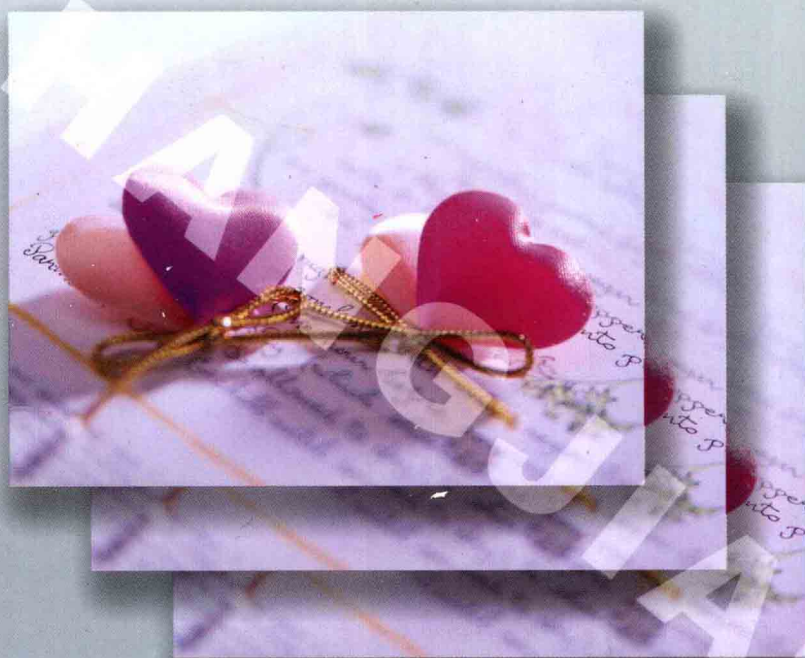


高敬国 吕全兴 张金玉 主编

常见急症 诊断与治疗



科学普及出版社



CHANGJIANJIZHENGZHENDUANYUYZHILIAO

图书在版编目 (CIP) 数据

常见急症诊断与治疗/高敬国, 吕全兴, 张金玉主编.—北京:
科学普及出版社, 2008.8

ISBN 978-7-110-06937-0

I. 常… II. ①高…②吕…③张… III. 常见病: 急性病-诊疗
IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 135182 号

自 2006 年 4 月起本社图书均贴有防伪标志, 未贴防伪标志的为盗版图书。

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 010-62103210 传真: 010-62183872

<http://www.kjpbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

河北太行机械厂印刷厂印刷

*

开本: 889 毫米×1194 毫米 1/16 印张: 19.25 字数: 640 千字

2008 年 9 月第 1 版 2008 年 9 月第 1 次印刷

定价: 39.80 元

ISBN 978-7-110-06937-0/R · 720

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、

脱页者, 本社发行部负责调换)

常见急症诊断与治疗

高敬国 吕全兴 张金玉 主编

科学普及出版社

· 北 京 ·

编辑委员会

主 编	高敬国	吕全兴	张金玉	
副主编	徐允芳	慕少英	杨永奎	陈永挺
	考玉芹	王新国	张文珺	
编 委	高敬国	吕全兴	张金玉	慕少英
	杨永奎	徐允芳	陈永挺	王新国
	考玉芹	王学祥	李爱龙	孙菊杰
	万福英	陈学波	滕旭红	张文珺

责任编辑：张 楠 许媛媛
责任校对：韩 玲
责任印制：安利平

前 言

急救医学是一门综合性临床医学学科，是处理和研究急性病变和急性创伤的新专业。急救工作是各级医院工作的重要环节，是提高抢救成功率、减少死亡率的关键。在病情危急的情况下，要求医生在短时间内对复杂的证候做出正确的判断和及时的抢救，在涉及临床各科的病因中理出头绪。因此，一本内容精辟、使用方便的随身参考书对临床工作者和医学生来说是十分必要的。基于以上考虑，我们编写了《常见急症诊断和治疗》一书。

全书分为上、下两篇，共十六章。上篇简述了常见急症的临床症状和鉴别诊断；下篇叙述了各专科及各系统急症的诊断要点和救治方法，以及小儿液体疗法等。书后附录介绍了急救操作技术、常见急诊检验正常参考值。本书把各专科分散的常用急救知识集中起来，突出鉴别诊断、诊断要点和抢救程序与方法，病名采用英汉对照，计量单位新旧对照。内容力求精辟、实用，并尽可能收集临床上的新进展，融科学性、先进性、实用性于一体。在决断紧迫的情况下，本书可以帮助医师找出患者最大可能的疾病，按抢救程序初步处理，再按诊断要点进一步确诊。同时，为完善治疗，在西医急救的同时，又有中医的辨证论治、单方验方和针灸治疗。尽管中医药在急症救治方面尚有一定的局限性，但其自身的特点和长处仍值得我们研究和借鉴。

综上所述，本书旨在成为临床医师和实习医师的应急参考书，也希望成为急救医学课程的辅助用书。但由于编者水平有限，时间仓促，不足之处在所难免，诚望广大同仁和读者批评指正。

高敬国 吕全兴 张金玉

2008年5月

目 录

上篇 常见急症鉴别

第一章 危重急诊症状 / 3

高热 / 3
休克 / 5
昏迷 / 6
瘫痪 / 8
脱水 / 8
黄疸 / 9
呼吸困难 / 10
抽搐 / 11
呕血 / 12
咯血 / 13
急性腹痛 / 14

第二章 各系统急诊症状 / 16

晕厥 / 16
眩晕 / 17
精神错乱 / 18
头痛 / 19
胸痛 / 20
心悸 / 21
呕吐 / 22
便血 / 24
急性腹泻 / 24
肝脾肿大 / 26
排尿困难 / 27
多尿 / 27
血尿 / 28
少尿 / 29

第三章 其他急诊症状 / 30

急性关节痛 / 30
腰背痛 / 31
淋巴结肿大 / 31
咽痛 / 32
水肿 / 33

下篇 常见急症诊疗

第一章 感染性疾病 / 37

重型病毒性肝炎 / 37
流行性出血热 / 40
狂犬病 / 41
中毒型细菌性痢疾 / 42
金黄色葡萄球菌败血症 / 44
革兰阴性杆菌败血症 / 45
暴发型流行性脑脊髓膜炎 / 46
流行性乙型脑炎 / 48
艾滋病 / 50
疟疾 / 52
急性血吸虫病 / 54
钩端螺旋体病 / 56
伤寒 / 57
重型霍乱 / 59
严重急性呼吸综合征 / 61
人禽流行性感冒 / 62

第二章 肿瘤急症 / 64

腹腔肿瘤破裂出血 / 64
胸腔恶性肿瘤性呼吸困难 / 65

颅内肿瘤危象 / 66

第三章 内分泌与代谢疾病 / 68

甲状腺功能亢进症危象 / 68

甲状腺功能减退危象 / 70

亚急性甲状腺炎 / 71

糖尿病酮症酸中毒 / 72

高渗性非酮症糖尿病昏迷 / 74

低血糖性昏迷 / 75

垂体前叶功能减退危象 / 76

肾上腺皮质功能减退危象 / 77

急性痛风 / 78

电解质紊乱危象 / 79

高钾血症 / 80

低钾血症 / 81

酸碱平衡紊乱危象 / 82

急性血卟啉病 / 84

第四章 血液和造血系统疾病 / 86

急性白血病 / 86

急性溶血性贫血 / 87

再生障碍性贫血危象 / 89

弥漫性血管内凝血 / 90

原发性血小板减少性紫癜 / 92

恶性组织细胞病 / 93

第五章 精神病 / 95

精神分裂症 / 95

癔症 / 96

吗啡型药物瘾 / 97

第六章 神经系统疾病 / 99

急性脊髓炎 / 99

散发性脑炎 / 100

癫痫持续状态 / 101

急性感染性多发性神经炎 / 103

重症肌无力危象 / 104

周期性麻痹 / 105

蛛网膜下腔出血 / 106

脑出血 / 107

脑梗塞 / 109

第七章 循环系统疾病 / 112

高血压危象 / 112

急性心肌梗死 / 114

急性心包填塞 / 116

严重心律失常 / 117

急性心力衰竭 / 121

心源性休克 / 123

心源性猝死 / 124

特发性心肌病 / 126

第八章 呼吸系统疾病 / 129

肺梗塞 / 129

哮喘持续状态 / 130

支气管扩张并咯血 / 131

自发性气胸 / 133

急性肺水肿 / 134

呼吸衰竭 / 136

成人呼吸窘迫综合征 / 138

第九章 消化系统疾病 / 141

肝昏迷 / 141

急性胆囊炎 / 143

急性胰腺炎 / 144

上消化道出血 / 146

胆道蛔虫症 / 148

出血坏死性肠炎 / 149

幽门梗阻 / 150

急性胃炎 / 151

急性胃扩张 / 153

第十章 泌尿系统疾病 / 155

急性肾功能衰竭 / 155

慢性肾功能衰竭(尿毒症) / 157

急性肾盂肾炎 / 159

急性肾周围炎 / 160

第十一章 儿科疾病 / 161

新生儿窒息 / 161

新生儿肺透明膜病 / 162

新生儿溶血病 / 163

新生儿呕吐 / 164

新生儿硬肿症 / 165

小儿急性心力衰竭 / 167

小儿癫痫 / 168

小儿支气管哮喘及其持续状态 / 169

小儿惊厥 / 171

小儿肺炎 / 171

重症婴幼儿腹泻 / 173

脊髓灰质炎 / 174
麻疹 / 174
肠源性紫绀 / 175
小儿水与电解质代谢紊乱 / 176
小儿酸碱平衡及平衡失调 / 179
小儿液体疗法的应用 / 181
特殊情况下的液体疗法 / 185

第十二章 妇产科疾病 / 192

自然流产 / 192
异位妊娠 / 193
前置胎盘 / 194
胎盘早剥 / 195
子痫 / 196
子宫破裂 / 197
羊水栓塞 / 198
产后出血 / 199
异常分娩 / 200
功能失调性子宫出血 / 201

第十三章 皮肤科疾病 / 203

药物性皮炎 / 203
急性荨麻疹 / 204
蔬菜日光性皮炎 / 205
急性丹毒 / 206
带状疱疹 / 206
淋病 / 207

第十四章 外科疾病 / 210

外伤急救 / 210
烧伤急救 / 212
破伤风 / 214
急性阑尾炎 / 215
胃、十二指肠球部溃疡穿孔 / 216
肝破裂 / 217
脾破裂 / 218
急性肠梗阻 / 218
急性腹膜炎 / 220
泌尿系结石 / 220
嵌顿疝 / 222
肠穿孔 / 223

第十五章 损伤及中毒性疾病 / 224

中暑 / 224
电击伤 / 226

淹溺 / 226
绞缢 / 227
冻伤 / 228
毒蛇咬伤 / 229
有机磷农药中毒 / 230
有机氯农药中毒 / 232
有机氮农药中毒 / 233
有机硫农药中毒 / 233
急性铅中毒 / 234
汞中毒 / 235
砷中毒 / 235
中枢神经兴奋药中毒 / 236
镇静催眠药中毒 / 238
拟胆碱药中毒 / 239
抗胆碱药(阿托品类药物)中毒 / 240
抗组织胺药物中毒 / 241
洋地黄类强心甙中毒 / 241
抗心律失常药中毒 / 243
抗心绞痛药中毒 / 243
降压药中毒 / 244
外周血管扩张药中毒 / 245
抗休克药中毒 / 246
麻醉药中毒 / 247
抗菌药物中毒 / 248
抗结核药物中毒 / 252
中草药中毒 / 254
一氧化碳中毒 / 259
二氧化碳中毒 / 260
刺激性气体中毒 / 261
霉菌性食物中毒 / 262
毒蕈中毒 / 264
白果中毒 / 265
发芽马铃薯中毒 / 266
鱼胆中毒 / 266
急性桐油中毒 / 267
急性酒精中毒 / 268
化妆品中毒 / 269

第十六章 眼、耳鼻咽喉和口腔科疾病 / 272

眼、耳鼻咽喉与口腔外伤 / 272
鼻衄 / 274
耳痛 / 275
急性眼痛 / 276
气管异物 / 276
牙痛 / 277
突发性耳聋 / 278

上 篇

常见急症鉴别

第一章 危重急诊症状

高热(High fever)

【概念】

口腔温度高于39℃，或腋下温度高于38.7℃，或肛门温度高于39.3℃，称为高热。但必须排除正常变异的可能，如当体力劳动后，肛温可达39℃，1小时后则自行恢复正常。

【鉴别诊断】

1. 诊断程序

(1) 病史：应详细询问发热过程、时间、类型与规律性，是否伴有畏寒或出汗，并了解各系统症状，以及预防接种史、传染病接触史和居住生活史等。

(2) 体检：应注意有无局部病灶存在，如齿槽脓肿、扁桃体炎、副鼻窦炎、中耳乳突炎、淋巴结炎、蜂窝组织炎、皮肤破溃以及内脏的局部病灶，如肝区、肾区、腹部有否叩痛或压痛、肌卫、肿块或肝脾肿大，注意心肺和神经系统体征，并观察皮肤与黏膜有无黄疸、皮疹、瘀点、皮下结节等。

(3) 实验室检查：根据病史和体检的线索，应及时做常规检查，初步区别感染性或非感染性发热。

① 血液检查：白细胞与中性粒细胞增多者常提示有急性细菌性感染、阿米巴或原虫感染；白细胞计数正常或轻度减少，常提示为病毒感染、伤寒、疟疾、结核等，血液涂片可找到疟原虫、蛔丝虫等。如仍不能确诊，可做血培养、血清凝集实验、甲状腺激素测定、找红斑狼疮细胞等。

② 尿液检查：尿常规是常用的急诊检查项目。必要时可做中段尿细菌培养、计数与药敏试验。

③ 大便检查：大便常规查虫卵、阿米巴原虫、血吸虫卵孵化，必要时做细菌培养。

④ 穿刺液检查：脓液、胸水、腹水或脑脊液常规检验，涂片镜检与细菌培养。必要时还可做骨髓涂片检查和细菌培养。

(4) 其他检查

① X线胸部透视与摄片：有助于胸膜和肺部疾病的诊断。必要时可做胆囊造影、肾盂造影、CT检查等。

② 超声波检查：对于肝脓肿、肝癌、胸腔或腹腔积液、腹腔内实质性肿块均有辅助诊断价值。

③ 活组织检查：肝穿刺为肝脓肿诊断与治疗的重要措施，并可做活组织检查。淋巴结、皮肤、直肠黏膜、肌肉等活组织检查对淋巴瘤、血吸虫病或肌原性疾病有助于确诊。

(5) 治疗性诊断：临床高度疑似某一疾病，但经以上检查均不能确诊者，或病情较重不允许等待检验报告结果的患者，可应用较特效的药物做治疗试验，根据疗效做出诊断。某些外科腹部疾病，可视病情需要作剖腹探查手术，以达诊断和治疗的目的。

2. 高热与主要伴发症状的鉴别

(1) 高热伴有皮疹的疾病

① 麻疹：发热第2~3天口腔颊黏膜出现白色黏膜斑。发热第3~4天于发际、耳后出现散在暗红色丘疹，以后逐渐向颈部、躯干及四肢散布。

② 风疹：发热当天于颜面部出现淡红丘疹，一日内布满全身。

③水痘：发热当天出现红色斑丘疹，24小时内变为疱疹，躯干为多。

④猩红热：发热后数小时于颈部出现弥漫性细小猩红色皮疹，一日内遍及全身，为弥漫性细小密集猩红色皮疹，压之退色。

⑤伤寒：发热第6~8天于胸背部出现少数如帽针头大小的蔷薇疹，现已少见。

⑥恙虫病：发热第4~6天于躯干和四肢出现红斑或丘疹，重者为出血性皮疹。

⑦斑疹伤寒：发热第3~5天于肩、背、胸、腹部出现暗红或出血性斑疹或丘疹。

⑧其他：如败血症、细菌性心内膜炎、药物热、鼻咽部肉芽肿等。

(2) 高热伴呼吸及循环系统症状的疾病

①急性扁桃体炎：咽痛、呼吸急促、扁桃体肿大，可有白色渗出物。

②白喉：扁桃体上有灰白色假膜或声嘶、呛咳，甚至呼吸困难。

③急性上呼吸道感染：咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽，伴全身症状。

④肺炎：咳嗽、胸闷痛，大叶性肺炎常咯铁锈色痰，结合X线肺部检查诊断较易。

⑤肺脓肿：咳大量脓痰，常带血丝，X线胸片示密度增深的阴影或有液平的空洞。

⑥急性粟粒性肺结核：有气急、鼻翼煽动、发绀和盗汗。肺部听诊可正常或有少许湿啰音。X线胸片示弥漫性粟粒性病变。

⑦细菌性心内膜炎：心脏出现病理性杂音，伴有进行性贫血和肝脾肿大，可能在身体其他部位出现血管栓塞现象。

⑧心包炎：有胸痛、呼吸困难、心动过速、心音减弱，甚至休克、心浊音界扩大。

(3) 高热伴腹部症状的疾病

①细菌性食物中毒：呕吐、腹痛、腹泻水样便或洗肉水样便，粪培养可获致病菌。

②细菌性痢疾：腹痛、腹泻脓血便、里急后重，粪培养可得痢疾杆菌。

③胆囊炎与胆管炎：右上腹疼痛、压痛及叩痛，常可触及肿大的胆囊，可有黄疸、肝功能损害。

④肝脓肿：肝区疼痛和叩痛、黄疸，超声波检查常可提示诊断。

⑤急性坏死性胰腺炎：左上腹持续性剧痛、腹胀，腹穿可抽出血性腹水。血和尿淀粉酶均增高，亦有个别不增高者。

⑥脾周围炎、脾脓肿：左上腹痛，脾肿大压痛伴左侧反应性胸膜炎，超声波和X线检查可提示诊断。

⑦急性腹膜炎：常由于胃或十二指肠穿孔、胆囊穿孔、阑尾穿孔或血源性感染所致，满腹压痛伴肌卫，腹穿可抽出炎性液体，内脏穿孔引起者，早期X线腹透可见膈下游离气体。

⑧急性肾盂肾炎：左、右腹部均酸痛，可伴腰痛、呕吐、尿频、尿急、尿痛等症状。尿液分析和细菌培养可明确诊断，如有肾周围炎和肾周围脓肿，肾区疼痛和压痛更明显，上侧腹可能扣及肿大的肾脏。超声波和X线检查显示肾区增大，轮廓不清。

(4) 高热伴神经系统症状的疾病

①急性化脓性脑膜炎：剧烈头痛、喷射性呕吐、昏迷惊厥、败血症症状、脑脊液检查可确诊。

②散发性脑炎：头痛、呕吐、嗜睡，严重者可出现呼吸和心脏麻痹、意识障碍。脑脊液检查压力稍高，蛋白和细胞数轻度或中度增高。

③乙型脑炎：除头痛、呕吐外，重者可迅速昏迷、呼吸衰竭。脑脊液压力稍高，蛋白和细胞数轻度或中度增高。夏秋季流行。

④病毒性脑膜脑炎：各种严重的感染性疾病均可引起，但脑脊液检查正常。

⑤多发性神经根神经炎(格林-巴利综合征)：初起有高热和上呼吸道症状，数日后出现瘫痪和呼吸肌麻痹症状。脑脊液以蛋白增高为主。

(5) 高热伴出血现象的疾病

①流行性出血热：常有皮肤及黏膜搔抓状出血，严重者出现鼻衄、咯血、便血和血尿等。高热后出现休克期、少尿期和多尿期。

②钩端螺旋体病：肺出血型可大量咯血、结膜充血、出血性皮疹，常有全身肌痛，尤以腓肠肌明显。

③急性白血病：常有全身出血倾向、进行性贫血，周围血象和骨髓象有大量幼稚细胞。

④急性再障：常因合并感染而高热，有全身出血倾向，周围血象红细胞、白细胞和血小板均减少。

⑤恶性网状细胞病：以皮肤和黏膜出血为主，肝脾肿大、全身衰竭，骨髓象或内脏组织活检可找到恶性网状细胞。

(6) 高热伴其他症状的疾病

- ①周期性高热：如疟疾、回归热、波状热、淋巴瘤和变态反应性亚败血症。
- ②高热伴关节痛：如风湿热、类风湿性关节炎、红斑狼疮、结节性多动脉炎和皮炎。
- ③高热伴肿瘤：如肾、肝、肺癌。有时发热可为癌肿的唯一表现。
- ④高热伴甲状腺肿和突眼：甲状腺功能亢进危象。
- ⑤高热伴免疫性疾病：如艾滋病、变应性亚败血病等。

休克(Shock)

【概念】

休克是由不同病因引起的以微循环血流障碍为特征的急性循环功能不全、组织灌注不良，导致组织缺氧和体内主要脏器损害的综合征。主要病因有细菌或其他微生物的毒素、创伤、失血、心脏功能障碍、过敏和代谢低下等。主要病理改变为微血管收缩痉挛，或引起动-静脉短路开放，使循环灌注量减少，细胞缺氧甚至坏死，继而微循环淤血，有效循环血量和回心血量减少，心排血量急剧减少、血压下降、脉压差缩小。严重病例可发展到弥漫性血管内凝血和器官功能衰竭期。

【鉴别诊断】

1. 诊断程序

- (1) 患者有烦躁或反应迟钝、呼吸困难、尿量减少、高热、寒战等症状，严重者可昏迷。
- (2) 尽快掌握阳性体征：血压常低于10.8 / 8.1kPa(或80 / 60mmHg)；脉压差常低于2.67kPa(或20mmHg)；皮肤苍白，可见瘀点、瘀斑，嘴唇指甲青紫，四肢湿冷，脉搏细弱，呼吸深快或浅快等。后者为血容量不足和组织灌注不足的表现。
- (3) 进行初步处理后，了解详细病史，如有否创伤、失血、吐泻、脱水、皮肤破溃、感染、胸痛、心悸、怕冷、药物过敏，以及二便情况和个人史等。
- (4) 实验室检查：红细胞计数、血红蛋白与红细胞压积升高，常提示血容量缩减与血液浓缩。血小板计数、凝血酶原时间、纤维蛋白原浓度、凝血酶时间等测定，有助于判断弥漫性血管内凝血的存在。白细胞计数可反映是否存在感染和机体的反应性，肝肾功能异常和血钾升高常提示有内脏细胞坏死。
- (5) 血液动力学指标：除测动脉血压外，可根据病情需要，监测中心静脉压，以提示静脉血回流到中心静脉和右心房的情况。如动脉血压和中心静脉压均低，提示血容量不足；如前者低后者高，提示心功能不全，血容量相对过多。休克指数对低血容量性休克的诊断有一定参考意义，计算方法是脉率除以收缩压，指数为1，表示失去20%~30%的血容量；如大于1，表示失去30%~50%的血容量。

2. 休克各类型的鉴别

(1) 低血容量性休克

- ①体内或体外的急性失血，如外伤出血、上消化道大出血、宫外孕出血等。
- ②剧烈呕吐、腹泻、烧伤、蛇咬伤肿胀渗液、糖尿病性脱水、反复应用脱水剂、胰腺炎腹腔渗液等。
- ③由各种原发病引起的休克则有相应的症状和体征，如糖尿病有三多一少症，伴酮症酸中毒者呼气有烂苹果味；肠梗阻者有剧烈呕吐和阵发性腹痛；内脏破裂、肝癌结节破裂，除腹部疼痛和休克外，尚有腹腔内积血的体征，如移动性浊音、腹腔穿刺液为血性等。

(2) 创伤性休克(神经源性休克)：有严重外伤、战伤、骨折、挤压伤病史。由于剧烈疼痛，在创伤后很快出现休克的症状和体征，经包扎止痛后可好转。如休克不易纠正，可能因失血和失液继发低血容量性休克。

(3) 感染中毒性休克

- ①有细菌或霉菌感染的证据。
- ②有休克的症状和体征，白细胞与中性粒细胞常增多，有中毒颗粒或核左移现象，但也有感染严重

而白细胞正常或偏低者。

③各种原发病有相应的症状和体征：如金黄色葡萄球菌感染常有寒战高热，多伴中毒性心肌炎，血培养多呈阳性；革兰氏阴性菌感染常为中度发热，休克时间较长，肢冷和青紫较多见，感染部位常有特殊体征等。

(4) 心源性休克

①由于心功能障碍导致急性心搏出量锐减引起血压下降。

②多发生于急性心肌梗死、心肌炎、心包炎、严重心律失常和晚期重型心力衰竭，死亡率很高。

③心肌炎常有病原微生物感染病史、心前区隐痛和第一心音减弱；心包填塞常伴呼吸困难、心音低、心搏消失，可听到心包摩擦音；急性心肌梗死有特殊的心前区疼痛；阵发性室性心动过速有突发心悸、心率160次/分以上，心电图示QRS波宽而畸形；其他少见病因有肺动脉栓塞、麻醉意外等。

(5) 过敏性休克

①由于变态反应导致静脉系内贮留大量血液，而有效循环血量与回心血量不足，引起血压下降。

②有应用过敏药物病史，全身皮肤呈潮红或苍白，有其他休克征象，可伴发喉头与气管水肿或痉挛。

③常见过敏药物有青霉素、链霉素、磺胺类、各种抗毒素和生物制剂等。亦有因食物过敏或原因不明者。

(6) 内分泌性休克

①由于内分泌功能低下，如垂体前叶功能低下、甲状腺功能低下、肾上腺皮质功能低下等，导致代谢降低，循环衰竭，血压下降。

②甲状腺功能低下者体温不升，脉缓无力，呼吸浅慢、四肢瘫软、嗜睡或昏迷、三碘甲状腺原氨酸(T₃)和甲状腺素(T₄)明显降低。肾上腺皮质功能低下者可高烧，个别体温低，脉速微弱，烦躁不安，腱反射亢进，血皮质醇明显降低。垂体功能低下者兼有上述两病表现，且以垂体激素(如促甲状腺激素、促肾上腺皮质激素)降低为特征。

昏迷(Coma)

【概念】

昏迷是因大脑皮质和皮质下网状结构受到严重抑制，引起脑功能严重障碍(如意识丧失)，全身对各种刺激均失去正常反应的临床表现。昏迷不包括意识模糊、嗜睡和昏睡，后三者是较轻的意识障碍，与昏迷的主要区别是昏睡可以唤醒。

【鉴别诊断】

1. 昏迷程度鉴别 通过体检可鉴别昏迷程度，以决定抢救程序，对深昏迷应根据生命体征的变化采取紧急措施，再进一步了解病史和病因。

(1) 浅昏迷：无自主运动，对周围事物及光与声的刺激均无反应，但对强烈的疼痛刺激，如压迫眶上神经，仍可有痛苦表情和防御反射。咳嗽、吞咽、瞳孔、角膜反射等均可存在。

(2) 中昏迷：对各种刺激均无反应，但对强烈的疼痛刺激可出现防御反射。瞳孔对光反射迟钝，角膜反射减弱，呼吸、脉搏和血压可出现变化。

(3) 深昏迷：对各种刺激均无反应。瞳孔扩大，对光反射与角膜反射消失，其他如咳嗽、吞咽与腱反射均消失，肌张力减退。呼吸常不规则，脉搏弱或扪不清，血压可下降，大小便失禁或潴留。

2. 病史鉴别 昏迷者自己不能讲话，必须向其家属或陪送者详细询问病史，对鉴别诊断有十分重要的价值。

(1) 昏迷情况：昏迷是突然发生，或是在疾病过程中逐渐形成。前者常见于急性脑血管病、中枢神经系统急性感染、颅脑外伤、触电、溺水、急性中毒(如一氧化碳、农药、麻醉药、安眠药等)和中暑等。后者常见于肝昏迷、尿毒症脑病、虚性脑炎、心源性脑病、糖尿病昏迷、内分泌性昏迷、高血压脑病和脑肿瘤等。

(2) 过去史和昏迷前用药史：询问有关肝、肾、心脏疾病、高血压、糖尿病、癫痫等病史，以及居住环境、职业、人际关系、昏迷前情绪和用药情况，如应用胰岛素或口服降糖药者有低血糖昏迷可能，

慢性肝病应用镇静剂或大量利尿药可以诱发肝昏迷等。

(3)昏迷前和昏迷时的伴随症状：昏迷伴高热者以中枢神经系统炎症与全身性严重感染可能性大；昏迷伴抽搐者多见于癫痫、急性脑血管病和药物中毒等；昏迷伴偏瘫者多见于脑溢血、脑血栓形成、脑栓塞；昏迷伴黄疸者以肝昏迷、急性溶血、钩端螺旋体病等可能性大。昏迷伴头痛者以脑炎、脑溢血、蛛网膜下腔出血、颅内肿瘤可能性大；昏迷伴胸闷痛应考虑心肌梗死、阿-斯综合征；昏迷伴腹痛应考虑消化道炎症或梗阻造成的中毒性脑病等。

3. 病因鉴别 通过详细的体检和实验室检查明确病因，以指导治疗。

(1)一般体检

①体温过高常提示严重的感染性疾病；过低常见于酒精和镇静药中毒、黏液性水肿昏迷等。

②呼吸深而快常见于代谢性酸中毒；呼吸浅慢见于颅压增高或碱中毒；呼吸过慢或叹息样呼吸则提示镇静麻醉药中毒。

③脉搏和心率过慢提示心脏传导阻滞或颅内压增高、内分泌功能低下；心动过速提示感染性疾病、内分泌功能亢进、颠茄类中毒等。

④血压显著增高见于脑溢血、高血压脑病及颅内压增高；过低见于感染性休克昏迷、内分泌功能低下、镇静麻醉药中毒。

⑤皮肤瘀点或瘀斑可见于流脑、败血症、血液病等。

⑥呼气有烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒；有氨味可能为尿毒症；有大蒜味提示有机磷农药中毒。

(2)神经系统检查

①眼底变化：凡能引起颅压增高的疾病均可见视网膜静脉充血、视乳头中心凹陷消失，严重者发生视神经乳头水肿、渗出、出血和视网膜动脉变化。

②瞳孔变化：两侧瞳孔大小不等或忽大忽小，可能是脑疝早期征象。

③眼球位置：双眼突出提示甲状腺功能亢进危象或白血病绿色瘤；一侧眼球突出、局部充血、眼肌麻痹，则有海绵窦血栓性静脉炎或眶后肿瘤的可能。

④面瘫与肢体瘫痪：如有中枢性面瘫与同侧肢体偏瘫，说明昏迷是对侧中枢神经系统病变所致。值得注意的是，昏迷病人有时刚开始不出现瘫痪，须连续仔细观察才可发现一侧下肢逐渐外展，肌力下降。

⑤浅反射、深反射、病理反射与脑膜刺激征：对称性的浅、深反射的变化，有助于判断昏迷程度，一般无定位意义。双侧病理反射阳性，见于多种原因所致的昏迷。

(3)实验室检查：应尽快做血、尿、粪常规检查，并抽血测血糖、血酮、电解质等，以初步筛查病因。如病情允许和家属同意，可及时做腰穿取脑脊液检查，对病因诊断有很大意义，但应注意，有颅内压增高者应先脱水治疗，再做腰穿，以防脑疝发生。有中毒可疑者，应取胃液和排泄物作毒物分析。考虑内分泌性昏迷者，应测内分泌激素。

(4)特殊检查：X线头颅摄片和超声波脑中线检查对诊断有一定帮助，但有条件的医院均已被CT头颅扫描所取代，CT对颅内出血和肿瘤的定位诊断准确性较高。其他如脑血管造影、脑室造影、同位素脑扫描和磁共振等检查，可根据情况选用。

4. 引起昏迷的常见疾病分类

(1)急性脑血管病：如脑溢血(内囊出血先有剧烈头痛、呕吐；脑桥出血可突然深昏迷；小脑出血先有枕部头痛和剧烈眩晕)；蛛网膜下腔出血有突然头痛、呕吐，但出血量少的患者可无昏迷。脑血栓形成患者一般无头痛，昏迷也比较少见。脑栓塞患者常有心脏病史，突然发生意识障碍和偏瘫。

(2)感染性疾病：如病毒性脑炎、乙脑、流行性脑脊髓膜炎常发生昏迷。而结核性脑膜炎、隐球菌性脑膜炎和虚性脑炎严重后才发生昏迷。

(3)代谢性疾病：如糖尿病酮症酸中毒昏迷、高渗性非酮症糖尿病昏迷、低血糖昏迷、肝昏迷、尿毒症脑病。

(4)中毒：如一氧化碳中毒，镇静和麻醉药中毒，异烟肼中毒，有机磷农药中毒(对硫磷、内吸磷、敌百虫、敌敌畏等)，有机氯农药中毒(六六六、二二三等)。

5. 心肺疾病 如心肌梗死、心搏骤停、阿-斯综合征、肺性脑病等。

6. 内分泌疾病 如甲状腺功能亢进危象、嗜铬细胞瘤危象、甲状腺功能减退危象、肾上腺功能减退

危象、垂体危象等。

瘫痪(Paralysis)

【概念】

随意运动的功能减弱或丧失，称为瘫痪。功能减弱谓之轻瘫或不全麻痹；功能丧失谓之全瘫或麻痹。

【鉴别诊断】

1. 病因鉴别

(1) 上运动神经元瘫痪(中枢性瘫痪)：是锥体束受损的结果。锥体束起自大脑皮质中央前回的运动细胞，其神经纤维经过大脑皮质下的白质、内囊、脑干，大部分在延髓下端交叉进入对侧的脊髓侧束，终于脊髓各节的前角细胞。锥体束任何一段受损都可以产生上运动神经元性瘫痪。此类瘫痪具有如下特点：肌张力增高，腱反射增强，出现病理反射，肌肉萎缩不明显。常见于大脑、脑干和脊髓病变，如脑血管病，颅内感染，颅内占位性病变，脑中毒，脑外伤，脑干肿瘤、炎症、出血，脊髓炎症、肿瘤和侧索硬化症等。

(2) 下运动神经元瘫痪(周围性瘫痪)：下运动神经元起源于脊髓前角或颅神经运动核，经前根及周围神经(包括颅神经和脊神经)，到达随意肌。其任何部位受损所发生的瘫痪，均称为下运动神经元瘫痪。其特点是：肌张力减退，腱反射减弱或消失，无病理反射，有肌肉萎缩。常见于脊髓前角、前根和周围神经病变，如急性脊髓灰质炎、急性上行性麻痹、急性感染性多发性神经根神经炎、周围神经炎和损伤。

(3) 肌病性瘫痪：是随意肌病损及神经肌肉接头处病变所致的运动障碍。临床上肌病性瘫痪与下运动神经元性瘫痪的表现颇相似，但萎缩的肌肉多在肌体的近端，通常呈对称性分布，并不出现肌束颤动，一般无感觉障碍。常见疾病有重症肌无力、周期性麻痹、进行性肌营养不良症、多发性肌炎等。

(4) 癔病性瘫痪：可表现为单瘫、偏瘫、截瘫，或三肢瘫和四肢瘫，以截瘫最常见。瘫痪的性质既非上运动神经元性，又非下运动神经元性；瘫痪的发生多有明显的精神因素；感觉的缺失与解剖生理特点不相符合，如偏瘫者常发生偏侧的感觉消失，像刀切似的截然分开；病人的暗示性强，症状可因暗示加重或减轻；病人多为女性，既往可能有过类似的病象。

2. 定位诊断

(1) 上运动神经元性偏瘫为大脑半球病损的结果。若中枢性偏瘫伴对侧周围颅神经麻痹者定位于脑干；截瘫或四肢瘫而无颅神经损害者，定位于脊髓；若一侧下肢中枢性瘫痪、同侧深感觉障碍、对侧痛温觉障碍，则为脊髓半切征；如病人上肢呈下运动神经元瘫痪，下肢呈上运动神经元瘫痪，则病变定位于颈段脊髓。

(2) 伴有手套、袜套样感觉障碍的四肢对称性下运动神经元瘫痪，可能是多发性神经炎，但如发病初期有剧烈的神经根性疼痛，合并颅神经损害者，则以多发性神经根炎的可能性大。属于下运动神经元性质的，不伴有感觉障碍的单瘫或某组肌肉的瘫痪，其病变在脊髓的前角。

(3) 逐渐出现的上眼睑下垂、眼球活动受限，或以咀嚼无力及吞咽困难为主诉的病人，如晨起症状较轻，午后加重，应疑为重症肌无力，可作新斯的明试验确诊。突发四肢无力、近端较重，病变前1~2天曾有过度进食碳水化合物，或受凉、过劳的病史，应考虑周期性麻痹。缓慢进行的四肢肌肉萎缩，以肩胛肌及骨盆肌明显，或伴有腓肠肌假性肥大者，可能为肌营养不良症。

脱水(Dehydration)

【概念】

脱水是指各种原因造成体液大量减少到人体体重总量的60%以下，而引起皮肤弹性差、眼窝下陷、血压下降、恶心呕吐、少尿或无尿、乏力眩晕，甚至昏迷等多系统症状的临床综合征，常伴酸碱平衡

紊乱。

【鉴别诊断】

1. 失水多于失钠(高渗性脱水)

(1) 有饮水不足或失水过多的病史, 如使用利尿剂过量、糖尿病酮症或高渗性利尿、尿崩症和大量出汗等原因可造成本症。

(2) 临床表现: 视缺水程度而异, 如缺水量约为体重的2%时, 仅有口渴; 达6%时出现烦渴、尿少、软弱和头昏; 达7%~14%时则不能从事任何工作, 出现幻觉、谵妄、躁动, 甚至昏厥。

(3) 体征: 皮肤与口腔黏膜干燥, 皮肤弹性差, 眼球张力减低, 眼窝凹陷。早期血压可正常, 严重者血压下降, 甚至发生休克。婴幼儿可发生脱水热。

(4) 实验室检查: 尿比重高(尿崩症者例外), 血钠正常或升高, 尿素氮升高, 平均红细胞体积(MCV)缩小, 血浆渗透压升高。

2. 失水少于失钠(低渗性脱水)

(1) 有失钠和失水的病史。常由于肾上腺皮质功能不全, 醛固酮分泌减少以致肾小管再吸收钠不足; 或慢性肾功能不全, 因肾小管病变而对钠再吸收不足, 尿钠排出增多, 引起失钠多于失水。其他病因如烧伤、透析、大量放腹水等。此外, 高渗性脱水者仅补给水分, 未适当补钠也可转变为低渗性脱水。

(2) 症状: 常感疲倦、眩晕, 发生直立性晕厥, 并出现厌食、恶心呕吐、视力模糊、肌肉痉挛性绞痛、脉率细速, 严重者发生木僵、昏迷和休克。常无口渴, 饮水少。

(3) 体征: 皮肤弹性改变可不明显, 尿量一般正常, 血压明显下降, 并出现周围循环衰竭症群。

(4) 实验室检查: 尿比重低于正常, 血钠降低, 血尿素氮、红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积均增高。血渗透压降低。

3. 水和钠成比例的丧失(等渗性脱水)

(1) 一般因胃肠道液体丧失引起, 如呕吐和腹泻, 常见疾病为急性胃肠炎、肠梗阻、霍乱与副霍乱、胰源性腹泻等。

(2) 等渗性脱水状态常不持久, 因患者可饮水, 则导致失钠多于失水; 如患者不能饮水, 则因皮肤蒸发和排尿而导致失水多于失钠。因此, 临床表现常混杂以上两种脱水的症状。

黄疸(Jaundice)

【概念】

黄疸是由于溶血、肝胆疾患及先天遗传性因素引起胆红素代谢障碍的一种表现, 以巩膜、皮肤、黏膜和尿液变黄为特征。血清总胆红素高于 $20.5 / (\mu\text{mol} \cdot \text{L})$ 。如血清胆红素增高而临床表现不明显, 称为隐性黄疸。本节主要叙述急性黄疸。

【鉴别诊断】

1. 血内胆红素负荷增加(溶血性黄疸) 其特点为伴急性贫血, 网织红细胞常增高, 血中总胆红素增高比1分钟胆红素增高更明显。溶血试验阳性, 尿胆原和尿胆素增高, 而尿胆红素阴性。患者皮肤为浅柠檬黄色。

(1) 先天性溶血性贫血: 如遗传性球形细胞增多症、血红蛋白病等。

(2) 获得性溶血性贫血: 各种后天因素, 如免疫、感染、药物、毒素、输血不当、食物等, 引起溶血, 出现黄疸。

2. 肝内胆红素排泄障碍和负荷增加(肝源性黄疸) 其特点为有肝病的症状和体征。血总胆红素和1分钟胆红素均增高, 尿胆红素和尿胆原均阳性。患者皮肤为金黄色。

(1) 药物和毒物中毒性急性肝内瘀胆综合征: 有过量服用有毒药物病史, 如冬眠灵、甲基睾丸素等, 或有毒物接触史, 如饮“锡壶酒”可引起铅中毒性肝病。病因较复杂, 并伴特殊症状和体征。

(2) 感染性肝细胞性黄疸: 如病毒性肝炎、钩端螺旋体病、传染性单核细胞增多症和疟疾等, 各有特殊病史、热型和体征。