

临床 常见症状体征 的鉴别诊断

主 编 姚定康 徐茂锦 徐晓璐



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

临床常见症状体征的鉴别诊断

主审 梅长林 李兆申 蔡瑞宝
主编 姚定康 徐茂锦 徐晓璐



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书反映了当代医学的新理论、新概念、新技术,同时又兼顾知识面的广度及临床实用性。全书分8章共37节,涵盖呼吸系统、循环系统、消化系统、血液系统、肾脏系统、内分泌系统、风湿系统,以及神经系统常见的37个症状及体征,对每个临床表现都简述了其分类,并较为详细地叙述了该临床表现产生的原因、发生机制及诊断的思维程序,每个症状体征最后均附有1~2个实际病例分析,有利于提高读者对该症状体征的综合分析能力。

本书是适合医学生提高临床思维能力的教材,也是临床医师的一本综合参考书。同时,适用于住院医师规范化培训阶段及专科医师培训时使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床常见症状体征的鉴别诊断/姚定康,徐茂锦,徐晓璐主编. —上海:第二军医大学出版社,2015.1

ISBN 978-7-5481-0961-7

I. ①临… II. ①姚…②徐…③徐… III. ①症状—鉴别诊断 IV. ①R446

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第245695号

出 版 人 陆小新

责任编辑 许 悦

临床常见症状体征的鉴别诊断

姚定康 徐茂锦 徐晓璐 主编

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路800号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

江苏天源印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:22.5 字数:573千字

2015年1月第1版 2015年1月第1次印刷

ISBN 978-7-5481-0961-7/R·1704

定价:68.00元



编写人员名单

主 审	梅长林	李兆申	蔡瑞宝		
主 编	姚定康	徐茂锦	徐晓璐		
副主编	梁 春	庄建华	赵立军	陈 莉	赵东宝
编 著 者	(按姓氏笔画排列)				
	于 光	马丽萍	王一平	白 元	
	石 荟	石昭泉	丛晓亮	冯曹波	
	刘亚伟	孙丽君	刘 枫	孙 畅	
	庄建华	孙亮亮	刘 彧	张必利	
	张 伟	李保春	张家友	李 娟	
	吴 鸿	李 婷	吴 颖	杨 靖	
	李 慧	郑龙铁	陈吉泉	陈 莉	
	邱慧颖	庞亚飞	林 寒	赵立军	
	姜 华	姚定康	贺 斌	施 斌	
	柏 愚	奚 昊	徐茂锦	高 洁	
	徐荣良	徐晓蓉	徐晓璐	湛 卫	
	梁 春	黄流清	韩一平	蒋彩凤	
	童 强	赖学莉	臧远胜	蔡 青	
主编助理	吴 颖	王艺伟			

前 言

同一疾病可以有不同的症状体征,不同疾病可以有相同的症状体征,而临床实践中患者常常首先以症状和(或)体征呈现在医者面前,需要医者运用正确的临床思维进行诊断,这是关系到早期诊断和及时合理治疗的关键。为此,结合编者多年来的临床经验体会,汇集有关临床常见症状体征的诊断和鉴别诊断知识,并汲取国外临床医学的新知,编写了《临床常见症状体征的鉴别诊断》。

全书分为8章,共37节,涵盖了呼吸系统、循环系统、消化系统、血液系统、肾脏系统、内分泌系统、风湿系统,以及神经系统常见症状及体征,对每个临床表现都简述了其分类,并较为详细地叙述了该临床表现产生的原因,重点部分为各个临床表现常见疾病的特征及其诊断与鉴别诊断,为了提高读者对临床表现的综合分析能力,本书许多临床的症状或体征采用树状图形式对诊断流程进行综合梳理。同时,结合作者的临床经验,选择一些病例,予以分析和点评。本书系统全面,重点突出,逻辑性强,力求反映出当代医学的新理论、新概念和新技术,同时,又兼顾知识面的广度及临床实用性,不仅可以作为临床医学生教材,也适用于临床见习和实习生,以及规范化培训住院医师使用,对于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。

由于本书编写人员较多,文风各异,我们在要求基本格式一致的情况下,尽量保留作者编写风格,因此各章节有不同特点,也难免有差错,不当之处,希望读者批评指正。

编 者

2014年7月10日

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 呼吸困难	(15)
第三节 咳嗽	(23)
第四节 咯血	(29)
第五节 发绀	(34)
第二章 循环系统疾病	(41)
第一节 胸痛	(41)
第二节 心悸	(56)
第三节 低血压与休克	(61)
第四节 高血压	(67)
第五节 晕厥	(91)
第三章 消化系统疾病	(97)
第一节 恶心与呕吐	(97)
第二节 便秘	(105)
第三节 腹泻	(111)
第四节 腹痛	(119)
第五节 呕血、黑便	(131)
第六节 腹腔积液	(137)
第七节 黄疸	(147)
第四章 泌尿系统疾病	(160)
第一节 水肿	(160)
第二节 血尿	(169)
第三节 蛋白尿	(178)
第四节 无尿、少尿与多尿	(184)
第五节 尿频、尿急与尿痛	(191)
第五章 血液系统疾病	(196)
第一节 贫血	(196)
第二节 脾肿大	(210)

第三节 淋巴结肿大·····	(226)
第四节 白细胞异常·····	(232)
第五节 皮肤黏膜出血·····	(240)
第六章 内分泌系统和营养代谢性疾病·····	(244)
第一节 肥胖·····	(244)
第二节 消瘦·····	(251)
第三节 甲状腺肿·····	(255)
第七章 风湿性疾病·····	(262)
第一节 关节痛·····	(262)
第二节 腰背痛·····	(267)
第三节 皮疹·····	(281)
第八章 神经系统疾病·····	(289)
第一节 眩晕·····	(289)
第二节 意识障碍·····	(315)
第三节 头痛·····	(322)
第四节 抽搐与惊厥·····	(339)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 发 热

一、定义与病因

(一) 概念

正常人的体温在体温调节中枢的调节下,产热与散热处于动态平衡,维持体温在相对恒定的范围内,腋下温度为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,口腔温度为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,直肠内温度一般比口腔内的高 $0.2\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。在生理状态下,不同个体、同一个体在不同的时间和环境下,体温有所不同,如下午高于早晨,剧烈运动、劳动、进餐后、月经前及妊娠期或在高温环境下工作,体温较高,儿童及青壮年体温高于老年人。一般生理变异 24 h 波动不超过 1°C 。

所谓发热(fever)是指机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍时,体温升高超过正常范围。一般来说口温高于 37.3°C ,或肛温高于 37.6°C ,或一日体温变动超过 1.2°C ,可以认为有发热。

发热分级:①低热为口温 $>37.3^{\circ}\text{C}$,肛温 $>38.0^{\circ}\text{C}$,一日间体温变动 $>1.0^{\circ}\text{C}$;②中等度热为口温 $38.1\sim 39.0^{\circ}\text{C}$;③高热为口温 $39.1\sim 41.0^{\circ}\text{C}$;④超高热为口温 $>41^{\circ}\text{C}$ 。

按热程发热分为:①急性发热的热程在 $2\sim 3$ 周内;②长期发热的热程 $>2\sim 3$ 周;③长期低热为持续低热超过 2 周。

(二) 机制

正常人的体温受大脑皮质及下丘脑体温调节中枢的控制,通过神经、体液因素调节产热和散热过程,使体温保持相对稳定。由于各种原因导致产热增加或散热减少,则可出现发热。最常见的是致热源引起的发热。

1. 致热源性发热

致热源是指能引起人体或动物发热的物质,可分为:①外源性致热源:各种微生物病原体及其产物;炎性渗出物及无菌性坏死组织;抗原抗体复合物;某些类固醇物质;多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。②内源性致热源:1984年,Beeson等首先发现家兔腹腔无菌性渗出白细胞,培育于无菌生理盐液中,能产生并释放致热源,称之为白细胞致热源(LP)。为表示其来自体内,又称内生致热源(EP),如白介素(IL-1)、干扰素(IFN)、肿瘤坏死因子(TNF)等。

外源性致热源多为大分子物质,特别是细菌内毒素分子量非常大,不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热源。内源性致热源一方面可通过血-脑屏障直接作用于下丘脑,产生cAMP、前列腺素E,使得 $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$ 比值上升,导致体温“调定点”上移,体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌收缩(临床表现为寒战),使产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收

缩,停止排汗,散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热,体温升高而引起发热。

2. 非致热源性发热

非致热源性发热常见于以下几种情况:①体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血、炎症等;②引发产热过多的疾病,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等;③引起散热减少的疾病,如广泛性皮肤病变、心力衰竭等。

(三) 病因

引起发热的原因很多,按有无病原体侵入人体分为感染性发热和非感染性发热两大类。

1. 感染性发热

引起感染性发热的病原体有细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌及寄生虫等。各种病原体侵入人体后可引起相应的疾病,不论急性还是慢性、局灶性还是全身性均可引起发热。感染性发热占发热原因的50%~60%。

2. 非感染性发热

由病原体以外的原因引起的发热称为非感染性发热。常见原因如下。

(1) 吸收热 是指由于组织坏死、组织蛋白分解和坏死组织吸收引起的发热。

1) 物理和机械性损伤:大面积烧伤、创伤、大手术后、骨折、内脏出血和热射病。

2) 血液系统疾病:白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、骨髓增生异常综合征、多发性骨髓瘤、急性溶血、血型不合输血等。

3) 肿瘤性发热:血液系统恶性肿瘤以外的各种恶性肿瘤。

4) 血栓性疾病:静脉血栓形成,如股静脉血栓形成。动脉血栓形成,如心肌梗死、肺动脉栓塞。微循环血栓形成,如血栓性血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血等。

(2) 变态反应性发热 变态反应产生的抗原抗体复合物称为外源性致热源,激活了致热源细胞,使其产生并释放白介素-1、干扰素、肿瘤坏死因子等引起的发热。如药物热、血清病等。

(3) 中枢性发热 有些致热因素不通过内源性致热源而直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。这类发热的特点是高热无汗。如中暑、重度安眠药中毒、颅内出血或颅内肿瘤细胞浸润、自主神经功能紊乱和感染后低热等。

(4) 其他 如甲状腺功能亢进、痛风、严重脱水、因致热源引起的输液或输血反应等。

二、诊断及鉴别诊断

(一) 发热的特点及疾病

1. 热型与疾病

不同病因所致发热的热型也常不同。

(1) 稽留热 体温恒定地维持在39~40℃以上的高水平,持续数日或数周,24 h内波动范围不超过1℃。见于伤寒、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎等。

(2) 弛张热 体温常在39℃以上,波动幅度大,24 h内波动范围超过2℃,但都高于正常水平。常见于败血症、严重化脓性感染、风湿热及重型肺结核等。

(3) 间歇热 体温骤升达高峰后持续数小时,然后迅速降至正常水平,高热期与无热期(间歇期)交替出现,无热期可持续数日,如此反复。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 回归热 体温急骤上升至39℃或以上,持续数日后又骤降至正常水平,数日后又出现

高热,如此规律地交替出现。常见于霍奇金淋巴瘤、回归热、周期热等。

(5) 波状热 体温逐渐升高达 39°C 或以上,持续数日后又逐渐降至正常水平,数日后又逐渐上升,如此反复多次。常见于布鲁菌病、登革热等。

(6) 不规则热 发热的体温曲线无一定规律。常见于结核病、风湿热、败血症等。

2. 发热的伴随症状与体征

(1) 寒战 常见于疟疾、败血症、肺炎、急性肾盂肾炎、感染性胆管炎、流行性脑脊髓膜炎、急性溶血、输血或输液反应等。

(2) 头疼、呕吐、昏迷或惊厥 见于中枢神经系统感染,如乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、脑型疟疾、中暑等。

(3) 咳嗽、咳痰、胸痛或气急 见于急性上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、肺结核。

(4) 恶心、呕吐、腹痛、腹泻 见于菌痢、急性胃肠炎等。

(5) 尿频、尿急、尿痛、腰肋部疼痛 见于泌尿性感染、肾盂肾炎。

(6) 关节痛 见于风湿热、系统性红斑狼疮(SLE)、多发性肌炎、皮炎等弥漫性结缔组织疾病。

(7) 肝、脾、淋巴结肿大 可见于血液病(白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病)、传染病(布氏杆菌病、感染性单核细胞增多症等)、恶性肿瘤。

(8) 出血 可见于流行性出血热、钩端螺旋体病、急性白血病、败血症等。

(二) 分类

1. 急性发热

临床上一般将 2 周内的发热称为急性发热。急性发热临床常见,且不少为高热,其中以急性感染占首位,包括各种病原体引起的传染病,全身或局灶感染。病原体以细菌最常见,其次为病毒。非感染的急性者仅占少数,包括变态反应性疾病、风湿性疾病、组织坏死与血液分解产物的吸收、物理与化学因素、血液病与恶性肿瘤等。临床常见急性发热疾病见表 1-1-1。

(1) 流行性感 流行性感(流感)病毒可分为甲、乙、丙三型,其中甲型病毒易引起世界性大流行,乙型病毒则引起局部暴发和小流行,丙型病毒仅以散在形式出现。本病潜伏期为 1~3 d,多以突然畏寒、寒战、高热急骤起病,伴有全身酸痛、头痛、面充血、虚弱无力等全身中毒表现,而呼吸道症状并不严重。血象白细胞总数减少。热程 3~5 d。全身症状逐渐好转,但鼻塞、流涕、咽痛、干咳等上呼吸道症状逐渐显著。在流感多见的冬春季节,当门诊上述症状的患者连续 3 d 持续增加,并有直线上升趋势,应高度警惕本病可能。可采集患者的鼻、咽、血清等标本检测病毒抗原、RNA 或血清抗体以确诊。

(2) 流行性出血热 是一组以发热、出血、肾脏损害为主要表现的急性传染病。病原体为汉坦病毒,鼠类为主要传染源,有明显季节性,流行高峰一般在 5~6 月份、10~12 月份。起病急骤,以畏寒、寒战、高热起病,以弛张热为多。全身症状重,表现为头痛、腰痛、眼眶痛、畏光、视物模糊,颜面及眼眶区明显充血,似酒醉貌。出血为常见症状,通常于发病第 3~5 日出现,皮肤黏膜、结膜、软腭、腋下可见散在针头大小的出血点或出血斑,有时密集的小点状出血排列成链条状,颇具诊断参考价值。血小板通常减少。热退后症状反而加重并呈现低血压,有的甚至休克。患者有不同程度的肾脏损害,早期可出现血尿及蛋白尿,可出现少尿,甚至无尿。本病典型的表现可分为发热期、低血压期、少尿期、多尿期及恢复期五期。轻症患者病程较短,病情较轻。特异性血清学检查有助于早期诊断,多聚酶链反应(PCR)检测病毒抗原有助于病原学诊断。

表 1-1-1 常见急性发热性疾病的分类

类 别	主要疾病
病毒性感染	流行性感冒、其他病毒性上呼吸道感染、急性病毒性肝炎、流行性腮腺炎、流行性乙型脑炎、森林脑炎、淋巴细胞脉络脑膜炎、脊髓灰质炎、麻疹、天花、水痘、流行性出血热、新疆出血热、登革热、传染性单核细胞增多症、传染性淋巴细胞增多症、巨细胞病毒感染、艾滋病、传染性非典型肺炎(SARS)
衣原体、支原体感染	肺炎衣原体肺炎、鹦鹉热衣原体肺炎、肺炎支原体肺炎
立克次体感染	斑疹伤寒、恙虫病、Q 热、猫抓热
细菌性感染	细菌性肺炎、支气管扩张并发感染、肺脓肿、胸膜炎、感染性心内膜炎、心包炎、急性肾盂肾炎、急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性梗阻性化脓性胆管炎、细菌性肝脓肿、急性腹膜炎、其他各种细菌局灶性细菌感染、败血症、结核病、伤寒或副伤寒、急性细菌性痢疾、流行性脑脊髓膜炎、白喉、百日咳、猩红热、鼠疫、炭疽病、兔热病、鼻疽、类鼻疽、人感染猪链球菌病
螺旋体感染	钩端螺旋体病、回归热、鼠咬热、莱姆病
寄生虫感染	疟疾、阿米巴病、急性血吸虫病、丝虫病
真菌感染	深部真菌感染与真菌性败血症
变态反应性疾病	药物热、血清病
风湿性疾病	系统性红斑狼疮、风湿热、成人 Still 病、原发性血管炎、类风湿性关节炎急性发作、多发性肌炎与皮肌炎、白塞病、结节性脂膜炎
组织坏死与血液吸收	急性胰腺炎、急性溶血、急性心肌梗死、脏器栓塞或血栓形成、血栓性静脉炎、体腔积血或血肿形成、大面积烧伤
血液病、恶性肿瘤	急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、急性恶性嗜酸性粒细胞浸润、癌、其他恶性肿瘤
代谢紊乱	痛风急性发作、甲状腺危象、血卟啉病、重度脱水
其他	热射病、铸工热

(3) 传染性单核细胞增多症 EB 病毒为致病原,本病分布广泛,多呈散发,以 15~30 岁为多。流行病例多见于儿童。起病急,多为中至高热,可呈弛张热、不规则热或稽留热,热程数日至数周。患者常有咽痛、咽峡炎,表现为咽、腭垂、扁桃体充血、肿大,其后可迅速出现斑状或膜状黄灰色苔膜,少数有溃疡和假膜形成。常见浅表淋巴结肿大,以颈部淋巴结肿大最为常见,常无明显压痛。多数患者有脾肿大。可出现斑疹或疱疹。病初起时白细胞计数正常,病后第 10 日左右白细胞总数增多,分类中淋巴细胞数增多,并出现异形淋巴细胞($>10\%$),是提示本病的重要线索。本病病程多数为 1~3 周,预后良好。血清学嗜异凝集试验效价在 1:80 以上具有诊断价值。

(4) 巨细胞病毒(CMV)感染 临床表现与传染性单核细胞增多症相似。正常成人巨细胞病毒感染常表现为隐性感染,或单核细胞增多症表现,有发热、肝脾肿大,淋巴细胞绝对或相对增多,并出现异形淋巴细胞,与 EB 病毒(又称人类疱疹病毒)所致的传染性单核细胞增多症相似,但巨细胞病毒感染咽痛和淋巴结肿大较少见,血清中无嗜异性凝集素及 EB 病毒抗体。免疫缺陷者的 CMV 感染,多发生在接受器官移植患者中,首发临床表现为发热、乏力,可出现关节和肌肉疼痛以及全血细胞减少和异型淋巴细胞增多。肺部受累常见,可出现干咳、呼吸困难和进行性低氧血症,胸片表现为两肺间质性、网状和结节状浸润。检查特异性 CMV-IgM 阳性有助于急性和近期的感染的诊断。血液或体液中分离出 CMV 病毒可确诊。

(5) 传染性非典型肺炎 是近年出现的由冠状病毒引起的具有明显传染性、可累及多脏器的特殊性肺炎,世界卫生组织(WHO)将其命名为严重急性呼吸综合征(SARS)。疫情多发于温热带冬春之际、部分患者预后不良。由于该病起病初期以发热为突出症状,呼吸道症状未出现或缺乏特异性,易误诊为一般上呼吸道感染,但一旦延误诊断则会造成本病在与患者密切接触的人群中迅速传播。

(6) 细菌性肺炎 肺炎链球菌肺炎是最常见的社区获得性肺炎。发病以冬季和初春为多,常有受凉、劳累等诱因,通常急骤起病,以高热、寒战、咳嗽、血痰及胸痛为特征。本病早期或经抗生素治疗后上述症状和肺部实变体征可不典型,易误诊为不明原因的发热。对心率和呼吸加速、血象白细胞总数增多者,应详细作胸部体检。下叶肺炎刺激膈胸膜,胸痛可向腹部放射,易误诊为急腹症。胸部影像学检查有助于早期诊断。

(7) 急性感染性心内膜炎 感染性心内膜炎是指细菌、真菌或其他微生物(如立克次体、衣原体等)直接感染而产生心瓣膜或心室内膜的炎症。急性感染性心内膜炎常发生于原来无心脏病的患者。病原菌多为毒力细菌和真菌,其中金黄色葡萄球菌占50%以上。本病往往起病突然,高热、寒战等全身毒血症状明显,病程常急骤凶险,易掩盖心内膜炎局部临床症状。因心瓣膜和腱索的急剧损害,心脏可在短期内出现高调的杂音或原有杂音的性质的迅速改变,并可迅速发展为急性心力衰竭。故对败血症的患者,应注意心脏体征的改变。如有多发性栓塞及多个器官、组织的转移性感染和脓肿出现,对诊断有重要提示。急性感染性心内膜炎早期易漏诊,而后期病情已危急,故诊断的关键是提高警惕。血培养和超声心动图对确诊有重要价值。

(8) 急性肾盂肾炎 本病多见于女性,尤其是生育年龄的女性。当患者有急起畏寒、发热,伴有腰痛、尿频、尿急、尿痛时,应考虑本病可能。若尿常规检查证实有脓尿,则诊断大致成立。病原学的诊断有待细菌培养证实。腰痛、腹痛明显者应与急性胆囊炎、阑尾炎、盆腔炎、肾周围脓肿等鉴别。

(9) 伤寒、副伤寒 发热是伤寒的早期症状,有时为唯一症状。凡发热持续一周以上原因未明者,需注意伤寒的可能。有参考价值的临床表现有:热型早期呈梯形,极期呈稽留热型,后期呈弛张热型,病程3~4周;伤寒毒血状态,表现为表情淡漠,无欲面容;相对缓脉与重脉;发病一周左右胸前、腹上区分批出现少数玫瑰疹;脾脏轻度肿大;白细胞总数减少,淋巴细胞相对增多,嗜酸性粒细胞减少或消失。确诊主要靠病原学和血清学检查。

副伤寒流行病学特点与伤寒相同,但发病率远低于伤寒。临床表现难与伤寒鉴别,但副伤寒潜伏期较短,急性起病较多,早期肠炎症状较明显,热型不如伤寒典型。确诊有赖于病原学和血清学检查。

(10) 疟疾 间日疟和三日疟具有间歇性、规律性,发作性寒战、高热和大汗,伴有贫血和肝脾肿大典型临床表现。而恶性疟疾的临床症状较复杂而多样化,发热前寒战较少,热型多不规则,热后较少出汗。伴头痛、肌痛、食欲不振等症状。常有恶心、呕吐、腹泻等消化道症状。高热患者常有剧烈头痛,并出现谵妄、抽搐和昏迷,脑膜刺激征明显,易误诊为乙型脑炎。部分恶性疟疾患者有相对缓脉,加之有脾肿大和白细胞减少,易与伤寒相混淆。到过疟疾流行地区,出现不明原因的发热应警惕疟疾可能。发现疟原虫是诊断疟疾的主要依据。

(11) 风湿热 是一种常见的反复发作的急性或慢性全身性结缔组织炎症,主要累及心肌、关节、中枢神经系统、皮肤和皮下组织。本病最常见于5~15岁的儿童和青少年,多数是患者发病前1~5周先有咽炎或扁桃体炎等上呼吸道感染。风湿热患者多有低热,中等度热,亦可呈现高热。部分病例没有明显关节痛或关节炎的症状、以发热为主要表现,诊断有时困难。



风湿热的诊断沿用修订的 Jones 诊断标准,认为具有下述 2 项主要表现,或 1 项主要表现加 1 项次要表现,并先前有链球菌感染的证据,即可诊断。主要表现:①心肌炎;②多发性关节炎;③舞蹈症;④皮下结节;⑤环形红斑。次要表现:①临床表现:a. 既往风湿热病史;b. 关节痛;c. 发热。②实验室检查:a. 红细胞沉降率(ESR)增快,C 反应蛋白阳性,白细胞增多,贫血;b. 心电图 PR 间期延长,QT 间期延长。③链球菌感染的证据:a. 近期患过猩红热。b. 咽培养溶血性链球菌阳性。c. ASO 或其他抗链球菌抗体增高。患有风湿性心脏病患者有发热时,需考虑风湿性心内膜炎两者的鉴别。

(12) 药物热 是机体对药物的一种超敏反应,常与特异性体质有关。患者往往先有感染,在给药后 7~10 d 出现发热。热型为间歇或弛张热。大多数伴有药物皮疹或荨麻疹、肌肉关节酸痛,但有少数病例仅表现为发热,无皮疹及其他症状,一般情况好。药物热一般在停药后 48 h 内热退。再用该药,则在数小时内再次引起发热。药物热应与感染性疾病感染未能控制及风湿性疾病、肿瘤引起的发热相鉴别。

(13) 急性发疹性发热 据统计,有 100 多种疾病发热伴有皮疹,常见有急性发疹性传染病、结缔组织病、变态反应性疾病、血液病等。一些原因不明的发热性疾病亦可发生皮疹,不同疾病发生的皮疹可有不同形状,发疹时间及伴随症状也不相同。急性发疹性发热性疾病的分类见表 1-1-2。

表 1-1-2 急性发疹性发热性疾病的分类

类 别	主要疾病
急性发疹性传染病	麻疹、风疹、猩红热、天花、水痘、斑疹伤寒、伤寒、脑膜炎球菌感染、流行性出血热、登革热、恙虫病、兔热病、丹毒、鼻疽、Lyme 病
风湿免疫性疾病	风湿热、系统性红斑狼疮、成人 Still 病、皮炎、多形红斑、结节性红斑、血清病、药物热
血液病	白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、郎格汉斯组织细胞增生症
其他	败血症、感染性心内膜炎

急性发疹性传染病均有一定的潜伏期,掌握出疹的时间及其发热的关系、出疹的部位及顺序、皮疹的性质及其相关体征、病程的经过,在鉴别诊断中有重要意义。

麻疹多在冬、春两季流行,以儿童为多见,潜伏期为 7~14 d,发热 3~5 d 出疹,主要症状为发热及上呼吸道卡他症状,同时有眼结膜充血、流泪、畏光日渐加重的表现,在发病第 2~3 d 又可见于双侧近臼齿颊黏膜处出现细砂样灰白色小点,绕以红晕,称为麻疹黏膜斑。皮疹先于耳后的发际后出现,然后迅速发展至面部,自上而下蔓延,直至手心足底;皮疹为淡红色,散在分布,持续约 5 d,皮疹出齐后按出疹顺序隐退、脱屑、色素沉着、整个病程 10~14 d。

风疹潜伏期为 14~21 d,主要发生于儿童。临床症状较麻疹轻,发热仅 1~2 d,起病后即有皮疹,分布于颜面部,迅速波及躯干部,皮疹呈玫瑰色斑丘疹,体温随皮疹的出现而上升,2~3 d 内退热。其重要体征为伴有耳后、枕部,甚至全身淋巴结肿大。

水痘是由水痘带状疱疹病毒引起,多见于小儿,潜伏期为 10~24 d,皮疹常于发病数小时或 1~2 d 内分批出现,同时出现发热、头痛、咽痛、四肢酸痛和胃肠道症状,皮疹先见于躯干,逐渐延及面部,最后四肢。皮疹呈向心性分布,以躯干为多,面部及四肢较少。皮疹发展快为本病特征,开始为粉红色帽枕头大的斑疹,数小时内变为丘疹,再经数小时变为水疱,疱疹 24 h 内开始皱缩、结痂。出疹后 1~4 d 即可出现补体结合抗体阳性,可协助诊断。

伤寒、副伤寒的皮疹为玫瑰疹,20%~40%患者于病程7~13 d出疹,分批出现,副伤寒的玫瑰疹较伤寒出现早。典型的斑疹伤寒,流行于冬春季节其潜伏期为5~21 d,常急骤起病,体温于第2~4日即达高峰(39~40℃),呈稽留热型,伴有速脉、头痛、周身肌肉痛、眼结膜及脸部充血,皮疹于病程第4~6日出现,初见于胸背、腋窝、上臂两侧,1 d内迅速波及全身,而面部及下肢皮疹较少,确诊有赖于血清学检查。

风湿热患者在病程中约有1/3的有皮疹出现,具有诊断意义的为环形红斑和皮下结节。环形红斑发生率为3%~5%,为淡红色红晕,中央苍白,不痛不痒,压之褪色,多见于躯干和四肢近端。80%~85%的SLE患者有皮疹,皮肤损害为多形性,颜面蝶形红斑,周围红斑和指(趾)甲远端下红斑具有特征性,常出现较早,颜面蝶形红斑是诊断本病的一个重要特征。

急性皮炎皮损往往先于肌病发生,皮疹为多形性,通常在面部尤其是上眼睑发生紫红色斑,逐渐向前额、颧、耳前、颈上胸部V字区扩展,闭眼近睑缘处可见明显扩张的枝状毛细血管,以眼睑为中心出现眼眶周水肿性红色斑片,具有一定的特征性,掌指关节和指间关节伸面出现红色丘疹、斑疹,之后萎缩、色素减退,上覆盖细小鳞屑,可见溃疡,称Gotttron征,亦具特征性。

成人Still病皮疹在病程中皆可出现,可忽隐忽现亦可持续数小时,甚或几日,皮疹的出现或为发热的先兆,常随热退而消散,皮疹为多形性及多变性,可呈点状和小片状红斑或斑丘疹,亦可表现为猩红热样、麻疹样、荨麻疹样、多型红斑、环状红斑或结节红斑。

2. 不明原因发热(fever of unknown origin, FUO)

(1) 定义 长期不明原因发热是指发热持续3周以上,体温超过38.5℃,经完整的病史询问、体检和常规实验室检查一周仍不能确诊者。长期发热的热型可以多种多样,但以弛张热及不规则等热型为多见。一般来说,热程短,有乏力、寒战等中毒症状者,有利于感染性疾病的诊断;如热程中等,但呈进行性消耗、衰竭者,以肿瘤多见;热程长,无毒血症状,但发作与缓解交替出现,则有利于结缔组织病的诊断。

(2) 病因 长期发热的原因是复杂的,除中枢性原因外,可概括为感染、血液病、风湿性疾病和恶性肿瘤,最终诊断不明者占5%~10%。详见表1-1-3。

表 1-1-3 长期发热性疾病的分类

类 别	主要疾病
感染	细菌: 结核病、败血症、亚急性感染性心内膜炎、伤寒、副伤寒、布鲁菌病 寄生虫: 阿米巴肝病、黑热病、急性血吸虫病、恶性疟疾 真菌: 内脏真菌病、真菌性败血症 病毒: 艾滋病、巨细胞病毒感染、流行性出血热
血液病	恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、急性白血病、组织坏死性淋巴结炎、郎格汉斯组织细胞增生症
风湿性疾病	成人 Still 病、系统性红斑狼疮、风湿热、结节性多动脉炎、Wegener 肉芽肿、干燥综合征、系统性血管炎、类风湿关节炎、多发性肌炎、皮肌炎、痛风
恶性肿瘤	深部器官癌与肉瘤

1) 感染性疾病: 感染是长期发热最常见的原因。

A. 结核病: 是感染性疾病中引起不明原因长期发热的主要原因,特别是肺外结核如肝、脾结核、深部淋巴结结核、泌尿生殖系统结核、脊柱结核、血行播散型结核等。过分相信X线胸部透视的阴性结果,可能漏诊急性粟粒型肺结核。一个类似伤寒的患者,而有快脉、呼吸迫促、轻度发

紺、血象白细胞减少兼有淋巴细胞减少,体格检查未发现明显的心肺体征,应考虑急性粟粒型肺结核的可能型,以儿童及青年人为多见。一次胸片阴性,对怀疑病例需隔1~2周再做胸片复查。

肝结核为继发性,为经血路播散而来,临床少见,由于缺乏典型症状,诊断较为困难。对有以下表现者,应考虑“原发性”肝粟粒性结核:原因未明的发热;肝肿大,不一定伴有压痛;脾肿大;关节痛或皮疹;腹部胀满而躯体消瘦;腹水的蛋白含量高于4 g/dl,未能解释的红细胞沉降率加快、中度贫血与白细胞减少;结核菌素试验阳性,CT扫描可发现肝粟粒病灶。诊断性抗结核治疗有效有助于诊断,确诊依靠肝穿刺活检。脾结核多见于青壮年,表现为长期发热、弛张热、左上腹不适、脾大,可无脾外结核表现,结核菌素试验不一定阳性,B超或CT检查显示脾内占位性病变,不易与脾型淋巴瘤鉴别,可行B超引导下脾穿刺活检或剖腹探查,取得病理明确诊断。对主要症状是长期发热、与饮食无关的腹部钝痛、消瘦、盗汗等,需注意肠系膜淋巴结结核,如有肠粘连可引起剧烈的肠绞痛,热型为弛张热或不规则热,有时可触及淋巴结团块,腹部平片可发现肠系膜淋巴结钙化,CT检查有时误诊为淋巴瘤或其他恶性肿瘤,B超引导下穿刺或腹腔镜淋巴结活检有助于诊断。

B. 败血症:是指病原菌及毒素侵入血流引起的临床综合征,是一种严重的血流感染。当患者有原发感染灶,出现全身性脓毒血症症状,并有多发性迁徙性脓肿时提示败血症。值得注意的是,原发感染灶可很轻微或已愈合。当临床上遇到不明原因的高热,伴有畏寒或寒战、出汗,全身中毒症状重,白细胞总数和中性粒细胞明显增高,而无特殊症状、体征及流行病学史提示急性传染病时应考虑败血症的可能。败血症也是长期发热的常见原因之一。国内报道,病原以金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌和其他肠道阴性杆菌为多,但表皮葡萄球菌、铜绿假单胞菌及一些耐药败血症有增加趋势,厌氧菌及真菌败血症亦非罕见。医院内感染败血症绝大多数见于有严重基础疾病,如各种血液病、肝及肾衰竭、晚期恶性肿瘤,或医源性感染如各种导管的长期放置、透析疗法等,这类患者出现不明原因发热或病情恶化时应注意败血症的可能。阳性血培养是诊断败血症的重要依据,反复多次做血培养可获得较高的阳性率。败血症消除后患者仍可能有发热。此类长期发热原因最多为迁徙性化脓病灶,可位于体内任何组织和器官,有的深在病灶,须用影像学检查(如B超、CT)以证明之。其次为所谓后继热,有认为与感染清除后,体温调节中枢功能尚未稳定有关,一般为微热,少数为药物热,多伴有药疹,停用有关药物后体温复常。

C. 伤寒、副伤寒:伤寒、副伤寒甲常为长期发热的原因之一,也可见于副伤寒乙。

D. 亚急性感染性心内膜炎:亚急性感染性心内膜炎也有迁徙性心内膜炎之称,起病缓慢,病程长。大多数发生在原有器质性心脏病的基础上,发热是最常见的早期症状,热型为弛张热或稽留热,原有器质性心脏病的患者发热一周以上,应考虑本病的可能。患者有感染症状,心内膜受累(新近出现的心杂音并有强度与性质的改变),皮肤出现瘀点、栓塞现象,可有中等度贫血、蛋白尿和镜下血尿、脾肿大,血培养阳性。血培养阳性结果结合超声心动图发现赘生物、瓣周并发症等支持心内膜炎的阳性证据,是感染性心内膜炎的确诊依据。近年来由于某些诊疗技术的应用增多,如漂浮导管、血液透析、静脉高营养诊疗和静脉吸毒等,致感染性心内膜炎发病有所增加,国内报道以草绿色链球菌为多,长期用药者则以金黄色葡萄球菌为常见,其次为铜绿假单胞菌,也有为真菌。并发肺部感染者多见,可形成败血症性肺小动脉栓塞及感染性肺梗死,出现咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难与肺啰音。右心房室瓣(三尖瓣)受累则引起右心房室瓣关闭不全。诊断按Duke诊断标准,凡符合2项主要诊断标准,或1项主要诊断标准和3项次要诊断标准,或5项次要诊断标准可确诊感染性心内膜炎。主要诊断标准:①两次血培养阳性,而且病原菌完全一致,为典型的感染性心内膜炎致病菌;②超声心动图发现赘

生物,或新的瓣膜关闭不全。次要诊断标准:①基础心脏病或静脉滥用药物史;②发热,体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$;③血管现象:栓塞、细菌性动脉瘤、颅内出血、结膜斑点及 Janeway 损害;④免疫反应:肾小球肾炎、Osler 结节、Roth 斑及类风湿因子阳性;⑤血培养阳性,但不符合主要诊断标准;⑥超声心动图发现符合感染性心内膜炎,但不符合主要诊断标准。

E. 布鲁菌病:牧民、兽医、屠宰工人和饮食员的发病率较高。病羊、病牛为主要传染源。发病以春末、夏初为多,病程长短不一,羊型波状热病程最短为一个月,最长者达两年以上。凡患者长期发热原因未明、游走性大关节肿痛(肩、膝、骶髂及髋关节)、盗汗而兼有上述流行病学史,须考虑有波状热的可能性。此病其他表现如体弱无力、肝脾肿大,淋巴结肿大、神经痛、睾丸肿痛、中度低色素性贫血、轻度白细胞减少与相对性淋巴细胞增多、中度红细胞沉降率加快等,有助于诊断。临床上易误诊为伤寒、风湿热、亚急性细菌性心内膜炎、黑热病与结核病等。主要的鉴别诊断根据应参照细菌血清学检查。

F. 获得性免疫缺陷综合征(艾滋病):由人类免疫缺陷病毒(HIV)引起,一旦进入艾滋病(AIDS)期,常见症状有发热、咳嗽、咳痰、气短、低氧血症、乏力、消瘦、全身淋巴结肿大,反复肺和肠道感染,抗感染无效。有些患者贫血、白细胞减少、血小板减少,可以两系或三系减少。与肺间质纤维化、结节病、结核有时难以鉴别,要反复测定 HIV 抗体,一旦阳性,应进一步做蛋白印迹法以确定是否 HIV 感染。

G. 其他病毒性疾病:病毒性疾病一般病程自限,EB 病毒和巨细胞病毒可作为长期发热的病因,诊断主要依据为分离到病毒,或血清学相应抗原或特异性 IgM 抗体检测。

2) 血液病:

A. 恶性淋巴瘤:是恶性肿瘤性长期不明原因发热的主要原因,占首位(50%)。以长期发热为主要和首表现的淋巴瘤常见,而且临床表现复杂,尤其对那些浅表淋巴结无肿大,病灶在深部淋巴结组织器官的淋巴瘤(原发肝、脾、骨髓、多浆膜腔、中枢神经系统、脊柱、肺、胃肠道等任一部位病变),易误诊。淋巴瘤发热特点:①发生率:淋巴瘤以发热为主要或首发症状者占 16%~30%,霍奇金淋巴瘤在病程早期有发热表现者可占 30%~50%,非霍奇金淋巴瘤(NHL)约占 24%。NHL 在病变较广泛或深部病变时更易有发热表现,侵犯到骨髓的 NHL 80%的患者有发热表现。②热型:约 1/6 的霍奇金淋巴瘤出现周期性发热。NHL 的热型呈弛张热、周期热或不规则热。③热程长:有些病例待明确诊断,病程已达数月甚至达 1 年以上。平均热程 16 个月。④毒血症表现不明显。⑤T-NHL 比 B-NHL 更易有发热,发热比例分别为 46%和 3.4%。⑥抗感染治疗无效,但应用肾上腺皮质激素或吲哚美辛,体温在数小时内可降至正常。⑦有些病例至晚期才出现肝、脾肿大、腹腔淋巴结肿大,白细胞减少、贫血或全血细胞减少。对于病灶位于深部,临床上高度怀疑淋巴瘤,CT、MRI、B 超、X 线淋巴结造影及正电子发射型断层扫描技术(PET)等检查发现深部淋巴结及脏器的病变有重要价值。PET 对淋巴瘤的诊断和鉴别诊断具有较高的价值,诊断符合率达 92.6%。最主要应当千方百计地获得病理学诊断,淋巴结活检、骨髓活检、皮肤活检、肝、脾穿刺、B 超或 CT 引导下对病变的穿刺、腹腔镜行腹膜后淋巴结活检,诊断性剖腹探查对淋巴瘤的诊断有极大帮助。

B. 恶性组织细胞病:简称恶组是异常组织细胞增生所致的恶性疾病。主要表现是高热,肝、脾、淋巴结肿大,全血细胞减少及进行性衰竭,病情凶险,预后不良。根据恶性组织细胞浸润的部位不同,临床表现多种多样。起病急,反复发热,持续时间可达 27 d 至四个半月以上、全身进行性衰竭。热型以不规则热居多,其次为稽留热、弛张热、间歇热,血培养始终阴性,各种抗生素治疗无效,对肾上腺皮质激素类药物反应差。造血系统受累的表现有出血、贫血、感染,肝、脾、淋

巴结肿大。可有黄疸、肝功能损害等。其他系统浸润的表现,如多发性浆膜腔积液,皮肤、胃肠、肺、肾、神经系统浸润引起的相应临床表现。全血细胞减少为本病的突出表现之一,骨髓细胞形态及或体组织病理学检查是诊断本病的重要依据,骨髓涂片可检出异常的组织细胞。本病需与反应性组织细胞增多症、 CD_{30}^{+} 的间变性大细胞型淋巴瘤、噬血细胞综合征鉴别。

C. 急性白血病: 50%的患者以发热为早期表现。可低热,也可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上,伴有畏寒、出汗等。动态观察红细胞、血小板可进行性下降。有的患者有不同程度的白血病细胞增殖浸润的表现如淋巴结肿大,肝、脾肿大、胸骨下段压痛,骨、关节疼痛,牙龈增生、肿胀、皮肤结节、斑块,中枢神经系统浸润的表现,睾丸浸润。大多数患者白细胞增多,也可正常或减少,分类可见原始或幼稚细胞。骨髓象是诊断急性白血病的主要依据。白细胞增多性急性白血病需与类白血病反应相鉴别,有的患者全血细胞减少,无肝、脾、淋巴结肿大,需与急性再生障碍性贫血相鉴别。

D. 组织细胞坏死性淋巴结炎: 又称坏死性淋巴结炎、坏死增生性淋巴结病,是一种病因不明的非肿瘤性淋巴结肿大的疾病。平均发病年龄 30 岁。起病急性或亚急性,可为不规则型高热,也可弛张热,或反复间断发热,热程可达 2~3 个月。可有浅表淋巴结肿大,也可有纵隔、腹膜后淋巴结肿大,少数有肝脾肿大。有的有一过性皮疹、多器官受累。糖皮质激素治疗有效。淋巴结活检是本病诊断依据。需与恶性淋巴瘤、结缔组织病、恶性组织细胞病、传染性单核细胞增多症相鉴别。

3) 结缔组织病:

A. 成人斯蒂尔病(adult Still's disease): 是结缔组织病引起长期不明原因发热的主要原因,占首位约 50%。病因与发病机制尚未明确,可能与感染及自身免疫反应有关。发病年龄多数在 16~35 岁,女性多见。发热是本病的突出症状,多高于 39°C ,热程为 1 个月至 1 年,常伴畏寒,但罕见有寒战,热程虽长,病情一般尚好,中毒症状不明显。各种抗生素治疗无效,而用皮质激素或非甾体类抗炎镇痛药能使体温降至正常。皮疹多为点状皮疹,呈一过性,高热时出现,热退时消失,主要分布于躯干、四肢、手掌、足底。可出现单关节或多关节受累的关节痛或关节炎,有时只有轻微关节痛。咽痛为本病的特征之一。部分患者有淋巴结肿大、肝脾大、胸膜炎、腹膜炎、心包炎、神经系统及呼吸系统损害等。除发热外,有些患者起病时并非全部表现出上述症状,可能在病程中需要数月以至数年,才表现出来,亦可能始终为全部表现。实验室检查,外周血白细胞总数增多,中性粒细胞左移,红细胞沉降率增快,C 反应蛋白和免疫球蛋白升高,血清铁蛋白明显升高,若高于 $2\ 500\ \mu\text{g/L}$ 有诊断价值,骨髓呈感染性骨髓,2/3 患者肝功能异常。目前,常用的诊断标准为 Yamaguchi 标准: ①主要指标: 发热 $\geq 39^{\circ}\text{C}$,并持续 1 周以上;关节痛持续 2 周以上;典型皮疹;白细胞增高 $\geq 10\times 10^9/\text{L}$ 。②次要指标: 咽喉痛;淋巴结肿大和(或)脾大;肝功能异常;类风湿因子和抗核抗体阴性。符合 5 项指标含 2 项主要指标,排除感染性疾病及恶性肿瘤即可诊断。对于不典型病例必须充分排除其他引起长期发热的疾病才能诊断。

B. 系统性红斑狼疮: 长期的非感染性发热,兼有两个器官(如肾脏+浆膜;肾脏+关节;肝脏+心脏;关节+中枢神经系统)或多个器官受累的表现;发热伴血象白细胞减少、血小板减少、贫血或溶血性贫血者,应考虑系统性红斑狼疮(SLE)的可能。此病多见于女性,发病年龄多在 21~40 岁之间。以发热为主要表现者占 60%~80%。可以中、高热,也可呈低热。首发症状的发热,伴皮疹与关节痛为多见。典型而有诊断价值的皮疹是蝶形红斑和盘状红斑。面部蝶形红斑为此病的特征性表现,阳性率为 60%~80%。由于 SLE 症状复杂,如仅注意个别器官病变化,易误诊为风湿热、心包炎、胸膜炎、肾炎、类风湿性关节炎、肝炎、特发性血小板减少性紫癜,甚至精神病等疾病。美国风湿病学会 1997 年的 SLE 分类标准,对诊断 SLE 很有