

### 3 讨论

肠套叠为一段肠管套入其远端的肠腔内, 使该段肠壁重叠并堵塞于肠腔引起的肠道梗阻, 其发生常与肠管壁的解剖学特点(如盲肠的活动度过大)、病理因素(如息肉、肿瘤)以及肠功能失调、蠕动异常有关。

按病因可分为原发性与继发性肠套叠, 肠套叠多见于婴幼儿<sup>[1-3]</sup>。成人肠套叠较少, 且多为继发性。本组31例肠套叠中儿童有24例(77%), 其中继发性有6例; 成人有7例(23%), 全部为继发性肠套叠。引起肠套叠的病理因素是良性肿瘤、恶性肿瘤、炎性损伤等, 本组原因见表1。

按发病的部位, 肠套叠分为回肠-结肠型、回肠盲肠-结肠型、小肠-小肠型、结肠-结肠型等, 其中以回结型最多(本组16例)。

肠套叠在声像图上有较为特征性的声像图表现, 尤其是水肿的肠管壁及套入的系膜及肠管的油炸面圈征或靶环征。强弱交错排列的环带图像, 而假肾征则不为其专有的声像图表现, 肠道肿瘤、肠道明显炎性水肿均可导致肠管壁增厚回声减弱, 肠腔内容物为强回声, 就形如肾脏的回声。肠套叠的声像图具有特征性, 但在其病因的判断方面还较困难, 这可能与肠气干扰, 使一部份较小的肠道肿瘤漏诊有关; 此外超声在判断肠套叠的发生部位方面也有待提高。目前国内普遍采用X线监视下空气或钡剂灌肠诊治肠套叠, 但X线对复位时间长的患者有一定的影响, 在国外超声这种无创的检查不仅用来诊断肠套叠, 还可在超声引导下钡剂或水灌肠治疗肠套叠<sup>[4-15]</sup>。总之, 超声在肠套叠方面的进一步应用还有待我们去探讨。

### 4 参考文献

- 1 易习之, 谢仕庭, 张冬. 婴幼儿肠套叠的平片诊断. 新消化病学杂志 1996;4:316-318
- 2 张冬, 易习之, 徐晔. 儿童肠套叠空气灌肠整复141例. 新消化病学杂志 1997;5:450-451
- 3 王秀英. 先天性回肠囊肿并肠套叠1例. 新消化病学杂志 1996;4:308
- 4 Shanbhogue RL, Hussain SM, Meradji M, Robben SG, Vernooij JE, Molenanr JC. Ultrasonography is accurate enough for the diagnosis of intussusception. *J Pediatr Surg* 1994;29:324-327
- 5 Crystal P, Hertzanu Y, Farber B, Shabshin N, Barki Y. Sonographically guided hydrostatic reduction of intussusception in children. *J Clin Ultrasound* 2002;30:343-348
- 6 Mirilas P, Koumanidou C, Vakaki M, Skandalakis P, Antrpas S, Kakavakis K. Sonographic features indicative of hydrostatic reducibility of intestinal intussusception in infancy and early childhood. *Eur Radiol* 2001;11:2576-2580
- 7 Sofia S, Casali A, Bolondi L. Sonographic diagnosis of adult intussusception. *Abdom Imaging* 2001;26:483-486
- 8 Gu L, Zhu H, Wang S, Han Y, Wu X, Miao H. Sonographic guidance of air enema for intussusception reduction in children. *Pediatr Radiol* 2000;30:339-342
- 9 Hanquinet S, Anooshiravani M, Vunda A, LeCoultrre C, Bugmann P. Reliability of color Doppler and power Doppler sonography in the evaluation of intussuscepted bowel viability. *Pediatr Surg Int* 1998;13:360-362
- 10 Stanley A, Logan H, Bate TW, Nicholson AJ. Ultrasound in the diagnosis and exclusion of intussusception. *Ir Med J* 1997;90:64-65
- 11 Kong MS, Wong HF, Lin SL, Chung JL, Lin JN. Factors related to detection of blood flow by color Doppler ultrasonography in intussusception. *J Ultrasound Med* 1997;16:141-144
- 12 Chan KL, Saing H, Peh WC, Mya GH, Cheng W, Khong PL, Lam C, Lam WW, Leong LL, Low LC. Childhood intussusception: ultrasound-guided Hartmann's solution hydrostatic reduction or barium enema reduction? *J Pediatr Surg* 1997;32:3-6
- 13 LamPeh WC, Khong PL, Chan KL, Lam C, Cheng W, Lam WW, May GH, Saing H, Leong LL, Low LC. Sonographically guided hydrostatic reduction of childhood intussusception using Hartmann's solution. *Am J Roentgenol* 1996;167:1237-1241
- 14 Wright JE, Slater S. Suspected intussusception: is ultrasound a reliable diagnostic aid? *Aust N Z J Surg* 1996;66:686-687
- 15 Choi SO, Park WH, Woo SK. Ultrasound-guided water enema: an alternative method of nonoperative treatment for childhood intussusception. *J Pediatr Surg* 1994;29:498-500

## 肝内胆管结石的系统化治疗 110 例

吴一武, 周志伟, 梁建深, 梁 辉, 殷 放

吴一武, 殷放, 中山大学附属第五医院普外科 广东省珠海市 519000  
周志伟, 梁建深, 梁辉, 暨南大学医学院附属第三医院普外科 广东省珠海市 519000  
项目负责人: 吴一武, 519000, 广东省珠海市梅华东路52号, 中山大学附属第五医院普外科. zdwywyw@vip.sina.com  
电话: 0756-2528711 传真: 0756-2528300  
收稿日期: 2003-06-05 接受日期: 2003-07-24

### 摘要

目的: 探讨和总结肝内胆管结石的系统化治疗的方法和经验。

方法: 系统化治疗即外科手术+术中或术后纤维/电子胆道

镜检查取石+术后中药对结石复发的预防/治疗, 我们对1993-01/2003-03间应用系统化治疗的110例肝内胆管结石患者进行总结并随访10a。同时用胆道镜对结石局部胆管的胆管炎和对服用中药排石的效果进行观察。

结果: 系统化治疗使术后肝内胆管结石的取净率99.09%。残石率降至0.91%、再手术率为3.75%, 结石复发率为8.75%, 疗效优良率为92.5%。胆道镜观察到有结石发生的胆管壁同时存在胆管炎且会存在一段较长时间, 甚至数月。胆道镜观察到服用中药排石汤可使胆管炎减轻, 结石松动和小结

石排出. 肝内胆管结石术后患者不存在全身性意义上胆管炎, 但可能存在局部性意义上胆管炎.

结论: 重视局部胆管炎和净化肝胆道的感染, 采用系统化的治疗方案, 发挥各自优势, 能有效提高肝内胆管结石的治疗效果.

吴一武, 周志伟, 梁建深, 梁辉, 殷放. 肝内胆管结石的系统化治疗 110 例. 世界华人消化杂志 2004;12(1):229-232

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/229.asp>

## 0 引言

1993-01/2003-03我们采用系统化方案治疗肝内胆管结石 110 例并随访 10 a, 取得了较好的疗效.

## 1 材料和方法

1.1 材料 本组 110 例, 男 34 例, 女 76 例, 年龄 18-79 岁. 急诊手术 8 例, 择期手术 102 例.

1.2 方法 择期手术患者除了术前常规作各项实验室检查、B 超检查外, 还作 ERCP 或 PTC 或 CT 检查, 外科手术术式是根据术前检查、术中胆道探查和术中纤维/电子胆道镜检查情况而决定. 我们应用日本 olympus CHF-P10 型纤维胆道镜和 PENTAX ECN-1530 电子胆道镜, 在手术中或手术后配合治疗. 手术中或手术后胆道镜应用方法作者已有论述, 这里不再赘述<sup>[1-2]</sup>. 术后每月服肝胆结石片或消炎利胆片 5-7 d, 或服中药排石汤 3-5 剂, 持续 1-3 a, 同时每 6 mo-1 a 定期作 B 超检查, 若发现肝内胆管有泥沙样结石或小结石及时采用中药排石治疗. 定期追踪随访 10 a, 疗效判断标准<sup>[3]</sup>, 优: 无任何症状, 能从事正常工作或劳动者; 良: 有时上腹痛, 可有发冷发热, 经一般治疗有效, 尚能坚持一般工作或劳动者; 差: 急性胆管炎症状较重或发作频繁, 需住院治疗或再次手术者.

## 2 结果

本组 110 例, 行胆总管切开取石 T 管引流术 72 例, 肝左外叶切除 16 例, 肝右后叶切除 1 例, 行左、右肝管或肝门部胆管切开整形、胆肠吻合 16 例, 肝左外叶切除加胆肠吻合 5 例, 全部病例都进行术中或术后纤维/电子胆道镜检查或取石, 治疗后仅 1 例肝内胆管结石未取净, 肝内胆管结石取净率 99.09%(109/110), 残石率 0.91%(1/110). 经系统化治疗获得随访 80 例(随访率 72.73%), 随访 6 mo-10 a, 平均随访 5 a, 疗效优良率 92.5%(74/80 例), 差 7.7%(6/80), 结石复发 8.75%(7/80), 再手术率 3.75%(3/80).

肝内胆管结石患者残留胆管结石在手术后 3-4 wk 体温和血常规正常的情况下进行胆道镜取石, 我们观察到没有结石的肝内胆管无胆管炎的表现, 而有结石的肝内胆管有胆管炎的表现, 表现为胆管壁的充血、水肿、溃疡, 同时可见胆管开口的狭窄和狭窄后的胆管

扩张, 如果该段胆管内的结石塞得越多, 胆管炎和胆管的狭窄和扩张就越严重. 当我们将该段胆管的结石取净, 在 1 wk 后进行第 2 次胆道镜取石时, 我们可以发现取净结石的该胆管的胆管炎会有所减轻, 我们曾经给 1 例患者做 6 次术后胆道镜检查历时两个多月, 在最后一次取石时发现最早取净结石的胆管仍存在胆管炎的表现, 只是胆管炎程度的不同. 我们观察到, 最先一次进行胆道镜取石时当有结石的胆管其胆管炎较严重时, 该处的胆汁偏绿色较浑浊, 随着取石次数增多胆管炎减轻, 胆汁逐渐变清成金黄色, 而在其他无结石的正常胆管内的胆汁是比较清呈金黄色.

我们对肝内胆管残石多而取石困难需多次取石的患者, 每次取石后服中药排石汤 3-5 剂(主要中药是柴胡、木香、桔壳、茵陈、鸡内金、金钱草、大黄、青皮、陈皮、黄芩等), 在隔 1 wk 进行第 2 次胆道镜取石时发现, 胆汁较上次取石时清了, 胆管内结石会有所松动, 小结石会排到较大的胆管甚至一部分排出体外, 原有结石的胆管的胆管炎的表现会较未服中药的病例减轻得更明显.

## 3 讨论

肝内胆管结石病是胆道外科的难题. 文献[4]报道其手术死亡率为 5.24%, 残石率为 30.7%, 再手术率高达 37.1-74%. 目前治疗方法主要归纳为三方面: 非手术治疗手术治疗及胆道镜治疗; 开始我们提出“外科手术和纤维胆道镜联合治疗肝内胆管结石”<sup>[5]</sup>, 外科手术和胆道镜联合治疗大大降低了残石率, 提高了治疗的效果<sup>[5-6]</sup>, 但是, 外科手术和胆道镜只解决了部分结石形成和发展的局部因素, 消除了那些导致症状发作、痛苦的机械因素, 而原已存在的代谢、生理病理基础及改变还在, 使得肝内胆管结石术后的复发率高可达 27.13%<sup>[7]</sup>, 手术后对结石复发的预防和治疗十分重要. 因此, 我们在总结外科和内镜治疗肝内胆管结石的基础上, 根据我们应用胆道镜对肝内胆管结石并存胆管炎和对中药排石效果的观察结果, 我们主张对肝内胆管结石的治疗采取“系统化”治疗的方案, 即外科手术 + 术中或术后纤维/电子胆道镜 + 术后中药预防/治疗, 三种治疗方法互补, 发挥各自优势, 以达到降低手术死亡率、残石率和再手术率及复发率的目的, 提高了肝内胆管结石治疗的近远期效果.

3.1 外科手术 肝内胆管结石的治疗目前仍以手术治疗为主, 遵从“取净结石、去除病灶、解除狭窄和通畅引流”的手术原则, 手术术式归纳为肝外胆管切开探查取石术; 肝部分切除术和肝胆管狭窄切开整形胆肠吻合术三类. 在众多的术式中, 没有一种术式能够同时满足上述原则要求, 临床应用中需选一组或一套手术, 才能完成治疗上的要求. 肝叶(段)切除术已成为外科治疗肝内胆管结石同时清除病灶的最主要手段<sup>[8]</sup>, 对肝左外叶结石几乎已成为常规手术, 优良率达 80-90%, 但肝叶(段)切除主要是左肝病灶, 右肝病灶的切除率只有 27-38%,

左右肝内胆管结石的切除率只有0-3%<sup>[9]</sup>。因此,还有一半以上的肝内胆管结石患者需要寻求其他有效的治疗方法。我们对右肝内胆管的结石多倾向于胆总管和肝内胆管切开取石并配合术中或术后纤维胆道镜取石将结石取净,对左肝内胆管的结石则多考虑采用肝叶(段)切除术。

**3.2 术中和术后纤维/电子胆道镜的检查和取石** 纤维/电子胆道镜能直视肝内I-IV级胆管的全貌,鉴别胆管内的血块、蛔虫、肿物、气泡、结石等,哪里有结石和胆管狭窄就能到达哪里取石和进行胆管扩张治疗,起到外科手术所起不到的作用<sup>[10-11]</sup>。尤其电子胆道镜,他是胆道镜制造技术上划时代的进步,他是用被称为电子眼睛的固体摄像器件代替纤维胆道镜的导像束,他显著提高了胆道镜的技术性能和操作性能以及图像的清晰度、亮度,利于提高胆道疾病的诊断和治疗及科研水平。胆道镜的应用,可大大降低肝内胆管结石的残留率,还为手术术式的选择提供指导。而术后胆道镜的优点是不需住院,可多次反复取石,取石疗效高,结石取净率达97%-99.23%<sup>[2,10]</sup>。胆道镜还可对肝内胆管的狭窄进行微波治疗<sup>[12]</sup>。

**3.3 术后结石复发的预防和治疗措施** 肝内胆管结石术后除应用胆道镜取净残石和治疗胆管狭窄外,我们认为应重视局部胆管炎和净化肝胆道的感染,应强调术后中药对结石复发的预防/治疗,这是提高肝内胆管结石远期治疗效果的关键。

**3.4 重视局部胆管炎** 急性胆管炎<sup>[13]</sup>是指由细菌感染所致的胆道系统的急性炎症,主要表现为发热、畏寒、腹痛、有或无黄疸等。患者术后体温、血常规正常、无腹痛在临床诊断方面是表明未存在胆道感染(胆管炎),这是一个全身性意义上的胆管炎的概念。我们为患者在手术后3-4 wk体温、血常规正常和无腹痛的情况下进行胆道镜取石时发现,没有结石的肝内胆管无胆管炎的表现,而有结石的肝内胆管有胆管炎的表现(图1)。胆道镜所见的胆管炎是局部性意义上胆管炎的概念<sup>[14]</sup>。胆道镜观察证明:肝内胆管结石术后患者不存在全身性意义上的胆管炎,但可能存在局部性意义上胆管炎。我们将这种胆管炎称为局部胆管炎,与全身性意义上的胆管炎分开,使同行引起对局部胆管炎的重视,认识术后抗感染治疗以净化肝胆道的感染的重要性和必要性。

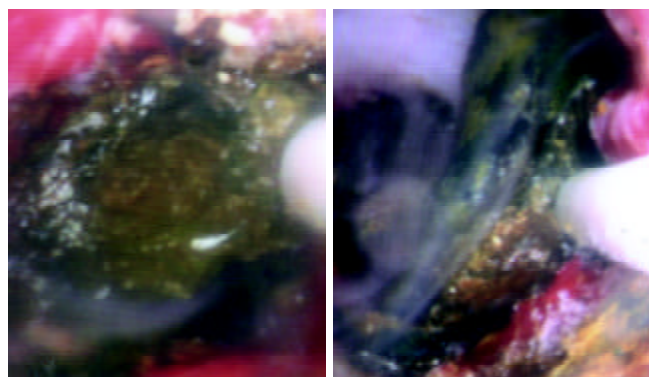


图1 胆道手术3 mo后体温、血常规正常、无腹痛,行电子胆道镜取石,见结石处胆管壁明显充血、水肿、糜烂-局部胆管炎。

**3.5 重视净化肝胆道的感染** 对于净化肝胆道的感染的新观点,目前国内外还未引起足够的重视<sup>[15]</sup>,对肝内胆管结石的术后患者需较长期时间的抗感染治疗很多学者都会提出质疑,目前国内外都没有这方面的研究。观察报告作理论依据和指导。我们应用胆道镜对胆管炎的观察研究结论是有结石发生的胆管存在胆管炎且会存在一段较长时间,甚至数月。众所周知,胆道感染(胆管炎)是肝内胆管结石发生和复发的主要原因,因此,我们认为有必要对术后患者进行较长时间的抗感染治疗,以达到净化肝胆道的感染的目的和要求。

**3.6 强调术后中药对结石复发的预防与治疗** 由于结石的成因至今仍未完全阐明,所以,目前也就没有预防结石复发的特效方法,根据我们研究结果,在现阶段对肝内胆管结石术后结石复发的预防与治疗方面应重视局部胆管炎和要对术后患者进行较长时间的抗感染治疗。抗生素只有抗感染作用无利胆作用,且较长时间服用副作用大。中药排石汤、肝胆结石片等既有抗感染也有利胆排石作用,且较长时间服用的副作用较小。根据实验观察,中药排石汤具有明显增加排石频率,松弛Oddi括约肌及促进十二指肠蠕动的作用,以达到消炎和促进排胆功能。在胆道手术前后应用,有利于排出残留的小结石和防止结石再形成。同时还可起到调节术后胆道功能,减少复发及后遗症等作用<sup>[16]</sup>。我们通过胆道镜对服用中药排石汤效果的观察结果也证明了服用中药排石汤的上述作用。我们要求术后患者每月服肝胆结石片或消炎利胆片5-7 d,或服中药排石汤3-5剂,持续1-3 a,同时每6 mo-1.0 a定期作B超检查,若发现肝内胆管有泥沙样结石或小结石及时采用中药排石治疗,以提高肝内胆管结石治疗的远期效果。

#### 4 参考文献

- 1 吴一武,高焱明. 肝内胆管结石术中应用纤维胆道镜取石方法的改进. 实用外科杂志 1991;11:579-580
- 2 吴一武. 纤维胆道镜在治疗肝内胆管残石中的困难和对策. 中国实用外科杂志 1996;16:356-357
- 3 吴一武,高焱明,彭强,叶永红,肖桂元. 原发性胆管结石复发原因的研究. 中华消化杂志 1994;14:159-161
- 4 黄志强. 黄志强胆道外科手术学. 第1版. 北京:人民军医出版社,1995:84-95
- 5 吴一武. 外科手术和纤维胆道镜联合治疗肝内胆管结石. 中国内镜杂志 1999;5:32-33
- 6 Sato M, Watanabe Y, Tokui K, Yasshima A, Murakami M, Hirose M, Kawachi K. A case of complex hepatolithiasis successfully treated with a systematic approach. *Hepatogastroenterology* 1999; 46:3083-3086
- 7 周泽民,李朝龙,喻讷勇,廖彩仙. 肝内胆管结石手术后复发的研究. 腹部外科 1999;12:267-268
- 8 黄志强. 肝内胆管结石治疗的现状与展望. 中国普外基础与临床杂志 2001;8:65-66
- 9 周孝思. 肝内胆管结石防治方法评介. 中华实验外科杂志 2001; 18:200-202
- 10 张宝善. 肝内残余结石的胆镜治疗. 实用外科杂志 1991;11:566-567
- 11 Cheung MT. Postoperative choledochoscopic removal of intrahepatic stones via a T tube tract. *Br J Surg* 1997;84:1224-1228
- 12 吴一武,李绵,梁晖,梁建深,郑梅兰,杨欢珍. 应用微波经纤维胆道镜治疗肝内胆管狭窄的实验和临床应用. 中国内镜杂志 2000; 6:33-35

- 13 黄志强. 现代腹部外科学. 第1版. 湖南: 湖南科学技术出版社, 1994:475
- 14 吴一武. 纤维胆道镜理论与实践. 第1版. 山西: 山西科学技术出版社, 2000:69-70

- 15 冉瑞图. 肝内胆管结石病外科治疗沿革. 中国普外基础与临床杂志 2000;7:103-104
- 16 贺瑞麟. 胆系结石的排石疗法. 见:《中国实用外科杂志》编辑部编著. 中国外科专家经验文集. 第1版. 沈阳: 沈阳出版社, 1993:593-595

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 肝豆状核变性临床误诊 24 例

周 兰, 孙桂华, 黄小让, 宋 鸿

周兰, 孙桂华, 黄小让, 宋鸿, 广州军区广州总医院消化内科 广东省广州市 510010

项目负责人: 周兰, 510010, 广东省广州市, 广州军区广州总医院消化内科. 电话: 020-84360607

收稿日期: 2003-03-05 接受日期: 2003-03-24

### 摘要

目的: 对肝豆状核变性24例临床误诊进行分析.

方法: 24例肝豆状核变性患者(男16例, 女8例, 年龄4-27岁, 平均16.3岁) 分析找出误诊原因.

结果: 24例患者中均有误诊, 起病至确诊时间为6 mo-18 a.

结论: 肝豆状核变性临床容易误诊.

周兰, 孙桂华, 黄小让, 宋鸿. 肝豆状核变性临床误诊 24 例. 世界华人消化杂志 2004;12(1):232-233

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/232.asp>

### 0 引言

肝豆状核变性(又称Wilson病)是一种可治的铜代谢障碍引起脑、肝病变为主的全身性疾病, 系一种常染色体隐性遗传性疾病. 本病少见, 多为隐匿起病, 临床表现多样, 诊断困难, 易漏诊、误诊, 为加深对本病的认识, 现将我院 1990-1997 年收治的肝豆状核变性 24 例临床资料分析如下

### 1 临床资料

本组共 24 例, 占同时期住院人数的 11.2 人/10 万, 其中男 16 例, 女 8 例, 男:女=2:1, 发病时年龄 4-27(平均 16.3)岁其中 41.7% 的发病在 15 岁前. 有肝豆状核变性家族史 14 例(58.3%), 其中有一患者姐姐及其 2 个儿子均患本病. 主要临床表现包括高热 19 例, 震颤和肌强直 17 例, 眼黄尿黄 15 例, 共济失调 12 例, 行走不稳 10 例, 腹胀、腹水 8 例, 双下肢水肿 6 例, 血尿、尿少 13 例, 脾大 5 例. 儿童神经系统症状少见, 而成人以神经症状为主, 神经症状主要是震颤和肌强

直, 语言障碍、精神症状. 根据 Scoh 与 Lange 分型为: 脑神经型或称肝状型 8 例(33.3%)肝型或腹型 6 例(25.0%)神经型或假性硬化型 10 例(46.6%). 首发症状为神经系统, 锥体外系统 12 例(50%), 肝功异常者 9 例(33.3%), 另 3 例以浮肿尿常规改变为首发. 角膜色素环(Kayser-Feisches 环): K-F 环阳性 20 例(83.3%). 仅 4 例未见到. 实验室检查: 尿异常 17 例(66.6%), 肝功能异常 12 例(50%), 有 4 例出现异常的脑电图, 2 例患者头颅 CT 有脑萎缩改变, B 超或 CT 示肝大的有 4 例. 所有病例均作 2 次以上血铜蓝蛋白检查, 均明显低于正常值(0-13 mg/dl), 平均值为 7.4±0.3 mg/dl. 1.7 起病至确诊时间: 6 mo-18 a, 中位确诊时间 5.5 a, 超过 10 a 者 7 例(29.9%). 误诊主要疾病: 震颤麻痹 11 例, 肝炎、肝硬化 10 例, 共济失调 4 例, 急慢性肾炎 3 例, 癫痫及植物 N 功能紊乱各 1 例, 肾结石, IgA 肾病, 乙肝肾, 蛛网膜炎及恶性淋巴瘤各 1 例, 甲状脉机能亢进症 2 例.

### 2 讨论

各地发病率差异较大, 本组为 11.2/10 万人, 德国为 3/10 万人, 英国为 2/10 万人, 美国为 1/10 万, 我国缺乏流行病学资料, 北京协和医院 53 a 间(1921-1980, 1942-1948 除外)收治 80 例, 占同时期住院患者 0.02% 和神经科住院患者 0.52%, 而后 10 a 即 1980-1990 年收治 56 例. 可能与医师诊治水平提高有关. 以往认为本病系肝-基底神经节-角膜三联征. 近来随着人们对本病认识的不断深入, 现在已认识到本病几乎可累及全身各个系统, 所以临床表现复杂, 尤其是早期症状多样化, 缺乏特异性易致误诊, 本组中期误诊时间为 5.5 a, 说明本病的早期确诊比较困难, 误诊的主要疾病可归纳以下 3 类: 锥体外系疾病, 最为常见, 其中以震颤麻痹及共济失调最为多见; 其次为肝脏疾病, 包括肝炎和肝硬化; (3)泌尿系统及其他系统的病. 包括癫痫, 植物神经功能紊乱, 恶性淋巴瘤、甲亢、蛛网膜炎等. 误诊的主要原因: (1)本病为少见病, 医生对本病认识不足; (2)本病早期临床表现多样化, 例如本组 1