

心脏病诊断 失误

刘忠铭 戴绍东



吉林人民出版社

前 言

由于现代医学科学技术的发展,心脏疾病诊断的准确性不断提高。然而在日常医疗工作中,由于种种原因:病情严重入院后短期内死亡,病情限制无法搬动病人进行全面检查;有些单位缺乏某些辅助检查手段,某些心脏病缺乏特异的诊断方法;有些心脏病的临床表现很相似,多种心脏病合并存在,其他系统疾病的临床表现突出或酷似心脏病;由于系统知识或临床经验不足,不能正确判断或忽视诊断心脏病的基本功等;甚至有少数病人,由于病情复杂,虽做了全面检查,经过多次会诊讨论,往往还难于做出正确诊断而失误。以上都说明要做出正确的诊断并不容易,常因诊断失误,给病人增添了不必要的负担,甚至造成严重后果。

我们编写《心脏病诊断失误》的目的是为了减少诊断失误,提高临床诊断水平。收集了我校(白求恩医科大学)临床与病理资料,还收集了国内外其他医院的一些临床与病理资料,共560例,并例举一些失误病例,以实事求是的科学作风,探讨临床与病理诊断不符合(或不完全符合)的原因,以便从失误中吸取教训,为今后进一步提高心脏病的诊断水平提供借鉴。

本书共分十篇,每篇概述中介绍有关理论知识及失误概况,失误探讨中例举62例临床病理讨论,并联系基础知识,结合病例比较深入地讨论了有关疾病诊断的一些关键问题。书中有图表58张,总结临床及病理资料560例,书中的主要观点既来自我们自己的实践,又吸取了国内外的一些经验。

本书临床资料（包括各项检查）均系住院病历记载内容，病理资料均系尸检（或手术活检）病理结果报告的内容，而加以整理。病理资料蒙本校病理教研室给予协助，原始资料蒙卢尔滨、胡佩群二同志帮助，总结编写当中蒙刘遇真、赵力二同志帮助，在此一并致以谢意。

由于著者理论知识与临床实践有限，错误和缺点之处请批评指正。

1982年元月于长春

目 录

第一篇	风湿性心脏病	(1)
第一章	概述	(1)
第二章	瓣膜受损部位诊断失误	(8)
第一节	单纯二尖瓣狭窄诊断为合并关闭不全	(9)
第二节	“哑型”二尖瓣狭窄合并关闭不全加主动脉瓣关闭不全	(18)
第三节	单纯主动脉瓣损害诊断为合并二尖瓣损害	(24)
第四节	单纯二尖瓣损害诊断为合并主动脉瓣损害	(32)
第五节	二尖瓣、主动脉瓣加三尖瓣损害,诊断为单纯二尖瓣损害	(36)
第三章	并发症诊断失误	(42)
第一节	风湿性心脏病漏诊风湿活动	(42)
第二节	风湿性心脏病合并风湿活动,误诊为合并亚急性感染性 心内膜炎	(49)
第三节	风湿性心脏病合并亚急性感染性心内膜炎,误诊为合并 风湿活动	(58)
第四节	风湿性心脏病合并风湿活动及亚急性感染性心内膜炎, 漏诊风湿活动	(64)
第四章	原发疾病诊断失误	(69)
第一节	风湿性心脏病误诊为克山病	(69)
第二节	主动脉瓣狭窄为风湿性,误诊为先天性	(75)
第三节	风湿性主动脉瓣狭窄引起心肌梗塞,诊断为并发冠心病 引起心肌梗塞	(78)
第四节	主动脉瓣损害为风湿性,误诊为梅毒性	(83)
第五节	风湿性心脏病合并风湿性脑动脉炎,误诊为脑栓塞	(88)
第五章	老年人风湿性心脏病诊断失误	(95)
第一节	风湿性心脏病合并冠心病,诊断为单纯冠心病	(96)
第二节	肺心病、冠心病及风湿性心脏病并存,诊断为单纯肺心病	(102)

第六章	诊断讨论	(106)
第一节	风湿热诊断	(107)
第二节	心瓣膜损害发生情况	(118)
第三节	心脏杂音在各听诊区的临床意义	(119)
第四节	心脏X线检查和诊断意义	(131)
第五节	心电图检查和诊断意义	(135)
第六节	超声心动图检查和诊断意义	(137)
第二篇	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(141)
第一章	概述	(141)
第二章	遗漏心肌梗塞、心室膨胀瘤造成诊断失误	(143)
第一节	高血压性冠状动脉硬化性心脏病遗漏陈旧性心肌梗塞	(144)
第二节	高血压性冠状动脉硬化性心脏病、急性前壁广泛性心肌梗塞, 遗漏心室膨胀瘤	(154)
第三章	原发疾病诊断失误	(161)
第一节	冠心病误诊为梅毒性心脏病	(162)
第二节	冠心病误诊为慢型克山病	(168)
第三节	老年人冠心病诊断失误	(173)
第四章	诊断讨论	(180)
第一节	病因	(181)
第二节	临床诊断	(182)
第三节	诊断方法	(189)
第四节	诊断标准	(204)
第三篇	原发性心肌病	(210)
第一章	概述	(210)
第二章	充血型(扩张型)心肌病	(211)
第一节	原发性充血型心肌病酷似风湿性心脏病	(213)
第二节	原发性充血型心肌病酷似心包积液	(221)
第三节	原发性充血型心肌病酷似慢性心肌炎	(229)
第四节	原发性充血型心肌病酷似慢型克山病	(238)

第五节	原发性充血型心肌病误诊为冠心病·····	(245)
第三章	肥厚型心肌病·····	(251)
第一节	原发性肥厚型(梗阻型)心肌病误诊为风湿性主动 脉瓣狭窄·····	(254)
第二节	原发性肥厚型(非梗阻型)心肌病酷似冠心病心肌梗塞·····	(261)
第四章	限制型心肌病·····	(265)
第一节	原发性限制型心肌病(心内膜心肌纤维化症) 酷似缩窄性心包炎·····	(268)
第五章	诊断讨论·····	(274)
第一节	家族病史·····	(275)
第二节	临床表现·····	(276)
第三节	X线检查和诊断意义·····	(280)
第四节	心电图检查和诊断意义·····	(283)
第五节	超声心动图检查和诊断意义·····	(285)
第六节	其他检查和诊断意义·····	(287)
第四篇	克山病·····	(289)
第一章	概述·····	(289)
第二章	失误探讨·····	(290)
第一节	慢型克山病误诊为风湿性心脏病·····	(290)
第二节	慢型克山病误诊为先天性心脏病·····	(299)
第三节	急型克山病误诊为急性心肌炎·····	(305)
第三章	诊断讨论·····	(310)
第一节	病因学说·····	(311)
第二节	流行病学·····	(312)
第三节	病理和发病机理·····	(313)
第四节	临床表现·····	(319)
第五节	X线检查和诊断意义·····	(321)
第六节	心电图检查和诊断意义·····	(323)
第七节	超声心动图检查和诊断意义·····	(324)
第八节	实验室检查和诊断意义·····	(324)

第五篇	慢性肺原性心脏病	(328)
第一章	概述	(328)
第二章	失误探讨	(329)
第一节	肺心病合并冠心病临床诊断遗漏冠心病	(331)
第二节	肺心病诊断为肺心病合并风湿性心脏病	(333)
第三章	诊断讨论	(344)
第一节	临床诊断	(344)
第二节	诊断中注意几个问题	(349)
第六篇	肺栓塞与急性肺原性心脏病	(356)
第一章	概述	(356)
第二章	失误探讨	(358)
第一节	巨大肺栓塞诊断为心脏猝死	(358)
第二节	两肺多发性肺梗塞诊断为右下肺梗塞	(364)
第三节	肺与脑脂肪栓塞误诊为脑出血	(368)
第四节	羊水栓塞疑为子痫	(372)
第五节	巨大肺动脉血栓形成, 误诊为脂膜炎	(375)
第三章	诊断讨论	(380)
第七篇	高血压与高血压性心脏病	(383)
第一章	概述	(383)
第二章	失误探讨	(385)
第一节	肾血管性高血压、脑出血遗漏病因诊断	(385)
第二节	肾上腺嗜铬母细胞瘤肾转移误诊为左肾肿瘤	(391)
第三节	高血压病、肾小动脉硬化症, 误诊为慢性肾小球肾炎、肾性高血压	(398)
第三章	诊断讨论	(403)
第一节	排除医源性高血压	(404)
第二节	排除生理性高血压	(405)
第三节	确定已知病因之高血压症	(406)

第四节	确定高血压病, 区分病型与病期	(417)
第八篇	感染性心内膜炎	(421)
第一章	概述	(421)
第二章	失误探讨	(422)
第一节	亚急性感染性心内膜炎、急性风湿性心肌炎、心肌梗塞 误诊为风湿性心脏瓣膜病	(422)
第二节	急性感染性心内膜炎误诊为败血症	(428)
第三节	亚急性霉菌性心内膜炎误诊为败血症、蛛网膜下腔出血、 急性肝炎	(432)
第三章	诊断讨论	(436)
第一节	流行病学特征的变迁	(436)
第二节	心内膜感染特征及其变迁	(438)
第三节	栓塞征及其变迁	(440)
第四节	全身感染征象的变迁	(442)
第九篇	先天性心脏病	(443)
第一章	概述	(443)
第二章	失误探讨	(448)
第一节	二孔型房间隔缺损误诊为室间隔缺损合并三尖瓣关闭 不全	(448)
第二节	一孔型房间隔缺损合并肺动脉高压误诊为二孔型房间隔 缺损合并肺动脉高压	(460)
第三节	室间隔缺损合并主动脉瓣关闭不全误诊为动脉导管未 闭	(469)
第四节	主动脉窦瘤破入右心室合并室间隔缺损疑似为主动脉瓣 关闭不全合并室间隔缺损	(476)
第五节	法鲁氏四联症合并脑脓肿遗漏法鲁氏四联症诊断	(485)
第六节	三尖瓣下移畸形误诊为风湿性心包炎	(497)
第七节	原发性肺动脉高压误诊为房间隔缺损	(506)
第三章	诊断讨论	(516)

第一节	肺血增多的紫绀型先天性心脏病·····	(517)
第二节	肺血正常或减少,左心室占优势的紫绀型先天性心脏病·····	(523)
第三节	肺血正常或减少,右心室占优势的紫绀型先天性心脏病·····	(526)
第四节	非紫绀型无分流畸形发生于左心的先天性心脏病·····	(529)
第五节	非紫绀型无分流畸形发生于右心的先天性心脏病·····	(535)
第六节	伴有左至右分流的非紫绀型先天性心脏病·····	(540)
第十篇	心脏肿瘤与囊肿 ·····	(543)
第一章	概述 ·····	(543)
第二章	失误探讨 ·····	(546)
第一节	左心房粘液瘤误诊为风湿性心脏病、二尖瓣狭窄与感染性心内膜炎·····	(546)
第二节	左心房粘液瘤误诊为脑瘤·····	(553)
第三节	房室结间皮瘤误诊为先天性心脏病、心肌病·····	(556)
第四节	原发性心脏血管内皮肉瘤误诊为结核性心包炎·····	(560)
第五节	心包间皮瘤误诊为缩窄性心包炎·····	(566)
第六节	心包囊肿误诊为纵隔肿瘤·····	(571)
第七节	心肌、心包转移瘤误诊为梅毒性主动脉炎·····	(574)
第三章	诊断讨论 ·····	(580)

第 一 篇

风湿性心脏病

第 一 章

概 述

风湿性心脏病是指急性风湿性心脏炎后遗留下来的，以心瓣膜病变为主的心脏病，又称风湿性心瓣膜病。约有25~50%的风湿热患者的心瓣膜炎遗留永久损害，在慢性瓣膜病变的基础上，还可有风湿活动反复发作而加重原有损害。我国风湿热及风湿性心脏病近二、三十年来已有所减少，风湿性心脏病住院病人在各种心脏病中所占的比例已从五十年代的第一位（约占50%左右）降为第二位（约占25~30%）。流行病学人群调查说明，在中小小学龄儿童中风湿热的患病率多在1%以下，和国外相比，比其他发展中国家（占2~13%）为低，比有些发达国家（占0.1%）为高。说明我国由于社会经济状况的改善，积极开展风湿热的防治工作，其发病率较前有显著下降，但仍严重威胁着青、少、壮年健康和生命的常见心脏病。其病因至今仍认为与甲族乙型溶血性链球菌感染后，人体发生变态反应或免疫反应有关。

风湿性心脏病的临床诊断一般并不困难，但是完全准确诊断并不容易。收集三十年（1950.1~1979.12）住院死亡病例经尸检

证实的114例风湿性心脏病资料中，临床诊断完全正确者（指临床诊断与尸检结果，在病因、瓣膜损害部位及并发症等方面完全一致者）有54例，占47.4%；临床诊断基本正确者（指临床诊断与尸检结果基本相符，但瓣膜损害部位及并发症等方面有漏、误诊者）有51例，占44.7%；临床诊断误诊者（临床诊断与尸检结果不符合者）有9例，占7.9%。临床诊断正确者（完全和基本）计105例，占92.1%。（见表1—1）

表1—1 114例风湿性心脏病诊断情况

项 目	完全正确组	基本正确组	误 诊 组
例 数	54	51	9
%	47.4	44.7	7.9

一、尸检情况

同时期尸检总数为4,506例，心脏病尸检数为727例，占尸检总数16.1%，风湿性心脏病尸检数为114例，占心脏病尸检数15.7%。114例风湿性心脏病尸检中，五十年代28例，占24.5%；六十年代63例，占55.3%；七十年代23例，占20.2%。三个年代比较，反映风湿性心脏病在六十年代尸检率为最高。

二、性别与年龄

114例中男性67例（58.8%），女性47例（41.2%），男女之比为1.43:1，男略多于女。年龄在5~78岁之间，平均年龄29岁；风湿性心脏病在三个年代均以11~40岁之间为多（分别占71.4%、80.9%、60.8%），其中以11~20岁之间为最多（分别占40.0%、49.7%、49.1%）；10岁以下和60岁以上者为最少，分别为5.3%和3.5%；但41~60岁之间的病人所占比例逐年增多，五十、六十、七十年代分别为14.2%、15.9%、21.7%，反

映风湿性心脏病人生存年龄有所延长。

三、瓣膜受损部位的尸检与临床对照（表1—2）

114例尸检中以二尖瓣加主动脉瓣损害为最多，占52例（45.6%），其次顺序为二尖瓣损害35例（30.7%），二、三尖瓣损害10例（8.8%），主动脉瓣损害9例（7.9%），二、三尖瓣加主动脉瓣损害6例（5.3%），二、三尖瓣加肺动脉瓣损害2例（1.7%）。

临床诊断与尸检结果对照：二尖瓣加主动脉瓣损害误诊者17例（32.7%），皆为漏诊主动脉瓣损害。单纯二尖瓣损害误诊者16例（45.7%），皆将二尖瓣功能性改变误诊为器质性损害。二尖瓣合并三尖瓣损害临床与尸检诊断皆完全相符。单纯主动脉瓣损害误诊者3例（33.3%），皆为漏诊病例。在二、三尖瓣及主动脉瓣损害者，临床漏诊三尖瓣损害者3例（50.0%）。在尸检有二、三尖瓣及肺动脉瓣损害的2例中，临床因漏诊三尖瓣和肺

表1—2 三个年代瓣膜损害尸检与临床诊断对照（例数）

瓣 膜 损 害	五十年代		六十年代		七十年代		总 计	
	尸检	临床	尸检	临床	尸检	临床	尸检	临床
二尖瓣加主动脉瓣	15	8	29	21	8	6	52	35
单纯二尖瓣	8	15	18	27	9	9	35	51
二尖瓣加三尖瓣	1	1	6	6	3	3	10	10
单纯主动脉瓣	1	0	6	4	2	2	9	6
二、三尖瓣加主动脉瓣	2	0	3	2	1	1	6	3
二、三尖瓣加肺动脉瓣	1	0	1	0	0	0	2	0
总 计	28	24	63	60	23	21	114	105*

* 临床诊断风湿性心脏病9例未确定瓣膜受损部位，五十至七十年代分别为4例、3例、2例。

动脉瓣病变，均未诊出。临床与尸检对照误诊及漏诊情况三个年代比较，五十年代为18/28（64.3%），六十年代为21/63（33.3%），七十年代为2/23（8.7%）。三个年代比较（ $\chi^2 = 38.98$ ），差异非常显著（ $P < 0.001$ ），说明临床诊断准确程度随年代增长而不断提高。

四、尸检各瓣膜损害发生率（表1—3）

114例尸检中以二尖瓣损害为最多，共105例（92.1%），其次顺序为主动脉瓣损害67例（58.8%），三尖瓣损害18例（15.8%），肺动脉瓣损害2例（1.8%）。瓣膜损害发生率三个年代比较无显著差异（ $P > 0.05$ ）。

表1—3 尸检瓣膜损害发生率

瓣膜损害 年代及例数	二尖瓣	主动脉瓣	三尖瓣	肺动脉瓣
五十年代28例(%)	27(96.4)	18(64.3)	4(14.3)	1(3.6)
六十年代63例(%)	57(90.5)	38(60.3)	10(15.9)	1(1.6)
七十年代23例(%)	21(91.3)	11(47.8)	4(17.4)	0
总计114例(%)	105(92.1)	67(58.8)	18(15.8)	2(1.8)

五、瓣膜损害漏、误诊发生率（表1—4）

二尖瓣损害105例中，误诊16例，占15.2%；主动脉瓣损害67例中，漏诊20例，占29.9%；三尖瓣损害18例中，5例漏诊，占27.8%；肺动脉瓣损害2例均漏诊。说明二尖瓣损害容易误诊，而主动脉瓣、三尖瓣和肺动脉瓣损害容易漏诊。比较三个年代各瓣膜损害漏、误诊发生率，五十年代为19/50（38.0%），六十年代为22/106（20.8%），七十年代为2/36（5.6%），显示随着年代增长，瓣膜损害漏、误诊率逐渐减少。

表1—4 瓣膜损害漏、误诊发生率

瓣膜损害	五十年代	六十年代	七十年代	总 计
二尖瓣 误诊数/例数(%)	7/27(25.9)	9/57(15.8)	0/21(0)	16/105(15.2)
主动脉瓣 漏诊数/例数(%)	8/18(44.4)	10/38(26.3)	2/11(18.2)	20/67(29.9)
三尖瓣 漏诊数/例数(%)	3/4(75.0)	2/10(20.0)	0/4(0)	5/18(27.8)
肺动脉瓣 漏诊数/例数(%)	1/1(100.0)	1/1(100.0)		2/2(100.0)
总 计	19/50(38.0)	22/106(20.8)	2/36(5.6)	43/192(22.4)

六、并发风湿活动和亚急性感染性心内膜炎漏、误诊情况 (表1—5)

114例风湿性心脏病并发风湿活动48例，占42.1%；并发亚急性感染性心内膜炎34例，占29.8%；其中有风湿活动和亚急性感染性心内膜炎并存13例，占11.4%。48例风湿活动漏诊12例，占25.0%；34例亚急性感染性心内膜炎漏诊6例、误诊10例，共

表1—5 114例风湿性心脏病并风湿活动和亚急性
感染性心内膜炎漏、误诊情况

年 代 \ 并 发 症	风湿活动	亚急性感染性心内膜炎
五十年代 漏、误诊数/例数(%)	3/10(30.0)	5/8(62.5)
六十年代 漏、误诊数/例数(%)	6/25(24.0)	8/17(47.1)
七十年代 漏、误诊数/例数(%)	3/13(23.1)	3/9(33.3)
总 计 漏、误诊数/例数(%)	12/48(25.0)	16/34(47.1)

16例,占47.1%;风湿活动合并和亚急性感染性心内膜炎13例中,漏诊风湿活动5例,而漏诊亚急性感染性心内膜炎仅1例,说明二者并存时多易漏诊风湿活动。比较三个年代风湿性心脏病并风湿活动和亚急性感染性心内膜炎漏、误诊比较,随着年代增长,其误诊率逐渐减少。

七、并发风湿活动情况(表1—6)

48例风湿活动中,以心内膜炎、心肌炎和心包炎三种改变合并存在为最多,占16例(33.3%),心内膜炎合并心肌炎和单纯心内膜炎各为10例(20.8%),单纯心肌炎8例(16.7%),心肌炎合并心包炎和单纯心包炎各为2例(4.2%)。心内膜炎和心肌炎总例数各为36例(75.0%),心包炎为20例(41.7%),说明风湿活动以心内膜炎和心肌炎为最多,且常合并存在。风湿活动漏诊12例中,以单纯心内膜炎为最多,10例中有9例漏诊;其次是单纯心包炎,2例全部漏诊;另1例漏诊者为心内膜炎合并心肌炎;故对上述二种情况应提高诊断准确性,避免漏诊。本组中合并风湿性胸膜炎和风湿性肺炎各有6例,漏诊各有3例;合并风湿性

表1—6 48例风湿活动及其漏诊情况

风 湿 病 变	例数(%)	漏诊数/例数(%)
心内膜炎、心肌炎和心包炎	16 (33.3)	0/16
心内膜炎和心肌炎	10 (20.8)	1/10 (10.0)
心内膜炎	10 (20.8)	9/10 (90.0)
心肌炎	8 (16.7)	0/8
心肌炎和心包炎	2 (4.2)	0/2
心包炎	2 (4.2)	2/2 (100.0)
总 计	48 (100.0)	12/48 (25.0)

肾炎3例,有2例漏诊;合并风湿性脑炎1例临床漏诊;说明上述并发症临床极易漏诊,应注意。

八、并发亚急性感染性心内膜炎情况(表1—7)

34例亚急性感染性心内膜炎中,以单纯亚急性感染性心内膜炎为多,占20例(58.8%),亚急性感染性心内膜炎合并栓塞和瓣膜穿孔各为7例(20.6%)。合并栓塞病例中以脑、肾、脾栓塞为多,分别为7、7、6例;其次是肺、心、四肢,分别为4、3、2例;合并瓣膜穿孔病例中以二尖瓣为多,有5例,其次是主动脉瓣,有2例。单纯亚急性感染性心内膜炎漏诊6例,误诊10例,而合并栓塞和瓣膜穿孔病例皆无漏、误诊。说明单纯亚急性感染性心内膜炎误诊率较高,误诊多于漏诊,因此,对亚急性感染性心

表1—7 34例亚急性感染性心内膜炎漏、误诊情况

病 变	例数(%)	漏、误诊数/例数(%)
亚急性感染性心内膜炎	20 (58.8)	16/20 (80.0)
亚急性感染性心内膜炎并栓塞	7 (20.6)	0/7
(脑)	(7)	
(肾)	(7)	
(脾)	(6)	
(肺)	(4)	
(心)	(3)	
(四肢)	(2)	
亚急性感染性心内膜炎并瓣膜穿孔	7 (20.6)	0/7
(二尖瓣)	(5)	
(主动脉瓣)	(2)	
总 计	34 (100.0)	16/34 (47.1)

内膜炎正确诊断是重要，并有栓塞和瓣膜穿孔者，对亚急性感染性心内膜炎诊断一般比较容易考虑。

九、临床诊断误诊

临床诊断误诊者有9例，占7.9%，其失误原因一是病情特殊，不少病例因缺少“典型特征”而被误诊，二是病情危重未做有关检查，三是忽视有关病史。误诊9例中有老年人风湿性心脏病3例，其中风湿性心脏病和冠心病并存漏诊风湿性心脏病2例，肺心病、冠心病和风湿性心脏病三种心脏病并存，而诊断单纯肺心病1例，其余6例中，误诊为克山病、先天性心脏病、冠心病、梅毒性心脏病各1例，误诊为脑血管疾病2例。

第二章

瓣膜受损部位诊断失误

主要指临床漏掉某瓣膜病的诊断或多诊断某瓣膜病改变。我们观察风湿性心脏病临床诊断与尸检对照114例中，因瓣膜受损部位诊断的失误为41例，占36.0%。风湿性心脏病因有瓣膜杂音改变，虽较容易诊断，但能完全正确符合病理改变也不是很容易的事，尤其是杂音在多个瓣膜听诊区均可听见时，要鉴别某瓣膜杂音是器质性或功能性（或相对性）改变，理论上较易掌握，实际上有时比较困难。若准确判断瓣膜受损部位，除详细进行杂音鉴别外，必须结合病史、临床体征、X线、心电图、心音图及超声心动图等改变综合判定，有的病例需进行心导管检查或心血管造影方能确定。