



疑难

内科学

主编 赵水平 赵延恕



科学技术文献出版社

疑难内科学

主 编	赵水平	赵延恕	
副主编	陈 平	霍继荣	钟美佐
	彭佑铭	胡治平	高洁生
	周智广		

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

编委会

主 编	赵水平	赵延恕		
副主编	陈 平	霍继荣	钟美佐	彭佑铭
	胡治平	高洁生	周智广	
编 者	赵水平	赵延恕	李向平	罗小岚
	黄灿成	吕友堤	向旭东	周 锐
	诸兰艳	陈 平	吴尚洁	黄信刚
	彭再梅	凌奇荷	周伏喜	施小六
	汪春莲	吴小平	霍继荣	李陈婕
	刘 斌	刘德良	王学红	朱小寒
	卢放根	卿笃信	周雨迁	欧大联
	程宗勇	谢 熠	蒋铁斌	范自力
	王成红	姚晨姣	祝 焱	赵谢兰
	谭达人	肖广芬	刘 竞	钟美佐
	王二华	张聪明	彭佑铭	卓 莉
	肖晓蓉	成梅初	袁 芳	刘 虹
	蒋云生	叶 云	陈 星	朱健玲
	刘映红	石志辉	夏运成	吴 鸿
	周智广	朱旭萍	王建平	张 弛
	汤佳珍	李莉蓉	孙曙光	邓志明
	朱 琳	林 健	刘石平	刘玉华
	苏 欣	李 霞	罗建华	胡治平
	谷绍娟	易玉新	唐湘祁	李敏洪
	张 贺	张 洁	侯荣耀	宋兴旺
	蒋 波	张海南	郑煜煌	高洁生
	曾晓波			

前 言

面对纷繁复杂的内科疾病,如何运用现代诊疗技术,做出正确的诊断并实施有效的治疗是每一位临床医生日常所面临的重要问题。在大医院(三甲医院),由于专科化发展,副主任医师和主任医生对本专科疾病的诊断与治疗已有较丰富的经验,并对本专科的新诊疗技术较了解,但对非专科的疾病及其新诊疗技术则不一定很熟悉。而大医院的年轻医生和中、小型医院的内科医生,则对许多专科性较强的疾病诊断和治疗常感困难,特别是对诸多新的诊断技术所知不多。编写《疑难内科学》主要是针对内科临床上处理较为棘手的众多疑难问题。该书以临床病症为切入点,密切结合新理论、新技术,介绍诊断及治疗疾病的思路及方法,以期提高临床医生的诊疗水平。

《疑难内科学》的编写特点是侧重临床实用。对于疾病的基础理论部分,则采用少而精的方式稍加阐述。而对于疾病的临床表现、诊断与鉴别诊断及其治疗则重点介绍。对各类疾病的诊断和治疗方案尽可能写清楚和详细,包括药物应用的选择,药物的推荐剂量和疗程以及药物的主要不良反应的监测等。相信该书将会成为众多临床医生包括三甲医院的内科住院医师、总住院医师、主治医师和二甲以下医院的所有内科医生的有益参考专业书。

参加本书编写的作者均为中南大学湘雅二医院和湘雅医院的高年资的内科医师,各专科的主任或副主任除亲自参加编写外,还分别对各自专科的内容进行仔细的审改。然而,由于参加编写人员较多,对内容编排和取舍不尽相同。同时,由于编写者的能力有限,书中的错误在所难免,敬请同道们指正。

赵水平



第一章 胸痛鉴别诊断	(1)
第二章 晕厥的鉴别诊断	(9)
第三章 高血压病的诊断与治疗	(18)
第四章 心律失常的治疗	(28)
第五章 心力衰竭的治疗	(52)
第六章 休克的鉴别诊断与治疗	(62)
第七章 冠心病的诊断与防治	(71)
第八章 心绞痛的诊断与治疗	(79)
第九章 急性心肌梗死的诊断与治疗	(88)
第十章 心脏性猝死与心肺复苏	(101)
第十一章 心肌炎的诊断与治疗	(116)
第十二章 原发性心肌病的诊断与治疗	(121)
第十三章 瓣膜性心脏病的诊断与治疗	(138)
第十四章 感染性心内膜炎的诊断与治疗	(151)
第十五章 心包疾病的鉴别诊断	(159)
第十六章 血脂异常的诊断与治疗	(162)
第十七章 成人先天性心脏病的鉴别诊断	(179)
第十八章 血管疾病的诊断与治疗	(186)
第十九章 妊娠、外科手术时心脏病的处理	(201)
第二十章 心血管疾病的无创性检查	(211)
第二十一章 心脏疾病的介入治疗	(221)
第二十二章 呼吸困难的鉴别诊断	(235)
第二十三章 咳嗽与咯血的鉴别诊断	(241)
第二十四章 慢性阻塞性肺病和肺源性心脏病的诊断与治疗	(247)
第二十五章 支气管哮喘的治疗	(261)
第二十六章 肺炎的鉴别诊断与治疗	(271)
第二十七章 肺结核及结核性胸膜炎的治疗	(276)
第二十八章 支气管肺癌的鉴别诊断与治疗	(284)

第二十九章 肺栓塞的诊断和治疗·····	(300)
第三十章 呼吸衰竭的治疗·····	(309)
第三十一章 睡眠呼吸暂停综合征的诊断与治疗·····	(318)
第三十二章 弥漫性间质性肺疾病的诊断与治疗·····	(325)
第三十三章 急性呼吸窘迫综合征·····	(333)
第三十四章 纤维支气管镜检查·····	(342)
第三十五章 机械通气·····	(349)
第三十六章 腹痛的鉴别诊断·····	(360)
第三十七章 腹泻的鉴别诊断·····	(364)
第三十八章 呕血、便血的鉴别诊断·····	(368)
第三十九章 恶心与呕吐的鉴别诊断·····	(371)
第四十章 黄疸的鉴别诊断·····	(375)
第四十一章 上消化道出血的抢救·····	(387)
第四十二章 胃食管反流病的诊断与治疗·····	(396)
第四十三章 功能性胃肠病的诊断与治疗·····	(400)
第四十四章 消化性溃疡的诊断与治疗·····	(409)
第四十五章 肠结核·····	(417)
第四十六章 结核性腹膜炎·····	(423)
第四十七章 炎症性肠病的诊断与治疗·····	(427)
第四十八章 慢性肝炎及肝病的诊断与治疗·····	(442)
第四十九章 肝硬化的诊断与治疗·····	(455)
第五十章 肝性脑病·····	(465)
第五十一章 消化系统恶性肿瘤·····	(470)
第五十二章 胆、胰疾病的诊断与治疗·····	(491)
第五十三章 胃镜检查·····	(509)
第五十四章 结肠镜检查·····	(515)
第五十五章 贫血的鉴别诊断与治疗·····	(523)
第五十六章 白细胞量与质异常鉴别诊断与治疗·····	(538)
第五十七章 骨髓增生异常综合征的诊断与治疗·····	(548)
第五十八章 白血病的诊断与治疗·····	(556)
第五十九章 淋巴瘤的诊断与治疗·····	(569)
第六十章 恶性组织细胞病的诊断与治疗·····	(578)
第六十一章 出血性疾病的鉴别诊断与治疗·····	(587)
第六十二章 弥散性血管内凝血的诊断与治疗·····	(600)

第六十三章	骨髓细胞形态学检查·····	(610)
第六十四章	造血干细胞移植·····	(617)
第六十五章	水肿的鉴别与诊断·····	(625)
第六十六章	血尿的鉴别与诊断·····	(633)
第六十七章	肾病综合征的鉴别诊断与治疗·····	(638)
第六十八章	急性肾炎的诊断与治疗·····	(650)
第六十九章	慢性肾炎的诊断与治疗·····	(659)
第七十章	间质性肾炎的诊断与治疗·····	(669)
第七十一章	尿路感染的治疗·····	(674)
第七十二章	肾小管疾病的鉴别诊断与治疗·····	(681)
第七十三章	继发性肾小球疾病的鉴别诊断与治疗·····	(690)
第七十四章	急性肾衰竭的诊断与治疗·····	(705)
第七十五章	慢性肾衰竭·····	(715)
第七十六章	酸碱平衡紊乱的治疗·····	(726)
第七十七章	水电解质平衡紊乱的诊断与治疗·····	(739)
第七十八章	尿沉渣检查·····	(749)
第七十九章	血液透析·····	(760)
第八十章	腹膜透析·····	(771)
第八十一章	糖尿病的诊断与治疗·····	(781)
第八十二章	下丘脑垂体病的鉴别诊断与治疗·····	(793)
第八十三章	甲状腺病的鉴别诊断与治疗·····	(813)
第八十四章	甲状旁腺病的鉴别诊断与治疗·····	(825)
第八十五章	肾上腺病的鉴别诊断与治疗·····	(835)
第八十六章	嗜铬细胞瘤的诊断与治疗·····	(849)
第八十七章	男性生殖内分泌病的诊断与治疗·····	(858)
第八十八章	女性生殖内分泌病的诊断与治疗·····	(870)
第八十九章	多内分泌腺疾病的诊断与治疗·····	(883)
第九十章	骨质疏松症的诊断与治疗·····	(896)
第九十一章	肥胖症的治疗·····	(909)
第九十二章	异源性激素分泌综合征·····	(917)
第九十三章	内分泌疾病功能诊断的实验室检查·····	(933)
第九十四章	痛风·····	(944)
第九十五章	头痛的鉴别诊断·····	(952)
第九十六章	眩晕的鉴别诊断·····	(961)

第九十七章	意识障碍和昏迷的鉴别诊断·····	(965)
第九十八章	颅内压增高·····	(975)
第九十九章	癫痫的诊断与治疗·····	(988)
第一〇〇章	脑血管疾病的诊断与治疗·····	(999)
第一〇一章	锥体外系疾病的诊断与治疗·····	(1013)
第一〇二章	脊髓疾病的鉴别诊断·····	(1023)
第一〇三章	周围神经病的鉴别诊断·····	(1044)
第一〇四章	肌肉疾病的鉴别诊断·····	(1060)
第一〇五章	自主神经系统疾病的鉴别诊断·····	(1072)
第一〇六章	颅内肿瘤的鉴别诊断·····	(1086)
第一〇七章	重症肌无力的治疗·····	(1098)
第一〇八章	老年性痴呆的鉴别诊断与治疗·····	(1106)
第一〇九章	脑脊液检查·····	(1119)
第一一〇章	脑电图检查·····	(1124)
第一一一章	肌电图检查·····	(1129)
第一一二章	风湿性疾病的鉴别诊断与治疗·····	(1134)
第一一三章	急性中毒的抢救·····	(1190)
第一一四章	艾滋病的诊断与治疗·····	(1206)
第一一五章	发热的鉴别诊断·····	(1214)
第一一六章	抗生素的临床应用·····	(1226)

第一章

胸痛鉴别诊断

胸部任何器官和相邻部位(包括颈部到上腹部)出现异常,都可引起胸痛。所以,胸痛的鉴别诊断比较复杂。对于一位主诉胸痛的病人,首先要明确其胸痛的部位、性质、程度、持续时间、放射部位以及诱发和缓解因素等。仔细查找是否伴有心肺异常体征,并进行心电图、血象和胸部 X 线检查,必要时可考虑特殊检查,以确定胸痛的病因。

胸痛往往是危及生命情况时的首发症状,如能及时、适当地进行处理,可挽救病人的生命。由急性心肌梗死引起者,疼痛一开始即给血运重建治疗,则可使心肌损伤面积缩小,保存心脏收缩功能;相反,如果被误诊为由骨骼肌或胃肠道疾病所致,则会耽误治疗,导致严重的、不可逆的心肌损伤,甚至危及生命。因此,急性胸痛病人就诊时,应首先排除可危及生命的情况,在无明显诊断前,不能轻易放走病人。一般单根据病史和体格检查,常可明确或至少推断胸痛的原因。

一、心血管疾病所致的胸痛

(一)心绞痛

心绞痛是一组临床综合征,一般起源于胸部,然后放射至颈部、下颌、喉部、肩胛部、手臂、肘部和手腕。疼痛也可一开始就起源于放射部位。典型的疼痛部位为胸骨后,也可在心前区或两侧。其他部位的疼痛不能排除心绞痛的诊断。许多病人,尤其是曾经行经皮冠脉介入治疗的患者,疼痛常开始于非典型部位,如右心前区、右肩胛上区、左肩部、左耳部。

心绞痛常伴有疲劳、虚弱、气促、心悸、恶心、头晕和轻微头痛。有时可无心绞痛,而以突起的气促、虚弱、疲劳为首发症状。心绞痛刚开始时常伴有焦虑,伴有这种焦虑时不能误诊为过度通气综合征或精神性胸痛。

诱发心绞痛的阈值有个体差异性。有固定阈值的患者常由相同的活动量所诱发,无固定心绞痛阈值的患者,除冠心病外,一般还存在其他异常,如高血压、心动过速、糖尿病、慢性消化道出血、贫血、通气功能障碍、甲状腺疾病和冠脉痉挛等。

心绞痛与急性心肌梗死胸痛不同,后者常突然发生,且一开始就很剧烈,心绞痛为一逐渐增强的过程,如果不治疗,将逐渐达到最高峰。一般持续 3~5 min,很少超过 15min,除非合并

心肌梗死或由心动过速或心动过缓所诱发。去除诱因、休息或舌下含服硝酸甘油可逐渐缓解,一般数分钟内可缓解。

心绞痛的诊断主要根据病史和冠心病易患因素的存在。心电图可表现为 ST 段下移和 T 波倒置,也可在正常范围。

稳定型心绞痛时,其胸痛由劳累所诱发,如日常体力劳动和情绪紧张,包括上楼、体育锻炼、精神紧张、气温骤变、饱餐后等。

不稳定型心绞痛则多在休息时发作,突然移动躯体和手臂并不能立即诱发,可能和胸壁触痛有关。不稳定型心绞痛则是指胸痛发作频率较前增加或胸痛性质加重,且诱因或缓解因素也发生改变。

变异型心绞痛发生于休息时,劳动和情绪紧张一般不引起心绞痛。发作时伴有 ST 段抬高,缓解后回复正常。尽管变异型心绞痛患者活动耐量正常,但半数劳力性心绞痛患者合并有变异型心绞痛。

(二)急性心肌梗死

多数心肌梗死患者在发病前数日至数周内,有前驱症状,以新发生心绞痛或原有心绞痛症状加重以及在休息时发生或轻微体力劳动即可诱发为最常见。许多新发劳力性心前区疼痛或气促患者,想以增加体力活动来缓解疼痛,结果导致更严重后果。

心肌梗死最突出的症状是心前区疼痛,且持续时间长,可持续 30min,有时达数小时。心肌梗死的疼痛常很剧烈,可放射至颈部、下颌、左肩、左臂尺侧或尺侧手指。如放射至肩胛间区,疼痛常很剧烈。疼痛常被描述为压榨感、钳夹样、撕裂样痛或重物压迫感。部分患者颈部或喉部疼痛明显,常被误认为噎塞或窒息。下壁心梗患者常表现为胸骨下段和上腹部疼痛。疼痛并非胸膜炎所致,但患者常喜欢减弱呼吸运动和尽量减少说话以求能缓解疼痛。许多患者有大汗、恶心、呕吐、呃逆、虚弱、呼吸困难、气促、下腹部痉挛、便急感和虚脱前兆感等伴随症状。

心电图是诊断急性心肌梗死的敏感方法之一。诊断标准包括:新出现的宽(≥ 0.30 ms)、深(≥ 0.20 mV)Q 波,相邻两个导联 ST 段抬高 ≥ 1 mm,新出现的左束支传导阻滞。90% 以上的有相邻两个导联 ST 段抬高 ≥ 1 mm 的患者被确诊为急性心肌梗死。而在超急性期,心电图仅表现 ST 段变直和对称性的 T 波幅度增高。后壁急性心肌梗死表现为前壁导联的 R 波幅度增加和 ST 段下移。心电图无改变时,应动态监测心电图的变化,将各份心电图与基础心电图加以比较。

(三)X 综合征

约三分之一心绞痛患者行冠脉造影显示冠状动脉正常或接近正常。这些患者一般预后好,存活期不受影响,但反复发作心绞痛而怀疑自己有心脏疾病,因此反复就诊和住院治疗。许多病人甚至发展为焦虑症。这类病人的胸痛类似于冠心病患者的心绞痛,多为劳力性、活动诱发、可放射至颈部和下颌,女性心电图负荷试验阳性而冠脉造影正常则提示诊断。X 综合征还有许多非典型症状,包括病程长、休息时发作心绞痛、含服硝酸甘油疗效差、清醒时发作多

见。动态心电图监测提示胸痛发作时 ST 段改变类似于心肌缺血。

(四) 二尖瓣脱垂综合征

二尖瓣脱垂是比较常见的心脏瓣膜病变,多见于年轻女性,男女患病率为 1:2。尽管大多数病人无症状,且预后良好,少数病人有心悸、轻微头痛、头晕、气促、乏力、焦虑、晕厥、自主神经功能紊乱、室性和室上性期前收缩、心动过速等临床症状。

约半数病人诉有胸痛。疼痛可见于胸部任何部位,以左侧心前区或左乳房下多见,很少放射至颈部和上肢。表现为局限性刺痛或剧痛,而非钝痛或压榨感,与劳累无明显关系,持续数秒,也可长达数小时,含服硝酸甘油不能缓解。病情恶化和缓解交替,有时发作频繁,特别是情绪激动时。发作时不伴有 ST 段偏移。胸痛原因未明,可能与冠脉痉挛、左室结构和功能异常、心肌代谢异常或心肌缺血有关。

诊断主要靠心脏听诊,以在心尖区及胸骨左缘邻近二尖瓣处闻及非喷射性收缩中晚期喀喇音最具特征,可伴或不伴收缩中晚期杂音。经胸部心脏超声可进一步确诊。

(五) 急性心包炎

胸痛是急性心包炎的主要症状,疼痛部位为胸骨后或左侧心前区,可放射至斜方肌边缘、颈部、肩部、背部,一般不放射到上肢尺侧、上臂、肘部和手腕。活动、呼吸、体位变化及吞咽时疼痛加剧。直立位疼痛增强而坐位或前倾位疼痛缓解为其特征。卧位时病人常疼痛剧烈而被迫坐起或辗转反侧。病人常保持体位不变而且呼吸浅快。患者一般无病毒感染史和发热史。

胸痛患者应仔细检查是否有心包摩擦音。心包摩擦音常持续时间短且多变,变换体位有时可闻及。对突起胸痛的有心包摩擦音患者不能掉以轻心,因这种情况可能与心脏压塞、急性心肌梗塞、急性心肌心包炎、急性主动脉夹层分离相伴随。应尽快完善心电图和经胸部心脏超声,以明确是否有心包积液、心脏压塞、左室壁运动失调、主动脉反流和主动脉根部分离的内膜片。多个导联 ST 段弓背向下型抬高且无室壁运动障碍时,应考虑心包炎的诊断。

(六) 急性心肌炎

急性心肌炎在人群中很常见,但由于症状的轻重变异很大,因此常被漏诊。主要继发于柯萨奇 B 病毒群感染。心肌炎或心肌心包炎患者常有类似于急性心肌梗死的心前区疼痛、心电图改变和酶学特点。往往有乏力、休息或活动后气促、发热、消化道感染症状病史。心电图可发现各种心律失常或 ST-T 改变。血清心肌损伤标志物升高支持心肌炎的诊断。

(七) 主动脉夹层

急性主动脉夹层患者 2/3 为升主动脉夹层,好发于 50~60 岁男性。其疼痛一开始即很明显,表现为剧烈的、撕裂样胸骨后疼痛,并沿着主动脉夹层分离方向蔓延,可放射至肩胛间区、颈部和肩部。疼痛时常伴恶心、呕吐和大汗。10% 患者出现晕厥。尽管绝大多数患者有高血压病史,但发病时血压可正常,且 20% 患者出现低血压或明显的休克症状。波及主动脉根部时,可产生连枷主动脉瓣叶和严重的主动脉反流,常导致严重心力衰竭。因舒张期左室和主动

脉内压力迅速相等,常不能闻及严重主动脉反流杂音。第一心音减弱或消失。

夹层分离波及冠状动脉口时可影响冠脉血流而致急性心肌缺血或心肌梗死,此时若予溶栓治疗可导致病人死亡。主动脉夹层血肿破裂到心包腔时,可引起急性心包炎,并迅速发展为心包压塞,晕厥常与心包压塞有关。当心包穿刺抽得血性液体时,应警惕急性主动脉夹层分离。累及颈动脉或右头臂干动脉时,可引起缺血性中风,表现为多种神经系统功能障碍。影响脊髓血供时,可导致截瘫、感觉异常、括约肌功能失调。60%波及锁骨下动脉患者,脉搏消失。波及远端血管时,可引起肠系膜缺血、梗塞、肾动脉阻塞、股动脉搏动消失和下肢缺血。

一旦怀疑近端主动脉夹层分离,应立即请胸外科医生会诊和行经胸部超声检查。超声心动图将显示心包积液或胸腔积液,主动脉内可见分离的内膜片,动态观察可见内膜摆动征,并形成主动脉真假双腔征。如仍不能明确诊断,应行经食管心脏超声检查。如结果为阴性且仍不能排除诊断,应CT扫描。

(八)肥厚型心肌病

肥厚型心肌病可见于儿童、青少年和成人,可表现为胸痛或晕厥。心肌缺血在肥厚型心肌病中的重要性越来越引起注意,心绞痛为主要症状。在梗阻性肥厚型心肌病患者,很早就可出现症状,表现为气促、胸痛、活动后晕厥。主要血流动力学障碍为左室流出道梗阻。任何增加心肌收缩力和降低前负荷的因素均可使梗阻加重、左室舒张末期内径缩短。但心脏处于收缩期时,心腔内由于流出道梗阻而形成压力阶差以保证心输出量,为克服心室内阻力,左室强力收缩,心肌出现代偿性肥厚,心肌耗氧量增加而逐渐超过冠脉储备而引起心肌缺血。其他引起心肌缺血的可能机制还包括心肌桥致收缩期短暂的心外膜冠状动脉阻塞、舒张期延长致室壁张力增加、心肌内冠状动脉舒张期阻塞和心肌内冠状动脉小血管疾病。

在胸骨左缘闻及收缩期喷射性杂音,Valsalva动作或直立位加重时,应考虑本病的可能。心电图可出现异常Q波,深而倒置的T波。经胸部心脏超声可确定诊断。如超声心动图不能明确肥厚的部位和程度时,应行磁共振检查。

(九)主动脉瓣狭窄

主动脉瓣狭窄为左室流出道阻塞的常见原因,最多见于老年退行性变,退行性变致主动脉瓣叶纤维化和钙化。主动脉瓣狭窄导致左室射血阻力增加,加重左室后负荷而产生代偿性左室肥厚以降低左室壁张力。而代偿性左室肥厚会产生许多不利影响,如室壁僵硬和心肌耗氧量增加。收缩期延长、舒张期缩短,加上左室内压增高和肥厚肌纤维挤压壁内小动脉,均可减少冠脉血流量,即使无冠心病时,也可引起心肌缺血和心绞痛。

(十)心脏神经官能症

本病多为青年及中年人,女性较多见。部分心脏神经官能症患者也常以胸痛为主诉,临床上易与心绞痛相混淆。与典型心绞痛相比较,心脏神经官能症的胸痛具有下列特点:①胸痛主要为短暂性(数秒钟)刺痛或较长时间(数小时)的隐痛。病人有时觉胸闷或呼吸不畅,喜欢喘一、二口大气,或作叹气性呼吸,但无闷痛或明显的压迫感。②胸痛部位多在乳房下,或常有变

动。③症状多出现于疲劳过后,而不是在劳动或兴奋的当时,作轻度体力活动常反感舒适,有时可耐受较重的劳动而不发生胸痛或胸闷。④硝酸甘油常不能缓解胸痛,或在 10 min 后才“见效”。⑤常伴有心悸、疲乏及其他神经衰弱的症状。根据病人症状多,伴神经衰弱表现,而心血管相关检查均为阴性结果,应考虑心脏神经官能症的诊断。

二、肺部疾病所致类心绞痛性胸痛

(一) 急性肺栓塞

急性肺栓塞可突然发生,休息时或轻微活动后均可发生,表现为休克、晕厥、室上性心动过速,突然出现呼吸困难且活动后加重,肺梗塞时常有胸痛伴咯血。66% 急性肺栓塞患者有胸痛。常累及胸膜,活动后疼痛加剧,患侧呼吸活动度减弱可缓解疼痛。严重急性肺栓塞可引起右室后负荷增加,致心肌缺血而引起心绞痛。许多病人有气促和心悸,咯血并不常见。尽管肺动脉瓣区第二心音增强和右室心尖搏动明显常提示急性肺动脉高压,但这些体征并不常见。

心电图表现无特异性,可为窦性节律,ST-T 改变无特异性,电轴左偏或右偏出现频率相同。 $S_I Q_{II} T_{III}$ 或 $S_I S_{II} S_{III}$ 心电图改变虽不常见,但常提示急性肺栓塞。胸部 X 线平片可正常,但常出现肺不张、肋膈角变钝、患侧膈肌上抬。1/4 患者可出现肺血管征。如无禁忌证,在行通气-灌注肺扫描前应静脉滴注肝素。临床上高度怀疑肺栓塞而通气-灌注肺扫描正常时不能排除此诊断。而且,存在深部静脉栓塞时,应行肺血管造影或进一步抗血栓治疗。

(二) 急性肺动脉高压

肺动脉高压多发于心脏病患者,肺高压时,肺静脉压力急剧上升致肺血流量增多,肺顺应性减退,通气阻力增加,微血管通透性增加致不同程度的肺水肿。这些改变可致呼吸困难和心肌氧耗量增加。在冠心病患者,氧供需失衡可致心肌缺血和心绞痛,甚至急性心肌梗死。肺高压时,右室搏动增强和室壁张力增加以对抗右室后负荷,最终导致右室缺血和心绞痛。另外,肺高压时肺动脉牵张,可刺激血管外膜神经末梢引起胸痛。肺高压所致胸痛部位多变,但很少放射至上肢和颈部。

(三) 急性胸膜炎

急性胸膜炎,导致患侧胸痛,随呼吸、咳嗽、胸廓活动而加重,保持体位不变或屏住呼吸可减轻疼痛。因此,患者常少动且浅而快地呼吸。疼痛常向肩部、颈部和患侧腹壁放射。体检闻及胸膜摩擦音,吸气和呼气均可听到且持续时间短有助于诊断。

(四) 气胸

自发性气胸主要是由于胸膜下肺大泡破裂所致,多见于上叶顶部和下叶上部。男性较女性多见,发病高峰为 20~40 岁。休息或活动时均可发生,患者突起一侧胸痛,撕裂样,并放射至肩部,可伴气促、呼吸困难、咳嗽但痰少、呼吸表浅。抽气减压后症状明显减轻。体格检查发

现患侧胸部膨隆,呼吸音消失提示诊断。X线胸片检查可确诊。

三、胸壁性疼痛

(一)肋软骨综合征

第2~5肋软骨关节炎可发生于任何年龄,常突起胸痛,并放射至上肢,活动后加重,受累的肋软骨关节常有触痛并肿胀。

肋软骨关节炎疼痛很常见,且预后良好,因此在考虑胸痛原因时,必须先排除可引起严重后果的疾病。另外,在老年人或极度衰弱患者,即使无炎症存在时,肋软骨关节也可有触痛。因此,肋软骨关节疼痛多为其他引起胸痛疾病的一个伴随症状,而并非本身疾病所致。

(二)胸骨综合征和剑突痛

前者胸痛常位于胸部中间,胸骨柄处有压痛。后者多为前胸部疼痛,可放射至肩部、背部、上腹部,并有剑突处触痛。

(三)胸廓出口综合征

胸廓出口综合征包括颈肋、斜方肌前缘、胸锁关节和过度外展综合征。这些异常可引起臂丛神经、锁骨下动脉和靠近第1肋和颈部的锁骨下静脉受压。压迫臂丛神经时,可引起疼痛、感觉异常和麻木。这些症状常在颈₈至胸₁神经分布区严重。此病起病隐匿,疼痛常累及颈部、肩部和手臂,有时放射至前胸。胸痛时常伴上臂和前臂感觉异常。手臂外展或高举过肩可诱发疼痛,而步行不会诱发。诊断主要依靠神经系统检查和Adson手法或过度外展时桡侧动脉搏动消失。

四、消化道及腹部疾病所致胸痛

(一)食管病变

食管和心脏有共同的神经支配,因此在考虑无冠心病而有胸痛患者的病因时,应想到食管病变的可能,而且,因有共同的迷走神经输出纤维,食管和心脏疾病所致胸痛程度和范围也相同。

食管性疼痛与心脏性疼痛的特点相似,可在运动后或情绪激动时诱发,常被描述为心前区紧缩或压迫感,可放射至左臂,硝酸甘油可缓解,都可伴有吞咽困难和反胃。但食管病变所致胸痛一般有下列特点:①一开始即有很剧烈的心前区疼痛,且持续数小时;②引起胸痛的活动量多变;③运动停止10 min以上才出现胸痛;④可在夜间痛醒。

胃食管反流是引起胸痛的比较常见的原因,非心源性胸痛约28%是由食管动力学障碍所致。尽管食管动力学障碍和疼痛有关,但到一定程度才会引起疼痛。24小时胃酸测定有助于

诊断。但反流量的增加和胸痛并不呈直接的因果关系,因许多有反流的患者,并不引起胸痛,而一些高敏感患者,即使轻微的胃酸反流,总胃酸接触量并不增加也可引起胸痛。

即使长时间监测食管 pH 值和运动情况,也发现相当一部分患者胸痛发作时,并不与食管反流和运动失调有关。而且随访研究发现,食管运动功能变化和疼痛变化不相关。尽管如此,检测疼痛原因是否由食管反流和运动失调所致仍有其意义,因可让病人确信其胸痛原因并非心源性。

(二) 内脏痛觉紊乱

X 综合征、胃食管反流、食管运动失调和恐慌症常交替存在来引起胸痛,与冠脉造影正常患者心绞痛难以区别。内脏疼痛与表皮疼痛不同,前者常引起肌紧张和自主反应,随着有害刺激的强度增加和时间的延长,疼痛常扩散到远处。例如,食管疾病可引起整个胸部的疼痛并放射至手臂。识别能力和情绪变化也可影响疼痛的感知。对内脏疼痛感知能力的差别可解释现象:部分 X 综合征患者的心脏高敏感性,对轻微胃酸反流且胃酸接触量并不增加的高敏感性胸痛,食管运动失调和恐慌症所致的胸痛等。

(三) 急性胰腺炎

急性胰腺炎主要症状为上腹部或脐周疼痛,常放射至背部,也可放射至肋腹部、胸部和肩部,疼痛强度多变,但常很剧烈。直立位时疼痛加重,因此患者常屈膝侧卧,肢体屈曲。常伴有恶心、呕吐、ST-T 改变。诊断主要依靠中上腹部明显触痛和肌紧张。血、尿淀粉酶明显增高是本病的关键性诊断依据。

(四) 急性胆囊炎

急性胆囊炎主要表现为右上腹部或胸部撕裂样痛,并放射至肩胛间区、肩胛区和肩部。常伴恶心、呕吐和非特异性 ST-T 改变。诊断主要依靠病史和体查。

(五) 消化性溃疡

消化性溃疡患者常诉餐后 90 min 至 3 h 内出现烧灼样痛或饥饿感,进食或予抗酸剂后可迅速缓解。溃疡穿孔后可刺激隔膜,引起胸痛并放射至肩部。

五、其他

(一) 惊恐症

惊恐症患者常发生类似典型心绞痛的胸痛。对有胸痛而冠脉造影正常患者的前瞻性研究发现,约 1/3 患者符合惊恐症的诊断标准,且随访的 3 周内,每周至少有一次惊恐发作。继续随访,发现这类患者比较虚弱,活动耐力降低或丧失劳动能力,多伴有忧郁,社会适应能力差,更容易产生焦虑。这些现象支持在长期劳动能力丧失而冠脉造影正常的胸痛患者与惊恐症有

关的假设。

(二) 颈椎病

引起颈部、肩部、手臂处疼痛的常见原因之一为颈椎下部椎间盘突出。当第 6、7 颈椎椎间盘突出时,可压迫第 7 颈神经根,而产生肩胛部、胸部、腋窝内侧、上臂后外侧、前臂背侧和手指部疼痛,咳嗽和打喷嚏可使疼痛加剧,疼痛沿皮区分布且合并神经系统缺陷常提示本病。

(三) 带状疱疹

在出现皮肤疱疹前,带状疱疹可引起心前区受累神经节外周神经分布区域尖锐的烧灼样痛和感觉异常。多见于老年人,且伴有发热,颈项强直等症状。

(赵水平)

参 考 文 献

- 1 Braunwald E. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 5th ed, W.B. Saunders Beijing, 1997:3~7
- 2 陈国伟. 现代心脏内科学. 长沙:湖南科学技术出版社,2002:34~35
- 3 马文珠. 心血管病的鉴别诊断. 南京:江苏科学技术出版社,1992:18~25
- 4 邝贺龄. 内科疾病临床诊断学. 北京:人民卫生出版社,1994:143~161
- 5 李宗明. 临床症状鉴别诊断学. 上海:上海科学技术出版社,1999:618~626

第二章

晕厥的鉴别诊断

晕厥是指突然而短暂的意识丧失或障碍,可自行缓解,是内科常见症状,占住院病人的1%和急症病人的3%。晕厥的鉴别诊断是临床的棘手问题,即使经过各种检查,仍有50%的患者不能明确原因。人群中晕厥发生率随年龄的增高而增加,35~44岁男性人群的发生率为0.7%,而75岁或以上男性的发生率为5.6%。晕厥复发率为30%。有晕厥史患者的死亡危险性为同年龄、同性别对照者的1.5倍。年龄大于65岁,有心源性晕厥患者死亡危险性为33%,而非心源性晕厥为6%~12%。晕厥病人可表现为暂时意识改变(晕厥先兆)和完全丧失意识(晕厥)。晕厥可分为三大类型:心源性晕厥、非心源性晕厥和原因不明的晕厥。显然,心源性晕厥的死亡率最高,这种类型的晕厥发生心脏骤停的危险性极大。

一、心源性晕厥

引导起心源性晕厥的原因有许多,可大体归纳为机械性(心输出受阻)和心电性(心律失常)两类(表2-1)。

表 2-1 心源性晕厥的病因

晕厥的类型	病因
机械性	主动脉瓣、瓣上或瓣下狭窄
	梗阻性肥厚型心肌病
	人工瓣功能失调
	二尖瓣狭窄
	左房黏液瘤
	艾森曼格综合征
	法洛四联症
	肺动脉栓塞
	肺动脉狭窄
	原发性肺动脉高压
	心脏压塞