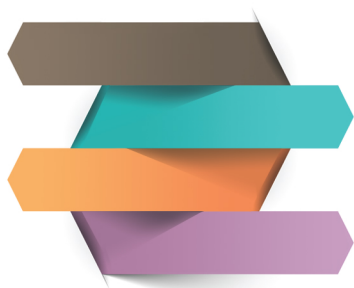


临床医学实验课程系列改革教材



临床基本技能 实验学

主 编：符晓华 张 娜 罗亚桐

CMS
PUBLISHING & MEDIA

湖南科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

临床基本技能实验学 / 符晓华, 张娜, 罗亚桐主编.
— 长沙 : 湖南科学技术出版社, 2014. 10
ISBN 978-7-5357-8321-9
I. ①临… II. ①符… ②张… ③罗… III. ①临床医学
— 实验 IV. ①R4-33
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 205923 号

临床基本技能实验学

主 编: 符晓华 张 娜 罗亚桐
责任编辑: 李 忠
出版发行: 湖南科学技术出版社
社 址: 长沙市湘雅路 276 号
<http://www.hnstp.com>
湖南科学技术出版社天猫旗舰店网址:
<http://hnkjcs.tmall.com>
邮购联系: 本社直销科 0731-84375808
印 刷: 衡阳顺地印务有限公司
(印装质量问题请直接与原厂联系)
厂 址: 湖南省衡阳市雁峰区园艺村 9 号
邮 编: 421008
出版日期: 2014 年 10 月第 1 版第 1 次
开 本: 787mm×1092mm 1/16
印 张: 13.25
字 数: 315000
书 号: ISBN 978-7-5357-8321-9
定 价: 32.00 元
(版权所有 · 翻印必究)

序

自从盖伦医学体系初建以降，历代的临床医学先贤者们，在与人类疾病作斗争的过程中，总是像蜜蜂采撷花蕊中的精微一样，充分汲取同时代的科技养分，去探索，去找寻，并试图去解开不同疾病的神秘密码。他们代代传承，不断丰富人类医学宝库，继而使现代医学既烙下了不同时代探寻者们的印迹，又闪耀着当代智慧者的光辉。临床工作者如此，医学教育工作者们也莫不如是。他们总是在不同时代，不断地把既往和当今的最权威、最先进的医学元素，运用最符合教育规律的手段，精彩传递和传播给医学后辈群体。从这点来说，我们不能不抱着无限崇高的心情仰视历代的先贤先哲们。

正因为有先贤们的辛勤积攒，让我们幸运地获得了卷帙浩繁的医学典籍，同时也给当代医学临床和教育工作者们赋予了一种责无旁贷的历史使命——即如何把历代先贤传递下来的医学精华，运用当下的共性语言和科技符号，有效地传播给下一代。承载着这份沉甸甸的历史责任，我们湖南师范大学医学院和附属医院的一批长期从事医学临床和基础教学的教师们，在参考国家规划教材的基础上，潜心着眼于知识、能力和素质三位一体的培养旨归，并尽可能采纳当代最新的一些研究成果和毫无保留地贡献着他们几十年的临床和教学经验，编撰了这套临床医学实验课程系列改革教材，分别为《临床基本技能实验学》、《临床辅助技能实验学》、《生物化学与分子生物实验学》以及《病原生物与免疫实验学》4个分册。其内容简洁明晰，针对性、指导性和可操作性较强，既是一套医学生的重要学习教材，又可作为住院医师规范化培训和参加国家执业医师资格考试的重要参考书籍。虽然为编撰者水平所囿，些许瑕疵难免存在，但总体仍属瑕不掩瑜，故谨为之序。

卢岳华

2014年8月28日

医学是一门实践性极强的学科，医学人才的培养必须通过实践训练来实现，临床基本技能培训是医学生临床实践教学的重要环节，加强临床基本技能培养是医学院校教学的重要内容，也是教学改革的难点之一。随着社会的不断进步，医疗单位的用人标准逐步向实用型、技能型、创新型医学人才发展，因此，临床基本技能操作能力的培养显得更加重要。原卫生部自 1999 年开始我国首次执业医师考试以来，执业医师资格已成为医学生从事临床工作的必要条件。执业医师资格考试内容包括基本理论知识和临床实践技能，而临床实践技能更是在执业医师考试中占有相当的分量，早已引起了广大师生的高度重视。以往，临床基本技能的培养主要是靠《诊断学》和《手术学》课程来完成，以内科体格检查、问诊、外科手术学基础为主，缺乏临床基本技能培训的完整性与系统性。这种传统的临床实践教学模式已经不适应现代医学实践教学的需要。为了强化临床医学生基本技能的系统训练，注重学生通科技能和临床素质的培养，根据医学生知识、能力和素质三位一体的培养要求，我们按照临床医学本科专业教学大纲中要求掌握的内容，并参考国家执业医师资格考试大纲，改变了传统的不符合实际的观念与内容，对临床基本技能进行整合，编写了《临床基本技能实验学》，旨在更好地培养医学生临床思维和临床操作技能，为临床专业课学习和以后工作打下坚实的基础。

本书从临床角度出发，将以前分布在临床各科常用的诊疗技术进行加工整合，形成了较为全面而完整的基本临床技能体系，是一本顺应医学教育改革的多学科、综合性强的临床医学实践教材。《临床基本技能实验学》共分 8 章，包括病史采集与临床思维方式、体格检查、穿刺技术、置管技术、急救技术、手术技术、临床专科基本技术、临床技能综合模拟训练。全书内容简洁明了，实践性强，既能适应医学生的学习，又可为今后过渡到住院医师工作和参加国家执业医师资格考试奠定良好的基础。

在本书编写过程中，全体参编人员均以饱满的热情和认真负责的态度投入工作，但由于时间较仓促，书中难免有不妥甚至错误之处，衷心希望读者能够提出宝贵意见，以便及时修改。

编 者

于湖南师范大学医学院

第一章 病史采集与临床思维方式	(1)
第一节 病史采集及其方法.....	(1)
第二节 病历书写.....	(3)
第二章 体格检查	(10)
第一节 基本要求与基本检查法.....	(10)
实验要求.....	(10)
基本检查法.....	(10)
第二节 一般检查.....	(13)
第三节 头、颈部检查.....	(16)
第四节 胸部和肺部检查.....	(18)
第五节 心脏和血管检查.....	(22)
第六节 腹部检查.....	(25)
第七节 脊柱、四肢、肛门和外生殖器检查.....	(28)
第八节 神经系统检查.....	(30)
第九节 儿科病史采集体格检查.....	(31)
儿科病史采集的特点.....	(31)
儿科体格检查.....	(33)
第十节 妇科检查.....	(35)
第十一节 产前检查.....	(37)
第十二节 眼科检查.....	(40)
视功能检查.....	(40)
眼部检查.....	(44)
第十三节 耳鼻咽喉科检查.....	(46)
鼻和鼻窦的检查法.....	(46)
咽的检查法.....	(48)
喉的检查法.....	(49)
耳的检查法.....	(50)

第三章 穿刺技术	(53)
第一节 血管穿刺	(53)
动脉穿刺和置管.....	(53)
静脉穿刺和置管.....	(54)
第二节 胸膜腔穿刺术.....	(56)
第三节 腹腔穿刺术.....	(58)
第四节 腰椎穿刺术.....	(60)
第五节 骨髓穿刺术.....	(62)
第六节 心包穿刺术.....	(64)
第七节 后穹窿穿刺术.....	(65)
第八节 关节腔穿刺术.....	(66)
第四章 置管技术	(69)
第一节 置胃管与洗胃术.....	(69)
第二节 三腔双囊管插管术.....	(71)
第三节 导尿术与留置导尿术.....	(72)
第四节 灌肠术与保留灌肠术.....	(75)
第五节 手术引流技术.....	(77)
脓肿切开引流术.....	(78)
胸膜腔闭式引流术.....	(80)
第五章 急救技术	(83)
第一节 呼吸道通畅术.....	(83)
口咽通气术.....	(83)
环甲膜穿刺术.....	(84)
气管切开术.....	(85)
气管内插管术.....	(87)
第二节 心肺脑复苏术.....	(88)
第三节 电除颤操作流程.....	(91)
第四节 简易呼吸器的使用.....	(92)
第五节 吸氧术.....	(94)
第六节 吸痰术.....	(97)
第七节 外伤急救技术.....	(98)
第八节 烧伤、冷伤与蛇伤.....	(106)
烧伤.....	(106)
冷伤.....	(108)
蛇伤.....	(109)

第六章 手术技术	(112)
第一节 无菌技术.....	(112)
第二节 常用手术器械和使用方法	(119)
第三节 手术基本技能	(123)
第四节 实验动物准备.....	(130)
第五节 离体肠管吻合术.....	(134)
第六节 门诊常用手术.....	(136)
清创缝合术.....	(136)
伤口换药术.....	(138)
体表肿瘤切除术.....	(139)
第七节 剖腹探查术.....	(140)
第八节 阑尾切除术.....	(144)
第九节 小肠部分切除和肠吻合术.....	(147)
第七章 临床专科基本技术	(150)
第一节 阴道分娩接产技术.....	(150)
第二节 生殖道细胞学检查.....	(155)
第三节 子宫颈活体组织检查.....	(157)
第四节 诊断性刮宫.....	(158)
第五节 输卵管通液术.....	(160)
第六节 计划生育手术.....	(162)
宫内节育器放置术.....	(162)
宫内节育器取出术.....	(163)
经腹输卵管结扎术.....	(164)
人工流产术.....	(166)
第七节 穿脱隔离衣与医务人员防护用品的使用.....	(168)
穿脱隔离衣.....	(168)
医务人员防护用品的使用	(170)
第八节 常用眼科治疗技术.....	(173)
结膜囊冲洗法.....	(173)
泪道冲洗法.....	(174)
第九节 常用耳鼻咽喉科治疗技术.....	(176)
外耳道清洁法.....	(176)
前鼻孔填塞术.....	(176)
上颌窦穿刺冲洗法.....	(177)
扁桃体周脓肿切开排脓术.....	(178)

咽异物取出术	(179)
第八章 临床技能综合模拟训练	(181)
第一节 实验标准化范例——社区获得性肺炎	(181)
第二节 病例分析	(186)
第三节 客观结构化临床考试	(197)

第一章 病史采集与临床思维方式

第一节 病史采集及其方法

【实验目的】

1. 掌握病史采集内容和方法。
2. 熟悉问诊的技巧。

【实验内容和方法】

（一）一般项目

姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、电话号码、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者不是本人，则应注明与患者的关系。

（二）主诉

主诉为患者感受到的最主要的痛苦或最明显的症状和（或）体征，即本次就诊最主要的原因及其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急，并提供对某系统疾病的诊断线索。主诉应用一两句话加以概括，并同时注明主诉自发生到就诊的时间，如“活动后心悸、气促 5 年，加重伴双下肢水肿 1 周”。对当前无症状，诊断资料和入院目的又十分明确的患者，也可以用以下方式记录主诉，如“2 个月前超声检查发现胆囊结石”。

（三）现病史

现病史是病史中的主体部分，它记述患者患病后的全过程，即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下的内容和程序询问。

1. 起病情况 起病日期（应写阳历）、缓急、可能的原因与诱因。每种疾病的起病或发作都有各自的特点，详细询问起病的情况对诊断疾病具有重要的鉴别作用。有的疾病起病急骤，如脑栓塞、心绞痛、动脉瘤破裂和急性胃肠穿孔等；有的疾病则起病缓慢，如肺结核、肿瘤、风湿性心瓣膜病等。慢性病一般应尽可能了解与本次发病有关的病因（如外伤、中毒、感染等）和诱因（如气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等），有助于明确诊断与拟定治疗措施。发病时间是指从起病到就诊或入院的时间，如心悸 3 个月、反复夜间呼吸困难 2 周、双下肢水肿 4 天。

2. 主要症状的特点 包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度，缓解或加剧的因素，了解这些特点对判断疾病所在的系统或器官以及病变的部位、范围和性质很有帮助。如消化性溃疡，其主要症状的特点为上腹部疼痛，可持续数天或数周，在几年之中可以表现为时而发作、时而缓解，呈周期性发作或有一定季节性发病等特点。

3. 病情的发展与演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如肺结核合

并肺气肿的患者，在衰弱、乏力、轻度呼吸困难的基础上，突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难，应考虑自发性气胸的可能。

4. 诊治经过 如患者于本次就诊前已经接受过其他医疗单位诊治，则应询问已经接受的诊断措施及其结果；若已进行治疗则应问明使用过的药物名称、剂量、时间和疗效，为本次诊治疾病提供参考。

5. 伴随症状 指在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。这些伴随症状常常是鉴别诊断的依据，或提示出现了并发症。如腹泻伴呕吐，则可能为饮食不洁或误食毒物引起的急性胃肠炎；腹泻伴里急后重，结合季节和进餐情况更容易考虑到痢疾。又如急性上腹痛，原因可以有多种，若患者同时伴有恶心、呕吐、发热，特别是又出现了黄疸和休克，就应该考虑到急性胰腺炎或急性胆道感染的可能。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随迹象，因为它们明确诊断方面有时会起到很重要的作用。此外，还应注意与本次疾病有关的病史及有意义的阴性病史。

6. 一般情况 包括患者患病后的精神、体力状态，食欲及食量的改变，睡眠与大小便的情况等。这部分内容对全面评估患者病情的轻重和预后，以及采取什么辅助治疗措施十分有用。

（四）既往史

既往史包括患者既往的一般健康状况和过去曾经罹患的疾病（包括各种急性、慢性传染病史）、预防接种史、外伤手术史、输血史、食物和药物过敏史与长期用药史，特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。例如，对慢性冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管意外的患者，应询问过去是否患有原发性高血压。在记述既往史时应注意不要和现病史发生混淆，如目前所患为肺炎，则不应把数年前也患过肺炎的情况写入现病史。此外，对患者居住或生活地区的主要传染病和地方病史，也应记录于既往史中。

系统查询由一系列直接提问组成，用作病史资料的最后一遍搜集，避免问诊过程中患者或医师对某些内容的忽略或遗漏。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者除现在所患疾病以外的其他各系统是否发生目前尚存在或已痊愈的疾病，以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。主要情况应分别记录在现病史或既往史中。

1. 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。

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

3. 消化系统 腹胀、腹痛、嗝气、反酸、咯血、便血、黄疸、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、梅毒等性传播疾病史。

5. 造血系统 头晕、乏力，皮肤或黏膜瘀点、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。

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。

(五) 个人史

1. 所到地方、居住地区和居留时间（尤其是疫源地和地方病流行区）。

2. 生活习惯与嗜好，包括日常生活习惯，烟酒嗜好时间与摄入量，以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等。

3. 有无毒物及疫水接触史。

4. 个人职业，包括工种、劳动环境、工业毒物的接触情况及时间。

5. 有无重大精神创伤史。

6. 有无冶游史，是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

(六) 月经史

月经初潮的年龄、月经周期和经期天数，经血的量和颜色，经期症状，有无痛经与白带异常，末次月经日期，闭经日期，绝经年龄。

(七) 婚育史

妊娠与生育次数，人工或自然流产的次数，计划生育等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。未婚或已婚，结婚年龄，配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

(八) 家族史

询问双亲与兄弟、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，有无与遗传有关的疾病。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。

【思考题】

1. 男性，30岁，恶心呕吐、腹痛、停止排气排便3天。你作为住院医师，将如何询问患者现病史及相关的内容？

2. 男性，32岁，低热，间断咯血1个月。你作为住院医师，将如何询问患者现病史及相关的内容？

【评分参考】

项目总分	病史采集考核内容
10分	一般项目；主诉
现病史（50分）	起病情况与患病的时间；主要症状的特点；病因与诱因；病情的发展与演变；伴随病状；诊治经过；一般情况
其他病史（30分）	既往史；系统查询；个人史；婚姻史；月经史与生育史；家族史
（10分）	问诊方法与技巧

第二节 病历书写

【实验目的】

1. 掌握住院病历、入院记录、门诊病历的书写。
2. 掌握病历书写的基本要求。

3. 了解病历分类及名称定义。

【实验内容和方法】

（一）病历书写的基本要求

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、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。病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

1. 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

2. 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝色或黑色圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

3. 病历书写应当使用中文，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。

4. 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

5. 病历书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。上级医务人员有审查、修改下级医务人员书写的病历的责任。

6. 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员由医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后书写病历。

7. 病历书写一律使用阿拉伯数字记录日期和时间，采用 24 小时制记录。

8. 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。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，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况时，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，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。

（二）住院病历

住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

入院记录指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳、分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。包括以下内容：

1. 一般情况 包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者、入院方式（如步行、抬送）。

2. 主诉 指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。主诉要简明精练，一般在一两句，20 个字左右。

3. 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。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病以来诊治经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

（1）发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

（2）主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的发生部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，演变发展情况，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性病史。

（3）伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

（4）发病以来诊治经过及结果：记录患者从发病后到入院前，在院内外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“ ”）以示区别。

（5）发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

（6）与本次疾病虽无紧密关系，但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

4. 既往史 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。

5. 个人史、婚育史、月经史、家族史

（1）个人史：记录患者出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，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。

（2）婚育史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。

（3）月经史：女性患者记录初潮年龄、行经期天数与间隔天数、末次月经时间或闭经年龄，月经量、痛经及生育等情况。

（4）家族史：患者父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

6. 体格检查 内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、体重，一般情况，皮肤、黏膜，淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱、四肢，神经系统等。应当按照系统循序进行书写。

（1）体温（℃）、脉搏（次/min）、呼吸（次/min）、血压（mmHg）、体重（kg）。

（2）一般状况：发育（正常、异常），营养（良好、中等、不良、肥胖），体型，意识（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），步态姿势，检查能否合作。

（3）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。

（4）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）。

（5）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、闭合障碍），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、听力障碍。

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、鼻窦压痛等。

口腔 气味，有无张口呼吸，唇（畸形、颜色、疱疹、皸裂、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、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）。

（6）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）。

（7）胸部：

1）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。

2）肺：

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、湿啰音和胸膜摩擦音，语音传导（增强、减弱、消失）等。

3）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 心脏相对浊音界如下：

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

注：左锁骨中线距前正中线 8~10 cm。

听诊 心率，心律，心音的强弱。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、传导方向及其与运动、体位和呼吸的关系）、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。

(8) 腹部：腹围（腹水或腹部包块等疾病时测量）。

1) 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。

2) 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）。

肝脏 大小〔（右叶以右锁骨中线肋下缘，左叶以前正中剑突下至肝下缘的距离（cm）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、墨菲征（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。测量：第Ⅰ线测量（甲乙线）：指左锁骨中线及左肋缘交点至脾下缘的距离；第Ⅱ线测量（甲丙线）：指左锁骨中线及左肋缘交点至脾最远点的距离；第Ⅲ线测量（丁戊线）：指脾右缘与前正中线的距离。

肾脏 大小、形状、硬度、移动度、有无压痛、肾及输尿管压痛点。

膀胱 膨胀。

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

4) 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。

(9) 直肠肛门：有无痔、脱肛、瘰。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）。

(10) 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）。

(11) 脊柱、四肢：活动度，有无畸形（侧凸、前凸、后凸）、压痛和叩击痛等。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。

(12) 神经系统：肱二头肌、肱三头肌及膝腱、跟腱反射。巴宾斯基征、奥本汉姆征、戈登征、查多克征、霍夫曼征。颈强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征。

7. 专科情况 应当根据专科需要记录专科特殊情况，如外科、耳鼻咽喉科、眼科、妇产科、口腔科、介入放射科、神经精神科等专科需写“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”。

8. 辅助检查 指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果，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做检查，应当写明该机构名称及检查号。

9. 初步诊断 指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

10. 书写入院记录的医师签名。

（三）住院期常用医疗文件

病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

1. 首次病程记录 指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

（1）病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

（2）拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；并对下一步诊治措施进行分析。

（3）诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。

2. 日常病程记录 是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟；对病重患者，至少 2 天记录 1 次病程记录；对病情稳定的患者，至少 3 天记录 1 次病程记录。

3. 上级医师查房记录 是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

4. 抢救记录 是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

5. 有创诊疗操作记录 是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作（如胸腔穿刺、腹腔穿刺等）的记录，应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

6. 手术记录 是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、

麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

7. 出院记录 是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

（四）门（急）诊病历书写内容及要求

1. 门（急）诊病历 内容包括门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

2. 门（急）诊病历首页 内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

3. 门（急）诊病历记录 分为初诊病历记录和复诊病历记录。

（1）初诊病历记录：书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

（2）复诊病历记录：书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

4. 门（急）诊病历记录 应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

5. 急诊留观记录 是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

【思考题】

1. 病历书写的重要性体现在哪些方面？
2. 病历书写的基本要求有哪些？

【评分参考】

项目总分	病历书写考核内容
病史（40分）	一般情况；主诉；现病史；既往史；系统回顾；个人史，婚育史、月经史，家族史
体格检查（40分）	体温、脉搏、呼吸、血压、体重与一般状况；皮肤、黏膜、淋巴结；头颈部；胸部；腹部；肛门、直肠、外生殖器；脊柱、四肢；神经反射
（5分）	辅助检查
（10分）	病历摘要
（5分）	初步诊断与医师签名

〔彭小宁〕