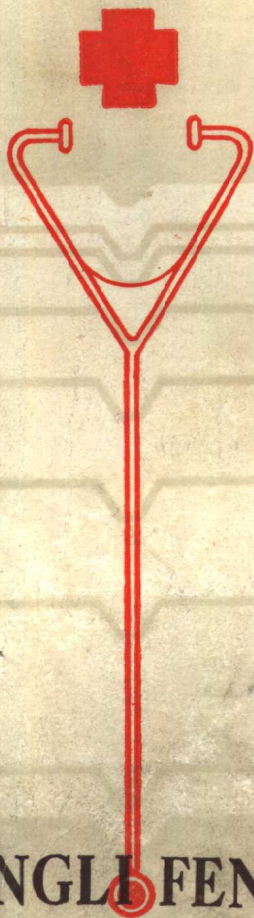


误诊病例分析汇编



WUZHEN BINGLI FENXI HUIBIAN

误诊病例分析汇编

中山医学院〈新医学〉编辑室 编

广东科技出版社

误诊病例分析汇编

中山医学院《新医学》编辑室 编

广东科技出版社出版

广东省新华书店发行

广东阳春印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本9.375印张200,000字

1985年2月第1版 1985年2月第1次印刷

印数1—36,000册

书号14182·150定价1.20元

目 录

✓ 肺癌与肺结核的相互误诊·····	1
阿米巴肝脓肿误诊23例分析·····	13
金黄色葡萄球菌败血症误诊27例分析·····	20
肺吸虫病长期误诊5例分析·····	27
✓ 胆道蛔虫病误诊、漏诊5例分析·····	32
播散性曲菌病误诊为脓毒败血症1例分析·····	36
急性黄疸型病毒性肝炎误诊15例分析·····	41
新生隐球菌脑膜炎误诊54例分析·····	45
✓ 成人结核性腹膜炎误诊16例分析·····	54
✓ 心力衰竭性黄疸误诊分析·····	62
肺癌误诊34例分析·····	69
✓ 容易误诊的不典型大叶性肺炎·····	77
原发性醛固酮症误诊为高血压1例分析·····	83
✓ 甲状腺功能亢进症误诊50例次分析·····	85
糖尿病非酮症高渗昏迷误诊1例分析·····	93
胰岛细胞瘤在神经精神病中的误诊·····	101
韦格内氏肉芽肿误诊1例分析·····	108
✓ 红斑性狼疮容易误诊的一些临床表现·····	114
血卟啉病误诊11例分析·····	122
✓ 黄疸误诊18例分析·····	128
✓ 胃癌误诊123例分析·····	137
✓ 直肠癌误诊为痢疾16例分析·····	146
肾盂肾炎的误诊分析·····	150

胆管癌与硬化性胆管炎误 诊 分 析.....	157
长期误诊的 1 例阑尾炎穿孔并发右腰、股部 瘻 管 分 析.....	162
胃柿结石症引起不完全性肠梗阻误诊为急性阑尾炎	
1 例 分 析.....	166
✓ 延迟隐匿型脾破裂误诊 7 例 分 析.....	168
腹壁脓肿误诊 32 例 分 析.....	174
多发性骨髓瘤 误 诊 6 例 分 析.....	182
前纵隔巨型囊肿误诊为渗出性胸 膜 炎 1 例 分 析.....	190
手恶性肿瘤误诊为手 感 染 2 例 分 析.....	192
结节病误诊为结核病 2 例 分 析.....	196
外伤性尿道前庭瘻 误 诊 1 例 分 析.....	200
妇女腹部包块伴腹水 误 诊 3 例 分 析.....	204
子宫外孕的误 诊 分 析.....	210
足月腹腔妊娠误诊为子宫不全 破 裂 1 例 分 析.....	218
儿科疾病误诊 分 析.....	220
小儿高山心脏病出现黄疸时误诊 3 例 分 析.....	231
恶性网状细胞病误 诊 分 析.....	235
有特殊临床表现的急性白 血 病 误 诊 分 析.....	246
椎管内肿瘤误诊为蛛网 膜 炎 7 例 分 析.....	252
颅内肿瘤类似急腹症 误 诊 2 例 分 析.....	262
489例误诊为更年期精神病的临床随访研究.....	266
症状性精神病误诊为精神分 裂 症 的 分 析.....	274
鼻腔疾病误诊为鼻息 肉 3 例 分 析.....	277
耳鸣的误 诊 分 析.....	279
眼内异物误诊及漏诊 16 例 分 析.....	284
视网膜劈裂症误诊 1 例 分 析.....	291
假性椎动脉瘤疑似咽旁感染 1 例 分 析.....	295

肺癌与肺结核的相互误诊

临床上肺癌与肺结核鉴别常有困难，两者治疗原则不同，预后也迥异，如若误诊，病人损失甚大。以下在分析我院近年来住院病人有关资料的基础上，探讨对确诊的一些认识。

临床资料

无论在院外或本院门诊或住院时，初诊第一诊断与其后细菌、病理学确诊不相符者，均作为误诊。本组60例肺癌曾误诊为肺结核；30例肺结核误诊为肺癌。除病史、临床表现及X线等检查外，其确诊的主要依据见表1。

表1 误诊90例的确诊依据

	确诊例数	肺切除标本病理检查	痰发现细胞或结核菌	胸水找到癌细胞	活检阳性(肺/淋巴/胸膜)	纤维支气管镜阳性发现	癌肿广泛转移死亡	抗结核药治愈
肺 癌	60	15	29	13	6	6	1	
肺结核	30	17	11		1			1

在60例肺癌中，有腺癌23例（38.3%），鳞癌22例（36.7%），未分化细胞癌2例（3.3%），未定型癌13例

(21.7%)。它们的确诊依据有的不只一个。

讨 论

下面就这两种肺部疾病容易相互误诊的常见类型分别加以讨论(表2)。

表2 90例误诊病例的肺部X线表现

	球型灶	空洞	胸腔积液	肺门阴影	粟粒灶	炎症浸润	肺不张	合计
肺癌	14	4	18	5	5	6	8	60
肺结核	16			5	1	5	3	30
合计	30	4	18	10	6	11	11	90

(一) 球型灶

本组有30例肺内圆形或孤立结节性病灶,其中确诊为肺癌14例,结核球16例。肺内孤立球型灶的病种很多,各家列举有45~84种之多^[1]。较小的球型灶(直径1~3厘米)不易鉴别,待增大后容易诊断,但治疗多已困难。一些作者认为在球型灶中,恶性肿瘤比结核病更多见;另一些则认为结核球更为多见^[1]。北京12所医院766例3厘米以下、无卫星灶、无肺不张或肺炎的球型灶肺切除标本,经病理检查证实39%为肺癌(腺癌为主),33.9%为结核球;其中肺癌误诊为结核者14~18%(7%术中误诊),结核误诊为肺癌者4.5~57.1%^[2]。Pololskaia报告肺内球型灶平均误诊率为14.77%,其中最容易混淆的是肺癌与结核球^[1]。

肺癌与结核病患者年龄和临床表现有些不同。Flecker报

告82%的结核球患者年龄在20~40岁,而肺癌患者平均年龄较大^[1]。肺癌多因出现症状而发现,但也有体检时发现者。Posner观察有0.3~0.4%的肺癌是常规体检时发现的,其中仅9.2%有轻微症状^[3]。Berndt提出,对40岁以上的男性,应每6~9个月进行一次透视,若间歇过久,所检出的病人只有47%尚能手术切除^[1]。本组肺癌的主要症状是咳嗽、胸痛和血痰;普查所发现肺内球型灶多为结核球。Peterson报道,1200例切除肺内球型灶中结核球占897例,肺癌占142例;结核球中有干咳者17%,有痰者24.8%;肺癌中1/3有干咳,这与吸烟、支气管炎或反复出现的肺炎有关^[1]。Baranova等报道,周围型肺癌30~48%有咯血;持续性胸痛已非早期症状,而结核球则无明显胸痛。

实验室和X线检查是鉴别诊断的重要方法。Hood, Volin等报道,周围型肺癌痰中癌细胞阳性率仅10~53%^[1]。本组阳性率为42.9%。

一般认为结核球多在上叶之尖后段,而癌肿可在任何节段。本组14例周围型肺癌的分布是:上叶10例(其中8例在尖后段),下叶背段2例,下叶各基底段2例。16例结核球分布于上叶9例(其中4例在前段,3例在尖后段),中叶1例,下叶各基底段6例。由于病变部位的异常,也是引起误诊的重要原因之一。Flecker报道,直径3厘米以下的肺内球型灶中,68%为结核球,20%为良性肿瘤,10%为恶性肿瘤;而大于5厘米者,55%为肺癌,38%为良性肿瘤,7%为结核球^[1]。本组14例周围型肺癌中有11例大于3厘米,其中4例大于5厘米;结核球直径均小于5厘米。

肺癌有逐渐增大的特点。上海胸科医院分析101例原发性肺癌,倍增时间中数值为88.5天^[4]。Peterson认为即使阴

影不增大，也不能完全除外肿瘤，而良性肿瘤也有持续增大者，并报告1例良性肿瘤5年间增大21倍^[1]。结核球很少增大，但也有短期内局部膨大者。阴影的缩小并不能完全排除肺癌，这可能由于肿瘤周围炎症消散所致。球型灶的外形虽无肯定的诊断意义，但良性肿块、囊肿多光滑。结核球常密度不匀，可有稀疏区、钙化斑及卫星灶。肺癌常呈分叶状，外缘模糊而不规则，有毛刺状。但本组也有2例结核球呈分叶状并有周边毛刺。肺门淋巴结逐渐增大，常为周围型肺癌向肺门转移的结果，肺门与癌肿之间可有紊乱而增粗的淋巴、血管线条影相联系；而结核球一般并无肺门阴影增大的X线表现。

（二）空洞

空洞是成人肺结核的常见现象，不易误诊。本组60例肺癌中4例（6.7%）也有空洞。Gunter报道肺癌2~10%有空洞，常在右上叶，鳞癌较多见。Beilin称周围型肺癌血液供应不足，肿瘤中心坏死，因而形成空洞^[1]。Bjorg报道234例周围型肺癌伴有空洞者占10%^[6]。Peterson分析128例周围型肺癌，在58例手术切除标本中有41例发现肿瘤中心坏死（32%），但X线检查则无空洞可见。另有17例（13%）X线片中见有明显空洞，多在上叶后段，内壁不光整，约半数有液平面。这17例入院时仅有4例诊断为空洞性肺癌，其余则误诊为肺脓肿、肺结核等^[1]。

（三）胸腔积液

肺癌多发生于40岁以上男性患者，而结核病常见于青少年，故青年人的癌性胸腔积液或老年人的结核性胸膜炎都易误诊。芥川光男报道，近年来有更多年长者患结核性胸膜炎^[7]。Putnam强调近年来青年人吸烟者增多，故肺癌发病率

也在逐渐升高^[8]。

Strauss认为约有50%肺癌病人终会伴发胸腔积液，约有1%的肺癌首先是因胸腔积液而发现的^[9]。吴辉祖等报道260例肺癌中有4.6%伴有胸腔积液。多为血性，部分为草黄色后转为血性，少数始终呈草黄色^[10]。Tandon报道670例肺癌中有56例伴有胸腔积液，其中38例为少量积液而无积液的症状；43%呈血性，43%草黄色，14%为乳糜胸或脓胸^[11]。芥川光男报道结核性胸膜炎中6%呈血性，而癌性胸腔积液的44%为血性，故强调中年以上血性胸腔积液应先考虑癌肿的可能^[7]。本组18例癌性胸腔积液中呈血性者9例，草黄色3例，草黄色渐转血性6例。癌性胸腔积液生长迅速，抽液后又常复发。大量积液时，患者呼吸困难，不能平卧，但多无明显发热而有持续性胸痛，结核菌素试验多呈阴性反应，抽尽积液后X线摄片有时可显示肺内肿瘤阴影。结核性胸膜炎则多伴有发热等结核毒性症状，结核菌素试验阳性或强阳性，用抗结核药物及皮质激素治疗可使积液加快吸收。

Light报道癌性胸液中有60%可以找到癌细胞，若连查3次标本，可使阳性率提高到90%^[12]。本组18例癌性胸腔积液，13例积液发现癌细胞，2例胸膜活检证实为癌症，3例痰中查见癌细胞。据Light统计，43/46的结核性胸腔积液和47/90的癌性胸腔积液中，淋巴细胞均超过50%。若积液中乳酸脱氢酶(LDH)增高而蛋白未见明显增高，提示恶性肿瘤，反之，若蛋白多于6克%，常为结核性或肺炎所致的胸腔积液^[12]。积液细胞染色体呈非整倍体或高倍体时，或积液中癌胚抗原(CEA)含量增高，都对癌性胸腔积液的诊断具有重要意义。积液中若间皮细胞增多(超过5%)，

则有利于癌性胸腔积液的诊断，若少于1%，则支持结核性胸膜炎。积液的酸硷度降低（如7.2以下）提示化脓性感染，结核性胸膜炎时，pH常在7.3以下，若pH在7.3以上，则有利于癌性胸腔积液的诊断^[13]。Daniel报道在pH降低的同时，积液中糖含量也减少^[14]。

结核性胸膜炎时，积液中不易找到结核菌，培养也只有20%阳性。胸膜活检对于鉴别诊断甚为重要。胜吕长对40例结核性和50例癌性胸腔积液进行胸膜活检，阳性率分别为62.5%和68%，并称40岁以下的早期结核性胸膜炎患者，以及癌性胸腔积液呈血性者，胸膜活检阳性机会大^[15]。Light报道，3次活检可使结核与癌性胸膜病变的检出率分别提高到80%及50%^[12]。

肺癌并发胸腔积液已属晚期。Gunter报道：伴有少量积液时，平均存活15.4月，中量则存活10.6月，血性胸腔积液存活不到1年^[5]，而结核性胸膜炎则预后良好。

（四）肺门块影

Crofton报道中心型肺癌约占肺癌的50%，X线检查可见肿瘤靠近肺门，常有肿大的肺门淋巴结，呈分叶状，周围有毛刺影^[16]。Peterson观察中心型肺癌95~100%有持续的刺激性干咳，肿瘤压迫、阻塞支气管，引起阻塞性肺炎^[1]。本组5例中心型肺癌均为40岁以上吸烟男性，有咳嗽、咯血，经支气管镜和痰的细胞学检查，证实为鳞癌或未分化细胞癌。

结核性原发综合征有肺门淋巴结肿大，患者年龄偏低，结核菌素试验阳性，抗结核药物治疗可令其缩小。Lillington报道成人初染肺结核者约40%可见肺门淋巴结肿大，须与中心型肺癌相鉴别^[17]。本组有4例成人肺结核伴肺门淋巴结

肿大曾误诊为中心型肺癌，均经手术切除证明为结核性淋巴结肿大。另有1例青年男性患者，右侧肺门、纵隔及锁骨上淋巴结均肿大，结核菌素试验阴性，经淋巴结穿刺活检为干酪性物质，并有结核菌，乃得以确诊。

（五）粟粒性病灶

本组有4例肺泡细胞癌和1例肺腺癌伴双肺癌转移。这5例患者，3例在30岁以上，2例结核菌素试验阳性，双肺均有粟粒、点片状阴影，曾拟诊粟粒性肺结核。在住院过程中，3例痰中癌细胞阳性，1例淋巴结、1例胸膜活检证实。患者均有进行性气急和恶液质，在确诊2个月内死亡。

急性粟粒性肺结核常有高热，可同时伴有其它脏器结核，如脑膜、腹腔、脉络膜等。少数病例有白细胞异常表现，如类白血病反应、全血细胞减少等。起病2~3周后，肺部摄片可见粟粒状结节，抗结核药治疗有效，一般与肺泡细胞癌不难鉴别。粟粒性肺结核的痰菌阳性率很低，晚期病灶融合与支气管相通，约 $1/4 \sim 1/2$ 患者痰菌可呈阳性。结核菌素试验有10~20%为阴性，但随着病情好转又可转为阳性。本组1例皮炎患者，用皮质激素治疗后，肺部出现粟粒状阴影，多次查痰、癌细胞及结核菌均为阴性。应用抗结核药3个月，病灶反略增多，曾拟诊肺泡细胞癌或结缔组织病的肺部表现。后经肺活检证实为粟粒性肺结核，于是加强化疗，终使结核病治愈。

（六）浸润性病灶

X线检查所显示的肺癌浸润性病灶，可以是肿瘤本身，也可为所伴发的阻塞性肺炎阴影。刘怀光等将其分为三型：弥漫性浸润、局限性浸润和支气管播散性浸润^[18]。湖北

省肿瘤医院报道，肺炎浸润型肺癌常为肺泡癌或腺癌，病变可同时累及不同肺叶的小叶、节段或大叶，亦可侵及胸膜或肺门，但很少出现肿大的淋巴结^[19]。本组60例误诊的肺癌，有6例呈炎性浸润性改变，均在右上叶，同时伴有咳嗽、血痰等临床表现，一时难与肺结核相鉴别。

本组肺结核误诊为肺癌的30例，有5例为浸润性肺结核。由于病变部位与一般肺结核好发部位不同（上叶前段1例，上叶尖后段2例，下叶基底段2例），且患者年龄较大，以致误诊。

（七）肺不张

肺不张源于支气管阻塞。公纯秀等报道，中心型肺癌的早期X线表现以阻塞性炎变出现最早，最多见，反复出现可长达1~2年之久；其次为单纯肺叶不张，多发生于阻塞性炎变之后^[20]。本组有3例支气管内膜结核伴有肺不张，曾误诊为肺癌；另有8例肺癌有肺不张，均经手术、支气管镜等检查证实。

小 结

在临床诊断过程中，以下一些容易引起误诊的问题应予重视。

（一）年龄和性别

一般而言，肺癌多见于40岁以上男性，而肺结核患者平均年龄稍小，但在40岁以上也是男性多于女性。近年来，肺结核发病率明显下降，患病年龄渐向老年组推移，而肺癌却因空气污染、吸烟、诊断技术提高与寿命延长等因素而逐年增多，非但男性患病率持续上升，即使女性和年青人，肺癌

的患病率也有所增长。Beamis称1956年以来,英国60岁以下男性肺癌死亡率已不再增加,但女性肺癌死亡率仍在继续上升,还未达到“饱和程度”^[21]。本组肺结核误诊为肺癌的30例中,83%在40岁以上;73%为男性,既往健康;53%有吸烟史;诊断时考虑肺癌较多而忽略了老年结核病,致使肺结核漏诊。本组60例肺癌的漏诊中,女性患者11人;40岁以下18人,年龄最小者21岁。可见临床诊断应综合分析,年龄和性别只能作为参考资料。

(二) X线表现

肺癌逐渐长大,阴影多呈分叶状,有毛刺边缘是其特征点;但肺结核有时也具有类似征象,即使在一般抗结核药物治疗下也有继续增大者。北京部队总医院报道,块影不断增大者应考虑肺癌,但也有观察5年以上而不长大者,并报告1例肺癌在9年中从1厘米缓慢增大到3厘米^[22]。肺结核好发部位在上叶尖后段和下叶背段,有钙化和卫星灶;但肺癌也可发生在这些叶段,并无分叶、毛刺和逐渐长大等特点。Gunter报道,断层摄影显示肺部球型灶内有钙化是良性病变的佐证,但肺癌也可包围原有钙化灶,应予以注意^[6]。本组漏诊的30例肺结核,有2/3以上X线形态和部位不似一般典型描述者。

(三) 实验室检查

痰中找到癌细胞或结核菌,对于诊断有决定意义。但本组60例肺癌中,癌细胞阳性者仅48%;30例肺结核,痰中结核菌阳性者也只有37%。肺结核仅凭查痰3次,常不易找到结核菌(本组16例结核球中,13例痰菌阴性)。因此,对老年肺部有阴影者,除了查痰癌细胞外,还应多次查找结核菌(包括培养),特别是纤维支气管镜吸取分泌物作涂片及培

养，阳性率较高。

结核菌素试验对于诊断成人结核病有一定参考价值，而肺癌患者则常呈阴性反应。解放军总医院报道肺癌用1:10000结核菌素皮试，阴性率25.5%，而对照组为75.0%^[23]。高尚志用稀释结核菌素鉴别37例肺恶性肿瘤与19例肺结核，结果与病理切片或随访治疗效果完全相符，认为结核菌素试验可作为鉴别诊断辅助方法之一^[24]。

(四) 肺癌与肺结核并存

肺癌与肺结核可互为诱发因素而并存^[25]，但也有人认为这二种疾病患者的年龄均大，其并存是出于偶合。Ting报道，在450例活动性肺结核病人中，同时患有肺癌者22例（5%），常因痰中找到结核菌而未再进一步作检查，致使肺癌误诊^[26]，Fainshmidt报告7~30%的肺癌同时伴有肺结核，故找到结核菌或癌细胞，并不能立即排除另一种疾病存在的可能^[1]，莫斯科8间结核病防治所分析了300例肺结核伴有肺癌的病例，认为肺结核病人比社会一般居民肺癌发病率高4倍，有64%肺癌发生于现有或曾有结核病变范围内，而单侧肺结核患者的肺癌中，60%在同侧肺，39.9%在同一肺叶，26%在同一肺段^[27]。北京结核病研究所分析14例手术，证实肺癌合并肺结核的病例，其结核病灶大部分为纤维干酪灶，呈硬结或钙化^[28]。本组有1例痰癌细胞阳性，肺部肿块经切除，病理初步报告为结核病，再经多次组织切片，始发现在纤维干酪病灶附近有鳞癌存在。

综上所述，肺癌与肺结核的鉴别有时十分困难。有的可在联用高效抗结核药物治疗的同时，短期随访观察，并结合系列X线和实验室检查结果，随时修订诊断。对于难以确诊的病例，则应及早开胸探查，非但能得到确诊，且可尽早切

除癌性病变，提高存活率。

参 考 文 献

- (1) Peterson B.E: Cancer of the Lung, PSG Publishing Co. Inc., Littleton, Massachusetts, 1979
- (2) 中华结核和呼吸系统疾病杂志 3(4): 235, 1980
- (3) Brit Med J 2: 1156, 1963
- (4) 1978年全国肺癌防治研究协作会议资料汇编 411页, 湖北省肿瘤防办, 1979
- (5) Gunter HS: Cancer of the Lung, John Wiley & Sons, New York, 1975
- (6) Acta Chir Scand, Suppl, 123, 1947
- (7) 肺と心 25(1): 10, 1978
- (8) JAMA 238: 35, 1977
- (9) Strauss MJ: Lung Cancer, Grune & Stratton, New York, 1977
- (10) 中华内科杂志 19(6): 419, 1980
- (11) Brit J Dis Chest 60: 49, 1966
- (12) Med Clin N Amer 61(6): 1339, 1977
- (13) 中华结核和呼吸系统疾病杂志 3(1): 59, 1980
- (14) ARRD 117(4): 665, 1978
- (15) 肺と心 25(1): 57, 1978
- (16) Crofton J, et al: Respiratory Disease, 2nded, Blackwell Scientific Publ., Oxford, 1975
- (17) Lillington GA, et al: A Diagnostic Approach to Chest Diseases, 2nded, The William & Wilkins Co., Baltimore, 1977

- (18) 辽宁肿瘤防治研究 (肺癌专辑) 13: 69, 辽宁省肿瘤防办, 1980
- (19) 1978年全国肺癌防治研究协作会议资料汇编 180页, 湖北省肿瘤防办, 1979
- (20) 1978年全国肺癌防治研究协作会议资料汇编 217页, 湖北省肿瘤防办, 1979
- (21) Med Clin N Amer 50(2): 315, 1975
- (22) 中华结核和呼吸系统疾病杂志 3(4): 235, 1980
- (23) 1978年全国肺癌防治研究协作会议资料汇编 197页, 湖北省肿瘤防办, 1979
- (24) 中华结核和呼吸系统疾病杂志 2(3): 175, 1979
- (25) Ипорб Туб 7: 79, 1976
- (26) Radiology 119(2): 307, 1976
- (27) КвнН Мед 12: 63, 1975
- (28) 1978年全国肺癌防治研究协作会议资料汇编 198页, 湖北省肿瘤防办, 1979

(重庆医学院第一医院 王宪林)