

全国普通高等教育医学类系列教材



内科疾病 临床诊断思路实训指导

*P*RACTICAL INSTRUCTIONS FOR CLINICAL DIAGNOSIS
IN INTERNAL MEDICINE

彭文 白宇 主编



科学出版社

全国普通高等教育医学类系列教材

内科疾病临床诊断思路 实训指导

彭 文 白 宇 主编
蒋梅先 主审

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书以内科常见临床症状、异常体征及检验结果作为疾病诊断、辨析的出发点,结合不同症状、体征各自特有的临床特点进行逐层分解,以便初涉临床的医生针对实际工作中的患者能理清思路,提高他们对内科疾病在诊断与鉴别诊断中的甄别能力。全书共4章35节,30余万字,涉及18个症状,12个异常体征和5个异常检验结果,力求在有限的篇幅内,尽可能多地涵盖与内科疾病相关的内容。

本书紧密结合临床,实用性强,可作为内科实习医师、研究生、进修生及住院医师在临床实习、带教及课堂PBL教学中阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

内科疾病临床诊断思路实训指导 / 彭文, 白宇主编.

—北京: 科学出版社, 2014. 7

ISBN 978-7-03-040987-4

I. ①内… II. ①彭… ②白… III. ①内科—疾病—
诊断—教材 IV. ①R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 123879 号

责任编辑: 潘志坚 闵捷 叶成杰

责任印制: 刘学 / 封面设计: 殷靓

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

南京展望文化发展有限公司排版

上海欧阳印刷厂有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2014年7月第 一 版 开本: B5(720×1000)

2014年7月第一次印刷 印张: 16 1/4

字数: 316 000

定价: 49.00 元



本教材获得上海中医药大学立项教材资助

《内科疾病临床诊断思路实训指导》编委会

主 编 彭 文(上海中医药大学附属普陀医院)

白 宇(上海中医药大学附属普陀医院)

主 审 蒋梅先(上海中医药大学附属曙光医院)

编 委 (以姓氏笔画为序)

王学伟(上海中医药大学附属普陀医院)

王雄彪(上海中医药大学附属普陀医院)

付文成(上海中医药大学附属普陀医院)

白 冲(第二军医大学附属长海医院)

朱文伟(上海中医药大学附属岳阳医院)

刘宗军(上海中医药大学附属普陀医院)

苏 青(上海交通大学附属新华医院)

杨丛林(哈尔滨市第五医院)

汪年松(上海交通大学附属上海市六医院)

沈 策(上海交通大学附属上海市六医院)

沈锡中(复旦大学附属中山医院)

罗海明(上海中医药大学附属岳阳医院)

金惠根(上海中医药大学附属普陀医院)

周永明(上海中医药大学附属岳阳医院)

胡 宏(上海中医药大学附属普陀医院)

曹 勤(上海中医药大学附属普陀医院)

喻 明(上海中医药大学附属普陀医院)

秘 书 王大英(上海中医药大学附属普陀医院)

序

医学是一门实践性很强的学科。20 世纪中、后叶,随着美国教育家布鲁纳提出“知识结构”理论,以及医学模式的转变、循证医学理念和方法的形成,医学高等教育一直围绕如何促进医学生在知识储备、能力、素质等方面协调发展这一命题进行了深入的探索和改革,其中着重解决的是提高学生的临床实践能力和临床思维能力。而形成能体现这种探索和改革要求的教材,无疑是一个关键环节。教材作为教师与学生间一种媒体,不仅反映了教师的教育思想、理念,以及课程的教学内容,并且不同教育思想指导下所形成的教材决定着其所采用教学方法,一本好的教材往往凝集着教师一生的追求。

前不久,承蒙彭文和白宇两位教授的抬爱,把他们编写的教材《内科疾病临床诊断思路实训指导》交给我,嘱我作序。我认真地拜读了这本教材,颇受教益。这是一本颇具匠心,充满新意的优秀教材。

其一,这本教材的教学目标清晰,旨在通过实训,促进医学生的理论知识转化为他的临床实践能力,摆脱了实训课只是让医学生掌握某些医疗技术的羁绊。

其二,在实训同时,努力帮助学生举一反三,掌握获取临床证据的方法和途径,变送“鱼”为授“渔”。

其三,以临床诊断思路为主线,贯穿循证到诊断的始终,对每个常见内科病证都总结了多个诊断思路和步骤。整本教材充分显示了编者强化临床思维训练的宗旨,突显了临床诊断学的临床思维特质。

其四,教材编写人员既有西医院校的著名专家,也有中医院校的著名专家,并且均来源于临床医师,保证了教材内容和思路紧贴中西医临床实际。

教材的这些特点,充分体现了主编和编委们卓越的教育思想和理念。就其内容而言,不仅是实习医生必不可少的教学参考书,对初涉临床的内科及全科医师也不乏重要参考价值,对提高他们的临床诊断思维及疾病辨析能力多有裨益。同时,教材所体现的教育理念及其实现这种理念的技巧和方法,也将为其他临床教材的编写提供启迪和借鉴。

有感而发,权且作序,缺憾之处在所难免,祈同道谅解赐教。



2014. 6. 22

编写说明

根据《教育部关于“十二五”普通高等教育本科教材建设的若干意见》的精神,为适应我国中医药高等教育发展的需要,推进素质教育,培养高素质创新人才,结合近年来《诊断学》和《内科学》理论授课(包括 PBL 教学等)及临床实习带教的具体情况,在上海中医药大学及其附属普陀临床医学院各级领导的支持下,编写了这本临床教学参考书。

随着现代医学科学技术的不断发展,各种新型诊断与治疗方法在各专业领域不断涌现。其结果是,一方面为临床医生诊疗疾病提供了更为便捷、有效的手段,另一方面也使得临床医生更多地依赖这些“高、精、尖”的辅助检查设备,而忽略了传统的、最基本的临床诊断手段及思维方法的提高。临床医学是医学的重要组成部分,正确诊断疾病是临床医生的最基本任务,也是治疗疾病、判断疾病预后的前提,这一点老一辈医务工作者都有深刻的体会。然而,在临床诊疗实践中,诊断的过程常常涉及非常广泛的医学基础和临床知识,对于初涉临床的实习医生和年轻医生来讲,需要通过对患者的资料进行分析综合、归纳整理、推理判断等一系列系统的训练才能逐步掌握。诊断思维能力的提高没有捷径,只有在临床工作中反复不断地进行实践,才能较顺利地完成了从医学生到成熟临床医生的过渡。本书的编写尽量从临床实际出发,以临床常见症状、体征及异常检查结果作为着眼点,比较符合临床常见疾病诊断的基本过程,对实习医生及年轻医生在临床实践中提高诊断思维能力,可能会有一定的帮助。

本书编写过程中得到上海中医药大学领导及附属曙光、龙华等临床医学院同行专家的指导和帮助,特别是严世芸教授为本书做序、蒋梅先教授在百忙中对全书做了认真的审阅,并提出许多宝贵的建议,对本书结构及内容的完善起到了很大的指导作用,在此表示诚挚的谢意。此外,本院程记伟医生在本书图表整理、格式统一方面做了大量工作,在此一并表示感谢。

尽管我们已经作了很大的努力,但限于时间和水平的限制,本书中仍难免存在疏漏和错误,敬请使用本书的老师、学生及关心本书的专家学者,给我们提出宝贵意见,以便改进。

彭文 白宇

2013 年 10 月

目 录

序

编写说明

第一章 绪论	1
--------------	---

第二章 临床常见症状辨析	6
--------------------	---

第一节 胸闷与胸痛	6
-----------------	---

第二节 心悸	12
--------------	----

第三节 咳嗽与咳痰	18
-----------------	----

第四节 咯血	24
--------------	----

第五节 腹痛	30
--------------	----

第六节 恶心与呕吐	39
-----------------	----

第七节 腹泻	47
--------------	----

第八节 尿频、尿急、尿痛	54
--------------------	----

第九节 少尿与无尿	58
-----------------	----

第十节 血尿	64
--------------	----

第十一节 头痛	72
---------------	----

第十二节 发热	83
---------------	----

第十三节 呼吸困难	89
-----------------	----

第十四节 呕血与便血	95
------------------	----

第十五节 昏迷	102
---------------	-----

第十六节 抽搐	113
---------------	-----

第十七节 晕厥	122
---------------	-----

第十八节 眩晕	129
---------------	-----

第三章 临床常见异常体征辨析	137
----------------------	-----

第一节 心脏及血管杂音	137
-------------------	-----

第二节 腹水	143
--------------	-----

第三节 甲状腺肿大	150
-----------------	-----

第四节	血压异常	156
第五节	皮肤黏膜出血	162
第六节	淋巴结肿大	170
第七节	发绀	177
第八节	黄疸	184
第九节	肥胖	193
第十节	体重减轻	198
第十一节	青春期发育延迟	202
第十二节	贫血	207
第四章	部分临床异常化验结果辨析	219
第一节	高血糖	219
第二节	低血糖	225
第三节	白细胞异常	231
第四节	酸碱平衡紊乱	240
第五节	血钾异常	248
参考文献		251

第一章 绪 论

《内科学》和《诊断学》是医学生在校理论学习的必修课,也是临床医学最基本的教材。前者是研究内科疾病发生发展规律、诊断方法和治疗的一门临床医学,后者是研究诊断疾病的基本理论、基本技能和临床思维方法的一门从基础医学到临床医学过渡的必修课,是基础医学与临床医学相互联系的桥梁。

医学是一门实践性很强的科学,人体是一个结构和机能都极其复杂和完整的有机体。因此,医学教育不同于其他任何教育。一种疾病在不同的阶段可以表现出各种不同的症状、可以影响机体的不同组织、器官和系统,而一个症状又可涉及多种疾病。在临床上几乎看不到两个完全一样的患者,单纯模式化的教学方法与手段显然不能完全适应现代医学教育。

多年的理论教学和临床带教给我们一些启示:在校学习期间大部分学生非常重视《内科学》和《诊断学》两门课程的学习,在考试中部分学生也能取得较好的成绩,但在临床实践中,尤其在执业医师理论及技能考试中,即便是这部分学生却也往往不尽人意,甚至常常感到束手无策。为什么会出现这种情况呢?首先,在《诊断学》中最能提高学生诊断性思维能力的部分——症状诊断,一个非常需要与临床实践紧密结合的部分,却缺少一个将临床症状与内、外科疾病紧密结合的教学条件和氛围。其次,在时间安排上,《诊断学》与《内科学》学习时间不同步,往往相隔数月,甚至跨学期,使基础医学到临床医学的过渡没有做到很好的衔接。还有一个不容忽视的方面,目前国内《内科学》教学所选用的教材全部是按系统与疾病编排的,学生学习是通过疾病了解其特征,即已知疾病再认识疾病相关的症状。然而,在临床实践中,临床医生在接诊时不知道前来就诊的患者有何种疾病,只能通过病史或体格检查了解患者的部分症状和体征,通常情况下我们通过病史和体检获得的信息与《内科学》教科书中相关疾病的内容往往有很大的差异(这种差异是难免的)。正是这种差异的存在,才导致了学生在临床实践中的困惑,其根本原因是理论学习与实践应用的脱节,《内科学》教学与《诊断学》教学的脱节。这些问题如果得不到解决,出现前面提到的现象也就不难理解了。

为了让缺乏临床实践经验的实习医生,尽早完成从医学理论学习到临床实践的顺利转型与过度,让在校临床实习的学生初步掌握对临床常见症状的基本辨析方法,我们编写了这本教学参考书,希望能对初涉临床的学生及年轻医生有所帮助。

一、《内科疾病临床诊断思路实训指导》的内容

本教材虽涉及《诊断学》和《内科学》的内容,但侧重点却完全不同。它以提高学生诊断性思维能力为目的,以临床常见症状、体征及异常化验结果为着眼点、以逐层分解、辨析为手段,通过反复临床实践使学生逐步形成症状与疾病之间多元、立体化的诊断思维模式。本书的章节编排未采用较传统的按疾病系统的编排方式,目的是让学生的思维从单一的系统走出来,因为一个症状常常涉及多个系统的疾病。在本书的编写过程中,得到了多位医学教育专家的指导与帮助,对章节的编排也提出很多有益的建议,但仍难免存在不尽合理之处,如章节内容不够均衡,部分章节归类不够合理等。为保证本书编写结构上的统一,每一章节主要包括以下内容。

(一) 定义

明确症状或异常体征的概念是正确诊断疾病的前提。很难想象一个对头晕与眩晕都不能正确识别的医生,面对一个以“头昏”为主诉的患者,接下来是如何进行诊断与治疗的。因此,在对相应症状或体征进行辨析前,首先让他们正确理解并掌握这些症状、体征的概念。

(二) 发病机制

所有症状的发生都有相应的机制,有些症状的机制比较单一,有些比较复杂,也有一些机制到目前为止仍未明确。通常情况下,一种症状的发生机制涉及多种途径与环节,如发热涉及发热激活物、下丘脑、垂体及运动神经等环节,从发热激活物可以联想到各种病原体及其产物,从下丘脑可以联想到颅内的占位或出血,从垂体可以联想到内分泌代谢障碍,以及通过神经异常兴奋导致的肌肉持续过度收缩引起的产热过多,联想到癫痫持续状态等。通过对症状等发生机制的了解,使学生进一步认识症状、异常体征的本质,有助于在临床实践中开阔视野、拓展思路,提高对症状、异常体征等的辨析能力。

(三) 诊断思路与步骤

诊断是医生认识疾病的过程,也是透过现象看本质的过程。症状、异常体征等可以看作为现象,而最终确诊的疾病就是本质。疾病诊断的基本过程包括:① 调查研究、收集资料;② 分析判断、整理资料;③ 推理判断、提出诊断;④ 反复验证、确定诊断四个步骤。在临床诊断过程中,这四个步骤相辅相成,相互依托,不可或缺。以昏迷为例,第一步是通过问诊了解昏迷这一主要症状的特点、病情发展演变、伴随症状、诊治经过及患者既往健康状况等病史。在问诊的基础上,有侧重地进行系统而规范的体格检查。根据问诊和体格检查的结果,结合患者的病情特点,选择有针对性的辅助检查,这个过程就是收集资料的过程。资料的可靠性和系统、全面性对接下来的分析、推理判断,乃至确定诊断,起着至关重要的作用。第二步

是将已获得的资料进行评价、综合、归纳,由表及里,去粗取精,去伪存真,同时结合内科学掌握的疾病知识,将可能的疾病罗列出来,形成初步诊断的假设,这个过程就是分析判断、整理资料的过程。在本书中,主要通过结构图结合文字说明的表现形式,力求做到浅显易懂,便于掌握。第三步是推理判断、提出诊断阶段,本书尽量采用图表的表达方式,将与症状相关的多种可能的疾病与临床诊疗的具体病例进行分类、比对,找出它们之间的相似属性与内在联系,逐一排除列表中临床特征及辅助检查与实际病例存在较大差异的疾病,最终完成推理判断,形成初步临床诊断。最后的步骤是反复验证、确定诊断,提出初步诊断仅仅是诊断工作的开始,形成最终的确定诊断往往需要经过“实践、认识、再实践、再认识”这种反复验证的过程。在疾病的诊断过程中,需要认识到疾病是动态的,面对疾病发展的不同阶段,需要仔细观察病情的进展情况,复查必要的辅助检查项目,及时掌握病情变化,这是正确诊断的前提。

(四) 症状相关的临床问题

鉴于不同症状及异常体征的特殊性,同时考虑到每位编者的专业特点及临床经验之间存在的差异。因此,无论在内容上还是在形式上,对这部分都未做太多的限定,由编写人员根据自己的临床经验及体会,结合症状诊断过程中存在的重点与难点问题,向学生做进一步的讲解与说明,力求体现编写者对所编章节的认识及临床实践经验。

二、《临床诊断思路实训指导》的学习方法

本书的编写目的是通过对学生临床思维方法的培养,逐步提高他们对疾病现象进行调查、分析综合、推理判断等一系列过程的思维能力,最终达到在临床实践中对常见疾病基本做到正确认识、鉴别,合理决策。

(一) 遵循证据

随着医疗模式的转变,临床医生在诊治疾病的过程中往往会遇到很多新问题。如面对一种疾病,传统医学多注重医生个人的临床经验或通过教科书的知识来认识疾病,诊治患者。进入生物医学、信息科学高速发展的时代后,知识更新迅速,传统的凭借临床经验认识疾病的医学理念显得既不科学又不够系统、全面,因此必然要被现代的进步医学理念所取代,这种新的认识疾病的理念就是强调“最佳证据”,采用科学标准,适用于临床实践的循证医学理念。只有在循证医学理念指导下,通过现代的辅助检查手段,结合科学的思维方法,才能使疾病的诊断更加可靠,患者的疗效获得最佳。

(二) 反复实践

尽管运用循证思维指导临床诊断是当今临床医学发展的趋势,但传统医学不应全盘否定,如高年资医生在长期临床实践中,通过反复不断地理论联系实际获得

的宝贵临床经验,就很值得我们年轻医生学习。有了这些经验,可以让年轻医生更好地认识和对待辅助检查,从而避免“乱枪打鸟”式的无选择性地过度检查,同时也让年轻医生有能力正确判断辅助检查在疾病诊断中的地位。如高龄脑卒中中长期卧床患者,突发呼吸困难、胸痛,应考虑急性心肌梗死、肺栓塞、充血性心力衰竭、肺部感染合并呼衰等疾病,临床经验越多能够想到的可能疾病也越多,需要提出的相应辅助检查项目也越多。如果头脑中根本没有这些疾病的印象,谈何正确诊断,如果对D-二聚体升高在肺栓塞诊断中的临床指导意义(敏感性高,特异性较低)不甚了解,谈何正确诊断。因此,反复实践,理论联系实际,坚持“实践、认识、再实践、再认识”的原则,仍是学生提高临床诊断思维能力的有效方法。

(三) 科学思维

对临床医生来讲,掌握并运用科学、严谨的思维方法诊断疾病至关重要。“逻辑思维”是医生在临床诊治疾病的基础。明确诊断过程的基本步骤,依据循证医学理念,运用已有的医学基础理论和实践经验是探索疾病本质、确定诊断的过程。例如,面对一个昏迷患者,在对其疾病进行诊断时,首先考虑昏迷的原因是由脑部疾病引起的,还是全身性疾病引起的,如果是非脑部原因,那么是何系统或何器官的疾病,病因是什么,系统性疾病与昏迷之间存在何种关系,什么机制导致的昏迷等。通过对上述问题的分析,提出可能的几种疾病,结合可能疾病彼此之间的特点,借助有价值的辅助检查结果进行分析、推理,根据已获得的最佳证据,缩小诊断范围,直至确立最有可能的疾病。同时,要用动态发展的眼光观察病情,反复验证,最终确定诊断。

(四) 把握原则

1. 实事求是的原则 以事实为依据,仔细观察,全面分析是临床医生诊断疾病的基本原则。通常写入教科书的疾病是典型的,带有疾病的普遍性。我们临床遇到的病例不可能与教科书中完全相同,有时甚至不符合这一疾病的一般规律。然而即便是不符合疾病规律、对诊断似乎无关紧要的资料也不可随意取舍,应考虑疾病与个体的特殊性,不能主观臆断。

2. “一元论”的原则 疾病的不同时期,可表现不同的症状特征,涉及不同的器官与系统,有时这些症状的主次、顺序排列也会发生变化。对初涉临床的医生来说,遇到这些复杂情况可能会做出多种疾病的诊断,但事实上确有两种或多种疾病并存的情况非常少见。只有在用一种疾病来解释过于牵强的情况下,才考虑两种以上的疾病。因此,在临床诊断过程中,坚持单一病理学原则,尽量用一个病来解释患者存在的多种临床现象,是临床诊断性思维的原则。

3. “简化思维程序”的原则 在临床患者的诊治中,有时时间就是生命。但在急危重症的抢救过程中,医生常常没有更多的时间做反复、细致的推理与思考。此时采用系统归类、价值判定、逐一对照、逐一排除的“简化思维程序”就显得非常重

要,它可以使临床医生从患者的多种临床现象中,发现有诊断意义的临床特征,从而使疾病的诊断锁定在较小的范围。这一原则有助于迅速建立诊断,不致贻误抢救时机。

4. 树立整体观、全面评估的原则 人患疾病,主体是人。同样是糖尿病,患者的年龄、生活方式、营养条件、心理状态等却对疾病发生、发展及临床表现产生很大的影响。换个角度来讲,一个患有认知障碍的患者,可以是脑部疾病引起的,也可以是营养代谢障碍性疾病引起的,如果只想到脑部疾病,而忽视了全身性疾病对脑部的影响,在疾病的诊断中往往会出错,忽略了人这一疾病的主体,就难以全面而准确地诊断和治疗疾病。

(彭文 白宇)

第二章 临床常见症状辨析

第一节 胸闷与胸痛

一、定义

胸闷(chest tightness)是一种主观感觉,自觉胸中堵塞不畅、满闷不舒的表现。胸痛(chest pain)是指颈部与上腹部之间部位的不适或疼痛。

胸闷和胸痛是临床常见的症状,涉及多个系统,可以是浅表器官疾病,也可以是内脏疾病;可以是神经官能症,也可能是心肌梗死、主动脉夹层等危急重症。患者的主观感觉不一定与疾病的严重程度相关。临床医生需要准确、迅速地寻找病因、明确诊断,给予及时的处理,以免误诊、漏诊,延误病情。

二、发生机制

胸闷和胸痛的发生,多数是由胸部疾病所引起,也可由其他系统疾病引起。例如贫血、上消化道疾病等。胸闷和胸痛往往是由于炎症、内脏缺血/缺氧、机械牵拉、肿瘤压迫、自主神经功能失调(如神经官能症)以及其他病因(如主动脉夹层)等引起。

各种化学或物理因素刺激胸部组织器官的神经即可引起胸闷、胸痛,如肋间神经、心脏及主动脉的感觉纤维、气管及食管的迷走神经、膈神经等,均可引起症状。此外,胸痛有时可出现牵涉痛,例如心绞痛可放射到左肩或左臂内侧。

三、诊断思路及步骤

(一) 诊断思路一(图 2-1-1)

1. 步骤 A

(1) 病史: 详尽采集胸闷、胸痛前后的病史,注意覆盖到心血管、呼吸系统、消化系统、全身疾病、情绪因素等。

(2) 体格检查: 是否存在器质性疾病所表现的异常体征等。

(3) 辅助检查: 如血气分析、心电图、胸片、心脏超声波(简称心超)、胸部 CT、动态心电图、核素显像等是否存在异常改变。

(4) 如排除器质性疾病,则考虑功能性疾病,如癔症等。功能性原因的特点见

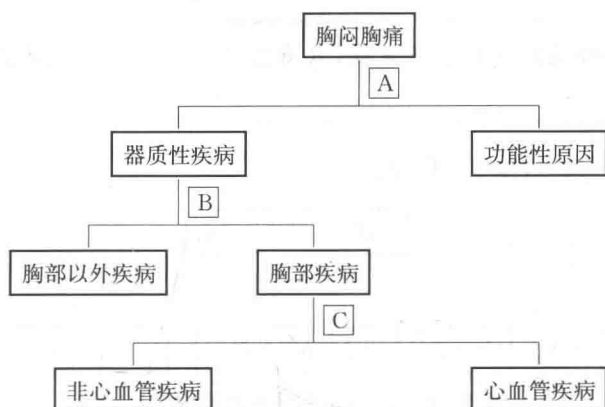


图 2-1-1 胸闷胸痛诊断流程图(一)

注释^{〔1〕}。

根据步骤 A,将胸闷胸痛分为器质性和功能性疾病两大类。

2. 步骤 B

(1) 病史: 有无胸壁、呼吸系统、心血管系统、纵隔、脊柱等胸部疾病病史,有无消化系统、血液系统等胸部以外疾病病史。

(2) 体格检查: 皮肤、黏膜、肌肉、心血管系统、呼吸系统、脊柱、腹部等。

(3) 辅助检查: 如 X 线、心电图、CT、超声波、内镜、血液检查等。

根据步骤 B,将器质性疾病引起的胸闷、胸痛分为胸部疾病和胸部以外疾病。

3. 步骤 C

(1) 病史: 有无心血管系统、呼吸系统、胸壁疾病、纵隔疾病、脊柱疾病等病史。

(2) 体格检查: 有无胸壁、呼吸系统、心血管系统、纵隔、脊柱等异常改变。

(3) 辅助检查: 如心电图、X 线、CT、超声波、血液等检查有无异常。心电图和心肌酶谱是鉴别心源性和非心源性胸痛的主要手段。

根据步骤 C,将胸部疾病引起的胸痛,再分为心血管疾病和非心血管疾病两部分。

说明

(1) 临床上的胸闷胸痛并非一定由单一病因所引起,有时是多种因素混杂引起。

(2) 采集病史务必要详尽、覆盖范围广,不能遗漏有价值的线索。

(3) 注意阳性体征。

(4) 疾病诊断是个综合考虑的结果,不能过于依赖辅助检查。

〔1〕 功能性原因的特点: 往往伴有情绪因素,可有惊恐发作、过度通气、痛无定处、欲大叹气、休息时发病,伴有嗝气及胃肠功能紊乱,伴有失眠、头昏等。辅助检查往往无器质性病变,对于癔症透气过度患者,血气分析可见 PaCO_2 降低、碱中毒,电解质检测有低钾表现。

(5) 不要轻易诊断功能性疾病,只有排除了器质性疾病才能诊断功能性疾病。

(二) 诊断思路二(图 2-1-2)

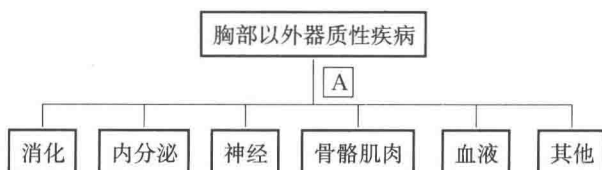


图 2-1-2 胸闷胸痛诊断流程图(二)

步骤 A 根据临床病史、体格检查和辅助检查将胸部以外胸闷、胸痛病因进行诊断和鉴别诊断,分为消化、内分泌、神经、骨骼肌肉、血液及其他系统疾病。由于各系统疾病比较多,仅列举典型疾病,见表 2-1-1。

表 2-1-1 临床常见胸部以外器质性疾病所致的胸闷胸痛鉴别诊断表

系 统	典型疾病	伴随症状	体 征	辅助检查
消化系统	胃炎、胃溃疡	进食前后不适	中上腹轻压痛	胃镜或钡餐
	胰腺炎	全身症状、腹痛	腹部压痛	CT、淀粉酶
	消化道穿孔	腹痛、全身症状	压痛、反跳痛,板样腹 浊音界消失	腹部平片
内分泌系统	甲状腺功能亢进	心悸、乏力	眼征、甲状腺肿等	$FT_3 \uparrow$, $TSH \downarrow$
神经系统	脑瘤、脑炎、外伤	头昏、头痛	相应定位阳性体征	头颅 CT 或 MRI
骨骼肌肉系统	骨转移瘤、肌病	局部疼痛	局部压痛等	X 线, 心电图
血液系统	贫血, 红细胞增多症	头昏、乏力	下眼睑、唇色改变	Hb 量改变
	白血病	感染、乏力	贫血、出血, 胸骨压痛	白细胞数量、形态异常
其他	中毒性疾病	中毒症状	中毒体征	酸中毒等
	腹水	腹胀	移动性浊音(+)	腹部 B 超

(三) 诊断思路三(图 2-1-3)

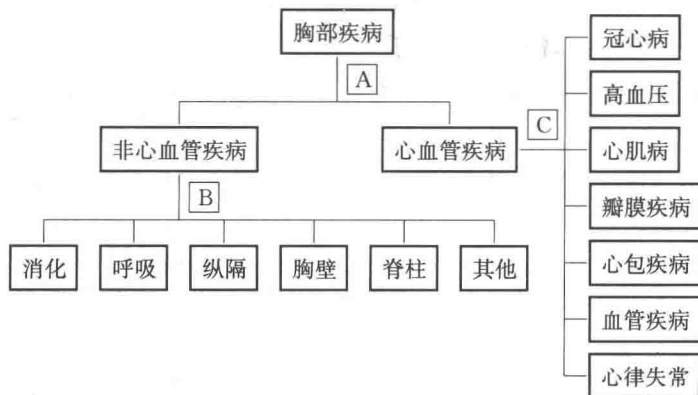


图 2-1-3 胸闷胸痛诊断流程图(三)

1. 步骤 A 根据病变部位,首先将胸部疾病分为非心血管疾病及心血管疾病两大类。

2. 步骤 B 根据胸部疾病非心血管系统疾病进行病因判断,见图 2-1-3。由于各系统疾病比较多,仅列举典型疾病,见表 2-1-2。

表 2-1-2 临床胸痛常见非心血管病因鉴别表

系统	典型疾病	伴随症状	体 征	辅 助 检 查
呼吸 系统	哮喘,气管炎	咳嗽、气急	肺部干湿啰音	胸片,肺功能
	气胸	气急	呼吸音消失	胸片
	胸膜炎	吸气胸痛	胸膜摩擦音	胸片
消化 系统	食道疾病	进食后梗阻感 烧灼感	无明显体征	钡餐、胃镜
纵隔	胸腺瘤	可有肌无力	肌力下降	胸部 CT 可见占位
胸壁	肋间神经痛	发热,皮疹	局部沿肋间神经分布的皮疹	一般根据症状诊断
脊柱	脊柱炎	背部疼痛	局部可有压痛	CT 或 X 线
其他	垂体后叶素等	心悸心慌	血压升高	EKG: 心率加快
	药物因素		心率加快	心肌缺血表现

3. 步骤 C 根据心血管疾病不同病因将胸部疾病中因心血管疾病引起胸闷、胸痛的主要原因进行分类,见图 2-1-3。

表 2-1-3 临床胸痛常见心血管病因鉴别表

	典 型 疾 病	伴 随 症 状	体 征	辅 助 检 查
冠心病	心绞痛	活动或激动后胸闷、胸痛	无特异体征	冠脉造影等
高血压	高血压危象	头晕,颈僵	血压升高	检测血压
心肌病	肥厚型梗阻性心肌病	活动后胸痛	胸骨左缘第三肋间杂音	心超、左室造影
瓣膜病	先天性心脏病、风湿性心脏病、老年性瓣膜疾病	呼吸困难、晕厥	瓣膜杂音	心超
心包疾病	急性心包炎	发热,持续胸痛	心包摩擦音	心超
血管疾病	主动脉夹层	撕裂样胸痛	血压极高或低	心超、CT
	肺动脉栓塞	气急、发绀	P ₂ 亢进	造影、CT D-二聚体
心律失常	严重缓慢型或快速型心律失常	头晕、乏力	心动过缓或过速	EKG

四、胸闷与胸痛诊断过程中的相关临床问题

(一) 高度重视

(1) 胸闷、胸痛可以是功能性的,也可能是危急重症,尤其是心肌梗死、肺动脉栓塞、气胸、主动脉夹层等均是危急重症,需要迅速作出判断并立即抢救。因此需要高度重视,迅速判断,及时治疗。