

LINCHUANG ZHENGZHUANG JIANBIE SHOUC

临床症状鉴别 手册

姜玉珍 朱孝民 王秀丽 主编



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

临床症状 鉴别手册

主编 姜玉珍 朱孝民 王秀丽



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是一部关于如何鉴别临床症状的指导书籍,由内科、外科、妇科、儿科、神经科、皮肤科、眼科、口腔科、耳鼻喉头颈外科等多学科专家编写而成。该书以临床症状为线索,简明扼要地介绍了引起症状的相应疾病,并通过症状引导临床医生掌握疾病的诊断治疗思路和方法。本书涵盖的内容全面,思路清晰,重点突出,实用性强,能够很好地指导临床实践,适合临床医生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

临床症状鉴别手册 / 姜玉珍, 朱孝民, 王秀丽主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2018.7

ISBN 978-7-5067-7936-4

I. ①临… II. ①姜…②朱…③王… III. ①症状—鉴别诊断—手册 IV. ①R441-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第149017号

美术编辑 陈君杞

版式设计 麦和文化

出版 中国健康传媒集团 | 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010-62227427 邮购: 010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm ¹/₁₆

印张 37 ¹/₄

字数 943 千字

版次 2018 年 7 月第 1 版

印次 2018 年 7 月第 1 次印刷

印刷 三河市百盛印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-7936-4

定价 98.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委会

主 审 李春昌 宋 怡

主 编 姜玉珍 朱孝民 王秀丽

副主编 (以姓氏笔画为序)

成焕吉 李东复 李福秋 徐 文 崔满华

编 者 (以姓氏笔画为序)

刁鸿英	于挺敏	马 宁	马青山	王 爽	王 鹏	王 颖	王丽英	王劲风
王艳芬	王智慧	太京华	尤海龙	毛西京	尹嘉宁	艾永顺	付 莉	付言涛
边学海	曲生明	乔红梅	任 锦	齐晶晶	刘 一	刘 丽	刘 斌	刘 煜
刘士瑞	刘秋菊	刘钦毅	安立峰	闫冰迪	孙 辉	孙 晶	孙广东	李小丰
李亚男	李亚荣	李光宇	李春昌	李艳春	杨 波	杨永生	杨岚岚	苏振中
肖 骏	吴 飞	吴 曼	邹 贺	宋 怡	宋春莉	张 明	张 静	张 捷
张延哲	张颖丽	汪振宇	沈 鸿	沈卫章	陈玮仑	林 杨	罗 萍	季永智
金立方	金珍婧	金菊花	赵 岩	赵凯姝	姜晓丹	祝 贺	骆立夫	姚 刚
姚 娟	袁庆海	贾 妍	贾姣源	贾赞慧	徐 妍	徐阳春	唐成林	黄岚峰
崔 燕	蔡寒清	潘留兰	魏秀峰					

秘 书 郭秀丽 王 颖

前 言

掌握和运用临床症状、体征的鉴别诊断方法和技巧是临床医师不可或缺的一项基本功。《临床症状鉴别手册》一书，是以临床症状和相应的体征为切入点，详细叙述症状及体征产生的原因和机制，重点突出症状的鉴别诊断和诊断思路。所谓鉴别诊断就是从相同的症状、体征中辨别出不同的疾病，又从相同的疾病中辨别出不同的症状、体征，通过比较鉴别，认识疾病的本质和属性。

近年来，随着高精医疗技术的蓬勃发展，在临床医学各学科领域，涌现出很多有价值的辅助诊断方法，给医务人员在疾病诊疗中增添了先进手段。然而，高精技术的应用，必须依赖于临床医师在客观、真实地掌握临床症状、体征和常规辅助检查等第一手资料的基础上，故症状、体征仍是诊断的重要依据。只有抓住本质、开阔视野、丰富知识的广度与深度，综合症状、体征与辅助检查，全面分析、准确鉴别、总结经验、吸取教训，才能得出正确诊断。有了正确诊断，才能进行临床治疗，才能得到好的效果，才能解除患者的疾苦，给患者以健康。

本书的编者均为有多年医疗和教学工作经验的一线临床医生，内容涵盖了内、外、妇、儿、眼、耳、鼻、喉、口等诸多学科疾病的常见症状、体征及常规辅助检查的变化，从定义、发生机制、临床表现、鉴别诊断及治疗原则等方面加以阐述，突出实用性，涵盖面广，旨在为临床医生提供一定的帮助。

由于编者水平有限，再加上编写时间仓促，书中难免存在一些不足或疏漏之处，敬请各位专家学者批评指正。

编者

2018年6月

目录 / CONTENTS

第1章 发 热 / 1

第2章 疼 痛 / 13

第一节 头 痛 / 13

第二节 咽 痛 / 17

第三节 颈肩痛 / 21

第四节 上肢关节痛 / 29

第五节 胸 痛 / 32

第六节 腹 痛 / 44

第七节 腰腿痛 / 52

第八节 髌 痛 / 58

第九节 膝关节痛 / 60

第十节 足踝痛 / 69

第十一节 皮肤疼痛 / 72

第3章 血压异常 / 75

第一节 低血压 / 75

第二节 高血压 / 78

第4章 动脉搏动异常 / 83

第一节 大血管搏动异常 / 83

第二节 周围血管搏动异常 / 87

第5章 休 克 / 95

第6章 昏 迷 / 98

第7章 消 瘦 / 107

第8章 肥 胖 / 110

第9章 颈部肿块 / 116

- 第10章 乳房肿块 / 124
- 第11章 腹部肿块 / 129
- 第12章 淋巴结肿大 / 134
- 第13章 水 肿 / 141
- 第14章 黄 疸 / 148
- 第15章 咳嗽与咳痰 / 152
- 第16章 咯 血 / 156
- 第17章 发 绀 / 161
- 第18章 呼吸速率及节律异常 / 165
- 第19章 呼吸困难 / 172
 - 第一节 心源性呼吸困难 / 172
 - 第二节 肺源性呼吸困难 / 175
 - 第三节 急性呼吸窘迫综合征 / 180
 - 第四节 气 胸 / 183
 - 第五节 胸腔积液 / 186
- 第20章 心 悸 / 193
- 第21章 心脏增大 / 196
- 第22章 吞咽困难 / 200
- 第23章 反酸及嗝气 / 205
 - 第一节 反 酸 / 205
 - 第二节 嗝 气 / 208
- 第24章 恶心及呕吐 / 212
- 第25章 呃 逆 / 221
- 第26章 腹 胀 / 224
- 第27章 腹 泻 / 234
- 第28章 便 秘 / 238
- 第29章 呕 血 / 243
- 第30章 黑 便 / 247
- 第31章 便 血 / 251
- 第32章 排尿异常 / 255
 - 第一节 尿量异常 / 255
 - 第二节 尿失禁 / 264
 - 第三节 尿潴留 / 268

第四节 排尿困难 / 276

第33章 尿液异常 / 280

第一节 药物性尿色异常 / 280

第二节 血 尿 / 281

第三节 脓 尿 / 284

第四节 乳糜尿 / 285

第五节 蛋白尿 / 287

第六节 血红蛋白尿 / 291

第七节 肌红蛋白尿 / 296

第34章 白细胞增多 / 298

第35章 白细胞减少 / 306

第36章 血小板增多 / 315

第37章 血小板减少 / 318

第38章 血 肿 / 322

第39章 红细胞增多 / 327

第40章 贫 血 / 332

第41章 全血细胞减少 / 343

第42章 眩 晕 / 349

第43章 晕 厥 / 355

第44章 惊 厥 / 359

第45章 语言障碍 / 363

第46章 肌肉萎缩 / 366

第47章 步态异常 / 369

第48章 瘫 痪 / 373

第49章 痴 呆 / 378

第50章 声音嘶哑 / 382

第51章 鼻出血 / 386

第52章 鼻 塞 / 388

第53章 耳 聋 / 390

第54章 干 眼 / 392

第55章 眼 红 / 395

第56章 眼 痛 / 398

第57章 眼球突出 / 401

- 第58章 斜 视 / 405
- 第59章 角膜浑浊 / 410
- 第60章 视力障碍 / 414
- 第61章 复 视 / 418
- 第62章 口 干 / 421
- 第63章 口腔溃疡 / 423
- 第64章 牙龈出血 / 427
- 第65章 牙本质敏感症 / 430
- 第66章 脊柱畸形 / 433
 - 第一节 脊柱侧凸 / 433
 - 第二节 脊柱后凸 / 439
- 第67章 四肢畸形 / 444
- 第68章 皮 疹 / 449
 - 第一节 斑 疹 / 449
 - 第二节 丘 疹 / 451
 - 第三节 水疱、大疱、脓疱 / 459
 - 第四节 结 节 / 464
 - 第五节 风 团 / 467
 - 第六节 鳞 屑 / 469
- 第69章 皮肤瘙痒 / 474
- 第70章 皮肤溃疡 / 478
- 第71章 色素异常 / 483
- 第72章 出汗异常 / 486
- 第73章 毛发异常 / 489
- 第74章 指(趾)甲异常 / 492
- 第75章 皮肤肿瘤 / 496
- 第76章 女性特有症状 / 503
 - 第一节 阴道流血 / 503
 - 第二节 痛 经 / 506
 - 第三节 闭 经 / 508
 - 第四节 异常白带 / 511
 - 第五节 外阴瘙痒 / 514
 - 第六节 妊娠剧吐 / 517

第七节 妊娠期高血压疾病 / 521

第八节 盆腔肿块 / 526

第九节 下腹疼痛 / 529

第十节 绝经综合征 / 531

第十一节 HELLP综合征 / 532

第77章 儿科疾病常见症状 / 536

第一节 发 热 / 536

第二节 头 痛 / 537

第三节 黄 疸 / 539

第四节 贫 血 / 540

第五节 皮 疹 / 542

第六节 肝、脾、淋巴结肿大 / 542

第七节 咳 嗽 / 543

第八节 咯 血 / 544

第九节 呼吸困难 / 547

第十节 胸腔积液 / 549

第十一节 青 紫 / 552

第十二节 高血压 / 555

第十三节 心律失常 / 558

第十四节 食欲不振和偏食 / 562

第十五节 呕 吐 / 563

第十六节 腹 痛 / 566

第十七节 腹 泻 / 572

第十八节 腹 水 / 574

第十九节 消化道出血 / 575

第二十节 惊 厥 / 576

第二十一节 意识障碍 / 580

第二十二节 血 尿 / 582

第二十三节 蛋白尿 / 583

第二十四节 遗 尿 / 584

第1章 发 热

【定义】

在人体某部位用某种温度计测得的温度超过同样在正常人群中普查测得的数值的高限称之为发热。临床上一一般采用以水银温度计在腋窝测得的 37.2°C 作为高限值，超过此值即为发热。此值适用于人群中95%以上的个体。有的人基础体温较低，发热时体温可能达不到此值，这时应注意患者的感受，如全身不适、倦怠、食欲减退，退热措施可缓解症状；若每日多次按时测体温，每日温差在 1°C 以上，最高体温虽未达到 37.2°C ，亦应按发热处理。还有的人体温虽已达低热范围，但可无器质性病变，如妊娠期、排卵期、长期焦虑、婴儿捂热等，应仔细分析鉴别。

为了便于分析发热原因，一般以超过 37.2°C 、不足 38.0°C 称为低热， $38.0\sim 38.9^{\circ}\text{C}$ 称为中热， $39.0\sim 40.9^{\circ}\text{C}$ 称为高热， 41.0°C 以上称为超高热。分析病因时，常把中热和高热合并为中高热，一起进行分析。

中高热热程超过2~3周，称为长期中高热，其中经详细检查仍不能确定病因者，称为病因未明的中高热，是发热诊断中的一个难点。低热超过3周者称长期低热，多为慢性感染性疾病或迁延不愈的非感染性疾病。

腋窝温不适用于因皮肤散热障碍引起的发热，此时可改测舌下温（口温）或直肠温（肛温）。舌下温的正常范围是 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ，超过 37.5°C 即定为发热；直肠温的正常范围是 $36.9\sim 37.9^{\circ}\text{C}$ ，超过 37.9°C 即为发热。

【发生机制】

人体在日常活动中，不断地通过营养代谢产热，同时又不断地通过汗液蒸发和体表辐射来散热。二者在丘脑下部体温中枢的调节控制下，处于动态平衡，保持体温在正常范围，以利于生化反应的顺利进行和各器官的生理活动。一旦在内、外因素的作用下，产热增多或散热减少，就会使体温升高，引起发热。

1. 产热增多引起的发热 绝大多数是由致病因子所诱发，最多见的是引起感染性疾病的病原体，还有外源性致敏物质、自身免疫反应产物和代谢旺盛的癌细胞等。这些因子统称为外源性致热原，其可以作用于单核巨噬细胞，产生白介素-1、肿瘤坏死因子和干扰素等内源性致热原。它们本身或通过活化细胞内的环氧化酶产生前列腺素 E_1 、 E_2 ，引起发热。致热原作用是现今公认的发热机制。此外，还有一些物质不经过致热原作用，可直接促进代谢产热，如甲状腺激素、原胆烷酮和儿茶酚胺等。

2. 散热减少引起的发热 发热伊始，常有汗闭和体表血管收缩，使散热减少，加快发热过程。有时单纯因散热减少，使正常产生的热量积聚体内，引起发热，如系统性硬化症、银屑病和水肿等。对这些因皮肤散热障碍引起的发热，需测口温或肛温才能发现。

3. 体温中枢调节功能丧失引起的发热 常因脑出血、脑炎、外伤等直接损伤丘脑下部体温中枢，使其失去调节功能而致。这种发热常为超高热。

4. 长时间接受高温辐射引起的发热 其机制一方面是身体接受外来热量过多，另一方面是

高温可引起体温中枢功能失调。见于中暑、长时间高温作业等。

5. **功能性发热** 系由于自主神经功能失调影响,产热和散热失衡所致。有的与体温中枢有关,如感染痊愈后遗留的低热常与体温中枢未随感染清除而及时恢复正常有关,婴、幼儿夏季因衣着过多而引起的捂热与体温调节中枢对热的反应不够灵敏有关。长期焦虑、失眠常为自主神经对器官活动和精神状态调节功能紊乱所致。

【临床表现】

一、热型

1. **弛张热** 体温常在高热范围内,昼夜波动在 2°C 以上,但体温下降时也不低于低热水平。系与感染灶大量释放致热因子有关。多见于急性化脓性感染、败血症、粟粒性结核等。

2. **稽留热** 常因病灶内致热因子不断地释放入血,体温上升至高峰,持续数日不退,昼夜波动低于 1°C 。多见于肠伤寒、斑疹伤寒、大叶肺炎等。

3. **间歇热** 24小时内体温骤升、骤降。骤升至高热水平后可持续数小时,然后骤降至正常或更低。日波动可达 $3\sim 4^{\circ}\text{C}$,发热期后可有1日至数日的间歇期,如此反复交替出现。这与化脓性病灶间断地释放致热因子和病原体繁殖周期有关。可见于各器官急性脓肿、急性肾盂肾炎、淋巴瘤等。

4. **复发热** 体温急速上升到高热水平,在高热范围内持续数天后,骤然下降至正常,经过数日的无热期后,又出现高热,如此呈周期性反复发作。这与病原体繁殖周期有关。见于钩端螺旋体病、回归热和胆石梗阻引起的胆管炎等。

5. **波状热** 体温逐日渐升,达到中高热水平后,又逐日下降至低热或正常,持续数日后,体温再度上升,其曲线呈波浪状。见于布氏杆菌病。与间歇热中的淋巴瘤热型的区别是,后者体温呈顿挫性升降,中间有数日低热或无热期。

6. **不规则热** 发热的体温曲线无一定规律,常在中高热范围内波动,波动幅度也多变。见于风湿病、支气管肺炎和渗出性胸膜炎等。

这些热型都属于中高热范围,每种热型都非某一疾病所特有,一种疾病在不同时期还可出现不同的热型。分析病情时应该注意。

二、一般症状

寒战多见于弛张热和间歇热的开始阶段,患者有冷感,肌肉颤抖,缩成一团,可有发绀,手脚发凉,非感染性发热、发绀少见。伴同发热的症状还有倦怠、乏力、食欲不振、肌痛或头痛、口干、少汗、脉搏和呼吸增快等。基础体温偏低的患者,低热时可体温不高,但有发热的一般症状。

【鉴别诊断】

一、伴有系统性疾病常见症状的中、高热

大多数结合体检,在接诊时就能大体上得出初步诊断;至于具体是哪种病,有时还需进一步检查、分析和鉴别。

(一)伴有某些脑部症状者

1. 感染性疾病

(1) 化脓性脑膜炎:急性发病,有剧烈头痛、喷射性呕吐、显著项强、皮肤瘀斑者,须考

虑化脓性脑膜炎。其中,流行性脑脊膜炎好发于春季,青少年易感,常呈弛张型高热,发热前有寒战。此脑膜刺激征发生于患肺炎的小儿或老人时,常为肺炎球菌性脑膜炎。三岁以下小儿在上呼吸道感染后,缓慢出现中、高热,凶门膨隆,可有嗜睡、惊厥等症状,须考虑流感杆菌脑膜炎。

(2) 结核性脑膜炎:常先有盗汗、精神不振,体温可缓慢升至中等热度,并出现脑膜刺激征。

(3) 脑炎:急性发病,迅速出现稽留型中高热、脑膜刺激征和意识障碍者,如发生于夏、秋季,且患者为学龄前儿童时,应多考虑乙型脑炎。与化脓性脑膜炎的不同之处在于,乙型脑炎除暴发型之外,病势多不似后者凶险,意识障碍虽经治疗但恢复较慢。森林脑炎亦多发于夏、秋季,但患者多为林区工人,皮肤常有硬蜱叮咬痕。

(4) 脑脓肿:亚急性起病,头疼常为首发症状,除出现颅内压增高外,脑膜刺激征常不明显。发热呈稽留或弛张热型,可伴有脑神经受压症状。大多为邻近器官局限性感染扩散至颅内,多见于化脓性中耳炎和化脓性鼻旁窦炎。

2. 非感染性疾病 多为脑外伤、脑出血等损伤体温中枢以致其调节功能丧失而致。多为超高热。常伴有颅神经定位症状。

(二) 伴有呼吸系统常见症状的发热

1. 感染性疾病

(1) 伴鼻通气不良和脓性鼻涕,见于急性化脓性鼻旁窦炎。检查所见,语声呈鼻音,前额、鼻根部和上颌等鼻旁窦所在处有压痛,照明试验见鼻旁窦处不透光。发热多呈中度稽留热或弛张热。

(2) 伴吞咽时咽痛,可考虑急性化脓性扁桃体炎。体检可见扁桃体发红、肿大,或被有脓苔,多呈弛张高热。

(3) 伴大量黏液脓性痰,多有腥臭味,支气管扩张的可能性大。病变部位可听到密集的、持续存在的干啰音和大、中水泡音,杵状指是此病一个有诊断意义的征象。热型多为间歇中高热。

(4) 在午后低热、夜间盗汗、长期咳嗽的基础上出现稽留或弛张高热,咳嗽转剧,如发生于小儿或青少年,应想到急性血行播散性肺结核,其特点是发热前无寒战,体征不明显,数周后肺部X线片始能发现粟粒性结节影。如同时有项强表现,则更有利于此诊断。

(5) 急发高热伴咳嗽、咳痰、胸痛、气促,应首先考虑肺炎。体检可发现病变处肺野叩诊浊音,听诊可闻及支气管呼吸音。肺炎种类繁多,咳铁锈色痰者为肺炎球菌性肺炎的表现,咳大量粉红色乳状痰者常为葡萄球菌性肺炎,克雷白杆菌性肺炎患者咳多量灰绿或砖红色黏液痰。胸部X片和痰培养有助于分辨是何种肺炎。急性肺脓肿的初期临床表现与肺炎相似,但胸痛较明显,脓肿液化经呼吸道排出后,才出现大量脓臭痰,继之听诊可呈空瓮音。

(6) 伴胸痛且呼吸时加重者,须考虑胸膜炎。发生于青少年者,结核性较多。嘱患者取坐位检查,早期于肋膈角处可触及摩擦感或听到摩擦音,后期积液增多时,肺底升高,其下叩诊呈实音,呼吸音减弱或听不到。发热多呈中等度稽留热。

2. 非感染性疾病 多为持续性中高热,发热前无寒战。多无白细胞增高或核左移。

(1) 伴持续性鼻涕增多,上呼吸道阻塞、疼痛,听力减退者,应想到韦格纳肉芽肿。体检如发现鼻梁塌陷或肺部叩浊、呼吸音减低,或关节肿痛,则可诊为此病。属自身免疫性肉芽肿。

(2) 伴发作性哮喘、变应性鼻炎和关节痛者,应考虑变应性肉芽肿性血管炎,与韦格纳肉芽肿的不同之处是此病哮喘突出和嗜酸细胞增多。此病亦属自身免疫性肉芽肿。

(三)伴有消化系统常见症状的发热

1. 感染性疾病

(1) 伴腹痛: ①右上腹痛: 有黄疸者见于急性梗阻性胆管炎或急性胆囊炎, 二者多继发于胆石症, 可出现右肩牵涉痛。体检可发现压痛和肝浊音区扩大, 或触及增大的胆囊。体温呈持续性或弛张性高热。②转移性右下腹痛: 为急性阑尾炎特有的表现。如同时有右下腹压痛和反跳痛, 即可诊断。阑尾化脓并局限后, 可在该处触及压痛肿块。体温可呈持续性或弛张性高热。③全腹痛: 多为术后、外伤后或脏器穿孔引起的腹腔感染所致。体检可发现全腹有压痛和反跳痛, 以及腹肌紧张。胃穿孔引起者, 肝浊音界可消失。

(2) 伴压痛性肿块: 多为腹腔感染局限后形成的脓肿所致。右膈下脓肿和肝脓肿因部位较隐蔽, 不易被发现。肝脓肿常继发于胆道感染, 呈持续性钝痛或胀痛, 检查可发现肝脏肿大, 肝区有叩痛。右膈下脓肿多为腹腔内感染局限于膈下所致。患者常可出现吸气时上腹痛加剧和右肩痛, 呼吸时肺底移动度减少, X线透视常可见膈下有液气面, 膈肌运动受限。发热呈弛张热型。

(3) 伴血便或脓血便: 常见于肠伤寒或细菌性痢疾。前者呈右下腹痛, 比阑尾炎疼痛范围较大, 开始为弛张热, 一周后体温转为稽留热并出现血便。相对缓脉、躯干玫瑰疹、白细胞降低是其诊断要点。后者迅速出现高热及频繁的黏液血便, 有严重的里急后重, 其腹部压痛区多在左下腹部, 重型可迅速出现休克和惊厥等中毒症状。急性细菌性痢疾多见于小儿。

2. 非感染性疾病

(1) 伴慢性右下腹痛、腹泻、腹部包块和压痛, 应想到克罗伦病。此病可呈弛张高热, 可有不同程度的腹外表现, 如关节肿痛、结节性红斑、葡萄膜炎、口腔黏膜溃疡, 可通过X线钡餐或腹腔镜检查确定诊断。

(2) 伴腹痛、腹泻、黏液便者, 如同时有类似克罗伦病的肠外表现时, 应考虑非特异性溃疡性结肠炎。二者不同之处在于, 此病压痛在乙状结肠分布的左下腹, 病变呈非节段性, 自结肠末端向上延展。诊断靠结肠镜检。

(四)伴有循环系统常见症状的发热

1. 感染性疾病

(1) 伴心前区不适或疼痛, 以及心律失常者, 如发病前有上呼吸道感染症状或腹泻, 须考虑急性心肌炎。此病体检可发现与发热不相称的心动过速, 常有早搏和传导阻滞, 第一心音减弱, 可以听到奔马律, 严重者可有心脏功能不全症状, 心脏可扩大, 但保持正常轮廓。此病须与扩张性心肌病鉴别, 后者无发热, 起病缓慢, 心脏功能不全症状比较突出, 心肌酶的改变不明显。超声波和血清学检查有助于心肌炎的诊断。

(2) 伴与呼吸运动有关的心前区疼痛或闷胀者, 须考虑心包炎。急性非特异性心包炎疼痛多呈锐痛, 亦有时呈压榨痛, 体检可听到心包摩擦音, 心脏可扩大, 心包积液很少达到引起心脏压塞的程度。结核性心包炎较少出现胸痛和摩擦音, 但可出现大量心包积液, 引起心脏压塞症状。患者体温多于午后上升明显, 常伴有夜间盗汗, 多由邻近结核病灶蔓延而至。体检可发现心界扩大、失去心脏原有的轮廓, 心音遥远, 心尖搏动微弱或消失。因体静脉回流不畅, 可出现颈静脉怒张, 扩大的心包可压迫邻近器官, 出现干咳或呼吸困难。化脓性心包炎多由败血症或邻近脓肿穿破心包所致, 其毒血症表现明显, 早期可听到心包摩擦音, 积液增多后可出现心脏压塞症状。

(3) 伴劳累后心急、气短和慢性风湿性心脏病史者, 应想到亚急性细菌性心内膜炎。体检如发

现左心有反流性瓣膜损伤,对诊断此病很有意义。如再有心外表现,如脾轻度肿大、毛细血管栓塞征象和杵状指,对确诊更有帮助。血液培养和心脏彩超是诊断此病的必要检查。

2. 非感染性疾病 伴心脏炎和关节炎者,见于风湿热。听诊可见心率增快、心律不齐,心尖部新近出现Ⅱ级以上的收缩期或舒张期杂音,或主动脉瓣区出现中期杂音者,表示有心瓣膜炎。风湿性关节炎的特点是,游走性中、大关节红肿热痛,环形红斑和皮下结节亦属常见。此病是甲组乙型溶血性链球菌感染后迟发的免疫反应,故属非感染性发热性心脏病。热型不规则,高热多见于儿童和青少年。

(五)伴泌尿系统常见症状的发热全属感染性疾病

(1) 伴肾区痛和尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状者,应考虑急性肾盂肾炎。热型呈弛张型,有寒战,常为血行感染或尿路逆行感染。伴有输尿管梗阻者,炎性渗出物可积留于肾盂内,形成肾积脓。此时,肾区可触及疼痛肿块。

(2) 伴肾区压痛性肿块,体检肿块超出肾区,不能触及肾轮廓,肿物不随呼吸运动,局部皮肤可有水肿,是肾周围脓肿的表现。多由肾实质本身的感染蔓延到肾周围脂肪囊所致。除非原发感染灶与尿路相通,不出现尿路刺激症状。

(3) 男性患者发热伴尿频、尿急、尿痛,并有血性或脓性分泌物自尿道自然流出者,是急性化脓性前列腺炎或精囊炎的表现。

(六)伴运动器系统常见症状的发热

1. 感染性疾病

(1) 单关节急性发红、肿胀,皮温升高和剧烈胀痛,应考虑化脓性关节炎。其特点是,关节静止不动时仍然剧痛,触压或关节轻微活动,可诱发难忍的剧痛。体温多呈弛张型。多为化脓菌直接侵袭关节而致。超声检查和关节腔穿刺液化验可得出病因诊断。多见于膝、肘、踝关节。髌关节处于深部,炎症现象不如浅部关节明显。

(2) 单关节肿胀、疼痛,但皮肤发红和皮温升高较轻者,可见于结核性关节炎。其发病较缓慢,自发痛和压痛均不如化脓性关节炎那样明显。体温常为中度升高,为结核杆菌直接感染所致。常见于膝、髌关节,发生于脊柱者病变脊椎常呈角状后突,有明显的压痛和叩击痛。X线和关节腔穿刺液检查有助于诊断。

(3) 长骨骨端剧烈疼痛,局部皮肤温度升高和水肿者,应想到急性化脓性骨髓炎。常表现为病骨持续胀痛,体温为弛张或持续型,常伴有败血症毒素侵袭机体的表现。常为其他部位感染灶中的细菌经血行播散、邻近组织炎症蔓延或细菌经局部伤口直接侵入骨质而致。多见于儿童。好发部位为股骨下端和胫骨上端。局部分层穿刺可有助于诊断。X线检查常于发病后两周以上才可能出现阳性表现。

2. 非感染性疾病

(1) 多发性小关节肿痛,如对称地发生于手部近掌各关节者,应考虑类风湿关节炎。高频超声检查有助于诊断。

(2) 伴急性多数中等关节痛,如有与发热同时出现或消退的皮疹,在小儿中应考虑类风湿病的Still型,即幼年型Still病,多见于2~4岁幼儿。可有淋巴结和肝脾肿大,白细胞明显增高,核左移。无特异临床诊断思路。在成人中应考虑成人Still病,其表现与小儿Still型类风湿病相似。

(3) 伴对称性近端肌肉无力、疼痛,运动受限者,应考虑多发性肌炎。有半数患者病肌可有压痛。常呈亚急性发病,肌酶测定、肌电检查和肌肉活检是诊断此病的必要项目。发热患者亦常有肌肉酸痛无力的表现,但热退后消失;多发性肌炎的症状在发热间歇仍然存在。

（七）伴血液系统常见症状的发热

中、高热常常是一些血液病的固有症状，这与血液病继发感染引起的发热不同。一些血液病的发病学说中，虽有的提到感染，但尚无定论。所以以中、高热为固有症状的血液病应列为非感染性。

（1）伴广泛黏膜坏死性溃疡，应考虑粒细胞缺乏症。病之初起，即有因免疫反应毒物作用引起的高热，数日后出现因感染引起的坏死性溃疡。血液检查可发现中性粒细胞绝对值低于 $500/\mu\text{L}$ 或完全消失。

（2）伴皮肤黏膜点、片状出血，面色苍白和咽痛，应考虑急性白血病。骨髓象和细胞化学检查有助于明确诊断。此病因白血细胞迅速增殖，可有发热；因成熟白细胞减少，可并发感染，使体温进一步升高。

（3）伴迅速出现的广泛皮肤黏膜或内脏出血者，应考虑特发性血小板减少性紫癜或血栓性血小板减少性紫癜。二者血小板计数皆减少，后者为微血管性溶血性贫血，而前者属失血性贫血；黄疸、肝脾肿大和多变性神经精神症状不出现于特发性血小板减少性紫癜。在外周血中出现有核红细胞，倾向于血栓性血小板减少性紫癜。

（4）伴迅速出现的全身各脏器、皮肤黏膜出血和休克者，应考虑弥散性血管内凝血。它是快速凝血引起的大量凝血因子消耗而引起的出血。纤维蛋白原减少、纤维蛋白分解产物增加见于弥散性血管内凝血，血栓性血小板减少性紫癜常无变化。

（5）伴贫血、出血和肝、脾、淋巴结肿大者，需注意恶性组织细胞病的可能。多为不规则高热。皮肤可出现浸润性斑块、结节，多分布于四肢。呼吸、循环和消化系统常被累及。本病进展迅速，骨髓和淋巴结穿刺检查有助于诊断。

（八）伴淋巴系统常见症状的发热

1. 感染性疾病

（1）伴界限清楚的皮肤片状红色隆起，有压痛，皮温升高，但水肿并不明显，而且无波动感者，应考虑丹毒。它是链球菌侵入皮肤淋巴管网所引起的炎症。其近端引流的淋巴结常有肿痛。

（2）伴表浅淋巴结红、肿、热、痛，应考虑感染性淋巴结炎。化脓后可出现波动感，患者常以某部位疼痛或肿物就诊。炎症多来源于该淋巴结上游某器官或组织的感染。

（3）伴急性出现的脾脏和多处淋巴结肿大者，如发生于青少年，应考虑传染性单核细胞增多症。滑车上淋巴结肿大有一定的特异性。部分患者有一过性的多形性皮疹。如末梢血出现10%以上的异形淋巴细胞，或嗜异性凝集实验阳性者，有助于诊断。此病为E-B病毒感染所致。

（4）伴皮肤色素沉着，多部位淋巴结肿大和巨脾者，如发生于儿童，应考虑黑热病。此病为杜利什曼原虫感染所致。骨髓或淋巴结穿刺检出病原体即可诊断。

（5）伴贫血、脾肿大，发热呈规律的间歇性者，应考虑疟疾。血片或骨髓检查检出疟原虫即可诊断。

2. 非感染性疾病 伴颈部或锁骨上的无痛性淋巴结成簇性肿大，如发热呈周期性，应考虑恶性淋巴瘤。如有不明原因的皮肤瘙痒或饮酒后淋巴结疼痛，则霍奇金病之可能较大；非霍奇金病容易出现远隔器官的浸润，如消化道、骨骼、皮肤等。淋巴结或可疑病变处的活检有助于诊断。咽部淋巴环病变是恶性淋巴瘤的一个有诊断意义的表现。

（九）伴皮疹的发热

中、高热疾病中，出现皮疹者并不少见，有些已经在不同系统发热性疾病中有所提及，此

处只介绍以皮疹为首发或首要症状的中、高热疾病。

1. 感染性疾病

(1) 以急性发疹,自面部扩展至全身者,在小儿应考虑麻疹和幼儿急疹。前者皮疹起始于耳后、颈部,沿发际扩展,渐及面部及全身,高热与麻疹同时出现;发疹前以在相对于下臼齿的颊黏膜上出现围以红晕的白色克氏(Koplik)斑为其特点。幼儿急疹的皮疹分布于颈部和躯干,热退疹出,一日后消失。风疹虽也分布于面、颈部、躯干、四肢,但一般仅有低热,耳后及颈部淋巴结肿大,有触痛,不易与前二者混淆。

(2) 伴皮肤弥漫性充血和环口苍白圈的,应考虑猩红热,小儿多见。特点有杨梅舌,疹退后皮肤脱屑。恢复期易出现肾小球肾炎和风湿热。

(3) 有出血性皮疹和头痛、肌痛者,应考虑流行性斑疹伤寒。此病特点为中枢神经系统症状明显,外斐反应有助于诊断。此病的病原为虱传的立克次体,多于冬、春季发病。

(4) 伴酒醉貌和腋下搔抓样皮疹者,应考虑流行性出血热。此病为鼠传的病毒感染性疾病,多发生于秋、冬季。常伴有腰痛、眼眶痛和羞明,与猩红热全身充血不同之处是,此病充血只限于眼眶部和上胸部,无草莓舌。发病后迅速出现无尿或少尿,是诊断此病的另一线索。血清学检查有助于诊断。

2. 非感染性疾病

(1) 伴有瘙痒的、服药后出现的皮疹,应考虑药疹。皮疹可遍及全身,多呈对称性,如伴有血管神经性水肿,有利于此诊断。停药后热消疹退,或末梢血中嗜酸细胞增多,为诊断此病的有力依据。抗生素、氨基药、非甾体抗炎药为诱发此病的常见药物。

因药物热常于用药治疗感染时发生,这时需要鉴别是感染未被控制还是已被控制后药物引起的发热。其鉴别点:①感染发热已见缓解,在巩固药效治疗中出现发热者,有可能是药物热;②在药物治疗中,发热未退,但客观检查发现患者一般状态好转,中性粒细胞计数和分类逐渐恢复正常,但皮疹不退者,有可能是药物热;③根据细菌培养和药物敏感试验选用的抗生素不但未见效果,而且热型发生改变者,有可能是药物热。

(2) 伴颜面蝶形红斑或其他部位盘状红斑者,应考虑系统性红斑狼疮。肾脏改变、白细胞降低和抗核抗体检查阳性对此病的诊断很有价值。

(3) 伴眶周紫色水肿性皮疹和近端肌无力者,应考虑皮肌炎。肌酶和肌电图检查以及肌肉活检是诊断此病的必要措施。

(4) 伴大腿和臀部结节或大片状红肿者,应想到系统性脂膜炎,即回归热型结节性非化脓性脂膜炎,亦称Weber-Christian综合征。呈间歇性热型,常伴有中等关节疼痛,各系统均可被累及,皮损活检可明确诊断。

(十) 外源性高温或化学物质所致之中、高热

见于热射病、输液所致之热原反应和药物热。热射病常有中暑或高温环境下作业的病史,系在高温影响下体温调节中枢功能失常所致。患者可有意识丧失,但无各系统局灶性损伤症状。输液时发热反应是由被热原污染的液体作用于体温调节中枢所致,表现为剧烈寒战,严重者可出现发绀,患者蜷缩成团,随即出现高热。此反应多于液体滴注中半小时左右发生。药物热系摄入的药物本身或其体内的代谢产物作为外热原,刺激单核巨噬细胞产生内热原所致。同时出现药疹者,可能有变态反应参与。

二、长期病因未明的中、高热

在中、高热病例中,有少数住院后虽经两周以上的全面检查,仍未能做出诊断,因此,常