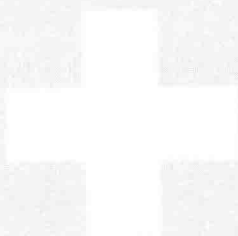
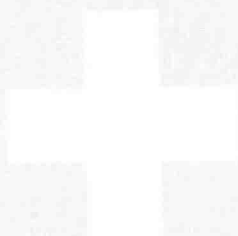


第一章 卵巢囊肿、卵巢癌等相关诊治纠纷



No. 1

卵巢癌误诊一例

案情介绍

患者，刘某某，46岁，2004年11月22日某地区医院超声检查见告：右侧附件区可见一约51mm×46mm的异常囊性回声区，边界清，有包膜，未探及血流信号。超声报告：子宫肌瘤，右附件区囊性包块。

2005年2月24日患者因腰椎间盘突出入住被告××市中医院，住院期间妇科会诊记录单记载：半年无月经来潮，患者要求妇科检查。妇科检查：外阴正常，阴道畅，少许淡黄色分泌物，宫颈光滑，子宫前位，大小正常，质稍硬，活动欠，压痛（+），双附件正常。白带常规：WBC（++）。处理：进一步查内分泌六项（性激素）；妇科中药保留灌肠10次。诊断：子宫体炎，更年期综合症（3月11日出院后患者诉曾继续在该院门诊治疗，但未见病历记录）。

患者自诉2006年2月22日前后无诱因出现下腹隐痛，并于下腹部似可触及包块，23日在该院门诊超声检查：盆腔耻骨联合上方囊性包块100mm×91mm大小，当时未接受治疗，下腹隐痛自然缓解。2006年4月5日再次入住被告医院，入院前一日晚无诱因出现发热，高达39℃。并出现下腹隐痛，腹部包块自行触及不如既往明显。入院时诉腹痛，发热，自发现包块以来，小便有尿不尽感，近10余天自觉大便不爽。

体格检查：体温 37.4℃，神情合作，心肺正常，神经系统正常。专科检查：腹软，左侧腰部见 5cm 手术瘢痕，中下腹压痛，左下腹明显，反跳痛（+），腹部未扪及包块，麦氏点无压痛反跳痛。子宫体上方可触及包块范围约 100mm×60mm 与宫体界限不清，活动好，质软，压痛，以左侧明显，宫体无抬举痛，两侧附件触诊不理想。复查超声：耻骨联合上方囊性包块 110mm×85mm。右肾结石，右肾积液。血常规：HB102g/L。

4 月 9 日查房患者诉半年来消瘦 5 公斤，平常大便不爽。4 月 11 日行剖腹探查术。术前手术同意书记载：患者因盆腔包块：附件囊肿？子宫肌瘤病，需行剖腹探查术。

手术记录：术中探查见右侧卵巢囊性包块约 100mm×70mm，与子宫后壁、右侧输卵管，右侧阔韧带及右侧盆壁粘连紧密，与骶韧带及直肠粘连，包块部分破裂，暗色液（咖啡色）慢性渗出，予吸净囊内液，见囊壁内见多个乳头状突出质脆，术中冰冻切片考虑恶性肿瘤，予行双侧附件及子宫次全切除术。术中病理报告：符合恶性肿瘤，倾向腺癌。诊断：右卵巢癌（Ⅱc 期）。支原体阴道炎，贫血，右肾积液。

15 日患者出院去某医学院附属第一医院治疗。

患者后日在该某医学院附属医院住院治疗。予化疗等，2006 年 8 月 22 日在该院行二次手术（肿瘤减灭术）。后一直化疗，对症支持治疗。

2006 年 12 月 30 日腹部 CT 检查提示肿瘤已有腹部淋巴结、盆腔内乙状结肠、直肠等部位转移。右侧输尿管上端狭窄。2007 年 6 月 27 日因肿瘤广泛转移，伴多脏器功能衰竭死亡。

争议焦点

患方认为：(1) 患者 2005 年 2 月份在被告某医院住院期间，要求妇科检查，被告医院作出双附件正常的错误诊断，由于误诊误治，至 1 年后患者卵巢癌才得以确诊；(2) 由于被告医院误诊误治，导致患者未能早期发现卵巢癌，丧失早期治疗机会；(3) 由于被告的过错，使患者错过了早期治疗时机，导致患者死亡。

医院认为：诊疗符合规范，不存在过错。

鉴定意见

被鉴定人原发疾病为卵巢癌，卵巢癌早期由于症状不典型，导致确诊困难。由于卵巢癌腹腔转移早，治疗存在困难，疾病本身预后差，5 年生存率极低。但被告医院在对被鉴定人前后两次住院及门诊诊疗过程中，漏诊被鉴定人的右侧卵巢囊肿，导致被鉴定人卵巢病变未能得到及时检查和确诊。对再次超声检查提示的卵巢恶性病变缺乏足够认识，未能建议被鉴定人及早住院治疗，未进行必要的术前检查以明确诊断，手术过于草率，术前准备不足，卵巢癌手术方式不规范，存在医疗过失，对被鉴定人的不良预后有不利影响。建议过失参与度为 20% ~ 40%。

分析评论

(一) 关于疾病诊断

被鉴定人刘某某卵巢癌诊断明确，临床考虑死亡原因为卵巢癌广泛转移并多脏器功能衰竭死亡。

(二) 关于误诊的问题

被鉴定人 2002 年初次行 B 型超声检查发现右侧卵巢囊

肿，至2004年11月22日B型超声检查右侧卵巢囊肿增大至51mm×46mm，到2006年2月23日再次复查B型超声检查肿物已达100mm×91mm大小，伴腹壁内多个乳头状突起，已高度提示卵巢癌，同年4月11日剖腹探查病理证实为卵巢癌。患者术前诉“半年间消瘦10斤，平常大便不爽”。综合患者右侧卵巢囊肿的病变发展以及患者术前的临床表现，提示被鉴定人的右侧卵巢囊肿病变进展至卵巢癌。由于未能早期诊断，以致未能得到及早治疗。

卵巢囊肿属广义上的卵巢肿瘤的一种，卵巢囊肿是妇科常见的疾病。可发生在任何年龄，但多见于生育期的妇女。由于卵巢位于盆腔内，无法直接窥视，而且卵巢囊肿早期无任何症状，又缺乏较好的早期诊断和鉴别方法，一旦发现为恶性肿瘤时，往往已属晚期病变，因此卵巢癌5年生存率低，仅25%~30%，为妇科肿瘤中威胁最大的疾患。中华医学会编著的《临床诊疗指南》（妇产科分册）关于“卵巢上皮性肿瘤”的治疗方案及原则规定：“原则上卵巢肿物一经确诊或直径5cm以上，疑为卵巢肿瘤者，均需手术治疗，其剖腹探查指征为：（1）绝经后妇女发现盆腔肿块；（2）附件肿块直径在5cm以下，观察2个月仍持续存在者；（3）附件实性肿物；（4）附件肿块直径5cm以上者；（5）盆腔肿块诊断不明者。”

1. 被鉴定人第一次在该院住院期间，被告医院对被鉴定人的右侧卵巢囊肿存在漏诊。被鉴定人2004年11月22日行B型超声检查示右侧附件“51mm×46mm”大小囊肿，三个月后在该院住院治疗时病变进展情况不详。结合被鉴定人为绝经期女性，卵巢囊肿大于5cm，应进一步鉴别诊断，明确囊肿性质，应行肿瘤标志物检查包括CA125、AFP及HCG等，阴道超声进一步检查囊肿形态、内是否有乳头以

及血运情况，或腹部 CT 及 MIR 检查等。如无异常，也应建议被鉴定人严密观察，至少三个月复查 B 型超声检查，必要时剖腹探查或腹腔镜检查明确诊断并进一步治疗。被鉴定人第一次在被告医院住院期间，住院病历对被鉴定人卵巢囊肿等妇科病史无任何记载。被鉴定人因半年未来月经主动要求妇科会诊，而妇科会诊记录的“病情及治疗经过简述”中未详细记录妇科病史，无被鉴定人有卵巢囊肿病史的任何记录。妇科会诊也无详细了解患者妇科病史的记录，体格检查“双附件正常”，对三个月前 B 型超声检查示右侧附件“51mm × 46mm”大小囊肿，常规体检应该可以触及的肿物却未能发现，也未建议患者再次复查 B 型超声检查，对被鉴定人的右侧卵巢囊肿存在漏诊，不能证明其体检规范，医疗行为违反了病历书写规范及妇科诊疗规范，存在过失。由于被告医院未能详细了解病史及体格检查，遗漏被鉴定人右侧卵巢囊肿诊断，更不可能建议患者严密观察病情，漏诊的结果导致被鉴定人卵巢病变未能得到及时检查和确诊。

2. 被告医院对被鉴定人 2006 年 2 月 23 日 B 型超声检查的异常结果未给予足够重视，未建议被鉴定人立即住院检查及时明确诊断。根据被鉴定人第二次在被告医院住院病历记载：患者自诉 2006 年 2 月 22 日前后无诱因出现下腹隐痛，并于下腹部似可触及包块，23 日在该院门诊超声检查：盆腔耻骨联合上方囊性包块 100mm × 91mm 大小，当时未接受治疗。根据原告方陈述：“2006 年 2 月 23 日被鉴定人因感觉下腹部不适，到该院就诊，医生安排其进行 B 型超声检查，检查后医生告知被鉴定人可能要做手术，被鉴定人因家中有事，要求晚一点手术，医生表示可以。”根据临床一般诊疗常识，患者就诊行 B 型超声检查，须有临床

医生开具检验申请单，患者检查后再找医生诊治。虽然本例未见被鉴定人的门诊病历，但妇科医生为被鉴定人开具 B 型超声检查申请单，被鉴定人进行 B 型超声检查，检查后再找医生诊疗是不争的事实。因此可以判定被鉴定人 2 月 23 日 B 型超声检查后，妇科医生是清楚被鉴定人 B 型超声检查结果的。对于被鉴定人 B 型超声检查报告描述的：耻骨联合上，脐下两横指见一大小约 100mm × 91mm 的液性暗区，其附壁见多个乳头状突起，边界清。提示耻骨联合上囊性包块，性质待查。此超声结果已高度怀疑为卵巢恶性肿瘤的可能，却未引起被告医院的重视，未建议被鉴定人尽早住院治疗，未进一步检查肿瘤标志物等，未告知被鉴定人需尽早明确诊断，及时治疗，却允许被鉴定人延迟手术，再次延误了疾病的诊断和治疗，对被鉴定人的不良后果有一定不利影响。

3. 在被鉴定人第二次住院后，对被鉴定人的疾病严重性认识不足，术前未进行必要的检查已明确疾病诊断，剖腹探查术前准备不足，未进行充分的术前讨论，对卵巢癌手术的复杂性缺乏认识，手术方式欠规范。被鉴定人术前两次超声检查已高度提示卵巢癌的可能，被告医院应积极检查，尽可能明确诊断，并判断肿瘤是否远处转移，根据肿瘤分期确定手术方案，并详细向家属交代病情，及早剖腹探查。而被鉴定人入院后，被告医院未针对患者的病情进行任何必要的对诊断有帮助的检查，包括肿瘤标志物 C125、AFP 等，以及进一步的影像学检查，对疾病的性质缺乏必要的倾向性判断。在未明确疾病性质以及肿瘤分期（是否有远处转移）的情况下，草率实施剖腹探查术。根据术前手术同意书记载：“患者因盆腔包块：附件囊肿？子宫肌瘤病，需行剖腹探查术。”说明被告医院术前并未考虑到

盆腔恶性肿瘤的可能，因此对术中可能面临的恶性肿瘤需行肿瘤根治术缺乏必要的术前准备和预案，对是否有能力实施如此复杂的手术术前缺乏基本判断。根据中华医学会编著的《临床诊疗指南》（妇产科分册）关于卵巢癌的手术治疗：“根据分期、患者的全身情况决定手术范围：（1）早期病例应行全面分期探查术，包括全子宫及双侧附件切除加大网膜切除、阑尾切除，同时行后腹膜淋巴结清扫及腹主动脉旁淋巴结清扫术；（2）Ⅱ期以上晚期病例行肿瘤细胞减灭术，使肿瘤残余病灶直径缩小到 1.5cm ~ 2.0cm 以下，包括全子宫及双侧附件切除、大网膜及阑尾切除，盆腔及腹主动脉旁淋巴结清扫、转移灶切除以及膀胱、肠、肝脏转移灶的切除。”被告医院术中虽经探查及快速病理证实为卵巢癌，但所实施的术式欠规范，未根据被鉴定人的病变性质、肿瘤浸润范围而实施规范的卵巢癌手术，包括全子宫双侧附件全切术，以及淋巴结清扫、必要的大网膜切除术等积极的手术措施。仅实施了双侧附件及子宫次全切除术，手术方式欠妥，未能达到手术治疗的目的。术后也未见大体标本送病理检查以判断肿瘤临床分期的客观证据。提示被告医院对卵巢癌的诊断水平及手术操作能力欠缺。由于卵巢癌手术欠规范，增加后期治疗的难度，对患者预后有不利影响。

（三）关于过失与患者死亡的因果关系和参与度的问题

被鉴定人原发疾病为卵巢癌，卵巢癌早期由于症状不典型，导致确诊困难。由于卵巢癌腹腔转移早，治疗存在困难，疾病本身预后差，5 年生存率极低。但被告医院在对被鉴定人前后两次住院及门诊诊疗过程中，漏诊被鉴定人的右侧卵巢囊肿，导致被鉴定人卵巢病变未能得到及时检查和确诊。对再次超声检查提示的卵巢恶性病变缺乏足够

认识，未能建议被鉴定人及早住院治疗，未进行必要的术前检查以明确诊断，手术过于草率，术前准备不足，卵巢癌手术方式不规范，存在医疗过失，对被鉴定人的不良预后有不利影响。建议过失参与度为 20% ~ 40%。

（宋红章）

No. 2

卵巢粘液性囊腺瘤误诊为颗粒细胞瘤
一例

案情介绍

患者, 55 岁。7 年前绝经, 3 个月前感上腹部饱胀, 并发现下腹部有一拳头大小包块, 无腹痛, 时有尿频。10 多天前无任何诱因阴道少量持续流血, 已绝育 9 年。妇科检查: 宫体左前方扪及 $18\text{cm} \times 15\text{cm} \times 12\text{cm}$ 大小囊实性包块, 壁厚光滑, 活动好, 无压痛, 右侧未扪及肿物。B 型超声检查示: 子宫左上方探及 $16\text{cm} \times 13\text{cm}$ 周界清楚区, 内为液暗区并有光带相隔, 中心不均质回声的肿块。阴道细胞涂片激素水平轻度影响。诊断性刮宫: 探宫腔为 9cm, 内膜病理检查为增生期子宫内膜。血 $\text{E2} 19\text{Pg/ml}$ (正常 $24 \sim 315\text{Pg/ml}$), $\text{FSH} 10.4\text{mU/ml}$ (正常 $1.7 \sim 8.5\text{mU/ml}$), $\text{LH} 46\text{U/ml}$ (正常 $2.0 \sim 15\text{U/ml}$)。入院诊断: 左卵巢颗粒细胞瘤。2 周后手术, 见左附件有一灰白色 $18\text{cm} \times 15\text{cm} \times 12\text{cm}$ 大小之肿块, 囊性多房, 表面光, 左侧缘与结肠粘连, 右输卵管及左附件正常。行子宫全切十双附件切除术。术后病理诊断: 左卵巢黏液性囊腺瘤。^①

分析评论

粘液性囊腺瘤, 占卵巢良性肿瘤的 20%。95% 的肿瘤

^① 田春芳:《妇产科误诊与医疗纠纷》, 人民军医出版社 2005 年版, 第 64 页。

为单侧性，表面灰白色，体积较大或巨大，切面常为多房，囊腔大小不一。囊肿间隔由结缔组织组成，囊液呈胶冻样，含粘蛋白或糖蛋白，肿瘤表面光滑，很少有乳头生长，囊腔被覆单层高柱状上皮，能产生粘液。恶变率为5%~10%。

医学诊断中的“鉴别诊断”非常重要。鉴别诊断在西医里面，是指根据患者的主诉，与其他疾病鉴别，并排除其他疾病的可能的诊断。

症状，是病人自觉有各种异常的痛苦感觉，或通过医生诊察而得知的病态改变。如头痛、眩晕等。它是机体发生疾病后的表现，是医生诊察疾病、判断疾病的客观标志。症状与证候是完全不同的概念。证候，简称为“证”，是病因病机、病位、症状、舌诊和脉诊的综合与概括，如表实证、阴虚证等。它反映了疾病的本质，是临床诊断疾病的结论。病机，则是疾病发生、发展及转归的机理，它既是联系证候与症状的纽带，也是证候的核心组成部分。病机决定了疾病的性质。由同一病机联系着的许多症状就构成了证候。

在临床上，疾病是千变万化的，症状表现也是错综复杂的。只有认真研究各种常见症状、证候和病机，才能对不同病证而出现的相同症状加以鉴别。症状鉴别是从相类似的症状中，研究疾病不同的病因病机，以探求疾病的本质，这是正确进行辨证论治的关键步骤。因此，症状的鉴别，是疾病与证候诊断中的重要环节之一。

“不要听到马蹄声，就以为那就是斑马”^① 作为医学的

^① Kathryn Montgomery:《医生该如何思考》，郑明华译，人民卫生出版社2010年版，第78页。

流行格言，它始终提醒临床医生，在诊断疾病的过程中，不要把太多精力放在少见甚至是罕见疾病上，而要率先考虑常见疾病。

卵巢黏液性囊腺瘤是一种较常见的上皮性肿瘤，发病年龄平均为 35 岁，一般不伴有雌激素水平升高。但当肿瘤内间质黄素化时，可分泌雌激素使其水平升高，伴子宫内膜增生，阴道流血。本例雌激素水平升高，阴道流血，极像颗粒细胞瘤。颗粒细胞瘤在经绝期也可呈多房及囊性，发病年龄、临床症状有相似之处，从而被误诊为颗粒细胞瘤。颗粒细胞瘤不多见，只占卵巢肿瘤的 1% ~ 2%，没有卵巢黏液性囊腺瘤常见。此外，卵巢纤维瘤、卵巢硬化性间质瘤及其他上皮性肿瘤，间质也可有黄素化而出现雌激素增多症状，诊断时也应结合其他特点加以考虑。

再如，大多数医院神经内科遇到的病患确为常见疾病。接诊一个老龄、具备血管病危险因素的卒中患者，我们不会率先考虑血管炎、夹层、卵圆孔未闭等青年卒中原因，而会优先考虑动脉硬化、动脉—动脉栓塞可能；遇见一个有前驱感染、出现急性意识障碍、痫性发作的青年患者，我们也会优先考虑颅内感染（尤其病毒性脑炎）或者 ADEM 可能，而不会一开始就以 MELAS、桥本脑病为诊断方向。

但是，医学本身就是一个矛盾体。同一句话，我们为什么不能理解为“听到了马蹄声，为什么不能把斑马也考虑进来，尽管斑马可能是少见、罕见甚至是不可能出现的”。在临床诊疗过程中，我们也始终要明确，尽管是少见病出现的概率不高，但是我们时刻要考虑到这种情况的可能。遇到发热、肺部淋巴结病变、颅底多发病灶的患者，抗痂、抗真菌、抗感染均未见疗效的患者，再死守颅内感

染是不是就是一条道路走到黑了，这个时候要不要换位思维，考虑结节病、淋巴瘤、结缔组织病（尤其是 SLE）的可能？换个病例来看，遇见快速进行性认知功能下降的患者，我们除了考虑常见的血管性病变（硬膜下或硬膜外血肿、关键部位梗死、脑出血）、颅内感染（病脑、结脑、隐脑、神经梅毒、HIV 脑病）、脱髓鞘病变（ADEM）、肿瘤性病变（转移瘤）、营养代谢疾病（Wernicke 脑病）、内分泌病变（甲减），还需要考虑到更少见的桥本脑病、CJD、原发性中枢神经系统淋巴瘤、血管内大 B 细胞淋巴瘤、NM-DA 受体相关性脑炎。

这就要求医生在诊治过程中，需要有机地把握“斑马与马”的决策，也就是理性对待常见病、少见病的共存状态。

第一，从诊断策略上来看，首先考虑常见病的常见表现，其次考虑常见病的少见表现，再考虑少见病的常见表现，最终才去思考少见病的少见表现，这是一个正常的诊断思路。

第二，不同的年龄段，相同症状患者的病因可能迥然不同，对老年人来说是常见病因的疾病，相对于年轻患者就是罕见病因了。

第三，从“立体思维”来作为切入点，各种辅助检查、影像资料都可以为医师“斑马与马”的抉择提供帮助。

因此，我们所说的“斑马与马”，也就是常见病和少见病，这两者并不是互相对立的，更应该是相辅相成、包容统一的。我们无法断定遇见的每个病例都是常见病，也不应该把任何一个病人都纳入少见、罕见疾病的考虑范围。因此，医生应该在患者个体身上，有甄别地发挥自己的临

床诊疗。这样方可一不造成医疗资源的浪费，二不漏诊少见病例。^①

(王 岳)

^① 陈启华：《论神经科诊断思维——斑马与马的抉择》，载 <http://www.365heart.com/show/109733.shtml>，最近访问时间：2016年6月20日。

No. 3

结核性肉芽肿误诊为卵巢癌一例

案情介绍

患者，45岁，2012年6月主因“胸痛2月，腹痛1月，发现下腹包块2天”入住某市人民医院，被该院诊断为：（1）卵巢外腹膜浆液性囊腺癌？（2）胸腔积液；（3）腹水；（4）节育器下移；（5）副脾，并给予化疗。2012年6月下旬出院。2012年7月因“卵巢癌化疗后1个月，遵嘱入院手术”再次入住该院，被诊断为卵巢癌化疗后，并行手术治疗，术中快速病理及术后病理提示结核可能性大，后经某大学附属医院病理科会诊考虑为结核性肉芽肿。

争议焦点

现患者及家属对某市人民医院的诊疗行为提出异议，起诉至法院。医患双方的观点归纳如下：

患方观点：该院将患者结核性肉芽肿误诊为卵巢癌，并错误地进行了化疗和手术治疗，切除了患者的子宫、双侧卵巢及输卵管、大网膜、阑尾等，给患者造成了身体损害和经济损失。

医方观点：（1）考虑该患者为卵巢癌，有辅助检查支持，术前化疗可能致使癌细胞不典型；（2）术中见腹腔内布满结节肿块，以大网膜、子宫附件为著，大网膜切除快速病理提示肉芽肿性病变，考虑结核，但依据以上的诊断依据及

术中情况，不能完全排除卵巢外腹膜癌，考虑前述两种情况皆有可能存在实施手术。手术结束后，医师与患者家属详细交代了术中情况及手术方案，家属表示理解并配合治疗。

鉴定意见

某市人民医院在对被鉴定人的诊治过程中存在化疗及手术指征掌握不严谨的医疗过错，该过错与被鉴定人化疗所带来的损害后果及手术所带来的损害后果（子宫及双侧附件、阑尾被切除）之间存在主要因果关系，本例医疗过错等级应属 E 级，即医疗过错参与度理论系数值为 75%（对应的医疗过错参与度系数值为 60% ~ 90%）。

分析评论

（一）医方的医疗行为是否存在过错

患者 2012 年 6 月主因“胸痛 2 月，腹痛 1 月，发现下腹包块 2 天”入住某市人民医院，入院后医方根据该患者的病史、症状、体征及辅助检查结果，考虑卵巢癌或卵巢外腹膜癌可能性较大，后行后穹窿穿刺术，未见有腹水，向患者家属交代病情，行 PET-CT 或腹腔镜下活检术，或试行化疗，患者家属考虑后要求试行化疗（病程记录所载），行 PT 方案静脉化疗（具体用药为：紫杉醇 210mg，蔡达铂 140mg），分析认为：医方在没有病理支持、诊断不明确的情况下对该患者实施化疗，存在过错。

2012 年 7 月，该患者因“卵巢癌化疗后 1 个月，遵嘱入院手术”再次入住该院，初步诊断为：卵巢癌化疗后，并于 2012 年 7 月在全麻下行肿瘤细胞减灭术，术中切除子宫及双侧附件、阑尾，术中切除大网膜送冰冻，考虑结核可能大，术后送检的子宫及双侧附件考虑结核可能大。分