

普通高等教育“十二五”规划教材  
全国高等医药院校规划教材

# 健康评估

## (第2版)

主编 尹志勤 张清格

清华大学出版社

普通高等教育“十二五”规划教材  
全国高等医药院校规划教材

# 健康评估

## (第2版)

主编 尹志勤 张清格

清华大学出版社  
北京

## 内 容 简 介

本教材以现代护理理论为指导,以护理程序为框架,根据护理高职、高专教学的特点和培养目标编写。全书共分10章,内容包括绪论、病史采集、常见症状评估、体格检查、心理及社会状况评估、心电图、影像检查、实验室检查、护理诊断、护理病历书写。本书可供高专高职护理专业学生使用。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

### 图书在版编目(CIP)数据

健康评估/尹志勤,张清格主编.—2版.—北京:清华大学出版社,2014  
普通高等教育“十二五”规划教材 全国高等医药院校规划教材  
ISBN 978-7-302-38178-5

I. ①健… II. ①尹… ②张… 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(2014)第227813号

责任编辑:罗健 王华

封面设计:戴国印

责任校对:王淑云

责任印制:何芊

出版发行:清华大学出版社

网 址: <http://www.tup.com.cn>, <http://www.wqbook.com>

地 址:北京清华大学学研大厦A座 邮 编:100084

社总机:010-62770175 邮 购:010-62786544

投稿与读者服务:010-62776969, [c-service@tup.tsinghua.edu.cn](mailto:c-service@tup.tsinghua.edu.cn)

质 量 反 馈:010-62772015, [zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn](mailto:zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn)

印 装 者:北京密云胶印厂

经 销:全国新华书店

开 本:185mm×260mm 印 张:16.25 字 数:457千字

版 次:2006年8月第1版 2014年12月第2版 印 次:2014年12月第1次印刷

印 数:1~2500

定 价:39.00元

---

产品编号:052099-01

## 编者名单

- 主 编 尹志勤 张清格
- 副主编 张功励 佟玉荣
- 编 者 (按姓氏拼音排序)
- 耿桂灵 (南通大学护理学院)
- 郭丽梅 (齐齐哈尔医学院)
- 李 萍 (温州医科大学护理学院)
- 佟玉荣 (首都医科大学燕京医学院)
- 文建军 (青海大学医学院)
- 许虹波 (温州医科大学护理学院)
- 阳晓丽 (海南医学院)
- 尹志勤 (温州医科大学护理学院)
- 张功励 (北京卫生职业学院)
- 张清格 (邢台医学高等专科学校)
- 编写秘书 许虹波 (温州医科大学护理学院)



# 前言

本教材以现代护理理论为指导，以护理程序为框架，根据高专、高职护理专业教学的特点和培养目标编写。为了适应我国高专、高职教育改革与发展的新形势，满足社会对护理人才提出的新要求，本书在第1版的基础上进行了修订再版。

本次修订在第1版编写框架和内容的基础上，侧重于在护理实践中综合应用基础医学知识、人文知识和护理技能，同时更加突出护士人文关怀精神的培养。本次修订，征询了许多授课教师和临床一线护理人员的意见，对编写内容做了较大幅度的调整，具体修订内容如下。

在每一章中均设置了案例，引导同学学习新知识，启发其思维，同时增加其对临床工作内容的体会和对患者病痛的感知能力；在每一章末，设置了“本章小结”，用来总结本章的重点，画龙点睛，增进学生对所学知识的理解。

将第1版原第2章标题“健康史采集”修改为“病史采集”。因大部分的健康史采集都是针对患者进行的，且在本书有限的字数范围内，难以将正常人群的健康史采集融入其中，故将本章题目改为“病史采集”，且将其内容中的“健康史的内容和采集方法”改为“问诊的内容和方法”，这样更为恰当。

将第1版原第3章标题“身体评估”修改为“体格检查”，因为用“体格检查”一词更接近临床实际，通俗易懂。除此以外，本章更换了大量的图片，对图片与文字不一致的地方进行了修改。

按照“2012年中华人民共和国卫生行业标准”，对第8章实验室检查内容进行了较大的修改，重新核对、修改了血细胞分析参考区间以及临床常用生化检验项目血清钾、钠、氯，血清总蛋白、清蛋白，血清丙氨酸氨基转移酶参考区间，使本书读者能尽早地掌握新的行业标准。

根据“卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书”的通知，对第

10章护理病历书写的内容进行了较大幅度的修改,删除了部分护理记录项目,在全国尚无统一规范的情况下,参照其他教科书及一些医院常用的表格,设置了可参考的护理记录样式。

本次修订得到了全体编委及其所在单位领导的大力支持,得到了温州医科大学附属第一医院老师的热情支持和帮助,在此表示衷心的感谢。因第2版教材较第1版有较大的改动,在编写的内容和形式上难免有疏漏和不足之处,恳请使用本教材的师生及其他读者给予批评、指正。

尹志勤

2014年6月



# 目 录

<b>第 1 章 绪论</b> .....	1	二、发生机制及临床表现	15
一、健康评估的内容	1	三、护理评估要点	16
二、健康评估的学习方法与要求	2	四、常用护理诊断	17
<b>第 2 章 病史采集</b> .....	3	<b>第 5 节 咯血</b> .....	17
<b>第 1 节 健康资料</b> .....	3	一、病因与发生机制	17
<b>第 2 节 问诊的内容及方法</b> .....	4	二、临床表现	17
一、问诊的内容	4	三、护理评估要点	18
二、问诊的方法	6	四、常用护理诊断	18
<b>第 3 章 常见症状评估</b> .....	9	<b>第 6 节 发绀</b> .....	19
<b>第 1 节 发热</b> .....	9	一、发生机制	19
一、正常体温	9	二、病因与临床表现	19
二、发生机制	9	三、护理评估要点	20
三、病因	9	四、常用护理诊断	20
四、临床表现	10	<b>第 7 节 心悸</b> .....	20
五、护理评估要点	11	一、发生机制	20
六、常用护理诊断	12	二、病因与临床表现	20
<b>第 2 节 水肿</b> .....	12	三、护理评估要点	21
一、发生机制	12	四、常用护理诊断	21
二、病因及临床表现	12	<b>第 8 节 恶心与呕吐</b> .....	21
三、护理评估要点	13	一、发生机制	21
四、常用护理诊断	13	二、病因	22
<b>第 3 节 咳嗽与咳痰</b> .....	13	三、临床表现	22
一、发生机制	13	四、护理评估要点	22
二、病因	13	五、常用护理诊断	23
三、临床表现	14	<b>第 9 节 呕血</b> .....	23
四、护理评估要点	14	一、病因	23
五、常用护理诊断	14	二、临床表现	23
<b>第 4 节 呼吸困难</b> .....	15	三、护理评估要点	24
一、病因	15	四、常用护理诊断	24

第10节 腹泻 .....	24	一、视诊 .....	37
一、发生机制 .....	24	二、触诊 .....	37
二、病因 .....	25	三、叩诊 .....	38
三、临床表现 .....	25	四、听诊 .....	39
四、护理评估要点 .....	25	五、嗅诊 .....	40
五、常用护理诊断 .....	25	第2节 全身状态检查 .....	41
第11节 便秘 .....	26	一、年龄 .....	41
一、发生机制 .....	26	二、性别 .....	41
二、病因 .....	26	三、生命体征 .....	41
三、临床表现 .....	26	四、发育与体型 .....	43
四、护理评估要点 .....	27	五、营养状态 .....	43
五、常用护理诊断 .....	27	六、意识状态 .....	44
第12节 便血 .....	27	七、面容与表情 .....	44
一、病因 .....	27	八、体位 .....	46
二、临床表现 .....	27	九、步态 .....	46
三、护理评估要点 .....	28	第3节 皮肤、浅表淋巴结检查 .....	47
四、常用护理诊断 .....	28	一、皮肤 .....	47
第13节 黄疸 .....	28	二、浅表淋巴结 .....	50
一、胆红素的正常代谢 .....	28	第4节 头部、面部和颈部检查 .....	51
二、病因、发生机制及临床表现 .....	28	一、头部 .....	51
三、护理评估要点 .....	30	二、面部 .....	51
四、常用护理诊断 .....	31	三、颈部 .....	55
第14节 抽搐与惊厥 .....	31	第5节 胸部检查 .....	57
一、病因 .....	31	一、胸部的体表标志 .....	57
二、发生机制 .....	32	二、胸壁、胸廓和乳房 .....	59
三、临床表现 .....	32	三、肺和胸膜 .....	61
四、护理评估要点 .....	32	四、心脏 .....	66
五、常用护理诊断 .....	32	第6节 周围血管检查 .....	73
第15节 意识障碍 .....	33	一、视诊 .....	73
一、病因 .....	33	二、触诊 .....	73
二、发生机制 .....	33	第7节 腹部检查 .....	74
三、临床表现 .....	33	一、腹部的体表标志与分区 .....	74
四、护理评估要点 .....	34	二、腹部检查方法 .....	76
五、常用护理诊断 .....	35	第8节 肛门、直肠和生殖器检查 .....	84
第4章 体格检查 .....	37	一、肛门、直肠 .....	84
第1节 体格检查的方法及		二、生殖器 .....	86
注意事项 .....	37	第9节 脊柱与四肢检查 .....	87
		一、脊柱 .....	87



二、四肢与关节 .....	88	四、心律失常 .....	148
第 10 节 神经系统检查 .....	90	第 5 节 心电图的临床应用与分析 .....	162
一、脑神经 .....	90	一、心电图分析方法 .....	162
二、运动功能 .....	92	二、心电图的临床应用价值 .....	165
三、感觉功能 .....	93	<b>第 7 章 影像检查</b> .....	166
四、神经反射 .....	94	第 1 节 放射线检查 .....	166
五、自主神经功能 .....	98	一、概述 .....	166
<b>第 5 章 心理及社会状况评估</b> .....	100	二、呼吸系统 .....	168
第 1 节 概述 .....	100	三、循环系统 .....	174
一、心理与社会评估的目的 .....	100	四、消化系统 .....	177
二、心理与社会评估的方法 .....	100	五、骨、关节系统 .....	181
第 2 节 心理评估 .....	101	六、泌尿系统 .....	185
一、自我概念评估 .....	101	七、计算机体层成像 .....	187
二、认知评估 .....	104	八、磁共振成像 .....	190
三、情绪和情感的评估 .....	106	第 2 节 超声检查 .....	193
四、个性评估 .....	109	一、概述 .....	193
五、压力与压力应对评估 .....	110	二、超声检查的临床应用 .....	195
第 3 节 社会评估 .....	115	<b>第 8 章 实验室检查</b> .....	198
一、角色与角色适应评估 .....	115	第 1 节 血液检查 .....	198
二、家庭评估 .....	117	一、血液常规检查 .....	198
三、文化评估 .....	120	二、血液的其他检验 .....	202
四、环境评估 .....	121	第 2 节 尿液检查 .....	209
<b>第 6 章 心电图检查</b> .....	124	一、尿标本的采集 .....	209
第 1 节 心电图的基本知识 .....	124	二、尿常规检查 .....	210
一、心电图产生的原理 .....	124	三、尿液的其他检查 .....	213
二、心电图的导联体系 .....	130	第 3 节 粪便检查 .....	213
第 2 节 心电图机及操作 .....	133	一、粪便标本的采集 .....	213
第 3 节 正常心电图 .....	135	二、粪便常规检查 .....	214
一、心电图的测量 .....	135	第 4 节 肾功能检查 .....	216
二、正常心电图波形特点和 正常值 .....	137	一、肾小球滤过功能 .....	216
三、小儿心电图特点 .....	139	二、肾小管功能 .....	217
四、老年人心电图特点 .....	140	第 5 节 肝功能检查及肝脏疾病 常用的检查 .....	217
第 4 节 常见异常心电图 .....	140	一、蛋白质测定 .....	218
一、心房、心室肥大 .....	140	二、胆红素代谢试验 .....	219
二、心肌缺血 .....	144	三、血清酶学检查 .....	220
三、心肌梗死 .....	146	四、病毒性肝炎标志物检测 .....	221

五、血清甲胎蛋白测定 .....	223	二、护理诊断的定义与组成 .....	234
第6节 脑脊液及浆膜腔积液的 检查 .....	224	三、护理诊断的分类 .....	235
一、脑脊液检查 .....	224	四、护理诊断的陈述 .....	236
二、浆膜腔积液检查 .....	226	五、合作性问题 .....	236
第7节 临床常用的生化检查 .....	227	六、护理诊断的确立 .....	236
一、血清钾、钠、氯化物的测定 ..	227	<b>第10章 护理病历书写</b> .....	238
二、血清钙、磷的测定 .....	229	第1节 护理病历书写的基本要求 ..	238
三、血清总胆固醇的测定 .....	230	第2节 护理病历记录 .....	238
四、三酰甘油的测定 .....	231	一、入院评估表 .....	238
五、血清脂蛋白的测定 .....	231	二、护理计划单 .....	244
六、血糖测定 .....	232	三、护理记录 .....	244
七、葡萄糖耐量试验 .....	232	四、健康教育计划 .....	245
<b>第9章 护理诊断</b> .....	234	<b>参考文献</b> .....	249
一、护理诊断的发展 .....	234		



# 第1章

## 绪论

健康评估 (health assessment) 是一个系统地、连续地收集护理对象的健康资料, 并对这些健康资料进行整理、分析, 以确定其护理需求, 从而做出护理诊断的过程。健康评估是护理程序中最重要的一环, 它贯穿于护理过程的始终。

健康评估课程是运用医学及相关学科的知识, 对护理对象的健康问题进行分析、研究, 以确定其护理需求的基本理论、基本技能及临床护理思维方法的一门学科, 是护理专业学生在学完基础医学的各门课程和护理学导论之后, 过渡到临床护理各学科学习的一门必修课, 是基础医学与临床护理各学科联系的纽带和桥梁。

### 一、健康评估的内容

1. 病史采集 病史采集的目的是在开始身体评估前获得完整的病史的基本资料, 为进一步评估身体提供线索, 并获取有助于确立护理诊断的重要依据。病史采集模式有疾病引导模式和评估健康模式两种。疾病引导模式采集病史的主要内容包括一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史、日常生活史、心理社会史、月经及生育史和系统回顾几个方面。评估健康模式采集病史主要内容包括戈登的 11 项功能性健康型态所涉及的内容。

2. 常见症状评估 症状指患者主观感受到不适或痛苦的异常感觉或某些客观病态改变, 是病史的重要组成部分。常见症状评估主要内容涉及症状的病因和发生机制、临床表现、发展和演变过程以及由此引起的患者身心反应。护士通过对患者症状的评估, 结合相应的体格检查结果, 以形成护理诊断, 并指导临床护理工作。

3. 体格检查 指护士通过自己的感官或借助听诊器、血压计、体温计等辅助工具对患者进行细致的观察与系统的检查, 发现机体正常或异常征象的评估方法, 是获得护理诊断依据的重要手段。熟练掌握和运用这些方法, 才能使收集的资料更准确、完整。

4. 心理、社会评估 指护士从被评估者的自我概念、认知水平、情感和情绪、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对其进行全面评估, 以正确地获得患者的心理及社会资料。

5. 心电图检查 用心电图机将心脏的生物电变化在体表记录下来所获得的曲线称心电图。观察心电图的变化规律, 对判断与其相关的疾病有重要的临床意义。本书主要介绍了心电图的基本知识、心电图机的操作方法、正常心电图和常见异常心电图的图形特点及意义。

6. 影像检查 本书主要介绍 X 线片、计算机体层成像、磁共振成像和超声检查的内容。学习影像检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义, 检查前的配合和检查后处理要点, 有助于护士更好地评估和判断患者的病情, 正确地配合检查。

7. 实验室检查 实验室检查结果作为客观资料的重要组成部分之一, 可协助护士观察、判断病情, 作出护理诊断。护士应熟悉常用实验室检查的目的、标本采集要求及结果的临床意义。

8. 护理诊断 护理诊断是健康评估的最终目的,是本门课程的重要组成部分之一。护理诊断是将收集到的病史资料、体格检查及其他评估结果经过分析、归纳、推理而形成的,为制订正确的护理措施提供依据。此部分内容阐述了护理诊断的发展、定义、组成、分类、陈述方式、合作性问题及护理诊断的确立过程。

9. 护理病历书写 护理病历是临床护理人员对患者护理过程的全面记录,是对患者提供护理的重要依据。此部分内容详细叙述了护理病历的书写要求,列举了在格式上和内容上与临床大致相同的护理病历以供读者参考,使学生初步掌握护理病历的书写方法。

## 二、健康评估的学习方法与要求

健康评估的学习方法与基础课有很大的不同,需要动手操作的内容较多,除理论教学和学校内的实践教学外,还要在医院中直接面对患者或在社区中面对被评估者,因此在学习过程中有其特殊要求:

(1) 学习过程中始终贯穿整体护理的理念,以患者为中心,关心、爱护和体贴患者,建立良好的护患关系。

(2) 基本概念要清楚,基本知识要扎实,基本技能要熟练。

(3) 能独立进行病史采集,并能分析、提炼出健康问题。

(4) 能正确、熟练地进行体格检查,并理解体格检查阳性结果的意义。

(5) 掌握心电图检查操作方法,熟悉常见异常心电图的表现和临床意义;熟悉影像检查前的患者准备、检查结果的临床意义;掌握实验室检查的标本采集要求、检验结果的正常值及其临床意义。

(6) 能根据所收集的资料作出初步的护理诊断,写出完整的护理病历。

(尹志勤)



## 第2章

# 病史采集

**【案例】** 上午10时，一位18岁的男性患者被收入院。患者意识清醒，面色潮红，呼吸急促，阵发性咳嗽并有咳痰。请问护士应怎样采集患者的病史资料？在采集病史资料的过程中应注意什么？

### 第1节 健康资料

健康评估主要是通过收集被评估者主观和客观的健康资料，并对健康资料进行分析、判断来了解其需要并作出护理诊断的过程。健康评估所收集的资料可以是被评估者或有关人员的主观描述，也可以是身体评估、实验室或其他检查的结果等。根据资料的性质不同，将健康资料分为主观资料和客观资料。

在临床护理中，主观资料是通过与患者及其有关人员交谈获得的患者身体、心理健康状况和社会关系状况的资料，如患者在疾病状态下的身体不适感、对身体状况的评价、个人经历、心理压力、求医目的等。主观资料不能被医护人员直接观察或检查。

客观资料指经身体评估方法（视、触、叩、听、嗅等）及实验室或其他检查方法所获得的患者健康状况的资料，如视诊所发现的黄疸、听诊发现的心脏杂音、实验室检查发现的蛋白尿等。

多数情况下，主观资料与客观资料是相互支持的。主观资料可指导客观资料的收集，而客观资料则可进一步证实或补充所获得的主观资料。对于一份完整、全面的健康资料来说，主观资料和客观资料同等重要，两者都是形成护理诊断的重要依据。

健康资料主要是由患者本人提供，如患病后的感受、对健康的认识及需求、对治疗及护理的期望等，大多很难从其他人员那里得到，这些问题只有患者本人最清楚、最能准确地表述，因此患者本人提供的健康资料最为可靠。

除了患者以外，护士还可从其他人员或患者健康记录中获得所需资料。通过这些资料可进一步证实或充实从患者那里直接得来的资料。这些资料来源包括：

1. 患者的家庭成员或与之关系密切者 如父母、配偶、兄弟姐妹、朋友、同事、邻居、老师、保姆等，他们与患者一起生活或工作，对其目前及既往的健康状况、生活习惯、生活或工作的环境以及对疾病或健康的态度等有较全面的了解，这些信息对获得全面的健康资料、确定护理诊断及制订护理措施有重要的参考价值。

2. 目击者 指目睹患者发病或受伤过程的人员，他们可提供有关的病因、患者当时的状况及病情的进展等资料。

3. 卫生保健人员 包括与患者有关的医护人员、营养师、理疗师，可向他们了解其有关的诊断及治疗措施、就医行为等。

4. 目前或以往的健康记录或病历 如出生记录、儿童预防接种记录、健康体检记录或病历记录等, 这些资料对了解患者的既往健康状况及其对目前健康的影响有很大的帮助。

## 第2节 问诊的内容及方法

### 一、问诊的内容

病史是关于患者目前、过去健康状况及其影响因素的主观资料。在临床工作中, 医师关注的是患者的症状、体征及疾病的进展情况等, 而护士更关注患者对其健康状况以及因之而带来的生活方式等改变所做出的反应, 因此, 护士采集病史的重点集中在疾病症状或病理改变对患者日常生活的影响以及心理、社会反应方面。

问诊是以获取患者的病史资料为目的, 护士与患者及相关人员之间的正式有序的交谈过程。问诊是病史采集的主要手段, 其形式有两种: 一种是疾病引导模式; 一种是评估健康模式。疾病引导模式问诊内容包括患者的一般资料、主诉、现病史、既往史、日常生活形态、家族史、心理社会史、月经及生育史和系统回顾几个方面。本章主要介绍疾病引导模式问诊。评估健康模式是以戈登的11项功能性健康型态为指导对患者进行问诊, 问诊的内容见本章的附录部分。

#### (一) 一般资料

一般资料的内容包括患者的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、医疗费度的支付形式、住址、电话号码、资料的可靠性及收集资料的时间等。这些资料可为了解患者的某些健康状况、患者对健康的态度及价值观提供有用的信息, 为进一步收集资料提供依据。如许多健康问题的发生与年龄、性别、婚姻状况、职业等有关。不同的民族有不同的饮食习惯、宗教信仰等; 患者的文化程度可提示护理人员选择合适的健康教育方式; 医疗费度的支付形式有助于护理人员了解患者的经济承受能力, 以便选择合适的治疗方案和护理措施。

#### (二) 主诉 (chief complaint)

主诉是患者感觉最主要、最明显的症状或体征及其持续时间, 是患者就诊的主要原因。主诉的语句应简短扼要, 有高度概括性, 如“发热、胸痛3天”、“咳嗽、咳痰2天, 喘息1天”。记录主诉时应使用患者自己的语言, 不要使用诊断用语, 如“甲状腺功能亢进半年”应记为“多食、消瘦、多汗半年”。

#### (三) 现病史

现病史是患者患病以来疾病的发生、发展、诊断、治疗、护理的全过程, 是病史的主体部分, 记录时应围绕主诉详细描述。其内容包括: 起病的时间、地点及环境; 起病的缓急; 主要症状的部位、性质及持续时间; 发病的原因和诱因; 疾病的发展和演变; 伴随症状; 诊断、治疗和护理经过; 疾病对患者工作和生活产生的影响。

#### (四) 既往史

既往史是有关患者过去的健康状况及患病的经历, 其内容包括:

- (1) 曾患过的疾病, 既往的住院病史;
- (2) 手术及外伤史;
- (3) 预防接种史, 包括预防接种的时间、接种的疫苗种类;
- (4) 过敏史, 包括食物、药物、环境中接触物质的过敏情况;
- (5) 是否到过疫区, 有无性病接触史及是否曾患过性病。

#### (五) 家族史

询问患者的双亲、兄弟、姐妹及子女的健康及患病情况, 有无与其相同的疾病, 家族中有无

遗传病。

### (六) 日常生活活动状况

询问患者日常生活活动的状况,可以促进护士对患者生活习惯和行为方式的了解,使护士健康问题的判断和护理计划的拟订较切合实际,其内容包括患者的饮食、排泄、活动与休息状况及个人的嗜好等。

### (七) 心理、社会史

心理、社会史包括患者的自我概念、认知、情绪与情感、个性、压力与应对、角色与角色适应、生活与居住环境、家庭关系等。

### (八) 月经及生育史

青春期后的女性应询问月经史,包括月经初潮的年龄、月经周期和经期的天数、经血的颜色和量、末次月经的日期、有无痛经及白带情况、闭经日期、绝经年龄。成年女性应询问生育史,包括妊娠与生育的次数及年龄、人工或自然流产的次数,有无早产、死产、难产、手术产、围生期感染及计划生育情况等。男性患者应询问有无影响生育的疾病。

### (九) 系统回顾

通过询问,系统地了解患者各系统有无健康问题及健康问题的特点,全面地评估患者以往的健康问题及其与本次疾病之间的关系。通过系统回顾可避免遗漏重要的信息。护士可根据需要按身体各系统进行询问,从而对患者的健康问题作出判断。询问的内容如下:

1. 一般状态 有无不适、疲乏无力、发热、盗汗,有无体重增加或减轻,睡眠情况如何等。
2. 皮肤 有无皮肤颜色、温度、湿度的改变,有无水肿、皮疹、皮肤破溃、感染,毛发的分布与色泽,指甲的颜色及光泽。
3. 眼 有无畏光、流泪、结膜充血、分泌物增多,有无白内障、青光眼疾患,是否佩戴眼镜等。
4. 耳 有无耳鸣、眩晕、听力减退或耳聋,有无耳痛、耳内流脓等,是否使用助听器。
5. 鼻 有无鼻塞、流涕、出血或过敏,有无嗅觉的改变。
6. 口腔 有无口腔黏膜溃疡、颜色改变、牙龈肿胀、溢脓或出血,有无龋齿、义齿,有无味觉的改变。
7. 乳房 有无疼痛、异常分泌物、肿块及患者的自我检查情况。
8. 呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛或呼吸困难等。咳嗽发生的时间、频率、性质、程度,与气候变化及体位的关系;痰的颜色、性状、量和气味;咯血的颜色及量;胸痛的部位、性质;呼吸困难发生的时间、性质和程度;既往有无呼吸系统疾病。
9. 循环系统 有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难、晕厥、水肿。心悸发生的时间与诱因,心前区疼痛的部位、性质、程度、持续时间、缓解方式;呼吸困难的程度,有无阵发性呼吸困难,是否伴有咳嗽、咯血或咯粉红色泡沫样痰;晕厥发生前是否伴有心悸,既往有无心血管疾病;水肿的部位、水肿与尿量的关系。
10. 消化系统 有无恶心、呕吐、吞咽困难、腹泻、腹胀、腹痛、便秘、呕血、黑粪、黄疸,上述症状发生的缓急、与进食的关系等。呕吐的时间、性质,呕吐物的量、性质、颜色和气味;腹泻、呕血,黑粪的量、颜色、性状、次数,腹泻有无里急后重,有无脱水的表现;腹痛的部位、性质、程度,有无疼痛的规律性及转移性疼痛。
11. 泌尿系统 有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难、尿潴留、尿失禁、腹痛或水肿;有无尿的颜色、量、性质的变化;过去有无高血压、糖尿病、过敏性紫癜等疾病;有无长期使用肾毒性药物史。
12. 血液系统 有无头晕、眼花、耳鸣、乏力、记忆力下降,有无皮肤瘀点、瘀斑、黄疸及

肝、脾、淋巴结肿大,有无输血或输血反应史。

13. 内分泌及免疫系统 有无怕热、多汗、乏力、口渴多饮、多食、肥胖或消瘦,有无性格的改变,有无智力、体格、性器官发育异常,有无甲状腺肿大等,既往有无精神创伤、肿瘤、自身免疫性疾病的病史。

14. 神经系统及精神状态 有无头痛、头晕、记忆力减退,有无抽搐、瘫痪,有无睡眠障碍,有无感觉或运动障碍及意识障碍,有无紧张、焦虑、抑郁等精神状态的变化。

15. 骨骼及肌肉系统 有无肌肉痉挛、萎缩、疼痛、瘫痪,有无关节脱位、肿胀、畸形、运动障碍,有无骨折、外伤等。

## 二、问诊的方法

问诊的目的是在开始身体评估前获得完整的病史基本资料,为进一步身体评估提供线索,为确立护理诊断提供重要的依据。为使问诊有效地进行,获得真实可靠的健康资料及达到预期的目的,在问诊时应注意询问的技巧。

### (一) 问诊的技巧及注意事项

1. 环境 保证问诊环境安静、舒适和私密性,光线、温度应适宜。

2. 建立与患者的良好关系 护士在问诊开始前应先向患者做自我介绍,说明问诊的目的,并向患者承诺对病史内容保密。整个问诊中,护士应对患者的回答表示出感兴趣和关心的态度,对患者的陈述应表示理解、认可和同情。问诊过程中注意非语言沟通的作用,如使用必要的手势和良好的体态语言,始终保持与患者的目光接触等。问诊结束时,应感谢患者的合作,说明这期间对患者的要求,接下来要做什么等。

3. 选择合适的问诊时间 正确地把握问诊时机可以提高问诊效果,并可避免患者产生疲劳或厌倦的情绪。病情许可时,应尽可能以患者为直接问诊的对象,在患者入院后尽早地询问。患者处于抢救或痛苦状态时,应避免过多地询问,在做扼要的询问和重点检查后,应立即实施抢救,详细病史稍后补充或从其亲属处获得。

#### 4. 掌握合适的问诊方式

(1) 提问应先选择一般性、易于回答的开放性问题:如“您是什么原因来看病的?”、“病了多长时间了?”,然后耐心听患者的叙述。开放性问题的优点是易于回答,容易获得有价值的信息;其缺点是患者的回答可能与问诊目的无关,占用较多的时间,急症情况下不宜使用。

(2) 围绕主诉询问:一般从主诉开始,有目的、有序地询问,如患者说腹痛,可以询问:“你腹痛有多长时间了?哪里痛?怎么样痛?哪些因素可使疼痛加重或减轻?疼痛发作时还有其他症状吗?到哪里看过病?接受过哪些治疗?治疗效果怎样?”等。如患者陈述时话语太多或离题太远,可用恰当的语言客气地将其引导到病史的线索上来,如“你前面讲的问题我知道了,下面能不能具体谈一下你腹痛的情况?”。

(3) 为了证实或确认患者的叙述,可用直接提问:如“您做胃溃疡手术时多大年龄?”、“您头痛是什么时候开始的?”等。直接提问中应避免套问或诱导,如“您呕吐是喷射样的吗?”、“您是不是在下午发热?”,而应使用“您呕吐时是怎样吐的?”、“您一般在什么时候发热?”的提问方式,以免患者随声附和使材料失真。直接提问的另一种方式是直接选择性提问,即要求患者回答“是”或“否”,或对提供的选择作出回答。如“您曾经有过类似的疼痛吗?”,以此让患者做出肯定或否定的回答;“您腹痛时疼痛是钝痛、锐痛、烧灼痛或别的什么?”,让患者从中选择出一个恰当的词语。

(4) 提问中避免使用有特殊含义的医学术语:如“心悸”、“血尿”、“里急后重”等,以免患者顺口称是,影响病史的真实性。



(5) 问诊时要注意提问的系统性、目的性和侧重性，要认真地倾听患者的回答，对同一问题避免重复提问，以免降低患者对护士的信心与期望。

(6) 由一个问题的提问转向另一个问题时，应恰当地使用过渡语言，向患者说明要讨论的新话题及理由，使患者不感到谈话的唐突。如由询问身体状况过渡到询问社会状况时，向患者说明社会因素对健康的重要影响，然后开始询问患者的社会状况。

(7) 当患者回答不确切时，要给予耐心的启发，如用“请再想一想还有什么，能不能再说得准确些”等启发式语言，同时给患者充分的时间回答。注意不要使用责怪性语言，因责怪性语言常使患者产生防御心理，导致患者不愿回答问题或只是简单地应付。恰当地使用一些鼓励与赞扬的语言，也可以提高患者提供信息的积极性，如“你能及时去看病，这很好”、“你已经戒烟了？真有毅力”等，但对精神障碍的患者不可随便使用赞扬性的语言。

(8) 在问诊中必须对含糊不清、存有疑问或矛盾的内容进行核实。核实时常用澄清、复述、反问等方法，如“您说您感到睡得不好，请具体说一下是怎样的情况？”（澄清）、“您说您上腹部痛是在饥饿时出现，是这样吗？”（复述）、“您说您食欲不好？”（反问）。经核实后，对患者所提供的信息进行分析 and 推论，以确保所获资料的准确性。

5. 结束问诊 问诊结束时，应感谢患者的合作，说明这期间对患者的要求，接下来要做什么等。

## （二）影响问诊的其他因素

1. 文化因素 不同文化背景的人在交流的方式及对疾病的反应方面不同，护士必须理解患者的文化、信仰和价值观，熟悉各种文化间的差异，采取恰当的问诊方式，以保证问诊的有效进行。

2. 年龄因素 不同年龄的患者，交谈的能力不同。成年人有很好的交谈能力，而儿童或婴幼儿交谈能力则较差。护士可通过观察或与家长交谈获取信息，同时注意让已具备交谈能力的儿童本人参与问诊。老年人可能有听力、视力、记忆力等功能减退，问诊时应注意减慢语速、提高音量，采取面对面交流的方式，说话清楚、简单，问题应限于确实需要的方面。

**【本章小结】** 问诊是病史采集的主要手段。问诊的目的是获取患者目前或过去健康状况及其影响因素的主观资料。按疾病引导的模式进行问诊时，其内容主要包括一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史、日常生活活动状况、心理社会史、月经生育史及系统回顾几个方面。以评估健康模式进行问诊时，主要是采集戈登的11项健康型态的内容。问诊时应注意从开放性问题开始，围绕主诉提问，避免使用诱导性语言和医学术语，避免重复提问，注意对不同年龄、文化背景、病情程度患者应采取不同的提问方式。

**【附录】** 以戈登的11项功能性健康型态为指导的问诊内容：

1. 健康感知与健康型态 自觉健康状况如何；常采取哪些措施保持健康，这些措施对健康有何影响；有无烟、酒及其他嗜好，吸烟及饮酒的量；有无药物成瘾或药物依赖，成瘾药物使用的剂量及持续时间；是否经常进行乳房的自检；能否服从医护人员的健康指导；是否知道所患疾病的原因、出现症状时采取的措施及其结果。

2. 营养与代谢型态 食欲如何，日常食物和水分摄入种类、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、黏膜损害；牙齿是否正常。

3. 排泄型态 每日排便与排尿的次数、量、颜色、性状、气味，有无异常改变；是否应用药物；出汗的量、气味。

4. 活动与运动型态 进食、穿衣、洗漱、洗澡、如厕等日常活动能否自理及自理水平；日