

临床诊疗技术 操作常规

● 冼绍祥 主编



4-65
331
004



广东高等教育出版社

临床诊疗技术操作常规

冼绍祥 主编

广东高等教育出版社

· 广州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

临床诊疗技术操作常规/洗绍祥主编. —广州: 广东高等教育出版社, 2004. 7
ISBN 7-5361-2994-7

I. 临… II. 洗… III. 临床医学-诊疗-规范 IV. R4-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 046221 号

广东高等教育出版社出版发行

(地址: 广州市天河区林和西横路)

邮政编码: 510500 电话: (020) 87557232

广东省肇庆新华印刷有限公司印刷

787 毫米×1092 毫米 16 开本 9.75 印张 246.4 千字

2004 年 7 月第 1 版 2004 年 7 月第 1 次印刷

印数: 1-3000 册

定价: 15.00 元

前 言

医学是一门应用学科，强调实践训练，注重技术操作，医学生学习临床课期间要参加医疗实践，并在理论课学习结束后有较长一段时间的毕业实习，通过临床实践进一步巩固和加深对理论的理解和运用，从而提高临床基本技能。

我院成为临床实习主要基地的时间较长，临床各科齐全，历届学生毕业实习均要在临床各科中轮转进行。随着近几年医学院校扩大招生，学生人数剧增，临床教学压力增大，临床教学基地也在不断扩大，因此制订和编写《临床诊疗技术操作常规》势在必行。

本书汇集了临床内科、外科、妇科、儿科、骨科、针灸科、耳鼻喉科、眼科和护理等常用的诊疗技能操作常规，这是编者在长期的临床实践中积累的临床诊疗经验，并参考有关书籍，根据实习大纲要求，在原来编写的《临床诊疗技术操作规范》的基础上修改补充编辑成书。本书用以规范临床带教老师的带教，指导医学生临床实践，同时对初到临床各科的医护人员进行临床实践也能起到执简驭繁、有章可循的作用。

由于我们的编辑出版时间仓促，学术水平有限，如有错漏之处，敬请同道批评指正和读者原谅。

编者

2004 年 4 月于广州中医药大学第一临床医学院

目 录

第一部分 基础技能

一、住院病历格式及书写要求	(1)
二、四大生命体征的测量	(6)
三、各种注射法	(10)
四、无菌技术	(16)
五、血标本采集法	(19)
六、静脉输液法	(21)
七、静脉输血法	(24)
八、常用药物过敏试验法	(26)
九、导尿术	(29)
十、灌肠术	(31)
十一、鼻饲法	(33)
十二、吸氧法	(35)
十三、吸痰法	(40)
十四、洗胃	(41)

第二部分 内科技能

一、胸腔穿刺术	(45)
二、胸腔闭式引流术	(46)
三、腹腔穿刺术	(48)
四、人工呼吸术	(49)
五、胸外心脏按压术	(50)
六、骨髓穿刺术	(51)
七、腰椎穿刺术	(53)
八、股静脉穿刺术	(54)
九、股动脉穿刺及注射术	(55)

第三部分 外科技能

一、洗手法	(57)
-------------	------

二、穿无菌手术衣、戴无菌手套	(57)
三、手术野皮肤消毒、铺手术巾法	(59)
四、外科手术常用基本器械及使用	(60)
五、局部麻醉	(61)
六、打结、剪线	(63)
七、清创缝合术	(66)
八、伤口换药	(67)
九、拆线	(68)
十、体表脓肿引流	(69)
十一、体表溃疡活检术	(70)
十二、脂肪瘤切除术	(71)
十三、前列腺检查及按摩术	(72)

第四部分 妇科技能

一、妇科检查	(74)
二、宫颈刮片检查	(76)
三、子宫颈活组织检查	(77)
四、基础体温测定	(79)
五、宫颈粘液检查	(80)
六、阴道后穹窿穿刺术	(81)
七、阴道灌洗、宫颈上药	(82)
八、人工流产术（人流负压吸宫术）	(83)
九、上环术	(86)
十、取环术	(88)

第五部分 骨科技能

一、皮肤牵引术	(91)
二、骨牵引术	(92)
三、骨折手法整复	(93)
四、脱位复位	(94)
五、局部封闭	(95)
六、小夹板固定	(96)
七、石膏绷带技术	(97)
八、杉树皮小夹板制作	(99)

第六部分 儿科技能

一、测体温、测血压、测囟门	(100)
二、心肺体格检查、腹部体格检查	(101)
三、小儿身高(身长)、头围测量方法	(103)
四、酒精擦浴法	(104)
五、针四缝法	(105)
六、捏脊疗法	(105)
七、压缩雾化吸入	(106)
八、肛管排气法	(107)
九、头皮静脉输液法	(108)
十、头罩式给氧	(108)

第七部分 针灸技能

一、毫针刺法	(109)
二、头针	(111)
三、电针	(112)
四、三棱针疗法	(113)
五、穴位注射	(113)
六、拔火罐	(115)
七、艾灸	(115)
八、挑刺疗法	(116)
九、天灸疗法	(117)

第八部分 眼科技能

一、视力检查法	(118)
二、色觉检查法	(119)
三、视野检查法	(120)
四、裂隙灯显微镜检查法	(121)
五、眼底检查法	(122)
六、眼球突出度检查法	(123)
七、结膜囊洗眼法	(124)
八、滴眼药法	(124)
九、涂眼膏法	(125)
十、剪睫毛法	(125)

第九部分 耳鼻喉科技能

一、额镜的使用法	(126)
二、前鼻镜检查法	(126)
三、后鼻镜检查法(间接鼻咽镜检查法)	(127)
四、口咽部检查法	(128)
五、间接喉镜检查法	(129)
六、鼓膜检查法	(130)
七、音叉试验	(132)
八、纯音听力计检查法	(133)
九、声导抗测试法	(135)
十、咽鼓管吹张法	(136)
十一、外耳道冲洗术	(137)
十二、鼓膜穿刺术	(138)
十三、下鼻甲注射	(138)
十四、上颌窦穿刺冲洗术	(139)
十五、鼻腔填塞术	(140)
十六、鼻骨骨折复位术	(141)
十七、鼻腔异物取出术	(142)
十八、外耳道异物取出术	(142)
十九、咽部异物取出术	(143)
二十、咽部脓肿穿刺抽脓术	(143)
二十一、耳、鼻部外伤清创缝合术	(144)

第一部分 基础技能

一、住院病历格式及书写要求

住院病历

姓名：

出生地：

性别：

常住地址：

年龄：

单位：

民族：

入院时间： 年 月 日 时

婚姻状况：

病史采集时间： 年 月 日 时

职业：

病史陈述者：

发病节气：

可靠程度：

主诉：患者就诊的主要症状、体征及持续时间。要求重点突出，高度概括，简明扼要。

现病史：围绕主诉系统记录患者从发病到就诊前疾病的发生、发展、变化和诊治经过。记录的内容要求准确具体，避免流水账式的记录。具有鉴别意义的阴性症状亦应列入。内容应包括：

(1) 起病情况。发病的时间地点、起病缓急、前驱症状、可能的病因和诱因。

(2) 主要症状、特点及演变情况。要准确具体地描述每一个症状的发生、发展及其变化。

(3) 伴随症状。描述伴随症状的有关情况。

(4) 结合中医“十问”，记录目前情况。

(5) 诊治情况。如果入院前经过诊治，应按时间顺序记录与本病有关的重要检查结果及所接受过的主要治疗方法（药物治疗应记录药物名称、用量、用法等）及其使用时间、效果。诊断名称应加引号。

(6) 如果两种或两种以上疾病同时发病，应分段记录。

(7) 如果怀疑自杀、被杀、被打或其他意外情况者，应注意真实记录，不得加以主观推断、评论或猜测。

既往史：系统、全面地记录既往健康状况，防止遗漏、包括以下内容：

(1) 既往健康情况。虚弱还是健康。

(2) 患过哪些疾病。如传染病、地方病、职业病及其他疾病应按时间顺序记录诊断、治疗情况。



(3) 手术外伤、中毒及输血史等。

个人史：

(1) 患者的出生地及经历地区，特别要注意自然疫源地及地方病流行区，说明迁徙年月。

(2) 居住环境和条件。

(3) 生活及饮食习惯，烟酒嗜好程度，性格特点。

(4) 过去及目前的职业及其工作情况，粉尘、毒物、放射性物质、传染病接触史等。

(5) 其他重要个人史。

过敏史：记录致敏药物、食物等名称及其表现。

婚育史：结婚年龄、配偶健康情况等。女性患者要记录经、带、胎产情况。月经史记录格式为：

月经初潮年龄 $\frac{\text{每次行经天数}}{\text{经期间隔天数}}$ 闭经年龄或末次月经时间

家族史：记录直系亲属及与本人生活有密切关系的亲属的健康状况与患病情况。

体格检查

体温 (T)： **脉搏 (P)：** **呼吸 (R)：** **血压 (BP)：**

整体状况：望神、望色、望形、望态、声音、气味、舌象、脉象。

皮肤、粘膜及淋巴结：皮肤、粘膜、淋巴结。

头面部：头颅、眼、耳、鼻、口腔。

颈项：形、态、气管、甲状腺、颈脉。

胸部：胸廓、乳房、肺脏、心脏、血管。

腹部：肝脏、胆囊、脾脏、肾脏、膀胱。

二阴及排泄物：

脊柱四肢：脊柱、四肢、指（趾）甲。

神经系统：感觉、运动、浅反射、深反射、病理反射。

（体格检查基本内容附后）

专科检查：按各专科特点进行书写。

实验室检查：采集病史时已获得的本院及外院的重要检查结果。

辨病辨证依据：汇集四诊资料，运用中医临床辨证思维方法，得出中医辨病辨证依据。

西医诊断依据：从病史、症状、体征和实验室检查等几个方面总结出主要疾病的诊断依据。

入院诊断：中医诊断：疾病诊断（包括主要疾病和其他疾病）。

证候诊断（包括相兼证候）。

西医诊断：包括主要疾病和其他疾病

实习医师（签名）

住院医师（签名）

如有修正诊断、确定诊断、补充诊断时，应书写在原诊断的左下方，并签上姓名和

诊断时间。

附：住院病历体格检查基本内容

体格检查时应注意光线、室温及体位等。检查时要认真，手法要正确、轻巧，切忌动作粗暴和大量暴露病人身体。态度要和蔼，检查应全面、系统，从上到下循序进行，以免遗漏。但对危重患者应根据病情重点进行，灵活掌握，避免因门诊、体检繁多增加患者痛苦，延误治疗时机。男性医师检查女性患者的泌尿生殖系统时，应有女医护人员或第三者（亲属）在场。

（一）生命体征

体温（T）： 脉搏（P）： 呼吸（R）： 血压（BP）：

（二）整体状况

望神：包括神志、精神状况、表情等。

望色：面容、色泽、病容等。

望形：包括发育、营养、体型、体质等。

望态：包括体位、姿势、步态等。

声音：语音清晰度，语音强弱如前轻后重、低微，异常声音如咳嗽、呃逆、嗝气、哮喘、呻吟等。

气味：是否正常、有无特殊气味等。

舌象：舌体的形质、动态、舌下脉络、舌色、苔质、苔色、有无津液等。

脉象：各种脉象。

（三）皮肤粘膜及淋巴结

皮肤粘膜：包括色泽、纹理、弹性、温度、汗液、斑疹、白痞、疮疡、疤痕、肿物、腧穴异常征、血管征、蜘蛛痣、色素沉着等，并明确记录其部位、大小及程度。也要记录皮肤划痕征。

淋巴结：有无瘰癧，若有应记录其大小、活动度、部位、数目、有无压痛、质地等。

（四）头面部

头部：有无畸形、肿物、压痛，头发情况（疏密、色泽、分布），有无疖、癣、疤痕。

眼：眉毛（有无脱落）、睫毛（倒睫）、眼睑（水肿、下垂、闭合、歪斜）、眼球（活动情况、震颤、斜视）、结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡）、巩膜（黄染、充血）、角膜（混浊、瘢痕）、瞳孔（大小，两侧是否等大、等圆，得神、失神、神呆）、对光反射等。

耳：耳廓形状，外耳道是否通畅、有无分泌物，乳突有无压痛，听力情况等。

鼻：有无畸形、中隔偏曲或穿孔，有无鼻甲肥大或阻塞，鼻腔分泌物性状，出血

(部位、数量), 副鼻窦有无压痛及嗅觉情况等。

口腔: 嘴唇 (颜色、疱疹、皲裂、溃疡), 牙齿 (龋齿、缺齿、义齿、残根, 并注明其位置), 牙龈 (色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线、萎缩), 口腔粘膜有无发疹、出血、溃疡及腮腺导管口情况, 扁桃体 (大小及有无充血和分泌物、假膜), 咽 (充血及反射等), 悬壅垂 (是否居中) 等。

(五) 颈项

是否对称, 有无抵抗强直、压痛、肿块, 活动是否受限。颈动脉有无异常搏动及杂音, 颈静脉有无怒张。有无肝颈静脉回流征。气管位置是否居中。有无瘰疬 (如有, 应描述其形态、硬度、压痛, 有无结节、震颤及杂音)。

(六) 胸部

胸廓: 是否对称, 有无畸形、局部隆起、凹陷、压痛, 有无水肿、皮下气肿、肿块, 静脉有无怒张及回流异常。

乳房: 大小, 有无红肿、橘皮样外观、压痛、结节、肿块等。

肺脏: 呼吸类型、活动度 (两侧对比是否对称)、呼吸速度和特征、肋间隙 (增宽、变窄、隆起或凹陷)。语颤、摩擦音、皮下气肿、捻发音。叩诊音 (清音、浊音、鼓音、实音, 异常者应注明部位)。肺肝浊音界、肺下界、呼吸时肺下缘移动度。呼吸音的性质 (肺泡音、支气管肺泡音、管状性呼吸音)、强度 (减弱、增强、消失)、有无干湿性罗音, 语音传导有无异常。有无胸膜摩擦音、哮鸣音。

心脏: 心尖搏动的性质及位置 (最强点), 有无震颤或摩擦感 (部位、时间和强度)。心脏左右浊音界 (用图表 1-1 表示):

表 1-1

右 (cm)	肋 间	左 (cm)
	II	
	III	
	IV	
	V	

锁骨中线距正中线 cm

心脏搏动的节律、频率, 心音强弱、分裂, 肺动脉瓣区第二音与主动脉瓣区第二音的比较, 额外心音、奔马律等。有无心脏杂音及杂音的部位、性质、心动期间的传导方向、何处最响、强度。心包摩擦音、心律不齐时, 应比较心率和脉率。

(七) 血管

动脉: 桡动脉的频率、节律 (规则、不规则、脉搏短绌), 有无奇脉, 左右桡动脉



搏动的比较, 动脉壁的性质、紧张度、硬度。股动脉及肱动脉有无枪击音。

周围血管征: 毛细血管搏动征, 射枪音, 水冲脉, 动脉异常搏动, Duroziez 氏征 (杜罗氏征)。

(八) 腹部

视诊: 对称、大小、膨隆、凹陷、呼吸运动、皮疹、色素、条纹、疤痕、体毛、脐疝、静脉曲张与血流方向、胃肠蠕动波、腹围测量 (有腹水或腹部包块时)。

触诊: 腹部柔软、紧张, 有无压痛、反跳痛 (压痛部位其程度), 拒按或喜按。

叩诊: 有无移动性浊音、包块 (部位、大小、形状、软硬度、压痛、移动度)。

听诊: 鼓音, 有无移动性浊音。肠鸣音, 有无气过水声, 血管杂音及其部位、性质等。

肝脏: 大小、质地、边缘钝或锐、压痛。表面光滑与否, 有无结节。肝浊音界。如有肝肿大, 应图示。

胆囊: 可否触及、大小、形态、压痛。

脾脏: 可否触及、大小、硬度、压痛、表面光滑度及边缘钝或锐。脾浊音界。如有脾肿大, 应图示。

肾脏: 大小、硬度、叩击痛、移动度。

膀胱: 可否触及、上界, 输尿管压痛点。

(九) 二阴及排泄物

二阴: 根据需要进行检查。

排泄物: 包括痰液、呕吐物、大便、小便、汗液等。

(十) 脊柱四肢

脊柱: 有无畸形、强直、叩压痛, 运动度是否受限, 两侧肌肉有无紧张、压痛。

四肢: 肌力、肌张力, 有无外伤、骨折、肌萎缩。关节有无红肿、疼痛、压痛、积液、脱臼、活动度, 有无畸形 (强直), 下肢有无水肿、静脉曲张。

指 (趾) 甲 (荣枯、色泽、形状等)。

(十一) 神经系统

感觉: 痛觉、温度觉、触觉、音叉振动觉及关节位置觉。

运动: 肌肉有无紧张及萎缩, 有无瘫痪 (部位和程度, 系弛缓性或痉挛性), 有无不正常的动作, 共济运动及步态如何。

浅反射: 腹壁反射、跖反射、提睾反射及肛门反射。

深反射: 二头肌、三头肌反射, 桡骨膜反射, 膝腱反射及跟腱反射。

病理反射: 在一般情况下检查弹指反射 (Hoffmann 氏征), 跖伸拇反射 (Babinski 氏征), 具有同样意义而检查方法不同者有 Gordon 氏征、Chaddock 氏征), 脑膜刺激征 (Kernig 氏征)。



二、四大生命体征的测量

【器械及药物】记录本、笔、体温计、纱布、血压计、听诊器和有秒针的表。

测量体温的方法

常用玻璃汞柱式体温计测量法

【操作方法及步骤】

测量前, 将已消毒的体温计用纱布拭干, 检查体温计有无破损及汞柱是否在 35.0°C 以下。备齐用物携至床边, 向病人解释以取得合作。根据病情选择测量体温的方法。

(一) 口腔测温法

将口表汞端斜放于舌下（即舌系带两侧的舌下热袋，该处温度较其他部位高，如图 1-1），嘱病人闭嘴用鼻呼吸（如图 1-2），勿用牙咬体温计，3 min 后取出，用消毒液纱布擦净，检视读数后将体温计浸入消毒液容器中，随之记录体温值。

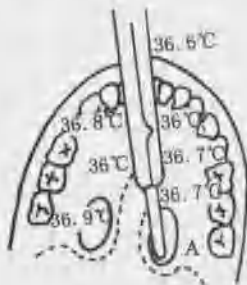


图 1-1 A 为热袋



图 1-2 口腔测温法

(二) 腋下测温法

解开衣钮，先擦干腋下汗液，将体温计汞端放于腋窝深处并紧贴皮肤，病人屈臂过胸夹紧体温计（图1-3）。不能合作者护士应协助夹紧上臂。10 min后取出，用消毒液纱布擦净，检视读数后将体温计浸入消毒液中。记录体温值。



图 1-3 腋下测温法

(三) 直肠测温法

病人取侧卧, 俯卧或屈膝仰卧位。露出臀部。用 20% 皂液或油剂润滑肛表汞端, 轻轻插入肛门 3 ~ 4 cm, 3 min 后取出, 用消毒液纱布擦净肛表, 检视读数后将肛表浸入消毒液容



器内。用卫生纸为病人擦净肛门，整理衣被，协助病人取舒适卧位，记录体温值。

【注意事项】

1. 在电体温计时用腕部力量，不能触及他物，以防撞碎；切忌把体温计放在热水中清洗或沸水中煮，以防爆裂
2. 精神异常、昏迷、婴幼儿、口鼻腔手术或呼吸困难及不能合作者，均不宜采用口腔测温。刚进食或面颊部热敷后，应间隔 30 min 方可测量。
3. 腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗塞病人不宜直肠测温；坐浴或灌肠者须待 30 min 后才可测直肠温度
4. 为婴幼儿、重病人测温时，护士应守护在旁。
5. 发现体温和病情不相符合时，应在病床旁监测，必要时作肛温和口温对照复查。
6. 如病人不慎咬碎体温计时，应立即清除玻璃碎屑以免损伤唇、舌、口腔、食管和胃肠道的粘膜，再口服蛋清液或牛奶以延缓汞的吸收。病情允许者也可服用膳食纤维丰富的食物促进汞的排泄

测量脉搏的方法

【解剖关系】凡浅表靠近骨骼的大动脉均可用于诊脉，常选择桡动脉，其次为颞动脉、颈动脉、肱动脉、腘动脉、足背动脉、胫后动脉和股动脉等（图 1-4）。

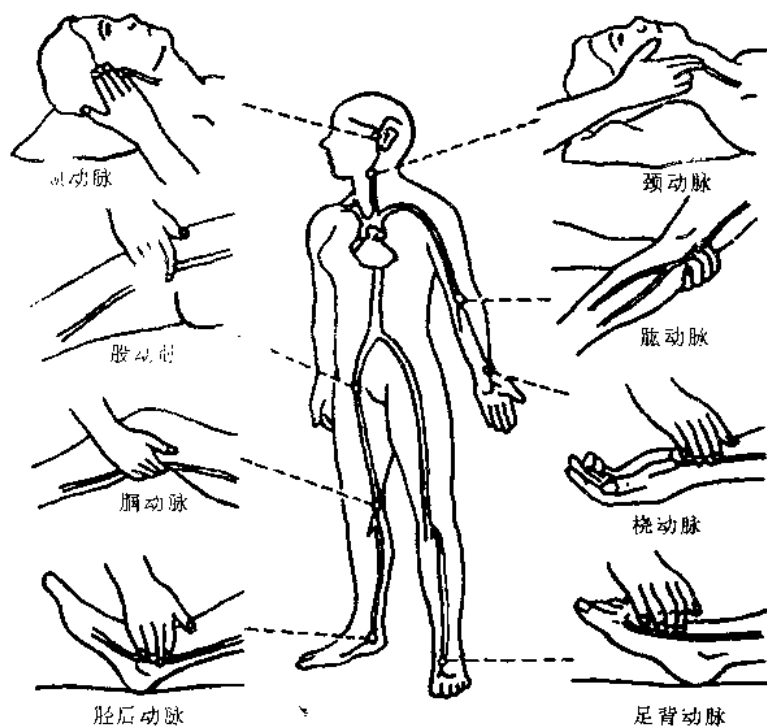


图 1-4 常用诊脉部位

【操作方法及步骤】

1. 向病人解释以取得合作。诊脉前病人须保持安静，如剧烈活动后应休息 20 min 再测。

2. 以测桡动脉为例，病人取坐位或卧位，手臂放于舒适位置，腕部伸展。

3. 护士将食指、中指和环指（无名指）的指端放在桡动脉表面，压力大小以能清楚地触及脉搏为宜。一般情况下测 30 s，将所测脉搏数值乘以 2，即为脉率。异常脉搏、危重病人应测 1 min。当脉搏细弱而触摸不清时，可用听诊器测心率 1 min。

4. 如发现病人有绀脉，应由两名医护人员同时测量，如图 1-5 绀脉测量法一人听心率，另一人测脉率。由听心率者发出“始”、“停”口令，计数 1 min，以分数式记录：心率/脉率，如 100 次/60 次/分。



图 1-5 绀脉测量法

【注意事项】

1. 不可用拇指诊脉，因拇指小动脉搏动较强，易与病人的脉搏相混淆。

2. 为偏瘫病人测脉，应选择健侧肢体。

测量呼吸的方法

【操作方法及步骤】

1. 在测量脉搏后，护士仍保持诊脉手势，以分散病人的注意力，观察病人胸部或腹部的起伏，一吸一呼为一次。

2. 观察呼吸的深度和节律，成人和儿童计数 30 s，所测数值乘以 2，即为呼吸频率。如病人呼吸不规则或婴儿应测 1 min。

3. 当病人呼吸微弱不易观察时，可用少许棉花置于病人鼻孔前，观察棉花纤维被吹动的次数，计数 1 min。

测量血压的方法

【解剖关系】上肢肱动脉或下肢腘动脉。

【操作方法及步骤】

1. 上肢血压测量法。

(1) 测量前，让病人休息片刻，以消除活动或紧张因素对血压的影响。检查血压计（即关紧活门充气，如汞柱不能上升或有裂隙，表示漏气或汞量不足，该血压计不能使用）。

(2) 向病人解释，以取得合作。病人取坐位或仰卧位，卷衣袖露出一侧上臂，必要时脱袖，以免袖口太紧而影响血流。被测肢体应与心脏处于同一水平，即坐位时肱动



脉平第四肋软骨，仰卧位时肱动脉平腋中线。伸肘，并稍外展。

(3) 放平血压计，开启汞槽开关，将袖带气袋中部对着肘窝平整地缠于上臂，松紧以能放入一指为宜，袖带下缘应距肘窝 2~3 cm (图 1-6)，将末端整齐地塞入里圈内。

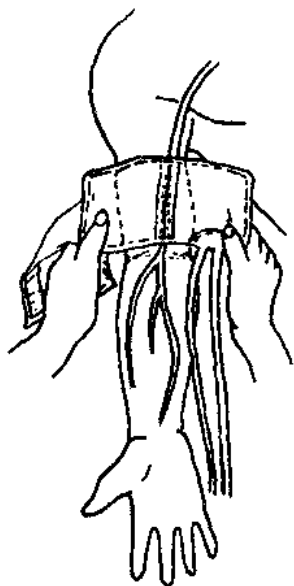


图 1-6 袖带与手臂位置

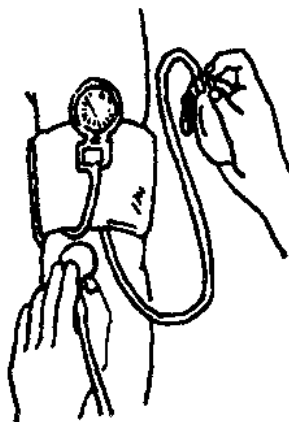


图 1-7 听诊器胸件位置

(4) 戴好听诊器，先触及肱动脉搏动，再将胸件置于肱动脉处并稍加压固定，胸件不可塞在袖带下 (图 1-7)，关闭气门，充气至肱动脉搏动音消失 (此时袖带内压力大于心脏收缩压，血流阻断)，再升高 2.6~4.0 kPa (20~30 mmHg)，然后以每秒 0.5 kPa (4 mmHg) 的速度放气使汞柱缓慢下降，双眼平视汞柱所指刻度。当袖带内压力下降与心脏收缩压相等时，血液即能在心脏收缩时通过被压迫的肱动脉，在听诊器中能听到第一声搏动音，此时汞柱所指刻度为收缩压读数。随后搏动音逐渐增强，当袖带内压降至与心脏舒张压相等时，搏动音突然变弱或消失，此时汞柱所指刻度为舒张压读数 (WHO 规定以动脉消失音为舒张压)。

(5) 测量后，排尽袖带内余气，关闭气门，整理袖带放入盒内，将血压计盒盖右倾 45°，使汞回流槽内，关闭汞槽开关，平稳放置。

(6) 记录：以分数式即：收缩压/舒张压 kPa (收缩压/舒张压 mmHg) 表示。上述应先读收缩压，后读舒张压。

2. 下肢血压测量法 (图 1-8)。

(1) 病人取仰卧、俯卧或侧卧位，露出大腿部。

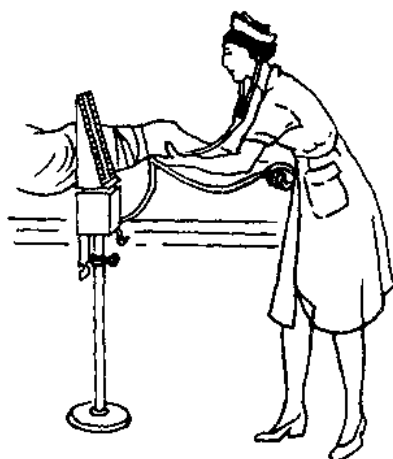


图 1-8 下肢血压测量法