



中医执业第二站				
题号	中医操作	中医操作	西医体格检查	西医操作
1	<p>舌诊</p> <p>一、叙述并演示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p>	<p>尺泽、列缺、地仓定位</p> <p>尺泽定位: 在肘区, 肘横纹上, 肱二头肌腱桡侧缘凹陷中。</p> <p>列缺定位: 在前臂, 腕掌侧远端横纹上 1.5 寸, 拇短伸肌腱与拇长展肌腱之间, 拇长展肌腱沟的凹陷中。简便取穴法: 两手虎口自然平直交叉, 一手食指按在另一手桡骨茎突上, 指尖下凹陷中是穴。</p> <p>地仓定位: 在面部, 口角旁开 0.4 寸(指寸)。</p>	<p>量血压</p> <p>测量方法</p> <p>(1)直接测量法 仅适用于危重和大手术的患者。</p> <p>(2)间接测量法 被检查者安静休息至少 5 分钟, 采取坐位或仰卧位, 裸露右上臂, 伸直并外展 45°, 肘部置于与右心房同一水平(坐位平第 4 肋软骨, 仰卧位平腋中线)。让受检者脱下该侧衣袖, 露出手臂, 将袖带平展地缚于上臂, 袖带下缘距肘窝横纹 2~3cm, 松紧适宜。检查者先于肘窝处触知肱动脉搏动, 将听诊器体件置于肱动脉上, 轻压听诊器体件。然后用橡皮球将空气打入袖带, 待动脉音消失, 再将汞柱升高 20~30mmHg, 开始缓慢(2~6mmHg/S)放气, 听到第一个声音时所示的压力值是收缩压; 继续放气, 声音消失时血压计上所示的压力值是舒张压(个别声音不消失者, 可采用变音值作为舒张压并加以注明)。测压时双眼平视汞柱表面, 根据听诊结果读出血压值。</p>	<p>外科洗手</p> <p>外科洗手</p> <p>所有参加手术的人员手术前都必须进行洗手和手臂消毒。[步骤与方法]</p> <p>外科洗手法包括洗手和消毒两个步骤。</p> <p>1.洗手</p> <p>(1)流水冲洗双手臂。</p> <p>(2)用洗手液或肥皂水按七步洗手法洗手和手臂。七步洗手法: 手掌相对→手掌对手背→双手十指交叉→双手互握→揉搓拇指→指尖→手臂至上臂下 1/3, 两侧在同一水平交替上升, 不得回搓。重复两次, 共 5 分钟。洗手过程保持双手位于胸前并高于肘部, 双前臂保持拱手姿势。</p> <p>(3)取无菌毛巾擦干手和臂。</p> <p>2.消毒</p> <p>消毒方法分为肥皂水刷手法和消毒剂消毒法(如碘伏刷手法、灭菌王刷手法)。</p> <p>(1)肥皂水刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。②用消毒毛刷蘸取消毒肥皂液交替刷洗双手及手臂, 从指尖到肘上 10cm。刷手时尤应注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一遍, 指尖朝上肘向下, 用清水冲洗手臂上的肥皂水。然后, 另换一消毒毛刷, 同法进行第二、三遍刷洗, 每一遍比上一遍低 2cm (分别为肘上 10cm、8cm、6cm)。共约 10 分钟。③每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干, 擦过肘部的毛</p>

<p>3. 望舌的顺序是先看舌质（舌神、舌色、舌形、舌态），再看舌苔（苔色、苔质、舌苔分布）；先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根部。（3分）</p> <p>望舌时做到迅速敏捷，全面准确，时间不可太长。若一次望舌判断不准确，可让病人休息3~5分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时</p>			<p>巾不可再擦手部，以免污染。</p> <p>④将双手及前臂浸泡在 75% 乙醇桶内 5 分钟，浸泡范围至肘上 6cm 处。若有乙醇过敏，可改用 0.1% 苯扎溴铵溶液浸泡，也可用 1: 5000 氯己定（洗必泰）溶液浸泡 3 分钟。⑤浸泡消毒后，保持拱手姿势待干，双手不得下垂，不能接触未经消毒的物品。</p> <p>（2）碘伏刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。②用消毒的软毛刷蘸取碘伏刷手。刷手顺序采取三段法：双手→双前臂→双上臂，双手交替向上进行，顺序不能逆转，不留空白区。刷手范围为肘上 6cm，共 5 分钟。重点刷双手，从拇指的桡侧起渐次到背侧、尺侧，依次刷完五指和指蹼，然后再刷手掌、手背、前臂和肘上。③擦手：每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干，擦过肘部的毛巾不可再擦手部。④用碘伏均匀涂于两手和前臂至肘部。先涂抹两前臂及肘部，再涂抹双手。⑤保持拱手姿势自然待干。</p> <p>（3）灭菌王刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净，用无菌毛巾擦干。②用无菌刷或无菌纱布接取灭菌王 3~5mL（或用吸足灭菌王的纱布）刷洗双手、前臂、上臂至肘上 10cm，时间 3 分钟。刷时稍用力。先刷甲缘、甲沟、指蹼，再由拇指桡侧开始，渐次到指背、尺侧、掌侧，依次刷完双手手指。然后再分段交替刷左右手掌、手背、前臂直至肘上。刷手时要注意勿漏刷指间、腕部尺侧和肘窝部，只需刷一遍。③刷完</p>
---	--	--	--

	<p>可配合刮舌或揩舌的方法。 (2分)</p>			<p>后,手指朝上肘朝下,流水冲净,用无菌小毛巾从手向上顺次擦干至肘上,注意不可再向手部回擦。另取一块小毛巾同法擦干另一手臂。④再接取灭菌王 3~5mL 涂抹双手至肘上 8cm,先涂抹两前臂及肘部,再涂抹双手。保持拱手姿势自然待干。 [注意事项] 1.手臂有破损或感染及上呼吸道感染者不宜参加手术刷手。 2.洗手前应该修剪指甲,除去甲缘下积垢,更换手术室专用衣、裤、鞋,戴好消毒帽子、口罩。帽子应完全遮住头发,口罩必须遮住口及鼻孔。将双侧衣袖卷至上臂上 1/3 处,上衣的下摆塞在裤腰内。 3.在洗手过程中,如不慎污染了已刷洗的部位,则必须重新刷洗。 4.洗手消毒完毕后,保持拱手姿势。双手远离胸部 30cm 以外,向上不能高于肩部,向下不能低于剑突,手臂不能下垂。入手术间时用背部推开门或用感应门,手臂不可触及未消毒物品,否则需重新浸泡消毒。 5.刷手后,待手臂上消毒液自然晾干后再穿无菌手术衣和戴无菌手套。 6.目前有很多新型手臂消毒剂,使用方法遵循产品的使用说明。</p>
2	<p>脉诊二、叙述并演示中医诊脉的正确操</p>	<p>条口、听宫、孔最定位 条口定位:在小腿外侧,犊鼻下 8 寸,胫骨前嵴外一横指。 听宫定位:在面部,耳屏正中与下颌骨髁突之间</p>	<p>测腋温 腋测法 擦干腋窝汗液,将腋窝温度计(简称腋表)水银端放在患者腋窝深处,嘱患者用上臂将温度计夹紧,放置 10</p>	<p>戴无菌手套 戴无菌手套 所有参加手术的人员手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、手套。 [步骤与方法]</p>

	<p>作 方 法 。 (10 分)</p> <p>1. 患者体 位: 嘱 患者采 取坐位 或仰卧 位。(2 分)</p> <p>2. 医生指 法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选 用左手 或右手 的 食 指、中 指和无 名指三 个手指 指目诊 察。(1 分)</p> <p>② 手指指 端 平 齐, 手 指略呈 弓形倾 斜, 与 受诊者 体表约 呈 45 角。(1 分)</p>	<p>的凹陷中。 孔最定位: 在前臂前区, 腕掌侧远端横纹上 7 寸, 尺泽与太渊连线上。</p>	<p>分钟后读数。正常值为 36℃~37℃。</p>	<p>目前医院多采用经高压蒸气 灭菌的干手套, 偶有用消毒液 浸泡的湿手套。</p> <p>戴干手套法: ①穿无菌手术 衣、戴口罩后, 选取合适手套 号码并核对灭菌日期。②用手 套袋内无菌滑石粉包轻轻敷 擦双手, 使之滑润。③左手捏 住两只手套翻折部分, 提出手 套, 使两只手套拇指相对向。 右手先插入手套内, 再用戴好 手套的右手 2~5 指插入左手 手套的翻折部内, 帮助左手插 入手套内, 然后将手套翻折部 翻回盖住手术衣袖口。④用无 菌盐水冲净手套外面的滑石 粉。⑤在手术开始前应将双手 举于胸前, 切勿任意下垂或高 举。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1.未戴手套的手, 只能接触手 套套口的向外翻折部分, 不能 碰到手套的外面。</p> <p>2.已戴好手套的手只能接触 手套的外面, 不能碰到皮肤和 手套套口的向外翻折部分。</p> <p>3.在手术开始前, 双手应放于 胸前, 切勿任意下垂或高举。</p> <p>4.手术人员做完一台手术, 需 继续做另一台手术时, 需重新 按外科洗手法进行手臂消毒。</p>
--	--	---	--------------------------------	--

<p>(2) 布指</p>			
<p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1分)</p>			
<p>② 食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1分)</p>			
<p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。(2分)</p>			
<p>3. 医生平息:医生在诊脉时注意调匀呼吸,即所谓</p>			

	<p>“平 息”。 一方面 医生保 持呼吸 调匀, 清心宁 神,可 以自己的 呼吸 计算病 人的脉 搏至 数,另 一方面, 平息有 利于医 生思想 集中,可 以仔细 地辨别 脉象。 (1 分)</p> <p>4. 切脉时 间: 一 般每次 诊脉每 侧不少 于 1 分 钟, 两 侧以 3 分钟左 右为 宜。(1 分)</p>			
3	<p>舌诊 一、叙 述并演 示舌诊 的操作 方法。</p>	<p>内关、申脉、风池定位 内关定位: 在前臂前区, 腕掌侧远端横纹上 2 寸, 掌长肌腱与桡侧腕屈肌 腱之间。 申脉定位: 在踝区, 外踝</p>	<p>浅表淋巴结触诊顺序 检查浅表淋巴结时, 应按一 定的顺序进行, 依次为: 耳 前、耳后、乳突区、枕骨下 区、颌下、颞下、颈后三角、 颈前三角、锁骨上窝、腋窝、</p>	<p>穿手术衣 三、穿手术衣 所有参加手术的人员手臂消 毒后都需穿戴无菌手术衣、手 套。 [步骤与方法]</p>

	<p>(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔</p>	<p>尖直下, 外踝下缘与跟骨之间凹陷中。</p> <p>风池 定位: 在颈后区, 枕骨之下, 胸锁乳突肌上端与斜方肌上端之间的凹陷中。</p> <p>滑车上、腹股沟、腘窝等。检查时如发现有肿大的淋巴结, 应记录其数目、大小、质地、移动度, 表面是否光滑, 有无红肿、压痛和波动, 是否有瘢痕、溃疡和瘰管等。</p>	<p>1. 从已打开的无菌衣包内取出无菌手术衣一件, 选择较大的空间穿衣。</p> <p>2. 提起手术衣两肩袖口处, 轻轻将手术衣抖开, 注意勿将手术衣外面对着自己。</p> <p>3. 稍掷起手术衣, 顺势将两手同时插入衣袖内并向前伸, 将两手自袖腕口伸出。如双手未能完全伸出, 可由巡回护士在后面拉紧衣带, 双手即可伸出袖口。</p> <p>4. 由巡回护士在身后系好颈带和肩带。</p> <p>5. 双手在身前交叉提起腰带, 由巡回护士协助将腰带绕至前腹部, 由本人在前腹部系好腰带。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 手术衣打开时, 保持手术衣内面对身体, 勿将手术衣外面对着自己。</p> <p>2. 手术衣穿好后, 双手应举至胸前。穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后, 肩部以下、腰部以上、腋前线前、上下肢为无菌区。如无菌手术衣接触到未消毒的物品, 应及时更换。</p>
--	---	--	---

	<p>色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。 (3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 (2 分)</p>			
4	<p>脉诊二、叙述并演示中医诊脉的</p>	<p>手三里, 三阴交, 期门定位 手三里定位: 在前臂, 阳溪穴与曲池穴连线上, 肘横纹下 2 寸处。</p>	<p>颌下淋巴结触诊方法 检查左颌下淋巴结时, 将左手置于被检查者头顶, 使头微向左前倾斜, 右手四指并拢, 屈曲掌指及指间关节,</p>	<p>腹部手术区消毒 手术区消毒 凡是准备手术者均需要进行手术区域的消毒。对某种消毒剂过敏者, 可更换其他消毒剂</p>

<p>正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。(1分)</p>	<p>三阴交定位: 在小腿内侧, 内踝尖上 3 寸, 胫骨内侧缘后际。</p> <p>期门定位: 在胸部, 第 6 肋间隙, 前正中线旁开 4 寸。</p>	<p>沿下颌骨内缘向上滑动触摸。检查右侧时, 两手换位, 让被检查者向右前倾斜。</p>	<p>进行消毒。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 手术前皮肤准备 不同的手术对病人手术区域的皮肤准备不同。一般外科手术, 病人最好在手术前一天下午洗浴, 并用肥皂清洗皮肤。如皮肤上若有较多油脂或胶布粘贴的残迹, 可先用松节油或 75% 酒精擦净。</p> <p>2. 术区剃毛 主张当日术前剃毛。若毛发细小, 可不剃。不宜在手术室内剃毛。最好采用专用粘布粘贴法除毛。</p> <p>3. 消毒剂 目前国内普遍使用 0.5% 碘伏作为皮肤消毒剂。也可用 2.5% 碘酊消毒, 待干后再用 75% 酒精涂擦 2~3 遍以脱碘。面部、口腔、肛门及外生殖器等处消毒, 不可用碘酊。</p> <p>4. 消毒方法 准备好消毒用品(卵圆钳、消毒剂、棉球或纱布), 皮肤消毒先用碘伏(或 0.5% 安尔碘)棉球或小纱布团由手术区中心向四周涂擦顺序涂擦 3 遍, 第二、三遍都不能超出上一遍的范围。如为感染伤口或会阴、肛门等处手术, 则应从外周向感染伤口或会阴肛门处涂擦。消毒范围应包括手术切口周围半径 15cm 的区域。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 消毒皮肤时涂擦时应稍用力, 方向应一致, 不可遗漏空白或自外周返回中心部位。已经接触污染部位的药液纱布不应再返回涂擦清洁处。</p> <p>2. 如为腹部手术, 可先滴少许碘伏于脐孔, 以延长消毒时间。</p>
--	--	--	--

<p>(2) 布指</p>	<p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1分)</p>	<p>(1分)</p>	<p>② 食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1分)</p>	<p>(3)</p>	<p>运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。(2分)</p>	<p>3. 医生平息:医生在诊脉时注意调匀呼吸,</p>
-------------------	--	-------------	---	------------	---	----------------------------------

	<p>即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
5	<p>舌诊一、叙述并演示舌诊的操作</p>	<p>肾俞、迎香、犊鼻定位 肾俞定位: 在脊柱区, 第 2 腰椎棘突下, 后正中线旁开 1.5 寸。 迎香定位: 在面部, 鼻翼</p>	<p>左臂腋窝淋巴结触诊 检查左腋窝淋巴结时, 检查者左手握被检查者右手, 向上屈肘外展抬高约 45°, 右手并拢, 掌面贴近胸壁向</p>	<p>穿隔离衣 穿隔离衣 (1) 戴好帽子及口罩, 取下手表, 卷袖过肘, 洗手。 (2) 手持衣领取下隔离衣,</p>

<p>方法。 (10 分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。 (2 分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3 分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌</p>	<p>外缘中点旁, 鼻唇沟中。 犄鼻定位: 在膝前区, 髌韧带外侧凹陷中。</p>	<p>上逐渐达腋窝顶部滑动触诊, 然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁。触诊腋窝后壁时应在腋窝后壁肌群仔细触诊, 触诊腋窝外侧壁时应将患者上臂下垂, 检查腋窝前壁时应在胸大肌深面仔细触诊。同样方法检查左侧腋窝淋巴结。</p>	<p>清洁面朝自己; 将衣领两端向外折齐, 对齐肩缝, 露出袖子内口。 (3) 右手持衣领, 左手伸入袖内; 右手将衣领向上拉, 使左手套入后露出。 (4) 换左手持衣领, 右手伸入袖内; 举双手将袖抖上, 注意勿触及面部。 (5) 两手持衣领, 由领子中央顺着边缘向后将领扣扣好, 再扎好袖口(此时手已污染), 松腰带活结。 (6) 将隔离衣一边约在腰下 5cm 处渐向前拉, 直到见边缘, 则捏住; 同法捏住另一侧边缘, 注意手勿触及衣内面。然后双手在背后将边缘对齐, 向一侧折叠, 一手按住折叠处, 另一手将腰带拉至背后压住折叠处, 将腰带在背后交叉, 回到前面系好。</p>
--	---	---	---

	<p>苔（苔色、苔质、舌苔分布）；先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根部。（3分）</p> <p>望舌时做到迅速敏捷，全面准确，时间不可太长。若一次望舌判断不准确，可让病人休息3~5分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。（2分）</p>			
6	脉诊二、叙述并演示中医	<p>太阳、足三里、肩髃穴定位</p> <p>太阳定位：在头部，当眉梢与目外眦之间，向后约</p>	<p>鼻窦压痛查及临床意义</p> <p>额窦、筛窦、上颌窦和蝶窦，统称鼻窦。鼻窦区压痛多为鼻窦炎。</p>	<p>脱隔离衣</p> <p>脱隔离衣</p> <p>（1）解开腰带，在前面打一活结。</p>

<p>诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。(1</p>	<p>一横指的凹陷处。</p> <p>足三里定位: 在小腿外侧, 犊鼻下 3 寸, 胫骨前嵴外一横指处。</p> <p>肩髃定位: 在三角肌区, 肩峰外侧缘前端与肱骨大结节两骨间凹陷中。简便取穴法: 屈臂外展, 肩峰外侧缘呈现前后两个凹陷, 前下方的凹陷即是本穴。</p>	<p>检查额窦压痛时, 一手扶住被检查者枕后, 另一手拇指或食指置于眼眶上缘内侧, 用力向后上方按压。检查上颌窦压痛时, 双手拇指置于被检查者颧部, 其余手指分别置于被检查者的两侧耳后, 固定其头部, 双拇指向后方按压。检查筛窦压痛时, 双手扶住被检查者两侧耳后, 双拇指分别置于鼻根部与眼内眦之间, 向后方按压。蝶窦因位置较深, 不能在体表进行检查。</p>	<p>(2) 解开两袖口, 在肘部将部分袖子套塞入袖内, 便于消毒双手。</p> <p>(3) 消毒清洗双手后, 解开领扣, 右手伸入左手腕部套袖内, 拉下袖子过手; 用遮盖着的左手握住右手隔离衣袖子的外面, 将右侧袖子拉下, 双手转换渐从袖管中退出。</p> <p>(4) 用左手自衣内握住双肩缝撤右手, 再用右手握住衣领外面反折, 脱出左手。</p> <p>(5) 左手握住领子, 右手将隔离衣两边对齐, 挂在衣钩上。若挂在半污染区, 隔离衣的清洁面向外, 挂在污染区, 则污染面朝外。</p>
---	--	--	---

分)			
(2)			
布指			
①			
以中指			
按在掌			
后高骨			
内侧动			
脉 处			
(中指			
定关)。			
(1			
分)			
②			
食指按			
在关前			
(腕			
侧) 定			
寸, 用			
无名指			
按在关			
后 (肘			
侧) 定			
尺。(1			
分)			
(3)			
运指:			
运指分			
举法、			
按法、			
寻法、			
循法、			
总按与			
单 诊			
等。(2			
分)			
3.			
医生平			
息: 医			
生在诊			
脉时注			
意调匀			

	<p>呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
7	舌诊一、叙述并演示舌诊	<p>攒竹、地机、天枢定位</p> <p>攒竹定位: 在面部, 眉头凹陷中, 额切迹处。</p> <p>地机定位: 在小腿内侧,</p>	<p>咽喉的检查方法</p> <p>被检查者头稍向后仰, 口张大并拉长发“啊”声, 医师用压舌板在舌的前 2/3 与</p>	<p>屈曲前臂止血</p> <p>屈曲加垫止血法: 适用于肘、膝关节远端肢体受伤出血。在肘、腘窝垫以棉垫卷或绷带</p>

<p>的操作方法。 (10 分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。 (2 分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3 分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态),</p>	<p>阴陵泉下 3 寸, 胫骨内侧面缘后际。 天枢定位: 在腹部, 横平脐中, 前正中线旁开 2 寸。</p>	<p>后 1/3 交界处迅速下压舌体, 此时软腭上抬, 在照明下可见口咽组织。检查时注意咽后壁有无充血、水肿, 扁桃体有无肿大。</p>	<p>卷, 将肘关节或膝关节尽力屈曲, 借衬垫物压住动脉, 并用绷带或三角巾将肢体固定于屈曲位, 以阻断关节远端的血流。</p> <p>注意事项]</p> <p>1. 部位要准确。止血带应扎在伤口的近心端, 并应尽量靠近伤口。</p> <p>2. 前臂和小腿不宜扎止血带。</p> <p>3. 上臂不可扎在下 1/3 处, 以防损伤桡神经。宜扎在上 1/3 处。</p> <p>4. 大腿宜扎在上 2/3 处。</p> <p>5. 止血带松紧要适度。止血带的松紧度以刚达到远端动脉搏动消失, 刚能止血为度。</p> <p>6. 加衬垫。止血带与皮肤之间应加衬垫, 以免损伤皮肤。切忌用绳索或铁丝直接加压。</p> <p>7. 标记要明显。记上使用止血带日期、时间和部位并挂在醒目的部位, 便于观察, 同时迅速转送。</p> <p>8. 时间控制好。扎止血带的时间不宜超过 3 小时。并应 1 小时松止血带 1 次, 每次放松 2~3 分钟。松解止血带前, 要先补充血容量, 做好纠正休克准备, 并准备止血用器材; 松解时, 如果伤员出血, 可用指压法止血。</p> <p>9. 应用屈曲加垫止血法, 必须先确定局部有无骨关节损伤, 有骨关节损伤者禁用。</p>
---	---	--	--

	<p>再看舌苔（苔色、苔质、舌苔分布）；先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根部。 （3分）</p> <p>望舌时做到迅速敏捷，全面准确，时间不可太长。若一次望舌判断不准确，可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 （2分）</p>			
8	脉诊二、叙述并演	水沟、天宗、丰隆定位 水沟定位：在面部，人中沟的上 1/3 与下 2/3 交界	眼球运动的检查 时注意眼球的外形有无突出和凹陷及眼球运动。	感染伤口的换药 [适应证] 1. 手术后切口的常规检查。

<p>示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45°。</p>	<p>点处。</p> <p>天宗定位: 在肩胛区, 肩胛冈中点与肩胛骨下角连线上 1/3 与下 2/3 交点凹陷中。</p> <p>丰隆定位: 在小腿外侧, 外踝尖上 8 寸, 胫骨前肌外缘, 条口旁开 1 寸。</p>	<p>检查眼球运动, 医师左手置于被检查者头顶并固定头部, 使头部不能随眼转动, 右手指尖(或棉签)放在被检查者眼前 30~40cm 处, 嘱被检查者两眼随医师右手指尖移动方向运动。一般按被检查者的左侧、左上、左下、右侧、右上、右下共 6 个方向进行, 注意眼球运动幅度、灵活性、持久性, 两眼是否同步, 并询问病人有无复视出现。</p>	<p>2. 敷料松脱需要更换。</p> <p>3. 伤口的渗血、渗液、引流液等浸湿敷料, 或大小便及各种消化液污染伤口。</p> <p>4. 需松动或拔出引流管。</p> <p>5. 愈合伤口拆线等。</p> <p>[器械准备]</p> <p>一次性换药包 1 个(内含弯盘 2 个, 垫单 1 块, 镊子 2 把, 纱布、棉球若干), 剪刀 1 把, 安尔碘或碘酊, 75% 酒精, 胶布等。</p> <p>如换药包中纱布、棉球数量不能满足需要, 另取适量干棉球、纱布置于无菌弯盘或治疗碗中。</p> <p>必要时准备探针、冲洗器、引流物、血管钳、凡士林纱布、生理盐水、其他消毒液等。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 术前准备</p> <p>(1) 术者准备换药前操作者应遵循无菌原则洗手, 并戴好帽子和口罩。向病人说明换药的目的, 以取得配合。</p> <p>(2) 患者体位按伤口部位采取不同的卧姿或其他的稳定姿势。要求使病人舒适、伤口暴露充分, 光线良好, 操作方便, 尽量不使病人看到伤口。</p> <p>(3) 查看伤口必要时先看一次伤口, 估计需要多少敷料和使用何种器械(剪刀、探针等)、药物, 一次备妥。</p> <p>2. 换药步骤</p> <p>(1) 去除敷料: 先用手取下外层敷料(勿用镊子), 再用 1 把镊子取下内层敷料。揭除内层敷料应轻巧, 一般应沿伤口长轴方向揭除, 若敷料干燥并粘贴在创面上则不可硬揭, 应先用生理盐水浸湿后再揭去, 以免创面出血。</p> <p>(2) 双手执镊, 左手镊子从</p>
--	--	---	---

	<p>角。(1分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1分)</p> <p>② 食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1分)</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。(2分)</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊脉时注</p>		<p>换药碗中夹无菌物品,并传递给右手镊子,两镊不可相碰。</p> <p>(3) 无感染伤口,用碘酊、75%酒精棉球由内向外消毒伤口及周围皮肤,沿切口方向,范围距切口 3~5cm,擦拭 2~3 遍。如为感染伤口,则应从外周向感染伤口处涂擦。</p> <p>(4) 分泌物较多且创面较深时,宜用干棉球及生理盐水棉球擦拭并清除干净。</p> <p>(5) 高出皮肤表面或不健康的肉芽组织及较多坏死物质,可用剪刀剪平,再用等渗盐水擦拭。若肉芽组织有明显水肿时,可用 3%~5%高渗盐水湿敷。</p> <p>(6) 一般创面可用消毒凡士林纱布覆盖,污染伤口或易出血伤口要用引流纱条,防止深部化脓性感染。</p> <p>(7) 无菌敷料覆盖伤口,距离切口边缘 3cm 以上,一般用 8~10 层纱布,胶布固定,贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。</p> <p>3. 各种伤口的处理</p> <p>(1) 无菌手术切口 一般于术后 1~2 天更换敷料 1 次,更换敷料时用 75%酒精棉球消毒后,无菌纱布覆盖伤口。</p> <p>(2) 感染伤口 除去坏死组织,充分引流伤口内分泌物。浅部伤口放药物纱布引流,深部伤口用引流纱条引流。一般每天换药 1~2 次,外层敷料被分泌物浸湿后应及时更换敷料。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 凡接触伤口的物品,均须无菌。各种无菌敷料从容器内取出后,不得放回,污染的敷料须放入弯盘或污物桶内。放置</p>
--	--	--	--

	<p>意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。(1分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于1分钟, 两侧以3分钟左右为宜。(1分)</p>			<p>污染物时, 不可从无菌弯盘上方经过。</p> <p>2.换药时先无菌伤口, 后感染伤口; 先缝合伤口, 后有创面伤口; 先感染轻的伤口, 后感染重的伤口; 先一般非特异性感染伤口, 后特异性感染伤口(如破伤风、绿脓杆菌感染、气性坏疽、结核)。</p> <p>3.右手镊子可直接接触伤口, 左手镊子专用于从换药碗中夹取无菌物品, 递给右手(两镊不可相碰)。</p> <p>4.换药过程中, 假如需用两把镊子(或钳子)协同把蘸有过多盐水或药液的棉球拧干一些时, 必须使相对干净侧(左手)镊子位置向上, 而使接触伤口侧(右手)镊子位置在下, 以免污染。</p> <p>5.特殊感染伤口, 如气性坏疽、破伤风、绿脓杆菌等感染伤口, 换药时必须严格执行隔离技术, 除必要物品外, 不带其他物品, 用过的器械要专门处理, 敷料要焚毁或深埋。</p>
9	<p>舌诊 一、叙述并演</p>	<p>阳陵泉、肩井、外关 阳陵泉定位: 在小腿外侧, 腓骨小头前下方凹陷</p>		<p>胸腰椎急性损伤的处理 胸腰椎损伤的搬运方式 (1) 在搬动时, 尽可能减少</p>

<p>示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌</p>	<p>中。</p> <p>肩井定位: 在肩胛区, 第7颈椎棘突与肩峰最外侧点连线的中点。</p> <p>外关定位: 在前臂后区, 腕背侧远端横纹上2寸, 尺骨与桡骨间隙中点。</p>	<p>不必要的活动, 以免引起或加重脊髓损伤。</p> <p>(2) 正确的搬运, 应由3人采用平卧式搬运法。伤员仰卧位, 头部、颈部、躯干、骨盆应以中心直线位, 脊柱不能屈曲或扭转, 在脊柱无旋转外力的情况下, 三人在伤员的同侧, 动作一致地用手平托伤员的头、胸、腰、臀、腿部, 平抬平放至硬质担架(木板)上, 然后在伤员的身体两侧用枕头或衣物塞紧, 用固定带将伤员绑在硬质担架(木板)上, 保持脊柱伸直位。</p> <p>(3) 如只有软担架时, 则宜取俯卧位, 以保持脊柱的平直, 防止脊柱屈曲。</p> <p>(4) 绝对禁止一人拖肩一人抬腿搬动伤员或一人背送伤员的错误搬运法。</p>
--	---	---

	<p>态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。(3分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息3~5分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。(2分)</p>			
10	脉诊二、叙	支沟、太冲、百会定位 支沟定位: 在前臂后区,	眼结膜, 下眼睑结膜检查 结膜	颈椎损伤搬运 颈椎损伤的搬运方式

<p>述并演示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈</p>	<p>腕背侧远端横纹上 3 寸, 尺骨与桡骨间隙中点。</p> <p>太冲定位: 在足背, 第 1、2 跖骨间, 跖骨底结合部前方凹陷中, 或触及动脉搏动。</p> <p>百会定位: 在头部, 前发际正中直上 5 寸。</p>	<p>分为睑结膜、穹隆结膜和球结膜三部分。检查时应注意有无充血、水肿、乳头增生、结膜下出血、滤泡和异物等。</p> <p>检查球结膜时, 以拇指和食指将上、下眼睑分开, 嘱病人向上、下、左、右各方向转动眼球。检查下眼睑结膜时, 嘱被检查者向上看, 拇指置于下眼睑的中部边缘, 向下轻按压, 暴露下眼睑及穹隆结膜。</p> <p>检查上眼睑结膜时需翻转眼睑。翻转要领为: 检查左眼时, 嘱被检查者向下看, 用右手食指(在上方)和拇指(在下方)捏住上睑的中部边缘并轻轻向前下方牵拉, 食指轻压睑板上缘的同时, 拇指向上捻转翻开上眼睑, 暴露上睑结膜, 然后用拇指固定上睑缘。检查右眼时用左手, 方法同前。</p>	<p>(1) 可先用颈托固定颈部。</p> <p>(2) 搬运时应由一人负责扶托下颌和枕骨, 沿纵轴略加牵引力, 使颈部保持中立位, 与躯干长轴一致, 同其他三人协同动作, 将伤员平直地抬到担架(木板)上, 然后在头颈部的两侧用沙袋或卷叠的衣服等物垫好固定, 防止在搬运中发生头颈部转动或弯曲活动, 并保持呼吸道通畅。</p> <p>(3) 切忌用被单提拉两端或一人抬肩另一人抬腿的搬运法, 这样不但会增加病人的痛苦, 还可使脊椎移位加重, 损伤脊髓。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 脊柱损伤伤员在搬运过程中, 始终要保持脊柱伸直位, 严禁弯曲或扭转。</p> <p>2. 转运过程中, 需密切注意观察伤员的生命体征和病情变化。</p>
--	---	--	---

<p>45° 角。(1分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1分)</p> <p>② 食指按在关前(腕侧)定寸, 用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1分)</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总接与单诊等。(2分)</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊</p>	<p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p>	<p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p>	<p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p>
--	---	---	---

	<p>脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。 (1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
11	舌诊一、叙	翳风、阴陵泉、神门的定位	甲状腺视诊和前叶触诊 嘱被检查者双手放于枕后,	上肢骨折的固定 上肢包括前臂或上臂

<p>述并演示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌</p>	<p>翳风定位: 在颈部, 耳垂后方, 乳突下端前方凹陷中。</p> <p>阴陵泉定位: 在小腿内侧, 胫骨内侧髁下缘与胫骨内侧缘之间的凹陷中。</p> <p>神门定位: 在腕前区, 腕掌侧远端横纹尺侧端, 尺侧腕屈肌腱的桡侧缘。</p>	<p>头向后仰, 观察甲状腺的大小和对称性。嘱被检查者做吞咽动作, 则可见甲状腺随吞咽动作向上移动, 常据此将颈前的其他包块与甲状腺病变相鉴别。除视诊观察甲状腺的轮廓外, 还应触诊进一步明确甲状腺的大小、轮廓和性质。</p> <p>触诊包括甲状腺峡部和甲状腺侧叶的检查。</p> <p>甲状腺侧叶: ①前面触诊: 一手拇指施压于一侧甲状软骨, 将气管推向对侧, 另一手食、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指在胸锁乳突肌前缘触诊, 配合吞咽动作, 重复检查。用同样方法检查另一侧甲状腺。②后面触诊: 一手食、中指施压于一侧甲状软骨, 将气管推向对侧, 另一手拇指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺, 食、中指在其前缘触诊甲状腺, 配合吞咽动作, 重复检查。用同样方法检查另一侧甲状腺。</p> <p>甲状腺肿大分为三度: 不能看出肿大但能触及者为 I 度; 既可看出肿大又能触及, 但在胸锁乳突肌以内区域者为 II 度; 肿大超出胸锁乳突肌外缘者为 III 度。注意肿大甲状腺的大小, 是否对称, 硬度如何, 有无压痛, 是否光滑, 有无结节、震颤和血管杂音。</p> <p>病理性甲状腺肿大见于单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进症、甲状腺肿瘤、慢性淋巴细胞性甲状腺炎等。</p>	<p>1) 上臂骨折: 夹板放在上臂的外侧, 用绷带固定, 再固定肩、肘关节, 用三角巾悬吊前臂于胸前, 另一条三角巾围绕患肢于健侧腋下打结。若无夹板, 可用三角巾先将伤肢固定于胸廓, 然后用三角巾将伤肢悬吊于胸前。</p> <p>2) 前臂骨折: 将夹板置于前臂四侧固定, 然后固定肘、腕关节, 用三角巾将肘关节屈曲, 前臂悬吊于胸前, 另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。若无夹板, 先用三角巾将伤肢悬吊于胸前, 然后用三角巾将伤肢固定于胸廓。</p>
--	---	---	---

	<p>形、舌态), 再看舌苔 (苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。 (3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 (2 分)</p>			
12	脉诊	委中, 腰阳关, 商阳定位	气管位置定位及检查结果	闭合性股骨骨折的夹板固定

<p>二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约</p>	<p>委中定位: 在膝后区, 腘横纹中点。</p> <p>腰阳关定位: 在脊柱区, 第4腰椎棘突下凹陷中, 后正中线上。</p> <p>商阳定位: 在手指, 食指末节桡侧, 指甲根角侧上方0.1寸(指寸)。</p>	<p>正常人的气管位于颈前正中部。检查方法: 让被检查者取坐位或仰卧位, 头颈部保持自然正中位置。医师分别将右手的食指和无名指置于两侧胸锁关节上, 中指在胸骨上切迹部位于气管正中, 观察中指是否在食指和无名指的中间。如中指与食指、无名指的距离不等, 则表示有气管移位。也可将中指置于气管与两侧胸锁乳头肌之间的间隙内, 根据两侧间隙是否相等来判断气管有无移位。</p>	<p>大腿骨折: ①健肢固定法: 在膝、踝关节及两腿之间的空隙处加以棉垫, 用绷带或三角巾将双下肢绑在一起。②躯干固定法: 伤肢外侧从腋下至足踝部置一长夹板, 伤肢内侧从大腿根部至足踝部置一短夹板, 用绷带或三角巾捆绑固定。</p>
--	---	---	--












<p>呈 45° 角。(1 分)</p>			
<p>(2) 布指</p>			
<p>① 以中指 按在掌 后高骨 内侧动 脉处 (中指 定关)。 (1 分)</p>			
<p>② 食指按 在关前 (腕 侧)定 寸,用 无名指 按在关 后(肘 侧)定 尺。(1 分)</p>			
<p>(3) 运指: 运指分 举法、 按法、 寻法、 循法、 总按与 单诊 等。(2 分)</p>			
<p>3. 医生平 息: 医</p>			

	<p>生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
13	舌诊	曲池、公孙、胃俞	语音震颤	心肺复苏操作

<p>一、叙述并演示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌</p>	<p>曲池定位: 在肘区, 尺泽与肱骨外上髁连线的中点处。</p> <p>公孙定位: 在跖区, 第1跖骨基底部的前下方赤白肉际处。</p> <p>胃俞定位: 在脊柱区, 第12胸椎棘突下, 后正中线旁开1.5寸。</p>	<p>语音震颤(语颤)</p> <p>(1) 检查方法 检查者将两手掌或手掌尺侧缘平置于患者胸壁的对称部位, 嘱其用同样强度重复拉长音发“yi”音, 自上而下, 从内到外比较两侧相同部位语颤是否相同。</p> <p>(2) 语颤变化临床意义</p> <p>1) 语颤增强: 见于: ①肺实变, 如肺炎链球菌性肺炎、肺梗死、肺结核、肺脓肿及肺癌等; ②压迫性肺不张; ③较浅而大的肺空洞。</p> <p>2) 语颤减弱或消失: 主要见于: ①肺气肿及支气管哮喘发作时; ②阻塞性肺不张、气管内分泌物增多; ③胸腔积液、气胸、胸膜高度增厚及粘连、胸壁水肿或高度肥厚、胸壁皮下气肿; ④体质衰弱。</p>	<p>肺复苏术</p> <p>[适应证]</p> <p>各种原因所造成的心脏骤停。</p> <p>[禁忌证]</p> <p>无绝对禁忌证。</p> <p>胸外按压的禁忌证: 胸壁开放性损伤、肋骨骨折、严重张力性气胸、心脏压塞。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>心肺脑复苏术分三个阶段: ①基本生命支持阶段: 是初步生命急救, 包括心跳呼吸停止的判断与人工循环、气道开放和人工通气。②高级心脏生命支持阶段: 应用辅助设备及特殊技术恢复和保持自主呼吸和心跳。包括建立人工气道、人工正压通气、持续人工循环、给予复苏药物。③延长生命支持阶段: 保护大脑、脑复苏及复苏后疾病的预防。包括多器官功能支持、脑保护与冬眠、促清醒、ICU床旁重症监护、确诊并祛除病因、开放气道、重建呼吸与循环。本节主要介绍心肺复苏术的第一阶段——基本生命支持阶段。</p> <p>1. 环境判断</p> <p>首先评估现场环境是否安全。</p> <p>2. 意识的判断</p> <p>用双手轻拍患者双肩, 分别对双耳大声呼叫“醒醒!”“喂! 你怎么了?”呼喊无反应。</p> <p>3. 立即呼救</p> <p>“请帮我打急救电话, 并取除颤仪!”</p> <p>4. 判断是否有颈动脉搏动, 同时检查呼吸</p> <p>用右手的中指和食指从气管正中环状软骨划向近侧颈动脉搏动处(喉结旁开2~3cm), 判断5~10秒, 触动脉无搏动。同时观察患者胸部起伏, 判断无呼吸或仅有濒</p>
--	--	---	--

<p>色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。(3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。(2 分)</p>			<p>死喘息。</p> <p>5. 摆放体位 使患者仰卧于硬板床或与地面呈直线, 松解患者衣领及裤带。</p> <p>6. 胸外心脏按压 (1) 按压部位 两乳头连线中点(胸骨下半段)。 (2) 按压方法用左手掌根部紧贴患者的胸部, 右手掌根部重叠其上, 两手手指相扣, 左手五指翘起。上半身稍向前倾, 双肩位于患者正上方, 保持前臂与患者胸骨垂直, 双臂伸直(肘关节伸直), 以上半身力量用力垂直向下按压, 放松时要使胸壁充分回复, 放松时掌根不能离开胸壁。 (3) 按压要求按压深度, 成人胸骨下陷至少 5~6cm, 按压频率 100~120 次/分, 压放时间比为 1: 1。连续按压 30 次后给予人工呼吸 2 次。多位施救者在现场心肺复苏时, 每 2 分钟或 5 个心肺复苏循环后, 应相互轮换按压, 以保证按压质量。</p> <p>7. 开放气道 分为仰头举颏法、仰头托颈法、双手托颌法。临床最常用的是仰头举颏法。开放气道后要求耳垂和下颌角连线与地面成 90°。同时清理口腔分泌物, 有假牙予以摘除。 (1) 仰头举颏法施救者将一手掌小鱼际(小拇指侧)置于患者前额, 下压使其头部后仰, 另一手的食指和中指置于靠近额部的下颌骨下方, 将颈部向前抬起, 帮助头部后仰, 气道开放。必要时拇指可轻牵下唇, 使口微微张开。</p> <p>图 7-3 仰头举颏法示意图</p>
--	--	--	--

				<p>(2) 仰头托颈法病人仰卧, 抢救者一手抬起病人颈部, 另一手以小鱼际侧下压患者前额, 使其头后仰, 气道开放。</p> <p>(3) 双手托颌法病人平卧, 抢救者用双手从两侧抓紧病人的双下颌并托起, 使头后仰, 下颌骨前移, 即可打开气道。此法适用于颈部有外伤者, 以下颌上提为主, 不能将病人头部后仰及左右转动。注意, 颈部有外伤者只能采用双手托颌法开放气道, 不宜采用仰头举颞法和仰头托颈法, 以避免进一步损伤脊髓。</p> <h3>9.人工呼吸</h3> <p>口对口人工呼吸是现场复苏最快捷有效的通气方法。有条件亦可采取简易呼吸器进行人工呼吸。对口唇受伤或牙关紧闭者及婴幼儿多采取口对鼻人工呼吸。</p> <p>(1) 口对口人工呼吸 施救者一只手的拇指和食指捏住患者鼻翼, 用小鱼际肌按患者前额, 另一只手固定患者下颌, 开启口腔。施救者双唇严密包住患者口唇, 平静状态下缓慢吹气, 吹气时观察胸廓是否隆起。吹气时间每次不少于 1 秒, 每次送气量 500~600mL, 以胸廓抬起为有效。吹气完毕, 松开患者口鼻, 使患者的肺和胸廓自然回缩, 将气体排出, 重复吹气一次, 与心脏按压交替进行, 吹气按压比为 2: 30。</p> <p>(2) 口对鼻人工呼吸 施救者稍用力抬患者下颏, 使口闭合, 先深吸一口气, 将口罩住患者鼻孔, 将气体吹入患者鼻内。吹气时观察胸廓是否隆起。</p> <p>(3) 简易呼吸器呼吸见后文。</p>
--	--	--	--	---

	   	  	   	<p>10.持续 2 分钟高效率的心肺复苏</p> <p>以心脏按压:人工呼吸=30: 2 的比例进行,操作 5 个周期(心脏按压开始至送气结束)。</p> <p>11.判断复苏是否有效</p> <p>评价心肺复苏成功的指标:①触摸到大动脉搏动;②有自主呼吸;③瞳孔逐渐缩小;④面色、口唇、甲床转红;⑤神志恢复,四肢有活动。</p> <p>12.生命支持</p> <p>整理患者,进一步生命支持。 [注意事项]</p> <p>1.口对口吹气量不宜过大,胸廓稍起伏即可。吹气时间不宜过长,过长会引起急性胃扩张、胃胀气和呕吐。吹气过程要注意观察患(伤)者气道是否通畅,胸廓是否被吹起。</p> <p>2.胸外心脏按压术只能在患(伤)者心脏停止跳动情况下才能施行。</p> <p>3.口对口吹气和胸外心脏按压应同时进行,严格按吹气和按压的比例操作,吹气和按压的次数过多和过少均会影响复苏的成败。</p> <p>4.胸外心脏按压的位置必须准确,不准确容易损伤其他脏器。按压的力度要适宜,过大过猛容易使胸骨骨折,引起气胸血胸。按压的力度过轻,胸腔压力小,不足以推动血液循环。</p> <p>5.施行心肺复苏术时应将患(伤)者的衣扣及裤带解松,以免引起内脏损伤。</p>
14	脉诊二、叙述并演示中医	血海、膈俞、大陵定位 血海定位:在股前区,髌底内侧端上 2 寸,股内侧肌隆起处。简便取穴法:	肺部叩诊 肺下界 (1)检查方法 被检者取坐位或仰卧位。检查者采用	口对口人工呼吸 口对口人工呼吸 施救者一只手的拇指和食指捏住患者鼻翼,用小鱼际肌按患者前

<p>诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。(1</p>	<p>患者屈膝, 医者以左手掌心按于患者右膝盖骨上缘, 第 2~5 指向上伸直, 拇指约呈 45° 斜置, 拇指尖下是穴。对侧取法仿此。</p> <p>膻俞定位: 在脊柱区, 第 7 胸椎棘突下, 后正中线旁开 1.5 寸。</p> <p>大陵定位: 在腕前区, 腕掌侧远端横纹中, 掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。</p>	<p>间接叩诊法, 自上而下沿肋间进行叩诊。正常成年人右肺下界在右侧锁骨中线、腋中线、肩胛线分别为第 6、8、10 肋间。左肺下界除在左锁骨中线上变动较大(有胃泡鼓音区)外, 其余与右侧大致相同。</p> <p>(2) 临床意义 矮胖体型或妊娠时, 肺下界可上移一肋间; 消瘦体型者, 肺下界可下移一肋间。卧位时肺下界可比直立时升高一肋间。病理情况下, 两侧肺下界下移见于肺气肿; 单侧肺下界上移见于肺不张、胸腔积液、气胸等; 两侧肺下界上移见于大量腹水、鼓肠、肝脾肿大、腹腔肿瘤、膈肌麻痹等。</p>	<p>额, 另一只手固定患者下颌, 开启口腔。施救者双唇严密包住患者口唇, 平静状态下缓慢吹气, 吹气时观察胸廓是否隆起。吹气时间每次不少于 1 秒, 每次送气量 500~600mL, 以胸廓抬起为有效。吹气完毕, 松开患者口鼻, 使患者的肺和胸廓自然回缩, 将气体排出, 重复吹气一次, 与心脏按压交替进行, 吹气按压比为 2: 30。</p>
---	--	---	---

分)			
(2)			
布指			
①			
以中指			
按在掌			
后高骨			
内侧动			
脉 处			
(中指			
定关)。			
(1			
分)			
②			
食指按			
在关前			
(腕			
侧) 定			
寸, 用			
无名指			
按在关			
后 (肘			
侧) 定			
尺。(1			
分)			
(3)			
运指:			
运指分			
举法、			
按法、			
寻法、			
循法、			
总按与			
单 诊			
等。(2			
分)			
3.			
医生平			
息: 医			
生在诊			
脉时注			
意调匀			

	<p>呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
15	舌诊一、叙述并演示舌诊	悬钟、气海、后溪的定位 悬钟定位: 在小腿外侧, 外踝尖上 3 寸, 腓骨前缘。	右肺下界活动度检查 肺下界移动度 (1) 检查方法 叩出肺下界后, 嘱被检者深吸气后屏	简易呼吸器的使用 [适应证] 1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期

<p>的操作方法。 (10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。 (2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态),</p>	<p>气海定位: 在下腹部, 脐中下 1.5 寸, 前正中线上。 后溪定位: 在手内侧, 第 5 掌指关节尺侧近端赤白肉际凹陷中。</p>	<p>住呼吸, 继续向下叩诊, 当由清音变为浊音时, 即为该线上肺下界的最低点, 进行标记。然后让被检者恢复平静呼吸, 检查者手指放回肺下界位置。再嘱被检者做深呼吸并屏住呼吸检查者再由下向上一肋间叩诊, 当叩诊音变为浊音时, 即为该线上肺下界的最高点。最高至最低两点间的距离即为肺下界的移动范围。正常人两侧肺下界移动度为 6~8cm。</p> <p>(2) 临床意义 双侧肺下界移动度减小, 见于阻塞性肺气肿及各种原因所致的腹胀增高。一侧肺下界移动度减小或消失见于胸腔积液、气胸、肺不张、胸膜粘连、大叶性肺炎等。</p>	<p>间的呼吸管理。</p> <p>2. 临时替代呼吸机, 应用于需机械通气的患者转科、外出做特殊检查、进出手术室或呼吸机故障等情况。</p> <p>[禁忌证] 有气胸者禁忌。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 简易呼吸器连接氧气, 氧流量 8~10ml/min。 2. 将患者仰卧, 去枕, 头后仰, 清除口腔分泌物, 摘除假牙。 3. 抢救者立于患者头顶处或头部左或右侧, 托起患者下颌, 使患者头进一步后仰, 扣紧面罩。 4. 一手以“CE”手法固定(C法: 左手拇指和食指将面罩紧扣于患者口鼻部, 固定面罩, 保持面罩密闭无漏气。E法: 中指、无名指和小指放在病人下颌角处, 向前上托起下颌, 保持气道通畅)面罩, 一手挤压简易呼吸器气囊, 按压时间大于 1 秒, 潮气量为 8~12mL/kg, 频率成人 12~16 次/分, 按压和放松气囊时间比为 1: 1.5~ 1: 2。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 面罩要紧扣住口鼻部, 避免漏气。 2. 若患者有自主呼吸, 应与之同步, 在患者吸气时按压气囊。 3. 气管插管或气管切开的患者使用简易呼吸器, 应先吸痰, 再通过连接管将呼吸器与气管导管连接。 4. 使用时应注意感受气道阻力, 阻力过大可能有呼吸道阻塞, 应及时查看原因并予以解除。 5. 使用中应注意观察患者面色、口唇及胸廓起伏情况, 听</p>
--	---	--	--

	<p>再看舌苔（苔色、苔质、舌苔分布）；先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根部。 （3分）</p> <p>望舌时做到迅速敏捷，全面准确，时间不可太长。若一次望舌判断不准确，可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 （2分）</p>			<p>呼吸音，监测生命体征和血氧饱和度。</p>
16	<p>脉诊二、叙述并演</p>	<p>中脘、内庭、大椎定位 中脘定位：在上腹部，脐中上 4 寸，前正中线上。</p>	<p>叩诊方法 被检者取仰卧位时，检查者立于被检者右侧，左手叩诊</p>	<p>外科洗手 外科洗手 所有参加手术的人员手术前</p>

<p>示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45°。</p>	<p>内庭定位: 在足背, 第 2、3 趾间, 趾蹼缘后方赤白肉际处。</p> <p>大椎定位: 在脊柱区, 第 7 颈椎棘突下凹陷中, 后正中线上。</p>	<p>板指与心缘垂直(与肋间平行)。被检者取坐位时, 宜保持上半身直立姿势, 平稳呼吸, 检查者面对被检者, 左手叩诊板指一般与心缘平行(与肋骨垂直), 但对消瘦者也可采取左手叩诊板指与心缘垂直的手法。心界的确定宜采取轻(弱)叩诊法, 以听到叩诊音由清变浊来确定心浊音界。</p> <p>心脏左界叩诊</p> <p>先叩左界, 从心尖搏动最强点外 2~3cm 处开始, 沿肋间由外向内, 叩诊音由清变浊时翻转板指, 在板指中点相应的胸壁处用标记笔作一标记。如此自下而上, 叩至第二肋间, 分别标记。</p>	<p>都必须进行洗手和手臂消毒。[步骤与方法]</p> <p>外科洗手法包括洗手和消毒两个步骤。</p> <p>1. 洗手</p> <p>(1) 流水冲洗双手臂。</p> <p>(2) 用洗手液或肥皂水按七步洗手法洗手和手臂。七步洗手法: 手掌相对→手掌对手背→双手十指交叉→双手互握→揉搓拇指→指尖→手臂至上臂下 1/3, 两侧在同一水平交替上升, 不得回搓。重复两次, 共 5 分钟。洗手过程保持双手位于胸前并高于肘部, 双前臂保持拱手姿势。</p> <p>(3) 取无菌毛巾擦干手和臂。</p> <p>2. 消毒</p> <p>消毒方法分为肥皂水刷手法和消毒剂消毒法(如碘伏刷手法、灭菌王刷手法)。</p> <p>(1) 肥皂水刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。②用消毒毛刷蘸取消毒肥皂液交替刷洗双手及手臂, 从指尖到肘上 10cm。刷手时尤应注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一遍, 指尖朝上肘向下, 用清水冲洗手臂上的肥皂水。然后, 另换一消毒毛刷, 同法进行第二、三遍刷洗, 每一遍比上一遍低 2cm (分别为肘上 10cm、8cm、6cm)。共约 10 分钟。③每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干, 擦过肘部的毛巾不可再擦手部, 以免污染。④将双手及前臂浸泡在 75% 乙醇桶内 5 分钟, 浸泡范围至肘上 6cm 处。若有乙醇过敏, 可改用 0.1% 苯扎溴铵溶液浸泡, 也可用 1:5000 氯己定(洗必泰)溶液浸泡 3 分钟。⑤浸泡消毒后, 保持拱手姿势待</p>
--	---	---	--

<p>角。(1分)</p> <p>(2)</p> <p>布指</p> <p>①以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1分)</p> <p>②食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1分)</p> <p>(3)</p> <p>运指:运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。(2分)</p> <p>3. 医生平息:医生在诊脉时注</p>			<p>干,双手不得下垂,不能接触未经消毒的物品。</p> <p>(2) 碘伏刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。②用消毒的软毛刷蘸取碘伏刷手。刷手顺序采取三段法:双手→双前臂→双上臂,双手交替向上进行,顺序不能逆转,不留空白区。刷手范围为肘上 6cm,共 5 分钟。重点刷双手,从拇指的桡侧起渐次到背侧、尺侧,依次刷完五指和指蹼,然后再刷手掌、手背、前臂和肘上。③擦手:每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干,擦过肘部的毛巾不可再擦手部。④用碘伏均涂于两手和前臂至肘部。先涂抹两前臂及肘部,再涂抹双手。⑤保持拱手姿势自然待干。</p> <p>(3) 灭菌王刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净,用无菌毛巾擦干。②用无菌刷或无菌纱布接取灭菌王 3~5mL(或用吸足灭菌王的纱布)刷洗双手、前臂、上臂至肘上 10cm,时间 3 分钟。刷时稍用力。先刷甲缘、甲沟、指蹼,再由拇指桡侧开始,渐次到指背、尺侧、掌侧,依次刷完双手手指。然后再分段交替刷左右手掌、手背、前臂直至肘上。刷手时要注意勿漏刷指间、腕部尺侧和肘窝部,只需刷一遍。③刷完后,手指朝上肘朝下,流水冲净,用无菌小毛巾从手向上顺次擦干至肘上,注意不可再向手部回擦。另取一块小毛巾同法擦干另一手臂。④再接取灭菌王 3~5mL 涂抹双手至肘上 8cm,先涂抹两前臂及肘部,再涂抹双手。保持拱手姿势自</p>
--	--	--	---

	<p>意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			<p>然待干。</p> <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 手臂有破损或感染及上呼吸道感染者不宜参加手术刷手。 2. 洗手前应该修剪指甲, 除去甲缘下积垢, 更换手术室专用衣、裤、鞋, 戴好消毒帽子、口罩。帽子应完全遮住头发, 口罩必须遮住口及鼻孔。将双侧衣袖卷至上臂上 1/3 处, 上衣的下摆塞在裤腰内。 3. 在洗手过程中, 如不慎污染了已刷洗的部位, 则必须重新刷洗。 4. 洗手消毒完毕后, 保持拱手姿势。双手远离胸部 30cm 以外, 向上不能高于肩部, 向下不能低于剑突, 手臂不能下垂。入手术间时用背部推开门或用感应门, 手臂不可触及未消毒物品, 否则需重新浸泡消毒。 5. 刷手后, 待手臂上消毒液自然晾干后再穿无菌手术衣和戴无菌手套。 6. 目前有很多新型手臂消毒剂, 使用方法遵循产品的使用说明。
17	<p>舌诊</p> <p>一、叙述并演</p>	<p>阳陵泉, 外关, 肩井定位</p> <p>阳凌泉定位: 在小腿外侧, 腓骨小头前下方凹陷</p>	<p>对光反射</p> <p>对光反射</p> <p>用手电筒照射瞳孔, 观察其</p>	<p>胸椎损伤急救搬运</p> <p>胸腰椎损伤的搬运方式</p> <p>(1) 在搬动时, 尽可能减少</p>

<p>示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌</p>	<p>中。</p> <p>外关定位: 在前臂后区, 腕背侧远端横纹上 2 寸, 尺骨与桡骨间隙中点。</p> <p>肩井定位: 在前臂后区, 腕背侧远端横纹上 2 寸, 尺骨与桡骨间隙中点。</p>	<p>前后的反应变化。正常人受照射光刺激后, 双侧瞳孔立即缩小, 移开照射光后双侧瞳孔随即复原。对光反射分为: ①直接对光反射, 即电筒光直接照射一侧瞳孔立即缩小, 移开光线后瞳孔迅速复原; ②间接对光反射, 即用手隔开双眼, 电筒光照射一侧瞳孔后, 另一侧瞳孔也立即缩小, 移开光线后瞳孔迅速复原。</p>	<p>不必要的活动, 以免引起或加重脊髓损伤。</p> <p>(2) 正确的搬运, 应由 3 人采用平卧式搬运法。伤员仰卧位, 头部、颈部、躯干、骨盆应以中心直线位, 脊柱不能屈曲或扭转, 在脊柱无旋转外力的情况下, 三人在伤员的同侧, 动作一致地用手平托伤员的头、胸、腰、臀、腿部, 平抬平放至硬质担架(木板)上, 然后在伤员的身体两侧用枕头或衣物塞紧, 用固定带将伤员绑在硬质担架(木板)上, 保持脊柱伸直位。</p> <p>(3) 如只有软担架时, 则宜取俯卧位, 以保持脊柱的平直, 防止脊柱屈曲。</p> <p>(4) 绝对禁止一人拖肩一人抬腿搬动伤员或一人背送伤员的错误搬运法。</p>
--	---	--	---

	<p>态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。(3分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息3~5分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。(2分)</p>			
18	脉诊二、叙	太溪、秩边、四神聪定位 太溪定位: 在踝区, 内踝	肺部听诊	穿手术衣全过程 穿手术衣

<p>述并演示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈</p>	<p>尖与跟腱之间的凹陷中。</p> <p>秩边定位: 在骶区, 横平第 4 骶后孔, 骶正中嵴旁开 3 寸。</p> <p>四神聪定位: 在头部, 百会前后左右各旁开 1 寸, 共 4 穴。</p>	<p>所有参加手术的人员手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、手套。</p> <p>[步骤与方法]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 从已打开的无菌衣包内取出无菌手术衣一件, 选择较大的空间穿衣。 2. 提起手术衣两肩袖口处, 轻轻将手术衣抖开, 注意勿将手术衣外面对着自己。 3. 稍掀起手术衣, 顺势将两手同时插入衣袖内并向前伸, 将两手自袖腕口伸出。如双手未能完全伸出, 可由巡回护士在后面拉紧衣带, 双手即可伸出袖口。 4. 由巡回护士在身后系好颈带和肩带。 5. 双手在身前交叉提起腰带, 由巡回护士协助将腰带绕至前腹部, 由本人在前腹部系好腰带。 <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 手术衣打开时, 保持手术衣内面对身体, 勿将手术衣外面对着自己。 2. 手术衣穿好后, 双手应举在胸前。穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后, 肩部以下、腰部以上、腋前线前、上下肢为无菌区。如无菌手术衣接触到未消毒的物品, 应及时更换。 	
--	--	---	--

<p>45°角。(1分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1分)</p> <p>② 食指按在关前(腕侧)定寸, 用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1分)</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总接与单诊等。(2分)</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊</p>	<p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p>	<p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p>	<p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p> <p>医学教育网 www.med66.com</p>
---	--	---	---

	<p>脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
19	舌诊 一、叙	关元梁丘环跳定位 关元定位: 在下腹部, 脐	肝脏双手触诊 双手触诊法, 检查者用左手	腹部手术消毒 手术区消毒

<p>述并演示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌</p>	<p>中下 3 寸, 前正中线上。梁丘定位: 在股前区, 髌底上 2 寸, 股外侧肌与股直肌肌腱之间(髌前上棘与髌骨外上缘连线上)。环跳定位: 在臀部, 股骨大转子最凸点与骶管裂孔连线的外 1/3 与内 2/3 交点处。</p>	<p>掌托住被检者右后腰, 左手拇指张开置于右肋缘, 右手方法不变。检查肝左叶有无肿大, 可在腹正中线上由脐平面开始自下而上进行触诊。如遇腹水患者, 可用沉浮触诊法。在腹部某处触及肝下缘后, 应自该处起向两侧延伸触诊, 以了解整个肝脏和全部肝下缘的情况。</p>	<p>凡是准备手术者均需要进行手术区域的消毒。对某种消毒剂过敏者, 可更换其他消毒剂进行消毒。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 手术前皮肤准备 不同的手术对病人手术区域的皮肤准备不同。一般外科手术, 病人最好在手术前一天下午洗浴, 并用肥皂清洗皮肤。如皮肤上若有较多油脂或胶布粘贴的残迹, 可先用松节油或 75% 酒精擦净。</p> <p>2. 术区剃毛 主张当日术前剃毛。若毛发细小, 可不剃。不宜在手术室内剃毛。最好采用专用粘布粘贴法除毛。</p> <p>3. 消毒剂 目前国内普遍使用 0.5% 碘伏作为皮肤消毒剂。也可用 2.5% 碘酊消毒, 待干后再用 75% 酒精涂擦 2~3 遍以脱碘。面部、口腔、肛门及外生殖器等处消毒, 不可用碘酊。</p> <p>4. 消毒方法 准备好消毒用品(卵圆钳、消毒剂、棉球或纱布), 皮肤消毒先用碘伏(或 0.5% 安尔碘)棉球或小纱布团由手术区中心向四周涂擦顺序涂擦 3 遍, 第二、三遍都不能超出上一遍的范围。如为感染伤口或会阴、肛门等处手术, 则应从外周向感染伤口或会阴肛门处涂擦。消毒范围应包括手术切口周围半径 15cm 的区域。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 消毒皮肤时涂擦时应稍用力, 方向应一致, 不可遗漏空白或自外周返回中心部位。已经接触污染部位的药液纱布不应再返回涂擦清洁处。</p> <p>2. 如为腹部手术, 可先滴少许</p>
--	--	---	--

	<p>形、舌态), 再看舌苔 (苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。 (3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 (2 分)</p>			<p>碘伏于脐孔, 以延长消毒时间。</p>
20	脉诊	臌中 昆仑 定喘定位	双手触脾脏	穿隔离衣

<p>二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约</p>	<p>膻中定位: 在胸部, 横平第 4 肋间隙, 前正中线上。</p> <p>昆仑定位: 在踝区, 外踝尖与跟腱之间的凹陷中。</p> <p>定喘定位: 在脊柱区, 横平第 7 颈椎棘突下, 后正中线旁开 0.5 寸。</p>	<p>脾脏触诊</p> <p>正常脾脏不能触及。内脏下垂、左侧大量胸腔积液或积气时, 膈肌下降, 使脾向下移而可触及。除此之外能触及脾脏, 则提示脾肿大。</p> <p>(1) 触诊方法 脾脏明显肿大而位置较表浅时, 用单手浅部触诊即可触及。如肿大的脾脏位置较深, 则用双手触诊法进行检查。被检者取仰卧位, 双腿稍屈曲, 医师左手绕过被检者腹部前方, 手掌置于其左腰部第 9~11 肋处, 将脾从后向前托起。右手掌平放于上腹部, 与肋弓成垂直方向, 以稍弯曲的手指末端轻压向腹部深处, 随被检者腹式呼吸运动, 由下向上逐渐移近左肋弓, 直到触及脾缘或左肋缘。脾脏轻度肿大而仰卧位不易触及时, 可嘱被检者改为右侧卧位, 右下肢伸直, 左下肢屈髋、屈膝, 用双手触诊较易触及。触及脾脏后应注意其大小、质地、表面形态、有无压痛及摩擦感等。</p>	<p>穿隔离衣</p> <p>(1) 戴好帽子及口罩, 取下手表, 卷袖过肘, 洗手。</p> <p>(2) 手持衣领取下隔离衣, 清洁面朝自己; 将衣领两端向外折齐, 对齐肩缝, 露出袖子内口。</p> <p>(3) 右手持衣领, 左手伸入袖内; 右手将衣领向上拉, 使左手套入后露出。</p> <p>(4) 换左手持衣领, 右手伸入袖内; 举双手将袖抖上, 注意勿触及面部。</p> <p>(5) 两手持衣领, 由领子中央顺着边缘向后将领扣扣好, 再扎好袖口(此时手已污染), 松腰带活结。</p> <p>(6) 将隔离衣一边约在腰下 5cm 处渐向前拉, 直到见边缘, 则捏住; 同法捏住另一侧边缘, 注意手勿触及衣内面。然后双手在背后将边缘对齐, 向一侧折叠, 一手按住折叠处, 另一手将腰带拉至背后压住折叠处, 将腰带在背后交叉, 回到前面系好。</p>
--	---	--	--

<p>呈 45° 角。(1 分)</p>	<p>(2) 布指</p>	<p>① 以中指 按在掌 后高骨 内侧动 脉处 (中指 定关)。 (1 分)</p>	<p>② 食指按 在关前 (腕 侧)定 寸,用 无名指 按在关 后(肘 侧)定 尺。(1 分)</p>	<p>(3) 运指: 运指分 举法、 按法、 寻法、 循法、 总按与 单诊 等。(2 分)</p>	<p>3. 医生平 息: 医</p>
----------------------------------	-------------------	--	---	---	----------------------------

	<p>生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。(1分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于1分钟, 两侧以3分钟左右为宜。(1分)</p>			
21	舌诊	针刺后循法操作	墨菲氏征检查方法及检查	脱隔离衣脱隔离衣



<p>一、叙述并演示舌诊的操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌</p>	<p>循法 循法是指在针刺前或针刺后留针过程中, 医者用手指顺着经脉的循行径路, 在腧穴的上下部轻柔循按的方法。操作要点: ①确定腧穴所在的经脉及其循行路线。②循按或拍叩, 用拇指指腹, 或第二、三、四指并拢后用第三指的指腹, 沿腧穴所属经脉的循行路线或穴位的上下左右进行循按或拍叩。③反复操作数次, 以穴周肌肉得以放松或出现针感或循经感传为度。</p> <p>注意事项: ①医者宜用指腹而非指尖进行循按或拍叩。②循按时用力要轻柔、适度。③循法具有催气、行气、解除滞针、减轻患者紧张四个方面的作用。催气: 进针前循按可宣散气血, 使经络之气通畅; 进针后循按可使气不至者速至。行气: 促使已至之气沿经脉循行路线扩散传导。解除滞针: 在滞针的腧穴周围循按, 使经气调畅, 肌肉松弛, 滞针得以解除。减轻患者紧张: 进针前进行循按, 可消除病人恐惧、紧张情绪, 使肌肉松弛, 从而进针时能减轻疼痛。</p>	<p>结果</p> <p>正常胆囊不能触及。急性胆囊炎时胆囊肿大, 医师将左手掌平放于患者右肋下部, 以左手拇指指腹用适度压力钩压右肋下缘下腹直肌外缘处, 然后嘱患者缓慢深呼吸。此时发炎的胆囊下移时碰到用力按压的拇指引起疼痛, 患者因疼痛而突然屏气, 这一现象称为墨菲征(Murphy sign)阳性, 又称胆囊触痛征。胰头癌压迫胆总管出现黄疸进行性加深, 胆囊显著肿大时, 胆囊无压痛, 称为库瓦西耶征(Courvoisier sign)阳性, 又称无痛性胆囊增大征阳性。</p>	<p>脱隔离衣</p> <p>(1) 解开腰带, 在前面打一活结。</p> <p>(2) 解开两袖口, 在肘部将部分袖子套塞入袖内, 便于消毒双手。</p> <p>(3) 消毒清洗双手后, 解开领扣, 右手伸入左手腕部套袖内, 拉下袖子过手; 用遮盖着的左手握住右手隔离衣袖子的外面, 将右侧袖子拉下, 双手转换渐从袖管中退出。</p> <p>(4) 用左手自衣内握住双肩缝撤右手, 再用右手握住衣领外面反折, 脱出左手。</p> <p>(5) 左手握住领子, 右手将隔离衣两边对齐, 挂在衣钩上。若挂在半污染区, 隔离衣的清洁面向外, 挂在污染区, 则污染面朝外。</p>
--	---	---	---

<p>色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。(3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。(2 分)</p>			
--	--	--	--

22	<p>脉诊 二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。(10分)</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者</p>	<p>针灸摇法</p> <p>摇法 摇法是指毫针刺入一定深度后, 手持针柄, 将针轻轻摇动的方法。摇法分为两种, 一是直立针身而摇, 二是卧倒针身而摇。</p> <p>1) 直立针身而摇: 操作要点: ①采用直刺进针。②刺入一定深度。③手持针柄, 如摇辘轳状呈划圈样摇动, 或如摇橹状进行前后或左右的摇动。④反复摇动数次。</p> <p>2) 卧倒针身而摇: 操作要点: ①采用斜刺或平刺进针。②刺入一定深度。③手持针柄, 如摇橹状进行左右摇动。④反复摇动数次。</p> <p>注意事项: ①进针角度要与直立针身或卧倒针身而摇相结合。②操作时用力要均匀、柔和, 切忌摇动用力过猛、摇动幅度过大, 以免引起疼痛或造成弯针。</p>	<p>肝浊音锁骨中线叩诊</p> <p>肝脏叩诊时用间接叩诊法, 被检者取仰卧位。叩诊定肝上下界时, 一般是沿右锁骨中线、右腋中线和右肩胛线, 由肺区往下叩向腹部, 当清音转为浊音时, 即为肝上界, 此处相当于被肺遮盖的肝顶部, 故又称肝相对浊音界; 再往下轻叩, 由浊音转为实音时, 此处肝脏不被肺遮盖, 直接贴近胸壁, 称肝绝对浊音界; 继续往下叩, 由实音转为鼓音处, 即为肝下界。定肝下界时, 也可由腹部鼓音区沿右锁骨中线或前正中线向上叩, 当鼓音转为浊音处即是。体形匀称型者, 正常肝上界在右锁骨中线上第 5 肋间, 下界位于右季肋下缘。右锁骨中线上肝浊音区上下径之间的距离为 9~11cm。</p>	<p>开放性创口的常用止血法 开放性创口的常用止血法 [适应证] 各种出血情况, 尤其是大出血的急救处理。 [禁忌证] 当患者出现呼吸困难、呼吸停止或心脏骤停等状况时需首先予以急救, 此时不宜先进行伤口处理。 [步骤与方法] 1. 判断出血的性质</p> <p>(1) 动脉出血血液颜色鲜红, 呈间歇性喷射状, 动脉压力高, 短时间内可致大量出血。</p> <p>(2) 静脉出血血液呈暗红色, 流出速度较慢, 呈持续涌出状, 压力低, 出血速度较缓慢, 但长时间不断地出血对生命也有威胁。因肢体静脉数量多, 一般静脉创伤对肢体血运影响不大。</p> <p>(3) 毛细血管出血颜色鲜红, 整个创面片状渗血, 可自凝, 不易找到出血点。</p> <p>(4) 实质脏器破裂出血时出血量大。</p> <p>2. 止血方法</p> <p>(1) 指压止血法 适用于动脉位置浅表且靠近骨骼处的出血。如头、面、颈部和四肢的外出血。</p> <p>1) 直接压迫止血: 用清洁的敷料盖在出血部位上, 直接压迫止血。</p> <p>2) 间接压迫止血: 用手指压迫伤口近心端的动脉, 使血管闭合, 阻断血流, 能有效达到快速止血的目的。</p> <p>(2) 加压包扎止血法 适用于中小静脉、小动脉或毛细血管出血。</p> <p>用敷料或其他洁净的毛巾、手绢、三角巾等覆盖伤口, 加压</p>
----	--	--	---	--

<p>体表约呈 45° 角。(1 分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。(1 分)</p> <p>② 食指按在关前(腕侧)定寸, 用无名指按在关后(肘侧)定尺。(1 分)</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单按等。(2 分)</p> <p>3. 医生平</p>			<p>包扎达到止血目的。必要时可将手掌放在敷料上均匀加压, 一般 20 分钟后即可止血。</p> <p>(3) 填塞止血法 适用于伤口较深的出血。</p> <p>用消毒纱布、敷料(如果没有, 用干净的布料替代)填塞在伤口内, 再用加压包扎法包扎。</p> <p>(4) 止血带止血法 一般只适用于四肢大出血, 或采用其他方法不能有效控制的大出血。上止血带之前应抬高患肢 2~3 分钟, 以增加静脉回心血流量。</p> <p>1) 橡皮止血带止血法: 抬高患肢, 将软布料、棉花等软织物衬垫于止血部位皮肤上。扎止血带时一手掌心向上, 手背贴紧肢体, 止血带一端用虎口夹住, 留出长约 10cm 的一段, 另一手拉较长的一端, 适当拉紧拉长, 绕肢体 2~3 圈, 以前一手的食指和中指夹住橡皮带末端用力拉下, 使之压在紧缠的橡皮带下面即可。</p> <p>2) 绞紧止血法: 将三角巾或毛巾等叠成带状, 在出血伤口上方绕肢体一圈, 两端向前拉紧打一活结, 并在一头留出一小套, 取小木棒、笔杆、筷子等作为绞棒, 插在带圈内, 提起绞棒绞紧, 再将木棒一头插入小套内, 并把小套拉紧固定即可。</p> <p>(5) 屈曲加垫止血法 适用于肘、膝关节远端肢体受伤出血。在肘、腘窝垫以棉垫卷或绷带卷, 将肘关节或膝关节尽力屈曲, 借衬垫物压住动脉, 并用绷带或三角巾将肢体固定于屈曲位, 以阻断关节远端的血流。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 部位要准确。止血带应扎在</p>
--	--	--	--

<p>息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			<p>伤口的近心端, 并应尽量靠近伤口。</p> <p>2.前臂和小腿不适宜扎止血带。</p> <p>3.上臂不可扎在下 1/3 处, 以防损伤桡神经。宜扎在上 1/3 处。</p> <p>4.大腿宜扎在上 2/3 处。</p> <p>5.止血带松紧要适度。止血带的松紧度以刚达到远端动脉搏动消失, 刚能止血为度。</p> <p>6.加衬垫。止血带与皮肤之间应加衬垫, 以免损伤皮肤。切忌用绳索或铁丝直接加压。</p> <p>7.标记要明显。记上使用止血带日期、时间和部位并挂在醒目的部位, 便于观察, 同时迅速转送。</p> <p>8.时间控制好。扎止血带的时间不宜超过 3 小时。并应 1 小时松止血带 1 次, 每次放松 2~3 分钟。松解止血带前, 要先补充血容量, 做好纠正休克准备, 并准备止血用器材; 松解时, 如果伤员出血, 可用指压法止血。</p> <p>9.应用屈曲加垫止血法, 必须先确定局部有无骨关节损伤, 有骨关节损伤者禁用。</p>
---	--	--	--

<p>23</p>	<p>舌诊 一、叙述并演示舌诊的操作方法。(10分) 1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分) 2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分) 3. 望舌的顺序是先看舌质(舌</p>	<p>针法震颤法 震颤法是指针刺入一定深度后, 刺手持针柄, 用小幅度、快频率的提插、捻转手法, 使针身轻微震颤的方法。操作要点: ①进针后刺入一定深度。②刺手指、食二指或拇、食、中指夹持针柄。③实施提插捻转: 小幅度、快频率的提插、捻转, 如手颤之状, 使针身微微颤动。 注意事项: ①操作时贵在用力轻柔。②不宜大幅度地颤动和震摇, 以免引起疼痛和滞针。</p>	<p>移动性浊音 移动性浊音 当腹腔内有较多游离液体(在 1000mL 以上)时, 如患者仰卧位, 液体因重力作用多积聚于腹腔低处, 含气的肠管漂浮其上, 故叩诊腹中部呈鼓音, 腹部两侧呈浊音; 在患者侧卧位时, 液体随之流动, 叩诊上侧腹部转为鼓音, 下侧腹部呈浊音。这种因体位不同而出现浊音区变动的现象, 称移动性浊音。</p>	<p>开放性创口换药 伤口换药 [适应证] 1. 手术后切口的常规检查。 2. 敷料松脱需要更换。 3. 伤口的渗血、渗液、引流液等浸湿敷料, 或大小便及各种消化液污染伤口。 4. 需松动或拔出引流管。 5. 愈合伤口拆线等。 [器械准备] 一次性换药包 1 个(内含弯盘 2 个, 垫单 1 块, 镊子 2 把, 纱布、棉球若干), 剪刀 1 把, 安尔碘或碘酊, 75%酒精, 胶布等。 如换药包中纱布、棉球数量不能满足需要, 另取适量干棉球、纱布置于无菌弯盘或治疗碗中。 必要时准备探针、冲洗器、引流物、血管钳、凡士林纱布、生理盐水、其他消毒液等。 [步骤与方法] 1. 术前准备 (1) 术者准备换药前操作者应遵循无菌原则洗手, 并戴好帽子和口罩。向病人说明换药的目的, 以取得配合。 (2) 患者体位按伤口部位采取不同的卧姿或其他的稳定姿势。要求使病人舒适、伤口暴露充分, 光线良好, 操作方便, 尽量不使病人看到伤口。 (3) 查看伤口必要时先看一次伤口, 估计需要多少敷料和使用何种器械(剪刀、探针等)、药物, 一次备妥。 2. 换药步骤 (1) 去除敷料: 先用手取下外层敷料(勿用镊子), 再用 1 把镊子取下内层敷料。揭除内层敷料应轻巧, 一般应沿伤口长轴方向揭除, 若敷料干燥</p>
-----------	---	--	--	---

<p>神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>(3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p> <p>(2</p>			<p>并粘贴在创面上则不可硬揭, 应先用生理盐水浸湿后再揭去, 以免创面出血。</p> <p>(2) 双手执镊, 左手镊子从换药碗中夹无菌物品, 并传递给右手镊子, 两镊不可相碰。</p> <p>(3) 无感染伤口, 用碘酊、75%酒精棉球由内向外消毒伤口及周围皮肤, 沿切口方向, 范围距切口 3~5cm, 擦拭 2~3 遍。如为感染伤口, 则应从外周向感染伤口处涂擦。</p> <p>(4) 分泌物较多且创面较深时, 宜用干棉球及生理盐水棉球擦拭并清除干净。</p> <p>(5) 高出皮肤表面或不健康的肉芽组织及较多坏死物质, 可用剪刀剪平, 再用等渗盐水擦拭。若肉芽组织有较明显水肿时, 可用 3%~ 5%高渗盐水湿敷。</p> <p>(6) 一般创面可用消毒凡士林纱布覆盖, 污染伤口或易出血伤口要用引流纱条, 防止深部化脓性感染。</p> <p>(7) 无菌敷料覆盖伤口, 距离切口边缘 3cm 以上, 一般用 8~10 层纱布, 胶布固定, 贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。</p> <p>3.各种伤口的处理</p> <p>(1) 无菌手术切口 一般手术后 1~2 天更换敷料 1 次, 更换敷料时用 75%酒精棉球消毒后, 无菌纱布覆盖伤口。</p> <p>(2) 感染伤口 除去坏死组织, 充分引流伤口内分泌物。浅部伤口放药物纱布引流, 深部伤口用引流纱条引流。一般每天换药 1~2 次, 外层敷料被分泌物浸湿后应及时更换敷料。</p> <p>[注意事项]</p>
--	--	--	--

	分)			<p>1.凡接触伤口的物品,均须无菌。各种无菌敷料从容器内取出后,不得放回,污染的敷料须放入弯盘或污物桶内。放置污染物时,不可从无菌弯盘上方经过。</p> <p>2.换药时先无菌伤口,后感染伤口;先缝合伤口,后有创面伤口;先感染轻的伤口,后感染重的伤口;先一般非特异性感染伤口,后特异性感染伤口(如破伤风、绿脓杆菌感染、气性坏疽、结核)。</p> <p>3.右手镊子可直接接触伤口,左手镊子专用于从换药碗中夹取无菌物品,递给右手(两镊不可相碰)。</p> <p>4.换药过程中,假如需用两把镊子(或钳子)协同把蘸有过多盐水或药液的棉球拧干一些时,必须使相对干净侧(左手)镊子位置向上,而使接触伤口侧(右手)镊子位置在下,以免污染。</p> <p>5.特殊感染伤口,如气性坏疽、破伤风、绿脓杆菌等感染伤口,换药时必须严格执行隔离技术,除必要物品外,不带其他物品,用过的器械要专门处理,敷料要焚毁或深埋。</p>
24	<p>脉诊 二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。 (10分) 1.患者体位:嘱</p>	<p>隔盐灸 操作要点:①选择体位,定取腧穴:宜取仰卧位,身体放松。②食盐填脐:取纯净干燥的食盐适量,将脐窝填平,也可于盐上再放置一姜片。③放置艾炷:将艾炷置于盐上(或姜片上),点燃艾炷尖端,任其自然。④调适温度,更换艾炷:若患者感觉施灸局部灼热不可耐受,术者用镊子夹去残炷,换炷</p>	<p>麦氏点压痛反跳痛 触诊时,由浅入深进行按压,如发生疼痛,称为压痛。在检查到压痛后,食指、中指、无名指三指稍停片刻,使压痛感趋于稳定,然后将手突然抬起,此时如患者感觉腹痛骤然加剧,并有痛苦表情,称为反跳痛。 压痛局限于某一部位时,称为压痛点。某些疾病常有位置较固定的压痛点,如:阑尾点,又称麦氏(Mc</p>	<p>胸腰椎损伤搬运 胸腰椎损伤的搬运方式 (1)在搬动时,尽可能减少不必要的活动,以免引起或加重脊髓损伤。 (2)正确的搬运,应由3人采用平卧式搬运法。伤员仰卧位,头部、颈部、躯干、骨盆应以中心直线位,脊柱不能屈曲或扭转,在脊柱无旋转外力的情况下,三人在伤员的同侧,动作一致地用手平托伤员的头、胸、腰、臀、腿部,平</p>

<p>患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。(1分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动</p>	<p>再灸。⑤掌握灸量: 如上反复施灸, 灸满规定壮数, 一般灸 5~9 壮。⑥灸毕, 除去艾灰、食盐。注意事项: ①食盐要干燥纯净。②脐窝太浅者, 填盐时可适当高出皮肤, 增加盐的厚度, 以免烫伤。③一般选用中号或大号艾炷。</p>	<p>Burney) 点, 位于右髂前上棘与脐连线外 1/3 与中 1/3 交界处, 阑尾病变时此处有压痛。</p>	<p>抬平放至硬质担架(木板)上, 然后在伤员的身体两侧用枕头或衣物塞紧, 用固定带将伤员绑在硬质担架(木板)上, 保持脊柱伸直位。</p> <p>(3) 如只有软担架时, 则宜取俯卧位, 以保持脊柱的平直, 防止脊柱屈曲。</p> <p>(4) 绝对禁止一人拖肩一人抬腿搬动伤员或一人背送伤员的错误搬运法。</p>
--	---	--	--

<p>脉处 (中指 定关)。 (1 分) ② 食指按 在关前 (腕 侧)定 寸,用 无名指 按在关 后(肘 侧)定 尺。(1 分) (3) 运指: 运指分 举法、 按法、 寻法、 循法、 总按与 单按 等。(2 分) 3. 医生平 息:医 生在诊 脉时注 意调匀 呼吸, 即所谓 “平 息”。 一方面 医生保 持呼吸 调匀, 清心宁</p>			
---	--	--	--

<p>神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。 (1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
<p>25 舌诊 一、叙述并演示舌诊的操作方法。 (10 分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医</p>	<p>刺络拔罐 操作要点: ①选取适宜体位, 充分暴露待拔腧穴。②选择大小适宜的玻璃罐备用。③消毒施术部位, 刺络出血: 医者戴消毒手套, 用碘伏消毒施术部位, 持三棱针(或一次性注射 针头) 点刺局部使之出血, 或用皮肤针叩刺出血。④用闪火法留罐, 留置 10~15 分钟后起罐。⑤起罐时不能迅</p>	<p>振水音检查 振水音 被检者取仰卧位, 医师用耳凑近被检者上腹部或将听诊器体件放于此处, 然后用稍弯曲的手指以冲击触诊法连续迅速冲击其上腹部, 如听到胃内液体与气体相撞击的声音, 称为振水音。也可用双手左右摇晃患者上腹部以闻及振水音。正常人餐后或饮入多量液体时, 上腹部可出现振水音。但若</p>	<p>颈椎损伤的搬运 颈椎损伤的搬运方式 (1) 可先用颈托固定颈部。 (2) 搬运时应由一人负责扶托下颌和枕骨, 沿纵轴略加牵引力, 使颈部保持中立位, 与躯干长轴一致, 同其他三人协同动作, 将伤员平直地抬到担架(木板)上, 然后在头颈部的两侧用沙袋或卷叠的衣服等物垫好固定, 防止在搬运中发生头颈部转动或弯曲活动, 并保持呼吸道通畅。</p>

<p>生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌</p>	<p>猛, 避免罐内污血喷射而污染周围环境。用消毒棉签清理皮肤上残存血液, 清洗火罐后进行消毒处理。</p> <p>注意事项: ①有严重血液病, 如血友病、血小板减少、白细胞降低者, 禁用本法; 严重糖尿病患者要慎用本法; 勿在大血管上行刺血拔罐。②要根据病情确定点刺深度、出血量、治疗的间隔时间。一般来说, 同一部位应间隔数日再行治疗, 但对于实热、热毒深重者也可以每日 1 次。③罐子要拔在以刺血部位为中心的位置。</p>	<p>在空腹或餐后 6~8 小时以上仍有此音, 则提示胃内有液体潴留, 见于胃扩张、幽门梗阻及胃液分泌过多等。</p>	<p>(3) 切忌用被单提拉两端或一人抬肩另一人抬腿的搬运法, 这样不但会增加病人的痛苦, 还可使脊椎移位加重, 损伤脊髓。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 脊柱损伤伤员在搬运过程中, 始终要保持脊柱伸直位, 严禁弯曲或扭转。</p> <p>2. 转运过程中, 需密切注意观察伤员的生命体征和病情变化。</p>
---	---	---	---

	<p>中、舌边, 最后看舌根部。 (3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 (2 分)</p>			
26	<p>脉诊二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。 (10 分)</p> <p>1. 患者体</p>	<p>夹持进针法操作 夹持进针法又称骈指进针法。操作要点: ①消毒: 腧穴皮肤、医生双手常规消毒。②持针: 押手拇、食指持消毒干棉球裹住针身下段, 以针尖端露出 0.3~0.5cm 为宜; 刺手拇、食、中三指指腹夹持针柄, 使针身垂直。③刺入: 将针尖固定在腧穴皮肤表面, 刺手捻转针柄,</p>	<p>液波震颤及腹水量 液波震颤 用于 3000~4000mL 以上腹水的检查。检查时患者平卧, 医师以一手掌面贴于患者一侧腹壁; 另一手四指并拢屈曲, 用指端冲击患者另一侧腹壁。如有大量液体存在, 则贴于腹壁的手掌有被液体波动冲击的感觉, 即液波震颤 (波动感)。为防止腹壁本身震动传至对侧, 可</p>	<p>前臂闭合性骨折的简易夹板固定 前臂骨折: 将夹板置于前臂四侧固定, 然后固定肘、腕关节, 用三角巾将肘关节屈曲, 前臂悬吊于胸前, 另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。若无夹板, 先用三角巾将伤肢悬吊于胸前, 然后用三角巾将伤肢固定于胸廓。</p>

<p>位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p>	<p>押手下压, 双手配合, 同时用力, 迅速将针刺入腧穴皮下。本法适用于长针的进针。</p>	<p>让另一人将手掌尺侧缘压于脐部腹中线上。</p>	
<p>2. 医生指法</p>			
<p>(1) 选指</p>			
<p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p>			
<p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈45°角。(1分)</p>			
<p>(2) 布指</p>			
<p>① 以中指按在掌后高骨</p>			

<p>内侧动脉处 (中指定关)。 (1分)</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧)定寸,用 无名指按在关 后(肘侧)定 尺。(1分)</p> <p>(3) 运指: 运指分 举法、 按法、 寻法、 循法、 总按与 单诊 等。(2 分)</p> <p>3. 医生平 息:医生 在诊脉 时注意 调匀呼 吸,即所 谓“平 息”。一 方面医 生保持 呼吸调 匀,</p>			
---	--	--	--

	<p>清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
<p>27</p>	<p>舌诊 一、叙述并演示舌诊的操作方法。 (10 分)</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧</p>	<p>皮肤浅薄处进针 提捏进针法 操作要点: ①消毒: 腧穴皮肤、医生双手常规消毒。②押手提捏穴旁皮肉: 押手拇、食指轻轻提捏腧穴近旁的皮肉, 提捏的力度大小要适当。③持针: 刺手拇、食、中指三指指腹持针。④刺入: 刺手持针快速刺入腧穴。刺入时常与平刺结合。本法适用于皮肉浅</p>	<p>肠鸣音的检查 肠鸣音 (肠蠕动感) 检查时, 被检者取仰卧位, 医生将听诊器体件放在腹部进行听诊。正常时每分钟 4~5 次肠鸣音, 脐部听诊最清楚。肠鸣音超过每分钟 10 次时, 称肠鸣音频繁, 见于服泻药后、急性肠炎或胃肠道大出血等。如肠鸣音次数多, 且呈响亮、高亢的金属音, 称肠鸣音亢进, 见</p>	<p>股骨骨折固定方法 大腿骨折: ①健肢固定法: 在膝、踝关节及两腿之间的空隙处加以棉垫, 用绷带或三角巾将双下肢绑在一起。②躯干固定法: 伤肢外侧从腋下至足踝部置一长夹板, 伤肢内侧从大腿根部至足踝部置一短夹板, 用绷带或三角巾捆绑固定。</p>

<p>位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再</p>	<p>薄部位的腧穴进针。</p>	<p>于机械性肠梗阻。若肠鸣音明显少于正常, 或 3~5 分钟以上才听到一次, 称为肠鸣音减弱或稀少, 见于老年性便秘、电解质紊乱(低血钾)及胃肠动力低下等。如持续听诊 3~5 分钟未闻及肠鸣音, 称肠鸣音消失或静腹, 见于急性腹膜炎各种原因所致的麻痹性肠梗阻。</p>	
---	------------------	---	--

	<p>看舌中、舌边, 最后看舌根部。 (3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 (2 分)</p>			
28	<p>脉诊二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。 (10 分)</p> <p>1.</p>	<p>捻转泻法 根据捻转力度的强弱、角度的大小、频率的快慢、操作时间的长短, 并结合捻转用力的方向, 区分捻转补泻手法。 (1) 补法 操作要点: ①进针, 行针得气。②捻转角度小, 频率慢, 用力轻。结合拇指向前、食指向后 (左转) 用力为主。</p>	<p>脊柱压痛 检查有无脊柱压痛时, 嘱被检者取端坐位, 身体稍向前倾。医师以右手拇指从枕骨粗隆开始自上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉, 正常时每个棘突及椎旁肌肉均无压痛。 临床意义 胸、腰椎病变, 如结核、椎间盘突出、外伤或骨折时,</p>	<p>胸外按压 胸外心脏按压 (1) 按压部位 两乳头连线中点 (胸骨下半段)。 (2) 按压方法用左手掌根部紧贴患者的胸部, 右手掌根部重叠其上, 两手手指相扣, 左手五指翘起。上半身稍向前倾, 双肩位于患者正上方, 保持前臂与患者胸骨垂直, 双臂伸直 (肘关节伸直), 以上半</p>

<p>患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。(1分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌</p>	<p>③反复捻转。④操作时间短。</p> <p>(2) 泻法 操作要点:</p> <p>①进针, 行针得气。②捻转角度大, 频率快, 用力重。结合拇指向后、食指向前(右转)用力为主。</p> <p>③反复捻转。④操作时间长。</p> <p>注意事项: ①捻转补泻要在得气的基础上进行。②在多数腧穴均可应用。③捻转补泻应与针刺基本手法中的捻转法相区别。</p>	<p>相应的脊椎棘突有压痛。</p>	<p>身力量用力垂直向下按压, 放松时要使胸壁充分回复, 放松时掌根不能离开胸壁。</p> <p>(3) 按压要求按压深度, 成人胸骨下陷至少 5~6cm, 按压频率 100~120 次/分, 压放时间比为 1: 1。连续按压 30 次后给予人工呼吸 2 次。多位施救者在现场心肺复苏时, 每 2 分钟或 5 个心肺复苏循环后, 应相互轮换按压, 以保证按压质量。</p>
---	---	--------------------	--

<p>后高骨内侧动脉处（中指定关）。（1分）</p> <p>②食指按在关前（腕侧）定寸，用无名指按在关后（肘侧）定尺。（1分）</p> <p>（3）运指：运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。（2分）</p> <p>3. 医生平息：医生在诊脉时注意调匀呼吸，即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸</p>			
---	--	--	--

	<p>调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。 (1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
29	<p>舌诊 一、叙述并演示舌诊的操作方法。 (10 分)</p> <p>1. 患者采取坐位</p>	<p>提插法 提插法是将毫针刺入腧穴的一定深度后, 施以上提下插动作的操作方法, 是毫针行针的基本手法。操作要点: ①消毒: 腧穴皮肤、医生双手常规消毒。②刺入毫针: 将毫针刺入腧穴的一定深度。③实施提插操作: 插是将针由浅层向下</p>	<p>脊柱叩击检查 检查叩击痛时, 嘱被检查者取坐位, 检查者可用中指或叩诊锤垂直叩击胸、腰椎棘突(颈椎位置深, 一般不用此法), 也可采用间接叩击法, 具体方法是: 检查者将左手掌置于被检者头部, 右手半握拳, 以小鱼际肌部位叩击左手背, 了解检查者脊柱各部位有无疼痛。</p>	<p>口对口呼吸 口对口人工呼吸 施救者一只手的拇指和食指捏住患者鼻翼, 用小鱼际肌按患者前额, 另一只手固定患者下颌, 开启口腔。施救者双唇严密包住患者口唇, 平静状态下缓慢吹气, 吹气时观察胸廓是否隆起。吹气时间每次不少于 1 秒, 每次送气量 500~600mL, 以胸廓抬起为有效。吹气完</p>

<p>或仰卧位, 医生姿势略高于患者。(2分)</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。(3分)</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌</p>	<p>刺入深层的操作, 提是从深层向上引退至浅层的操作。如此反复地上提下插。</p> <p>注意事项: ①提插幅度的大小、层次的变化、频率的快慢和操作时间的长短, 应根据患者的体质、病情、腧穴部位和针刺目的等情况灵活掌握。②提插法多用于肌肉较丰厚部位的腧穴, 肌肉浅薄部位的腧穴一般不用提插法。某些特殊部位的腧穴, 如睛明、承泣等也不适合用提插法。③上提时不要提出皮肤, 下插时不要刺伤脏器和筋骨。④提插过程中要保持针身垂直。</p>	<p>临床意义</p> <p>椎旁肌肉有压痛, 多为腰背肌纤维炎或劳损。叩击痛的部位即为病变部位。</p>	<p>毕, 松开患者口鼻, 使患者的肺和胸廓自然回缩, 将气体排出, 重复吹气一次, 与心脏按压交替进行, 吹气按压比为 2: 30。</p>
--	---	---	---



	<p>尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。 (3 分)</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3 ~ 5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。 (2 分)</p>			
30	<p>脉诊二、叙述并演示中医诊脉的正确操作方法。 (10 分)</p>	<p>提插补泻法 提插补泻 根据提插力度的强弱、幅度的大小、频率的快慢、操作时间的长短, 区分提插补泻手法。 (1) 补法 操作要点: ①进针, 行针得气。②先浅后深, 重插轻提, 提插幅度小, 频率慢。③反复</p>	<p>脊柱弯曲度检查 脊柱侧弯度 嘱被检者取立位或坐位, 从后面观察脊柱有无侧弯。轻度侧弯时, 需结合触诊判定。检查者用示、中指或拇指沿脊椎的棘突以适当的压力由上向下划压, 致使被压处皮肤出现一条红色压痕, 以此痕为标准, 观察脊柱有无侧弯</p>	<p>简易呼吸机使用 [适应证] 1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期间的呼吸管理。 2. 临时替代呼吸机, 应用于需机械通气的患者转科、外出做特殊检查、进出手术室或呼吸机故障等情况。 [禁忌证]</p>

<p>患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。(2分)</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。(1分)</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。(1分)</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指</p>	<p>提插。④操作时间短。</p> <p>(2) 泻法 操作要点:</p> <p>①进针, 行针得气。②先深后浅, 轻插重提, 提插幅度大, 频率快。③反复操作。④操作时间长。</p> <p>注意事项: ①提插补泻要在得气的基础上进行。②宜在四肢肌肉丰厚部位的腧穴处应用。③提插补泻应与针刺基本手法中的提插法相区别。</p>	<p>(正常人脊柱无侧弯)。</p>	<p>有气胸者禁忌。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 简易呼吸器连接氧气, 氧流量 8~10ml/min。</p> <p>2. 将患者仰卧, 去枕, 头后仰, 清除口腔分泌物, 摘除假牙。</p> <p>3. 抢救者立于患者头顶处或头部左或右侧, 托起患者下颌, 使患者头进一步后仰, 扣紧面罩。</p> <p>4. 一手以“CE”手法固定 (C 法: 左手拇指和食指将面罩紧扣于患者口鼻部, 固定面罩, 保持面罩密闭无漏气。E 法: 中指、无名指和小指放在病人下颌角处, 向前上托起下颌, 保持气道通畅) 面罩, 一手挤压简易呼吸器气囊, 按压时间大于 1 秒, 潮气量为 8~12ml/kg, 频率成人 12~16 次/分, 按压和放松气囊时间比为 1: 1.5~ 1: 2。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 面罩要紧扣住口鼻部, 避免漏气。</p> <p>2. 若患者有自主呼吸, 应与之同步, 在患者吸气时按压气囊。</p> <p>3. 气管插管或气管切开的患者使用简易呼吸器, 应先吸痰, 再通过连接管将呼吸器与气管导管连接。</p> <p>4. 使用时应注意感受气道阻力, 阻力过大可能有呼吸道阻塞, 应及时查看原因并予以解除。</p> <p>5. 使用中应注意观察患者面色、口唇及胸廓起伏情况, 听呼吸音, 监测生命体征和血氧饱和度。</p>
--	--	--------------------	---

<p>按在掌 后高骨 内侧动 脉 处 (中指 定关)。 (1 分)</p> <p>② 食指按 在关前 (腕 侧) 定 寸, 用 无名指 按在关 后 (肘 侧) 定 尺。(1 分)</p> <p>(3) 运指: 运指分 举法、 按法、 寻法、 循法、 总按与 单 诊 等。(2 分)</p> <p>3. 医生平 息: 医 生在诊 脉时注 意调匀 呼吸, 即所谓 “平 息”。 一方面 医生保</p>			
--	--	--	--



	<p>持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>(1 分)</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。(1 分)</p>			
31	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2.</p>	<p>回旋灸操作</p> <p>操作要点: ①选取适宜体位, 充分暴露待灸腧穴。②点燃艾卷: 选用纯艾卷, 将其一端点燃。③燃艾施灸: 术者手持艾卷的中上部, 将艾卷燃烧端对准腧穴, 与施灸部位的皮肤保持相对固定的距离 (一般在 3cm 左右),</p>	<p>双下肢肌力检查与结果</p> <p>肌力检查</p> <p>1. 检查方法</p> <p>医师嘱被检查者作肢体伸、屈、内收、外展、旋前、旋后等动作, 并从相反方向给予阻力, 测试被检查者对阻力的克服力量, 要注意两侧对比检查。</p> <p>2. 肌力评定</p>	<p>外科洗手</p> <p>外科洗手</p> <p>所有参加手术的人员手术前都必须进行洗手和手臂消毒。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>外科洗手法包括洗手和消毒两个步骤。</p> <p>1. 洗手</p> <p>(1) 流水冲洗双手臂。</p>



<p>患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p>	<p>左右平行移动或反复旋转施灸。动作要匀速。若遇到小儿或局部知觉减退者, 尤其是糖尿病患者, 术者应以食指和中指, 置于施灸部位两侧, 通过医者的手指来测知患者局部受热程度, 以便随时调节施灸时间和距离, 防止烫伤。④把握灸量: 灸至皮肤出现红晕, 有温热感而无灼痛为度, 一般灸 5~10 分钟。⑤灸毕熄灭艾火。 注意事项: ①持艾卷要左右水平移动而非上下高低移动。②施灸中注意及时掸除艾灰</p>	<p>采用 0~5 级的六级分级法。 0 级: 完全瘫痪, 无肌肉收缩。 1 级: 仅有肌肉收缩, 但无肢体活动。 2 级: 肢体在床面上能水平移动, 但不能抬离床面。 3 级: 肢体能抬离床面, 但不能抗阻力。 4 级: 能作抗阻力动作, 但较正常差。 5 级: 正常肌力。</p>	<p>(2) 用洗手液或肥皂水按七步洗手法洗手和手臂。七步洗手法: 手掌相对→手掌对手背→双手十指交叉→双手互握→揉搓拇指→指尖→手臂至上臂下 1/3, 两侧在同一水平交替上升, 不得回搓。重复两次, 共 5 分钟。洗手过程保持双手位于胸前并高于肘部, 双前臂保持拱手姿势。</p>
<p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。望舌时做到迅速</p>	<p>③. 临床意义 (1) 单瘫 单一肢体瘫痪, 多见于脊髓灰质炎。 (2) 偏瘫 为一侧肢体(上、下肢)瘫痪, 常伴有同侧颅神经损害, 多见于颅内病变或脑卒中。 (3) 交叉性偏瘫 为一侧肢体瘫痪及对侧颅神经损害, 多见于脑干病变。 (4) 截瘫: 为双侧下肢瘫痪, 是脊髓横贯性损伤的表现, 见于脊髓外伤、炎症等。</p>	<p>3. 临床意义 (1) 单瘫 单一肢体瘫痪, 多见于脊髓灰质炎。 (2) 偏瘫 为一侧肢体(上、下肢)瘫痪, 常伴有同侧颅神经损害, 多见于颅内病变或脑卒中。 (3) 交叉性偏瘫 为一侧肢体瘫痪及对侧颅神经损害, 多见于脑干病变。 (4) 截瘫: 为双侧下肢瘫痪, 是脊髓横贯性损伤的表现, 见于脊髓外伤、炎症等。</p>	<p>(3) 取无菌毛巾擦干手和臂。 2. 消毒 消毒方法分为肥皂水刷手法和消毒剂消毒法(如碘伏刷手法、灭菌王刷手法)。 (1) 肥皂水刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。②用消毒毛刷蘸取消毒肥皂液交替刷洗双手及手臂, 从指尖到肘上 10cm。刷手时尤应注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一遍, 指尖朝上肘向下, 用清水冲洗手臂上的肥皂水。然后, 另换一消毒毛刷, 同法进行第二、三遍刷洗, 每一遍比上一遍低 2cm (分别为肘上 10cm、8cm、6cm)。共约 10 分钟。③每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干, 擦过肘部的毛巾不可再擦手部, 以免污染。④将双手及前臂浸泡在 75% 乙醇桶内 5 分钟, 浸泡范围至肘上 6cm 处。若有乙醇过敏, 可改用 0.1% 苯扎溴铵溶液浸泡, 也可用 1:5000 氯己定(洗必泰)溶液浸泡 3 分钟。⑤浸泡消毒后, 保持拱手姿势待干, 双手不得下垂, 不能接触未经消毒的物品。 (2) 碘伏刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。②用消毒</p>

<p>敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			<p>的软毛刷蘸取碘伏刷手。刷手顺序采取三段法: 双手→双前臂→双上臂, 双手交替向上进行, 顺序不能逆转, 不留空白区。刷手范围为肘上 6cm, 共 5 分钟。重点刷双手, 从拇指的桡侧起渐次到背侧、尺侧, 依次刷完五指和指蹼, 然后再刷手掌、手背、前臂和肘上。</p> <p>③擦手: 每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干, 擦过肘部的毛巾不可再擦手部。④用碘伏均涂于两手和前臂至肘部。先涂抹两前臂及肘部, 再涂抹双手。⑤保持拱手姿势自然待干。</p> <p>(3) 灭菌王刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净, 用无菌毛巾擦干。②用无菌刷或无菌纱布接取灭菌王 3~5mL (或用吸足灭菌王的纱布) 刷洗双手、前臂、上臂至肘上 10cm, 时间 3 分钟。刷时稍用力。先刷甲缘、甲沟、指蹼, 再由拇指桡侧开始, 渐次到指背、尺侧、掌侧, 依次刷完双手手指。然后再分段交替刷左右手掌、手背、前臂直至肘上。刷手时要注意勿漏刷指间、腕部尺侧和肘窝部, 只需刷一遍。③刷完后, 手指朝上肘朝下, 流水冲净, 用无菌小毛巾从手向上顺次擦干至肘上, 注意不可再向手部回擦。另取一块小毛巾同法擦干另一手臂。④再接取灭菌王 3~5mL 涂抹双手至肘上 8cm, 先涂抹两前臂及肘部, 再涂抹双手。保持拱手姿势自然待干。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 手臂有破损或感染及上呼吸道感染者不宜参加手术刷手。</p>
---	--	--	--

				<p>2. 洗手前应该修剪指甲, 除去甲缘下积垢, 更换手术室专用衣、裤、鞋, 戴好消毒帽子、口罩。帽子应完全遮住头发, 口罩必须遮住口及鼻孔。将双侧衣袖卷至上臂上 1/3 处, 上衣的下摆塞在裤腰内。</p> <p>3. 在洗手过程中, 如不慎污染了已刷洗的部位, 则必须重新刷洗。</p> <p>4. 洗手消毒完毕后, 保持拱手姿势。双手远离胸部 30cm 以外, 向上不能高于肩部, 向下不能低于剑突, 手臂不能下垂。入手术间时用背部推开门或用感应门, 手臂不可触及未消毒物品, 否则需重新浸泡消毒。</p> <p>5. 刷手后, 待手臂上消毒液自然晾干后再穿无菌手术衣和戴无菌手套。</p> <p>6. 目前有很多新型手臂消毒剂, 使用方法遵循产品的使用说明。</p>
32	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无</p>	<p>隔姜灸</p> <p>隔姜灸 操作要点: ①制备姜片: 切取生姜片, 每片直径 2~3cm, 厚 0.2~0.3cm, 中间以针刺数孔。②选取适宜体位, 充分暴露待灸腧穴。③放置姜片和艾炷, 点燃艾炷: 将姜片置于穴上, 把艾炷置于姜片中心, 点燃艾炷尖端, 任其自燃。④调适温度: 如患者感觉局部灼痛不可耐受, 术者可用镊子将姜片一侧夹住端起, 稍待片刻, 重新放下再灸。⑤更换艾炷和姜片: 艾炷燃尽, 除去艾灰, 更换艾炷依前法再灸。施灸数壮后, 姜片焦干萎缩时, 应</p>	<p>双上肢肌张力检查与结果</p> <p>肌张力检查</p> <p>1. 检查方法</p> <p>医师嘱被检查者肌肉放松, 而后持其肢体以不同的速度、幅度进行各个关节的被动运动, 根据肢体的阻力判断肌张力(可触摸肌肉, 根据肌肉硬度判断), 要两侧对比。</p> <p>2. 临床意义</p> <p>(1) 肌张力增高 触摸肌肉, 坚实感, 伸屈肢体时阻力大。痉挛状态(在被动伸屈其肢体时, 起始阻力大, 终末突然阻力减弱, 也称折刀现象), 提示锥体束损害; 铅管样强直(伸肌和屈肌的肌张力均增高, 做被动运动时各个方向的阻力</p>	<p>戴无菌手套</p> <p>戴无菌手套</p> <p>所有参加手术的人员手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、手套。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>目前医院多采用经高压蒸气灭菌的干手套, 偶有用消毒液浸泡的湿手套。</p> <p>戴干手套法: ①穿无菌手术衣、戴口罩后, 选取合适手套号码并核对灭菌日期。②用手套袋内无菌滑石粉包轻轻敷擦双手, 使之滑润。③左手捏住两只手套翻折部分, 提出手套, 使两只手套拇指相对向。右手先插入手套内, 再用戴好手套的右手 2~5 指插入左手手套的翻折部内, 帮助左手插入手套内, 然后将手套翻</p>

	<p>名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指按在关后 (肘侧) 定尺。</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻</p>	<p>置换新的姜片。⑥掌握灸量: 一般每穴灸 6~9 壮, 至局部皮肤潮红而不起泡为度。灸毕去除姜片及艾灰。</p> <p>注意事项: ①一般选用中、大号艾炷。②选用新鲜老姜, 宜现切现用。③随时观察局部皮肤情况, 不要施灸过量, 以免局部起泡。</p>	<p>增加均匀一致), 提示维体外系损害。</p> <p>(2)肌张力降低肌肉松软, 伸屈其肢体时阻力小, 关节运动范围扩大, 见于周围神经炎、脊髓前角灰质炎、小脑病变等。</p>	<p>折部翻回盖住手术衣袖口。④用无菌盐水冲净手套外面的滑石粉。⑤在手术开始前应将双手举于胸前, 切勿任意下垂或高举。</p> <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未戴手套的手, 只能接触手套套口的向外翻折部分, 不能碰到手套的外面。 2. 已戴好手套的手只能接触手套的外面, 不能碰到皮肤和手套套口的向外翻折部分。 3. 在手术开始前, 双手应放于胸前, 切勿任意下垂或高举。 4. 手术人员做完一台手术, 需继续做另一台手术时, 需重新按外科洗手法进行手臂消毒。
--	--	---	--	---

<p>法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3</p>			
--	--	--	--

	分钟左右为宜。			
33	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔</p>	<p>温针灸的演示方法</p> <p>操作要点: ①准备艾卷或艾绒。截取 2cm 艾卷一段, 将一端中心扎一小孔, 深 1~1.5cm。也可选用艾绒, 艾绒要柔软, 易搓捏。②选取适宜体位, 充分暴露待灸腧穴。③针刺得气留针: 腧穴常规消毒, 直刺进针, 行针得气, 将针留在适当的深度。④插套艾卷或搓捏艾绒, 点燃: 将艾卷有孔的一端经针尾插套在针柄上, 插牢, 不可偏歪。或将少许艾绒搓捏在针尾上, 要捏紧, 不可松散, 以免滑落, 点燃施灸。⑤艾卷燃尽去灰, 重新置艾: 待艾卷或艾绒完全燃尽成灰时, 将针稍倾斜, 把艾灰掉落在容器中, 每穴每次可施灸 1~3 壮。⑥待针柄冷却后出针。</p> <p>注意事项: ①毫针不宜过细过长。②直刺进针, 得气后留针。③要保证艾卷下端与皮肤有适当的距离, 一般为 2.5~3cm, 以免烫伤。④宜从下端点燃艾卷。⑤可预先用硬纸片垫隔于艾卷与皮肤之间, 以防艾灰脱落。</p>	<p>指鼻试验</p> <p>指鼻试验</p> <p>医师嘱被检查者手臂外展伸直, 再以食指触自己的鼻尖, 由慢到快, 先睁眼、后闭眼, 反复进行, 观察被检查者动作是否稳准。</p>	<p>手术衣的穿法</p> <p>穿手术衣</p> <p>所有参加手术的人员手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、手套。</p> <p>[步骤与方法]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 从已打开的无菌衣包内取出无菌手术衣一件, 选择较大的空间穿衣。 2. 提起手术衣两肩袖口处, 轻轻将手术衣抖开, 注意勿将手术衣外面对着自己。 3. 稍挪起手术衣, 顺势将两手同时插入衣袖内并向前伸, 将两手自袖腕口伸出。如双手未能完全伸出, 可由巡回护士在后面拉紧衣带, 双手即可伸出袖口。 4. 由巡回护士在身后系好颈带和肩带。 5. 双手在身前交叉提起腰带, 由巡回护士协助将腰带绕至前腹部, 由本人在前腹部系好腰带。 <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 手术衣打开时, 保持手术衣内面面对身体, 勿将手术衣外面对着自己。 2. 手术衣穿好后, 双手应举在胸前。穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后, 肩部以下、腰部以上、腋前线前、上下肢为无菌区。如无菌手术衣接触到未消毒的物品, 应及时更换。

	<p>质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
34	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p>	<p>走罐法</p> <p>操作要点: ①选取适宜体位, 充分暴露待拔腧穴。②选择大小适宜的玻璃罐。③在施术部位涂抹适量的润滑剂, 如凡士林、水, 也可选择红花油等中药制剂。④先用闪火法将罐吸拔在施术部位上, 然后用单手或双手握</p>	<p>腹壁反射</p> <p>1) 检查方法: 嘱被检查者仰卧, 两下肢稍屈曲, 腹壁放松, 医师用钝头竹签分别沿肋缘下 (胸髓 7~8 节)、脐水平 (胸髓 9~10 节) 及腹股沟上 (胸髓 11~12 节) 的方向, 由外向内轻划两侧腹壁皮肤 (即上、中、下腹壁反射), 正常人</p>	<p>腹部手术消毒</p> <p>手术区消毒</p> <p>凡是准备手术者均需要进行手术区域的消毒。对某种消毒剂过敏者, 可更换其他消毒剂进行消毒。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 手术前皮肤准备</p> <p>不同的手术对病人手术区域的皮肤准备不同。一般外</p>

<p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的手指。中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指</p>	<p>住罐体, 在施术部位上下、左右往返推移。走罐时, 可将罐口的前进侧的边缘稍抬起, 另一侧边缘稍着力, 以利于罐子的推拉。⑤ 反复操作, 至施术部位红润、充血甚至瘀血为度。⑥ 起罐时, 一手握罐, 另一手用拇指或食指按压罐口周围的皮肤, 使之凹陷, 空气进入罐内, 罐体自然脱下。</p> <p>注意事项: ① 本法多用于背部、下肢部等肌肉比较丰厚、面积较大的部位。若在皮肤松弛或皱褶过多处、毛发浓密处或骨骼较为突出的凹凸不平处走罐, 不宜吸附且易产生疼痛。② 吸拔力、推拉速度要合适, 以皮肤潮红、患者可耐受为原则。③ 推拉用力要求均匀一致。④ 罐口以光滑弧圆者为佳。</p>	<p>于受刺激部位出现腹肌收缩。</p> <p>2) 临床意义: 上腹壁或中腹壁或下腹壁反射减弱或消失, 分别见于同侧胸髓 7~8 节、9~10 节、11~12 节病损; 一侧上、中、下腹壁反射同时消失, 见于一侧锥体束病损; 双侧上、中、下腹壁反射均消失, 见于昏迷和急性腹膜炎患者。注意, 肥胖者、老年人、经产妇由于腹壁过松也可出现腹壁反射减弱或消失。</p>	<p>科手术, 病人最好在手术前一天下午洗浴, 并用肥皂清洗皮肤。如皮肤上若有较多油脂或胶布粘贴的残迹, 可先用松节油或 75% 酒精擦净。</p> <p>2. 术区剃毛</p> <p>主张当日术前剃毛。若毛发细小, 可不剃。不宜在手术室内剃毛。最好采用专用粘布粘贴法除毛。</p> <p>3. 消毒剂</p> <p>目前国内普遍使用 0.5% 碘伏作为皮肤消毒剂。也可用 2.5% 碘酊消毒, 待干后再用 75% 酒精涂擦 2~3 遍以脱碘。面部、口腔、肛门及外生殖器等处消毒, 不可用碘酊。</p> <p>4. 消毒方法</p> <p>准备好消毒用品 (卵圆钳、消毒剂、棉球或纱布), 皮肤消毒先用碘伏 (或 0.5% 安尔碘) 棉球或小纱布团由手术区中心向四周涂擦顺序涂擦 3 遍, 第二、三遍都不能超出上一遍的范围。如为感染伤口或会阴、肛门等处手术, 则应从外周向感染伤口或会阴肛门处涂擦。消毒范围应包括手术切口周围半径 15cm 的区域。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 消毒皮肤时涂擦时应稍用力, 方向应一致, 不可遗漏空白或自外周返回中心部位。已经接触污染部位的药液纱布不应再返回涂擦清洁处。</p> <p>2. 如为腹部手术, 可先滴少许碘伏于脐孔, 以延长消毒时间。</p>
--	---	--	---

<p>按在关后（肘侧）定尺。</p> <p>(3)运指：运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息：医生在诊脉时注意调匀呼吸，即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀，清心宁神，可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数，另一方面，平息有利于医生思想集中，可以仔细地辨别</p>			
---	--	--	--

	<p>脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
<p>35</p>	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的</p>	<p>三棱针耳尖放血</p> <p>操作要点: ①选取适宜体位, 充分暴露待针腧穴。②医者戴消毒手套。③使施术部位充血。可先在针刺部位及其周围, 轻轻地推、揉、挤、捋, 使局部充血。④穴区皮肤常规消毒。⑤医者用一手固定点刺部位, 另一手持针, 露出针尖 3~5mm, 对准点刺部位快速刺入, 迅速出针。一般刺入 2~3mm。⑥轻轻挤压针孔周围, 使之适量出血或出黏液。⑦用消毒干棉球按压针孔。可在点刺部位贴敷创可贴。</p> <p>注意事项: ①要做到稳、准、轻、快。持针要稳; 对准点刺部位进针, 不可偏离; 手法要轻巧; 点刺时要快进快出。②要对针具、皮肤、术者双手严格消毒。③选穴宜少。④根据病情确定合适的出血量。</p>	<p>红二头肌反射</p> <p>肱二头肌反射: 医师以左手托扶被检查者屈曲的肘部, 将拇指置于肱二头肌肌腱上, 右手用叩诊锤叩击左手指指甲, 正常时前臂快速屈曲, 反射中枢在颈髓 5~6 节。</p>	<p>穿隔离衣</p> <p>(1) 戴好帽子及口罩, 取下手表, 卷袖过肘, 洗手。</p> <p>(2) 手持衣领取下隔离衣, 清洁面朝自己; 将衣领两端向外折齐, 对齐肩缝, 露出袖子内口。</p> <p>(3) 右手持衣领, 左手伸入袖内; 右手将衣领向上拉, 使左手套入后露出。</p> <p>(4) 换左手持衣领, 右手伸入袖内; 举双手将袖抖上, 注意勿触及面部。</p> <p>(5) 两手持衣领, 由领子中央顺着边缘向后将领扣扣好, 再扎好袖口(此时手已污染), 松腰带活结。</p> <p>(6) 将隔离衣一边约在腰下 5cm 处渐向前拉, 直到见边缘, 则捏住; 同法捏住另一侧边缘, 注意手勿触及衣内面。然后双手在背后将边缘对齐, 向一侧折叠, 一手按住折叠处, 另一手将腰带拉至背后压住折叠处, 将腰带在背后交叉, 回到前面系好。</p>

<p>顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
--	--	--	--

<p>36</p>	<p>脉诊 1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。 2. 医生指法 (1) 选指 ① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。 ② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。 (2) 布指 ① 以中指按在掌后高骨内侧动</p>	<p>指切进针 指切进针法 又称爪切进针法。操作要点: ① 消毒: 腧穴皮肤、医生双手常规消毒。② 押手固定穴位皮肤: 押手拇指或食指指甲切掐固定腧穴处皮肤。③ 持针: 刺手拇、食、中指三指指腹夹持针柄。④ 刺入: 将针身紧贴押手指甲缘快速刺入。本法适宜于短针的进针。</p>	<p>踝反射 踝反射: 被检查者仰卧, 下肢外旋外展, 髋、膝关节稍屈曲, 医师左手将被检查者足部背屈成直角, 右手用叩诊锤叩击跟腱, 正常为腓肠肌收缩, 出现足向跖面屈曲, 反射中枢在骶髓 1~2 节。</p>	<p>脱手术衣 此题目考纲中没有, 考纲中有脱隔离衣。 脱隔离衣 (1) 解开腰带, 在前面打一活结。 (2) 解开两袖口, 在肘部将部分袖子套塞入袖内, 便于消毒双手。 (3) 消毒清洗双手后, 解开领扣, 右手伸入左手腕部套袖内, 拉下袖子过手; 用遮盖着的左手握住右手隔离衣袖子的外面, 将右侧袖子拉下, 双手转换渐从袖管中退出。 (4) 用左手自衣内握住双肩肩缝撤右手, 再用右手握住衣领外面反折, 脱出左手。 (5) 左手握住领子, 右手将隔离衣两边对齐, 挂在衣钩上。若挂在半污染区, 隔离衣的清洁面向外, 挂在污染区, 则污染面朝外。 [注意事项] 1. 穿好隔离衣后保持双臂前伸, 屈曲, 上不过肩, 下不过腰。 2. 穿隔离衣前, 准备好工作中一切需用物品, 避免穿了隔离衣到清洁区取物品。 3. 穿隔离衣时, 避免接触清洁物, 系领子时, 勿使衣袖触及面部、衣领及工作帽。穿着隔离衣, 须将内面工作服完全遮盖。隔离衣内面及衣领为清洁区, 穿脱时, 要注意避免污染。 4. 穿隔离衣后, 只限在规定区域内进行活动, 不得进入清洁区。 5. 挂隔离衣时, 不使衣袖露出或衣边污染面盖过清洁面。</p>
-----------	---	--	--	---

<p>脉处 (中指定关)。 ② 食指按在关前(腕侧)定寸, 用无名指按在关后(肘侧)定尺。 (3)运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。 3. 医生平息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉</p>			<p>6. 隔离衣应每天更换, 如有潮湿或被污染时, 应立即更换。</p>
--	--	--	---------------------------------------

	<p>搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
37	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平</p>	<p>舒张进针法</p> <p>操作要点: ①消毒: 腧穴皮肤、医生双手常规消毒。②押手绷紧皮肤: 以押手拇、食指或食、中指把腧穴处皮肤向两侧轻轻撑开, 使之绷紧, 两指间的距离要适当。③持针: 刺手拇、食、中指三指指腹夹持针柄。④刺入: 刺手持针, 于押手两指间的腧穴处迅速刺入。本法适用于皮肤松弛部位的腧穴进针。</p>	<p>脊柱压痛检查</p> <p>检查有无脊柱压痛时, 嘱被检者取端坐位, 身体稍向前倾。医师以右手拇指从枕骨粗隆开始自上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉, 正常时每个棘突及椎旁肌肉均无压痛。</p>	<p>胸外按压</p> <p>胸外心脏按压</p> <p>(1) 按压部位 两乳头连线中点 (胸骨下半段)。</p> <p>(2) 按压方法用左手掌根部紧贴患者的胸部, 右手掌根部重叠其上, 两手手指相扣, 左手五指翘起。上半身稍向前倾, 双肩位于患者正上方, 保持前臂与患者胸骨垂直, 双臂伸直 (肘关节伸直), 以上半身力量用力垂直向下按压, 放松时要使胸壁充分回复, 放松时掌根不能离开胸壁。</p> <p>(3) 按压要求按压深度, 成人胸骨下陷至少 5~6cm, 按压频率 100~120 次/分, 压放时间比为 1: 1。连续按压 30 次后给予人工呼吸 2 次。多位施救者在现场心肺复苏</p>

<p>展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息</p>			<p>时, 每 2 分钟或 5 个心肺复苏循环后, 应相互轮换按压, 以保证按压质量。</p>
---	--	--	---

	<p>3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
<p>38</p>	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈</p>	<p>脸转补泻</p> <p>捻转补泻</p> <p>根据捻转力度的强弱、角度的大小、频率的快慢、操作时间的长短, 并结合捻转用力的方向, 区分捻转补泻手法。</p> <p>(1) 补法 操作要点: ①进针, 行针得气。②捻转角度小, 频率慢, 用力轻。结合拇指向前、食指向后(左转)用力为主。③反复捻转。④操作时间短。</p> <p>(2) 泻法 操作要点: ①进针, 行针得气。②捻转角度大, 频率快, 用力重。结合拇指向后、食指向前(右转)用力为主。③反复捻转。④操作时间长。</p> <p>注意事项: ①捻转补泻要在得气的基础上进行。②在多数腧穴均可应用。③捻转补泻应与针刺基本手法中的捻转法相区别。</p>	<p>把宾司机</p> <p>巴宾斯基征 (Babinski sign) 嘱被检者仰卧, 髓、膝关节伸直, 左手握其踝部, 右手用叩诊锤柄部末端钝尖部, 在足底外侧从后向前快速轻划至小趾根部, 再转向拇趾侧。正常出现足趾向跖面屈曲, 称巴宾斯基征阴性。如出现拇趾背伸, 其余四趾呈扇形分开, 称巴宾斯基征阳性。</p>	<p>伤口换药</p> <p>伤口换药</p> <p>[适应证]</p> <p>1. 手术后切口的常规检查。</p> <p>2. 敷料松脱需要更换。</p> <p>3. 伤口的渗血、渗液、引流液等浸湿敷料, 或大小便及各种消化液污染伤口。</p> <p>4. 需松动或拔出引流管。</p> <p>5. 愈合伤口拆线等。</p> <p>[器械准备]</p> <p>一次性换药包 1 个(内含弯盘 2 个, 垫单 1 块, 镊子 2 把, 纱布、棉球若干), 剪刀 1 把, 安尔碘或碘酊, 75% 酒精, 胶布等。</p> <p>如换药包中纱布、棉球数量不能满足需要, 另取适量干棉球、纱布置于无菌弯盘或治疗碗中。</p> <p>必要时准备探针、冲洗器、引流物、血管钳、凡士林纱布、生理盐水、其他消毒液等。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 术前准备</p> <p>(1) 术者准备换药前操作者应遵循无菌原则洗手, 并戴好帽子和口罩。向病人说明换药的目的, 以取得配合。</p> <p>(2) 患者体位按伤口部位采取不同的卧姿或其他稳定姿势。要求使病人舒适、</p>

<p>45° 角。</p> <p>(2)布指</p> <p>①以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>②食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指按在关后 (肘侧) 定尺。</p> <p>(3)运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。</p>			<p>伤口暴露充分, 光线良好, 操作方便, 尽量不使病人看到伤口。</p> <p>(3) 查看伤口必要时先看一次伤口, 估计需要多少敷料和使用何种器械 (剪刀、探针等)、药物, 一次备妥。</p> <p>2. 换药步骤</p> <p>(1) 去除敷料: 先用手取下外层敷料 (勿用镊子), 再用 1 把镊子取下内层敷料。揭除内层敷料应轻巧, 一般应沿伤口长轴方向揭除, 若敷料干燥并粘贴在创面上则不可硬揭, 应先用生理盐水浸湿后再揭去, 以免创面出血。</p> <p>(2) 双手执镊, 左手镊子从换药碗中夹无菌物品, 并传递给右手镊子, 两镊不可相碰。</p> <p>(3) 无感染伤口, 用碘酊、75%酒精棉球由内向外消毒伤口及周围皮肤, 沿切口方向, 范围距切口 3~5cm, 擦拭 2~3 遍。如为感染伤口, 则应从外周向感染伤口处涂擦。</p> <p>(4) 分泌物较多且创面较深时, 宜用干棉球及生理盐水棉球擦拭并清除干净。</p> <p>(5) 高出皮肤表面或不健康的肉芽组织及较多坏死物质, 可用剪刀剪平, 再用等渗盐水擦拭。若肉芽组织有明显水肿时, 可用 3%~5% 高渗盐水湿敷。</p> <p>(6) 一般创面可用消毒凡士林纱布覆盖, 污染伤口或易出血伤口要用引流纱条, 防止深部化脓性感染。</p> <p>(7) 无菌敷料覆盖伤口, 距离切口边缘 3cm 以上, 一般用 8~10 层纱布, 胶布固定, 贴胶布方向应与肢体或躯干</p>
---	--	--	--

	<p>一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			<p>长轴垂直。</p> <h3>3. 各种伤口的处理</h3> <p>(1) 无菌手术切口 一般于术后 1~2 天更换敷料 1 次, 更换敷料时用 75% 酒精棉球消毒后, 无菌纱布覆盖伤口。</p> <p>(2) 感染伤口 除去坏死组织, 充分引流伤口内分泌物。浅部伤口放药物纱布引流, 深部伤口用引流纱条引流。一般每天换药 1~2 次, 外层敷料被分泌物浸湿后应及时更换敷料。</p> <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none">1. 凡接触伤口的物品, 均须无菌。各种无菌敷料从容器内取出后, 不得放回, 污染的敷料须放入弯盘或污物桶内。放置污染物时, 不可从无菌弯盘上方经过。2. 换药时先无菌伤口, 后感染伤口; 先缝合伤口, 后有创面伤口; 先感染轻的伤口, 后感染重的伤口; 先一般非特异性感染伤口, 后特异性感染伤口 (如破伤风、绿脓杆菌感染、气性坏疽、结核)。3. 右手镊子可直接接触伤口, 左手镊子专用于从换药碗中夹取无菌物品, 递给右手 (两镊不可相碰)。4. 换药过程中, 假如需用两把镊子 (或钳子) 协同把蘸有过多盐水或药液的棉球拧干一些时, 必须使相对干净侧 (左手) 镊子位置向上, 而使接触伤口侧 (右手) 镊子位置在下, 以免污染。5. 特殊感染伤口, 如气性坏疽、破伤风、绿脓杆菌等感染伤口, 换药时必须严格执行隔离技术, 除必要物品外, 不带其他物品, 用过的器械要
--	---	--	--	--

				专门处理, 敷料要焚毁或深埋。
39	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔</p>	<p>温和灸操作</p> <p>操作要点: ①选取适宜体位, 充分暴露待灸腧穴。②点燃艾卷: 选用纯艾卷, 将其一端点燃。③燃艾施灸: 术者手持艾卷的中上部, 将艾卷燃烧端对准腧穴, 距腧穴皮肤 2~3cm 进行熏烤, 艾卷与施灸处皮肤的距离应保持相对固定。注意: 若患者感到局部温热舒适可固定不动; 若感觉太烫可加大与皮肤的距离; 若遇到小儿或局部知觉减退者, 医者可将食、中两指, 置于施灸部位两侧, 通过医者的手指来测知患者局部受热程度, 以便随时调节施灸时间和距离, 防止烫伤。④把握灸量: 灸至局部皮肤出现红晕, 有温热感而无灼痛为度, 一般每穴灸 5~10 分钟。⑤灸毕熄灭艾火。</p> <p>注意事项: ①手持艾卷宜上下调适与皮肤的距离, 而非前后左右移动。②施灸中注意及时掸除艾灰。</p>	<p>布鲁斯基征(Brudzinski sign) 被检者去枕仰卧, 双下肢自然伸直, 检查者左手托患者枕部, 右手置于患者胸前, 使颈部前屈, 如两膝关节和髋关节反射性屈曲为阳性。以同样的方法检查另一侧。</p>	<p>胸腰椎受损搬运</p> <p>胸腰椎损伤的搬运方式</p> <p>(1) 在搬运时, 尽可能减少不必要的活动, 以免引起或加重脊髓损伤。</p> <p>(2) 正确的搬运, 应由 3 人采用平卧式搬运法。伤员仰卧位, 头部、颈部、躯干、骨盆应以中心直线位, 脊柱不能屈曲或扭转, 在脊柱无旋转外力的情况下, 三人在伤员的同侧, 动作一致地用手平托伤员的头、胸、腰、臀、腿部, 平抬平放至硬质担架(木板)上, 然后在伤员的身体两侧用枕头或衣物塞紧, 用固定带将伤员绑在硬质担架(木板)上, 保持脊柱伸直位。</p> <p>(3) 如只有软担架时, 则宜取俯卧位, 以保持脊柱的平直, 防止脊柱屈曲。</p> <p>(4) 绝对禁止一人拖肩一人抬腿搬动伤员或一人背送伤员的错误搬运法。</p>



	<p>质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
40	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p>	<p>提插法</p> <p>提插法是将毫针刺入腧穴的一定深度后, 施以上提下插动作的操作方法, 是毫针行针的基本手法。操作要点: ①消毒: 腧穴皮肤、医生双手常规消毒。②刺入毫针: 将毫针刺入腧穴的一定深度。③实施提插</p>	<p>拉赛格征,</p> <p>拉塞格征</p> <p>1. 检查方法</p> <p>被检者取仰卧位, 两下肢伸直, 检查者一手压在被检者一侧膝关节上, 使下肢保持伸直, 另一手将该下肢抬起, 正常可抬高 70° 以上。如不到 30° 即出现由上而下的放射性疼痛为阳</p>	<p>上臂闭合性骨折</p> <p>上臂骨折: 夹板放在上臂的外侧, 用绷带固定, 再固定肩、肘关节, 用三角巾悬吊前臂于胸前, 另一条三角巾围绕患肢于健侧腋下打结。若无夹板, 可用三角巾先将伤肢固定于胸廓, 然后用三角巾将伤肢悬吊于胸前。</p>

	<p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的手指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指</p>	<p>操作: 插是将针由浅层向下刺入深层的操作, 提是从深层向上引退至浅层的操作。如此反复地上提下插。</p> <p>注意事项: ① 提插幅度的大小、层次的变化、频率的快慢和操作时间的长短, 应根据患者的体质、病情、腧穴部位和针刺目的等情况灵活掌握。② 提插法多用于肌肉较丰厚部位的腧穴, 肌肉浅薄部位的腧穴一般不用提插法。某些特殊部位的腧穴, 如睛明、承泣等也不适合用提插法。③ 上提时不要提出皮肤, 下插时不要刺伤脏器和筋骨。④ 提插过程中要保持针身垂直。</p> <p>性。以同样的方法再检查另一侧。</p> <p>2. 临床意义</p> <p>见于坐骨神经痛、腰椎间盘突出或腰骶神经根炎等。</p>	
--	--	--	--

<p>按在关后（肘侧）定尺。</p> <p>(3)运指：运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息：医生在诊脉时注意调匀呼吸，即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀，清心宁神，可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数，另一方面，平息有利于医生思想集中，可以仔细地辨别</p>			
---	--	--	--

	<p>脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
41	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的</p>	<p>腰部拳滚法</p> <p>拳滚法</p> <p>拇指自然伸直, 余指半握空拳状, 以食指、中指、无名指和小指的第一节指背着力于施术部位上。肘关节屈曲 20° ~ 40°, 前臂主动施力, 在无旋前圆肌参与的情况下, 单纯进行推拉摆动, 带动腕关节做无尺、烧侧偏移的屈伸活动, 使食指、中指、无名指和小指的第一节指背、掌指关节背侧、指间关节背侧为滚动着力面, 在施术部位上进行持续不断地滚动。</p>	<p>拉赛格征,</p> <p>检查方法</p> <p>被检者取仰卧位, 两下肢伸直, 检查者一手压在被检者一侧膝关节上, 使下肢保持伸直, 另一手将该下肢抬起, 正常可抬高 70° 以上。如不到 30° 即出现由上而下的放射性疼痛为阳性。以同样的方法再检查另一侧。</p> <p>2. 临床意义</p> <p>见于坐骨神经痛、腰椎间盘突出或腰骶神经根炎等。</p>	<p>上臂闭合性骨折的固定</p> <p>上臂骨折: 夹板放在上臂的外侧, 用绷带固定, 再固定肩、肘关节, 用三角巾悬吊前臂于胸前, 另一条三角巾围绕患肢于健侧腋下打结。若无夹板, 可用三角巾先将伤肢固定于胸廓, 然后用三角巾将伤肢悬吊于胸前。</p>

<p>顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息3~5分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
--	--	--	--

42	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动</p>	<p>小鱼际滚法</p> <p>小鱼际擦法</p> <p>拇指自然伸直, 余指自然屈曲, 无名指与小指的掌指关节屈曲约 90°, 余指屈曲的角度依次减小, 手背沿掌横弓排列呈弧面, 以第五掌指关节背侧为吸点吸附于体表施术部位上。以肘关节为支点, 前臂主动做推旋运动, 带动腕关节做较大幅度的屈伸活动, 使小鱼际和手背尺侧部在施术部位上持续不断地来回滚动。</p>	<p>体温测量</p> <p>体温</p> <p>测试体温时体温计读数应小于 35℃。</p> <p>1. 口测法</p> <p>将消毒过的口腔温度计(简称口表)水银端置于舌下, 紧闭口唇, 不用口腔呼吸, 测量 5 分钟后读数。正常值为 36.3℃ ~ 37.2℃。对婴幼儿及意识障碍者则不宜使用。</p> <p>2. 肛测法</p> <p>患者取侧卧位, 将直肠温度计(简称肛表)水银端涂以润滑剂, 徐徐插入肛门, 深达肛表的一半为止, 5 分钟后读数。正常值为 36.5℃~37.7℃。适用于小儿及神志不清的患者。</p> <p>3. 腋测法</p> <p>擦干腋窝汗液, 将腋窝温度计(简称腋表)水银端放在患者腋窝深处, 嘱患者用上臂将温度计夹紧, 放置 10 分钟后读数。正常值为 36℃~37℃。</p>	<p>股骨骨折固定</p> <p>长骨骨折简易固定</p> <p>[目的]</p> <p>现场救护中, 对长骨骨折的伤员必须采取伤肢的固定制动措施, 以减轻伤处的疼痛, 预防疼痛性休克的发生, 同时限制骨折断端的再移位, 防止骨折断端刺伤血管、神经等周围组织造成继发性损伤, 以便于抢救和转运。</p> <p>[适应证]</p> <p>1. 四肢长骨闭合性骨折。 2. 四肢长骨开放性骨折。</p> <p>[物品准备]</p> <p>1. 夹板(木质、铁质、塑料)、固定架、绷带、三角巾、棉垫、止血带等。 2. 在救护现场也可采用树枝、竹竿、木棍、纸板、雨伞、衣服、书卷等代替。</p> <p>[操作步骤]</p> <p>1. 闭合性骨折</p> <p>(1) 固定前应尽可能牵引伤肢以矫正明显的畸形, 避免骨折断端对神经、血管、皮肤等周围组织的压迫, 然后将伤肢放到适当位置固定。</p> <p>(2) 固定物与肢体之间要加衬垫(棉垫、毛巾、布料片等软物), 骨突部位加垫棉花或布类保护, 以防皮肤压伤。</p> <p>(3) 固定范围一般应包括骨折处上下两个关节。</p> <p>1) 上臂骨折: 夹板放在上臂的外侧, 用绷带固定, 再固定肩、肘关节, 用三角巾悬吊前臂于胸前, 另一条三角巾围绕患肢于健侧腋下打结。若无夹板, 可用三角巾先将伤肢固定于胸廓, 然后用三角巾将伤肢悬吊于胸前。</p> <p>2) 前臂骨折: 将夹板置</p>
----	---	--	--	--

<p>脉处 (中指定关)。 ② 食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。 (3)运指:运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。 3. 医生平息:医生在诊脉时注意调匀呼吸,即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀,清心宁神,可以自己的呼吸计算病人的脉</p>			<p>于前臂四侧固定,然后固定肘、腕关节,用三角巾将肘关节屈曲,前臂悬吊于胸前,另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。若无夹板,先用三角巾将伤肢悬吊于胸前,然后用三角巾将伤肢固定于胸廓。 3) 大腿骨折:①健肢固定法:在膝、踝关节及两腿之间的空隙处加以棉垫,用绷带或三角巾将双下肢绑在一起。②躯干固定法:伤肢外侧从腋下至足踝部置一长夹板,伤肢内侧从大腿根部至足踝部置一短夹板,用绷带或三角巾捆绑固定。 4) 小腿骨折:用两块夹板,分别置于小腿的内、外侧,然后用绷带或三角巾固定,亦可用三角巾将患肢固定于健肢。 2. 开放性骨折 (1) 应先止血、包扎,再固定骨折肢体。 (2) 有外露的骨折端等组织不应还纳,以免将污染物带入深层,应用消毒敷料或清洁布类进行严密的保护性包扎。 (3) 伴有血管损伤者,先行加压包扎止血后再加以肢体固定。加压包扎止血无效者,可用橡皮管(条)止血带(亦可用三角巾、绷带和布条等代替)止血,上肢缚于上臂上 1/3 处,下肢缚于大腿中上 1/3 处,前臂和小腿禁用止血带。 [注意事项] 1. 固定的松紧度要适中,既要固定牢靠,又不能过紧。 2. 四肢骨折固定后,要露出指(趾)端以便观察血液循环。</p>
---	--	--	---

	<p>搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			<p>3. 肢体固定后, 如出现指(趾)苍白、青紫, 肢体发凉、疼痛或麻木时, 表明血液循环不良, 要立即查明原因, 如为扎缚过紧, 应放松缚带重新固定。</p> <p>4. 用止血带止血者, 要标明其时间, 时间应越短越好, 如需延长应每隔 1 小时放松一次, 待肢体组织有新鲜血液渗出后, 再重新扎上, 若出血停止则不必重复使用。止血带使用的时间过长将导致肢体疼痛, 甚至引起肢体缺血性坏死而致残, 严重者可危及伤员生命。</p>
43	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平</p>	<p>腰部肘推</p> <p>肘推法</p> <p>屈肘, 以肘关节尺骨鹰嘴突起部着力于施术部位, 另一侧手臂抬起, 以掌部扶握屈肘侧拳顶以固定助力。以肩关节为支点, 上臂部主动施力, 做较缓慢的单方向直线推进。</p> <p>[动作要领]</p> <ol style="list-style-type: none"> 着力部位要紧贴体表。 推进的速度宜缓慢均匀, 压力要平稳适中。 单向直线推进。 拳、肘推法宜参考经络走行、气血运行及肌纤维走行方向推进。 拇指端推法与拇 	<p>浅表淋巴结查体</p> <p>检查方法</p> <p>检查某部淋巴结时, 应使该部皮肤和肌肉松弛, 以利于触摸。</p> <p>检查左颌下淋巴结时, 将左手置于被检查者头顶, 使头微向左前倾斜, 右手四指并拢, 屈曲掌指及指间关节, 沿下颌骨内缘向上滑动触摸。检查右侧时, 两手换位, 让被检查者向右前倾斜。</p> <p>检查颈部淋巴结时, 检查者站在被检查者背后, 让患者的头向前倾, 并稍向检查的一侧倾斜, 然后用手指紧贴检查部位, 由浅入深进行滑动触诊。</p> <p>检查锁骨上窝淋巴结时, 检查者面对患者(可取</p>	<p>胸外按压</p> <p>胸外心脏按压</p> <ol style="list-style-type: none"> 按压部位 两乳头连线中点(胸骨下半段)。 按压方法用左手掌根部紧贴患者的胸部, 右手掌根部重叠其上, 两手手指相扣, 左手五指翘起。上半身稍向前倾, 双肩位于患者正上方, 保持前臂与患者胸骨垂直, 双臂伸直(肘关节伸直), 以上半身力量用力垂直向下按压, 放松时要使胸壁充分回复, 放松时掌根不能离开胸壁。 按压要求按压深度, 成人胸骨下陷至少 5~6cm, 按压频率 100~120 次/分, 压放时间比为 1: 1。连续按压 30 次后给予人工呼吸 2 次。多位施救者在现场心肺复苏时, 每

<p>展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息</p>	<p>指平推法推动的距离宜短, 属推法中特例, 其他推法则推动的距离宜长。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 推进的速度不可过快, 压力不可过重或过轻。</p> <p>2. 不可推破皮肤。为防止推破皮肤, 可使用凡士林、冬青膏、滑石粉及红花油等润滑剂。</p> <p>3. 不可歪曲斜推。</p> <p>[适用部位]</p> <p>全身各部。指推法适于头面部、颈项部、手部和足部, 尤以足部推拿为常用; 掌推法适于胸腹部、背腰部和四肢部; 拳推法适于背腰部及四肢部; 肘推法适于背腰部脊柱两侧。</p> <p>[作用]</p> <p>主要用于高血压、头痛、头晕、失眠, 腰腿痛、腰背部僵硬、风湿痹痛、感觉迟钝, 胸闷肋胀、烦躁易怒, 腹胀、便秘、食积, 软组织损伤、局部肿痛等病证。</p>	<p>坐位或仰卧位), 用右手检查患者的左锁骨上窝, 用左手检查其右锁骨上窝。检查时将食指与中指屈曲并拢, 在锁骨上窝进行触诊, 并深入锁骨后深部。</p> <p>检查右腋窝淋巴结时, 检查者右手握被检查者右手, 向上屈肘外展抬高约 45°, 左手并拢, 掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部滑动触诊, 然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁。触诊腋窝后壁时应在腋窝后壁肌群仔细触诊, 触诊腋窝外侧壁时应将患者上臂下垂, 检查腋窝前壁时应在胸大肌深面仔细触诊。同样方法检查左侧腋窝淋巴结。</p> <p>检查右侧滑车上淋巴结时, 检查者以右手握被检查者右手腕, 以右(左)手在其肱骨上髁两横指许、肱二头肌内侧滑动触诊。</p> <p>检查腹股沟淋巴结时, 被检查者仰卧, 检查者用手指在腹股沟平行处进行触诊。</p>	<p>2 分钟或 5 个心肺复苏循环后, 应相互轮换按压, 以保证按压质量。</p>
---	---	---	--



	<p>3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
44	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈</p>	<p>四肢抖法</p> <p>抖上肢法</p> <p>受术者取坐位或站立位, 肩臂部放松。术者站在其前外侧, 身体略为前俯。用双手握住其腕部, 慢慢将被抖动的上肢向前外方抬起至 60° 左右, 然后两前臂微用力做连续的小幅度上下抖动, 使抖动所产生的抖动波浪般地传递到肩部或术者以一手按其肩部, 另一手握住其腕部, 做连续不断地小幅度上下抖动, 抖动中可结合被操作肩关节的前后方向活动。此法又称上肢提抖法。</p>	<p>颌下淋巴结触诊</p> <p>检查某部淋巴结时, 应使该部皮肤和肌肉松弛, 以利于触摸。</p> <p>检查左颌下淋巴结时, 将左手置于被检查者头顶, 使头微向左前倾斜, 右手四指并拢, 屈曲掌指及指间关节, 沿下颌骨内缘向上滑动触摸。检查右侧时, 两手换位, 让被检查者向右前倾斜。</p> <p>检查颈部淋巴结时, 检查者站在被检查者背后, 让患者的头向前倾, 并稍向检查的一侧倾斜, 然后用手指紧贴检查部位, 由浅入深进行滑动触诊。</p> <p>检查锁骨上窝淋巴结时, 检查者面对患者 (可取坐位或仰卧位), 用右手检查患者的左锁骨上窝, 用左手检查其右锁骨上窝。检查时将食指与中指屈曲并拢, 在锁骨上窝进行触诊, 并深入锁骨后深部。</p> <p>检查右腋窝淋巴结时, 检查者右手握被检查者右手, 向上屈肘外展抬高约 45°, 左手并拢, 掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部滑动触诊, 然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁。触诊腋窝后壁时应在腋窝后</p>	<p>成人口对口人工呼吸</p> <p>施救者一只手的拇指和食指捏住患者鼻翼, 用小鱼际肌按患者前额, 另一只手固定患者下颌, 开启口腔。施救者双唇严密包住患者口唇, 平静状态下缓慢吹气, 吹气时观察胸廓是否隆起。吹气时间每次不少于 1 秒, 每次送气量 500~600mL, 以胸廓抬起为有效。吹气完毕, 松开患者口鼻, 使患者的肺和胸廓自然回缩, 将气体排出, 重复吹气一次, 与心脏按压交替进行, 吹气按压比为 2: 30。</p>

<p>45°角。</p> <p>(2)布指</p> <p>①以中指按在掌后高骨内侧面动脉处(中指定关)。</p> <p>②食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。</p> <p>(3)运指:运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息:医生在诊脉时注意调匀呼吸,即所谓“平息”。</p>		<p>壁肌群仔细触诊,触诊腋窝外侧壁时应将患者上臂下垂,检查腋窝前壁时应在胸大肌深面仔细触诊。同样方法检查左侧腋窝淋巴结。</p> <p>检查右侧滑车上淋巴结时,检查者以右手握被检查者右手腕,以右(左)手在其肱骨上髁两横指许、肱二头肌内侧滑动触诊。</p> <p>检查腹股沟淋巴结时,被检查者仰卧,检查者用手指在腹股沟平行处进行触诊。</p>	
--	--	---	--

	<p>一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
45	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面</p>	<p>拇指后位捏脊</p> <p>两手拇指伸直, 两指端分置于脊柱两侧, 指面向前; 两手食、中指前按, 腕关节微屈。以两手指与食、中指罗纹面将皮肤捏起, 并轻轻提捻, 然后向前推行移动 (见图 5-14)。在向前移动的捏脊过程中, 两手指要前推, 而食指、中指则交替</p>	<p>腋下淋巴结触诊</p> <p>检查右腋窝淋巴结时, 检查者右手握被检查者右手, 向上屈肘外展抬高约 45°, 左手并拢, 掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部滑动触诊, 然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁。触诊腋窝后壁时应在腋窝后壁肌群仔细触诊, 触诊腋窝外侧壁时应将患者上臂下垂, 检</p>	<p>简易呼吸器</p> <p>简易呼吸器的使用</p> <p>[适应证]</p> <p>1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期间的呼吸管理。</p> <p>2. 临时替代呼吸机, 应用于需机械通气的患者转科、外出做特殊检查、进出手术室或呼吸机故障等情况。</p> <p>[禁忌证]</p>



<p>向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。望舌时做到迅速敏捷,</p>	<p>前按, 两者相互配合, 从而交替捏提捻动前行。</p> <p>捏脊法每次操作一般均从肾俞穴开始, 沿脊柱两侧向上终止于大椎穴为一遍, 可连续操作三至五遍。为加强手法效应, 常采用三步一提法, 即每捏捻三次, 便停止前行, 用力向上提拉一次。</p> <p>[动作要领]</p> <p>1. 拇指前位捏脊法要以拇指罗纹面同食指桡侧缘捏住皮肤, 腕部一定要背伸, 以利于前臂施力推动前行。</p> <p>2. 拇指后位捏脊法要以拇指和食、中指的罗纹面捏住皮肤, 腕部宜微悬, 以利于拇指的推动前移。</p> <p>3. 捏提肌肤多寡及用力要适度。捏提肌肤过多, 则动作呆滞不易向前推动, 过少则宜滑脱; 用力过大宜疼痛, 过小则刺激量不足。</p> <p>4. 需较大刺激量时, 宜用拇指前位捏脊法; 需较小或一般刺激量时, 宜用拇指后位捏脊法。</p> <p>5. 捏脊法包含了捏、捻、提、推等复合动作, 动作宜灵活协调。若掌握得法, 操作娴熟, 在提拉皮肤时, 常发出较清晰的“嗒、嗒”声。</p> <p>[注意事项]</p> <p>捏脊时注意要用手指的罗纹面着力, 不可用指端挤捏, 亦不可将肌肤拧转, 以免产生不必要的疼痛。</p> <p>本法一般在空腹时</p>	<p>查腋窝前壁时应在胸大肌深面仔细触诊。同样方法检查左侧腋窝淋巴结。</p>	<p>有气胸者禁忌。</p> <p>[步骤与方法]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 简易呼吸器连接氧气, 氧流量 8~10ml/min。 2. 将患者仰卧, 去枕, 头后仰, 清除口腔分泌物, 摘除假牙。 3. 抢救者立于患者头顶处或头部左或右侧, 托起患者下颌, 使患者头进一步后仰, 扣紧面罩。 4. 一手以“CE”手法固定(C法: 左手拇指和食指将面罩紧扣于患者口鼻部, 固定面罩, 保持面罩密闭不漏气。E法: 中指、无名指和小指放在病人下颌角处, 向前上托起下颌, 保持气道通畅)面罩, 一手挤压简易呼吸器气囊, 按压时间大于 1 秒, 潮气量为 8~12mL/kg, 频率成人 12~16 次/分, 按压和放松气囊时间比为 1: 1.5~ 1: 2。 <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 面罩要紧扣住口鼻部, 避免漏气。 2. 若患者有自主呼吸, 应与之同步, 在患者吸气时按压气囊。 3. 气管插管或气管切开的患者使用简易呼吸器, 应先吸痰, 再通过连接管将呼吸器与气管导管连接。 4. 使用时应注意感受气道阻力, 阻力过大可能有呼吸道阻塞, 应及时查看原因并予以解除。 5. 使用中应注意观察患者面色、口唇及胸廓起伏情况, 听呼吸音, 监测生命体征和血氧饱和度。
---	---	---	---

	<p>全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>	<p>进行, 饭后不宜立即捏拿, 需 1 小时后再进行。</p> <p>[适用部位] 脊柱两侧。</p> <p>[作用] 捏脊法主要应用于小儿积滞、疳证、腹泻、便秘、夜啼、佝偻病等病证。</p>		
46	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p>	<p>拇指向前捏脊法</p> <p>拇指前位捏脊法</p> <p>双手半握空拳状, 腕关节略背伸, 以食、中、无名和小指的背侧置于脊柱两侧, 拇指伸直前按, 并对准食指中节处。以拇指的罗纹面和食指的桡侧缘将皮肤捏起, 并进行提捻, 然后向前推行移动。在向前移动捏脊的过程中, 两手拇指要交替前按, 同时前臂要主动用力, 推动食指桡侧缘前行, 两者互为配合, 从而交替捏提捻动前行。</p>	<p>鼻窦压痛检查</p> <p>额窦、筛窦、上颌窦和蝶窦, 统称鼻窦。鼻窦区压痛多为鼻窦炎。</p> <p>检查额窦压痛时, 一手扶住被检查者枕后, 另一手拇指或食指置于眼眶上缘内侧, 用力向后上方按压。检查上颌窦压痛时, 双手拇指置于被检查者颧部, 其余手指分别置于被检查者的两侧耳后, 固定其头部, 双拇指向后方按压。检查筛窦压痛时, 双手扶住被检查者两侧耳后, 双拇指分别置于鼻根部与眼内眦之间, 向后方按压。蝶窦因位置较深, 不能在体表进行检查。</p>	<p>外科洗手</p> <p>外科洗手</p> <p>所有参加手术的人员手术前都必须进行洗手和手臂消毒。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>外科洗手法包括洗手和消毒两个步骤。</p> <p>1. 洗手</p> <p>(1) 流水冲洗双手臂。</p> <p>(2) 用洗手液或肥皂水按七步洗手法洗手和手臂。七步洗手法: 手掌相对→手掌对手背→双手十指交叉→双手互握→揉搓拇指→指尖→手臂至上臂下 1/3, 两侧在同一水平交替上升, 不得回搓。重复两次, 共 5 分钟。洗手过程保持双手位于胸前并高于肘部, 双前臂保持拱手姿势。</p> <p>(3) 取无菌毛巾擦干手和臂。</p> <p>2. 消毒</p> <p>消毒方法分为肥皂水刷</p>

	<p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指按在关后 (肘侧) 定尺。</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p>			<p>手法和消毒剂消毒法 (如碘伏刷手法、灭菌王刷手法)。</p> <p>(1) 肥皂水刷手法 ① 按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。② 用消毒毛刷蘸取消毒肥皂液交替刷洗双手及手臂, 从指尖到肘上 10cm。刷手时尤应注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一遍, 指尖朝上肘向下, 用清水冲洗手臂上的肥皂水。然后, 另换一消毒毛刷, 同法进行第二、三遍刷洗, 每一遍比上一遍低 2cm (分别为肘上 10cm、8cm、6cm)。共约 10 分钟。③ 每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干, 擦过肘部的毛巾不可再擦手部, 以免污染。④ 将双手及前臂浸泡在 75% 乙醇桶内 5 分钟, 浸泡范围至肘上 6cm 处。若有乙醇过敏, 可改用 0.1% 苯扎溴铵溶液浸泡, 也可用 1:5000 氯己定 (洗必泰) 溶液浸泡 3 分钟。⑤ 浸泡消毒后, 保持拱手姿势待干, 双手不得下垂, 不能接触未经消毒的物品。</p> <p>(2) 碘伏刷手法 ① 按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净。② 用消毒的软毛刷蘸取碘伏刷手。刷手顺序采取三段法: 双手→双前臂→双上臂, 双手交替向上进行, 顺序不能逆转, 不留空白区。刷手范围为肘上 6cm, 共 5 分钟。重点刷双手, 从拇指的桡侧起渐次到背侧、尺侧, 依次刷完五指和指蹼, 然后再刷手掌、手背、前臂和肘上。③ 擦手: 每侧用一块无菌毛巾从指尖至肘部擦干, 擦过肘部的毛巾不可再擦手部。④ 用碘伏均涂于两手和前臂至肘部。先涂抹两前臂及肘部, 再涂抹</p>
--	---	--	--	---

	<p>3. 医生平 息: 医 生在 诊 脉时 注 意 调 匀 呼 吸, 即 所 谓 “ 平 息 ” 。 一 方 面 医 生 保 持 呼 吸 调 匀, 清 心 宁 神, 可 以 自 己 的 呼 吸 计 算 病 人 的 脉 搏 至 数, 另 一 方 面, 平 息 有 利 于 医 生 思 想 集 中, 可 以 仔 细 地 辨 别 脉 象。 4. 切 脉 时 间: 一 般 每 次 诊 脉 每 侧 不 少 于 1 分 钟, 两 侧 以 3 分 钟 左 右 为 宜。</p>			<p>双手。⑤保持拱手姿势自然待干。</p> <p>(3) 灭菌王刷手法 ①按普通洗手方法将双手及前臂用肥皂和清水洗净,用无菌毛巾擦干。②用无菌刷或无菌纱布接取灭菌王 3~5mL (或用吸足灭菌王的纱布)刷洗双手、前臂、上臂至肘上 10cm,时间 3 分钟。刷时稍用力。先刷甲缘、甲沟、指蹼,再由拇指桡侧开始,渐次到指背、尺侧、掌侧,依次刷完双手手指。然后再分段交替刷左右手掌、手背、前臂直至肘上。刷手时要注意勿漏刷指间、腕部尺侧和肘窝部,只需刷一遍。③刷完后,手指朝上肘朝下,流水冲净,用无菌小毛巾从手向上顺次擦干至肘上,注意不可再向手部回擦。另取一块小毛巾同法擦干另一手臂。④再接取灭菌王 3~5mL 涂抹双手至肘上 8cm,先涂抹两前臂及肘部,再涂抹双手。保持拱手姿势自然待干。</p> <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none">1. 手臂有破损或感染及上呼吸道感染者不宜参加手术刷手。2. 洗手前应该修剪指甲,除去甲缘下积垢,更换手术室专用衣、裤、鞋,戴好消毒帽子、口罩。帽子应完全遮住头发,口罩必须遮住口及鼻孔。将双侧衣袖卷至上臂上 1/3 处,上衣的下摆塞在裤腰内。3. 在洗手过程中,如不慎污染了已刷洗的部位,则必须重新刷洗。4. 洗手消毒完毕后,保持拱手姿势。双手远离胸部 30cm 以外,向上不能高于肩部,向下不能低于剑突,手臂
--	---	--	--	---

				<p>不能下垂。入手术间时用背部推开门或用感应门, 手臂不可触及未消毒物品, 否则需重新浸泡消毒。</p> <p>5. 刷手后, 待手臂上消毒液自然晾干后再穿无菌手术衣和戴无菌手套。</p> <p>6. 目前有很多新型手臂消毒剂, 使用方法遵循产品的使用说明。</p>
47	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌</p>	<p>指揉中腕</p> <p>揉法</p> <p>以手掌大鱼际或掌根、全掌、手指罗纹面着力, 吸定于体表施术部位上, 做轻柔缓和的上下左右或环旋动作, 称为揉法。</p> <p>[操作方法]</p> <p>1. 大鱼际揉法</p> <p>沉肩, 腕关节放松, 呈微屈或水平状。大拇指内收, 四指自然伸直, 用大鱼际附着于施术部位上。以肘关节为支点, 前臂做主动运动, 带动腕关节摆动, 使大鱼际在治疗部位上做轻缓柔和的上下、左右或轻度环旋揉动, 并带动该处的皮下组织一起运动。</p> <p>2. 掌根揉法</p> <p>肘关节微屈, 腕关节放松并略背伸, 手指自然弯曲, 亦可双掌重叠, 以掌根部附着于施术部位。以肘关节为支点, 前臂做主动运动, 带动腕及手掌连同前臂做小幅度的回旋揉动, 并带动该处的皮下组织一起运动。</p> <p>中指揉法</p> <p>中指伸直, 食指搭于中指</p>	<p>扁桃体检查</p> <p>检查方法</p> <p>嘱被检查者头稍向后仰, 口张大并拉长发“啊”声, 医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压舌体, 此时软腭上抬, 在照明下可见口咽组织。检查时注意咽后壁有无充血、水肿, 扁桃体有无肿大。</p>	<p>戴无菌手套</p> <p>戴无菌手套</p> <p>所有参加手术的人员手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、手套。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>目前医院多采用经高压蒸气灭菌的干手套, 偶有用消毒液浸泡的湿手套。</p> <p>戴干手套法: ①穿无菌手术衣、戴口罩后, 选取合适手套号码并核对灭菌日期。②用手套袋内无菌滑石粉包轻轻敷擦双手, 使之滑润。③左手捏住两只手套翻折部分, 提出手套, 使两只手套拇指相对向。右手先插入手套内, 再用戴好手套的右手 2~5 指插入左手手套的翻折部内, 帮助左手插入手套内, 然后将手套翻折部翻回盖住手术衣袖口。④用无菌盐水冲净手套外面的滑石粉。⑤在手术开始前应将双手举于胸前, 切勿任意下垂或高举。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 未戴手套的手, 只能接触手套套口的向外翻折部分, 不能碰到手套的外面。</p> <p>2. 已戴好手套的手只能接触手套的外面, 不能碰到皮肤和手套套口的向外翻折部分。</p>

	<p>质（舌神、舌色、舌形、舌态），再看舌苔（苔色、苔质、舌苔分布）；先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根部。望舌时做到迅速敏捷，全面准确，时间不可太长。若一次望舌判断不准确，可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>	<p>远端指间关节背侧，腕关节微屈，用中指罗纹面着力于一定的治疗部位或穴位。以肘关节为支点，前臂做主动运动，通过腕关节使中指罗纹面在施术部位上做轻柔的小幅度的环旋运动。</p> <p>三指揉法</p> <p>食、中、无名指并拢，三指罗纹面着力，操作术式与中指揉法相同（见图 5-6）。拇指揉法是以拇指罗纹面着力于施术部位，余四指置于相应的位置以支撑助力，腕关节微悬。拇指及前臂部主动施力，使拇指罗纹面在施术部位上做轻柔的环旋揉动。</p>		<p>3. 在手术开始前，双手应放于胸前，切勿任意下垂或高举。</p> <p>4. 手术人员做完一台手术，需继续做另一台手术时，需重新按外科洗手法进行手臂消毒。</p>
48	脉诊 1. 患者	<p>拇指按压 指按法</p>	<p>眼球运动 检查眼球运动，医师左手置</p>	<p>穿手术服 穿手术衣</p>

<p>体位: 嘱患者 采取坐 位或仰 卧位。</p> <p>2. 医生指 法</p> <p>(1)选 指</p> <p>① 医生选 用左手 或右手 的食 指、中 指和无 名指三 个手指 指目诊 察。</p> <p>② 手指指 端平 齐,手 指略呈 弓形倾 斜,与 受诊者 体表约 呈 45° 角。</p> <p>(2)布 指</p> <p>① 以中指 按在掌 后高骨 内侧动 脉处 (中指</p>	<p>以拇指罗纹面着力于施 术部位,余四指张开,置 于相应位置以支撑助力, 腕关节屈曲 40° ~ 60°。拇指主动用力,垂 直向下按压。当按压力达 到所需的力度后,要稍停 片刻,然 后松劲撤力, 再做重复按压,使按压力 作既平稳又有节奏性。</p>	<p>于被检查者头顶并固定头 部,使头部不能随眼转动, 右手指尖(或棉签)放在被 检查者眼前 30~40cm 处, 嘱被检查者两眼随医师右 手指尖移动方向运动。一般 按被检查者的左侧、左上、 左下、右侧、右上、右下共 6 个方向进行,注意眼球运 动幅度、灵活性、持久性, 两眼是否同步,并询问病人 有无复视出现。眼球运动受 动眼神经(III)、滑车神经 (IV)和外展神经(VI)支 配,这些神经麻痹时,会引 起眼球运动障碍,并伴有复 视。</p>	<p>所有参加手术的人员手 臂消毒后都需穿戴无菌手术 衣、手套。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 从已打开的无菌衣包 内取出无菌手术衣一件,选择 较大的空间穿衣。</p> <p>2. 提起手术衣两肩袖口 处,轻轻将手术衣抖开,注意 勿将手术衣外面对着自己。</p> <p>3. 稍掀起手术衣,顺势将 两手同时插入衣袖内并向前 伸,将两手自袖腕口伸出。如 双手未能完全伸出,可由巡回 护士在后面拉紧衣带,双手即 可伸出袖口。</p> <p>4. 由巡回护士在身后系 好颈带和肩带。</p> <p>5. 双手在身前交叉提起 腰带,由巡回护士协助将腰带 绕至前腹部,由本人在前腹部 系好腰带。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 手术衣打开时,保持手 术衣内面对身体,勿将手术 衣外面对着自己。</p> <p>2. 手术衣穿好后,双手应举在 胸前。穿上无菌手术衣、戴上 无菌手套后,肩部以下、腰部 以上、腋前线前、上下肢为无 菌区。如无菌手术衣接触到未 消毒的物品,应及时更换。</p>
--	---	--	---

	<p>定关)。 ② 食指按 在关前 (腕 侧)定 寸,用 无名指 按在关 后(肘 侧)定 尺。</p> <p>(3)运 指:运 指分举 法、按 法、寻 法、循 法、总 按与单 诊等。</p> <p>3. 医生平 息:医 生在诊 脉时注 意调匀 呼吸, 即所谓 “平 息”。 一方面 医生保 持呼吸 调匀, 清心宁 神,可 以自己的 呼吸 计算病 人的脉 搏至 数,另</p>			
--	---	--	--	--

	<p>一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
49	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向</p>	<p>大鱼际揉法</p> <p>大鱼际揉法</p> <p>沉肩, 腕关节放松, 呈微屈或水平状。大拇指内收, 四指自然伸直, 用大鱼际附着于施术部位上。以肘关节为支点, 前臂做主动运动, 带动腕关节摆动, 使大鱼际在治疗部位上做轻缓柔和的上下、左右或轻度环旋揉动, 并带动该处的皮下组织一起运动。</p>	<p>对光反射</p> <p>对光反射</p> <p>用手电筒照射瞳孔, 观察其前后的反应变化。正常人受照射光刺激后, 双侧瞳孔立即缩小, 移开照射光后双侧瞳孔随即复原。对光反射分为: ①直接对光反射, 即手电筒直接照射一侧瞳孔立即缩小, 移开光线后瞳孔迅速复原; ②间接对光反射, 即用手隔开双眼, 电筒光照射一侧瞳孔后, 另一侧瞳孔也立即缩小, 移开光线后瞳孔迅速复原。</p>	<p>手术区消毒</p> <p>手术区消毒</p> <p>凡是准备手术者均需要进行手术区域的消毒。对某种消毒剂过敏者, 可更换其他消毒剂进行消毒。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 手术前皮肤准备</p> <p>不同的手术对病人手术区域的皮肤准备不同。一般外科手术, 病人最好在手术前一天下午洗浴, 并用肥皂清洗皮肤。如皮肤上若有较多油脂或胶布粘贴的残迹, 可先用松节油或 75% 酒精擦净。</p> <p>2. 术区剃毛</p> <p>主张当日术前剃毛。若毛发细小, 可不剃。不宜在手术室内剃毛。最好采用专用粘布粘贴法除毛。</p> <p>3. 消毒剂</p> <p>目前国内普遍使用 0.5% 碘伏作为皮肤消毒剂。也可用</p>

<p>下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后</p>			<p>2. 5%碘酊消毒, 待干后再用 75%酒精涂擦 2~3 遍以脱碘。面部、口腔、肛门及外生殖器等处消毒, 不可用碘酊。</p> <p>4. 消毒方法</p> <p>准备好消毒用品(卵圆钳、消毒剂、棉球或纱布), 皮肤消毒先用碘伏(或 0.5% 安尔碘)棉球或小纱布团由手术区中心向四周涂擦顺序涂擦 3 遍, 第二、三遍都不能超出上一遍的范围。如为感染伤口或会阴、肛门等处手术, 则应从外周向感染伤口或会阴肛门处涂擦。消毒范围应包括手术切口周围半径 15cm 的区域。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 消毒皮肤时涂擦时应稍用力, 方向应一致, 不可遗漏空白或自外周返回中心部位。已经接触污染部位的药液纱布不应再返回涂擦清洁处。</p> <p>2. 如为腹部手术, 可先滴少许碘伏于脐孔, 以延长消毒时间。</p>
--	--	--	---

	<p>重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
<p>50</p>	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p>	<p>三指推法</p> <p>三指推法 食、中、无名指并拢, 以指端部着力于施术部位上, 腕关节略屈。前臂部主动施力, 通过腕关节及掌部使食、中及无名三指向指端方向做单向直线推进。</p>	<p>眼球运动</p> <p>检查眼球运动, 医师左手置于被检查者头顶并固定头部, 使头部不能随眼转动, 右手指尖 (或棉签) 放在被检查者眼前 30~40cm 处, 嘱被检查者两跟随医师右手指尖移动方向运动。一般按被检查者的左侧、左上、左下、右侧、右上、右下共 6 个方向进行, 注意眼球运动幅度、灵活性、持久性, 两眼是否同步, 并询问病人有无复视出现。眼球运动受动眼神经 (III)、滑车神经 (IV) 和外展神经 (VI) 支配, 这些神经麻痹时, 会引起眼球运动障碍, 并伴有复视。</p>	<p>穿手术衣</p> <p>穿手术衣</p> <p>所有参加手术的人员手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、手套。</p> <p>[步骤与方法]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 从已打开的无菌衣包内取出无菌手术衣一件, 选择较大的空间穿衣。 2. 提起手术衣两肩袖口处, 轻轻将手术衣抖开, 注意勿将手术衣外面对着自己。 3. 稍掷起手术衣, 顺势将两手同时插入衣袖内并向前伸, 将两手自袖腕口伸出。如双手未能完全伸出, 可由巡回护士在后面拉紧衣带, 双手即可伸出袖口。 4. 由巡回护士在身后系好颈带和肩带。 5. 双手在身前交叉提起腰带, 由巡回护士协助将腰带绕至前腹部, 由本人在前腹部系好腰带。 <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 手术衣打开时, 保持手术衣内面面对身体, 勿将手术衣外面对着自己。 2. 手术衣穿好后, 双手应举在胸前。穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后, 肩部以下、腰部以上、腋前线前、上下肢为无菌区。如无菌手术衣接触到未消毒的物品, 应及时更换。

	<p>(2)布指</p> <p>①以中指按在掌后高骨内侧动脉处(中指定关)。</p> <p>②食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。</p> <p>(3)运指:运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息:医生在诊脉时注意调匀呼吸,即所谓“平息”。一方面医生保</p>			
--	--	--	--	--

<p>持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
<p>51 舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线,</p>	<p>中指按揉膻中</p> <p>中指揉法</p> <p>中指伸直, 食指搭于中指远端指间关节背侧, 腕关节微屈, 用中指罗纹面着力于一定的治疗部位或穴位。以肘关节为支点, 前臂做主动运动, 通过腕关节使中指罗纹面在施术部位上做轻柔的小幅度的环旋运动。</p>	<p>甲状腺视诊触诊</p> <p>嘱被检查者双手放于枕后, 头向后仰, 观察甲状腺的大小和对称性。嘱被检查者做吞咽动作, 则可见甲状腺随吞咽动作向上移动, 常可据此将颈前的其他包块与甲状腺病变相鉴别。除视诊观察甲状腺的轮廓外, 还应触诊进一步明确甲状腺的大小、轮廓和性质。</p> <p>触诊包括甲状腺峡部</p>	<p>脱隔离衣</p> <p>脱隔离衣</p> <p>(1) 解开腰带, 在前面打一活结。</p> <p>(2) 解开两袖口, 在肘部将部分袖子套塞入袖内, 便于消毒双手。</p> <p>(3) 消毒清洗双手后, 解开领扣, 右手伸入左手腕部套袖内, 拉下袖子过手; 用遮盖着的左手握住右手隔离衣袖子的外面, 将右侧袖子拉下, 双手转换渐从袖管中退</p>

<p>头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时</p>		<p>和甲状腺侧叶的检查。</p> <p>(1) 甲状腺峡部: 甲状腺峡部位于环状软骨下方第二至第四气管环前面。立于受检者前面用拇指或立于受检者后面用食指从胸骨上切迹向上触摸, 可感到气管前软组织, 判断有无增厚, 配合吞咽动作, 判断有无增大和肿块。</p> <p>(2) 甲状腺侧叶: ①前面触诊: 一手拇指施压于一侧甲状软骨, 将气管推向对侧, 另一手食、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指在胸锁乳突肌前缘触诊, 配合吞咽动作, 重复检查。用同样方法检查另一侧甲状腺。②后面触诊: 一手食、中指施压于一侧甲状软骨, 将气管推向对侧, 另一手拇指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺, 食、中指在其前缘触诊甲状腺, 配合吞咽动作, 重复检查。用同样方法检查另一侧甲状腺。</p> <p>甲状腺肿大分为三度: 不能看出肿大但能触及者为 I 度; 既可看出肿大又能触及, 但在胸锁乳突肌以内区域者为 II 度; 肿大超出胸锁乳突肌外缘者为 III 度。注意肿大甲状腺的大小, 是否对称, 硬度如何, 有无压痛, 是否光滑, 有无结节、震颤和血管杂音。</p> <p>病理性甲状腺肿大见于单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进症、甲状腺肿瘤、慢性淋巴性甲状腺炎等。</p>	<p>出。</p> <p>(4) 用左手自衣内握住双肩肩缝撤右手, 再用右手握住衣领外面反折, 脱出左手。</p> <p>(5) 左手握住领子, 右手将隔离衣两边对齐, 挂在衣钩上。若挂在半污染区, 隔离衣的清洁面向外, 挂在污染区, 则污染面朝外。</p> <p>[注意事项]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 穿好隔离衣后保持双臂前伸, 屈曲, 上不过肩, 下不过腰。 2. 穿隔离衣前, 准备好工作中一切需用物品, 避免穿了隔离衣到清洁区取物品。 3. 穿隔离衣时, 避免接触清洁物, 系领子时, 勿使衣袖触及面部、衣领及工作帽。穿着隔离衣, 须将内面工作服完全遮盖。隔离衣内面及衣领为清洁区, 穿脱时, 要注意避免污染。 4. 穿隔离衣后, 只限在规定的区域内进行活动, 不得进入清洁区。 5. 挂隔离衣时, 不使衣袖露出或衣边污染面盖过清洁面。 6. 隔离衣应每天更换, 如有潮湿或被污染时, 应立即更换。
--	--	--	---

	<p>间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
52	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指</p>	<p>拿法</p> <p>用拇指和其余手指相对用力, 提捏或揉捏肌肤, 称为拿法。</p> <p>[操作方法]</p> <p>以拇指和其余手指的指面相对用力, 捏住施术部位肌肤并逐渐收紧、提起, 腕关节放松。以拇指同其他手指的对合力进行轻重交替、连续不断地提捏并施以揉动。</p> <p>[动作要领]</p> <p>1. 用拇指和其余手指的指面着力, 不能用指端内扣。</p> <p>2. 用力由轻到重, 不可突然用力。</p> <p>3. 腕部要放松, 使动作柔和灵活, 连绵不断, 且富有节奏性。</p> <p>[注意事项]</p> <p>拿法应注意动作的协调性, 不可死板僵硬。初习者不可用力久拿, 以防伤及腕部与手指的屈</p>	<p>气管检查及意义</p> <p>正常人的气管位于颈前正中部。检查方法: 让被检查者取坐位或仰卧位, 头颈部保持自然正中位置。医师分别将右手的食指和无名指置于两侧胸锁关节上, 中指在胸骨上切迹部位置于气管正中, 观察中指是否在食指和无名指的中间。如中指与食指、无名指的距离不等, 则表示有气管移位。也可将中指置于气管与两侧胸锁乳头肌之间的间隙内, 根据两侧间隙是否相等来判断气管有无移位。</p>	<p>前臂出血肢体屈曲加垫包扎法</p> <p>屈曲加垫止血法 适用于肘、膝关节远端肢体受伤出血。在肘、腘窝垫以棉垫卷或绷带卷, 将肘关节或膝关节尽力屈曲, 借衬垫物压住动脉, 并用绷带或三角巾将肢体固定于屈曲位, 以阻断关节远端的血流。</p>

	<p>端平 齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指按在关后 (肘侧) 定尺。</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单按等。</p> <p>3. 医生平</p>	<p>肌肌腱及腱鞘。</p> <p>[适用部位] 颈项部、肩部、四肢部和头部等。</p> <p>[作用] 拿法常用于颈椎病、四肢酸痛、头痛恶寒等证, 临床应用比较广泛。</p>		
--	---	--	--	--

	<p>息：医生在诊脉时注意调匀呼吸，即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀，清心宁神，可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数，另一方面，平息有利于医生思想集中，可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间：一般每次诊脉每侧不少于1分钟，两侧以3分钟左右为宜。</p>			
53	<p>舌诊 1. 患者采取坐</p>	<p>掌按法 掌按法 以单手或双手掌面置于</p>	<p>语音震颤 语音震颤（语颤） (1) 检查方法 检查</p>	<p>伤口换药 伤口换药 [适应证]</p>



<p>位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌</p>	<p>施术部位。以肩关节为支点, 利用身体上半部的重量, 通过上、前臂传至手掌部, 垂直向下按压, 用力原则同指按法。</p>	<p>者将两手掌或手掌尺侧缘平置于患者胸壁的对称部位, 嘱其用同样强度重复拉长音发“yi”音, 自上而下, 从内到外比较两侧相同部位语颤是否相同。</p> <p>(2) 语颤变化临床意义</p> <p>1) 语颤增强: 见于:</p> <p>①肺实变, 如肺炎链球菌性肺炎、肺梗死、肺结核、肺脓肿及肺癌等; ②压迫性肺不张; ③较浅而大的肺空洞。</p> <p>2) 语颤减弱或消失: 主要见于: ①肺气肿及支气管哮喘发作时; ②阻塞性肺不张、气管内分泌物增多; ③胸腔积液、气胸、胸膜高度增厚及粘连、胸壁水肿或高度肥厚、胸壁皮下气肿; ④体质衰弱。</p>	<p>1. 手术后切口的常规检查。</p> <p>2. 敷料松脱需要更换。</p> <p>3. 伤口的渗血、渗液、引流液等浸湿敷料, 或大小便及各种消化液污染伤口。</p> <p>4. 需松动或拔出引流管。</p> <p>5. 愈合伤口拆线等。</p> <p>[器械准备]</p> <p>一次性换药包 1 个(内含弯盘 2 个, 垫单 1 块, 镊子 2 把, 纱布、棉球若干), 剪刀 1 把, 安尔碘或碘酊, 75%酒精, 胶布等。</p> <p>如换药包中纱布、棉球数量不能满足需要, 另取适量干棉球、纱布置于无菌弯盘或治疗碗中。</p> <p>必要时准备探针、冲洗器、引流物、血管钳、凡士林纱布、生理盐水、其他消毒液等。</p> <p>[步骤与方法]</p> <p>1. 术前准备</p> <p>(1) 术者准备换药前操作者应遵循无菌原则洗手, 并戴好帽子和口罩。向病人说明换药的目的, 以取得配合。</p> <p>(2) 患者体位按伤口部位采取不同的卧姿或其他稳定姿势。要求使病人舒适、伤口暴露充分, 光线良好, 操作方便, 尽量不使病人看到伤口。</p> <p>(3) 查看伤口必要时先看一次伤口, 估计需要多少敷料和使用何种器械(剪刀、探针等)、药物, 一次备妥。</p> <p>2. 换药步骤</p> <p>(1) 去除敷料: 先用手取下外层敷料(勿用镊子), 再用 1 把镊子取下内层敷料。揭除内层敷料应轻巧, 一般应沿伤口长轴方向揭除, 若敷料</p>
---	---	---	--

	<p>中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			<p>干燥并粘贴在创面上则不可硬揭, 应先用生理盐水浸湿后再揭去, 以免创面出血。</p> <p>(2) 双手执镊, 左手镊子从换药碗中夹无菌物品, 并传递给右手镊子, 两镊不可相碰。</p> <p>(3) 无感染伤口, 用碘酊、75%酒精棉球由内向外消毒伤口及周围皮肤, 沿切口方向, 范围距切口 3~5cm, 擦拭 2~3 遍。如为感染伤口, 则应从外周向感染伤口处涂擦。</p> <p>(4) 分泌物较多且创面较深时, 宜用干棉球及生理盐水棉球擦拭并清除干净。</p> <p>(5) 高出皮肤表面或不健康的肉芽组织及较多坏死物质, 可用剪刀剪平, 再用等渗盐水擦拭。若肉芽组织有明显水肿时, 可用 3%~5% 高渗盐水湿敷。</p> <p>(6) 一般创面可用消毒凡士林纱布覆盖, 污染伤口或易出血伤口要用引流纱条, 防止深部化脓性感染。</p> <p>(7) 无菌敷料覆盖伤口, 距离切口边缘 3cm 以上, 一般用 8~10 层纱布, 胶布固定, 贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。</p> <p>3. 各种伤口的处理</p> <p>(1) 无菌手术切口 一般于术后 1~2 天更换敷料 1 次, 更换敷料时用 75% 酒精棉球消毒后, 无菌纱布覆盖伤口。</p> <p>(2) 感染伤口 除去坏死组织, 充分引流伤口内分泌物。浅部伤口放药物纱布引流, 深部伤口用引流纱条引流。一般每天换药 1~2 次, 外层敷料被分泌物浸湿后应</p>
--	---	--	--	---

				<p>及时更换敷料。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 凡接触伤口的物品, 均须无菌。各种无菌敷料从容器内取出后, 不得放回, 污染的敷料须放入弯盘或污物桶内。放置污染物时, 不可从无菌弯盘上方经过。</p> <p>2. 换药时先无菌伤口, 后感染伤口; 先缝合伤口, 后有创面伤口; 先感染轻的伤口, 后感染重的伤口; 先一般非特异性感染伤口, 后特异性感染伤口 (如破伤风、绿脓杆菌感染、气性坏疽、结核)。</p> <p>3. 右手镊子可直接接触伤口, 左手镊子专用于从换药碗中夹取无菌物品, 递给右手 (两镊不可相碰)。</p> <p>4. 换药过程中, 假如需用两把镊子 (或钳子) 协同把蘸有过多盐水或药液的棉球拧干一些时, 必须使相对干净侧 (左手) 镊子位置向上, 而使接触伤口侧 (右手) 镊子位置在下, 以免污染。</p> <p>5. 特殊感染伤口, 如气性坏疽、破伤风、绿脓杆菌等感染伤口, 换药时必须严格执行隔离技术, 除必要物品外, 不带其他物品, 用过的器械要专门处理, 敷料要焚毁或深埋。</p>
54	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p> <p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选</p>	<p>抖下肢</p> <p>抖下肢法</p> <p>受术者仰卧位, 下肢放松。术者站其足端, 用双手分别握住受术者两足踝部, 将两下肢抬起, 离开床面 30cm 左右, 然后上、前臂同时施力, 做连续的小幅度上下抖动, 使其下肢及髋部有舒松感。两下肢可同时操作, 亦可单侧操作。</p>	<p>肺部叩诊</p> <p>正常肺部叩诊音</p> <p>正常肺部叩诊呈清音。在肺与肝或心交界的重叠区域, 叩诊时为浊音, 又称肝脏或心脏的相对浊音区。叩诊未被肺遮盖的心脏或肝脏时为实音, 又称心脏或肝脏的绝对浊音区。前胸左下方为胃泡区, 叩诊呈鼓音, 其上界为左肺下缘, 右界为肝脏, 左界为脾脏, 下界为肋</p>	<p>胸腰椎损伤搬运法</p> <p>胸腰椎损伤的搬运方式</p> <p>(1) 在搬动时, 尽可能减少不必要的活动, 以免引起或加重脊髓损伤。</p> <p>(2) 正确的搬运, 应由 3 人采用平卧式搬运法。伤员仰卧位, 头部、颈部、躯干、骨盆应以中心直线位, 脊柱不能屈曲或扭转, 在脊柱无旋转外力的情况下, 三人在伤员的同侧, 动作一致地用手平托伤</p>

<p>指</p> <p>① 医生选用左手或右手的手指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指按在关后 (肘</p>	<p>弓。</p> <p>胸部病理性叩诊音</p> <p>(1) 浊音或实音 见于: ①肺组织含气量减少或消失, 如肺炎、肺结核、肺梗死、肺不张、肺水肿、肺硬化等; ②肺内不含气的病变, 如肺肿瘤、肺包囊虫病、未穿破的肺脓肿等; ③胸膜腔病变, 如胸腔积液、胸膜增厚粘连等; ④胸壁疾病, 如胸壁水肿、肿瘤等。</p> <p>(2) 鼓音 产生鼓音的原因是肺部有大的含气囊, 见于气胸及直径大于 3~4cm 的浅表肺空洞, 如空洞型肺结核、液化破溃了的肺脓肿或肺肿瘤。</p> <p>(3) 过清音 为介于鼓音和清音之间的音响, 见于肺内含气量增加且肺泡弹性减退者, 如肺气肿、支气管哮喘发作时。</p> <p>肺界叩诊</p> <p>肺下界</p> <p>(1) 检查方法 被检者取坐位或仰卧位。检查者采用间接叩诊法, 自上而下沿肋间进行叩诊。正常成年人右肺下界在右侧锁骨中线、腋中线、肩胛线分别为第 6、8、10 肋间。左肺下界除在左锁骨中线上变动较大 (有胃泡鼓音区) 外, 其余与右侧大致相同。</p> <p>(2) 临床意义 矮胖体型或妊娠时, 肺下界可上移一肋间; 消瘦体型者, 肺下界可下移一肋间。卧位时肺下界可比直立时升高一肋间。病理情况下, 两侧肺下界下移见于肺气肿; 单侧肺下界上移见于肺不张、胸腔积液、气胸等; 两侧肺下界</p>	<p>员的头、胸、腰、臀、腿部, 平抬平放至硬质担架 (木板) 上, 然后在伤员的身体两侧用枕头或衣物塞紧, 用固定带将伤员绑在硬质担架 (木板) 上, 保持脊柱伸直位。</p> <p>(3) 如只有软担架时, 则宜取俯卧位, 以保持脊柱的平直, 防止脊柱屈曲。</p> <p>(4) 绝对禁止一人拖肩一人抬腿搬动伤员或一人背送伤员的错误搬运法。</p>
--	--	---

<p>侧) 定尺。</p> <p>(3) 运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4.</p>		<p>上移见于大量腹水、鼓肠、肝脾肿大、腹腔肿瘤、膈肌麻痹等。</p> <p>肺下界移动度</p> <p>(1) 检查方法 叩出肺下界后, 嘱被检者深吸气后屏住呼吸, 继续向下叩诊, 当由清音变为浊音时, 即为该线上肺下界的最低点, 进行标记。然后让被检者恢复平静呼吸, 检查者手指放回肺下界位置。再嘱被检者做深呼吸并屏住呼吸检查者再由下向上一肋间叩诊, 当叩诊音变为浊音时, 即为该线上肺下界的最高点。最高至最低两点间的距离即为肺下界的移动范围。正常人两侧肺下界移动度为 6~8cm。</p> <p>(2) 临床意义 双侧肺下界移动度减小, 见于阻塞性肺气肿及各种原因所致的腹压增高。一侧肺下界移动度减小或消失见于胸腔积液、气胸、肺不张、胸膜粘连、大叶性肺炎等。</p>	
--	--	--	--

	<p>切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
55	<p>舌诊 1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。 2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。 3. 望舌的顺序是先看舌</p>	<p>掌推法 掌推法 以掌根部着力于施术部位, 腕关节略背伸, 肘关节伸直。以肩关节为支点, 上臂部主动施力, 通过肘、前臂、腕, 使掌根部向前方做单方向直线推进。</p>	<p>右肺下届移动度叩诊 肺下界移动度 (1) 检查方法 叩出肺下界后, 嘱被检者深吸后屏住呼吸, 继续向下叩诊, 当由清音变为浊音时, 即为该线上肺下界的最低点, 进行标记。然后让被检者恢复平静呼吸, 检查者手指放回肺下界位置。再嘱被检者做深呼吸并屏住呼吸检查者再由下向上一肋间叩诊, 当叩诊音变为浊音时, 即为该线上肺下界的最高点。最高至最低两点间的距离即为肺下界的移动范围。正常人两侧肺下界移动度为 6~8cm。 (2) 临床意义 双侧肺下界移动度减小, 见于阻塞性肺气肿及各种原因所致的腹压增高。一侧肺下界移动度减小或消失见于胸腔积液、气胸、肺不张、胸膜粘连、大叶性肺炎等。</p>	<p>颈椎损伤搬运 颈椎损伤的搬运方式 (1) 可先用颈托固定颈部。 (2) 搬运时应由一人负责扶托下颌和枕骨, 沿纵轴略加牵引力, 使颈部保持中立位, 与躯干长轴一致, 同其他三人协同动作, 将伤员平直地抬到担架(木板)上, 然后在头颈部的两侧用沙袋或卷叠的衣服等物垫好固定, 防止在搬运中发生头颈部转动或弯曲活动, 并保持呼吸道通畅。 (3) 切忌用被单提拉两端或一人抬肩另一人抬腿的搬运法, 这样不但会增加病人的痛苦, 还可使脊椎移位加重, 损伤脊髓。 [注意事项] 1. 脊柱损伤伤员在搬运过程中, 始终保持脊柱伸直位, 严禁弯曲或扭转。 2. 转运过程中, 需密切注意观察伤员的生命体征和病情变化。</p>

	<p>质（舌神、舌色、舌形、舌态），再看舌苔（苔色、苔质、舌苔分布）；先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷，全面准确，时间不可太长。若一次望舌判断不准确，可让病人休息3~5分钟后重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
56	脉诊 1. 患者	掌推下肢操作 掌推法	心脏左侧叩诊 叩诊	闭合长臂骨折固定 上臂骨折：夹板放在上臂的外

<p>体位： 嘱患者 采取坐 位或仰 卧位。</p> <p>2. 医生指 法</p> <p>(1)选 指</p> <p>① 医生选 用左手 或右手 的食 指、中 指和无 名指三 个手指 指目诊 察。</p> <p>② 手指指 端平 齐，手 指略呈 弓形倾 斜，与 受诊者 体表约 呈 45° 角。</p> <p>(2)布 指</p> <p>① 以中指 按在掌 后高骨 内侧动 脉处 (中指</p>	<p>以掌根部着力于施术部 位，腕关节略背伸，肘关 节伸直。以肩关节为支 点，上臂部主动施力，通 过肘、前臂、腕，使掌根 部向前方做单方向直线 推进。</p>	<p>(一)叩诊方法 被检者取仰卧位时，检查者 立于被检者右侧，左手叩诊 板指与心缘垂直(与肋间平 行)。被检者取坐位时，宜 保持上半身直立姿势，平稳 呼吸，检查者面对被检者， 左手叩诊板指一般与心缘 平行(与肋骨垂直)，但对 消瘦者也可采取左手叩诊 板指与心缘垂直的手法。心 界的确定宜采取轻(弱)叩 诊法，以听到叩诊音由清变 浊来确定心浊音界。</p> <p>(二)叩诊顺序 先叩左界，从心尖搏动最强 点外 2~3cm 处开始，沿肋 间由外向内，叩诊音由清变 浊时翻转板指，在板指中点 相应的胸壁处用标记笔作 一标记。如此自下而上，叩 至第二肋间，分别标记。然 后叩右界，先沿右锁骨中 线，自上而下，叩诊音由清 变浊时为肝上界。然后，于 其上一肋间(一般为第四肋 间)由外向内叩出浊音界， 继续向上，分别于第三、第 二肋间叩出浊音界，并标 记。再标出前正中线和左锁 骨中线，用直尺测量左锁骨 中线与前正中线间的垂直 距离，以及左右相对浊音界 各标记点距前正中线的垂 直距离，并记录。心脏叩诊 时应根据被检者胖瘦程度， 采取适当力度，用力要均 匀，过强或过轻的叩诊均不 能叩出心脏的正确大小。</p> <p>(三)正常心脏相对浊音界 正常心脏相对浊音界</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">右侧 (cm)</td> <td style="width: 50%;">肋间 隙</td> </tr> <tr> <td>左侧 (cm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">2~3</td> </tr> </table>	右侧 (cm)	肋间 隙	左侧 (cm)		2~3		<p>侧，用绷带固定，再固定肩、 肘关节，用三角巾悬吊前臂于 胸前，另一条三角巾围绕患肢 于健侧腋下打结。若无夹板， 可用三角巾先将伤肢固定于 胸廓，然后用三角巾将伤肢悬 吊于胸前。</p>
右侧 (cm)	肋间 隙								
左侧 (cm)									
2~3									



<p>定关)。 ② 食指按在关前(腕侧)定寸,用无名指按在关后(肘侧)定尺。</p>	<p>II 2~3 2~3 III 3.5 ~4.5 3~4 IV 5~6 V 7~9</p>	<p>正常人左侧锁骨中线距前正中中线距离 8~10cm。</p>
<p>(3)运指:运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p>		
<p>3. 医生平息:医生在诊脉时注意调匀呼吸,即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀,清心宁神,可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数,另</p>		



	<p>一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>			
57	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向</p>	<p>三指拿法</p> <p>拿法</p> <p>用拇指和其余手指相对用力, 提捏或揉捏肌肤, 称为拿法。</p> <p>【操作方法】</p> <p>以拇指和其余手指的指面相对用力, 捏住施术部位肌肤并逐渐收紧、提起, 腕关节放松。以拇指同其他手指的对合力进行轻重交替、连续不断地提捏并施以揉动。</p>	<p>心脏听诊</p> <p>听诊体位及顺序</p> <p>1. 体位</p> <p>心脏听诊时, 被检者多取坐位或仰卧位, 为使听诊清楚, 可嘱被检者按要求变化体位。</p> <p>2. 听诊顺序</p> <p>通常按各瓣膜病变好发部位的顺序进行, 即: 二尖瓣区→肺动脉瓣区→主动脉瓣区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣区(或二尖瓣区→主动脉瓣区→主动脉瓣第二听诊区→肺动脉瓣区→三尖瓣区)。无论何种顺序均应以不遗漏听诊区为准。</p> <p>(三) 听诊内容</p> <p>1. 心率</p> <p>正常成人窦性心律的频率为 60~100 次/分。心率超过 100 次/分称为窦性心动</p>	<p>股骨骨折固定</p> <p>大腿骨折: ①健肢固定法: 在膝、踝关节及两腿之间的空隙处加以棉垫, 用绷带或三角巾将双下肢绑在一起。②躯干固定法: 伤肢外侧从腋下至足踝部置一长夹板, 伤肢内侧从大腿根部至足踝部置一短夹板, 用绷带或三角巾捆绑固定。</p>

<p>下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌边, 最后看舌根部。</p> <p>望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后</p>		<p>过速, 病理情况下见于发热、贫血、甲状腺功能亢进症、休克、心肌炎、心功能不全和使用肾上腺素、阿托品等药物后。心率低于 60 次/分称为窦性心动过缓, 病理情况下见于颅内高压、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退症、病态窦房结综合征、高血钾以及强心苷、奎尼丁或β受体阻滞剂等药物过量。</p> <p>2. 心律 正常人心律规则。提早发生的心脏搏动称为过早搏动(早搏)。根据异位起搏点的不同, 早搏分为室性、房性和房室交界性。如果每个正常心搏后都有一个早搏, 称为二联律; 如每两个正常心搏后有一个早搏, 或一个正常心搏后有一成对早搏, 均称为三联律。早搏见于: ①正常人情绪激动、过劳、酗酒、饮浓茶过多或大量吸烟等; ②各种心脏病、心脏手术、心导管检查等; ③奎尼丁及强心苷等药物的毒性作用; ④电解质紊乱(尤其是低血钾); ⑤自主神经功能失调。</p> <p>房颤是常见的心律失常, 其听诊特点是: ①心律绝对不规则; ②S1 强弱不等; ③心率快于脉率(脉搏短绌)。临床常见于二尖瓣狭窄、冠心病、甲状腺功能亢进症等。</p> <p>3. 心音 (1) 正常心音有四个, 分别是第一心音(S1)、第二心音(S2)、第三心音(S3)及第四心音(S4)。通常听到的主要是 S1 和 S2, 在儿</p>	
--	--	---	--



<p>重新望舌。</p> <p>4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>		<p>童和青少年中有时可听到 S3, 一般听不到 S4。如听到 S4, 多数属病理情况。S1 出现标志心室收缩期的开始, 是心室收缩开始时二尖瓣、三尖瓣骤然关闭的振动所致; S2 出现标志着心室舒张期的开始, 主要是心室舒张开始时, 半月瓣(主、肺动脉瓣)突然关闭的振动所致。主动脉瓣关闭形成主动脉瓣成分 (A2); 肺动脉瓣关闭形成肺动脉瓣成分 (P2)。正常青少年比较\强; 中年人两者大致相等; 老年人则相反 (P2<A2)。</p> <p>(2) 心音的改变及其临床意义</p> <p>1) 心音强度改变: ①两个心音同时改变: 同时增强可见于胸壁较薄、劳动、情绪激动、甲状腺功能亢进症、发热、贫血等; 两个心音同时减弱见于肥胖、胸壁水肿、左侧胸腔积液、肺气肿、心包积液、缩窄性心包炎、甲状腺功能减退症、心肌炎、心肌病、心肌梗死、心功能不全及休克等。②第一心音改变: S1 增强见于发热、甲状腺功能亢进症、二尖瓣狭窄等; S1 减弱见于心肌炎、心肌病、心肌梗死、二尖瓣关闭不全等。③第二心音改变: A2 增强呈金属调, 见于高血压病、主动脉粥样硬化等; P2 亢进见于原发性肺动脉高压症、二尖瓣狭窄、左心功能不全、左至右分流的先天性心脏病 (如室间隔缺损、动脉导管未闭)、慢性肺源性心脏病等。④A2 减弱见于低血压、</p>	
--	--	---	--

			<p>主动脉瓣狭窄和关闭不全引起的主动脉内压力降低; P2 减弱见于肺动脉瓣狭窄或关闭不全。</p> <p>2) 心音性质改变: 心肌有严重病变时, 心肌收缩力明显减弱, 致使失去其原有特征而与 S2 相似, 同时因心搏加速使舒张期明显缩短而收缩期与舒张期的时间几乎相等, 此时听诊 S1、S2 酷似钟摆的“滴答”声, 称为钟摆律。如钟摆律时心率超过 120 次/分, 酷似胎儿心音, 称为胎心律, 提示病情严重。以上两者可见于大面积急性心肌梗死和重症心肌炎等。</p> <p>3) 心音分裂: ①第一心音分裂: 当左、右心室收缩明显不同步时, 可出现 S1 分裂, 在二、三尖瓣听诊区都可听到, 但以胸骨左下缘较清楚, 多见于二尖瓣狭窄等, 偶见于儿童及青少年。②第二心音分裂: 临床上较常见, 由主、肺动脉瓣关闭明显不同步所致, 在肺动脉瓣区听诊较明显。可见于青少年, 尤以深吸气更明显。临床上最常见的 S2 分裂, 见于右室排血时间延长, 肺动脉瓣关闭明显延迟(如完全性右束支传导阻滞、肺动脉瓣狭窄、二尖瓣狭窄等), 或左心室射血时间缩短, 主动脉关闭时间提前(如二尖瓣关闭不全、室间隔缺损等)时。</p> <p>4. 额外心音</p> <p>正常心音之外听到的附加心音, 称为额外心音。</p> <p>(1) 奔马律 S2 之后出现的响亮额外音, 当心率快时</p>	
--	--	--	---	--

			<p>与原有的 S1、S2 组成类似马奔跑时的蹄声, 故称为奔马律。按额外心音出现的时间将奔马律分为舒张早期奔马律、舒张晚期奔马律及重叠型奔马律。</p> <p>1) 舒张早期奔马律: 又称室性奔马律, 是最常见的奔马律。左室舒张早期奔马律在心尖部或其内上方听到, 呼气末最响, 它的出现提示左室功能低下、心肌功能严重障碍, 常见于心肌梗死、心肌炎、冠心病及多种心脏病所致的左心衰竭; 也可见于进入心室的血流增多, 血流速度增快时, 如二尖瓣关闭不全、主动脉瓣关闭不全等。</p> <p>2) 舒张晚期奔马律: 亦称房性奔马律。由左心病变引起者, 病人左侧卧位时于心尖部最易听到, 呼气末明显, 见于高血压性心脏病、肥厚型心肌病、主动脉瓣狭窄等阻力负荷过重引起心室肥厚的心脏病, 以及心肌梗死、心肌炎所致的严重心肌损害。由右心病变引起者, 在胸骨左下缘处最清楚, 常见于肺动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺心病等。</p> <p>(2) 开瓣音 亦称二尖瓣开放拍击音。出现在 S2 之后, 听诊特点为音调高, 历时短促而响亮, 清脆, 呈拍击样, 见于瓣膜弹性尚好的二尖瓣狭窄, 一般在心尖部和胸骨左缘 3、4 肋间隙或两者之间较易听到, 是二尖瓣分离术适应证的参考条件之一。当瓣膜有严重钙化或纤维化, 或伴有二尖瓣关闭不全时, 此音消失。</p>	
--	--	--	--	--

5. 心脏杂音

(1) 心脏杂音产生机制

①血流加速; ②瓣膜口、大血管通道狭窄; ③瓣膜关闭不全; ④异常通道; ⑤心腔内漂浮物; ⑥大血管腔瘤样扩张, 如动脉瘤。

(2) 心脏杂音的特性

1) 最响部位: 一般来说, 在哪个瓣膜听诊区杂音最响, 则病变发生在哪个瓣膜。例如, 杂音在心尖部最响, 提示病变在二尖瓣。

2) 出现时期: 根据杂音出现的时期不同, 可分为: ①收缩期杂音, 出现在 S1 与 S2 之间; ②舒张期杂音, 出现在 S2 与下一心动周期之间; ③连续性杂音, 连续出现在收缩期及舒张期的杂音, 并不为 S2 所打断; ④双期杂音, 收缩期或舒张期均出现, 但不连续。根据杂音在收缩期或舒张期出现的早晚可进一步分为早期、中期、晚期或全期杂音。例如, 二尖瓣关闭不全的收缩期杂音可占整个收缩期, 并可遮盖 S1 甚至 S2, 称全收缩期杂音; 二尖瓣狭窄的舒张期杂音常出现在舒张中晚期; 动脉导管未闭时可出现连续性杂音。

临床上, 舒张期杂音及连续性杂音均为病理性, 收缩期杂音则多为功能性。

3) 杂音性质: 杂音有吹风样、隆隆样(或雷鸣样)、叹气样、机器声样及乐音样等, 进一步可分为粗糙或柔和性杂音。①心尖区粗糙的吹风样收缩期杂音, 常提示二尖瓣关闭不全。②心尖区舒张中晚期隆隆样杂音是

			<p>二尖瓣狭窄的特征性杂音。</p> <p>③心尖区柔和而高调的吹风样杂音常为相对性二尖瓣关闭不全。④主动脉瓣第二听诊区叹气样舒张期杂音, 见于主动脉瓣关闭不全。⑤胸骨左缘第 2 肋间及其附近机器声样连续性杂音, 见于动脉导管未闭; 乐音样杂音听诊时其音色如海鸥鸣或鸽鸣样, 常见于感染性心内膜炎及梅毒性主动脉瓣关闭不全。</p> <p>一般来说, 器质性杂音常是粗糙的, 而功能性杂音则较为柔和。</p> <p>4) 强度和形态: 收缩期杂音的强度一般采用 Levine 六级分级法。</p> <p>1 级: 杂音很弱, 所占时间很短, 初次听诊时往往不易发觉, 须仔细听诊才能听到。</p> <p>2 级: 较易听到的弱杂音, 初听时即被发觉。</p> <p>3 级: 中等响亮的杂音, 不太注意听时也可听到。</p> <p>4 级: 较响亮的杂音, 常伴有震颤。</p> <p>5 级: 很响亮的杂音, 震耳, 但听诊器离开胸壁则听不到, 均伴有震颤。</p> <p>6 级: 极响亮, 听诊器稍离胸壁时亦可听到, 有强烈的震颤。</p> <p>杂音强度的表示法是“2/6 级收缩期杂音”。一般而言, 3/6 级和以上的收缩期杂音多为器质性的。但应注意, 杂音的强度不一定与病变的严重程度成正比。</p> <p>5) 传导方向: 杂音常沿着产生该杂音的血流方向传导。二尖瓣关闭不全的收缩</p>	
--	--	--	---	--



			<p>期杂音在心尖部最响,并向左腋下及左肩胛下角处传导;主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音在主动脉瓣第二听诊区最响,并向胸骨下端或心尖部传导;主动脉瓣狭窄的收缩期杂音以主动脉瓣区最响,可向上传至右侧胸骨上窝及颈部。</p> <p>6) 与体位的关系: 体位改变可使某些杂音减弱或增强。例如,左侧卧位可使二尖瓣狭窄的舒张中晚期隆隆样杂音更明显;上半身前倾坐位可使主动脉瓣关闭不全的舒张期泼水样杂音更易于听到。</p> <p>7) 与呼吸的关系: 深吸气时右心(三尖瓣、肺动脉瓣)的杂音增强;深呼气时左心(二尖瓣、主动脉瓣)的杂音增强。</p> <p>8) 与运动的关系: 运动可使二尖瓣狭窄的舒张中晚期杂音增强。</p> <p>6. 心包摩擦音</p> <p>音质粗糙,音调高,与心脏活动一致,不受呼吸影响。通常在胸骨左缘第 3、4 肋间隙处较易听到,收缩期、舒张期均可闻及,以收缩期较明显。见于结核性、化脓性等感染性心包炎,也可见于风湿性疾病、急性心肌梗死、尿毒症、心包原发或继发性肿瘤和系统性红斑狼疮等。</p>	
58	<p>脉诊</p> <p>1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。</p>	<p>指按法</p> <p>指按法</p> <p>以拇指罗纹面着力于施术部位,余四指张开,置于相应位置以支撑助力,腕关节屈曲 40° ~ 60°。拇指主动用力,垂</p>	<p>肺部听诊</p> <p>听诊</p> <p>(一) 听诊方法</p> <p>采用听诊器听诊。检查时的体位、顺序同“叩诊”。</p> <p>(二) 听诊内容</p> <p>1. 呼吸音</p>	<p>胸外按压</p> <p>胸外心脏按压</p> <p>(1) 按压部位 两乳头连线中点(胸骨下半段)。</p> <p>(2) 按压方法用左手掌根部紧贴患者的胸部,右手掌根部重叠其上,两手手指相</p>

<p>2. 医生指法</p> <p>(1) 选指</p> <p>① 医生选用左手或右手的手指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕</p>	<p>直向下按压。当按压力达到所需的力度后, 要稍停片刻, 然后松劲撤力, 再做重复按压, 使按压动作既平稳又有节奏性。</p> <p>(1) 正常呼吸音</p> <p>1) 支气管呼吸音: 支气管呼吸音颇似将舌抬高后张口呼吸时所发出的“哈”音。支气管呼吸音音强调高, 吸气时弱而短, 呼气时强而长。正常人在喉部、胸骨上窝、背部第 6 颈椎至第 2 胸椎附近可听到支气管呼吸音。如在肺部其他部位听到则为病理现象。</p> <p>2) 肺泡呼吸音: 肺泡呼吸音的吸气音较呼气音强, 且音调更高, 时限更长。正常人在除支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音的部位外, 其余肺部都可听到肺泡呼吸音。</p> <p>3) 支气管肺泡呼吸音: 正常人在胸骨角附近, 肩胛间区的第 3、4 胸椎水平及右肺尖可以听到支气管肺泡呼吸音。其听诊特点是吸气音和呼气音的强弱、音调、时限大致相等。</p> <p>(2) 病理性呼吸音</p> <p>1) 病理性肺泡呼吸音:</p> <p>① 肺泡呼吸音减弱或消失: 可为双侧、单侧或局部的肺泡呼吸音减弱或消失, 常见于呼吸运动障碍 (如全身衰弱、呼吸肌瘫痪、腹压过高以及胸膜炎、肋骨骨折、肋间神经痛影响呼吸活动等)、呼吸道阻塞 (如支气管炎、支气管哮喘、喉或大支气管肿瘤等)、肺顺应性降低 (如肺气肿、肺淤血、肺间质炎症等)、胸腔内肿物 (如肺癌等) 以及胸膜疾患 (如胸腔积液、气胸、胸膜增厚及粘连等)。</p> <p>② 肺泡呼吸音增强: 双侧肺泡呼吸音增强见于运动、发热、甲</p>	<p>扣, 左手五指翘起。上半身稍向前倾, 双肩位于患者正上方, 保持前臂与患者胸骨垂直, 双臂伸直 (肘关节伸直), 以上半身力量用力垂直向下按压, 放松时要使胸壁充分回复, 放松时掌根不能离开胸壁。</p> <p>(3) 按压要求按压深度, 成人胸骨下陷至少 5~6cm, 按压频率 100~120 次/分, 压放时间比为 1: 1。连续按压 30 次后给予人工呼吸 2 次。多位施救者在现场心肺复苏时, 每 2 分钟或 5 个心肺复苏循环后, 应相互轮换按压, 以保证按压质量。</p>
--	--	--

<p>侧) 定寸, 用无名指按在关后(肘侧)定尺。</p> <p>(3)运指: 运指分举法、按法、寻法、循法、总按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集</p>		<p>状腺功能亢进症、贫血、代谢性酸中毒等。</p> <p>2) 病理性支气管呼吸音: 是在正常肺泡呼吸音分布区域内听到的支气管呼吸音, 亦称管状呼吸音。常见于: ①肺组织实变, 如大叶性肺炎实变期、肺结核(大块渗出性病变)、肺梗死等; ②肺内大空洞, 如肺结核、肺脓肿、肺癌形成的空洞; ③胸腔积液、肺部肿块等造成的压迫性肺不张等。</p> <p>3) 病理性支气管肺泡呼吸音: 在正常肺泡呼吸音分布的区域内听到支气管肺泡呼吸音, 称为病理性支气管肺泡呼吸音。常见于肺实变区小且与正常肺组织掺杂存在, 或肺实变部位较深并被正常肺组织所遮盖。</p> <h3>2. 啰音</h3> <p>(1) 干啰音 由气流通过狭窄的支气管时发生漩涡, 或气流通过有黏稠分泌物的管腔时冲击黏稠分泌物引起的振动所致。</p> <p>1) 听诊特点: 吸气和呼气时都可听到, 但常在呼气时更加清楚; 性质多变且部位变换不定, 如咳嗽后可以增多、减少、消失或出现。干啰音可分为鼾音、哨笛音、哮鸣音。</p> <p>2) 临床意义: 干啰音是支气管有病变的表现。如两肺都出现干啰音, 见于急性支气管炎、支气管哮喘、支气管肺炎、心源性哮喘等。局限性干啰音是由局部支气管狭窄所致, 常见于支气管局部结核、肿瘤、异物或黏稠分泌物附着。局部</p>	
--	--	---	--

	<p>中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少于 1 分钟, 两侧以 3 分钟左右为宜。</p>		<p>而持久的干啰音见于肺癌早期或支气管内膜结核。</p> <p>(2) 湿啰音(水泡音)可分为大、中、小湿啰音。</p> <p>1) 听诊特点: 吸气和呼气时都可听到, 以吸气终末时多而清楚; 部位较恒定, 性质不易改变。</p> <p>2) 临床意义: 湿啰音是肺与支气管有病变的表现。湿啰音两肺散在性分布, 常见于支气管炎、支气管肺炎、血行播散型肺结核、肺水肿; 两肺底分布, 多见于肺淤血、肺水肿及支气管肺炎; 一侧或局限性分布, 常见于肺炎、肺结核(多在肺上部)、支气管扩张症(多在肺下部)、肺脓肿、肺癌及肺出血等。</p> <p>(3) 捻发音 如同在耳边捻搓一束头发的声音。病理性捻发音见于肺炎早期、肺结核早期、肺淤血、纤维性肺泡炎等。</p> <p>3. 胸膜摩擦音</p> <p>吸气和呼气时皆可听到, 一般以吸气末或呼气开始时较为明显, 深呼吸或在听诊器体件上加压时听诊更清楚, 屏住呼吸时消失, 可借此与心包摩擦音区别。胸膜摩擦音可发生于胸膜的任何部位, 一般在患侧胸廓下侧沿腋中线处听诊最清楚, 是干性胸膜炎的重要体征, 常见于结核性胸膜炎、化脓性胸膜炎、尿毒症性胸膜炎等。</p>	
59	<p>舌诊</p> <p>1. 患者采取坐位或仰</p>	<p>掌根揉法</p> <p>掌根揉法</p> <p>肘关节微屈, 腕关节放松并略背伸, 手指自然弯</p>	<p>双手肝脏触诊</p> <p>肝脏触诊</p> <p>正常成人的肝脏一般触不到, 但腹壁松弛的瘦者</p>	<p>口对口人工呼吸</p> <p>口对口人工呼吸 施救者一只手的拇指和食指捏住患者鼻翼, 用小鱼际肌按患者前</p>

<p>卧位, 医生姿势略高于患者。</p> <p>2. 患者面向自然光线, 头略扬起, 自然将舌伸出口外, 舌体放松, 舌面平展, 舌尖略向下, 尽量张口使舌体充分暴露。</p> <p>3. 望舌的顺序是先看舌质(舌神、舌色、舌形、舌态), 再看舌苔(苔色、苔质、舌苔分布); 先看舌尖, 再看舌中、舌</p>	<p>曲, 亦可双掌重叠, 以掌根部附着于施术部位。以肘关节为支点, 前臂做主动运动, 带动腕及手掌连同前臂做小幅度的回旋揉动, 并带动该处的皮下组织一起运动。</p>	<p>于深吸气时可触及肝下缘, 多在肋弓下 1cm 以内, 剑突下如能触及肝左叶, 多在 3cm 以内。2 岁以下小儿的肝脏相对较大, 易触及。</p> <p>(1) 触诊方法 检查时被检者取仰卧位, 双腿稍屈曲, 使腹壁松弛, 医师位于被检者右侧, 将右手掌平放于被检者右侧腹壁上, 腕关节自然伸直, 四指并拢, 掌指关节伸直, 以食指前端的桡侧或食指与中指指端对着肋缘, 自髂前上棘连线水平, 分别沿右锁骨中线、前正中线下而上触诊。被检者吸气时, 右手随腹壁隆起抬高, 但上抬速度要慢于腹壁的隆起, 并向季肋缘方向触探肝缘。呼气时, 腹壁松弛并下陷, 触诊手应及时向腹深部按压, 如肝脏肿大, 则可触及肝下缘从手指端滑过。若未触及, 则反复进行, 直至触及肝脏或肋缘。为提高触诊效果, 可用双手触诊法, 检查者用左手掌托住被检者右后腰, 左手拇指张开置于右肋缘, 右手方法不变。检查肝左叶有无肿大, 可在腹正中线上由脐平面开始自下而上进行触诊。如遇腹水患者, 可用沉浮触诊法。在腹部某处触及肝下缘后, 应自该处起向两侧延伸触诊, 以了解整个肝脏和全部肝下缘的情况。</p>	<p>额, 另一只手固定患者下颌, 开启口腔。施救者双唇严密包住患者口唇, 平静状态下缓慢吹气, 吹气时观察胸廓是否隆起。吹气时间每次不少于 1 秒, 每次送气量 500~600mL, 以胸廓抬起为有效。吹气完毕, 松开患者口鼻, 使患者的肺和胸廓自然回缩, 将气体排出, 重复吹气一次, 与心脏按压交替进行, 吹气按压比为 2: 30。</p>
---	--	--	---

	<p>边, 最后看舌根部。 望舌时做到迅速敏捷, 全面准确, 时间不可太长。若一次望舌判断不准确, 可让病人休息 3~5 分钟后重新望舌。 4. 必要时可配合刮舌或揩舌的方法。</p>			
60	<p>脉诊 1. 患者体位: 嘱患者采取坐位或仰卧位。 2. 医生指法 (1) 选指 ① 医生选用左手或右手</p>	<p>三指揉法 三指揉法 食、中、无名指并拢, 三指罗纹面着力, 操作术式与中指揉法相同(见图 5-6)。拇指揉法是以拇指罗纹面着力于施术部位, 余四指置于相应的位置以支撑助力, 腕关节微悬。拇指及前臂部主动施力, 使拇指罗纹面在施术部位上做轻柔的环旋揉动。</p>	<p>双手触脾脏 触诊方法 脾脏明显肿大而位置较表浅时, 用单手浅部触诊即可触及。如肿大的脾脏位置较深, 则用双手触诊法进行检查。被检者取仰卧位, 双腿稍屈曲, 医师左手绕过被检者腹部前方, 手掌置于其左腰部第 9~11 肋处, 将脾从后向前托起。右手掌平放于上腹部, 与肋弓成垂直方向, 以稍弯曲的手指末端轻压向腹部深处, 随被检者腹式呼吸运动, 由下向上逐渐移近左肋弓, 直到触及脾缘或左肋缘。脾脏轻度肿大而仰卧</p>	<p>简易呼吸器 简易呼吸器的使用 [适应证] 1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期间的呼吸管理。 2. 临时替代呼吸机, 应用于需机械通气的患者转科、外出做特殊检查、进出手术室或呼吸机故障等情况。 [禁忌证] 有气胸者禁忌。 [步骤与方法] 1. 简易呼吸器连接氧气, 氧流量 8~10ml/min。 2. 将患者仰卧, 去枕, 头后仰, 清除口腔分泌物, 摘除</p>

<p>的食指、中指和无名指三个手指指目诊察。</p> <p>② 手指指端平齐, 手指略呈弓形倾斜, 与受诊者体表约呈 45° 角。</p> <p>(2) 布指</p> <p>① 以中指按在掌后高骨内侧动脉处 (中指定关)。</p> <p>② 食指按在关前 (腕侧) 定寸, 用无名指按在关后 (肘侧) 定尺。</p> <p>(3) 运指: 运</p>	<p>位不易触及时, 可嘱被检者改为右侧卧位, 右下肢伸直, 左下肢屈髋、屈膝, 用双手触诊较易触及。触及脾脏后应注意其大小、质地、表面形态、有无压痛及摩擦感等。</p> <p>临床上常将脾肿大分为三度: 深吸气时脾脏在肋下不超过 3cm 者为轻度肿大; 超过 3cm 但在脐水平线以上, 为中度肿大; 超过脐水平线或前正中线为高度肿大, 又称巨脾。中度以上脾肿大时其右缘常可触及脾切迹, 这一特征可与左肋下其他包块相区别。</p>	<p>假牙。</p> <p>3. 抢救者立于患者头顶处或头部左或右侧, 托起患者下颌, 使患者头进一步后仰, 扣紧面罩。</p> <p>4. 一手以“CE”手法固定 (C 法: 左手拇指和食指将面罩紧扣于患者口鼻部, 固定面罩, 保持面罩密闭不漏气。E 法: 中指、无名指和小指放在病人下颌角处, 向上前托起下颌, 保持气道通畅) 面罩, 一手挤压简易呼吸器气囊, 按压时间大于 1 秒, 潮气量为 8~12mL/kg, 频率成人为 12~16 次/分, 按压和放松气囊时间比为 1: 1.5~ 1: 2。</p> <p>[注意事项]</p> <p>1. 面罩要紧扣住口鼻部, 避免漏气。</p> <p>2. 若患者有自主呼吸, 应与之同步, 在患者吸气时按压气囊。</p> <p>3. 气管插管或气管切开的患者使用简易呼吸器, 应先吸痰, 再通过连接管将呼吸器与气管导管连接。</p> <p>4. 使用时应注意感受气道阻力, 阻力过大可能有呼吸道阻塞, 应及时查看原因并予以解除。</p> <p>5. 使用中应注意观察患者面色、口唇及胸廓起伏情况, 听呼吸音, 监测生命体征和血氧饱和度。</p>
---	--	---

<p>指分举法、按法、寻法、循法、总按与单按与单诊等。</p> <p>3. 医生平息: 医生在诊脉时注意调匀呼吸, 即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀, 清心宁神, 可以自己的呼吸计算病人的脉搏至数, 另一方面, 平息有利于医生思想集中, 可以仔细地辨别脉象。</p> <p>4. 切脉时间: 一般每次诊脉每侧不少</p>			
---	--	--	--

于1分钟, 两侧以3分钟左右为宜。			
-------------------	---	--	--

