

WORLD



国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材

全国高等学校配套教材

供本科护理学类专业用

健康评估 实践与学习指导

主编

张立力 孙玉梅



人民卫生出版社



国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材

全国高等学校配套教材

供本科护理学类专业用

健康评估 实践与学习指导

主 编 张立力 孙玉梅

副主编 朱大乔 施齐芳 张彩虹 陈利群

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 娟 (广东药科大学护理学院)

王小林 (北京大学第三医院)

朱大乔 (第二军医大学护理学院)

刘扣英 (南京医科大学护理学院)

关丽明 (中国医科大学附属第一医院)

孙玉梅 (北京大学护理学院)

孙雪芹 (蚌埠医学院护理学院)

杨兴益 (山西医科大学汾阳学院)

杨智慧 (南方医科大学护理学院)(兼秘书)

李 萍 (石河子大学医学院护理系)

李秋萍 (江南大学无锡医学院)

吴觉敏 (上海交通大学护理学院)

宋鉴清 (中国医科大学附属第一医院)

张立力 (南方医科大学护理学院)

张利群 (沈阳医学院护理学院)

张彩虹 (海南医学院国际护理学院)

陆 悦 (北京大学护理学院)(兼秘书)

陆敏敏 (复旦大学护理学院)

陈利群 (复旦大学护理学院)

单 岩 (郑州大学护理学院)

施齐芳 (西安交通大学护理学院)

徐 晶 (武汉科技大学医学院)

高井全 (哈尔滨医科大学大庆校区)

高学琴 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

喻姣花 (华中科技大学同济医学院护理学院)

谢 姣 (吉林大学护理学院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

健康评估实践与学习指导 / 张立力, 孙玉梅主编. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-25091-7

I. ①健… II. ①张… ②孙… III. ①健康 - 评估 - 医学院校 - 教学参考资料 IV. ①R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 218092 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

健康评估实践与学习指导

主 编: 张立力 孙玉梅

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/16 印张: 22

字 数: 636 千字

版 次: 2017 年 9 月第 1 版 2017 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-25091-7/R · 25092

定 价: 48.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

《健康评估》作为护理学专业本科学生必修的主干课程之一,是将医学与护理学的基础知识过渡到临床护理学知识的重要桥梁课程。自2001年第1版编写至今,本教材在使用过程中,受到广大教师和学生的一致好评。为适应我国高等护理教育不断发展的需要,在全国高等学校护理学类专业教材评审委员会的组织下,根据本轮教材编写的总体指导思想和编写原则,启动对新一轮《健康评估》配套教材的修订工作。

作为护理学专业主干课程的辅导教材,本书以指导性、实用性和专业性为编写的指导思想,在传承上版教材优势和基本框架的基础上,综合各方面的建设性意见,进行了如下修订:

一、内容调整

1. 常见症状问诊 增加了皮肤黏膜出血、吞咽困难、血尿、眩晕、晕厥等临床常见的症状。此外,还补充了焦虑、抑郁、物质滥用、社交孤立4个心理社会方面的常见症状。

2. 心理社会评估 考虑到心理评估与社会评估在评估方法与内容上的共性与关联性,将原来的心理评估章和社会评估章合并为心理与社会评估章。

3. 实验室检查 将血液、尿液与粪便标本的采集统一在第一节概述中介绍。

4. 心电图检查 以临床常用的动态心电图以及心电图运动负荷试验为内容,增加了第五节“其他常用心电图检查”。

5. 护理诊断的步骤与思维方法 将原来第九章“护理诊断”更改为“护理诊断的步骤与思维方法”,其内容也随之做了相应调整。

6. 护理病历书写 根据中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会有关病历书写条例的最新要求,对相关内容进行了调整,并增加了电子病历的相关介绍。

7. 教材体例 保留原教材理论学习指导内容、自测题、技能训练指南和临床见习的主体结构。精简而扼要的理论内容,辅以表格形式编写的实验室技能训练指导、以床旁示教方法为内容的见习指导部分,目的在于增强学生对理论学习内容的理解和技能训练中思维能力。

二、编写形式的变化

1. 增加学习目标 每章、节前以学习目标替代了上版教材的学习要求和学习重点,以利教师和学生更好地学习和掌握本章的重点内容与基本要求。

2. 自测题贴近护士执业资格考试试题 以自测题替代上版的习题与自我评价,题型包括选择题、名词解释、简答题。其中选择题选项由上版教材的4项增加到5项,选择题类型紧贴护士执业资格考试题型,突出A3/A4型题,一方面将健康评估相关知识与临床实际情景相联系,另一方面引导学生掌握分析问题和解决问题的能力。

3. 调整参考答案放置位置 由上版随章节放置统一汇总作为附录置于书末。

本教材在整个编写过程中始终得到主审吕探云教授的热情支持和精心指导。至此修订完成之际,对吕探云教授的倾情付出表示最崇高的敬意!对全体编委的辛勤工作以及相关院校的关心和支持表示诚挚的感谢。

本教材在编写内容与形式方面有较多改动,难免有增删不当和疏漏不足之处,殷请广大师生和读者不吝赐教,惠予指正。

张立力 孙玉梅

2017年6月

目 录

001	第一章 绪论	188	第五章 实验室检查
003	第二章 问诊	188	第一节 概述
003	第一节 概述	192	第二节 血液检查
008	第二节 常见症状问诊	196	第三节 其他体液及排泄物检查
072	第三章 体格检查	204	第四节 临床生物化学检查
072	第一节 概述	217	第五节 临床常用免疫学检查
074	第二节 一般检查	222	第六节 临床微生物学检查
082	第三节 头部检查	225	第六章 心电图检查
090	第四节 颈部检查	225	第一节 心电图基本知识
094	第五节 胸廓与肺检查	229	第二节 正常心电图
106	第六节 乳房检查	235	第三节 异常心电图
110	第七节 心脏检查	250	第四节 心电图描记、分析与临床应用
119	第八节 血管检查	254	第五节 其他常用心电图检查
123	第九节 腹部检查	258	第七章 影像学检查
131	第十节 肛门、直肠与男性生殖器检查	258	第一节 放射学检查
136	第十一节 脊柱、四肢与关节检查	274	第二节 超声检查
141	第十二节 神经系统检查	280	第三节 核医学检查
149	第十三节 全身体格检查	285	第八章 护理诊断的步骤与思维方法
155	第四章 心理与社会评估	285	第一节 护理诊断的步骤
155	第一节 概述	288	第二节 护理诊断的思维方法
157	第二节 心理评估	292	第九章 护理病历书写
177	第三节 社会评估	297	附录 自测题参考答案

1

第一章 绪 论

学习目标

识记:

1. 陈述健康评估的概念。
2. 复述健康评估课程的主要内容。
3. 描述健康评估课程的学习方法和要求。

理解:

1. 解释健康评估与护理程序的关系。
2. 解释健康评估在护理实践中的重要性。

理论学习指导

一、健康评估的概念与重要性

健康评估(health assessment)是系统地收集和分析护理对象的健康资料,以明确其健康状况、所存在的健康问题及其可能的原因,确定其护理需要,进而作出护理诊断的过程。

健康评估是实施整体护理的基础和保证,是护士执行护理程序所必备的基本能力要求,是护理专业自主的、独特的、有别于医疗诊断的职责和临床护理工作的有机组成部分。健康评估作为护理学专业的核心课程,是帮助学生将医学基础知识、护理学基础知识过渡到临床护理学知识的重要桥梁。课程目标在于培养学生以整体护理理念为指导,全面、系统、准确、动态地对护理对象的健康相关资料进行收集、分析和整理,确定其现存或潜在的护理问题/护理诊断的能力。

二、健康评估课程的内容

健康评估课程的内容涉及基本理论和基本方法两个方面。由于本教材主要涉及患者的评估,因而基本理论主要是研究疾病的症状、体征及其发生发展的规律和机制,疾病对个体生理、心理和社会适应等方面的影响及其反应,以及建立护理诊断的思维方法与过程等。健康评估的主要方法包括问诊、体格检查、实验室检查、心电图检查及影像学检查等。其中通过问诊所获得的健康资料被称为主观资料,经体格检查、实验室或其他辅助检查所获得的健康资料被称为客观资料。

健康评估不仅包括资料的收集,还包括对所收集资料的分析和整理,以及所形成的相关记录。因此,本课程的主要内容包括问诊、体格检查、心理与社会评估、实验室检查、心电图检查、影像学检查、护理诊断的步骤与思维方法以及护理病历书写。

三、健康评估课程的学习方法与要求

健康评估具有非常强的实践性。在本课程的学习过程中,不仅有理论知识的学习,同时还包括实验室操作技能训练以及临床见习与实践。对本课程的学习提出以下建议和要求:

1. 明确健康评估的目的和意义。

2. 深入领会健康评估所涉及的护理理念和理论框架,理解不同理论框架的特点、适用性及其不足。

3. 根据不同的学习内容选择适宜的学习策略。

第2章至第4章主要介绍健康资料的收集方法,包括采集健康史、体格检查以及心理与社会评估。在学习过程中,首先要明确所要收集资料的性质,用什么方法收集?然后明确正常人的特点是什么?常见的异常表现有哪些?这些异常表现说明什么问题?对于具体的资料收集方法,则需要在理论知识的指导下,不断地反复练习,才能逐渐达到熟练的程度。

第5章实验室检查部分,重点掌握临床常用各类标本的采集、保存和送检的要求与注意事项,临床常用实验室检查项目及其参考范围与临床意义等。

第6章心电图检查部分则要在掌握心电图形成原理的基础上,理解正常心电图的特点、常见异常心电图的表现,同时还要求能够正确进行心电图的描记。

第7章影像学检查,建议在理解不同影像学检查基本原理的基础上,熟悉其在临床的主要应用范围、检查前后的注意事项、正常组织及其常见病变的图像特征等。

第8章涉及的是临床护理思维过程,可以通过临床案例分析,体会和理解临床思维过程,逐步培养和提高临床诊断性思维的能力。

对于护理病历书写,则希望学生在掌握护理病历书写的基本原则和要求的基础上,通过临床实践练习和提高护理病历书写的能力,并且力求达到正确、规范与及时书写的要求。

4. 善于利用章前的学习目标、节后的小结和思考题以及辅导教材等指导、巩固和检验自己的学习效果。

自 测 题

一、名词解释

1. 健康评估
2. 主观资料
3. 客观资料

二、简答题

1. 通过绪论的学习,请阐明你对健康评估在护理实践中重要性的理解。
2. 基于你对本课程的主要内容及学习要求的理解,如何学好该课程?

(孙玉梅)

2

第二章 问 诊

第一节 概 述

学习目标

识记:

1. 陈述问诊的主要目的。
2. 复述生理-心理-社会模式问诊的主要内容。
3. 复述功能性健康形态模式问诊的主要内容。

理解:

1. 解释不同问诊内容的意义所在。
2. 说明问诊的基本原则与技巧。
3. 比较生理-心理-社会模式与功能性健康形态模式在问诊内容方面的异同。

运用:

根据患者的具体情况运用适宜的问诊技巧全面系统地进行健康史的采集。

理论学习指导

一、问诊目的

问诊的目的是获得患者主观感觉的异常或不适(称为症状),了解疾病的发生、发展、诊治和护理经过,既往健康状况、曾患疾病的情况,以及由此产生的生理、心理、社会等方面的反应,是明确患者的护理需求,确定护理诊断的重要依据之一。同时,问诊也为随后的体格检查、实验室及其他辅助检查的选择提供了线索和依据。

问诊也是护士与患者建立积极的治疗性关系的重要时机,并可以借此向患者提供信息,甚至交流本身也具有治疗作用。

二、问诊内容

(一) 生理-心理-社会模式

1. 基本资料 基本资料包括患者的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、家庭地址及电话号码、医疗费用支付方式、入院时间、入院诊断、入院类型、入院方式、资料来源的可靠性及收集资料的时间等。

2. 主诉 为患者感觉最主要或最明显的症状与体征,或本次就诊最主要的原因及持续的时间。记录主诉的要点为:①围绕主要疾病,重点突出;②简明扼要,高度概括;③尽可能用患者自己的语言;④注明从起病到就诊的时间。

3. 现病史 为健康史的主体部分。主要内容及询问顺序如下:

(1)起病情况与患病时间:起病情况包括起病的急缓以及在何种情况下发生,患病时间是指从起病到就诊或入院的时间。

(2)主要症状的特点:重点为主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度及加重或缓解的因素。

(3)病因与诱因:主要指与本次发病有关的外伤、中毒、感染等病因,或气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等诱因。

(4)伴随症状:指与主要症状同时或随后出现的其他症状,对确定病因和判断有无并发症具有重要意义。

(5)病情的发展与演变:包括患病过程中主要症状的变化及有无新的症状出现。

(6)诊断、治疗与护理经过:包括曾进行过的检查及结果,曾接受的治疗与护理措施及效果。对于曾用过的药物应问明药物名称、用药途径/剂量及时间等,记录时所提及的药物名称、曾做的疾病诊断应以双引号进行标注。

4. 日常生活状况

(1)饮食与营养形态:包括膳食基本情况、有无特殊饮食、饮水情况及营养状况。

(2)排泄形态:包括排便与排尿的次数、量、性状和颜色,有无异常改变及可能的原因,有无辅助排便、留置导尿等特殊情况。

(3)休息与睡眠形态:每日睡眠的时间、习惯与质量,有无入睡困难、早醒等。

(4)日常生活活动与自理能力:包括生活自理能力及日常活动方式、强度与时间等。

(5)个人嗜好:烟、酒嗜好时间与摄入量,以及有无其他异嗜物如麻醉药品或毒品等。

5. 既往史 包括患者既往健康状况,有无疾病史、外伤史、手术史,过敏史以及住院经历等。

6. 个人史 包括出生及成长情况、月经史和婚育史。

7. 家族史 患者双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与患病情况,尤其是否患有同样的疾病及与遗传有关的疾病。

8. 心理社会状况 包括自我概念、认知功能、情绪、应激与应对、对疾病的认识、精神信念、职业状况、生活与居住环境、家庭关系等。

(二) 功能性健康型态模式

该模式充分体现了整体护理的理念,具有鲜明的护理专业特点,有助于护理诊断的确定。目前我国主要用于构建问诊内容(主观资料)的框架。

1. 基本资料 内容同生理-心理-社会模式。

2. 主诉 内容同生理-心理-社会模式。

3. 现病史 内容同生理-心理-社会模式。

4. 既往史 内容同生理-心理-社会模式。

5. 功能性健康型态

(1)健康感知与健康型态:主要包括个体对自身健康状况的认识和感受,以及为维护自身健康所采取的健康照顾行为和计划。

(2)营养与代谢形态:包括营养状态、体液平衡、组织完整性和体温调节4个方面。

(3)排泄型态:包括个体自觉的排泄功能状态、排泄时间、方式、量和质的改变或异常,以及泻药或排泄辅助器具的使用情况(各种引流装置等)。

(4)活动与运动型态:包括日常生活活动、休闲娱乐、锻炼方式及与之相关的活动能力、活动耐力和日常生活自理能力。

(5)睡眠与休息型态:包括个体对睡眠与休息的质与量的感知如睡眠与休息是否充分、白天精力是否充沛,以及促进睡眠的辅助手段和药物的使用情况。

(6) 认知与感知型态:包括感知能力(视觉、听觉、味觉、嗅觉、触觉和痛觉等)与认知能力(思维能力、语言能力、定向力与意识状态等)。

(7) 自我概念型态:对自己的个性特征、社会角色和身体特征的认识与评价。

(8) 角色与关系型态:在生活中的角色及与他人关系的性质等。

(9) 性与生殖型态:包括性别认同、性角色行为、性功能和生育能力。

(10) 压力与压力应对型态:包括对压力的感知与处理。

(11) 价值与信念型态:包括价值观、健康信念、人生观和宗教信仰等。

三、问诊方法与技巧

(一) 基本原则

1. 环境安静、舒适,具有私密性。
2. 尊重、关心和爱护问诊对象。
3. 恰当地运用沟通技巧,以确保资料的全面、真实和准确。急症、重危患者先进行重点评估,同时开展抢救。

(二) 问诊前的准备

1. 问诊内容准备 初学者可将问诊提纲写在纸上,以免遗漏。
2. 预测问诊过程中可能出现的问题 以利做好相应地应对准备。
3. 选择适宜的问诊环境和时机 确保患者能够不受干扰地描述自身的健康状况。

(三) 问诊过程中的常用方法与技巧

1. 做好解释说明及自我介绍。
2. 应循序渐进,逐渐展开。一般从主诉开始,然后逐步深入。
3. 采取适当的提问形式
 - (1) 开放式问题:有利于患者对有关问题进行更详细的描述。
 - (2) 闭合式问题:适用于年龄、性别等特定问题,以及患者存在焦虑、语言受限或身体不适等情况时。
 - (3) 对于敏感性问题,可采用委婉的提问方式。
 - (4) 避免暗示性提问。
4. 避免使用医学术语。
5. 采取接受和尊重的态度。
6. 应用切入/重回主题的技巧,当患者滔滔不绝,离题太远时,客气地引导患者重回主题。
7. 恰当地使用非语言性沟通技巧。
8. 及时核实信息,可采用的方法包括澄清、复述、反问、质疑和解析。
9. 结束时应有所暗示或提示,并告知患者下一步的护理计划以及患者需要做的准备等。

四、特殊情况问诊

(一) 情绪异常

1. 愤怒与敌意 应采取坦然、平静、理解和不卑不亢的态度,尽量发现患者发怒的原因并予以说明。健康史的询问应主要限于现病史,其他资料尽量待患者情绪平稳后补充。一旦患者情绪失控,应注意自身安全。

2. 焦虑与抑郁 对于焦虑的患者应耐心倾听并鼓励其讲出自己的感受,并给予适当的宽慰。对于抑郁的患者可较多采用直接提问,并应注意与患者的感情交流。

3. 缄默与忧伤 予以安抚、理解以及适当的等待,待患者镇定后再继续询问。

(二) 老年人与儿童

1. 老年人 用词要简单清晰、通俗易懂;适当减慢语速,提高音量,必要时作适当的重复;采取面

对面交流的方式;注意观察患者的反应;遇感知与认知功能障碍者,可自知情者处补充收集相关资料。

2. 儿童 儿童的健康史多由家长或监护人提供,应注意资料提供者与患儿接触的密切程度,以判断资料的可靠性。对于较年长的儿童,可补充询问某些细节。

(三) 病情危重与临终患者

1. 病情危重者 在做扼要的询问和重点检查后,应立即实施抢救,病情稳定后,再进行详细询问。

2. 临终患者 应首先了解患者是否知晓病情与预后,然后根据患者的具体情况进行问诊,回答患者提出的问题时,应力求中肯可靠,同时给予患者情感上的支持。

(四) 认知功能障碍

首先应确定患者是否存在认知障碍;因听力障碍或语言表达障碍而不能交流者,可借助书面形式或手势与其进行沟通;若确系认知障碍,应通过询问患者的亲属、目击者或其他医务人员获取相关资料。

(五) 不同文化背景

护士应注意自己与患者之间的文化差异,理解和尊重他人的文化。在考虑问诊内容及选择交谈技巧时,应特别注意如下与交谈关系较为密切的文化背景问题:①距离与触摸;②目光接触;③表达情感或疼痛的方式;④个人信息表达上的文化差异;⑤语言表达。

自 测 题

一、选择题

A1/A2 型题

1. 下列各项属于症状的是:

- A. 肝大 B. 心悸 C. 心脏杂音
D. 呼吸音减弱 E. 语言震颤增强

2. 下列不属于问诊目的的是:

- A. 了解患者有无主观感觉异常或不适 B. 明确患者的护理需求
C. 建立积极的治疗关系 D. 为体格检查提供线索和依据
E. 获取患者的异常体征

3. 下列有关主诉的描述,恰当的是:

- A. 发热、咳嗽、哮喘 2 天 B. 胸痛、胸闷 1 年左右,恶心 2 天
C. 心动过速、心慌 2 天 D. 胸片发现肺部阴影 1 个月
E. 头晕、乏力、黑便 3 天,呕吐物带血

4. 下列问诊内容,不属于主要症状特点的是:

- A. 出现的部位 B. 严重程度 C. 伴随症状
D. 诱发因素 E. 缓解因素

5. 下列问诊内容,不属于现病史的是:

- A. 起病时间 B. 可能的诱因 C. 治疗经过
D. 治疗效果 E. 日常生活状况

6. 下列问诊内容,属于个人史的是:

- A. 手术史 B. 睡眠习惯 C. 疫区居住情况
D. 既往健康状况 E. 曾患疾病的诊治情况

7. 下列各项,属于诱导性提问的是:

- A. 您觉得哪里不舒服? B. 您之前有过类似的情况吗?
C. 除了发热,您还有其他不舒服吗? D. 您是否感觉全身瘫软无力?

E. 您觉得这次发病有什么原因吗?

8. 下列各项,属于开放式提问的是:

A. 小朋友,今年几岁了?

B. 您有睡午觉的习惯吗?

C. 您以前有过类似经历吗?

D. 发现包块后,您是怎么想的?

E. 您是否知道您的检查结果?

9. 下列各项,属于医学术语不宜在问诊中使用的是:

A. 憋气

B. 心悸

C. 肚子胀

D. 喘不上气

E. 呼吸困难

10. 下列核实资料的方式中,属于质疑方法的是:

A. 您是说:您从楼梯上摔下来,以后的事情就不知道了?

B. 您说您感到很不舒服,能具体说一说吗?

C. 您说您儿子从来不来看望您,是吗?

D. 您说您一切都好,可看起来您好像有什么心事,您能告诉我是怎么回事吗?

E. 您说上次看病时,医生说您的血糖又升高了,是这样吗?

11. 下列做法,不符合问诊原则的是:

A. 友好的称呼

B. 适时打断与问诊无关的谈话

C. 保持双目平视

D. 适当的沉默

E. 对前后矛盾的内容提出质疑

12. 患者,女性,64岁,维吾尔族,只能讲维语,不懂汉语,因“胸闷、气短3天”就诊。护士在问诊时,不恰当的做法是:

A. 请人做翻译

B. 借助手势等非语言沟通手段

C. 请懂汉语的家人介绍患者的情况

D. 请家属概括描述患者的讲述

E. 反复核实患者所讲述的信息

A3/A4型题

(13~16题共用题干)

患者,男性,65岁,初中文化,退休工人,因发热、咳嗽而入院。护士正在对其进行健康史的采集。

13. 护士问患者“您什么时候开始发热的?”患者答“昨天。”护士问“那什么时候开始咳嗽的呢?”患者答“前天开始的。”护士又继续问“还有其他不舒服吗?”……。对于护士上述问诊过程的建议,正确的是:

A. 问诊应该从“您有什么不舒服?”开始

B. 应先询问是否测量了体温

C. 应先询问体温的情况

D. 应先询问咳嗽的严重程度

E. 应先询问有无咳痰

14. 在询问过程中,患者又开始咳嗽,咳嗽较剧烈,并有咳痰。下列做法,不恰当的是:

A. 递给患者纸巾

B. 观察患者咳嗽的情况

C. 观察患者痰液的情况

D. 请患者咳嗽后稍休息片刻

E. 患者咳嗽时,向家属询问病情

15. 经询问后了解到患者10年前出现反复咳嗽、咳痰,经药物治疗后可好转。3天前着凉后再次出现咳嗽、咳痰,痰量不多,每次1~2口,初为白色黏液痰,后转为黄色黏液痰,不易咳出。为进一步诊治收入院。下列有关该患者主诉的描述,最恰当的是:

A. 咳嗽、咳痰10年

B. 咳嗽、咳痰3天

C. 咳嗽、咳痰3天,伴黄色黏液痰

D. 反复咳嗽、咳痰10年,再发3天

E. 咳嗽、咳痰10年,加重伴黄色黏液痰3天

16. 下列问诊内容,不属于现病史的是:

- A. 10年来咳嗽、咳痰的变化情况
- B. 出现咳嗽、咳痰后的诊断与治疗情况
- C. 有无吸烟与饮酒史
- D. 加重或缓解的因素
- E. 有无伴随症状

二、名词解释

1. 主诉

2. 家族史

三、简答题

1. 阐述以功能性健康形态组织问诊内容的意义。
2. 护士问诊与医生问诊有哪些不同之处?

(孙玉梅)

第二节 常见症状问诊

一、发 热

学习目标

识记:

1. 复述发热的概念及常见病因。
2. 叙述发热的临床分度及热型。
3. 描述发热的评估要点及相关护理诊断。

理解:

1. 解释发热的发生机制及主要临床特点。
2. 说明发热对患者的影响。

运用:

运用相关知识对发热患者进行全面系统的问诊,并根据所获得的资料提出初步的护理诊断/护理问题。

理论学习指导

(一) 概念

体温升高超出正常范围,即为发热。

(二) 正常体温与生理变异

正常人口腔温度相对恒定在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,直肠温度一般较口腔温度高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比口腔温度低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$,因个体差异、昼夜节律、年龄、性别、活动程度、进餐、情绪、环境温度等略有不同。

(三) 发生机制

1. 致热原性发热 致热原是导致发热的最主要因素。外源性致热原不能直接通过血-脑脊液屏障,需通过内源性致热原发挥作用。内源性致热原可通过血-脑脊液屏障直接作用于下丘脑的体温调节中枢,使体温调定点上移而引起发热。

2. 非致热原性发热 主要见于体温调节中枢直接受损、某些引起产热过多或散热减少的疾病。

(四) 病因

1. 感染性发热 各种病原体所致的感染,是发热的主要病因。
2. 非感染性发热 包括无菌性坏死物质吸收、抗原-抗体反应、内分泌与代谢障碍、皮肤散热障碍、体温调节中枢功能障碍和自主神经功能紊乱等所致的发热。

(五) 临床表现

1. 分度 按发热高低(以口腔温度为准)可分为低热(37.3~38℃)、中等度热(38.1~39℃)、高热(39.1~41℃)和超高热(41℃以上)。
2. 热程 根据发热期的长短分为急性发热和长期发热。
3. 临床过程与特点 发热的临床过程、特点及主要表现见表 2-1。

表 2-1 发热的临床过程、特点及主要表现

临床过程	特点	主要表现
体温上升期	产热>散热	皮肤苍白、无汗,畏寒或寒战
高热期	产热=散热(较高水平)	皮肤潮红、灼热,呼吸深快,寒战消失、开始出汗并逐渐增多
体温下降期	散热>产热	出汗多、皮肤潮湿

4. 热型 临床常见热型的临床特点及临床意义见表 2-2。

表 2-2 热型的临床特点及临床意义

热型	临床特点	常见疾病
稽留热	体温达 39~40℃ 以上,持续数天或数周,24 小时内波动范围<1℃	伤寒、大叶性肺炎高热期等
弛张热	体温达 39℃ 以上,24 小时内波动>2℃,最低也在正常水平以上	败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性感染等
间歇热	体温骤升骤降,间歇期可持续 1 天至数天,高热期与无热期交替反复出现	疟疾、急性肾盂肾炎等
回归热	体温骤升达 39℃ 或以上,持续数天后骤降至正常水平;高热期与无热期规律交替	回归热、霍奇金病、周期热等
波状热(反复发热)	体温渐升达 39℃ 或以上,持续数天,渐降至正常水平;反复发生	布氏杆菌病等
不规则热	发热的体温曲线无一定规律	结核病、风湿热、支气管肺炎等

(六) 对患者的影响

发热可致胃肠功能异常,食欲减退。高热可致谵语、幻觉等意识改变;小儿高热者易发生惊厥。体温骤降者因汗液丢失较多,若饮水不足,可引起脱水。持续发热者因物质消耗增加,可致体重下降。

(七) 问诊要点与内容

问诊要点	问诊内容
1. 发热特点	— 发热是什么时候开始的? 起病时的情况怎样? 持续多长时间了? — 发热的程度怎么样? — 发热是间歇性还是持续性的? 有什么规律吗? — 是否伴有其他不适?

问诊要点	问诊内容
2. 病因或诱因	— 有无感染性疾病、内分泌代谢性疾病、皮肤散热减少、体温调节功能障碍、自主神经功能紊乱等疾病史? — 有无受凉、环境温度过高等诱因?
3. 发热对患者的影响	— 有无食欲缺乏、恶心或呕吐? — 高热者有无谵语、幻觉等意识状态的改变? — 小儿高热者有无惊厥发生? — 持续发热者有无体重下降? — 退热期大量出汗者饮水情况怎么样? 有无脱水发生?
4. 诊疗与护理经过	— 已接受过哪些诊断性检查? 结果怎样? — 发热后用过哪些药物? 药物的名称? 剂量? 效果如何? 有无不良反应? — 采取过哪些物理降温措施? 效果怎么样?

(八) 相关护理诊断(略)

自 测 题

(一) 选择题

A1/A2 型题

- 引起发热最常见的病因是:
 - 感染
 - 组织损伤
 - 组织坏死
 - 皮肤散热减少
 - 体温调节中枢功能失常
- 下列各项,与正常体温波动无关的是:
 - 情绪
 - 运动
 - 进餐
 - 昼夜节律
 - 体重变化
- 下列各项,符合发热上升期特点的是:
 - 体温升高,脉搏细速,四肢冰冷
 - 体温升高,心率增快,出汗
 - 体温升高,畏寒,皮肤潮红
 - 体温升高,寒战,皮肤苍白无汗
 - 寒战,皮肤潮湿
- 患者,男性,38岁,体温突然升高至39℃以上,持续4天后降至正常,4天后体温又再次升高,该患者最可能的病因是:
 - 败血症
 - 疟疾
 - 伤寒
 - 回归热
 - 急性肾盂肾炎
- 高热患者退热后,提示有虚脱表现的是:
 - 皮肤苍白,寒战,出汗
 - 脉细速,四肢湿冷,出汗
 - 脉速,面部潮红,无汗
 - 脉搏呼吸减慢,无汗
 - 头晕、恶心、无汗

A3/A4 型题

(6~7题共用题干)

患者,男性,28岁,外出活动遇暴雨,淋透全身,当晚出现全身乏力、肌肉酸痛,测体温39℃,自服抗病毒冲剂效果不佳,凌晨开始出现胸痛、咳嗽,咳铁锈色痰。

- 该患者最可能的病因是:

- A. 肺结核 B. 肺炎链球菌性肺炎 C. 克雷伯菌性肺炎
 D. 肺脓肿 E. 肺癌
7. 该患者目前最主要的护理诊断是：
 A. 清理呼吸道无效 B. 生活自理能力下降 C. 体温过高
 D. 知识缺乏 E. 有感染的危险

(二) 名词解释

1. 高热
2. 弛张热

(三) 简答题

1. 比较间歇热与回归热的异同。
2. 患者持续 40~41℃ 高热 5 天, 指出该患者的热型以及评估时应特别注意的问题。

(喻姣花)

二、疼 痛

学习目标

识记：

1. 复述疼痛的概念及常见病因。
2. 叙述疼痛的分类。
3. 描述疼痛的评估要点及相关护理诊断。

理解：

1. 解释疼痛的发生机制及主要临床特点。
2. 比较不同类型疼痛临床表现的异同。
3. 说明疼痛对患者的可能影响。

运用：

对疼痛患者进行全面系统的问诊, 并根据所获得的资料提出初步的护理诊断/护理问题。

理论学习指导

(一) 概念

疼痛是一种与组织损伤或潜在损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体验。生理情况下, 疼痛起到给人体预警的作用; 病理情况下, 疼痛给患者带来痛苦。疼痛包含感觉和情绪两种成分。

(二) 疼痛的分类

1. 按疼痛发生的状态分类 见图 2-1。
2. 按疼痛的病程分类

(1) 急性疼痛: 起止时间明确, 持续数分钟、数小时或数天的疼痛。

(2) 慢性疼痛: 疼痛持续 3 个月以上。一般持续 2 年以上的疼痛属于永久性疼痛。

3. 按受累部位分类 可分为头痛、胸痛、腹痛、腰背痛、肌肉关节痛等。也可以按照受累部位及神经支配种类分为头部颌面部疼痛、躯体痛和内脏痛。

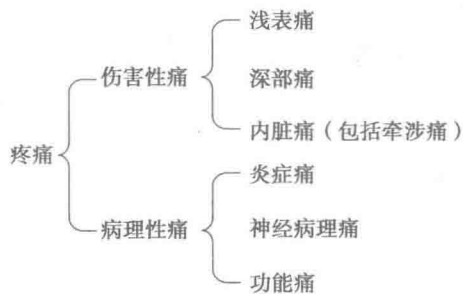


图 2-1 疼痛的分类