

1、消化系溃疡：患者有反复上腹痛病史，伴反酸、嗝气、上腹饱胀，查体：腹软、剑突下压痛，无反跳痛，行胃镜检查可予以确证。 2、急性肠梗阻：患者多有腹部手术病史，临床表现有腹痛、腹胀，恶心、呕吐及肛门停止排气排便等，腹部 X 线片发现气液平面有助于鉴别。 3、急性腹膜炎：患者有腹胀、腹痛伴发热等临床表现。查体可见腹肌揉面感，有压痛及反跳痛，肠鸣音可减弱甚至消失。化验及 X 线检查有助于鉴别。 4、急性阑尾炎患者常有转移性右下腹部痛，查体可及右下腹部压痛反跳痛，本例病史症状不支持。 5、消化性溃疡穿孔：患者既往有近十年复合性溃疡病史，此次虽出现持续性上腹痛，但查体全腹无鸣音正常反跳痛、肌紧张，肠。 6、急性胰腺炎：病因多为胆管结石、大量饮酒、进食，临床表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐，排气、排便不通，辅助检查：腹部 B 超及上腹部 CT 可发现胰腺肿大炎性渗出，查血淀粉酶急性升高可辅助诊断。 7、泌尿、系统感染：包括肾盂肾炎、肾周脓肿等，病因多为输尿管结石或尿路梗阻所致，细菌感染后可出现对应侧腰痛、腹痛、胀痛或绞痛，高热，行腹部 CT 或 B 超可进一步明确诊断。 8、尿路感染患者常以尿路刺激征为首要表现，严重感染时可出现发热畏寒，尿分析可及白细胞，尿路结石合并感染可及腹痛等，泌尿系超声可鉴别，本例不支持。 9、泌尿系结石：患者有腹胀、腹痛、恶心、呕吐等表现，查体可有双肾区叩击痛及双输尿管行经处压痛。泌尿系彩超及 X 线检查有助于鉴别。 10、急性胃肠炎：临床表现为腹痛、腹泻、腹胀，查体：中、上腹部压痛，肠鸣音活跃，血分析白细胞可增高。 11、急性胃炎：多见于进食辛辣等刺激食物、着凉等，突发上腹痛，主要为剑突下，可隐痛、绞痛、胀痛，伴恶心、呕吐，嗝气、反酸等，查胃镜可发现急性胃粘膜糜烂、变红等改变。 12、返流性食管炎：临床表现为腹痛、腹泻、上腹部及胸部烧灼样疼痛，可无明显异常体征，食道可见局部粘膜红。 13、食管癌：中老年多见，进行性吞咽困难，慢性起病，食管吞钡、胃镜可发现肿物，病理活检可确诊。 14、慢性肠炎：病史较长，病因可为结肠炎、克罗恩病、肠结核等，临床表现为长期反复出现腹痛、腹泻、给予药物治疗，病情可稍缓解，行肠镜检查可进一步明确。 15、肠道肿瘤：多见于中老年患者，临床表现为腹痛、腹泻、便秘、血便等，如伴肠道梗阻可出现恶心、呕吐，排气、排便不通。查体：病灶处可触及肿块，查腹部 CT、肠镜等可辅助明确诊断。 16、胃癌：多见于老年患者，可有隐痛、绞痛、胀痛，食欲下降，体重减轻等表现，胃镜检查可资鉴别。 17、肝性脑病：一般有肝病病史，出现精神紊乱、昏睡或昏迷，可有扑翼样震颤，反映肝功能的血生化指标明显异常及（或）血氨增高，脑电图异常。 18、戒断综合征：长期酗酒者在突然停止饮酒或见少酒量后，可出现震颤、焦虑不安、兴奋、失眠，精神错乱，全身肌肉出现粗大震颤。 19、肝硬化：患者多有肝炎或饮酒过量等病史，长期后出现腹部包块，病人多有腹水、黄疸等全身症状。腹部 CT 片及相关血液检查可鉴别。 20、肝癌：有腹胀、肝区疼痛表现，查 AFP 升高明显，超声或 CT 可发现病变，行 AFP、上腹部 CT 及病理活检可明确诊断。 21、急性胆系感染：多见于胆道结石、胆道肿瘤等梗阻等原因引起，临床表现为发热、腹痛、黄疸，查体：墨菲氏征阳性，化验血分析血象明显高，腹部 B 超或 CT 可进一步辅助诊断。 22、胆石症：患者右上腹疼痛放射至右后背部，呈阵发性隐痛或绞痛，每于进食油腻后疼痛明显，查体：胆囊触痛征阳性，墨菲氏征阳性，腹软。血分析检查血象增高，行上腹部 CT 检查提示胆囊结石。 23、急性胃粘膜撕裂：多见于各种原因引起的剧烈呕吐，引起胃内压增高，继而贲门粘膜撕裂，引起胃大量，多次出血，发病后查胃镜可明确病因。 24、胃底食管静脉曲张出血：多见于各种肝炎

等行成肝硬化，导致门脉压力升高，进而出现胃底食管静脉曲张，当患者用力或进食坚硬食物时，导致血管破裂出血。发病后查肝功能、腹部 B 超、上腹部 CT、或胃镜可明确诊断。 25、上消化道出血：患者腹痛，呕吐鲜血或暗红色血性胃内容物，既往多伴消化系溃疡或食管胃底静脉曲张等基础疾病，查体：贫血貌，上腹压痛，行胃镜检查可明确病因。 26、下消化道出血：多见于肠道肿瘤、肠道血管畸形、痔疮等病因，临床表现一般为：鲜血便，少有黑便、呕血或咖啡样液体，可伴腹痛、肠形。查体：可发现腹部压痛、肿块、肠鸣音活跃，查结肠、小肠镜、腹部血管造影，可进一步辅助明确诊断。 27、口，鼻出血：多见于口腔粘膜、牙齿、鼻粘膜出血，查体可发现口，鼻出血点支持诊断。 28、咯血：多见于支气管扩张、肺癌、肺栓塞、肺结核等肺部疾病，临床表现多有咳嗽、咳痰、发热、呼吸困难、胸痛等伴随症状，血多为鲜血或伴少许痰液、咖啡色液体（除非吞下后呕出），查体：可闻及肺部干湿罗音或呼吸音减弱、消失或加强，查肺 CT 或胸片可发现肺部阳性病灶支持诊断。 29、脑卒中：患者可有基础病史如高血压病、糖尿病，患者可突发口齿不清，肢体偏瘫，可伴不同程度意识障碍，头颅 MRI 可明确诊断； 30、破伤风感染：患者多有外伤病史，有咬肌酸胀，张口及吞咽困难，有典型“苦笑”“角弓反张”等症状。 31、眩晕症：患者眩晕，视物旋转，伴呕吐胃内容物，闭眼好转，查体：可有眼颤，神经系统体格检查无阳性发现，行头颅 CT 检查无异常。 32、颈源性头晕：起病时可出现眩晕，可伴视物旋转及恶心呕吐，可反复发作，可有颈部疼痛不适，行颈部 X 线可助诊。 33、丛集性头痛：此病多见于男性，发病年龄在 30 岁左右，头痛呈周期性，突然发作，开始于一侧眼眶，并可向同侧颞部、下颌、前额放射，为深在爆炸性剧痛。 34、后循环缺血：可表现为头晕、行走缓慢等症状，伴肢体乏力、麻木，发作时血压会升高，既往有高血压病、动脉粥样硬化基础疾病，头颅 MRA、TCD 等有助鉴别。 35、脑供血不足：可表现为头晕等症状，有脑动脉粥样硬化基础疾病，头颅 MRA、TCD 等有助鉴别。 36、基底动脉供血不足：多见于存在糖尿病、高血压多年的中老年患者，临床表现为头晕、恶心、呕吐、视物旋转，一般无耳鸣，头晕可在变动体位时诱发或加重，查头 CT 或 MIR 可发现后循环缺血、梗塞或后循环血管细小。 37、美尼尔综合症：发病原因为内耳淋巴循环障碍所致，临床表现为头晕、视物旋转、耳鸣，恶心、呕吐，上述症状反复发作，给予脱水、改善内耳循环、营养神经等治疗后可渐好转。查头 CT 或 MIR 不能发现可解释头晕的相应病变。 38、颅内感染：可表现为发热、头痛，体征示脑膜刺激征阳性，头颅 MRI 及脑脊液等有助鉴别。 39、恶性综合征：患者多于长期服用抗精神药后出现高热，心率加快，肌张力升高，重者可有意识障碍表现，辅助检查血分析白细胞数升高，心肌酶谱 CK 升高等，均支持该病诊断。 40、病毒性脑炎：患者多有发热、头痛、恶心、呕吐等颅内压升高表现，查体可见意识障碍，脑膜刺激征阳性。头颅 MRI、CT 或脑脊液检查有助于明确诊断。 41、硬膜下血肿：患者可有外伤史，出现口齿不清，肢体无力，可伴有不同程度意识障碍，行头颅影像学检查提示硬膜下血肿 42、脑出血：患者通常有高血压病史，活动中起病，发病迅速，进展快，可出现头痛、恶心、呕吐以及昏迷等高颅压症状。行头颅 CT 或 MRI 检查可予鉴别 43、脑梗塞：患者可有基础病史，如：高血压、糖尿病，患者可肢体偏瘫口齿不清，重者可有不同程度意识障碍，偏侧体征，头颅磁共振可确证。 44、脑出血：多见于有高血压、糖尿病等基础病的中老年患者，临床表现为突发偏瘫、失语、偏身感觉障碍等，大量脑出血或脑干出血亦可出现意识不清、呼吸、心跳停止，发病后查头 CT 即可发现责任病灶，

可明确诊断 45、大面积脑梗死：急性起病时，可有意识障碍，可出现偏瘫症状，头颅 CT 可鉴别诊断。 46、蛛网膜下腔出血：病因可能为脑血管畸形、动脉瘤等，可见于各年龄段患者，尤其中青年，发病突然，表现为头痛、恶心、呕吐，出血量大可有偏瘫、偏盲、偏身感觉障碍等，查体可有脑膜刺激征，发病后查头 CT 可明确诊断。 47、脑血管痉挛：患者多数出现一过性单侧肢体障碍，数小时可自行恢复，行脑血管检查可进一步明确。 48、短暂性脑缺血发作：起病时也可有短暂性的意识障碍，数分钟后一般可转清，头颅 CT 提示脑出血故可排除。 49、原发性癫痫：可发生于任何年龄段患者，反复发生抽搐，可伴口吐白沫、尿便失禁、意识不清，持续时间不等，查头颅 CT 或其他生化检查，不能发现导致癫痫的病因。 50、癫痫急性发作：既往有癫痫病史，有抽搐，口吐白沫，大小便失禁等症状，头颅 CT 及脑电图可鉴别 51、脑动脉瘤破裂：临床表现为恶心、呕吐、神志不清、肢体活动障碍，可见病理征阳性，头部影像学检查可见出血病灶。 52、颅内占位：颅内占位如脑肿瘤等合并出血也可出现意识不清，呈持续性加重，头痛持续加重，头颅 CT 可助诊。 53、脑肿瘤：常见于中老年患者，临床表现为进行性头痛、恶心、呕吐，偏瘫、失语等多种症状，查头 CT 或头 MRI 可发现脑部占位，部分患者需做增强扫描进一步明确诊断。 54、低血糖昏迷：患者多有糖尿病病史，进食不足或有感染、腹泻等诱因，可有胸闷、出汗、心悸等表现，重者可昏迷致死亡，血糖监测有助诊断。 55、糖尿病酮症酸中毒：既往有糖尿病病史，典型表现为糖尿病症状明显加重，多数患者呼吸中可以有类似烂苹果气味的酮臭味，神志改变个体差异较大，有头痛、头昏、烦躁、嗜睡、昏迷等。血糖多大于 16.65mmol/L，血尿酮体阳性或强阳性。 56、糖尿病高渗性昏迷：多有糖尿病史，有多饮多食多尿等症状，血糖常升高至 30mmol/L，头颅 CT 检查及血糖测定有鉴别诊断价值。 57、慢性咽喉炎：慢性咽喉炎，多因机体抵抗力下降，反复出现各种细菌或病毒感染所致炎症反应，临床表现为咽喉肿痛，吞咽困难，有时可伴发热，口腔视诊可发现咽充血，淋巴滤泡、扁桃体增大等。 58、扁桃体炎：可出现扁桃体肿大，疼痛等不适，严重者有发热，查血分析可见白细胞升高，本患者不能排除。 59、慢性阻塞性肺疾病：既往有长期发作病史，临床表现为咳嗽、咳痰、胸闷、气促，查体：双肺呼吸音粗糙，双肺可闻及湿性啰音。胸部 CT 可见肺透亮度增大 60、肺栓塞：有胸痛、咯血、呼吸困难，可行抽血查 D-二聚体、肺部 CT 检查以鉴别。 61、急性呼吸窘迫综合症：临床表现为突发性呼吸困难及窘迫、低氧血症，体征双肺可闻及明显湿性啰音，胸部影像学检查可见肺水肿。 62、支气管哮喘：多有支气管哮喘发作病史，青年患者多见，双肺可及大量哮鸣音，多咳白色泡沫粘液痰，应用支气管扩张剂或糖皮质激素呼吸困难可缓解。 63、咳嗽变异性哮喘患者以刺激性咳嗽为特征，灰尘、油烟、冷空气等容易诱发，常有家庭或个人过敏疾病史，对抗生素治疗无效，支气管激发实验阳性可鉴别，本例症状病史不支持。 64、心源性哮喘：患者多数有高血压及心脏病史，发作时无法平卧，双肺可闻及细湿性啰音。 65、急性支气管炎：发病急，病史较短一般数天或几周，临床表现为咳嗽、咳痰，可伴发热，但一般无呼吸困难。查体：肺部可闻及干湿啰音或呼吸音粗，辅助检查可有双肺纹理增粗或正常。抗炎、对症治疗好转 66、肺癌：也有咳嗽、咳痰，有时痰中带血丝，肺癌可伴发阻塞性肺炎，经抗菌药物治疗后炎症消退，肿瘤阴影渐趋明显，或可见肺门淋巴结肿大，有时出现肺不张，胸部 CT 可助诊。 67、肺部炎性假瘤：患者一般无明显不适，行胸部 CT 及活检可明确。 68、肺门淋巴结结核：多见于儿童、青年，多有发热、盗汗等结核中毒症状，结核菌素试验常阳性，

抗结核治疗有效。69、纵膈淋巴瘤：颇似中央型肺癌，常为双侧性，可有发热等全身症状，但支气管刺激症状不明显，痰脱落细胞检查阴性。70、肺脓肿：起病急，中毒症状严重，多有寒战、高热、咳嗽，咳大量脓臭痰，肺部X线表现为均匀的大片状炎性阴影，空洞内常见较深液平。血常规检查可发现炎症表现。抗炎治疗有效。71、支气管扩张患者有反复发作咳嗽咳痰特点，常反复咯血，合并感染时咳大量脓血痰，查体肺部可及固定湿性罗音，胸片可及肺纹理紊乱或卷发样改变，CT可及支气管扩张改变。72、肺结核：肺结核多有全身中毒症状，有午后低热、盗汗、疲乏无力、体重减轻、失眠、心悸，X线胸片见病变多在肺尖或锁骨上下，密度不均，消散缓慢，且可形成空洞或肺内播散，痰检、PPD试验可有阳性意义，行胸片及CT可助诊。73、肿瘤性胸腔积液：一般见于年龄大，长期吸烟，咳嗽、咳痰、消瘦不适，进一步查胸片及胸部CT、ESR、胸水常规、生化、找癌细胞等。74、结核性胸膜炎：一般有午后低热，夜间盗汗，咳嗽、咳痰等不适，咳嗽，胸痛，呼吸困难进行性加重，查体：患侧肺呼吸音弱。胸水为渗出液，ADA>45ng/ml，结合PPD试验胸水检查可予明确诊断。75、急性一氧化碳中毒：多有明确的一氧化氮接触史，临床表现因中毒轻重而不同，轻度可表现为头痛、头晕、恶心、呕吐。中度：兴奋、运动失调、视力减退、意识模糊或昏迷。重度：抽搐、深昏迷、低血压、心律失常和呼吸衰竭。查体：皮肤粘膜可出现樱桃红色或发绀，查血液碳氧血红蛋白定性阳性可辅助明确诊断。76、有机磷农药中毒：有接触有机磷农药病史，临床表现为腹痛、恶心、呕吐、大汗淋漓，瞳孔缩小，心率减慢，血胆碱酯酶下降。77、除草剂（百草枯）中毒：患者多有相关药物服用病史，早期临床症状主要为胃肠道等症状。晚期可有呼吸困难等。相关病史及血液检查可鉴别。78、抗凝血类鼠药中毒：以广泛出血为表现，出凝血时间和凝血酶原时间延长，查凝血四项以助鉴别。79、中枢神经系统兴奋性鼠药中毒：以惊厥、昏迷、抽搐为表现，心电图有心肌损伤表现。80、急性酒精中毒：有明显饮酒史，临床表现因饮酒量的不同而异，轻度中毒可表现为兴奋，共济失调，恶心、呕吐，重度中毒可表现为昏迷，甚至生命体征不平稳，呼吸、循环衰竭而死亡。查体：可发现意识改变，瞳孔改变及酒精味。81、食物中毒：临床表现为腹痛、腹泻、恶心、呕吐、畏寒发热等，血分析白细胞可增高，电解质紊乱，大便培养可见致病菌株。82、急性镇静催眠药中毒：有明确的药物接触史、有意识障碍、呼吸抑制、血压下降等临床表现，查体：瞳孔缩小。胃液、尿液中可检出镇静药。83、其余药物中毒：有明显药物接触病史，临床表现为恶心、呕吐、腹痛、神志异常，体征可无异常，临床生化及血分析可轻度异常。84、铅中毒：可同时以贫血、反复发作性腹痛为表现，查血、尿铅升高，外周血可见嗜碱性点彩红细胞，驱铅治疗有效。85、肥厚型心肌病：患者可有心悸、胸痛，劳力性呼吸困难，心脏可轻度增大，可及杂音，心脏彩超可予确诊。86、扩张型心肌病：患者多以充血性心力衰竭、心律失常为主要临床表现，查体心脏普大型，心彩超：心脏各腔室增大，以左心室扩大早而显著，室壁明显变薄，运动明显减弱，心肌收缩力下降。87、肺心病：多见于有长期慢支、肺气肿病史的中老年患者，临床表现以充血性心力衰竭为主要临床表现，包括：全身水肿，纳差，查体：颈静脉充盈或怒张、水肿，心彩超：肺动脉高压、肺动脉增宽、右室、右房增大进一步支持诊断。88、高血压性心脏病：患者多有高血压病史，心界多向左下扩大，出现心衰时可出现咳粉红色泡沫痰等急性肺水肿临床表现。心电图及心脏彩超有助诊断。肺炎：患者可咳嗽，咳痰，呼吸困难，胸痛，查体：呼吸困难，可及干、湿性罗音，胸部影像学检查可予确诊，如胸部CT 89、

急性心肌梗死：多发生于有反复心绞痛发生的中老年冠心病者，胸痛时间长，一般超过半小时，疼痛性质剧烈，给予硝酸甘油等药物无缓解，发病后查心电图、心肌酶或冠脉造影等明确诊断。

90、心绞痛：多发生于有长期高血压、糖尿病等基础病的中老年患者，多因劳累、情绪激动等诱发，胸骨后侧或心前区等出阵发性疼痛，一般以闷痛、压榨性痛为主，持续时间一般不超过半小时，休息或含服硝酸甘油有效。发病时，一般可发现心肌缺血。

91、急性冠脉综合症：临床表现为胸闷、胸痛、前臂放射痛，心电图示 ST-T 段异常，冠脉造影可见血管狭窄或闭塞。

92、冠状动脉硬化性心脏病：多见于糖尿病、高血压多年的中老年患者，患者可反复胸闷、胸痛，一般无特异体征，心电图，心电图负荷试验，冠状动脉造影或 64 排螺旋 CT 可予以诊断。

93、主动脉夹层：多见于有高血压、糖尿病等基础病的中老年患者，发病突然，临床表现可出现持续胸痛、腹痛并向后背部等处放散，伴大汗。查体发现血压明显增高或降低，双侧血压不对称，心率可增快。辅助检查：胸部增强 CT 可进一步明确。

94、不稳定性心绞痛：多见于中老年患者，可有糖尿病、高血压等基础病，可反复发作，临床表现为阵发性胸痛、胸闷，压榨性，持续数分钟不等，一般不超过半小时，含服硝酸甘油或休息时可自行缓解。查心电图可发现心肌缺血，查冠脉造影可明确诊断。

95、心功能不全：诱因常为感染，临床表现为不同程度呼吸困难、下肢水肿、食欲不振，查体肺内可闻及湿性啰音，心脏彩超射血分数下降。

96、心功能衰竭：临床表现为气促、活动后呼吸困难、双下肢水肿、食欲不振等，查体：颈静脉异常充盈，双肺底闻及明显湿性啰音，双下肢水肿。心脏彩超示心脏射血分数下降。

97、心梗：患者多数有高血压病史，突发性出现胸痛，并呈压榨性胸闷，胸痛，行心电图检查可明确。

98、心律失常：患者有心悸表现，行心电图检查可进一步明确。

99、心源性晕厥：多因一过性心律失常，胸痛等原因导致一过性脑供血不足引起短暂意识不清，临床表现为胸痛、胸闷、呼吸困难等，查体：可有心律失常，辅助检查可发现心电图心律失常或心肌缺血、损伤或坏死。

100、狂犬病：患者多有被病兽等咬伤病史。症状多为喉肌紧张、抽搐，有典型“怕风”，“恐水”等症状。

101、血管迷走性晕厥：常被情绪或直立体位介导，有典型前驱症状，且有关联的突发事件。

102、心包积液：可有颈静脉怒张、肝大、下肢水肿，根据病史，超声心动图检查可鉴别。

103、急性心源性肺水肿：一般起病较急，胸闷、气促明显，难以平卧休息，坐起时及吸氧呼吸困难缓解，既往一般有心脏病病史。根据胸片、心脏 B 超可以加以鉴别。

104、感染性心内膜炎：有基础心脏病史，出现发热或新的心脏杂音时应高度怀疑此病，行心脏彩超可发现赘生物，血培养阳性等有助鉴别。

105、急性肾功能不全：各种原因引起的肾功能在短时间内（几小时至几周）突然下降而出现的氮质废物滞留和尿量减少综合征。临床表现可分为起始期、维持期：少尿、恶心、呕吐，呼吸困难、高血压、躁动、昏迷等。恢复期：尿量增多至每日 3000-5000ml。

105、慢性肾功能衰竭：各种病因，包括肾炎、肾盂肾炎、狼疮肾病引起的慢性肾脏结构和功能障碍，病史超过 3 个月。临床表现为：开始乏力、腰酸、夜尿增多、食欲减退，随后出现恶心、呕吐、气促、贫血、失眠、注意力不集中，尿量明显减少等全身各系统表现，辅助检查可有肾功能不同程度下降，贫血，双肾形态学改变等。

106、疟疾：为疟原虫感染引起，临床表现为高热、贫血、肝脾肿大，查体：贫血貌，肝脾大，辅助检查可疟原虫涂片阳性，疟原虫抗体阳性。

107、伤寒：病因为伤寒杆菌感染引起，临床表现为间断高热，肝脾肿大，查体：发热时脉律无明显增高，皮肤可发现伤寒斑疹，肝脾肿大，辅助检查可发现肥达氏反应阳性。

108、急性白血

病：以贫血、出血、感染为表现，血象可以三系减少，骨髓检查发现原始细胞比例大于 20%。 109、再生障碍性贫血：也以贫血、出血、感染为表现，血象三系减少，骨髓检查发现造血细胞减少，非造血细胞增多。