

高职高专“校院合作、工学结合”特色教材

供临床医学、护理、助产等专业用

临床实用基本技能教程

● 主编 安顺英 史绍蓉 刘芳



第四军医大学出版社

高职高专“校院合作、工学结合”特色教材

供临床医学、护理、助产等专业用

临床实用基本技能教程

主 编 安顺英 史绍蓉 刘 芳

副主编 周德贤 索生红 刘正强

编 委 (按姓氏笔画排序)

乜国雁	才 让	马丽英	王生艳
王立平	王海久	丹措吉	叶海安
史绍蓉	白芬英	白俊虎	尕项卓玛
任玉录	刘 芳	刘 罕	刘正强
安顺英	祁永梅	祁永清	孙 伶
孙德俊	严海萍	李玉英	李永刚
李永财	李钊伟	杨文黎	杨爱玲
杨清萍	吴秀萍	冶秀兰	张 润
张志进	张朝霞	陈月华	季芙红
周德贤	赵兰君	莫东军	索生红
侯为民	秦风雪	高金利	黄 莺
琪美格	韩 岗	韩春花	韩海龙
谢 伟	谢 玲	简勤勤	

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

临床实用基本技能教程/安顺英, 史绍蓉, 刘芳主编. —西安: 第四军医大学出版社, 2015. 6

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0806 - 4

I. ①临… II. ①安…②史…③刘… III. ①临床医学 - 医学院校 - 教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 121965 号

linchuang shiyong jibenjineng jiaocheng

临床实用基本技能教程

出版人: 富 明 责任编辑: 张永利

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.edu.cn>

制版: 绝色设计

印刷: 陕西奇彩印务有限责任公司

版次: 2015 年 6 月第 1 版 2015 年 6 月第 1 次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 29 字数: 709 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0806 - 4/R · 1570

定价: 68.00 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

《临床实用基本技能教程》

编审委员会

主任委员 陆 涛 袁 宁

副主任委员 武玉清 王东林 王嗣雷 韩君芳

委 员 (按姓氏笔画排序)

王国录 (青海省人民医院)

乔建伟 (青海卫生职业技术学院)

刘海峰 (青海省西宁市第一人民医院)

李 婷 (青海卫生职业技术学院)

李红霞 (青海卫生职业技术学院)

杨生虎 (青海大学医学院附属医院)

吴国裕 (青海卫生职业技术学院)

张广源 (青海大学医学院附属医院)

张永英 (青海省西宁市城北区社区卫生服务中心)

侯立朝 (青海大学医学院附属医院)

樊海宁 (青海大学医学院附属医院)

前 言

为了推动临床医学专业实践教学改革、提高临床实践教学质量、培养高素质技能型卫生人才、提升医疗服务质量，我们依据《青卫学院〔2013〕115号》文件精神，组织临床医学专业重点专业课程的院内外专、兼职教师共同编写了《临床实用基本技能教程》一书。全书包含了高职高专临床医学专业从事基层临床诊断与治疗所需的常用基本技能，旨在加强学生的临床技能教学，规范医学生的临床基本技能，使学生的临床操作行为科学化、规范化、系统化、标准化。

本教材紧扣课程标准，以高职高专规划教材为蓝本进行编写，具有详略适度、重点突出、实用性强、适用范围广等特点。在内容选取上，以“实用、够用”为原则，以国家最新颁布的《临床执业助理医师资格考试大纲》为依据，围绕教育部“卓越医生计划”的相关要求，紧密结合基层医疗工作岗位对临床医学专业人员的知识、能力和素质的需求，其内容包括诊断学、内科学、外科学、妇产科学、儿科学、基础护理学的临床常用基本技能，并将教学目的、人文关怀等内容贯穿于各项教学内容中，力争使学生的临床专业技能与医学素养、医德医风、道德规范融为一体。

本教材符合高职高专医学人才培养特点及学生的认知水平，内容简明，图文并茂，通俗易懂，适用于临床医学专业的学生，也可作为广大基层临床医师职业培训与考核的参考书。

本教材在编写过程中，得到了青海卫生职业技术学院领导和青海卫生职教集团的大力支持，在此一并表示诚挚的谢意。

参加本教材编写的编委均具有丰富的临床教学及临床实践经验。编委们不辞辛苦，本着严谨负责的态度，查阅了大量参考文献，较高质量地完成了编写工作，在此对所有编委的辛勤工作表示衷心感谢。

由于编者水平有限，加之时间仓促，书中难免有疏漏和不妥之处，衷心希望各位专家及同行不吝指教，提出宝贵意见，以使教材进一步完善。

青海卫生职业技术学院临床医学系

2015年4月

目 录

第一篇 诊断学基本技能

第一章 问诊与常见症状	(1)
第一节 问诊	(1)
第二节 常见症状	(5)
第二章 体格检查	(29)
第一节 体格检查基本方法	(29)
第二节 一般检查	(32)
第三节 头部及其器官检查	(40)
第四节 颈部检查	(46)
第五节 胸部检查	(48)
第六节 心脏及外周血管检查	(54)
第七节 腹部检查	(65)
第八节 神经系统检查	(80)
第九节 脊柱检查	(88)
第十节 四肢与关节检查	(90)
第十一节 生殖器、肛门、直肠检查	(92)
第三章 医疗文书书写	(94)
第一节 医疗文书书写的基本要求	(94)
第二节 医疗文书书写的内容	(95)

第二篇 功能检查

第四章 心电图检查	(109)
第一节 心电图基本知识	(109)
第二节 心电图的测量和正常值范围	(112)
第三节 心房与心室肥大	(117)
第四节 心肌缺血与 ST-T 改变	(119)
第五节 心肌梗死	(120)
第六节 心律失常	(122)
第七节 心电图的描记、分析和临床应用	(128)

第五章 X线检查	(130)
第一节 X线基础	(130)
第二节 基本病变的X线表现及常见疾病的X线诊断	(132)
第六章 实验室检查	(150)
第一节 血液检查	(150)
第二节 尿液检查	(155)
第三节 粪便检查	(162)
第四节 肾功能检查	(164)
第五节 肝功能检查	(167)
第六节 临床常用血生化检查	(170)
第七节 血气分析	(173)

第三篇 临床常用基本技能

第七章 急救基本技能	(176)
第一节 心肺脑复苏术	(176)
第二节 电复律、心电监护	(182)
第三节 气管内插管术、呼吸机的使用	(187)
第四节 简易呼吸器的使用	(193)
第五节 外伤止血	(195)
第六节 洗胃术	(198)
第八章 临床常用穿刺术	(202)
第一节 胸膜腔穿刺术	(202)
第二节 腹膜腔穿刺术	(204)
第三节 腰椎穿刺术	(205)
第四节 骨髓穿刺术	(206)
第九章 外科基本技能	(209)
第一节 外科手术洗刷手技能操作	(209)
第二节 穿无菌手术衣和戴无菌手套	(212)
第三节 手术体位的摆放、手术区的消毒铺巾	(216)
第四节 外科手术常用器械及使用方法	(225)
第五节 外科打结法	(237)
第六节 外科手术基本操作	(243)
第七节 外科换药	(256)
第八节 清创术	(261)
第九节 外科引流术	(266)

第十节 外科手术基本技能综合训练——兔盲肠切除术	(270)
第十一节 绷带包扎与石膏固定	(276)
第十二节 脊柱损伤搬运	(283)
第十章 妇产科基本技能	(287)
第一节 胎产式、胎先露及胎方位	(287)
第二节 产科腹部检查	(289)
第三节 骨盆外测量	(291)
第四节 产程观察	(292)
第五节 分娩机转	(293)
第六节 正常接产	(295)
第七节 阴道后穹窿穿刺术	(298)
第八节 妇科病史的采集及病历书写	(300)
第九节 盆腔检查	(300)
第十节 阴道分泌物检查	(302)
第十一节 宫颈黏液检查	(303)
第十二节 宫颈刮片	(304)
第十三节 宫颈活检	(306)
第十四节 诊断性刮宫术	(307)
第十五节 宫内节育器放置、取出术	(308)
第十六节 人工流产术——负压吸引术	(310)
第十一章 儿科基本技能	(313)
第一节 体格生长发育指标的测量	(313)
第二节 小儿病史采集和体格检查基本技能	(320)
第三节 小儿硬脑膜下穿刺术	(328)
第四节 温箱使用操作技术	(329)
第五节 光照疗法技术	(333)
第六节 预防接种	(337)
第七节 小儿捏脊疗法	(340)
第八节 婴儿抚触	(343)
第九节 新生儿窒息与复苏	(348)

第四篇 常用护理技术

第十二章 医院感染	(351)
第一节 医院感染的概念及分类	(351)
第二节 医院感染发生的条件与因素	(352)

第三节	医院内感染的预防与控制	(352)
第十三章	清洁、消毒、灭菌	(354)
第一节	概述	(354)
第二节	无菌技术	(361)
第三节	隔离技术	(367)
第十四章	生命体征的测量与观察	(374)
第一节	体温的测量与观察	(374)
第二节	脉搏的观察与测量	(379)
第三节	呼吸的观察与测量	(381)
第四节	血压的观察与测量	(383)
第十五章	注射给药技术	(386)
第一节	操作原则	(386)
第二节	注射操作准备	(387)
第三节	常用注射技术	(388)
第十六章	静脉输液与输血技术	(394)
第一节	静脉输液	(394)
第二节	输血	(399)
第十七章	药物过敏试验技术及过敏反应的处理	(403)
第一节	青霉素过敏试验技术	(403)
第二节	破伤风抗毒素过敏试验技术	(405)
第三节	普鲁卡因过敏试验法	(406)
第四节	细胞色素 C 过敏试验技术	(406)
第十八章	给氧术及超声雾化技术	(407)
第一节	给氧术	(407)
第二节	超声波雾化吸入疗法	(409)
第十九章	胃插管术与灌肠法	(411)
第一节	胃插管术	(411)
第二节	灌肠法	(415)
第二十章	导尿术与导尿管留置术	(418)
第一节	导尿术	(418)
第二节	导尿管留置术	(420)
第三节	膀胱冲洗	(421)
第二十一章	吸痰法	(423)

第五篇 医务人员相关法律法规、医德规范、 人文医学理念和医疗工作中的沟通技巧

第二十二章 临床执业法律法规和医疗安全核心制度	(425)
第一节 医疗卫生法的发展概况	(425)
第二节 临床执业医师法基本内容	(426)
第三节 医疗安全核心制度	(428)
第二十三章 医务人员医德规范体系	(433)
第一节 医学道德规范的含义及基本范畴	(433)
第二节 医务人员医德的基本原则	(435)
第三节 医务人员医德规范的内容和形式	(437)
第二十四章 医学人文理念	(439)
第一节 医学人文的概念、内涵和人文关怀	(439)
第二节 医学人文素质教育	(439)
第二十五章 临床医疗工作中的沟通技巧	(441)
第一节 协调工作关系	(441)
第二节 门诊工作中的沟通技巧	(443)
第三节 病房工作中的沟通技巧	(447)
参考文献	(451)

第一篇 诊断学基本技能

第一章 问诊与常见症状

第一节 问 诊

学习目标

1. 掌握问诊的工作流程、主要内容及注意事项。
2. 能写出常见临床情景的主诉。
3. 关心、爱护患者，并能与患者进行有效沟通。

问诊 (inquiry) 是医师通过对患者或知情人进行全面、系统的询问而获得临床资料的一种诊断方法，又称为病史采集 (history taking)。

一、问诊的重要性

病史的系统性、完整性和准确性对疾病的诊断与治疗有着重要的影响，因此，问诊是每个临床医师必须掌握的基本技能。

二、问诊的方法与技巧

问诊的方法与技巧关系到问诊的质量。问诊是否具有真实性、系统性和完整性，很大程度上取决于问诊的方法和技巧：

(一) 问诊前要沟通

正式问诊前应 与患者进行一般性交流，比如自我介绍等，主动创造一种轻松、和谐的环境，解除患者的不安情绪，取得患者的信任，使其能平静地、真实地陈述患病时的感受与经过。

(二) 询问病史要程序化

问诊应从主诉开始，逐步深入进行，有顺序、有层次、有目的的询问。病史采集一般要以主诉为重点，由简单问题开始逐步深入，即由患者感受明显、容易回答的问题问起，先提一些一般性的、简单易答的问题，待患者适应后，再围绕主诉逐步深入询问病史的全部内容。对于鉴别诊断相关的阳性或阴性症状也应进行详细询问。

(三) 询问时间要准确

要明确主诉和现病史中症状或体征出现的先后次序，包括症状或体征开始的确切时间及直至当前的演变过程。如有几个症状同时出现，更有必要确定其先后顺序。

(四) 询问症状要详细

对主要症状要详细询问特点，包括出现的部位、性质、持续时间和程度、缓解和加剧的因素等，以获取患者发病的规律和特点。对伴随症状应详细询问其出现的时间、特征及其演变情况，并了解伴随症状与主要症状之间的关系。

（五）特殊患者要注意问诊技巧

在询问一些特殊患者时，应根据患者的具体情况采取不同的方法与技巧，必要时陪同人员协助提供病史。

1. 多话与唠叨 对这类患者，提问应限定在主要问题上；根据初步判断，在患者提供不相关的内容时，巧妙打断；同时仔细观察患者有无思维奔逸或混乱的情况，必要时按精神科要求采集病史和做相关精神科检查。

2. 焦虑与抑郁 对这类患者应给予宽慰。鼓励焦虑患者讲出其感受，了解患者的主要问题，确定表述的方式，恰如其分地进行询问，以免患者产生抵触情绪。

3. 缄默与忧伤 这类患者沉默、敏感、情绪难以控制，医师应有耐心，运用同情、安抚、等待、减慢问诊速度等方法，使患者镇定后再继续叙述病史。

4. 愤怒与敌意 对这类患者应采取坦然、理解、宽容的态度，冷静与理智地对待患者，尽量找出患者愤怒的原因，并予以说明。询问患者应该有条不紊、把握分寸，对个人史、家族史或其他可能较敏感的问题，询问要谨慎，以免触怒患者。

5. 危重和晚期患者 病情危重患者反应差、迟钝，应予以理解，不要催促。或经初步处理、病情稳定后，再详细询问。临危、晚期患者因治疗无望有抵触、孤独、懊丧、抑郁等情绪，应特别关心，给予宽慰。

6. 多种症状并存 有的患者多种症状并存，医师问及的所有症状似乎都有，尤其是慢性过程又无侧重时，应注意抓住主要问题。在注意排除器质性疾病的同时，亦考虑其可能由精神因素引起。但初学者在判断功能性问题时应特别谨慎。

7. 老年人 老年人因体力、视力、听力及记忆力减退，以及部分患者思维及反应缓慢，可能对问诊有一定的影响。因此，在问诊时要耐心，先提简单清楚、通俗易懂的一般性问题，减慢提问进度，使之有足够的时间思索、回忆，必要时适当的重复，或向其家属及朋友等收集补充病史。

8. 儿童 多不能自述病史，需由家长或保育人员代述。

9. 残疾患者 某些残疾患者在沟通和提供病史上较其他人更为困难，要给予更多的同情、关心和耐心。对于聋哑患者，可用简单明了的手势或其他体语；也可请患者亲属、朋友解释或代叙；必要时可作书面交流。

10. 精神疾病患者 应根据患者对自身疾病的认识能力区别对待。

三、问诊的内容

问诊的内容即住院病历所要求的内容，按一定顺序询问病史，才能取得完整的资料。问诊内容包括：

（一）一般项目

是病历中首先记录的内容。一般项目包括患者姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯（出生地）、现住址（工作单位）、入院日期（急、重症应注明时刻）、记录日期、病史陈述者、可靠程度。若病史陈述者并非本人，则应注意其与本人的关系。记录年龄时应填写实际年龄。年龄应是实足年龄，不应以“儿”或“成”代替。现在住址应详细填写，这对掌握病情、及时处理意外事件或随访，具有重要意义。

（二）主诉

主诉是患者感受最主要的症状、体征及其持续时间，也是本次就诊最主要的原因。

主诉记录应简练、扼要，反映疾病的突出问题。对病程长、病情复杂、主要症状不突出的病例，医师需要根据其病史中主要的症状或就诊的主要原因加以归纳、整理、记录。

主诉要体现症状、部位、时间三要素。通过主诉的描述，为进一步明确诊断，制定诊后计划指明方向。

（三）现病史

现病史是病史中的主体部分，它记述了患者患病后疾病发生、发展、演变和诊治的全过程。现病史询问实际上是围绕主诉进行的，包括以下内容：

1. 起病情况 包括起病时的环境、具体时间、发病急缓及诱因或原因。每种疾病的起病或发作都有各自的特点，详细询问起病的情况，对疾病的鉴别诊断和病因探索具有重要的作用。

2. 患病时间 指起病到就诊或入院的时间，如先后出现几个症状，则按时间顺序询问后分别记录，起病时间一般以年、月、日计算，起病急骤者可按小时、分钟计算。

3. 病因与诱因 问诊时尽可能了解与本次发病有关的病因（如中毒、感染、过敏等）或诱因（如气候变化、环境改变、情绪、起居、饮食失调等），有助于明确诊断与拟定治疗方案。

4. 主要症状的特点 包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度，缓解或加剧的因素等，了解这些特点对判断疾病所在的系统、器官以及病变的部位、范围和性质很有帮助。

5. 病情的发展与演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如起病后主要症状的变化是持续性还是发作性，是进行性加重还是逐渐好转，以及缓解或加重的因素。

6. 伴随症状 指伴随主要症状出现的其他症状。伴随症状常是鉴别诊断的依据。

7. 诊治经过 患者本次就诊前曾接受过其他医院诊治时，应问清诊治经过。如做过检查，应问清其结果；如曾接受过治疗，应询问治疗的方法，药物名称、用法、剂量和疗效等，以备制订治疗方案时参考。

8. 病程中的一般情况 包括患病后的精神、体力、体重、食欲、食量、睡眠与大小便情况，均应详细询问并作记录，这些内容有助于全面评价患者的病情、预后以及选用辅助治疗措施。

（四）既往史

既往史包括患者既往健康情况、曾患疾病（包括各种传染病）、外伤手术史、预防接种史、中毒及药物过敏史，以及与当前所患疾病有密切关系的情况。要注意既往史不能与现病史混淆。

（五）系统回顾

系统回顾是避免在病史采集过程中患者或医生所忽略或遗漏的（除现病以外的）其他各系统的疾病而设立的病史采集内容，是完整住院病历不可缺少的部分。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者的某个系统是否发生过疾病，以及这些已发生过的疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

（六）个人史

1. 社会经历 包括出生地、居住地区和居留时间（尤其是疫源地和地方病流行区），受教育程度，经济生活和业余爱好等。
2. 职业及工作条件 包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。
3. 习惯与嗜好 起居与卫生习惯，饮食的规律与质量，烟酒嗜好与摄入量，以及其他异嗜物和麻醉毒品等。
4. 有无不洁性交史 是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、软下疳等。
5. 吸毒史 有无吸毒史及毒物种类、用量和时间，是否成瘾等。

（七）婚姻史

婚姻史记述未婚、已婚或再婚，结（再）婚年龄、配偶健康状况、性生活情况等。如丧偶，应询问其死亡的时间和原因。

（八）月经史和生育史

女性患者应了解月经情况，包括初潮年龄、月经周期和经期天数、经血量和色，经期症状，有无痛经与白带，末次月经日期（LMP），闭经日期，绝经年龄。记录格式如下：

初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日数}}{\text{行经期相隔日数}}$ 末次月经时间（或闭经年龄）

如 14 $\frac{3 \sim 4}{28 \sim 30}$ 1994 年 6 月 12 日（或 50 岁）

生育史记初孕年龄，妊娠与生育次数，人工流产或自然流产次数，有无早产、死胎、手术产、胎儿先天畸形或胎儿先天性疾病、妊娠高血压综合征、产褥热及产后大出血与计划生育情况。对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。

（九）家族史

家族史要询问父母与同胞兄弟、姐妹及其子女的健康情况，可绘出家谱图示明。

四、问诊的注意事项

问诊是实践性很强的诊断方法，需要在学习中通过实践反复训练，才能较好地掌握，不断提高问诊水平。问诊时必须注意以下几个主要方面：

（一）病史采集的对象

询问者尽量直接询问患者。对危重患者或意识障碍的患者可由其发病时在场者或了解病情者代诉。对小儿患者则主要询问其父母或者其他监护人。

（二）时间顺序

询问者应问清症状开始的确切时间。根据时间顺序追溯症状的演进，可避免遗漏重要的资料。如有几个症状同时出现，有必要确定其先后顺序。

（三）过渡语言

病史采集时应用一些过渡性语言，患者就不会困惑你为什么改变话题，以及为什么要询问这些情况。如过渡到家族史：“现在我想和你谈谈你的家族史。你也知道，有些疾病在有血缘关系的亲属中有遗传倾向，为了获得一个尽可能完整的家谱，预测和治疗未来的疾病，我们需要了解这些情况。让我们先从你的父母开始吧，他们都健在吗？”

（四）避免重复提问

有时为了核实资料，需要就同样的问题多问几次，重申要点。但无计划的重复提

问可能会挫伤和谐的医患关系和失去患者的信任。结合其他病史采集的技能，如归纳总结，将有助于减少重复提问。

（五）小结和记录

在询问病史时，为防止遗漏和遗忘病史，询问者对患者每一项陈述应做全面而重点的记录小结。病史采集大致结束时，尽可能有重点地重述一下病史让患者听，有无补充或纠正之处，以提供机会核实患者所述的病情或澄清所获信息。

（六）语言要通俗易懂

使患者能够理解询问者的话，避免使用医学术语发问。如对心脏病患者病史采集时，可问：“你在夜间睡眠时，有无突然憋醒的情况？”而不能问：“你有阵发性夜间呼吸困难吗？”不应使用具有特定含义的医学术语，如“里急后重”“鼻衄”“隐血”等。

（七）引证核实

为了收集到尽可能准确的病史，询问者应引证核实患者提供的信息。如下例：

患者：“我父母都有冠状动脉粥样硬化性心脏病。”

询问者：“你的父母怎样知道得了冠状动脉粥样硬化性心脏病？”或“你的父母做了什么检查才发现有冠状动脉粥样硬化性心脏病？”

（八）要抓住重点，分清主次

患者在陈述病史时，可能主次不分、杂乱无章。因此在病史采集过程中，一定要抓住重点，分清主次，对主诉和与本病有关的内容要深入了解，对患者的陈述要分析和鉴别。

（九）要实事求是，忌主观臆断

询问者要以实事求是的科学态度正确分析判断，发现不可靠的或含糊不清之处，要反复询问、从不同角度询问，以求获得可靠病史。切忌主观臆断，轻易下“结论”，随便告诉患者患的什么病，但也不能轻易对患者持怀疑态度。

（十）避免暗示性套问

在询问时，可有目的、有计划地提出一些问题，以引导患者供给正确而有助于诊断的资料。但必须防止暗示性套问或有意识地诱导患者提供符合询问者主观印象所要求的材料。如对腹痛的患者不应直问：“你腹痛时疼痛向右肩放射吗？”而应变换一种方式提问：“腹痛时，疼痛对别的部位有影响吗？”这样获取的病史就比较客观、真实。

（十一）鼓励患者提问

询问者应明确地给患者机会，鼓励他提问或讨论问题。

（十二）承认经验不足

询问者应明白自己的知识水平与能够为患者提供情况的需要是否相称，当自己不能提供足够的信息及适当医嘱时，应承认自己经验不足。一旦患者问及自己不懂的问题时，应承认并立即设法为患者寻找答案。

第二节 常见症状

学习目标

1. 掌握临床常见症状的问诊要点、主要内容及注意事项。
2. 能对常见症状进行正确询问，并对这些症状进行鉴别。



3. 关心、爱护患者，在问诊时能与患者有效沟通。

症状 (symptom) 是患者主观感受到不舒适或痛苦的异常感觉或某些客观病态改变。广义的症状还包括体征 (sign)，体征是机体出现的客观改变。疾病的症状很多，同一疾病可有不同的症状，同一症状亦可在不同疾病中出现。因此，在临床诊断中，必须结合所有临床资料综合分析，切忌单凭一个或几个症状而做出错误的诊断。

一、发热

任何原因导致体温升高超过正常范围，称为发热 (fever)。

在临床工作中，能通过测量体表的温度来了解体温的情况。目前测量体温的方法有口腔测量法、腋下测量法及肛门测量法等三种方法。正常人体温一般口腔测量 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，腋下测量 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ ，肛门测量 $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常情况下，人的体温可因个体差异及体内体外因素而有所变化，变化范围一般不超过 1°C ，如成年女性体温比男性体温偏高且在月经前后略有波动；老年人因基础代谢率较低，体温也会偏低；而对个体而言则下午体温较清晨体温高，情绪激动、紧张及运动及进食等均可影响体温。

【病因】

1. 感染性因素 各种病原微生物如细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体、立克次体、寄生虫等引起的全身性或局限性感染，均可引起发热，是发热的主要原因。

2. 非感染因素 非感染因素是指由非病原微生物的其他物质，也可引起发热，主要包括：

(1) 无菌性的组织损伤和坏死 如大面积烧伤、严重创伤、手术、内出血或心肌梗死、肢体坏死、恶性肿瘤、白血病、溶血反应等，由于组织损伤或坏死，组织分解的蛋白质或坏死物质的吸收，引起无菌性炎症，引起发热。

(2) 变态反应 风湿热及其他结缔组织疾病、血清病、药物热等的发热表现均为身体变态反应时形成抗原抗体复合物引起。

(3) 内分泌代谢性疾病 甲亢时的产热过多，大量失血、严重脱水时的散热减少引起的发热。

(4) 体温调节中枢功能障碍 中暑、脑出血、脑外伤、脑肿瘤、安眠药中毒等造成中枢神经系统严重损伤导致体温调节中枢功能异常而引起发热。

(5) 自主神经功能紊乱 为功能性发热，多表现为低热，如感染后低热。主要是由于自主神经功能紊乱而影响体温的调节。

(6) 皮肤散热减少的疾病 如广泛性皮炎、鱼鳞病等皮肤病，慢性心功能不全时，皮肤散热也可减少。

【发生机制】

1. 致热原性发热 致热原可分为外源性致热原和内源性致热原两大类。外源性致热原主要是指各种病原微生物及其产物、炎性渗出物、组织坏死物和抗原抗体复合物等，这些物质多为大分子物质，不能直接透过血脑屏障，主要通过激活血液中的各类白细胞形成并释放内源性致热原。内源性致热原分子量小，可透过血脑屏障直接作用于体温调节中枢。

2. 非致热原性发热 临床上的某些情况如中暑、脑出血、脑外伤、广泛性皮炎、先天性汗腺缺乏、癫痫持续状态、甲亢等非致热原性发热，则是因体温调节机制失控或调节障碍而引起的一种被动性的体温升高。

【临床特点】

1. 热度 临床常以口腔温度为标准，可将体温升高的程度分为：

低热 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

中等热度 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。

高热 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。

超高热 41°C 以上。

2. 临床经过与特点 发热一般可经过以下三个时期：

(1) 体温上升期 此期常表现为乏力、全身酸痛、畏寒或寒战、四肢末端发凉等。体温上升可有两种类型：

骤升型：体温在短时间内迅速上升至 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上，多伴有寒战表现，常见疾病有肺炎球菌性肺炎、疟疾、败血症、流行性感胃等。

缓升型：体温逐渐上升，于数日内达高峰，多无寒战表现，常见疾病有肺结核、伤寒等。

(2) 高热持续期 体温上升达到高峰后持续的一段时间。此期主要表现为皮肤潮红、干燥灼热、呼吸脉率加快，重者可出现谵妄、惊厥等中枢神经功能障碍表现。此期持续时间长短因疾病不同而有差异，如疟疾持续数小时，肺炎球菌性肺炎、流行性感胃可持续数天，而伤寒则可持续 1 周以上。

(3) 体温下降期 体温下降也表现有两种类型：

骤降型：体温在数小时内迅速下降至正常，常伴有大汗，常见于输液反应、疟疾、肺炎球菌性肺炎等。

缓降型：体温在数天内逐渐下降至正常，常见于伤寒、风湿热、结核病等。

3. 常见热型及临床意义 采用常规方法测量体温，将所测量的体温值记录在体温单上，并把各标记依次连接起来所形成的体温曲线即为热型 (fever type)。典型的热型对疾病的诊断有一定价值，临床常见的热型有：

(1) 稽留热 (continued fever) 数天至数周持续高热状态，24h 体温波动范围一般不超过 1°C 。

(2) 弛张热 (remittent fever) 体温在 39°C 以上，24h 内波动范围超过 2°C ，但最低时不能降至正常。常见于重症结核、败血症、感染性心内膜炎等疾病。

(3) 间歇热 (intermittent fever) 体温骤然升高至 39°C 以上，持续数小时后又迅速降至正常，持续 1 至数天后体温又突然升高，如此反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等疾病。

(4) 波状热 (undulant fever) 体温逐渐上升至 39°C 或以上，经数天逐渐降至正常，数天后又开始发热，如此反复数次。常见于布氏杆菌病。

(5) 回归热 (recurrent fever) 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，高热期与无热期各持续数天后规律性交替出现。主要见于回归热、霍奇金 (Hodgkin) 病等。