

症状鉴别诊断学

中国人民解放军第二军医大学

症状鉴别诊断学

第二军医大学第一附属医院

一九七六年一月

毛主席语录

教育必须为无产阶级政治服务，必须同
生产劳动相结合。

分析的方法就是辩证的方法。

有比较才能鉴别。

前 言

遵照伟大领袖毛主席把医疗卫生工作的重点放到农村去的指示，坚持开门办学的方向，我们编写了这本症状鉴别诊断。以症状来作鉴别是军医的基本功，这不需要特殊的设备，适用于广大基层、部队和农村。

本书共编集了内科常见症状四十题，但由于时间仓促，水平有限，错误难免，望实习军医在自学中提出批评。

一院内科教学组

一九七五年一月

目 录

1. 发 热	1
2. 食欲缺乏	13
3. 吞咽困难	17
4. 呕 吐	24
5. 呕血与黑粪	28
6. 慢性腹泻	35
7. 便 秘	41
8. 腹 痛	46
9. 腹 胀	59
10. 腹 块	63
11. 便 血	73
12. 黄 疸	79
13. 肝肿大	90
14. 脾肿大	99
15. 淋巴结肿大	105
16. 贫 血	113
17. 出 血	128
18. 咳 嗽	141
19. 咯 痰	145
20. 咯 血	149
21. 胸 痛	154
22. 呼吸困难	166

23. 心 悸	175
24. 高 血 压	179
25. 休 克	188
26. 晕 厥	198
27. 紫 绀	204
28. 水 肿	213
29. 血 尿	225
30. 蛋白尿	234
31. 排尿异常	241
32. 尿 闭	248
33. 头 痛	258
34. 昏 迷	268
35. 抽 搐	276
36. 眩 晕	283
37. 倦 怠	289
38. 体重减轻	293
39. 肥 胖	297
40. 腰腿痛	307

发 热

健康人的体温相当恒定，一昼夜间仅有极小范围的温差，并不因环境温度的变迁或体力活动的影响而发生大幅度波动，这是身体在体温调节中枢控制下产热与散热保持着动态平衡的结果。患全身性疾病时，体温调节机能受到干扰，因而临床上发热成为一个最常见的征象。即使没有明显的发热，患病时亦常呈面色潮红或苍白、畏寒肢冷、五心烦热、自汗盗汗以及体温在正常范围内更大波动等临床表现，这些现象实际上也是体温调节失常所致。

由于个体间的差异，对正常体温范围尚难确定一个绝对标准，通常是以口腔温度在卧床休息情况下超过 37°C 或在中等度体力活动情况下超过 37.3°C 时称为发热。如以肛表测温，则比口腔温度约高 0.5°C 。在夏季酷热环境下一般人的体温可升高约 0.5°C ，偶有少数人平时温度亦稍偏高，长时间重体力劳动或高温热水浴后体温亦可暂时升高，幼儿在高气温环境中活动过多时常有暂时性体温升高，诸如此类特殊情况均不得认为发热。正常体温一昼夜的波动以凌晨2~4点钟为最低，傍晚4~10点钟最高，这与白天劳动、晚间休息的生活规律似无关系，因为夜班劳动而白天休息者体温波动规律仍然不变。患病发热时，热度高低亦常符从这个规律，发热一般在傍晚时较高，而在上午较低，甚或正常。

有关正常体温的生理调节机能目前已较明了，但对各种疾病引起发热的机理则仍未彻底澄清。一般认为发热的机理

可分为两大类：

一、致热原引起的发热：多数发热病例属于此类。据现今所知，至少有三类致热原引起发热的情况：①中性粒细胞与大单核细胞被激活后可产生与释出致热原，作用于体温调节中枢而引起发热。②微生物内毒素可激活白细胞促使产生与释放致热原，内毒素本身则并无直接影响体温调节中枢的作用。③类固醇致热原，主要是原胆烷醇酮（肝癌、肝功能不全、肾上腺癌等病血浆内游离原胆烷醇酮增多），亦系通过对白细胞的激活作用而间接引起发热。各种感染、无菌性炎症、癌瘤、白血病及变态反应性疾病等所致发热大多与致热原机理有关，至少部分地与此有关。

二、非致热原引起的发热：诸如颅内疾病、中暑、药物中毒等直接损害体温调节中枢，甲状腺机能亢进、肌肉持续抽搐等导致体内产热增多，以及循环衰竭、皮肤病等影响散热效能等情况所引起的发热均属此类。

虽然将发热机理分为上述两类，实际上任何一种疾病的发热决非单纯由于某一方面的因素造成，大都是几种因素的综合作用所引起。

发热是身体对某些致病因子所起的反应，它本身并不能指明任何特殊疾病，而可以引起发热的病因又十分广泛，因此发热情况常成为临床诊断工作中的一个重要课题。许多发热病例，或者由于伴随征象较为明显，因而得以迅速作出诊断，或者由于热程甚短，甚至在来不及确诊前发热已经消退，病因已难追溯，构成所谓不明原因的发热，不了了之。但临床上亦常遇不少长期发热病例，发热为其突出主要症状，甚或成为唯一的征象，发生诊断困难。因此，对发热的

病因应具备较为广泛而又有系统条理的知识，临床时对病史询问与体格检查力求详尽，考虑诊断时应优先想到常见病并注意当时当地的流行病背景。

【发热类型与鉴别要点】

发热的病因甚为广泛，包括：①所有各种感染（地方性或流行性）；②组织创伤；③大部分恶性肿瘤；④许多血液病；⑤免疫反应性疾病（结缔组织疾病、药物热、血清病）；⑥血管栓塞情况（例如心肌梗塞、肺梗塞、脑血管意外等）；⑦某些急性代谢病（例如紫质病、痛风、甲状腺危象）；⑧直接损害体温调节中枢的情况。诊断时千头万绪，似乎难以入手，为便于分析思考起见，兹将各种发热病症按热程长短与热度高低分类如下：

一、**短期发热的病症：**急性热病其热程短于二周者大多是因感染所致，少数病例是由于血栓栓塞性疾病、变态反应性情况（药物热或血清病）、痛风或急性溶血性病症所引起。如起病急骤，热度较高，并伴有诸如咽痛、流涕、咳嗽、一身酸痛、头痛、恶心、呕吐、腹泻、畏光等症状，或体检发现脾肿大、淋巴结肿大、脑膜刺激征，或白细胞计数过高、过低者，则更倾向于急性感染的可能性。当然，这并不意味着有上述征象时一定就是感染，因为急性白血病或播散性红斑性狼疮等病亦可发生类似现象，经进一步检查后即可明确。

二、**长期发热的病症：**发热超过二、三周，热度常在 38.5°C 以上者，常见于下列疾病：

（一）各种感染：

1. 肠伤寒或其他沙门氏菌感染。

2. **结核病**：除肺结核外，其他部位的结核感染（例如泌尿系统、深部淋巴结、骨骼）有时不易查出，常需充分利用各种特殊检查。

3. **布氏杆菌病**（浪热）：本病多长期发热，热型多种多样，常伴有头痛、关节痛、肌肉酸痛、腹痛与肝脾肿大，对居住于流行区或有与牛羊密切接触史者应考虑本病的可能性，确诊须赖细菌培养、血清凝集试验及皮内试验。

4. **阿米巴肝脓肿**：痢疾史、肝脏肿痛及右膈抬高为其特征，有时患者回忆不起过去曾有阿米巴痢疾史，必要时可考虑氯喹、灭滴灵或吐根硷治疗试验以助诊断。

5. **急性血吸虫病**：在流行区有疫水接触史者应疑及本病，风疹块、咳嗽、腹泻等陆续发生的症状有助于诊断，粪便检到虫卵及孵化试验阳性即可确诊。

6. **亚急性细菌性心内膜炎**：原有心脏瓣膜病或先天性心血管病的病人发热时应疑及本症，应进行多次血培养以明诊断。若有栓塞现象、进行性贫血及心脏杂音突变等征象时即使血培养阴性，亦应作出本病诊断，争取早期治疗。

7. **各部位化脓菌感染**：支气管扩张、胆道感染、膈下脓肿、肝脓肿、肾周脓肿、盆腔脓肿、骨髓炎等等一般虽呈局部征象，但有时不太明显，对原因未明的长期发热特别伴有白细胞增多者，应广泛搜寻各处可能存在的化脓病灶。

（二）**恶性肿瘤**：其中尤以胰癌、胃癌、肾上腺癌、肝癌、骨或淋巴组织的肉瘤等常有发热，有时因伴有寒战、出汗、白细胞计数显著增高等现象而更像化脓感染性病征，因此临床上误诊为肝脓肿、胆囊积脓或局限性腹膜炎而剖腹手术者均曾发生过。此外，淋巴网细胞瘤（旧称何杰金氏病）

早期在淋巴结与脾肿大未明显之前可能只有发热为主要表现，此时确诊较为困难。

(三) 结缔组织疾病与其他血管性病征：

1. **风湿热**：有游走性关节炎或心脏炎者诊断不难，但许多病例可无关节病变，心脏杂音亦不典型，此时必须结合上呼吸道链球菌感染史、相对速脉、心律不齐、房室传导阻滞、抗“O”增高或血沉加快等现象来作出临床诊断。

2. **类风湿性关节炎**：早期病例关节肿胀、畸形可能不太显著，往往除发热外仅有轻度肌肉、关节疼痛等一般征象，可能要等到关节病变较显著时才能确诊。

3. **播散性红斑性狼疮**：多见于女性，急性发作期有高热，面部呈蝶形红斑，常伴发某几个系统的病变（诸如关节炎、肾炎、心肌炎、胸膜炎、肝损害、溶血性贫血、血小板减少性紫癜、神经系症状……等），白细胞计数偏低，血沉加速。确诊须靠周围血中找到狼疮细胞与抗DNA抗体的免疫测定。

4. **关节型与腹型紫癜**。

5. **皮炎、硬皮病、结节性多动脉炎**：均少见，确诊赖活组织检查。

6. **颞动脉炎**（主要是颞动脉炎）：除剧烈头痛外常有发热与白细胞计数增高。血栓性静脉炎除局部疼痛、肿胀外均伴有发热。

(四) **血液病**：白血病或急性溶血情况均伴发热，但其他征象均较明显，诊断不难。

(五) **药物热**：任何长期发热而原因未明者应考虑药物引起过敏性发热的可能性，一经停用有关药品，发热即可自

退，因而诊断不难。但有时原发病的发热与药物热并存，则常难以分辨，须耐心逐一试停有关药品观察后才能肯定。

(六) 其他。

三、复发性或回归性发热的病症：下列疾病均表现为回归型发高热，发热一段时间后退清，而每隔一定时间后又复开始发热，并可照样反复多次。

(一) **间日疟与三日疟：**查到疟原虫即可确诊。

(二) **回归热：**查到螺旋体即可确诊。

(三) **鼠咬热：**小螺菌（或称鼠咬热螺旋体）感染所致，我国少见（长江以南）。约于鼠咬感染后2~3周急骤起病，表现为寒战、高热、头痛、肌肉关节痛、斑丘疹状或结节状皮疹、脾肿大以及原咬伤部位出现水泡、溃疡与黑痂。高热持续3~6日，于盛汗后热度突然退清，其他症状亦消退，约经3~10日的间歇后又复发热。确诊须靠暗视野检查血液或皮损渗出液内存在的病原体。另有一种鼠咬热系念珠状链杆菌所致，在我国尚未有发现。

(四) **淋巴网细胞瘤**（旧称何杰金氏病）：一部分病例发热呈回归型，每次发热3~10天，间歇3~10天后又发，可屡发屡退达数月之久。

此外，胆结石所致胆道感染及输尿管结石所致尿路感染有时亦可表现为此种热型。

四、长期低热：临床上常遇体温持久稍高于正常的情况（ 37.5°C 上下或有时稍过 38°C ），而本人在外表上却未见明显病态。这类“低热”状态包括二种可能，一种可能是重要病理背景引起的真正发热，另一可能是功能性原因所致散热机能障碍的结果。有些人每届夏季即有体温偏高，并伴有

头昏、乏力、食欲减退等症状，夏季过后恢复正常，这种情况称为“疟夏”。也有些人（女性青年较多）夏季体温稍高，冬季亦不退清，清晨或卧床休息时体温正常，活动或紧张后立即出现“低热”，规律性很强，同时尚可伴有乏力、纳呆、头昏、心悸、失眠等症状，但反复进行各项检查均无明确的阳性发现。另有些原患感染性高热病例，高热退后一直仍有持续低热，经反复体检与化验检查均无阳性发现。这些情况据认为是由于植物神经功能紊乱、影响散热机所致。但如何鉴别这二种临床意义截然不同的体温轻度升高状况尚乏轻而易举的可靠方法，只有认真细致地检查与观察一段时间方能区别，决不能贸然肯定究属病理性发热抑系所谓功能性体温升高。

【诊断步骤】

发热病因复杂，有时由于缺乏特征性的表现，使临床诊断发生困难，但是，只要认真对待，详细了解病史，全面体格检查，结合必要的实验室检查，对大多数发热病例均可获得明确诊断。诊断时要“广思细析，深询细察”（即考虑发热病因时要广，判断可能性时要细，了解病史要深，观察病情要细）。实验室检查的运用，应该是根据临床观察提供的线索，有重点地选用，可作为辅助诊断的手段，或作为确定诊断的依据。

一、**病史**：着重了解下列情况：

（一）**热度的高低**：临床上一般将热度分为低热（ 38°C 以下）、中等热（ $38.1^{\circ}\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39.1^{\circ}\sim 40.5^{\circ}\text{C}$ ）与过高热（ 40.5°C 以上）。热度高低不但反映机体的反应性，也反映疾病的严重性，有时也指示着疾病的性质。例如

没有并发症的阑尾炎，一般表现为中等热，极少发生高热，一旦出现高热，就要考虑存在并发症的可能性。同样，疟疾的发作常常总是高热，很少以低热的状态出现。但也有很多病其热度可高可低。

(二) 热程的长短：对一些发热呈自限性的疾病来说，热程的长短常是一个诊断的线索。例如水痘的热程短暂；风疹的发热仅1~2天；天花10~12天；麻疹5~6天；猩红热4~5天；钩端螺旋体病与流行性出血热都在5~6天；森林脑炎的热程一周左右；立克次体病的热程大都在二周左右；（恙虫病较长，2~3周）；肠伤寒的自然热程为3~4周。这些自限性热性病热程的长短，有时反映感染的轻重，如流行性乙型脑炎，轻型、重型感染相差很多。热程的延长有时也指示着并发症的存在，如单纯型流行性感冒的热程一般为2~3天，如果并发肺炎，热程就可延长至2~4周；又如流行性腮腺炎发生并发症者，其热程可达一周以上。

热程长短对一般非自限性热程的疾病来说，也是一个重要的诊断线索。一般感染时，发热通常在一周左右，如果持续发热达一周以上，就应结合具体情况要考虑较严重的疾病，如亚急性细菌性心内膜炎、败血症、深部脓肿、结核病或布氏杆菌病等。一般非感染性发热，如中暑、过敏、外伤、手术后和血管栓塞如心肌梗塞性发热，大多短则1~2天，长亦不过一周。非感染性发热，热程长者就要考虑到胶元性疾病和恶性肿瘤的可能性。

(三) 热型：不同的热型不但能提供诊断的线索，有时还是诊断的依据，间日疟的典型发作就是一个例子。在抗菌素、退热剂、皮质激素、物理降温等影响下，原有热型常受

到干扰，应予注意。

稽留热常见于肠伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎、流行性乙型脑炎、兔热等。弛张热常见于结核病、败血症、脓毒血症、急性血吸虫病、风湿热、亚急性细菌性心内膜炎等。间歇热多为疟疾、胆道感染、尿道感染等。回归型发热见于虱传或蜱传回归热、鼠咬热。布氏杆菌病常呈波浪热。双峰热见于黑热病、固紫染色阴性菌败血症等。脊髓灰质炎、麻疹、天花等常呈鞍形热。淋巴瘤、恶性网状细胞瘤、鼻咽癌等多为周期性发热。

此外，起病的姿势是突然还是隐潜，体温的升高是骤然还是徐缓，也有助于发热性质的了解。

（四）伴随的症状：

1. **寒战**：指发冷感觉，同时伴有不随意的肌肉震颤。病毒性感染中，除流感、黄疸性肝炎和流行性出血热少数病人可有寒战外，一般不发寒战，仅觉畏寒。立克次体病一般寒意较重。流行性斑疹伤寒可伴发寒战。细菌性感染，明显寒战者常提示严重的或化脓性感染如败血症、脓毒血症、大叶性肺炎及化脓性胆管炎等，急性布氏杆菌病、腺鼠疫、兔热初起时也可有寒战。螺旋体疾病中，钩端螺旋体病与鼠咬热等可发生寒战。寄生虫病中，疟疾有显著寒战。寒战也见于非感染性疾病如输血、输液、其他过敏反应及急性溶血性疾病。有些淋巴瘤、急性白血病、肾上腺瘤等也可有寒战。持续发热病人反复应用解热剂，也可引起寒战。

2. **出汗**：高热无汗见于中暑、脑溢血、颅脑外伤等，某些病毒感染也可无汗。其他如阿托品中毒、广泛皮肤病发热时均无汗。大叶性肺炎及疟疾等多在体温骤退时出汗

(热汗)。发热冷汗见于败血症、布氏杆菌病、结核病、肝阿米巴病、急性风湿热等。这种出汗往往与体温不成正比，表现为自汗、盗汗或总称之为虚汗。

3. **疼痛**：发热时常伴有一般性头痛、背痛、肌肉痛、关节痛或全身疼痛，许多传染病中尤为常见，缺乏鉴别诊断价值。但如果有明显的固定部位的疼痛，则对诊断往往带来极大的帮助或强烈的暗示，例如发热伴剧烈头痛提示颅内感染性疾患，发热伴胸痛、腹痛可能是胸腔或腹腔疾患，发热伴明显肌痛、关节痛时应疑及风湿或类风湿等结缔组织疾患。实质性器官疼痛常为钝痛，空腔器官（胆道、尿道、消化道）常为绞痛，颅脑发炎常为胀痛（所谓头痛如裂）。有的疾病如钩端螺旋体病，疼痛还有特殊的性质，肌肉如刀割样痛，腓肠肌的触痛也较为特殊，值得注意。

4. **各系统症状**：发热伴有某一生理系统突出症状者，常提示主要病变可能就在该系统。

(五) 既往传染病史、预防接种及过去健康情况对发热的诊断亦属重要。

二、体征：

(一) **皮疹**：皮疹形态、分布以及出疹时间常具有诊断意义，尤以对几种发疹性传染病为然。举其重要者，例如猩红热多于发热次日先在颈部出现红斑，瞬即扩展全身，并于广泛性全身红斑基底上呈细小红点；麻疹发生于发热3~4日后，初见于发缘、耳后、颈部与面部，在2~3日内传播全身，初起为斑疹，以后略高于皮面而形成丘状斑疹，疹与疹间可见正常皮肤；风疹虽近似麻疹，但多在发热一日左右即遍布全身；斑疹伤寒约于起病第五日出现圆或椭圆形、菜子

大的丘状斑疹，迅即蔓延全身（面部常无疹），以后可发展为瘀斑；肠伤寒于起病一周时在胸、腹部出现少数玫瑰疹；天花与水痘则为疱疹。

有些皮疹对诊断亦有提示意义，例如丹毒样皮炎见于丝虫病；口角单纯疱疹多见于大叶性肺炎、流行性感冒、疟疾与流行性脑脊髓膜炎等；红斑结节见于风湿热、结核病等。

皮疹呈多形性表现而无一定规律，对病因诊断帮助较少的有 Cocksackie 病毒感染、传染性单核细胞增多症、败血症、鼠咬热、回归热以及各种过敏反应性疾病。

不过，对有皮疹表现的发热患者，如先已用过药物治疗，都应排除药疹的可能性。药物疹形态多种多样，类似多种疾病的皮肤表现，而处理方法却迥然不同，如果误诊而继续用药，则病情加重。

（二）皮肤、粘膜出血点：见于流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、亚急性细菌性心内膜炎、败血症、鼠疫、回归热、钩端螺旋体病、急性白血病、恶性网状细胞瘤、过敏性紫癜、急性原发性血小板减少性紫癜及某些感染发生播散性血管内凝血者（如麻疹、天花等）。

（三）皮下结节：见于风湿热、类风湿性关节炎、结节性多动脉炎、脂膜炎、痛风与黑热病等。

（四）淋巴结肿大、肝肿大、脾肿大、黄疸：发热病人有淋巴结肿大、肝脾肿大或黄疸者，其鉴别诊断可参阅有关章节。

三、实验室检查：在病史与体检提供的线索下，有的放矢地选择应用。在发热病人中，白细胞计数和分类计数具有特殊重要性，它可以起到粗略的鉴别作用（见表1）。血象