

中国基层医生培训系列教材

总主编 赵 群 韩民堂 董德刚 陈金宝

诊疗护理技术

上海科学技术出版社

ZHENLIAO

HULI JISHU

主 编 王炳元 李 丹

副主编 林 红 朱闻溪



中国基层医生培训系列教材

HONGGUO JICENG YISHENG PEIXUN XILIE JIAOCAI

总主编 赵 群 韩民堂 董德刚 陈金宝

诊疗护理技术

ZHENLIAO HULI JISHU

主 编

王炳元 李 丹

副主编

林 红 朱闻溪

上 海 科 学 技 术 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

诊疗护理技术 / 王炳元, 李丹主编. — 上海: 上海科学技术出版社, 2008.4

(中国基层医生培训系列教材/赵群等总主编)

ISBN 978-7-5323-9209-4

I. 诊… II. ①王…②李… III. 诊疗-护理-基层医生-教材 IV. R472.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 183022 号

上海世纪出版股份有限公司

上海科学技术出版社 出版、发行
(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

常熟市华顺印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/32 印张 15.75

字数 433 千

2008 年 4 月第 1 版

2008 年 4 月第 1 次印刷

定价: 26.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题, 请向工厂调换

上海世纪出版股份有限公司

中国基层医生培训系列教材
诊疗护理技术

编者名单

主 编

王炳元 李 丹

副 主 编

林 红 朱闻溪

编 者

(以姓氏笔画为序)

于继红	王学梅	王炳元	吕晓辉
朱闻溪	刘 勇	刘东屏	孙明君
李 丹	李 平	李 霞	李异玲
何向民	张义侠	林 红	赵 牧
赵 鑫	赵延辉	崔 巍	穆晓云

社区医生和乡村医生是我国医疗卫生服务体系的一支重要力量,承担着为人民群众提供基本医疗服务和疫情报告、预防保健、健康教育等工作任务,在防病治病中发挥着重要的作用,为维护人民健康做出了突出贡献。

随着我国卫生事业的发展和广大群众生活水平的不断提高,基层医生的业务能力和服务水平仍不能满足我国广大群众对卫生服务日益增长的需求。因此,针对目前基层医生队伍现状,制定新时期教育规划,进一步提高基层医生学历层次和业务水平,是适应新形势下卫生改革与发展的需要,是基层医生教育工作面临的紧迫任务。

2001—2010年全国乡村医生教育规划指出:到2010年底,在经济或教育发达地区,30%以上的乡村医生接受专科以上的高等医学教育;在经济或教育欠发达地区,15%以上的乡村医生接受专科以上的高等医学教育;其余的乡村医生应具有中专学历。90%以上的省、区、市建立、健全乡村医生在岗培训制度,90%以上的乡村医生接受定期的在岗培训。

国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见指出,到2010年,全国地级以上城市和有条件的县级市要建立比较完善的城市社区卫生服务体系。具体目标是:社区卫生服务机构设置合理,服务功能健全,人员素质较高,运行机制科学,监督管理规范,居民可以在社区享受到疾病预防等公共卫生服务和一般常见病、多发病的基本医疗服务。

中国农村缺医少药、农民因病返贫的情况,城市居民看病难、看病贵的问题,近年来已经引起了党和政府的高度重视,并要求切实

加强基层医疗卫生队伍建设,培养基层需要的医护人员。尤其是乡村医生的年龄结构、文化程度、专业知识、操作技能等与农民的需求和全面推进农村合作医疗的要求相差甚远。为加强对乡村医生培训,2005年国务院签署发布《乡村医生从业管理条例》,要求乡村医生至少每两年接受一次培训,参加一次考核。

为了更好地满足基层医生培训需要,中国乡村医生培训中心、中国医科大学组织有关专家编写了这套“中国基层医生培训系列教材”。这套教材的编写参考了国际医学教育的标准和医学教育新的理念,分析了当前我国基层医生的学历状况和培训需求,确立了这套教材以基层医生从中专水平提高到大专水平,促使他们尽快达到助理执业医师水平为编写原则。在内容的安排上,为基层医生学习方便,使基础与临床密切结合,没有按传统的分科,而是按照人体器官系统与疾病设立分册。考虑到基层医生在实际工作中,既做医疗,又要做护理,故增加了护理学的内容。参考现代医学新的理念,分别将有关内容纳入到《全身生理变化与疾病》和《医学与社会》分册中。

我相信这套教材一定会在培训基层医生工作中发挥积极作用,希望广大基层医生通过培训,不断提高医疗水平。做好基层医生的培训,不仅是卫生部的重要工作,也是各级政府的责任,也是社会的义务。让我们大家共同努力,为提高我国基层卫生工作水平,为人民健康提供优质服务而努力奋斗。

中华人民共和国卫生部副部长

马晓伟

教授

2007年8月

为了更好地满足基层医生的培训需要,解决在基层医生培训工作中教师数量不足、教学资源缺乏的问题,中国乡村医生培训中心、中国医科大学组织有关专家编写了这套“中国基层医生培训系列教材”。这套系列教材包括:《医学基础》、《诊疗护理技术》、《药物治疗与疾病》、《呼吸系统与疾病》、《消化系统与疾病》、《心血管系统与疾病》、《运动系统与疾病》、《泌尿系统与疾病》、《生殖系统与疾病》、《神经精神系统与疾病》、《血液造血器官淋巴系统与疾病》、《内分泌系统与疾病》、《眼耳鼻咽喉口腔疾病》、《皮肤系统与疾病》、《全身生理变化与疾病》、《中医诊疗技术》、《医学与社会》,共 17 个分册。

为了很好地完成编写任务,我们成立了教材编写委员会。委员会主任由中国医科大学校长、博士生导师赵群教授担任;副主任由中国乡村医生培训中心主任、中国医科大学副校长韩民堂教授,以及董德刚教授和陈金宝教授担任;委员有(以姓氏笔画为序):王丽宇、王炳元、白希壮、吕永利、刘沛、刘盈、刘彩霞、孙黎光、杜立阳、李丹、李岩、李艳、李胜岐、李德天、肖卫国、吴钢、邱雪杉、何风云、宋芳吉、张锦、张朝东、陈蕾、罗恩杰、胡健、姜红、姜学钧、蔡际群、潘亚萍。秘书由季雪芳同志担任,负责各分册协调和部分编务工作。该系列教材部分绘图工作由齐亚力同志完成。

在这套系列教材的出版过程中,得到辽宁省卫生厅的大力支持,在此一并表示感谢。

由于这套系列教材参加编写的人员多、时间紧、任务重,特别是按照人体器官系统与疾病设立分册进行编写,在内容衔接等方面难免存在一些缺点和不足,希望使用本系列教材的教师、基层医生和广大读者能惠予指正。

中国基层医生培训系列教材总主编

2007年8月

中国基层医生培训系列教材总主编

中国基层医生培训系列教材总主编

前 言

为了更好地满足基层医生的培训需要,解决在基层医生培训工作中教师数量不足、教学资源缺乏的问题,我们编写了该教材。该教材的编写原则是以《乡村医生从业管理条例》为指导,使基层医生从中专水平提高到大专水平,从而使他们尽快达到助理执业医师水平。诊疗护理技术的编写是以实用为主,重点突出、可操作性强,力求使基层医生掌握较强的技术应用能力,并且具备知识面宽、综合技能高的特点。

本教材实行主编负责制,按照专业特点分工编写,书稿完成后由主编进行审定。本教材的第一章第一节由林红、王炳元、张义侠、于继红、李异玲、崔巍编写,第二节由刘勇编写,第三节由赵延辉、孙明君编写,第四节由李平、王学梅编写;第二章第一节由何向民编写,第二、第三、第四节由刘东屏、王炳元编写,第五、第六节由吕晓辉编写;第三章由李丹、朱闻溪和赵鑫编写;第四章由朱闻溪、李霞、赵牧和穆晓云编写。

由于该书的编写采取新的体系,作者来自不同单位,在内容的安排与衔接上可能存在一些问题,加上编写时间紧,疏漏之处在所难免,敬请使用者多提宝贵意见。

王炳元 李 丹

2007年8月

第一章

症状、表现、检查和治疗

第一节 临床症状	1
发热	1
抽搐	6
意识障碍	9
发绀	13
肥胖症	17
消瘦	20
黄疸	22
皮疹	26
瘀点、紫癜、瘀斑	30
淋巴结肿大	34
肝肿大	37
脾肿大	45
水肿	50
心悸	55
胸膜腔积液	58
胸痛	63
呼吸困难	65
咳嗽、咳痰	68
咯血	70

眩晕	74
头痛	76
腹痛	81
恶心、呕吐	86
吞咽困难	89
腹泻	91
便秘	94
呕血	97
便血	100
血尿	103
尿量与排尿异常	105
月经失调	108
关节痛、关节肿胀	111
第二节 临床实验检查	113
末梢血检查	113
尿液检查	132
粪便检查	138
血液生化检查	141
止血、凝血障碍的实验室检查	148
血清免疫学检查	152
血液气体分析和酸碱平衡紊乱	183
呼吸功能检查	192
脑脊液检验	194
骨髓检查	199
细菌检查	201
小儿检查数值的特征	207
第三节 内镜诊断和治疗	208
第四节 腹部超声诊断和治疗	225

第二章

病史采集与体格检查

第一节 病史采集	255
第二节 生命体征检查与头颈部检查	265
第三节 胸部检查	277
第四节 腹部检查	292
第五节 神经系统、四肢和脊柱检查	304
第六节 小儿的检查	313

第三章

基本诊疗护理操作技术

第一节 常见诊疗护理技术操作	319
胸膜腔穿刺术	319
腹膜腔穿刺术	321
腰椎穿刺术	322
动脉血气分析	325
体位引流术	326
胸膜腔闭式引流护理	328
双气囊三腔管压迫止血术	330
会阴湿热敷法	334
阴道及宫颈上药	335
阴道灌洗术	336
坐浴	337
鼻腔滴药法	338
鼻腔冲洗法	339
外耳道冲洗法	340
外耳道滴药法	341
结膜囊冲洗法	341

泪道冲洗法	342
滴眼药水法	343
涂眼药膏法	344
排痰训练	345
呼吸功能训练	347
第二节 营养疗法与体液平衡	349

第四章

基础护理技术操作

第一节 患者入院与出院护理	369
第二节 患者的舒适、卧位与安全	376
第三节 患者的清洁与压疮的护理	390
第四节 生命体征的观察与护理	401
第五节 排便的护理	414
第六节 排尿的护理	423
第七节 药物疗法	433
第八节 静脉输液	454
第九节 冷热疗法	464
第十节 病情观察和危重患者抢救	470
第十一节 临终护理	482
第十二节 小儿常用护理技术操作	486

第一章

症状、表现、检查和治疗

第一节 临床症状

■ 发 热 ■

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,并保持体温稳定在相对恒定的范围内。当机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。按发热温度的高低可分为:低热($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热($>41^{\circ}\text{C}$)。正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,腋窝温度(腋测法)正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,口腔温度(舌下测量)为 $36.2\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,直肠温度(肛测法)为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动,但波动范围一般不超过 1°C ,如下午体温稍高于早晨,小儿体温较成人略高,老年人体温稍低于青壮年,妇女月经前及妊娠期体温略高于正常,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高。另外,在高温环境下体温也可稍升高。应注意测量体温的部位受某些因素的影响,如测量口温受口腔炎症病变、测量之前进食较热食物或水、外界环境温度的影响;测量腋温可受出汗及环境温度的影响;测量直肠温度比较准确。另外,测量时间一般需5 min以上。

【发生机制】 由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。

1. 致热源性发热 致热源包括外源性和内源性两大类。可见于感染性发热,无菌性炎症的发热,变态反应性疾病的发热,致热类固醇的发热如周期热、肾上腺肿瘤、慢性肝炎、肝功不全等。

(1) 外源性致热源 包括各种微生物病原体及其产物、炎性渗出物及

无菌性坏死组织、某些类固醇物质和多核苷酸等。外源性致热源多为大分子物质,不能通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞和单核/巨噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热源引起发热。

(2) 内源性致热源 又称白细胞致热源,如白细胞介素、肿瘤坏死因子和干扰素等。通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢,使体温调定点上升,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩,使产热增多;另外可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,停止排汗,散热减少。上述综合作用使产热大于散热,体温升高,引起发热。

2. 非致热源性发热 常见于以下几种情况。

(1) 体温调节中枢直接受损 如颅脑外伤、出血、炎症等。

(2) 引起产热过多的疾病 如甲状腺功能亢进症、癫痫持续状态等。

(3) 引起散热减少的疾病 如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

【病因与分类】发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类,而以前者较多见,后者也越来越引起人们的重视。器质性发热包括感染性发热和绝大多数非感染性发热,而功能性发热属非感染性发热,由自主神经功能紊乱所致,如原发性低热、感染后低热、生理性低热等。

1. 感染性发热 占发热病因的 50%~60%。各种病原体如细菌、病毒、支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫等侵入人体后所引起的感染,不论急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。

2. 非感染性发热 主要有以下几类原因。

(1) 无菌性坏死物质的吸收导致的吸收热 常见于:①机械性、理化性损害,大手术后、放射病、骨折、大面积烧伤等。②因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死。③组织坏死与细胞破坏,如癌、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

(2) 抗原-抗体反应 如风湿性疾病、血清病、药物热等。

(3) 内分泌与代谢疾病 如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(4) 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭等。

(5) 体温调节中枢功能失常引起的中枢性发热 常见于:①理化性,如中暑、安眠药中毒等。②机械性,如脑出血、颅骨骨折等。

(6) 自主神经功能紊乱引起的发热 属功能性发热范畴,多为低热。常见于:①原发性低热,可持续数月至数年,热型较规则,体温波动范围较小,多在 0.5°C 以内。②感染后低热,由于感染后体温调节功能未恢复正常所致,但需与其他新感染所致的发热相鉴别。③夏季低热,可连续数年反复出现,多见于营养不良或脑发育不全的幼儿。④生理性低热,如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热,月经前及妊娠初期也可出现低热。

3. 感染性与非感染性发热的区分

(1) 感染性发热通常起病急,病程较短,而非感染性发热多起病缓,病程偏长。

(2) 感染性发热可找到原发感染灶,如金黄色葡萄球菌败血症可找到皮肤、关节化脓性感染灶或外伤感染灶,而非感染性发热常无原发感染灶。

(3) 感染性发热患者通常中毒症状较重,如出汗、寒战、周身疼痛等,高热时出现谵妄,部分患者可出现中毒性心肌炎、中毒性休克。而非感染性发热患者,即使体温升高至 39°C 也可没有自觉症状或很轻。

(4) 多数感染性发热的患者白细胞计数增多,骨髓象中若出现中性多核粒细胞空泡形成或中毒颗粒,异形淋巴细胞增多,可能是病毒感染;若出现嗜酸性粒细胞增多,提示寄生虫感染;若是急性细菌感染,则中性粒细胞、碱性磷酸酶反应明显增强;C反应蛋白在化脓性细菌感染、风湿热时常呈阳性。

【临床意义】 发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来形成体温曲线,该曲线的不同形状称为热型,不同的热型常有不同的临床意义。

1. 稽留热 体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 的高水平,达数天或数周,24 h内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期、钩端螺旋体病等。

2. 弛张热又称败血症热型 体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24 h内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症、恶性组织细胞病等。

3. 间歇热 体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续1天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。常

见于疟疾、急性肾盂肾炎、淋巴瘤等。

4. 波状热 体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤等。

5. 回归热 体温急剧上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病、鼠咬热等。

6. 不规则热 体温的曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、亚急性细菌性心内膜炎等。

在疾病发生过程中,可有两种或以上热型交互存在,如大叶性肺炎并发脓胸时热型可由稽留热变为弛张热;其次由于抗菌药物的普遍使用,或由于解热药与肾上腺皮质激素的应用等,使热型不典型;另外热型也与个体反应有关,如老年人患休克型肺炎,发热不高或无发热。故对发热患者应具体问题具体分析。

【诊断要点】 发热病因很复杂,但如能详细询问病史,进行详尽的体格检查及必要的辅助检查,绝大多数的发热病因可以查明。

1. 病史 详细而重点地询问病史,如起病时间、发病地区、季节、接触史等,尤其传染病的流行病学史。

(1) 地区 某些寄生虫病如血吸虫病、丝虫病等有严格的地区性和疫水接触史。

(2) 季节 斑疹伤寒、白喉、流行性脑脊髓膜炎等流行于冬春季;伤寒、乙型脑炎、脊髓灰质炎等流行于夏秋季;而钩端螺旋体病常见于夏收与秋收季节。

(3) 接触史 感染性肠炎、食物中毒、甲型(或戊型)肝炎等发病前多有进食不洁饮食史;疟疾、乙型(或丙型)肝炎、获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)等可通过输血传播;流行性出血热以鼠类为重要传染源,患者多来自农村,有野外作业史或进食鼠类污染的食物史;感染猪链球菌病、炭疽、禽流感等疾病的患者均有猪、牛、羊、禽类等皮毛接触史和食肉史。

(4) 发热高低与病程 据此可将发热分为急性发热、长期发热和长期低热。热程在 2 周以内的发热称为急性发热,绝大多数的急性发热为感染