

发热_全身_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_8F_91_E7_83_AD__E5_85_A8_c22_608762.htm 发热概述：发热

(feVerpyrexie)是指病理性体温升高是人体对致热原的作用使体温调节中枢的调定点上移而引起是临床上最常见的症状是疾病进展过程中的重要临床表现可见于多种感染性疾病和非感染性疾病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发热(fever of unknown origin,FUO)这些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月说明对长期发热原因不明的诊断的确是临床上面临的重要课题

1体温调节 正常人体内具有完善的体温调节系统(包括温度信息传导体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的是体温调节中枢其主要部分为视前丘—前下丘脑(preoptic anterior hypothalamus POAH)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发热的判断 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 $0.3 - 0.5^{\circ}\text{C}$ 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 或一日之间体温相差在 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 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放于舌下闭口 $3 \sim 5\text{min}$ 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 $3 - 5\text{cm}$ $3 - 5\text{min}$ 不宜用于腹泻及直肠手术者测温前均将体温表甩至 35°C

以下发热病因：引起发热的疾病很多根据致病原因不同可分为两类（一）感染性疾病 在发热待查中占首位包括常见的各种病原体引起的传染病全身性或局灶性感染以细菌引起的感染性发热最常见其次为病毒等（二）非感染性疾病 1血液病与恶性肿瘤 如白血病恶性组织细胞病恶性淋巴瘤结肠癌原发性肝细胞癌等 2变态反应疾病 如药物热风湿热 3结缔组织病 如系统性红斑狼疮（SIE） 皮炎结节性多动脉炎混合性结缔组织病（MCTD等 4其他 如甲状腺功能亢进甲状腺危象严重失水或出血热射病中暑骨折大面积烧伤脑出血内脏血管梗塞组织坏死等 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（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人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与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者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肌瘤本身的免疫反应所致常见有恶性组织细胞病淋巴瘤（尤其霍奇金病）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状腺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

散热减少发热诊断：发热很少是单一病理过程肿瘤与结缔组织病在发热过程中可夹杂感染因素致使临床表现复杂但绝大多数根据临床特点与全面检查后仍可明确诊断了解原因不明发热病因分布的频率有助于提供临床诊断的逻辑思维根据热程热型与临床特点可分为急性发热（热程小于2周）长期发热（热程超过2周且多次体温在38℃以上）和反复发热（周期热）一般认为急性发热病因中感染占首位其次为肿瘤血管-结缔组织病这三类病因概括了90%原因不明发热的病因诊断感染性疾病在原因不明发热中占多数以细菌引起的全身性感染局限性脓肿泌尿系感染胆道感染为多见结核病居第二位其中肺外结核远多于肺结核恶性肿瘤以发热为主要表现者依次为淋巴瘤恶性组织细胞瘤和各种实质性肿瘤在原因不明发热中所占比例较既往增高原因不明发热的诊断原则是对临床资料要综合分析判断热程长短对诊断具有较大的参考价值感染性疾病热程相对为最短如热程短呈渐进性消耗衰竭者则以肿瘤为多见热程长无中毒症状发作与缓解交替出现者则有利于血管-结缔组织病的诊断在原因不明发热诊治过程中要密切观察病情重视新出现的症状和体征并据此做进一步检查对明确诊断很有意义一病史与体格检查详细询问病史（包括流行病学资料）认真系统地体格检查非常重要如起病缓急发热期限与体温的高度和变化有认为畏寒多数提示感染然而淋巴瘤恶性组织细胞瘤等约2/3也有畏寒说明畏寒并非感染性疾病所特有但有明显寒战则常见于严重的细菌感染（肺炎双球菌性肺炎败血症急性肾盂肾炎急性胆囊炎等）疟疾输血或输液反应等在结核病伤寒立克次体病与病毒感染则少见一般不见于风湿热发热同时常伴有头昏头晕头痛乏力食欲减退等非特异症状无

鉴别诊断意义但是定位的局部症状有重要参考价值如发热伴有神经系统症状如剧烈头痛呕吐意识障碍及惊厥脑膜刺激征等则提示病变在中枢神经系统应考虑脑炎脑膜炎老年患者有严重感染时常有神志变化而体温不一定很高值得注意询问流行病学史如发病地区季节年龄职业生活习惯旅游史与同样病者密切接触史手术史输血及血制品史外伤史牛羊接触史等在诊断上均有重要意义有时一点发现即可提供重要的诊断线索

二、分析热型

临床上各种感染性疾病具有不同的热型在病程进展过程中热型也会发生变化因此了解热型对于诊断判断病情评价疗效和预后均有一定的参考意义

(一) 按温度高低(腋窝温度)分为低热型(< 38) 中热型($38 - 39$) 高热型($39 \sim 40$) 超高热型(> 40)

(二) 按体温曲线形态分型如稽留热弛张热间歇热双峰热消耗热波状热不规则热等热型的形成机理尚未完全阐明大多认为热型与病变性质有关决定病变性质的因素为内生致热原产生的速度量和释放入血的速度这些均影响体温调定点上移的高度和速度

三、区别感染性发热与非感染性发热

(一) 感染性发热 感染性发热多具有以下特点：

- 1起病急伴有或无寒战的发热
- 2全身及定位症状和体征
- 3血象：白细胞计数高于 $1.2 \times 10^9/L$ 或低于 $0.5 \times 10^9/L$
- 4四唑氮蓝试验(NBT)：如中性粒细胞还原NBT超过20%提示有细菌性感染有助于与病毒感染及非感染性发热的鉴别(正常值 $< 10\%$)应用激素后可呈假阴性
- 5C反应蛋白测定(CRP)：阳性提示有细菌性感染及风湿热阴性多为病毒感染
- 6中性粒细胞碱性磷酸酶积分增高：正常值为 $0 \sim 37$ 增高愈高愈有利于细菌性感染的诊断当除外妊娠癌肿恶性淋巴瘤者更有意义应用激素后可使之升高或呈假阳性

(二) 非感染性发热 非感染

性发热具有下列特点：1热程长超过2个月热程越长可能性越大2长期发热一般情况好无明显中毒症状3贫血无痛性多部位淋巴结肿大肝脾肿大4实验室和辅助检查要根据具体情况有选择地进行结合临床表现分析判断如血常规尿常规病原体检查（直接涂片培养特异性抗原抗体检测分子生物学检测等）X线B型超声CTMRIECT检查组织活检（淋巴结肝皮肤黏膜）骨髓穿刺等对大多数发热患者诊断性治疗并无诊断价值鉴于临床上治疗问题对长期发热原因不明者除肿瘤外可以进行诊断性治疗但必须持慎重态度选择特异性强疗效确切副作用最小的药物如甲硝唑治疗阿米巴肝病抗疟药治疗疟疾大多用于诊断性治疗药物有抗生素抗原虫药抗风湿药等这些药物均有副作用（如药热皮疹肝功能损害造血器官损害等）如应用不当反而延误病情须注意此方法有它的局限性就诊断而言特效治疗的结果一般否定意义较确诊意义大如疑为疟疾者用氯喹正规治疗无效认为疟疾的可能性很小发热鉴别诊断：一急性发热（一）感染性发热1呼吸道病毒性感染本组疾病占急性呼吸道疾病的70% - 80%由鼻病毒流感病毒后流感病毒腺病毒呼吸道合胞病毒ECHO病毒柯萨奇病毒等引起其临床特点为多种表现上呼吸道感染症状大多较轻而细支气管炎和肺炎的症状较重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等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）快速诊断方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 respiratory syndrome,SARS）该病于2002年11月首发在我国广东省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进展为急性呼吸窘迫综合征（ARDS）而死亡对于有SARS流行病学依据有发热呼吸道症状和肺部体征并有肺部X线CT等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实验室进行且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手段具备以下三项中的任何一项均可诊断为重症SARS： 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 出现明显的低氧血症氧合指数 < 40 kPa（300mm-Hg） 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）主要依据： 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； 临床特点具有发热出血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X 白细胞计数增高可有类白血病反应病后五1 ~ 2 d出现异形淋巴细胞（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； HFRS抗体 I gM1:20阳性用于早期诊断病后1 - 2d出现4 - 5d阳性率达89% ~ 98%双份血清HFRS抗体 I gG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7-9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
特异性抗体或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冒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3-5d出现皮疹等变形杆菌OX凝集试
验（斐试验）或恢复期较早期滴度上升4倍以上可确
诊 8急性局灶性细菌性感染 此类疾病共同特点是高热畏寒或
寒战伴有定位性症状 o) 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 j) 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 o) 细菌性肝脓肿 k) 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痛J击痛与局部皮肤水肿听诊呼吸音减弱或消失厂*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(J ytl)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a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素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免疫缺陷者6岁以下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其感染源主要是呼吸器静脉插管和医护人员的手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人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结核病 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发生机会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痰结核杆菌（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 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肿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%

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肿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) 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纳差消瘦进行性肝肿大 (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癌如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-谷氨酸转肽酶 (r-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岁以男性多见临床物无症状或有进行性淋巴结肿大盗汗消瘦皮疹或皮肤症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: 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; 进行性贫血全血细胞减少显著; 肝脾

肿大与淋巴结肿大的程度显著； 随病程进展进行性恶病质； 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： 有原发病； 所见组织细胞形态较正常无多核巨型组织细胞； 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—结缔组织病书（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60% - 80%）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), 可有畏寒发热一过性皮疹关节痛不明显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的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: 1结核病为低热的常见病因以肺结核多见早期无症状体征及时进行胸部X线检查其次为肺外结核如肝肾肠系膜淋巴结盆腔骨关节结核等除局部症状外常有结核病的中毒症状血沉增快结核菌素试验强阳性抗结核治疗有确切疗效有助于诊断老年肺结核起病症状不明显其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纳差者应及时查痰结核菌(涂片或TB-PCR) 及胸部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 2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甚至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 > 10⁵可以确定诊断 3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 4艾滋病(AIDS) 是由人免疫缺陷病毒(HIV) 侵犯和破坏人体免疫系统损害多个器官

的全身性疾病可通过血液和体液传播性传播临床表现复杂其基本特征是HIV造成人体细胞免疫受损使机体处于严重的进行性的免疫缺陷状态从而并发各种机会性感染和恶性肿瘤表现为长期不规则发热慢性腹泻超过1个月对一般抗生素治疗无效消瘦原因不明全身淋巴结肿大反复细菌真菌原虫等感染结合流行病学资料及时进行抗HIV P24 抗原检测 5巨细胞病毒感染 可持续低热类似传染性单核细胞增多症病毒性肝炎依据抗CMV IgM检测诊断 6甲状腺功能亢进 表现早期低热伴心悸脉搏快多汗食欲亢进消瘦手颤甲状腺肿大局部杂音等检测T3T4rT3等对无突眼的甲状腺功能亢进需进行¹³¹I摄取试验以除外甲状腺炎时激素外溢引起血中T3T4水平升高 7恶性肿瘤 中年以上者有不明原因低热血沉增快应注意肿瘤检查如原发性肝癌肺癌肾癌及结肠癌等 8神经功能性低热 多见于青年女性夏季明显一日间体温相差 <0.5 清晨上午体温升高下午低常伴有神经官能症症状一般情况良好体重无变化虽经各种药物治疗无效可自愈其诊断主要依据动态观察排除各种器质性疾病 9感染后低热 急性细菌性或病毒性感染控制后仍有低热乏力食欲缺乏等与患者植物神经功能紊乱有关除以上病因外还可能有伪热 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痛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 - 9d后体温骤降大汗无热期持续7 - 9d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 五超高热病因与鉴别诊断 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 3细菌污染血的输血反应

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com