

临床 症状 鉴别 诊断 思路

主编 李伟扬 王颖



LIN CHUANG ZHENG ZHUANG JIAN BIE ZHEN DUAN SI LU

临床 症状 鉴别 诊断 思路

主编 李树刚 副主编 王树刚



临床症状鉴别诊断思路

主 编 李伟扬 王 颖

 黑龙江朝鲜民族出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床症状鉴别诊断思路/李伟扬,王颖主编. —牡丹江:黑龙江朝鲜民族出版社,2003.6
ISBN 7-5389-1151-0

I. 临... II. ①李... ②王... III. 症状—鉴别诊断 IV. R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 051791 号

书 名/ 临床症状鉴别诊断思路

主 编/ 李伟扬 王 颖

责任编辑/ 金水山

责任校对/ 徐福仁

封面设计/ 咸成镐

出版发行/ 黑龙江朝鲜民族出版社

印 刷/ 牡丹江书刊印刷厂

开 本/ 787×1092 1/16

印 张/ 24.5

字 数/ 600 千字

版 次/ 2003 年 6 月第 1 版

印 次/ 2003 年 6 月第 1 次印刷

印 数/ 1-1 000 册

书 号/ ISBN 7-5389-1151-0/R·56

定 价/ 33.00 元

(如印装质量有问题,请与本社发行部联系调换)

《临床症状鉴别诊断思路》

编 委 会

主 编： 李伟扬 王 颖

副主编： 高凤敏 蔡永臣 姜海燕

编 委： （按姓氏笔画为序）

王 颖 王 宏 许宝霞

孙彦臣 李伟扬 林 怡

姜海燕 海艳洁 高凤敏

秦 晶 游 陆 蔡永臣

前 言

症状和体征是临床医生赖以诊断疾病的主要依据之一,临床医生根据病人就诊的主要表述和体征而形成初步诊断概念,同时对病人进行全面身体检查并借助于必要的实验室检查或特殊检验,经过全面分析、比较、综合判断,确定为某种疾病而排除其他相似症状的疾病,这个过程就是鉴别诊断。

医生的职责是治病救人、预防和消除疾病,增进人类身体健康。在党的十六大精神鼓舞下,为实践江总书记的“三个代表”的重要思想。我们十二名内科专家,根据多年来的临床实践经验和长期工作所积累的国内外有关临床诊断的珍贵资料,经过认真筛选,去粗取精,加工整理,编写了《临床症状鉴别诊断思路》一书。其目的就是共同提高诊断和治疗技能,为全民身体健康作贡献。全书共三十八章,每一个临床症状为一章,每章分别列举了临床常见症状的鉴别思路,进行了深入浅出的鉴别,为临床医生做出正确诊断提供借鉴和参考。

由于作者水平有限,在编写过程中难免出现这样或那样的缺点和失误,欢迎医学界的同仁提出宝贵意见。

编 者

2003 年 6 月

目 录

第一章	临床症状诊断思路的原则与方法	(1)
第二章	发热	(6)
第三章	呼吸困难	(61)
第四章	咯血	(72)
第五章	慢性咳嗽	(79)
第六章	胸腔积液	(91)
第七章	心包积液与心与摩擦音	(99)
第八章	水肿	(107)
第九章	高血压	(115)
第十章	低血压与休克	(125)
第十一章	发绀	(133)
第十二章	心脏增大	(135)
第十三章	心脏杂音	(150)
第十四章	非心源性胸痛	(176)
第十五章	吞咽困难	(180)
第十六章	呕吐	(187)
第十七章	急性上消化道出血	(194)
第十八章	便血	(201)
第十九章	便秘	(204)
第二十章	腹胀	(207)
第二十一章	呃逆	(213)
第二十二章	腹泻	(216)
第二十三章	腹痛	(224)
第二十四章	黄疸	(235)
第二十五章	腹水	(243)
第二十六章	肝肿大	(250)
第二十七章	脾肿大	(253)
第二十八章	淋巴结肿大	(255)
第二十九章	贫血	(261)
第三十章	出血	(271)
第三十一章	尿液改变	(274)
第三十二章	关节痛	(288)
第三十三章	头痛	(295)
第三十四章	眩晕综合征	(309)

第三十五章	晕厥综合征.....	(316)
第三十六章	昏迷.....	(323)
第三十七章	脑膜刺激症.....	(332)
第三十八章	瘫痪.....	(346)

第一章 疾病鉴别诊断的原则和方法

病人就医目的在于治病,医生对病人建立正确的诊断则是治病的基础。病人诉说的病情只是疾病的表面现象,不同的疾病可在某些方面有极相似的表现,同一种病在不同病人又可有不同表现,临床医生应该先弄清其实质,作出诊断,采取措施进行治疗。

治病必先识病。各种疾病都有其自然转归,治病和评估治疗效果时必须加以考虑。

疾病的诊断过程一般有三个环节:①调查研究,收集完整和确实的诊断资料;②综合和分析资料,建立初步诊断;③必要时作其他有关检查,动态临床观察,最后验证和修正诊断。疾病诊断须有广博而精深的医学知识,否则对一些疾病必然茫无所知;同时也要不断地积累临床经验。疾病诊断过程如图 1-1 所示。

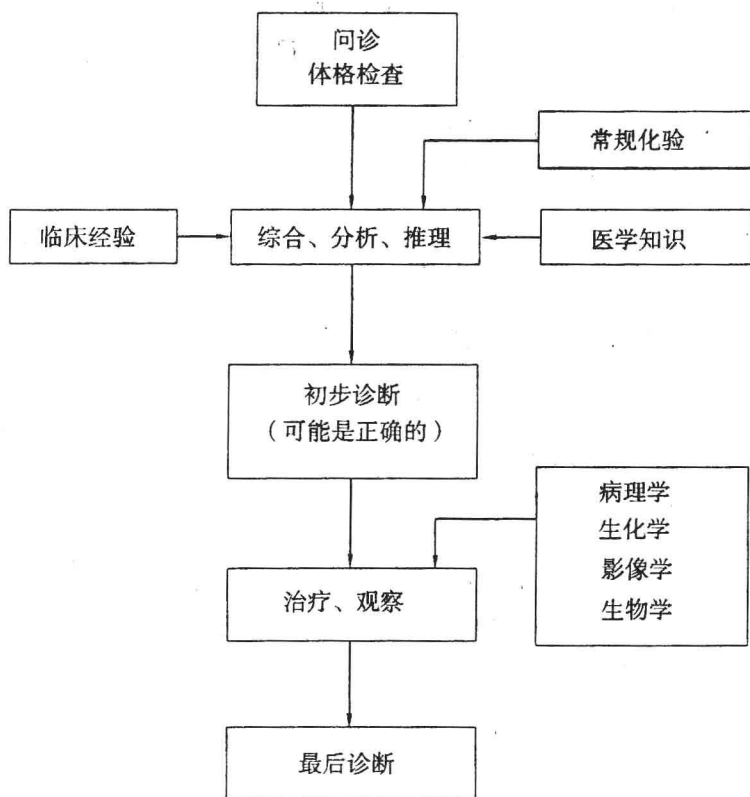


图 1-1 疾病诊断过程图解

1.1 疾病诊断资料的搜集

临床医生在检查病人时所获得的第一手资料是最宝贵的临床资料。在对疾病进行分析时,必须全面考虑,这是正确诊断疾病的关键。主观、片面是造成误诊的常见原因。临床资料来自下述三方面:

1. 病史:是建立诊断的主要依据,许多病可能从病史中得到启示而作出诊断。一定要认真、详细地寻问病史,并通过问诊了解疾病的发生、发展、治疗经过等等,要抓住重点,逐步深入。对每个病人都应询问起病情况,病因或诱因,主要症状的部位、性质、特点、持续时间,缓解情况,有无伴随症状,对伴随症状的深入询问是鉴别诊断所必需的。如病人有几种症状,应问清其主次和先后。如曾接受过治疗,应询问药名与剂量,疗效与不良反应,以判断该治疗对所患疾病的影响。对传染病要问清传染源,传播途径;对急性病要询问有关的诱因;对慢性病应询问病人的饮食、体重、劳动能力的改变以及疾病对患者健康的影响程度。

对住院病人还要询问过去史、个人史、婚姻史、家族史等各个方面,这些材料对了解病人的背景,有其特殊意义。如风湿热与风湿性心脏病有关;长期吸烟与慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、肺癌等有关;肝炎病史与肝硬化、原发性肝癌有关;居住地与某些地方病有关;对曾经确诊的疾病也要详细询问其病情和治疗经过,此次住院还需进一步完善诊断及治疗。

病程记录是病人住院期间的病情发展记录,记载病情的消长、主要检查结果、病情分析、诊断思路、确诊情况、治疗措施及疗效,以及会诊记录和手术记录等等。病程记录可根据病情的缓急随时记录、一日一记或数日一记。

总之,病史应着力于全(完整而系统)、实(真实而精选的材料)、活(记录其各种动态发展)和特(能反映病人的特征和病情的特色)。全而实对诊断特别重要,材料不全难于分析,材料不实更易作出错误判断。一份好的病史资料应该是能使后人阅读时仿佛病人在眼前一样,获得效益的好教材,切忌泛泛地记录病人平淡的诉说,体现不出医生如何思考、如何诊断。

2. 体格检查:从病史中形成的诊断再从体检中得到证实,诊断即前进一步,这是体检的主要目的。体检还能发现与现病症无关的其他异常资料,如高血压、肝脾肿大等,此时还应询问病人有否与高血压、肝脾肿大有关系的疾病,检查愈详细,异常情况发现得愈多,对病人的了解也愈全面。

体检应包括一般状态检查,如体温、脉搏、呼吸、血压、身高、营养、体重、神志、面容、步态、体位,这些检查非常重要,既可以识别病人,也可以和以后病情变化作比较。视、触、叩、听四诊各有独特的适用价值。应特别重视视诊,用医学的眼光看病人,留心其面部表情,一举一动和步态,就不难发现病情、诊断疾病,如突眼、消瘦、烦躁、易怒,多见于甲状腺功能亢进症;脑血管意外、脊髓灰质炎后遗症和先天性髋脱位病人各有其特异步态;如病人双手叉腰,宁候电梯而不愿步行登二楼,可怀疑存在心肺功能不全;医生要不断训练和积累这方面的观察能力。检查要全面而细致,从头到脚,逐一检查,仅仅听心肺和查局部情况是不够的。曾有病人以急起高热,全身痛和白细胞增高被诊断为回归热。住院后经全面检查发现左上臂蜂窝组织炎是其正确诊断,这种误诊是完全应该避免的。各专科虽各有其特殊要求,也不能忽略一般检查。

一般检查应在适宜环境下进行,冬季要防病人受凉;黄疸、贫血要在自然光线下检查,听诊要在安静环境中进行。要注意检查方法,如腹痛病人,查腹痛要从无腹痛部位开始,便于对比。

肝脾检查要用正确的手法,与病人的体位和合作有关。凡能触及的应注意其大小,质地、表面

是否光滑,有无压痛。影响肝脏肿大的因素很多,如儿童的肝脏相对地大于成人,瘦高和肋角尖锐者、肺气肿者的触及率明显高于一般人,不能把可触及的肝脏都当作肝肿大。心脏叩诊受胸壁和肺气肿的影响,左右侧卧位时,要左右移动。肾脏触及率和体型有关,右肾较易触及,有尿路刺激症者应比较两肾区的叩击痛。

某些有重要诊断意义的体征要反复检查,易变性心脏杂音是感染性心内膜炎的证据,出疹性传染病的皮疹出现有固定日期,要逐日检查。任何阳性体征都应与症状相对照,是否与主要诊断有关,要具体分析。

3. 实验室检查:对每个住院病人都要进行血、尿、便常规检查,除此之外,不同的疾病,都有与之相对应的有关检查。如怀疑胰腺炎应做血、尿淀粉酶测定;怀疑肝性脑病应做血氨检查;怀疑肝癌者应做甲胎蛋白检查。如病人有脓血便或腹泻,应考虑作细菌学或寄生虫学检查乃至肛门指检。

4. 其他辅助检查:临床上已有初步诊断,需要取证或作鉴别诊断时,就做相关医疗器械检查。器械检查中,X线检查应用最广,能了解一些脏器的形态和功能变化,涉及呼吸、消化疾病时,常与内镜检查配合使用。放射性核素显像或功能诊断、超声诊断、CT诊断、核磁共振检查等灵敏精确度更高,可适当选用。需要指出的是无论病人和医生都不应过分依赖这些高精度检查,如病人患有血尿有半年病史,体检和膀胱镜检查认为是前列腺增生,诊断基本确定。为了进一步证实,作CT检查,因前列腺规则增大,边缘模糊,与膀胱后壁分界不清,认为是膀胱癌侵入膀胱,给病人造成极大的恐慌,最后手术摘除并做病理检查,证实前列腺增生。

在临床上任何辅助检查的材料都必须与病人的实际情况相结合。分析资料要客观,避免以孤立的资料作为诊断依据,但也不要放过任何可疑的资料而作结论。

1.2 诊断与鉴别诊断

疾病的诊断是从现象到本质的认识过程,对复杂的病情,经过分析比较,确定为某种疾病而排除其他疾病的过程,则是诊断与鉴别诊断的过程。所谓疑难病,主要是我们不熟悉的少见病或多种疾病并存,未必都是疑难症。经过全面和仔细的观察与分析,绝大多数疾病是能够诊断清楚的。在诊断的全过程中,应注意以下诸关系。

1. 现象与本质:病人的症状、体征及各项检查结果都是疾病的临床表现,一定的临床表现具有一定的临床意义,这就是现象与本质的关系。例如,胸骨左缘3~4肋间听到心包摩擦音,这是一种病理现象,其本质就是纤维蛋白性心包炎。不同疾病的临床表现是不相同的,即使是同一疾病在不同病人身上的表现也可以不完全相同。也就是说,疾病的临床表现往往是比较复杂的,如何透过临床表现去认识疾病的本质,这就要求我们必须掌握各种症状、体征及各项检查结果的临床意义,这是认识疾病的基础。从这个角度出发,我们可以说,一本《诊断学基础》的内容几乎全都在讲现象与本质的关系。

2. 主要表现与次要表现:疾病的临床表现和过程往往比较复杂,常常包括许多症状、体征、实验室和其他检查结果异常。例如,一个病人有食欲不振、腹胀、腹泻、心悸、气促等症状,下肢浮肿、发绀、颈静脉怒张、心尖区隆隆样舒张中晚期杂音、肝肿大、肝颈静脉回流征阳性等体征。在这些众多的临床表现中,食欲不振、腹胀、腹泻、肝肿大可属于消化系统表现,心悸、气促、下肢浮肿、发绀、颈静脉怒张、肝肿大、肝颈静脉回流征阳性、心尖区隆隆样舒张中晚期杂音等可属于循环系统疾病的表现,而气促、发绀也可以是呼吸系统疾病的表现。上述表现中,心尖区隆隆样舒张中晚期杂音仅见于二尖瓣狭窄,颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性则见于右心衰、缩窄性心包炎、心包积液,其

余的每一种表现都可以由很多原因引起。由此确定心尖区隆隆样舒张中晚期杂音为该病人的最主要表现,并得出风湿性心脏病二尖瓣狭窄的诊断。二尖瓣狭窄的病人,可以因为肺淤血而有呼吸困难(气促)。长期肺淤血可导致肺动脉高压、右心室肥大,进而引起右心衰。右心衰导致的体循环静脉淤血,可以解释肝肿大、颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性、食欲不振、腹胀、腹泻等。发绀可用肺淤血引起的气体交换障碍及体循环静脉淤血所致的血流缓慢来解释。抓住主要表现得出诊断后,其他的次要表现也应能得到相应的解释。如果次要表现不能得到合理的解释,则可能是没有抓住主要表现或虽抓住主要表现但诊断尚不完全,可能还有第二个、第三个疾病。根据主要表现提出的诊断应能解释全部临床表现;如不能解释全部临床现象,则可能是诊断有误而应重新寻求主要表现提出新的诊断,也可能是同时存在两个或两个以上的疾病。如果有两种疾病同时存在,应辨别疾病的主次关系,辨明哪些资料归属于主要疾病,哪些资料归属于次要疾病。

3. 局部与整体:人体是一个复杂的统一整体,各系统、器官有其相对的独立性,又相互配合、相互制约、密切相关。局部病变可以影响整体,整体的病变又可突出地表现在某一局部。如急性扁桃腺炎为一局部性病变,却可以引起畏寒、发热、口干、食欲不振、尿少而黄、心率快、血白细胞计数增高、血沉增快等全身性表现;又如风湿热是累及结缔组织的全身性疾病,却可以突出表现为心脏炎、关节炎等方面的局部表现。从临床角度来看,局部的症状、体征或其他检查异常可以是全身性疾病表现的一部分,而全身性表现又常由局部病变所引起;在考虑诊断时,必须强调整体观,防止片面地、孤立地、粗枝大叶地对待临床表现。从局部变化的相互关系中认识整体变化,才能真正揭示其内在联系,作出正确诊断。

4. 共性与个性:不同疾病可出现相同的表现,即这些疾病的共性;而同一征象在不同的疾病中又有其独特的临床特点,即该病的个性。例如,全身性水肿可见于心脏病、肾脏病和肝脏病,全身性水肿即为这些疾病的共性;但心脏病性水肿常始于身体的低垂部位,肾脏病性水肿则首先出现于皮下的疏松组织如眼睑等处,肝脏病性水肿者则突出地表现为腹水,此即上述诸病的个性。又如肺炎、肺水肿、肺淤血、肺癌等都可有肺部湿啰音,湿啰音是这此病变的共性。但肺炎的湿啰音常局限于某一局部并随病情好转而消失;肺水肿的湿啰音从肺底开始很快布满双肺;肺淤血的湿啰音局限于双肺底;肺癌的湿啰音常恒定局限于某一局部并伴持久性干啰音。分析临床资料时,既要注意共性,又要注意个性,抓共性,可以就某些临床表现进行全面考虑不致漏诊;抓个性,有利于详细鉴别,减少误诊。

5. 典型与不典型:临床上,所谓“典型”病例只占少数,大多数病人的临床表现可以因为预防接种或早期使用抗生素而不典型。疾病的典型临床表现为人们熟知,不典型病例给人以许多假象。如血白细胞增多是许多化脓性感染性疾病的普遍现象,但在某些机体反应能力减低的病人血白细胞不增高,偶尔甚至血白细胞减少;早期使用抗生素已使典型的大叶性肺炎、伤寒十分少见,而代之以不典型或轻型表现;慢性疾病可以急性起病,急性疾病可以爆发;甲处病变突出地表现为乙处的症状,如下叶肺炎表现为腹痛,急性心肌梗死没有胸痛而表现为胃肠道症状。临床症状表现如此多变,体征和实验室检查结果也可因病情不同而异乎寻常,如果考虑不周全,非常容易造成误诊。典型病例的诊断并不困难,而不典型病例的诊断有一定的难度。一个初学者,首先应当熟记典型表现,然后才可能对不典型病例有较高的警惕。只有开阔思路、考虑全面,不断从实践中总结经验、从失误中吸取教训,才能不断提高诊断的准确性。

医生的职责是治病救人,预防和消灭疾病,增进人类健康。医生接诊病人时应有责任心、同情心和爱心;要注意听取病人诉说,抓住要点。由简单到复杂。要善于处理、分析各种材料,分清疾病的主次。诊断是治疗的基础,切忌头痛医头,在诊治过程中,应根据病情发展,不断修正原有诊断,

避免误诊、漏诊。

医学是一门实践性极强的学科,虽然疾病的发生、发展有一定规律,但其临床表现因人而异,我们应该理论与实践相结合,不断地丰富自己,增长为人民服务的才干,终生学习,永不自满。

(高风敏)

第二章 发 热

概 述

一、概念

正常人有相对恒定的体温,它一般指口腔内的舌下温度。正常体温波动在 $36.2^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 间,肛门温度较体温高 $0.3^{\circ}\text{C} \sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比体温低 $0.2^{\circ}\text{C} \sim 0.4^{\circ}\text{C}$,剧烈运动、劳动或进餐后体温可暂时升高,妇女在月经前和妊娠期体温稍高于正常,老年人代谢率较低,其体温相对低于青壮年,小儿的代谢率较高,其体温可较成年人稍高,体温下午较早晨为高,日差不超过 1°C 。体温高于 37.3°C 或肛温高于 37.6°C ;或一日内体温差异超过 1°C ,即可认为是发热。

二、发热原因

引起发热的疾病很多,常见的发热原因见表 2-1。

表 2-1 发热原因

感染性发热

各种病原体,如病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、霉菌、寄生虫等引起的全身或局部性感染

非感染性发热

1. 无菌性坏死物质的吸收

①机械性、物理性或化学性损害:如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等。

②血管栓塞形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗塞或肢体坏死。

③组织坏死细胞破坏如癌、肉瘤、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

2. 抗原—抗体反应:如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

3. 内分泌与代谢障碍:可引起产热过多或散热过少而导致发热。前者如甲状腺功能亢进,后者如重度失水等。

4. 皮肤散热少,如广泛性皮炎、鱼鳞病、慢性心功能不全等。

5. 体温调节中枢功能失常。

①物理性:如中暑。

②化学性:如重度安眠药中毒。

③机械性:如脑出血、硬膜下出血、脑震荡、颅骨骨折。

6. 植物神经功能紊乱:属功能性发热,常表现为低热。

三、发热的机理

临床上主要的发热原因是感染。引起发热的物质称为致热原,可分为外源性致热原与内源性致热原两类。外源性致热原如细菌内毒素,已证明是脂多糖类,其分子量大,不能直接作用于体温

调节中枢的神经元而引起发热。内源性致热原以无活性前身物质的形式存在于单核细胞和巨噬细胞之内。当这些细胞被病毒、细菌、内毒素、抗原抗体复合物、炎性渗出物、原烷醇酮等激活剂激活之后,便可产生和释放内源性致热原,作用于体温调节中枢而引起发热。又被抗原激活的淋巴细胞所产生的淋巴细胞激活因子(LAF),也能激活单核细胞和巨噬细胞释放内源性致热原。近年来还证明,纯化了的内源性致热原是与淋巴细胞激活因子性质相同的类激素物质,现已标为白细胞介素 I(Interleukin I),它能刺激辅助 T 淋巴细胞增生,产生抗体和免疫反应。内源性致热原目前已公认为炎症性发热的共同因素,并且是引起发热的主要物质。而感染性发热,则可以认为是机体对感染因子的一种全身性防卫反应。机体的热能主要产生于肝脏和肌肉,而骨骼肌的产热作用尤大。当机体在某些致热原物质(主要是细菌内毒素)的作用下,肌肉收缩可特别强烈,临床上则表现为寒战(Rigor)。

四、发热病症的检查

发热的原因复杂,常造成诊断上的困难。因此,遇有发热原因未明的病人,必须认真细致地进行全面的询问病史、体格检查以及有目的地做辅助检查,并结合动态观察,以便及时、准确的确定诊断。现将对发热有一定鉴别诊断意义的几方面情况分述如下。

(一)病史

详细询问病史往往对发热的诊断与鉴别诊断提供重要的线索,例如:发病地区及季节,对传染病与寄生虫病特别重要。某些寄生虫病,如血吸虫病、黑热病、丝虫病等有严格的地区性。斑疹伤寒、回归热、白喉、流行性脑脊髓膜炎等流行于冬春季节;伤寒、乙型脑炎、脊髓灰质炎、恙虫病则流行于夏秋;钩端螺旋体病的流行常见于夏收与秋季。麻疹、猩红热、伤寒、天花等急性传染病,病愈后常有牢固的免疫力,第二次发病的可能性甚少。牛痘与伤寒菌苗接种后在一定期间内获得免疫力。中毒型菌痢、食物中毒的病者发病前多有进食不洁饮食史。疟疾、病毒性肝炎、全身性巨细胞包涵体病可通过输血传染。阿米巴肝病可有慢性痢疾病史。此外,还需注意询问职业史,如五酚钠急性中毒所致的发热与多汗,即曾被误诊为急性感染;热射病可被误诊为乙型脑炎或恶性疟疾。

(二)症状与体征

1. 热型

许多发热疾病具有特殊的热型(体温曲线),这些热型在鉴别诊断上有一定的帮助。

(1)稽留热(Continued fever):体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右,达数天或数周,24 小时体温波动范围不超过 1°C ,见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期。

(2)弛张热(Remittent fever):体温在 39°C 以上,但波动幅度大,24 小时温差达 2°C 以上,体温最低时一般仍高于正常水平。可见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性疾病等。

(3)间歇热(Intermittent fever):高热期与无热期交替出现。体温波动幅度可达数度。无热期(间歇期)持续一天乃至数天,反复发作,见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4)回归热(Recurrent fever):体温急骤升高至 39°C 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,即规律地互相交替一次,见于回归热、何杰金病、周期热等。

(5)波状热(Undulant fever):体温逐渐升高达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,数天后又逐渐升高,如此反复多次,常见于布鲁菌病。

(6)不规则热(Irregular fever):发热无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

发热是疾病过程中人体的一种反应。发热的高低和久暂以及体温曲线的型式,很大程度上取

决于人体的反应性,且受治疗(解热药、抗菌药物、肾上腺皮质激素等)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。

2. 寒战

寒战是由于某些致热原作用于机体所引起的,其中以某些细菌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、亚急性感染性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、急性肠道感染、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。

3. 面容

伤寒病者常表情淡漠;斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热病者则常呈醉酒样面容;猩红热病者有口唇周围明显苍白;麻疹病者则呈现特殊的面容(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、恶性网状细胞病、再生障碍性贫血等;结核病病者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播散性红斑狼疮的特殊病症;口唇疱疹可见于大叶性肺炎、间日疟、流行性脑脊髓膜炎,而一般不见于小叶性肺炎、干酪性肺炎、恶性疟与结核性脑脊髓膜炎。

4. 皮肤

皮疹可见于发疹性传染病、变态反应、血液病、结缔组织疾病等。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、淋巴瘤、何杰金氏病等,均可伴有皮肤损害,甚至可为首发的症状。

出疹性皮疹见于某些较为严重的急性传染病、血液病及其他出血体质。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、恶性网状细胞病、重症肝炎等,常有皮肤出血点或瘀斑出现,特别是流行性脑脊髓膜炎的出血性皮疹,对提示早期诊断甚有帮助。

皮肤及软组织的化脓病灶,常提示为发热的原因,或败血症的来源。

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。

5. 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,但也有不少例外,如急性发疹性发热疾病伴耳后、枕骨下淋巴结肿痛,强烈提示风疹的诊断。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。淋巴瘤瘤较常累及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结组织病变或全身性感染的病症。全身性淋巴结肿大伴有周期性发热,是何杰金氏病的临床特征。如伴有不规则发热,应注意传染性单核细胞增生症、结核病、急性淋巴细胞型白血病、恶性网状细胞病、播散性红斑狼疮等。

6. 眼、耳、口咽部

巩膜视诊有助于黄疸的早期发现。败血症、流行性脑脊髓膜炎、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。眼底检查有助于急性粟粒型结核、结核性脑脊髓膜炎、亚急性感染性心内膜炎,播散性红斑狼疮、白血病等疾病的诊断。

如忽略检查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视的常规检查,如口腔粘膜的颜色、咽部是否充血、扁桃体肿大等,对确定发热的病因是很有意义的。

7. 呼吸系统

咳嗽、咯痰、流涕、咽痛是上呼吸道炎症的主要病征。上呼吸道感染虽然可能有高热,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 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,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。支气管性肺炎、肺炎支原体肺炎及渗出性胸膜炎,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。

发热兼有胸部病征时,如有条件应作胸部 X 线检查及肺部 CT。

8. 循环系统

心血管疾病的主要症状是心悸、心前区疼痛、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、脏器血管梗塞(肺梗塞、心肌梗塞、脾梗塞等)、血栓性静脉炎等疾病。

发热期间出现的器质性心脏瓣膜杂音,或原来的心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。特别是出现乐鸣性杂音时,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,超声波检查有辅助诊断意义,必要时经诊断性穿刺而证实之。

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显著减慢),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。

脏器血管梗塞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。

9. 消化系统

发热的病者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,对发热疾病较少鉴别诊断意义。消化障碍症状虽可起自消化系统疾病本身,但许多由于全身性疾病,特别是急、慢性传染病与恶性肿瘤。如过分注意局部症状,可能将其他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。

10. 肝、脾肿大

肝、脾两脏器关系相当密切。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、结缔组织疾病、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,是机体的免疫机构,许多急性与慢性传染病(包括原虫感染)、结缔组织疾病等,也往往累及而肿大。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。

11. 泌尿生殖系统