21世纪医学类规划新教材

健康评估

JIANKANGPINGGU

主 编 董荟 杨辉

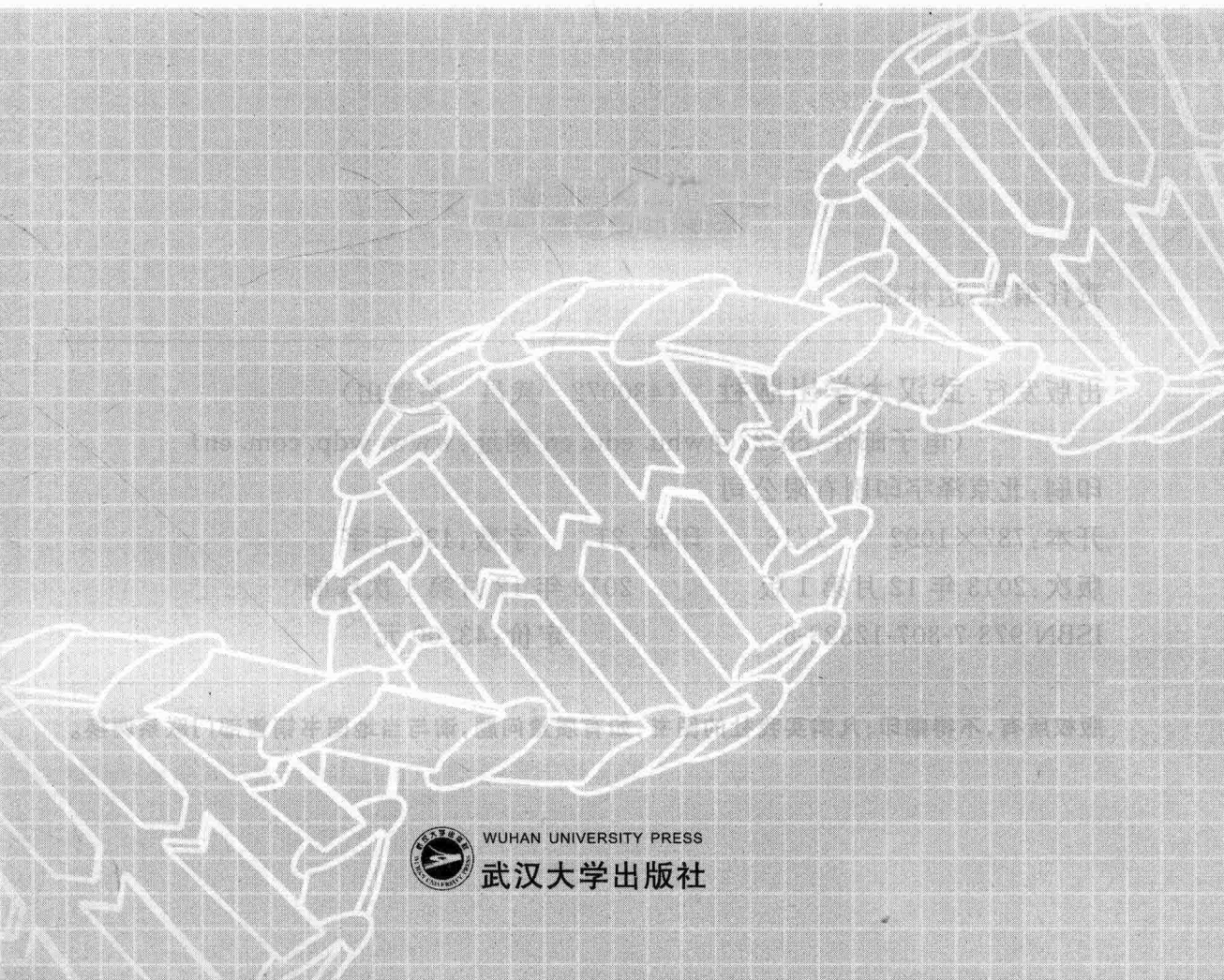
WUHAN UNIVERSITY PRESS
武汉大学出版社

21世纪医学类规划新教材

健康评估

JIANKANGPINGGU

主 编 董荟 杨辉



WUHAN UNIVERSITY PRESS
武汉大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/董荟,杨辉主编.—武汉:武汉大学出版社,2013.12
ISBN 978-7-307-12323-6

Ⅰ.健… Ⅱ.①董… ②杨… Ⅲ.健康—评估—高等学校—教材 Ⅳ.R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 312841 号

责任编辑:边林娜

出版发行:**武汉大学出版社** (430072 武昌 珞珈山)
(电子邮件:cbs22@whu.edu.cn 网址:www.wdp.com.cn)
印刷:北京泽宇印刷有限公司
开本:787×1092 1/16 印张:21 字数:436 千字
版次:2013 年 12 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 次印刷
ISBN 978-7-307-12323-6 定价:43.00 元

内 容 简 介

本书是在贯彻落实《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010—2020)》的前提下,经过长期调研,根据我国应用型职业教育要求,针对医学院校学生的教学特点,结合教学实践编写而成。

按照科学、实用的原则,本书分为11章,包括绪论、健康评估的方法、常见症状评估、身体评估、心理评估、社会评估、心电图检查、影像学检查、实验室检查、资料分析与护理诊断、护理病历书写。这11章内容系统地讲解了健康评估的知识,内容丰富、重点突出、图文并茂、构思新颖,能够为学生建立起理论联系实践的桥梁,提高学生应用健康评估理论来认识和处理临床实际问题的能力。

本书可作为医学院校临床医学、护理、助产、药剂、口腔、检验、影像技术等专业教材,亦可作为社会从业人员的参考读物和培训教材。

前言

护理学专业曾一直沿用临床医学专业的《诊断学》教材长达二十年之久，自2001年《健康评估》被正式纳入我国高等护理学专业规划教材体系，并于2002年护理本科《健康评估》教材问世，《健康评估》亦成为护理学专业学生的必修课程。

在全国高等教材建设研究会、护理学专业教材评审委员会和卫生部教材办公室的组织规划下，为将整体护理的理念进一步贯彻，将护理流程作为编写顺序，重点强调功能性健康型态，培养学生整体护理评估临床思维的思维模式，以患者的护理需要、患者问题为中心，初步提出护理诊断，监测和判断病情变化的能力。

健康评估是现代护理学的主干课程，是护理程序的第一个步骤，是护理程序的基础，健康评估是护理专业学生的职业基础课程，既是护理过程的起点，又贯穿于护理过程的始终，是基础医学向临床护理过渡的桥梁课程。因此，护士要完成独立性功能范围内的工作所需的知识和技能必须通过健康评估的课程来培养，它是护生的必修课程，一定要重视。

本教材的编写体现了职业教育培养理念，注重教材与教育目的和培养目标的一致性，致力于培养学生的创新思维和实践能力，训练学生从身体、心理、社会等全方面收集资料，进行以人为中心的评估，结合实验室及其他检查的结果，从护理的角度对患者现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应作出护理诊断，随时监测和判断病情变化，为护理目标的进一步确立，制订护理措施奠定基础。本教材既体现了基础理论、基本知识和基本技能“三基”巧妙的融合，又满足了护理专业的特定需要。

本教材每一章设置了本章导读，为护生更好地由浅入深了解一章内容作了铺垫；目标透视使护生清晰的认识到哪些理论是学习的重点；知识链接使护生可以再纵横深入地拓展知识面；本章小结，在学习一章之后，回顾一下重点，相信大家会对学过的知识有一个更深刻的体会；思考题，在学习知识之后不要忘记来检测一下自己所学的内容。本书的编写不是主要培养学生诊断与鉴别诊断疾病的能力，而是培养学生从护理角度作出护理诊断及监测和判

断病情变化的能力，具有很强的护理特征。

鉴于编写时间紧迫，编者的知识能力有限，书中难免存在不足之处，敬请广大师生和读者不吝赐教，以便在下次修订时进一步完善。

编　者

2013 年 7 月

目录

第一章 绪 论

本章导读

健康评估(health assessment)是从护理的角度研究诊断个体、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题,或生命过程反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的一门学科,它作为护理程序的首要环节,是护理学基础与临床护理学的桥梁课程,是临床专科护理的基础,有较强的实践性和操作性。健康评估的任务是通过教学使护生在已有的医学基础课程及护理程序基本概念的基础上,以患者为中心,掌握身体、心理和社会健康评估的原理和方法,学会收集、综合、分析资料,为提出护理诊断、确立护理目标、制订护理措施奠定基础。所以,护理人员应学会健康评估的各种方法,得到患者的第一手资料,及时给予其身心全面的、高质量的综合护理,达到促进健康、预防疾病、协助康复、减轻痛苦的目的。

目标透视

1. 了解健康评估的学习方法和基本要求。
2. 熟悉健康评估的内容。
3. 掌握健康评估的概念。

第一节 健康评估的内容

健康评估的内容包括健康评估方法、常规症状评估、身体评估、心理评估、社会评估、心电图检查、影像学检查、实验室检查及护理病历书写等。

一、健康评估方法

健康评估是一个有计划地、系统地收集有关评估对象的健康资料,并对资料的价值进行判断的过程。常用方法有交谈、身体评估、实验室和器械检查评估等,其中最常用和最基本

的方法是交谈和身体评估。

二、常见症状评估

症状是指患者主观感受不适、痛苦的异常感觉或某些客观病态改变，如疼痛、眩晕、发热、恶心等。症状作为主观资料，是健康史的重要组成部分。研究症状的发生、发展和演变过程，以及由此造成的患者身、心两方面的反应，对形成护理诊断、指导临床护理监测起着重要的作用。

三、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（如听诊器、叩诊锤、体温计等）对评估者进行细致的观察和检查，找出正常或异常征象的评估方法。客观检查到的病态变化为体征，如肝脾大、心脏杂音等。身体评估以解剖生理和病理学等为基础，是一种技巧性很强的技能。

四、心理及社会评估

心理及社会评估是通过心理测量学方法对个体的心理活动与心理特征以及社会状况进行评估。心理、社会功能与人的生理健康是紧密相关的，通过这种评估为制订、促进和维护心理健康护理措施提供依据。

五、心电图检查

心电图是指心电图机将心脏每一个心电周期的生物电变化通过体表记录下来的曲线。心电图检查是临床上应用最广泛的检查之一，对各种心律失常的诊断分析具有肯定价值；其特征性心电图改变和演变是诊断心肌梗死可靠而实用的方法；可协助心脏房室肥大、心肌缺血、药物作用和电解质紊乱的诊断。心电图和心电监护不仅应用于心血管疾病，而且还广泛应用于手术麻醉、用药观察、重危急症患者抢救、运动和航天等领域。

六、影像学检查

影像学检查包括放射学检查、超声检查和放射性核素检查三个部分。这些检查可为健康评估提供有效的依据，护士应了解或熟悉其工作原理，常见的正常、异常图像及临床意义，做好相应的检查准备，保证检查结果的可靠性。

七、实验室检查

实验室检查是应用物理学、化学、生物化学、生物学、微生物学、细胞学、免疫学及遗传学等学科的实验技术，对被评估者的血液、体液、排泄物、分泌物、脱落物、穿刺物等标本进行检测，以获得直接或间接反映机体功能状态、病理变化及病因等方面的资料，对协助疾病诊断、预后，观察病情，制订治疗方案及护理措施等具有重要作用。护士应熟悉常用实验室检查的目的及检查结果的意义，学会各种标本的采集、保存和运输，减少实验结果的误差。

八、护理病历书写

护理病历书写是护士对所收集的资料，进行分析、归纳和整理，作出客观、全面的护理诊断，按照格式规范化书写的记录，是从事护理工作的基本技能。通过教学和临床实践，使学生逐步掌握护理病历的书写内容及要求。学生应通过教学及临床实践，掌握护理病历的书写内容、要求，并以此培养临床思维能力。

第二节 健康评估的学习方法和要求

一、健康评估的学习方法

健康评估是一门实践性很强的课程，是临床各科护理学的基础课，为临床护理学服务，因此，必须贯穿于整个临床护理教学的全过程。教学方式与基础课比较有明显的不同，除需要掌握基本概念、基本知识外，还必须反复实践，使基本技能达到娴熟、准确的程度。健康评估的教学方法如下：

1. 课堂理论教学。
2. 实验实践教学。
3. 临床见习。
4. 课外辅导。

二、学习健康评估的基本要求

1. 基本概念清楚，基本技能熟练，基本知识牢固。
2. 在深入领会问诊方法和各症状相关基础理论的基础上，能独立进行系统问诊，发现和收集患者的异常征象。
3. 能独立进行系统、全面和规范的体格检查，检查结果应达到准确的程度。
4. 熟悉常用临床实验室检查项目，标本采集的要求、注意事项、参考值范围及其异常改变的临床意义。
5. 掌握心电图机的操作和正常心电图及异常心电图图形的分析。
6. 了解影像学检查前患者的准备和检查结果的临床意义。
7. 能根据病史、体格检查、实验室及其他辅助检查结果，按照诊断程序进行分析与综合，作出护理诊断，并予以正确的记录。

本章小结

健康评估是研究诊断个体、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题，或生命过程反应的

基本理论、基本技能和临床思维方法的学科。内容包括健康评估的方法、常见症状评估、身体评估、心理评估、社会评估、心电图检查、影像学检查、实验室检查、护理病历书写等。健康评估是一门实践性很强的课程，是临床各科护理学的基础，必须将其贯穿于整个临床护理教学的全过程。

思考题

一、选择题

1. 健康评估的内容不包括 ( )

A. 症状评估　B. 身体评估　C. 实验室检查
D. 护理病历书写　E. 临床诊断

2. 患者，男，48 岁，发作性胸骨后疼痛 3 小时入院，怀疑为“心绞痛”，下列哪种方法可明确诊断 ( )

A. 交谈　B. 心理与社会评估　C. 实验室检查
D. 心电图检查　E. 胸部 X 线检查

3. 影像学检查不包括 ( )

A. 放射学检查　B. 肾功能检查　C. 胸片检查
D. 超声检查　E. 放射性核素检查

4. 下列各项临床表现不属于体征的是 ( )

A. 淤点　B. 皮疹　C. 发热
D. 肝脾大　E. 心脏杂音

5. 实验室检查不包括 ( )

A. 血液检查　B. 肾功能检查　C. 血糖检查
D. 肝功能检查　E. 胸片检查

6. 下列各项临床表现不属于症状的是 ( )

A. 头痛　B. 咳嗽　C. 皮疹
D. 发热　E. 呼吸困难

二、问答题

1. 健康评估的概念是什么？学习健康评估的基本要求包括哪些？
2. 健康评估的内容包括哪些？
3. 症状和体征有何不同？

第二章　健康评估的方法

本章导读

健康评估是一个有计划地、系统地收集评估对象的主、客观资料，并对资料的价值进行整理、分析和判断以确定其健康情况的过程，从而进一步提出护理诊断，为制订和实施护理计划及其评价提供依据。健康评估是护理程序的基础，既是护理过程的起点，又贯穿于护理过程的始终，是一个连续的、动态的过程。所以，健康评估所要收集的资料应全面、准确。既包括评估对象的身体健康，还包括其心理、社会健康；不仅要有评估对象健康状况的主观资料，还要有相关的客观资料。评估者必须明确健康评估的内容，掌握有关健康评估的方法和技巧，以收集和组织健康资料。

目标透视

1. 了解健康资料的来源、类型以及收集健康资料的方法。

2. 熟悉会谈的注意事项和方式。

3. 掌握：主观性资料、客观性资料、症状、体征的概念；收集健康资料的会谈技巧；健康史的内容；身体评估的基本方法。

第一节　健康资料的来源和类型

健康评估所要收集的资料包括主观资料和客观资料。为使所收集的资料准确、全面和客观，评估者必须明确资料的来源、资料的收集方法和技巧、资料的分类和价值。

一、健康资料的来源

评估者在收集健康资料的过程中，其资料可来源于以下几个方面：

1. 被评估者本人　被评估者本人是健康资料的主要来源。只要被评估者意识清楚、精神稳定，又非婴幼儿，就可以作为收集资料的来源。如患病后的感受、对健康的认识及需求、

对治疗及护理的期望等，这些资料只有被评估者最清楚，表述也最准确，因此最为可靠。

2. 被评估者的亲属或与之关系密切者　如配偶、父母、子女、兄弟姐妹、亲朋好友、同事、老师、邻居及保姆等。他们对被评估者的生活或工作环境、既往的生活习惯、身心健康状况等有较好的了解，这些资料对确定护理诊断、制订护理计划等有重要的参考价值。

3. 目击者　指目睹被评估者发病或受伤过程的人员，可提供有关的病因、被评估者当时的状况及其进展等资料。

4. 其他卫生保健人员　与被评估者有关的主管医师、心理医师、营养师、理疗师及其他护理人员等，可了解其有关的诊疗措施、从医行为等。

5. 目前的、既往的健康记录或病历　如出生记录、儿童预防接种记录、健康体检记录、病历记录等，可印证被评估者等所提供资料的准确性。

6. 实验室及其他检查报告　指各种实验室检查结果、影像学检查、心电图检查报告等。

二、健康资料的类型

健康评估所收集的资料可以是被评估者或有关人员的主观描述，也可以是身体评估、器械检查或实验室等辅助检查的结果。为了更好地分析和利用资料，可根据其不同的特点加以分类，其中最常用的是根据收集资料方法的不同，将其分为主观资料和客观资料。

1. 主观资料　是指被评估者对于健康状态的主观感觉和情绪体验。通过与被评估者及其有关人员交谈获得的资料，包括被评估者的主诉、亲属的代诉及经提问而获得的有关被评估者健康状况的描述。主观资料不能被评估者直接观察或检查。如疼痛的程度及性质等。被评估者主观感知并表达不适或异常，称为症状(symptom)，是主观资料的重要组成部分。

2. 客观资料　指经过观察、体检以及实验室或器械检查等所得到的有关被评估者健康状况的资料。被评估者患病后机体的体表或内部结构发生的可以客观检查到的病态表现称之为体征(sign)，如肝脾大、面色苍白等。体征是形成护理诊断的主要依据。

健康评估的过程中，主观资料可以指导客观资料的收集，客观资料可以进一步证实或补充主观资料。主观资料和客观资料同等重要，两者都是护理诊断依据的重要来源。

此外，目前资料和既往资料也是常用到的健康资料。目前资料是指现在发生的有关疾病的状况；既往资料是指在此之前发生的有关疾病的状况。目前资料和既往资料对照比较，有助于问题的确定或排除。

第二节　健康资料的收集方法

收集资料的方法有很多，包括观察、与被评估者交谈、身体评估、有关辅助检查结果以及查阅既往资料等，其中最常用、最基本的是交谈和身体评估。

一、观察

观察是指利用感官获得资料，并对资料的价值作出判断的过程。这些资料包括有关被评估者、被评估者家属、被评估者所处环境等信息。观察在初次接触被评估者时即开始，贯穿于整个诊疗护理过程中。实际上，评估者在交谈和身体评估的过程中，可以同时运用观察的方法。

二、交谈

交谈是通过与患者或其他有关人员的语言交流来获得患者资料的方法，是采集病史的最重要手段，是获取主观资料的重要途径。交谈是一个双向性的交流过程，它的顺利进行能为整个评估打下良好的基础。

（一）交谈的目的

护理评估中的交谈是发生在评估者与被评估者之间的、目标明确地、正式和有序的交谈过程。其目的是了解被评估者的健康观念、功能状况、社会背景及其他与健康、治疗和疾病相关的因素等，以收集、诊断被评估者对健康状态、健康问题现存或潜在反应的病史资料。通过交谈所得到的有关被评估者的健康史是主观资料。

知识链接

护理交谈的侧重点：护理交谈和医疗问诊是不同的。护理交谈侧重点在于被评估者的健康观念、功能状况、社会背景以及与健康、治疗相关的因素等，以收集被评估者对健康状态、健康问题现存的或潜在反应的病史资料。

（二）交谈的方式

交谈的方式包括正式交谈和非正式交谈。

1. 正式交谈　指提前通知被评估者，有目的、有计划地交谈。这种交谈方式可以让评估者在短时间内有效的收集到所需的资料。正式交谈一般分四个阶段。①准备和计划阶段：制订交谈提纲，备齐所需物品，提供良好气氛，提高交谈效果；②开始面谈：收集资料的开始，首先介绍自己，并交代交谈的目的和所需的时间；③交谈中期：证实或核实资料，对于不清楚的问题可再次提问以核对清楚；④交谈末期：分析和整理资料，正式交谈结束。

2. 非正式交谈　指被评估者与评估者之间的随意交谈，评估者不指示或干扰谈话的主题及取向。被评估者自由表达，评估者可从中了解多种信息，交谈的效果取决于交谈双方的信任程度。