

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科医学症状与误诊分析

蔡素筠 主编

科学出版社

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科医学症状与误诊分析

蔡素筠 主编

科学出版社

内 容 简 介

本书是中华医学会全科医学分会主持编写的《全科医学系列教材》的一个分册。全书共 32 章,分别介绍了发热、胸痛、咯血、心悸等 30 余个症状,并从症状、体征、辅助检查联系到疾病的诊断,列出每个症状的思维程序流程图,突出了临床思维程序及线索;同时,作者结合多年的临床经验,对 20 余例误诊病例进行分析,以供读者借鉴。全书内容丰富,材料翔实,突出了全科性,而且实用性较强,是初、中级医务人员及医学院校学生较好的培训教材。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学症状与误诊分析/蔡素筠主编. -北京:科学出版社,1999. 10

全科医学系列教材

ISBN 7-03-007799-7

I. 全… II. 蔡… III. ①症状诊断学-教材②误诊-分析 N. R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 34608 号

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

北 京 双 青 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1999 年 10 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

1999 年 10 月第一次印刷 印张:13 1/4

印数:1—6 000 字数:298 000

定价:20.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换(环伟))

《全科医学系列教材》编委会

主 编	曹泽毅			
副总主编	孙爱明	周东海	顾 媛*	李 霞*
编 委	林 锴	蔡素筠	石民生	杨秉辉
	张明岛	刘本傲	张树基	吴锡桂
	刘凤奎	张志真	李齐岳	胡大一
	董 悦	谭维溢	王均乐	李 宁
	李曼春	梁万年	崔树起	吕 繁
	蒋保季	李雅媛		
顾 问	彭瑞聰	戴玉华	刘 俊	徐群渊
	曾昭耆	张孔来	李天霖	黄庭庭
	何慧德	姚 宏	陆广莘	林菊英

(说明:有*号者为常务副总主编)

全科医学症状与误诊分析

主 编 蔡素筠

主 审 曾昭耆

编 委 (按姓氏笔画排列)

王春雪 冯 明 曹 涛

总 序

在 1996 年底召开的中央卫生工作会议和 1997 年初公布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》上,将社区卫生服务作为城市卫生改革的重要举措,提到了显要的地位上。而全科医生作为社区卫生服务的中坚力量,也引起了全社会的重视。他们将对社区民众,特别是老年人、妇女、儿童、残疾人等特殊人群提供综合、持续、协调、可及的基层医疗保健服务,成为社区家庭的健康护卫者、咨询者和教育者,并担任即将全面推开的医疗保险的“守门人”。为此,全科医生的教育培训和考试,就成为一个亟待解决的重要问题。

全科医生的工作模式与传统的专科医生有所不同。他们立足于社区,以社区民众的卫生需求为导向,以人与健康为中心,按照人的生命周期和家庭发展周期对各种主要危险因素和疾病进行长期的监测与控制,其“防、治、保、康、健康教育一体化”的方便快捷的服务能使老百姓切实受益,但对于医学界和医学教育界来说,也提出了严峻的挑战。这就需要我们转变原来以疾病为中心、以医生为中心的生物医学模式,而真正将服务与教育的重点转到预防、保健、医疗、康复的全程服务以及对生物医学和与之相关的人文社会知识技能同等重视的教育上来。因此,新型教材的编写与相应的师资队伍培训,是全科医学在我国扎根与发展的一个关键策略。

中华医学会全科医学分会于 1996 年起,策划编写一套全科医学系列教材,其对象是现有的基层医务人员二、三级医院有志于走向社区的医生,以及各类教育培训计划(包括成人大专教育和本科毕业后教育等)的培训对象;其内容主要涉及临床阶段综合性的教育培训和实习,包括全科医学导论、全科医疗常见健康问题、相关的心理与精神卫生、中医学、科研、管理、预防保健、康复,乃至全科医生需要熟悉的社区护理等,此外还有全科医疗诊疗手册、急诊手册、常用药物手册、病人教育手册、实习手册等。编写者是我国多年来从事全科医学服务与教育试点工作的专业人士,以及热心参与全科医学发展的各学科的专家。相信本系列教材的出版将对我国全科医生的培养以及全科医学的发展起到一定的推进作用。由于我国国情与西方的差别,以及本学科在我国的服务实践和研究发展并不充分,在编写过程中遇到很多困难,甚至还存在一些类似于专科医学的思路,难以达到预期的水平。希望广大读者在使用中带着批判的眼光与我们共同切磋,及时把各种意见和建议反馈给我们,使之在今后得以不断完善,最终成为一套较为成熟的教材。

曹泽毅

1998 年 6 月于北京

前 言

为贯彻落实《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》和 1999 年北京市社区卫生工作会议精神,建设一支高素质的社区卫生服务队伍,培养在职医务人员,培养技术骨干,加强全科医学理论知识与实践技能的培训,逐渐开展全科医学继续教育,尽早在医学院校开设全科医学课程,满足不断发展的社区服务需要,编者根据多年来从事医疗、教学工作的经验和体会,结合近年来有关文献资料,编写了《全科医学症状与误诊分析》一书。

全书共 32 章,第 1~31 章为症状分析,如发热、胸痛、呼吸困难、咳嗽、咯血、心悸、水肿、腹痛、腹泻、呕吐、黄疸、贫血、瘫痪、抽搐、昏迷等。第 32 章为其他误诊病例介绍与分析。

本书类似于既往的《症状鉴别诊断学》,但与以往的教科书有很大的不同,突出一个“全科医疗”,突出“临床思维程序与线索”,从症状、体征、辅助检查的结果联系到疾病的诊断,着眼于实用性、全面性,包括内科、外科、妇科、儿科、神经科、五官科等方面的疾病,并结合编者的临床经验,对 20 余例误诊病例进行介绍与分析,以使读者从中吸取教训。本书另一个特点是强调病史的正确采集,“病史”是诊断疾病的最重要的环节,在每一个症状分析中,大量篇幅提到如何采集病史,而医师在临床工作中造成误诊的主要原因之一是病史采集不细致。

本书获得北京市教委教改立项补助经费支持,为北京市普通高等学校教育教学改革试点立项成果。本书可作为医学院校培养全科医师及在职医师进行全科医疗服务的教材。

本书在编写中参阅了大量国内外专家学者的文献并摘用了部分资料,在此深表谢意。本书得以顺利出版,有赖于各位编者的努力,各级领导和同仁的协助,在此一并感谢。

限于时间仓促和编写人员的水平,本书难免有错误和欠妥之处,欢迎同仁和读者不吝指正。

编者

1999 年 7 月

目 录

总序

前言

第一章 发热	1
第一节 发热的诊断.....	1
第二节 发热误诊病例分析.....	7
第二章 胸痛	9
第一节 胸痛的诊断.....	9
第二节 胸痛误诊病例分析	12
第三章 呼吸困难	15
第四章 咳嗽	20
第一节 咳嗽的诊断	20
第二节 咳嗽误诊病例分析	23
第五章 咯血	25
第一节 咯血的诊断	25
第二节 咯血误诊病例分析	31
第六章 心悸	32
第一节 心悸的诊断	32
第二节 心悸误诊病例分析	37
第七章 水肿	38
第一节 水肿的诊断	38
第二节 水肿误诊病例分析	42
第八章 腹痛	45
第一节 腹痛的诊断	45
第二节 腹痛误诊病例分析.....	54
第九章 呕吐	57
第一节 呕吐的诊断	57
第二节 呕吐误诊病例分析	61
第十章 腹泻	63
第一节 腹泻的诊断	63
第二节 腹泻误诊病例分析	67
第十一章 便秘	69
第十二章 呕血与黑粪	73
第一节 呕血与黑粪的诊断	73

第二节 呕血与黑粪误诊病例分析	77
第十三章 便血	78
第一节 便血的诊断	78
第二节 便血误诊病例分析	82
第十四章 黄疸	84
第一节 黄疸的诊断	84
第二节 黄疸误诊病例分析	89
第十五章 腹水	91
第一节 腹水的诊断	91
第二节 腹水误诊病例分析	95
第十六章 贫血	97
第一节 贫血的诊断	97
第二节 贫血误诊病例分析	103
第十七章 出血	106
第十八章 血尿	112
第一节 血尿的诊断	112
第二节 血尿误诊病例分析	117
第十九章 少尿与无尿	118
第二十章 多尿	122
第二十一章 淋巴结肿大	125
第一节 淋巴结肿大的诊断	125
第二节 淋巴结肿大误诊病例分析	130
第二十二章 疲劳与消瘦	132
第一节 疲劳与消瘦的诊断	132
第二节 疲劳与消瘦误诊病例分析	136
第二十三章 肥胖	138
第二十四章 头痛	142
第一节 头痛的诊断	142
第二节 头痛误诊病例分析	148
第二十五章 头晕、眩晕与晕厥	150
第一节 头晕、眩晕与晕厥的诊断	150
第二节 头晕、眩晕与晕厥误诊病例分析	155
第二十六章 昏迷	157
第一节 昏迷的诊断	157
第二节 昏迷误诊病例分析	164
第二十七章 失眠	166
第二十八章 抽搐	169
第一节 抽搐的诊断	169

第二节	抽搐误诊病例分析·····	174
第二十九章	瘫痪·····	175
第三十章	关节痛·····	182
第一节	关节痛的诊断·····	182
第二节	关节痛误诊病例分析·····	189
第三十一章	腰痛·····	192
第三十二章	其他误诊病例分析·····	197
第一节	高血压误诊·····	197
第二节	甲状腺肿大误诊·····	198

第一章 发 热

第一节 发热的诊断

发热是许多疾病在发病过程中的一个症状。一般认为,腋下温度超过 37°C 以上,口腔温度(舌下测温)超过 37.3°C 以上或直肠温度超过 37.6°C 以上,一昼夜体温波动在 1°C 以上者可确定为发热。以发热程度可分为低热($<38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39\sim 40^{\circ}\text{C}$)及超高热(41°C 以上)。长期低热是指低热持续1个月以上,长期中等度热和高热则是指发热持续2周或更长时间。此种长期发热诊断比较困难,容易造成误诊。老年人症状常不典型,夹杂症状多而掩盖了发热的主要原因,更易误诊。

发热性疾病一般分为两大类原因,一类为感染性发热,另一类为非感染性发热(包括免疫性疾病、变态反应性疾病、肿瘤性疾病、代谢性疾病等)。

一、病 因

(1) 感染性发热:占大多数,包括各种急慢性传染病,急慢性全身性与局灶性感染,如呼吸道感染、泌尿道感染、肠道感染、胆道感染、某些传染病(麻疹、脊髓灰质炎、猩红热、伤寒、病毒性肝炎、乙型脑炎、细菌性痢疾、疟疾、结核病等)、军团菌肺炎、败血症。

(2) 非感染性发热:风湿性疾病,如风湿热、类风湿性关节炎、结节性大动脉炎、皮炎、系统性红斑狼疮;变态反应性疾病,如药物热、变应性亚败血症;肿瘤性疾病,如淋巴瘤、白血病、恶性组织细胞病、肺癌、肝癌、肾癌、卵巢癌等;内分泌疾病,如甲状腺功能亢进(甲亢)、甲状腺炎;物理性和化学性损伤,如日射病、大手术后、骨折、大面积创伤、烧伤;神经源性疾病,如脑血管病。

二、诊断步骤

1. 详细询问病史

对发热的诊断和鉴别诊断提供重要线索,特别要注意询问以下问题:

(1) 起病急缓:急性起病以感染性疾病多见,慢性起病以非感染性疾病多见。

(2) 热程:长程发热以结核、肿瘤、风湿性疾病多见,短程发热以急性感染多见。

(3) 发病地区与季节:对某些传染病及寄生虫病有重要诊断价值,如伤寒、流行性乙型脑炎(乙脑)多见于夏秋季节;流行性脑脊髓膜炎(流脑)多在冬春季节;流行性出血热多在东北森林地带。

(4) 伴随症状:应当重视具有定位意义的伴发的局部症状,以便确定主要疾病在哪个系统,如伴有咳嗽、咳痰,可能为呼吸道疾病;伴有腹痛、呕吐、腹泻,可能为消化系统疾病;伴有剧烈头痛、呕吐、神经及精神症状,可能为中枢神经系统感染性疾病;伴有关节肿痛可

能为风湿性疾病等。发热伴有寒战,常见于细菌性肺炎、败血症、化脓性胆管炎、急性肾盂肾炎、急性溶血等。

(5) 服药史:发病前后曾服用过哪些药物,疗效如何,如服药后症状没有减轻反而加重,有可能为药物热或感染加重形成脓肿或诊断错误。

(6) 既往有无类似病史,如结核病、风湿病以及药物过敏史。

(7) 传染病接触史对传染病的诊断有帮助,如结核病、痢疾、伤寒、肝炎等。

2. 体格检查

除一般常规检查外,还要注意以下问题:

(1) 面容:表情淡漠常提示伤寒;贫血面容常提示血液病和慢性消耗性疾病;流行性出血热常呈醉酒样面容;麻疹患者有特殊面容(眼睑浮肿、结膜充血、畏光、眼分泌物增多);面部充血潮红见于过敏性疾病、猩红热等。

(2) 皮肤:口唇疱疹常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎;面部蝶形红斑见于系统性红斑狼疮;皮肤有紫癜或瘀斑见于严重感染或白血病;发热伴有皮疹见于发疹性传染病,如麻疹、水痘、风疹、猩红热等,以及变态反应性疾病、血液病、风湿性疾病。

(3) 巩膜:巩膜黄染见于肝胆疾病及溶血性疾病。

(4) 淋巴结:局限性淋巴结肿大常提示局部及其邻近器官的炎症病变及肿瘤的转移;颈部淋巴结肿大且有压痛多为咽部或扁桃体炎症;无痛性肿大可能为鼻咽癌的转移;左锁骨上淋巴结肿大提示胃肠道肿瘤转移;腋窝淋巴结肿大可见于乳腺癌、肺癌的转移。全身性淋巴结肿大见于淋巴瘤、白血病、传染性单核细胞增多症、恶性组织细胞病等。

(5) 口腔、鼻、耳:注意寻找感染灶,如扁桃体炎、齿龈脓肿、中耳炎、鼻窦炎。结膜充血可见于病毒感染及立克次体病,口腔粘膜与眼结膜有瘀血点见于感染性心内膜炎和败血症,齿龈出血见于急性白血病和慢性肝病,咽部溃疡见于粒细胞缺乏症等。

(6) 心肺检查:可发现肺炎、胸膜炎、心肌炎、感染性心内膜炎等。

(7) 肝、脾:发热伴有肝脾肿大可考虑白血病、肝胆疾病、伤寒、急性溶血、传染性单核细胞增多症。

(8) 肾区有无叩痛:叩痛明显者可考虑肾周围炎、肾盂肾炎、肾脓肿。

(9) 肌肉和关节:红肿、疼痛、活动障碍见于风湿性疾病和过敏性疾病。

(10) 神经系统:发热伴有意识障碍及脑膜刺激征者,可考虑各种脑炎、脑膜炎等。

(11) 肛门、生殖器检查:注意肛周有无脓肿,睾丸有无肿胀及压痛,有无附件炎表现。

3. 诊断性试验

特殊检查一般安排在病史和体检发现有适应证时,如疑有肿瘤可做X线、CT、MRI检查和内镜检查,筛选试验一般是必要的。

(1) 血常规检查:血红蛋白下降考虑血液病和慢性消耗性疾病;白细胞增高以感染性疾病可能性大,以及见于急性白血病;白细胞明显减少见于风湿性疾病;淋巴细胞比例明显升高见于传染性单核细胞增多、淋巴白血病、结核病;嗜酸细胞明显升高见于过敏性疾病;嗜酸细胞明显降低见于伤寒;淋巴细胞增多见于某些病毒感染及淋巴细胞白血病。

(2) 尿常规检查:镜检发现较多白细胞考虑泌尿系感染,蛋白出现可见于系统性红斑

狼疮、多发性骨髓瘤等。

(3) 血沉:病理性血沉加速,提示各种急性的全身和局部的感染以及恶性肿瘤、风湿性疾病、中毒、严重肝病及贫血、白血病等;如明显升高超过 100mm/h,多考虑系统性红斑狼疮及肿瘤性疾病。

(4) 胸透:可发现肺及胸膜疾病。

(5) 血及骨髓培养:原因未明的发热而具有感染性血象者是血及骨髓培养的指征。如疑伤寒、败血症、感染性心内膜炎,此项检查可提供诊断依据。

(6) 常规生化检查:特别是肝功能检查是发热病人必做的化验,以便及早发现肝炎及其他肝胆疾病。

(7) 其他检查:如蛋白电泳、抗核抗体、双股 DNA、免疫球蛋白、肥达反应、嗜异性凝集反应,根据可疑疾病选择性地进行检查。

(8) 特殊检查:淋巴结活检、超声波检查、内镜检查、CT、MRI、X 线检查根据需要进行。

三、诊断思维程序及线索

1. 急性短程发热

感染性疾病占绝大多数。

(1) 伴有咳嗽、咳痰、胸痛,胸部检查发现阳性体征,胸透示肺纹理重或有阴影出现,应考虑气管炎、肺炎、胸膜疾病。

(2) 伴有流涕、咽痛、全身疼痛,考虑上感、扁桃体炎。

(3) 伴有尿痛、尿频、尿急、腰痛、尿化验异常,考虑泌尿系感染。

(4) 伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻,考虑肠道、胆道、腹腔感染。

(5) 伴有头痛、神经精神障碍,考虑各种脑炎、脑膜炎。

(6) 伴有皮疹,考虑发疹性传染病(如麻疹、风疹、猩红热、水痘)和变态反应性疾病。

(7) 伴有皮下出血点、瘀斑,考虑流行性脑脊髓膜炎、血液病。

(8) 伴有局部皮肤红、肿、热、痛,考虑疖、痈、丹毒、蜂窝组织炎。

(9) 伴有寒战、大汗,考虑败血症;体温呈间歇型,考虑疟疾。

2. 长期中高热

随发热持续时间的延长,感染性疾病虽不断减少,但仍占有相当的比例;应引起注意。而风湿性疾病、变态反应性疾病以及肿瘤性疾病比例相对增多,发热持续时间越长,此种趋势越明显。

感染性疾病中以粟粒型肺结核、感染性心内膜炎、各种细菌性败血症最为常见,其次为脓肿形成(阑尾、肾或肾周、肺、肝、脑、腰大肌、胆道系统、脓胸、膈下及肛周脓肿)。肿瘤中以原发性肝癌、淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病引起的发热最常见。

(1) 伴有寒战,全身中毒症状重,多系统损害,应考虑败血症、系统性红斑狼疮、粟粒型肺结核。

(2) 体温呈阶梯样上升伴有表情淡漠、听力减退、相对缓脉、肝脾肿大、白细胞减低、

嗜酸细胞减少,考虑伤寒。

(3) 伴有淋巴结肿大,考虑淋巴结核、淋巴瘤、白血病、结节病、药物热。

(4) 伴有关节疼痛,考虑风湿性疾病、药物热、结节病、肺部燕麦细胞癌。

(5) 伴有皮下出血(紫癜、瘀斑),考虑细菌性败血症、急性白血病。

(6) 伴有腰背疼痛,考虑椎旁脓肿、肾周脓肿、多发性骨髓瘤。

(7) 伴有肝脾肿大,考虑感染性疾病、白血病、淋巴瘤、肝癌。

(8) 缺乏感染灶的菌血症而有器质性心脏病者,考虑感染性心内膜炎。

(9) 虽然高热持续时间较长,但患者一般情况好,无特异症状,考虑药物热、变应性亚败血症。

(10) 发热伴有白细胞减少,考虑病毒感染、伤寒、系统性红斑狼疮、淋巴瘤、恶性组织细胞病、非白血性白血病。

(11) 伴有出汗、烦躁、失眠、大便次数增多、心动过速,考虑甲状腺功能亢进。

3. 超高热

(1) 重症脑病的超高热:是一种脑病后引起的中枢性高热,常伴有明显的意识障碍和其他神经系统体征,是预后较差的征兆。

(2) 各种原因所致的癫痫大发作或持续状态,体温通常急剧上升,在抽搐停止 60~90 分钟后,体温则逐渐下降。

(3) 各种严重感染或是临终前的一种特征性表现。

(4) 体温调节功能衰竭:产热过多,如甲亢危象;散热障碍,如中暑、烧伤、严重脱水。

4. 长期低热

有些高温作业的人,孕妇或女性排卵期,体温可较正常略高,但如离开高温环境或分娩后、排卵后,体温恢复正常,这种情况可称为生理性高体温。

长期低热一般可分为器质性与功能性两大类,其中以器质性为最常见,病因又以感染为最多。

(1) 感染性低热:常见的疾病有结核病、慢性局灶性感染(口腔、鼻腔、耳部感染)、链球菌感染后状态、病毒性肝炎、性传播疾病。

(2) 非感染性低热:常见的疾病有甲状腺功能亢进、风湿性疾病、恶性肿瘤、间脑综合征。

(3) 功能性低热:女性多见,一般不超过 38℃,热型多有相对的规律:日间温差不大(相差 0.5℃左右)。晨间、午前往往较下午、晚间略高,体力活动时体温可不升或有时反而下降。此外,病者常有自主神经功能紊乱的表现,体格检查和各种化验检查大多正常。另有少数年轻人每年于炎热夏季出现。

总之,根据发热病因出现的概率,“三大类”疾病(感染占 40%以上,肿瘤占 20%,风湿性疾病约占 15%)是构成所有发热的最常见的原因。所以,每遇发热者都应首先考虑是否系感染所致。即使可能暂时缺乏感染的某些证据(如外周血象中白细胞不高,或一次血培养阴性等),也不应轻易放弃对感染的诊断,除非临床已经获得非感染性疾病的确凿证据。如果临床上已有感染的充分证据,但在治疗过程中发热或其他症状无明显好转,甚至反趋

加重时,切勿随意动摇,更改或放弃感染的诊断,此时最大的可能性要考虑是否有感染部位的脓肿形成(如肺炎合并肺脓肿或脓胸、急性肾盂肾炎合并肾周脓肿、胆囊炎合并胆道系统的积脓、腹腔感染后合并膈下脓肿等)。其次才是考虑是否系抗菌药物的剂量不足或对病原菌不敏感,最后才考虑是否系药物热所致,后者的诊断有时可以成为临床医生感到最为棘手的问题,因为感染本身的发热,再加上应用某种抗菌药物过敏所致的发热相互重叠,可以造成临床上的混淆。药物热病人一般情况好,无全身中毒及衰竭表现,而且停药后3~7天,体温可降至正常。

鉴于恶性肿瘤的发热仅次于感染的发生率,所以对中老年患者,不明原因的发热且在短期内进行性消瘦,或除发热外始终找不到任何感染的依据,或经系统的抗感染治疗后症状无显著改善者,都应高度警惕肿瘤的可能性。除了全面细致的体检外,早期诊断最好的办法是X线和活组织检查。当感染和肿瘤性发热同时出现难以鉴别时,要注意一般感染性发热患者通常随热程的终止其一般情况即可迅速好转,而肿瘤患者感染控制后其消耗和衰竭的症状常无改善或继续加重。



图 1-1 急性短程发热的诊断程序

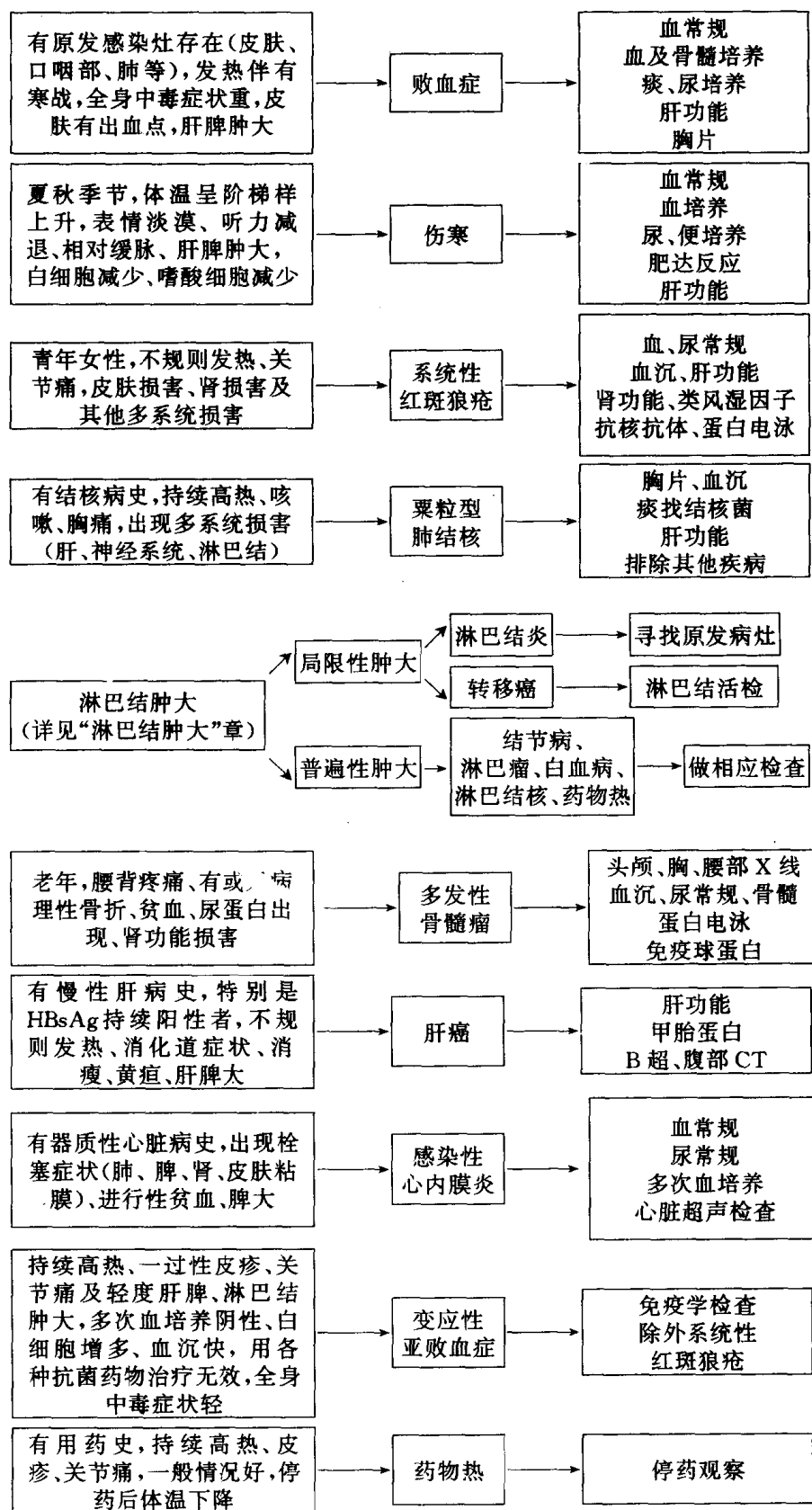


图 1-2 长期中高热的诊断程序

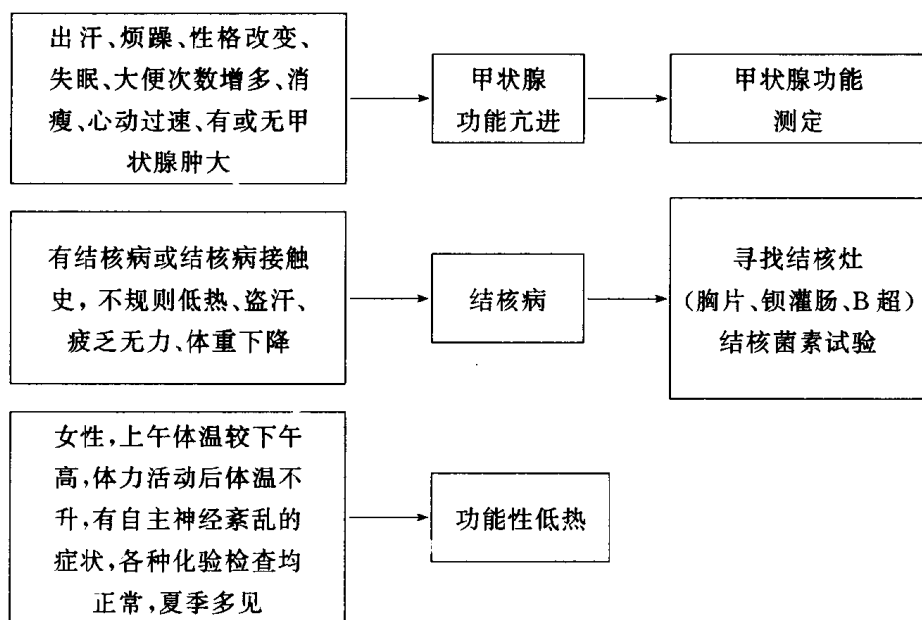


图 1-3 长期低热的诊断程序

第二节 发热误诊病例分析

病例一 肝炎误诊为上呼吸道感染

患者，女性，29岁，因发热1周就诊。患者因淋雨后着凉引起发热，体温 $37\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，自觉畏寒，头晕，无力，伴有轻度咳嗽，食欲减退，去医院检查除咽部充血外未发现阳性体征。化验白细胞正常，胸透正常，肝功能正常。诊断为上呼吸道感染(上感)，给予阿司匹林(APC)、青霉素治疗，效果不好，仍有低热，患者自觉疲乏无力加重，四肢酸软，恶心，未呕吐，大、小便正常，仍诊断为上感，改为中药治疗，2周后再复查肝功能，谷丙转氨酶128U，胆红素 $256.5\mu\text{mol/L}$ ，HBsAg阳性而确诊为病毒性肝炎。

1. 误诊原因

- (1) 病人一般表现为上感症状。
- (2) 体格检查未发现肝脾肿大。
- (3) 最初化验肝功能正常，故误诊为上感。

2. 误诊教训

凡感冒持续1周以上，发热，明显疲乏无力，有或无消化道症状，都应想到肝炎的可能，尽管最初肝功能正常，可疑肝炎时应复查肝功能。

病例二 恶性淋巴瘤误诊为肝炎

患者，男性，62岁，因发热3周住院。病人3周前无何诱因开始发热，最初体温在 $37\sim$