



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：孙军妹



健康评估



第四章 身体评估



目录

> 第七节 脊柱及四肢评估

> 第八节 肛门及直肠评估

> 第九节 神经功能评估

第七节 脊柱及四肢评估

一、脊柱评估

脊柱检查时病人可处站立位和坐位，按视、触、叩诊的顺序进行。检查时应注意脊柱弯曲度、活动度，有无畸形、压痛、叩击痛等。



（一）脊柱弯曲度

1. 侧面观察 从侧面观察脊柱有无前凸和后凸。
2. 背面观察 从背面观察脊柱有无侧弯。



(一) 脊柱弯曲度

3. 脊柱病理性弯曲

- ① 脊柱后凸：多发生于胸椎，表现为脊柱过度向后弯曲
- ② 脊柱前凸：多发生于腰椎，表现为脊柱过度向前弯曲
- ③ 脊柱侧凸：表现为脊柱偏离正中线向左或向右偏移

(二) 脊柱活动度

表 4-7-1 脊柱各部位活动范围

	前屈	后伸	左右侧弯	旋转
颈椎	$35^{\circ} \sim 45^{\circ}$	$35^{\circ} \sim 45^{\circ}$	45°	$60^{\circ} \sim 80^{\circ}$
腰椎	$75^{\circ} \sim 90^{\circ}$	30°	$20^{\circ} \sim 35^{\circ}$	30°
胸椎	30°	20°	20°	35°
全脊柱	128°	125°	73.5°	115°



（二）脊柱活动度

检查时嘱病人做前屈、后伸、侧弯、旋转等运动，观察脊柱的活动情况以及有无变形。



（三）脊柱压痛与叩击痛

1. 压痛 检查压痛时，病人取端坐位，身体稍向前倾。正常人无压痛，若某一部位有压痛，提示压痛部位的脊椎或肌肉可能有病变或损伤。



(三) 脊柱压痛与叩击痛

2. 叩击痛 检查叩击痛的方法有两种：

①直接叩击法：即直接用叩诊锤或中指叩击各椎体棘突，多用于检查胸椎和腰椎。颈椎疾病，特别是颈椎骨关节损伤时，一般需慎用或不用此法检查。



二、四肢与关节评估

以视诊和触诊为主，必要时结合叩诊和听诊。主要评估四肢及其关节的形态、肢体位置、活动度或运动情况等。

正常人四肢及其关节左右对称、形态正常、无肿胀及压痛、能正常活动。



（一）形态异常

1. 匙状甲

亦称反甲，其特点是指甲中部凹陷，边缘翘起，指甲变薄，表面带条纹呈匙状。常见于缺铁性贫血、高原疾病。



（一）形态异常

2. 杵状指（趾）

表现为末端指（趾）节明显增宽、增厚呈杵状膨大，指甲从根部到末端呈弧形隆起。其发生可能与肢端慢性缺氧、代谢障碍及中毒损害有关。



(一) 形态异常

3. 爪形手

病人掌指关节过伸，指间关节屈曲，骨间肌和大小鱼际萎缩，手似鸡爪样，见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风病等。



(一) 形态异常

4. 餐叉样畸形 即Colles骨折，桡骨下端骨折畸形。



(一) 形态异常

5. 梭形关节

病人指关节呈梭形畸形，活动受限，重者手指及腕部向尺侧偏移，多为双侧对称性，见于类风湿关节炎。



（一）形态异常

6. 膝关节变形

膝关节红、肿、热、痛及运动障碍，多见于风湿性关节炎活动期、结核性关节炎、外伤性关节炎及痛风等。当关节腔有积液时，可有浮髌现象，是关节腔积液的重要体征。



（一）形态异常

7. 膝内、外翻畸形

正常人两脚并拢时，双膝和双踝可靠拢。如双踝靠拢，而双膝分离呈“O”形，称膝内翻；如双膝靠拢时，双踝分离呈“X”形，称膝外翻。膝内外翻畸形见于佝偻病及大骨节病。



(一) 形态异常

8. 足内、外翻畸形

足呈固定内翻、内收位或外翻、外展位。见于脊髓灰质炎后遗症、先天性畸形等。

（一）形态异常

9. 方肩

正常双肩对称，双肩呈弧形，如肩关节弧形轮廓消失，肩峰突出，呈“方肩”，见于肩关节脱位或三角肌萎缩。



(一) 形态异常

10. 肌肉萎缩

是指中枢或周围神经病变、肌炎或肢体废用所致的肢体肌肉组织的体积缩小。常见于脑血管意外后遗症、脊髓灰质炎后遗症、偏瘫、截瘫、周围神经损伤及多发性神经炎等。



(二) 运动功能异常

检查时要测定关节的主动或被动运动范围，注意观察活动时有无疼痛、异常活动、肌痉挛、强直或挛缩，同时要注意听诊关节活动时是否出现摩擦音、弹响声或滴嗒声等。

第八节 肛门及直肠评估

直肠是一段长约15cm的大肠，上端平第3骶椎处接续乙状结肠，沿骶骨和尾骨的前面下行，穿过盆隔，下端终于肛门。肛门是肛管下端在体表的开口。肛门与直肠检查对肛门、直肠疾病的诊断有重要价值。



一. 肛门与直肠检查的常用体位

评估时，应依据病情和病人基本情况，协助病人采取不同的体位。



一. 肛门与直肠检查的常用体位

1. 左侧卧位

是身体评估最常用的体位。病人取左侧卧位，左腿伸直，右腿屈曲，臀部靠近检查床右边，护士位于病人背后进行检查。左侧卧位适用于病重、年老体弱或女性病人。



一. 肛门与直肠检查的常用体位

2. 膝胸位

病人两膝关节屈曲成直角跪在检查床上，臀部抬高，两肘关节屈曲，置于检查床上，胸部尽量贴近床面，头偏向一侧。膝胸位最适用于检查前列腺、精囊及内镜检查治疗。



一. 肛门与直肠检查的常用体位

3. 仰卧位或截石位

是妇科检查常用的体位。病人仰卧于检查台上，臀部垫高，两腿屈曲、抬高并外展。膀胱直肠窝检查、直肠双合诊多采取此体位。



一. 肛门与直肠检查的常用体位

4. 蹲位

病人作蹲踞姿势，并屏气向下用力。适用于检查直肠脱出、内痔及直肠息肉等。



一. 肛门与直肠检查的常用体位

5. 弯腰扶椅位

病人向前弯腰，双手扶椅，露出臀部。此种体位方便，不需要特殊设备，适用于团体检查。



二. 肛门与直肠检查方法

肛门与直肠的检查方法以视诊、触诊为主，辅以内镜检查。



二. 肛门与直肠检查方法

1. 视诊

主要观察肛门周围有无脓血、黏液、肛裂、外痔、瘻口或脓肿等。



二. 肛门与直肠检查方法

1. 视诊

(1) 肛门闭锁与狭窄：肛门闭锁症又称锁肛、无肛门症，见于新生儿先天性消化道畸形。肛门狭窄与感染、手术及外伤等有关，可在肛周发现瘢痕。



二. 肛门与直肠检查方法

1. 视诊

(2) 肛门周围红肿及压痛：肛门周围有红肿、压痛或有波动感，常为肛门周围脓肿。



二. 肛门与直肠检查方法

1. 视诊

(4) 痔：俗称痔疮，是直肠下端黏膜下或肛管边缘皮下的内痔静脉丛或外痔静脉丛扩大和曲张所致的静脉团。根据病变部位不同，分为内痔、外痔和混合痔。



二. 肛门与直肠检查方法

1. 视诊

(5) 肛门直肠瘘：简称肛瘘，是直肠与肛门皮肤相通的瘘管，多见于肛管或直肠周围脓肿引流后或患有克罗恩病或结核病的病人，不易愈合。检查时可发现一个或多个瘘管的开口，或在皮肤黏膜表层下面触到瘘管，有时有脓性分泌物流出，在直肠或肛管内可见瘘管的内口或伴有硬结。



二. 肛门与直肠检查方法

1. 视诊

(6) 直肠脱垂：又称脱肛，是指肛管、直肠或乙状结肠下端的肠壁部分或全层向外翻出而脱出于肛门之外。检查时让病人取蹲位，观察肛门外有无突出物。



二. 肛门与直肠检查方法

2. 触诊

(1) 触诊方法：肛门和直肠触诊检查通常称为肛诊或直肠指检。先检查肛门及括约肌的紧张度，再检查肛管及直肠的内壁，注意有无压痛、黏膜是否光滑、有无肿块及搏动感。



二. 肛门与直肠检查方法

2. 触诊

(2) 直肠指诊常见异常及其临床意义：

- 1) 剧烈触痛：见于肛裂和感染。
- 2) 触痛伴有波动感：见于肛门、直肠周围脓肿。
- 3) 触及柔软、光滑而有弹性的包块：多见于直肠息肉。



二. 肛门与直肠检查方法

2. 触诊

(2) 直肠指诊常见异常及其临床意义：

- 4) 触及坚硬、凹凸不平的包块：考虑直肠癌。
- 5) 指检后指套表面带有黏液、脓液或血液：提示直肠炎或直肠癌，必要时应取其涂片作镜检或细菌学检查以协助诊断。



二. 肛门与直肠检查方法

3. 内镜检查

常用的内镜检查为直肠镜与乙状结肠镜检查。正常直肠与乙状结肠黏膜完整，呈粉红色。若直肠与乙状结肠黏膜见充血、溃疡、出血、分泌液增多等，多为炎症所致。若见到肿块，常见为直肠息肉和癌肿，对所观察到的病变应注意其部位、大小及特点。



二. 肛门与直肠检查方法

4. 检查结果记录

肛门与直肠检查结果及其病变部位按顺时针方向进行记录，并注明检查时的体位。如膝胸位时肛门后正中点为12点钟位，前正中点为6点钟位，而仰卧位或截石位的时钟位则与此相反。

第九节 神经功能评估

神经系统评估包括：感觉功能、运动功能、神经反射功能等。

进行神经系统评估时，首先要确定病人对外界刺激的反应状态，即意识状态。



一、感觉功能评估

评估时，应依据病情和病人基本情况，协助病人采取不同的体位。



一、感觉功能评估

感觉是作用于机体各个感受器的各种形式的刺激在人脑中的直接反映，包括浅感觉、深感觉和复合感觉。感觉功能检查必须在病人意识清晰的状态下进行。



（一）浅感觉检查

1. 痛觉

用大头针的针尖均匀地轻刺病人皮肤以检查痛觉，注意两侧对称比较，判断感觉障碍类型（正常、过敏、减退或消失）与范围。痛觉障碍见于脊髓丘脑侧束病变。



（一）浅感觉检查

2. 触觉

用棉签轻触病人的皮肤或黏膜，让病人回答有无轻痒的感觉。

触觉减退或消失者分别表现为对触觉刺激反应不灵敏或无反应，触觉障碍见于脊髓丘脑前束和后索病变。



（一）浅感觉检查

3. 温度觉

用盛有热水（ $40^{\circ}\text{C}\sim 50^{\circ}\text{C}$ ）和冷水（ $5^{\circ}\text{C}\sim 10^{\circ}\text{C}$ ）的试管交替测试皮肤温度觉。温度觉障碍见于脊髓丘脑侧束病变。



（二）深感觉检查

1. 运动觉

护士轻轻夹住病人的手指或足趾两侧，上或下移动，令病人根据感觉说出“向上”或“向下”。运动觉障碍见于脊髓后索病变。



（二）深感觉检查

2. 位置觉

护士将病人的肢体摆成某一姿势，请病人描述该姿势或用对侧相应肢体模仿。位置觉障碍见于脊髓后索病变。



（二）深感觉检查

3. 震动觉

用震动着的音叉柄置于骨隆起处（如内踝、外踝、手指、桡尺骨茎突、胫骨、膝盖等），询问有无震动感觉，判断两侧有无差别。震动觉障碍见于脊髓后索病变。

（三）复合感觉检查

1. 皮肤定位觉

护士以手指或棉签轻触病人皮肤某处，让病人指出被触部位。

皮肤定位觉障碍见于皮质病变。

（三）复合感觉检查

2. 两点辨别觉

以钝脚分规轻轻刺激皮肤上的两点（小心不要造成疼痛），检测病人辨别两点的能力，再逐渐缩小双脚间距，直到病人感觉为一点时，测其实际间距，两侧比较。触觉正常而两点辨别觉障碍见于额叶病变。



（三）复合感觉检查

3. 实体觉

嘱病人用单手触摸熟悉的物体，如钢笔、钥匙、硬币等，并说出物体的名称。先测功能差的一侧，再测另一侧。实体觉障碍见于大脑皮质病变。



（三）复合感觉检查

4. 图形觉

病人闭目，在其皮肤上画图形（方、圆、三角形等）或写简单的字（一、二、十等），观察其能否识别。如有障碍，常为丘脑水平以上病变。



二、运动功能评估

运动包括随意和不随意运动，随意运动（自主运动）由锥体束支配，不随意运动（不自主运动）由锥体外系和小脑支配。



（一）肌力

是指肌肉运动时的最大收缩力。

检查方法：令病人作肢体伸屈动作，护士从相反方向给予阻力，测试病人对抗阻力的力量，并注意两侧对比。

(一) 肌力

表 4-9-1 肌力六级分级法

级别	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
特征	完全瘫痪， 测不到肌肉 收缩	仅测到肌肉 收缩，但不 能产生动作	肢体在床面 上能水平移 动，但不能 抬离床面	肢体能抬离 床面，但不 能对抗阻力	能作对抗阻 力动作，但 较正常差	正常肌力



（二）肌张力

1. 肌张力增高 触摸肌肉，呈坚实感，伸屈肢体时阻力增加。

可表现为：①痉挛状态：被动伸屈肢体时起始阻力大，终末阻力突然减小，又称折刀现象，为锥体束损害现象；②铅管样强直：伸肌和屈肌的肌张力均增高，被动运动时，各个方向的阻力增加是均匀一致的，为锥体外系损害现象。



（二）肌张力

2. 肌张力降低 肌肉松软，伸屈其肢体时阻力低，关节运动范围扩大。见于周围神经病变。



（三）不随意运动

1. 震颤

为两组拮抗肌交替收缩引起的不自主动作。可有下列几种类型：

- ①静止性震颤，静止时出现，运动时减轻，睡眠时消失，常伴肌张力增高，见于帕金森病；
- ②意向性震颤，又称动作性震颤，在动作时出现，动作终末愈接近目的物时愈明显，休息时消失，见于小脑疾患。



（三）不随意运动

2. 舞蹈样运动

为面部肌肉及肢体的快速、不规则、无目的、不对称的、运动幅度大小不等的不自主运动，表现为“作鬼脸”、转颈、耸肩、手指间断性伸屈、摆手和伸臂等舞蹈样动作，可由基底节病变引起。



（三）不随意运动

3. 手足抽搐

发作时，手足肌肉呈紧张性痉挛，手腕屈曲，手指伸展，指掌关节屈曲、拇指内收靠近掌心并与小指相对。见于低钙血症和碱中毒。



（四）共济失调

1. 指鼻试验

嘱病人将前臂外旋、伸直，以示指触自己的鼻尖，先慢后快，先睁眼后闭眼，反复上述运动。小脑半球病变者同侧指鼻不准；如睁眼时指鼻准确、闭眼时出现障碍为感觉性共济失调。



（四）共济失调

2. 跟-膝-胫试验

嘱病人仰卧，上抬一侧下肢，将足跟置于另一下肢膝盖下端，再沿胫骨前缘向下移动，先睁眼、后闭眼重复进行。共济失调者动作不稳或失误。



（四）共济失调

3. 轮替动作

嘱病人伸直手掌并以前臂作快速旋前、旋后动作，共济失调者动作笨拙、缓慢、不协调。



（四）共济失调

4. 闭目难立征（Romberg征）

嘱病人足跟并拢站立，闭目，双手向前平伸，若出现身体摇晃或倾斜则为阳性。如睁眼闭眼都站立不稳提示小脑蚓部病变，如睁眼时能站稳而闭眼时站立不稳，则为感觉性共济失调。



三、神经反射评估

神经反射是由反射弧的形成而完成，反射弧包括感受器、传入神经元、中枢、传出神经元和效应器。反射弧中任一环节有病变都可影响反射，使其减弱或消失；锥体束以上病变，因反射活动失去高级神经中枢的控制而出现反射亢进。



（一）浅反射

1. 角膜反射

病人向内上方注视，护士用细棉签毛由角膜外缘轻触病人的角膜。正常时，受检者眼睑迅速闭合，称为直接角膜反射。同时和刺激无关的另一只眼睛也会同时产生反应，称为间接角膜反射。



（一）浅反射

2. 腹壁反射

嘱病人仰卧，双下肢稍屈曲使腹壁放松，护士用钝头竹签按上（肋缘下）、中（脐平）、下（腹股沟上）三个部位由外向内轻划腹壁皮肤。正常反应是局部腹肌收缩。

（一）浅反射

3. 提睾反射

嘱病人仰卧，下肢稍屈曲，护士用钝头竹签由下而上轻划股内侧上方皮肤，正常反应是同侧提睾肌收缩，睾丸上提。一侧反射减弱或消失见于同侧锥体束受损、老年人或腹股沟痛、阴囊水肿及睾丸炎等局部病变者。双侧反射消失见于腰髓1~2节段病变。



（二）深反射

1. 肱二头肌反射

病人前臂屈曲，护士以左手拇指置于病人肘部肱二头肌肌腱上，右手持叩诊锤叩击左拇指。正常反应为肱二头肌收缩，前臂快速屈曲。反射中枢位于颈髓5~6节段。



（二）深反射

2. 肱三头肌反射

病人外展上臂，半曲肘关节，护士用左手托住其上臂，右手持叩诊锤直接叩击鹰嘴上方的肱三头肌肌腱。正常反应为肱三头肌收缩，前臂稍外展。反射中枢位于颈髓7~8节段。



（二）深反射

3. 膝反射

病人取坐位，小腿自然下垂；或取仰卧位，护士以左手托起其膝关节使之屈曲约 120° ，用右手持叩诊锤叩击膝盖髌骨下方股四头肌腱。正常反应为小腿伸展。反射中枢位于脊髓2~4节段。



（二）深反射

4. 跟腱反射

病人仰卧，髋、膝关节稍屈曲，下肢取外旋外展位。护士左手将病人足部背屈成直角，再以叩诊锤叩击跟腱。正常反应为腓肠肌收缩，足向跖面屈曲。反射中枢位于骶髓1~2节段。



（二）深反射

5. 阵挛

在锥体束以上的病变，深反射极度亢进时，用力使相关的肌肉处于持续性紧张状态，该组肌肉发生节律性收缩，称为阵挛，常见的有以下两种：（1）踝阵挛；（2）髌阵挛。



（三）病理反射

1. 巴彬斯基征（Babinski征）

病人仰卧，下肢伸直，护士一手持病人踝部，另一手用竹签沿着病人足底外侧缘，由后向前至小趾跟部，并转向内侧。阳性反应为拇指背伸，其余四趾呈扇形展开，见于锥体束损害。



（三）病理反射

2. 奥本汉姆征（Oppenheim征）

护士用拇指及示指沿病人胫骨前缘用力由上向下滑压。阳性表现同 Babinski 征。



（三）病理反射

3. 戈登征（Gordon征）

护士用拇指和其他四指分别置于腓肠肌两侧，以适当的力量捏压。阳性表现同Babinski征。



（三）病理反射

4. 霍夫曼征（Hoffmann征）

护士左手持被检者腕部，右手中指与示指夹住病人中指并向上提，使腕部处于轻度过伸位，用拇指迅速弹刮被检者的中指指甲。由于中指深屈肌受到牵引而引起其余四指的轻度掌屈反应则为阳性。

（四）脑膜刺激征

1. 颈强直

病人仰卧，颈部放松，护士左手托病人枕部做被动屈颈动作以测试颈肌抵抗力。若被抵抗力增强，即为颈强直。



（四）脑膜刺激征

2. 克匿格征（Kernig征）

病人仰卧，先将一侧髋膝关节屈成直角，再用手抬高小腿，伸膝，正常人可将膝关节伸达 135° 以上。阳性表现为伸膝受限，并伴疼痛，屈肌痉挛。



（四）脑膜刺激征

3. 布鲁津斯基征（Brudzinski征）

病人仰卧，下肢自然伸直，护士左手托病人枕部，右手按压其胸前以维持胸部位置不变，使头部被动前屈。阳性表现为双侧膝关节和髋关节同时屈曲。



谢谢观看

