

第一章

绪 论

通过本章的学习，要求同学们了解临床护理学的概念、内容及发展方向，理解临床护理学的学习目的、方法和要求，能说出临床护士的角色功能及应具备的基本素质。

临床护理学是介绍维护人类身心健康的临床护理理论、知识和技能，运用护理程序实施整体护理，以减轻病人痛苦、促进康复、保持健康的一门应用性专业护理课程。

一、临床护理学的内容

临床护理学涉及范围广，内容丰富，知识体系的整体性强。其内容包括健康评估、临床各科疾病的护理及急重症护理等多学科知识。每种疾病的内容大致包括概述、病因及发病机制、病情判断（症状、体征、并发症、实验室及其他检查）、防治要点、护理评估、常见护理诊断/护理问题、预期目标、护理措施等。其中护理措施又分为病情观察、生活护理、用药护理、对症护理、心理护理、健康教育几部分。

二、临床护理学的学习目的、方法和要求

通过本课程的学习，应树立“以人的健康为中心”的护理理念，理解整体护理的科学内涵，能运用临床护理学的知识和技能，按照护理程序为病人提供身心健康服务，初步具有向个体、家庭、社区开展健康教育的能力。通过课堂教学、讨论、示教、操作训练、见习和实习等方法，学生应在理解、掌握临床常见病的临床过程和这些疾病带给病人的健康问题的基础上，学会如何判断和处理病人现存的和潜在的健康问题。在学习过程中树立以病人为中心的服务观点，以理论指导实践，结合实际病例查阅参考资料进行自学；运用护理临床思维，培养和提高运用所学知识和技能为病人提供有效帮助的能力。通过本课程的学习，要求学生能够掌握如下内容。

1. 了解常见病的概念、治疗原则，理解常见病病人的护理评估、护理诊断，掌握护理措施的内容。具有对护理对象进行护理评估和参与应用护理程序、实施整体护理的能力。

2. 了解常见急危重症病人的急救原则，在教师指导下，能对急危重症病人进行初步应急处理和配合抢救。

3. 具有对常见病病人的病情变化和治疗反应进行观察与初步分析的能力。

4. 具有向个体、家庭、社区提供保健服务和开展健康教育的能力。

5. 树立全心全意为护理对象服务的思想，表现出关心、爱护、尊重护理对象和认真、严谨、热情、勤快的工作作风。

6. 具有良好的学习态度，刻苦勤奋学习专业知识，为从事临床护理工作打下必备的基础。

三、临床护理学展望

生物-心理-社会医学模式和现代护理观的形成，促进了临床护理学的发展。随着人类文明和科学技术的进步，人民生活水平的提高，疾病谱发生了很大变化。在我国，原有的一些传染病、寄生虫病已基本得到控制，某些地方病的发病率明显

降低，而心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性支气管炎、糖尿病等与生活方式、环境因素有关的疾病，以及某些传播疾病则呈上升趋势。人民群众对卫生保健服务的需求，表现在不仅要求治疗疾病，更重要的是促进和保持健康，预防疾病。这些变化促使生物-心理-社会医学模式取代了原有的生物医学模式，以整体的人的健康为中心的现代护理观，也相应地取代了原有的以疾病护理和以病人护理为中心的护理观。这些观念的转变使临床护理学已不再局限于医院内病人的护理，而是把护理工作的任务扩展到促进健康、预防疾病、协助康复、减轻痛苦的全过程护理，着眼于整体的人的生理、心理、社会、精神需求；把护理工作的场所从医院扩展到家庭和社区。

近年来，临床医学发展迅速，对许多疾病病因和发病机制的认识日趋深化，新的诊断检查技术及治疗方法不断涌现。如在检查和诊断技术方面，心、肺、脑的电子监护系统用于持续的病情监测，能连续记录并显示各项监测指标，在检测指标超出设定范围时及时报警；内镜技术的改进使其用途不断扩大，通过直接观察、摄影摄像、采集脱落细胞和活组织检查等方法，有效地提高了消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔内一些疾病的早期诊断和确诊率。在治疗技术方面，器官移植技术及术后有效的免疫治疗，使脏器功能严重衰竭病人的生命得以延长；埋藏式人工心脏起搏器向微型、长效能源、程序控制和多功能化发展；心导管诊断和治疗技术的进展，使一些心脏病的疗效大为改善。城市医院正向网络化、微机化、智能化方向发展。上述列举的各项新的诊疗方法，都需要护理人员参与和配合，协助医生共同完成。现代医学的进步和发展拓宽了临床护理学的领域和内容，对护理人员知识层次的要求也越来越高。临床护理工作应该勤奋、钻研和创新，为临床护理学的发展做出贡献。

四、临床护士的职责和素质

护理工作是一个助人的职业，投身于这个事业的人应富于爱心、耐心、细心、热心、同情心和责任心。传统的观点认为，医生在医疗中占主导地位，护士只是助手，这是非常片面的。目前的趋势是医疗和护理分工合作，相辅相成，缺一不可。医疗是诊断和处理人类健康问题的科学；护理是诊断和处理人类对现存的或潜在的健康问题所产生反应的科学，二者只是关注点不同。医生的主要职责是治疗，次要职责是照顾；而护士的主要职责是照顾，次要职责是治疗。有了亲切周到、细致入微的照顾，治疗才能发挥更大的效果。在完成这些基本功能的过程中，护士担当基本护理活动的提供者、病人安全和利益的维护者、人类健康的咨询者、医护工作的协调者、病房工作的管理者、年轻护士的教育者、护理科学的研究者等重要职责。

护理是健康所系、性命所托的崇高事业。临床护士是人类健康的保护神，其工作涉及面广、专业性强，具有复杂性、连续性、继承性和服务性。护士素质不仅与医护质量息息相关，而且每一个细节都关系着病人的生命安危，维系着人们的健康生存和千家万户的幸福。因此，不断提高自身素质，是成为一个合格的临床护士的重要条件和任务。现代护士应具备的基本素质包括以下几项。

1. 政治思想素质 临床护士要热爱祖国、热爱护理专业，具有高尚的道德情操，有正确的人生观、价值观，以追求人类健康幸福为己任，具有自尊、自重、自强不息的奋斗精神和一丝不苟的责任心，具有为护理事业而献身的远大目标和为护理学科的进步而勤奋学习、努力钻研的刻苦精神。护理工作是高尚平凡的职业劳动，护士要不为名利所诱惑，不受世俗所干扰，端正从业动机，服从事业和社会需要，坚持正确的行为准则，严谨认真，正直无邪，以高尚的人格忠实维护病人的利益。

2. 文化业务素质 临床护士要具备一定的基础文化知识，人文、社会科学知识，医学、护理理论知识。基础文化知识是深入学习和理解医学、护理学理论的必备条件。护士必须学会尊重人、理解人，进而才会真诚地关心人、照顾人。护士要懂得爱、懂得美、懂得社会道德规范和具有与人交流思想的技能，所以护士要掌握心理学、伦理学、哲学、美学等人文、社会科学知识。医学、护理学等专业理论课程是护士从事临床护理工作的理论基础。切实掌握、理解这些知识是解决临床护理工作的重要理论依据。护士要孜孜不倦地学习，以强烈的求知欲汲取知识营养，不断提高自己的知识品位。

3. 身体心理素质 临床护士要有良好的体魄、开朗的性格和健康的心理素质。临床护理工作繁重，有时会有大批病人出现，需要立即投入诊疗和护理，工作负担骤然加重，如果没有强健的体质，便不能适应工作。护士还要有良好的心理素质，待人热情开朗、宽容豁达。知识、技术、情感的综合运用是临床护理工作的特色。护士情感的核心是“爱”，对生命的爱心和对事业的热爱而铸就的美好、细腻的情感是对病人进行心理治疗的良药，临床护士要有整洁的仪表、举止大方，待人礼貌，言语轻柔，真正成为病人心目中的白衣天使。

4. 操作技能素质 熟练的操作、娴熟的技术，是做好护理工作、满足病人需要的重要条件。临床护理学所有的技术操作都是临床护士必须掌握的基本功。而娴熟的技术是在深刻理解其原理、目的、操作步骤的基础上，正规训练，反复实施才能掌握的。在临床护理实践中，护士细致入微的观察能力、稳重冷静的应变能力、准确果断的判断能力、有条不紊的处置能力是护士技能素质的重要表现。新时代的临床护士，应将培养和提高自身的优良素质作为执着追求的目标去努力实践。

（刘东升 倪 居 高文龙）

第二章

护理评估基础

护理评估是护士对病人生理功能及心理社会功能的全面评价，是护理程序的关键。护士通过全面系统的护理评估，为下一步制订护理诊断、寻找护理问题、明确预期目标及完成护理措施提供坚实的基础。

通过本章学习，要求重点熟悉评估资料的收集和记录；掌握健康史的采集方法及常见护理诊断和陈述方法；熟练掌握护理体检方法、正常表现及常见异常表现的临床意义；了解实验检查及其他检查的临床应用。

第一节 病人评估总述

随着临床医学的发展和医学模式的转变，目前的内科护理是以病人为中心、以解决问题为目标、以科学护理程序的方法进行护理。病人评估是护理程序的基础，是护理程序的最初阶段。护士通过与病人的交谈、观察，结合护理体检，分析各种资料，并且有目的、有计划地收集资料，为护理活动提供可靠依据。

为了评估的正确性，护士必须具备以下能力：敏锐的观察能力和分析能力，如病情观察和有关资料的分析。有效的沟通能力，要求护士与病人的交往中，其言行、举止、表情都应该注意技巧。学会做护理体检。学会做出合理的推论并确认印象。

临床病人护理评估步骤包括：资料的收集。资料的整理和分析，并将资料与各项治疗护理标准对比。列出常见护理诊断/护理问题。

一、收集资料

收集资料是护理程序中最关键的一步。收集资料的目的是为正确列出护理诊断/护理问题提供依据。只有在完整、全面、准确收集资料的基础上，才能订出符合实际的护理计划。

(一) 收集资料的方法

护士收集资料的方法主要有观察、交谈、体格检查和查阅有关资料。

1. 观察 护士用自己的感觉器官去收集资料。病人入院后，护士与病人初次接触，观察随之开始，观察病人的一般状况，如年龄、外貌、体位、营养、步态、精神等状况。观察是一个连续性的过程。观察能力的强弱与每个护士的理论和临床经验有关。一位有技巧、有能力的护士必须随时都在观察，且能机警、敏锐地及时做出反应。

2. 交谈 护士通过与病人或其家属的交谈来了解病人的健康情况。有效切题的交谈是非常重要的。交谈可分为正式交谈和非正式交谈。

(1) 正式交谈：是指有目的、有计划地交谈。如病人入院后采集护理病史，就是按照事先通知病人，并确定收集资料的项目内容进行的。

(2) 非正式交谈：是指护士在日常的护理活动中与病人随时交谈取得的信息。如常规护理或护理查房时，常可获得病人的真实感受和心理反应。

3. 护理体检 护士通过对病人进行身体评估来获取客观资料。通常运用视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊等方法来了解病人的生命体征，发现病人全身或局部的病理形态改变，及时了解病人现存或潜在的健康问题。

4. 阅读 包括病人的病案记录和医疗护理的有关文献资料。如门诊和住院医疗病案、各种实验室检查和辅助检查报告单、护理记录单。通过查阅文献可以了解典型病人的护理诊断，为护理活动提供依据。

(二) 资料的来源

1. 病人本身 是最主要最直接的来源。多数病人能够愿意协助护士提供患病的有关资料，促进疾病康复。

2. 与病人有关人员 如了解病人情况的至亲好友、同事、邻居等。

3. 其他医务人员 如住院病人突然病情发生变化以至出现昏迷，其资料可有了解病情的医生和护士提供。

4. 既往健康记录 病情记录及各种实验室及其他检查报告等。

(三) 收集资料的种类和内容

1. 资料的种类

(1) 一般资料：包括病人的姓名、性别、年龄、籍贯、民族、文化程度、信仰、婚姻状况、家庭住址和入院日期。

(2) 主观资料：包括病人对健康状况的主观感觉和情绪体验，即病人自我介绍的资料。如“我最近两天总是感到恶心”、“我每天晚上服用安眠药”、“我预感病情十分严重”。

(3) 客观资料：包括护士通过观察、检查获得的病人的体征以及心理反应。如病人面色苍白、大汗淋漓、血压下降；病人下午4时体温39℃；肾区有叩击痛；情绪紧张等。

2. 收集资料的范围 包括有关病人身体健康状况、心理状态、社会交往、家庭状况等多方面的资料。

(四) 资料记录

1. 主观资料要按病人原话记录，描述的词语应确切，能正确反应病人的问题，不要带有护士的主观判断和结论。如：“病人主诉头痛像裂开一样”；不能记录为“病人是严重的血管神经性头痛”。“病人主诉腹痛时痛得在床上打滚”；不能记录为“病人有严重腹痛”。又如对一恶性肿瘤病人在情绪方面的描述：“病人有悲观绝望情绪”，应记录为：“病人当时泣不成声，失望地说‘我的病治不好了’”。

2. 客观资料应使用医学术语，但语言要简单，书写清楚，不可使用含糊不清、不明确的词，如尚可、了解、好、坏、佳等。应采用肯定、确切的词语。如“病人睡眠好，饮食佳”，最好写成“病人每晚睡眠7~8h，每天吃主食300g，水果2个”。又如：上消化道出血病人入院后“再次呕血量少许”。应记录为“4pm病人呕血1次，量约300ml，呈暗红色”。

3. 某些观察到的客观资料还须用主观资料来证实。如观察到某个病人沉默不语，情绪低落，中午茶饭未进，可能怀疑病人是想家了，为了证实观察结果的判断，可试探性地询问病人：“你今天看起来很不高兴，午饭也没有吃，是不是想家了”。病人的回答可能否定了你观察的结果：“我不是想家，只是头痛得厉害”。从而可以针对病人头痛，采取有效的护理措施，减轻和缓解病人躯体的不适。

二、资料整理和分类

将所收集的主观客观资料进行整理和分类，区分哪些是属于健康的资料，哪些

属于有意义的资料。有意义的资料是构成某一护理诊断的必要依据。将有意义的资料与正常值比较，确定病人需要解决的护理问题，做出全面估计。

在资料分类时，可按马斯洛（Maslow）的人类基本需要层次论分类，找出病人哪些需要没有得到满足；也可按戈登（Gordon）的 11 个功能性健康型态分类，整理后与正常健康型态比较，分析出有改变的部分。

三、资料的分析与比较

将上述收集的资料与正常标准相比较，要求护士必须掌握解剖学、生理学、社会科学及行为科学的知识，用科学理论来评估病人的各种功能水平，如身高、体重、生命体征、认知情况、应对能力。从中找出异常情况，做出护理诊断 / 护理问题，制定护理计划。

四、护理诊断 / 护理问题

护理诊断或护理问题是评估中的最后产物。护理诊断是根据护理评估中的一些消极因素而提出有关病人健康问题。护理诊断是指关于个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应的一种临床判断。护理诊断不同于医疗诊断。医疗诊断是针对个体，是一种疾病的名称，是指疾病的病理变化及过程，是在医生职责范围内能处理的。而护理诊断则是针对个体或群体存在的健康问题，属于护士职责范围内通过护理措施能解决的问题。其陈述的方式，一般按 PES 公式来陈述。

1. 健康问题 P (problem)。
2. 原因 E (etiology)。
3. 症状或体征 S (symptoms or signs)。

例如： 排便异常 (P),便秘 (S),与长期卧床有关 (E)。② 清理呼吸道无效 (P),呼吸困难 (S),与无力排痰有关 (E)。

也可将护理诊断简化为两个部分即：护理诊断 = 问题 + 原因，或护理诊断 = 症状 + 原因。

例如： 皮肤完整性受损 (P),与长期卧床有关 (E)。②焦虑 (S),与医疗诊断不明有关 (E)。

护理诊断可分为三类：现存的、有……危险的和健康的护理诊断，以前两种最为常用。

护理诊断在我国尚处于发展阶段，有待于进一步完善。目前国内常以“北美护理诊断协会”(North American Nursing Diagnosis Association, 简称 NANDA) 认可的 148 项护理诊断名称作为参考，也可暂时用护理问题这个名称表示，即：护理诊断 / 护理问题。

(周庆云)

第二节 健康史的采集

病人健康史的采集是护士对病人进行估计的开始。要获得病人健康资料，必须通过健康史的采集。采集的主要方式是交谈。交谈是护士与病人沟通思想、获得情况，进而取得病人信任所必不可少的一种手段，是护士必须掌握的基本技能。通过交谈来了解病人所患疾病的发生、发展、病理变化，以及带来的躯体不适、活动障碍和心理反应。结合以往的健康情况、生活习惯、家庭背景、经济状况，了解病人需要解决的健康问题。同时观察和预防可能出现的问题。为病人提供有效的护理措施。

一、采集方法

(一) 准备阶段

1. 时间一般在病人入院事项安排就绪后进行交谈，不宜在病人就餐或其他不便时间内进行。护士应根据病人情况掌握交谈时间，一般以 20~30min 为宜。若病人太累或出现不适时则应终止交谈，危重病人则需在病情稳定后进行。

2. 安排合适环境 谈话环境尽可能安静、舒适，保证交谈不受干扰。病情轻者，可将病人或家属请到办公室；重病人则可在床边进行。要有适宜的照明，护士与病人之间距离以 1m 左右为宜。

3. 确定交谈目的 病人健康史的采集重点在于了解病人对疾病的认识及心理状态、日常生活习惯、住院带来的不便、陌生环境的适应能力、对医疗护理的需求，以及护患双方共同关心的问题。

4. 参阅有关资料为了使交谈达到预期目标，护士应了解病人基本情况及所患疾病的有关医学知识。如通过查阅门诊、急诊病历，力求了解病人的姓名、年龄、职业、入院诊断；通过查阅书籍，了解该病的主要临床表现，必要辅助检查、治疗、护理措施。

(二) 起始阶段

为了给沟通和交流创造出融洽的气氛，护士在交谈的开始应有礼貌地称呼对方，并做自我介绍。如介绍自己的姓名，本病室其他护理人员，医院设施、布局，探视和作息时间等，使病人感到亲切、温暖、平等，消除顾虑。而这种平等气氛对交谈的顺利进行又特别重要，更有助于病人在无压力、较轻松的情况下诉说内心感受，也避免给病人造成被审问的感觉。随后可谈谈入院后的情况、住院环境、学习工作、家庭子女等一些简单聊天式问题，使病人和护士相互适应，但不要谈的过多，否则会使交谈离题太远。

(三) 探讨阶段

在护士和病人相互已比较熟悉，双方感到比较舒坦和自然情况下，护士可向病人说明交谈的目的。如“为了使您在住院期间得到更好的护理，促进疾病康复，

我想了解一下您的患病情况、病因、生活习惯、以往的健康状况，大约占用您 30min 时间 您看可以吗？”

交谈开始后，护士要注意沟通交流技巧，一般多听少问，让病人按自己的方式和程序把情况说出来。病人叙述过程中，不要随意打断或提出新的问题。若偏离了交谈的目的，可插些与护理评估有关的话题，引导病人沿着主题继续进行。

交谈过程中，护士认真倾听病人陈述，全神贯注，切忌东张西望。对病人谈话，要给予适时反应，如点头、微笑等，以表达护士对病人话题的兴趣、对病人的尊重，鼓励病人继续说下去。

对有关病人健康史询问，要使用病人易懂的词句。避免病人受到暗示。不能采用套问和诱问等提示性问话。如不应问“你昨晚失眠吗？”而应问“您最近晚上睡眠如何？”不应问“您是不是连续 3 天下午发热？”而应问“您最近几天发热一般是在什么时间？”以免病人不加思考顺口称是，从而影响护理病史的真实性。

（四）结束阶段

一次成功的交谈，一定要有圆满的结束。当护士取得必要资料，准备结束这次谈话前，可向病人简单复述一下谈话的重要内容以纠正错误，如既往史、过敏史、简要现病史等，并作一小结，征求病人的意见，对病人提出的疑虑，如治疗的顾虑、护理的需要、住院环境陌生、探视、作息时间、医疗费用的透明度等，一一做出必要的解释。结束谈话前，宜再次询问病人是否还有什么补充，还有什么要说的。然后告知病人今天暂谈到此，如有需要，随时联系。离开前应让病人了解下一步的安排并向病人致谢，以结束交谈。

二、采集的内容

（一）一般项目

一般项目包括姓名、性别、年龄、民族、职业、文化程度、婚姻、籍贯、家庭住址、联系地址、电话、邮编、入院诊断、入院介绍、入院方式、住院号、床号、主管医生、主管护士、收集资料时间。

（二）入院原因（主诉和简要病史）

1. 主诉 病人本次就诊最主要的症状、体征及持续时间。如：反复牙龈出血半年；2h 前呕血约 200ml；多饮多尿 1 天，伴呕吐 2 次；活动后胸闷气急 3 年。

2. 简要病史 包括：本次疾病起病情况、病因及诱发因素。主要症状的部位、性质、程度、规律，如发作持续时间，导致症状加剧或缓解的因素。病情变化的情况，好转或恶化，是持续进行还是反复发作。症状出现前有无先兆，有无伴随症状。治疗经过，患病后曾在何时何地就诊，做过何种检查及治疗，效果如何。

3. 既往史、传染病史、过敏史、家族史

（1）既往史：既往的健康状况和过去曾经患过的疾病、是否治愈，外伤手术情况，特别询问与本次发病有关的情况。如对消化道出血病人，必须询问有无溃疡病史或慢性肝脏病病史。

(2) 传染病史：有无与传染病病人接触、曾经是否患过传染病，如肺结核、病毒性肝炎、伤寒、流脑、乙脑、麻疹等疾病及治疗效果。

(3) 过敏史：包括药物、食物的过敏史。

(4) 家族史：包括双亲、兄弟、姐妹、子女的健康与疾病情况，重点询问在家族中是否有与病人同样的疾病，有无与遗传有关的疾病。

(三) 日常生活状况及自理程度

日常生活状况及自理程度包括生活方式、生活规律、可按基本生活需要和各系统逐项了解，如病人的呼吸、循环、营养、饮食、睡眠、排泄、嗜好、兴趣、清洁卫生、活动情况、女病人月经史及生育史。

(四) 心理状态与社会状况

1. 观察和了解病人外表与行为，性格开朗或抑郁，内向或外向，语言沟通能力，思维过程，认知能力，情绪状态，人格类型，与周围的人际关系。

2. 对所患疾病有无认识和理解，有无恐惧和紧张心理，对治疗有无信心，对护理有何要求。

3. 对各种事物的应对能力，能否适应疾病带来的角色转变。

4. 评估社会支持系统以及影响病人的心理因素：包括家庭和睦与否，家庭成员、工作单位或社会所能提供的帮助或支持，经济状况，工作学习情况。

三、采集的注意事项

1. 调查收集健康资料的关键在于得到病人的信任。护士端庄稳重的仪容、和蔼可亲的态度、高雅的气质、良好的语言修养是取得病人信任的首要条件。当病人感到平等、受尊重时，才能坦诚相告。

2. 正确应用人际交往与询问技巧。使用语言要通俗易懂，问题要具体、简单明了。估计病人的文化教育程度及理解能力，以便选择合适的语言表达，避免使用医学术语，如呼吸困难、端坐呼吸、发绀等。

3. 要注意语言的情感性和保密性。如护士带着微笑走进病房，向病人道一声：“您好 我是您的主管护士。”“您身体舒适吗？”“您晚上睡眠好吗？”这些言行便能充分体现护士高尚的道德情感和思想情操。

护士还应尊重病人的权利和人格。尊重病人的隐私权，对病人的隐私，如生理缺陷、精神病、性病等要保密，回避病人不愿提及的问题，病人不愿陈述的内容不要追问。

4. 除危重病人抢救外，对一般病人，应于入院后 24h 内完成入院评估中的健康史的采集。

5. 采集病人健康史时应尽量询问病人，对于重症、昏迷者，则可由家属、同事、亲友代述。

6. 对心理、社会方面的评估资料，护士应尽量摒弃偏见，去伪存真，坦诚接受病人所有信息，并按原话记录。

附：内科病人健康史的采集（学生演示对话）

张某某，女，45岁，工人，因咳嗽、咳痰、喘息，于今晨8时入院，诊断为慢性支气管炎急性发作。

病人健康史采集分为四大部分：准备阶段、起始阶段、探讨阶段和结束阶段。

1. 准备阶段 包括思想准备、环境要求、时间安排。

2. 起始阶段

病人：（新入院因周围环境陌生，半坐在床上，沉默不语。）

护士：（进入病房）您好！张师傅。（自我介绍）我叫某某，是您的主管护士，有什么需要帮助吗？

病人：（抬头，面带微笑。）

护士：（向病人介绍医院设施布局，探视、作息、就餐及治疗时间。介绍同病房其他病人，如“病房还有两位病人，病情基本稳定，过两天就要出院了”。）

病人：刚才我还在发愁，到哪里打开水？

护士：送水员上午11点准时送水。没关系，等一会，我去帮您提一瓶开水。

病人：那感情好，谢谢！

护士：不用谢，这是应该的。

3. 探讨阶段

护士：张师傅这次住院，家里和孩子有人照顾吗？

病人：家里和孩子都由姥姥照顾，我住院也是不得已。

护士：身体健康要紧，有病当然得抓紧时间治疗。

病人：那自然。（此时病人与护士交谈已进入较熟悉的阶段。）

护士：张师傅，为了您在住院期间得到良好的护理，身体早日康复，我想了解您这次患病的原因、有什么不适及以往身体状况，您看可以吗？

病人：当然可以。5天前，我有点感冒，在附近医务所买了一些抗感冒的药，效果不好。两天以后开始发烧，每天都在38℃左右，伴有咳嗽、喘息。这两天症状加重，觉得闷气，稍微活动就上气不接下气，昨晚一整夜不能入睡。今天，一早就来门诊就诊，医生建议住院观察治疗。

护士：您过去身体好吗？

病人：10年前就有咳嗽喘息的毛病，每次患病白天较轻，早晨与晚上咳嗽加重，痰量增多，不知道这次住院能否彻底治愈。

护士：您不要着急。慢性病急性发作时，给予及时治疗，可以使病情得到缓解，恢复正常生活和工作。

病人：（点头微笑，表示接受。）

护士：我会经常巡视病房，若有问题和需要，请随时与我联系。

4. 结束阶段

护士：张师傅，今天，我们交谈非常愉快，不知您还有什么需要补充的？

病人：（面带微笑，摇摇头。）

护士：张师傅，我们暂谈到此，感谢您的配合，如有需要下次再联系。您安心休息，告辞了。

（周庆云）

第三节 体格检查

体格检查（physical examination）是医护人员运用自己的感官或借助于简单的检查器具来了解机体健康状况的一种最基本的检查方法，为临床诊断提供依据。

护士进行体格检查的目的在于了解病人的健康状况，及时发现需要由护士解决的健康问题和预防可能发生的健康问题。

护士在体格检查时应体现对病人的关心、体贴、举止端庄、态度认真、动作轻柔，以取得病人的信任和配合。

一、体格检查的准备和基本方法

（一）体格检查前的准备

1. 用物准备 治疗盘内置有体温计、血压计、听诊器、手电筒、压舌板、叩诊锤、棉签、弯盘及记录用纸笔等。并逐一检查每件用物，以保证检查过程的顺利进行，检查结果无误。

2. 环境准备 环境应安静、温暖，光线要适宜，必要时用屏风遮挡。

3. 其他 检查前应对病人做好解释工作，避免引起病人惊慌不安。病人应取合适的体位。

（二）体格检查的基本方法

1. 视诊（inspection） 视诊是以视觉来观察病人全身或局部表现的诊断方法。视诊检查要求有适合的自然光线和温暖的环境。非自然光线下不能正确地辨别黄疸和皮疹。

2. 触诊（palpation） 触诊是应用触觉来判断某一器官特征的一种诊断方法，它可以补充视觉检查所不能确定的体征，如温度、湿度、震颤、摩擦感及包块等。

在进行触诊时，由于目的不同而实施的压力有轻有重，因而可分为以下几种。

（1）浅部触诊法：以一手轻放于被检查的部位，利用掌指关节和腕关节的协调作用，轻柔地进行滑动触摸。适用于体表浅在病变、关节、软组织、浅部的动、静脉等。

（2）深部触诊法：检查时用一手或两手重叠，由浅入深，逐渐加压以达深部。主要适用于腹部检查。

3. 叩诊（percussion） 叩诊是用手指叩击病人体表某部，使之震动而产生声响。根据震动和声响的特点来判断被检查部位的脏器形态有无异常。叩诊方法分间接叩诊法和直接叩诊法。

(1) 间接叩诊法（指指叩诊法）：叩诊时左手中指第二指节紧贴于被叩部位，其他手指展开并稍微抬起；右手各指自然弯曲，以中指指端叩击左手第二指骨前端，叩击方向应与被叩部位的体表垂直（图 2-1）。叩诊时应以腕关节活动为主，叩击动作要灵活、短促而富有弹性，速叩速起。每一部位应连续叩击 2~3 次，叩击力量要均匀适中，使产生的音响一致，以正确地判断叩诊音的变化。主要适用于对心界及胸部、腹部、小范围病变的叩诊。

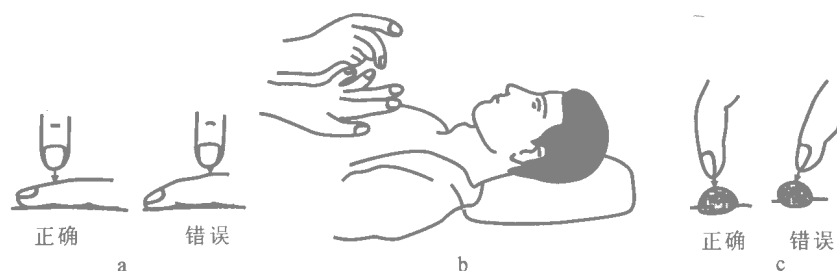


图 2-1 间接叩诊手指姿势

(2) 间接叩诊法：用右手中间三指的掌面直接拍击被检查部位，借拍击的反射和指下的振动感来判断病变情况。适用于对胸、腹部广泛性病变的检查。

4. 听诊（auscultation） 听诊是直接利用耳或借助听诊器听取自机体某部的声音，并判断其正常与否的一种诊断技术。听诊前应注意听诊器的耳件方向是否正确、管腔是否通畅，体件要紧贴于被检查部位，避免与皮肤摩擦。听诊时，环境要安静、温暖、避风。

5. 嗅诊（smelling） 嗅诊是利用嗅觉来判断发自病人身体及代谢物的异常气味与疾病之间的关系的一种诊断方法。方法是用手将病人身体散发的气味煽向自己的鼻部，然后仔细判断气味的性质。

二、一般检查

一般检查是对病人全身状态的概括性观察，检查方法以视诊为主，配合触诊检查和嗅诊检查。一般检查的内容包括生命体征、意识状态、面容表情、发育营养、体位、四肢、脊柱、步态。

（一）生命体征

生命体征（vital sign）是评价生命活动存在与否及其质量的指标，包括体温、脉搏、呼吸和血压，为体格检查时必须检查的项目之一。测量之后应及时而准确地记录于病历和记录单上。

1. 体温（temperature） 测量体温是护士观察病情的一种重要方法。它可以客观地反映病人体温高低和变化规律，从而评估病人健康状况并采取相应的护理措施。

(1) 体温的测量方法及生理变化范围：参阅《护理技术》。

(2) 体温异常的临床意义：

1) 体温过低：体温低于 36.3°C 时为体温过低。除测量技术因素外，见于休克、急性大出血、极度衰弱、甲状腺功能低下及过久暴露于低温条件下。

2) 体温升高：体温高于 37.5°C 时为发热。见于感染、创伤、恶性肿瘤、抗原 - 抗体性疾病等。

2. 脉搏 (pulse) 测量脉搏是护士在不少于 1min 的较短时间内获得病人全身状态、循环功能等方面资料，以评估病人身体状况的重要方法之一。

(1) 脉搏测量的方法及生理变化范围：参阅《护理技术》。

(2) 脉搏异常的临床意义：

1) 速脉：脉率超过 100 次 / 分。见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心功能不全等情况。

2) 缓脉：脉率低于 60 次 / 分。见于颅内压增高、黄疸、病态窦房结综合征等情况。

3) 水冲脉：脉搏骤起骤落，急促而有力。见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、重度贫血等脉压增大的疾病。

4) 交替脉：脉搏节律正常而强弱交替。见于左心衰竭早期、高血压性心脏病及冠状动脉粥样硬化性心脏病。

5) 奇脉：平静吸气时脉搏明显减弱或消失，又称吸停脉。见于心包积液和缩窄性心包炎。奇脉是由于心包腔内压力升高，心脏舒张充盈受限，致体循环的血液向右心室回流不能相应地增加，右心室排血量不足以补偿肺血容量的增加，使肺静脉回流减少，于是左心室充盈减少，致使吸气时脉搏减弱或消失。

6) 脉搏短绌：单位时间的脉率小于心率。见于期前收缩、心房颤动。

3. 呼吸 (breath) 测量呼吸是护士观察病人胸壁，获得心肺功能状态，以评估病人身体状况的重要方法之一。测量时要注意呼吸的频率、深度、节律，并注意呼吸气味的改变。

(1) 呼吸的测量方法及生理性改变：参阅《护理技术》。

(2) 呼吸气味：

1) 烂苹果味：见于糖尿病酮症酸中毒病人。

2) 刺激性蒜味：见于有机磷农药中毒病人。

3) 氨味：见于尿毒症病人。

4) 恶臭味：见于支气管扩张或肺脓肿病人。

5) 肝腥味：见于肝性脑病的病人。

(3) 异常呼吸的临床意义：

1) 呼吸频率改变：正常成年人静息时呼吸为 16 ~ 20 次 / 分。若超过 24 次 / 分称为呼吸增快，见于高热、贫血、甲状腺功能亢进等情况；若少于 12 次 / 分称呼吸减慢，见于颅内压增高、麻醉剂或镇静剂过量等。

2) 呼吸深度改变：当重度代谢性酸中毒时，机体为排出过多的二氧化碳以调节血液的酸碱平衡，出现深大而稍快呼吸，称为酸中毒大呼吸或库斯莫尔 (Kussmaul) 呼吸。

3) 呼吸节律改变：潮式呼吸 (陈 - 施呼吸) 是一种由浅慢逐渐变为深快，

然后再由深快到浅慢，继之暂停，周而复始的呼吸。 间停呼吸（毕奥呼吸）表现为规则呼吸与周期性呼吸暂停相交替。以上两种呼吸均提示预后不良，其中潮式呼吸最为常见，而间停呼吸更为严重，常在呼吸完全停止前发生。见于中枢神经系统疾病等。

4. 血压（blood pressure, BP） 血压是重要的生命征，是体格检查的必检项目。

(1) 血压的测量方法和正常范围：参阅《护理技术》。

(2) 血压异常的临床意义：

高血压为成人收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ (18.6kPa)，和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ (12.0kPa)。临床上高血压分为无明显原因的原发性高血压和继发于肾脏疾病、肾上腺皮质或髓质肿瘤等疾病的继发性高血压。低血压为收缩压低于 90mmHg (12.0kPa)，舒张压低于 60mmHg (8.0kPa)，常见于休克、心肌梗死、心功能不全、肾上腺皮质功能减退等。

在病情观察中应参照原来的血压情况（基础血压）去判断血压升高或降低。

脉压是指收缩压与舒张压之差。正常成人一般为 $30 \sim 40\text{mmHg}$ (4.0 ~ 5.3kPa)。脉压增大见于主动脉瓣关闭不全、高血压病、主动脉粥样硬化、甲状腺功能亢进、严重贫血等。脉压减少见于低血压、心包积液、严重二尖瓣狭窄、重度心功能不全等。

5. 意识状态（consciousness） 意识是大脑功能活动的综合表现。正常人意识清晰、反应敏锐、精确、思维合理、语言清楚、表达能力正常。凡能影响大脑功能活动的疾病均可引起不同程度的意识改变，称为意识障碍。根据意识障碍的程度可分为：

(1) 嗜睡：嗜睡是最轻的意识障碍。病人处于病理性的持续性睡眠状态，轻声呼唤，可被唤醒，醒后能正常应答，但反应迟钝，答语简单而缓慢，答后又立即入睡。

(2) 意识模糊：意识障碍的程度较嗜睡深，病人仍能保持基本的反应和简单的精神活力，但对时间、地点、人物的定向能力发生障碍。

另有一种以兴奋为主的意识模糊，称为谵妄。临床上表现为知觉障碍、兴奋躁动、语言紊乱等。见于高热期、药物中毒、乙醇中毒等。

(3) 昏睡：病人处于不省人事的意识状态，须用强刺激（如高声呼唤、压迫眶上神经等）才能唤醒，但很快再入睡，答语含糊或答非所问。

(4) 昏迷：昏迷是最严重的意识障碍。表现为意识持续的中断或完全丧失。按昏迷程度可分为以下两种。

1) 浅昏迷：意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对强烈疼痛刺激尚可表现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。生命征一般无明显改变。

2) 深昏迷：意识全部丧失，全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应。深、浅反

射均消失。呼吸不规则，血压可下降，大小便失禁。

6. 面容 (facial features) 与表情 (expression) 健康人面容表情自然，神态舒展。

护士通过视诊即可确定病人的面容和表情变化，临床上常见的典型面容改变有以下几种。

(1) 急性病容：面色潮红、兴奋不安、呼吸急促、痛苦呻吟等。见于急性感染性疾病。

(2) 慢性病容：面容憔悴、面色灰暗或皮肤黏膜苍白、精神萎靡、体瘦无力。见于慢性消耗性疾病。

(3) 病危面容：面容枯槁、面色铅灰、表情淡漠、目光暗淡。见于大出血、严重休克、脱水等病人。

(4) 二尖瓣面容：面色晦暗、口唇紫绀、双颊紫红。见于风湿性心脏病伴二尖瓣狭窄的病人(图 2-2)。

(5) 甲状腺功能亢进面容：面容惊愕、眼裂增大、眼球凸出、目光闪烁、表情兴奋。见于甲状腺功能亢进(图 2-3)。

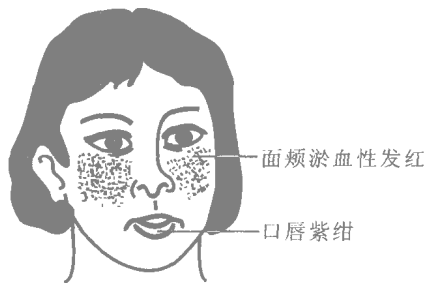


图 2-2 二尖瓣面容图

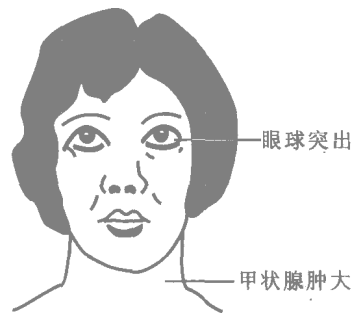


图 2-3 甲状腺功能亢进面容

(6) 肢端肥大症面容：面长颅大，下颌增大前突、眉弓和两颧隆起、唇舌肥厚、耳鼻增大。

(7) 满月面容：面如满月，皮肤发红，常有痤疮，女性可有小须。见于肾上腺皮质功能亢进症及长期应用糖皮质激素的病人。

7. 发育 (development) 发育是否正常，通常以年龄、智力和体格成长状态(身高、体重及第二性征)之间的关系来判断。发育正常时，年龄、智力与体格成长状态之间的关系是均衡的。一般判断成人正常发育的指标为：胸围等于身高的一半；两上肢展开的长度等于身高；坐高等于下肢的长度。

另外，发育受种族遗传、内分泌、营养代谢、生活条件、体育锻炼等内外因素影响。发育异常与内分泌的关系最为密切。如在发育成熟之前，因腺垂体功能亢进，可致巨人症；反之，因腺垂体功能减退，可致垂体性侏儒症。如小儿患甲状腺功能低下，可致呆小症等。

8. 营养 (nutrition) 营养状态可根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉发育等综