

端。有的病例仅表现为疼痛,其性质似撕裂或针刺,尤以夜间为甚。起床行走可暂时缓解。另一些病例主要是感觉缺失,尤以触觉、震动觉和位置觉为明显,出现共济失调步态。本例表现为运动、感觉、植物神经的合并损害,临床上少见。其诊断主要依据于肢体远端对称性末梢型感觉障碍。该病需与脊髓压迫症相鉴别,特别是有结核病史时应与椎体结核相鉴别。后者X线片及CT、MRI、脊髓碘油造影等均有特征性改变,而前者

无异常。因其治疗与预后均不同,故及时明确诊断以免延误病情十分重要。该类患者往往首先就诊于外科,如外科医师对该病缺乏足够的认识,又不注意详细询问病史,就容易造成误诊与误治。一旦诊断,其治疗主要为合理控制饮食,用胰岛素控制糖尿病,辅以ATP、辅酶A、B族维生素营养神经治疗。另外,还需加强主动及被动活动,以利功能恢复,防止下肢深静脉血栓形成及褥疮发生。

(2002-09-11 收稿)

有机磷中毒 2 例误诊分析

蒋宝娥 蒋文婷 (滕州市中心人民医院 山东滕州 277500)

例1:男,50岁,农民,因恶心、呕吐、腹泻2天,于2000年7月6日就诊。呕吐物为胃内容物,腹泻为稀水样便,每天约10次,每次量500~600ml。按急性胃肠炎给予输液治疗。后因治疗效果不佳住院治疗。查体发现瞳孔直径约1.5mm。追问病史,方知发病前2天,患者之妻因有机磷农药中毒住院治疗,患者陪护其妻,通过汗液经皮肤吸收中毒。急查血胆碱酯酶活性为250U/L(速率法),确诊为有机磷中毒。用解磷定、阿托品治疗病愈。

例2:女,18岁,农民,因恶心、呕吐12小时,伴意识不清3小时,于2000年6月8日来院就诊。患者12小时前无明显诱因出现呕吐,呕吐物为胃内容物,其后,患者双眼向右侧凝视,嘴角轻微抽动,可自行缓解,先后发作数次。曾在当地医院就诊,予以磷霉素4g静滴及654-2等药物治疗,期间又出现呕吐,3小时前患者行走不稳,随后神志不清、呼之不应,再次出现双眼向右侧凝视,速来我院就诊,以病毒性脑炎收入院。查体:T36℃,P162次/min,R22次/min,Bp21/14kPa。双肺底散布细湿罗音。全身肌力Ⅱ级,腱反射双上肢均减弱,双下肢未引出病理反射,右侧巴氏征(+),chaddock征(±)。给予先锋必、维生素C、维生素B₆、氯化钾等治疗效果不佳,护士在观察生命体征时发现,患者双侧瞳孔直径约1.5mm,肌束细微

震颤,提示医生后试用阿托品1mg静注,用后双肺罗音明显减少,继续用阿托品、氯磷定治疗,患者神志转为清醒。追问病史,自述曾误服氧化乐果一口。急查血胆碱酯酶活性为210U/L(速率法),确诊为有机磷农药中毒。使用胆碱酯酶复能剂及阿托品继续治疗2周,痊愈出院。

误诊原因分析:①临床症状不典型。有机磷中毒特殊的临床表现是瞳孔缩小,流涎多汗,肌肉颤动,但本组2例的临床表现均不典型。②询问病史简单,检查不全面细致。本组2例均未详细询问农药接触史,亦未作全面细致的查体。③医护临床经验不足,思路狭窄,临床上仅根据某一症状下诊断。这是造成误诊的主要原因。

通过2例误诊我们体会:①完整地采集病史及细致地检查是临床诊断的基础。因此,医生应以严谨的科学态度,采集病史,做体格检查。②作为临床医师,既要重视常见病,又不可忽视少见病,既熟悉常规表现,还要了解特殊类型,不孤立片面地看问题,不满足于某一系统、某一脏器的诊断,应进行深入细致地综合分析,及时做出诊断。③血液胆碱酯酶活力测定是诊断有机磷农药中毒的特异性检查。疑诊有机磷中毒者应作胆碱酯酶活力测定,以明确诊断。

(2002-08-17 收稿)

股疝误诊 1 例报告

殷静静 (山东省立医院 250021)

倪晓成 (山东省少年劳教所)

患者女,34岁,1年前发现右侧腹股沟有一枣样大小肿物,无明显疼痛,不随体位改变而改变,无恶心、呕吐,无腹胀、腹泻,半月前感肿块增大,轻微疼痛,遂来我院就诊,B超检查示腹股沟区囊实性占位。于2002年4月29日行右腹股沟区包块切除。术中发现肿块为大网膜,与腹腔相通,确诊为股疝。

讨论:股疝位于腹股沟韧带下外方,较小,临床症状轻,肥胖者更易忽视。其早期诊断困难,常误诊为脂肪瘤、肿大的淋

巴结、卵圆窝囊肿等。在疝内容物被回纳后,股疝疝囊外的脂肪组织不一定完全消失,常在卵圆窝处表现为一半球形突起,本例患者疝囊外脂肪组织就被误诊为腹股沟区囊实性占位。该患者本身肥胖加之临床症状不典型,平卧时疝内容物不还纳这些都给临床判断带来困难,从而造成误诊。

(2002-10-10 收稿)