

LINCHUANG JINENGXUE

方松清 王北冰 沈元琼 陈兰林 主编

临床技能学

LINCHUANG JINENGXUE

国防科技大学出版社



临床技能学

主 编 方松清 王北冰 沈元琼 陈兰林
副主编 贺秀英 陈阳勤 王汉群 曾谷清
主 审 姜德诵 张 平 涂玉林

国防科技大学出版社
湖南·长沙

图书在版编目(CIP)数据

临床技能学/方松清等主编. —长沙:国防科技大学出版社,2003.10
ISBN 7-81099-015-2

I. 临… II. 方… III. ①外科学:诊断学②外科手术 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 085325 号

国防科技大学出版社出版发行

电话:(0731)4572640 邮政编码:410073

E-mail:gfkdcbs@public.cs.hn.cn

责任编辑:唐卫葳 责任校对:耿 筠

新华书店总店北京发行所经销

南华大学印刷厂印装

*

开本:787×1092 1/16 印张:22.25 字数:514 千

2003 年 10 月第 1 版第 1 次印刷 印数:1-6000 册

ISBN 7-81099-015-2/R·2

定价:26.50 元

《临床技能学》编委会

主 编	方松清	王北冰	沈元琼	陈兰林
副主编	贺秀英	陈阳勤	王汉群	曾谷清
主 审	姜德诵	张 平	涂玉林	

编 委 (按姓氏笔画为序)

方松清	王汉群	王北冰	文晓玲
刘红光	许丽芳	陈兰林	陈阳勤
谷依学	邹飞燕	旷 欣	沈元琼
张叶松	罗加兴	罗 卿	郑 薇
姜德诵	贺秀英	高勇强	高天舒
徐 刚	钱 贤	唐惠芳	唐东兴
康 颖	黄江波	曾谷清	梁丽红
熊国祚			

前 言

随着现代医学的发展,各种高、精、尖医疗设备和技术的推广应用,临床医学取得了长足的发展。由于医学专业研究的对象是人而非物,这就对临床医师的培养和实践提出了更高的要求。医师的培养和成长过程必须是:“实践—成功—再实践—再成功”的过程,而非一般自然科学发展所遵循的“实践—失败—再实践—成功”这一规律模式。医学专业学生及年轻临床医师只有掌握扎实过硬的基础理论、基本知识和基本操作技能,才能减少或避免失败,才能在医学实践过程中指导处理和应对纷繁复杂的各种疾病。因此医学专业学生及年轻医师“三基”训练及实践能力的培养,在各大医学院校和医院也越来越得到重视。尽管目前关于临床医学方面的各种专著很多,但此类书籍对医学专业学生和实习医师来说相对太专、太深。根据我们长期从事诊断学和手术学教学的经验体会,医学专业学生及实习医师急需系统规范介绍临床操作技能的书籍作为入门训练和工具之用。

为了适应客观形势发展的需要,南华大学临床技能教学中心在校各级领导和附属医院的支持下,编写了这本《临床技能学》,系统地介绍了外科手术学的基础理论、基本知识,及外科基本操作技能,诊断学则以实验操作训练形式分章介绍,内容翔实、新颖,结构严谨,尤其注重理论与实践相结合。旨在为诊断学和手术学教学及临床见习、实习的学生和年轻住院医师、进修医师的临床技能训练提供参考和指导,本书也可作为执业医师操作考试的参考书。

本书编写过程中得到了南华大学领导的大力支持,得到了涂玉林教授、曹盛俊教授、苏琦教授、张平教授、贺丽萍教授、临床教学部王瑛书记的帮助和指导,在此深表谢意。在编写中,我们虽然作了很大努力,但诊断学、手术学及临床技能培训的教学管理模式全国不一,同类经验不多,加之我们水平所限,书中不足之处,诚挚地盼望读者和专家批评指正。

编 者

2003年6月于衡阳

目 录

上编 诊 断 学

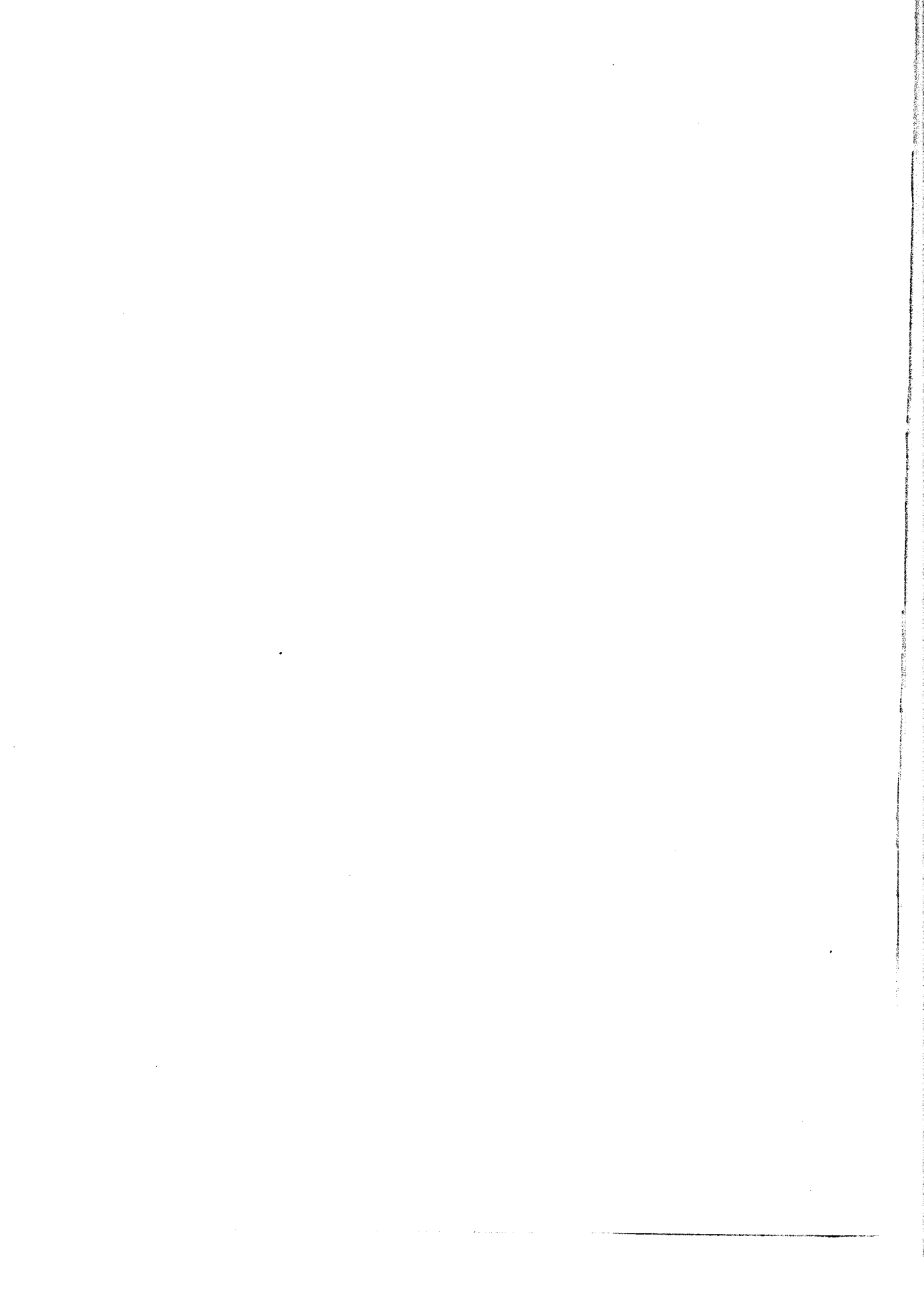
第一章	基本检验法及全身状态检查	(3)
第二章	头颈部、皮肤、淋巴结检查	(10)
第三章	胸廓、胸壁、肺、胸膜检查	(15)
第四章	心脏检查	(23)
第五章	腹部检查	(30)
第六章	脊柱、四肢和神经反射检查	(39)
第七章	全身体格检查(小结)	(45)
第八章	病史询问及病历书写格式	(53)
第九章	正常心电图检查	(59)
第十章	异常心电图分析	(67)
第十一章	血液检查	(78)
第十二章	骨髓细胞学检查	(88)
第十三章	出血性疾病检查	(95)
第十四章	尿常规及肾功能检查	(101)
第十五章	浆膜腔穿刺液及脑脊液检查	(107)
第十六章	肝功能检测	(112)
第十七章	临床常用免疫学检查	(117)
第十八章	内镜检查、血液透析	(124)
第十九章	临床常用诊断技术	(129)
第二十章	各类检查评分细则	(134)

下编 外科手术学

第一章 外科手术学基础	(155)
第一节 概述	(155)
第二节 手术前准备	(159)
第三节 手术后处理	(169)
第四节 无菌术	(181)
第五节 外科常用器械及使用方法	(194)
第六节 手术基本技巧	(202)
第七节 外科手术的特殊设备	(212)
第二章 常用外科操作技术	(224)
第一节 更换敷料	(224)
第二节 外科引流技术	(231)
第三节 常用外科穿刺技术	(249)
第四节 常用外科固定技术	(260)
第三章 常见外科基础手术	(269)
第一节 外科常见小手术	(269)
第二节 普外科常见手术	(282)
第三节 泌尿外科常见手术	(298)
第四节 骨外科常见手术	(303)
第五节 皮肤移植	(307)
第四章 特殊外科技术简介	(315)
第一节 显微外科简介	(315)
第二节 微创外科简介	(321)
第三节 器官移植	(321)
第五章 手术学技能实验	(325)
实验一 外科常用手术器械介绍、打结、缝合、结扎、止血、剪线	(325)
实验二 无菌术、洗手、穿衣、戴手套	(328)
实验三 消毒铺巾、站位与换位、器械的布置与传递	(330)
实验四 清创术	(333)

实验五	阑尾切除术	(334)
实验六	静脉切开术	(335)
实验七	离体动物肠端对端吻合术	(336)
实验八	小肠部分切除与端对端吻合术	(337)
实验九	换药术	(339)
实验十	外伤急救与包扎	(343)
实验十一	复苏术	(346)

上编 诊断学



第一章 基本检查法及全身状态检查

一、实习要求

1. 掌握基本检查法及全身状态检查内容, 顺序及方法。
2. 了解其检查的注意事项及特征。

二、实习方法及时间分配

1. 教师示教 30 分钟。
2. 学生二人一组, 相互练习, 教师巡回指导, 130 分钟。
3. 教师小结 20 分钟。

三、实习器材

体温表(口表及肛表)、血压计、听诊器。

四、实习内容

(一) 注意事项

(1) 接触病人时应关心、体贴病人, 要坚持预防为主的精神和救死扶伤的精神。医师仪表要端庄, 举止要大方, 态度要和蔼、耐心, 要具有高度的责任感和良好的医德修养。

(2) 室内环境温暖, 光线充足, 避免嘈杂的声音。

(3) 病人取卧位或坐位, 该暴露的暴露(检查女病人时应注意方法及应有第三者在场)。

(4) 检查者站在病人右侧, 掌握检查的内容、顺序及熟练的手法。

(二) 基本检查法

基本检查法的内容包括: 视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。

1. 视诊(inspection)

视诊是医师用视觉来观察病人全身或局部表现的诊断方法。视诊能观察到全身一般状态和许多全身或局部的体征, 如年龄、发育、营养、意识状态、面容、表情、体位、

步态、姿势等。局部视诊可了解病人身体各部分的改变,如皮肤、粘膜、舌苔、头颈、胸廓、腹形、四肢、肌肉、骨骼、关节外形等。但对特殊部位(如鼓膜、眼底、胃肠粘膜等)则需用某些仪器(如耳镜、眼底镜、内镜等)帮助检查。视诊适用范围很广,能提供重要的诊断资料,有时仅用视诊就可明确一些疾病的诊断。但视诊必须要有丰富的医学知识和临床经验作基础,否则必会出现视而不见的情况而且疾病的临床征象繁多,只有通过深入、敏锐的观察才能发现对确定诊断具有重要意义的临床征象。

2. 触诊(palpation)

触诊是医师通过手的感觉进行判断的一种诊法。触诊的适用范围很广,可遍及身体各部,尤以腹部更为重要。触诊还可以进一步明确视诊所不能明确的体征。触诊分浅部触诊法和深部触诊法。

(1) 浅部触诊法

用一手轻轻放在被检查的部位,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。浅部触诊一般不应引起病人痛苦,也不至于引起肌肉紧张,因此更有利于检查腹部有无压痛、抵抗感、搏动、包块和某些肿大脏器。术者必须手指并拢,以右手的手掌部分或指腹,系统有序地对整个腹部进行检查。

(2) 深部触诊法

检查时用一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部。深部触诊主要用于诊查腹部脏器大小和腹部异常包块等病变。检查时嘱患者平卧,屈膝以松弛腹肌。并嘱病人张口平静呼吸,医生的手必须温暖,以一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达到深部。检查脾脏时亦可采取侧卧位。

①深部滑行触诊法:嘱病人张口平静呼吸,医生以并拢的二、三、四指端逐渐压向腹腔的脏器或包块,并在其上做上下左右的滑动触摸。

②双手触诊法:将左手置于被检查者脏器或包块的后部,并将被检查部位或脏器推向右手方向,右手进行滑动触摸。此法除可发挥固定作用外,同时又使被检查脏器或包块更接近体表。

③深压触诊法:以拇指或两、三个并拢手指逐渐深压,用以探测腹腔深在病变的部位或确定腹腔压痛点,再检查反跳痛。即在深压的基础上迅速将手抬起,并询问患者是否瞬间感觉疼痛加剧或观察是否有痛苦表情。

④冲击触诊法:以三四个并拢的手指,取 $70\sim 90^\circ$ 角,置于腹壁上相应的部位,作数次急速而较有力的冲击动作,在冲击时会出现腹腔内脏器在指端浮沉的感觉,检查时应避免用力过猛。

3. 叩诊(percussion)

叩诊是用手指叩击身体某部表面,使之震动而产生音响,根据震动和音响的特点来判断被检查部位的脏器有无异常。叩诊在胸、腹部检查中尤为重要。

因叩诊的部位不同,病人须采取适宜的体位。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的不同,通常又分间接叩诊法与直接叩诊法两种。

(1) 间接叩诊法

叩诊时左手中指第二指节紧贴于叩诊部位, 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。

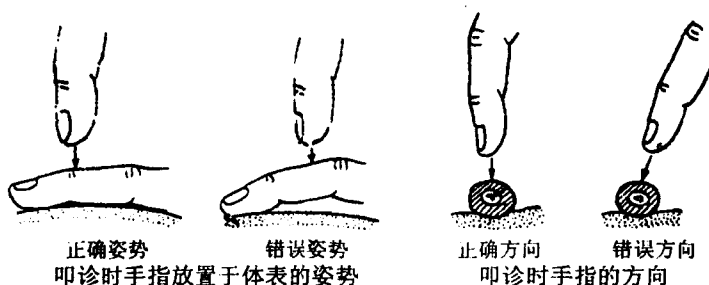


图 1-1

叩击动作要灵活、短促、富有弹性。叩击后右手应立即抬起, 以免影响音响的振幅与频率。在一个部位叩诊时, 每次只需连续叩击 2~3 下, 如未能获得明确印象, 可再连续叩击 2~3 下, 不间断地连续叩击反而不利于对叩诊音的分辨。叩击力量要均匀适中, 使产生的声响一致, 才能正确判断叩诊音的变化。叩诊应自上而下, 从一侧到另一侧, 并两侧比较。

(2) 直接叩诊法

用右手中间三指的掌面或指端直接拍击被检查的部位, 借拍击或叩击所产生的反响和手指震动感来判断病变情况称直接叩诊法。

被叩诊的组织或脏器因致密度、弹性、含气量以及体表距离的不同, 叩击时所产生的反响即叩诊音亦不同。根据音响的频率、振幅的不同, 临床上将叩诊音分为清音、过清音、鼓音、浊音、实音 5 种。

①清音: 是一种频率约为 100~128 次/秒, 振动持续时间较长的音响, 是正常肺部的叩诊音。

②鼓音: 是一种和谐的乐音, 如同击鼓声, 与清音相比音响更强, 振动持续时间也较长。在叩击含有大量气体的空腔器官时出现。正常见于左前下胸的胃泡区及腹部。

③过清音: 介于鼓音与清音之间的音响。

④浊音: 是一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的叩诊音。

⑤实音: 音调较浊音更高、音响更弱、振动持续时间更短的叩诊音。

4. 听诊

用听诊器听取体内或有关部位所发出的声音, 并判断其正常与否的一种诊断技术。它是临床诊断疾病的一项基本技能和重要手段, 在诊断心、肺疾病中尤为重要。

听诊器由耳件、体件及软管三部分组成。体件有两种类型: 一种是钟型, 适于听取

低调声音；另一种是鼓型，适于听取高调声音。

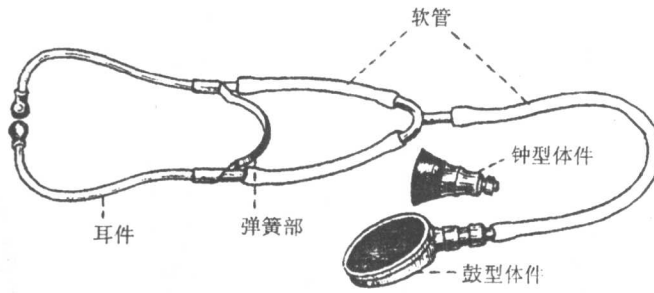


图 1-2

(1) 间接听诊法

间接听诊法即为应用听诊器听诊的方法，可在任何体位时使用，对器官运动所发出的声音，还能起到放大作用。此法应用范围很广，除心、肺、腹外，还可听取血管音，皮下气肿音等。

(2) 直接听诊法

医生应用耳廓贴附于被检查者的体表进行听诊。此法已经少用。

5. 嗅诊

以嗅觉判断发自病人的异常气味与疾病之间关系的方法。这些异常气味多半来自皮肤、粘膜、呼吸道、胃肠道的呕吐物、排泄物、分泌物、脓液与血液等。嗅诊时医师用手将病人散发的气味扇向自己的鼻部，然后仔细判断气味的特点和性质。

(三) 全身状态检查法

全身状态的内容包括性别、年龄、生命征(体温、呼吸、脉搏、血压)、发育与体型、营养、意识状态语调与语态、面容与表情、体位、姿势及步态。

1. 体温

测量体温常有三种方法：

(1) 口测法

将消毒的体温计置于舌下，然后深闭口唇，不用口呼吸，测量 5 分钟后读数。正常值为 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 肛测法

被检查者取侧卧位，将肛门体温计头端涂以润滑剂，徐徐插入肛门，深达体温计长度的一半为止。测量 5 分钟后读数。正常值为 $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 腋测法

将体温计置于腋窝深部, 上臂将体温计夹紧。测量 10 分钟后读数。正常值为 36℃~37℃。

2. 血压

(1) 直接测量方法

将特制导管经皮穿刺由周围动脉, 送入主动脉, 导管末端接监护测压系统, 自动显示血压数值。仅适用于危重疑难和大手术病人。

(2) 间接测量法

目前广泛采用的袖带加压法, 此法采用血压计测量。间接测量法的优点是简便易行, 可适用于任何病人。

(3) 操作要求

①病人在安静环境休息 5~10 分钟。

②采取仰卧位或坐位, 被测的上肢(一般为右上肢)裸露, 肘部应与心脏同一水平, 上臂伸直并轻度外展。

③袖带气囊部分对准肱动脉, 紧贴皮肤缚于上臂, 袖带下缘应距肘弯横纹上约 3cm。

④检查者先于肘窝处触知动脉搏动, 再将听诊器胸件置于肘窝处肱动脉上, 轻压听诊器胸件与皮肤密接, 不可压得太重, 更不可塞在袖带内。

⑤向袖带内充气, 边充气边听诊, 待肱动脉搏动消失, 再将汞柱升高 2.6~4.0kPa (20~30mmHg) 后, 开始缓慢放气, 两眼平视汞柱缓慢下降, 听到第一次声响时的汞柱数值为收缩压, 声音消失时汞柱数值为舒张压。必要时测下肢血压。测下肢血压的方法与测上肢血压相同, 但病人应采取俯卧位, 选用较宽的袖带。下肢血压较上肢高约 20~40mmHg, 见表 1-1。

表 1-1 血压水平的定义和分类(18 岁以上成人)

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
1 级高血压(轻度)	140~159	90~99
亚组: 临界高血压	140~149	90~94
2 级高血压(中度)	160~179	100~109
3 级高血压(重度)	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	>140	<90
亚组: 临界收缩期高血压	140~149	<90

注: 如收缩压与舒张压水平不在一个级别时, 按其中较高的级别分类。

3. 脉搏

应选择浅表动脉,一般触桡动脉搏动。

检查者以食指、中指、环指指腹平放在病人手腕桡动脉搏动处。两侧都须触诊,以作对比。正常成人脉率为60~100次/分。

4. 呼吸

呼吸运动是靠膈肌和肋间肌的收缩和松弛来完成的,正常男性和儿童以膈肌运动为主,呈腹式呼吸,而女性则以肋间肌运动为主,呈胸式呼吸,实际上两种呼吸运动均不同程度同时存在。

检查者可直接观察被检者胸部或腹部,根据胸、腹部的起伏,可判断被检查者呼吸频率,正常成人静息状态下,呼吸频率为16~18次/分。呼吸与脉搏之比为1:4。呼吸的节律基本上均匀整齐。

5. 发育情况

分正常与不正常两种。

通常以年龄、智力和体格成长状态(身高、体重及第二性征)之间的关系判断。成人正常的指标为:头长为身高的1/7~1/8,胸围等于身高的一半,两上肢展开的长度约等于身高,坐高等于下肢的长度。

体型是身体各部发育的外观表现,包括骨骼、肌肉的成长与脂肪分布状态等。分无力型(瘦长型)、超力型(矮胖型)、正力型(均称型)。

6. 营养

分良好、不良、中等。

营养状态是根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况综合判断的。简便而迅速的检查方法是察看前臂内侧或上臂背侧下1/3处皮下脂肪充实的程度。营养状态异常包括两大方面:

(1) 营养不良

由于摄食不足,消化障碍和消耗增多引起。

(2) 营养过度

营养过度是体内中性脂肪过多积聚的表现。超过标准体重20%以上者为肥胖,亦可计算体重质量指数=体重(kg)/身高(m),按WHO的标准,男性大于27,女性大于25即为肥胖症。按病因分外源性肥胖及内源性肥胖。

7. 意识状态

意识状态是大脑功能活动的综合表现,即对环境的知觉状态。正常人意识清晰,根据意识障碍的程度分为:嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷。

8. 面容与表情

面容与表情是某些疾病的特征性表现,常见的有急性面容、慢性面容、贫血面容、甲亢面容、二尖瓣面容、肾病面容、满月面容、病危面容等。

9. 体位

体位分自动体位、被动体位、强迫体位。

10. 步态

正常人步态稳健,常见异常步态有:蹒跚步态、醉酒步态、共济失调步态、慌张步态、跨阔步态、剪刀式步态、间歇性跛行等。