单位无食堂,因此经常在个体小摊上进食。虽然外周血嗜酸粒细胞不多,但是骨髓检查:分叶核粒细胞(嗜酸粒细胞)占3.5%,提示嗜酸粒细胞稍多。在排除药物热后,寄生虫病可能性不能排除。通过血清学检查发现旋毛虫循环抗体弱阳性。临床诊断为旋毛虫病,后治疗痊愈出院。该病例在明确诊断之前曾给予糖皮质激素治疗,导致患者嗜酸粒细胞不增高,血清旋毛虫抗体阳性率减低,增加了本病的诊断难度。

第二节 医务人员原因

(一) 医生的基本素质

临床上某些病例的误诊与医生的基本因素、医德品质和责任心有着密切的关系。据有关专家分析,误诊原因有若干种,其中大部分与医生的“基本功”不扎实有关:医生临床诊断经验不足的占25%;医生问诊以及体格检查不细致的占17.3%;医生未选择特异性检查项目的占17%;过分依赖辅助性检查结果的占14.7%。

(二) 医生的理论与临床经验

诊断是医生能动地运用已有的理论和经验具体地认识患者某一疾病的过程。正确的诊断是理论与经验有机结合的结果;相反,理论与经验脱节,理论与实践分离,常常是误诊的根源。

诊断需要医生去对病人进行观察,而任何形式的观察又总是渗透着自己的理论知识和实践经验。对临床上的同样一种疾病现象,知识和经验不同的医生会做出不同的诊断。只有理论知识和实践经验都丰富的医生,才能做出正确的诊断。而在理论上既缺乏了解,又没有实践经验的医生,即使疾病的症状体征十分典型,也难免做出错误诊断,更不用说对于那些症状体征不典型、临床表现复杂的病例了。这是因为已有的经验理论可以直接指导医生对病史资料的收集和选择,影响他对诊断资料的着眼点和注意力,会从零散的资料中取得能够反映疾病本质的有

用部分,为正确的诊断奠定基础。而缺乏理论和经验的医生,对具体病人的病史和体征分不清主次,不能从复杂的现象中认清其本质。临床上许多疾病的误诊率,基层医院高于地市级综合医院,地市级综合医院又高于省级专科医院,其中很重要的原因是与医生的理论知识水平的高低和实践经验的多少有关。

如有一囊虫病患者,因阵发性眩晕,头痛 10 余天而住院。患者 10 天前逐渐出现阵发性眩晕伴头痛,睁眼及动头时加重,伴恶心、呕吐,夜间时有低热。体检:心、肺、腹正常,颅神经、运动、感觉、反射均未发现异常,双眼底正常。未发现皮下结节。腰穿压力 3.0 kPa(310mmH₂O)。脑脊液细胞数 385,蛋白 0.7g/L,仍按结核性脑膜炎治疗,应用抗结核药、地塞米松及甘露醇等,住院 88 天略有好转出院。出院一周后因发热及上述症状加重,再次入院,并发现双眼底视神经乳头水肿,仍诊断为结核性脑膜炎。前后做腰穿 30 次,压力在 1.4~1.5kPa(140~150mmH₂O)之间,细胞数在 28~234 之间,以淋巴细胞为主,糖及氯化物有时稍低,蛋白在 0.5~1.6g/L 之间,住院 284 天症状未见好转而出院。后转诊到某省级医院就诊,询问病史时得知曾有过便绦虫史,即做囊虫血凝试验,结果阳性而确诊,治愈。

医生的实践经验和理论知识会直接影响到对病史资料的收集(详细询问病史)、辅助检查项目的选择和观察结果的评价,同时还制约着医生在整个诊断过程中的思维方法。理论水平较高、临床经验又丰富的医生,面对病人的某一不典型特征,可以举一反三,把疾病的现象与本质联系在一起,进行推理分析,最后得出正确的诊断结论。而经验缺乏、理论水平又较低的医生,在面对病人的非典型体征表现时,则可能犹豫不决,临时去翻书本,对号入座,常常抱怨症状体征不典型而难下决断,即使勉强做出诊断,也容易发生误诊。

医生的理论与经验水平的提高可从经以下几个方面考虑:①要有足够的理论知识,注重总结经验,对各种疾病的发作特点有充分的认识;②对病例不能满足于第一感觉,应注意详细询问病史,在询问病史中,要重视流行病学资料的了解(特别是是否到过疫区、接触过疫水、有无不良饮食习惯和个人卫生习惯等);③进行全面系统的体检,不要遗漏重要体征,比如猪囊尾蚴的皮下结节需要通过仔细体检才能发现;④对外周血和骨髓象中不明原因的嗜酸粒细胞增高时,要警惕寄生虫感染的可能;⑤选用必要的试验和特殊检查手段;⑥综合分析临床表现及各种检验结果。

(三) 临床思维方法

思维,一般是指理性认识的过程。临床思维,是医生运用已有的理论和经验,对疾病现象进行调查、分析、综合、判断、推理等一系列的认识过程,它贯穿于整个医疗过程之中。在对疾病的诊断工作方面,正确的临床思维能够使疾病获得及时的、正确的诊断,错误的或不恰当的临床思维则会导致错误的诊断结论。因此,临床思维与误诊有着密切的关系。

(四) 其他

医生的服务态度、情感、作风、道德以及医生的仪表、性格、表情、语言等都有可能直接或间接地影响临床诊断。

第三节 护理原因

护理工作是整个医疗卫生服务过程中一个十分重要的环节。护士处在医疗服务的第一线,直接参加抢救急、危、重症病人,进行各种治疗护理。护士比医生更能了解到病人的实际情况,所以护理工作直接参与了病人的诊断、治疗和康复过程。

护士虽然不直接参与诊断工作,但是护理工作质量的高低,与诊断能否及时确立,有很大的关系。护理工作的重要任务之一就是対病情进行详细的观察和记录,及时准确地发现患者的病情变化,为医生及早做出正确诊断提供依据,反之则可能延误诊断。对已经有了初步诊断而进入观察治疗的患者,护士的认真观察可以发现患者新出现的变化,以及与已有诊断不相符的症状体征,可以帮助医生选择新的检查项目,确立新的诊断。对已经确诊的患者,护士的认真观察可以发现患者对治疗的反应、药物的毒副作用,帮助医生及时发现新的并发症或医源性疾病。

第四节 病人原因

医生面临的就医者是具有千差万别的个体。不同年龄、不同性别、不同体质,甚至不同文化程度的人就诊时的心态、愿望和表述能力也不尽相同,这些都有可能影响病史和症状收集的准确性,干扰医生的思维和认识,而成为误诊的原因。

(一) 表述不同

同一种疾病发生在不同的病人身上,即使是同样的病理变化,由于每个人的体质状况及对疾病的耐受能力不同,病人对疾病的感觉和体验也是不同的。如平时身体健康的青壮年和体力劳动者常对一般的疾病表现出不在乎的态度,在陈述病史时会三言两语,甚至仅凭自我感觉就对疾病进行自我诊断性的推理。而平时体质较弱,又对自身健康状况十分担心的人,则表现出对疾病的高度关心,对病情的描述常带有明显的主观成分,惟恐不能引起医生的重视,往往将症状描述得多而严重,但检查时却缺乏应有的体征。另外,由于每个病人的文化素质、语言表达能力及所处生活环境的差别,他们向医生陈述病情时的准确性也会存在明显的差异。上述情况都容易将医生的注意力和判断引向误差,如果医生未能注意这种差异,客观地进行分析,就可能成为误诊的原因。

(二) 盲目求医

随着临床医学的不断发展,临床分科越来越细,这对各专业疾病研究的不断深入显然是有益的,但是也给病人带来不方便的一面,病人不是医生,在最初就医时,并不知道自己患的什么病,应当选择哪个专科,往往是根据自己对疾病的主观感受和突出症状而选择就诊科室的,然而症状最突出的部位,并不一定就是疾病的原发部位。由于机体各系统之间是一个互相联系的整体,某一系统的疾病可以首先表现为其他系统的症状体征,因此,病人在选择专科时常常带有某种盲目性。如果医生也和病人一样“头痛医头、脚痛医脚”,将自己的诊断思路仅仅局限在局部或某一突出的症状体征上,就可能导致误诊的发生。如有一疟疾性肾炎患者因无明显诱因出现畏寒和发热(体温 39.7°C),大汗淋漓,伴尿痛和双侧肾区痛 14 天,无尿频尿急、咳嗽、心悸、胸闷、腹胀、腹泻,当地医院初诊为“上呼吸道感染”,给予螺旋霉素、利巴韦林和柴胡等药物治疗无效。后又以“急性肾小球肾炎”收入内科住院。体检:神志清楚,急性面容,咽无充血,扁桃体无肿大,循环、呼吸及神经系统检查无异常,肝脏未触及,脾平卧位肋下 1cm,质软,边钝。化验:血常规检查 $\text{WBC } 9.6 \times 10^9/\text{L}$ 、 $\text{N } 0.78$ 、 $\text{L } 0.14$ 、 $\text{RBC } 4.5 \times 10^{12}/\text{L}$ 、 $\text{Hb } 132\text{g/L}$,外周血未查见疟原虫。尿常规:蛋白 + + +, $\text{RBC } 6 \sim 8$ 个/HP, $\text{WBC } 3 \sim 5$ 个/HP,可见颗粒管型。肝功能及生化检查均正常。B 超检查:脾大,肝、胆、胰、肾均正常。予以氨苄西林和诺氟沙星胶囊抗感染,治疗无效。体温仍为 39°C ,不规则发热,考虑其来自有疟区,于患者高热时反复查血,查见间日疟环状体,转入感染科治疗,治疗 5 天后,体温恢复正常,痊愈出院。

(三) 迷信权威

常有这样一些病人和病人家属,为了使疾病尽早地明确诊断,不惜托熟人,找关系,打听在某个地区或某个专业学术领域里有名的权威或专家。这是病人盼望自己的疾病能够得到及时正确的诊断和得到好的治疗的表现。病人的心情是可以理解的,但是如果对权威过于迷信,对权威专家的诊断盲从,也会成为某些疾病拖延诊断的原因。病人这种心理表现在以下两个方面:一是以权威的诊断为满足,二是忽略了权威的相对性。但是就病人和病人家属而言,这却是一个不可忽视的因素。

第五节 其他原因

(一) 辅助检查因素

辅助检查是诊断过程中不可缺少的措施和步骤。合理地使用辅助检查,能够延长医生的感官,扩大其视野,使医生在更大的范围内和更深的层次上获得疾病过