

感染性疾病 首诊手册

GANRANXING JIBING SHOUZHEN SHOUCE

主编 赵彩彦



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

感染性疾病 首诊手册

（供基层医疗卫生机构医务人员使用）

主编：王卫华



人民军医出版社
RENMING JIYU CHUBANSHE

感染性疾病首诊手册

GANRANXING JIBING SHOUZHEN SHOUCHE



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

感染性疾病首诊手册/赵彩彦主编. —北京:人民军医出版社,2010.5

ISBN 978-7-5091-3736-9

I. ①感… II. ①赵… III. ①感染-疾病-诊断-手册 IV. ①R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 071609 号

策划编辑:王 宁 文字编辑:陈 鹏 责任审读:李 晨

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—51927297

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:18 字数:636 千字

版、印次:2010 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:64.50 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

► 序

随着社会的发展和环境的改变,感染性疾病的疾病谱也在不断地发生着变化,一些病种如伤寒、霍乱的发病率大幅度下降,随之又出现了一些新发的感染病,如被称为“21 世纪瘟疫”的艾滋病、2003 年在我国及部分东南亚国家广泛流行的“严重急性呼吸综合征(SARS)”、目前我国散发但病死率较高的“人高致病性禽流感”等,感染性疾病的防控任务依然严峻。2003 年 SARS 防控的经验说明,对于感染性疾病正确及时的诊治具有重大的社会意义。

目前临床上虽然不乏介绍感染性疾病的专著,但尚缺乏一简单、实用、方便的感染科常见症状、诊断、鉴别诊断与治疗的手册,此书的出版填补了这一缺憾。本书除了介绍感染性疾病常见症状和体征之外,用流程图展示了每一个常见症状的诊断流程,简单、实用、一目了然;在各论部分对目前我国常见感染性疾病的描述是按照一个临床医师接诊患者时的流程:从病历书写、规范诊断、医嘱处理到注意事项,逐一进行介绍,目的是帮助临床医师最大限度地避免临床误诊、漏诊。

本书的主编及编者都是从事感染性疾病临床科研和临床工作多年的专家,具有丰富的临床经验,且收集整理了大量的参考文献。本书在理论性、实用性、可读性方面具有明显的特色,为读者提供了较为全面的信息。

本人有幸在出版前浏览全书,感到本书实用,内容编排新颖,理论联系实际,读后受益匪浅。我愿意为本书作序,并乐于推荐本书给广大读者。

中华医学会感染病学会
河北分会名誉主任委员



2009 年 9 月 30 日

► 前 言

20 世纪以来,人类同感染性疾病的斗争取得了巨大成就,某些感染性疾病如天花、脊髓灰质炎基本得到了控制,一些病种如伤寒、霍乱的发病率大幅度下降。但随着全球生态环境的变化、社会经济的发展、人口老龄化、环境污染等问题的日益突出,出现了一些新发的感染病,如被称为“21 世纪瘟疫”的艾滋病、2003 年在我国及部分东南亚国家广泛流行的“严重急性呼吸综合征(SARS)”、目前我国散发但病死率较高的“人高致病性禽流感”等,感染性疾病的防控任务依然严峻。

首诊负责制是指第一位接诊医师(首诊医师)对其接诊病人,特别是急、危重病人的检查、诊断、治疗、会诊、转诊、转科、转院等工作负责到底的制度。这项制度的落实在感染性疾病的防控中尤为重要。为帮助感染科医师更好的落实首诊负责制,减少临床的漏诊和误诊,构建和谐的医患关系,我们编写了这部手册。手册分为总论和各论两部分,分别以临床感染性疾病的常见症状、体征和目前我国常见的感染性疾病为主要内容。总论特别对每一种临床常见症状的诊断流程用流程图进行展示;各论对临床常见感染性疾病的病历书写要点(临床特点和拟诊讨论策略)、规范诊断(诊断术语和诊断标准)、医嘱处理(接诊检查、规范处理、注意事项)、诊治进展逐一进行了叙述,以期指导首诊临床医师接诊感染性疾病患者的诊断、鉴别诊断、规范处理的整个过程。

本册密切结合临床,注重实用性,目的是为感染科、消化内科、肝胆外科等临床医师,尤其是青年医师、研究生、本科生提供一册临床工作必备的工具书。我国著名的感染病学家裴琇教授,在百忙中对本书进行了审阅并作序,同时提出了宝贵意见,对她的鼎力支持和热心帮助表示由衷的感谢!由于各位编者的学术风格和学术造诣不一,加上主编者的学识水平有限,书中内容和观点可能存在不当及疏漏之处,祈望有关专家和广大读者批评斧正。

赵彩彦

2009 年 8 月 18 日于石家庄

► 目 录

第一篇 总论(症状篇)

第1章 发热	(3)
第一节 急性发热	(11)
第二节 长期发热	(27)
第三节 周期性发热	(34)
第四节 慢性发热	(38)
第2章 皮疹	(44)
第3章 肝大	(60)
第4章 脾大	(85)
第5章 黄疸	(99)
第6章 消化道出血	(127)
第7章 淋巴结肿大	(138)
第8章 腹水	(145)
第9章 腹痛	(164)
第10章 腹泻	(219)
第11章 咳嗽	(253)
第12章 咯血	(263)
第13章 脑膜刺激征	(279)

第二篇 各论(疾病篇)

第14章 病毒性肝炎	(297)
第15章 水痘-带状疱疹	(320)
第16章 传染性单核细胞增多症	(326)

第 17 章	麻疹	(331)
第 18 章	风疹	(337)
第 19 章	传染性非典型肺炎	(342)
第 20 章	人感染高致病性禽流感	(349)
第 21 章	流行性乙型脑炎	(356)
第 22 章	狂犬病	(361)
第 23 章	流行性腮腺炎	(366)
第 24 章	脊髓灰质炎	(371)
第 25 章	流行性出血热	(378)
第 26 章	登革热和登革出血热	(390)
第 27 章	获得性免疫缺陷综合征	(397)
第 28 章	流行性斑疹伤寒	(405)
第 29 章	猩红热	(409)
第 30 章	流行性脑脊髓膜炎	(413)
第 31 章	伤寒	(419)
第 32 章	细菌性食物中毒	(425)
第一节	胃肠型食物中毒	(425)
第二节	神经型食物中毒	(428)
第 33 章	细菌性痢疾	(431)
第 34 章	霍乱	(440)
第 35 章	布氏菌病	(446)
第 36 章	败血症	(453)
第 37 章	钩端螺旋体病	(462)
第 38 章	回归热	(468)
第 39 章	疟疾	(472)
第 40 章	阿米巴病	(478)
第 41 章	日本血吸虫病	(486)
第 42 章	肠绦虫病	(494)
第 43 章	钩虫病	(497)
第 44 章	真菌感染	(500)
第一节	念珠菌病	(500)

第二节	隐球菌病	(504)
第三节	曲霉菌病	(513)
第四节	毛霉菌病	(517)
第 45 章	白喉	(520)
第 46 章	百日咳	(525)
第 47 章	炭疽	(529)
第 48 章	鼠疫	(533)
第 49 章	弓形虫病	(538)
第 50 章	口蹄疫	(543)
第 51 章	军团菌感染	(546)
第 52 章	弯曲菌肠炎	(552)
第 53 章	破伤风	(556)
第 54 章	支原体肺炎	(563)
参考文献		(567)

第一篇

总论(症状篇)

第1章 发 热

发热(fever)是指病理性的体温升高,超过正常范围,通常被认为是人体对于致病因子的一种全身性反应。一般说来,口腔温度 37.3°C 以上,或腋窝温度 37°C 以上或直肠内温度 37.6°C 以上,可认为有发热,但应注意很多生理情况也可导致正常体温的波动。健康成人的正常体温不可能用一个数字(例如 37°C)来表示。口腔温度(舌下测温)为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。直肠内温度一般比口腔高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比口腔温度低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 。不同个体的正常体温略有差异,少数健康成人口腔温度可稍低于 36.3°C 或稍高于 37.2°C 。正常体温在一昼夜间有轻微的波动,晨间稍低,下午稍高,但波动范围不超过 1°C 。在生理状态下,体温也有轻微的波动,如小儿的代谢率较高,其体温可较成年人略高。老年人代谢率较低,其体温可较青壮年人略低。妇女月经期体温可较平日稍低,而在排卵期与妊娠期则增高。进食后、剧烈运动、突然进入高温环境、情绪激动等,均可使体温增高。这些体温的暂时性升高,虽无重要临床意义,但在确定为发热之前,必须予以识别。

一、发热的诊断步骤

发热的原因复杂,常成为诊断上的难题。因此,凡遇有发热原因未明者,必须认真询问病史、既往史、个人史、接触史;进行细致全面检查,并结合动态观察,以便及时作出正确诊断。有时还须鉴别是否为伪装发热。在诊断上可以参考以下几方面。

(一)病史

详细询问病史,取得第一手正确资料,往往对发热原因的诊断有重要的启发。问诊的要点包括:①起病时间、季节、起病急缓、病程、发热的程度、频度、诱因;②有无畏寒、寒战、大汗或盗汗;③多系统症状询问,如是否伴有皮疹、出血、黄疸、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、腹痛、呕吐、腹泻、尿急、尿频、尿痛、头痛、肌肉关节痛等;④患病以来的一般情况,如精神状态、食欲、体重改变及睡眠;⑤诊治经过;⑥传染病接触史、疫水接触史等流行病学资料,手术史、流产或分娩史、用药史、职业特点等。其中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,对于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、脊髓灰质炎、恙虫病等则流行于夏秋季节。钩端螺旋体病的流行常见于夏收和秋收季节。麻疹、猩红热、伤寒等愈后常有相当牢固的免疫力,第二次发病的可能性很小。伤寒菌苗接种后在一定期间内获得免疫力。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巨细胞包涵体病、获得性免疫缺陷综合征(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。此外还须询问职业史,如冶炼工人可罹患铸工热、高温作业者可罹患热射病。热射病有时可被误诊为乙型脑炎或恶性疟。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热的可能性。药热一般伴有药疹,有时临床表现类似系统性红斑狼疮(药物性狼疮综合征)。发热患者应用解热药、磺胺类、某些抗生素、安眠药等,发热反而持续,或原先无发热而出现发热者,尤其是伴发皮疹者,须警惕药热的可能性。无皮疹的药热甚少见,但最易于忽略。

目前由于广谱抗生素、抗癌药物、糖皮质激素等的广泛应用,引起二重感染(真菌感染)而致发热不退者,或退热后又再发热者,有逐渐增多的趋势。如患者同时应用糖皮质激素治疗,可使发热不明显而致漏诊严重疾病者亦有之。

(二)症状与体征

1. 热型 一些发热疾病具有较特殊的热型(体温曲线),这些热型可有助于诊断。

(1)稽留热:体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或更高,达数天或1周以上,24h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24h内波动达 2°C 或更多,可见于结核病、败血症、局灶化脓性感染、支气管性肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、风湿热、恶性网状细胞增多等疾病。

(3)双峰热:体温曲线在24h内有2个高热波峰,形成双峰,可见于黑热病、恶性疟、大肠埃希菌败血症、铜绿假单胞菌败血症等。

(4)间歇热:体温突然上升达 39°C 以上,往往伴有恶寒或寒战,历数小时后又下降至正常,伴大汗淋漓,经1至数天体温又再突然升高,如此反复发作为间歇热,可见于间日疟、三日疟、化脓性局灶性感染等。

(5)波状热:体温在数天内逐渐上升至高峰,然后在数天内逐渐下降至常温或微热状态,不久又再发,呈波浪式起伏,可见于布氏菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎等。

(6)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,热期互相交替,可见于回归热、鼠咬热等。

(7)不规则热:发热高低不定,变动无规律,无上述各种热型的特点,是为不规则热。不规则热可见于流感、支气管性肺炎、渗出性胸膜炎、亚急性感染性心内膜炎、风湿热、恶性疟等。

发热是人体病程中的一种全身性反应。发热的高低和久暂及体温曲线的形式,一方面和病原体的性质有关,但更大程度上取决于病体的反应性,且受治疗(如解热药、抗菌药物、糖皮质激素等)的影响。

2. 寒战 以某些细菌性感染(如大肠埃希菌败血症)与疟疾最为常见。其临床表现为皮肤血管急剧收缩(苍白),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、间日疟或三日疟、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 伤寒患者常表情淡漠。斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热患者则常呈醉酒样面容。猩红热患者口唇周围明显苍白。麻疹患者则呈结膜充血、眼睑水肿、畏光、眼分泌物增多等特殊面容。面容苍白见于贫血患者。肺结核患者虽无明显贫血而面容也显得苍白。发热伴面部蝶形红斑提示系统性红斑狼疮的可能。口唇疱疹可见于大叶性肺炎、间日疟与三日疟、流行性脑膜炎等,而一般不见于支气管性肺炎、干酪性肺炎与结核性脑膜炎。

4. 皮疹 皮疹可见于发疹性急性传染病、变态反应性疾病、结缔组织病、血液病等。不同的发疹性传染病有不同的发疹特点,对鉴别诊断甚有帮助。

出血性皮疹可见于一些较严重的急性传染病、血液病等。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、恶性网状细胞增多、重症麻疹、重症肝炎等,常有皮肤出血点或瘀斑。流行性脑膜炎的皮肤瘀点,对提示早期诊断甚有帮助。药物性皮炎通常发生于药物治疗后第5~20天,但一般以第6~10天为多。皮肤化脓性病灶,常提示为发热的原因、败血症的来源或其并发症。

5. 淋巴结 局限性淋巴结肿痛常提示局部急性炎症病变,如颌下淋巴结肿痛,常提示口咽部急性感染。如急性发疹性发热疾病伴耳后、枕骨下淋巴结肿痛,强烈提示风疹的诊断。恙虫病的焦痂常见于隐蔽的部位,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。累及多组的淋巴结肿大或全身性淋巴结肿大,是泛发性淋巴组织病变的特征。如患者伴有周期性发热,是霍奇金病

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、系统性红斑狼疮、急性淋巴细胞白血病、恶性网状细胞增多、弓形虫病、艾滋病等。

6. 眼、耳、鼻、口咽部检查 巩膜视诊有助于黄疸的早期发现。败血症、流行性脑膜炎、感染性心内膜炎患者可出现眼结膜瘀点,是有价值的提示诊断支持点。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症,可漏诊脑脓肿为耳源性。患者有急性鼻咽炎症时,如仅考虑急性上呼吸道炎症,可能忽略早期的麻疹、脊髓灰质炎、急性病毒性肝炎与肺炎支原体肺炎等疾病。口、咽部视诊对发热患者来说是不能忽略的常规检查。

7. 呼吸系统 流涕、咽痛、咳嗽、咳痰是上呼吸道炎症的主要表现。上呼吸道炎症一般发热较轻,也无呼吸困难。表现为上呼吸道炎症的流行性感冒,常以急性高热发病。下呼吸道炎症如毛细支气管炎、重症肺炎、大量胸腔积液或重度气胸时则常有呼吸困难。

在糖皮质激素、抗癌药、广谱抗生素等长期疗程中出现肺部病症或症状加重,应注意二重感染,尤其是继发真菌感染。发热伴有呼吸系统病症时,有指征做胸部X线常规检查。

8. 循环系统 心血管疾病时主要症状是心悸、心前区痛、呼吸困难、发绀与下肢水肿。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)、静脉血栓形成等。

发热期间出现的器质性心瓣膜杂音,或原来的心瓣膜杂音忽然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。

心包炎的体征主要是心包摩擦音与心包积液征。心包摩擦音可经听诊而确定。心包积液通常可经体格检查而证实,而B超的诊断意义更大,必要时可做诊断性穿刺而确定其性质。风湿性、非特异性、结核性心包炎发热往往不太高,而化脓性心包炎时则往往发热高而波动较大,多伴有恶寒或寒战。心肌炎一般只有中等程度发热或微热。发热高度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),或出现各型心律失常而提示诊断。脏器血管梗死以突然发作的局部疼痛为主诉,以后才出现轻度或中等程度发热。

9. 消化系统 发热患者常有不同程度的消化系统症状,如恶心、呕吐、食欲缺乏、便秘或腹泻,但这些症状无特异性,对发热疾病甚少诊断意义。消化障碍症状虽可来自消化系统疾病本身,但许多系全身性疾病,特别是

急、慢性传染病及恶性肿瘤所致。发热伴有明显腹痛者要考虑胆囊炎、阑尾炎、胰腺炎、坏死性肠炎、急性腹膜炎等疾病。

10. 肝、脾大 肝、脾是胚胎时期的造血器官,造血器官病变时,两者同时受累则发生增大。肝、脾均有单核-巨噬细胞系统成分,是机体的免疫机构,许多急、慢性传染病,结缔组织病等,也往往累及而增大。肝、脾又是红细胞破坏及其分解产物处理的场所,故急、慢性溶血过程中也常引起增大。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,不致引起肝、脾大。

11. 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,致漏诊急性肾盂肾炎、急性前列腺炎等疾病。急性肾盂肾炎通常有膀胱刺激征、腰痛等提示诊断,但尿改变可能先于膀胱刺激征而出现。对泌尿系统感染(特别是淋病)、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,一般不致漏诊。肾结核通常发热不高,如尚未累及膀胱,不致出现膀胱刺激征,此时提示诊断的根据是肾外结核病史及尿常规发现镜下血尿。肾周围炎与肾周围脓肿常伴有高热、肾区疼痛与肾区叩击痛常提示诊断。向尿路穿破的肾脓肿除有发热、尿路刺激征等症状之外,还有脓尿或脓血尿。

12. 肌肉与关节 发热伴有肌肉疼痛可见于许多急性传染病,一般无特征性诊断意义。如发热患者腓肠肌剧烈疼痛,甚至不能站立与行走,常提示钩端螺旋体病。如急性发热患者兼有肌痛与皮疹,面部水肿、表情僵硬,应考虑急性皮炎的可能。发热、肌肉疼痛伴血中嗜酸性粒细胞增多,可见于人旋毛虫病、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,包括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症,病因可为化脓性、感染性、感染变态反应性、结缔组织病等。淋病性关节炎、结核性关节炎与痛风性关节炎的早期,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、血清病等的伴随症状。

13. 神经系统 发热伴有意识障碍或脑膜刺激征,提示中枢神经系统损害,可见于中枢神经系统疾病、某些全身性疾病、急性传染病或中毒等。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,以脑脊液中细胞增多、球蛋白增多、特异性病原学与免疫学检查的阳性结果等为特征。引起发热的非感染性中枢神经系统病变,如脑出血、热射病等,则各有其独特的病史与临床表现,可作为重要的诊断依据。

发热兼有精神症状,有不少源于急性全身性感染(感染性精神病)、内分泌代谢障碍、结缔组织病、血液病、中毒(内因性与外因性)等。这些患者一般都有相应的病史与临床特征,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,较常发生精神症状。

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。

(三) 实验室检查

实验室检查是原因未明发热患者不可缺少的检查方法。

1. 血象 血象能反映人体对致病因子的反应状态,也能反映造血器官的功能状态,还可在周围血中检出某些病原体,而且简单易行。因而,对诊断未明的发热患者,必须反复做细致的血象检查。

(1) 白细胞总数:白细胞总数增多一般系指中性粒细胞增多,多在化脓性细菌感染时,极度的白细胞增多见于白血病和类白血病反应。风湿热也常有白细胞增多,而系统性红斑狼疮时白细胞减少。大多数病毒性感染无白细胞增多,甚至减少,例如流感、麻疹。某些细菌性感染如伤寒、副伤寒、布氏菌病、结核病某些类型以及某些原虫感染(如黑热病、疟疾)常有白细胞减少,有助于诊断与鉴别诊断。

(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有两种。其一是由于骨髓功能受抑制,致白细胞总数减少,并只有杆状核中性粒细胞增多的核左移(变质性左移),可见于伤寒、副伤寒、布氏菌病、流感等。其二是白细胞总数增多,有各阶段幼稚中性粒细胞增多的左移(再生性左移),提示骨髓粒系统增生活跃,可见于各种化脓性细菌感染、败血症、白喉、钩端螺旋体病等。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胞质嗜碱性包涵体的出现。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2~3d之后,也可见于外因性中毒与恶性肿瘤等。

(3) 嗜酸性粒细胞计数:发热兼有显著的嗜酸性粒细胞增多,可见于急性血吸虫病、丝虫病、过敏性肺炎、热带嗜酸性粒细胞增多症、人旋毛线虫病、肺吸虫病、内脏蠕虫移行症、变应性肉芽肿性血管炎、嗜酸性粒细胞过多综合征等。发热兼有轻度嗜酸性粒细胞增多,可见于猩红热、霍奇金病、结节性多动脉炎、药热等。在伤寒时,嗜酸性粒细胞消失是一个有力的诊断支持点。但近年来伤寒患者大多病情较轻,血中一般只见嗜酸性粒细胞减少。

(4) 单核细胞计数: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,提示炎症仍在活动;如合并淋巴细胞增多,则提示炎症趋向于消