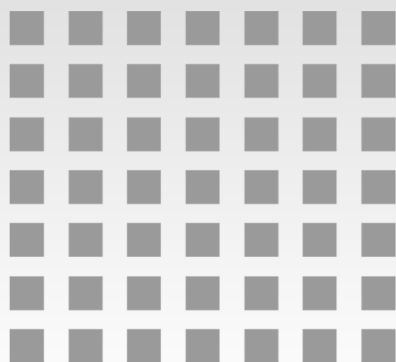


高等职业教育护理类专业“十三五”规划教材



# 健康评估

JIANKANG PINGGU

主 编 范梁伟

副主编 郭太兵

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁红松(云南省临沧卫生学校)

申时恒(云南省昭通卫生学校)

毕玉洮(云南省大理卫生学校)

李 智(云南省昭通卫生学校)

宋 亮(云南临沧市人民医院)

罗成龙(云南省临沧市人民医院)

范梁伟(云南省临沧卫生学校)

郭太兵(云南省大理卫生学校)

鲍荣年(云南省临沧卫生学校)

### 图书在版编目(CIP)数据

健康评估/范梁伟主编. —南京:江苏凤凰教育出版社, 2015. 7(2017. 7重印)

ISBN 978 - 7 - 5499 - 5044 - 7

I. ①健… II. ①范… III. ①健康—评估 IV.

①R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 108336 号

高等职业教育护理类专业“十三五”规划教材  
书 名 健康评估

---

主 编 范梁伟  
责任编辑 汪立亮 刘蓉蓉  
出版发行 江苏凤凰教育出版社  
地 址 南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009  
出 品 江苏凤凰职业教育图书有限公司  
网 址 <http://www.ppve.cn>  
照 排 江苏凤凰制版有限公司  
印 刷 江苏凤凰扬州鑫华印刷有限公司  
厂 址 扬州市江阳工业园蜀岗西路 9 号, 邮编: 225008  
电 话 0514 - 85868855  
开 本 787 毫米×1 092 毫米 1/16  
印 张 16.25  
字 数 396.8 千字  
版 次 2015 年 7 月第 1 版 2017 年 7 月第 2 次印刷  
标准书号 ISBN 978 - 7 - 5499 - 5044 - 7  
定 价 36.00 元  
批发电话 025 - 83658830  
盗版举报 025 - 83658873

---

图书若有印装错误可向江苏凤凰职业教育图书有限公司调换  
提供盗版线索者给予重奖

# 高等职业教育护理类专业“十三五”规划教材 建设委员会

**主任委员** 雷 鸣(云南开放大学)

**副主任委员** (按姓氏笔画排序)

邓晓燕(西双版纳职业技术学院)

刘安友(昭通卫生学校)

汪立亮(凤凰出版传媒集团职教出版中心)

杨永丽(昆明医科大学第一附属医院)

李一忠(大理卫生学校)

范梁伟(临沧卫生学校)

**委 员** (按姓氏笔画排序)

邢小喜(云南开放大学)

李 浩(昆明学院医学院)

杨汎雯(大理卫生学校)

何 锦(临沧卫生学校)

杨绍慧(丽江民族中等专业学校)

宗大庆(昭通卫生学校)

周建文(临沧卫生学校)

周 杰(云南开放大学)

翟显华(昭通卫生学校)

**秘 书** 周荣君(云南开放大学)

# 序言

职业教育是我国现代国民教育体系和人力资源开发的重要组成部分,是教育工作的战略重点和经济社会发展的重要基础。近年来,特别是党的十八大召开以来,我国职业教育事业快速发展,已建成了世界上规模最大的职业教育体系,培养培训了大批中高级技能型人才,为提高劳动者素质、推动经济社会发展和促进就业作出了重要贡献。护理教育既是职业教育的组成部分,又是医学教育的组成部分,是发展我国医疗卫生事业的重要基础。

护理工作 是医疗卫生工作的重要组成部分,在医疗、预防、康复医学中均占有极其重要的地位。随着现代医学模式的不断改变,新的护理模式已由传统的以执行医嘱为中心的 疾病护理发展到以病人为中心的身心整体护理。这一转变,不仅要求护理人员要具有丰富的医学理论知识,熟练的护理操作技术,还必须加强自身的修养,提高思想道德素质、科学文化素质和身体心理素质。多年来,云南开放大学针对中等卫生职业学校护理学专业毕业生开展的成人全日制高等学历教育,对进一步丰富和完善职业教育、成人教育和普通教育相衔接的护理专业技术人员教育培训体系,建立护理专业技术人员终生教育制度,不断拓宽专业技术人员的知识面,提高专业技术人员综合素质进行了努力地探索与实践,并取得了一定的成效。根据云南开放大学特有的成人全日制高等教育的办学特点、护理学专业学生现状以及护理工作发展需求,我们在云南开放大学办学体系内组织了一批教学经验丰富的教师、临床护理专家,依据护理教育特色、护理职业特点、护理职业技能需求,从护理职业教育培养目标出发,以提高学生的综合素质和职业能力为基础,以培养学生能力为重点,形成体系,讲究实用,编写了这套教材。此套教材主要适用于成人全日制高职护理专业的教学,也可供其他学制高职护理专业教学使用。

该套教材结合了护理专业的特点,坚持以能力为本位、以就业为导向,突出实践性教学环节,较好地体现了最新的护理职业教育理念。具体来说,主要有以下几个特色:

1. 在教学内容上坚持课程整体优化,突出实践性和针对性

该套教材紧密围绕护理专业人才培养目标,对课程内容进行整合优

化。按照护理专业岗位需求、课程目标选择教学内容,增加了护理专业实训、实践的比重,更加突出护理专业课程的实践性、针对性和实用性。同时,结合护理专业职业资格标准,及时将与护理岗位直接相关的新知识、新技术引入到教学中,使学生能够掌握从事护理岗位工作的基本技能和专业技能。

#### 2. 在组织结构上坚持“项目引领、任务驱动”的课程体系

该套教材打破了护理专业传统的章节编写体系,采用了项目化、模块化的编写模式。通过项目、任务、学习目标、护理情境案例等为载体组织学习单元,体现模块化、系统化、项目化的职教理念和护理专业学生的认识规律,强调护理专业教材内容的创新性、综合性、实用性与可读性。

#### 3. 在教材呈现形式上力求立体化、数字化

为配合护理专业教学的需要,该套教材配备了丰富的多媒体教学资源,包括教学课件、电子教案、护理专业教学大纲、护理实训录像以及护理专业技能实训题库等。力求教材呈现形式新颖多样,图、文、声、像并茂,方便师生的教与学。

#### 4. 在课程选取上增加了选修课程的比重

该套教材结合学校的办学实际,增加了护理专业选修课教材的比重,扩大了学生对课程的选择权,并在课程内容的深度与广度上具有一定的弹性,努力形成灵活、开放、多样的课程体系,坚持统一性与灵活性的有机结合。从而适应护理岗位市场的变化和护理专业学生个性发展的需要,促进学生的全面发展。

该套教材的编写,得到了云南开放大学和江苏凤凰出版传媒集团各级领导的关心和帮助,得到了云南开放大学办学系统中的六所卫生学校的领导、专家和教师的积极支持和参与,谨此,向有关单位和个人表示衷心的感谢!希望本套教材能够对促进云南开放大学护理学专业教育教学改革,提高护理学专业人才培养质量起到一定的推动作用。同时希望各兄弟学校在教学使用中以及在探索课程体系、课程标准和教材建设与改革中,及时提出宝贵的意见或建议,以便不断修订和完善,更好地满足云南开放大学护理教育教学的需要,从而为努力培养和造就更多面向各级医疗、预防、保健机构从事临床护理、社区护理和健康保健等护理工作的高素质技能型应用人才。

雷 鸣

2015年4月

护理大类专业

# 前言



《健康评估》是近半个世纪逐步发展起来、正趋完善并能突出反映现代护理理念的护理基础课与临床护理学科的桥梁课程,是护理专业的核心课程之一。本教材是根据云南开放大学成人全日制高职护理课程改革的精神和要求设计的,即以护理专业培养目标为导向,以职业技能培养为根本,满足三个贴近(贴近学生、贴近社会、贴近岗位),力求体现护理教育的特色。教材编写过程中体现了“三基”(基本理论、基本知识和基本技能)和五性(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性)的基本原则。基础理论、基本知识以“必须、够用”为度,强调基本技能的培养。旨在突出学生的职业技能培养,与执业考试内容紧密接轨。

本教材编写特点:

1. 以项目、任务为载体组织学习单元,体现系统化、项目化职教理念。教材内容包括“认识健康评估的方法、觉症状评估、日常生活活动能力评估、体格检查、心理评估、社会评估、常用实验室检查、心电图检查、影像检查、护理诊断思维训练与护理记录”10个项目、43个典型任务。

2. 每个项目任务前设有学习目标(包括知识目标与技能目标),便于学生对理论知识的掌握及技能的培养。

3. 补充了日常生活活动能力评估、最新护理诊断名称,更新或补充了辅助检查新方法、新知识和新技术;简化心电图产生原理及心电图导联的内容,增加了心电图分析步骤与应用;4. 身体评估按临床顺序进行了修改,更具科学性和适用性。

本教材由来自与云南开放大学合作办学的大理卫生学校、昭通卫生学校、临沧卫生学校和临沧市人民医院,长期从事《诊断学》、《健康评估》教学、临床、科研工作、具有丰富的教学、临床和编写经验的中、高职教师/副

主任医师共同撰写而成。在编写过程中,编者认真地查阅了国内、外最新版本的教材及文献资料,力求在内容上充分体现科学性、系统性和创新性,在文字上做到简明扼要、图文并茂、重点突出、层次分明、布局合理,适于教与学。

在此次编写过程中,得到了云南开放大学和凤凰出版传媒集团各级领导的关心和帮助,也得到了各参编院校领导的大力支持,谨在此深表谢意。

由于编者能力有限,时间仓促,在编写过程中如有不当之处,恳请广大师生在应用中发现问题并给予批评指正,不胜感激。

**范梁伟**

**2015年6月**

# 目 录

<b>绪 论</b> .....	1
<b>项目 1 认识健康评估</b> .....	4
任务 1 识别健康资料 .....	4
任务 2 认识健康评估的基本方法 .....	5
<b>项目 2 常见症状评估</b> .....	18
任务 1 发热评估 .....	18
任务 2 咳嗽与咳痰评估 .....	22
任务 3 咯血评估 .....	24
任务 4 呼吸困难评估 .....	26
任务 5 发绀评估 .....	29
任务 6 黄疸评估 .....	31
任务 7 呕血与黑便评估 .....	33
任务 8 疼痛评估 .....	35
任务 9 水肿评估 .....	38
任务 10 意识障碍评估 .....	40
<b>项目 3 日常生活活动能力评估</b> .....	48
任务 日常生活活动能力评估 .....	48
<b>项目 4 体格检查</b> .....	56
任务 1 全身状态检查 .....	56
任务 2 皮肤检查 .....	62
任务 3 浅表淋巴结检查 .....	65
任务 4 头部、面部与颈部检查 .....	67
任务 5 胸部检查 .....	73
任务 6 腹部检查 .....	90



任务 7	肛门、直肠和男性生殖器检查 .....	98
任务 8	脊柱与四肢检查 .....	100
任务 9	神经系统检查 .....	102
<b>项目 5</b>	<b>心理评估 .....</b>	<b>115</b>
任务 1	了解心理评估的目的、意义与方法 .....	115
任务 2	心理评估 .....	116
<b>项目 6</b>	<b>社会评估 .....</b>	<b>132</b>
任务 1	了解社会评估的目的、意义与方法 .....	132
任务 2	社会评估 .....	133
<b>项目 7</b>	<b>常用实验室检查 .....</b>	<b>143</b>
任务 1	血液检查 .....	143
任务 2	尿液检查 .....	150
任务 3	粪便检查 .....	157
任务 4	肾功能检查 .....	159
任务 5	肝脏病常用实验室检查 .....	163
任务 6	临床常用生物化学检查 .....	168
任务 7	其他常用实验室检查 .....	173
<b>项目 8</b>	<b>心电图检查 .....</b>	<b>183</b>
任务 1	描记心电图 .....	183
任务 2	识别正常心电图 .....	188
任务 3	分析心电图和了解其临床应用 .....	194
任务 4	识别常见异常心电图 .....	195
<b>项目 9</b>	<b>影像检查 .....</b>	<b>209</b>
任务 1	放射学检查 .....	209
任务 2	磁共振成像 .....	219
任务 3	超声检查 .....	221
任务 4	核医学检查 .....	225
<b>项目 10</b>	<b>护理诊断思维训练与护理记录 .....</b>	<b>230</b>
任务 1	护理诊断思维训练 .....	230
任务 2	护理记录 .....	240
<b>参考文献</b>	.....	<b>250</b>

# 绪论



## 学习目标



### 知识目标

认识健康评估的定义与内容,知道健康评估在护理实践中的重要性。



### 技能目标

能灵活运用健康评估的学习方法与教学手段。

健康评估是近半个世纪逐步发展起来、正趋完善并能突出反映现代护理理念的护理专业课程。1955年美国学者 LydiaHall 首次提出护理程序的概念。1970年护理程序被分为“评估、诊断、计划、实施、评价”五个阶段,因此,健康评估是护理程序的第一步。1977年美国医学家 Engel 提出“生理心理社会医学模式”,护理工作从以疾病为中心的模式转向了以人的健康为中心的整体护理模式,护理程序也成为体现整体护理观的临床思维和工作方法。1982年 Gordon 提出了功能性健康型态(functional health patterns, FHPs)作为护理工作中收集和整理资料的框架。经过半个多世纪的发展,护理学已经成为具有独特专业理念和工作方法的学科,而伴随着护理学科地位的提升,健康评估也越来越得到护理工作者的重视,逐步成为一门独立的护理专业核心课程。

## 一、健康评估的定义与内容

健康评估(health assessment)是阐述评估护理对象对健康问题及生命过程反应的基本方法、基本技能和临床思维方法的科学,是护理的方法论课程。其主要内容包括十个项目:认识健康评估的方法、常见症状评估、日常生活活动能力评估、体格检查、心理评估、社会评估、常用实验室检查、心电图检查、影像检查以及护理诊断思维训练与护理记录。

## 二、健康评估在护理实践中的重要性

健康评估是护理程序的首要环节,是系统地、连续地收集评估对象有关健康资料的过程,是确定护理诊断、制定护理计划的依据。正确的护理基于准确的护理诊断,准确的护理诊断又基于正确的健康评估,完整、正确的健康评估是保证护理质量的先决条件。因此,健康评估技能是护士的关键技术能力,健康评估课程是护理专业的核心课程之一。

健康评估作为一门因医学模式的转变、整体护理观和护理程序的应用而发展起来的新课程,是联系医学基础课程与临床专业课程的桥梁。通过健康评估课程的学习和训练,护生将学

会对护理对象进行准确的评估,判断其身心状况和病情变化,评价治疗和护理效果,学会有效的沟通技巧,养成良好的专业素养和职业态度。

高职护理专业的人才培养目标为具有较强的综合职业能力和高度关爱精神,具有运用护理程序实施整体护理,具有对病情和心理状态进行综合评估,具有对药物疗效进行观察和监护能力的高技术应用性专业人才。学好健康评估课程对护生临床思维及综合应用能力的培养至关重要。

### 三、健康评估的学习目标与要求

通过本课程的学习,护生应牢固掌握健康评估的各种基本理论、基本知识和基本技能,培养临床思维方法,提高发现问题、分析问题的能力。应树立“以人的健康为中心”的理念,从护理对象的生理、心理、社会等方面熟练地进行综合评估,结合实验室及其他检查的资料进行综合分析,就被评估者对健康问题的反应做出护理诊断。

课程学习的具体目标:

(1) 运用问诊和体格检查的方法和技巧,采集健康史,并独立进行全面、系统的体格检查,识别正常表现和常见体征,并解释其临床意义。

(2) 对护理对象心理、社会状况做出整体评估。

(3) 学会进行各种检查前指导;学会实验室检查标本采集方法,解释常用实验室检查结果的临床意义。

(4) 学会心电图描记,初步识别正常心电图与常见异常心电图。

(5) 了解影像检查的基本原理,熟悉影像检查的临床应用和检查前准备及护理,了解其结果的临床意义。

(6) 将收集到的护理对象的资料归纳、整理、分析,提出护理诊断,并准确记录,书写护理病历。

(7) 养成主动学习、勤学苦练、团结协作的学习态度,认真细致、严谨求实的科学作风,尊重、关爱患者的良好品德,热爱护理专业,具有稳定的职业情感和态度。

### 四、健康评估的教学理念、方法与手段

1. 树立正确的课程教学理念 应充分发挥教师的主导作用与学生的主体作用,重视学生自主学习能力和实践能力、有效沟通能力及团队协作精神的培养。主张开展研究性学习、基于问题的学习等,使学生不仅学到必备的专业知识,更要学会学习的方法,为终身学习打下坚实的基础。倡导基于工作任务的综合护理项目教学,体现“做中学、学中做”等现代职教理念。

#### 2. 教学方法与手段

(1) 教学方法:按照高职学生的知识基础和学习心理,采用小组合作学习、研究性教学、案例教学等方法。教师可将学生进行分组,各学习小组根据教师提供的自学提纲或病例进行课前预习,激发学习的兴趣并提高学习效率,课堂教学以精讲、小组讨论、答疑相结合。在某些内容学习前可先练习查阅资料、撰写综述,拓宽知识面,增强对所学知识的全面理解,培养评判性思维能力和自主学习能力。变教师的“以教为主”为“以导为主”,实现传授知识和发展能力的辩证统一。

健康评估是一门操作性课程,十分强调护生操作技能的培养。健康评估实践教学过程主要分三期:实训室模拟实训阶段、临床见习阶段、毕业实习阶段。不同阶段的实践教学具有不

同的内容和要求,如实训室模拟实训主要训练问诊、体格检查基本技能、常见体征识别;临床实习主要训练问诊、常见体征识别和心理、社会评估;毕业实习主要训练健康评估技能的应用、常用实验室及器械检查的检查前准备、标本收集方法、检查报告单的阅读及护理病历的书写。在实训室实训中可采用“示教—练习—回示教—再练习—考核”的五步训练法。在问诊及心理、社会评估训练中,可采用现场情景教学、角色扮演等方法训练相关知识和技能。还可开展课外兴趣教学等激发学习兴趣,拓展和补充课堂教学的内容。听诊、触诊电子多媒体病人有助于阳性体征识别。床边教学是最理想的教学方法,应创造机会使学生多接触临床,提高实践能力。有条件时在技能考核中可引入临床仿真情景,如应用模拟病人或护理标准化病人(nursing standardized patient, NSP),提高学生的人际沟通能力、评判性思维及实际操作技能,更好地贴近临床,使学生进入临床时就能对服务对象进行护理评估。可充分应用本教材配套的 CAI 课件进行自主学习和训练。

(2) 教学手段:学校应重视护生健康评估能力的培养,建设有多媒体教学设备及诊察床的教室及设备良好的健康评估实训室,配置电子标准化病人、高仿真实训模型等,为课程中开展临床情景教学与仿真训练提供良好的条件。在健康评估教学中,应积极采用现代化教学手段,根据教学内容,在传统教学手段的基础上,充分应用配套的多媒体课件、录像、精品课程网站等,不仅可展示健康评估的方法和内容,而且可以拓展学生的知识面,加强师生互动和沟通,提高教学效果。利用电子标准化病人、仿真实训模型供学生课后反复训练。还可以应用基本计算机网络的临床护理思维与技能训练系统进行反思式思维与技能训练。

3. 及时复习巩固与自评 健康评估的学习评价,不仅要关注知识的积累,还要注重学习过程和技能,更要注重情感态度与价值观的形成与发展。不仅要关注学习的结果,更要关注学生学习过程中的努力。评价手段和方法应多元化,将形成性评价与终结性评价相结合,建议采用医院或学院教师评价、同学评价及自评的多元评价机制,尤其要加强复习巩固和自评。

4. 开展客观结构化考试(OSCE) 近几年来,我们在教学中基于国外先进的客观结构化考试理念创建了《健康评估客观结构化技能考核方案》,对八千多名护生进行技能考核,通过“多站式训练、多站式抽考”,考核护生的问诊、体格检查、阅读实验室检查报告、识别阳性体征等知识和技能,并研发了基于计算机网络的“健康评估 OSCE 信息化考核系统”辅助技能考核,应用后提高了考试效率和效果,受到师生好评。毕业护生受到临床欢迎。因此,建议各校根据学校自身条件开展护生健康评估技能考核,以考促训,提高护生的健康评估能力,使之成为具有关爱意识、良好沟通能力和熟练评估技能的优秀护士。

(鲍荣年)

# 项目

# 1

## 认识健康评估



### 学习目标



#### 知识目标

1. 掌握:健康资料的类型。
2. 熟悉:健康资料的来源。
3. 了解:心理与社会评估,实验室及器械检查。



#### 技能目标

1. 能灵活运用健康资料的类型采集资料。
2. 学会体格检查的基本方法。

## 任务 1



## 识别健康资料

反映被评估者躯体健康状况、心理状况、社会状况的各种资料,称为健康资料(health data)。

### 一、健康资料的来源

健康资料的来源分为两大类:主要来源与次要来源。

1. 主要来源 健康资料的主要来源是被评估者,临床上主要指患者,也可以是亚健康或健康人(为叙述方便,在以后的叙述中多用“患者”代替“被评估者”)。一般除婴幼儿、意识障碍或精神异常者外,以患者本人提供的资料最为可靠。

2. 次要来源 包括:① 知情人,指患者的亲属或其他与之关系密切者,如父母、夫妻、好友、同事、老师、同学及邻居等,可收集患者生活或工作环境、生活习惯、身心状况等资料;② 目击者,指目睹患者发病或受伤过程的人,可收集发病原因等资料;③ 其他卫生保健人员,指为患者提供医护、保健的人员,如临床医生、护士、心理咨询师、理疗师、营养师等,可收集诊疗措施、从医行为等资料;④ 目前或既往健康记录,指患者目前或以往的病历或健康记录,如出生记录、预防接种记录、健康体检记录或病历。

### 二、健康资料的类型

健康资料可按获得的方法与来源,或涉及的时间进行分类。

1. 按资料获得的方法与来源分类 可分为主观资料与客观资料两大类。

(1) 主观资料(subject data):是通过询问患者或知情者所获得的患者身心两方面的主观

感觉或自身体验、对社会关系的感受等。其中患者患病后对机体生理功能异常的主观感受或自身体验如腹痛、头昏、皮肤瘙痒等,称为症状(symptom),是主观资料的重要组成部分,也是形成护理诊断的重要依据。主观资料还可为收集客观资料提供重要的线索。

(2) 客观资料(object data):是通过对患者进行体格检查,阅读实验室或其他器械检查结果所获得的患者的健康资料。其中通过体格检查获得的患者患病后机体的体表形态或内部结构的改变,如血压下降、心脏杂音、肝大等,称为体征(sign)。客观资料可证实或补充所获得的主观资料,也是形成护理诊断的重要依据。

2. 按资料涉及的时间分类 可分为目前资料与既往资料两大类。

(1) 目前资料:指患者目前健康状况的资料,即本次就诊时疾病的表现与演变过程,或经过治疗和护理后的现状。

(2) 既往资料:指患者本次就诊之前的有关疾病及健康状况的资料,包括既往史、治疗护理情况、过敏史等。

## 任务2 认识健康评估的基本方法

健康评估的基本方法包括问诊(采集健康史)、体格检查、心理与社会评估、实验室及其他检查等。尽管各种新兴诊断技术手段层出不穷,但是,问诊、体格检查仍然是医护人员评估患者病情最常用、最基本的方法。

### 一、问诊

#### 问诊举例

情景导入:王女士,34岁,因高热,频繁咳嗽入院。床位护士小蔡对患者进行健康评估。

小 蔡:您好!王女士,我是您的床位护士蔡×。您在住院期间有什么问题可以随时告诉我,我和我的同事们会尽量帮您解决的。

王女士:谢谢您。

小 蔡:为了在您住院期间给您提供最合适的护理,我需要了解一下您的有关情况,您现在方便吗?

王女士:现在可以。

小 蔡:您现在身体感觉如何?

王女士:我感觉全身燥热、浑身酸痛难受。

小 蔡:您这次住院的主要原因是什么?什么时候开始的?

王女士:发热,昨天开始的。

小 蔡:有没有什么原因呢?您自己量过体温吗?

王女士:我昨天上午外出时被雨淋了。回家后就感到发冷,自己量了体温,12:30时体温大约38.0℃,到傍晚越来越高,夜里又量达到39.0℃。

小 蔡:那您昨天吃药了吗?效果如何?

王女士:昨天喝了点开水,中午和晚上都吃了一片泰诺,还吃了两颗阿莫西林。今天一早就来医院看病。

小 蔡:除了高热,还有别的不舒服吗?

王女士:还有咳嗽,这里痛(指右侧下胸部),在咳嗽时更加厉害,不敢用力呼吸。

小 蔡:您咳嗽时有痰吗?是什么颜色的?

王女士:昨天没有,今天有一点痰,颜色较暗,我也说不清。

小 蔡:您再咳嗽时,把痰吐在这个空纸杯子里,让我看一看。

王女士:好的。

小 蔡:您现在的感觉与昨天相比如何?

王女士:今天比昨天更难受,有点气急,痰也多了,还有点头痛,胸痛得也厉害。

小 蔡:您这次生病后有没有到其他地方去看过、做过什么检查?

王女士:没有,今天到你们医院来做了胸透和血液检查,医生说可能是肺炎,让我住院,这就进来了。(患者咳嗽,小蔡帮助患者更换体位将痰吐在痰杯中,观察痰的颜色。

小蔡帮患者倒了一杯热水)

小 蔡:请先喝点水,您知道现在给您用什么药吗?您以前对药物、食物过敏吗?

王女士:用的先锋霉素一类的,我以前对药物和食物不过敏。

小 蔡:我知道了。您以前出现过类似的情况吗?有没有住过医院?开过刀或发生过外伤?

王女士:没有,原来除了偶尔感冒,没有得过什么病,这是第一次住院,没有开过刀。

小 蔡:您平时胃口如何?这两天胃口好吗?喜欢或忌讳什么食物?

王女士:平时胃口还好,但今天胃口不好,不想吃东西,不忌口。

小 蔡:睡眠好吗?您平时大小便习惯如何?

王女士:睡眠一向很好,昨晚一夜没睡好。一般每天大便1次,小便5~6次。昨天到现在未大便,小便也很少。

小 蔡:这两天有没有出汗?多不多?

王女士:出汗很多。

小 蔡:您有吸烟、饮酒的习惯吗?平时喜欢哪些体育运动?

王女士:我从不吸烟,偶尔饮少量红酒。上班忙,没有时间去运动。

小 蔡:哦,那生病后,您有什么想法,能说说吗?

王女士:刚开始我以为是一般的伤风感冒,没想什么,可昨晚上病情加重了,心里有点担心。医生说是肺炎,要住院治疗,我就马上住院了,想快点治好。

小 蔡:有谁陪着您来的?单位里知道您生病吗?

王女士:我自己来的,只告诉单位同事我发热要去看病。我先生出差去了,他还不知道我住院,我儿子上小学二年级,快要期中考试了,今天托一个邻居照顾着,我很着急。

小 蔡:要我替您联系您的单位帮您请假吗?我帮您和您先生或者亲戚、同事打个电话吧?让您先生早点回家,让亲戚或同事帮忙照顾好您的儿子。

王女士:那就太谢谢你们了!

小 蔡:不用谢,这是我们应该做的。另外,您的医疗费能报销吗?家里经济情况如何?费用有没有问题?

王女士:我工作的公司是个私营企业,我参加了社保,医药费部分自费,部分可以报销。今天带了三千元钱交了住院费。我的病不太要紧吧?会花很多医药费吗?

小 蔡:您的病应该不会有太大的危险,医药费可能也不会太高。您有什么担心的事吗?

王女士:我有点担心能否自己照料自己,儿子还小,又正要考试,我很着急。

小 蔡:家里的事您不用担心,我们病区的医护人员都会很好地照料您的,肺炎积极治疗后一般很快就会好的。请问您有什么宗教信仰吗?

王女士:没有。

(后面一段问答内容略)

小 蔡:好的,我知道了。跟您谈了这么长时间,影响您休息了,谢谢您!您现在请先休息一会儿,待会儿我会来为您做体格检查,到时还请您先排空大小便。好吗?

王女士:好的,谢谢!

问诊(inquire)是护士与患者之间的目标明确、应答有序的对话过程,是护士通过对患者或知情人进行全面、系统询问而获得健康资料的过程。

#### (一) 问诊的目的与重要性

问诊是采集健康史最重要的手段,是护士常用的收集资料的方法。问诊不是护士与患者之间一般的谈话,而是通过双向交流互动,了解患者的健康观念、健康问题的发生发展过程、病因、诊疗经过及既往健康状况、心理社会状况等,为做出正确的护理诊断提供重要依据。问诊是护患沟通、建立良好护患关系的最重要时机,并可为进一步检查提供线索。

#### (二) 问诊的对象

问诊最主要的对象是患者。对危重患者、意识不清者也可询问知情人、目击者、其他卫生保健人员。

#### (三) 问诊的内容

问诊的内容为健康史(health history)。

健康史是关于患者目前、过去健康状况及生活方式的主观资料。这些资料常作为确立护理诊断、制订护理计划、进行护理评价的重要依据。健康史与医疗病史有明显的不同,医疗病史关注患者患病后的症状、体征及疾病的发生发展过程,而健康史不仅关注患者的健康状况及其影响因素,更要关注其健康状况的改变而出现的各种反应,包括日常生活活动能力的改变及社会心理方面的反应。

健康史是患者入院健康评估单的重要组成部分,包括:一般资料、主诉、现病史、既往健康史、目前用药史、个人史、家族健康史和系统回顾。

1. 一般资料(general data) 包括姓名、性别、年龄、婚姻、职业、民族、籍贯、文化程度、宗教信仰、医疗费支付形式、工作单位、家庭地址及电话、联系人及联系方式、入院时间、记录时间、健康史陈述者、可靠程度等。一般资料中成年人年龄应记周岁,不满周岁者记月龄,不满月者记日龄。性别、年龄、婚姻、职业可为某些疾病提供有价值的信息,文化程度、宗教信仰有助于了解患者对健康的态度和认知能力,有利于选择合适的健康教育和人际沟通方式。籍贯、家庭地址等有助于了解流行病学资料。联系人及联系方式有助于病情变化时及时与家人联系及随访。若供史者不是患者,则应注明其与患者的关系,以及对病情的了解程度。

2. 主诉(chief complaint) 指患者感觉最主要、最明显的症状、体征及其性质和持续时间,也就是促使患者本次就诊的最主要的原因。记录主诉应简明扼要,文字不宜超过20个字,不超过3个主要症状,通常用一两句话加以高度概括,如“畏寒、发热、咳嗽3天伴右侧胸痛1天”“反复发作胸骨后压榨性闷痛2周”。

记录主诉的注意事项:①主诉中不宜用疾病诊断用语,如“原发性高血压2年”“糖尿病1年”等,而应记录“发现血压升高2年”“多饮、多尿、多食伴体重减轻1年”;②主诉中包含不同



时间的几个症状时,应按发生的先后顺序排列,如“活动后心悸气促 2 年、下肢水肿 1 周”;③ 主诉是患者的主观感受,包括感觉异常(如头痛、皮肤瘙痒、腹痛等)、功能障碍(如吞咽困难、听力下降等),也包括患者自己发现的形态改变(如水肿、皮疹、肿块等);④ 主诉的描述应简明扼要、用语规范,如“腹泻”不应记录为“拉肚子”“拉稀”;⑤ 对病程长、症状多而复杂的患者,临诊时的不适不一定是病症的主要表现,应结合病史分析选择最确切的主诉。

3. 现病史(history of present illness) 是健康史的主体部分,是围绕主诉详细描述患者患病以来疾病的发生、发展、演变、诊疗及护理的全过程。现病史的主要内容及描述要点如下所示。

(1) 起病情况及患病的时间:包括起病时间、环境、病情急缓、发病原因或诱因等。

(2) 主要症状及其特点:包括主要症状出现的部位、性质、出现时间和持续时间、严重程度、发作频率、加剧或缓解因素,患病后的心理反应等。

(3) 伴随症状:指与主要症状同时或随后出现的其他症状,与主要症状之间的关系及其演变。

(4) 病情的发展演变:包括有关症状的变化、有无新的症状出现等。

(5) 诊疗护理经过:本次就诊前曾到何处接受过哪些诊治,包括医疗诊断、检查及结果、用药情况、护理措施及效果。

(6) 健康问题对患者的影响:包括患者对目前健康状况的自我评价,疾病对其生理、心理、社会各方面的影响,如情绪、日常生活能力、疾病对工作和家庭生活带来的影响等。

4. 既往健康史(past health history) 又称过去史,是关于患者过去健康状况及患病经历,特别是与现病有关的患病情况。询问既往健康史的目的是了解患者过去主要的健康问题、治疗经过及对自身健康的态度。

既往健康史的主要内容:① 患者对既往健康状况的评价;② 既往患病(含传染病)史,包括患病名称、时间、诊疗经过、转归等,尤其要询问与现病有关的患病情况,如对脑出血患者应询问既往有无高血压病史;③ 住院史,包括住院时间、原因、转归等;④ 外伤、手术史,包括外伤的时间、原因、部位、转归,手术时间、原因及名称;⑤ 预防接种史,包括接种时间和接种类型;⑥ 过敏史,包括药物、食物、环境中的过敏源、过敏的表现、脱敏方法;⑦ 冶游史,询问有无与性病患者密切接触史,是否患过性病及诊疗情况。

5. 目前用药史(medication history) 包括当前用药名称、剂型、剂量、用法、使用时间、疗效及不良反应。了解患者的药物治疗情况,给予正确指导以免发生药物过量及毒性反应等。

6. 个人史(personal history) 主要包括出生或居住地、生长发育情况、月经史、婚姻史、生育史。

(1) 出生或居住地:是否出生、居住于或去过某些传染病或地方病流行区。

(2) 生长发育情况(upgrowth):了解儿童出生时的情况及生长发育情况。

(3) 月经史(menstrual history):对青春期后女性应询问其月经初潮年龄、月经周期和经期天数、月经血量和颜色、有无痛经、白带情况、末次月经日期或绝经年龄、经期症状。记录格式如下:

$$\text{初潮年龄} \frac{\text{行经周期(日)}}{\text{月经周期(日)}} \text{末次月经时间(LMP)或绝经年龄}$$

举例:

$$14 \frac{4 \sim 5(\text{d})}{28 \sim 30(\text{d})} 2015 \text{年} 06 \text{月} 02 \text{日(或} 52 \text{岁)}$$

(4) 婚姻史(marital history):包括已婚或未婚,结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

(5) 生育史(childbearing history):包括妊娠与生育年龄、手术产、流产次数、死产、产褥感染、计划生育情况等。男性询问是否患过影响生育的疾病。

7. 家族健康史(family health history) 主要了解患者的父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况,有无血友病、高血压、心脏病、糖尿病、支气管哮喘、精神病、肿瘤等有遗传倾向的疾病,有无传染病,特别应询问有无与患者相同或相似的疾病,死亡者的死因、年龄。

8. 系统回顾(system review) 是系统地收集患者过去和现在与常见疾病有关的健康状况。可以按戈登(Marjory Gorden)的功能性健康型态进行回顾,也可按身体、心理、社会等进行回顾(心理、社会评估详见项目5、项目6)。

戈登的功能性健康型态临床应用较广,其内容主要包括以下方面。

(1) 健康感知与健康型态:包括对自己健康状况的认识、为保持健康所采取的措施及效果;有无烟、酒、毒品嗜好,每日摄入量,有无药物成瘾或依赖;是否经常作健康体检;是否服从医护人员的健康指导;是否知道所患疾病的原因及应对措施。

(2) 营养与代谢型态:近期有无体重变化及其程度和原因,食欲,膳食种类、性质、量与饮食习惯,进食能力,饮水量;有无咀嚼、吞咽困难及其程度、原因,有无消化不良、恶心、呕吐及其原因,有无水肿、皮肤黏膜损害,伤口愈合情况等。

(3) 排泄型态:包括排便与排尿的次数、量、颜色、性状,有无排泄习惯的改变及其影响因素,是否使用缓泻剂等通便措施,是否留置导尿管等。

(4) 活动与运动型态:生活自理能力及其功能水平,如能否独立完成进食、洗漱修饰、洗澡、穿衣、如厕、行走、上下楼梯、购物、备餐等日常生活活动,活动后有无气急、疲乏无力,有否借助轮椅或假肢等辅助用具。具体详见项目3。

(5) 睡眠与休息型态:日常睡眠情况,如每天睡眠时间及自我满意度,睡眠后体力是否充沛,有无失眠及其类型、原因或影响因素,是否借助药物或其他方式辅助入眠。

(6) 感知与认知型态:有无视力、听力、味觉、嗅觉、触觉的改变,是否借助辅助用具;有无思维能力(记忆、注意、理解、推理、判断等)、语言能力和定向力改变。认知的评估参见项目5任务2。

(7) 自我概念型态:如何看待自己,自我感觉如何,对自己外表的满意程度,是否有焦虑、恐惧、抑郁、绝望等情绪及其原因。焦虑、抑郁的评估参见项目5任务2有关内容。

(8) 角色与关系型态:职业情况,是否胜任;角色适应情况及有无角色适应不良;家庭结构与关系,独居或与家人同住,家庭对患者患病或住院的看法;是否参与社会团体,社交状况,沟通技巧等;家庭及个人经济收入;有困难时能否从街道和邻居获得支持。参见项目6任务2有关内容。

(9) 性与生殖型态:性别认同和性别角色、性与生殖的知识、性行为及其满意度;女性月经、生育情况。

(10) 压力与应对型态:是否经常感到紧张,用什么方法解决(药物、酗酒或其他);近1年内生活中有无重大改变或危机,当生活中出现重大问题时如何应对,能否独立解决或需要帮助。参见项目5任务2有关内容。

(11) 价值与信念型态:能否在生活中获得自己所要的;有无宗教信仰,患病后有无某些价值观或信念的改变。

#### (四) 问诊的方法与技巧

为了有效地、准确地采集健康史,获得真实可靠的病情资料,护士在和患者交谈时必须注意方法与技巧。

1. 问诊前礼节性交谈 由于对病痛的恐惧和医院环境的陌生感使患者在问诊前常有紧张情绪。护士应创造一种宽松和谐的氛围以解除患者的不安心理。问诊开始时一般从礼节性交谈开始,护士应先做自我介绍,用恰当的语言和体态语言表示愿意为解除患者的病痛尽自己所能,说明问诊的目的是收集资料以便为患者提供全面的护理。例如开始可问患者:“先生您好,请问您贵姓?”礼貌用语能很快增进护患关系,增加患者对护士的信任感,有利于问诊的顺利进行。

2. 一般由主诉开始 问诊应从主诉开始有目的、有层次、有顺序地进行。一般从简单、容易回答的问题开始,等患者稍适应后再询问需要思考和回忆的问题。例如,开始时可以问“您哪儿不舒服?病了多长时间了”,当患者诉说是胃痛时,可以逐个询问以下问题“您腹痛的具体部位在什么地方”“疼痛是什么性质的”“多在什么情况下发病”“疼痛时还有没有其他不适”“有无恶心、呕吐、腹泻”“经过哪些治疗”“疗效如何”等。当患者对护士所问的问题不能很好地理解时,可提供多个备选答案供患者选择,如患者不理解何为疼痛的性质时,可问“您的腹痛是像刀割样、烧灼样、闷痛还是绞痛”。有时为收集一些特定的细节资料,可直接提问,如“您曾经有过头痛吗”,要求患者回答“是”或“不是”。

3. 两个话题间使用过渡性语言 问诊时应认真倾听患者叙述,尽可能让患者充分陈述和强调他认为重要的情况和感受,当患者的陈述离题太远时,可根据陈述的主要线索灵活地把话题转回,如可以先重复一下患者刚讲的话,然后自然地把话题引入主题继续询问“您刚才说您的腹痛是在赴宴回家后发生的,那么腹痛时还有没有其他不舒服呢”。

4. 注意时间顺序 问诊时应问清楚症状出现的确切时间,根据时间顺序询问症状的演变过程,注意各种症状出现的先后顺序,以避免遗漏重要的信息。

5. 避免重复提问 提问有系统性和目的性,避免重复提问,听患者回答时要注意力集中。对重要细节及时记录,以免遗忘。

6. 及时核实资料 为确保所获病史资料的准确性,在问诊过程中对含糊不清、存在疑问或矛盾的内容及时进行核实。可让患者对模糊不清的内容做进一步的解释和说明,有时可通过分析和推论来核实。如患者说“5年前我患了肺结核”,护士为核实情况可问“您当时做过什么检查,用过什么药”,当患者回答“拍了胸片,吃的异烟肼”,则可断定患者的病情确实为肺结核。

7. 态度诚恳友善、注意非语言沟通 问诊时要诚恳、耐心地与患者交谈,当患者回答不确切时要细心启发,如“别着急,请您慢慢回忆一下当时的情况”。护士的仪表、举止和礼貌有助于建立和谐的护患关系,使患者感到亲切温暖,产生信任感。适当的体态语言有助于沟通和交流,护士应与患者的视线保持接触,适时微笑或点头,恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励性语言。

8. 根据情况采用封闭式或开放式的提问

(1) 封闭式提问:指使用一般疑问句,患者仅回答“是”或“不是”,如“您是否吸烟或饮酒”。封闭式问题可直接获得想了解的情况,但是提问具有较强的暗示性,难以获得问句外的更多的信息。

(2) 开放式提问:指使用特殊疑问句,患者需将自己的情况详细描述才能回答,如问主诉

腹痛的患者“您的腹痛是在什么部位”，患者需根据自己的疼痛部位进行回答。开放式提问不具有暗示性，获得的资料客观而且全面，能调动患者的主动性，但是患者应具有一定的语言表达能力，问诊的时间较长。

9. 结束语 问诊结束时应向患者说明下一步的计划、对患者的健康指导等，最后应对患者的配合致谢。

#### （五）问诊的注意事项

1. 选择合适的时间 问诊应选择患者方便的时间，如避开患者进餐、排尿、排便、情绪强烈波动等时段。问诊前应事先通知患者，使之有心理准备。当病情危重时，只进行必要的简单问诊，立即实施救护，等病情稳定后再补充问诊或向其他知情者问诊。

2. 选择良好的环境、尊重患者的隐私权 宜选择安静、舒适和私密性好的环境，光线、温度要适宜，避免受到干扰，保护患者的隐私，最好不要当着陌生人的面开始问诊。无法回避众人时应注意问诊声音宜小。对外观异常者不显露惊奇表情，回避患者不愿提及的问题。

3. 选择合适的人际沟通方式 护士应熟悉自己和他人文化间的差异，尊重患者的文化，坦诚接受患者提供的信息。对患者的错误观点不要直接批评。不同年龄的人生理、心理状态也不同，老年人视觉、听觉和记忆力减退，问诊时应语言简洁、通俗、语速宜慢；小儿不能自述者可由他人代述，对能自述者要重视患儿的心理和回答时的反应，判断健康史的可靠性。危重患者反应迟钝或有抑郁、绝望心理，应充分理解和关心患者。

4. 避免诱问和套问 避免诱导性提问，如“您今天的大便是不是黑色的”或“您的腹痛是不是先在右上腹，然后到脐部，最后固定在右下腹”，应改问“您今天的粪便是什么颜色的”或“你腹痛部位最先出现在哪里？后来有没有变化”。

5. 避免使用医学术语 问诊时语言应通俗易懂，避免使用医学术语，如“您有里急后重吗”“您有心悸吗”，而应改问“您有没有一种很急很难受的便意感，到厕所时又排不出来”和“您是否有心里说不出的难受感”。提问时一般宜用普通话或患者能理解的地方语言，有利于患者的理解和与患者的沟通交流。

6. 避免责难性提问 责难性提问常使患者产生防御心理，如“您为什么晚上不睡觉呢”或“您为什么要吃变质的东西呢”。责难使患者产生对护士的防御心理，既会影响病史的真实性，又会影响患者对护士的信任。

## 二、体格检查

体格检查(physical examination, 简称体检), 又称身体评估(body assessment)、护理体检(nursing physical examination), 是护士应用自己的感官(如眼、耳、鼻、手)或借助简单的工具(如体温计、血压计、听诊器、叩诊锤等)对患者的身体进行细致观察和系统检查, 以了解机体健康状况的一组最基本的检查方法。

体格检查一般于问诊采集健康史后进行。目的是全面了解患者的身体状况, 发现体征及对治疗和护理的反应, 为确立护理诊断提供客观依据。体格检查是护士的基本功, 护生要认真学习, 反复训练, 才能真正掌握要领。

#### （一）体格检查前的准备及注意事项

##### 1. 护士准备

(1) 知识准备: 对住院患者首次进行体格检查前除询问健康史外, 还可以阅读其他已有的病情资料, 如门诊及住院病史、实验室及其他检查报告等, 对病情有大概了解, 使评估时更有重

点和针对性。

(2) 心理准备:在对患者评估前,护士对自己的知识、技能应充满自信,并以患者为中心,怀着对患者尊敬、关怀、同情之心,以高度的责任感和良好的医德修养,对患者进行评估。

(3) 仪表与卫生准备:按照护理礼仪规范,正规着装,衣帽、鞋袜整洁,剪短指甲,举止端庄大方,态度诚恳和蔼,面带微笑,并当着患者的面用肥皂洗手,保持手部温暖、清洁,防止交叉感染。

2. 环境准备 病房内应有适宜的光线和温度,环境应安静,必要时以屏风或布帘遮挡,保护患者的隐私,男护士检查女患者时要有第三者陪伴在场。

3. 用物准备 常用的器械和物品包括治疗盘、血压计、已消毒的体温计、听诊器、电筒、叩诊锤、消毒压舌板、消毒棉签、清洁玻璃片、大头针、卷尺、直尺、近视力表、音叉或秒表、置有热水及冰水的试管、弯盘、记录纸、笔等。此外,尚需准备体重秤、身高测量仪等。

#### 4. 患者准备

(1) 心理准备:体格检查前10~15分钟护士应到患者床前,有礼貌地对患者做自我介绍,说明为了对患者提供个性化的优质护理,将对其进行体格检查,并说明检查时的注意事项和要求,使患者有心理准备,防止患者不理解和恐慌。

(2) 身体准备:嘱患者体格检查前应穿前开襟的棉质衣裤或病号服,排空大、小便,适当盖被,平卧于病床,对病情较轻者可先坐于靠背椅上待检。

#### 5. 注意事项 主要有8个方面:

(1) 检查卧位患者时护士应站立于患者的右侧。

(2) 检查前应向患者说明检查目的和配合动作。

(3) 检查时依次暴露被检部位,一般应按规范的顺序进行,通常按生命征、一般状况、头、颈、胸、腹、脊柱、四肢和神经系统的顺序进行检查,以免不必要的重复和遗漏。根据病情轻重及避免影响检查结果的原则,也可适当调整顺序。

(4) 应注意左右及相邻部位的对比。

(5) 注意保暖,动作应轻柔、规范,尽量减少患者的痛苦。

(6) 检查重点放在与健康问题有关的内容上。

(7) 对危重患者应重点检查后立即配合抢救,待病情好转后再做补充检查。

(8) 应根据病情变化随时复查,及时发现新的体征,以利于修正或补充护理诊断。

#### (二) 体格检查的基本方法

1. 视诊(inspection) 指用视觉来观察患者全身或局部病变特征的一种检查方法。

视诊分为直接观察和间接观察两种方法。

(1) 直接观察:观察全身一般状态及局部特征。① 全身一般状态,如年龄、发育与体型、营养状态、意识状态、面容表情、体位、步态及外表整洁和精神状况等。② 局部特征,如皮肤黏膜、瞳孔、胸廓、腹部、脊柱、四肢外形、呼吸运动、心尖搏动、颈部血管等。直接观察法简单易行,是护士观察病情的一种基本和重要的方法,可获得许多重要的健康资料。

(2) 间接观察:是借助工具如耳镜、检眼镜、内镜等,对特殊部位如外耳道和鼓膜、眼底、消化道、尿道等进行的视诊。仅在特殊情况下使用,护士为患者健康评估时一般较少使用。

注意事项:视诊应在温暖的环境和适宜的自然光线下进行,灯光下不易辨别黄疸、轻度发绀、皮疹和出血点。

2. 触诊(palpation) 指通过手的触觉对患者某些器官或组织的物理特征进行判断的一

种检查方法。它可以补充视诊的某些不足和进一步明确视诊所不能发现的体征,如温度、湿度、震颤、摩擦感,肿物的位置、范围、表面性质、硬度、压痛、移动度等。触诊适用于全身各部,尤以腹部检查更为重要。

触诊时一般用掌面及其尺侧、掌指关节掌面和手指指腹进行,因为这几处皮肤最为敏感。

根据施加压力的轻重,触诊分浅部触诊法和深部触诊法两类。

(1) 浅部触诊法(light palpation):将右手轻放于患者被检查的部位,利用掌指关节和腕关节的协调动作,轻柔地进行滑动触摸,适用于腹部压痛、腹肌紧张度、皮肤温度、脉搏、浅表淋巴结、震颤、心尖搏动等项目的检查,腹部浅部触诊可触及的深度约为1 cm。

(2) 深部触诊法(deep palpation):用单手或双手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部,触摸深部脏器或病变。适用于腹腔脏器、包块的检查,其触及的深度常常在2 cm以上,有时可达4~5 cm 护士体格检查时常用的深部触诊方法有以下几种。

1) 深部滑行触诊法:嘱患者张口平静呼吸或与患者谈话转移其注意力,尽量使腹肌放松,以并拢的二、三、四指尖端平放在腹壁上,以手指末端逐渐触向腹腔脏器或包块,在其表面作滑动触摸。这是腹腔脏器和深部包块的主要检查方法,见图1-1。

2) 双手触诊法:右手置于被检部位,左手置于被检查脏器或包块背后部,向右手方向托起,有利于右手触诊。适用于肝、脾、肾和包块的检查,见图1-2。



图 1-1 深部滑行触诊法



图 1-2 双手触诊法

3) 深压触诊法:用一个或两个手指垂直于腹壁,逐渐用力加压,以探测深部病变和压痛点,如阑尾压痛点、胆囊压痛点、输尿管压痛点等。在深压基础上迅速将手抬起,询问患者有无疼痛加剧或观察其面部是否出现痛苦表情,可检查腹部反跳痛,见图1-3。

注意事项:① 护士手不宜过凉、指甲不宜过长、压力适当、由浅入深、先触健侧后触诊病侧,以免引起患者精神和肌肉紧张;② 检查腹部时嘱患者取两腿屈膝仰卧位,检查肝脾时可取侧卧位;③ 检查下腹部时应嘱患者先排尿或排便,以免将充盈的膀胱或肠腔粪块误认为包块;④ 密切观察患者的表情和反应。



图 1-3 深压触诊法

3. 叩诊(percussion) 指用手指叩击被检部位表面,使之震动而产生音响,根据震动和音响特点来判断被检部位的脏器有无异常的一种检查方法。

(1) 叩诊的方法:分为两类。

1) 间接叩诊法(indirect percussion):以左手中指第二指节紧贴于被检部位,其他手指稍微抬起,勿与体表接触;右手各指自然弯曲,以中指指端垂直地叩击左手中指第二指骨的前端;叩击时应以腕关节与指掌关节的活动为主,避免肘、肩关节参与运动,叩击动作要灵活、短促、富有弹性,叩击后右手应立即抬起;叩击力量与间隔时间要均匀适中,一个叩诊部位,每次只需连续叩击 2~3 次;应注意与对称部位的比较。主要适用于胸、腹部检查。见图 1-4。

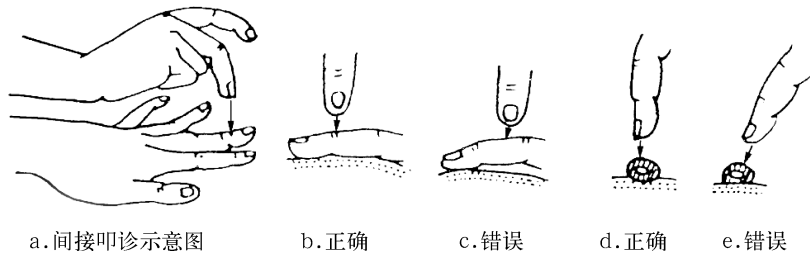


图 1-4 间接叩诊发示意图

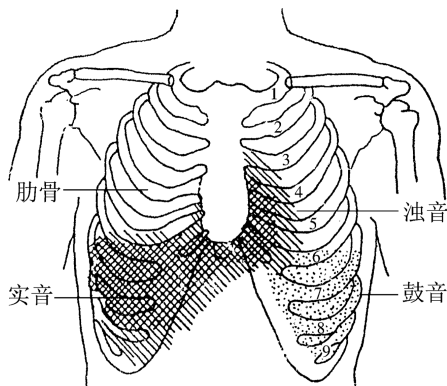


图 1-5 正常胸部叩诊音体表投影图

2) 直接叩诊法(direct percussion):用右手中间三指的掌面直接拍击被检查的部位,根据拍击的音响和指下的震动感来判断病变情况。适用于胸、腹部大面积病变如大量胸腔或腹腔积液等检查。

叩诊音:叩击人体时产生的音响称叩诊音(percussion sound)。因被叩击的组织或脏器的密度、弹性、含气量及与体表的距离不同,在叩击时可产生不同的音响。根据音调高低、音响强弱等特点,将叩诊音分为以下 5 种(表 1-1)。胸部叩诊音的体表投影见图 1-5。

表 1-1 叩诊音的特点病理意义

叩诊音	音响强弱	音调高低	持续时间	临床意义
清音	强	低	长	生理:正常肺
鼓音	强	高	较长	生理:腹部和胃泡区
过清音	更强	更低	更长	病理:见于肺气肿
浊音	较强	较高	较短	生理:心、肝被肺覆盖的部分 病理:肺组织含气量减少,如肺炎等
实音	弱	高	短	生理:心、肝等实质脏器 病理:大量胸腔积液、肺实变等

1) 清音(resonance):一种音调较低(频率 100~120 次/秒)、音响较强、振动持续时间较长的叩诊音。系正常肺部的叩诊音。

2) 浊音(dullness):一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的叩诊音。系叩击被少量含气组织覆盖的实质性脏器,如心或肝被肺遮盖的部分产生的音响;病理情况下见于肺组织含气量减少如肺炎、肺不张、胸膜肥厚等。

3) 实音(flatness):一种音调较浊音更高、音响更弱、振动持续时间更短的叩诊音,系叩击实质性脏器如心或肝产生的音响,病理状态下见于大量胸腔积液或肺实变等。

4) 鼓音(tympany):一种和谐的低音,如击鼓声,音响较清音强,振动持续时间较清音长,系叩击含有大量气体的空腔器官如左下胸的胃泡区[特劳伯(Traube)鼓音区]及腹部产生的音响;病理情况下见于气胸、肺内大空洞等。

5) 过清音(hyperresonance):介于鼓音与清音之间,音调较清音低、音响较清音强,是极易闻及的一种叩诊音。主要见于肺组织含气量增多、弹性减弱的病变,如肺气肿。正常儿童可叩出相对过清音。

注意事项:① 环境安静、温暖,以免噪声干扰;② 检查胸部宜取坐位或仰卧位,检查腹部宜取仰卧位;③ 应充分暴露被检部位,注意对称部位的左右对比。

4. 听诊(auscultation) 指直接用耳或借助听诊器听取患者体内有关脏器活动时所产生的微弱声音,以判断正常与否的检查方法。在诊断心、肺疾病中尤其重要。听诊的方法分两类:

(1) 直接听诊法(direct auscultation):指用耳郭直接贴附在患者体表听体内发出的声音。目前仅用于特殊或紧急情况下。广义的直接听诊还包括听语音、咳嗽、呼吸、呻吟、哭喊以及人体发出的任何声音。

(2) 间接听诊法(indirect auscultation):指借助听诊器进行听诊的方法,此法方便,可在任何体位时采用,对脏器发出的声音可放大,应用范围很广,主要用于心、肺、腹部、血管等听诊(图1-6)。

注意事项:听诊时环境应安静、温暖、避风。注意两侧对比。听诊前注意听诊器耳件方向

是否正确,管腔是否通畅;寒冷环境中检查时应将听诊器体件焐暖。听诊器体件有钟型和膜型2种,钟型体件适用于听低调的声音,听诊时应轻触体表被检部位,但应注意避免体件与皮肤摩擦而产生附加音;膜型体件适用于听高调的声音,如呼吸音、肠鸣音等,使用时应紧触体表被检部位。

5. 嗅诊(smelling) 指以嗅觉辨别发自患者体表、呼气、口腔或呕吐物、尿、粪、痰等发出的异常气味,以判断其与疾病关系的检查方法。嗅诊能为护理诊断提供重要线索。嗅诊方法:用手将散发的气味扇向自己的鼻部,仔细判断气味的特点和性质。

注意事项:避免直接将鼻对着患者口腔、排泄物、吐泻物或分泌物去嗅气味。

常见的异常气味及其临床意义:

(1) 口腔气味:口臭见于牙龈炎、龋病、牙周炎。

(2) 呼气味:刺激性蒜味常见于有机磷中毒,烂苹果味为糖尿病酮症酸中毒,氨味见于尿毒症,腥臭味见于肝性脑病。

(3) 呕吐物:胃内容物呈酸臭味见于幽门梗阻,呈粪臭味见于低位肠梗阻。

(4) 粪便味:呈腐败性臭味见于消化不良或胰腺功能不良。



图1-6 听诊器



- (5) 尿液味:浓烈的氨味见于膀胱炎。
- (6) 痰液味:恶臭味的脓痰提示厌氧菌感染,见于支气管扩张或肺脓肿。
- (7) 脓液味:恶臭味的脓液见于气性坏疽。

### 三、心理与社会评估

1989年世界卫生组织(WHO)对健康的定义为:健康不仅是没有疾病,而且还包括躯体健康、心理健康、社会适应和道德健康四个方面。① 躯体健康指身体结构和功能正常,具有生活的自理能力;② 心理健康指个体能够正确认识自己,及时调整自己的心态,使心理处于良好状态以适应外界的变化;③ 社会适应良好指能与社会保持良好的接触,对于社会现状有清晰、正确的认识;④ 道德健康指能够按照社会规范的细则和要求来支配自己的行为,能为人们的幸福作贡献,表现为思想高尚,有理想、有道德、守纪律。因此,一个健康的人要有强壮的体魄、乐观向上的精神状态及良好的心理素质,并能与其所处的社会及自然环境保持协调的关系。

WHO有关健康的10条标准为:① 充沛的精力,能从容不迫的担负日常生活和繁重的工作而不感到过分紧张和疲劳。② 处世乐观,态度积极,乐于承担责任,事无大小,不挑剔。③ 善于休息,睡眠好。④ 应变能力强,能适应外界环境中的各种变化。⑤ 能够抵御一般感冒和传染病。⑥ 体重适当,体态匀称,站立时头、肩位置协调。⑦ 眼睛明亮,反应敏捷,眼睑不发炎。⑧ 牙齿清洁,无龋齿,不疼痛,牙龈颜色正常,无出血现象。⑨ 头发有光泽,无头屑。⑩ 肌肉丰满,皮肤有弹性,走路轻松。事实上,只有15%的人能达到上述的健康标准。大部分人都处于中间状态,既没病又不完全健康的状态,但活力降低,适应能力出现不同程度减退,这种中间状态即为“亚健康”(subhealth)状态(第三状态)。

机体发生生理功能改变或疾病时会引起心理或社会适应方面的问题,而心理或社会适应方面的问题也可引起生理功能改变,引起亚健康或疾病。因此,在护理患者时,不仅要考虑到个体身体的情况,还要考虑到社会、心理因素对其健康的影响。护士应了解心理、社会评估的目的、意义,熟悉常用的心理、社会评估方法,如会谈法、观察法、心理测量方法、医学检测法,特别应掌握常见的不良情绪如焦虑、抑郁状态的评估方法,熟悉认知、情绪与情感、压力应对、自我概念、角色适应方面的异常表现,了解患者家庭、环境、文化等方面的特征,从而为患者提供优质个性化护理提供依据。

### 四、实验室及器械检查

健康评估时,除问诊、体格检查、心理与社会评估外,还可进行实验室检查及器械检查,收集健康资料,为护理诊断提供依据。因此,护士应了解各种检查的检查前准备与标本采集方法、参考值及主要临床意义。临床常用检查项目包括:

1. 实验室检查(laboratory examination) 指运用物理、化学、生物学等实验方法,对患者的血液、尿液、粪便及其他排泄物、分泌物等标本进行检测,以了解机体的功能状态或病理变化。包括血液、尿液、粪便、肝功能、肾功能、血生化及电解质检查等。实验室检查是重要的辅助检查方法。

2. 器械检查(instrument examination) 指利用各种仪器设备对患者身体进行检查。包括心电图检查、超声检查、X线检查、CT检查、磁共振成像(MRI)、核素检查等。

(鲍荣年)



### 思考与练习

#### 【A1 型题】

- 评估者运用自己的感官或借助于简单的辅助工具,对被评估者进行细致观察和系统检查,称为( )  
A. 症状                      B. 体征                      C. 身体评估                      D. 心理评估  
E. 社会评估
- 实验室检查不应包括( )  
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
- 健康史评估最基本的方法是( )  
A. 观察                      B. 交谈                      C. 身体评估                      D. 器械评估  
E. 实验室检查
- 下列对主诉的描述,不恰当的是( )  
A. 不规则发热 1 个月                      B. 反复右上腹疼痛 1 年  
C. 进行性吞咽困难 3 个月                      D. 发现左锁骨上肿块 5 个月  
E. 劳累后心悸 2 年加重伴下肢水肿
- 护士与患者交谈时,属于开放式提问的是( )  
A. 您吸烟吗                      B. 您吸烟多长时间了  
C. 您咳嗽时还有别的不舒服吗                      D. 您咳的痰是白色泡沫样的吗  
E. 您早晨起床时咳嗽最严重,是吗?
- 护士在患者入院后,参阅患者门诊病历,了解情况,确定交谈的方式和内容,此阶段称( )  
A. 准备阶段                      B. 开始阶段                      C. 过渡阶段                      D. 深入阶段  
E. 结束阶段

#### 【A 型题】

- 收集主观资料的方法是( )  
A. 交谈                      B. 观察                      C. 触诊  
D. 听诊                      E. 查阅
- 护士采集客观资料的主要方法是( )  
A. 交谈                      B. 检查身体状况                      C. 试验检查  
D. 心电图检查                      E. 影像学检查

#### 【X 型题】

- 健康评估的内容包括( )  
A. 健康史评估                      B. 心理评估                      C. 社会评估  
D. 身体状况评估                      E. 试验检查及心电图影像检查评估
- 身体状况评估的基本方法有( )  
A. 交谈                      B. 触诊                      C. 叩诊  
D. 听诊                      E. 查阅