

全国高等院校医学实验教学规划教材

健康评估 实训教程

主 编 徐江华 王 宁 程 利



科学出版社

全国高等院校医学实验教学规划教材

健康评估实训教程

主 编 徐江华 王 宁 程 利

副主编 陈琼书 柯玉叶 商 丽

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

陈琼书 程 利 洪 梅 柯 丽

柯玉叶 刘明秀 商 丽 王 宁

徐江华 姚引娣

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书的编写旨在加强学生健康评估实践能力和临床思维能力的培养,促进学生职业技能的提高。本书主要包括问诊、体格检查、心理与社会评估、常规心电图检查、基于高仿真模拟教学的护理评估综合实训五个章节。每个章节均设有学习目标、案例导入、操作程序、小结、思维导图、思考题等若干模块。其中,案例导入模块,使学生能够将本章所学内容融入临床情境中,使理论和实践做到有机结合;操作程序模块,将学生重点掌握的健康评估技能以表格的形式呈现出来,使操作流程一目了然、重点突出,便于学生迅速掌握相关技能;思维导图模块,将要点内容以图形的形式呈现,便于学生对本章内容进行整体把握。最后,每章节末附有相关思考题,便于学生巩固、强化相关知识。

本书可作为护理学专业学生和广大临床护理人员学习健康评估技能的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估实训教程 / 徐江华, 王宁, 程利主编. —北京: 科学出版社, 2018.7
全国高等院校医学实验教学规划教材

ISBN 978-7-03-057948-5

I. ①健… II. ①徐… ②王… ③程… III. ①健康-评估-医学院校-教材 IV. ①R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 131223 号

责任编辑: 周 园 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 王 融

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

石家庄名伦印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 7 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2018 年 7 月第一次印刷 印张: 9 1/2

字数: 227 000

定价: 38.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

前 言

《健康评估》是护理学专业学生必修的主干课程，是连接护理学基础课和专业课的桥梁课程。同时，健康评估作为护理程序的首要环节，评估是否准确、全面直接决定着后续高质量护理措施的实施。本书的编写旨在加强学生健康评估实践能力和临床思维能力的培养，促进学生职业技能的提高。

本书主要包括问诊、体格检查、心理与社会评估、常规心电图检查、基于高仿真模拟教学的护理评估综合实训五个章节。每个章节均设有学习目标，使学生能快速、准确把握本章节学习要点。为培养学生的临床思维能力，每个章节均设有“案例导入”环节，使学生能够将本章所学内容融入临床情境中，使理论和实践做到有机结合。另外，本书将学生重点掌握的健康评估技能以表格的形式呈现出来，操作流程一目了然，重点突出，便于学生迅速掌握相关技能。章节末又以思维导图的形式将要点内容再次呈现，便于学生对本章节内容的整体把握。最后，每章节末附有相关思考题，便于学生巩固、强化相关知识。本书可作为护理学专业学生和广大临床护理人员学习健康评估技能的参考用书。

鉴于编者水平有限，书中难免存在不足之处，敬请各位专家学者、广大师生和读者不吝赐教，予以指正。

徐江华

2018年4月

目 录

第一章 问诊	1
第一节 健康史采集	1
第二节 呼吸系统疾病病人常见症状问诊	6
第三节 循环系统疾病病人常见症状问诊	11
第四节 消化系统疾病病人常见症状问诊	17
第五节 泌尿系统疾病病人常见症状问诊	26
第六节 血液系统疾病病人常见症状问诊	32
第七节 内分泌与代谢性疾病病人常见症状问诊	37
第八节 风湿性疾病病人常见症状问诊	44
第九节 神经系统疾病病人常见症状问诊	49
第十节 传染病病人常见症状问诊	57
第二章 体格检查	63
第一节 一般检查	63
第二节 头面部检查	68
第三节 颈部检查	74
第四节 胸廓与肺脏检查	78
第五节 乳房检查	82
第六节 心脏检查	86
第七节 腹部检查	90
第八节 脊柱、四肢与关节检查	97
第九节 神经系统检查	100
第三章 心理与社会评估	108
第一节 心理评估	108
第二节 社会评估	115
第四章 常规心电图检查	121
第五章 基于高仿真模拟教学的护理评估综合实训	124
第一节 慢性阻塞性肺疾病病人的护理评估综合实训	124
第二节 急性心梗病人的护理评估综合实训	125
第三节 消化性溃疡病人的护理评估综合实训	126
第四节 白血病病人的护理评估综合实训	127
第五节 甲亢病人的护理评估综合实训	128
第六节 病毒性肝炎病人的护理评估综合实训	128

参考文献	130
附录	131
附录一 NANDA 护理诊断一览表 (2015—2017)	131
附录二 各系统常用的医护合作性问题	138
附录三 护理病历首页 (入院评估表)	140
附录四 常用心理社会评估量表	143
附录五 部分思考题参考答案	146

第一章 问 诊

第一节 健康史采集

【学习目标】

- 识记 健康史的内容、问诊方法、沟通技巧。
- 理解 健康史采集的目的及临床意义。
- 运用 能够熟练运用问诊方法、沟通技巧，全面收集健康史资料。
能够提出相关护理诊断及其相关因素。
能够正确书写“首次入院护理评估单”。

【案例导入】

某病人，女，55岁，因“反复发热、鼻塞2个月余”入院。病人于2个月前无明显诱因反复发热，最高体温达38.5℃，自服退热药后可缓解。同时伴右侧鼻塞，偶有咽痛，无乏力、盗汗。

问题：

1. 作为责任护士，对该病人进行问诊时需要收集哪些健康史资料？
2. 问诊过程中需要注意哪些沟通技巧？
3. 如何正确书写主诉和现病史？

【操作程序】

项目	操作内容与方法	注意事项	分值
问诊前准备 (10分)	护士准备：衣帽整洁、仪表规范，修剪指甲、洗手、戴口罩		2分
	用物准备：首次入院护理评估单、笔		4分
	病人准备：理解问诊目的，愿意合作，采取舒适体位		2分
	环境准备：环境安静、整洁，温、湿度适宜，并具有私密性		2分
问诊过程 (80分)	向病人做自我介绍，核对病人，协助其采取舒适体位，并做好解释工作，取得病人配合	注意使用适宜的称呼语，不宜直呼其名或床号	3分
	1. 询问基本资料：内容包括病人的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、家庭住址及联系电话、医疗费用支付方式、入院时间、入院诊断、入院类型、入院方式、资料来源、可靠程度及收集资料的时间等	尽量直接询问病人，若资料来源不是病人本人，应注明与病人的关系	3分
	2. 询问主诉、现病史：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，即病人此次就诊的主要原因。现病史是围绕主诉详细描述病人自患病以来健康问题的发生、发展、演变和诊疗、护理的全过程，是健康史的主体部分。内容包括：①起病情况与患病时间。起病情况指起病缓急及在何种情况下发生，要问清起病的地点、环境；患病时间指自起病至就诊或入院的时间。	1. 应明确症状开始的确切时间，根据时间顺序询问病情的发展与演变，避免资料的遗漏	30分

续表

项目	操作内容与方法	注意事项	分值
问诊过程 (80分)	②病因与诱因：指与本次发病有关的病因和诱因。③主要症状特点：包括症状出现的部位、性质、持续时间、发作频率、严重程度及有无使其加重或缓解的因素等。④伴随症状：指与主要症状同时或随后出现的其他症状，了解主要症状与伴随症状之间的关系。⑤病情的发展与演变：指患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。⑥诊疗和护理经过：指病人发病后到入院前，曾在何时何地接受了哪些诊疗及护理措施，做了哪些检查，诊断为何种疾病，用了哪些药物，应详细记录药名、剂量、用法、疗效、不良反应等	2. 询问不同病史资料时，注意使用过渡语言，使病人明确采集不同病史资料的目的。如从现病史转为询问既往史前，这样过渡：“刚刚我们谈的是您此次发病的情况，现在我需要了解一下您以前的健康状况，以便判断和您目前疾病的关系。”	30分
	3. 询问日常生活状况：①饮食与营养状况，平时饮食习惯（饮食种类、量、每日进餐次数等）、近期食欲、饮水情况、近期体重变化等。②大小便状况：大小便次数、性状、量、颜色、气味，有无异常，有无辅助排便、排尿等措施。③休息与睡眠状况：有无睡眠异常，如入睡困难、多梦、失眠、早醒，是否需要借助药物或其他方式辅助入睡。④日常生活活动与自理能力：活动耐力情况，从事进食、穿衣、洗漱、如厕、做饭、购物等日常生活自理能力	3. 问诊时应尽量采用开放式提问，少用封闭式提问；恰当运用肯定、鼓励、赞扬，表现出接受和尊重的态度，使病人受到鼓舞而积极提供信息；避免诱导性、逼问性、责难性、连续性提问；避免无计划地重复性提问。另外还要注意非语言性沟通技巧的运用，如恰当地注视病人、适当的面部表情、点头示意、身体前倾等，使病人感到轻松自在，易于交流	10分
	4. 询问既往史：①既往的健康状况及曾患疾病，重点了解与现在疾病有密切关系的疾病。②有无急、慢性传染病史及传染病接触史，若有应详细询问患病名称及时间、主要临床表现、诊疗经过、疾病控制情况等。③预防接种史。④有无外伤史、手术史、输血史，若有应详细询问发生时间、原因、诊疗经过及转归等。⑤有无过敏史，若有应详细询问对何种食物、药物或接触物过敏，过敏发生时间、过敏反应的具体表现和处理过程	4. 与病人交谈时应避免使用医学术语，使用常人易懂的、熟悉的词语代替难懂的医学术语	10分
	5. 询问个人史：①出生及成长情况：出生地及久居地，职业与工作条件，有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。②月经史：育龄期女性的月经情况，如初潮年龄、月经周期、经期天数、月经量、色、经期反应、有无痛经等；已绝经女性的绝经情况，如绝经年龄。③婚育史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、妊娠与生育情况、人工流产或自然流产情况，有无生殖系统疾病等。④生活习惯及嗜好：有无烟、酒、毒品等嗜好，若有应详细询问接触烟、酒、毒物的时间、量、种类，有无戒除等。⑤有无冶游史	5. 注意把握问诊进度，若病人谈论内容与病史无关，注意礼貌地引导病人回到正题 6. 每一类病史资料评估结束时，应及时归纳总结，避免遗漏；对有疑问、矛盾的信息及时核实，尽可能保证病史准确	10分
	6. 询问家族史：了解直系亲属，如父母、兄弟姐妹、子女的健康、疾病状况，有无家族性、遗传性、传染性疾病等。如亡故，应问明死因及年龄	7. 问诊结束时，使用适当的结束语表示问诊结束，并告知下一步的治疗或护理安排	7分
	7. 询问心理社会状况：包括自我概念、认知功能、情绪、对疾病的认知、应激与应对、价值观与信念、职业状况、生活与居住环境、家庭关系等		7分
问诊后处理 (5分)	整理、记录：问诊完毕，协助病人取舒适体位，整理床单位。洗手，对收集的资料进行归纳、整理，填写首次入院护理评估单	1. 书写主诉时应高度概括、简明扼要，要体现主要症状或体征、性质、时间三要素，一般不超过20个字；如果主诉包括前后不同时间出现的几个症状，则应按其发生的先后顺序排列 2. 现病史应围绕主诉的发生时间和特点进行描述，时间要与主诉一致；书写现病史时应注意逻辑清晰、层次分明，按照疾病的发展和演变描述	5分

续表

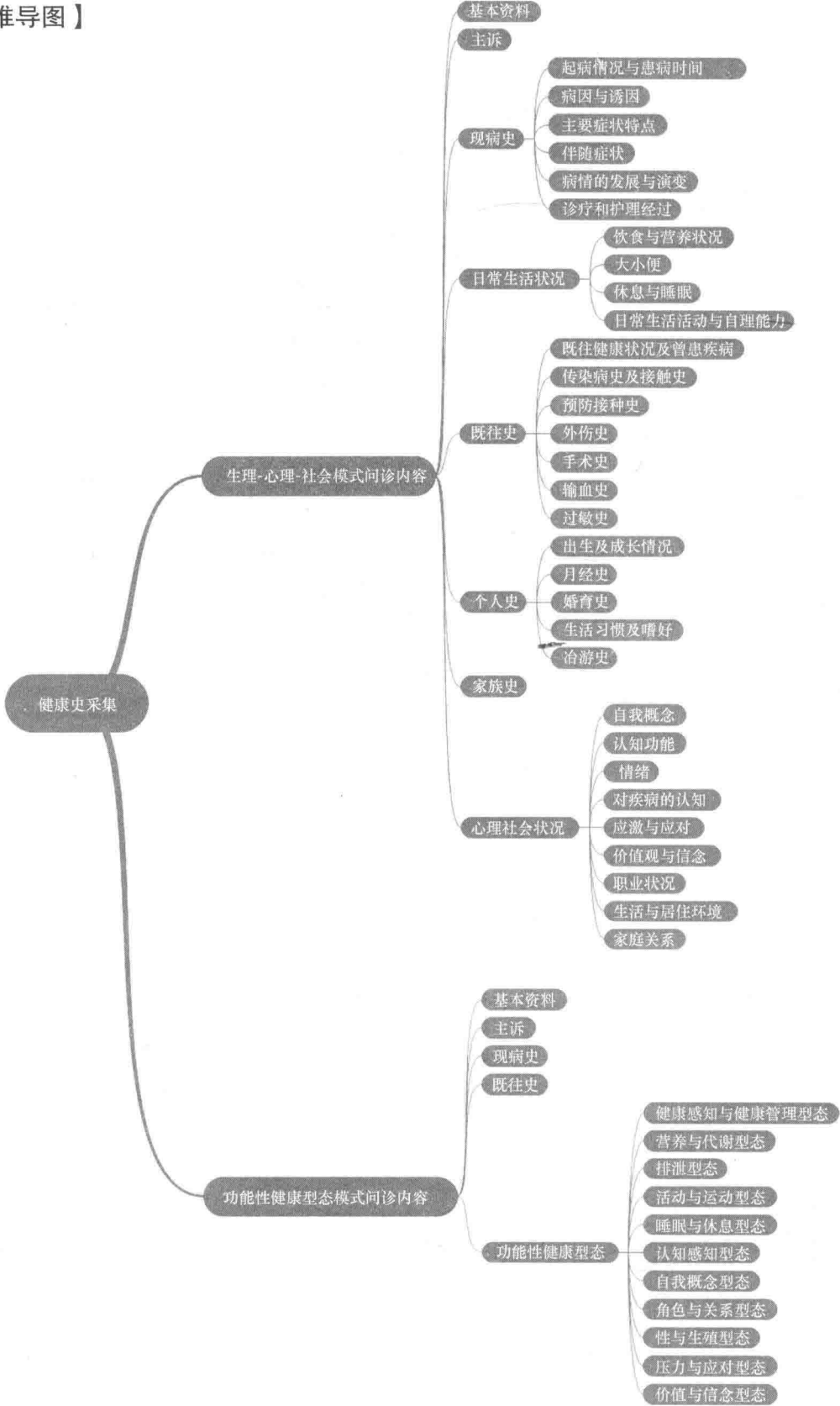
项目	操作内容与方法	注意事项	分值
问诊后处理 (5 分)	整理、记录：问诊完毕，协助病人取舒适体位，整理床单位。洗手，对收集的资料进行归纳、整理，填写首次入院护理评估单	3. 书写既往史时，与本次疾病无关，且不需治疗的疾病应简要记录在既往史中，如存在需要治疗者，可在现病史后分段记录	5 分
评价 (5 分)	问诊过程中语言温和、态度亲切、举止端庄，能够尊重病人，充分体现人文关怀		2 分
	问诊规范、熟练，问诊内容全面、无遗漏，能够运用问诊技巧，与病人有效沟通		3 分
总分			100 分

【小结】

问诊是护理程序的第一步，也是护士与病人建立良好护患关系的基础，目的是为了收集被评估者的健康史资料，以了解其所患疾病的发生、发展和演变过程及生理、心理、社会健康状况，为提出护理诊断、制订护理计划、实施护理措施提供重要依据。

常用问诊模式有两种：生理-心理-社会模式和功能型健康模式，前者在临床上更常用。按照生理-心理-社会模式进行问诊，需要收集的健康史资料包括：基本资料、主诉、现病史、日常生活状况、既往史、个人史、家族史、心理社会状况。问诊过程中，需要掌握一定的方法和技巧，以确保准确、全面地收集健康史资料。

【思维导图】



【思考题】

1. 最准确、最可靠的健康资料来源是 ()
 A. 病人 B. 医生 C. 护士
 D. 陪护 E. 病友
2. 可使用医学术语的是 ()
 A. 记录客观资料时 B. 记录主观资料时 C. 与病人家属交谈时
 D. 与病人交谈时 E. 以上均可
3. 下列问诊技巧不正确的是 ()
 A. 避免重复提问 B. 提问时注意条理性 C. 开始提出一般性问题
 D. 首次问诊前应做自我介绍
 E. 若病人对问题答案模糊不清时, 可对其稍加诱导及提示
4. 下列不符合主诉要求的是 ()
 A. 上腹部疼痛反复发作 3 年, 加重 2 小时
 B. 尿急、尿频、尿痛 2 天
 C. 活动后心慌气短 2 年, 下肢水肿半个月
 D. 反复咳嗽、咳痰、喘息 20 年, 加重 2 年
 E. 反复发作的右侧头痛
5. 关于主诉的描述, 错误的是 ()
 A. 病人最主要最痛苦的感受 B. 病人最明显的症状或体征
 C. 医护人员对病人的诊断用语 D. 病人本次就诊的原因
 E. 病人检查的阳性结果
6. 现病史资料不包括 ()
 A. 主要症状特点 B. 病因与诱因 C. 伴随症状特点
 D. 系统回顾 E. 起病情况与患病时间
7. 下列属于现病史资料的是 ()
 A. 预防接种史 B. 手术史 C. 外伤史
 D. 婚育史 E. 入院前诊疗经过
8. 下列问诊方法正确的是 ()
 A. 你头痛发作时有恶心呕吐吗 B. 你上腹部疼痛时向右肩放射吗
 C. 你胸痛时还有别的不舒服吗 D. 你是不是下午发热
 E. 你有里急后重吗
9. 婚姻史的内容不包括 ()
 A. 被评估者婚否 B. 有无淋病、梅毒等性病接触史 C. 配偶健康状况
 D. 性生活情况 E. 夫妻关系
10. 询问月经史不包括 ()
 A. 初潮年龄
 B. 月经周期与经期
 C. 月经量、色、痛经及有无白带
 D. 妊次产次及人工流产史
 E. 末次月经、闭经或绝经日期

11. 如何对情绪异常的病人进行问诊?

第二节 呼吸系统疾病病人常见症状问诊

【学习目标】

识记 问诊的内容及方法。

呼吸系统疾病病人常见症状及其评估要点。

理解 呼吸系统疾病病人常见症状的病因及发病机制。

运用 能够充分运用问诊的方法、技巧,与病人良好沟通,全面收集健康史资料。

能够提出相关护理诊断及其相关因素。

能够正确书写“首次入院护理评估单”。

【知识回顾】

呼吸系统疾病病人常见症状如下。

一、咳嗽与咳痰

(一) 评估要点

1. 咳嗽与咳痰的特点 起病情况、发病时间、有无节律性;咳嗽的性质、程度、音色、持续时间;痰液的颜色、性状、量、气味,能否有效咳痰;使咳嗽与咳痰加重或缓解的因素;有无其他伴随症状,如发热、盗汗、乏力、咯血、胸痛、呼吸困难等。

2. 病因与诱因 有无与咳嗽、咳痰有关的疾病史、用药史、吸烟史、粉尘接触史等,有无明确的诱因,咳嗽是否与体位、环境、气候、活动、职业、年龄、性别等有关。

3. 咳嗽与咳痰对病人的影响 有无因咳嗽、咳痰影响饮食、睡眠、大小便、自理能力、日常活动、工作和社会交往;有无焦虑、恐惧等心理情绪变化及家庭社会支持情况。

4. 诊疗与护理经过 已接受的诊断性检查项目及结果,已采用的治疗或护理措施,包括是否接受止咳、祛痰治疗,所用药物名称、剂量、给药途径及效果。

(二) 常用护理诊断

1. 清理呼吸道无效 与痰多、黏稠或病人疲乏、胸痛、意识障碍导致无效咳嗽有关。

2. 活动无耐力 与长期频繁咳嗽,营养摄入不足、机体组织缺氧有关。

3. 睡眠型态紊乱 与夜间频繁咳嗽有关。

4. 营养失调:低于机体需要量 与长期频繁咳嗽所致能量消耗增加、营养摄入不足有关。

5. 焦虑/恐惧 与疾病迁延、病情危重或经济负担有关。

6. 有感染的危险 与痰多、黏稠、不易排出有关。

7. 知识缺乏 缺乏对疾病发作的预防及吸烟有害健康方面的知识。

8. 潜在并发症 自发性气胸、肺不张。

二、肺源性呼吸困难

(一) 评估要点

1. 呼吸困难的特点 起病情况、发病时间、有无节律性;呼吸困难的种类,是吸气性、呼气性还是混合性呼吸困难;能否平卧,夜间有无憋醒;持续时间,使呼吸困难加重或缓解的

因素；有无其他伴随症状，如发热、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛等。

2. 病因与诱因 有无与呼吸困难有关的疾病史、用药史、吸烟史、粉尘接触史等，有无明确的诱因，呼吸困难是否与体位、环境、气候、活动、职业、年龄、性别等有关。

3. 呼吸困难对病人的影响 有无因呼吸困难影响饮食、睡眠、大小便、自理能力、日常活动、工作和社会交往；有无心理情绪变化及家庭社会支持情况。

4. 诊疗与护理经过 已接受的诊断性检查项目及结果，已采用的治疗或护理措施，包括是否接受氧疗及氧疗的流量、浓度、效果，是否用药及药物的名称、剂量、给药途径及效果。

（二）常用护理诊断

1. 气体交换障碍 与呼吸道痉挛、呼吸面积减少、换气功能障碍有关。

2. 低效性呼吸型态 与上呼吸道梗阻或心肺功能不全有关。

3. 活动无耐力 与呼吸困难所致机体能量消耗增加和缺氧有关。

4. 自理缺陷 与严重缺氧、呼吸困难、机械通气有关。

5. 语言沟通障碍 与严重喘息或机械通气有关。

6. 睡眠型态紊乱 与夜间呼吸困难有关。

7. 焦虑/恐惧 与疾病迁延、病情危重或经济负担有关。

8. 知识缺乏 缺乏氧疗相关的知识。

9. 潜在并发症 重要器官缺氧性损伤。

三、咯血

（一）评估要点

1. 咯血的特点 起病情况、发病时间、持续时间，每日咯血次数、颜色、性状、量、速度等，使咯血加重或缓解的因素；有无其他伴随症状，如呼吸困难、胸痛、发热、乏力、盗汗、消瘦；恶心、呕吐、腹痛、黑便；其他部位出血等。咯血应注意与呕血相鉴别。

2. 病因与诱因 有无与咯血有关的疾病史，如肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、心脏病、全身出血性疾病等病史，有无肿瘤、创伤及手术史。有无明确的诱因，咯血是否与季节、地域、饮食等有关。

3. 咯血对病人的影响 有无因咯血影响饮食、睡眠、大小便、自理能力、日常活动、工作和社会交往；有无心理情绪变化及家庭社会支持情况。

4. 诊疗与护理经过 已接受的诊断性检查项目及结果，已采用的治疗或护理措施，包括是否接受止血治疗，所用药物名称、剂量、给药途径及效果。

（二）常用护理诊断

1. 焦虑/恐惧 与咯血不止或担心疾病预后有关。

2. 潜在并发症 大咯血、窒息。

四、胸痛

（一）评估要点

1. 胸痛的特点 起病情况、发病时间、有无节律性；疼痛部位，有无牵涉性、放射性或转移性疼痛，疼痛性质、程度、持续时间，使疼痛加重或缓解的因素等；有无其他伴随症状，如咳嗽、咳痰、发热、呼吸困难、咯血、面色苍白、出冷汗、血压下降或休克、吞咽困难等。

2. 病因与诱因 有无与胸痛有关的疾病史、外伤、手术史，有无明确的诱因，胸痛是否与深呼吸、咳嗽、情绪、活动、年龄、性别等有关。

3. 胸痛对病人的影响 有无因胸痛影响饮食、睡眠、大小便、自理能力、日常活动、工作和社会交往；有无心理情绪变化及家庭社会支持情况。

4. 诊疗与护理经过 已接受的诊断性检查项目及结果，已采用的治疗或护理措施，包括是否使用止痛药物，药物的名称、剂量、给药途径及效果，是否采用其他止痛措施及疗效。

(二) 常用护理诊断

- 1. 疼痛胸痛 与肺部炎症波及壁层胸膜有关。
- 2. 睡眠型态紊乱 与夜间疼痛剧烈有关。
- 3. 焦虑/恐惧 与疼痛迁延不愈或担心疾病预后有关。

【案例举例】

某病人，女，68岁，因“反复咳嗽、咳痰、气促10余年，加重伴呼吸困难1周”入院。请依据此主诉为主线进行深入问诊，获得完整健康史资料。

【问诊程序】

项目	问诊流程及问诊提纲	分值
问诊前准备 (10分)	护士准备：衣帽整洁、仪表规范，修剪指甲、洗手、戴口罩	2分
	用物准备：首次入院护理评估单、笔	4分
	病人准备：理解问诊目的，愿意合作，采取舒适体位	2分
	环境准备：环境安静、整洁，温、湿度适宜，并具有私密性	2分
问诊过程 (80分)	向病人做自我介绍，核对病人床号、姓名、住院号，协助其采取舒适体位，并做好解释工作，取得病人配合 “您好，我是您的责任护士××，请问您是1床××吗？因为您刚入院，我需要收集您的病情资料，以便为您提供更全面的护理，感谢您的配合。”	3分
	1. 询问基本资料： “接下来，我需要收集您的基本资料。”内容包括病人的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、家庭住址及联系电话、医疗费用支付方式、入院时间、入院诊断、入院类型、入院方式、资料来源及收集资料的时间等	3分
	2. 询问主诉、现病史： “请问您是因为什么不舒服入院的？” “咳嗽有多长时间了？一般什么情况下会咳嗽？每次持续多长时间？咳嗽和体位、活动、进食、天气、环境等有关系吗？一天当中什么时候咳得厉害些？怎样能够缓解？咳嗽时声音有什么特点？咳嗽有痰吗？痰是什么颜色的？痰是泡沫状、黏液状还是脓性的？每天咳痰量大约有多少？有什么特殊气味吗？每次咳痰都能咳出来吗？” 您刚刚说除了咳嗽、咳痰，还感觉喘不上气来，这有多久了？一般什么情况下会觉得喘不上气来？和体位、活动、进食、天气、环境等有关系吗？怎样能够缓解？是觉得吸气困难，呼气困难，还是都很困难？ 这次发病还有没有其他不舒服？有没有发热、胸痛、头晕的情况？ 以前出现过这种情况吗？最早是什么时候开始出现的？以前发病是什么情况？和现在相比有什么不同？ 入院前有没有治疗过？有没有明确诊断是什么疾病？是如何治疗的？平时服用什么药物？每天服药几次？每次剂量多少？效果如何？”	30分

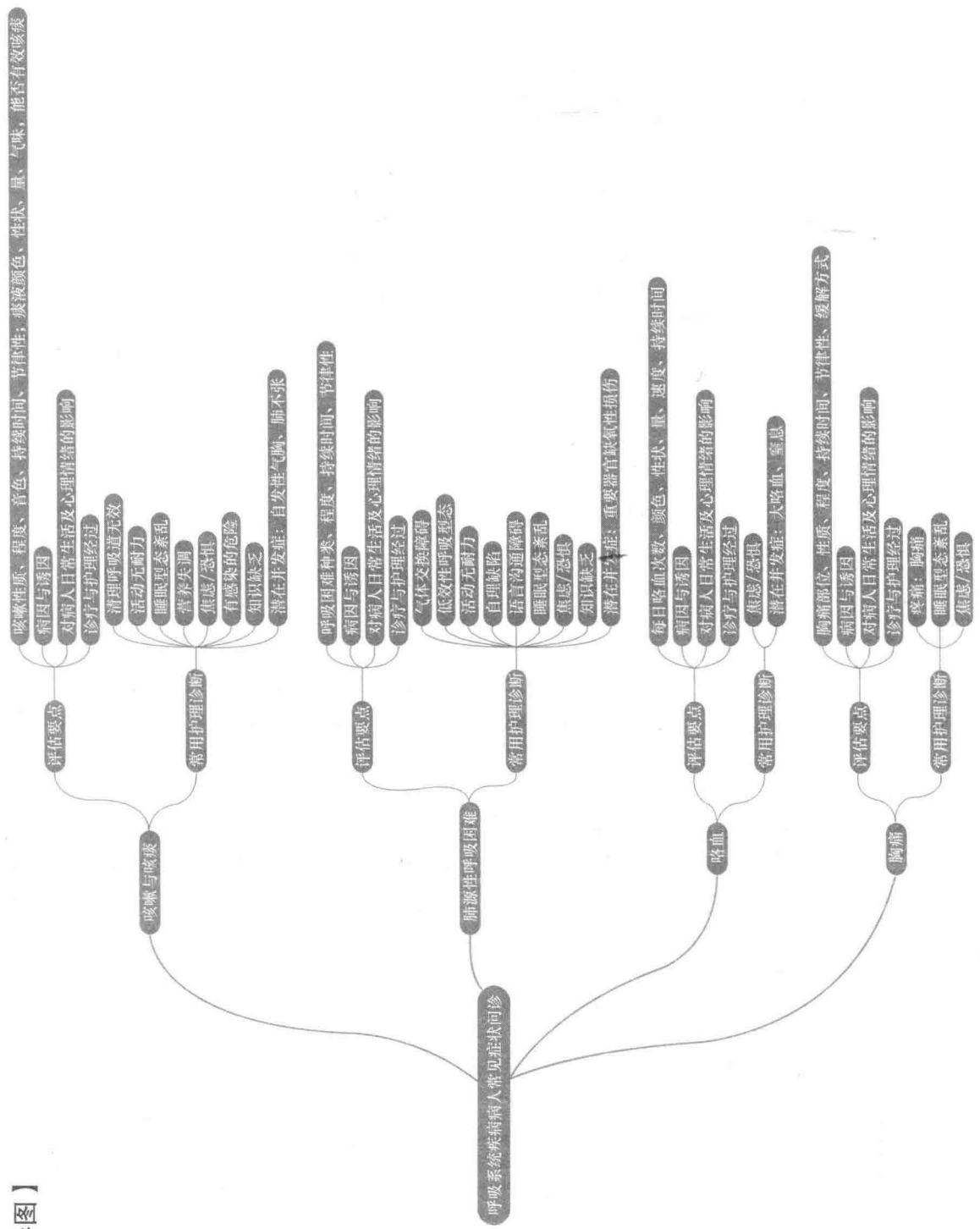
续表

项目	问诊流程及问诊提纲	分值
问诊过程 (80 分)	3. 询问日常生活状况： “平时饮食习惯如何？本次患病以来，食欲怎么样？睡眠有没有影响？大小便是否正常？体力状态如何？体重有没有明显变化？精神状态如何？”	10 分
	4. 询问既往史： “以往的健康状况如何？是否患有高血压、糖尿病、心脏病等慢性病？（若有）这些慢性病平时管理控制得如何？ 有没有做过手术？（若有）什么时候做的？做的什么手术？因为什么做手术？ 有没有受过外伤？（若有）什么时候发生的？具体外伤情况是什么？ 有没有对食物或药物过敏的情况？（若有）具体对什么食物或药物过敏？请描述当时的具体情况，有什么过敏反应？当时是如何处理的？”	10 分
	5. 询问个人史： “平时有没有吸烟饮酒的嗜好？（若有）吸烟有多长时间了？平时每天吸烟多少支？饮酒有多长时间了？平时每天饮酒多少？主要饮用什么酒？（若已经戒烟戒酒）请问戒烟戒酒多长时间了？戒除前吸烟饮酒的情况是什么？ 是否已绝经？绝经年龄？ 是否已婚？结婚年龄？配偶的健康状况如何？有没有生育过孩子？生育年龄？怀孕过几次？生育有几个孩子？”	10 分
	6. 询问家族史： “您父母、子女、兄弟姐妹身体状况如何？（若父母已去世，询问去世的原因及年龄。）家人中有没有出现类似病情的？家族中有没有患有传染病、遗传病等情况的？”	7 分
	7. 询问心理社会状况： 具体方法见第三章	7 分
问诊后处理 (5 分)	整理、记录：问诊完毕，协助病人取舒适体位，整理床单位。洗手，对收集的资料进行归纳、整理，填写首次入院护理评估单	5 分
评价 (5 分)	问诊过程中语言温和、态度亲切、举止端庄，能够尊重病人，充分体现人文关怀	2 分
	问诊规范、熟练，问诊内容全面、无遗漏，能够运用问诊技巧，与病人有效沟通	3 分
总分		100 分

【小结】

呼吸系统疾病病人常见症状包括咳嗽与咳痰、肺源性呼吸困难、咯血、胸痛。评估上述症状时，均应从以下四方面展开：①症状特点；②可能存在的病因与诱因；③症状对病人的影响；④诊疗与护理经过。

【思维导图】



【思考题】

- 咳大量脓臭痰最常见的疾病是 ()
A. 慢性支气管炎 B. 支气管哮喘 C. 大叶性肺炎
D. 肺脓肿 E. 肺结核
- 大咯血病人可能发生的并发症, 下列哪项除外 ()
A. 窒息 B. 肺不张 C. 失血性休克
D. 继发感染 E. 胸腔积液
- 痰液有恶臭味, 常见于 ()
A. 大肠埃希菌感染 B. 铜绿假单胞菌感染 C. 金黄色葡萄球菌感染
D. 厌氧菌感染 E. 真菌感染
- 咳嗽伴声音嘶哑常见于 ()
A. 肺癌压迫迷走神经 B. 声带麻痹 C. 气管异物
D. 恶病质 E. 肺结核
- 咯血直接致死的重要原因为 ()
A. 肺部感染 B. 窒息 C. 肺不张
D. 失血性休克 E. 肺梗死
- 呼吸困难最常见的病因是 ()
A. 呼吸系统疾病 B. 心血管疾病 C. 中毒
D. 血液病 E. 神经精神因素
- 下列各种情况中可导致吸气性呼吸困难的是 ()
A. 支气管哮喘 B. 喉头水肿 C. 慢性支气管炎
D. 阻塞性肺气肿 E. 左心功能不全
- 上呼吸道部分梗阻时常出现 ()
A. 呼气性呼吸困难 B. 吸气性呼吸困难 C. 混合性呼吸困难
D. 劳力性呼吸困难 E. 夜间阵发性呼吸困难
- 大咯血时病人突然发生呼吸困难、胸闷、烦躁不安、大汗淋漓、颜面发绀, 该病人可能发生了 ()
A. 窒息 B. 肺不张 C. 继发感染
D. 失血性休克 E. 胸腔积液
- 当病人出现咳嗽、咳痰症状时, 如何展开评估?
- 肺源性呼吸困难有哪些特点?
- 如何鉴别咯血与呕血?
- 病例分析: 某病人, 男, 38 岁, 因“突发胸痛、呼吸困难、咯血 2 小时”入院。请依据此主诉为主线进行深入问诊, 获得完整健康史资料。

第三节 循环系统疾病病人常见症状问诊

【学习目标】

识记 问诊的内容及方法。

循环系统疾病病人常见症状及其评估要点。