



“十四五”职业教育国家规划教材

健康评估

(第二版)

主 编 熊 瑛



扫描二维码
共享立体资源

北京出版集团
北京出版社

健康评估
(第二版)

主
编
熊
瑛

北京出版集团
北京出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

健康评估 / 熊瑛主编. — 2 版. — 北京: 北京出版社, 2020.9 (2023 重印)

十二五规划高职

ISBN 978-7-200-16004-8

I. ①健… II. ①熊… III. ①健康—评估—高等职业教育—教材 IV. ①R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2020) 第 207466 号

健康评估 (第二版)

JIANKANG PINGGU (DI-ER BAN)

主 编: 熊 瑛

出 版: 北京出版集团

北京出版社

地 址: 北京北三环中路 6 号

邮 编: 100120

网 址: www.bph.com.cn

总 发 行: 北京出版集团

经 销: 新华书店

印 刷: 定州启航印刷有限公司

版 印 次: 2020 年 9 月第 2 版 2023 年 6 月修订 2023 年 7 月第 3 次印刷

成品尺寸: 185 毫米 × 260 毫米

印 张: 18.5

字 数: 416 千字

书 号: ISBN 978-7-200-16004-8

定 价: 56.00 元

教材意见建议接收方式: 010-58572162 邮箱: jiaocai@bphg.com.cn

如有印装质量问题, 由本社负责调换

质量监督电话: 010-82685218 010-58572162 010-58572393

目 录

单元一 绪论	1
单元二 健康评估方法	5
任务一 健康资料的采集方法	6
任务二 健康史的内容	14
任务三 健康资料的分析与护理诊断的提出	16
单元三 常见症状评估	24
任务一 发热	25
任务二 疼痛	30
任务三 咳嗽与咳痰	37
任务四 呼吸困难	40
任务五 咯血	44
任务六 发绀	47
任务七 水肿	50
任务八 心悸	53
任务九 恶心与呕吐	55
任务十 呕血与黑便	58
任务十一 腹泻与便秘	60
任务十二 黄疸	65
任务十三 意识障碍	70
单元四 身体评估	76
任务一 一般状态评估	77
任务二 皮肤、浅表淋巴结评估	82
任务三 头部、面部和颈部评估	87
任务四 胸部评估	97
任务五 腹部评估	126
任务六 肛门、直肠和生殖器评估	140

任务七 脊柱与四肢评估	142
任务八 神经系统评估	145
单元五 心理与社会评估	156
任务一 心理评估	157
任务二 社会评估	158
单元六 常用实验室检查	161
任务一 血液检查	162
任务二 尿液检查	173
任务三 粪便检查	182
任务四 痰液检查	185
任务五 常用血液生化检查	187
任务六 肝脏病常用检查	193
任务七 肾功能检查	198
任务八 其他常用实验室检查	202
单元七 心电图检查	213
任务一 心电图的基本知识	214
任务二 正常心电图	218
任务三 常见异常心电图	226
任务四 心电监护	238
单元八 影像学检查	245
任务一 X线检查	246
任务二 计算机体层成像	260
任务三 磁共振成像	264
任务四 超声检查	267
单元九 护理病历书写	274
任务一 护理病历的意义及书写的基本要求	275
任务二 护理病历的格式与内容	276
参考文献	288

■ 单元一 绪论

学习目标

» 知识目标

1. 了解健康评估的重要性、学习方法及要求。
2. 熟悉健康评估的主要内容。
3. 掌握健康评估的概念。

» 能力目标

具有对患者进行整体评估的能力。

» 素质目标

1. 在习近平新时代中国特色社会主义思想指引下，践行社会主义核心价值观，全心全意为人民服务。
2. 一切以护理对象为中心，尊重生命，关爱患者。
3. 具有强烈的责任感及良好的护理职业道德操守。
4. 具有良好的人文素养和沟通交流能力。

健康评估（health assessment）是一门研究诊断护理对象的健康状态以及对健康状态反应的基本理论、基本技能和思维方法的临床学科。本课程是医学基础过渡到临床护理的桥梁课程，是临床各科护理学的基础。评估的目的在于通过系统地收集健康资料并进行分析归纳，提出正确的护理诊断，以及为制定护理措施提供依据。健康评估作为现代护士必须具备的核心能力之一，日益受到人们的重视。美国护士协会和澳大利亚护理联合会分别于1980年和1983年宣称护士必须具备整体护理评估的能力。护士已经意识到整体评估、入院患者全面评估以及根据病情及时评估的重要性，重视对评估结果的记录和应用，评估的内容已超出传统的“只评估生命体征和出入液量”的范围。评估已经成为护理实践的重要组成部分，而不仅仅是医生的工作职责。

一、健康评估的重要性

随着护理的发展，实施以人为中心，以护理程序为核心的整体护理已成为现代护理理念，护理程序包括评估、诊断、计划、实施、评价五个步骤，健康评估是护理程序的第一步，是护理过程的起点，同时又贯穿整个护理过程。正确的评估是有效护理的前提，为护理诊断的确定、护理措施的制定与实施以及效果的评价奠定良好的基础，因此，健康评估是最重要、最关键的一步。健康评估的原则、方法与程序适用于临床各专

科护理。学好健康评估也为学习临床各科护理学打下基础。



课程思政

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志，党的二十大报告将“健康中国”作为我国2035年发展总体目标的一个重要方面，提出“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”。作为一名未来的白衣天使，需要掌握好临床护理知识、技能，秉承南丁格尔精神，才能更好地服务于“健康中国”发展战略、担当起医学生的时代责任。

二、健康评估的内容

健康评估的内容包括护士从生物、心理社会方面收集护理对象健康资料的各种评估方法及内容。

（一）健康评估方法

本部分内容包括健康资料的采集方法、健康史的内容、健康资料的分析与护理诊断的提出、常用护理诊断及相关因素。其中健康资料的采集方法包括交谈、身体评估（视、触、叩、听、嗅）、阅读有关辅助检查结果等，其中交谈与身体评估是最基本、最常用的方法。

（二）常见症状评估

症状是指在疾病状态下，机体功能异常时所产生的主观感觉或自身体验。本部分详述了常见症状的概念、病因、发病机制、临床表现、评估要点及相关护理诊断。症状是护理对象重要的主观资料，是提出护理诊断的重要线索和依据，也为身体评估和其他评估提供线索、指引重点，从而为全面健康评估奠定基础。

（三）身体评估

身体评估是评估者利用自己的感官或借助简单工具对被评估者身体进行细致的观察和系统的检查，以了解身体状况正常或异常的一种评估方法。身体评估发现的机体异常表现称为体征。本部分包括一般状态、头颈部、胸腹部、生殖器、肛门及直肠、脊柱、四肢、神经系统评估的内容、基本方法及异常体征的临床意义等。身体评估是获取客观资料的主要方法，是形成护理诊断的重要依据，是护理人员必须掌握的方法和技巧。

（四）心理与社会评估

人的生理健康与其心理社会因素是密切相关的，本部分从心理、社会角度对护理对象进行评估，由于心理、社会资料主观因素较多，应根据其他资料综合判断。

（五）常用实验室检查

实验室检查是运用各种实验室技术和方法，对患者的血液、尿液、粪便、分泌物、排泄物以及组织细胞等标本进行检验，以获得有关机体的病理变化、功能状态等的客观资料。本部分讲述了临床常用实验室检查项目的标本采集、参考值及临床意义。实

实验室检查是客观资料的重要组成部分，可协助指导评估者观察和判断病情，做出护理诊断。

（六）心电图检查

心电图是应用心电图机描记的心肌生物电活动记录，是诊断心血管病的重要方法，临床上还被广泛用于各种危重患者的病情观察、急救时的心电监护等。本部分内容包括心电图的基本知识、正常心电图、常见异常心电图的特点及临床意义、心电图检查的操作与临床应用、心电监护等。心电图检查结果是重要的客观资料之一。

（七）影像学检查

本部分讲述 X 线、计算机体层成像、磁共振成像、超声、放射性核素等检查的基本原理、正常图像、常见的异常图像及其临床意义，检查前后的护理。影像学检查结果也是重要的客观资料之一。

（八）护理病历书写

将收集到的健康资料进行分析、归纳、整理，并以文件的形式记录下来，即为护理病历，护理病历是医疗护理文件的重要组成部分。本部分介绍了护理病历书写的基本要求、护理病历的格式与内容。

三、健康评估的学习方法与要求

健康评估的教学无论是教学环境还是教学方法与诸基础医学的教学有很大的不同，健康评估的学习除了最基本的课堂教学、多媒体示教外，最突出的变化是从课堂和实验室里教学转到病房或门诊面向患者的教学。因此，健康评估的教学实践除了校内实训外，大量的实践活动要在医院和社区完成，健康评估是技能性很强的方法学，掌握这一方法和技能需反复实践，勤学苦练，必须将健康评估贯穿于临床各专科护理的教学中。通过本课程的学习，应达到以下要求：

- （1）学会独立通过交谈收集健康资料，熟悉常见症状的临床意义。
- （2）初步掌握正规的身体评估的知识和技能，能辨别正常与病理体征并解释其临床意义。
- （3）熟悉常见实验室检查的标本采集法、参考值及临床意义。
- （4）学会心电图检查的操作方法，能初步识别正常心电图和常见的异常心电图。
- （5）熟悉常用影像学检查前的准备和检查后的护理。
- （6）熟悉如何将健康史、身体评估、实验室及其他检查所得的资料，结合基础课的知识进行分析、综合和推理，做出初步护理诊断。
- （7）会书写完整的护理病历。

知识链接

《健康评估》与《诊断学》的内容有很多相同之处，但也有区别，其区别在于：护理专业的课程《健康评估》是阐述如何收集健康资料的课程，目的是提出护理诊断，按护理程序去解决有关的健康问题；而医学专业的课程《诊断学》是阐述如何发现患者的异常症状和体征，通过相关检查发现异常结果，其目的是提出医疗诊断，是进一步治疗的基础。



直击护考



选择题

A1/A2 型题

1. “1+X 职业技能等级标准”中，“1”是指（ ）。
A. 护士资格证
B. 毕业证书
C. 专业职称证书
D. 英语等级证书
E. 计算机等级证书。
2. 世界卫生组织对健康的定义不包括（ ）。
A. 躯体没有疾病
B. 有完整的生理状态
C. 有完整的心理状态
D. 有一定的劳动力
E. 有社会适应能力
3. 在临床护理中要始终贯穿（ ）。
A. 以医院管理为中心
B. 以医疗为中心
C. 以基础护理为中心
D. 以专科护理为中心
E. 以人的健康为中心
4. 现代护理观认为健康与疾病的关系是（ ）。
A. 呈动态变化
B. 彼此相适应
C. 可人为控制
D. 由环境决定
E. 可自身调节
5. 有关“护理程序”概念的解释，哪项不妥（ ）。
A. 是指导护士工作及解决问题的工作方法
B. 其目标是增进或恢复服务对象的健康
C. 是以系统论为理论框架
D. 是有计划、有决策与反馈功能的过程
E. 是由估计、诊断、计划、实施四个步骤组成

■ 单元二 健康评估方法

学习目标

» 知识目标

1. 了解健康资料的来源、类型及收集方法。
2. 熟悉护理诊断的定义及要素。
3. 掌握护理评估的方法、健康史的内容。

» 能力目标

学会正确运用交谈的技巧收集健康资料；学会整理、分析所收集的健康资料，并正确地提出护理诊断。

» 素质目标

尊重、关爱服务对象，具有良好沟通、协作精神。

知识技能点

1. 交谈的技巧。
2. 身体评估的五种基本方法。

护理情境

李先生，40岁，因上腹部疼痛2小时入院。

情境思考

作为一名护士，你该如何与患者交谈，并指导患者就医？

健康评估的过程就是有计划、系统地收集有关护理对象的健康资料，并对其进行分析、归纳、判断的过程。健康评估是护理程序的第一步，所收集到的健康资料不仅是确定护理诊断的依据，也是确定护理目标、实施护理措施的依据，所以护理程序的实施依赖于全面、系统、准确的健康资料，作为一名护士必须掌握有关健康评估的方法和技巧，以确保所收集资料的准确和完整，并准确、系统地分析和整理资料，为提出正确的护理诊断提供依据。

所收集的健康资料，按其来源可分为：

1. 主要来源 主要来源即被评估者本人。被评估者本人所提供的资料大多很难从其他人员那里得到，如患病后的感受、对健康和疾病的认识、对治疗及护理的期望等，只有被评估者本人最清楚、最能准确地表达，因此也最为可靠。

2. 次要来源 通过从被评估者以外的其他人员或记录中获取的资料。一般有：①被评估者的家庭成员及关系密切、生活和工作在一起的人，如父母、夫妻、兄弟姐妹、同事、邻居、师生、朋友等；②事件目击者，即目睹被评估者发病或受伤的人，可以提供发病或受伤过程的一些情况；③医护人员，与被评估者有过接触的医生、护士等，这些人可以提供相关的健康资料；④文字资料，如病历、出生记录、预防接种记录、体检记录等；⑤各种实验室检查、器械检查报告，如各种化验单、心电图、CT、B超等影像检查结果；⑥音像资料，如被评估者发病或受伤时环境、过程等影像、声音资料等。次要来源是获取健康资料的重要途径，也是主要资料的有力补充，特别是当患者存在意识障碍、语言障碍，精神异常，或为新生儿、婴幼儿时尤为重要。护士在收集次要资料来源时，应注明资料的来源，更要注意资料的真实性。



考点提示

患者临床资料的主要来源是患者本人。



预习案例

任务一 健康资料的采集方法

护士健康资料的采集方法有很多，包括交谈、身体评估、查阅病历或有关辅助检查结果等，其中最常用、最基本、最重要的方法是交谈和身体评估。

一、交谈

交谈（interview）是护士与护理对象进行的一种具有明确目标、有准备、有序的对话过程。医疗上也叫问诊。交谈是收集健康资料最常用的方法之一，也是获取主观资料的重要途径。成功的交谈是确保健康资料完整性和准确性的关键。交谈不仅在患者刚入院时进行，在整个住院期间，都应随时进行和补充，交谈贯穿患者入院到出院的全过程。每位护士应培养良好的沟通能力。

（一）交谈的方式

1. 正式交谈 事先通知患者，有准备、有目的、有计划的交谈即为正式交谈。如入院评估，在交谈之前，护士要通过各种途径了解患者的有关信息，如患者姓名、职业、入院诊断等，做好交谈前准备。交谈时护士要明确谈话的目的，按原定目标引导谈话围绕主题进行，同时创造和维持融洽气氛，让患者说出真实的病情及心理反应。结束时，对交谈的内容、效果作简要的小结，并及时做好记录。

2. 非正式交谈 即护士与患者的随意交谈。这种交谈并无准备，是护士在日常护理过程中，经常与患者进行语言上的沟通，鼓励患者说出自己对所患疾病的感受，对治疗、护理效果的反应。谈话范围不受限制，在日常交谈中得到了很多信息，应筛选有价值的资料，进行记录或补充。



课程思政

西方医圣希波克拉底曾有一句名言：“世界上有两种东西能治病，一是药物，二是语言。”护士应立志于把自己培养成为一个专心的倾听者，仔细的观察者，敏锐的交谈者，而不仅仅只满足于护理病人。

（二）交谈的注意事项

1. 与被评估者建立良好的关系 评估者应仪表端庄、态度和蔼、举止友善而有礼貌，让被评估者感到平等、温暖、亲切，对评估者产生信任，从而坦诚相告，甚至讲出原想隐瞒的敏感问题，使获得的信息真实可靠。

2. 时间选择 交谈是一种情感的交流，如时间选择得好，谈话往往能得到患者的配合。对待不同的患者，应选择不同的时机，如患者在抢救或痛苦时，除了必要的询问之外，应该避免详细的交谈，详细健康史稍后补充或从其亲属处获得。谈话的内容及其时间选择应该照顾患者的情绪，时间应事先和患者商定。

3. 地点选择 选择比较安静、舒适的环境，光线、温度要适宜。入院后应让患者在病床取一个舒适的体位，在有多张病床的普通病房，在患者病情许可的情况下，护士可以找一个相对安静、人员相对少的房间交谈，或者护士应该利用自己的谈话技巧，弥补环境条件的不足，如声音大小的适当把握，隐私问题应含蓄。

4. 交谈从主诉开始并注意礼节性 对待患者要关心、爱护，主动把自己介绍给患者，说明谈话的目的，表示愿意为患者提供各种帮助，承诺对患者的隐私保密。交谈一般从主诉开始，有目的、有层次、有顺序地进行。提问应先选择一般性易于回答的开放性问题，如“您哪儿不舒服”“您哪里不好呀”。开放式提问是以了解其完整背景和关系为目的的，因此可使患者陈述的病史更客观、更全面。提问要易于理解，避免使用生涩、难懂的医学术语。如“心悸”“端坐呼吸”“里急后重”等，以免尴尬或答错。



问诊

**（职业技能）**

成功的交谈是确保健康资料完整性和准确性的关键，故每一位护理人员都必须掌握交谈的技巧。

5. 避免暗示或诱问 提问以获取资料准确、真实为原则，不能暗示或诱问，如“您咳的痰是铁锈色吗”“您是在下午发热，对吗”，以免被评估者顺口称是。而应该问“您咳的痰是什么颜色”“您一般什么时间发热”。

6. 要做一个有效的倾听者 不要随意打断患者的诉说，注意观察患者的非语言行为所传递的信息，当患者诉说和病情毫无关联的内容时，应注意引导，并逐步使交谈内容转移到所需的资料上来。

7. 核实资料 对含糊不清、存有疑问或矛盾的内容应认真核实，以确保资料的准确性，并及时做好记录。常用的核实方法有：①澄清：要求患者对模棱两可或含糊不清的内容做进一步的解释，如“你说你感到害怕，请具体说一下是怎样的情况，好吗”。②复述：以不同的表达方式重复患者所说的内容，如“你是说2天前受凉后突然出现畏寒、发热，今天开始出现气促，是这样吗”。③反问：以询问的口气重复患者所说的话，鼓励其提供更多的信息，如“你说你不想吃东西”。④质疑：用于患者所陈述的情况与护士所见不一致时，如“你说你对治疗很有信心，但您看起来总是郁郁寡欢，能告诉我是什么原因吗”。⑤解析：对患者所提供的信息进行分析和推论，并与其交流，以得到患者的确认、否认或提供另外的解释。如“明天就要做手术，你一定有点紧张”。

8. 注意患者的年龄、文化背景 护士应熟悉自己与患者文化的差异，采取有效的沟通方法，以使谈话中自己的语言和行为能充分体现对患者文化的理解和尊重。

**考点提示**

注意正式交谈与非正式交谈的区别及交谈的注意事项。

二、身体评估

身体评估是评估者运用自己的感觉器官或借助简单的辅助工具对被评估者的身体进行细致的观察和系统的检查，以了解其身体状况的各种资料，为提出护理诊断提供依据的一种最基本的评估方法。

身体评估的基本方法有五种，即视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊，这些方法是护士必须认真学习、反复实践、熟练掌握的基本功。

知识链接

中医评估方法与西医的身体评估的方法不完全相同，临床上中医常用的评估方法有望、闻、问、切四种，其中就包括了“视诊、听诊、交谈、触诊”等，中医诊治中望诊、切诊十分重要，如舌象、脉象对中医辨证论治起到十分重要的作用。

(一) 视诊

视诊 (inspection) 是评估者用视觉观察被评估者全身或局部健康状况的评估方法。

1. 视诊方法 分全身视诊和局部视诊两种，全身视诊是观察被评估者的一般状态，如性别、年龄、发育情况、营养状况、意识状态、面容及表情、体位、步态、姿势等；局部视诊是观察被评估者身体局部的状态和体征，如皮肤、黏膜、舌苔、瞳孔、扁桃体、甲状腺、头颈、胸廓、腹形、四肢、关节外形等。

视诊适用范围广，且简单易行，不需特殊辅助工具，是身体评估的基本方法，常配合其他方法一起进行，但有时仅凭视诊就能获取一些健康资料，为护理诊断的提出提供依据。

2. 视诊注意事项 视诊时应特别注意：①应在适宜的自然光线下进行，因为某些体征，如黄疸及发绀在白炽灯光下不易辨别，晚上一般在日光灯下进行；②评估者一般应站于被评估者右侧，以便于进一步触诊和叩诊，根据视诊部位，评估者调整视线和视角。如观察扁桃体时，评估者应让被评估者张口，同时用压舌板压舌观察；③根据评估部位的不同，应嘱被评估者采取不同的体位。如一般状态检查、胸部检查可取坐位或卧位；腹部检查应取平卧位；肛门、直肠检查则应取膝胸位；④视诊常需配合触诊、叩诊、听诊等其他检查方法，检查结果才能更加可靠、准确。如视诊甲状腺时，需进一步采用触诊方法才能确定。



望闻问切

(二) 触诊

触诊 (palpation) 是评估者通过手的感觉来判断被评估者被触及的内脏器官及体表的物理特征的一种评估方法。手的不同部位触觉的敏感度不同，其中以手指指腹和掌指关节的掌面最为敏感，触诊时常用这两个部位。触诊的适用范围很广，可遍及全身各部位，其中腹部评估最为重要。

1. 触诊的方法 分两种方法，即浅部触诊法和深部触诊法。

(1) 浅部触诊法：将手放在被检查部位，利用掌指关节和腕关节的协同动作，轻柔地进行触摸、感觉的一种方法。主要用于评估皮肤温度、脉搏、震颤、心尖搏动、肌肉紧张度、皮下包块等。因为浅部触诊一般不引起被评估者的痛苦，所以先从浅部触诊开始可以使被评估者逐渐适应并接受深部触诊。

(2) 深部触诊法：运用一手或双手重叠在被检查部位逐渐加压向深层触摸，借以了

解被检查部位深部组织及脏器状况（图 2-1），可以更精确地确定深部病变部位和性质。根据检查目的不同可分为以下几种。

①深部滑行触诊法：被评估者张口平静呼吸，或与其交谈，转移其注意力，尽量使腹肌放松。评估者用并拢的二、三、四指指端逐渐触向腹腔的脏器或包块，在被触及的脏器或包块表面上作上下左右的滑动触摸。这种触诊法常用于腹腔脏器或深部肿块的检查。

②深压触诊法：用一或两个指端在腹壁上逐渐用力深压，用以探测腹腔深在病变的部位或确定腹腔的压痛点，如阑尾压痛点、输尿管压痛点等。检查反跳痛时，即在深压的基础上迅速将手抬起，并询问被评估者是否感觉疼痛加重或观察其面部是否出现痛苦表情。这种触诊法主要用于腹腔压痛点的检查。

③双手触诊法：右手置于被检查部位，左手置于被检查脏器或肿块的背部。左手将被检查部位的脏器、肿块推向右手方向，此时的脏器或肿块被固定且更接近体表利于右手触诊。这种触诊法主要用于肝、肾及肿块的检查。

④冲击触诊法（浮沉触诊法）：以三或四个并拢的指端与腹壁取 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 角，置放于腹壁上相应的部位，进行快而有力的连续冲击。因急速冲击可使腹水从腹腔脏器表面暂时移去，脏器随之浮起，指端易于触及肿大的肝脏或肿块。这种检查方法会使被评估者感觉到不适，故操作时不应用力过猛。

2. 触诊注意事项 触诊时应注意：①触诊前应向被评估者说明评估目的及可能造成的不适，以减轻其紧张情绪；②评估者与被评估者均取舒适体位。检查腹部时，评估者应站于被评估者的右侧，面向被评估者，及时观察被评估者的面部表情。被评估者一般取仰卧位，去枕，两臂自然放于身体两侧，双腿屈曲并稍分开，使腹肌松弛，嘱被评估者作缓慢、较深的腹式呼吸。评估脾、肾脏时也可取侧卧位；③评估者的手要温暖，指甲要剪短，动作由浅入深且要轻柔。腹部触诊一般从左下腹开始逆时针方向进行，先左后右，自下而上，触诊全腹，边触诊边观察被评估者的反应与表情，同时进行语言交流。若被评估者已诉有腹痛，则应从“健康”部位开始，逐渐移向疑有病变的部位；④进行下腹部触诊时，应嘱被评估者排空尿液、粪便，以免将充盈的膀胱或粪团误认为腹腔肿块。

（三）叩诊

叩诊（percussion）是用手指叩击或以手掌拍击被检查的部位，使之震动而产生音响，因被叩部位的物理特性不同，产生的音响也不同，根据所听到的音响和感觉的震动，来判断有无异常的评估方法。临床上主要用于分辨被检查部位组织或器官的位置、大小、形态及密度，如确定肺浊音界、心浊音界、胸、腹水的有无及多少、膀胱有无尿液等。

1. 叩诊的方法 分直接叩诊法和间接叩诊法两种。

（1）直接叩诊法：评估者用右手二、三、四、五指并拢的手指掌面直接拍击被检查的部位，借手指的震动感和拍击的音响来判断检查部位的情况。临床上较少用，主要用于胸部或腹部面积较广泛病变的检查，如大面积肺实变、气胸、大量胸腔积液或腹水等。

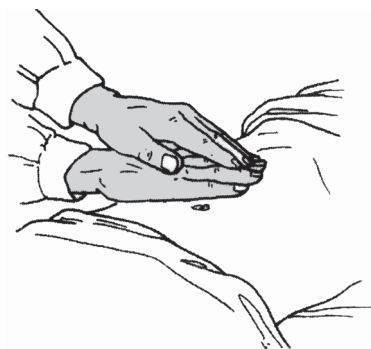


图 2-1 深部触诊法

(2) 间接叩诊法：评估者将左手中指紧贴于被叩诊部位，其余四指稍抬起，右手自然弯曲，以右手中指指端叩击左手中指第二指节的前端，叩击方向应与叩诊部位的体表垂直；叩诊时，用腕关节的活动带动叩诊指，肘、肩关节不参与运动；叩击后右手中指立即抬起，每一个部位一般连续叩击 2~3 次，如声响和震动感不清楚，可再连续叩击 2~3 次，一般要左右、上下对比，认真聆听叩诊音的变化（图 2-2）。对范围小、位置表浅的脏器，宜采用轻叩法，如确定心、肝的相对浊音界；对范围大、位置较深的脏器，需用中等强度叩诊法，如确定心、肝的绝对浊音界；叩击动作要灵活、短促、富有弹性。叩击力度要均匀适中，以便比较声响或指下震动感，使产生的声音基本一致，从而准确判断叩击音的变化，根据音响的变化来判断被叩部位有无病变。此法广泛用于临床上，常用于心、肺及腹部评估。

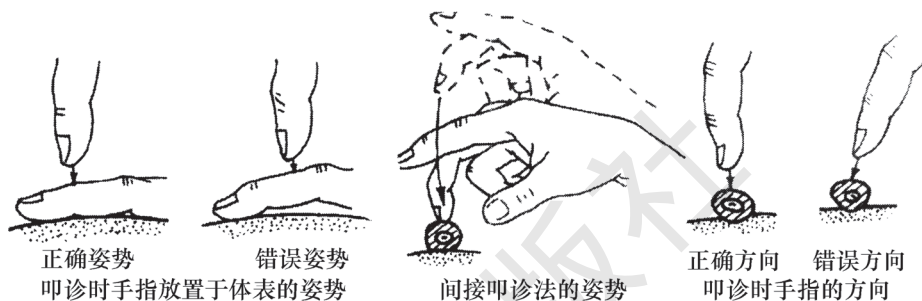


图 2-2 间接叩诊法

2. 叩诊注意事项 叩诊时应注意：①先给被评估者做好解释，并保持周围环境安静，以免干扰对叩诊音的辨别；②根据叩诊部位的不同，选择不同的叩诊方法和体位，如胸部叩诊可取坐位或卧位，腹部叩诊则常取仰卧位；③充分暴露被检查部位，嘱被评估者放松，并注意左右、上下部位的比较；④一边叩诊，一边认真辨别叩诊音的变化，必要时反复进行；⑤初学者间接叩诊难度较大，要反复训练，认真琢磨，才能达到评估的效果。

3. 叩诊音 由于被叩击部位的组织和脏器的物理特性不同，在密度、弹性、含气量以及与体表间距离存在差异，所以在叩击时会产生不同的音响。根据声音的强弱、长短、高低，临床上将叩诊音分为浊音、实音、清音、鼓音、过清音等五种。

(1) 浊音：是一种音调较高、音响较弱、震动持续时间较短的声音，是叩击被含气脏器边缘覆盖的实质脏器，如叩击被肺边缘覆盖的肝脏上部和心左缘稍内产生的叩诊音。病理情况下见于肺实变等。

(2) 实音：是一种音调更高、音响更弱、震动持续时间更短的声音，是叩击未被含气组织覆盖的实质脏器，如肝脏、心脏、脾脏等产生的叩诊音。病理情况下见于胸腔积液、胸部肿瘤等。

(3) 清音：是一种音调较低、音响较强、震动持续时间较长的声音，是正常肺部的叩诊音。

(4) 鼓音：是一种低音，与清音相比音响强、震动时间长，是叩击含有大量气体的空腔脏器产生的叩诊音。正常情况下，见于胃泡区、腹部。病理情况下，可见于肺内大空洞、气胸等。

（5）过清音：介于鼓音与清音之间，与清音相比音调较低、音响较强。是一种病理性叩诊音，常见于肺组织含气量增多，弹性减弱时，如肺气肿。

（四）听诊

听诊（auscultation）是评估者用耳或借助听诊器在被评估者体表听取心脏、肺、胃肠等脏器运动时发出的音响，以帮助判断脏器功能状况及病理生理改变的一种评估方法。听诊是护士进行健康评估的一项基本功，也是身体评估的重点和难点内容。因此必须在临床上刻苦学习，反复实践。

1. 听诊方法 分直接听诊和间接听诊两种方法。

（1）直接听诊法：又分狭义、广义直接听诊，狭义的直接听诊是评估者用耳朵直接贴于被评估者体表某部位，听取脏器运动时发出的音响，听到的声音一般较弱，故现已很少使用，仅在没有听诊器应急时采用；广义的直接听诊还包括听语声、咳嗽、呃逆、暖气、啼哭等被评估者发出的任何声音，这些声音可为护士提供有价值的资料。

（2）间接听诊法：是借助听诊器进行听诊，为临床上的常用方法。此法对听诊音有放大作用，而且适用范围广泛，主要用于心、肺、腹部的听诊，此外还可听诊身体其他部位的血管音、甲状腺、皮下捻发音等。

听诊器分为软质及硬质两种。硬质听诊器（如木筒）现仅用于听取产妇胎心音。软质听诊器为临床常用工具，分耳件、体件及软管三部分（图 2-3）。体件是接触被评估者体表的部位，常用的有钟型和膜型两种。钟型适用于肋间隙狭窄、听取较低调音响时（如二尖瓣狭窄时的隆隆性舒张期杂音）；膜型适用于听取较深部位脏器发出的高调的音响（如呼吸音、心音、肠鸣音等）。

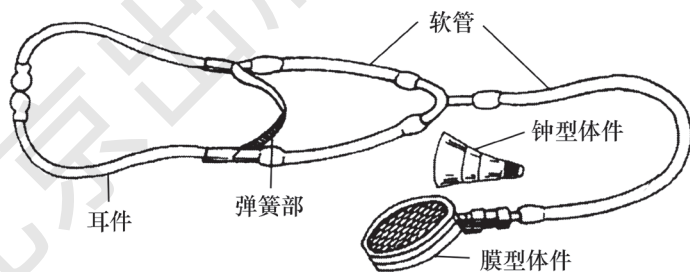


图 2-3 医用听诊器

2. 听诊注意事项 听诊时应注意：①先和被评估者做好解释工作，环境应温暖和安静，小儿尽量不要哭闹，避免因外界噪音及寒冷引起肌肉震颤而影响听诊效果；②听诊体位应根据不同患者的病情，可坐位或卧位，病情严重者应减少体位的变动，以膜型胸件较适合；③听诊前检查听诊器是否完好，各部位接头是否紧密，有无松动，皮管有无阻塞或破裂，耳件方向是否正确；④听诊时胸件要紧贴被评估部位，避免与皮肤摩擦产生附加音；⑤听诊时应集中注意力，排除其他音响的干扰，如听心音时应注意排除呼吸音干扰，听呼吸音时又要注意排除心音的干扰，肠鸣音听诊应在 1 分钟以上；⑥有时安静与运动、平卧与侧卧、平静呼吸与深呼吸作听诊对比，或者屏气时听诊心脏，可能获得所需的资料。

（五）嗅诊

嗅诊（smelling）是评估者用嗅觉来辨别发自被评估者的各种气味与其健康状况关

系的一种评估方法,是一种简单、快捷、有效的评估方法。评估者的气味可来自皮肤、黏膜、呼吸道、消化道、分泌物、呕吐物、排泄物、脓液、血液等。

1. 嗅诊方法 评估者用手将发自被评估者的气味轻轻地扇向自己的鼻部,仔细分辨气味的特点与性质,不可将鼻部直接靠近被评估者发出气味的部位。

2. 嗅诊注意事项 嗅诊时应注意:①嗅诊时要仔细分辨气味的性质以及气味的来源,必要时配合其他评估方法;②因嗅觉有很快的适应性,间隔不同时间嗅诊效果好,也可以请其他医护人员协助嗅诊;③注意排除外界气味的影响;④评估者要不怕脏不怕臭,必要时与正常气味对比。

3. 嗅诊内容 主要包括痰、脓、呼吸气味、呕吐物、粪便和尿液等。

(1) 痰液:正常痰液无特殊气味。血腥味见于咯血的患者;恶臭味提示厌氧菌感染,多见于支气管扩张症、肺脓肿的患者。

(2) 脓液:一般脓液无特殊臭味,如有恶臭味提示有厌氧菌感染或气性坏疽。

(3) 呼吸气味:带有酒味见于饮酒后;带有刺激性大蒜味见于有机磷杀虫剂中毒;带有烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒;带有氨味见于尿毒症;带有肝臭味见于肝性脑病。

(4) 呕吐物:单纯胃内容物因含有胃酸略带酸味,若带严重酸味提示幽门梗阻;带有粪臭味提示低位肠梗阻的存在。

(5) 粪便:带有腐败性臭味常因消化不良引起;带有腥臭味见于细菌性痢疾。

(6) 尿液:带强烈的氨味见于膀胱炎,因尿液被细菌发酵引起。

三、其他常用健康评估方法

临床上健康资料的收集,除最常用的交谈和身体评估外,还会采用的评估方法有以下两种。

(1) 实验室检查:是临床上一项重要的辅助评估方法,它运用物理学、化学、生物学等实验技术,对患者的血液、尿液、粪便以及其他排泄物、分泌物、脱落物、穿刺物等标本进行检测,其结果可直接或间接反映机体功能状态或病理变化,在协助疾病诊断、预后和制定治疗方案等方面有其独特的作用,如肝炎、糖尿病、急性胰腺炎等疾病的诊断、治疗及预后,相关实验室检查结果特别重要,也为提出护理诊断、确定护理目标、制定护理措施提供重要的依据。

(2) 器械检查:是利用各种器械评估患者各系统生理功能的常用方法,对探索疾病的发病机制、病因、病理生理、诊断、治疗、判断疗效和疾病的康复、劳动力鉴定等都有重要的意义。临床上常用的器械检查有心电图检查、超声检查、X线检查、CT、磁共振检查及核医学检查等,如心律失常、各种颅内疾病、肿瘤等疾病的诊断、治疗、护理都依赖各种器械检查,也是健康资料的重要来源。

作为一名护士,在了解各项检查原理、适应证的基础上,应掌握各种检查前的准备工作,并协助患者顺利完成检查,对检查结果客观、准确评价,有利于收集资料的准确性。



案例评析

任务二 健康史的内容

健康史的内容，即交谈的内容，是关于被评估者过去、目前健康状况及其影响因素的主观资料。其主要内容包括被评估者目前和既往的健康状况、影响健康状况的有关因素及护理对象对自己健康状况的认识与反应等。与医疗病史不同的是，医生关注的是患者的症状、体征、诊断、治疗及疾病的进展情况，而护士则关注的是被评估者对自身健康状况以及因疾病导致的生活方式改变所做出的反应。健康史主要包括以下内容。

一、一般资料

被评估者的姓名、性别、年龄、婚姻、民族、职业、籍贯、文化程度、宗教信仰、家庭地址及电话号码。同时应注明资料来源及其可靠程度、交谈日期、记录日期等，若资料来源并非被评估者本人，应注明其与被评估者的关系以便于今后查阅时参考。记录年龄时应填写实足年龄，不可用“儿”或“成”字代替。

二、主诉

主诉（chief complaint）是患者此次入院感觉最主要、最明显的症状或体征及其性质和持续时间，也是患者此次就诊的主要原因。主诉的记录要简明扼要、高度概括（一般不超过20字），如“发热2天，腹泻1天”“胸闷、气短2年，加重3天”。若主诉为多个症状或体征时，应按发生的先后顺序排列记录，如“咳嗽、咳痰20年，气促5年，加重伴双下肢水肿5天”。主诉的表达不能用医疗诊断性用语，如“糖尿病5年”应描述为“多饮、多尿、多食伴消瘦5年”。

三、现病史

现病史（present history）是围绕主诉详细描述患者自患病以来疾病的发生、发展和诊疗、护理的全过程，是病史的主要部分，其内容如下。

1. 起病情况及患病时间 包括起病时间、起病缓急、病程长短、有无前驱症状，可能的病因和诱因等，每种疾病的起病或发作都有各自的特点，其对疾病的诊断和鉴别有重要意义。

2. 主要症状 主要是询问症状出现的部位、性质、程度、起始情况、持续时间、发作频率及有无使其加重或缓解的因素等，如心绞痛患者胸痛的特点。

3. 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有重要意义。如发热后患者出现咳嗽、咯血等。

4. 病情发展演变过程 包括有关症状的变化及有无新的症状出现，如肝硬化患者出现表情、情绪和行为异常等新症状，应考虑早期肝性脑病的可能。

5. 诊疗和护理经过 包括在入本院前及门诊医疗诊断，在何时、何地做过哪些检查，用药情况等诊疗、护理措施及其效果。

6. 一般情况 包括患病后的精神状态、食欲、体重变化、睡眠及大小便的情况等。



考点提示

主诉和现病史是健康史的重点，特别注意如何正确记录主诉，现病史包括哪些内容。

四、既往史

既往史是关于患者过去健康状况及患病经历，特别是与目前所患疾病有关的情况，如肝硬化患者有无肝炎病史等。其目的是了解患者过去主要的健康状况、治疗经过、对目前所患疾病的影响及对自身健康的态度。既往史主要内容如下。

1. 自我评析 患者对自己既往健康状况的总体评价与目前所患疾病有关的情况。

2. 预防接种史 包括预防接种、复种时间及类型，有无外伤、手术史，包括术式及痊愈情况。

3. 有无过敏史 包括食物、药物、环境因素中已知的过敏原，以及机体特殊反应、脱敏方法。

4. 既往住院病史 包括住院原因、住院诊断、住院时间、治疗及护理情况。

五、用药史

询问以前及目前用药情况，包括药物名称、剂型、用法、用量、效果及不良反应。对于用药史，主要询问有无药物过敏史、药物疗效及主要副作用等。

六、个人史

1. 社会经历 包括出生地、居住地区和留居时间（尤其是疫源地和地方病流行区）、受教育程度、业余爱好和家庭经济状况等。

2. 职业及工作条件 包括职业、劳动环境，对工业毒物的接触情况及时间等。

3. 生活习惯及嗜好 包括起居与卫生习惯、饮食的规律和质量。有无烟酒嗜好及烟酒摄入时间和量，有无麻醉药品及毒品接触史等。

4. 冶游史 包括有无不洁性交史，是否患过淋病、尖锐湿疣等性病。

七、生长发育史

根据被评估者所处的生长发育阶段，判断其生长发育（如体重、身长等）是否正常。包括以下几个方面。

1. 生长发育情况 对于儿童，主要了解其出生、喂养及生长发育情况。

2. 月经史 对已进入青春期或其后的女性应询问月经史，包括月经初潮年龄、月经周期、经期天数、经血量和颜色、经期症状、有无痛经与白带、末次月经日期、闭经日期、绝经年龄。月经史记录格式如下：

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

例如：14 $\frac{3 \sim 5 \text{ d}}{28 \sim 31 \text{ d}}$ 2010.7.16（或 50 岁）

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及年龄、人工或自然流产的次数、有无死产、手术产、围生期感染及计划生育情况等。对男性应询问有无影响生育的疾病。

八、家族史

家族史主要是了解患者父母、兄弟、姐妹、子女的健康与疾病情况，特别应询问有无与患者相同或相似的疾病，如血友病、糖尿病、高血压、冠心病、肿瘤、精神病、哮喘等具有遗传倾向的疾病史。



案例评析

任务三 健康资料的分析与护理诊断的提出

护理评估是护士系统、全面地收集被评估者的资料并对资料加以分析和整理的过程，是护理程序的基础，评估时收集的资料是否可靠、全面，将直接影响到护理诊断的提出。一般需要经过以下四个步骤：资料的收集、资料的整理、资料的分析与归纳、护理诊断的提出。

一、资料的收集

收集资料是提出护理诊断的基础，护士收集到的关于护理对象的资料是否全面、正确，将直接影响护理诊断、护理计划的准确性。

二、资料的整理

（一）资料的分类

收集到的资料涉及被评估者各个方面，包括正常、异常的资料，内容杂乱，需要采用适当的方法进行分类、整理，便于护士从中发现异常问题，也有助于发现收集到的资料有无遗漏。常用的分类方法有以下几种。

1. 按资料收集的方法分类 分为主观资料与客观资料，这是最常用的分类方法。

（1）主观资料：与被评估者交谈所获得的资料，包括主诉、现病史、既往史、家族史等内容，如对自己身体所患疾病的主观感觉、对各种症状的感受、身体状况评价、个人经历、求医原因、健康问题的认识等，只有患者自己才能说清楚的情况，属于主观资料。但在某些情况下，如昏迷患者、精神障碍患者、婴幼儿不可能表达以上情况等，只能由亲属代诉，也属于主观资料。临床上因为主观资料具有很大的主观性、随意性，应特别注意区别主观资料的真伪性，如小儿怕打针、吃药，到了医院就可能不会真实诉说自己的病情；涉及医疗纠纷或肇事对方承担医药费时，患者的表述可能不太准确；同样是心慌、胸闷不同的患者表达的情况不完全一样等。

（2）客观资料：通过观察、护理体检或借助各种实验室、器械检查所得到的资料，如体温、脉搏、血压、化验结果、心电图、B超结果等，与主观资料相比客观资料一般较正确，主观性、随意性小。



考点提示

注意区分主观资料与客观资料。



按 Gordon 的 11 个功能性健康型态分类

2. 按 Gordon 的 11 个功能性健康型分类

3. 按马斯洛的人类需要层次论分类 将收集到的资料分为生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊敬与被尊敬的需要及自我实现的需要五个方面。这种分类方法可以提醒护士要从人的生理、心理、社会各个角度去收集资料，但其缺点是与护理诊断、护理计划、护理措施没有直接的对应关系。

4. 按人类反应形态分类 可将资料分为交换、沟通、关系、赋予价值、选择、移动、感知、认知、感觉等 9 种。其优点是可从某形态中有异常的资料中直接提出护理诊断，缺点是这 9 种型态较为抽象，收集资料比较困难，使用起来也不方便。

(二) 资料的核实

为保证收集到的所有资料是真实、准确的，需要对资料进行核实。

1. 核实主观资料 主观资料都有明显的主观性，而且有时患者自认为的正常或异常的资料与医学上的正常或异常不完全相同，有时患者也会因对自己的病情发生恐惧而加以夸大，有时还会隐瞒病情，所以有些主观资料需要用客观资料来核实，如一位患者说“我每天从早到晚均高热”，而护士观察发现其只有在下午体温 38°C ，其余时间均正常，说明患者诉说的主观资料不完全正确。

2. 澄清含糊不清、模棱两可的资料 如糖尿病患者诉“饮食正常”，这项资料不够明确，护士需要进一步询问患者进食的具体情况，如次数、数量、食物种类等。

3. 其他医护人员协助检查 为了保证资料的真实、准确性，对有些客观资料可以请求别的医护人员重新检查。特别是由于患者病情危重，需要及时救治，在监测其生命体征及其他指标时，一定要准确无误，由于各种原因自己对检查结果有疑问时，应让其他医护人员重新检查、核实。

4. 被评估者进一步验证 对有关心理、社会资料的评估，往往通过一次会谈所收集的资料不一定完全准确、全面，这时需要被评估者验证，以确保全部资料的准确性。

三、资料的分析与归纳

(一) 资料的分析

1. 找出异常资料 分析资料时首先应将资料与正常值、参考值进行比较，以发现异常情况。为准确地找出被评估者的异常资料，护士不仅要掌握基础医学、临床医学、护理学、人文学科知识，熟练掌握各种资料的正常范围或正常情况，还应考虑到每个护理对象的个体差异性，根据不同年龄阶段、不同家庭、社会、文化等背景全面地进行比较，找出异常的资料，为护理诊断提供依据。

2. 找出导致异常资料的相关因素 通过与正常参考值的比较发现异常资料后，护士应进一步找出引起异常的原因即相关因素，如患者诉说“两个月来我总是感到头晕、疲

乏，但不知为什么”，护士通过血常规检查，结果发现患者血红蛋白只有 70 g/L，这样就找到了引起异常的原因；又如患者诉说“大便呈黑色三天”，护士通过检查大便潜血试验呈阳性，这就找到了引起异常的相关因素。

（二）资料的归纳

在对问诊、身体评估、实验室或其他辅助检查所获得的资料进行综合的基础上采用适当的方法进行归纳、分类，如将其中有临床意义的发现按戈登的 11 个功能性健康型态分类，每一型态下都有其相应的护理诊断可供选择。

四、护理诊断

护理诊断是为明确护理目标、制订护理计划、选择最优护理措施、评价护理效果而服务的。在护理过程中，正确提出护理诊断，有利于系统全面地实施整体护理工作。20 世纪末护理程序作为一种工作模式，被广泛接受与应用，而护理诊断作为护理程序必不可少的组成部分，也备受人们关注。但由于护理诊断理论属于跨文化的范畴，加上很多方面不成熟，护理诊断在应用过程中仍存在很多问题。护理诊断是护理人员在运用护理程序为患者提供整体护理过程中评判性思维的智慧结晶，是护理的专业性语言。推广和规范应用护理诊断，对于提高护理质量、促进护理教育与科研、确立护理专业的地位、增进护理专业人员之间的沟通都具有非常重要的意义。

（一）护理诊断的定义

目前较为常用的是北美护理诊断协会（NANDA）在 1990 年提出并通过的定义，即护理诊断（nursing diagnosis）是关于个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程问题的反应的一种临床判断。

从护理诊断的概念可以看出，随着医学模式的转变，护理对象不再仅仅是医院的患者，还包括健康人，服务的范围也从个体扩展到了群体，服务地点也从医院扩展到社区。同时，护理诊断不仅关注护理对象现有的问题，同时也关注尚未发生的潜在问题，找出相关因素，反映出现代护理工作的前瞻性、预见性。护士根据收集到的资料经过整理、分析、归纳提出护理诊断，其目的在于为进一步确立护理目标、制定护理措施提供依据。

（二）护理诊断的类型

1. 现存的护理诊断 是对个人、家庭或社区已出现的健康问题或生命过程所产生的反应的描述，如“尿潴留”“恐惧”等。这类护理诊断一般有诊断依据。

2. 危险的护理诊断 是对一些易感的个人、家庭或社区对于健康问题或生命过程可能出现的反应的描述。这类护理诊断目前虽然没有发生，但如果不采取护理措施则极有可能出现问题，一般有危险因素存在。

3. 健康的护理诊断 是对个人、家庭或社区所具有的加强健康以达到更高健康水平的潜能的描述。

（三）护理诊断的组成

NANDA 的每个护理诊断基本由名称、定义、诊断依据、相关因素四部分组成。其

中主要是名称和相关因素。

1. 名称 是用简明的术语对护理对象的健康状态或疾病的反应的概括性描述, 如“气体交换受损”。

2. 定义 是对护理诊断名称的清晰、准确的描述, 有助于将一个特定的护理诊断与其他护理诊断相区别。如护理诊断“体温过高”为名称, 其定义为“体温超过正常范围, 即腋温大于 37°C ”。

3. 诊断依据 是由一些可观察到的迹象或推论所组成, 是护理诊断的具体表现和特征, 是做出该诊断的临床判断标准和依据。诊断依据是指患者具有的一组症状或体征以及相关病史, 也可以是危险因素。如护理诊断“体温过高”的诊断依据可以是“腋表体温 39°C ”。

4. 相关因素 是指影响个体健康状况, 导致健康问题的直接因素、促发因素或危险因素。常见以下五种因素。

(1) 病理生理方面: 如“清理呼吸道无效”这一护理诊断相关的病理生理学因素可能是意识障碍。

(2) 与治疗有关的因素: 与执行治疗措施有关因素, 如药物、诊断检查、外科处理等。

(3) 情境方面: 指当时环境、情境、生活方式、行为、人际关系、角色适应等。

(4) 心理方面: 如“便秘”可能是与患者处于较严重的抑郁状态有关。

(5) 年龄因素: 指在生长发育或成熟过程中与年龄有关的因素。



考点提示

注意护理诊断的定义及组成。

(四) 护理诊断的陈述

护理诊断主要有以下 3 种陈述方式。

1. 三部分陈述 具有 P、S、E 3 个部分, 即 PSE 公式, 其中, P (problem) 代表健康问题, 即护理诊断的名称; S (symptoms and signs) 代表症状和体征, 也包括实验室、器械检查结果即诊断依据; E (etiology) 代表病因, 即相关因素。三部分陈述多用于对现存的护理诊断的陈述。

例如: 气体交换受损 (P): 呼吸困难 (S) 与阻塞性肺气肿有关 (E)。

2. 两部分陈述 即 PE 公式, 只有护理诊断名称和相关因素, 没有临床表现。多用于对危险性护理诊断的陈述。

例如: 有便秘的危险 (P) 与纤维素摄入不足有关 (E)。

3. 一部分陈述 只有 P, 即不存在相关因素, 多用于对健康性护理诊断的陈述。

例如: 有精神安适增进的趋势 (P)。

(五) 合作性问题

合作性问题就是需要护理、医疗合作共同解决的问题, 如在临床护理实践中, 存在某些虽未被包含在现有护理诊断中, 但确实需护理干预的情况, 同时又需医疗解决的,

这些情况就属于合作性问题，临床上主要是指一些潜在并发症，所以，合作性问题的陈述常在其前加上“潜在并发症”5个字，如潜在并发症：出血，潜在并发症：肺性脑病。

（六）护理诊断的提出及排序

将分析资料时发现的异常资料与护理诊断的诊断依据进行比较，如相符合，则可做出诊断。被评估者可以存在多个护理诊断，应根据问题的轻重缓急对护理诊断及合作性问题进行排序。一般按照优先诊断、次优诊断、其他诊断的顺序排列。

1. 优先诊断 优先诊断是指会直接威胁患者生命，需要立即采取措施者。主要指那些与呼吸、循环问题或生命征异常有关的护理诊断。

2. 次优诊断 次优诊断是指虽不直接威胁患者生命，但需要及早采取措施，以避免情况进一步恶化者。主要指那些与意识障碍、急性疼痛、急性排尿障碍、高钾血症、有感染和受伤的危险，以及诸如糖尿病患者未注射胰岛素需及时处理等有关的护理诊断。

3. 其他诊断 其他诊断并非不重要，而是指在护理安排中可以放在后面考虑，如知识缺乏、活动耐力下降、家庭应对障碍等。

值得注意的是，有危险但尚未出现的问题不一定都是不应首先考虑的问题。如白血病患者化疗期间应首先考虑到患者“有感染的危险”，还应该注意的主次顺序在疾病的全过程中随着病情的发展而变化。



（职业技能）

护理诊断能为确立护理目标、制定护理措施提供依据，故如何整理、分析、归纳收集的健康资料，提出准确的护理诊断，是护理人员必须掌握的职业技能之一。

（七）常用护理诊断

1. 肥胖 与缺乏基本的营养知识、不良饮食习惯、将饮食作为应对机制、活动量少、代谢紊乱、药物的副作用所致的食欲亢进等有关。

2. 营养失调：低于机体需要量 与摄入食物困难、消化食物困难、营养物质吸收障碍、代谢需要量增多、食欲减退、缺乏营养知识、节食减肥过度、呕吐腹泻、异食癖有关。

3. 有感染的危险 与皮肤损害、白细胞减少、炎症反应受抑制、免疫抑制、免疫缺陷、营养不良、慢性消耗性疾病、创伤性检查或治疗、药物因素、预防知识缺乏等有关。

4. 体温过高 与暴露于高热环境中、药物或麻醉、代谢率增高、感染性疾病或外伤、脱水、排汗能力降低或丧失等有关。

5. 便秘 与液体摄入量不足、饮食中缺乏粗纤维、活动量少、生活规律改变、药物影响（滥用缓泻剂或药物副作用）、疾病影响（如痔疮、肛裂）、妊娠、神经性疾病所致感觉运动障碍、代谢障碍、应激事件所致的情绪剧烈波动等有关。

6. 腹泻 与肠道内、外感染性疾病、营养障碍或吸收不良、内分泌代谢疾病、饮食不当、药物副作用、放疗反应、应激状态等有关。

7. 排尿障碍 与泌尿道感染、结石、肿瘤、外伤有关；与前列腺肥大、先天性尿路

畸形、神经性损伤或疾病所致的感觉、运动障碍有关；与药物影响、环境影响、膀胱容量异常有关。

8. 体液过多 与液体或钠盐摄入量过多、肾衰竭、心力衰竭、肝功能衰竭、营养不良、内分泌疾病、蛋白质丢失过多、药物影响、妊娠、体位等有关。

9. 体液不足 与体液丢失过多、液体摄入量不足、调节机制障碍、代谢异常等有关。

10. 有体液不足的危险 与有体液丢失过多的因素存在（如腹泻、呕吐、失血、多尿）、有影响液体摄入和吸收的因素存在（如昏迷、禁食）、有液体需要量增加的因素存在（如代谢增高状态）、药物影响（如利尿剂、导泻剂的使用）、体重过重或过轻等有关。

11. 心输出量减少 与心脏负荷加重、心肌收缩力减弱、心律失常、缺氧、药物的影响等有关。

12. 气体交换障碍 与肺部感染所致的呼吸道阻塞、肺部广泛病变所致有效呼吸面积减少、肺组织弹性下降、肺泡表面活性物质减少或缺乏、血红蛋白变性携氧能力下降、供氧不足等有关。

13. 清理呼吸道无效 与呼吸道感染分泌物多且黏稠阻塞气道、支气管阻塞（呼吸道平滑肌痉挛、误吸异物等）、惧怕咳嗽导致疼痛、体质虚弱无力咳嗽、神经系统疾病所致咳嗽反射减弱或消失、药物抑制咳嗽中枢等有关。

14. 低效性呼吸型态 与神经肌肉损伤、疼痛、骨骼肌肉受损、精神因素、中毒、疲乏无力、气道阻塞等有关。

15. 有受伤的危险 与适应和调节功能降低（如感觉功能紊乱、神经功能紊乱）、免疫功能异常、缺氧、营养不良、贫血、个体活动能力障碍、环境中有不安全因素存在、缺乏安全防护知识、疾病或意识障碍影响、药物影响、年龄因素等有关。

16. 有失用综合征的危险 与瘫痪、机械因素限制不能活动、医疗限制不能活动、剧烈疼痛、意识障碍等有关。

17. 组织完整性受损 与疾病因素（如某些风湿性疾病、心力衰竭、肝肾衰竭、出血性疾病、营养不良、水肿、皮肤病等）、化学性损伤（如排泄物、分泌物、药物以及其他有害物质）、温度异常（如烫伤、烧伤、冻伤）、机械性损伤（如挤压伤、擦伤、刀割伤）、放射性损伤、医疗操作性损伤（如手术切口、插管、穿刺）、其他损伤（如蛇咬伤、电击伤等）有关。

18. 皮肤完整性受损 相关因素同组织完整性受损。

19. 有皮肤完整性受损的危险 与环境温度过高或过低、机械因素、化学因素、放射治疗、躯体感觉或活动障碍、环境潮湿、大小便失禁、营养不良、血液循环不良、免疫因素、代谢因素、药物因素、年龄因素等有关。

20. 口腔黏膜受损 与口腔感染、头颈部放疗、脱水、化学性损伤（如酸性食物、碱性物质、药物、有害物质）、机械性损伤（如不合适的义齿、支架、气管插管）、禁食时间长、不良口腔卫生、长时间用口呼吸、营养不良等有关。

21. 语言沟通障碍 与脑部疾病、气管切开或插管、喉部病变、口腔畸形或缺陷、

声带水肿或麻痹、心理障碍、年龄因素等有关。

22. 社交孤立 与疾病所致的活动受限、身体残缺、精神异常有关；与患有需严格长时间隔离的传染病有关；与躯体散发出不良气味、社会行为不被接受（如吸毒、药瘾、酒癖）、人际关系陌生等有关。

23. 个人应对无效 与外界环境发生重大变化（如地震、意外灾害）、感情受到挫折、个人处境或心理素质不佳、各种压力负担过重、躯体功能障碍等有关。

24. 躯体活动障碍 与肌力下降、疼痛、感知或认知受损、神经肌肉受损、严重的抑郁或焦虑等有关。

25. 活动无耐力 与缺氧性疾病（如心肺疾病、贫血）、慢性消耗性疾病、长期卧床活动量减少、工作生活负荷过重、药物影响等因素有关。

26. 睡眠型态紊乱 与疾病影响（如心肺疾病所致的供氧不足、神经衰弱）、应激状态、工作或经济负荷过重、环境改变、焦虑、恐惧等有关。

27. 疼痛 与生物、化学、物理的损伤因素、心理因素等有关。

28. 焦虑 与有关生命的各种因素（如食物、睡眠）的冲突、自我概念的威胁（如社会地位、事业、财物、伦理道德等）、健康或死亡的威胁、失去或离开亲朋好友的威胁、环境及人际关系的威胁、安全的威胁、不能满足各种需要等有关。

29. 恐惧 与躯体部分残缺或功能丧失、严重疾病（如癌症）、疾病晚期或濒临死亡、环境因素、心理因素等有关。



案例评析

知识链接

护理诊断与医疗诊断的区别：医疗诊断是医疗使用的名词，是医生能够解决的、用于确定一个具体疾病或病理状态，便于临床治疗，它侧重于对疾病的本质做出判断，做出病因、病理解剖、病理生理诊断，如：糖尿病、肝硬化；护理诊断是护理使用的名词，是护士能够解决的、用于确定个体或人群对健康问题的现存或潜在的反应，便于指导护理，它侧重于对患者现存的或潜在的健康问题或疾病的反应做出判断。如糖尿病患者可有营养失调低于机体需要量的护理诊断；肝硬化患者可有体液过多的护理诊断。



直击护考



选择题

A1/A2 型题

1. 护理评估的最终目的是（ ）。
 - A. 取得患者的信任
 - B. 全面采集患者的资料
 - C. 结合病史做出医疗诊断
 - D. 纠正医生不妥的诊断
 - E. 解决病人的健康问题

2. 护理诊断描述的内容是 ()。

- A. 患者对健康问题所做出的心身反应
- B. 患者所患疾病的病理解剖变化
- C. 患者所患疾病的病理、生理状态
- D. 患者生活中诱发疾病的不健康行为
- E. 患者对生命健康的愿望

3. 下列哪项主诉最准确 ()。

- A. 发热 3 天, 昏迷 1 小时
- B. 慢性咳嗽咳痰多年
- C. 水肿 1 月, 心悸 2 月
- D. 右下腹痛伴呕吐
- E. 昨起胸痛、咳嗽、发热

4. 护理诊断的构成包括 ()。

- A. 名称
- B. 定义
- C. 健康问题
- D. 诊断依据
- E. 相关因素

5. 语言沟通的主要媒介是 ()。

- A. 表情
- B. 眼神
- C. 文字
- D. 手势
- E. 姿势

A3/A4 型题

(6~7 题共用题干)

患者, 女性, 68 岁。2 型糖尿病 15 年, 皮下注射胰岛素控制血糖。入院时大汗淋漓、高热、呼出气体呈烂苹果味。住院治疗 1 周, 血糖控制在正常范围。

6. 患者“呼出气体呈烂苹果味”, 收集此资料的方法属于 ()。

- A. 视觉观察法
- B. 触觉观察法
- C. 听觉观察法
- D. 嗅觉观察法
- E. 味觉观察法

7. 患者认为出院后不需监测血糖, 此时患者的主要护理问题是 ()。

- A. 潜在的血糖升高
- B. 感染的危险
- C. 知识缺乏
- D. 食欲下降
- E. 不合作

(8~9 题共用题干)

患者, 男性, 43 岁。因腹痛伴发热、恶心呕吐, 以“急性胃肠炎”收住院。入院时患者呈急性面容, 精神萎靡, 查体: 体温 38.1℃, 粪便呈水样。

8. 属于主观资料的是 ()。

- A. 水样粪便
- B. 恶心、呕吐
- C. 体温 38.1℃
- D. 腹痛
- E. 急性面容

9. 对该患者首先应解决的护理问题是 ()。

- A. 精神萎靡
- B. 疼痛
- C. 焦虑
- D. 发热: 体温 38.1℃
- E. 体液不足



NANDA 护理
诊断一览表