



误诊与教训



李 清 源 编 著
陕西科学技术出版社

前 言

误诊，是临床实践中存在的一个棘手问题，是造成医疗事故的原因之一。误诊既有难免的一面，也有可以避免的一面。我们从哲学角度来探讨误诊难免、可免及其相互关系，使医生在临床实践中运用唯物辩证法，探索疾病的发生、发展和转归的规律，以便使误诊的发生降低到最低点。

诊断疾病，是医生通过询问病史、体格检查、实验室检查、仪器监测等手段，来认识疾病，作出判断的过程。只有当医生对疾病的认识和疾病存在的实际愈益符合的时候，才能获得正确之诊断。但是，医生在诊断过程中，也受主观和客观条件的限制，不可能完全避免差错。加之，疾病本身也在不断地发展、变化，人类对疾病的认识，都要受到当时医学发展水平及当地医疗条件的限制，我们应该通过对误诊原因的探讨和对具体案例的分析，提高诊断水平，作到尽量避免发生误诊。

本书着重从诊断思维辩证，常见的误诊原因，以

及具体误诊个案的分析入手，从中汲取误诊的经验教训。无论对青年医师，或对临床经验丰富的高年医师，都有一定的参考价值。

本书在领导及同志们的帮助下，经过二年之久，始完成初稿。以后，又多方面征求意见，反复作了删改和充实。在运城地区医院院长副主任医师刘乐成同志审阅及指导下，对书稿又作了修改和补充，使之更加充实完善。在此一并致谢。

编 著 者

1986年5月于霍山医院

目 录

试论造成误诊的思维方法·····	(1)
要避免误诊,应在临床实践中运用思维辩证·····	(8)
临床误诊、漏诊的常见原因·····	(15)
疾病诊断中的现象和本质·····	(23)
重视诊断思维,预防误诊发生·····	(31)
误诊是可以避免的·····	(36)
谈谈医生的诊断思维·····	(40)
正确运用会诊,提高诊断思维·····	(43)
临床经验不足,对疾病缺乏全面正确的认识,容易 造成误诊·····	(47)
心包炎误诊的教训·····	(49)
粘液性水肿性心脏病误诊为结核性心包炎的经 验教训·····	(53)
狂犬病误诊为格林巴利氏综合症的教训·····	(54)
腹性癫痫误诊为潰瘍病急性穿孔·····	(57)
败血症误诊分析·····	(59)
急性黄疸性肝炎误诊病例分析·····	(62)
容易造成错诊、漏诊的血尿·····	(66)
坚持正确的诊断与鉴别诊断原则,防止误诊、漏诊	

现象	(70)
原发性心肌病的误诊教训	(75)
冠心病与其它疾病的误诊	(82)
休克型肺炎的误诊	(85)
肺癌脑转移的误诊	(87)
真性红细胞增多症,误诊为心血管疾病的教训...	(90)
肝静脉阻塞误诊为肝癌	(94)
诊断思维方式的错误,导致临床误诊	(98)
肺结核和肺癌相互误诊	(106)
结核性腹膜炎的误诊	(111)
粟粒型结核误诊原因分析	(116)
休克型肺炎误诊原因分析	(119)
谈谈抑郁症的误诊	(124)
固缩肾误诊为“神经官能症”的教训	(126)
脑出血误诊为急性心肌梗塞	(129)
高渗性昏迷的漏诊	(131)
容易误诊的急性出血性小肠炎	(135)
病史采集不全面、不细致、不正规,是误诊、漏诊	
的又一重要原因	(140)
颅内肿瘤误诊为内科疾病	(142)
暴发性过敏性紫癜误诊险些截肢的教训	(144)
胃癌的误诊	(147)
甲状腺机能亢进误诊、漏诊分析	(150)
毒性甲状腺肿瘤的误诊	(155)

左肾脓肿误诊为肝硬化	(157)
隐球菌性脑膜炎与其它脑病的误诊	(160)
气管癌误诊的教训	(164)
美尼尔氏症与椎基底动脉栓塞误诊	(165)
神经根性疼痛, 在临床上易漏诊	(167)
胆道蛔虫症的误诊	(170)
急性胰腺炎的误诊与漏诊	(172)
阿米巴肝脓肿的误诊	(177)
脑出血误诊为脑血栓形成的教训	(180)
病毒性脑炎误诊为精神病	(182)
阵发性睡眠性血红蛋白尿症的误诊分析	(184)
针刺引起创伤性气胸	(185)
使用阿托品过量的教训	(192)
静脉注射乙胺碘呋酮致心源性休克	(196)
疟疾误诊病例分析	(197)

试论造成误诊的思维方法

在医疗实践中，专家们认为“医疗事故有一半来自临床医生的思想方法问题”。我们认为在这一半中，误诊、漏诊占重要的地位。根据我们对某医院一百例严重差错医疗事故的分析，其中误诊、漏诊就占了百分之三十。医务人员中有哪些引起误诊、漏诊、错治的思想方法呢？提出一些粗浅看法，供参考。

一、只看局部，忽视整体

人体是由各个不同组织、器官和系统彼此联系、互为依存的有机整体。恩格斯说：“身体各部份，只有在其联系中，才是它本来的面目。”黑格尔也说：“只是尸体中才有部份。”从现代医学科学来看，人体的整体与局部、形态与功能、生理与病理、理化因素和生命活动，都不是彼此孤立的，而是互相联系不可分割的。

在医学科学研究中，人们为了认识生命的本质，精心考察机体的某个方面或某个部份，往往把考察的

对象，从本来相互联系的整体中，暂时分割为彼此不同的独立部份；把本来是连续的过程，暂时划分为彼此无关的段落，以便从一个一个部分，一个一个层次中，把握事物的多样联系和多种属性，深入事物的内部，弄清它们的结构，了解它们的基本特征，掌握它们的内部规律。然而，分割、孤立地研究事物的各个方面，久而久之，形成了一种习惯，使人们忘记机体各部分之间的联系和互相制约。把这种方法移植到临床上，则表现为各科固守自己的“阵地”。例如，有一个患者曾在某医院妇产科检查后，去某医院作理疗。十余天后，病人感到病愈治愈重，并出现阴部奇臭现象。又去另一家医院作妇科检查，述说了阴部发臭的病史。医生作了粗暴的回答，马虎的处理。一周以后，患者张口困难，再去一家医院就诊，先由五官科检查，无异常发现；后转口腔科，因嘴张不开无法检查，难以治疗，一推了之。患者又去一家市级中医院作针灸治疗，无效。又去了一家综合医院，内科查心肺正常；转神经科，未发现异常；转骨科，未发现软组织及骨损伤；又转回口腔科。打了一场“乒乓球”，未作诊治。再求治于另一家市医院，内科诊断为“精神紧张”；妇产科认为子宫无异常；口腔科诊断为颞颌关节炎。而病情一直在迅速发展，患者又

回到原综合医院求治。此时，患者已牙关紧闭，颈项强直，角弓反张，但该院仍未作出诊断，最后邀请传染病院会诊，才确诊为破伤风。病情已处在危重状态，无法挽救。

二、只见现象，忽略本质

有的临床医生，对事物的认识仅局限在现象上，不去追求它的本质。这是造成误诊、漏诊的另一个认识论的根源。疾病的发生、发展，有着现象和本质两个方面，现象是事物的外在表现，如疾病的各种症状等；本质隐潜在现象之中，在疾病中人们不易察觉的器质性或功能性变化，即属于这种情况。两者既对立又统一。在临床诊断中，各种症状是医生认识疾病的出发点，但认识不能仅仅停留在这些现象上面。在临床实践中，我们常常看到，由于病变部位及病情发展的阶段不同，患者出现不同的临床症状，而这些症状在别的疾病中也同样存在，因而，掩盖了疾病的本质。如恶性肿瘤的腹痛与慢性腹痛难以区别，大便次数增多与慢性结肠炎有相似之处等，为确立正确的诊断，在客观上带来了困难。正因为如此，才十分需要医生运用逻辑思维，由表及里，由浅入深，精心探索，去伪存真，透过现象，抓住本质，切勿浮光掠

影，草率定论。但在我们部份医务人员中，重现象，轻本质，而造成误诊、漏诊，是屡见不鲜的。如一位患者，因腹部隐痛，大便次数增多，伴有出血，就诊于某医院，先后经内、外、妇科，诊断为肛裂、肛瘘、盆腔炎、附件炎、慢性结肠炎、肠结核等。根据上述诊断，治疗无效。使病情误诊达一年之久。以后，由于病人在劳动中腹部剧痛，晕倒后送该院急诊。经乙状结肠镜检，发现距肛门16厘米处，有 2×3 厘米的乳头状肿物。脱落组织病理切片报告为“乙状结肠乳头状腺癌Ⅲ级”，已失去治疗机会。

三、缺乏认真地搜集资料，主观臆断

唯物辩证法认为，正确的诊断，只能来自周密的调查研究。闭门造车，脱离临床实际，主观武断，乃是正确诊断之大敌。有部分医务人员，对疾病的昨天和今天，主要症状与次要症状，缺乏周密的调查研究，不是力求病史材料的完整性，而是抓住一点，不计其余，凭主观想象作结论，是其表现之一。有人片面夸大自己的主观印象，不愿听取别人的意见，对病人家属的陈述不重视。例如，某医院有一位住院病员，多次向医生反映右上腹疼痛。而医生却不愿去病房检查，武断地认为病员有癔病，不想出院。直至病

人出现了黄疸，行剖腹探查，才发现是胆囊炎、胆结石。其二，是“门户之见”作怪。根据次要症状，否定他人的正确结论，造成自己的错误诊断。例如，一患者曾被某院诊为“先天性心脏病、动脉导管未闭”。但另一家大医院，轻易否定了这个结论，改诊为“先天性心脏病，室间隔缺损”。并以此为依据，在全麻体外循环下，作“室间隔缺损修补术”。术中发现不是室间隔缺损，而是动脉导管未闭。由于诊断错误，加之手术不周，造成病员死亡。真是主观武断害死人。

四、不能依据病情变化，随时修订诊断

疾病是一个复杂的生物学过程，在外界环境的作用下，所发生的损害与抗损害的斗争过程。医生的职能是加强抗病能力，减少损害因素。在两者发生矛盾的情况下，医生应该“保抗、抑损”。然而，常常有这样的情况，当原来的诊断不符合事实，或病情出现新动向，如主要症状与次要症状发生了转化，或主要症状未发生变化，而病情一直在恶化，有的医生不能从变化了的实际情况出发，改变自己的结论，而是因循保守，维持原有结论，一味重复别人的诊断。这种形而上学的思想方法对诊断疾病有害，如果系慢性病，情

况还好。如系急症则难免出现事故。例如一位患者，在一次进餐之后，突然胸骨后疼痛，并有灼热感，在甲地诊断为“食道炎”，给抗感染、解痉、止痛等处理。但症状未见改善，且疼痛加剧，后又连续几次复诊，未改变诊断及治疗方案，至第六天X线钡餐摄片报告：“可见似钡剂外流残留”，才考虑食道瘘，第七天经乙医院手术发现，食道右侧壁有2厘米大小穿孔，同一水平的右侧粘膜亦有穿孔，终因食道外伤穿孔、溃穿主动脉，大出血而死亡。

五、重视仪器检查，轻视全面分析

随着医学科学的迅速发展，诊断技术也有了很大的提高。同位素，超声波，心电图，光导纤维，电子计算机断层摄影等先进仪器的使用，正在临床上发挥着重要的作用，利用这些仪器，可以克服主观上的局限性，使平常肉眼观察不到的现象，用仪器显现在眼前。从而，大大丰富了感性认识的内容。但仪器并非万能，它不能包办一切，各自都有它的局限性。例如，肝细胞损伤、心肌炎、心肌梗塞、胰腺炎，都可使血清谷丙转氨酶升高。有些疾病在某一阶段，在仪器上一时还显示不出来。例如，有一上腹部疼痛十余年的患者，在某医院连续门诊十五次，近两个月的时

间，相继接受了乙状结肠镜、消化道钡餐造影、纤维胃镜等多种仪器的检查。仪器提示“十二指肠球部溃疡”、“胃窦部浅表性胃炎”，均未显示胃肠恶性病灶。由于医生过分相信仪器，放松了腹部的体征检查。当病人后来诉说到上腹部有一肿块时，才提醒了医生，经检查确诊为“胃癌广泛转移”。这个例子，明确地告诉我们，先进的仪器并非绝对“明察秋毫”，必须全面考虑，不可单纯依靠仪器。

以上提出了五方面的误诊、漏诊在思维方法上的表现，分析了发生误诊、漏诊的主观因素。但是，误诊、漏诊发生的原因，是多方面的。除主观因素外，还应看到有许多客观因素。其次，疾病发展有一个过程，这个过程的各方面及其本质，还有待于进一步发展暴露。人们在有限的时间和条件下，不可能一下子“洞察一切”。有些疾病发展迅速，变化无穷，这些都给诊断带来了困难。这就要求我们不仅具有渊博的医学知识和对技术精益求精的态度，同时，也需要运用唯物辩证法这一科学的思维方法，才能较准确地诊断疾病，避免误诊、漏诊的发生。

要避免误诊，应在临床实践中 运用思维辩证

临床思维是临床医生认识疾病的理性阶段。是医生根据患者的疾病所表现出来的直观感觉材料，运用自己的专业知识和实践经验，按照思维规律辩证地推论疾病的本质和设计治疗方案的过程。因此，它必须应用一切思维共有的形式，必须服从和遵守一切科学共有的逻辑规律。

临床思维的概括性，就是临床思维反应、把握疾病共同特性的能力的具体表现。它不以临床上的个别症状、体征为对象，而是把握反应某一组症状、体征、实验室资料及X线影象的能力，将这一类征象正确地概括为一个疾病的概念。当然，这种概括是在感性认识的基础上进行的“思维加工”。从这个意义上说，临床思维对疾病的认识是间接的；但决不是说临床思维的概括远离了疾病的本质。恰恰相反，概括性比感性认识从本质上更接近了疾病，更容易避免错误地认识疾病。通过概括，形成了疾病的概念，标志着

对疾病从感性认识向理性认识的飞跃。一些医学概念是人们多年修正前人认识的成果，是反复抽象概括的结晶。但概念是一种思维形式，要想对这种思维进行联系和交流，必须赋予它一定的物质形式，即语词。在医学上，用以表达某些人体生理、病理客观事实的语词或术语，就是临床医生的思维概念的符号和外壳。因此，我们在临床思维过程中，必须深刻理解思维概括的集中表现和基本活动方式的概念。既要理解概念的内涵与外延，又要正确应用限制概念的方法，才能使概念明确，才能有条理地合乎逻辑地进行临床思维。

概括是抽象的。因此，临床思维具有抽象性。临床思维在概括过程中，它抽出了同类对象的共同特征，暂时撇开了它们之间的差异。例如，黄疸可由多种原因造成，我们暂时撇开不同的情况，而抽出它的共同特征，只得出“阻塞性黄疸”、“溶血性黄疸”和“肝细胞性黄疸”三种类型的概念。而区分这三种类型黄疸，无论在临床诊断或治疗上，都有很大的指导意义。正如列宁所说：“一切科学的（正确的、郑重的、不是荒唐的）抽象，都更深刻，更正确，更完全地反映着自然。”科学的抽象同概括一样，离不开充分而可靠的感性材料。对临床工作而言，就是病史

要客观，检查要全面，资料要真实。在此基础上，抽象才是正确的，郑重的，而不是荒唐的。抽象确乎是抓住本质的手段，但唯物辩证法认为，本质和现象是统一的，把疾病本质抽出来，如果脱离了疾病的病理、生理现象，它就将是枯死的东西。比如对于一位黄疸病患者，我们仅仅抽出了“阻塞性黄疸”这一本质是不够的，还必须结合其它临床现象，如上腹痛，消瘦，深部肿块，胆囊造影总胆管扩张等，进而诊断为胰腺癌，还必须结合其它临床情况（有无肝转移、腹水等），决定治疗方案。可见临床思维中的抽象，不仅包括从现象到本质的抽象，还需从这个抽象取出来的“本质抽象”，上升到“本质具体”。

临床思维的能动性，表现为思维的能动的相互联系，概念之间的相互联系，反映特定对象和特定属性之间的联系所构成的判断，利用已知判断的相互联系进行推理。在概括和推理的基础上形成假设等。

简单的逻辑判断，是组成整个临床思维链锁中的一个链环，是构成推理的前提和基础。因此，必须是实际判断。而能否准确地作出实际判断，则取决于临床医生的实践经验，和检查患者的基本功。如将左肾盂积脓长期发烧，误认为是巨脾发烧，则还可误诊为“亚急性心内膜炎”“何杰金氏病”、“组织细胞

瘤”等。造成一系列误诊的根源，是因为构成推理的前提，不是实际判断。判断是概念的联系，也是概念具体的展开。临床思维判断环节的基本活动方式，是肯定和否定。例如，一位长期发烧的患者，若血液涂片发现疟原虫，就可以判定患了疟疾。选言判定，则是在主项和谓项间，可能关系的肯定。例如，患者多尿，或是患了内分泌代谢疾病，或是患了肾脏疾病，或是患精神性疾病。

推理是使概念具体化的步骤，也是临床思维的重要方式。推理环节的基本活动方式，是演绎和归纳。演绎推理，是从一般到特殊的推理，结论是从前提中推出来的。因此，前提必须真实。此外，推理的形式必须正确。例如，晚期食管癌患者，都有吞咽困难。某患者有吞咽困难，所以，某患者有晚期食管癌。此结论不一定正确，是因为推理形式不正确。如何使推理形式正确，完全是形式逻辑问题。临床思维过程中，也必须完全遵守形式逻辑所规定的规则。

临床思维的重要任务之一，就是寻求与疾病有关的因果关系。在诊断上，则是探求某些症状和征象同某疾病的因果关系。在治疗上，则是探求某疗法和疗效间的因果关系。科学的归纳推理，为解决这一问题，提供了合适的思维形式，因为科学归纳推理，是