



全国医药卫生类农村医学专业教材

诊断学基础

主 编 迟玉香 张 展



第四军医大学出版社

全国医药卫生类农村医学专业教材

诊断学基础

主 编 迟玉香 张 展

副主编 宫国仁 陈云华 卢 鹏

编 者 (按姓氏笔画排序)

卢 鹏 (辽源职业技术学院医药分院)

刘 平 (长沙卫生职业学院)

杨 芳 (毕节市卫生学校)

迟玉香 (内蒙古呼伦贝尔市卫生学校)

张 玲 (重庆市医药卫生学校)

张 展 (重庆市医药卫生学校)

陈云华 (长沙卫生职业学院)

郑祖平 (福建省闽东卫生学校)

宫国仁 (辽宁省丹东市中医药学校)

郭见群 (福建省龙岩卫生学校)

黄燕卿 (海南省卫生学校)

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

诊断学基础/迟玉香,张展主编. —西安:第四军医大学出版社,2011.9

全国医药卫生类农村医学专业教材

ISBN 978-7-5662-0064-8

I. ①诊… II. ①迟… ②张… III. ①诊断学
IV. ①R44

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第195156号

诊断学基础

主 编 迟玉香 张 展

责任编辑 土丽艳 马元怡

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路17号(邮编:710032)

电 话 029-84776765

传 真 029-84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 蓝田立新印务有限公司

版 次 2011年9月第1版 2011年9月第1次印刷

开 本 787×1092 1/16

印 张 21

字 数 510千字

书 号 ISBN 978-7-5662-0064-8/R·935

定 价 49.00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

出版说明

会员委员会

2010年教育部颁布《中等职业学校专业目录》(2010修订版),新增农村医学专业,以承担为农村医疗单位培养合格医务人员的责任,但教学实施过程中缺乏一套实用、适用的教材。为此,第四军医大学出版社联合中国职教学会教学工作委员会、中华预防医学会职业教育分会,按照研究先行、实践支撑的科学原则,完成农村医学专业课程的研究工作,其后组织全国40余所职业院校于2011年7月正式启动国内首套“全国医药卫生类农村医学专业教材”的编写工作。

本套教材的编写思想强调两个“转变”、三个“贴近”,即由传统的“以学科体系为引领”向“以解决基层岗位实际问题为引领”的转变,由“以学科知识为主线”向“基层实际应用技能为主线”转变;坚持“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”,最终构建集思想性、科学性、先进性、启发性和适用性相结合的农村医学专业教材体系。同时,为满足农医专业学生参加临床执业助理医师资格考试的需求,教材设计了“案例分析”和“考点链接”模块,通过选编临床典型案例和高频考点并进行解析,以加深学生对重点、考点内容的理解,并提高其实际应用能力。

全套教材包括公共基础课、专业基础课、专业课、选修课、毕业实习与技能实习5个模块,共31门课程,主要供农村医学专业及其他医学相关专业使用,亦可作为基层医务人员的培训教材。

全国医药卫生类农村医学专业教材 建设委员会

主任委员 刘 晨

副主任委员 赵昌伦 宾映初 曹文元 朱爱军

委 员 (按姓氏笔画排序)

马永林 邓鼎森 石海兰 刘 敏

苏传怀 杨海根 吴 明 吴 敏

何海明 宋立富 张 展 张来平

张金来 张惊湖 陈德军 邵兴明

金 花 胡月琴 格根图雅 郭尧允

菅辉勇 崔玉国 符史干

序

太湖之滨，烟波浩渺，鱼米之乡，“二泉映月”委婉、舒缓、宁静、快乐、执着、激昂，感悟历史沧桑与幸福向往，名曲中外扬。十年前的昨天，来自全国的医学教育精英在此共议大事，筹划“卫生保健”专业的建设；十年后的今天，群英再聚首，同商“农医”专业的开拓发展，我们为之喝彩鼓掌。

农村，有着我国最广大的人口群体，“新农合”惠民政策正在深入人心，为百姓交口称道。为百姓的健康，培养身边下得来、留得住、干得好的农村医生，中国预防医学会公共卫生职教分会担重担、勇创新，组织全国开设此专业的院校齐心协力、智慧汇聚，使“农医”专业的建设应时而生、应势而长，使国家的惠民大计落地、生根、开花，将结出丰硕果实。这炫丽的花朵，恰绿叶相托，第四军医大学出版社捧上一片事业爱心、待人诚心，尽全力支持本专业的研究、开发和教材建设，并已见成效。

本套教材是教育部2010年确定开设“农医”专业后的第一套教材，有着很大的创新要求。它依据教育部专业目录与专业简介（2010版），以及此基础上公卫职教分会的研究结果——教改性教学方案而编写；它将医学教育与职业教育相结合，满足岗位需要；它适合学生、教师、院校的实际情况，具有可操作性。为此，陈锦治理事长、学会的核心院校领导和老师们共同努力，第四军医大学出版社鼎力支持，分析了本专业的教育目标、教育层次、岗位特征、学制学时、教学特点、学生状况以及执业资格准入标准等多个因素，提出了初中毕业起点学生获得农村医生执业（助理执业医师标准以上）能力的课程结构与基本教学内容。相信在教学实践中，老师们将结合实际做出进一步地探索与发展，以培养出合格的新型农村医生，发展医学服务事业，造福百姓，完成社会、时代所赋予的重任。

“农医”专业的课程与教材建设宛如柔韧多彩的江南乐曲与质朴高亢的秦腔汇成的一个春天的曲目，它会得到全国不同地区院校师生们的喜爱与爱护，它将是大家共同创造的“农医”专业的美好明天。

刘 晨

前言

2010年,教育部颁布《中等职业学校专业目录》(2010修订版),新增设农村医学专业,新农医专业将承担起为农村医疗单位培养合格医务人员的责任,但在教学实施过程中,缺乏一套实用、适用的专业教材。中华预防医学会职业教育分会、中国职教学业教育教学工作委员会教学过程研究会、全国卫生职业教育新模式课题组合作,坚持职业教育的研究与实践相结合、专业教学实践支撑的科学原则,调动学会原负责卫生保健专业开发与建设的优质教育资源优势,先行做好农村医学专业课程的研究,并于2011年5月在无锡研讨会上通过“教改性人才培养方案”。据此,中华预防医学会职业教育分会与第四军医大学出版社经过认真遴选,组织全国40余所职业院校参与编写农村医学专业教改教材。

本套教材充分体现职业教育特色,以农村医学专业教改性人才培养模式作为编写的主导思想。在编写过程中实现由传统的“以学科体系为引领(建构)”向“以解决基层岗位实际问题为引领”转变,由“以学科知识为主线”向“基层实际应用技能为主线”转变;坚持“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”的基本原则,以学生认知规律为导向,以培养目标为依据,以教学计划和课程目标为纲领,结合临床执业助理医师资格考试的“考点”,根据农村医学专业岗位的实际需求,体现“实用为本,够用为度”的特点,构建思想性、科学性、先进性、启发性和适用性相结合的农村医学专业教材体系。

《诊断学》为本套教材核心科目之一,主要由症状学、问诊、体格检查、实验室检查、普通X线影像诊断、心电图检查、诊断思维方法和病例编写七部分组成。围绕诊断疾病的基础理论、基本技能、基本方法和基本素质进行阐述。课程的主要任务是使学生掌握诊断原理,学会采集、综合整理、判断分析人体健康相关资料,从而揭示疾病的本质,为进一步学习内科、外科、妇科、儿科等临床医学课程奠定良好基石。在编写过程中严格“度”的把握,避免过深、过难、不易掌握,密切结合临床执业助理医师资格考试,使培养对象既能开展实际工作,又能顺利通过资格考试。同时,结合农村医疗实际情况,融入临床工作的工作任务与实践技能元素,保证了教材的实用性,弥补了教材滞后于临床的不足。在内容的取舍上,注重理论课和实践课的互补,避免了知识的重复和赘述。在各种技能的阐述中尽可能插入图片,使教学形象直观。综合测试部分紧密结合临床工作实际,结合临床执业助理医师资格考试大纲,全面覆盖知识点与考点,编制模拟测试卷进行综合能力训

练，实现学、考互动。

本教材的参编人员均为有多年教学经验的老师，编写力求严谨求实、概念准确、深入浅出、图文并茂及简明易懂，特别强调“实用性”与“适用性”。由于编者水平有限，书中难免有不足之处，恳请广大师生批评指正。

迟玉香 张 展

2011年8月

本教材的参编人员均为有多年教学经验的老师，编写力求严谨求实、概念准确、深入浅出、图文并茂及简明易懂，特别强调“实用性”与“适用性”。由于编者水平有限，书中难免有不足之处，恳请广大师生批评指正。

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 症状学	(3)
第一节 发热	(3)
第二节 疼痛	(7)
第三节 咳嗽与咳痰	(15)
第四节 咯血	(17)
第五节 呼吸困难	(19)
第六节 发绀	(21)
第七节 心悸	(23)
第八节 水肿	(25)
第九节 恶性与呕吐	(27)
第十节 呕血与便血	(29)
第十一节 腹泻	(31)
第十二节 黄疸	(33)
第十三节 进食硬噎、疼痛、吞咽困难	(37)
第十四节 抽搐与惊厥	(39)
第十五节 意识障碍	(41)
第三章 问诊	(50)
第一节 问诊的意义	(50)
第二节 问诊的方法及注意事项	(50)
第三节 问诊的内容	(52)
第四章 体格检查	(58)
第一节 体格检查基本方法	(59)
一、视诊	(59)
二、触诊	(59)
三、叩诊	(60)
四、听诊	(61)
五、嗅诊	(61)
第二节 一般检查	(62)
一、全身状态检查	(62)
二、皮肤	(69)

三、淋巴结	(72)
第三节 头颈部检查	(73)
一、头部检查	(73)
二、颈部检查	(79)
第四节 胸部检查	(81)
一、胸部体表标志	(81)
二、胸廓、胸壁和乳房检查	(83)
三、肺和胸膜	(85)
四、心脏视诊	(95)
五、心脏触诊	(96)
六、心脏叩诊	(97)
七、心脏听诊	(100)
八、外周血管检查	(108)
第五节 腹部检查	(108)
一、腹部视诊	(108)
二、腹部触诊	(112)
三、腹部叩诊	(119)
四、腹部听诊	(120)
第六节 脊柱、四肢、肛门和直肠检查	(122)
一、脊柱检查	(122)
二、四肢、关节检查	(123)
三、肛门和直肠检查	(125)
第七节 神经系统检查	(126)
一、运动功能检查	(126)
二、感觉功能检查	(127)
三、神经反射评估	(128)
第五章 实验室检查	(138)
第一节 血、尿、粪常规	(138)
第二节 痰液检查	(146)
第三节 血清电解质和凝血功能检查	(147)
第四节 其他血生化学检查	(149)
第五节 肝功能和肾功能检查	(151)
第六节 标志物检查	(155)
第七节 HCG和淀粉酶检查	(159)
第八节 脑脊液及浆膜腔穿刺液检查	(159)
第九节 血气分析	(163)
第六章 普通X线影像诊断	(169)
第一节 X线的基本常识	(169)

第二节 胸部X线诊断	(172)
第三节 腹部X线诊断和骨折X线诊断	(182)
第七章 心电图检查	(187)
第一节 心电图基本知识	(187)
第二节 正常心电图	(190)
第三节 常见异常心电图	(193)
第八章 诊断思维方法和病历编写	(223)
第一节 诊断思维方法	(223)
第二节 病历编写	(226)
实训指导	(243)
实训一 病史采集	(243)
实训二 体格检查的基本方法	(245)
实训三 一般状态检查	(248)
实训四 头颈部检查	(252)
实训五 胸部体表标志的识别及胸壁检查	(255)
实训六 肺和胸膜检查	(256)
实训七 心脏和血管检查	(261)
实训八 心肺听诊检查 (1)	(264)
实训九 心肺听诊检查 (2)	(267)
实训十 腹部检查	(270)
实训十一 脊柱、四肢、肛门和神经反射检查	(270)
实训十二 血、尿、粪常规检查	(279)
实训十三 浆膜腔积液及脑脊液检查液检查	(284)
实训十四 常见病变的X线诊断	(289)
实训十五 心电图诊断	(292)
实训十六 病历编写	(295)
模拟测试卷	(302)
参考答案	(317)
参考文献	(319)
附录 常用实验检查参考值	(320)

第一章 绪 论

一、诊断学及其任务

诊断学基础是农村医学专业的主干课程，是论述诊断疾病的基础理论、基本技能、基本方法和基本态度的一门学科，是基础医学与临床医学的桥梁课程。课程的主要任务是教会学生掌握诊断疾病的原理，学会采集、分析和综合患者的主观和客观资料，并能运用所学理论，揭示疾病的本质。同时能够将问诊、体格检查、实验室检查和其他检查的结果赋予合乎逻辑的论证，并按要求书写病历。

二、诊断学的主要内容

（一）症状与体征

症状是指患者主观感到不适或痛苦的异常感觉或病态改变。体征是指医师或其他人客观检查到的改变。广义的症状也包括了一部分体征，如消瘦、黄疸。症状学是指研究症状发生机制、临床表现变化规律的学科。症状是医师向患者了解病情的开始，是问诊的主要内容，是诊断、鉴别诊断的线索和依据。疾病的外在表现是由一组症状和体征组成，同一种疾病有不同的症状，不同疾病也可有某些相同的症状。在诊断疾病时，务求全面考虑、综合分析，才能获得正确的诊断。

（二）问诊

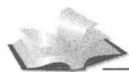
问诊是指医护人员通过与患者或知情者交谈，了解疾病的发生、发展、演变和诊治过程，从而揭示机体正常或异常的诊断方法。问诊应围绕着一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史、月经史和生育史详细询问。问诊获得的资料必须经过归纳、分析、综合，才能书写成病历。

（三）体格检查

体格检查是指医护人员运用自己的感官，如眼、耳、鼻、手，或借助简单的检查工具，如叩诊锤、听诊器等，对患者进行详细的观察和检查的过程。体格检查以解剖学、生理学和病理学知识为基础，且有很强的技术性。规范、娴熟的操作可获得真实的检查结果；反之，则难以达到检查的目的。体格检查的基本方法是视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。虽然科学的发展使得疾病的检查诊断手段不断更新，但无论检查手段如何变化，检查技术多么先进，体格检查对于诊断疾病而言，是任何一种检查手段也无法代替的，每个临床医生必须高度重视体格检查的手法训练。在基层和现场急救，我们诊断疾病主要依靠的就是体格检查。

（四）实验室检查

实验室检查是指通过物理学、化学、生物化学等方法对患者的血液、体液分泌物、排



泄物和组织标本进行检查,获得疾病相关的病原体、组织的病理形态、器官的功能状态等信息,为疾病的全面诊断提供依据。随着先进技术的不断渗透,实验室检查手段日益更新,检查内容不断充实,检查涉及范围越来越广,对于许多疾病的早期诊断提供了有价值的资料。但由于标本的采集、保存运送、仪器的稳定性能、操作技术的个体差异等因素,实验结果在实际工作中会出现一定的偏差,因此,在判断检查结果时,一定要结合临床。

(五) 其他检查

1. 心电图检查 包括心电图的操作技能、正常心电图和常见异常心电图的图形及其临床意义。

2. X线检查 包括X线检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义。

(六) 诊断思维方法和病历编写

通过对患者的生理-心理-社会需要等进行全面的评估和检查后,就患者现存的或潜在的健康问题或生命过程问题的反应作出临床判断即临床诊断,这是对患者的健康状况或疾病反应的概括性描述。

对于问诊、体格检查等方法收集的资料必须进行分析、归纳和整理,并以书面的形式记录下来,即形成所谓的临床病历。病历的编写是医生为患者提供诊断、治疗、预防等的重要依据,医学生必须掌握临床病历编写的基本要求,格式和内容。

三、诊断学的学习方法

诊断学基础的教学方法与基础课程有很大的不同,除课堂教学、观看录像、示教室操练外,还要在医院中进行见习。其基本要求如下:

1. 灵活运用沟通交流的技巧进行病史的采集。
2. 独立进行全面、系统的身体检查。
3. 识别正常和异常体征并解释其临床意义。
4. 解释常用实验室检查结果的临床意义。
5. 正确选择X线诊断技术、心电图检查技术,能够合理解释X线和心电图检查的异常所见。
6. 对被检查者的心理、社会、家庭状况作出整体判断。能书写完整的病历,根据问诊、体格检查、实验室检查和其他检查等结果,作出合乎逻辑的初步诊断。
7. 重视实践课的技能训练,掌握问诊和体格检查的基本技能。

(迟玉香)

第二章 症状学

第一节 发热

一、概述

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。正常人体温保持在一定的范围内,腋窝温度为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$;口腔温度为 $36.3^{\circ}\text{C}\sim 37.2^{\circ}\text{C}$;直肠温度为 $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响而稍有波动。下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高,但一般波动范围不超过 1°C 。发热是机体对致病因素的一种全身反应。

多数患者的发热是由于致热源引起的。致热源性发热致热源包括外源性和内源性两大类。

1. 外源性致热源 外源性致热源的种类甚多,包括:①各种微生物病原体及其产物,如细菌、病毒、真菌及支原体等;②炎性渗出物及无菌性坏死组织;③抗原抗体复合物;④某些类固醇物质,特别是肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮;⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。外源性致热源多为大分子物质,特别是细菌内毒素分子量非常大,不能通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热源,引起发热。

2. 内源性致热源 又称白细胞致热源,如白介素(IL)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等。内源性致热源一方面通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使调定点上升,体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩(临床表现为寒战),使产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,停止排汗,散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热,体温升高而引起发热。

其他原因也会导致产热增加或散热减少,引起发热。①体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血、炎症等;②引起产热过多的疾病,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等;③引起散热减少的疾病,如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

二、病因

发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类,而以前者多见。



1. 感染性发热 最常见。各种病原体如细菌、病毒、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等所引起的感染，无论是急性还是慢性、全身还是局部，均可引起发热。

2. 非感染性发热

(1) 无菌性坏死物质的吸收 由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织坏死产物的吸收，所致的无菌性炎症，常可引起发热，亦称为吸收热。常见于：①机械性、物理或化学性损害，如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等。②因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死。③组织坏死与细胞破坏，如癌、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) 内分泌与代谢疾病 如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(4) 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞病及慢性心力衰竭等而引起发热，一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能失常 有些致热因素不通过内源性致热源而直接损害体温调节中枢，使体温调定点上移后发出调节冲动，造成产热大于散热，体温升高，称为中枢性发热。常见有：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、脑震荡、颅骨骨折等。上述各种原因可直接损害体温调节中枢，致使其功能失常而引起发热，高热无汗是这类发热的特点。

(6) 自主神经功能紊乱 由于自主神经功能紊乱，影响正常的体温调节过程，使产热大于散热，体温升高，多为低热，常伴有自主神经功能紊乱的其他表现，属功能性发热范畴。常见的功能性低热有：①原发性低热，由于自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常，低热可持续数月甚至数年之久，热型较规则，体温波动范围较小，多在 0.5°C 以内。②感染后低热，由于病毒、细菌、原虫等感染致发热后，低热不退，而原有感染已愈。此系体温调节功能仍未恢复正常所致，但必须与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶（如结核）活动或其他新感染所致的发热相区别。③夏季低热，低热仅发生于夏季，秋凉后自行退热，每年如此反复出现，连续数年后多可自愈。多见于幼儿，因体温调节中枢功能不完善，夏季身体虚弱，且多于营养不良或脑发育不全者发生。④生理性低热，如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热。月经前及妊娠初期也可有低热现象。

考点链接

发热最常见的病因是

A. 无菌性物质坏死吸收

B. 抗原-抗体反应

C. 自主神经功能紊乱

D. 感染

E. 内分泌与代谢疾病

解析：发热的病因很多，临床上可分为感染性与非感染性两大类，而以前者多见。

参考答案：D。

三、临床表现

1. 发热分度 根据口腔温度，临床上将发热分为下列四度：

- (1) 低热 体温为 $37.3^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 。
- (2) 中度发热 体温为 $38.1^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。
- (3) 高热 体温为 $39.1^{\circ}\text{C}\sim 41^{\circ}\text{C}$ 。
- (4) 超高热 体温为 41°C 以上。

脉搏和呼吸通常随体温升高而加快。一般说来,体温升高 1°C ,脉搏每分钟增加10次左右,呼吸每分钟增加约3~4次。

2. 发热的临床过程及表现

(1) 体温上升期 产热大于散热,临床上表现为疲乏、不适、肌肉酸痛、皮肤苍白、干燥无汗、畏寒,有时伴寒战等症状。体温上升有两种方式:①骤升型:体温在几小时内达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战,小儿可有惊厥。见于肺炎球菌肺炎、疟疾、败血症、输液反应等。②缓升型:体温缓慢上升,在数日内达高峰,一般不伴有寒战。见于伤寒、结核病等。

(2) 高热期 产热与散热在较高的水平上趋于平衡。体温维持在较高的状态。临床表现为皮肤潮红而灼热,呼吸、心率增快。此期持续时间因病情和治疗效果而异,可为数小时、数天甚至数周不等。

(3) 体温下降期 由于病因的消除或药物的应用,使散热大于产热,体温恢复正常。临床表现为患者大量出汗和皮肤温度降低。体温下降的方式有两种:①骤降,体温于数小时内迅速降至正常,有时可略低于正常,伴有大汗。常见于疟疾、大叶性肺炎、急性肾盂肾炎等。②渐降,体温于数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

3. 热型及临床意义 发热患者体温曲线的形态称为热型,是将患者每天不同时间测得的体温数值描记在体温单上,用蓝线连接起来形成的体温曲线。热型有助于诊断疾病、判断病情和疗效。临床上常见的热型如下:

(1) 稽留热 体温持续于 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$,24小时内波动范围不超过 1°C ,可达数天或数周。见于大叶性肺炎、伤寒等。

(2) 弛张热 又称败血症热,体温在 39°C 以上,24小时内波动范围达 2°C 以上,体温最低时仍高于正常水平。见于败血症、重症肺结核、风湿热等。

(3) 间歇热 体温骤升至 39°C 以上,持续数小时后又骤然降至正常水平,经过数小时或数天后又突然升高,如此高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 不规则热 发热的体温曲线无一定规律。见于结核病、风湿热、渗出性胸膜炎、癌性发热等(图2-1)。

考点链接

一位发热患者,体温在 39°C 以上,未用任何退热降温措施,24小时内体温波动达 2°C 以上,最低时体温仍高于正常。这种热型是

- A. 稽留热 B. 波浪热 C. 间歇热 D. 回归热 E. 弛张热

解析:弛张热是指24小时内体温波动相差超过 2°C ,但最低点未达正常水平的体温曲线类型,常见于败血症、重症肺结核、风湿热、细菌性肝脓肿等。参考答案:E。

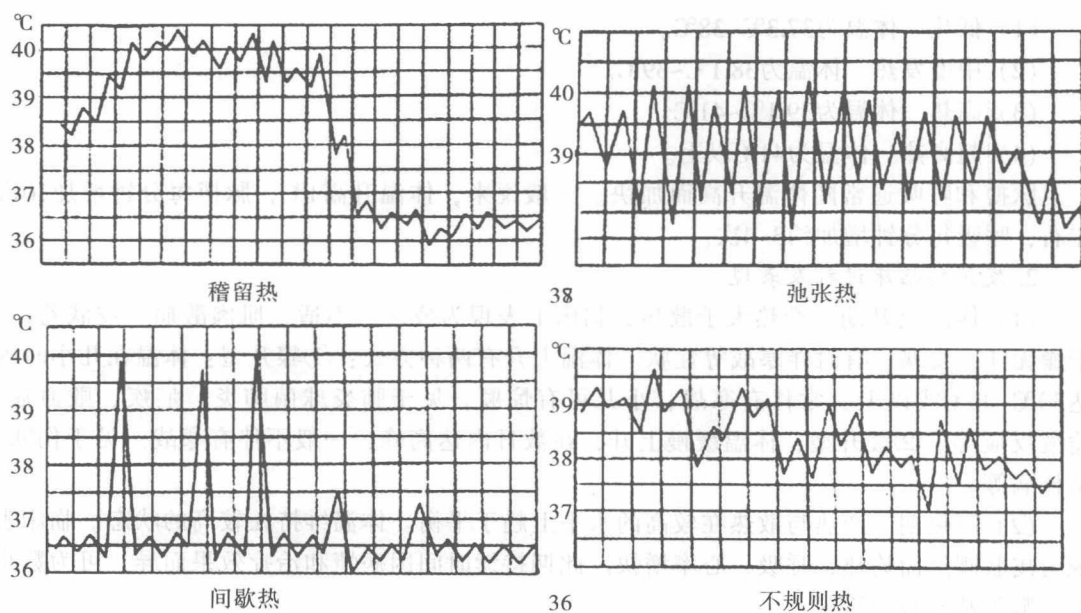
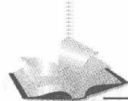


图2-1 常见热型

案例分析

患者，男，20岁，平素健康，外出游玩淋雨后，突发寒战、高热、头痛，第2天出现右侧胸痛、咳嗽、咳痰，2天来每日体温最低为39.2℃，最高39.8℃。查体：体温39.5℃。急性病容，右上肺语颤增强，右上肺叩诊浊音。胸片：右上肺大片实变影。

思考：患者患的是什么疾病？

四、伴随症状

1. 发热伴寒战 见于肺炎球菌肺炎、败血症、胆囊炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。
2. 发热伴结膜充血 见于麻疹、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。
3. 发热伴单纯疱疹 见于肺炎球菌肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等。
4. 发热伴皮疹 见于麻疹、风疹、水痘、伤寒、猩红热、药物热、风湿热等。
5. 发热伴皮肤黏膜出血 见于流行性出血热、败血症、急性白血病、急性再生障碍性贫血等急性传染病和血液病。
6. 发热伴淋巴结肿大 见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、白血病、转移癌等。
7. 发热伴肝脾大 见于病毒性肝炎、肝及胆管感染、疟疾、伤寒、急性血吸虫病、白血病、恶性淋巴瘤等。
8. 发热伴关节肿痛 见于风湿热、败血症、猩红热、痛风等。