

◎ 国家执业医师资格考试
GUOJIA ZHIYE YISHI ZIGE KAOSHI



临床执业(助理)医师 实践技能应试教程

赵树恩 梁广路 孟 杰 主编

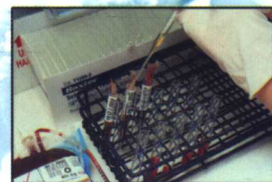
紧扣医师资格考试大纲

精选病史采集、病例分析要点

配送多媒体光盘教学资料

理论与实践紧密结合

LINCHUANG
ZHIYEH ZHULI
YISHI
SHIJIAN
JINENG
YINGSHI
JIAOCHENG



军事医学科学出版社

国家执业医师资格考试

临床医师实践技能应试教程

专家组名单

主 编	赵树恩	梁广路	孟 杰		
副主编	李晓芳	李 峥	左 辉	王敬稳	
编 委	(按姓氏笔画排序)				
	王敬稳	王 宇	王恩军	王占启	王桂英
	邓国清	史小琴	左 辉	文九妹	冯 欣
	古德强	刘 莉	孙晓芳	孙东翀	朱劲松
	朱清科	吕宗科	刘龙波	刘月霞	何运良
	李前进	李 娜	李晓芳	李 峥	李晓辉
	李丛林	余丽娟	张 珂	张克呈	张文权
	张永合	张 虹	武广义	陈立英	陈齐荣
	陈万胜	陈 华	赵树恩	周玉娟	孟 杰
	杨昌俊	杨庆生	杨 璞	罗宏海	明鹤轩
	南海龙	陶良保	高 燕	高文丽	鹿 强
	梁广路	梁 玲	梁怀荣	黄煜湘	黄功平
	度德胜	韩艳梅	臧惠珍	黎先仿	

军事医学科学出版社

· 北京 ·

内 容 提 要

本书由相关医学专家依据最新版执业医师资格考试大纲编写,书中涵盖了病史采集、体格检查与基本操作技能、辅助检查结果判断三个部分的内容,并附光盘,使教学内容更为形象、生动。本书着重强调对临床思维方式及处理问题能力的培养与训练,精选了部分病例,将理论知识与临床实践紧密地结合在一起,可作为参加执业医师资格考试的考生复习、备考的指导用书,也可作为医学院校临床医学专业学生的参考教材。

图书在版编目(CIP)数据

国家执业医师资格考试临床执业(助理)医师实践技能应试教程/赵树恩,梁广路,孟杰主编.——北京:军事医学科学出版社,2006

ISBN 7-80121-749-7

I. 国… II. ①赵… ②梁… ③孟… III. 临床医学—医师—资格考核—自学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第007278号

出 版:军事医学科学出版社
地 址:北京市海淀区太平路27号
邮 编:100850
责任编辑:吕连婷 余明华
封面设计:马凌
网 站:<http://mmssp.cn>
印 刷:华润印刷厂
装 订:华润印刷厂
经 销:新华书店总店北京发行所

开 本:787mm×1092mm 1/16
印 张:24.5
字 数:600千字
版 次:2006年1月第1版
印 次:2006年1月第1次
定 价:80.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页、印装错误者,本社发行部负责调换

前 言

医学是一门具有很强实践性的学科，要求执业医师除了具有系统的医学理论知识外，还必须具有熟练的医学专业技能。因而，《中华人民共和国执业医师法》和卫生部《医师资格考试暂行办法》规定：医师资格考试包括了医学综合笔试和实践技能考试两部分。实践技能考试作为评价申请医师资格者是否具备执业所必须的临床思维能力和临床操作能力的主要手段，是医师资格考试中不可缺少的组成部分。

为了提高执业医师的业务素质及增强临床操作能力，使实践技能操作逐步步入科学化、规范化、标准化的轨道，同时为了帮助广大考生做好考前准备，我们组织相关医学专家，依据最新版执业医师资格考试大纲对实践技能的要求，将所需复习的内容进行精心设计，编写了这本《临床医师实践技能应试教程》，对病史采集、体格检查和基本操作技能及辅助检查的结果判断作了详细的介绍，重点强调对临床思维方式及处理问题能力的培养与训练。同时精选了部分病例，将理论知识与临床实践紧密结合起来，以利于读者临床思维能力的形成和确立。针对多数考生存在缺乏临床实践经验与临床操作技能培训不足的问题，本书在实践技能的辅导训练方面，既注重系统化的讲解，又强调临场实践气氛的模拟，随书配送一套专门录制的实践技能培训多媒体光盘教学资料，力争借助现代化教学手段为广大考生提供全面、直观而有侧重点的强化学习工具，既丰富了教学内容，又可提高学习兴趣。书中另附一些病史采集与病例分析的习题及评分要点，将帮助考生更好地掌握考试要点，希望本书不仅能够更好地帮助广大考生复习、备考以顺利通过执业医师考试，而且对于提高读者的临床实践技能水平也起到一定的促进作用。

由于各种原因，编写过程中可能存在不足之处，诚恳希望广大读者提出宝贵意见，予以修正。

临床医师实践技能应试教程专家组

2006年1月

实践技能考试应试指导

概述：根据执业医师考试历年的统计，及格分数在 50~60 分之间，每年的变化都不大。临床实践技能考试分三部分，第一站为病史采集和病历分析，第二站为操作，第三站为听诊、心电图、X 线等。下面重点介绍一下一、二站答题应注意的问题。

第一站考试：

（一）病史采集

病史采集题是和大纲要求的病症综合起来的，一般有 50 多道题让考生抽。在进行任何症状的采集都应注意以下几点：

1. 问病史：包括以下 5 部分

病因、诱因；主要症状的特点；伴随症状；全身状态，即发病后一般状态；诊疗经过。

2. 既往史

相关病史；药物过敏史、手术史（一定要提及，每年的评分标准都有此项）。

3. 问诊中一定要条理性强，想好了再写，不要过后再乱加，因此失分。

4. 围绕主述来询问 单靠一个主诉是不能作出诊断的，但还是有倾向性的，如：24 岁，女，发热、咳血、结核的可能性较大，而 45 岁，男，发热、咳血、则考虑为肺癌，两者采集的倾向则有所区别，这些还是要靠知识积累的。

（二）病历分析

一般会有 60 个病历供考生选择，病历分析中重点抓分要注意三点：诊断、诊断依据和进一步检查。

1. 诊断 一定要写全，要主次有序。如慢性支气管炎的病历诊断要写：慢性支气管炎合并感染；总之，诊断一定要写全。一些基本化验值也应知道，如血钾低，则在诊断中应加上低钾血症；一些疾病的基本特征是要掌握的，如膈下游离气体，则为消化道穿孔；创伤后出现昏迷及中间清醒期，则为硬膜外血肿，如有瞳孔的改变则考虑有脑疝出现，注意诊断前面还要加上脑创伤；脾破裂可以有被膜下出血，可以在伤后一周才出现出血性休克症状，要加以注意。

2. 诊断依据：一定要用病史及辅检中给的资料，按诊断的顺序对应列出。上面提到的一些具体疾病特征就是诊断的重要依据。

3. 鉴别诊断：要围绕着病变的部位及特征写出几种疾病，一般有三、四种。

4. 进一步检查：举几个例子供大家体会一下：

（1）胃癌：进一步作 CT（看一下肝、腹腔转移）；胸片（有无肺转移）。

（2）心绞痛：24h 动态心电图、动态监测血清心肌酶。

（3）闭合性腹部损伤（脾破裂）：腹腔穿刺、腹部 B 超、腹部 X 线。

5. 治疗：重点写治疗原则，也要有主次。注意不要忘记支持治疗，及一些预防复发、健康教育等项目。

第二站考试:

(一) 体格检查: 现谈一下各项检查中应注意的一些问题

1. 呼吸: 检查时要注意让患者处于未意识到的状态

2. 脉搏: 注意检测位置, 时间要超过半分钟

3. 血压: 检测前要注意检查血压计, 看是否打开。

4. 浅表淋巴结:

(1) 注意顺序: 耳前一耳后一乳突区等。

(2) 描述, 要用常见物品, 如鸡蛋大小等。

(3) 要掌握肿瘤各部位转移的淋巴结特点:

如: 乳癌、肺癌及胃癌易往何处转移, 腹股沟、滑车上淋巴结肿大见于什么, 颈部淋巴结肿大破溃见于什么?

5. 皮肤检查: 注意色泽、光洁度、弹性、淤斑及充血及出血。

6. 甲状腺/气管: 注意前后手法的区别; 检测侧叶要注意固定; 考试中可能会问及: 双侧及单侧肿大有什么意义, 气管移位的原因? (回答要注意: a. 患侧移位见于胸膜疾病; b. 对侧移位见于血、气、液胸)

7. 血管检查: 注意几个音, 几个脉及各自出现的原因及特点; 检查颈动脉时不要两侧同时进行以免中断脑部血供。

8. 胸部:

视诊: 重点看呼吸频率及节律。

触诊: 增加了乳房触诊, 要注意顺序; 乳房的固定; 胸大肌检查和乳头检查。

胸部触诊要注意: 用指侧缘; 震颤测定要对称进行, 并交叉检测一下; 要注意胸廓的扩张度。要了解: 一侧呼吸运动减弱说明什么, 一侧语颤增强/减弱说明什么?

叩诊: 一定要注意叩诊手法; 注意不同体位手法不同; 叩移动度之前要先叩一下正常肺下界; 要了解肺移动度正常为多少, 减少说明什么; 叩诊呈浊音说明什么?

听诊: 要注意耳机声音不要放太大, 会听不清; 要会分清几种音: 支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支气管—肺泡呼吸音、干啰音、喘鸣音、湿啰音、捻发音、胸膜摩擦音。

9. 心脏:

视诊: 注意心前区有无隆起及凹陷。心尖搏动: 要了解正常心尖搏动位置, 变化范围, 什么叫异常搏动, 在哪些情况下会出现。

叩诊: 确定锁骨中线; 顺序要清楚; 特殊心形的意义要了解。

听诊: 听诊区的位置和顺序; 心脏杂音; 舒张期/收缩期杂音的意义; 奔马律的意义。

10. 腹部检查:

视诊: 注意胃肠型和蠕动波的区别; 看腹壁静脉(上腔阻塞、下腔阻塞和门静脉高压时的各自特点); 腹部膨隆、凹陷、不对称说明什么, 炎症性肿瘤性腹部膨隆有何不同

触诊: 重点在肝脾。

手法: 要与患者配合好, 嘱其呼吸; 了解触及肝下缘可能是什么问题? (两个方面: a. 肝大; b. 肝位置下移)

叩诊: 移动性浊音出现说明什么, 脊肋角叩击痛说明什么?

11. 神经检查: 椎体束征、脑膜刺激征为重点。

12. 肛门直肠: 先试括约肌松紧度, 再检测四壁, 观察手指附着物特征; 了解各检查体

位特点,何时应用何种体位。

(二) 操作

1. 消毒:重点了解甲状腺、阑尾手术和胃切除的消毒范围;了解会阴、小儿皮肤、黏膜处用何消毒。

2. 戴手套:一定要掌握。

3. 电除颤:①电极位置;②用湿盐水纱布包电极;③注意安全,旁人不要接触。

4. 简易呼吸器的使用:注意放置位置,加压的频率和周期。

5. 心电图机:掌握几个电极导联的连接(电极颜色相对应)。

6. 换药:准备工作;敷料盖上后胶带的正确粘法;换药时敷料粘在伤口上怎么办(保持创口不受新的损伤);了解新鲜肉芽和感染性创口的鉴别;了解为什么感染性创口还要无菌操作(防止混合感染)。

7. 手术衣与隔离衣:注意有菌区和无菌区的划分。

8. 手术区铺巾法:要会拿法,先盖清洁区后盖污染区。

9. 吸氧:鼻导管插多深(鼻翼到耳垂);氧气的潮化;吸氧流量(4~5L/min)。

10. 吸痰:先将管口关闭,插入后再打开吸痰;每次吸痰不超过15s。

11. 胃管:要知道适应证;胃管插入多深;如何断定进入胃内。

12. 导尿:知道男女尿道长度;消毒不能用普通消毒剂;先关闭尿管,插入膀胱后再开放尿管;了解留置导尿的适应证和采用何种尿管。

第三站考试:

掌握几种心电图和胸片及CT片特点,检验结果分析不考。

目 录

第一章 病史采集与病例分析	(1)
第一节 病史采集	(1)
一、发热	(1)
二、头痛	(6)
三、胸痛	(10)
四、腹痛	(13)
五、关节痛	(17)
六、水肿	(18)
七、呼吸困难	(21)
八、咳嗽与咳痰	(25)
九、咯血	(28)
十、恶心与呕吐	(29)
十一、呕血	(34)
十二、消瘦	(38)
十三、便血	(41)
十四、腹泻	(46)
十五、黄疸	(48)
十六、心悸	(56)
十七、抽搐与惊厥	(58)
十八、意识障碍	(59)
十九、少尿	(65)
二十、多尿	(66)
二十一、血尿	(67)
二十二、休克	(68)
第二节 病例分析	(69)
一、肺炎	(69)
二、肺癌	(75)
三、结核病	(80)
四、高血压病	(86)
五、冠状动脉粥样硬化性心脏病	(95)
六、消化性溃疡	(108)
七、消化道肿瘤	(116)
八、病毒性肝炎	(128)
九、急、慢性肾小球肾炎	(133)

十、泌尿系统感染·····	(141)
十一、贫血·····	(144)
十二、白血病·····	(152)
十三、甲状腺功能亢进·····	(159)
十四、糖尿病·····	(165)
十五、一氧化碳中毒·····	(170)
十六、细菌性痢疾·····	(172)
十七、化脓性脑膜炎(流行性脑脊髓膜炎)·····	(176)
十八、脑血管意外·····	(182)
十九、农药中毒·····	(193)
二十、胆囊结石、胆囊炎及胆总管结石·····	(197)
二十一、急腹症(肠梗阻、消化道穿孔、胰腺炎、急性阑尾炎)·····	(200)
二十二、腹部闭合性损伤(肝、胆、脾、肠、肾破裂)·····	(209)
二十三、异位妊娠·····	(213)
二十四、尿路结石·····	(215)
二十五、胸部闭合性损伤(肋骨骨折、血胸和气胸)·····	(220)
二十六、四肢长管状骨骨折和大关节脱位·····	(223)
二十七、闭合性颅脑损伤·····	(227)
二十八、小儿腹泻·····	(230)
二十九、性传播疾病·····	(233)
第二章 体格检查与基本操作技能 ·····	(243)
第一节 体格检查 ·····	(243)
一、基本检查方法·····	(243)
二、一般检查·····	(247)
三、头部检查·····	(250)
四、颈部检查·····	(251)
五、胸部检查·····	(252)
六、腹部检查·····	(261)
七、神经系统检查·····	(266)
第二节 基本技能操作 ·····	(267)
一、手术区消毒方法·····	(267)
二、手术基本技术(切开、止血、缝合)·····	(268)
三、伤口换药·····	(268)
四、戴无菌手套方法·····	(269)
五、穿、脱隔离衣·····	(269)
六、穿、脱手术衣·····	(270)
七、吸氧术·····	(270)
八、吸痰术·····	(271)
九、胃插管术·····	(272)
十、导尿术·····	(272)

十一、胸腔穿刺术	(273)
十二、腹腔穿刺术	(274)
十三、腰椎穿刺术	(274)
十四、骨髓穿刺术	(275)
十五、开放性伤口的止血包扎	(276)
十六、脊柱损伤的搬运	(278)
十七、人工呼吸	(278)
十八、胸外心脏按压	(278)
十九、心内注射	(279)
二十、电除颤	(279)
二十一、简易呼吸器的使用	(279)
第三章 辅助检查结果判读	(280)
第一节 心电图	(280)
一、正常心电图	(280)
二、窦性心律失常	(283)
三、期前收缩	(284)
四、异位性心动过速	(285)
五、扑动与颤动	(286)
六、房室传导阻滞	(287)
七、房室束支传导阻滞	(289)
八、心室肥厚	(290)
九、心肌缺血	(291)
十、心肌梗死	(292)
第二节 阅读 X 线片	(293)
一、正常胸部正位片	(294)
二、肺炎	(295)
三、肺内占位性病变	(297)
四、气胸	(298)
五、胸腔积液	(299)
六、典型浸润型肺结核	(299)
七、心脏扩大	(300)
八、正常腹部平片	(302)
九、肠梗阻	(302)
十、消化道穿孔	(302)
十一、消化道造影	(303)
十二、肢体骨折	(305)
第三节 实验室检查结果判读	(306)
一、血、尿、粪常规	(306)
二、痰液检验	(310)
三、血清钾	(311)

四、血清钠	(311)
五、血清氯	(311)
六、血清钙	(311)
七、血清无机磷	(312)
八、血清铁和总铁结合力	(312)
九、血清总胆固醇 (TC)	(312)
十、血清甘油三酯 (TG)	(313)
十一、血清脂蛋白	(313)
十二、血糖	(313)
十三、血、尿淀粉酶 (AMS)	(314)
十四、肝功能	(314)
十五、肾功能	(315)
十六、乙肝病毒免疫标志物	(316)
十七、血气分析	(316)
十八、脑脊液常规及生化检查	(318)
十九、浆膜腔积液 (胸腔积液和腹水、心包、关节腔积液) 常规及生化检查	(318)
第四章 病史采集和病例分析试题及评分要点	(320)
第一单元 病史采集试题及评分要点	(320)
第二单元 病例分析试题及评分要点	(355)
附录 2002 年医师资格实践技能考试考官评分标准	(369)

第一章 病史采集与病例分析

第一节 病史采集

一、发热

(一) 概述

1. 概念 发热是指致热原直接作用于体温调定中枢, 体温调定中枢功能紊乱或各种原因引起的产热过多、散热减少, 导致体温升高超过正常范围的情形。

正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。成年人清晨安静状态下的口腔体温 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$; 肛门内体温 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$; 腋窝体温 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

按体温状况, 发热分为: 低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$; 中等度热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$; 高热 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 以上; 超高热 41°C 以上。

2. 发热的原因 临床上大致可分为由各种病原体感染所致感染性发热与非感染性发热两大类, 其中前者多见。

3. 发热的过程 一般分为三个阶段: 体温上升期、高热期、体温下降期。

4. 发热的热型

(1) 稽留热: 体温恒定维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平, 达数天或数周。24h 内体温波动范围不超过 1°C 。

(2) 弛张热: 体温高峰常在 39°C 以上, 波动幅度大, 24h 内波动范围超过 2°C , 但都在正常水平以上。

(3) 间歇热: 体温骤升达高峰后, 持续数小时, 又迅速降至正常水平, 无热期持续 1 天至数天, 高热期与无热期反复交替出现。

(4) 波状热: 体温逐渐上升达 39°C 或以上, 数天后又逐渐下降至正常水平, 持续数天后又逐渐升高, 如此反复多次。

(5) 回归热: 体温急剧上升至 39°C 或以上, 持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期和无热期各持续若干天后规律性交替 1 次。

(6) 不规则发热: 发热的体温曲线无一定规律。

5. 发热的伴随症状

(1) 寒战: 常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应。

(2) 结膜充血: 见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病。

(3) 单纯疱疹: 口唇单纯疱疹多见于急性发热性疾病, 常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感胃等。

(4) 淋巴结肿大: 常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

(5) 肝脾肿大: 常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

(6) 出血: 发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病, 也可见于某些血液

病,如急性白血病、恶性组织细胞病等。

(7) 关节肿痛:常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

(8) 皮疹:常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。

(9) 昏迷:先发热后昏迷,常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性痢疾、中暑等;先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥中毒等。

6. 诊断要点及注意事项

(1) 病史

①起病的缓急。

②持续性还是周期性,持续时间的长短。

③有无寒战。

④有无咽痛、流鼻涕、咳嗽、咳痰、胸痛。

⑤有无心悸、胸闷、呼吸困难。

⑥有无腹痛、腰痛、膀胱刺激症状、血尿。

⑦有无腹泻、便秘、恶心、呕吐。

⑧有无头痛、头晕。

⑨有无关节痛、肌肉痛。

⑩有无皮疹、瘙痒、黄疸。

⑪有无与传染病患者的接触史,以往有无类似发作。

(2) 体格检查

除做全身检查外,对下述检查应更加注意。

①病容、体位、营养及神志状态。

②热型。

③体温高低与呼吸、脉搏的次数是否一致。

④咽部是否红肿,扁桃体及颊黏膜有无异常。

⑤心、肺有无异常。

⑥腹部有无腹肌紧张、压痛、反跳痛或包块,肝脏、脾脏是否肿大等。

⑦有无脑膜刺激征。

⑧有无全身淋巴结肿大。

⑨甲状腺是否肿大,有无杂音及震颤。

(3) 辅助检查

因为发热的病因很多,须结合病情做有针对性的检查。下列各项应作为常规:

①白细胞计数及分类。

②尿、粪常规检查。

③寒战、高热时,应做血培养及涂片找疟原虫。

④高热超过1周,应做肥达反应、外斐反应及布氏杆菌凝集试验。

⑤疑为呼吸系统疾病,应做胸部X线检查,做痰涂片、痰培养检查。

⑥怀疑肝脏疾病,应做肝功能检查及B型超声检查。

⑦有出血倾向者,应做出、凝血试验,血小板、凝血酶原时间测定。

⑧怀疑泌尿系感染,应做尿细菌培养。

⑨有关节痛者,应做抗链球菌溶血素“O”试验及C反应蛋白、抗核抗体、血沉、血清蛋白电泳、免疫球蛋白等检测。

⑩高热原因未明、用抗生素无效者,有必要做淋巴结活检、骨髓活检。

7. 诊断与鉴别诊断

(1) 发热时间

发热超过2周,体温超过38.5℃而未明确病因者,称为高热原因未明;少于2周为急性发热;低热超过1个月以上,称为长期低热。

(2) 发病季节对于急性传染病的诊断有一定的意义

①冬春季易发生麻疹、流行性脑脊髓膜炎。

②夏秋季易发生乙型脑炎、疟疾、伤寒、痢疾。

(3) 职业与生活环境

如牧区的人员易患布氏杆菌病,喂养鸟者易患鹦鹉热、新型隐球菌病。

(4) 发热的伴随症状对发热的病因鉴别有帮助

①伴有寒战 寒战产生的原因是致热原作用于体温调定点,使体温调定点迅速提高所致,常说明病情较重。当体温调定点升高后,此时的血液温度对调定点来说是低的,故患者感觉发冷而发生寒战。由于肌肉的颤抖使体内产热增加,同时血管收缩散热减少,血液温度逐渐升高,当达到体温调定点所要求的温度时,寒战即终止。伴有寒战的高热可分为两种形式:

a. 一次性寒战:即先有寒战后出现高热,发热到一定程度后寒战终止,以后不再发生寒战,多见于大叶性肺炎、输血及输液反应。

b. 反复发生寒战、高热:见于败血症、疟疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、军团菌病、流行性脑脊髓膜炎、流行性斑疹伤寒、鹦鹉热等。病毒感染常表现为畏寒而不是寒战,如流行性感冒觉后背发凉。但也有少数病毒感染而发生寒战,如天花、流行性出血热、传染性单核细胞增多症。在结核菌感染、结缔组织病,虽可有高热,但发生寒战少见。在肿瘤患者,如肝癌、肾癌,亦很少发生寒战,但在霍奇金病,可有寒战。急性白血病发生寒战多由继发感染所致。

②伴有皮疹 发热伴有皮疹的疾病甚多,常见者有:

a. 发疹性传染病:这些疾病除有各自疾病的特征性皮疹外,而且还与皮疹出现的时间有较为固定的关系。发热1日后出现皮疹,见于水痘;2日后出现皮疹,见于猩红热;3日后出现皮疹,见于天花;4日后出现皮疹,见于麻疹;5日后出现皮疹,见于斑疹伤寒;6日后出现皮疹,见于伤寒。

b. 发热与皮疹的出现没有固定关系,内科常见的疾病有:风湿热,其特征性皮疹为环形红斑;系统性红斑狼疮,其特征性皮疹为面部的蝶形红斑;金黄色葡萄球菌败血症,其特征性皮疹为丘疹,其顶端有小脓疱;药疹,其特征为对称分布,发痒,多为猩红热样、麻疹样、固定性红斑、荨麻疹等;变应性亚败血症,多为斑疹、丘疹、荨麻疹等。

c. 皮疹的类型与疾病的关系:同一疾病可发生不同的皮疹,同一皮疹可发生于不同的疾病。但总的说来,也有一些有鉴别诊断的意义。红斑,由皮肤血管充血引起,呈红色,压之可退色。点状、片状红斑可见于猩红热、伤寒、麻疹;出血斑,由皮肤或黏膜小血管血液渗出所致,可见于流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热、败血症等;丘疹,由表皮或真皮浅层内局灶性水肿、炎症浸润等因素引起,形成表皮部隆起,可见于麻疹、幼儿急疹、风疹等;

结节性红斑，见于结核菌、风湿病；水疱，是高出皮面内含浆液的限界性腔隙，可见于水痘、天花。

③伴有出血倾向 所谓出血倾向是指自发性出血或小的创伤后出血不易止住，常见的疾病有流行性出血热、钩端螺旋体病、急性白血病、急性血小板减少性紫癜、败血症、登革出血热、急性重症肝炎等。

④伴有淋巴结肿大为主、脾脏肿大为辅 发热同时伴有淋巴结肿大，在临床上并不少见。因炎症引起的淋巴结肿大，多发展快，有压痛，可有粘连；但由结核菌引起者，则发展较慢而粘连较重；由肝病所致者，发展慢，质硬，无压痛。

a. 全身淋巴结肿大伴有压痛，常见于传染性单核细胞增多症；无压痛，常见于急性淋巴细胞性白血病。

b. 全身淋巴结明显肿大无压痛，见于淋巴瘤。

c. 巨大淋巴结肿大，见于血管性免疫母细胞淋巴结病、Castleman 病、组织坏死性淋巴结炎。

d. 局部淋巴结肿大、质硬、无压痛，见于转移瘤。

e. 淋巴结肿大未经特殊治疗而自行消退者，恶性疾病引起的可能性不大。

⑤伴有脾大为主、淋巴结肿大为辅 常见者有恶性组织细胞增多症、黑热病、伤寒或副伤寒、疟疾、骨髓增生性疾病如骨髓纤维化等。

⑥伴有腹痛 见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、急性肠系膜淋巴结炎、急性出血性坏死性肠炎、急性胰腺炎等。

⑦伴有胸痛 见于肺炎、胸膜炎、心肌梗死、肺脓肿等。

⑧伴有严重头痛 见于脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

⑨伴有明显的肌肉痛 见于肌炎、皮炎、旋毛虫病、军团菌病、钩端螺旋体病、药物热。

⑩伴有全身关节痛 见于结缔组织病、银屑病关节炎、痛风。

⑪伴结膜明显充血 见于病毒感染，如麻疹、流行性出血热。

⑫伴有神志障碍 见于脑炎、脑膜炎、感染中毒性脑病、脑出血、中暑、颞动脉炎、红斑狼疮脑病。

⑬伴有口唇疱疹 见于大叶性肺炎、流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎。

⑭伴有休克 见于大叶性肺炎、败血症、急性中毒性痢疾、急性胰腺炎。

⑮腹部手术后发热 应注意腹腔、盆腔感染，如膈下脓肿、肠间隙脓肿、空腔脏器瘘。

(5) 发热与心率有无平行关系

通常情况下，体温升高 1°C ，心率增加 $12\sim 15/\text{min}$ 。若体温上升 1°C ，而心率增加 $> 15/\text{min}$ 时，见于甲状腺功能亢进、风湿热、败血症、中毒性心肌炎。若体温升高 1°C ，心率增加 $< 12/\text{min}$ 时，见于伤寒、甲状腺功能减退、病态窦房结综合征、颅内压增高。

(6) 发热与呼吸频率有无平行关系

通常体温升高 1°C ，呼吸次数增加 $3\sim 4/\text{分}$ 。若体温升高 1°C ，呼吸次数超过此范围时，见于肺炎、胸膜炎、大量腹水、晚期妊娠等。

(7) 长期高热

最常见的原因因为感染，占 $40\%\sim 50\%$ ，其次为恶性肿瘤、结缔组织病。

(8) 长期低热

常见于结核病、结缔组织病、慢性胆道感染、慢性泌尿系感染、恶性肿瘤、甲状腺功能亢进、功能性低热等。

(9) 发热时体温升降的类型与疾病的关系

①骤升骤退型 见于大叶性肺炎、疟疾。

②缓升缓退型 见于伤寒、副伤寒。

(10) 午后低热、夜间盗汗 常见于结核病。

(11) 发热性疾病出现低体温 见于大面积烧伤发生铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）败血症，风湿热、系统性红斑狼疮用退热药后。

(12) 实验室及其他检查对发热病因的诊断及鉴别诊断的意义

①血液细胞学检查 中性粒细胞总数增加常见于细菌感染、大出血后、组织损伤，但有些细菌感染，如伤寒、副伤寒时中性粒细胞减少。嗜酸粒细胞增加常见于药物热、血清病；嗜酸粒细胞减少，见于伤寒。急性病毒感染常有粒细胞减少，但淋巴细胞相对增多。在乙型脑炎、天花，粒细胞可增加。疟疾、黑热病、急性再生障碍性贫血、恶性组织细胞增多症、系统性红斑性狼疮、急性播散性结核、急性非白血性白血病、急性粒细胞减少症等均可发生粒细胞减少。类白血病反应是某些疾病及外界因素引起异常血象反应，白细胞显著增高，分为中性粒细胞性类白血病反应、淋巴细胞性类白血病反应、单核细胞性类白血病反应、嗜酸细胞性类白血病反应、白细胞总数不增多性类白血病反应。中性杆状核粒细胞 $>5\%$ 时，即为核左移。若只有中性杆状核粒细胞 $>6\%$ ，称为轻度核左移；杆状核粒细胞 $>10\%$ ，并有少数幼稚细胞出现，称为中度核左移；若杆状核粒细胞 $>25\%$ 并出现各种幼稚细胞，包括原始粒细胞，称为重度核左移。核左移说明骨髓贮存池中的中性幼稚细胞进入血液，见于急性化脓性感染。若患者抵抗力低、感染严重时，血中白细胞总数可不增加，但有明显的核左移，为预后不良的征兆。嗜酸粒细胞增多可见于过敏性疾病、寄生虫病、霍奇金病等。急性细菌感染多为嗜酸粒细胞减少，如伤寒、副伤寒；但在猩红热时则可增高。淋巴细胞增多可见于急性传染病，特别是由病毒感染引起的风疹、流行性腮腺炎、传染性淋巴细胞增多症、传染性单核细胞增多症等。结核病、百日咳虽是细菌感染，但亦可有淋巴细胞增多。此外，急性淋巴细胞白血病、恶性淋巴瘤也可出现淋巴细胞在血液中的增加。淋巴细胞减少可见于急性再生障碍性贫血、用糖皮质激素后。单核细胞增多可见于结核病、疟疾、黑热病、单核细胞白血病、霍奇金病、皮炎、系统性红斑狼疮、结节性动脉周围炎、外科手术后等；单核细胞减少一般无临床意义。

②血清学检查 对发热患者进行血清学检查对于确定致病的病因很有帮助，如肥达反应对于伤寒、副伤寒的诊断；外斐反应对于斑疹伤寒的诊断；布氏杆菌凝集试验对布氏杆菌病的诊断；嗜异性凝集试验对于传染性单核细胞增多症的诊断；冷凝集素试验对支原体肺炎的诊断等。流行性出血热的血清学检查；军团菌病的血清免疫原检查；病毒性肝炎、乙型脑炎、巨细胞病毒感染、EB病毒的感染，也可通过血清免疫学检查提供重要的诊断线索。

③自身抗体检查 对诊断自身免疫性疾病可提供重要的依据。如抗 Sm 抗体、dsDNA 抗体对系统性红斑狼疮的诊断；抗 PM-I 及抗 Jo-I 抗体对多发肌炎、皮肌炎的诊断；SSA、SSB 对干燥综合征的诊断；抗 RNP 抗体对混合性结缔组织病（MCTD）的诊断；抗 Scl-70 对硬皮病的诊断等，都很有帮助。

④细菌培养 通过血、尿、粪便、痰液、体腔液等培养找到致病菌，不仅可明确诊断，而且对治疗也很有帮助。

⑤尿液检查 如泌尿系感染、泌尿系结核、结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮、肾肿瘤等引起的发热患者，可提供致病原的依据。

⑥粪便检查 对发热同时有腹泻、便血，可提供致病的病因或提供诊断的线索。

⑦淋巴结活组织检查 对组织细胞坏死性淋巴结炎、血管免疫母细胞性淋巴结病、Castleman病、淋巴瘤、淋巴结核、结节病等的确诊非常重要。

⑧肌肉活组织检查 对肌炎、皮肌炎、旋毛虫病等的确诊很有意义。

(13) 影像学检查

包括X线检查、超声检查、CT及磁共振检查、核素显像检查等，如选择适当，对发热患者的确诊有很大的帮助。

(二) 病史采集

1. 起病时间、季节、起病情况（缓急）、病程、程度（热度高低）、频度（间歇性或持续性）、诱因。

2. 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。

3. 应包括多系统症状询问，是否伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛；腹痛、恶心、呕吐、腹泻；尿频、尿急、尿痛；皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等。

4. 患病以来一般情况，如精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。

5. 诊治经过（药物、剂量、疗效）。

6. 传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

(三) 题例

简要病史：男性，25岁，2天来发热伴流涕。

本例患者最可能是上呼吸道感染引起发热，因此病史采集内容如下：

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问 ①发热：体温多少度，是持续性还是间断性发热，发热有无规律，以便确定热型；②流涕的性质和特点：包括颜色、性质、量、加重和缓解的因素；③发病诱因、伴随症状（如是否伴寒战、头痛、肌肉酸痛、喷嚏、皮疹等），以利鉴别诊断；④发病以来饮食、睡眠、大便和小便及体重变化，以了解患者全身一般情况。

(2) 诊疗经过 ①发病以来是否到医院就诊，曾做哪些检查；②曾做哪些治疗，疗效如何。

2. 相关病史

(1) 药物过敏史。

(2) 与该病有关的其他病史 既往有无鼻炎及过敏史。

二、头痛

(一) 概述

1. 概念 是指额、顶、颞及枕部的疼痛。大多无特异性，但反复发作或持续的头痛，可能是某些器质性疾病的信号，应注意。

2. 病因

(1) 颅脑病变 如脑肿瘤、脑出血、蛛网膜下腔出血、脑水肿、脑膜炎、脑脓肿、颅内高压症、各种脑动脉炎等。

(2) 邻近器官病变 如鼻窦炎、中耳炎、青光眼、弱视和屈光不正、牙痛、颈椎退行性病变等。