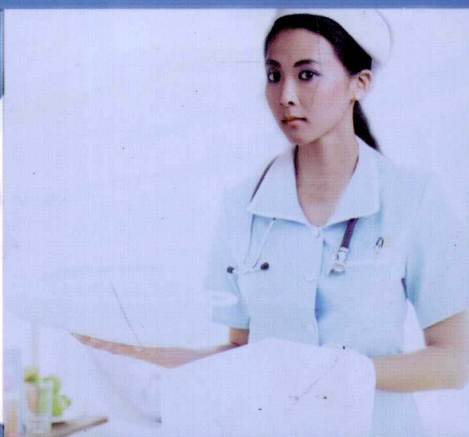
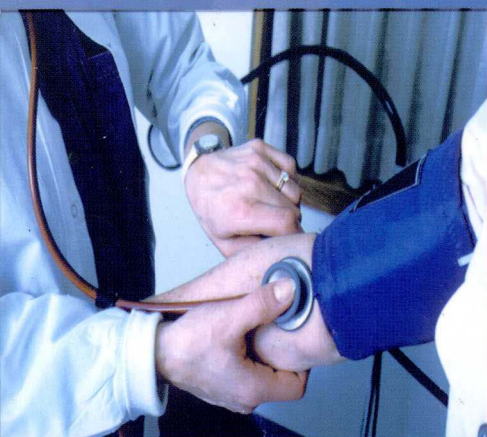



全国高等学校教材
供护理学专业用

临床护理 技能学



主 编 李云芳

 人民卫生出版社

中国医药出版社
CHINA MEDICAL SCIENCE PUBLISHING HOUSE

临床护理 技能学



主编 李秋香

中国医药出版社

全国高等学校教材
供护理学专业用

临床护理技能学

主 编 李云芳

副主编 王爱敏 孙黎惠 高玉芳

主 审 于兰贞

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 敏 (青岛大学医学院)	李云芳 (青岛大学医学院附属医院)
王爱敏 (青岛大学医学院)	杨岩岩 (青岛大学医学院附属医院)
朱 慧 (青岛大学医学院附属医院)	张 梅 (青岛大学医学院)
刘 红 (青岛大学医学院附属医院)	张业玲 (青岛大学医学院附属医院)
刘 曼 (青岛大学医学院)	陆连芳 (青岛大学医学院附属医院)
刘成玉 (青岛大学医学院)	赵春玲 (青岛大学医学院附属医院)
安姝靖 (青岛大学医学院附属医院)	姚珊珊 (青岛大学医学院附属医院)
孙黎惠 (青岛大学医学院附属医院)	高玉芳 (青岛大学医学院附属医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床护理技能学/李云芳主编. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 3

ISBN 978-7-117-14111-6

I. ①临… II. ①李… III. ①护理-技术-医学院校-教材 IV. ①R472

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 016246 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床护理技能学

主 编: 李云芳

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 12.5

字 数: 285 千字

版 次: 2011 年 3 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14111-6/R·14112

定 价: 28.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

前 言

临床护理技能是护士必须掌握的基本功,加强临床护理技能培养是高等学校护理学专业教学的重要内容。传统教学中的护理技能的培养主要分散在各专业课程中,具有时间短、内容多、完整性和系统性差、训练机会少等特点。为了规范临床护理技能教学与培训,培养素质高、实践能力强的护理人才,我们组织编写了《临床护理技能学》一书。

《临床护理技能学》以整体护理的思想为指导,以护理程序为框架,综合了健康评估、基础护理学、内科护理学、外科护理学、妇产科护理学、儿科护理学、急救护理学等学科的基本护理技术和考核标准,体现了整体护理观,突出了护理能力的培养,强化了操作过程与沟通环节,并力求切合临床实际。本教材适用于高等学校护理学专业本科生、研究生使用,也可作为临床护理人员技能培训与考核使用。

《临床护理技能学》的编者主要是长期从事护理学教学的专业人员,具有较高的理论水平和丰富的临床实践经验。在编写过程中,力求全面、准确、有所创新,但由于编者水平有限,难免存在纰漏或不科学之处,敬请广大师生和读者提出宝贵意见和建议,以利改正。

李云芳

2011年1月

第一章 健康评估的方法	1
第一节 问诊	1
一、问诊的重要性	1
二、问诊的方法与技巧	2
三、问诊的注意事项	3
第二节 身体评估	4
一、视诊	5
二、触诊	5
三、叩诊	6
四、听诊	8
五、嗅诊	8
第三节 其他方法	9
一、实验室检查	9
二、器械检查	9
第二章 身体评估	10
第一节 身体评估的顺序及项目	10
一、一般状态及生命征	10
二、头部及颈部	10
三、胸部	11
四、腹部、四肢、神经反射	13
第二节 身体评估规范化操作	14
一、基本检查方法	14
二、淋巴结及头颈部	16
三、胸部	20
四、腹部	25
五、脊柱四肢与神经反射	29
第三章 临床护理基本技能操作	34
第一节 铺床	34
一、铺备用床(被套式)	34
二、铺暂空床(被套式)	36

三、铺麻醉床(被套式)	37
四、卧床病人更换床单法	39
第二节 保护病人安全的护理	42
一、轴线翻身法	42
二、病人搬运法(平车运送法)	43
三、病人约束法	45
第三节 无菌技术与隔离术	46
一、手卫生(一般洗手法)	46
二、无菌技术	47
三、穿脱隔离衣	50
第四节 清洁护理	52
一、口腔护理	52
二、预防压疮护理法	53
第五节 生命体征的测量	55
一、体温、脉搏、呼吸的测量	55
二、血压的测量	56
第六节 鼻饲法	58
第七节 乙醇擦浴法	60
第八节 病人排泄的护理	61
一、女病人导尿术	61
二、大量不保留灌肠法	63
第九节 给药技术	65
一、氧气驱动雾化吸入法	65
二、皮内注射法	66
三、皮下注射法	68
四、肌肉注射法	69
五、静脉注射法	71
六、密闭式周围静脉输液法	73
七、静脉留置针输液法	74
八、静脉输血法	76
第十节 抢救与重症监护技术	78
一、氧气吸入(中心供氧)技术	78
二、经口/鼻吸痰法(中心吸引)	80
三、经气管插管/气管切开吸痰法(中心吸引)	81
四、人工呼吸器(简易呼吸囊)的使用	83
五、电动吸引器洗胃法	85
六、心肺复苏术	87
七、电复律(除颤术)	89
八、人工机械通气术(呼吸机)	90

第十一节 标本的采集	92
一、动脉血标本的采集技术	92
二、静脉血标本的采集技术	93
三、痰标本采集法	95
四、咽拭子标本采集法	96
第四章 专科护理技能操作	97
第一节 内科护理技术	97
一、心电监护及血氧饱和度监测技术	97
二、心电图机的使用	99
三、胰岛素笔的使用	100
四、经外周插管的中心静脉导管护理技术	102
五、微量注射泵的使用	105
第二节 外科护理技术	106
一、换药术	106
二、T管引流护理	108
三、造口护理	109
四、膀胱冲洗护理	111
五、胸腔闭式引流护理	112
六、胃肠减压护理	114
第三节 妇产科护理技术	115
一、产时会阴消毒	115
二、会阴消毒	117
三、阴道冲洗	119
四、胎儿心音听诊	121
五、新生儿脐部护理	122
第四节 婴儿护理技术	123
一、早产儿暖箱的应用	123
二、光照疗法	125
第五章 临床护理技能考核与评价	127
一、铺备用床操作考核评分标准	127
二、铺暂空床操作考核评分标准	129
三、铺麻醉床操作考核评分标准	130
四、卧床病人更换床单法考核评分标准	131
五、轴线翻身法操作考核评分标准	132
六、病人搬运法(两人法)操作考核评分标准	133
七、病人搬运法(四人法)操作考核评分标准	134
八、病人约束法操作考核评分标准	135

九、手卫生操作考核评分标准	136
十、无菌技术操作考核评分标准	137
十一、穿脱隔离衣操作考核评分标准	138
十二、口腔护理操作考核评分标准	139
十三、预防压疮护理法操作考核评分标准	140
十四、体温、脉搏、呼吸的测量操作考核评分标准	141
十五、血压的测量操作考核评分标准	142
十六、鼻饲法操作考核评分标准	143
十七、乙醇擦浴法操作考核评分标准	144
十八、女病人导尿术操作考核评分标准	145
十九、大量不保留灌肠法操作考核评分标准	146
二十、氧气驱动雾化吸入法操作考核评分标准	147
二十一、皮内注射法考核评分标准	148
二十二、皮下注射法考核评分标准	149
二十三、肌内注射法考核评分标准	150
二十四、静脉注射法考核评分标准	151
二十五、密闭式周围静脉输液法操作考核评分标准	152
二十六、静脉留置针输液法考核评分标准	153
二十七、静脉输血法操作考核评分标准	154
二十八、氧气吸入(中心供氧)操作考核评分标准	155
二十九、经口/鼻吸痰法(中心吸引)操作评分标准	156
三十、经气管插管/气管切开吸痰法(中心吸引)操作评分标准	157
三十一、简易人工呼吸器操作考核评分标准	158
三十二、电动吸引器洗胃法操作考核评分标准	159
三十三、心肺复苏术操作考核评分标准	160
三十四、电复律(除颤术)操作考核评分标准	161
三十五、人工机械通气术(呼吸机)操作考核评分标准	162
三十六、动脉血标本的采集技术考核评分标准	163
三十七、静脉血标本的采集技术考核评分标准	164
三十八、痰标本采集法考核评分标准	165
三十九、咽拭子标本采集法考核评分标准	166
四十、心电监护及氧饱和度监测技术考核评分标准	167
四十一、心电图机的使用考核评分标准	168
四十二、胰岛素笔的使用考核评分标准	169
四十三、经外周插管的中心静脉导管护理技术考核评分标准	170
四十四、微量注射泵的使用考核评分标准	171
四十五、换药术操作考核评分标准	172
四十六、T管引流护理考核评分标准	173
四十七、造口护理考核评分标准	174

四十八、膀胱冲洗操作考核评分标准	175
四十九、胸腔闭式引流护理考核评分标准	176
五十、胃肠减压操作考核评分标准	177
五十一、产时会阴消毒操作考核评分标准	178
五十二、会阴消毒操作考核评分标准	179
五十三、阴道冲洗操作考核评分标准	180
五十四、胎儿心音听诊操作考核评分标准	181
五十五、新生儿脐部护理操作考核评分标准	182
五十六、早产儿暖箱操作考核评分标准	183
五十七、光照疗法操作评分标准	184
参考文献	185

健康评估的方法

健康评估作为护理程序的第一步,是对护理对象相关的健康资料进行有计划地、系统地收集,将所收集的资料进行分析、判断。根据评估结果确定护理诊断,并为制订、实施护理计划提供依据。健康评估的基本方法包括问诊、身体评估、实验室检查以及心电图检查、影像学检查等。

第一节 问 诊

问诊是护理人员通过与病人及有关人员的交谈、询问,以获取其所患疾病的发生、发展情况、诊治经过、既往身心健康状况等健康史的过程。

一、问诊的重要性

问诊是护理人员与护理对象进行的一种具有明确的护理专业性目标的、有序的对话过程。成功的问诊是确保健康资料完整性和准确性的关键。问诊不仅在病人刚入院时进行,在整个住院期间,都应随时进行。

(一) 问诊是建立良好护患关系的桥梁

问诊是护患沟通、建立良好护患关系的最重要时机和桥梁,正确的问诊方法和良好的问诊技巧,使病人感到护理人员的亲切和可信,主动配合护理人员的工作,这对病人的康复十分重要。

(二) 问诊是获得诊断依据的重要手段

通过问诊获取的健康资料对护理诊断具有极其重要的意义。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的护理人员,常常通过单独的问诊就能对许多病人提出相当准确的护理诊断。尤其是在某些疾病的早期,机体还只是处于功能或病理生理改变的阶段,此时还缺乏器质性 or 组织、器官形态学方面的改变,而身体评估、实验室检查或其他特殊检查往往无阳性发现,问诊所获得的健康资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中有相当一部分疾病,如感冒、支气管炎、心绞痛、消化性溃疡、糖尿病、癫痫、疟疾、胆道蛔虫症等,通过详细的问诊,多能得出确切的医疗诊断和护理诊断。

(三) 问诊是了解病情的主要方法

通过问诊可全面了解病人所患疾病的发生、发展、病因、诊治经过及既往健康状况等全过程,了解病人的社会心理状况及其对疾病的影响,有利于全面了解病人的健康状况,消除或减轻其不必要的顾虑及不良影响,从而提高护理质量。

（四）问诊可为进一步检查提供线索

如病人以咳嗽、咯血为主要症状时,若同时伴有午后低热、盗汗等病史,则提示可能为肺结核。根据这一线索,进行详细的肺部评估和(或)X线检查,一般即可明确护理诊断。相反,忽视问诊,必然使健康史采集粗疏,病情了解不够详细、确切,势必造成错误的护理诊断。

二、问诊的方法与技巧

问诊的方法和技巧与获取健康史资料的数量和质量有密切的关系,这涉及到沟通交流技能、护患关系、医学知识、仪表礼节,以及提供咨询和教育病人等多方面的内容。行之有效的问诊方法与技巧对护理人员有着重要的实用价值。

（一）问诊前的过渡性交谈

由于对医疗环境的生疏和对疾病的恐惧,病人在接受问诊前常有紧张情绪,往往不能顺畅有序地陈述自己的感受及病情演变的过程。护理人员应主动创造一种宽松和谐的环境以解除病人的不安心情。注意保护病人隐私,最好不要当着陌生人的面开始问诊。如果病人要求家属在场,护理人员可以同意。

一般从礼节性的交谈开始,先作自我介绍(佩戴胸牌是很好的自我介绍的方式),讲明自己的职责。使用恰当的语言或体态语表示愿意为解除病人的病痛和尽自己所能满足他(她)的要求。如交谈开始应正确称呼病人为“先生”、“小姐”或其他更合适的称呼;询问姓名时,如:先生您贵姓,怎么称呼?这样的举措会很快缩短护患之间的距离,改善互不了解的生疏局面,使问诊能顺利地进行下去。同时使病人感受到护理人员的亲切与可信,自然就会产生乐意提供真实、详细的健康史,愿意配合护理工作的心态,这对顺利进行问诊十分重要。

（二）一般由主诉开始

问诊采取逐步深入的方式,进行有目的、有层次、有顺序的询问。多从简易问题开始,待病人对环境适应和心情稳定后,再询问需要思考和回忆才能回答的问题。如“你病了几天了?哪里不舒服?”。如病人主诉头痛,可以问:“你头痛有多长时间了?能说出疼痛的性质与特点吗?”、“多在什么情况下发病?”、“什么情况下疼痛加重或减轻?”、“疼痛发作时还有无其他症状?”、“经过哪些治疗?”、“你认为效果怎样?”等。

（三）注意时间顺序

注意主诉和现病史中症状或体征出现的先后顺序。询问者应问清症状出现的确切时间,跟踪首发症状至目前的演变过程。根据时间顺序追溯症状的演变,以避免遗漏重要的资料。有时环境的变化或药物的使用可能就是病情减轻或加重的因素。按时间线索仔细询问病情可使询问者更有效地获得这些资料。询问者可用以下方式提问,如:“……以后怎么样?”、“然后又……”,这样在核实所得资料的同时,可以了解事件发展的先后顺序。

（四）态度要诚恳友善

耐心与病人交谈,细心听取病人的陈述。对病人的回答不确切和不满意时要耐心启发病人。如“不用急,再想一想,能不能再确切些?如发病时间,病情变化等”。不要因急于了解情况进行套问和逼问,以免病人为满足询问者而随声附和或躲避回答,如“你腹痛时伴有恶心呕吐吗?”、“你胸痛时向左肩放射吗?”。

仪表、礼节和友善的举止,有助于发展与病人的和谐关系,使病人感到温暖亲切,能获得病人的信任以致说出原想隐瞒的敏感事情。适当的时候应微笑或赞许地点头示意。

恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励语言,可促进病人与医护人员的合作,使病人受到

鼓舞而积极提供信息。

(五) 避免重复提问

提问时要注意系统性、目的性和必要性,护理人员应全神贯注地倾听病人的回答,不应问了又问。杂乱无章的提问是漫不经心的表现,这样会降低病人对护理人员的信心和期望。更要避免使用医学术语,如端坐呼吸、里急后重、间歇跛行等,这些医学术语即使文化程度较高的病人也难免发生理解错误,以致健康史资料获得不确切。

(六) 及时核实有疑问的情况

针对病人陈述中不确切或有疑问的情况,注意及时核实。如果病人提供了特定的诊断和用药,就应问明诊断是如何作出的及用药剂量等。还要核实其他一些信息,包括饮酒史、吸烟史、兴奋药品和咖啡因服用史以及过敏史等。有关习惯和嗜好方面的情况应包括名称、用量和时间。例如:饮酒史,应问经常饮什么酒、饮多少、多长时间以及饮酒的方式等。

(七) 根据情况采取封闭式提问或开放式提问

1. 封闭式提问 封闭式提问是指使用一般疑问句,病人通常以“是”或“否”即可回答。如问:你现在心情好吗?只要求病人回答“好”或“不好”。封闭式提问直接简洁,易于回答、节省时间,但因要回答的内容已包含在问句中,护理人员难以得到问句以外的更多的信息,且此种提问具有较强的暗示性。

2. 开放式提问 开放式提问是指使用特殊疑问句,病人要将自己的实际情况加以详细描述才能回答。如问“你因什么事烦恼?”病人不能用“是”或“否”来回答提问,而只能通过详细讲述引起烦恼的具体事情才能回答。开放式提问因问句中不包含要回答的内容,病人只有根据自己的具体情况才能回答,这样可以获得较多的资料,且提问不具有暗示性。但开放式提问因内容复杂,要求病人具有一定的语言表达能力,护理人员也要花较多的时间耐心倾听。

采取哪种提问方式由护理人员根据不同情况选择使用。一般来说,为了获得和掌握更多的健康史资料,调动病人自己解决问题的主动性和积极性,问诊中宜多采用开放式提问。

(八) 结束语

问诊结束时,以结束语表明问诊结束,并说明下一步计划、询问者的作用、义务,对病人的要求、希望(如改变饮食习惯、治疗等)等。

(九) 分析与综合

在问诊过程中,护理人员要不断地思考、分析、综合,归纳病人所陈述的症状之间的内在联系,分清主次、去伪存真,这样的问诊资料才有价值。问诊之后,应将病人的陈述加以归纳、整理,按规范格式写成健康史。

三、问诊的注意事项

(一) 选择合适的时间

问诊是一种情感的交流,时间选择得好,问诊往往能得到病人的配合。问诊的内容及其时间选择应该照顾病人的情绪。对待不同的病人,选择不同的时机。对危重病人,在作扼要的询问和重点评估之后,立即进行抢救,详细的健康史与身体评估可在病情好转后再作补充,以免延误治疗。

(二) 选择良好的谈话环境

选择比较安静、舒适和私密性好的环境,光线、温度要适宜。在有多张病床的普通病

房,护士应该利用自己的谈话技巧,弥补环境条件的不足,如声音大小的适当把握,私密问题的含蓄设计等。

(三) 选择适宜的人际沟通方式

不同文化背景的人在人际沟通的方式上存在文化差异。护理人员应熟悉自己与他人文化间的差异,使问诊过程中的语言和行为能充分体现对他人文化的理解和尊重。

不同年龄阶段的评估对象,由于其所处的生理及心理发展阶段不同,参与问诊的能力亦不同。老年病人因其可能存在听力、视力、记忆力等功能的减退,问诊时应注意简单、通俗,语速要慢,给病人留有足够的思考、回忆时间,必要时予以适当的重复等。对于不能自述的儿童,要注意代述健康史的可靠性;对能自述者,要充分重视患儿的心理(如怕打针、吃药等),严密观察回答时的反应,以利于判断健康史的可靠性。

危重病病人可能反应迟钝、回答缓慢,或因治疗无望有拒绝、抑郁、孤独等,都应予以理解。并根据不同的情况采取措施,真诚的关心、鼓励和安慰病人,以获取更多的信息。

(四) 注意非语言沟通

问诊中与病人的视线保持接触,运用必要的手势,保持适当的距离,适时地点头或应答,避免分散病人注意力。

(五) 不要有不良的刺激

问诊时不要直呼病人的名字或床号,要防止对病人有不良刺激的语言和表情,如说“麻烦”、“难办”、皱眉、摇头、脚不停地拍击地板或用铅笔敲纸等,这样会增加病人的思想负担,甚至使病情加重。

(孙黎惠)

第二节 身体评估

身体评估是评估者运用自己的感官或借助于一些简单的评估工具,来了解机体健康状况的一组最基本的评估方法。身体评估常用的器械见表 1-1。

表 1-1 身体评估常用的器械

器械种类	所用器械
必需的	听诊器、眼-耳底镜、笔形手电筒、叩诊锤、音叉:128Hz、别针或大头针*、皮尺、便携式可视卡
可选择的	鼻腔集光镜、鼻内镜、音叉:512Hz
大部分医疗机构均具备的	血压计、压舌板、敷药棒、纱布垫、手套、润滑剂、防意外出血用的愈创木脂卡、阴道窥器

*为了预防 AIDS 和肝炎病毒的传播,应该用一次性的大头针

身体评估一般于采集健康史结束后开始,但一般状态的评估往往与问诊同时进行。身体评估的目的是为了进一步支持和验证问诊中所获得的有临床意义的症状,发现病人所存在的体征及对治疗和护理的反应,为确认护理诊断寻找客观依据。

身体评估的注意事项:①环境安静、舒适和具有私密性,最好以自然光线作为照明。②评估前先洗手,以避免医源性交叉感染。③评估按一定的顺序进行。通常先观察一般状况,然后依次评估头、颈、胸、腹、脊柱、四肢及神经系统,以避免不必要的重复或遗漏。

必要时进行生殖器、肛门和直肠的评估。④身体评估过程中要做到动作轻柔、准确、规范,内容完整而有重点。⑤评估者态度和蔼,关心体贴病人。

身体评估的基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。要熟练掌握和运用这些方法使评估结果准确可靠,必须反复练习和实践,同时还要有丰富的医学基础知识和护理专业知识。

一、视 诊

视诊(inspection)是以视觉来观察病人全身或局部状态的评估方法。通过视诊可以观察到许多全身及局部的体征,但对特殊部位(如眼底、呼吸道、消化道等)则需用某些仪器(如眼底镜、内镜等)帮助评估。

视诊方法简单,适用范围广,可提供重要的诊断资料,但必须有丰富的医学知识和临床经验,通过深入细致的观察,才能发现有重要意义的临床征象,否则会出现视而不见的情况。

视诊最好在自然光线下进行,夜间在普通灯光下常不易辨别黄疸和发绀,苍白和皮疹也不易看清楚。侧面来的光线对观察搏动或肿物的轮廓很有帮助。

二、触 诊

触诊(palpation)是评估者通过手与被评估者体表局部接触后的感觉或被评估者的反应发现其身体某部有无异常的评估方法。手的不同部位对触觉的敏感度不同,其中以指腹和掌指关节的掌面最为敏感,触诊时多用这两个部位。触诊在临床上使用的范围很广,尤以腹部评估最常采用触诊。其他如体温、湿度、震颤、波动、摩擦感、压痛,以及包块移动度、位置、大小、轮廓、表面性质、硬度等。

(一) 触诊方法

触诊目的不同,施加的压力亦轻重不一,临床上可分为浅部触诊法与深部触诊法。

1. 浅部触诊法(light palpation) 将一手轻轻放在被评估的部位,利用掌指关节和腕关节的协同动作,轻柔地进行滑动触摸。浅部触诊适用于体表浅在病变、关节、软组织,浅部的动脉、静脉、神经,阴囊和精索等。浅部触诊一般不引起病人痛苦及肌肉紧张,因此更有利于评估腹部有无压痛、抵抗感、搏动、包块和某些肿大脏器。

2. 深部触诊法(deep palpation) 将一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部。深部触诊适用于评估腹腔病变和脏器情况,根据评估目的和手法的不同又可分为4种。

(1) 深部滑行触诊法(deep slipping palpation):评估时嘱病人张口平静呼吸,或与病人谈话以转移其注意力,尽量使腹肌放松;评估者同时以并拢的二、三、四指末端逐渐触向腹腔的脏器或包块,在被触及的脏器或包块上作上、下、左、右的滑动触摸(图1-1)。如为肠管或索条状包块,则需作与长轴相垂直方向的滑动触诊;这种触诊法常用



图1-1 深部滑行触诊法

于腹腔深部包块和胃肠病变的评估。

(2) 双手触诊法(bimanual palpation):评估者将左手置于被评估脏器或包块的后部,并将被评估部位推向右手方向,这样除可起固定作用外,同时又可使被评估脏器或包块更接近体表以利于右手触诊(图 1-2)。此法多用于肝、脾、肾和腹腔肿物的触诊。

(3) 深压触诊法(deep press palpation):以一、二个手指逐渐深压(图 1-3),用以探测腹腔深在病变的部位或确定腹部压痛点,如阑尾压痛点、胆囊压痛点等。

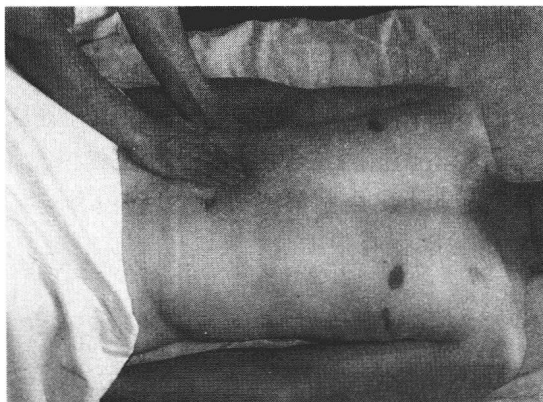


图 1-2 双手触诊法

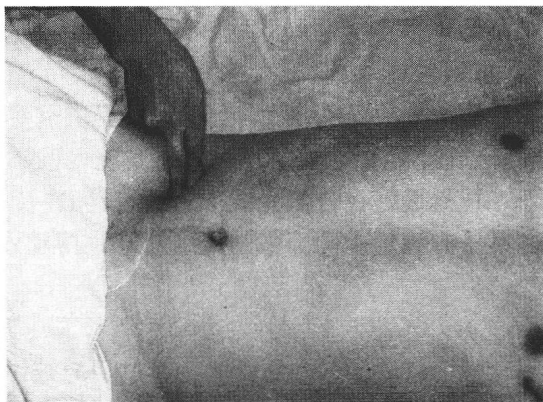


图 1-3 深压触诊法

(4) 冲击触诊法(deep press palpation):评估时以三、四个并拢的手指,取 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 角,置放于腹壁相应的部位,作数次急速而较有力的冲击动作,在冲击时即会出现腹腔内脏器在指端浮沉的感觉,这种方法一般只用于大量腹水时肝、脾难以触及者。因急速冲击可使腹水在脏器表面暂时移去,脏器随之浮起,故指端易于触及肿大的肝、脾或腹腔包块。冲击触诊会使病人感到不适,操作时应避免用力过猛。

(二) 注意事项

1. 触诊前应向病人讲清评估的目的和怎样配合,评估时手要温暖轻柔,避免引起病人精神和肌肉紧张,而不能很好地配合而影响评估效果。
2. 评估者与病人都应采取适宜的位置,一般评估者应站在病人的右侧,面向病人,以便随时观察病人的面部表情;病人取仰卧位,双手自然置于体侧,双腿稍屈,腹肌尽可能放松。
3. 作下腹部触诊时,可根据需要嘱病人排除大小便,以免将充盈的膀胱误认为腹腔包块,影响评估。
4. 触诊时要手脑并用,结合病变的解剖部位和毗邻关系,边触诊边思考,反复斟酌,以判断病变的性质和来源。

三、叩 诊

叩诊(percussion)是评估者用手指叩击病人某部位的表面,使之震动而产生音响,根据震动和音响的特点来判断被评估部位的脏器状态有无异常。叩诊多用于肺下界的定位,胸腔积液或积气的多少,肺部病变的范围与性质,纵隔的宽度,心界的大小与形状,肝脾的边界,腹水的有无与多少,以及子宫、卵巢有否肿大、膀胱有无充盈等。另外,叩诊也

用于了解如肝区、脾区及肾区等有无叩击痛。

(一) 叩诊方法

因叩诊的部位不同,病人须采取相应的体位。如叩诊胸部时取坐位或卧位;叩诊腹部时常取仰卧位。由于叩诊的手法与目的不同,又分间接叩诊与直接叩诊。

1. 间接叩诊法(indirect percussion) 是临床上广泛采用的方法,评估者左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,勿加重压,以免影响被叩组织的振动,其他手指稍微抬起,勿与体表接触;右手指自然弯曲,以中指指端叩击左手中指第二指骨的前端,叩击方向应与叩诊部位的体表垂直;叩诊时应以腕关节与指掌关节的活动为主,避免肘关节及肩关节参加运动(图 1-4)。

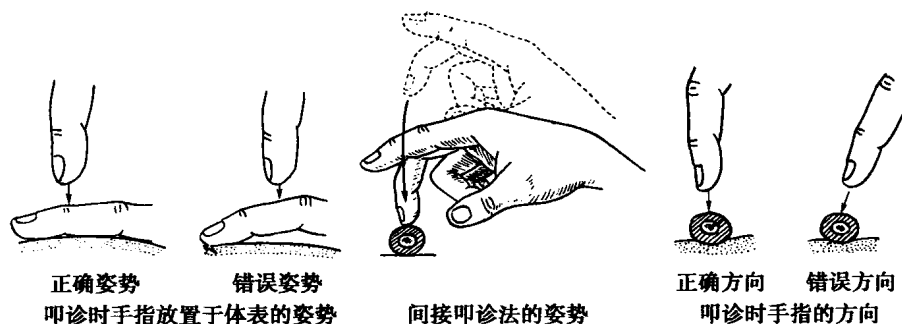


图 1-4 间接叩诊法

2. 直接叩诊法(direct percussion) 评估者用右手中间三指的掌面直接拍击被评估的部位,借拍击的反响和指下的震动感来判断病变情况的方法。此法主要适用于评估胸部或腹部面积较广泛的病变,如大量胸水或腹水等。

(二) 叩诊音

叩诊音(percussion sound)即被叩击部位产生的音响。因被叩击部位组织器官的密度、弹性、含气量以及与体表的距离不同可产生不同的音响。根据音响的强弱、频率等的不同将叩诊音分为清音(resonance)、鼓音(tympany)、过清音(hyperresonance)、浊音(dullness)和实音(flatness),其特点和临床意义见表 1-2。

表 1-2 各种叩诊音的特点及临床意义

叩诊音	音响强度	音调	持续时间	正常存在部位	临床意义
实音	最弱	最高	最短	心、肝	大量胸腔积液、肺实变
浊音	弱	高	短	心、肝被肺覆盖部分	肺炎、肺不张、胸膜增厚
清音	强	低	长	正常肺部	无
过清音	更强	更低	更长	无	阻塞性肺气肿
鼓音	最强	低	最长	胃泡区	气胸、肺空洞

(三) 注意事项

1. 环境应安静,以免影响叩诊音的判断。叩诊时应嘱病人充分暴露被评估部位,并