

把 健 康 还 给 大 众 的 书

# 怎样避免疾病误诊误治

陈晓红 刘振华 王羽 / 总 编



## 神经系统 与精神疾病

SHENJINGXITONG  
JINGSHEN  
JIBING

黄宝荣 / 主编

- 你知道自己得了什么病吗?
- 你会叙述自己的病史吗?
- 疾病的诊断依据是什么?
- 疾病的误诊原因有哪些?
- 如何避免疾病的误诊?
- 如何自我防治疾病?
- 怎样阅读检验报告?
- 怎样留取检验标本?
- 怎样分析检验结果?

□ 海 南 出 版 社

# 神经系统与精神疾病

贺宝荣 主编

作 者

(按姓氏拼音排序)

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 陈晓红 | 樊一钢 | 郝定均 |
| 贺宝荣 | 刘振华 | 孙 炜 |
| 王景叶 | 王 羽 | 谢芳元 |
|     | 周劲松 |     |

海南出版社

**图书在版编目 (CIP) 数据**

神经系统与精神疾病 / 贺宝荣主编. —海口: 海南出版社, 2001.9

(怎样避免疾病误诊误治丛书)

ISBN 7-5443-0224-5

I. 神… II. 贺… III. ①神经系统疾病-误诊-基本知识②神经系统疾病-治疗失误-基本知识③精神病-误诊-基本知识④精神病-治疗失误-基本知识  
IV. R74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 062235 号

怎样避免疾病误诊误治丛书

**神经系统与精神疾病**

贺宝荣 主编

责任编辑: 袁大川 袁保华

※

海南出版社出版发行

(570216. 海口市金盘开发区建设三横路 2 号)

长沙市银都教育印刷厂印刷

2001 年 9 月第 1 版 2001 年 9 月第 1 次印刷

开本: 850 毫米 × 1168 毫米 1/32 印张: 6.75

字数: 150000 印数: 1—10000

ISBN 7-5443-0224-5/R·3

定价: 10.00 元

把 健 康 还 给 大 众 的 书

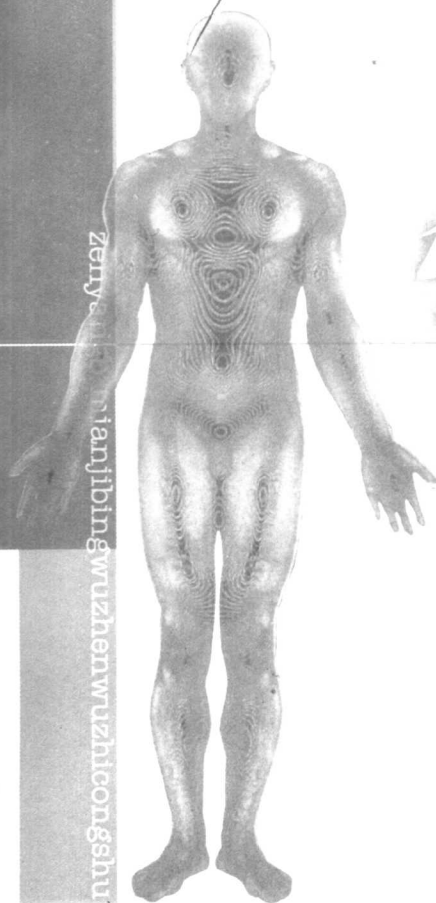
# 怎样避免疾病误诊误治丛书

R74 /

陈晓红 刘振华 王羽 / 总 编



\* T189634 \*



怎样避免疾病误诊误治丛书

## 神经系统 与精神疾病



贾宝荣 / 主编



## 给读者的话

人生中谁也无法避免患病，自然也免不了要“看医生”，怎么看呢？通常病人总是躺在病床上仰视医生，病人说自己是弱者，任医生摆布。其实，医生面对形形色色、束手无策的疾病时，就像患者躺在病床上仰视医生一样，医生在仰视那些看不懂的症状、体征时，感到自己也是弱者。所以，作为病人或病人的家属，当你去“看医生”时，首先要想到，医生也是普通人，和你一样也会生病，面对你的诉说也会感到无所适从，甚至难免作出了错误的诊断。任何有经验的医生都不会否认自己曾经有过误诊的教训，每一位医德高尚的医生都愿意将自己的失误展示给同行，以避免后人重蹈覆辙。

有些误诊是以血的教训为代价的，近年来疾病误诊现象及医疗纠纷问题已成为社会关注的热点，由误诊引发的医疗纠纷、医疗事故诉讼案件在逐年增加。许多人认为疾病诊断完全是医生的事，所以发生误诊当然是医生的责任。殊不知，避免疾病延误诊断的第一主动权在病人手中，因为病人的就诊时间、对病史的准确描述、对症状的客观感受等，对医生诊断疾病的思维方法起着至关重要的导向作用。我们组织编写《怎样避免疾病误诊误治丛书》，主要从病人的角度介绍了可能发生误诊的原因，以帮助广大病人了解常见疾病的误诊原因，掌握防止延误诊断的方法。

本丛书共分 10 册(按疾病系统分册)，在介绍误诊与医疗纠纷



一般概念等理论问题的基础上,选择了各系统常见的 200 多种疾病,分别从 8 个方面进行介绍。以“糖尿病”为例:①什么是糖尿病?②糖尿病是如何发生的?③糖尿病有哪些表现?④如何诊断及诊断依据?⑤误诊原因有哪些?⑥容易与哪些疾病互相误诊?⑦如何避免或减少误诊?⑧如何自我防治?在丛书编写中,我们要求尽量达到通俗易懂,使每个人都能看得懂、学得会、用得上,既适用于医务人员,更适用于广大读者和每个家庭。

**丛书总编**



## 误诊与医疗纠纷概述

### 一、什么是误诊？

在日常生活中,当患者到医院就诊时,最迫切希望的是医生尽快确诊,知道自己到底患了什么病。一旦听说某人的病被误诊时,周围的亲戚朋友都会感到气愤和不安。实际上不但病人、家属及其周围的亲戚朋友担心和惧怕误诊,医生也不愿发生误诊。因为一旦误诊,不仅直接影响到病人及其家属对自己的信任,也会影响医生及医院的技术声誉。

什么是误诊呢?到目前为止,误诊并没有一个比较公认的定义,人们谈论中的误诊和学术上讨论的误诊,并非完全一样。社会上一些人认为,某人患病后,经过了较长时间的诊断、观察和治疗,没有取得好的效果,最初确诊的疾病名称和部位与最后确诊的疾病名称和部位不相符,患者忍受了痛苦,便认为这可能就是误诊了。但是从医学上讲至少具备以下几个条件才能判定为误诊:一是病人有了疾病的表现,也就是通常所说的出现了症状体征,并且已经就诊,经过医生诊断之后;二是就诊时已经具备了确立诊断的条件;三是医生已作出了比较明确的诊断,并且已经按此诊断给予了治疗;四是在一定程度上给病人造成了不良后果,如未阻止病情发展,继续恶化了或治疗后未取得任何治疗效果;五是所



作的诊断与疾病的部位本质明显不符。对于目前临床上统计的初步诊断与最后诊断不符和临床诊断与病理诊断不符的情况,只能作为学术研究,最好不作为误诊依据,这没有什么研究价值。因为诊断是一个过程,不是一次性行为,诊断是有层次性的,临床诊断和病理诊断各自代表着一个诊断层次,二者显然有差距,但是都属于诊断的过程和诊断的方法。

## 二、为什么会发生误诊?

从医生临床诊断的过程及行为来看,临床医学是一种实践活动,是一门经验科学。唯物辩证法认为,人们对事物的正确认识只有通过实践,别无他途。对疾病的认识也是这样,正确的诊断来自医生的经验和理论,经验和理论无不来源于实践,要实践就可能会有失误,不可能要求每次实践活动都准确无误,特别是在实践的最初阶段。

1. 人体的复杂性。人在世界上食五谷杂粮,经衣食住行,沐风霜雨露,行七情六欲,历生老病死,这些都是自然现象,属于客观存在,是不以人的意志为转移的。尽管医学在飞速地发展和进步,但对于人体奥秘和疾病本质的认识还远远没有达到“自由王国”的水平,医生能治的疾病是很有限的,可以说大部分疾病,还只能是对症处理而已。医生面对大量的无法医治的疾病也只能“望病兴叹”。

2. 疾病的个体性。大量疾病的本质尚未明确,再说同一疾病发生在不同个体身上,其表现也是千差万别的,如果要求医生每次都能准确地透过现象看清本质也是不客观的。疾病发生在不同病人体内,其发展变化目前还无法准确预测,目前预测自然现象尚且困难,如地震、洪水等自然灾害,更不用说发生在如此复杂的人体内的疾病了。所以医生目前还无法控制所有疾病在人体内的演变



过程。

3. 医学的实践性。医学是一门经验科学,任何疾病的认识都是对前人失误的总结,任何名医都是在不断总结失误和经验的过程中成长起来的。刚出校门的年轻医生与从医几十年的老医生对同一疾病的诊治能力不可能一样,但是再有经验的老医生也是从年轻医生的位置上一步一步走过来,从接诊第一个病人开始一例一例积累起来的,在这个过程中免不了经历各种失误。失误是难免的,但并不是所有失误都给病人造成痛苦和损失,因为绝大多数的失误都被消灭在萌芽中了。

4. 误诊的难以避免性。诊断试验的常用指标有:灵敏度(真阳性率)、特异度(真阴性率)、准确度(真阳性和真阴性之和占受检总人数的百分率)、误诊率(假阳性率)、漏诊率(假阴性率)等,其中灵敏度与漏诊率之和为1,特异度与误诊率之和为1,并且前3项数值越大越好。但是灵敏度与特异度不能同时提高,提高其中一个,另外一个必然降低。例如,我们提高了灵敏度,那么特异度必然降低,这时漏诊率将增多;反之,提高了特异度,灵敏度将下降,这时候误诊率将提高。因此,从科学的角度看,误诊是不可能完全避免的。

综上所述,误诊的原因是复杂的,但医生不能因为怕发生误诊而停止临床医学实践,也不会有哪一个病人因为怕医生发生误诊而拒绝就诊。认识事物的规律决定了只有反复实践才能把握本质,“失败乃成功之母”,每一个医生都要注意借鉴前人的教训和经验,认真仔细地工作,加上病人的配合,才能尽量避免或减少误诊。

### 三、误诊的疾病有多少?

目前到底有多少种疾病曾被误诊过呢?以科学的态度客观地说:任何一个新病种的出现,都经历了从不认识—逐渐认识—熟悉



一掌握,这样的一个过程。在不认识的阶段难免发生误诊,甚至误诊率很高;对早已熟悉的疾病,在多年不见的情况下,虽然医生感觉“似曾相识”,但没有把握;即使是已经掌握的疾病,由于病人的个体差异,出现了不典型的症状体征,也会让医生感到“困惑”;更多的疾病是没有特异症状体征的,全凭病人对感觉的诉说,医生在病人的“诉说”中“感觉”着诊断的方向。凡此种种,举例如下:

●艾滋病在国内首次发现时,由于当时许多医生甚至专家只是通过医学期刊了解艾滋病的有关知识,并没有什么感性认识,所以首例病人虽然几经会诊,但还是在医院里被误诊了。

●20世纪80年代初,在我国销声匿迹几十年的性病重新抬头,性病算不上新病种,但是对当时的大多数中青年医生来说,对性病的了解只是停留在书本知识的水平上,并不认识梅毒、淋病等性病的典型体征,所以不少人把梅毒误诊为银屑病、扁平苔癣、玫瑰糠疹、药疹等皮肤病。

●结核病应该是家喻户晓的疾病了,但是在20世纪70年代末当它卷土重来的时候,医生对这种早已压制下去的传染病又突然涌现的状况没有认识,所以在诊断思维中也就失去了这根“弦”,常把病人发热、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛等症状首先考虑为常见的呼吸系统的一般感染性疾病,如气管炎、肺炎、气管扩张,甚至考虑为肺部肿瘤等而造成误诊。

●癌症是让人听而生畏的疾病,早期的诊断和治疗对疾病的预后有着至关重要的意义,但是癌细胞在人体内发生、发展的过程几乎是悄无声息的,病人可以完全没有症状,不少人在健康体检中被发现患有某器官的肿瘤时,往往已是中晚期了。

虽然每一个新病种都可能被误诊,似乎增加了几分对误诊的畏惧感,其实也不必害怕,因为诊断过程有一定的时间性,在未确诊之前,医生可以对症治疗,对症治疗是一种比较实际的办法,许



多疾病经过对症治疗也是可以痊愈的。当然,如果没有从根本上除去病因,过了一段时间还可能复发,但是有些比较复杂的病,在对症治疗的过程中,逐渐摸索诊断依据,最后可以得到确诊。诊断本身就是需要一个过程的,有检查过程,还有观察过程;过程可长可短,但无论如何,不能废止,不能要求医生对任何疾病一见便知,这是不科学的,也是不可能的。

#### 四、误诊一定误治吗?

临床上统计的首次误诊病例中 98% 没有造成不良后果,有不良后果的误诊病例往往有许多复杂的因素,因此对误诊不能一概而论,因为误诊未必误治。诊断疾病的目的在于治疗疾病,治疗是促使疾病痊愈的根本措施。临床上为了避免治疗上有失误,前人创造了许多行之有效的办法。例如,在对某一疾病未确诊时,先拟定初步诊断,或假设几种可能,以此来选择更贴近疾病本质的治疗方法。当病情十分复杂实在作不出初步诊断时,在治疗上还可以先对症治疗,以等待出现有诊断价值的典型症状体征,然后有针对性地治疗。这些都是在诊断未明确的情况下,边诊断边治疗,既防止盲目诊断失误,又不延误病情有效方法。另外,临床上许多治疗措施常常可以同时作用于不同性质的几种疾病,因此经常遇到最后的诊断虽然与疾病的本质不完全一致,诊断有某种失误,但治疗却没有延误,疾病如期而愈的情况。有些疾病最初诊断不明确,经过临床上边治疗边观察,不断根据病情发展逐渐作出了比较正确的诊断结论。虽然最后的诊断可能与最初的诊断有差距,这在学术讨论上或统计数据上被列入了误诊范围,但是对病人病情并没有造成不良后果。诊断是为了认识疾病的本质,为了更好地治疗,而治疗措施中又包含有诊断,所以有“诊断性治疗”之说。诊断是认识疾病的一种实践活动,是认识疾病最根本的措施。要实践



就应当允许有失误,要求所有的实践活动都完全准确无误是不可能的。

## 五、误诊是错误吗?

误诊与错误是有区别的,不能同等看待。错误通常是指不正确的事物或行为,主要表现为如下特点:一是从主观上讲,错误有明知故犯行为;二是在行为上表现出有章不循,有法不依;三是思想意识上知道是错的,但凭侥幸心理依然把错误的意识付诸行动;四是为了某种私利铤而走险;五是错误经过努力是可以避免的。这些特点与误诊没有类似之处。

但是在临床上也确实有因误诊而被追究责任、被认为是有错误的实例。这主要见于那些服务态度极端恶劣、有章不循等原因造成的误诊,并引起严重后果的病例。如医生对诊断所需要的基本检查本应当及时做,或当时完全有条件做,但却为了图省事、怕麻烦而不做,从而延误诊断;又如医生对自己看不懂的病例不及时向上级医生请示、汇报,也不及时申请会诊,而主观盲目地诊断,造成误诊。这些错误并不在误诊本身,而在于其诊断过程中的不良行为。

## 六、什么是医疗纠纷?

医疗纠纷是指医患双方对医疗后果及其原因产生分歧,而向卫生行政部门或司法机关提请处理所引起的纠纷。广义而言,凡病人或家属对诊疗护理过程不满,认为医务人员在诊疗护理过程中有失误,对病人出现的伤残或死亡以及诊疗延期或痛苦增多等情况,要求卫生行政部门或司法机关追究责任或赔偿损失的事件,在未查明事实真相之前,统称为医疗纠纷。

从上述定义不难看出,医疗纠纷的本质特点就是医患双方对



医疗后果的认定有分歧,而分歧的焦点在于不良后果产生的原因。由此可见,医疗纠纷应具备以下特点:

1. 主体为医患双方。医疗纠纷是产生于医患之间的纠纷,其他人不能成为医疗纠纷的主体。此处所指的“医”主要是指各级各类正式的医疗单位及其医务工作者。此处所称的“患”是指接受治疗的病人。如果诊疗及护理过程没有导致病人死亡,就必须由病人本人提请医疗纠纷的处理。当然,按照法律的规定,病人可以委托家人、亲友、律师等人充当代理人,以病人的名义,具体实施解决医疗纠纷的工作。如果病人已死亡,那么其利害关系人就可以取代病人而成为医疗纠纷的主体。死者的配偶、子女、父母等都可以成为利害关系人。

2. 客体为生命权或健康权。一切医疗纠纷都以患方认为自己的生命权或健康权受到侵害为基础。在实践中,通常表现为在疾病的诊疗护理过程中,病人出现不同程度的不良后果,或者感到埋下不良后果的隐患,并且这种不良后果的产生被患方认为是由医方的过失造成。当上述两点同时具备时,便产生了医疗纠纷。无论哪一类医疗纠纷,后果都是显而易见的,对此医患双方都无争议。纠纷争端的焦点往往在于不良后果产生的原因。

3. 医疗纠纷存在于诊疗护理过程中。医疗纠纷必须是针对诊疗护理所产生的不良后果而提出,除此之外的医患纠纷不属于医疗纠纷。

引起医疗纠纷的原因十分复杂,致使其种类繁多。为便于鉴定和处理医疗纠纷,可根据医务人员在诊疗护理过程中有无过失,从确定医疗纠纷性质的角度出发,将医疗纠纷归纳为医疗过失纠纷和非医疗过失纠纷两大类。前者又分为医疗事故和医疗差错;后者又分为医疗意外(见第九问)、并发症(见第十问)、疾病自然转归。



## 七、什么是医疗过失纠纷？

所谓过失，是一种过错的形态，主要指行为人对自己行为所持的心理态度。在医疗实践中，绝大多数的医疗过失都会给病人造成不同程度的不良后果，根据引发医疗纠纷的医疗过失给病人造成后果的严重程度，可将医疗过失纠纷分为医疗事故和医疗差错。《医疗事故处理办法》（以下简称《办法》）第二条规定：“医疗事故是指在诊疗护理过程中，因医务人员诊疗护理过失，直接造成病员死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍的事故。”《办法》第五条规定“医疗事故分责任事故和技术事故”，二者应严格区别。“责任事故是指医务人员因违反规章制度、诊疗护理常规等失职行为所致的事故；技术事故是指医务人员技术过失所致的事故。”《办法》规定，对于没有达到医疗事故的过失行为，均认定为医疗差错。换言之，医疗差错和医疗事故的特征基本相同，两者之间的惟一差别在于损害后果程度上的差异。根据过失所造成的后果的不同，又可将医疗差错分为一般医疗差错和严重医疗差错。一般差错是指未给病人带来任何不良后果的差错；严重差错是指医疗过失已给病人造成了一定不良后果的差错。

医疗过失要与医疗故意犯罪区别对待。无论是主观因素还是客观因素导致的医疗过失，均要与医疗故意严格地加以区分。医疗故意是指利用医疗行为犯罪，行为人明知自己的行为会发生危害社会的结果，而且希望并放任这种危害结果的发生。把医疗故意与医疗过失的概念进行比较，可以发现二者之间存在着显著的差别。从认识因素上看，医疗故意表现为行为人明知必然或者可能发生危害结果，而医疗过失表现为行为人对危害结果的发生虽然应当预见到，但实际上并没有预见到，或者只是预见到在他看来并非现实的可能性。从意志因素上看，医疗故意的内容是希望或放任危害结果发生的心理态度，而医疗过失则是对危害结果的发



生持排斥、反对的心理态度,只是由于主观错误心理支配下的过失行为,才导致了结果的发生。比较而言,医疗故意的行为人的主观恶性程度更大,应追究刑事责任。

医疗过失还要与医疗意外相区别。由于过失是构成医疗纠纷案件承担赔偿责任的要件之一,所以区别医疗过失与医疗意外具有极其重要的法律意义。关于医疗意外的概念在第九个问题中进行介绍。

虽然导致医疗过失的原因复杂而纷繁,但总的来说,常见的原因有违反规章制度,如错用药物、错治病人、错误输血、错报病情、擅离职守、交接班草率、当班失职等;违反技术操作常规,如注射操作缺陷、内窥镜操作粗暴、手术违章操作等;由于误诊误治给病人造成的不同程度损害,等等。

## 八、什么是非医疗过失纠纷?

非医疗过失纠纷,是指医务人员在诊疗护理过程中不存在过失,但由于医疗上的原因或者医疗以外的其他原因,导致病人遭受不良后果,从而引起的医患之间的纠纷。引起非医疗过失纠纷的原因很多,按照是否有医疗因素的存在,将其分为**无医疗过失纠纷**和**医疗以外原因引起的纠纷**。

1. 无医疗过失纠纷。主要指医疗上常见的意外、并发症和疾病自然转归等情况引起的医疗纠纷。在诊疗护理过程中,常常会发生一些难以预见或者难以避免且难以克服的客观情况,有些虽然经医务人员百般努力,仍然给病人造成了不良后果。对此,病人及其家属由于突遭打击,难以面对残酷的事实,对医务人员科学的解释不能接受,却认为是医务人员未尽尽职尽责,因而产生医患纠纷。医疗意外的发生,是病人自身体质变异和特殊病种结合在一起突然发生的,不是医务人员和现代医学科学技术所能预见和避



免的。由医疗意外引发的医疗纠纷,主要是病人和家属对突然发生的意外病情变化和遭受的不良后果不能接受,也不能理解,常误认为是医务人员存在医疗过失,或把正确的治疗措施当作诱发医疗意外的根源。这种纠纷在无医疗过失纠纷中占相当大的比例。

由于并发症而引起的医疗纠纷,不像医疗意外引起的纠纷那样激烈。一般情况下,事前医务人员会向病人及其家属进行说明,后者心理上也有一定准备。当发生并发症时,病人和家属也会主动配合医务人员采取有利措施,尽最大努力减少病人遭受的不良后果。但当医务人员事先未向病人和家属说明,事后解释又不够,病人出现死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果时,医疗纠纷的产生就在所难免了。

2. 医疗以外原因引起的纠纷。医院是个特殊的公共场所,有其特殊的环境,除了医疗本身的原因以外,由于前来诊疗的病人个体差异较大,各种病人及其家属持有不同的心理态度,如果其对医疗结果期望值过高,不配合诊疗,不遵守医院的规章制度,加上医院本身的医疗管理缺陷和医务人员的职业道德问题,仪器设备在操作中出现意外等等,这些因素交织在一起,医患之间很可能因为这样或那样的情形而产生纠纷。

此外,在正常的医疗活动中,因书写有误对病案进行必要的补充修改是允许的。但在处理医疗纠纷过程中,涂改病案的行为是被严格禁止的。往往有些病人或家属见病历前后不一致,或与自己手中掌握的原始病历记载不一,心中生出疑虑,怀疑医务人员存在失误,修改病历系故意所为,因而引起纠纷。如果再加上治疗效果达不到病人预期的要求,就使纠纷更加复杂化。因此,医务人员对日常工作中的病历修改应慎重对待,以免留下纠纷隐患。



## 九、什么是医疗意外?

医疗意外是指医务人员在医疗护理的过程中,由于无法抗拒的原因,导致病人出现难以预料和难以防范的不良后果,即客观上给病人带来了损害事实,但这些损害不是出于医务人员的故意或过失,而是由于不能预见的原因所引起。所谓不能预见,是指行为人对其行为发生损害的结果不但未预见到,而且根据其实际能力和当时的具体条件,在行为当时也不可能预见。

一般来讲,医疗意外的发生比较突然,往往超出了人们认识和常规准备的范围,常使人意想不到、措手不及,多数后果比较严重。因此,病人家属及病人周围的人由于缺乏应有的心理准备,常常对出现的严重后果难以接受和理解,从而导致医疗纠纷。

其实,无论什么行业,无论做什么事情,都难免发生意外。如飞机失事、火车出轨、意外爆炸等等,都是意外事件。人们可以相信飞行员是一种风险职业,却不相信医生职业具有高风险性。医疗活动是一项严密的科学实践活动,直接关系到病人的生命安危。作为医务人员,只能努力把危险因素降低到最低限度,但是无论多么有经验的医生,也不能保证对每个病人都有百分之百的把握,因为个体差异是无法预料的,而意外就发生在预料之外,那是人们思维认识范围之外的东西,是难以预先想到的。例如麻醉意外,无论是全身麻醉还是局部麻醉,在常规药量和常规操作的过程中就有病人发生意外死亡的事件;又如内窥镜检查中的意外,大家都知道,目前纤维支气管镜和胃镜、肠镜已成为疾病诊断中必要的手段,大多数病人在接受检查时都是安全的,但也有个别病人在胃镜和纤维支气管镜检查中发生意外猝死;还有药物过敏性休克甚至死亡的事件。所有这些问题,如果能预先想到,并作好防范,就会减少意外发生了。

因此,对待医疗意外,一是要实事求是地客观分析发生意外的