

简明症状鉴别诊断学

JIANMING ZHENGZHUANG JIANBIE ZHENDUAN XUE

上海人民出版社

R447
SY1

52098

简明症状鉴别诊断学

上海市第一人民医院 编著

C0110483



上海人民出版社

C0110483



简明症状鉴别诊断学

上海市第一人民医院 编著

上海人民出版社出版

(上海绍兴路5号)

新华书店上海发行所发行 上海商务印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 21 字数 502,000

1977年9月第1版 1977年9月第1次印刷

统一书号: 14171·236 定价: 1.30 元

内 容 提 要

本书按解剖系统分章，以主要症状为节。在症状下简要地介绍发病机理和可能产生的病因，着重介绍了诊断要点，并分析有关疾病的症状和体征，论述鉴别诊断的方法。内容包括内、外、妇产、皮肤、五官等各科的疾病。

书末附有索引，通过病症名词的查检，可以看到分散在各章节的、同一疾病的各种症状和体征，更有利于对疾病进行鉴别诊断。

本书可供临床医生和医学院校医疗系工农兵学员参考。

前 言

在毛主席无产阶级革命路线指引下，在无产阶级文化大革命取得伟大胜利的大好形势下，我国医疗卫生事业有了蓬勃发展，“赤脚医生”、“合作医疗”，中西医结合等新生事物不断成长，不断壮大。为了适应革命形势和广大革命医务人员的需要，使医学卫生事业更好地为无产阶级政治服务、为工农兵服务、为社会主义建设服务，我们在院党委的领导下，组织了有关临床科室，编写了这本《简明症状鉴别诊断学》。

本书从主要症状和体征出发，对各科疾病的鉴别诊断作了重点描述，并简要地将发病机理、诊断方法和依据作了说明，以求符合临床实际需要，供广大城乡基层医务人员参考，同时也注意吸收了国内外有关诊断方面的一些最新医学成就，给予简要介绍。

在编写过程中，承工农兵学员、进修医师和兄弟单位提出不少宝贵意见，在此表示深切的感谢。但客观现实世界的变化运动永远没有完结，人们在实践中对于真理的认识也就永远没有完结；更由于我们学习马列主义，毛泽东思想不够，业务水平有限，书中缺点错误在所难免，诚恳地希望广大工农兵和革命医务人员对我们提出意见和批评，以便今后改正。

上海市第一人民医院
《简明症状鉴别诊断学》编写小组
1975年10月

目 录

前 言

第一章 一般症状.....1

- 第一节 发热 1
- 第二节 头痛 15
- 第三节 腰背痛 20
- 第四节 关节痛 22
- 第五节 四肢痛 25
- 第六节 肥胖 30
- 第七节 消瘦 33
- 第八节 失水 35
- 第九节 水肿 37

第二章 眼、耳、鼻、喉症状.....40

- 第一节 急性眼痛 40
- 第二节 急性结膜炎 41
- 第三节 流泪 42
- 第四节 视力减退 44
- 第五节 眼睑肿胀 47
- 第六节 眼球突出 49
- 第七节 耳痛 52
- 第八节 耳溢液 55
- 第九节 听觉障碍 58
- 第十节 鼻衄 62
- 第十一节 鼻溢液 66
- 第十二节 咽痛 69
- 第十三节 咽部异物感 72
- 第十四节 声嘶 75

第三章 皮肤及其附属器疾病的症状78

- 第一节 红斑 78
- 第二节 丘疹 83
- 第三节 风团 87
- 第四节 水疱 89
- 第五节 脓疱 94
- 第六节 紫癜 96
- 第七节 结节 97
- 第八节 皮肤肿瘤 101
- 第九节 鳞屑 105

第十节 糜烂 107

第十一节 溃疡 108

第十二节 瘙痒病 109

第十三节 黑色素异常 110

第十四节 毛发脱落 113

第四章 呼吸系统症状.....115

- 第一节 咳嗽 115
- 第二节 咯血 118
- 第三节 呼吸困难 121
- 第四节 胸痛 125
- 第五节 胸腔积液 128

第五章 循环系统症状.....131

- 第一节 心悸 131
- 第二节 心律失常 132
- 第三节 高血压 145
- 第四节 休克 149
- 第五节 昏厥 153
- 第六节 紫绀 156
- 第七节 杵状指 161

第六章 消化系统症状.....163

- 第一节 口舌痛 163
- 第二节 吞咽困难 166
- 第三节 厌食 168
- 第四节 恶心与呕吐 169
- 第五节 呕血和黑粪 171
- 第六节 便血 174
- 第七节 便秘 176
- 第八节 急性腹泻 179
- 第九节 慢性腹泻 181
- 第十节 急性腹痛 185
- 第十一节 慢性腹痛 192
- 第十二节 黄疸 197
- 第十三节 腹胀气 203
- 第十四节 腹水 206
- 第十五节 腹部肿块 210

第十六节 肝肿大	217	第二节 出血倾向	261
第十七节 脾肿大	221	第三节 血小板减少	268
第七章 泌尿生殖系统症状	225	第四节 白细胞减少(粒细胞减少)	271
第一节 排尿困难和尿潴留	225	第五节 嗜酸性粒细胞增多	274
第二节 尿失禁	226	第六节 淋巴结肿大	277
第三节 尿频	227	第九章 内分泌系统症状	281
第四节 多尿和少尿	228	第一节 侏儒	281
第五节 血尿	232	第二节 巨大畸形	284
第六节 蛋白尿	235	第三节 甲状腺肿大	286
第七节 糖尿	237	第四节 乳腺肿块	289
第八节 阴囊肿大	238	第十章 神经系统症状	291
第九节 阴道出血	240	第一节 眩晕	291
第十节 白带	245	第二节 昏迷	293
第十一节 闭经	247	第三节 惊厥	298
第十二节 女性不孕	249	第四节 感觉障碍	303
第十三节 男性不育	252	第五节 瘫痪	306
第八章 造血系统症状	256	第六节 共济失调	312
第一节 贫血	256	索 引	316

第一章 一般症状

第一节 发 热

人体对一般环境温度的变化,如果饮食正常,衣穿适宜,一般可以通过体温调节机制使体温相对恒定。调节体温依靠两个因素,即产热(氧合增加后,因化学作用而产生热量)和散热(主要是物理作用,即体表血管舒张,循环增速,自皮肤放散的热量增多),调节体温的功能是自主的、迅速的。体温调节中枢在下丘脑,内分泌腺如甲状腺和肾上腺对于体温的调节也有很大的关系。

体温一般指口腔内舌下的温度,正常体温为 37°C 左右(大致在 $36.2\sim 37.3^{\circ}\text{C}$),腋下体温较口腔温度(简称体温)低 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$; 肛门温度(简称肛温)常较体温高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。如因张口呼吸、饮水或病人不合作等,测体温不可靠,则可测肛温。体温高于 37.3°C 或肛温高于 37.6°C , 或一日内体温变异超出 1°C 时,即可认为发热。

【发病机理】

在正常情况下,人体的产热和散热功能保持着动态平衡。如平衡失常,散热少而产热多时则出现发热,按其机理的不同,发热可分为二类:

(一)致热原性发热 多数患者的发热,系由于致热原所致,致热原大致可分为三种:

1. 白细胞致热原: 中性粒细胞和大单核细胞释放的致热物质称为白细胞致热原,又称内源性致热原。正常血液中的中性粒细胞和大单核细胞不含致热物质,当受到某些刺激,例如组织炎症、白细胞吞噬坏死组织、细菌或病毒、抗原抗体复合物,均可以激活白细胞生成和释放致热原,直接作用于体温调节中枢而引起发热。

2. 外源性致热原: 从病原体提取的能致热的物质称外源性致热原,如内毒素、外毒素和结核菌素,均能激活白细胞生成和释放白细胞致热原而引起发热,但不能直接作用于体温调节中枢。

3. 类固醇致热原: 类固醇致热原引起发热,一般与原胆烷醇酮有关。正常血浆中原胆烷醇酮多呈结合状态,游离部分的浓度不足以引起发热。但在某些周期热、肾上腺癌、肾上腺性征异常征、肝脏疾病(如慢性肝炎、肝硬化)等病症下,血浆中游离原胆烷醇酮可以增高,而激活白细胞释放致热原引起发热。

(二)非致热原性发热

1. 产热过多: 如癫痫持续状态与甲状腺机能亢进病人可有发热,均因产热过多。

2. 散热减少: 广泛性皮炎,广泛性皮肤瘢痕形成,致使皮肤散热功能减退而出现发热;心力衰竭病人也可因心脏排血量减少,皮肤血流减少,皮肤水肿以及皮肤血管收缩影响散热而有发热。

3. 体温调节障碍: 中枢神经系统疾病例如脑炎、脑溢血、中暑、安眠药中毒等均可直接损害体温调节中枢,使其功能失常而出现发热。

任何一种疾病发热的机理大多不是单一的,而是几种因素的综合,例如肺炎患者,发热

可由外源性致热原与炎症白细胞生成的内源性致热原引起。

【病因分类】

(一) 感染性发热 感染是发热最常见的病因, 各种急、慢性全身性传染病与局部感染病灶均可引起发热。

1. 细菌感染: 细菌所致的全身性感染几乎均有发热, 但感染极轻或感染严重而病人极度虚弱, 也可无发热; 由细菌感染引起的全身性传染病如败血症、脑膜炎、猩红热、伤寒、细菌性痢疾、结核病、百日咳等, 或引起局部感染灶如乳突炎、中耳炎、咽后壁脓肿、蜂窝组织炎等均可出现高热。

2. 病毒感染: 普通感冒、流行性感、麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎、淋巴细胞性脉络丛脑膜炎、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、传染性肝炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热等。

3. 立克次体感染: 斑疹伤寒、恙虫病、Q 热等。

4. 霉菌感染: 深部霉菌病原发的不多, 常在原有全身性疾病(如恶性肿瘤、血液病、糖尿病等)基础上发生, 如长期应用多种抗菌素、激素而发热不退应考虑到霉菌感染, 可作霉菌培养, 如放线菌可在各器官内产生肉芽肿, 并可引起心内膜炎、脑膜炎、脑脓肿。放线菌又可以潜伏在齿龈内, 而在拔牙后引起播散。霉菌粗球孢子菌可引起肺部感染, 在肺内形成薄壁空洞。隐球菌可致脑膜炎; 曲菌可引起肺部感染; 白色念珠菌可致阴道炎、口腔炎、肺脓肿、败血症、心内膜炎等。

5. 螺旋体感染: 钩端螺旋体病、回归热、鼠咬热、奋森氏咽峡炎等。

6. 原虫感染: 疟疾、阿米巴肠炎与肝脓肿、黑热病等。

7. 蠕虫病: 急性血吸虫病、丝虫病、肺吸虫病、华枝睾吸虫病与内脏蠕虫移行症等。

(二) 中枢神经系统疾病 脑溢血、头部外伤、病毒感染、安眠药中毒、中暑等均可直接影响体温调节中枢, 而使体温升高。

(三) 心血管系统疾病 细菌性心内膜炎、心肌梗塞、肺梗塞、脾梗塞、肢体血管栓塞性坏死等。

(四) 血液与网状内皮系统疾病 急性白血病、溶血性贫血、淋巴瘤、恶性网状细胞病等。

(五) 恶性肿瘤 肾癌、肝癌、肺癌等。

(六) 胶原性疾病或其他病因未明的疾病 风湿热、类风湿性关节炎, 系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮肌炎、脂膜炎、结节病等。

(七) 内分泌腺疾病 甲状腺炎、甲状腺机能亢进、嗜铬细胞瘤等。

(八) 变态反应与变态反应性疾病 血清病、药物热、输血与静脉注射后热原反应等。

(九) 皮肤病 无汗症、广泛性皮炎、广泛性皮肤瘢痕形成等。

(十) 其他 周期热等。

【诊断要点】

对发热病例首先应排除正常变异的可能, 对可疑病例应复测体温或测肛温与体温对照。但必需注意, 当体力劳动后, 肛温可达 39°C , 较腋下及体温高得多。不过, 至多一小时就可恢复到原来的温度。如果在静止时, 口腔和肛门测得的温度差别超过 0.5°C , 通常表示下腹内有炎性病变, 如肛旁脓肿、膀胱旁脓肿、阑尾炎、子宫内膜炎等。患单侧血栓性静脉炎、淋巴管炎或胸肌脓肿时, 两侧腋下测得的温度也可有差别。

一、病史 应详细询问发热过程,发热类型与规律性,是否伴有寒战或出汗,并了解各系统的症状,以及预防接种史、传染病接触史与居住生活史等,某些传染病有其特殊热型。

二、体格检查 对于发热的病例须作周密的体检,注意有无局部病灶存在,如齿槽脓肿、扁桃腺炎、副鼻窦炎、中耳炎、乳突炎、淋巴结炎、蜂窝组织炎以及内脏的局部病灶如肝脓肿、膈下脓肿、肾盂肾炎、输卵管炎、前列腺炎等,注意观察皮肤及粘膜有无黄疸、皮疹、瘀点、皮下结节,全身浅表淋巴结有无肿大,注意心肺的体征,腹部有无压痛、肌卫、肿块或肝脾肿大等。

三、实验室及其他辅助检查

(一)实验室检查

1. 血液检查:白细胞与中性粒细胞增多者常提示有急性细菌性感染存在;白细胞计数正常或轻度减少常提示为病毒感染、伤寒、疟疾、结核等。血液涂片可找疟原虫,蛔丝虫等。对败血症、细菌性心内膜炎或伤寒可疑者,可作血培养,血清凝集试验:嗜异性凝集反应对传染性单核细胞增多症有诊断意义;波状热杆菌(布鲁氏菌)凝集反应对波状热(布鲁氏菌病)有诊断意义。

2. 尿液检查:尿常规、中段尿培养、尿液结核菌培养或动物接种等。

3. 大便检查:大便常规检查虫卵、阿米巴原虫、血吸虫卵孵化,大便培养细菌,如痢疾杆菌、伤寒杆菌等。

4. 穿刺液检查:脓液、胸水、腹水或脑脊髓液常规检验、涂片检查与细菌培养。

(二)X线检查 X线胸部透视与摄片,按需要作胃肠钡餐检查、支气管造影、胆囊造影、肾盂造影等。

(三)超声波检查 对于肝脓肿、肝癌、胸腔或腹腔积液、腹腔内实质性肿块均有辅助诊断价值。

(四)同位素检查 肝脏同位素扫描可显示占位性病变。同位素检查亦有助于甲状腺机能亢进等诊断。

(五)内窥镜检查 腹腔镜、乙状结肠镜、支气管镜检查等可以帮助诊断各有关疾病。

(六)活组织检查 肝穿刺为肝脓肿的诊断与治疗的重要措施,并可作活组织检查。此外,淋巴结、直肠粘膜或皮肤、肌肉等活组织检查对淋巴瘤、血吸虫病或某些胶原病有助于确诊。

(七)剖腹探查 对临床高度怀疑有腹腔内病变患者,可视病情需要考虑作剖腹探查手术。

四、治疗性诊断 临床高度疑似某一疾病,但经各种检查均不能确诊者,可应用较特效的药物作治疗试验,如疑为疟疾者可试用氯喹,疑为阿米巴肝脓肿者,可试用氯喹或吐根碱等。

【鉴别诊断】

临床上引起发热的疾病颇多,急性发热性疾病经数日或数周后即好转,慢性疾病发热则可迁延数月以上。按热度的高低与持续时间的长短可分为高热与长期低热两类。

I. 高热

高热指发热在 39°C 以上;大多为急性感染性疾病,亦可为非感染性者或为药物热,病程一般少于二周,可自发性缓解或经治疗而愈。

一、高热伴有皮疹的疾病

(一)麻疹

1. 冬末春初发病较多,起病为上呼吸道卡他症状,发热第2~3天颊粘膜出现白色粘膜斑,为早期诊断依据。

2. 热度缓慢上升,至出疹期可高达39℃以上,持续6~7天后渐退。

3. 皮疹于发热第3~4天开始出现,为散在或融合的暗红色丘疹,压之褪色,先见于发际、耳后,渐向颈部、躯干及四肢散布,在3~4天内遍及全身。于出疹第6~7天开始隐退,留下暂时色素斑或脱屑。

(二)风疹

1. 冬春二季发病,起病急,轻度上呼吸道卡他症状,发热仅1~2天,耳后及枕后淋巴结肿大与压痛,可与其他出疹性疾病相鉴别。

2. 皮疹于发热第一天即出现,为淡红色麻疹样皮疹,先见于颜面部,一日内布满全身。手掌及足底无皮疹。皮疹消退快,很少脱屑。

(三)水痘

1. 冬春季发病率最高,热度不高,热程短促,全身状况良好。

2. 皮疹于发热当天出现,为红色斑疹与丘疹,皮疹较浅、较稀,以躯干部为多。

3. 24小时内变为疱疹,于2~3天内陆续成批出现,遍及全身。同一部位有不同期的丘疹、疱疹、结痂等为其特点,痂盖脱落后多无疤痕。

(四)猩红热

1. 为溶血性链球菌感染所致。突发寒战、高热,咽痛,咽部无充血,扁桃体红肿或被白色分泌物,舌质猩红呈杨梅舌,至第4~5天体温渐退。

2. 皮疹于发病后数小时出现,初见于颈部,一日内遍及全身,为弥漫性细小密集猩红色皮疹,压之褪色,但口周皮疹甚少。

3. 体温于第4~5天渐退,皮疹亦隐退脱屑,手掌及足底可呈大片脱皮。

4. 白细胞计数与中性多核细胞增加;咽拭可培养出溶血性链球菌。

(五)伤寒

1. 病原菌为伤寒杆菌,一年四季皆可发病。

2. 起病徐缓,体温逐渐上升,至第二周为稽留热39~40℃,第三周后为弛张热,第四周体温逐渐下降;脉搏相对缓慢。

3. 舌苔厚腻,表情淡漠,腹胀,便秘,脾脏肿大。

4. 皮疹于发病第6~8天出现,于胸背部有少数如帽针头大小的蔷薇疹,压之褪色,数天内消退。

5. 白细胞减少;伤寒血清凝集反应,于病程第二周开始阳性;血或大便培养可阳性。

(六)副伤寒甲、乙、丙

1. 沙门氏菌属感染引致,临床表现与伤寒相似,唯病程较短、较轻。

2. 部分副伤寒丙病例,临床类似急性胃肠炎或以脓毒血症为主,皮疹少见。

3. 伤寒血清凝集反应副伤寒甲、乙或丙为阳性。

(七)恙虫病

1. 病原为恙虫立克次体,恙螨为媒介,在东南沿海地区夏秋季发病率最高。

2. 发病急, 寒战, 高热, 头痛, 脉搏较缓, 结膜充血, 恶心呕吐等。
3. 虫螫咬部位初为潮红肿胀, 后变为丘疹或水泡, 以后坏死而有焦痂形成, 痂皮脱落成小溃疡, 局部无痛痒感。
4. 皮疹于发病第 4~6 天出现, 呈红斑或丘疹, 粟粒状, 散在性, 压之褪色。见于躯干、四肢, 面部少见, 手心和足底无疹。重症者为出血性皮疹。
5. 白细胞正常或减少, 变形杆菌交叉反应 OX_K 呈阳性。

(八) 流行性斑疹伤寒

1. 为流行性斑疹伤寒立克次体引致。体虱为媒介, 冬春季发病较多。
2. 起病急, 突发寒战, 高热, 体温迅速升高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$, 稽留 14 天左右, 缓慢下降或骤退。
3. 伴有头痛, 全身肌痛, 脉速, 眼结膜充血, 肝脾肿大, 可有血尿、咯血及便血。
4. 发病第五天出现红色皮疹, 先见于肩胸部, 24 小时延及颈、背、腹、四肢, 面部少见。初起压之褪色, 后则呈暗红色或出血性斑疹、丘疹。
5. 白细胞轻度增多或正常, 变形杆菌交叉反应 OX_{19} 呈阳性, 效价逐渐增高。

(九) 地方性斑疹伤寒

1. 为地方性斑疹伤寒立克次体致病, 鼠蚤为媒介, 于夏秋季发病, 多呈散发。
2. 起病急, 恶寒, 头痛, 肌痛, 体温逐渐升高, 第一周末达顶点, 呈稽留热型或弛张热型, 持续 11~15 日, 迅速下降。脉较缓慢, 脾可触及。
3. 发病后 2~5 天, 于胸腹部出现皮疹, 皮疹大小不等, 分布不规则。
4. 白细胞正常或稍低, 变形杆菌交叉反应 OX_{19} 呈阳性。

二、发热伴有呼吸或循环系统症状的疾病

(一) 急性扁桃体炎与白喉

1. 急性扁桃体炎起病较急, 高热达 39°C 以上, 扁桃体充血肿大, 有稀疏的白色渗出物, 但易拭去。
2. 咽白喉起病多较缓, 有轻度或中度发热, 中毒症状较重, 扁桃体上有灰白色假膜, 基底粘连牢固, 用力拭去, 易引起出血。
3. 咽白喉蔓延到喉部时, 则出现声音嘶哑、呛咳, 甚至呼吸困难。
4. 咽拭涂片与培养细菌, 有助于鉴别。

(二) 急性上呼吸道感染

1. 多为病毒引起, 包括呼吸道病毒(鼻病毒、流感病毒、副流感病毒、冠状病毒、腺病毒等)及肠道病毒, 少数由细菌感染所致。
2. 起病急, 咽痛、鼻塞、畏寒、发热、全身酸痛、可有流涕、喷嚏、咳嗽、咽、结合膜充血、声音嘶哑、畏光。发热一般持续 3~5 日。部分病人有腹痛、腹泻, 单纯疱疹, 淋巴结及肝脾肿大, 白细胞计数不增高。
3. 如伴发支气管肺炎(由上述病毒引起或继发细菌感染)。表现有咳嗽、胸痛、咳痰, 热度可高达 40°C , 整个病程将可延长至 1~3 周。X 线检查两肺有散在的絮状阴影。继发细菌感染则白细胞计数增高, 否则正常或偏低。

(三) 肺炎

1. 肺炎可分为大叶性肺炎与小叶性肺炎。大叶性肺炎大多数由肺炎双球菌引起, 少数

由链球菌、葡萄球菌、流感杆菌等引起。小叶性肺炎大多数由肺炎双球菌与葡萄球菌引起。肺炎支原体肺炎(即原发性非典型性肺炎)与过敏性肺炎亦属于小叶性肺炎的范畴。

2. 结核杆菌引起的干酪性肺炎,有时起病较急,易与其他细菌性肺炎相混淆。结核性肺炎有结核病史,病变多在右上叶,X线显示不均匀的大片阴影,对侧肺往往也有播散病灶。

3. 大多数肺炎病例均有寒战、高热、咳嗽、气促等症状,少数则为中度发热或低热。

4. 根据临床表现,实验室检查与X线检查诊断较易。

(四)肺脓肿

1. 突然畏寒,高热可达 39°C 以上;咳嗽、咳痰或伴有胸痛。初起咳痰不多,为粘液或脓性痰,1~2周后可突然咳出大量脓痰,达300~500毫升,伴有臭味,有时痰中带血或咯血。

2. 肺部可有轻浊音,呼吸音减低与湿性啰音。慢性病例可有杵状指(趾)。

3. X线检查肺部示密度增深的阴影或有液平的空洞。

(五)急性粟粒性肺结核

1. 多发于幼儿及青壮年,起病急骤,常有寒战,高热呈弛张热型,病员呈重病容,神志恍惚,气急,鼻翼煽动,发绀,盗汗,全身中毒症状严重。肺部体检可正常或仅有少许干湿啰音。肝脾可肿大。

2. 咳嗽不多,痰液少,痰液检查结核菌阳性率不高。血象可正常,血沉加速。

3. X线胸片显示两肺满布弥漫性粟粒性病变,分布均匀,大小相同,有诊断意义。

(六)胸膜炎及脓胸 参阅“胸腔积液”。

(七)肺真菌病

1. 幼儿、年老或体弱者,以及原有慢性消耗性疾病,营养不良和长期使用广谱抗菌素、抗癌药物或/和肾上腺皮质激素情况下,可以发生肺真菌病,包括白色念珠菌、曲菌、隐球菌等。引起支气管炎、肺炎。念珠菌病较多见。

2. 临床表现类似支气管炎或肺炎,发热可持久不退,同时有原发病的症状。痰呈粘液性、粘液脓性或粘冻状。

3. X线显示两肺有斑点状、粟粒状或小片状阴影,亦可有空洞形成或呈大片致密的肺炎阴影。曲菌有典型的X线表现。痰液涂片及真菌培养有助于诊断。

(八)细菌性心内膜炎 可分为急性与亚急性两型,以后者较为常见。急性细菌性心内膜炎可发生于正常的心脏;亚急性细菌性心内膜炎则绝大多数有风湿性或先天性心脏病的基础,同时有

1. 持续性不规则高热,极少数病例可呈低热。伴有进行性贫血,肝脾肿大。

2. 有皮肤与粘膜瘀点,指(趾)端可有轻微隆起的暗红色瘀块且有压痛,身体其他部位出现血管栓塞现象,心脏杂音可有变化。

3. 白细胞与中性多核细胞增多,反复作血培养可得致病菌。

(九)心包炎

1. 以结核性为最常见,其次为风湿性、化脓性及急性非特异性,也可由恶性肿瘤、胶原性疾病等引起。

2. 有高热,胸痛。大量渗液时,可发生呼吸困难,心动过速,甚至休克,心浊音界增大,心音减弱。

3. 可借助 X 线及心电图检查, 心包穿刺液作细菌培养, 动物接种或找肿瘤细胞。

三、急性发热伴有腹部症状的疾病

甲、发热伴有腹泻的疾病

(一) 细菌性食物中毒

1. 因摄食被细菌或其毒素污染的食物引起, 致病菌常见者多为肠炎杆菌属与嗜盐杆菌, 葡萄球菌与变形杆菌等。

2. 肠炎杆菌食物中毒, 潜伏期约 4~24 小时。病起畏寒、高热、呕吐、腹痛、腹泻, 大便水样, 偶含粘液或血液。

3. 嗜盐杆菌食物中毒, 潜伏期约 9~20 小时。突然起病, 有腹痛、呕吐、腹泻、洗肉水样大便。

4. 葡萄球菌食物中毒, 潜伏期短, 约为 2~5 小时。呕吐剧烈, 呕吐物可含胆汁、血液与粘液。大便水样。

5. 粪便、呕吐物或可疑食物细菌培养, 可获致病菌。

(二) 细菌性痢疾

1. 由痢疾杆菌引起, 多发于夏秋季, 起病急骤, 畏寒发热, 常在 38~39°C 以上。

2. 腹痛及里急后重均较明显, 每天腹泻十数次至数十次。大便初呈水样, 以后脓血与粪便常混合, 量少, 有白色或鲜红色粘冻。腹部压痛, 以左下腹部较多见。

3. 粪便镜检有大量脓细胞, 红细胞散在, 并可有吞噬细胞。粪便培养可得痢疾杆菌。

(三) 阿米巴痢疾

1. 一般起病较缓, 发热不高, 腹痛及里急后重不太明显, 每天腹泻数次~十多次。大便可为暗红色, 量较多, 脓血与粪便不混合。右下腹可有压痛。少数呈暴发型, 起病急骤, 畏寒, 高热, 腹痛, 腹泻, 每天数十次, 水样或血样便, 可伴有脱水、虚脱、血压下降与谵妄等, 偶可并发肠穿孔或肠出血。

2. 大便镜检有红细胞凝集成堆, 及少量脓细胞, 一般无吞噬细胞, 可找到溶组织阿米巴滋养体或包裹。

乙、发热伴右上腹疼痛的疾病

(一) 胆囊炎胆石症

1. 二者常互为因果相伴发生, 由于结石嵌顿胆囊管或总胆管常引起胆绞痛, 并发胆囊炎症或胆囊积脓时, 常有高热, 1~2 天下降。总胆管结石常引起梗阻性黄疸。

2. 右上腹部有压痛及叩痛, 胆囊区尤著。可扪及肿大的胆囊伴有肌卫。

3. 白细胞明显增多, 谷-丙转氨酶也可升高, 一般不超过 300 单位, 超声波检查有辅助诊断价值。

(二) 急性化脓性胆管炎

1. 常因总胆管和肝内胆管有梗阻性病症而伴发细菌感染。

2. 右上腹部持续性闷痛, 有寒战, 弛张型高热, 出汗, 明显黄疸, 右上腹可有压痛与肌卫, 肝脏肿大。重症者可发生中毒性休克。

3. 白细胞与中性粒细胞显著增多。

(三) 细菌性肝脓肿

1. 常有败血症或腹腔器官感染的病史, 如胆道感染, 门静脉感染或急性阑尾炎等。

2. 有不规则的脓毒性发热,肝区疼痛,肝脏肿大,压痛,可有黄疸。
3. 超声波检查有一定的诊断价值。肝脏穿刺所得脓液可作细菌涂片及培养。

(四)阿米巴肝脓肿

1. 可有阿米巴痢疾的病史。大多起病缓慢,畏寒,发热,呈间歇或弛张型,出汗较多,肝脏肿大较著,有明显压痛,肝区持续性疼痛。

2. X线检查示右侧横膈抬高,运动受限制,胸膜反应或胸腔积液等。肝脏穿刺所得脓液为棕褐色,可以检得阿米巴滋养体。

此外,右下大叶性肺炎、右侧膈胸膜炎、右侧肾结石伴肾盂肾炎、右侧膈下脓肿、肝癌、急性血吸虫病均可出现右上腹疼痛,伴畏寒、发热,可以结合实验室及X线检查,以明确诊断。一小部分肝炎、传染性单核细胞增多症也会引起发热与肝区不适。

丙、发热伴左上腹疼痛的疾病

(一)急性胰腺炎

1. 急性胰腺炎与胆道疾病有密切关系,半数病例有慢性胆囊炎和胆石症病史。
2. 腹痛为主要症状,多为持续性剧痛有阵发性加剧,腹痛位于上腹或稍偏左侧,伴恶心呕吐。
3. 有中度发热,坏死型可出现高热。
4. 大多有上腹或左上腹压痛,少数炎症较重者可出现轻度肌卫。
5. 白细胞增多,血淀粉酶及尿淀粉酶增高。

(二)脾周围炎、脾脓肿

1. 常为继发性感染所致。有左上腹疼痛,发热,可达39°C以上。
 2. 脾肿大,有压痛。并可有左侧反应性胸膜炎。
 3. 白细胞增多。X线检查左侧膈肌升高或运动受限。脾脓肿可行穿刺术,加以证实。
- 此外,左下大叶性肺炎,左侧膈胸膜炎,左侧肾结石伴肾盂肾炎,左侧膈下脓肿,均可出现左上腹疼痛,伴畏寒、高热,可以结合临床表现,作实验室及X线检查,以明确诊断。

丁、发热伴有左右下腹部疼痛的疾病 有阑尾脓肿,结肠憩室炎伴脓肿形成,急性输卵管炎,盆腔腹膜炎等,可以结合临床表现、体征及各种辅助检查进行诊断。

戊、急性腹膜炎

1. 急性腹膜炎常由于内脏穿孔例如胃肠穿孔、胆囊穿孔、阑尾穿孔或为血源性感染所致。
2. 常有高热,满腹疼痛伴肌卫,后期腹部压痛及肌紧张减退,而在腹部膨胀时,应与脓毒血症所致的肠麻痹相鉴别。
3. 白细胞及中性粒细胞明显增多。由内脏穿孔引起者,早期X线腹部透视可见膈下有游离气体存在。

四、急性发热伴有肋脊角、腰肋部或下腹疼痛的疾病

(一)急性肾盂肾炎

1. 可有畏寒、高热,腰部或左右腹部酸痛,伴尿频尿急尿痛等症状,病侧输尿管部位常有压痛。
2. 尿常规检查有多量白细胞、红细胞及少量蛋白尿。中段尿培养可得致病菌,菌落计数 ≥ 10 万/毫升尿液。

(二) 肾周围炎或肾周围脓肿

1. 常有畏寒、高热, 肾区疼痛及压痛明显。在上腹部或可扪及腹块, 不随呼吸上下移动。

2. X线检查病侧肾脏轮廓及腰大肌显影不清楚。

五、发热伴有神经系统症状的疾病

发热兼有昏迷、惊厥、脑膜刺激症者, 为神经系统病变。

(一) 细菌或病毒感染 由于细菌或病毒感染引致神经系统的疾病列表鉴别如下:

(二) 中暑 多见于体弱或老年人处于高热不通风的环境内或受烈日照射者, 由于散热障碍, 体温可突升至 41°C 以上, 有惊厥、昏迷、紫绀, 而缺少出汗现象, 诊断主要依靠病史。

(三) 脑血管意外 脑血管意外患者突发头痛、昏迷或偏瘫, 经 1~2 天后有中度发热, 后期进入深昏迷, 由于体温调节中枢发生障碍, 或因并发感染, 而有高热。

六、周期性发热

(一) 疟疾

1. 呈周期性、规律性发作, 有寒颤、高热, 大量出汗, 整个发作约 6~10 小时。少数恶性疟者可出现头痛、呕吐、昏迷、谵妄等。

2. 间日疟每隔一天发作一次, 三日疟每隔二天发作一次, 恶性疟每天或隔天发作一次, 当有两重或混合感染时, 则无此种规律性。

3. 白细胞在发热时轻度增高, 热退时减少。长期发作者可有贫血。血片及骨髓片检查可以找到疟原虫。

(二) 回归热

1. 由螺旋体感染所致, 以体虱为主要媒介。

2. 起病急骤, 有寒战高热, 一周后自退, 隔一周左右再发, 可反复多次发作。发作期及缓解期共约 14 天; 随着复发次数增加, 缓解期延长。

3. 发作期有剧烈头痛、肌肉及关节痛、鼻衄、点状出血性皮肤病、肝脾肿大、黄疸、谵妄以及脑膜刺激症状等。

4. 白细胞与中性多核细胞增多, 血片检查可找到螺旋体。

(三) 波状热(布鲁氏菌病)

1. 病原菌为波状热杆菌(布鲁氏菌), 因接触病畜(牛、羊、猪)或摄食被污染的食物, 经皮肤或消化道而感染。

2. 起病缓急不定, 有畏寒发热, 发热持续一至数星期。以后间歇一至数星期, 继后热度又升, 如此波状起伏, 可达数月, 严重者可迁延 1~2 年。

3. 发病时全身不适, 有游走性关节痛、神经痛, 并可有斑疹、斑丘疹以及睾丸炎、附睾炎、肝脾肿大等。

4. 白细胞正常或减少, 淋巴细胞相对增多。骨髓与血培养可获致病菌。血清凝集反应的凝集价在 1:160 以上有助于诊断。

(四) 淋巴瘤 部分淋巴瘤患者可呈不规则或周期性热型, 发热期数天至十余天不等, 无热期亦然, 反复发作可达数月甚至一、二年。

(五) 脂膜炎 20~40 岁肥胖女性, 较为多见。皮下组织有大小不一的结节, 好发于四肢与躯干, 表面略呈红色, 轻压痛, 结节液化坏死穿破后可溢出脂肪物质, 但不化脓。皮损发

