

赤脚医生医疗卫生丛书

症状鉴别诊断



山东科学技术出版社

主编：黄淑敏

编写：唐春林 苏心广 刘启宗

庄全福 朱留漪 程志厚

黄淑敏 徐佩芳 吴 琴

责任编辑：梁柏龄

赤脚医生医疗卫生丛书

症 状 鉴 别 诊 断

山东省泰安卫校编

*

山东科学技术出版社出版

山东省新华书店发行

山东新华印刷厂潍坊厂印刷

*

787×1092 毫米 32 开本 6.875 印张 133 千字

1980 年 8 月第 1 版 1980 年 8 月第 1 次印刷

印数：1—9,000

书号 14195·75 定价 0.57 元

前 言

为了进一步落实毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，深入开展爱国卫生运动，积极支持农村办好合作医疗，我们决定编辑出版一套《赤脚医生医疗卫生丛书》，供广大赤脚医生在防治疾病中学习参考，帮助他们进一步提高医疗技术水平，以更好地为广大社员服务。

这套丛书的内容，主要从医学基础知识，农村常见病、多发病和常用医疗技术等方面，暂定了二十七本书目：《人体结构与功能》、《怎样诊断疾病》、《症状鉴别诊断》、《人为什么会生病》、《农村卫生防疫》、《农村劳动安全卫生》、《农村常用治疗技术》、《农村常用药物》、《中草药制剂》、《怎样调配药剂》、《农村常见妇科病的防治》、《农村常见内科病的防治》、《农村常见儿科病的防治》、《农村常见外科病的防治》、《农村常见皮肤病的防治》、《农村常见耳鼻喉咽喉病的防治》、《农村常见眼病的防治》、《常见肿瘤的防治》、《常见寄生虫病的防治》、《精神病的防治》、《农村常用小手术》、《推拿疗法》、《小儿推拿疗法》、《点穴疗法》、《穴位注射疗法》、《针灸疗法》、《熏洗疗法》。以上书目，争取于一九八〇年陆续编辑出版。

这套丛书，是在省和一些地、县党委的领导下，由卫生部门组织专业人员参加编写、审稿的。但是，由于我们编辑工作缺乏这方面的经验，书中可能存有缺点和错误，恳切希

望广大赤脚医生、医务人员和广大读者同志,给予批评指正,以便共同编辑出版好这套丛书,为早日实现四个现代化而贡献力量。

这套丛书,原由山东人民出版社编辑出版,现移交山东科学技术出版社继续编辑出版。

山东科学技术出版社

一九七八年十月

目 录

一、一般症状	1
发热	1
头痛	12
关节痛	18
腰背痛	23
出疹性疾病	29
水肿	35
二、呼吸系统症状	40
咳嗽	40
呼吸困难	46
咯血	51
胸痛	54
三、循环系统症状	59
心悸	59
紫绀	61
四、消化系统症状	68
吞咽困难	68
恶心与呕吐	72
上消化道出血	76
便血	80
腹泻	84
黄疸	91

腹水·····	95
急性腹痛·····	99
肝肿大 ·····	109
脾肿大 ·····	115
腹部包块 ·····	119
五、造血系统症状 ·····	128
贫血 ·····	128
出血性疾病 ·····	137
淋巴结肿大 ·····	146
六、泌尿、生殖系统症状 ·····	150
排尿困难 ·····	150
尿液异常 ·····	152
白带增多 ·····	157
阴道流血 ·····	161
七、神经系统症状 ·····	168
惊厥 ·····	168
昏迷 ·····	176
瘫痪 ·····	183
八、眼、耳、鼻、喉、口腔症状 ·····	191
红眼 ·····	191
视物不清 ·····	195
耳聋 ·····	199
咽疼 ·····	204
鼻出血 ·····	207
牙痛 ·····	211

一、一般症状

发 热

健康人的体温为 37°C 左右（大约在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ），腋下温度较口腔温度（简称体温）低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ ；肛门温度（简称肛温）常较体温高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。正常体温一昼夜间有轻微的波动，早晨时稍低，下午稍高。若体温高于 37.3°C ，肛温高于 37.6°C 或一日内体温变动超出 1°C 时，便可认为发热。

发热是很常见的症状，是人体对于致病因子的一种全身性反应。在正常情况下，人体的产热（体内组织氧化作用而产热）和散热（主要为物理性的体表血管舒张、循环加速，自皮肤放散热量）的两个过程保持着动态平衡，并与神经、体液调节系统密切相关，而这种联系主要受大脑体温调节中枢（位于视丘下部）的支配。若这种动态平衡失调，散热相对减少或产热相对过多时，都可造成发热。

【病因与分类】

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

1. 细菌感染：如败血症、脑膜炎、大叶肺炎、猩红热、

伤寒、细菌性痢疾、结核病等；或局部感染如皮肤疖肿、蜂窝组织炎、乳突炎及中耳炎等均可出现发热。

2. 病毒感染：如普通感冒、流行性感、麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热等。

3. 螺旋体感染：如钩端螺旋体病、回归热、鼠咬热、奋森氏咽峡炎等。

4. 立克次氏体感染：如斑疹伤寒、恙虫病、Q热等。

5. 霉菌感染：白色念珠菌引起阴道炎、口腔炎、肺炎、败血症等；隐球菌引起脑膜炎；曲菌引起肺部感染等。

6. 原虫感染：如疟疾、阿米巴痢疾与肝脓肿、黑热病等。

7. 蠕虫病：如急性血吸虫病、丝虫病、肺吸虫病、华支睾吸虫病等。

（二）非感染性发热：

1. 神经、精神性：如脑溢血、头部外伤、脑震荡、中暑、视丘病变、植物神经失调等。

2. 循环系统疾病：如细菌性心内膜炎、心肌梗塞、肺梗塞、肢体血管栓塞性坏死等。

3. 血液系统疾病：急性白血病、溶血性贫血、淋巴瘤、恶性网状细胞病等。

4. 肿瘤：如癌或肉瘤、各种恶性溃疡等。

5. 结缔组织病：风湿病、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、结节性动脉炎、皮肌炎等。

6. 内分泌及代谢病：如甲状腺炎、甲状腺机能亢进、嗜

铬细胞瘤、饥饿、脱水、酸中毒、糖尿病、尿毒症、妇女排卵期等。

7. 变态反应性疾病：血清病、药物热、枯草热等。

8. 皮肤病：如无汗症、剥脱性皮炎、鱼鳞病等。

9. 其他：肝硬化、周期热、输血或输液反应等。

【鉴别要点】对发热病人必须用体温表测量，因病人自觉发热，不一定是体温升高。对可疑病人应多次测体温或肛温，或测两侧腋下温度加以对照。

发热是一种症状，根据发热伴随的特殊症状和体征等，一般可初步判断病人的哪一器官或哪一系统患病。

（一）发热伴有寒战：多为急性细菌性感染，如败血症、大叶肺炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、急性肝胆感染、丹毒、钩端螺旋体病，如同时伴有大汗，则常见于疟疾；而寒战少者，见于结核病、伤寒、副伤寒、立克次氏体病和病毒感染；一般不见于风湿病。

（二）发热伴有皮疹：多见于急性出疹性传染病，如猩红热、麻疹、风疹、水痘、斑疹伤寒、丹毒等；也可见于血清病、药物热和变应性亚败血症，以及白血病等血液病和风湿病、红斑性狼疮、皮肌炎等结缔组织病。

（三）发热伴有呼吸系症状：如咳嗽、咳痰、胸痛和呼吸困难，是急性肺部炎症的表现，绝大多数由于感染肺炎、肺脓肿、肺结核等。但有时，也可能是变态反应性疾病，如过敏性肺炎等。

（四）发热伴有肝脾肿大：应考虑造血器官疾病，急、慢

性传染病或结缔组织疾病等。

(五) 发热伴有腹痛：如伴有右上腹痛，多见于胆囊炎、胆石症、肝脓肿及胆道感染等；伴有左上腹痛，多见于急性胰腺炎、脾周围炎等；伴有下腹痛，多见于急性阑尾炎、急性盆腔炎等。

(六) 发热伴有腰痛：多见于急性肾盂肾炎、肾周围炎或脓肿等。

(七) 发热伴有神经系统症状：如有意识障碍或惊厥及脑膜刺激征，多见于中枢神经系统病变，如各种脑膜炎、脑炎、脑脓肿或中暑等。

(八) 发热伴有心前区疼痛或休克：多见于急性心包炎、心肌梗塞、心肌炎等。心包炎的体征有心包摩擦音或心包积液体征；心肌炎者，一般发热与心率的比例常不相称（体温上升不高而心率却显著增快或显著减慢），或出现各种心律失常或兼第一心音减弱，或有奔马律，或有心脏明显扩大。

(九) 周期热：多见于疟疾、布氏杆菌病、变应性亚败血症等。

总之，依据热度、热型、热程、起病的缓急、病人性别和年龄、流行病学情况及必要的辅助检查等进行综合分析，对大多数发热疾病都能得出诊断。但也有少数发热疾病因无特殊症状和体征，或其症状和体征不典型而不能明确诊断，临床上常称为发热待查。

【鉴别诊断】

(一) 急性上呼吸道感染：多为病毒引起，少数由细菌感

染引起。起病急、咽痛、鼻塞、畏寒、发热、全身酸痛，可有流涕、打喷嚏、咳嗽、咽及结合膜充血等，部分病人可有恶心、呕吐、腹泻，亦可有单纯疱疹。病人一般情况较好。诊断此病时，须注意排除当时当地的各种急性传染病的早期表现。

(二) 以出疹为主的急性传染病：如麻疹、风疹、水痘及猩红热等。参见一般症状“出疹性疾病”节。

(三) 病毒性肝炎：见消化系统症状“肝肿大”节。

(四) 流行性腮腺炎：潜伏期 2~3 周，多见于儿童，起病较急，发热 1~2 天，即出现腮痛、腮腺肿胀(以耳垂为中心的肿胀区，下颌后凹消失，边界不清，有轻度压痛)，腮腺管口乳头可充血。腮腺肿大常为一侧先开始而后波及对侧。儿童易并发脑膜炎、胰腺炎，青春期易并发睾丸炎或卵巢炎。

(五) 传染性单核细胞增多症：流行时，多见于儿童，散发性者多见于青年人。常有不规则发热、头痛、咽炎、多数淋巴结肿大，以颈部为著，并伴肝脾肿大、出皮疹等。可出现肾脏及神经系统受损害的症状，肺部亦可有炎症表现。白细胞正常或增多或减少，异型淋巴细胞达 10% 以上，血清嗜异性凝集效价达 1:64 以上。

(六) 流行性出血热：成人多见。起病稍急，常以发热起病。临床特点：病人出现头痛、眼眶痛、腰背痛(三痛)，并有醉酒面容、水肿、胸前皮肤充血；以及眼结合膜、软腭、颈部和腋下皮肤有针尖样排列成条状的出血点；亦可有其他部位的出血现象；或有肾损害，出现少尿甚至尿毒症等。检验

血液时可见白细胞总数多数增高，血小板可减少；早期淋巴细胞增多，出现异型淋巴细胞；尿中可有蛋白、红、白细胞及管型。在少尿期可有非蛋白氮、肌酐、血钾增高。

（七）伤寒：潜伏期 7~21 天，起病徐缓，体温逐渐上升，至第二周为稽留高热，第三周后为弛张热，第四周体温逐渐下降，脉搏相对缓慢；病人可有表情淡漠、舌苔厚腻、腹胀、便秘、肝脾肿大；发病后 6~8 天病人胸腹部出现少数淡红色，直径 2~4 毫米的皮疹，压之褪色，称蔷薇疹；检验时，白细胞减少，早期嗜酸性白细胞亦可消失或减少，伤寒凝集反应（肥达氏反应）阳性。血或大便培养可有伤寒杆菌。

（八）流行性斑疹伤寒：潜伏期 8~14 天，多发生于冬春，病人大多在发病前有带虱史，或与带虱者和斑疹伤寒病人有过密切接触。本病起病急骤，常有寒战，热度突然上升，脉搏多与热度平行增加，且神经症状出现较早，如头痛剧烈、呆滞、听力减退、颜面显著充血，并伴有结膜充血呈醉酒面容。于 4~6 天出现皮疹，除面部甚少外可遍及全身，多为出血性。同时伴有食欲不振、便秘、肝脾肿大，可有血尿、咳血或便血。白细胞计数正常或稍增，中性粒细胞增多，血清外斐氏反应阳性。

（九）丹毒：多以全身不适、恶寒或寒战、高热而急骤发病，往往伴有头痛、恶心、呕吐等前驱症状。局部皮肤病变（多见于面部和小腿）的特征是：境界清楚，呈略隆出于皮肤的鲜红色炎性水肿性斑片，可有水疱，内含浆液样液体。血液中白细胞及中性粒细胞增多。从水疱中抽取少量浆液涂片

或培养,可发现溶血性链球菌。本病须与蜂窝组织炎相鉴别,后者炎症病变部位较深在,边缘不隆起,境界不清楚,且有原发感染灶可寻。

(十)痢疾:包括细菌性痢疾及阿米巴痢疾。可参见消化系统症状“腹泻”节。

(十一)胆囊炎与胆石症:参见消化系统症状“急性腹痛”节。

(十二)急性胰腺炎:可有胆囊炎、胆石症病史,发病前常有饱餐或饮酒史。多为中度发热或高热,中上腹或左上腹有持续性剧烈疼痛,且阵发性加剧,疼痛可放射至腰背部。中上腹或左上腹部压痛,可伴有轻度肌卫,全身中毒症状较重,严重病人可有腹膜炎或休克。检验血、尿胰淀粉酶增高。

(十三)各种脑膜炎或脑炎:其中最常见的为流行性脑脊髓膜炎及流行性乙型脑炎。参见神经系统症状“惊厥”节。

(十四)大叶肺炎:参见呼吸系统症状“咳嗽”节。

(十五)钩端螺旋体病:秋收季节发病,有接触和饮用疫水或进食被鼠尿污染的食品史。起病急骤,有寒战、发热、剧烈头痛、肌痛(腓肠肌最明显),颜面与结合膜充血,并有出血倾向和出血性皮疹,淋巴结肿大。临床上可呈流感型、伤寒型、黄疸出血型、脑膜炎型、肺出血型与肾功能衰竭型。检验钩端螺旋体补体结合试验或螺旋体凝集溶解试验可呈阳性,早期病人血培养可获得螺旋体。

(十六)布氏杆菌病:潜伏期1~8周,有接触病畜(羊、牛、猪等)或食用病畜奶、肉史。发病急缓不一,发热的热

度和热型也不相同，典型热型为波浪热（即发热数天后，热度下降至正常，间歇数日后又有发热），反复发作，出汗多，寒战罕见，可伴有全身乏力、肌肉酸痛、关节疼痛、神经痛、淋巴结及肝脾肿大。检验白细胞正常或减少，淋巴细胞相对增加，可有贫血和血沉增快，血清凝集试验阳性，血、骨髓和尿培养可查到布氏杆菌。

（十七）亚急性细菌性心内膜炎：绝大多数在风湿性或先天性心脏病的基础上发病，同时出现持续性不规则高热，少数可呈低热。伴有进行性贫血、肝脾肿大、皮肤及粘膜瘀点、指（趾）端可有轻微隆起的暗红色瘀块且有压痛，可在身体其他部位出现血管栓塞现象，心杂音常有变化。检验血液白细胞及中性粒细胞增多，血培养可获致病菌。

（十八）急性心肌梗塞：常有高血压、动脉硬化及心绞痛发作史。起病急骤，心前区或胸骨后压榨性疼痛，有濒死的恐惧感，面色苍白，可伴有休克，或休克与肺水肿并存。体温升高在 $37.5\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 之间，持续一周左右退热。检验血液时白细胞 $10,000\sim 15,000$ 之间，血沉增快，血中谷-草转氨酶增高。心电图一般可明确诊断，并可示受累部位。

（十九）急性肾盂肾炎：女性多见，可有畏寒、高热、腰部或左右腹部酸痛，伴有尿频、尿急、尿痛等症状。肾区有叩击痛，病侧输尿管常有压痛。检验尿常规有多量脓细胞、白细胞、红细胞，可有少量蛋白，中段尿培养可获致病菌。

（二十）疟疾：夏秋多见，起病急骤，先发冷寒战，继则高热，数小时后热退伴随大汗出，呈周期性发作。间日疟隔

一天发作一次；三日疟隔两天发作一次；恶性疟无明显间歇期。血液检验白细胞正常或减少，单核细胞增多，并多有贫血，血及骨髓涂片可找到疟原虫。

（二十一）风湿病：儿童多见，起病前1~3周常有溶血性链球菌感染史。起病较急，发热常为长期持续性低热或中度发热，常伴有多发性游走性关节炎，可有心肌炎与心包炎的表现，如心动过速、心力衰竭、心包摩擦音、心脏增大，也多有心尖区收缩期杂音，心律失常或传导异常等。少数病人可有环形红斑、结节性红斑或皮下小结。小儿时可有舞蹈症等。少数病人可无关节炎，而以发热为突出表现。检验血液时白细胞与中性白细胞增多，血沉增速，血清抗链球菌溶血素O增高与粘蛋白增高等。抗风湿药物治疗有显效。

（二十二）肺结核：可有肺结核密切接触史，起病缓慢，常有午后低热、盗汗、乏力、食欲不振及慢性咳嗽、咳痰、痰中可带血甚至大口咯血。肺部体征在听诊时异常较少，而多于胸部透视发现。但肺部体征差别很大，从无异常，到有肺实变体征，甚至胸廓下陷。胸部透视查有明显结核病灶阴影，多位于上肺部，病灶消失缓慢，经抗结核治疗消失亦较慢。检验血液时白细胞正常，血沉常增速，对没有接种过卡介苗的婴幼儿做结核菌素试验多为阳性，痰液浓缩镜检、培养可检出结核杆菌。

（二十三）中暑：常于夏秋高热或烈日环境中发病，多见于产妇、老人及体弱者，由于散热障碍，体温可突升至41℃以上，有惊厥、昏迷、紫绀，而缺少出汗现象。检验白细胞

及中性白细胞可增高，脑脊液检验正常。

(二十四) 变应性亚败血症：原因未明，小儿多见。临床以间歇型发热，易变性多形性皮疹，一过性关节肿痛及血象中性白细胞增多为特征。发热（可高达 40℃ 以上）和多形性皮疹（可表现为斑状、多环状、丘疹状、荨麻疹样等）为必发的症状。可伴有淋巴结肿大和脾脏肿大。血象中白细胞总数可达 3~5 万，血沉增快。临床很象败血症，但反复血培养都为阴性，故有“亚败血症”之称。又因有皮疹、关节损害，因此被称为“变应性”或过敏性周期热。本病用抗菌素治疗无效，而激素能使症状缓解。

(二十五) 败血症：是一种严重的全身性感染。出现急性高热，多呈弛张热型，伴有恶寒或寒战、出汗，全身中毒症状较重，有时出现休克。可有原发感染灶，如皮肤疖肿、尿路、胆道及肠道感染。可产生迁徙性病灶，如肝脓肿、化脓性关节炎、肺脓肿等，并多有皮疹及出血点。白细胞及中性白细胞常增高，取血、骨髓和迁徙性病灶的脓液培养可检出致病菌。

(二十六) 系统性红斑狼疮：女性多见，有诊断意义的特征是位于鼻梁和双颊的蝶形红斑。其他皮肤损害有渗出性多形红斑、丘疹、紫斑、荨麻疹等。发作时多有高热，呈弛张热或不规则热，少数呈低热，尚可伴有关节肿痛。并可有心肌炎、心包炎或心内膜炎的征象。不少病人尿中可有蛋白、红细胞、管型，也可呈肾病综合征。常有淋巴结与肝脾肿大。部分病人可有消化道或神经系统损害的征象。血液或骨髓涂

片可见红斑狼疮细胞；抗核因子大多为阳性。

(二十七) 恶性网状细胞病：常起病急骤，出现高热，其热型可为间歇热或不规则热，伴有消瘦、进行性贫血、皮肤与粘膜出血、肝脾肿大或衰竭等。部分病人淋巴结亦肿大。可呈全血减少，有时可见异常网状细胞，骨髓涂片可发现异常网状细胞增生。临床上易误诊为伤寒，但经足够疗程的抗伤寒有效药物治疗无效。

(二十八) 发热待查：是指某些发热病人没有特殊症状和体征，或其症状和体征不典型，未能明确诊断者。在内、儿科临床上，于夏秋季节常有少数急性发热待查的病例，且多见于青少年及婴幼儿。这类病人有急性感染的全身症状，体征无特殊发现，病程常在1~2周左右。其病因应首先考虑是病毒感染，尤其需根据流行病学再结合相应的检查，以发现在流行初期出现的第一例急性传染病，或非流行期出现的散发性急性传染病。在此应提及的是：顿挫型伤寒和流行性乙型脑炎的诊断。

长期发热而原因未明在临床上较为多见，需根据病情的动态变化和相应的检查，如长期发热而具有感染性血象者，可做血或骨髓培养，对伤寒、副伤寒、布氏杆菌病、败血症、亚急性细菌性心内膜炎等疾病的诊断具有重要的意义；对长期应用广谱抗菌素、抗肿瘤药与激素治疗的病人，应注意霉菌感染的可能；如由于体内隐匿性病灶所致的发热，需采用相应的检查而进行诊断，如超声波用于肝脓肿与肝癌，十二指肠引流用于慢性胆道感染，胃肠钡剂检查及内窥镜的检查用