

全国高等职业技术教育卫生部规划教材

供五年一贯制护理学专业用

健康评估

主 编 · 王克惠

副主编 · 马秀芬

刘士生



人民卫生出版社

全国高等职业技术教育卫生部规划教材

供五年一贯制护理学专业用

健 康 评 估

主 编 王克惠

副主编 马秀芬 刘士生

编 者 (以姓氏笔画为序)

马秀芬 (河北省承德卫生学校)

于德义 (河南省洛阳市卫生学校)

王克惠 (河南省洛阳市卫生学校)

王肇俊 (山西职工医学院)

付绪珍 (安徽省六安卫生学校)

刘士生 (河北省唐山职业技术学院)

肖宏俊 (黑龙江省卫生学校)

张绍兰 (江苏省盐城卫生学校)

陈夏蓉 (重庆市第三卫生学校)

戴玉英 (浙江医学高等专科学校)

秘 书 于德义

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/王克惠主编. —北京:
人民卫生出版社, 2004. 6
ISBN 7-117-06146-4

I. 健… II. 王… III. 健康-评估-高等学校:
技术学校-教材 IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 038636 号

健康评估

主 编: 王克惠

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 15

字 数: 333 千字

版 次: 2004 年 6 月第 1 版 2004 年 12 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06146-4/R·6147

定 价: 20.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等职业技术教育五年一贯制护理学专业

卫生部规划教材出版说明

医学高等职业技术教育作为我国高等教育的重要组成部分,已迅速发展起来。为保障教学质量,规范课程设置和教学活动,促进我国高等职业技术教育的良性发展,卫生部教材办公室决定组织编写医学高等职业技术教育教材。2001年11月,卫生部教材办公室对我国医学职业技术教育现状(专业种类、课程设置、教学要求)进行了调查,并在此基础上提出了医学高等职业技术教育卫生部规划教材的编写原则,即以专业培养目标为导向,以职业技能的培养为根本,满足3个需要(学科需要、教学需要、社会需要),力求体现高等职业技术教育的特色。同时,教材编写继续坚持“三基五性”的原则,但基本理论和基本知识以“必须,够用”为度,强调基本技能的培养,特别强调教材的实用性与先进性;考虑到我国高等职业技术教育模式发展中的多样性,在教材的编写过程中,提出了保障出口(毕业时的知识和技能水平),适当兼顾不同起点的要求,以保障教材的适用性。教材编写注意了与专业教育、中等职业教育的区别。从2002年4月起,卫生部教材办公室陆续启动了检验、影像技术、药学、口腔工艺技术、临床医学、护理学专业卫生部规划教材的编写工作。

2003年8月,卫生部教材办公室在河北省承德市召开了“全国高等职业技术教育五年一贯制护理学专业卫生部规划教材主编人会议”,正式启动了高等职业技术教育护理学专业卫生部规划教材的编写工作。本套教材共29种,其中2种选修课程与中等职业技术教育教材共用。

01 人体结构学(包括解剖学和组织胚胎学)

主 编 杨壮来

副主编 李玉林 于晓谟

02 病理学(包括病理学和病理生理学基础)

主 编 陈命家

副主编 李惠兰 丁运良

03 生物化学

主 编 刘粤梅

副主编 阎瑞君

04 生理学

主 编 白 波

副主编 王维智 蒋昭庆

05 病原生物与免疫学基础

主 编 许正敏

副主编 曹德明

06 护理药理学

主 编 王开贞

副主编 弥 曼

07	护理学导论	主 编	彭幼清	
		副主编	侯玉华	
08	基础护理技术	主 编	李晓松	
		副主编	王艾兰	郭耀玲
09	健康评估	主 编	王克惠	
		副主编	马秀芬	刘士生
10	护理伦理学	主 编	曹志平	
		副主编	刘一鸣	
11	护理心理学	主 编	蒋继国	
		副主编	盛秋鹏	
12	护理管理学	主 编	刘化侠	
		副主编	殷 翠	
13	营养与膳食	主 编	李胜利	
		副主编	刘 铮	
14	人际沟通	主 编	王 斌	
		副主编	秦东华	
15	护理礼仪（与中职共用）	主 编	刘桂英	
16	内科护理学（包括神经内科学基础）	主 编	夏泉源	
		副主编	冯丽华	胡月琴
			夏惠丽	
17	外科护理学（包括神经外科学基础）	主 编	党世民	
		副主编	张宗业	金鹤万
18	妇产科护理学	主 编	任新贞	
		副主编	刘文娜	
19	儿科护理学	主 编	黄力毅	
		副主编	于海红	
20	社区护理学	主 编	黄惟清	
		副主编	李春玉	
21	中医护理学	主 编	袁秀英	
		副主编	陈文松	
22	老年护理学	主 编	夏晓萍	
		副主编	齐秀泽	
23	康复护理学	主 编	李忠泰	
		副主编	苏英珍	
24	精神科护理学	主 编	覃远生	
		副主编	邓荆云	
25	眼耳鼻咽喉和口腔科护理学	主 编	吴慧云	
		副主编	蒋松波	李 敏

26 急重症护理学

27 社会学基础

28 美学基础（与中职共用）

29 卫生法律法规

主 编 孙 菁

副主编 李俊杰

主 编 韩 敏

副主编 沈 清

主 编 朱 红

主 编 李建光

副主编 王 峰

□ _____ 前 言 _____

为贯彻落实中共中央、国务院《关于深化教育改革全面推进素质教育的决定》精神,实施教育部关于高职高专教学改革和教材建设的意见,在卫生部教材办公室的组织下,我们编写了全国高等职业技术教育护理学专业五年一贯制《健康评估》规划教材。本教材的编写目的在于力求达到适合护理专业特点和教学要求,成为与专业培养相一致的理想教材。本教材在编写过程中,坚持以素质教育为基础,以能力为本位的职教观念;坚持以培养技术应用型人才为根本任务;遵循必需、够用的基本准则。内容简明易懂、繁简得当、难易适度、系统完整,充分体现了护理专业的特色,具有实用性、先进性、广泛性。

本教材分系统理论、实验指导及教学大纲三部分,系统理论内容包括健康评估方法、常见症状评估、身体评估、心理及社会评估、心电图检查、影像学检查、常用实验室检查和护理病历书写等九章。编者按照护理专业培养目标和教学大纲的要求,参阅了大量的有关教材和专著,结合多年的教学和临床经验,侧重于护理需要的基本理论、基本知识和基本技能的阐述,对有关新进展、新知识、新技术作了适当介绍,在教材的直观性、启发性方面也进行了有益的探索,突出了以下几方面的特点:身体评估内容按视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊以及神经系统检查等进行编排,站在护理的角度,强化护理评估;根据高护专业的特点心电图检查增加了临床上常用的心电监护等有关知识;影像学检查侧重介绍了检查前的护理准备;实验室检查突出了常用实验检查的标本采集法。

本教材主要供全国高等职业技术教育护理学专业五年一贯制的学生使用,也适用于护理专科层次教学和临床护理工作者参考。

本教材在编写过程中得到了河南省洛阳市卫生学校和各参编单位领导的大力支持,在此深表感谢。

由于我们水平有限,经验不足,且时间仓促,本教材的疏漏和不足之处,恳请使用本教材的广大师生和读者斧正。

王克惠

2004年3月



目 录

第一章 绪 论

- 一、健康评估的内容 1
- 二、健康评估的学习方法和要求 2

第二章 健康评估方法

- 第一节 收集健康资料的方法 4
 - 一、交谈 4
 - 二、身体评估 5
 - 三、其他常用健康评估方法 6
- 第二节 健康史的内容 6
- 第三节 健康资料的分析与护理诊断的提出 7
 - 一、资料的收集 8
 - 二、资料的整理 8
 - 三、资料的分析与归纳 9
 - 四、护理诊断的提出 9
- 【附】 交谈举例 12

第三章 常见症状评估

- 第一节 发热 15
- 第二节 咳嗽与咳痰 17
- 第三节 咯血 19
- 第四节 呼吸困难 21
- 第五节 发绀 24
- 第六节 胸痛 26
- 第七节 黄疸 27
- 第八节 呕血和便血 31
 - 一、呕血 31
 - 二、便血 33
- 第九节 恶心与呕吐 34

第十节 腹泻与便秘	36
一、腹泻	36
二、便秘	37
第十一节 水肿	39
第十二节 惊厥	41
第十三节 心悸	43
第十四节 意识障碍	44

第四章 身体评估

第一节 视诊	47
一、视诊的方法及注意事项	47
二、视诊内容	48
第二节 触诊	68
一、触诊的方法及注意事项	68
二、触诊内容	69
第三节 叩诊	80
一、叩诊的方法及注意事项	80
二、叩诊内容	81
第四节 听诊	87
一、听诊的方法及注意事项	87
二、听诊内容	88
【附】 临床常见病变主要体征	99
第五节 嗅诊	101
一、嗅诊的方法及注意事项	101
二、嗅诊的内容	101
第六节 神经系统评估	102
一、感觉功能评估	102
二、运动功能评估	103
三、神经反射评估	105

第五章 心理及社会评估

第一节 心理评估	110
一、心理评估目的、意义及方法	110
二、心理评估内容	111
第二节 社会评估	114
一、社会评估目的、意义及方法	114
二、社会评估内容	115

第六章 心电图检查

118

第一节 心电图的基本知识及各导联的连接	118
一、心电图产生原理	118
二、心电图导联的连接方法	122
三、典型模式心电图	123
第二节 正常心电图	124
一、心电图的测量	124
二、心电图各波段间期的正常范围	127
第三节 常见异常心电图	129
一、房室肥大	129
二、常见心律失常	132
三、心肌缺血及心肌梗死的心电图表现	139
四、电解质紊乱的心电图表现	141
五、洋地黄效应及洋地黄中毒的心电图表现	142
第四节 心电监护	144
一、心电监护的方法	144
二、心电监护的临床应用	146

第七章 影像学检查

148

第一节 X线检查	148
一、概述	148
二、X线检查的临床应用	150
三、X线检查前的准备	156
第二节 超声检查	156
一、概述	156
二、超声检查的临床应用	158
三、超声检查前的准备	159
第三节 其他影像学检查	159
一、电子计算机体层摄影	159
二、磁共振成像	161
三、核医学检查	162

第八章 常用实验室检查

165

第一节 常用血液检查	165
一、血常规检查	165
二、血液其他检查	168
三、血液生化检查	170

四、血型鉴定与交叉配血试验	173
第二节 尿液检查	174
一、尿常规检查	174
二、尿液其他检查	178
第三节 粪便检查	178
一、粪便常规检查	178
二、粪便其他检查	179
第四节 肾功能检查	180
一、肾小球功能检查	180
二、肾小管功能检查	181
第五节 肝脏病常用检查	182
一、蛋白质代谢试验	182
二、胆红素代谢试验	183
三、血清酶学检查	184
四、乙型病毒性肝炎标志物检查	185
五、肝癌标志物检查	187
第六节 其他常用实验室检查	188
一、脑脊液检查	188
二、浆膜腔穿刺液检查	189
三、痰液检查	190
四、血液流变学检查	191
五、心肌损伤检查	192
六、胰腺疾病检查	192
七、常用病原学检查	194
八、常用免疫学检查	195

第九章 护理病历书写

第一节 书写护理病历的基本要求	197
第二节 护理病历的格式与内容	197
一、护理病历首页	198
二、护理计划单	201
三、护理记录	202
四、健康教育计划	205
【附】 护理病历	206

附录一 实验指导

附录二 教学大纲(参考)

第一章

绪论

健康评估是研究护理对象的主、客观资料,以确定其护理需要的基本理论、基本技能和培养临床思维能力的护理基础学科。是护理专业的重要课程,是护生学习临床护理的基础。

健康评估的任务是以学生已掌握的临床基础知识、护理基本理论、护理程序的基本概念为基础,掌握以病人为中心的,包括身体、心理和社会文化在内的健康评估的原理和方法,学会对资料的收集、整理、综合、分析、判断,概括护理诊断依据,做出正确护理记录,为确定护理目标,制定护理措施奠定良好基础。

随着健康观念的转变,人们对健康保健服务需求不断提高,为护理对象提供高质量的护理服务,实施以人为中心,以护理程序为基础的整体护理已成为当今的护理理念。护理程序是由评估、诊断、计划、实施、评价五个步骤所组成的循序渐进的、不断循环的动态过程,其中第一步健康评估是最重要的、关键的一步,它既是执行护理程序的基础,又贯穿于整个护理过程中。初学者一定要认识到,健康评估是一门实践性很强的课程,是各临床护理专业课教学的起点和桥梁,全面、完整、正确的评估是确保高质量护理的先决条件,从一名护生到一名临床上能作出护理诊断的护士,是要经过许多临床实践才能达到的。学习健康评估只是一个开端,并不是一经学习就能掌握的,必须通过努力学习、反复实践,才能为临床各专科护理的学习打下坚实的基础。

一、健康评估的内容

(一) 健康评估方法

交谈是评估者对护理对象或知情者进行系统的询问,以获得健康史的过程。交谈是健康评估的第一步,是收集健康资料最常用的方法,其结果是形成护理诊断。本部分讲述了健康资料的来源、收集健康资料的方法、健康史的内容、健康资料的分析与护理诊断提出、临床常用的护理诊断及因素。

(二) 常见症状评估

疾病状态下,护理对象机体功能异常所产生的主观感觉或自身体验称为症状,如疼痛、眩晕、乏力等。本部分详述了常见症状的病因和发生机制、临床表现、评估要点、相关护理诊断等。症状是护理对象最重要的主观资料,是健康史的重要组成部分,学生应学会对护理对象所出现的症状进行评估后,作出正确的护理诊断,为制定护理措施打下基础。

(三) 身体评估

身体评估是评估者运用自己的感官或借助于简单的工具(如听诊器、血压计、体温表等)对护理对象进行细致的观察和系统的检查,以认识正常机体应有的特征、发现异常体征的一种评估方法。本部分按照视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊及神经系统检查的顺序,从护理的角度阐述了身体评估的基本方法、内容、异常体征及临床意义。身体评估可获得护理对象的客观资料,是获取护理诊断依据最重要的手段,且具有很强的技巧性。在学习过程中,学生既要熟悉相关理论知识,又要掌握操作技巧,力求获取护理对象准确的客观资料。

(四) 心理及社会评估

本部分从心理、社会的角度简述了如何对护理对象进行评估。由于心理、社会资料主观因素较多,在收集、分析、判断资料时较困难,其结果切不可简单地用正常或异常来划分。

(五) 心电图检查

心电图是应用心电图机描记的心肌生物电活动记录,是诊断心血管系统疾病的重要方法,也是临床上监测危重病人、观察和判断病情的常用手段。本部分详述了心电图的基本概念及各导联的连接、正常心电图的波形及测量方法、临床常见异常心电图的特点及临床意义、心电监护等。心电图检查结果是健康评估重要的客观资料之一,但对心电图的结果需结合临床其他资料综合分析。

(六) 影像学检查

包括X线检查、超声检查及其他影像学检查三部分内容。了解影像检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及临床意义,熟悉影像学检查前病人的护理,也是健康评估重要的客观资料之一。

(七) 常用实验室检查

是综合运用各种实验方法和技术对病人的血液、体液、分泌物、排泄物进行检测,以获取反映机体功能状态、病理变化、病因等客观资料。本部分讲述了临床常用实验室检查项目的标本采集法、参考值及临床意义,并对近年来临床新开展的检查项目作了简要介绍。实验室检查是客观资料的重要组成部分,可协助指导护士观察和判断病情,作出恰当的护理诊断。

(八) 护理病历书写

将健康评估收集到的资料进行分析、归纳、整理,并以文件的形式记录下来,即为护理病历。本部分介绍了书写护理病历的基本要求,以病历示例介绍了护理病历的格式及内容,可供学生书写护理病历时参考,通过教学和临床实践,使学生逐步掌握护理病历的书写内容及要求。

二、健康评估的学习方法和要求

健康评估是从医学基础课程过渡到临床护理课程的一门重要桥梁课程,其学习方法和要求与医学基础课程有很大的不同,除课堂讲授、多媒体示教外,最大的变化是由实验室学习转为面向人体的学习,学生既要在示教室观看录像,进行各种技能操作训练,还要进入医院进行临床实践。要完成学习任务,应达到下列基本要求。

1. 体现以病人为中心的护理理念,明确学习目的,端正学习态度,关心、爱护、体贴病人,建立良好的护患关心。树立求实创新的学习精神,理论联系实际,勤学苦练,善于思考。

2. 基本概念要清楚,基本知识要牢固,基本技能要熟练。

3. 理解症状和体征的临床意义,能独立通过交谈收集健康资料。

4. 能独立进行身体评估,检查手法熟练,结果准确。

5. 掌握心电图检查的操作方法及结果的分析,熟悉影像检查前的准备。

6. 熟悉常用实验室检查结果,会分析其临床意义。掌握血液、尿液、粪便三大常规、肾功能、肝脏病等常用检查的标本采集法,能熟练地采集标本。

7. 能根据交谈、身体评估及其他辅助检查等收集的资料提出初步的护理诊断,会书写完整的护理病历。

8. 能将健康评估内容熟练地用于整体护理程序中。

(王克惠)

第二章

健康评估方法

健康评估是有计划地、系统地收集有关护理对象的健康资料,并对其价值进行分析、判断的过程。健康评估作为护理程序的第一步,所收集到的资料不仅是确定护理诊断的基础,也是制定、实施护理计划的依据。护理程序的执行均有赖于全面、系统、准确的健康资料,所以作为护士必须掌握有关健康评估的方法和技巧,以确保所收集资料的准确和完整,并为准确、系统地分析资料,提出正确的护理诊断提供强有力的保证。

护士所收集的健康资料,按其来源可分为两类:

1. 主要来源 通过护理对象的诉说和对其进行的观察、检查获取的资料。有助于全面了解护理对象对健康与疾病的感受、认识、反应以及对医疗、护理的需要和期望。
2. 次要来源 通过从护理对象之外的其他人员或记录中获取的资料。一般有:①护理对象的家庭成员及关系密切,生活、工作在一起的人,如父母、夫妻、兄弟姐妹、同事、邻居、师生、朋友、家庭服务员等。②事件目击者,即护理对象发病或受伤时在场,可以提供发病或受伤过程的情况。③医护人员,与护理对象有过接触的医生、护士、陪护、营养师、理疗师、心理医生等可以提供健康情况。④文字资料,如病历、健康记录、出生记录、儿童预防接种记录、体检记录等。⑤各种实验室检查、器械检查报告,如化验单,心电图,影像检查结果。次要来源是获取资料的重要渠道,特别是当病人意识不清、语言障碍、精神障碍,或为婴幼儿时,尤为重要。护士在收集次要来源资料时,应注明资料出处。

第一节 收集健康资料的方法

收集健康资料的方法很多,包括交谈、身体评估、查阅病历或有关辅助检查评估结果等,其中最常用、最基本的方法是交谈和身体评估。

一、交 谈

交谈是护士与护理对象进行的一种具有明确的护理专业性目标的、有序的对话过程。交谈是收集健康资料的常用方法,是获取主观资料的重要途径。成功的交谈是确保健康资料完整性和准确性的关键。交谈不仅在病人刚入院时进行,在整个住院期间,都应随时进行。

(一) 交谈的方式

1. 正式交谈 事先通知病人,有目的、有计划的交谈即正式交谈。如入院评估,在交谈之前,护士要通过种种渠道获取有关病人的信息,做好准备。交谈时护士要明确谈话的目的,按原定目标引导谈话围绕主题进行,同时创造和维持融洽气氛,让病人无顾忌地谈出真实的思想和情感。结束时,对交谈的内容、效果,做简要的评价小结,并做好记录。

2. 非正式交谈 护士与病人的随意交谈。护士在护理过程中,经常与病人进行语言上的沟通,鼓励病人说出自己对疾病的感受,对治疗、护理效果的反应。谈话范围不受限制,在“闲聊”中了解病人多种信息,筛选有价值的资料,进行记录,或事后追记。

(二) 交谈的注意事项

1. 选择合适的时间 交谈是一种情感的交流,时间选择得好,谈话往往能得到病人的配合。对待不同的病人,应选择不同的时机,当病人在抢救或痛苦时,除了必要的询问之外,应该避免交谈,详细健康史稍后补充或从其亲属处获得。谈话的内容及其时间选择应该照顾病人的情绪。

2. 选择良好的谈话环境 选择比较安静,舒适和私密性好的环境,光线、温度要适宜。在有多张病床的普通病房,护士应该利用自己的谈话技巧,弥补环境条件的不足,如声音大小的适当把握,设计隐密问题应含蓄。

3. 从礼节性交谈开始 关心、爱护溢于言表,主动把自己介绍给病人,说明谈话的目的,表示愿意为病人提供帮助,承诺隐私保密,尽可能缩短与病人之间的心理距离,改善互不了解的生疏局面。

4. 从主诉开始 交谈一般由主诉开始,有目的、有层次、有顺序地进行。提问应简单、明了,如“您哪儿不舒服?”。易于理解和回答。避免使用生涩、难懂的医学术语。

5. 要有认真负责的态度 提问题应该注意系统性,目的性和必要性。听问题要注意力集中,避免重复提问。

6. 交谈应反映真实情况 提问以获取资料的准确性和真实性为原则,避免暗示、诱导、更不能逼问。

7. 交谈方式应灵活 根据情况,灵活运用封闭式或开放式提问。对病人的陈述表示理解、认可、同情,要有耐心。要给病人充分的时间回答问题。

8. 注意非语言沟通 交谈中与病人的视线保持接触,运用必要的手势,保持适当的距离,适时微微点头或应答,避免分散病人注意力。

9. 要做一个有效的倾听者,不要随意打断病人的诉说,注意全面观察病人的非语言行为所传递的信息。

10. 对含糊不清、存有疑问或矛盾的内容应进行核实。如用重复或澄清、反问、质疑等方法核实谈话的内容,以确保病史资料的准确性。

11. 注意病人的文化背景,护士应熟悉自己与病人文化的差异,以使谈话中自己的语言和行为能充分体现对病人文化的理解和尊重。

12. 注意病人的年龄,了解其参与交谈的能力,以便采取有效的沟通方法。

二、身体评估

身体评估是护士运用自己的感官或借助简单的检查工具对评估对象的身体进行细致的观察和系统的评估。以了解其身体状况的活动,可为健康问题的判断提供依据的一组

最基本的评估方法。

身体评估的基本方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊(见第四章身体评估)。

三、其他常用健康评估方法

健康资料的收集,除交谈和身体评估外,临床上常采用的评估方法还有以下几种:
①实验室检查是临床一项重要的辅助评估,它运用物理学、化学、生物学等实验技术,对病人的血液、尿液、粪便以及其他排泄物,分泌物、脱落物、穿刺物等标本进行检测,其结果可直接或间接反映机体功能状态或病理变化,在协助疾病诊断、预后和制定治疗方案等方面有其独特的作用。②器械检查是评估病人各系统生理功能的常用方法,对探索疾病的发病机制,病理生理,明确诊断,指导治疗,判断疗效和疾病的康复,劳动力鉴定等都有重要的意义。临床上常用的器械检查手段有心电图检查、X线检查、CT、磁共振检查、器官功能检查及核医学检查等。作为护士,在了解各项检查原理的基础上,应掌握各种检查前的准备技巧,以保证检查的顺利实施,检查结果的客观、准确有利于资料的收集。

(王肇俊)

第二节 健康史的内容

健康史的内容,即交谈的内容。是关于评估对象目前、过去健康状况及其影响因素的主、客观资料。其主要内容包括评估对象目前及既往的健康状况,影响健康状况的有关因素及护理对象对自己健康状况的认识与反应等。与医疗病史不同的是,医生关注的是病人的症状、体征、治疗及疾病的进展情况,而护士则关注的是评估对象对其健康状况以及因病而致的生活方式改变所做出的反应。健康史主要包括以下内容:

(一) 一般资料

病人姓名、性别、年龄、婚姻、职业、民族、籍贯、文化程度、宗教信仰、家庭地址及电话号码。性别、年龄、职业等,可为某些疾病提供有用的信息;文化程度、宗教信仰等有助于了解病人对健康的态度及价值观,同时应注明资料来源(若资料来源并非护理对象本人,应注明其与护理对象的关系)及其可靠程度,交谈日期等,便于今后查阅时参考。

(二) 主诉

主诉是病人感觉最主要、最明显的症状或体征及其性质和持续时间,也是病人此次就医的主要原因。主诉记录应高度概括,如“发热2天,咳嗽1天”、“心悸、气短1年,加重3天”等。

(三) 现病史

现病史是围绕主诉详细描述病人自患病以来疾病的发生、发展和诊疗、护理的全过程,是病史的主体部分。其内容如下:

1. 发病情况及患病时间 包括起病时间、起病缓急、病程长短、有无前驱症状或诱因。
2. 主要症状 主要症状的询问要点为症状出现的部位、性质、起始情况、持续时间、发作频率、严重程度及有无使其加重或减轻的因素等。
3. 伴随症状 指与主要症状同时或随后出现的其他症状,应问清其与主要症状之间