

误诊误治

主 编 郑觉风
主 审 黄良夫

浙江大学出版社

副主编:方铎悟、叶甫源、郑哲岚、帅国华

编 辑:李立辉

作者名单(按姓氏笔划排列)

丁苗凤	丁宗龙	丁超	方日贵	方铎悟	王冬	王秀兰
王照南	王晋荣	王瑞祯	毛菊球	边丑良	包存霞	包澄宇
叶甫源	叶甫澄	叶林娜	叶俊	帅国华	田明庆	石如
史祖品	冯文明	冯天元	刘元竺	刘太忠	刘景宏	申屠安芳
关元明	仲维凤	吕小霞	吕德阳	朱仲礼	朱丽萍	朱新江
孙红疆	孙建均	孙明白	孙武能	孙蔚	陆志华	陆金龙
陆根山	陈知良	陈多耀	陈小红	陈洪	陈金邦	陈钟秀
陈荷	陈炜	陈高樑	陈维存	陈爱菊	吴柏林	吴荣同
吴根林	邵燕丽	谷坤元	沈卫东	沈兆春	沈宏伟	沈家豪
何以蓓	何方	何世华	沈存诚	汪龙	汪林凤	李大丙
李坚恩	李美姣	李学先	李德生	李建新	许云	许明月
李学章	单桂芬	董晓兰	金美玲	宗龙	柴之内	侯居平
林玉辉	林步高	周文斌	周国云	周国标	周忠坚	周建楚
范永春	范志能	范玲妹	夏平达	夏伟明	胡天栋	胡智星
郑直	郑松泉	俞小虹	俞勇	骆合德	姜霞英	赵建华
赵毓英	姚永明	姚备军	姚国湖	钱志尧	徐兰英	徐建平
徐宏亮	徐荣良	徐宝忠	徐音	徐萍	徐俊扬	盛国华
盛伟	梁兴	梁湖猷	唐生荣	张丑良	张圣华	张一中
张迎建	张建民	张长	张学兵	张宏志	张良褒	张碧芬
张慧英	章家铭	章晓云	曹缙康	柳林	谢利欣	谢博民
郭义豪	顾映丑	汤友芳	黄正顺	黄良夫	黄海	黄夏有
黄艳君	杨水英	杨全法	杨思科	杨新叶	杨慧珠	斯小水
斯小龙	斯其连	朝修建	韩正良	韩丽秀	韩修建	程文庆
葛伟芳	葛漫天	藏日华	饶尚达	楼红尧	慈书平	詹晚洪
雷相明	蒋定尧	蔡建明	蔡琴方	管继如	颜春花	薛劲松
鲍汝娣	鲍卸蕊	瞿琦	魏进社	翁村云	戴洪进	

序

误诊误治,在临床上有一定的发生率。医务工作者一代接着一代,久经努力,为了降低其发生率做出了很多的贡献。但是医学是一门科学,而且是一门复杂的、变化的、日新月异的现代科学,承认它是一门科学,因此是可以认识的,但认识是无穷的,所以会不可避免的受到多种因素的影响,如医务工作者的临床经验,医疗条件好坏的差异,疾病本身的变异,等等,而发生误诊误治。

误诊误治给患者个人以及社会带来一定的损失,编写本书的目的,就是为了在已经发现的误诊误治病例中,经过本书的介绍,进行交流以减少同样性质的错误,所以介绍误诊误治,并不是一件不光彩的事,而是很重要的交流内容之一,因为事实上的误诊误治,也就是:没有被医务工作者发现的误诊误治,远远要比已经发现的多得多。只有改善条件,提高认识,努力学习,包括学习别人的误诊误治教训,才有可能降低其发生率。从某一种角度上讲,别人错误的教训,要比自己成功的经验更为

重要,因为在医学科学的道路上,没有平坦的途径,学习就成了一辈子的事。

本书特地收集了各基层医疗单位发生误诊误治的教训,进行交流,其目的也就是希望基层医疗单位从交流中吸取他人的教训,减少在今后碰到的类似情况中,提醒自己,不犯错误,少犯错误。

因为基层的诊断,检测手段缺少,小医院病种少,经验少,学习机会少。正确的诊治,当然要比大医院困难得多。就是大医院也同样有一定的误诊误治率。所以学习就显得更为重要了。故本书希望能对基层医务工作者有点滴的启发或帮助,那就达到目的了。

郑觉风

1995年12月

目 录

内 科 系 统

自发性蛛网膜下腔出血 101 例误诊分析·····	方铎悟(1)
脑出血误诊 64 例分析 ·····	方铎悟(3)
隐球菌性脑膜炎误诊并引起双目失明 1 例·····	方铎悟(5)
成人结核性脑膜炎 25 例误诊分析 ·····	关元明(7)
误诊为病毒性脑炎 5 例教训·····	许 云(9)
新型隐球菌脑膜炎 1 例误诊分析·····	姚备军 王 冬(10)
老年脑出血 32 例误诊分析 ·····	周忠坚 徐建平(12)
脊髓蛛网膜下腔出血误诊 1 例·····	陆志华(14)
肺癌误诊为肺结核的探讨·····	徐兰英(15)
支气管内膜结核误诊漏诊原因分析·····	斯小水(16)
肺结核误诊原因分析与对策探讨·····	帅国华 叶林娜(20)
慢性阻塞性肺病合并自发性气胸的误诊漏诊原因分析 ·····	盛国华 帅国华(23)
右侧肺、胸膜炎误诊为急性腹膜炎 1 例探讨 ·····	范玲妹(25)
缩窄性心包炎 5 例误诊分析·····	叶甫源(27)
血气胸误诊为室上速 1 例·····	张雪良 朱丽萍(29)
支气管内膜结核误诊 22 例分析 ·····	陈知良(31)
肺吸虫性胸膜炎 5 例误诊分析·····	夏平达(32)
支气管扩张误诊肺结核 1 例·····	田明庆(33)
肺上沟癌误诊为肺结核 1 例报告及分析 ·····	张雪良 徐宏亮(34)
肺癌误诊 4 年 1 例报告·····	周国标 丁苗凤(36)

伤寒误诊分析·····	藏日华(37)
甲肝误诊原发性血小板减少性紫癜1例分析·····	染湖猷(39)
猩红热误诊为青霉素过敏1例·····	姚备军(41)
败血症误诊为暴发型流行性脑膜炎2例报导·····	鲍却蕊(41)
流行性出血热误诊57例临床分析·····	吴柏林(43)
流行性出血热15例误诊分析·····	陈多耀 王秀芝(45)
流行性出血热18例误诊分析·····	翁村云 吴荣同(47)
64例伤寒误诊原因探讨·····	楼仁尧(51)
狂犬病误诊3例分析·····	李德生(54)
10例恶性淋巴瘤误诊分析·····	方日贵(56)
急性粒细胞性白血病误诊1例·····	沈兆春 韩修建(60)
急性白血病致食道狭窄误诊为合并食道癌1例·····	胡智星(60)
甲亢性心脏病误诊为其它心脏病原因分析 ·····	骆合德 慈书平 李建新(62)
原发性慢性肾上腺皮质机能不全症误诊1例·····	娄霞英(67)
糖尿病误诊误治致高渗性昏迷2例分析·····	沈家豪(68)
甲状旁腺功能低下长期误诊癫痫1例·····	姚永明(70)
甲亢性水肿2例误诊·····	姚永明(71)
原发性血色病误诊原因分析·····	林玉辉(73)
甲减误诊肝炎1例·····	陈 荷 张 长(75)
甲状腺机能减退症9例误诊分析·····	胡智星(76)
10例结节病误诊误治原因分析·····	叶甫澄 金美玲(79)
误诊风湿性心脏病35例分析·····	张圣华 瞿 琦(81)
1例氨苄青霉素过敏性休克误诊为哮喘发作致死亡的教训 ·····	范玲妹(84)
小儿皮肤吸收有机磷农药中毒误诊1例 ·····	沈兆春 朱新江(86)
肺心病合并冠心病漏诊冠心病1例·····	韩修建 韩丽秀(87)
席汉氏综合征误诊为贫血原因分析·····	何 方(89)

非胃肠道有机磷农药中毒 3 例误诊分析·····	张良襄(90)
有机磷农药中毒误诊误治 18 例临床分析·····	陈维存(91)
误用丁胺卡那霉素致急性肾衰死亡 1 例 ·····	顾映雪 赵建华 姚国湘(94)
感冒通引起血尿误诊 9 例·····	范志能(95)
克隆氏病 34 例临床误诊分析·····	韩正良(97)
恶性组织细胞增生症误诊为急性黄疸型肝炎 1 例分析 ·····	何方 帅国华(100)
多发性骨髓瘤误诊 1 例报告·····	斯其连 叶甫源(101)

外科系统

肝脏囊肿破裂引起结肠肝曲肿瘤样改变 2 例误诊报告

·····	张迎建(104)
绞窄性膈疝并发胃坏死穿孔误诊 1 例·····	蔡建明 颜春花(106)
误诊睾丸扭转 4 例·····	史祖品(108)
胃底部憩室并发大出血的误诊探讨·····	周文斌 黄夏有(109)
急性出血性坏死性小肠炎误诊为急性阑尾炎穿孔行手术 治疗 1 例探讨·····	丁宗龙(111)
先天性膈疝误诊为肺透膜病 1 例·····	许明月(113)
急性出血坏死性胰腺炎误诊为阑尾炎 3 例分析·····	张一中(114)
腹胸联合伤结肠肝曲破裂误诊 1 例报道·····	邵燕丽(116)
肝脓肿误诊肝癌 22 例分析·····	冯文明 陈钟秀(118)
高位肠梗阻误诊为硷性返流性胃炎 4 例报告·····	程文庆(120)
肾积水误诊 2 例·····	吴松林(121)
易误诊的肛门直肠畸形合并先天性巨结肠 ·····	刘景宏 陈明白 杨全德 徐宝忠(123)
中央型肝损伤致胆道出血的误诊探讨·····	王昭南(125)
十二指肠损伤误诊误治 1 例报告·····	郑直 唐生荣(126)
急性十二指肠球部溃疡穿孔误诊为流行性出血热 1 例报告	

.....	徐 祥	蔡琴芳(129)
肠扭转误诊为慢性阑尾炎急性发作 1 例		
.....	徐 音	俞 勇(130)
外科急腹症的误诊漏诊分析.....	柴之均	(131)
肾脓肿误诊肾癌 1 例分析.....	梁湖猷	杨慧珠(135)
因麻醉处理不当至 12 例重症颅脑外伤病人死亡 ...	斯小龙	(137)
黄纱布与凡士林纱条的误用误治		
.....	孙武能	张碧芬 吕小霞(139)
胸壁金属异物误诊心脏金属异物 1 例探讨.....	丁宗龙	(140)
左心房粘液瘤 1 例误诊分析.....	汪 龙	(141)
脊椎结核误诊 4 例.....	杨思科	(142)
肺癌肺性骨关节病误诊 1 例分析	陈高樑	杨水英(144)
支气管结石 3 例误诊原因分析.....	詹晓洪	(146)
自发性食道穿孔误诊为急性胰腺炎、肺炎、胸膜炎 1 例		
.....	徐 音	俞 勇(148)
1 例肺结核的误诊原因分析	陈小红	(149)
食管胸膜瘘 1 例误诊分析.....	梁 兴	(151)
脊髓血管畸形误诊为“脊髓蛛网膜炎”“多发性硬化”		
.....	章晓云	(152)
自发性脑干出血 12 例误诊分析	冯天元	孙红疆(154)
1 例气管异物误治死亡的教训	包存霞	包澄宇(157)
561 例直肠癌误诊分析	张宏志	(158)
壶腹部周围癌 2 例误诊分析		
.....	饶尚达	(161)
1 例胃恶性类癌综合征诊断与治疗的教训	戴洪进	(163)
垂体脓肿误诊 3 例分析.....	张建民	(166)
以腹水为突出表现的胃癌 1 例误诊分析.....	汪 龙	(168)
胰腺癌误诊为乙肝 1 例.....	葛漫天	(169)
青年人直肠癌 27 例误诊临床分析	李大丙	(171)

食道中段癌误诊为心肌病 1 例·····	杨新叶(174)
青年人胃癌 22 例误诊分析 ·····	葛伟芳(175)
垂体肿瘤 1 例误诊分析·····	姚永明(177)
肺癌脑转移误诊·····	王晋荣(178)
结肠癌误诊 3 例·····	王晋荣 占永希(180)
胆囊结石,胆囊十二指肠瘘误诊为胆囊结石,十二指肠球 部溃疡····· 何世华(183)	
恶性淋巴瘤误诊 1 例·····	谷坤元(184)
膀胱癌 15 例误诊原因分析 ·····	雷相明 申屠安芳(185)
结肠癌并发急性阑尾炎误诊 19 例分析 ····· 石 如 赵毓洪 边雪良 胡天栋(188)	
回盲部癌误诊阑尾脓肿 12 例分析 ·····	周国云 丁 超(191)
结肠癌误诊阑尾炎再手术 2 例分析·····	谢利欣(193)
大肠癌误诊原因分析·····	郭义豪 孙 蔚(195)
颅脑损伤合并腹内脏损伤误诊分析·····	陆根山(197)
急性阑尾炎误诊 88 例分析 ·····	盛 伟 陆金龙 沈宏伟(200)
误诊急性阑尾炎 41 例原因初析 ·····	林步高(203)
老年人阑尾炎误诊分析·····	陆根山(205)

其 他 系 统

误诊的 35 例女阴假性湿疣临床分析 ·····	俞小虹 叶 俊(208)
系统性硬皮病误诊为肺结核 2 例报告·····	魏进社(210)
系统性红斑狼疮误诊为肠梗阻 1 例报告·····	何以蓓(211)
肝及淋巴结病误诊为肝硬化、肝癌 1 例报告 ····· 何以蓓 孙翠如(213)	
系统性红斑狼疮误诊 1 例·····	汤友芳(215)
22 例儿童肺结核病误诊分析 ·····	谢博民(216)
小儿颅内占位病 10 例误诊分析 ·····	许 云(219)

小儿脑肿瘤误诊原因分析·····	仲维凤 陈爱菊 范永寿(221)
小儿癰症误诊 2 例·····	曹镒康(223)
婴儿肠套叠误诊原因分析(96 例) ·····	吕德阳(224)
黄体破裂误诊为急性胃肠炎,宫外孕 1 例 ·····	徐俊扬(226)
腹部卒中误诊宫外孕破裂出血 1 例 ·····	毛菊球 夏伟明 沈存钱(227)
1 例宫外孕误诊的深思 ·····	季学章(228)
盆腔脓肿 10 例误诊原因分析 ·····	黄艳君(230)
妊高症并发心衰肺水肿过高热误诊 1 例·····	单桂芬(231)
子宫外孕误诊为肾结石 1 例·····	张良襄(233)
陈旧性宫外孕误诊 2 例分析·····	董晓兰(234)
右侧输卵管妊娠破裂误诊为急性阑尾炎、急性胃肠炎 1 例 报告·····	孙建均 周建楚(236)
屈光不正误诊误治探讨·····	陈 炜 陈 洪(238)
急性闭角型青光眼误诊为血管神经性头痛·····	郑松泉(240)
复视为主症的糖尿病误诊病例分析·····	李美姣 徐荣良(242)
眼前房玻璃异物误诊体会·····	陈金邦(244)
青光眼误诊·····	李坚恩 刘太忠 刘元竺(246)
易误诊为周围型肺癌的肺结核·····	章家铭 蒋定尧(248)
陈旧性宫外孕术前误诊盆腔肿瘤 1 例·····	黄正顺 薛劲松(251)
B 超误诊残角子宫足月妊娠分析 ·····	董晓兰 鲍汝娣(252)
G6PD 缺陷症误诊败血症 1 例报告 ·····	汪林凤(253)
腹痛——警惕铅中毒·····	管继如(255)
颊部海绵状血管瘤误诊为脂肪瘤 1 例报告·····	张学兵(257)

牙痛的误诊误治 4 例报告·····	朱仲礼(257)
脊椎淋巴肉瘤误诊椎体结核继发性脓肿 ·····	黄良夫 黄 海(261)
甲状旁腺腺瘤致骨折误诊 1 例·····	王瑞祯(263)
骨髓转移癌 32 例误诊分析 ·····	张慧英 钱志尧(265)
小儿 Monteggia 骨折误诊尺骨骨裂 1 例 ·····	沈卫东(268)
“股骨头缺血性坏死”误诊误治 1 例·····	柳 林(269)
胸腰椎体骨折误治 1 例·····	俞兰溪(270)
误治崩漏案·····	侯居平(271)
呕吐误诊 2 例体会·····	李学先(273)

内科系统

自发性蛛网膜下腔出血 101 例误诊分析

浙江省东阳市人民医院(322100) 方铎悟

我院 1982~1995 年 5 月共收治自发性蛛网膜下腔出血 (SAH) 病人 318 例, 其中误诊 101 例。为提高对 SAH 临床表现复杂性的认识, 提高 SAH 诊断正确率, 总结分析如下。

一、临床资料

本组男 57 例, 女 44 例。年龄 11~79 岁, 60 岁以上 52 例。因活动或情绪激动、疲劳、排便等发病 73 例, 安静状态下发病 12 例, 记录不详 16 例。有高血压病史 67 例, 脑卒中病史 10 例。死亡 9 例, 因病危自动出院 13 例。

误诊病例首发症状、体征以头痛、眩晕、恶心、呕吐、高血压居多, 其次为意识或运动障碍、精神异常、癫痫发作、发热、腹泻、上消化道出血等。

误诊病种以高血压病或高血压脑病最多, 共 43 例。其他有椎基动脉供血不足 14 例, 美尼氏综合症 3 例, 脑出血 12 例, 脑血栓形成 7 例, 病毒性脑炎 4 例, 流脑、结脑各 1 例, 神经性头痛或神经症 4 例, 癫痫发作 3 例, 冠心病、流行性出血热、急性胃肠炎、上呼吸道感染各 2 例, 上消化道出血 1 例。

二、讨论

SAH 是神经科的常见病, 年发病率 5~20/10 万, 占脑卒中的 7%~15%。典型的 SAH 诊断一般不难, 但由于出血部位、出血量及脑组织损害程度不同, 有些临床表现不典型, 出现某些特殊征象或病情演变复杂, 如果没有高度警惕, 极易造成误诊。误诊率在 14.5%~44.7%。本组为 31.8%, 分析其主要误诊原因有:

1. 临床表现不典型, 忽视老年人 SAH 的特殊表现。老年人多

伴有脑萎缩和不同程度的动脉硬化,侧枝循环减少致慢性脑供血不足,神经细胞功能减退,使颅内压增高、脑水肿等症状不易反映出来,加之疼痛阈值增高,对刺激反应迟钝,且老年人SAH多系动脉硬化小动脉瘤破裂引起,出血量少或速度缓慢,故老年人SAH症状不及年轻人典型,头痛发生率低,程度轻,而常以眩晕、恶心呕吐或意识障碍等为主要症状,脑膜刺激征阳性率低,程度轻且出现时间较晚故易误诊。例张××,女,64岁,晨起床后眩晕,视物转动,伴恶心呕吐,无头痛,拍片有颈椎病,以椎基动脉供血不足收入院。3天后出现意识模糊及脑膜刺激征,作颅脑CT确诊为SAH。有2例以恶心呕吐伴腹泻为突出症状,无头痛而被误诊为急性胃肠炎。本组60岁以上52例,占误诊总数51.5%。因此老年人如出现上述症状时,应想到SAH的可能,及时做CT或腰穿,以免误诊。

2. 询问病史不详,体检不认真,临床思维不深入,满足于现象。本组误诊为高血压或高血压脑病的43例,都是因为原有高血压病史或就诊时血压增高,医生满足于以血压增高来解释头痛,而忽视了其他症状和体征。6例因伴有发热、精神异常或意识障碍就误诊为病脑、流脑或结脑。3例因首发症状为发作性意识障碍伴抽搐就误诊为癫痫。2例因发热伴咳嗽即诊为“上感”。对突然起病而有偏瘫者,就诊为脑出血或脑血管形成,而不作进一步检查分析。SAH后微血块对脑组织的压迫或脑血管强烈痉挛均可引起偏瘫,文献报道SAH并发痛瘫可达7%~40%。因此,必须详细询问病史,认真体检,全面综合分析,及时作CT或腰穿等辅助检查,才能降低SAH的误诊率。

3. 过分相信CT,忽视必要的腰穿检查。本组6例其临床表现还比较典型,但由于CT正常而误诊。例马××,女,57岁。劳动中突起剧烈头痛、呕吐伴复视,颈有抵抗,T38.2℃,BP22/12kPa,颅脑CT正常,眼科就诊“左动眼神经麻痹”,五官科拍片“双上颌窦炎”,抗炎治疗3天,无好转,来神经内科就诊,腰穿脑脊液呈均匀

血性而确诊 SAH,因延误治疗再次出血而死亡。CT 检查阴性,可能与出血量少,检查时间过早或过晚有关。据文献报道,发病当天做 CT,阴性率 4.2%,发病 5 天后做 CT,阴性率 22.2%,间隔时间越长,CT 正常率越高。向东等报告 CT 阴性率达 52%。所以,CT 检查不能满意解释临床表现时,应重视临床资料,及时做腰穿,以免误诊,造成不良后果。

脑出血误诊 64 例分析

浙江省东阳市人民医院(322100) 方铎悟

我院 1993 年 3 月~1995 年 5 月收治脑出血病人 237 例。CT 检查前诊断为脑出血者 141 例(59.5%),脑卒中而未定性者 32 例(13.5%),误诊为脑梗塞等疾病者 64 例(27%)。为进一步提高临床诊断质量,将误诊的 64 例总结分析如下。

一、临床资料

1. 一般资料 男 37 例,女 27 例。年龄 45~82 岁,≤49 岁 6 例,50~59 岁 13 例,≥60 岁 45 例,平均 63.98 ± 7.67 岁。活动中发病 53 例,安静状态下起病 11 例。有高血压病史 51 例,冠心病史 9 例,慢支病史 8 例。转归:死亡 5 例,因病危自动出院 12 例,余好转或全愈。

2. 主要症状及体征 发病 24 小时内出现头痛 35 例,恶心呕吐 30 例,头昏头晕 27 例,意识障碍 22 例(嗜睡 9 例,朦胧 8 例,昏迷 5 例)。抽搐 6 例,语言障碍 31 例,不同程度偏瘫 50 例,其中轻瘫 23 例。病理反射阳性 33 例,有脑膜刺激征 21 例。血压升高(收缩压 $\geq 22\text{kPa}$ 或舒张压 $\geq 12.67\text{kPa}$) 57 例。

3. CT 扫描 病后一周内 CT 检查 57 例,余均在 14 天内检查。出血量 1.5mL~65.3mL,≤10mL 47 例(73.4%),出血部位:基底节区 39 例,其中外侧型 24 例,丘脑 11 例,脑叶 10 例,小脑及

脑干各 2 例。破入脑室或蛛网膜下腔 12 例。

4. 腰穿 曾做腰穿 21 例,血性脑脊液 8 例,无色透明者 13 例,内 4 例有少量红细胞。

5. 误诊病种 误诊为脑血栓形成 39 例,脑栓塞 2 例,蛛网膜下腔出血及高血压脑病各 7 例,椎基动脉供血不足、短暂性脑缺血发作、眩晕综合症各 2 例,肺性脑病、腹痛待查、癫痫各 1 例。

二、讨论

1. 脑出血误诊为脑梗塞屡有报道,误诊率 55.6%,贾礼明等报告 54 例小灶性脑出血全部误诊为缺血性卒中。本组 60.94% 误诊为脑血栓。另 2 例因有冠心病房颤而误诊为脑栓塞。误诊主要原因:(1)小灶出血多, $\leq 10\text{mL}$ 者 73.43%;(2)出血部位以单纯外囊及脑叶出血多(53.13%);(3)60 岁以上老年人多(占 70.31%)。老年人多伴有不同程度脑萎缩,疼痛阈值高,对刺激反应迟纯。因而本组病例临床表现不典型的多,头痛、呕吐、意识障碍及偏瘫者相对较少,且程度轻,易误诊为脑梗塞。另外,13 例脑脊液无色透明也是把脑出血误诊为脑梗塞的原因。以往把有无血性脑脊液作为鉴别出血与梗塞的主要依据,但文献报道 24.2~34.7% 的脑出血病人脑脊液可正常。本组 12 例是因出血量小,局限于外囊或脑叶未破入脑室或蛛网膜下腔,另 1 例是腰穿时间距发病仅 2 小时,可能血液尚未流入蛛网膜下腔。因此,我们认为血性脑脊液固然可以支持脑出血的诊断,但脑脊液无色透明却不能完全排除脑出血。

2. 本组 14 例无肢体瘫痪,23 例轻瘫。7 例因头痛、呕吐,脑膜刺激征阳性,有血性脑脊液而无或仅有轻瘫而误诊为蛛网膜下腔出血,但 CT 证实为脑出血。例刘某,男,63 岁,劳动中突发头痛、呕吐伴黑蒙 3 天,颈有抵抗,克氏征阳性,左上下肢肌力 IV+ 级,脑脊液呈血性,误诊为蛛网膜下腔出血,2 天后 CT 检查为右颞叶深部脑内血肿并破入侧脑室。7 例因入院时血压高而无或仅轻瘫而误诊为高血压脑病。如吴某,男性 70 岁,起床后眩晕、呕吐、头痛 10 小时,BP32/16kPa,无肢体瘫痪,以高血压脑病入院,次日 CT

检查为左小脑半球血肿(2.3mL)。由于出血量少,血肿破坏脑组织程度轻,或出血部位在“静区”,无运动中枢及传导系统损害,故可以无或轻微体征,应引起我们警惕,及时进行CT检查。

3. CT检查前脑出血的诊断符合率在65%左右,本组59.5%。误诊的原因除上述分析外,医生贪便偷懒,过分依赖CT,忽视详细问诊及全面的体格检查也是误诊的主要原因。例马某男性79岁,因腹痛5小时伴头痛头昏以腹痛待查入院,而忽视了入院时BP28/14kPa左上肢肌力Ⅲ级及左巴氏征阳性等体征,次日CT示右额及双颞叶小血肿。徐某因原有慢支病史,咳嗽气急,头痛呕吐伴意识模糊3天以肺性脑瘤入院,忽视了神经系统检查(右侧偏瘫及右巴氏征阳性),次日CT示左基底节区血肿。因此临床医师必须立足于“详细询问病史及全面细致的体格检查”这块基石上,合理应用现代诊断技术,进行综合分析才能减少误诊。

隐球菌性脑膜炎误诊并引起双目失明1例

浙江省东阳市人民医院(322100) 方锋梧

患者李××,女,26岁,于1990年4月20日第一次入院。1990年2月出现头痛伴喷射性呕吐,时有烦躁不安及短暂意识不清,一月后感双眼视物模糊不清,左侧肢体无力。查体:意识清楚,双眼底视乳头水肿,左上下肢肌力V-级,余无殊。颅脑CT扫描未见异常。腰穿初压3.63kPa,脑脊液为无色、微混,白细胞 $214 \times 10^6/L$,N4%,L95%,E1%,蛋白定性阳性,定量0.5g/L,糖 $> 2.5 \text{ mmol/L}$,氯化物 133 mmol/L 。细菌(-),隐球菌(-),诊断为结核性脑膜炎。经抗结核、甘露醇、地塞米松等治疗,症状缓解,住院38天出院。住院期间曾2次腰穿,初压分别为2.35kPa、1.9kPa。脑脊液均为无色、清、蛋白定性阳性,定量0.5~0.7g/L,糖 $1.68 \sim 2.24 \text{ mmol/L}$,白细胞 $8 \sim 156 \times 10^6/L$,N20~30%,L80

~70%，薄膜试验阴性，细菌阴性，隐球菌阴性。

出院后继续抗结核治疗及间断使用甘露醇脱水，一个半月后又出现头痛、视物模糊，四肢无力等，于8月18日再次入院。查阳性体征：颈有抵抗，双眼底视乳头水肿，视网膜有散在出血点，双下肢肌力Ⅳ级，Kernig's征阳性。CT复查提示右颞叶深部脑质密度减低灶，结合临床考虑炎性病变。入院后仍按“结脑”治疗，但病情逐渐加重，视力逐渐减退，肩背部剧痛难忍，颈抵抗明显，双眼视乳头高度水肿，两下肢肌力0级，双侧Babinsk's征阳性。8月26日再次腰穿，脑脊液中找到新型隐球菌，并经培养证实，确诊为新型隐球菌性脑膜炎。更改治疗方案，使用抗真菌药物，加大激素剂量及甘露醇脱水等。虽病情仍有多次反复：多次出现意识不清，双侧瞳孔大小不等，四肢抽搐，大小便失禁等，且视力再度减退，至12月初双眼完全失明，眼底见双视神经苍白、萎缩。但经用两性霉素静滴加鞘内注射（总量4.705g）、5-氟胞嘧啶静滴加口服（总量800g）、咪康唑静滴加鞘内注射（总量46.415g）及各种对症治疗，除双眼失明未能恢复外，其他均好转如正常人，于1991年12月30日出院。本次共住院500天。出院随访2年多无复发。

第二次住院间共检脑脊液13次，前10次均找到隐球菌，最后3次阴性。压力除最后一次为1.96kPa外，其他在3.92~4.41kPa之间。

讨论 由于隐球菌性脑膜炎临床征象缺乏特异性，因此误诊率较高。其脑脊液改变与结脑相似，故极易误诊为结脑。本例也如此。误诊结脑长达7个月，以致造成双目失明。引起双目失明原因可能：（1）长期颅内高压致使视神经萎缩；（2）新型隐球菌直接侵犯视神经；（3）鞘内注射两性霉素B，药物刺激视神经。误诊原因主要是我们临床医生对此病缺乏经验与警惕性，脑脊液找隐球菌3次阴性就不再考虑此病。有报导涂片10次以上均阴性，最后动物接种阳性。因此我们对未明确诊断的中枢神经系统感染，尤其是病程较长和/或某些治疗（如抗结核）无效时，应及时和反复多次查找