

看看误诊背后的真相

特邀嘉宾 武警总医院病理科教授 纪小龙

纪小龙教授是《临床误诊误治》杂志的编委，他亲自动手解剖过 300 多个病例、整理过 3000 多例死亡患者的资料。近年来，医患关系越来越紧张，矛盾越来越激化，大众对于医疗现状的现状不了解是导致这一问题的主要原因之一。为此，他认为有必要将医疗差错的真相告知大众，还原医疗现状的原貌，因为这才是逐步解决问题、改善现状的根本。

误诊比你想象的严重

有些疾病误诊率大于 40%

古今中外，医生在诊治疾病过程发生错误的历史记载及统计资料都已经确凿地告知人们，医疗错误不可避免，在我国古代就有《医林改错》的专著出版。这说明医生误诊和为改正错误所作的努力自古就存在。

从 1950 年至今，国内外对于误诊的研究显示，误诊率都在 30% 左右。

比如肿瘤中，鼻咽癌、白血病、恶性淋巴瘤、胰腺癌、结肠癌等恶性肿瘤的平均误诊率在 40% 以上；结核病中，肺结核、胃结核、肠系膜淋巴结结核、中耳结核、咽结核等肺外结核的平均误诊率也在 40% 以上；传染病中，流行性出血热、伤寒、副伤寒、钩虫病、血吸虫病、钩端螺旋体病等的平均误诊率在 30% 以上；器官异位中，甲状腺异位、子宫内膜异位等的平均误诊率在 60% 以上。

在 2013 年美国《病人安全与医疗质量》杂志（Patient safety & quality healthcare）上的分析中，估计全美每年死于医疗事故的人数为 21 万~44 万，成为美国人第三大死因，仅次于心血管疾病和癌症。可见问题之严重。

我国医院每年每月都有医疗数据的统计，对于误诊率从来都是在 5% 以内的，这是不符合实际并且会误导大众的。人们长期以来以为到医院看病不能出错，即使出错也是极个别的事。当然，不管符合率的百分数是高还是低，对于每个具体的病人来说只有对与错，也就是 100% 与 0%。谁遇到出错谁就是 100% 误诊。

误诊带来的后果

误诊一旦发生，其后果多种多样，对被误诊的患者个人及其家庭、造成误诊的医生和医院以及社会 3 个方面都将带来负面影响。但从误诊直接作用于患者本人看，误诊也有 3 个不同的结局：

1. 虽然误诊，但并没有在错误诊断的指导下实施任何措施，没有给患者造成任何不良后果（精神和肉体的痛苦、缩短生命、死亡等），这种误诊也就被忽略了。

2. 由于误诊，接下来的治疗也就是错误的，给患者造成了不良后果（精神和肉体的痛苦、缩短生命、死亡等），但没有被人发现，误诊被自然淹没了。

3. 误诊导致误治，给患者造成了不良后果（精神和肉体的痛苦、缩短生命、残废、死亡等），并且被发现，引起了纠纷和更激烈的矛盾冲突。

为什么会发生误诊

原因 1：人体的复杂性

人食五谷杂粮、经衣食住行、沐风霜雪雨、行七情六欲、历生老病死，这些都是自然现象，属于客观存在，是不以人的意志为转移的。尽管医学飞速发展，但人对机体的奥妙和疾病的本质认识还远远没有达到“自由王国”的水平，医生能治的疾病很有限，可以说针对大部分疾病，还只是对症处理。也可以说，医生面对这大量无法医治的疾病，只能是望病兴叹。

疾病经历了一个由隐匿到明确，由不典型到典型，由一般到特殊，由常见到罕见，由未知到已知的过程。还有许多疾病在其发生、发展自始至终都比较隐匿、不典型，而使诊断难以明确，使治疗方案难以确立。

原因 2：医学的实践性

医学是一门经验科学，具有极强的实践性。任何名医都是从经历不断总结失误经验中成长起来的。有经验的医生都必须经历从年轻医生一步步走过来，靠一例例积累得来经验。在这个过程中必然会经历各种失误，医学的发展、医术水平的提高也是这样。其实在实际医疗过程中，由于大量的医疗失误的教训，让医院建立了严格的规章制度和防范措施，例如三级检诊制度、三查七对制度等，绝大多数失误都被改正或消灭在萌芽中，并没有造成严重的后果。医学院一位本科生的学时 5 年，也就是刚刚具备了行医的基础知识，即使是硕士或博士毕业，也还需要在临床上历练 5~10 年。要经历足够的临床实践，亲自诊治一定数量的病例，处理各种不同的病情变化，才能成长为一位成熟的医生。其实，误诊误治是客观存在的，是谁都不可避免的。正面的经验和反面的教训对于医学科学的发展有着同等重要的作用。勇于暴露临床失误，把发生的误诊误治报道出来，可以教育自己，更重要的是可使更多的人获益。

原因 3：疾病的个体性

许多疾病的本质远未弄清，同一疾病在不同个体的内表现也千差万别，如果要求医生每次都能正确地透过现象看到本质是不客观的。疾病在不同的病人体内，其发生、发展、变化目前还无法准确预测，连自然现象，如地震、洪水等自然灾害目前预测尚且困难，更不用说发生在如此复杂和高度有机的人体体内的疾病了。所以，医生尚不能完全控制病人体内的疾病演变过程。

医学发展到今天，医生能治愈的疾病屈指可数，大多数还只能对症处理，治病救人只是理想和目标。故常言道，医生治病不治命。

我国著名医学家张孝骞有一句名言：疾病就像人的脸，没有哪两张是完全相同的。病人的性别、年龄、出生地、成长阅历、文化层次、个人修养、社会环境、心理素质等均不相同，疾病展示、自我表达、个体耐受、对治疗方法的接纳、药物的敏感性等也均不相同。用“千差万别，瞬息万变”来形容疾病的发生、发展和转归是不过分的。

医生自古就是令人崇敬的职业，然而从扁鹊、华佗至今天的名医都会犯错误，天下没有不失误的神医。

由于疾病的个体性，同一种疾病在不同病人身上表现的症状与体征可不同，因此，每诊治一个具体的病例都是一次从零开始的调查研究、分析判断、总结预测的过程，每位病人得的都是“新”疾病。对前一例来说是成功的诊治经验，对后一例很可能就成为失误和教训。因此，医生每天工作都如履薄冰，如临深渊，稍有不慎，就将造成一失足成千古恨的后果。

应该如何看待误诊

美国医学研究所在 10 多年前对于医疗错误的统计分析提交了一个报告，题目叫是“人非圣贤，孰能无过——建设一个更安全的医疗体系”

(To Err is Human: Building a Safer Health System)。此报告的主导思想为是人就会犯错误，犯错是人的天性。唯一的出路是改变思维，医患之间不要互相指责埋怨，而要扎扎实实建立一个“做对事容易、做错事很难”的工作流程和安全理念，这才是根本的解决之策。

1.对政府、媒体而言，需要把误诊的真相告知大众，把医疗行为透明公开，让科学和知识开启医疗本该行走的路径，而不是人为地掩盖、扭曲。

2.对医院里的医生和护士来说，要坚守“人的生命只有一次，故医疗的错误一次也不能有”的信条。修理机器修错了，可以拆开重修；给人看病作诊断，不能说诊断错了重新再来。开车走错路，可以退回来重走；给人用药，不能等错了后重新用药。每一次出错都要找出原因，制定更严格、科学、可行的不会再犯错的规范。

3.对于大众来说，需要了解一些自己身体的基本常识，一旦有了毛病，知道该如何对待和就医，一旦涉及诊断、治疗的决策决断，在目前医学无法避免出错的前提下，唯一可行的是要听听“第二个意见”(The Second opinion)，就是通常说的会诊，以尽可能避免“只是一位医生作出的判断”所带来的失误。

总之，对社会来说，应把误诊真相公布于众；对医生来说，要增加难得的宝贵经验，尽可能避免失误；对患者来说，应多一分警惕和提醒，不要让悲剧在自己身上发生。

作为医生，谁也不能保证自己不犯错误。我自己 45 年的从医经历就清楚地说明，小医生出小错，大医生出大错。人们常说：“名医都是从死人堆里站起来的”。我们应该理性地看待误诊，同时要把误诊的真实面目公之于众。

很多疾病的奥秘并未破解

■对于遨游太空、潜入海底，人类可以大有作为。但对于人体本身，至今还有数不清的奥秘没有破解。因为医学的研究对象是人类自身，正常人体是不可以任意取材、尝试做各种试验来验证科学想法的。

当下人们往往被夸大的科技进步、医学进展、医疗成就等宣传所迷惑，以为人都可以遨游太空、潜入海底、完成试管婴儿、实现转基因生物等，小小的身体毛病还弄不清楚？现实的情况是，对于人体，至今还有数不清的奥秘没有破解。

医学作为生物学的一个分支，有着与其他学科不同的特征，即其研究对象是人类自身，人体是不可以随意拆卸、随心取材，或做各种试验的。生命是神圣的，是至高无上的，医学正是为了维护这一权利，才成为发展最为缓慢的一种自然科学。

人们现在往往被现代医学发展的一些过度宣传而弄得眼花缭乱，如 X 线机、B 超、CT、核磁 (MRI)、派特 (PET) 等，横切面、冠、矢状切面，可以将人体内部组织、结构分层显像而发现各部位微小的肿瘤；光学显微镜、暗视野显微镜、电子显微镜、原子力显微镜等可以观察到细胞、分子结构；各种生理、生化、免疫实验室检查可以随时监控人体水电解质情况，血液、细胞内外液、体液、免疫系统等瞬间的变化；染色体、基因工程又将人体研究推上一个新的制高点；心电、血压、脉搏、血气的实时、瞬时监控，避免了医生凭经验下药的盲目性；呼吸机、起搏器、冠脉搭桥、安放支架、脏器移植等先

进的治疗手段，挽救了无数垂危的生命；产前诊断、基因探针能够科学地预测人体内潜在的某些疾病，为早期防治铺垫了道路。但这一切，并没有根本改变医学的面貌，医学的进步主要体现在以下三方面：

1.免疫学的发展。疫苗接种最早出现在中国，经丝绸之路传到波斯，又由土耳其驻波斯大使的夫人传到西方，后来法国人发明了疫苗，解决了传染病问题。

2.抗生素的出现。疾病的一大类是细菌感染，用抗生素可以解决。过去认为是不治之症的肺结核，现在已经可以用链霉素治愈了。

3.外科手术。如阑尾炎、宫外孕、脑出血等经过手术治疗，可以挽救生命，从而得以恢复健康。

但是，细想起来，医学还在面对数不清的疾病，如在病毒性疾病（如肝炎、艾滋病、SARS）、癌症、代谢性疾病（如心脑血管病、糖尿病）、衰老等问题面前仍然束手无策，对这些疾病的认识还远远没有入门级别。

肿瘤是误诊“重灾区”

在日常误诊中后果严重的主要是判断肿瘤的良好与恶性的错误。肿瘤的误诊可分为两类：

将良性肿瘤诊断为恶性肿瘤。此时，临床按恶性肿瘤处理，其结果是：

1.手术切除了重要器官，造成终身残疾甚至死亡，如截肢、眼球摘除、喉切除、肛门切除、生殖器切除、肺切除、肾切除、肝切除等。

2.不能手术者采用化疗、放疗等，这些治疗给病人带来的毒副作用是剧烈的和长期的，对人体正常组织、器官的损害是严重的，如胃肠反应、脱发、骨髓抑制等。这些治疗本身也可以致癌。

3.经济损失，更有甚者可致倾家荡产。

4.精神负担，不仅是病人本身，病人的亲属以及朋友也被累及。

5.混淆了临床对一些肿瘤治疗的认识，出现xxx癌被治愈、xxx癌存活xx年等临床报道。

另一种将恶性肿瘤诊断为良性肿瘤。此时，临床按良性肿瘤处理后，使病人失去了宝贵的治疗时机，其结果是：

1.把本来可治者延误成不可治者，因为早期癌的治愈率可达90%以上。

2.缩短了中晚期癌症病人的生命。

无论是哪一种误诊，病人一旦获知，便会引发一场医疗纠纷，病人、医生、医院、单位等都深陷其中，不得安宁。病人痛苦，大家受损。

易混淆的良恶性病变

良性病变 恶性病变

消化系统

反流性食管炎 → 贲门癌

病毒性食管炎 → 鳞状细胞癌

头颈及呼吸系统

鼻腔、鼻窦的炎症 → T 细胞淋巴瘤

乳头状涎腺瘤 → 乳头状囊腺癌

泌尿系统

肾囊肿 → 肾囊性透明细胞癌

血管平滑肌脂肪瘤 → 肾细胞癌

男性生殖系统

前列腺增生 → 分化良好的前列腺癌

萎缩的前列腺 → 前列腺癌

女性生殖系统

宫颈 HPV 感染 → 宫颈原位癌

宫颈慢性淋巴组织增生 → 淋巴瘤

宫颈微小腺体增生 → 透明细胞癌

胎盘部位超常反应 → 绒癌

乳腺

肉芽肿性乳腺炎 → 乳腺癌

淋巴造血系统

坏死性淋巴结炎 → 恶性淋巴瘤

骨及软骨组织

骨瘤 → 骨肉瘤

骨化性肌炎 → 骨肉瘤

内生性软骨瘤 → 软骨肉瘤

低毒感染 → 淋巴瘤或浆细胞瘤

经典案例

案例 1

我刚当医生不久，遇见一位外地转院来北京的年轻女性由于拉肚子两个多月的疑难病例，没有弄清楚是什么病，住进北京的医院也没弄清病因就死亡了。当我做完尸体解剖后

才发现，原来就是个阿米巴痢疾。想想很可惜，如果早点儿诊断，吃点药就可以治愈。

案例 2

去年秋天遇到一位中年妇女全身淋巴结肿大，颈部有几个大枣一样连在一起的凸出物，一看就像恶性肿瘤。外科切下来做病理切片，看了切片后我的诊断是恶性淋巴瘤。随后病人住院治疗。但在化疗前的检查中发现，病人患有梅毒。我再重新看病理切片，发现病人若患有梅毒，淋巴结也可以出现类似淋巴瘤的改变。这就提示病人不是恶性淋巴瘤，而是梅毒引起的淋巴结病变。

案例 3

10多年前，一位平素非常健康、工作出色的知名人士由于头痛发烧住进医院的病房，能做的所有检查（包括基因、核磁共振等）都没有发现异常情况。请权威专家会诊，诊断为病毒性脑炎，给予适当的激素治疗后患者症状都消失了，然后出院、正常上班工作。两周后，他又发烧头痛，再次住院，各种检查仍然没有异常发现。专家会诊认为，上次诊断为病毒性脑炎经激素治疗痊愈出院，说明诊断是正确的。这次又出现相同的症状，说明病毒性脑炎没有治疗彻底，于是继续给予激素治疗。可是这次给予激素治疗一直没有效果，患者继续头痛发烧。请更多的专家会诊，认为用的激素量不够，所以没有效果。于是加大激素用量，结果仍无济于事，患者几天后死亡。当我打开他的胸腔腹腔和颅脑时，看到的是密密麻麻芝麻粒样的病变，进一步证实是粟粒性结核。这是发生在当代知名医院、知名人士身上的典型的误诊误治导致死亡的事件，要知道结核病是禁忌用激素的。