

LINCHUANG TENG TONG JIANBIEZHENDUANXUE

临床疼痛 鉴别诊断学

宋文阁 类维富 主编



济南出版社

临床疼痛鉴别诊断学

宋文阁 类维富 主编

济南出版社

(鲁)新登字 14 号

临床疼痛鉴别诊断学

宋文阁 类维富 主编

责任编辑:于 干
济南出版社出版
(济南市经七路 251 号)

封面设计:李兆虬
山东省新华书店发行
滨州新华印刷厂印刷

开本:850×1168 毫米 1/32
印张:13.625
字数:320 千字

1992 年 7 月第 1 版
1992 年 7 月第 1 次印刷
印数 1—5000 册

ISBN7—80572—644—2/R·30 定价:9.50 元

(如有倒页、缺页、白页直接到印刷厂调换)

主 编 宋文阁 类维富

副主编 康永军 史继学

编 者 (按姓氏笔划为序)

马 玲 王仁成 史继学 冯培勤

刘子良 刘振瑞 孙玉浩 仲兆清

任月林 宋文阁 吴兴贵 李成玉

李成利 李 宁 郑修启 类维富

张济东 张成渊 张典学 相全民

赵焕成 栾德美 贾英华 曹洪林

康永军 董兴刚 韩成河 鲁玉来

鲁继轩 潘学华

序

疼痛学是有关疼痛的基础和临床的学问,而临床疼痛学着重搞清疾病与疼痛强度、性质、测痛、诊断、疼痛心理,搞好疼痛治疗,进行与此有关的科研工作。其中,以神经阻滞疗法为主体的疼痛治疗,可以解除病人难以忍受的苦闷而受欢迎,在我国发展迅速,越来越显示出它巨大的社会效益和经济效益,为康复医疗做出应有的贡献。尽管称法各不相同,疼痛科已作为实体而存在于医院中,这一新诊疗科室的核心是麻醉医师(不是旧称的“麻醉师”),学问上属于麻醉学,机构上属于麻醉科,是麻醉科学的一个分支学科。

近几十年来,慢性疼痛的治疗从未定于“某一特定专科领域”,以往虽然也正视疼痛问题,但一直没有更有有效的办法去解决这一难题,进而形成一大社会问题。在英国,1975年因腰痛缺勤达391000次,丧失1320万日的工作量;在美国因腰痛症丧失有效的生产费用更大,因此而所需社会费用每年为120亿美元,而这只是一种慢性痛所需费用,其费用数字是相当可观的。因此,不解决疼痛,就会直接影响社会生产建设。

目前,由麻醉医师担任疼痛诊疗工作是最合适的,因为麻醉医师很擅长于神经阻滞、麻醉、复苏等业务。然而疼痛诊疗工作毕竟是涉及的面较广,需要懂得广博的知识,首先最重要的一个问题是对疼痛能进行鉴别,正确地诊断。如果错误地诊断,神经阻滞再做得好也就失去其意义,事倍功半甚至获得相反的结果。

山东省立医院麻醉科宋文阁主任和泰山医学院麻醉科类维富主任不仅在疼痛治疗工作上有丰富的实践经验,而且也熟悉近代有关疼痛诊疗方面的技术。经过作者们的辛勤劳动,本书的问世将为疼痛诊疗工作增添异彩,相信定能帮助从事疼痛诊疗工作的医

务工作者解决实际问题,将会成为在繁忙的医疗工作中随时能找到答案的良友好书。

本书由浅入深,涉及身体各部、临床各科常见疼痛的鉴别诊断,是一本对临床各科医护人员、医药院校师生有实用价值的参考书。

严相默

1991年8月25日

前 言

疼痛是临床最常见的症状之一,任何人都难免罹患疼痛,严重者影响工作、生活甚至无法忍受而产生自杀念头,解除病人疼痛之苦是每个医生义不容辞的责任。正确诊断是有效治疗的基础。但疼痛涉及临床各科,病因复杂,病种繁多,接诊医师时常难以作出准确诊断。为此,临床上很需要一本对疼痛诊断进行鉴别的参考书。鉴于目前此类书籍甚少,编者结合临床经验,并参阅大量国内外有关文献编写而成本书。它的问世如能对今后指导疼痛诊断和治疗有所裨益,将是我们最大的希望。脱稿后承蒙著名疼痛学专家严相默教授惠予作序,特此衷心致谢!

本书共分九章,介绍了疼痛诊断的基本原则与方法,按身体不同部位对各种常见疼痛疾病的诊断作了简明扼要的描述,书末附有常用检验、影像学正常值和疼痛有关的综合征汉英对照,便于读者查阅。因此,本书是一部适合于广大临床医师,尤其是麻醉、内、外、妇产、五官科医师阅读,亦可作为医学院校师生的参考书。

在编写过程中,由于时间仓促,谬误之处在所难免,恳切期望同道批评指正。

编 者

1991年6月于山东省立医院

目 录

第一章 鉴别诊断的基本原则与方法	(1)
第一节 病史采集.....	(2)
第二节 体格检查.....	(6)
第三节 神经阻滞检查	(12)
第四节 实验室检查	(18)
第五节 影像学检查	(24)
第二章 头面部疼痛	(46)
第一节 头部疼痛	(46)
第二节 颌面部疼痛	(57)
第三节 眼痛	(66)
第四节 咽痛	(77)
第三章 颈肩与上肢疼痛	(90)
第一节 颈肩部疼痛	(90)
第二节 肘与前臂疼痛.....	(109)
第三节 腕与手部疼痛.....	(112)
第四节 血管性痛.....	(122)
第四章 胸痛	(130)
第一节 胸壁病变.....	(130)
第二节 肺与胸膜病变.....	(134)
第三节 心血管病变.....	(139)
第四节 纵隔与食管病变.....	(142)
第五节 横膈病变.....	(153)
第六节 腹部脏器病变.....	(155)
第五章 腹痛	(158)
第一节 内科疾病引起的急性腹痛.....	(158)

第二节	腹壁疾病引起的腹痛·····	(178)
第三节	外科疾病引起的急性腹痛·····	(180)
第四节	妇产科疾病引起的腹痛·····	(221)
第五节	内科慢性腹痛·····	(238)
第六章	腰背痛·····	(255)
第一节	纤维环病变·····	(255)
第二节	肌筋膜损伤·····	(259)
第三节	神经系统疾病·····	(270)
第四节	软组织感染性疾病·····	(274)
第五节	脊髓内血管病变·····	(279)
第六节	内脏疾病引起的疼痛·····	(281)
第七节	创伤·····	(282)
第八节	骨性感染·····	(285)
第九节	退变性疾病·····	(289)
第十节	脊柱先天畸形·····	(290)
第十一节	脊柱肿瘤·····	(292)
第七章	下肢痛·····	(296)
第一节	软组织疾病·····	(296)
第二节	血管与神经性疼痛·····	(306)
第三节	引起髋关节疼痛有骨关节疾患·····	(320)
第四节	膝、足部关节疾病·····	(332)
第八章	肛门会阴部痛·····	(347)
第一节	神经痛·····	(347)
第二节	膀胱疾病·····	(348)
第三节	输尿管疾病·····	(351)
第四节	尿道疾病·····	(352)
第五节	阴茎疾病·····	(356)
第六节	睾丸、附睾疾病·····	(358)
第七节	精索、输精管疾病·····	(360)

第八节 前列腺、精囊疾病	(362)
第九节 阴囊疾病	(364)
第十节 肛门周围疾病	(366)
第十一节 其它	(368)
第九章 全身性疾病引起的疼痛	(370)
第一节 慢性非化脓性关节炎与关节病	(370)
第二节 其它关节疾病	(378)
第三节 代谢、内分泌系统疾病	(380)
第四节 中毒性疼痛	(382)
附录	
一、常用实验室检查参考值	(393)
二、影像学正常值	(403)
三、疼痛综合征名称英汉对照	(409)
四、参考文献	(422)

第一章 鉴别诊断的基本 原则与方法

疼痛是一种主观感觉,是人体接受外来或内生刺激的主观知觉体验,是机体遭受到伤害性因子侵袭的信号,这种信号提示机体组织有损伤或损伤性威胁刺激。我们要根据这种主观感觉来进行诊断或鉴别诊断,必须具备一个完整的临床资料,其资料简单地来自三个方面,即病史采集、体格检查及辅助检查(包括实验室检查,器械检查和X线检查等)。

在疼痛鉴别诊断中,无论收集的资料如何丰富,医生必须将全部临床资料加以衡量,将可疑之处认真复查、核实,去粗取精、去伪存真,弄清它们之间的关系,哪些是主要的,哪些是次要的,进一步推测病变可能存在于哪个系统,哪个脏器,哪个部位,其病因是什么,性质属哪种,为建立正确的鉴别诊断及诊断打下基础。

疼痛性疾病的表现各式各样,在不少情况下存在“异病同症”,如胸膜炎、心绞痛、肋间神经痛均可表现为胸痛,在不少情况下存在“同症异病”,如急性右下腹痛,可能是阑尾炎、输尿管结石、淋巴结炎、宫外孕及急性附件炎等。医生要辨别它就必须进行鉴别诊断,在几种可能诊断中,判断哪种诊断是正确的。在判断哪些或哪种是正确时,还必须考虑到概率这一因素,概率总倾向于那些常见的病,它能够充分解释全部临床表现,而且诊断率高。在有些情况下,特别对于个别病例进行诊断,计算概率是没有意义的,计算概率可能会引导误入歧途,从而作出错误的诊断。

有些复杂疾病,不典型的疾病或疾病的早期,要想进行明确诊断是困难的,有时甚至是哪类疾病,哪个系统疾病都很难弄清楚。这就需要把全部资料重新回顾一下,看看收集的资料是否完整?自

己的知识面是否不够广？对有些“特殊病症”是否不够了解？经验是否不足还是带有片面性？是否必须静下心来回顾一下阳性发现及阳性结果的位置？这种疾病是否属于罕见病？是否在辅助检查中这项检查的特异性差？还是敏感性差？标本采集的时机和方法是否合适？标本的输送及检查有无误差？是否有必要进一步收集资料？从而找出主次关系。根据完整的资料，将主要病症组成一个综合征，然后提出一组可能鉴别的疾病，尽量将全部有可能的疾病考虑在内，相互鉴别，深入分析、相互比较，排除可能性小的疾病，缩小诊断及鉴别范围，在对疾病进行分析时，应防止或减少严重遗漏而导致的诊断错误，不要凭主观印象，不要把某种疾病的诊断要点及依据死搬硬套，要凭客观存在的事实进行鉴别。要看某一疾病的演变过程及发展规律，抓住主要矛盾进行解决。

一般医生根据整理的资料，建立明确诊断。如果此诊断仍不能确立，要用合理的治疗及方法验证自己的诊断是否正确。如果由正确仍诊断进行正确的治疗，并收到了预期的疗效时，那么正确的诊断才能最后确立。

第一节 病史采集

一、性别与年龄

有许多疾病有明确的性别、年龄之差。妇女腰痛应想到盆腔疾病；男性骶部痛应考虑是否前列腺炎；腰脊椎管狭窄 50 岁以上男性多见；多发性骨软骨病在儿童多发；强直性脊椎炎多发生在 30 岁以前；骨质疏松症多见于老年妇女；腰椎间盘突出症多发生在 30~50 岁之间；肋软骨炎在 20 岁左右青年女性多发；群集性头痛初发多在 20~30 岁男性；偏头痛在青春期多见；带状疱疹后神经痛 50 岁以上多发，且与年龄成正比。外伤、畸形、脊椎结核在青年及儿童最多见。

二、职业

不同的职业在疼痛性疾病中带有自己的流行病。如网球肘在网球运动员及会计多发；矿工、汽车司机易患功能性腰痛及椎间盘突出；常与铅汞接触的人易出现中毒性疼痛；野外作业及脑力劳动者易患肌紧张性头痛；纺织、洗衣工易患腱鞘炎；运动员易发生扭挫伤。当然了解其职业的同时应了解其工作性质、工种及常用姿势和防护条件。

三、起病情况

问诊时应注意发病开始时间，开始疼痛的性质，有无外伤和外伤时的体位及部位，对于判断发病的急缓及损伤性质、部位有重要意义。如肿瘤所致的疼痛常发病隐袭；睡眠后颈部疼痛常为颈部肌肉痉挛；酒后、饭后出现的剧烈腹痛多为消化道穿孔；劳动后或过度劳累稍休息后出现的疼痛多为功能性疼痛；过量饮酒或吸烟出现的头痛多为中毒性；小儿维生素缺乏、中毒及原发骨骺软化症多以夜间啼哭而就诊。

四、疼痛性质

疼痛有酸痛、胀痛、灼痛、刺痛、切割痛、电击样痛、放射痛、游走痛、牵扯痛、间歇性痛、阵发性痛、持续性痛、隐痛、剧痛等等。病人常对疼痛诉说不清。有时几种疼痛都有，有时找不到恰当的词语来形容，但多数情况下病人能够清楚地说明疼痛性质，而这种疼痛性质对诊断及鉴别诊断有非常重要的作用。如功能性疼痛以酸痛多见；软组织内血肿、脓肿、外伤后水肿为局部胀痛或跳痛；神经炎及周围神经损伤或病变侵及神经时多为灼痛或切割痛；放射痛多为神经根或神经干受压引起；风湿痛多为游走性；晚期肿瘤疼痛固定呈持续性且逐渐加重；血管痉挛或肌痉挛性疼痛常有明显的间歇期，有时呈波浪形即时轻时重，并与诱发因素有关。阵发性痛在神经痛中最常见，如三叉神经痛等。

疼痛是一种主观感觉，是由病人自诉的一种症状。疼痛的程度和性质不好由医生定出一个确切的模式，因此应与影响疼痛的因素结合起来进行正确的估计与判断。

五、诱发因素

许多疼痛性疾病受明显的诱发因素影响,如功能性疼痛在潮、湿、凉的环境中易发病;神经血管性疼痛在精神紧张时易诱发;偏头痛易在月经前发作。许多疼痛的出现或疼痛的加重也有明显的诱发条件及因素。如肋骨骨折呼吸时疼痛明显、憋气时疼痛减退或消失;咳嗽、大便、憋气时出现的放射性痛病变多来自椎管;韧带损伤及炎症在某种体位时疼痛明显加重,有时则有明显的压痛点或诱发点。

六、疼痛部位及范围

多数疼痛性疾病疼痛部位就是疾病的所在部位。如肩周炎,病人常能明确指出疼痛部位是在肱二头肌长头、肱二头肌短头、三角肌下滑囊、冈上肌、冈下肌及大圆肌、小圆肌投影处。腱鞘炎、网球肘及部分肌肉韧带损伤、骨折病人常能明确指出疼痛部位。有时病人几处痛或者某一范围内痛,应看其范围是否与神经支配一致。舌咽神经痛的区域在舌根、扁桃体、中咽部、耳咽管及中耳;而扁桃体炎主要表现咽痛及咽下痛;群集性头痛范围在星状神经节支配范围;臀上皮神经疼痛在腰臀部,尤其在髂骨翼中部附近较明显。内脏痛虽然能牵扯至相应的体神经分布区疼痛,但疼痛界限不明显,且疼痛部位远离疾病部位。深部组织疾病如深部软组织损伤、骨性疾病疼痛部位及范围也不明显。因此详细了解、反复询问疼痛部位及范围以免误诊。

七、前驱症状

前驱症状是在问诊中易被疏忽的一种症状。掌握前驱症状对鉴别诊断有重要意义。如腹痛前有腹泻、呕吐多为消化系疾病;典型的偏头痛在发病前眼前有闪辉暗点、偏盲、看物歪斜、运动麻痹、感觉及语言障碍等;而普通型偏头痛发作前多有情绪不安、困倦、要打呵欠又憋回去及空腹感等。有些神经痛在发作前自感局部有跳动。阑尾炎早期表现为脐周痛,当炎症刺激腹膜时才固定在右下腹,因此要掌握前驱症状,以便早期诊断。

八、伴随症状

查明伴随症状是鉴别诊断中常用的方法。疼痛伴有发热者首先考虑感染性疾病；有午后低热、盗汗者应考虑结核；关节疼痛伴有肿胀晨僵者多为类风湿性关节炎；头痛伴有痛侧流泪、睑结合膜充血、鼻塞流涕为群集性头痛的伴随特征；腰腿痛伴有间歇性跛行者应考虑椎管内病变；持续性头痛进行性加重伴有恶液质者应首先考虑晚期肿瘤。

伴随症状在疼痛性疾病中较复杂，几乎每个剧烈疼痛病人均伴有烦躁不安、心率增快、呼吸加快、瞳孔缩小等交感神经兴奋症状。每种疼痛性疾病也都伴有各种程度不同的伴随症状，掌握这些伴随症状及程度在鉴别诊断中是非常重要的，它可使诊断局限到某类疾病或某个疾病。

九、过去史及家族史

掌握病人过去病史，用过何药物治疗，效果如何，用药量大小；有无外伤史，外伤程度、部位、处理方法；有无手术史及手术范围、术式，病灶是否切除及病灶性质；家中有无遗传病、传染病或类似疾病，这些对于鉴别诊断有一定的参考价值。有肿瘤切除史者应考虑肿瘤复发或转移瘤引起的疼痛。疼痛部位曾受过外伤者应排除局部损伤后引起的疼痛再考虑其它疾病。类风湿常有遗传体质；冠心病病人常服硝酸甘油有效；偏头痛服用麦角胺有特殊疗效。

十、问诊注意事项

问诊是了解病情、明确诊断与鉴别诊断的第一步，也是提示检查方向和寻找病源的依据。因此，一个完整的病史问诊时应注意以下方面：①不要忽视病人诉说与本病无关的一些症状。②要耐心细致地听病人诉说，一般不要中途打断主诉，以免给诊断及治疗带来不良后果。③要提醒或引导病人诉说一个完整的病史，但应避免暗示和主观臆测。根据病情可加问一些问题如婚姻史、性生活史及易被病人疏忽的诱发因素、好转条件等。④要掌握病人心理状态，不要给病人心理上加重负担。正确地谈话能减轻或解除病人的思想

负担,并能取得合作。⑤忌带主观性、片面性和表面性、要全面地看问题,不要武断地下结论或诊断,一定要与体格检查、辅助检查结合起来,综合分析研究,才能使诊断准确。

第二节 体格检查

一、望诊

人体在静止的任何状态下,它的所有组织器官有相对稳定的位置关系以维持人体各部分的正常力学及生理状态。反之,人体由于疼痛性疾病使组织器官的相对稳定的位置关系某一部分遭到破坏时,这一部分正常力学及生理便发生变化。人体所有组织器官在体内均有幅度不同的活动范围,能维持力学状态。当组织器官的正常活动范围由于疾病而受限时,在活动时这种正常力学位置则不能维持。另一方面,人体在同大自然斗争的过程中,自然而然地出现了许多保护性反应。无论是静态还是动态的平衡失调、无论是疼痛反应还是保护性反应,均在人体不同角度及范围内表现出来。而望诊便是观察这种变化并进行鉴别诊断的一种非常重要的方法。

望诊是病人一进入门诊或检查室就开始的一种检查方法。一个有经验的医生在不被病人注意时便留心观察病人动态及静态时的姿势、各种细小的动作、表情、面色、呼吸的改变及观察病人起坐、上下床、起床、侧卧、俯卧、仰卧的姿势、轴线、着力点及前、侧、后不同方位特有的体位及姿势。如踝关节扭伤和跟骨刺,从病人进门的步态及着力点就能鉴别;三叉神经痛发作时病人常用手掌搓其疼痛部位;而颈椎结核患者则双手托腮。

局部望诊是在充分暴露下进行。所谓充分是有关范围,并非全部暴露。如上肢痛、应暴露双侧上肢、肩、颈、胸及背;下肢痛则暴露双侧腰背、臀、大小腿及足部。观察肢体有无旋转成角、缩短、增长,关节有无屈曲、过伸、内收、外展、内翻、外翻,有无肌萎缩、肌痉挛、肿胀、包块,皮肤有无破损、疤痕及颜色的改变,局部血管有无怒

张,有无窦道及分泌物。观察就诊前局部治疗情况,包括局部包扎及各种治疗留下的痕迹等。总之,望诊即指对能够看到的应尽量细致观察,包括眼结合膜、牙龈、舌苔、耳道及毛发等。

二、触诊

触诊是指医生触动病人时对局部的感觉及反应而言。触诊主要是通过检查局部组织位置关系,寻找压痛点、诱发点,分析疼痛深度、范围、程度及与邻近组织的关系和疼痛性质。如局限性压痛还是放射痛?真正压痛还是感应性压痛?同时还应仔细体会有无异常活动,摩擦及搏动感,各种体表标志有无异常改变,皮肤温度、湿度有无异常,肌肉张力和肌力是否正常,有无包块及包块大小、硬度、活动范围,有无异常凹陷及与周围的关系等等。如滑囊炎时触诊除有明显的局部压痛外还可有摩擦感。劳吉尔(Laugier)氏征尺骨茎突低于桡骨茎突;腰椎间盘突出常在第五腰椎棘突或棘突旁有明显的压痛及放射痛;化脓性炎症皮肤温度一般增高;脓肿或积液常有波动感及包块;功能性肌痛或肌腱痛局部肌肉张力增高;神经长期受压或损伤可出现肌肉萎缩及肌力下降;肌腱断裂最初有明显凹陷及结节;部分内脏肿瘤,炎症,脏器除触痛外还可触及包块或增大的脏器。腹膜炎时局部肌张力增高,炎症区压痛明显且有反跳痛。

触诊是临床检查中不可缺少的部分。在触诊时应特别注意让病人放松和触诊顺序。一般触诊顺序应由外周健康的组织逐渐向疾病中心移动,其动作也应由浅入深,由轻到重,由静止到运动,依次进行。同时要左右、上下、周围对比,防止用粗暴及错误的手法引起假性体征或触诊不全面。应避免局部的表面现象所引起的错误,如沿坐骨神经走行有压痛,病变并非在神经干,而大多数病变可能在神经根部。

三、叩诊

叩诊一般指用手指、掌、拳及叩诊锤间接或直接叩击相应部位,通过病人的反应,观察病变位置是在叩击部位还是远离叩击部