



包文俊 金心雯 编著 LIN

CHUANG

WU ZHI

山西科学教育出版社

临床 误治

临 床 误 治

包文俊 金心雯 著

*

山西科学教育出版社出版（太原并州北路十一号）

山西省新华书店发行 晋城市印刷厂印刷

*

开本：787×1092 1/32 印张：6.375 字数：131千字

1987年2月第1版 1987年2月山西第1次印刷

印数：1—10,500册

*

书号：14370·89 定价：1.75元

前 言

我们曾在一九七九年编写了“临床误诊”一书，出版后收到了不少读者来信，认为给他们带来了一些益处和收获，希望我们能继续编写第二辑“临床误治”。

在临床实践中，正确、有效的治疗，首先依赖于正确、及时的诊断。误诊自然会引起误治，然而，如果在治疗中不注意，即使诊断正确，也会发生误治。有时诊断性操作本身亦会造成失误，加重病情或贻误治疗。为了吸取误治的教训。

我们在本书中汇编了120余例典型的误治病例，根据我们自己的体会，作了整理，并较系统地总结了临床误治的发生原因与防止方法。本书既有常见病、多发病的误治原因分析，又有某些罕见病的误治报道，因此，无论是对基层医务工作者，还是初做临床工作的青年医师，都能起到一点“前车之鉴”的作用。

本书在编写过程中，承蒙包海峰同志大力协助，特此致谢。

包 文 俊 金 心 雯

一九八五年于杭州

目 录

第一章 临床误治的原因

- 一、工作责任心不强..... 2
- 二、基础理论与知识缺乏..... 4
 - (一) 病理、生理、解剖知识不扎实..... 5
 - (二) 基础药理知识不熟悉..... 6
 - (三) 缺乏基本操作理论的了解..... 14
- 三、误诊导致误治..... 19
- 四、临床思维方法主观、片面..... 21
 - (一) 治疗疾病概念化..... 21
 - (二) 忽视在疾病治疗中局部与整体的辨证关系..... 22
 - (三) 忽视治疗中的动态观察..... 23
 - (四) 不重视个体的差异性..... 24
 - (五) 缺乏一分为二的思维方法..... 26

第二章 一般操作及辅助检查失误

- 一、一般操作失误..... 29
 - (一) 颈静脉穿刺时,压迫颈动脉窦过久,引起阿——斯综合征的教训..... 29
 - (二) 脊椎麻醉引起死亡的教训..... 30
 - (三) 硬膜外麻醉所致脊神经损伤的教训..... 32
 - (四) 锁骨下静脉留管中血凝块致肺栓塞的教训..... 33

(五) 胸腔积液抽液过量诱发肺水肿致死的教训·····	35
(六) 洗胃导致胃穿孔的教训·····	36
(七) 消化道手术后留置胃管致声带麻痹的教训·····	37
(八) 三腔管压迫止血引起心跳骤停的教训·····	38
(九) 灌肠引起急性水中毒的教训·····	39
(十) 输卵管通气术致气体栓塞引起死亡的教训·····	41
(十一) 结膜下注射引起意外的教训·····	42
(十二) 塑料管输液刺破右腋总静脉的教训·····	43
(十三) 踝部静脉切开输液引起肢体坏疽的教训·····	45
(十四) 碳酸氢钠漏入皮下引起组织坏死的教训·····	46
(十五) 强的松龙封闭引起感染播散性败血症致 患者休克死亡的教训·····	47
(十六) 膀胱内导尿管残留引起大量结石的教训·····	49
(十七) 应用简易呼吸器的经验与教训·····	50
(十八) 非正规操作带来的严重后果·····	52
二、辅助检查失误·····	53
(一) 钡餐透视造成胃穿孔的教训·····	53
(二) 胰腺囊肿诊断性穿刺致腹膜炎的教训·····	54
(三) 扪诊引起腺癌破裂出血致患者死亡的教训·····	54
(四) 食管癌所致食管气管瘘, 钡餐检查引起窒息 的教训·····	56

第三章 常见临床治疗失误

一、针刺治疗失误·····	59
(一) 针刺哑门、风池引起严重并发症的教训·····	59
(二) 针刺造成外伤性气胸的经验教训·····	61
(三) 腹部针刺治疗急性肠梗阻病人引起肠管损	

伤的教训·····	63
二、输液、输血失误·····	65
(一) 输液不慎引起急性心力衰竭与肺水肿的教训·····	65
(二) 输血所致间日疟的教训·····	68
三、给氧的失误·····	69
(一) 高浓度持续给氧治疗肺心病引起呼吸中枢抑 制的教训·····	69
(二) 给氧并发眶内气肿的教训·····	70
四、人工流产、上环、节育术引起的失误·····	72
(一) 节育环误入膀胱引起结石的教训·····	72
(二) 不锈钢金属节育环自发断裂后穹窿穿通的 教训·····	73
(三) 中期引产并发感染造成死亡的教训·····	74
(四) 女性节育术引起严重并发症的教训·····	78
(五) 人工流产术中发生羊水栓塞症·····	81
五、一般治疗失误·····	83
(一) 颅脑损伤诊治失败的教训·····	84
(二) 糖尿病昏迷治疗中的教训·····	85
(三) 中毒型菌痢并发急性肾功能衰竭治疗中的 教训·····	88
(四) 低钾症治疗中的体会与教训·····	90
(五) 抢救有机磷农药中毒的教训·····	96
(六) 胸腹联合损伤诊治中的教训·····	98
(七) 完全植入性胎盘病人治疗中的教训·····	100
六、饮食不当的失误·····	101
(一) 肝炎期间吃糖过多引起糖尿病的教训·····	101

(二) 长期饮用过量糖精水的害处·····	102
七、其它原因所致失误·····	105
(一) “用小夹板”治疗骨折引起残废的教训·····	105
(二) 种痘引起坏疽致患儿死亡的教训·····	107
(三) 面部疖肿挤压引起败血症的教训·····	108

第四章 手术治疗失误

(一) 外伤性颅内血肿二次开颅的教训·····	111
(二) 胃大部切除术中错做胃回肠吻合的教训·····	115
(三) 肠梗阻手术引起气性坏疽的教训·····	116
(四) 腹部手术遗留异物的教训·····	118
(五) 胆道手术中损伤总胆管的教训·····	120
(六) 阑尾残株炎一例诊治中的经验教训·····	123
(七) 嗜铬细胞瘤病人在手术中死亡的教训·····	125
(八) 胎儿脑积水引起子宫膀胱破裂的教训·····	127
(九) 骨外伤处理中的教训·····	129
(十) 忽视外科手术基本功致临床误治的教训·····	133

第五章 药物治疗失误

一、责任心不强, 用错药物·····	135
(一) 静脉推注10%氯化钾引起死亡的教训·····	135
(二) 腰麻误注75%酒精致下肢瘫痪的教训·····	136
(三) 乙醚误入桡动脉引起手指坏死的教训·····	137
(四) 过氧化氢溶液误入眼内引起角膜结膜病变 的教训·····	139
(五) 长春新碱过量引起中毒的教训·····	140
二、用药途径不当·····	142
(一) 链霉素鞘内注射引起的严重并发症·····	142

(二) 静脉注射安定引起呼吸停止的教训·····	147
(三) 毒扁豆碱用于小儿中药麻醉催醒时所致心搏 骤停的教训·····	149
(四) 药物穴位注射引起残疾的教训·····	150
三、对药物的作用与副作用不够熟悉·····	152
(一) 硫酸镁导泻加重呼吸衰竭的教训·····	152
(二) 右旋糖酐制剂选用不当引起的治疗教训·····	154
(三) 应用多种抗菌素引起霉菌感染致死的教训·····	156
(四) 滥用抗菌药物引起急性肾功能衰竭致患儿死 亡的教训·····	158
(五) 肾上腺皮质激素应用不当的教训·····	159
(六) 阿托品治疗心动过缓的潜在危险性·····	164
(七) 甘露醇使用不当致患者死亡的教训·····	166
(八) 服用他巴唑忽视验血, 引起白细胞缺乏症的 教训·····	167
(九) 过量食用代用盐引起严重高血钾伴心律失常 的教训·····	169
(十) 卡那霉素静滴引起呼吸停止和瘫痪的教 训·····	170
(十一) 小儿用维生素D引起中毒的教训·····	174
(十二) 口服维磷补汁引起神经性耳聋的教训·····	176
(十三) 抗精神病药物引起的神经精神障碍·····	177
(十四) 用氯丙嗪后引起过敏性休克的教训·····	179
(十五) 静注争光霉素引起过敏性休克死亡的 教训·····	180
(十六) 静脉推注维生素C引起骤死的教训·····	181

(十七) 皮内试验阴性注射青霉素所致迟发性过敏反应.....	183
(十八) 口服小剂量安定引起严重共济失调的教训.....	184
(十九) 甲状腺机能亢进伴急性有机磷中毒的患者用阿托品过量致死的教训.....	185
(二十) 长期服用避孕药引起肺栓塞的教训.....	186
(二十一) 长时间静脉滴注阿拉明引起组织坏死的教训.....	188
主要参考文献.....	190

第一章 临床误治的原因

俗话说：“吃一堑，长一智”，“失败为成功之母”，古往今来无数重大科学成就，无不在多次失败的基础上获得成功。尽管近代医学的诊断治疗方法日益发展，但在临床实践中，由于某些主观或客观原因影响造成的误诊、误治，仍是当今临床工作中直接影响医疗质量的一个大问题。近年来，吸取误诊、误治的教训，研究误诊、误治的原因，采取防止误诊、误治的对策，正引起临床上高度的重视。

医生研究的对象是病人，而人体又是一个复杂的机体。由于多种系统、多种因素的相互影响，特别是当一个患者有许多病症交织在一起较难捉摸时，医生诊断和治疗疾病的过程，实际上就是一个复杂的思维判断过程，这个过程需要将获得的资料和各种信息进行分析、综合、推理和判定，然后得出一个最近乎实际的结论，采取切实可行的临床治疗对策，最后还要接受实践的检验，证实正确与否。这就要求临床医生在判断过程中，着眼于疾病的特点和发展，把疾病的普遍性和特殊性结合起来，将药物治疗、手术治疗、物理

治疗、心理治疗等，因人、因病、因时、因地有机地结合起来；要求临床医务人员的医学知识、操作技能、思维能力、社会经验、医学道德及其急诊处理熟练程度等有一定的水平。原则上，我们对每一位病人的治疗都应该是最有效、最安全、最及时的，并要在常规治疗的同时，紧跟科学发展的步伐，随时进行知识更新，及时淘汰和舍弃陈旧的治疗观点。倘若我们治疗措施选择不当，治疗时间把握不准，对治疗中可能出现的危险估计和准备不足，或治疗矛盾处理不当等，都可能顾此失彼，导致治疗的失误。通过本书介绍的120余例误治病例的分析与归纳，我们认为误治的主要原因有以下几个方面。

一、工作责任心不强

每个医务工作者都必须明确：我们所做的是救死扶伤的工作，我们工作的对象是人。哪怕是一项极普通的治疗，一个最简单的操作，都可能由于我们的麻痹和疏忽，增加病人的痛苦，甚至造成残疾或危及生命。这方面的教训颇多。

（一）粗枝大叶、主观臆断铸成严重的医疗差错或事故。

如有一例5岁儿童，从车上摔下造成右侧肱骨远端骨折，需要手术治疗。但由于门诊骨科医生工作粗枝大叶，在填写X光摄片申请单时，误将“右侧”写成了“左侧”。而后放射科摄片报告，实习、住院医生检查记录，护士手术前皮肤准备，直到手术医生误将左侧肱骨远端截断为止，病人虽经过七位医务人员的十六道手续，但也未能纠正错误，而是进行了极其错误的治疗，最后铸成严重的医疗事故。这完全是医务人员责任心不强，工作极端不负责任所造成。临

床上“左”与“右”字迹不清，诊治之前不详细询问，不复查，造成胸腔穿刺穿错部位引起气胸的也不少见。还有文献报道把长春新碱误发成长春花碱，病人用后严重的抑制了造血系统，白细胞从7,200/立方毫米骤然下降到200/立方毫米，出现了严重的粒细胞缺乏症。此外，他巴唑与地巴唑、阿拉明与可拉明、消心痛与消炎痛等，都只是一字之别，但他们的药理作用，临床用途却大为不同，开错或发错后引起的治疗错误都是不堪设想的。所以，一字之差必须重视，绝对不可主观臆断猜测而行。

（二）有幸不循，见疑不察。

如某医院护士在配制氯化钠溶液灌肠时，发现塑料药袋上字迹模糊，能看清的只剩下一个“钠”字。但她没有正规执行查对制度，见疑不察，结果误将亚硝酸钠当作氯化钠配成溶液灌肠，连续两天，导致两个病人先后中毒死亡。又如处方字迹不清，配方人员又缺乏最基本的业务知识，误将10%氯化钠溶液投以10%氯化钾溶液，病人回大队卫生室静脉注射了误配的10%氯化钾溶液10毫升后，当即死亡。

（三）缺乏爱伤观点，操作粗暴致使病人病情加重。

如有一位50岁女性患者，因腹内巨大肿块入院，经病史询问及各项检查，高度怀疑胰腺囊肿，但经治医生仍坚持诊断性穿刺，结果引起严重的化学性、弥漫性腹膜炎。又如一例男性32岁患腹腔腺瘤的病人，由于医务人员在短期内多次反复加压扪摸，结果导致肿瘤破裂出血，休克死亡。

（四）轻视一般操作治疗，铸成大错。

如骨折进行夹板固定、药物皮试、肌肉注射、洗胃插胃管、输液、输血、给氧等都是普通的治疗、简单的操作，但若不

认真,可同样造成失误。如在骨折后行石膏夹板固定时,不注意观察远端肢体血液供应情况,或未向病人交待这方面的知识,结果发生远端肢体坏死,导致截肢。又如洗胃插胃管时,未按正规顺序操作,插管后不检查胃管是否真正插入胃中,急忙灌液洗胃,结果误将洗胃液灌入气管内,导致严重窒息死亡。

输氧虽是一项简单的操作,但也可由于医务人员粗心大意,将湿化瓶接错,致使病人输入水液而造成严重后果;或者不定时检查和调换输氧皮管,使皮管被分泌物阻塞而延误治疗。

药物应用之前需做皮试的而忘了皮试;皮内试验把药物注射于皮下;针筒未及时调换等都是引起过敏反应的原因。又如:诊断某些消化系统、呼吸系统的疾病,泌尿系统的结石、结核和肿瘤等,常用碘剂X线造影,若未作过敏试验,或试验不准确而出现假阴性,用后引起碘过敏,严重者可致休克死亡。

上述各种误治,究其原因,都是责任心不强所造成。医学科学是一门研究人、应用于人的科学,每个医务工作者都必须持严格认真的科学态度,发扬救死扶伤的革命人道主义精神,把解除病人的痛苦和恢复病人的健康看作是自己应尽的义务和不可推诿的责任;必须对工作认真负责,技术上精益求精,一丝不苟,克服诊断和治疗中的种种困难,善始善终地把病人治好。这样,差错和事故就会减少,误治就会杜绝。

二、基础理论知识缺乏

近年来,由于医学理论、新技术、新仪器日新月异的迅

速发展，不但使许多过去原因不明或无法治疗的疾病有了新的认识 and 治疗方法，而且对过去已经有相当研究的疾病，在病因、发病机理、治疗等方面也有了新的见解，从而使临床诊断和治疗水平有了显著的提高。但事物总是一分为二的，从现在临床上发生误诊、误治的原因来看，基础理论知识缺乏、基本技能不够扎实，专业知识水平不高仍是重要因素之一。临床工作的科学性、主动性与准确性均与必要的医学基础知识紧密相关，相辅相成。若只有工作热情而不重视基础学习和训练，不重视知识更新的学习，必然在碰到实际病例时缺乏正确的分析、判断和处理，结果事与愿违，最终将造成误诊和误治。

基本理论与基础知识来源于基础医学，而基础医学则主要有解剖、组织、生理、生化、微生物、病理、药理等学科。把基础医学学好，在实践中加以应用和联系，临床上才能灵活应用，防止失误。

（一）病理、生理、解剖知识不扎实。

由于医生不熟悉病理状态下脏器形态和功能的变化，常造成事故的发生。如肠梗阻时，肠管高度膨胀，腹壁变薄失去正常韧性，且由于肠管高度胀气而使肠壁紧贴于腹膜下。此时，肠管活动变小，收缩避针能力差，若按常规针刺手法给予腹部针刺治疗，可穿破肠管引起弥漫性腹膜炎。同样，在针刺治病的过程中，由于不了解肺气肿、支气管哮喘发作时肺部形态的改变，对针刺深度掌握不当造成气胸的教训也颇多。

麻醉状态下突然改变体位可使血液动力学发生严重改变，导致血压骤降、冠脉循环供血不足、心肌严重缺氧而致

死。脊椎麻醉平面未固定前突然改变体位可发生全脊椎麻醉的意外事件。又如在腹股沟斜疝修补术中，不注重腹横筋膜的修补，往往造成斜疝的复发。同样，在处理滑动性疝时，对疝环小，嵌顿较紧的病人，由于解剖不熟悉，没有充分松解疝环就强行还纳疝内容物，结果造成假性还纳，使疝内容物仍嵌顿于腹壁层中，造成内容物坏死的不良后果。

以上所述，均是由于缺乏基本知识而造成。若熟知这些基础知识，就可采取主动性的预防措施，防止此类误治的发生。

（二）基础药理知识不熟悉。

药物是防治疾病的物质基础，有人曾经做过统计，在疾病的治疗中约有三分之一的疗效是通过药物治疗来实现的。可见药物在防治疾病中有着重要的地位。但是，如果不熟悉基础药理知识，不能合理地使用药物，反而会给病人带来危害。目前，在临床医疗实践中，有些医务人员，因没有很好掌握药物的作用、用法、适应症、禁忌症，不熟悉药物的不良反应，以至药物使用不当，引起的临床误治并不少见。

1. 用药剂量不当或疗程不够。在药物治疗疾病的过程中，不仅要明确诊断，对症下药，而且还应该选择合适的用药剂量。在基层医疗工作中，多有因用药剂量不当而贻误疾病治疗的病例出现。

剂量不足造成的危害，突出反映在急诊抢救上。据报道有一例重度有机磷中毒病人，6小时内仅注射阿托品18毫克，病情未见好转，转送上级医院抢救无效死亡。其主要原因是治疗早期缩手缩脚，不敢大胆用药，从而失去抢救时机。因用药疗程不足变成慢性病者，临床上也较为常见，如

急性细菌性痢疾、急性肾盂肾炎等，临床症状一旦消失就停止用药，反复经过，促使耐药菌株产生，而使病变慢性化。我们曾遇到一例农村女病人，因不规则用药治疗，致使急性肾盂肾炎变成慢性间歇性急性发作，延续10多年。肺结核的发病率虽已明显下降，但在临床实践中，有不少医生和病人，不是根据结核病防治要求有规律地用药，而是常常遗漏或中断治疗，未能完成疗程，从而增加治疗的失败率和复发率。

治疗剂量过大误治致死，在临床上突出反映在治疗量与中毒量范围相近的一些药物使用上。如有一例慢性风湿性心脏病伴有心房颤动、心力衰竭的患者，长期服用维持量地高辛，后因症状加重就医于当地基层医疗单位，在24小时内给予静脉注射西地兰1.6毫克，引起心室颤动型心脏骤停76分钟。主要误治原因是经治人员对强心甙的药理作用缺乏足够的认识。对于长期服用地高辛维持量的患者，病情加重时，理应估计体内存量，寻找并纠治心力衰竭的诱因（如感染、缺钾、洋地黄中毒等），密切观察病情，暂时不用洋地黄制剂，或试用小剂量强心甙速效制剂以观察疗效，判明究竟剂量不足还是过量中毒。可是经治人员不顾病人服药史及病情进展情况，单纯依靠心率快慢来指导强心药用量，企图以“洋地黄化”的西地兰剂量来纠治心力衰竭，结果反而造成超量用药，发生严重中毒反应——心室颤动。还有的人把维生素当作无害的营养药，盲目无限制的滥用和增大剂量。临床上曾有大剂量用维生素B₁造成产后大出血，长期过量用维生素C形成尿路结石，过量应用维生素B₁₂使病人发生氰性脑病等不良反应的报道。

近年来，中成药的剂型和品种越来越多，使用也更为普

遍。一般认为中药毒性小安全性大，往往忽视用药剂量。如有一例服用含川乌的风湿止痛丸治疗臂痛的患者，治疗量应服8粒见效，但他一次顿服了20粒，两小时后便中毒死亡；一例冠心病患者，因长期服用朱砂丸而致慢性铅中毒。由此可见，不管中药、西药、补药，都应根据疾病轻重合理选择，掌握用量，以免发生不良反应。

2. 药物使用不当。用药的关键在于有的放矢，对症下药。现在有些医务人员，对某些药物的作用机理及药物在体内的代谢过程缺乏应有的了解，在临床用药中，常常因为用药不当而导致误治。临床医生所熟悉的心得安，是肾上腺素能受体阻滞剂，对 β_1 、 β_2 受体无选择性，可阻滞影响支气管的 β_2 受体，引起支气管痉挛，造成通气不畅。但有人对此机制不了解，把心得安误用于冠心病伴有支气管哮喘的病人，结果导致支气管痉挛而窒息死亡。肺心病患者由于长期高碳酸血症，呼吸中枢兴奋性降低，如不当使用镇静剂，可诱发或加重肺性脑病的发生，致使呼吸衰竭而死亡。我们曾遇到一例肺性脑病的患者，因轻度躁动，经治人员给予非那更25毫克肌注，结果导致呼吸抑制而死亡。随着工业发展，农药新品种日益增多，有些医务人员对新农药性质不够了解，曾把杀虫霜中毒者误为有机磷农药中毒来治疗，结果造成死亡。

疼痛和发热是许多疾病的共同症状，对病因诊断，观察疗效，判定预后等方面都有重要意义。诊断未明时，若随便使用药物可干扰病情，影响诊断。如有一例成人男性，经诊人员疑诊急性胃炎，打了止痛针后嘱病人回家休息，4小时后急性阑尾炎穿孔，形成弥漫性腹膜炎。还有一例14岁的女