



急诊症状诊断学

JIZHEN ZHENGZHUANG
ZHENDUANXUE

■ 主 编 李 欣 魏红艳 蔺际葵



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急诊症状诊断学

JIZHEN ZHENGZHUANG ZHENDUANXUE

主 编 李 欣 魏红艳 蔺际葵

副 主 编 梅卫义 詹 红 刘东红

学术秘书 黄 勇

编 者 (以姓氏笔画为序)

王科科	中山大学附属第一医院	郑朝日	中山大学附属第一医院黄埔院区
王洪飞	山东省鄄城县第一人民医院	荆小莉	中山大学附属第一医院
孔德全	厦门大学附属第一医院	胡春林	中山大学附属第一医院
叶 子	中山大学附属第一医院	姚亚奔	厦门大学附属第一医院
刘东红	中山大学附属第一医院	徐 嘉	中山大学附属第一医院
刘加权	厦门大学附属第一医院	徐祗栋	山东省鄄城县第一人民医院
刘治锋	广西省玉林市第一人民医院	唐 凯	中山大学附属第一医院黄埔院区
刘建强	山东省济南市第四人民医院	黄贤伟	厦门大学附属第一医院
孙启亮	山东省泰安市中心医院	梅卫义	中山大学附属第一医院黄埔院区
孙常友	山东省鄄城县第一人民医院	符秋红	广东省清远市人民医院
李 欣	中山大学附属第一医院	梁 尹	中山大学附属第一医院黄埔院区
李 慧	中山大学附属第一医院	詹 红	中山大学附属第一医院
杨成彬	厦门大学附属第一医院	蔺际葵	厦门大学附属第一医院
吴伟程	厦门大学附属第一医院	滕以书	广东省深圳市儿童医院
吴郁珍	厦门大学附属第一医院	潘满冬	厦门大学附属第一医院
张玉虎	厦门大学附属第一医院	戴 瞳	中山大学附属第一医院
张自立	厦门大学附属第一医院	魏 敦	山东省泰安市中心医院
陈宏武	中山大学附属第一医院黄埔院区	魏红艳	中山大学附属第一医院
周 凌	湖南郴州消防支队卫生所		



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

急诊症状诊断学/李欣,魏红艳,蔺际葵主编. —北京:人民军医出版社,2012.6
ISBN 978-7-5091-5711-4

I. ①急… II. ①李…②魏…③蔺… III. ①急诊—症状—诊断学 IV. ①R459.7
②R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 095009 号

策划编辑:张利峰 文字编辑:邓艳 高磊 责任审读:黄栩兵

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8700

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:潮河印业有限公司 装订:恒兴印装有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:44.5 字数:1096千字

版、印次:2012年6月第1版第1次印刷

印数:0001—2500

定价:180.00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

内容提要

S U M M A R Y

编者分四部分重点介绍了 26 种常见临床急诊症状的发病机制、诊断思路 and 鉴别诊断方法,系统地阐述了 30 种诊断三联征和 31 种临床综合征的临床表现、实验室检查、诊断与鉴别诊断、治疗方法,最后列举了 16 个典型病例,并逐一介绍了病历摘要、诊疗经过、出院诊断,并附有细致的病例讨论,内容贴近临床,便于读者查阅。本书以症状为中心进行阐述,用图表解释处理流程,形式新颖、条理清晰,内容翔实、实用性强。对急诊医师了解和掌握临床思维方法、提高临床思维能力具有很好的指导意义,适合于各级医院急诊科及相关科室医师、进修医师、医学院校学生参考使用。

前 言

P R E F A C E

症状学(symptomatology)是研究症状识别、发生机制、临床表现特点及其在诊断中意义的一门学科,是医师问诊的主要内容,是诊断、鉴别诊断的重要线索和主要依据,也是反映病情的重要指标之一。临床症状复杂多样,同一疾病可有不同的症状,不同的疾病也可以有某些相同的症状,因此,有必要对每一症状可能反映的深层次本质进行深入探索才能充分地认识具体的疾病。

急诊科就诊病人常常是轻重混杂,就医环境人多拥挤、混乱紧张、有时要面对许多危重患者。因此,急诊医师要在有限的时间内诊断出潜在的危急重症,就需要仔细的观察、冷静的思考,要有缜密的逻辑推理和良好的心理素质。由于急危病症表现的动态性和复杂性,以及就医时间的短暂性等原因,急诊医师得到的信息非常有限。在这种情况下,症状诊断的价值和意义就显得更为重要。有经验的医学专家在诊治患者时,有时看患者一眼或根据某一特征性表现就能诊断属某一疾病,其秘密就在于对疾病症状的深入了解和把握。

编者从快捷、便查、实用出发,系统地介绍了发热、头痛、呼吸困难、血尿等 26 种急诊常见症状,简述了每一种症状的分类,详细叙述了具体症状产生的原因,并重点介绍了各种常见疾病的症状特征及其诊断与鉴别诊断,以及急诊常见的“三联征”和综合征,力争使医师通过对一种或多种症状的综合判断就能得出正确的诊断。最后,我们还列举了 16 例典型病案,以便读者举一反三,提高综合思维判断能力。

本书由中山大学附属第一医院、厦门大学附属第一医院为主组织编写,参编人员都是具有丰富临床和教学经验的专家学者。本书内容翔实,实用性强,以症状为中心进行阐述,用图表解释处理流程,形式新颖、条理清晰、查阅方便,是急诊医师、研究生、进修医师、实习医师必备的参考书。相信他们通过症状鉴别诊断学的学习,在了解和掌握临床思维方法、提高临床思维能力方面必将受益良多。由于本书为集体执笔,编者较多,难免文笔不同、风格迥异,且目前急诊医学的基础理论和临床技术发展更新较快,加之笔者学识有限,不当之处,敬请读者批评指正。

中山大学附属第一医院急诊科 李 欣

2011 年 9 月

目 录

CONTENTS

第一部分 临床常见急症

第 1 章 发热	(3)
第 2 章 昏迷	(10)
第 3 章 休克	(20)
第 4 章 晕厥	(31)
第 5 章 咳嗽	(47)
第 6 章 急性肺水肿	(58)
第 7 章 发绀	(71)
第 8 章 呼吸困难	(83)
第 9 章 咯血	(93)
第 10 章 心悸	(102)
第 11 章 水肿	(112)
第 12 章 恶心与呕吐	(121)
第 13 章 呕血	(126)
第 14 章 便血	(130)
第 15 章 腹泻	(135)
第 16 章 黄疸	(141)
第 17 章 少尿及无尿	(145)
第 18 章 血尿	(150)
第 19 章 贫血	(155)
第 20 章 紫癜	(161)
第 21 章 头痛	(167)
第 22 章 急性胸痛	(176)
第 23 章 急性腹痛	(190)

第 24 章	眩晕	(202)
第 25 章	瘫痪	(210)
第 26 章	多器官功能障碍	(219)

第二部分 临床“三联征”

第 27 章	心脏压塞三联征	(229)
第 28 章	主动脉瓣狭窄三联征	(236)
第 29 章	右心室心肌梗死三联征	(245)
第 30 章	急性肺动脉栓塞三联征	(256)
第 31 章	雷诺综合征三联征	(270)
第 32 章	库欣三联征	(279)
第 33 章	感染性休克三联征	(290)
第 34 章	蛛网膜下腔出血三联征	(306)
第 35 章	急性胆管炎	(317)
第 36 章	胆道出血三联征	(327)
第 37 章	肛裂三联征	(336)
第 38 章	胰岛素瘤	(341)
第 39 章	急性肾小球肾炎三联征	(349)
第 40 章	尿路刺激三联征	(357)
第 41 章	肾癌三联征	(364)
第 42 章	溶血性贫血三联征	(370)
第 43 章	血栓性血小板减少性紫癜三联征	(379)
第 44 章	催乳素瘤三联征	(385)
第 45 章	盆腔炎三联征	(392)
第 46 章	输卵管癌三联征	(399)
第 47 章	异位妊娠三联征	(406)
第 48 章	先天性短颈三联征	(414)
第 49 章	肘关节恐怖三联征	(420)
第 50 章	膝关节损伤三联征	(426)
第 51 章	阿片类中毒三联征	(430)
第 52 章	儿童铅中毒三联征	(436)
第 53 章	急性会厌炎三联征	(445)
第 54 章	原发性纤毛运动障碍三联征	(450)

第 55 章	阿司匹林三联征	(456)
第 56 章	反常性痤疮三联征	(463)

第三部分 临床综合征

第 57 章	急性冠状动脉综合征	(473)
第 58 章	复苏后综合征	(481)
第 59 章	Q-T 间期延长综合征	(486)
第 60 章	急性呼吸窘迫综合征	(488)
第 61 章	肌无力综合征	(494)
第 62 章	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	(497)
第 63 章	肺出血-肾炎综合征	(503)
第 64 章	溶血尿毒症综合征	(508)
第 65 章	肝肾综合征	(511)
第 66 章	胆心综合征	(514)
第 67 章	心脑综合征	(517)
第 68 章	脑心综合征	(522)
第 69 章	范科尼综合征	(525)
第 70 章	噬血细胞综合征	(528)
第 71 章	挤压综合征	(532)
第 72 章	肠系膜上动脉压迫综合征	(537)
第 73 章	巴德-吉亚利综合征	(541)
第 74 章	类癌综合征	(545)
第 75 章	代谢综合征	(549)
第 76 章	席汉综合征	(554)
第 77 章	特发性嗜酸粒细胞增多综合征	(556)
第 78 章	肾病综合征	(559)
第 79 章	干燥综合征	(567)
第 80 章	颅内低压综合征	(570)
第 81 章	颅内高压综合征	(573)
第 82 章	上腔静脉综合征	(576)
第 83 章	神经卡压综合征	(579)
第 84 章	腹腔间隙综合征	(582)
第 85 章	胸廓出口综合征	(586)

第 86 章	早期复极综合征	(590)
第 87 章	仰卧位低血压综合征	(594)

第四部分 病例分析

第 88 章	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎	(599)
第 89 章	肝硬化合并重症医院获得性肺炎	(606)
第 90 章	肺栓塞	(615)
第 91 章	肝门静脉、肠系膜血管栓塞	(621)
第 92 章	主动脉夹层动脉瘤合并截瘫、急性肾衰竭、血小板减少	(627)
第 93 章	组织细胞坏死性淋巴结炎	(631)
第 94 章	腹腔转移性腺癌致不全肠梗阻	(638)
第 95 章	嵌顿性股疝致肠坏死休克	(646)
第 96 章	肌钙蛋白进行性升高——急性心肌梗死	(652)
第 97 章	朗格汉斯细胞增多症并发上消化道出血	(658)
第 98 章	心脑复苏新理念	(666)
第 99 章	心搏骤停经皮冠状动脉介入治疗	(672)
第 100 章	心搏骤停血液滤过+亚低温治疗	(677)
第 101 章	电击伤致心搏骤停脑损伤高压氧救治	(683)
第 102 章	以晕厥为首发症状的主动脉夹层	(689)
第 103 章	高血压急症合并慢性肾炎综合征	(694)

第一部分

临床常见急症

发 热

发热(fever)是指病理性体温升高,是人体对致病因子的一种全身性反应。一般而言,当腋下、口腔或直肠内温度分别超过 37°C 、 37.3°C 和 37.6°C ,一昼夜体温波动在 1°C 以上,可称为发热。

【病因】

发热是由于各种原因导致机体产热过多或散热过少,以及体温中枢功能障碍所致。引起发热的疾病很多,大致可分为感染性和非感染性两大类。在感染性原因中尤以呼吸道、泌尿道和消化道感染最常见,因为这些系统与外界相通,最易遭受病原体的侵袭。在排除上述系统感染后,则要注意各种急、慢性传染病和其他系统的感染。非感染性发热包括风湿性疾病、变态反应、血液病、恶性肿瘤、中暑、药热、甲状腺功能亢进危象、癫痫持续状态,以及无菌性坏死物质吸收,如内出血、心肌梗死、组织坏死等。非感染性疾病除非合并感染,多属于低热($37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$)和中等热($38\sim 39^{\circ}\text{C}$),仅少数原因,如甲状腺危象、中暑和癫痫持续状态等体温可超过 40°C ,有别于感染性发热。

发热的机制迄今尚未完全阐明,多数是由于致热原(指能够引起发热的物质)所引起。致热原可分为外源性和内源性两类,前者包括各种病原体,如细菌、病毒、立克次体、衣原体、螺旋体、原虫和寄生虫、真菌等的毒素及其代谢产物,尤以内

毒素(多属脂多糖类物质)最为主要,其次是原胆烷醇酮、多核苷酸、抗原-抗体复合物、抗原(通过淋巴细胞释放的淋巴激活因素)等。这些外源性致热原能刺激和激活主要存在于白细胞、单核细胞和组织吞噬细胞内的内源性致热原前体,于短期内合成新的信息核糖核酸(mRNA)和致热原(即白细胞介素-1、肿瘤坏死因子、淋巴毒素等)。这些具有活性的内源性致热原一旦被释放入血液中,它能刺激辅助性胸腺依赖淋巴细胞(T细胞)增生,产生抗体和免疫反应,经血液循环可直接作用于体温调节中枢,亦可通过诱发下丘脑合成前列腺素E(PGE)和环磷酸腺苷(cAMP),作为中枢传导介质对发热也起重要作用。体温调节中枢在外源性致热原作用下,通过神经-体液调节机制,使肝脏产热增加、代谢亢进和引起骨骼肌强烈收缩,机体产热明显增加;与此同时,通过自主神经系统使外周血管收缩,排汗停止,散热减少,临床上遂出现发热现象,而肌肉强烈收缩可表现为寒战(rigor)。

非致热源性发热多因机体产热和散热不平衡所致,如甲状腺功能亢进危象、癫痫持续状态,主要由于代谢明显亢进或肌肉持续性抽搐,易致产热过多;而高温中暑的发热与气温过高、机体散热困难有关,至于脑出血发热则可能与体温中枢功能障

碍有关,见表 1-1。

表 1-1 常见急性发热性疾病病因及临床表现分类

分类		主要疾病	主要临床表现
急性感染性疾病	病毒感染	流行性感冒	以畏寒、寒战、高热急性起病,伴全身感染中毒症状
		急性病毒性肝炎	可有畏寒、发热,伴黄疸以及消化道症状
		流行性乙型脑炎	发热伴中枢症状,脑脊液异常
		脊髓灰质炎	流行季节+接触史+发热伴上呼吸道症状
		传染性单核细胞增多症	发热、脏器肿大、周围血出现异形淋巴细胞、嗜异性凝集试验阳性
		流行性出血热、巨细胞病毒感染、严重性呼吸综合征(SRAS)、获得性免疫缺陷综合征(AIDS)等	略
	支原体、立克次体感染		热程短、自限性,依病原体不同,临床表现各异
	细菌感染	社区获得性肺炎	高热、寒战、咳嗽、血痰、胸痛,肺实变体征
		感染性心内膜炎	高热、血培养阳性、心脏彩色多普勒超声发现赘生物或瓣周病变
		急性肾盂肾炎	腰痛伴尿路刺激症状,尿常规证实有脓尿
		急性胆系感染	上腹绞痛,尤其是伴有黄疸
		败血症	血培养阳性
		结核病,急性粟粒性肺结核	结核菌素试验(PPD)阳性,相对特异的X线胸片/胸部CT表现
		伤寒、副伤寒	肥大试验阳性,血或骨髓培养伤寒杆菌阳性
急性非感染性发热	结缔组织疾病	风湿热	环形红斑、皮下结节、心脏炎症、游走性多关节炎、舞蹈病
		系统性红斑狼疮	皮肤、关节、肾、血液等多系统受累以及抗核抗体(+)、抗Sm抗体(+)等多种免疫指标异常
		类风湿关节炎急性期	类风湿因子高滴度阳性;关节畸形及侵蚀性破坏(累及四肢小关节)

(续 表)

分类	主要疾病		主要临床表现
急性非感染性 发热		多发性肌炎/皮肌炎	近端肢体肌无力、肌酸激酶(CK)增高、肌活检异常、肌电图异常
		贝赫切特综合征	复发性口腔溃疡、复发性外阴溃疡、皮肤病变、眼炎
		系统性血管炎	多脏器受累;抗中性粒细胞质抗体(ANCA)常阳性,具体分类不同,临床表现各异
		成年人斯蒂尔(Still)病	高热而中毒症状轻,伴皮疹、关节症状,抗生素治疗无效而激素治疗效果显著,除外其他感染性疾病
		复发性多软骨炎活动期	多有耳、鼻、喉等软骨受累证据,伴发系统性红斑狼疮、多发性肌炎/皮肌炎
	肿瘤性疾病	急性白血病	发热、贫血、出血,骨髓象提示原始细胞/骨髓有核细胞(ANC)≥30%
		淋巴瘤	发热伴淋巴结肿大和由此产生的压迫症状,可有多系统受累,15%淋巴瘤患者有周期性发热
		恶性组织细胞病	高热、肝脾大,全血细胞减少及进行性衰竭
		再生障碍性贫血	骨髓造血功能低下、全血细胞减少和贫血、出血、感染综合征
	代谢性疾病	甲状腺危象	高热、心动过速、中枢神经系统症状、消化道症状
		垂体危象	高热伴循环系统、消化系统症状,精神异常
		痛风急性发作	发热、关节炎反复发作、高尿酸血症、痛风结石等
	栓塞性疾病		如肺栓塞、心肌梗死以及其他脏器血管栓塞等,临床表现各异
	药物热		有用药史,多伴有皮疹,可有嗜酸性粒细胞增多
	其他,如热射病等		根据疾病不同临床表现各异
原因不明的急性发热			夏秋季节多见,多见于年轻人,有感染中毒症状,查体及实验室检查无异常发现,除外急性器质性疾病

【诊断思路】

对发热病人,在临床诊断思路方面要着重注意以下几点。

(一)病史

详细询问病史对发热原因的诊断常能提供重要线索,不少病例据此可作出诊断。在病史询问中尤其要注意以下几点。

1. 起病缓急,有无诱因,发热前有无寒战。一般而言,急性感染性疾病的发热,起病多较急骤,常有受凉、疲劳、外伤或进食不洁等病史,若发热前有明显寒战者,多属化脓性细菌感染或疟疾,而一般非感染性发热,以及结核、伤寒、副伤寒、立克次体和病毒感染多无明显寒战。

2. 注意热型。发热性疾病中有相当一部分具有独特的热型。如稽留热多见于肺炎球菌性肺炎和某些传染病,如伤寒、恙虫病、斑疹伤寒的极期,其特点为高热持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,达数天或数周之久,24h内体温波动在 1°C 以内。弛张热多见于败血症、化脓性毒血症、重症结核、感染性心内膜炎,以及恶性组织细胞病、淋巴瘤等,其特点为高热在24h内波动达 2°C 或更多,退热时可伴大汗。间歇热的特点是体温突然上升达 39°C 以上,常伴寒战,历数小时后又降至正常,伴大汗,隔1至数日后又突然升高,如此反复发作,临床上多见于疟疾、化脓性局灶性感染等。此外,尚有波状热(如布氏杆菌病)、再发热(如回归热、鼠咬热)、双相热(如脊髓灰质炎、登革热、病毒性肝炎等)、不规则热(可见于支气管肺炎、亚急性感染性心内膜炎、风湿热等)。但必须指出,目前由于抗生素、化疗的广泛应用(包括滥用),或由于应用(包括不适当使用)解热药、肾上腺皮质激素等,使上述典型热型已不常见。此外,热型也与机体反应性有关,年老体弱者由于反应性差,即使化脓性细菌感染也常无寒战、高热,而表现为低热甚至不发热。

3. 重视伴随症状。如果发热伴有鼻塞

流涕、咽痛、咳嗽,而一般情况良好者多为上呼吸道感染,若有胸痛、咳铁锈色痰和呼吸困难者,则多为下呼吸道感染,如肺炎;同理,发热伴恶心、呕吐、腹痛、腹泻者,则应多考虑急性胃肠道炎症;若发热、黄疸伴右上腹痛应注意肝胆道感染;发热伴腰痛、尿急、尿频、尿痛者多为泌尿系统感染;发热伴意识障碍、头痛、抽搐者,则应考虑中枢神经系统感染;若发热伴多系统症状者,则应排除败血症、全身性感染以及全身性疾病,如系统性红斑狼疮等;余类推。

4. 对疑为传染病或流行病的患者,应注意地区、发病季节,询问有关接触史、预防接种史和当地流行情况。

(二)体征

1. 全身情况 遇急重发热病人,首先应测血象、呼吸、脉搏等主要生命体征,并尽快作出初步诊断,如发热伴呼吸急促、口唇发绀者,多提示肺炎等呼吸道感染;若发热伴血压下降、脉速、烦躁,则要警惕感染性休克或败血症。

2. 面容 一般急性感染多呈急热面容。伤寒、副伤寒者常表情淡漠,即所谓“伤寒面容”;感染性休克表现为面色苍白。此外,急性白血病、再生障碍性贫血和恶性组织细胞病常因贫血亦可呈面色苍白;活动性红斑狼疮可有面部蝶形红斑;口角疱疹常见于肺炎、疟疾和流行性脑脊髓膜炎;流行性出血热、斑疹伤寒和恙虫病可呈醉汉样面容。

3. 皮肤注意有无皮疹或出血点 不少急性发疹性传染病,如麻疹、猩红热、水痘、登革热、伤寒、斑疹伤寒等均有特征性皮疹,出疹日期也有助于诊断。出血性皮疹或出血性素质常提示重症感染或血液病,前者包括败血症、流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎、流行性出血热、登革热、重症肝炎和钩端螺旋体病等;后者包括白血病、急性再生障碍性贫血、过敏性紫癜和恶性组织细胞病等。皮肤或软组织有化脓性病灶,常提示为发热原因

或败血症的来源。发热伴皮肤黄染(黄疸)要注意肝胆道疾病、钩端螺旋体病、重症肝炎和急性溶血等。

4. 淋巴结 局部淋巴结肿痛常提示其引流区有急性炎症。如口腔和咽部感染常有颌下淋巴结肿大;下肢感染可有腹股沟淋巴结肿大等。全身性淋巴结肿大要排除淋巴瘤、急性淋巴细胞性白血病、恶性组织细胞病、淋巴结核、传染性单核细胞增多症等。

5. 发热伴有胸部体征 如闻及肺部干、湿性啰音或实变体征等,应考虑呼吸系统感染,应进一步做X线检查。

6. 发热伴有栓塞、心杂音 特别是原有器质性心脏病者的心杂音发生明显改变时,应注意感染性心内膜炎。此外,风湿活动也可有发热伴心杂音改变。发热伴心包摩擦音或心包积液体征,常提示为心包炎。一般结核性、风湿性或病毒性心包炎多为低、中度发热,而化脓性心包炎可呈寒战高热。急性心肌炎常表现为发热与心率不成比例,心率增快常超过发热程度。至于急性心肌梗死的发热多为低、中度热,且多在梗死后1~2d才出现。

7. 发热伴有腹部体征 多应考虑消化系统疾病。如发热伴右上腹痛,墨菲(Murphy)征阳性和黄疸者常提示急性胆囊炎;发热伴右下腹压痛(麦克伯尼点)者常提示急性阑尾炎;以此类推。但也要注意全身性疾病或相邻器官的疾病,如大叶性肺炎有时可表现为发热和上腹痛,而肺部症状不典型。

8. 发热伴肝脾大 应考虑血液病、风湿性疾病和某些感染性疾病,如传染性单核细胞增多症、急性血吸虫病、疟疾、伤寒、感染性心内膜炎、败血症以及肝胆道感染等。

9. 发热并伴肾区叩压痛 结合泌尿道刺激症状,应考虑肾盂肾炎、肾周围炎或肾周围脓肿等。

10. 发热伴关节肿痛 应考虑风湿热、败血症、系统性红斑狼疮和局部感染。发热

伴肌肉疼痛一般无特征性诊断意义,但腓肠肌剧痛常提示为钩端螺旋体病。

11. 发热伴脑膜刺激征或中枢神经系统损害征象 多提示为脑膜炎或脑膜脑炎。

12. 发热伴多器官损害 发热伴多器官损害体征者常为全身性疾病、风湿性疾病或败血症。

(三)实验室和器械检查

1. 血白细胞分类计数 多数病毒感染白细胞无明显增减。白细胞增多最常见的原因是细菌性感染,尤其是化脓性细菌感染,如金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎球菌和脑膜炎双球菌等感染。其他可引起白细胞增多的原因包括某些病毒感染,如乙型脑炎、流行性出血热、狂犬病;螺旋体病,如钩端螺旋体病、回归热、鼠咬热等;原虫病,如阿米巴、黑尿热;寄生虫病,如急性血吸虫病。此外,白血病、急性溶血、严重组织创伤、内出血和急性中毒时白细胞亦增多。白细胞减少见于某些革兰阴性杆菌感染,如伤寒、副伤寒、布氏杆菌病;病毒及立克次体感染,如流行性感冒、风疹、病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症、登革热、恙虫病、白蛉热等;原虫和螺旋体病,如疟疾、回归热等。必须指出,白细胞数增减亦受机体抵抗力和反应性的影响,高龄体弱者即使化脓性细菌感染亦可表现为白细胞数不增多,甚至减少。此外,某些血液病,如再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症、非白血性白血病、恶性组织细胞病等的白细胞数常明显降低。风湿性疾病和红斑狼疮、干燥综合征、严重肝病、脾大、脾功能亢进、放射病等白细胞数亦可减少。白细胞分类中嗜酸性粒细胞增多,见于变态反应性疾病、寄生虫病和各种嗜酸细胞增多症;嗜酸性粒细胞减少见于伤寒、副伤寒和应激状态。淋巴细胞增多见于病毒感染,如传染性淋巴细胞增多症、传染性单核细胞增多症、流行性腮腺炎、风疹等;也见于某些杆菌感染,如百日咳、结核病;某些血液病,如淋巴细胞性白血病、白血性淋巴

肉瘤等。单核细胞增多见于某些细菌感染,如活动性结核病、亚急性感染性心内膜炎、布氏杆菌病等;立克次体感染,如斑疹伤寒;病毒感染,如传染性单核细胞增多症;血液病,如单核细胞性白血病、淋巴网状细胞肉瘤等。中性粒细胞核左移常见于急性感染;核左移而白细胞总数不增多甚至降低,见于伤寒、副伤寒、登革热、布氏杆菌病等,亦见于严重感染而机体反应性差的患者,如感染性休克、老年人重症肺炎。白血病和类白血病样反应时可出现极度核左移,血象中往往有较多幼稚细胞。此外,在急性严重感染时中性粒细胞胞质内可出现中毒颗粒、嗜碱性包涵体(Döhle小体)、核变性及空泡性变。

2. 尿常规 有泌尿道症状和体征的患者或发热不能用其他原因解释,疑有泌尿系统感染者可做尿常规检查。若尿液离心后每高倍视野超过5个白细胞,则表示有泌尿道化脓性感染,如肾盂肾炎、膀胱炎或肾结核等。尿液离心后每高倍视野超过2个红细胞,若肉眼未见血尿者称镜下血尿,常见于急、慢性肾炎、肾结核、泌尿系结石、急性膀胱炎、肾盂肾炎以及出血性疾病、感染性心内膜炎、流行性出血热、钩端螺旋体病等。若尿内有多量管型存在,表明肾有实质性损害。

3. 粪常规 有腹泻者应做此项检查。显微镜下若能见到有关寄生虫卵或找到阿米巴原虫,则有确诊价值。若粪内有红细胞、白细胞有助于对肠炎、痢疾的诊断。粪内有巨噬细胞常提示急性细菌性疾病。每日腹泻超过3次应常规做Ⅱ号菌(霍乱菌)培养。

经三大常规检查仍难以确定发热原因者,视情况可做以下检查。

4. X线检查 若伴有呼吸系统或心血管系统症状体征者,或疑有心、肺或支气管、胸膜病变者可做胸部X线检查。必要时可进一步做CT、磁共振检查甚至正电子发射型计算机断层显像(PET)检查,以明确诊断。

5. 超声心动图 包括M型、二维超声

心动图和多普勒血流显像等。适用于疑有急性渗出性心包炎和感染性心内膜炎患者。

6. 腹部超声波检查 适用于腹腔内疑有占位性病变、肝脓肿、肝胆道结石以及肾脓肿和泌尿系结石等患者。

7. 其他检查 有体腔内积液者可进行穿刺液检查。疑疟疾应做血涂片找疟原虫。对于疑感染引起的重症发热病人,一时难以确诊者应在使用抗生素之前先做血培养(视情况做普通或特殊培养)和药物敏感试验,虽当时不能获结果,但有助于日后追踪观察和指导治疗。按需要也可做尿、粪、骨髓、脑脊液及浆膜腔穿刺液培养、药敏试验和其他有关检查(包括常规、生化、细胞学或免疫学检查等)。疑传染病者应做相应血清学试验,如凝集试验和补体结合试验等以明确诊断。对于非感染性发热,可按需做相应检查,如疑血液病可做骨髓穿刺检查;疑红斑狼疮可做抗双链DNA和抗Sm特异性抗体检查以及血中找狼疮细胞等检查,余类推。此外,中性粒细胞硝基蓝四氮唑试验(NBT),对鉴别细菌性还是病毒性感染颇有帮助。NBT正常值为<10%,细菌性感染时常增高(>25%),而病毒性感染多不增高;鲎试验(LT)是检测内毒素的方法,可用于测定革兰阴性细菌感染血液中的内毒素或内毒素样物质,具有很高的敏感性和特异性,有助于革兰阴性和阳性细菌感染的鉴别。

【急救原则】

1. 明确病因 急性发热救治的关键是针对病因治疗,故尽快查出发热原因是急诊的重点。低热和中等度热一般可不做特殊处理,即使高热患者亦不要輕易应用解热药和抗菌药物,以免改变其原有热型或掩盖其他临床表现,给病因诊断带来困难。

2. 降温措施 遇有下列情况应做紧急降温处理:①体温超过40℃;②高热并惊厥或谵妄;③高热伴休克或心功能不全;④高温中暑。