



赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书

发 热

上海人民出版社

赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书

发 热

上海市青浦县重固公社章埕大队赤脚医生
上海市青浦县香花公社卫生院赤脚医生 编著
上海市青浦县重固公社卫生院
上海市青浦县人民医院

上海人民出版社

赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书

发 热

上海人民出版社出版

(上海绍兴路5号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷三厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 6.25 字数 134,000

1975年4月第1版 1975年4月第1次印刷

印数 1—50,000

统一书号: 14171·172 定价: 0.41元

前 言

在毛主席无产阶级卫生路线指引下，全国百万赤脚医生正在迅速成长壮大，他们扎根于贫下中农之中，活跃在农村、边疆和山区，积极地为广大贫下中农防病治病，送医送药，为改变我国农村缺医少药的面貌，保障广大社员群众的身体健康，促进农业生产，推动无产阶级卫生革命，作出了重大贡献。大量事实充分显示了赤脚医生这一社会主义新生事物的强大生命力，赤脚医生这支队伍正在日益显示出是农村卫生革命中的一支朝气蓬勃的主力军。赤脚医生上大学，参加开门办学教学工作，和被选派到各级医院工作，对整个卫生革命和医学教育革命也正在产生越来越大的影响。

经过无产阶级文化大革命和批林批孔运动的锻炼，广大赤脚医生的思想和政治路线觉悟不断得到提高；几年来的实践，使他们积累了一套贯彻“预防为主”方针的有效措施，能比较熟练地运用中西两法来防治农村的常见病、多发病，大大改变了农村医药卫生的面貌。为了热忱地支持、扶植和发展赤脚医生这一社会主义新生事物，落实毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大指示，进一步巩固无产阶级专政，我们曾到上海郊县、浙江、江苏、江西等地作了调查研究，直接听取了广大赤脚医生和有关方面的意见，决定出版《赤脚医生(症状鉴别诊断)丛书》，以帮助已有几年实践经验的赤脚医生在技术上精益求精，适应日益发展的医疗事业的需要，更好地为贫下中农服务。这套丛书以常见症状为题，重

点介绍症状诊断和鉴别诊断的方法，同时介绍与这个症状有关的常见病、多发病的防治措施。共分十一本，计《发热》《急腹痛》《咳嗽》《黄疸》《血尿》《关节痛》《头痛》《呕血与黑粪》《水肿》《心悸》《腹泻与呕吐》。

本书的编写，采取出版战线上的社会主义新生事物——开门办社，领导、群众、专业人员三结合编写的形式，即由领导干部、赤脚医生和农村基层医务人员共同编写。实践证明，三结合写书，有利于总结农村基层医疗单位的经验，特别是总结战斗在第一线的赤脚医生自己的经验，更由于赤脚医生亲自参加写稿、审稿和定稿，使内容更切合农村实际，符合赤脚医生的需要，改变了过去“看看好，用不上”的状况。同时通过写作，不仅保证了书稿质量，也提高了赤脚医生，有利于无产阶级自己的技术干部和马克思主义理论队伍的成长，是编书的一种较好形式。

由于我们学习马列主义、毛泽东思想还很不够，调查研究工作也做得很不够，因此可能有不少缺点与错误，我们恳切地向广大赤脚医生和其他同志征求意见和批评，以便进一步修订提高，共同把这套丛书出好，为进一步发展赤脚医生这个社会主义新生事物而奋斗。

上海人民出版社

一九七四年十月

毛主席语录

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

备战、备荒、为人民。

目 录

第一章 发热的基本概念	1
一、体温正常值及正常体温的调节.....	1
二、发热的形成原理.....	4
三、发热的分期和类型.....	5
四、发热对人体的影响.....	9
五、中医对发热的认识.....	10
第二章 发热的病因	15
一、感染性发热.....	15
二、非感染性发热.....	16
第三章 发热的诊断方法	17
一、详尽而又正确的询问病史.....	17
二、仔细和反复的进行体格检查.....	19
三、临床化验.....	23
四、其他检查方法.....	30
第四章 发热的诊断和鉴别诊断	32
第一节 发热伴呼吸道症状.....	33
第二节 发热伴心血管症状.....	43
第三节 发热伴腹部症状.....	48
第四节 发热伴泌尿生殖系统症状.....	65
第五节 发热伴神经系统症状.....	72
第六节 发热伴皮肤症状.....	78
第七节 发热伴骨、关节症状.....	86
第八节 发热伴淋巴结肿大.....	93

第九节	发热伴甲状腺肿痛·····	97
第十节	其他·····	98
第十一节	发热原因未明的诊断·····	100
第五章	农村常见内科发热疾病的防治 ·····	108
第一节	急性血吸虫病·····	109
第二节	钩端螺旋体病·····	112
第三节	疟疾·····	115
第四节	急性细菌性痢疾·····	121
第五节	病毒性肝炎·····	124
第六节	流行性脑脊髓膜炎·····	127
第七节	流行性乙型脑炎·····	132
第八节	流行性腮腺炎·····	137
第九节	猩红热·····	138
第十节	伤寒·····	139
第十一节	麻疹·····	142
第十二节	流行性出血热·····	146
第十三节	布氏杆菌病·····	150
第十四节	病毒性上呼吸道感染·····	152
第十五节	肺炎·····	154
第十六节	风湿病·····	157
第十七节	泌尿道感染·····	163
第十八节	中暑·····	165
第十九节	败血症·····	167
附录一、降温疗法及人工冬眠疗法	·····	171
附录二、感染中毒性休克的防治	·····	177

第一章 发热的基本概念

一、体温正常值及正常体温的调节

在健康状态时，如饮食正常、衣着适宜，人体的体温一般是比较恒定的，即保持在 37°C 上下（大致介于 $36.2\sim 37.3^{\circ}\text{C}$ ），而不因外界环境温度的改变而有所变动。

为什么人们能在炎热的夏天或严寒的冬天，气温相差 $40\sim 50^{\circ}\text{C}$ 而人体的体温仍能保持在 37°C 上下，并不随环境温度改变而改变呢？这主要是由于体内可通过体温调节，以及人们采取防御寒冷和炎热的措施（如更换衣服、取暖或改善通风等），而使体温保持相对恒定。调节体温是由大脑皮质和下丘脑体温调节中枢作用的结果。体温调节中枢支配着两种调节作用，即产热和散热的作用，此两者在功能上相互联系、相互制约，不断取得平衡而维持体温的相对恒定。当外界温度降低时，皮肤的感受器受到寒冷的刺激，反射性地作用于体温调节中枢，同时血液温度通过体表时的降低，也可直接作用于体温调节中枢，使皮肤毛细血管收缩、出汗停止，而减少热的发散；还使肾上腺和甲状腺的机能加强，以动用肝糖元和刺激细胞代谢而增加热的产生，使机体不致因周围环境温度降低而使体温下降。当外界温度增高时，皮肤的感受器受到热的刺激和血液温度通过体表时的增高，分别作用于体温调节中枢，使皮肤毛细血管扩张、汗腺分泌增加而出汗多、呼吸次数增加、血循环加快等，从而增强热的发散；此外，还使体内氧

化作用相对地降低而减少热的产生，使机体不致因周围环境温度升高而致体温也升高。

既然人体的体温是比较恒定的，那是否都是 37°C 而一成不变呢？事实并非如此，人类个体间的体温有一定的差异，少数人的标准体温可低于 36.2°C ，也可高于 37.3°C ；即使此人的正常体温为 37°C ，亦可因饮食、活动等引起代谢变化，在短时间内影响到产热和散热的平衡，而使体温在一日内可有所波动。通常在晨间（清晨 3~5 时）最低，起床活动后逐渐升高，至下午（午后 4~6 时）达高峰，以后又逐渐下降，一昼夜内体温的波动一般在 1°C 以内（如系夜间工作者，也可能表现为倒置现象）。在剧烈运动、情绪激动、大量蛋白质饮食后，以及外界环境温度突然升高，可使体温有暂时性的轻度上升。儿童由于代谢率较高，故体温可较成年人略高，正常小儿体温一般为 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ，喂奶或饭后、运动、哭闹、衣服过厚、室温过高等均可使小儿短时间内产热增加、散热减少，而使体温暂时升高（可达 38°C 以上）；相反，若饥饿、低热量饮食，尤其是体弱儿童处于少动状态或保暖条件差时，则可使体温降低至 35°C 左右。小儿时期年龄越小，因中枢神经系统调节功能越差、体表面积相对地越大、皮肤汗腺发育越不良，所以体温调节亦越差；尤其新生儿皮下脂肪薄、肌肉不发达、运动力弱，故体温更易波动。老年人则与小兒相反，体温有降低趋势。女性体温一般较男性体温稍高，在月经期的体温较平时为低，而在月经前期及妊娠早期可有持续性的体温轻度升高。因此，在日常生活中常遇到的体温变动，在临床上并无重要性，但在考虑病理性发热时，对这种生理性体温暂时增高应当详加识别。

由于测量体温的方法不同，反映的体温的数值亦有差别。

体温计安放的地方有三处，通常所谓体温是指口腔内舌下所测的温度(称为口温)，测量方法较简单，但对于口腔有炎症性病变、张口呼吸、烦躁不合作、体弱衰竭或于测温前吃过热食的病员，则测量口温就不妥或不够准确；对于昏迷、抽痉的病员更有被咬断体温计的危险；此外，口温还受外界环境温度的影响(如刚从寒冷的环境中进入而立即测口温，则所测之数值可偏低)。若将体温计置于腋窝测量体温(称为腋温)，方法也尚方便，不受饮水、张口呼吸、不合作等影响，但是可受到出汗及环境温度等因素的影响，而使所测之体温不准确，如在寒冷环境中腋温可偏低，所以必要时应由肛门测量体温(称为肛温)，则比较准确而可靠。一般肛门温度较口腔温度稍高，而腋下温度则较口腔温度稍低(相差约 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$)。测量体温时体温计放置的时间长短也有一定的关系，时间太短，所测得的体温值可偏低，一般须测三分钟以上。

我们于1974年1月初及4月初，在青浦县先后测定了二批正常人的体温，看到由于测体温的时间长短不同所测得的体温数值亦不同，测三分钟的体温(口温及腋温)较测一分钟同样部位的体温增高约 0.5°C 左右；测定同样时间的口温要比腋温高 $0.5\sim 0.8^{\circ}\text{C}$ ；除早晨6时未起床(在被窝内)时所测之体温以外，其他时间所测的体温，4月初比1月初要高 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 左右，说明外界环境温度对口温及腋温有一定的影响；于4月初所测之体温中看出，一日以内以早晨6时未起床时所测之体温最低，隔日于同一时间活动后所测体温较未活动时所测体温要高 $0.1\sim 0.3^{\circ}\text{C}$ 。但由于我们实践得还很不够，测量体温人数又不多，且仅限于同一年龄组，季节也不全面，仅供参考。

二、发热的形成原理

在正常健康情况下，人体的产热和散热这一对矛盾经常保持着动态的平衡。当患某些疾病时，此平衡如被打破，则产热增加，而散热并不随之增加或相对地减弱，因此，就引起体温上升，出现发热。

根据体温上升机理的不同，发热可分为两大类：

(一)致热原性发热 大多数发热的患者系由致热原所引起的，如细菌中的毒素、组织炎症时的渗出物、抗原—抗体的复合物，以及人体内某些类固醇所具的致热作用等，均可作为引起发热的致热原。目前认为这些致热原作用于血液中的中性粒细胞和大单核细胞，使其被激活而生成和释放出白细胞致热原，通过血液循环作用于体温调节中枢而致改变其功能状态，从而影响产热和散热过程，使产热增加、散热降低，体温就升高(见图1)。

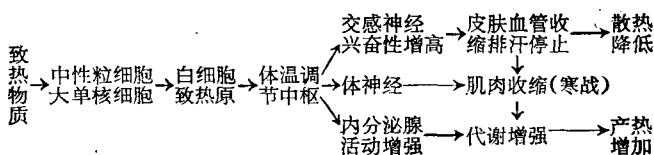


图1 致热原发热机理示意图

(二)非致热原性发热

1. 产热过多：如癫痫持续状态或惊厥后的发热，是由于肌肉痉挛产生的热量于短期内不能发散所致；又如甲状腺机能亢进的病人，由于代谢性产热增强、散热相对不足而引起发热。

2. 散热减少：如广泛性皮炎、广泛性疤痕化等皮肤病

患者,由于出汗机能减退,以及自皮肤以幅射、传导、对流等方式散热的功能也受到了一定的影响,使散热减少而引起发热;有大量失血、失水的病人,由于血循环量减少,皮肤的散热量降低,使体内热量不能向外散发而引起发热。

3. 体温调节障碍:如直接损伤中枢神经系统的某些病毒性疾病、中暑、深度安眠药中毒、脑溢血等因素,可损害体温调节中枢,使其功能失常而出现发热。

三、发热的分期和类型

在发热过程中产热和散热这对矛盾不断发生变化。一般可分为三个阶段:

(一)体温上升期 这是发热的第一阶段。致热原进入机体后改变了体温调节中枢的兴奋性,使病员体表皮肤血管收缩、排汗减少,使散热减少,同时由于体内代谢增强,以及因寒冷感觉,而反射性地引起竖毛肌收缩,并使肌肉群收缩形成寒战等,均可使产热增加,所以此期系产热比散热明显地占优势,而引起发热。临床上表现为皮肤苍白、干燥、无汗、“鸡皮疙瘩”及寒战,体温渐上升。此期持续时间长短不等,可由几十分钟至几小时(如大叶性肺炎、疟疾等),甚至数天(如伤寒)。

(二)高温持续期 此时体温已达高峰,当体温升高到一定程度,体温调节中枢不断加强调节作用,散热过程开始增强,病人体表皮肤血管扩张、呼吸加强、开始排汗等使体温不再继续升高,但这时由于体内仍受致热物质的不断刺激,产热并未降低,所以此期产热和散热在新的基础上重新建立相对的平衡,使体温维持在一定的高水平上。临床上表现为皮肤潮红而灼热、呼吸加快加强、出汗等。此期可持续数小时(如

疟疾)至数天(如肺炎),或数周(如伤寒)。

(三)体温下降期 由于机体的防御作用或采取了适当的治疗,使致热原在体内的作用逐渐消灭或减弱,产热减少。同时,通过体温调节中枢的调节,散热仍处于较高水平,病人体表皮肤血管扩张、大量出汗,散热加强。所以此期系散热比产热明显地占优势,于是体温开始下降,产热和散热终于恢复正常的相对平衡状态。体温下降的方式有二种,一般是渐退,即在几天之内体温逐渐恢复正常(如伤寒);也有骤退的,即体温在十几个小时或更短时间内降到正常,甚至低于正常(如大叶性肺炎)。在体温下降时,由于大量出汗,丧失大量的体液,这对于年老体弱及心血管有疾病的病人容易发生虚脱(休克)现象,因此应加注意,并予及时处理。

以上各个不同的发热阶段中,由于产热和散热之间不断的调节和变化,体温可以有显著的波动,而不是单纯的划分三个阶段。每个阶段的持续时间和转变速度,不仅取决于致病因素或致热原的性质,更重要的是取决于人体的反应性。预防注射的接受及药物的治疗对体温的变化亦有一定的影响。

临床上根据体温升高的程度将发热分为低热(38°C 以下)、中等热($38\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39\sim 40^{\circ}\text{C}$)及过高热(41°C 以上)。

根据病人体温变动的特点,发热分几种类型:

(一)稽留热 体温常在 39°C 以上,持续数日或数周,昼夜间体温变动范围较小,不超过 1°C (如见于伤寒、大叶性肺炎等)。

(二)间歇热 体温突然升高,经几小时后恢复到正常,以后间歇数小时或1~2日又突然升高,反复发作(如见于疟疾)。

(三)弛张热 体温高低不一，昼夜之间体温波动范围较大，常超过 1°C ，但最低温度仍在正常水平以上（如见于败血症、脓毒血症、肝脓肿、严重肺结核等）。

(四)周期热 发热呈周期性出现，在间歇期内并无发热（如见于淋巴瘤、波状热等）。

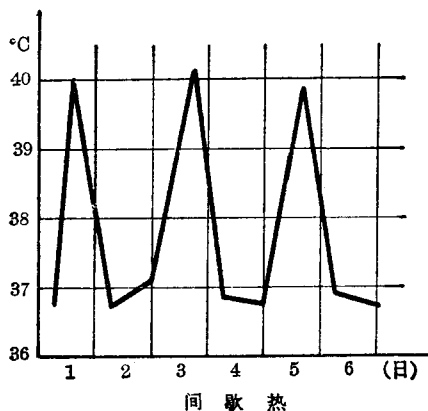
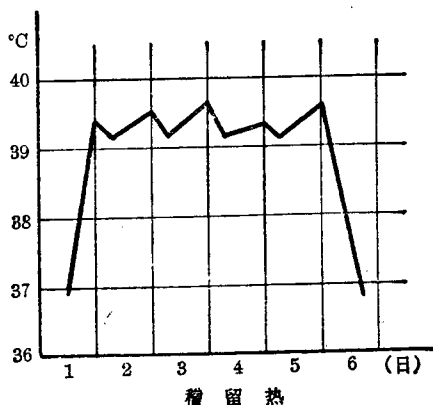


图 2 几种不同的热型(一)

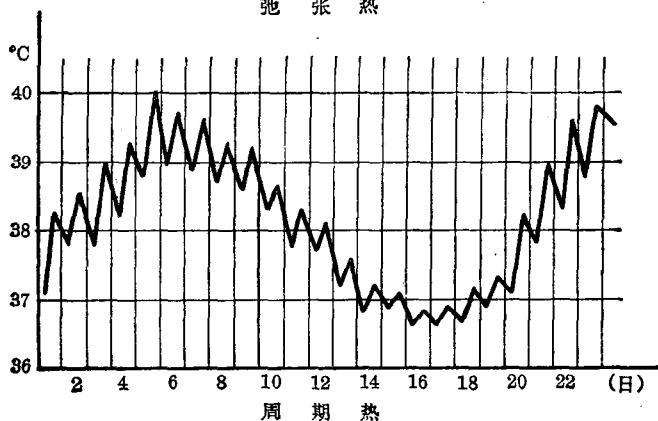
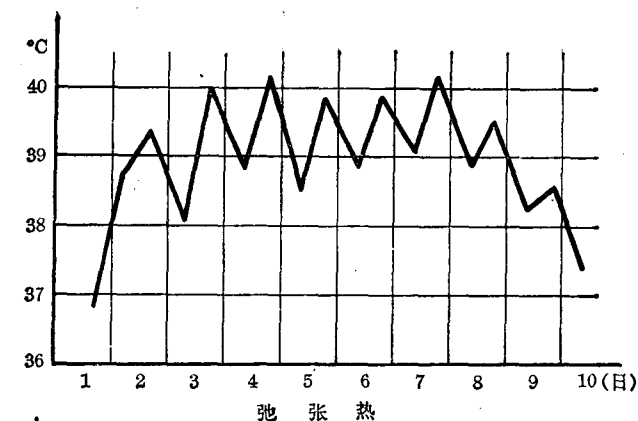


图 2 几种不同的热型(二)

上述各种热型所描划成的体温曲线见图 2。

(五) 不规则热 发热无一定的规则, 持续时间也不等(如见于风湿热、流感、结核病等)。

在疾病过程中, 也可有二种或二种以上热型合并存在的, 如大叶性肺炎引起脓胸及败血症等并发症时, 热型可由稽留

热变为弛张热。

四、发热对人体的影响

发热的意义应从两方面来看。在一定限度内的发热是机体抵抗疾病的生理性防御措施。在体温不太高时（比常温高 2.5°C 左右），对大多数人的功能影响不显著，且机体中有许多有利的变化发生，如白细胞增多，网状内皮系统的机能包括吞噬作用、抗体的生成、肝脏的解毒作用等都增强。同时，发热时代谢的增强如果不是十分过度，也能加速组织的物质交换和提高机体的抵抗能力。这些变化显然有利于对病原体的消灭，有利于人体抵抗感染，为恢复健康创造条件。在很多急性传染病中，一定限度的体温升高常常表示机体有良好的反应能力，而发热不显著，甚至体温不升的病例，其预后却大多不良。

另一方面，过高或长期的发热，使体内调节功能失常，也会给人体带来一些不利影响，主要表现在以下几个方面：

1. 发热可使中枢神经系统的兴奋性往往增高，当体温上升到 $40\sim 41^{\circ}\text{C}$ 时，病人可出现烦躁、胡言乱语、幻觉，甚至抽搐，这种情况在中枢神经系统发育尚未成熟、兴奋易于扩散的幼儿，更易发生。身体虚弱者或在某些感染性发热时，中枢神经系统可出现抑制症状，表现为淡漠、嗜睡，甚至昏迷。

2. 高热时机体代谢增加，氧气的消耗量也大大增加，能量消耗甚多，由于脂肪的过多消耗使病人消瘦，蛋白质的大量消耗直接威胁到机体健康、劳动能力和对疾病的抵抗力。在长期发热的病人，由于一般情况衰弱、食欲差、摄入量减少，维生素的消耗量也增加，故更易发生维生素（特别是B族和C）的缺乏，病人易发生口角炎、舌炎、皮炎、皮下及牙龈等出血倾