



DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY MEDICINE

危重急症的诊断与治疗

内科学

MEDICINE

丛书主编 王德炳 张树基
本书主编 王德炳 张树基

中国科学技术出版社

危重急症的诊断与治疗
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY MEDICINE

内 科 学

MEDICINE

丛书主编 王德炳 张树基
本书主编 王德炳 张树基

中国科学技术出版社
·北 京·

图书在版编目 (CIP) 数据

内科学/王德炳, 张树基主编. —2 版. —北京:
中国科学技术出版社, 2002.7
(危重急症的诊断与治疗丛书)
ISBN 7-5046-3268-6

I. 内… II. ①王…②张… III. 内科学 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 013364 号

中国科学技术出版社出版
北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081
电话: 62179148 62173865
新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售
北京国防印刷厂印刷

*

开本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16 印张: 73.5 字数: 1749 千字

2002 年 7 月第 2 版 2002 年 7 月第 1 次印刷

印数: 1~4000 册 定价 (精): 160.00 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

前 言

急诊医学作为一门独立学科，在临床医学领域里具有重要地位。危重急症，病情危殆多变，病死率高。因此，迅速而准确地做出诊断，及时而正确地进行治疗尤为重要。临床医学工作者，为了做好本职工作，要对纷繁复杂的危重急症发病机理、诊断与治疗的现代进展进行不懈的学习与掌握，还需认识到一个危重急症可能涉及到多个专业与科室，这就要善于识别判断、组织协调。为了满足临床急诊工作的需要，提高临床工作者对危重病人的诊断与治疗水平，北京医科大学组织所属各临床医学院教授专家一百余人，根据他们多年的临床实践经验与业务专长，参考近代国内外文献报道，并针对有关疾病在诊断与治疗工作中以及中青年医师在临床诊治过程中可能存在的难点与疑点进行阐述，编写了包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学及五官科各科《危重急症的诊断与治疗》丛书。在编写过程中，力求做到：①新颖：丛书能够反映当代急诊医学的新理论、新概念、新技术、新疗法；②全面：丛书除重点介绍急诊医学中常见疾病外，对临床诊治中可能遇到的较为少见的疾病也加以叙述；③实用：丛书力求突出各作者的实践经验，更新急诊医学的理论知识，使之既适用于大的综合性医院的住院医师与主治医师，又能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助；④清晰：丛书对每一疾病的诊断要点与依据，治疗原则，危重指征，治疗方法的选用及药物的使用等予以介绍，均力求主次分明、重点突出。但限于水平，书中的疏漏及不足在所难免，尚希同道惠予指正。

王德炳

1994.03.12 于北京医科大学

再 版 前 言

本书自 1995 年出版以来，深受读者欢迎，在当前科学飞速发展的年代，医学在理论与治疗方面都有很大进步，当然急诊医学也不例外，因此，我们在本书原有的基础上进行了修订及补充，并增加了 30 余种较常见的内科急症，以供读者参阅。由于编者的水平有限，遗漏及错误在所难免，望读者不吝赐教。

编 者

2002 年 6 月

附：因有些公式用旧制计量单位，不能更改。旧制更改为新的计量单位，请见本书后的“常用实验室检查正常（参考）值”。

第一章 症状学	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(6)
第三节 胸痛	(11)
第四节 腹痛	(14)
第五节 呼吸困难	(21)
第六节 心悸	(27)
第七节 恶心与呕吐	(30)
第八节 腹泻	(34)
第九节 腹水	(40)
第十节 黄疸	(45)
第十一节 血尿	(54)
第十二节 晕厥	(57)
第十三节 眩晕	(61)
第十四节 惊厥	(66)
第十五节 意识障碍	(72)
第二章 呼吸系统疾病急诊	(78)
第一节 咯血	(78)
第二节 呼吸衰竭	(83)
第三节 急性呼吸窘迫综合征	(89)
第四节 急性肺水肿	(93)
第五节 细支气管炎	(100)
第六节 支气管哮喘	(107)
第七节 支气管哮喘防治指南	(114)
第八节 慢性肺源性心脏病	(119)
第九节 肺炎	(126)
第十节 病毒性肺炎	(132)
第十一节 肺部真菌感染	(137)
第十二节 肺血栓栓塞症	(142)
第十三节 胸腔积液	(146)
第十四节 自发性气胸	(150)
第十五节 多器官功能衰竭	(153)

第三章 心血管系统疾病急诊	(156)
第一节 心肺复苏	(156)
第二节 休克	(163)
第三节 充血性心力衰竭	(180)
第四节 急性左心衰(肺水肿)	(195)
第五节 冠状动脉硬化性心脏病	(198)
第六节 心脏瓣膜病	(217)
第七节 心肌炎	(225)
第八节 心肌病	(233)
第九节 原发性高血压及高血压急症	(243)
第十节 感染性心内膜炎	(254)
第十一节 急性心包炎	(260)
第十二节 心律失常	(266)
第十三节 主动脉夹层动脉瘤	(310)
第十四节 心脏起搏器急症	(314)
第四章 消化系统疾病急诊	(319)
第一节 上消化道出血	(319)
第二节 下消化道出血	(329)
第三节 消化性溃疡穿孔	(334)
第四节 急性胃扩张	(338)
第五节 急性胃炎	(340)
第六节 真菌性肠炎	(343)
第七节 急性出血性坏死性肠炎	(345)
第八节 伪膜性肠炎	(349)
第九节 急性肠系膜上动脉梗塞	(352)
第十节 肠系膜静脉血栓	(355)
第十一节 急性肠系膜淋巴结炎	(357)
第十二节 肠梗阻	(359)
第十三节 缺血性结肠炎	(373)
第十四节 肝硬化	(376)
第十五节 药物引起的肝病	(382)
第十六节 肝肾综合征	(387)
第十七节 肝性脑病	(389)
第十八节 细菌性肝脓肿	(393)
第十九节 急性胆囊炎	(395)
第二十节 急性化脓性胆管炎	(399)
第二十一节 胆道蛔虫症	(402)
第二十二节 急性胰腺炎	(404)

第二十三节 原发性腹膜炎	(416)
第五章 代谢内分泌疾病急诊	(419)
第一节 垂体卒中	(419)
第二节 垂体前叶功能减退危象	(422)
第三节 甲状腺功能亢进危象	(428)
第四节 亚急性甲状腺炎	(433)
第五节 黏液水肿性昏迷	(435)
第六节 嗜铬细胞瘤危象	(440)
第七节 急性肾上腺皮质功能不全	(443)
第八节 糖尿病酮症酸中毒	(445)
第九节 非酮症性高血糖高渗性糖尿病昏迷	(450)
第十节 胰升糖素瘤	(455)
第十一节 低血糖危象	(457)
第十二节 乳酸酸中毒	(462)
第十三节 血卟啉病危象	(465)
第十四节 痛风危象	(468)
第十五节 异源性内分泌综合征	(470)
第六章 造血系统疾病急诊	(477)
第一节 贫血	(477)
第二节 再生障碍性贫血	(485)
第三节 溶血危象	(490)
第四节 急性粒细胞缺乏症	(494)
第五节 类白血病反应	(497)
第六节 急性白血病	(499)
第七节 骨髓增生异常综合征	(510)
第八节 特发性血小板减少性紫癜	(514)
第九节 过敏性紫癜	(517)
第十节 血栓性血小板减少性紫癜	(520)
第十一节 血友病甲	(523)
第十二节 消耗性血栓出血疾病	(527)
第十三节 恶性组织细胞病	(535)
第十四节 恶性淋巴瘤	(538)
第十五节 组织细胞性坏死性淋巴结炎	(547)
第十六节 输血及成分输血、输血反应	(549)
第七章 肾脏疾病急诊	(555)
第一节 急性肾小球肾炎	(555)
第二节 急进性肾炎	(559)

第三节	肾病综合征	(562)
第四节	急性过敏性间质性肾炎	(566)
第五节	Goodpasture 病	(569)
第六节	梗阻性肾病	(572)
第七节	溶血性尿毒症综合征	(574)
第八节	肾动脉血栓及栓塞	(577)
第九节	尿路感染	(581)
第十节	急性肾功能衰竭	(586)
第十一节	慢性肾功能衰竭	(595)
第八章	神经系统疾病急诊	(602)
第一节	高血压性脑出血	(602)
第二节	短暂性脑缺血发作	(606)
第三节	脑梗塞	(609)
第四节	脑蛛网膜下腔出血	(616)
第五节	急性脊髓炎	(619)
第六节	急性炎性脱髓鞘性多神经炎	(622)
第七节	急性感染中毒性脑病	(626)
第八节	重症肌无力	(629)
第九节	周期性瘫痪	(634)
第十节	癫痫	(638)
第十一节	脑震荡	(647)
第十二节	急性脑功能不全	(649)
第十三节	精神疾病急诊	(668)
第九章	免疫及皮肤疾病急诊	(676)
第一节	天疱疮	(676)
第二节	大疱性类天疱疮	(680)
第三节	重症药疹	(682)
第四节	系统性红斑狼疮	(687)
第五节	皮炎	(692)
第十章	传染病急诊	(696)
第一节	流行性感冒	(696)
第二节	麻疹	(699)
第三节	流行性腮腺炎	(704)
第四节	流行性乙型脑炎	(707)
第五节	病毒性脑膜脑炎	(712)
第六节	重型病毒性肝炎	(715)
第七节	流行性出血热	(721)

第八节	传染性单核细胞增多症	(727)
第九节	狂犬病	(730)
第十节	艾滋病	(734)
第十一节	脊髓灰质炎	(738)
第十二节	斑疹伤寒	(741)
第十三节	猩红热	(745)
第十四节	白喉	(748)
第十五节	流行性脑脊髓膜炎	(753)
第十六节	化脓性脑膜炎	(757)
第十七节	细菌性痢疾	(761)
第十八节	霍乱	(765)
第十九节	细菌性食物中毒	(769)
第二十节	伤寒	(775)
第二十一节	破伤风	(780)
第二十二节	败血症	(784)
第二十三节	结核性脑膜炎	(789)
第二十四节	新形隐球菌脑膜脑炎	(795)
第二十五节	阿米巴病	(802)
第二十六节	疟疾	(807)

第十一章 理化因素所致疾病急诊

(811)

第一节	急性中毒总论	(811)
第二节	急性有机磷农药中毒	(822)
第三节	氨基甲酸酯类农药中毒	(826)
第四节	拟除虫菊酯类农药中毒	(828)
第五节	有机氮农药——杀虫脒中毒	(830)
第六节	刺激性气体中毒	(832)
第七节	急性一氧化碳中毒	(834)
第八节	急性氰化物中毒	(837)
第九节	急性硫化氢中毒	(840)
第十节	氮气窒息	(843)
第十一节	急性有机溶剂中毒	(845)
第十二节	甲醇中毒	(848)
第十三节	强酸中毒	(849)
第十四节	强碱中毒	(851)
第十五节	急性砷化氢中毒	(852)
第十六节	亚硝酸盐中毒	(855)
第十七节	急性金属及其化合物中毒	(858)
第十八节	急性苯的氨基、硝基化合物中毒	(897)
第十九节	镇静药、催眠药、安定药中毒	(899)

第二十节 中暑	(903)
第二十一节 冻僵	(905)
第二十二节 毒蛇咬伤	(908)
第二十三节 电击伤	(914)
第二十四节 淹溺	(916)
第二十五节 日用化学品中毒	(919)
第二十六节 部分药物中毒	(927)
第二十七节 其他少见的急性中毒	(934)
第二十八节 其他常见毒物中毒	(938)
第十二章 水、电解质及酸碱失调急诊	(946)
第一节 水的正常代谢,脱水及水中毒	(946)
第二节 钠的正常代谢,低钠血症及高钠血症	(960)
第三节 钾的正常代谢,低钾血症及高钾血症	(971)
第四节 镁的正常代谢,低镁血症及高镁血症	(983)
第五节 酸碱失衡	(989)
第十三章 急诊治疗方法	(1006)
第一节 急诊常用药	(1006)
第二节 抗生素的临床应用	(1027)
第三节 溶栓治疗	(1040)
第四节 氧气疗法	(1047)
第五节 呼吸机的临床应用	(1050)
第六节 血液气体分析与酸碱平衡	(1056)
第七节 呼吸功能监测	(1066)
第八节 心血管疾病重症监护	(1070)
第九节 急诊人工心脏起搏术	(1075)
第十节 心脏复律术	(1080)
第十一节 透析疗法	(1084)
第十四章 诊疗操作方法	(1092)
第一节 气管插管术	(1092)
第二节 气管切开术	(1092)
第三节 胸腔穿刺术	(1093)
第四节 心包穿刺术	(1095)
第五节 中心静脉压测定	(1096)
第六节 心导管检查术	(1098)
第七节 洗胃术	(1101)
第八节 三腔管应用	(1102)
第九节 腹腔穿刺术	(1104)

第十节 导尿术	(1105)
第十一节 静脉切开术	(1106)
第十二节 锁骨下静脉穿刺术	(1107)
第十三节 颈内静脉穿刺术	(1109)
第十四节 股静脉穿刺术	(1111)
第十五节 骨髓穿刺术	(1112)
第十六节 腰椎穿刺术	(1113)
常用实验室检查正常 (参考) 值	(1115)
汉英对照索引	(1153)

第一节 发 热

发热是指人的体温因为各种原因超过正常高限而言。国内测定正常人的体温是：腋表平均 36.8°C ，口表 37.1°C ，肛表 37.5°C 。

正常的人上午体温较低，下午体温较高，但波动不超过 1°C ，妇女排卵后体温较高，月经期体温较低。

【病因和发病机制】

体温的维持比较恒定。通过产热及散热之间的平衡由体温调节中枢下丘脑进行调节。

引起发热的原因主要是内源性致热原。细菌、真菌、病毒、内毒素、原胆烷醇酮、抗原抗体复合物等，作用于粒细胞、单核巨噬细胞系统，经过一系列的代谢反应，产生内生性致热原。内生性致热原为一肽类物质，主要有白介素 - I、此外白介素 - VI、肿瘤坏死因子也有一定的作用。其可作用于下丘脑的体温调节中枢，使其调节点上移。此时体温调节中枢对体温重新调节，由此发生冲动，经交感神经使皮肤血管收缩，散热减少；此外，发出的冲动经运动神经使骨骼肌周期性收缩，发生寒战，使产热增加。这样产热就大于散热，使体温上升到新的调节点。

内生性致热原如何引起体温调节中枢的调节点提高，可能与其使下丘脑 PGE_1 及 PGE_2 合成增加有关。

阿斯匹林等药物所以能使体温下降，因其可抑制 PG 的合成。肾上腺皮质类激素所以能使体温下降，因其可抑制 PG 的释放及抑制粒细胞释放内生性致热原，可抑制免疫反应使抗原抗体复合物减少，内生性致热原产生减少。

一般情况下发热主要是散热功能减弱，而在甲状腺机能亢进，引起体温升高，则主要是产热增加。

造成发热的病因不外乎有两类：

一、感染性

包括病毒、细菌、霉菌、原虫等引起的感染。

二、非感染性

包括肿瘤、变态反应、结缔组织病、甲状腺功能亢进、固醇热、中暑及中枢性发热等。

从生理意义上讲，发热可以加强吞噬细胞的活力及增强肝脏的解毒功能，但亦可引起人体不适，如头疼、无力、全身酸软，对小孩可引起呕吐、惊厥。如有心脏病心力衰竭，



发热引起心率增快，可诱发或加重心力衰竭。因发热，出汗，可引起失水，大量出汗可发生低血钠。

体温在 42°C 以上时，可使一些酶的活力丧失，使大脑皮质产生不可逆的损害，可发生昏迷甚至死亡。

体温超过 41°C 以上时，多有体温调节中枢功能障碍，见于严重感染、甲状腺危象、中暑、输液反应等。其对机体可产生很大的危害，可使血脑屏障功能减低，有毒物质进入。产生心力衰竭、呼吸衰竭而导致死亡。

【诊断要点及注意事项】

一、病史

- (一) 起病的缓急。
- (二) 持续性还是周期性。
- (三) 有无寒战。
- (四) 有无咽痛、流鼻涕、咳嗽、胸痛。
- (五) 有无腹痛、腹泻、腰痛、膀胱刺激症状，有无尿血、便血。
- (六) 有无头痛、恶心、呕吐。
- (七) 有无关节痛、肌肉痛。
- (八) 有无皮疹、瘙痒、黄疸。
- (九) 有无传染病接触史。

二、体格检查 应对下述检查更加注意

- (一) 体温的高低与脉搏呼吸次数的上升是否一致。
- (二) 热型。
- (三) 咽部是否红肿，扁桃体情况。
- (四) 胸部情况，特别注意有无肺部体征。
- (五) 腹部有无压痛，肌紧张，肝脾是否肿大。
- (六) 有无全身淋巴结肿大。
- (七) 有无皮疹，黄疸。
- (八) 颈部有无抵抗，甲状腺是否肿大。

三、辅助检查

因为发热的病因很多，应结合病史及体格检查有针对性地进行，下列各项应作为常规检查。

- (一) 白细胞计数及白细胞分类。
- (二) 尿常规检查。
- (三) 高热、寒战时应做血培养及血涂片找疟原虫。
- (四) 怀疑呼吸系统疾病应做 X 线胸部透视或胸片。
- (五) 肝大、肝区痛者做 B 型超声波检查，肝功能检查。
- (六) 有脑膜刺激征，看眼底及做腰椎穿刺检查。
- (七) 有出血倾向者应查血红蛋白，血小板，出、凝血时间。



(八) 长期发热者应照胸片, 做肥达反应, 外斐反应, 布氏杆菌凝集试验, 抗链球菌溶血素“O”测定, PPD 或 OT 试验, C 反应蛋白, 抗核抗体, 血沉, 蛋白电泳, 免疫球蛋白等。

(九) 做中段尿培养。

【诊断与鉴别诊断】

一、根据口表体温的高低分为:

(一) 低热 37.4~38℃;

(二) 中度发热 38.1~38.9℃;

(三) 高热 39~40℃;

(四) 超高热 40℃以上。

二、发热超过两周为长期发热, 少于两周为急性发热。体温超过 38.5℃ 两周以上未确定发热原因者, 称为高热原因未明。

三、发热时热型对鉴别诊断有帮助

(一) 稽留热 体温持续在 39~40℃ 之间几天到几周, 波动不超过 1℃。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等。

(二) 弛张热 体温在 39℃ 以上, 24 小时内波动相差 2℃ 以上。见于败血症、风湿热、重症结核、渗出性胸膜炎、化脓性炎症等。

(三) 间歇热 高热与体温正常交替出现, 体温正常后 1~2 天再次高热, 反复发生。见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。

(四) 回归热 体温达 39℃ 以上, 持续几天, 降到正常后, 隔几天又发生高热, 反复发生。见于回归热、何杰金病、鼠咬热等。

(五) 波状热 体温逐渐上升高达 39℃ 以上, 几天后逐渐下降到正常, 数日后体温又逐渐升高, 反复多次。见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎等。

(六) 不规则热 发热无一定的规则。见于结核病、感染性心内膜炎、风湿热等。

(七) 消耗热 高热, 每日体温波动很大, 达 3~5℃, 并反复发生寒战。见于脓毒血症、败血症等。

(八) 双峰热 24 小时内体温出现两个高峰, 见于革兰阴性杆菌败血症。

四、中枢性高热特点是体温可高达 40~42℃, 无汗, 昼夜改变不大, 对解热药物无效, 见于脑外伤。

突然高热, 持续不久即退热, 有意识障碍但可睁眼, 见于大脑皮层广泛性损害所致的醒状昏迷。

五、发热的伴随症状对发热原因的鉴别很有帮助

(一) 伴有寒战 寒战产生的原因是致热原作用于体温调节中枢使其调节点提高, 此时血液的温度对于调节来说是低的, 因而患者感觉发冷、寒战, 同时肾上腺素分泌增加, 交感神经兴奋, 血管收缩。因寒战时肌肉的颤抖使产热增加, 加之血管收缩, 皮肤散热减少, 血液温度增高。当其达到体温调节点所要求的温度时, 寒战即终止。

伴有寒战的高热可分为两种。



1. 一次性寒战 即先寒战后高热, 发热后不再发生寒战。见于大叶性肺炎、军团菌肺炎、输血及输液反应。

2. 反复发生寒战高热 见于败血症、感染性细菌性心内膜炎、疟疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎, 回归热和淋巴瘤亦可见到这种现象。

后背部有发冷的感觉, 无发抖现象, 俗称畏寒, 多见于病毒感染。

病毒感染发生寒战者较少见, 流行性出血热、传染性单核细胞增多症, 可发生寒战。结核病、结缔组织病, 多无寒战。

衣原体感染亦有发生寒战者, 如鹦鹉热。立克次体感染发生寒战者, 如流行性斑疹伤寒。

(二) 伴有皮疹 发热伴有皮疹的疾病甚多, 但常见者为:

1. 发疹性传染病 除伴有各自疾病的特征性皮疹外, 与发热后皮疹出现的时间有较为固定的关系。发热 1 日后出现皮疹, 见于水痘; 2 日后出现皮疹, 见于猩红热; 3 日后出现皮疹, 见于天花; 4 日后出现皮疹, 见于麻疹; 5 日后出现皮疹, 见于斑疹伤寒; 6 日后出现皮疹, 见于伤寒。

2. 发热与皮疹的出现没有固定的关系 内科常见的疾病有:

(1) 风湿热 其典型的表现为发热, 游走性关节痛, 皮疹。特征性皮疹为环形红斑。亦可发生结节性红斑、多型性红斑。

(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。常见者为猩红热样、麻疹样、固定性红斑等。常见引起药物热的药物有 β -内酰胺类抗生素、氯霉素、苯巴比妥等。其热型可为弛张热或稽留热。易被误认为感染未被控制。药物热发生的规律常为: 感染应用抗生素, 病情好转, 再度发烧并出现皮疹, 应高度怀疑为药物热。若白细胞计数不增高而嗜酸性细胞数目增多, 则可能性更大。

(3) 系统性红斑狼疮 其典型表现为高热, 关节及肌肉痛, 多脏器损害, 皮疹。其热型不规则, 但不伴有寒战。皮疹为面部的蝶形红斑、多型性红斑。亦可有毛囊丘疹、荨麻疹、广泛性紫癜等。亦可有雷诺现象。

(4) 败血症 临床常见引起皮疹者为金黄色葡萄球菌败血症, 典型表现为高热、关节痛、皮疹、迁移病灶。皮疹的特征为丘疹其顶端有小脓疮。脓疮涂片可找到金黄色葡萄球菌对诊断本病很有帮助。亦可发生麻疹样、荨麻疹样皮疹。

(5) 变应性亚败血症 其典型表现为高热、关节痛、皮疹。热型为弛张热或稽留热, 很像败血症。但血培养阴性, 无感染灶, 用抗生素无效, 而用肾上腺皮质激素有效。其皮疹为多形性红斑、猩红热样、麻疹样、荨麻疹样, 也可有淤点、淤斑。

(三) 伴有出血倾向 所谓出血倾向是指自发出血, 或外伤如针刺后出血不易止常见的疾病有:

1. 流行性出血热 其典型表现为高热, 三痛(头痛、腰痛、全身痛), 三红(面部、颈部、胸部红), 呈醉汉貌, 软腭、腋下可见出血点。严重时皮肤淤斑、尿血、便血、咯血。由病毒引起。

2. 钩端螺旋体病 其典型表现为高热、寒战、肌肉痛、眼结膜充血、淋巴结肿大、



咯血、鼻出血、呕血、尿血、皮肤及黏膜出血。

3. 急性白血病 其临床表现为高热、出血倾向、贫血症状、淋巴结肿大、脾肿大。

4. 急性血小板减少性紫癜 其临床表现为高热、皮肤紫癜、鼻出血、齿龈出血、颊黏膜血泡、尿血、便血。

(四) 伴有淋巴结肿大为主，脾肿大为辅 发热伴有淋巴结肿大临床上并不少见。由于炎症引起的淋巴结肿大，发展快，有压痛，可有粘连。由于结核引起者，则发展较慢，粘连多见。由于淋巴结肿瘤，转移瘤引起的淋巴结肿大，发展慢，质硬，无压痛。

1. 全身淋巴结肿大压痛，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；
3. 全身淋巴结明显肿大无压痛，周期性发热，见于何杰金病；
4. 全身淋巴结明显肿大压痛或压痛不著，见于血管性免疫母细胞淋巴结病；
5. 局部淋巴结肿大压痛，见于炎症所致者；
6. 局部淋巴结肿大，硬，无压痛，见于转移瘤；
7. 淋巴结很快增大而且肿大较著，见于炎症，自身免疫反应；
8. 淋巴结肿大未经特殊治疗而自行缩小或消退者，可除外由于恶性疾患所致。

(五) 伴有脾肿大为主，淋巴结肿大为辅

1. 恶性组织细胞增多症 其典型表现为发病急、高热、脾肿大，可有淋巴结肿大、黄疸、贫血、出血倾向，可有皮肤红斑、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 其典型表现为周期性、规律性发热，伴有寒战、脾肿大、贫血、淋巴结不大。

4. 伤寒 其典型表现为逐渐起病，呈稽留热，表情淡漠、腹胀、便秘、脉缓、脾肿大，发病6~7天后胸腹部可出现玫瑰疹，肝可轻度肿大，淋巴结不大。

(六) 伴有腹痛 常见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、急性肠系膜淋巴结炎、肝脓肿。

(七) 伴有胸痛 常见于大叶性肺炎、胸膜炎、肺脓肿等。

(八) 伴有严重的头痛 常见于脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(九) 伴有明显的肌肉痛 常见于皮炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病等。

(十) 伴有神志障碍 常见于中枢神经系统感染、感染中毒性脑病、脑软化等。

(十一) 伴有休克 常见于大叶性肺炎、败血症、急性细菌性痢疾、流行性出血热等。

(十二) 伴有眼结合膜充血 常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病。

(十三) 伴有关节痛 常见于风湿类、猩红热、痛风、关节结核、化脓性关节炎。

(十四) 伴有单纯疱疹 常见于大叶肺炎、流行性感、流行性脑脊髓膜炎。

六、高热

原因不明的高烧，最后确诊大约感染占40%，肿瘤占30%，结缔组织病占20%，其他占10%，在这10%中有5%可能仍找不到致病的原因。

七、长期低烧

最常见的原因有结核病、胆道感染、结缔组织疾病、泌尿系感染、肝脏肿瘤、甲状腺