

江南大学无锡医学院 临床教学规范汇编 (试行)



二〇一九年十月

目 录

见习教学规范.....	1
教学查房规范.....	9
教学病例讨论规范.....	16
临床教学讲座规范.....	21
模拟诊疗教学规范.....	25
临床出科考核规范.....	32
体格检查基本规范.....	34
内（儿）科操作规范.....	58
无菌技术与基本手术操作规范.....	74
妇产科操作规范.....	105
病历书写基本规范（卫生部 2010 年新版）	117
病历书写规范.....	131
儿科病历书写规范.....	142
标准病历示范.....	148
Mini-CEX 临床技能考核评分表	153
DOPS 临床技能考核评价表	154

见习教学规范

临床见习教学是医学专业理论联系实际的重要教学环节，是临床教师在讲授临床课程期间，指导学生初步接触病人和认识各种常见病、多发病，了解临床工作的基本程序，初步学会各种临床操作所采取的教学手段。为了保证临床见习教学质量，特制定如下规范。

一、临床见习教学的目的和要求

临床见习是医学教学过程的重要组成部分，其目的是通过典型病例（或标准化病人）的症状、体征，加深学生对课堂理论教学的理解和掌握，弥补课堂单纯理论教学的不足，以培养学生的医学人文素养，促使学生树立良好的医疗道德风尚，同时初步培养临床思维方法以及临床操作规范训练。临床见习教学要求通过临床见习了解和熟悉各种常见病、多发病的诊疗，以及急、重症的基本诊疗原则，从而为临床毕业实习及实现由医学生向医务工作者的角色转换，打下良好的基础。

二、临床见习教学的准备

临床见习教学的顺利开展需要带教老师、见习学生和见习病人（或标准化病人）三方面的配合。另外，配有桌椅、投影仪和电脑等教学设备的示教室也是必须的硬件条件。

1. 根据教学计划和教学大纲要求，教研室在授课开始前进行集体备课，确定本学期课程见习内容、时间和带教教师，编制临床见习教学安排表和见习派车单，由学校根据见习派车单统一派车。教研室在编制见习教学安排表时要充

分考虑科室、教师、见习内容和见习病种等情况，做到课堂教学内容与见习教学内容的一致。见习内容和带教教师确定后，一般不得更改。

2. 见习带教教师必须是教学经验丰富、教学意识强、医德医风良好的具有三年以上住院医师资历的教师或更高资历的教师担任见习带教工作。一般由见习病种所在病区的医生承担，事先需做好病人的各项准备工作。第一次参加临床见习带教的老师除按规定进行试讲外，教研室必须要安排其参加理论听课，熟悉教学内容和要求，保证临床见习教学与理论教学内容的一致性和互补性。

3. 见习带教教师在带教之前要熟悉见习内容的教学大纲，尤其要把握当次见习内容的重点和难点，填写《江南大学无锡医学院见习课教案》，并认真备课，事先与讲授理论课教师沟通，熟悉教材内容与课堂教学大纲要求及讲授内容，做好授课内容与见习内容的衔接。

4. 见习带教教师应根据教学进度事提前准备好与教学内容有关的病例，可准备 1-2 个典型病例，亦可适当准备非典型病例和鉴别诊断病例；熟悉病人和病历情况，如病人的一般情况、病情（重要症状、典型体征、阳性检查结果及诊疗情况）、思想动态等。

5. 见习带教教师应提前做好患者和家属的思想工作，尽可能让病人与学生合作，配合学生采集病史和进行体格检查，必要时请科室主任协调，保证见习顺利进行。

6. 见习带教教师应事先书写见习教案，明确本次见习目的、方法、步骤、教学内容、时间分配、重点内容等，具体可包括见习内容（病种）、计划查看的病人、病区、科、床号、姓名、住院号、诊断、见习要掌握的问题、拟讨论的问题等，并提前告知学生，让学生做好相关内容的预习；提前准备好带教的

教具和资料，包括病人的病历和辅助检查资料。有条件的情况下辅助检查资料可以做成幻灯片，便于在示教室集体放映讲解。某些病种由于季节性或临床无病例等其他原因，可以用标准化病人，或用多媒体资料结合平时收集的典型病历资料来弥补。

7. 临床见习应以床边教学为主，为保证质量，每个见习小组学生一般不超过 10 人，个别课程（如眼科、五官科、口腔科等）见习组人数还应减少。见习应采用多种教学手段和教学方法，达到见习目的和效果。如采用见习教学病案进行教学时，可提前在多媒体教室完成。

8. 见习学生应提前熟悉见习课内容，充分预习或复习理论知识，可提前准备好需要讨论的问题；提前熟悉见习病区所在位置及构造，提前 5 分钟到达见习病区，按要求在指定地点等候。

三、临床见习的组织实施

第一阶段：理论回顾（时间 10 分钟）

地点：示教室

内容：检查学生出勤情况。介绍本次见习教学的带教老师、教学目的和基本要求。根据大纲，重点回顾与本次见习相关的理论知识。告知学生床边见习的患者姓名及床号，提醒学生在问诊及体格检查过程中需要注意的问题，如保护病人隐私、手消毒、问诊技巧、人文关怀等。

第二阶段：床边教学（时间 40-60 分钟）

地点：床边

内容：

1. 病史询问：由一名见习学生作为主询问者对患者进行病史采集并记录，其他学生在主询问者可依次补充提问，带教老师仔细观察学生病史采集过程，认真记录学生问诊过程中出现问题，予以适当引导，帮助学生完成病史采集。病史采集应按要求逐项采集（不同专科的病史采集的重点内容应有所区别），采集过程应充分尊重患者及家属。

2. 体格检查：由学生提出重点的体格检查内容，带教老师给予引导和补充，安排 3-4 名见习学生分别进行相应部分有重点的体格检查。带教老师应记录和纠正错误手法，做出正确示范，对于典型的阳性体征要注意让学生体会和感受。

要求：床边阶段教学带教老师全程参与。

第三阶段：分析总结（时间 40-60 分钟）

地点：示教室

内容：

1. 病史汇报

在进行有效的整理后，一名学生对采集的病史、体格检查进行总结汇报，其他学生补充，进行主诉讨论。

2. 辅助检查

引导学生提出必要的辅助检查，老师给出对应的辅助检查结果供学生分析，并给予引导和补充，带领学生对目前已有的辅助检查解读，注意引导学生对正常值或阴性结果以及异常值或阳性结果的判读。

3. 诊断与鉴别诊断

进行诊断和鉴别诊断的讨论，引导学生总结诊断依据，提出鉴别诊断要点。

4. 治疗原则

围绕该病的治疗原则、目前情况、后续治疗等内容进行分析讨论。

5. 总结

带教老师结合床边实践的问题进行综合评价，给出改进意见。应询问学生有无疑问，对问题进行解答。对本次见习内容进行总结回顾，强调重点，布置作业。

要求：每阶段的时间可根据每次见习的总课时进行调整。整个教学过程中要注意采取启发式、引导式、提问式的教学方法，加强互动，提升质量，杜绝小讲座、理论授课。

四、临床见习行为规范

1. 见习课时师生均要求穿白大衣，携带好有关见习用品，如工作服、口罩、帽子、听诊器、计时器等。见习课师生均要穿工作服、戴口罩和帽子，不留长指甲及胡须，女生长发者必须将帽子盖住发辫，携带听诊器等教学及见习用品。

2. 学生在医院见习时，应遵守医院规章制度，不迟到、不早退、不旷课，仪表整洁，衣冠整齐，女生长发者必须扎起，未穿工作衣或形象不佳者，带教教师有权拒绝学生进入病房见习。见习课师生均要遵守教学纪律，不迟到早退、不旷课、不中途离开，遵守医院的规章制度。见习带教教师应检查并记录学生出勤情况。

3. 病房中要保持安静，树立“以病人为中心”的服务观念，注意保护性医疗措施。

4. 带教教师要对学生进行考勤，作为平时成绩的依据。

五、临床见习教学管理与质量监控

1. 教研室有专人负责临床见习教学安排，确保每次见习有计划、有要求、有病例、有项目、有考核、有专人带教。

2. 教研室要建立临床见习记录档案，对临床见习的时间、对象、内容、地点、教学效果进行客观详细的记载。课程结束时，要以书面的形式将临床见习教学情况上报临床医学院教学管理部门。

3. 学校教务处、临床医学院教学管理部门、教研室要加强临床见习教学过程管理和教学质量监控，定期检查见习带教情况并给予评价，检查内容包括集体备课记录、见习教案、见习记录、学生问卷调查等，及时反馈教学信息，解决临床见习中存在的问题。

4. 对带教态度认真、教学效果好、学生评价高的教师给予表彰，并作为晋升教师系列专业技术职务的推荐条件。

5. 对检查不合格的教师要暂停带教资格，并限时整改，整改后检查仍不合格者，取消带教资格。

6. 临床医学院积极组织教研室编写课程见习大纲和见习指导。见习大纲和指导要根据本学科的发展和特点，与时俱进，不断地进行修订和完善。

江南大学无锡医学院见习课教案

课程名称_____ 任课教师_____ 职称_____

专业_____ 班级_____ 见习日期_____

教学目的与要求	
见习的重点、难点及解决方法	
见习所涉及主要理论内容	(以实际见习日期的课时为单元)
针对见习内容提出的主要讨论问题	
教研室主任(签名)	

实习报告

见习课程名称_____学生姓名_____学号_____带教老师_____

见习地点（病区）_____见习日期_____见习成绩_____

一、见习要求

二、见习内容

三、见习收获与体会

四、对本次见习的建议

批改老师签名 _____ 成绩 _____

教学查房规范

教学查房是临床实践教学的重要环节，是培养实习医师临床能力的有效途径。教学查房以实习医师（实习学生）为讲解对象，突出教学目的与要求。因此在组织临床教学查房时要根据教学大纲、实习大纲的要求，明确教学目标，充分体现教学查房的教学特点和提高临床教学质量的功能。

教学查房的目的是促进实习医师掌握病史采集、体格检查、病情演变、实验结果分析、医嘱、病程记录及医患沟通技巧等临床工作基本规范与程序，提高其临床思维能力和临床实践能力，促进医学生把书本知识转变成实际临床工作能力、促进医学生向临床医生的过渡；同时提高临床医师的教学水平和临床工作能力，实现教学相长。

为了规范教学查房的模式和流程，确保教学质量，提高教学效果，特制定本规范。

一、查房前准备

1、主持教学查房医师

（1）病例准备：教学查房应按照教学大纲的要求确定教学目标，选择有教学意义的典型病例（病情相对稳定、病史典型、症状与体征明显、诊断基本明确），病例应是本专业的常见病、多发病，且经过治疗有明显疗效的患者。要提前做好患者的沟通工作，得到配合与理解。

（2）教学准备：主持教学查房的医师事先要通知实习医师所查的病例床号，教学查房前主持查房医师应熟悉患者病情，全面掌握近期演变情况。

（3）教案准备：涉及教学对象、教学内容、教学病例、教学方法与手段、教学重点与难点、教学目标及其实现途径、讨论作业与参考文献。

2、实习医师

(1) 针对查房要求，事先查阅、复习与该病例相关的理论知识。

(2) 查房前实习医师应先到床边，通过询问病史和体格检查，了解病情，掌握患者病情演变情况与近期存在的问题等，并做好相关准备工作，如检查病历、各项检查报告等。

(3) 准备好教学查房所需的器械，包括血压计、体温计、听诊器、叩诊锤、手电筒、刻度尺、压舌板、棉签、笔等。

二、教学查房过程

第一阶段：时间 5 分钟

地点：示教室（暂无示教室的科室可用办公室代替）

内容：主持查房医师向参加查房的全体人员简要说明此次教学查房的目的和注意事项，提出教学重点、应掌握的重要体征和理论要点（可以是疾病的某一方面，如病因、发病机制、体格检查、诊断与鉴别诊断、治疗等）。

第二阶段：时间 30 分钟

地点：患者病房

内容：

1、汇报病历：主管床位的实习医师（学生）向病人问候并希望患者予以配合后，脱稿向主持医师简明扼要的汇报病史，包括一般情况（姓名、年龄、性别、职业等），入院情况及诊断，住院后病情变化，诊疗效果及重要的临床检查结果等。同组其他实习医师可以补充汇报。

要求：口齿清楚、语言流利、表达精炼、重点突出（时间 10 分钟）

2、住院医师（初级带教老师）补充汇报：重点补充近期病情演变以及实

习医师汇报中遗漏的病情。

要求：不重复实习医师已汇报过的内容，主要补充不足（时间 3~5 分钟）

3、主持教学查房教师（高级带教老师）指正汇报内容：实习医师报告完毕后，查房教师通过询问患者，核实病历汇报内容，并实施必要的体检，确实掌握病情。在此基础上，针对汇报中的不足或缺漏之处予以指正，同时通过提问，进一步熟悉病情。教师应引导实习医师掌握正确汇报病史的要领。

4、实习医师对患者进行体格检查：根据教学要求和发现的问题，带教老师知道实习医师进行必要的相应的体格检查：根据教学要求和发现的问题，带教老师指导实习医师进行必要的相应的体格检查，特别是与诊断及鉴别诊断有关的检查，正确认识、感知阳性体征，尤其是被忽略或误识的体征。

教师应注意纠正实习医师在问诊与查体中存在的问题，做必要的示范。特别是要引导实习医师注意所查病例重要的体征（重点选择阳性体征和重要的阴性体征）及其在疾病过程中的变化，检查实习医师能否正确掌握查体手法，主持查房医师应先向病员解释清楚，以免引起误会。在临床不许可的情况下，也可以模拟方式进行。

5、提问：教学查房过程中，主持教学查房医师要善于提问一些基本理论知识或基本操作的问题，提问对象涵括其他实习医师。

6、告离病员，整理衣被并致谢。

第三阶段：时间 25 分钟

地点：示教室

内容：

1、实习医师进一步总结、概括病患的重要阳性和阴性体征、实验室检查

结果、影像学所见、诊断、本次住院经过、存在问题等。主持教学查房医师对汇报病例实习医师的汇报情况及体检情况进行评价。

2、病例分析讨论

主持教学查房医师组织引导实习医师围绕本病例的诊断、鉴别诊断、病因、病理机制，进一步明确诊断的检查方法、治疗原则、预后、相关的医学伦理、心理问题、预防与行为指导等问题进行互动式讨论，以理解掌握相关的临床基本理论、基本知识、基本技能为主。查房教师应运用启发式教学方法，通过互动，引导实习医师进行科学的临床思维，培养实习医师独立思考和独立诊治疾病的临床思维能力；在提问与讨论的基础上，对病人的病情进行较系统的分析，分析的重点要放在结合本病例特点，运用国内外新进展、新观点来分析病人的病史特点、病因、发病机理、诊断标准依据，鉴别诊断要点、重要辅助检查的意义（充分利用影像学、实验室检查资料）、治疗原则与方案的选择等进行分析、讨论。

主持查房医师还要善于以问题为引导，运用适当的指向性提问、提示、探究等技巧充分诱导、调动实习医师的思维与兴趣，整个过程应围绕本病例的特点进行。

3、归纳总结：

主持教学查房医师总结归纳该病例中应掌握的内容，对实习医师在查体、讨论中出现的问题进行评讲，综合查房全过程，结合实习医师在专业知识、操作技能等方面存在的问题，进行系统的归纳总结：

(1) 总结本次教学查房是否达到预期的目标。

(2) 点评实习医师及其它医师在教学查房中的表现，提出改进意见。

(3) 根据需要，提出问题、布置作业如思考题和指定阅读参考资料。

4、记录：

教学查房时实习医师和分管床位的医师应作好查房记录，尤其是病情分析情况、诊断与鉴别诊断、治疗措施、下一步的诊疗方案等。查房结束后，要及时书写教学查房记录。

三、基本要求

1、主持查房教师：由主治医师（讲师）以上职称教师主持，也可根据病区情况由教学经验丰富的高年资住院医师或高级职称临床教师主持。

参加人员：病区主任、带教教师、教研室秘书、住院医师、实习医师。

2、对主持查房医师的要求

(1) 紧密围绕本次教学查房目的。

(2) 必须紧扣病人情况进行分析、讨论;适当进行拓展，如适当介绍有关新进展，但注意避免成为“小讲课”。

(3) 以问题为中心，结合“三基”进行启发式教学，注意临床思维培养。

(4) 结合病例，以临床查房工作为载体，充分体现临床实际工作环境与要求，并注意理论联系实际，突出重点难点、条理清晰。

(5) 鼓励采用双语教学。双语查房属于教学查房，应符合教学查房要求。

(6) 注意调动实习医师主动参与查房，扮演好“医生”角色，做好病史采集与体检工作，注意区别于见习带教和病例讨论。

3、教学查房周期：病区每两周开展一次，落实具体的时间和内容，保持相对固定。查房时间以1小时左右为宜。

4、教学查房应以实习医师为授课对象，按教材规范进行授课。查房时要

求适当应用英语专业词汇等。查房过程中主要采用启发式、引导式和以问题为中心式（PBL）教学。注重培养实习医师临床诊疗思维能力。

5、分管教学的主任应事先听取主持教师准备情况的简短汇报，给予指导和认可。对于新担任此项工作的青年教师，各科室可组织集体备课听取汇报，并给予指导。

6、教学查房时间应与医疗查房时间错开，以尽量减少对日常医疗工作的影响。病区在工作安排中应保证实习医师和主持教师能按时实施此项工作，避免随意更换时间和内容。

7、注意保护性医疗制度，符合医学伦理要求，与病人交流要讲究谈话艺术，为病人保守医密，要有爱伤观念，查体部位不应暴露太多，时间不宜太长。

8、教学查房时必须采用普通话，注意态度认真、情绪饱满、仪表端庄、语言亲切；着装整洁大方，体恤患者，要体现人文关怀、爱心意识，查前向患者解释取得支持，查后对患者的配合要表示感谢；树立良好的医德风范。注意培养下级医师医德医风、业务素质 and 临床教学意识。

9、查房时患者所在病房空间应尽量宽敞，病房无陪护或探视家属及其他无关人员。特殊情况下，患者可安排在单独病房内便于观摩，减少干扰。

教学病例讨论规范

教学病例讨论是医学生临床实习阶段的重要教学活动之一，是临床带教教师带领实习生及其他各层次青年医师对临床真实病例进行讨论，以学生为主体，教师为主导，学生的发言为讨论的重点，通过教师的引导、启发、凝练、总结，达成培养医学生临床思维能力，养成良好的分析和解决临床问题的能力，特别是培养自学和口头表达能力的目的。为保证临床实习教学质量，特制定本规范。

一、目的意义

- 1、依托临床病例，传授正确的临床思维方法，训练学生独立分析问题和解决问题能力。
- 2、学习综合分析临床资料、建立对具体病人做出正确诊断及治疗的思维过程。
- 3、培养沟通交流技巧、语言概括表达能力。
- 4、了解学生临床实习的效果和掌握本专业知识的程度。
- 5、发现问题，纠正偏差。
- 6、临床教学病例讨论可以规范医学生的医疗行为，同时在教学过程中也显示出教师的学术水平和整体素质。

二、病例讨论的组织

- 1、由科主任或教学秘书指定负责带教病例讨论的教师，由教师事先定好准备讨论的病例。可以选择学生经管的病人或病案室的典型病例。
- 2、教师在讨论前 1~2 天要通知学生相关病例摘要，预先提出能引导学生参与讨论的问题和提纲，以便学生有准备的发言。

三、病例讨论的方式

1、病例讨论是以教师为主导，学生为主体。教师事先做好备课工作，在讨论中按教学意图进行讨论活动，引导和组织学生就病史的完整性、必要的辅助检查、诊断和鉴别诊断及其依据、治疗方案的选择等展开充分讨论，并作适当的归纳和总结。学生应事先准备，查阅参考书及参考文献，在讨论中积极主动地发表意见。讨论时先由教师指定一名学生汇报病史（病历摘要），然后教师引导学生发言，最后由教师认真归纳总结学习内容。

2、教师应事先准备好教案，病例讨论应采用“互动教学”模式。

3、可适当地参考一些常见的辅助手段：多媒体、互联网、各种教学照片、影像学片等。

四、病例讨论的内容

1、结合临床基本知识、理论和社会心理问题展开讨论；

2、启发学生临床思维，解决临床问题；

3、培养学生诊断思维能力或治疗方案的有效制定；

4、鼓励学生评估诊疗方案；

5、引导学生自学；

6、可酌情增加与临床工作密切相关的医疗法律、法规、政策，以增强风险意识、法律意识和自我保护意识；

7、可酌情增加医德医风和人文科学内容，培养学生注重社会心理与人文修养，达到教书育人、培养德才兼备、与时俱进的合格医学人才。

五、病例讨论的时间

1、实习教学病例讨论的时间建议安排在临床工作相对较轻的时间段——

下午或晚上进行，每次讨论的时间为 1~2 小时为宜。

2、教学病例讨论一般每两周安排一次，可由一个病区或同一教研室几个病区的实习生一起进行。

六、其他要求

1、带教教师的资格

带教病例讨论教师一般应为有丰富教学经验的主治及以上职称医师。

2、参加人员：

(1) 本科室的实习生必须参加。

(2) 可通知其它科室、其它专业的实习生参加。

(3) 要求本科室的教学秘书、中级职称的医师、住院医师、（包括培训医师）、研究生等原则上要参加。

3、教学病例选择：病例选择要恰当。

(1) 作为教学病例讨论的病例务必具有教学价值，即典型、常见、多发或疑难、罕见的病例（或虽不典型但有助于掌握基本理论、基本知识的病例），以能给实习生留下较深印象，锻炼其临床思维。

讨论病例一般以病房中现有病人为对象，必要时也可以资料教完整的书面病例作为讨论对象。

(2) 每次教学的病例不宜过多，一般 1~2 例即可，以便取得最佳的效果。

(3) 要求科室和带教教师在日常临床工作中要注意收集具有教学意义的经典案例、常见病例、疑难案例和罕见病例，积累一些必备的教学资料，如照片、影像学片子、多媒体等，有条件的科室可充分利用电子病历的优势，建立有专科特色的“教学病例库”与现时住院的病例相互补充。

4、注意做好病例讨论记录，保留病例讨论的原始资料（病历摘要、学生发言稿）。

5、教学病例讨论应专门组织，不应以临床疑难病例分析代替。

6、教研室应将教学病例讨论的时间、内容列入实习教学计划、记录实施情况。对于新担任此项工作的教师，教研室应给予指导，并安排有关教师观摩整个过程，以便发现问题，帮助改进。

7、学校和医院的科教部门组织教学督导专家对教学病例进行抽查。作为教学工作质量监控的组成部分。

临床病例讨论记录

_____科教研室

讨论日期： 年 月 日 时 分 学时： 地点：

主持人： 职称：

组织人： 职称：

参加人员名单：

病人姓名： 性别： 年龄： 病案号： 床号：

入院日期： 入院诊断

讨论记录内容：

实习同学发言稿附后

记录人签字：

临床教学讲座规范

临床教学讲座是开展的理论教学为主，紧密结合临床，特别是学科专业特点，拓展基本知识，开阔临床视野的一项重要临床教学活动。临床教学讲座应着重于指导实习生运用理论知识解决临床实际问题，也是培养青年医师授课教学能力的有效方法。

一、目的意义

- 1、强化实习生对医学理论知识的掌握。
- 2、传授相关医学知识的新进展、新技术，拓宽实习生的临床视野。
- 3、帮助实习生完成理论联系实际，将理论知识与临床实际有机结合。

二、讲座的组织

- 1、由科主任或教学秘书指定负责开展教学讲座的老师，由老师事先定好准备讲座的内容。
- 2、老师在讲座前 1~2 天要通知实习生，以便实习生做好预习准备。

三、讲座的方式

- 1、临床教学讲座以老师为主导，老师根据讲座内容预先做好备课，准备教案。
- 2、讲座应融合讲授与“互动教学”等多种教学模式。在临床教学讲座中教师应启发实习生积极思考，鼓励提问，培养主动探索精神，改善教学效果。
- 3、可适当地参考一些常见的辅助手段：多媒体、互联网、各种教学照片、影像学片等。

四、讲座的内容

- 1、讲座内容可以症状或症候群为题目，把相关疾病的知识串连起来，开

阔实习生思维，以利于培养实习生临床分析能力。也可以本病区特有的业务内容作为讲课题目，以补充教材与理论课的不足。

2.临床教学讲座不应简单重复理论课内容，应从临床实际工作的角度对理论知识进行综合归纳，以求融会贯通，特别要突出知识的横向联系。可以症状或症候群为题目，把相关疾病的知识串连起来，开阔实习生思维，以利于培养实习生临床分析能力。

3、科室应根据教学大纲的要求确定讲课内容，并将其列入教学计划，记录实施情况。在保证基本内容的基础上，可安排一部分进展性内容。

五、教学讲座的时间

1、临床教学讲座的时间建议安排在临床工作负担相对较轻的时间段，下午或晚上进行，每次讨论的时间为1小时左右为宜。

2、临床教学讲座一般每两周安排一次，可由一个病区或同一教研室几个病区甚至全院的实习生一起进行。

六、其他要求

1、讲课老师的资格：讲课教师以高年资住院医师以上教师担任为宜。新担任此项工作的教师，教研室应以集体备课形式给予指导，并安排有关教师听课。课后对讲课情况做出评价，需改进之处应及时向讲课老师反馈。

2、参加人员：

(1)本科室的实习生必须参加。

(2)可通知其它科室、其它专业的实习生参加。

3、科室应根据教学大纲的要求确定讲课内容，并将其列入教学计划，记录实施情况。在保证基本内容的基础上，可安排一部分进展性内容。

4、学校和医院的科教部门组织教学督导专家对教学讲座进行抽查，作为教学工作质量监控的组成部分。

临床教学讲座记录

_____科教研室

讲座日期： 年 月 日 时 分 学时： 地点：

授课人： 职称：

组织人： 职称：

参加人员名单：

授课题目：

内容：

记录人签字：

模拟诊疗教学规范

模拟诊疗是模拟临床环境的一种教学与考核方法，采用典型且完整的病例作为临床教学的对象，学生以临床医生的身份对标准化病(Standardized Patient, SP)扮演的患者进行模拟的诊疗过程，完成病史采集、体格检查（阳性体征由教师提示），然后提出该病需做的辅助检查、初步诊断、诊断依据、鉴别诊断和治疗原则等，教师参与全过程并进行提问和启发。其目的在于让学生通过对个案病例的分析，构建正确的诊疗思维框架，培养基本的诊疗技能。

为规范模拟诊疗的模式和流程，提高临床教学的效果和质量，便于临床技能的考核，特制定本规范。

一、模拟诊疗前准备

1、教师

(1) 病例准备：模拟诊疗前应按照教学大纲的要求确定模拟诊疗的病例，选择相关专业常见病、多发病中的典型病例（病史典型、症状与体征明显、诊断明确）。

(2) 教学/考核准备：熟悉模拟诊疗病例的病情、相关症状及体征、鉴别诊断和诊疗计划，准备好模拟诊疗中可能用到的器械。（注：考核前应对评分标准及注意事项进行全面的了解。）

2、学生

(1) 平时应注意在学习和临床实践中加强对疾病的认识，锻炼自身的临床思维，积累临床经验。

(2) 在模拟诊疗前，学生应按照实习大纲的要求，对各科所应掌握的常见病、多发病进行全面系统的复习，掌握疾病的诱因及病因、常见症状、发生

及发展过程、典型的临床体征及有针对性的辅助检查，熟悉该病的诊断、鉴别诊断及治疗原则等。

(3) 应准备好在模拟诊疗中可能用到的器械，如听诊器、手电筒、纸、笔等。

3、SP 老师

SP 老师应对所要扮演的病例进行全面深入的了解，掌握并考虑问诊及体格检查可能出现的内容，尽量全真化地模拟病例。

二、模拟诊疗过程

1、病史采集

学生首先问候 SP 老师并简要介绍自己，取得患者知情同意及配合后可开始问诊。病史采集中学生应注意礼貌并关爱病人，时刻关注病人的一般情况；老师应注意学生的问诊思路是否正确，适当时可进行引导，但不可直接说出问诊的内容。

病史采集的内容包括：

(1) 一般项目：姓名、性别、实足年龄、婚姻状况、籍贯、民族、职业、工作单位、家庭住址、病史陈述者（注明可靠程度）、入院日期、记录日期。

（注：最后三项在实际问诊中可根据实际情况略去）

(2) 主诉：询问患者感受最主要的痛苦或最明显的症状和（或）体征，也就是促使其就诊最主要的原因及其持续时间。

(3) 现病史：

①起病情况及患病时间：起病时间、缓急，可能的病因和诱因，前驱症状（必要时包括起病前的一些情况）。

②主要症状的特点：主要症状（或体征）出现的部位、性质、持续时间和程度，缓解或加剧的因素。

③伴随症状：伴随症状的特点及变化，具有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状（或体征）亦应加以说明。

④病情的发展及演变：包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

⑤诊疗经过：发病以来曾在何处做何种诊疗（包括诊疗日期，检查及结果，诊断，用药名称及其剂量、用法，手术方式，疗效等）。

⑥病程中的一般情况：发病以来的一般情况，如精神、体力状态、食欲、食量、睡眠、大小便和体重变化等。

⑦对于意外事件、自杀或他杀等与病况有关者，应如实记载、力求客观，不得主观揣测或评论。

（5）既往史：

内容包括患者既往的健康状况，过去曾经患过的疾病（包括各种传染病和地方病），外伤手术、预防接种、食物药物过敏、输血史等，并按系统回顾（呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿生殖系统、造血系统、内分泌代谢系统、神经系统、肌肉骨骼系统及免疫系统共九个系统）有关疾病。（注：过敏的药物及食物须用红笔书写。）

（6）个人史

①社会经历：出生地、居住地区和居留时间（尤其应注意疫源地和地方病流行区，写明迁徙年月）。

②职业及工作条件：包括工种、劳动环境、对工业毒物接触情况和时间。

③习惯和嗜好：饮食规律、烟酒嗜好及其摄入量（具体到*支/天，*年、

两/天，*年），有无其他异嗜物和麻醉毒品摄入史。

④有无冶游史，是否患过淋病性尿道炎及下疳等。

⑤对儿童患者，除需了解出生前母亲怀孕及生产过程（顺产、难产）外，还要了解喂养史、生长发育史。

（7）月经史和生育史：包括初潮年龄、月经周期、行经天数、经血量和颜色、经期症状、有无痛经与白带（多少及性状）等、末次月经日期、闭经时间、绝经年龄等，记录格式如下：

初潮年龄行经期（天）末次月经时间（或绝经年龄）

妊娠与生育月次经数、人工或自然流产的次数，有无死产、手术产、产褥热史等，生育情况按系列顺序写明：足月分娩数-早产数-流产或人流术-存活数。男性患者有无生殖系统疾病。

（8）婚姻史：包括未婚或已婚，结婚年龄、配偶健康情况、性生活情况、夫妻关系等。

（9）家族史：

①父母、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。死亡的直系亲属应注明死因及年龄。

②有无遗传倾向的疾患，如高血压、冠心病、肥胖、哮喘、痛风、糖尿病、肿瘤、癫痫、先天发育异常，运动障碍及精神病等。对于重要的遗传性疾病需问明两系 III 级亲属的健康和疾病情况，充分调查后画出家系图。

③家族中是否有结核、肝炎、性病等传染病。

2、体格检查（体格检查要求参照《体格检查基本规范》）：学生根据患者的主诉和问诊的相关情况，有重点地进行体格检查

(1) 学生检查前应与学生沟通，取得患者知情同意。

(2) 学生检查时应注意保护患者隐私，动作应适度、轻柔，体现人文关怀。

(3) SP 老师应配合学生做相应的体格检查。对于能够体现的体征，SP 老师应予以表现（如疼痛、气喘等）。

(4) 对于不能在 SP 老师身上表现的体征，教师应根据所给病例予以相应提示（如水肿、静脉曲张等）。

(5) 教师应注意观察学生体格检查的顺序和手法，对于学生所做的检查有疑问或想进一步了解学生掌握情况可适当地进行提问或启示，对于不正确的检查顺序和手法应在教学过程中予以纠正。

3、辅助检查

(1) 学生应根据所询问的病史情况及体格检查时得到的阳性及有意义的阴性体征，综合考虑，提出相应的辅助检查以协助疾病的诊断及鉴别诊断。

(2) 教师根据学生所要求的辅助检查逐项给予相关的检查材料（如化验单、X 光片、心电图等）及检查结果，并要求学生进行解读。若此项检查未做，即提示该项目未检查。

4、初步诊断、诊断依据及鉴别诊断

(1) 学生应结合病史、体格检查、辅助检查等（归纳有意义的阳性结果和有鉴别诊断价值的阴性结果）综合分析，给出初步诊断，并综述上述几项以说明诊断依据，教师可根据学生回答的相关情况给予提问或启示以了解学生对该病例及该疾病的认识。

(2) 教师可询问需要鉴别诊断的相关疾病（也可由学生自己给出需要鉴

别诊断的疾病），学生应说出需要鉴别诊断的疾病以及鉴别诊断的依据。教师可就学生给出的鉴别诊断进行提问，以了解学生在鉴别诊断及诊疗思维方面是否正确。

5、诊疗计划

(1) 学生根据病情及已得出的诊断，提出对该患者的诊疗计划，包括用药方案、手术方式等。

(2) 教师可根据学生回答的情况进行提问以了解学生对该病治疗的掌握情况，也可对学生诊疗计划中存在的缺陷进行指正、完善，以帮助学生更好的掌握该疾病。

三、模拟诊疗后总结

1、SP

标准化病人在模拟诊疗中以“患者”的身份直接参与诊疗过程，对于“医生”的诊疗过程有着最直观的感受和体验。在诊疗结束后，从“患者”的角度指出学生在诊疗过程中（包括问诊、体格检查、医患沟通等各方面）出现的不足或问题，提出改进的方法或建议。

2、教师

教师参与了模拟诊疗的全过程，对于整个过程有全面的观察和准确的认识，对于学生对该种疾病的认识和见解有较直观和深入的了解。诊疗结束后，应把学生在问诊、体格检查、辅助检查、诊断和鉴别诊断、诊疗计划、医患沟通、知识掌握及诊疗思维等各方面存在的不足和问题给予指导和完善。若不是考核则应在诊疗过程中给予学生引导，以便学生能够顺利完成诊疗过程，更好地锻炼和培养诊疗思维，掌握疾病的相关知识。

3、学生

学生作为“医生”全程参与了整个模拟诊疗过程，诊疗完成后应当将过程中出现和存在的不足和问题进行思考、总结或讨论。同时，学生应结合 SP 老师和教师所指出的不足、存在的问题以及改进的方法等，参照书本知识，归纳实践所得，争取全面透彻的掌握疾病的理论知识及诊疗过程。

临床出科考核规范

出科考核是评估实习生在临床科室实习情况的一种方式，有助于科室老师掌握临床实习情况，促进实习生了解自己的相关知识。

一、目的

- 1、评估实习生的临床实习效果，测量实习生对相关科室专业知识、基本技能的掌握。
- 2、发现临床实习教学中的存在问题。
- 3、规范临床实习教学。

二、考试范围

相关专业临床实习大纲规定的理论内容及需要掌握的临床实践技能。

三、考试方法

考试采取“理论+技能”模式，由实习科室教学主任或教学秘书组织。内、外、妇儿科每轮实习结束后，再由相关负责人组织出科考试，成绩合格者可进入下一阶段实习。

1、理论考试

在阶段实习结束安排，采用卷面考试，考试由科室教学主任或教学秘书统一命题，并安排本科室实习生进行考核，题型以主观题为主。

2、临床实践技能考核

临床实践技能考核由科室主任或教学秘书根据临床实习教学大纲要求，结合本科室特点，组织专家组在本科室实习结束后对学生逐一考核。

四、考试成绩管理

课程总成绩和有关单项考核均以 100 分制记载。单项获 100 分必须是表

现出色且无任何违纪和差错行为者，所有单项得分为 100 分者该课程才可评为 100 分。单项中如有 1 项低于 60 分，该课程最高为 60 分。考核应实事求是，杜绝打人情分，每一实习组的课程成绩均应符合“考试成绩正态分布曲线”的标准。学校将通过实习教学检查、期中教学检查以及毕业临床综合技能考核成绩监督评分的客观公正性，严重违规者将按学校有关规定处理。

体格检查基本规范

【体格检查的基本要求】

1、检查者要仪表端庄、医容整洁、态度和蔼，检查过程中尽量使患者感觉舒适，要有较强的爱伤观念，取得患者的理解和配合。

2、进行体格检查时根据需要进行系统查体或重点查体，检查方法规范，手法正确、熟练、轻柔。一般站于受检者的右侧，主要用右手进行检查。

3、检查室内应温暖、光线充足，以便受检者可以充分地暴露检查部位。

4、检查时如有需要，应指导受检者进行良好的配合，并注意观察受检者语言、表情和动作等反应。检查时如出现疼痛不适，应注意尽量减少受检者的痛苦，并进行合适的说明和安抚。对于病情严重而无法很好配合的受检者，应根据情况尽量选择不给受检者造成痛苦的检查方法。

5、体格检查一般应按照一定的顺序进行，既要重点突出，又要全面，尽量避免遗漏。

【体格检查前洗手方法-六步洗手法】



【全身体格检查的基本项目】

- 1、生命特征及一般检查
- 2、皮肤粘膜淋巴结检查
- 3、头颈部检查
- 4、胸部、背部检查
- 5、腹部检查
- 6、生殖器、肛门、直肠检查
- 7、脊柱与四肢检查
- 8、神经系统检查

【检查步骤】

一、一般检查

- 1、器具齐备。

常用器具有温查计、血压计、听诊器、手电筒、压舌板、听诊锤，直尺、软尺、标记笔和消毒棉签。向受检者问候，如无特殊说明，体检时受检者取仰卧位，检查者站在受检者右侧，告之查体注意事项并当着受检者的面洗手。

- 2、测量体温。

常用的方法有腋测法、口测法、肛测法等，一般采用腋测法。测量前受检者应安静休息 30 分钟并擦于腋窝。测量时需将水银汞柱甩至 35℃ 以下，并避免影响温度的因素，如温度计附近有冷热物体，测前用热水漱口，热毛巾擦拭腋部等。把体温表放在腋窝深处，上臂紧贴胸壁夹紧温度计，10 分钟后读数，正常值为 36~37℃。

- 3、检查脉搏。

食指、中指、环指指腹并拢平放于右侧桡动脉近腕部，至少计数 30 秒，注意脉搏速率、节律、强弱、紧张度、有无特殊脉搏等，必要时两侧对比。正常人 60-100 次/分，节律匀齐。

4、观察受检者呼吸频率，观察胸廓运动。

观察胸廓运动，至少计数 30 秒。注意呼吸类型、频率、节律、深度以及两侧呼吸运动是否对称。正常人呼吸运动均匀，两侧对称，16-18 次/分，呼吸脉搏之比约 1: 4。

5、检测血压（袖带加压法）。

受检者在安静环境休息 5-10 分钟，测量前禁饮浓茶、咖啡等，采取仰卧位或坐位，被测上肢裸露，伸直并轻度外展，血压计、肘部与心脏相平（坐位平第四肋间、卧位平腋中线）。打开血压计开关，水银柱液平面应在零点。袖带气囊部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，松紧适度（能伸进一指为宜），袖带下缘在肘弯横纹上 2-3cm，检查者在肘窝处触知肱动脉搏动，将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触，但不可压得过重，不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待听诊肱动脉搏动消失，再将汞柱升高 20-30mmH 后，缓慢放气，使汞柱以 2-4mm/s 下降，听到第一次声响的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压，若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHg，则记录第三个压力数值，收缩压变调时压/舒张压。间歇 1 分钟，用同样方法再测定 1 次，取平均值。遇到高血压或两侧桡动脉搏动不一致者，应测量四肢血压。下肢血压多选腘动脉，测量时患者仰卧位，采用宽袖带血压计测量。结束时向右倾斜血压计，使汞柱内水银进入水银槽，关闭开关，整理好袖带。血压正常值：90-139/60-89mmHg。

6、取出体温表，观察刻度后甩下水银至 35℃ 以下，放入盘中。

7、观察受检者的发育、营养、面容、表情和意识等一般状态。

发育：一般判断成人发育正常的指标包括：两上肢展开的长度约等于身高；坐高等于下肢的长度；头部的长度为身高 1/7~1/8；胸围为身高的 1/2。

营养状态：一般根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况进行综合判断。最简便迅速的检查方法是观察皮下脂肪充实的程度。

面容与表情：健康人表情自然，神态安怡。患病后常出现痛苦、忧虑或疲惫的面容。

意识状态：一般采用问诊法，通过与病人交谈了解其思维、反应、情感活动、定向力等。

二、头部

8、观察头发、头颅外形，小儿应注意囟门闭合情况。

头颅的检查应注意大小、外形与活动情况。头颅的大小以头围来衡量，测量时用软尺自眉间绕至颅后，通过枕骨粗隆绕头一周。

9、触诊头颅有无压痛、包块及损伤等。

10、观察眉毛有无脱落，眼睑有无水肿、下垂，分别翻转上、下眼睑，观察上下睑结膜、穹隆结膜、球结膜及巩膜有无水肿、充血、苍白、出血点和滤泡颗粒，巩膜有无黄染，角膜有无浑浊、疤痕、溃疡、云翳等。一般先左后右。

翻转上眼睑手法：嘱受检者向下看，检查者右手食指、拇指捏住左脸中部下缘轻轻向下牵拉，食指压迫睑板上缘，配合拇指向上捻转，提起上睑中部的边缘，使眼睑翻转复原。同法检查右眼。

下眼睑检查法：双手拇指下睑中部，嘱受检者向上看，同时向下牵拉下

脸边缘。

11、观察眼球的外形有无突出或凹陷、双侧瞳孔是否等大等圆。

12、取手电筒，检查左右瞳孔的直接和间接对光反射。

令患者眼向前看，遮右眼，光源自侧方迅速照射左侧瞳孔，观察左侧瞳孔是否缩小，为直接对光反射。移开光源，用手隔开双眼，再次用光源直接照射左侧瞳孔，并观察右侧瞳孔是否缩小，为间接对光反射。同法检查右侧瞳孔的直接、间接对光反射。正常人瞳孔直径为 3-4mm，两侧等大等圆。

13、检查左右眼球运动。

左手固定头部，右手示指距离受检者左眼 30~40cm，按水平向外→外上→外下→水平向内→内上→内下，共 6 个方向进行，检查每个方向时均从中位开始，观察患者有无运动障碍和震颤。同法检查右眼运动。

14、检查调节反射。

右手食指自 1 米外，以较快的速度移向患者眼前 5-10cm 处，观察瞳孔是否缩小，以“灵敏”、“迟钝”、“消失”记录。

15、检查辐辏反射、角膜反射。清醒受检者不查角膜反射。

辐辏反射：食指自 1 米以外缓慢移向患者眼前 5-10cm 处，观察两侧眼球是否内向聚合。

角膜反射：用右手拿棉签，用细毛尖端从侧方轻轻触及角膜边缘，观察两侧眼睑是否立即闭合。用“存在”、“消失”记录。

16、检查耳廓，有无畸形、结节、或压痛，观察外耳道的皮肤及有无溢液，检查乳突有无压痛，先左后右。

左侧外耳道检查手法：请受检者头部转向右侧，将左手拇指放在耳屏前方

向前牵拉，右手中指和环指将耳廓向后上方牵拉，拇指和食指持手电筒。

17、检查鼻部外形和皮肤;观察鼻前庭和鼻腔，左手拇指将鼻尖向上推，借助手电光观察，注意有无鼻中隔偏曲、出血、鼻道阻塞等：用手指压闭一侧鼻翼，嘱受检者呼吸，检查两侧鼻通气情况。

18、触压双侧额窦、筛窦和上颌窦。

用双手固定于受检者的两颞部，将拇指至于眶上缘内侧同时向后向上按压，询问有无压痛，两侧有无差别。将手下移，先用右手拇指置于受检者鼻根部与左眼内眦之间，向后内方按压，询问有无压痛;接着用左手拇指压鼻根部与右眼内眦之间，向后上方按压，询问有无压痛。再将两手下移，拇指置于颧部，同时向后按压，询问有无压痛，两侧有无差别。

19、观察口唇色泽，由于疱疹、口角糜烂等；取手电筒和用消毒压舌板，观察口腔粘膜、牙齿、轻轻压迫牙龈，注意有无出血和溢脓。嘱患者张大口并发“a”音，手持压舌板的后 1/3，在舌前 2/3 和舌后 1/3 交界处迅速下压，借助手电观察扁桃体、咽后壁、软腭、软腭弓、悬雍垂，注意有无粘膜充血、出血、红肿淋巴滤泡增生等；对增大的扁桃体应分度，并注意有无分泌物。请受检者伸舌，观察舌体、舌苔、伸舌运动、鼓腮、示齿动作。

三、颈部

20、颈部视诊。

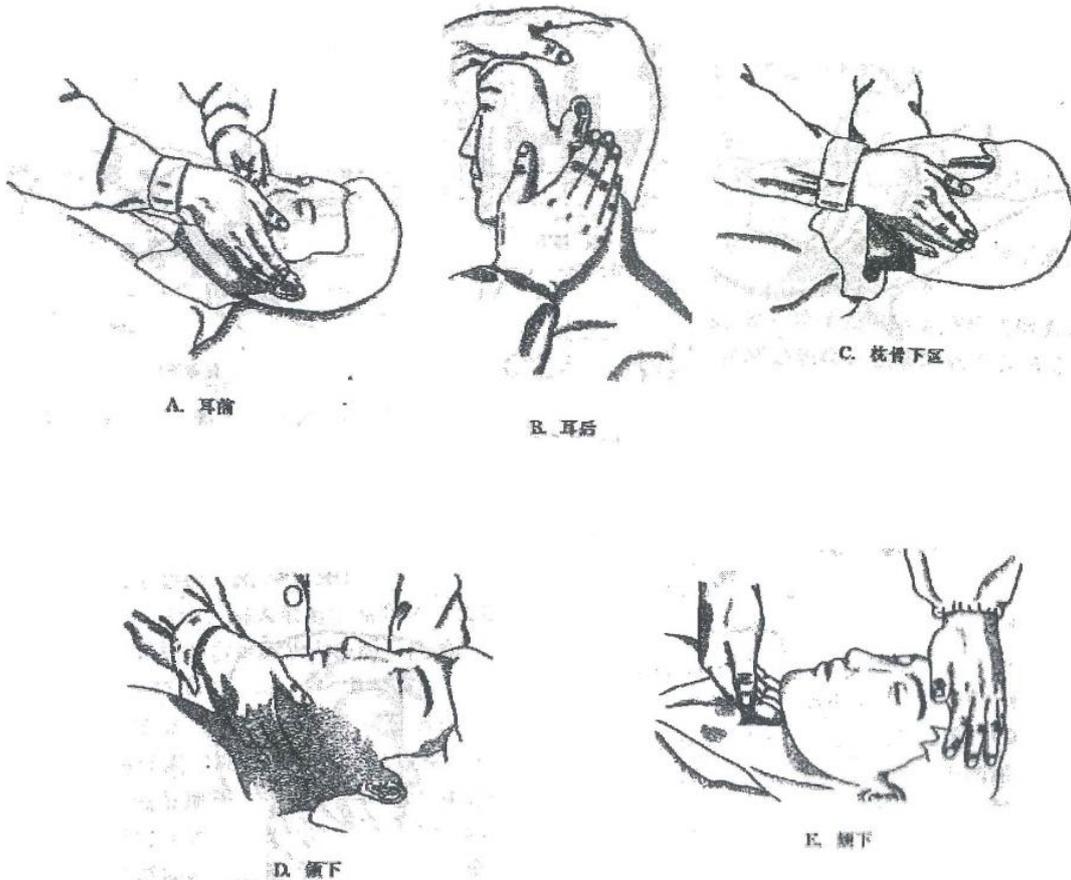
解开衣领，充分暴露颈部。观察颈部皮肤，有无颈静脉怒张、搏动和颈动脉搏动，先左后右。观察甲状腺是否突出、对称。

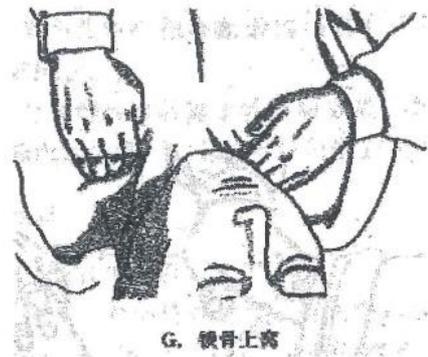
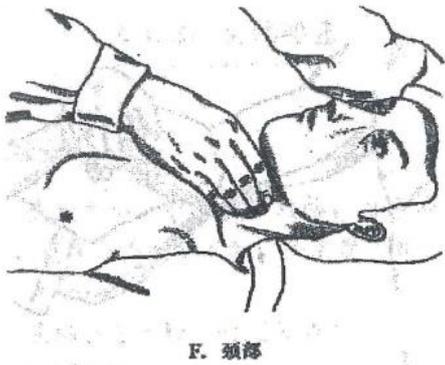
颈静脉：视诊正常人颈外静脉充盈水平限于锁骨上缘到下颌角距离的下 2/3 以内。取 30~45 度的半卧位时静脉充盈度超过正常为颈静脉怒张。

21、按顺序触诊颈部淋巴结。

耳前→耳后→乳突区→枕后→颌下→颏下→颈前→颈后→锁骨上淋巴结。

具体方法：用双手滑动触诊耳前，耳后，乳突区淋巴结。请受检者将头转向右侧，用右手触诊枕骨下区的枕后淋巴结。头部还原，检查者双手检查两侧颌下淋巴结及颏下淋巴结。接着在颈前三角区滑动触摸，后在颈后三角区沿胸锁乳头肌后缘触诊。请受检者头部向前屈，用双手在锁骨上窝内由浅部逐渐触摸至深部，检查锁骨上淋巴结。检查时注意淋巴结的部位、大小、数目、硬度、有无压痛、粘连、有无红肿、疤痕、瘰管等。



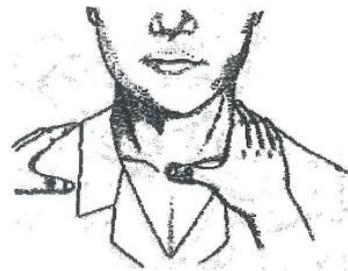
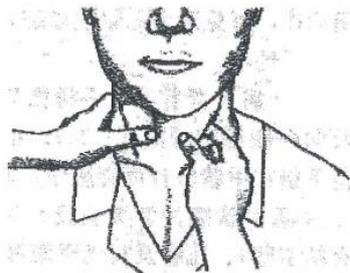


颈部淋巴结触诊

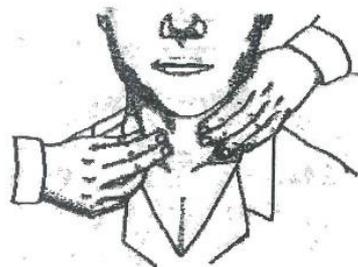
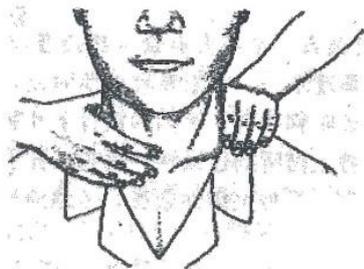
22、触诊甲状腺峡部和左右叶。

峡部触诊：右手拇指在胸骨上切迹向上触摸，请受检者作吞咽动作。

左右叶触诊：用左手拇指在甲状软骨下气管右侧向对侧轻推，右手示指、中指和环指在左胸锁乳突肌后缘向前轻推，右手拇指在气管旁滑动触摸，请受检者吞咽，检查甲状腺的轮廓大小及表面情况，有无肿块和震颤。同法检查甲状腺右叶。



甲状腺前面触诊法



甲状腺后面触诊法

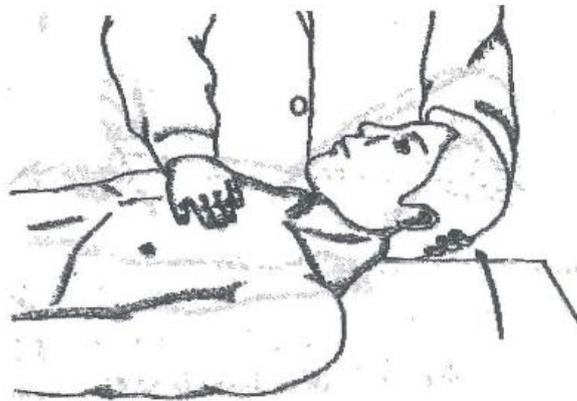
23、触诊气管位置。

患者取坐位或仰卧位，头部自然直立，食指、环指分别置于两侧胸锁关节，中指置于气管上，判断气管有无移位。

24、听诊颈部血管性杂音，先左后右。若甲状腺肿大，须将听诊器放在肿大的甲状腺上，注意有无连续性静脉“嗡鸣音”或收缩期杂音。

25、测试颈项强直。

去枕平卧，下肢自然伸直，颈部放松。左手托住受检者枕部，右手放在其胸前，左手使受检者头部作被动屈颈动作，测试颈部肌肉抵抗力，观察有无颈项强直：再次快速曲颈，同时观察两膝关节和髋关节的活动，如有屈曲为Brudzinski征阳性。



测试颈项强直

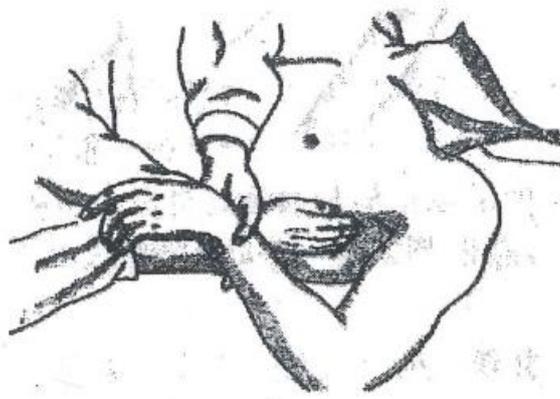
四、前胸部和肺部

26、胸部视诊。

暴露胸部，观察前胸部皮肤，胸壁静脉有无曲张；两侧呼吸运动是否对称，注意其类型、频率、节律以及深度；肋间隙宽度；蹲下观察胸廓外形有无异常；视诊两侧乳房、乳头位置、大小和对称性。

27、触诊腋窝淋巴结。

先检查左侧，检查者左手扶着受检者左前臂，屈肘外展抬高约 45 度，然后右手指并拢，掌面贴近胸壁向上直达腋窝顶部，手臂放下靠拢身体，由浅入深滑动触诊。然后依次触诊腋窝后壁、内侧壁、前壁。触诊腋窝前壁时，注意拇指和四指的配合。再翻掌向外，触诊腋窝外侧壁。左手检查右腋窝淋巴结，方法同前。



触诊腋窝淋巴结

28、触诊胸廓

双手按压胸廓两侧了解胸廓的弹性，用手掌分别触压胸廓左右上、中、下三个部位，检查皮下气肿、胸壁压痛；用拇指按压胸骨柄和胸骨体的中、下部检查有无胸骨压痛。女性则常规触诊乳房，先查健侧，后查患侧。按外上→外下→内下→内上一乳头，由浅入深，旋转滑动触诊，以触及肋骨而不引起疼痛为度，注意有无红肿热痛和包块；检查乳头、乳晕。用拇指和食指同时轻压乳头两侧对称部位，注意有无硬结、分泌物。

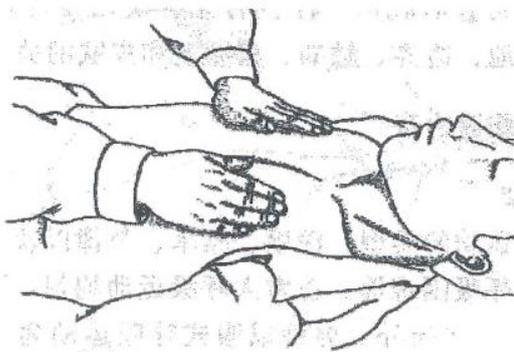
29、检查胸廓扩张度。

两手掌及伸展的手指置于胸廓前下部的对称位置，左右拇指分别沿两侧肋

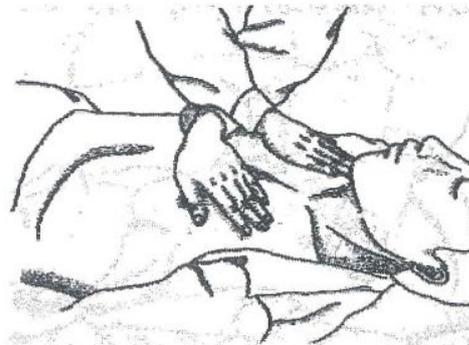
缘指向剑突，两拇指间距约 2cm，然后嘱受检者作深呼吸动作，比较双手移动度是否一致。

30、触诊语音震颤。

将双手尺侧缘或掌面置于受检者胸部上、中、下三部位的对称位置，嘱其以同等强度发“yi”长音，并双手交换检查，以排除双手感觉的误差。比较两侧相应部位，注意有无增强或减弱。



前胸



两手交叉检查前胸

31、触诊胸膜摩擦感。

双手掌置于受检者胸廓下前侧部（一般在腋中线第 5-6 肋间），嘱其深呼吸。

32、检查胸部叩诊音分布

以胸骨角为标记，确定肋间隙。扳指与肋骨平行，由第 1 肋间至第 4 肋间，按由外向内、自上而下、两侧对照的原则叩诊，注意叩诊音及扳指震动感的变化。

33、肺下界叩诊。

按右锁骨中线、左腋中线、右腋中线顺序叩三条线。受检者平静呼吸，检查者扳指贴于肋间隙，自上而下，由清音叩到实音时翻转扳指，取扳指中部用

标记笔作标记，计数肋间隙并记录。

34、肺部听诊。

按锁骨中线、腋前线 and 腋中线三条线，上、中、下各三个部位，左右对称（共 18 个）听诊。必要时嘱受检者作深吸气动作，比较两侧呼吸音有无异常变化，有无附加音（干、湿罗音）。

35、听诊语音共振。

嘱受检者以一致的声音强度重复发“yi”长音，取上、中、下三个部位，从内向外，两侧对照，注意有无增强或减弱。

36、听诊胸膜摩擦音。嘱受检者深吸气，在前下侧胸壁听诊。

五、心脏

37、视诊。检查者下蹲以切线方向观察，注意心尖搏动的位置、强弱、范围，有无心前区隆起及心前区异常搏动。

38、触诊心尖搏动、心前区异常搏动（包括剑突下搏动）和震颤。

用手掌在心前区，注意心尖搏动的位置和有无震颤。右手食指和中指并拢，用指腹确定心尖搏动的位置、范围，有无弥散、抬举性搏动；注意有无心前区的异常搏动（包括剑突下）。然后用手掌在各瓣膜听诊区和胸骨左缘触诊，必要时用手掌小鱼际确定震颤的具体位置，判定收缩期还是舒张期。

39、触诊心包摩擦感。在胸骨左缘第 3、4 肋间用手掌小鱼际触诊。

40、叩诊心浊音界。

先叩左界，从心尖搏动最强点外 2~3cm 处开始，沿肋间隙由外向内，在由清音变相对浊处翻转扳指，在扳指中点处作标记，如此自下而上叩至第 2 肋间，叩右界则沿右锁骨中线，自上而下，叩至相对浊音为肝上界，于其上一肋

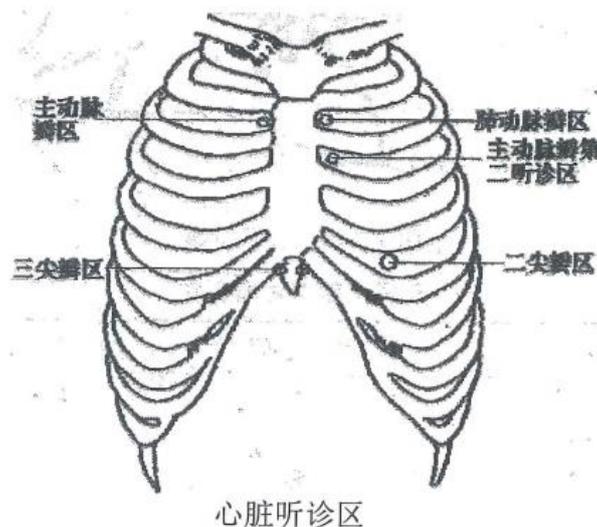
间（一般为第四肋间）由外向内叩出浊音界，自下而上叩至第 2 肋间：然后用直尺测量左右心浊音界各标记点距前正中线的垂直距离和左锁骨中线与前正中线间的距离。记录方法：

注：左锁骨中线距胸骨中线为 8~10cm

41、心脏听诊。

先将听诊器体件置心尖搏动最强的部位。听诊心率（1 分钟）、心律、心音（强度改变、心音分裂、额外心音）、杂音。然后依次在肺动脉瓣区（胸骨左缘第二肋间）、主动脉瓣区（胸骨右缘第二肋间）、主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第三肋间）、三尖瓣区听诊（胸骨左缘第四、五肋间）。

42、听心包摩擦音。在胸骨左缘 3、4 肋间听诊。



六、背部。嘱受检者坐起，双手抱膝，暴露背部。

43、视诊皮肤、呼吸运动。

44、触诊胸廓扩张度。

双拇指在第 10 肋水平，对称性地把手掌放在背部两侧，两拇指间距约 2cm，两手向脊柱方向推挤，使皮肤松弛致双手大拇指掌侧缘平行；然后嘱受

检者作深呼吸动作，比较两侧呼吸运动是否一致。

45、触诊语音震颤。

两手掌置肩胛下区对称部位，请受检者发“yi”长音，然后两手交换，请受检者以相等强度重复发“yi”长音，比较两侧是否相等。

46、背部叩诊。

受检者双手交叉抱肘，身体略向前倾。肩胛间区脊柱两侧上下共 4 个部位，左右腋后线、左右肩胛线共 8 个部位，先左后右。

47、叩诊肺下界和肺下界移动范围。

请受检者上臂自然下垂贴于胸侧壁，检查者握其肘，稍作内收外展的动作，另一手触摸确定肩胛下角。然后沿左肩胛线自上而下，叩出平静呼吸时的肺下界。嘱受检者作深吸气后屏住呼吸，迅速自上而下叩至浊音区，翻转板指，在其中点作一标记。恢复平静呼吸，再嘱其深呼气后屏气，迅速自肩胛下角自下而上叩出浊音区，翻转板指，再作标记，嘱受检者恢复正常呼吸。用直尺测量两个标记间的距离并记录。再叩右侧。

48、背部听诊。

肩胛间区脊柱两侧上下共 4 个部位，左右腋后线、左右肩胛线共 8 个部位，共 12 个听诊区，双侧对照听诊，注意呼吸音是否正常，有无干、湿罗音。

49、听诊语音共振。

嘱受检者以相同的声音强度发“yi”长音，在肩胛间区脊柱两侧和肩胛下区左右共 4 点，比较两侧有无增强或减弱。

50、检查肋脊点，肋腰点压痛和左右肾区叩击痛。

肋脊点：用双手拇指按压背部第 12 肋与脊柱夹角的顶点，同时询问受检

者有无疼痛。

肋腰点：用双手拇指按压背部第 12 肋与腰大肌的夹角顶点，同时询问受检者有无疼痛。

肾区叩击痛：用左手掌平放在左肋脊角处，右手握拳用轻到中等的力量叩击左手背，询问有无疼痛，同法检查右侧。

51、观察脊柱的活动度。

请受检者前后左右活动颈部及腰部，注意有无活动受限。

52、检查脊柱弯曲度、压痛、叩击痛。

脊柱弯曲度：检查者用手指沿脊柱的棘突用适当的压力从上向下划，观察划压后皮肤出现的红色充血线，判断有无脊柱侧弯。

压痛：检查者用拇指自上而下逐个按压脊柱棘突及椎旁肌直至骶部，询问有无压痛。

叩击痛：先用间接叩击法，再用直接叩击法。

间接叩击法：受检者坐正，检查者将左手掌置于受检者头顶部，右手半握拳叩击左手背，观察受检者有无疼痛，疼痛部位多示病变部位。

直接叩击法：用叩诊锤直接叩击胸椎和腰椎的棘突，询问有无叩击痛。（以第七颈椎为骨性标记计数病变椎体的位置）

七、腹部。 受检者去枕仰卧位，充分暴露腹部。

53、视诊：检查者蹲下平视，腹部外形、皮肤、呼吸运动、腹壁静脉曲张、胃肠型或蠕动波。

腹壁静脉曲张或怒张多见于门静脉、上腔静脉、下腔静脉三大静脉主干阻塞压力增高而引起的侧支循环。检查时应注意腹壁静脉曲张出现的部位和血流

方向。门静脉高压时脐周围静脉显著扩张和曲张，并以脐为中心向上下方向散开;上腔静脉阻塞时血流方向向下：下腔静脉阻塞血流方向自下向上。

腹部触诊，请受检者曲髌屈膝，使腹肌松弛。

54、腹部浅触诊。

一般自左下腹开始滑行触诊，然后沿逆时针方向移动，同时观察受检者的反应和表情，注意腹壁紧张度、抵抗感、表浅的压痛、包块、搏动和腹壁上的肿块。用手指尖深压 McBurney 点（脐与髂前上棘连线外、中 1/3 交界处），停留片刻后突然将手抬起，以检查有无反跳痛。

55、腹部深触诊。

左手与右手重叠，以并拢的手指末端逐渐加压触摸深部脏器，一般自左下腹开始，按逆时针方向进行。如触及包块，需注意其位置、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度以及与腹壁的关系。

56、肝脏触诊。

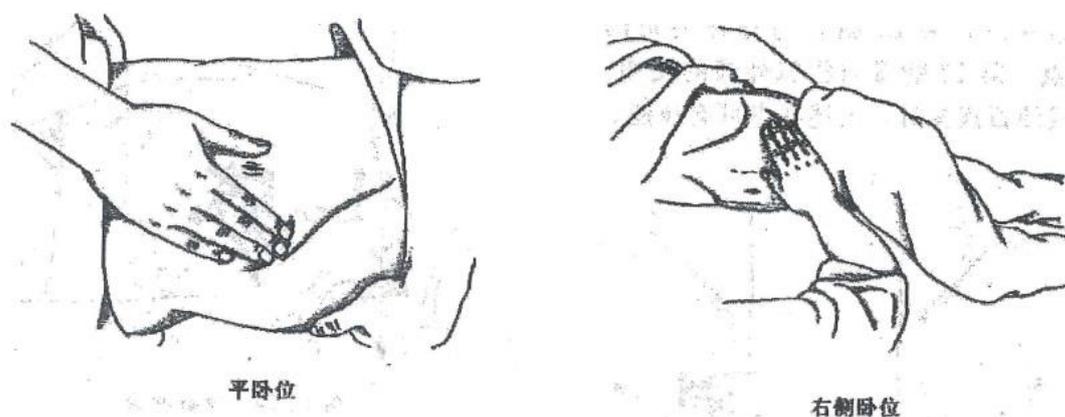
嘱受检者张口做腹式呼吸，检查者用左手拇指置于季肋部，其余四指置于背部，右手三指并拢，掌指关节伸直，与肋缘大致平行地放在右髂窝，沿右锁骨中线，患者呼气时手指压向腹深部，吸气时手指向前迎触下移的肝缘。如此反复进行中，手指逐渐向肋缘滑行移动，直至触及肝缘或肋缘。注意吸气时手指上抬的速度要落后于腹壁的抬起。如果肋下触及肝脏，必要时宜在右锁骨中线叩出肝上界并测量肝脏的上下径，以排除肝脏下移。除了测量肝脏的大小外，还要注意其质地、表面、边缘、压痛、搏动感等。肝脏肿大者作肝颈静脉回流征检查，即用手掌压迫右上腹，观察颈静脉，如出现颈静脉怒张更加明显，为肝颈静脉回流征阳性。

57、在前正中线触诊肝脏。

一般从脐部开始，自下向上滑行移动，与呼吸运动配合，测量肝缘与剑突根部间的距离。

58、脾脏触诊。

左手掌置于受检者左腰部第 9~11 肋处，右手掌与左肋弓垂直，自脐部开始，两手配合，随呼吸运动深部滑行向肋弓方向触诊脾脏，直至触及脾缘或左肋缘。触诊不满意时，可嘱受检者右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈曲再作触诊。如脾脏肿大，则测量甲乙线、甲丙线和丁戊线。在左锁骨中线上测量左肋弓缘至脾下缘间的距离（以厘米表示），为“Ⅰ”线，也称 AB 线。“Ⅱ”线又叫 AC 线，为左锁骨中线与左肋弓交点到最远脾尖之间的距离。“Ⅲ”线又称 DE 线，表示脾右缘到正中线的距离。如脾肿大超过正中线，测量脾右缘到正中线的最大距离，以正数表示，未超过正中线则以负数表示。



脾脏触诊

59、Murphy 征检查。

检查者以左手掌平放于受检者右季肋区下部，用拇指勾压右侧腹直肌外缘与肋弓交界处，其余四指与肋骨交叉，嘱作深吸气，同时注意受检者的面部表情，询问有无疼痛。因疼痛而终止呼吸动作为阳性。



Murphy 征检查

60、双手拇指依次深压季肋点、上输尿管点和中输尿管点。

季肋点：两侧肋弓第十肋下缘偏内。

上输尿管点：脐水平与腹直肌外缘交点处。

中输尿管点：髂前上棘水平与腹直肌外缘交点处。

61、检查肝区叩击痛。

左手掌平放于右季肋区，右手握拳用轻到中等力量叩击左手背部，询问有无疼痛。

62、检查液波震颤。

左手掌轻贴受检者右侧腹壁，右手四指并拢屈曲，用指腹部叩击左侧腹壁，如左手掌有波动感，为排除腹壁本身振动的传导，请受检者或助手用右手掌尺侧缘压在脐部腹正中线上，再叩击对侧腹壁。同法检查对侧腹壁。

63、检查振水音。

检查者左耳凑近受检者上腹部，食指、中指、环指并拢置于上腹部，手指与腹部呈 70 度做数次急速有力的冲击动作，如闻及气体和液体相撞击的声音即为振水音阳性。

64、检查腹部叩诊音分布。

从左下腹开始，以逆时针方向叩诊，注意有无异常浊音或实音。

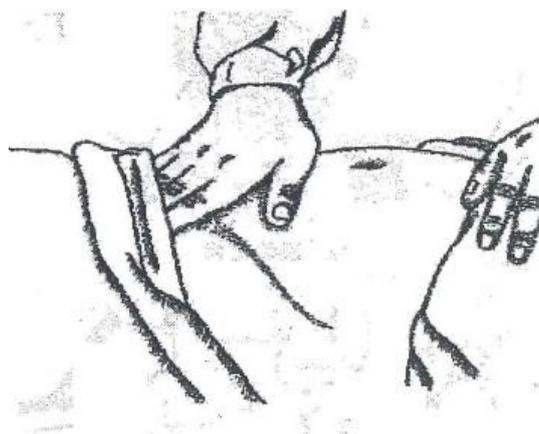
65、叩诊移动性浊音。

从脐部开始，沿脐水平向左侧方向移动，叩及浊音时，板指位置固定，嘱受检者右侧卧位，稍停片刻，重新叩诊该处，听取音调是否为鼓音；然后向右侧移动叩诊，直达浊音区，叩诊板指固定位置；嘱受检者向左侧翻身 180° 呈左侧卧位，停留片刻后再次叩诊，如出现浊音区随体位移动而变动的现象则为阳性。

66、右下腹听诊肠鸣音（1 分钟）。正常情况下肠鸣音每分钟 4~5 次；每分钟 10 次以上为肠鸣音亢进；3~5 分钟一次为肠鸣音减弱；听不到肠鸣音则称为肠鸣音消失。

67、听诊有无血管杂音。在脐部和脐上两侧听诊。（因触诊和叩诊可能影响肠鸣音的活跃程度，腹部检查按视、听、触、叩的顺序进行。）

68、触诊两侧腹股沟淋巴结、股动脉搏动。



触诊腹股沟淋巴结

69、听诊股动脉有无射枪音和有无 Duroziez 双重杂音。听诊器体件置于股动脉上听诊。

70、检查上、中、下腹壁反射。用棉签分别沿肋弓、脐水平、腹股沟，由外向内轻划刺激腹壁，先左后右。

八、四肢及部分神经反射

71、视诊上肢皮肤、关节、手指及指甲（盖好被子）。

72、检查皮肤弹性，触诊左右滑车上淋巴结。

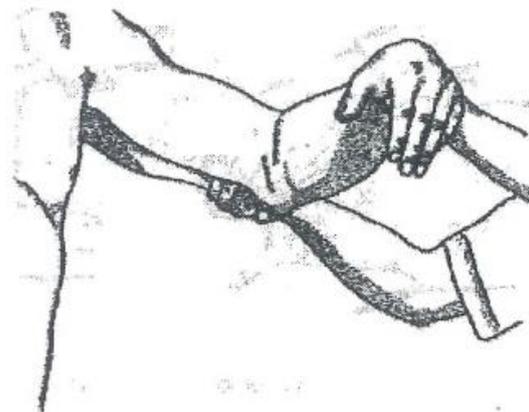
用食指和中指捏起上臂内侧肘上 3~4cm 处皮肤数秒后放开，正常人迅速恢复，如恢复缓慢，提示皮肤弹性差。然后触诊左右滑车上淋巴结：用左手托起受检者左手前臂并屈肘 90 度，以右手小指固定在受检者的肱骨内上髁骨，食指、中指、环指并拢，在其上 3-4cm 的肱二、三头肌的肌间沟内，纵行、横行滑动触诊，换手检查右侧。

73、触诊双侧桡动脉搏动、有无交替脉、奇脉、水冲脉和毛细血管征。检查水冲脉时，用左手指掌侧紧握受检者右手腕桡动脉处，将受检者前臂抬高过头。

74、检查左右上肢运动功能和肌力。

受检者活动上肢，观察有无运动功能障碍或异常。

右手置于受检者右前臂内侧，嘱其作屈肘动作；右手置于受检者左前臂外侧，嘱其作伸肘动作，观察肌肉克服阻力的力量，即：肌力。同法检查右前臂肌力，并与左侧比较。



触诊滑车上淋巴结

受检者握紧检查者食指、中指、环

指，检查者用力回抽，比较两侧握力。

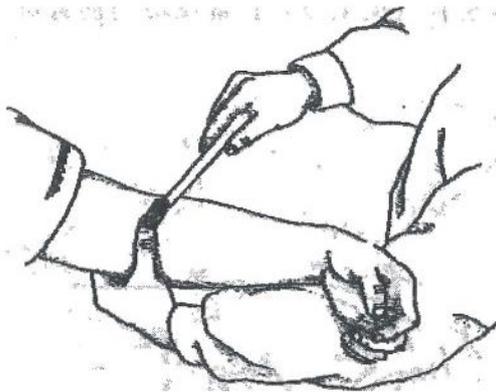
75、检查上肢生理反射和病理反射。

肱二头肌反射：左手托受检者屈曲的肘部，将大拇指置于肱二头肌肌腱上，然后用叩诊锤叩击拇指甲，观察前臂的屈曲动作。

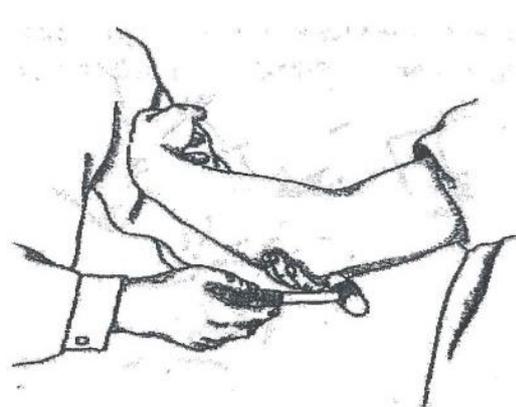
肱三头肌反射：左手托受检者屈曲的肘部，用叩诊锤直接叩击鹰嘴突上方的肱三头肌肌腱，观察前臂的伸展运动。

桡骨膜反射：受检者腕部侧面向上，并使腕关节自然下垂，用叩诊锤直接叩击桡骨茎突上方，观察前臂前旋、屈肘动作。

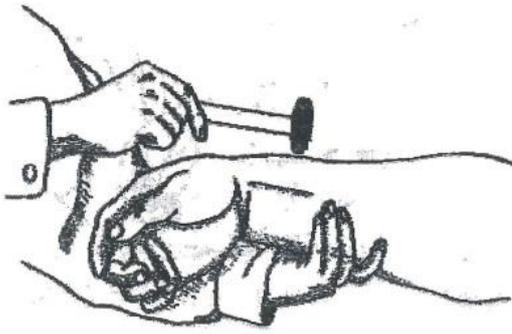
Hoffmann 征检查：左手握受检者腕关节上方，右手以中指和食指夹持受检者中指，稍向上提，使腕部处于轻度过伸位，然后拇指迅速弹刮受检者中指指甲，如其余四指有轻微的掌屈动作，则为阳性。



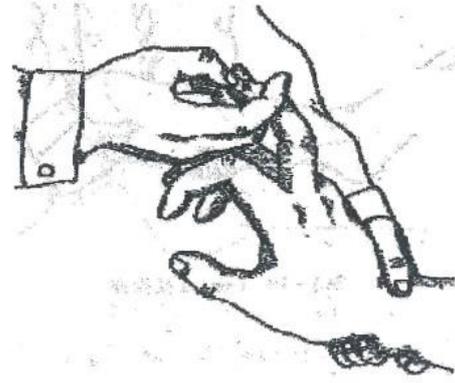
肱二头肌反射



肱三头肌反射



桡骨膜反射



Hoffmann 征

76、视诊双下肢皮肤、下肢静脉、关节、踝部及趾甲。

77、（屈膝）触摸腘窝淋巴结，触诊压陷性水肿（胫骨前缘内侧）。先检查左下肢，后查右下肢。触摸两侧足背动脉。

78、检查左右下肢运动功能和肌力。

受检者活动下肢，观察有无运动功能障碍。

用手握住小腿下部，嘱其作曲腿动作，两侧比较。

用手置于受检者胫骨下方，请受检者做伸膝动作，两侧比较。

79、下肢生理反射和病理反射及 Kernig 征检查。

膝反射：用左手在腋窝处托起下肢，使髌、膝关节稍屈，然后用叩诊锤叩击髌骨下方的股四头肌肌腱，观察小腿的伸展运动，先左后右。

跟腱反射：使受检者髌、膝关节稍屈，下肢外旋外展位，用左手托起受检者足掌，使足过伸位，然后以叩诊锤叩击跟腱，观察足向跖面屈曲运动，同法检查右侧。

Babinski 征：嘱受检者仰卧，髌及膝关节伸直，以手持受检者踝部，用叩诊锤柄或钝头棉签沿足底外侧缘，由后向前划至小趾趾掌关节处再转向大拇趾侧，正常表现为足趾跖屈（即跖反射），阳性表现为拇趾缓缓背伸，其他四趾

早扇形分开。

Chaddock 征：用棉签在外踝的下方由后向前划至跖趾关节处为止，阳性表现同 **Babinski 征**。

Openheim 征：用拇指和中指或食指和中指沿受检者胫骨前缘用力由上向下滑压。阳性表现同 **Babinski 征**。

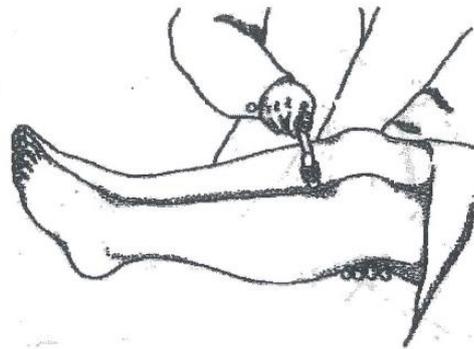
Gordon 征：将膝部稍抬起，右手拇指及其他四指分置于腓肠肌部位，然后用适度的力量捏压，阳性表现同 **Babinski 征**。

Kernig 征检查：先使受检者一侧髋、膝关节屈曲成直角，左手置于膝关节上，右手置于踝部并抬高小腿，阳性者伸膝受限，伴有疼痛，对侧膝关节屈曲，先左后右检查。

80、盖好被子，收拾完毕后，感谢受检者的配合，并道别。



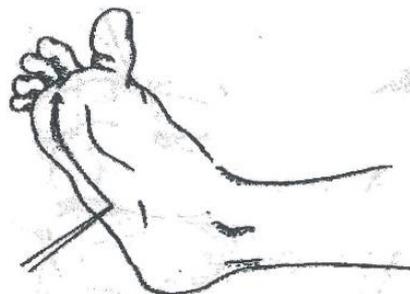
膝反射



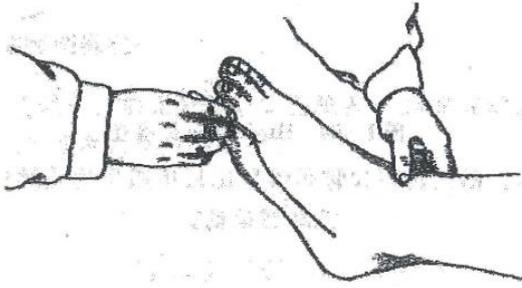
跟腱反射



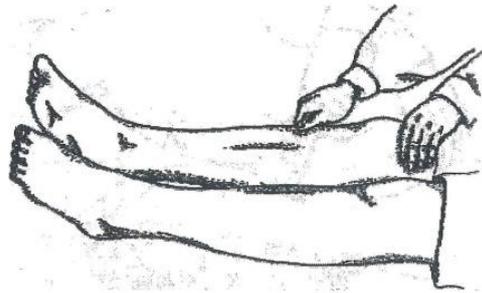
Babinski 征



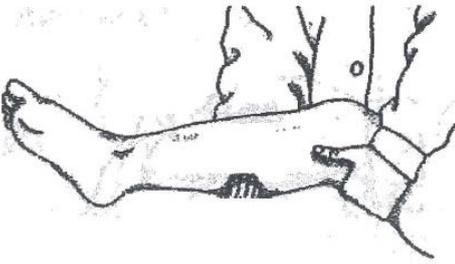
Babinski 征阳性



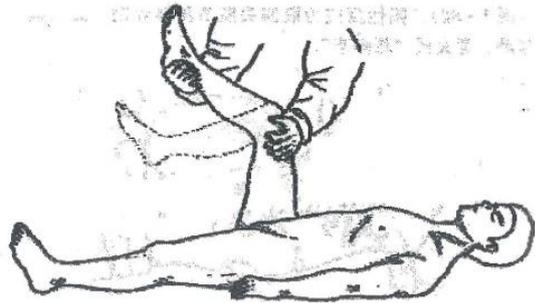
Chaddock 征



Oppenheim 征



Gordon 征



Kernig 征

备注：

- 1、要求在 40 分钟内完成全身体格检查。时间一到，立即终止查体，未查部分无分。
- 2、操作错误、顺序颠倒，按程度扣分。
- 3、上列条目中，重要或易错误处作较详细描述，以供参考。
- 4、每条目后方括号内为参考分值。
- 5、如有阳性体征未发现者，按情况扣分。

内（儿）科操作规范

一、胸膜腔穿刺术

（一）适应症与禁忌症

适应症：

- 1、为明确胸腔积液的性质，需做胸腔穿刺抽液检查以助诊断；
- 2、对有大量积液或积气而产生肺压迫症状者，抽液减压以及脓胸患者须抽液进行治疗；
- 3、肺及胸膜腔病变，腔内注射药物局部治疗。

禁忌症：

- 1、穿刺部位有炎症、肿瘤、外伤；
- 2、有严重出血倾向、自发性气胸、大咯血、严重肺结核，肺气肿等。

（二）术前准备

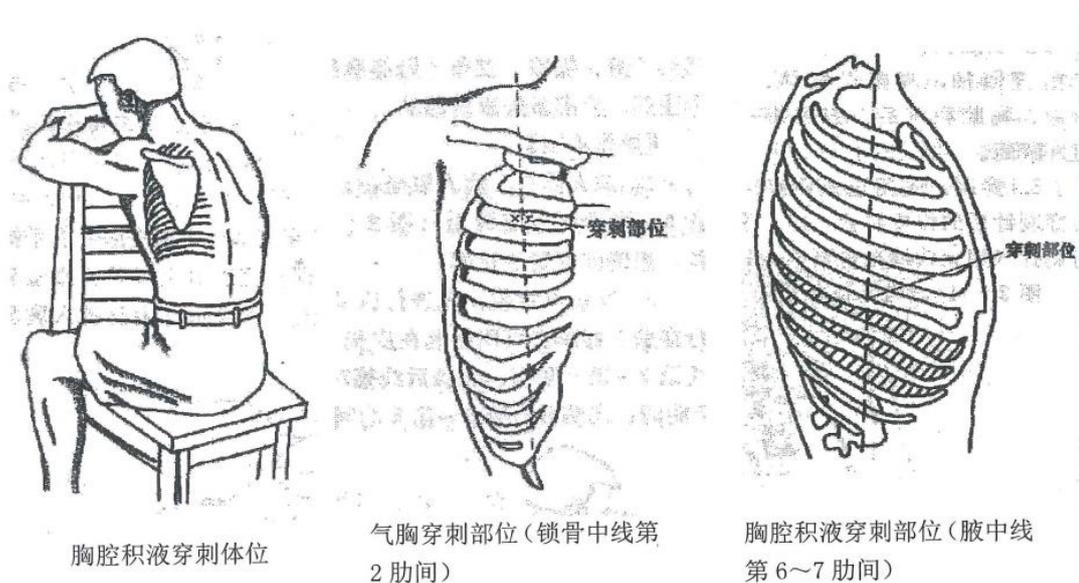
- 1、了解、熟悉病人病情，做必要的体格检查。
- 2、与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。
- 3、准备器械：胸腔穿刺包、无菌胸腔引流管及引流瓶、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。
- 4、给患者测量血压，术者洗手，戴口罩、帽子。

（三）操作方法

- 1、嘱患者取坐位面向椅背，两前臂置于椅背上，前额伏于前臂上。不能起床者可取半坐位，患侧前臂上举抱于枕部。
- 2、穿刺点选在胸部叩诊实音最明显部位进行，胸液较多时一般常取肩胛

线或腋后线第 7~9 肋间：有时也选腋中线第 6~7 肋间或腋前线第 5 肋间为穿刺点。包裹性积液可结合 X 线或超声检查确定，穿刺点用蘸甲紫（龙胆紫）的棉签在皮肤上标记。气胸抽气减压：一般选取患侧锁骨中线第 2 肋间偏外侧或腋中线 4~ 5 肋间。因为肋间神经及动静脉沿肋骨下缘走行，故应经肋骨上缘穿刺以避免损伤神经和血管。

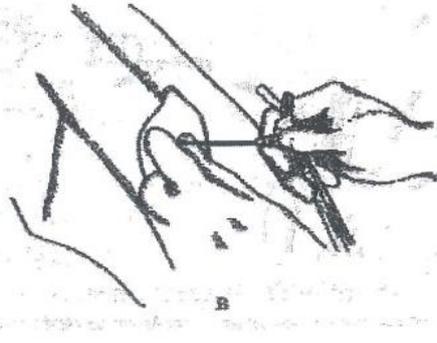
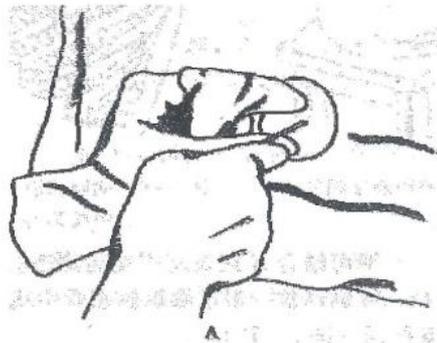
3、常规消毒皮肤，戴无菌手套，覆盖消毒洞巾。检查器械。



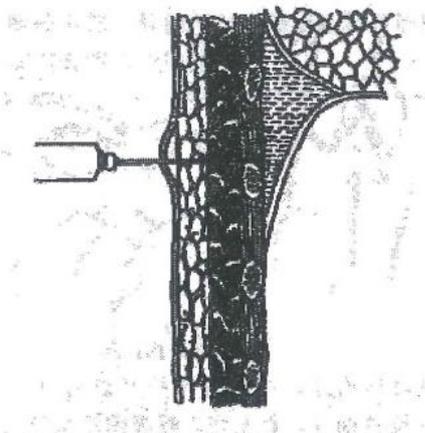
4、用 2%利多卡因在下一肋骨上缘的穿刺点自皮至胸膜壁层进行局部浸润麻醉。一手持纱布，另一手操作。麻醉时注意事项： 1.麻醉剂字面向上，双人核对； 2.针头勿与瓶口周围接触； 3.注射之前将气泡排尽。

5、术者以左手示指与中指固定穿刺部位的皮肤，右手将穿刺针（针尾橡皮管用血管钳夹住）沿麻醉处肋骨上缘缓缓刺入，当针锋抵抗感突然消失时，示已穿过胸膜壁层，如未见胸水，可给予橡皮管一定负压，明确是否有胸水，取注射器接上橡皮管，松开血管钳，进行抽液。助手抽水，避免接触无菌器械，操作者固定穿刺针以防刺入过深损伤肺组织。记录液量并送检（常规、生化、免疫、病原学及病理检查等）。

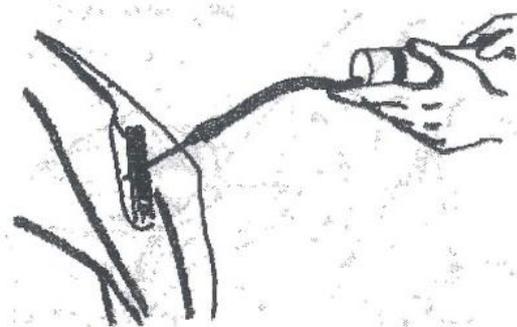
6、抽液结束拔出穿刺针，覆盖无菌纱布，稍用力压迫片刻，消毒，用胶布固定后嘱患者静卧 2 小时，保持伤口干燥 3 天。再次测量血压。



胸膜腔穿刺手法



穿刺针进入肋间隙抽出胸腔积液



针头固定，抽液

(四) 注意事项

1、操作前应向患者说明穿刺的目的，消除顾虑：对精神紧张者，可于术前半小时给地西半（安定）10mg，或可待因 30mg 以镇静止痛。

2、在穿刺过程中嘱患者应避免咳嗽和说话，若有不适举手示意。操作中应密切观察患者的反应，如有头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部有压迫感或剧痛、昏厥等胸膜过敏反应；或出现连续性咳嗽、气短、咳泡沫痰等现象时，立即停止抽液，平静休息片刻，并皮下注射（常取上臂三角肌下缘处）0.1%肾上腺素 0.3-0.5ml，或进行其他对症处理。

3、一次抽液不可过多、过快，诊断性抽液 50-100ml 即可；减压抽液，首

次不超过 600ml，以后每次不超过 1000ml；气胸一般第一次不超过 1000ml，以后每次不超过 1200ml。如为脓胸，每次尽量抽净。疑为化脓性感染时，助手用无菌试管留取标本，行涂片革兰染色镜检、细菌培养及药敏试验。检查瘤细胞，至少需 100ml，并应立即送检，以免细胞自溶。

4、严格无菌操作，操作中要防止空气进入胸腔，始终保持胸腔负压。

5、应避免在第 9 肋间以下穿刺，以免穿透膈损伤腹腔脏器。

6、凝血缺陷、出血性疾病和服用抗凝药物治疗者，应做相应处理后再行此术。

7、胸穿部位的麻醉要充分，以防过于疼痛引起胸膜休克的发生。

8、穿刺应紧贴肋骨上缘进针，以免刺伤肋间血管和神经。并使针、乳胶管或三通开关、针筒等保持密闭，以免空气进入胸内造成气胸。

9、穿刺要细心，手法应熟练，消毒应严格，以免引起新的感染、气胸、血胸或误伤血管、心脏、肝脏和脾脏。

10、须向胸腔内注射药物时，抽液后接上备好的盛有药液的注射器，抽胸液少许与药液混合，再行注入，以确保注入胸腔内。

（五）并发症和处理原则

1、血胸：可能因穿刺部位不正确，刺破肋间动静脉所致，有时原因不明。

处理：①如抽胸水过程中发现胸膜腔出血，应停止抽胸水。②向病侧卧。③观察病员脉搏、血压、每小时 1-2 次，如 4 小时后无变化，即可延长观察时间。

④以后仍可继续抽胸水。

2、气胸：系针头后皮管未夹紧，漏入空气或因穿破脏层胸膜所致。处理：按气胸多少加以处理。由于皮管未夹紧而漏入之空气，尽量争取抽出，因穿破

脏层胸膜所致者，按自发性气胸处理。

3、穿刺口出血：用消毒纱布按压及胶布固定即可。

二、腹腔穿刺术

（一）适应症与禁忌症

适应症：

1、判定腹水性质，以便鉴别诊断；疑有内出血，如脾破裂、异位妊娠等，以确定有无积血积脓；

2、大量腹水有压迫症状、适当间歇放腹水以减轻症状；

3、腹腔内给药。

禁忌症：

躁动、不能合作、有肝性脑病先兆、电解质严重紊乱、结核性腹膜炎粘连包块、包虫病、卵巢囊肿者。

（二）术前准备

1、了解、熟悉病人病情，做必要的体格检查，包括患者生命体征的测量，腹围的测量及腹部叩诊等。

2、与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。

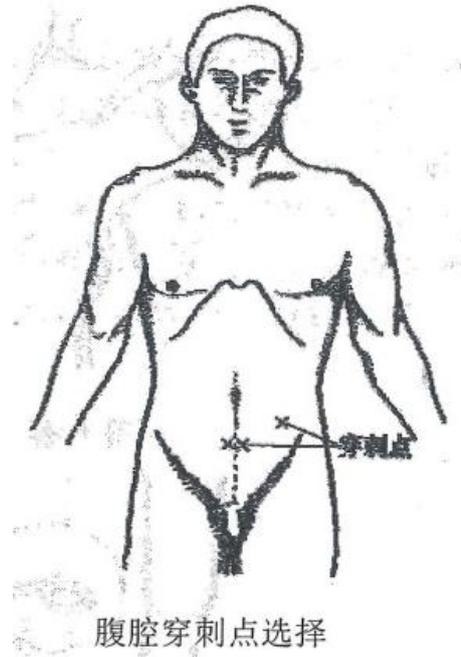
3、准备器械：腹腔穿刺包、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。

4、穿刺前嘱患者须排空小便，以免穿刺时损伤膀胱。给患者测量血压，测腹围，洗手，戴口罩、帽子。

（三）操作方法

1、患者可采用坐位、半卧位、平卧位或侧卧位。对疑有腹腔内出血或腹水量少者行诊断性穿刺时，最好采取侧卧位。

2、穿刺点应以叩浊部为准。①一般选择左下腹脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 交点，此处不易伤及腹壁动脉，肠管较游离亦不易损伤。②也可选脐与耻骨联合连线中点的上方 1.0cm、偏左或偏右 1.5cm 处，此穿刺点无重要器官且易愈合。③侧卧位穿刺点在脐水平与腋中线或腋前线相交处，此处常用于诊断性穿刺。④如仅少量积液，尤其是包裹性分隔时，必须在 B 超定位后或 B 超指示下穿刺。



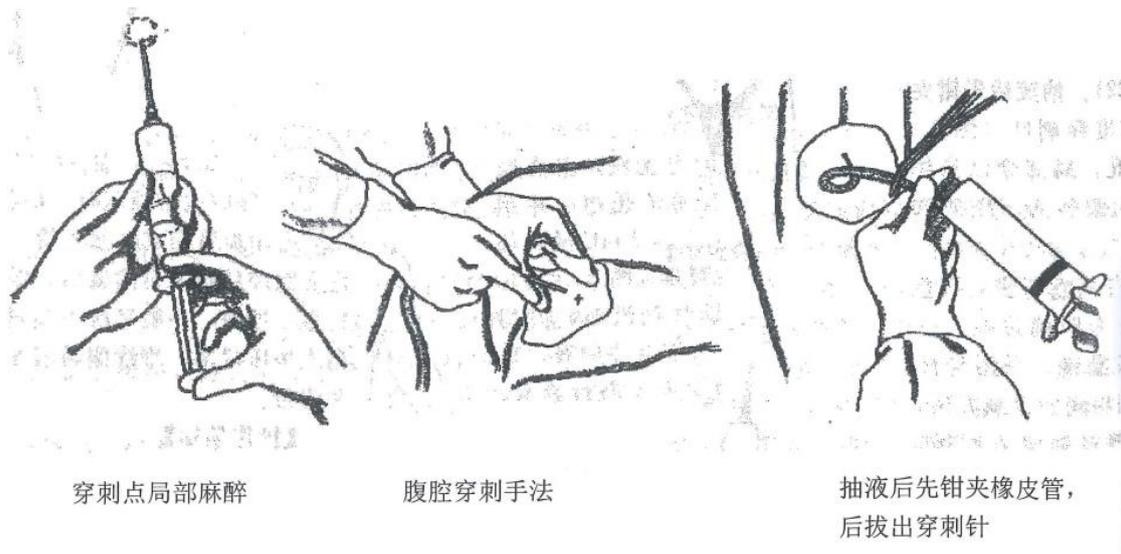
3、常规消毒，戴无菌手套，盖消毒洞巾，检查器械。用 2%利多卡因自皮肤至腹膜作局部浸润麻醉，一手持纱布，另一手操作。麻醉时

注意事项：1.麻醉剂字面向上，双人核对;2.针头勿与瓶口周围接触;3.注射之前将气泡排尽。

4、操作者用左手的示指与中指或示指与拇指固定穿刺部位皮肤，右手持针经麻醉处垂直刺入腹腔，当进针阻力突然消失，表示针尖已进入腹腔，即可抽出腹水。大量腹水时，先垂直刺入腹壁，再倾斜 45° -60° 进入 1-2cm，再垂直刺入腹膜。如诊断性穿刺，则可用 20ml 或 50ml 注射器及适当针头行直接穿刺抽液。如目的是大量放液，则需用尾部连接橡皮管的穿刺针进行操作，操作者固定穿刺针以防刺入过深，以输液夹夹持胶管，调节放液速度，腹水放出后应记量、送检。

5、穿刺结束后拔出穿刺针，消毒，覆盖消毒纱巾，以手指压迫穿刺点数分钟，胶布固定。大量放腹水后，患者应束以多头腹带，避免因腹部压力骤降，内脏血管扩张，导致回心血量减少而引起血压下降或休克。

6、术后嘱病人平卧，休息 1-2 小时，避免朝穿刺侧卧位，保持伤口干燥，术后再次量血压和测腹围。



（四）注意事项

- 1、穿刺前应嘱患者排尿，以免刺破膀胱。
- 2、穿刺点应避开炎症感染局部。
- 3、术中严格无菌操作。
- 4、穿刺大量腹水的患者，应将其腹部皮肤向外向下拉，或穿刺针进入皮肤后，斜行穿经腹肌进入腹腔。拔针后可使皮肤针眼与腹肌针眼错开，以防腹水沿针眼外溢。
- 5、进针不宜太深，以免伤及肠管。
- 6、腹腔内积液为血性时，只能取少量做检查用，禁忌抽吸或放液。
- 7、穿刺时要密切观察患者一般情况、血压、脉搏和呼吸等，如有头晕、

心悸、恶心、气短、脉搏增快及面色苍白等，应立即停止操作，并作适当处理。

8、穿刺后腹水流出不止者，可用火棉胶封闭。

9、穿刺放出腹水时，宜将预先包扎在腹部的多头带逐步收紧，以防腹内压力骤减而发生休克。一次放液量不宜过多。

10、大量放腹水可能引起电解质紊乱，血浆蛋白大量丢失，除特殊情况外一般不予放液。初次放液不得超过 1000ml 以后每次不得超过 3000ml（如有腹水回输设备则不在此限）。血性腹水留取标本后应停止放液。

11.肝功能不良者放腹水要慎重，以免诱发肝昏迷。肝硬化患者一般一次不宜超过 3000ml。

12、诊断性穿刺针头不宜过细，否则易得假阴性结果。

13、术后仰卧休息 12 小时。放液前后均应测量腹围、血压、脉搏，检查腹部体征，以观察病情变化。穿刺结束后测定腹水量。

三、骨髓穿刺术

（一）适应症与禁忌症

适应证：

1、确定贫血类型，如再生障碍性贫血、巨幼红细胞贫血等。

2、确定白血病的诊断及类型，如急、慢性白血病（粒细胞、单核细胞及淋巴细胞等）。

3、协助诊断血小板减少性紫癜，鉴别急性或慢性、成熟障碍型或再生障碍型。

4、协助诊断恶性组织细胞病、淋巴肉瘤细胞性白血病、多发性骨髓瘤等

5、各种原因不明的贫血，粒细胞减少、血小板减少或全血细胞减少。

6、原因不明的淋巴结或脾脏肿大者，或/和不规则发热，疑有疟疾、黑热病、伤寒或某种败血症可能时。

7、类白血病反应与慢性粒细胞性白血病鉴别时。

8、疑有骨髓纤维化或骨髓转移肿瘤时。

9、经过治疗的白血病、贫血等，观察治疗的效果并进行治疗前后的对比。

禁忌证：

血友病及凝血障碍性贫血。

（二）术前准备

1、了解、熟悉病人病情，做必要的体格检查。

2、与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。

3、准备器械：骨髓穿刺包、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。

4、术者洗手，戴口罩、帽子。

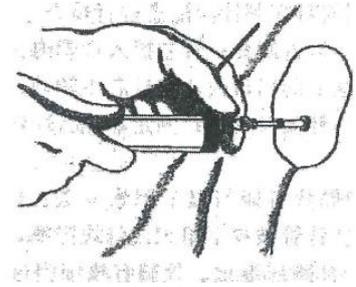
（三）操作方法

1、选择穿刺部位

（1）髂前上棘（常用于成人、2岁以上儿童），位于髂前上棘后 1~2cm，此处骨面相对较平，易于固定，便于穿刺，无危险。体位--成人仰卧位，小儿侧卧位

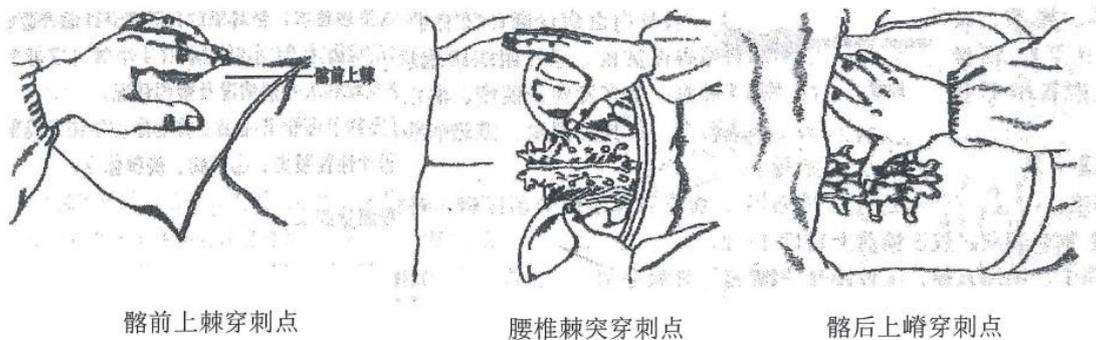
（2）髂后上棘（常用于成人、2岁以上儿童），骶骨两侧髂骨上缘下 6-8cm 与脊椎旁开 2-4cm 交点处。此处骨皮质薄，骨髓腔大，容易刺入。穿刺在身后，患者看不见而不易害怕，故列为首选。体位——俯卧位

(3) 胸骨（常用于 2 岁以下儿童，或再障者）：位于胸骨柄或胸骨体相当于第 1~2 肋间隙与胸骨中线相交处，因胸骨较薄（约 1.0cm），其后为心房和大血管，故应防止穿通胸骨发生意外。但由于胸骨内骨髓含量丰富，当其他部位穿刺失败时，仍需作胸骨穿刺。仰卧位，肩部垫软枕，头后仰并转左侧，使胸部略高。体位——仰卧位

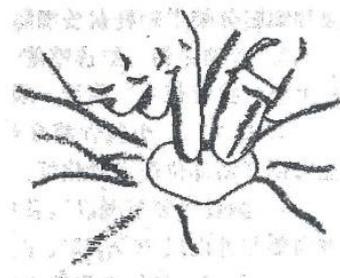


(4) 腰椎棘突（均适用）：位于腰椎棘突处，一般取第 3、4 腰椎棘突（第 11、12 胸椎成第 1、2、3 腰椎）为穿刺。体位——病人反坐靠椅背，双臂交叉与椅背，头枕与臂上，背部尽量后突。

(5) 胫骨（仅适用于 2 岁以下患儿）：胫骨结节平面下 1cm 或胫骨上、中 1/3 交界处之前内侧面胫骨处。体位——仰卧位，固定下肢。



2、常规消毒皮肤，带无菌手套、铺消毒洞巾，检查器械。用 2%利多卡因作局部浸润麻醉直至骨膜，手持纱布，另一手操作。麻醉时注意事项：（1）麻醉剂字面向上，双人核对；（2）针头勿与瓶口周围接触；（3）注射之前将气泡排尽。



3、将骨髓穿刺针固定器固定在适当长度上（胫骨穿刺约 1.5cm，肥胖者可适当放长，胸骨柄穿刺

约 1.0cm)，以左手拇、示指固定穿刺部位皮肤，右手持针与骨面垂直刺入（若为胸骨柄穿刺，用空针抽，针头与骨面成 30-40 度角，如果用骨穿针则垂直），当穿刺针接触到骨质后则左右旋转，缓缓钻刺骨质，当感到阻力消失，且穿刺针已固定在骨内时，表示已进入骨髓腔。

4、用干燥的 20ml 注射器，将内栓退出 1cm 预留空气在注射器内，拔出针芯，接上注射器，用适当力度缓慢抽吸，可见少量红色骨髓液进入注射器内，骨髓液抽吸量以 0.1~0.2ml 为宜，充满注射器乳头部即可，取下注射器，将骨髓液推于玻片上，由助手迅速制作涂片 5~6 张，送检细胞形态学及细胞化学染色检查。小儿尤其是婴幼儿常选用 10ml 一次性空针穿刺胸骨柄，针头斜面向头面部分，穿刺针垂直刺入皮肤后斜向头面部，与胸骨成 35~45° 角刺入胸骨柄 0.2~0.4cm，直接抽吸骨髓 0.1~0.2ml，涂片送检。

5、如需作骨髓培养，再接上注射器，抽吸骨髓液 2~3ml 注入培养液内。

6、如未能抽得骨髓液，可能是针腔被皮肤、皮下组织或骨片填塞，也可能是进针太深或太浅，针尖未在髓腔内，此时应重新插上针芯，稍加旋转或再钻入少许或再退出少许，拔出针芯，如见针芯上带有血迹，再行抽吸可望获得骨髓液。如仍吸不出骨髓成分或吸出少许稀薄血液，则称为干抽，此种情况多见于骨髓纤维化、恶性组织细胞病、恶性肿瘤骨髓转移等，需要更换其他部位再穿。

7、抽吸完毕，插入针芯，轻微转动拔出穿刺针，随将消毒纱布盖在针孔上，稍加按压，伤口消毒一遍，覆盖干净的无菌纱布，用胶布加压固定。

8、术后嘱病人安静休息，伤口 72 小时保持干燥。做好标记并及时送检骨髓片。

9、在患者耳垂做外周血采血涂片以作对照，并做好标记。

（四）注意事项

1、术前应作凝血时间检查，有出血倾向者应特别注意。

2、注射器与穿刺针必须干燥，以免发生溶血。

3、穿刺针进入骨质后避免摆动过大，以免折断。胸骨柄穿刺不可垂直进针，不可用力过猛，以防穿透内侧骨板。

4、抽吸骨髓液时，逐渐加大负压，作细胞形态学检查时，抽吸量不宜过多，否则使骨髓液稀释，但也不宜过少。如临床疑有败血症，则于骨髓涂片后，再接上注射器抽取骨髓液 1.0ml，送骨髓培养。

5、骨髓液抽取后应立即涂片，否则会很快发生凝固，致涂片失败。

6.如穿刺过程中，感到骨质坚硬、穿不进髓腔，提示可能是大理石骨病，应作骨骼 X 线检查，不可强行操作，以防断针。

7.送检涂片，除骨髓涂片外，应同时附送血片 2~3 张和病历接摘要申请单 1 份。

8.多次干抽时应进行骨髓活检。

四、腰椎穿刺

（一）适应证与禁忌症

适应症：

1、用于检查脑脊液的性质，诊断脑膜炎、脑炎等中枢神经系统感染性疾病、脑血管病变、脑瘤等；

2、疑为颅内占位病变但颅内高压征象不明显；

3、原因不明的昏迷、抽搐等疾病；

- 4、可疑椎管内病变确定有无椎管阻塞，蛛网膜下腔是否阻塞；
- 5、气脑、脊髓腔造影；
- 6、测定颅内压力；
- 7、药物鞘内注射或治疗性放脑脊液。

禁忌症：

颅内压明显增高，特别是后颅凹占位病变；穿刺部位皮肤有明显感染；硬膜外脓肿；血小板减少或出血倾向；穿刺部位腰椎有畸形或骨质破坏；病人垂危或处于休克期，有颅底骨折脑脊液漏者。

（二）术前准备

- 1、了解、熟悉病人病情，做必要的体格检查。
- 2、与病人家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症及应对措施，并签署知情同意书。
- 3、准备器械：腰椎穿刺包、脑压表、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布及胶布。
- 4、给患者测量血压，术者洗手，戴口罩、帽子

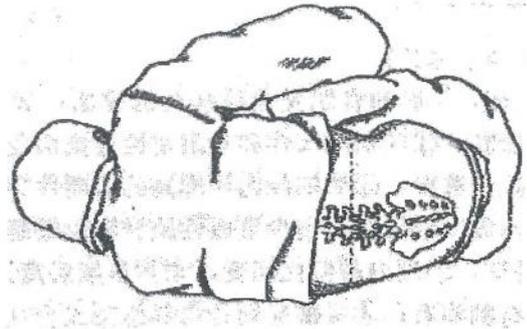
（三）操作方法

1、体位：患者多取卧位，侧卧于硬板床边，背部与床沿垂直，头向前胸部屈曲，两手抱膝紧贴腹部，使躯干呈弓形。或由助手立于术者对面，用一手搂住患者头部，另一手搂住双下肢腘窝处并用力抱紧，使脊柱尽量后突，以增加椎间隙宽度，便于进针。

2、确定穿刺点，以髂嵴连线与后正中线交会处为穿刺点，通常取第 3~4 腰椎棘突间隙，也可在上一个或下一个椎间隙进行。



腰椎穿刺体位



腰椎穿刺点（第3~4腰椎棘突间隙）

3、常规消毒皮肤，戴无菌手套、铺消毒洞巾，检查器械，以2%利多卡因自皮肤至推间韧带作局部浸润麻醉，一手持纱布，另一手操作。麻醉时注意事项：1) 麻醉剂字面向上，双人核对；2) 针头勿与瓶口周围接触；3) 注射之前将气泡排尽。

4、选择合适的穿刺针，成人一般选择9号或12号穿刺针，儿童一般选7号穿刺针。术者以左手拇、示二指固定穿刺点皮肤，右手持穿刺针以垂直背部方向缓慢刺入，针尖稍斜向头部、针体偏向臀部，成人进针深度为4~6cm，儿童为2~4cm。当针头穿过黄韧带与硬脊膜时，可感到阻力突然消失，此时将针芯缓慢拔出（以防脑脊液迅速流出，造成脑疝），即可见无色透明脑脊液流出。如无脑脊液流出应轻轻转动穿刺针使之深浅适宜。

5、当见到脑脊液即将流出时，接上测压管测量压力，准确读数，亦可计数脑脊液滴数估计压力（正常为70~180mmH₂O或40~50滴/min）。若压力不高，可令助手压迫一侧颈静脉约10s，然后再压另一侧，最后同时按压双侧颈静脉，若脑脊液压力迅速升高-倍左右解除压迫后10~20s，又迅速降至原来水

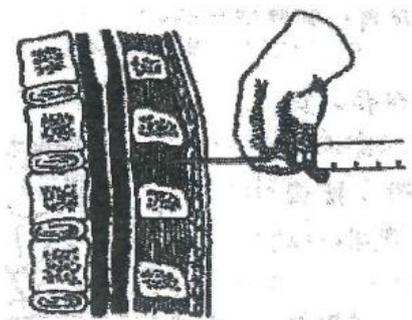
平，表示蛛网膜下腔通畅，若压迫静脉后压力不升高，表示蛛网膜下腔完全阻塞，若压迫后压力缓慢上升，放松后又缓慢下降，表示不完全阻塞。凡颅内压增高者，禁用此试验。

6、撤除测压管，收集脑脊液 2-5ml，送验常规、生化及细菌培养等（第一管不要送常规）。尽快送检，以防细胞崩解。

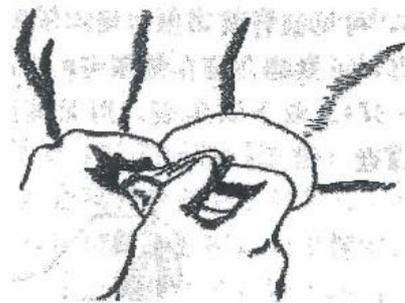
7、如作脑膜白血病治疗，通常以 4ml 生理盐水稀释氨甲喋呤(MTX)10mg，加地塞米松 5mg，缓慢椎管内注射，边推边回抽，用脑脊液不断稀释药物浓度，通常在 10min 内注射完毕。

8、术毕将针芯插入后一起拔出穿刺针，消毒，覆盖消毒纱布，胶布固定。

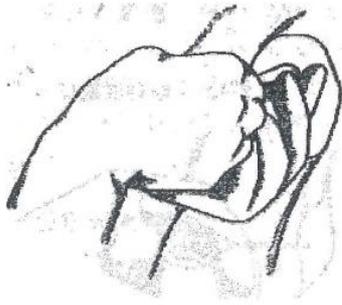
9、术后去枕仰卧 4~6h，多饮盐开水，可避免术后低颅压性头痛。测血压并观察病情变化。



局部浸润麻醉



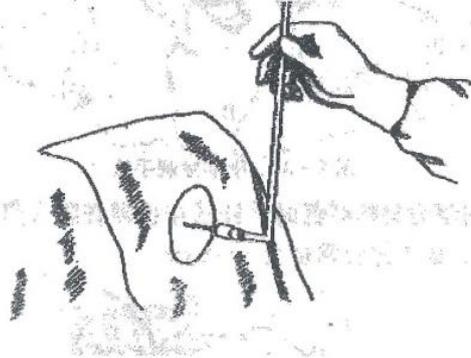
腰椎穿刺手法



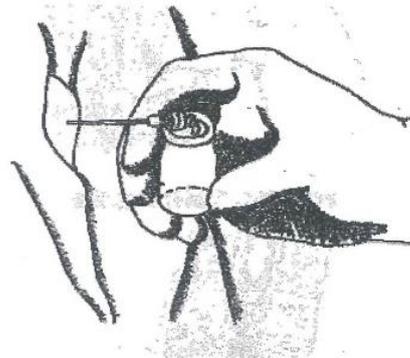
穿刺进针手法



插入腰穿针至蛛网膜下腔



脑脊液测压



收集脑脊液

(四) 注意事项

1、严格掌握禁忌证，穿刺部位有炎症时不宜穿刺。凡疑有颅内压升高者必须先做眼底检查，如有明显视乳头水肿或有脑疝先兆者，禁忌穿刺。若必须穿刺，应先脱水治疗然后再用细针穿刺，针芯拔出时要慢，勿将针芯完全拔出。凡患者处于休克、衰竭或濒危状态，以及局部皮肤有炎症、颅后窝有占位性病变者均列为禁忌。在后两种情况，又必须进行脑脊液检查时，可行小脑延髓池穿刺。

2、穿刺时患者如出现呼吸、脉搏、面色异常等症状时，应立即停止操作，并作相应处理。

3、鞘内给药时，应先放出等量脑脊液，然后再等量置换性注入药液。

4、穿刺时应严格执行无菌操作。

无菌技术与基本手术操作规范

手或臂部皮肤有破损或有化脓性感染时，不能参加手术。

进入手术室之前，要先剪短指甲，并去除甲缘下的积垢。

进入手术室应换洗手衣，戴口罩帽子，口罩必须遮住口鼻，帽子须完全收纳头发。

肥皂刷洗，乙醇浸泡洗手法

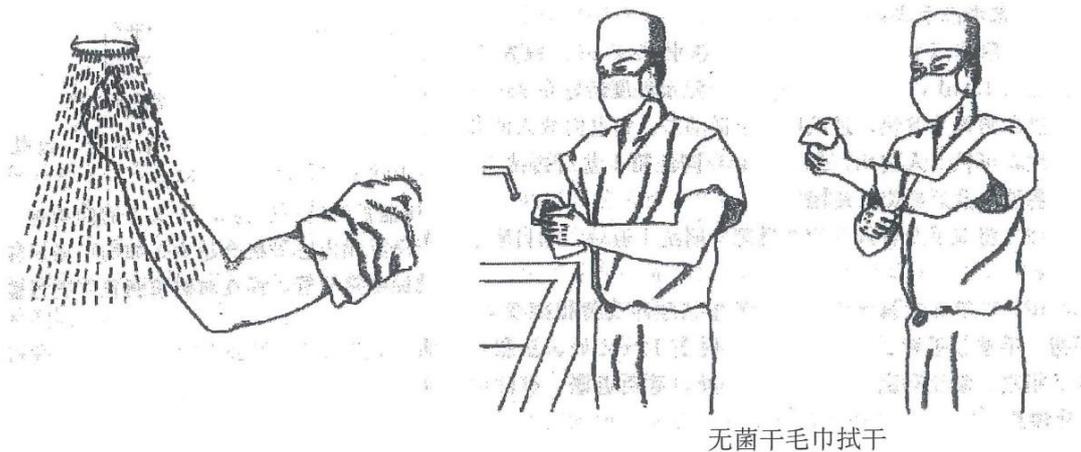
1、洗手前需将洗手衣袖口挽至肘上 10cm 以上。手术者先用肥皂作一般的洗手，用流水冲净后再用无菌毛刷蘸浓肥皂水按以下顺序彻底、无遗漏地刷洗手和臂：先刷指尖，然后刷手、腕、前臂、肘部至上臂下 10cm，两手臂交替刷洗，每刷洗 3 分钟用清水冲洗一次，共 3 次，10 分钟左右。特别要注意甲缘、甲沟、指蹼、腕、肘部等处的刷洗。一次刷完后，手指朝上肘朝下，用清水冲去手臂上的肥皂水。3 次结束后用无菌毛巾从手到肘部擦干手及臂，擦过肘部的毛巾不可再擦手部。

2、将双手至上臂下 6cm 浸泡在盛 70%乙醇的桶内 5 分钟，注意手臂不可碰触乙醇桶口。浸泡毕，晾干。双手保持于胸前半伸位（拱手姿势，手臂不应下垂），不可再接触未经消毒的物品，否则应重新浸泡消毒。进入手术间穿手术衣，戴手套。

肥皂洗刷，碘伏洗手法

1.按肥皂液刷手法的顺序和范围、步骤刷手一次，清水冲净。用无菌毛巾擦干。

2.用浸透 0.5%碘伏的纱布涂擦手和前臂 2 遍（同刷手顺序），稍晾干后穿手术衣和戴手套。



连续手术洗手法，无菌干毛巾拭干

1、结束一台手术后，先洗去手套上的血迹，由他人解开衣带，将手术衣向前翻转脱下：脱衣袖时顺带将手套上部翻转于手上，右手伸入左手手套反折部之外圈中脱下该手套，左手拿住右手套内面脱去该手套（先脱右手套也可）。

2、如果手未沾染血迹，重用消毒肥皂水刷手、臂 3 分钟，消毒液浸泡消毒后，再穿手术衣，戴手套。如果手已沾染血迹，应重新彻底刷手、臂和浸泡消毒。

3、注意在施行污染手术后，接下一台手术应重新彻底制乐臂和漫泡消毒。

急诊手术洗手法

若非特别紧迫的手术，应按上述方法进行彻底的手和手臂的消毒：在紧急情况下，优先采用碘伏洗手法，可节约时间；无此条件者可用 3%~5% 的碘酒涂擦双手及前臂，再用 70% 的酒精棉球涂擦 1~2 遍，即可戴无菌手套。若要穿手术衣，应将袖口留在手套腕部外面，然后再戴一副手套。

穿手术衣

1、穿传统无菌手术衣

从器械台上取出已消毒的手术衣，面对无菌手术台，提起衣领两角，将手

术衣轻轻抖开，注意勿将衣服外面对向自己或触碰到其他有菌物品或地面。轻轻抛起衣服，顺势将两手插入衣袖内，两臂前伸，不可将手超出无菌区范围，让（巡回护士或助手）从背后协助穿上。最后双臂交叉提起腰带向后递，由（巡回护士或助手）在身后将带系紧。

2、穿包背式无菌手术衣

包背式无菌手术衣穿衣方法基本同上，只是当术者穿上手术衣、带好无菌手套后，器械护士将腰带递术者自己系扎，包背式手术衣的后叶盖住术者的身后部分使其背后亦无菌。

注意穿好手术衣后，双手半伸置于胸前，避免碰触周围的人或物。不可将手置于腋下、上举或下垂。注意手术衣的无菌范围为：肩以下，腰部以上，两侧腋中线之前。



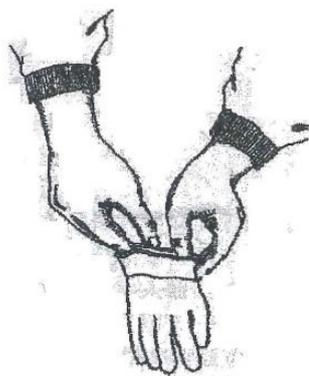


助手将腰带递给术者自己系扎 手术衣后背盖在术者身后部分

戴手套

目前多数医院都采用经高压蒸气灭菌的干手套，较少使用消毒液浸泡的湿手套。没有戴无菌手套的手，只允许接触手套套口的向外翻折部分，不能碰到手套外面。

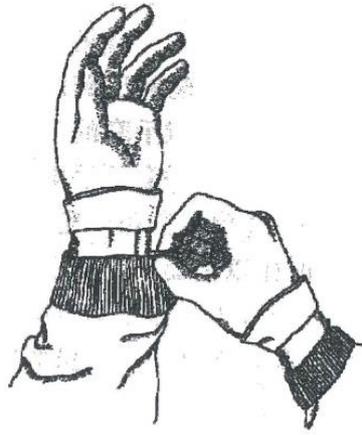
1、戴干手套法：先穿手术衣后戴手套。取出手套夹内无菌滑石粉包，轻轻敷擦双手，使之干燥光滑。用左手自手套夹内捏住手套套口翻折部，将手套取出，在无菌区内，先用右手插入右手手套内，注意勿触及手套外面；再用已戴好手套的右手指插入左手手套的翻折部，帮助左手插入手套内。已戴手套的右手不可触碰左手皮肤。将手套翻折部翻回手术衣袖口。用无菌盐水冲净手套外面的滑石粉。



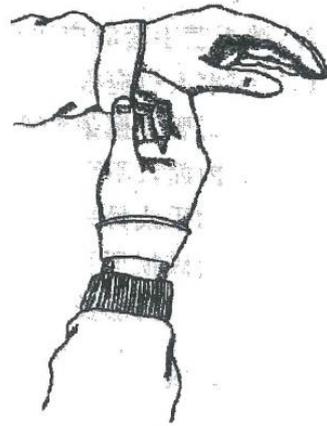
先戴右手手套



戴好手套的右手插入左手手套的反折部

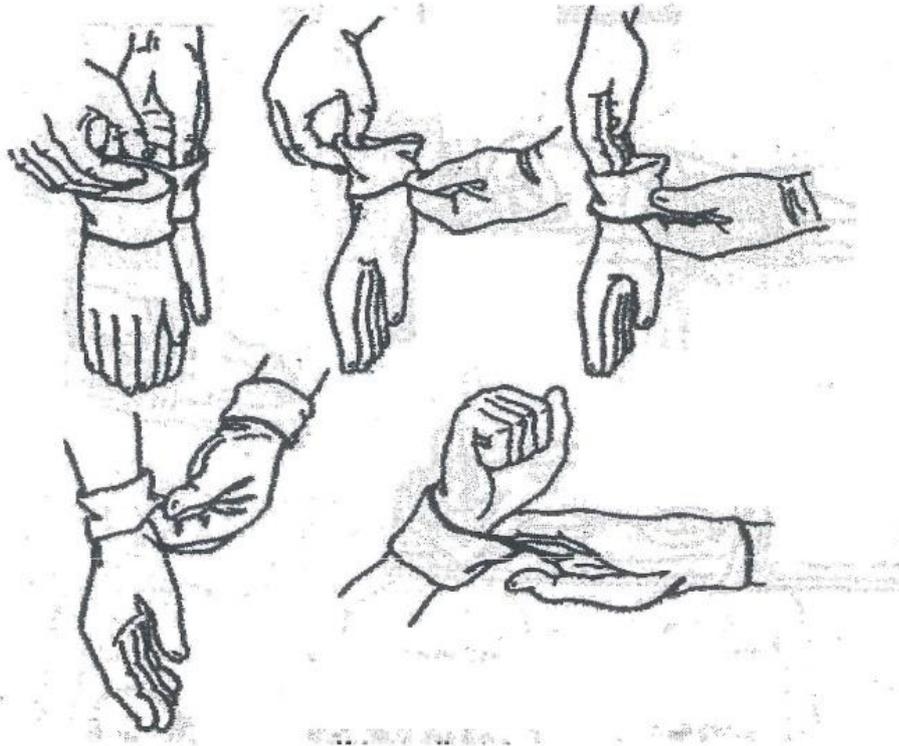


戴左手手套



左手手套反折部翻回

2、戴湿手套法：先戴手套后穿手术衣，手套内要先盛放适量的无菌水，使手套撑开，便于戴上。戴好手套后，将手腕部向上稍举起，使水顺前臂沿肘流下，再穿手术衣。



带湿无菌手套

消毒

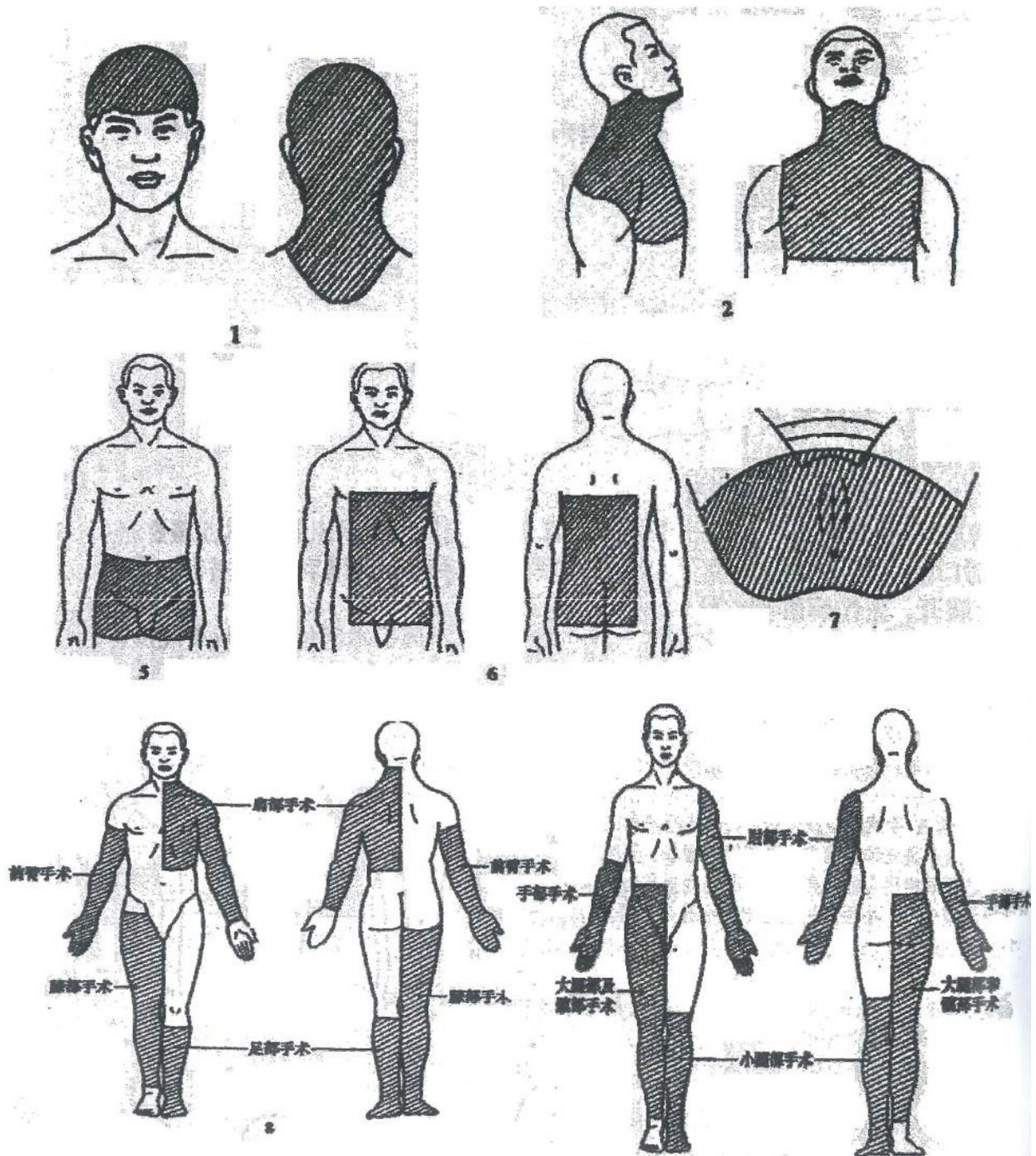
消毒应在手、臂消毒后，尚未穿手术衣戴手套之前进行，具体步骤为：

- 1、助手从器械护士手中接过盛有浸蘸有消毒液纱布或棉球的消毒碗盘与敷料钳。
- 2、第一遍消毒由手术区中心开始，逐步向外周扩展，无遗漏，无返回的涂布整个消毒区，注意消毒液不能浸蘸过多，以免引起周围皮肤粘膜的刺激与损伤。
- 3、待第一遍消毒液晾干后，以同样的方法消毒第二遍，不能超过第一次消毒范围。
- 4、待第二遍消毒液晾干后，换消毒钳以同样的方法消毒第三遍。
- 5、手不可碰到手术区。皮肤消毒完毕，铺无菌巾单，然后双手再浸泡于洗手消毒液中 3 分钟。

[注意事项]

- 1、如皮肤上有较多油脂或胶布粘贴的残迹，可先用汽油或松节油拭去。然后用 2.5~3% 碘酊涂擦皮肤，待碘酊干后，以 70% 酒精涂擦两遍，将碘酊擦净。
- 2、另一种消毒方法是用 0.5% 碘尔康溶液或 1：1000 新洁尔灭溶液涂擦两遍。
- 3、对婴儿、面部皮肤、口腔、肛门、外生殖器等部位，可选用刺激性小、作用较持久的 0.75% 吡咯烷酮碘消毒。在植皮时，供皮区的消毒可用 70% 酒精涂擦 2~3 次。
- 4、涂擦上述药液时，应由手术区中心部向四周呈叠瓦状涂擦，勿留空白区。如为感染伤口，或为肛门区手术，则应自手术区外周涂向感染伤口或会阴、肛门处。已经接触污染部位的药液纱布，不应再返擦清洁处；
- 5、手术区皮肤消毒范围至少要包括手术切口周围 15cm 的区域。如手术有延

长切口的可能，则应事先相应扩大皮肤消毒范围。



1、颅脑手术；2、颈部手术； 5、腹股沟和阴囊手术；
6、肾脏手术；7、会阴部手术；8、四肢手术

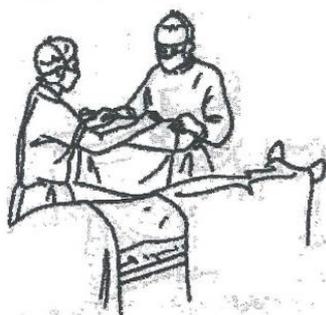
铺巾

手术区皮肤消毒后，由执行消毒的医师及器械护士协同做手术区域无菌巾

单的铺放，顺序是先铺无菌巾，再铺无菌单。无菌巾单的铺盖方法因手术部位而异，但总的原则是要求将病人的全身遮盖，准确地显露手术视野。一般无菌手术切口周围至少要有四层无菌巾单。小手术用消毒巾、孔单即可。

以腹部手术为例：需消毒巾四块，薄膜手术巾一块，中单两条，剖腹单一条。铺盖步骤如下：

- 1、护士传递第一块消毒巾折边向着铺单者；
- 2、铺单者接第一块消毒巾，盖住切口的会阴侧；
- 3、第二块消毒巾盖住铺单者的对侧；
- 4、第三块消毒巾盖住切口的头侧；
- 5、第四块消毒巾盖住切口的铺单者贴身处；
- 6、将薄膜手术巾放于切口的一侧，撕开一头的防粘纸并向对侧拉开，可将薄膜手术巾覆盖于手术切口部位；
- 7、切口部位上、下各铺中单一条；
- 8、最后铺剖腹单，开口正对切口部位，先向上展开，盖住麻醉架，再向下展开，盖住手术托盘及床尾。



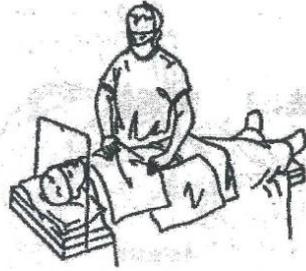
护士传递第一块消毒巾



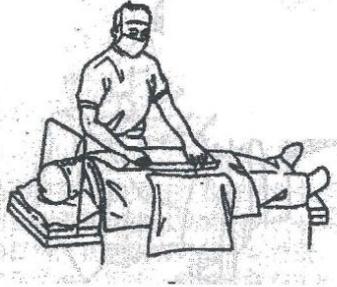
第一块消毒巾盖住切口下方



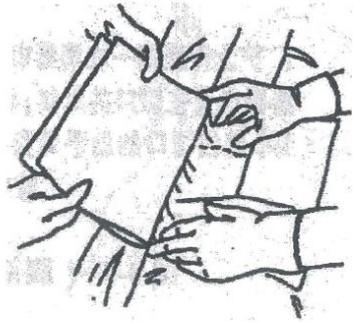
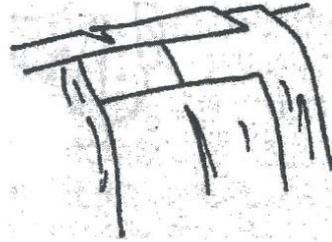
第二块消毒巾盖住下侧的对侧



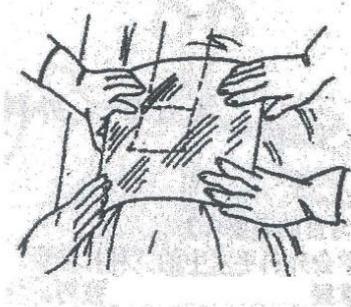
第三块消毒巾盖住切口的上方



第四块消毒巾盖住切口的助手贴身侧



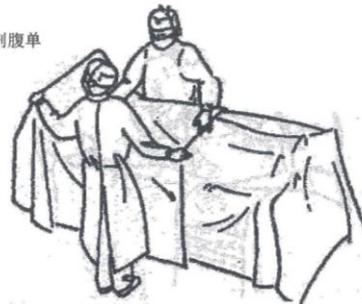
薄膜手术巾覆盖切口



切口上下各铺中单一条



铺剖腹单



[注意事项]

在手术区的皮肤粘贴无菌塑料薄膜的方法也很常用，皮肤切开后薄膜仍粘附在伤口边缘，可防止皮肤上尚存的细菌在术中进入伤口。

2、四块无菌巾，每块的一边双折少许，在切口每侧铺盖一块无菌巾，盖住手术切口周围，无菌巾距切缘 2~3cm。通常先铺操作者的对面，或铺相对不洁区（如下腹部、会阴部），最后铺靠近操作者的一侧，并用布巾钳将交角处夹住，以防止移动。

3、无菌巾铺下后，不可随便移动，如果位置不准确，只能由手术区向外移，而不应向内移动。

4.根据手术部位的具体情况，再铺中单或大单。大单有的头端应盖过麻醉架，两侧和足端部应垂下超过手术台边 30cm.

5、上、下肢手术，在皮肤消毒后应先在肢体下铺双层无菌中单布。肢体近端手术常用双层无菌巾将手（足）都包裹。手（足）部手术需在其肢体近端用无菌巾包绕。

缝合

缝合是将已经切开或外伤断裂的组织、器官进行对合或重建其通道，恢复其功能;是保证良好愈合的基本条件，也是重要的外科手术基本操作技术之一。不同部位的组织器官需采用不同的方式方法进行缝合。缝合可以用持针钳进行，也可徒手直接拿直针进行，此外还有皮肤钉合器，消化道吻合器，闭合器等。

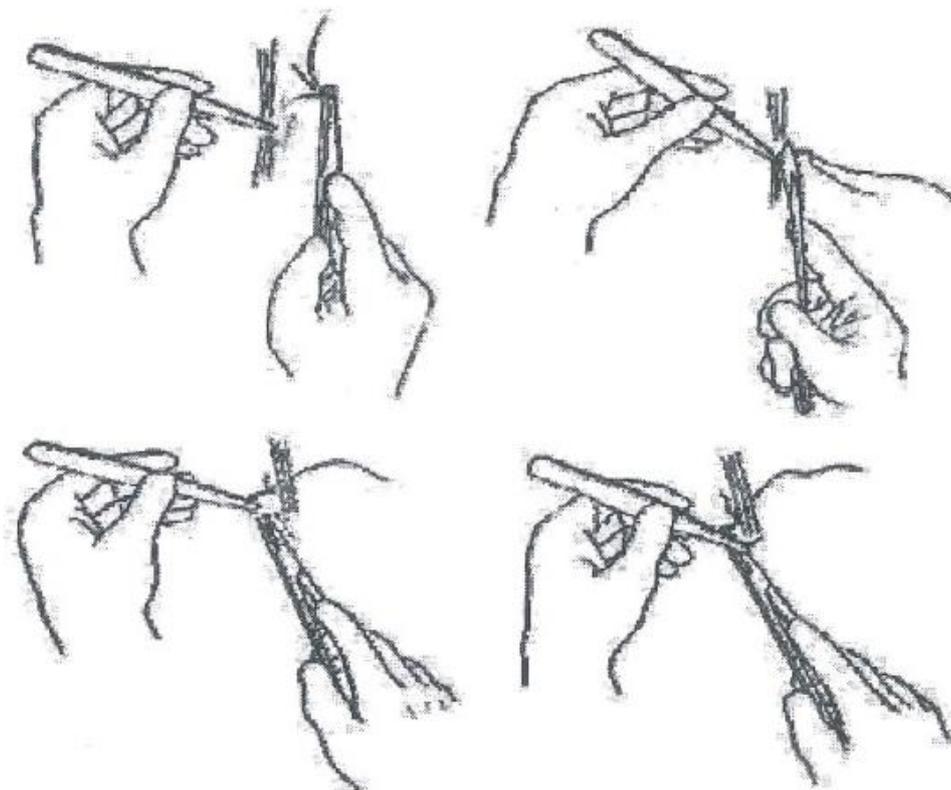
缝合的基本步骤，以皮肤间断缝合为例说明缝合的步骤：

(1) 缝合时左手执有齿镊，提起皮肤边缘，右手执持针钳，垂直皮肤，用

腕臂力由外旋进，顺针的弧度刺入皮肤，经皮下从对侧切口皮缘穿出。注意进针时针尖需与皮肤垂直。一般皮肤缝合时，进针点距离切缘 0.5cm，两针之间距离约 1.0cm。

(2) 拔针可用有齿镊固定针前端，同时持针器从针后部顺势前推。

(3) 出针、光针当针要完全拔出时，阻力已很小，可松开持针器，单用镊子夹针继续外拔，持针器迅速转位再夹针体（后 1/3 弧处），将针完全拔用由第一助手打结，第二助手剪线，完成缝合步骤。



缝合步骤 (1) 进针；(2) 拔针；(3) 出针；(4) 夹针

缝合的基本原则

1、缝合完成要对皮，要保证缝合创面或伤口的良好对合。缝合应分层进行，按组织的解剖层次进行缝合，使组织层次严密，不要卷入或缝入其他组织，不要留残腔，防止积液、积血及感染。缝合的创缘距及针间距必须均匀一致，这样看起来美观，更重要的是，受力及分担的张力一致并且缝合严密，不致于发生泄漏。

2、注意缝合处的张力。结扎缝合线的松紧度应以切口边缘紧密相接为准，不宜过紧，换言之，切口愈合的早晚、好坏并不与紧密程度完全成正比，过紧过松均可导致愈合不良。伤口有张力时应进行减张缝合，伤口如缺损过大，可考虑行转移皮瓣修复或皮片移植。

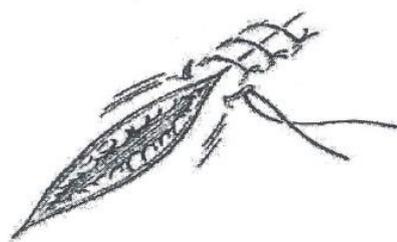
3、缝合线和缝合针的选择要适宜。皮肤伤口的缝合宜选择三角针，软组织的缝合一般选用圆针。无菌切口或污染较轻的伤口在清创和消毒清洗处理后可选用丝线，已感染或污染严重的伤口可选用可吸收缝线，血管的吻合应选择相应型号的不损伤针线。

常见缝合方法：

1.单纯缝合法：使切口创缘的两侧直接对合的一类缝合方法，如皮肤缝合。

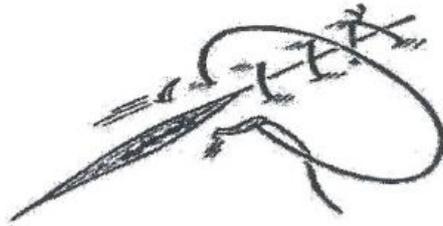
(1) 单纯间断缝合：操作简单，应用最多，每缝一针单独打结，多用在皮肤、皮下组织、肌肉、腱膜的缝合，尤其适用于有感染的创口缝合。

(2) 连续缝合法：在第一针缝合后打结，继而用该缝线缝合整个创口，结束前的



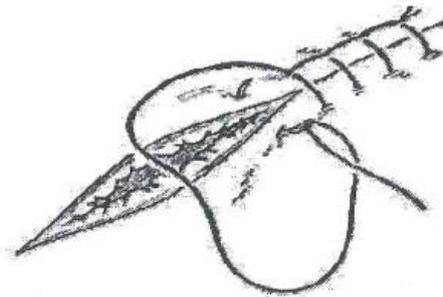
单纯间断缝合

一针，将重线尾拉出留在对侧，形成双线 with 重线尾打结。



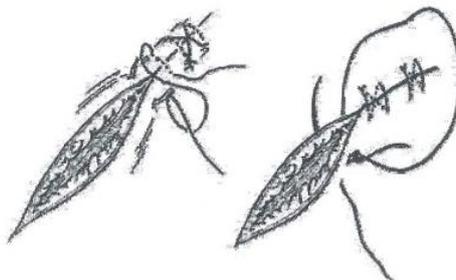
连续缝合法

(3) 连续锁边缝合法：操作省时，止血效果好，缝合过程中每次将线交错，多用于胃肠道断端关闭，皮肤移植时的缝合。



连续锁边缝合法

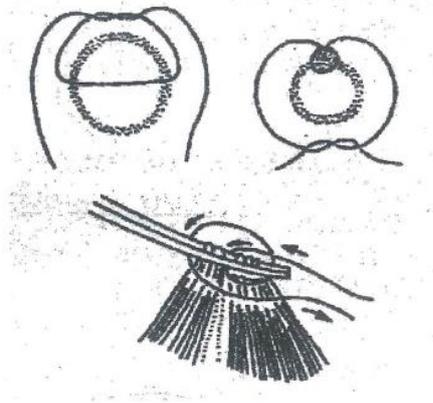
(4) 8 字缝合：由两个连续的间断缝合组成，缝扎牢固省时，如筋膜的缝合。



两种 8 字缝合法

(5) 贯穿缝合法：也称缝扎法或缝合止血法，此法多用于钳夹的组织较

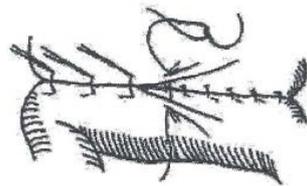
多，单纯结扎有困难或线结容易脱落时。缝合要点是术者将钳夹组织的血管钳平放。从血管钳深面的组织穿过缝针，依次绕进针点两侧的钳夹组织后收紧结扎。



贯穿缝合法

2.内翻缝合法：使创缘部分组织内翻，外面保持平滑如胃肠道吻合和膀胱的缝合。

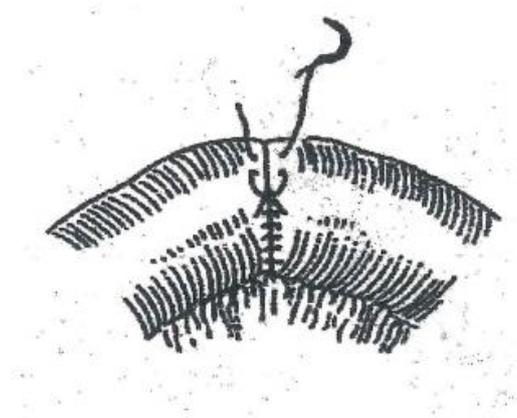
(1) 间断垂直褥式内翻缝合法：又称伦亨特（Lembert）缝合法，常用于胃肠道吻合时缝合浆肌层。其特点是缝线穿行方向与切缘垂直，缝线不穿透肠壁粘膜层。具体缝合方法是与距离一次切缘 0.4~0.5cm 处浆膜进针，缝针经浆肌层与粘膜层之间自同侧浆膜距离切缘 0.2cm 处引出，跨吻合口于对侧切缘 0.2cm 处浆膜进针，经浆肌层与粘膜层之间自距离切缘 0.4~0.5cm 处浆膜引出，打结后，吻合口肠壁自然内翻包埋。



间断垂直褥式内翻缝合法

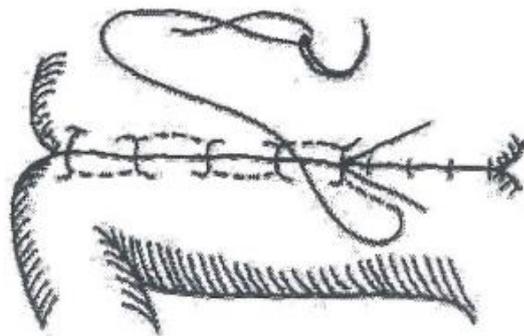
(2) 间断水平褥式内翻缝合法：又称何尔斯得（Halsted）缝合法，多用

于胃肠道浆肌层缝合。进针出针类似于 Connells 缝合做褥式缝合，缝针仅穿过浆肌层而不是全层，缝线穿行于浆肌层与粘膜层之间，缝一针打一结。



间断水平褥式内翻缝合法

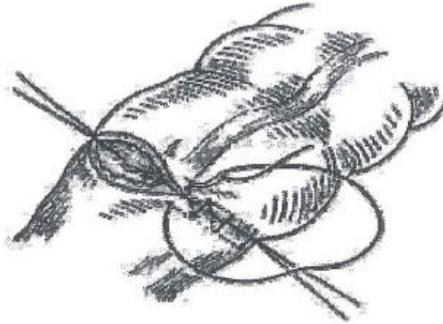
(3) 连续水平褥式浆肌层内翻缝合法：又称库兴氏 (Cushing) 缝合法，如胃肠道浆肌层缝合。缝合方法类似于 Connells 缝合，只是缝合的层次有所不同，这种方法的缝合仅穿过浆肌层而不是全层，缝针穿行于浆肌层与粘膜层之间。



连续水平褥式浆肌层内翻缝合法

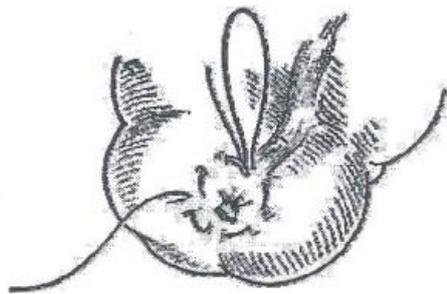
(4) 连续全层水平褥式内翻缝合法：又称康乃尔 (Connells) 缝合法，如胃肠道全层缝合。其方法是开始第一针做肠壁全层单纯对合缝合即从一侧浆膜进针通过全层，对侧粘膜进针浆膜出针，打结之后，距离线结 0.3-0.4cm 的一

侧浆膜进针穿过肠壁全层，再从同侧肠壁粘膜进针，浆膜出针引出缝线，缝线达对侧肠壁，同法进针和出针，收紧缝线使切缘内翻。如此缝合整个前壁后打结。同侧进针、出针点距离切缘 0.2cm，进针、出针点连线应与切缘平行。



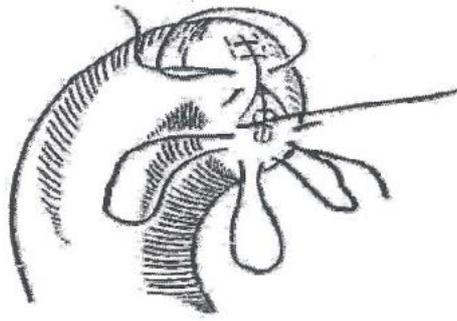
连续水平褥式全层内翻缝合法

(5) 荷包缝合法：在组织表面以环形连续缝合一周，结扎时将中心内翻包埋，表面光滑，有利于愈合。常用于胃肠道小切口或针眼的关闭、阑尾残端的包埋、造瘘管在器官的固定等。



荷包缝合

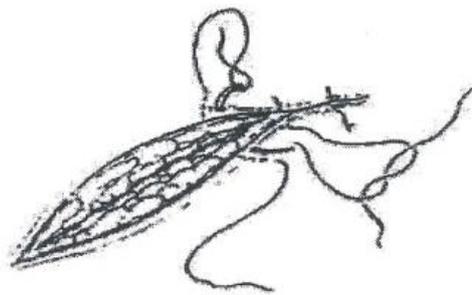
(6) 半荷包缝合法：常用于十二指肠残角部、胃残端角部的包埋内翻等。



半荷包缝合（十二指肠残端下角包埋）

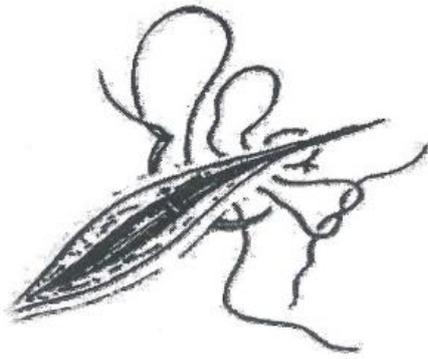
3、外翻缝合法：使创缘外翻，被缝合或吻合的空腔之内面保持光滑，如血管的缝合或吻合。

（1）间断垂直褥式外翻缝合法：如松弛皮肤的缝合。方法是距离切缘 0.5cm 处进针，穿过表皮和真皮，经皮下组织跨切口至对侧于距离切缘 0.5cm 的对称点穿出，接着再从出针侧距离切缘 0.1-0.2cm 处进针，对侧距离切缘 0.1-0.2cm 处穿出皮肤，由四个进出针点连接的平面应与切口垂直，结扎使两侧皮缘外翻。



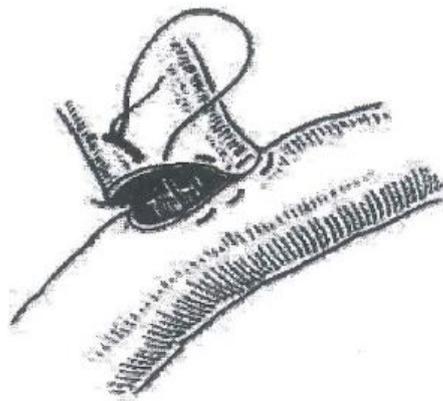
间断垂直褥式外翻缝合法

（2）间断水平褥式外翻缝合法：如皮肤缝合。适用于血管破裂口的修补、血管吻合口有渗漏处的补针加固。与连续水平褥式外翻缝合有所不同的是此法每缝合一针便打一结。



间断水平褥式外翻缝合法

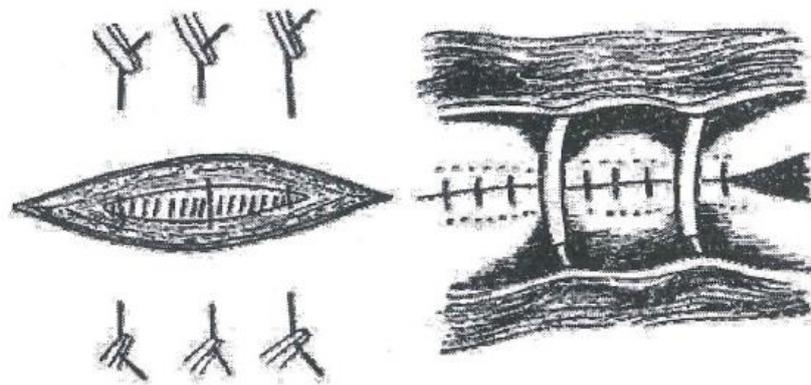
(3) 连续水平褥式外翻缝合法：多用于血管壁吻合。血管吻合的具体方法是采用无损伤血管针线在吻合口的一端作对合缝合的一针打结，接着距离线结 0.2-0.3cm 于线结同侧血管外膜进针内膜出针，对侧内膜进针外膜出针，收紧缝线使切缘外翻。如此连续缝合整个吻合口后打结。同侧进、出针点连线应与切缘平行。



连续水平褥式外翻缝合法

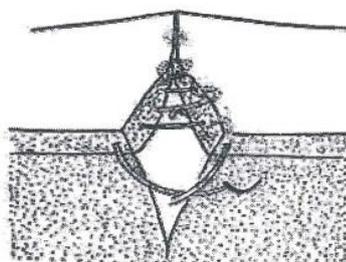
4、减张缝合法：对于缝合处组织张力大，全身情况较差时，为防止切口裂开可采用此法，主要用于腹壁切口的减张。缝合线选用较粗的丝线或不锈钢丝，在距离创缘 2-2.5cm 处进针，经过腹直肌后鞘与腹膜之间均由腹内向皮外出针，以保层次的准确性，亦可避免损伤脏器。缝合间距离 3-4cm，所缝合的

腹直肌鞘或筋膜应较皮肤稍宽。使其承受更多的切口张力，结扎前将缝线穿过一段橡皮管或纱布做的枕垫，以防皮肤被割裂，结扎时切勿过紧，以免影响血运。

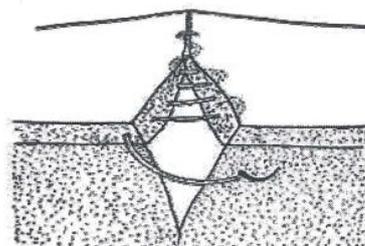


减张缝合法

5、皮内缝合法：可分为皮内间断及皮内连续缝合两种，皮内缝合应用眼科小三角针、小持针钳及0号丝线。缝合要领：从切口的一端进针，然后交替经过两侧切口边缘的皮内穿过，一直缝到切口的另一端穿出，最后抽紧，两端可作蝴蝶结或纱布小球垫。常用于外露皮肤切口的缝合，如颈部甲状腺手术切口。皮下缝其缝合的好坏与皮下组织缝合的密度、层次对合有关。如切口张力大，合对拢欠佳，不应采用此法。此法缝合的优点是又合好，拆线早，愈合疤痕小，美观。



皮内间断缝合



皮内连续缝合

随着科学技术的不断发展，除缝合法外，尚有其他的一些闭合创口的方

法，如吻合器，封闭器，医用粘胶，皮肤拉链等。

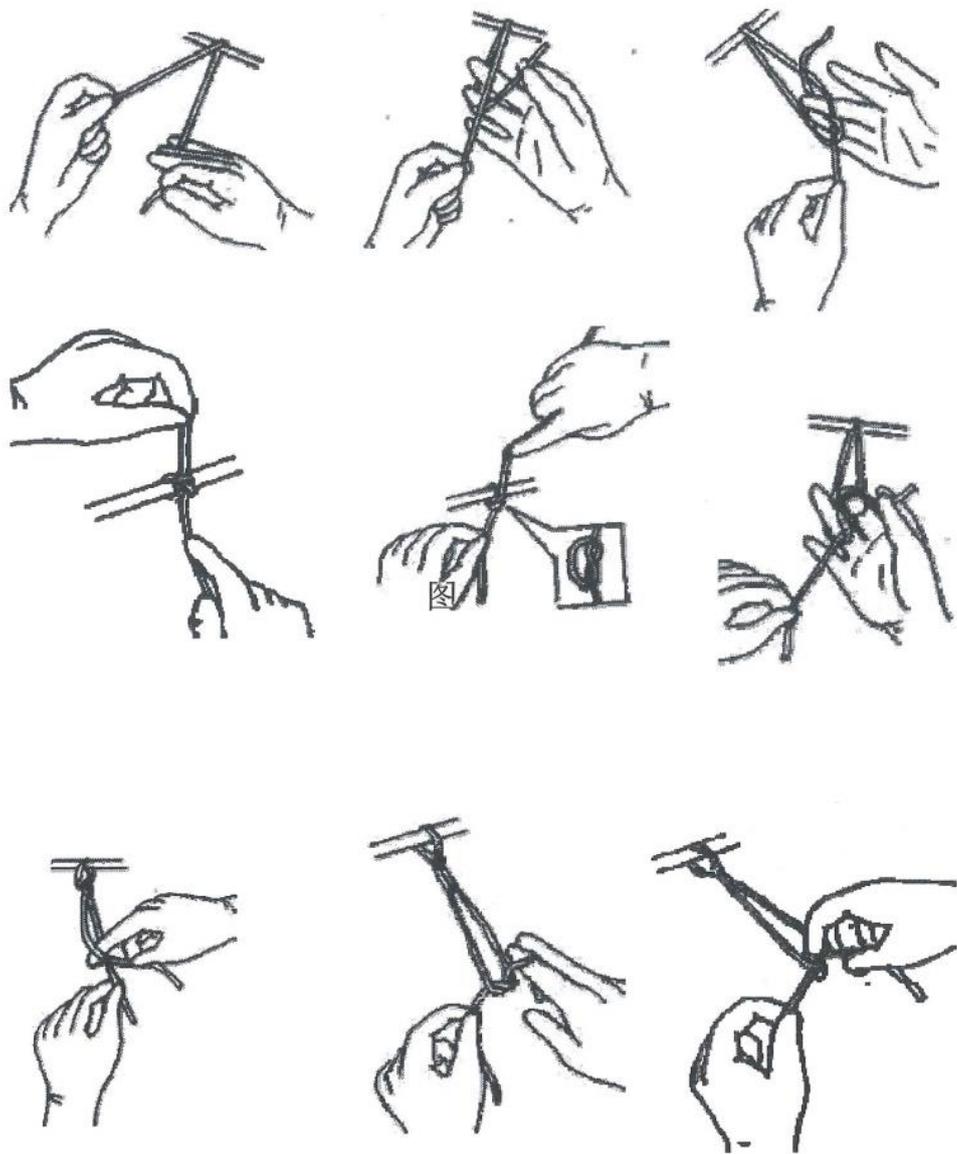
打结

术中打结可用徒手或借助器械两种方式来完成。徒手打结在术中较为常用，可分为双手打结法和单手打结法，根据操作者的习惯不同又将单手打结分为左手打结法和右手打结法。器械打结是借助于持针钳或血管钳打结，又称为持钳打结法。

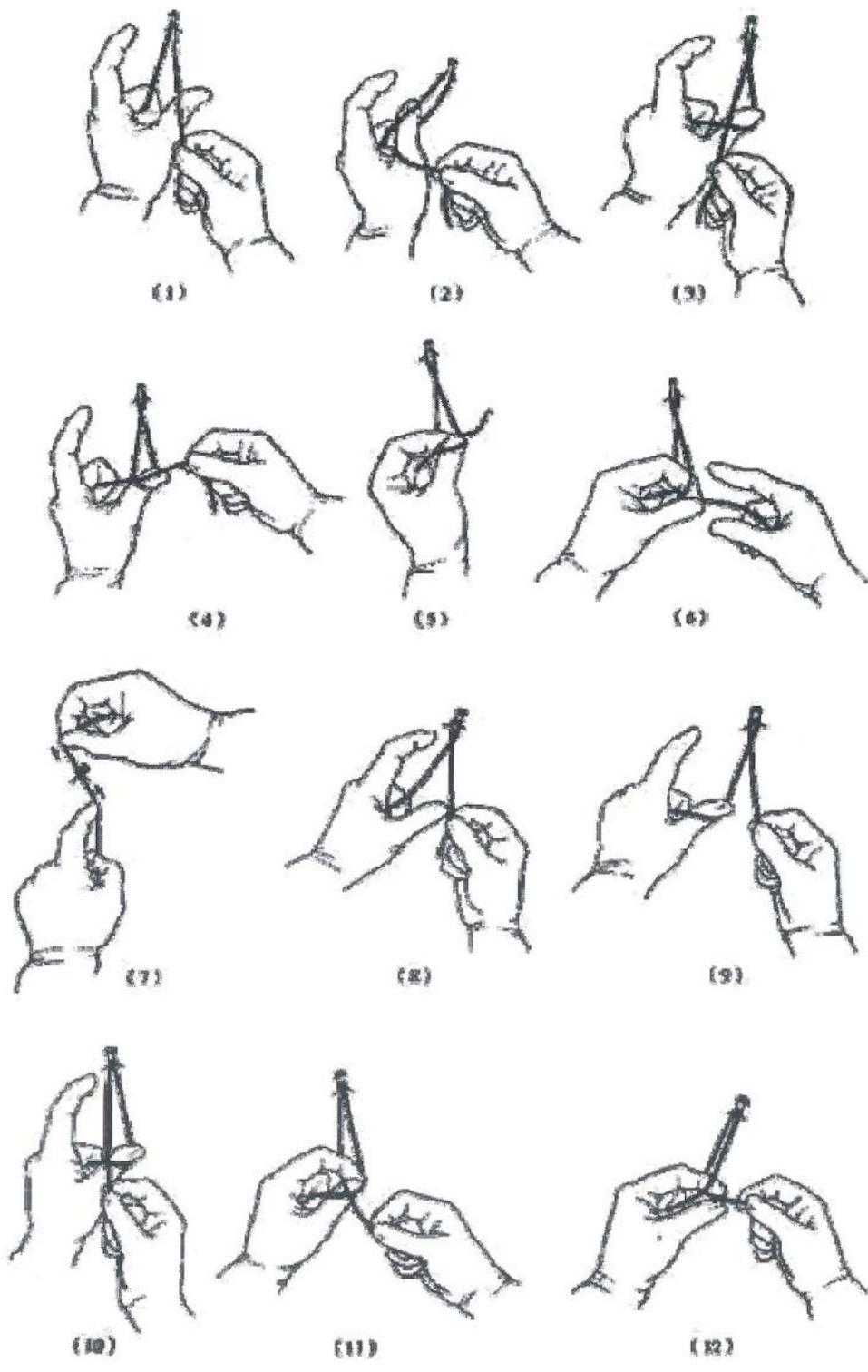
1、单手打结法 简便迅速的打结方法，易学易懂，术中应用最广泛，应重点掌握和练习。分为右手打结法和左手打结法。

2、双手打结法 作结方便，牢固可靠，除用于一般结扎外，还用于深部或组织张力较大的缝合结扎。

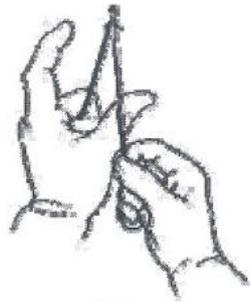
3、持钳打结法 使用血管钳或持针钳绕长线、夹短线进行打结，即所谓持钳打结法。可用于浅、深部结扎。血管钳或持针钳既是线的延长，也是操作者手的延伸。此法适用于线头太短，徒手打结有困难时或打结空间狭小时的结扎；有时也是为了节省缝线和穿线时间。



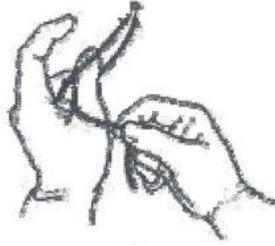
右手打结法



左手打结法



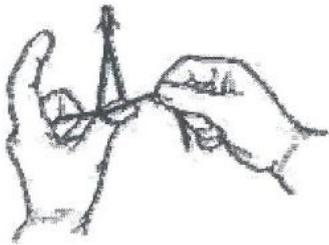
(1)



(2)



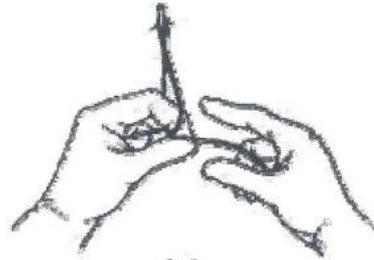
(3)



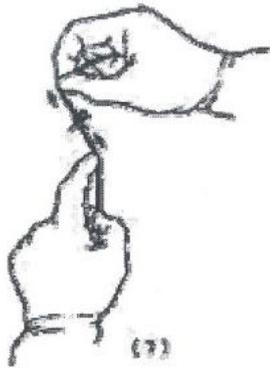
(4)



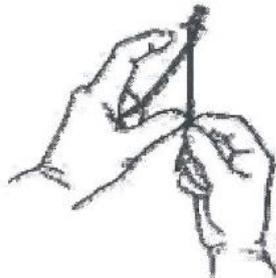
(5)



(6)



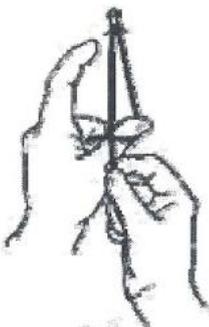
(7)



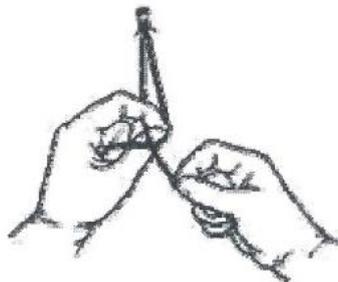
(8)



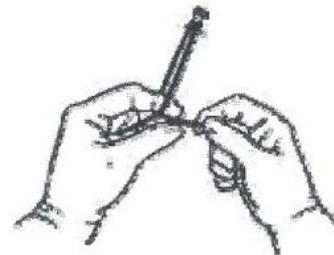
(9)



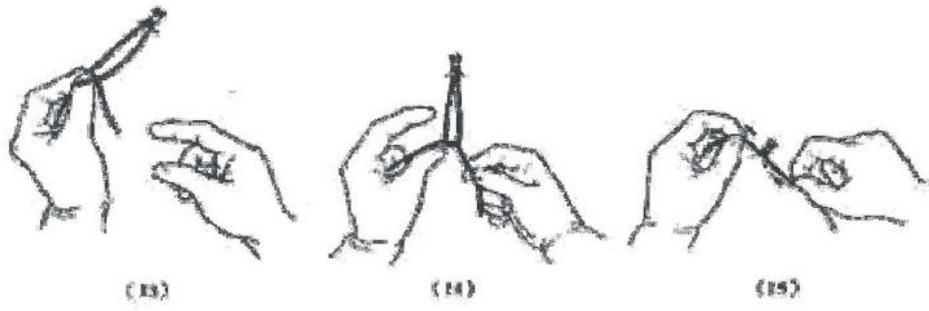
(10)



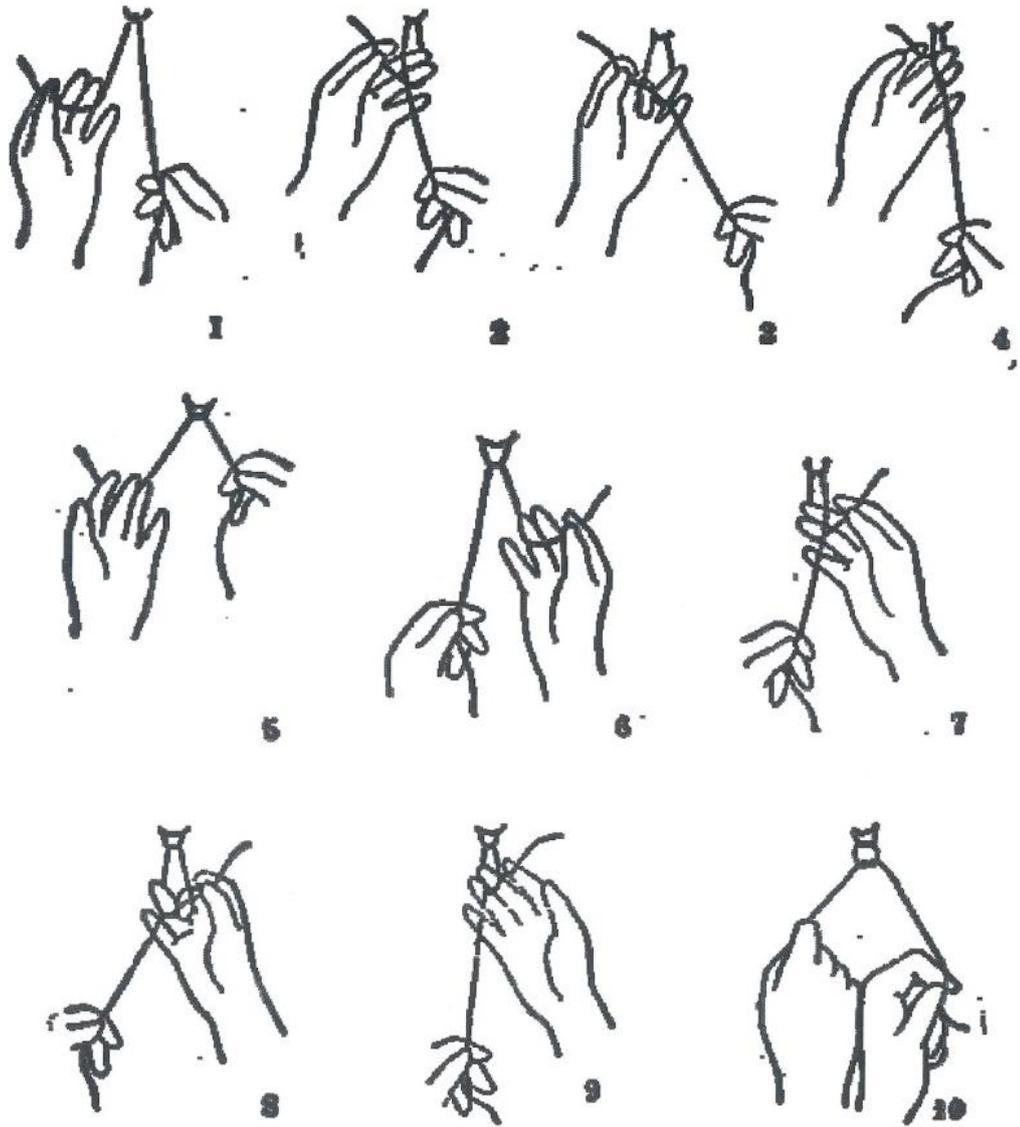
(11)



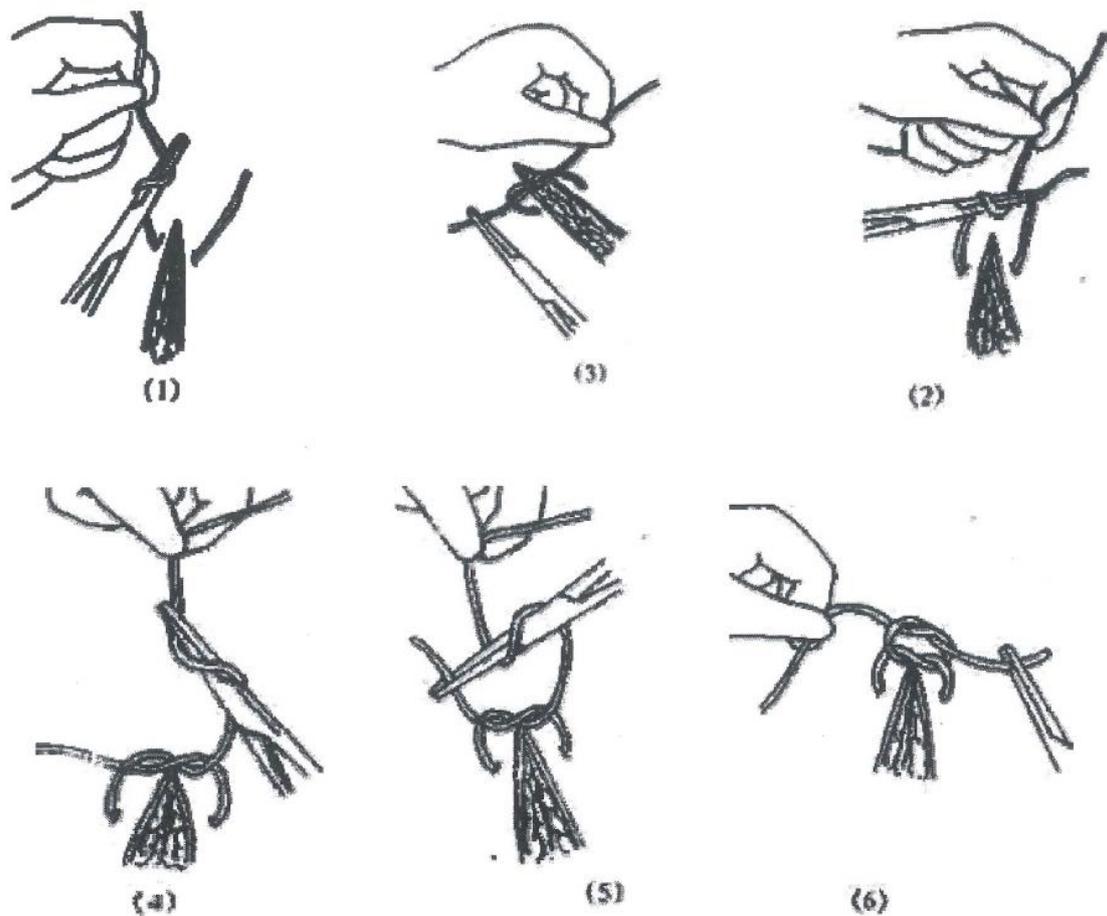
(12)



双手打结法（两手动作不同）



双手打结法（两手动作相同）

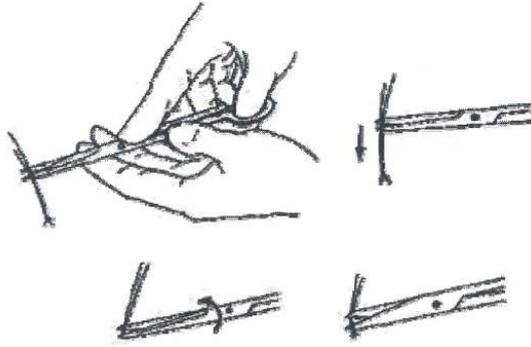


持钳打结法

剪线

手术进行过程中的剪线就是将缝合或结扎打结后残余的缝线剪除，一般由助手操作完成。初学剪线者最好是在打结完成后，打结者将双线尾并拢提取稍偏向左侧，助手用左手托住微微张开的线剪，“顺、滑、斜、剪”：将剪刀近尖端顺着缝线向下滑至线结的上缘，再将剪刀向上倾斜适当的角度，然后将缝线剪断。倾斜的角度越大，遗留的线头越长；角度越小，遗留的线头越短。一般来说，倾斜 45° 左右剪线，遗留的线头较为适中（2-3mm）。所要注意的是在深部组织结扎、较大血管的结扎和肠线或尼龙线所作的结扎，线头应稍留长一些，如丝线留2~3mm，羊肠线留3~5mm，钢丝线留5~6mm并将钢丝两断端拧紧，肠线或尼龙线留5~10mm，皮肤缝线留0.5~1cm为宜。线头过短的线

结易于滑脱，而线头过长就会导致组织对线头的异物反应。



木中剪线

换药与拆线

一、换药

换药是指对创口进行敷料更换的方法。伤口包括清洁伤口（无菌伤口）、污染伤口和感染伤口。清洁伤口换药即更换伤口敷料，维持伤口无菌。污染伤口换药就是去除伤口污染物，防止伤口继发感染。感染伤口换药即清除伤口炎性物，控制伤口感染，促进伤口愈合。

（一）换药的基本原则：

- 1、换药室应提早做好室内各种清洁工作，换药前半小时室内不作打扫。
- 2、换药前必须初步了解创口部位、类型、大小、深度、创面情况，是否为无菌或化脓创口，有无引流物，以便准备适当敷料和用具，避免造成浪费或临时忙乱。无菌创口换药到无菌室进行，感染创口在普通换药室内进行。
- 3、换药的时间视伤口情况而定，外科无菌伤口可于术后第2或第3天换药一次，除敷料潮湿或脱落外，直至拆线前无需换药。术后第一次换药时应有手术者参加；对分泌物多，感染较重的伤口，应增加换药的次数，每日可换药1~2次，必要时也可随时更换，以保持敷料干燥，避免和减轻皮肤糜烂为原则。
- 4、严格执行无菌操作。换药者戴好口罩、帽子，操作前清洁洗手。为多

个病人换药，应先处理无菌伤口，然后处理感染伤口，恶性肿瘤的伤口（如厌氧菌感染的伤口）应放在最后换药，对于有高度传染性疾病（如破伤风和气性坏疽感染等）的伤口换药时，应有专人负责处理，必须严格遵守隔离处理的原则。

5、病员应选择适当体位，避免病人直接观察伤口的操作，必要时给平卧位，伤口要充分暴露，换药时，应有足够的照明光线，注意保暖，避免受凉。会阴部及大面积创口宜用屏风隔开或单独在室内换药。

6.用物准备：换药碗 2 只，1 只盛无菌敷料，1 只盛碘汀棉球、乙醇棉球、盐水棉球、纱布等。有齿镊和无齿镊各 1 把。按创口需要加用油纱布、纱布条、引流药、外用药和纱布等。

（二）换药步骤

1、外层绷带和敷料用手取下，紧贴创口的一层敷料用镊子揭去，揭除敷料的方向与伤口长轴方向平行，以减少疼痛。敷料与创面粘连紧时用生理盐水浸润，使敷料与创面分离，再轻轻提起敷料四周或已分离的一边，夹生理盐水棉球轻压敷料粘着的创面，慢慢取出敷料，如有毛发粘着可减去或用汽油浸润后揭去。接触伤口敷料的镊子与接触无菌棉球的镊子要分开。

2、左手持另一把无菌镊子将药碗内的碘汀、乙醇棉球传递给右手的一把镊子操作，用以创口周围皮肤擦洗。清洁伤口先由创缘向外擦洗约 3-5cm，勿使酒精流入创口引起疼痛和损伤组织。化脓创口，由外向创缘擦拭。

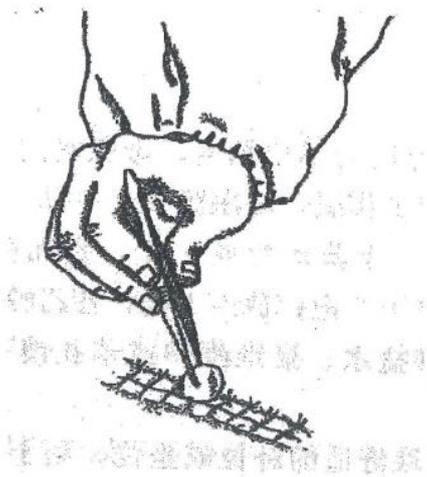
3、交换左右手镊子，右手持的无菌镊子，处理伤口内。直接用右手的无菌镊子取药碗内的盐水棉球，轻轻清洗创口，去除过度生长的肉芽组织、腐败

组织或异物等，禁用干棉球擦洗创口，以防损伤肉芽组织。

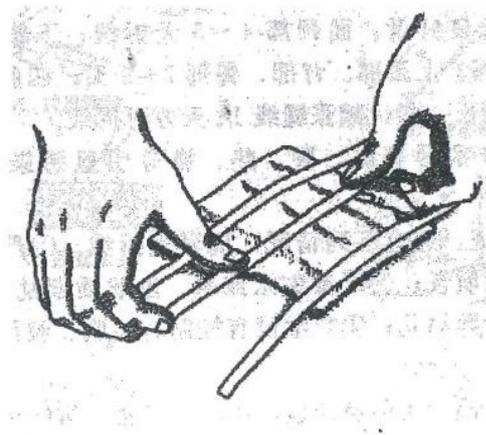
4、观察伤口的深度及有无引流不畅等情况，根据创口情况选用引流物。浅部伤口常用凡士林纱布；伤口较小而较深时，应将凡士林纱布条送达创口底部，但不可堵塞外口。创口分泌物很多时，可用胶管类和负压吸引。

5、以无菌纱布覆盖创面，用胶布或绷带固定。所覆盖的大小，应全部覆盖伤口达到伤口周围 3cm 左右。至于加盖敷料的数量，则应按照伤口渗出的情况而定。伤口无渗出液者放置 4-8 层（1-2 块）纱布已经足够；如分泌物较多，所盖敷料则相应增多，必要时加棉垫。纱布用胶布固定，胶布黏贴方向与皮纹平行。

6、妥善处理污染的敷料。更换下来的纱布、绷带及擦拭创面的棉球等，必须用钳、镊夹取集中放于弯盘内，倒入污物桶；器械及碗、盒、盘擦洗清洁后，重新消毒灭菌。特殊感染的敷料应全部烧毁，器械作特殊灭菌处理。



清洁伤口周围皮肤



覆盖敷料固定

（三）创口内用药

1、清洁创口或内芽组织生长健康的创口用无刺激的油膏或凡士林纱布覆

盖。

2、伤口分泌物多，肉芽水肿的感染伤口用 2~3% 盐水湿敷；有脓液的，用 0.1% 利凡诺尔溶液湿敷。

3、轻度感染的创口，用生理盐水湿敷。

4、不健康的肉芽组织用刮匙清除后湿敷。肉芽组织过高时用剪刀修平。

5、绿脓杆菌感染用 1: 1000 苯氧乙醇湿敷，或可试用暴露疗法，必需时用橡皮管或导尿管插入创口内，以大量生理盐水冲洗，或 1% 青霉素溶液创口内冲洗（但大量冲洗可有全身吸收作用，故浓度不宜超过 1%）。

（四）创口引流

外科引流有预防和治疗作用。预防性引流时为了预防血液、脓液蓄积而安置的。治疗性引流是为引流脓性分泌物、坏死组织，防止伤口早期闭合而安置的。

1、常用引流物有：橡皮条、纱布条、卷烟引流条和橡皮管等。引流物都需用安全别针固定，以免滑脱，浅在伤口的预防性引流一般不作固定。

2、引流物的拔除，要根据手术情况和创口分泌物多少来决定。预防积血、积液引流，橡皮条一般在术后 24~48 小时拔除。纱布条和分泌物引流条在术后 2~3 日拔除，橡皮管在术后 4~7 日拔除，分泌物显著减少后，逐步剪短、拔除。

附： 1、切口的种类：

（1）清洁伤口，或称无菌伤口，用“Ⅰ”代表，是指缝合的无菌切口，去疝修补术，甲状腺大部分切除术等。

（2）可能污染切口，用“Ⅱ”代表，是指手术时可能带有污染的缝合切口，

如胃大部切除术，会阴部的手术切口等。

(3) 污染切口，用“Ⅲ”代表，是指邻近感染区或组织直接暴露于感染物的伤口，如化脓性阑尾炎，肠梗阻坏死的手术等。

2、愈合分级

(1) 甲级愈合，用“甲”代表，是指愈合优良，没有不良反应的一期愈合。

(2) 乙级愈合，用“乙”代表，是指愈合欠佳，愈合处有炎症反应，如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓。

(3) 丙级愈合，用“丙”代表，是指切口化脓，需做切开引流及换药后方能愈合的伤口。

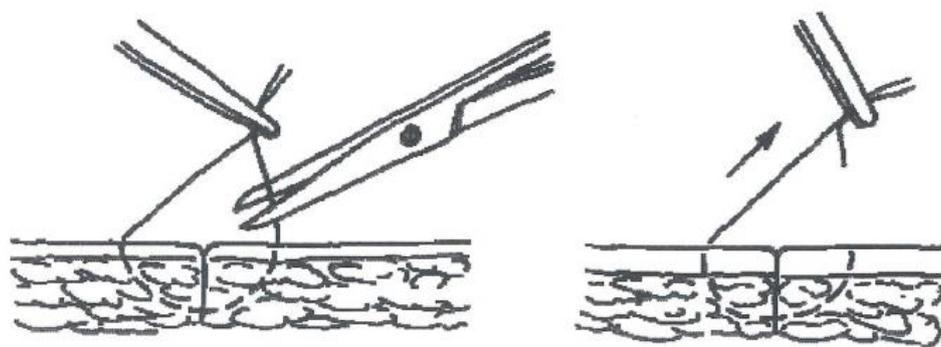
二、拆线

褥式缝合的拆线方法

只有皮肤缝线需要拆除，所以外科拆线尤指在缝合的皮肤切口愈合以后或手术切口发生某些并发症时（如切口化脓性感染、皮下血肿压迫重要器官等）拆除缝线的操作过程。拆线时应注意不使原来显露在皮肤外面的线段经过皮下组织以免致细菌污染。

缝线的拆除时间应结合切口部位、局部血液供应情况、病人的年龄及营养状况、切口的大小与张力等因素综合考虑来决定。一般来说，头、面、颈部切口在术后 5-6 日拆线；躯干部、会阴部 7 日左右；四肢及关节周围在术后 8-10 日（近关节处还可适当延长一些）；减张缝合 12~14 日。有时可先采用间隔拆线；已化脓伤口应立即拆线；青少年病人可适当缩短拆线时间；年老、营养不良、糖尿病病人可延迟拆线时间。

拆线具体方法是首先按换药的方法常规消毒切口区域，左手持镊子将线结轻轻提起，右手将微微张开的线剪尖端插入线结与皮肤之间的间隙，平贴针眼处的皮肤将线剪断，然后，快速轻巧地将缝线朝剪断侧拉出，即向切开方向抽出缝线，这样就可以避免拉开切口、病人不适或皮下污染。注意露出皮肤外的缝线不可再通过皮下组织。最后用碘汀、乙醇棉球消毒切口，再盖以无菌纱布覆盖后固定。



外科拆线

妇产科操作规范

一、妇科检查

（一）窥阴器的使用

1、无性生活者一般不做窥阴器检查。使用窥阴器检查阴道和宫颈时，要注意阴道窥器的结构特点，以免漏诊。临床常用鸭嘴形窥阴器，可以固定，便于阴道内治疗操作。

2、患者排空膀胱，治疗床上垫一次性骨垫，患者取膀胱截石位。操作者带检查手套，将窥阴器前后两叶闭合，表面涂润滑剂利于插入，避免损伤（若拟作宫颈细胞学检查或取阴道分泌物做涂片检查时，不应用润滑剂，以免影响涂片质量）。

3、放置窥阴器时，检查者用左手拇指食指将两侧小阴唇分开，右手将窥阴器避开敏感的尿道周围区，倾斜 45 度沿阴道后壁缓慢插入阴道内，边推进边将窥阴器转正并逐渐张开两叶，暴露宫颈。阴道壁及穹窿部，然后旋转窥阴器，充分暴露阴道各壁。观察阴道前后壁和侧壁及穹窿粘膜颜色、皱襞多少，是否有阴道隔或双阴道性畸形，有无溃疡、囊肿或者赘生物。注意阴道内分泌物量、性质、色泽，有无臭味。阴道分泌物异常者应做滴虫、假丝酵母菌、淋菌及线索细胞等检查。暴露宫颈后观察宫颈的大小，颜色、外口形状，有无出血、柱状上皮异位、撕裂、外翻、腺囊肿、息肉、赘生物，宫颈管内有无出血或分泌物。同时可采集宫颈外口鳞-柱交界部或宫颈分泌物标本做宫颈细胞学检查。

4、取出窥阴器时，先将窥阴器两叶闭合，缓慢退出。

（二）双合诊

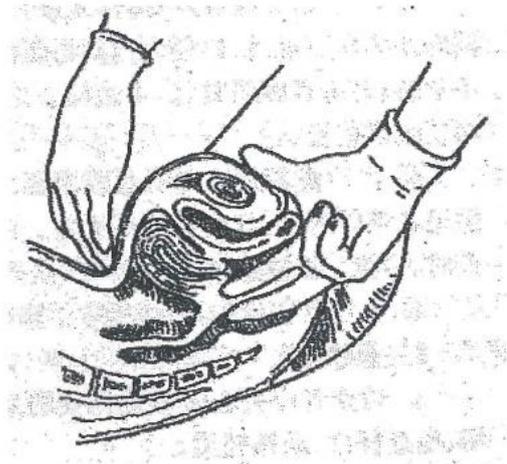
1、妇科双合诊，是盆腔检查中最重要的一项检查。检查者一手的两指或一指放入阴道，另一手在腹部配合检查。

2、目的在在于，摸清阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢及宫旁结缔组织以及骨盆腔内其他器官和组织有无异常。

3、方法：

检查者戴无菌手套，右手或左手食中两指蘸润滑剂，顺阴道后壁轻轻插入，检查阴道通畅度和深度，有无先天畸形、瘢痕、结节或肿块；

再扪触宫颈大小、形状、硬度及外口情况，有无接触性出血，若拨动宫颈时病人感疼痛，称为宫颈举痛，为盆腔内脏器有病变的表现。



阴道双合诊

当触及宫颈外口方向朝后时宫体为前倾；朝前时宫体为后倾；宫颈外口朝前且阴道内手指伸达后穹隆顶部可触及宫体时，子宫为后屈。

随后将阴道内两指放在宫颈后方，另一只手掌心朝下手指平放在患者腹部平脐处，当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时，腹部手指往下按压腹壁，并逐渐向耻骨联合部移动，通过内、外手指同时分别抬举和按压，相互协调，即可触及清子宫的位置，大小，形状，软硬度，活动度及有无压痛。

正常子宫位置一般是前倾略前屈。弄清子宫情况后，将阴道内两手指由宫颈后方移向一侧穹隆部，尽可能往上向盆腔深部触及，与此同时，另一手从同侧下腹壁髂棘水平开始，由上往下按压腹壁，与阴道内手指相互对合，以触摸

该侧子宫附区有无肿块，增厚或压痛。正常卵巢偶可触及，触之稍有酸胀感。正常输卵管不能扪及。

（三）宫颈刮片

宫颈刮片是筛查早期宫颈癌的重要方法。故又称“防癌涂片”。

标本采集

用窥器不涂润滑剂，以清水或生理盐水湿润，在宫颈外口鳞柱状上皮交界处，以宫颈外口为圆心，用木质刮板，轻轻刮取一周，不要过分用力，以免刮伤，引起出血。若白带过多，应先用无菌干棉签或棉球轻轻拭去，再用刮板刮取标本，涂于刻有号码的玻片上，置于 95%乙醇溶液中固定送检。

染色 常用巴氏染色法

诊断标准 巴氏 5 级分类法

巴氏 I 级：正常，为正常的阴道细胞学涂片。

巴氏 II 级：炎症，细胞核普遍增大，淡染或有双核。有时炎症较重，染色质较多者需要复查。

巴氏 III 级：可疑癌，主要改变在胞核，核增大、不规则或有双核，核深染，核与胞浆比例改变不大，称为核异质。

巴氏 IV 级：高度可疑癌，细胞具有恶性改变，核大，深染，核形不规则，染色质颗粒粗，分布不均，胞浆少，涂片中癌细胞数量较少。

巴氏 V 级：癌，具有典型恶性细胞的特征且量多。

由于巴氏 5 级分类法，主观因素较多，各级之间无严格的客观标准，故目前正逐渐为 TBS 分类法替代，而后者需专业医师方可读懂。故目前国内许多

医院常利用电子阴道镜局部放大 10~40 倍的功能，进行宫颈可疑部位的染色，从而重点取材，以提高病变的检出率。

二、产科检查

（一）四步触诊

四步触诊法是产前检查的常用方法，通过四步触诊法可以判定胎产式、胎先露、胎方位、胎先露是否衔接、子宫大小是否与孕周相符，并估计胎儿的大小和羊水量的多少。

[适应症] 妊娠 24 周以后。

[操作前准备]

检查者关闭门窗，遮挡屏风，手要温暖；孕妇排尿后，仰卧于检查床上，暴露腹部，双腿略屈外展，腹肌放松。

[操作过程]

前三步触诊时，检查者位于孕妇右侧并面对孕妇头部，第四步触诊时，检查者则面对孕妇足部，动作要轻柔。

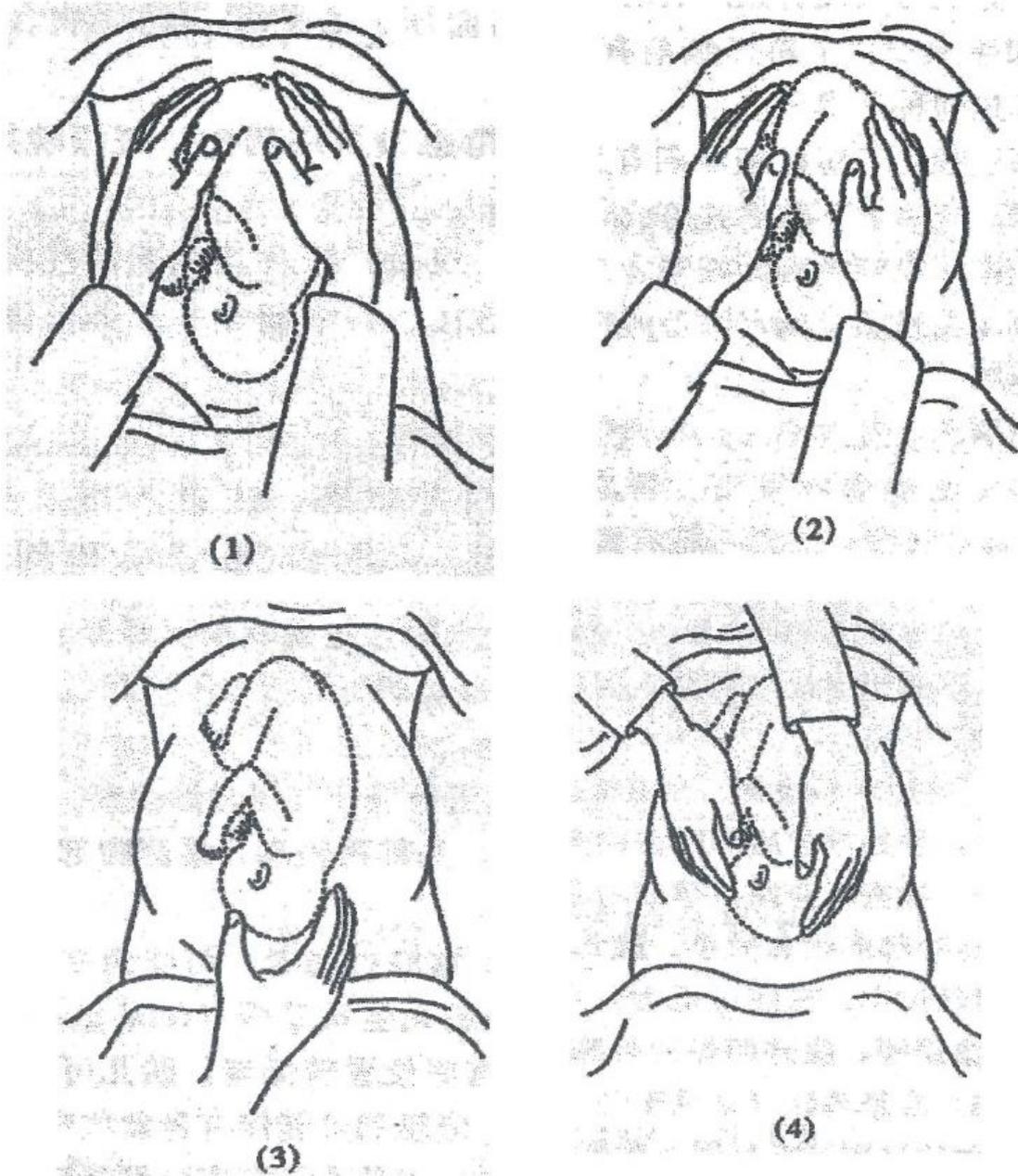
1、第一步 检查者双手置于子宫底部，先确定子宫底高度，估计宫底高度与孕周是否相符，再以双手指腹交替轻推，分辨宫底处是胎体的哪一部分，圆而硬有浮球感的为胎头，宽而软不规则的为胎臀。

2、第二步检查者双手置于子宫两侧，一手固定，另一手深按，两手交替进行。分辨胎背及胎儿四肢各在母体腹壁的哪一侧，平坦饱满者为胎背，高低不平，有结节者为胎儿肢体。

3、第三步检查者右手拇指与其余四指分开，置于耻骨联合上方，握住先露部，按第一步特点判断先露是头还是臀；再左右推动先露部，以确定是否入

盆，能被推动提示未入盆，反之提示入盆。

4、第四步两手分别插入先露部两侧，向骨盆入口深按，再次核对先露部的诊断是否正确，并确定先露部入盆程度。



四步触诊操作手法

(二) 骨盆测量

骨盆是胎儿娩出的必经通道，其大小、形态和各径线的长短直接关系到分娩能否顺利进行。临床测量骨盆的方法包括骨盆外测量和骨盆内测量。骨盆外测量可间接反应骨盆的大小和形态，而骨盆内测量可直接反应骨盆的大小、形态，据此判断头盆是否相称，进而决定胎儿能否经阴道分娩，因此，骨盆测量是产前检查必不可少的项目。

(1) 骨盆外测量

[适应症]首次产前检查的孕妇

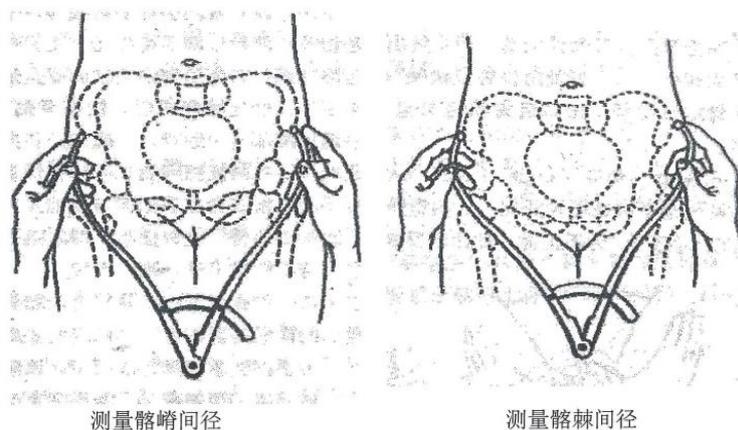
[操作前准备]

检查者关闭门窗，遮挡屏风，准备骨盆测量器，手要温暖;孕妇排尿后，仰卧于检查床上。

[操作过程]

1、髂棘间径（interspinal diameter, Is）取伸腿仰卧位，测量两髂前上棘外缘间的距离，正常值 23~26cm。

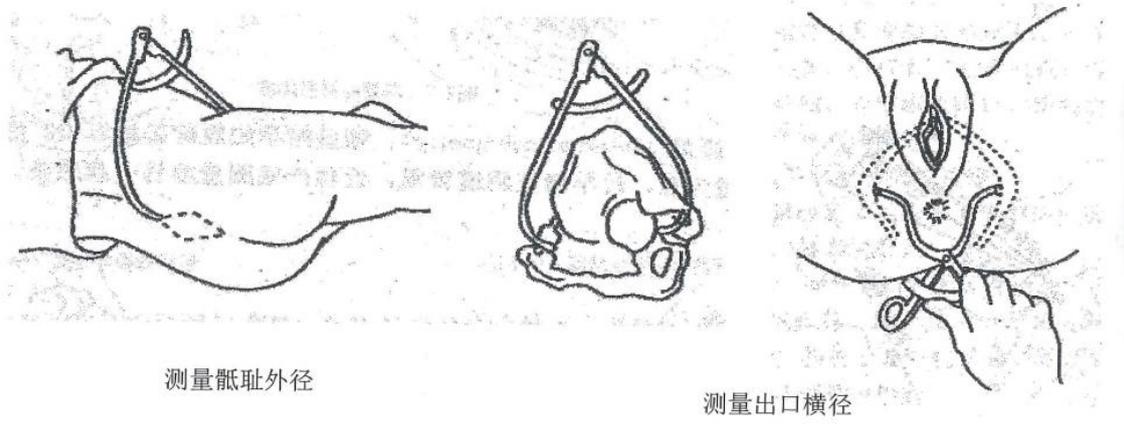
2、髂嵴间径（intercristal diameter, Ic）体位同上，测量两髂脊外缘最宽的距离，正常值为 25~28cm。



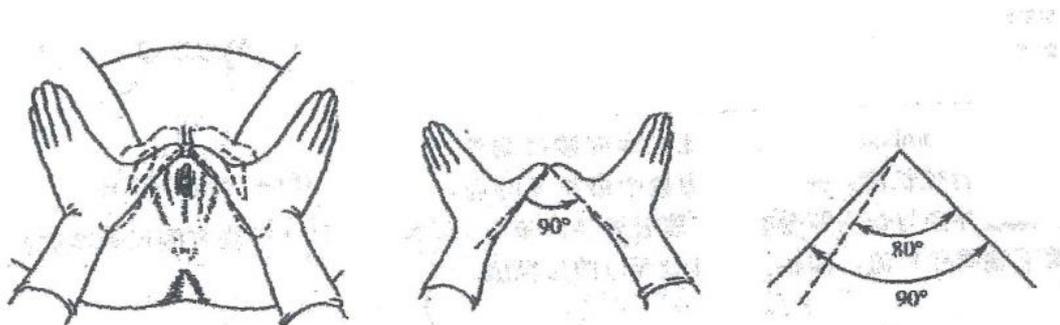
3、骶耻外径（external conjugate, Ec）取左侧卧位，右腿伸直，左腿屈曲，

测量第5腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离，正常值18~20cm，第5腰椎棘突下相当于米氏菱形窝（Michaelis rhomboid）的上角，或相当于髂脊后联线中点下1~1.5cm处。

4、出口横径（transverse outlet, To）或称坐骨结节间径 取仰卧位，两腿屈曲，双手抱膝，测量两坐骨结节内缘间的距离，正常值8.5~9.5cm.



5.耻骨弓角度（angle of subpubic arch）用两拇指尖斜着对拢，置于耻骨联合下缘，左右两拇指平放在耻骨降支上面，测量两拇指的角度，正常值为90°，小于80°为异常。



测量耻骨弓角度

(2) 骨盆内测量

[适应症]

适用于骨盆外测最狭窄者，一般于妊娠 24-36 周进行。

[操作前准备]

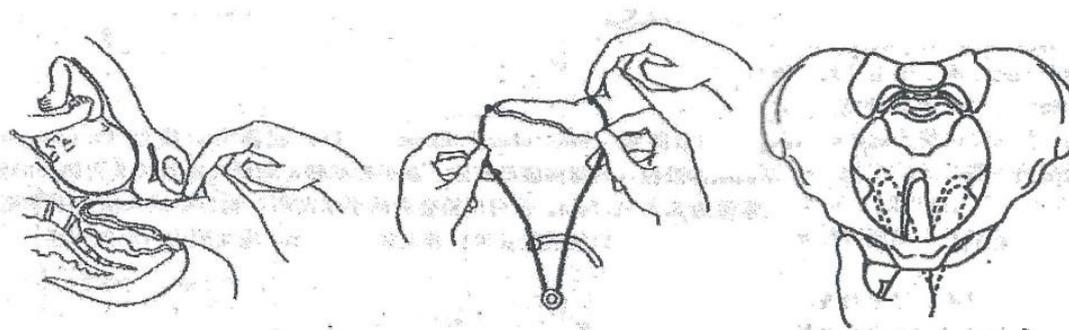
检查者关闭门窗，遮挡屏风，准备无菌手套、消毒碘伏棉球、无菌持物钳、消毒石蜡油、一次性臀垫和卫生纸。

[操作过程]

检查时，检查床垫一次性臀垫，取膀胱截石位，严格消毒外阴，检查者戴无菌手套，以无菌纱布遮盖被检者肛门口，涂以润滑剂，示指、中指放入阴道，测量的主要径线有：

1、对角径（diagonal conjugate, Dc 或称骶耻内径）为耻骨联合下缘至骶岬上缘中点的距离，正常值为 12.5~13cm，此值减去 1.5~2cm，即为骨盆入口前后径的长度，又称真结合径（conjugate vera）方法是：检查者伸入阴道的中指指尖触骶岬上缘中点，示指上缘紧贴耻骨联合下缘，以另一手示指正确标记此接触点，抽出阴道内的手指，测量中指尖至此接触点间的距离，即为对角径。

2.坐骨棘间径（bi-ischial diameter, BD）测量两坐骨棘间的距离，正常值约为 10cm。测量方法是一手示指、中指放入阴道内，分别触及两侧坐骨棘，估计其间距离。



测量对角径

测量坐骨棘间径

（三）经阴道后穹窿穿刺

[适应症]

- 1、疑有腹腔内出血时，如宫外孕、卵巢黄体破裂等。
- 2、疑盆腔内有积液、积脓时，可做穿刺抽液检查以了解积液的性质。以及盆腔脓肿的穿刺引流及局部注射药物。
- 3、盆腔肿块位于直肠子宫陷凹内，经后穹窿穿刺直接抽吸肿块内容物做涂片，行细胞学检查以明确性质。若高度怀疑恶性肿瘤，应尽量避免穿刺。一旦穿刺诊断为恶性肿瘤，应及早手术。
- 4、B 型超声引导下行卵巢子宫内膜异位囊肿或输卵管妊娠部位注射药物治疗。
- 5、在 B 型超声引导下经阴道后穹窿穿刺取卵，用于各种助孕技术。

[禁忌症]

- 1、盆腔严重黏连，直肠子宫陷凹被较大的肿块完全占据，并已凸向直肠。
- 2、疑有肠管与子宫后壁黏连。
- 3、高度怀疑恶性肿瘤。
- 4、异位妊娠准备采用非手术治疗时应避免穿刺，以免引起感染。

[器械与药物]

器械：窥阴器、宫颈钳、9 号腰穿针或 7 号腰穿针或 22 号长针头、5 毫升或 10 毫升注射器一个，

干净玻管一支。消毒物品及无菌棉球。

敷料：腿巾 2 块、孔巾 1 块

[操作方法及步骤]

- 1、术前准备：

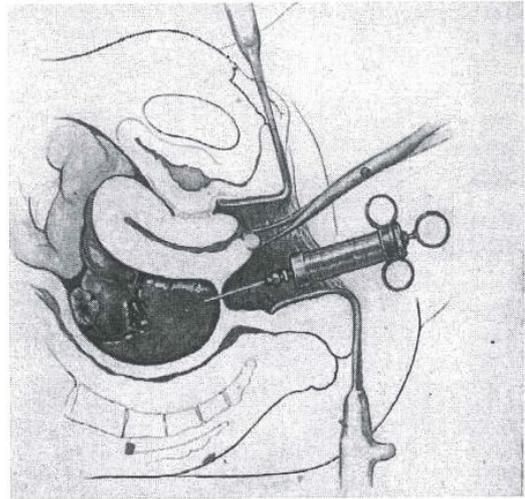
(1) 操作者准备：戴口罩、帽子，洗手。

(2) 病人准备：排空膀胱后，治疗床上垫一次性臂垫，取膀胱截石位

(3) 器械准备

2. 消毒外阴：原则---由里向外，由上向下。

依次对称消毒小阴唇、大阴唇，后由下向上消毒阴阜，至少超过耻骨联合上方，然后由内向外消毒大腿内侧上 2/3，范围约 15cm，不留空白。大腿内侧下 1/3（肛门水平）改由外向内消毒，最后消毒肛门。用同一把卵圆钳同法再次消毒外阴，但范围不应超过第一次。



经阴道后穹窿穿刺

3、用另一把卵圆钳消毒阴道：

卵圆钳弯头朝下将消毒棉球送入阴道最底部，可一边旋转边退钳，消毒两次。

4、穿无菌手套。先铺洞巾，并将洞巾下端稍压向病人臀部以下，再铺两侧腿巾。检查器械。

5、湿润手套后行阴道双合诊，判断有无宫颈举痛。取消毒棉球消毒做双合诊的手套，或换另外一副手套。

6、窥阴器暴露宫颈及阴道后穹窿并用第三把卵圆钳再次消毒阴道两次。

7、以宫颈钳夹持宫颈后唇（宫颈六点方向），向前提拉，充分暴露后穹窿，并消毒后穹窿两遍。

8、用穿刺针头接注射器（5 毫升或 10 毫升）。在后穹窿中央或稍偏病侧，距离阴道后壁与宫颈后唇交界处稍下方平行宫颈管刺入（此时可嘱患者轻咳，当腹压骤升之时，后穹窿部稍膨出，此时迅速刺入），有落空感（进针深约 2cm）后立即抽吸，必要时适当改变方向或深浅度。如无液体抽出，可边退针边抽吸。针头拔出后，再次消毒穿刺部位。若穿刺点有活动性出血，可用棉球压迫片刻。

9、整理器械，帮助病人整理衣物。将吸出的液体置于干燥、洁净的玻璃管中观察。

[结果判断]

1、抽出陈旧性、暗红色血液，放置 5 分钟以上不凝固为阳性结果，说明有腹腔内出血，需结合症状、体征作出临床诊断，多见于异位妊娠，但卵巢黄体破裂或其他脏器如脾破裂亦可引起血腹症。

2、抽出新鲜血液，放置后凝固迅速者，提示系穿刺针进入血管抽出的血液，而非子宫直肠陷凹内积血，应改变穿刺方向、部位或深度，重新进行穿刺。

3、抽出小血块或不凝固的陈旧性血液，见于陈旧性异位妊娠。

4、后穹窿穿刺未抽出血液，不能完全排除异位妊娠。内出血量少、血肿位置高或与周围组织粘连，可出现假阴性结果。

[注意事项]

1、穿刺方向应是阴道后穹窿中点进针与宫颈管平行的方向，深入至直肠子宫陷凹，不可过分向前或向后，以免针头刺入宫体或进入直肠。

2、穿刺深度要适当，一般 2~3cm，过深可刺入盆腔器官或穿入血管。若

积液量较少时，过深的针头可超过液平面，抽不出液体而延误诊断。

3、有条件或病情允许时，先行 B 超检查，协助诊断直肠子宫陷凹有无液体及液体量。

4、阴道后穹窿穿刺术未抽出血液，不能完全除外宫外孕，内出血最小、血肿位置高或与周围组织粘连时，均可造成假阴性。

5、抽出液体均应涂片，行常规及细胞学检查。

病历书写基本规范

(卫生部 2010 年新版)

第一章 基本要求

第一条 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。

第二条 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。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 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或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 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。

第六条 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。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错别字上，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。

第八条 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例，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根据其胜任本专业工作实际情况认

定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

第十条 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的，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。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第十一条 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。

第十二条 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。

第十三条 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

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。

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。

门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条 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。

第三章 住院病历书写内容及要求

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。

第十七条 入院记录是指患者入院后，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。

第十八条 入院记录的要求及内容。

（一）患者一般情况包括姓名、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。

(二) 主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

(三) 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、发病后诊疗经过及结果、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部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

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。

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。

(四) 既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容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。

(五) 个人史，婚育史、月经史，家族史。

1.个人史：记录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、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、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。

3.家族史：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。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、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。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（八）辅助检查指入院前所作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作检查，应当写明该机构名称及检查号。

（九）初步诊断是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。

（十）书写入院记录的医师签名。

第十九条 再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的纪录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十条 患者入院不足 24 小时出院的，可以书写 24 小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

第二十一条 患者入院不足 24 小时死亡的，可以书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断，医师签名等。

第二十二条 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。

病程记录的要求及内容：

（一）首次病程记录是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。

(二)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 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者,至少 3 天记录一次病程记录。

(三)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。

(四)疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

(五)交(接)班记录是指患者经治医师发生变更之际,交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成;接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交

（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

（六）转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

（七）阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

（八）抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。因抢救危急患者，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。

（九）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、股腔穿刺等）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，术后注意事项是否向患者说明，操作医师签名。

(十) 会诊记录(含会诊意见)是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时,分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的,申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成,急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场,并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

(十一) 术前小结是指在患者手术前,由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项,并记录手术者术前查看患者相关情况。

(十二) 术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大,手术前在上级医师主持下,对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

(十三) 麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前,由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页,也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号,患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

(十四) 麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

(十五) 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。

(十六) 手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

(十七) 手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

(十八) 术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、

术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

（十九）麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录。麻醉医师签字并填写日期。

（二十）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、医师签字等。

（二十一）死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

（二十二）死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

（二十三）病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。病重（病危）患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第二十三条手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十四条麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十五条输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十六条特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十七条病危（重）通知书是指因患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日

期。一式两份，一份交患方保存，另一份归病历中保存。

第二十八条医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第二十九条辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验检查结果的记录，内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十条体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章 打印病历内容及要求

第三十一条打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印，

由相应医务人员手写签名。

第三十二条医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

第三十三条打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第五章 其他

第三十四条住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》（卫医发（2001） 286 号）的规定书写。

第三十五条特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》（1994 年卫生部令第 35 号）有关规定执行。

第三十六条中医病历书写基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十七条电子病历基本规范由卫生部另行制定。

第三十八条本规范自 2010 年 3 月 1 日起施行。我部于 2002 年颁布的《病历书写基本规范（试行）》（卫医发（2002） 190 号）同时废止。

病历书写规范

一、基本要求

第一条 病历书写应当客观、真实、准确，及时、完整。病历书写内容要求真实完整，重点突出，条理清晰，有逻辑性、有科学性地综合分析讨论意见。

第二条 入院记录或住院病历应在病人入院后 24 小时内完成。

第三条 住院病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水。

第四条 病历书写应当使用中文和医学术语。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。病历中涉及的数字均用阿拉伯数字书写。疾病诊断、手术、各种诊疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》（ICD-10、ICD-9-CM-3）的规范要求。

第五条 病历书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。规范使用汉字，简化字、异体字按《新华字典》为准，不得自行杜撰，消灭错别字。书写过程中出现错别字时，应当用双线划在错别字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹，整个大病例修改不得超过三处。

第六条 病历应当按照规定的内容书写，并由相应的医务人员签名。实习医务人员书写的病历，应当经过上级带教老师审阅、修改并签名，审查修改应保持原记录清楚可辨，并注明修改时间，修改、签名一律用红笔。修改病历应在 72 小时内完成。

第七条 凡药物过敏者应在病历中用红笔注明过敏药物的名称。

二、大病历书写内容

一般情况：包括姓名、性别、年龄（填写实足年龄或出生年、月，不可用“儿”或“成”代替）、婚姻状况、出生地（应写明省、市、县）、民族、职

业、工作单位、住址（城市应写明省、市、区、街道、楼、单元，农村应具体到村、组）、供史者（注明与患者的关系），入院日期（急危重症患者应注明至时、分）记录日期、时间。

主诉：患者就诊最主要的原因，包括症状（或体征）及其持续时间。

主诉要简明精练，重点突出，高度概括。主诉应能导致第一诊断。原则上不得超过 20 个字。

主诉多于一项者，则按发生的先后次序列出，并记录每个症状的持续时间。如“间歇性上腹痛 10 年，黑便 1 年，呕血 5 小时”。

除特殊情况外，一般不宜用诊断或检查结果代替症状，但对当前无症状表现，诊断资料和入院目的十分明确的患者，也可将“发现胆囊结石 3 月，入院接受手术治疗”、“胃癌手术后半年，要求入院化疗”作为主诉。

现病史：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。现病史是住院病历书写的重点内容，应结合问诊内容，经整理分析后围绕主诉进行描写。

主要内容应包括：

1、发病情况：记录发病时间、地点、发病缓急、前驱症状、可能的病因或诱因。

2、主要症状特点及其发展变化情况：按其发生的先后顺序，分层次描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加重的因素及演变发展情况。发病后病情是持续性还是间歇性发作，是进行性加重还是逐渐好转等。病程的时间描述用回溯推算法，数字用阿拉伯数字书写，如“上腹痛 5 年，黑便 3 天”。

3、伴随症状：各种伴随症状出现的时间、特点、演变情况，与主要症状

之间的相互关系等。记录与鉴别诊断有关的阴性资料。

4、发病以来诊疗经过及结果：何时、何处就诊，做过何种检查，诊断何病，经过何种治疗了，药物剂量及效果。病人叙述的诊断名和药名，提供的病情资料应加引号以示区别。

5、发病以来一般情况：记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重变化等。

6、与现病史直接有关的病史，虽年代久远，亦应包括在内。如风湿性心脏病的现病史，应从风湿热初发时间起叙述。

既往史：既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容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。

系统回顾：对过去健康状况及疾病的回顾。主要内容如下：

1、呼吸系统：慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、咯血、低热、盗汗、与肺结核患者密切接触史等。

2、循环系统：心悸、气急、咯血、发绀、心前区疼痛、晕厥、水肿及高血压、动脉硬化、心脏疾病、风湿热病史等。

3、消化系统：慢性腹胀、腹痛、嗝气、反酸、呕血、便血、黄疸和慢性腹泻、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、梅毒等性病史。

5、造血系统：头晕、乏力皮肤或黏膜瘀点、瘀斑、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、头痛视力降研、肌肉震颤、性格、体重、皮肤、毛发和第二性征改变史等。

7、神经精神系统：头痛、失眠或嗜睡、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。

个人史：记录出生地及长期居留地，生活习情惯及有无烟、酒等嗜好，常用药物，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史等。

婚姻史：记录婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、子女状况、性生活情况等。

月经史、生育史：

女性患者月经史：记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间或闭经年龄等情况。记录格式如下：

初潮年龄 $\frac{\text{行经期天数}}{\text{月经期天数}}$ 末次月经时间（或绝经年龄）

例：15 $\frac{4-5}{28}$ 2015.5.20

并记录月经量、颜色、有无血块、痛经、白带等情况。

生育史按下列顺序写明：足月分娩数-早产数-流产或人流数-存活数。并记录计划生育措施。

家族史：

1、父母、兄弟、姐妹、子女的健康状况，有无与患者类似的疾病。如已

死亡，应记录死亡原因及年龄。

2、家族中是否有结核、肝炎、性病等传染性疾病。

3、有无家族性遗传性疾病，如糖尿病、血友病等

体格检查

体温。C 脉搏次/分 呼吸次/分

一般情况：发育、营养（良好、中等、不良、肥胖、恶病质），神志（清晰、淡漠、模糊、昏睡、谵妄、昏迷）体位（自主、被动、强迫）、步态、面容与表情（安静、忧虑、烦躁、痛苦、急性或慢性病容、或特殊面容），检查能否合作。

皮肤、粘膜：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、溃疡及瘢痕、毛发的生长和分布。

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）。

头部：

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）、眼球（凸出、凹陷、运动、震颤、斜视）、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（正常、减退）

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、有无鼻窦压痛。

口腔：气味、有无张口呼吸、唇（畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、色素沉着）、牙齿（龋齿、缺齿、镶齿、义齿、残根、斑釉齿，注明位置）、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）、颊粘膜（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）。

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）。

胸部：

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。

肺脏：

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、湿性啰音和胸膜摩擦音；语音传导（增强、减弱、消失）等。

心脏：

视诊：心前区隆起、心尖搏动或心脏搏动的位置、范围和强度。

触诊：心尖搏动的性质及位置、有无震颤（部位、期间），摩擦感。

叩诊：心脏左、右浊音界。可用左、右第二、三、四、五肋间距正中线的距离（厘米）表示之，并注明锁骨中线至中线的距离。如图所示。

右 (cm)	肋 间	左 (cm)
	II	
	III	
	IV	
	V	

左锁骨中线距前正中线 cm

听诊：心率、心律、心音的强弱、P2 与 A2 强度的比较、有无心音分裂、额外心音、杂音（部位、性质、收缩期或舒张期，连续性、强度、传导方向以及与运动、体位和呼吸的关系；收缩期杂音强度用 6 级分法，如描述 3 级收缩期杂音，应写作“3/6 级收缩期杂音”；舒张期杂音分为轻、中、重三度和心包摩擦音。

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、动脉壁的弹性、紧张度。

周围血管征：有无毛细血管搏动，枪击音、水冲脉、动脉异常搏动。

腹部：

腹围（腹水或腹部包块等疾病时测量）。

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。

触诊:腹壁紧张度、有无压痛、反跳痛、液波震颤、肿块(部位、大小、形态、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、左叶以前正中线剑突下至肝下缘多少厘米表示)、质地(I度:软;II度:韧;III度:硬)、表面(光滑度)、边缘、有无结节、压痛、搏动等。

胆囊:大小、形态、有无压痛、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。

肾脏:大小、形状、硬度、移动度,有无压痛。

膀胱:膨胀、肾及输尿管压痛点

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

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。

肛门、直肠:视病情需要检查痔疮、肛裂、脱肛、肛痿。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)。

外生殖器:根据病情需要作相应的检查。

男性 有无发育畸形、包皮、阴囊、睾丸、附睾、精索,鞘膜积液。

女性 有特殊情况时,可请妇科医生检查。

脊柱:活动度,有无畸形(侧凸、前凸、后凸),压痛和叩击痛等

四肢：有无畸形、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、畸形，水肿，肌肉萎缩，肌张力变化或肢体瘫痪等。

神经反射：

生理反射：

浅反射（角膜反射、腹壁反射、提睾反射）。

深反射：（肱二头肌反射，肱三头肌反射，膝腱反射，跟腱反射）。

病理反射：Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Chaddock 征、Hoffmann 征。

脑膜刺激征：颈项强直、Kernig 征，Brudzinski 征。

必要时做运动、感觉等及神经系统其他特殊检查。

专科情况：外科、耳鼻咽喉科、眼科、妇产科、口腔科、介入放射科、神经精神等专科需写“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 XX 科情况”。

辅助检查

辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要实验室和器械检查及其结果。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作的检查，应当写明该机构的名称及检查号。

病历摘要

简单扼要、高度概述病史要点，体格检查、实验室及器械检查的重要阳性和具重要鉴别意义的阴性结果，字数以不超过 300 字为宜。

诊 断

诊断名称应确切，分清主次，顺序排列，主要疾病在前，次要疾病在后，

并发症列于主发病之后，伴发病排列在最后。诊断应尽可能的包括病因诊断、病理解剖部位和功能诊断。对一时难以肯定诊断的疾病，可在病名后加“？”。一时既查不清病因、也难以判定在形态和功能方面改变的疾病，可暂以某症状待诊或待查作为诊断，并应在其后注明一两个可能性较大或待排除疾病的病名，如“发热待查，肠结核？”

初步诊断：初步诊断是指经治医师根据患者入院时的情况，综合分析所做出的诊断。

初步诊断书写要求：

1.初步诊断写在入院记录末，加起一行由中线右侧开始书写。

2.初步诊断应尽可能包括病因、病理解剖、病理生理及疾病的分型与分期。如“风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并关闭不全，心房颤动，心功能Ⅱ级”。

3.初步诊断为多种疾病时，一般应当按主次进行排列，主要疾病列在前面，次要疾病根据其重要性依次排列在后；并发症列在有关主要疾病之后；伴发疾病列在最后。如一个患十二指肠球部溃疡、慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，慢性肺原性心脏病，糖尿病和龋齿的患者，此次主要因慢性支气管炎急性发作而入院，诊断顺序应为：①慢性支气管炎急性发作、阻塞性肺气肿、慢性肺原性心脏病；②糖尿病；③十二指肠球部溃疡；④龋齿。（注：病案首页的诊断顺序应按照 ICD-10 的要求书写）。

4.对一时难以肯定诊断的疾病，可在病名后用“？”。

5.对一时难以明确诊断，也难以判定形态和功能方面改变的疾病，可暂时以其突出的症状或体征冠以“待诊”或“待查”，并在其下排列一、两个可能性较大或待排除疾病的病名。如：发热待诊：①伤寒？②恶性组织细胞增

多症？

修正诊断：凡以症状待诊的诊断以及初步诊断不完善或不符合的诊断，上级医师在诊疗过程中应作出“修正诊断”，修正诊断写在可打印新的一页“修正诊断”，并注明修正日期，修正医师也需要签名。随着诊疗活动的进展，医师对之前的诊断可以进行多次修正和补充，可表述为“第一次修正诊断”，“第二次修正诊断”等。

医师签名：书写入院记录的医师在初步诊断的右下角签全名。字迹应清楚易认。上级医师审核后签名于其左侧，中间用“/”相隔。

儿科病历书写规范

（要求基本同内科住院病历，但是由于小儿的特殊性，在某些方面要求不完全一样。尤其是小儿年龄、既往史、个人史、心脏叩诊大小描写等与成人区别较大。）

一般项目：姓名、性别、年龄、民族、家庭住址，提供病史人的姓名、年龄、职业、文化程度、联系方式（如电话、手机），病史提供人与患儿的关系以及病史的可靠程度。入院日期、记录日期。注意：年龄采用实际年龄。出生一天以内写时数，一个月内写天数，一岁内写几月几天，一岁以上写几岁几个月。

主诉：主要症状或体征及其时间。主诉一般不超过 20 个字。例如：“间歇性腹痛 3 天”、“持续性发热 5 天”。除特殊情况般不能用诊断或实验室检查结果代替症状。

现病史：是病历的主要部分。应围绕主诉详细描述此次患病的情况。主要包括

- 1、发病诱因及起病的缓急；
 - 2、主要症状的发作时间、特点、部位、程度及引变过程；
 - 3、伴随症状的发生发展情况；
 - 4、有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状（或体征）；
 - 5、病程中就诊情况；
 - 6、发病后小儿一般情况，例如：精神状态、食欲、睡眠及大小便等；
 - 7、与本病无关的其他疾病尚需治疗者，需在现病史中另起一行扼要地叙述。
- 既往史：儿科病历一般不需要系统回顾。除体质差经常多病的年长儿或病

程较长的疑难病例才进行系统回顾。主要包括既往健康情况，与现病相同或类似的疾病，其他疾病史及急慢性传染病史，有无药物或食物过敏史，手术史外伤史，输血史。

个人史：包括出身史、喂养史、生长发育史、预防接种史及生活史。

出生史：母孕期的情况：第几胎第几产，出生体重，分娩时是否足月、早产或过期产；生产方式，出生时有无窒息或产伤，Apgar 评分情况等。

喂养史：母乳喂养还是人工喂养或混合喂养，以何种乳品为主，何时断奶。添加辅食情况，年长儿还应该注意了解有无挑食、偏食及吃零食的习惯。

生长发育史：常用的生长发育指标有体重和身高，前囟门关闭及乳牙萌出情况；何时能抬头、会笑、独坐、站立和走路；何时会有意识地叫爸爸妈妈。学龄儿童应询问学习成绩和行为表现。

预防接种史：是否按序进行计划免疫，非计划免疫的特殊疫苗的接种情况，有无不良反应。

生活史：患儿的居住条件，生活是否规律，睡眠情况及个人卫生习惯，经常进行户外活动，家庭周围环境、是否饲养宠物等。

家属史：父母是否近亲婚配，同胞的健康状况，家属中有无遗传性、过敏性疾病及急慢性传染病患者。必要时询问其他家庭成员及亲戚的健康状况、家庭经济情况。

体格检查

检查的顺序可根据患儿当时的情况灵活掌握。容易检查又不惹起小儿不适的应先检查，尤其是必须在合作情况下才能做好对诊断非常重要的部位，如

心肺听诊和腹部检查应先检查。口腔、咽部检查可引起患儿不适，应放在最后，但书写时应放在前面按序描写。

生命体征：包括体温、呼吸、脉搏、血压，对小婴儿还有身高、体重、头围、胸围等。

一般情况：注意观察小儿精神及神志状况，发育营养状况及体位，面部表情，检查是否合作等。

皮肤粘膜：应在自然明亮光线下观察皮肤颜色：如黄染、苍白、紫绀、出血点、皮疹、色素沉着、皮肤湿润度、弹性、有无水肿、皮下组织充实度和厚薄，必要时测测皮脂厚度、毛发情况。

淋巴结：全身浅表淋巴结有无肿大，部位、数量、硬度、有无压痛及粘连。（正常小儿可以在枕后、耳前、耳后、颌下、额下、颈部、腋窝、腹股沟等处触及单个、质软、黄豆大小、可移动、无压痛的淋巴结。）

头部及其器官：

头颅：毛发情况、头颅大小、形状、有无肿块、压痛等，还要注意头围、前囟大小和紧张度，是否隆起或凹陷。小婴儿须触摸枕部颅骨有无软化呈乒乓球样感觉，枕部有无枕秃。

面部：注意有无某些遗传性疾病的特殊面容。

眼：眼裂大小、有无斜视、眼睑红肿、下垂、闭合不全。眼球运动情况，有无结合膜充血、角膜浑浊、脓性分泌物、巩膜黄染、眼窝凹陷等；瞳孔大小、形状、对光反应等。

耳：双耳外形，外耳道有无分泌物，提耳或压乳突时有无疼痛。

鼻：观察鼻形，有无鼻翼扇动，鼻腔分泌物的性状，鼻塞情况、鼻中隔有无偏移。

口腔：口腔尤其咽部检查放在体格检查的最后进行（记录应按序）。嘴唇及口周有无苍白、紫绀，疱疹，口角糜烂。口腔黏膜有无充血、溃疡、黏膜斑、鹅口疮，腮腺开口处有无红肿及分泌物。牙齿数目及龋齿数。舌质、舌苔颜色。咽部有无充血，双侧扁桃体是否肿大、充血、渗出物、假膜。咽后壁有无滤泡增生，脓肿等情况。

颈部：颈部是否软，有无斜颈、短颈或颈蹼等畸形。颈椎活动情况。甲状腺有无肿大，气管位置，颈静脉充盈情况。

胸部：

胸廓：胸廓两侧是否对称，有无桶状胸、漏斗胸，有无鸡胸、肋骨串珠、郝氏沟、肋缘外翻等佝偻病的体征：肋间隙有无饱满、凹陷、增宽或变窄等。

肺：

视诊：呼吸类型、快慢、深浅，两侧呼吸运动是否对称，有无呼吸困难及吸气性凹陷。

触诊：年幼儿可利用啼哭或说话时进行。注意呼吸运动和语颤是否对称，有无皮下气肿的握雪感和胸膜摩擦感。

叩诊：年幼儿可用两个手指直接叩击胸壁，应两侧对称进行。

听诊：应两侧对称进行。注意呼吸音有无异常，有无哮鸣音、干性罗音与湿性罗音。

心

视诊：观察心前区是否隆起，心尖搏动位置和搏动范围。

触诊：检查心尖搏动的位置、强弱，有无震颤、抬举性搏动及心包摩擦感。

叩诊：叩诊心界时要轻，才能分辨清、浊音界线，如果重叩，叩出的心界会比实际小，3岁以内婴幼儿一般只叩心脏左右界。

各年龄小儿心界

年龄	左界	右界
<1岁	左乳线外1~2cm	沿右胸骨旁线
1~4岁	左乳线外1cm	右胸骨旁线与右胸骨线之间
5~12岁	左乳线上或乳线内接近右胸骨线0.5~1cm	接近右胸骨线
>12岁	左乳线内0.5~1cm	右胸骨线

听诊：主要是心率、心律、心音、额外心音及杂音。注意杂音的部位、时间、性质、强度及传导方向等，有无心包摩擦音。

桡动脉：脉搏频率、节律（规则、不规则、脉搏短绌）、有无奇脉、水冲脉、和交替脉等、搏动强度。动脉壁的弹性、紧张度。

周围血管征：有无毛细血管搏动，枪击音、动脉异常搏动。

腹部：检查时为了避免触诊和叩诊对听诊影响，把听诊放在视诊后进行，但描写仍按视、触、叩、听顺序。

视诊：腹壁有无膨隆，是否可见胃肠型或肠蠕动波等，新生儿脐轮是否红肿、脐部有无分泌物、出血、炎症、有无脐疝。

触诊：腹壁柔软度，有无压痛、反跳痛，注意疼痛部位及程度，有无包块，包块部位、大小等；肝、脾有无触及，注意大小、有无压痛等。

叩诊：可采用直接叩诊法或间接叩诊法，其检查内容与成人相同。

听诊：主要听肠鸣音及血管杂音。

会阴、肛门和外生殖器：观察有无畸形（如先天性无肛、尿道下裂、两性畸形）、肛裂，女孩有无阴道分泌物，男孩有无隐睾，包皮过长、包茎，鞘膜

积液等，有无腹股沟疝等。

脊柱和四肢：注意有无畸形、躯干与四肢的比例和佝偻病体征，如“O”形腿或“X”形腿，手镯、脚镯样变，脊柱侧弯等，观察手、足指（趾）有无杵状指、多指（趾）畸形等。

神经系统：注意四肢运动及感觉，肌肉张力与肌力。

生理反射：腹壁反射、提睾反射（正常小婴儿的提睾、腹壁反射较弱或引不出来）膝反射、跟腱反射、肱二头肌反射、肱三头肌反射等；

原始反射：新生儿期应注意吸吮反射、觅食反射、握持反射、拥抱反射等原始反射是否存在。

病理反射 Babinski 征、Chaddock 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征。

脑膜刺激征：颈是否强直、Brudzinski 征（2 岁以下的儿童可呈阳性）、Kernig 征等。

辅助检查

入院前主要实验室检查：记录与诊断相关的实验室及器械检查及结果。应分类并按检查日期记录。如是在其他医院所做的检查，应注明该医院名称及检查号。

病历摘要

简明扼要地叙述病史要点，阳性体征及重要的阳性检查结果。一般不超过 300 个字。

初步诊断应放在右下角。

签名应放在诊断病名下方。

江南大学附属医院

入院记录

姓名：李丽 职业：干部
性别：女 单位：无锡某电子公司
年龄：67岁 婚姻：已婚
住址：无锡市滨梁溪路19号1-208室 病史陈述者（注明可靠程度）：患者本人（可靠）
籍贯：江苏无锡 入院日期：2009年05月14日9时25分
民族：汉族 记录日期：2009年05月14日11时00分

主诉：刺激性下咳4月，加重伴头痛、呕吐1周。

现病史：患者4个月前无明显诱因出现咳嗽，为刺激性干咳，无发热、盗汗、咯血，无气喘、呼吸困难，间断自服罗红霉素（150mg，每日2次）及复方甘草片（3片，每日3次），病情无好转。近1周干咳进行性加重，影响睡眠，并出现头部剧痛，呈撕裂样、弥漫性，咳嗽及用力时加重，伴轻度恶心、纳差，无视物积模糊及肢体活动障碍，无反酸、嗝气，无脓涕。3天前来我院就诊，行肺部CT检查示：右肺门大，考虑中心型肺癌，右下叶炎症。因呼吸内科无床，病人拒绝留观，自动回家。今晨头痛难忍，恶心、呕吐2次，为胃内容物，非喷射性，不能进食，无腹痛、腹泻，无眩晕、耳鸣，急诊行头颅CT示：左侧小脑及鞍旁占位性病变，转移瘤可能性大，两侧基底节区腔隙性脑梗死。以“右肺肿瘤、肺部感染、肺癌脑转移、高血压病”收治我科，患者发病以来，纳差，精神、睡眠欠佳，大小便正常，体重无明显变化。

既往史：既往有“高血压”病史3年，口服复方降压片，血压控制良好。否认糖尿病、冠心病等其他慢性病史，否认肝炎、结核等传染病史，否认重大外伤史、手术史，否认输血及血制品使用史，有“氨茶碱”过敏史，否认中毒史及其他药物及食物过敏史，预防接种随社会。近30年来未做预防接种。

系统回顾：

头颅五官：双眼无畏光、迎风流泪及眼痛史，无听力障碍、耳鸣、耳痛，无鼻塞、流脓涕，无牙痛史。

呼吸系统：见现病史。

循环系统：3年前出现头晕，当时测血压160/95mmHg，口服复方降压片1片/日，血压控制在正常范围，无心悸、气短、发绀、水肿，心前区疼痛史。

消化系统：偶有反酸、剑突下疼痛史，未系统诊治，自服胃舒平症状可缓解，无腹胀、腹泻、呕血、黑便，无食欲不振、呕吐、吞咽困难，无黄疸、皮肤搔痒史。

泌尿系统：无尿急、尿频、尿痛、血尿、脓尿、尿路不畅，无夜尿增多以及颜面浮肿史。

血液系统：无苍白、乏力、头晕、鼻出血、牙龈出血史，无皮下瘀斑，紫斑、紫癜及出血点史，无骨痛史。

内分泌及代谢系统：无多饮、多食、消瘦史，无食欲亢进、多汗、易激动史，无皮肤色素沉着、毛发分布异常。

运动系统：无关节红、肿、热、痛或活动障碍，无肢体肌肉麻木、震颤、痉挛萎缩，无关节畸形、运动障碍史。

神经系统：2006年出现头晕，当时查CT提示脑梗死，给予静脉滴注维脑路通半月，症状缓解，无头痛、晕厥、意识障碍史，无记忆力减退、视力障碍、情绪状态、智能改变史。

免疫系统：皮疹、发热、关节痛、肌无力，无怕光、口干、眼干、粘膜多发溃疡史。

个人史：出生并长期生活于无锡，生活及饮食规律，未到过流行病疫区，无外地长时间居住史，24岁开始在当地某电子公司做文职工作，工作40年，未接触粉尘、毒物及放射性物质，未与传染病病人接触。无烟酒嗜好。否认冶游史。26岁结婚，否认近亲结婚，配偶及子女体健。月经史：16 $\frac{4-5}{28-30}$ 48，生育史：3-1-2-4。

家族史：父亲因肺癌于2001年去世，母亲健在，兄弟姐妹及子女体健，否认家族遗传病史，否认家族中有结核、肝炎等传染病史。

体格检查

T: 36.0° C P: 80次分 R: 18次分 Bp: 130/70mmHg

一般情况：发育正常，营养中等，自主体位，面色红测，表情较痛苦，神志清晰，对答流利，查体合作。

皮肤黏膜：色泽正常，弹性较好，无水肿、皮疹、皮下出血，未见血管痣、瘢痕、溃疡及皮下结节。

淋巴结：全身浅表淋巴结未触及肿大。

头部：头颅：头形正常，头发灰白，分布均匀，头部无瘢痕。

眼部：眼睑无水肿，睑结膜未见出血，巩膜无黄染，角膜透明，瞳孔等大等圆，眼球

运动正常，对光反射存在，调节反射灵敏。

耳部：听力粗测正常，乳突无压痛，外耳道无流脓。

鼻部：外鼻无畸形，无鼻翼煽动，无流涕，乳突无压痛，鼻腔通畅，鼻中隔无弯曲。

口腔：口唇无紫绀，无疱疹，无口角皲裂；牙齿排列整齐，牙龈无红肿，舌苔较薄，口腔黏膜无出疹、溃疡及色素沉着，咽部无充血，悬雍垂居中，双侧扁桃体无肿大，吞咽正常，声音无嘶哑。

颈部：对称，运动不受限，无压痛，气管居中，甲状腺无肿大，血管无杂音，无动脉异常搏动，颈静脉无怒张。

胸部：胸廓对称，腹式呼吸为主，节律规整，肋间隙正常，乳房正常，无硬结。

肺脏：视诊：呼吸运动对称，节律规则。

触诊：双侧触诊语颤正常对称，无胸膜摩擦感及皮下气肿握雪感，叩诊：双侧肺叩诊呈清音。双侧肺下界在肩胛下角第 10 肋间，呼吸移动度 3cm。

听诊：右肺呼吸音减弱，双肺可闻及散在哮鸣音。

心脏：视诊：心尖区无隆起，心尖搏动在左侧锁骨中线第 5 肋间内侧 1cm。

触诊：心尖搏动在左侧锁骨中线第 5 肋间内 1cm，未触及震颤。叩诊：心脏无扩大，心浊音界如下表：

右 cm	肋间	左 cm
2	II	3
2	III	4
3	IV	6
	V	8

心界不大，锁骨中线与前正中线之间的距离为 9cm。

听诊：心率 80 次/分，心律整齐，主动脉瓣第二心音正常，肺动脉瓣第二心音正常， $P_2 < A_2$ ，各瓣膜听诊区未及病理性杂音，未及心包摩擦音。

桡动脉：脉搏 80 次/分，节律规则，搏动有力，无奇脉、交替脉。

周围血管征：无毛细血管搏动、枪击音、水冲脉和动脉异常搏动。

腹部：视诊：腹部平坦，腹壁静脉无曲张，未见肠型及蠕动波，脐部干燥，无异常隆起。

触诊：腹壁柔软，全腹无压痛及反跳痛，Murphy 征阴性，麦氏点无压痛，全腹未触及包块，肝脾肋下未触及，肾脏未触及，两次输尿管径路无压痛。

叩诊，肝上界右锁骨中线第 5 肋间，无移动性浊音，两季肋部及肾区无叩击痛。

听诊：肠鸣音 4 次分.无血管杂音。

肛门及外阴：阴毛分布正常，外生殖器发育无异常。无瘢痕及溃疡，无脱肛及痔核。

骨柱与四肢：脊柱无畸形，无压痛，四肢无畸形，无杵状指（趾），双下肢无水肿，肌力及肌张力均正常，关节无红肿、畸形，无运动障碍，甲床无血管波动，股动脉及肱动脉无枪击音，桡动脉搏动正常。

神经及精神系统：上下肢肌张力正常，无静止震颤，无肌萎缩及肌纤维束震颤，四肢肌张力 V 级。共济运动：左侧指鼻试验差，无意向震颤，左侧快复轮替试验欠灵活，反跳试验正常，跟膝胫试验正常，闭目难立征阳性，蹒跚步态。皮肤痛觉正常，温度觉（冷热）正常，触觉正常，音叉振动觉正常，位置觉正常，复合感觉正常。反射：腹壁反射正常，跖反射存在。肱二头肌腱反射正常，肱三头肌腱反射正常，桡骨膜反射正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常。髌阵挛、踝阵挛未引出。左右 Hoffmann 征阴性，左右 Babinski 征阴性、左右 Chadock 征阴性、左右 Oppenheim 征阴性、左右 Gordon 征阴性。脑膜刺激征：颈软，Kerning 征阴性，Brudzinski 征阴性。

实验室检查及器械检查

血常规（2009-05-14，本院）；WBC $7.8 \times 10^9/L$ ，N81%，L18%，Hb120g/L.心电图（2009-05-13，本院）：大致正常范围心电图。头颅 CT（2009-05-13，本院）：左侧小脑及鞍旁占位性病变，转移瘤可能大，两侧基底节区腔隙性脑梗死。

病历摘要

患者因“刺激性干咳 4 个月，加重伴头痛、呕吐 1 周”入院。1 周前干咳进行性加重，影响睡眠，并出现头部剧痛，呈撕裂样，弥漫性，咳嗽及用力时加重，伴轻度恶心、纳差，继而出现呕吐，不能进食。既往有“高血压病、脑梗死”病史三年余。查体：两肺叩诊呈清音，呼吸音粗糙，右肺呼吸音减弱，双肺可闻及散在哮鸣音。心律齐，心尖搏动位于左侧锁骨中线第 5 肋间，腹软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未及，未触及包块。四肢肌张力正常，肌力 V 级。左侧指鼻试验差，无意向震颤，左侧快复轮替试验欠灵活，病理征阴性。辅助检查：血常规正常；门诊行肺部 CT 示右肺门大，右肺下叶炎症；行头颅 CT 示：左侧小脑及鞍旁占位性病变，转移瘤可能大，两侧基底节区腔隙性脑梗死。

初步诊断: 1.右肺中心型肺癌
2.肺癌脑转移
3.原发性高血压 III 级
4.肺部感染?
张萍/庄杰

江南大学 Mini-CEX临床技能考核评分表

基本资料	教师姓名_____科室职称_____评价时间_____年_____月_____日		
	学生姓名_____专业班级_____学号_____ <input type="checkbox"/> 见习 <input type="checkbox"/> 实习		
	疾病诊断_____病情复杂程度: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 评价地点: <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 急诊 <input type="checkbox"/> 病房 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 其他 病人资料: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄_____		
	病人类型: <input type="checkbox"/> 门诊病人 <input type="checkbox"/> 新住院病人 <input type="checkbox"/> 住院病人查房 <input type="checkbox"/> 标准化病人		
	评分标准: 未符合要求 (≤2): 1-3; 符合要求 (3-4项: 4-6); 优秀 (≥5项: 7-9)		
评分标准说明	1分: 无法做到。	2分: 做到≤2项, 无法获得足够的病史资料。	3分: 做到≤2项, 获得粗略的病史资料。
	4分: 做到≥3项, 获得需要的病史资料。	5分: 做到≥3项, 获得需要的病史资料 (包括精神、社会层面)。	6分: 做到≤4项, 获得需要的病史资料 (包括精神、社会层面)。
	7分: 做到≥5项, 获得需要的病史资料 (包括精神、社会层面)。	8分: 流畅完成全部项目。	9分: 流畅完成全部项目, 能回应病人非语言表达。
主题	1. 病史采集 <input type="checkbox"/> 未观察	2. 体格检查 <input type="checkbox"/> 未观察	3. 人文关怀 <input type="checkbox"/> 未观察
评分规范	<input type="checkbox"/> 称呼病人	<input type="checkbox"/> 告知病人检查目的与范围	<input type="checkbox"/> 表现尊重
	<input type="checkbox"/> 自我介绍	<input type="checkbox"/> 注意检查场所的隐密性	<input type="checkbox"/> 同理心 (感同身受)
	<input type="checkbox"/> 说明目的	<input type="checkbox"/> 诊断与鉴别诊断并重	<input type="checkbox"/> 建立良好关系与信赖感
	<input type="checkbox"/> 鼓励病人讲述病史	<input type="checkbox"/> 依病情需要及合理顺序	<input type="checkbox"/> 注意并处理病人是否舒适
	<input type="checkbox"/> 适当提问引导病人	<input type="checkbox"/> 操作规范准确	<input type="checkbox"/> 注意保密
	<input type="checkbox"/> 对病人情绪及肢体语言有适当的回馈	<input type="checkbox"/> 适当且审慎处理病人的不适感	<input type="checkbox"/> 对病人寻求相关信息的需求能适当满足
	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨
主题	4. 临床思维 <input type="checkbox"/> 未观察	5. 医患沟通 <input type="checkbox"/> 未观察	6. 医疗文书 <input type="checkbox"/> 未观察
评分规范	<input type="checkbox"/> 综合病史与体查资料	<input type="checkbox"/> 签署知情同意书	<input type="checkbox"/> 完整病历
	<input type="checkbox"/> 判断相关的检查结果	<input type="checkbox"/> 解释检查与处理的理由	<input type="checkbox"/> 病案首页
	<input type="checkbox"/> 鉴别诊断能力	<input type="checkbox"/> 解释检查结果及临床意义	<input type="checkbox"/> 入院记录
	<input type="checkbox"/> 临床判断的合理性	<input type="checkbox"/> 有关治疗处理的健康教育	<input type="checkbox"/> 出院记录
	<input type="checkbox"/> 临床判断的逻辑性	<input type="checkbox"/> 能询问病人有无问题	<input type="checkbox"/> 在院病历排序
	<input type="checkbox"/> 临床检查的利与弊	<input type="checkbox"/> 适当回应病人的问题	<input type="checkbox"/> 出院病历排序
	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨
主题	7. 整体能力评价 <input type="checkbox"/> 未观察		
评分规范	<input type="checkbox"/> 对病人的态度	评价与反馈	学生自评: _____分 教师回馈: _____ 学生 _____ 教师 _____
	<input type="checkbox"/> 知识丰富程度		
	<input type="checkbox"/> 整合资料与判断能力		
	<input type="checkbox"/> 整体有效性		
	<input type="checkbox"/> 临床技术熟练		
	<input type="checkbox"/> 负责任		
	根据以上做到的项目予以评分①②③④⑤⑥⑦⑧⑨		
教师评分	根据以上7个项目予以总评 _____分		

江南大学 DOPS 临床技能考核评价表

教师姓名_____科室_____职称_____评价时间____年____月____日

学生姓名_____专业_____班级_____学号_____ 见习 实习

疾病诊断_____病情复杂程度：低 中 高

评价地点：门诊 急诊 病房 ICU 其他 病人资料：男 女 年龄_____

病人类型：门诊病人 新住院病人 住院病人查房 标准化病人

考核项目：_____

评价内容	未评价	评价结果								
		待改进			符合要求			优良		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
掌握操作相关知识										
知情同意										
操作前准备										
麻醉止痛或镇定操作										
操作核心技术能力										
无菌操作										
及时寻求帮助										
操作后处置										
医患沟通技巧										
专业素养和病人照顾										
总体表现评价										

参考评价标准：待改进（1-3）；普通（4-6）；优良（7-9）

直接观察时间_____分钟，回馈时间_____分钟。

教师对本次考核的评分：

1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9

学生对本次考核的评分：

1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9

学生自评：_____

学生签字：_____

教师回馈：_____

教师签字：_____

采用台湾省中国医药大学陈伟德教授的建议9级分法。实习医学生可从4级开始计分，实习医师平均应达5级，住院医师6级，研究生7级，新任主治医师8级，高年主治医师9级。