

简明症状 鉴别诊断学

Essential of the Differential
Diagnosis in Symptoms

袁正樑 主编

世界图书出版公司

简明症状鉴别诊断学

主 编 袁正樑

副主编 袁晓晶

编 委 (以姓氏笔画排列)

王小玲 李艳霞 周清平

袁正樑 袁晓晶 黄少敏

蒋 钰

兴发图书出版公司

西安·北京·广州·上海

(陕)新登字 014 号

11/10/97

简明症状鉴别诊断学

袁正樑 主编

责任编辑 李 丹

世界图书出版公司 出版发行

(西安市南大街 17 号 邮编 710001)

各地新华书店经销

陕西省汉中印刷厂印刷

787×1092 毫米 1/16 印张: 12 字数: 285 千字

1999 年 3 月第 1 版 1999 年 3 月第 1 次印刷

印数: 0001—5000 册

ISBN 7-5062-4083-1/R·398

Wx4083 定价: 19.60 元

前 言

诊断 (Diagnosis) 一词来源于希腊文, 意思是“辨别”或是“识别”, 疾病诊断学 (the-diagnostios of disease) 是指依据症状的特征而来识别疾病。患者来就诊时, 仅能叙述自己所患病的症状及特征, 而一个症状追索到引起的疾病时, 往往是千变万化的。临床医生要把握好根据某个症状, 找到求证疾病的证据就必须首先考虑到哪些疾病可以出现这个症状或体征。针对临床低年资的医生, 医学院校高年级医学生和在农村、基础、厂矿、部队基层连队医生出现的这方面困惑, 本书作者从简明的角度出发, 编写了这本“简明症状鉴别诊断学”, 该书提纲挈领地就把某一症状应考虑的疾病罗列出来。在诊断过程中应从哪些方面着手, 最后将每一个要鉴别的疾病的重点、要点提出来, 使得读者阅读后简明易瞭, 便于应用于临床诊断。

本书自 1991 年起以“症状鉴别诊断学讲稿”讲义形式, 作为江西宜春医学高等专科学校高年级学生的临床必修课, 并安排了一定比例的病案讨论, 以期学用结合。由于学时限制, 许多症状不能讲授, 留给学生自学。

考虑到广大医务人员工作的需要, 作者邀请了上海市第二人民医院、江西省上高县人民医院和宜春医学高等专科学校内科、诊断学和妇产科教研室部分医务人员和教师参加撰写, 并增添了新的内容。

本书的出版对作者是个鼓励。由于作者水平有限, 可能在书中有很多不足, 敬请广大读者惠赐宝贵意见。

编 者

1999. 2. 22. 于江西宜春

目 录

第一章 鉴别诊断的逻辑思维、诊断原则及方法 (1)

- 第一节 鉴别诊断的逻辑思维 (1)
- 第二节 鉴别诊断的原则及方法 (1)
- 第三节 鉴别诊断错误的原因 (4)

第二章 发 热 (5)

第三章 皮 疹 (13)

- 第一节 斑 疹 (13)
- 第二节 丘 疹 (15)
- 第三节 疱 疹 (17)
- 第四节 脓 疱 (19)
- 第五节 结 节 (20)

第四章 呼吸系统症状 (23)

- 第一节 呼吸困难 (23)
- 第二节 咯 血 (27)
- 第三节 咳 嗽 (31)
- 第四节 胸 痛 (35)

第五章 循环系统症状 (40)

- 第一节 水 肿 (40)
- 第二节 高 血 压 (44)
- 第三节 心 悸 (47)
- 第四节 休 克 (50)
- 第五节 发 绀 (53)

第六章 消化系统症状 (57)

- 第一节 上消化道出血 (57)
- 第二节 便 血 (60)
- 第三节 腹 痛 (63)
- 第四节 腹 泻 (70)
- 第五节 黄 疸 (75)
- 第六节 腹部肿块 (78)
- 第七节 肝 肿 大 (83)

第七章 泌尿生殖系统症状 (88)

- 第一节 多 尿 (88)
- 第二节 少 尿 (91)
- 第三节 蛋 白 尿 (93)
- 第四节 血 尿 (96)
- 第五节 白带异常 (99)
- 第六节 阴道出血 (103)
- 第七节 闭 经 (107)

第八章 血液和造血系统症状 (112)

- 第一节 贫 血 (112)
- 第二节 止血与凝血障碍 (116)
- 第三节 脾 肿 大 (120)
- 第四节 淋巴结肿大 (123)

第九章 内分泌代谢系统症状 (128)

- 第一节 糖 尿 (128)
- 第二节 低血糖症 (132)
- 第三节 甲状腺肿大 (136)

第十章 骨关节系统症状 (139)

- 第一节 关 节 痛 (139)
- 第二节 腰 背 痛 (144)

第十一章	神经系统症状		(148)
第一节	头 痛		(148)
第二节	眩 晕		(152)
第三节	昏 厥		(156)
第四节	昏 迷		(160)
第五节	瘫 痪		(165)
第六节	惊 厥		(174)
附：病例讨论	(一) ~ (五)		(180)

第一章 鉴别诊断的逻辑思维、 诊断原则及方法

第一节 鉴别诊断的逻辑思维

在千变万化的临床症状中，如何找出真正引起该症状的疾病，这是临床医生需要通过逻辑思维来达到的目的。临床医学工作中，医生不仅应具有高超的技艺和丰富的临床经验，同时还应具有逻辑思维能力。

临床逻辑思维是临床医生在诊治患者过程中的理性活动，是医生根据患者疾病所表现出来的感性材料（如症状、体征和各种检查资料等）运用前人已总结的专业知识理论和自己的实践经验，按思维规律辩证地推论疾病的本质思维过程。

临床逻辑思维具有以下特征：

一、概括性

在鉴别诊断中，症状包括着引起这种症状的多种疾病，在鉴别诊断中症状的病因就是构成症状的基本单位，其症状就反映了临床逻辑思维的概括性。这种概括性是在感性认识的基础上经过由表及里、去粗取精、去伪存真的思维加工完成的。我们在鉴别诊断中必须从高度概括的某一症状去寻找引起这一症状的基本病因。

二、具体性

临床思维的对象是具有千差万别的生物、心理和综合特性的个体，是具体的人。在鉴别诊断思维中不能仅停留于某一症状上，而必须深入认识具体患者出现的具体矛盾及特殊情况，即在鉴别诊断中要做到具体情况具体分析，从共性中找出个性，才能正确做出诊断。

三、灵活性

人体是一个有机的整体，万事万物都是在时刻变化之中，同样，人的疾病也是在动态变化之中的。临床思维中要看到患者病情的动态变化，从动态变化中把握疾病的各个阶段的特殊性与疾病总体的有机联系，从发展过程中来认识疾病。

第二节 鉴别诊断的原则及方法

没有正确的诊断，就没有正确的治疗。如何诊断疾病是临床医师必备的基本功。在医学实践中，医师必须遵循这一原则，即在解决实际问题时，要应用科学的方法和科学的原理，在诊断疾病时也应如此。临床诊断是临床医师经科学的调查研究认识疾病的过程。建立正确的诊断，一般要经过下面三个阶段：调查研究，收集临床资料阶段；整理资料，综合分析推理判断，建立初步诊断阶段；临床治疗时观察，验证诊断阶段。

一、调查研究收集临床资料

收集临床资料是临床诊断的第一步。包括病史的询问、体格检查、必要的实验室检查和辅助检查结果。在进行调查研究收集资料时特别要注意资料来源的客观真实性与全面系统

性。主观臆断、片面或错误的材料是造成误诊的常见原因。

临床资料主要来源于以下三个方面：

(一) 系统完整而翔实的病史

医生在采集病史时应尽量做到准确真实、全面系统。有些患者在叙述病史时，由于病痛或恐惧，使病史显得零乱、片面，主次不分。因此在采集病史时，医生就要耐心细致的询问，必要时可作一些引导，但不能诱导，作带有主观臆断性的发问，否则，在这种资料基础上做出的诊断往往是错误的。例如一个钩端螺旋体病患者，以畏寒、发热、全身酸痛为主要症状就诊，而未提及腓肠肌疼痛，医生若主观片面臆断，往往就可能误诊为“流行性感冒”。病史中的其他内容如既往史、个人史、婚姻史、月经生育史及家庭史等也切不可遗漏，也与疾病的诊断密切相关，如对宫外孕，医生在病史采集中忽略了婚姻、月经史的话，可能会误诊为其他急腹症。为了采集到完整、系统、翔实的病史，医生要耐心听取患者本人、家属及对病史知情者的病情介绍，必要时甚至对患者发病现场进行调查，全面了解疾病全过程，才能获得较完整的病史，为正确的诊断打下初步基础。

(二) 全面正确的体格检查

体格检查的作用在于发现异常体征，为病史提供客观依据，有助于诊断。体格检查时，必须系统而全面，取得患者及家属合作，防止遗漏。往往由于医生的疏忽，造成误诊，给患者带来精神或肉体的痛苦。如一个急性腹痛患者，由于医生检查的马虎，未发现肝浊音区下降，误诊为其他疾病，结果患者是急性胃穿孔，延误了手术治疗。误诊的重要原因之一是体检不系统不全面，使应该发现的体征没有发现；再者是医生的物理检查的基本功差，如明明患者心脏有响亮的杂音，医生听不出来，肝脏肿大，医生摸不出来。

体格检查的阳性发现都要详细的记录，并要作动态的观察，不断为增添诊断提供证据，以充实诊断依据。

(三) 相关的实验室检查及必要的辅助检查

结合患者的临床表现有目的的选择一些相关的实验室检查以及必要的辅助检查，对做出正确的诊断也能提供一些有力的证据。但在安排检查项目时要考虑以下几方面：

- ①检查项目对此疾病诊断有无特异性、敏感性。
- ②采集标本送检查时间是否适宜。
- ③影响检验结果的因素是否存在。
- ④检验结果有否误差。

实验室检查对临床诊断是很重要，但由于以上因素，我们在应用和解释实验检查资料时，就必须结合临床情况和其他检查资料通盘考虑、判断，切不可一叶障目，片面做出诊断。例如有个患者血甲胎蛋白滴度增高，医生就不能仅根据这一点轻率地做出“肝癌”的诊断。

辅助检查项目，如X线、内窥镜、超声波、CT、磁共振检查等，在某些情况下可以检查出靠体检诊断不能获得的材料，对诊断是必不可少的。但这些检查都有其局限性，一般只能起诊断的辅助作用，仅能适于有指征的对象。

医生对实验室检查和辅助检查项目都要严格掌握适应证与禁忌证，不能滥用，否则不但浪费人力物力财力，甚至给患者带来不必要的躯体和精神痛苦。

二、归纳整理综合分析建立临床诊断

病史收集齐全后，医生须对原始资料进行归纳、整理，分清主、次，将疑点材料复查、

核实。第二步对资料进行综合分析。分析病情时，应注意把握好以下几方面的关系：

①主要矛盾与次要矛盾的关系。疾病的临床过程是很复杂的，在分析病情时，就应在错综复杂的表现中抓住主要的矛盾，次要矛盾则会迎刃而解。如有一患者畏寒、发热、尿频、尿急、尿痛、血尿、腰痛。这些症状中主要矛盾是“膀胱刺激征”，抓住这一点诊断“急性肾盂肾炎”就是有力证据。至于发热、腰痛等都可以以此解释。

②现象与本质的关系。在分析病情时，要透过表面现象看到病的本质。如一急性腹痛患者，伴恶心、呕吐、血淀粉酶显著升高，这一病例的腹痛等症都是表面现象，关键是血淀粉酶升高，而其本质是急性胰腺炎。

③共性与个性的关系。疾病的表现是多种多样的，在不少情况下出现“异病同症”，即不同的病出现共性的东西，如心、肝、肾、内分泌及营养不良疾病都可出现水肿。因此，我们对水肿的病人就应考虑到这几方面问题。再者，也有同一种病，但临床表现却不相同。这就是“同病异症”。如心绞痛患者，有的诉胸骨后的压榨痛，而也有的却仅述左胸前烧灼痛。针对类似情况，务必要细致分析、鉴别。

④局部与整体的关系。人是一个统一有机的整体，各组织器官既有独立性同时又紧密联系。在分析病情时，必须以整体的观点来分析问题，如一眼结膜下有出血点，伴发热的患者，不能单纯看到小出血点，而实质上可能是个败血症。

⑤功能性疾病与器质性疾病的关系。很多疾病都可有体征而无症状，也有些疾病仅有症状而无体征。在分析时必须注意这一点，无体征的并非是“官能性疾病”，可能是处于疾病早期；相反，出现异常体征也并非都是器质性的，如早搏、心动过速不一定有心脏器质性病变。

在综合资料的基础上，我们常把病例的病史、体检、实验室检查与辅助检查的“阳性资料”归纳在一起，根据归纳的内容提出与之相关的几种可能的诊断。然后针对提出的可能的诊断与具体病例特点进行比照、鉴别。把不符合具体病例的疾病加以逐一排除，缩小鉴别诊断的范围，直至留下一个或几个可能性最大的疾病，这种建立初步诊断的方法，就称为“排除诊断法”或“排除诊断法”。

对疾病鉴别时，必须抓住每个疾病的特殊点，以特殊点作为我们的“诊断依据”。诊断依据不仅包括仅见于该病征而在其他病征不存在的特点；同时也包括一些并非见于该病的特点。在临床应用过程中要将具体临床材料，比照诊断依据，不是生搬硬套对病情分析，只有这样才能得出正确诊断。

在鉴别诊断时，如何否定或排除某一疾病？

如果拟诊的疾病不能解释病例的主要临床表现、体检与实验室或辅助检查的阳性发现，或缺乏应出现的阳性改变，则该拟诊的疾病可能性很小或可以被否定。如一发热、咯血、胸痛患者，右肺上部可听到细湿罗音，X线示右上肺有云雾片状阴性，痰找结核杆菌阳性。这一病例不能用右上大叶性肺炎来解释主要症状及检查，因此可以被排除。

经鉴别排除后剩下的疾病，如何肯定作为初步诊断呢？

经鉴别排除后剩下的疾病应能解释具体病例的全部或主要的临床表现、体征与检查的阳性发现，或预期出现的阳性改变，这一拟诊疾病就应作为初步诊断的疾病。

在建立初步诊断前，医生应注意以下几点：

1. 考虑诊断时 虽然病情复杂多变，但还是应以一元论观点下诊断。也就是用一个病

去解释所有临床表现, 如一个风湿热患者有发热、关节肿痛、心率快、心脏杂音等, 而不要诊断为关节炎、心脏病。当然有的病例用一种病不能解释主要症状或明显地有两种或数种疾病同存时, 才能做出两个或两个以上诊断。

2. **考虑诊断时** 应先考虑常见病、多发病或当时的流行病。

3. **考虑诊断时** 应先考虑器质性疾病, 只有在器质性疾病被排除后, 方可诊断为功能性疾病。

三、临床观察验证补充修改诊断

当建立初步诊断后, 诊断工作并未结束。我们必须根据初步诊断进行合理的治疗。如治疗收到我们预期的效果, 那么这种初步诊断是基本正确的; 如未收到预期效果, 则有两种可能性: 一是治疗药物或其他手段是否有干扰的因素存在, 如耐药菌株或其他因素; 二是初步诊断不正确、不完善。后一种情况就需要我们再进一步收集临床资料。如再追问补充病史、体检、增补某些实验室检查和辅助检查项目, 以修改或增添初步诊断的依据, 来充实或否定原诊断。

第三节 鉴别诊断错误的原因

没有很好地把握鉴别诊断的原则, 往往造成误诊。其原因有以下几方面:

一、武断的结论

临床医生在思维中武断地过早下诊断结论, 常是误诊的重要原因。如阑尾炎有一个特征性的症状, 即转移性的右下腹痛, 若医生单凭这一点过早给患者下“阑尾炎”的诊断, 则可能有右下腹痛的其它病如溃疡穿孔、宫外孕、急性输卵管炎则会被忽略, 造成漏诊或误诊。

二、以偏概全

临床医生将个别病例的特殊情况, 作为普遍可靠的经验, 用来诊断某些疾病也可能造成误诊。

三、虚假资料或虚假前提

在询问病史时常暗示性提问, 造成临床资料不真实, 也会出现误诊。

四、非本质类比

医生仅根据一些次要非本质性症状进行类比, 从而导致类比推理错误。

五、思维偏执

临床医生盲从于某一特殊仪器检查, 仅从这些检查结果就得出结论, 如仅凭 X 线片、CT 片或心电图的报告而不结合病史、体检及其他实验室检查结果综合分析, 得出结论, 这往往也是造成误诊的重要原因。

第二章 发 热 (Fever)

发热是临床常见的症状之一。各种致病因素直接或间接作用于体温调节中枢,使其发生功能紊乱,或引起产热过多或热散过少,使体温超出正常的一种全身反应称为发热(Fever)。

健康成人的体温相对恒定,口腔温度在 $36 - 37^{\circ}\text{C}$, 直肠温度比口腔温度约高出 $0.3 - 0.5^{\circ}\text{C}$, 而腋下温度比口腔温度约低 $0.2 - 0.4^{\circ}\text{C}$ 。生理状态下,体温昼夜稍有波动,一般为晨低午高,但不超 1°C 。

【病因与诊断思路】

引起发热的疾病很多,大致上可分为两大类:

一、感染性发热

占大多数:包括由病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌和寄生虫感染引起的急、慢性全身或局部感染引起的发热。

二、非感染性发热

又可分以下原因引起:

1. 变态反应 如风湿热、药物热、血清病等。

2. 风湿性疾病 如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、系统性硬皮病、急性皮炎、白塞氏病、结节性多动脉炎、脂膜炎等。

3. 无菌性组织坏死与血液吸收

(1) 机械性、物理性或化学性组织损伤:如大手术后“外科热”、内出血、大血肿、大面积烧伤等。

(2) 因血管栓塞或血栓形成而引起的心、肺、脾等脏器缺血坏死。

(3) 组织坏死与细胞破坏:如癌、肉瘤、白血病、淋巴瘤、骨髓瘤、急性溶血等。

4. 内分泌与代谢障碍 如甲亢危象、“脱水热”等。

5. 体温调节功能紊乱 由于物理性(如中暑)、化学性(如重度安眠药中毒)、机械性(如脑溢血、脑挫伤)等因素直接损伤体温调节中枢导致功能紊乱。

6. 植物神经功能紊乱 如神经官能症引起的功能性低热。

临床实践中,常根据发热时间长短、程度和病程将其分为以下几类:

1. 急性短期发热 几乎都是由感染所致。

2. 长期的中、高热 指体温在 38°C 以上,持续时间在两周以上的发热。这类发热的主要病因有:

(1) 感染:约占 $60\% - 70\%$ 左右,为全身或局限性的细菌、真菌、病毒、立克次体、衣原体、螺旋体和寄生虫感染。

(2) 肿瘤:约占 20% 左右,多为原发性、转移性及血液系统的恶性肿瘤。

(3) 风湿性疾病:约占 10% 左右,如系统性红斑狼疮、类风湿、急性皮炎等。

(4) 其他:如药物热、肺梗塞、血胸等。

3. 长期低热 指体温在 $37.4^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$ 持续一个月以上的发热。主要病因有:

(1) 器质性低热: 慢性肝、胆、肾、肺感染, 结核病活动期, 深在的感染病灶 (如慢性盆腔炎、前列腺炎等); 风湿性疾病; 恶性肿瘤、内分泌疾病 (如甲亢、嗜铬细胞瘤等)。

(2) 功能性低热: 神经官能症、夏季热等。

4. 周期发热 指体温升高, 经历数小时或数天后, 自行下降至正常, 经数天不发热后, 又再度发热, 如此反复多次的有周期性的发热。主要病因有两方面:

(1) 感染性周期热: 如布鲁氏菌病、回归热、疟疾、败血症等。

(2) 非感染性周期热: 如结节性脂膜炎、风湿热、周期热、恶性淋巴瘤等。

【诊断步骤】

发热病因十分复杂, 对发热患者必须细致的追寻病史, 详细体检, 做必要的其他检查。

一、病史的询问

(一) 流行病学史

注意询问当地传染病流行史与接触史, 如血吸虫病、黑热病、丝虫病、流行性出血热等都有严格的地区性。有些传染病也有明显的季节性, 如流脑、白喉、流行性感冒多发于冬春季; 乙脑、伤寒、痢疾、钩端螺旋体病多发于夏秋季。免疫接种史在询问病史时切勿遗漏, 如麻疹、伤寒病愈后有牢固免疫力, 再次患病的可能性很小。

(二) 起病缓急

起病急骤并伴寒战者, 多见于感染性疾病如大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、败血症等; 起病缓慢者, 多见于结核病、癌肿、风湿性疾病及部分感染性疾病。

(三) 热型

1. 稽留热 多见于大叶性肺炎、伤寒、粟粒型肺结核等。

2. 弛张热 可见于结核病、败血症、局灶化脓感染、亚急性细菌性心内膜炎等。

3. 双峰热 可见于大肠杆菌败血症、绿脓杆菌败血症、恶性疟、黑热病等。

4. 间歇热 可见于间日疟、三日疟, 也可见于局灶化脓感染。

5. 波状热 见于布鲁氏菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎等。

6. 不规则热 可见于风湿热、急性血吸虫病、急性白血病等。

(四) 伴随症状

1. 伴呼吸系统症状 咳嗽、咳痰、流涕、咽痛是上呼吸道感染的主要病征; 咯血则多见肺结核、支气管肺癌、肺炎等; 呼吸困难则多见于重症肺炎、大量胸腔积液; 伴大量脓性痰则多见于肺脓疡、支气管扩张合并感染。

2. 伴循环系统症状 发热伴心悸、心前区痛、呼吸困难、发绀与水肿者应考虑细菌性心内膜炎、心包炎、心肌炎、脏器梗塞 (如肺梗塞、心肌梗塞、脾梗塞等)。

3. 伴消化系统症状 伴右上腹痛多考虑肝胆道炎症、肿瘤; 伴左上腹痛多考虑胰腺炎、脾包膜炎等; 伴右下腹痛见于急性阑尾炎、结肠炎、附件炎等; 伴下腹痛见于尿路感染、盆腔炎等。

4. 伴泌尿系统症状 伴尿频、尿急、尿痛、腰痛见于急性肾盂肾炎、肾结核。

5. 伴骨关节系统症状 伴关节红肿疼痛见于变态反应性疾病或风湿性疾病。

6. 伴神经系统症状 伴头痛、呕吐、惊厥、抽搐、昏迷等症状多见于中枢神经系统感染或肿瘤; 伴精神症状应考虑散发性脑炎。

二、体格检查

(一) 一般情况

注意血压、脉搏与呼吸变化。如血压增高、脉搏缓慢、出现昏迷应注意脑出血；呼吸频率增快应考虑肺部感染、胸膜炎；营养差，呈恶病质应多考虑恶性肿瘤。

(二) 淋巴结

全身淋巴结肿大应考虑急性传染性单核细胞增多症、急性淋巴细胞白血病、恶性淋巴瘤、结核病、播散性红斑狼疮。

(三) 皮肤粘膜

出现瘀点、紫癜、瘀斑应考虑血液病、败血症、流脑、出血热等感染性疾病；出现皮疹应考虑猩红热、麻疹、风疹、伤寒、恙虫病、斑疹伤寒等感染性疾病及结缔组织病、药物热等；出现黄疸应考虑肝胆系统感染、急性溶血、肝胆肿瘤、败血症、钩端螺旋体病等。

(四) 头部

外耳道溢脓应考虑中耳炎；副鼻窦压痛多为副鼻窦炎；口唇疱疹见于大叶性肺炎、流感、流脑；牙龈肿胀溢脓见于牙周炎及牙龈炎；扁桃体肿大见于扁桃体炎；咽部急性充血多为急性咽炎；咽及扁桃体隐窝有伪膜应考虑白喉。

(五) 颈部

颈项强直应考虑脑膜炎。

(六) 心脏

发热期间出现器质性杂音或原有心杂音响度或音质改变，则强烈提示心内膜炎的可能；出现心包摩擦音或心包积液征应考虑风湿性、结核性或化脓性心包炎；心率与发热热度上升不成比例，同时出现心律不齐，第一心音减弱、心脏增大、奔马律提示心肌炎。

(七) 肺

出现湿、干性罗音或管型呼吸音应考虑肺部感染；出现胸腔积液征应考虑结核性、化脓性胸膜炎，胸膜间皮瘤或转移性癌。

(八) 腹部

局部压痛、反跳痛应考虑腹腔脏器炎症及腹膜炎；肝脾肿大应考虑急、慢性传染（如伤寒、疟疾、血吸虫病、肝炎等），造血系统疾病（如淋巴瘤、白血病、恶性组织细胞病等），结缔组织病，急性溶血等。

(九) 神经系统

有脑膜刺激征出现者应考虑脑膜炎；出现脊髓横断性感觉运动障碍者应考虑急性脊髓炎。

(十) 肌肉、关节

关节红肿压痛多为急性风湿性关节炎、化脓性关节炎、布氏杆菌病等；伴腓肠肌压痛应考虑钩端螺旋体病。

三、实验室检查

(一) 血象

白细胞总数增高，中性粒细胞亦增高，应考虑细菌感染，若有中毒颗粒应考虑感染较为严重；若出现棒状小体（Auer' 氏小体）及大量幼稚白细胞应考虑急性粒细胞性白血病；淋巴细胞绝对数增加，见于急性淋巴细胞性白血病、百日咳、传染性单核细胞增多症等；白细

胞总数减少见于一些革兰氏阴性杆菌感染(如伤寒)、病毒感染(如流感);嗜酸性粒细胞增多见于急性血吸虫病、肺吸虫病等寄生虫感染;嗜酸性粒细胞减少、消失,见于伤寒。

(二) 尿蛋白及沉渣显微镜检

出现尿蛋白、管型及红、白细胞应考虑泌尿系感染、流行性出血热、钩端螺旋体病,以及系统性红斑狼疮。

(三) 粪便镜检

若为脓血粘液便,镜检下有红细胞、脓细胞应考虑痢疾;若出现阿米巴滋养体应考虑为阿米巴痢疾。

(四) 细菌学检查

对长期发热患者应作血液培养,必要时作骨髓培养,对伤寒、败血症、细菌性心内膜炎有诊断价值。根据可疑的病原情况,还可选择性作尿液、痰液、胆汁和脓液培养。也可作痰涂片等检查病原生物。

(五) 血清学检查

根据所怀疑的疾病,可有目的的作血清学检查,如肥达氏反应、外斐氏反应、凝集溶解试验、补体结合试验、荧光抗体试验、酶联免疫吸附试验等。对疑为肝脏疾病者可作肝功能、肝炎病毒的抗体检测;对疑为肝癌者作甲胎蛋白检测;对疑为结缔组织病者作血沉、抗“O”、粘蛋白、血中狼疮细胞、抗核抗体、类风湿因子等检查。

(六) 辅助检查

疑为肺部病患者,可作胸部X线胸透或摄片;疑为肝胆疾病或腹腔肿瘤者,应作腹部B超或CT检查;疑为泌尿系统疾病者,可作IVP(静脉肾盂造影);疑为心血管疾病者,可作超声心动图检查及心电图检查。

(七) 活组织检查

对长期发热原因不明者,必要时可作肝脏、淋巴结、骨髓的活组织检查,以明确诊断。

四、原因未明的发热诊断性治疗

长期发热,如经各种检查仍未找到发热原因,或条件限制而无法进行有关项目检查者,必要时可根据临床上高度怀疑的疾病,予以相应的治疗,观察治疗效果,来寻找诊断。决定进行诊断性治疗,必须选用副作用小同时有特效的药物,在密切观察下用药。如怀疑为结核病患者,服用抗痨药后热退,症状明显好转,那么首先应考虑此病为结核病,但其他疾病也不能完全排除,尚得进一步搜集证据来证实诊断。

值得注意的是:诊断性治疗切忌滥用,除非一下子无法诊断,而病情又急需治疗时,方可考虑使用。

【鉴别诊断】

一、急性高热

(一) 流行性感

多在冬春季呈集体流行性发生,突然起病的畏寒、高热伴全身酸痛、头痛、鼻塞、咳嗽、咽痛等上呼吸道感染症状;体检有面部潮红,结膜、咽部充血,口唇疱疹;血象示白细胞总数、中性粒细胞均减少而淋巴细胞相对增高,鼻粘膜或分泌物涂片荧光抗体染色检查阳性,并可从患者咽漱液或鼻咽部冲洗液接种于鸡胚羊膜腔中分离出病毒。

(二) 流行性乙型脑炎

流行于夏秋季节,有严格季节性,10岁以下儿童多;起病急骤的高热,伴头痛、呕吐、嗜睡,严重出现抽搐、昏迷;体检脑膜刺激呈阳性,可出现病理反射,浅反射消失,四肢肌张力增强;血象示白细胞总数升高,中性粒细胞也增高;脑脊液外观微浊,白细胞在 $(0.05 \sim 0.5) \times 10^9/L$,早期以粒细胞为主,晚期以淋巴细胞为主,糖正常或偏高,蛋白轻度增高,氯化物正常,血凝抑制试验,双份血清抗体效价增高4倍以上,有助于确诊。酶联免疫吸附试验(ELISA)阳性也有助于确诊。

(三) 流行性出血热

起病前两个月内曾到过疫区;起病急,有发热、头痛、腰痛、眼眶痛的“三痛”症状,主要特征为发热、出血、肾损害;体检有“三红”症:颜面、颈及上胸部潮红,眼结膜充血,软腭、巩膜、皮肤可有出血点及瘀斑,肾区有叩击痛;血象白细胞总数增多,淋巴细胞增多,并出现异型淋巴细胞。尿常规检有蛋白尿伴管型及红细胞。血清特异性IgM抗体与IgG抗体检测阳性。

(四) 传染性单核细胞增多症

秋末至春初流行;起病急,有寒战、高热,全身不适,咽痛;淋巴结肿大(以颈部显著),咽充血,可附有灰白色假膜及出血点,也可有肝脾肿大;白细胞总数多轻度增高,分类淋巴细胞增多,其中异型淋巴细胞超过10%,EBV·IgM特异抗体阳性。

(五) 钩端螺旋体病

夏秋流行,呈地区性,有疫水接触史;起病急,有畏寒、寒战、发热,全身肌肉酸痛,尤以腓肠肌及腰肌为甚,可有咯血、黄疸及皮下出血,也可出现脑膜炎症状;检查有结膜充血,腓肠肌压痛,部分病例有肺部罗音,巩膜皮肤黄疸、皮肤瘀斑、肝肿大或有脑膜刺激征;血象白细胞总数增高,血沉加快,尿常规有蛋白,红、白细胞或管型,血培养或动物接种,可检出钩端螺旋体。免疫荧光及酶联免疫吸附试验阳性,对诊断有特异性。

(六) 败血症

突起性畏寒、高热、而无局限于某一系统症状的急性感染,有感染史(如疖、烧伤、胆道疾病等);疾病过程中皮肤有瘀点、瘀斑,迁徙性病灶,关节红肿、疼痛、活动受限。有肝脾肿大。革兰氏阴性杆菌败血症可有低血压或休克;白细胞总数及中性粒细胞增高,有明显核左移及中毒颗粒出现。血液、骨髓可培养出致病菌。

(七) 大叶性肺炎

多为青壮年的急骤起病,寒战、高热、胸痛、咳铁锈色痰;检查可有口唇疱疹,鼻翼扇动,一侧呼吸运动减弱,有肺实变体征,患侧听诊可有支气管呼吸音及湿性罗音;血象白细胞计数升高,中性粒细胞增高,痰涂片或培养可有肺炎球菌;胸部X线示呈叶、段分布的大片均匀致密的阴影。

(八) 急性肾盂肾炎

女性多见,急骤起病的寒战、高热、头痛、腰痛,伴尿频、尿急、尿痛;查体有上输尿管点、腰肋点压痛,肾区叩击痛;尿常规镜检可见大量脓细胞、白细胞管型,清洁中段尿培养菌落数 ≥ 10 万个/ml。

(九) 急性胆道感染

女性多见,原多有慢性胆道疾病(如胆囊炎、胆结石),突发起上腹痛后转移至右上腹,

伴寒战、高热、黄疸；查体有时可触及右上腹肿大的胆囊，莫非（Murphy）氏征阳性；血象白细胞总数及中性粒细胞均升高；B型超声检查可有胆囊增大，壁增厚，X线腹部平片部分患者示肿大的钙化胆囊。

（十）疟疾

曾在流行区旅居过。既往曾有疟疾发作史；周期性有规律性的畏寒、寒战、高热出汗；检体可有贫血貌，脾脏肿大；作血薄、厚涂片检查可找到疟原虫。

二、长期的中、高热

（一）伤寒与副伤寒

多在夏秋季发病，起病徐缓，体温呈阶梯形上升，极期呈稽留热型；查体可见特殊的伤寒面容（淡漠无欲状态，反应迟钝、重听、严重者可有谵妄）有相对缓脉或重脉，肝脾肿大，少数患者有玫瑰疹；血象白细胞减少，嗜酸性粒细胞减少或消失，血清肥达（Widal）氏反应“O” 1:80，“H” 1:160以上，血、骨髓培养阳性。

（二）结核病

多为青壮年患病，起病缓慢，有午后潮热、乏力、食欲差、盗汗、体重减轻等结核毒性症状，部分患者有咳嗽、咯血；体查当病变范围大时，在肺部可有支气管肺泡呼吸音及湿罗音；血沉增快，痰涂片抗酸染色可找到结核杆菌；X线透视、照片、断层摄影及胸部CT扫描，可确定病灶部位、范围、性质及发展情况；儿童（3岁以下）如结核菌素（OT）试验阳性，对诊断也有意义。

（三）亚急性感染性心内膜炎

原有器质性心脏病患者，新近有急性感染史或器械检查、外科手术史；有不规则发热、进行性贫血、乏力盗汗症状，部分病例有血管栓塞症状出现（如脾、脑、肺、肾、肠系膜等）；查体有皮肤粘膜瘀点，Osler小结，Janeway结及眼底中心发白的出血点（Roth点），贫血外貌，心脏原有杂音的性质或响度发生改变、脾肿大，晚期有杵状指；血常规示红细胞及Hb降低，WBC轻度升高，血细菌培养多数可获两次以上的阳性结果，是诊断的重要依据；超声心动图显示心脏赘生物的回声反射波及原有心脏病表现。

（四）布氏杆菌病

多见于牧区，有与牛羊接触史；长期呈波浪型发热，多汗，有游走性关节痛和四肢肌痛；检查有关节红肿，淋巴结、肝脾及睾丸肿大；血象白细胞总数正常或偏低，淋巴细胞增多；血、骨髓培养有阳性结果，免疫学的血清凝集试验、补体结合试验、抗人球蛋白试验呈阳性反应。

（五）肝脓肿

起病时多有畏寒、发热、腹痛腹胀；检查有相当于脓肿处的肋间隙明显的压痛与水肿，肝脏肿大；白细胞增高中性粒细胞增高；X线下可见右膈肌升高、活动受限，B超、CT及同位素肝扫描有相应改变；肝穿刺抽脓可找到阿米巴（为阿米巴肝脓肿）或脓液可培养出致病菌（为细菌性肝脓肿）。

（六）原发性肝癌

多原有乙型肝炎或肝硬化史；多为中低热，肝区疼痛；体检消瘦、恶病质、黄疸、肝进行性肿大、质硬、表面有结节，有压痛，后期可出现腹水征；放射免疫法或放射自显影法测定甲胎蛋白（AFP）值明显升高，多 $\geq 400\mu\text{g/L}$ ；B超显像癌瘤实性暗区、异常光点等。CT