

凌奇荷 主编
彭月新 审



临床医师技能训练

国防科技大学出版社

主 编 王 颖
副主编 王 宇



临床医师技能训练

中国医药出版社

临床医师技能训练

国防科技大学出版社

[湘]新登字 009 号

内 容 简 介

本书内容由临床技能操作方法、经验笔谈及思考题三部分组成。操作技能包括内科、外科、妇产科、儿科、传染科、五官科、心电图及麻醉科的各项基本技能操作方法介绍；经验笔谈交流临床实践及教学过程中的经验教训；每篇之后的综合思考题，有助于读者自我测验。

本书是根据卫生部对医学院校学生与青年医师提高三基素质的训练要求，由湖南医科大学各临床教研室撰写而成。可供医学院校师生、初、中级医师及广大医务工作者阅读。

临床医师技能训练

主 编 凌奇荷

责任编辑 钟 平

国防科技大学出版社 出版发行

(邮政编码 410073)

湖南省新华书店经销

国防科技大学印刷厂印装

*

开本 787×1092 1/32 印张 19.5 字数 446 千字

1991 年 10 月第 1 版第 1 次印刷 印数 1~6000 册

ISBN 7-81024-172-9
R · 1 定价 8.90 元

前 言

根据中央卫生部对医学院校学生与青年医师提高三基素质的训练要求，本书由湖南医科大学附属医院临床教研室有多年授课经验的教师撰写而成。

内容由临床技能操作方法，经验笔谈及思考题三部分组成。操作技能包括内科、外科、妇产科、儿科、传染科、五官科、心电图及麻醉科的各项基本技能操作方法介绍；随后即有作者的经验笔谈，交流临床实践及教学过程中的经验与教训，以供借鉴；每篇之后均有综合思考题，有助于读者自我测验。

本书主要目的是提供医学院校学生临床三基训练的方法指导，可作为各医学院校教师备课的参考教材；对于临床医师自我提高与晋升考试考核，也是一本急就的参考书。三基训练曾使本校学生在参加卫生部全国毕业统考中连续三年取得优异成绩，又在一九九一年三月卫生部部属高校外科临床教学质量检查评估中取得优秀成绩。

目 录

第一篇 病历书写

第一章 病史采集	1
第二章 各类病历书写总则	4
第一节 内科病历书写	9
第二节 外科病历书写	10
第三节 妇产科病历书写	13
第四节 儿科病历书写	15
第五节 传染科病历书写	17
第三章 医嘱	19
第四章 思考题	24

第二篇 全身体格检查

第一章 一般检查	27
第二章 头部检查	32
第一节 头颅检查	32
第二节 眼部检查	33
第三节 耳鼻咽喉检查	40
第四节 颈部检查	54
第三章 胸部检查	60
第一节 胸壁、胸廓及乳房检查	60
第二节 肺部检查	64
第三节 心脏检查	70
第四章 腹部理学检查	80

第一节	腹部检查	80
第二节	腹部肿块	89
第五章	血压及脉搏	92
第一节	血压检查	92
第二节	脉搏检查	96
第六章	神经系统检查	100
第一节	颅神经检查	100
第二节	感觉功能检查	103
第三节	运动功能检查	105
第四节	神经反射检查	108
第五节	植物神经检查	111
第六节	意识障碍检查	112
第七节	精神检查	114
第七章	外科检查	115
第一节	下肢静脉曲张检查	115
第二节	体表软组织肿块检查	118
第三节	直肠指检	119
第四节	腹股沟疝检查	121
第五节	阑尾炎检查	124
第八章	思考题	126

第三篇 临床化验

第一章	血常规检查	164
第二章	尿常规检查	171
第三章	粪常规检查	182
第四章	痰液常规检查	187
第五章	出血性疾病检查	190
第一节	血小板计数	190
第二节	束臂试验	192
第三节	出血时间测定	193

第四节 凝血时间测定	194
第五节 血块回缩试验	196
第六章 红细胞沉降率测定(Erythrocyte Sedimentation Rate 简称 ESR) ...	
.....	197
第七章 网织红细胞计数	199
第八章 脑脊液常规检查	201
第九章 体腔液(浆膜腔液)检查	207
第十章 尿酮体测定	209
第十一章 思考题	211

第四篇 各种穿刺术

第一章 静脉穿刺术	222
第二章 皮内、皮下及肌肉注射	224
第三章 胸腔穿刺术	226
第四章 腹腔穿刺术	229
第五章 骨髓穿刺术	231
第六章 腰椎穿刺术	234
第七章 脓肿和血肿穿刺术	237
第八章 肝抽脓术	239
第九章 肝穿刺活检术	241
第十章 思考题	243

第五篇 外科操作技术

第一章 无菌术与抗菌术	253
第二章 手术基本操作技术	258
第三章 换药术	262
第四章 清创术	266
第五章 体表皮脂腺囊肿与脂肪瘤手术切除术	271
第六章 静脉切开插管输液术	274

第七章	脓肿切开引流术	275
第八章	绷带包扎法	278
第九章	前列腺按摩术	281
第十章	导尿术及留置导尿管术	282
第十一章	包皮环切术	284
第十二章	输精管结扎术	285
第十三章	闭式胸膜腔引流术	287
第十四章	止血带的使用方法	290
第十五章	思考题	293

第六篇 妇产科检查

第一章	产前检查	309
第二章	肛门检查	311
第三章	新生儿 Apgar's 评分	313
第四章	新生儿体查	314
第五章	妇科检查	319
第六章	思考题	322

第七篇 妇产科操作技术

第一章	羊膜腔内穿刺及注射法	326
第二章	人工破膜术	328
第三章	产程图	329
第四章	会阴侧切及缝合术	332
第五章	人工流产术	334
第六章	导尿术	336
第七章	妇科特殊检验	337
第一节	绒毛膜促性腺激素测定	337
第二节	妊娠期雌三醇测定	340
第八章	输卵管结扎术	341

第九章 思考题	346
---------------	-----

第八篇 儿科体格检查要求

第一章 儿科体格检查	356
第二章 智能检查	363
第三章 思考题	365

第九篇 儿科基本护理及诊疗技术

第一章 新生儿护理	371
第二章 小儿喂养	375
第三章 诊疗技术	380
第一节 青霉素试验	380
第二节 结核菌素试验 (OT)	382
第三节 股静脉穿刺	385
第四节 小儿静脉穿刺	386
第四章 预防注射	387
第五章 思考题	389

第十篇 传染科各种操作技术

第一章 隔离	400
第一节 传染病室隔离类别	400
第二节 传染病疫情报告	402
第三节 传染病室消毒隔离技术	403
第二章 传染病室常用的消毒方法	406
第三章 尿胆原、尿胆红素和尿胆红质试验	409
第四章 细菌培养标本的送检法	411
第五章 血培养的送检法	414
第六章 革兰氏染色法	415
第七章 疟原虫检查	416

第八章	溶组织阿米巴原虫检查法	417
第九章	血吸虫卵的检查	420
第十章	思考题	421

第十一篇 基本护理及抢救技术

第一章	体温测量	435
第二章	物理降温	436
第三章	输氧	439
第四章	痰液抽吸	441
第五章	人工呼吸	442
第六章	插管洗胃术	445
第七章	灌肠法	446
第八章	胸外心脏按压术	448
第九章	思考题	449

第十二篇 心电图

第一章	心律失常	458
第一节	正常窦性心律与窦性心律失常	458
第二节	心房扑动	461
第三节	心房颤动	463
第四节	过早搏动（简称早搏）	465
第五节	阵发性心动过速（简称阵速）	473
第六节	传导阻滞	476
第二章	心室肥大	487
第三章	心肌梗塞	491
第四章	思考题	495

第十三篇 特殊检查

第一章	肾脏功能检查	503
-----	--------------	-----

第一节	内生肌酐清除率测定	503
第二节	酚红排泄试验 (PSP 试验)	505
第三节	每 2 小时尿比重试验	508
第二章	胃泌酸功能检查	509
第三章	胃镜检查	512
第四章	肛门镜和直肠镜检查	515
第五章	乙状结肠镜检查术	516
第六章	纤维结肠镜检查术	519
第七章	肺功能检查	523
第八章	静脉压测定	526
第九章	思考题	528

第十四篇 麻醉技术

第一章	全身麻醉	538
第二章	椎管内麻醉	544
第三章	局部麻醉	551
第四章	思考题	555

第十五篇 骨科基本技术操作

第一章	骨科检查	562
第一节	脊柱检查	562
第二节	下肢检查	567
第三节	上肢检查	577
第四节	肌力检查	583
第二章	牵引术	587
第三章	石膏绷带固定术	592
第四章	创伤急救	594
第五章	思考题	597
有关思考题答案的说明		605

第一篇 病历书写

第一章 病史采集

[方 法]

一、首先向病人提出一般性的问题，如“您（你）觉得哪里不舒适”？

二、医生态度和蔼、耐心倾听，仔细思考其临床意义，并适当引导病人讲述重点病史。

三、根据病史询问提纲，提出问题，以协助病人回忆过去病史，但应避免暗示性。

四、昏迷患者可向其知情者如亲友、同事等进行询问。

五、危重病人只作重点询问及体查，并作出迅速抢救处理，待病情好转后补充询问。

六、体查过程中，对某些病史，可边查边补充询问。

病史采集提纲

一、一般资料：姓名 性别 年龄 籍贯 婚姻 职业
住址

二、主诉：看病的主要原因即主要症状或体征及其持续的时间。

三、现病史：①起病时间、形式（急起、慢起、隐袭起病）可能的诱因；②主要症状的系统询问，如疼痛的部位、性

质、程度、持续时间、缓解方式等；③伴发症状；④诊断及治疗经过；⑤病后饮食起居包括食欲、大小便、发热、盗汗、体力及体重变化等；⑥有意义的阴性病史。

四、过去病史：①过去健康状况；②传染病史及传染病接触史；③局灶病史如扁桃体炎、付鼻窦炎等；④手术史及外伤史；⑤过敏史及特殊药物史；⑥预防接种史；⑦系统查询（略）。

五、个人史：①出生地、居住地方、有无地方病史；②个人职业包括有毒工种、工龄及劳动条件；③个人烟酒嗜好。

六、婚姻史：结婚年龄，对方健康状况，有无离婚、婚次等。

七、月经生育史：①月经史：初潮年龄经期(天)/周期(天)末次月经 年 月 日；②生育史：孕次、产次、流产、难产、手术产及计划生育情况；③白带量、有无气味等。

八、家族史：家庭成员及其健康状况、有无遗传性疾病及类似疾病。

[经验笔谈]

一、首先必须具有高尚的职业情操，各行各业均有其职业道德规范，作为医师必须具有医德，即高度的责任感，关心病人疾苦，态度和蔼、谈吐文雅、使病人感到平易近人，才可能把自己的全部病情吐露；同时也只有认真负责的医师，才可能耐心听取病人的病史叙述。由于病人的文化水平、生活经历及对疾病认识的差异，在讲述病史中就会出现各种情况，如有的繁琐、有的讲不清等，因此医师对前者必须耐心倾听，而对后者又必须善于引导，才可能获得必要的第一手病史资料。

二、具有严格的专业训练，善于抓疾病的主要矛盾，才能

对久病及多病的病史找到切合实际的头绪。主要症状一般可以从病人的自述中获得，但复杂的疾病，往往需从问诊的全过程中，甚至在体格检查的启示中获得。如某心脏病患者自诉上腹胀痛数月伴纳差，而矢口不谈心悸气促感；经体查发现病人有心脏病理体征及右心衰竭，肝郁血肿大所致的上腹痛而确诊。

三、注意边问诊边思考，以不断提高独立思考能力。从临床表现中推理疾病可能发生的病理变化；从疾病的树状症状及体征中，找到发生疾病的根源。应思考的问题有：

（一）疾病发展的阶段性及其个体的特殊表现，如心脏病患者，开始为功能的代偿期，随着疾病的发展，进入失代偿期；每位心脏病人均可因个人的体质、年龄等因素的影响，出现个体的特殊性，如有的心脏病患者以心律不齐为主，有的则以心衰为首发症状；

（二）疾病的并发症及伴发症是否存在；

（三）必要的鉴别诊断资料的收集，如上腹痛原因待查，有必要收集有关胆道、胃、胰腺、结肠，甚至消化道外疾病病史；

（四）有关病因诊断资料的收集，如肝硬化患者从病史中应探索有无肝炎病史、服损肝药物史、寄生虫病史及酗酒史等。

四、过去病史包括系统查询是不可缺少的收集部分，从病人过去疾病的发生发展，认识其与现病的关系。由于病人主观上认为过去病史与现症无关，有意无意地忽略过去病史，导致我们对疾病诊断思维的盲目性。如慢性腹泻患者，一定要问清过去有无痢疾病史；风湿病患者一定要追问清过去有无扁桃体炎或链球菌感染史，在不同疾病的发生中，有的可从过去病史中找到可能的线索。

五、问病史切忌暗示性，才能确保病史的真实性及科学性。

六、对病人个人生活的讳秘，特别与疾病的发生有关时，应

第二章 各类病历书写总则

[方 法]

一、各类病历书写的要点及要求

(一) 完全病历

1. 按病史采集提纲分段写出，包括一般资料、主诉、现病史、既往史、个人史、月经史、婚姻史、生育史、个人史及家族史。

2. 体格检查部分（见另章）。

3. 摘要：将病史、体查及实验室检查的主要内容摘录，以供诊断需要。

4. 诊断依据：包括诊断要点及必要的鉴别诊断。

5. 初步诊断或入院诊断，按疾病主次列出。

6. 医师签名。

(二) 住院病历或入院病历

1. 一般资料及主诉、入院年、月、日及具体时间，抬送或步行入院，加以记录。

2. 现病史为第二段与完全病历同。

3. 既往史：按内容简单扼要写出。

4. 个人史、月经史、婚姻生育史。

5. 家族史、病史可靠性的估计。

6. 体格检查：除体温、脉搏、呼吸、血压列行外，余均按病史摘要写一段。

7. 专科检查另段。

8. 实验室及特殊检查结果。

9. 诊断及签名。

（三）再住院病历

1. 再次住入本院者，需写再入院记录，并注明住院次数。

2. 如系同病复发而再住院者，其现病史需将过去住院诊疗经过摘要写出，并详细记录上次出院后到本次入院前的病情变化；既往史、个人史等可从略，如有新情况，特别与此次发病有关者，应予补充。

3. 如因新发病再次入院，须按第一次住院病历要求书写，并将过去的住院诊断列入过去病史中去。

（四）病程记录

1. 一般病人每 2~3 天记录一次；危重病人及病情突变者，应每天随时记录。

2. 病人自觉症状、体征变化应具体记录。

3. 各种实验室检查结果记录及其可能的临床意义分析。

4. 各种临治操作的经过及各种主要药物的名称、剂量及使用方法、治疗效果及其反应，重要医嘱的更改及理由。

5. 上级医师查房意见必须如实记录，最好写出上级医师的全名，以便查询。

6. 大会诊意见、各科会诊及有关领导、家属等人员的意见。

7. 新诊断的确定或原诊断的修改，均需说明诊断依据及理由。

8. 住院时间较长的病人，可作阶段病历小结。

（五）转科记录：经会诊同意转他科的病人，应由经管医师写转科记录。内容包括病人入院后至转科前的病情及诊疗经过，转科理由简要写出，但不另页。

（六）接受记录：由接受科室经管医师书写。摘要记录病人