

临床护理一本通

神经外科

ShenJingWaiKe

丁淑贞 于桂花 主编

临床护理



中国协和医科大学出版社

临床护理一本通

神经外科临床护理

主 审 郭 明

主 编 丁淑贞 于桂花

副主编 于 霓 苏丽萍 韩 姝 田 雪

编 者 (按姓氏笔画排序):

丁淑贞	于 冰	于 霓	于桂花	王庆华
田 雪	苏丽萍	李 岩	李 硕	李世博
吴 爽	张 彤	赵瑾瑶	姜 艳	费 娜
凌 峰	高艳萍	桑 甜	韩 姝	翟 艳



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经外科临床护理 / 丁淑贞, 于桂花主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2016. 4

(临床护理一本通)

ISBN 978-7-5679-0439-2

I. ①神… II. ①丁… ②于… III. ①神经外科学-护理学
IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 053308 号

临床护理一本通 神经外科临床护理

主 编: 丁淑贞 于桂花
策划编辑: 吴桂梅
责任编辑: 刘 婷

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 710×1000 1/16 开
印 张: 26.75
字 数: 400 千字
版 次: 2016 年 10 月第 1 版 2016 年 10 月第 1 次印刷
印 数: 1—2000
定 价: 56.00 元

ISBN 978-7-5679-0439-2

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

护理学是将自然科学与社会科学紧密联系起来的人类健康服务的综合性应用学科。随着医学科学的迅速发展和医学模式的转变,医学理论和诊疗护理不断进行更新,护理学科领域发生了很大的变化。“临床护理一本通”旨在为临床护理人员提供最新的专业理论和专业指导,帮助护理人员熟练掌握基本理论知识和临床护理技能,提高护理质量,是对各专科临床护理实践及技能给予指导的专业参考书。

近年来,神经外科医学技术飞速发展,护理服务模式发生了巨大的变化,其护理知识与要求也应随之相应地提高和完善。为了促进广大神经外科医务人员在临床工作中更好地认识、了解神经外科疾病,普及和更新神经外科的临床及护理知识,从而满足神经外科专业人员以及广大基层医务工作者的临床需要,结合临床经验,我们编写了这本《神经外科临床护理》。

本书在概述了神经外科专业常见病和多发病的临床表现、辅助检查、治疗原则等的基础上,重点阐述了相关疾病的护理评估、护理诊断、护理措施及健康教育等内容。语言简洁,内容丰富,侧重临床护理的实用性和可操作性,力求详尽准确。本书适合神经外科及相关专业广大医护人员使用。

由于时间仓促,编者经验水平有限,不足之处在所难免,恳请读者批评指正。

编 者

2016年1月

目 录

第一章 神经外科护理查体	1
第二章 神经外科常见症状护理	24
第三章 颅脑损伤患者的护理	41
第一节 头皮损伤	41
第二节 颅骨骨折	53
第三节 原发性闭合性脑损伤	58
第四节 继发性脑损伤	75
第五节 开放性颅脑损伤	90
第六节 颅脑损伤后遗症及并发症	94
第四章 头皮和颅骨疾病患者的护理	104
第一节 头皮疾病	104
第二节 颅骨疾病	117
第三节 先天性颅骨疾病	136
第五章 颅内肿瘤患者的护理	150
第一节 鞍区肿瘤	150
第二节 大脑半球肿瘤	177
第三节 颅底肿瘤	197
第四节 其他肿瘤	231
第六章 脑血管疾病患者的护理	244
第一节 颅内动脉瘤	244
第二节 颅内血管畸形	250
第三节 颈内动脉海绵窦瘘	261
第四节 脑卒中	266
第五节 高血压脑出血	271
第七章 颅内感染性疾病患者的护理	278
第一节 脑脓肿	278
第二节 颅内特异性感染	284

第八章 脊柱脊髓疾病患者的护理	296
第一节 椎管内肿瘤	296
第二节 脊柱脊髓先天性疾病	303
第三节 脊髓血管疾病	318
第四节 椎管内感染性疾病	325
第九章 脑积水患者的护理	331
第十章 功能性疾病患者的护理	338
第一节 面肌痉挛	338
第二节 三叉神经痛	342
第三节 癫痫	349
第四节 锥体外系疾病	358
第十一章 神经外科并发症的预防及护理	375
第十二章 神经外科常用护理技术操作	386
第十三章 神经外科手术护理配合	393
参考文献	419

第一章 神经外科护理查体

一、一般表现

1. 发育状态

(1) 标准(理想)体重(kg): 可根据公式计算: 体重(kg)=身高(cm)-105。超过20%为肥胖, 偏低10%为消瘦。

(2) 体质指数(BMI): 体重(kg)/身高(m²)。 <18.5为消瘦, ≥25为肥胖。

2. 营养状态

根据皮肤、毛发、皮下脂肪(前臂屈侧或上臂背侧下1/3皮下脂肪充实度)、肌肉强度、体重变化及体质指数等判断, 分为营养良好、营养中等和营养不良。

营养不良的常见原因有: ①摄入与消化障碍: 见于消化系统疾病、肾衰竭、神经系统病变等。②消耗增加: 见于肿瘤、结核、糖尿病、甲状腺功能亢进症等。

3. 意识形态

根据大脑功能被抑制的程度分为: 嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷(浅昏迷、深昏迷)。其主要特征为: ①嗜睡: 可唤醒, 并可正确应答。②意识模糊: 可唤醒, 但存在定向力障碍。③昏睡: 强刺激可唤醒, 但不能正确应答, 并迅速陷入睡眠状态。④昏迷: 不能唤醒; 浅昏迷时生理和病理反射可引出, 压眶有反应; 深昏迷时所有反射消失, 压眶无反应。谵妄是一种特殊的意识形态, 患者表现亢奋、并有定向力障碍。

4. 面容

面容包括急性病容、慢性病容、二尖瓣面容、肝病面容、甲状腺功能亢进症面容、贫血面容、黏液性水肿面容(甲状腺功能减退)、肢端肥大症面容、满月面容(库欣综合征)、苦笑面容(破伤风)等。

5. 体位

体位包括自动体位、被动体位和强迫体位。常见的强迫体位有: ①强迫坐位(端坐呼吸): 见于急性左心衰竭、严重哮喘或者慢性阻塞性肺疾病(COPD)发作。②强迫仰卧位: 见于急性腹膜炎。③辗转体位:

见于肠痉挛、泌尿系结石、胆道蛔虫病。④强迫蹲位（蹲踞）：见于先天性发绀型心脏病。⑤强迫停立位：见于心绞痛、下肢动脉狭窄。⑥角弓反张位：见于破伤风、脑膜炎。

二、皮肤及黏膜检查

1. 颜色

皮肤颜色深浅与皮内色素量的多少、皮肤厚度、毛细血管的分布、血液充盈度、血红蛋白多少及皮下脂肪的薄厚等均有关，另外亦与职业、阳光照射的程度和时间有关。在检查时应注意暴露部位与不暴露部位对比；与皮肤横纹、褶皱部位对比；与黏膜、巩膜、舌、唇、手足掌、指甲等处对比。

(1) 苍白：表现为全身皮肤、黏膜苍白，可因各种原因的贫血及末梢毛细血管痉挛或者充盈不足所致。

(2) 发红：见于发热性疾病如肺炎、肺结核、猩红热等，亦可见于阿托品及一氧化碳中毒时。持续发热见于库欣综合征及真性红细胞增多症和部分皮肤病患者。

(3) 发绀：较明显部位是口唇、舌、耳垂、面颊、肢端及甲床等。

(4) 黄染：表现为皮肤、黏膜呈黄色，包括：①黄疸：轻者仅见于巩膜及软腭黏膜，严重时皮肤才会出现黄染。②胡萝卜素增高。

(5) 色素沉着：表现为全身或者部分皮肤色素加深，见于肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌、肢端肥大症、黑热病及某些药物应用等。

(6) 色素脱失：表现为全身或者部分皮肤色素脱失，色泽变浅。全身色素脱失见于白化病；部分皮肤色素脱失见于白癜风和可能成为癌变前的白斑。

2. 湿度与出汗

(1) 全身多汗：见于风湿病、布氏杆菌病等。夜间睡眠中出汗而醒后汗止者为盗汗，是活动性结核的特征。

(2) 半身多汗：见于中枢神经系统疾病。

(3) 局部多汗：见于交感神经兴奋。

3. 弹性

皮肤弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙内所含液体量的多少有关。检查皮肤弹性时用示指和拇指将皮肤捏起，然后松开。皮肤弹性良好时在手捏后很快恢复常态，弹性减退时褶皱持久不消。

4. 皮疹

发现皮疹时应注意其形态色泽、分布部位、发展顺序、表面情况、存在时间及有无自觉症状等。常见皮疹有斑疹、丘疹、斑丘疹、玫瑰疹、荨麻疹、疱疹等。

5. 紫癜

紫癜是病理状态下的皮肤下出血，直径2~5mm，如直径<2mm称为淤点及出血点，>5mm称为淤斑。

6. 皮肤脱屑

麻疹时为米糠样脱屑；猩红热时为片状脱屑；银屑病时为银白色的鳞状脱屑。

7. 蜘蛛痣与肝掌

蜘蛛痣是由一支中央小动脉和很多向外辐射的细小血管形成，形如蜘蛛。检查时用火柴棍压迫中央，周围扩张的小血管充血消失，多出现在上腔静脉分布的区域内，见于急、慢性肝炎及肝硬化患者。慢性肝病患者的手掌面大小鱼际、指腹处手指根部皮肤发红，压之褪色称之为肝掌。

8. 水肿

水肿是皮下组织水肿及组织间隙内液体聚集过多时的表现，一般多观察眼睑、小腿胫骨前、踝骨。卧位患者应注意枕部及腰骶部。轻度水肿用手指按压后呈凹陷；非压凹性水肿见于黏膜性水肿和象皮肿。

9. 皮下结节

除视诊可发现的皮下结节外，较小的结节必须靠触诊才能发现，发现结节时应注意其部位、大小、数目、硬度、活动度、有无压痛及其表面皮肤颜色等。临床常见的皮下结节有风湿小结、结节性红斑、痛风结节、Osler小结等。

10. 瘢痕

瘢痕是指真皮或其深部组织外伤、病变或者手术切口愈合后结缔组织增生所形成的斑块。临床上有萎缩性瘢痕和增生性瘢痕，瘢痕的存在常为患者曾患过某些疾病提供了证据。

11. 毛发

应注意毛发的色泽、脱落、丛生、分布状况。

三、淋巴结检查

正常淋巴结的直径一般不超过 1cm，因不同部位而异，一般无压痛。

1. 正常浅表淋巴结的组成

- (1) 头颈部淋巴结：包括耳前淋巴结、耳后淋巴结、枕后淋巴结、颌下淋巴结、颏下淋巴结、颈前淋巴结、颈后淋巴结、锁骨上淋巴结。
- (2) 上肢淋巴结：包括腋窝淋巴结、滑车上淋巴结。
- (3) 下肢淋巴结：包括腹股沟淋巴结、腘窝淋巴结。

2. 浅表淋巴结的检查

(1) 检查顺序：为颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟等。检查中若发现肿大淋巴结，应注意其部位、大小、形状、数目、硬度、活动度、有无压痛、表面特点、与周围组织有无粘连及局部皮肤有无红肿、瘢痕、窦道等情况。

(2) 检查方法

- 1) 颌下：右手扶患者的头部，使头倾向右前下方，再以左手（四指并拢）触摸右颌下淋巴结，同法用右手检查左颌下淋巴结。
- 2) 颈部：双手四指并拢，同时检查左右两侧，每侧以胸锁乳突肌为界，分前后两区，依次检查。
- 3) 锁骨上窝：双手四指并拢，分别触摸两侧锁骨上窝处。
- 4) 腋窝：先让被检查者将左上肢稍向外展，前臂略屈曲，用右手并拢四指，稍弯曲，插入患者腋窝深处，沿胸壁表面从上向下移动进行触摸，同法用左手检查患者右腋窝。
- 5) 腹股沟：患者平卧，下肢伸直，用手触摸。
- 6) 滑车上：左手扶托被检查者前臂，以右手在滑车上部分由浅入深地进行触摸。

四、头、颈部检查

1. 头部

检查头颅大小、外形和头部器官。头部器官检查包括：

(1) 眼：眉毛（脱落）、眼睑（水肿、下垂）、结膜（苍白、充血、出血点、水肿）、巩膜（黄染）、角膜（溃疡）、眼球（突出、运动、震颤）、瞳孔（大小、形状、对光反应）。

(2) 耳：外耳道（分泌物）、乳突（压痛）。

(3) 鼻：鼻道（分泌物）、鼻窦（压痛）。

(4) 口腔：口唇（颜色、疱疹）、口腔黏膜（色素沉着、斑疹）、舌（颜色、运动、舌苔）、扁桃体（大小、渗出物）。

2. 颈部

(1) 颈部：活动、颈抵抗、颈部血管（静脉怒张、动脉杂音）。

(2) 甲状腺：大小、对称性、软硬度、结节。

(3) 气管：气管移位。

五、胸部检查

1. 视诊

包括胸廓形态、呼吸运动、呼吸的频率和节律、呼吸时相变化。

(1) 胸廓形态

1) 正常胸廓形态：两侧对称、椭圆形，前后径与左右径之比约为1:1.5。

2) 异常胸廓：①桶状胸：前后径：左右径 ≥ 1 ，同时伴肋间隙增宽，见于肺气肿。②佝偻病胸：为佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。③脊柱畸形所致胸廓畸形：脊柱前凸、后凸或者侧弯均可造成胸廓形态异常。见于脊柱结核、外伤等。④单侧胸廓形态异常：a. 单侧胸廓膨隆，见于大量胸腔积液、气胸等。b. 单侧胸廓塌陷，见于胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

(2) 呼吸运动

1) 正常呼吸运动：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。

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：见于肺及胸膜炎症、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、肝及脾极度增大、腹腔巨大肿物、妊娠。

3) 呼吸运动强弱变化的临床意义: ①呼吸浅快: 见于肺、胸膜疾患及呼吸肌运动受限(膈肌麻痹、肠胀气、大量腹水)。②呼吸深快: 见于剧烈运动、情绪激动、库斯莫尔呼吸(Kussmaul respiration)(代谢性酸中毒)。

4) 两侧呼吸动度变化: 两侧呼吸动度不对称, 提示呼吸动度弱的一侧有病变影响该侧的通气量, 如肺炎、腹膜炎、胸膜炎、胸腔积液、气胸等。

(3) 呼吸的频率和节律

1) 正常人呼吸运动的频率和节律: 正常 16~18 次/分, 与脉搏之比约为 1:4, 节律均匀而整齐。

2) 呼吸运动频率变化: ①呼吸过快: >24 次/分, 见于缺氧、代谢旺盛(如高热)。②呼吸过缓: <12 次/分, 见于呼吸中枢抑制及颅压增高等。③呼吸运动节律异常的类型: a. 潮式呼吸(Cheyne-Stokes 呼吸): 间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续 15~60 秒, 然后呼吸幅度逐渐增加, 达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见于药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害(通常在脑皮质水平)。b. 间停呼吸(Biots 呼吸): 呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢复到较正常水平, 然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见于颅压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害(通常在延髓水平)。c. Kussmaul 呼吸: 呼吸深快。见于代谢性酸中毒。d. 叹息样呼吸: 见于神经症。

(4) 呼吸时相变化

1) 吸气相延长: 主要见于上呼吸道狭窄、大气道(气管)狭窄, 常常伴有三凹征, 即吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷。

2) 呼气相延长: 主要见于哮喘、COPD。常常伴有桶状胸、哮鸣音等异常体征。急性左心衰竭时亦可出现, 称为心源性哮喘, 需与支气管哮喘鉴别。

2. 触诊

(1) 呼吸动度: 检查者两手置于胸廓下前侧部, 左右拇指分别沿两侧肋缘指向剑突, 拇指尖在前正中线两侧对称部位, 而手掌和伸展的手指置于前侧胸壁, 嘱患者做深呼吸运动, 观察并感觉胸廓的运动是否一致。

(2) 触觉语颤

1) 检查方法: 检查者将左右手掌的尺侧缘轻放于两侧胸壁的对称部位, 然后嘱被检查者用同等强度重复发“yi”长音, 自上至下, 从内到外比较两侧相应部位语音震颤的异常。

2) 触觉语颤异常的临床意义: ①语颤增强: 见于肺实变、接近胸膜的肺部巨大空腔等。②语颤减弱: 见于肺气肿、阻塞性肺不张、大量胸腔积液或气胸、胸膜高度肥厚粘连、胸壁皮下气肿等。

(3) 胸膜摩擦感: 双手置于左右前下胸部进行触诊。阳性为存在于吸气相和呼气相的粗摩擦感。见于胸膜炎早期、尿毒症。

3. 叩诊

包括肺界叩诊、对比叩诊, 主要采用间接叩诊进行检查。间接叩诊的注意事项: 垂直叩打、力量和节奏固定、快下快起、自上而下、左右对比。

(1) 肺界叩诊: 通常检查锁骨中线和肩胛下角线上肺界。①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。左锁骨中线上有心脏影响, 不检查肺下界。②肺下界检查异常: 上升: 见于肺不张、胸腔积液、膈肌膨升等。下降: 见于肺气肿(双侧)、气胸等。

(2) 对比叩诊: 主要检查有无异常叩诊音。正常肺叶叩诊呈清音, 若出现浊音、实音、过清音或鼓音, 则视为异常叩诊音。①浊音或实音: 肺大面积含气量减少或不含气的病变, 如各种原因所致的大叶肺炎、肺不张、肺肿瘤等; 胸膜增厚或胸腔积液(实音)等。②过清音: 肺含气量增多, 如肺气肿、肺充气过度(哮喘发作)。③鼓音: 叩诊部位下方为气体占据, 主要见于气胸。

4. 听诊

(1) 异常呼吸音: 呼吸音减弱: 见于各种原因所致的肺泡通气量下降, 如气道阻塞、胸膜病变(胸腔积液、气胸、胸膜肥厚)等。

(2) 啰音

1) 干啰音: 发生机制为气管支气管或细支气管狭窄, 包括炎症、平滑肌痉挛、黏稠分泌物。①高调性干啰音(哮鸣音或哨笛音): 见于小支气管或细支气管病变。②低调性干啰音(鼾音): 见于气管或主支气管病变。③喘鸣音: 见于上呼吸道或大气道狭窄, 如喉头痉挛、气管肿物。

2) 湿啰音: 发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物产生水泡, 破裂后产生。主要见于支气管病变(COPD、支气管扩张)、感染性或非感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。

六、心脏检查

1. 视诊

(1) 正常心尖搏动：第5肋间，左锁骨中线内0.5~1.0cm，搏动范围直径2.0~2.5cm。

(2) 心尖搏动强度变化：①增强：见于心室肥大、运动、高热、严重贫血、甲状腺功能亢进症。②减弱：见于心肌梗死、扩张型心肌病、心肌炎。

2. 触诊

(1) 心前区震颤：①胸骨右缘第2肋间，收缩期震颤，见于主动脉瓣狭窄。②胸骨右缘第2肋间，收缩期震颤，见于肺动脉瓣狭窄。③胸骨右缘第3~4肋间，收缩期震颤，见于室间隔缺损。④胸骨右缘第2肋间，连续性震颤，见于动脉导管未闭。⑤心尖部，收缩期震颤，见于重度二尖瓣关闭不全。⑥心尖部，舒张期震颤，见于二尖瓣狭窄。

(2) 心包摩擦感：心包腔内纤维素性渗出致心包表面粗糙，见于急性纤维素性心包炎。

3. 叩诊

(1) 叩诊顺序：先叩左界、后叩右界；由下而上、由外向内。

(2) 正常心浊音界：右界各肋间与胸骨右缘几乎一致；左界自第2肋间起向外逐渐形成一个外凸弧线直至第5肋间，第3肋间心界距前正中线距离是第5肋间的一半。

(3) 心浊音界改变及临床意义：①左心室增大：心界向下增大，呈靴形心，见于高血压病、主动脉瓣病变。②右心室增大：心界向两侧扩大，以向左显著，见于肺心病、二尖瓣狭窄。③心包积液：心界向两侧扩大，可随体位改变而变化，呈烧瓶样，见于心包积液。

4. 听诊

(1) 听诊顺序：从心尖部开始至肺动脉瓣区→主动脉瓣区→第二主动脉瓣区→三尖瓣区。

(2) 正常心音及特点

1) 第一心音：代表心室收缩开始。

特点：心尖部听诊最响，音调较低钝、强度较强、历时较长，与心尖搏动同时出现。

2) 第二心音：代表心室舒张开始。

特点：音调高脆、在心底部听诊最强。

3) 第三心音：心室快速充盈期末。

特点：低频低振幅，正常不能被人耳听到。

(3) 额外心音

1) 舒张早期奔马律：常见于心力衰竭、急性心肌梗死、重症心肌炎、心肌病等。

2) 舒张晚期奔马律：见于阻力负荷过重的心脏病，如高血压病、肥厚型心肌病、冠心病、主动脉瓣狭窄等。

(4) 心脏杂音

1) 二尖瓣区收缩期杂音：①功能性杂音：吹风样，见于运动、发热、贫血、甲状腺功能亢进症。②器质性杂音：粗糙、响亮，见于二尖瓣关闭不全。

2) 主动脉瓣区收缩期杂音：器质性杂音：喷射性、粗糙响亮，常伴有震颤，见于主动脉瓣狭窄。

3) 肺动脉瓣区收缩期杂音：①生理性杂音：多见，柔和、吹风样，见于青少年及儿童。②器质性杂音：喷射性、粗糙，见于肺动脉瓣狭窄。

4) 二尖瓣区舒张期杂音：器质性杂音：低调，隆隆样，见于二尖瓣狭窄。

5) 主动脉瓣区舒张期杂音：见于主动脉瓣关闭不全，杂音为舒张早期叹气样。

(5) 心包摩擦音：音质粗糙、高音调、搔抓样、与心搏一致，可发生在收缩期与舒张期，位于心前区易听到。见于急性心肌梗死、尿毒症等。

七、血管检查

1. 脉搏、脉率及脉律

(1) 脉搏：最常用检查部位为桡动脉。

脉率：正常为60~100次/分，脉率小于心率称为脉搏短绌，见于心房颤动、期间收缩等。

脉律：脉律完全不整见于心房颤动。

(2) 水冲脉：脉搏骤然起落，犹如潮水涨落，见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症等。

(3) 奇脉：吸气时脉搏减弱，甚至不能触及，呼气时脉搏又可恢复触及的现象。见于心包积液、心脏压塞、缩窄性心包炎。

2. 周围血管征

毛细血管搏动：见于重度主动脉瓣关闭不全。

八、腹部检查

1. 腹部的分区

(1) 四区：右上腹部、左上腹部、右下腹部、左下腹部。

(2) 九区：右季肋部、心窝部、左季肋部、右中腹部、脐部、左中腹部、右髂部、下腹部、左髂部。

(3) 七区：左上腹、左下腹、心窝部、脐部、耻骨上部、右上腹、右下腹。

2. 视诊

(1) 腹部外形，腹部增大时应测量腹围。

(2) 腹壁有无静脉曲张，注意其分布及血流方向。

(3) 有无胃型、肠型及蠕动波，注意蠕动波的部位及方向。

(4) 腹壁有无手术瘢痕、妊娠纹、阴毛分布和脐疝等。

(5) 呼吸运动是否存在。

3. 触诊

(1) 注意事项：患者取平卧位，双下肢屈曲，使腹肌放松后进行触诊。触诊应从正常部位开始，最后检查病变部位，检查压痛及反跳痛要放在最后进行。护士位于患者右侧。

(2) 肝：患者取仰卧位。检查者将手掌紧贴于患者腹壁，示指和中指末端与肝下缘平行。然后嘱患者行均匀而深的腹式呼吸。检查者的手随腹壁的上下起伏，呼气时由浅入深。

(3) 脾：患者取仰卧位。检查者先用单手从左下腹向肋缘触摸，如不能摸到可采用双手触诊法。

(4) 肾：患者取仰卧位。用双手触诊法，检查者的左手托住患者的肋脊角部位，右手放在季肋部脊柱稍外处，微弯的手指末端恰在肋弓下方。

(5) 肿块: 触到肿块时, 应注意其部位、大小、形态、硬度、压痛和移动性。

(6) 波动感: 患者仰卧, 检查者一手掌放在腹部的一侧, 以另一手之手指快速轻打对侧腹部。

4. 叩诊

(1) 移动性浊音: 用于确定腹腔内有无游离液体。患者仰卧位, 操作者立于患者右侧。如仰卧位左侧腹部或右侧卧位之浊音区变为鼓音, 或鼓音区在侧卧位叩诊时变为浊音区, 提示浊音区随体位变动而变动, 即存在移动性浊音。

(2) 肝区和肾区叩击痛: 检查肝区叩击痛时, 检查者将左手置于被检查的肝区, 以右手握拳叩击左手背部, 以同样方法检查肾区叩击痛。

5. 听诊

肠鸣音: 注意是正常或有增强、减弱或消失。

九、脊柱、四肢检查

1. 脊柱

(1) 弯曲度: 患者取立位, 脱下衣服, 暴露至臀裂, 两臂自然下垂。

(2) 活动度: 让患者做前弓、后仰、侧弯运动。

(3) 压痛和叩击痛: 让患者略向前弯, 检查者自上而下逐个按压或叩击棘突、棘突间隙、椎旁肌肉。

2. 四肢

(1) 四肢: 注意有无四肢畸形、肌萎缩、静脉曲张、两侧长短和粗细不等。

(2) 关节: 注意受累关节的范围、压痛、有无积液、有无关节畸形及脱位; 注意有无杵状指、趾和反甲(匙状甲)。

十、神经系统检查

1. 意识

意识是中枢神经系统对内外环境的刺激所做出的有意义的应答能力, 其构成包括意识内容和觉醒状态。