

39696

2

临床误诊

包文俊 金心雯

杭州市西湖区医学会

目 录

第一章 传染病

流行性脑脊髓膜炎的误诊·····	(1)
结核性脑膜炎的误诊·····	(5)
新型隐球菌脑膜炎的延误诊断·····	(11)
婴儿化脓性脑膜炎的误诊·····	(15)
脑毛霉菌病的误诊·····	(17)
伤寒病的误诊·····	(20)
误诊为慢性迁延型菌痢的疾病·····	(24)
中毒型痢疾的误诊·····	(28)
金黄色葡萄球菌败血症的误诊·····	(30)
脓毒血症的误诊·····	(35)
流行性乙脑炎的误诊·····	(37)
病毒性脑炎误诊精神分裂症·····	(39)
急性黄疸型病毒性肝炎误诊病例的分析·····	(41)
麻风病的误诊·····	(48)
钩虫病的误诊·····	(54)
流行性出血热的延误诊断·····	(57)
钩端螺旋体病的误诊·····	(60)
疟疾的误诊·····	(63)
丝虫病的误诊·····	(67)

急性血吸虫病的误诊·····	(70)
肺吸虫病的误诊·····	(73)
肝吸虫病的误诊·····	(76)

第二章 消化系统

胃癌的误诊·····	(78)
胃、十二指肠蛔虫病误诊胆道蛔虫病·····	(82)
十二指肠原发癌的误诊·····	(83)
小肠憩室的误诊·····	(87)
急性阑尾炎的误诊·····	(89)
盲肠憩室炎误诊为阑尾炎·····	(96)
盲肠癌误诊为急性阑尾炎·····	(97)
急性出血性坏死性肠炎的误诊·····	(100)
直肠癌的误诊·····	(103)
原发性肝癌的误诊·····	(105)
瘤型肺结核误诊为胆囊炎·····	(108)
肝脓肿的误诊·····	(110)
胆道蛔虫病的误诊、漏诊·····	(114)
胆囊扭转误诊为溃疡病穿孔·····	(118)
胆石穿入胸壁误诊为胸壁结核·····	(120)
急性胰腺炎的误诊与漏诊·····	(121)
胰性霍乱误诊菌痢·····	(132)
结核性腹膜炎的误诊·····	(133)
腹腔结核的误诊·····	(138)
膈下病灶所致胸部感染的误诊·····	(141)

胃后壁脂肪肉瘤误诊为卵巢肿瘤·····	(145)
腹膜后冷脓肿误诊为肿瘤·····	(147)
黄疸病例的误诊·····	(148)
急腹症诊断中应注意的几个方面·····	(153)

第三章 呼吸系统

支气管结石症的误诊·····	(160)
肺癌的误诊·····	(161)
结节病长期误诊为肺结核·····	(165)
肺的炎性假肿瘤误诊肺结核瘤·····	(167)
休克型肺炎的误诊·····	(168)
先天性肺发育不全疑诊为支气管异物·····	(170)
肺隔离症误诊为肺脓肿·····	(173)
纵膈囊性畸胎瘤误诊肺结核·····	(174)

第四章 循环系统

急性心肌梗塞的误诊·····	(176)
小儿高山心脏病出现黄疸误诊为传染性肝炎·····	(181)
原发性心肌病的误诊·····	(182)
主动脉夹层动脉瘤的误诊·····	(190)
降主动脉畸形误诊食道癌·····	(193)
冠心病与颈椎病的误诊·····	(194)
易误诊为冠心病的疾病·····	(196)

第五章 泌尿、生殖系统

肾盂肾炎与某些疾病的误诊·····	(200)
肾小球肾炎误诊教训·····	(206)
慢性肾功能衰竭的误诊与漏诊·····	(201)
孤立肾并发肾积水误诊为卵巢囊肿扭转·····	(216)
血尿病人诊断和误诊的若干问题·····	(218)
泌尿系结石症的延误诊断·····	(222)
急性输卵管炎并出血误诊宫外孕·····	(228)
卵巢囊肿蒂扭转误诊阑尾脓肿·····	(229)
卵巢畸胎瘤误诊盆腔脓肿·····	(231)
卵巢肿瘤继发高度腹水的误诊·····	(233)
盆腔结核的误诊·····	(235)
稀罕的会阴疝误诊为外阴部肿瘤及阴道囊肿·····	(238)
外阴畸形、阴道结石误诊为膀胱结石·····	(240)
妇科盆腔肿块的误诊·····	(242)

第六章 血液及网状内皮系统疾病

贫血原因的误诊·····	(245)
急性白血病的误诊·····	(250)
铁粒幼细胞性贫血误诊缺铁性贫血·····	(259)
多发性骨髓瘤的误诊·····	(261)
淋巴瘤的误诊·····	(266)
反应性网状内皮细胞增多症误诊为恶性网状细胞病·····	(268)

淋巴结反应性增生的误诊.....	(271)
亨诺氏腹紫癜病误诊为阑尾炎.....	(273)
血友病性关节炎的误诊.....	(274)

第七章 内分泌系统及新陈代谢疾病

甲状腺机能亢进症的误诊.....	(279)
胰岛素瘤的误诊.....	(290)
嗜铬细胞瘤的误诊.....	(293)
脑垂体肿瘤的误诊.....	(295)
胸骨后甲状腺瘤误诊为喘息性气管炎.....	(295)
原发性醛固酮症延误诊断十四年.....	(297)
血紫质病的误诊.....	(298)
慢性痛风性关节炎误诊十七年的教训.....	(300)

第八章 脑部及神经系统疾病

小儿脑瘤的误诊.....	(302)
脑动脉栓塞的误诊.....	(307)
脑血管疾病的误诊与漏诊.....	(309)
室管膜母细胞瘤的误诊.....	(311)
误诊为“神经官能症”的教训.....	(313)
化学感受器瘤的误诊.....	(316)

第九章 其 他

有机磷农药中毒误诊为“小儿肺炎”.....	(319)
-----------------------	---------

结核感染过敏性关节炎误诊为风湿性关节炎·····	(321)
妊娠期腹直肌自发性破裂误诊为急性阑尾炎穿孔···	(323)
多发性肌炎误诊结核性腹膜炎·····	(324)
长期发热误诊教训·····	(324)
孢子丝菌病的误诊·····	(329)
腹股沟管包虫囊肿误诊为腹股沟斜疝·····	(331)
女性乳房结核的误诊·····	(332)
桡骨骨干结核误诊为尤文氏肉瘤·····	(335)

第一章 传 染 病

流行性脑脊髓膜炎的误诊

流脑发病急，变化快，如能早期诊断，及时治疗，可使病人短期内转危为安。Leuria指出：对流脑患者延误治疗半小时，就会对予后有很大影响，甚至造成不必要的死亡。据某地区统计，80%死于入院后24小时内，50%死于12小时内，也有的死于转诊途中。

在流脑流行季节对有典型症状和体征的病人诊断不难。容易造成漏诊和误诊的常见情况是：

1. 在流行高峰到来以前，易把流脑误诊为上感、急性胃炎或其他脑膜炎。如一患儿因发烧、呕吐、腹痛，于1975年11月去某院就诊，此时当地尚无流脑发生，遂以“肠蛔虫症”收入院。当晚患儿突然死亡。死后腰穿：脑脊液为化脓性并找到脑膜炎双球菌；

2. 病程早期，仅有头痛发烧等上感症状而无明显脑膜刺激征时，易误诊为扁桃腺炎、上呼吸道感染等；

3. 在流脑流行区，皮肤粘膜发现有出血点（出血点涂片检菌可为阳性，有人称之为“出血点型感染”）而无明显临床表现时，易误诊为虫咬、紫斑症、药物疹等；

4. 就诊前用过止痛及抗菌药物而掩盖了头痛发烧，白细胞高等一些临床表现，又不仔细追问病史时，也是造成误诊

的一个原因。如有一头痛发烧的小儿，服四环素及解热药后出现呕吐和皮肤瘀点，去某院时已无发热，被误诊为“药物反应”，给予脱敏治疗，第二天复诊时已出现严重休克，此时才想到流脑的可能；

5. 二岁以内的乳幼儿，临床表现与大孩子不同，如嗜睡、不吃奶、眼发直或尖叫，头向后背等，如不注意，更易忽略流脑的诊断。

病案举例

一、主要症状类似其他疾病：

例1：男性，53岁。因发热2天，昏迷及半身不遂1天多入院。昏迷系突然发生，口歪目斜，口吐白沫，右侧上下肢舞动，随后瘫痪，无高血病史。体温 37.8°C ，桡动脉无弯曲延长，血压120/70毫米汞柱，浅昏迷，右侧鼻唇沟变浅，颈强直，左臀部有成片疱疹，右侧上下肢呈弛缓性瘫痪，痛觉及温觉迟钝。双侧克尼格氏征阳性，布辛斯基氏征阳性，右侧巴彬斯基氏征可疑，（未作脑脊液前拟诊脑溢血），脑脊液泮氏试验（++），糖40—50毫克%，白细胞2210，中性84%，涂片检到革兰氏阴性双球菌。经用磺胺嘧啶治疗52小时后体温正常，神智清晰，偏瘫消失，6天后下地行走，脑脊液化验正常。

例2：男性，58岁。因发热，咳嗽1个多月，呕吐2天入院。患者1个月来有低热、头痛及咳嗽、检查：咽充血、白细胞总数轻度增高，先后在门诊误诊为咽炎及支气管炎等，给予镇痛药，祛痰药及注射青霉素等治疗，症状时轻时重。入院前2天头痛加剧，且出现呕吐。患者的邻村有流脑散

发。入院检查：体温38.5℃左侧唇边有疱疹，颈部有抵抗，心肺正常，右侧卧位触诊脾脏在肋缘下1.5厘米，质软，克尼格氏征可疑。白细胞总数14600，中性88%，脑脊液潘氏试验(++)，糖30—40%，氯化物700毫克%，白细胞1720，中性86%，涂片检菌阴性。诊断为慢性脑膜炎球菌败血症并发急性流脑。经用磺胺嘧啶，氯霉素治疗17天痊愈。

例3：女性，12岁。主诉发热，头痛3天，左眼怕光失明1天多入院。检查：体温39℃，躯干有散在瘀点。左眼睫状充血并伴有球结膜和睑结膜充血，瞳孔缩小，前房积脓，玻璃体透明。颈部强直，克尼格氏征阳性。脑脊液呈化脓性改变。瘀点涂片找到革兰氏阴性双球菌。经用磺胺嘧啶等药物治疗14天好转，前房脓液吸收，视力接近正常。

【分析】脑膜炎双球菌感染，因其发展过程有上呼吸道感染，败血症及脑膜炎(或迁徙病灶)三个阶段，故临床表现多样化。如例1的主要症状表现在神经系统类似卒中，但从流脑的发生到痊愈，和偏瘫的出现到消失看来，两者是平行进行的，说明偏瘫是流脑引起的，可能是炎症引起豆纹动脉痉挛的后果。例2的主要症状表现在呼吸系统，类似上呼吸道感染。但是根据患者邻近有流脑散发，患者反复发热一个月，脾肿大，白细胞总数及中性分类增高。入院前两天才出现脑膜刺激症状及体征，脑脊液呈化脓性改变，用磺胺嘧啶等药物能在短期内治愈而无后遗症等，应当诊断为慢性脑膜炎球菌败血症并发急性流脑。例3的主要症状则表现在迁徙病灶的局部，左眼虹膜睫状体炎前房积脓。

二、婴儿患病表现复杂：

例4，男性，4个月。主诉高热嗜睡2天入院。患儿曾

呕吐4次，时而失声哭叫，其邻居有流脑病人。入院检查：苍白、嗜睡，前囟饱满，颈软。皮肤触觉过敏，皮肤划痕试验强阳性。克尼格氏征及布辛斯基氏征均阴性。无畸形，五官和心肺均正常。脑脊液潘氏试验(+)，糖40—50毫克%，白细胞780，中性88%。经用磺胺嘧啶8天治愈。

例5：男性，6个月。因发热、腹泻2天入院。患儿排出水样便含乳瓣，每日7—8次，并有喷射性呕吐2次，尿少，无惊厥。曾被诊断为中毒性消化不良治疗无效。入院检查：昏睡，唇干，前囟门凹陷，眼窝下陷。肩背部有瘀斑，腹部胀气。克尼格氏征阴性，布辛斯基氏征可疑。脑脊液潘氏试验(++)，糖30—40毫克%，白细胞1840，中性89%，涂片检到革兰氏阴性双球菌。经补液，磺胺嘧啶等治疗16小时后前囟饱满，住院11天后全愈。

【分析】婴儿流脑的症状极不典型，年龄愈小和成人的表现相差愈远，这是因为婴儿颅骨缝和前囟门未闭合或闭合不全，受颅内压增高的影响较少，以及中枢神经系统和其他器官功能尚未成熟，对病因反应力不全的缘故。一般是上呼吸道和消化系统的症状较为明显，常有咳嗽和腹泻，而脑膜炎症状常不典型。大多有发热，常有嗜睡，呕吐和烦躁，部分病例有知觉过敏如例4，或有双目凝视、斜视。前囟饱满是重要的体征，其阳性率高达84%，但少数患儿因腹泻、呕吐、高热和厌食等而脱水，其前囟门常不隆起或反呈凹陷如例5，应加注意。

三、脑脊液改变不明显：

例6：男性，18岁。主诉发热，头痛6小时就诊。邻居有流脑病人。门诊检查：神志清晰，无脑膜刺激征，白细胞19300，中性88%。脑脊液化验正常。拟诊上呼吸道感染，

给予复方阿斯匹林和磺胺噻唑。病后12小时患者头痛加剧，喷射性呕吐。复诊：神志模糊，颈部有抵抗，克尼格氏征可疑。脑脊液潘氏试验+，糖40—50毫克%，白细胞750，中性76%，涂片找到革兰氏阳性球菌，但经美蓝染色形态辨别为脑膜炎双球菌。经用磺胺嘧啶7天治愈。

【讨论】本例提示：在败血症型的流脑或流脑的早期，脑脊液可无明显异常。许多文献亦均有类似报道。可见对早期就诊的疑似病例，即使脑脊液化验正常，也应继续观察一些时候。在流脑的流行季节内如遇有明显瘀斑的病例，可以赖瘀斑涂片检菌确诊，而不必作腰椎穿刺。瘀斑涂片检菌阳性率达85%，高于脑脊液涂片检菌的阳性率(61%)。

总之，流脑无论是发病情况，症状表现，病情经过以及脑脊液改变等，在某些病例中都可能出现非典型表现，造成误诊，值得注意。

结核性脑膜炎的误诊

结核性脑膜炎临床表现不典型病例的比例较高，往往造成误诊。有人报告100例结脑中，其中误诊流行性乙型脑炎、化脓性脑膜炎和中毒性脑病者最多，占45.5%。其他误诊的病种有败血症、伤寒、脑肿瘤等等，故在临床上对结脑应提高警惕。

病案举例

一、突然起病、高热或过高热、白细胞明显增高，又处于某病流行季节，易误诊为乙脑，流脑等。

例1：患者因发热、头痛、呕吐、嗜睡1天于1971年7月入院。体温 40.8°C ，神志模糊，脑膜刺激征阳性，白细胞19400，中性粒细胞88%，拟诊乙脑，后脑脊液检查蛋白定性(++)，细胞数92，中性粒细胞72%，糖10毫克%，确诊为结核性脑膜炎，经抗结核药物和皮质激素治疗后好转，住院24天基本治愈出院。

二、仅有高热或除发热外以咳嗽，腹泻、关节痛等为突出症状，脑膜刺激征不明显，易误诊为伤寒、上呼吸道感染、肠炎脑病和风湿性关节炎等。

例2：患者因发热伴左肩痛入院。体温 38.1°C ，无脑膜刺激征，白细胞11000，中性粒细胞57%，拟诊风湿关节炎，经泼尼松等治疗病情无改善，后发现抬头试验可疑而试行腰椎穿刺，脑脊液微混，蛋白(++)，细胞数1600淋巴细胞78%，糖10毫克%，确诊为结核性脑膜炎，经抗结核药物和皮质激素治疗后热退，关节痛消失，住院65天治愈出院。

【分析】

1.对本病各种临床现象特别是不典型的临床表现熟悉不够，或过分强调典型临床表现。

2.缺乏动态观察。

3.临床表现过于特殊，一时确难辨认。有关资料曾有报道，本病少数病例可突然起病，脑脊液混浊，细胞数超过1000，以中性粒细胞为主，糖与氯化物正常，或发热过分突出，而脑膜炎的其它征象都不明显。此外尚有引起异位疼痛者，因而常导致误诊。因此，降低本病误诊率的关键，在于熟悉本病各种不典型的临床表现，充分提高对本病的警惕性及努力学会以唯物辩证法来对待本病的诊断问题。

三、误诊为病毒性脑膜炎：

例3：男，9.5个月，发热、嗜睡、呕吐5天，惊厥1次，于1977年9月29日入院。邻居患有肺结核。体温 37.3°C ，精神萎靡，颈有抵抗，腱反射减弱，腹壁和提睾反射消失，脑膜刺激征不明显。当日腰穿检查：压力20滴/分，外观无色透明，且白110毫克%，细胞数81个/立方毫米，多核39，单核42，糖在50毫克%以上，诊断为“病毒性脑膜炎”，但结脑诊断未放弃，故加用链霉素及异菸肼治疗，病情明显好转，于10月17日以“病脑”治愈出院，出院后第二天病儿又发热并惊厥3次，于10月23日再度入院。体温 37.5°C ，神志朦胧，浅反射消失。腰穿结果：脑脊液无色透明，且白(+)~(++)，细胞40/立方毫米，多核14，单核26，糖大于50毫克%，氯化物525毫克%，诊断为结核性脑膜炎，用抗结核药物治疗近两个月，病情逐渐好转，11月18日复查脑脊液，外观无色透明，且白(±)，细胞10/立方毫米，糖大于50毫克%，氯化物660毫克%，于12月20日好转出院，转门诊继续治疗。

【体会】急性发病的结脑常容易误诊为“病脑”，特别是脑脊液变化轻微的病例。认真询问病史对鉴别有帮助。有人分析123例结脑病例，有结核接触史占66.3%，因此对有结核接触史的“病脑”患儿尤应警惕结脑。典型结脑的脑脊液变化和病脑不同：糖与氯化物同时减少，常被视为结脑的特殊表现，但并非完全如此，有时亦可都不降低，故不能将此作为鉴别结脑和病脑的主要依据。脑脊液中检出抗酸杆菌在诊断上有决定意义，但检出率不高。有人指出有经验者阳性率可达80%以上，反之阳性率只有20~30%。

四、误诊为化脓性脑膜炎或败血症：

例4：男，4岁，因高热10天，在某院按败血症治疗无效，于1977年6月13日来院治疗，病前两个月患儿即有不规则发热史，入院时患儿神志朦胧，谵语，瞳孔光反应弱，颈有抵抗，下肢肌张力增强。巴氏征，克氏征，可疑。踝震颤阳性。两天后腰穿检查，外观微混，且白(++)，细胞860/立方毫米。多核80%，单核20%，糖0~10毫克%，诊断为“化脑”，经用大剂量多种抗菌素后病情无好转。结核菌素(1:1000)阳性。6月19日复查脑脊液外观微混，且白(+)，细胞450/立方毫米，多核62%，单核38%，糖40~50毫克%，沉渣涂片未找到细菌，培养无细菌生长。6月21日脑脊液蛛网膜形成经荧光染色找到抗酸菌，才确诊为结脑，改用抗结核药物治疗近4个月，病情逐渐好转，于同年10月12日出院，回当地继续治疗。

【体会】发病急，全身中毒重，常掩盖了神经系统表现，但如能注意就诊前几周的情况可提供诊断线索。如有较长时间不规则发热史和精神不振史，以后突然加重，尤如急性起病。这类患儿脑脊液变化不典型，细胞数常超过500/立方毫米，多核细胞占优势，在诊断上常与文献上提到的“部分治疗化脓性脑膜炎”相混淆，后者由于已接受过不规则的抗菌素治疗致使临床和实验室检查所见已面目全非，对这些病人要进行多方面检查与详细询问用药史以助鉴别。

结脑与化脑混合感染，临床上也偶遇到，对那些脑脊液呈化脓性改变，用抗菌素后病情一度好转但不久又恶化或迁延不愈者应考虑有混合感染的可能。

五、长期诊断不明或诊断为“感冒”：

例5：男，5岁。由于不规则发热半个月，偶有呕吐、恶心，在院外按“感冒”治疗10余日不见好转，于1976年12月4日入院，家有结核史。体温 37.3°C ，神志尚清，精神不振，颈软，病理反射未引出。入院诊断为“不明热”。查肥达氏反应阴性，用抗菌素治疗一周不见进步，并逐渐出现颈抵抗与巴氏征阳性。腰穿检查：脑脊液外观无色透明，蛋白(+)、细胞数346/立方毫米，多核39%，单核61%，糖大于50毫克%，沉渣涂片未找到细菌，培养无细菌生长。结合临床与家庭史诊断为结脑、改用抗结核药物治疗，病情曾稍见好转，但次年1月15日病情又加重，神志不清，发生惊厥，左瞳孔散大，光反应消失，全身角弓反张，诊断为结脑并发脑水肿，脑疝，经用脱水剂及利尿剂后脑疝表现缓解，但基本病变未能控制，体温持续上升达 40°C ，出现颅神经瘫痪呼吸不规则，于同年3月26日死亡。

【体会】结脑常有发热，但是发热过分突出，而神经系统症状不明显也会造成诊断困难或误诊。

六、误诊为“尿崩征”与“舞蹈症”：

例6：男，12岁。由于多尿（一夜排尿7~8次，每次200~300毫升），多饮（24小时饮水量22~45斤），食欲减退，头昏无力20多天，曾服中药多帖无效，1977年1月20日以“尿崩症”入院。患儿精神不振，对外界缺乏反应，颈有轻度抵抗，尿糖阴性，入院诊断为“尿崩症”。住院后颅头摄片：蝶鞍骨完整，前后径及深径均正常。1月23日颈抵抗明显，且出现左侧面神经轻瘫与右侧肢体活动障碍，克氏

征阳性，尿量和饮水量反见减少。腰穿检查：脑脊液外观无色透明，蛋白(+)，细胞数78/立方毫米，单核占优势，糖40~50毫克%，氯化物550毫克%，确诊为结脑。

例7：女，6岁。因精神不振，呕吐40天，发热1个半月，有双手无意识、不随意动作，诊断为“舞蹈症”。经十余天治疗病情反见加重，于1977年10月7日入院。体温37.9℃，神志半清，烦躁，右上肢作不自主无意识动作，左下肢轻瘫，颈抵抗明显，布氏征、克氏征均阳性，脑脊液无色微混，且白(++)，细胞数852/立方毫米，多核9%，单核91%，糖为40~50毫克%，诊断为结脑，用抗结核药物治疗。

【体会】尿崩症的发生提示病变累及下丘脑—神经垂体系系统，致使抗利尿素分泌减少。侵犯下丘脑—神经垂体系系统的结核病变，常发生在结脑晚期，是结脑的晚期并发症之一。

七、粟粒性结核并发结脑长期误诊为“肺炎、中毒性脑病”。

例8：女，7个月。因反复咳嗽3个月，诊断为“肺炎”“百日咳”、“喉炎”，经用多种抗菌素治疗无效，于1978年1月23日入院。患儿精神萎靡，呼吸微促，口唇轻度发绀，双肺有湿罗音，肝肋下2.0厘米，脾未触及，入院诊断为肺炎，继续抗菌素治疗，病情迅速恶化，于2月22日出现高热，呕吐、惊厥、双目凝视、前囟饱满，颈有抵抗，临床疑诊为中毒性脑病，2月4日腰穿：压力190毫米水柱，脑脊液外观微混，且白(++)、细胞数160/立方毫米，多核65%，单核35%。糖40~50毫克%，氯化物450毫克%。沉渣涂片未找到细菌，培养无细菌生长，诊断为结脑，换用抗结核药物治疗，终因治疗过晚，于2月6日死亡。尸检报告：全