



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

健康评估

h e a l t h a s s e s s m e n t



主编：王秀华
主讲：莫辛欣





健康评估



第四章 身体状况评估



目录

> 第四节 头面部及颈部评估

> 第五节 胸部评估评估

> 第六节 腹部评估

第四节 头面部及颈部评估

概述

本节主要按视、触、叩、听的顺序，依次对头面部的头发、头皮、头颅、颜面、眼、耳、鼻、喉、口、舌、咽及颈部的皮肤、血管、甲状腺、气管进行全面评估，主要采用视诊与触诊相结合的方式进行。目的是了解正常人的健康体征和发生在病人身上的异常体征改变情况。



一、头部评估

（一）头发

生理上头发的颜色、曲直及疏密度受种族、遗传、年龄等因素而不同。评估时应注意观察头发颜色、分布、有无脱发等。患有脂溢性皮炎、甲状腺功能减退或接受放化疗时易导致脱发。

（二）头皮

头皮是覆于颅骨之上的一层软组织，含毛囊、皮脂腺和汗腺，血管丰富。评估时需分开头发观察头皮颜色、头皮屑、有无头癣、疖痈、外伤、血肿及疤痕。

（三）头颅

评估头颅应重点观察头颅大小、形态及有无活动异常。头颅大小以头围来衡量，头围是用软尺从眉间绕颅后过枕骨粗隆一周所得的长度。刚出生时头围约34cm，头围随年龄逐渐增长，成年时可达53cm或以上，以后不再变化。

（三）头颅

常见的头颅畸形表现及临床意义如下：

1. **小颅：**小儿囟门多在12~18个月内闭合，过早闭合可形成小头畸形，伴智力发育障碍。
2. **巨颅：**额、顶、颞、枕部突出膨大呈圆形，颈部静脉充盈，对比之下颜面很小。由于颅内压增高，压迫眼球，形成双目下视、巩膜外露的特殊表情，称落日现象，见于脑积水。
3. **方颅：**前额左右突出，头顶平坦呈方形，见于小儿佝偻病或先天性梅毒。
4. **尖颅：**头顶部尖突高耸似塔状，造成与颜面的比例异常，见于先天性尖颅并指（趾）畸形（Apert综合征）。

（四）头部运动

正常人头部运动自如。颈椎病时可出现活动受限；重度主动脉瓣关闭不全可出现与颈动脉搏动一致的点头运动，即Musset征；帕金森病可见不随意颤动。



二、面部评估

(一) 眼

1. 眼眉

2. 眼睑

3. 结膜

4. 巩膜

5. 角膜

6. 眼球

7. 瞳孔

8. 视力

二、面部评估

(二) 耳部评估

1. 耳郭与乳突 耳郭检查时，应注意其形状、大小和对称性，是否有畸形、结节、瘢痕或瘰管。

2. 外耳道 外耳道是连接耳郭和中耳的管道，检查时，应观察是否有红肿、分泌物或出血。

3. 听力 听力评估时可先用粗略的方法。粗略检查发现有听力减退，则应使用规定频率的音叉或电测听器进行精确的听力测定。



二、面部评估

（三）鼻部评估

1. **鼻外观** 主要观察鼻的外形和颜色、有无鼻翼扇动。
2. **鼻腔** 评估有无分泌物、出血及鼻中隔是否偏曲。
3. **鼻窦** 鼻窦为鼻腔周围的含气骨质空腔，共四对，都有窦口与鼻腔相通。

二、面部评估

(三) 鼻部评估

鼻窦区压痛的评估方法：

(1) 上颌窦：护士双手拇指置于鼻侧颧骨下缘向后、向上按压，其余4指固定在病人的双侧耳后，两侧对比。

(2) 筛窦：护士双手拇指分别置于鼻根部与眼内眦之间向后按压，其余4指固定在两侧耳后，两侧对比。

(3) 额窦：护士双手固定头部，双手拇指置于病人眼眶上缘内侧向上、向后按压，询问病人有无压痛，两侧对比。

(4) 蝶窦：由于其解剖位置较深，无法在体表直接评估。



二、面部评估

（四）口咽部评估

1. 口唇 正常人口唇红润有光泽，反映良好健康状态。

2. 口腔黏膜 口腔黏膜评估需在充分的自然光线下或借助于手电筒照明进行。正常口腔黏膜光洁呈粉红色。

二、面部评估

(四) 口咽部评估

3. 牙齿和牙龈 评估时需注意观察牙齿的颜色，检查有无龋齿、缺齿、义齿或残根等情况。正常牙齿应呈瓷白色。患有牙齿疾病应准确标明部位（见图4-4-1）。正常牙龈呈粉红色，质地坚韧，与牙颈部紧密贴合。

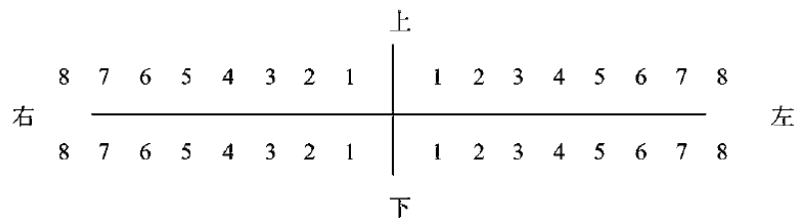


图4-4-1 牙的计位与计数

二、面部评估

(四) 口咽部评估

4. 舌 正常舌质红润、湿润，舌苔薄白，伸舌居中且活动自如。

异常舌象包括：

(1) 镜面舌：又称光滑舌，舌头萎缩、舌体较小、舌面光滑呈粉红色或红色，见于缺铁性贫血及慢性萎缩性胃炎。

(2) 草莓舌：舌乳头肿胀、发红类似草莓，见于猩红热或长期发热病人。

(3) 裂纹舌：舌面上出现横向裂纹，见于Down病与核黄素缺乏。

(4) 牛肉舌：舌面绛红如生牛肉状，见于糙皮病(叶酸缺乏)。

二、面部评估

（四）口咽部评估

5. 咽及扁桃体 正常人咽部无充血、红肿，扁桃体位于舌腭弓和咽腭弓之间的扁桃体窝内。扁桃体肿大可分为三度（图4-4-2）：①不超过咽腭弓者为Ⅰ度；②超过咽腭弓为Ⅱ度；③达到或超过咽后壁中线者为Ⅲ度。



图4-4-2 扁桃体肿大的分度

三、颈部评估

（一）颈部外形与活动

正常人颈部直立，两侧对称。男性甲状软骨比较突出，形成喉结；女性则平坦不显露。颈部活动自如，转头时可见胸锁乳突肌突起。颈部活动受限伴疼痛，见于颈椎病变、颈肌扭伤、颈椎结核或肿瘤等。斜颈常见于颈外伤及先天性颈肌挛缩。头低垂、无力抬起可见于消耗性疾病晚期或重症肌无力。此外，颈项强直作为脑膜刺激征之一，常见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

三、颈部评估

(二) 颈部血管

正常人在立位或坐位时，颈静脉不易显露，平卧时稍见充盈，但充盈水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离的下2/3以内。若在45°的半卧位状态颈静脉充盈超过正常水平或立位、坐位时可见颈静脉充盈，称为颈静脉怒张。

若在安静状态下出现明显的颈动脉搏动，多见于主动脉瓣关闭不全、高血压、严重贫血及甲状腺功能亢进症等。



三、颈部评估

（三）甲状腺

1. 视诊 病人取坐位，头稍后仰，做吞咽动作，观察甲状腺大小和对称性。

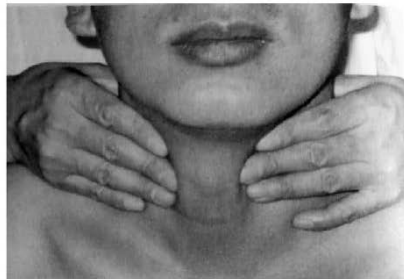
2. 触诊 触诊是甲状腺评估的主要方法，分为前面触诊和后面触诊（图4-4-3）。

3. 听诊 当触及到甲状腺肿大时，应用钟型听诊器听诊。若闻及低调的连续性静脉“嗡鸣”声，对诊断甲状腺功能亢进症很有帮助。

三、颈部评估

(三) 甲状腺

甲状腺肿大分为三度。Ⅰ度：看不到肿大但能触及；Ⅱ度：能看到且能触及，但在胸锁乳突肌以内；Ⅲ度肿大：超过胸锁乳突肌外缘。甲状腺肿大常见于单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进症、甲状腺癌等疾病。



A(前面检查)

B(后面检查)

图4-4-3 甲状腺触诊

三、颈部评估

(四) 气管

正常人的气管位于颈前中部，评估气管时（图4-4-4），病人需取坐位或仰卧位，护士将右手的示指与环指分别置于病人两侧的胸锁关节上，再将中指置于气管上，观察中指是否在示指与环指之间，以判断气管是否偏移。



图4-4-4 气管触诊

第五节 胸部评估

概述

胸部位于颈部以下及腹部以上，由骨性胸廓和软组织构成。评估时，病人可取坐位或仰卧位，护士需确保环境安静、温度适宜、光线充足，并充分暴露病人的胸廓。评估顺序通常为视诊、触诊、叩诊、听诊，首先评估前胸部及两侧胸部，再评估背部。评估过程中，特别需要注意对称部位的左右对比，以便更准确地判断异常情况。

一、胸部的体表标志

胸部体表标志是评估胸部脏器位置、轮廓及异常体征的重要参考。这些标志主要包括骨骼标志、自然陷窝与解剖区域，以及垂直线标志（见图4-5-1）。

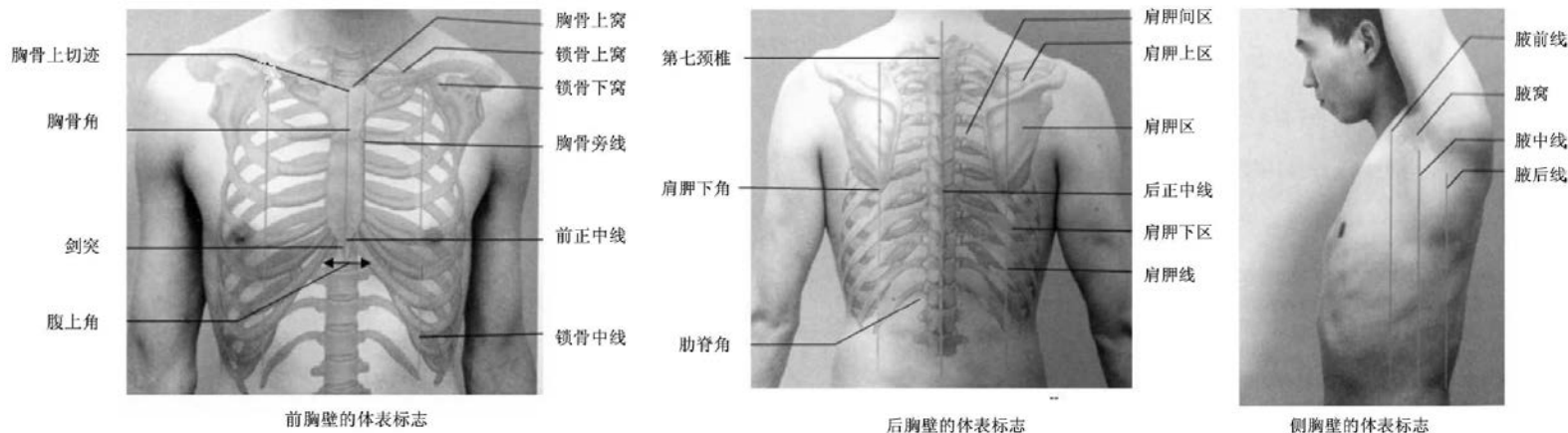


图4-5-1 胸部体表标志

二、胸壁及胸廓评估

（一）胸壁

正常胸壁静脉不明显，无皮下气肿和压痛。当上腔或下腔静脉阻塞建立侧支循环时，胸壁静脉可见充盈、曲张；皮下组织有气体积存时，可形成皮下气肿，多见于气管、肺和胸膜损伤；胸壁压痛则提示肋骨骨折、肋软骨炎、胸壁软组织炎、肋间神经炎等疾病。



二、胸壁及胸廓评估

（二）胸廓

正常胸廓呈椭圆形，两侧大致对称，成人胸廓前后径与左右径之比约为1：1.5，小儿和老年人则接近相等。常见的异常胸廓包括扁平胸、桶状胸、佝偻病胸以及胸廓一侧变形等（见图4-5-2）。

二、胸壁及胸廓评估

(二) 胸廓

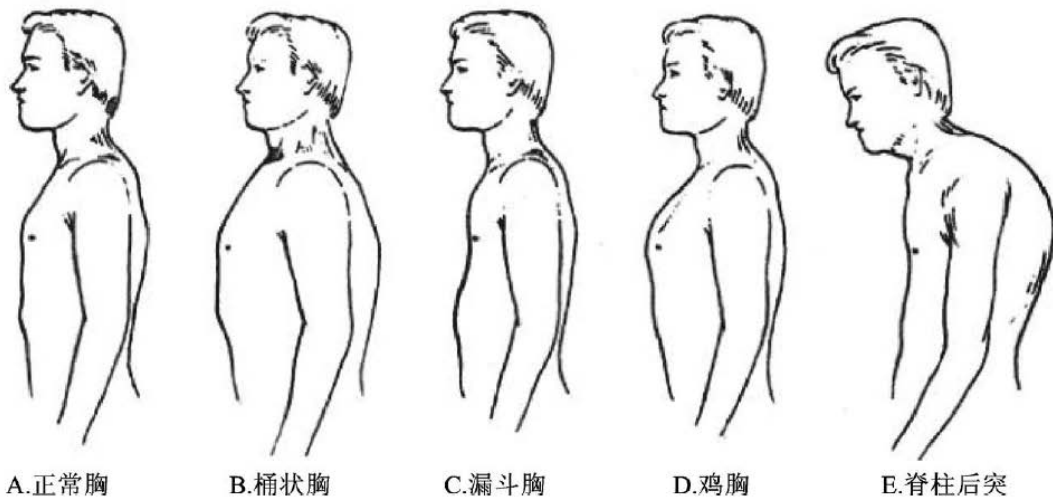


图4-5-2 常见胸廓外形的改变

三、乳房评估

（一）视诊

视诊是乳房评估的首要步骤。正常女性两侧乳房应基本对称。而皮肤呈深红色且伴有淋巴水肿，尤其是出现“橘皮征”和“酒窝征”，则是乳腺癌的征兆。此外，乳头回缩和分泌物提示乳腺导管病变或癌变。



三、乳房评估

（二）触诊

触诊过程中，病人需充分暴露胸部，常取坐位，先在两臂下垂时进行检查，再双臂高举或双手叉腰进一步检查。触诊时，护士需使用手指或手掌平放于乳房上，向胸壁方向轻施压力滑动触摸。触诊的顺序是以乳头为中心作一垂直线和水平线将乳房分为4个象限（图4-5-3），由外上象限开始，然后依次触诊外下象限、内下象限、内上象限，最后触诊乳头。先健侧乳房，后患侧乳房，同时检查两侧乳房以便对比。

三、乳房评估

(二) 触诊

正常乳房柔软有弹性，可有模糊的颗粒感或柔韧感，而炎症和肿瘤会导致乳房硬度增加、弹性消失。压痛通常提示乳房炎症的存在，而触及包块时，需详细记录其部位、大小、外形、硬度、活动度等特征，以便进一步判断其性质。

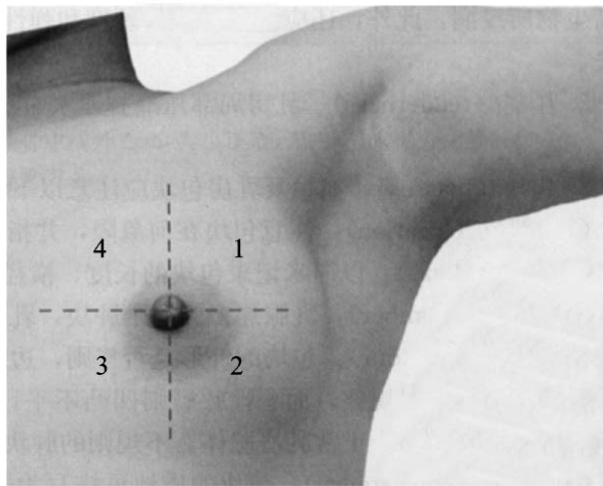


图4-5-3 乳房的划线与分区



四、肺和胸膜评估

（一）视诊

正常情况下，成年男性和儿童以腹式呼吸为主，而成年女性则以胸式呼吸为主。

呼吸困难是呼吸异常的重要表现之一，其形式多种多样。吸气性呼吸困难，通常表现为吸气费力且时间延长，严重时可见胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙向内凹陷，即“三凹征”。

四、肺和胸膜评估

(二) 触诊

1. 胸廓扩张度 护士通过将病人的双手置于胸廓前下部或背部肩胛下区的对称部位，并嘱其进行深呼吸运动，观察两手移动的距离是否一致（见图4-5-4）。

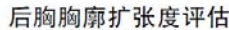
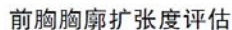


图4-5-4 胸廓扩张度检查方法

四、肺和胸膜评估

(二) 触诊

2. 触觉语颤 又称语音震颤，当病人发出“yi”的声音时，声波沿气管、支气管及肺泡传导至胸壁，护士用手掌可触及到这种细微的震动感。评估过程中（见图4-5-5），护士需将手掌轻置于胸壁对称部位，并嘱病人以同等强度重复发出声音。



语音震颤(掌面)



语音震颤(尺侧)

图4-5-5 触觉语颤检查方法

四、肺和胸膜评估

(二) 触诊

3. 胸膜摩擦感 是触诊中的重要体征。正常人无胸膜摩擦感。急性胸膜炎时，由于纤维蛋白的渗出，两层粗糙的胸膜相互摩擦，护士可以在患侧腋中线第5、6肋间触及到这种似两层皮革相互摩擦的感觉。

四、肺和胸膜评估

（三）叩诊

主要采用间接叩诊法。病人需保持坐位或仰卧位，肌肉放松，均匀呼吸，护士则以适宜的力度自上而下、由外向内逐个肋间进行叩诊，板指与肋间平行，注意相互对比，并在叩诊肩胛间区、前胸和后背时，调整板指的方向与脊柱相平行。

正常胸部叩诊音主要为清音，但前胸上部较下部稍浊，右上肺较左上肺稍浊，左侧腋前线下方因靠近胃泡而呈鼓音，右腋下部则因肝脏影响而稍浊。

四、肺和胸膜评估

（四）听诊

1. 正常肺部呼吸音 包括气管呼吸音、支气管呼吸音、肺泡呼吸音和支气管肺泡呼吸音。这些呼吸音具有不同的特点和分布区域，反映了气流在呼吸道内的不同状态（见表4-5-1）。



四、肺和胸膜评估

(四) 听诊

表4-5-1 正常肺部呼吸音特点和分布区域

呼吸音	特点	分布区域
气管呼吸音	空气进出气管发出的声音，粗糙、响亮且高调， 吸气与呼气相几乎相等	于胸外气管上面可闻及
支气管呼吸音	吸气相短，呼气相长，音响强、音调高	喉部、胸骨上窝、背部6、7颈椎及第1、2胸椎附近
支气管肺泡呼吸音	兼有支气管呼吸音与肺泡呼吸音的特点	胸骨两侧第1、2肋间、肩胛间区第3、4胸椎水平及肺尖前后部可闻及
肺泡呼吸音	吸气时相比较长，音响也较强；呼气时相较吸气短	乳房下部、肩胛下部和腋窝下部较强

四、肺和胸膜评估

(四) 听诊

2. 异常肺部呼吸音

(1) 异常肺泡呼吸音：肺泡呼吸音减弱或消失可见于胸廓活动受限、呼吸肌病变、呼吸道阻塞、压迫性肺不张和腹部病变瘤等。肺泡呼吸音增强则分两种情况，两侧增强见于剧烈运动、发热、贫血、代谢亢进、酸中毒等；一侧增强常见于对侧肺和胸膜病变。



四、肺和胸膜评估

(四) 听诊

2. 异常肺部呼吸音

(2) 异常支气管呼吸音：又称管状呼吸音，指在正常肺泡呼吸音区域听到支气管呼吸音。临床意义同触觉语颤增强。

(3) 异常支气管肺泡呼吸音：在正常肺泡呼吸音的部位听到支气管肺泡呼吸音即为异常支气管肺泡呼吸音。常见于支气管肺炎、肺结核或肺炎球菌肺炎早期等。



四、肺和胸膜评估

(四) 听诊

3. 啰音 啰音是呼吸音以外的附加音，包括干啰音和湿啰音。干啰音通常是由于气流通过狭窄的气道所产生，常见于支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病等；湿啰音则是由于气道内有分泌物存在，吸气时气流通过分泌物形成水泡破裂所产生，常见于支气管肺炎、肺结核等。当支气管扩张时可在病变位置闻及固定而持久的局限性湿啰音。



四、肺和胸膜评估

(四) 听诊

4. 语音共振和胸膜摩擦音 语音共振是声波沿气管、支气管及肺泡传到胸壁导致的共振，其临床意义与触觉语颤相似，但较触诊更为敏感。胸膜摩擦音则是胸膜炎时两层胸膜相互摩擦所产生的声音，其临床意义与胸膜摩擦感一致，常见于纤维素性胸膜炎等疾病。

五、心脏评估

（一）视诊

视诊时（见图4-5-6），首先观察心前区外形，正常人心前区无隆起。其次，观察心尖搏动，心尖搏动的改变包括位置、强弱和范围的变化，这些变化易受生理因素如体型、体位的影响，也可由病理因素如心脏疾病、胸部疾病和腹部疾病引起。



图4-5-6 心脏视诊

五、心脏评估

（二）触诊

触诊作为心脏评估的重要手段，能够进一步验证并补充视诊的结果，揭示视诊所未能察觉的体征。护士通常首先以右手全手掌触诊，随后以手掌尺侧缘或示指、中指、环指的指腹进行更细致的触诊（见图4-5-7）。



图4-5-7 心脏触诊

五、心脏评估

(二) 触诊

1. **心尖搏动** 正常心尖搏动位于胸骨左侧第5肋间锁骨中线内，搏动范围固定（直径约2.0~2.5cm）。

2. **震颤** 也称“猫喘”，是触诊心前区时感受到的一种细微振动。

3. **心包摩擦感** 正常心包腔内含有少量心包液，起润滑作用，可减少心脏运动时的摩擦，故正常人无心包摩擦感。

五、心脏评估

（三）叩诊

主要依据心脏相对浊音界来确定，因为它更能够反映心脏的实际大小和形状。叩诊时，病人通常取坐位或仰卧位，护士则根据病人的体位调整叩诊手法（见图4-5-8）。叩诊的顺序是从心脏左界开始，自下而上，由外向内逐渐进行，随后再叩诊心脏右界。



图4-5-8 心脏叩诊

五、心脏评估

(三) 叩诊

正常心脏的相对浊音界具有一定的范围（见表4-5-2），其大小和形状因个体差异而有所不同。

表4-5-2 正常心脏相对浊音界范围

右界	肋间	左界
2~3cm	第2肋间隙	2~3cm
2~3cm	第3肋间隙	3.5~4.5cm
3~4cm	第4肋间隙	5~6cm
/	第5肋间隙	7~9cm

五、心脏评估

（三）叩诊

在某些病理情况下，心脏浊音界会发生改变，这些改变具有重要的临床意义。例如，左心室增大时，心浊音界会向左下增大，呈现出靴形心的特征（见图4-5-9），常见于高血压性心脏病和主动脉瓣关闭不全等疾病。

如左心房及肺动脉扩大时，心腰饱满或膨出，心浊音界如梨形（见图4-5-10），多因二尖瓣狭窄所致。

五、心脏评估

(三) 叩诊

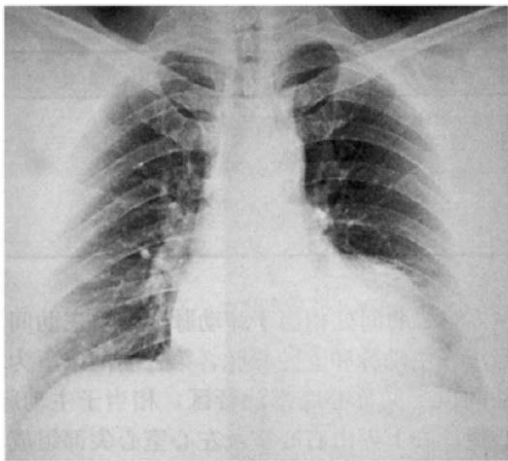


图4-5-9 主动脉关闭不全的心浊音界(靴形心)

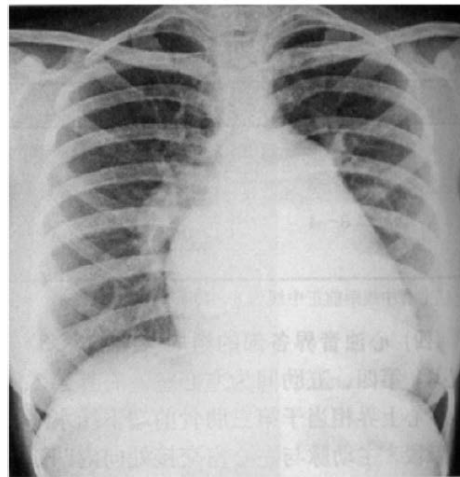


图4-5-10 二尖瓣狭窄的心浊音界(梨形心)

五、心脏评估

（四）听诊

心脏听诊中，首先应确定心脏瓣膜听诊区（见图4-5-11），听诊时，一般从心尖部开始，按逆时针方向依次进行：二尖瓣听诊区→肺动脉瓣听诊区→主动脉瓣听诊区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣听诊区。

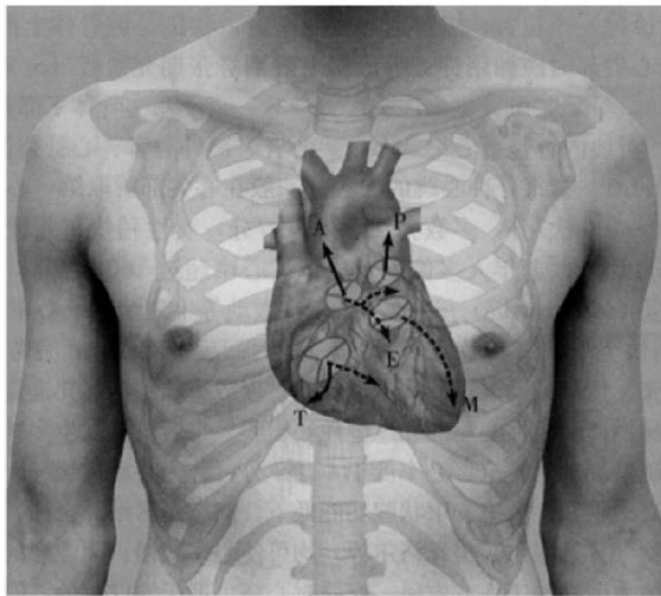


图4-5-11 心脏瓣膜解剖部位与瓣膜听诊区位置

五、心脏评估

（四）听诊

1. **心率和心律** 心率是指每分钟心跳的次数，正常成人心率范围为60~100次/分，心动过速或过缓都能反映心脏的异常状态。而心律则是心脏跳动的节律，正常人心律规整，但部分青年人可能出现窦性心律不齐，通常无临床意义。



五、心脏评估

（四）听诊

3. 心脏杂音 杂音的产生是由于多种因素导致血流异常，从而产生湍流或旋涡，冲击心壁、大血管壁、瓣膜、腱索等结构而产生振动。

评估心脏杂音时，需关注其最响部位、出现时期、性质、强度以及传导方向。杂音的最响部位通常与病变部位相关。杂音的强度通常采用Levine 6级分级法进行评估（见表4-5-3），2级以下多为功能性杂音，3级及以上则多为器质性杂音。



五、心脏评估

(四) 听诊

表4-5-3 杂音强度分级

级别	响度	听诊特点	震颤
1	最轻	很弱，须在安静环境下仔细听诊才能听到，易被忽略	无
2	轻度	较易听到，不太响亮	无
3	中度	明显的杂音，较响亮	无或有
4	响亮	杂音响亮	有
5	很响	杂音很强，且向四周甚至背部传导，但听诊器离开胸壁即听不到	明显
6	最响	杂音震耳，即使听诊器离胸壁一定距离也能听到	强烈



五、心脏评估

(四) 听诊

表4-5-4 常见心脏病变的听诊特点

心脏病变	听诊特点
二尖瓣狭窄	心尖部S ₁ 亢进，心尖部局限的隆隆样舒张中晚期杂音，可伴开瓣音、肺动脉瓣区S ₂ 亢进及分裂
二尖瓣关闭不全	心尖部3/6级以上粗糙的吹风样全收缩期杂音，范围广泛，向左腋部及左肩胛下角传导，并可掩盖S ₁ ，P ₂ 亢进、分裂，心尖部S ₁ 减弱
主动脉瓣狭窄	主动脉瓣听诊区响亮粗糙收缩期杂音，向颈部传导，可伴S ₂ 减弱、S ₂ 逆分裂。心尖部S ₁ 减弱
主动脉瓣关闭不全	主动脉瓣第二听诊区叹气样递减型舒张期杂音，向心尖部传导。可有股动脉枪击音及Duroziez双重杂音，主动脉瓣区S ₁ 减弱
心包积液	心音遥远，心率增快

五、心脏评估

（四）听诊

4. 心包摩擦音 心包摩擦音是另一种异常心脏听诊音，其产生机制与临床意义与心包摩擦感相似。在急性心包炎时，可在胸骨左缘第3、4肋间闻及心包摩擦音，坐位前倾或呼气末时更为明显。应注意与胸膜摩擦音的鉴别，最重要的鉴别点是心包摩擦音在屏住呼吸时不会消失，而胸膜摩擦音屏住呼吸则消失。

六、血管评估

在视诊中，肝颈静脉回流征阳性是右心衰竭的重要体征。

触诊则涉及脉搏的评估，详见本章一般状态评估。

在听诊环节，动脉杂音是重要指标之一。另外，枪击音和Duroziez双重杂音也是关键体征。枪击音是听诊器置于股动脉处时听到的短促声音（见图4-5-12），常见于主动脉瓣关闭不全等。而Duroziez双重杂音是在股动脉处稍加压力后听到的收缩期和舒张期双期杂音，脉压增大时尤为明显。

六、血管评估

至于周围血管征，其阳性表现是由于脉压增大所致，常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、动脉导管未闭等疾病。具体体征包括水冲脉、枪击音及Duroziez双重杂音、以及毛细血管搏动征。毛细血管搏动征是通过轻压指甲末端或口唇黏膜观察到的红、白交替现象（见图4-5-13），提示脉压增大。

六、血管评估



图4-5-12 枪击音听诊



图4-5-13 毛细血管搏动征检查

第六节 腹部评估

概述

腹部评估是体格检查中的重要环节，主要用于评估腹部的病理情况。腹部评估前应让病人平躺于检查床上，保持舒适的体位，放松腹部肌肉，充分暴露腹部，蜷起双腿，使病人在检查过程中保持平稳的呼吸。腹部评估应按照视、听、叩、触的顺序进行，以减少触诊刺激对听诊造成的干扰。

一、腹部的体表标志与分区

在体表标志方面，主要依赖于一系列明显的解剖特征点：①胸骨剑突。②肋弓下缘。③脐部。

在腹部分区方面，主要采用四区法和九区法（见图4-6-1）。四区法通过脐的水平线和垂直线将腹部简单划分为右上腹、右下腹、左上腹和左下腹四个区域。这种方法简单易行，但定位相对粗略。九区法则更为精细，不仅考虑了脏器的自然分布，还兼顾了临床实践的便利性。

一、腹部的体表标志与分区

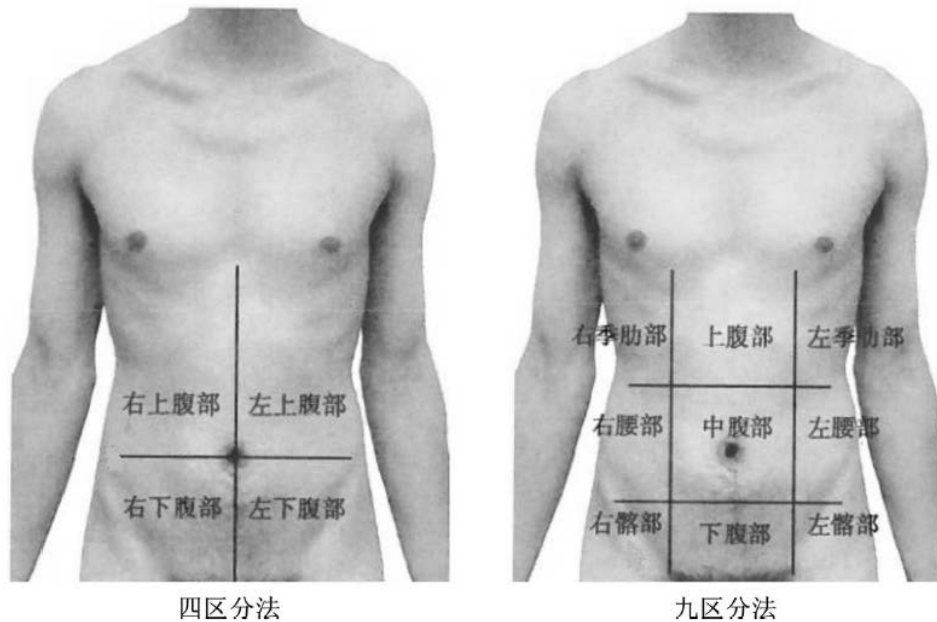


图4-6-1 腹部体表分区法



二、腹部评估内容

（一）视诊

在进行腹部视诊时，应确保环境温暖，光线柔和，病人处于仰卧位，充分暴露全腹，护士则站在病人右侧进行观察。

正常成年人平卧时，腹部外形对称，腹前壁处于肋缘到耻骨联合平面或略微凹陷，称腹部平坦。肥胖者或小儿腹部稍圆凸，而消瘦者则稍内凹。若腹部明显膨隆或凹陷，应视为异常。



二、腹部评估内容

(一) 视诊

正常人腹壁随呼吸运动上下起伏，即为腹式呼吸。腹式呼吸减弱或消失通常意味着腹膜炎症、腹水等疾病的存在，而腹式呼吸增强则多与肺部或胸膜疾病有关。

正常人腹壁静脉一般不显露，若出现腹壁静脉曲张，通常意味着门静脉高压或上、下腔静脉回流受阻等病变。通过观察腹壁静脉的血流方向和曲张情况，有助于判断静脉曲张的来源和病变性质(图4-6-2)。

二、腹部评估内容

(一) 视诊



二、腹部评估内容

（一）视诊

最后，胃肠型和蠕动波的观察对于诊断胃肠道梗阻具有重要意义。在正常情况下，腹部一般看不到胃和肠的轮廓及蠕动波形。但当胃肠道发生梗阻时，梗阻近端的胃或肠段饱满而隆起，形成胃型或肠型，同时胃肠蠕动加强可出现蠕动波。

二、腹部评估内容

（二）听诊

首先，肠鸣音是肠蠕动时产生的声音，正常情况下为4~5次/分。听诊肠鸣音的变化能够反映肠道功能的状态（见图4-6-3）。



图4-6-3 肠鸣音听诊



二、腹部评估内容

(二) 听诊

其次，振水音是通过听诊器在上腹部听到的气体和液体相撞击的声音。正常人仅在餐后或多饮时出现此音。

最后，血管杂音包括动脉性和静脉性杂音。中腹部的收缩期杂音多提示腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄。左、右上腹部的收缩期血管杂音则常意味着肾动脉狭窄。而连续性的嗡鸣音，尤其在脐周或上腹部出现，并伴随腹壁静脉曲张时，常提示门静脉高压及侧支循环形成。

二、腹部评估内容

(三) 叩诊

腹部叩诊一般采用间接叩诊法。

在正常情况下，腹部叩诊会呈现鼓音。

移动性浊音是判断腹腔内有无积液的重要体征，其叩诊方法见图4-6-4。当腹腔内游离腹水量超过1000ml时，移动性浊音会呈现阳性。



图4-6-4 移动性浊音叩诊



二、腹部评估内容

（三）叩诊

肝脏叩诊是评估肝脏大小的重要手段。护士沿右锁骨中线由上而下进行叩诊，通过声音的变化来确定肝上界和肝下界。

当脾触诊不满意或在左肋下触到很小的脾缘时，叩诊法可以进一步帮助护士确定脾脏的大小。

最后，叩击痛是评估肝脏和肾脏是否存在病变的重要体征。如肋脊角叩击痛主要用于检查肾脏病变（见图4-6-5）。

二、腹部评估内容

(三) 叩诊



左肾区

右肾区

图4-6-5 肋脊角叩击痛



二、腹部评估内容

（四）触诊

触诊是腹部评估的核心方法，对于诊断腹部疾病具有重要意义。触诊前，病人应排尿后取仰卧位，头部垫低枕，两手自然平放于躯干两侧，两腿屈起稍分开，进行缓慢而均匀的腹式呼吸。护士则站在病人右侧，前臂与腹部保持同一平面，确保手温暖且动作轻柔，以减少因腹肌紧张而影响评估效果。



二、腹部评估内容

（四）触诊

在触诊过程中，护士需边检查边观察病人的反应与表情，对于精神紧张的病人，可通过与其交谈来转移注意力，从而放松腹肌。触诊的顺序通常是从左下腹开始，沿逆时针方向逐渐向上，先左后右进行评估。触诊的原则是由浅入深，首先从健侧开始，然后逐渐移向病变区域。这样的顺序有助于护士全面而系统地了解腹部的情况。

二、腹部评估内容

（四）触诊

1. 腹壁紧张度、压痛及反跳痛

正常人的腹壁柔软，具有一定的张力。在某些病理情况下，如急性胃肠穿孔或脏器破裂，常导致全腹或局部腹壁紧张度增加。结核性腹膜炎或癌性腹膜炎时，腹壁易呈现揉面感。而慢性消耗性疾病、大量放腹水等则常导致腹壁紧张度减弱。



二、腹部评估内容

（四）触诊

1. 腹壁紧张度、压痛及反跳痛

正常腹部触诊时不应有压痛和反跳痛。当腹部脏器出现炎症、淤血、肿瘤、破裂、扭转或腹壁病变时，则会引起相应部位的压痛。反跳痛则是炎症波及壁层腹膜的征象，提示病情较为严重。如急性阑尾炎时，可出现阑尾点的压痛与反跳痛（见图4-6-6）。压痛、反跳痛和腹肌紧张共同构成腹膜刺激征，是急性腹膜炎的重要体征。

二、腹部评估内容

(四) 触诊

1. 腹壁紧张度、压痛及反跳痛



图4-6-6 阑尾点的压痛与反跳痛检

查

二、腹部评估内容

(四) 触诊

2. 肝脏触诊

触诊时，病人应取仰卧位，双下肢屈曲，放松腹肌，并做深慢而均匀的腹式呼吸。护士则位于病人右侧，常用的触诊方法包括单手触诊法、双手触诊法和冲击触诊法（见图4-6-7）。



肝脏的触诊(单手触诊)



肝脏的触诊(双手触诊)

图4-6-7 肝脏触诊

二、腹部评估内容

（四）触诊

3. 胆囊触诊

胆囊触诊主要采用单手滑行触诊法或钩指触诊法（见图4-6-8）。通常护士以左手拇指压迫右侧腹直肌外缘与右肋弓的交界处腹壁，嘱病人做深呼吸，在吸气过程中胆囊触及用力按压的拇指引起疼痛，为胆囊触痛，如因剧烈疼痛而吸气中止，即为墨菲征阳性，常见于急性胆囊炎。

二、腹部评估内容

(四) 触诊

3. 胆囊触诊



图4-6-8 胆囊触诊

二、腹部评估内容

（四）触诊

4. 脾脏触诊

脾脏触诊则常用单手或双手触诊法，视脾脏肿大程度和位置深浅而定，临床常用双手触诊（见图4-6-9）。正常脾脏不能触及。



图4-6-9 脾脏触诊（双手触诊）

二、腹部评估内容

（四）触诊

4. 脾脏触诊

脾大的测量方法包括不同线的测定（见图4-6-10），有助于准确评估脾脏肿大的程度。

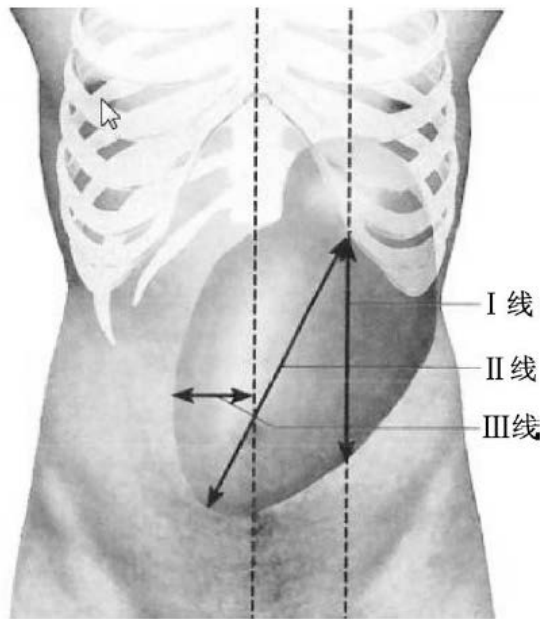


图4-6-10 脾肿大测量法

二、腹部评估内容

（四）触诊

5. 肾和膀胱触诊

肾脏触诊是评估肾脏状况的重要手段，通常通过双手触诊法进行。触诊时，应关注肾脏的大小、形状、硬度、表面状态及移动度等特征。

膀胱触诊则主要用于评估膀胱的充盈状态。正常膀胱空虚时无法触及，但充盈胀大的膀胱触之有囊性感，压迫时会产生尿意，排尿后这种感觉会消失。



二、腹部评估内容

（四）触诊

6. 腹部肿块及波动感检查

腹部肿块是腹部评估中的重要内容，通常包括增大的脏器、肿瘤、囊肿、炎症组织或肿大的淋巴结等。

波动感检查：病人仰卧位，护士一手掌面紧贴病人腹壁，另一手四指并拢屈曲，用指端叩击对侧腹壁。若腹腔内有大量液体，贴于腹壁的手掌会有被液体波动冲击的感觉，称为波动感或液波震颤。



谢谢观看

