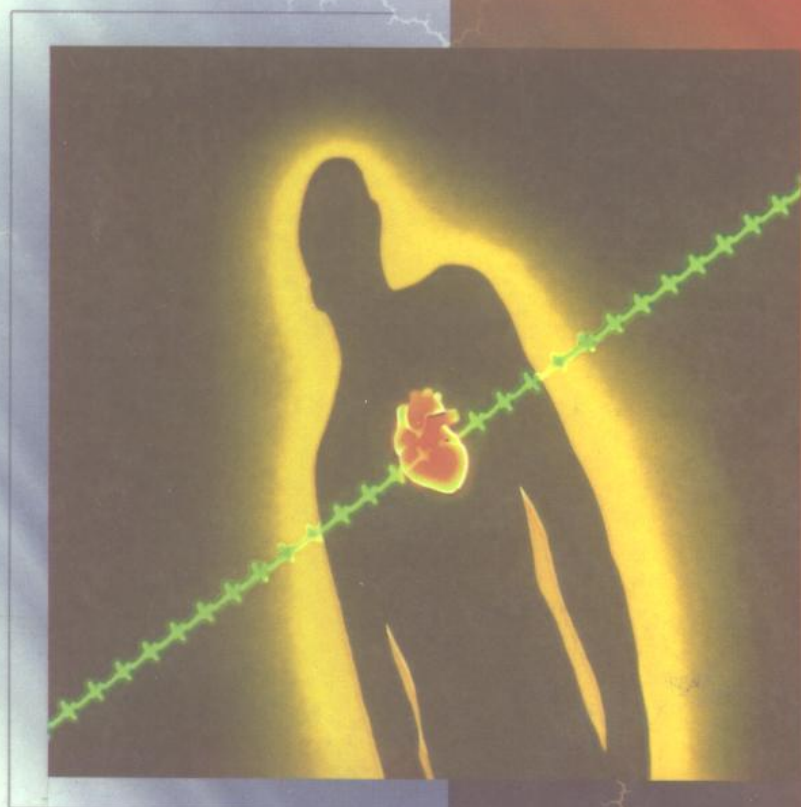


# 内科 临床思维

◎ 张希德 主编



科学出版社

# 内科临床思维

张希德 主编

科学出版社

2000

## 内 容 简 介

全书共分三篇,上篇内科临床思维程序,重点介绍了临床常见症状、体征及实验室检查的临床思维方法和步骤;中篇常见内科疾病的临床思维,结合临床资料,分别对呼吸、消化、循环、泌尿、血液、内分泌与代谢及神经系统常见疾病诊疗思维方法进行了详细的阐述;下篇思维讨论病例列出了一些较复杂的病历摘要,并给出提示,供读者借鉴与讨论。本书内容翔实,实用性强,可供内科临床医师及医学院校学生参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

内科临床思维/张希德主编. -北京:科学出版社,2000.1

ISBN 7-03-007888-8

I. 内… I. 张… III. 内科-疾病-诊疗 IV.R5

中国版本图书馆CIP数据核字(1999)第44567号

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号  
邮政编码:100717

新蕾印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

\*

2000年1月第一版 开本:787×1092 1/16

2000年1月第一次印刷 印张:23

印数:1—4 000 字数:522 000

定价:39.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换(新欣))

# 编写人员名单

主 编 张希德

副主编 蔡则骥

编者 (按姓氏笔画为序)

汪 昕 张希德 范 薇 徐元钊

高 鑫 童步高 蔡则骥 蔡映云

## 序

俗话说，“老马识途”。这是因为老马跑过的路多，年岁也大，才能认识路。一般病人喜欢找老医生看病，说老医生临床经验多，这是因为老医生看病时间久了，看病的经验丰富，能够较快、较顺利和准确地作出诊断，进行恰当的治疗，取得良好的效果。丰富的临床经验是通过临床思维而获得的，而所谓临床思维是医生的大脑活动将已有的医学理论知识，结合病人的实际情况（临床实践资料）进行综合分析，以圆满解决诊断和治疗的过程。简言之，就是从看好病（诊断和治疗）的角度观察事物、思考问题的过程。

实践出真知，从古到今，不论中医还是西医都很重视实践。随着我国医学教育的不断发展，出现医学生人数多而临床实习材料（病人、病种）相对不足的情况，学生接触临床实践的机会较少。由于医学科学的进步，新的课程和内容大量增加，课时和学制年限不可能随意增加，因此，临床实习课也不可能增加，医学教育主管部门和临床教师想了许多办法去解决这一矛盾。而有了实践机会，却机械地实践而不动脑筋，即使实践多次也得不到精到的临床经验。因此，这里还有个勤于思考的问题，而且必须启用临床思维的方法。

张希德教授邀请了中山医院心血管、呼吸、消化、血液、肾病、内分泌、神经等科的资深医生编写了这本《内科临床思维》。在该书中，这些专家运用自己数十年的临床经验，告诉初学者如何进行临床思维，掌握思维的程序，将已有的病史、症状、体征和其他检查结果，结合每一疾病分层次地进行分析，达到作出诊断、设计治疗的目的。这也就是教给初学者诊治疾病的一套有效的方法，可以起事半功倍的效果，愿读者从中得益。

朱无难

1999年6月24日

# 前 言

临床思维是利用基础医学和临床医学知识对临床资料进行综合分析、逻辑推理,从错综复杂的线索中找出主要矛盾并加以解决的过程。正确的临床思维是临床医师长期从事临床实践的经验总结,是临床医师的基本功,临床思维是不能用任何仪器替代的。然而,目前许多医师特别是青年医师不重视这一点,在临床工作中往往仅依靠病人的叙述或某一项检查结果作出诊断,因而常导致误诊或漏诊。为此,我们组织了富有临床和教学经验的专家、教授编写了这本《内科临床思维》,旨在帮助临床医师,特别是缺乏临床实践经验的医学生和青年医师掌握临床思维的步骤和方法,即掌握解决临床问题的钥匙,从而提高诊疗水平。

临床思维的基本条件是扎实的医学知识和丰富的临床实践,两者缺一不可。所谓医学知识,包括基础医学知识和临床医学知识。前者包括解剖学、生理学、病理学、生物化学、药理学、微生物学、免疫学等;后者包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、传染病学、心理学等。所谓临床实践,包括直接的和间接的实践。直接实践是亲身接触病人,观察病情,掌握第一手临床资料;间接实践是通过阅读文献及参加临床病理(例)讨论会等,从别人的实践中,间接获取经验或教训。没有这些条件就无法进行临床思维。

临床思维的必要前提包括详细可靠的病史、仔细正确的体检、必要的实验室和辅助检查。为了使思维条理化、系统化,本书在广泛总结临床经验的基础上,对症状、体征和实验室检查分别编写了思维程序。所谓程序即步骤,第一步考虑什么,第二步怎样考虑等。按照程序思维可避免重要疾病的遗漏。临床思维方法是多种多样的,因而,思维程序也不是固定不变的,为了防止机械运用程序导致思维僵化和教条化,我们对内科一些常见疾病的临床思维方法做了示教,使纵向思维和横向思维结合。示教病例是临床思维程序的补充和延伸。书末提供了一些讨论用的病例,虽然病情较复杂,但均有讨论提示,可作为训练思维方法的参考。

在思维程序的编排方面,我们依照症状、体征和实验室检查为顺序,因为这些内容往往是病人求医的主诉或临床医师思维的切入点。

《内科临床思维》属方法学范畴,是诊断学与内科学的有机结合,是理论与实践的结合,因此它不同于系统内科学或内科疾病鉴别诊断学。有关疾病的鉴别有许多专著可供参考,不属本书的内容。临床思维是一项复杂的过程,必须经过不断实践、不断总结,才能逐步掌握,不能期望读过此书就能全部学会临床思维方法,那是不现实的。

本书写作得到教育部、卫生部的资助,以及上海医科大学、中山临床医学院和中山医院各级领导的支持和鼓励,在此深表感谢。初稿完成后曾在实习医师中试用,部分内容对进修医师进行了讲授,广泛征求了他们的意见,又聘请了内科朱无难教授、林佑善教授、张敦华教授、朱文炳教授及张顺财副教授、丁小强副教授等进行审阅,对书稿提出了许多宝

贵意见和建议,在此表示衷心感谢。在书稿打印中蒋霞、严梅华同志付出了辛勤劳动,在此一并致谢。

由于临床思维是一项复杂的过程,尽管做了不少努力,但错误及疏漏之处仍在所难免,恳切期望使用本书的师生及同道不吝赐教,提出批评指正。

张希德

上海医科大学中山临床医学院

1999年6月

# 目 录

序  
前言

## 上篇 内科临床思维程序

第一章 症状.....	(1)
第一节 高热.....	(1)
第二节 低热.....	(5)
第三节 咳嗽.....	(7)
第四节 胸痛.....	(10)
第五节 咯血.....	(12)
第六节 心悸.....	(14)
第七节 晕厥.....	(16)
第八节 水肿.....	(19)
第九节 呼吸困难.....	(20)
第十节 吞咽困难.....	(23)
第十一节 恶心与呕吐.....	(25)
第十二节 腹痛.....	(27)
第十三节 腹泻.....	(31)
第十四节 便秘.....	(34)
第十五节 黄疸.....	(36)
第十六节 消化道出血.....	(39)
第十七节 贫血.....	(41)
第十八节 出血倾向.....	(46)
第十九节 少尿与无尿.....	(50)
第二十节 多尿.....	(53)
第二十一节 血尿.....	(55)
第二十二节 尿路刺激症状.....	(58)
第二十三节 排尿困难.....	(60)
第二十四节 肥胖.....	(61)
第二十五节 消瘦.....	(64)
第二十六节 头痛.....	(65)
第二十七节 抽搐与痫性发作.....	(68)



第二十八节 眩晕 .....	(71)
第二十九节 昏迷 .....	(73)
第三十节 偏瘫 .....	(76)
第三十一节 截瘫 .....	(78)
第三十二节 震颤 .....	(79)
第三十三节 感觉障碍 .....	(81)
第三十四节 关节痛 .....	(83)
第三十五节 肢痛 .....	(86)
第三十六节 腰背痛 .....	(90)
第二章 体征 .....	(95)
第一节 毛发增多 .....	(95)
第二节 毛发稀少 .....	(96)
第三节 色素沉着 .....	(98)
第四节 发绀 .....	(100)
第五节 杵状指(趾) .....	(101)
第六节 淋巴结肿大 .....	(103)
第七节 甲状腺肿大 .....	(106)
第八节 低血压与休克 .....	(108)
第九节 高血压 .....	(110)
第十节 心脏增大 .....	(113)
第十一节 心脏杂音 .....	(115)
第十二节 心包积液 .....	(117)
第十三节 胸腔积液 .....	(119)
第十四节 腹腔积液 .....	(121)
第十五节 肝肿大 .....	(124)
第十六节 脾肿大 .....	(126)
第十七节 腹部肿块 .....	(128)
第三章 实验室检查 .....	(133)
第一节 血细胞数异常 .....	(133)
白细胞数异常 .....	(133)
嗜酸粒细胞增多症 .....	(138)
第二节 尿常规异常 .....	(141)
尿色异常 .....	(141)
蛋白尿 .....	(143)
尿糖增高 .....	(147)
第三节 血清无机物测定 .....	(149)
高钠血症 .....	(149)
低钠血症 .....	(152)
高钾血症 .....	(154)

低钾血症·····	(156)
高钙血症·····	(159)
低钙血症·····	(161)
高磷血症·····	(163)
低磷血症·····	(165)
血清铁异常·····	(167)
第四节 血清有机物测定·····	(170)
血清总蛋白和白、球蛋白比值异常·····	(170)
球蛋白增高·····	(172)
尿酸增高·····	(174)
尿素氮增高·····	(176)
肌酐增高·····	(178)
高血糖·····	(180)
低血糖·····	(182)
高脂血症·····	(185)
第五节 血清酶学检查·····	(187)
血清淀粉酶增高·····	(187)
血清乳酸脱氢酶增高·····	(188)
血清肌酸激酶增高·····	(189)
碱性磷酸酶增高·····	(191)
胆碱酯酶降低·····	(192)
血清转氨酶增高·····	(193)
血清γ-谷氨酰转肽酶增高·····	(195)
第六节 动脉血气分析·····	(197)
低氧血症·····	(197)
高碳酸血症·····	(198)
低碳酸血症·····	(200)
第七节 其他·····	(201)
红细胞沉降率增快·····	(201)
甲胎蛋白升高·····	(203)

## 中篇 常见内科疾病的临床思维

第一章 呼吸系统疾病·····	(205)
第一节 支气管哮喘·····	(205)
第二节 慢性支气管炎·····	(207)
第三节 慢性肺源性心脏病·····	(209)
第四节 肺炎球菌肺炎·····	(211)
第五节 支气管扩张症·····	(213)
第六节 肺结核·····	(215)

第七节	支气管肺癌	(217)
第八节	自发性气胸	(219)
第九节	结核性胸膜炎	(221)
第十节	急性呼吸窘迫综合征	(223)
第二章	循环系统疾病	(225)
第一节	心绞痛	(225)
第二节	心肌梗死	(227)
第三节	高血压病	(230)
第四节	风湿性心脏瓣膜病	(232)
第五节	感染性心内膜炎	(234)
第六节	病毒性心肌炎	(236)
第七节	肥厚型心肌病	(238)
第八节	扩张型心肌病	(240)
第九节	心包积液	(242)
第十节	缩窄性心包炎	(244)
第十一节	法洛四联症	(246)
第十二节	主动脉夹层动脉瘤	(248)
第三章	消化系统疾病	(250)
第一节	慢性胃炎	(250)
第二节	胃溃疡	(252)
第三节	十二指肠球部溃疡	(254)
第四节	胃癌	(256)
第五节	溃疡性结肠炎	(259)
第六节	肠结核	(261)
第七节	结核性腹膜炎	(262)
第八节	肝硬化	(264)
第九节	原发性肝癌	(267)
第十节	急性胰腺炎	(269)
第四章	泌尿系统疾病	(272)
第一节	急性肾小球肾炎	(272)
第二节	慢性肾小球肾炎	(274)
第三节	肾病综合征	(276)
第四节	肾盂肾炎	(279)
第五节	肾小管性酸中毒	(282)
第六节	急性肾功能不全	(285)
第七节	慢性肾功能不全	(288)
第五章	血液系统疾病	(291)
第一节	缺铁性贫血	(291)
第二节	自身免疫性溶血性贫血	(293)

第三节	再生障碍性贫血	(295)
第四节	恶性淋巴瘤	(297)
第五节	急性白血病	(299)
第六节	慢性粒细胞性白血病	(301)
第七节	多发性骨髓瘤	(304)
第八节	骨髓增生异常综合征	(306)
第九节	原发性血小板减少性紫癜	(308)
第十节	弥散性血管内凝血	(310)
第六章	内分泌与代谢性疾病	(313)
第一节	甲状腺功能亢进	(313)
第二节	甲状腺功能减退	(317)
第三节	原发性醛固酮增多症	(320)
第四节	嗜铬细胞瘤	(322)
第五节	糖尿病	(324)
第七章	神经系统疾病	(329)
第一节	脑梗死	(329)
第二节	癫痫	(331)
第三节	感染性脑膜炎	(333)
第四节	蛛网膜下腔出血	(335)

### 下篇 思维讨论病例

病例一	反复发热、肺部感染、嗜酸粒细胞增多	(338)
病例二	高血压、高血脂、阵发性胸骨后闷痛	(340)
病例三	腹痛、消化道出血、不完全性肠梗阻	(341)
病例四	发热、皮肤大片瘀斑、全血细胞减少	(343)
病例五	浮肿、蛋白尿、管型尿	(345)
病例六	心悸、腹泻、甲状腺肿大、肌萎缩	(346)
病例七	头昏、记忆力及计算力下降	(348)
答案		(349)
主要参考文献		(351)

# 上篇 内科临床思维程序

---

## 第一章 症 状

### 第一节 高 热

由多种不同原因致人体发热大于散热，使体温超出正常范围称为发热（fever）。临床上按热度高低将发热分为低热（ $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中等度热（ $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ）及超高热（ $41^{\circ}\text{C}$ 以上）。有些发热原因易查，有些发热原因一时难以查明。当体温超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ ，发热时间超过2~3周，经完整的病史询问、全面体格检查及常规实验室检查仍不能明确诊断者，称为发热原因待查（FOU）。本节主要讨论高热的临床思维。

#### 一、临床思维的必要前提

##### （一）病史询问要点

1. 诱因 发热前2~3周内有无皮肤外伤及疖肿史，现已愈合的皮肤切割伤或疖肿一般不引起病人注意，但常作为细菌入侵门户，是诊断败血症，尤其是葡萄球菌败血症的重要线索；近1~3周内有无传染病疫区逗留史，如蚊虫叮咬可引起乙型脑炎、疟疾等；1个月内有血吸虫病疫水接触史，可引起急性血吸虫病。

2. 热度及热型 病人是否测量过体温，每天最高和最低体温是多少，有助于判断病人是否为高热及对热型的判断。

3. 体温升降方式 骤升型发热见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎、败血症、输液反应等；缓升型发热见于伤寒初期、结核病、布氏菌病等；骤降型见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎、输液反应及服退热药者；渐降型见于伤寒缓解期、风湿热及感染性疾病经抗生素治疗有效时；双峰热多见于革兰阴性杆菌败血症。

4. 是否伴有寒战 高热前先有怕冷、恶寒及寒战者，多见于败血症、大叶性肺炎、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、药物热、急性溶血及输液反应等。传染病过程中每次寒战是病原体入侵血流的信号。

5. 发热的伴随症状 发热伴明显中毒表现见于严重感染，尤其是败血症；发热伴进

行性消瘦见于消耗性疾病，如重症结核、恶性肿瘤。若长期发热而一般情况尚好，见于早期淋巴瘤、变应性亚败血症。（其他伴随症状见“思维程序”）

## （二）体格检查重点

1. 一般状况及全身皮肤粘膜检查 注意全身营养状况。恶病质提示重症结核、恶性肿瘤。注意有无皮疹及皮疹类型：斑疹见于丹毒、斑疹伤寒，面部蝶形红斑、指端及甲周红斑提示为系统性红斑狼疮（SLE）；环形红斑见于风湿热；丘疹和斑丘疹见于猩红热、药物疹；玫瑰疹见于伤寒和副伤寒。睑结膜及皮肤少许瘀点，指端、足趾、大小鱼际肌有压痛的 Osler 小结见于感染性心内膜炎；软腭、腋下条索状或抓痕样出血点，见于流行性出血热。耳郭、跖趾、掌指关节等处结节为尿酸盐沉积形成的痛风石，见于痛风病人；皮肤散在瘀点、瘀斑、紫癜见于再生障碍性贫血、急性白血病及恶性组织细胞病。大片瘀斑提示为弥散性血管内凝血；有皮肤疔肿者要考虑为败血症及脓毒血症。

2. 淋巴结检查 注意全身浅表淋巴结有无肿大。局部淋巴结肿大、质软、有压痛，要注意相应引流区有无炎症。局部淋巴结肿大、质硬、无压痛，可能为癌肿转移或淋巴瘤。全身淋巴结肿大见于淋巴瘤、急慢性白血病、传染性单核细胞增多症、系统性红斑狼疮等。

3. 头颈部检查 结膜充血多见于麻疹、出血热、斑疹伤寒；扁桃体肿大，其上有黄白色渗出物可以拭去，为化脓性扁桃体炎；外耳道流出脓性分泌物为化脓性中耳炎；乳突红肿伴压痛为乳突炎。检查颈部时注意颈部有无阻力，阻力增加或颈项强直提示为脑膜刺激，见于脑膜炎或脑膜脑炎。

4. 心脏检查 心脏扩大和新出现的收缩期杂音提示为风湿热；原有心脏瓣膜病，随访中杂音性质改变，要考虑为感染性心内膜炎。

5. 肺部检查 一侧肺局限性叩浊，语颤增强，有湿啰音，提示为大叶性肺炎；下胸部或背部固定或反复出现湿啰音，见于支气管扩张伴继发感染；一侧肺下部叩浊、呼吸音及语颤减低，提示胸腔积液；大量积液时患侧胸廓饱满，气管移向健侧，在年轻病人中以结核性胸膜炎多见。

6. 腹部检查 胆囊点压痛、Murphy 征阳性伴皮肤、巩膜黄染，提示为胆囊炎、胆石症发热；中上腹明显压痛，肋腹部皮肤见灰紫色斑（Grey-Turner 征）或脐周皮肤青紫（Cullen 征），甚至上腹部可扪及肿块，见于出血坏死性胰腺炎；右下腹或全腹疼痛伴明显压痛，有时在右下腹或脐周扪及腹块，腹壁或会阴部有瘘管并有粪便与气体排出，全身营养状况较差，可能为克罗恩病（Crohn 病）。肝肿大、质硬、表面有结节或巨块，提示为肝癌发热；肝脾同时肿大，可见于白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、系统性红斑狼疮等；季肋点压痛、肾区叩击痛，提示上尿路感染。

7. 四肢与神经系统检查 杵状指（趾）伴发热，可见于肺癌、肺脓肿、支气管扩张、感染性心内膜炎。关节红肿、压痛见于风湿热、红斑狼疮或类风湿性关节炎；克氏征阳性、布氏征阳性等脑膜刺激征见于中枢神经系统感染。

## （三）实验室及辅助检查

### 1. 必须要做的检查

(1) 血液检查: 白细胞计数及分类。白细胞总数及中性粒细胞升高, 提示为细菌性感染, 尤其是化脓性感染, 也见于某些病毒性感染, 如出血热病毒、EB 病毒; 白细胞总数减少见于病毒感染 (肝炎病毒、流感病毒等) 及疟原虫感染, 若同时伴嗜酸粒细胞减少或消失, 见于伤寒或副伤寒; 嗜酸粒细胞增多见于急性血吸虫感染; 分类中有不成熟细胞出现, 见于急性白血病、骨髓增生异常综合征; 有异常淋巴细胞出现, 见于传染性单核细胞增多症; 有异常组织细胞出现, 见于恶性组织细胞病; 若全血细胞减少伴发热, 见于急性再生障碍性贫血、急性白细胞不增多性白血病等。

(2) 尿液检查: 尿中白细胞增多, 尤其是出现白细胞管型, 提示急性肾盂肾炎; 蛋白尿或不伴有管型尿提示为系统性红斑狼疮。

(3) 放射学检查: 包括 X 线胸部摄片, 胸部或腹部 CT 扫描, 借以明确胸腹部有无病变及病变性质, 如肺炎、肺结核、肺脓肿、胸膜炎、肝脓肿、肝癌、肾癌等, 并有助于了解胸腹腔内有无淋巴结肿大。

## 2. 应选择做的检查

(1) 疑有败血症 (包括伤寒、副伤寒及感染性心内膜炎) 应做血培养, 必要时做骨髓培养。

(2) 疑为结核病应做 PPD 试验、痰结核菌培养及 24 小时尿浓缩找抗酸菌。

(3) 疑为传染性单核细胞增多症, 应做嗜异性凝集试验。

(4) 疑为感染性心内膜炎应行超声心动图检查。

(5) 疑为白血病、急性再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、骨髓增生异常综合征, 应做骨髓穿刺涂片检查。

(6) 疑为恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病, 应做淋巴结穿刺、活检及印片, 必要时加做免疫组化检查。

(7) 疑为结缔组织病, 应做免疫学检查, 包括 ANA、RF、抗 ds-DNA 抗体、抗 Sm 抗体、抗 RNP 抗体、抗 SS-A 抗体、抗 SS-B 抗体, 以及总补体 ( $CH_{50}$ ) 及补体  $C_3$  测定等; 此外, 血找狼疮细胞、皮肤狼疮带试验及免疫球蛋白测定亦有重要诊断价值。

(8) 白细胞总数明显增高者, 应做中性粒细胞碱性磷酸酶 (NAP) 染色。若其活性及积分值增高, 多见于化脓性感染、类白血病反应及急性淋巴细胞性白血病。

## 二、思维程序

### 第一步 是否为感染性发热

由于感染性发热是发热中最常见的原因, 通常占 50%~60%, 感染性疾病中又以细菌感染最多见, 因此应首先考虑。白细胞总数升高, 分类中以成熟中性粒细胞为主, 伴中性粒细胞核象左移, 成熟中性粒细胞内见中毒颗粒, 及中性粒细胞碱性磷酸酶活性、积分值升高, 通常提示为细菌性感染 (少数见于中性粒细胞性类白血病反应)。但感染性疾病中的结核、伤寒、副伤寒、病毒感染、疟疾等白细胞总数并不增多, 应结合临床症状、体征、热型和病程等综合分析, 并做选择性实验室检查加以鉴别。

### 第二步 如为感染性发热, 要分析病原体是什么

一般来说, 病毒性感染自然病程通常不超过 3 周, NAP 活性及积分值降低或阴性。细

疾有典型症状、特殊热型，血或骨髓中找到疟原虫，均有助于诊断。阿米巴肝脓肿可引起高热，肝脏B超检查及肝穿刺引流可明确诊断。细菌感染可为局部，亦可为全身感染，引起长期不明原因发热的常见原因有结核、伤寒、副伤寒、感染性心内膜炎、败血症等，可通过血培养、Widal反应、PPD试验、超声心动图等进行鉴别。

### 第三步 确定感染部位

根据症状、体征及辅助检查来确定感染部位，如发热伴咽痛、扁桃体肿大、白细胞升高为急性化脓性扁桃体炎；发热、咳嗽、胸痛可能为肺炎，摄胸片可明确诊断；发热伴大量脓臭痰提示为肺脓肿；发热伴右上腹痛、黄疸，提示为胆囊炎胆石症；发热伴寒战、尿频、尿急、尿痛、腰痛，结合尿液检查可诊断为急性肾盂肾炎；发热伴咽痛及肝、脾、淋巴结肿大，结合血涂片中有异常淋巴细胞，血嗜异性凝集试验阳性，可诊断为传染性单核细胞增多症；发热伴头痛、恶心、呕吐、意识改变，提示为中枢神经系统感染，如脑炎、脑膜炎、脑型疟疾；发热伴皮疹、关节痛、脾肿大及明显全身毒性症状，提示为败血症，可行血培养、骨髓培养加以确诊。

### 第四步 是否为结缔组织病发热

结缔组织病发热是第二位常见发热原因，约占15%~18%，常见疾病有SLE、类风湿性关节炎、风湿热、混合性结缔组织病及各种血管炎。疑为SLE者，应查ANA、抗ds-DNA抗体、CH<sub>50</sub>、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>等；疑为混合性结缔组织病，应查抗RNP抗体；疑为类风湿性关节炎，应查RF；疑为风湿热，应查ESR、ASO等。

### 第五步 是否为肿瘤性发热

引起发热的血液系统肿瘤有急性白血病、恶性淋巴瘤及恶性组织细胞病，其他发热的实体瘤有肾癌、肝癌、肺癌等。骨髓涂片对白血病有确诊价值，淋巴结活检对诊断淋巴瘤至关重要。血液、骨髓或淋巴结活检找到异常组织细胞或巨核组织细胞有助于恶性组织细胞病的诊断，胸、腹部CT扫描是筛检其他实体瘤的重要手段。

### 第六步 是否为药物热

当以上各种检查未能证实发热原因，各种抗感染药物治疗无效，可停用各种抗菌药物及其他可能引起发热的药物，观察3~4天的体温变化，若停药后高热逐渐退至正常，可确诊为药物热。

### 第七步 关于诊断性治疗

若临床上高度怀疑为某一疾病，但无病原学或组织学证据，可行诊断性治疗。一般应为特异性治疗，如抗结核治疗、抗疟治疗、抗阿米巴治疗。如上纵隔肿块病人不愿开胸活检，可按淋巴瘤治疗，试验性治疗有效，可证实诊断。若病人长期反复高热，高热时伴关节痛、一过性皮疹，但全身状况良好，实验室检查除白细胞升高、血沉增快外，无其他异常。对各种抗生素治疗无效，而试用皮质激素可以退热，缓解病情，则可诊断为变应性亚败血症。

### 第八步 如何处理

注意对所有高热病人在未明确诊断之前，不要轻易应用抗生素及退热药，更不能使用肾上腺皮质激素，以免掩盖病情贻误诊断和治疗，应在查明发热原因后对因治疗。

(蔡则骥)



## 第二节 低 热

体温在 37.3~38℃ 之间为低热,持续 4 周以上者称长期低热。从病因分析,其中 40% 由感染性疾病引起,57% 由非感染性疾病引起,3% 原因不明。

### 一、临床思维必要前提

#### (一) 病史询问要点

1. 时间与季节性 低热通常多发生在午后,上午体温大多正常,或是下午较上午高。若上午体温较高,下午较低或正常,见于间脑综合征病人。有些患者低热有季节性,出现在夏季,天气风凉后体温正常,若每年如此,此为功能性低热。

2. 低热前有无高热症状 有些患者先有急性细菌性或病毒性感染伴高热,经治疗感染控制,高热消退,但出现旷日持久的低热,此为感染后低热。在急性咽炎或扁桃体炎后出现低热,若 ASO 明显升高,称链球菌感染后状态。

3. 有无牧区逗留史 在牧区逗留留有牲畜接触史者,易罹患布氏菌病,本病可表现为长期低热。

#### (二) 体格检查重点

1. 皮肤检查 面部水肿性蝶形红斑、甲周红斑、皮肤环形红斑、皮下结节等见于红斑狼疮、风湿热等风湿性疾病。皮肤粘膜苍白提示为贫血。

2. 关节检查 对称性指间关节梭形肿胀,伴或不伴尺侧倾斜,见于类风湿性关节炎;多个大关节红、肿、热、痛,见于风湿性关节炎;单个大关节肿痛见于关节结核。

3. 胸部检查 注意心率、心界大小及有无心脏杂音,与其他体征相结合协助诊断风湿热及甲状腺功能亢进症。肺部局限性湿啰音见于肺结核、支气管扩张症。

4. 腹部检查 肝脏肿大伴压痛者见于慢性肝炎;胆囊点压痛及胆囊区叩击痛见于慢性胆囊炎;腹壁柔韧感伴压痛及反跳痛见于结核性腹膜炎;输尿管点压痛、肋脊点压痛及肾区叩击痛见于慢性尿路感染。

#### (三) 实验室及辅助检查

##### 1. 必须要做的检查

(1) 血液检查:白细胞轻度升高伴中性粒细胞增多,提示细菌性感染;白细胞总数正常或偏低提示为病毒感染、结核病或非感染性低热,如甲状腺功能亢进、间脑综合征、功能性低热等;血红蛋白降低的贫血患者可伴有低热;二系或全血细胞增高见于骨髓增生性疾病,如骨髓纤维化、慢性粒细胞性白血病、真性红细胞增多症等,由于代谢增加可伴有低热。

(2) 尿液检查:尿中白细胞增多有助于慢性尿路感染的诊断。

(3) X 线检查:胸片及胃肠钡餐摄片有助于肺结核及消化道结核的诊断。

##### 2. 应选择做的检查