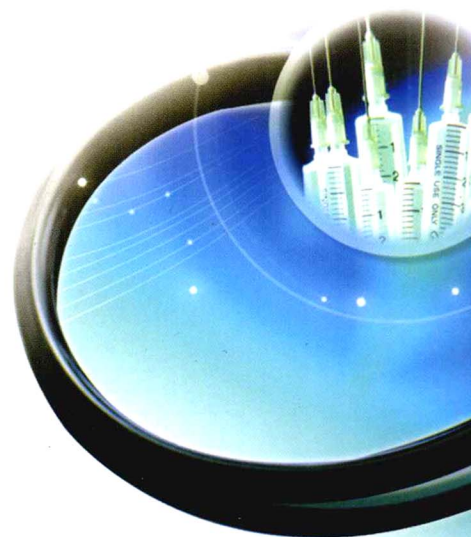


主编 ● 谢 森 陈义泉 郭宇红
练志芳 游 弋 叶慧珍



社区常见疾病 诊断思维



SHE QU CHANG JIAN JI BING ZHEN DUAN SI WEI

社区常见疾病诊断思维

主 编：谢 森 陈义泉 郭宇红
练志芳 游 弋 叶慧珍

吉 林 大 学 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

社区常见疾病诊断思维 / 谢森, 陈义泉, 郭宇红主编.

——长春: 吉林大学出版社, 2011. 7

ISBN 978-7-5601-7592-8

I. ①社… II. ①谢… ②陈… ③郭… III. ①社区-常见病-诊断 IV. ①R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 159628 号

内容提要

《社区常见疾病诊断思维》共计 32 章, 是国内首次出版。第一篇内科篇, 常见内科疾病诊断与鉴别诊断, 思维程序, 包括: 常见症状的鉴别、呼吸、消化、循环、神经、泌尿、血液、内分泌 8 章。第二篇外科篇, 常见外科疾病诊断与鉴别诊断, 包括: 闭合性腹部伤、消化道出血、疝、腹膜、网膜和腹膜后间隙疾病、胃和十二指肠疾病、小肠疾病、结肠直肠疾病、阑尾疾病、肝脏疾病、泌尿生殖疾病、泌尿生殖系肿瘤、骨科、胆系疾病、胰腺疾病、泌尿生殖系统损伤等 12 章。第三篇妇产科篇, 包括常见症状的鉴别, 产科症状、妇科症状、女性生殖器官的损伤、外伤症状等 5 章。第四篇儿科篇, 包括常见症状的鉴别、呼吸系统症状、消化系统症状、循环系统症状、神经系统症状、智能发育迟缓、泌尿系统症状等 7 章。

本书按照临床实践的思维程序, 对每一种症状从病因、病理到诊断鉴别诊断进行阐述。作者参考了国内外对内、外科疾病诊断和鉴别诊断的诊断标准, 以诊断鉴别诊断为重点, 将具有相似、相同的主要症状的疾病融汇一起, 分析各自的特点, 着重分析其不同处, 尤其对容易造成误诊的疾病进行详细的鉴别。是临床内科、外科、妇产科、小儿科护理及相关学科的临床医生必备工具书, 可用于社区医疗、全科医生学习, 亦可作为高等医药院校教学、科研及学生参考学习用书。

书 名: 社区常见疾病诊断思维

作 者: 谢森 陈义泉 郭宇红 游戈 叶慧珍 主编

责任编辑、责任校对: 李欣欣 薛丽萍 李国宏

吉林大学出版社出版、发行

开本: 787×1092 毫米 1/16

印张: 38.5 字数: 1300 千字

ISBN 978-7-5601-7592-8

封面设计: 刘瑜

吉林省金山印务有限公司 印刷

2011 年 7 月 第 1 版

2011 年 7 月 第 1 次印刷

定价: 75.00 元

版权所有 翻印必究

社址: 长春市明德路 421 号 邮编: 130021

发行部电话: 0431-88499826

网址: <http://www.jlup.com.cn>

E-mail: jlup@mail.jlu.edu.cn

前 言

人类已进入 21 世纪,随着医学高科技的发展,现代化设备的临床应用,对提高疾病临床诊断和鉴别诊断有了新的要求。近年来,临床疾病的发生、发展有了新的变化,给诊断带来了一定难度。病情发展凶险的,要求诊断及时、处理得当,一旦误诊、漏诊,延误治疗,可能会造成难以弥补的损失;病情发展缓慢的,诊断往往比较困难,特征性的临床表现出现得较迟,但一旦出现,病情可能已进展到晚期,给治疗又造成更大难度。由于病情、病期的不同,同一疾病可有不同的临床表现,不同的疾病又可有相似的症状、体征,这些都易造成临床诊断上的迷惑和困扰。中老年人因同时存在几种病症,病史采集反应迟钝,临床上更容易出现误诊和漏诊。尤其是缺乏临床经验的年轻医师,要他们对不典型病例做出早期诊断,减少漏诊和误诊有相当的难度。为了帮助广大临床医师掌握科学的诊断方法,提高临床诊断水平,我们组织具有丰富经验的一线专家、教授,编写了这本《社区常见疾病诊断思维》一书。该书为国内首次出版,为基层临床医生提供重要的工具书。

该书在编写设计上,从临床医疗实际出发,按照临床医疗实践的思维程序,以主要临床症状构成章,以伴随症状结合影像、实验室检查构成节,将具有相似、相同主要症状的疾病融汇一起,辨别各自的特点,着重分析其不同处,尤其对容易造成误诊的疾病进行详细分析。全书把疾病诊断和鉴别诊断作为重点是本书新的创意,突出临床常见疾病的诊断,提高临床医生的诊断水平。同时兼顾体检、检验、生化、病理、放射、CT、MRI 等各项辅助检查的阐述。

《社区常见疾病诊断思维》一书,作者广泛参考了国内外有关疾病诊断与鉴别诊断的标准,书中通俗易懂,其参考面广,适用性强,为临床内科、外科医师、妇产科、小儿科、社区全科医师、实习医师及在校学生提供一本实用的、可读性强的著作。

书中内容全面、条理清晰、简明实用、深入浅出,旨在提高临床医师对症状体征诊断与鉴别诊断思维程序水平和能力。由于时间及水平所限,本书不足之处在所难免,望读者指正。

袁伟清

《社区常见疾病诊断思维》编委会

主 编：谢 森 陈义泉 郭宇红 练志芳 游 弋 叶慧珍

副主编：凌继荣 林盛金 邓学文 周 斐 邹永学 黄建锋

李 川 肖运政 余少雄 李 晶 肖湘香 黄 悦

李志爱 张晓辉 杨 郁

编 委：（以姓氏笔画为序）

叶慧珍 刘杰林 李志爱 李 川 李 晶 李卫平

张晓辉 杨 郁 余少雄 林盛金 邓学文 周 斐

肖运政 肖湘香 凌继荣 练志芳 邹永学 黄建锋

黄 悦 陈义泉 游 弋 郭宇红 谢 森

目 录

第一篇 内科篇

第一章 常见症状的鉴别	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 水肿	(10)
第三节 淋巴结肿大	(15)
第四节 发绀	(20)
第五节 休克	(29)
第二章 呼吸系统疾病	(35)
第一节 咳嗽	(35)
第二节 咳痰	(45)
第三节 咯血	(48)
第四节 呼吸异常	(52)
第五节 胸痛	(57)
第六节 胸腔积液	(63)
第七节 气胸	(66)
第三章 消化系统疾病	(68)
第一节 吞咽困难	(68)
第二节 食欲异常	(75)
第三节 恶心、呕吐	(77)
第四节 呃逆	(81)
第五节 胃肠胀气	(83)
第六节 腹泻	(86)
第七节 便秘	(90)
第八节 呕血与黑便	(93)
第九节 便血	(96)
第十节 腹水	(99)
第十一节 黄疸	(106)
第四章 循环系统疾病	(117)
第一节 心悸	(117)
第二节 心律失常	(119)
第三节 心脏杂音	(125)
第五章 神经系统疾病	(136)
第一节 头痛	(136)
第二节 眩晕	(140)
第三节 晕厥	(143)
第四节 昏迷	(146)
第六章 泌尿系统疾病	(157)

第一节	尿量异常	(157)
第二节	血尿	(160)
第三节	尿频、尿急与尿痛	(163)
第四节	排尿困难	(166)
第五节	尿失禁	(168)
第七章	血液系统疾病	(171)
第一节	贫血	(171)
第二节	出血	(180)
第三节	白细胞增多	(188)
第四节	白细胞减少	(191)
第八章	内分泌系统疾病	(196)
第一节	甲状腺肿	(196)
第二节	低血糖症	(201)
第三节	骨质疏松症	(206)

第二篇 外科篇

第一章	常见症状的鉴别	(211)
第一节	外科休克	(211)
第二节	颈部肿块	(216)
第三节	急性腹痛	(223)
第四节	慢性腹痛	(229)
第五节	腹部包块	(240)
第二章	闭合性腹部伤	(253)
第三章	消化道出血	(257)
第一节	上消化道出血	(257)
第二节	下消化道出血	(262)
第四章	疝	(265)
第一节	疝的病因和分类	(265)
第二节	腹股沟疝	(266)
第三节	股疝	(268)
第四节	切口疝	(269)
第五章	腹膜、网膜和腹膜后间隙疾病	(271)
第一节	急性腹膜炎	(271)
第二节	大网膜扭转	(276)
第三节	大网膜粘连综合征	(277)
第四节	腹膜后感染	(278)
第五节	髂窝脓肿	(279)
第六章	胃和十二指肠疾病	(281)
第一节	消化性溃疡	(281)
第二节	急性胃扩张	(287)
第三节	胃扭转	(289)
第七章	肠道疾病	(291)
第一节	肠梗阻	(291)
第二节	小肠炎炎症性疾病	(300)

第三节 小肠肿瘤	(306)
第四节 溃疡性结肠炎	(310)
第五节 结、直肠癌	(313)
第八章 阑尾疾病	(318)
第一节 急性阑尾炎	(318)
第二节 慢性阑尾炎	(321)
第九章 肝脏疾病	(324)
第一节 细菌性肝脓肿	(324)
第二节 阿米巴肝脓肿	(326)
第三节 原发性肝癌	(329)
第十章 胆系疾病	(336)
第一节 胆管蛔虫症	(336)
第二节 胆囊结石	(338)
第三节 胆囊炎	(340)
第四节 胆囊癌	(345)
第十一章 胰腺疾病	(348)
第一节 急性胰腺炎	(348)
第二节 胰腺癌	(354)
第十二章 骨科疾病	(357)
第一节 上肢及上肢带骨骨折	(357)
第二节 下肢及下肢带骨骨折	(359)
第三节 脊柱骨盆骨折	(360)

第三篇 妇 产 科 篇

第一章 常见症状的鉴别	(361)
第一节 生殖道出血	(361)
第二节 闭经	(366)
第三节 痛经	(374)
第四节 白带异常	(377)
第五节 盆腔肿块	(381)
第六节 不孕症	(386)
第二章 产科症状	(393)
第一节 妊娠剧吐	(393)
第二节 妊娠早期出血	(395)
第三节 妊娠晚期出血	(406)
第四节 妊娠早期尿路症状	(411)
第五节 妊娠晚期尿路症状	(415)
第六节 产褥期症状	(417)
第三章 妇科症状	(423)
第一节 外阴肿块	(423)
第二节 宫颈肿块	(429)
第三节 输卵管肿块	(436)
第四节 卵巢肿块	(439)
第四章 女性生殖器官损伤	(447)

第一节 外阴阴道损伤	(447)
第二节 宫颈损伤	(447)
第三节 子宫穿孔	(448)
第五章 外阴症状	(450)
第一节 外阴瘙痒	(450)
第二节 外阴肿痛	(452)
第三节 外阴溃疡	(456)

第四篇 儿科篇

第一章 常见症状的鉴别	(461)
第一节 发热	(461)
第二节 水肿	(469)
第三节 哭吵	(475)
第四节 发绀	(478)
第五节 体重异常	(488)
第二章 呼吸系统症状	(493)
第一节 咳嗽	(493)
第二节 呼吸困难	(501)
第三章 消化系统症状	(511)
第一节 呕吐	(511)
第二节 腹泻	(517)
第三节 腹痛	(523)
第四节 便血	(529)
第四章 循环系统症状	(534)
第一节 心脏杂音	(534)
第二节 心律失常	(536)
第三节 休克	(541)
第五章 神经系统症状	(547)
第一节 头痛	(547)
第二节 惊厥	(554)
第三节 瘫痪	(559)
第四节 智能发育迟缓	(565)
第六章 血液系统症状	(568)
第一节 贫血	(568)
第二节 出血	(576)
第三节 脾肿大	(581)
第七章 泌尿系统症状	(593)
第一节 少尿或无尿	(593)
第二节 多尿	(597)
第三节 血尿	(600)

第一篇 内科篇

第一章 常见症状的鉴别

第一节 发 热

【概述】

正常人的体温在体温调节中枢的作用下,维持一个相对恒定的水平,这种恒定是通过产热和散热过程的动态平衡来维持的。发热(fever, pyrexia)是指病理性体温升高,是人体对致热原的反应使体温调节中枢的调定点上移而引起,是临床最常见的症状,是疾病进展过程中的重要临床表现。可见于多种感染性疾病和非感染性疾病。

1. 具有典型的热型和病程、特异的临床特点,一般诊断较易;但有部分发热患者,热程长,无特异体征,缺乏具有诊断意义的资料,常被称为发热待查或原因不明发热(fever of unknown origin, FUO)。这些患者体内多有潜在性病灶,只是短期内尚未查清,经过临床观察和特殊检查,其中大多数最后可明确诊断,约10%的患者虽经各种检查仍未能明确诊断,病程拖延数月,说明对长期发热而原因不明患者的诊断的确是临床上面临的重要课题。

2. 体温调节 正常人体内具有完善的体温调节系统(包括温度信息传导、体温调节中枢和效应器三部分),能在气温的一般波动范围内维持相对恒定的体温。该系统中起关键作用的是体温调节中枢,其主要部分为视前丘-前下丘脑(preoptic anterior hypothalamus, POAH),其次为延脑、桥脑、中脑和脊髓等。由于丘脑下部有温敏神经元,对流经该处的血液温度很敏感,可迅速引起体温调节反应。体温调节中枢对来自各方面的信息进行综合后,发出调节冲动以控制产热与散热器官的活动,使产热与散热维持平衡,从而保持体温相对恒定。体温升高不一定是疾病引起,某些情况可有生理性体温升高,如剧烈运动、月经前期及妊娠期。进入高温环境或热水浴等均可使体温较平时略高,这些通过自身调节可恢复正常。

3. 发热的判断 正常人体温保持一定的恒定水平,个体之间存有差异。一般认为舌下温度 37°C ,腋窝温度 36.5°C ,直肠温度较舌下温度高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,1天之间体温相差不超过 1°C 为正常值。当舌下温度高于 37.5°C ,腋窝温度高于 37°C ,或1天之间体温相差在 1°C 以上,则称为发热。一般人体体表温度较低,易受外界因素的影响。因此,测量体温的各种方法以直肠温度较准确。平时为方便多采用腋窝测体温,应注意将体温表放于腋窝正中央,夹紧上臂,紧贴于腋下 $5\sim 10\text{min}$,出汗者应擦干腋窝再测。小儿与昏迷患者测体温时不应离开。过于消瘦患者不宜用此法测温。测量口腔温度时将体温表斜放于舌下,闭口 $3\sim 5\text{min}$,此法不宜用于精神异常、昏迷、呼吸困难、口鼻疾病的患者及小儿。进食、饮水后20分钟再测。测量直肠温度时先将体温表涂以油类,插入直肠 $3\sim 4\text{cm}$, $3\sim 5\text{min}$,不宜用于腹泻及直肠手术者。测温前均将体温表甩至 35°C 以下。

【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。①在内科急诊病例中多为急性发热,且不少患者表现为高热($39^{\circ}\text{C}\sim 41^{\circ}\text{C}$)。②究其原因绝大多数见于感染,少数属于非感染性发热。在感染性原因中尤以呼吸道、泌尿系统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。③在排除上述系统感染后,则要注意某些急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、过敏、血液病、恶性肿瘤、中暑、药物热,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、心肌梗死等。④非感染性疾病除非并发感染,多属于低热($37.4^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$)和中等热($38.1^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$),仅少数原因,如甲亢危象、中暑、癫痫持续状态等,体温可超过 41°C ,有别于感染性发热。

【诊断】

发热很少是单一的病理过程,肿瘤与结缔组织病在发热过程中可夹杂感染因素,致使临床表现复杂,但绝大多数根据临床特点与全面检查后仍可明确诊断。了解原因不明发热病因分布的频率有助于提供临床诊断的逻辑思维。根据热程、热型与临床特点,可分为急性发热(热程小于2周)、长期发热(热程超过2周,且多次体温在38℃以上)和反复发热(周期热)。一般认为急性发热性疾病中感染占首位,其次是血管-结缔组织病。这两类病因概括了90%的原因不明发热的病因诊断。感染性疾病在原因不明发热中占多数,以细菌引起的全身性感染、局限性脓肿、泌尿系统感染、胆系感染为多见,结核病居第二位,其中肺外结核远多于肺结核。恶性肿瘤以发热为主要表现者,依次为淋巴瘤、恶性组织细胞瘤和各种实质性肿瘤,在原因不明发热中所占比例较既往增高。

原因不明发热的诊断原则是对临床资料要综合分析判断,热程长短对诊断具有较大的参考价值。感染性疾病热程相对为最短。如热程短,呈渐进性消耗衰竭者,则以肿瘤为多见。热程长,无中毒症状,发作与缓解交替出现者,则有利于血管-结缔组织病的诊断。在原因不明发热诊治过程中,要密切观察病情,重视新出现的症状和体征,并据此做进一步检查,对明确诊断很有意义。

(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. 流行病史 对疑为传染病或流行病者,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等。

2. 起病缓急,有无诱因,发热前有无寒战 一般而言,急性感染性疾病起病多较急骤,常有受凉、疲劳、创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寒战。

3. 注意热型 发热性疾病中有相当一部分疾病具有独特的热型,如稽留热多见于肺炎球菌性肺炎和某些传染病,如伤寒、疟虫病、斑疹伤寒的极期;弛张热多见于败血症、脓毒血症、重症结核、感染性心内膜炎以及恶性组织细胞病;间歇热多见于疟疾、化脓性局灶性感染等。但必须指出,目前由于抗生素广泛应用(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。

4. 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管感染;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、头痛和抽搐者,则应考虑中枢神经系统感染;若发热伴多系统症状者,则应除外败血症或全身性感染,余此类推。

(二)体征

1. 全身情况 遇急重发热患者,首先应测血压、呼吸和脉搏等重要生命体征,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;若发热伴血压降低、脉速、烦躁,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”;感染性休克常表现为面色苍白。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而面色苍白;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猩红热、登革热、伤寒、斑疹伤寒等均有特征性皮疹及出疹日期,有助于诊断;出血性皮疹或出血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)要注意肝胆管感染、钩端螺旋体病、重症肝炎和急性溶血等。

4. 淋巴结 局部淋巴结肿大常提示局部有急性炎症,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、淋巴瘤、结核等。

5. 发热伴胸部体征 闻及肺部干、湿性啰音等应考虑呼吸系统感染。

6. 发热伴栓塞、心脏音 如原有器质性心脏病患者心脏杂音发生明显改变时,应注意感染性心内膜炎;发热伴心包摩擦音或心包积液征,常提示为心包炎。而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。

7. 发热伴腹部体征 应考虑消化系统疾病,但也要注意全身性疾病。

8. 发热伴肝脾肿大 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、感染性心内膜炎以及肝胆系感染等。

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

10. 发热伴关节肿痛 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,但腓肠肌剧痛提示为钩端螺旋体病。

11. 发热伴多器官损害体征 为全身性疾病或败血症。

12. 发热伴脑膜刺激征或中枢神经系统损害征象 提示为脑膜炎或脑膜脑炎。

(三) 实验室和器械检查

急诊检验或器械检查必须检查目的明确,并以简便捷速为原则。对于通过病史询问和体检能确诊者不一定均作有关检查,下列情况可考虑作相应检查:①经询问病史及体检不能明确发热原因者;②发热为主,缺乏明确反映脏器病变征象者;③为了进一步明确病因、病变部位和严重程度者。

1. 血白细胞分类计数 病毒性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;螺旋体病,如钩端螺旋体病、回归热和鼠咬热等;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、严重组织创伤和急性中毒时白细胞亦常增多。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、病毒性肺炎、传染性单核细胞增多症、登革热、疟疾、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影响,高龄体弱者即使有化脓性细菌感染亦可表现为白细胞数不增多,甚至减少。另外,某些血液病如再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症、非白血病性白血病、恶性组织细胞病等白细胞数常明显降低。风湿性疾病如红斑狼疮、干燥综合征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;某些杆菌感染,如百日咳;某些血液病,如淋巴细胞性白血病、白血病性淋巴瘤等。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、淋巴瘤网状细胞肉瘤等。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,急性严重感染时中性粒细胞胞浆内可出现中毒颗粒、嗜碱性包涵体、核变性及空泡样变。

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感染者可作尿常规检查,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,而肉眼未见血尿者称镜下血尿,常见于急性慢性肾炎、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. 粪便常规 腹泻患者应作此项检查,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。若便内有红、白细胞有助于对肠炎、痢疾的诊断。便内有巨噬细胞常提示急性细菌性痢疾。每日腹泻超过3次应常规作霍乱菌培养。

4. X线检查 伴有呼吸系统或心血管系统症状、体征者,或疑有心、肺或支气管病变者可作胸部X线检查。

5. 超声心动图 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 用于腹腔内疑有占位性病变、肝脓肿、肝胆系结石以及肾脓肿和泌尿系结石等患者。

7. 其他检查 有体腔积液者可进行穿刺液检查。疑疟疾应作血涂片找疟原虫。对于疑感染引起的重症发热患者,一时难以确诊者应在使用抗生素之前先作血培养(视情况作普通或特殊培养)及药物敏感试验,虽当时不能获得结果,但有助于今后追踪观察和指导治疗。必要时可作尿、便、骨髓、脑脊液及浆膜腔穿刺液培养和药物敏感试验。疑传染患者应作相应血清学试验,如凝集试验和补体结合试验等以明确诊断。

【鉴别诊断】

(一) 感染性疾病

1. 病毒感染

(1) 严重急性呼吸综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS):该病于2002年11月首发在我国广东省,是一种由冠状病毒引起的以发热、呼吸道症状为主要表现的具有明显传染性的肺炎,重症患者易迅速进展为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)而死亡。对于有SARS流行病学依据,有发热、呼吸道症状和肺炎体征,并有肺部X线、CT等异常影像改变,能排除其他疾病诊断者,可以作出SARS临床诊断。在临床诊断的基础上,若分泌物SARS冠状病毒RNA(SARS CoV RNA)检测阳性,或血清SARS CoV抗体阳性,或抗体滴度4倍及以上增高,则可确定诊断。SARS CoV分离是确立病原学诊断的“金标准”,但其分离只允许在防护严密的实验室进行,且体外细胞培养分离方法复杂且繁琐,不适合临床实验室作为诊断的手段。具备以下3项中的任何1项。均可判断为重症SARS:①呼吸困难,成人休息状态下呼吸频率 $\geq 30\text{min}$,且伴有下列情况之一:胸片显示多叶病变或病灶总面积占正位胸片上占双肺总面积的 $1/3$ 以上;48h内病灶面积增大 $>50\%$ 且在正位胸片上占双肺总面积的 $1/4$ 以上。②出现明显低氧血症,氧合指数 $<40\text{kPa}$ (300 mmHg)。③出现休克或多器官功能障碍综合征(MODS)。

(2) 呼吸道病毒性感染:本组疾病占急性呼吸道疾病的70%~80%。由鼻病毒、流感病毒、副流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、ECHO病毒、柯萨奇病毒等引起,其临床特点为多种表现。上呼吸道感染症状大多较轻,而细支气管炎和肺炎的症状较重。诊断主要依据临床表现、白细胞计数和X线检查及对抗生素的治疗反应等。近年由于诊断技术的进展,可用免疫荧光法和酶联免疫吸附试验(ELISA)快速诊断方法可确定病原。常见有流行性感冒、普通感冒、腺、咽结膜热、疱疹性咽峡炎、细支气管炎、肺炎等。需与呼吸道细菌性感染鉴别。

(3) 流行性乙型脑炎:有严格季节性,绝大多数病例集中在7、8、9月。以10岁以下儿童为主,近年成人和老年人发病率略前增高,可能与儿童普遍接受预防接种有关。特点为起病急、高热、意识障碍、惊厥、脑膜刺激征、脑脊液异常等。结合流行季节,一般诊断较易。不典型者依靠脑脊液检查、流行性乙型脑炎特异性抗体IgM、流行性乙型脑炎病毒抗原检测进行诊断。

(4) 急性病毒性肝炎:甲型、戊型肝炎在黄疸前期,可出现畏寒、发热,伴有上呼吸道感染症状,类似流行性感冒,易于误诊。但特点是具有明显消化道症状和乏力,如食欲缺乏、恶心、呕吐、厌油、腹胀、肝区痛、尿黄、肝功能明显异常,以助鉴别。

(5) 斑疹伤寒:轻型流行性斑疹伤寒与地方性斑疹伤寒需与其他发热疾病鉴别。主要表现是起病急、稽留型高热、剧烈头痛,病后3~5日出现皮疹等。变形杆菌OX凝集试验(外斐试验) $\geq 1:160$ 或恢复期较早期滴度上升4倍以上可确诊。

(6) 流行性出血热:本病的病原体为汉坦病毒,临床上以发热、出血和肾脏损害为主,其中出血多在病期第3~5d出现,在黏膜和皮肤出现针头大小样出血点或出血斑。轻症者仅表现为蛋白尿或镜下血尿,重症者可呈现急性肾小管坏死的病象。发热持续3~7日,热退后病情反而加重,甚至出现休克是本病的重要特征。本病流行地区以潮湿地带、新开垦地区与野外环境多见,有明显季节性,以5~6月、10~11月为发病高峰。结合临床特点、流行病学资料与病原学检查,可以确诊。

(7) 传染性单核细胞增多症由EB病毒引起,全年均可散发,见于青少年。特点是发热、咽峡炎、颈后淋巴结肿大、肝脾肿大。白细胞计数正常或稍低,单核细胞增高并伴有异形淋巴细胞 $>10\%$,嗜异性凝集试验 $1:64$ 阳性,抗EBV-IgM阳性,可明确诊断。

(8) 伴有发疹的急性病毒性疾病:急性发热并伴有皮肤发疹或黏膜出现疱疹常是传染性疾病的特征性表

现,疾病有一定的潜伏期,发疹时间不同的疾病各有特点,分述如下①麻疹:流行于冬、春季,儿童多见,呈双相热,常于发病 24~36h 出现麻疹黏膜斑,第 3~4d 出现皮疹,退疹后有落屑与色素沉着。②风疹:发热可伴轻度上呼吸道症状,皮疹在发病后 1~2d 出现,从面、颈部开始,迅速蔓延全身。耳后、枕骨下和颈后淋巴结肿大是其特征。③传染性红斑: B19 病毒感染,儿童多见,发热伴上呼吸道症状、腹泻、肌病等,颜面出现融合性红斑是其典型特征,四肢常出现对称性斑丘疹。④登革热:呈双相热,伴剧烈头痛、关节痛和肌痛,皮疹于病期第 5~6d 出现,伴第 2 次体温升高。皮疹多呈麻疹样,初现于四肢,迅速蔓延全身,于 1~2d 内随热退而消退。早期病毒分离可确诊。

(9) 脊髓灰质炎:本病初期症状无特异性,与一般感染性发热无差异,消化道症状明显者可被误诊为急性胃肠炎,呼吸道症状明显者须与感冒相鉴别。对夏秋季节儿童高热不退应警惕本病,如出现特征性的颈背肌强直等,则可能性更大,患者一旦进入麻痹期,出现患侧肢体弛缓性瘫痪,则临床诊断可成立,脑脊液检查、鼻咽部或大便病毒学检查有助于确诊。

(10) 艾滋病(AIDS):是由人免疫缺陷病毒(HIV)侵犯和破坏人体免疫系统,损害多个器官的全身性疾病。可通过血液和体液传播、性传播。临床表现复杂,其基本特征是 HIV 造成人体细胞免疫受损,使机体处于严重的、进行性的免疫缺陷状态,从而并发各种机会性感染和恶性肿瘤。表现为长期不规则发热,慢性腹泻超过 1 个月,对一般抗生素治疗无效,消瘦,原因不明全身淋巴结肿大,反复细菌、真菌、原虫等感染,结合流行病学资料及时进行抗 HIV、P24 抗原检测。

(11) 巨细胞病毒感染:可持续低热,类似传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎,依据抗 CMV-IgM 检测诊断。

2. 细菌感染

(1) 急性局灶性细菌性感染:此类疾病共同特点是高热、畏寒或寒战,伴有定位性症状。

①急性肾盂肾炎:常见于生育期女性患者,有腰痛、尿频及尿痛。如尿检查有脓尿,可以成立诊断,病原学诊断有待细菌培养证实。症状严重者,应注意与肾周围蜂窝组织炎、肾周围脓肿相鉴别,及时进行 B 型超声或 CT 检查。必要时肾区诊断性穿刺可明确诊断。

②慢性肾盂肾炎:为女性患者常见低热原因。可无明显症状、体征,甚至尿检查无异常,以低热为唯一表现。及时检测尿 Addis 细胞计数、清晨第 1 次中段尿培养及菌落计数,如尿白细胞 $>5/HP$,细菌培养阳性,菌落计数 $>10^5/ml$,可以确定诊断。

③急性胆系感染伴有胆绞痛:胆囊区明显压痛,亦有助诊断。

④细菌性肝脓肿:主要由胆系感染引起,多见于左右两叶,以左叶较多见。感染来自门静脉系统者,右叶多见。特点是寒战、高热,肝区疼痛,肝肿大压痛、叩击痛,典型者诊断较易。遇有长期发热而局部体征不明显时诊断较难。近年肝脏 B 超检查,诊断符合率达 96%。

⑤膈下脓肿:通常并发于腹腔手术后或有腹腔化脓性感染(如急性阑尾炎)、十二指肠溃疡穿孔、胆囊或脾切除术后。当出现寒战、高热、白细胞增高,又未找到其他感染灶时,应想到此病。以右侧多见,患侧上腹部有显著的搏动性疼痛,在深呼吸或转位时加重。下胸部有压痛、叩击痛与局部皮肤水肿。听诊呼吸音减弱或消失。X 线检查发现患侧膈肌上升且活动受限,反应性胸膜炎等。及时进行 B 超、CT 或核磁共振(MRI)等检查可早期明确诊断。腹腔内脓肿可位于膈下、结肠旁、阑尾周围、腹膜后等部位,形成包裹性脓肿。

⑥慢性病灶感染:如副鼻窦炎、牙龈脓肿、前列腺炎、胆系感染、慢性盆腔炎等。以不规则低热多见,常伴有局部症状体征,当病灶清除后症状消失。

(2) 败血症:在患有原发性感染灶,出现全身性脓毒血症症状,并有多发性迁徙性脓肿时有助于诊断。应警惕的是原发感染灶可很轻微或已愈合。故当遇到原因不明的急性高热,伴有恶寒或寒战、出汗,全身中毒症状重,白细胞增高与核左移,血中无寄生虫发现,无特殊症状体征,应考虑到本病。及时做血培养,找感染灶与迁徙性病灶(肺、皮肤等)。其致病菌以金黄色葡萄球菌为多见,次为大肠杆菌及其他肠道革兰阴性杆菌。近年真菌所致者有所增加,也遇到罕见的致病菌。

①金黄色葡萄球菌败血症:有原发皮肤感染(如挤压疮疖、切开未成熟脓肿)后出现毒血症症状,皮疹、迁徙性病灶,考虑本病的可能性很大。若未发现感染灶,或以某一脏器受损症状为主,诊断较难。及时做血培养及骨髓培养可明确诊断。既往认为以凝固酶阳性为判断葡萄球菌致病性的依据,血培养表皮葡萄球菌阳性(凝固酶阴性)多为污染。近年报道,该菌可引起免疫缺陷者院内感染(如伤口感染、插管感染及败血症)。考

患本病的条件是:必须血培养2次以上阳性;分离的表皮葡萄球菌的生物型和抗生素型相似;临床症状在用适当抗生素治疗后病情好转。

②大肠杆菌败血症:常见于肝、胆、泌尿生殖系、胃肠道感染、肝硬化、腹部术后、尿道手术后(包括导尿)。特点为双峰热、高热伴相对缓脉,早期出现休克(1/4~1/2患者)且持续时间较长。大多数白细胞增高,少数可正常或减少(但中性粒细胞高)。迁徙性病灶少见。

③厌氧菌败血症:致病菌主要为脆弱杆菌,次为厌氧链球菌、产气荚膜杆菌等。厌氧菌常与需氧菌混合感染。特点是黄疸发生率较高(10%~40%),可能与其内毒素直接损害肝脏,和(或)产气荚膜杆菌 α 毒素的溶血作用有关;局部或迁徙性病灶中有气体形成(以产气荚膜杆菌显著);分泌物有特殊腐败臭味;引起脓毒性血栓性静脉炎而有腹腔、肺、胸腔、脑、心内膜、骨关节等脓肿;可有溶血性贫血及肾功能衰竭。

④真菌性败血症:常见有白色念珠菌(占大多数)、曲霉菌、毛霉菌等。一般发生于原有严重疾病后期、长期用皮质激素或广谱抗生素的过程中。临床表现较细菌性败血症轻。无发热或低热,常为原发病症状掩盖,进展较慢。血培养可检出致病真菌,咽拭子、痰、粪、尿等培养可获相同真菌生长。

⑤少见的败血症:如摩拉菌败血症常见于免疫缺陷者、6岁以下儿童。诊断的关键是对摩拉菌的鉴定。不动杆菌败血症多见于老年人和婴儿,特别是糖尿病、癌症患者最易发生院内感染。其感染源主要是呼吸器、静脉插管和医护人员的手。紫色杆菌败血症,致病菌为革兰阴性杆菌,为唯一产生紫色素的杆菌。可通过皮肤破损、胃肠道、呼吸道进入体内。局部可出现淋巴结炎、蜂窝组织炎,迅速发展为败血症,可伴有迁徙性脓肿,主要靠细菌学检查确诊。

(3)结核病:以发热起病者有急性血行播散型肺结核、结核性脑膜炎、浸润型肺结核等。原因不明的长期发热,如白细胞计数正常或轻度增高,甚至减少者,应考虑到结核病。原发病变大多在肺部,及时做X线检查以助诊断。

急性血行播散型肺结核(急性粟粒型结核)多见于青少年,儿童,尤其未接种过卡介苗者发生机会更多。近年也见到老年患者及患过原发感染后的成人。特点是起病急,高热呈稽留热或弛张热,持续数周至数月,伴有畏寒、盗汗、咳嗽、少量痰或痰中带血、气短、呼吸困难、发绀等。婴幼儿及老年人症状常不典型。患者多表现衰弱,有些病例有皮疹(结核疹),胸部检查常无阳性体征,可有肝脾轻度肿大。此病早期(2周内)难诊断的原因是肺部X线检查常无异常,结核菌素试验也可阴性(约50%),尤其老年及体质差者多为阴性。痰结核杆菌(聚合酶链反应,PCR)及血结核抗体测定有助诊断。眼底检查可发现脉络膜上粟粒结节或结节性脉络膜炎,有利于早期诊断。

结核病为低热的常见病因,以肺结核多见,早期无症状体征,及时进行胸部X线检查。其次为肺外结核,如肝、肾、肠、肠系膜、淋巴结、盆腔、骨关节结核等。除局部症状外,常有结核病的中毒症状,血沉增快,结核菌素试验强阳性,抗结核治疗有确切疗效,有助于诊断。老年肺结核起病症状不明显,其肺部并发症多,结核菌素试验阴性,易诊为慢性支气管炎或哮喘。故遇老年人长期持续咳嗽、咳痰,易感冒,用抗药治疗无效,低热、乏力及纳差者,应及时查痰结核菌(涂片或TB-PCR)及胸部X线检查。老年肺结核易合并肺外结核,如结核性脑膜炎、胸膜炎、腹膜炎、骨、肾、淋巴结结核等。

(4)细菌性心内膜炎:凡败血症(尤其金黄色葡萄球菌所致)患者在抗生素治疗过程中突然出现心脏器质性杂音或原有杂音改变,或不断出现瘀斑或栓塞现象,应考虑到本病可能。大多数原有先天性心脏病(室间隔缺损、动脉导管未闭等)或风湿性心脏瓣膜病史,少数于病前有拔牙、扁桃体摘除、严重齿龈感染、泌尿道手术史,出现持续发热1周以上,伴有皮肤及黏膜瘀点、心脏杂音改变、脾肿大、贫血、显微镜血尿等,血培养有致病菌生长,超声心动图可发现赘生物所在的部位。

(5)伤寒副伤寒:以夏秋季多见,遇持续性发热1周以上者,应注意伤寒的可能。近年伤寒不断发生变化,由轻症化、非典型化转变为病情重、热程长、并发症多、耐氯霉素等,在鉴别诊断中需注意。多次血培养或骨髓培养阳性是确诊的依据。肥达反应(WR)可供参考。

3. 寄生虫感染

(1)阿米巴肝病:阿米巴肝炎和阿米巴肝脓肿合称为阿米巴肝病,由于对此病的注意不足,而且其临床表现相对多变,较容易漏诊或误诊。阿米巴肝炎通常表现为持续性发热,起病相对缓慢,热型多为中等度的弛张热,可有轻度至中度的肝脏肿大和压痛,伴有轻度黄疸,实验室检查示白细胞轻度至中度增加,以中性粒细胞为主。如病情进展至肝脓肿,全身性症状可加重,发热、消瘦等明显,肝脏可显著肿大,肝区疼痛加剧并可放射

至肩部。阿米巴肝脓肿好发于肝右叶,影像学检查可示相应的膈肌隆起,B超检查对肝脓肿的诊断有较大的价值,必要时可在超声引导下进行穿刺引流,阿米巴脓肿的脓液呈特征性的棕褐色,镜检可有溶组织阿米巴滋养体,少数患者可并发细菌感染。血清学检查可检测阿米巴抗原,特异性较高,反复的十二指肠引流液检查可发现阿米巴滋养体,对阿米巴肝病的早期诊断有较大的价值。少数患者脓肿可穿透膈肌至肺,形成阿米巴肺脓肿,临床表现为发热和咳棕褐色痰。对疑似病例,可进行甲硝唑诊断性治疗。

(2) 疟疾:以间日疟、3日疟较常见。遇阵发性寒战、高热、大汗,间日或间2日周期发作者,及时查血涂片找疟原虫,可确诊。

(3) 急性血吸虫病:血吸虫病有严格的地区性,多发生于夏秋季节。主要临床特征为起病急骤,以发热为主要表现,可伴有肝区疼痛、肝脏肿大。热型与疾病的严重程度相关,典型病例呈每日下午间隙性高热,重症患者则呈持续性高热,并有显著的中毒症状,发热期限可达数日至数月不等,可伴有畏寒与大汗。外周血检查示嗜酸性粒细胞增多,粪便病原学检查可确诊。

(4) 丝虫病:丝虫病也有明显的区域性,发热是其急性期的重要标志,多呈不规则的周期性发作,体温可达40℃,可伴有寒战。本病的另一特点是淋巴管炎和(或)淋巴结炎,男性也可侵犯生殖系统,表现为精索、附睾和睾丸炎症,急性发作时有明显的下腹部疼痛。从血中检测到微丝蚴是确诊本病的重要依据,病原学检查阴性而临床高度疑似的病例可用乙胺嗪进行诊断性治疗,服药后出现肢体淋巴管与阴囊内结节反应,或腹股沟及腋下淋巴结肿痛等征象者,支持本病诊断。

(5) 旋毛虫病:本病主要见于湖北、河南、西藏、东北各省的局部地区,患者有进食半生猪肉、狗肉、野兽肉等病史,发热多于感染后1周左右出现,体温在39℃左右,热型不规则,持续时间可达2~4周,可伴有颜面水肿、全身肌肉剧痛,尤以腓肠肌较为显著。实验室检查示外周血中嗜酸粒细胞显著增多,骨骼肌活组织检查发现本虫幼虫包囊。

4. 其他病原体感染

(1) 布氏杆菌病:流行病学资料是诊断的重要依据,如发病地区、职业、与病畜(羊、牛、猪)接触史,饮用未消毒牛、羊奶,进食未煮熟的畜肉史。临床表现为反复发作的发热,伴有多汗,游走性关节痛、神经痛、睾丸炎、肝脾及淋巴结肿大等。血、骨髓培养阳性,血清凝集试验1:100以上,免疫吸附试验1:320以上,可助诊断。

(2) 回归热:临床表现为周期性发热、起病急、寒战高热,持续2~9日后体温骤降,大汗,无热期持续7~9日,又突然高热,症状再出现,反复2~3次。全身酸痛、肝脾肿大,重者有出血倾向、黄疸,结合发病季节,有体虱存在或有野外生活蜱叮咬史,需考虑到本病。根据血、骨髓涂片找到回归热螺旋体即可确诊。

(3) 支原体感染:支原体最常侵犯肺部引起支原体肺炎,本病起病较缓慢,发热一般在38℃,偶尔可达39℃或以上,除咳嗽、咳痰等肺脏定位症状外,多数患者可有咽痛、头痛、肌肉酸痛和乏力纳差等全身性中毒症状。实验室检查示外周血白细胞总数正常或轻度升高,细胞分类可在正常范围,痰培养可获肺炎支原体阳性结果,约半数患者血清冷凝集试验阳性,支原体特异性抗体可通过免疫学方法检测,X线胸片检查示肺部炎症性改变。

(4) 钩端螺旋体病:在流行病学特点上有严格的地区性,多在夏秋收割季节发病,多发生在农民、渔民、屠宰工人和野外工作者等,患者通常有疫水接触史,潜伏期3~20d不等。发病急骤,多以高热、恶寒或寒战起病,伴头痛、剧烈肌肉疼痛、浅表淋巴结肿大等,上述症状和体征一般均在起病后3d以内出现,主要由于早期钩体败血症所致。病情进展可出现机体不同器官的损伤,主要包括出血倾向以及肝、肺、肾多器官损害的症状,本病临床表现较为复杂。临床上根据受损害器官的差异,可分为流感伤寒型、黄疸出血型、脑膜脑炎型、肺出血型和肾功能衰竭型。青霉素治疗在首次用药后出现症状加重,部分患者体温骤降、四肢厥冷,即出现所谓的赫氏反应是本病的重要临床特征。实验室检查示血白细胞总数和中性粒细胞正常或轻度增高,显微凝集试验阳性对本病的诊断有较高的敏感性和特异性,血清免疫学检查可显示特异性抗体阳性。血培养病原学检查阳性可确诊本病。

(二) 恶性肿瘤

1. 原发性肝癌

国内原发性肝癌80%以上并发肝硬化。临床特点是起病隐袭,早期缺乏特异症状,一旦出现典型症状则多属晚期。近年由于诊断方法的进展,可早期诊断小肝癌(5cm),主要表现为肝区痛、乏力、腹胀、纳差、消瘦、进行性肝肿大(质硬、表面不平)、黄疸、消化道出血等,一般诊断较易。当以发热为主诉者诊断较难,表现为

持续性发热或弛张热,或不规则低热,少数可有高热(如炎症型或弥漫性肝癌),易误诊为肝脓肿或感染性疾病。及时检测甲胎蛋白(APP),其灵敏性、特异性均有利于早期诊断。凡ALT正常,排除妊娠和生殖腺胚胎癌,如APP阳性持续3周,或APP>200 ng/ml持续2个月即可确诊。若APP升高而ALT下降,动态曲线分离者肝癌可能性大。此外, γ -谷氨酰转肽酶(γ -CT)、碱性磷酸酶(AKP)增高也有辅助诊断价值。B超、CT、放射性核素显像均有助于定位诊断。选择性肝动脉造影(或数字减影肝动脉造影)可发现1cm的癌灶,是目前较好的小肝癌定位的方法。

2. 恶性淋巴瘤

包括霍奇金病和非霍奇金淋巴瘤。多见于20~40岁,以男性多见。临床早期无症状或有进行性淋巴结肿大、盗汗、消瘦、皮疹或皮肤瘙痒等。凡遇到未明原因的淋巴结肿大按炎症或结核治疗1个月无效者;不明原因的发热,均应考虑本病的可能。确诊主要依靠病理。可以做淋巴结活检、骨髓穿刺、肝穿刺、B超、CT等检查。并与传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、慢性淋巴结炎、转移癌、风湿病及结缔组织病等鉴别。

3. 恶性组织细胞病

本病临床表现复杂,发热是常见的症状。有的病例似败血症、伤寒、结核病、胆系感染等,但经过临床系统检查治疗均无效,至晚期才确诊。与其他急性感染性疾病鉴别要点是:①临床似感染性疾病,但找不到感染灶,病原学与血清学检查均为阴性;②进行性贫血、全血细胞减少显著;③肝脾肿大与淋巴结肿大的程度显著;④随病程进展,进行性恶病质;⑤抗生素治疗无效。对有长期发热原因不明,伴有肝脾肿大,淋巴结肿大,而流行病学资料、症状、体征不支持急性感染且有造血功能障碍者,需想到本病的可能。如骨髓涂片或其他组织活检材料中找到典型的恶性组织细胞和大量血细胞被吞噬现象,并排除其他疾病,则诊断基本可以成立。因此骨髓涂片检查是诊断本病的重要依据。由于骨髓损害可能为非弥漫性,或因取材较少,故阴性时不能除外,必要时多次多部位检查。浅表淋巴结因病变不明显,故阴性也不能除外。

本病需与反应性组织细胞增多症鉴别,如伤寒、粟粒型结核、病毒性肝炎、风湿病、SLE、传染性单核细胞增多症等,其骨髓中可出现较多组织细胞,甚至血细胞被吞噬现象。应注意:①有原发病;②所见组织细胞形态较正常,无多核巨型组织细胞;③随原发病治愈,组织细胞反应也随之消失。

4. 急性白血病

可有发热,经血涂片、骨髓检查可以确诊。不典型白血病仅表现为原因不明的贫血与白细胞减少,易误诊为急性再生障碍性贫血,骨髓涂片有异常改变,可以诊断。故临床遇有发热、贫血、乏力、齿龈肿痛、出血、粒细胞减少者,及时进行骨髓涂片检查。

(三) 风湿性疾病

1. 系统性红斑狼疮(SLE)

长期发热伴有2个以上器官损害,血象白细胞减少者应考虑到本病。多见于青年女性。临床特点是首先以不规则发热,伴关节痛,多形性皮疹(典型者为对称性面颊鼻梁部蝶形红斑,60%~80%)多见。伴日光过敏、雷诺现象、浆膜炎等。血沉增快,丙种球蛋白升高,尿蛋白阳性。血狼疮细胞阳性,抗核抗体(ANA)阳性,抗双链去氧核糖核酸(抗ds-ANA)抗体阳性,抗Sm(Smith抗原)抗体阳性。应注意SLE在病程中可始终无典型皮疹,仅以高热表现的特点。

2. 类风湿性关节炎

典型病例较易诊断。少年型类风湿性关节炎(Still病),可有畏寒、发热、一过性皮疹、关节痛不明显,淋巴结肿大、肝脾肿大、虹膜睫状体炎、心肌炎、白细胞增高,血沉增快但类风湿因子阴性、抗核抗体与狼疮细胞均阴性。

3. 结节性多动脉炎

表现为长期发热,伴肌痛、关节痛、皮下结节(下肢多,沿血管走向分布,或成条索状)、肾损害、血压高、胃肠症状等。诊断主要依据皮下结节与肌肉(三角肌或腓肠肌)活检。

4. 混合性结缔组织病(MCTD)

多见于女性,特点是具有红斑狼疮、硬皮病、皮肌炎的临床表现,肾脏受累较少,以发热症状明显。高滴度核糖核酸蛋白(RNP)抗体阳性,抗核抗体阳性有助诊断。