

JIZHEN JIANBIE ZHENDUAXUE

急诊

鉴别诊断学

主编 茅志成



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急诊鉴别诊断学

JIZHEN JIANBIE ZHENDUAXUE

主 编 茅志成
副 主 编 季国忠 陈锡厚 刘晓华 陈建荣
赵 林 梅 韬 吴建中 袁定勇
徐忠萍
编 委 (以姓氏笔画为序)
吉孝祥 庄建平 刘晓华 汤成春
吴学豪 吴建中 邱海波 沈连法
陈建荣 陈锡厚 茅志成 季国忠
赵 林 钟正江 袁定勇 夏仲芳
徐 蒂 徐忠萍 徐继扬 梅 韬
谢俊刚 戴国强
主编助理 黄光明 张 宇



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

急诊鉴别诊断学/茅志成主编. —北京:人民军医出版社,2004.4

ISBN 7-80194-221-3

I. 急… II. 茅… III. 急诊-鉴别诊断 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 005934 号

策划编辑:姚磊 加工编辑:赵晶辉 责任审读:李晨

版式设计:周小娟 封面设计:吴朝洪 责任监印:陈琪福

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:25.5 字数:591 千字

版次:2004 年 4 月第 1 版 印次:2004 年 4 月第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:60.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者、本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

内 容 提 要

本书是一部面向广大急诊医师的临床鉴别诊断参考书。对 50 余种急诊常见症状、常见危重症的诊断和鉴别诊断方法进行了全面、系统、深入的论述,内容涉及内、外、妇、儿、传染、眼、耳鼻咽喉、口腔、皮肤、精神等临床各科,针对每一症状及危重症,紧紧围绕其病因、机制、临床特点、诊断及鉴别诊断等项目展开论述,内容贴近急诊临床实践,每节最后还有急救要点。本书内容丰富、资料新颖,便于读者查阅,对急诊医师具有较高的实用价值和指导意义,并适合于各级医院临床各科医师、医学院校师生、进修医师阅读使用。

责任编辑 姚 磊 赵晶辉

编著者名单

(以姓氏笔画为序)

马明洲

王世襄

王金泉

王建群

石静萍

吉孝祥

朱丽华

庄建平

刘 政

刘晓华

汤成春

许远陵

孙伏喜

李淑云

杨 毅

杨文东

吴文蕾

吴学豪

吴建中

邱 勇

邱海波

余德金

沈连法

沈晓辉

宋 伟

宋知非

张 权

张 军

张 宙

陈建荣

南京市第一医院

南通医学院第二附属医院

南京军区南京总医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

南京脑科医院

扬州大学医学院附属医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

南京铁路中心医院

南京医科大学第二附属医院

江苏公安消防总队医院

南京医科大学第一附属医院

南京脑科医院

南京医科大学第二附属医院

南京医科大学第一附属医院

东南大学医学院附属中大医院

南京铁路中心医院

南京市口腔医院

南京军区南京总医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

东南大学医学院附属中大医院

南京中医药大学第二附属医院

南京铁路中心医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

南京大学医学院附属鼓楼医院

南京铁路中心医院

南京市口腔医院

南京脑科医院

南通医学院第二附属医院

陈建荣	苏州大学医学院附属第一医院
陈根娣	苏州大学医学院附属第一医院
陈惠玲	南京脑科医院
陈锡厚	常州市第六人民医院
陈道文	南京脑科医院
茅志成	南京医科大学康达学院
季国忠	南京医科大学第二附属医院
周 群	南京大学医学院附属鼓楼医院
赵 林	南通医学院附属医院
赵翕平	南京脑科医院
胡 晨	南京市妇幼保健院
钟正江	南京解放军八一医院
骆东山	南京大学医学院附属鼓楼医院
袁苏徐	苏州大学医学院附属第一医院
袁定勇	江苏省职工医科大学附属高淳医院
倪 迅	南京脑科医院
夏仲芳	扬州大学医学院附属医院
徐 蒂	南京市妇幼保健院
徐 英	南京市第一医院
徐忠萍	上海同济大学附属东方医院
徐继杨	扬州大学医学院附属医院
郭凤梅	东南大学医学院附属中大医院
唐文杰	南京军区南京总医院
陶 臻	南京市第一医院
陶惠云	南京市第一医院
黄光明	南京医科大学第二附属医院
梅 韬	武汉铁路中心医院
龚 玲	南京市口腔医院
葛久禹	南京市口腔医院
蒋 艺	南京医科大学第二附属医院
程 晔	扬子石化医院
谢俊刚	华中科技大学同济医学院附属同济医院
谭钊安	南京医科大学第二附属医院
缪 珩	南京医科大学第二附属医院
戴国强	南京市第一医院

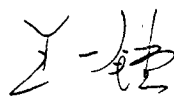
序

临床医师接诊各类患者,医患双方的最终目的均是期望治愈疾病,而治愈疾病的最根本基础,源于正确诊断。如何作出正确的诊断呢?其一,实质上诊断是一种比较,将各种症状、体征和正常情况作相应的比较;其二,诊断是一种鉴别,将各种症状、体征进行各类疾病之间的鉴别。可以说,诊断必须进行鉴别,鉴别是作出正确诊断的基础。

急诊患者往往起病急骤,自发病至就诊之间的时间短暂,起病之初,各种临床表现犹在进展之中,还不十分明显或肯定。因此,要对急诊患者及时作出正确诊断,有时十分困难,例如,胸痛或腹痛的急诊患者,首先要确定是由内科抑或外科疾病所致,初步确定内科或外科疾病之后,还要进一步明确是哪一系统的疾病所致,然后,再确定是哪一类疾病,最终还必须明确这一疾病的严重程度、发展趋势,然后进行恰当的治疗。而每一步骤均可说是鉴别,每一步骤也均必须鉴别。凡遇各类急诊,必须在极短的时间内作出正确的判断,这对急诊医师来讲,更是一个巨大的挑战。因为,有时诊断是否正确,往往直接关系到患者的预后,而且,这是瞬息之间的事,此时,接诊医师必须认真快速地进行检查,尤其是用您过去学习或积累的知识去进行敏捷的思考,去进行鉴别诊断。近年,在心肺脑复苏的高级生命支持阶段,也提出必须重视“DD”(differential diagnosis),即鉴别诊断;要求医师此时应进行认真的思考!

以上这些道理是很显见的,也是每个急诊医师在临床实践中经常遇到和必须认真对待、学习的,但是,目前尚缺少这类可供参考的读物,当然,编写这样的参考书确实有一定的难度。最近,喜读茅志成教授等编写的《急诊鉴别诊断学》一书,内容丰富,且颇有新意,虽该书一时不可能在各方面均尽善尽美,但是,问题的提出即是前进了一大步,故乐而为之序。

国际急诊医学联合会理事
南京医科大学康达学院急诊医学系主任
南京医科大学第一附属医院终身教授



前 言

当今世界,科学技术正以前所未有的速度迅猛发展,医学也不例外,急诊医学作为一门新兴的独立学科在我国虽然仅 17 年时间,但发展非常迅速,急诊科从无到有,并迅速发展壮大,成为医院的一个重要窗口。急诊医疗体系已逐步完善,成为保障人民群众生命安全的救护神。急诊医学学科不断深入,在心肺脑复苏、危重症、创伤、急性中毒、灾害医学等各个领域都取得了巨大进展。

急诊医学与其他临床学科的最主要区别,在于它始终处于处理急性病例和危重症患者的最前沿,要接待大量未经筛选的急危重症患者。这些病例常常涉及多科室间相互关联的各种急危重病症,急诊医师要在非常短暂的时间内给予初步的诊断和处理,为他们赢得更为有效的诊治条件,因此,急诊诊断的正确与否及病情的恰当判断,直接关系到急诊患者的及时、合理救治,往往是整个诊治过程中至关重要的一步。但是,至今有关急诊鉴别诊断的参考书籍尚为数不多,而在急诊临床应急情况下急诊医师尤其需要一部便于查阅及提供诊断、鉴别诊断内容的专著。为满足广大急诊工作者的愿望,提高急危重症的诊断水平,特邀长期工作在急诊临床一线的有关专家教授,根据他们多年的临床实践经验,参考近年的有关文献,共同编写了本书。

急诊患者常以症状为主诉来就诊,故如何利用询问病史、体检和实验室资料等进行快速的综合分析、推理、鉴别、判断和抢救处理,已成为急诊第一线医师的基本思维方法和专业技能。大量临床实践告诉我们,急诊医学是一门跨专业的边缘学科,很多内容存在纵横交叉。一个具有严重休克的复合伤、多发伤患者,首先需要相关专科手术处理创伤,以后随着病情发展又有血流动力学改变、微循环障碍、酸碱与水电解质紊乱、氧与二氧化碳失控、血浆渗透压改变、毛细血管渗漏等改变,发生多器官功能障碍综合征,这是一系列复杂的内科难题,需要急诊医师具备综合分析、判断及救治的能力。因而,本书的编写以急诊症状鉴别诊断为主,辅以各科常见危重症的诊断、鉴别诊断,在编写中做到科学、系统、实用及新颖。

在本书的编写过程中,得到了德高望重的急诊医学老前辈的支持与鼓励,中华医学会急诊学会首任主任委员、北京协和医院邵孝铨教授给予热情指导,中华医学会急诊医学会名誉主任委员、南京医科大学王一镗教授予本书作序;广大编著者辛勤劳动,发挥各自专长,鼎力配合;人民军医出版社给予了十分具体的指导;南京铁路中心医院的领导及同仁们给予鼓励与帮助。在此,一并表示衷心感谢。

由于我们才疏学浅,经验有限,著书全在繁忙工作之余进行,难免仓促;加之文献卷帙繁多,浩如烟海,故在组织和选材方面可能有片面性。众笔合撰,会有重叠、不妥和错漏之处。本书若能对从事急诊的临床医师及其他同道有所帮助,则作者初衷可了。祈求同仁及读者不吝指教为幸。

南京医科大学急诊医学系教授 茅志成

目 录

第1章 概论 (1)	第6章 血液系统急诊 (226)
第一节 急诊医学的范畴..... (1)	第一节 贫血..... (226)
第二节 急诊鉴别诊断的方法..... (2)	第二节 出血倾向..... (234)
第三节 急诊鉴别诊断的思路..... (5)	第7章 泌尿生殖系统急诊 (245)
第2章 常见危重症 (7)	第一节 排尿异常..... (245)
第一节 发热..... (7)	一、急性尿潴留..... (245)
第二节 昏迷..... (29)	二、尿失禁..... (248)
第三节 休克..... (44)	第二节 血尿..... (251)
第四节 急性腹痛..... (53)	第三节 急性肾功能衰竭..... (261)
第五节 多器官功能障碍综合征..... (74)	第四节 阴道出血..... (274)
第3章 心血管系统急诊 (95)	第五节 痛经..... (279)
第一节 晕厥..... (95)	第8章 内分泌代谢系统急诊 (282)
第二节 胸痛..... (104)	第一节 甲状腺肿..... (282)
第三节 心律失常..... (115)	第二节 低血糖..... (289)
第四节 高血压..... (129)	第9章 神经系统急诊 (296)
第五节 急性心力衰竭..... (137)	第一节 头痛..... (296)
第4章 呼吸系统急诊 (151)	第二节 眩晕..... (302)
第一节 发绀..... (151)	第三节 颅内压增高..... (311)
第二节 呼吸困难..... (162)	第四节 惊厥..... (317)
第三节 咯血..... (169)	第10章 运动系统急诊 (323)
第四节 胸腔积液..... (177)	第一节 急性腰背痛..... (323)
第五节 气胸..... (183)	第二节 颈肩痛..... (331)
第六节 急性肺水肿..... (188)	第三节 关节痛..... (338)
第5章 消化系统急诊 (199)	第四节 四肢疼痛..... (343)
第一节 吞咽困难..... (199)	第11章 眼科急诊 (350)
第二节 恶心与呕吐..... (203)	第一节 红眼..... (350)
第三节 呕血与黑粪..... (208)	第二节 眼痛..... (354)
第四节 急性腹泻..... (212)	第12章 耳鼻咽喉科急诊 (362)
第五节 便秘..... (216)	第一节 咽痛..... (362)
第六节 急性肝功能衰竭..... (220)	第二节 鼻出血..... (366)
	第三节 耳痛..... (369)

第 13 章 口腔科急诊	(373)	第 14 章 皮肤科急诊	(384)
第一节 牙痛	(373)	第一节 风团	(384)
第二节 牙外伤	(380)	第二节 丘疹	(388)

第1章 概 论

急诊医学(emergency medicine)与其他临床学科的最主要的区别,在于它始终处于处理急危重症患者的最前沿,要接待大量未经筛选的急危重症病例。这些病例常常涉及多科间相互关联的各科急危重症,急诊医师在非常短暂的时间内给予初步的诊断和处理,为他们赢得更为有效的诊治条件。因此,急诊诊断的正确与否,直接关系到患者的及时、合理的救治,

这往往是整个医疗过程中至关重要的一步。

急诊鉴别诊断学(differential diagnostics of emergency medicine)旨在临床应急情况下为急诊医师提供一部便于查阅、参考的常见急诊病症诊断及鉴别的专著。为了能全面、正确地展开急诊鉴别诊断的有关内容,先就急诊医学范畴、急诊鉴别诊断的方法、思路作一简略阐述。

第一节 急诊医学的范畴

急诊医学是一门内容广泛的学科,应包括以下几个主要方面。

(一)急诊

各种急性病、伤和慢性病的急性发作,这类患者占每日急诊人数的极大部分,可达90%~95%。经过及时确诊和有效处理,大部分患者即可带药回去继续治疗,仅少数患者须留下观察和收入病房治疗。如不予恰当和及时的诊治,就会因延误时机而使患者的病情加重。普通患者可能变为危重患者,甚至丧失生命,这是有很多深刻教训的。如腹泻患者,经急诊医师处理后腹痛毫无减轻,就应重新询问病史,再次进行体检和有关辅助检查,否则极有可能误诊,导致严重后果。

(二)危重症

危重症是急诊医学的重要组成部分,危重病人、伤员须立即组织救治。这类患者人数不多,但须花费很多精力和时间,需要多科

医师会诊,共同解决诊治问题。往往在诊断和处理这类病例过程中,要应用现代医学最新技能,多数须应用多学科的理论 and 经验。休克、多发伤、心搏呼吸骤停、昏迷、ARDS、MODS、脑血管意外、急性心肌梗死、急性呼吸衰竭、严重感染、急腹症、各种危象、急性中毒等等都是危重症。

(三)急性中毒

中毒可分为急性和慢性两类,急诊医学主要是研究和诊治急性中毒,必须快速诊断、抢救,有时因群体中毒而有批量患者。毒物范围很广,包括工业毒物、农药、医用药物、家用杀虫剂、有毒动植物、污染细菌的食物以及军用化学毒剂等,确定毒源往往很困难,但非常重要。

(四)院前急救

亦即初步急救或现场急救,包括工厂、农村、家庭和交通事故现场等所有出事地点对伤、病员的初步急救,主要任务是把有效的初



步急救措施以最快的速度用于伤、病员身上，维持他们的生命。而现场的最初目击者应首先给伤、病人员进行必要的初步急救，并向急救站或医院进行呼救。

(五) 灾害医学

灾害医学是综合性医学学科。其研究内容包括自然灾害(如地震、洪水、台风、雪崩、泥石流、虫害等)和人为灾害(如交通事故、化学中毒、放射性污染、环境剧变、流行病和武装冲突等)所造成的人身伤害后果。灾害是突然发生的，可以造成生态环境的破坏，许多人可能受到伤害。灾害医学是跨学科的专

业，包括急诊内科、外科、传染科、儿科、流行病学、公共卫生学、社会医学、营养学等内容，尤其在伤、病员的病情判断、现场检伤、伤员分流等方面有其独特的内容。

(六) 急诊医疗体系

院前救护必须与医院急诊室的诊治紧密联系起来，即及时将医疗措施送到危重伤员、病人的身边，进行现场初步急救，然后安全护送到就近的医院急诊室作进一步诊治，少数危重症患者须立即手术或送入监护病房或专科病室，这就需要有一个完善的急诊医疗体系。

第二节 急诊鉴别诊断的方法

(一) 急诊病史

1. 急诊病史采集的重要性 没有正确的诊断，就没有正确的治疗，而正确的诊断来源于准确的病史和正确的检查，这一经典概括，反映了病史的重要性。它不但对平诊患者是如此，对急诊患者的诊治与生命的抢救，显得更为重要。要在急诊患者很短的就诊过程中采集到准确的病史，它不仅反映出急诊医师临床医学知识的广度，亦反映出其深度，更能反映出急诊医师的临床经验、技术水平和工作态度。病史不仅是一份医疗档案，而且具有一定法律学意义。总之，病史是非常重要的，特别急诊患者病情变化快，有时有些病情难以预测，故病史的完整性、准确性，关系到诊断与治疗或抢救的准确性，万万不可轻视。

2. 急诊病史采集的方法 采集急诊病史，要求快而准确，但不要为了采集病史而延误诊断和抢救生命的宝贵时间。因此必须根据病情缓急，用不同方式进行病史采集。通常惯用以下3种方式。

(1) 序贯式：按询问病史—体格检查—辅助检查的程序进行。即首先通过详细询问病史，以后再进行系统体格检查，最后根据需要

进行必要的辅助检查。因此问诊是采集病史的第一步。这种方法适合于一般急诊患者，病情不十分紧急者。

(2) 并进式：适合于病情较紧急，或患者表现明显痛苦难忍，希望尽快给予诊治，迅速减轻痛苦。这时如果医师按上述序贯式方式进行，患者往往不耐烦回答医师的询问，因此应根据患者的主诉，立即给患者在进行体格检查的同时，询问病史。如急腹症患者应在进行腹部检查的同时，询问患者：何时起感到何部位疼痛？是绞痛，还是锐痛或胀痛？是一阵阵痛，还是持续痛？在询问过程中同时进行腹部的望诊，是否腹部隆起，有无肠形？接触触诊，询问有无压痛，是喜按压，还是拒按压？有无包块？有无固定压痛点？有无反跳痛？肠鸣音是否正常……这样既完成了腹部的理学检查，有关腹痛的病史特点也大部获得，患者也易合作。对呼吸困难、气喘、端坐呼吸、发绀、大汗不安的患者，亦应采取这种方式，边对胸部进行望、触、叩、听检查，边问是首次发病还是反复发作多年，或是从小就有哮喘病？是夜间睡眠时发作，还是受凉后发作？问注射氨茶碱能否缓解，或是须注射毛花苷C(西地兰)才能缓解等。这样对是

支气管哮喘还是心源性哮喘的病史鉴别,有个大体了解。同时还根据患者提供的特点给注射氨茶碱一支,其症状是否能较明显缓解,就更具鉴别意义,所获得的病史也就更准确。

(3)追记式(后补式):当病情十分危急,需要紧急抢救生命时,如突然倒地不省人事,急送来急诊,已心搏停止,仅剩下最后几次叹息样呼吸,这时医务人员应立即进行徒手心肺复苏术,同时进行气管插管,接人工呼吸机给氧,心电监护,安置除颤起搏器,如为室颤立即除颤、开通静脉通道等进一步复苏措施。待患者呼吸心搏恢复,相对稳定后,再向伴送的家属或同事详细询问病史,了解起病经过及过去史等,系统追记;再补充做必要的体检和辅助检查,以明确突发病因;将病因治疗与对症治疗结合进行。追记法,也适用于外伤大出血者,医师应尽快压迫止血或缝合止血,待出血止住后再追问外伤经过,及进行其他内脏检查,排除内出血等,详细记录以完善病史。

3. 采集急诊病史的要领 如病情允许,最好通过患者自述,取得第一手资料,是最准确的。如病情已不能自述,只有询问其最亲近的在场知情家属,或同事、邻居,通过他们间接了解病史,力求准确。询问病史时,应紧紧围绕急诊时的主诉,或患者的主要临床表现,进行询问,并要了解与主诉相关的问题和伴随症状。了解过去有无类似的发病,曾在何处就诊治疗,疗效怎样。这对某些疾病,如冠心病、心绞痛或慢性心力衰竭急性加重,或慢性胰腺炎、慢性胆囊炎急性加重等均有重要参考意义,可少走许多弯路。但有的也只能作为参考,甚至与本次发病毫无关系,应慎重对待。了解此次发病前患者的一般情况,如精神、情绪、食欲、活动量是否正常,或曾述及有过某些不适,但尚能忍受等。通过体格检查或辅助检查所获得的材料,再重复追问病史以得反证资料,或补充资料。

(二)急诊体格检查

1. 神志清及主诉明确者 一般状况不能忽视,如:一般急诊,较重急诊,垂危急诊。把住四关:体温、脉搏、呼吸、血压。初次急诊者,应按常规询问病史,并进行系统体格检查。体格检查应重点放在与主诉相关的部位。如以剧烈头痛主诉者,应注意有无发热,或有无脑膜刺激征;如剧痛不伴发热,而脑膜刺激征阳性时,应考虑是否为蛛网膜下腔出血;头痛、脑膜刺激征伴发热者,应考虑颅内感染。以呼吸困难为主诉者,应当仔细做胸部、心肺检查。小儿不明原因地突然吸入性呼吸困难,应重点检查有无气管异物。急腹症患者应重点检查腹部及胸部炎症的放射;另外,如腹部器官疾病不能成立时,还应考虑全身疾病的急腹症,如过敏性紫癜、糖尿病酮症酸中毒,有时以右下腹为主诉,常误诊为阑尾炎,应当引起重视。可疑阳性体征,应反复检查验证。病理体征与主诉不符者,应动态检查,反复检查。

2. 神志不清或昏迷者 应按各系统全面体格检查。

(1)生命体征:

①体温:发热是否感染性;夏季高温通风不良时,是否中暑;昏迷数天后发热是否脑干损害(中枢性发热)或继发感染;体温过低或不升,是否休克、颅内肿瘤、肾上腺皮质功能减退、镇静药中毒。

②脉搏:脉弦:动脉硬化、高血压;不齐:可能为心脏病、电解质失衡;过速:可能为心脏病、肺气肿、休克、甲亢;过缓:老年人、病窦综合征、颅内高压、房室传导阻滞。

③呼吸:深而快:糖尿病酸中毒;深而慢:休克酸中毒、尿毒症酸中毒;快而浅:高热、胸外伤、腹膜炎、肺炎、心包炎;点头呼吸:窒息、呼吸衰竭、临终前呼吸;潮式呼吸:间脑或中脑上部损害或近临终前。

④血压:过高:高血压危象,颅内高压;过低:脱水、休克、晕厥、肾上腺皮质功能减退。

(2)气味:酒味:急性酒精中毒;大蒜味:



DDV 中毒;肝臭味:肝昏迷;苹果味:糖尿病酮症酸中毒;尿臭味:尿毒症、尿外渗。

(3)皮肤黏膜:黄疸:可能为黄疸型(甲型)肝炎、中毒性肝炎、肝昏迷;发绀:多为心肺疾患,苯氨或亚硝酸盐中毒;樱桃红色:多为 CO 中毒;苍白:严重贫血(急性溶血性贫血)、大量内出血性休克、低血糖;潮红:多为高热、流行性出血热、阿托品中毒;皮肤瘀点:见于过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热、败血症;外伤:挤压伤;多汗:甲亢危象,有机磷中毒、低血糖、休克。

(4)头面部:头部外伤可能头皮下瘀斑,或头皮下血肿,鼻、耳溢血或出血常见于颅底骨折。双侧瞳孔缩小多见于有机磷中毒、安眠药中毒;双侧瞳孔散大多见于阿托品类中毒或临终前征象。双侧瞳孔不等大、不等圆可能为脑卒中脑疝形成;眼底视神经乳头水肿,多见颅内高压或脑水肿形成。

(5)胸部:桶状胸、叩诊反响增强、唇甲发绀、肺部有湿啰音、呼吸音低等提示有严重肺气肿、肺部感染合并肺性脑病;心律失常发生阿-斯综合征等。

(6)腹部:肝脾大合并腹水常为肝昏迷;腹膨隆、肠鸣音减弱、气过水声到消失,可能为腹膜炎、肠梗阻、肠麻痹所致。

(7)四肢:肌束震颤见于有机磷中毒;双手扑翼震颤多为中毒性或代谢性脑病;杵状指(趾)见于慢性心肺疾患;指甲内有横行白线,可能为重度贫血或重金属中毒;双下肢凹陷性水肿,多为心肾肝疾病晚期、重度营养不良。

(8)神经系统:脑膜刺激征包括颈强直、Kernig 征、Bruzinski 征阳性,提示有脑膜炎可能,其病因有结核性、病毒性、化脓性,或虚性(非脑膜炎的全身感染中毒症状、或中暑等高热病人中可能出现的一过性症状)。Babinski 征、Gorden 征均系锥体外系体征,为脑干受损。

(三)急诊辅助检查

1. 重要性 急诊病人,特别是危重患

者,根据病史及体格检查可能作出初步诊断,甚至明确诊断,而必要的辅助检查仍然不能省略。一方面为诊断提出更客观的证据,另一方面对完整病史也是需要的,为以后治疗可作参考。

2. 检查重点 根据病史特点有的放矢地进行必要的检查,不应无目的地检查很多项目,一方面对诊治没有必要,另一方面也可为患者节省医疗费用。

高热患者,必须查白细胞数加分类,胸部 X 线检查,如诊断仍不清,再考虑做其他有关检查。头痛剧烈伴发热者,应做白细胞数加分类及脑脊液检查。头痛剧烈伴呕吐不发热者,亦应做脑脊液检查。昏迷患者,应查白细胞数加分类,血糖、血尿素氮、血电解质、血氨、血气分析、脑脊髓液,根据病情需要逐个检查。呼吸困难、咳嗽、咯血患者,应急做 X 线胸部透视或胸部摄片。心慌、心悸、胸痛患者应急查心电图及 X 线检查,必要时查血清 CPK-MB、LDH、ALT 或肌红蛋白、肌钙蛋白。腹痛患者,应查血常规、胸腹联合透视、血、尿淀粉酶、腹部 B 超检查、尿常规。腰痛患者,查尿常规、腰部 X 线摄正侧位片。尿频、尿急、尿痛者,查尿常规。腹泻者,查大便秘常规。

3. 对辅助检查结果的评估 大多数急诊辅助检查结果是可信的,可为诊断疾病的主要依据之一,与临床表现相一致。有部分急诊患者,起病急,就诊很及时,而申请的有关辅助检查结果均为阴性,这也属正常情况。因为有些疾病的早期,尚未形成明显病理形态改变,如这时进行检查,往往结果阴性。但待 24h 以后,病理改变明显了,这时再检查就可以获得阳性结果。因此,过早检查的阴性结果,不能否定可疑的诊断,应动态检查。如中毒性肺炎的 X 线检查、中毒性痢疾的大便常规检查、急性脑膜炎的脑脊液检查、脑血栓形成的头部 CT 检查均属此类,医务人员应加注意。有的医师对疾病的诊断、判断错误,



当然结果阴性。有的单位仪器的质量差,有的试剂的标准度低,以及操作人员的技术水平、工作态度等因素,都可能影响检查结果,甚至发出误导报告,医师应予警惕,不要过分相信与依靠辅助检查结果,与临床完全不符者,应提出重做。

(四)急诊病人的观察记录

有些急诊患者,不论是已明确者,或者诊断仍不明确或是病情太重不宜搬动转移者,仍需在急诊科边治疗边观察。对这类患者,

急诊医师应经常去询问病情,反复检查生命体征,发现病情变化并及时处理作好记录(注明日期与时间),还要不断对病情进行分析,必要时组织会诊,专人守护等。病情微小的变化、所作一切诊疗等,均应作好记录,这些都属于病史的一个组成部分,不可忽视。若患者病情当时允许离院时,应对患者及家属等口头交待目前的病情及回去后应注意的事项,并在病史作相应的记录(包括患者当时的病情)。

第三节 急诊鉴别诊断的思路

为疾病作出诊断是从现象到本质的认识过程。凡病情复杂,经过分析比较,确定为某种疾病而排除其他病患的可能,则是诊断和鉴别诊断的过程。经过全面和细心的观察与分析,绝大多数疾病是可以作出正确诊断的。急诊患者常发病急骤、病情变化迅速,或仅出现早期症状,这对临床经验不足者短时间内常常难以辨别病情轻重,亦很难作出正确诊断。要求急诊医师面对错综复杂的病情,不断培养识别真伪、分清主次、综合分析、合理推断的能力,运用辩证唯物主义观点,处理好以下几层关系。

(一)急诊与危重症

大量急诊患者中,病情真正危重者仅为少数,如昏迷、休克、呼吸衰竭、急性心力衰竭等明确的危重症患者,只要及时、积极地实施了各种抢救措施,即使不能转危为安,也尽到了医疗责任。那些急诊就诊时貌似“轻症”的急诊患者,有时病情迅速恶化,诊断又难以明确,出现难以预料的后果,由于医患双方缺乏思想准备,常常由此而酿成严重医疗纠纷,对此类急诊患者称为“潜在危重症”。对任何一位急诊患者,除情节明白、证据确凿者外,短时间内明确诊断是有一定难度的,但急诊医师对其病情的严重程度应迅速作出确切的判断,应把病情的判断列为急诊工作的重点,随

时观察、掌握患者的生命体征。在临床材料未足以建立确定的诊断之前,也要找出可能性最大的疾病作为临床诊断,迅速采取抢救措施,同时进行更深入的检查,而不应仅仅纠缠在诊断问题上,以致贻误治疗危重症的时机。

(二)单学科与多学科

现代医学进展使专业分科越来越细,许多专科医师的理论和临床技能日益专一化,有的仅是某病的专家。而患者是一个有机整体,且随着寿命越来越长,整个社会进入老龄化。老年人常有多种慢性病同时存在,某种慢性病急性发作,或在许多慢性病的基础上又得了新的急性病,这时各个学科的疾病相互交叉反映在一个病体上,决不是专科医师所能解决的。这就需要急诊医师对患者多学科的病理生理指标进行监测、评价、分析,以期对患者进行综合性的评估,在复杂的现象中分清主次、找出主要矛盾,同时亦兼顾其他学科的问题,及时明确诊断及针对性治疗。分析主要症状、次要症状及主要症状与伴随症状的关系,对诊断和鉴别诊断很有价值。

(三)常见病与少见病

对主要症状或体征进行综合分析确定诊断时,首先要考虑能产生该症状或体征的常

见病、多发病作为最有可能的诊断。但又必须结合患者的年龄、性别、职业及发病季节、地区等多种因素,并参考相关辅助检查资料,考虑到当时、当地的地方病、流行病、多发病。如南方疟疾流行区,在疟疾发病季节该病多见,北方却少见。一旦现有的临床资料不能解释患者的临床表现或治疗结果,就不要忽视少见病的可能,进一步的观察、检查势在必行。

(四)局部与整体

人体是由许多组织和器官组成的统一体。整体活动是各个组织器官发挥特有的功能,并相互配合、相互制约而完成的。局部病变可以影响整体,整体的异常也可以突出于某一局部。例如毒蛇咬伤可引起寒战、发热、淋巴结肿大、白细胞增高等全身临床表现,而风湿热是全身性疾病,却可以突出表现为心脏、关节及神经系统等局部表现。所以对疾病的诊断必须结合整体来考虑,防止片面地、孤立地对待临床表现。

(五)原发病与继发病

两者的关系可以有多种形式出现,有时病变在甲处而传导性或感应性症状出现在乙处。如冠心病的心肌缺血性疼痛可以发生在上腹部,肺炎或胸膜炎可有腹部症状或体征;癌症有时原发病无任何表现,只是有迁徙性病变出现在远处之后,原发病灶才被发现。原发病与继发病之间,在早期常常不易被识别。

(六)典型与不典型

许多疾病的典型临床表现,一般不难诊断,但某些疾病有多种临床型,能给人以许多

令人迷惘的假象。其实所谓典型病例只占少数,而更多的是临床表现为不典型。如急性病可以暴发起病,慢性病也可以急性发病;通常是罕见的症状,在某些患者可以作为突出的症状出现;有些病已进入后期,才以并发症或后期症状作为初表现而就诊。临床症状多变、体征差异、辅助检查不稳定等因素,如果考虑不周全,极有可能造成误诊。

(七)器质性与功能性

任何一种疾病都可以有病变而无症状,也可以主观症状的出现先于客观发现。通常在疾病的早期常先有自觉症状,然后才出现体征,或已有明显体征,再出现自觉症状,一些功能性疾病又可以有酷似器质性疾病的诉说,而并无异常发现。所以,对一些诉说多端而一时无客观发现者,除非有把握,切勿轻易以“官能症”处理。

急诊与门诊、病房相比有其特殊性。门诊患者多为轻症,如有危重症也迅速转诊到急诊;病房患者大多数病情稳定,危重者也列为抢救行列。急诊患者常发病急骤,病情变化迅速,或仅出现早期症状,要求短时间内辨别病情轻重、初步明确诊断,这给广大急诊医师提出了挑战。在急诊的诊断与鉴别诊断中,下列几点可供参考:①监测生命指征放在首要地位;②对每个主诉首先考虑致命性疾病;③反复、全面询问病史,反复观察病情及体征;④应勤与相关科室联系;⑤应善于与病人、家属沟通;⑥及时、全面记录病情变化。

(茅志成 袁定勇 王世襄)

参 考 文 献

- 1 邓普珍. 急诊病史的采集. 见:王一镗主编. 急诊医学. 第2版. 北京:学苑出版社,1998:6—9
- 2 贾民谊主编. 症状鉴别诊断学. 天津:天津科学技术出版社,2000:1—6
- 3 樊寻梅. 面向21世纪的急诊医学. 中华急诊医学杂志,2000;9(1):3
- 4 邵孝铨主编. 现代急诊医学. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1997:1—3

第2章 常见危重症

第一节 发 热

发热是(fever)指在致热原作用下,体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高,当腋下、口腔、直肠内温度分别超过 37°C 、 37.3°C 、 37.6°C ,一昼夜体温波动在 1°C 以上,可称为发热。临床将发热的程度(以口腔为例)分为:低热($37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$);中等度发热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$);高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$);超高热(41°C 以上)。

几乎每个人在一生中都有多次发热的经历,发热是临床工作中最常见的症候,有时甚至是疾病的惟一症状。以发热为主诉的急诊患者不在少数,许多疾病在病初或病程中都可以发热,可为原发也可为继发,与本科病症有关亦可无关。及早确立发热诊断对治疗是非常重要的,急诊实践中,一般结合临床、体格检查及实验室结果,绝大多数患者的发热病因能得到快速诊断,但有时发热的诊断则异常困难,有些“未明热”(fever of unknown origin, FUO)甚至直至病人尸检后才得以明确。

【机制】

发热发病学的基本机制包括3个基本环节(图2-1):第一环节是信息传递,发热激活物作用于产致热原细胞,使后者产生和释放内生致热原(endogenous pyrogen, EP),EP作为“信使”,经血流将其传递到下丘脑体温调节中枢;第二环节是中枢调节,

即EP以某种方式改变下丘脑温敏神经元的化学环境,使体温调节中枢的调定点上移,于是,正常血液温度变为冷刺激,体温中枢发出冲动,引起调温效应器的反应;第三环节是效应部分,一方面通过运动神经引起骨骼肌紧张度增高或寒战,使产热增加,另一方面,经交感神经系统引起皮肤血管收缩,使散热减少。于是,产热大于散热,体温升至与调定点相适应的水平。

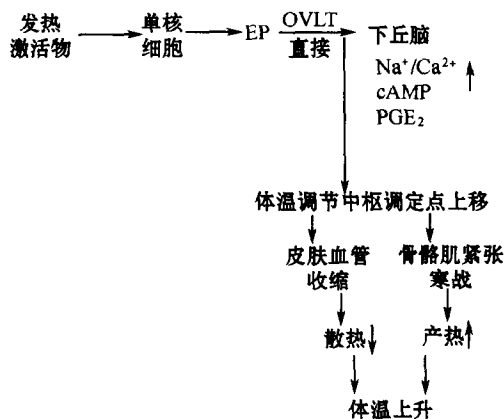


图 2-1 发热发病学基本环节示意图

注:OVLT,下丘脑终板血管区

【病因】

发热的原因很多,通常分为感染性发热和非感染性发热两大类。