



发热疾病的诊断 与病例分析

第2版

林兆谦 编著



人民卫生出版社

发热疾病的诊断与病例分析

(第 2 版)

编 著

林兆谦 (中国医科大学第一临床医院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

发热疾病的诊断与病例分析/林兆谦编著. —2版.
北京:人民卫生出版社, 2005. 4

ISBN 7-117-06632-6

I. 发… II. 林… III. ①发热-诊断②发热-病
案-分析 IV. R441.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 010004 号

发热疾病的诊断与病例分析

(第2版)

编 著: 林兆谦

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](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京人卫印刷厂(尚艺)

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 89.5

字 数: 1952 千字

版 次: 2000年1月第1版 2005年6月第2版第2次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06632-6/R·6633

定 价: 170.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

初版前言

发热是最常见的临床症状之一，内科各系统都有以发热为早期症状或主要症状的疾病，有时为惟一症状，更多的疾病可以伴有发热。儿科发热疾病与内科有一定差异或特点，但不少病种大同小异，既发生于内科也发生于儿科。传染病几乎均有发热，某些病例特别是病初，较难划分内科或传染科。神经科、外科、妇产科、皮肤科某些病种病人，在病初或病程中都可以发热，可为原发病或继发病、并发病，与本科有关病或无关病，多需本科医生或与相关科室医生协调研究处理。各种感染性疾病，多以发热为主要临床表现，占内科病、传染病较大比例。变应性结缔组织病近年更为多见，几乎都有发热，血液系统疾病也常发热。各种肿瘤尤其恶性肿瘤都可发热，尤其肿瘤副瘤综合征表现多样，常发生于肿瘤之前，诊断困难、容易误诊、影响预后。本书专设肿瘤章，选肿瘤、肿瘤相关病 40 余种，临床疑诊肿瘤查找有关节段一读或有帮助。结核病在早年即创立了独立专业，包括肺结核和周身各系统、脏器、组织结核，这些疾病临床表现不同，但多可伴有发热，有些表现为原因不明的发热，与内科发热疾病有时难以区分、鉴别。内科医生缺乏结核病的相关知识或结核病医师内科相关知识不足，均易造成误诊，两专业“脱离关系”时间越长，相关知识越少，工作困难越大。本书编写结核病专章包括结核病及其相关病 50 余种，也是本书重点内容的一部分，可供有关医生参考。以上有关科室、内科各科室遇有发热病例，特别是诊断不清的病例，本书可有参考价值。实际上每人在一生中都有或多有多次发热的经历，不论大小医院在其门诊、急诊、病房经常有发热病人或“发热待查”的病人，而作为医生尤其是内科医生，也绝对推不掉为发热病人诊治疾病的任务。

诊断是治疗的基础，诊断明确、正确，不论病人、家属或医生都可以初步心中有数，并为取得合理的治疗和满意的疗效打下基础。反之，检查不当、诊断拖延、盲目治疗、无效治疗、错误治疗，浪费药物、扩大消费是小，增加病人精神负担、身体痛苦为大，有的造成无法弥补的不良后果或影响。由于诊断失误、治疗错误造成危害的实例印象深刻，屡见不鲜，教训沉痛。

常见典型发热疾病的诊断多无困难，但实际上这种病例的诊断也并非全都准确无误。由于发热疾病病种繁多，如对某些少见或相对少见病种不够熟悉，甚而一无所知，尽管其临床表现典型亦不可能正确诊断，误诊、误治实难避免。加之，不同疾病可有相同或类似的临床表现，同一疾病又有不同病型，表现全然不同，缺少这方面的知识也是误诊的重要原因。在内科诊断过程中，“未明热”一词已被普遍应用与承认，是内科症

初版前言

候学诊断的难点。有些未明热病例，虽经有关专家认真会诊、研讨，有时仍无结论，直到手术探查、尸体解剖才明确诊断惜为时过晚。因此，探索、研讨、掌握发热病的规律、诊断方法、提高诊断水平、缩短拖延诊断时间、减少误诊率、增加确诊率，是医生特别是内科医生责无旁贷的任务。本着以上现实情况、认识、目的、希望，决定编写《发热疾病的诊断与病例分析》一书。

本书分总论、各论两部分。总论主要包括：发热的机制、一般规律、临床分类、热度热程与热型；多发病与少见病及其辩证关系；提示各种发热疾病诊断线索、不典型病例的不典型表现；问诊及体检注意事项；总结归纳各种自身抗体、感染抗体、肿瘤标志、生物化学、酶谱、细胞、病理和手术探查的意义和作用；广为收集发热兼某些症、征组合可见或多见的疾病，有助于缩小诊断范围并减少漏诊；提供发热疾病的诊断程序、步骤的参考意见等。各论强调从实践中来的原则，选出常有或可伴有发热的疾病295种、组。对每种病根据实际，不拘一格的介绍其名称概念、症状表现、临床病型、检查方法、诊断标准，达到对该病初步了解的目的。有些附以该病临床统计病组资料，达到进一步熟悉的目标。临床病例主要是收集国内主要期刊杂志和部分国外近1700例，其中也包括著者医院或个人诊治的179例。着重多发病型、不同病型、特殊病型，酌情取舍。通过实例，扩大诊断视野，增加直观感性知识。由于多数病例诊断相对困难，获得确诊经验宝贵。部分病例诊断拖延、错误，教训深刻。经验教训都很难从一般书本获取。结合每例诊断过程，参考有关文献、学习补充、分析讨论进行总结，以便从每个实例中获得启发与教益。

经过多年不懈的努力并克服许多困难，书稿能与读者见面，值得欣慰。但愿该书从整体上能有助于提高发热疾病的诊断水平。在遇有诊断困惑的病例，希望能对提示诊断线索、明确检查方向、修正错误、澄清诊断等方面起一定作用。尽管在编写中已注意到全面、重点、实用性、科学性、准确性，并作出较大努力，但由于专题太大，涉及面广，独人编写，困难殊多。尤其个人学识、水平、精力有限，力难从心。疏漏、赘述、错误之处实难避免，编写目的亦难全面达标。如能予以指正，有助于总结、提高，当深为感激。

某些疾病特别是少见疾病，文献报道不多，掌握不够，加之发病机制不清，分门别类、划章分节，较难恰当合理。目录中病例标题，为了全面的反映特点，包括主要表现、病程长短、临床病型、拟诊误诊、诊断线索，确诊根据等多方面都有所体现，使有些标题冗长、累赘，亦希谅解。

由于对某些病例深入熟悉、了解不够，分析、讨论可能主观片面，某些分析、批评意见不一定正确。基于从医疗实践中吸取经验教训良好的愿望出发，对错误观点、看法，欢迎批评，希获谅解。

中国医科大学第一临床医院

林兆谦

1998年11月

再版前言

《发热疾病的诊断与病例分析》一书已于2000年1月由北京人民卫生出版社出版发行。经关心、热心的读者建议和出版社积极支持,对全书进行了全面审校、修改、补充、删节,再版得以与读者见面。可以认为再版比初版更完整、充实、正确,整体质量有了明显提高,参阅价值更大。

①补充、参阅1997~2003年国内主要医学期刊杂志有关文献约700篇和部分专业、专论书籍,作为再版修改、补充的基础资料。资料都是临床实践的工作总结,密切结合国内医院医疗实际,全面但不累赘,简略但多符合诊断要求,病种齐全,病型多样,十分珍贵,多有宝贵的经验教训吸取。可以认为这些资料较国外类似杂志、文献并无逊色,值得重点或仔细阅读,获得教益。

②为了扩大鉴别视野、广开诊断思路,在初版的基础上,对临床主要表现为低热、反复型发热、未明热、心肌炎或心肌病、心肌梗死、心包膜炎、渗出性胸膜炎、脑膜炎或脑病、癫痫、偏瘫、截瘫、精神异常或精神病、肝肿大兼肝功能障碍、继发性肾病综合征、镜下血尿或肉眼血尿、肾功能衰竭、尿路刺激症状或尿路感染、败血性感染、溶血性贫血、全血细胞减少、多关节炎或关节痛、高血糖症、低血糖症、肺炎性阴影、胸肺占位性阴影、肝区占位性阴影、其他周身组织脏器占位性阴影等症状、症候、实验室、影像等异常所见和具有传染性、流行性发病疾病特点的疾病,汇总病例重新编组为“附1~附30”不同类别病例、病组,制定标题名称适当地安插在具有这些异常症、征有代表性的病种之后,以便于查找或参阅及鉴别。这些资料的归纳、整理对不同疾病有相似症状、相似表现的熟悉、了解大有益处,对鉴别诊断避免或减少误诊起重要作用。

③再版再增加、补充近500例病例,基本上与初版病例表现不同,属特殊病型、相对少见的病例。例如,麻疹肾小球肾炎、柯萨奇病毒感染腮腺炎型、传染性单核细胞增多症脑膜脑炎型、巨细胞病毒感染腹泻型、猫抓病心包胸膜型、艾滋病肾病综合征型、支原体肺炎脑膜型、组织胞浆菌病腹泻型、结核性腹膜炎门脉高压型、结核性脑膜炎癫痫发作型、梅毒脑膜炎型、阿米巴病脑膜炎型、疟疾病疾型、鞭毛虫脑膜炎型、滴虫病胸膜炎型、旋毛虫病黄疸肝炎型、强直性脊椎炎反复发热型、胃癌肾病综合征型、肝硬化血尿型、甲亢低血糖型、甲亢高血糖型、子宫内膜异位症反复蛛网膜下腔出血型、毒蕈中毒癫痫发作型等等。补充、充实这些病例,对于同一种疾病可有或有多有、多样的不同临床表现的了解,对扩大鉴别思维能力、减少误诊,大有益处。

④再版补充一些疾病病种。例如沙眼衣原体直肠炎、鹦鹉热衣原体肺炎、口蹄疫

病、胆道积气综合征、间质性膀胱炎、嗜酸粒细胞性膀胱炎、胸膜结核球、直肠结核、垂体结核、血吸虫胃病、膀胱并殖吸虫病、脂质沉积性肌病、包涵体肌炎、线粒体肌病、中线恶性肉芽肿、青霉素脑病、周期性精神病、下丘脑癫痫、急性自主神经病、假麦格综合征、血透致淀粉样变关节炎、急性脂垂炎、非典（SARS 病）等等。这些疾病，相对少见（后者为新发现严重病种），某些医生可能不够熟悉，既不了解谈何诊断，多致误诊，建议学习或基本了解。鉴于特殊病种、特殊病型病例有时难以截然划分，不拟统计增加病种具体种数。一般增加病种必然增加编号，变动较大，如对编号审校不细造成错编、错写，给查找阅读造成困难。为此决定不改编病种编号，将新增病种、病例适当的安插在与有相似症状表现的病种、病例之后编为附（1）、附（2）……，作为鉴别诊断予以介绍，其实在初版中已应用了这种办法。再版仅增加了一种带有独立编号的疾病，就是 296. SARS，但未将其插入病毒章却将其勉强的排列于本书最后，如此安排不一定合适，但总可解决插入病毒章的困难，也说明对此新发病种的重视。

⑤再版补充检验、检查等诊断方法 30 余种。例如血清 sTNF-R I、sTNF-R II、TNF- α 变化和风湿病的相关性、双重聚合酶链反应（DPCR）诊断早期军团菌肺炎、双抗体夹心 DR-70 广谱肿瘤标记物对肿瘤的诊断价值、proGRP 对诊断小细胞肺癌的意义、检测指甲粉水溶液肌酐值区分急性或慢性肾功能衰竭、多功能腹膜检查针诊断原因未明的腹水等。

⑥选择有经验、教益或大样本的临床总结报告，有助于对某些疾病更全面、深入的了解，将其补充于有关病的概念、临床表现、诊断、分析、讨论之中。例如肺癌副肿瘤综合征 104 例分析、流行性出血热 1184 例中并发高渗性非酮症糖尿病昏迷 32 例总结、特殊类型白血病 30 例的分型及分析、皮炎 380 例中伴发恶性肿瘤 55 例的综合总结等。关于临床讨论、经验教训多参照原著意见，但有些仅为个人观点或看法，可能片面或错误，希原著者谅解，但多可供临床工作者思索、考虑。

再版仍受个人独自收集资料、汇总整理、编审校对的限制，繁琐、遗漏、差错、失误，仍难完全避免。由于思维方法、编写格式没有原则性变化，跨越性的提高亦不可能。但再版仍然是从实践中来，落实到实践中去的总结，确是集中全国医界广大著者、专家的智慧、经验、劳动成果的大型综述。可以认为是国内、国外少见或未见的专业性参考工具书。不论个人学习或临床疑难病例诊断攻关，抽暇一读，如能集思广益、穿针引线，如有所启发或解决某些病人的一些疑难问题，著者也就应当心满意足了。本书引用了大量国内公开发表文章上的病例，因不同地区内的医院、不同时期内检验项目的名称及单位等不统一，为忠于原著，再版时未作统一更改。

2003 年春 SARS 突然肆虐、发难，迫使全国各地医院普遍建立“发热专业门诊”，经全国医务战线半年的全力奋战，已取得全胜的阶段性的成果。2004 年 5 月我国北京、安徽又发现以实验室为传染源多例 SARS 轻型病例 6 例，经及时切断传染源迅速控制并未造成影响。发热门诊是否需要继续开设维持，应完全根据客观需求。即或 SARS 长期不再犯扰，我们也希望有一批对发热疾病有兴趣、有志向、肯学习、肯钻研的临床工作者，不断的总结经验，为解除发热病人的疾苦，做到诊断少拖延、不拖延、少误诊、

不误诊，在发热疾病诊断领域作出贡献。但很可能事与愿违，恐 SARS 不会就此向人类、我们永远告别，一旦 SARS 反弹、复燃，全国人民特别是医务战线广大精兵，有能力从繁多的发热疾病中筛选、识别、诊断、报告、隔离、处置，尤其强调在省区都市、乡镇边关、机关部队、SARS 研究单位、学校医院都能及早的检出、发现疑诊、确诊 SARS 的首例，为控制传染、杜绝流行，保证国家经济建设和人民生命安全再立新功。

林兆谦

2005 年 3 月 1 日

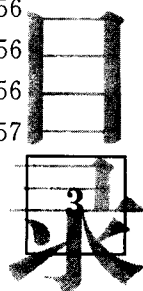
再版前言

总 论

一、发热的概念.....	3
二、发热的病因分类及机制.....	3
1. 感染性发热	3
2. 非感染性发热	4
(1) 肿瘤、恶性肿瘤.....	4
(2) 变态反应.....	4
(3) 组织损伤及非特异性炎症.....	4
(4) 产热、散热失衡.....	4
(5) 中枢神经性发热.....	5
(6) 内分泌性发热.....	5
三、发热疾病的临床分类.....	5
1. 感染性发热	5
2. 非感染性发热	5
四、热度、热程与热型.....	6
1. 热度	6
附 1. 呈低热的具体病例	6
2. 热程	8
(1) 短程热.....	8
1) 病毒感染	8
2) 其他感染	8
3) 其他非感染性疾病	8
(2) 中程热.....	9
1) 一般细菌、真菌感染	9
2) 结核菌感染	9
3) 其他感染	9

4) 结缔组织变应性疾病	10
5) 恶性肿瘤	10
6) 其他	10
(3) 长程热	10
1) 感染性发热	10
2) 肿瘤	10
3) 结缔组织病	11
4) 其他	11
3. 热型	12
(1) 稽留热	12
(2) 弛张热	12
(3) 不规则热	13
(4) 间歇热	13
(5) 双峰热	13
(6) 后发热	13
(7) 反复发热	13
附 2. 呈反复发热热型疾病的具体病例	14
五、可作为考虑诊断或诊断线索的特殊临床表现	15
1. 病毒、立克次体、衣原体等疾病	15
2. 一般细菌及真菌感染	16
3. 结核菌感染	17
4. 各种螺旋体、原虫、蠕虫感染	17
5. 各种结缔组织病	18
6. 各种肿瘤	19
7. 血液系统各种疾病	20
8. 其他系统疾病	20
六、不典型病例的不典型表现	22
1. 病毒与立克次体感染	22
2. 一般细菌、真菌感染	22
3. 结核病	23
4. 原虫、蠕虫感染	23
5. 结缔组织病	24
6. 血液系统疾病	24
7. 肿瘤	24
8. 其他系统疾病	25
七、症、征组合及其病种	25
八、发热疾病与年龄、性别、职业、流行病学等个人情况的相关性	31
九、“未明热”(FUO)	32

附 3. 发热诊断不清属“未明热”的病例	35
十、多发病种与少见疾病及其辩证关系	38
十一、发热的问诊和体检	39
1. 个人病史和传染病、流行病学资料	39
2. 起病急缓与轻重程度	39
3. 上呼吸道卡他症状	40
4. 畏寒、寒战	40
5. 首发症状、主要症状及并发症	40
6. 有关医院检查、介绍的资料	40
7. 既往类似发病情况	41
8. 药物疗效及副作用	41
9. 询问各系统常见的症状	41
10. 扩大问诊领域鉴别性的问诊	41
11. 系统检查、准确认证	41
十二、检查、诊断项目及其意义	42
1. 初步检查	42
2. 进一步检查	42
(1) 病原体检查	42
(2) 感染免疫学检查	44
(3) 自身抗体、抗原、补体检查	45
(4) 肿瘤标志	46
(5) 生化学和酶	48
(6) 细胞学检查	48
(7) 内镜、影像检查	49
3. 确诊检查	49
(1) 活检、尸体取材病理检查	49
(2) 手术探查	51
4. 治疗诊断	51
十三、检查、诊断程序及步骤	53
十四、注意与希望	54
1. 确诊、疑诊与未诊	54
2. 初发病、并发病与最后疾病	54
3. 检验、影像检查的假阳性、假阴性与准确性	55
4. 实验室、影像检查的重要作用	55
5. 疑难病例研讨与集体诊断攻关	56
6. 争取多开展尸体解剖	56
7. 利用电子计算机进行辅助诊断	56
参考文献	57



各 论

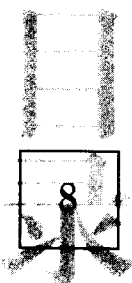
第一章 病毒、立克次体、衣原体、支原体感染疾病	63
一、发疹性病毒感染	63
1. 麻疹	63
(1) 发热后第 9 天始出现皮疹的麻疹	64
(2) 非典型麻疹综合征肝大但无麻疹粘膜斑	64
(3) 老年麻疹临床难以诊断经组织病毒免疫荧光抗体检查确诊	65
(4) 成人出血性大疱性麻疹	65
(5) 麻疹病毒性脑炎血清补体结合试验强阳性并经尸体解剖确诊	66
(6) 麻疹并发脊髓炎表现为截瘫	66
(7) 麻疹并发视神经脊髓炎	66
(8) 以肉眼血尿、肾小球肾炎为首发症状的麻疹	67
(9) 麻疹并发上消化道出血 2 例	67
(10) 成人麻疹并发肝功能损害 19 例、27 例两组病例	67
(11) 麻疹一过性造血功能障碍	68
(12) 出血性麻疹拟诊流行性出血热	68
2. 水痘	68
(1) 成人水痘开始疑诊疥疮或手足口病经病理检查诊断	69
(2) 水痘并发脑炎、周围神经炎	69
(3) 水痘并发暴发性肝功能衰竭	70
(4) 水痘引起急性腮腺炎	70
(5) 水痘感染致脊髓损害	70
3. 单纯疱疹病毒感染 (HSVI)	70
附 4. 突发惊厥、抽搐易拟诊癫痫的病例	72
(1) 发病较缓以精神症状、低热起病反复癫痫发作的 HSVE 脑脊液中分离出 HSV	72
(2) 轻型 HSVE 经病毒、血清检查确诊、10 天康复痊愈	73
(3) 起病急骤、脑膜脑炎型 HSVE、发病 11 天死亡临床结合尸体解剖确诊	73
(4) 发病缓慢、病程迁延、轻重多变、大脑呈多发坏死及出血性病灶的 HSVE	74
(5) HSVE 符合脑干脑炎	75
(6) 单纯疱疹病毒脑膜炎误诊结核性脑膜炎	75
(7) 慢性、隐匿型 HSVE	75
(8) 单纯疱疹病毒性脊髓炎	75
4. 单纯疱疹病毒性肝炎	76
5. 风疹	76

(1) 风疹并发脑炎	77
6. 带状疱疹	77
(1) 老年不同神经节带状疱疹 56 例	78
(2) 三叉神经眼支带状疱疹以右额痛、发热为主要症状	78
(3) “上感”后左耳周痛、面瘫的膝状神经节综合征	79
(4) 右腹上区剧痛的带状疱疹 2 例	79
(5) 带状疱疹误诊为心绞痛	79
(6) 阴部带状疱疹伴有畏寒、发热	80
(7) 带状疱疹脑膜脑炎	80
(8) 带状疱疹并发横贯性脊髓炎	80
(9) 带状疱疹合并肾损害 8 例	81
(10) 骶髓带状疱疹导致尿潴留	81
(11) 带状疱疹累及面神经表现为牙痛误诊为牙髓炎	81
二、肠道病毒感染	82
7. 病毒性肝炎	82
附 5. 肝肿大、肝功能障碍酷似肝炎的病例	85
(1) 甲型病毒性肝炎并发渗出性胸膜炎胸水抗 HAV-IgM 阳性	85
(2) 甲型病毒性肝炎并发多发性肌炎	86
(3) 甲型病毒性肝炎并发脑炎	86
(4) 甲型病毒性肝炎并发横贯性脊髓炎	87
(5) 甲型病毒性肝炎并发格林-巴利综合征脑脊液抗 HAV-IgM 阳性	87
(6) 重型甲型病毒性肝炎并发尿崩症	87
(7) 急性甲型病毒性肝炎合并获得性自身免疫性溶血性贫血	88
(8) 急重甲型病毒性肝炎尸体解剖确诊为恶性组织细胞病	88
(9) 以发热为突出表现的急性乙型病毒性肝炎	89
(10) 乙肝病毒肝炎渗出性胸膜炎拟诊结核性胸膜炎胸水 HBsAg 阳性	89
(11) 以关节炎为唯一症状的乙型病毒性肝炎	90
(12) 以血小板减少性紫癜为首发症状的乙型病毒性肝炎	90
(13) 急性乙型病毒性肝炎并发一过性纯红细胞再生障碍性贫血	90
(14) 乙型病毒性肝炎并发溶血性贫血 10 例	91
(15) 病毒性肝炎并发再生障碍性贫血 16 例	91
(16) 肝炎病毒所致的心脏损害 68 例	92
(17) 慢性乙型病毒性活动肝炎并发溢乳 2 例	92
(18) 急性乙型病毒性肝炎合并小脑共济失调	92
(19) 乙型病毒性肝炎并发周围神经病	93
(20) 急性戊型黄疸型病毒性肝炎并发格林-巴利综合征	93
(21) 急性戊型黄疸型肝炎并发脑膜脑炎	93
(22) 以发热为首发症状伴有点状红斑的戊型急性无黄疸型病毒性肝炎	94

(23) 乙、庚型肝炎病毒重叠感染致重型肝炎·····	94
8. 柯萨奇、埃可病毒感染 ·····	95
(1) 柯萨奇病毒性心肌炎经 COX 抗体检查确诊·····	95
(2) 柯萨奇 A ₂₄ 型病毒所致的瘫痪脑脊液、粪便分离出病毒血清学亦支持诊断·····	96
(3) 柯萨奇 B ₅ 病毒所致的急性少尿性肾功能衰竭 6 例·····	96
(4) 柯萨奇 B ₄ 病毒感染性发热并心肌、皮肤、粘膜、淋巴结、骨髓受累脑压增高·····	97
(5) 柯萨奇 B ₁ 病毒感染伴胃肠、肝、肾、肌肉受累·····	97
(6) 以脑、脑膜刺激症状为主肝、心、肺、肌肉、淋巴结、多系统受累的柯萨奇 B ₁ 病毒感染·····	97
(7) 柯萨奇病毒 B 腮腺炎 42 例·····	98
(8) 重型柯萨奇病毒性肝炎 31 例·····	98
(9) 埃可 ₃ (ECHO ₃) 肠道病毒感染呈流行性发病·····	99
9. 手足口病 ·····	99
附 (1) 水疱中培养出 O 型口蹄疫病毒以手、足、口疱疹为主要表现伴双手皮肤剥脱的口蹄疫病·····	100
三、其他病毒感染 ·····	101
10. 登革热、登革出血热 ·····	101
(1) 登革热并发胸腔积液·····	102
(2) 登革热并发腹腔积液·····	102
11. 流行性腮腺炎 ·····	102
(1) 以发热为主要表现的流行性腮腺炎·····	103
(2) 腮腺炎并发胸膜炎·····	103
(3) 腮腺炎并发脑膜炎、胰腺炎腮腺肿大却不明显·····	103
(4) 脑膜、脑、肾、肝、造血系统多脏器受累的流行性腮腺炎·····	104
(5) 流行性腮腺炎累及脊髓并发双下肢截瘫·····	104
(6) 流行性腮腺炎并发四肢瘫痪·····	105
(7) 流行性腮腺炎并发偏瘫·····	105
(8) 老年流行性腮腺炎·····	105
12. 狂犬病 ·····	105
(1) 狂犬病首先表现为原咬伤处痛拟诊病毒性心肌炎·····	106
(2) 高热、麻痹型无犬咬伤的狂犬病拟诊脊髓灰质炎尸体解剖始获确诊·····	107
(3) 狂犬病拟诊精神分裂症·····	107
(4) 以哮喘、发热为早期主要表现的狂犬病·····	107
(5) 以膀胱刺激症状为早期主要表现的狂犬病·····	108
(6) 原咬伤处周围出现水疱的狂犬病拟诊急性肾盂肾炎·····	108
(7) 以心脏受累、心包炎为首发症状的狂犬病·····	108

(8) 以荨麻疹为早期表现的狂犬病	108
(9) 以发热为早期症状的狂犬病并发纵隔皮下气肿	109
(10) 潜伏期达 51 年的狂犬病	109
(11) 杀食野生獾、獾咬伤致狂犬病 3 例分别表现为休克与心功能衰竭	109
(12) 假性狂犬病或狂犬病自愈	110
(13) 密切接触“健康犬”致狂犬病	110
附 (14) 接种狂犬疫苗后致脑脊髓炎	111
13. 传染性单核细胞增多症 (IMN)	111
(1) 相对典型的 IMN 肝炎型	112
(2) 黄疸肝炎型 IMN	112
(3) 黄疸肝炎型 IMN 并发类白血病反应	112
(4) IMN 兼肺、胸膜浸润尸体解剖确诊	113
(5) IMN 并发急性肾炎及肾功能衰竭	113
(6) IMN 大量血性腹水并肝功能衰竭	114
(7) 脑膜型 IMN 拟诊结核性脑膜炎	114
(8) 反复发热 3 年 3 次住院的慢性活动型 EB 病毒感染	115
(9) 反复发热、皮肤结节、脓疱及肝、脾、淋巴结肿大的慢性 EB 病毒相关性淋巴增殖病	115
(10) 310 例中、小学生发生暴发性 EB 病毒流行性感染	116
14. 流行性出血热 (EHF)	116
附 6. 不论有尿、少尿、无尿合并肾功能障碍、衰竭的疾病病例	117
(1) 以肺损害起病一度好转死于急性呼吸窘迫综合征的 EHF	118
(2) EHF 并发心肌炎	119
(3) EHF 并发急性胰腺炎仅诊断急性胰腺炎	119
(4) EHF 拟诊阑尾炎、腹膜炎	120
(5) EHF 并发腹后部血肿拟诊急腹症手术探查	120
(6) EHF 并发多浆膜腔积液胸水 EHF-IgM 阳性	121
(7) EHF 自发脾破裂	121
(8) EHF 自发性肾破裂	122
(9) 高热后低热月余有明显黑便的 EHF	122
(10) EHF 拟诊急性肝坏死、肝肾综合征、肾功能衰竭	123
(11) 早期血尿住院后突然休克死亡尸体解剖示多脏器出血 (包括腺垂体) 的 EHF	123
(12) EHF 并发纯红细胞再生障碍性贫血	124
(13) EHF 诱发类白血病反应 20 例	124
(14) EHF 并发蛛网膜下腔出血 (SAH) 仅拟诊 SAH	124
(15) EHF 并发截瘫可能与脊髓出血有关	125
(16) EHF 伴发失语、尿潴留、趾端坏死	125

(17) 脑型 EHF	125
(18) EHF 并发低血糖症	126
(19) EHF 合并非酮症高渗性糖尿病昏迷 (NKHDC) 32 例	126
15. 巨细胞病毒感染 (CMVI)	127
(1) 巨细胞病毒肺炎 (CMVP) 并发急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 2 例	128
(2) 以结节性红斑、发热、淋巴结肿大、视网膜炎、脑灰质炎为主要表现的 CMVI	129
(3) CMVI 并发横贯性脊髓炎血清分离出 CMV、血 CMV 抗体效价特高确诊	129
(4) CMVI 膀胱炎尿检出巨细胞包涵体细胞	130
(5) 巨细胞病毒和 EB 病毒混合感染长程发热尿持续分离出 CMV	130
(6) 成人 CMVI 33 例尿中检出巨细胞包涵体细胞 31 例	130
(7) 巨细胞病毒性肝炎 28 例	131
(8) 婴儿以大量腹水为主要表现的巨细胞病毒感染	132
(9) 出生后即开始腹泻的 2 个月婴儿诊断肠道巨细胞病毒感染	132
附 (10) 输血后综合征	133
16. 猫抓病	133
(1) 颈部肿块拟诊淋巴瘤的猫抓病淋巴结活检提示诊断	134
(2) 猫抓病并发脑膜脑炎脑脊液呈血性	134
(3) 反复猫抓伤反复感染淋巴结肿大 6 年之久的猫抓病淋巴结活检及抗原皮试获得确诊	135
(4) 猫抓病并发急性心包炎、胸膜炎	135
(5) 无猫抓、咬伤史以发热为突出表现的弥漫感染性猫抓病淋巴结活检支持诊断	136
17. 腺病毒₋₁₁所致的急性出血性膀胱炎	136
(1) 腺病毒 ₋₁₁ 急性出血性膀胱炎腺病毒 ₋₁₁ 抗体检查支持诊断	137
附 (2) 慢性嗜酸粒细胞性膀胱炎酷似膀胱肿瘤 2 例	137
18. 获得性免疫缺陷综合征 (AIDS)	138
(1) 我国首例 AIDS 以急性呼吸道症状起病伴有发热	139
(2) AIDS 合并弓形虫病伴有视网膜葡萄膜炎	140
(3) 以发热、气促、肺部阴影、鹅口疮为主要表现的 AIDS 尸体解剖证实并发纵隔 Kaposi 肉瘤及肺卡氏囊虫病	140
(4) AIDS 并发真菌性食管炎	141
(5) 长期发热被误诊为肺结核的 AIDS 合并卡氏肺囊虫肺炎	141
(6) 结核性心包炎作为 HIV 携带者首发并发症	142
(7) 长期慢性低热、腹泻、消瘦的 AIDS 3 例	142
(8) AIDS 肺部并发症 15 例	143
(9) 以肾病综合征为主要表现的 AIDS	143



(10) AIDS 并发隐球菌脑膜炎 18 例	144
(11) AIDS 并发消化道出血 2 例	144
(12) 伴有乙肝、淋病、肝功能衰竭的 AIDS 肝尸检确诊	145
(13) AIDS 并发脑干梗死表现为 3 个月原因未明的发热、2 天全身痉 挛性抽搐	145
(14) 儿童、幼儿 AIDS 各 1 例	146
(15) AIDS 以尿崩症为首发症状	146
附 (16) 抗-HIV 抗体假阳性反应	146
四、病毒性脏器、组织病	147
19. 病毒性胸膜炎	147
附 7. 病毒性胸膜炎的病例	147
(1) 诊断正确的病毒性胸膜炎	147
(2) 流行性肌痛症、病毒性胸膜炎曾短时抗结核试验治疗	148
20. 病毒性心包炎	148
(1) 发热、胸前剧痛、上纵隔影增宽拟诊淋巴瘤的病毒性心包炎迅速 自发缓解	149
21. 病毒性心肌炎	149
附 8. 可致心肌炎、心肌病的病例	151
(1) 病毒性心肌炎误诊为胆囊炎	151
(2) 病毒性心肌炎误诊为急性心肌梗死	152
(3) 云南云龙某农家 7 人先后表现为心肌受累符合暴发性病毒性心肌炎	153
22. 病毒性胆道感染	153
(1) 符合呼吸道病毒性胆道感染	154
23. 急性肝脂肪性变脑病综合征 (Reye 综合征)	154
(1) 1 年来反复频发的 Reye 综合征尸体解剖确诊	155
(2) 以头痛、呕吐为主要表现尸体解剖诊断的成人 Reye 综合征	155
(3) 成人 Reye 综合征心脏受累、发病急骤、迅速死亡	156
(4) 服阿司匹林 3 天并发 Reye 综合征拟诊暴发性肝炎, 肝、肌肉活 检确诊	156
24. 眼肌麻痹、共济失调、深反射消失综合征 (Fisher 综合征)	157
(1) 前驱症状不明显神经症、征典型拟诊重症肌无力的 Fisher 综合征	157
(2) 以发热起病三主症、征具备兼面瘫及舌咽神经受累的 Fisher 综合征	158
(3) 复发性 Fisher 综合征	158
五、立克次体感染	158
25. Q 热	158
(1) 以呼吸道症状为主经 Q 热抗体酶标染色、动物接种确诊的 Q 热	159
(2) 复发性 Q 热	159
(3) 肝炎型 Q 热先后拟诊黄疸型肝炎、伤寒和血行性结核病	160