

实例版

常见急症诊疗思维

CHANGJIAN JIZHENG
ZHENLIAO SIWEI



本书由国内临床第一线的高年资急危重症专业医师编写。
注重于临床急危重症救治的诊疗规律的提炼，并结合最新的诊疗进展，进行病例分析和综合评述。

内容涉及急危重症的救治的思维特点，从最急迫的病史询问、体格检查、辅助检查出发，以达到快速、简要、准确、全面地了解病情，使临床急危重症专业医师迅速判断患者病情的轻重缓急。

蒋国平 李奇林 倪笑媚 ○ 主编

是否需要急救，是否进行生命支持治疗。
对疾病的诊断、鉴别诊断、救治措施作了相关介绍。
体现了临床实际工作中急危重症诊断救治从症（征）到病或边诊断边救治的诊疗规律。
有别于其他书籍的从病到病著述的模式，从而更有助于读者对急危重症的快速诊断和救治形成整体的思路，提高急危重症专业医师的救治水平。



化学工业出版社

实例版

常见急症诊疗思维

CHANGJIAN JIZHENG
ZHENLIAO SIWEI

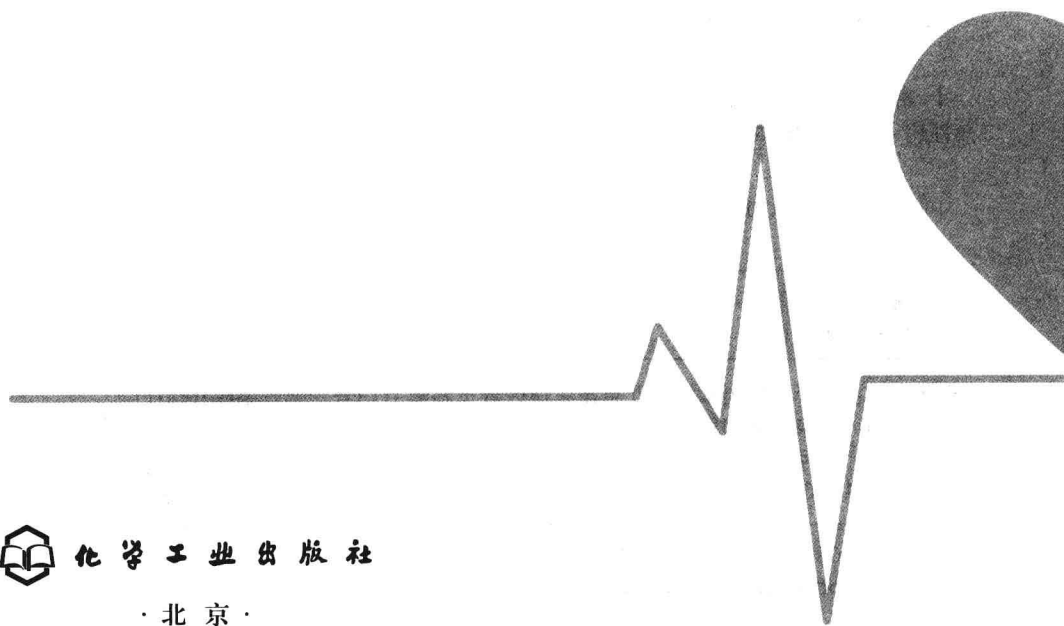


蒋国平 李奇林 倪笑媚 ○ 主编



化学工业出版社

· 北 京 ·



本书由国内临床第一线的高年资急危重症专业医师编写，注重于临床急危重症救治的诊疗规律的提炼，并结合最新的诊疗进展，进行病例分析和综合评述。内容涉及急危重症的救治的思维特点，从最急迫的病史询问、体格检查、辅助检查出发，以达到快速、简要、准确、全面地了解病情，使临床急危重症专业医师迅速判断患者病情的轻重缓急，是否需要急救，是否进行生命支持治疗等，并对疾病的诊断、鉴别诊断、救治措施作了相关介绍，体现了临床实际工作中急危重症诊断救治从症（征）到病或边诊断边救治的诊治规律，有别于其他书籍的从病到病著述的模式，从而更有助于读者对急危重症的快速诊断和救治形成整体的思路，提高急危重症专业医师的救治水平。

本书适用于内外科专业医师（尤其是急危重症从业人员）、社区医师、全科医师、实习医师、进修医师和医学院校学生阅读、参考使用。

图书在版编目（CIP）数据

常见急症诊疗思维 / 蒋国平，李奇林，倪笑媚主编.

北京：化学工业出版社，2012.4

ISBN 978-7-122-13577-3

I. 常… II. ①蒋…②李…③倪… III. 常见病：
急性病—诊疗 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2012）第 027424 号

责任编辑：戴小玲

装帧设计：史利平

责任校对：王素芹

出版发行：化学工业出版社（北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011）

印刷：北京永鑫印刷有限责任公司

装订：三河市万龙印装有限公司

710mm×1000mm 1/16 印张25¹/₂ 字数688千字 2012年6月北京第1版第1次印刷

购书咨询：010-64518888（传真：010-64519686）

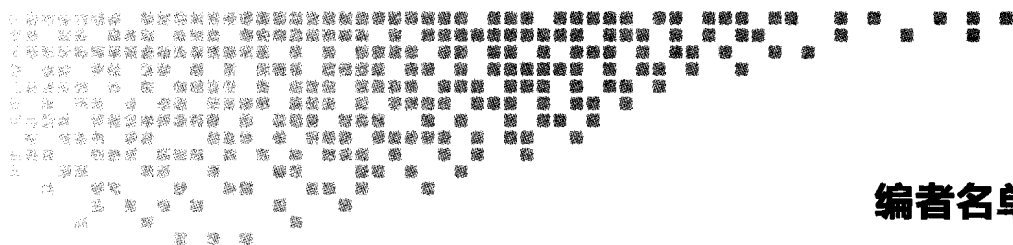
售后服务：010-64518899

网址：<http://www.cip.com.cn>

凡购买本书，如有缺损质量问题，本社销售中心负责调换。

定 价：49.80元

版权所有 违者必究



编者名单

主 编 蒋国平 李奇林 倪笑媚

编 者 蒋国平 浙江大学医学院附属第二医院
李奇林 南方医科大学附属珠江医院
倪笑媚 浙江省永康市人民医院
胡智明 浙江省人民医院
吴伟权 浙江省人民医院
文 怀 浙江大学医学院附属第二医院
李功辉 南方医科大学附属珠江医院
胡建鹏 南方医科大学附属珠江医院
楼天正 浙江省丽水市立医院
冯 杰 浙江省慈溪市人民医院
周亚新 浙江省遂昌县人民医院
蒋世平 浙江省东阳市虎鹿医院
陈苗妙 浙江省丽水市立医院
桂志红 浙江省丽水市立医院

前言

近几十年,医学科学技术的发展给急危重症专业带来了可喜的变化:监护设备不断更新,生命支持设备自动化程度不断提高,急危重症的救治新理念不断涌现。这些硬件设备和科学思想不断现代化给急危重症医务人员提供了更好的施展技术的舞台,也使急危重症的救治成功率大为提高。

随着经济的发展、人民生活水平的迅速提高,对医务人员的救治技术水平也有了更高的要求 and 更多的社会需求。面对急危重症患者,病因、病情严重程度可能完全不同,有些患者甚至已经或者即将面临生命危险,危急状况就是对我们诊治技术水平的挑战和考验。需要临床医师当即判断病情是否危急、有无生命危险、是否需要立即采取生命支持治疗措施等,这些均是急危重症诊断救治的特殊性。所以,对急诊医师的素质要求特别高,不仅需要广泛扎实的医学理论基础知识、基本实践技能,还要掌握急救技能,先进的监护、治疗技术,更重要的是要有体现优秀急诊医师的过硬的心理素质、掌控应急环境的管理能力和良好的急危重症诊疗思维能力。如此才能使急危重症患者得到快速诊断、及时治疗,达到快速解除痛苦、挽救生命的效果。但是,硬件更新容易,医务人员的知识技术水平的更新和现代化的临床思维能力的提高并不容易。为此,我们参考国内外最新进展,结合数十年在临床一线积累的急危重症诊断救治实践经验,总结临床实践中急危重症诊断救治的特殊规律,编成本书,供读者参考。

本书的编写力求从临床实际出发,根据患者的表现展开临床诊治思路,特别是在急危重症的鉴别诊断方面作了较为详细的阐述。本书由国内临床第一线的高年资急危重症专业医师编著,注重于结合最新的诊治进展,提炼急危重症救治的临床诊疗思维。内容涉及急危重症的救治的思维特点,从最急迫的病史询问、体格检查、辅助检查出发,以达到快速、简要、准确、全面地了解病情,使临床医师锤炼出一双“火眼金睛”,能迅速判断急危重症患者的轻重缓急,是否需要急救,是否进行生命支持治疗等,并对疾病的诊断、鉴别诊断、救治措施作了相关介绍,体现了临床实际工作中急危重症诊断救治从症(征)到病或边诊断边救治的诊治规律,有别于其他书籍的从病到病著述特点,从而更有助于读者对急危重症的及时快速诊断、救治形成整体的思路,提高急危重症专业医师的救治水平。本书适用于内外科专业医师(尤其是急危重症从业人员)、社区医师、全科医师、实习医师、进修医师和医学院校学生阅读、参考使用。

限于笔者水平,虽历经二十个月的反复修改,书中难免有不足之处,恳请广大读者和专家批评指正。

编者
2012年2月

目录

第一章 发热

1

[病例分析 1：高热、神志不清 1h]14

[病例分析 2：发热、呼吸困难 2天]20

第二章 急性咳嗽

25

[病例分析：咳嗽、胸闷 1天，神志不清 1h]36

第三章 咯血

44

[病例分析：间断咯血 2h，呼吸困难伴神志不清 2min]55

第四章 胸痛

71

[病例分析：突发胸痛、胸闷 5h]84

第五章 急性呼吸困难

91

[病例分析：呼吸困难 2h] 109

第六章 发绀

115

[病例分析：头昏、头痛、四肢乏力、青紫 1h] 123

第七章 恶心与呕吐

128

[病例分析 1：恶心、呕吐 2h] 142

[病例分析 2：多饮、多食、口干、消瘦 5 年，加重伴恶心呕吐 6 天] 147

第八章 呕血（上消化道出血）

152

[病例分析：上腹痛伴呕血 1 天] 166

第九章 便血（下消化道出血）

170

[病例分析：腹痛 10 天，便血 5 天] 183

第十章 腹痛

186

[病例分析：持续性剑突下上腹痛 12h，伴突然意识丧失] 193

第十一章 腹泻

197

[病例分析：腹泻 3 天，伴发热 2 天] 202

第十二章 严重便秘

207

[病例分析：便秘伴腹胀 7 个月] 209

第十三章 血尿

212

[病例分析：突发血尿 4 天，少尿 1 天] 236

第十四章 排尿困难

240

[病例分析：排尿困难、下腹痛 1 天] 243

第十五章 少尿或无尿

245

[病例分析：腹痛、腹胀1天，少尿12h] 259

第十六章 抽搐

265

[病例分析：意识障碍伴抽搐1h] 273

第十七章 昏迷

279

[病例分析：突发昏迷半小时] 303

第十八章 眩晕

307

[病例分析：发作性眩晕3天，加重1天] 311

第十九章 急性头痛

314

[病例分析：持续性头痛5天，伴抽搐2min] 320

第二十章 急性瘫痪

324

[病例分析：高处摔落致双下肢不能活动5h] 329

第二十一章 急性中毒

334

[病例分析：腹痛、恶心、呕吐、腹泻2天] 354

第二十二章 烧伤

359

[病例分析：煤气泄漏爆炸至全身烧伤3h] 362

第二十三章 多发创伤

366

[病例分析：头部木棍击伤流血十余分钟，输注治疗时出现发热、神志不清、烦躁不安] 382

第二十四章 低血压

389

[病例分析：高处坠落致颈部、四肢活动障碍1天，伴抽搐2h] 397

第一章 发热

【发热的定义及概述】

发热是指病理性体温升高，是人体对于致病因子的一种全身性反应。正常人体温范围：口腔温度（舌下测量） $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，直肠温度（肛门测量） $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ ，腋下温度（腋窝测量） $36.0 \sim 37.01^{\circ}\text{C}$ 。不同个体的正常体温略有差异，正常体温一昼夜间有轻微的波动，晨间稍低，下午稍高，但波动范围不超过 1°C 。当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时，体温升高超出正常范围，称为发热。

短于2周为急性发热。尤其对急性发热病人首先要排除不明原因发热的传染性疾病，如非典型肺炎、禽流感、登革热、流行性脑膜炎等。

【诊疗思路】

一、年龄、性别、职业

体温可随年龄与性别有生理性变异，如小儿的代谢率较高，其体温可较成年人稍高。老年人代谢率较低，其体温低于青壮年；妇女月经期体温可较平日为低，而在排卵期与妊娠期较平时为高。饮食、剧烈运动、突然进入高温环境、情绪激动等，均可使体温稍高。这些体温的改变为暂时性，无临床意义，但在确定发热之前，必须予以识别。

1. 年龄

（1）儿童 6岁以下患儿，感染性疾病的发病率最高，特别是原发性上呼吸道、消化道、泌尿道感染或全身感染；6～14岁，除感染外，急性白血病、结缔组织-血管性疾病和小肠炎性疾病较为常见。儿童发热易发生抽搐与高热惊厥。

（2）青壮年 14岁以上成人，感染性疾病仍占首位，但肿瘤性疾病的发病率明显增高。感染性疾病除呼吸道、消化道、泌尿道的细菌、病毒等感染病因外，结核、伤寒、局灶性脓肿、败血症等也较为多见。肿瘤性病因常见的有恶性组织细胞病、恶性淋巴瘤、急性白血病、原发性肝癌。血管-结缔组织疾病病因常见的有系统性红斑狼疮（SLE）、风湿热、类风湿关节炎、成人斯蒂尔病（Still病）。

（3）老年人 老年人发热，感染性病因常见的有局灶性脓肿、结核、败血症。老年人肿瘤性病因中以实体瘤占首位，其次是恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病。老年人血管-结缔组织疾病中以巨细胞动脉炎占首位。老年人的体温和循环模式发生改变，与正常中青年人不完全一致，由于其基础体温较低，有时发生感染时无明显发热，仅表现为不明原因的活动能力下降，精神和意识状态改变；体温轻度升高即可能有严重感染或疾病，中度发热即可发生意识模糊和谵妄，应予注意。

2. 性别

女性患者中,泌尿系感染、血管-结缔组织疾病、胆道感染及肺外结核常见,发病率明显高于男性;同时尚需考虑妇科疾病。而恶性肿瘤、原发性肝癌、肺结核、阿米巴肝脓肿等在男性的发病率明显高于女性的。

3. 职业

高温或高湿环境作业,易发生中暑或日射病。

二、病史

(一) 起病时间、方式及流行病学资料

1. 起病方式

(1) 急性起病 一般感染性疾病起病较急,其次为肿瘤、血管-结缔组织病。

(2) 慢性起病 非感染性疾病发病相对较慢。

2. 起病时间及流行病学资料

(1) 时间与季节性 低热通常多发生在午后,上午体温大多正常,或是下午较上午高。若上午体温较高,下午较低或正常,见于间脑综合征。有些患者低热有季节性,常出现在夏季,天气转凉后体温正常,若每年如此,多为功能性低热,大多与体质有关。

传染病常有季节性;呼吸道传染病多发生于冬春季。流行性乙型脑炎、疟疾及肠道传染病常见于夏秋季。

(2) 家中及周围有无类似病例 如麻疹病人接触史。

(3) 有无外出史、疫源疫水接触史 如钩端螺旋体病、流行性出血热有疫水接触史或野外作业史。

(4) 有无牧区逗留史 在牧区逗留,有牲畜接触史者,易罹患布氏菌病。本病可表现为长期低热。

(5) 鸟类接触史 鹦鹉热、隐球菌感染。

(6) 旅游史与手术史、输血及血制品史、外伤史 可能与黄热病、输血性感染等有关。

(二) 发热的特点(即热型分析)

1. 按温度高低(腋窝温度)

分为低热型($37.4 \sim 38^{\circ}\text{C}$)、中热型($38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热型($39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热型($> 41^{\circ}\text{C}$)。

2. 按体温曲线形态分型

大多认为热型与病变性质有关。

(1) 稽留热 体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24h内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

(2) 弛张热 体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24h内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症、感染性心内膜炎。

(3) 间歇热 体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续1天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、胆道感染等。

一日内发热呈两次升降者称双峰热,见于革兰阴性杆菌败血症,长期间歇热,又称消耗热。

(4) 波状热 体温逐渐上升达 39°C 或以上, 数天后又逐渐下降至正常水平, 持续数天后又逐渐升高, 如此反复多次。常见于布氏菌病、结缔组织病、肿瘤等。

(5) 回归热 体温急骤上升至 39°C 或以上, 持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(6) 不规则热 发热的体温曲线无一定规律。可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

(三) 发热的程度与病程

1. 急性发热

热程在2周以内多见于感染性疾病(如病毒、细菌感染)或非感染性疾病(如高温中暑、内分泌危象等)。

2. 长期发热

热程超过2~3周可见于感染性疾病、肿瘤性疾病、结缔组织疾病、血管性疾病或不明原因的发热。

3. 长期低热

体温在 $37.5\sim 38.4^{\circ}\text{C}$, 持续4周以上。多见于感染性疾病(如结核、病毒性肝炎)或非感染性疾病(如结缔组织疾病、内分泌疾病、功能性低热)。

(四) 既往史、个人史、家族史等

1. 有无基础疾病

(1) 无基础疾病伴发热 急性起病, 有明显寒战则常见于严重的感染。也可见于非感染性疾病。

(2) 有基础疾病伴发热 如肿瘤化疗后大多机体免疫力降低, 容易并发感染性疾病。

(3) 基础疾病加重或复发 可能为肿瘤热、血液或血液制品输入反应、药物过敏、放疗不良反应等。

2. 诊治经过(药物、剂量、疗效)

对既往疾病的诊治过程进行必要的了解, 特别是对抗生素、解热药、糖皮质激素、强心药、抗结核药等有必要进行合理的药效评估。如抗生素治疗有效, 更加有利于细菌感染的诊断。糖皮质激素治疗有效可能是血管-结缔组织病。抗结核药治疗有效更加支持结核病的诊断。在用药过程中出现发热, 或热程改变多为药物热。

(五) 伴随症状

是否伴有其他症状, 如咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、腹痛、呕吐、腹泻、尿频、尿急、尿痛、皮疹、头痛、昏迷及肌肉和关节痛等。

1. 寒战

可见于感染性疾病或非感染性疾病。感染性疾病常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病等。非感染性疾病常见于药物热、急性溶血、输液反应或输血反应等。

2. 咳嗽、咳痰、咯血、胸痛

伴有呼吸系统症状(如咳嗽、咳痰、咯血、胸痛)应先考虑支气管-肺或胸膜疾病。

3. 腹痛、呕吐、腹泻

伴有消化系统症状者需考虑腹腔内脏疾病。

4. 尿频、尿急、尿痛

伴有泌尿系统症状（如尿频、尿急、尿痛等），应考虑泌尿系统疾病。

5. 肌肉、关节痛

伴有双侧对称性关节红肿热痛症状者，需考虑风湿热等结缔组织病；如系双侧对称性小关节病变为主，主要考虑类风湿关节炎等免疫性疾病；如系单侧关节病变，则多考虑局部关节炎性病变或损伤等。

6. 头痛、呕吐、昏迷

伴有剧烈头痛、呕吐、甚至神志改变的神经系统症状者，应优先考虑中枢神经系统疾病，如脑膜炎、脑炎、蛛网膜下腔出血、脑血管意外、脑动静脉畸形、脑动脉瘤破裂出血、中毒性脑病和中暑等。

7. 皮疹

面部水肿性蝶形红斑、甲周红斑、皮肤环形红斑、皮下结节等，需考虑红斑狼疮和风湿热等风湿性疾病或药物性皮疹等。

8. 发病以来的一般情况

如精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。感染性疾病热程相对较短。热程短呈渐进性消耗衰竭者，则以肿瘤为多见。热程长无中毒症状，发作与缓解交替出现者，则多见于血管-结缔组织病的诊断。

三、体格检查

1. 脉搏、呼吸

脉搏、呼吸是否随体温升高而呈成比例的加快。

一般体温升高 1°C ，心率增加 $12 \sim 15$ 次/分。

若心率增加 >15 次/分，见于甲状腺功能亢进症（甲亢）、风湿热、败血症，心衰合并感染。

若心率增加 <12 次/分，见于伤寒，脑膜炎致颅内压增高、低钾、房室传导阻滞、某些病毒性传染病。

此外，体温升高 1°C ，呼吸快 $3 \sim 4$ 次/分。超过这个范围，多见于肺部疾病、胸膜炎、大量腹水等疾病。

2. 血压

注意有无休克或早期休克表现或隐性休克等。

面色青灰、脉细速、四肢厥冷、血压下降或测不出为典型的休克症状和体征，患者可能为脓毒血症、脓毒性休克或重症肺炎、腹膜炎、重症急性胰腺炎等。

3. 面容、神态

注意有无特殊病容。

① 发热伴酒醉样面容应考虑流行性出血热、钩端螺旋体病、恙虫病等。

② 发热伴口周苍白应注意猩红热的可能。

③ 发热伴面部蝶形红斑可能为系统性红斑狼疮。

4. 皮肤

注意皮肤有无疱疹、皮疹、出血点、黄染等。出现皮疹时，应考虑伤寒、麻疹、药物热等多种疾病。

（1）发疹性传染病 多伴有各自疾病的特征性皮疹，部分疾病与发热后皮疹出现的时间有较

为固定的关系。水痘第1天即可出现水疱疹；猩红热第2天可出现大片连续的鲜红色皮疹；天花第3天（经全面免疫接种预防后现基本消灭此病）出现离心性暗红色皮疹；麻疹第4天最先为口腔黏膜红斑，紧接着先从头面部开始出现红色皮疹，逐渐扩散至颈部、上胸部、腹部、四肢，直至手掌心、足掌心出透，如不出现并发症则体温即可能逐渐下降；斑疹伤寒第5天出现斑丘疹；伤寒呈稽留热，多在第6天出现玫瑰疹。

（2）没有固定关系的皮疹 内科常见病有以下几种。

① 风湿热：典型表现为发热、游走性关节痛、皮疹，特征性皮疹为环形红斑。

② 药物性：多在用药后1周左右发生，其典型表现为发热、关节痛、肌肉痛，皮疹特征是多种形状，对称分布、痒感。药物热发生的规律为感染后应用抗生素，病情好转，再度发热并出现皮疹；若白细胞不高，而嗜酸性细胞增多，则可能性更大。

③ 系统性红斑狼疮：多脏器损害，不伴寒战，皮疹为面部蝶形红斑。

④ 败血症：常为金黄色葡萄球菌败血症。皮疹顶端有小脓疮。脓疮涂片可找到金黄色葡萄球菌。亦可发生麻疹样、荨麻疹样皮疹。

⑤ 变应性亚败血症：多形性皮疹，易复发。复发性皮疹、间歇型发热、关节症状和中性粒细胞增多四大症状。极像败血症，但血培养阴性，无感染灶，抗生素治疗无效，激素治疗有效。

（3）口唇部单纯疱疹 需考虑某些急性传染病如单纯疱疹病毒或带状疱疹病毒感染等。

（4）慢性移行性红斑 莱姆病。

（5）淡紫色眼睑 皮炎炎。

（6）皮下结节 结节性脂膜炎。

（7）皮肤黄染 胆道感染、重症肝炎、急性溶血、急性胰腺炎、多脏器功能障碍综合征或多脏器衰竭等。

（8）皮肤出血点 流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎、血液病等。

（9）伴有出血倾向者 指自发出血或外伤、针刺后不易止血者。常见以下疾病：

① 流行性出血热：高热+三痛（头痛、腰痛、全身痛）+三红（面、颈、胸）。呈醉汉貌，软腭、腋下见出血点，多伴有尿血、便血、咯血及少尿、无尿、肾功能障碍等。由流行性出血热病毒引起。

② 钩端螺旋体病：表现为高热、寒战、肌肉痛、球结膜充血、淋巴结肿大、咯血、鼻出血、尿血、皮肤出血等。按主要临床表现不同分为肺型、黄疸型等，多有野外或村旁居住史等。

③ 急性白血病：表现为发热、出血、贫血、淋巴结肿大、脾肿大。

④ 急性血小板减少性紫癜：发热、紫癜、鼻出血、牙龈出血、尿血。

5. 眼结膜

有无充血、出血等。结膜充血见于麻疹、咽结膜炎。

6. 淋巴结

注意有无淋巴结肿大及其质地、硬度、移动性、有无周围组织粘连等。淋巴很快增大，肿大较显著：见于炎症、出血、肿瘤、自身免疫反应等。淋巴结肿大未经特殊治疗而自行缩小或消退者：多为炎症所致，大多可除外恶性疾患所致。

（1）全身性淋巴结肿大 多见于传染性单核细胞增多症、结核病、土拉菌病（兔热病）、弓形虫病、获得性免疫缺陷综合征（HIV）、白血病、恶性淋巴瘤、结缔组织病等。

① 全身淋巴结肿大，有压痛：见于传染性单核细胞增多症。

② 全身淋巴结肿大，无压痛：见于急性淋巴细胞白血病、恶性淋巴瘤等。

③ 全身淋巴结肿大，无压痛，伴周期性发热：见于霍奇金病。

(2) 局部淋巴结肿大 多见于局灶性感染、恶性淋巴瘤、恶性肿瘤转移等。

由于炎症引起的淋巴结肿大, 发展快, 有压痛; 由于结核引起淋巴结肿大者, 则发展较慢, 粘连多见; 由于淋巴结肿瘤、转移引起的, 发展可快可慢, 多质硬, 无压痛。

① 局部淋巴结肿大, 有压痛: 多由炎症所致。

② 局部淋巴结肿大, 无压痛: 见于转移瘤。

7. 肝脾有无肿大

(1) 肝脾同时肿大

① 病毒感染: 病毒性肝炎、EB病毒感染等。

② 细菌感染: 伤寒、败血症等。

③ 血液病: 白血病、淋巴瘤等。

④ 变态反应性疾病: 药物热、血清病、风湿病等。

(2) 如以脾肿大为主, 淋巴结肿大为辅

① 恶性组织细胞增多症: 发病急、高热、脾肿大, 可有淋巴结肿大、黄疸、贫血、出血倾向, 皮肤红斑, 皮下结节。

② 黑热病: 其典型表现为起病缓慢, 长期不规则发热, 巨脾、贫血、皮肤色素增多。

③ 疟疾: 周期性、规律性发热, 伴寒战、脾肿大, 贫血、淋巴结不大。

④ 伤寒: 逐渐起病、稽留热、表情淡漠、腹胀、便秘、脉缓、脾大、皮疹、肝轻度肿大, 淋巴结不大。

8. 神志

注意有无昏迷、颈部抵抗等神经系统体征

① 先发热后昏迷: 见于中枢神经系统感染或严重感染引起的中毒性脑病等。

② 先昏迷后发热: 见于脑外伤、中暑或日射病、脑血管意外、中毒等。

注意有无颈部抵抗及神经系统的全身和局限性体征, 如深浅反射、病理反射、感觉、运动、肌力、肌张力等变化, 排除脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑血管性疾病等。

9. 心脏

注意有无杂音、心包摩擦音。

① 伴心脏杂音: 尤其是器质性心脏病心脏杂音发生改变时, 可能伴发感染性心内膜炎。

② 伴心包摩擦音: 可能发生心包炎。

10. 肺

注意有无啰音、胸膜摩擦音。

① 肺部闻及干湿啰音: 应考虑肺部感染、急性肺水肿、左心衰等。

② 闻及胸膜摩擦音: 应考虑胸膜炎。

11. 出现腹部体征

出现腹部体征多考虑消化系统疾病, 也应注意全身性疾病的可能; 有肾区叩痛, 应注意有无泌尿系感染。肝脾肿大时, 应考虑血液病、风湿病、肝炎和某些感染性疾病。

12. 肌肉、关节

注意有无疼痛、压痛、功能障碍。

① 伴肌肉疼痛: 多种传染病, 如钩端螺旋体病、病毒感染等。若有腓肠肌疼痛, 提示钩端螺旋体病。

② 伴关节肿痛: 应考虑风湿热、类风湿关节炎、红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮炎炎等。

③ 伴关节肿痛伴功能障碍: 外伤性关节炎、化脓性关节炎、变态反应性疾病、败血症、风

湿热。

13. 妇科检查

排除妇科感染性疾病。

四、辅助检查

1. 血液检查（血常规、C反应蛋白及肝肾功能等生化检查）。

（1）白细胞总数升高

① 白细胞总数及中性粒细胞升高、C反应蛋白升高提示为细菌性感染可能，尤其是化脓性感染。

② 白细胞数极度升高，称为类白血病反应；如伴有早期未成熟白细胞与中性粒细胞核左移、嗜碱性颗粒、空泡样变性、中毒颗粒等，多见于严重化脓性感染，如重症肺炎、脓毒血症。

③ 其他可引起白细胞增多的原因包括某些病毒感染（如乙型脑炎、流行性出血热）及螺旋体病（如钩端螺旋体病、回归热和鼠咬热等）。

④ 原虫病、寄生虫病亦可导致白细胞升高。

⑤ 当血中白细胞异常增多时，须警惕白血病的可能。

（2）白细胞总数减少 见于某些细菌感染（如伤寒、副伤寒、波状热），或病毒及立克次体、原虫感染，如感冒、风疹、病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症、登革热、恙虫病、疟疾等。

必须注意，白细胞减少亦受骨髓造血功能、机体抵抗力和机体反应性等影响。高龄体弱者即使是化脓性感染亦可表现为白细胞总数不增多，特别是在结肠外伤穿孔、结肠自发性破裂等导致腹膜炎感染时亦可表现为白细胞总数明显减少，应予以重视。

此外，某些血液病，如再生障碍性贫血（再障）、粒细胞减少症、非白血病性白血病等白细胞常明显降低。

若同时伴嗜酸粒细胞减少或消失见于伤寒或副伤寒。

（3）中性粒细胞左移 相对左移，常见于伤寒、副伤寒、波状热、流感等；绝对左移常见于化脓性感染、白喉、钩端螺旋体等。

（4）嗜酸粒细胞计数 增多见于变态反应性疾病、寄生虫病（如急性血吸虫病感染），如嗜酸性粒细胞计数减少或消失则强力支持伤寒、副伤寒的诊断。

（5）单核细胞 增多时常见于活动性肺结核、亚急性细菌性心内膜炎及传染性单核细胞增多症；明显增多以及出现原始、幼稚细胞，应注意单核细胞性白血病的可能。

（6）淋巴细胞数 绝对增多见于淋巴细胞增多症、淋巴细胞型白血病及传染性单核细胞增多症；相对增多见于病毒感染、伤寒、波状热、恶性组织细胞病（恶组）、再障、粒细胞缺乏症。出现异常淋巴细胞见于传染性单核细胞增多症、淋巴细胞白血病等。

（7）分类中出现不成熟细胞 见于急性白血病、骨髓增生异常综合征。

（8）出现异常组织细胞 见于恶性组织细胞病。

（9）全血细胞减少 见于急性再障、急性白细胞不增多性白血病。

2. 病原体检查

革兰阳性菌、革兰阴性菌、真菌、微丝蚴、疟原虫、黑热病、原虫、回归热螺旋体、鼠咬热螺旋体、钩端螺旋体等均可直接从痰中、血中、尿中、粪便中、穿刺液中进行直接涂片或染色检查，获得结果快速且直接；必要时，可行病原体培养等检查。

3. 尿液检查

进行尿液常规+培养。注意需送洁尿培养。

4. 粪常规检查

粪常规检查虫卵、原虫，并可进行细菌培养、药敏试验。

5. 穿刺液检查

脓胸、胸水、腹水、脑脊液、局部积液等做常规、涂片、培养；做骨髓涂片+培养；做血培养。

6. 影像学检查

影像学检查包括胸部X线摄片、胸部或腹部CT扫描、胸腹部超声，借以明确胸腹部有无病变及病变性质，如肺炎、肺结核、肺脓肿、胸膜炎、肝脓肿、肝癌、肾癌等，并有助于了解胸腹腔内有无淋巴结肿大。泌尿道感染与肾肿瘤者做静脉肾盂造影，了解有无梗阻或畸形。

急诊行超声检查对于诊断急性气胸、血胸、心包、腹腔积液较有价值；可用于胸腔、心包、腹腔积液的诊断与定位。亦可用于诊断腹腔内占位性病变、肝脓肿、胆道结石、泌尿道结石等。超声心动图用于急性渗出性心包炎、感染性心内膜炎的诊断。

必要时，可行CT、MRI等检查。

7. 活检

肝穿刺、肺穿刺、肾穿刺、淋巴结、皮肤、直肠黏膜、肌肉、纤维支气管镜、胃镜、肠镜等活组织病理学检查。

8. 其他选择做的检查

- (1) 疑有败血症应做血培养，必要时做骨髓培养。
- (2) 疑为结核病应做结核菌素（PPD）试验、痰找抗酸杆菌、结核杆菌培养及24h尿浓缩找抗酸杆菌、血沉、血检抗结核抗体、组织活检找相关结核病理学证据等检查。
- (3) 疑为传染性单核细胞增多症，应做嗜异性凝集试验。
- (4) 疑为感染性心内膜炎应行超声心动图检查。
- (5) 疑为白血病、急性再障、恶性组织细胞病、骨髓增生异常综合征应做骨髓穿刺涂片检查。
- (6) 疑为恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病应做淋巴结穿刺活检及印片检查，必要时加做免疫组化检查。
- (7) 疑为结缔组织病应做免疫学检查。
- (8) 白细胞总数明显增高者应做中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)染色试验。
- (9) 疑有恶性肿瘤者可行肿瘤标志物等检查。
- (10) 必要时各种体液检查，如胸水、腹水、脑脊液检查。
- (11) 血清学检查，如肥达反应、外-斐反应。
- (12) 怀疑免疫性疾病者可行抗核抗体等自身免疫性抗体、自身溶血性抗体、蛋白电泳、免疫球蛋白等检查。

五、诊断

诊断发热病人，应根据病史、年龄、性别、职业、起病时间与方式、既往史、个人史、多系统症状、热型分析与热程改变、体格检查与辅助检查结果进行病因学诊断。

尽管进行了多种检查、化验等，仍有部分发热无法查明原因。据统计高热原因一般感染占40%，肿瘤占30%，结缔组织病占20%，5%～10%原因不明。以下为发热的具体诊断步骤。