



常见症状

CHANGJIANZHENGZHUANGJIANBIEZHENDUANXUE

鉴别诊断学

主 编

朱豫川 郑海军 冯卫华

中医古籍出版社

常见症状鉴别诊断学

中医古籍出版社

责任编辑 刘从明

封面设计 于天水

图书在版编目(CIP)数据

常见症状鉴别诊断学/朱豫川,等编著. -北京:中医古籍出版社,2001.10

ISBN 7-80013-995-6

I.常... II.朱... III.常见病-症状-鉴别诊断 IV.R447

中国版本图书馆CIP数据核字(2001)第067750号

中医古籍出版社出版发行

(北京东直门内北新仓18号 100700)

全国各地新华书店经销

北京财经印刷厂印刷

787×1062毫米 16开 39印张 901千字

2001年9月第1版 2001年9月第一次印刷

印数:0001~2000册

定价:49.00元

前 言

常见症状鉴别诊断在临床医学中具有重要地位。它是临床工作者赖以诊断疾病的基本条件，正确的防治来自于正确的诊断，而正确的诊断则有赖于熟练的鉴别诊断。熟练掌握和运用症状鉴别诊断是提高诊断符合率和治愈率的前提，是减少误诊和漏诊的基础。掌握鉴别诊断的多少和熟练程度是衡量各级临床医师医疗水平的一个重要方面。

本书共分10章，91节。其内容包括内科、外科、妇科、儿科四个临床学科。第一章总论介绍临床诊断原则和意义；第二章为一般症状；其它章节按临床各系统列出主要症状和体征，分别按病因、机理、诊断方法和鉴别诊断四个方面予以阐述。以鉴别诊断为重点，对于每种症状的病因给以概括介绍；发病机理力求以最新的内容加以描述，以了解症状体征的由来；诊断方法按病史，体格检查、实验室检查和器械检查几个方面予以介绍；鉴别诊断则是选择几种主要疾病，并对每种疾病的特点及其它主要鉴别点加以阐述。

在本书编写过程中以临床常见症状为基本点，力求做到内容新颖，重点突出，尽力反映出当代医学的新理论、新概念、新技术、同时又兼顾知识面的广度及临床实用性，使之成为临床医务工作者确定临床诊断时的参考用书。

本书编写过程中承蒙北京医科大学，河南医科大学多位专家、教授的具体指导，在此一并表示诚挚的谢意。

限于作者编辑水平，加上临床医学理论内容广泛，作者编写时间紧迫、书中不足之处尚希同道惠予指正。

编者

2001年6月

目 录

第一章 诊断的原则和方法.....	1
第二章 一般症状.....	6
第一节 发热.....	6
第二节 生长发育	21
第三节 肥胖	28
第四节 消瘦	35
第五节 淋巴结肿大	41
第六节 水肿	49
第七节 疲劳	61
第三章 循环系统	64
第一节 心悸	64
第二节 心律失常	68
第三节 异常心音与心脏杂音	78
第四节 充血性心力衰竭	99
第五节 心包积液.....	112
第六节 高血压.....	117
第七节 低血压.....	128
第八节 休克.....	132
第九节 紫绀.....	145
第十节 颈静脉怒张.....	163
第十一节 雷诺现象.....	166
第四章 呼吸系统.....	172
第一节 咳嗽.....	172
第二节 咳痰.....	176
第三节 咯血.....	180
第四节 呼吸异常.....	185
第五节 气息异常.....	193
第六节 罗音.....	196
第七节 胸痛.....	199
第八节 胸腔积液.....	208
第九节 气胸.....	214

第十节	胸廓异常	217
第五章	消化系统	221
第一节	吞咽困难	221
第二节	胃食管返流性疾病	228
第三节	食欲异常	232
第四节	恶心与呕吐	236
第五节	便秘	243
第六节	腹泻	248
第七节	胃肠气胀	258
第八节	腹水	264
第九节	呕血与黑便	274
第十节	便血	281
第十一节	腹部肿块	287
第十二节	腹痛	298
第十三节	肝肿大	312
第十四节	黄疸	322
第十五节	直肠与肛门狭窄	335
第十六节	呃逆	341
第六章	泌尿生殖系统	344
第一节	尿量异常	344
第二节	尿色异常	350
第三节	排尿异常	358
第四节	蛋白尿	361
第五节	肾病综合征	366
第六节	肾功能衰竭	369
第七节	阴囊肿大	375
第八节	男子性功能障碍	379
第九节	男性不育	383
第十节	阴道出血	387
第十一节	闭经	395
第十二节	痛经	402
第十三节	白带	406
第十四节	盆腔包块	411
第十五节	女性不孕症	414
第七章	血液和造血系统	424
第一节	贫血	424

第二节	白细胞异常	441
第三节	嗜酸粒细胞增多	453
第四节	红细胞增多症	457
第五节	弥散性血管内凝血	461
第八章	内分泌系统	467
第一节	甲状腺肿	467
第二节	乳汁分泌异常	471
第三节	性发育异常	478
第四节	低血糖症	487
第五节	糖尿	493
第六节	血钾异常	498
第七节	血钠异常	503
第八节	血钙异常	508
第九章	神经系统	513
第一节	头痛	513
第二节	眩晕	519
第三节	昏厥	524
第四节	昏迷	529
第五节	惊厥	537
第六节	言语障碍	543
第七节	眼球震颤	546
第八节	眼球运动障碍	549
第九节	瞳孔异常	552
第十节	神经痛	555
第十一节	高颅压综合征	561
第十二节	肌肉萎缩	569
第十三节	共济失调	573
第十四节	不自主运动	579
第十章	运动系统症状	586
第一节	多处疼痛	586
第二节	关节部位疼痛	591
第三节	腰背痛	601
第四节	颈肩痛	604
第五节	脊柱和四肢畸形	608

第一章 诊断的原则和方法

所谓诊断是指将病史、体格检查、实验室检查及其他各项检查所获得的资料，经过整理、分析、综合、推理、判断的思维过程，是对疾病的本质和名称所做出的结论。诊断是临床医学最根本的任务之一。诊断技术的发展能促进临床和基础医学的发展，疾病诊断是否准确和迅速，最能反映临床工作的质量。临床疾病种类繁多，病情复杂，变化多端，同一种疾病可有多种不同的临床症状，某一临床症状又可见于多种不同的疾病。正确的诊断是治疗和预防疾病的先决条件和重要依据。因此作为临床医生必须熟练掌握诊断学的基础理论、基本知识和基本技能，重视对疾病的诊断，并在实践中不断加以充实和提高，从而及时和准确地对疾病作出正确的诊断，提供疾病的治疗和预防的依据，使病人能早日恢复健康。

疾病的临床诊断过程，是具体认识疾病的本质过程。疾病的诊断过程一般要经过以下三个步骤：①调查研究，收集资料；②分析整理资料，建立诊断；③临床观察，验证诊断。

一、调查研究，收集资料

正确的诊断来源于完善、周密的调查。调查研究，收集完整和确实的资料是诊断疾病的第一步。临床医生从检查病人所采取的第一手诊断资料是最宝贵的资料。病人的病史、体格检查、实验室检查及器械检查的结果是调查研究、收集资料的主要内容。在对疾病进行调查研究时，应重视其真实性、系统性和完整性。只有真实的、系统的和完善的资料才是建立正确诊断的先决条件和基础。片面的或错误的材料是造成误诊的常见原因。

(一) 全面性

临床上，病人叙述的病史可能显得零乱和片面，如果医生采取病史时带有主观性，那么所收集到的病史就难免有片面性和表面性。片面的病史会造成诊断上的严重错误，必须注意避免。例如，一个患右下肺大叶性肺炎的病人，以右上腹疼痛、黄疸、发冷、发热为主要症状，但咳嗽轻微，因而就诊时只诉右上腹疼痛、发冷、发热，而未诉咳嗽；如果医生思想上主观片面，就可能把注意力错误地放到“急性胆囊炎”上去，而忽视了大叶性肺炎。病史中的一般项目，例如年龄、性别、婚姻、嗜好、月经、职业、发病地区和季节等，与疾病也可有密切关系，也应重视。例如一个宫外孕破裂的女病人，如果忽视了婚姻史和月经史，医生就容易漏诊。为了采取完整的病史，还要耐心听取病人本人、病人家属、了解病情者和以往经治医生的病情介绍，甚至到病人发病现场调查，全面了解疾病的全过程，才能获得完整的和可靠的病史。体格检查所发现的征象是疾病的客观表现，临床许多疾病，是通过症状、体征的发现而作出初步诊断，甚至是确立诊断的。而某些症状和体征，有时可能是疾病的部分表现，不能反映疾病的全貌或本质，因而不能根据个别、短暂出现的症状和体征就轻易作出诊断。因此，根据症状、体征提示的线索，进行必要的实验室检查，器

械检查和功能检查，借以了解患者的整体情况。从患者的整体出发，才能作出全面而正确的诊断。根据详细可靠的病史资料、结合系统全面的体格检查，是诊断疾病最基本的方法，其关键在于调查要实事求是，要全面，对病史和各种客观检查，不宜有所偏废或忽视。

当今社会科学技术飞速发展，新型的诊断技术也有大幅度提高，主要表现在以下几方面：①快速超微量生化学分析技术的应用；如酶联免疫吸附测定法、免疫荧光测定法、特异性单克隆抗体诊断技术等方法已应用于临床。②纤维内镜的发明与改进：各种纤维内镜如纤维胃、十二指肠镜、纤维结肠镜、纤维支气管镜，新型制品口径小，可屈度高，操作安全便利，还可配合附件，作相应的诊断和治疗。③影像学诊断技术的进步：如B型超声扫描、CT、螺旋CT、MRI均已应用于临床。尽管上述诊断技术的应用解决了许多临床上的问题，但是实验室检查和器械检查仍要结合临床表现有目的地进行。选择某些有效而简便的检查方法。安排某项检查时应考虑以下几点：①该项检查特异性如何；②该项检查敏感性如何；③检查和标本采集的时机是否合适；能否按规定的要求进行；④标本的选送、检验过程有无误差；⑤患者体质的强弱、病情的起伏、诊断的处理等对检查结果有无影响；⑥对于可能造成患者负担的检查，例如支气管造影检查和一些负荷试验，还应权衡其利弊并考虑患者能否接受。

对于实验室检查和器械检查的结果，必须结合临床情况来考虑，才能作出正确的评价。防止片面依靠实验室检查或器械检查下诊断的错误做法。

目前新型的诊断技术尚未普及，而大多数常见病的诊断又不需复杂的技术进行，因而，临床上诊断疾病时还须重视详细询问病史和全面体格检查的基本功，以及结合常规化验和简单的器械检查来进行诊断大多数疾病。

（二）真实性

对于病人叙述的病史和进行各项检查时，必须从患者的自觉症状和客观体征实际出发、实事求是，严肃认真。只有客观、真实、可靠的资料，才能真正反映疾病的本质，作出符合临床实际的判断。因此，不可主观意断，对具体事实随心所欲，任意取舍，对调查获得的资料，要运用医学理论知识进行辩证、分析，是否真实、夸大、含糊、隐瞒、虚报，以便去伪存真，作出正确判断。

（三）系统性

对于病人叙述的病史，医生应随时考虑可以引起所述症状的发展过程和相互联系，逐一深入进行询问，在进行体格检查时，必须系统和全面，并取得患者合作，以防止遗漏。同时又要注意体征和症状之间的关系，找出进一步检查的线索，全面有重点地进行必要的检查，以保证资料的系统性。例如：一个急性腹痛病人，医生反复在胸部、腹部和腰背部进行检查，均未发现异常，以致得出了一个错误的诊断，以后经过全身细致检查，才发现是腹股沟嵌顿性疝。延误诊断的原因是体检不全面，遗漏了急性腹痛疾病的必要检查所致。

二、整理资料，建立诊断

临床医生从调查所得的资料，不论其如何丰富，也只是感性认识。须加以筛选、整理，加以衡量，哪些是主要的，哪些是次要的，并将可疑的材料认真复查、核实，然后将核实

的主要材料加以综合分析，弄清它们之间的相互关系，进一步推测病变可能存在的部位（系统或脏器），性质和病因，为建立正确的诊断打好基础。

有些疾病可出现相当独特的“特殊病征”，如播散性红斑狼疮的蝶形红斑、恙虫病的焦痂、白塞氏病的口眼外生殖器三联征、麻疹的麻疹粘膜斑、肢端肥大症和柯兴氏综合征的特别面容等。这些“特殊病征”有重要的诊断意义。又当某些疾病的典型病象已充分显露，出现多个反映该病本质的一组病征时，也有重要诊断价值。如某一病人有阶梯状上升热型、相对性缓脉、蔷薇疹、脾肿大、血象白细胞减少伴相对性淋巴细胞增多与嗜酸粒细胞减少或消失，则常可作出伤寒的临床诊断，并进一步作相应的检查加以证实。又如一年轻女性病人，具有不规则发热、多关节痛、肝肾功能损害、血象中等贫血以及白细胞减少与血小板减少、血沉加快，则可作出播散性红斑狼疮的拟诊，并进一步作狼疮细胞检查及抗核体测定以证实之。

疾病的表现各式各样，在不少情况下出现“同病异症”或“异病同症”。例如：急性心肌梗塞的病人，多数表现为典型的心前区疼痛，但也可以表现为类似胆石症的上腹部绞痛，甚至可以毫无疼痛，表现为休克或急性充血性心力衰竭，这就是“同病异症”。又如结核病、播散性红斑狼疮、疟疾、钩端螺旋体病、梅毒、白塞氏病、多发性骨髓瘤、恶性网状细胞病等，可能有多种不同临床表现，模仿多种不同的疾病，如不注意可致误诊或漏诊。这些也是“同病异症”的例子。另一方面，如肝肿大可见于某些寄生虫或细菌、病毒感染的疾病，也可见于肝硬变、肝癌或其他肝病，这就是“异病同症”。例如，阿米巴肝脓肿误诊为肝癌、化脓性心包炎误诊为肝脓肿、轻型地中海贫血误诊为慢性病毒性肝炎，是比较突出的例子。临床上这样的情况是有时遇见的，医生要辨别它，就必须进行疾病的鉴别诊断。

在疾病的早期、复杂的或不典型的病例，当找不到可以确定诊断的“特殊病症”时，就要采用下述方法：根据一个主要病症（例如高血压、水肿、血尿等），或先将几个重要的病征组成一个综合征（例如阻塞性黄疸、溶血性贫血等），然后提出一组可能的待鉴别的疾病，进行相互鉴别。在提出一组待鉴别的疾病时，应尽可能将全部有可能性的疾病都考虑在内，以防止或减少严重遗漏而导致诊断错误，这就要求医生要全面考虑问题。但是全面性并不等于漫无边际，而是从实际临床材料出发，抓住主要矛盾，提出一组与临床表现相近似的疾病，而且随着分析的深入，相互比较，逐一排除可能性较小的疾病，缩小鉴别诊断的范围，直至留下一个或几个可能性最大的疾病。这就是临床上习称的“排除诊断法”。

对一组疾病进行鉴别诊断时，必然要对组内各个疾病加以肯定或否定。其方法是根据某一疾病本身的特殊点，将其他不相符的近似疾病区别开来，从而达到正确认识疾病。某一疾病的特殊点，我们一般用“诊断根据”的形式加以概括。“诊断根据”一方面包括仅见于该病而不见于其他病的“特殊病征”；另一方面也包括一些并非仅见于该病的病征，但当这些病征与“特殊病征”同时存在时，则能加强“诊断根据”的可靠性。“诊断根据”是从实践中总结得来的，一般来说是能反映疾病的本质的，但疾病的表现多种多样，不一定与“诊断根据”完全相符。因此，在运用“诊断根据”时，要紧联系实际，反对把它作为条条框框，生搬硬套。要将全面的检查材料，参照“诊断根据”，恰当地对病情进行深入的分

析，才能得出正确的诊断。例如，胃、十二指肠溃疡合并急性穿孔的“诊断根据”之一是出现膈下游离气影的X线征。但有些胃、十二指肠溃疡穿孔病例，仅有少量气体逸出，X线检查不一定能查出膈下游离气影。另一方面，在肠气囊肿症时，腹部X线摄片也可见到膈下游离气影，加以此症往往并发于胃十二指肠溃疡，有时可误诊为溃疡病急性穿孔。因此，对急性腹痛病人不能因无发现膈下气影，而认为不完全满足“诊断根据”的要求，便草率排除溃疡病穿孔的可能性，或对胃十二指肠溃疡病病人仅因发现膈下气影，而草率作出溃疡穿孔的诊断。临床医生应综合全面检查材料加以细致的衡量，有时还需经密切的动态观察才能作出最后的结论。

怎样否定某一疾病？

如拟诊的某一疾病不能解释病人的全部主要临床表现，或缺乏预期必定出现的“特殊病征”，则该病可能性很小或可以被否定。前一种情况，例如，一个病人有血尿，膀胱刺激征，尿培养结核菌阳性，静脉肾盂造影显示虫蛀样缺损的x线征，可排除出血性肾盂肾炎，因为用出血性肾盂肾炎不能解释后两种病征，而用肾结核则可全部解释。后一种情况，例如，一个有心前区疼痛的病人，疑有急性心肌梗塞，但于三数天内反复检查心电图始终正常，血沉加快及谷一草转氨酶增高也缺如，则可否定急性心肌梗塞的存在。但要注意，有些疾病并无“特殊病征”，例如风湿热；或该“特殊病征”只见于病程的某一阶段，当医生检查时可能尚未出现或已经消失，例如干性心包炎时的心包摩擦音。

怎样肯定某一疾病？

如拟诊的疾病能解释病人的全部主要临床表现，并已找到预期应见于该病的“特殊病征”，例如，拟诊为伤寒的病人血培养发现伤寒杆菌凝集试验强阳性，或拟诊为播散性红斑狼疮的病人血中找到狼疮细胞或有高滴度的血清抗核抗体，则可确定各该疾病的诊断。另一方面，当遇到缺乏“特殊病征”的疾病时，一组具有确诊意义的临床综合征也可以起到类似“特殊病征”的作用，但其可程度则不及“特殊病征”。例如，根据发热、多关节痛、急性心脏炎、血沉加快和血清抗链球菌溶血素“O”效价升高等所组成的综合征，大致可诊断为风湿热，但有时仍可与其他结缔组织疾病相混淆。

在鉴别诊断过程中，经过筛选剩下来几个可能性较大的疾病，要求医生最后肯定一个可能性最大的疾病。这时须注意下述几点：①在几个可能的疾病中进行选择时，一般应先考虑常见病，当地的多发病，或当时的流行病。至于罕见病，也应考虑到，但只有用上述疾病不能满意解释病人的临床表现时，才予以次一步的考虑。②对于某一病人所患的病，在未有充分根据以前，不要轻易下功能性疾病的诊断。③对一个已具备“特殊症征”的疾病，如不能解释全部重要的临床现象时，还须考虑病人同时患有两种或几种疾病，或有并发症存在的可能。

疾病是一个处于运动中，或快或慢地转化着的病理过程，在这个过程中，一些临床表现产生了，另一些可能消失了，也可能一个疾病痊愈了，另一个发生了；或者疾病（或病理过程）内部的主要矛盾与次要矛盾相互转化了，因此，必须用发展的观点进行分析和诊断。医生每一次的诊查，都只能看到病人疾病全过程中某一阶段的一个横断面，往往要综

合多个横断面，才能得到疾病较完整的面貌。这种动态的观察，有助于明确一时未能排除或肯定的疾病的诊断。例如，带状疱疹和麻疹，非候至见疹不易确诊，疑患急性心肌梗塞而当时检查心电图未见特异性改变的病人，连续追踪检查几天，往往即可分晓。热型的动态观察，对于诊断疟疾、回归热等病，有相当大的帮助。

三、临床观察，验证诊断

一个正确的认识往往需经反复的实践才能达到。临床医生通过调查研究，收集资料，整理资料，建立诊断之后，工作可告一段落。但工作至此还未结束，更重要的一步是根据诊断进行合理的治疗，治疗效果又反过来验证诊断。如果根据诊断而进行治疗，收到预期的疗效时，那么，一般来说这一诊断工作算是完成了。另一方面，在实践中也不同程度地受着认识水平和技术条件的限制，在这种情况下，部分地或全部地修改原有的诊断是常见的。一些疑难病例往往需要经过深入的动态观察、反复检查，甚至进行诊断性治疗，才能得到正确的诊断。必须加强指出，为了能及时指导防治工作，特别对于急重病例，在临床材料未足以建立确定的诊断之前，也要找出可能性最大的疾病，作为临时诊断，迅速采取治疗措施，同时再进行深入的检查，而不应仅仅纠缠在诊断问题上，以致贻误治疗时机。

(冯卫华)

第二章 一般症状

第一节 发 热

发热是指病理的体温升高，是人体对于致病因子的一种全身性反应。见于多种全身性和局部性感染以及许多非感染性疾病如肿瘤与结缔组织病等。它是临床上最常见的症状。一般说来，口腔温度在 37.3°C 以上，或直肠内温度在 37.6°C 以上，一昼夜波动在 1°C 以上时，可认为有发热。具有典型的热型和病程，特异的临床特点，一般诊断较易；但有部分发热患者，热程长，无特异体征，缺乏具有诊断意义的资料，常被称为发热待查或原因不明的发热。这些发热患者体内多有潜在性病灶，只是短期内尚未查清，经过临床观察和特殊检查，其中大多数最后可明确诊断，约 10% 的患者，虽经各种检查仍未能明确诊断，病程拖延数日，对于长期发热原因不明的诊断已成为临床上面临的重要问题。

1. 体温调节 正常人体内具有完善的体温调节系统（包括温度信息传导、传温调节中枢和效应器三部分），能在气温的一般波动范围内，维持相对恒定的体温。该系统中起关键作用是体温调节中枢，其主要部分为视前丘——前下丘脑，其次为延脑，桥脑、中脑和脊髓等。由于丘脑下部有温敏神经元，对流经该处的血液温度很敏感，可迅速引起体温调节反应。体温调节中枢对来自各方面的信息进行综合后，发出调节冲动以控制产热与散热器官的活动，使产热与散热维持平衡从而保持体温相对的恒定。

体温升高不一定是疾病引起，某些情况可有生理性体温升高，如剧烈运动，月经前期及妊娠期。进入高温环境或热水浴等均可使体温较平时略高，这些通过自身调节可恢复正常。

2. 发热的判定 正常成人体温保持一定的恒定水平，个体之间存有差异。一般认为舌下温度 37°C ，腋窝温度 36.5°C ，直肠温度较舌下温度高 $0.3\text{—}0.5^{\circ}\text{C}$ ，一日之间体温相差不超过 1°C 为正常值。当舌下温度高于 37.5°C ，腋窝温度高于 37°C ，或一日间体温相差在 1°C 以上，称为发热。一般人体体表温度较低，易受外界因素的影响。因此，测量体温的三种方法以直肠温度较准确。平时为方便多采用腋窝测体温，应注意将体温表放于腋窝正中央夹紧上臂紧贴于腋下 5—10min，对出汗者应擦干腋窝再测。小儿与昏迷患者测温时不应离开。过于消瘦患者不宜用此法测温。口腔温度测量，将体温表斜放于舌下，闭口 3—5min。此法不宜用于精神异常、昏迷、呼吸困难、口鼻疾患及小儿。进食饮水后 20 分钟再测。直肠温度测量，先将体温表涂以油类，插入直肠 3—4cm 3—5min；不宜用于腹泻及直肠手术者。测量前均将体温表甩至 35°C 以下。

[病因]

引起发热的疾病很多而且复杂，是临床鉴别诊断中重要课题。发热在一定程度上反映疾病的严重程度和病情的发展及变化，常常是观察的一个重要指标。在临床实践中，以发热为主诉或唯一症状就医者有急性发热，尤其出疹性发热，长期“不明原因”的中、高度发热、长期低热，超高热与反覆发热。急性短期发热的原因很多，绝大多数由于感染所引起，且伴有定位症状，比较容易诊断。以下分别就长期“不明原因”发热、长期低热、超高热与反覆发热加以叙述。

一、长期“不明原因”的中、高热

这是指发热在 38℃ 以上，持续二周或更长，以发热为主诉，在住院一周内经病史、体格检查与常规化验而病因不明者。

长期发热的病因在不同年代和不同地域明显不同，但主要有感染、恶性肿瘤与结缔组织——血管性疾病三大类，共约占长期发热病因的 80%~90% 左右。其中由感染引起的长期发热在国内占 60%~70% 左右；在其他发展中国家更高些；而在发达国家约占总数的 1/3 左右。由于人的寿命延长，传染病逐渐减少，恶性肿瘤引起发热的比例有增高趋势，在国内以原发性肝癌、淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病等引起者较多见，约占 20% 左右。由于对结缔组织——血管性疾病的认识提高，该类病例在长期发热中的比例也增至 10% 左右，如系统性红斑狼疮、风湿热、类风湿病等。

1. 感染 全身性：①粟粒型结核与播散性结核；②伤寒与副伤；③败血症与感染性心内膜炎；④其他感染，如布氏杆菌病等。

限根性：①肝脓肿（阿米巴性与细菌性）；②胆道感染；③泌尿生殖道感染；④腹腔内脓肿：肝下、膈下、结肠旁、阑尾周围、腹膜后、盆腔脓肿等。

2. 恶性肿瘤 ①原发性肝癌；②淋巴瘤；③恶性组织细胞病；④各种白血病；⑤其他各种实质性癌肿，如肺癌、肾癌、结肠癌等。

3. 结缔组织——血管性疾病 ①成人少年型类风湿性关节炎；②变应性亚败血症；③系统性红斑狼疮；④结节性多动脉炎；⑤皮炎炎等。

4. 其他 肉芽肿性肝炎，药物热，假热，体腔积血如血胸、血腹、肺梗死等。

二、长期低热

凡口腔温度在 37℃ 以上至 38℃ 左右、持续在一个月以上者，称为长期低热。在诊断为长期低热时，必须先了解其正常体温，排除生理或功能性因素，并排除高温环境等影响，如在高温车间的纺织女工中，有长期低热者可达 10% 以上。长期低热的原因可分为器质性与功能性两大类：

1. 器质性低热 慢性感染：如肺结核、肝脏疾病、慢性肾盂肾炎、慢性胆道感染以及各种病灶感染（鼻窦炎、牙根脓肿、前列腺炎、慢性盆腔炎、肛门周围脓肿等）。

结缔组织疾病：如风湿热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等。

内分泌疾病：如甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤等。

恶性肿瘤：早期淋巴瘤、实质性癌肿转移等。

2. 功能性低热 生理性低热：月经前低热、妊娠期低热等。

神经性低热：夏季低热、原发性口温增高等。

感染后低热。

三、超高热

超高热是指发热超过 41℃ 以上，主要见于体温调节中枢功能障碍，有以下各种原因：①中暑或日射病；②脑部疾病，如严重脑外伤、脑溢血、脑炎与脑肿瘤等；③输血、输液污染引起严重热原反应与败血症；④麻醉药引起的恶性高热；⑤临终前超高热等。

四、反覆发热

几乎所有引起感染的病因都可以引起反覆发热，但以下列疾病较多见。

传染病：疟疾、回归热、黑热病、布氏杆菌病、伤寒复发等。

细菌性感染：间歇性胆管热、泌尿道感染、支气管扩张并发感染等。

肿瘤：淋巴瘤引起反覆发热与周期热等。

丙种球蛋白缺乏症并发感染等。

[发病机理]

近年研究证明，发热是由外致热原引起，其发生机理主要是体温调节中枢的体温调定点上移。外致热原是使体内产生内生致热原细胞的激活物（包括各种病原体、内毒素、抗原抗体复合物、淋巴因子、类固醇产物和一些炎性物质），进入人体后，通过各种不同途径激活产内生致热原细胞，使之产生并释放内生致热原（如白细胞介素 1、白细胞介素 2、肿瘤坏死因子和干扰素等）。其致发热的机理尚未完全阐明。目前认为可能是通过某些生物活性物质，如前列腺素 E（PGE）、单胺（去甲基肾上腺素、5-羟色胺）、环磷酸腺苷（cAMP）、钙/钠比值改变、内啡肽等作为中介，作用于体温调节中枢，使体温调定点上移。对体温重新调节，发出调节冲动，作用于交感神经引起皮肤血管收缩，散热减少。另一方面作用于运动神经引起骨骼肌的周期性收缩而发生寒战，使产热增加。因皮肤血管收缩使皮温下降，刺激了冷感受器向丘脑下部发出传入冲动，也参与寒战的发生。因此调节的结果是产热大于散热，以致体温升高，上升到体温调定点相适应的新水平。这是感染性发热时体温升高的基本机理。关于内生致热原作用的部位，近年有学者认为在第三脑室壁的视上隐窝处，有一特殊部位为下丘脑终板血管器，内生致热原作用于巨噬细胞后，释放的介质作用于此处而引起发热。

非感染性发热如无菌性组织损伤（心肌梗死、肺栓塞、术后发热、胸腔或腹腔积血等），变态反应、血型不合的输血、药物热、药物引起的溶血性贫血、结缔组织病等，致体温升高的机理主要为抗原抗体复合物对产生致热原细胞有特殊的激活作用，使之产生并释放内生致热原。恶性肿瘤引起发热，部分患有合并感染，单纯肿瘤而致发热者约近半数，多数学者认为由恶性肿瘤破坏的炎性病灶和肿瘤本身的免疫反应所致。常见有恶组、淋巴瘤（尤其何杰金病）、前列腺癌、肾癌、结肠癌、胰腺癌、肝癌、肺癌、多发性骨髓瘤等。由

于产热散热异常引起的发热，产热大于散热者，有甲亢危象、癫痫持续状态和嗜铬细胞瘤等。因散热减少所致者有阿托品中毒、大量失水、失血等。脑部有广泛慢性退行性病变或脑出血、流行性乙型脑炎等损害丘脑下部，可有超高热。交感神经受抑制，皮肤干而无汗，散热减少。

[诊断方法]

一般以测量口腔温度为主，但病情严重患者，测量直肠温度更为可靠。热度的高低、时限、热型、规律与演变对诊断与预后有参考价值。根据体温波动幅度与热型可分为间歇热、弛张热、稽留热、复发热与不规则热等。弛张热等的发热一般仍保持晚高晨低的规律，而且更为明显。

间歇热：指一日间体温波动幅度可达 $3-4^{\circ}\text{C}$ 以上者，长期间歇热又称消耗热。间歇热低点可降至 37°C 以下，常见于败血症、急性肾盂肾炎、播散性结核、严重化脓性感染与疟疾等。一日内发热呈两次升降者称为双峰热、见于革兰阴性杆菌败血症等。

弛张热：一日间体温波动在 1°C 以上，但低温不降至正常，是传染病中常见的热型，如流行性感、支原体肺炎、细菌性心内膜炎、布氏杆菌病、斑疹伤寒、恶性疟疾等。

稽留热：为持续性高热，一日间体温波动幅度在 1°C 以下，见于伤寒极期、肺炎球菌性肺炎等。

复发热：发热持续数日，热型不一，经过数日或更长的无热期后，发热又出现，可多次反覆，如见于Hodgkin病、回归热、胆总管结石并发胆管炎等。钩端螺旋体病急性发热期后，无热数日，又出现短程发热，称为双相热。

热型对疾病诊断虽有一定价值，但即使在同一种传染病中，由于感染轻重不一与机体反应性不同，在不同患者可出现不同热型。例如急性血吸虫病的热型以弛张—间歇型为常见，但重度感染者可呈稽留热，而轻者可仅有低热。

发热的鉴别诊断像其他疾病一样，依靠病史、体格检查与实验室检查，对临床资料进行综合分析，才能得出正确诊断。

一、病史

详细询问起病的缓急、发热期限与高度。发热前几乎均有畏寒，但明显的寒战则常见于突起高热，如肺炎球菌性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、感染性心内膜炎、输血或输液反应等。在败血症等各种严重感染，由于细菌不断侵入血液循环、病程中可反覆出现寒战。退热时常有出汗，但大量出汗主要见于高热下降期，如疟疾、肺炎球菌性肺炎、钩端螺旋体病青霉素治疗后等。应当指出，对发热病人滥用解热药可人为地引起寒战与大汗，甚至引起失水、虚脱，年老患者可产生体位性低血压而晕厥。

发热患者大多伴有头昏、头痛、乏力、食欲减退等非特异性症状，对诊断无重要意义。应当重视具有定位意义的伴发的局部症状，以便确定主要病变在哪个系统，如发热伴有神经症状，如头痛、呕吐、昏迷、惊厥、脑膜刺激征等则表示病在中枢神经系统，应考虑各种脑膜炎、脑炎、中暑、脑血管意外、蛛网膜下腔出血等。但儿童易有高热惊厥，不一定

有严重脑部病变。年老患者发生严重感染时，常出现神志变化，而体温未必很高。发热伴有咳嗽、胸痛、气急、咯血、咯痰等呼吸道症状指示有支气管—肺或胸膜疾病。发热伴有肋椎角、腰肋部疼痛及尿频、脓尿、血尿者指示泌尿系统疾病。发热伴有明显关节痛或关节炎症状者应多考虑风湿热等结缔组织疾病。发热伴有腹部症状如腹痛、腹部包块等则考虑腹腔内脏疾病，如肝、胆囊、胰腺、阑尾等病变。但在发热原因不明的患者，局部定位症状并不明显，需要继续详细询问病史，并继续观察，才能逐步从中找到线索。

除上述现病史外，还应重视流行病学资料，如患者来自的地区、年龄、性别、职业、发病季节、旅游史、接触感染史等，尤其传染病学史很重要。家中与周围有无类似病例，例如与麻疹病人接触史；最近有无外出史，某些传染病如鼠疫可设交通线传播，甚至空运交通有时可将传染病从国外输入，如天花，在国际上有过教训。流感在流行时容易诊断，散发性病例的诊断则较困难。与鸟类密切接触的发热病例应考虑鹦鹉热与隐球菌感染。食物中毒性感染暴发流行时，食物与水的细菌学检查极为重要。此外，很多传染病有明显的季节性。呼吸道传染病如流行性脑脊髓膜炎见于冬春；流行性乙型脑炎、疟疾以及肠道传染病如伤寒、痢疾等多见于夏秋季。有些传染病如麻疹、猩红热、伤寒、天花等有永久性免疫，很少第二次得病，故有无免疫接种史可供作诊断参考。疾病地理学对诊断有重要意义。某些疾病有显著地方性特点，如血吸虫病流行于南方各省；钩端螺旋体病与流行性出血热患者大多来自农村，均以鼠类为主要传染源，常有疫水接触史或野外作业史。黑热病、恶性疟疾、旋毛虫病也各有其流行地区性。

二、体征

体格检查，包括体温、脉搏、呼吸与血压，并应重点检查皮肤，粘膜有无皮疹、淤点以及肝、脾、淋巴结肿大等。脉搏与呼吸一般随体温升高而加速，尤其贫血患者心率增速更为明显。但也有例外，如伤寒与某些病毒性传染病常出现相对性缓脉。发热伴有中毒性休克时，患者面色青灰。脉细速、血压下降或测不出，见于休克型肺炎、暴发性流行性脑膜炎者，中毒性痢疾、败血症、流行性出血热等。

发热伴有口唇部单纯疱疹者常见于某些急性传染病，如流行性脑脊髓膜炎、肺炎球菌性肺炎、疟疾与上呼吸道感染等。在伤寒、钩端螺旋体病与结核病等则少见。脑膜炎球菌败血症不伴有脑膜炎者，单纯疱疹也少见。

发热伴有皮疹者常见于伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、败血症、流行性出血热、系统性红斑狼疮等。儿童出疹性传染病主要有麻疹、风疹、水痘、猩红热等。应当指出，许多药物可引起药物皮疹与药物热，必须与出疹性传染病进行鉴别。

发热伴有淋巴结肿大者见于结核病、急性白血症、淋巴瘤、恶性组织细胞病、传染性单核细胞增多症、风疹等。锁骨上淋巴结肿大常提示恶性肿瘤转移。

发热伴有脾肿大者见于结核病、急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、传染性单核细胞增多症、风疹等。锁骨上淋巴结肿大常提示恶性肿瘤转移。

发热伴有脾肿大者见于败血症、伤寒、病毒性肝炎、疟疾、黑热病、亚急性感染性心内膜炎、布氏杆菌病、血吸虫病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病等。