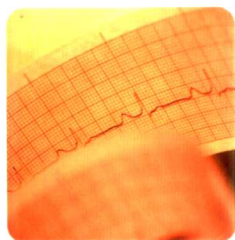


急诊症状 诊断与处理



主编 刘凤奎

急诊症状诊断与处理

主 编 刘凤奎

副主编 (按姓氏笔画排序)

那开宪 张 健 张淑文 李伟生 周保利
贺正一 赵淑颖 谢苗荣 韩小茜

编 者 (按姓氏笔画排序)

王 强 王乐辉 王光弟 王汝龙 王志义
王国兴 王金铭 王曼丽 王燕玲 田 野
刘 颖 刘 宜 刘凤奎 刘福学 闫尚文
朱晓明 那开宪 余 平 吴玉林 宋恩来
张 健 张文奎 张平原 张宝丰 张忠涛
张淑文 李 昂 李伟生 李彦平 李春林
李春英 李景辉 杨立沛 杨成奎 肖国文
陈海平 陈惠清 周保利 段 婷 段云西
祝学光 郭红英 胡咏霞 贺 文 贺正一
赵子平 赵志鹏 赵俊英 赵淑颖 郭 王
高 青 崔 华 谢苗荣 韩小茜 韩芃萱
韩宝昕 靳二虎 熊 宁

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

急诊症状诊断与处理/刘凤奎主编. —北京:
人民卫生出版社, 2006. 3

ISBN 7-117-07402-7

I. 急… II. 刘… III. 急诊 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 000141 号

敬 请 注 意

医药科学知识不是永恒不变的,其信息也随之而有变化。作者和出版社尽可能地将新的和准确的资料收入本书,但由于各种原因难以做到完全无误。因此,我们郑重地建议读者在应用这些资料时,再以其他来源的资料进行确认,特别是对于药物的适应证、禁忌证、用法和用量,需遵循有关法规和标准以及药品包括中的说明书。

急诊症状诊断与处理

主 编: 刘凤奎

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京中科印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 55.25

字 数: 1309 千字

版 次: 2006 年 3 月第 1 版 2006 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07402-7/R·7403

定 价: 99.00 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

病人的症状是他们来急诊看病的主要原因,也给医生提供了线索和思路,医生应根据这些症状及时给予相应的检查和处理。在对症状进行诊断分析的同时,可做进一步的客观检查和严密的临床观察,同时积极有效地对症处理。

不同的症状反映不同的疾病,一个症状也可在诸多疾病中出现,一个疾病又可产生多种不同的症状,因此一个症状可能反映多个系统、器官的疾病,进而涉及临床上多个专业及科室。所以,扩大对症状的临床思考是临床诊断和处理的首要前提。本书就是以症状为主体,对其进行系统全面的临床解析,从而提出诊断性处理方案和治疗性处理方法,沿着在诊断中治疗、在治疗中诊断这条主线,为急诊医师的临床实践工作提供借鉴。

急诊病人多数表现为急、危、重症,急需处理和抢救。其病情变化大、发展快,应诊断、检查和治疗不分昼夜与节假日,争分夺秒地工作,必须在及时作出初步诊断的同时给予恰当的处理,所以要求急诊医生要有敏捷的临床思维、科学的处理问题方法、广泛跨学科的全科医师知识和技能,掌握现代仪器设备的使用和最新药物的应用。

病史的采集是诊断的“钥匙”,既是一种技术又是一门艺术。确切的诊断来源于确凿的证据,来源于材料真实的病史、体检和实验室检查。作出临床诊断时,不可单凭某一项新的检查技术而忽略了最基础的诊断步骤和项目,因此医生详尽询问病史、准确进行体检是诊断疾病的基础。整个诊治过程中必须体现出整体观,不是机械地只见树木不见森林,满足于一孔之见,单凭一家之言。通过病史和体检及一些检查,对疾病的诊断和处理有一个大体的框架,以此为基础,系统思考、分析判断并加以补充修正,达到确立正确诊断、积极进行有效治疗的目的。

临床思维过程是对繁杂多变的症状和收集到的各种材料进行有序分析,综合判断,最后作出接近事实的结论。临床思维的提升来源于医生多参加临床实践,在实践中不断总结自己 and 努力学习吸收他人的经验、教训,并接纳书本杂志等各方面的信息。因此我们组织从事临床工作的专家撰写《急诊症状诊断与处理》,让大家打开临床思路,不拘泥于专业之中,借鉴各家之长,结合个人多年临床工作体会,以症状为主去寻找疾病可能的原因,对疾病进行诊断,在诊断过程中同时进行急诊处理包括检查及治疗,并且在诊断中既考虑常见病,也涉及少见病和特殊情况。编写中若是一个症状涉及多科室,则以一位专家为主,几位专家从不同角度共同完成。从而使我们在临床工作中节省时间、少走弯路,希望能对大家有所帮助和启迪。

确切诊断才能有效治疗。本书较为详细地介绍了以急诊症状为主体的急诊症状处理办法,特别是常见病的处理,并且加入中医中药治疗,体现出祖国医学在治疗疾病中的优势,为临床工作提供了广角度的参考依据。

本书具有实用性、科学性、中西医结合的特点,收入了急诊常见症状、常用检查治疗方法专题。为避免在各症状中重复介绍检查方法和治疗,我们在本书中做了集中介绍。急

诊医生应掌握的操作方法介绍得较为详细,由专科医生、专业人员掌握的操作技术,作为急诊医生只需掌握其适应证、禁忌证。

本书可作为急诊科医生、实习医生、专科医生和全科医生临床工作中的参考。由于书中内容有作者的经验体会,特别是用药可能有某些片面性,故要以教科书为准。

社会不断发展,自然界不断变化,我们永远有学不完的知识,有解决不完、解决不了的问题,诊断和治疗永远落后于临床,书本知识永远落后于现实,这就促使我们去学习、探讨和研究。但愿我们的探索通过本书能对急诊医学的发展作出点滴的贡献。

当翻开这部泛着油墨清香的书稿时,我们希望这正是广大临床医生所企盼和需要的。虽然我们尽力去做,但本书中不足或欠缺之处在所难免,诚请广大读者不吝指正,在此谨预致谢意。

刘凤奎

2006年2月于北京

目 录

上篇 症状处理篇

1. 发热	1
2. 皮肤粘膜出血	32
3. 淋巴结肿大	40
4. 呕吐	47
5. 腹痛	55
6. 黄疸	84
7. 腹泻	108
8. 便秘	123
9. 呕血、黑便、便血	130
10. 进食困难	153
11. 呃逆	162
12. 腹部肿物	165
13. 咳嗽	174
14. 咯血	182
15. 呼吸困难	192
16. 发绀	219
17. 胸痛	228
18. 心悸	239
19. 猝死	269
20. 尿频、尿急、尿痛	286
21. 水肿	291
22. 少尿与无尿	299

23. 血尿	305
24. 昏迷	314
25. 头痛	351
26. 眩晕	360
27. 抽搐	367
28. 晕厥	377
29. 肌无力	383
30. 瘫痪	391
31. 语言障碍	400
32. 阴道出血	406
33. 下肢肿胀	417
34. 皮疹	423
35. 耳聋	447
36. 眼红、眼痛	457
37. 失明	464
38. 睑下垂	473
39. 牙痛	480
40. 牙龈肿痛	485
41. 牙龈出血	489
42. 精神异常	493
43. 中毒	531
44. 淹溺	560
45. 触电	562
46. 多发创伤	565

下篇 诊疗技术篇

1. 胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、心包穿刺术	579
2. 骨髓穿刺术	582
3. 淋巴结穿刺术、骨髓活检术	584

4. 肝穿刺术及肝活检术	586
5. 静脉穿刺术	588
6. 静脉切开术、中心静脉压测定	592
7. 肺动脉导管插入术、心导管术	595
8. 鼻胃插管术	601
9. 后穹窿穿刺术	602
10. 不完全流产刮宫	604
11. 气管插管术	606
12. 纤维窥镜在急诊中的应用	608
13. 止血	617
14. 止痛	619
15. 洗胃法	640
16. 人工心脏起搏器	642
17. 气管镜在急诊中的应用	649
18. 机械通气	654
19. 冠心病的介入治疗	663
20. 食管静脉曲张的内镜治疗	684
21. 血液净化技术在急诊中的应用	687
22. 换血疗法	698
23. CT、MRI 在急诊中的应用	701
24. 核素在急诊中的应用	705
25. 抗菌药在急诊中的应用	714
26. B 超在急诊中的应用	742
27. 理疗在急诊中的应用	746
28. 体外冲击波碎石	768
29. 介入放射学在急诊中的应用	778
30. 亚低温在急诊中的应用	783
31. 高压氧疗法在急诊中的应用	790
32. 急诊抢救多器官功能衰竭	797

33. 水、盐、电解质、酸碱平衡失调的治疗	830
34. 胃肠内、外营养治疗	855
索引	868

上 篇

症状处理篇

1

发 热

概述

发热是各科病人经常出现的一种临床表现。发热是指体温超出正常界限值。正常体温是指,口腔温度(舌下测量) $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。直肠温度比口腔温度约高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。腋窝温度比口腔温度约低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 。不同个体的正常体温略有差异,少数健康成人其口腔温度可低于 36.3°C 或高于 37.2°C 。

依体温上升的程度可分为低热(38°C 以内),中等度热($38\sim 39^{\circ}\text{C}$),高热($39\sim 40.5^{\circ}\text{C}$)和超高热(40.5°C 以上)。

按发热的急缓和热期长短可分为急性发热、慢性长期发热和持续低热。

体温上升达 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ (舌下测温)并除外生理性原因者称为微热。微热持续一个月以上者称为慢性微热。

持续低热的定义尚无明确规定,一般认为,口腔温度 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 持续二周以上者称为持续低热。

发热持续二周以上,体温 38.5°C 以上者称为长期发热。

正常情况下人的体温是恒定的,正常体温的维持是产热和散热两个过程动态平衡的结果。在人体这种平衡是由体温调节装置来加以维持和调节的。使体温维持于 37°C 左右。

1974年,有学者对北京地区1030名正常人体的体温进行了测定。其方法为下午1~6时,非劳动状态,休息10分钟在直肠、口腔和腋窝三处同时测量,测温时间为10分钟。测得这三个部位的温度平均值和标准差,分别是腋窝为 $(36.79\pm 0.357)^{\circ}\text{C}$,口腔为 $(37.19\pm 0.249)^{\circ}\text{C}$,直肠为 $(37.47\pm 0.25)^{\circ}\text{C}$ 。北京地区1030名正常人体温度统计结果:腋窝正常范围 $36.0\sim 37.4^{\circ}\text{C}$,口腔正常范围 $36.7\sim 37.7^{\circ}\text{C}$,直肠正常范围 $36.9\sim 37.9^{\circ}\text{C}$ 。

人体产热器在安静和活动时的产热量是不一样的(如表1)。

从表中可以看出,安静时机体的热量主要是由身体内脏器官供应(72%),劳动或运动时产热的主要器官是肌肉和皮肤(90%)。除肌肉外,肝脏是机体代谢旺盛的器官,肝脏的温度比主动脉高 $0.4\sim 0.8^{\circ}\text{C}$,说明其产热量很大。

表 1 人体在安静和活动时的产热情况

部位	重量/体重(%)	安静产热(%)	运动产热(%)
脑	2	16	1
内脏	34	56	8
肌肉和皮肤	56	18	90
其他	8	10	1

影响产热的因素:

1. 基础代谢产热 如甲状腺功能亢进可使基础代谢率增加,使机体产热增加。
 2. 肌肉活动 剧烈活动产热量增加,癫痫发作、寒战时都可使体温升高。
 3. 内分泌影响 甲状腺素和肾上腺髓质激素均可直接促进细胞代谢,增加产热。交感神经强烈兴奋时,可使代谢率提高 40%~60%。
 4. 机体散热 机体主要散热部位是皮肤,当外界温度低于机体表面温度时,近 90% 体热通过皮肤的辐射、传导、对流方式发散。部分则随呼吸、尿和粪便发散。当外界温度等于或超过皮肤温度时,蒸发便成为唯一的散热方式。
 5. 人体的体温调节 体温的自身调节是通过神经体液的调节作用而实现的。
- 在全身皮肤和某些粘膜上分布着温度感应器,在大脑有体温调节中枢对体温进行整体调节。

病因思考

发热是临床上许多疾病引起的最常见的症状,大致可分感染性疾病和非感染性疾病,感染性疾病又分为全身和局部感染。

一、感染性疾病

根据病原体的不同,感染性疾病可分为:

(一)细菌性感染

1. 败血症;
2. 脑膜炎;
3. 猩红热;
4. 细菌性痢疾;
5. 结核病;
6. 肺炎;
7. 局部性感染;
8. 扁桃体炎;
9. 中耳炎;
10. 乳突炎;
11. 疖肿;

细菌所致的全身感染,几乎都有发热,若感染很轻,或呈慢性,或严重感染而全身情况极度衰弱者也可不发热。

(二)病毒感染

1. 普通感冒;
2. 流行性感冒;
3. 风疹;
4. 流行性腮腺炎;
5. 流行性出血热;
6. 脊髓灰质炎;
7. 病毒性脑炎;
8. 严重急性呼吸综合征(SARS)。

(三)立克次体感染

1. 斑疹伤寒;
2. Q 热;
3. 恙虫热。

(四)真菌感染

1. 放线菌 可引起心内膜炎、脑炎、脑脓肿;
2. 球孢子菌 可引起肺部感染而形成薄壁空洞;
3. 隐球菌 可引起脑膜炎、脑肉芽肿;
4. 淋菌 可引起肺部感染;
5. 白色念珠菌 可引起阴道炎、口腔炎、肺脓肿;
6. 败血症、心内膜炎等。

真菌感染多在全身性疾病基础上发生,长期应用抗生素、皮质激素或肿瘤放疗化疗则更易发病,深部真菌感染常表现为发热。

(五)螺旋体感染

1. 钩端螺旋体病;
2. 回归热;
3. 鼠咬热;
4. 樊尚咽峡炎等。

(六)原虫感染

1. 疟疾;
2. 阿米巴肠炎;
3. 阿米巴肝脓肿等。

(七)蠕虫感染

1. 血吸虫病;
2. 丝虫病;
3. 肺吸虫病;
4. 华支睾吸虫病;
5. 内脏蠕虫转移症等。

二、非感染性疾病

(一)风湿性疾病

1. 系统性红斑狼疮;
2. 皮炎;
3. 结节性多动脉炎;
4. 类风湿性关节炎;
5. 结节病;
6. 淀粉样变。

(二)血液系统疾病

1. 白血病;
2. 淋巴瘤;
3. 恶性组织细胞病;
4. 多发性骨髓瘤;
5. 再生障碍性贫血继发感染等。

(三)恶性肿瘤

肝、胆、胰、肺、消化道、肾上腺、脑、肾、甲状腺等肿瘤均易引起发热,包括原发性肿瘤、继发性肿瘤及类癌综合征均可引发发热。

(四)内分泌疾病

甲状腺功能亢进,嗜铬细胞瘤、肾上腺皮质增生症(某些先天性)。

(五)中枢神经性疾病及功能性发热

脑血管意外,脑血栓后脑软化,蛛网膜下腔出血,脑外伤,脑及脊髓肿瘤,中枢神经变性疾病如多发性硬化症等。

中暑、高热环境下工作,自主神经活动紊乱,夏季热,感染性疾病恢复期等。

发热原因:部分体温中枢在接受病理刺激后,体温调节中枢功能障碍而引起发热,或感染性疾病恢复后体温调节功能尚未恢复正常。我们曾有一例病人中暑治疗后好转,但体温未降至正常,持续 38℃ 左右,经用调节神经药治疗,一个月后逐渐恢复正常。

(六)外科手术吸收热、出血后或组织坏死发热

1. 外科无菌手术后 可见有中等度发热,持续 3~5 天后恢复正常。
2. 肺切除术后热。
3. 消化道出血 引起的发热多为低热和中等度热,持续一周左右可自行消退。
4. 腹腔内出血 也可因血液刺激和吸收而引起低热。
5. 急性心肌梗死 心肌组织坏死引起中等热,个别高热,持续数日到一周。

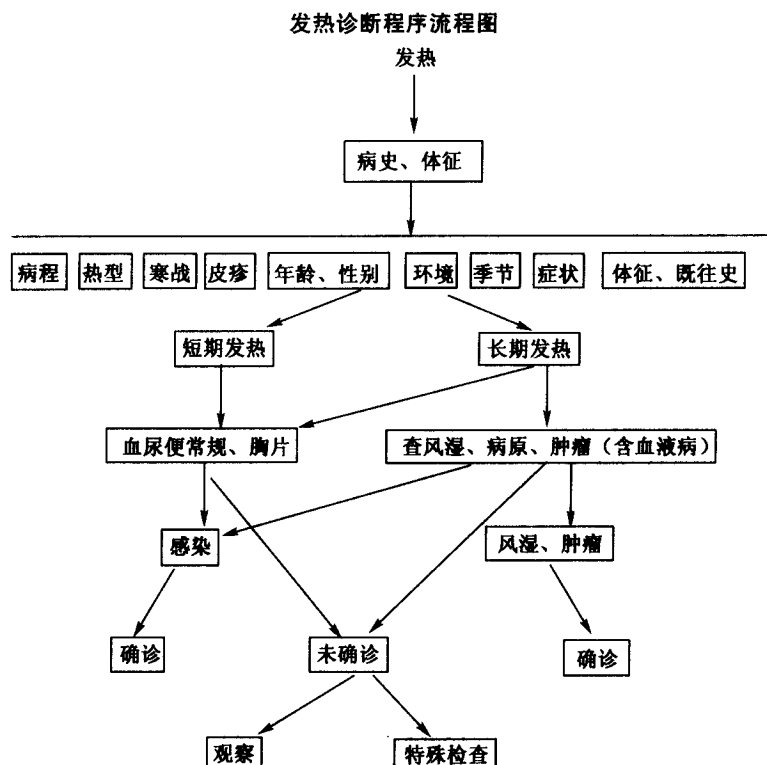
(七)药物和化学因素

1. 异烟肼、磺胺药、青霉素、氨苄西林、链霉素、先锋霉素等。
2. 输液中含有致热原、误输异型血,输白蛋白、注射疫苗等引起发热。

(八)体液失衡

严重脱水、酸中毒时出现发热。

诊断思路



发热是一种常见症状,在人的一生中不知发热过多少次,而医生在一天工作中也常看到不同发热类型的病人。

当接诊发热的病人时,首先要搞清楚体温,发热时间长短,有什么规律特点,伴随症状,体征,做了哪些检查,其结果如何。归纳一下有哪些阳性的异常检查结果,用了哪些药物或做了哪些治疗处理,其治疗效果如何等。

从上述这些材料中考虑病人的发热是属于哪种类型,是感染性疾病还是非感染性疾病。进一步考虑具体点,可能是哪种疾病?为明确其诊断,需做或补做哪些检查、化验,从而把诊断搞清楚,指导病人用药及时治疗。

一、病程

在急诊大多数的发热疾病,主要是急性感染,药物过敏等。发热突然,发热起始时间明确,而且经过1~2日病愈,或诊断已明确显示,如急性上呼吸道感染、急性化脓性扁桃体炎等,如发热在此期间有明确诊断和发现,则以感染可能性大,如超过两周烧不退,经检查(主要针对感染的)未见阳性结果,也经过了抗炎治疗不见好转,则少考虑是感染性疾病,应想到非感染性疾病,考虑慢性发热情况存在,但不能放弃感染性疾病的继续检查和治疗,如继续找感染灶,当缺乏感染证据,不轻易放弃对感染的诊断,除非临床获得了非感染的确凿证据。

发热病程变成长期者,在治疗中明确诊断,但热不退、症状不缓解、甚至加重时,切勿随意动摇,更改或放弃感染的诊断,这时应考虑是否有脓肿形成;细菌不敏感或抗生素药量不足;是否有夹杂感染(二重感染);合并其他疾病,或全身状况差,抵抗力低等原因。

我们曾总结过长程发热的 311 例病人,体温在 38.5°C 以上,热程在两周以上,并且未经明确诊断,以发热待查收入院。311 例中男 144 例,女 187 例,热程在 15~30 天者 139 例,31~60 天者 61 例,61~180 天者 59 例,180 天以上者 52 例;热程最长 14 年 35 天,最短者 15 天。从统计中我们发现感染性发热病程 15~30 天为多,占 66%(116/177),风湿性疾病病程 180 天以上者占 35%(26/75),肿瘤(含血液病)发热病程在 180 天以上者占 34%(11/32)。提示我们长程发热病人的诊断,首先应想到感染。

本组病人以感染性疾病引起的发热最多,占 56.9%,其次是风湿性疾病 24.1%,肿瘤(含血液病)10.3%。

长期发热的病因不易确定,即使住院诊断,本组仍有 25 例(8%)出院时也未确诊。

长程发热,首先想到常见的慢性病灶,如结核病,随着医疗技术的发展,肺内结核通过胸片、CT、核磁、痰的检查等等,可以较容易被发现,但肺外结核,如腹腔淋巴结结核则不容易诊断,需详细询问病史,了解结核中毒症状同时查血沉、PPD 试验来协助诊断。其次想到其他慢性病灶,有慢性中耳炎、乳突炎、鼻窦炎、胆囊炎、泌尿系感染、肾盂肾炎、附件炎等。

二、热型

(一)常见热型

1. 稽留热 患者体温可在数小时或数天内升高至 39°C 以上,然后停留在高热水平数天或数周,且一天内体温波动不超过 1°C ,称之为稽留热。

2. 弛张热 体温高低不一,昼夜之间体温波动范围较大,常超过 1°C 。但最低温度仍在正常水平以上称之为弛张热。

3. 间歇热 体温突然上升后持续几小时又突然下降至正常,以后间隔数小时或 1~2 天又突然升高,持续几小时后又突然下降,如此反复发作者称之为间歇热。

4. 周期热 体温在数小时内上升至高峰,然后呈稽留热型,待数日后体温逐渐下降至正常,间歇一段时间后体温又再度上升者,称之为周期热。

5. 双峰热 高热曲线一日内有两次波动,形成双峰,称之为双峰热。

6. 不规则热 热型完全不规则、时高时低,并不显示上述几种热型者,称之为不规则热。

7. 颠倒热 指上午发热,下午退热者,或白天不发热而夜间发高热者,称之为颠倒热。

(二)疾病和热型的关系

热型在临床诊断治疗上具有一定的参考价值。发热有明显的热型特点,但为什么会呈现热型特点,其本质和机制尚未完全阐明。有人认为,各种热型的发生取决于各器官组织内感受器的特点,致热原首先作用于局部化学感受器,反射性地引起发热。各器官组织的感受器有不同的特点,因此,发热反应的骤缓、高低和持续的时间均不一致。有人也提出,各种热型主要取决于病变的性质。比如炎症性病变发热,存在炎症病变周围情况,致

热原释放情况等。但有些情况会影响热型,如抗生素的广泛应用,一有发热,或只有一些咽痛、咳嗽症状就用上抗生素,或用退热药,或用激素等,见不到典型的热型曲线,影响对疾病诊断。又如,在疾病过程中,出现合并症、夹杂症,或二重感染的情况,也使我们看不出典型热型。

疾病和热型有一定的关系:

1. 稽留热 应想到大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、恙虫病等极期,也见于 A 族链球菌性咽峡炎、蜂窝织炎以及斑疹伤寒等。

2. 弛张热 应想到败血症,脓毒血症,肺脓肿,严重的肺结核等。

3. 周期热 应想到淋巴瘤,布氏杆菌病,回归热,脑膜炎等。

4. 间歇热 应想到疟疾(间日疟、三日疟)、局灶性化脓性感染,结核以及某些革兰阴性杆菌败血症等。

5. 双峰热 应想到粟粒型肺结核,恶性疟、黑热病、大肠杆菌败血症等。

6. 不规则热 应想到流行性感、肺结核、渗出性胸膜炎、不典型疟疾、风湿热、恶性肿瘤或用药的干扰,如退热剂、激素使热型不规则。

7. 马鞍型热 登革热。

我们曾总结长程发热 311 例,从统计中我们可以看出,感染性疾病依次是不规则热、弛张热、间歇热、稽留热。而风湿性疾病则主要表现为不规则热和间歇热;肿瘤性疾病除表现不规则热,也有周期热。

三、寒战

明显发冷可伴有寒战或战栗,寒战伴有肌肉颤抖、皮肤出现粟粒疙瘩。畏寒仅有怕冷,其与发冷是有区别的。许多发热疾病发热前会有畏寒怕冷,畏寒提示可能要发热、有的已经发热应该试体温。

寒战常伴发热,而且常常是寒战即出现发热甚至高热。寒战也常使体温升高,体温升高的程度受下丘脑调节。寒战几乎见于任何感染性疾病,不论是细菌、寄生虫、立克次体还是病毒所引起,寒战总是这些疾病急性期的一个特征。

单纯寒战可见于许多疾病,而复杂寒战则多见于寄生虫的自然生物学周期、感染播散或某些并发症的发展阶段。疟疾是典型寒战的疾病,多数病人均有此症状。所以有明显寒战者应注意是否患有疟疾,结合临床做疟原虫检查。但并非疟疾均有寒战或畏寒,不能因缺乏此症状而否定该病。

一切细菌感染多有畏寒,局限性脓肿侵入血流时常有寒战,败血症、脓毒性感染、感染性胆管炎、大叶肺炎、丹毒、骨髓炎,产后脓毒血症,急性肾盂肾炎等常有寒战,可在用抗生素之前结合临床做血、尿、胆汁或骨髓培养。

非感染性疾病如急性溶血性疾病在发生溶血时多有明显畏寒、寒战。

虽然肿瘤少有发冷和寒战,但个别恶性肿瘤如恶性淋巴瘤、恶性腹膜间质瘤、胰腺癌、肾上腺皮质细胞癌可伴有明显寒战。所以不能因有寒战而否定肿瘤的诊断。

四、皮疹

发热伴皮疹常是一些传染性疾病,而皮疹在疾病的一定时期出现。根据皮疹形态、出

疹时期、分布,指导临床对疾病的诊断。当然也有一些非传染病发热伴皮疹者,如风湿性疾病。

常见发疹性疾病有:麻疹、风疹、水痘、肾综合征出血热、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、伤寒、斑疹伤寒、恙虫病、梅毒、风湿热、药物疹、红斑狼疮等。

五、发热与年龄、性别、生活工作环境、季节、地区的关系

(一)年龄

老龄:各种恶性肿瘤、风湿性多肌痛症、颞动脉炎、原因不明的肝内肉芽肿病、血管免疫母细胞性淋巴结病、原发性硬化性脉管炎、肺栓塞、心肌梗死、心肌梗死后综合征。

年轻女性:系统性红斑狼疮多发。

老龄发热特点:如果是感染,尽管局部有严重感染灶,但全身症状不明显,自觉症状轻微,局部阳性体征欠缺,可以不出现原发病的症状而出现非特异性症状,容易发生并发症,所以使症状、体征错综复杂。

(二)性别

结节性多动脉炎、强直性脊柱炎、痛风性关节炎男性多发。女性多发肾盂肾炎、盆腔结核、类风湿性关节炎、混合性结缔组织病、进行性系统性硬化症、淋菌性原发性腹膜炎、绒癌。

(三)生活工作环境

牧民可患布氏杆菌病,野外及林区工作者可患恙虫病、莱姆病;东北地区因吃蝻蛄煮食不当而引起肺吸虫感染(肺吸虫病)。制革工人可患炭疽病;制糖工人可患急性霉菌肺;种植蘑菇工人可患蘑菇肺病;高温作业、高温环境可能中暑;水田作业可患钩端螺旋体病。江淮下游疫区人群可患血吸虫病,钩端螺旋体病;生饮河水可患肝吸虫病;生食鱼虾可致华支睾吸虫病;非正常性生活可致淋病性关节炎、淋病性腹膜炎、梅毒、艾滋病;接触宠物可致弓形虫病等。

弓形虫病诊断标准:

1. 具有临床症状和/或体征,排除其他可能疾病,且经实验室检查获阳性结果者,才能确诊。

2. 实验室诊断依据

(1)病原学检查:①在送检材料病理切片中查见弓形虫滋养体、包囊、卵囊需用免疫酶或免疫荧光法确认。②分离到弓形虫株者需作鉴定。③PCR 阳性者应同时作血清学检查。

(2)免疫学检查:可采用间接血凝、直接凝集、酶标、免疫荧光、金标等检测方法,检测 IgG、IgM、IgA 抗体或 CAg。①IgG 抗体阳性(间接血凝血清稀释度不低于 1:64,酶标的血清稀释度不低于 1:100),2 周后复查(第一份血清及 2 周后复查的血清应同时检测),效价有四倍以上增长;②IgM(或 IgA)抗体阳性;③CAg 阳性。

(3)下列情况者可确诊或有助诊断:①病原学检查阳性者可确诊;②免疫学 3 项检查中有两项阳性者。

3. 免疫功能低下病人(如艾滋病患者、接受器官移植的病人、某些恶性肿瘤和血液病病人,长期大量应用肾上腺皮质激素或其他免疫抑制剂的病人等)除检测弓形虫抗体外,