



题号	公卫执业医师 实践技能 第一站
	<p>临床基本操作技能:</p> <p>高血压测量, 胸廓扩张度, 心脏按压</p> <p>1. 血压测量: 使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟, 采取仰卧或坐位, 被测上肢裸露, 伸直并轻度外展, 肘部与心脏相平 (坐位平第四肋间、卧位平腋中线)。袖带气囊部分对准肱动脉, 紧贴皮肤缚于上臂, 袖带下缘在肘横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动, 将听诊器体件置于肘窝处肢动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 但不可压得过重, 不得与袖带接触。然后向袖带内充气, 待听诊肱动脉搏动消失, 再将汞柱升高 20~30mmHg 后, 缓慢放气, 听到第一次声响的数值为收缩压, 声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力读数和声音消失时测定的压力读数相差超过 10mmHg, 则记录三个压力数值, 收缩压/变调时压力/舒张压。遇有高血压或两侧桡动脉搏动不一致者, 应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉, 测量时患者取俯卧位, 采用宽袖带血压计测量。</p> <p>2. 胸廓扩张度: 检查者双手放在被检者胸廓前下侧部, 双拇指分别沿两侧肋缘指向剑突, 拇指尖在正中接触或稍分开。嘱患者进行平静呼吸和深呼吸, 利用手掌感觉双侧呼吸运动的程度和一致性。胸廓扩张度减弱的一侧往往为病变侧。</p> <p>3. 心脏按压: 操作方法</p> <p>置病人于平卧位, 躺在硬板床或地上, 去枕, 解开衣扣, 松解腰带。术者站立或跪在病人身体一侧。术者两只手掌根重叠置于病人胸骨中下 1/3 处, 男性在两乳头连线中点。肘关节伸直, 借助身体之重力向病人脊柱方向按压。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5~6cm 或胸部前后径的 1/3 (婴儿约 4cm) 后, 突然放松。按压频率 100~120 次/分。单人抢救时, 每按压 30 次, 俯下做口对口人工呼吸 2 次 (30:2)。按压 5 个循环周期 (约 2 分钟) 对病人作一次判断, 主要触摸颈动脉 (不超过 5 秒) 与观察自主呼吸的恢复 (3~5 秒) 双人抢救时, 一人负责胸外心脏按压, 另一人负责维持呼吸道通畅, 并做人工呼吸, 同时监测颈动脉的搏动。</p> <p>注意事项</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 按压必须要与人工呼吸同步进行。 (2) 按压不宜过重、过猛, 以免造成肋骨骨折, 也不宜过轻, 会导致效果不好。 (3) 按压放松时手掌不要离开原部位。 (4) 因抢救需要 (如必要时的心内注射, 做心电图), 停止按压不要超过 10 秒。 (5) 婴幼儿心脏位置较高, 应按压胸骨中部, 频率 100~120 次/分钟以上。

50	<p>临床基本操作技能:</p> <p>胸骨角、正中线、腋窝的体表标志, 右肋下肝脏触诊。</p> <p>1.胸骨角: 胸骨柄与胸骨体的连接处, 其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第4胸椎下缘。</p> <p>2.正中线: 前正中线为通过胸骨正中的垂直线。即胸骨柄上缘的中点到剑突中央的垂直线。后正中线为通过脊椎棘突, 或沿脊柱正中下行的垂直线。</p> <p>3.腋窝的体表标志: 腋窝(左、右)为上肢内侧与胸壁相连的凹陷部。</p> <p>4.右肋下肝脏触诊: 触诊肝脏时, 右手三指并拢, 掌指关节伸直, 示指和中指末端与肋缘平行放置于脐右侧, 如估计被检查者肝脏巨大或叩诊提示肝脏巨大, 应从右下腹部开始触诊。检查前, 嘱患者进行腹式呼吸并按照检查者的要求进行呼气和吸气, 以配合检查者的触诊。在被检查者呼气时手指压向腹深部, 下次吸气时手指向上向前迎下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移, 重复上述的动作。如此反复, 直到触及肝脏或肋缘。肝下缘触诊需要在右锁骨中线和前正中线上分别进行。</p>
	<p>临床基本操作技能:</p> <p>心脏叩诊, 腹壁反射, 胸外按压。</p> <p>1.心脏叩诊: 如被检者为坐位, 检查者板指与心外缘平行。从心尖搏动最强点所在肋间的外侧2cm处开始叩诊, 其余各肋间可从锁骨中线开始。心尖搏动不能触及时一般从第5肋间开始。右侧从肝上界上一肋间开始, 均向上叩至第2肋间。板指每次移动的距离不超过0.5cm, 叩诊音由清音变为浊音时做标记, 为心脏相对浊音界。注意叩诊力度要适中、均匀。如被检者为卧位, 检查者的板指应与心缘垂直进行叩诊。叩诊结束后用直尺测量心脏外缘到前正中线的投影距离, 精确到0.5cm, 并记录。同时记录左锁骨中线距前正中线的距离。</p> <p>2.腹壁反射: 仰卧位, 使腹壁完全松弛, 用较钝器械由外向内分别轻划左右腹壁肋缘下(T7~T8)、脐水平(T9~T10)和腹股沟上(T11~T12)的皮肤。观察相应部位腹肌收缩和脐的移位。</p> <p>3.胸外按压: 操作方法</p> <p>置病人于平卧位, 躺在硬板床或地上, 去枕, 解开衣扣, 松解腰带。术者站立或跪在病人身体一侧。术者两只手掌根重叠置于病人胸骨中下1/3处, 男性在两乳头连线中点。肘关节伸直, 借助身体之重力向病人脊柱方向按压。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少5~6cm或胸部前后径的1/3(婴儿约4cm)后, 突然放松。按压频率100~120次/分。单人抢救时, 每按压30次, 俯下做口对口人工呼吸2次(30:2)。按压5个循环周期(约2分钟)对病人作一次判断, 主要触摸颈动脉(不超过5秒)与观察自主呼吸的恢复(3~5秒)双人抢救时, 一人负责胸外心脏按压, 另一人负责维持呼吸道通畅, 并做人工呼吸, 同时监测颈动脉的搏动。</p> <p>注意事项</p> <p>(1) 按压必须要与人工呼吸同步进行。</p> <p>(2) 按压不宜过重、过猛, 以免造成肋骨骨折, 也不宜过轻, 会导致效果不好。</p>

	<p>(3) 按压放松时手掌不要离开原部位。</p> <p>(4) 因抢救需要(如必要时的心内注射, 做心电图), 停止按压不要超过 10 秒。</p> <p>(5) 婴幼儿心脏位置较高, 应按压胸骨中部, 频率 100~120 次/分钟以上。</p>	
	<p>临床基本操作技能:</p> <p>胸骨角、前正中线、腋窝。移动性浊音。胸外按压。</p> <p>1.胸骨角: 胸骨柄与胸骨体的连接处, 其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。</p> <p>2.前正中线: 前正中线为通过胸骨正中的垂直线。即胸骨柄上缘的中点到剑突中央的垂直线。</p> <p>3.腋窝: 腋窝(左、右)为上肢内侧与胸壁相连的凹陷部。</p> <p>4.移动性浊音: 检查时先让被检查者仰卧, 由脐部开始向左侧叩诊, 直至出现浊音, 叩诊板指不动, 嘱被检查者右侧卧, 再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象, 可在右侧卧位的情况下, 向右叩诊直至再次出现浊音, 然后嘱患者左侧卧位, 叩诊板指不动, 再次叩诊该部位变为鼓音, 向右侧继续叩诊均呈鼓音, 则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体, 且液体量超过 1000ml。</p> <p>5.胸外按压: 操作方法</p> <p>置病人于平卧位, 躺在硬板床或地上, 去枕, 解开衣扣, 松解腰带。术者站立或跪在病人身体一侧。术者两只手掌根重叠置于病人胸骨中下 1/3 处, 男性在两乳头连线中点。肘关节伸直, 借助身体之重力向病人脊柱方向按压。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5~6cm 或胸部前后径的 1/3 (婴儿约 4cm) 后, 突然放松。按压频率 100~120 次/分。单人抢救时, 每按压 30 次, 俯下做口对口人工呼吸 2 次 (30:2)。按压 5 个循环周期 (约 2 分钟) 对病人作一次判断, 主要触摸颈动脉 (不超过 5 秒) 与观察自主呼吸的恢复 (3~5 秒) 双人抢救时, 一人负责胸外心脏按压, 另一人负责维持呼吸道通畅, 并做人工呼吸, 同时监测颈动脉的搏动。</p> <p>注意事项</p> <p>(1) 按压必须要与人工呼吸同步进行。</p> <p>(2) 按压不宜过重、过猛, 以免造成肋骨骨折, 也不宜过轻, 会导致效果不好。</p> <p>(3) 按压放松时手掌不要离开原部位。</p> <p>(4) 因抢救需要(如必要时的心内注射, 做心电图), 停止按压不要超过 10 秒。</p> <p>(5) 婴幼儿心脏位置较高, 应按压胸骨中部, 频率 100~120 次/分钟以上。</p>	

21	<p>临床基本操作技能:</p> <p>脾脏双手触诊, 人工呼吸, 呼吸方式给出判断结果</p> <p>1.脾脏双手触诊: 被检查者仰卧, 检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 并稍用力向方压迫脾脏。右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸, 以配合检查者的触诊(方法见肝脏触诊在吸气时触到脾脏下缘提示脾大。如估计被检查者脾脏巨大或叩诊提示脾脏巨大, 则检查应当从下腹部开始。如果平卧位没有触及脾脏, 可嘱被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直, 左下肢屈曲, 使腹壁放松)。检查方法同上。</p> <p>2.人工呼吸: 病人仰卧, 术者位于病人一侧, 低头观察病人胸廓无呼吸起伏动作, 口鼻亦无气息吐出, 颈动脉搏动消失, 判断其呼吸心跳停止, 呼叫同事抢救的同时, 迅速松开其领口和腰带、并抽去枕头, 用纱布或手帕清除病人口鼻分泌物及异物, 保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部, 使其头部后仰, 另一手压迫病人前额保持其头部后仰位置, 使病人下颌和耳垂连线与床面垂直; 一手将病人的下颌向上提起, 另一手以拇指和示指捏紧病人的鼻孔。术者仅需平静呼吸, 将口唇紧贴病人口唇, 把病人嘴完全包住, 深而快地向病人口内吹气, 时间应持续1秒以上, 直至病人胸廓向上抬起。此时, 立刻脱离接触, 面向病人胸部再吸空气, 以便再行下次人工呼吸。与此同时, 使病人的口张开, 并松开捏鼻的手, 观察胸部恢复状况, 并有气体从病人口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。</p> <p>3. (1) 正常的呼吸运动: 胸式呼吸多见于成年女性; 腹式呼吸多见于成年男性及儿童。</p> <p>(2) 呼吸运动类型变化及其临床意义: ①胸式呼吸减弱或消失: 见于肺及胸膜炎、胸壁或肋骨病变; ②腹式呼吸减弱或消失: 见于腹膜炎、大量腹水、肝脾显著肿大、腹腔巨大肿物、妊娠等。</p> <p>(3) 呼吸运动强弱变化的临床意义: ①呼吸浅快: 见于肺、胸膜疾患, 呼吸肌运动受限(膈肌瘫痪、肠胀气、大量腹水); ②呼吸深快: 见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul呼吸。</p> <p>(4) 两侧呼吸动度变化: 两侧呼吸动度不对称时, 呼吸动度弱的一侧往往为病变侧, 如肺炎、胸膜炎、胸水、气胸等。</p>	
	<p>临床基本操作技能:</p> <p>第七颈椎棘突、肩胛下…肺下界叩诊, 胸外按压</p> <p>1.第七颈椎棘突: 最明显的棘突, 用于计数椎体。</p> <p>2.肩胛下: 具体问题不详。肩胛角: 沿肩胛骨的内侧缘向下, 其终止处为肩胛下角, 在被检者直立位、双上肢下垂时, 两侧肩胛下角的连线一般通过第8胸椎、第7或第8后肋。</p> <p>3.肺下界叩诊: 通常检查锁骨中线和肩胛线上的肺下界。叩诊音由清音移向浊/实音时为肺下界。正常肺下界: 右锁骨中线第6肋间、左右腋中线第8肋间、左右肩胛下角线第10肋间, 体型瘦长者可下移一个肋间, 体型肥胖者可上移一个肋间。左锁骨中线上因有心脏影响, 不检查肺下界。</p> <p>4.胸外按压: 操作方法</p>	

	<p>置病人于平卧位, 躺在硬板床或地上, 去枕, 解开衣扣, 松解腰带。术者站立或跪在病人身体一侧。术者两只手掌根重叠置于病人胸骨中下 1/3 处, 男性在两乳头连线中点。肘关节伸直, 借助身体之重力向病人脊柱方向按压。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5~6cm 或胸部前后径的 1/3 (婴儿约 4cm) 后, 突然放松。按压频率 100~120 次/分。单人抢救时, 每按压 30 次, 俯下做口对口人工呼吸 2 次 (30:2)。按压 5 个循环周期 (约 2 分钟) 对病人作一次判断, 主要触摸颈动脉 (不超过 5 秒) 与观察自主呼吸的恢复 (3~5 秒) 双人抢救时, 一人负责胸外心脏按压, 另一人负责维持呼吸道通畅, 并做人工呼吸, 同时监测颈动脉的搏动。</p> <p>注意事项</p> <ol style="list-style-type: none">(1) 按压必须要与人工呼吸同步进行。(2) 按压不宜过重、过猛, 以免造成肋骨骨折, 也不宜过轻, 会导致效果不好。(3) 按压放松时手掌不要离开原部位。(4) 因抢救需要 (如必要时的心内注射, 做心电图), 停止按压不要超过 10 秒。(5) 婴幼儿心脏位置较高, 应按压胸骨中部, 频率 100~120 次/分钟以上。	
25	<p>锁骨下淋巴结触诊, 左下腹包块触诊, 人工呼吸,</p> <ol style="list-style-type: none">1. 锁骨下淋巴结触诊: 是否为锁骨上淋巴结触诊? 被检查者头稍前屈, 检查者双手四指并拢, 左手检查右侧, 右手检查左侧, 滑动触诊。2. 左下腹包块触诊: 正常腹腔可能触到的脏器: 腹直肌肌腹及腱划、第 1~4 腰椎、骶骨岬、乙状结肠、横结肠、盲肠、右肾下极、肝下缘、腹主动脉、充盈的膀胱、妊娠子宫等。触及肿块时注意其位置、大小、形态、质地、压痛、移动度、搏动、与腹壁的关系。 腹壁肿块与腹腔内肿块的鉴别: 嘱被检查者仰卧抬头, 使腹壁肌肉紧张, 如肿块更为明显, 提示为腹壁肿块。反之, 不明显或消失提示肿块在腹腔内。3. 人工呼吸: 病人仰卧, 术者位于病人一侧, 低头观察病人胸廓无呼吸起伏动作, 口鼻亦无气息吐出, 颈动脉搏动消失, 判断其呼吸心跳停止, 呼叫同事抢救的同时, 迅速松开其领口和腰带、并抽去枕头, 用纱布或手帕清除病人口鼻分泌物及异物, 保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部, 使其头部后仰, 另一手压迫病人前额保持其头部后仰位置, 使病人下颌和耳垂连线与床面垂直; 一手将病人的下颌向上提起, 另一手以拇指和示指捏紧病人的鼻孔。术者仅需平静呼吸, 将口唇紧贴病人口唇, 把病人嘴完全包住, 深而快地向病人口内吹气, 时间应持续 1 秒以上, 直至病人胸廓向上抬起。此时, 立刻脱离接触, 面向病人胸部再吸空气, 以便再行下次人工呼吸。与此同时, 使病人的口张开, 并松开捏鼻的手, 观察胸部恢复状况, 并有气体从病人口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。	

肝下界叩诊, 心脏听诊。人工呼吸

1.肝下界叩诊: 自下至上沿右锁骨中线及正中线叩诊至出现浊音或肋下缘。正常上界为肝肺相对浊音界, 下界不如触诊准确。

2.心脏听诊: 包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容(心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始, 依次听诊二尖瓣区(心尖部)→肺动脉瓣区(胸骨左缘第2肋间)→主动脉瓣区(胸骨右缘第2肋间)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

3.人工呼吸: 病人仰卧, 术者位于病人一侧, 低头观察病人胸廓无呼吸起伏动作, 口鼻亦无气息吐出, 颈动脉搏动消失, 判断其呼吸心跳停止, 呼叫同事抢救的同时, 迅速松开其领口和腰带、并抽去枕头, 用纱布或手帕清除病人口鼻分泌物及异物, 保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部, 使其头部后仰, 另一手压迫病人前额保持其头部后仰位置, 使病人下颌和耳垂连线与床面垂直; 一手将病人的下颌向上提起, 另一手以拇指和示指捏紧病人的鼻孔。术者仅需平静呼吸, 将口唇紧贴病人口唇, 把病人嘴完全包住, 深而快地向病人口内吹气, 时间应持续1秒以上, 直至病人胸廓向上抬起。此时, 立刻脱离接触, 面向病人胸部再吸空气, 以便再行下次人工呼吸。与此同时, 使病人的口张开, 并松开捏鼻的手, 观察胸部恢复状况, 并有气体从病人口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。