

医药高等院校规划教材

供高职高专护理、助产等专业使用

健康评估

陈云华 刁万祥 主编

第二版



科学出版社

医药高等院校规划教材

供高职高专护理、助产等专业使用

健 康 评 估

第二版

主 编 陈云华 刁万祥

副主编 陈春菊 孟发芬 李 梅 史志春

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

陈春菊 (运城护理职业学院)

陈云华 (长沙卫生职业学院)

刁万祥 (滨州职业学院)

李富军 (中南大学湘雅医院)

李 梅 (惠州卫生职业技术学院)

刘 平 (长沙卫生职业学院)

吕 霞 (四川护理职业学院)

孟发芬 (湖北三峡职业技术学院)

史志春 (廊坊卫生职业学院)

张文霞 (滨州职业学院)

摄 影 刘 东 (长沙卫生职业学院)

科 学 出 版 社

北 京

• 版权所有 侵权必究 •

举报电话: 010-64030229; 010-64034315; 13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书内容包括问诊、常见症状评估、体格检查、心理及社会评估、实验室检查、心电图检查、医学影像学检查、资料分析与护理诊断和护理病历书写。本教材为全彩印刷,图片均由作者拍摄和绘制,精美、直观。本次修订增加了数字化教学资源,并通过爱医课互动教学平台使用。有利于学生学习兴趣的激发和职业行为能力的培养,为其今后的专业课学习打下坚实的基础。

本书为医药高等院校规划教材,适用于高职高专护理、助产等专业,也可作为临床护理教师的教学参考和临床护理工作者的学习参考。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估 / 陈云华,刁万祥主编. —2版. —北京:科学出版社,2016

国药高等院校规划教材

ISBN 978-7-03-048718-6

I. ①健… II. ①陈… ②刁… 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(2016)第129198号

责任编辑:张茵 / 责任校对:李影

责任印制:赵博 / 封面设计:张佩战

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

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>

北京利丰雅高长城印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2013年5月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2016年6月第 二 版 印张:17 1/2

2016年6月第七次印刷 字数:421 000

定价:68.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

健康评估是护理专业的一门主干课程，是学生学习临床护理相关课程的基础。为了深入贯彻党的十八大关于“深化教育领域综合改革”精神，进一步推动我国高等医学教育改革与发展，有效地适应经济社会发展对技术技能型人才培养的要求，在科学出版社的精心组织和指导下，我们修订了这本教材。

本次修订传承了第一版教材的优势和基本框架，尤其是增加了数字化教学资源，并通过爱医课互动教学平台使用。本教材在内容选择和编写思路进行了大胆的尝试和改革，彰显了“教材内容与岗位一体化”、“教材编写团队多元化”的特点。教材内容按照职业标准和岗位需求进行合理取舍，实现教学内容与职业岗位标准的有效对接，凸显职业教育特色，同时紧扣护士执业资格考试大纲，有利于提高学生对护士执业资格考试的应试能力。编写团队由全国7所高职院校和1家三甲医院具有丰富教学经验和临床经验的专家、教授和骨干教师组成，“院校联合”打造精品，增强了教材的实用性以及教材使用的宽度和广度。全书采用了大量由作者拍摄的彩色图片，精美、直观，使教材更加情景化、形象化。

全书共分10章，包括绪论、问诊、常见症状评估、体格检查、心理及社会评估、实验室检查、心电图检查、医学影像学检查、资料分析与护理诊断、护理病历书写等。其主要任务是使学生系统掌握健康评估的基本知识、基本理论及基本技能，并运用相关知识和技能对护理对象生理、心理、社会等方面的健康状况做出初步判断，培养学生的决策能力和职业行为能力。

在本教材的编写过程中，得到了长沙卫生职业学院、山东省滨州职业学院和各编写单位领导的大力支持和帮助，在此谨表谢意。

由于时间仓促，经验不足，编写过程中恐有不妥之处，敬请同行和读者提出宝贵意见，给予批评指正。

编 者

2016年2月

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 问诊	(3)
第一节 问诊的方法与技巧	(3)
第二节 问诊的内容	(5)
第三章 常见症状评估	(9)
第一节 发热	(9)
第二节 疼痛	(13)
第三节 咳嗽与咳痰	(18)
第四节 咯血	(20)
第五节 呼吸困难	(23)
第六节 发绀	(25)
第七节 心悸	(28)
第八节 水肿	(30)
第九节 恶心与呕吐	(32)
第十节 腹泻与便秘	(35)
第十一节 呕血与便血	(38)
第十二节 黄疸	(41)
第十三节 抽搐与惊厥	(44)
第十四节 意识障碍	(46)
第四章 体格检查	(49)
第一节 体格检查的基本方法	(49)
第二节 一般状态检查	(54)
第三节 皮肤、黏膜及浅表淋巴结检查	(60)
第四节 头部、面部及颈部检查	(66)
第五节 胸部检查	(74)
第六节 血管检查	(97)
第七节 腹部检查	(99)
第八节 肛门、直肠与生殖器检查	(112)
第九节 脊柱与四肢检查	(116)
第十节 神经系统检查	(121)
第五章 心理及社会评估	(128)
第一节 心理评估	(128)
第二节 社会评估	(140)

第六章 实验室检查	(149)
第一节 血液检查	(149)
第二节 尿液检查	(162)
第三节 粪便检查	(168)
第四节 常用肾脏功能实验室检查	(171)
第五节 肝脏病常用的实验室检查	(174)
第六节 常用血液生化检查	(181)
第七节 其他常用实验室检查	(188)
第七章 心电图检查	(195)
第一节 心电图的基本知识	(195)
第二节 正常心电图	(199)
第三节 常见异常心电图	(205)
第四节 心电图的分析与临床应用	(218)
第五节 心电监护	(219)
第八章 医学影像学检查	(223)
第一节 X线检查	(223)
第二节 超声检查	(239)
第九章 资料分析与护理诊断	(246)
第一节 资料分析	(245)
第二节 护理诊断	(247)
第十章 护理病历书写	(255)
第一节 概述	(255)
第二节 护理病历书写格式与内容	(256)
实训	(263)
实训一 问诊	(263)
实训二 一般状况、皮肤、黏膜、浅表淋巴结及头面颈部检查	(264)
实训三 胸廓、肺和胸膜检查	(265)
实训四 心脏和血管检查	(266)
实训五 腹部检查	(267)
实训六 神经系统检查	(268)
实训七 血液、尿液、粪便标本的采集方法	(269)
实训八 心电图机操作及心电图谱分析	(270)
实训九 医学影像学检查	(271)
实训十 护理病历书写	(271)
自测题参考答案	(273)

第一章 绪 论

情境 1-1 患者男, 58 岁。因突发心前区疼痛 3 小时入院。患者于 3 小时前突然出现心前区疼痛, 呈压榨样, 向左前臂放射, 伴大汗淋漓。自服“速效救心丸”效果不明显, 遂来院急诊。患者既往有“高血脂”和“冠心病”病史。查体: 面色苍白, 大汗淋漓, 呼吸稍促, 脉搏细弱, 血压 95/60mmHg, 心率 110 次/分钟, 节律整齐, 心音低钝, 无明显杂音, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音。腹部平坦、柔软, 无压痛。血液检查: $WBC 10.3 \times 10^9/L$, $ESR 35mm/h$ 。ECG: $V_1 \sim V_6$ 、avL 导联的 ST 段呈弓背向上抬高, Q 波宽大畸形。

健康评估是运用医学基本理论、基本知识和基本技能对患者现存的或潜在的健康问题或生命过程中的反应做出判断的一门学科。是护理、助产专业的一门重要课程, 也是连接护理学基础与临床护理之间的一门桥梁课。健康评估主要阐述收集患者主客观资料的方法和内容, 识别患者的护理问题及护理需求, 为制定护理措施、评价护理效果提供依据。

一、健康评估的内容

1. 问诊 是医护人员对患者或有关人员进行系统询问, 收集其健康资料的过程。将问诊所得到的资料进行分析与整理, 可作为最重要最基本的诊断依据, 因此, 护士必须掌握问诊方法与技巧。

2. 常见症状评估 症状是指个体患病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉, 如头痛、咳嗽、眩晕、呕吐等。症状是病史的重要组成部分, 评估症状的发生、发展、演变以及由此引起的生理、心理反应, 对形成护理诊断, 指导临床护理工作起着主导作用。

3. 体格检查 是指医护人员运用自己的感觉器官或借助简单的辅助工具(如听诊器、血压计、体温表等)对被检查者进行系统的观察和检查, 以了解其身体状况的一种最基本的检查方法, 是获得护理诊断依据的重要手段。患者体表或内部结构发生可察觉的变化, 称为体征, 如皮疹、压痛、肺部湿啰音、水冲脉等。体格检查具有很强的技术性, 规范、娴熟的操作才能及早、正确的发现患者异常征象, 护士应反复训练与实践以掌握操作技能。

4. 心理及社会评估 是指对个体的心理活动、心理特征及社会状况进行评估。通过心理及社会评估, 可增强学生对疾病身心反应的理解, 培养学生提出心理、社会方面护理问题的能力。由于这部分资料受主观因素影响较大, 故在收集、分析和判断过程中要求真实, 切忌主观臆断。

5. 实验室检查 是通过物理、化学和生物学等实验室方法对患者的血液、体液、分泌物、排泄物、细胞取样和组织标本等进行检查, 以获得疾病的病原体、病理学形态及脏器功能状态等资料。实验室检查是客观资料的重要组成部分, 与临床护理关系密切, 可协助和指导临床护士观察病情和治疗效果。护士应掌握各种标本的采集方法和检查结果的判断。

6. 心电图检查 心电图是利用心电图机从体表记录心脏每个心动周期所产生的电生理活动变化的曲线图形。对某些心脏疾病和其他疾病的诊断、病情监测及重症监护等具有重要作用。

7. 医学影像学检查 医学影像学检查包括放射学检查、超声检查和核医学检查。通过借助不同的成像手段, 显示人体内部器官和结构在不同层面的影像, 从而了解人体解剖、生理及病理变化, 以达到诊断疾病的目的。

8. 资料分析与护理诊断 资料分析与护理诊断是对评估所获取的主客观资料进行分析、归纳、判断, 发现患者现存的或潜在的健康问题的过程。主要包括收集资料、整理资料、

情境 1-1 分析

该患者突发心前区疼痛,呈压榨样;既往有“高血脂”和“冠心病”病史;入院查体:血压 95/60mmHg,心率 110 次/分钟;ECG: $V_1 \sim V_6$ 、avL 导联的 ST 段呈弓背向上抬高, Q 波宽大畸形。综上所述,临床初步诊断为急性心肌梗死。

分析资料和提出护理诊断 4 个步骤。准确收集、核实、整理资料是作出护理诊断的基础,科学的思维分析方法是作出护理诊断的保证。

9. 护理病历的书写 护理病历是护士对所收集的资料,经过整理、分析,按照规范化格式书写的记录。护理病历是确定护理诊断及制定护理措施的依据,也是临床教学、科研工作不可缺少的重要资料。因此,护理病历的书写是护士必须掌握的基本功。

二、健康评估的学习方法与要求

(一) 学习方法

健康评估是一门实践性很强的学科,不仅要在课堂教学、多媒体教学中注重基本理论、基本知识的学习,更要在实训教学、临床见习与实习等教学环节中注重基本技能的训练。在学习过程中,要勤思考、勤动口、勤动手,反复训练,精益求精。

(二) 基本要求

1. 树立以人为中心,全心全意为患者服务的思想,具有严谨的学习态度、科学的思维能力、良好的职业道德和爱岗敬业精神。
2. 合理运用问诊技巧,独立完成系统问诊,准确收集患者的健康史资料。
3. 能独立进行全面、系统、规范的体格检查,力求操作娴熟;熟悉常见的异常体征及其临床意义。
4. 能独立完成心理及社会评估,提出相关护理问题。
5. 掌握常用实验室检查的标本采集方法;熟悉各项检查结果的参考值及临床意义。
6. 能独立描记心电图;熟悉正常心电图和常见异常心电图的图形及临床意义。
7. 掌握医学影像学检查前准备、检查中配合和检查后护理;了解检查结果的临床意义。
8. 能将问诊、体格检查、心理及社会评估收集到的资料和各项辅助检查结果进行综合分析并提出护理诊断,并按照护理病历书写格式及要求,正确书写护理病历。

自 测 题

I 型题 (A_1/A_2 型题)

1. 医护人员对患者或有关人员进行系统询问,收集其健康资料的过程,称为()
 - A. 体格检查
 - B. 问诊
 - C. 症状
 - D. 心理评估
 - E. 社会评估
2. 个体患病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉称为()
 - A. 症状
 - B. 健康评估
 - C. 健康史
 - D. 体征
 - E. 护理诊断
3. 实验室检查不包括()
 - A. 血液检查
 - B. 尿液检查
 - C. 粪便检查
 - D. 痰液检查
 - E. 肺部 X 线检查
4. 患儿女,4 岁,脐周疼痛 3 小时,怀疑“肠虫症”。下列哪种方法可明确诊断()
 - A. 问诊
 - B. 体格检查
 - C. X 线检查
 - D. 实验室检查
 - E. B 超检查

(陈云华)

第二章 问 诊

第一节 问诊的方法与技巧

问诊是医护人员通过询问患者或陪诊者以了解疾病的发生、发展、诊治经过、现在症状和其他一切与疾病有关的情况，了解诊察疾病的一种方法。问诊是护理程序的第一步，成功的问诊是确保健康资料完整性和准确性的关键，也是获得诊断依据的重要手段，是建立良好护患关系的桥梁，并为进一步检查提供线索。

一、问诊的方法

问诊的方法主要是交谈，护理人员通过交谈可以收集有关患者健康状况的信息，取得确立护理诊断所需的各种资料，同时取得患者的信任。因此，有效而切题的交谈是非常重要的，包括正式交谈和非正式交谈。

（一）正式交谈

正式交谈是指先告知患者，进行有目的、有计划、有顺序的交谈。护理人员提出问题、患者回答的形式进行。正式交谈分为三个阶段。

1. 准备阶段 护理人员需查阅门诊资料，了解患者的基本情况、主要临床表现及诊疗经过，明确交谈目的及提纲，安排适当的交谈时间，交谈环境应安静、舒适、不受干扰，并有适宜的光线、温度，有利于患者隐私的保护。

2. 交谈阶段 护理人员在交谈开始前应有礼貌的称呼对方并进行自我介绍，向患者说明交谈的目的、交谈所需要的时间，使患者有思想准备，缓解紧张情绪，赢得患者的信任，使交谈在轻松、愉快的氛围中进行。

护理人员引导患者抓住交谈的主题，先从主诉、一般资料开始，再引向过去健康状况及心理、社会情况等。如“您病了几天了？哪里不舒服？”。若患者主诉头痛，可以问“您头痛几天了？可以说说头痛有什么特点吗？”“多在什么情况下发生头痛？”“什么情况下头痛会加重或减轻？”“除了疼痛外还有哪儿不舒服？”“经过哪些治疗？”“您认为效果如何？”等。交谈中，尽可能让患者充分表述自己的感受。

3. 结束阶段 当获得必要的资料，达到交谈目的时，应对所交谈内容作一小结，应简要复述本次交谈的主要内容，尽量澄清双方的疑虑，并征求患者的意见，向患者致谢。必要时，可约定下次交谈的时间。

（二）非正式交谈

非正式交谈指护理人员在护理工作中，如在给患者进行治疗和护理过程中随时交谈，谈话内容不受限制，让患者自由表达，护理人员可以了解患者各种信息，从中筛选有价值的资料记录。

二、问诊的技巧及注意事项

（一）问诊的技巧

1. 使用合理的提问方式 根据情况采取封闭式提问或开放式提问。

（1）封闭式提问：是一种将患者的回答限制在特定范围内的提问，患者的回答选择性较少。封闭式提问可使用一般疑问句，患者直接回答或仅以“是”或“否”回答即可。如“您睡眠好不好？”“您胸痛多久了？”“您是大学教师吗？”等。这种方式简洁，节省时间，但回答具有局限性，护理人员难以获得问句以外的更多的信息，且暗示性较强。

（2）开放式提问：当提出的问题较笼统、范围较广时，多使用特殊疑问句，患者需要回答问题时需详细描述。如“您哪里不舒服？”“您为什么来医院？”“您现在感觉怎么样？”等。这种提问不具有暗示性，有利于患者主动、自由的诉说，护理人员能获得更多客观、完整的资料。但要求患者需要具备一定的语言表达能力，护理人员也需要花较多的时间耐心倾听。

为了获得更多的资料，调动患者解决问题的主动性和积极性，交谈中多采用开放式提问。

2. 及时核实资料 提问时应注意系统性、目的性和必要性。针对患者陈述中不确切或有疑问的地方，注意及时使用复述、澄清、反问、质疑等方法进行核实。

3. 特殊患者的问诊

（1）老年人：老年人因体力、视力、听力都有所减退，部分患者思维反应迟钝，对问诊有一定影响。因此，问诊时应注意语言简单、易懂，语速要慢，必要时适当重复。

（2）焦虑者：焦虑者语速快、易激动，无论表达还是接受信息都存在一定困难。因此，问诊时应说明目的，提问尽量简单而有条理，宽容、理解患者，让其缓慢、平静地叙述病情。

（3）情绪低落者：情绪低落者一般不愿主动提供有关信息。问诊时应给予同情、理解和安抚，减慢交谈速度。

（4）病情危重者：在做简明扼要的询问后，应立即进行抢救，待病情缓解后，再详细了解有关内容。

（二）交谈注意事项

1. 尊重患者 交谈时应和蔼、耐心，用真实情感去体贴、关心患者；对外观异常或体味异常者，不可表现出轻蔑、嘲笑等态度；尊重患者的隐私权，患者不愿回答的问题，不应追问；避免使用不良刺激语言。

2. 善于倾听 在护患沟通中，护理人员首先必须是一个好的倾听者。在认真倾听患者谈话内容的同时，要注意通过患者说话的声调、频率、面部表情、身体姿势及移动等，尽可能捕捉、理解患者所传达的所有信息。倾听应该做到以下几点：

（1）安排一定的时间、环境去倾听患者说话。

（2）在沟通过程中全神贯注，不因患者说话的异常发音或语气等分散自己的注意力。

（3）患者叙述时，要注意倾听，不要随意打断或提出新的话题，要有意识地引导患者抓住主题，将患者的谈话听完整，不要急于判断。

（4）仔细体会患者的“弦外之音”，了解并确认沟通过程中患者要表达的真正意思。

（5）注意患者所表达的非语言性信息，对患者的陈述或提出的问题，应给予合理的解释和适当的反应，如点头、微笑等，表明自己在认真倾听。

3. 避免诱导式提问 要避免提出一些不愉快的问题，不可以借助提问，强迫患者同意自己的观点。当患者回答问题不确切时，护理人员应耐心启发，不应暗示诱导，如不应问“您是不是午后发热？”，应问“您发热多在什么时间？”；不应问“您哮喘是不是多在夜间

发作?”，应问“您哮喘多在什么时间发作?”。以免患者随声附和，使获得的资料缺乏真实性。

4. 避免使用医学术语 问诊应使用简单易懂的语言，适合患者的理解水平，避免使用“隐血”“发绀”“里急后重”等医学术语，患者难以理解，导致资料不准确。

5. 注意文化差异 患者不同的民族、风俗习惯及文化背景，人际沟通的方式和对疾病的反应方面存在差异。有些患者交谈时需要保持较远的距离，有些患者不能接受肢体的触摸等。护理人员应理解文化背景的差异，尊重患者的文化背景和价值观，灵活地进行问诊。

第二节 问诊的内容

情境 2-1 患者，女，38岁。患者右下腹疼痛10小时，腹痛开始于脐周，然后转移至右下腹。查体：体温39.1℃，脉搏113次/分钟，血压110/80mmHg，右下腹有压痛、肌紧张、反跳痛。实验室检查WBC $12.5 \times 10^9/L$ 。以“急性阑尾炎”收入院。入院后紧急行阑尾切除术，术后给予头孢菌素类抗生素治疗。患者于7天后痊愈出院。

问诊的内容包括一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史及个人生活史，影响健康的相关因素及其本人对健康状况的认识与反应等主客观资料。

一、一般资料

一般资料包括患者的姓名、性别、籍贯、民族、年龄、婚姻、文化程度、宗教信仰、工作单位、职业、家庭住址及电话、入院方式、入院诊断、健康史供述人及可靠程度、交谈日期等。了解年龄、性别、职业等可为某些疾病的诊断提供可靠依据。根据不同民族的饮食、生活习惯、宗教信仰等，可恰当选择相应的护理措施。

二、主 诉

主诉是指患者就诊时的主要症状、体征及其持续时间。是本次就诊最主要的原因，是疾病的主要矛盾，是认识和分析疾病的主要依据。通过主诉，可以初步估计疾病的范畴、类别、病情的轻重缓急。护理人员要善于抓住主诉深入、准确询问，对病情诊断极为重要。主诉记录要精准，一般不超过20个字，或不超过3个主要症状，如“活动后心慌、气急5年，加重伴双下肢水肿1周”。若主诉为多个症状或体征时，应按发生的先后顺序排列。

情境 2-1 分析

从病例提供的信息可知，该患者就诊的主要原因是患者右下腹疼痛10小时，腹痛开始于脐周，然后转移至右下腹。所以，主诉可描述为“转移性右下腹疼痛10小时”。

三、现 病 史

现病史是问诊的重要内容。围绕主诉，系统询问患者从发病到就诊前疾病的发生、发展、变化、诊治和护理的全过程。内容应包括：

1. 起病情况 包括起病时间、原因、诱因及起病缓急。每种疾病或发作都有其特点，

详细询问起病情况,为寻找原因提供重要的线索,如脑栓塞、心绞痛、急性肾盂肾炎等起病急骤,而肿瘤、风湿性心脏病等则起病较缓慢。现病史时间应与主诉保持一致。

2. 病变过程 包括患病过程中主要症状的变化及有无新的症状出现等。指主要症状出现的部位、性质、发作频率和持续时间、程度、加重或缓解因素等。这些特点是判断病变部位、性质的重要线索,也是确定护理诊断及制定相应护理措施的重要依据。伴随症状指与主要症状同时或随后出现的其他症状,应详细记录其发生的时间、演变情况,与主要症状之间的关系等。按一般规律应出现的伴随症状而没有出现时,也应记录于现病史中,有利于进一步观察,因为这种阴性表现往往具有重要的诊断意义。如急性病毒性肝炎的患者巩膜无黄疸、肾炎患者无水肿等。

3. 诊治情况 指起病后接受过的诊断检查及其结果,治疗所用药物的名称、剂量、给药途径、疗程及疗效,已采取的护理措施及其效果等。

四、既往健康史

既往健康史是指患者既往健康状况、求医经历及其对自身健康状况的反应。从既往健康史中可发现与目前健康有关的线索,为制定护理计划和选择护理措施提供可靠的依据。主要内容包括:

1. 既往健康状况 患者既往的体质是虚弱还是健康与当前的疾病有一定的联系,可作为分析判断疾病的依据,是患者对自己既往健康状况的评价。

2. 既往患病史 除主诉所述疾病外,既往是否患有急慢性传染病、高血压、糖尿病、溃疡病等。

3. 预防接种史 包括接种的种类、次数及时间。

4. 手术、外伤史 应注意询问发生的原因、时间、部位、严重程度、处理经过及转归等。

5. 过敏史 有无食物、药物、环境中已知的过敏物质,以及机体的特殊反应,脱敏方法等。患者既往所患的疾病可能与现患疾病有着密切的关系,对诊断现患病有一定的参考价值。

五、个人生活史

指患者出生地、居住地区,平素的起居饮食、烟酒嗜好、婚育状况、工作情况等。主要包括以下几个方面:

1. 出生、成长情况及日常生活形态 出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、职业及工作环境,饮食起居与生活习惯、饮食的规律与质量;生活习惯与嗜好,烟酒嗜好的时间与摄入量,活动与休息情况等。

2. 月经史 应注意询问月经初潮的年龄、月经周期及行经期,经血的量、颜色,经期症状,有无痛经和白带,还应询问末次月经及持续时间,必要时还应问末次前月经日期,闭经日期,绝经年龄,绝经期有无不适或绝经后有无流血等。记录格式如下:

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

$$\begin{array}{c} 3 \sim 5 \text{ 天} \\ \text{例如: } 13 \frac{\quad}{\quad} 2013 \text{ 年 } 3 \text{ 月 } 6 \text{ 日 (或 } 48 \text{ 岁)} \\ 28 \sim 30 \text{ 天} \end{array}$$

3. 婚姻、生育史 婚姻史包括婚姻状况、结婚年龄、配偶健康情况、夫妻关系及性生活情况等,如丧偶,应询问死亡年龄、原因和时间。

生育史包括妊娠与生育次数及年龄,人工或自然流产次数,有无早产、死产、手术产、产褥热和计划生育情况。夫妻双方是否患过影响生育的疾病。

六、家族史

主要评估患者直系亲属(父母、子女、兄弟姐妹)及与本人生活有密切关系人的健康状况和患病情况。特别要询问是否有类似的疾病及与遗传有关的疾病。对已死亡的直系亲属要询问死亡原因与年龄,对某些遗传病和传染病的诊断很有帮助。

附录:人体功能性健康型态

Gordon 于 1982 年提出了带有明显护理特征的收集和整理健康资料的分类模式,被称为功能性健康型态。功能性健康型态共有 11 个功能型态,每个功能型态都有一组共同的、类似的、互相关联的临床表现(病史、症状和体征)。包括:

1. 健康感知—健康管理型态 是患者对健康的认识和对健康功能的控制能力。如健康知识、健康行为等。
2. 营养—代谢型态 包括营养、体液平衡、组织完整和体温调节等,如饮食种类、营养状态等。
3. 排泄型态 主要是指肠道和膀胱的功能,如排便、排尿情况等。
4. 活动—运动型态 如日常活动方式、活动能力、活动的耐力等。
5. 睡眠—休息型态 指睡眠、休息的质与量,如睡眠的时间、规律、有无异常睡眠等。
6. 认知—感知型态 包括思维过程、运用视、听、触、味、嗅、本体的感觉器官所获得的信息,如个人的舒适感,对健康的认识等。
7. 自我感知—自我概念型态 对自身的认识和评价,如自我形象等。
8. 角色—关系型态 对自己所扮演角色的认识,家庭关系、同事关系等。
9. 性—生殖型态 包括性别的确认、性角色行为、性生理和性心理等,如月经、婚姻状态、生育、性功能等。
10. 压力—应对型态 对生活事件的反应,应对方式等。
11. 价值—信念型态 如宗教信仰、人生理想等。

自测题

I 型题 (A₁/A₂ 型题)

1. 正确的问诊用语是 ()
 - A. 您感到哪里不舒服?
 - B. 您右上腹痛吗?
 - C. 您右上腹痛时右肩部也痛吗?
 - D. 您除了发热,还头痛吗?
 - E. 您里急后重吗?
2. 客观发现患者存在的病态表现称 ()
 - A. 主诉
 - B. 症状
 - C. 体征
 - D. 现病史
 - E. 既往史
3. 关于问诊,下列哪项是错误的 ()
 - A. 问诊是采集健康史的重要手段
 - B. 问诊一般从主诉开始,有目的、有序地进行
 - C. 问诊要全面,危重患者更应详细询问后再处理
 - D. 问诊中应注意与患者的非语言沟通
 - E. 尽可能问患者本身
4. 下列属于客观资料的是 ()
 - A. 面色潮红
 - B. 疼痛
 - C. 恶心
 - D. 眩晕
 - E. 心悸
5. 主诉的基本内容应反映 ()
 - A. 主要症状和发病时间
 - B. 主要症状或体征及其持续时间
 - C. 症状和发病时间不包括体征
 - D. 患者就诊时的症状和体征

- E. 主要症状体征及伴随症状
6. 下列各项中属于主观资料的是 ()
- A. 肝脏肿大 B. 肝功能异常
- C. 蜘蛛痣 D. 恶心
- E. 眼睑水肿
7. 最准确、最可靠的健康资料来源 ()
- A. 患者 B. 医生
- C. 护理人员 D. 陪同人员
- E. 病友
8. 会谈时最先向患者 ()
- A. 作自我介绍 B. 开放性提问
- C. 承诺 D. 表示同情
- E. 身体评估
9. 可使用医学术语的是 ()
- A. 客观资料记录 B. 主观资料记录
- C. 询问患者家属时 D. 与患者交谈时
- E. 以上均可
10. 下列属于现病史的内容是 ()
- A. 青霉素过敏史
- B. 病后检查及治疗情况
- C. 过去手术、外伤情况
- D. 婚姻、生育情况
- E. 家庭遗传病情况
11. 患者女, 26 岁。3 日前因雨淋、受凉后畏寒、发热、咳嗽, 体温 39°C , 今晨起咯铁锈色痰, 伴右侧胸痛和呼吸困难。据此简要病史, 记录的最恰当的主诉是 ()
- A. 发热、咳嗽 3 日, 伴咯铁锈色痰、右侧胸痛、呼吸困难 1 日
- B. 受凉后畏寒、发热、咳嗽 3 日, 咯铁锈色痰, 右侧胸痛 1 日
- C. 畏寒、发热、咳嗽、咯痰伴右侧胸痛和呼吸困难
- D. 3 日前雨淋后发热、咳嗽, 今起咯铁锈色痰伴右侧胸痛和呼吸困难
- E. 雨淋受凉后畏寒、发热、咳嗽 3 日, 咯痰、胸痛伴呼吸困难 1 日

(孟发芬)

第三章 常见症状评估

第一节 发 热

情境 3-1 患者男, 28 岁。因发热、胸痛 3 日就诊。患者 3 日前淋雨后出现咽痒、鼻塞, 轻微咳嗽, 在社区卫生服务站就诊, 给予感冒清热冲剂等口服, 症状无明显好转。当晚出现发热, 体温维持在 $39.0 \sim 40.0^{\circ}\text{C}$ 之间, 伴左下胸疼痛、咳嗽、咳铁锈色痰。发病以来乏力、纳差、全身肌肉酸痛, 大小便正常。患者既往体健, 无手术史, 无药物过敏史。

一、概 述

当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时, 体温升高超出正常范围, 称为发热。

正常人体温相对恒定, 但在不同的个体间稍有差异, 并受昼夜、性别、年龄、情绪、活动程度、药物、环境等内外因素的影响而略有波动, 但一般波动范围不超过 1°C 。

二、病因及发病机制

(一) 病因

1. 感染性发热 是发热最常见的病因, 由各种病原微生物如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的急性或慢性感染, 均可出现发热。

2. 非感染性发热

(1) 无菌性坏死物质吸收: 是由于组织细胞损伤及坏死物质吸收引起发热, 也称吸收热。常见于大面积烧伤、内出血或大手术等所致组织损伤; 血管栓塞或血栓形成所致心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死; 恶性肿瘤、溶血反应所致组织坏死与细胞破坏等。

(2) 抗原-抗体反应: 如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌、代谢障碍: 如甲状腺功能亢进症等。

(4) 皮肤散热障碍: 如广泛性皮炎、鱼鳞病所致发热, 一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能障碍: 因体温调节中枢直接受损所引起的发热, 称中枢性发热, 其临床特点为高热、无汗。常见于热射病、急性安眠药中毒、脑出血或颅脑外伤等。

(6) 自主神经功能紊乱: 属功能性发热, 多为低热。见于夏季热、女性月经前或妊娠初期、剧烈运动后、精神紧张等。

情境 3-1 分析

该患者淋雨受凉后出现咳嗽、咳铁锈色痰, 以及寒战、高热等症状, 因此引起发热的可能原因是继发病原微生物感染, 属感染性发热。

(二) 发生机制

1. 致热原性发热 是导致发热的最主要因素。致热原可分为外源性和内源性两大类。外源性致热原主要包括：①各种病原微生物及其代谢产物。②炎性渗出物及无菌性坏死组织。③抗原-抗体免疫复合物。④某些类固醇物质。此类致热原分子量相对较大，不能直接作用于体温调节中枢引起发热，但可通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-巨噬细胞系统，使之形成并释放白介素（IL-1）、肿瘤坏死因子（TNF）和干扰素等内源性致热原。内源性致热原分子量较小，可通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢，使体温调定点上升，重新调节体温。发热过程一方面通过垂体内分泌使代谢增加或通过运动神经，使骨骼肌收缩，产热增多；另一方面通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩，血流量减少，排汗停止，散热减少。这些调节作用使产热大于散热，致体温升高引起发热。

2. 非致热原性发热 由于机体产热与散热不平衡所致，如甲状腺功能亢进症引起产热过多；广泛性皮炎、鱼鳞病等引起散热减少；颅脑外伤、出血、炎症等使体温调节中枢直接损伤。

三、临床表现

1. 发热分度 按体温高低将发热分为：①低热：37.3 ~ 38.0℃。②中等度热：38.1 ~ 39.0℃。③高热：39.1 ~ 41.0℃。④超高热：41.0℃以上。

2. 发热过程 高热患者的临床经过大致可分为体温上升期、高热持续期、体温下降期三个阶段。

（1）体温上升期：此期产热大于散热使体温升高。临床主要表现为疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、无汗、畏寒或寒战等。体温上升有骤升或缓升两种形式。前者体温在几小时内达 39 ~ 40℃或以上，常伴寒战，见于疟疾、肺炎链球菌肺炎、输液反应等；后者体温逐渐上升，在数日达到高峰，见于伤寒、布氏杆菌病等。

（2）高热持续期：此期产热和散热保持相对平衡，持续时间的长短因病因而不同；如疟疾可持续数小时，肺炎链球菌肺炎可持续数天，伤寒则可持续数周。临床主要表现为皮肤潮红、干燥、有灼热感，呼吸深快。此期皮肤开始出汗并可逐渐增多。

（3）体温下降期：此期散热大于产热。临床主要表现为出汗多、皮肤潮湿。体温下降有骤降或渐降两种形式，前者体温于数小时内迅速下降至正常甚至低于正常，常伴有大汗淋漓，多见于疟疾、肺炎链球菌肺炎、输液反应等；后者体温逐渐下降在数天恢复至正常，多见伤寒、风湿热等。

3. 热型 把不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上，将各数值点连接形成体温曲线，称为热型。常见的热型有以下几种。

（1）稽留热：体温持续在 39.0 ~ 40.0℃，达数日或数周，24 小时体温波动范围不超过 1℃（图 3-1）。常见于伤寒、肺炎链球菌肺炎等。



图 3-1 稽留热示意图

(2) 弛张热：体温常在 39°C 以上，24 小时体温波动范围可超过 2°C ，但最低体温均在正常水平以上（图 3-2）。常见于败血症、化脓性感染、重症肺结核等。

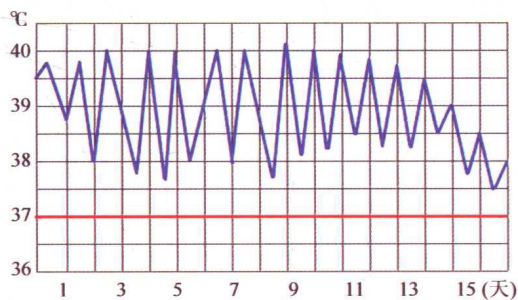


图 3-2 弛张热示意图

(3) 间歇热：体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期持续 1 天至数天，高热期与无热期反复交替出现（图 3-3）。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

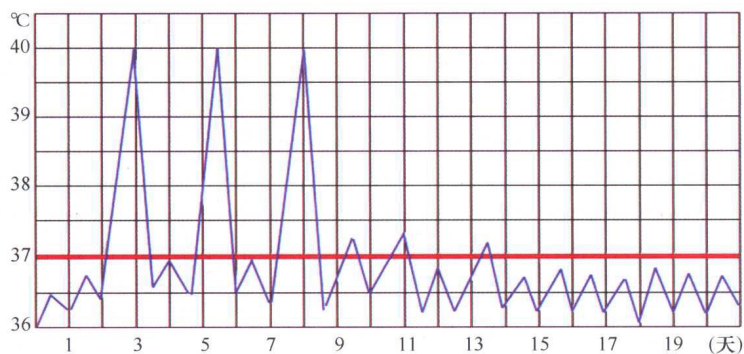


图 3-3 间歇热示意图

(4) 回归热：体温骤升达 39°C 或以上，持续数天后又骤降至正常水平，数天后体温又骤升，如此规律性交替出现（图 3-4）。常见于回归热、霍奇金病等。

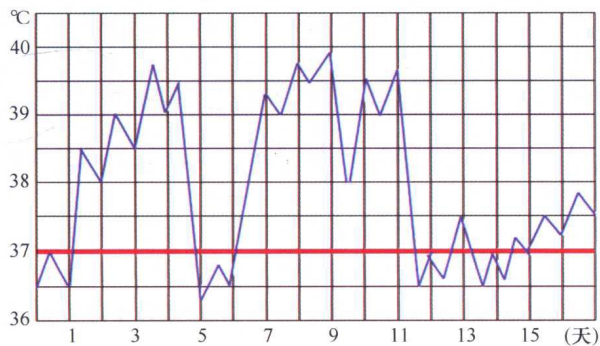


图 3-4 回归热示意图

(5) 波状热：体温渐升达 39°C 或以上，持续数天后又渐降至正常水平，数天后又逐渐上升，如此反复（图 3-5）。常见于布氏杆菌病。