参考文献：

[1] 刘飞龙，张志伟，梅 斌，等. 贲门周围血管缝扎的食管横断术治疗食管胃底曲张静脉大出血[C]. 2005年武汉地区普外科学术年会论文汇编. 湖北：湖北卫生出版社，2005：121－122.

[2] 张俊峰，陈积圣，陈规划，等. 自体脾移植联合食管横断吻合术治疗肝硬化门静脉高压症240例分析[J]. 中国实用外科杂志，2004，24(12)：733－734.

[3] 石运明，王永生. 门静脉高压症的外科治疗[J]. 临床荟萃，2003，18(1)：59－60.

[4] 钟大昌，饶林强，薛云芳，等. 经腹离断术或联合离断术治疗门静脉高压症[J]. 中华外科杂志，1991，29(9)：561－563.

[5] 戚可名. 北京协和医院普通外科诊疗常规[M]. 北京：人民卫生出版社，2004：145－146.

[6] Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophagogastric devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices[J]. World J Surg, 1984, 8(5): 673－679.

[7] 杨 镇，姜法祖. 门脉高压症外科治疗中应重视的五个问题[J]. 胆胰外科杂志，2000，8(1)：1－2.

[8] 陈太忠，杨 强，余 正，等. 贲门周围血管离断术治疗食管胃底曲张静脉破裂大出血[J]. 消化外科，2006，5(3)：228.

（编辑 王 红）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2007)15-1522-01

脑出血3例误诊分析

文华海 （重庆市酉阳县人民医院内科，重庆 409800）

2004年9月至2006年6月我院收治脑出血患者380例，首诊误诊3例，现报告如下。

1 临床资料

患者1，男性，40岁，因“被人发现意识障碍1 h”于2004年9月24日21:00入院。“发现者”诉患者独自饮酒，现场有多处呕吐物，酒瓶内酒量减少100 ml。查体：体温35.5 ℃，脉搏84次/min，呼吸18次/min，血压150/90 mmHg；昏睡状，可嗅及酒精味，唇周、全身多处呕吐物附着，双侧瞳孔等大等圆，对光反射稍迟钝，颈软，神经系统未引出病理征。入院后考虑为“急性酒精中毒”，经正规洗胃、解酒、催醒、保肝、促排泄、抑胃酸分泌等治疗后，患者意识逐步清醒。约2 h后意识障碍再次加深，血压150/90～160/90 mmHg。经了解，患者平常酒量约250 ml，无高血压，故考虑脑血管意外。急诊头颅CT示脑出血，经积极抢救，但患者很快进入深昏迷，8 h后死亡。

患者2，女性，80岁，因“反复阵发性左侧头痛2个月，双下肢乏力1 d”于2006年7月1日8:30以“偏头痛”入院。4个月前曾因“低钾血症”住院治疗，既往无高血压病史。查体：体温36.5 ℃，脉搏78次/min，呼吸21次/min，血压160/84 mmHg；神志清楚，查体合作，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，颈软，双下肢肌力Ⅳ级，肌张力稍降低，余未发现阳性病理征。血钾3.15 mmol/L，以偏头痛及低钾血症处理后患者头痛无缓解，稍有加剧，呈持续性，考虑颅内病变。行头颅CT示右侧外囊区小片状脑出血，脑萎缩。经卧床休息、促进血肿吸收、补钾、对症、支持、营养神经等治疗痊愈出院。

患者3，女性，38岁，因“突发意识障碍8 h余”于2006年5月26日18:00以“急性有机磷农药中毒”入院。发病前曾无保护连续喷洒有机磷农药8 h，院外应用甘露醇及阿托品后无好转，伴频繁呕吐而急诊入院。既往有反复头昏史10年。查体：体温36.7 ℃，脉搏70次/min，呼吸20次/min，血压160/100 mmHg；浅昏迷状，双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，颈软，余无阳性体征发现。入院后肌注阿托品2 mg后患者很快出现全身躁动，考虑合并颅内病变。经头颅CT检查示左侧外囊区3 cm×6 cm×4 cm出血灶，转脑外科手术治疗后好转出院。

2 讨论

脑出血临床表现不一，患者发病时头痛、头晕、抽搐、恶心呕吐、神志不清、感觉障碍为非特异症状，一些不典型的脑出血易与癫痫、短暂性脑缺血发作、酒精中毒、电解质紊乱、偏头痛和有机磷中毒等相混淆[1]。这3例误诊的主要原因是医师被病史中表面现象误导。患者1入院时因送诊者诉现场有大量呕吐物，且体检时嗅及酒精味而以急性酒精中毒处理。忽视患者血压升高的病情。当患者意识障碍再次加重时才想到有颅内病变，导致延误诊断。患者2入院前1 d出现乏力，且血钾偏低，而未考虑脑血管意外，未作常规检查。当患者头痛加剧后方作检查明确诊断。患者3虽有有机磷接触史，但是院外阿托品治疗未见意识障碍好转，无心率加快、流涎、多汗等中毒症状。这些均未被医师重视，意识障碍加重以后才考虑到脑出血。对患者病史分析不全面，对脑出血认识不够深刻，缺乏完备的辅助检查是误诊的主要原因。故对疑有脑血管意外的患者应常规行CT或MRI检查。

对于疑似脑出血病例，应全面收集病史、临床资料，并进行全面、综合分析，尽可能避免漏诊、误诊。特别是对于意识障碍的患者，应重视与初诊不相符合的症状和体征，对初诊及时调整，如有神经精神症状者建议早做颅脑CT或者MRI。

关键词：脑出血；误诊

中图法分类号：R743.34 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 杨玉红，刘 俊. 脑出血急性期并发高钠血症的临床研究[J]. 实用临床医药杂志，2006，10(40)：111－112.

（编辑 邓强庭）

作者简介：文华海(1971－)，男，重庆市酉阳县人，主治医师，主要从事外科临床方面的研究。电话：(023)75535222

收稿日期：2007-05-10；**修回日期**：2007-06-13