

巍巍交大 百年书香
www.jiaodapress.com.cn
bookinfo@sjtu.edu.cn



策划编辑 李嘉琳
责任编辑 胡思佳
封面设计 刘文东

健康评估

Health Assessment

正常人体结构
生物化学
生理学
病原生物与免疫学
病理学
护理药理学

► **健康评估**

护理学导论
基础护理技术

内科护理学
外科护理学
妇产科护理学
儿科护理学
眼耳鼻咽喉口腔科护理学
老年护理学
中医护理学
社区护理学
康复护理学

精神科护理学
急危重症护理学
护理心理学
护理伦理学
卫生法律法规
护理礼仪
人际沟通
护理管理学

健康评估

◆ 主编 史小慧



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS



健康评估

Health Assessment

◆ 主编 史小慧



免费提供

精品教学资料包

服务热线: 400-615-1233
www.huatengzy.com



扫描二维码
关注上海交通大学出版社
官方微信

ISBN 978-7-313-16591-6



9 787313 165916 >

定价: 49.80元



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

健康评估

主 编 史小慧

副主编 张志英 杨志宏

刘晴晴 苏慧敏

编 者 (按姓氏笔画排序)

史小慧(河西学院)

刘晴晴(松原职业技术学院)

孙丽娜(邢台医学高等专科学校)

苏慧敏(松原职业技术学院)

杨志宏(唐山职业技术学院)

张志英(廊坊卫生职业学院)

柴鑫健(松原职业技术学院)



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书除绪论外共9章,具体内容包括健康史评估、常见症状与体征评估、身体评估、心理与社会评估、常用实验室检查、心电图检查、影像学检查、护理诊断和健康评估记录。

本书可作为护理专业的教材,也可作为医院一线护理人员的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/史小慧主编. —上海:上海交通大学出版社,2019(2025重印)

ISBN 978-7-313-16591-6

I. ①健… II. ①史… III. ①健康—评估—教材
IV. ①R471

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第022022号

健康评估

JIANKANG PINGGU

主 编:史小慧

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:三河市骏杰印刷有限公司

开 本:787 mm×1 092 mm 1/16

字 数:451千字

版 次:2019年2月第1版

书 号:ISBN 978-7-313-16591-6

定 价:49.80元

地 址:上海市番禺路951号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:17.5

印 次:2025年1月第6次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0316-3662258

前言

Preface

为培养更多适应社会和经济发展的护理专业人才,进一步推动职业院校护理教育改革进程、提高教学质量,编者积极贯彻国家医学教育的意见,坚持以需求为导向,根据医疗卫生行业要求,严格参照专业培养目标、教学大纲内容及国家护士执业资格考试最新考纲,本着“简洁、实用”的原则,认真总结临床工作及教学经验,组织编写了本书。

健康评估是护理专业的一门主干课程,是沟通护理基础课程和专业课程的桥梁,具有很强的实践性,同时需要学生掌握从护理的角度评估患者对现存的或潜在的健康问题的生理、心理及其社会适应等方面反应的基本理论、基本技能和临床思维方法。本书的编写思想首先是培养学生树立终身学习的理念,拓宽学生继续学习的渠道,以利于学生日后进一步发展;其次是注重对学生整体素质和专业能力的培养,专业理论和技术应用并重,强调以提高技术应用能力为宗旨,满足行业的需求。

本书除绪论外共9章,具体内容包括健康史评估、常见症状与体征评估、身体评估、心理与社会评估、常用实验室检查、心电图检查、影像学检查、护理诊断和健康评估记录。本书概念明确,内容充实,前后呼应,结构合理。书中每章以“学习目标”和“护理情境”引入,可增强学生分析和解决问题的能力;文中插入了大量的表格与图片,既有利于学生对难点、重点的把握,又可提高学生的信息处理分析能力。通过对本书的学习,学生能够系统地掌握健康评估的基本理论、基础知识和基本技能,学会使用正确的方法和技能获取临床资料,并以科学的思维方式综合分析,做出护理诊断,并能规范地书写护理病历,为从事临床护理工作打下坚实的基础。

本书由河西学院史小慧任主编,廊坊卫生职业学院张志英、唐山职业技术学院杨志宏、松原职业技术学院刘晴晴和苏慧敏任副主编,邢台医学高等专科学校

学校孙丽娜和松原职业技术学院柴鑫健参与编写。具体编写分工如下:绪论、第1章和第2章由杨志宏编写,第3章由刘晴晴编写,第4章由孙丽娜编写,第5章由柴鑫健编写,第6章由苏慧敏编写,第7章和第8章由史小慧编写,第9章由张志英编写。

由于编写时间仓促,加上编者水平有限,书中难免存在疏漏之处,敬请广大读者批评指正。

编者

目 录

Contents

绪论	1	第 2 章 常见症状与体征评估	14
0.1 学习健康评估的重要性	1	2.1 发热	15
0.2 健康评估的内容	2	2.1.1 正常体温	15
0.2.1 身体评估	2	2.1.2 发热的病因及分类	15
0.2.2 心理、社会评估	2	2.1.3 发热的发生机制	16
0.2.3 心电图检查	2	2.1.4 发热的临床表现	16
0.2.4 影像学检查	2	2.1.5 发热的评估要点	18
0.2.5 实验室检查	2	2.1.6 发热的护理诊断	19
0.2.6 护理诊断与思维方法	2	2.2 疼痛	19
0.2.7 健康评估记录	3	2.2.1 疼痛的分类	20
0.3 健康评估的学习方法	3	2.2.2 胸痛	20
0.4 健康评估的学习要求	3	2.2.3 腹痛	22
第 1 章 健康史评估	4	2.2.4 头痛	24
1.1 健康史评估的方法	4	2.2.5 腰背痛	26
1.1.1 收集健康史的方法	5	2.3 咳嗽与咳痰	28
1.1.2 健康史的来源	7	2.3.1 咳嗽与咳痰的病因	29
1.1.3 健康资料的类型	8	2.3.2 咳嗽与咳痰的发生机制	29
1.1.4 记录健康史的注意事项	8	2.3.3 咳嗽与咳痰的临床表现	29
1.2 健康史的内容	9	2.3.4 咳嗽与咳痰的评估要点	30
1.2.1 一般资料	9	2.3.5 咳嗽与咳痰的护理诊断	31
1.2.2 主诉	9	2.4 咯血	31
1.2.3 现病史	9	2.4.1 咯血的病因	31
1.2.4 既往史	10	2.4.2 咯血的发生机制	32
1.2.5 用药史	10	2.4.3 咯血的临床表现	32
1.2.6 成长发展史	10	2.4.4 咯血的评估要点	33
1.2.7 家族史	11	2.4.5 咯血的护理诊断	34
1.2.8 系统回顾	11	2.5 呼吸困难	34
		2.5.1 呼吸困难的病因	34

2.5.2	呼吸困难的发生机制与 临床表现	35	2.12.5	黄疸的护理诊断	57
2.5.3	呼吸困难的评估要点	37	2.13	抽搐与惊厥	57
2.5.4	呼吸困难的护理诊断	38	2.13.1	抽搐与惊厥的病因	58
2.6	发绀	38	2.13.2	抽搐与惊厥的发生机制	58
2.6.1	发绀的发生机制	38	2.13.3	抽搐与惊厥的临床表现	58
2.6.2	发绀的病因与临床表现	38	2.13.4	抽搐与惊厥的评估要点	59
2.6.3	发绀的评估要点	39	2.13.5	抽搐与惊厥的护理诊断	60
2.6.4	发绀的护理诊断	40	2.14	意识障碍	60
2.7	心悸	40	2.14.1	意识障碍的病因	60
2.7.1	心悸的病因与发生机制	40	2.14.2	意识障碍的发生机制	61
2.7.2	心悸的临床表现	41	2.14.3	意识障碍的临床表现	61
2.7.3	心悸的评估要点	41	2.14.4	意识障碍的评估要点	62
2.7.4	心悸的护理诊断	41	2.14.5	意识障碍的护理诊断	63
2.8	水肿	41	第3章	身体评估	65
2.8.1	水肿的病因	42	3.1	身体评估的方法	65
2.8.2	水肿的发生机制	42	3.1.1	视诊	66
2.8.3	水肿的临床表现	42	3.1.2	触诊	66
2.8.4	水肿的评估要点	44	3.1.3	叩诊	68
2.8.5	水肿的护理诊断	44	3.1.4	听诊	69
2.9	恶心与呕吐	45	3.1.5	嗅诊	70
2.9.1	恶心与呕吐的病因	45	3.2	一般状态检查	71
2.9.2	恶心与呕吐的发生机制	46	3.2.1	性别、年龄和生命体征	71
2.9.3	恶心与呕吐的临床表现	46	3.2.2	发育与体型	73
2.9.4	恶心与呕吐的评估要点	47	3.2.3	营养状态	73
2.9.5	恶心与呕吐的护理诊断	47	3.2.4	意识状态	75
2.10	呕血与便血	48	3.2.5	面容与表情	75
2.10.1	呕血与黑便	48	3.2.6	体位	76
2.10.2	便血	50	3.2.7	步态	77
2.11	腹泻与便秘	52	3.3	皮肤、淋巴结的评估	77
2.11.1	腹泻	52	3.3.1	皮肤评估	77
2.11.2	便秘	53	3.3.2	淋巴结评估	81
2.12	黄疸	55	3.4	头、面、颈部的评估	83
2.12.1	黄疸的病因	55	3.4.1	头部评估	83
2.12.2	黄疸的发生机制	55	3.4.2	面部评估	84
2.12.3	黄疸的临床表现	56	3.4.3	颈部评估	90
2.12.4	黄疸的评估要点	57	3.5	胸部评估	93
			3.5.1	胸部的体表标志	93

3.5.2	乳房评估	94	5.1.2	止血与血栓常用筛选 检查	165
3.5.3	胸廓和胸壁评估	95	5.1.3	血型鉴定与交叉配血 试验	167
3.5.4	肺和胸膜评估	96	5.1.4	常用血液生化检查	169
3.5.5	呼吸系统常见疾病的 主要体征	101	5.2 尿液检查		173
3.6 腹部评估		101	5.2.1	尿液标本的采集与保存	173
3.6.1	腹部的体表标志与分区	101	5.2.2	尿液理学检查	174
3.6.2	腹部视诊	104	5.2.3	尿液化学检查	176
3.6.3	腹部听诊	107	5.2.4	尿液显微镜检查	178
3.6.4	腹部触诊	108	5.2.5	尿液检查项目的 临床应用	181
3.6.5	腹部叩诊	114	5.3 粪便检查		181
3.7 肛门、直肠及生殖器的评估		116	5.3.1	粪便标本的采集	181
3.7.1	肛门和直肠评估	116	5.3.2	粪便一般性状的检查	182
3.7.2	男性生殖器评估	118	5.3.3	粪便显微镜检查	183
3.7.3	女性生殖器评估	119	5.3.4	粪便化学检查	183
3.8 脊柱与四肢的评估		120	5.4 肾功能检查		184
3.8.1	脊柱评估	120	5.4.1	肾小球功能试验	184
3.8.2	四肢与关节评估	122	5.4.2	肾小管功能试验	185
3.9 神经系统评估		126	5.5 肝功能检查		187
3.9.1	运动功能评估	127	5.5.1	蛋白质代谢功能检查	187
3.9.2	感觉功能评估	128	5.5.2	胆红素代谢功能检查	188
3.9.3	神经反射评估	129	5.5.3	血清酶学检验	189
3.9.4	脑膜刺激征评估	131	5.6 脑脊液检查		191
3.9.5	自主神经功能评估	132	5.6.1	脑脊液标本的采集	191
第4章 心理与社会评估		134	5.6.2	脑脊液检查的内容及 临床意义	192
4.1 心理评估		135	5.7 常用血液生化检查		194
4.1.1	心理评估的目的	135	5.7.1	血糖及葡萄糖耐量检查	194
4.1.2	心理评估的方法	135	5.7.2	血清脂质和脂蛋白检验	195
4.1.3	心理评估的注意事项	135	5.7.3	血清电解质测定	196
4.1.4	心理评估的内容	136	5.7.4	血清心肌酶和心肌蛋白	197
4.2 社会评估		149	5.7.5	其他血清酶学	198
4.2.1	社会评估的目的	149	5.8 常用免疫学检查		199
4.2.2	社会评估的方法	149	5.8.1	血清免疫球蛋白检测	199
4.2.3	社会评估的内容	149	5.8.2	肿瘤标志物测定	200
第5章 常用实验室检查		158	5.8.3	病毒性肝炎标志物测定	201
5.1 血液检查		159			
5.1.1	血液一般检查	159			

第 6 章 心电图检查	204	7.3 核医学检查	248
6.1 心电图基础知识	205	7.3.1 核医学检查的原理	248
6.1.1 心电图各波段的组成及命名	205	7.3.2 核医学显像的特点	249
6.1.2 心电图导联体系	206	7.3.3 核医学检查的准备与处理	249
6.2 正常心电图	208	7.3.4 核医学检查的临床应用	249
6.2.1 心电图测量	208	第 8 章 护理诊断	251
6.2.2 心电图各波段的正常值	211	8.1 护理诊断概述	252
6.3 常见异常心电图	212	8.1.1 护理诊断的发展和定义	252
6.3.1 心房与心室肥大	212	8.1.2 护理诊断的分类方法	253
6.3.2 心肌缺血	215	8.1.3 护理诊断的构成	256
6.3.3 心肌梗死	216	8.1.4 护理诊断的陈述方式	258
6.3.4 常见心律失常	218	8.1.5 合作性问题	258
6.4 心电图的描记、分析和临床应用	229	8.2 护理诊断的步骤	259
6.4.1 心电图描记	229	8.2.1 采集资料	259
6.4.2 心电图的分析方法与步骤	230	8.2.2 整理分析资料和形成假设	259
6.4.3 心电图的临床应用	231	8.2.3 验证和修订诊断	259
第 7 章 影像学检查	232	8.2.4 排序	259
7.1 放射学检查	233	第 9 章 健康评估记录	261
7.1.1 放射学检查概述	233	9.1 健康评估记录的意义与要求	262
7.1.2 X 线检查方法	233	9.1.1 健康评估记录的意义	262
7.1.3 X 线检查前的准备	234	9.1.2 健康评估记录的基本要求	262
7.1.4 X 线检查的临床应用	235	9.2 健康评估记录的格式与内容	263
7.1.5 计算机体层成像	242	9.2.1 健康评估记录首页	263
7.1.6 磁共振成像	244	9.2.2 护理计划单	268
7.2 超声检查	245	9.2.3 护理记录单	268
7.2.1 超声检查概述	245	9.2.4 健康教育计划单	269
7.2.2 超声检查的准备与处理	246	参考文献	271
7.2.3 超声检查的临床应用	246		



绪 论

健康评估(health assessment)是指运用医学、护理及相关学科的知识,有目的、有计划地收集和分析评估对象的健康史,以发现其现存的或潜在的健康问题及生命过程的反应,确定其护理需求,从而做出护理诊断的一门学科。

学习目标

- ◎ 掌握健康评估的概念与内容。
- ◎ 熟悉健康评估的学习目的和要求。
- ◎ 了解健康评估的学习方法。

健康评估既论述疾病的临床表现,个体心理、社会因素与疾病间的相互作用和相互影响,又阐述各种显示健康问题的身体评估方法和技能,以及如何运用科学的临床思维去识别健康问题。学习健康评估可使学生掌握健康评估的原理和方法,学会收集和分析资料,提出正确的护理诊断,为确定护理目标、制定护理措施打下坚实的基础。

0.1 学习健康评估的重要性

护理程序是由评估、诊断、计划、实施和评价所组成的循序渐进、不断循环的动态过程。其中,健康评估作为护理程序的第一步骤,是最重要、最关键的环节。

健康评估既是执行护理程序的基础,又贯穿整个护理过程的始终,是连接护理基础课程和专业课程的桥梁,也是确保为患者提供高质量护理服务的先决条件。没有正确的健康评估资料就没有正确的护理诊断,也就无法制订和实施正确的护理计划或措施。正确的护理诊断来源于正确的健康评估理论和实践,这就需要初学者重视健康评估这门课程的学习,掌握健康评估的基本理论、基本知识和基本技能,运用科学的临床思维方法正确获得护理对象的健康问题,从而为患者提供包括生理、心理和社会等方面的整体护理。

0.2 健康评估的内容

0.2.1 身体评估

身体评估是护士运用自己的感官或借助体温表、血压计和听诊器等检查工具对评估对象的身体健康状况进行系统评估的一种检查方法。通过身体评估所发现的客观异常征象称为体征,如皮疹、淋巴结肿大、肺部啰音和心脏杂音等。身体评估以解剖学、生理学和病理学等知识为基础,常采用视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊等技巧,具有很强的技术性。正确、娴熟的评估技能可获得正确的评估结果;反之,则难以达到评估目的。因此,初学者必须接受系统、严格的训练,并反复进行学习和临床实践才能熟练掌握身体评估的技能。

0.2.2 心理、社会评估

心理、社会评估是指评估者运用心理学和社会学知识及技能获取评估对象的心理与社会功能的健康状态。护士应针对评估对象的自我概念、认知水平、情绪和情感、个性、压力与应对、角色与角色适应、文化,以及家庭和环境等方面进行评估。由于心理、社会资料的主观成分居多,因此,护士在收集、分析和判断资料的过程中不可简单地用正常和异常来划分评估结果。

0.2.3 心电图检查

心电图是指用心电图机将一个心动周期的心电位变化在体表记录下来所获取的曲线。心电图不仅可用于诊断心血管疾病,还在监测危重患者病情变化中起重要作用。护士掌握心电图机的操作方法,以及正常和异常心电图的图形特点、临床意义,可为患者的及时抢救、正确治疗和护理提供保证。

0.2.4 影像学检查

影像学检查是指借助一定的成像手段,使人体内部器官和结构显出影像,从而了解人体解剖、生理功能状况及病理变化的一种检查方法,包括 X 线检查、超声检查、计算机体层成像检查、磁共振成像检查、核医学检查等。影像学检查结果常被用作健康评估的客观资料,可为提出准确的护理诊断提供依据。

0.2.5 实验室检查

实验室检查是指运用物理、化学和生物学等实验方法对评估对象的血液、体液、排泄物、分泌物和脱落细胞等标本进行检测,从而获取疾病的病原体、组织的病理形态或器官的功能状态等客观资料的一种检查方法。护士既要掌握各项实验室检查的具体要求,从而保证结果的可靠性,又要能够以实验室检查结果作为客观资料,协助和指导观察、分析和判断病情变化,为形成护理诊断提供科学依据。

0.2.6 护理诊断与思维方法

健康评估的最终结果是形成护理诊断。护理诊断是护士采用辩证思维分析、综合、推理所

采集的健康史,寻找评估对象存在的护理问题的过程。护理诊断与医疗诊断既有区别又有联系,医疗诊断可为护理诊断提供线索,但护士在提出护理诊断时不能套用医疗诊断名称。护理诊断思维方法是护士发现评估对象现存的或潜在的健康问题及生命过程反应的一种逻辑推理方法。

0.2.7 健康评估记录

健康评估记录是护士运用问诊、身体评估、心理与社会评估等方法获取健康史,经过整理、归纳和判断后形成的书面记录,其包括为患者解决健康问题的方法及提供护理服务全过程的记录。健康评估记录具有重要的教学和科研价值和法律效力。初学者应认真学习和反复实践,逐步掌握健康评估记录的内容和书写要求。

0.3 健康评估的学习方法

评估者可通过对患者的全面、完整、正确的评估,有计划、系统地收集其健康史,并对资料进行分析判断,提出护理诊断,为制订护理计划、实施护理方案及评价护理效果提供依据。评估者只有掌握健康评估的基本理论和基本技能,在临床上善于观察和分析问题,才能及时发现患者的病情变化。同时,健康评估是实践性比较强的课程,只有经过反复实践,才能为后续临床各科的学习打下坚实的基础。

(1)学生要注重自身素质的培养,无论是在技能训练时,还是在临床实践教学环境中,都要学会与人沟通,体现对人的尊重与关爱。

(2)学生在课堂上应进行辩证思维模式训练,记录要点,主动参与问题讨论,模拟操作训练。

(3)学生应预习教材的基本内容,以准护士角色在临床实践中求证,训练提出问题和解决问题的能力。

(4)学生应在课后复习重点,善于总结,反复操作和练习各项评估技能。

0.4 健康评估的学习要求

健康评估课程的学习必须以人的健康为中心,运用护理程序知识,以护理程序为框架,以确定护理诊断为核心,以护理评估为重点,以医技检查为辅助的整体护理的能力。学生要掌握健康评估的方法。学习健康评估课程的具体要求如下:

(1)掌握交谈收集资料的方法,能够独立问诊,掌握主观资料和客观资料的临床意义。

(2)掌握身体评估的方法,能够用规范的方法系统、全面、重点、有序地进行身体评估。

(3)掌握实验室检查的标本采集方法,熟悉检查结果的临床意义。

(4)掌握心电图检查的操作方法,识别正常心电图与异常心电图。

(5)掌握常用影像学检查前后的准备与护理指导。

(6)运用护理程序进行资料采集,做出护理评估,确定护理诊断,书写完整的护理病历。



健康史评估

健康史(health history)是生活中对患者心理和躯体健康产生影响的相关事件,是建立初步护理诊断的基础之一,也是护理诊断过程的第一步。健康史的基本要素包括无法被护士观察到的感觉;过去被患者观察到的,而无法被护士确认的一些异常改变;不容易核实的以往事件(如过去的诊断或治疗等);患者的家族史和社会经济状况。



学习目标

- ◎ 掌握健康史的类型、来源和内容。
- ◎ 熟悉采集资料的基本方法和问诊的注意事项。
- ◎ 了解问诊的方法和技巧。



护理情境

患者,女,52岁,有肝硬化病史10多年。近2天来,患者自觉上腹部不适,解黑色大便,今日晨在家中进食较硬食物后感到上腹不适,呕鲜血约300 mL,伴头晕、视物模糊、心悸,急诊入院。

思考:

- (1) 护士对该患者进行健康史评估的方法有哪些?
- (2) 评估之后,护士应整理的健康史的内容包括哪些?

资料来源:作者自编。

健康史评估是有计划、系统地收集有关被评估者的资料,并对资料的价值进行判断的过程。这一过程不仅是形成护理诊断的基础,还是制订、实施和评价护理计划的依据。

1.1 健康史评估的方法

健康史评估包括被评估者的生理健康状况、心理健康状况和社会健康状况三个方面,既要

有主观资料,又要有客观资料。此外,要想获得准确、全面、客观的资料,护士就必须掌握相关的评估方法和技巧,知道从哪里获取这些资料,清楚这些资料的性质和作用。

1.1.1 收集健康史的方法

收集健康史的方法有问诊、身体评估、诊断性检查等。问诊是收集健康史最基本的方法。护士可通过问诊获得主观资料,通过身体评估和诊断性检查获得客观资料,通过归纳、分析、综合获取诊断依据,达到形成护理诊断的目的。

1. 问诊

问诊(inquiry)是护士通过与患者和相关人员的交谈及对其询问,以获取其所患疾病的发生、发展情况,诊治经过,既往身心健康状况等健康史的方法。问诊是采集健康史最基本的方法。成功的问诊是确保健康史完整、准确的关键,是每位护士必须掌握的基本技能。

(1)问诊的目的。问诊的目的是获得可靠、全面的健康史;沟通感情,与患者建立良好的护患关系;及时向被评估者反馈病情、检查、治疗、康复等方面的信息;为被评估者提供心理支持。

(2)问诊的方法与技巧。问诊的方法和技巧与获取健康史资料的数量和质量有密切的关系,这涉及沟通技能、护患关系、医学知识、仪表礼节,以及提供咨询和教育患者等多个方面。行之有效的问诊方法与技巧有重要的实用价值。

①营造轻松、舒适的环境。由于对医疗护理环境感到陌生和对疾病的恐惧,患者在接受问诊前常有紧张情绪,往往不能顺畅、有序地陈述自己的感受及病情演变的过程。因此,护士应主动为患者营造一种宽松、和谐的环境,以缓解患者的不安情绪。护士应注意保护患者的隐私,最好不要在有陌生人在场时开始问诊。如果患者要求家属在场,则护士可以同意。

问诊一般从礼节性的交谈开始,护士应先做自我介绍(佩戴胸牌是很好的自我介绍方式),讲明自己的职责。护士应使用恰当的语言或体态语表示愿意解除患者的病痛,以及尽自己所能满足他(她)的要求。例如,护士在交谈开始应正确称呼患者为“先生”或“女士”,或其他更合适的称呼。询问姓名时,护士用“先生您贵姓?怎么称呼?”这样的方式会很快缩短护患之间的距离,使问诊能够顺利地进行。同时,这种沟通方式可以使患者感受到护士的亲切与可信,自然就会乐意提供真实、详细的健康史,愿意配合护理工作,这对问诊十分重要。

②一般由主诉开始。问诊一般由主诉开始,由浅入深、有目的、有层次、有顺序地进行。问诊多从简易问题开始,待患者对环境适应、心情稳定后再询问需要思考和回忆才能回答的问题,如“你病了几天了?哪里不舒服?”。如患者主诉头痛,则护士可以问“你头痛多长时间了?能说出是怎样疼痛吗?”“在什么情况下发生头痛?”“在什么情况下疼痛加重或减轻?”“疼痛发作时有无其他症状?”“采取过哪些治疗措施?”“你认为这些治疗措施的效果如何?”等。

③注意时间顺序。护士应注意主诉和现病史中症状或体征出现的先后顺序。护士应询问清楚症状出现的确切时间,注意首发症状发展至目前的演变过程。根据时间顺序追溯症状的演变,以避免遗漏重要的资料。有时环境变化或药物可能就是病情减轻或加重的因素。按时间线索仔细询问病情可使护士更有效地获得这些资料。护士可用恰当的方式提问,如“……以后怎么样?”“然后又……”,这样就可以在核实所得资料的同时了解事件发展的先后顺序。

护士要注意问诊的系统性、目的性和必要性,护士应全神贯注地倾听患者的回答,不应该问了又问。杂乱无章的询问是漫不经心的表现,会降低患者对护士的信心和期望。

④态度要诚恳友善。护士要耐心地与患者交谈,细心地听取患者的陈述。若患者的回答不确切,护士要耐心地启发患者,如“不用急,再想一想,能不能再详细些?”。护士不可因急于了解

情况而进行套问和逼问,如“腹痛时伴有恶心和呕吐吗?”“胸痛时向左肩放射吗?”,以免患者为满足护士的询问而随声附和或躲避回答。

仪表、礼节和友善的举止有助于发展与患者的良好关系,使患者感到温暖、亲切,获得患者的信任,使其愿意说出原想隐瞒的事情。护士在适当的时候应微笑或赞许地点头示意。而恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励性语言可促进患者与护士的合作,使患者受到鼓舞而积极提供信息。

⑤避免使用有特定意义的医学术语。在选择询问用语时,护士应注意患者的文化背景及对医学术语的理解程度,用常人易懂的词语代替难懂的医学术语,如鼻衄、隐血、谵妄、里急后重、间歇性跛行等,以免导致收集到的健康史资料不确切、不完整。

⑥及时核实有疑问的情况。针对患者陈述中不确切或有疑问的情况,护士应及时核实。如果患者提供了特定的诊断和用药,则护士应询问清楚诊断是如何做出的及用药剂量等。此外,护士还要核实其他一些信息,包括饮酒史、吸烟史、兴奋药品和咖啡因服用史及过敏史等。相关习惯和嗜好方面的情况应包括名称、用量和时间。例如,对饮酒史,护士应询问清楚饮什么酒、饮多少、开始饮酒多长时间及饮酒的方式等。

⑦根据情况采取封闭式提问或开放式提问。

- 封闭式提问。封闭式提问是指使用一般疑问句,患者仅以“是”或“否”即可回答,如“你现在心情好吗?”只要求患者回答“好”或“不好”。封闭式提问直接简洁,易于问答、节省时间,但要回答的内容已包含在问句中,护士难以得到问句以外的更多的信息,且这种提问具有较强的暗示性。

- 开放式提问。开放式提问是指使用特殊疑问句,患者要将自己的实际情况加以详细描述才能回答,如“你为什么事烦恼?”患者不能用“是”或“否”来回答,而是通过详细讲述引起烦恼的事情来回答。开放式提问的问句中不包含要回答的内容,患者只能根据自己的具体情况回答,这样护士可以获得较多的资料,且提问不具有暗示性。但开放式提问内容复杂,要求患者有一定的语言表达能力,护士也要花费较多的时间耐心倾听。

采取哪种提问方式由护士根据不同的情况决定。一般说来,为了获得和掌握更多的健康资料、调动患者的主动性和积极性,问诊时宜多采用开放式提问。

⑧结束语。问诊结束时,护士要感谢患者的合作,告知患者与护士合作的重要性,并说明下一步计划、护士的作用和义务,对患者的要求、希望(如改变饮食习惯、治疗)等。

⑨分析与综合。在问诊过程中,护士要不断地思考、分析、综合、归纳患者所陈述的症状之间的内在联系,分清主次、去伪存真,这样的健康史才有价值。问诊之后,护士应将患者的陈述加以归纳、整理,按规范格式写成健康史。

(3)问诊的注意事项。

①选择合适的时间。问诊是一种情感的交流,时间选择得好,往往就能获得患者的配合。问诊的内容及其时间选择应该考虑患者的情绪。对待不同的患者,问诊的选择时机不同。

②选择良好的谈话环境。护士应选择比较安静、舒适和私密性好的环境,光线、温度要适宜,在有多张病床的病房中谈话需注意保护患者的隐私。

③选择适宜的人际沟通方式。不同文化背景的患者的人际沟通方式存在差异。护士应熟悉自己与患者的文化差异,使自己在问诊过程中的语言和行为能充分体现对患者的理解和尊重。

不同年龄的患者所处的生理及心理发育阶段不同,因而沟通能力亦不同。老年患者可能存在听力、视力、记忆力等方面的功能减退,问诊时护士应注意语言简单、通俗,语速要慢,给患者

留有足够的思考和回忆时间,必要时予以适当的重复等。对不能自述的儿童,护士要注意家长或知情者代述健康史的可靠性;对能自述者,护士要充分重视儿童的心理(如怕打针、吃药等),严密观察其回答问题时的反应,以利于判断健康史的可靠性。

危重症患者可能反应迟钝、回答缓慢,或因治疗无望而有抗拒、抑郁、孤独等心理,护士要予以理解。护士应根据不同的情况采取恰当的措施,真诚地关心、鼓励和安慰患者,争取获取更多的信息。

④注意非语言交流。在问诊的过程中,护士要注意非语言交流。护士与患者的非语言交流包括以下内容:

- 体态。护士应与患者保持适当的距离,双目平视,交谈中适时地点头或会意地微笑等。
- 倾听。护士应仔细倾听患者的诉说。
- 触摸。适当的触摸,如握手、抚摸头部或背部可使患者感到护士的关怀与慰藉,是非语言交流中最亲密的一种形式,有助于建立彼此信任的护患关系,但要根据不同的文化背景和接受程度恰当运用。

- 沉默。护士应给患者思考和调适的机会。

- 观察。在会谈中,护士应注意观察患者表情、神态、语气、语速、精神状态等的变化。

⑤避免不良的刺激。问诊时,护士不可直呼患者的名字或床号,要避免可对患者产生不良刺激的语言和表情,如说“麻烦”“难办”,皱眉、摇头、脚不停地拍击地板或用铅笔敲纸等,这样会增加患者的思想负担,甚至使其病情加重。

2. 身体评估

身体评估(physical assessment)是评估者用自己的感官或借助听诊器、叩诊锤、血压计、体温计等简单工具对被评估者进行细致的观察和系统的检查,以了解其身体状况的一组最基本的检查方法,一般在健康史采集后进行。身体评估的方法有视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊五种。要使身体评估的结果准确、可靠,护士就必须在具备医学基础知识和护理专业知识的基础上反复练习和实践。具体的身体评估内容和方法详见第3章的相关内容。

3. 诊断性检查

诊断性检查主要包括体格检查、实验室及特殊检查,可以为医护人员做出医疗和护理诊断提供依据。

1.1.2 健康史的来源

1. 主要来源

健康史主要来源于被评估者本人,因为只有被评估者本人的感受是最早、最深、最清楚的。因此,从被评估者本人处获取的资料往往最多、最可靠。

2. 次要来源

健康史的次要来源如下:

(1)被评估者的家庭成员或与被评估者有关的主要人员,如朋友、同事、邻居等。

(2)事件目击者。

(3)其他卫生保健人员,如医生、理疗师、营养师、心理医生或其他护理人员。

(4)目前或以往的健康记录、诊断报告和各種检查报告单,如实验室化验结果、X线检查报告单、病理检查报告单等。

1.1.3 健康资料的类型

1. 根据资料的采集方法分类

根据资料的采集方法,健康资料可分为主观资料和客观资料。

(1)主观资料。主观资料是评估者通过与被评估者及其家属等会谈获得的关于被评估者健康状况的资料。主观资料包括被评估者自身的各种感受、个人的经历、入院的动机和目的,对疾病的反应和对目前健康状态的认识等。主观资料不能被直接观察或评估。患者主观感受到的不适、痛苦的异常感觉或某些客观病态改变称为症状,如疼痛、乏力、食欲减退等。

(2)客观资料。客观资料是评估者通过视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊及其他实验室或器械检查所获得的被评估者健康状况的相关资料。患病后机体发生了可以观察到或感触到的改变称为体征,如黄疸、心脏杂音等,是形成护理诊断的重要依据。

2. 根据资料的采集时间分类

根据资料的采集时间,健康资料可分为目前资料和既往资料。

(1)目前资料。目前资料是反映被评估者目前健康状况的资料,包括目前的症状、体温、脉搏、呼吸、血压,或疼痛时表现出的心理状态等。

(2)既往资料。既往资料是指在此之前被评估者的健康状况资料,包括既往史、治疗史、过敏史等。

健康评估所收集资料的类型有主观的和客观的,有目前的和既往的。护士必须将不同类型的资料组合在一起,通过综合分析和判断达到为确定护理诊断、制订和实施护理计划提供完整、准确和客观的健康史的目的。

1.1.4 记录健康史的注意事项

护士在记录患者的健康史时应注意以下事项:

1. 内容要真实,书写要及时

健康史的记录必须如实反映被评估者的健康状况,不能臆想和虚构。健康史的客观性和真实性不仅关系到护理病历的质量,还是护理人员品德和作风的反映。健康史内容的真实性可通过认真的会谈、全面和细致的身体评估、辩证而客观的分析进行正确、科学的判断。健康史的记录要在规定的时间内及时完成。

2. 格式要规范,项目要完整

健康史的记录要按规定的格式书写,内容要完整,不可遗漏。

3. 表述要准确,用词要恰当

护士要运用规范的汉语和汉字书写健康史,要使用通用的医学词汇和术语,力求精练、准确,语句通顺,标点正确。

4. 字迹要工整,签名要清晰

健康史一律采用蓝色、黑色墨水笔书写,字迹应清晰、工整、易辨认。写错字需要改正时,护士不应用刮、粘、涂等方法去除或掩盖原字迹,而应用双横线画在错字上。记录结束后,护士应在右下角签全名或盖章,以示负责。上级护师修改的内容和修改者签名都要使用红笔。

1.2 健康史的内容

健康史的内容主要包括一般资料、主诉、现病史、既往史、用药史、成长发展史、家族史、系统回顾等。

1.2.1 一般资料

一般资料(general data)包括患者的姓名、性别、年龄、民族、婚姻、出生地、文化程度、宗教信仰、工作单位、职业、家庭地址、电话号码、入院日期及记录日期等。性别、年龄、职业等可为某些疾病的诊断提供有用的信息,文化程度、宗教信仰等有助于了解患者对健康的态度及价值观。同时,护士应注明资料来源(若资料来源并非患者本人,应注明其与患者的关系)及其可靠程度。

1.2.2 主诉

主诉(chief complaint)为患者感受到的最主要的痛苦、最明显的症状或体征及其持续时间。记录主诉要简明扼要,应用一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如“咽痛、高热 2 天”“活动后心慌气短 2 年,下肢水肿 2 周”。主诉不可超过 20 个字或超过 3 个主要症状。主诉要准确反映患者的主要矛盾,一般不可使用诊断名词,但特殊情况下(如“胃癌术后化疗”)诊断名词亦可作为主诉。体征一般不作为主诉,但能为患者所感知的体征而无明显症状者亦可作为主诉,如发现腹部包块、下肢水肿等可作为主诉。

1.2.3 现病史

现病史(history of present illness)是围绕主诉详细描述患者自患病以来疾病的发生、发展和诊疗、护理的全过程,是健康史的主体部分。为使现病史层次清楚、简明扼要,护士可按 3 个层次记录现病史:病史过程、有鉴别意义的阴性症状、患病后一般情况的改变。现病史的主要内容及评价如表 1-1 所示。

表 1-1 现病史的主要内容及评价

内 容	评 价
患病时间与起病情况	何时、何地、如何起病,起病缓急,病程长短,与本次发病有关的病因和诱因。现病史的时间应与主诉保持一致
主要症状的发生和发展	按症状发生的先后详细描述症状的性质、部位、程度、发作频率、持续时间、严重程度、有无缓解或加重的因素、有无伴随症状等。记录要精练,类同的症状不需要反复描述,但症状的性质、程度等发生变化时应记录变化的情况
伴随症状	与主要症状同时或随后出现的其他症状,应记录其发生时间、特点和演变情况、与主要症状之间的关系等。与鉴别诊断有关的阴性症状也应记录
诊治经过	发病后曾在何时、何地做过何种检查和治疗,诊断及治疗、护理措施及其效果
一般情况	患者患病后的精神、体力状态,食欲及食量的改变,睡眠与大小便的情况等
健康问题对其影响	患者对自己目前健康状况的评价及疾病对其生理、心理、社会各方面的影响

1.2.4 既往史

既往史(past history)包括患者既往的健康状况和患过的疾病(包括各种传染病)、外伤、手术史、预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,特别是与现病史有密切关系的疾病。既往史的记录顺序一般按年月的先后排列。诊断肯定者可用病名并加引号,诊断不肯定者可简述其症状、时间和转归。

既往史的主要内容有:一般健康状况,有无慢性病,如高血压、肝病、糖尿病病史等,是患者对自己既往健康状况的评价;急性、慢性传染病病史;预防接种史,包括预防接种时间及类型;有无外伤、手术史;有无过敏史,包括食物、药物、环境因素中已知的过敏物质等。

1.2.5 用药史

用药史(medication history)是指用过哪些药物;有无过敏反应;特殊药物,如激素、抗结核药物、抗生素等应记录其用法、剂量和时间;询问当前用药情况,包括药物名称、剂型、用法、用量、效果及不良反应等。护士应主要询问患者的药物过敏史、药物的疗效及不良反应,同时了解患者的自我照顾能力。

1.2.6 成长发展史

成长发展史(growth and development history)是反映患者健康状况的重要指标之一。

1. 生长发育史

护士可根据患者所处的生长发育阶段判断其生长发育是否正常。对儿童,护士应主要询问家长,了解儿童出生时及生长发育的情况。

2. 月经史

月经史(menstrual history)包括月经初潮的年龄、月经周期和行经期天数,经血的量和颜色,经期症状,有无痛经与白带多少,末次月经日期(last menstrual period, LMP),闭经日期,绝经年龄。月经史的记录格式如下:

$$\text{初潮年龄} \frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}} \text{末次月经日期或绝经年龄}$$

3. 婚姻史

婚姻史(marital history)包括婚姻状况、结婚年龄、配偶的健康情况、性生活情况、夫妻关系等。

4. 生育史

生育史(childbearing history)包括妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、围生期感染及计划生育情况等。对男性患者还应询问其是否患过影响生育的疾病。

5. 个人史

个人史(personal history)包括出生地、居住地和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济生活和业余爱好等社会经历;工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间等职业及工作条件情况;起居与卫生习惯、饮食的规律与质量;烟酒、异嗜物、麻醉药品、毒品等的摄入时间与摄入量;有无不洁性生活史,是否患过性病等。

1.2.7 家族史

家族史(family history)包括双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与患病情况。护士应特别询问患者的家族中是否有患有与患者相同的疾病的人,有无与遗传有关的疾病。对已死亡的直系亲属,护士要问明其死因与年龄。

1.2.8 系统回顾

系统回顾(review of systems)是通过回顾患者有无各系统或与各功能性健康型态相关的症状及其特点,全面系统地评估以往发生的健康问题及其与本次健康问题的关系。通过系统回顾,护士可避免遗漏重要的信息。系统回顾的组织与安排可根据需要采用不同的模式,如身体、心理、社会模式的系统回顾及功能性健康型态模式的系统回顾等。

1. 身体、心理、社会模式的系统回顾

(1)身体方面。身体方面的系统回顾项目及内容如表 1-2 所示。

表 1-2 身体方面的系统回顾项目及内容

项 目	内 容
一般健康状况	有无疲乏无力、发热、出汗、睡眠障碍及体重改变等
头颅及其器官	有无视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛、声音嘶哑等
呼吸系统	有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等
心血管系统	有无心悸、活动后气短、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、下肢水肿等
消化系统	有无食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸等
泌尿生殖系统	有无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、夜尿增多、颜面水肿、尿道或阴道异常分泌物等
内分泌与代谢系统	有无多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经等
造血系统	有无皮肤苍白、头晕、视物模糊、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝大、脾大等
肌肉与骨关节系统	有无疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力等
神经系统与精神状态	有无头痛、眩晕、记忆力减退、意识障碍、抽搐、瘫痪,有无幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常等

(2)心理方面。护士应对患者的心理方面进行评估。

- ①感知能力。护士应评估患者的视、听、触、嗅等感觉功能有无异常,有无错觉、幻觉等。
- ②认知能力。护士应评估患者有无定向力、记忆力、注意力、语言能力等障碍。
- ③情绪状态。护士应评估患者有无焦虑、抑郁、失望、沮丧、恐惧、愤怒等情绪。
- ④自我概念。护士应评估患者是否对自己充满信心、有自我价值感,还是觉得自己无能为力、毫无希望或成为别人的累赘等。

⑤护士应评估患者对疾病和健康的理解与反应。

⑥护士应评估患者的应激反应及应对方式等。

(3)社会方面。

①价值观与信仰。护士应了解患者的价值观,有无宗教信仰。

②受教育情况。护士应评估患者的受教育情况,包括曾接受过的各种专业教育及所取得的成绩或成果。

③生活与居住环境。护士应评估患者的生活与居住环境,包括卫生状况、居民的素质等,注意有无饮食、饮水、空气污染及各种噪声等威胁健康的因素。

④职业及工作环境。护士应评估患者从事过的职业,其是否影响正常的生活规律;患者工作环境的卫生状况、有无噪声及工业毒物接触等。

⑤家庭。护士应评估患者的家庭情况,包括家庭人口构成,家庭关系是否融洽,患者在家庭中的地位、其患病对家庭的影响,家人对患者的态度等。

⑥社交状况。护士应评估患者的社交状况,与他人的交流有无障碍。

⑦经济负担。护士应评估患者的家庭经济状况如何,患者是否因检查、治疗等所产生的经济负担而心理压力增大。

2. 功能性健康型态模式的系统回顾

功能性健康型态模式涉及人类健康和生命过程的 11 个方面。

(1)健康感知-健康管理型态。护士应了解患者自觉一般健康状况如何;为保持或促进健康所做的最重要的事情及其对健康的影响;有无烟、酒、毒品嗜好,每天摄入量;有无药物依赖性,所用药物的剂量及持续时间;女性患者是否经常做乳房自检;平时能否服从医护人员的健康指导;是否知道所患疾病的病因、出现症状时应采取的措施及其结果。

(2)营养-代谢型态。护士应了解患者的食欲,日常食物和水分的摄入情况(如种类、性质、量),有无饮食限制;有无咀嚼或吞咽困难及其程度、原因和进展情况;近期体重变化及其原因;有无皮肤、黏膜的损害;牙齿有无问题等。

(3)排泄型态。护士应评估患者每天排便与排尿的次数、量、颜色、性质,有无异常改变及其类型、诱发或影响因素,是否应用药物。

(4)活动-运动型态。护士应评估患者的进食、转位、洗漱、如厕、洗澡、穿衣、行走、上下楼梯、购物、备餐等生活自理能力及其功能水平,是否需要借助轮椅或义肢等辅助用具。日常活动与运动方式、活动量、活动耐力,有无医疗或疾病限制。

(5)睡眠-休息型态。护士应评估患者的日常睡眠情况,睡眠后精力是否充沛,有无睡眠异常及其原因或影响因素,是否需要借助药物或其他方式辅助入睡。

(6)认知-感知型态。护士应评估患者有无听觉、视觉、味觉、嗅觉、记忆力、思维能力、语言能力等改变,视觉、听觉功能是否需要借助辅助用具维持;有无疼痛及其部位、性质、程度、持续时间等;学习方式及学习中有何困难等。

(7)自我感知-自我概念型态。护士应了解患者是如何看待自己的,自我感觉如何;有无导致焦虑、抑郁、恐惧等情绪的因素。

(8)角色-关系型态。护士应评估患者的职业、社会交往情况;角色适应及有无角色适应不良;是独居还是与家人同住;家庭结构与功能,有无处理家庭问题的困难,家庭对患者患病或住院的看法;是否愿意参加社会团体;与朋友的关系是否密切,是否经常感到孤独;工作是否顺利;经济收入能否满足个人生活所需。

(9)性-生殖型态。护士应评估患者的性别认同和性别角色、性生活满意程度、性生活有无改变或障碍,对女性患者还应了解其月经史、生育史等。

(10) 应激-应对型态。护士应了解患者是否经常感到紧张,用什么方法解决(如药物、酗酒或其他);近期生活中有无重大改变或危机,在生活中出现重大问题时如何处理,是否成功,为其提供最大帮助的人是谁;等等。

(11) 价值-信念型态。护士应评估患者能否在生活中得到自己所需要的,有无宗教信仰等。