



“十四五”职业教育国家规划教材

健康评估

JIANKANG PINGGU

张淑爱 主编



河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

健康评估/张淑爱主编. —郑州: 河南科学技术出版社, 2020. 8 (2022. 8 重印)
ISBN 978-7-5725-0024-4

I. ①健… II. ①张… III. ①健康-评估-职业高中-教材 IV. ①R471
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2020) 第 116814 号

出版发行: 河南科学技术出版社

地址: 郑州市郑东新区祥盛街 27 号 邮编: 450016

电话: (0371) 65788625 65788862

网址: www.hnstp.cn

策划编辑: 李娜娜 李明辉 仝广娜

责任编辑: 胡 静

责任校对: 李金刚

封面设计: 张 伟

排 版: 周小国

责任印制: 朱 飞

印 刷: 河南省环发印务有限公司

经 销: 全国新华书店

开 本: 787 mm×1 092 mm 1/16 印张: 14.5 字数: 350 千字

版 次: 2020 年 8 月第 1 版 2022 年 8 月第 3 次印刷

定 价: 48.50 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系并调换。

中等卫生职业教育“十四五”立体教材

编审委员会

主 任 王良启

副主任 王金河

编 委 (按姓氏笔画排序)

于爱霞	王 平	王良启	王金河
王海鑫	牛会巧	尹春霞	白立庆
曲振瑞	乔庆军	刘 敏	刘万梅
刘桂萍	刘笑梦	刘淑娅	李延玲
李希科	李坪淦	李照普	吴文秀
张 莉	张文黎	张志友	张秋霞
张继新	张淑爱	武秋林	范 真
赵文慧	赵丽娅	赵清秀	钮 靖
夏 曼	顾红霞	郭明广	黄 磊
褚青康	阚书敏	魏清枝	

《健康评估》编写人员

主 编 张淑爱

副主编 黄 萍 李明哲

编 者 (按姓氏笔画排序)

于德意 刘 亚

李白煜 李明哲

张彬彬 张淑爱

屈文艳 胡 玲

黄 萍

河南科学技术出版社
Henan Science and Technology Press

编写说明

为加强职业教育教学基本建设，促进职业教育专业教学科学化、标准化，建立健全职业教育质量保障体系，教育部颁布了《中等职业学校护理专业教学标准（试行）》。该标准对专业课程进行了大幅度的调整，突出以人为本的整体素质教育，增加了公共基础课程的比例，压缩了医学基础课程的学时，强化了专业课及专业方向课程，进一步拓宽了毕业生的就业领域。依照新的专业教学标准的要求，我们组织河南省卫生职业院校骨干教师对中等卫生职业教育教材进行了再次修订。

本套教材编写的指导思想是坚持“以服务为宗旨，以就业为导向，以能力为本位”的职业教育特色，以培养具有扎实的理论知识、较强的实践能力、良好的职业素质及评判性思维能力的高素质专业人才为目标，在上一版教材的基础上进一步优化、创新，利用“互联网+教育”的思路和技术，采取纸质教材与数字资源相结合的模式，为中职护理及相关专业学生提供一套优质教材。

在修订过程中，为了使教材更好地体现职业教育的性质和特色，符合现代医学模式下专业岗位资格考试的要求，参编教师在深刻领会教学标准各项要求的基础上，广泛听取各校对上一版教材的意见，并对护士执业资格考试大纲进行认真学习和深入分析，把握近年来执业资格考试命题内容的变化趋势，力求做到观念更新、定位准确，确保本套教材在思想性、科学性、先进性、启发性和实用性方面有更好的呈现，在结构上、内容上实现整体优化，以服务于专业发展和教学改革。

在表现形式上，充分利用现代信息技术，将传统纸质教材与数字资源有机结合，在纸质教材上印制二维码，读者扫描二维码即可观看 PPT、视频，做练习题等。充分利用数字教学资源，为提升教师的教学水平、创新教学模式，以及提高学生学习的便捷性、趣味性、自主性、开放性、拓展性，提供了资源支撑。

河南省数十所卫生职业院校的教育专家和骨干教师参加了本套教材的编写，同时我们还邀请了临床护理专家参加本套教

材的编写和审定工作，为缩短教学与临床的距离，突出教材的先进性和实用性奠定了坚实的基础。本套教材的编写得到了各参编学校、医院领导的大力支持，所有参加教材编写和审定的教师及专家都付出了辛勤的劳动，河南科学技术出版社有关人员也给予了精心指导和帮助，使本套教材得以顺利出版，在此一并致以诚挚的谢意！

本次修订的编写队伍中，新增了一批年轻的教师，体现了河南省中等卫生职业教育蓬勃发展、后继有人的良好态势。我们的目标是编写一套贴近社会、贴近专业、贴近岗位、便于教与学双方使用的精品教材，在修订过程中，为提高教材的可读性和助学功能，我们也努力进行了多方面的探索和实践，但教材中可能仍存在不足之处，恳请各界同仁及使用本教材的广大师生多提宝贵意见和建议，使之逐步完善。

中等卫生职业教育“十四五”立体教材编审委员会

2020年7月

前 言

为了促进我国中等卫生职业教育的改革与发展，由河南科学技术出版社组织，我们编写了纸媒与富媒体互补的“十四五”立体教材《健康评估》。

本教材编写的指导思想是加强党对职业教育教材建设的领导，全面落实立德树人根本任务。围绕国家《中等职业学校专业教学标准》及护理与助产专业职业标准，充分体现现代职业教育的特点和中等职业教育培养目标，以服务为宗旨，以岗位需求为标准，以职业能力培养为根本，努力体现专业特色。

充分发挥教材的育人功能，在教材中有机融入党的二十大精神，体现课程思政，弘扬劳动光荣、技能宝贵、创造伟大的时代风尚，弘扬精益求精的专业精神、职业精神、工匠精神和劳模精神，培养学生在学习和实践中，坚持问题导向，坚持守正创新，坚持系统观念，培养造就大批德才兼备的高素质人才。

全书按54学时进行编写，正文共10章，内容包括绪论、健康评估的基本方法、健康史评估、常见症状评估、身体状况评估、心理-社会状况评估、实验室检查、心电图检查、影像学检查、护理病历书写。

本教材编写的特点是：①目标明确：充分发挥教材的育人功能，教材每一章都设有“素质目标、知识目标、能力目标”，形成价值塑造、知识传授、能力培养三位一体的教学目标。②定位准确：按照必需为度、适用为先的原则，主要介绍健康评估的基本理论、基本方法和基本技能，编写详略适度、简明扼要、重点突出、层次分明。③内容安排科学：注重从护理的角度去评价服务对象的健康状态，如突出生命体征、意识状态、瞳孔检查、实验室检查标本的采集、心电图的描记与观察、影像学检查前的准备与护理等；尽量避免交叉学科之间的内容重复或遗漏，注意本教材与其他临床学科教材的知识对应，以达到全

套教材的整体优化。④呈现形式新颖：在内容呈现形式上力求新颖、可视可读性强；文字简练，段落简洁分明；充分利用图、表的直观性和概括性，好懂易记；每一章的开始设有“学习目标”，每章或重点节正文之前有“情景导入”，体现情景教学、问题引领的职业教育理念；根据需要在正文中设置“知识链接”；每章后都有“小结”，结构清晰，重、难点内容一目了然；每章设置有“讨论与思考”和“练习题”，引导学生养成勤于思考的习惯，提高学生发现、分析和解决问题的能力，实现创新能力培养的教学目标。⑤纸媒与富媒体互补：每章均配有数字资源，扫二维码即可观看该章的知识链接、PPT、练习题等，既缩减了纸质教材的篇幅，又扩大了知识容量；既方便学生学习，又激发了学生学习兴趣。⑥方便学生阅读参考：书后附有常用实验检查参考值。⑦教学内容及练习题形式均与国家护士执业资格考试要求接轨。

本教材主要适用于中等职业教育护理、助产专业的教师及学生，也可供临床护理和助产工作者参考。

本教材编写团队由全省9所中高等卫生职业院校护理（助产）专业教学经验丰富的骨干教师组成。全体编者认真负责、科学严谨，在继承和创新的基础上，参考和采纳了国内有关教材的部分观点。在编写过程中，得到河南科学技术出版社、郑州黄河护理职业学院及各编者所在学校领导的大力支持，在此一并致谢！

由于课程学时的限制，健康评估所涉及的内容未能全部编写入本书。由于编写水平有限，本书内容可能存在疏漏或不足之处，敬请同行和读者批评指正。

编者

2020年5月

目 录

第一章 绪论	(1)
一、健康评估的重要地位及发展史	(1)
二、健康评估的内容	(1)
三、健康评估的学习目标和要求	(2)
第二章 健康评估的基本方法	(4)
第一节 交谈	(4)
一、交谈的方式与形式	(5)
二、交谈的注意事项	(6)
第二节 护理体检	(6)
一、视诊	(6)
二、触诊	(7)
三、叩诊	(8)
四、听诊	(9)
五、嗅诊	(10)
第三节 查阅和分析健康资料	(10)
一、查阅资料	(10)
二、分析评价资料	(10)
三、归类资料	(11)
四、提出护理诊断	(11)
第三章 健康史评估	(15)
第一节 健康史评估的方法与注意事项	(15)
一、健康史评估的方法与技巧	(15)
二、健康史评估的注意事项	(15)
第二节 健康史评估的内容	(16)
一、一般资料	(16)
二、主诉	(16)
三、现病史	(16)
四、既往史	(17)
五、用药史	(17)
六、生长发育史	(17)
七、婚姻生育史	(17)
八、家族史	(18)

第四章 常见症状评估	(19)
第一节 发热	(19)
一、病因及发生机制	(20)
二、评估要点	(21)
三、常见护理诊断/问题	(24)
第二节 疼痛	(24)
一、病因及发生机制	(25)
二、评估要点	(26)
三、常见护理诊断/问题	(27)
第三节 咳嗽与咳痰	(27)
一、病因及发生机制	(28)
二、评估要点	(28)
三、常见护理诊断/问题	(29)
第四节 咯血	(29)
一、病因及发生机制	(29)
二、评估要点	(30)
三、常见护理诊断/问题	(31)
第五节 呼吸困难	(31)
一、病因及发生机制	(31)
二、评估要点	(32)
三、常见护理诊断/问题	(33)
第六节 发绀	(33)
一、病因及发生机制	(34)
二、评估要点	(34)
三、常见护理诊断/问题	(35)
第七节 水肿	(35)
一、病因及发生机制	(35)
二、评估要点	(36)
三、常见护理诊断/问题	(37)
第八节 恶心与呕吐	(37)
一、病因及发生机制	(37)
二、评估要点	(38)
三、常见护理诊断/问题	(38)
第九节 呕血与便血	(39)
一、呕血	(39)
二、便血	(40)
第十节 黄疸	(41)

一、病因及发生机制	(42)
二、评估要点	(44)
三、常见护理诊断/问题	(44)
第十一节 抽搐与惊厥	(45)
一、病因及发生机制	(45)
二、评估要点	(45)
三、常见护理诊断/问题	(46)
第十二节 意识障碍	(46)
一、病因及发生机制	(46)
二、评估要点	(47)
三、常见护理诊断/问题	(48)
第五章 身体状况评估	(50)
第一节 一般状态评估	(50)
一、生命体征	(51)
二、意识状态	(54)
三、面容与表情	(54)
四、营养状态	(56)
五、发育与体型	(57)
六、体位	(57)
七、步态	(58)
第二节 皮肤黏膜及浅表淋巴结评估	(59)
一、皮肤黏膜评估	(59)
二、浅表淋巴结评估	(61)
第三节 头面部及颈部评估	(63)
一、头部评估	(63)
二、面部器官评估	(64)
三、颈部评估	(69)
第四节 胸部评估	(70)
一、胸部的体表标志	(70)
二、胸壁、胸廓与乳房评估	(72)
三、肺和胸膜评估	(74)
四、心脏评估	(80)
五、血管评估	(86)
第五节 腹部评估	(87)
一、腹部的体表标志与分区	(87)
二、腹部评估方法与内容	(88)
第六节 脊柱、四肢评估	(95)

一、脊柱评估	(95)
二、四肢评估	(96)
第七节 肛门、直肠、外生殖器评估	(98)
一、肛门、直肠评估	(98)
二、外生殖器评估	(100)
第八节 神经功能评估	(101)
一、感觉功能评估	(102)
二、运动功能评估	(103)
三、自主神经功能评估	(105)
四、神经反射评估	(105)
第六章 心理-社会状况评估	(112)
第一节 心理状况评估	(112)
一、评估目的	(113)
二、评估方法	(113)
三、评估内容	(113)
第二节 社会状况评估	(120)
一、评估目的	(120)
二、评估方法	(120)
三、评估内容	(120)
第七章 实验室检查	(125)
第一节 血液检查	(125)
一、血液一般检查	(126)
二、止血与凝血功能检查	(133)
三、血液生化检查	(134)
四、动脉血气分析	(140)
第二节 尿液检查	(141)
一、尿液常规检查	(141)
二、尿液其他检查	(146)
三、尿液自动化分析仪检查	(146)
第三节 粪便检查	(147)
一、标本采集	(147)
二、检查项目及临床意义	(148)
第四节 肝功能检查	(149)
一、血清蛋白质检查	(149)
二、血清胆红素检查	(151)
三、血清酶学检查	(152)
第五节 肾功能检查	(153)

一、肾小球功能检查	(154)
二、肾小管功能检查	(155)
第六节 浆膜腔积液检查	(157)
一、标本采集	(157)
二、检查项目及临床意义	(157)
第七节 脑脊液检查	(158)
一、标本采集	(159)
二、检查项目及临床意义	(159)
第八节 常用免疫学检查	(160)
一、病毒性肝炎标志物检查	(161)
二、肿瘤标志物检查	(164)
第八章 心电图检查	(167)
第一节 心电图的基本知识	(168)
一、心电图的产生原理	(168)
二、心电图导联	(168)
三、心电图的组成与命名	(171)
四、心电图测量	(173)
第二节 正常心电图	(176)
一、心电图各波段特点与正常值	(176)
二、心电图的分析方法与临床应用	(177)
第三节 常见异常心电图	(178)
一、心房肥大	(178)
二、心室肥大	(180)
三、心肌缺血	(182)
第九章 影像学检查	(185)
第一节 X线检查	(185)
一、X线临床应用的基本原理	(185)
二、X线检查方法及临床应用	(187)
三、X线检查前的准备与防护	(188)
四、正常胸腹部X线表现	(190)
五、常见疾病X线表现	(192)
第二节 超声检查	(195)
一、超声波的物理特性	(195)
二、超声的检查方法及临床应用	(196)
三、超声检查前准备	(196)
第三节 其他影像学检查	(197)
一、磁共振成像	(197)

二、核医学检查	(198)
第十章 护理病历书写	(200)
第一节 护理病历的内容与格式	(200)
一、护理病历的内容	(200)
二、护理病历的格式	(201)
第二节 护理病历的书写要求	(201)
一、入院护理评估单	(201)
二、护理计划单	(204)
三、护理记录单	(204)
四、健康教育计划单	(205)
五、出院评估单	(206)
实训指导	(208)
实训 1 护理体检的基本方法	(208)
实训 2 健康史采集	(209)
实训 3 一般状态评估	(209)
实训 4 皮肤黏膜、淋巴结、头面部与颈部评估	(210)
实训 5 胸部和血管评估	(211)
实训 6 腹部评估	(212)
实训 7 脊柱、四肢和神经反射的评估	(213)
实训 8 血糖检查	(214)
实训 9 心电图描记	(215)
实训 10 护理病历书写	(216)
参考文献	(218)

第一章

绪论



学习目标

1. 素质目标 坚持以患者为中心的服务理念，树立认真负责、严谨求实的专业思想，培养爱岗敬业、热忱奉献的职业情感，关心、爱护、尊重患者。
2. 知识目标 掌握健康评估的主要内容，熟悉健康评估的学习目标与要求。
3. 能力目标 具有科学严谨的学习态度和创新能力，具备较强的团队精神和协作意识。

健康评估是研究护理个体或家庭对现存或潜在健康问题反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的一门重要学科，是护理和助产专业基础课程与临床课程之间的桥梁课，是专业核心课程的重要组成部分，也是临床护理各学科的基础。

一、健康评估的重要地位及发展史

健康评估是一个系统、连续地收集健康资料并对资料进行分析判断的过程，是护理程序的首要环节。及时、全面、准确的健康评估是有效护理的前提，是确定护理诊断的基础，也是制订、实施护理计划的可靠依据和提高护理质量的重要保证。早在19世纪中叶，人们就已经认识到健康评估在护理中的重要性。20世纪50年代，美国护理专家Lydia Hall第一次提出了“护理程序”的概念。1967年，在有关护理程序的国际会议上就确立了护理评估的原则：评估是护理程序的第一步；评估是一个系统的、有目的的护患互动过程；护理评估的重点在于个体的身体功能和日常生活能力；评估过程包括收集资料和临床判断。20世纪70年代，随着护理诊断的提出和进展，护理评估系统逐渐形成。20世纪90年代，护理界及护理教育工作者达成共识，对诊断学课程进行改革，出版了我国第一本适用于培养高等护理专业学生护理评估技能的《健康评估》教材，2001年，健康评估课程被正式纳入高等护理专业全国规划教材体系，随后也被纳入了中等护理专业全国规划教材体系，并定位于护理专业主干课程。



扫码看知识链接

二、健康评估的内容

健康评估的内容主要包括健康史评估、常见症状评估、身体状况评估、心理-社会状

况评估、实验室检查、心电图检查、影像学检查等。本书重点介绍各部分必要的、重要的基本理论、基本知识和基本技能。

1. 健康史评估 健康史评估是通过与患者交谈，有计划地、系统地收集患者的健康资料。健康史内容主要包括一般资料、主诉、现病史、既往健康史、用药史、生长发育史、婚姻生育史、家族史。

2. 常见症状评估 症状是患者对自身生理功能异常的自我体验和感受，是主观的不适感觉，如头痛、眩晕等；体征则是利用体格检查方法能客观检查到的机体异常表现，如发热、黄疸、血压异常等。广义的症状包括体征。护士通过与患者交谈，了解各种症状的发生、发展及演变过程，对护理诊断的确定和临床病情观察有着重要的意义。

3. 身体状况评估 身体状况评估是护士运用自己的感觉器官（眼、手、耳、鼻）或借助于简单的医学检查工具（听诊器、体温计、血压计等）对患者进行全面而系统的检查，并对其健康状况做出正确的判断。在评估中所发现的机体异常表现的客观资料，是形成护理诊断的重要依据。身体状况评估是其他任何检查都不能完全替代的一种简单、方便、实用的健康评估手段，是护士必须熟练掌握的基本技能。

4. 心理-社会状况评估 心理状况评估是对患者的各种心理现象做出客观量化的评价，以了解患者的心理健康水平。社会状况评估主要了解患者存在的社会适应问题，帮助其适应角色和社会环境的变化。心理-社会状况评估在制订临床护理计划、促进临床治疗与护理计划的顺利实施等方面均发挥着重要的作用，是全面评价个体健康状况的重要内容之一。

5. 实验室检查 实验室检查是运用生物学、分子生物学、遗传学、免疫学、化学和物理学等实验技术和方法，对患者的血液、体液、分泌物、排泄物及组织细胞等标本进行检验，以获得反映机体功能状态、病理变化或病因等方面的客观资料，对协助诊断、观察病情与疗效、制订防护措施及判断预后等均有重要意义。在临床护理工作中，护士应熟悉常用实验室检查项目的正常值及临床意义，学会正确采集和送检标本。

6. 心电图检查 将心电活动用心电图机描记下来的曲线图称为心电图。心电图检查是临床上广泛应用的一种无创性辅助评估手段，对心律失常和心肌梗死尤其具有确诊价值。护士应掌握心电图检查的描记方法，熟悉正常心电图表现、常见异常心电图及其临床意义，为临床病情判断、心电监护打下坚实的基础。

7. 影像学检查 影像学检查是借助于不同的成像手段显示人体内部结构的影像，帮助了解机体结构、功能状态及其病理变化，并对其他评估结果进行验证与补充。学习的重点是常用X线检查及超声检查前的准备、检查中的配合及注意事项。

三、健康评估的学习目标和要求

以党的二十大精神为指引，以维护人民生命健康为己任，争做有理想、敢担当、能吃苦、肯奋斗的新时代好青年。通过健康评估的学习，掌握从事护理实践所必需的健康评估的基本理论、基本知识和基本技能，学会运用整体评估观和评判性思维，从护理的角度评估患者的健康状况，发现健康问题，提出护理诊断。学习目标和要求如下。

(1) 对健康评估的各部分内容做到基本概念清楚、基本知识牢固、基本技能熟练。

(2) 能熟练运用交流沟通技巧进行健康史的采集和常见症状的评估,能辨识常见症状与体征。

(3) 掌握护理体检的基本方法,熟悉身体状况评估的内容、结果判断及临床意义。

(4) 熟悉心理-社会状况评估的基本方法和内容。

(5) 能正确采集常用的实验室检查标本,熟悉常用实验室检查的参考值及临床意义。

(6) 掌握心电图描记的方法,能初步识别正常心电图和常见异常心电图。

(7) 能进行常用影像学检查的准备与配合。

(8) 具有对健康资料进行综合分析、提出初步护理诊断的能力。

(9) 能系统整理健康资料,正确书写护理病历。

(10) 关注健康评估领域新知识、新理论、新技术,不断提高专业理论水平和护理实践能力。

(11) 在学习中和实践中,坚持问题导向,坚持守正创新,坚持系统观念,具有科学严谨的学习态度和创新能力,具备较强的团队精神和协作意识。

(12) 坚持以人为本的服务理念,时刻牢记“南丁格尔誓言”,践行“精益、敬业、专注、创新”的“工匠精神”,关心、爱护、尊重患者,增强服务意识,和谐护患关系,体现新时代护理人员的职业观、伦理观和价值观和精神风貌。

(13) 明确自己在工作中享有的权利和承担的义务,正确履行岗位职责,依法维护自己的合法权益,避免不必要的护患纠纷。

讨论与思考

1. 健康评估在整体护理中有何重要作用?
2. 健康评估的主要内容有哪些?
3. 健康评估的学习目标和要求是什么?

(张淑爱)



扫码看本章小结



扫码做本章练习题



扫码看本章PPT

第二章

健康评估的基本方法



学习目标

1. 素质目标 具有尊重、爱护患者、保护患者隐私的职业意识，良好的沟通能力和伦理道德行为。
2. 知识目标 掌握交谈、视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊的方法及注意事项，熟悉护理体检各种方法的适用范围。
3. 能力目标 会运用健康评估的基本方法收集健康资料，并对健康资料进行分析、归类，提出护理诊断。



情景导入

蔡先生，35岁。近几天咳嗽、低热、乏力，今天早餐时咳嗽加剧，并咯出数口鲜血，患者情绪紧张，家人急忙陪同其到医院就诊。

请思考：

1. 与蔡先生交谈时应注意哪些问题？
2. 应用哪些方法对蔡先生进行护理体检？
3. 如何收集蔡先生以往的健康资料？
4. 针对蔡先生目前的健康状况，可提出哪些护理诊断？

健康评估须使用一定的方法去获取健康资料，并对资料进行分析、归类，提出护理诊断。要使所收集的资料全面、准确和客观，护士必须掌握有关健康评估的方法和技巧。健康评估的基本方法有交谈、护理体检、查阅和分析健康资料。

第一节 交 谈

交谈是通过护士与患者或知情人之间的交流而进行评估的一种方法。交谈的目的是获得健康史等主观资料，并为进一步的身体状况评估提供线索，评价治疗和护理的效果，了解患者对医疗和护理的需求。交谈是收集主观资料的主要方法，成功的交谈是正确评

估的基础，是护士必须掌握的基本功。

一、交谈的方式与形式

(一) 交谈方式

1. 直接提问式交谈 例如，“您咳嗽吗？”“您痰中带血几天了？”“您吃饭了吗？”“今天您能下床活动一下吗？”这种提问方式的优点是患者能直接坦率地做出回答，使护士能迅速获得所需要的信息。其缺点是回答问题受限，患者得不到充分解释自己想法和感情的机会，缺乏主动性。

2. 启发式交谈 例如，“您今天感觉怎么样？”“您哪里不舒服啊？”“您能说说这次发病的过程吗？”“刚才医生已经告诉您诊断结果了，您对治疗和护理方面有什么想法？”这种提问方式的优点是有益于患者选择回答内容及方式，护士可以获得较多有关患者的信息。其缺点是患者可能抓不住谈话重点，甚至偏离主题而占用大量时间。

(二) 交谈形式

1. 非正式交谈 指护士在护理工作中与患者的自由交谈，谈话内容不受限制，让其随意表达，可了解患者的多种信息，从中选择有价值的资料记录。

2. 正式交谈 指预先通知患者，进行有目的、有层次、有顺序的交谈。正式交谈分为三个阶段。

(1) 准备阶段：

1) 明确交谈的目的及内容：交谈的目的决定交谈的内容，通过交谈可获得患者健康史的资料，并为进一步的身体状况评估提供线索；了解患者的情绪体验、心理-社会状况、家庭环境、文化背景、生活习惯等；了解患者对医疗护理的要求，评价治疗和护理的效果。

2) 安排合适的时间：尽量方便患者，交谈时间以20~30 min为宜。应考虑患者的情绪状态，不宜在患者就餐或其他不便时交谈，以免影响交谈效果。

3) 安排适宜的环境：交谈场所要适宜，尽量减少周围环境的影响；环境应安静、舒适，光线、温度要适宜，让患者感觉舒适，并保证私密性。

4) 查阅相关资料：通过查阅患者已有资料（如门诊或急诊资料），了解患者的基本情况、主要症状及诊治经过，据此初步确定交谈方法。

5) 护士要保持衣帽整洁、仪表良好。

(2) 交谈阶段：交谈开始，应有礼貌地称呼对方并做自我介绍，先向患者说明交谈的目的、交谈所需要的时间，使其有思想准备。然后根据交谈的目的引导患者，按顺序、有层次地进行交谈。首先应从一般性简单易答的问题开始，由浅入深、由易到难。如果患者交谈内容离题太远或患者不善于主动陈述问题，护士可给予启发和引导，使之纳入正题。要注意倾听患者的叙述，不要随意打断或提出新的话题；对其陈述或提出的问题，应给予合理的解释和适当的反应，如点头、微笑等。

(3) 结束阶段：当已获得必需的资料、达到交谈目的时，对重要资料要向患者简单复述，再次确认。交谈完毕，应向患者致谢。

二、交谈的注意事项

1. 正确选择交谈对象 应尽量选择患者本人为交谈对象,对于重症、意识不清、有语言障碍、精神疾病患者及不能有效交谈的幼儿,可由其家属或知情者代为交谈。

2. 取得患者的充分信任 护士必须具有高尚的道德情操、良好的职业形象、较高的文化素养,掌握一定的社交基本理论和技巧,善于人际沟通,才能取得患者的充分信任,保证交谈的顺利进行。

3. 认真倾听,接纳、尊重患者 对患者所说的话不予以主观评判或不切实际的保证,对其不愿意回答的问题,交谈时不可操之过急,不诱问、不逼问。如果交谈涉及重要的个人私密资料,须向对方充分解释,并承诺保密,以解除其疑虑。

4. 恰当使用交谈语言 交谈时语言要通俗易懂,简明具体,避免使用医学术语。

5. 注意运用非语言沟通技巧 非语言沟通技巧如和蔼的面部表情、优雅的身体姿势、温和的目光接触、适时的微笑点头、恰当的肢体触摸等,可使患者感到护士亲切、可信,消除其紧张情绪,使交谈能顺利地进行。

6. 处理好与特殊患者的交谈 例如,老年人因体力、视力、听力有所减退,思维反应迟钝,交谈时要语言简练、放慢语速,提出问题后,应让其有足够的时间思考、回忆,注意耐心启发,必要时适当重复;焦虑、情绪低落或愤怒者,因情绪异常可能会影响交谈,护士应给予理解、尊重、宽容和安抚,应注意交谈的方式、速度,不刺激和激惹患者;对病情危重者,交谈要简明扼要,不影响抢救,待病情缓解后,再详细交谈。

第二节 护理体检

护理体检是护士应用自己的感觉器官或借助简单的医学检查工具,对患者身体进行详细的观察和系统的检查,以了解其身体状况,是采集客观资料的主要方法。护理体检的基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊,操作性及技巧性都很强。

一、视诊

视诊是运用视觉观察患者全身或局部状态的评估方法,又称观察法。视诊方法简单,适用范围广,全身及局部的许多体征均可通过视诊获得,能提供重要的评估资料。有经验的护士通过交谈和观察就能对某些健康问题做出初步诊断。

(一) 视诊应用范围

1. 全身状态观察 如年龄、性别、意识状态、营养、发育、面容与表情、姿势与步态、体位等。

2. 局部观察 可了解患者身体各部分的改变,例如,皮肤黏膜的颜色、有无出血点;睑裂大小、眼睑有无下垂、眼球有无突出或凹陷、瞳孔有无异常;耳、鼻外形有无畸形,腔道有无阻塞和异常分泌物;胸廓有无畸形、呼吸运动强弱、心尖冲动位置;腹形、腹式呼吸运动,有无肠型和胃型,腹壁静脉有无曲张;肌肉、骨骼、关节外形有无异常等。

3. 特殊部位的观察 借助某些仪器如检眼镜、内镜等,可对眼底、呼吸道、消化道

等特殊部位进行观察。

（二）视诊注意事项

（1）护士必须具有扎实的医学知识、丰富的临床经验、敏锐的观察能力，才能发现有意义的临床资料，否则会视而不见。

（2）最好在自然光线下进行观察，因灯光可以掩盖一些重要体征，如轻度黄疸、发绀和某些皮疹等。

（3）要注意保护患者的隐私。

二、触诊

触诊是通过手触摸被检查部位后的感觉来判断该部位有无异常的评估方法。手的不同部位对触觉的敏感度不一样，指腹及掌指关节的掌面对触觉最敏感，而手背皮肤对温度较为敏感。触诊使用的范围很广，遍及全身各部位，尤其多用于腹部评估。触诊可明确和补充视诊所不能确定的体征，如皮肤温度与湿度、心前区震颤、包块的大小与质地等。

（一）触诊方法及应用范围

由于检查部位和目的不同，根据触诊时施加的压力轻重，可将触诊分为浅部触诊法和深部触诊法。

1. 浅部触诊法 将一手轻轻放在被检查部位，利用掌指关节及腕关节的协同动作，以滑动或旋转的方式轻压触摸。适用于体表浅在病变，如关节、软组织、浅表淋巴结，浅部的动脉、静脉、神经，阴囊及精索等部位的检查。一般不引起患者痛苦和肌肉紧张，更有利于评估腹部有无压痛、抵抗感、搏动、包块等。

2. 深部触诊法 触诊时可用单手或两手重叠由浅入深、逐渐加压，适用于评估腹部病变及脏器情况，根据评估目的及手法的不同又可分为以下四种。

（1）深部滑行触诊法：检查时嘱患者张口平静呼吸，或与之谈话以转移注意力，尽量使腹肌放松；护士以并拢的示指、中指、环指平放在被检查部位，以手指末端逐渐触向腹腔的脏器或包块，在被触及的脏器或包块上做上、下、左、右的滑动触摸。若为肠管或条索状包块，则须做和长轴相垂直方向的滑动触诊。深部滑行触诊法常用于腹腔深部包块和胃肠道病变的评估。

（2）双手触诊法：左手掌置于被检查脏器或包块的背面，并将被检查部位托向右手方向，让被检查脏器或包块更接近体表，并使之固定，以利于右手触诊。双手触诊法多用于肝、脾、肾和腹腔肿物的评估。

（3）深压触诊法：检查压痛时，用1个或2个手指逐渐深压被检查部位；检查反跳痛时，在手指深压被检部位稍停顿的基础上迅速抬起手指，同时询问患者有无疼痛加重或观察其有无痛苦表情。深压触诊法适用于评估腹腔深部的病变、确定腹部压痛点及反跳痛，如阑尾压痛点、胆囊压痛点、输尿管压痛点等。

（4）冲击触诊法：评估时以右手示指、中指、环指并拢，并与被检查部位成 70° ~ 90° ，做数次急速、有力的冲击动作，冲击腹壁时即会出现腹腔内脏器在指端浮沉的感觉。冲击触诊法一般只用于有大量腹水难以触及肝脾者。应注意勿用力过猛，以免给患

者带来不适。

（二）触诊注意事项

- （1）触诊前应向患者介绍触诊的目的和配合方式。
- （2）检查室内应温暖，光线适宜。
- （3）护士通常应站在患者的右侧，患者一般取仰卧位，双手置于体侧，或根据检查需要随时变换体位。
- （4）护士手要温暖，手法规范、轻柔，避免引起被检部位肌肉紧张，影响检查效果。
- （5）做下腹部触诊时，应嘱患者排尿、排便，以免将充盈的膀胱或乙状结肠误认为腹腔包块。
- （6）边触诊、边观察、边思考，应注意与相邻部位的关系及左、右对照检查，以明确病变的性质及来源。

三、叩诊

叩诊用手指叩击被检查部位体表，使之震动而产生音响，根据振动和音响的特点来判断脏器状态有无异常的评估方法。叩诊主要用于肺、心脏及腹部的检查。

（一）叩诊方法与应用范围

1. 直接叩诊法 护士用右手示指、中指和环指的掌面直接拍击被评估部位，借拍击的反响和手指下的震动感判断病变情况。主要用于评估胸部或腹部范围较大的病变，如大量气胸、大量胸腔积液或腹腔积液等。此外，用叩诊锤直接叩击被检查部位以观察神经反射状况亦属于直接叩诊。

2. 间接叩诊法 是临床上应用最多的方法，可广泛应用于肺、心脏及腹部的叩诊。其要领如下（图2-1）。

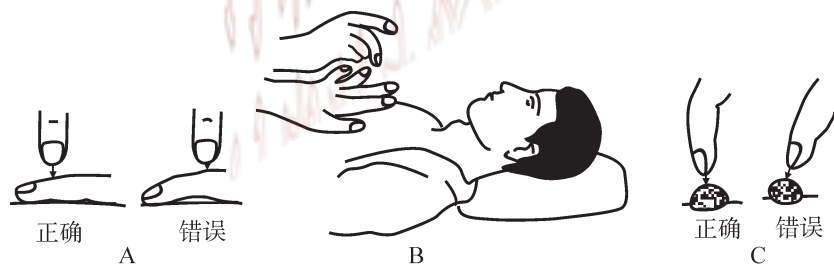


图2-1 间接叩诊法

- （1）以护士左手中指中节指骨作为叩诊板，紧贴于被检查部位，勿施重压，以免影响被叩组织的震动，其他手指稍微抬起，不与体表接触。
- （2）右手手指自然弯曲，以中指指端叩击左手中指中节指骨的远端，叩击方向与叩诊部位的体表垂直。
- （3）叩诊时以腕关节与掌指关节的活动为主，避免肘关节及肩关节运动。
- （4）叩击动作要灵活、短促、富有弹性。叩击后右手应立即抬起，连续叩击不超过3次，以免影响对叩诊音的判断。
- （5）叩击力量要均匀适度，轻重应视不同的评估部位，病变组织的性质、范围大小

或位置深浅等具体情况而定。

（二）叩诊音

叩诊音即被叩击部位产生的音响。被叩击部位组织器官的密度、弹性、含气量及与体表的距离不同可产生不同的音响。根据音响的强弱、频率等差别将叩诊音分为清音、过清音、鼓音、浊音、实音。各类叩诊音的特点、分布及临床意义见表2-1。

表2-1 叩诊音的特点、分布及临床意义

叩诊音	音响特点			正常存在部位	病理状态的临床意义
	音响强度	音调	持续时间		
清音	较强	较低	较长	肺部	无
过清音	强	低	长	无	肺气肿
鼓音	最强	最低	最长	腹部、胃泡区	气胸、肺内大空洞等
浊音	较弱	较高	较短	心、肝被肺覆盖部分	肺炎、肺不张、胸膜增厚等
实音	弱	高	短	心、肝未被肺覆盖部分	大量胸腔积液、肺实变等

（三）叩诊注意事项

（1）根据叩诊部位，患者须采取相应的体位。如胸部叩诊时取坐位或卧位，腹部叩诊时常取仰卧位。

（2）叩诊时应嘱患者充分暴露被评估部位。

（3）环境应安静，以免影响叩诊音的判断。

（4）注意对称部位的叩诊音比较。

四、听诊

听诊是直接用耳或借助于听诊器听取患者身体各部位发出的声音，以判断健康状况的评估方法，常用于心血管、肺、胃肠道等部位的评估。

（一）听诊方法及应用范围

1. 直接听诊法 用耳直接贴在患者的体表进行听诊，临床较少用。

2. 间接听诊法 借助听诊器进行听诊。主要用于心、肺、腹部、血管的听诊。常用的听诊器由耳件、体件及软管三部分构成。体件分为钟型和膜型，钟型适用于听取低调声音，如二尖瓣狭窄的舒张期隆隆样杂音；膜型适用于听诊高调的声音，如主动脉瓣关闭不全的杂音等。

（二）听诊注意事项

（1）环境要安静、温暖、避风。寒冷可引起患者肌束颤动，出现附加音，影响听诊效果。

（2）听诊时可根据病情嘱患者采取适当的体位。

（3）听诊前应注意耳件方向是否正确，管腔是否通畅，听诊器体件要紧贴听诊部位，避免与皮肤摩擦而产生附加音。

（4）听诊时注意力要集中，要排除其他音响对听诊音的干扰。例如，听诊心脏时要

排除呼吸音的干扰，听诊肺部时要排除心音或皮肤摩擦音的干扰。

五、嗅诊

1. 方法及注意事项 嗅诊是护士通过嗅觉判断患者的异常气味与疾病关系的评估方法。嗅诊时护士应轻轻将气味扇向自己的鼻部，仔细辨别气味的特点和性质。

2. 临床意义 来自皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道、分泌物、渗出物、呕吐物、排泄物及脓液或血液等的异常气味，能为护理诊断提供重要线索。具有重要临床意义的异常气味主要有以下几种。

(1) 呼气异味：有浓烈的酒味见于饮酒后，出现刺激性蒜味提示有机磷农药中毒，烂苹果味多见于糖尿病酮症酸中毒，氨味见于尿毒症，肝臭味见于肝性脑病，口臭多见于口腔或消化道的炎症等。

(2) 汗液异味：酸味见于风湿热或长期服用阿司匹林、水杨酸等药物，狐臭味见于腋臭。

(3) 痰液或脓液异味：恶臭味提示有厌氧菌感染，见于支气管扩张症、肺脓肿、肺癌、气性坏疽等。

(4) 呕吐物异味：酸腐味见于幽门梗阻，粪臭味可见于低位肠梗阻。

(5) 尿液异味：浓烈的氨味见于膀胱炎及尿潴留，鼠尿味多见于苯丙酮尿症。

(6) 粪便异味：腐臭味多见于消化不良，腥臭味见于细菌性痢疾等。

第三节 查阅和分析健康资料

一、查阅资料

除交谈和护理体检收集患者的健康资料外，护士还要查阅患者目前或以往的健康记录、门诊病历、住院病历、实验室检查结果、影像检查报告、心电图报告、医护记录或其他的医学文献等，以补充和完善评估资料。

二、分析评价资料

资料的分析与评价是对所收集到的患者的健康资料进行核实确认和分析判断的过程，以确保资料的真实性和准确性，并找出异常及相关因素。健康资料可分为主观资料和客观资料。主观资料是指患者身心的主观感受或自身体验，客观资料是指通过护理体检、使用实验室或医疗器械检查所获得的客观资料。主观资料和客观资料同等重要。

(一) 核实确认资料

在完成健康资料收集后，应首先评价其是否真实、准确，即对资料进行核实确认。特别是健康史等主观资料，因患者对有关健康状况的描述会受到心理、文化等很多因素的影响，其自认为是正常或异常的健康状况，与医学上并不一定一致，须进一步询问相关内容，以确认和补充新的资料，必要时可用客观资料对主观资料进行核实。

（二）分析判断资料

对所收集的资料还应进行分析判断，评价其是否正常，以及引起异常的相关因素。

1. 比较判断，找出异常 将所收集的资料与正常健康状况进行比较，并根据所学的专业知识，对资料进行解释、推理，从而判断资料是否正常、存在哪些异常。

2. 找出相关因素或危险因素 发现异常资料后，应进一步找出引起异常的相关因素，以便在制订护理措施时更具有针对性。如患者目前尚处在正常范围，应分析是否存在促使健康状况向异常转变的危险因素，以使护理诊断更为全面，护理措施更为准确。

三、归类资料

健康资料内容庞杂，必须采用适当的方法进行归类，使相关的资料组合在一起，才能有效避免资料出现遗漏，有利于提出相应的护理诊断。常用的资料归类方法有三种，见表2-2。

表2-2 常用的资料归类方法

归类依据	分类内容
马斯洛的需要层次理论归类	生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊重与被尊重的需要、自我实现的需要
戈登的功能性健康型态归类	健康感知与健康型态、营养与代谢型态、排泄型态、活动与运动型态、睡眠与休息型态、认知与感知型态、自我感知与自我概念型态、角色和关系型态、性与生殖型态、应对与应激耐受型态、价值与信念型态
NANDA（北美护理诊断协会）分类法Ⅱ的领域归类	健康促进、营养、排泄、活动与休息、感知与认知、自我感知、角色关系、性、应对与应激耐受性、生活准则、安全与防护、舒适、生长与发展

按马斯洛的需要层次理论归类，虽然与护理诊断没有直接的对应关系，但有利于指导护士从患者的生理、心理、社会等各个方面去收集资料。按戈登的功能性健康型态和NANDA分类法Ⅱ的领域归类，与护理诊断都有直接的对应关系，如发现有功能异常或处于功能异常的危险之中，可直接选择对应的护理诊断。



扫码看知识链接

四、提出护理诊断

护理诊断由美国学者首先提出。1990年NANDA将护理诊断定义为：护理诊断是关于个人、家庭、社区对现存或潜在的健康问题及生命过程反应的一种临床判断，是护士为达到预期的结果选择护理措施的基础，这些预期结果应能通过护理职能达到。护理诊断不同于医疗诊断，护理诊断描述的是个体对健康问题的反应，医疗诊断描述的是一种疾病或症状。

1. 护理诊断的类型及构成 护理诊断可分为现存性护理诊断、危险性护理诊断、健

康性护理诊断三种类型，见表2-3。

(1) 现存性护理诊断：现存性护理诊断是对个人、家庭、社区目前已经出现的健康问题或生命过程的反应的描述，由名称、定义、诊断依据、相关因素四部分组成。

1) 名称：是对患者目前已出现的健康状态或生命过程反应的概括性描述，常用受损、改变、紊乱、缺陷、障碍、无效等用语来表述，如“气体交换受损”“躯体活动障碍”“思维过程紊乱”等。

2) 定义：是对护理诊断名称的精确、清晰的描述，通过定义可确定每一个护理诊断的特性，并与其他护理诊断相鉴别。例如，“营养失调：低于机体需要量”，是指体重低于理想体重的20%或更多。

3) 诊断依据：是做出某一个护理诊断的判断标准，包括做出该护理诊断时必须存在的相应症状、体征及相关病史。诊断依据按其重要性可分为主要依据和次要依据。主要依据是做出一个护理诊断时必须具备的依据；次要依据是支持该护理诊断成立的依据，但不是必需的。例如，“体温过高”，主要诊断依据是体温高于正常测定值，次要依据是畏寒、口干等。

4) 相关因素：是导致健康状况改变的原因、促成因素或危险因素。相关因素主要包括：①病理和生理因素：如“冠状动脉供血不足、心排血量减少”等。②心理因素：如“焦虑、恐惧”等。③情境性因素：如“环境陌生、运动量过大”等。④与治疗有关的因素：如“化疗药物毒性反应”等。⑤成熟因素：指与年龄相关的因素，如“老年人由于肌肉萎缩而容易出现活动无耐力”。

(2) 危险性护理诊断：危险性护理诊断是对患者健康状况或生命过程可能出现的反应的描述，是指患者目前尚未出现问题，但存在危险因素，有可能发生问题。危险因素是导致患者健康状况发生改变的可能性增加的因素，也是确认危险性护理诊断的依据。危险性护理诊断由名称、定义及危险因素三部分组成，在现存性护理诊断名称的基础上，描述为“有……的危险”，如“如有窒息的危险”“有皮肤完整性受损的危险”等。

(3) 健康性护理诊断：健康性护理诊断是对个人、家庭或社区具有进一步提高健康水平潜能的描述。健康性护理诊断只有名称部分，如“母乳喂养有效”“有家庭应对增强的趋势”等。

表2-3 护理诊断的类型及构成

类型	构成	示例
现存性护理诊断	名称、定义、诊断依据、相关因素	营养失调：高于机体需要量 与摄入过多、缺少运动有关
危险性护理诊断	名称、定义、危险因素	有感染的危险 与化疗致白细胞减少、免疫功能降低有关
健康性护理诊断	名称	母乳喂养有效

在临床护理实践中，还有一些无法完全包含在护理诊断范畴的问题，这些问题不能通过护理措施独立解决，而是需要与其他健康保健人员特别是医生合作解决的问题，称

为合作性问题。合作性问题的表述均以潜在并发症开始，其后为潜在并发症名称，如“潜在并发症：呼吸衰竭”。合作性问题一旦确立，需要护士监测以便及时发现某些疾病过程中的并发症，并根据医嘱和护理措施进行处理，以减少其发生的可能性。

2. 护理诊断的陈述

(1) 护理诊断的陈述方法：护理诊断有三部分陈述、两部分陈述和一部分陈述三种陈述方法，见表2-4。

表2-4 护理诊断的陈述方法

陈述方法	陈述示例
三部分陈述（PSE公式陈述法）：P代表健康问题，即护理诊断的名称；S代表症状和体征，即诊断依据；E代表病因，即相关因素	营养失调（P）：低于机体需要量（S） 与进食过少有关（E）
两部分陈述（PE公式陈述法）	有受伤的危险（P） 与意识障碍所致躁动不安有关（E）
一部分陈述（P陈述法）	有增强家庭应对的趋势（P）

(2) 护理诊断陈述的注意事项：

1) 应根据护理诊断的类型恰当选用护理诊断的陈述方式，应尽量使用NANDA认可的护理诊断名称，不可随意创造，不能与医疗诊断相混淆，如“体温过高”不能表述为“发热”。

2) 应使用规范的陈述格式，如“知识缺乏”应书写为“知识缺乏：缺乏……方面的知识”。

3) 相关因素的陈述应使用“与……有关”，如“清理呼吸道无效 与痰液黏稠有关”。应尽量表述得具体、直接，不能直接将医疗诊断作为相关因素。

4) 书写合作性问题时，必须按固定格式书写，如“潜在并发症：心力衰竭”。不能漏掉“潜在并发症”，以避免与医疗诊断相混淆。

3. 护理诊断的排序 如患者同时出现多个护理诊断或合作性问题，则需要将出现的护理诊断或合作性问题按其重要性、紧迫性排列主次顺序，一般将对健康威胁最大的问题放在首位，以便确定优先解决的问题。常选用首优、中优和次优问题的顺序排列护理诊断。

(1) 首优问题：指对生命有威胁，需要立即采取措施解决的问题，如“自主呼吸受损”“急性意识障碍”“心排量减少”等。

(2) 中优问题：指不直接威胁生命，但能导致身体不健康或情绪变化的问题，如“排便失禁”“床上活动障碍”等。

(3) 次优问题：指在应对社会发展和生活变化时所产生的问题，护理对象仅需要较少的帮助即可解决的问题，如“缺乏娱乐活动”等。

除上述排序方法外，护理诊断的排序也可选用马斯洛的需要层次理论排列，先满足低层次需要，再考虑高层次的需要；或者在与医疗原则不冲突的情况下，护理对象认为最重要的问题可以优先解决；现存性问题优先解决，然后考虑危险性问题和健康性问题。



扫码看知识链接



讨论与思考

1. 患者，男，70岁，高血压病史多年，今早醒来感觉右侧口角歪斜、流口水，说话含混不清，右侧上下肢不能自主活动，右侧肢体感觉缺失。入院后，患者因担心病情情绪很不稳定。

- (1) 与该患者交谈，应做哪些准备工作？
- (2) 采取何种交谈形式有利于健康资料的获取？
- (3) 交谈时应该注意什么问题？

2. 患者，女，20岁，未婚，下腹部疼痛8h来院就诊。

- (1) 对该患者护理体检时，除全身检查外，应重点检查哪些部位？
- (2) 对患者腹部体检时可使用哪些方法？
- (3) 男护士对女性患者体检时应注意哪些事项？

(张淑爱)



扫码看本章小结



扫码做本章练习题



扫码看本章PPT

第三章

健康史评估



学习目标

1. 素质目标 具有严谨自律的工作作风、良好的职业态度。
2. 知识目标 掌握健康史评估的内容，熟悉健康史评估的方法。
3. 能力目标 能够运用沟通的技巧，对患者进行健康史评估。



情景导入

王女士，65岁。3d来低热、头晕，今晨起床加剧，由家属陪同到医院就诊。

请思考：

1. 与王女士交谈前应做好哪些方面的准备？
2. 与王女士交谈应注意遵循哪些原则？
3. 要收集王女士哪些方面的健康史信息？

第一节 健康史评估的方法与注意事项

一、健康史评估的方法与技巧

健康史评估是指通过护士与患者及相关人员进行沟通和交流，收集记录所获得的资料，再进行整理分析提出护理诊断。健康史评估的方法以交谈为主。健康史采集是临床护士必须掌握的基本技能。健康史评估是健康评估最重要的内容之一，系统准确的资料收集是进行护理诊断及制订护理计划必备的前提。

二、健康史评估的注意事项

- (1) 尊重患者，对患者应一视同仁；尊重患者的隐私权；避免使用刺激性语言。
- (2) 语言要通俗易懂，先从简单的、容易回答的问题开始。如“你哪里不舒服？”“怎么不舒服？”“什么时候开始出现的？”等，然后有顺序地逐步展开有目的、有层次的询问。应避免使用医学术语，如“里急后重”“心悸”“端坐呼吸”等，以免患者发生理解错误，致使资料不准确。

(3) 交谈过程中,对有价值的信息资料可进行适当的启发询问,如“除此以外,还有别的不舒服吗?”等。但应注意方法,避免诱导性或暗示性提问。暗示性询问是一种能为患者提供带倾向性特定答案的问诊方式,如“您咳嗽是不是伴有脓痰?”。正确的交谈应该采用开放性的问题,如“您除了咳嗽还有什么不舒服吗?”。

(4) 对患者陈述中不确切或有疑问的信息,如病情与时间、某些症状与检查结果等,要及时澄清、核实,以确保病史的真实可靠性。

(5) 注意文化差异,不同文化背景的人在人际交流的方式及对疾病的反应方面存在差异,护士应充分理解和尊重患者的文化背景和价值观。

(6) 对病情危急者,询问应简明扼要抓重点,待抢救结束或病情稳定后再详细询问。

第二节 健康史评估的内容

一、一般资料

一般资料包括患者的姓名、性别、年龄、民族、籍贯、职业、婚姻、文化程度、工作单位、家庭住址及联系人电话、入院日期、入院方式、入院诊断、病史供述人、病史可靠程度、记录日期等。对于资料来源不是患者本人者,应注明其与患者的关系。

二、主诉

主诉是患者感受到最痛苦或最明显的症状和(或)体征及其持续时间,也是本次就诊最主要的原因。主诉要求简明扼要,如“发热3d”。若病史较长,症状较多,应按其发生的先后顺序记录,如“反复下腹部疼痛3年,加重伴呕吐1d”。

三、现病史

现病史是健康史的主体部分,是记录患者患病后的全过程,即疾病的发生、发展、演变和诊疗经过。包括以下内容。

1. 起病情况与患病时间 包括发病时间、起病的急缓,以及本次发病的相关病因及诱因等。

2. 主要症状的特点 包括主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、发作频率,以及缓解或加重的因素等。

3. 伴随症状 是与主要症状同时或之后出现的一系列其他症状,可为疾病的鉴别诊断和病情变化提供重要信息。

4. 病情的发展与演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现等,为更准确地判断病情提供依据,例如,消化性溃疡患者突然出现剧烈的腹痛,则应考虑发生并发症的可能。

5. 诊疗及护理经过 患者本次就诊前曾在何时、何地做过何种检查及诊断结果,所采取的护理措施和效果等,为本次诊治及护理提供参考。

6. 发病后的一般情况 患病后的精神状况、体力状态、饮食、睡眠与大小便等情况

有无变化。

四、既往史

既往史包括患者既往的健康状况和患病情况等。

1. 既往健康状况 是患者对自己过去健康状况的评价。对曾患过疾病者，应询问所患疾病的时间、诊治等情况。诊断明确者应用病名加引号予以记录，如曾患“糖尿病”“消化性溃疡”等。

2. 外伤、手术史 既往外伤或手术发生的原因、时间、部位、严重程度、处理经过等。

3. 预防接种史 包括预防接种的种类、时间等。

4. 过敏史 有无食物、药物及其他物质接触过敏史等。

五、用药史

应询问既往及目前治疗所用药物的名称、剂量、给药方法和时间、疗效，尤其应注意问清楚有无不良反应及过敏等状况。

六、生长发育史

生长发育史主要包括生长发育情况、个人史和月经史。

1. 生长发育情况 对儿童患者，应询问其家长，了解患儿出生情况及生长发育情况，根据患儿所处的生长发育阶段判断其生长发育史是否正常。

2. 个人史

(1) 社会经历：包括出生地、受教育程度、居住地及居住时间、有无疫区和地方病流行区居住史、经济生活和业余爱好等。

(2) 职业及工作条件：包括具体工种、工作环境、劳保水平、有无工业毒物的接触史等。

(3) 习惯与嗜好：包括饮食、起居、卫生习惯等，尤其对烟酒嗜好者，应询问持续时间、摄入量及是否戒除等。

3. 月经史 对适龄女性患者，应询问月经初潮年龄，月经周期，行经期，月经量、颜色、有无血块，痛经与白带情况，末次月经日期，绝经年龄。记录格式如下：

$$\text{初潮年龄} \frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}} \text{末次月经时间或绝经年龄}$$

七、婚姻生育史

1. 婚姻史 应询问婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。如丧偶，应询问死亡年龄、原因和时间。

2. 生育史 对适龄女性患者，应询问生育情况，包括妊娠与生育次数，有无人工或自然流产，有无早产、手术产或死胎、围生期感染，现存子女情况及计划生育情况等。

八、家族史

家族史包括父母、兄弟、姐妹及子女健康与疾病情况，特别要询问是否患有与患者类似的疾病、有无与遗传有关的疾病、有无传染病史等。对已死亡的直系亲属，还要询问死亡的原因和年龄。

讨论与思考

1. 患者，女，25岁，左下腹疼痛，无家属陪同就医。
 - (1) 应从哪些方面对该患者进行健康史采集？
 - (2) 对该患者进行病史采集时应注意哪些事项？
2. 健康史评估的内容包括哪些？

(于德意)



扫码看本章小结



扫码做本章练习题



扫码看本章PPT