

素(HCG)含量和B超检查有助于诊断和鉴别诊断。(3)思路狭窄,鉴别诊断的能力不强。引起急性腹痛的疾病很多,但是大多数急性腹痛源于消化道和妇产科疾病。详细的病史,细心的体检,相关的实验室资料,必要的影像学检查,合理、全面的综合分析,仍然是作出正确诊断的最好方法。(4)忽略了相关简单、有效的检查(如尿妊娠试验,腹腔穿刺等)。(5)缺乏相关科室会诊、沟通的观念等。对于诊断不确切的急腹症,应及时、虚心的请相关科室会诊,与之沟通,特别是育龄期妇女,一旦有腹痛表现,必须首先排除异位妊娠这种可能致命的危险,当然,其他疾病也不例外。异位妊娠是孕产妇死亡的主要原

因之一,希望通过本文以引起临床医师的重视,以便提高临床的诊断水平。

参考文献

1 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2003:491.
2 耿春惠,陈璐,黎冠环,等. 异位妊娠破裂的临床观察[J]. 中华护理杂志,2006,41(10):907-908.
3 吴阶平,裘法祖,黄家驷. 外科学[M]. 第5版,北京:人民卫生出版社,1994:1231.
4 史志,李伟. 92例急性阑尾炎误诊原因分析[J]. 华西医学, 2000,15(1):95.
[收稿日期 2012-08-24][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

老年期抑郁症 3 例误诊分析

• 病例报告 •

韩彦林, 金海峰

作者单位: 462500 河南,舞钢市舞阳矿业有限公司医院内科(韩彦林); 200001 上海,上海交通大学附属仁济医院神经内科(金海峰)
作者简介: 韩彦林(1968-),男,大学专科,主治医师,研究方向:神经内科疾病诊治。E-mail:wbh1969@tom.com

[关键词] 老年期; 抑郁症; 误诊
[中图分类号] R 749 [文章编号] 1674-3806(2013)01-0065-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.01.24

由于老年期抑郁症多缺乏典型的抑郁症临床表现,老年人又有其他疾病共存因素,常以某一系统症状为突出表现或首发症状就诊于医院相应临床科室,所以非精神科医务人员较少考虑到抑郁症,极易造成漏诊、误诊,而延误治疗。现将我院 2009-11 ~ 2011-11 神经内科误诊的 3 例分析报告如下。

1 病例介绍

例 1 患者,女,65 岁,退休教师。主诉“反复头晕、头昏 2 年,再发 2 周”,门诊以“脑梗死、高血压”为诊断收住神经内科。患者入院前曾在该院及其他多家医院反复就诊,多次查头颅、颈椎 CT、MRI,颈动脉、椎动脉超声,均诊断为“脑梗死,颈椎病,颈动脉椎动脉斑块,脑供血不足”。经长期降压、抗血小板聚集、稳定斑块、营养神经等治疗,头晕、头昏症状无缓解。经向患者丈夫追溯病史,患者发病前儿子在外地因车祸死亡而遭到精神重大创伤,自此开始出现对日常活动失去兴趣、沉默寡言、

自责自罪、常哭泣、情绪不稳、爱发脾气、有轻生念头、入睡困难、多梦、早醒等状况,整天闷闷不乐,不愿出门见人,常诉头晕、头昏。入院后经“自我评定焦虑量表、抑郁自评表”测定,诊断为抑郁症。在原有药物治疗的基础上加用帕罗西丁(国产)口服治疗 10 d 后,症状明显好转,出院后帕罗西丁维持治疗,门诊随访患者情绪稳定,失眠偶发,头晕、头昏症状未再出现。

例 2 患者,男,73 岁,退休汽车司机。原有高血压、脑梗死。1 年前开始反复出现食欲不振、腹胀、上腹部痛,有时伴恶心、呕吐。患者入院前曾在其他多家医院反复就诊,多次经上消化道 X 线透视、胃镜检查诊断为浅表性胃炎,按胃炎、胃溃疡反复应用抗酸、护胃、胃动力、支持、对症等药物治疗效果不明显。体重下降。向患者家属追溯病史,患者 1 年前曾反复对家人及朋友说自己的寿命是 73 岁(中国传统观念老年人 73 岁、84 岁易死亡),从此开

始出现食欲不振,饭量明显减少,腹胀、上腹部疼痛,有时伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,量少,无咖啡色物质。性格改变,情绪低落,不爱说话,不愿去公共场所,失眠,乏力,经常发呆(也曾因此被诊断为痴呆)。入院后腹部超声检查:肝、胆、脾、胰、双肾等未见异常,肝功能、肾功能、甲状腺功能、电解质等生化指标正常,排除了恶性肿瘤可能。经抑郁量表(HAMD)测定总分为38分,考虑为老年抑郁症。在常规治疗的基础上加用米氮平(国产)口服,10 d后病情逐渐好转,3周后食欲明显增加,临床痊愈出院,院外继续维持治疗。门诊随访患者体重增加,情绪稳定,消化系统症状消失。

例3 患者,女,71岁,原有高血压15年、糖尿病5年、腔隙性脑梗死1年病史,以“反复口周麻木、痉挛1年半,再发1周”为主诉收入神经内科,1年前曾因脑梗死在其他医院住院治疗,出院后长期药物治疗,未遗留后遗症。脑梗死后半年开始出现口周麻木、痉挛,自觉口周肌肉抽搐,无疼痛,无其他不适,不影响进食和咀嚼。此症状时轻时重,反复出现,并显现进行性加重。曾经反复多次到多家医院就诊,多次查头颅、颈椎CT、MRI及脑电图、血生化、电解质、甲状腺功能等,诊断为:脑梗死后遗症、糖尿病周围神经病变、癫痫、原发性震颤,面肌痉挛(口周)等。经长期应用中西医药物,包括营养神经、镇静、抗癫痫等治疗,效果不佳,口周麻木、痉挛仍反复出现。入院后体格检查:生命体征正常,神清,语利,颅神经正常。面肌、口周肌肉未见痉挛,颈部正常。四肢肌力、肌张力正常,共济运动正常,病理征阴性。实验室检查未发现异常。经HAMD测定总分为34分,考虑为老年抑郁症。在常规治疗高血压、糖尿病、脑梗死后遗症的基础上加用氟西汀(百忧解)口服,治疗近2周病情逐渐好转,4周后口周麻木、痉挛症状基本消失,2个月后HAMD测定总分为16分。出院后继续维持治疗。门诊随访患者口周麻木、痉挛症状完全消失,用药10个月后逐渐停药,症状未再出现。

2 讨论

2.1 抑郁症是一种常见疾病,尤其在已进入老龄化的当今中国社会,老年抑郁症发病率在逐年上升,这不仅是一个不容忽视的老年问题,同时也是个不容忽视的社会问题。有资料显示抑郁症是老年期最常见的精神障碍^[1]。老年期抑郁症指首次发病于老年期(年龄>60岁),以持久的抑郁心境为基础,主要表现为情绪低落、沮丧、行动迟缓以及躯体不适

感^[2]。主要原因是老年人大脑的退行性变化,对精神挫折的耐受能力下降,身体的各器官功能逐渐下降,各种躯体疾病发生率逐渐增高;而生活中的不良事件却不时出现,常常处于一种适应和调节困难的境地。老年期抑郁症多缺乏典型的抑郁症临床表现,加上老年人原有其他疾病共存因素,常常以某一系统症状为首发症状或突出临床表现而就诊于综合医院的相应临床科室,往往易造成漏诊、误诊。老年抑郁症常见的误诊诊断有神经衰弱、冠心病或心绞痛、病毒性心肌炎、消化道溃疡或慢性胃炎、更年期综合征、老年性痴呆、脑梗死、偏头痛等。

2.2 分析本文3例误诊的原因,认为:(1)老年抑郁症患病率高,医师识别率低。社区居民中>65岁的约15%存在抑郁症状,其中50%~70%是在老年期首次发作,而重症抑郁的发生率为0.8%。抑郁症在养老院中的发生率可达到15%。老年住院患者中抑郁症的发生率高达36%。心理障碍在各类医院就诊患者中是十分常见的疾病,2003年世界卫生组织(WHO)调查了世界15个不同国家或地区内科医师对抑郁症的识别率平均为55.6%,中国内科医师对抑郁症的识别率仅为21%,明显低于其他国家平均水平^[3]。中华医学会近期发布的数据表明,12家三级甲等综合医院抑郁症诊断率为5.5%~15.8%,治疗率为3.6%~15.8%。Bridges等对综合医院的500例初诊患者调查发现,当患者以慢性躯体不适为主诉时,抑郁症的漏诊率达48%^[4]。对本病认识不足的另一个原因是,国内大多数医院未开设精神科,缺乏精神科专职医师。(2)老年人共患基础疾病多,抑郁症和基础疾病有时症状类似,医师易重视躯体症状,忽视抑郁症的存在。患者抑郁情绪往往被躯体症状所掩盖,如有心慌、胸闷、胸痛时考虑高血压、冠心病;有头晕、头痛、头紧、肌肉紧张酸痛、僵硬感、肢体麻木、头颈腰背部和四肢慢性疼痛时考虑脑梗死、颈椎病、脑供血不足等神经系统疾病;有食欲下降、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腹胀和消化不良等症状时考虑慢性胃炎、消化性溃疡、胆囊炎、慢性结肠炎等消化系统疾病;有憋气、胸紧、呼吸急促或呼吸困难等症状时考虑慢性气管炎、支气管哮喘、心肺功能不全等。如果医师不注意追溯病史,忽略患者悲伤心境、困倦乏力、思维迟缓、活动抑制、兴趣缺失、愉快缺乏、沉默寡言、冷漠、自责自罪、常常哭泣、紧张、坐立不安、手脚发热、情绪不稳、爱发脾气、难以入睡、多梦、早醒、有轻生意念等抑郁症的症状,误诊有所难免。(3)患者及社会对抑郁症缺

乏了解和正确的认识,存在很多偏见。很多人以为抑郁症就是“疯子、精神病”,患者自己耻辱感严重,许多老年抑郁症患者担心被别人戴上“精神病”的帽子,忌讳到医院就诊,更不去精神科或心理科就诊。

2.3 老年抑郁症误诊的预防 (1)临床医师特别是内科医师应加强精神医学的继续教育,提高对老年抑郁症的识别能力。对非精神科医师进行抑郁症治疗指南的教育培训及实践指导,不仅能提高他们治疗抑郁症的效果,而且最终能减少抑郁障碍造成的公共卫生负担^[5]。(2)老年住院患者伴发的抑郁症,因其心境障碍体验不明显,而躯体化症状表现突出,多数临床医师只重视躯体疾病的诊治,而忽略精神心理因素的诊治。因此非精神科医师在治疗老年人躯体疾病时,除了要考虑躯体症状的相关系统疾病外,还必须提高对抑郁症的警惕性,善于识别以躯

体症状为主诉的抑郁症。对反复就诊,一般药物疗效不佳者,应考虑患者是否存在抑郁障碍,特别对有睡眠障碍的老年患者,注意了解疾病与精神及躯体因素的关系,及时应用 HAMD 确诊抑郁症或转精神科就诊,以免误诊和延误治疗。

参考文献

1 翟书涛. 前言 - 老年抑郁症的防治[J]. 实用老年医学,2001,15(1):3.

2 史振亚. 老年期抑郁症[J]. 家庭科技,2006,(3):38.

3 肖泽萍,严和骏,肖世富,等. 综合性医院门诊病人抑郁障碍的研究[J]. 中华医学杂志,1999,79(5):329-331.

4 任清涛,路英智,田明萍,等. 以躯体不适为主要症状的抑郁症误诊分析[J]. 中国神经精神疾病杂志,2001,27(6):453-454.

5 Isacson D, Bingefors K, von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population[J]. Eur Psychiatry, 2005, 20(3): 205-212.

[收稿日期 2012-08-20][本文编辑 杨光和 韦所苏]

噬血细胞综合征 1 例报告

• 病例报告 •

徐春莉, 赵洪奎

作者单位: 261100 山东,潍坊市寒亭区人民医院妇科
作者简介: 徐春莉(1982-),女,在职研究生,医学学士,住院医师,研究方向:妇科疾病诊治。E-mail:good2002_4@163.com

[关键词] 噬血细胞综合征; 病毒感染; 乙型肝炎
[中图分类号] R 512.6 [文章编号] 1674-3806(2013)01-0067-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.01.25

1 病例介绍

患者,男,21岁。因发热、尿黄 11 d 入院。入院前 15 d 无明显诱因出现发热,体温波动在 38~41℃,自诉口服“布洛芬”后体温短暂下降,并伴有出汗,约 2 h 后体温再次上升至 40℃左右。第 2 天出现眼黄、尿黄,颜色如浓茶水样,但尿量基本正常,并伴有全身乏力症状。在当地诊所就诊时被予“头孢类抗生素”治疗 3 d,体温不降,并感渐加重。5 年前曾查体发现 HBsAg(+)。查体:T 38.5℃,P 90 次/min,R 20 次/min,BP 130/70 mmHg。神志清,精神差。急性病容,面颈部和上胸部皮肤潮红,全身皮肤及巩膜重度黄染,无皮疹及出血点,无肝掌及蜘蛛痣。全身浅表淋巴结未触及,咽无充血,扁桃体无肿大。心肺检查正

剑突下 2 cm,质地中等,边缘钝,表面光滑,有触痛;脾肋下 2 cm,质地中等,边缘锐。双肾区无扣痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常。双下肢水肿,病理反射未引出。入院诊断:病毒性肝炎,发热原因待诊。入院后实验室检查:血常规 RBC $2.1 \times 10^{12}/L$,Hb 82 g/L,WBC $2.5 \times 10^9/L$,N 60%,L 40%,PLT $100 \times 10^9/L$;大便潜血阳性;ALT 100 U/L,AST 800 U/L,TBil 300 $\mu\text{mol}/L$,PTA 27%,ESR 22 mm/h;HBVM 呈大三阳,抗 HAV、抗 HCV、抗 HIV、抗 HEV 均阴性,HBV-DNA 3.2×10^4 ;B 超检查为肝实质弥漫损害。骨髓象为中性粒细胞晚幼 5%,杆状核 10%,分叶核 8%,红细胞系早幼红 6%,中幼红 12%,晚幼红 10%,淋巴细胞 9%,发现吞噬血细胞 6 个。初步诊断为噬血细胞综合征。经抗病毒、保肝、降酶、褪黄