



全国高职高专医学院校规划教材

健康评估

JIANKANG PINGGU

主 编 刘亚莉

副主编 于洪宇 黄金凤 李少民 李小英



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

全国高职高专医学院校规划教材

健康评估

供护理、助产专业使用

JIANKANG PINGGU

主 编 刘亚莉

副主编 于洪宇 黄金凤 李少民 李小英

编 者 (以姓氏笔画为序)

于洪宇 (辽宁医学院)

王金萍 (徐州医学院)

刘亚莉 (辽宁医药职业学院)

刘明文 (淮北职业技术学院)

李 娜 (长治医学院)

李小英 (安阳职业技术学院)

李少民 (安阳职业技术学院)

李龙骁 (辽宁医药职业学院)

李玉婷 (江西中医药高等专科学校)

谷芳秋 (辽宁医学院)

易佳丽 (辽宁医药职业学院)

徐志英 (江西中医药高等专科学校)

黄金凤 (长春医学高等专科学校)



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书以现代护理理论为指导,以护理程序为框架,根据高职高专护理专业的教学特点和培养目标而编写。全书共分10章,内容包括绪论、健康资料、健康史评估、常见症状评估、身体评估、心理和社会评估、实验室检查、器械检查、护理诊断与思维和健康评估记录等。

本书可供高职高专院校,成人高校护理、助产专业学生选用,也可供临床护理人员在工作时参考。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/刘亚莉主编. —上海:第二军医大学出版社,2015.3

ISBN 978-7-5481-1024-8

I. ①健… II. ①刘… III. ①健康—评估
IV. ①R471

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第028952号

出 版 人 陆小新

责任编辑 画 恒 高 标

健 康 评 估

主 编 刘亚莉

第二军医大学出版社出版发行

<http://www.smmup.cn>

上海市翔殷路800号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

· 全国各地新华书店经销

江苏天源印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:14 字数:360千字

2015年3月第1版 2015年3月第1次印刷

ISBN 978-7-5481-1024-8/R·1763

定价:32.00元

前言

PREFACE

本书是护理专业的核心课程,是护理专业学生学习其他临床护理课程的基础。随着健康观念和现代护理模式的转变,为护理对象提供高质量的、以人为中心的、以护理程序为指导的系统化整体护理已得到普遍的认可。护理程序始于健康评估,正确、全面、重点的评估是正确实施有效护理的基础。

根据高职高专护理类教育培养目标和技能要求,本书在编写的过程中着重坚持以“德育为先、能力为重”的教育理念构建教材内容体系,注重整体护理观,强化对学生人文素质和健康评估基本能力的培养;注重基本知识与新知识、新技术、新方法的结合,紧密联系护士职业标准和岗位要求,丰富实践教学内容,增加教材的指导性;体现“三基”“五性”以及“全面、实用、准确、精炼、新颖”等特点,服务后续课程、服务临床。

全书共分为 10 章,内容包括绪论、健康资料、健康史评估、常见症状评估、身体评估、心理和社会评估、实验室检查、器械检查、护理诊断与思维和健康评估记录。以“健康评估的基本技能”为主线,以“护理诊断思维”为核心,以“规范化操作”为重点,主要培养护生的动手能力以及临床思维能力,提高工作能力。

本书编者均为护理专业和临床医学专业的中青年骨干教师,有丰富的第一线教学经验,他们严谨的作风、辛勤敬业为编写好教材打下良好的基础,但由于编者水平有限,差错纰漏在所难免,敬请广大师生和临床护理工作者批评斧正,并致谢意。

编者

2014 年 12 月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 健康评估的内容与方法	(2)
第三节 健康评估的学习方法和要点	(3)
第二章 健康资料	(4)
第一节 健康资料的类型与来源	(4)
第二节 健康资料的内容	(5)
第三章 健康史评估	(6)
第一节 健康史的内容	(6)
第二节 健康史的评估方法	(8)
第四章 常见症状评估	(11)
第一节 发热	(11)
第二节 疼痛	(14)
第三节 水肿	(18)
第四节 皮肤黏膜出血	(20)
第五节 咳嗽与咳痰	(21)
第六节 咯血	(23)
第七节 发绀	(24)
第八节 呼吸困难	(26)
第九节 心悸	(28)
第十节 恶心与呕吐	(29)
第十一节 呕血与黑便	(30)
第十二节 便血	(32)
第十三节 腹泻	(34)
第十四节 便秘	(35)
第十五节 黄疸	(36)
第十六节 血尿	(39)
第十七节 尿急、尿频与尿痛	(41)
第十八节 抽搐与惊厥	(42)

第十九节 意识障碍	(43)
第五章 身体评估	(46)
第一节 概述	(46)
第二节 全身状态的检查	(50)
第三节 皮肤	(58)
第四节 浅表淋巴结	(61)
第五节 头部	(62)
第六节 颈部	(68)
第七节 胸部	(70)
第八节 腹部评估	(88)
第九节 肛门、直肠和生殖器评估	(98)
第十节 脊柱与四肢评估	(102)
第十一节 神经系统评估	(106)
第十二节 全身身体评估	(111)
第六章 心理和社会评估	(119)
第一节 心理评估	(119)
第二节 社会评估	(125)
第七章 实验室检查	(131)
第一节 概论	(131)
第二节 临床血液学检查	(134)
第三节 排泄物、分泌物及体液检查	(145)
第四节 肾功能检查	(157)
第五节 肝功能检查	(160)
第六节 临床常用的生物化学检查	(163)
第七节 临床常用免疫学检查	(168)
第八章 器械检查	(171)
第一节 心电图检查	(171)
第二节 影像学检查	(192)
第九章 护理诊断与思维	(207)
第一节 护理诊断	(207)
第二节 护理诊断的步骤与思维方法	(211)
第十章 健康评估记录	(213)
第一节 健康评估记录书写的意义及基本要求	(213)
第二节 健康评估记录的格式与内容	(214)
参考文献	(217)

第一章 绪 论

第一节 概 述

健康评估(health assessment)是研究患者的主客观资料,以确定其护理需要的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科,是护理专业的重要课程之一,也是学习临床护理课程的基础。

随着健康观念的转变,人们对卫生保健服务的需求不断提高,为患者提供高质量的护理服务,实施以患者为中心,以护理程序为基础的整体护理已成为当今的护理理念。护理程序是由评估、诊断、计划、实施和评价所组成的循序渐进、不断重复的动态过程,其中健康评估是护理程序的第一步,是最重要、最关键的环节,贯穿于整个护理过程中。全面、完整、正确的评估是保证高质量护理的先决条件。

一、健康评估的起源和发展

19 世纪中叶, Florence Nightingale 视评估为“对疾病的观察”,由于护士有较医生更多的时间在患者床边观察其病情变化,所以她特别强调护理观察和护患交流的重要性。随着护理学的发展,护理的工作范围不断扩大,对护士的健康评估技能有了更高的要求,使护士在采集患者健康资料的基础上提供护理服务。但护士是否应该实施全面身体评估,健康评估的结果是否有助于实现护理目标,仍然存在一些争议。

20 世纪 50 年代, Lydia Hall 第一次提出了护理程序的概念。1967 年, Yara 和 Walsh 将护理程序划分为评估、计划、实施和评价四部分。同时, Black 在 1967 年的护理程序国际会议上,提出了护理评估的重点在于评估患者的需要,并提议采用 Maslow 人的需要论作为评估框架,指导护理评估,也确立了护理评估的四项原则:①评估是护理程序的第一步;②评估是一个系统的、有目的的护患互动过程;③护理评估的重点在于个体的功能能力,如日常生活能力;④评估过程包括采集资料和临床判断。

1982 年, Gordon 提出了具有明显护理特征的采集和组织资料的框架,即功能性健康型态。功能性健康型态使有明显护理特征的、系统的、标准化的健康资料的采集和分析方法成为可能,但其被接受的程度远远不及传统的医学评估模式在医疗评估过程中使用的那么普遍。

20 世纪 70 年代,美国已经将健康评估的内容引入教学计划中,以培养护士采集健康资料的方法和全面身体评估的技巧。20 世纪 80 年代至 90 年代,美国护理协会、澳大利亚护理联合会均强调护士必须具备整体护理评估的能力。在临床实践中,临床护士也意识到整体护理、入院患者的护理评估以及根据病情变化的及时评估的重要性,并且重视对健康评估结果的记录和使用。因此健康评估已成为临床护理实践的重要组成部分。

二、健康评估的概念

健康评估是论述评估个体、家庭或社区的现存或潜在健康问题的基本理论、基本技能和基本

方法的一门学科。它是通过被评估对象对健康问题或生命过程的反映来认识健康问题内在属性的一个程序,是基础护理学与临床护理学的桥梁课,是临床各科护理学的基础。

第二节 健康评估的内容与方法

随着基础科学和方法学的长足进步,临床评估的理论与方法亦飞速发展,趋于无创性、微量、自动化及数字化等。但健康评估必须强调其基础性、重要性及对护理专业的针对性,主要简述临床常用和基本的方法,包括健康评估方法、健康评估内容(健康史、常见症状评估、身体评估、心理评估与社会评估、实验室检查以及器械检查等)、资料分析与护理诊断、护理病历书写等。

一、健康评估内容

1. 健康史评估 健康史是生活中对患者心理和躯体健康产生影响的相关事件,是建立初步护理诊断的基础之一,也是护理诊断过程的第一步。在常规内容中,如一般资料、主诉、目前健康史、既往健康史、目前用药史、成长发展史及家族健康史、系统回顾等,简明介绍了《诊断学》中医护共用的必须知识,同时又赋予了护理特色。

2. 常见症状评估 症状(symptom)是人体对机体功能异常的主观感觉或自身体验。作为主观资料,症状应是交谈中重点收集并评估的内容。典型的症状有头昏、腹痛、恶心等。本章节将简述发热、疼痛等 19 个常见症状的基本概念、发生机制、病因,重点介绍临床上可收集到的资料、评估要点和相关护理诊断,以培养学生科学的思维方法和护理工作能力。

3. 身体评估 是获取护理诊断依据最重要的方法之一,是护士运用自己的感官或借助简单的工具,按照视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊等方法对患者进行细致的观察和系统的评估,以获取患者的客观资料,身体评估实为体征评估。体征(sign)是指评估者在对被评估者身体检查中发现的机体异常表现,如肝脾肿大、心脏杂音等。作为客观资料,体征是形成护理诊断的重要依据。

4. 心理和社会评估 心理和社会评估的目的、方法及内容,包括自我概念、认知、情绪与情感、个性、应激与应激应对、角色与角色适应、文化、家庭及环境等内容的评估。目的是让护士明了这部分内容在健康评估中的地位和学习它的目的,能初步运用其方法对相关内容进行评估以辅助临床护理诊断。

5. 实验室检查 实验室检查是通过物理、化学、生物学等实验方法对被评估者的血液、体液、排泄物、分泌物、组织等标本进行检查,以获得相关的病理改变或器官功能状态资料的方法。作为客观资料,其临床意义是不容忽视的。护士应熟悉常用实验室检查的目的及其检查结果的意义,学会标本采集方法。

6. 器械检查 心电图检查是诊断心血管疾病的重要方法,护士应学会心电图的操作技能,熟悉正常心电图与常见危重的异常心电图图形,明确其临床意义。影像学检查包括放射检查、磁共振成像检查、核医学检查及超声检查,它可对前述评估结果进行验证与补充,护士应初步了解影像学的基本原理,常见的正常、异常图像及其临床意义,熟悉常用检查的术前准备、术中及术后护理。

二、健康评估方法

常用方法有问诊、身体评估、实验室和器械检查评估等,最基础且常用的是前两种。

1. 问诊(inquiry) 是通过评估者与被评估者或知情人之间的交谈,以获取其所患疾病的发生、发展情况、诊治经过、既往身心健康情况等健康史进行评估的一种方法。要求护士运用有关的知识和技术,收集被评估者现存或潜在健康问题的资料,经过分析、整理,结合其他资料做出护理诊断。护士必须具有高尚的道德情操,良好的职业形象,兼容自然科学、人文科学、社会科学等多学科知识,善于人际沟通。问诊进行顺利,可为整个评估打下良好的基础。

2. 身体评估(physical assessment/physically examine) 基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊五种。对护理专业而言,视诊、触诊、嗅诊尤为重要,其次为听诊、叩诊。身体评估须以解剖学、病理学、人际沟通的知识为基础,并且操作性及技巧性较强,要求护士以爱心、责任心和娴熟的手法取得客观资料,以期获得正确的护理诊断,实施有效地护理。

第三节 健康评估的学习方法和要点

学习《健康评估》的目的在于掌握基本的护理诊断方法。正确的教学方式是达到预期目的的重要途径。《健康评估》的教学方式与基础课比较有很大不同,前者直接面对具有不同类型、不同程度健康问题的患者,其教学场所不仅仅在学校,更重要的应在医院、社区。护士通过学习,应该达到以下要求:

1) 体现以患者为中心的护理理念,明确学习目的,端正学习态度,关心、爱护、体贴患者,建立良好的护患关系。

2) 树立求实创新和批判性思维的学习精神,理论联系实际,勤学苦练,善于思考。

3) 基本概念要清楚、基本知识要牢固、基本技能要熟练。

4) 能独立进行系统而有针对性的问诊,能熟练掌握主诉、症状、体征之间的内在联系和临床意义。

5) 能以规范化进行系统、全面、重点、有序的身体评估。

6) 掌握常用实验室检查标本采集方法,熟悉实验室检查结果,常用器械检查结果及临床意义。

7) 能将健康评估结果进行系统的整理,按要求书写完整的护理病历,能根据所收集的资料做出初步的护理诊断。

第二章 健康资料

健康资料的分析与护理诊断的提出一般经过资料的采集、整理、分析与归纳以及护理诊断的提出4个步骤。采集健康资料是护理诊断的基础,护士采集的健康资料是否全面、正确,将直接影响护理诊断、护理计划的准确性。

第一节 健康资料的类型与来源

健康资料不仅包括患者的身体健康状况,还包括其心理、社会健康状况;不仅要获得患者健康资料的主观资料,还要获得相关的客观资料。

一、健康资料的类型

健康评估所采集的健康资料可以使患者或有关人员的主观描述,也可以是身体评估、实验室检查和器械检查结果等。可根据其不同特点加以分类:按健康资料的采集方法分为主观资料与客观资料,按健康资料提供时间分为目前资料和既往资料。

(一) 主观资料与客观资料

1. 主观资料 是通过问诊获得的健康资料,包括主诉、亲属的代诉及通过问诊而获得的有关健康状况,如患者对所患疾病的主观感觉、对各种症状的感受、对身体状况的评价、个人经历、健康问题的认识等。主观资料不能被观察或评估。

2. 客观资料 是指通过身体评估、实验室检查、器械检查等所获得的有关健康状况的结果。患病后机体发生了可以观察到或感触到的改变称为体征,如黄疸、肝脏肿大、心脏杂音等,这是形成护理诊断的重要依据。

健康评估的过程中,主观资料和客观资料相互支持,主观资料指导客观资料的采集,而客观资料则可进一步证实或补充所获得的主观资料。对于完整、全面的健康评估来说,主观资料和客观资料同等重要,两者都是形成护理诊断的重要来源。

(二) 目前资料与既往资料

1. 目前资料 是患者目前发生的有关健康问题的资料,包括患者的基本资料、现病史等。

2. 既往资料 是患者此次患病之前发生的有关健康问题的资料,包括既往史、治疗史和过敏史等。

二、健康资料的来源

(一) 主要来源

健康资料的主要来源是患者本人,如患病的经过、患病后的感受、对健康的认识与需求、对治

疗及护理的期望等。这些资料只有患者本人最为清楚,最能准确的加以描述,因此也最为可靠。

(二) 次要来源

除患者本人外,护士从其他人员或记录中获得所需资料,如患者家庭成员、事件的目击者、目前或以往的健康记录或病历等。

第二节 健康资料的内容

一、健康史

健康史是关于患者目前及既往的健康状况、影响健康状况的相关因素,以及对自己健康状况的认识与反应等主观和客观资料。与医疗的健康史不同的是,护士更关注患者对其健康状况以及因病所致的生活方式改变的反应。

二、身体评估结果

身体评估是指护士通过自己的感官或借助简单的工具,如听诊器、血压计、叩诊锤等简单的工具,对患者进行细致的观察和系统的评估,寻求机体正常或异常征象的评估方法。一般包括一般状态的评估,头颈部评估,胸部评估,腹部评估,神经系统评估,脊柱四肢评估,生殖器、肛门直肠评估等内容。

三、诊断性检查评估

诊断性检查包括实验室检查、心电图检查、脑电图检查、肺功能检查、影像学检查、内镜检查等。如选用恰当,诊断性结果对健康评估提供很大的帮助,尤其为形成准确的护理诊断提供重要的依据。在进行诊断性检查的同时,也要对患者进行有效的治疗。

要详细记录各项诊断性检查,尤其是和疾病密切相关的检查,如为院外检查,给予注明检查时间和“院外”字样。如入院前所做检查,应注明检查时间及地点。如门诊未做检查,可记录为“缺如”。

第三章 健康史评估

第一节 健康史的内容

健康史主要包括一般资料、主诉、现病史、既往史、用药史、成长发展史、家族史、系统回顾等。

一、一般资料

一般资料(general data)包括:姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、电话号码、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者不是本人,则应注明与患者的关系。记录年龄时应填写具体年龄,不能用“儿”或“成”代替。性别、年龄、职业等可为某些疾病的诊断提供有用的信息,文化程度、宗教信仰有助于了解患者对健康的态度及价值观。

二、主诉

主诉(chief complaint)为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状和(或)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应用一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如“咽痛、高热 2 天”,“畏寒、发热、咳嗽 3 天,加重伴右胸痛 2 天”,“活动后心慌气短 2 年,加重伴双下肢水肿 2 周”。记录主诉要简明,应尽可能用患者自己描述的症状,如“多饮、多食、多尿、消瘦 1 年”或“心悸、气短 2 年”等,而不是医生对患者的诊断用语,如“患糖尿病 1 年”或“心脏病 2 年”。对于病程较长、病情比较复杂的病例,不容易简单地将患者所述的主要不适作为主诉,应综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。对当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用以下方式记录主诉。如“患白血病 3 年,经检验复发 10 天”“超声检查发现胆囊结石 2 周”。

三、现病史

现病史(history of present illness)是围绕主诉描述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治、护理经过,是健康史的主体部分。可按 3 个层次记录现病史:病史过程;有鉴别意义的阴性症状;患病后一般情况的改变。具体如下:

1. 起病情况与患病的时间 何时、何地、如何起病,病情缓急,病程长短,现病史的时间应和主诉的时间保持一致。
2. 主要症状的特点 按症状发生的先后顺序描述症状的部位、性质、持续时间和程度,缓解或加剧的因素,有无伴随症状,记录要精练。
3. 伴随病状 在主要症状的基础上同时或随后又出现的一系列的其他症状。应记录其发生时间、特点及演变情况,与主要症状之间的关系。与鉴别诊断有关的“阴性症状”也应记录。
4. 诊治经过 发病后曾于何时、何地做过何种检查与治疗,诊断及治疗、护理措施及效果。
5. 病程中的一般情况 患者患病后的精神、体力状态,食欲及食量的改变,睡眠与大小便的

情况等。

6. 健康问题对其影响 患者对自己目前健康状况的评价及疾病对生理、心理、社会各方面的影响。

四、既往史

既往史(past history)包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病(包括各种传染病)、外伤手术史、预防注射史、药物食物过敏史,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。对居住或生活地区的主要传染病和地方病史,也应记录于既往史中。记录顺序一般按年月的先后排列。

五、用药史

用药史(medication history)是指用过哪些药物,有无反应,特殊药物如激素、抗结核药物、抗生素等应记录其用法、剂量和时间,询问当时用药情况。对于过去的用药史,主要询问药物过敏史,药物疗效及副作用,同时可了解患者的自我照顾能力。

六、成长发展史

成长发展史(growth and development history)是反映患者健康状况的重要指标之一。

1. 生长发育史 根据患者所处的生长发育阶段,判断其生长发育是否正常。对儿童来说,主要询问家长,了解出生时的状况和生长发育的情况。

2. 月经史 月经初潮的年龄、月经周期和经期天数,经血的量和颜色,经期症状,有无痛经与白带异常,末次月经日期,闭经日期,绝经年龄。记录格式如下:

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

3. 婚姻史 未婚或已婚,结婚年龄,配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

4. 生育史 妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、围生期感染、计划生育、避孕措施等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。

5. 个人史 包括出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济生活和业余爱好等。询问过去某段时间是否去过疫源地;工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间;起居与卫生习惯、饮食的规律与质量。烟酒嗜好时间与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等;有无不洁性生活,是否患过性病等。

七、家族史

家族史(family history)询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病,对已离世的直系亲属要问明死因与年龄。

八、系统回顾

系统回顾(review of systems)是通过回顾患者有无各系统相关的症状及其特点,全面系统的评估以往发生的健康问题及其与本次健康问题的关系。通过系统回顾可以避免遗漏重要的信息。通常采用的系统模式是身体、心理、社会模式。

(一) 身体方面

1. 一般健康状况 有无疲乏无力、发热、出汗、睡眠障碍及体重改变。

2. 头颅及器官 有无视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛、声音嘶哑等。
3. 呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等。
4. 循环系统 有无心悸、活动后气短、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、下肢水肿等。
5. 消化系统 有无腹痛、腹泻、嗝气、反酸、腹胀；有无吞咽困难、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸等。
6. 泌尿生殖系统系统 有无尿痛、尿急、尿频和排尿困难；有无血尿、夜尿增多；有无尿道和阴道异常分泌物。
7. 内分泌系统及代谢 有无怕热、多汗、乏力、畏寒、头痛、视力障碍、心悸、食欲异常、烦渴、多尿、水肿等；有无肌肉震颤及痉挛。性格、智力、体格、性器官的发育情况，骨骼、甲状腺、体重、皮肤、毛发的改变；有无显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经。
8. 造血系统 有无皮肤苍白、头昏眼花、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝大等。
9. 肌肉骨骼系统 有无肢体肌肉麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪等；有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折、关节脱位、先天畸形等。
10. 神经精神系统 有无头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变、感觉与定向障碍。如疑有精神状态改变，还应了解情绪状态、思维过程、智能、能力、自知力等。

（二）心理方面

- 1) 感知能力：视、听、触、嗅等感觉功能有无异常，有无错觉、幻觉等。
- 2) 认知能力：有无定向力、记忆力、注意力、语言能力等障碍。
- 3) 情绪状态：有无焦虑、抑郁、失望、沮丧、恐惧、愤怒等情绪。
- 4) 自我概念：对自己充满信息、价值感，还是觉得自己无能为力、毫无希望或称为别人的累赘。
- 5) 对疾病和健康的理解与反应。
- 6) 应激反应及应对方式。

（三）社会方面

社会方面包括价值观与信仰、受教育情况、生活与居住环境、职业与工作环境、家庭、社交状况、经济负担等。

第二节 健康史的评估方法

健康史评估的主要方法是问诊。

问诊(inquiry)是护士通过对患者或相关人员的系统询问获取病史资料，经过综合分析而做出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集的主要手段。健康史评估的目的：①发现症状；②获得对健康资料的准确定量描述；③确保健康事件发生的准确时间；④确定健康事件是否对患者的生活产生影响。

一、问诊的重要性

(一) 问诊是建立良好护患关系的桥梁

问诊是护患沟通、建立良好关系的最重要的时机和桥梁,正确的问诊方法和良好的问诊技巧,使患者感到护士亲切和可信,能主动配合护士的工作,这对患者的诊断、治疗和康复十分重要。

(二) 问诊是获得诊断依据的重要手段

一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的护士,常常通过问诊就可能对某些患者提出准确的诊断。特别在某些疾病,或是在疾病的早期,机体只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以更早地陈述某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠、焦虑等症状。在此阶段,身体评估、实验室检查、甚至特殊检查均无阳性发现,问诊所获得的资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中有些疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定,如感冒、支气管炎、心绞痛、癫痫、疟疾、胆道蛔虫症等。相反,忽视问诊,必然使病史资料残缺不全,病情了解不够详细准确,往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。

(三) 问诊是了解病情的主要方法

通过问诊可全面了解患者所患疾病的发生、发展、病因、诊治经过及既往健康状况等,了解患者的社会、心理状况及对疾病的影响,有利于全面了解患者的健康状况、消除或减轻其不必要的顾虑和不良影响,从而提高护理质量。

(四) 问诊可为进一步评估提供线索

如患者以咳嗽、咯血为主要症状,若同时伴有午后低热、盗汗等健康史,则提示可能为肺结核。根据这一线索进行详细的肺部评估和(或)X线检查,一般可明确护理诊断。

二、问诊的方法与技巧

问诊的方法技巧与获取病史资料的数量和质量有密切的关系,涉及一般交流技能、收集资料、护患关系、医学知识、仪表礼节,以及提供咨询和教育患者等多个方面。在不同的临床情景,也要根据情况采用相应的方法和某些技巧。

(一) 营造轻松舒适的环境

护士应主动创造一种宽松和谐的环境以解除患者不安心情。注意保护患者隐私,最好不要当着陌生人开始问诊。如果患者要求家属在场,护士可以同意。一般从礼节性的交谈开始。

(二) 由主诉开始

问诊一般由主诉开始,由浅入深、有目的、有层次、有顺序地进行。多从简单的问题开始,待患者适应环境和心情稳定后,再询问需要思考和回忆才能回答的问题。

(三) 注意时间顺序

追溯首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程。如有几个症状同时出现,必须确定其

先后顺序。虽然收集资料时,不必严格地按症状出现先后提问,但所获得的资料应注意按时间顺序口述或写出主诉和现病史。

(四) 态度要诚恳友善

耐心与患者交谈,细心听取患者的陈述。对患者回答不确定和不满意时要耐心启发。不要急于了解情况而进行套问和逼问,以免患者为满足护士的询问而随声附和或躲避回答。

仪表、礼节和友善的举止,有助于发展与患者的和谐关系,使患者感到温暖亲切,获得患者的信任,甚至能使患者讲出原想隐瞒的敏感事情。适当的时候应微笑或赞许地点头示意。

恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励语言,可促使患者与护士的合作,使患者受到鼓舞而积极提供信息。

(五) 避免重复询问

提问时要注意系统性和目的性。杂乱无章的重复提问会降低患者对护士的信心和期望。有时为了核实资料,同样的问题需多问几次,但应说明。例如:“你已告诉我,你大便有血,这是很重要的资料,请再给我详细讲一下你大便的情况。”有时用反问及解释等技巧,可以避免不必要的重复提问。

(六) 避免使用特定意义的医学术语

在选择问诊的用语和判断患者的叙述时应注意,不同文化背景的患者对各种医学词汇的理解有较大的差异。与患者交谈,必须用常人易懂的词语代替难懂的医学术语,如隐血、黄疸、谵妄、里急后重、间接性跛行等。

(七) 及时核实有疑问的情况

针对患者陈述中不确切或有疑问的情况、注意及时核实。

(八) 根据具体情况采用不同类型的提问

1. 一般性提问(开放式提问) 常用于问诊开始,可获得某一方面的大量资料,让患者像讲故事一样叙述他的病情。这种提问应该在现病史、过去史、个人史等每一部分开始时使用。

2. 封闭式提问 是指使用一般疑问句,患者仅以“是”或“否”就可回答。封闭式提问直接简洁,易于回答,节省时间,这种提问具有较强的暗示性。

(九) 结束语

问诊结束时要感谢患者的合作,告之患者与护士合作的重要性,并说明下一步计划,护士的作用和义务,对患者的要求、希望等。

(十) 分析与综合

在问诊过程中,护士要不断地思考、分析、综合、归纳患者所陈述的症状之间的内在联系,分清主次,去伪存真,这样的健康资料才有价值。问诊之后,应将患者的陈述加以归纳、整理、按规范格式写成健康史。

第四章 常见症状评估

症状(symptom)是患者主观感受到的不适、痛苦的异常感觉或某些客观病变改变,如头晕、疼痛、四肢无力、食欲减退等,往往经过问诊获得。经身体评估发现的异常表现称为体征,如肝大、脾大、淋巴结大、杂音等。广义的症状包括体征。

第一节 发 热

发热(fever)是由于机体在致热源的作用下,或各种原因引起体温调节中枢功能紊乱,使机体产热和散热失衡,产热增加,散热减少,导致体温升高超出正常范围。

一、正常体温

正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,正常人的体温受体温调节中枢的调控,并通过神经体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温的相对恒定。正常体温在不同个体之间略有差异,并受年龄、性别、活动程度、药物、昼夜、情绪、环境等内外因素的影响而稍有波动,但波动范围一般不超过 1°C 。

二、病因

(一) 感染性发热

各种病原体(如病毒、细菌、肺炎支原体、立克次体、螺旋体、原虫、寄生虫、真菌)所致的急性、慢性感染均可出现发热。

(二) 非感染性发热

非感染性发热指由非病原体物质引起的发热,主要原因包括以下几个方面:

1. 无菌性组织损伤或坏死 机械性、物理性或化学性的损害;血管栓塞或血栓形成引起的心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死;各种肿瘤及血液病所引起的组织坏死、细胞破坏等。
2. 抗原抗体反应 可见于风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。
3. 内分泌代谢疾病 可见于甲状腺功能亢进、重度脱水等。
4. 体温调节中枢功能紊乱 由于物理性(如中暑)、化学性(如重度安眠药中毒)或机械性等因素直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。高热无汗为其特点。
5. 皮肤散热功能异常 由于广泛性皮炎、慢性心力衰竭、鱼鳞病等导致皮肤散热异常,一般表现为低热。
6. 自主神经功能紊乱 产热大于散热,体温升高,常表现为低热并伴有自主神经紊乱的表现。