



国家医学考试中心唯一推荐用书

2012
修订版

国家医师资格考试

乡镇执业助理医师

应试指南

医师资格考试指导用书专家编写组



国家医学考试中心唯一推荐用书

2012
修订版

国家医师资格考试 乡镇执业助理医师

应试指南

卫人网 exam.ipmph.com 人民卫生出版社 助力2012医学考试

免费赠送
6~8小时网络辅导课程及随课同步练习试卷

抵扣现金
购买网络辅导班、科目包及试卷包可抵扣现金 (20~30元)

卡号: PJFANL3PYJ 密码: [REDACTED]

使用方法:
登录卫人网考试频道(exam.ipmph.com)→注册会员并登录→进入赠卡激活区→输入卡号、密码→激活赠卡

温馨提示:
1. 此卡在本年度本类考试结束前激活使用有效;
2. 激活多张赠卡只能获得一次赠品,但抵扣现金时累计有效;
3. 此卡在卫人网

客服热线: 4006-300-56

大礼包

人民卫生出版社
先天下可免“正版”

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家医师资格考试 乡镇执业助理医师应试指南/
医师资格考试指导用书专家编写组编写. —北京:
人民卫生出版社, 2011. 12

ISBN 978-7-117-15186-3

I. ①国… II. ①医… III. ①医师-资格考试-自
学参考资料 IV. ①R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 238959 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次内封贴有防伪标。请注意识别。

国家医师资格考试 乡镇执业助理医师 应 试 指 南

编 写: 医师资格考试指导用书专家编写组

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 48

字 数: 1228 千字

版 次: 2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15186-3/R·15187

定 价: 96.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

目 录

第一部分 实践技能

第一章 职业素质	1
一、医德医风.....	1
二、沟通能力.....	2
三、人文关怀.....	3
第二章 病史采集	4
一、发热.....	5
二、疼痛.....	9
三、咳嗽与咳痰	21
四、咯血	24
五、呼吸困难	27
六、水肿	30
七、恶心与呕吐	33
八、呕血与便血	35
九、腹泻	40
十、黄疸	42
十一、血尿	45
十二、惊厥	47
十三、意识障碍	50
第三章 病例分析	54
一、慢性阻塞性肺疾病	55
二、肺炎	58
三、支气管哮喘	61
四、肺结核和结核性胸膜炎	64
五、胸部闭合性损伤	67
六、高血压	70
七、冠心病	75

八、心力衰竭	83
九、消化性溃疡	88
十、肛门、直肠良性病变	91
十一、肝硬化	94
十二、胆石病、胆道感染	98
十三、急性胰腺炎	102
十四、急腹症	107
十五、消化系统肿瘤	118
十六、腹部闭合性损伤	121
十七、腹外疝	125
十八、病毒性肝炎	126
十九、细菌性痢疾	132
二十、尿路感染	135
二十一、缺铁性贫血	138
二十二、甲状腺功能亢进症	141
二十三、糖尿病	145
二十四、系统性红斑狼疮	151
二十五、脑血管疾病	155
二十六、四肢长管状骨骨折和大关节脱位	162
二十七、急性一氧化碳中毒	172
二十八、有机磷杀虫药中毒	175
二十九、小儿腹泻	178
三十、小儿常见发疹性疾病	182
三十一、软组织急性化脓性感染	185
三十二、乳房疾病	186
第四章 体格检查	189
一、基本检查方法	189
二、一般检查	190
三、头颈部	193
四、胸部	195
五、腹部	201
六、脊柱、四肢、肛门	204
七、神经系统	206
第五章 基本操作	207
一、手术区消毒和铺巾	207
二、换药	207
三、戴无菌手套	209
四、穿、脱手术衣	209
五、吸氧术	209

六、吸痰术	210
七、插胃管	211
八、导尿术	212
九、浅静脉穿刺术	214
十、外科手术基本操作	214
十一、开放性伤口的止血包扎	217
十二、清创术	219
十三、脊柱损伤患者的搬运	221
十四、四肢骨折现场急救外固定技术	221
十五、心肺复苏术	222
第六章 辅助检查	223
一、心电图检查	223
二、普通 X 线影像诊断	226
三、实验室检查	232

第二部分 医学综合笔试

第一章 卫生法规	253
第一节 执业医师法	253
第二节 医疗机构管理条例	257
第三节 医疗事故处理条例	258
第四节 母婴保健法	259
第五节 传染病防治法	260
第六节 艾滋病防治条例	264
第七节 突发公共卫生事件应急条例	265
第八节 药品管理法	266
第九节 处方管理办法	266
第十节 献血法	269
第二章 医学伦理学	271
第一节 绪论	271
第二节 医学道德的原则和规范	272
第三节 医患关系道德	274
第四节 预防医学道德	279
第五节 临床诊疗的医学道德	283
第三章 医学心理学	291
第一节 绪论	291
第二节 心理卫生	293
第三节 心身疾病	296
第四节 病人的心理问题	297

第四章 预防医学	300
第一节 绪论.....	300
第二节 医学统计学方法.....	301
第三节 人群健康研究中的流行病学原理与方法.....	308
第四节 临床预防服务.....	316
第五节 人群健康与社区卫生.....	322
第五章 症状与体征	335
一、发热.....	335
二、咳嗽与咳痰.....	339
三、咯血.....	341
四、呼吸困难.....	343
五、发绀.....	347
六、呼吸频率、深度及节律变化.....	347
七、呼吸音.....	348
八、啰音.....	348
九、水肿.....	349
十、胸痛.....	350
十一、心脏瓣膜听诊区及心脏杂音.....	352
十二、脉搏.....	354
十三、恶心与呕吐.....	354
十四、进食哽噎、疼痛、吞咽困难.....	355
十五、腹痛.....	356
十六、腹泻.....	358
十七、呕血及便血.....	359
十八、黄疸.....	362
十九、腹水.....	365
二十、肝大.....	367
二十一、脾大.....	369
二十二、尿路刺激征.....	372
二十三、排尿异常.....	372
二十四、血尿.....	372
二十五、异常白带.....	373
二十六、异常阴道流血.....	374
二十七、头痛.....	375
二十八、意识障碍.....	376
第六章 呼吸系统	379
第一节 慢性阻塞性肺疾病.....	379
第二节 支气管哮喘.....	383
第三节 呼吸衰竭.....	389

第四节	肺炎	394
第五节	肺癌	397
第六节	支气管扩张	399
第七节	肺结核	401
第八节	结核性胸膜炎	407
第九节	胸部损伤	409
第七章	心血管系统	413
第一节	心肺复苏	413
第二节	慢性心力衰竭	416
第三节	急性心力衰竭	422
第四节	心律失常	423
第五节	风湿性心脏瓣膜病	425
第六节	原发性高血压	427
第七节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	432
第八节	心绞痛	433
第九节	急性心肌梗死	437
第十节	休克	445
第八章	消化系统	449
第一节	食管癌	449
第二节	急性胃炎	451
第三节	慢性胃炎	452
第四节	消化性溃疡	453
第五节	胃癌	456
第六节	肝硬化	458
第七节	肝脓肿	461
第八节	原发性肝癌	461
第九节	胆石病	464
第十节	急性胆囊炎	465
第十一节	急性梗阻性化脓性胆管炎	465
第十二节	急性胰腺炎	466
第十三节	急性肠梗阻	469
第十四节	急性阑尾炎	472
第十五节	结、直肠癌	474
第十六节	痔、肛瘘、肛裂、肛周脓肿	475
第十七节	消化道大出血	477
第十八节	腹外疝	483
第十九节	腹部损伤	486
第二十节	常见腹部内脏损伤	488
第九章	泌尿系统	490

第一节	肾小球疾病概述	490
第二节	慢性肾小球肾炎	491
第三节	肾病综合征	491
第四节	尿路感染	493
第五节	尿石症	494
第六节	肾、输尿管结石	496
第七节	膀胱肿瘤	497
第八节	急性尿潴留	498
第九节	急性肾衰竭	498
第十节	慢性肾衰竭	499
第十章	女性生殖系统	502
第一节	女性生殖系统解剖	502
第二节	妊娠诊断	505
第三节	孕期监护与孕期保健	507
第四节	正常分娩	511
第五节	正常产褥	517
第六节	病理妊娠	520
第七节	妊娠合并症	530
第八节	异常分娩	532
第九节	分娩期并发症	536
第十节	产褥感染	539
第十一节	女性生殖系统炎症	540
第十二节	生殖内分泌疾病	543
第十三节	子宫肌瘤	546
第十四节	宫颈癌	548
第十五节	卵巢肿瘤	550
第十六节	计划生育	551
第十七节	妇女保健	556
第十一章	血液系统	559
第一节	贫血	559
第二节	缺铁性贫血	560
第三节	出血性疾病	561
第四节	特发性血小板减少性紫癜	563
第十二章	内分泌系统	566
第一节	总论	566
第二节	甲状腺功能亢进症	568
第三节	甲状腺功能亢进症的外科治疗	571
第四节	单纯性甲状腺肿	572
第五节	糖尿病	573

第十三章 精神、神经系统	578
第一节 头皮损伤	578
第二节 颅内压增高	578
第三节 脑损伤	579
第四节 急性脑血管病	580
第五节 蛛网膜下腔出血	584
第六节 癫痫	585
第七节 精神分裂症	588
第八节 抑郁症	591
第十四章 运动系统	594
第一节 骨折	594
第二节 手外伤及断肢(指)再植	599
第三节 急性化脓性骨髓炎	601
第四节 脊柱结核	602
第五节 劳损性疾病	602
第六节 类风湿关节炎	605
第十五章 儿科	608
第一节 绪论	608
第二节 生长发育	609
第三节 儿童保健	611
第四节 营养和营养障碍疾病	612
第五节 新生儿与新生儿疾病	620
第六节 小儿常见发疹性疾病	626
第七节 结核病	629
第八节 小儿腹泻病	631
第九节 呼吸系统疾病	637
第十节 泌尿系统疾病	643
第十一节 小儿造血系统疾病	648
第十二节 神经系统疾病	653
第十三节 心血管系统疾病	657
第十六章 传染病、性传播疾病	662
第一节 总论	662
第二节 常见疾病	665
第三节 性传播疾病	675
第十七章 其他	678
第一节 风湿性疾病	678
第二节 无菌技术	681
第三节 围手术期处理	683
第四节 体液平衡与补液	688

第五节 外科感染.....	692
第六节 损伤.....	696
第七节 乳房疾病.....	702
第八节 中毒.....	706
附录 1 医师资格考试大纲 乡镇执业助理医师(临床类别)	715
附录 2 乡镇执业助理医师资格考试试点方案	744

第一章 职业素质

执业医师的职业素质是指与职业要求相应的素质,下面就三个方面的素质提出要求。

一、医德医风

医德医风是指执业医师应具有医学道德和风尚,它属于医学职业道德的范畴。

医学作为一种特殊职业,面对的是有思想、有感情的人类。执业医师担负着维护和促进人类健康的使命,关系到人的健康利益和生命,而人的健康和生命又是世界万物中最宝贵的。因此,执业医师在职业活动中,不仅在医疗技术上要逐渐达到精良,而且面对一个个的患者还需要有亲切的语言、和蔼的态度、高度的责任感和高尚的医学道德情操,只有这样才能使自己成为德才兼备的医学人才和担负起“救死扶伤,治病救人”的光荣使命,也才能成为一个受人民群众爱戴的医生。

医学职业道德是从事医学职业的人们在医疗卫生保健工作中应遵循的行为原则和规范的总和。因此,执业医师要达到医德医风的优良,必须接受医学道德教育和进行自我道德修养,并且要求做到:

1. 要提高对医学道德的基本原则即不伤害原则、有利原则、尊重原则和公正原则的认识和理解,并用这些基本原则指导自己的职业活动;同时,要提高对医疗卫生保健实践中伦理问题的敏感性及运用上述基本原则分析和解决伦理问题,把医疗技术和医学伦理统一起来。

2. 要认真履行卫生部制定的以下医学道德规范

(1) 救死扶伤,实行社会主义的人道主义:时刻为病人着想,千方百计为病人解除病痛。

(2) 尊重病人的人格和权利,对待病人,不分民族、性别、职业、地位、财产状况,都应一视同仁。

(3) 文明礼貌服务:举止端庄,语言文明,态度和蔼,同情、关心和体贴病人。

(4) 廉洁奉公:自觉遵纪守法,不以医谋私。

(5) 为病人保守医密,实行保护性医疗,不泄露病人隐私与秘密。

(6) 互学互尊,团结协作,正确处理同行同事间的关系。

(7) 严谨求实,奋发进取,钻研医术,精益求精。不断更新知识,提高技术水平。

3. 在执业活动中,要不断提高履行上述医学道德基本原则和规范的自觉性和责任感,逐渐形成良好的医学道德信念和养成良好的医学道德行为、习惯和风尚。

4. 随着生物医学的进步,医学高技术迅速发展,过去医学未曾涉及的领域而今成了医务人员活动的舞台,现在人们可以操纵基因、精子、卵子、受精卵、胚胎、人脑、人体和控制人的行

为等。这种增大了的力量可以被正确使用,也可以被滥用,对此应如何控制?而且这种力量的影响可能涉及这一代、下一代以及后几代人,而这一代人的利益和子孙后代的利益发生冲突怎么办……出现了不少医学道德难题,这些难题不解决,就会影响医学的进一步发展或向健康方向发展。因此,执业医师应结合自己的专业,增强对本专业中出现的医学道德难题的敏感性,进而去分析和研究解决的办法,以保障或促进医学科学的发展。

二、沟通能力

这里的沟通是指人际沟通,而人际沟通又是指人与人以全方位的信息交流以达到人际间建立共识、分享利益并发展人际关系的过程。执业医师在职业活动中,要与其他医务人员、医院管理人员、医院后勤人员,特别是患者及患者家属进行沟通。在此重点阐述医患间的沟通。

医患沟通使医患双方更好的了解和理解,有利于诊治、护理的进行,进而使医疗质量和服务水平得以提高以及促进病人的康复。同时,由于医学技术的进步,大量的诊疗设备介入医疗实践活动中,使医生的诊断、治疗越来越有效,然而医生对这些设备的依赖性也逐渐增强,这样在医患之间出现了有形的医疗机器,医疗双方的思想交流减少,相互之间感情也容易淡漠,即医患关系在一定程度上被物化了,并且医生重视的只是疾病。因此,医患沟通可以弥补上述缺陷,也可以消除双方的误会、减轻医患关系紧张以及减少医患矛盾或纠纷,进而有利于建立和谐的医患关系。

根据信息载体的不同,医患沟通分为语言沟通和非语言沟通两种形式。前者是建立在语言文字的基础上,又分为口头和书面沟通;后者是通过某些媒介和具体行为,又分为肢体语言和行为沟通等。

在医患沟通中,除要求双方要建立在平等、尊重、诚实和互信的基础上外,还要求执业医师做到:

1. 在语言沟通时,执业医师要使用科学、通俗而易于患者理解的语言;使用亲切、温暖、有礼貌的语言。同时,对那些在诊治中有疑惑的患者使用解释性语言;对那些由于疾病缠身,常有不安全、焦虑、烦躁、忧虑等不良心理因素的患者使用安慰性语言,使其安心的配合治疗;对那些长期住院、治疗效果不显著而着急、信心不足的患者,要使用鼓励性语言,使其树立战胜疾病的信心等;对那些病情危重而预后不良的患者,要使用保护性语言等。另外,在医患沟通时,执业医师切忌使用简单、生硬、粗俗、模棱两可的语言以及病人难以理解的医学术语等。同时,执业医师还要善于集中注意力而耐心倾听患者的诉说,不要在沟通时心不在焉或轻易打断患者的诉说,并且在患者情绪激动、语言过激、意识到自身偏颇或不当时还能保持沉默、得理让人而不与患者发生争执。

2. 在非语言沟通时,执业医师一方面要善于观察患者的非语言信息并消除患者的顾虑而鼓励其用语言表达出来,以便更准确的了解患者真实想法;另一方面执业医师也要注意自己的仪表、仪态、手势、手姿、眼神、情绪、声音等对患者的影响,即要通过无声的语言传递对患者的关怀和照顾,使患者增强战胜疾病的信心和力量,而不要因此引起误会使患者多疑,甚至产生悲观失望心理。

总之,执业医师要加强医患沟通,不断地提高沟通能力和沟通效果,这也是职业素质的重要组成部分和要求。

三、人文关怀

医学起源于他人关怀、人类关怀的需要,它与人文有着天然不可分割的联系。我国古称“医乃仁术”,誉医生为“仁爱之士”。以上说明,人文关怀是医学的本质特征,也是医学的核心理念。

长期以来,医务人员受生物学模式的支配,加之随着临床医学分科的细化而形成一个医生只是面对人体的一个系统乃至一个器官的局面和医学技术的飞速发展导致技术至上主义的滋长以及市场化导致医疗卫生保健机构把追求更大的经济利益成为服务的潜在动力等,从而削弱了医务人员对患者的人文关怀。因此,执业医师有必要重塑和提升人文素质,高扬人文精神的旗帜,积极开展人文关怀,使医学沿着健康的方向发展。

执业医师要对患者实施人文关怀,应该要做到:

1. 要具备一定的医学人文素质,在此基础上逐渐培养医学人文精神的理念和开展医学人文精神的实践——医学人文关怀的实践。为此,执业医师要学习和丰富自己的医学人文知识,如医学与哲学、医学伦理学、医学心理学、医学社会学、医学史、医学美学、卫生法学等医学与人文学相互交融、结合与统一的学科,以提高其医学人文素质。

2. 要树立医学人文精神的理念,即对患者健康和生命权利的敬畏,关爱患者的生命价值,尊重患者的人格和尊严,维护患者的自主性。

3. 要进行医学人文精神的实践即医学人文关怀的实践,具体表现在:

(1) 要改变单纯的生物学模式,树立生物-心理-社会的整体医学模式,即在医疗卫生保健活动中,既要重视患者的躯体疾病,又要了解和关注病人的心理状态和社会环境,以整体的观点对待疾病和病人,防止局部的、片面的观点。

(2) 在医疗卫生保健服务活动中,要以病人为中心,时刻把患者的健康和生命利益放在首位,当患者的利益需要服从社会利益时也要使患者利益的损失减低到最小限度。

(3) 提供热诚、负责地最优化服务,即执业医师要改变患者“求医”的观念,要对患者开展热诚、负责地服务;同时,在医疗卫生保健服务中,对患者采取的措施是在当时的医学科学发展水平和客观条件下痛苦最小、耗费最少、效果最好和安全度最高的方案。

第二章 病史采集

病史采集是医师通过对患者或相关知情人员(如家属和同事等)的系统询问而获取病史资料的过程,是医师诊治疾病的第一步。病史资料的完整性和准确性对疾病的诊断和处理是极其重要的,它不仅可提示医师体格检查时的查体重点及为进一步进行实验室检查和辅助检查提供线索,而且更重要的是在临床工作中有一部分疾病仅通过病史采集即可基本确立诊断。若想实现上述目的,注意病史采集的内容和病史采集的技巧是极其重要的,否则可能会造成临床工作中的误诊和漏诊。为了做好病史采集工作及确保病史资料的完整性、准确性和可靠性,将分别介绍病史采集的内容和病史采集的技巧如下:

【病史采集的内容】

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊 内容包括:

(1) 发病可能的病因和诱因。

(2) 根据主诉症状进行纵向询问。

(3) 有助于鉴别诊断的横向询问,即伴随症状询问。

(4) 现病史五项,即发病以来饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况,以便了解病人的一般情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?应询问到医院做过的检查项目。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?应具体询问治疗的方法和药物,有无疗效?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 包括相关的既往患病史、个人史和家族史,女性必要时询问月经、婚育史等。

【病史采集的技巧】

(一) 条理性强,要抓住重点

病史采集一定要以主诉症状为重点,先由简易问题询问开始,逐步深入进行有目的、有层次、有顺序地纵向询问,把主诉症状问深问透,然后再针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。如一位发热的病人,应以发热为询问的重点,询问发热的可能诱因、起病的缓急、病程的长短、加重或缓解的因素,询问热度和发热的特点,以确定热型,把发热问深、问透。然后再进行有助于鉴别诊断的横向询问,即伴随症状询问,如伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎、败血症等;伴明显头痛,见于颅内感染、颅内出血等;伴有胸痛,常见于肺炎球菌肺炎、胸膜炎等;伴有腹痛,可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性阑尾炎等;伴尿痛、尿频、尿急,见于尿路感染等。还有一些伴随症状,不一一列举。

（二）要紧密围绕病情询问

在病史采集过程中,病人所谈的内容一定要紧密围绕病情,以免离题太远,影响病史采集效果。这里面有一个重要的问题,就是医患沟通的技巧问题,这是能作到紧密围绕病情询问的重要保证。

（三）运用思维和判断

在病史采集过程中,要不断对采集到的信息进行思维和联想,对资料加以分析、综合和判断,逐步形成对病人可能的诊断意见,而不是单纯笔录的被动过程。

（四）病史采集语言要通俗易懂,避免暗示性语言和逼问

在病史采集过程中,一定要用通俗易懂的语言,避免使用病人不易懂的医学术语生硬的询问,如“鼻窦炎”和“里急后重”等,因为这些术语即使是对文化程度较高的病人来说,也难免被理解错误,以致结果可能会带来一个不准确的病史资料,导致诊断错误。在病史采集过程中,还应避免使用暗示性语言和逼问,这样更会带来一个不准确的病史资料,导致诊断错误。

（五）注意病史采集过程中的态度

医师必须对病人有高度的责任心和同情心,态度要和蔼可亲,耐心体贴,在病史采集一开始就主动形成一种体贴入微及宽松和谐的气氛,这对顺利完成病史采集是非常重要的。

上述病史采集的内容和病史采集的技巧适用于所有症状、体征和疾病。关于病史采集的内容将在下面分别予以介绍。

一、发 热

【基本知识】

（一）概述

发热是指人的体温超过正常高限而言,是体温调节异常的结果。人的正常体温是随测量部位不同而异,腋温为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,口温为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛温为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常人体温常可有变异,一般上午体温较低,下午体温略高,24小时内波动幅度不超过 1°C ;妇女排卵后体温较高,月经期体温较低;运动或进食后体温略高;老年人体温略低。

正常人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加和散热减少,体温超过正常,则出现发热。一般说发热是机体有较强反应能力的一种表现,发热本身可以增强机体内吞噬细胞的活动及肝脏的解毒功能。但另一方面发热可给人体带来不适和危险,如常发生头痛、无力、全身酸痛,严重发热可因大量出汗而引起脱水和电解质紊乱,可因心率快而诱发或加重心力衰竭,体温在 42°C 以上可使一些酶的活力丧失,使大脑皮层产生不可逆的损害,最后导致昏迷,直至死亡。

（二）常见病因

发热的病因通常分为感染性和非感染性两大类,而以感染性更常见。

1. 感染性发热

（1）急、慢性传染病。

（2）急、慢性全身性或局灶性感染性疾病。

各种病原体包括细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、原虫、寄生虫等。

2. 非感染性发热

（1）风湿性疾病：①风湿热；②结缔组织病：如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、成人斯蒂尔(still)病、多发性肌炎、混合性结缔组织病等。

(2) 恶性肿瘤:①各种恶性实体瘤;②血液系统恶性肿瘤:如白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等。

(3) 无菌性组织坏死:①内脏梗死:如心肌梗死、肺栓塞、脾梗死;②大面积组织损伤:如烧伤、大手术等。

(4) 内分泌及代谢疾病:如甲状腺功能亢进症(包括甲状腺危象)、嗜铬细胞瘤及严重脱水等。

(5) 中枢神经系统疾病:如脑出血、脑外伤、脑肿瘤、中枢神经系统变性疾病等。

(6) 物理因素:如中暑、日射病、放射线病等。

(7) 变态反应:①药热;②溶血:如药物引起的溶血和血型不合输血引起的溶血等。

(8) 其他:如自主神经功能紊乱影响正常体温调节,可产生功能性发热,包括:①感染后热;②神经功能性低热。

(三) 临床特点

1. 发热的分度 根据体温的高低不同,将发热分为如下四度:

(1) 低热:温度为 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 中等热度:温度为 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 高热:温度为 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。

(4) 超高热:温度为 41°C 以上。

2. 发热的分期和常见热型 自发病起可分为前驱期、体温上升期、高热期和体温下降期。

(1) 前驱期:根据发热病因的不同,此期可持续数小时至数天不等,表现各异,多数为全身不适、乏力、头痛、四肢酸痛和食欲不振等。

(2) 体温上升期:有骤升和渐升之别,体温骤升者常伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎和疟疾等;渐升者则开始先呈低热,数天内上升到高热,见于伤寒等。

(3) 高热期:指发热的最高阶段,可见皮肤潮红而灼热,呼吸和心跳加速等。其持续时间随病因不同而异,如疟疾仅数小时,肺炎球菌肺炎为数天,而伤寒可达数周。其体温曲线即热型亦因病因不同而异,不同的疾病有不同的特殊热型,但由于抗生素、肾上腺皮质激素和解热药的应用及个体的差异等原因,有时热型可不典型。常见的热型如下:①稽留热:体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上达数天或数周,24 小时内波动范围不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎和伤寒等。②弛张热:因常见于败血症,故又称败血症热型,体温常在 39°C 以上,而波动幅度大,24 小时内波动范围达 2°C 以上,但最低体温仍高于正常水平。除见于败血症外,还可见于风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等。③间歇热:体温骤升达高峰,持续数小时后,骤降至正常,经过 1 天至数天后,又骤然升高,如此高热期与无热期反复交替发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。④波状热:体温逐渐升高达 39°C 或以上,持续数天后逐渐下降至正常水平,数天后又逐渐上升,如此反复交替发作多次。常见于布氏杆菌病。⑤回归热:体温骤升达 39°C 以上,持续数天后又骤降至正常水平,数天后又骤然升高,持续数天后又骤降,如此反复发作。可见于回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等。⑥不规则热:发热无一定规律。见于结核病、风湿热、支气管炎等。

(4) 体温下降期:此期常表现多汗和皮肤潮湿。有骤降和渐降两种方式。体温在数小时内降至正常为骤降,如间歇热型和回归热型,常见于疟疾、肺炎球菌肺炎和输血反应等。体温在数天内降至正常为渐降,如波状热型,常见于伤寒、风湿热等。

【病史采集要点】

(一) 现病史

1. 针对发热本身的问诊

(1) 询问发热的可能诱因、起病的缓急、病程的长短、加重或缓解的因素:急性起病,发热