

临床医师基本技能丛书

MEDICINE

毛节明 吕愈敏 主编

内科基本技能



科学出版社
www.sciencep.com

117808

临床医师基本技能丛书

内 科 基 本 技 能

毛节明 吕愈敏 主编

科 学 出 版 社

2002

内 容 简 介

本书为《临床医师基本技能丛书》中的一册,全书共分三篇:内科基本症状及分析(第一篇)、内科基本操作技术(第二篇)、内科特殊处理(第三篇),着重介绍了临床医师在临床工作中所要具备和经常应用的内科基本技能。本书由多年从事内科临床实践的专家及一批工作卓有成效的一线年轻医师所编写,既反映了临床医师所要具备的扎实的基本功,又体现了内科临床的最新进展,不失为一本自我提高的好的参考书。

本书读者范围:临床各级医师、临床专业研究生及各医学院校本科生。

图书在版编目(CIP)数据

内科基本技能/毛节明,吕愈敏主编. —北京:科学出版社,2002.7

(临床医师基本技能丛书)

ISBN 7-03-010351-3

I. 内… II. ①毛…②吕… III. 内科学 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 021476 号

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2002 年 7 月 第 一 版 开本:787×1092 1/16

2002 年 7 月 第一次印刷 印张:19

印数:1-4 000 字数:431 000

定价:38.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

《内科基本技能》编委名单

主 编 毛节明 吕愈敏

副主编 邓正照 贺 蓓

参编人员 (按姓氏笔画为序)

丁世刚	毛节明	王国英
王爱英	王艳荣	王筱宏
邓正照	刘 彦	吕愈敏
朱 红	张 莉	张 萍
张 媛	张爱华	张莉莎
李 渊	李海燕	杨卫红
杨玉花	杨雪松	郑丹侠
段丽萍	贺 蓓	赵 伟
郭长吉	郭慧兰	常 虹
韩 翔	韩庆烽	韩江莉
雷天光		

前 言

规范化培养对刚从医学院校毕业的住院医师来说十分重要。本书根据住院医师规范化培养的要求,综合内科常见的临床表现,从症状着手,并将各系统临床常用的各种基本检查及操作汇总起来,便于医师在日常工作中参考应用。

全书分三部分:第一部分主要对常见临床症状进行分析,从症状出现的机制、可能产生的病因、鉴别所需注意的要点出发,提出在病史询问及体格检查的重点,旨在全面、准确收集患者的基本信息,及时做出正确的诊断。第二部分为按内科各系统疾病目前在临床上常用的基本检查及操作为基础,对其适应证、禁忌证、基本操作步骤、结果分析及临床意义、可能出现的不良反应等做较实用的介绍,旨在使住院医师能合理、准确选择各种检查或操作,并使其在与患者及亲属交代所采取该项临床诊断治疗措施时能更正确、全面。第三部分仅对抗生素的临床应用、水电解质代谢、酸碱平衡、激素的使用及输血等几个特殊问题进行叙述,供住院医师在临床实践中作为参考。

本书从临床实践应用出发,着重实用,对第一、二年住院医师的规范化培训起指导作用,高年资住院医师及主治医师在临床工作中亦可将本书作为参考。

本书由北京大学第三医院内科各专业医师负责撰写,由于编者的水平有限,出版时间较紧,难免有所不足,甚至错误,在内容选择方面亦存有不合适之处,望读者提出宝贵意见,以便再版时订正。我们希望本书能对住院医师规范化培养起一定作用。

编 者

2002年4月

目 录

第一篇 内科基本症状及分析

第一章 发热	(3)
第二章 疼痛	(12)
第一节 头痛	(12)
第二节 胸痛	(18)
第三节 腹痛	(23)
第三章 水肿	(26)
第四章 咳嗽与咳痰	(30)
第五章 咯血	(32)
第六章 呼吸困难	(34)
第七章 发绀	(39)
第八章 心悸	(42)
第九章 恶心和呕吐	(45)
第十章 消化道出血	(49)
第一节 上消化道出血	(49)
第二节 下消化道出血	(52)
第十一章 腹泻	(54)
第十二章 便秘	(59)
第十三章 黄疸	(62)
第十四章 膀胱刺激征	(65)
第十五章 血尿	(68)
第十六章 排尿异常	(71)
第一节 少尿	(71)
第二节 多尿	(72)
第三节 夜尿	(73)
第四节 尿潴留	(73)
第五节 尿失禁	(73)
第十七章 淋巴结肿大	(75)
第十八章 紫癜	(79)

第二篇 内科基本操作技术

第十九章 呼吸系统疾病基本技能及操作	(85)
第一节 胸腔穿刺术	(85)
第二节 气胸箱的应用	(87)
第三节 吸痰及体位引流	(88)

第四节	结核菌素试验	(89)
第五节	常规肺功能测定	(91)
第六节	血气分析	(96)
第七节	纤维支气管镜检查术	(101)
第八节	支气管肺泡灌洗液检查	(105)
第九节	肺活检	(107)
第十节	胸膜活检	(110)
第十一节	机械通气应用技术	(112)
第十二节	胸腔镜	(118)
第二十章	循环系统疾病基本技能及操作	(121)
第一节	动态血压监测	(121)
第二节	动态心电图	(123)
第三节	阿托品试验	(126)
第四节	经食管心房调搏	(126)
第五节	普萘洛尔(心得安)试验	(130)
第六节	平板运动试验	(131)
第七节	心内电生理检查	(136)
第八节	心脏起搏术	(141)
第九节	体外心脏电转复	(145)
第十节	心导管检查术(冠状动脉造影术)	(147)
第十一节	冠状动脉介入治疗	(153)
第十二节	急性心肌梗死溶栓治疗	(157)
第二十一章	消化系统疾病基本技能及操作	(159)
第一节	胃液分析	(159)
第二节	食管胃 24 小时 pH 监测	(161)
第三节	食管压力测定	(163)
第四节	十二指肠引流	(165)
第五节	腹腔穿刺术	(167)
第六节	肝穿刺	(169)
第七节	三腔管的临床应用	(171)
第八节	胃肠减压术	(174)
第九节	纤维内镜检查	(176)
第十节	逆行胰胆管造影	(181)
第十一节	腹腔镜检查	(183)
第十二节	胃肠气钡双重造影	(187)
第十三节	腹部 B 超检查	(192)
第二十二章	肾脏疾病基本技能及操作	(198)
第一节	肾穿刺活体组织检查	(198)
第二节	腹膜透析	(200)

第三节	血液透析	(205)
第四节	持续肾脏替代治疗	(208)
第二十三	内分泌疾病实验室检查	(213)
第一节	腺垂体和神经垂体功能检查	(213)
第二节	甲状腺和甲状旁腺疾病检查	(217)
第三节	肾上腺皮质和髓质功能检查	(222)
第四节	下丘脑-垂体-性腺轴功能检查	(229)
第五节	有关糖尿病的检查	(233)
第二十四章	血液系统疾病基本技能及操作	(239)
第一节	骨髓穿刺	(239)
第二节	骨髓活检术	(241)
第三节	血浆置换疗法	(243)
第四节	骨髓移植	(246)
第三篇	内科特殊处理	
第二十五章	抗生素的临床应用	(255)
第二十六章	水电解质代谢和酸碱平衡	(265)
第一节	水电解质代谢异常	(265)
第二节	酸碱平衡失常	(271)
第二十七章	糖皮质激素的临床应用	(280)
第二十八章	输血	(286)

第一篇 内科基本症状及分析

第一章 发 热

发热的病因复杂,常成为诊断上的难题。因此,凡遇有发热原因未明者,必须认真细致地进行全面检查,并结合动态观察,以便及时做出正确诊断。有时还须鉴别是否为伪装发热。

一、如何问病史

详细询问病史,取得第一手正确资料,往往对发热病因的诊断有重要的启发。传染病和寄生虫病流行病学史的资料对诊断尤为重要。发病地区和季节,对传染病与寄生虫病特别重要。血吸虫病、黑热病、丝虫病等有严格的地区性。斑疹伤寒、回归热、白喉、流行性脑膜炎等流行于冬春季节;伤寒、副伤寒、乙型脑炎、恙虫病等则流行于夏秋;钩端螺旋体病的流行常见于夏收和秋收季节。麻疹、猩红热、伤寒等病愈后常有相当牢固的免疫力,第二次发病的可能性很小。中毒型菌痢、细菌性食物中毒的患者发病前多有不洁饮食史,且常累及群体。疟疾、病毒性肝炎、全身性巨细胞病毒感染、艾滋病等可通过输血而传染。阿米巴肝病多有慢性痢疾病史。此外还应询问职业史,如冶炼工人可罹患铸工热、高温作业者可罹患热射病,五氧酚钠急性中毒所致的发热与多汗易误诊为急性感染。

由于化学合成药物的广泛应用,对原因未明的发热要注意药物热的可能性。药物热一般伴有药疹,有时临床表现类似系统性红斑狼疮。发热患者应用解热药、磺胺类、某些抗生素、安眠药等,发热持续或先前无发热而出现发热者(尤其是伴发皮疹者),须警惕药物热的可能性。无皮疹的药物热甚少见,但最易于忽略。

二、如何分析临床表现

发热的患者常伴有各种各样的临床表现,不同的临床表现,提示不同的疾病。

在化学合成药物疗程中出现原因未明的发热要注意药物热的可能性。药物热一般伴有药疹,有时临床表现很像系统性红斑狼疮(药物性狼疮综合征)。无皮疹的药物热甚少见,但最易于忽略。

目前由于广谱抗生素、抗肿瘤药物、糖皮质激素等的广泛应用,引起二重感染(机会感染)而致发热不退,或退热后又再发热者亦时有见之。如病人同时应用大剂量糖皮质激素治疗,可使发热不明显而致漏诊。

(一) 热型

许多发热疾病具有特殊的热型(体温曲线),这些热型对鉴别诊断很有帮助。

1. 稽留热

体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$, 达数天或数周之久, 24 小时内体温波动不超过 1°C 。可见于大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性传染病的极期。

2. 弛张热

体温在 24 小时内波动达 2℃ 或更多。可见于结核病、败血症、局灶性化脓性感染、支气管性肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、风湿热、恶性组织细胞病等,也可见于伤寒和副伤寒。

3. 双峰热

体温曲线在 24 小时内有两次高热波峰,形成双峰。可见于黑热病、恶性疟、大肠杆菌败血症、铜绿假单胞菌败血症等。

4. 间歇热

体温突然上升达 39℃ 以上,往往伴有恶寒或寒战,历经数小时后又下降至正常,大汗淋漓,经一至数天后再突然升高,如此反复发作,为间歇热,是间日疟和三日疟的特点,也可见于化脓性局灶性感染。

5. 波状热

体温在数天内逐渐上升至高峰,然后逐渐下降至常温或微热状态,不久又再发,呈波浪式起伏。可见于布鲁菌病、恶性淋巴瘤、周期热等。

6. 再发热

再发热又称回归热。热型特点是高热期与无热期各持续若干天,周期性互相交替。可见于回归热、鼠咬热等。

7. 双相热

第一次热程持续数天,然后经一至数天的退热,又突然发生第二次热程,持续数天而完全退热。此型发热可见于某些病毒感染,如脊髓灰质炎、淋巴细胞脉络丛脑膜炎、登革热、麻疹以及病毒性肝炎等。

8. 不规则热

发热持续时间不定,变动无规律,为不规则热。可见于流感、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、恶性疟、风湿热等。

发热是疾病过程中人体的一种反应,发热的高低和持续时间以及体温曲线的形式,很大程度上取决于人体的反应性,且受治疗(如解热药、抗菌药物、糖皮质激素等)的影响。因此,仅在未经治疗的典型病例,方可能有典型的热型。

(二) 寒战

寒战是由于致热原急剧作用于机体所引起,以某些细菌性感染与疟疾最为常见。临床表现为皮肤血管急剧收缩,肌肉抖动与高度的寒冷感。寒战常见于败血症、大叶性肺炎、感染性心内膜炎、流行性脑膜炎、急性胆道感染、丹毒、间日疟与三日疟、回归热、急性肾盂肾炎、钩端螺旋体病等。寒战罕见于结核病、伤寒、副伤寒、立克次体病与病毒感染,一般不见于风湿热。

(三) 面容

伤寒病人常表情淡漠;斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热病人则常呈醉酒样面容;猩红热病人有口唇周围明显苍白;麻疹病人呈现特殊的面容(结膜充血、眼睑浮肿、畏光、眼

分泌物增多等);面容苍白见于急性白血病、恶性组织细胞病、再生障碍性贫血等,结核病人虽无明显贫血而面容也显得苍白;发热伴有面部蝶形红斑是系统性红斑狼疮的特殊病征。口唇疱疹可见于大叶性肺炎、间日疟、流行性脑膜炎,而一般不见于小叶性肺炎、干酪性肺炎、恶性疟与结核性脑膜炎。

(四) 皮疹

皮疹可见于发疹性传染病、变态反应、血液病、结缔组织病等。不同的发疹性传染病有不同的发疹特点,对鉴别诊断很有帮助。

原因一时未明的皮疹,还应考虑血液病皮疹的可能性。不论淋巴细胞型或粒细胞型白血病、网状细胞肉瘤、淋巴肉瘤、霍奇金病等,均可伴有皮肤损害,甚至可为首发的症状。

出血性皮疹见于某些较严重的急性传染病、血液病及其他出血素质。钩端螺旋体病、流行性出血热、败血症、感染性心内膜炎、急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、重症肝炎等,常有皮肤出血点或瘀斑出现,特别是流行性脑膜炎的出血性皮疹,对提示早期诊断甚有帮助。皮肤及软组织的化脓病灶,常提示为发热原因或败血症的来源或并发症。药物性皮炎常发生于药物治疗第5~20天之间,但一般以第6~10天为多。皮肤出现黄疸,往往提示肝胆道疾病、溶血性疾病或中毒性肝损害。

三、体格检查的思路及侧重点

(1) 淋巴结:局限性淋巴结肿痛常提示局部急性炎症病变,例如颌下淋巴结肿痛,常提示口腔与咽部感染。如急性发疹性发热疾病伴耳后、枕骨下淋巴结肿痛,强烈提示风疹。恙虫病的焦痂常位于隐蔽的部位,往往因局限性(腹股沟、腋窝)淋巴结肿痛而导致焦痂的发现。淋巴肉瘤较常累及1~2组颈淋巴结,有明显的硬度,而淋巴结转移癌则显得较硬实。全身性淋巴结肿大是泛发性淋巴组织病变或全身性感染的病征。全身性淋巴结肿大伴周期性发热,是典型霍奇金病的临床特征;如伴有不规则发热,应注意传染性单核细胞增多症、结核病、急性淋巴细胞型白血病、恶性组织细胞病、系统性红斑狼疮、野兔热、弓形虫病、艾滋病等。

(2) 眼、耳、鼻、口咽部:巩膜视诊有助于黄疸的早期发现。败血症、流行性脑膜炎、感染性心内膜炎病人可出现眼结膜瘀点,是有价值的诊断支持点之一。眼底检查可能有助于急性粟粒型结核、结核性脑膜炎、感染性心内膜炎、系统性红斑狼疮、白血病等疾病的诊断。如忽略检出慢性化脓性中耳炎,可漏诊耳源性脑脓肿。病人有鼻咽症状时,如仅考虑急性上呼吸道感染,可未能及早发现麻疹、脊髓灰质炎、急性病毒性肝炎与肺炎支原体肺炎。口、咽部视诊对发热病人是不可忽略的常规检查。

(3) 呼吸系统:咳嗽、咳痰、流涕、咽痛是上呼吸道炎症的主要病征。上呼吸道感染虽可能有高热,但常无呼吸困难,而毛细支气管炎、重症肺炎或伴有大量胸腔积液的渗出性胸膜炎时则常有呼吸困难,甚至鼻翼扇动。

大叶性肺炎发病时体温突然上升至39~40℃,伴恶寒、寒战,以后几天内保持高热状态,昼夜波动很小,最后往往骤然下降至正常。支气管肺炎、肺炎支原体肺炎、肺结核及渗出性胸膜炎,体温上升较为缓慢,维持于不太高的水平,昼夜间波动较大而不规则。当

有化脓性病变时(肺脓肿、肺坏疽、脓胸),通常发热很高,昼夜间波动很大,往往于热退时大汗淋漓。活动性肺结核则常以咳嗽、潮热、盗汗、消瘦等为主要症状。

发热兼有胸部病症时,应做胸部X线检查。

(4) 循环系统:心血管疾病的主要症状是心悸、心前区痛、呼吸困难、发绀与水肿。伴有发热的心血管疾病可见于心内膜炎、心包炎、心肌炎、脏器血管梗死(肺梗死、心肌梗死、脾梗死等)、血栓性静脉炎等疾病。

发热期间出现的器质性心瓣膜杂音,或原来的心脏杂音响度明显增强或音质改变,强烈提示心内膜炎的可能性。特别是出现乐性杂音时,常提示瓣膜穿孔或腱索断裂的出现。

心包炎的病征是心包摩擦音与心包积液征。心包摩擦音可经听诊而确定。心包积液一般可经体格检查、X线透视而查出,超声检查也有诊断意义,必要时经诊断性穿刺而证实。风湿性、非特异性、结核性心包炎发热往往不高,而化脓性心包炎时则往往发热高而波动大,多伴有恶寒或寒战。

心肌炎一般只有中等度发热或微热。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减慢),或出现各型心律不齐而提示诊断。如兼有第一心音减弱、心脏普遍性增大、奔马律,则心肌炎的诊断大致可以确定,但轻症病例须经心电图描记方能发现。

脏器血管梗死以突然发作的局限性疼痛为主诉,以后才有轻度或中等度发热,发热这一症状无助于提示早期诊断。

(5) 消化系统:发热病人常有不同程度的消化系统症状,如恶心、呕吐、食欲不振、便秘或腹泻,但这些症状无特异性。消化障碍症状虽可起自消化系统疾病本身,但也可见于许多全身性疾病,特别是急、慢性传染病与恶性肿瘤。如过分注意局部症状,可能将严重的全身性疾病误诊为急性胃肠炎。发热伴有明显腹痛要考虑胆囊炎、阑尾炎、胰腺炎、坏死性肠炎及急性腹膜炎等疾病。发热伴有肝、脾肿大,应考虑造血器官疾病、急性与慢性传染病、结缔组织病、急性溶血等情况。肝、脾都是胚胎时期的造血器官,故造血器官病变时,两者往往同时发生病变而肿大。肝、脾均有网状内皮系统成分,是机体的免疫器官,许多急性与慢性传染病(包括原虫感染)、结缔组织病等也往往累及肝、脾。肝、脾又是红细胞破坏及其分解产物处理的场所,故急性溶血过程中也常出现肝、脾肿大。临床上较为特别的是风湿热,如不伴有失代偿性风湿性心瓣膜病,肝、脾一般不肿大。

(6) 泌尿生殖系统:对原因未明的发热须做尿常规检查。曾有忽略尿常规检查,将急性肾盂肾炎或急性前列腺炎误诊为疟疾者。急性肾盂肾炎通常有膀胱刺激征、腰痛等症状提示诊断,但尿改变可能先于膀胱刺激征而出现。泌尿系感染、泌尿生殖道器械检查污染所致的继发性感染、分娩或流产后的盆腔感染,如注意病史询问,通常不致漏诊。肾结核通常发热不高,如不累及膀胱,不出现膀胱刺激征,此时提示诊断的根据是肾外结核病史与尿常规发现镜下血尿。肾周围炎或肾周围脓肿常伴有高热、肾区疼痛及肾区叩击痛。向尿路穿破的肾脓肿除有发热、尿路刺激症状等外,还具有明显脓尿。

(7) 肌肉与关节:发热伴有肌肉疼痛见于许多急性传染病,一般无特征性诊断意义。如腓肠肌剧烈疼痛,甚至不能站立与行走,常提示钩端螺旋体病。如急性发热病人兼有肌痛与皮疹,面部浮肿、表情僵硬,则应考虑急性皮炎的可能性。发热、肌肉痛伴血中

嗜酸粒细胞增多,可见于人旋毛线虫病、结节性多动脉炎。局部肌痛兼有发热与白细胞增多,须检查有无深部脓肿,尤其是药物肌肉注射引起的臀肌无菌性脓肿。

多关节肿痛或疼痛是关节炎的病征,病因可为化脓性、感染中毒性与变态反应性等。淋病性与结核性关节炎或痛风的早期,常侵犯单个关节。多关节疼痛也可为某些急性传染病(如急性病毒性肝炎、登革热)、败血症、血清病的伴随症状。

(8) 神经系统发热伴有意识障碍或(及)脑膜刺激征,提示中枢神经系统损害,可由于中枢神经系统疾病和某些全身性疾病或中毒所致。概括其原因,又可分为感染性与非感染性两大类。

感染性发热性中枢神经系统病变,以脑脊液中细胞数增多、球蛋白增多、病原体与有关化验检查阳性结果的发现以及某些生化改变为特征。引起发热的非感染性中枢神经系统病变,如脑出血、脑肿瘤、热射病等则各有其独特的临床表现,可参考有关章节。

发热兼有精神症状,不少起源于急性全身性感染、内分泌代谢障碍、结缔组织病、血液病等全身性疾病与中毒。这些疾病大都有相应的病史,并有典型的临床病象或特殊病征,可与中枢神经系统疾病相鉴别。酗酒者及老年人罹患急性传染病时,常易发生精神症状。

自主神经功能紊乱与间脑综合征,均被认为是一部分慢性微热状态的原因。

四、辅助检查的思路及侧重点

实验室检查及器械检查可补充病史与体检的不足,尤其对一些仅以发热为主要症状而缺乏明确反映脏器损害的症状和体征的病人,往往有重要的诊断与鉴别诊断意义。

(1) 血红细胞沉降率:血红细胞沉降率加速主要是由于血浆纤维蛋白原和球蛋白增多以及白蛋白减少。病理性的血红细胞沉降率加速,最常见于炎症、结缔组织病、恶性肿瘤、中毒、严重的肝脏病以及贫血等。

急性感染开始时,一般尚无血红细胞沉降率加速,大概经过 30 小时后才开始加速,持续时间较长,至恢复期常未恢复正常,利用血红细胞沉降率做辅助诊断时必须加以注意。

急性黄疸型病毒性肝炎血红细胞沉降率多不加快,故可有助于与黄疸型钩端螺旋体病相鉴别。伤寒早期血红细胞沉降率也不加快,有助于与败血症相鉴别。

血红细胞沉降率对慢性微热的鉴别诊断也有意义,其他检查虽然正常而反复多次检查血红细胞沉降率均加快,则不能以功能性疾病来解释,而须考虑某些隐源性疾病,其中以结核病与恶性肿瘤尤应注意。结缔组织病也可能引起微热。血红细胞沉降率也是估计风湿病与结核病活动程度的良好指标。

(2) 血象:血象能反映人体对致病因素,特别是感染的反应状态(主要是造血器官的反应状态)。不同的疾病可引起不同的反应,因而对每例诊断未明的发热病人,均须做细致的血象检查,以便从中获得有助于诊断与鉴别诊断的依据。

1) 白细胞总数:白细胞总数增多一般系指中性粒细胞增多。极度的白细胞增多见于白血病与类白血病反应。在化脓性细菌感染时也有显著的白细胞增多。风湿热也常有白细胞增多。

大多数病毒感染无白细胞增多。这种现象也可见于某些细菌性感染(如伤寒、副伤

寒、布鲁菌病、结核病)和某些原虫感染(如黑热病、疟疾)。

2) 中性粒细胞核左移与中毒性变化:中性粒细胞核左移现象可分为两种。一种是由于骨髓功能受抑制,白细胞总数减少,并有杆状核中性粒细胞增多的左移(变质性左移),可见于伤寒、副伤寒、布鲁菌病、流感等。另一种是白细胞总数增多,并有各阶段未成熟的中性粒细胞增多的左移(再生性左移),可见于各种化脓性细菌感染、白喉、钩端螺旋体病、乙型脑炎等。

中性粒细胞的中毒性变化表现为下列几种改变:①细胞核固缩、变形。②胞质颗粒变粗、染色较深(中毒性颗粒)。③胞质内嗜碱性包涵体的出现[即所谓朵尔(Döhle)小体]。中毒性变化(主要是中毒性颗粒)可见于严重细菌性感染发病2~3天之后,也可见于中毒和恶性肿瘤。

3) 嗜酸粒细胞计数:发热兼有显著的嗜酸粒细胞增多,可见于急性血吸虫病、丝虫病、过敏性肺炎(吕弗琉综合征)、热带性嗜酸粒细胞增多症、人旋毛线虫病、卫氏并殖吸虫病、内脏蠕虫移行症等。发热兼有轻度嗜酸粒细胞增多,可见于猩红热、霍奇金病、结节性多动脉炎、药物热等。

在伤寒时,嗜酸粒细胞消失是一个有力的诊断支持点,它对伤寒与其他急性传染病的鉴别很有帮助,但轻症伤寒血中嗜酸粒细胞仅有减少。

4) 单核细胞计数增多:在感染过程中出现单核细胞增多时,如合并中性粒细胞增多,提示炎症尚在活动;如合并淋巴细胞增多,则提示炎症趋向于消退。轻度或中等度单核细胞增多,可见于活动性结核病、亚急性细菌性心内膜炎、黑热病、疟疾等疾病。在单核细胞型白血病时,有特别显著的单核细胞增多,且出现大量形态不正常的、幼稚的和原始的单核细胞。

5) 淋巴细胞计数:绝对性淋巴细胞增多,见于传染性单核细胞增多症、传染性淋巴细胞增多症、百日咳、淋巴细胞型白血病与淋巴细胞型类白血病反应等。相对性淋巴细胞增多,见于某些病毒性感染(如急性淋巴细胞脉络丛脑膜炎、急性病毒性肝炎)、伤寒、副伤寒、波状热、恶性组织细胞病、粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血等。

6) 病原体检查: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,均可从血液中直接检出而确定诊断。狼疮细胞的检出,对诊断系统性红斑狼疮有决定性意义。

(3) 血(或骨髓)培养:原因未明的发热,而具有感染性血象(或骨髓象)者,是血或(及)骨髓培养的指征。血(或骨髓)培养对伤寒与副伤寒、布鲁菌病、败血症、感染性心内膜炎等疾病的病因学诊断,均有决定性意义。对长期应用广谱抗生素(或抗癌药物)与激素治疗的病例,如有原因未明的发热,要注意真菌感染或某些条件致病菌(如厌氧杆菌)感染的可能性,在此情况下血培养不可忽略。

(4) 其他化验与器械检查:原因未明的急性发热不少由病毒感染引起,病毒分离、血清补体结合试验或抗体中和试验等有助于诊断。各项细菌学与血清学检查,可选择应用于各种细菌性感染的诊断。对流行初期出现的第一例急性传染病,或非流行时期出现的散发性急性传染病,应认真找寻确实的诊断根据,尽快做出诊断。

原因未明的长期发热,尤其兼有进行性贫血者,是骨髓象检查的指征。淋巴结活检是原因未明的长期发热兼有淋巴结肿大的适应证,如初次活检未有明确结果,需要时再

做活检。

由于体内隐匿性病灶所致的发热,可采用相应的检查方法进行诊断,例如十二指肠引流用于慢性胆道感染,钡剂胃肠造影用于胃肠道病灶,结核菌素试验用于隐匿性结核病,B超、CT、MRI用于胸、腹与颅内病灶的诊断等。

五、原因未明发热疾病的诊断性治疗

如病人经各种检查仍未能找到发热的原因,或由于条件所限,无法进行有关项目的检查,必要时可根据临床上高度怀疑的疾病,予以相应的治疗,并观察治疗的效应,以助诊断。用于诊断性治疗的药物有抗菌药物、抗寄生虫药物、抗风湿药物、抗肿瘤药物(化疗药物)等。这些药物有些有相当的副作用,可能引起药物热、皮疹、黄疸、造血器官损害等。诊断性治疗不当,不但不起作用,反可延误病情与手术时机。我们反对无原则地、未经深思熟虑和没有密切观察时,对无明确适应证的发热病例应用糖皮质激素作为诊断性治疗。

如决定进行诊断性治疗,则须选择副作用最小而有特效的药物。投给的药物剂量必须能达到疗效。此外,临床医生应充分了解诊断性治疗过程中可能遇到的情况,例如结核病人接受异烟肼治疗后不久,可由持续的发热变为败血性热型,每天波动很大,如不了解这点,可导致错误的结论,以为病情恶化而过早停止诊断性治疗。

必须指出,诊断性治疗虽对诊断有一定的参考价值,但也有其局限性。就诊断而论,特效治疗的效应,一般否定的意义较肯定的意义为大。例如病人经给予氯喹的正规抗疟疗程仍不能退热,则疟疾的可能性甚小。总之,诊断性治疗须慎用,且不能单纯根据治疗来肯定或排除所考虑的疾病。

六、如何鉴别诊断

临床上急性发热疾病常见,且不少为高热,究其原因绝大多数由于急性感染,其他为过敏或变态反应、结缔组织病、血液病、组织坏死与血液分解产物的吸收、物理与化学因素、恶性肿瘤等。内科临床上一般急性发热疾病见表1-1-1所示:

大多数急性发热病例诊断较易,但也有部分疾病不典型或无特征性表现,或由于技术条件所限,虽经详细检查而仍未能肯定诊断。本节所讨论疾病(见表1-1-1中用黑体字所示)临床上较常引起诊断上的困难。可以归纳为以下两大类:①急性感染性发热疾病:包括病毒、立克次体、细菌、螺旋体及寄生虫感染等,临床上最常见。②急性非感染性发热疾病:包括风湿热、急性系统性红斑狼疮、急性白血病、药物热及热射病等。

1. 急性感染性发热疾病

病人如有下列的全部或部分临床表现,高度提示急性感染的存在(但不是绝对的):

- (1) 突然起病。
- (2) 伴有或不伴有寒战的发热。
- (3) 呼吸道症状,如咽痛、流涕、咳嗽。
- (4) 全身不适感,伴肌痛或关节痛、畏光、眼痛、头痛。
- (5) 恶心、呕吐及(或)腹泻。
- (6) 淋巴结及(或)脾脏急性肿大。