

张元玲 董岩峰 赵珉 主编

临床内科诊疗学

LINCHUANG NEIKE ZHENLIAOXUE



江西科学技术出版社

张元玲 董岩峰 赵珉 主编

临床内科诊疗学

LINCHUANG NEIKE ZHENLIAOXUE



江西科学技术出版社

江西·南昌

图书在版编目(CIP)数据

临床内科诊疗学 / 张元玲, 董岩峰, 赵珉主编. --
南昌 : 江西科学技术出版社, 2018. 12

ISBN 978 - 7 - 5390 - 6784 - 1

I. ①临… II. ①张… ②董… ③赵… III. ①内科 -
疾病 - 诊疗 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 053254 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:ZK2018466

图书代码:B19035 - 101

临床内科诊疗学

张元玲 董岩峰 赵珉 主编

出版 江西科学技术出版社
发行 江西科学技术出版社
社址 南昌市蓼洲街 2 号附 1 号
邮编:330009 电话:(0791)86623491 86639342(传真)
印刷 北京虎彩文化传播有限公司
经销 各地新华书店
开本 787mm × 1092mm 1/16
字数 150 千字
印张 8.5
版次 2018 年 12 月第 1 版 2018 年 12 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5390 - 6784 - 1
定价 56.00 元

赣版权登字 - 03 - 2019 - 065

版权所有,侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)



前 言

本书所阐述的内容在临床医学的理论和实践中其普遍意义,是学习和掌握其他临床学科的重要基础。其任务是通过教学使学生掌握内科常见病、多发病的病因、发病机制、临床表现、诊断和防治的基本知识、基本理论和实践技能。



目 录

第一章 绪论 1

第一节 临床内科定义 / 1

第二节 临床内科的进展 / 1

第二章 内科常见症状 4

第一节 发热 / 4

第二节 咳嗽与咳痰 / 12

第三节 心悸 / 16

第四节 发绀 / 17

第五节 呼吸困难 / 19

第六节 恶心、呕吐 / 20

第七节 腹痛 / 22

第八节 急性腹泻 / 23

第九节 黄疸 / 24

第十节 头痛 / 27

第十一节 血尿 / 29



第三章 临床内科诊疗技术

32

- 第一节 心肺复苏术 / 32
- 第二节 骨髓穿刺术 / 35
- 第三节 腹腔穿刺术 / 39
- 第四节 心包穿刺术 / 43
- 第五节 胸腔穿刺置管术 / 45
- 第六节 呼吸骤停的复苏技术 / 46
- 第七节 气管插管术 / 50

第四章 呼吸系统疾病

54

- 第一节 急性上呼吸道感染 / 54
- 第二节 支气管扩张症 / 58
- 第三节 肺炎 / 62
- 第四节 传染性非典型肺炎 / 69
- 第五节 肺脓肿 / 70
- 第六节 支气管哮喘 / 76

第五章 循环系统疾病

87

- 第一节 慢性心力衰竭 / 87
- 第二节 急性心力衰竭 / 98
- 第三节 病毒性心肌炎 / 100
- 第四节 原发性高血压 / 102
- 第五节 自体瓣膜心内膜炎 / 117
- 第六节 扩张型心肌病 / 125



第一章 绪论

第一节 临床内科定义

临床内科学是一门涉及面广和整体性强的学科,它是临床医学各科的基础学科,所阐述的内容在临床医学的理论和实践中具有普遍意义,是学习和掌握其他临床学科的重要基础。使学生掌握内科常见病、多发病的病因、发病机制、临床表现、诊断和防治的基本知识、基本理论和实践技能。

临床内科学在临床医学中占有极其重要的位置,它涉及面广,包括呼吸、循环、消化、泌尿、造血系统、内分泌及代谢、风湿等常见疾病以及理化因素所致的疾病。与外科学并称为临床医学的两大支柱学科,为临床各科从医者必须精读的学科。

第二节 临床内科的进展

一、医学模式的转换

20世纪后期,由于人类文明的高度进步和科学技术的巨大发展,人类的社会环境、生活习惯和行为方式也随之发生变化。与此同时,人类的疾病谱也发生了明显的变化。从19世纪发展起来的现代医学,对人类健康及疾病的认识从纯生物学的角度去分析,强调生物学因素及人体病理生理过程,着重躯体疾病的防治,形成了生物学医



学模式(biomedicalmodel)。这一医学模式忽略了心理、社会及环境等因素对人体的作用,而恰恰是这些因素对人类的健康和疾病有着十分重要的影响,亟待给予足够的重视。仅举一例即可见一斑,冠心病是危害人类健康的重大疾病之一,从生物医学模式来看,它是冠状动脉内的粥样斑块形成及其继发的斑块破裂、血栓形成等导致冠脉狭窄或闭塞而出现临床上心绞痛及(或)心肌梗死,以致死亡。虽然不断有各种治疗心绞痛药物问世,更有冠状动脉内介入措施和搭桥手术治疗,挽救了不少冠心病患者。但是从总体来看,由于缺乏对发病因素的有效控制,冠心病发病率逐年急骤升高,其致死、致残率也相应大幅增加。因此,必须改变仅仅偏重生物学治疗的医学模式,必须唤起广大社会人群的重视,从冠心病发病源头抓起,改变不良的生活方式,早期干预高血脂、高血压、高血糖等导致冠心病发病的危险因素,这样才能变被动为主动使冠心病的发病率总体下降。1998年美国冠心病病死率较1965年下降59%,就是顺应了这种生物-心理-社会医学模式(bio-psycho-socialmedicalmodel)。这一新的模式对医学提出了更高的要求。内科疾病的防治不仅是针对病因十分明确的,如感染、营养缺乏、理化病因所致疾病,还要更加重视心理、社会、环境因素和生活方式引起的疾病。内科疾病治疗的目标已不仅是治愈某一个疾病,而还要促进康复、减少残疾、提高生活质量。对许多慢性内科疾病不应固守传统的针对躯体某器官系统的药物治疗,而应同时重视心理、生活方式、社会因素等长期的防治措施。只有顺应这一医学模式的转变,才能进一步提高内科疾病的防治水平。

二、循证医学的发展

循证医学(evidencebasedmedicine,EBM)是现代临床医学的重要发展趋势。古代医学是纯粹的经验医学。19世纪发展起来的现代医学已经有了解剖、病理、生化、药理等基础学科的支撑,为临床诊断治疗疾病提供了科学的基础。临床医生面对各种诊断治疗问题,通常是根据现有的基础医学知识,参照前辈及或本人的实践经验,借鉴查阅相关文献的资料进行处理。对于某一种疾病,某种治疗方法,其结果的好坏,没有客观统一的评价标准。总体来看仍然是经验医学的范畴。

随着医学科学的发展,发现了很多问题是经验医学所不可能解决的,例如高血压患者可能发生脑出血性卒中,应该重视高血压的治疗,但是血压降到多少最为恰当?对这一个问题,仅靠几个专家、几个单位难以提出一个标准。又如近年来临床药物学的迅速发展,不断有各种各样的新药问世,对新药疗效的验证也不能是一家之见或几家之见。在这样的背景下,20世纪80年代循证医学的概念应运而生。它重点是在临



床研究中采用随机双盲对照和多中心研究的方法,所获得的客观证据作为医疗决策的基础。目前国内外对较多的常见病制定的诊疗指南中,各种诊疗措施的推荐均标明其级别和证据水平。某一诊疗措施,如有多个大规模前瞻性双盲对照研究得出一致性的结论,则证据水平最高,常列为强烈推荐;如尚无循证医学证据,仅为逻辑推理,已被临床实践接受的,则证据级别水平为最低,常列为专家共识或临床诊治参考。显而易见上述证据水平,随着循证医学研究结果的累积是可以变化的。



第二章 内科常见症状

第一节 发热

由于致热原的作用使体温调定点上移而引起的调节性体温升高(超过 0.5°C),又称为发热。每个人的正常体温略有不同,而且受许多因素(时间、季节、环境等)的影响。因此判定是否发热,则腋窝体温(检测10分钟)超过 37°C 可定为发热。

一、急性发热

(一) 感染性发热

1. 呼吸道病毒性感染

本疾病占急性呼吸道疾病的70%~80%。

诊断主要依据临床表现、白细胞计数和X线检查及对抗生素的治疗反应。近年由于诊断技术的进展,可用免疫荧光法和酶联免疫吸附试验(ELISA)快速诊断法可确定病原。常见有流行性感冒、普通感冒、腺咽结膜热、疱疹性咽峡炎、细支气管炎、肺炎等。须与呼吸道细菌性感染鉴别。

2. 严重急性呼吸综合征(severe acute respire - atory syndrome, SARS)

该病是一种由冠状病毒引起的以发热呼吸道症状为主要表现的具有明显传染性的肺炎,重症患者易迅速发展为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)。

对于有SARS流行病学依据有发热、呼吸道症状和肺部体征,并有胸部X线异常影像改变,能排除其他疾病诊断者,可以做出SARS临床诊断。在临床诊断的基础上,



若分泌物 SARS 冠状病毒 RNA(SARS COV RNA)检测阳性,或血清 SARS COV 抗体阳转或抗体滴度 4 倍及以上增高,则可确定诊断。

SARS COV 分离是确立病原学诊断的“金标准”。但其分离只允许在防护严密的 p3 实验室进行,体外细胞培养分离方法复杂且烦琐,不适合临床实验室。

作为诊断的方法具备以下三项中的任何一项,均可诊断为重症 SARS:

(1)呼吸困难,成人休息状态下呼吸频率 ≥ 30 次/min,且伴有下列情况之一:胸片显示多叶病变或病灶总面积在正位胸片上占双肺总面积的 1/3 以上;48h 内病灶面积增大 $> 50\%$ 且在正位胸片上占双肺总面积的 1/4 以上。

(2)出现明显的低氧血症,氧合指数 < 40 kPa(300mm - Hg)

(3)出现休克或多器官功能障碍综合征(MODS)。

3. 肾综合征出血热(HFRS)

(1)流行病学资料除新疆、西藏、青海台湾省及自治区外,其他省市均有报告。高度散发有明显季节性。多数地区(野鼠型)在 10 ~ 12 月为大流行高峰,部分地区在 5 ~ 7 月小流行褐家鼠型发病,高峰在 3 ~ 5 月。有直接或间接与鼠类及其排泄物接触史;

(2)临床特点,具有发热、出血和肾损害三大主症及五期经过(发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期);

(3)白细胞计数增高,可有类白血病反应,病后 1 ~ 2 日出现异形淋巴细胞($\geq 7\%$),血小板减少蛋白尿且短期急剧增加,若有膜状物可明确诊断;

(4)HFRS 抗体 IgM1:20 阳性,用于早期诊断病后 1 ~ 2 日出现,4 ~ 5 日阳性率达 89% ~ 98%。双份血清 HFRS 抗体 IgG 恢复期比早期有 4 倍以上增长也可确诊。

4. 传染性单核细胞增多症

由 EB 病毒引起,全年均可散发,见于青少年特点是发热、咽峡炎、颈后淋巴结肿大肝脾肿大。白细胞计数正常或稍低,单核细胞增高并伴有异形淋巴细胞($> 10\%$)嗜异性凝集试验 1:64 阳性,抗 EBV IgM 阳性,可明确诊断。

5. 流行性乙型脑炎

有严格季节性,绝大多数病例集中在 7、8、9 月。以 10 岁以下儿童为主,近年成人和老年人发病率较前增高可能与儿童普遍接受预防接种有关。特点为起病急、高热意识障碍、惊厥、脑膜刺激征脑脊液异常等。结合流行季节,一般诊断较易,不典型者依靠脑脊液检查、流行性乙型脑炎特异性抗体、流行性乙型脑炎病毒抗原检测进行诊断。



6. 急性病毒性肝炎

甲型、戊型肝炎在黄疸前期,可出现畏寒发热,伴有上呼吸道感染症状,类似流行性感易于误诊。但特点是具有明显消化道症状和乏力,如食欲缺乏恶心、呕吐、厌油腹胀。肝区痛、尿黄肝功能明显异常,以助鉴别。

7. 斑疹伤寒

轻型流行性斑疹伤寒与地方性斑疹伤寒须与其他发热疾病鉴别。主要表现是起病急、稽留型高热剧烈头痛,病后3~5日出现皮疹等。

8. 急性局灶性细菌性感染

(1) 此类疾病共同特点是高热、畏寒或寒战,伴有定位性症状。

急性肾盂肾炎:常见于生育期女性患者,有腰痛、尿频及尿痛如尿检查有脓尿,可以成立诊断,病原学诊断有待细菌培养证实症状严重者,应注意与肾周围蜂窝织炎、肾周围脓肿相鉴别及时进行B型超声或CT检查,必要时肾区诊断性穿刺可明确诊断。

(2) 急性胆道感染伴有胆绞痛:若不明显者而体检胆囊区有明显压痛有助诊断。细菌性肝脓肿。

(3) 脚下脓肿:通常并发于腹腔手术后或有腹腔化脓性感染急性阑尾炎X十二指肠溃疡穿孔胆囊或脾切除术后。当出现寒战、高热白细胞增高,又未找到其他感染灶时,应想到此病以右侧多见,患侧上腹部有显著的搏动性疼痛,在深呼吸或转位时加重下胸部有压击痛与局部皮肤水肿。听诊呼吸音减弱或消失线检查发现患侧膈肌上升且活动受限,反应性胸膜炎等及时进行B超、CT或核磁共振等检查可早期明确诊断。腹腔内脓肿可位于隔下结肠旁、阑尾周围、腹膜后等部位形成包裹性脓肿。

9. 败血症

在患有原发性感染灶,出现全身性脓毒血症症状,并有多发性迁徙性脓肿时有助于诊断应警惕的是原发感染灶可很轻微或已愈合。故当遇到原因不明的急性高热,伴有恶寒或寒战出汗,全身中毒症状重,白细胞增高与核左移血中无寄生虫发现,无特殊症状体征,应考虑到本病并及时做血培养,找感染灶与迁徙性病灶(肺、皮肤等),其致病菌以金黄色葡萄球菌为多见,次为大肠杆菌及其他肠道革兰阴性杆菌。近年真菌所致者有所增加也遇到罕见的致病菌。

(1) 金黄色葡萄球菌败血症:有原发皮肤感染(如挤压疮疖切开未成熟脓肿),后出现毒血症症状,皮疹迁徙性病灶,考虑本病的可能性很大。若未发现感染灶或以某一脏器受损症状为主,诊断较难。及时做血培养及骨髓培养可明确诊断既往认为以凝固酶阳性为判断葡萄球菌致病性的依据,血培养表皮葡萄球菌阳性(凝固酶阴性)多



为污染。近年报告该菌可引起免疫缺陷者院内感染(如伤口感染,插管感染及败血症)。考虑本病的条件是必须血培养2次以上阳性,分离的表皮葡萄球菌的生物型和抗生素型相似,临床症状在用适当抗生素治疗后病情好转。

(2)大肠杆菌败血症:常见于肝胆道、泌尿生殖道、胃肠道感染肝硬化、腹部术后、尿道手术后(包括导尿)特点为双峰热、高热伴相对缓脉,早期出现休克(约1/4~1/2患者)且持续时间较长大多数白细胞增高,少数可正常或减少(但中性粒细胞高)。迁徙性病灶少见。

(3)厌氧菌败血症:致病菌主为脆弱样杆菌次为厌氧链球菌产气荚膜杆菌等。厌氧菌常与需氧菌混合感染。特点是黄疸发生率较高(10%~40%)可能与其内毒素直接损害肝脏,和(或)产气荚膜杆菌 α 毒素的溶血作用有关,局部或迁徙性病灶中有气体形成(以产气荚膜杆菌显著),分泌物有特殊腐败臭味,引起脓毒性血栓性静脉炎而有腹腔、肺胸腔、脑、心内膜骨关节等脓肿,可有溶血性贫血及肾衰竭。

(4)真菌性败血症:常见有白色念珠菌(占大多数)曲菌、毛霉菌等。一般发生于原有严重疾病后期长期用皮质激素或广谱抗生药的过程中。床表现较细菌性败血症轻。无发热或低热常为原发病症状掩盖进展较慢。血培养可检出致病真菌,咽拭子痰、粪、尿等培养可获相同真菌生长。

(5)少见的败血症:如摩拉菌败血症常见于6岁以下免疫缺陷的儿童。诊断的关键是对摩拉菌的鉴定。不动杆菌败血症多见于老年人和婴儿,特别是糖尿病、癌症者最易发生院内感染。紫色杆菌败血症,致病菌为革兰阴性杆菌为唯一产生紫色素的杆菌。可通过皮肤破损、胃肠道呼吸道进入体内。局部可出现淋巴结炎、蜂窝组织炎迅速发展为败血症,可伴有迁徙性脓肿,主靠细菌学检查确诊。

二、长期高热

(一)感染性疾病

(1)以发热起病者有急性血行播散型肺结核、结核性脑膜炎、浸润型肺结核等原因不明的长期发热,如白细胞计数正常或轻度增高,甚至减少者应考虑到结核病。原发病变大多在肺部,及时做X线检查以助诊断。

急性血行播散型肺结核(急性粟粒型结核)多见青少年儿童,尤其未接种过卡介苗者更多。近年也见到老年患者及患过原发感染后的成人,特点是起病急,高热呈稽留热或弛张热,持续数周数月伴有畏寒、盗汗、咳嗽少量痰或痰中带血、气短、呼吸困难发绀等。婴幼儿及老年人症状常不典型。患者多表现衰弱有些病例有皮疹(结核



疹),胸部检查常无阳性体征,可有肝脾轻度肿大此病早期(2周内)难诊断的原因是肺部X线检查常无异常,结核菌素试验也可阴性(约50%),尤其老年及体质差者多为阴性肺结核杆菌(聚合酶链反应,PCR)及血结核抗体测定有助诊断。眼底检查可发现脉络膜上粟粒结节或结节性脉络膜炎有利于早期诊断。

(2)伤寒副伤寒以夏秋季多见,遇持续性发热1周以上者,应注意伤寒的可能近年伤寒不断发生变化,由轻症化、非典型化转变为病情重热程长、并发症多、耐氯霉素等在鉴别诊断中须注意。多次血培养或骨髓培养阳性是确诊的依据。肥达反应可供参考。

(3)细菌性心内膜炎凡败血症(尤其金黄色葡萄球菌所致)患者在抗生素治疗过程中突然出现心脏器质性杂音或原有杂音改变,或不断出现瘀斑或栓塞现象,应考虑到本病可能大多数原有先天性心脏病(室间隔缺损、动脉导管未闭等)或风湿性心脏瓣膜病史,少数偏前有拔牙扁桃体摘除、严重齿龈感染、泌尿道手术史出现持续发热1周以上,伴有皮肤及黏膜瘀点、心脏杂音改变脾肿大、贫血、显微镜血尿等血培养有致病菌生长,超声心动图可发现赘生物所在的部位。

(4)肝脓肿

①细菌性肝脓肿主要由胆道感染引起,多见于左右两叶,以左叶较多见感染来自门静脉系统者,右叶多见。特点是寒战高热,肝区疼痛,肝大压痛叩击痛,典型者诊断较易。遇有长期发热而局部体征不明显时诊断较难近年肝脏B超检查,诊断符合率达96%。②阿米巴肝脓肿是阿米巴痢疾最常见的重要并发症。表现为间歇性或持续性发热,肝区疼痛肝大压痛、消瘦和贫血等。以单发肝右叶多见。肝穿刺抽出巧克力色脓液;脓液中找到阿米巴滋养体;免疫血清学检查阳性,抗阿米巴治疗有效可确诊。

(二)非感染性疾病

1. 原发性肝癌

国内原发性肝癌80%以上合并肝硬化。临床特点是起病隐袭,早期缺乏特异症状一旦出现典型症状则多属晚期。近年由于诊断方法的进展,可早期诊断小肝癌(>5cm)。主要表现为肝区痛、乏力、腹胀食欲缺乏、消瘦、进行性肝大(质硬表面不平)黄疸、消化道出血等。一般诊断较易当以发热为主诉者诊断较难,表现为持续性发热或弛张热,或不规则低热,少数可有高热(如炎症型或弥漫性肝癌),易误为肝脏肿或感染性疾病。及时检测甲胎蛋白(AFP),其灵敏性特异性均有利于早期诊断。凡ALT正常,排除妊娠和生殖腺胚胎瘤如AFP阳性持续3周,或AFP>200ng/ml持续2月即可确诊。若AFP>升高而周ALT下降动态曲线分离者肝癌可能性大。此外,r-谷氨



酸转氨酶(γ -GT)碱性磷酸酶(AKP)增高也有辅助诊断价值,B超、CT、放射性核素显像均有助于定位诊断,选择性肝动脉造影(或数字减影肝动脉造影)可发现1cm的癌灶,是目前较好的小肝癌定位的方法。

2. 恶性淋巴瘤

包括霍奇金病和非霍奇金淋巴瘤。多见于20~40岁,以男性多见临床无症状或有进行性淋巴结肿大、盗汗、消瘦皮疹或皮肤瘙痒等。凡遇到未明原因的淋巴结肿大按炎症或结核治疗1个月无效者,不明原因的发热,均应考虑本病的可能,确诊主要依靠病理。可以做淋巴结活检、骨髓穿刺肝穿、B超、CT等检查并与传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、慢性淋巴结炎转移癌、风湿病及结缔组织病等鉴别。

3. 恶性组织细胞病

本病临床表现复杂,发热是常见的症状。有的病例似败血症伤寒。结核病、胆道感染等但经过临床系统检查治疗均无效,至晚期才确诊。

与其他急性感染性疾病鉴别要点是:

- (1)临床似感染性疾病但找不到感染灶,病原学与血清学检查均为阴性;
- (2)进行性贫血、全血细胞减少显著;
- (3)肝脾肿大与淋巴结肿大的程度显著;
- (4)随病程进展进行性恶病质;
- (5)抗生素治疗无效。

对有长期发热原因不明,伴有肝脾肿大淋巴结肿大,而流行病学资料、症状体征不支持急性感染且有造血功能障碍者,须想到本病的可能。如骨髓涂片或其他组织活检材料中找到典型的恶性组织细胞和大量血细胞被吞噬现象并排除其他疾病,则诊断基本可以成立。因此骨髓涂片检查是诊断本病的重要依据,由于骨髓损害可能为非弥漫性,或因取材较少,故阴性时不能除外必要时多次多部位检查。浅表淋巴结因病变不明显,故阴性也不能除外。

本病须与反应性组织细胞增多症鉴别如伤寒、粟粒型结核、病毒性肝炎风湿病、SLE。传染性单核细胞增多症等其骨髓中可出现较多组织细胞,甚至血细胞被吞噬现象。应注意:

- (1)有原发病;
- (2)所见组织细胞形态较正常无多核巨型组织细胞;
- (3)随原发病治愈,组织细胞反应也随之消失。



4. 急性白血病

可有发热,经血涂片、骨髓检查可以确诊,不典型白血病仅表现为原因不明的贫血与白细胞减少,易误为急性再生障碍性贫血,骨髓涂片有异常改变可以诊断。故临床遇有发热、贫血乏力、齿龈肿痛、出血粒细胞减少者,及时进行骨髓涂片检查。

5. 血管—结缔组织病

(1)SLE:长期发热伴有二个以上器官损害血象白细胞减少者应考虑到本病。多见于青年女性。临床特点是首先以不规则发热伴关节痛,多形性皮疹(典型者为对称性面颊鼻梁部蝶形红斑,多见伴日光过敏、雷诺现象、浆膜炎等血沉增快,丙种球蛋白升高,尿蛋白阳性血狼疮细胞阳性,抗核抗体(ANA)阳性,抗双链去氧核糖核酸(抗ds-DNA)抗体阳性抗Sm(Smith抗原)抗体阳性。应注意SLE在病程中可始终无典型皮疹,仅以高热表现的特点。

(2)结节性多动脉炎:表现为长期发热伴肌痛、关节痛、皮下结节(下肢多沿血管走向分布,或成条索状)、肾损害血压高,胃肠症状等。诊断主要依据皮下结节与肌肉(三角肌或腓肠肌)活检。

(3)类风湿性关节炎:典型病例较易诊断少年型类风湿性关节炎(Still病),可有畏寒、发热、淋巴结肿大,肝脾肿大虹膜睫状体炎,心肌炎,白细胞增高血沉增快,但类风湿因子阴性,抗核抗体与狼疮细胞均阴性。

(4)混合性结缔组织病(MCTD):多见于女性特点是具有红斑狼疮、硬皮病、皮肤炎临床表现肾脏受累较少,以发热症状明显。高滴度核糖核酸蛋白(RNP)抗体阳性抗核抗体阳性有助诊断。

三、长期低热

腋窝温度达37.5~38℃持续4周以上为长期低热,常见病因为:

(一)结核病

低热的常见病因,以肺结核多见,老年肺结核起病症状不明显,但肺部并发症多,结核菌素试验阴性易诊为慢性支气管炎或哮喘。故遇老年人长期持续咳嗽、咳痰易感冒,用抗炎药治疗无效,低热乏力及食欲缺乏者,应及时查痰结核菌(涂片或TB-PCR)和胸部X线检查。老年肺结核易合并肺外结核,如结核性脑膜炎、胸膜炎、腹膜炎骨、肾、淋巴结结核等。

(二)慢性肾盂肾炎

为女性患者常见低热原因。可无明显症状、体征,且尿检查无异常,以低热为唯一



表现。及时检测尿 Addi 细胞计数,清晨第一次中段尿培养及菌落计数,如尿白细胞 $> 5/HP$,细菌培养阳性,菌落计数 $> 10^5$ 可以确定诊断。

(三)慢性病灶感染

如副鼻窦炎、牙龈脓肿、前列腺炎胆道感染、慢性盆腔炎等。以不规则低热多见,常伴有局部症状体征,当病灶清除后症状消失。

四、反复发热

(1)布氏杆菌病

流行病学资料是诊断的重要依据,如发病地区、职业与病畜(羊、牛、猪)接触史饮用未消毒牛、羊奶,进食未煮熟的畜肉史临床表现为反复发作的发热,伴有多汗,游走性关节炎神经痛、睾丸炎、肝脾及淋巴结肿大等血、骨髓培养阳性,血清凝集试验 1:100 见以上,免疫吸附试验 1:320 以上,可助诊断。

(2)疟疾

以间日疟、三日疟较常见。遇阵一发性寒战高热、大汗,间日或间 2 日周期发作者及时查血涂片找疟原虫,可确诊。

(3)淋巴瘤

病变在内脏者,常表现为周期性发热(Pel - Ebstein 热型),见于霍奇金病。有的浅表淋巴结肿大不显著而以深部淋巴结肿大压迫邻近器官出现的症状,如纵隔淋巴结肿大引起肺不张及上腔静脉综合征等。及时进行骨髓涂片检查找到 Reed - Sternberg 细胞或骨髓活检均有助诊断。

(4)回归热

临床表现为周期性发热、起病急、寒战高热持续 2~9 日后体温骤降,大汗,无热期持续 7~9 日又突然高热,症状再出现,反复 2~3 次全身酸痛、肝脾肿大,重者有出血倾向黄疸,结合发病季节,有体虱存在或有野外生活蝉叮咬史须考虑到本病。根据血、骨髓涂片找到回归热螺旋体即可确诊。

五、超高热

当体温调节中枢功能衰竭时可发生超高热对人体各组织器官,尤其脑组织损伤严重,引起脑细胞变性广泛出血深度昏迷,于数小时内死亡,需要积极抢救。

(1)中暑或热射病。

(2)中枢神经系统疾病 如病毒性脑炎、脑出血及下丘脑前部严重脑外伤等。