

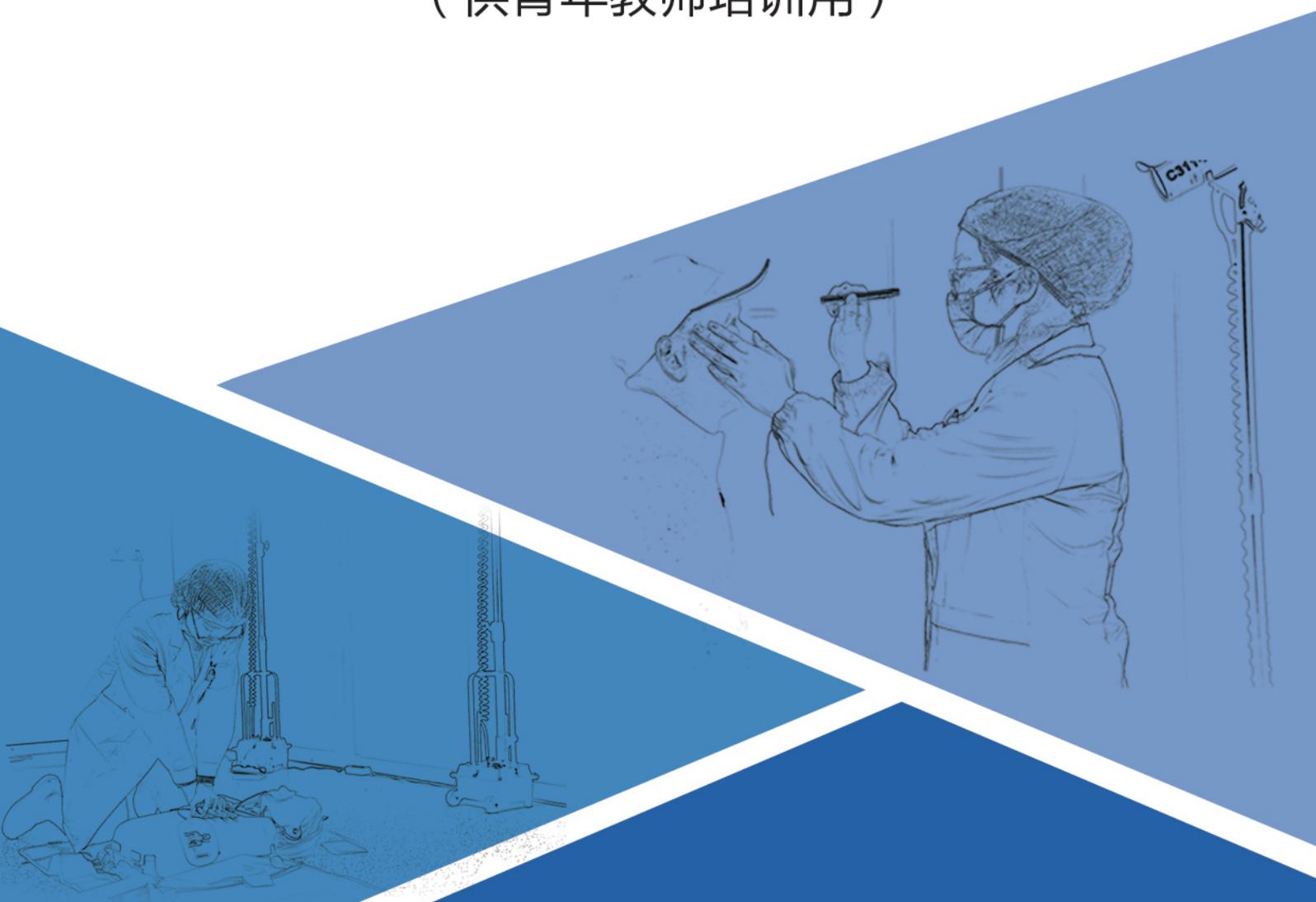


# 南京医科大学

NANJING MEDICAL UNIVERSITY

## 临床教学规范材料汇编

(供青年教师培训用)



南京医科大学教务处

# 目 录

1、南京医科大学临床教学管理规范（2021 修订版） .....	1
2、南京医科大学临床见习教学规范 .....	4
3、南京医科大学临床实习入科技能培训与考核（实习准入制）规范 .....	8
4、南京医科大学临床实习出科考核（实习准出制）规范 .....	9
5、南京医科大学迷你临床演练评估（mini-CEX）规范 .....	10
6、南京医科大学临床操作技能直接观察评估（DOPS）规范 .....	14
7、南京医科大学模拟诊疗教学规范 .....	18
8、南京医科大学教学查房规范 .....	23
9、南京医科大学教学病例讨论规范 .....	29
10、南京医科大学临床教学讲座规范 .....	33
11、体格检查基本规范 .....	37
12、内（儿）科操作规范 .....	54
13、无菌技术与基本手术操作规范 .....	67
14、妇产科操作规范 .....	91
15、儿科操作规范 .....	99
16、南京医科大学病历书写规范 .....	103

# 南京医科大学临床教学管理规范（2021 修订版）

为进一步促进我校临床教学管理工作规范化、科学化、信息化，保证教学活动的一体化、同质化，切实提高临床医学专业学生的临床理论与技能水平，提高培养质量，特制定《南京医科大学临床教学管理规范》（2021 修订版）（以下简称《规范》）。

## 一、明确管理责任

临床教学管理试行校院两级管理体制，学校教务处负责教学宏观管理，各教学单位科教部门在学校统一安排下负责教学具体管理，组织开展教学活动。

## 二、强化教学要求

1. 学生每学期必须在学校规定的开学时间到校（或医院）办理本学期注册手续，教学过程中严格考勤制度。

2. 严格教师教学准入制度。所有授课教师（含见习课）需为医院正式职工，且需具备主治医师或讲师等中级以上职称，不得安排进修医生、轮转医生、研究生等进行带教。原则上，临床理论课程应由教授、副教授或主任医师、副主任医师等具有高级职称教师承担，教务处每学期将统计高级职称教师授课比例，并进行通报。

3. 各教学单位于每学期开学前组织集体备课。严格围绕教学大纲执行教学任务，规范授课内容，不得擅自增减学时，课程落实到人。第一节课要告知学生该门课程的教学进度、培养目标、考核办法等。

4. 教师上课时要求着装整洁，见习教师需穿白大褂；讲普通话，声音洪亮；板书规范，课件生动；注意与学生互动，鼓励使用模型、双语、案例研讨等教学形式；不迟到，不早退，不得擅自调课，不缺课。

5. 加强课程平台建设，利用“超星学习通”等教学平台建设专门的在线课程或利用学校统一建设、引进的课程资源，开展线上线下混合式教学。教务处每学年组织评选优秀在线课程。

6. 见习课按照《南京医科大学临床见习教学规范》要求开展，严格分组，不得以理论授课代替，不得擅自缩短学时。如遇见习期间暂无教学大纲中规定的病例，可提前备好相关病例的视频、图片资料，进行视频见习教学，并在一周内向学校教务科简要报备说明原因。

7. 进一步加强《临床技能训练》课程质量和合格标准，严格分组上课，每组不超过 10 人，课程以进行临床技能操作为主，每组最少一名带教教师，教师需为医院正式职工，需具备主治医师或讲师等中级以上职称，且原则上已取得临床技能教师培训合格证书，不得安排进修医生、轮转医生、研究生等进行带教。第一学期 42 学时，1-14 周上课，每周 3 学时，考核由教务处

统一命题，各教学单位组织考核，合格分数定为 80 分；第二学期 84 学时，1-14 周上课，每周 6 学时。

### 三、严肃考试管理

1. 要求专业所有课程开展过程性考核，由各教学单位自行组织，考核形式包括但不限于出勤率、课堂回答问题、课外作业等形式；按班级统计，严格要求过程考核平均成绩不得超过 85 分（或课程成绩中平均不超过 25.5 分）。其中四年级临床专业期末考试由教务处统一组织，最终成绩过程考核占比 30%，期末考试占比 70%。相关考试管理等按照《南京医科大学全日制本科课程成绩评定与考试管理办法》有关要求执行。

2. 加强教师的考试管理培训，要注重对学生的考风考纪教育，提高监考质量，明确纪律要求，完善监考程序，对在考试过程中发现的问题要及时通报学校教务处。

### 四、加强过程监控

教务处和各教学单位科教部门应进一步加强临床教学常规检查，杜绝擅自调课、停课、代课、提前下课等现象的发生，根据各医院具体情况，拟采取以下措施：

1. 各教学单位根据教学任务，合理编制课表、教学进度表，并将有关信息及时录入教务系统，供学生查询。

2. 各教学单位组织成立教学督导组，原则上分管教学院长为组长，科科长负责人及各教研室主任、临床教学资深专家为组员。要专门制定教学督导督查计划，开展随堂听课、专项督查、学生反馈等不同形式的检查工作，要求每门课程累计被听课学时不少于该课程总学时的 1/10，并做好记录。

3. 学校每月组织督导专家前往教学单位进行例行或随机教学检查，包括教学管理、理论授课、见习带教、临床技能训练等内容，每季度进行情况通报。

4. 设置班级教学信息员，定期向学校教学评估中心和医院科教部门反馈本班教学情况、意见和建议，并做好记录。

### 五、加大教学投入

各教学单位要结合教育教学改革趋势，加大在教学资源、教学条件、教师队伍等方面的投入。

1. 加强计算机房建设。要求可供开展在线考试的计算机数量不少于本单位学生数的 1.2 倍，做好监控、保密等功能，能够开展规范化的在线考试。

2. 改善教室教学条件。要充分结合小班化教学特点，建设一定规模、一定质量的智慧教室、

翻转课堂；鼓励建设标准化考场。

3. 加大教学信息化建设。要充分利用各种课程平台和管理系统，加强课程资源建设，丰富信息化管理手段，加强课程录播、转播、直播条件建设，开展多种形式的教学、考核方式。

4. 强化教师教学培训。组织或参加各种形式的教师培训，包括校本、院本培训，促进教师的教学理念更新、教学方式改进等教学能力的提升。

六、本《规范》自 2021 年 9 月 1 日起执行，适用于各附属医院、临床医学院等教学单位开展的各种临床理论教学（含见习和技能训练）活动，最终解释权归南京医科大学教务处。

# 南京医科大学临床见习教学规范

## 一、临床见习教学的目的和要求

临床见习是医学生由理论学习走向临床实践的桥梁，亦是临床教学的重要组成部分，其目的是通过学习典型病例患者（或标准化病人）的症状、体征，巩固并深化学生对课堂理论教学的理解和掌握，弥补单纯理论教学的不足。临床见习还可使医学生在医患接触过程中逐步掌握有效的沟通技巧，初步培养临床思维方法及临床操作规范，逐渐树立爱伤观念和良好的医疗道德风尚。

医学生通过临床见习应当了解和熟悉各种常见病、多发病的诊疗，以及急、重症的基本诊疗原则，从而为临床毕业实习及实现由医学生向医务工作者的角色转换，打下良好的基础。

## 二、见习教学的准备

临床见习课的顺利开展需要带教老师、见习学生和见习病人三方面的配合。另外，配有桌椅、投影仪、电脑等教学设备的示教室也是必需的硬件条件。具体准备事项如下：

1. 根据教学计划和大纲要求，教研室在学期开始前组织集体备课，确定本学期见习课内容、时间和带教老师，填入教学进度表，每次见习安排 1—2 个典型病例为宜。

2. 师资要求：根据教学任务选派教学经验丰富、教学意识强、有教学热情且医德医风良好的具有三年以上住院医师资历的教师或更高资历的教师负责见习带教，师资构成要注意职称梯队。见习带教老师可参加相关理论课的听课，以保证见习教学与理论课讲授内容的一致性、互补性。

### 3. 课前准备

#### （1）带教老师

认真备课，熟悉见习内容的教学大纲，要把握当次见习内容的重点和难点，填写临床见习教案，明确见习内容、要求、带教方法和讨论内容等，教案要符合教学大纲要求，遵循教学规律。

准备好带教的教材、教具、必要的模型和病人病情资料，包括病历、化验单、影像、心电图等有关辅助检查资料等，某些病种由于季节性或临床无病例等其他原因，可以用多媒体资料结合平时收集的典型病历资料来弥补。

按班级整体进入同一科室见习时，应在课前做好学生分组，并安排一名主教老师和分组带教老师。带教老师应将见习时间、地点、内容告知教务部门并通知给学生，可提前布置预习内容。

## (2) 学生

知识准备：见习学生应提前熟悉见习课内容，充分预习或复习理论知识，可提前准备好需要讨论的问题。

物品准备：需准备好见习所需的用具，如工作服、口罩、帽子、听诊器、计时器等。

行程准备：提前熟悉见习病区所在位置及构造，提前 5—10 分钟到达见习病区，按要求在指定地点等候。

## (3) 示教室

要在病区内安排专门或相对独立进行见习教学示教室或场地，注意空间适宜，光线明亮，有多媒体等设备，减少医疗工作对见习教学的影响，提供学生存放个人物品的空间或区域。

## (4) 病例准备

选择 1—2 个符合教学要求的典型病例，设置为“教学床位”；或者设置一定数量的“教学床位”，收治的病人符合教学要求并且能配合教学活动。做好病人及家属的沟通说明，告知教学过程，并配合学生采集病史和体格检查。一般选择本人负责的病人，如脱产带教的老师或选择其他医生负责的病人，事先需与相应管床医生联系，做好病人的各项准备工作。

要熟悉病人的情况，如病人的一般情况、病情（主要症状、典型体征、阳性检查结果及诊疗情况）、思想动态等。

4. 临床见习教学以床边教学为主，为保证质量，每个见习小组学生一般不超过 10 人，个别课程（如眼科、耳鼻喉科、口腔科等）见习组人数还应减少，一名教师只负责一个小组的带教。

## 三、见习课的组织实施

### 第一阶段：理论回顾（时间 10 分钟）

地点：示教室

内容：检查学生出勤情况。介绍本次见习教学的带教老师、教学目的和基本要求。根据大纲，重点回顾与本次见习相关的理论知识。告知学生分组及床边见习的患者姓名及床号，提醒学生在问诊及体格检查过程中需要注意的问题，如保护病人隐私、手消毒、问诊技巧、人文关怀等。

### 第二阶段：床边教学（时间 40 分钟）

地点：床边

内容：

1. 病史询问：由一名见习学生作为主询问者对患者进行病史采集并记录，其他学生在主询问者询问后可依次补充提问，带教老师仔细观察学生病史采集过程，认真记录学生问诊过程中出现的问题，予以适当引导，指导学生完成病史采集。病史采集应按要求逐项采集（不同专科的病史采集的重点内容应有所区别），采集过程应充分尊重患者及家属。

2. 体格检查：由学生提出重点的体格检查内容，带教老师给予引导和补充，安排 3-4 名见习学生分别进行相应部分有重点的体格检查。带教老师应记录和纠正错误手法，做出正确示范，对于典型的阳性体征要注意让学生体会和感受。

要求：床边阶段教学带教老师全程参与。

### **第三阶段：分析总结（时间 60 分钟）**

地点：示教室

内容：

#### 1. 病史汇报

在进行有效的整理后，一名学生对采集的病史、体格检查进行总结汇报，其他学生补充，进行主诉讨论。

#### 2. 辅助检查

引导学生提出必要的辅助检查，老师给出对应的辅助检查结果供学生分析，并给予引导和补充，带领学生对目前已有的辅助检查结果进行解读，注意引导学生对正常值或阴性结果以及异常值或阳性结果的判读。

#### 3. 诊断与鉴别诊断

进行诊断和鉴别诊断的讨论，引导学生总结诊断依据，提出鉴别诊断要点。

#### 4. 治疗原则

围绕该病的治疗原则、目前情况、后续治疗等内容进行分析讨论。

#### 5. 总结

带教老师结合床边实践的问题进行综合评价，给出改进意见。应询问学生有无疑问，对问题进行解答。对本次见习内容进行总结回顾，强调重点，布置作业。

要求：整个教学过程中要注意采取启发式、引导式、提问式的教学方法，加强互动，提升质量，杜绝小讲座、理论授课。班级整体在同一科室见习时，汇报总结可分组进行，也可集体开展，由见习主带教老师安排。

## **四、见习课的基本要求**

1. 由于目前教学要求的常见病种与病房收治疾病病种有所不同,在充分考虑本科实际情况下,必要时可采取门诊见习形式。针对部分非常见病或高危急重病症,可以结合新型的教学方式(PBL、CBL、基于 SP 的 CBL、情景模拟等)进行。

2. 见习课一次 3 学时,时间为 9:00-11:00,14:00-16:00。见习课师生均要遵守教学纪律,不迟到、不早退、不旷课、不中途离开、不提前结束见习,遵守见习医院的规章制度。带教老师应检查并记录学生出勤情况和学生学习情况(包括态度、认真程度、参与度等),课后布置作业(书面、e-learning 平台)作为平时成绩一部分。

3. 见习课师生均要穿工作服、戴口罩和帽子,不染指甲,不留长指甲及胡须,女生长发者必须将帽子盖住发辫,不佩戴首饰,不化浓妆,携带听诊器等教学及见习用品。

4. 见习带教过程中要求教师采用启发式、引导式、提问式教学方法,让学生能充分思考与发言,带教老师最后进行点评并总结。

5. 见习带教应按照流程进行,可在现有的基础上进行新方法的探索,但不应随意改变带教内容,不得以放录像或小讲座形式代替床边教学(示教过程中可加以图片、视频等)。

6. 在带教中教师应注意以身作则,注重对学生进行人文关怀及医患沟通技能的训练,培养学生的爱伤观念,尊重患者,注意保护患者隐私,建立良好的医患关系。

7. 临床见习教案中的课后小结包括对见习学生的考勤、学生对见习内容的掌握情况以及学生对老师带教的意见和建议。

8. 各级教学单位教学管理部门以及教学督导要加强对见习教学的过程管理和督导检查,以保证见习教学的质量。

# 南京医科大学临床实习入科技能培训与考核

## （实习准入制）规范

入科技能培训与考核（实习准入制）旨在提高实习生临床能力，增加床边实习机会，提升临床实践教学质量，侧重于基础知识和基本操作技能的培训与考核。

### 一、目的

1. 充分利用临床技能中心，提高实习生临床能力，提升临床实践教学质
2. 提高实习生临床工作的自信心
3. 培养实习生的自主学习能力

### 二、培训与考核范围

南京医科大学实习生入科实习前临床技能培训大纲规定的临床技能，按实习要求分为四大类别，通科临床技能、内科临床技能、外科临床技能和妇儿科临床技能等。

### 三、培训与考核方法

根据各实习单位的实习轮转表，将培训分为三轮（内科组、外科组和妇儿组实习入科之前），由科教科和内科、外科、妇儿科教学秘书共同组织。通科临床技能及第一轮实习科室技能应安排在第一轮培训与考核，依次类推。每项临床技能带教老师指导至少 1 学时，实习生练习不少于 2 学时，带教老师及时发现并反馈实习生的问题和不足，实习生独立完成操作 3—5 次后才能申请参加考核。

### 四、考试成绩管理

实习生每次考核后，带教老师应给予相符的成绩。只有考核合格（百分制，80 分为合格）后的实习生才能进入下一轮科室的实习，不合格的实习生应在临床技能中心继续参加相应项目的培训，直至合格。各实习单位每轮考核后及时将考核成绩录入临床教学平台，合格的实习生方可入科实习。

# 南京医科大学临床实习出科考核

## （实习准出制）规范

出科考核是评估实习生在临床科室实习情况的一种方式，有助于科室老师掌握临床实习情况，及时发现实习生实习过程中的问题与不足，并给予相应的评价与反馈，促进实习生持续改进。

### 一、目的

1. 评估实习生的临床实习效果，考核实习生对相关科室专业知识、基本技能的掌握并给予反馈，帮助实习生持续改进临床工作能力。
2. 发现临床实习教学中的存在问题。
3. 规范临床实习教学。

### 二、考试范围

相关专业临床实习大纲规定的理论内容及需要掌握的临床技能。

### 三、考试方法

1. 各业务科室出科时严格执行南医大教（2021）55 号《关于加强临床实习出科考核管理的通知》相关要求。考试采取“理论+技能”模式，由实习科室教学主任或教学秘书和带教老师组织。理论考核在本科室实习结束前由负责人针对相关实习内容进行组织。技能考核应以床边考核为主，考核方法主要采用迷你临床演练评估（Mini-CEX）和操作技能直接观察评估（DOPS）。成绩均折合百分制计，60 分为合格，不通过者不能进入下一科室实习。

2. 医院科教科应根据《关于进一步加强实习期间技能训练及考核的指导意见》，执行大出科考核制度。要求在每组（内科组、外科组和妇儿组）实习轮转结束前，组织大出科考核，考核形式采取“理论+技能”模式。

理论考核主要以相关临床理论知识考核为主，题型可以选择题为主，满分设为 100 分，60 分为合格。技能考核以客观结构化临床考核（OSCE）形式进行，根据毕业实习考核及《实习大纲》中的教学要求与考核标准执行。考核原则上不少于 4 站（病史采集、体格检查、技能操作 1、技能操作 2），主要考察相关专科临床操作技能，要求单站成绩不低于 60 分，总评成绩不低于 80 分。理论及技能考核不通过者由医院组织补考，补考仍未通过者不能进入下一轮实习。

# 南京医科大学迷你临床演练评估（mini-CEX）规范

## 一、基本概念

迷你临床演练评估（mini-CEX）由美国内科医学会对 tCEX 进行修订和简化而来，后定为住院医师临床技能评估方式。Mini-CEX 强调的是重点式评估，可由临床指导老师、学生及共同照顾的病人，选择其适当的时间、地点，在 15-20 分钟内进行重点式的诊疗行为，而临床老师在直接观察学生与病人的互动后，立即给予 5—10 分钟的评价反馈。

## 二、实施步骤

1. 教师与学生约定时间
2. 在门诊、病房或手术室指定一名病人
3. 学生在教师观察下执行医疗工作（15—20 分钟）
4. 教师给予即时反馈，并记录评语（5—10 分钟）
5. 记录直接观察和反馈花费的时间
6. 保留评分量表，归入学生学习档案

## 三、mini-CEX 的特点

1. 真实病人、临床场景、工作环境、临床任务。
2. 适应对象广泛：实习生、研究生、住培生。
3. 耗时短：15—20 分钟观察、5—10 分钟反馈。
4. 可行性高

Mini-CEX	CEX/模拟诊疗
真实病人	标准化病人
真实场景	模拟诊室
观察 15—20 分钟	观察 1—2 小时
反馈 5—10 分钟	无反馈
无需特殊准备	病例、SP 准备
不必包含全部内容	完整诊疗过程
形成性评价	总结性评价

## 四、Mini-CEX 评分项目

1. 病史采集
  - (1) 鼓励病人陈述病史，不中断病人叙述

(2) 在问诊的过程中先以开放性问题 (open-ended questions) 询问, 再渐进性地以特定性的问题协助病情判断

(3) 不要连续提问, 也不用引导性的问题来获得讯息

(4) 对于病人的情绪及肢体语言能运用同理心适当的回应

(5) 在询问病史时要有逻辑性及系统性

(6) 适时整理并摘要病史, 以确认收集的资讯正确

## 2. 体格检查

(1) 体检前需要洗手

(2) 向患者说明检查范围和目的

(3) 手法和顺序正确、合理、有效

(4) 注意场所隐蔽性及患者是否舒适

## 3. 人文关怀/专业度

(1) 关心病人, 尊重病人的感受及隐私

(2) 获得病人的信任

(3) 感同身受

(4) 满足病人渴望讯息的需求

(5) 根据患者反应调整提问和检查

## 4. 临床判断

(1) 根据病史及身体检查结果归纳出可能的诊断

(2) 提供适当的医疗处理方案

(3) 注意检查和治疗的合理性和经济性

(4) 对疾病的风险有正确的认识

## 5. 咨询沟通技能

(1) 向病人解释检查或治疗的方法、利弊及注意事项

(2) 对病情解释得当, 不使用术语

(3) 让病人参与决策

(4) 针对患者情况进行具体且有针对性的健康宣教

## 6. 组织效能

(1) 诊察过程有系统性及逻辑性

- (2) 能依据临床状况提供适当的健康诊疗计划
- (3) 合理安排整个诊疗过程，注意控制时间
- (4) 言语、操作简洁
- (5) 有效总结汇报

#### 7. 整体临床能力

- (1) 学生在考核中的综合表现
- (2) 进行整体表现评分

### 五、Mini-CEX 的同质性

Mini-CEX 评分表共分七大项目，每个项目皆为九级计分评量，其中 1-3 级表示学生操作未符合要求，4-6 级表示达到要求，7-9 级表示优秀。

### 六、Mini-CEX 的反馈原则

1. 立即反馈：观察后立即给予学生反馈
2. 简短，5-10 minutes
3. 自我评价：要求学生对于自身诊疗过程进行自我评价
4. 反馈建议内容
  - (1) 学生表现优秀的地方
  - (2) 需改进及注意的地方
  - (3) 学生继续学习的方向

#### 5. 好的反馈

- (1) 描述性，而不是评价性
- (2) 具体方面，而不是模糊、概括性的
- (3) 操作的行为，而不是个人特征或特性

(4) 非仅仅指出问题，要给出具体评价和改进意见，检视学习中的问题并引导其改正学习方法

- (5) 正面—负面—正面，三明治式

## 南京医科大学 Mini-CEX 评分表

教师：\_\_\_\_\_ 主任医师 副主任医师 主治医师 住院医师

学员：\_\_\_\_\_ 实习医师 住培医师 其他\_\_\_\_\_

专业：\_\_\_\_\_ 学号/工号：\_\_\_\_\_ 测试时间：\_\_\_\_\_

地点：病房 门诊 病人诊断：\_\_\_\_\_

病人年龄：\_\_\_\_\_岁 性别：男 女 病情：轻 中 重

评分项目	本次重点	不适用/ 未测量	各项考评结果									
			不合格			合格			优秀			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
病史询问	<input type="checkbox"/>											
体格检查	<input type="checkbox"/>											
沟通技巧	<input type="checkbox"/>											
临床判断	<input type="checkbox"/>											
人文关怀	<input type="checkbox"/>											
组织效能	<input type="checkbox"/>											
整体表现	<input type="checkbox"/>											

评分采用三等九分制，1-3 分为不合格，4-6 分为合格，7-9 分为优秀

直接观察时间：\_\_\_\_\_分钟； 反馈时间：\_\_\_\_\_分钟

教师对此次测评的满意程度：

劣：1 2 3                      中：4 5 6                      优：7 8 9

学员对此次测评的满意程度：

劣：1 2 3                      中：4 5 6                      优：7 8 9

教师评语：

优点：\_\_\_\_\_

缺点：\_\_\_\_\_

建议：\_\_\_\_\_

教师签章：\_\_\_\_\_ 学生签名：\_\_\_\_\_

# 南京医科大学临床操作技能直接观察评估（DOPS）规范

## 一、基本概念

操作技能直接观察评估（DOPS）最早为英国皇家内科医师协会设计而成，主要用于评价临床操作技能。

执行 DOPS 需一位评估人员、一位学生或住院医师、一位患者共同完成，其中评估人员可以是主治医师或高年住院医师。评估地点可在门诊、病房或临床技能训练中心，评估人员采用结构式的量表对学生或住院医师的临床操作技能给予评分，并在结束时给予即时回馈。

## 二、DOPS 评分项目

### 1. 评分项目

- (1) 适应证、相关解剖结构的了解及操作步骤的熟练程度
- (2) 详细告知患者并取得同意书
- (3) 执行操作前的准备工作
- (4) 适当的止痛或镇定
- (5) 操作的技术能力
- (6) 无菌技术
- (7) 能视需要寻求协助
- (8) 术后处理
- (9) 医患沟通能力
- (10) 是否顾及患者感受并具有职业素养
- (11) 执行操作的整体表现

### 2. 评分标准：采用 3 等级、9 分制评分

- (1) 1—3 分为未达到预期标准，即受试医师目前能力尚有不足，有待加强
- (2) 4—6 分表示接近或达到预期标准，合格
- (3) 7—9 级表示超过预期标准，即受试医师非常熟练，并能帮助指导其他人员

1. 真实病人、临床场景、工作环境、临床任务。
2. 适应对象广泛：实习生、研究生、住培生。
3. 耗时短：15—20 分钟观察、5—10 分钟反馈。
4. 可行性高

## 三、DOPS 的反馈原则

1. 立即反馈：观察后立即给予学生反馈
2. 简短，5—10 minutes
3. 自我评价：要求学生对于自身操作过程进行自我评价
4. 反馈建议内容
  - (1) 学生表现优秀的地方
  - (2) 需改进及注意的地方
  - (3) 学生继续学习的方向
5. 好的反馈
  - (1) 描述性，而不是评价性
  - (2) 具体方面，而不是模糊、概括性的
  - (3) 操作的行为，而不是个人特征或特性
  - (4) 非仅仅指出问题，要给出具体评价和改进意见，检视学习中的问题并引导其改正学习方法
  - (5) 正面—负面—正面，三明治式

## 南京医科大学 DOPS 评分表

教师：\_\_\_\_\_ 主任医师 副主任医师 主治医师 住院医师

学员：\_\_\_\_\_ 实习医师 住培医师 其他\_\_\_\_\_

专业：\_\_\_\_\_ 学号/工号：\_\_\_\_\_ 测试时间：\_\_\_\_\_

地点：病房 门诊 病人诊断：\_\_\_\_\_

病人年龄：\_\_\_\_\_岁 性别：男 女 病情：轻 中 重

操作技能：\_\_\_\_\_

技能复杂程度：低度 中度 高度

1. 对临床技能适应证、相关解剖结构的了解及操作步骤的熟练程度：

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

2. 能详细告知病人并取得同意书

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

3. 执行临床操作前的准备工作

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

4. 能给予病人适当的止痛和镇定

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

5. 执行临床操作的技术能力

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

6. 无菌技术

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

7. 能视需要寻求协助

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

8. 执行临床操作后的相关处置

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

9. 与病人沟通的技巧

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

10. 能否顾忌病人感受和专业程度

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

11. 执行临床操作技能的整体表现

有待加强 1 2 3 | 合格 4 5 6 | 优良 7 8 9

评审观察时间：\_\_分钟； 指导反馈时间：\_\_分钟

教师对学生测评满意程度：

1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9

有待加强                  合格                  优良

教师的评语：

---

---

学生对此次测评满意程度：

1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9

有待加强                  合格                  优良

教师签字：\_\_\_\_\_

学生签字：\_\_\_\_\_

# 南京医科大学模拟诊疗教学规范

模拟诊疗是模拟临床环境的一种教学与考核方法,采用典型且完整的病例作为临床教学的对象,学生以临床医生的身份对标准化病人(Standardized Patient,SP)扮演的患者进行模拟的诊疗过程,完成病史采集、体格检查(阳性体征由教师提示),然后提出该病需做的辅助检查、初步诊断、诊断依据、鉴别诊断和治疗原则等,教师参与全过程并进行提问和启发。其目的在于让学生通过对个案病例的分析,构建正确的诊疗思维框架,培养基本的诊疗技能。

为规范模拟诊疗的模式和流程,提高临床教学的效果和质量,便于临床技能的考核,特制定本规范。

## 一、模拟诊疗前准备

### 1.教师

(1) 病例准备:模拟诊疗前应按照教学大纲的要求确定模拟诊疗的病例,选择相关专业常见病、多发病中的典型病例(病史典型、症状与体征明显、诊断明确)。

(2) 教学/考核准备:熟悉模拟诊疗病例的病情、相关症状及体征、鉴别诊断和诊疗计划,准备好模拟诊疗中可能用到的器械。(注:考核前应对评分标准及注意事项进行全面地了解。)

### 2.学生

(1) 平时应注意在学习和临床实践中加强对疾病的认识,锻炼自身的临床思维,积累临床经验。

(2) 在模拟诊疗前,学生应按照实习大纲的要求,对各科所应掌握的常见病、多发病进行全面系统的复习,掌握疾病的诱因及病因、常见症状、发生及发展过程、典型的临床体征及有针对性的辅助检查,熟悉该病的诊断、鉴别诊断及治疗原则等。

(3) 应准备好在模拟诊疗中可能用到的器械,如听诊器、手电筒、纸、笔等。

### 3.SP 老师

SP 老师应对所要扮演的病例进行全面深入地了解,掌握并考虑问诊及体格检查可能出现的内容,尽量全真化地模拟病例。

## 二、模拟诊疗过程

### 1.病史采集

学生首先问候 SP 老师并简要介绍自己,取得患者知情同意及配合后可开始问诊。病史采集中学生应注意礼貌并关爱病人,时刻关注病人的一般情况;老师应注意学生的问诊思路是否

正确，适当时可进行引导，但不可直接说出问诊的内容。

病史采集的内容包括：

(1) 一般项目：姓名、性别、实足年龄、婚姻状况、籍贯、民族、职业、工作单位、家庭住址、病史陈述者（注明可靠程度）、入院日期、记录日期。（注：最后三项在实际问诊中可根据实际情况略去）

(2) 主诉：询问患者感受最主要的痛苦或最明显的症状和（或）体征，也就是促使其就诊最主要的原因及其持续时间。

(3) 现病史：

①起病情况及患病时间：起病时间、缓急，可能的病因和诱因，前驱症状（必要时包括起病前的一些情况）。

②主要症状的特点：主要症状（或体征）出现的部位、性质、持续时间和程度，缓解或加剧的因素。

③伴随症状：伴随症状的特点及变化，具有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状（或体征）亦应加以说明。

④病情的发展及演变：包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

⑤诊疗经过：发病以来曾在何处做何种诊疗（包括诊疗日期，检查及结果，诊断，用药名称及其剂量、用法，手术方式，疗效等）。

⑥病程中的一般情况：发病以来的一般情况，如精神、体力状态、食欲、食量、睡眠、大小便和体重变化等。

⑦对于意外事件、自杀或他杀等与病况有关者，应如实记载、力求客观，不得主观揣测或评论。

(5) 既往史：

内容包括患者既往的健康状况，过去曾经患过的疾病（包括各种传染病和地方病），外伤手术、预防接种、食物药物过敏、输血史等，并按系统回顾（呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿生殖系统、造血系统、内分泌代谢系统、神经系统、肌肉骨骼系统及免疫系统共九个系统）有关疾病。（注：过敏的药物及食物须用红笔书写。）

(6) 个人史：

①社会经历：出生地、居住地区和居留时间（尤其应注意疫源地和地方病流行区，写明迁徙年月）。

②职业及工作条件：包括工种、劳动环境、对工业毒物接触情况和时间。

③习惯和嗜好：饮食规律、烟酒嗜好及其摄入量（具体到\*支/天，\*年、\*两/天，\*年），有无其他异嗜物和麻醉毒品摄入史。

④有无冶游史，是否患过淋病性尿道炎及下疳等。

⑤对儿童患者，除需了解出生前母亲怀孕及生产过程（顺产、难产）外，还要了解喂养史、生长发育史。

（7）月经史和生育史：包括初潮年龄、月经周期、行经天数、经血量和颜色、经期症状、有无痛经与白带（多少及性状）等、末次月经日期、闭经时间、绝经年龄等，记录格式如下：

初潮年龄  $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$  末次月经时间（或绝经年龄）

妊娠与生育次数、人工或自然流产的次数，有无死产、手术产、产褥热史，等，生育情况按下列顺序写明：足月分娩数—早产数—流产或人流术—存活数。男性患者有无生殖系统疾病。

（8）婚姻史：包括未婚或已婚，结婚年龄、配偶健康情况、性生活情况、夫妻关系等。

（9）家族史：

①父母、兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况，特别应询问是否有与患者同样的疾病。死亡的直系亲属应注明死因及年龄。

②有无遗传倾向的疾患，如高血压、冠心病、肥胖、哮喘、痛风、糖尿病、肿瘤、癫痫、先天发育异常，运动障碍及精神病等。对于重要的遗传性疾病需问明两系III级亲属的健康和疾病情况，充分调查后画出家系图。

③家族中有无结核、肝炎、性病等传染病。

**2.体格检查**（体格检查要求参照《体格检查基本规范》）：学生根据患者的主诉和问诊的相关情况，有重点地进行体格检查。

（1）学生检查前应与学生沟通，取得患者知情同意。

（2）学生检查时应注意保护患者隐私，动作应适度、轻柔，体现人文关怀。

（3）SP 老师应配合学生做相应的体格检查。对于能够体现的体征，SP 老师应予以表现（如疼痛、气喘等）。

（4）对于不能在 SP 老师身上表现的体征，教师应根据所给病例予以相应提示（如水肿、静脉曲张等）。

（5）教师应注意观察学生体格检查的顺序和手法，对于学生所做的检查有疑问或想进一

步了解学生掌握情况可适当地进行提问或启示,对于不正确的检查顺序和手法应在教学过程中予以纠正。

### **3.辅助检查**

(1) 学生应根据所询问的病史情况及体格检查时得到的阳性及有意义的阴性体征,综合考虑,提出相应的辅助检查以协助疾病的诊断及鉴别诊断。

(2) 教师根据学生所要求的辅助检查逐项给予相关的检查材料(如化验单、X光片、心电图等)及检查结果,并要求学生进行解读。若此项检查未做,即提示该项目未检查。

### **4.初步诊断、诊断依据及鉴别诊断**

(1) 学生应结合病史、体格检查、辅助检查等(归纳有意义的阳性结果和有鉴别诊断价值的阴性结果)综合分析,给出初步诊断,并综述上述几项以说明诊断依据,教师可根据学生回答的相关情况给予提问或启示以了解学生对该病例及该疾病的认识。

(2) 教师可询问需要鉴别诊断的相关疾病(也可由学生自己给出需要鉴别诊断的疾病),学生应说出需要鉴别诊断的疾病以及鉴别诊断的依据。教师可就学生给出的鉴别诊断进行提问,以了解学生在鉴别诊断及诊疗思维方面是否正确。

### **5.诊疗计划**

(1) 学生根据病情及已得出的诊断,提出对该患者的诊疗计划,包括用药方案、手术方式等。

(2) 教师可根据学生回答的情况进行提问以了解学生对该病治疗的掌握情况,也可对学生诊疗计划中存在的缺陷进行指正、完善,以帮助学生更好地掌握该疾病。

## **三、模拟诊疗后总结**

### **1.SP**

标准化病人在模拟诊疗中以“患者”的身份直接参与诊疗过程,对于“医生”的诊疗过程有着最直观的感受和体验。在诊疗结束后,从“患者”的角度指出学生在诊疗过程中(包括问诊、体格检查、医患沟通等各方面)出现的不足或问题,提出改进的方法或建议。

### **2.教师**

教师参与了模拟诊疗的全过程,对于整个过程有全面的观察和准确的认识,对于学生对该种疾病的认识和见解有较直观和深入地了解。诊疗结束后,应把学生在问诊、体格检查、辅助检查、诊断和鉴别诊断、诊疗计划、医患沟通、知识掌握及诊疗思维等各方面存在的不足和问

题给予指导和完善。若不是考核，则应在诊疗过程中给予学生引导，以便学生能够顺利完成诊疗过程，更好地锻炼和培养诊疗思维，掌握疾病的相关知识。

### **3.学生**

学生作为“医生”全程参与了整个模拟诊疗过程，诊疗完成后应当将过程中出现和存在的不足和问题进行思考、总结或讨论。同时，学生应结合 SP 老师和教师所指出的不足、存在的问题以及改进的方法等，参照书本知识，归纳实践所得，争取全面透彻地掌握疾病的理论知识及诊疗过程。

# 南京医科大学教学查房规范

教学查房是临床实践教学的重要环节，是培养实习医师临床能力的有效途径。与“三级医师医疗查房”不同，教学查房以医学院校实习医师为教学对象，有明确教学目的与规范要求。因此，在组织临床教学查房时要根据教学大纲、实习大纲要求，明确教学目标，充分体现教学查房的教学特点和提高临床教学质量的功能。

教学查房之目的，在于促进实习医师掌握病史采集、体格检查、辅助检查结果分析、病情演变、医嘱、病程记录及医患沟通等临床工作基本规范与程序，提高其临床思维能力和临床实践能力，促进医学生把书本知识转变成实际临床工作能力、促进医学生向临床医生的过渡；同时提高临床医师的教学水平和临床工作能力，实现教学相长。

为了规范教学查房的模式和流程，提升教学标准化、规范化、同质化水平和临床教学效果，特制订本规范。

## 一、查房前准备

### 1. 主持查房医师

(1) 病例准备：教学查房应按照教学大纲的要求确定教学目标，选择有教学意义的典型病例（病情相对稳定、病史典型、症状与体征明显、诊断基本明确、治疗有效）。要提前做好患者的沟通工作，得到患者的配合与理解。

(2) 教学准备：主持教学查房的医师要提前通知实习医师所查的病例床号，教学查房前主持查房医师应熟悉患者病情，全面掌握近期演变情况。

(3) 教案准备：涉及教学对象、教学内容、教学病例、教学方法与手段、教学重点与难点、教学目标及其实现途径、讨论作业与参考文献。

(4) 课件准备：包括病例总结、辅助检查信息、影像图片等，但幻灯片数量不宜太多。

### 2. 实习医师

(1) 针对查房要求，事先查阅、复习与该病例相关的理论知识。

(2) 查房前实习医师应先到床边，通过询问病史和体格检查，了解病情，掌握患者病情演变情况与近期存在的问题等，并做好相关准备工作，如检查病历、各项检查报告等。

(3) 准备好教学查房所需的器械，包括血压计、体温表、听诊器、叩诊锤、手电筒、刻度尺、压舌板、棉签、记号笔等。

## 二、教学查房过程

第一阶段：查房准备阶段（5—10分钟）

地点：示教室

内容：主持查房医师向参加查房的全体人员简要说明此次教学查房的目的和注意事项，提出教学重点、应掌握的重要体征和理论要点（可以是疾病的某一方面，如病因、发病机制、体格检查、诊断与鉴别诊断、治疗等）。

第二阶段：临床信息采集阶段（15—25 分钟）

地点：患者床旁

内容：

1. 实习医师汇报病史：实习医师（学生）向病人问候并希望患者予以配合后，脱稿向主持医师简明扼要地汇报病史，包括一般情况（姓名、年龄、性别、职业等），入院情况及诊断，住院后病情变化，诊疗效果及重要的临床检查结果等。同组其他实习医师可以补充汇报。

要求：口齿清楚、语言流利、表达精练、重点突出

2. 主管床位住院医师补充汇报：重点补充近期病情演变以及实习医师汇报中遗漏的病情。

要求：不重复实习医师已汇报过的内容，主要补充不足

3. 主持查房医师指正汇报内容：实习医师、住院医师汇报完毕后，主持查房医师通过询问患者核实病历汇报内容，确实掌握病情。在此基础上，针对汇报中的不足或缺漏之处予以指正，使实习医师了解本专科疾病（或该病例）问诊的要点，引导实习医师掌握正确汇报病史的要领。

4. 实习医师对患者进行体格检查：根据教学要求和发现的问题，主持查房医师指导实习医师进行本专科（或该病例）必要的体格检查，特别是与诊断及鉴别诊断有关的检查，正确认识、感知阳性体征，尤其是易被忽略或误识的体征。

主持查房医师应注意纠正实习医师在问诊与查体中存在的问题，做必要的示范。特别是要引导实习医师注意所查病例重要的体征（重点的阳性体征和需要鉴别的阴性体征）及其在疾病发展演变过程中的变化，检查实习医师能否正确掌握查体的顺序、部位及手法的规范。在临床条件不许可的情况下，也可以模拟方式进行。

5. 提问：临床信息采集阶段，主持查房医师应提出一些基本理论知识或基本操作的问题进行讨论，提问对象包括其他实习医师。

6. 告离患者，整理衣被并致谢。

第三阶段：病例讨论阶段（40—60 分钟）

地点：示教室

内容：

### 1. 实习医师总结病史

实习医师汇报患者的性别、年龄、临床表现、重要阳性和阴性体征、实验室检查结果、影像学所见、初步诊断，并描述本次住院经过、存在问题等。

主持查房医师对病历及其诊疗优缺点等进行点评。

### 2. 病例分析讨论

主持查房医师组织引导实习医师围绕本病例的病因、发病机制、诊断、鉴别诊断，进一步明确诊断的检查方法、治疗原则、预后、相关的医学伦理、心理问题、预防与行为指导等问题进行互动式讨论，以帮助实习医师掌握相关的临床基本理论、基本知识、基本技能为主。

主持查房医师应运用启发引导式教学方法，通过师生互动，引导实习医师进行科学的临床思维，培养实习医师独立思考和独立诊治疾病的临床思维能力；在提问与讨论的基础上，对病人的病情进行较系统的分析，分析要紧紧密结合本病例的特点，运用国内外新进展、新观点来分析病人的病史特点、病因、发病机理、诊断依据，鉴别诊断要点、重要辅助检查的意义（充分利用影像学、实验室检查资料）、治疗原则与方案的选择等进行分析、讨论。主持查房医师还要善于以问题为引导，运用适当的指向性提问、提示、探究等技巧充分诱导、调动实习医师的思维与兴趣，整个过程应围绕本病例的特点进行。

### 3. 归纳总结

主持查房医师总结归纳该病例中应掌握的内容，对实习医师在查体、讨论中出现的问题进行评讲，综合查房全过程，结合实习医师在专业知识、操作技能等方面存在的问题，进行系统的归纳总结：

- (1) 总结本次教学查房是否达到预期的目标。
- (2) 点评实习医师及其他医师在教学查房中的表现，提出改进意见。
- (3) 根据需要，提出问题、布置作业如思考题和指定阅读参考资料。

### 4. 记录

教学查房时实习医师和分管床位的医师应做好查房记录，尤其是病情分析情况、诊断与鉴别诊断、治疗措施、下一步的诊疗方案等。查房结束后，要及时书写教学查房记录。

## 三、基本要求

1. 主持查房医师：由主治医师（讲师）以上职称教师主持，也可根据病区情况由教学经验丰富的高年资住院医师或具有高级职称的教师主持。查房过程中应注意：

- (1) 紧密围绕本次教学查房目的。

(2) 必须紧扣病人情况进行分析、讨论；适当进行拓展，如适当介绍有关新进展，但注意避免成为“小讲课”。

(3) 以问题为中心，结合“三基”进行启发式教学，注意临床思维培养。

(4) 结合病例，以临床查房工作为载体，充分体现临床实际工作环境与要求，并注意理论联系实际，突出重点难点、条理清晰。

(5) 鼓励采用双语教学。双语查房属于教学查房，应符合教学查房要求。

(6) 注意调动实习医师主动参与查房，扮演好“医生”角色，做好病史采集与体检工作，掌握辅助检查的选择、解读及意义。注意区别于见习带教和病例讨论。

2. 参加人员：病区主任、带教教师、教学秘书、住院医师、实习医师、责任护士。

3. 教学查房周期：病区至少每两周开展一次，落实具体的时间和内容，保持相对固定。

4. 教学查房应以实习医师为教学对象，按教材规范进行授课。查房时要求适当应用英语专业词汇等。查房过程中主要采用启发式、引导式教学。注重培养实习医师临床诊疗思维能力。

5. 分管教学的主任应事先听取主持查房教师准备情况的简短汇报，给予指导和认可。对于新担任此项工作的年轻教师，各科室可组织集体备课听取汇报，并给予指导。医院应安排教学督导及有关教师进行观摩及指导，不断提高教学查房的规范性。

6. 教学查房时间应与医疗查房时间错开，以尽量减少对日常医疗工作的影响。病区在工作安排中应保证实习医师和主持教师能按时实施此项工作，避免随意更换时间和内容。

7. 注意保护性医疗制度，符合医学伦理要求，与病人交流要讲究谈话艺术，保护病人的隐私，要有爱伤观念，查体部位不应暴露太多，时间不宜太长。

8. 教学查房时必须采用普通话，注意态度认真、情绪饱满、仪表端庄、语言亲切；着装整洁大方，体恤患者，要体现人文关怀、爱心意识，查房前向患者解释取得支持，查房后对患者的配合要表示感谢；树立良好的医德风范。注意培养下级医师医德医风、业务素质 and 临床教学意识。

9. 查房时患者所在病房空间应尽量宽敞，病房无陪护或探视家属及其他无关人员。特殊情况下，患者可安排在单独病房内便于观摩，减少干扰。

10. 学校和医院的科教部门组织教学督导专家对教学讲座进行抽查，作为临床教学质量监控的组成部分。

注：

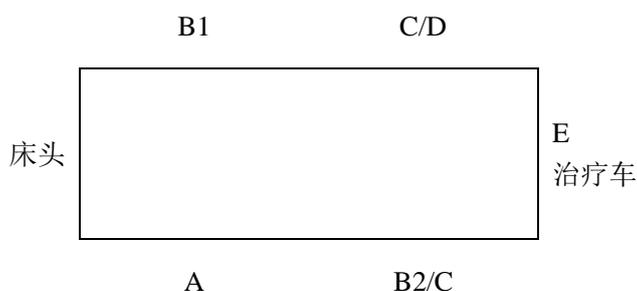
教学查房进出病房顺序及床旁站位要服从环境条件、病床设置、患者情况的实际状态，以下内容作为南京医科大学教学查房要求供参考：

### 1. 进出病房顺序

按教授/主任医师、副教授/副主任医师、讲师/主治医师、助教/住院医师、责任护士、实习医师的顺序进出病房。进出病房均需手部消毒。

### 2. 查房时各级医生站位

主持查房医师站在患者右侧，实习医师（B1）站在病人左侧和主持医师相对，在进行体格检查时绕行到患者右侧进行；如汇报病史医师与体格检查医师不是同一人时，则汇报病史实习医师为 B1，体格检查的实习医师为 B2，住院医师及其他医生站在患者周围（见示意图）。



A：主持查房医师 B：实习医师 C：住院医师 D：进修医生 E：责任护士

## 教学查房记录

教学查房目的					
日期	年	月	日	时间	
地点				带教教师	
查房床位号		住院号		病种	
病人姓名		性别		年龄	
出席同学 ( )人					
<p>具体内容：</p> <p>1. 实习医师汇报病史（包括一般情况、入院情况、体检及重要的辅助检查结果，初步诊断、住院后病情变化、诊疗措施、诊疗效果等）</p> <p>2. 住院医师补充病史，陈述目前诊断意见、诊断依据、治疗过程</p> <p>3. 主持查房医师查房内容（查问补充病史、重点体检，提问和总结）</p>					
带教教师签名：			记录人签名：		

# 南京医科大学教学病例讨论规范

教学病例讨论是医学生临床实习阶段的重要教学活动之一，其目的在于培养医学生自主学习能力、临床思维能力和交流沟通能力，进而提升学生分析和解决临床实际问题的能力。

教学病例讨论之目的，在于培养实习医师的临床思维能力，训练学生独立分析问题和解决问题能力。同时了解学生临床实习的效果和掌握本专业知识的程度，发现问题，纠正偏差，规范医学生和带教老师的医疗行为，实现教学相长。

为了规范教学病例讨论的模式和流程，提升教学标准化、规范化、同质化水平和临床教学效果，特制订本规范。

## 一、病例讨论前准备

### 1. 主持讨论医师准备

(1) 病例准备：作为教学病例讨论的病例务必具有教学价值，即要求实习生掌握的典型、常见、多发病为主，也可适当选择疑难、罕见的病例（或虽不典型但有助于掌握基本理论、基本知识的病例），以能给实习生留下较深印象，锻炼其临床思维为宜。

讨论病例一般以病房中现有病人为对象，必要时也可以资料较完整的书面病例作为讨论对象。可以选择学生经管的病人或病案室的典型病例，但均需主持教师事先定好准备讨论的病例。每次教学的病例不宜过多，一般1~2例即可，以取得最佳效果。

(2) 教学准备：主持讨论医师在讨论前1~2天要通知学生相关病例摘要，包含阳性和具有鉴别诊断意义的阴性症状、体征，和辅助检查结果，病理诊断结果一般不列出，但需要根据病理结果进行分型与制订治疗计划者除外。预先提出能引导学生参与讨论的问题和提纲，学生针对问题和提纲自行查阅资料，充分做好课前准备。

(3) 教材准备：包括教案准备、提前根据教学目标对病例资料进行整理形成讨论资料，查阅相关文献和资料准备拟讲解的疑难问题与临床进展材料、课件准备等。

### 2. 实习医师

(1) 针对拟讨论的病例，认真阅读发放的讨论材料。

(2) 根据讨论资料与发布的讨论问题，事先查阅、复习与该病例相关的理论知识，并检索相关文献，做好讨论发言的准备。

(3) 按照主持讨论医师的工作安排，承担讨论中指定任务和角色。

## 二、教学病例讨论过程

### 1. 开场介绍

主持讨论医师及实习医师进行自我介绍后，由主持教师介绍教学目标，初步了解实习医师针对病例及讨论资料的准备情况，宣布讨论发言的次序或规则，鼓励实习医师积极参与讨论，并指定记录人员。

## 2. 病例摘要汇报及总结

讨论时先由主持讨论医师指定一名实习医师汇报病史（病历摘要），然后由其他医师进行补充，并指定一名实习医师归纳总结，最后由主持讨论医师进行点评。

总结应包含个人观点，是对病例的认知与理解，避免简单重复病史。要注意总结的条理性，应包括病史、查体、辅助检查结果等，有鉴别意义的阴性结果也应包含在总结内。

## 3. 讨论与分析

应以问题和案例为导向，围绕预定讨论的中心环节和临床问题，紧密结合病例展开讨论，包括但不限于：

- (1) 结合临床基本知识、理论和社会心理问题展开讨论
- (2) 培养学生的临床诊疗思维能力及独立解决临床实际问题的能力
- (3) 鼓励学生评估诊疗方案
- (4) 引导学生自主学习
- (5) 可酌情增加与临床工作密切相关的医疗法律、法规、政策内容，以增强风险意识、法律意识和自我保护意识
- (6) 可酌情增加医德医风和人文科学内容，培养学生注重社会心理与人文修养，培养德才兼备、与时俱进的合格医学人才

## 4. 总结

由主持讨论医师针对讨论病例的内涵和过程进行总结，点评实习医师在讨论过程中的表现，并引导学生进一步查阅和学习相关的资料，布置课后作业或思考题。

## 三、基本要求

### 1. 主持讨论医师的资格

主持讨论医师要求一般应为主治医师以上，并有较丰富的教学经验的医师。

### 2. 参加人员

- (1) 本科室的实习生必须参加。
- (2) 可通知其他科室、其他专业的实习生参加。
- (3) 本科室的教学秘书、中级职称医师、住院医师、研究生等原则上要参加。

3. 教学病例讨论周期：教学病例讨论至少每两周安排一次，可由一个病区或同一教研室几个病区的实习生一起进行。实习教学病例讨论的时间建议安排在临床工作相对较轻的时间段（下午或晚上）进行，每次讨论的时间为 1 小时左右。

4. 教学病例选择：病例选择要恰当，要求科室和带教教师在日常临床工作中要注意收集具有教学意义的经典案例、常见病例、疑难案例和罕见病例，积累一些必备的教学资料，如照片、影像学片子、多媒体等，有条件的科室可充分利用电子病历的优势，建立有专科特色的“教学病例库”，与现时住院的病例相互补充。

5. 注意做好病例讨论的记录（记录在病区教学记录本），保留病例讨论的原始资料（病历摘要、学生发言稿）。

6. 教学病例讨论应专门组织，不应以临床疑难病例分析代替。

7. 教研室应将教学病例讨论的时间、内容列入实习教学计划、记录实施情况。对于新担任此项工作的教师，教研室应给予指导，并安排教学督导及有关教师观摩整个过程，以便发现问题，帮助改进。

8. 学校和医院的科教部门组织教学督导专家对教学病例进行抽查，作为临床教学质量监控的组成部分。



# 南京医科大学临床教学讲座规范

临床教学讲座是结合临床，特别是学科的专业实际，开展理论教学为主的一项重要教学活动。临床教学讲座应着重于指导实习生运用理论知识解决临床实际问题，也是培养年轻医师授课教学能力的有效方法。

临床教学讲座之目的，在于强化实习生对医学理论知识的掌握，传授相关医学知识的新进展、新技术，拓宽实习生的临床视野，帮助实习生完成理论联系实际，将理论知识与临床实际有机结合。

为了规范临床教学讲座的模式和流程，提升教学标准化、规范化、同质化水平和临床教学效果，特制订本规范。

## 一、临床教学讲座前准备

### 1. 主持讲座医师准备

(1) 内容准备：在制订临床教学讲座计划前，应考虑到实习生来源和年级分布，合理安排授课内容的广度与深度。明确本阶段临床教学讲座希望解决的临床相关问题，以及预期达到的学习目的。

临床教学讲座应重点围绕实习生在临床实践中遇到的问题开展，包括临床专业知识、临床思维方法、最新前沿进展等内容。也可结合科室特点讲解临床基本技能、基本操作的实践经验与技巧。

(2) 教学准备：主持讲座医师在讨论前 1~2 天要通知学生讲座内容，以便实习生做好相关准备。

(3) 教材准备：包括教案准备、合适的拓展阅读资料准备、课件准备等。

### 2. 实习医师

针对教学讲座的内容，事先查阅、预习或复习相关的理论知识，并检索相关文献。

## 二、临床教学讲座过程

### 1. 开场介绍

主持讲座医师及实习医师进行自我介绍后，由主持教师介绍教学目标，并指定记录人员。

在开场环节，可运用案例、问题、故事、图片、视频、游戏等快速吸引实习生注意力，调动实习生学习兴趣，自然导入授课主题。

### 2. 展开讲座内容

(1) 临床教学讲座是对理论授课的补充和拓展，讲座内容可以症状或症候群为题目，把

相关疾病的知识串联起来，拓展实习生的思维，以利于培养实习生临床分析能力。也可以本病区特有的业务内容作为讲课题目，以补充教材与理论课的不足。

主持讲座医师应从临床实际工作的角度对理论知识进行综合归纳，以求融会贯通，突出知识的横向联系。在授课过程中关注实习生的现场反应，使教学内容和授课方式满足绝大多数实习生的需求。

(2) 要着重解答实习生在临床实践过程中遇到的具体问题和疑惑，重视理论与实践相结合，通过对临床病例或临床问题的分析，帮助实习生掌握相关的知识，实现理论与实际的结合。

(3) 临床教学讲座以教师为主导，但应融合讲授与“互动教学”等多种教学模式，充分调动实习生的主观能动性，通过提问、竞答、练习、游戏等方式鼓励其参与教学过程。应引导实习生主动进行归纳和总结，以利于掌握知识要点。

(4) 主持讲座医师应关注每个参与临床小讲课的实习生，鼓励其参与讨论或回答问题，并予以积极回应。

(5) 主持教师可适当地使用一些常见的教学辅助手段：多媒体、互联网、各种教学照片、影像学片等增加讲座的趣味性。通过分析案例或解答试题等方式，判断实习生对所学知识的掌握程度或应用能力，并及时纠正出现的错误。

### 3. 总结

主持讲座医师可在临床小讲课结束前进行总结，帮助实习生回顾学习内容，确认完成学习目标。总结活动应鼓励实习生参与，主动回答或写出学习要点。总结方式包括绘制思维导图、提问、完成指定任务等。课程结束前还可根据需要布置课后任务或发放课后学习材料。

## 三、基本要求

### 1. 主持讲座医师的资格

主持讲座医师以高年资住院医师以上教师担任为宜。新担任此项工作的教师，教研室应以集体备课形式给予指导，并教学督导及安排有关教师听课。课后对讲课情况作出评价，需改进之处应及时向讲课老师反馈。

### 2. 参加人员

(1) 本科室的实习生必须参加。

(2) 可通知其他科室、其他专业的实习生参加。

3. 教学讲座周期：临床教学讲座一般每周安排一次，可由一个病区或同一教研室几个病区甚至全院的实习生一起进行。临床教学讲座的时间建议安排在临床工作负担相对较轻的时间

段，下午或晚上进行，每次讲座的时间为 1 小时左右为宜。

4. 科室应根据教学大纲的要求确定讲课内容，并将其列入教学计划，记录实施情况。

5. 学校和医院的科教部门组织教学督导专家对教学讲座进行抽查，作为临床教学质量监控的组成部分。

## 临床教学讲座记录

日期	年 月 日	时间	
地点		带教教师	
讲座题目			
出席同学 ( ) 人			
请假人员			
缺席人员			
讲座内容概要			
带教教师签名:		记录人签名:	

## 体格检查基本规范

### 【体格检查的基本要求】

1. 检查者要仪表端庄、仪容整洁、态度和蔼，检查过程中要有较强的爱伤观念，取得受检者的理解和配合。
2. 检查室内应温暖、光线充足，以便受检者可以充分地暴露检查部位。
3. 根据需要进行系统查体或重点查体，检查方法规范，手法正确、熟练、轻柔。一般立于受检者的右侧，主要用右手进行检查。
4. 检查时应指导受检者进行良好的配合，并注意观察受检者语言、表情和动作等反应。如出现疼痛不适，进行合适的说明和安抚。
5. 体格检查应按照一定的顺序进行，既要重点突出，又要全面，尽量避免遗漏。

### 【体格检查前洗手方法——七步洗手法】



**第一步** 掌心相对,手指并拢,相互揉搓。



**第二步** 手心对手背沿指缝相互揉搓,交换进行。



**第三步** 双手交叉,沿指缝相互揉搓。



**第四步** 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓,交换进行。



**第五步** 一手握住另一手大拇指旋转揉搓,交换进行。



**第六步** 将5个手指指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓,交换进行。



**第七步** 螺旋式搓洗手腕,交换进行。

#### 洗手温馨提示

洗手在流动水下进行,取下手上饰物及手表,卷袖至前臂中段,打开水龙头,湿润双手,取适量洗手液,揉搓步骤如图,每个步骤至少揉搓5次,双手揉搓不少于15秒,然后用一次性纸巾或无菌小毛巾擦干双手。

### 【全身体格检查的基本项目】

1. 生命特征及一般检查
2. 皮肤粘膜淋巴结检查
3. 头颈部检查

4. 胸部、背部检查
5. 腹部检查
6. 生殖器、肛门、直肠检查
7. 脊柱与四肢检查
8. 神经系统检查

### 【检查步骤】

#### 一、一般检查

##### 1. 器具齐备

常用器具有体温计、血压计、听诊器、手电筒、压舌板、听诊锤、直尺、软尺、标记笔和消毒棉签。向受检者问候，核对受检者信息，如无特殊说明，体检时受检者取仰卧位，检查者站在受检者右侧，告知查体注意事项并七步洗手法洗手。

##### 2. 体温

常用方法有腋测法、口测法、肛测法等，一般采用腋测法。测量前受检者应安静休息 30 分钟并擦干腋窝。测量时需将水银汞柱甩至 35℃ 以下，并避免影响温度的因素（如温度计附近有冷热物体、测前用热水漱口、热毛巾擦拭腋部等）。把体温表放在腋窝深处，上臂紧贴胸壁夹紧温度计，10 分钟后取出体温表读数，正常值为 36~37℃。观察刻度后甩下水银至 35℃ 以下，放入盘中。

##### 3. 脉搏

食指、中指、环指指腹并拢平放于受检者右侧桡动脉近腕部，至少计数 30 秒，注意脉搏速率、节律、强弱、紧张度、有无特殊脉搏等，必要时两侧对比。正常人 60~100 次/分，节律匀齐。

##### 4. 观察受检者呼吸频率，观察胸廓运动

半蹲平视受检者胸廓，观察胸廓运动，至少计数 30 秒。注意呼吸类型、频率、节律、深度以及两侧呼吸运动是否对称。正常人呼吸运动均匀，两侧对称，16~18 次/分，呼吸脉搏之比约 1: 4。

##### 5. 测量血压（袖带加压法）

测量前，受检者至少安静休息 5 分钟，测量前 30 分钟内禁止吸烟、饮咖啡或浓茶等，嘱受检者排空膀胱，取仰卧位或坐位，上肢裸露，伸直并轻度外展，肘部与右心房同一水平（坐位平第 4 肋间，仰卧位平腋中线），手臂外展 45°。

打开血压计开关，水银柱液平面应在零点，检查水银柱是否中断。袖带气囊部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，松紧适度（能伸进一指为宜），袖带下缘在肘弯横纹上2~3cm。检查者在肘窝处触及肱动脉搏动，将听诊器体件置于受检者肘窝处肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触（体件不应塞于袖带内），然后向袖带内充气，待听诊肱动脉搏动消失，再将汞柱升高20~30mmHg后，缓慢放气，使汞柱以2-4mmHg/s下降，听到第一次声响的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过10mmHg，则记录第三个压力数值（即收缩压/变调时压/舒张压）。间歇1分钟，用同样方法再测定1次，取平均值。

遇到高血压或两侧桡动脉搏动不一致者，应测量四肢血压。下肢血压多选腘动脉，测量时仰卧位，采用宽袖带血压计测量。血压测量完成后将袖带解下、排气，并完整地放入血压计盒内。向右侧倾斜血压计汞柱约45°，使玻璃管中水银完全进入水银槽后，关闭汞柱开关和血压计，整理好袖带。血压正常值：90~139/60~89mmHg。

6. 观察受检者的发育、营养、面容、表情和意识等一般状态。

发育：一般判断成人发育正常的指标包括：两上肢展开的长度约等于身高；坐高等于下肢的长度；头部的长度为身高1/7~1/8；胸围为身高的1/2。

营养状态：一般根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况进行综合判断。最简便迅速的检查方法是观察皮下脂肪充实的程度。

面容与表情：健康人表情自然，神态安怡。患病后常出现痛苦、忧虑或疲惫的面容。

意识状态：一般采用问诊法，通过与病人交谈了解其思维、反应、情感活动、定向力等。

## 二、头部

1. 观察头发、头颅外形，小儿应注意囟门闭合情况。

头颅的检查应注意大小、外形与活动情况。头颅的大小以头围来衡量，测量时用软尺自眉间绕至颅后，通过枕骨粗隆绕头一周。

2. 触诊头颅有无压痛、包块及损伤等。

3. 观察眉毛有无脱落，眼睑有无水肿、下垂，分别翻转上、下眼睑，观察上下睑结膜、穹窿结膜、球结膜及巩膜有无水肿、充血、苍白、出血点和滤泡颗粒，巩膜有无黄染，角膜有无浑浊、疤痕、溃疡、云翳等。一般先左后右。

翻转上眼睑手法：嘱受检者向下看，右手食指、拇指捏住左上睑中部下缘轻轻向下牵拉，食指压迫睑板上缘，配合拇指向上捻转，提起上睑中部的边缘，使眼睑翻转复原。同法检查右

眼。

下眼睑检查法：双手拇指置于下睑中部，嘱受检者向上看，同时向下牵拉下睑边缘。

4. 观察眼球的外形有无突出或凹陷、双侧瞳孔是否等大等圆。

5. 取手电筒，检查左右瞳孔的直接和间接对光反射。正常人瞳孔直径为3~4mm，两侧等大等圆，对光反射灵敏。

直接对光反射：先左侧，受检者目视前方，遮右眼，光源自侧方迅速照射左侧瞳孔，观察左侧瞳孔是否缩小，同法检测右侧瞳孔。

间接对光反射：嘱受检者用手隔开双眼，再次用光源直接照射左侧瞳孔，并观察右侧瞳孔是否缩小，同法检查右侧瞳孔的间接对光反射。

6. 检查左右眼球运动。

左手固定头部，右手示指距离受检者左眼30~40cm，按水平向外→外上→外下→水平向内→内上→内下，共6个方向进行，检查每个方向时均从中位开始，观察受检者眼球有无运动障碍和震颤。同法检查右眼运动。

7. 检查集合反射。

右手食指自1米外，移向受检者眼前5—10cm处，观察瞳孔是否缩小，两侧眼球是否内向聚合。以“灵敏”“迟钝”“消失”记录。

8. 检查角膜反射。

用右手拿棉签，用细毛尖端从侧方轻轻触及受检者角膜边缘，观察两侧眼睑是否立即闭合。用“存在”“消失”记录。清醒受检者不查角膜反射。

9. 检查耳廓，有无畸形、结节或压痛，观察外耳道的皮肤有无溢液，检查乳突有无压痛，先左后右。

左侧外耳道检查手法：请受检者头部转向右侧，将左手拇指放在耳屏前方向前牵拉，右手中指和环指将耳廓向后上方牵拉，拇指和食指持手电筒。同法检查右侧外耳道。

10. 检查鼻部外形和皮肤：观察鼻前庭和鼻腔，左手拇指将鼻尖向上推，借助手电光观察，注意有无鼻中隔偏曲、出血、鼻道阻塞等；用手指压闭一侧鼻翼，嘱受检者呼吸，检查两侧鼻通气情况。

11. 触压双侧额窦、筛窦和上颌窦。

用双手固定于受检者的两颞部，将拇指置于眶上缘内侧同时向后向上按压，询问有无压痛，两侧有无差别。将手下移，先用右手拇指置于受检者鼻根部与左眼内眦之间，向后内方按压，

询问有无压痛；接着用左手拇指置于鼻根部与右眼内眦之间，向后上方按压，询问有无压痛。再将两手下移，拇指置于颧弓部，同时向后按压，询问有无压痛，两侧有无差别。

### 12. 检查口腔。

观察口唇色泽，有无疱疹、口角糜烂等；取手电筒和用消毒压舌板，观察口腔粘膜、牙齿、轻轻压迫牙龈，注意有无出血和溢脓。

扁桃体检查：嘱受检者张大口并发“a”音，手持压舌板的后1/3，在舌前2/3和舌后1/3交界处迅速下压，借助手电观察扁桃体、咽后壁、软腭、软腭弓、悬雍垂，注意有无黏膜充血、出血、红肿淋巴滤泡增生等；对增大的扁桃体应分度，并注意有无分泌物。

请受检者伸舌，观察舌体、舌苔、伸舌运动、鼓腮、示齿动作。

## 三、颈部

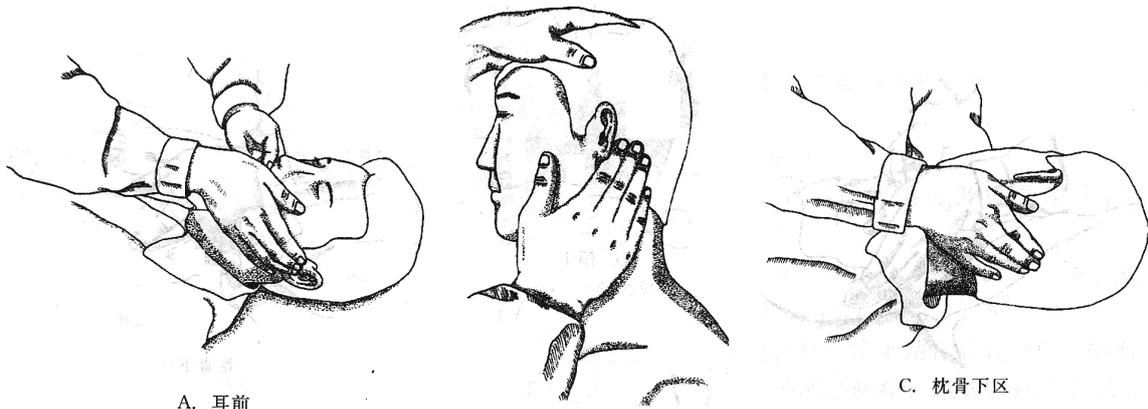
### 1. 颈部视诊。

解开衣领，充分暴露受检者颈部。观察颈部皮肤，有无颈静脉怒张、搏动和颈动脉搏动，先左后右。观察甲状腺是否肿大、对称。

颈静脉：视诊正常人颈外静脉充盈水平限于锁骨上缘到下颌角距离的下2/3以内。取30~45°的半卧位时静脉充盈度超过正常为颈静脉怒张。

2. 按顺序触诊颈部淋巴结：耳前→耳后→乳突区→枕后→颌下→颏下→颈前→颈后→锁骨上淋巴结。

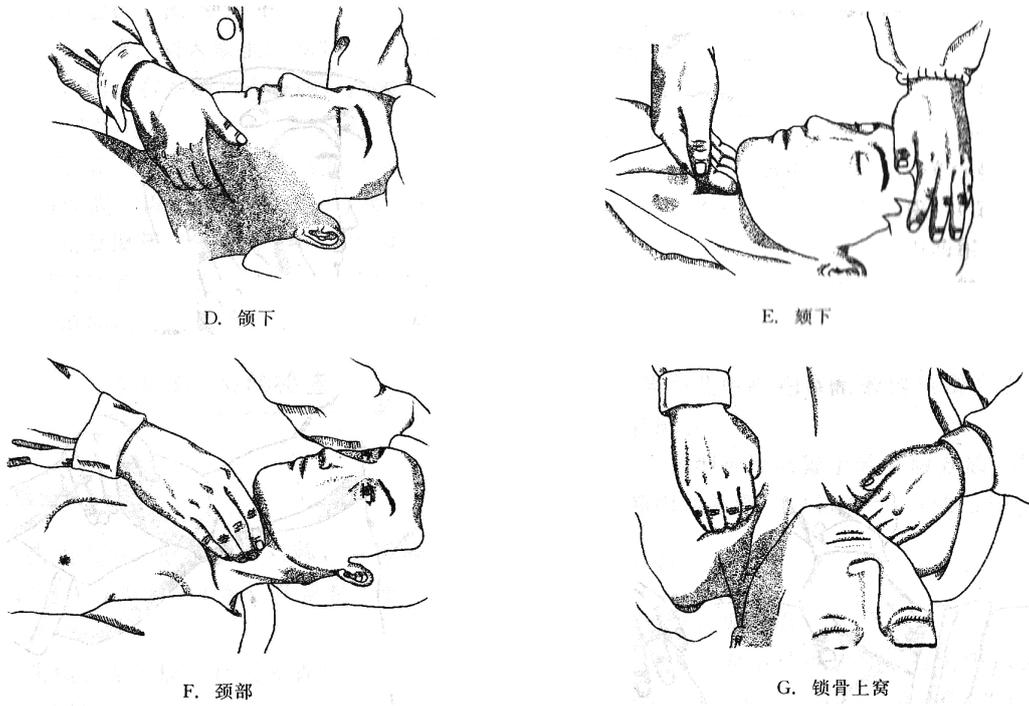
用双手滑动触诊耳前、耳后、乳突区淋巴结。请受检者将头转向右侧，用右手触诊枕骨下区的枕后淋巴结。头部还原，检查者双手检查两侧颌下淋巴结及颏下淋巴结。接着在颈前三角区滑动触摸，后在颈后三角区沿胸锁乳突肌后缘触诊（检查颈前和颈后淋巴结应先左后右，单侧检查，避免双侧同时检查按压颈动脉窦）。请受检者头部向前屈，用双手在锁骨上窝内由浅部逐渐触摸至深部，检查锁骨上淋巴结。检查时注意淋巴结的部位、大小、数目、硬度、有无压痛、粘连、有无红肿、疤痕、瘰管等。



A. 耳前

B. 耳后

C. 枕骨下区

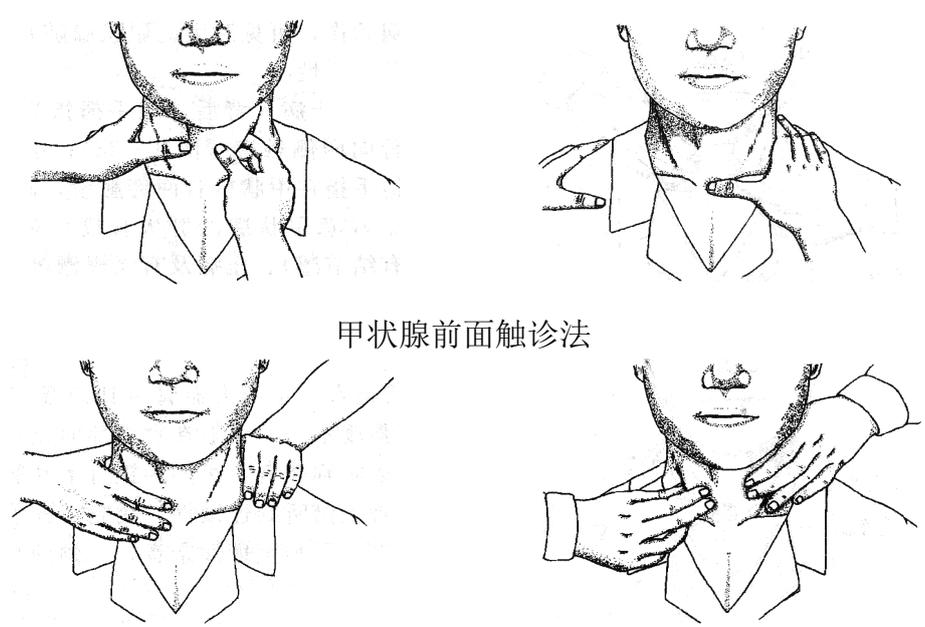


### 颈部淋巴结触诊

#### 3. 触诊甲状腺峡部和左右叶。

峡部触诊：右手拇指在胸骨上切迹向上触摸，同时请受检者作吞咽动作。

左右叶触诊：用左手拇指在甲状软骨下气管右侧向对侧轻推，右手示指、中指和环指在左胸锁乳突肌后缘向前轻推，右手拇指在气管旁滑动触摸，同时请受检者作吞咽动作，检查甲状腺的轮廓大小及表面情况，有无肿块和震颤。同法检查甲状腺右叶。



### 甲状腺前面触诊法

### 甲状腺后面触诊法

#### 4. 触诊气管位置。

受检者取坐位或仰卧位，头部自然直立，食指、环指分别置于两侧胸锁关节，中指置于气管上，判断气管有无移位。

5. 听诊颈部血管性杂音，先左后右。若甲状腺肿大，须将听诊器放在肿大的甲状腺上，注意有无连续性静脉“嗡鸣音”或收缩期杂音。

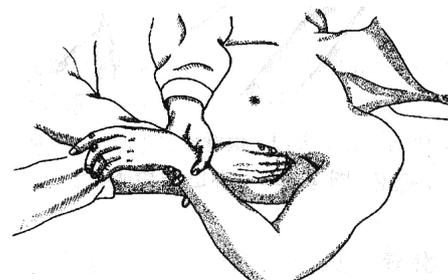
### 四、前胸部和肺部

#### 1. 胸部视诊。

暴露受检者胸部，观察前胸部皮肤，胸壁静脉有无曲张；两侧呼吸运动是否对称，注意其类型、频率、节律以及深度；肋间隙宽度有无异常；蹲下观察胸廓外形有无异常；视诊两侧乳房、乳头位置、大小和对称性。

#### 2. 触诊腋窝淋巴结。

先检查左侧，左手扶着受检者左前臂，屈肘外展抬高约45度，然后右手指并拢，掌面贴近胸壁向上直达腋窝顶部，手臂放下靠拢身体，由浅入深滑动触诊。然后依次触诊腋窝前壁、内侧壁、后壁。触诊腋窝前壁时，注意拇指和四指的配合。再翻掌向外，触诊腋窝外侧壁。左手检查右腋窝淋巴结，方法同前。



触诊腋窝淋巴结

#### 3. 触诊胸廓。

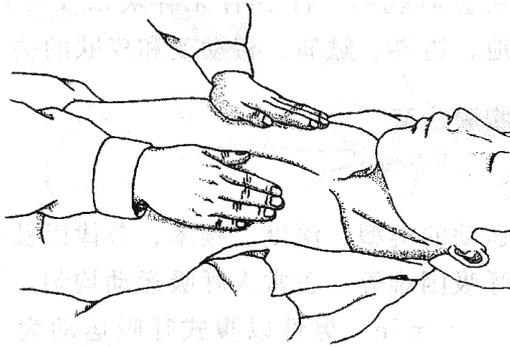
双手按压受检者胸廓两侧，了解胸廓的弹性。用手掌分别触压胸廓左右上、中、下三个部位，检查皮下气肿、胸壁压痛；用拇指按压胸骨柄和胸骨体的中、下部检查有无胸骨压痛。女性则常规触诊乳房，先左侧后右侧，先健侧后患侧。按外上→外下→内下→内上→乳头，由浅入深，旋转滑动触诊，以触及肋骨而不引起疼痛为度，注意有无红肿热痛和包块；检查乳头、乳晕。用拇指和食指同时轻压乳头两侧对称部位，注意有无硬结、分泌物。

#### 4. 检查胸廓扩张度。

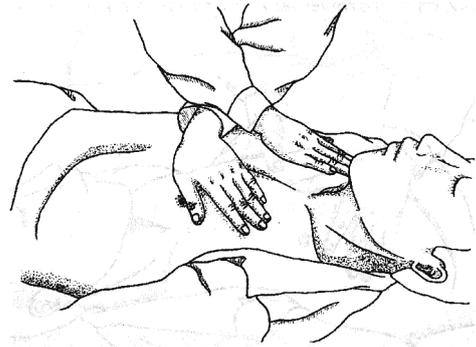
两手掌及伸展的手指置于受检者胸廓前下部的对称位置，左右拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，两拇指间距约2cm。然后嘱受检者做深呼吸动作，比较双手移动度是否一致。

#### 5. 触诊语音震颤。

将双手尺侧缘或掌面置于受检者胸部上、中、下三部位的对称位置，嘱其以同等强度发“yi”长音，并双手交换检查，以排除双手感觉的误差。比较两侧相应部位，注意有无增强或减弱。



前胸



两手交叉检查前胸

### 触诊语音震颤

#### 6. 触诊胸膜摩擦感。

双手掌置于受检者胸廓下前侧部（一般在腋中线第5~6肋间），嘱其深吸气，感觉有无吸气和呼气双相的粗糙摩擦感（如皮革相互摩擦的感觉）。

#### 7. 检查胸部叩诊音分布。

以受检者胸骨角为标记，确定肋间隙。扳指与肋骨平行，由第1肋间至第4肋间，按由外向内、自上而下、两侧对照的原则叩诊，注意叩诊音及扳指震动感的变化。

#### 8. 肺下界叩诊。

按右锁骨中线、左腋中线、右腋中线顺序叩三条线。受检者平静呼吸，检查者扳指贴于肋间隙，自上而下，由清音叩到实音时翻转扳指，取扳指中部用标记笔做标记，计数肋间隙并记录。在右锁骨中线叩诊时，注意区分肝上界和肺下界：由清音变为浊音时为肝上界；继续向下叩诊，由浊音变为实音时为肺下界。

#### 9. 肺部听诊。

按锁骨中线、腋前线和腋中线三条线，上、中、下各三个部位，左右对称（共18个）听诊。必要时嘱受检者作深吸气动作，比较两侧呼吸音有无异常变化，有无附加音（干、湿啰音）。

#### 10. 听诊语音共振。

嘱受检者以一致的声音强度重复发“yi”长音，取上、中、下三个部位，从内向外，两侧对照，注意有无增强或减弱。

#### 11. 听诊胸膜摩擦音。嘱受检者深吸气，在前下侧胸壁听诊。

## 五、心脏

1. 视诊。检查者下蹲以切线方向观察，注意心尖搏动的位置、强弱、范围，有无心前区隆起及心前区异常搏动。

2. 触诊心尖搏动、心前区异常搏动（包括剑突下搏动）和震颤。

用手掌在受检者心前区触诊，注意心尖搏动的位置和有无震颤。右手食指和中指并拢，用指腹确定心尖搏动的位置、范围，有无弥散、抬举性搏动；注意有无心前区的异常搏动（包括剑突下）。然后用手掌在各瓣膜听诊区和胸骨左缘触诊，必要时用手掌小鱼际确定震颤的具体位置，判定收缩期还是舒张期。

3. 触诊心包摩擦感。在受检者胸骨左缘第 3、4 肋间用手掌小鱼际触诊。

4. 叩诊心浊音界。

先叩左界，从受检者心尖搏动最强点外侧 2~3cm 处开始，沿肋间隙由外向内，在由清音变相对浊音处翻转扳指，在扳指中点处作标记，如此自下而上叩至第 2 肋间。叩右界则沿右锁骨中线，自上而下，叩至相对浊音为肝上界，于其上一肋间（一般为第四肋间）由外向内叩出浊音界，自下而上叩至第 2 肋间；然后用直尺测量左右心浊音界各标记点距前正中线的垂直距离和左锁骨中线与前正中线间的距离。记录方法：

正常成人心相对浊音界

右界(cm)	肋间	左界(cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5~4.5
3~4	IV	5~6
	V	7~9

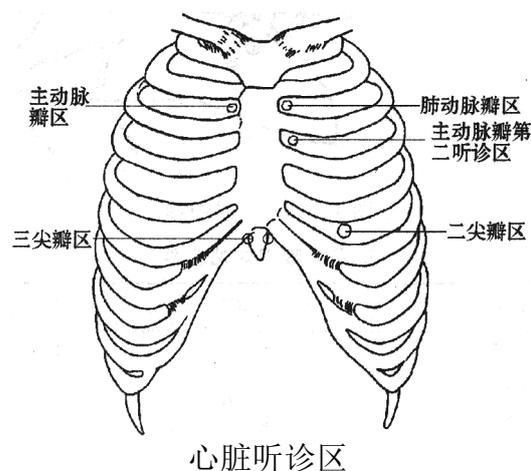
注：左锁骨中线距胸骨中线为 8~10cm

5. 心脏听诊。

先将听诊器体件置于受检者心尖搏动最强的部位。听诊心率（1 分钟）、心律、心音（强度改变、心音分裂、额外心音）、杂音。然后依次在肺动脉瓣区（胸骨左缘第二肋间）、主动脉瓣区（胸骨右缘第二肋间）、主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第三肋间）、三尖瓣区听诊（胸骨左缘第四、五肋间）。

46. 听诊心包摩擦音。在受检者胸骨左缘第 3、4 肋间听诊，是否存在音质粗糙、高音调、搔抓样、比较表浅，类似纸张摩擦的声音。

六、背部。嘱受检者坐起，双手抱膝，暴露背部。



1. 视诊皮肤、呼吸运动。

2. 触诊胸廓扩张度。

双拇指在第 10 肋水平，对称性地把手掌放在背部两侧，两拇指间距约 2cm，两手向脊柱方向推挤，使皮肤松弛致双手大拇指掌侧缘平行；然后嘱受检者作深呼吸动作，比较两侧呼吸运动是否一致。

3. 触诊语音震颤。

两手掌置肩胛下区对称部位，请受检者发“yi”长音，然后两手交换，请受检者以相等强度重复发“yi”长音，比较两侧是否相等。

4. 背部叩诊。

受检者双手交叉抱肘，身体略向前倾。肩胛间区脊柱两侧上下共 4 个部位，左右腋后线、左右肩胛线共 8 个部位，先左后右进行叩诊。

5. 叩诊肺下界和肺下界移动范围。

请受检者上臂自然下垂贴于胸侧壁，检查者握其肘，稍作内收外展的动作，另一手触摸确定肩胛下角。然后沿左肩胛线自上而下，叩出平静呼吸时的肺下界。嘱受检者作深吸气后屏住呼吸，迅速自上而下叩至浊音区，翻转板指，在其中点作一标记，即为肩胛线上肺下界的最低点。恢复平静呼吸，同样先于肩胛线上叩出平静呼吸时的肺下界，再嘱其深呼气后屏气，然后由下向上叩诊，直至浊音变为清音，翻转板指，再作标记即为肩胛线上肺下界的最高点，嘱受检者恢复正常呼吸。用直尺测量两个标记间的距离并记录，即为肺下界的移动范围。同法叩诊右侧。

6. 背部听诊。

在受检者肩胛间区脊柱两侧上下共 4 个部位，左右腋后线、左右肩胛线共 8 个部位，共 12 个听诊区，双侧对照听诊，注意呼吸音是否正常，有无干、湿啰音。

7. 听诊语音共振。

嘱受检者以相同的语音强度发“yi”长音，在肩胛间区脊柱两侧和肩胛下区左右共 4 点，比较两侧有无增强或减弱。

8. 检查肋脊点、肋腰点压痛和左右肾区叩击痛。

肋脊点：用双手拇指按压背部第 12 肋与脊柱夹角的顶点，同时询问受检者有无疼痛。

肋腰点：用双手拇指按压背部第 12 肋与腰大肌外缘的夹角顶点，同时询问受检者有无疼痛。

肾区叩击痛：用左手掌平放在左肋脊角处，右手握拳用轻到中等的力量叩击左手背，询问受检者有无疼痛。同法检查右侧。

#### 9. 观察脊柱的活动度。

请受检者前后左右活动颈部及腰部，注意有无活动受限。

#### 10. 检查脊柱弯曲度、压痛、叩击痛。

脊柱弯曲度：用手指沿受检者脊柱的棘突用适当的压力从上向下划，观察划压后皮肤出现的红色充血线，判断有无脊柱侧弯。

压痛：用拇指自上而下逐个按压受检者脊柱棘突及椎突肌直至骶部，询问有无压痛。

叩击痛：先用间接叩击法，再用直接叩击法。

间接叩击法：受检者坐正，检查者将左手掌置于受检者头顶部，右手半握拳叩击左手背，询问受检者有无疼痛，疼痛部位多示病变部位。

直接叩击法：用叩诊锤直接叩击胸椎和腰椎的棘突，询问受检者有无叩击痛。（以第七颈椎为骨性标记计数病变椎体的位置）

### 七、腹部 受检者去枕仰卧位，充分暴露腹部。

#### 1. 视诊：检查者蹲下平视，腹部外形、皮肤、呼吸运动、腹壁静脉曲张、胃肠型或蠕动波。

腹壁静脉曲张或怒张多见于门静脉、上腔静脉、下腔静脉三大静脉主干阻塞压力增高而引起的侧支循环。检查时应注意腹壁静脉曲张出现的部位和血流方向。门静脉高压时脐周围静脉显著扩张和曲张，并以脐为中心向上下方向散开；上腔静脉阻塞时血流方向向下；下腔静脉阻塞血流方向自下向上。

腹部触诊，请受检者曲髋屈膝，使腹肌松弛。

#### 2. 腹部浅触诊。

一般自左下腹开始滑行触诊，然后沿逆时针方向移动，同时观察受检者的反应和表情，注意腹壁紧张度、抵抗感、表浅的压痛、包块、搏动和腹壁上的肿块。用手指尖深压 McBurney 点（脐与右侧髂前上棘连线中、外 1/3 交界处），停留片刻后突然将手抬起，以检查有无反跳痛。

#### 3. 腹部深触诊。

左手与右手重叠，以并拢的手指末端逐渐加压触摸深部脏器，一般自左下腹开始，按逆时针方向进行。如触及包块，需注意其位置、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度以及与腹壁的关系。

#### 4. 肝脏触诊。

嘱受检者张口做腹式呼吸，检查者用左手拇指置于季肋部，其余四指置于背部，右手三指并拢，掌指关节伸直，与肋缘大致平行地放在右髂窝，沿右锁骨中线，呼气时手指压向腹深部，吸气时手指向前迎触下移的肝缘。如此反复进行中，手指逐渐向肋缘滑行移动，直至触及肝缘或肋缘。注意吸气时手指上抬的速度要落后于腹壁的抬起。如果肋下触及肝脏，必要时应在右锁骨中线叩出肝上界并测量肝脏的上下径，以排除肝脏下移。除了测量肝脏的大小外，还要注意其质地、表面、边缘、压痛、搏动感等。肝脏肿大者做肝颈静脉回流征检查，即用手掌压迫右上腹，观察颈静脉，如出现颈静脉怒张更加明显，为肝颈静脉回流征阳性。

#### 5. 在前正中线触诊肝脏。

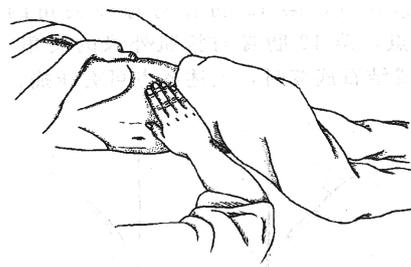
一般从受检者脐部开始，自下向上滑行移动，与呼吸运动配合，测量肝缘与剑突根部间的距离。

#### 6. 脾脏触诊。

左手掌置于受检者左腰部第9~11肋处，右手掌与左肋弓垂直，自脐部开始，两手配合，随呼吸运动深部滑行向肋弓方向触诊脾脏，直至触及脾缘或左肋缘。触诊不满意时，可嘱受检者右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈曲再做触诊。如脾脏肿大，则测量甲乙线、甲丙线和丁戊线。在左锁骨中线上测量左肋弓缘至脾下缘间的距离（以厘米表示），为“Ⅰ”线，也称AB线。“Ⅱ”线又叫AC线，为左锁骨中线与左肋弓交点到最远脾尖之间的距离。“Ⅲ”线又称DE线，表示脾右缘到正中线的距离。如脾肿大超过正中线，测量脾右缘到正中线的最大距离，以正数表示，未超过正中线则以负数表示。



平卧位



右侧卧位

脾脏触诊

#### 7. Murphy 征检查。

检查者以左手掌平放于受检者右季肋区下部，用拇指勾压右侧腹直肌外缘与肋弓交界处，

其余四指与肋骨交叉，嘱作深吸气，同时注意受检者的面部表情，询问有无疼痛。因疼痛而终止呼吸动作为阳性。

8. 双手拇指依次深压受检者季肋点、上输尿管点和中输尿管点。

季肋点：两侧肋弓第十肋下缘偏内。

上输尿管点：脐水平与腹直肌外缘交点处。

中输尿管点：髂前上棘水平与腹直肌外缘交点处。

9. 检查肝区叩击痛。

左手掌平放于右季肋区，右手握拳用轻到中等力量叩击左手背，询问受检者有无疼痛。

10. 检查液波震颤。

左手掌轻贴受检者右侧腹壁，右手四指并拢屈曲，用指腹部叩击左侧腹壁，如左手掌有波动感，为排除腹壁本身振动的传导，请受检者或助手用右手掌尺侧缘压在脐部腹正中线上，再叩击对侧腹壁。同法检查对侧腹壁。

11. 检查振水音。

左耳凑近受检者上腹部，食指、中指、环指并拢置于上腹部，手指与腹部呈 70 度做数次急速有力的冲击动作，如闻及气体和液体相撞击的声音即为振水音阳性。

12. 检查腹部叩诊音分布。

从受检者左下腹开始，以逆时针方向叩诊，注意有无异常浊音或实音。

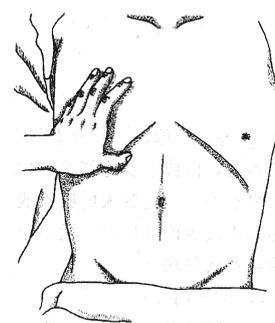
13. 叩诊移动性浊音。

从受检者脐部开始，沿脐水平向左侧方向移动，叩及浊音时，板指位置固定，嘱受检者右侧卧位，稍停片刻，重新叩诊该处，听取音调是否为鼓音；然后向右侧移动叩诊，直达浊音区，叩诊板指固定位置；嘱受检者向左侧翻身 180° 呈左侧卧位，停留片刻后再次叩诊，如出现浊音区随体位移动而变动的现象则为阳性。

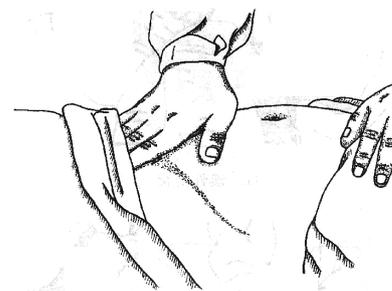
14. 右下腹听诊肠鸣音（1 分钟）。正常情况下肠鸣音每分钟 4~5 次；每分钟 10 次以上为肠鸣音亢进；3~5 分钟一次为肠鸣音减弱；听不到肠鸣音则称为肠鸣音消失。

15. 听诊有无血管杂音。在受检者脐部和脐上两侧听诊。（因触诊和叩诊可能影响肠鸣音的活跃程度，腹部检查按视、听、触、叩的顺序进行。）

16. 触诊两侧腹股沟淋巴结、股动脉搏动。



Murphy 征检查



触诊腹股沟淋巴结

17. 听诊股动脉有无射枪音和 Duroziez 双重杂音。听诊器体件置于受检者股动脉上听诊。

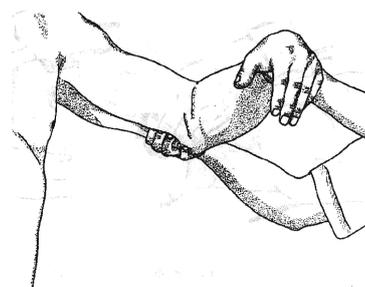
18. 检查上、中、下腹壁反射。用棉签分别沿受检者肋弓、脐水平、腹股沟，由外向内轻划刺激腹壁，先左后右，观察有无局部腹肌收缩。

## 八、四肢及部分神经反射

1. 视诊上肢皮肤、关节、手指及指甲（盖好被子）。

2. 检查皮肤弹性，触诊左右滑车上淋巴结。

用食指和中指捏起受检者上臂内侧肘上 3~4cm 处皮肤，数秒后放开，正常人迅速恢复，如恢复缓慢，提示皮肤弹性差。然后触诊左右滑车上淋巴结：用左手托起受检者左手前臂并屈肘 90 度，以右手小指固定在受检者的肱骨内上髁骨，食指、中指、环指并拢，在其上 3~4cm 的肱二、三头肌的肌间沟内，纵行、横行滑动触诊，换手检查右侧。



触诊滑车上淋巴结

3. 触诊双侧桡动脉搏动、有无交替脉、奇脉、水冲脉和毛细血管征。检查水冲脉时，用左手手指掌侧紧握受检者右手腕桡动脉处，若取坐位，将受检者前臂抬高过头；若取卧位，将受试者前臂抬高过肩。

4. 检查左右上肢运动功能和肌力。

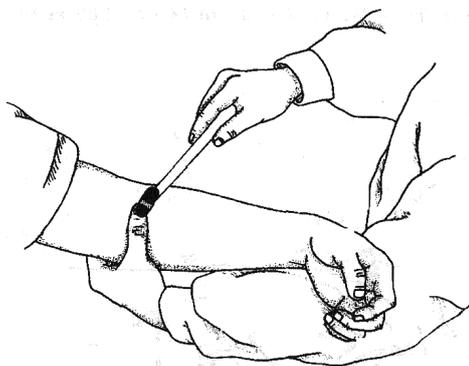
受检者活动上肢，观察有无运动功能障碍或异常。

右手置于受检者右前臂内侧，嘱其作屈肘动作；右手置于受检者左前臂外侧，嘱其作伸肘动作，观察肌肉克服阻力的力量，即肌力。同法检查右前臂肌力，并与左侧比较。

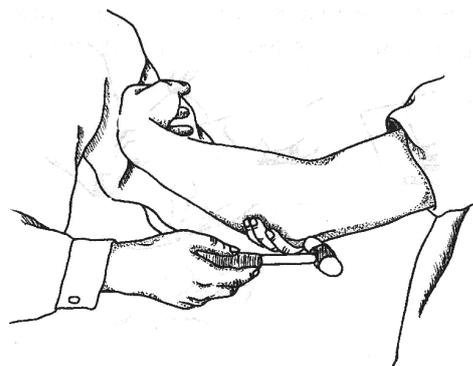
受检者握紧检查者食指、中指、环指，检查者用力回抽，比较两侧握力。

5. 检查上肢生理反射和病理反射。

肱二头肌反射：左手托受检者屈曲的肘部，将大拇指置于肱二头肌肌腱上，然后用叩诊锤叩击拇指指甲，观察前臂的屈曲动作。



肱二头肌反射

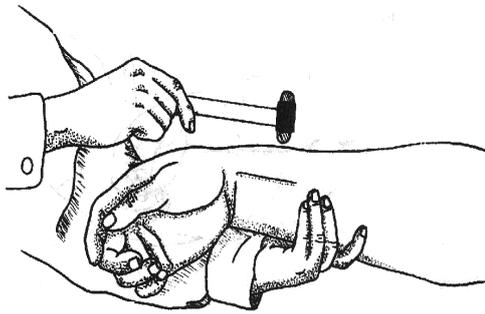


肱三头肌反射

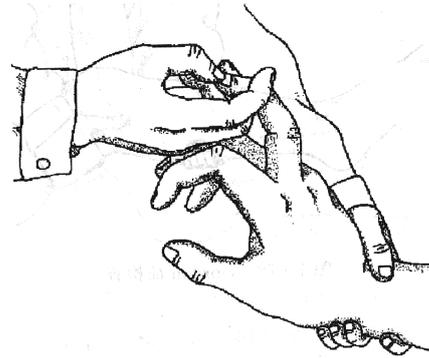
肱三头肌反射:左手托受检者屈曲的肘部,用叩诊锤直接叩击鹰嘴突上方的肱三头肌肌腱,观察前臂的伸展运动。

桡骨膜反射:检查者握住受检者前臂,受检者腕部侧面向上,并使腕关节自然下垂,用叩诊锤直接叩击桡骨茎突上方,观察前臂前旋、屈肘动作。

Hoffmann 征检查:左手握受检者腕关节上方,右手以中指和食指夹持受检者中指,稍向上提,使腕部处于轻度过伸位,然后拇指迅速弹刮受检者中指甲,如其余四指有轻微的掌屈动作,则为阳性。



桡骨膜反射



Hoffmann 征

6. 视诊双下肢皮肤、下肢静脉、关节、踝部及趾甲。

7. (屈膝)触摸腘窝淋巴结,触诊压陷性水肿(胫骨前缘内侧)。先检查左下肢,后查右下肢。触摸两侧足背动脉。

8. 检查左右下肢运动功能和肌力。

受检者活动下肢,观察有无运动功能障碍。

用手握住小腿下部,嘱其作曲腿动作,两侧比较。

用手置于受检者胫骨下方,请受检者做伸膝动作,两侧比较。

9. 下肢生理反射和病理反射检查。

膝反射:用左手在腘窝处托起下肢,使髌、膝关节稍屈,然后用叩诊锤叩击髌骨下方的股四头肌肌腱,观察小腿的伸展运动,先左后右。

跟腱反射:使受检者髌、膝关节稍屈,下肢外旋外展位,用左手托起受检者足掌,使足过伸位,然后以叩诊锤叩击跟腱,观察足向跖面屈曲运动,同法检查右侧。

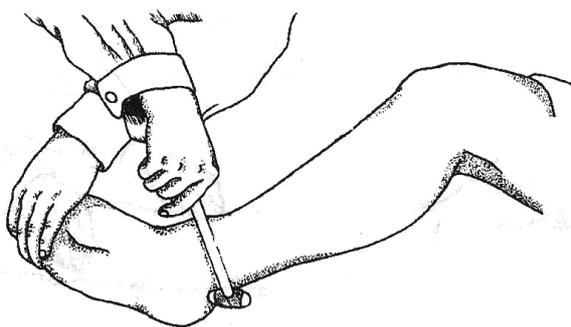
Babinski 征:嘱受检者仰卧,髌及膝关节伸直,以手持受检者踝部,用叩诊锤柄或钝头棉签沿足底外侧缘,由后向前划至小趾趾掌关节处再转向大拇趾侧,正常表现为足趾跖屈(即

跖反射)，阳性表现为拇趾缓缓背伸，其他四趾呈扇形分开。

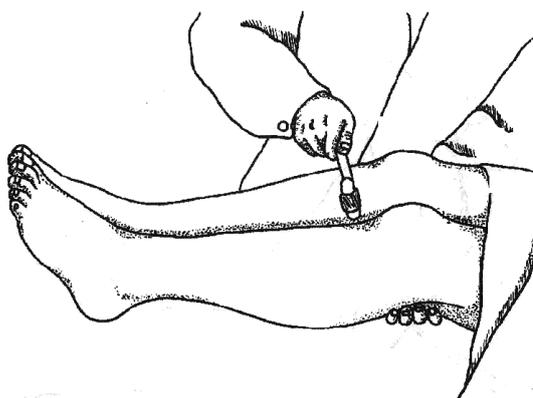
Chaddock 征：用棉签在外踝的下方由后向前划至跖趾关节处为止，阳性表现同 Babinski 征。

Oppenheim 征：用拇指和中指或食指和中指沿受检者胫骨前缘用力由上向下滑压。阳性表现同 Babinski 征。

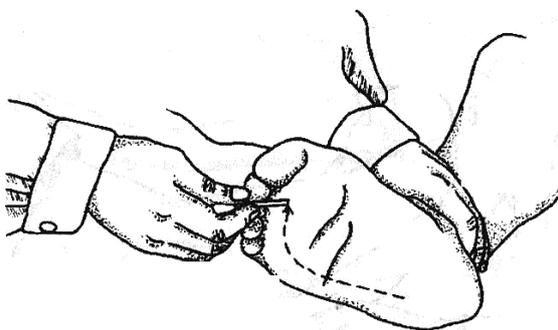
Gordon 征：将膝部稍抬起，右手拇指及其他四指分置于腓肠肌部位，然后用适度的力量捏压，阳性表现同 Babinski 征。



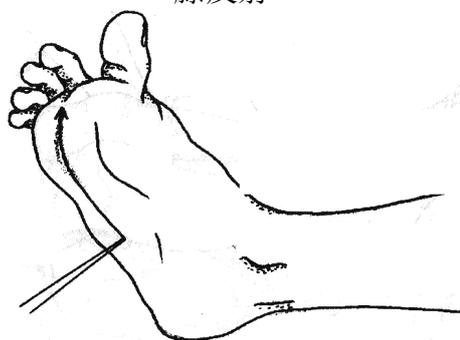
跟腱反射



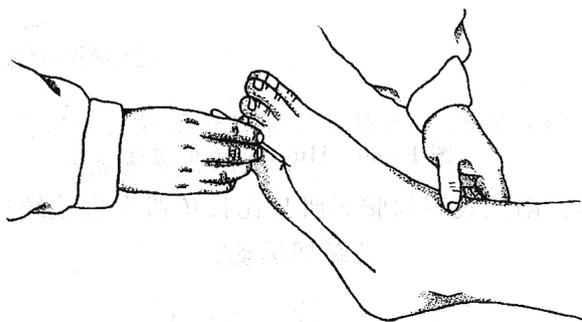
膝反射



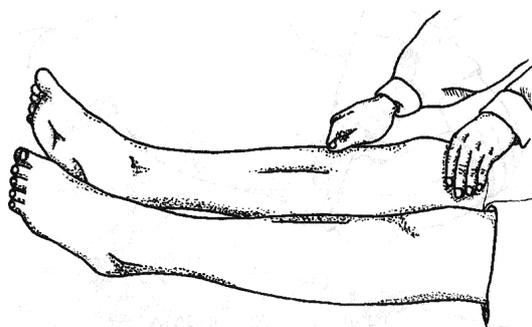
Babinski 征



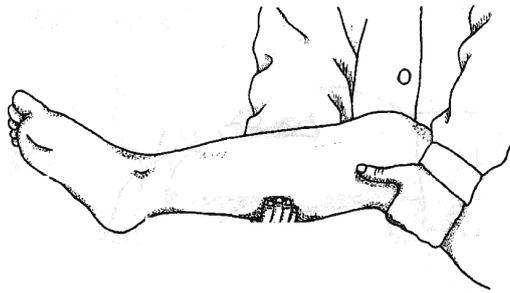
Babinski 征阳性



Chaddock 征



Oppenheim 征



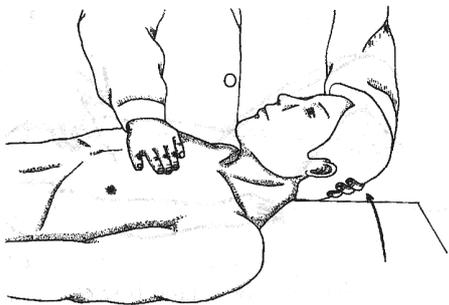
Gordon 征

#### 10. 脑膜刺激征检查

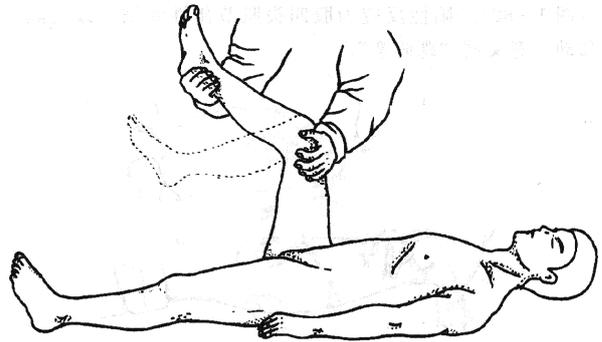
颈项强直：受检者去枕平卧，下肢自然伸直，颈部放松。左手托住受检者枕部，右手放在其胸前，左手使受检者头部做被动屈颈动作，若感觉到抵抗力增强，即为阳性。

Kernig 征：先使受检者一侧髋、膝关节屈曲成直角，左手置于膝关节上，右手置于踝部并抬高小腿。若受检者伸膝受限，伴有疼痛与屈肌痉挛，即为阳性。

Brudzinski 征：受检者去枕平卧，下肢自然伸直，颈部放松。左手托住受检者枕部，右手放在其胸前，左手使受检者头部做被动屈颈动作，若双髋与膝关节同时屈曲，则为阳性。



测试颈项强直



Kernig 征

九、盖好被子，收拾完毕后，感谢受检者的配合，并道别。

## 内（儿）科操作规范

### 一、胸膜腔穿刺术

#### （一）适应证与禁忌证

适应证：

1.诊断性穿刺：主要用于采取胸腔积液，从而可进行胸腔积液的常规、生化、微生物学以及细胞学检测，明确积液的性质，寻找引起积液的病因。

2.治疗性

（1）抽出胸膜腔内的积液、积气，减轻液体和气体对肺组织的压迫，使肺组织复张，缓解病人的呼吸困难等症状。

（2）抽吸胸膜腔的脓液，进行胸腔冲洗，治疗脓胸。

（3）胸膜腔给药，可向胸腔注入抗生素，促进胸膜粘连药物以及抗癌药物等。

禁忌证：

- 1.体质衰弱、病情危重难以耐受穿刺术者。
- 2.对麻醉药过敏。
- 3.凝血功能障碍，严重出血倾向的病人，在未纠正前不宜穿刺。
- 4.有精神疾病或者不合作者。
- 5.疑为胸腔棘球蚴病病人，穿刺可引起感染扩散，不宜穿刺。
- 6.穿刺部位或附近有感染。

#### （二）术前准备

- 1.了解、评估病人病情，进行必要的体格检查。
- 2.与病人家属谈话，告知检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。
- 3.准备器械：胸腔穿刺包、无菌胸腔引流管及引流瓶、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。

4.术者洗手，戴口罩、帽子。

#### （三）操作方法

1.嘱患者取坐位面向椅背，两前臂置于椅背上，前额伏于前臂上。不能起床或气胸者可取半坐位，患者前臂上举抱于枕部。

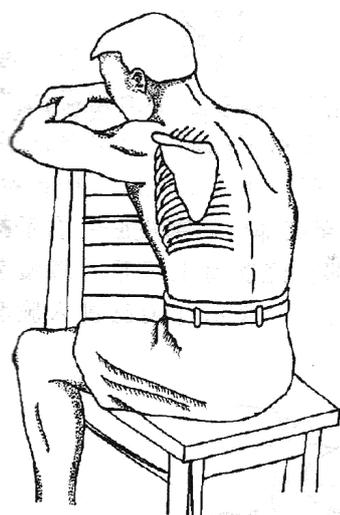
2.穿刺点选在胸部叩诊实音最明显部位进行，一般选择肩胛线或腋后线第7~8肋间；有

时也选腋中线第 6~7 肋间或腋前线第 5 肋间为穿刺点。包裹性积液可结合 X 线或超声检查确定，穿刺点用蘸甲紫（龙胆紫）的棉签在皮肤上标记。气胸抽气减压一般选取患侧锁骨中线第 2 肋间偏外侧或腋中线 4~5 肋间。

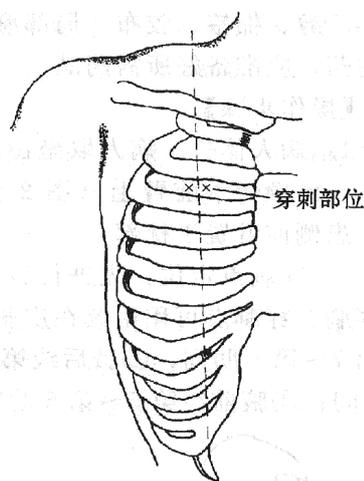
3.常规消毒皮肤，打开胸腔穿刺包，戴无菌手套，覆盖消毒洞巾。检查穿刺包内物品，注意胸穿针与抽液用注射器连接后检查是否通畅，同时检查是否有漏气情况。

4.助手协助检查并打开 2%利多卡因，术者以 5ml 注射器抽取 2%利多卡因 2~3ml，一手持纱布，另一手操作在穿刺点部位由表皮至胸膜壁层进行局部浸润麻醉。如穿刺点为肩胛线或腋后线，应沿下肋上缘进针；如穿刺点为腋前线或腋中线，则取两肋之间进针。

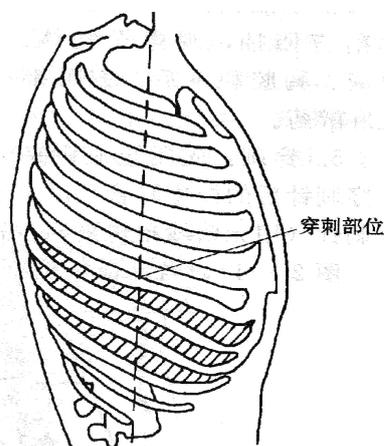
麻醉时注意事项：①麻醉剂字面向上，双人核对②针头勿与瓶口周围接触③注射之前将气泡排尽。



胸腔积液穿刺体位



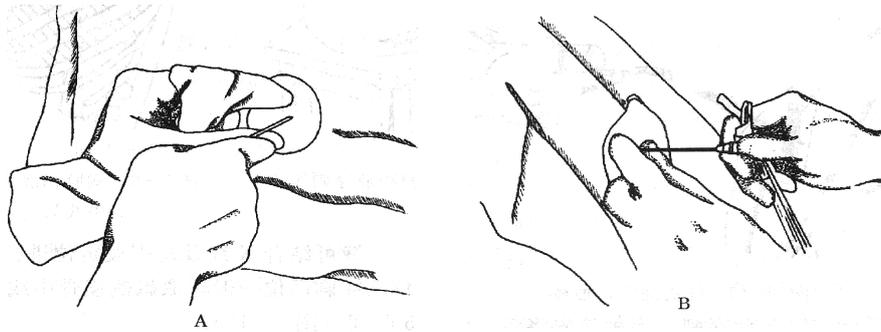
气胸穿刺部位  
(锁骨中线第 2 肋间)



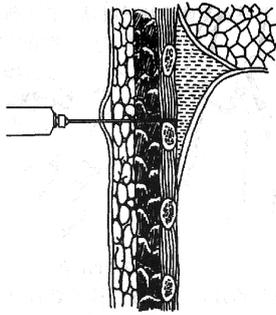
胸腔积液穿刺部位  
(腋中线第 6~7 肋间)

5.术者以左手示指与拇指固定穿刺部位的皮肤，右手将穿刺针（针尾橡皮管用血管钳或开关夹闭，保证闭合紧密不漏气）沿麻醉处缓缓刺入，当针锋抵抗感突然消失时，表示已穿过胸膜壁层，取注射器接上橡皮管，松开血管钳或开关进行抽液。操作者及助手一人用血管钳固定穿刺针，以防刺入过深损伤肺组织，一人进行抽液（注射器抽满后注意夹闭血管钳或关闭开关）。注意记录液量并送检（常规、生化、免疫、病原学及病理检查等；第一管穿刺液不送常规检查）。

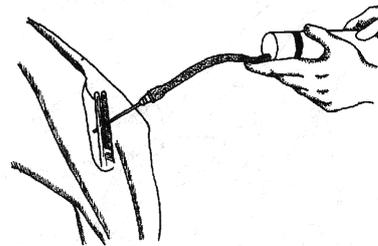
6.抽液结束拔出穿刺针，覆盖无菌纱布，稍用力压迫片刻，消毒，用胶布固定后嘱患者静卧 2 小时，保持伤口干燥 3 天。再次测量血压。



胸膜腔穿刺手法



穿刺针进入肋间隙抽出胸腔积液



针头固定，抽液

#### （四）注意事项

- 1.操作前应向患者说明穿刺的目的，消除顾虑；对精神紧张者，可于术前半小时给地西洋（安定）10mg，或可待因 30mg 以镇静止痛。
- 2.在穿刺过程中嘱患者应避免咳嗽和说话，若有不适举手示意。操作中应密切观察患者的反应，如有头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感或剧痛、晕厥等胸膜过敏反应；或出现连续性咳嗽、气短、咳泡沫痰等现象时，立即停止抽液，并皮下注射 0.1%肾上腺素 0.3~0.5ml，或进行其他对症处理。
- 3.一次抽液不可过多、过快，诊断性抽液 50~100ml 即可；减压抽液，首次不超过 600ml，以后每次不超过 1000ml；气胸一般第一次不超过 1000ml，以后每次不超过 1200ml。如为脓胸，每次尽量抽净。疑为化脓性感染时，助手用无菌试管留取标本，行涂片革兰染色镜检、细菌培养及药敏试验。检查肿瘤细胞，至少需 100ml，并应立即送检，以免细胞自溶。
- 4.严格无菌操作，操作中要防止空气进入胸腔，始终保持胸腔负压。
- 5.应避免在第 9 肋间以下穿刺，以免穿透膈损伤腹腔脏器。
- 6.操作前、后测量患者生命体征，操作后嘱患者卧位休息 30 分钟
- 7.对于恶性胸腔积液，可注射抗肿瘤药物或硬化剂诱发化学性胸膜炎，促使脏层与壁层胸膜粘连，闭合胸腔，防止胸腔积液重新积聚。具体操作：于抽液 500~1200ml 后，将药物（如米诺环素 500mg）加生理盐水 20~30ml 稀释后注入。推入药物后回抽胸腔积液，再推入，反

复 2~3 次后，嘱病人卧床 2~4 小时，并不断变换体位，使药物在胸腔内均匀涂布。如注入药物刺激性强，可致胸痛，应在药物前给布桂嗪（强痛定）或哌替啶等镇痛剂。

#### （五）并发症和处理原则

1.出血：穿刺针刺伤可引起肺内、胸腔内或胸壁出血。少量出血多见于胸壁皮下出血，一般无需处理。如损伤肋间动脉可引起较大量出血，形成胸膜腔积血（血胸），需立即止血，抽出胸腔内积血，如怀疑血胸，术后应严密监测血压，严重者按大量失血处理以及外科手术止血等。肺损伤可引起咯血，小咯血可自止，较严重者按咯血常规处理。

2.气胸：原因一种为气体从外界进入，如针尾橡皮管未夹紧、更换穿刺针等原因所致，一般无需处理，预后良好；另一种为穿刺过程中误伤脏层胸膜和肺脏所致。无症状者应严密观察、摄片随访，如有症状，需行胸腔闭式引流术。

3.膈肌及腹腔脏器损伤：穿刺部位过低可引起膈肌损伤以及肝脏等腹腔脏器损伤。

4.胸膜反应：有头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部有压迫感或剧痛、昏厥等称胸膜反应。多见于精神紧张病人，为血管迷走神经反射增强所致。此时应停止穿刺，嘱病人平卧、吸氧，必要时皮下注射肾上腺素 0.5mg。

5.胸腔内感染：是一种严重的并发症，主要见于反复多次胸腔穿刺者。为操作者无菌观念不强，操作过程中引起胸膜腔感染所致。一旦发生应全身使用抗菌药物，并进行胸腔局部处理，形成脓胸者应行胸腔闭式引流术，必要时外科处理。

6.复张性肺水肿：多见于较长时间胸腔积液者经大量抽液或气胸病人。由于抽气或抽液过快，肺组织快速复张引起肺水肿。病人出现不同程度的低氧血症和低血压，大多发生于肺复张后即刻或 1 小时内，一般不超过 24 小时。病人表现为剧烈咳嗽、呼吸困难、胸痛、烦躁、心悸等，继而出现咳大量白色或粉红色泡沫痰，有时伴发热、恶心及呕吐，甚至出现休克及昏迷。处理措施包括纠正低氧血症，稳定血流动力学，必要时给予机械通气。

## 二、腹腔穿刺术

### （一）适应证与禁忌证

适应证：

- 1.抽取腹腔积液进行各种实验室检验，以便寻找病因，协助临床诊断
- 2.大量腹水有压迫症状、适当间歇放腹水以减轻症状；
- 3.因诊断或治疗目的行腹膜腔内给药或腹膜透析。
- 4.各种诊断或治疗性腹腔置管。

禁忌证：

- 1.有肝性脑病先兆者
- 2.粘连性腹膜炎、棘球蚴病、卵巢囊肿
- 3.腹腔内巨大肿瘤（尤其是动脉瘤）
- 4.腹腔内病灶被内脏粘连包裹
- 5.胃肠高度胀气
- 6.腹壁手术瘢痕区或明显肠祥区
- 7.妊娠中后期
- 8.躁动、不能合作者

### （二）术前准备

1.了解、熟悉患者病情，进行必要的体格检查，包括患者生命体征的测量，腹围的测量及腹部叩诊等。

2.与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。

3.准备器械：腹腔穿刺包、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。

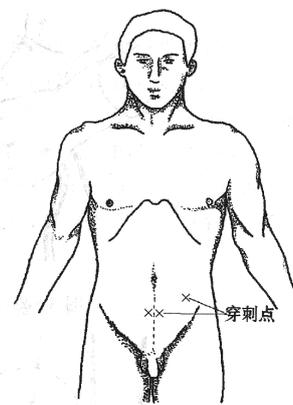
4.穿刺前嘱患者须排空小便，以免穿刺时损伤膀胱。操作者洗手，戴口罩、帽子。

### （三）操作方法

1.患者可采用坐位、半卧位、平卧位或侧卧位。对疑有腹腔内出血或腹水量少者行诊断性穿刺时，最好采取侧卧位。

2.穿刺点：应结合腹部叩诊浊音最明显区域和超声探查结果选择适宜穿刺点。

①一般选择左下腹脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 交点，此处不易伤及腹壁动脉，肠管较游离亦不易损伤②也可选脐与耻骨联合连线中点的上方 1.0cm、偏左或偏右 1.5cm 处，此穿刺点无重要器官且易愈合③侧卧位穿刺点在脐水平线与腋中线或腋前线相交处，此处常用于诊断性穿刺④如仅少量积液，尤其是有包裹性分隔时，必须在 B 超定位后或 B 超指示下穿刺。



腹腔穿刺点选择

3.常规消毒，戴无菌手套，盖消毒洞巾，检查器械。用 2%利多卡因自皮肤至腹膜作局部浸润麻醉，一手持纱布，另一手操作。

麻醉时注意事项：①麻醉剂字面向上，双人核对②针头勿与瓶口周围接触③注射之前将气泡排尽。

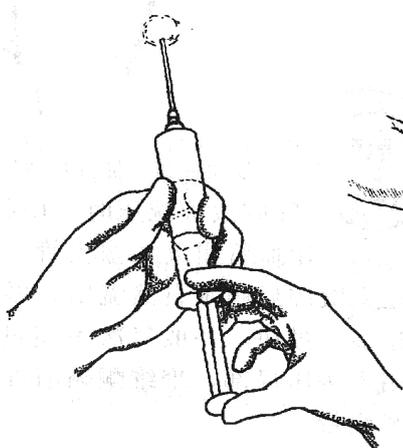
4.操作者用左手的示指与拇指（或中指）固定穿刺部位皮肤，右手持针经麻醉处垂直刺入腹腔，当进针阻力突然消失时表示针尖已进入腹腔，即可抽出腹水。大量腹水时，先垂直刺入腹壁，再倾斜 45°-60°进入 1—2cm，再垂直刺入腹膜。如行诊断性穿刺，则可用 20ml 或 50ml 注射器及适当针头直接穿刺抽液。

如目的是大量放液，则需用尾部连接橡皮管的穿刺针进行操作，操作者固定穿刺针以防刺入过深，以输液夹夹持橡皮管，调节放液速度，腹水放出后应计量、送检。

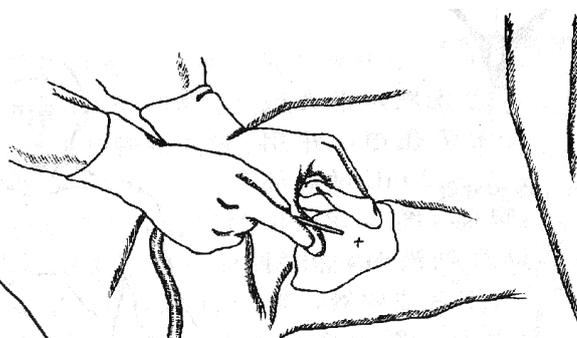
大量放腹水时，应将预先绑在腹部的多头腹带逐步收紧，避免因腹部压力骤降，内脏血管扩张，导致回心血量减少而引起血压下降或休克。

5.穿刺结束后拔出穿刺针，消毒，覆盖消毒纱巾，以手指压迫穿刺点数分钟，胶布固定。

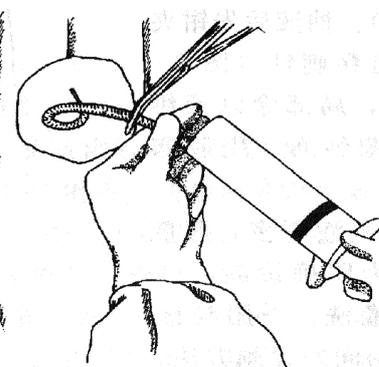
6.术后嘱病人平卧，休息 1—2 小时，避免朝穿刺侧卧位，保持伤口干燥，术后再次测量血压和腹围。



穿刺点局部麻醉



腹腔穿刺手法



抽液后先钳夹橡皮管，  
后拔出穿刺针

#### （四）注意事项

1. 穿刺时要密切观察患者一般情况、血压、脉搏和呼吸等，如有头晕、心悸、恶心、气短、脉搏增快及面色苍白等，应立即停止操作，并作适当处理，卧床休息，给予补充血容量等急救措施。

2. 腹腔放液不宜过快过多，一般初次放液不得超过 1000ml，以后每次不得超过 3000—6000ml（如有腹水回输设备则不在此限）。血性腹水留取标本后应停止放液。肝硬化患者一般一次不宜超过 3000ml，过多放液可能诱发肝性脑病和电解质紊乱，但在输注大量白蛋白的基础上也可大量放液，一般放液 1000ml 补充白蛋白 6—8g。

3. 在放腹腔积液时如果流出不畅，可将穿刺针稍作移动或变换体位。腹腔积液量少者可以在穿刺前借助超声定位，并嘱病人向穿刺部位侧卧数分钟。

4. 穿刺大量腹水的患者，应将其腹部皮肤向外向下拉，或穿刺针进入皮肤后，斜行穿经腹肌进入腹腔。拔针后可使皮肤针眼与腹肌针眼错开，以防腹水沿针眼外溢。

5. 抽出物为胃肠内容物时需要鉴别是误穿胃肠还是自发胃肠穿孔，必要时改行对侧穿刺，仍能抽出相同内容物方可确认胃肠穿孔。疑为穿刺针误入胃肠道时，为促进破口闭合，应尽量抽净此处气体或胃肠液，降低胃肠道内压力。

6. 术后应严密观察有无出血和继发感染等并发症。注意无菌操作，防止腹腔感染。

### 三、骨髓穿刺术

#### （一）适应证与禁忌证

适应证：

- 1.确定贫血类型，如再生障碍性贫血、巨幼红细胞贫血等。
- 2.确定白血病的诊断及类型，如急、慢性白血病（粒细胞、单核细胞及淋巴细胞等）。
- 3.协助诊断血小板减少性紫癜，鉴别急性或慢性、成熟障碍型或再生障碍型。
- 4.协助诊断恶性组织细胞病、淋巴肉瘤细胞性白血病、多发性骨髓瘤等。
- 5.各种原因不明的贫血，粒细胞减少、血小板减少或全血细胞减少。
- 6.原因不明的淋巴结或脾脏肿大者，或/和不规则发热，疑有疟疾、黑热病、伤寒或某种败血症可能时。
- 7.类白血病反应与慢性粒细胞性白血病鉴别时。
- 8.疑有骨髓纤维化或骨髓转移肿瘤时。
- 9.经过治疗的白血病、贫血等，观察治疗的效果并进行治疗前后的对比。

禁忌证：

血友病及严重凝血功能障碍。

#### （二）术前准备

- 1.了解、熟悉病人病情，进行必要的体格检查。
- 2.与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。
- 3.准备器械：骨髓穿刺包、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。
- 4.术者洗手，戴口罩、帽子。

#### （三）操作方法

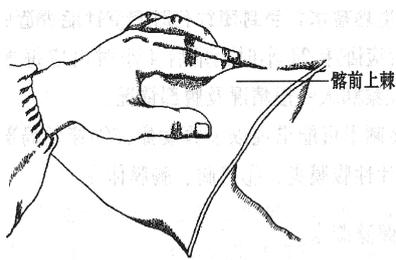
##### 1.选择穿刺部位

- （1）髂前上棘（常用于成人、2岁以上儿童），位于髂前上棘后1~2cm，此处骨面相对较平，易于固定，便于穿刺，无危险。体位——仰卧位。
- （2）髂后上棘（常用于成人、2岁以上儿童），骶骨两侧髂骨上缘下6—8cm与脊椎旁开2—4cm交点处。此处骨皮质薄，骨髓腔大，容易刺入。体位——俯卧位。
- （3）胸骨（常用于2岁以下儿童或再障者）：位于胸骨柄或胸骨体相当于第1~2肋间隙

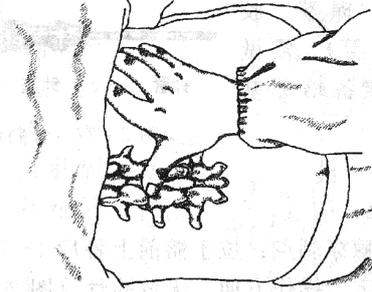
与胸骨中线相交处，因胸骨较薄（约 1.0cm），其后为心房和大血管，故应防止穿通胸骨发生意外。但由于胸骨内骨髓含量丰富，当其他部位穿刺失败时，仍需作胸骨穿刺。仰卧位，肩部垫软枕，头后仰并转左侧，使胸部略高。体位——仰卧位

（4）腰椎棘突（均适用）：位于腰椎棘突处，一般取第 3、4 腰椎棘突（第 11、12 胸椎或第 1、2、3 腰椎）为穿刺。体位——病人反坐靠椅背，双臂交叉于椅背，头枕于臂上，背部尽量后突。

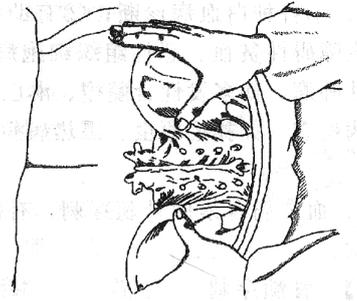
（5）胫骨（仅适用于 2 岁以下患儿）：胫骨结节平面下 1cm 骨面平坦处或胫骨上、中 1/3 交界处之前内侧面胫骨处。体位——仰卧位，固定下肢。



髂前上棘穿刺点



腰椎棘突穿刺点



髂后上嵴穿刺点

2.常规消毒皮肤，戴无菌手套、铺消毒洞巾，检查器械。用 2%利多卡因作局部浸润麻醉直至骨膜，一手持纱布，另一手操作。

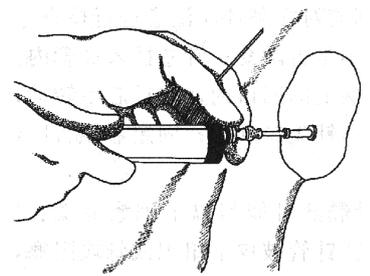
麻醉时注意事项：①麻醉剂字面向上，双人核对②针头勿与瓶口周围接触③注射之前将气泡排尽。

3.将骨髓穿刺针固定器固定在适当长度上（髂骨穿刺约 1.5cm，肥胖者可适当放长，胸骨柄穿刺约 1.0cm），以左手拇、示指固定穿刺部位皮肤，右手持针与骨面垂直刺入（若为胸骨柄穿刺，用空针抽，针头与骨面成 30-40 度角，如果用骨穿针则垂直），当穿刺针接触到骨质后则左右旋转，缓缓钻刺骨质，当感到阻力消失，且穿刺针已固定在骨内时，表示已进入骨髓腔。



骨髓穿刺手法

4.用干燥的 20ml 注射器，将内栓退出 1cm 预留空气在注射器内，拔出针芯，接上注射器，用适当力度缓慢抽吸，可见少量红色骨髓液进入注射器内，骨髓液抽吸量以 0.1~0.2ml 为宜，充满注射器乳头部即可，取下注射器，将骨髓液推于玻片上，由助手迅速制作涂片 5~6 张，送检细胞



注射器抽吸骨髓液

形态学及细胞化学染色检查。小儿尤其是婴幼儿常选用 10ml 一次性空针穿刺胸骨柄，针头斜面向头面部分，穿刺针垂直刺入皮肤后斜向头面部，与胸骨成 35~45°角刺入胸骨柄 0.2~0.4cm，直接抽吸骨髓 0.1~0.2ml，涂片送检。

5.如需做骨髓培养，再接上注射器，抽吸骨髓液 2~3ml 注入培养液内。

6.如未能抽得骨髓液，可能是针腔被皮肤、皮下组织或骨片填塞，也可能是进针太深或太浅，针尖未在髓腔内，此时应重新插上针芯，稍加旋转或再钻入少许或再退出少许，拔出针芯，如见针芯上带有血迹，再行抽吸可望获得骨髓液。如仍吸不出骨髓成分或吸出少许稀薄血液，则称为干抽，此种情况多见于骨髓纤维化、恶性组织细胞病、恶性肿瘤骨髓转移等，需要更换其他部位再穿。

7.抽吸完毕，插入针芯，轻微转动拔出穿刺针，将消毒纱布盖在针孔上，稍加按压，伤口消毒一遍，覆盖干净的无菌纱布，用胶布加压固定。

8.术后嘱病人安静休息，伤口 72 小时保持干燥。做好标记并及时送检骨髓片。

9.在患者耳垂做外周血采血涂片以作对照，并做好标记。

#### （四）注意事项

1.骨髓穿刺前应检查出血时间和凝血时间，有出血倾向者应特别注意，血友病病人禁止骨髓穿刺检查。

2.注射器与穿刺针必须干燥，以免发生溶血。

3.穿刺针进入骨质后避免摆动过大，以免折断。胸骨柄穿刺不可垂直进针，不可用力过猛、穿刺过深，以防穿透内侧骨板。

4.穿刺过程中，如果感到骨质坚硬，难以进入骨髓腔时，不可强行进针，以免断针。应考虑为大理石骨病的可能，及时行骨骼 X 线检查，以明确诊断。

5.做骨髓细胞形态学检查时，抽取的骨髓液不可过多，以免影响骨髓增生程度的判断、细胞计数和分类结果。

6.行骨髓液细菌培养时，需要在骨髓液涂片后，再抽取 1~2ml 骨髓液用于培养。

7.由于骨髓液中含有大量的幼稚细胞，极易发生凝固。因此，穿刺抽取骨髓液后应立即涂片。

8.送检骨髓液涂片时，应同时附送 2~3 张血涂片。

9.麻醉前需做普鲁卡因皮试。

## 四、腰椎穿刺

### （一）适应证与禁忌证

适应证：

- 1.用于检查脑脊液的性质，诊断脑膜炎、脑炎等中枢神经系统感染性疾病、脑血管病变、脑瘤等；
- 2.疑为颅内占位病变但颅内高压征象不明显；
- 3.原因不明的昏迷、抽搐等疾病；
- 4.可疑椎管内病变确定有无椎管阻塞，蛛网膜下腔是否阻塞；
- 5.气脑、脊髓腔造影；
- 6.测定颅内压力；
- 7.药物鞘内注射或治疗性放脑脊液。

禁忌证：

凡疑有颅内压升高者必须先做眼底检查，如有明显视乳头水肿或有脑疝先兆者，禁忌穿刺。

凡病人处于休克、衰竭或濒危状态以及局部皮肤有炎症、穿刺点附近脊柱有结核病灶或颅后窝有占位性病变者均列为禁忌。

### （二）术前准备

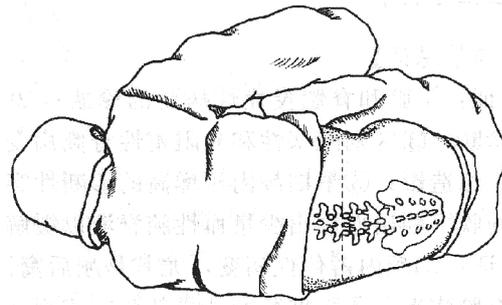
- 1.了解、熟悉病人病情，给患者测量血压，眼底镜检查排除颅内高压，并进行必要的体格检查。
- 2.与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。
- 3.准备器械：腰椎穿刺包、脑压表、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。
- 4.术者洗手，戴口罩、帽子

### （三）操作方法

- 1.体位：患者多取卧位，侧卧于硬板床边，背部紧贴床沿并与床沿垂直，头向前胸部屈曲，两手抱膝紧贴腹部，使躯干呈弓形。或由助手立于术者对面，用一手搂住患者头部，另一手搂住双下肢腘窝处并用力抱紧，使脊柱尽量后突，以增加椎间隙宽度，便于进针。
- 2.确定穿刺点，以髂嵴连线与后正中线交会处为穿刺点，通常取第3~4腰椎棘突间隙，也可在上一个或下一个椎间隙进行。



腰椎穿刺体位



腰椎穿刺点（第3~4腰椎棘间隙）

3.常规消毒皮肤，戴无菌手套、铺消毒洞巾，检查器械，以2%利多卡因自皮肤至椎间韧带作局部浸润麻醉，一手持纱布，另一手操作。

麻醉时注意事项：①麻醉剂字面向上，双人核对②针头勿与瓶口周围接触③注射之前将气泡排尽。

4.选择合适的穿刺针，成人一般选择9号或12号穿刺针，儿童一般选7号穿刺针。术者以左手拇、示二指固定穿刺点皮肤，右手持穿刺针以垂直背部方向缓慢刺入，针尖斜面朝上，针尖稍斜向头部、针体偏向臀部，成人进针深度为4~6cm，儿童为2~4cm。当针头穿过黄韧带与硬脊膜时，可感到阻力突然消失，此时将针芯缓慢拔出（以防脑脊液迅速流出，造成脑疝），即可见无色透明脑脊液流出，将针尖斜面转向头侧。如无脑脊液流出应轻轻转动穿刺针使之深浅适宜。

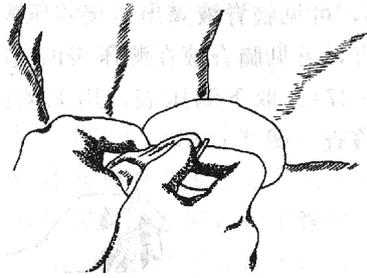
5.当见到脑脊液即将流出时，接上测压管测量压力，准确读数，亦可计数脑脊液滴数估计压力（正常为70~180mmH<sub>2</sub>O或40~50滴/min）。若压力不高，可令助手压迫一侧颈静脉约10s，然后再压另一侧，最后同时按压双侧颈静脉，若脑脊液压力迅速升高一倍左右，解除压迫后10~20s，又迅速降至原来水平，表示蛛网膜下腔通畅，若压迫静脉后压力不升高，表示蛛网膜下腔完全阻塞，若压迫后压力缓慢上升，放松后又缓慢下降，表示不完全阻塞。凡颅内压增高者，禁用此试验。

6.撤除测压管，收集脑脊液2~5ml，送验常规、生化及细菌培养等（第一管不要送常规）。尽快送检，以防细胞崩解。

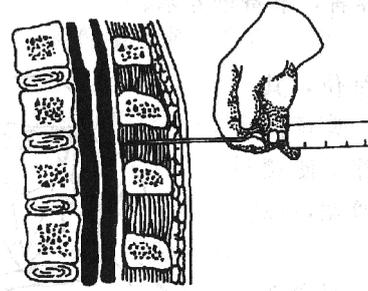
7.如作脑膜白血病治疗，通常以4ml生理盐水稀释甲氨蝶呤（MTX）10mg，加地塞米松5mg，缓慢椎管内注射，边推边回抽，用脑脊液不断稀释药物浓度，通常在10min内注射完毕。

8.术毕将针芯插入后一起拔出穿刺针，消毒，覆盖消毒纱布，胶布固定。

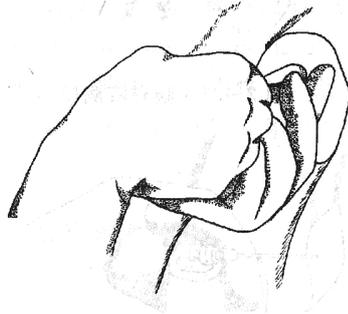
9.术后去枕仰卧4~6h，多饮盐开水，可避免术后低颅压性头痛。测血压并观察病情变化。



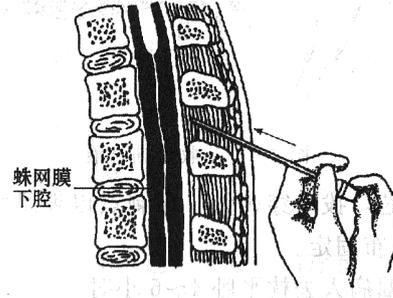
局部浸润麻醉



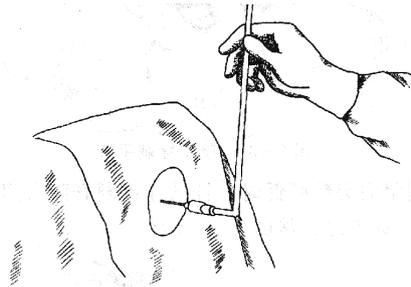
腰椎穿刺手法



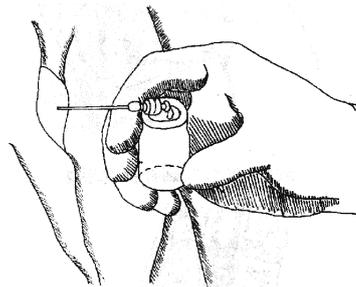
穿刺进针手法



插入腰穿针至蛛网膜下腔



脑脊液测压



收集脑脊液

#### (四) 注意事项

1. 严格掌握禁忌证。
2. 穿刺时患者如出现呼吸、脉搏、面色异常等症状时，应立即停止操作，并作相应处理。
3. 鞘内给药时，应先放出等量脑脊液，然后再等量置换性注入药液。

## 无菌技术与基本手术操作规范

手或臂部皮肤有破损或有化脓性感染时，不能参加手术。

进入手术室之前，要先剪短指甲，并去除甲缘下的积垢。

进入手术室应换洗手衣，上衣应塞入裤子中；佩戴外科口罩、帽子，口罩必须遮住口鼻，帽子须完全收纳头发。

### 肥皂刷洗，乙醇浸泡洗手法

1. 洗手前需将洗手衣袖口挽至距肘关节 10cm 以上。

手术者先用肥皂行七步洗手法洗手，用流水冲净后再用无菌毛刷蘸浓肥皂水按以下顺序彻底、无遗漏地刷洗手和臂：先刷指尖、手指、手掌，然后刷手、腕、前臂、肘部至上臂下 10cm，两手臂交替刷洗，每刷洗 3 分钟用清水冲洗一次，共 3 次，10 分钟左右。特别要注意甲缘、甲沟、指蹼、腕、肘部等处的刷洗。

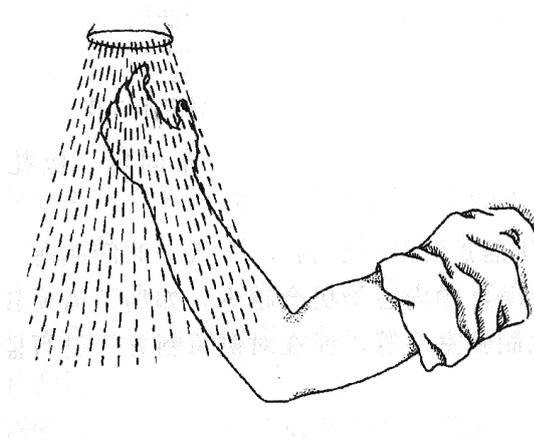
1 次刷完后，手指朝上肘朝下，保持双手位于高点、肘部位于最低点，用清水冲去手臂上的肥皂水。3 次结束后用无菌毛巾从手到肘部擦干手及臂，擦过肘部的毛巾不可再擦手部。

2. 将双手至上臂下 6cm 浸泡在盛 70%乙醇的桶内 5 分钟，注意手臂不可碰触乙醇桶口。浸泡毕，晾干。双手保持于胸前半伸位（拱手姿势，手臂不应下垂），不可再接触未经消毒的物品，否则应重新浸泡消毒。进入手术间穿手术衣，戴手套。

### 肥皂洗刷，碘伏洗手法

1. 按肥皂液刷手法的顺序和范围、步骤刷手一次，清水冲净。用无菌毛巾擦干。

2. 用浸透 0.5%碘伏的纱布涂擦手和前臂 2 遍（同刷手顺序），稍晾干后穿手术衣和戴手套。



消毒毛刷刷洗



无菌干毛巾拭干

### 连续手术洗手法

1. 结束一台手术后，先洗去手套上的血迹，由他人解开衣带，将手术衣向前翻转脱下；脱衣袖时顺带将手套上部翻转于手上，右手伸入左手手套反折部之外圈中脱下该手套，左手拿住右手套内面脱去该手套（先脱右手套也可）。

2. 如果手未沾染血迹，重用消毒肥皂水刷手、臂 3 分钟，消毒液浸泡消毒后，再穿手术衣，戴手套。如果手已沾染血迹，应重新彻底刷手、臂和浸泡消毒。

3. 注意在施行污染手术后，接下一台手术应重新彻底刷手、臂和浸泡消毒。

## 急诊手术洗手法

若非特别紧迫的手术，应按上述方法进行彻底的手和手臂的消毒；在紧急情况下，优先采用碘伏洗手法，可节约时间；无此条件者可用 3%~5% 的碘酒涂擦双手及前臂，再用 70% 的酒精棉球涂擦 1~2 遍，即可戴无菌手套。若要穿手术衣，应将袖口留在手套腕部外面，然后再戴一副手套。

## 穿手术衣

### 1. 穿传统无菌手术衣

从器械台上取出已消毒的手术衣，站立在空旷处或面对无菌手术台，提起衣领两角，将手术衣轻轻抖开，注意勿将衣服外面对向自己或触碰到其他有菌物品或地面。轻轻抛起衣服，顺势将两手插入衣袖内，两臂前伸，不可将手超出无菌区范围，让（巡回护士或助手）从背后协助穿上。最后双臂交叉提起腰带向后递，由（巡回护士或助手）在身后将带系紧。

### 2. 穿包背式无菌手术衣

包背式无菌手术衣穿衣方法基本同上，只是当术者穿上手术衣、戴好无菌手套后，器械护士将腰带递给术者自己系扎，包背式手术衣的后叶盖住术者的身后部分使其背后亦无菌。

注意穿好手术衣后，双手半伸置于胸前，避免碰触周围的人或物。不可将手置于腋下、上举或下垂。注意手术衣的无菌范围为：肩以下，腰部以上，两侧腋中线之前。



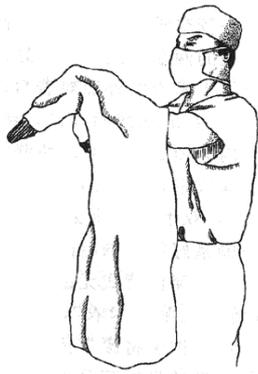
拿起手术衣并辨别方向



手提衣领两端



充分抖开全衣



抛起手术衣，双手插入衣袖



巡回护士协助穿衣



双手交叉提起腰带



助手将腰带递给术者自己系扎



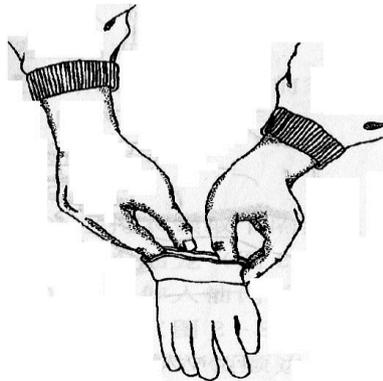
手术衣后背盖在术者身后部分



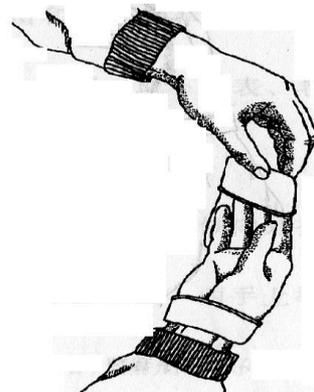
## 戴手套

目前多数医院都采用一次性外科无菌手套，较少使用消毒液浸泡的湿手套。没有戴无菌手套的手，只允许接触手套套口的向外翻折部分，不能碰到手套外面。

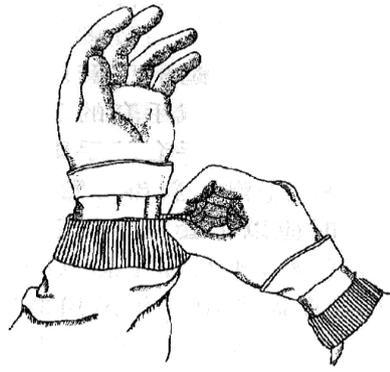
1. 戴干手套法：先穿手术衣后戴手套。用左手自手套夹内捏住手套套口翻折部，将手套取出，在无菌区内，先用右手插入右手手套内，注意勿触及手套外面；再用已戴好手套的右手指插入左手手套的翻折部，帮助左手插入手套内。已戴手套的右手不可触碰左手皮肤。将手套翻折部翻回手术衣袖口。若为有粉无菌手套，则需用无菌盐水将手套外面的滑石粉冲洗干净后再进行手术。



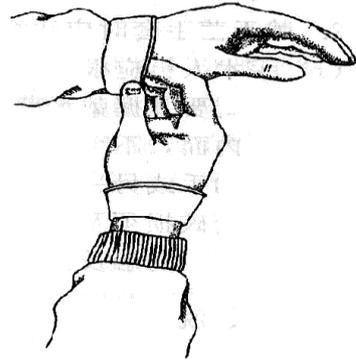
先戴右手手套



戴好手套的右手插入左手手套的反折部

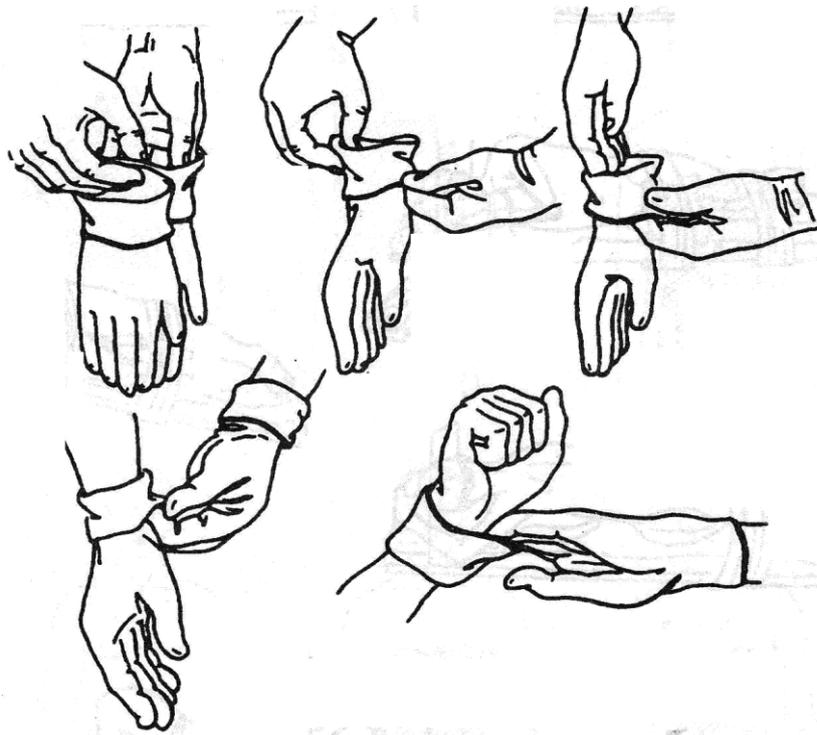


戴左手手套



左手手套反折部翻回

2. 戴湿手套法（目前临床上不再常规使用此法，仅作参考）：先戴手套后穿手术衣，手套内要先盛放适量的无菌水，使手套撑开，便于戴上。戴好手套后，将手腕部向上稍举起，使水顺前臂沿肘流下，再穿手术衣。



带湿无菌手套

## 消毒

消毒应在手、臂消毒后，尚未穿手术衣戴手套之前进行。具体步骤为：

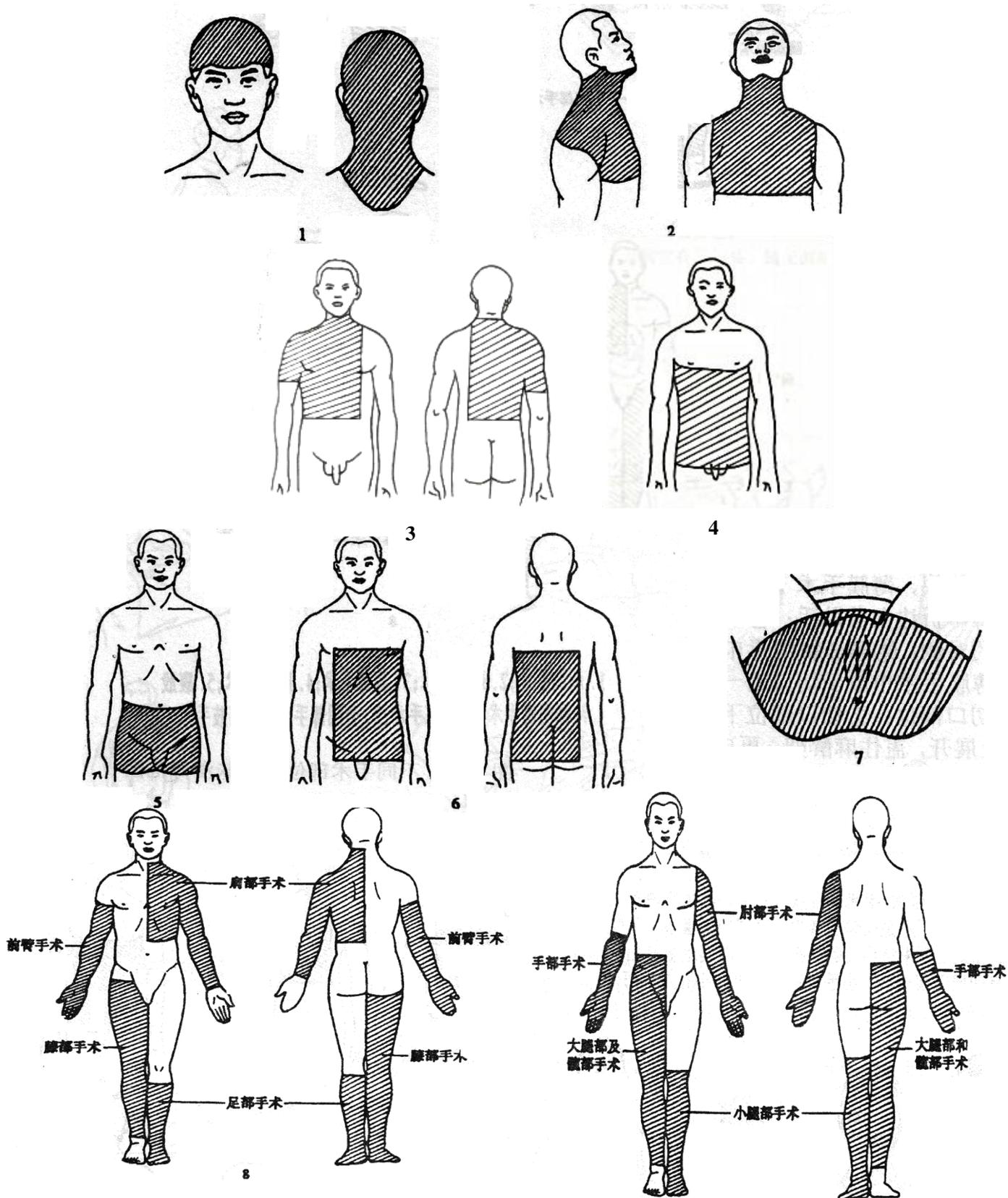
操作者从器械护士手中接过盛有浸蘸有消毒液纱布或棉球的消毒碗盘与敷料钳。

第一遍消毒由手术区中心开始，逐步向外周扩展，无遗漏，无返回地涂布整个消毒区，注意消毒液不能浸蘸过多，以免引起周围皮肤粘膜的刺激与损伤。

待第一遍消毒液晾干后，以同样的方法消毒第二遍，不能超过第一次消毒范围。

待第二遍消毒液晾干后，换消毒钳以同样的方法消毒第三遍。手术区皮肤消毒范围应至少包括手术切口周围 15cm 的区域。如手术时有延长切口的可能，则应适当扩大消毒范围。

手不可碰到手术区。皮肤消毒完毕，铺无菌巾单。



1. 颅脑手术；2. 颈部手术；3. 胸部手术；4. 腹部手术；5. 腹股沟和阴囊手术；
6. 肾脏手术；7. 会阴部手术；8. 四肢手术

### 【注意事项】

1. 如皮肤上有较多油脂或胶布粘贴的残迹，可先用汽油或松节油拭去。然后用 2.5%~3% 碘酊涂擦皮肤，待碘酊干后，以 70%酒精涂擦两遍，将碘酊擦净。
2. 另一种消毒方法是用 0.5%碘尔康溶液或 1：1000 苯扎氯铵溶液涂擦两遍。
3. 对婴儿、面部皮肤、口腔、肛门、外生殖器等部位，可选用刺激性小、作用较持久的 0.75%吡咯烷酮碘消毒。在植皮时，供皮区的消毒可用 70%酒精涂擦 2~3 次。
4. 涂擦上述药液时，应由手术区中心部向四周呈叠瓦状涂擦，勿留空白区。如为感染伤口，或为肛门区手术，则应自手术区外周涂向感染伤口或会阴、肛门处。已经接触污染部位的药液纱布，不应再返擦清洁处；
5. 手术区皮肤消毒范围至少要包括手术切口周围 15cm 的区域。如手术有延长切口的可能，则应事先相应扩大皮肤消毒范围。

## 铺巾

手术区皮肤消毒后，由执行消毒的医师及器械护士协同做手术区域无菌巾单的铺放，顺序是先铺无菌巾，再铺无菌单。无菌巾单的铺盖方法因手术部位而异，但总的原则是要求将病人的全身遮盖，准确地显露手术视野。一般无菌手术切口周围至少要有四层无菌巾单。小手术用消毒巾、孔单即可。

以腹部手术为例：需消毒巾四块，薄膜手术巾一块，中单两条，剖腹单一条。铺盖步骤如下：

护士传递第一块消毒巾折边向着铺单者；

铺单者接第一块消毒巾，盖住切口的会阴侧；

第二块消毒巾盖住铺单者的对侧；

第三块消毒巾盖住切口的头侧；

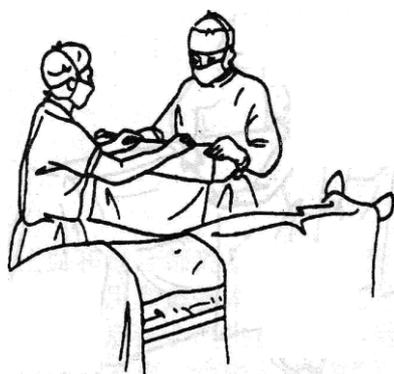
第四块消毒巾盖住切口的铺单者贴身侧；

将薄膜手术巾放于切口的一侧，撕开一头的防粘纸并向对侧拉开，可将薄膜手术巾覆盖于手术切口部位；

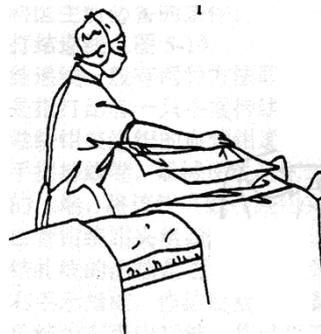
切口部位上、下各铺中单一条；（中单先铺会阴侧，再铺头侧；先相对污染区，再清洁区）

最后铺剖腹单，开口正对切口部位，先向上展开，盖住麻醉架，再向下展开，盖住手术托

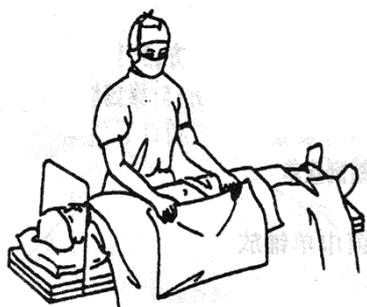
盘及床尾。



护士传递第一块消毒巾



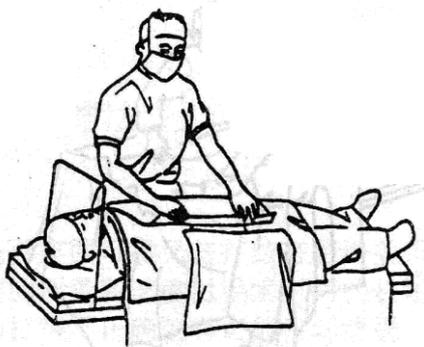
第一块消毒巾盖住切口下方



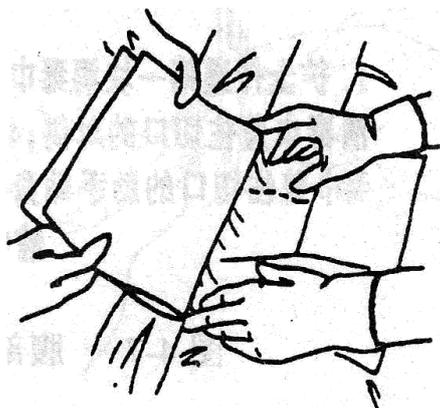
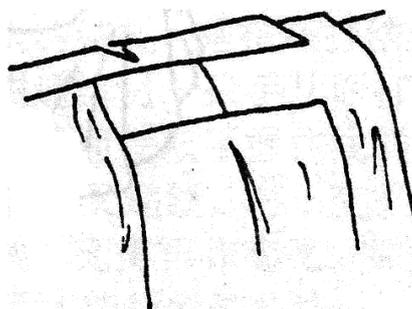
第二块消毒巾盖住下侧的对侧



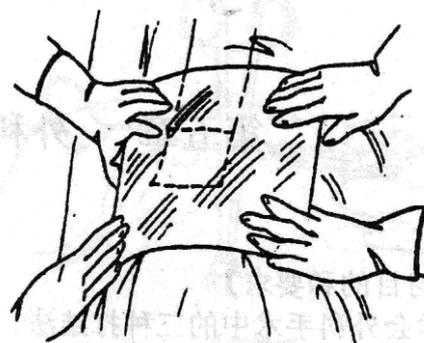
第三块消毒巾盖住切口的上方



第四块消毒巾盖住切口的助手贴身侧



薄膜手术巾覆盖切口

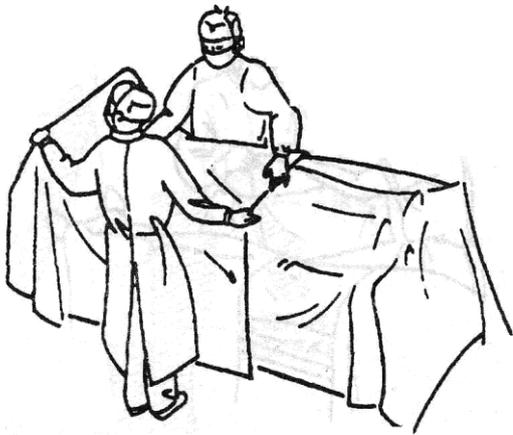




切口上下各铺中单一条



铺剖腹单



### 【注意事项】

1. 在手术区的皮肤粘贴无菌塑料薄膜的方法也很常用，皮肤切开后薄膜仍黏附在伤口边缘，可防止皮肤上尚存的细菌在术中进入伤口。
2. 四块无菌巾，每块的一边双折少许，在切口每侧铺盖一块无菌巾，盖住手术切口周围，无菌巾距切缘 2~3cm。通常先铺操作者的对面，或铺相对不洁区（如下腹部、会阴部），最后铺靠近操作者的一侧，并用布巾钳将交角处夹住，以防止移动。
3. 无菌巾铺下后，不可随便移动，如果位置不准确，只能由手术区向外移，而不应向内移动。
4. 根据手术部位的具体情况，再铺中单或大单。大单布的头端应盖过麻醉架，两侧和足端部应垂下超过手术台边 30cm。
5. 上、下肢手术，在皮肤消毒后应先在肢体下铺双层无菌中单布。肢体近端手术常用双层无菌巾将手（足）部包裹。手（足）部手术需在其肢体近端用无菌巾包绕。

## 缝合

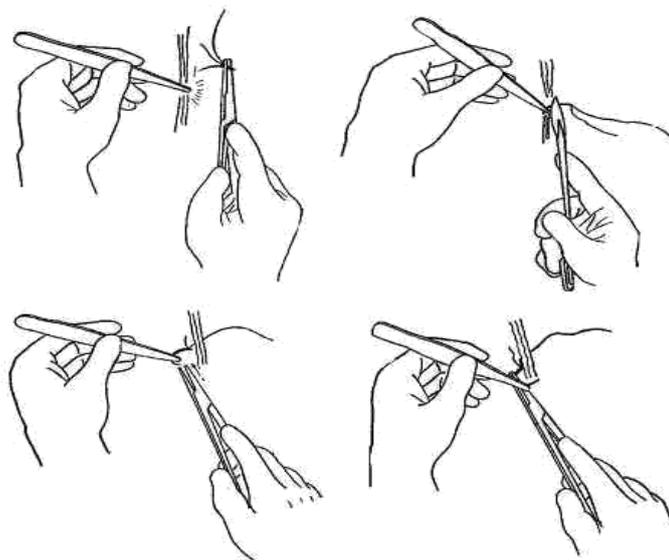
缝合是将已经切开或外伤断裂的组织、器官进行对合或重建其通道，恢复其功能；是保证良好愈合的基本条件，也是重要的外科手术基本操作技术之一。不同部位的组织器官需采用不同的方式方法进行缝合。缝合可以用持针钳进行，也可徒手直接拿直针进行，此外还有皮肤钉合器，消化道吻合器，闭合器等。

缝合的基本步骤，以皮肤间断缝合为例说明缝合的步骤：

1. 缝合时左手执有齿镊，提起皮肤边缘，右手执持针钳，垂直皮肤，用腕臂力由外旋进，顺针的弧度刺入皮肤，经皮下从对侧切口皮缘穿出。注意进针时针尖需与皮肤垂直。一般皮肤缝合时，进针点距离切缘 0.5cm，两针之间距离约 1.0cm。

2. 拔针可用有齿镊固定针前端，同时持针器从针后部顺势前推；

3. 出针、夹针 当针要完全拔出时，阻力已很小，可松开持针器，单用镊子夹针继续外拔，持针器迅速转位再夹针体（后 1/3 弧处），将针完全拔出，由第一助手打结，第二助手剪线，完成缝合步骤。



缝合步骤 (1) 进针；(2) 拔针；(3) 出针；(4) 夹针

## 缝合的基本原则

1. 缝合完成要对皮，要保证缝合创面或伤口的良好对合。缝合应分层进行，按组织的解剖层次进行缝合，使组织层次严密，不要卷入或缝入其他组织，不要留残腔，防止积液、积血及感染。缝合的创缘距及针间距必须均匀一致，这样看起来美观，更重要的是，受力及分担的张力一致并且缝合严密，不至于发生泄漏。

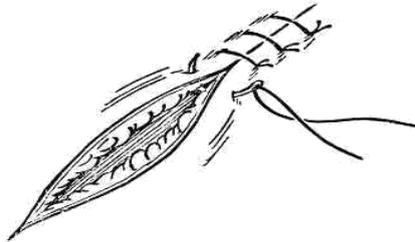
2. 注意缝合处的张力。结扎缝合线的松紧度应以切口边缘紧密相接为准，不宜过紧，换言之，切口愈合的早晚、好坏并不与紧密程度完全成正比，过紧过松均可导致愈合不良。伤口有张力时应进行减张缝合，伤口如缺损过大，可考虑行转移皮瓣修复或皮片移植。

3. 缝合线和缝合针的选择要适宜。皮肤伤口的缝合宜选择三角针，软组织的缝合一般选用圆针。无菌切口或污染较轻的伤口在清创和消毒清洗处理后可选用丝线，已感染或污染严重的伤口可选用可吸收缝线，血管的吻合应选择相应型号的不损伤针线。

### 常见缝合方法：

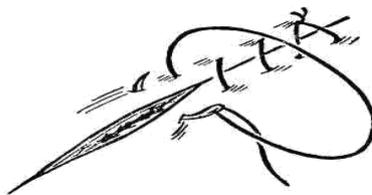
1. 单纯缝合法：使切口创缘的两侧直接对合的一类缝合方法，如皮肤缝合。

(1) 单纯间断缝合：操作简单，应用最多，每缝一针单独打结，多用在皮肤、皮下组织、肌肉、腱膜的缝合，尤其适用于有感染的创口缝合。



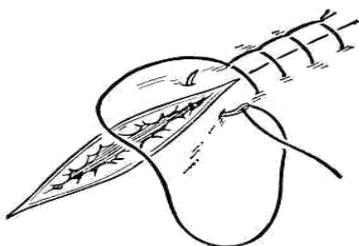
单纯间断缝合

(2) 连续缝合法：在第一针缝合后打结，继而用该缝线缝合整个创口，结束前的一针，将重线尾拉出留在对侧，形成双线与重线尾打结。



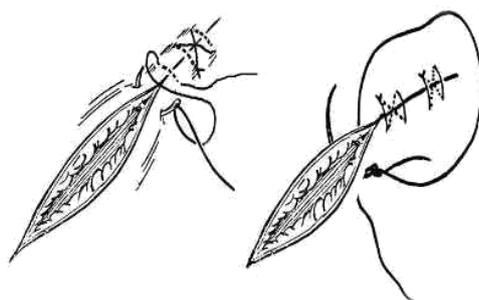
连续缝合法

(3) 连续锁边缝合法：操作省时，止血效果好，缝合过程中每次将线交错，多用于胃肠道断端的关闭，皮肤移植时的缝合。



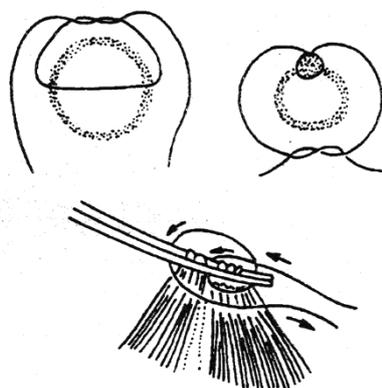
连续锁边缝合法

(4)8 字缝合：由两个连续的间断缝合组成，缝扎牢固省时，如筋膜的缝合。



两种 8 字缝合法

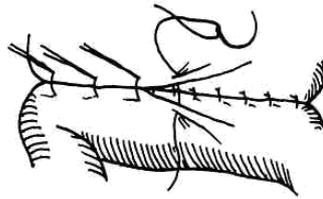
(5)贯穿缝合法：也称缝扎法或缝合止血法，此法多用于钳夹的组织较多，单纯结扎有困难或线结容易脱落时。缝合要点是术者将钳夹组织的血管钳平放，从血管钳深面的组织穿过缝针，依次绕进针点两侧的钳夹组织后收紧结扎。



贯穿缝合法

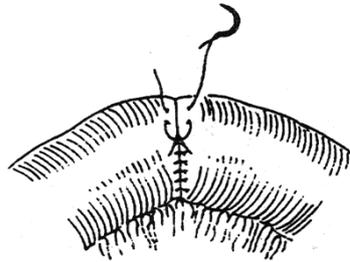
2.内翻缝合法：使创缘部分组织内翻，外面保持平滑。如胃肠道吻合和膀胱的缝合。

(1)间断垂直褥式内翻缝合法：又称伦亨特（Lembert）缝合法，常用于胃肠道吻合时缝合浆肌层。其特点是缝线穿行方向与切缘垂直，缝线不穿透肠壁黏膜层。具体缝合方法是与距离一次切缘 0.4~0.5cm 处浆膜进针，缝针经浆肌层与黏膜层之间自同侧浆膜距离切缘 0.2cm 处引出，跨吻合口于对侧切缘 0.2cm 处浆膜进针，经浆肌层与黏膜层之间自距离切缘 0.4~0.5cm 处浆膜引出，打结后，吻合口肠壁自然内翻包埋。



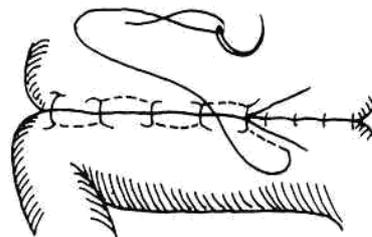
间断垂直褥式内翻缝合法

(2)间断水平褥式内翻缝合法：又称何尔斯得（Halsted）缝合法，多用于胃肠道浆肌层缝合。进针出针类似于 Connells 缝合做褥式缝合，缝针仅穿过浆肌层而不是全层，缝线穿行于浆肌层与黏膜层之间，缝一针打一结。



间断水平褥式内翻缝合法

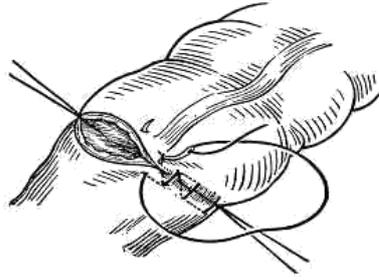
(3)连续水平褥式浆肌层内翻缝合法：又称库兴氏（Cushing）缝合法，如胃肠道浆肌层缝合。缝合方法类似于 Connells 缝合，只是缝合的层次有所不同，这种方法的缝合仅穿过浆肌层而不是全层，缝针穿行于浆肌层与黏膜层之间。



连续水平褥式浆肌层内翻缝合法

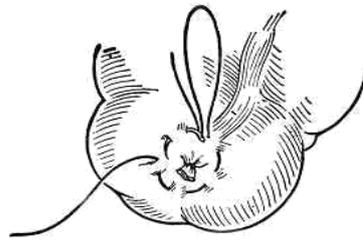
(4)连续全层水平褥式内翻缝合法：又称康乃尔（Connells）缝合法，如胃肠道全层缝合。其方法是开始第一针做肠壁全层单纯对合缝合即从一侧浆膜进针通过全层，对侧黏膜进针浆膜出针，打结之后，距离线结 0.3~0.4cm 的一侧浆膜进针穿过肠壁全层，再从同侧肠壁黏膜进针，浆膜出针引出缝线，缝线达对侧肠壁，同法进针和出针，收紧缝线使切缘内翻。如此缝合

整个前壁后打结。同侧进针、出针点距离切缘 0.2cm，进针、出针点连线应与切缘平行。



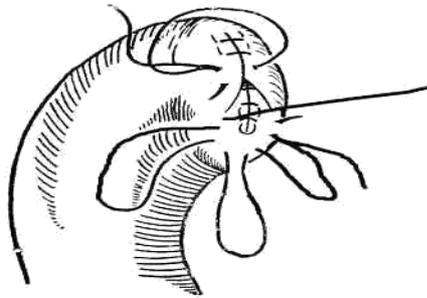
连续水平褥式全层内翻缝合法

(5)荷包缝合法：在组织表面以环形连续缝合一周，结扎时将中心内翻包埋，表面光滑，有利于愈合。常用于胃肠道小切口或针眼的关闭、阑尾残端的包埋、造瘘管在器官的固定等。



荷包缝合

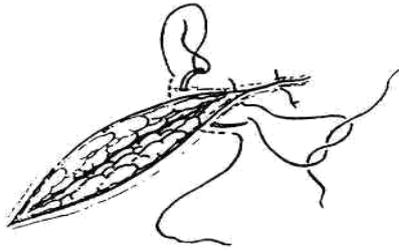
(6)半荷包缝合法：常用于十二指肠残角部、胃残端角部的包埋内翻等。



半荷包缝合（十二指肠残端下角包埋）

3.外翻缝合法：使创缘外翻，被缝合或吻合的空腔之内面保持光滑，如血管的缝合或吻合。

(1)间断垂直褥式外翻缝合法：如松弛皮肤的缝合。方法是距离切缘 0.5cm 处进针，穿过表皮和真皮，经皮下组织跨切口至对侧于距离切缘 0.5cm 的对称点穿出，接着再从出针侧距离切缘 0.1~0.2cm 处进针，对侧距离切缘 0.1~0.2cm 处穿出皮肤，由四个进出针点连接的平面应与切口垂直，结扎使两侧皮缘外翻。



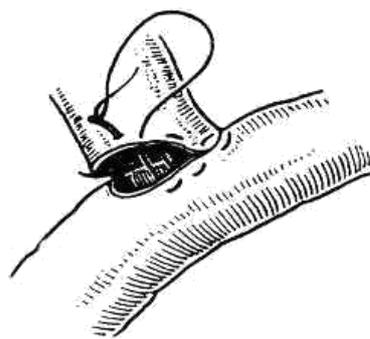
间断垂直褥式外翻缝合法

(2)间断水平褥式外翻缝合法：如皮肤缝合。适用于血管破裂口的修补、血管吻合口有渗漏处的补针加固。与连续水平褥式外翻缝合有所不同的是此法每缝合一针便打一结。



间断水平褥式外翻缝合法

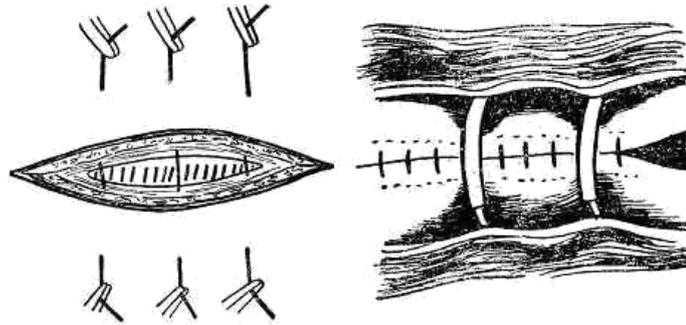
(3)连续水平褥式外翻缝合法：多用于血管壁吻合。血管吻合的具体方法是采用无损伤血管针线在吻合口的一端作对合缝合的一针打结，接着距离线结 0.2~0.3cm 于线结同侧血管外膜进针内膜出针，对侧内膜进针外膜出针，收紧缝线使切缘外翻。如此连续缝合整个吻合口后打结。同侧进、出针点连线应与切缘平行。



连续水平褥式外翻缝合法

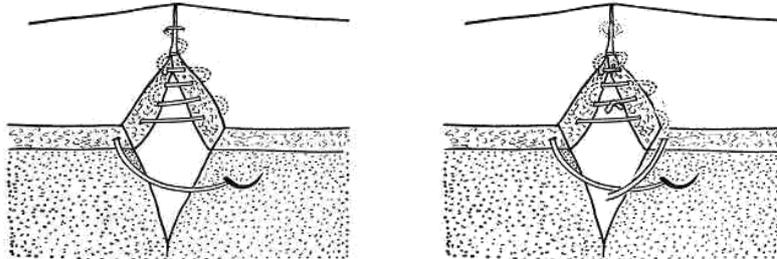
4.减张缝合法：对于缝合处组织张力大，全身情况较差时，为防止切口裂开可采用此法，主要用于腹壁切口的减张。缝合线选用较粗的丝线或不锈钢丝，在距离创缘 2~2.5cm 处进针，经过腹直肌后鞘与腹膜之间均由腹内向皮外出针，以保层次的准确性，亦可避免损伤脏器。缝

合间距离 3~4cm，所缝合的腹直肌鞘或筋膜应较皮肤稍宽。使其承受更多的切口张力，结扎前将缝线穿过一段橡皮管或纱布做的枕垫，以防皮肤被割裂，结扎时切勿过紧，以免影响血运。



减张缝合法

5.皮内缝合法：可分为皮内间断及皮内连续缝合两种，皮内缝合应用眼科小三角针、小持针钳及 0 号丝线。缝合要领：从切口的一端进针，然后交替经过两侧切口边缘的皮内穿过，一直缝到切口的另一端穿出，最后抽紧，两端可作蝴蝶结或纱布小球垫。常用于外露皮肤切口的缝合，如颈部甲状腺手术切口。其缝合的好坏与皮下组织缝合的密度、层次对合有关。如切口张力大，皮下缝合对拢欠佳，不应采用此法。此法缝合的优点是对合好，拆线早，愈合疤痕小，



皮内间断缝合

皮内连续缝合

美观。

随着科学技术的不断发展，除缝合法外，尚有其他的一些闭合创口的方法，如吻合器，封闭器，医用粘胶，皮肤拉链等。

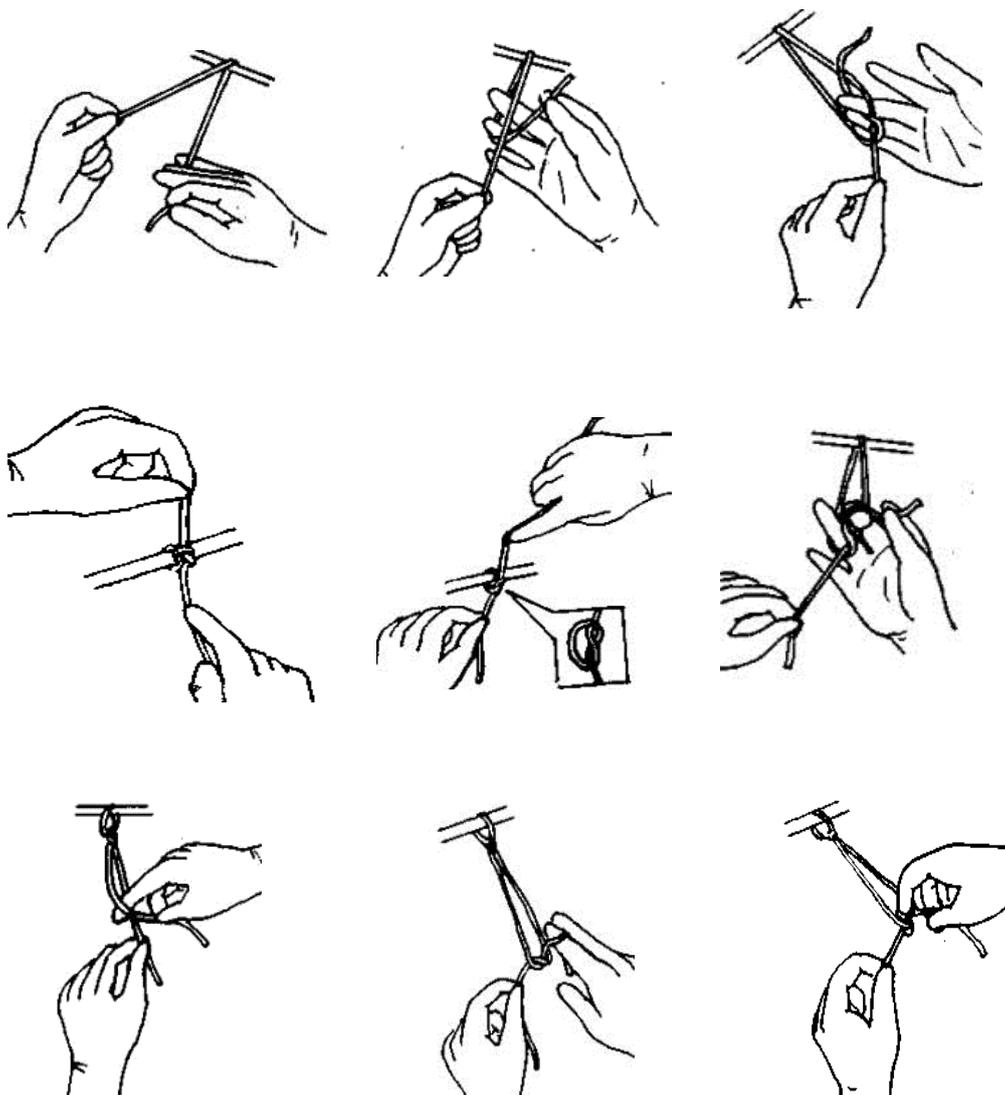
## 打结

术中打结可用徒手或借助器械两种方式来完成。徒手打结在术中较为常用，可分为双手打结法和单手打结法，根据操作者的习惯不同又将单手打结分为左手打结法和右手打结法。器械打结是借助于持针钳或血管钳打结，又称为持钳打结法。

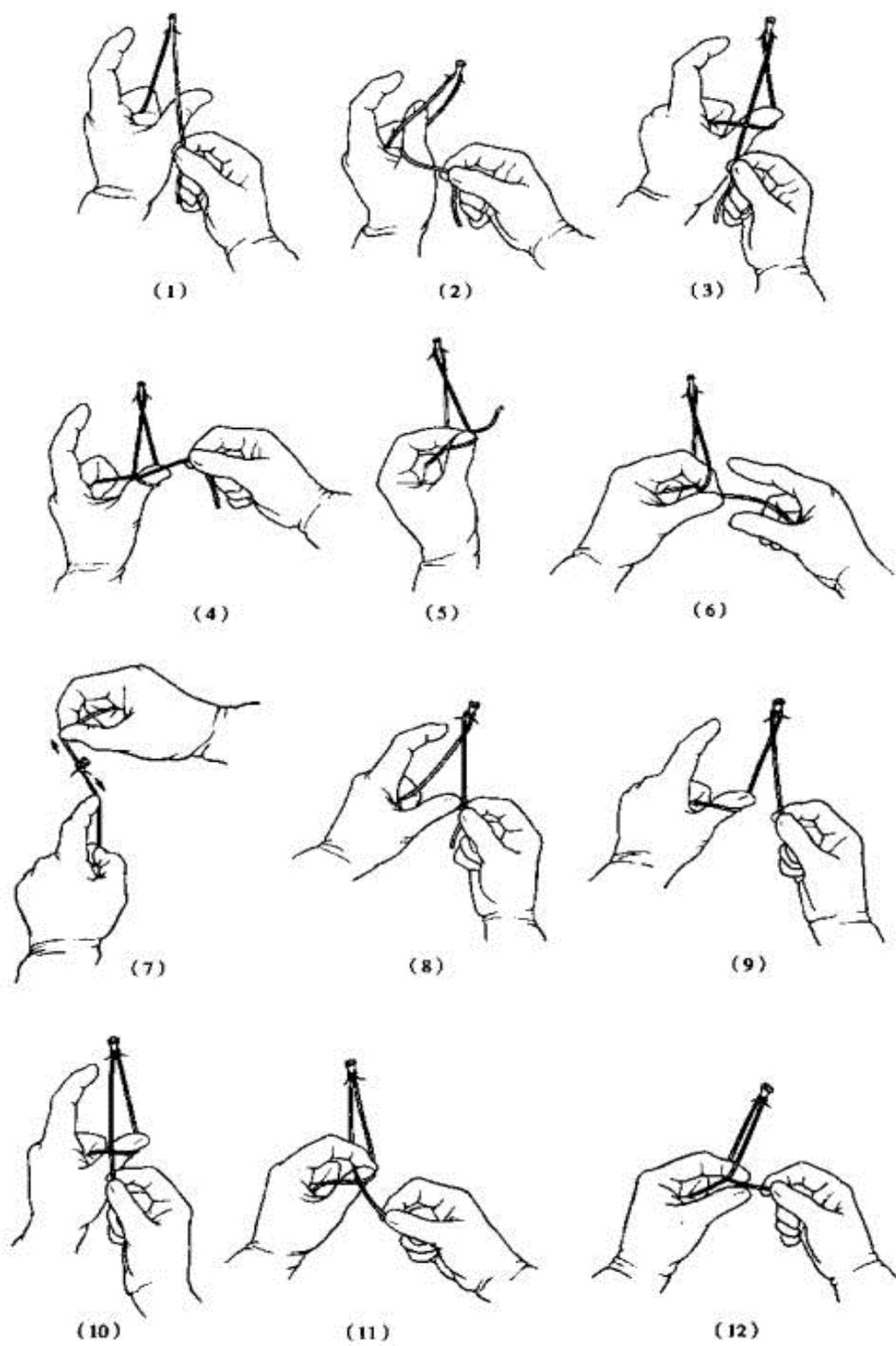
1. 单手打结法 简便迅速地打结方法，易学易懂，术中应用最广泛，应重点掌握和练习。分为右手打结法和左手打结法。

2. 双手打结法 作结方便，牢固可靠，除用于一般结扎外，还用于深部或组织张力较大的缝合结扎。

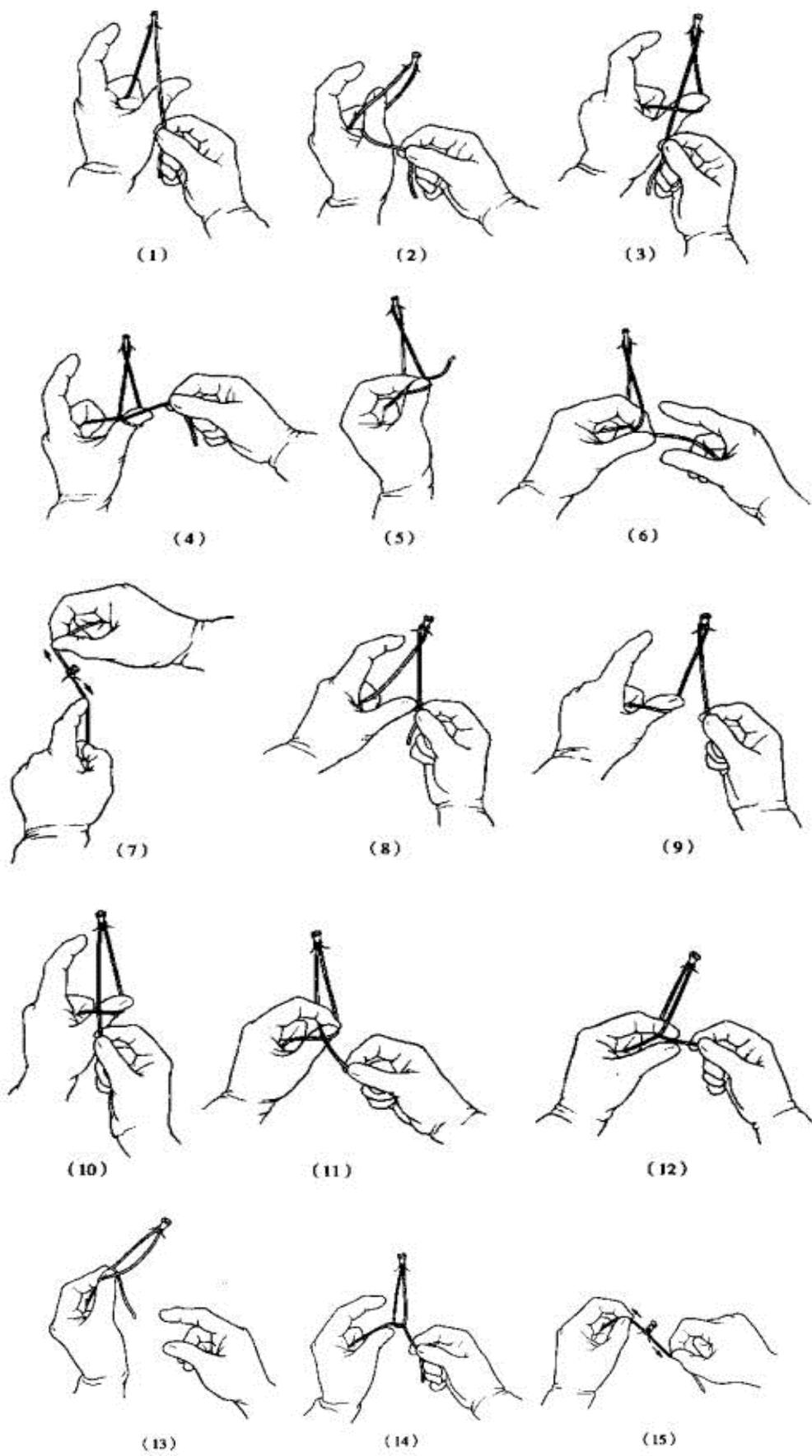
3. 持钳打结法 使用血管钳或持针钳绕长线、夹短线进行打结，即所谓持钳打结法。可用于浅、深部结扎。血管钳或持针钳既是线的延长，也是操作者手的延伸。此法适用于线头太短，徒手打结有困难时或打结空间狭小时的结扎；有时也是为了节省缝线和穿线时间。



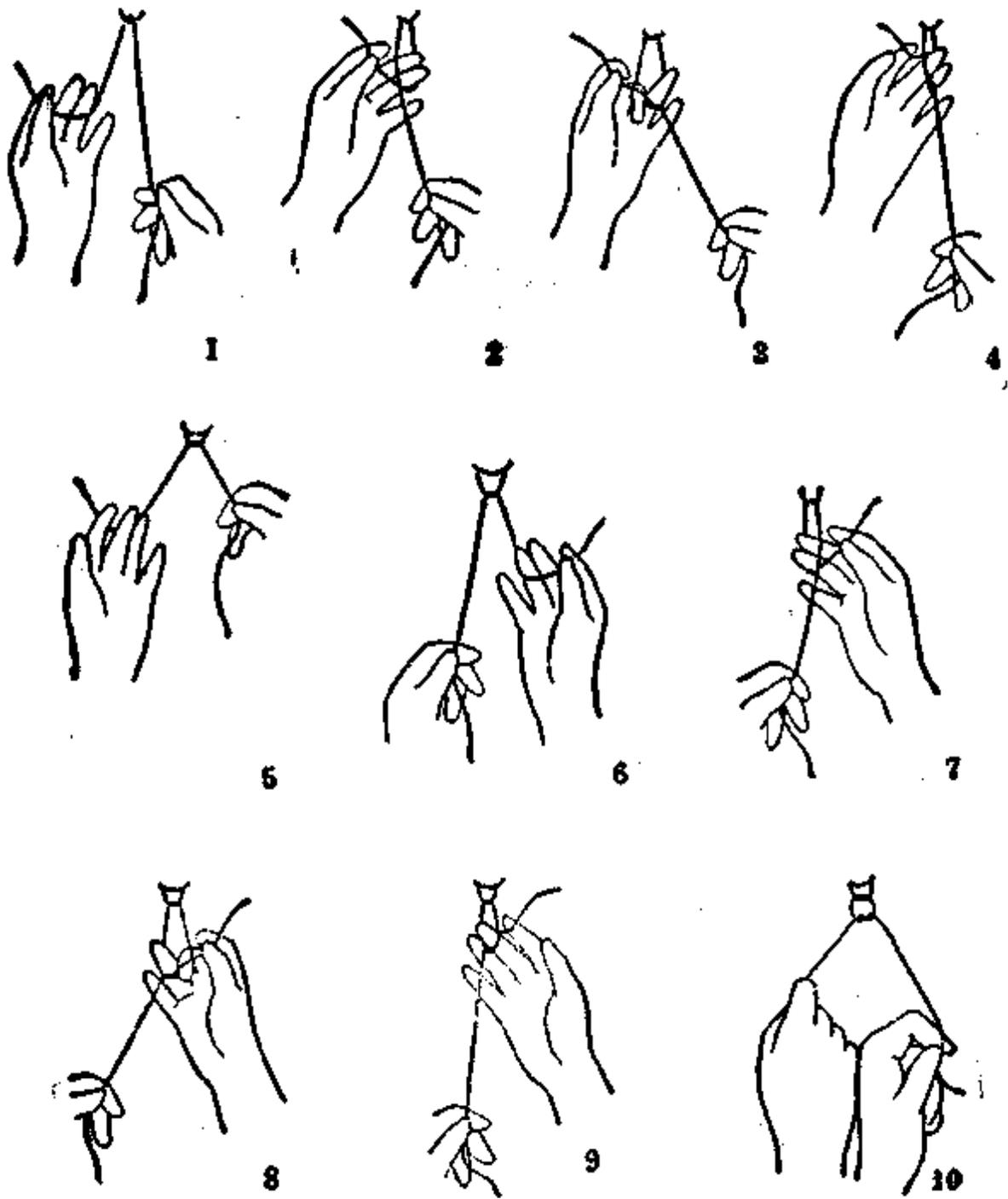
右手打结法



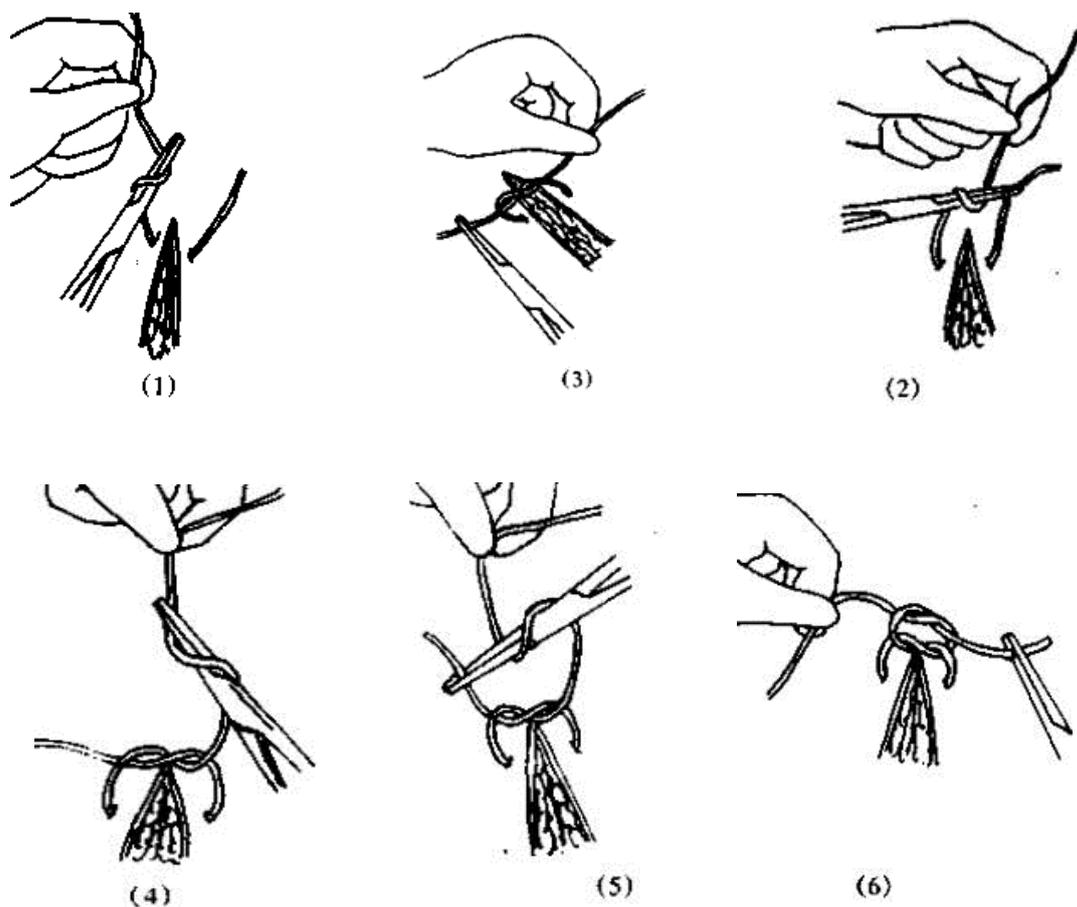
左手打结法



双手打结法（两手动作不同）



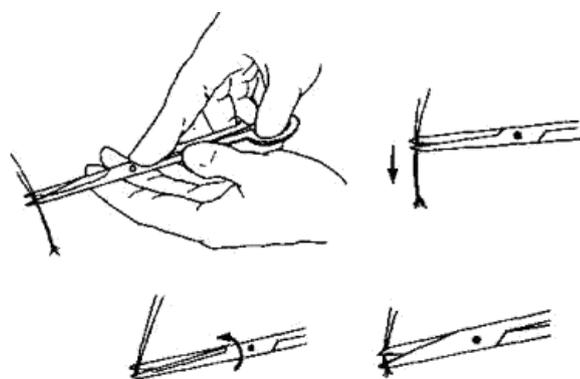
双手打结法（两手动作相同）



持钳打结法

## 剪线

手术进行过程中的剪线就是将缝合或结扎打结后残余的缝线剪除，一般由助手操作完成。初学剪线者最好是在打结完成后，打结者将双线尾并拢提取稍偏向左侧，助手用左手托住微微张开的线剪，“顺、滑、斜、剪”：将剪刀近尖端顺着缝线向下滑至线结的上缘，再将剪刀向上倾斜适当的角度，然后将缝线剪断。倾斜的角度越大，遗留的线头越长；角度越小，遗留的线头越短。一般来说，倾斜  $45^\circ$  左右剪线，遗留的线头较为适中(2~3mm)。所要注意的是在深部组织结扎、较大血管的结扎和肠线或尼龙线所做的结扎，线头应稍留长一些，如丝线留 2~3mm，羊肠线留 3~5mm，钢丝线留 5~6mm 并将钢丝两断端拧紧，肠线或尼龙线留 5~10mm，皮肤缝线留 0.5~1cm 为宜。线头过短的线结易于滑脱，而线头过长就会导致组织对线头的异物反应。



术中剪线

## 换药与拆线

### 一、换药

换药是指对创口进行敷料更换的方法。伤口包括清洁伤口（无菌伤口）、污染伤口和感染伤口。清洁伤口换药即更换伤口敷料，维持伤口无菌。污染伤口换药就是去除伤口污染物，防止伤口继发感染。感染伤口换药即清除伤口炎性物，控制伤口感染，促进伤口愈合。

#### （一）换药的基本原则：

1. 换药室应提早做好室内各种清洁工作，换药前半小时室内不作打扫。

2. 换药前必须初步了解创口部位、类型、大小、深度、创面情况，是否为无菌或化脓创口，有无引流物，以便准备适当敷料和用具，避免造成浪费或临时忙乱。无菌创口换药到无菌室进行，感染创口在普通换药室内进行。

3. 换药的时间视伤口情况而定，外科无菌伤口可于术后第2或第3天换药一次，除敷料潮湿或脱落外，直至拆线前无需换药。术后第一次换药时应有手术者参加；对分泌物多，感染较重的伤口，应增加换药的次数，每日可换药1~2次，必要时也可随时更换，以保持敷料干燥，避免和减轻皮肤糜烂为原则。

4. 严格执行无菌操作。换药者戴好口罩、帽子，操作前清洁洗手。为多个病人换药，应先处理无菌伤口，然后处理感染伤口，恶性肿瘤的伤口和需消毒隔离的伤口（如厌氧菌感染的伤口）应放在最后换药，对于有高度传染性疾病（如破伤风和气性坏疽感染等）的伤口换药时，应有专人负责处理，必须严格遵守隔离处理的原则。

5. 病员应选择适当体位，避免病人直接观察伤口的操作，必要时给平卧位，伤口要充分暴露，换药时，应有足够的照明光线，注意保暖，避免受凉。会阴部及大面积创口宜用屏风隔开或单独在室内换药。

6. 用物准备：换药碗2只，1只盛无菌敷料，1只盛碘汀棉球、乙醇棉球、盐水棉球、纱布等。有齿镊和无齿镊各1把。按创口需要加用油纱布、纱布条、引流药、外用药和纱布等。

#### （二）换药步骤

1. 外层绷带和敷料用手取下，紧贴创口的一层敷料用镊子揭去，揭除敷料的方向与伤口长轴方向平行，以减少疼痛。敷料与创面粘连紧密时用生理盐水浸润，使敷料与创面分离，再轻轻提起敷料四周或已分离的一边，夹生理盐水棉球轻压敷料粘着的创面，慢慢取出敷料，如有毛发粘着可减去或用汽油浸润后揭去。接触伤口敷料的镊子与接触无菌棉球的镊子要分开。

2. 左手持另一把无菌镊子将药碗内的碘汀、乙醇棉球传递给右手的一把镊子操作，用以创

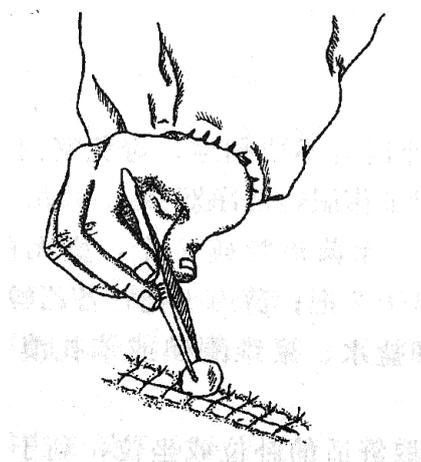
口周围皮肤擦洗。清洁伤口先由创缘向外消毒，消毒范围大于伤口周围 5cm，勿使酒精流入创口引起疼痛和损伤组织。化脓创口，由外向创缘擦拭。

3. 交换左右手镊子，右手持的无菌镊子，处理伤口内。直接用右手的无菌镊子取药碗内的盐水棉球，轻轻清洗创口，去除过度生长的肉芽组织、腐败组织或异物等，禁用干棉球擦洗创口，以防损伤肉芽组织。

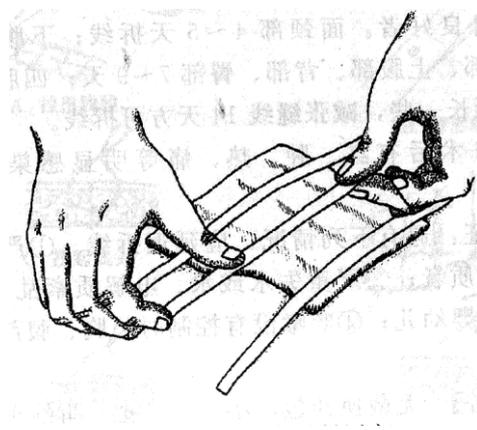
4. 观察伤口的深度及有无引流不畅等情况，根据创口情况选用引流物。浅部伤口常用凡士林纱布；伤口较小而较深时，应将凡士林纱布条送达创口底部，但不可堵塞外口。创口分泌物很多时，可用胶管类和负压吸引。

5. 以无菌纱布覆盖创面，用胶布或绷带固定。所覆盖的大小，应全部覆盖伤口达到伤口周围 3cm 左右。至于加盖敷料的数量，则应按照伤口渗出的情况而定。伤口无渗出液者放置 4~8 层（1~2 块）纱布已经足够；如分泌物较多，所盖敷料则相应增多，必要时加棉垫。纱布用胶布固定，胶布粘贴方向与皮纹平行。

6. 妥善处理污染的敷料。更换下来的纱布、绷带及擦拭创面的棉球等，必须用钳、镊夹取集中放于弯盘内，倒入污物桶；器械及碗、盒、盘擦洗清洁后，重新消毒灭菌。特殊感染的敷料应全部烧毁，器械做特殊灭菌处理。



清洁伤口周围皮肤



覆盖敷料固定

### （三）创口内用药

1. 清洁创口或肉芽组织生长健康的创口，用无刺激的油膏或凡士林纱布覆盖。
2. 伤口分泌物多，肉芽水肿的感染伤口用 2%~3% 盐水湿敷；有脓液的，用 0.1% 利凡诺尔溶液湿敷。
3. 轻度感染的创口，用生理盐水湿敷。
4. 不健康的肉芽组织用刮匙清除后湿敷。肉芽组织过高时用剪刀修平。

5. 绿脓杆菌感染用 1: 1000 苯氧乙醇湿敷，或可试用暴露疗法，必需时用橡皮管或导尿管插入创口内，以大量生理盐水冲洗，或 1%青霉素溶液创口内冲洗（但大量冲洗可有全身吸收作用，故浓度不宜超过 1%）。

#### （四）创口引流

外科引流有预防与治疗作用。预防性引流是为了预防血液、脓液的蓄积而安置的。治疗性引流是为引流脓性分泌物、坏死组织，防止伤口早期闭合而安置的。

1. 常用引流物有：橡皮条、纱布条、卷烟引流条和橡皮管等。引流物都需用安全别针固定，以免滑脱，潜在伤口的预防性引流一般不作固定。

2. 引流物的拔除，要根据手术情况和创口分泌物多少来决定。预防积血、积液引流，橡皮条一般在术后 24~48 小时拔除。纱布条和分泌物引流条在术后 2~3 日拔除，橡皮管在术后 4~7 日拔除，分泌物显著减少后，逐步剪短、拔除。

附：

#### 切口的种类：

1. 清洁伤口，或称无菌伤口，用“Ⅰ”代表，是指缝合的无菌切口，去疝修补术，甲状腺大部分切除术等。

2. 可能污染切口，用“Ⅱ”代表，是指手术时可能带有污染的缝合切口，如胃大部切除术，会阴部的手术切口等。

3. 污染切口，用“Ⅲ”代表，是指邻近感染区或组织直接暴露于感染物的伤口，如化脓性阑尾炎，肠梗阻坏死的手术等。

#### 愈合分级：

1. 甲级愈合，用“甲”代表，是指愈合优良，没有不良反应的一期愈合。

2. 乙级愈合，用“乙”代表，是指愈合欠佳，愈合处有炎症反应，如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓。

3. 丙级愈合，用“丙”代表，是指切口化脓，需做切开引流及换药后方能愈合的伤口。

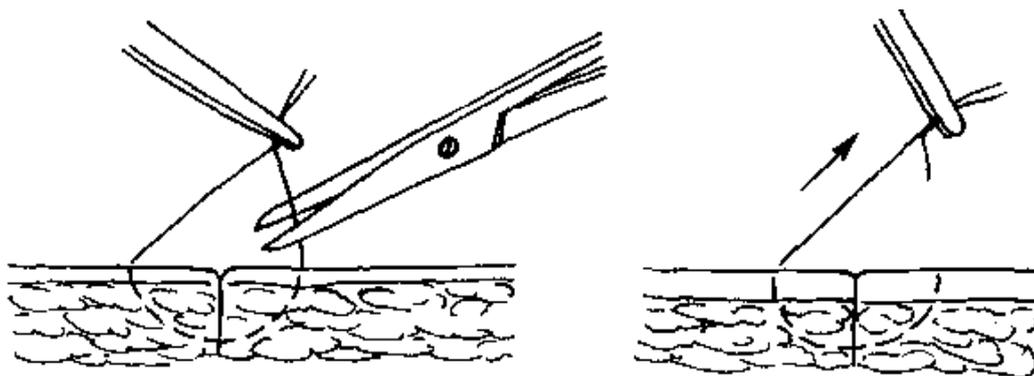
#### 二、拆线

只有皮肤缝线需要拆除，所以外科拆线尤指在缝合的皮肤切口愈合以后，或手术切口发生某些并发症时（如切口化脓性感染、皮下血肿压迫重要器官等）拆除缝线的操作过程。拆线时应注意不使原来显露在皮肤外面的线段经过皮下组织以免导致细菌污染。

缝线的拆除时间应结合切口部位、局部血液供应情况、病人的年龄及营养状况、切口的大

小与张力等因素综合考虑来决定。一般来说，头、面、颈部切口在术后 5~6 日拆线；躯干部、会阴部 7 日左右；四肢及关节周围在术后 8~10 日（近关节处还可适当延长一些）；减张缝合 12~14 日。有时可先采用间隔拆线；已化脓伤口应立即拆线；青少年病人可适当缩短拆线时间；年老、营养不良、糖尿病病人可延迟拆线时间。

拆线具体方法是首先按换药的方法常规消毒切口区域，左手持镊子将线结轻轻提起，右手将微微张开的线剪尖端插入线结与皮肤之间的间隙，平贴针眼处的皮肤将线剪断，然后，快速轻巧地将缝线朝剪断侧拉出，即向切开方向抽出缝线，这样就可以避免拉开切口、病人不适或皮下污染。注意露出皮肤外的缝线不可再通过皮下组织。最后用碘汀、乙醇棉球消毒切口，再盖以无菌纱布覆盖后固定。



外科拆线

# 妇产科操作规范

## 一、妇科检查

### （一）窥阴器的使用

1. 无性生活者一般不做窥阴器检查。使用窥阴器检查阴道和宫颈时，要注意窥阴器的结构特点，以免漏诊。临床常用鸭嘴形窥阴器，可以固定，便于阴道内治疗操作。

2. 患者排空膀胱，治疗床上垫一次性臀垫，患者取膀胱截石位。操作者带检查手套，将窥阴器前后两叶闭合，表面涂润滑剂利于插入，避免损伤（若拟作宫颈细胞学检查或取阴道分泌物做涂片检查时，不应用石蜡油等润滑剂，以免影响涂片质量，可使用生理盐水湿润窥器）。

3. 放置窥阴器时，检查者用左手拇指食指将两侧小阴唇分开，右手将窥阴器避开敏感的尿道周围区，倾斜 45 度沿阴道后壁缓慢插入阴道内，边推进边将窥阴器转正并逐渐张开两叶，暴露阴道壁、宫颈及穹窿部，然后旋转窥阴器，充分暴露阴道各壁。观察阴道前后壁和侧壁及穹窿黏膜颜色、皱襞情况，是否有阴道隔或双阴道等先天性畸形，有无溃疡、囊肿或者赘生物。注意阴道内分泌物量、性质、色泽，有无异味。阴道分泌物异常者应做滴虫、假丝酵母菌、淋球菌及线索细胞等检查。暴露宫颈后观察宫颈的大小、颜色、外口形状，有无出血、柱状上皮异位、撕裂、外翻、腺囊肿、息肉、赘生物等，宫颈管内有无出血或分泌物。同时可采集宫颈外口鳞一柱交界部标本做宫颈细胞学检查。

4. 取出窥阴器时，先将窥阴器缓慢退离宫颈（防止闭合时夹到宫颈组织），再将窥阴器两叶闭合，缓慢退出阴道。

### （二）双合诊

1. 妇科双合诊是盆腔检查中最重要的检查。检查者一手的两指或一指放入阴道，另一手在腹部配合检查。

2. 目的：摸清阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢及宫旁结缔组织以及骨盆腔内其他器官和组织有无异常。

3. 方法：检查者戴无菌手套，右手或左手食、中两指蘸润滑剂，顺阴道后壁轻轻插入。

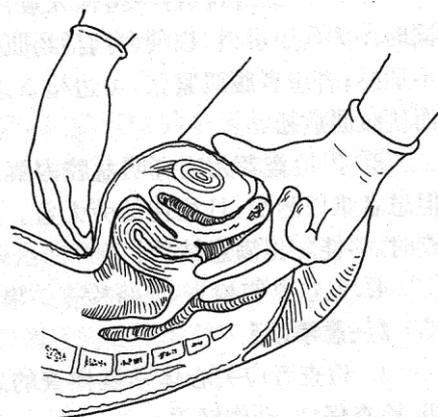
（1）检查阴道松紧度、通畅度和深度，有无先天畸形、瘢痕、结节或肿块。手指触及后穹窿时患者感觉疼痛为后穹窿触痛。

（2）检查宫颈大小、形状、硬度及外口情况，有无接触性出血。若拨动宫颈时病人感疼痛，称为宫颈举痛，为盆腔内脏器有病变的表现。

(3) 检查子宫及附件：将阴道内两指放在宫颈后方，另一只手掌心朝下手指平放在患者腹部平脐处，当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时，腹部手指往下按压腹壁，并逐渐向耻骨联合部移动，通过内、外手指同时分别抬举和按压，相互协调。

即可扪清子宫的位置，大小，形状，软硬度，活动度及有无压痛。多数妇女子宫位置呈前倾略前屈位。

触清子宫后，将阴道内两手指由宫颈后方移向一侧穹窿部，尽可能往上向盆腔深部触及，与此同时，另一手从同侧下腹壁髂棘水平开始，由上往下按压腹壁，与阴道内手指相互对合，以触摸该侧子宫附区有无肿块，增厚或压痛。正常卵巢偶可触及，触之稍有酸胀感。正常输卵管不能扪及。



阴道双合诊

### (三) 宫颈细胞学检查

#### 【适应症】

1. 普通人群的健康筛查：一般 25 岁以上人群每 3 年一次细胞学筛查。
2. 机会性筛查：因妇科疾病就诊的患者，尤其是存在宫颈接触性出血、阴道分泌物异常或生殖道肉眼有可疑病变的女性。
3. 因妇科良性疾病拟行子宫切除术前。
4. 高危人群的复查：曾经宫颈癌筛查结果异常、宫颈病变或宫颈癌治疗后随诊患者。

#### 【操作前准备】

1. 物品准备：常规盆腔检查用物。若进行液基细胞学检查，应准备 TCT 或 LCT 小瓶、宫颈取样；若进行巴氏细胞学检查，应准备好刮板、玻片、95%酒精和玻片架。
2. 宫颈细胞学取材应在非月经期进行，取材前 24h 禁止性生活、盆腔检查、阴道超声检查、阴道灌洗和上药。

#### 【操作过程】

1. 受检者取膀胱结石位，检查者手持窥阴器，以清水或生理盐水湿润（不涂石蜡油等润滑剂），正确放置窥阴器并充分暴露子宫颈。若子宫颈表面分泌物过多时，用无菌干棉签或棉球轻轻拭去，再进行取材。

2. 液基细胞学检查：将取样刷置于宫颈外口，轻轻施压，使刷缘在宫颈表面展开，以宫颈外口为圆心，在宫颈外口鳞柱状上皮交界处和子宫颈管内，轻轻旋转 3-5 周。若在刷取范围以外看到可疑异常部位，应同时刷取该区域的脱落细胞一并送检。取样后立即将刷头取下直接放

入存有保存液的小瓶中送检。

巴氏细胞学检查：在宫颈外口鳞柱状上皮交界处，以宫颈外口为圆心，用木质刮板，轻轻刮取一周，不要过分用力，以免刮伤，引起出血。再用刮板刮取标本，涂于刻有号码的玻片上，置于玻片架用 95%乙醇溶液浸泡固定后送检。

## 二、产科检查

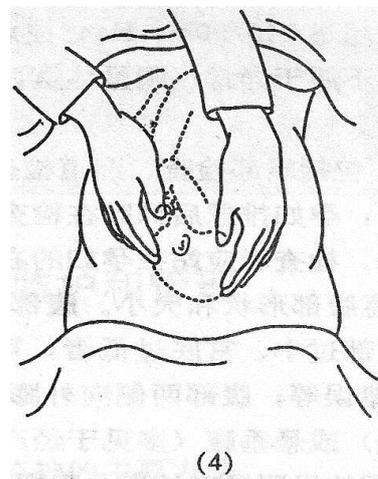
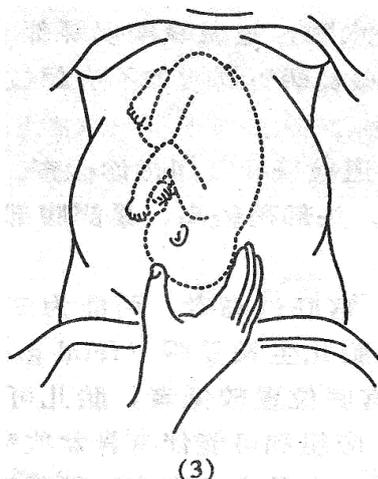
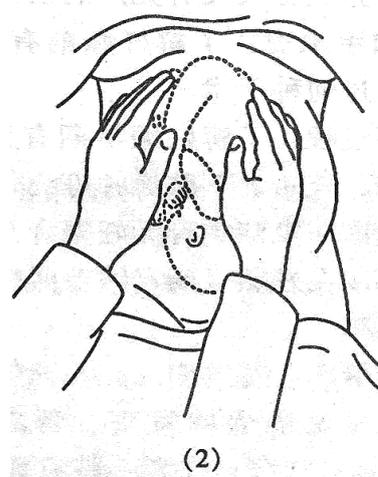
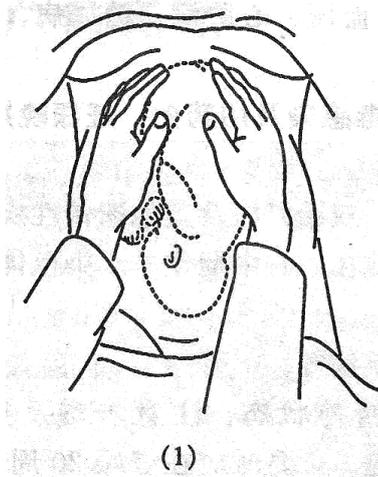
### (一) 四步触诊

四步触诊法是产前检查的常用方法，通过四步触诊法可以判定胎产式、胎先露、胎方位、胎先露是否衔接、子宫大小是否与孕周相符，并估计胎儿的大小和羊水量的多少。

【适应症】妊娠 24 周以后。

【操作前准备】检查者关闭门窗，遮挡屏风，温暖双手；孕妇排尿后，仰卧于检查床上，暴露腹部，双腿略屈外展，腹肌放松。

【操作过程】检查者位于孕妇右侧，前三步触诊时面对孕妇头部。第四步触诊时，检查者则面对孕妇足部，动作要轻柔。



四步触诊操作手法

1. 第一步检查者双手置于子宫底部，先确定子宫底高度，估计宫底高度与孕周是否相符，再以双手指腹交替轻推，分辨宫底处是胎体的哪一部分，圆而硬有浮球感的为胎头，宽而软不规则的为胎臀。

2. 第二步检查者双手置于子宫两侧，一手固定，另一手深按，两手交替进行。分辨胎背及胎儿四肢各在母体腹壁的哪一侧，平坦饱满者为胎背，高低不平有结节者为胎儿肢体。

3. 第三步检查者右手拇指与其余四指分开，置于耻骨联合上方，握住先露部，按第一步特点判断先露是头还是臀；再左右推动先露部，以确定是否入盆，能被推动提示未入盆，反之提示入盆。

4. 第四步两手分别插入先露部两侧，向骨盆入口深按，再一次核对先露部的诊断是否正确，并确定先露部入盆程度。

## （二）骨盆测量

骨盆是胎儿娩出的必经通道，其大小、形态和各径线的长短直接关系到分娩能否顺利进行。临床测量骨盆的方法包括骨盆外测量和骨盆内测量。骨盆外测量可间接反映骨盆的大小和形态，而骨盆内测量可直接反映骨盆的大小、形态，据此判断头盆是否相称，进而决定胎儿能否经阴道分娩，因此，骨盆测量是产前检查必不可少的项目。

### 1. 骨盆外测量

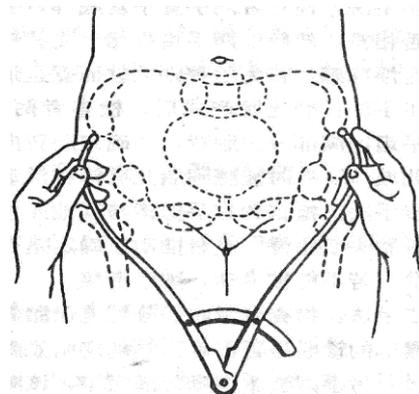
【适应症】 首次产前检查的孕妇

【操作前准备】 检查者关闭门窗，遮挡屏风，准备骨盆测量器，手要温暖；孕妇排尿后，仰卧于检查床上。

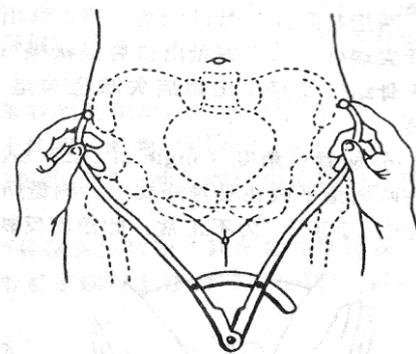
【操作过程】

（1）髂棘间径（interspinal diameter, Is）取伸腿仰卧位，测量两髂前上棘外缘间的距离，正常值 23~26cm。

（2）髂嵴间径（intercristal diameter, Ic）体位同上，测量两髂脊外缘最宽的距离，正常值为 25~28cm。



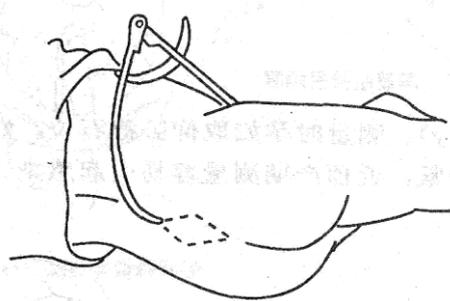
测量髂嵴间径



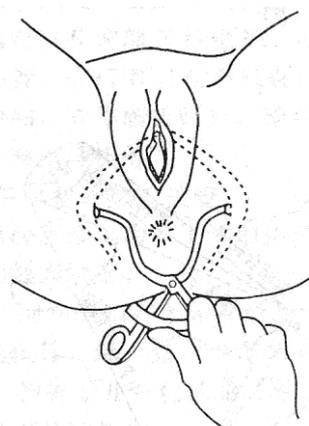
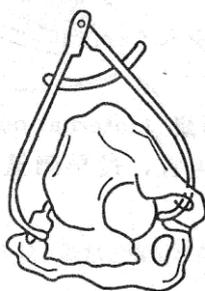
测量髂棘间径

(3) 骶耻外径 (external conjugate, Ec) 取左侧卧位, 右腿伸直, 左腿屈曲, 测量第 5 腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离, 正常值 18~20cm, 第 5 腰椎棘突下相当于米氏菱形窝 (Michaelis rhomboid) 的上角, 或相当于髂脊后连线中点下 1~1.5cm 处。

(4) 出口横径 (transverse outlet, To) 或称坐骨结节间径 取仰卧位, 两腿屈曲, 双手抱膝, 测量两坐骨结节内缘间的距离, 正常值 8.5~9.5cm。

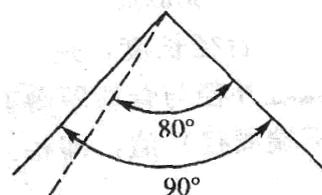
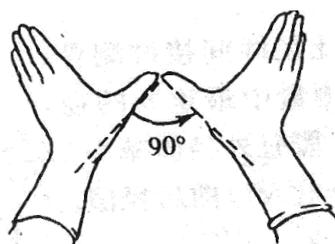
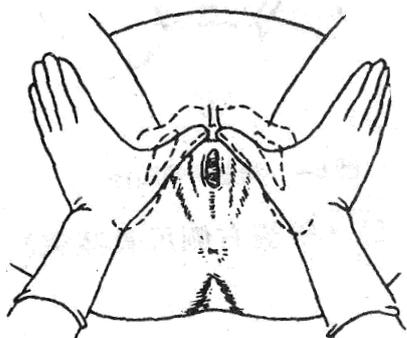


测量骶耻外径



测量出口横径

(5) 耻骨弓角度 (angle of subpubic arch) 用两拇指尖斜着对拢, 置于耻骨联合下缘, 左右两拇指平放在耻骨降支上面, 测量两拇指的角度, 正常值为 90°, 小于 80° 为异常。



测量耻骨弓角度

## 2. 骨盆内测量 (仅作了解)

**【适应症】** 适用于骨盆外测量狭窄者, 一般于妊娠 24~36 周进行。

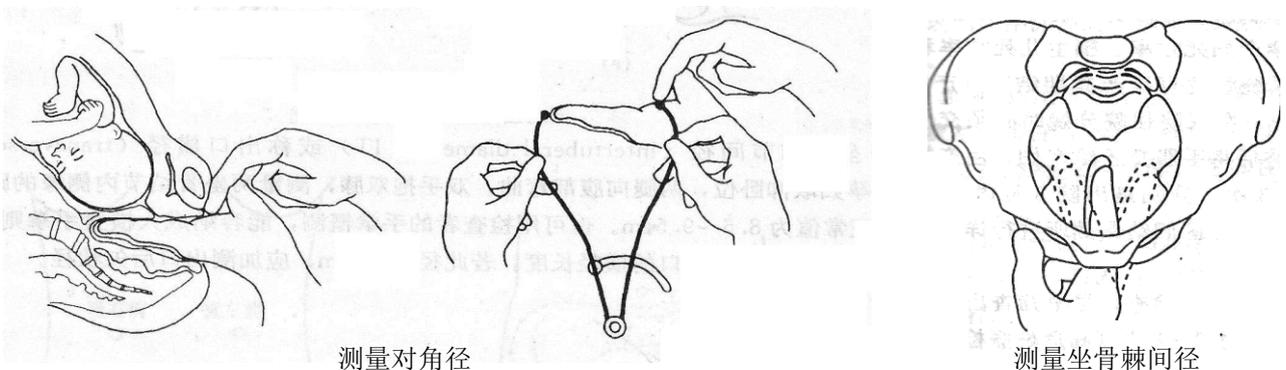
**【操作前准备】** 检查者关闭门窗, 遮挡屏风, 准备无菌手套、消毒碘伏棉球、无菌持物钳、消毒石蜡油、一次性臀垫和卫生纸。

**【操作过程】**

检查时，检查床垫一次性臀垫，取膀胱截石位，严格消毒外阴，检查者戴无菌手套，以无菌纱布遮盖被检者肛门口，涂以润滑剂，示指、中指放入阴道，测量的主要径线有：

(1) 对角径 (diagonal conjugate, Dc 或称骶耻内径) 为耻骨联合下缘至骶岬上缘中点的距离，正常值为 12.5~13cm，此值减去 1.5~2cm，即为骨盆入口前后径的长度，又称真结合径 (conjugate vera)，方法是：检查者伸入阴道的中指指尖触骶岬上缘中点，示指上缘紧贴耻骨联合下缘，以另一手示指正确标记此接触点，抽出阴道内的手指，测量中指指尖至此接触点间的距离，即为对角径。

(2) 坐骨棘间径 (bi-ischial diameter, BD) 测量两坐骨棘间的距离，正常值约为 10cm。测量方法是一手示指、中指放入阴道内，分别触及两侧坐骨棘，估计其间距离。



### (三) 经阴道后穹窿穿刺

#### 【适应症】

1. 疑有腹腔内出血时，如宫外孕、卵巢黄体破裂等。
2. 疑盆腔内有积液、积脓时，可做穿刺抽液检查以了解积液的性质。以及盆腔脓肿的穿刺引流及局部注射药物。
3. 可疑恶性肿瘤患者，可以通过后穹窿穿刺留取腹腔积液进行细胞学检查。也可对后穹窿肿物进行细针穿刺病理检查（目前仍有争议）。
4. B 型超声引导下卵巢子宫内膜异位囊肿或输卵管妊娠部位注射药物治疗。
5. 在超声引导下经阴道后穹窿穿刺取卵，用于各种助孕技术。

#### 【禁忌证】

1. 盆腔严重粘连，疑有肠管与子宫后壁粘连。
2. 直肠子宫陷凹被较大的肿块完全占据，并已凸向直肠。

3. 高度怀疑恶性肿瘤患者，部分观点认为应避免后穹窿穿刺，以免肿瘤细胞种植（目前仍有争议）。

4. 异位妊娠准备采用非手术治疗时应避免穿刺，以免引起感染。

5. 合并严重的阴道炎症。

#### 【器械与药物】

器械：窥阴器、宫颈钳、9号腰穿针或7号腰穿针或22号长针头、5毫升或10毫升注射器一个，干净玻管一支。消毒物品及无菌棉球。

敷料：腿巾2块、孔巾1块

#### 【操作方法及步骤】

##### 1. 术前准备：

操作者准备：戴口罩、帽子，洗手。

病人准备：排空膀胱后，治疗床上垫一次性臀垫，取膀胱截石位。

##### 器械准备

##### 2. 消毒外阴：原则——由里向外，由上向下。

依次对称消毒小阴唇、大阴唇，后由下向上消毒阴阜，至少超过耻骨联合上方，然后由内向外消毒大腿内侧上2/3，范围约15cm，不留空白。大腿内侧下1/3（肛门水平）改由外向内消毒。用同一把卵圆钳同法再次消毒外阴，但范围不应超过第一次，第二次最后消毒肛门。

3. 用另一把卵圆钳消毒阴道：卵圆钳弯头朝下将消毒棉球送入阴道最底部，可一边旋转一边退钳，消毒两次，第二次最后消毒肛门。

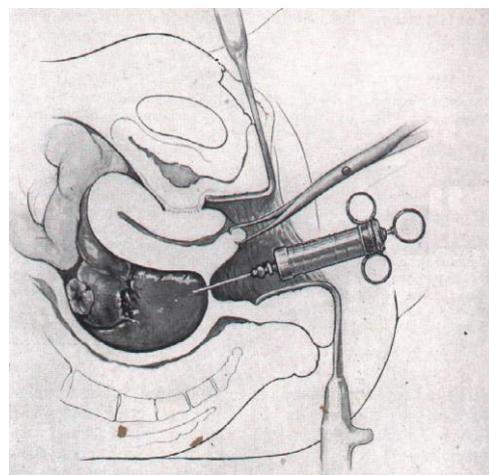
4. 戴无菌手套。先铺洞巾，并将洞巾下端稍压向病人臀部以下，再铺两侧腿巾。检查器械。

5. 湿润手套后行阴道双合诊，判断有无宫颈举痛。取消毒棉球消毒做双合诊的手套，或换另外一副无菌手套。

6. 窥阴器暴露宫颈用第三把卵圆钳再次消毒阴道两次。

7. 以宫颈钳夹持宫颈后唇（宫颈六点方向），向前提拉，充分暴露后穹窿，并消毒后穹窿两遍。

8. 用穿刺针头接注射器（5毫升或10毫升）。在后穹窿中央或稍偏病侧，距离阴道后壁与宫颈后唇交界处稍下方平行宫颈管刺入（此时可嘱患者轻咳，当腹压骤升之时，后穹窿部稍膨出，此时迅速刺入），有落空感（进针深约2cm）



经阴道后穹窿穿刺

后立即抽吸，必要时适当改变方向或深浅度。如无液体抽出，可边退针边抽吸。针头拔出后，再次消毒穿刺部位。若穿刺点有活动性出血，可用棉球压迫片刻。血止后取出窥阴器，帮助病人整理衣物。

#### 【结果判读】

##### 1. 血液

(1) 新鲜血液：放置后迅速凝固，提示系穿刺针进入血管抽出的血液，应改变穿刺方向、部位或深度，重新进行穿刺。

(2) 陈旧性暗红色血液：放置 10 分钟以上不凝固，表明有腹腔内有出血。多见于异位妊娠、卵巢黄体破裂或其他脏器如脾破裂等。

(3) 巧克力色粘稠液体：多为卵巢子宫内膜异位囊肿破裂。

2. 脓液：提示盆腔或腹腔内有化脓性病变或脓肿破裂。

3. 炎性渗出物：提示盆腔或腹腔内有炎症。

4. 腹腔积液：应及时送检，尤其是肉眼血性腹腔积液，多为恶性肿瘤，应行脱落细胞检查。

#### 【注意事项】

1. 穿刺方向应是阴道后穹隆中点进针与宫颈管平行的方向，深入至直肠子宫陷凹，不可过分向前或向后，以免针头刺入宫体或进入直肠。

2. 穿刺深度要适当，一般 2~3cm，过深可刺入盆腔器官或穿入血管。若积液量较少时，过深的针头可超过液平面，抽不出液体而延误诊断。

3. 若抽吸物为血液，应放置 5 分钟，若凝固则为血管内血液；或滴在纱布上出现红晕，为血管内血液。

4. 有条件或病情允许时，先行 B 超检查，协助诊断直肠子宫陷凹有无液体及液体量。

5. 后穹隆穿刺未抽出血液，不能完全排除异位妊娠。内出血量少、血肿位置高或与周围组织粘连，可出现假阴性结果。

# 儿科操作规范

## 一、婴儿喂养

### （一）适应症与禁忌证

#### 1. 适应症：

母乳不足或不能进行母乳喂养，不宜哺乳的情况包括：

（1）母亲患有 HIV、严重疾病如慢性肾炎、糖尿病、恶性肿瘤、精神病、癫痫、心功能不全者应停止哺乳

（2）乙肝病毒携带者相对禁忌

（3）母亲患结核病，正规治疗两周后可以哺乳

#### 2. 禁忌证：

（1）先天性消化道畸形等原因导致消化道梗阻

（2）怀疑或诊断新生儿坏死性小肠结肠炎

（3）血流动力学不稳定

### （二）操作前准备

1. 环境准备：配奶间清洁，定期消毒；操作台清洁，定期消毒

2. 用物准备：配方奶粉、奶粉专用量勺、温开水或开水及冷开水、量杯、搅拌棒、消毒的奶瓶或一次性奶瓶、奶嘴、温度计、纱布、围嘴、无菌单以及小毛巾等。

3. 核对婴儿信息、与家长沟通（姓名、月份、喂养史、健康状况等）

4. 计算患儿此次所需奶量

婴儿每日能量需要量为  $90\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})$  [ $418.4\text{kJ}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ]，总液体需要量  $150\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。当计算的总奶量达不到总水量时，额外的水需要分次在两餐之间饮用，尽量均次均量给予，每次给水量不超过每次奶量的  $1/3-1/4$ 。

#### 方法一：

（1）不同阶段以及不同种类的奶粉，提供的能量不同。100ml 婴儿配方奶供能约  $67\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。根据计算出的总能量，除以 0.67 可得到婴儿每日所需要的总奶量。

（2）根据月龄判断每天的喂养次数：初生足月儿每昼夜 8 次，2~3 个月时每日 6 次，4—6 个月时每日 5 次。根据步骤（1）算出的总奶量，除以喂养次数可得到每次的喂养奶量。

（3）奶粉专用量勺刮平的一小量勺（4.4g）奶粉加水 30ml。根据步骤（2）计算出的每次喂养奶量，除以 30 可得所需奶粉勺数。

(4) 根据计算出的总液体量，判断所需额外补水量。

方法二：

(1) 不同阶段以及不同种类的奶粉，提供的能量不同。1g 婴儿配方奶供能约 5kcal。根据计算出的总能量，除以 5 可得到婴儿实际所需要的奶粉用量。

(2) 根据月龄判断每天的喂养次数：初生足月儿每昼夜 8 次，2~3 个月时每日 6 次，4—6 个月时每日 5 次。根据步骤 (1) 算出的总奶粉用量，除以喂养次数可得到每次的奶粉用量。

(3) 奶粉专用量勺刮平的一小量勺为 4.4g，根据步骤 (2) 算出的每次奶粉用量，除以 4.4 可得所需奶粉勺数。

(4) 每勺奶粉加水 30ml，根据步骤 (3) 计算出的所需奶粉勺数乘以 30 可得每次的喂养奶量。

(5) 根据计算出的总液体量，判断所需额外补水量。

5. 操作者戴帽子、口罩、七步洗手法洗手

(三) 操作方法

1. 检查物品，如：奶粉名称阶段，有效期、热卡量、有效日期、开罐日期以及奶粉颜色和质量等。

2. 配奶

(1) 核对奶瓶、量杯、搅拌棒是否干净、消毒、晾干。

(2) 冷、热水各一半至奶瓶或量杯，用温度计测试水温。

(3) 量用奶粉专用奶粉勺取所需奶粉量，需刮平。刮平后的一小量少为 4.4g。

(4) 旋转摇晃奶瓶，使奶粉充分完全溶解。避免摇晃时，产生过多气泡。

3. 人工喂养

(1) 测奶温：滴在手背或手腕测温，后用纱布擦去。

(2) 测滴奶速度：奶瓶倾斜，使奶嘴充满奶液，以奶液顺畅连续滴出为宜。

(3) 围上围嘴，坐位摇篮式喂养

(4) 用奶嘴轻触一侧口角或嘴唇，刺激婴儿觅食反射。

(5) 将奶嘴送入婴儿口中，确保奶嘴中始终充满奶液，逐步增加倾斜角度，避免空气进入奶瓶。

(6) 喂养结束后，擦拭婴儿嘴巴，竖抱，将婴儿头部靠在操作者肩膀，轻拍背部，拍出

胃内气体。

#### （四）操作后处理

1. 将奶具清洗，放置污染区，等待高压灭菌。
2. 记录婴儿吃奶情况和奶量。

## 二、小儿体格测量

#### （一）操作前准备

1. 核对婴儿信息，与家长沟通（姓名、性别、月龄等）
2. 确保检查间光线明亮、温暖适宜（22~24℃），做好婴儿的保暖措施。
3. 检查物品：垫单、包被、量床（刻度清晰）、皮尺、游标卡尺、体重计（归零）、纱布、尿不湿、白纸、笔等。
4. 操作者准备：戴帽子、口罩、七步洗手法洗手

#### （二）操作流程：

1. 从家长手中接过婴儿，褪去外衣、鞋袜、帽子。排空大小便。开始测量各生长发育指标，并记录。

2. 测量身长：使婴儿平躺在量床上，脱去鞋、袜、帽及衣裤，仅穿单裤，仰卧于量床底板中线上，一人用手固定婴儿头部，头顶紧贴头板。另一人站在婴儿右侧，左手按住双膝关节，使双腿伸直并拢，右手移动足板使其接触两侧足跟，读足板处所示读数。

3. 测量顶臀长：婴儿仰卧于量床底板中线上，一人用手固定婴儿头部，使其头顶紧贴头板。另一人站在婴儿右侧，左手提起其双下肢，膝关节屈曲，大腿垂直于底板，右手移动足板使其紧贴小儿骶骨，读足板所示读数。

4. 测量头围：以婴儿右侧眉弓上缘为起点，用软尺从右侧眉弓上缘经枕骨粗隆、左侧眉弓上缘回到起始点测量的数值即为头围。

5. 测量上臂围：婴儿取坐位或仰卧位，双手臂自然平放或下垂，取左臂肩峰点至尺骨鹰嘴连线的中点绕上臂一周测量上臂周径（软尺只需紧贴皮肤，不能压迫皮下组织）。

6. 测量胸围：检查者用左手拇指将软尺零点固定于婴儿右乳头下缘，右手拉软尺经两侧肩胛角下缘，从乳头下缘回到零点，平静呼吸（吸气末和呼吸末）各测量一次，取平均值即为胸围。

7. 测量腹围：婴儿取平卧位，检查者将软尺零点固定于剑突与脐连线中点，经同水平位绕背部一周回到零点，测量所得数值即为腹围。

8. 测量囟门：取婴儿前囟对边线的中点连线进行测量（记录方式为： $1.5\text{cm} \times 1.5\text{cm}$ ）。

9. 测量皮脂厚度：取婴儿锁骨中线与脐平线交界点，测量者用左手拇指与示指与测量点左右分开 3cm，沿躯干长轴平行方向捏起皮下脂肪，右手拿皮脂尺，张开钳口，在距手两侧捏点下的底部夹住皮下脂肪，读取刻度盘指针所指读数即为皮脂厚度。

10. 测量体重：在婴儿空腹时进行，将电子秤置零，使婴儿平躺置于体重称上，脱去鞋、袜、帽及衣裤后读数。

### （三）操作后处理

1. 恢复婴儿衣服，将婴儿归还给家长。评估婴儿生长发育情况，给予喂养建议。

2. 恢复物品，七步洗手法洗手。

### （四）操作注意事项

1. 注意保暖，防止受凉。

2. 测量时应脱去鞋、袜、帽及衣裤后读数。

3. 应在空腹进行，排空大、小便进行测量。

# 南京医科大学病历书写规范

## 一、基本要求

第一条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。病历书写内容要求真实完整，重点突出，条理清晰，有逻辑性、有科学性地综合分析讨论意见。

第二条 入院记录或住院病历应在病人入院后 24 小时内完成。

第三条 住院病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水。

第四条 病历书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。病历中涉及的数字均用阿拉伯数字书写。疾病诊断、手术、各种诊疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》（ICD-10、ICD-9-CM-3）的规范要求。

第五条 病历书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。规范使用汉字，简化字、异体字，按《新华字典》为准，不得自行杜撰，避免错别字。书写过程中出现错别字时，应当用双线划在错别字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹，整个大病例修改不得超过三处。

第六条 病历应当按照规定的内容书写，实习医师书写的病历，应当经过上级带教老师审阅、修改并签名，审查修改应保持原记录清楚可辨，并注明修改时间，修改、签名一律用红笔。修改病历应在 72 小时内完成。

第七条 凡药物过敏者应在病历中用红笔注明过敏药物的名称。

## 二、大病历书写内容

**一般情况：**包括姓名、性别、年龄（填写实足年龄或出生年、月，不可用“儿”或“成”代替）、婚姻状况、出生地（应写明省、市、县）、民族、职业、工作单位、住址（城市应写明省、市、区、街道、楼、单元，农村应具体到村、组）、供史者（注明与患者的关系），入院日期（急危重症患者应注明至时、分）记录日期、时间。

**主诉：**患者就诊最主要的原因，包括症状（或体征）及其持续时间。

主诉要简明精练，重点突出，高度概括。主诉应能导致第一诊断。原则上不得超过 20 个字。

主诉多于一项者，则按发生的先后次序列出，并记录每个症状的持续时间。如“间歇性上腹痛 10 年，黑便 1 周，呕血 5 小时”。

除特殊情况外，一般不宜用诊断或检查结果代替症状，但对当前无症状表现，诊断资料和入院目的十分明确的患者，也可将“发现胆囊结石 3 月，入院接受手术治疗”“胃癌手术后半年，要求入院化疗”作为主诉。

**现病史：**现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。现病史是住院病历书写的重点内容，应结合问诊内容，经整理分析后围绕主诉进行描写。

主要内容应包括：

1. 发病情况：记录发病时间、地点、发病缓急、前驱症状、可能的病因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况：按其发生的先后顺序，分层次描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加重的因素及演变发展情况。发病后病情是持续性还是间歇性发作，是进行性加重还是逐渐好转等。病程的时间描述用回溯推算法，数字用阿拉伯数字书写，如“上腹痛 5 年，黑便 3 天”。

3. 伴随症状：各种伴随症状出现的时间、特点、演变情况，与主要症状之间的相互关系等。记录与鉴别诊断有关的阴性资料。

4. 发病以来诊疗经过及结果：何时、何处就诊，做过何种检查，诊断何病，经过何种治疗，所有药物名称、剂量及效果。病人叙述的诊断名和药名，提供的病情资料应加引号以示区别。

5. 发病以来一般情况：记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重变化等。

6. 与现病史直接有关的病史，虽年代久远，亦应包括在内。如风湿性心脏病的现病史，应从风湿热初发时间起叙述。

**既往史：**既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

**系统回顾：**对过去健康状况及疾病的回顾。主要内容如下：

1. 呼吸系统：慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、咯血、低热、盗汗、与肺结核患者密切接触史等。

2. 循环系统：心悸、气急、咯血、发绀、心前区疼痛、晕厥、水肿及高血压、动脉硬化、心脏疾病、风湿热病史等。

3. 消化系统：慢性腹胀、腹痛、嗝气、反酸、呕血、便血、黄疸和慢性腹泻、便秘史等。

4. 泌尿系统：尿频、尿急、尿痛、排尿不畅或淋漓，尿色（洗肉水样或酱油色），清浊度，水肿，肾毒性药物应用史，铅、汞化学毒物接触或中毒史以及下疳、淋病、梅毒等性病史。

5. 造血系统：头晕、乏力、皮肤或黏膜瘀点、瘀斑、紫癜、血肿，反复鼻出血，牙龈出血，骨骼痛，化学药品、工业毒物、放射性物质接触史等。

6. 内分泌系统及代谢：畏寒、怕热、多汗、食欲异常、烦渴、多饮、多尿、头痛、视力障碍、肌肉震颤，性格、体重、皮肤、毛发和第二性征改变史等。

7. 神经精神系统：头痛、失眠或嗜睡、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变、记忆力和智能减退等。

8. 肌肉骨骼系统：关节肿痛、运动障碍、肢体麻木、痉挛、萎缩、瘫痪史等。

**个人史：**记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒等嗜好，常用药物，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史等。

**婚姻史：**记录婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、子女状况、性生活情况等。

**月经史、生育史：**

女性患者月经史：记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间或闭经年龄等情况。记录格式如下：

初潮年龄  $\frac{\text{行经期天数}}{\text{月经周期天数}}$  末次月经时间（或绝经年龄）

例：15  $\frac{4 \sim 5}{28}$  2015.5.20

并记录月经量、颜色、有无血块、痛经、白带等情况。

生育史按下列顺序写明：足月分娩数—早产数—流产或人流数—存活数。并记录计划生育措施。

**家族史：**

1. 父母、兄弟、姐妹、子女的健康状况，有无与患者类似的疾病。如已死亡，应记录死亡原因及年龄。
2. 家族中是否有结核、肝炎、性病等传染性疾病。
3. 有无家族性遗传性疾病，如糖尿病、血友病等。

**体格检查**

体温 °C      脉搏 次/分      呼吸 次/分      血压 mmHg

**一般情况：**发育、营养（良好、中等、不良、肥胖、恶病质），神志（清晰、淡漠、模糊、昏睡、谵妄、昏迷）体位（自主、被动、强迫）、步态、面容与表情（安静、忧虑、烦躁、痛苦、急性或慢性病容、特殊面容），检查能否合作。

**皮肤、黏膜：**颜色（正常、潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着），温度、湿度、弹性、有无水肿、皮疹、瘀点、紫癜、皮下结节、肿块，蜘蛛痣、肝掌、溃疡及瘢痕、毛发的生长和分布。

**淋巴结：**全身或局部淋巴结有无肿大部位、大小、数目、硬度、活动度或粘连情况、局部皮肤有无红肿、波动、压痛、瘰管、瘢痕等。

**头部：**

**头颅：**大小、形状、有无肿块、压痛、瘢痕、头发（量、色泽、分布）。

**眼：**眉毛（脱落、稀疏）、睫毛（倒睫）、眼睑（水肿、运动、下垂）、眼球（凸出、凹陷、运动、震颤、斜视）、结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡）、巩膜（黄染）、角膜（云翳、白斑、软化、溃疡、瘢痕、反射、色素环）、瞳孔（大小、形态、对称或不对称、对光反射及调节与辐辏反射）。

**耳：**有无畸形、分泌物、乳突压痛、听力（正常、减退）

**鼻：**有无畸形、鼻翼扇动、分泌物、出血、阻塞、有无鼻中隔偏曲或穿孔、有无鼻窦压痛。

**口腔：**气味、有无张口呼吸、唇（畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、色素沉着）、牙齿（龋齿、缺齿、镶齿、义齿、残根、斑釉齿，注明位置）、牙龈（色泽、肿胀、溃疡、溢脓、出血、铅线）、舌（形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜）、颊黏膜（发疹、出血点、溃疡、色素沉着）、咽（色泽、分泌物、反射、腭垂位置）扁桃体（大小、充血、分泌物、假膜）、喉（发音清晰、嘶哑、喘鸣、失音）。

**颈部：**对称、强直、有无颈静脉怒张、肝颈静脉回流征、颈动脉异常搏动、气管位置、甲状腺（大小、硬度、压痛、结节、震颤、血管杂音）。

**胸部：**

**胸廓：**（对称、畸形、有无局部隆起或塌陷、压痛）、呼吸（频率、节律、深度）乳房（大小、乳头、有无红肿、压痛、肿块和分泌物）、胸壁有无静脉曲张、皮下气肿等。

**肺脏：**

**视诊：**呼吸运动（两侧对比），呼吸类型，有无肋间隙增宽或变窄。

触诊：呼吸活动度，语颤（两侧对比），有无胸膜摩擦感，皮下捻发感等。

叩诊：叩诊音（清音、过清音、浊音、实音、鼓音及其部位）、肺下界及肺下界移动度。

听诊：呼吸音（性质、强弱、异常呼吸音及其部位）有无干、湿性啰音和胸膜摩擦音；语音传导（增强、减弱、消失）等。

### 心脏：

视诊：心前区隆起、心尖搏动或心脏搏动的位置、范围和强度。

触诊：心尖搏动的性质及位置、各瓣膜区有无震颤（部位、期间），有无心包摩擦感。

叩诊：心脏左、右浊音界。可用左第二、三、四、五肋间及右第二、三、四肋间距正中线的距离（厘米）表示之，并注明锁骨中线至中线的距离。如图所示。

右 (cm)	肋 间	左 (cm)
	II	
	III	
	IV	
	V	

左锁骨中线距前正中线 cm

听诊：心率、心律、心音的强弱、 $P_2$  与  $A_2$  强度的比较、有无心音分裂、额外心音、杂音部位、性质、收缩期或舒张期，连续性、强度、传导方向以及与运动、体位和呼吸的关系；收缩期杂音强度用 6 级分法，如描述 3 级收缩期杂音，应写作“3/6 级收缩期杂音”；舒张期杂音分为轻、中、重三度和心包摩擦音。

**桡动脉：**脉搏频率、节律、（规则、不规则、脉搏短绌）、有无奇脉和交替脉等、搏动强度。动脉壁的弹性、紧张度。

**周围血管征：**有无毛细血管搏动，枪击音、Duroziez 双重杂音、水冲脉、动脉异常搏动。

**腹部：**

腹围（腹水或腹部包块等疾病时测量）。

视诊：形状（对称、平坦、膨隆、凹陷）、呼吸运动、胃肠蠕动波，有无皮疹、色素、条纹、瘢痕、腹壁静脉曲张及其血流方向，疝和局部隆起（器官或包块）的部位、大小、轮廓，腹部体毛。

触诊：浅触诊（用于发现腹壁紧张度、表浅的压痛、肿块、搏动和腹壁上的肿物）、深触诊（了解腹腔内脏腔器情况，检查压痛、反跳痛及腹腔内肿物，如发现肿块，应注意肿块的部位、大小、形态、硬度、压痛、移动度、表面情况、搏动）、液波震颤。

肝脏：大小（右叶以右锁骨中线肋下缘、左叶以前正中线剑突下至肝下缘多少厘米表示）、质地（I 度：软；II 度：韧；III 度：硬）、表面（光滑度）、边缘、有无结节、压痛、搏动等。

胆囊：大小、形态、有无压痛、Murphy 征。

脾脏：大小、质地、表面、边缘、移动度、有无压痛、摩擦感，脾脏明显肿大时以三线测量法表示。

肾脏：大小、形状、硬度、移动度，有无压痛。

膀胱：膨胀、肾及输尿管压痛点

叩诊：肝上界在第几肋间，肝浊音界（缩小、消失）、肝区叩击痛、有无移动性浊音、高度鼓音、肾区叩击痛等。

听诊：肠鸣音（正常、增强、减弱、消失、金属音）、有无振水音和血管杂音。

**肛门、直肠：**视病情需要检查痔疮、肛裂、脱肛、肛痿。直肠指诊（括约肌紧张度，有无狭窄、肿块、触痛、指套染血，前列腺大小、硬度，有无结节

及压痛等)。

**外生殖器：**根据病情需要作相应的检查。

男性 有无发育畸形、包皮、阴囊、睾丸、附睾、精索，鞘膜积液。

女性 有特殊情况时，可请妇科医生检查。

**脊柱：**活动度，有无畸形（侧凸、前凸、后凸），压痛和叩击痛等

**四肢：**有无畸形、杵状指（趾）、静脉曲张、骨折及关节红肿、疼痛、压痛、积液、脱臼、强直、畸形，水肿，肌肉萎缩，肌张力变化或肢体瘫痪等。

**神经反射：**

**生理反射：**

浅反射（角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射、肛门反射）。

深反射（肱二头肌反射，肱三头肌反射，桡骨膜反射，膝腱反射，跟腱反射，阵挛）。

**病理反射：**Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Chaddock 征、Hoffmann 征。

脑膜刺激征：颈项强直、Kernig 征，Brudzinski 征。

必要时做运动、感觉等及神经系统其他特殊检查。

**专科情况：**外科、耳鼻咽喉科、眼科、妇产科、口腔科、介入放射科、神经精神等专科需写“外科情况”“妇科检查”……主要记录与本专科有关的体征，前面体格检查中的相应项目不必重复书写，只写“见××科情况”。

## 辅 助 检 查

辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要实验室和器械检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作的检查，应当写明该机构的名称及检查号。

## 病 历 摘 要

简单扼要、高度概述病史要点，体格检查、实验室及器械检查的重要阳性和具有重要鉴别意义的阴性结果，字数以不超过 300 字为宜。

## 诊 断

诊断名称应确切，分清主次，顺序排列，主要疾病在前，次要疾病在后，并发症列于主发病之后，伴发病排列在最后。诊断应尽可能地包括病因诊断、病理解剖部位和功能诊断。对一时难以肯定诊断的疾病，可在病名后加“？”。一时既查不清病因，也难以判定在形态和功能方面改变的疾病，可暂以某症状待诊或待查作为诊断，并应在其后注明一两个可能性较大或待排除疾病的病名，如“发热待查，肠结核？”

**初步诊断：**初步诊断是指经治医师根据患者入院时的情况，综合分析所做出的诊断。

初步诊断书写要求：

1. 初步诊断写在入院记录末，加起一行由中线右侧开始书写。

2. 初步诊断应尽可能包括病因、病理解剖、病理生理及疾病的分型与分期。如“风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并关闭不全，心房颤动，心功能Ⅲ级”。

3. 初步诊断为多种疾病时，一般应当按主次进行排列，主要疾病列在前面，次要疾病根据其重要性依次排列在后；并发症列在有关主要疾病之后；伴发疾病列在最后。如一个患十二指肠球部溃疡、慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，慢性肺源性心脏病，糖尿病和龋齿的患者，此次主要因慢性支气管炎急性发作而入院，诊断顺序应为：①慢性支气管炎急性发作、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病；②糖尿病；③十二指肠球部溃疡；④龋齿。（注：病案首页的诊断顺序应按照 ICD-10 的要求书写）。

4. 对一时难以肯定诊断的疾病，可在病名后用“？”。

5. 对一时难以明确诊断，也难以判定形态和功能方面改变的疾病，可暂时以其突出的症状或体征冠以“待诊”或“待查”，并在其下排列一两个可能性较大或待排除疾病的病名。如：发热待诊：①伤寒？②恶性组织细胞增多症？

**修正诊断：**凡以症状待诊的诊断以及初步诊断不完善或不符合的诊断，上

级医师在诊疗过程中应作出“修正诊断”，修正诊断写在可打印新的一页“修正诊断”，并注明修正日期，修正医师也需要签名。随着诊疗活动的进展，医师对之前的诊断可以进行多次修正和补充，可表述为“第一次修正诊断”，“第二次修正诊断”等。

**医师签名：**书写入院记录的医师在初步诊断的右下角签全名。字迹应清楚易认。上级医师审核后签名于其左侧，中间用“/”相隔。

# 儿科病历书写规范

(要求基本同内科住院病历，但是由于小儿的特殊性，在某些方面要求不完全一样。尤其是小儿年龄、既往史、个人史、心脏叩诊大小描写等与成人区别较大。)

**一般项目：** 姓名、性别、年龄、民族、家庭住址，提供病史人的姓名、年龄、职业、文化程度、联系方式（如电话、手机），病史提供人与患儿的关系以及病史的可靠程度。入院日期、记录日期。注意：年龄采用实际年龄。出生一天以内写时数，一个月内写天数，一岁内写几月几天，一岁以上写几岁几个月。

**主诉：** 主要症状或体征及其时间。主诉一般不超过 20 个字。例如：“间歇性腹痛 3 天”“持续性发热 5 天”。除特殊情况一般不能用诊断或实验室检查结果代替症状。

**现病史：** 是病历的主要部分。应围绕主诉详细描述此次患病的情况。主要包括

1. 发病诱因及起病的缓急。
2. 主要症状的发作时间、特点、部位、程度及演变过程。
3. 伴随症状的发生发展情况。
4. 有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状（或体征）。
5. 病程中就诊情况。
6. 发病后小儿一般情况，例如：精神状态、食欲、睡眠及大小便等。
7. 与本病无关的其他疾病尚需治疗者，需在现病史中另起一行扼要地叙述。

**既往史：** 儿科病历一般不需要系统回顾。除体质差经常多病的年长儿或病程较长的疑难病例才进行系统回顾。主要包括既往健康情况，与现病相同或类似的疾病，其他疾病史及急慢性传染病史，有无药物或食物过敏史，手术史外伤史，输血史。

**个人史：** 包括出生史、喂养史、生长发育史、预防接种史及生活史。

**出生史：**母孕期的情况：第几胎第几产，出生体重，分娩时是否足月、早产或过期产；生产方式，出生时有无窒息或产伤，Apgar 评分情况等。

**喂养史：**母乳喂养还是人工喂养或混合喂养，以何种乳品为主，何时断奶。添加辅食情况，年长儿还应该注意了解有无挑食、偏食及吃零食的习惯。

**生长发育史：**常用的生长发育指标有体重和身高，前囟门关闭及乳牙萌出情况；何时能抬头、会笑、独坐、站立和走路；何时会有意识地叫爸爸妈妈。学龄儿童应询问学习成绩和行为表现。

**预防接种史：**是否按序进行计划免疫，非计划免疫的特殊疫苗的接种情况，有无不良反应。

**生活史：**患儿的居住条件，生活是否规律，睡眠情况及个人卫生习惯，是否经常进行户外活动，家庭周围环境、有否饲养宠物等。

**家属史：**父母是否近亲婚配，同胞的健康状况，家属中是否有遗传性、过敏性疾病及急慢性传染病患者。必要时询问其他家庭成员及亲戚的健康状况、家庭经济情况。

## 体格检查

检查的顺序可根据患儿当时的情况灵活掌握。容易检查又不惹起小儿不适的应先检查，尤其是必须在合作情况下才能做好对诊断非常重要的部位，如心肺听诊和腹部检查应先检查。口腔、咽部检查可引起患儿不适，应放在最后，但书写时应放在前面按序描写。

**生命体征：**包括体温、呼吸、脉搏、血压，对小婴儿还有身高、体重、头围、胸围等。

**一般情况：**注意观察小儿精神及神志状况，发育营养状况及体位，面部表情，检查是否合作等。

**皮肤粘膜：**应在自然明亮光线下观察皮肤颜色；如黄染、苍白、紫绀、出血点、皮疹、色素沉着、皮肤湿润度、弹性、有无水肿、皮下组织充实度和厚

薄，必要时应测皮脂厚度、毛发情况。

**淋巴结：**全身浅表淋巴结有无肿大，部位、数量、硬度、有无压痛及粘连。（正常小儿可以在枕后、耳前、耳后、颌下、颞下、颈部、腋窝、腹股沟等处触及单个、质软、黄豆大小、可移动、无压痛的淋巴结。）

### **头部及其器官：**

**头颅：**毛发情况、头颅大小、形状、有无肿块、压痛等，还要注意头围、前囟大小和紧张度，是否隆起或凹陷。小婴儿须触摸枕部颅骨有无软化呈乒乓球样感觉，枕部有无枕秃。

**面部：**注意有无某些遗传性疾病的特殊面容。

**眼：**眼裂大小、有无斜视、眼睑红肿、下垂、闭合不全。眼球运动情况，有无结合膜充血、角膜浑浊、脓性分泌物、巩膜黄染、眼窝凹陷等；瞳孔大小、形状、对光反应等。

**耳：**双耳外形，外耳道有无分泌物，提耳或压乳突时有无疼痛。

**鼻：**观察鼻型，有无鼻翼扇动，鼻腔分泌物的性状，鼻塞情况、鼻中隔有无偏移。

**口腔：**口腔尤其咽部检查放在体格检查的最后进行（记录应按序）。嘴唇及口周有无苍白、紫绀、疱疹、口角糜烂。口腔黏膜有无充血、溃疡、黏膜斑、鹅口疮。腮腺开口处有无红肿及分泌物。牙齿数目及龋齿数。舌质、舌苔颜色。咽部有无充血，双侧扁桃体是否肿大、充血、渗出物、假膜。咽后壁有无滤泡增生、脓肿等情况。

**颈部：**颈部是否软，有无斜颈、短颈或颈蹼等畸形。颈椎活动情况。甲状腺有无肿大，气管位置，颈静脉充盈情况。

### **胸部：**

**胸廓：**胸廓两侧是否对称，有无桶状胸、漏斗胸，有无鸡胸、肋骨串珠、郝氏沟、肋缘外翻等佝偻病的体征；肋间隙有无饱满、凹陷、增宽或变窄等

## 肺:

视诊: 呼吸类型、快慢、深浅, 两侧呼吸运动是否对称, 有无呼吸困难及吸气性凹陷。

触诊: 年幼儿可利用啼哭或说话时进行。注意呼吸运动和语颤是否对称, 有无皮下气肿的握雪感和胸膜摩擦感。

叩诊: 年幼儿可用两个手指直接叩击胸壁, 应两侧对称进行。

听诊: 应两侧对称进行。注意呼吸音有无异常, 有无哮鸣音、干性啰音与湿性啰音。

## 心:

视诊: 观察心前区是否隆起, 心尖搏动位置和搏动范围。

触诊: 检查心尖搏动的位置、强弱, 有无震颤、抬举性搏动及心包摩擦感。

叩诊: 叩诊心界时要轻, 才能分辨清、浊音界线, 如果重叩, 叩出的心界会比实际小。3岁以内婴幼儿一般只叩心脏左右界。

各年龄小儿心界

年龄	左界	右界
<1岁	左乳线外1~2cm	沿右胸骨旁线
1~4岁	左乳线外1cm	右胸骨旁线与右胸骨线之间
5~12岁	左乳线上或乳线内0.5~1cm	接近右胸骨线
>12岁	左乳线内0.5~1cm	右胸骨线

听诊: 主要是心率、心律、心音、额外心音及杂音。注意杂音的部位、时间、性质、强度及传导方向等, 有无心包摩擦音。

**桡动脉:** 脉搏频率、节律(规则、不规则、脉搏短绌)、有无奇脉、水冲脉、和交替脉等、搏动强度。动脉壁的弹性、紧张度。

**周围血管征:** 有无毛细血管搏动, 枪击音、动脉异常搏动。

**腹部:** 检查时为了避免触诊和叩诊对听诊影响, 把听诊放在视诊后进行,

但描写仍按视、触、叩、听顺序。

**视诊：**腹壁有无膨隆，是否可见胃肠型或肠蠕动波等，新生儿脐轮是否红肿、脐部有无分泌物、出血、炎症、有无脐疝。

**触诊：**腹壁柔软度，有无压痛、反跳痛，注意疼痛部位及程度，有无包块，包块部位、大小等；肝、脾有无触及，注意大小、有无压痛等。

**叩诊：**可采用直接叩诊法或间接叩诊法，其检查内容与成人相同。

**听诊：**主要听肠鸣音及血管杂音。

**会阴、肛门和外生殖器：**观察有无畸形（如先天性无肛、尿道下裂、两性畸形）、肛裂，女孩有无阴道分泌物，男孩有无隐睾，包皮过长、包茎，鞘膜积液等，有无腹股沟疝等。

**脊柱和四肢：**注意有无畸形、躯干与四肢的比例和佝偻病体征，如“O”形腿或“X”形腿，手镯、脚镯样变，脊柱侧弯等，观察手、足指（趾）有无杵状指、多指（趾）畸形等。

**神经系统：**注意四肢运动及感觉，肌肉张力与肌力。

**生理反射：**腹壁反射、提睾反射（正常小婴儿的提睾、腹壁反射较弱或引不出来）、膝反射、跟腱反射、肱二头肌反射、肱三头肌反射等；

**原始反射：**新生儿期应注意吸吮反射、觅食反射、握持反射、拥抱反射等原始反射是否存在。

**病理反射：**Babinski 征、Chaddock 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征。

**脑膜刺激征：**颈是否强直、Brudzinski 征（2 岁以下的儿童可呈阳性）、Kernig 征等。

## 辅助检查

**入院前主要实验室检查：**记录与诊断相关的实验室及器械检查及结果。应分类并按检查日期记录。如是在其他医院所做的检查，应注明该医院名称及检

查号。

### 病 历 摘 要

简明扼要地叙述病史要点，阳性体征及重要的阳性检查结果。一般不超过300个字。

**初步诊断**应放在右下角。

**签名**应放在诊断病名下方。

博學至精 明德至善