

高等医学院校实践实验系列教材

临床医学实践技能操作规范

赵海平 刘艳阳 赵拴枝 © 主编



北京大学医学出版社

临床医学实践技能操作规范

主 编 赵海平 刘艳阳 赵拴枝

副主编 乔建梁 李艳梅 齐丽英 孟晶莹

编 委 (按姓名汉语拼音排序)

白 莉	白俊清	白俊文	包秀丽	毕小朵	曹秀凤
朝鲁门	高俊珍	高秀丽	郭红桃	郝林军	郝奇俊
侯明星	焦改梅	靳君华	靳智勇	拉佈旦白拉	
李 艳	冷雪芹	李晓华	李新霞	李艳梅	刘 瑞
刘湘云	刘艳阳	鲁海文 [☆]	孟晶莹	孟兴凯	娜 丽
牛亚丽 [*]	齐丽英	乔建梁	石 颖	孙 琦	孙 怡
陶利军	仝秀清	王 玲	王 微	王 霞	王春燕
王呼萍	王秀艳	伊雅芳	易媛媛	于希军	岳根全
张国梁	张晓蒙	张月鲜	赵海平	赵建民	赵荣伟
赵拴枝	郑海智	朱 琳			

[☆]内蒙古自治区肿瘤医院

^{*} 内蒙古医科大学第二附属医院

其他编委单位均为内蒙古医科大学附属医院

LINCHUANG YIXUE SHIJIAN JINENG CAOZUO GUIFAN

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医学实践技能操作规范 / 赵海平, 刘艳阳, 赵拴枝主
编. —北京: 北京大学医学出版社, 2016.1
高等医学院校实践实验系列教材
ISBN 978-7-5659-1244-3

I. ①临… II. ①赵… ②刘… ③赵… III. ①临床医学—技术
操作规程—医学院校—教材 IV. ①R4-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 239079 号

临床医学实践技能操作规范

主 编: 赵海平 刘艳阳 赵拴枝

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 中煤 (北京) 印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 韩忠刚 刘云涛 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 787 mm × 1092 mm 1/16 印张: 22.5 字数: 576 千字

版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN9 78-7-5659-1244-3

定 价: 46.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

每个患者到医院就诊时都期望遇见一个态度和蔼、体贴关怀、医术高明、能解决健康问题的好医生，这是人民对医生的期望，也就是对培养医生的医学院校的期望。内蒙古医科大学附属医院为了培养人民满意的毕业生，由赵海平等多名教授编写了一套临床医学实习、实践指导教材，包括《诊断学见习指导》《临床医学见习指导》以及《临床医学实践技能操作规范》三册，即将作为医学生临床实习用书正式出版发行。这是该校保证临床医学教育达到国家医学教育标准的重要举措。

2008年教育部和前卫生部颁布的《本科医学教育标准——临床医学专业》中提出医学毕业生职业道德目标、知识目标和技能目标三大目标体系。其中技能目标包括：全面、系统、正确地采集病史的能力；系统、规范地进行体格及精神检查的能力；规范书写病历的能力；较强的临床思维和表达能力；内、外、妇、儿科各类常见病、多发病的诊断、处理能力；一般急症的诊断、急救及处理能力；根据具体情况选择使用合适的临床技术，选择最适合、最经济的诊断、治疗手段的能力；运用循证医学的原理，针对临床问题进行查证、用证的初步能力；从事社区卫生服务的基本能力；具有与医生、护士及其他医疗卫生从业人员交流的能力；结合临床实际，能够独立利用图书资料 and 现代信息技术研究医学问题及获取新知识与相关信息，能用一门外语阅读医学文献；能够对患者和公众进行有关健康生活方式、疾病预防等方面知识的宣传教育；具有自主学习和终身学习的能力。

为达到国家对医学生培养的技能目标，进一步提高临床实践教学质量，内蒙古医科大学编写的这套临床医学实习、实践指导教材，凝集了内蒙古医科大学附属医院一线教师和管理者的心血。编写人员凭借自身丰富的教学经验、扎实的专业知识，进一步规范了临床技能实践教学环节，详细介绍临床各科室基本技能的操作步骤，具有理论联系实际的特点。我相信这套教材会对临床教师以及医学生有所裨益，为规范临床实践教学提供良好的借鉴，希望教师和学生都能很好地运用这套教材，继续发挥“三基三严”（基本知识，基本理论，基本技能；严格要求，严密作风，严肃态度）的优良教学传统，将国家的医学教育标准真正落实到临床教学环节中，落实到临床实习中去，为培养人民期望的道德高尚、医术高明的好医生而努力奋斗。

孙宝志

中国医科大学教授，中国高等教育学会医学教育专业委员会教育科学研究分会理事长

2015年12月5日

前言

当前科学技术、医学科学、信息技术迅猛发展，社会及人民群众的卫生服务需求日益增长，特别是伴随医学模式的转变，在医学从业标准逐步走向国际化的大趋势下，21世纪医学教育面临的新挑战、新形势对医学教育提出了新的要求。随着我国医药卫生体制改革的深化，我国医学发展呈现出了新的局面，“临床医生岗位胜任力”“卓越医生”等全新概念的提出，标志着临床医学教育已经进入了一个新的发展阶段。

2014年《教育部等六部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》中明确指出：要加大教学改革力度，加强医学人文教育和职业素质培养，推进医学基础与临床课程整合，完善以能力为导向的评价体系，严格临床实习实训管理，强化临床。实践教学、临床思维和临床实践能力的培养作为医学教育的重点再一次被提出。为了强化医学教育的实践环节、指导教师授课、统一教学标准、为广大教师授课提供有益借鉴，我们认真分析和研究了现代医学教育发展的要求，以规划教材为基础，结合执业医师考试大纲、硕士研究生入学考试大纲以及全国高等医学院校大学生临床技能竞赛的要求，编写了本套临床医学实习、实践指导教材，本套丛书共分三册，分别为《诊断学见习指导》《临床医学见习指导》以及《临床医学实践技能操作规范》，主要对临床医学专业以及其他专业的临床医学方面的实践教学内容和技能操作提供指导，包括诊断学、医学影像学、内科学、外科学、妇产科学、儿科学、耳鼻喉科学、眼科学、口腔科学、皮肤性病学、传染病学、神经病学、精神病学的见习教学内容、基本技能操作以及部分护理基本技能操作，旨在通过临床实践教学，确保医学生逐步掌握临床基本操作技能，进一步掌握临床常见病的基础知识、诊断方法和治疗原则，提高临床思维能力。

本套系列教材的编写人员均多年从事临床教学及临床教学管理工作，教学热情高、教学经验丰富、教学能力强，他们将自身知识与多年带教经验相结合，进行了总结和归纳，历时一年的时间，进行了反复的论证和修改，确定了编写内容，力求编写合理、内容详实、应用性强。鉴于编写人员能力，编写过程中难免会出现不足，有待在使用中进一步论证。不妥之处，还望海涵并提出宝贵意见。

赵海平

目 录

内科部分 1

病历书写	1
全身体格检查	20
神经系统体格检查	28
胸膜腔穿刺术	32
腹腔穿刺术	36
腰椎穿刺术	39
骨髓穿刺术	41
心包穿刺术	44
三腔二囊管止血法	46
无创呼吸机的使用	50

外科部分 53

刷手	53
术区皮肤消毒	55
术区铺单	57
穿无菌手术衣和戴无菌手套	58
常用外科手术器械识别及其使用	61
外科手术基本操作	70
换药术	76
拆线术	80
体表肿物切除术	81
淋巴结穿刺术	83
脓肿切开引流	85
拔甲术	87
胸腔闭式引流术	88
耻骨上膀胱穿刺造瘘术	91
牵引术	93
小夹板固定术	96
石膏固定术	97

妇产科部分 100

宫内节育器放置术	100
----------------	-----

宫内节育器取出术	102
刮宫术	104
经阴道后穹窿穿刺术	106
盆腔检查	108
阴道（肛门）检查法	110
腹部四步触诊检查	112
女性骨盆外测量	113
女性骨盆内测量	114
会阴侧切术	116
人工剥离胎盘术	117
胎儿电子监护	118
产程图	121

儿科部分 123

小儿胸腔穿刺术	123
小儿腹腔穿刺术	125
小儿腰椎穿刺术	128
小儿骨髓穿刺术（胫骨）	131
小儿体格生长指标的测量	133
人工喂养（配奶）	135
新生儿复苏	138
儿童基础生命支持	143

急救部分 147

初级心肺复苏	147
心脏电复律和电除颤	149
创伤基本生命支持	153
清创术	160

麻醉部分 163

气管插管术	163
椎管内麻醉	165
中心静脉置管术	167

传染部分	170	护理部分	210
戴口罩	170	洗手	210
穿脱隔离衣	171	氧气吸入法	211
眼科部分	173	吸痰术	214
视力检查	173	静脉输液	216
视野检查	175	静脉输血	219
屈光检查	176	动脉采血（动脉穿刺）	221
眼球运动和突出度检查	178	皮下注射	223
睑板腺囊肿切除术	180	皮内注射法	225
睑腺炎切开	181	肌肉注射法	227
结膜下注射	182	鼻胃插管术	229
泪道冲洗	183	洗胃	232
眼药水滴用	184	导尿术	234
检眼镜检查	185	灌肠术	237
裂隙灯显微镜检查	186	心电图操作	239
眼压检查	187	小儿头皮静脉输液	243
耳鼻喉部分	189	评分标准	246
耳鼻咽喉科检查法	189	一般状态、生命体征及头颈部	
鼻部检查	189	查体评分标准	246
咽部检查	190	前侧胸部（不含心脏）查体评分	
喉部检查	191	标准	248
外耳及鼓膜的检查	192	背部查体评分标准	249
环甲膜切开术	193	心脏查体评分标准	250
气管切开术	194	腹部查体评分标准	251
前鼻孔填塞术	197	四肢查体评分标准	252
外耳道异物取出术	198	神经系统查体评分标准	254
皮肤部分	200	胸腔穿刺术（液体）评分标准	255
淋病奈瑟菌检查	200	胸腔穿刺术（气体）评分标准	257
皮肤活体组织检查	201	腹腔穿刺术评分标准	259
斑贴试验	202	腰椎穿刺评分标准	260
玻片压诊法	204	骨髓穿刺评分标准	261
划破试验	205	心包穿刺术评分标准	262
皮肤划痕试验	206	三腔二囊管止血法评分标准	263
真菌直接镜检	207	无创呼吸机操作评分标准	264
		碘伏刷手法评分标准	266
		术区皮肤消毒和铺单评分标准	267

穿无菌手术衣和戴无菌手套		戴口罩评分标准	306
评分标准	268	穿脱隔离衣法评分标准	307
外科手术基本操作评分标准	269	视力检查评分标准	308
换药评分标准	270	视野检查评分标准	309
拆线评分标准	271	屈光检查评分标准	310
体表肿物切除术评分标准	272	眼球运动和突出度检查评分标准	311
淋巴结穿刺术评分标准	273	睑板腺囊肿切除评分标准	312
体表脓肿切开引流术评分标准	274	睑腺炎切开评分标准	313
拔甲术评分标准	275	结膜下注射评分标准	314
胸腔闭式引流术评分标准	276	泪道冲洗评分标准	315
耻骨上膀胱穿刺造瘘术评分标准	277	眼药水滴用评分标准	316
牵引术评分标准	278	检眼镜检查评分标准	317
小夹板固定评分标准		裂隙灯显微镜检查评分标准	318
(以 Colles 骨折为例)	279	眼压检查评分标准	319
石膏固定术评分标准		环甲膜切开术评分标准	320
(以 Colles 骨折为例)	280	气管切开术评分标准	321
宫内节育器放置术评分标准	281	前鼻孔填塞术评分标准	322
宫内节育器(无尾丝)取出术		外耳道异物取出术评分标准	323
评分标准	282	淋病奈瑟菌检查评分标准	324
分段诊断性刮宫术评分标准	283	皮肤活组织检查评分标准	325
经阴道后穹隆穿刺评分标准	284	斑贴试验评分标准	326
盆腔检查评分标准	285	玻片压诊法评分标准	327
阴道(肛门)检查评分标准	286	划破试验评分标准	328
腹部四步触诊评分标准	287	皮肤划痕试验评分标准	329
女性骨盆外测量评分标准	288	真菌直接镜检评分标准	330
胎儿电子监护评分标准	289	洗手评分标准	331
小儿胸腔穿刺评分标准	290	氧气吸入法评分标准	332
小儿腹腔穿刺评分标准	291	吸痰术评分标准	333
小儿腰椎穿刺评分标准	292	静脉输液评分标准	334
小儿骨髓穿刺评分标准	293	静脉输血评分标准	335
小儿体格生长指标测量评分标准	294	动脉采血(动脉穿刺)评分标准	336
人工喂养(配奶)评分标准	295	皮下注射评分标准	337
新生儿复苏评分标准	296	皮内注射法评分标准	338
儿童基础生命支持评分标准	298	肌肉注射法评分标准	339
初级心肺复苏评分标准	299	鼻胃插管术评分标准	340
心脏电除颤评分标准	301	洗胃评分标准	342
清创术评分标准	302	导尿术评分标准	343
气管插管术考核评分标准	303	灌肠术评分标准	345
椎管内麻醉评分标准	304	心电图操作评分标准	347
中心静脉置管术评分标准	305	小儿头皮静脉输液评分标准	348

内科部分

病历书写

(medical record writing)

前言

病历是医务人员通过问诊、查体、实验室及器械检查、诊断与鉴别诊断、治疗、护理等全部医疗活动收集资料，进行分析、归纳、整理形成的临床医疗工作的全面记录。病历是医务人员在诊疗工作中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历是具有法律效力的医疗文件，是涉及医疗纠纷和诉讼的主要依据，病历书写中应特别重视相关的法律问题，如落实书写者的责任、反映患者的知情权和选择权、病历内容的真实完整和连续性、相关证据的收集等。目前，我国卫生与计划生育委员会已对病历书写做出严格的规范与要求，严禁涂改、伪造、隐匿、销毁或抢夺病历资料。患者也有权复印或复制门诊病历、住院病历、体温单、医嘱单、检验报告、医学影像资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录等。因此，书写完整而规范的病历是每个医师必须掌握的一项临床基本功，医务人员必须以高度负责的精神和实事求是的科学态度来对待，认真地写好病历。

病历书写的基本规则和要求

一、内容真实，书写及时

病历必须真实客观地反应患者的病情和诊疗经过，不能虚构。书写认真与否不仅关系到病历质量，同时也反映医师的品德和作风。病历的内容来源于认真仔细的问诊、全面的体格检查、客观的分析以及科学正确的判断。

（一）病历书写内容要客观、真实、准确、完整、重点突出、层次分明。

（二）病历应按病历书写规范的要求，按有关文件完成时间的要求及时记录。门诊病历接诊时书写，急诊病历在接诊同时或处置完成后及时书写。住院病历、入院记录应于次日上级医师查房前完成，最迟应于患者入院后 24h 内完成。危急患者的病历应及时完成，抢救危急患者未能及时书写病历的，应在抢救结束后 6h 内据实补充记录，并注明抢救完成时间和补记时间，详细记录患者初始生命状态和抢救过程、向患者及其亲属告知的重要事项等有关资料。

（三）各项记录应注明年、月、日，急诊及抢救记录应注明至时、分，采用 24h 制和国际记录方式。如 2015 年 4 月 16 日下午 3 点 8 分，可写成 2015-04-16, 15:08（月、日、时、分为单位数时，应在数字前加 0）。

二、项目完整，格式规范

各种病历书写均有特定的格式，医师必须按要求书写。住院病历格式分为传统病历和表

格病历两种,两种记录的格式和内容基本是一致的。传统病历系统完整,多年实践证明无论是对资料储存还是对人才培养都是十分重要的;而表格病历简便、省时、便于计算机管理,有利于病历的规范化(格式附后),目前多采用表格病历。

(一)各表格栏必须认真填写,无内容者画“/”或“—”。每张记录用纸均须完整填写眉栏(患者姓名、科别、病区、住院号等)及页码,而电子病历目前可自动生成相关内容,相对更简便。

(二)度量单位一律采用中华人民共和国法定计量单位。

(三)检查报告单按类、按日期顺序整理好归入病历。

三、用词恰当,表达准确

(一)规范使用汉字,简化字、异体字按《新华字典》为准。两位以上的数字一律用阿拉伯数字书写(10天),一位数字一律用汉字书写(一周)。

(二)病历书写用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称、药物名称可以使用外文,其他一律使用中文。患者述及既往所患疾病名称和手术名称应加引号。

(三)疾病诊断、手术、各种治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。

四、字迹工整,签名清晰

(一)目前,临床上多使用电子病历,临床医师手写病历已渐渐被电子病历所取代。按要求病历应当使用蓝黑墨水、碳素墨水书写,需复写的资料可用蓝或黑色油水的圆珠笔书写。

(二)各项记录书写结束时应在右下角签全名,字迹应清楚易认。

(三)医疗活动需要的“知情同意书”应有患者或是法定代理人签名,不得由医务人员代签。

五、审阅严格,修改规范

下级医师书写的病历由有执业资格的上级医师进行严格审阅和修改并签名。

(一)实习医务人员、试用期医务人员、无执业资格证的医务人员书写的病历,必须经过本医疗机构合法执业的医务人员审阅、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(可用红色墨水、碳素笔),在72h内修改完成。

(二)进修医务人员必须由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。

(三)病历书写过程中,出现错字、错句,应在错字、错句上用双横线标示,旁边纠正,不得采用刀刮、胶粘、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。

六、法律意识,尊重权利

病历书写中要注意体现患者的知情权和选择权。医务人员应当将治疗方案、目的、检查和治疗中可能发生的不良反应及后果以及可能出现的风险和预处理方案如实告知患者及家属,并在病历中详细记载下来由患者或家属(法定代理人)签字确认,以保护患者的知情权。以下按照相关规定做具体说明:

(一)按照有关规定须取得患者书面同意方可进行的医疗活动(特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等),应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其近亲属签字;没有近亲属的,由

其关系人签字；危重抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字时，可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

（二）因实施保护性医疗措施不宜向患者说明疾病情况时，将有关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书并及时记录。患者无近亲属或者患者近亲属无法签署同意书时，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

（三）医疗美容操作应由患者本人或监护人签字同意。

病历书写的种类、格式与内容

住院病历

住院病历包括完整病历、入院记录、病程记录、会诊记录、转科记录、出院记录、死亡记录和手术记录等。因同种疾病再次住院书写再入院病历。

一、住院病历

住院病历要求在患者入院后 24h 内完成，一般由实习医生或住院医师书写。它是最完整的病历模式，因此每个医学生、住院医师必须掌握。

（一）住院病历格式与内容

1. 一般项目 包括姓名、性别、年龄、婚姻、出生地（写明省、市、县）、民族、职业、工作单位、现住址、病史叙述者（应注明与患者的关系）、可靠程度、入院日期（急危重症患者应注明时、分）、记录日期，必须认真逐项填写，不可空缺。以上各项均需准确记录。姓名中的字不能用同音字代替；年龄按实际年龄写明，不得用“成”或“儿”代替；1 周岁以内以月计，1 月以内以日计。

2. 主诉 患者本次就诊最主要的原因及持续时间。如主诉多于一项则按发生的先后次序列出，并记录每个症状的持续时间。要简明精炼、扼要，一般为 1~2 句，20 字左右。特殊情况下，疾病已明确，住院目的是为进行某项特殊治疗（手术、化疗、放疗等）者可用病名，如“乳腺癌入院定期化疗”。一些无症状（体征）的实验室检查异常也可直接描述，如“发现镜下血尿 1 个月”。主诉时间一律用阿拉伯数字书写，如“呕吐 4 小时”、“反复喘息 1 个月，咯血 2 天”、“胸闷 1 年”等。

3. 现病史 现病史是住院病历书写最主要的内容，主要包括：

（1）起病情况：患病时间、起病缓急、前驱症状、可能的病因和诱因。

（2）主要症状的特点：包括主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度以及加重或缓解的因素。

（3）病情的发展与演变：主要症状变化（加重或减轻）以及新近出现的症状。

（4）伴随症状：各种伴随症状出现的时间、特点及其演变过程，与主要症状之间的相互关系。

（5）与鉴别诊断有关的阴性资料。

（6）诊疗经过：何时、何地就诊，做过哪些检查，相关诊断，诊治经过，所用药物名称、剂量及治疗效果。

（7）一般情况：食欲、大小便、精神、体力、睡眠等情况。

书写现病史时应注意：

- (1) 与现病史直接有关的病史, 虽时间久远亦应包括在内。
- (2) 患者存在两个以上不相关的未愈疾病时, 现病史可分段叙述或综合记录。
- (3) 现病史书写要注意层次清晰, 尽可能反映疾病的发展和演变。
- (4) 意外事件、可能涉及法律责任的伤害事故, 记录要客观详细, 不得主观臆测。
- (5) 现病史书写内容必须与主诉保持一致。

4. 既往史

- (1) 预防接种及传染病史。
- (2) 药物及其他过敏史。
- (3) 手术、外伤史及输血史。
- (4) 过去健康状况及疾病的系统回顾。

5. 系统回顾

呼吸系统 咳嗽、咳痰、呼吸困难、咯血、发热、盗汗、与肺结核患者密切接触史等。

循环系统 心悸、气促、咯血、胸闷、发绀、心前区痛、晕厥、水肿及高血压、动脉硬化、心脏疾病、风湿热病史等。

消化系统 腹胀、腹痛、嗝气、反酸、呕血、便血、黄疸、腹泻、便秘史等。

泌尿系统 尿频、尿急、尿痛、排尿不畅或淋漓、尿色(洗肉水样、浓茶色、烟蒂色及酱油色)、清浊度、水肿、肾毒性药物应用史、铅和汞化学毒物接触或中毒史以及下疳、淋病、梅毒等性传播疾病史。

造血系统 头晕、苍白、乏力、皮肤或黏膜出血点、紫癜、瘀斑、血肿、反复鼻出血、牙龈出血、骨痛、化学药品、工业毒物、放射性物质接触史等。

内分泌系统及代谢史 怕热、多汗、畏寒、烦渴、多饮、多尿、食欲异常、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。

神经精神系统 头痛、失眠或意识障碍、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。

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

6. 个人史

(1) 出生地及居留地: 有无血吸虫病疫水接触史, 是否到过其他地方病或传染病流行地区及其接触情况。

(2) 生活习惯及嗜好: 有无嗜好(烟、酒、常用药品、麻醉毒品)及其用量和年限。

(3) 职业和工作条件: 有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。

(4) 冶游史: 有无婚外性行为, 是否患过下疳、淋病、梅毒等。

7. 婚姻史 婚姻史包括婚否、结婚(再婚)年龄和配偶健康情况等。不孕症者需了解性生活情况、夫妻关系等。如丧偶, 应记录其死因及死亡年龄。对男性患者的子女数应记录于此。

8. 月经及生育史 按“ $\frac{\text{月经初潮年龄}}{\text{经期天数}} \frac{\text{经周期天数}}{\text{经周期天数}}$ 末次月经日期或绝经年龄”的方式记录, 并记明经量多少、色泽、气味, 有无痛经与白带(多少及性状)。初孕年龄、孕次产次、生产情况、人工或自然流产的次数, 有无早产、手术产、死产和畸胎, 有无合并妊娠高血压综合征、产褥感染、产后大出血史。在生育年龄者需了解计划生育措施等。

月经史、生育史

记录格式如下:

按“ $\frac{\text{月经初潮年龄}}{\text{经期天数}} \frac{\text{经周期天数}}{\text{经周期天数}}$ 末次月经日期(或绝经年龄)”, 并记录月经量、颜色、有无

痛经、血块、白带等情况。

生育情况按下列顺序写明：足月分娩数、早产数、流产或人流数及存活数，并记录计划生育措施。

9. 家族史

(1) 父母、兄弟、姐妹及子女健康情况，有无与患者同样的疾病；如已死亡，应记录死亡原因及年龄。

(2) 家族中有无结核、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____℃ 脉搏____次/分 呼吸____次/分 血压____/____mmHg 体重____kg

一般状况

发育(正常、异常)，营养(良好、中等、不良、肥胖)，神志(清楚、淡漠、模糊、昏睡、谵妄、昏迷)，体位(自主、被动、强迫)，面容与表情(安静、忧虑、烦躁、痛苦、急、慢性病容或特殊面容)，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、溃疡和瘢痕、毛发的生长及分布。

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)。

头部及其器官

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、斜视、震颤)，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。

鼻 有无畸形、鼻翼扇动、分泌物、出血、阻塞，有无鼻中隔偏曲、穿孔和鼻窦压痛等。

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、义齿、残根、斑釉齿)，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、悬雍垂位置)，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

视诊 呼吸运动(双侧对比),呼吸类型,有无肋间隙增宽或变窄。

触诊 呼吸活动度、语颤(双侧对比),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,心尖冲动或心脏搏动位置、范围和强度。

触诊 心尖冲动的性质及位置,有无震颤(部位、时期)和心包摩擦感。

叩诊 心脏左、右浊音界,可用左、右第2、3、4、5肋间距正中线的距离(cm)表示。须注明左锁骨中线距前正中线的距离(cm)。

听诊 心率,心律,心音的强弱, P_2 和 A_2 强度的比较,有无心音分裂、额外心音、杂音(部位、性质、时期、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)和心包摩擦音等。

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,动脉壁弹性,紧张度。

周围血管征 有无毛细血管搏动、射枪音、水冲脉和动脉异常搏动。

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 腹壁紧张度,有无压痛、反跳痛、液波震颤、肿块(部位、大小、形状、硬度、压痛、移动度、表面情况、搏动)。

肝 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、压痛和搏动等。

胆囊 大小、形态、有无压痛、Murphy征。

脾 大小、质地、表面、边缘、移动度、有无压痛、摩擦感,脾明显肿大时以二线测量法表示。

肾 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等。

肛门、直肠

视病情需要检查。有无肿块、裂隙、创面。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

根据病情需要做相应检查。

男性 包皮,阴囊,睾丸,附睾,精索,有无发育畸形、鞘膜积液。

女性 检查时必须有女医护人员在场，必要时请妇科医生检查。包括外生殖器（阴毛、大小阴唇、阴蒂、阴阜）和内生殖器（阴道、子宫、输卵管、卵巢）。

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、水肿、肌肉萎缩、肌张力变化或肢体瘫痪等，记录肌力。

神经反射（生理反射、病理反射）

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、膝反射、跟腱反射、阵挛）。

病理反射 Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征。

脑膜刺激征 颈强直、Kernig 征、Brudzinski 征。

必要时检查运动、感觉及脑神经等。

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“专科情况”，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。

实验室及器械检查

记录与疾病诊断相关的实验室、器械检查结果、检查日期等。包括患者入院后 24h 内应完成的检查结果（血、尿、粪常规和生化等相关实验室检查，X 线、心电图、超声波、肺功能、内镜、CT、血管造影、放射性核素等特殊检查）。如外院所做的检查，应注明该医院名称及检查日期。

病历摘要

简明扼要、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及具重要鉴别意义的阴性结果，字数少于 300 字为宜。

诊断

诊断包括主要诊断和次要诊断。主要疾病在前，次要疾病在后，并发症列于有关主病之后，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。对诊断困难的疾病，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，并应在其下注明一两个可能性较大或待排除疾病的病名，如“呕吐待查，急性胃炎？”

初步诊断

入院当时的诊断为“初步诊断”。初步诊断写在住院病历或入院记录末页中线右侧。

入院诊断

住院后经主治医师第一次查房后所确定的诊断为“入院诊断”。入院诊断写在初步诊断

的下方，并注明日期；如住院病历或入院记录系主治医师书写，则可直接写“入院诊断”，而不写“初步诊断”。入院诊断与初步诊断相同时，上级医师只需在病历上签名，则初步诊断即被视为入院诊断，不需重复书写入院诊断。

修正诊断（包含入院时遗漏的补充诊断）

以临床症状待诊的诊断及初步诊断、入院诊断不完善或不符合，上级医师要做出“修正诊断”，修正诊断写在住院病历或入院记录末页中线左侧，并注明日期，修正医师签名。

住院过程中增加新诊断或转入科对转出科原诊断的修正，不宜在住院病历、入院记录上做增补或修正，只在接收记录、出院记录、病案首页上书写，同时于病程记录中写明其依据。

医师签名或盖章

初步诊断的右下角签全名，字迹应清楚易认。上级医师审核签名应在署名医师的左侧，并以斜线相隔。

（二）表格式住院病历

表格式住院病历主要对主诉和现病史以外的内容进行表格化书写。住院病历参考格式如下：

住院号_____			
姓名	性别		
年龄	职业		
民族	婚姻		
出生地	工作单位		
现住址	电话		
入院日期	年 月 日	记录日期	年 月 日 时
病史陈述者	可靠程度		

病 史

主 诉：

现病史：

既往史：

平素健康状况： 良好 一般 较差

曾患疾病和传染病史：

预防接种史：

过敏史： 无 有 过敏原： 临床表现：

外伤史：

手术史：

系统回顾：（有√ 无○ 阳性病史在下面空格内填写发病时间及简要诊疗经过）

呼吸系统 咳嗽 咳痰 咯血 喘息 胸痛 呼吸困难

循环系统 心悸 活动后气促 下肢水肿 心前区痛 血压增高 晕厥
 消化系统 食欲减退 反酸 暖气 恶心 呕吐 腹胀 腹痛 便秘 腹泻 呕血 黑便 便血 黄疸
 泌尿生殖系统 腰痛 尿频 尿急 尿痛 排尿困难 血尿 尿量异常 夜尿增多 水肿 阴部瘙痒 阴部溃烂
 造血系统 乏力 苍白 头晕 眼花 牙龈出血 鼻出血 皮下出血 骨痛
 内分泌与代谢系统 食欲亢进 怕热 多汗 畏寒 多饮 多尿 双手震颤 性格改变 显著肥胖 明显消瘦 毛发增多 毛发脱落 色素沉着 性功能减退 闭经
 肌肉骨骼系统 关节痛 关节红肿 关节变形 肌肉痛 肌肉萎缩
 神经系统 头痛 眩晕 晕厥 记忆力减退 视力障碍 失眠 意识障碍 颤动 抽搐 瘫痪 感觉异常

个人史:

出生地 从事何种工作 地方病地区居住情况 冶游史
 嗜烟(无有)约__年,平均__支/日 戒烟(未已)约__年
 嗜酒(无偶有经常)约__年,平均__两/日

其他:

婚姻史: 结婚年龄 配偶情况

月经史和生育史:

初潮__岁,每次持续__天 末次月经日期 绝经年龄__岁 周期__天
 经量(少一般多) 痛经(无有) 经期(规则 不规则)
 妊娠__次 顺产__胎 流产__胎 早产__胎 死产__胎
 难产及病情:(有/无) 子__个 女__个

家族史:(注意与患者现病有关的遗传病及传染性疾病)

父:健在 患病()已故 死因

母:健在 患病()已故 死因

兄弟姐妹: 子女及其他:

体格检查

生命体征 体温__℃ 脉搏__次/分 呼吸__次/分 血压__/_mmHg 体重__kg

一般发育

发育: 正常 不良 超常

营养: 良好 中等 不良 恶病质

面容: 无病容 急性 慢性病容 其他:

表情: 自如 痛苦 忧虑 恐惧 淡漠 兴奋

体位: 自主 被动 强迫()

步态: 正常 不正常()

神志: 清楚 嗜睡 模糊 昏睡 昏迷 谵妄

配合检查: 合作 不合作