

## 445例颈痛误诊文献回顾性分析及思考<sup>\*</sup>

李奕萱<sup>1,2</sup>, 孟言<sup>3</sup>, 李苗苗<sup>4</sup>, 赵冀校<sup>5</sup>, 刘存志<sup>6</sup>, 张涛<sup>1\*\*</sup>

(1. 首都医科大学附属北京中医医院, 针灸神经调控北京市重点实验室 北京 100010; 2. 北京市海淀区上庄镇社区卫生服务中心 北京 100053; 3. 北京市隆福医院 北京 100010; 4. 北京市门头沟区中医医院 北京 102300; 5. 北京中医药大学中医学院 北京 100029; 6. 北京中医药大学针灸推拿学院 北京 100029)

**摘要:**目的 分析以颈痛为主诉相关疾病的误诊情况及原因,并进一步探讨中西医不同的诊断思路及减少误诊的对策,以助针灸医师提高对本病的认识。方法 系统检索以颈痛为主诉的误诊文献,运用数据挖掘的方法对文献进行回顾性分析,梳理中西医不同的诊断思路及减少误诊的个性化对策。结果 ①经检索后共纳入126篇病例报道,累计误诊445例病例。误诊疾病共涉及9个系统,38个病种,其中以颈椎病的误诊诊断最多。确诊疾病共涉及7个系统、46个病种,以肿瘤、亚急性甲状腺炎、茎突综合征、急性心肌梗死、胸廓出口综合征为主要被误诊疾病。②本病误诊原因多样,以临床症状不典型、对疾病的认识不足、因临床少见病而缺少认识、查体及辅助检查不详细或存在错误性导向等为主要误诊原因。③颈痛的误诊诊断多样,延误病情甚至可危及生命,明确诊断是中西医治疗取得疗效的前提和基础。结论 本病存在多种误诊可能,应仔细采集病史、完善专科查体和辅助检查,注重整体思维及鉴别诊断。针灸科作为颈痛患者就诊的主要科室,为提高颈痛的诊疗水平,要求针灸医师夯实西医的颈痛诊断思路,紧扣中医“三辨病”的“辨病论治”原则,以期减少误诊、治病求本、提高远期疗效。

**关键词:**颈痛 误诊 针灸 文献回顾

doi: 10.11842/wst.20220910002 中图分类号: R249.8 文献标识码: A

颈痛(Neck pain, NP)多为骨骼肌肉疾病。但颈部的结构较为复杂,包括支配颈部运动的7块椎骨和相关运动肌群,其内部包绕脊髓,8对颈神经从其间发出,对四肢以及内脏的运动和感觉发挥着至关重要的作用。前颈部亦包含咽喉、食管、甲状腺体等结构。因此,看似简单的颈痛,亦可提示重大的疾病,如感染、风湿病变、神经系统病变、心血管病变或恶性肿瘤等,如处置不力或误诊,可导致瘫痪甚或危及生命。相关研究表明,颈部疼痛已成为致残的第四大原因,在美国的医疗保健支出中位列第一,是重要的社会公共问题<sup>[1-2]</sup>。随着颈痛患者来诊针灸门诊的需求日益增多,对本病的评估及快速诊断,既是基本

功,又极富挑战性。关于本病误诊的相关研究多有报道,却鲜有重视及整理。但是这些误诊报道对临床诊断及鉴别诊断具有极大的警示作用,值得深入研究。

因此,本文结合临床实际情况,创新性地以颈痛这一常见症状作为横向切入点,回顾性分析以颈痛为主诉的误诊文献,通过应用文献计量学及数据可视化分析等方法深入探讨颈痛相关疾病的误诊情况及原因,并进一步系统梳理中西医不同的诊断思路,提出减少误诊的个性化对策,以期提高针灸医师对本病的临床诊疗认识。

收稿日期:2022-09-10

修回日期:2022-11-07

<sup>\*</sup> 北京市医院管理中心“青苗计划”项目(QML20191001):“青苗计划”,负责人:张涛;北京市医院管理中心北京市属医院科研培育计划项目(PZ2020025):火针治疗轻中度“肾阳亏虚型”良性前列腺增生的临床研究,负责人:张涛;北京市科学技术协会青年人才项目:青年人才托举工程,负责人:张涛。

<sup>\*\*</sup> 通讯作者:张涛,副主任医师,医学博士,主要研究方向:针灸临床疗效评价及标准化研究。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

以((“颈痛”and“误诊”)or(“颈痛”and“误治”)or(“颈部疼痛”and“误诊”)or(“颈部疼痛”and“误治”))为关键词系统检索中国生物医学文献数据库(SinoMed)、中国知网数据库(CNKI),万方学术期刊全文数据库(WANFANG)及维普中文科技期刊数据库(VIP)的全文数据库,收集有关以颈痛为主诉/首发症状的误诊文献。检索时限为建库至2022年4月30日。会议论文及硕博学位论文亦纳入检索范围,不限发表语种及年代。

### 1.2 纳入及排除标准

#### 1.2.1 纳入标准

纳入的文献应该满足:①文献中患者应以颈痛为主诉/首发症状;②报道病例均为临床误诊病例;③文献中患者临床资料完整,须包含患者误诊疾病、确诊疾病、误诊原因等信息。

#### 1.2.2 排除标准

排除以下文献:①同一作者的重复文献;②文献综述、Meta分析等非临床研究文献;③无法获取全文或经验总结等无可提取数据的文献;④文章中患者误诊或确诊疾病数据统计前后矛盾或含糊不清,无法得出明确信息的文献;⑤研究年龄小于18岁且属于儿科疾病的文献。

### 1.3 数据规范化及录入

#### 1.3.1 录入结果

根据预定检索词检索颈痛误诊的相关文献,利用知网研学软件对所获取文献进行统一管理,由2位具有一定文献筛选经验的临床研究者根据提前商定的纳排标准对文献独立进行筛选,阅读原文并采用提前设计的文献提取表格对纳入文献进行数据提取并交叉核对,筛选及数据提取过程中如意见不一,则交由第三名资深研究者协助裁决,以建立“颈痛误诊文献网络数据库”。

#### 1.3.2 疾病名称规范化处理

根据《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-11)》对纳入文献所涉及病种进行疾病名称规范化处理及系统分类。

### 1.4 质量控制

采用三级审核制度:经过自审、互审、全面审核,对录入中出现的问题经过讨论后进行规范化处理,保

证录入文献的质量。

### 1.5 数据提取、挖掘与分析

对纳入文献进行数据提取,提取内容包括文献名称、作者信息、发表年份、误诊疾病、误诊疾病系统、确诊疾病、确诊疾病系统、误诊原因等条目信息,运用Microsoft Excel 2019软件建立“颈痛误诊文献网络数据库”,进行描述性统计及数据可视化处理,探求本病的误诊情况及误诊原因。

## 2 结果及分析

### 2.1 文献筛选结果

通过检索共获得原始相关文献1347篇,通过阅读题目、摘要剔除重复文献155篇,剔除不符合纳入标准的文献795篇;通过进一步阅读全文剔除271篇(其中剔除非误诊文献88篇,非颈痛文献93篇,非颈痛为主诉文献35篇,无可提取数据文献37篇,儿科病例报道15篇,重复文章3篇),共纳入126篇文献、445例病例进行分析研究。

### 2.2 发表热度

为了探求颈痛相关文献的发表热度,通过提取数据将所纳入文献的发表年份进行统计分析(图1)。通过分析发现,颈痛相关误诊报道的发表热度较低,关注度不足。其误诊报道数量(126篇)总体呈先递增后递减的趋势,但波动较大。其中以2004–2016年相对属于发表高峰(2011年发表最多,为13篇),近期受关注较少。其误诊数量变化趋势可能反映出随着相关临床诊疗指南的完善、相关辅助检查的开展以及临床经验的累积,医师对颈痛的认识更加完善与深入,从而误诊较少,但亦不排除存在发表偏倚或关注不足的情况。

### 2.3 误诊及确诊疾病

为了探求颈痛误诊及最终确诊疾病的相关情况,本文将其进行了描述性统计,具体情况见表1、表2。

通过统计分析后发现,误诊疾病中涉及9个不同系统、38个病种,其中以颈椎病的误诊诊断最多(224例,占50.34%),可能因疾病概念具有较大的普适性而诊断模糊,这提醒医者应谨慎诊断。其次误诊较多的为蛛网膜下腔出血(18例,占4.04%)。蒙喜斯等<sup>[9]</sup>报告了14例首发症状为颈痛的患者被误诊为蛛网膜下腔出血的病案,最后诊断为结核性脑膜炎。其误诊原因主要为临床症状不典型,仅以低热和颈痛为主诉,经对

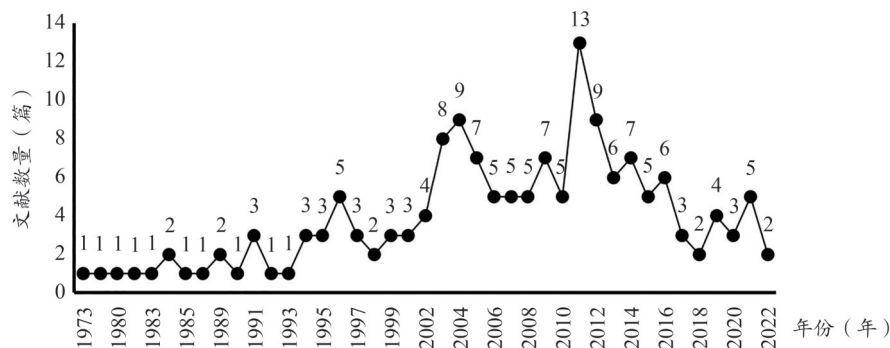


图1 纳入文献发表年份折线图

表1 误诊疾病汇总

| 疾病类型          | 病例数 | 病种数 | 具体疾病(病例数)                                                              |
|---------------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------|
| 肌肉骨骼系统或结缔组织疾病 | 234 | 8   | 颈椎病(224)、强直性脊柱炎(1)、风湿性关节炎(2)、颈部扭伤(1)、风湿性多肌痛(1)、斜颈(1)、颈椎半脱位(1)、脑外伤(1)   |
| 某些感染性疾病或寄生虫病  | 22  | 5   | 蛛网膜下腔出血(18)、结核性脑膜炎(1)、病毒性脑膜炎(1)、肾结核(1)、结核性关节炎(1)                       |
| 呼吸系统疾病        | 19  | 4   | 上呼吸道感染(2)、慢性咽炎(5)、急性咽炎(11)、咽部感染(1)                                     |
| 肿瘤            | 14  | 3   | 肺肿瘤(10)、甲状腺肿瘤(2)、其他肿瘤(2)                                               |
| 神经系统疾病        | 8   | 8   | 神经根型颈椎病(1)、脊髓型颈椎病(1)、偏头痛(1)、脑出血(1)、三叉神经痛(1)、症状性癫痫(1)、癫痫发作(1)、臂丛神经损伤(1) |
| 内分泌、营养或代谢疾病   | 8   | 5   | 亚急性甲状腺炎(3)、急性甲状腺炎(1)、甲状腺肿物(1)、慢性淋巴细胞性甲状腺炎(2)、结节性甲状腺肿(1)                |
| 循环系统疾病        | 6   | 3   | 淋巴结炎(3)、缺血性心脏病(2)、心绞痛(1)                                               |
| 消化系统疾病        | 1   | 1   | 牙髓炎(1)                                                                 |
| 发育异常          | 1   | 1   | 脊髓动静脉畸形(1)                                                             |
| 未明确           | 132 | 0   | 未明确(132)                                                               |
| 总计            | 445 | 38  |                                                                        |

注：“颈椎病”相关疾病中，因部分文献年代久远，描述欠规范，可能存在颈型颈椎病、神经根型颈椎病、脊髓型颈椎病等不同分型，如遇未明确说明分型，则统一归为本类。下同。

症处理后疗效欠佳而反复行CT及脑脊液检查方确诊。这提醒医者对脑脊液常规检查和生化检查难以用蛛网膜下腔出血解释时，应考虑结核性脑膜炎的可能(见表1)。

在确诊疾病中，涉及7个不同系统、46个病种，与颈痛相关性最强的疾病前5位分别为肿瘤、亚急性甲状腺炎、茎突综合征、急性心肌梗死、胸廓出口综合征。这些疾病均以颈痛为首发或主要症状，临床上较易发生误诊，需进一步结合相关专项检查以明确诊断，以免发生误诊。其中肿瘤的误诊率(32.36%)最高，颈痛与肺肿瘤、脑肿瘤、胃肿瘤、鼻咽肿瘤和椎管肿瘤高度相关，应提高警惕、注意鉴别。近两年齿状突加冠综合征<sup>[4-7]</sup>在误诊文献中属于比较新的诊断，近两年发表相关文献占比最多(66.7%)，提示该病正逐步受到临床医师的重视，应该加强对该病的深入认

识，避免漏诊和误诊(见表2)。

2.4 误诊疾病及确诊疾病关系

为了更加直观地探求颈痛中常见误诊疾病与确诊疾病的关系，本文选取确诊疾病中总病例数大于30例的6种疾病进行误诊频数统计及占比计算，并运用蚂蚁公司的前端可视化框架AntV对处理后的数据进行效果展示。其中圆圈直径越大，代表出现频次越高，反之出现频次越低。具体数据展示如图2。通过数据分析后发现肿瘤的误诊最高(144例)，最易被误诊为颈椎病。其次是亚急性甲状腺炎(59例)，容易被误诊为急性咽炎、上呼吸道感染、甲状腺肿瘤、牙髓炎、甲状腺肿物、甲状腺炎等。急性心肌梗死发生误诊45例，容易误诊为颈椎病和三叉神经痛等。茎突综合征发生误诊44例，容易误诊为颈椎病、慢性咽炎等。胸廓出口综合征及颈神经后支源性颈肩痛也极易误

表2 确诊疾病汇总

| 疾病类型          | 病例数 | 病种数 | 具体疾病(病例数)                                                                                                     |
|---------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 肿瘤            | 144 | 7   | 肺肿瘤(54)、其他肿瘤(48)、鼻咽肿瘤(14)胃肿瘤(12)、脑肿瘤(8)、椎管肿瘤(6)、肝肿瘤(2)                                                        |
| 神经系统疾病        | 63  | 9   | 颈神经后支源性颈肩痛(35)、胸廓出口综合征(15)、特发性低颅压综合征(4)、颈源性头痛(3)、颅内静脉血栓形成(2)、脊髓侧索硬化(1)、锁骨下动脉狭窄(1)、脊髓血管畸形(1)、结核性脑膜炎并隐球菌性脑膜炎(1) |
| 内分泌、营养或代谢疾病   | 62  | 4   | 亚急性甲状腺炎(59)、甲状腺功能亢进(1)、甲状腺异位(1)、化脓性甲状腺炎(1)                                                                    |
| 某些感染性疾病或寄生虫病  | 49  | 10  | 结核性脑膜炎(15)、带状疱疹(11)、颈结核(1)、胸椎病变放线菌感染(1)、急性化脓性甲状腺炎(1)、甲状腺脓肿(1)、布鲁氏杆菌病(1)、界线类偏瘤型麻风(1)、颈部脓肿(1)、颈部支气管源性囊肿(16)     |
| 循环系统疾病        | 46  | 2   | 急性心肌梗死(45)、颈椎管狭窄(1)                                                                                           |
| 肌肉骨骼系统或结缔组织疾病 | 25  | 5   | 颈椎病(12)、风湿性多肌痛(9)、强直性脊柱炎(2)、布鲁杆菌性脊柱炎(1)、急性硬脊膜外血肿(1)                                                           |
| 呼吸系统疾病        | 4   | 4   | 胸腔积液(1)、咽旁脓肿(1)、淋巴结炎(1)、气管憩室伴感染(1)                                                                            |
| 未分类、不明确       | 52  | 5   | 茎突综合征(43)、齿突加冠综合征(5)、褐黄病性骨关节炎(1)、食管异物(1)、不明确(2)                                                               |
| 总计            | 445 | 46  |                                                                                                               |

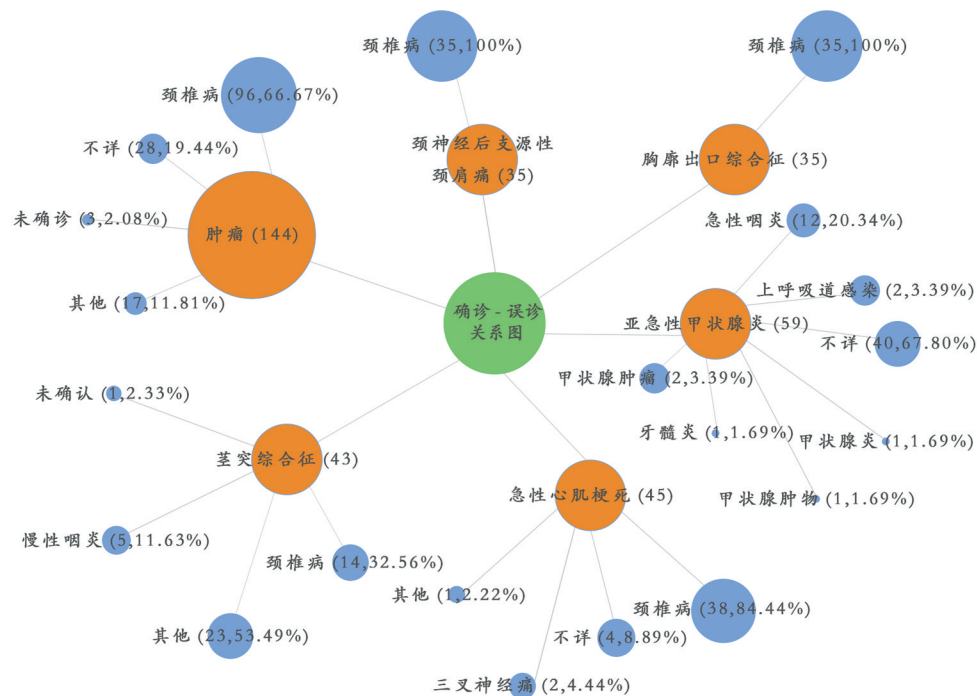


图2 误诊疾病-确诊疾病关系图(总病例数大于30例)

注:如肿瘤(144)代表颈痛确诊疾病中有144例最终确诊为肿瘤,颈椎病(96,66.67%)代表确诊为肿瘤的疾病中,有96例被误诊为颈椎病,其占比为66.67%。

诊为颈椎病。综上研究也发现,误诊疾病中颈椎病出现的频率最高,约占总误诊疾病的50.34%,具有极大的迷惑性,临床中需提高对疾病的认识,注意鉴别诊断。

2.5 疾病误诊原因

本文将445例的误诊原因进行统计分析,发现在整体上颈痛误诊的主要原因有5种。其中发病症状不典型为误诊的首要原因(212例,占47.64%),其次因对

疾病认识不足、忽视疾病特点或缺乏整体思维的误诊有135例(占30.34%),因临床少见病而缺少认识的误诊有35例(占7.87%)。其余结果见表3。

在具体病种上,144例肿瘤病例中有76例因症状不典型而导致误诊(占52.78%),28例因对疾病认识不足而导致误诊(占19.44%),12例因辅助检查存在误导性而导致误诊(占8.33%),4例因少见病如霍奇金病、恶性组织细胞病、恶性黑色素瘤等临床认识较少而误

表3 颈痛误诊原因统计

| 误诊原因               | 病例数 | 占比     |
|--------------------|-----|--------|
| 症状不典型              | 212 | 47.64% |
| 对疾病认识不足            | 135 | 30.34% |
| 原因不详               | 48  | 10.79% |
| 少见病                | 35  | 7.87%  |
| 查体、辅助检查未做,或结果存在误导性 | 13  | 2.92%  |
| 患者原因拒绝进一步检查        | 2   | 0.45%  |
| 总计                 | 445 | 100%   |

诊,其他24例原因不详。59例亚急性甲状腺炎中有44例(占74.58%)因症状不典型而导致误诊,15例(占25.42%)因对疾病认识不足而导致误诊。45例急性心肌梗死中有39例(占86.7%)因症状不典型而误诊,4例(8.89%)因对疾病认识不足而误诊,2例(占4.44%)因患者拒绝进一步检查而误诊。

通过分析误诊原因,发现医师对于部分疾病的不典型症状及疾病认识不足是误诊的主要原因。这提示医者在临床上需要全面把握疾病特点及警惕不典型症状,仔细、全面收集患者病史,积极完善体格检查及相关辅助检查,以减少误诊及漏诊。在本研究中发现,误诊最多的肿瘤中不典型的颈痛症状往往极具迷惑性,是其误诊的主要原因。如肺癌中骨转移早期X线片不易发现骨质破坏,仅有局部疼痛,骨质破坏常在局部疼痛出现1-2个月之后X线片上才能表现出来,往往容易误诊为颈椎病。因此,对颈痛久治不愈的中老年患者需重视常规胸部X线片检查及肿瘤标志物的筛查,以免贻误病情。

### 3 讨论

#### 3.1 明确西医诊断的思路

为了明确诊断、减少误诊,对于相对复杂的颈痛需结合患者病史,明确疼痛的位置、发作的性质(如胀痛、刺痛、游走性疼痛等)、疼痛持续时间、诱发和缓解因素、伴随症状(如是否伴有上肢麻木、感觉异常、晨僵等)等问题,并进行详细的体格检查和相关辅助检查,以便制定下一步诊疗方案。其中,体格检查包括观察患者的整体情况、检查关节活动度、触诊反应点/反映点、神经系统查体等。神经系统查体是神经科最重要的查体内容,对于评估神经受累程度具有重要作用。所有新发颈痛、创伤、中度或持续性颈痛以及肩部或手臂牵涉痛的患者均需接受神经系统检查。值得注意的是,胸廓出口综合征是一种常

误诊为神经根型颈椎病的疾病,大多是神经源性的,是因臂丛神经或血管受压而产生一系列神经或血管症状,需结合体格检查、影像学以及电生理检查以明确诊断<sup>[8-12]</sup>。

颈痛的辅助检查以影像学检查、电生理检查和部分实验室检查为主。一般情况下,大部分非创伤性颈痛患者无需影像学检查。但若发现与年龄无关的退行性改变,如怀疑脊柱或深部组织感染、恶性肿瘤、近期神经功能急剧下降或脊髓受压表现、持续性中度至重度颈痛无法缓解(疼痛超过6周、严重影响日常生活/工作及睡眠)等问题时,需积极完善影像学检查。电生理检查主要包括心电图和神经传导速度检查,用于鉴别神经根痛与肢体感觉倒错等其他病因,一般不用于常规评估中。实验室检查用于筛查非骨骼肌肉病所致的颈痛,如疑似心肌缺血需完善心电图和心肌酶谱等,疑似风湿性疾病需完善风湿免疫相关指标、炎症因子等,疑似感染疾病需完善血常规、血培养、血沉、CRP等,疑似恶性肿瘤需完善肿瘤标志物等,也不用于常规评估中<sup>[8-12]</sup>。

为了减少误诊,在具体措施方面建议做到以下4点。第一,生命体征不稳定的危急病人应结合病史、体征、简易体格查体及辅助检查等,快速识别危急疾病,以免贻误病情。第二,次危急病人应完善病史收集,结合患者病史、年龄,明确疼痛的位置、发作的性质、疼痛持续时间、诱发和缓解因素、伴随症状等相关问题,完善关节活动度及神经系统检查,结合具体情况完善相关辅助检查。本次研究也发现,由于解剖关系临近牙齿、咽喉部及甲状腺等位置,容易存在牙髓炎、急/慢性咽炎、亚甲炎、呼吸道感染等误诊,临床中应结合疾病特点,注意鉴别。第三,合理利用影像学检查,但不过度依赖。由于颈椎退行性改变较常见且无特异性,有时并不能明确颈痛的原因,如神经根病伴椎间盘退变,患者可能同时出现多种颈椎问题,因此很难识别出单个病因,往往容易诊断为颈椎病,因此不可过度依赖影像学诊断而作出“颈椎病”的潦草诊断,需拓宽思路,提高对非本专业疾病的认识。第四,加强与患者的沟通。在治疗过程中应注意动态观察病情变化及疗效,注重综合判断及整体思维,部分疾病往往可能因症状不典型而误诊,如若对症治疗效果欠佳,应及时考虑是否存在误诊,并结合临床实际及时调整思路。

### 3.2 探索中医诊断的思维

作为一名针灸科医师,更需注意的是明确中医诊断,紧扣“辨病论治”原则进行治疗,方可灵活、扎实地运用中医思维,治病求本,提高针灸疗效。

①辨病种以“分病论治”。针对不同疾病引起的疼痛,尽管通过针刺局部经络腧穴或反映点/区,便能够快速起到抗炎镇痛的作用,但未明确诊断、忽视对其进行病因管理及整体调护,可导致颈痛反复,甚至缠绵难愈。根据不同系统疾病的病因和发病特点,采用不同针刺原则和方法以治病求本,方可起到事半功倍的效果。如对于颈痛中最常见的骨骼肌肉疾病,其多因不当久坐、贪凉受寒、年老瘀血痹阻等引发“不通则痛”,经活血通络、温经止痛往往便能起到满意疗效;对于神经根病或脊髓病,其多因神经卡压或脊髓损伤等引发“不荣则痛”,需通过神经查体或放射学检查(必要时可结合电生理检查)明确受累神经及脊髓节段,在刺激反映点的基础上重点关注神经或脊髓节段对应督脉、夹脊穴及膀胱经,注重“气血荣养”以治痛;而明确诊断为风湿免疫系统的疾病,其病多“虚实夹杂”,存在整体脏腑功能失调,同时感受风、寒、湿、热等六淫邪气从而产生痰、瘀等病理改变<sup>[13]</sup>,需根据患者病情以“脏腑辨证”为原则进行整体治疗,做到“正气存内,邪不可干”,才能取得事半功倍的效果。

②辨病证以“养心”、“疏肝”和“调气血”。颈痛一般认为是躯体疼痛问题,因此目前针灸治疗主要围绕局部的止痛治疗。随着颈痛相关病因的深入研究,越来越多的研究证明本病的发生、发展与患者整体健康状况、睡眠状况及情绪状况联系密切,易形成恶性循环<sup>[14-15]</sup>。因此,在针灸治疗中应充分关注相关问题,如焦虑、抑郁、失眠等,一方面向患者充分沟通,全方位进行自我管理,改善不良情绪及睡眠习惯;另一方面也应关注患者整体状态,结合病情辨证取穴,酌加手少阴、足太阳、足厥阴、督脉为法,关注“养心安神”、“疏肝解郁”与“调气和血”的重要性,改善不良情绪和整体健康状况等,以期取得更好的疗效<sup>[16]</sup>。

③辨病位以“五体分治”。在针刺过程中把握合

适的深度,是发挥针刺效应、提高疗效、保障安全的重要部分。《素问·刺要论》言:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道”,即人体不同组织层次的病变,需采用不同的针刺方法。根据前述文献回顾分析得知,颈痛这一看似简单的症状可涉及不同系统,不同疾病,病位亦不相同,需把握合适深度以行“刺皮、刺脉、刺肉、刺筋、刺骨”的“五体刺法”<sup>[17-18]</sup>,以期治病求本,提高远期疗效。如颈痛连及手部出现皮肤麻胀感、刺痛、怕冷等皮肤浅表层次不适,属于皮痹,需刺皮即针刺部位刺于皮肤表面;冠心病心绞痛连及颈项部,甚至牵涉到左肩部,属于脉痹。本病多因心脉不通,需以活血化瘀为要,宜刺脉或刺络放血心俞,同时向患者及家属交代病情,必要时尽快专科就诊。

### 4 小结

随着针灸门诊的颈痛患者日益增多,临床上对于本病的快速评估及明确诊断,既是基本功又极具挑战性。颈痛严格来说既是症状又是疾病,是一种复杂的多因素问题,因此明确诊断、减少误诊是早期预防、早期诊断、早期治疗及早期管理的基础。在本次研究中发现,最终确诊的疾病中涉及7个不同系统,46个病种,其中肿瘤、亚急性甲状腺炎、茎突综合征、急性心肌梗死、胸廓出口综合征为主要被误诊的疾病,而更容易将初诊患者误诊为颈椎病。这提示在临床中应提高对这些疾病的认识,全面系统把握颈痛相关疾病的中西医诊断及鉴别要点,减少误诊。

综上,本文概述性地以颈痛相关误诊疾病进行横向分析、比较,以期加深临床医师对颈痛相关疾病的认识、减少误诊。同时,系统梳理西医诊断思路及辨病种、辨病证、辨病位相结合的中医诊断“三辨病”原则,以中西医汇通的思想为基础,首要明确西医诊断,根据病情进行分级诊疗和病因管理,利用针灸多层次、多靶点、多方位的治疗优势,以“三辨病”为诊疗原则,以期提高本病的远期疗效。但限于篇幅、病种量多,无法对更多具体误诊疾病作出详细分析,期待更多相关文献发表,提高医师对本病更加深入的认识。

### 参考文献

- 1 Leigh J, John O, Fischer F, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 2020, 396(10258):1204–1222.
- 2 Dieleman J L, Baral R, Birger M, et al. US spending on personal health care and public health, 1996–2013. *JAMA*, 2016, 316(24):2627–2646.

- 3 蒙喜斯, 孙杰莲. 结核性脑膜炎误诊为蛛网膜下腔出血 23 例临床分析. 临床误诊误治, 2009, 22(6):59-60.
- 4 李叶婷, 吴倩, 陈浩, 等. 齿状突加冠综合征一例. 放射学实践, 2021, 36(10):1335-1336.
- 5 杨海云, 邓强, 朱宝, 等. 齿状突加冠综合征 1 例. 中医正骨, 2022, 34(2):77-80.
- 6 杨博文, 陈耀龙, 柳永明. 齿状突加冠综合征 1 例报告. 甘肃医药, 2021, 40(3):283-284.
- 7 吴若冰, 曹鹏, 吴瑞瑞, 等. 齿状突加冠综合征 1 例. 中医正骨, 2021, 33(7):68-70.
- 8 Cohen S P. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc*, 2015, 90(2):284-299.
- 9 Cohen S P, Hooten W M. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ*, 2017, 358:j3221.
- 10 Childress M A, Stueck S J. Neck pain: Initial evaluation and management. *Am Fam Physician*, 2020, 102(3):150-156.
- 11 Blanpied P R, Gross A R, Elliott J M, et al. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2017, 47(7):A1-A83.
- 12 Bier J D, Scholten-Peeters W G M, Staal J B, et al. Clinical practice guideline for physical therapy assessment and treatment in patients with nonspecific neck pain. *Phys Ther*, 2018, 98(3):162-171.
- 13 李莎. 痹病辨治特点及“风湿四病”证素规律的文献研究. 广州: 广州中医药大学博士学位论文, 2012.
- 14 Peterson G, Pihlström N. Factors associated with neck and shoulder pain: A cross-sectional study among 16, 000 adults in five County councils in Sweden. *BMC Musculoskelet Disord*, 2021, 22(1):872.
- 15 Kazeminasab S, Nejadghaderi S A, Amiri P, et al. Neck pain: Global epidemiology, trends and risk factors. *BMC Musculoskelet Disord*, 2022, 23(1):26.
- 16 栗胜勇, 樊凌, 符文彬. 心肾针灸论治颈椎病颈痛并失眠临床观察. 新中医, 2012, 44(5):86-88.
- 17 吴柳, 罗建. 基于“五体痹”理论探析推拿治疗腰痛病. 亚太传统医药, 2020, 16(3):203-205.
- 18 朱佳玲, 李胜. 从“五体痹”辨证分型探析推拿治疗颈椎病. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(8):1124-1125.

### Retrospective Analysis of Misdiagnosed Literature in 445 Cases with Neck Pain and Reflection

Li Yixuan<sup>1,2</sup>, Meng Yan<sup>3</sup>, Li Miaomiao<sup>4</sup>, Zhao Jixiao<sup>5</sup>, Liu Cunzhi<sup>6</sup>, Zhang Tao<sup>1</sup>

(1. Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing Key Laboratory of Acupuncture Neuromodulation, Beijing 100010, China; 2. Community Healthcare Center of Shangzhuang Town, Haidian District, Beijing 100053, China; 3. Beijing Longfu Hospital, Beijing 100010, China; 4. Beijing Mentougou Hospital of TCM, Beijing 102300, China; 5. School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 6. School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** Objective Analysis of misdiagnosis and causes of neck pain related diseases, and to explore the different diagnostic ideas of Chinese and Western medicine and the countermeasures to reduce misdiagnosis, so as to help acupuncturists improve their understanding of this disease. Method The relevant literature on conditions with neck pain as the chief complaint was systematically searched, using data mining for retrospective analysis, sorting out the different diagnostic ideas of Chinese and Western medicine, proposing individualized countermeasures for reducing misdiagnosis. Results ① After retrieval, 126 case reports were included, totaling 445 cases of diagnostic error, involving 9 systems and 38 conditions, of which cervical spondylosis was the most commonly misdiagnosed. The confirmed cases involved 7 systems and 46 conditions, of which tumors, subacute thyroiditis, eagle syndrome, acute myocardial infarction and thoracic outlet syndrome were the most commonly misdiagnosed. ②The are various causes for the misdiagnosis of this condition, including atypical symptoms, insufficient understanding of the condition, lack of understanding of rare conditions, incomplete physical and auxiliary examinations, or wrong guidance. ③There are many erroneous diagnosis of neck pain, which can delay the condition and even endanger lives. A clear diagnosis is the premise and basis for effective Traditional Chinese and Western medical intervention. Conclusion There exists a number of possibilities for the misdiagnosis of this disease. Therefore, we must meticulously collect medical history,

improve specialist physical and auxiliary examination, emphasizing holistic thinking and differential diagnosis. Acupuncture department as the main department of patients with neck pain, in order to improve the level of diagnosis and treatment of neck pain, requires acupuncturists to consolidate the Western medicine diagnosis of neck pain, closely linked to the Traditional Chinese Medicine "three principles" of "treatment based on disease differentiation", in order to reduce misdiagnosis, cure the disease, improve long-term efficacy.

**Keywords:** Neck pain, Misdiagnosis, Acupuncture and moxibustion, Literature review

(责任编辑: 李青)