

主编 姚 彬

发热门诊

常见疾病的诊断 与鉴别诊断



人民卫生出版社

发热门诊

常见疾病的诊断 与鉴别诊断

主编 姚 彬

顾问 于小千

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

发热门诊常见疾病的诊断与鉴别诊断/姚彬主编.

—北京:人民卫生出版社,2004.10

ISBN 7-117-06406-4

I.发… II.姚… III.发热—常见病—诊断

IV.R441.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 096102 号

发热门诊常见疾病的诊断与鉴别诊断

主 编:姚 彬

出版发行:人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址:(100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址:[http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷:北京人卫印刷厂

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/32 印张:11.75

字 数:287 千字

版 次:2004 年 9 月第 1 版 2004 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 7-117-06406-4/R·6407

定 价:29.00 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编者 (按姓氏笔画为序)

王 辰	北京朝阳医院	教授
孔繁军	北京海淀医院神经科	博士
马秀云	北京地坛医院	副教授
宁兰丁	北京海淀医院呼吸科	副主任医师
田瑞雪	北京海淀医院呼吸科	主治医师
刘正印	北京协和医院感染科	副教授
刘瑞林	北京海淀医院肾科	副主任医师
孙 丽	北京胸科医院	主治医师
吴 昊	北京佑安医院	教授
吴 旸	北京海淀医院心内科	博士
许文兵	北京协和医院呼吸科	教授
何 平	北京海淀医院呼吸科	主任医师
李春厚	北京协和医院	副主任护师
李 迎	北京海淀医院呼吸科	主治医师
李晨霞	北京海淀医院妇产科	主治医师
张培元	北京胸科医院	教授
张 彦	北京海淀医院呼吸科	主治医师
胡 征	北京铁路总医院呼吸科	教授
胡继春	北京海淀医院消化科	副主任医师
武红莉	北京海淀医院呼吸科	主治医师
孟志刚	北京海淀医院呼吸科	主治医师
秦 苑	北京海淀医院血液科	副主任医师
姚 彬	北京海淀医院呼吸科	主任医师
陶建飞	北京协和医院	护师
曹 彬	北京协和医院呼吸科	主治医师
蔡柏蒿	北京协和医院呼吸科	教授
蔡皓东	北京地坛医院	教授

前 言

因 SARS, 各综合医院发热门诊应运而生。但发热门诊的人员构成多不固定, 且来自不同专业; 目前 SARS 的诊断只是排他性诊断, 尚缺乏早期、准确的诊断金标准。故规范检查、正确认识、及时处理发热门诊的各种常见疾病显得尤其重要。为此, 我们组织了具有丰富临床经验, 曾从事抗 SARS 工作或现在正从事发热门诊工作的一线专家和医生编写了此书。本书以发热常见疾病的鉴别诊断为切入点, 以发热的诊断学分类为要点, 以发热常见疾病为重点, 从发热门诊常见的发热疾病展开, 如: 各系统发热疾病(呼吸系统发热疾病、消化系统发热疾病、泌尿系统发热疾病、中枢神经系统发热疾病等)、艾滋病、传染病等。为从事发热门诊工作的医护人员快速了解和掌握常见发热疾病的特点, 防止 SARS 和人禽流感的过诊和漏诊, 避免常见发热疾病的误诊, 提供一本题材简明扼要, 内容充实新颖的案头书。

由于编者水平有限和时间仓促, 文中错误在所难免, 敬请广大同仁和读者提出批评和指导。编写过程中得到各级领导的大力支持, 特此致谢!

编 者

2004 年 8 月于北京

目 录

第一篇 总 论

一、发热的病因及分类	3
(一) 诊断学分类	3
(二) 感染	3
(三) 恶性疾病	3
(四) 结缔组织和炎症性血管疾病	4
(五) 其他	5
二、发热的机制	6
(一) 正常体温及调节	6
(二) 体温的测量	6
(三) 发热的机制	7
三、热度、热程及热型的鉴别诊断	8
(一) 热度	8
(二) 热程	8
(三) 热型	13
四、发热患者的诊断程序	15
(一) 询问病史	16
(二) 物理检查	18
(三) 实验室检查	18

(四) 特殊检查	19
(五) 发热诊断方案的具体步骤	20
五、发热患者的护理	22
(一) 发热的定义	22
(二) 发热的临床征象	23
(三) 发热患者的护理要点	23

第二篇 各 论

一、呼吸系统发热疾病	29
(一) 概论	29
(二) 流行性感冒	29
(三) 人禽流感	34
(四) 急性上呼吸道感染	49
(五) 急性气管-支气管炎	51
(六) 支气管扩张	53
(七) 传染性非典型肺炎	56
(八) 社区获得性肺炎	60
(九) 医院获得性肺炎	65
(十) 肺炎链球菌肺炎	69
(十一) 流感嗜血杆菌肺炎	73
(十二) 克雷伯杆菌肺炎	76
(十三) 葡萄球菌肺炎	79
(十四) 军团菌肺炎	83
(十五) 肺炎支原体肺炎	86
(十六) 衣原体肺炎	88
(十七) 肺念珠菌感染	91
(十八) 肺隐球菌病	93
(十九) 肺曲真菌感染	94

(二十) 原发性支气管肺癌	100
(二十一) 肺不张	107
(二十二) 肺脓肿	110
(二十三) 肺结核	115
(二十四) 肺水肿	128
(二十五) 肺嗜酸性粒细胞浸润症	132
(二十六) 特发性肺间质纤维化	135
(二十七) 闭塞性细支气管炎伴机化性肺炎	139
(二十八) 外源性过敏性肺泡炎	141
(二十九) 肺血管炎	143
(三十) 结节病	145
(三十一) 肺栓塞	149
二、传染病	158
(一) 概论	158
(二) 流行性腮腺炎	159
(三) 麻疹	163
(四) 风疹	165
(五) 流行性出血热	167
(六) 传染性单核细胞增多症	172
(七) 猩红热	175
(八) 伤寒与副伤寒	179
(九) 细菌性痢疾	184
(十) 霍乱	187
(十一) 鼠疫	190
(十二) 肺血吸虫病	192
(十三) 疟疾	196
(十四) 阿米巴病	198
(十五) 艾滋病	202
(十六) 卡氏肺孢子虫肺炎	205

三、消化系统发热疾病	210
(一) 概论	210
(二) 病毒性肝炎	211
(三) 急性胰腺炎	217
(四) 急性胆囊炎	220
(五) 急性胆管炎	223
(六) 急性阑尾炎	225
(七) 急性腹膜炎	228
四、泌尿系统发热疾病	230
(一) 概论	230
(二) 急性肾小管-间质性肾炎	231
(三) 急性肾盂肾炎	234
(四) 急性膀胱炎	237
(五) 急性盆腔炎	239
五、造血系统发热疾病	243
(一) 概论	243
(二) 急性白血病	243
(三) 恶性淋巴瘤	246
(四) 重型再生障碍性贫血	247
(五) 恶性组织细胞病	249
六、循环系统发热疾病	251
(一) 概论	251
(二) 感染性心内膜炎	252
(三) 感染性心包炎	257
(四) 病毒性心肌炎	259
(五) 风湿性心脏炎	262
七、中枢神经系统感染	265
(一) 概论	265
(二) 单纯疱疹病毒性脑炎	266

(三) 病毒性脑膜炎	270
(四) 隐球菌脑膜炎	273
(五) 结核性脑膜炎	276
(六) 化脓性脑膜炎	277
(七) 脑脓肿	281
(八) 流行性脑脊髓膜炎	285
(九) 急性播散性脑脊髓炎	288
(十) 脊髓灰质炎	290
(十一) 急性脊髓炎	293
(十二) 格林-巴利综合征	296
 附录一 传染性非典型肺炎诊疗方案	 301
附录二 人禽流感诊疗方案	361

第一篇

总 论

一、发热的病因及分类

(一) 诊断学分类

临床上一般根据病因的不同，诊断学分类概括为感染、恶性疾病、结缔组织-炎症性血管性疾病、其他四大类。80%以上的患者归因于感染、恶性疾病、结缔组织-炎症性血管性疾病。病因的分布受地理、年龄因素的影响。6岁以下的患儿以感染性疾病为主，特别是上呼吸道、泌尿道感染或全身感染；成人虽然感染性疾病仍占首位，但恶性疾病的发病率明显增高。

(二) 感染

1. 病毒、立克次体、支原体及衣原体感染；
2. 细菌、真菌感染疾病；
3. 结核及结核分枝杆菌感染疾病；
4. 螺旋体、原虫、蠕虫等感染疾病。

(三) 恶性疾病

恶性疾病常表现为长期原因不明的发热，以淋巴瘤、恶性组织细胞病、肾上腺瘤、肝脏肿瘤、肠道肿瘤等较为常见。恶性疾病发热的原因一般与继发感染、肿瘤组织坏死、肿瘤细胞浸润、肿瘤组织释放内源性致热原等有关。

1. 淋巴瘤 淋巴瘤以发热为主要症状。最具特征性的是周期性发热，Pel-Ebstein 性发热（3~10 天的发热期与无热期交替）常提示霍奇金病。淋巴结肿大与肝脏大小可随体温高低而增加或缩小。无原因解释的血清尿酸持续增高可能是诊断的线索（因肿瘤细胞代谢旺盛）。CT、B 型超声波、磁共振（MR）等辅助检查可了解腹腔或腹膜后有无肿大淋巴结，有助于诊断。另外，抗惊厥药物如苯妥英钠，可引起淋巴瘤样临床表现。停药后症状及病理变化均消失。

2. 肝肿瘤 表现为发热、剧烈右肋痛、肝大、黄疸、腹水、消瘦等一般诊断不困难。困难的是仅表现为发热，此时应注意常伴有类白血病反应，血清碱性磷酸酶升高有助于诊断，血清甲胎球蛋白（AFP）定性和定量检查有确诊价值。CT、B型超声波、磁共振（MR）等辅助检查有助定位诊断。

3. 恶性组织细胞病 临床以高热、贫血、肝、脾、淋巴结肿大、全血细胞减少、出血、黄疸和进行性衰竭为主要特征。本病临床表现无特异性。因此，诊断应以临床表现为基础，病理学及细胞形态学检查为主要诊断依据。组织细胞异常增生、异形及多核巨组织细胞对诊断有意义。但需与急性白血病、毛细胞性白血病、粒细胞缺乏症及重型再生障碍性贫血相鉴别。

4. 白血病及其他实体肿瘤 根据发热、贫血、出血及肝脾淋巴结肿大、周围血液有大量白血病细胞，一般血涂片检查即可明确诊断。但对白细胞不增多性白血病需骨髓检查确诊。

肾癌很隐匿，有约 10% 的肾癌患者可表现为发热，由于此种肿瘤细胞在试管内能合成和释放内源性致热原，肿瘤切除后发热即可停止。因此，肾癌患者的发热多与内源性致热原有关。B 型超声、CT、选择性肾动脉造影有助于诊断。

（四）结缔组织和炎症性血管疾病

这组疾病的发热常伴有关节、肌肉、肾脏症状及皮肤改变。涉及的病种较多，比如系统性红斑狼疮、Still 病、药物热、多发性肌炎、结节性多动脉炎、风湿热、混合型结缔组织病等。

1. 系统性红斑狼疮 多见于年轻女性，男女之比约为 1：10。是中、长程发热应予鉴别的疾病之一。典型病例表现为面部蝶形红斑或皮损、全身关节肿痛、尿异常改变、多浆膜受累、白细胞减少、LE 细胞阳性、ANA 等抗体阳性。诊断线索常见口腔溃疡、雷诺现象、光敏、脱发等。本病多以发热为

首发症状，常兼有白细胞减少；故应注意与 SARS、沙门菌属感染或革兰阴性杆菌败血症相鉴别。

2. Still 病 成人 Still 病是一种病因未明的以长期间歇性发热、一过性多形性皮疹、关节炎、咽痛为主要临床表现，伴有白细胞总数增高、肝功能受损的临床综合征。诊断线索为高热而症状轻、皮疹、关节肿痛、白细胞增多、抗生素治疗无效。确诊需排除感染性疾病、恶性肿瘤和其他风湿病。

3. 药物热 高敏反应是药物热的最常见原因。主要是机体对作为抗原的药物或其代谢产物以及制剂辅助材料发生致敏。药物性发热最终是排他性诊断。有决定意义的诊断同时也是治疗的措施是停止所有可能引起发热的药物。在应用多种药物时，为辨别引起发热的药物，最好的方法是逐个排除法。

4. 风湿热 临床表现以心脏炎和关节炎为主，可伴有发热、皮疹、皮下小结、环形红斑、舞蹈病等。诊断包括：①发病前 1 周有链球菌感染征象；②游走性关节炎、发热 2 周以上；③心电图 P-R 间期延长；④血沉增快、C-反应蛋白阳性；⑤阿司匹林治疗有效。

(五) 其他

常见的是肉芽肿性疾病，表现为反复或持续发热单一症状，数月甚至数年不被确诊。另有伪装热、高 IgD 综合征等。

1. 肉芽肿性疾病 主要有肉芽肿性肝炎、结节病、局限性回肠炎、颞动脉炎等。肉芽肿性改变可以由许多感染引起，代表许多疾病的一个病理过程，如结核及其他分枝杆菌感染、组织胞浆菌病及其他真菌、梅毒、某些寄生虫病、结节病及肿瘤。肉芽肿性肝炎多见于 50~60 岁的成年人，临床表现为间歇性高热，伴消瘦、无力、关节酸痛、血清碱性磷酸酶轻度升高。肝活检可明确诊断。颞动脉炎（或称巨细胞动脉炎）好发于 60~70 岁，可有发热、头痛、视力障碍、关节痛。诊断线索是有颌跛（jaw claudication）症状、颞动脉呈条索状、压

痛、搏动可消失，颞动脉活检可证实诊断。

2. 伪装热 通过体温计的操作造成的发热称为伪装热。诊断线索有躯体情况良好、日内体温无变化规律、脉搏与体温不成比例、皮温不高、退热时无汗。推荐有护理人员在场的情况下测量腋温、口温或肛温，测量刚排出的尿液温度可明确诊断。

(姚 彬)

参 考 文 献

1. 翁心华. 发热. 见: 陈灏珠主编. 实用内科学. 第 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 739-748
2. 王思元主译. 不明原因发热的鉴别诊断. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2002, 1-400

二、发热的机制

(一) 正常体温及调节

正常人体温腋下 $36.2^{\circ}\text{C} \sim 37.5^{\circ}\text{C}$, 平均 37°C ; 口温 $35.6^{\circ}\text{C} \sim 38.2^{\circ}\text{C}$, 平均 37.3°C ; 肛温 $37.4^{\circ}\text{C} \sim 38.3^{\circ}\text{C}$, 平均 37.6°C 。正常体温的维持是通过下丘脑体温调节中枢来完成。体温调节中枢通过神经、体液因素调节产热与散热两个过程使体温保持动态平衡。

(二) 体温的测量

最准确的体腔温度应该是经食管测量, 较肛温低约 0.2°C 。但属有创检查, 故临床难以运用。舌下进行口腔测量, 较肛温低约 0.4°C 。但易受测量前喝冷热饮料的影响, 对插管、面罩呼吸及儿童患者不适宜。直肠测量准确性高、误差小, 主要适用于老年人。外痔或近期直肠手术是禁忌。腋下测量因方便、无痛苦是目前普遍选择的方法。但应了解影响因素有: 局部降温、出汗过多、皮肤血管收缩、显著低血压。电子

温度计测量时间短、易读数，SARS 期间及目前被广泛采用。但经实践发现准确性差，适合公共场合的人群初筛，不适合发热患者的临床测量；测量尿的温度，直接排尿后测量，主要用于证实伪装热，较口温高约 $0.5^{\circ}\text{C}\sim 1.0^{\circ}\text{C}$ 。

（三）发热的机制

目前生理学上采用调定点（set point）学说解释体温调节中枢对体温的调节。人体的发热就是由于调定点受到致热原作用后，对温热敏感性降低的结果。本来由 37°C 升高到 38°C 时，就应出现散热反应，但由于调定点阈值增高、敏感性降低，故仍在产热增加，到 38°C 以上后，才出现散热反应。致热原（pyrogens）是一类能引起恒温动物体温异常升高的物质总称。可概括为两大类：

1. 外源性致热原 如内毒素可直接作用于下丘脑的体温调节中枢；然而，大部分外源性致热原不能透过血脑屏障，而是通过宿主细胞产生内源性致热原在作用于体温调节中枢，像病毒、衣原体、支原体、立克次体、螺旋体、细菌及毒素、真菌、原虫、抗原抗体复合物等。

2. 内源性致热原（endogenous pyrogens, EP）是宿主细胞内衍生的致热物质，主要来自大单核细胞和巨噬细胞。如白细胞介素、肿瘤坏死因子、干扰素等。多数学者认为，EP 使花生四烯酸代谢产物增加（如 PGE_2 ）进入视前区/下丘脑的前部即可引起发热。

（姚 彬）

参 考 文 献

1. 翁心华. 发热. 见：陈灏珠主编. 实用内科学. 第 11 版. 北京：人民卫生出版社，2001，739-748
2. 王思元主译. 不明原因发热的鉴别诊断. 沈阳：辽宁科学技术出版社，2002，1-400