

免费提供

精品教学资料包

服务热线: 400-615-1233
www.xinsjiaocai.com

健康评估

JIANKANG PINGGU

高等职业教育医药卫生类专业精品教材

健康评估

主编 廖人燕 代涛 杨红玉

高等职业教育医药卫生类专业精品教材

健康评估

JIANKANG PINGGU

AR (增强现实)

主编 廖人燕 代涛 杨红玉

主审 何跃

ISBN 978-7-5607-8612-4



9 787560 786124 >

定价: 59.90元

山东大学出版社
SHANDONG UNIVERSITY PRESS

山东大学出版社
SHANDONG UNIVERSITY PRESS

责任编辑: 刘彤
文案编辑: 秦文琪
封面设计: 刘安东

高等职业教育医药卫生类专业精品教材

健康评估

JIANKANG PINGGU

主 编 廖人燕 代 涛 杨红玉
副主编 臧二梅 王 源 吴秋桃 王英杰
李 霞 李春蓉

编 者 (按姓氏笔画排序)
王 源 王英杰 代 涛 乐文月
李 霞 李春蓉 杨红玉 吴 洁
吴文秀 吴秋桃 周 琳 臧二梅
廖人燕 樊玉凤

主 审 何 跃

山东大学出版社

SHANDONG UNIVERSITY PRESS

· 济南 ·

图书在版编目(CIP)数据

健康评估 / 廖人燕, 代涛, 杨红玉主编. -- 济南:
山东大学出版社, 2026. 3. -- ISBN 978-7-5607-8612-4
I. R471
中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2025MW0390 号

责任编辑 刘 彤
文案编辑 秦文琪
封面设计 刘文东

健康评估

JIANKANG PINGGU

出版发行 山东大学出版社
社 址 山东省济南市山大南路 20 号
邮政编码 250100
发行热线 (0531)88363008
经 销 新华书店
印 刷 三河市骏杰印刷有限公司
规 格 850 毫米×1168 毫米 1/16
19 印张 478 千字
版 次 2026 年 3 月第 1 版
印 次 2026 年 3 月第 1 次印刷
定 价 59.90 元

版权所有 侵权必究

“健康评估”作为高等职业教育护理专业学生必修的主干课程，是连接护理基础课程和专业课程的桥梁。为更好地配合我国高素质技术技能型卫生人才的培养，编者依据《国家职业教育改革实施方案》与《关于加快医学教育创新发展的指导意见》，结合教学和临床护理实践中的新理论、新概念和新技术编写了本书。

本书共九个模块，内容包括健康评估概述、健康评估方法、常见症状评估、身体评估、心理与社会评估、实验室检查、心电图检查、影像学检查、护理诊断与健康评估记录。

本书充分体现了以下编写特色。

1. 定位明确

本书定位明确，以现代护理学的发展方向为指引，以健康评估基本技能为主线，以护理诊断思维为核心，以规范化操作为重点，突出对学生创新能力的培养，融知识教育、人文素质教育与护士执业资格考试为一体，力求实现学校培养与岗位需求“零距离”对接。

2. 注重实用性、新颖性和德育功能

本书遵从护士从业标准和岗位要求，紧扣教学实际，注重临床应用；坚持以“以德为先，能力为重”的理念构建教学体系，融入新知识和新技术，以强化对人文素质和基本功的培养；借鉴国内外教材先进的编写经验，设置“学习目标”“导学案例”及“小结”栏目，配套 AR 仿真模型，突出实用性和实践性，增加方法与技能的比重，遵循以能力为本的编写思想。

3. 专业主体意识清晰

本书在完整表达课程应包含的知识和技能内容体系的同时，强调现代护理观念，注入清晰的专业主体意识，注重培养学生整体护理评估的思维模式和工作方法，以更好地指导护理实践活动，为学生的专业素质和能力培养奠定基础。



本书由雅安职业技术学院廖人燕、重庆护理职业学院代涛、南阳农业职业学院杨红玉任主编，徐州市第三人民医院健康管理中心臧二梅、雅安职业技术学院王源、重庆城市管理职业学院吴秋桃、空军军医大学西京医院王英杰、雅安职业技术学院李霞和李春蓉任副主编，南阳医学高等专科学校吴文秀和周琳以及雅安职业技术学院吴洁、乐文月和樊玉凤参与编写。四川省八一康复中心（四川省康复医院）何跃任主审。

本书在体系、内容及呈现形式等方面进行了大胆的创新与改革。因信息量庞大，书中难免有不足之处，敬请广大读者批评指正。

编者

2025年11月

模块 1	健康评估概述	1
模块 2	健康评估方法	5
2.1	健康资料的采集	5
2.2	健康资料的内容与分析	10
模块 3	常见症状评估	14
3.1	发热	15
3.2	疼痛	20
3.3	水肿	25
3.4	咳嗽与咳痰	28
3.5	咯血	31
3.6	呼吸困难	34
3.7	发绀	38
3.8	心悸	41
3.9	恶心与呕吐	43
3.10	呕血、黑便与便血	46
3.11	腹泻与便秘	50
3.12	黄疸	54
3.13	抽搐与惊厥	57
3.14	意识障碍	60
模块 4	身体评估	63
4.1	身体评估的方法	64
4.2	一般状态评估	69
4.3	营养状态评估	77
4.4	皮肤、淋巴结评估	79
4.5	头部、颈部评估	83
4.6	胸部评估	93

4.7	肺部评估	97
4.8	心脏与血管评估	106
4.9	腹部评估	124
4.10	肛门、直肠与生殖器评估	138
4.11	脊柱与四肢评估	144
4.12	神经系统评估	151
模块 5 心理与社会评估		159
5.1	心理评估	159
5.2	社会评估	169
模块 6 实验室检查		178
6.1	血液检查	178
6.2	尿液检验	194
6.3	粪便检验	202
6.4	肝功能检查	205
6.5	肾功能检查	210
6.6	脑脊液检查	213
6.7	浆膜腔积液检查	216
6.8	常用内分泌与代谢功能及心肌损伤标志物检查	218
6.9	常用免疫学检查	224
6.10	妊娠诊断试验与精液检查	228
模块 7 心电图检查		231
7.1	心电图基础知识	231
7.2	正常心电图	235
7.3	常见异常心电图	241
7.4	心电图的描述、分析和临床应用	256
模块 8 影像学检查		260
8.1	放射学检查	260
8.2	超声检查	274
8.3	核医学检查	278
模块 9 护理诊断与健康评估记录		281
9.1	护理诊断	281
9.2	健康评估记录	287
参考文献		297

模块 1

健康评估概述

学习目标

素质目标：

● 坚持以患者为中心的服务理念，树立严谨、认真的工作态度，培养爱岗敬业的职业操守。

知识目标：

- 掌握健康评估的概念与内容。
- 理解健康评估的学习方法与学习要求。

能力目标：

- 能够对患者进行健康评估相关知识的普及，提高患者对健康评估实施的配合程度。

健康评估（health assessment）是护理程序的首要环节，既是执行护理程序的基础，又是贯穿整个护理过程的必要措施，既是连接医学基础课程和专业课程的桥梁，又是提供优质护理服务的先决条件。

1.1.1 健康评估的概念及重要性

1. 健康评估的概念

健康评估是指运用医学、护理及相关学科的知识，有目的、有计划地收集和分析评估对象的健康史，以发现其现存的或潜在的健康问题及生命过程的反应，确定其护理需求，从而做出护理诊断的一门学科。

2. 健康评估的重要性

健康评估是一个有计划的、遵循一定规律、使用一定方法、系统地收集评估对象的资料，并对资料做出正确分析的过程。没有正确的健康评估资料就没有正确的护理诊断，没有正确的护理诊断就无法制订和实施正确的护理计划。正确的护理诊断来源于准确的健康评估理论和实践，这就需要护士很好地了解和掌握健康评估的基础理论、基本知识和基本技能，重视健康评估这门课程的学习。

习，为成为一名优秀的临床护士打下坚实的基础。

护士必须掌握健康评估的理论与技能，这样才能正确获得护理对象的第一手资料，从而对患者实施全面的身心护理。因此，学好健康评估是非常重要和必要的。

 人文课堂

中华人民共和国国家教育委员会高教司在1991年发布《医学生誓言》：“健康所系，性命相托。当我步入神圣医学学府的时刻，谨庄严宣誓：我志愿献身医学，热爱祖国，忠于人民，恪守医德，尊师守纪，刻苦钻研，孜孜不倦，精益求精，全面发展。我决心竭尽全力除人类之病痛，助健康之完美，维护医术的圣洁和荣誉，救死扶伤，不辞艰辛，执着追求，为祖国医药卫生事业的发展 and 人类身心健康奋斗终生。”

初心如磐，救死扶伤，有幸成为一名医学生；使命在肩，臻于至善，传承医学先辈用心治愈、开拓进取之精神。身披白衣的少年们，作为祖国医药卫生事业的后备力量，愿我们在医学的长路上走下去的时候，能够不忘誓言，守住初心！

1.1.2 健康评估的内容

健康评估的主要内容是对患者的生理、心理和社会健康资料进行全面评估，包括健康资料的采集、常见症状的评估、身体评估、心理与社会评估、临床常用实验室检查、心电图检查、影像学检查、护理诊断与健康评估记录等。护士可通过全面的评估了解患者的健康状况、适应情况、对医疗与护理的反应，发现引起健康问题的潜在危险因素。

1. 健康资料的采集

健康评估是一个有计划、系统地收集患者的健康资料的过程。护士要熟悉与患者交流、沟通的各种技巧，重点注意收集主观、客观资料，尤其是护理对象生理、心理、社会、文化、精神方面的资料，同时从患者对健康问题的反应和对护理的需求方面进行资料采集，为制订和实施护理计划及护理效果评价提供依据。

2. 常见症状评估

症状是指患者主观感受到的不适或痛苦的异常感觉，或某些客观病态改变。症状能够较早地提示疾病的存在，大多数患者因出现症状而求医。症状描述一般是通过问诊获得的，是患者主观的感觉，如疼痛、眩晕等。症状是健康史的重要组成部分，是患者提供的主观资料。

3. 身体评估

身体评估是护士运用自己的感官或借助于一些简单的检查工具（如体温表、血压计、听诊器、叩诊锤、手电筒、压舌板、棉签等）来客观评估患者身体健康状况的一组最基本的检查方法。通过身体评估，护士可以获得患者的某些体征。体征是指护士通过为患者进行体格检查所发现的客观异常表现，如出血点、肺部啰音、肝大、皮疹等。

身体评估一般于采集完健康资料后开始，其目的为进一步支持和验证问诊中所获得的有临床意义的症状，发现患者存在的体征及对治疗和护理的反应，为确认护理诊断寻找客观依据。只有掌握基本的体格检查方法，护士才能收集到较完整的客观资料。

4. 心理与社会评估

心理与社会评估是指护士运用心理学和社会学的知识及方法对评估对象的心理健康与社会健康

状况所做的评估。心理与社会评估是健康评估的重要组成部分，可以帮助护士更好地理解患者对周围环境及事物的反应，了解患者心理与社会功能的健康状态，了解社会心理因素与生理功能之间的关系。心理与社会评估是对患者实施整体护理的关键。临床护士除具有医学基础知识外，还必须具备一定的心理和社会评估方面的知识及技能，这样才能为患者提供包括生理、心理和社会等方面的整体护理。

5. 实验室检查

实验室检查是运用物理、化学、生物学、遗传学、免疫学及分子生物学等技术，对评估对象的血液、体液、分泌物、排泄物、脱落细胞等进行检测，以获取反映机体功能状态、与疾病相关的病理变化或病因的资料。这些资料是健康评估重要的客观资料之一，也是做出护理诊断的重要依据。正确收集实验室检查标本，指导、协助患者完成各项检查的准备，是临床护理工作必备的一项技能。

6. 心电图检查

心电图（electrocardiogram, ECG）检查是诊断心血管疾病的重要方法，也是监测危重患者、观察和判断病情变化的常用手段。心电图检查是一种常用的检查方法，不仅对心脏疾病的诊断，对其他疾病的诊断和病情判断，以及重症监护也具有很重要的作用，其结果是健康评估重要的客观资料之一。

7. 影像学检查

影像学检查是一种特殊的检查方法。它借助不同的成像手段使人体的内部器官和结构显出影像，用以了解人体的解剖结构、生理功能及病理变化，达到辅助诊断的目的，是健康评估的基本内容，可为护理诊断提供有价值的资料。影像学检查包括 X 线检查、超声检查、计算机体层成像（computed tomography, CT）检查、磁共振成像（magnetic resonance imaging, MRI）检查、核医学检查等。

8. 护理诊断与健康评估记录

健康评估记录是将通过健康资料采集、身体评估、实验室检查和其他辅助检查获得的资料，以及护理过程中观察到的情况和执行情况进行整理后形成的书面记录。健康评估记录具有重要的教学和科研价值，具有法律效力，也是衡量护理质量和专业水平的重要标准。

1.1.3 健康评估的学习方法

护生可通过对患者的全面、完整、正确的评估，有计划、系统地收集患者的健康资料，并对资料进行分析和判断，提出护理诊断，为制订护理计划、实施护理方案及评价护理效果提供依据。护生只有掌握健康评估的基本理论和基本技能，在临床上善于观察和分析，才能及时发现患者的病情变化。同时，健康评估又是实践性比较强的课程，只有反复实践，才能为后续的临床各科学学习奠定坚实的基础。

（1）护生应注重自身素质的培养，无论是在技能训练时还是在临床实践教学环境中，都要学会与人交流和沟通，体现对人的尊重与关爱。

（2）护生要在课堂上进行辩证思维模式训练，记录要点，主动参与问题讨论和模拟操作训练。

（3）护生应积极预习教材的基本内容，以准护士的角色到临床实践求证，训练提出问题和分析问题的能力。

（4）护生应于课后复习重点，总结和反复操作练习各项评估技能。

1.1.4 健康评估的学习要求

护生在学习健康评估课程时必须以人的健康为中心，运用护理程序知识，体现以护理程序为框架、以确定护理诊断为核心、以护理评估为重点、以医技检查为辅助的整体护理能力，掌握健康评估的方法。学习健康评估的具体要求如下。

- (1) 掌握通过交谈收集资料的方法，能够独立问诊，清楚主观资料和客观资料的临床意义。
- (2) 掌握身体评估的方法，能够用规范的方法系统、全面、重点、有序地进行身体评估。
- (3) 掌握实验室检查的标本采集方法，明确检查结果的临床意义。
- (4) 掌握心电图检查的操作方法，识别正常心电图与异常心电图。
- (5) 掌握常用影像学检查前后的准备与护理指导。
- (6) 运用护理程序进行资料采集，做出护理评估，确定护理诊断，书写完整的护理病历。

小结

本模块主要讲述了健康评估的概念与内容。通过学习，学生应能够正确应用护理程序去思考临床问题和训练评估能力，学会以整体评估的思维模式确认评估对象的健康与护理需求问题，为成为一名优秀的临床护士打下坚实的基础。



测一测

模块 2

健康评估方法

学习目标

素质目标：

● 具备高度的责任心，有慎独、严谨的品行；具备团队合作精神与人际沟通的能力；具备较高的人文、社会科学素养。

知识目标：

- 掌握健康资料的内容、采集健康资料的基本方法。
- 熟悉与患者交谈的方法与技巧。
- 了解健康资料采集、分析的注意事项。

能力目标：

- 能够正确运用健康评估的基本方法收集患者的健康资料。

2.1 健康资料的采集



健康资料是关于患者目前、过去健康状况及生活方式的资料。收集健康资料是健康评估的第一步，也是制订和实施护理计划的依据。

2.1.1 健康资料的来源与分类

1. 健康资料的来源

(1) 直接来源：健康资料的主要来源是患者本人，因为只有患者自己最清楚、最能准确地表述对自身健康的认识与需求、患病后的异常感受和情绪体验、求医的目的与要求、对治疗和护理的期

望等。这是通过其他途径无法得到的资料，因此也最为可靠。只要患者意识清楚、非婴幼儿，护士均应先向患者采集资料。

(2) 间接来源：当患者有语言障碍、意识不清、智力不全、精神障碍等问题，以及患者为婴幼儿而无法提供健康资料时，护士可通过其他途径间接获取资料。

① 家庭成员：包括患者的父母、兄弟姐妹等。

② 知情人：包括与患者关系密切的同学、朋友、邻居等。

③ 事件目击者：事故现场或意外发生时的目击者。

④ 相关的卫生保健人员：包括患者的医生、营养师、放射医师、化验师、药剂师及其他护士等。

⑤ 健康记录或病历：健康记录是指社区的卫生记录和儿童的预防接种记录等。病历包括患者的现病史和既往史，如症状、病程及治疗等，也有实验室检查、病理检查等辅助检查的资料。

2. 健康资料的分类

(1) 按照来源分类：按照来源，健康资料可分为主观资料和客观资料。

① 主观资料：患者的主观感受或自身体验，即患者对自己健康问题的体验和认识。主观资料主要通过交谈获得，具有主观性，包括患者的知觉、情感、价值、信念、态度、对个人健康状态和生活状况的感知等。患者患病后对机体生理功能异常的自身体验和感受称为症状，如腹痛、恶心等。

② 客观资料：护士通过自己的感官或简单的工具对患者进行身体评估时所获得的健康资料。客观资料主要通过检查获得，具有客观性。患者的体表或内部结构发生的可以观察到的或身体检查评估时可以发现的改变称为体征，如肝大、心脏杂音等。

主观资料和客观资料同等重要，都是构成护理诊断依据的重要部分。护士在收集到主观资料和客观资料后，应将两者加以比较和分析。主观资料需要从客观资料处得到证实，使收集的资料更具准确性。

(2) 按照时间分类：按照时间，健康资料可分为目前资料和既往资料。

① 目前资料：反映患者目前健康状况的资料，即与患者现在的疾病有关的资料。目前资料包括就诊时的状况及经过治疗和护理后的现状，如现在的体温、脉搏、呼吸、血压、饮食和睡眠状况等。

② 既往资料：反映患者本次就诊之前健康状况的资料，即与患者过去健康状况有关的资料。既往资料包括既往史、治疗史和过敏史等。

护士在采集到目前资料和既往资料后，需将两者结合起来进行分析。

2.1.2 采集健康资料的基本方法

1. 交谈

交谈分为正式交谈和非正式交谈。

(1) 正式交谈：指事先通知患者，进行有目的、有计划的交谈，如入院后的病史采集。

(2) 非正式交谈：指护士在日常护理工作中与患者的交谈。护士可通过非正式交谈及时了解患者的真实想法和心理反应。

2. 观察

护士与患者的初次见面就意味着观察的开始，一般观察可以与交谈同时进行。护士应重点观察

患者的外貌、体位、步态、个人卫生、精神状况和反应等，特别注意患者的非言语表现及接受护理服务后的反应。

3. 身体评估

护士应掌握一定程度的体检技能，能够为患者进行身体评估，以便及时了解其病情变化和发现健康问题（详见“模块4 身体评估”的相关内容）。

4. 阅读

护士应阅读患者的病历、各种护理记录、辅助检查报告及相关文献等。

2.1.3 与患者交谈的方法

交谈是护士通过向患者及有关人员询问，了解患者目前的健康状态和患病情况，以及由此带来的身体、心理、社会活动反应或潜在反应的方法。通过交谈，护士可以了解患者疾病的发生、发展、诊治经过以及既往健康状况、患者的思想和情绪对疾病的影响等资料，获得做出护理诊断的重要依据。同时，护士与患者的交谈可为身体评估和辅助检查提供线索与导向。交谈是护士采集资料的主要手段，有利于发现健康问题及其原因所在，也是进行健康教育的最好时机。

1. 交谈前的准备

(1) 护士的仪表：护士的工作服要干净合体，行为举止符合规范要求，态度诚恳友善。

(2) 交谈的内容：护士可参阅必要的资料，如门诊、急诊病史等，以了解患者的基本情况及其对疾病的认识和心理反应、对医疗及护理的需求、双方共同关心的问题等。

(3) 交谈的环境：护士应安排舒适、安静的交谈环境，避免交谈被干扰。护士应使室内相对隔音、光线明亮且柔和、温度适宜、设施舒适、卫生状况良好。

(4) 交谈的地点：可在办公室、病室等处。护士要关上房门或拉上病室内的帷幕，必要时可以请访客暂时离开，使交谈环境有一定的私密性，确保谈话内容不会被第三者听到，以助于患者提供正确的信息。对危重患者，护士可与之在床边交谈。

2. 交谈开始时

(1) 礼貌称呼：护士应根据患者年龄、性别、职业、文化背景等的不同，有礼貌地称呼患者并向其问好，避免以床号直呼患者。

(2) 自我介绍：护士应先做自我介绍，包括自己的姓名、职称等。

(3) 有关说明：护士应向患者说明交谈的目的、所需时间，了解其要求与愿望，承诺不向外人泄露交谈的内容，保护其隐私，消除患者的顾虑。

(4) 交谈时间：不宜太长。护士要注意患者的体位是否舒适，避免患者感到疲劳。

(5) 取得信任：护士在询问患者的一般情况时可寻找自己与其相似之处，以在短时间内消除患者的紧张情绪，取得其信任和喜欢。例如，“呀！我们还是老乡呢”等，使患者感受到护士的亲切与可信，这对顺利地进行交谈是十分重要的。

3. 交谈过程中

(1) 语言交谈的方式。

① 开放式提问：提出一个特殊疑问句，没有可供选择的答案。开放式提问能让患者自由发挥，提问不具有暗示性，有利于患者敞开心扉，发泄和表达被压抑的情感。为了获得和掌握更多的病史资料，交谈中宜采用开放式提问。但因提问内容复杂，患者可能抓不住重点，甚至离题，因此，护士需要用较多的时间进行倾听。

② 封闭式提问：护士提出一个一般疑问句，有可供选择的答案，甚至有时只需回答“是”或“不是”。封闭式提问直接针对需要了解的问题提问，以得到确切的答案。封闭式提问对处理急诊患者尤为合适，也可用于澄清相关问题。但封闭式提问涉及的内容范围狭窄，易固定患者的思维，使护士难以获得全面、详细的资料，不易了解患者的真实感受；具有较强的暗示性，易误导患者。

注意事项：交谈中，护士说话时应保持中等语速，音调不能太高，要让患者觉得亲切、安全、放心，这样才容易接近患者并与之沟通。如果护士的声音高而尖，语速太快，就会让患者觉得护士对其不耐烦、浮躁、粗心、不尊重。护士在交谈时禁用可对患者产生不良刺激的语言、表情、动作，如说“麻烦”“难办”、皱眉、摇头、做手脚习惯性动作等，这样会增加患者的心理负担而影响资料的采集。

(2) 非语言交谈的方式。

① 体态语言：护士应适时点头或微笑，示意听懂了对方所说的话，鼓励患者继续交谈。

② 触摸：表示彼此关系密切。但文化背景的不同决定了患者的接受程度不同，护士在应用时应加以注意。

③ 沉默：可以为患者提供思考和调适的机会。其利弊关键在于如何使用，使用恰当就是一种有效的交谈技巧。

④ 倾听：为了使交谈进展顺利，护士应注意倾听，不要轻易打断患者的讲话，及时给予反馈（如点头、抬眉等），以示鼓励。

注意事项：在与患者交流时，护士应保持双目平视，不要一直注视着患者，间歇的目光相触可以显示出对患者的尊重，表示交谈的双方是平等的。护士与患者的距离一般以彼此能清楚地观察到对方的反应、听到对方适中音量的声音，且不受对方的体位干扰为宜。过近易使人感到不舒服，过远则显得双方缺乏信任感。护士与患者的理想交谈距离为 50~120 cm，这也是比较亲近的交谈距离。

(3) 与特殊患者的交谈。

① 危重患者：护士必须争取时间先解除患者的病痛和生命危险。交谈的重点应放在对其目前主要问题的评估上，并立即进行抢救，详细的健康问题评估可在病情好转后再补充，以免延误治疗。

② 反应迟钝、思维缓慢的老年人：护士应注意语言简单、通俗，语速要慢，给老年人留有足够的思考、回忆时间，必要时予以适当的重复等。当老年人的回答不确切或对老年人的回答不满意时，护士要耐心启发，如“不用急，再仔细想一想”。

③ 不能自述病情的儿童：护士要注意代述病史的可靠性。对能自述病情的儿童，要充分重视其心理（如怕打针、怕吃药等），注意其回答时的反应，以利于判断病情信息的可靠性。

注意事项：一般情况下的交谈最好只有护士和患者参加，这样不仅有利于沟通和理解，还有利于保护患者的隐私，鼓励患者提供真实的病史资料。护士在对老年人、婴幼儿、听力或语言障碍者、极度虚弱甚至神志不清者、精神异常者进行评估时，必须有人陪同。

4. 交谈结束时

(1) 学会表示感谢：患者信任护士，把重要的事情告诉护士。对此，护士应感谢患者的合作和配合。

(2) 澄清问题：在已取得必要的资料、准备结束谈话前，护士要核实资料，向患者简单复述一下谈话的重要内容，为患者提供澄清一些信息的机会。

(3) 解释疑虑：对于患者的疑虑，护士要做出必要的解释，并说明对患者的要求、希望及下次

就诊时间或随访计划等。然后，护士应告知患者今天暂时谈到这，如有需要可以适时联系，结束交谈。

2.1.4 与患者交谈的技巧

护士在与患者进行交谈时可运用以下交谈技巧获得可信度更高的资料，并使患者感到舒适，增强其安全感和对医护人员的信任感。

(1) 当遇到患者抓不住重点、离题或试图避免谈及某项问题时，护士可穿插一些与评估内容相关的问题，使话题重回主题。例如，“我很愿意在稍后的时间与您讨论这些问题，现在请您先谈谈这次发热的情况，好吗”，或者说“你的那些问题我能理解，现在请谈谈你当时腹痛的情况吧”，避免破坏交谈气氛。

(2) 当交谈涉及患者的敏感问题时，护士应尊重患者的隐私权，对其不愿意讲的内容不要追问，尽量回避其不愿意提及的问题。必须问时，护士不宜过早提出此类问题，以免造成交谈中断。

(3) 护士应采用非判断性及尊重的态度，即对患者所说的话不要评判，也不可随意给予保证，如“别担心，没什么大问题”或“没问题，一切都会好的”。即使是非常重要的资料，护士也不要强迫患者回答问题，以免引起患者的反感而导致其拒绝回答问题。只有在感到平等、受到尊重时，患者才会坦诚相告。

(4) 护士在提问时应使问题具有系统性、目的性和必要性，避免重复提问。但有时为了核实资料，护士需要就同样的问题多问几次，此时应注意重申要点。杂乱无章的提问是护士漫不经心的表现，可能会使护士失去患者的信任。

(5) 护士的语言要通俗易懂，问题要具体、简单明了，避免使用医学术语，如端坐呼吸、紫癜、隐血、里急后重、间歇性跛行等。即使是文化程度较高的患者，也难免会对这些医学术语产生理解错误，导致护士收集到的病史资料不准确。

(6) 护士应注意及时核实患者陈述中不确切或有疑问的情况，如果患者提供了特定的诊断和用药，就应问明诊断是如何给出的及用药剂量。此外，护士还要核实其他信息，包括饮酒史、吸烟史、兴奋药品和咖啡因服用史、过敏史等；相关习惯和嗜好的情况，包括名称、用量和时间等。

(7) 护士应避免诱问和逼问患者。诱导性提问是一种能为患者提供倾向性答案的提问方式，问题的措辞已暗示了理想的答案。例如，护士不应问“你是不是下午发热的”或“你腹痛时没有恶心，是吗”，而应问“你发热一般是在什么时间”“你腹痛时还有其他不舒服的感觉吗”。否则，患者易受到暗示，随口称是，影响评估资料的真实性。

(8) 护士不宜使用责难性提问。责难性提问可使患者产生防御心理，如“为什么你不早点来，拖了六周才来看病”“你为什么当时吃剩的食物呢”。

(9) 护士应恰当地使用连续提问，如“你家族中有人患过癌症、糖尿病、心脏病或高血压吗”，可列举问题的多个选项，让患者挑选。但如果提问“饭后痛得怎么样、和饭前不同吗、是怎样的痛”，这一连串的问题就会使患者对要回答的问题分辨不清。因此，护士要按一定的顺序依次提问，帮助患者厘清思路，不轻易打断患者的回忆。

(10) 护士应注意过渡性语言的使用。过渡性语言是指交谈时用于两个项目之间转换的语言，即向患者说明即将讨论的新项目及其理由。护士使用过渡性语言不会使患者感到困惑，能够避免患者提出“你为什么要改变话题”“为什么要询问这些情况”。

在交谈过程中，护士要不断地思考、分析、综合、归纳患者所陈述的症状间的内在联系，分清主次、去伪存真，这样所获得的交谈资料对临床护理诊断才有价值。

2.2 健康资料的内容与分析

2.2.1 健康资料的内容

健康资料的内容包括一般项目、主诉、现病史、既往史、成长发育史、家族史、社会心理评估及系统回顾。护士应按健康资料的内容系统地问诊，对交谈的目的、进程、预期结果心中有数。

1. 一般项目

在了解病情之前，护士需要先询问患者的基本情况，以帮助理解和预测患者对健康状况变化的反应。许多健康问题的发生与患者的基本情况有关，因此，预先了解会使资料的采集显得不突兀，使患者更乐于配合。

一般项目包括姓名、性别、年龄、民族、籍贯、文化程度、职业、婚姻、宗教信仰、入院方式、住址、家庭成员、联络人、联系电话、医疗费用的支付方式、入院日期、记录日期、入院医疗诊断、主管医生、病史陈述者及陈述的可靠程度等。若病史陈述者并非本人，则护士应注明其与患者的关系。

2. 主诉

主诉是患者感受最主要、最明显的症状或体征，即患者此次就诊的主要原因和持续时间。主诉应言简意明，用一两句话全面概括，一般不超过 20 个字（包括标点符号）；症状较多时，写出最主要的，一般不超过三个，如“活动后心悸、气急 2 年，全身水肿 3 天”“腹痛、呕吐伴腹泻 4 小时”；不要把诊断作为主诉，要以症状为主诉，尽可能地用患者的语言，如“多饮、多食、多尿伴消瘦 3 年”，而不能写成“糖尿病 3 年”；当前无症状表现的，则应以入院目的为主诉，如“经 B 超检查发现胆囊结石，入院接受手术治疗”；对已经确诊并经住院治疗症状消失，需多次住院治疗的患者，应记录确诊疾病的时间及治疗的次数，如“确诊左肺上叶鳞癌 2 个月，行第 2 次化疗”。

3. 现病史

现病史是患者患病以来疾病发生、发展和演变的全过程，即目前的健康状况。现病史是问诊的重点内容。

(1) 起病情况与患病时间：起病情况包括何时、何地、如何起病，起病缓急，病程长短。患病时间是指起病至就诊或入院的时间。时间长者可按年、月、日计算，起病急骤者可按小时、分钟计算。现病史的时间应与主诉保持一致。

翔实的起病情况可为寻找病因和诱发因素提供重要线索。不同的疾病有不同的起病特点，如心绞痛起病急骤，肿瘤则起病缓慢；脑血栓常发生于睡眠时，脑出血则常发生于活动时或情绪激动时。

(2) 发作原因与诱因：护士应尽可能地了解与本次发病有关的因素，如外伤、中毒、感染等；有无诱因，如气候变化、环境改变、情绪波动、起居饮食失调等。有时环境的变化或药物的使用可能就是病情减轻或加重的原因。

(3) 主要症状的特点：症状评估包括症状出现的部位、放射区域、性质、发作频率、持续时间、强度、加重或缓解的因素等。症状出现的部位、性质等常为寻找病变部位及性质提供重要依据，也为确定护理诊断及制定护理措施提供了重要的依据。例如，胃十二指肠溃疡常表现为上腹部

周期性、节律性隐痛；阑尾炎则表现为转移性右下腹痛；胆囊炎可表现为右上腹痛，进油腻食物后疼痛加重。

(4) 病情的发展与演变：包括主要症状的发展和其他有关症状的情况。按时间顺序记录症状是持续存在还是反复发作，包括相关症状的变化及有无新症状出现等。例如，原有消化性溃疡病史者突然出现全腹剧烈疼痛，应考虑消化性溃疡急性穿孔。

(5) 伴随症状：指与主要症状同时出现或随后出现的其他症状。伴随症状常可为确定病因提供重要线索，如咳嗽、咯血伴午后低热、盗汗提示存在活动性肺结核。此外，与鉴别诊断有关的“阴性症状”也应记录。

(6) 治疗、护理经过：包括病后曾在何时、何地就诊，做何检查及治疗经过，如所用药物的名称、剂量，用后的疗效，以及接受了哪些护理措施、效果如何等。

(7) 一般情况：包括精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便等的情况。若患者“失眠”，则护士应该全面了解其睡眠状况和睡眠障碍的性质，如睡眠受到哪些因素的影响、有什么规律、有什么体验，以及过去有什么健康问题、与睡眠障碍有什么联系等。

(8) 健康问题：护士应了解患者对自己的健康问题是怎样看待和处理的、效果如何。这些内容不仅反映了患者对疾病的态度、重视程度及应对能力，还为制定护理措施提供了参考依据。

4. 既往史

既往史是指患者过去存在的健康问题、求医经历及其对自身健康的态度等。既往史主要包括既往一般健康状况、预防接种史、手术外伤史、输血史、用药史、过敏史。

(1) 一般健康状况：指有无慢性病，如高血压、肝病、糖尿病、溃疡病等；过去曾患过的疾病，包括患传染病和地方病的时间、诊疗经过及转归情况。

(2) 预防接种史：指疫苗的接种种类及接种时间。

(3) 手术外伤史：指手术或外伤的时间、原因、严重程度、处理经过。

(4) 输血史：过去输入血液或血液成分的种类、量及输血后的情况。

(5) 用药史：指曾用过的药物，如激素、抗结核药、抗生素等的用法、剂量、应用时间、疗效、不良反应及当前用药情况。

(6) 过敏史：指对食物、药物、环境因素中已知过敏物质的机体特殊反应及脱敏方法。

5. 成长发展史

个体的成长发展史主要包括生长发育史、月经史、婚姻史、生育史和个人史。

(1) 生长发育史：护士可通过生长发育史判断患者在不同发育阶段的生长发育是否正常，主要应评估出生时的情况及生长发育情况。

(2) 月经史：包括月经初潮年龄，月经周期，行经天数，经血的量和色，经期症状，有无痛经、白带异常，末次月经日期，闭经日期，绝经年龄，等等。

记录格式：初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(LMP)或绝经年龄。

(3) 婚姻史：包括婚姻状况、结婚年龄、配偶的健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

(4) 生育史：包括妊娠与生育次数和年龄，人工流产或自然流产的次数，有无早产、死产、手术产、产褥感染及计划生育状况，是否患过影响生育的疾病。

(5) 个人史：主要包括社会经历、职业及工作条件、习惯与嗜好、冶游史、吸毒史。

① 社会经历：包括出生地、居住地区和居留时间（尤应注意疫源地和地方病流行区）、受教育程度、经济条件和业余爱好等。

② 职业及工作条件：包括工作环境、工种、与工业毒物的接触情况。

③ 习惯与嗜好：包括个人起居与卫生习惯、饮食规律与质量、有无烟酒嗜好及摄入量等。

④ 冶游史：指有无不洁性交史，除配偶外有无其他性伴侣，是否患过淋病、尖锐湿疣、下疳等。对男性患者应记录有无生殖系统疾病。

⑤ 吸毒史：指有无吸毒史及吸食毒品的种类、用量及时间，是否成瘾。

6. 家族史

家族直系亲属是指祖父母、外祖父母、父母、兄弟、姐妹及子女。家族史一般询问患者家族中三代人（父母、兄弟姐妹、子女）的健康状况、死亡原因、有无同类疾病。有些遗传性疾病家族史的询问内容还应包括某些非直系亲属的情况。

7. 社会心理评估

（1）社会方面：社会方面的评估内容包括家庭关系、生活与居住环境、工作与受教育情况、社交状况、经济状况、文化水平等。

（2）心理方面：心理方面的评估内容包括认知能力、情绪状态、自我概念和自尊、对健康与疾病的理解和期望、重大应激事件及应对情况、价值观与信仰等。

8. 系统回顾

系统回顾主要包括对一般健康状况、头面部器官、呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿生殖系统、造血系统、代谢及内分泌系统、神经系统及精神状态、运动系统等的评估。

（1）一般健康状况：评估内容包括有无疲乏无力、出汗、发热、睡眠障碍及体重改变等。

（2）头面部器官：评估内容包括有无视力障碍、眩晕、耳鸣、耳聋、鼻出血、牙龈出血、牙痛、咽喉痛、声音嘶哑等。

（3）呼吸系统：评估内容包括有无咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛、发冷、发热、盗汗、食欲缺乏等；有无与肺结核患者的密切接触史；职业性质、工作环境和居住条件，是否吸烟和吸烟量的多少。

（4）循环系统：评估内容包括有无心悸、心前区疼痛、端坐呼吸，有无腹水、肝区疼痛、头痛、头晕、晕厥、血压升高及下肢水肿等。

（5）消化系统：评估内容包括有无口腔疾病、食欲改变、嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻、呕血、便血、便秘、黄疸；体重的改变、饮食卫生及习惯、有无饮酒嗜好及摄入量等。

（6）泌尿生殖系统：评估内容包括有无排尿困难、尿痛、尿频、尿急，尿量、尿的颜色有无改变，有无尿潴留及尿失禁等；外生殖器有无溃疡、异常分泌物、皮疹；有无性功能障碍。

（7）造血系统：评估内容包括有无乏力、头晕、视物模糊，皮肤、黏膜有无苍白、黄染、出血点、瘀斑、血肿，有无淋巴结肿大及肝大、脾大，有无骨痛等情况；有无药物、毒物、放射性物质的接触史。

（8）代谢及内分泌系统：评估内容包括有无畏寒、怕热、多汗，有无烦渴、多尿、多食，有无外伤、手术、产后出血；性格、智力、性器官的发育情况，骨骼、甲状腺、体重、毛发等有无改变。

（9）神经系统及精神状态：评估内容包括有无头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪等；有无幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常、性格失常，情绪状态、思维过程、智力、能力、自知力等有无改变。

（10）运动系统：评估内容包括有无肢体无力、麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪等，有无关节畸形、肿痛、运动障碍，有无外伤、骨折、关节脱位、先天性缺陷等。

2.2.2 健康资料的分析

护士应有计划、有步骤地对患者的健康资料进行整理与分析,以判断患者的健康问题,为护理计划的实施提供可靠的依据。

1. 整理资料

将资料进行整理分类的方法有很多,临床常用的评估指导模式有以下几类。

(1) 功能性健康形态:目前,临床上采用的“患者入院评估表”多数是按功能性健康形态系统编制的,包括健康感知-健康管理形态、营养-代谢形态、排泄形态、活动-运动形态、睡眠-休息形态、认知-感受形态、角色-关系形态、自我感受-自我概念形态、性-生殖形态、应对-压力耐受形态、价值-信念形态 11 个方面。

(2) 人类反应形态:临床将 128 个诊断分为 9 个反应形态,包括交换、沟通、关系、选择、移动、感知、认知、感觉和情感。

(3) 马斯洛的需要层次理论:马斯洛将人的基本需要分为生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊重的需要及自我实现的需要 5 个层次。

2. 检查有无遗漏

将资料进行整理分类之后,护士应仔细检查有无遗漏,并及时补充,以保证资料的完整性及准确性。

3. 与正常值比较

收集资料的目的在于发现患者的健康问题。因此,护士应掌握常用指标的正常值,将收集到的资料与正常值进行比较,并在此基础上进行综合分析,以发现异常情况。

4. 评估危险因素

有些资料中的项目数据虽然目前还在正常范围内,但是由于存在危险因素,若不及时采取预防措施,以后很可能会出现异常,损害患者的健康。因此,护士应及时评估这些危险因素。

护理评估通过收集患者的健康资料并对资料进行组织、核实、整理和分析,确认患者对现存或潜在的健康问题或生命过程的反应,为做出正确的护理诊断奠定基础。

小 结

本模块主要介绍健康资料的主要内容及其采集、分析方法。通过学习,学生应学会熟练运用交谈的技巧与患者及其家属进行沟通、交流,从而获得患者的健康资料,并将收集到的各方面资料进行核实、分类、整理,与正常值比较,找出异常的相关因素,进行综合分析,提出护理诊断,为制订和实施护理计划及做出护理评价提供依据。



测一测