

疼痛临床误诊、漏诊病例及原因分析

赵序利 赵松云 孙涛 宋文阁

(山东省立医院疼痛科, 济南 250021)

摘要 目的:分析临床上疼痛患者误诊、漏诊的原因,探讨解决的办法。方法:回顾性研究我院2000年9月到2004年12月收治的1267例住院患者中误诊、漏诊的28例患者,从病史、体格检查、辅助检查、诊断性治疗等方面探讨原因。结果:28例患者中误诊15例、漏诊13例,其中因问病史不详细致误诊、漏诊2例,占7.1%;体格检查不全面7例,占25%;辅助检查资料不全15例,占53.6%;诊断性治疗效果不佳4例,占14.3%。结论:临床医师应重视询问病史、体格检查及其与辅助检查的有机结合,必要时行诊断性治疗,及时发现病变,明确诊断,提高疼痛性疾病的确诊率,从而避免漏诊和误诊误治。

关键词 诊断;误诊;疼痛

REASONS OF MISDIAGNOSIS IN PAIN CLINIC

ZHAO Xu-Li, ZHAO Song-Yun, SUN Tao, SONG Wen-Ge

(Department of Pain, Shandong Provincial Hospital, Jinan 250021)

Abstract Objective: To analyse the reasons of misdiagnosis in pain clinic and to find the way of resolving them. Methods: 28 of 1267 cases were reviewed from September 2000 to December 2004, to analyse the causes of misdiagnosis according to case history, physical examination, accessory examination and diagnostic treatment. Results: 2 of 28 cases were due to incomplete case history; 7 and 15 cases lacked thorough physical and supplementary examination, respectively; 4 cases were due to inappropriate diagnostic treatment. Conclusions: Case history, physical and supplementary examinations, diagnostic treatment and the combination of them are very important for pain diagnosis.

Key words Diagnose; Misdiagnose; Pain

疼痛是临床上最常见的主诉之一,既是一种症状,又是一种疾病。多数疼痛性疾病有明确的原因,容易诊断。然而,也有很少一部分疼痛性疾病诊断比较复杂,容易误诊或漏诊。本文总结了自2000年9月到2004年12月共收治的28例症状复杂、确诊困难的住院患者,旨在寻找漏诊或误诊的原因,以引起疼痛临床医生的重视。

资料与方法

1. 一般资料

28例患者,男性17例,女性11例,年龄18~76岁。病史1个月~6年。其中首诊为腰椎间盘突出症18例、颈椎病3例、强直性脊柱炎6例、背部肌筋膜疼痛综合征1例。

2. 临床表现

首诊为腰椎间盘突出症的患者中单侧腰腿痛
万方数据

11例,双侧腰腿痛7例,下肢感觉麻木、痛觉减退13例,臀肌及小腿肌萎缩2例,肛门反射消失1例,腰椎棘突旁压痛或叩痛15例,病理反射阳性1例,直腿抬高试验阳性6例,拇背伸肌力减退5例,CT显示腰椎间盘突出18例。首诊为颈椎病的患者均有颈胸背部疼痛、颈部压痛、叩击痛、颈胸段活动受限、CT显示颈椎间盘突出,一侧上肢疼痛、麻木2例,双侧上肢疼痛不适、麻木1例,踩棉感1例,病理反射阳性2例,胸部束带感1例。首诊为强直性脊柱炎的患者中腰骶部疼痛、不适、翻身困难5例,夜间痛明显、晨僵1例,四肢近心端疼痛2例,“4”字试验、骨盆挤压试验阳性5例,骶髂关节压痛5例,HLA-B27阳性3例,骨盆平片示骶髂关节模糊不清6例;首诊为背部肌筋膜疼痛综合征的患者有较弥漫的背部肌肉骨骼压痛,无晨僵,HLA-B27阴性、ESR明显升高、骨盆平片无异常。以上患者经正规的药物治疗效果不佳,行进一步检查,包括颈椎、胸椎、腰椎

MRI、全身 ECT、腹部 B 超等确诊。

结 果

28 例患者中误诊 15 例、漏诊 13 例。2 例因为询问病史不详,占 7.1%,均首诊为强直性脊柱炎,确诊为乳癌多发性骨转移、卵巢癌多发性骨转移各 1 例;7 例因为体格检查不全面,占 25%,其中首诊为腰椎间盘突出症,确诊为肝癌腰椎转移 1 例、胸椎黄韧带骨化 4 例、腰大肌脂肪肉瘤 1 例,首诊为背部肌筋膜疼痛综合征,确诊为胸椎畸胎瘤 1 例;15 例因为影像学资料不充分,占 53.6%,其中首诊为腰椎间盘突出症,确诊为股骨头无菌坏死 1 例、神经纤维瘤 1 例、胸椎脊膜瘤 1 例、腰椎结核 2 例、骶管囊肿 7 例,首诊为颈椎病,确诊为肺癌 C4 椎体转移、C2 侧块转移瘤、C7 颈髓转移瘤各 1 例;诊断性治疗不佳后继续检查发现其他疾病 4 例,占 14.3%,均首诊为强直性脊柱炎,确诊为多发性骨髓瘤 1 例、肺癌骨转移 3 例。

讨 论

1. 详细询问病史

注意病程、疼痛特点及有无伴随症状。腰背痛的主要原因为腰椎退行性疾病、骨质疏松症和转移性肿瘤^[1]。全身不明原因的疼痛患者转移性肿瘤的可能性更大。本研究 28 例患者中最后确诊为肿瘤的 12 例,其中转移瘤 9 例,占 32.1%。因转移瘤的原发病灶症状隐匿,需经全面检查方能确诊。椎管内肿瘤一般分三期^[2],即神经根刺激期、脊髓受压期和脊髓瘫痪期。神经根刺激期的临床表现和腰椎间盘突出症很相似,均表现为颈、肩、腰、腿痛,但椎间盘突出症大部分为单神经根痛、间歇性疼痛,而椎管内肿瘤表现为多神经根痛,疼痛为持续性、进行性加重,夜间剧痛和平卧痛是其早期特殊症状之一。在 3 例有手术史的转移瘤患者中,问病史时 2 例忽略了手术史,导致临床治疗时按照强直性脊柱炎治疗多次,疼痛难以缓解;经追问病史发现患者有手术史,行 ECT 检查后确诊。因而详细询问病史在疾病的诊断中有重要的作用。

2. 全面细致地进行体格检查

除了专科检查外,全身情况不能忽视。淋巴结增大、肛门反射消失、慢性贫血貌、胸骨压痛、棘突叩痛、“4”字试验阳性、骶髂关节投影处压痛、有无腹

部包块、肝脾是否肿大等。这些体征对诊断和鉴别诊断很重要。如广泛性椎骨压痛及直腿抬高试验阴性均不支持腰椎间盘突出症的诊断;“4”字试验阳性需考虑骨盆的病变,如骶髂关节炎、股骨头无菌坏死等。诊断时要多考虑其他原因,树立全面、整体的观念。尤其是中老年人,可能多种疾病共存,一个淋巴结、一侧腱反射、一次共济运动检查都有可能避免一次误诊。1 例为乳腺癌根治术后 7 年颈髓转移的患者,表现为左上肢持续性剧痛、麻木及肌力减退,颈椎 CT 示 C6/7 椎间盘突出,查体时发现颈部有肿大的淋巴结,随行颈椎 MRI 检查,发现颈髓转移瘤。因此,全面细致地进行体格检查是正确诊断的基础。

3. 适当结合辅助检查

根据病史及体格检查所见,一般对疾病能有初步的印象,有时需要相应的影像学或实验室检查以进一步确诊。但是我们一定要在病史及体格检查的基础上有针对性地选择辅助检查项目。现代诊断技术只有同临床有机结合才能真正发挥作用。本组 18 例以腰椎间盘突出症为首诊的患者中初次腰部 CT 均有椎间盘突出,加之与临床体检基本相符,而忽略了其他疾患的存在,按照腰椎间盘突出症治疗效果不佳或进一步查体发现有异常感觉平面,又行胸腰椎或腰骶椎 MRI 检查后发现 4 例为胸椎黄韧带骨化、8 例合并骶管囊肿;3 例高度怀疑颈椎病的患者经 MRI 检查发现皆是转移瘤;6 例以强直性脊柱炎为首诊治疗效果不佳的患者经 ECT 检查发现有 5 例为多发性骨转移瘤。因此必要的辅助检查有助于明确诊断。特别是中老年患者,急性、进行性加重的疼痛,转移瘤的可能性很大,以胸腰段转移多见,故只检查颈、腰段而未查胸段也容易造成误诊。虽然 CT 扫描对腰椎间盘突出症有较高的诊断价值,有文献报告 CT 诊断腰椎间盘突出症正确率为 80%~93.2%,但还是会有假阳性和假阴性^[3]。当中老年人有持续性腰背痛、进行性加重,X 线、CT 提示有椎骨破坏或压缩变形时更应高度警觉,此时 ECT、MRI 均有可靠的诊断价值。原发性脊髓肿瘤以中年人多见,30~49 岁发病率最高^[4]。本组病例中 40 岁以下有 2 例,故对年轻患者也不能掉以轻心。当临床与 CT 不符或诊断性治疗无效时,应行 ECT 或 MRI 检查以协助诊断。所以,必要的辅助检查以及详细地分析是减少误、漏诊的必要手段。

理热区,也可为高于该部位生理温度的异常区域。

3. 高温区 温度明显高于该部位生理温度的异常区域。

4. 凉区 温度低于温区的部位。可为正常的生理凉区,也可为低于该部位生理温度的异常区域。

5. 冷区 温度明显低于该部位生理温度的异常区域。

一般说来,正常人的皮肤温度从头面到四肢,左右两侧是对称的。头面部、躯干部温度最高,四肢近侧端要高于远侧端,但手指、足趾有时反比肢体温度更高,上肢温度比下肢温度高约2~3℃。胸部左侧比右侧皮肤温度略高,脊柱近中线部位比躯干两侧温度要高。皮下脂肪多的部位皮温较低,软组织少的骨突起部位皮温亦较低。女性体温变异较大,乳房温度受月经周期、妊娠、产褥期影响明显,有时因血管分布的差异左右不对称。毛发多的部位温度较低。因此,应用红外热图诊断疾病首先要了解正常热图变异规律。同时应清楚,所谓正常热图也是相对而言,由于不同人种、性别、年龄、地域和生理因素的影响,会有相应的变异。

四、常见疼痛性疾病热图

当机体发生某些病变时,热图也会随温度的变化发生相应的变化。一般炎症或急性软组织损伤时,往往局部温度升高。慢性劳损、神经损伤、囊性病或脓肿慢性期,局部温度降低。肿瘤细胞因代谢旺盛多数温度升高,而血管病变视病变部位的供血情况而异。

1. 肌筋膜疼痛综合征

肌筋膜疼痛综合征病因繁多,症状复杂,以往无

(上接 137 页)

4. 诊断性治疗对明确诊断是一个有益的补充

疼痛性疾病的病因比较复杂,有些疾病目前很难找到病因,因而在临床诊断出现困难时行诊断性治疗对明确诊断是有益的。如为确诊腰椎间盘突出症可以行腰椎侧隐窝注射消炎镇痛液,如果症状能明显缓解甚至消失,且疗效能巩固3~7天或更长的时间,则可以确诊;如果没有效果则要考虑有无其他合并症或根本不是腰椎间盘突出症。对经反复多次治疗效果差的患者应分析有无误、漏诊。

总之,在临床工作中要详细地询问病史、仔细地进行体格检查、正确地选择辅助检查、分析辅助检查的结果。虽然这四个方面对诊断疾病均有重要的意义,但是只有将四者有机地结合,才能得出最早、最

一种仪器可以直接客观描记疼痛,这给正确的诊断、治疗和深入研究带来相当大的困难。有研究表明,肌筋膜疼痛综合征患者腰背部的温差及患侧与临区温差明显高于正常人,红外热像为异常或明显异常。

2. 肩周炎

应用红外热像可以鉴别肩周炎急性慢性期的病情变化:急性患者皮肤温度较正常人高出3~4℃,慢性患者皮肤温度较正常人低3~4℃,因此可为临床诊断和指导治疗提供影像学依据。

3. 强直性脊柱炎

强直性脊柱炎患者骶髂关节区与周围组织温差在0.3~2.2℃之间,平均温差1.2℃,并且发现其温差变化与血沉增快程度成正比,血沉愈快者温差愈大。有研究表明,强直性脊柱炎的热图改变,比X线平片、CT、ECT检查更为灵敏,对AS的早期诊断有指导意义。

4. 雷诺氏病

雷诺氏病是一种进行缓慢的肢体末端动脉痉挛导致的循环障碍性疾病。应用红外热图检查可见,手指温度差异特别明显。小动脉痉挛区呈暗黑色阴影或不显影;非痉挛区温度较高,辉度较亮,两者对比,反差强烈。有效治疗后,温差明显减小。因此,红外热图不但可以早期明确诊断,而且可以判断治疗效果。

总之,红外热像仪的操作简单,但红外热图的分析并不容易。要熟悉正常人体热图,根据病史、症状和体征,分析热图并结合其他辅助检查,方能做出客观的描述和正确的结论。

准确的诊断,减少疼痛临床的误、漏诊率,选择正确的治疗方案,尽快解除患者的病痛。

参 考 文 献

- 1 戴力杨,贾连顺. 老年人腰背痛原因的临床调查. 颈腰痛杂志, 1995, 16 : 177.
- 2 薛庆澄,王忠诚,史玉泉. 神经外科学. 天津科学技术出版社, 1991, 628.
- 3 五福权,骆燕禧,黄公怡,等. CT对诊断腰椎间盘突出症的价值. 中华骨科杂志, 1988, 8 : 167.
- 4 蒋彬. 脊柱肿瘤误诊腰椎间盘突出症临床分析. 广西中医学院学报, 2000, 1 : 21~23.