

中等职业教育课改项目成果教材

“任务引领型”规划教材 护理系列

健康评估

主编 ◆ 余丽君

 中国人民大学出版社

中等职业教育课改项目成果教材
“任务引领型”规划教材·护理系列

健康评估

主编 余丽君

中国人民大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

健康评估/余丽君主编

北京: 中国人民大学出版社, 2007

中等职业教育课改项目成果教材

“任务引领型”规划教材·护理系列

ISBN 978-7-300-08121-2

I. 健…

II. 余…

III. 健康-评估-专业学校-教材

IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 071662 号

中等职业教育课改项目成果教材

“任务引领型”规划教材·护理系列

健康评估

主编 余丽君

出版发行 中国人民大学出版社

社 址 北京中关村大街 31 号

电 话 010-62511242 (总编室)

010-82501766 (邮购部)

010-62515195 (发行公司)

网 址 <http://www.crup.com.cn>

<http://www.ttrnet.com> (人大教研网)

经 销 新华书店

印 刷 北京易丰印刷有限责任公司

规 格 185 mm×260 mm 16 开本

印 张 14.5

字 数 302 000

邮政编码 100080

010-62511398 (质管部)

010-62514148 (门市部)

010-62515275 (盗版举报)

版 次 2008 年 1 月第 1 版

印 次 2008 年 1 月第 1 次印刷

定 价 26.00 元

版权所有 侵权必究

印装差错 负责调换



出版说明

当前,我国中等职业教育发展形势好、速度快,但人才培养与社会发展、企业要求有一定差距,其中重要一点是教材开发滞后,课程与就业关联不够,学用不一致比较明显,学校的专业教学还没有完全结合企业的实际需要。因此,中国人民大学出版社组织有关专家与一线老师,着力解决目前中等职业教育教材中比较突出的问题,形成新的职业教育课程理念,按实际工作任务、工作过程和工作情境组织课程,形成以任务引领型课程为主体的、具有特色的中等职业教育教材。

本套护理专业教材以先进的研发理念为指导,以上海市中等职业教育专业教学标准改革项目成果为主要依据,以就业为导向,以能力为本位,以护士岗位需要和护士职业标准为依据,能够满足护理专业学生职业生涯发展的需求。具体来讲有以下特色:

1. 任务引领。以工作任务引领知识、技能和态度,让学生在完成工作任务的过程中学习相关知识,发展学生的综合职业能力。
2. 结果驱动。把焦点放在通过完成工作任务所获得的成果,以激发学生的成就动机,通过完成工作任务来提升工作智慧。
3. 突出能力。课程定位与目标、课程内容与要求、教学过程与评价等都突出学生职业能力的培养,体现职业教育课程的本质特征。
4. 内容实用。围绕工作任务完成的需要来选择课程内容,不过分强调知识的系统性,而注重内容的实用性和针对性。
5. 做学一体。打破长期以来教学的理论与实践二元分离的局面,以工作任务为中心,实现理论与实践的一体化教学。

在本套教材的研发与编写过程中,首先要感谢上海市教委的诸多专家、领导,感谢他们对中职课程改革项目投入的大量人力、财力和时间,同时要感谢关注中等职业教育、参加本套教材研发与编写的各位老师,我们希望能够得到大家一如既往的支持。

前言

本教材基于护理专业的培养目标编写，侧重应用性的临床知识和技能，注重以工作任务为引领，培养学生的岗位操作能力，重点描述了各类检查的方法和操作步骤。内容简明扼要，其目的是使学生掌握健康评估的原理和方法，学会从身体、心理、社会等方面收集资料进行综合、分析，概括诊断依据，提出护理诊断，并正确地书写护理病历。本教材一共分为六章，内容包括健康评估的概念、方法及教学目标，健康史的采集；身体评估；心电图检查；实验室检查；常见症状评估及护理病历的书写方法，并附有护理病历书写格式及示例。本教材供护理中等专业学校使用，也可作为高等职业学校和临床护士的参考书。

本教材主要由北京协和医学院护理学院的余丽君和北京卫生学校的闫瑞芹编写。余丽君任主编，负责制定编写计划、编写样章、统稿以及审阅和修改等工作，并编写第一章、第二章和第三章；闫瑞芹负责编写第四章、第五章和第六章。另外，北京协和医学院护理学院硕士研究生马丽作为编写秘书在本教材的编写联络、整理、文字录入、作图以及校对等方面做了大量的工作，在此表示衷心的感谢！

余丽君

2007年8月



目 录

第一章	绪论	1
第一节	健康评估概述	1
第二节	健康史的采集	4
第三节	护理体检的基本方法	11
第二章	身体评估	17
第一节	全身状态评估	17
第二节	皮肤、淋巴结评估	24
第三节	头部评估	32
第四节	颈部评估	38
第五节	乳房评估	42
第六节	呼吸系统评估	47
第七节	循环系统评估	60
第八节	腹部评估	72
第三章	心电图检查	86
第一节	心电图概述	91
第二节	常见的心电图异常的表现	94
第四章	实验室检查	110
第一节	血液基本检查	110
第二节	尿液检查	116
第三节	粪便检查	124
第四节	肾功能检查	129
第五节	肝功能检查	136



第六节 临床常用生化检查	142
第五章 常见症状的评估	151
第一节 发热	151
第二节 水肿	157
第三节 呼吸困难	162
第四节 咳嗽与咳痰	166
第五节 咯血	171
第六节 发绀	176
第七节 心悸	180
第八节 恶心与呕吐	184
第九节 腹泻与便秘	188
第十节 呕血与黑粪	194
第十一节 黄疸	198
第十二节 意识障碍	203
第六章 护理病历的书写方法及格式	209
第一节 护理病历的书写方法	209
第二节 护理病历格式及示例	214



第一章 绪 论

第一节 健康评估概述



[教学任务]

通过本节内容的教学,学生应当能够:

- ☒ 陈述健康评估的概念。
- ☒ 陈述主观资料和客观资料的区别和联系。
- ☒ 陈述资料分类的方法。
- ☒ 初步掌握健康评估的基本步骤。
- ☒ 陈述健康评估的教学方法和教学目标。



[工作任务]

护士给受检者进行健康评估时,需要经过哪些基本步骤?

- ☒ 全面收集主观资料和客观资料。
- ☒ 按某种理论框架将资料进行分类。
- ☒ 正确地分析资料并提出护理诊断。



[实践操作]

一、收集资料

主要向患者、患者家属及关系密切者、事件目击者或其他卫生保健人员收集资料,还可查阅体格检查结果、目前或以往的健康记录或病历等。收集的内容包括被评估者

生理、心理、社会因素各方面的主、客观资料。

二、整理资料

将收集的主观资料和客观资料进行核实、分类，以确认资料是否完整并帮助发现健康问题。

三、分析资料

分析资料时首先应将资料与正常值或参考值进行比较，找出异常资料，然后进一步找出引起异常出现的相关因素。例如，一中年男性患者主诉最近感觉头痛、头晕，护士通过体检发现患者血压为 180/110mmHg。对于这组资料，护士首先应了解患者头痛、头晕是异常的，血压 180/110mmHg 也高于正常值。这样就能发现患者头痛、头晕可能是高血压引起的。

四、提出护理诊断

将分析资料时发现的异常资料与护理诊断的依据进行比较，若相符合，则可作出相应的诊断。

健康评估的基本步骤如图 1—1 所示。

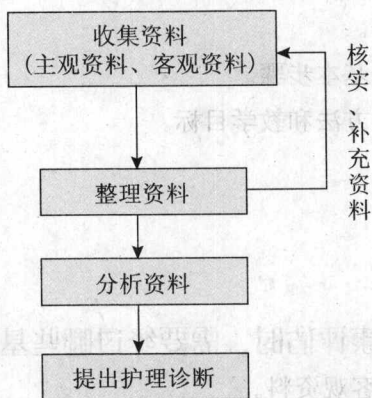


图 1—1 健康评估的基本步骤

【问题探究】

一、什么是健康评估？

健康评估是在通过合理有效的手段收集个人或人群的详细健康资料后，利用人工或软件系统等多种方式对健康资料进行整理、分析，最终形成一个对当前健康状态、健康发展趋势以及未来可能出现的结果等诸多方面的判断。护理学专业专门开设了“健康评估”课程，其任务是通过教学使学生掌握健康评估的原理和方法，学会收集、



整理、分析资料，为提出正确的护理诊断或护理问题，从而制定相应的护理措施提供依据。

二、什么是主观资料和客观资料？

（一）主观资料

通过与被评估者会谈所获得的资料为主观资料。

（二）客观资料

通过体格检查、实验室或器械检查等所获得的资料为客观资料。

多数情况下主观资料与客观资料是相互支持的，但在有些情况下也可能存在主观资料与客观资料不一致，评估者需细心观察。有些资料是在不断变化的，如患者的体重、体温、血压、进食量、排出量等，应注意动态观察，定期收集、记录，以便分析、判断。

三、收集资料后应怎样进行整理？

将收集的主观资料和客观资料进行核实、分类，以确认资料是否完整并帮助发现健康问题。

（一）核实和澄清资料

核实病人自己认为正常或异常与医学上的正常或异常是否相同。例如：病人诉说“血压正常”，可能是通过测量血压得到的结果，也可能是根据无头痛、头晕的症状而臆测的结果。所以，护士应进一步询问病人怎样得知血压正常，是否量血压，测量的血压值是多少等。有时还需将病人的一些模棱两可、含糊不清、不够完整的话加以澄清。如：当病人诉说“胸口疼”时，护士应澄清病人所指的具体部位。

（二）资料分类

将所收集的资料按某种理论框架进行分类，有助于确认资料是否完整并帮助发现健康问题。分类资料有以下几种方法。

1. 按照马斯洛的基本需要层次论分类

可将资料分为生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊敬与被尊敬的需要以及自我实现的需要五个方面。

2. 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、感受九种形态。

3. 按戈登（Gordon）的功能性健康形态分类

可将资料分为健康感知—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、感知—认知形态、自我感知—自我概念形态、角色—关系形态、应对—应激耐受形态、性—生殖形态、价值—信念形态等 11 种功能性健康形态。



【知识拓展】

“健康评估”课程的教学方法和教学目标

一、“健康评估”课程的教学方法

- (1) 课堂教学：包括讲授、病例讨论、观看录像或多媒体教学。
- (2) 示教室练习：主要练习问诊和体格检查的基本方法。
- (3) 临床实习：将课堂上所学的知识转化为对真实患者的护理实践，使理论和实践更紧密地联系在一起。

二、“健康评估”课程的教学目标

通过健康评估课的学习，学生应学会：

- (1) 应用沟通交流的技巧进行健康史的采集。
- (2) 独立进行全面、系统的身体评估。
- (3) 识别正常和异常体征并解释其临床意义。
- (4) 解释常用辅助检查结果的临床意义。
- (5) 在收集服务对象客观资料的基础上提出护理诊断。



【练习】

1. 名词解释

健康评估

2. 问答题

简述健康评估的基本步骤。

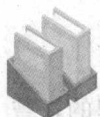
第二节 健康史的采集



【教学任务】

通过本节内容的教学，学生应当能够：

- ☒ 陈述健康史的概念。
- ☒ 陈述问诊在健康评估中的作用。
- ☒ 陈述问诊的内容。



【工作任务】

护士需要采集一住院患者的健康史，应怎样问诊？

- ☑ 仪表端庄、举止得体，态度和蔼。
- ☑ 合理安排和掌握问诊进度，始终处于主动地位。
- ☑ 能采用适当的沟通交流方式取得患者的信任。
- ☑ 能获取较完整的资料并进行核实。



【实践操作】

一、问诊前的准备和注意事项

- (1) 准备问诊提纲，选择适合患者的时间和环境。
- (2) 使用通俗易懂的语言，尽量询问患者本人。
- (3) 选择适当的称谓称呼患者，如××先生、××女士等。
- (4) 询问者应向患者作自我介绍，先和患者作简单交谈，再开始问诊。
- (5) 对危急患者，应先简要了解病史，重点查体后迅速进行抢救，待病情稳定后再详细问诊。

二、问诊的内容

(一) 基本资料

询问患者姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、家庭住址及电话号码、资料来源的可靠性及收集资料的时间。

(二) 目前的健康状况

1. 主诉

询问患者感觉最主要、最明显的症状或体征及其性质和持续时间，并简明扼要地记录下来，如“胸痛3天”、“发热及头痛1天”。

2. 现病史

对主诉作进一步的了解，包括以下几方面内容：

- (1) 起病急缓和患病时间（生病多久了）、在何种情况下发生等。
- (2) 主要症状及其特点，包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和严重程度、缓解或加剧的因素等。

(3) 病因与诱因。询问并记录与本次发病有关的病因（如外伤、中毒、感染等）和诱因（如气候变化，环境改变，情绪、起居、饮食失调等）。当病期长或病因比较复杂时，评估者应进行分析和归纳，不能盲目记录。



(4) 健康问题的发展演变过程,包括有关症状的变化及有无新的症状出现。

(5) 伴随症状,即与主要症状同时或随后出现的其他症状。

(6) 处理措施及其效果,包括:患者对自己的健康问题是如何看待和处理的,曾接受过哪些诊疗和护理,效果如何。

(7) 对患者的影响,包括健康问题对患者生理、心理、社会各方面的影响以及被评估者对目前健康状况的自我评价。

(三) 既往健康史

1. 既往患病史

询问患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病(包括传染病或地方病病史)。

2. 预防接种史

询问接种种类及接种时间。

3. 外伤、手术史

注明时间、原因、严重程度及处理经过。

4. 过敏史

包括食物、药物、环境因素中已知的过敏物质,过敏发生的时间、地点和处理方法等。

5. 既往住院病史

包括住院的原因、时间、治疗及护理情况等。

(四) 日常生活形态

1. 饮食形态

询问日常食物和水分摄入的种类、性质、量,有无饮食限制;是否定量、定时;有否特殊饮食习惯等。

2. 休息、睡眠形态

询问睡眠状况如何、休息时间是否充足、有否影响休息的因素。

3. 排泄形态

询问每日排便与排尿的次数、量、颜色、性状等有无异常变化。

4. 个人穿着修饰与卫生情况

询问患者的衣着打扮和卫生习惯等。

5. 日常活动的自理情况

询问患者日常活动的自理能力及其功能水平,日常活动方式、活动量、活动能力及其活动耐力等。

(五) 家族健康史

询问患者其祖父母、父母、兄弟姐妹及子女中是否有与其同样的疾病或具有遗传倾向的疾病,如血友病、肿瘤、糖尿病、高血压、冠心病、哮喘等。

(六) 系统回顾

1. 按身体、心理、社会因素系统回顾



(1) 身体。

1) 一般情况。有无发热、体重改变，有无不适、疲乏或乏力，睡眠和食欲状况如何。

2) 皮肤。有无皮损或其他异常，有无颜色、性状、湿度、温度、毛发和指甲的改变，有无疼痛和瘙痒，既往已经诊断和治疗过的皮肤疾病等。

3) 头部。有无外伤、头痛、头昏和眩晕。

a. 眼。有无视力障碍、复视、畏光、发干、发痒、流泪，有无青光眼和白内障。

b. 耳。有无耳聋、疼痛、分泌物、眩晕、耳鸣。

c. 鼻。鼻腔有无分泌物，有无鼻出血、鼻塞、反复感冒和嗅觉改变。

d. 口。有无口舌疼痛、粘膜溃疡、牙龈肿胀或出血，有无龋齿、义齿，有无味觉改变等。

e. 咽和喉。有无咽喉肿痛、声音嘶哑和吞咽困难。

4) 乳房。有无疼痛、肿胀、触痛、分泌物或肿块，受检者自我检查的情况如何。

5) 呼吸系统。有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难和发绀，有无发热和盗汗。最后一次 X 线胸透或摄片的时间和结果。

6) 心血管系统。有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难、晕厥及水肿，既往有无高血压或心脏病史。

7) 消化系统。有无食欲和排便习惯改变，有无恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘、呕血、黑便，有无吞咽困难、消化不良、黄疸等。

8) 泌尿系统。有无血尿、尿频、尿急、尿痛、夜尿增多、排尿困难或尿失禁，有无尿色异常、少尿和水肿。

9) 生殖系统。性生活习惯（满意程度和次数），有无性交时疼痛或出血，所患疾病对性功能影响及调适方法，有无性病及治疗情况。

10) 造血系统。有无贫血、出血、骨痛和输血反应，有无肿大和触痛的淋巴结，有无药品、毒物或放射物质的接触史。

11) 内分泌系统。有无多尿、多饮、多食、怕冷、怕热、乏力、震颤、出汗、水肿、头昏和饥饿感，有无体重、行为、骨骼、皮肤和毛发的改变，有无外伤、手术和产后出血史，以及以往接受激素治疗的情况。

12) 骨骼肌肉系统。有无肌肉骨骼疼痛、肿胀，有无关节畸形或运动障碍，有无肌肉痉挛或软弱无力，有无骨折、外伤、关节脱位等。

13) 神经系统。有无头痛、眩晕、震颤、抽搐、瘫痪，有无视力、睡眠、语言、感觉和运动障碍。

14) 精神状态。有无注意力不集中、定向力障碍，有无焦虑、紧张、抑郁、情绪改变，有无幻觉和妄想，以及既往精神病史及治疗情况。

(2) 心理。

1) 感知能力。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。患者对自己的评价,是否有自信和价值感。
- 5) 对疾病和健康的理解与反应。患者对目前健康状况的看法,患病后所采取的措施及效果,对治疗方案的了解等。
- 6) 压力反应及应对方式。遇到困难或挫折时有何种情绪反应,怎样处理,近期有无重大事情发生以及处理的方式。

(3) 社会因素。

- 1) 价值观与信仰。有无宗教信仰,患病后其信仰和价值观是否有所改变。
- 2) 受教育情况。包括曾经接受过的各种专业教育及培训。
- 3) 生活与居住环境。包括卫生状况,居民素质,有无饮食、饮水、空气污染及噪音等危害健康的因素。
- 4) 职业及工作环境。包括工种,工作环境,有无噪音、工业粉尘及毒物接触等。
- 5) 家庭情况。包括家庭结构、家庭关系是否融洽、被评估者在家庭中的地位及病后对家庭的影响。
- 6) 社交状况。是否经常参加社交活动,与朋友、同事、领导等的关系如何。
- 7) 经济负担。家庭经济状况,有无因经济负担而给被评估者带来心理压力。

2. 按戈登的功能性健康形态系统回顾

(1) 健康感知—健康管理形态。受检者对自身健康状况的认识,为保持健康所采取的措施及其效果,有无烟酒嗜好及每日摄入量,有无药物成瘾或依赖,是否知道所患疾病的原因及出现症状时所采取的措施。

(2) 营养—代谢形态。食物和水分摄入的种类、性质、量,有无饮食限制,有无咀嚼或吞咽困难,有无消化不良和恶心呕吐,近期体重有无变化及其原因,有无水肿及皮肤损害,伤口愈合情况。

(3) 排泄形态。排尿与排便的次数、量、颜色、性状,有无排泄规律的改变及其影响因素。

(4) 活动—运动形态。进食、洗漱、穿衣、如厕、做家务等生活能力,平时选择何种运动和娱乐形式,近期活动能力有无改变,有无运动障碍的表现。

(5) 睡眠—休息形态。日常睡眠情况及自己对睡眠的满意程度,有无睡眠异常,如失眠、多梦等,是否需要服用安眠药或借助其他方式辅助入睡。

(6) 感知—认知形态。有无视觉、听觉、味觉、嗅觉和触觉的改变,有无记忆力和思维能力的改变。

(7) 自我感知—自我概念形态。如何看待自己,平时自我感觉良好与不良的时间何者居多,对自己外表的满意程度,近期对自己的看法是否发生改变,是否感到失望。

(8) 角色—关系形态。在家庭和工作中的所处的地位及患病给其带来的影响,最



近是否与家人、同事或其他人关系发生了变化,有困难时能否从邻居和街道获得支持。

(9) 应对—应激耐受形态。近来生活中有无重大改变和危机,过去经历中是否感受到某种压力以及为缓解压力和紧张所采取的措施。

(10) 性—生殖形态。对性生活的满意程度;近期性能力有无改变及影响因素,是否患有性病;女性月经初潮、经量、经期、末次月经时间及孕产次数。

(11) 价值—信念形态。有无宗教信仰,患病后是否对某些观念或信念有所改变,有无相互矛盾的价值观。



[问题探究]

一、什么是健康史? 护士为什么要采集健康史?

健康史是关于受检者目前、过去健康状况及生活方式的主观资料。健康史的内容如图 1—2 所示。采集健康史是健康评估中的一个非常重要的组成部分,在此过程中,护士要借助熟练的沟通交流方法和技巧与受检者进行有效的沟通,最后将所获得的资料进行简明扼要的记录,以作为提出护理诊断的依据。

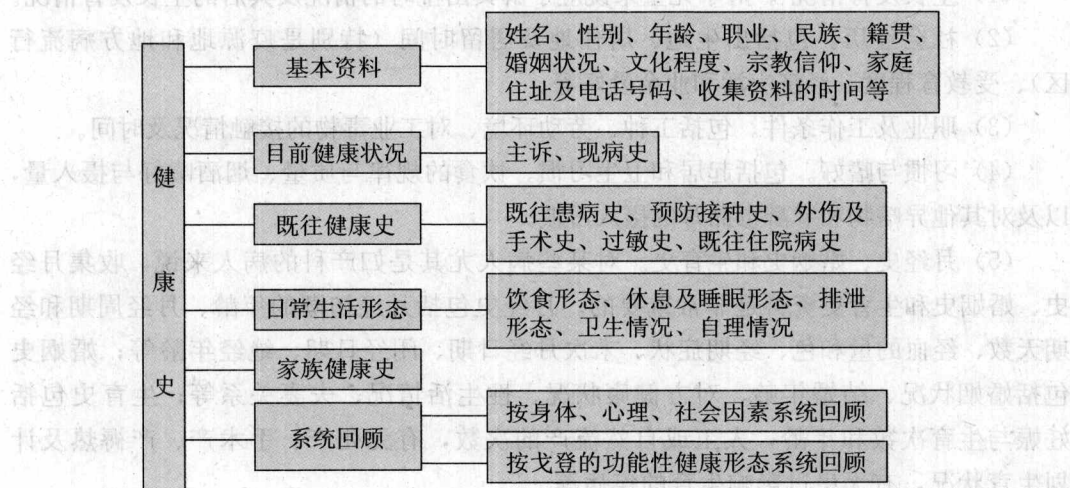


图 1—2 健康史的内容

二、护士从受检者的健康史中能获得哪些有帮助的信息?

(1) 受检者的职业、籍贯和婚姻状况可以提供与疾病相关的信息;文化背景和宗教信仰可以协助检查者发现影响健康的因素并了解受检者对健康的态度及价值观;受检者的职业和文化程度有助于检查者决定健康教育的方式。这些基本资料可作为进一步收集资料的依据。



(2) 主诉是受检者此次求医的主要原因,是受检者感觉最主要、最明显的症状或体征及其性质和持续时间。记录时应简明扼要,如“胸痛3天”、“发热及头痛1天”,也可以是做例行的身体检查,如“要求做身体检查”等。记录主诉时应使用被评估者的语言,而不是诊断用语。现病史是病史中的主体部分,它记述病人患病后的全过程,即发生、发展和演变。收集现病史是对主诉作进一步的了解。

(3) 收集既往健康史是了解受检者过去主要的健康问题、求医的经历及其对自身健康的态度,从中发现与现病史有关的线索。

(4) 系统回顾是系统地收集受检者过去和现在与身体常见疾病有关的健康状况,以了解受检者以往已发生的健康问题及其与本次健康之间有无因果关系,从而对受检者的健康问题作出判断。检查者可按身体各系统的顺序进行回顾,也可按戈登的功能性健康形态系统进行回顾。



[知识拓展]

补充收集的健康史

对于某些特殊患者,根据诊断需要还应收集以下健康史:

- (1) 生长发育情况。对于儿童来说应了解其出生时的情况及其后的生长发育情况。
- (2) 社会经历。包括出生地、居住地及居留时间(特别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。
- (3) 职业及工作条件。包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。
- (4) 习惯与嗜好。包括起居和卫生习惯、饮食的规律与质量、烟酒嗜好与摄入量,以及对其他异嗜物和麻醉毒品等的摄入习惯。
- (5) 月经史、婚姻史和生育史。对某些病人尤其是妇产科的病人来说,收集月经史、婚姻史和生育史资料是非常重要的。月经史包括月经初潮的年龄、月经周期和经期天数、经血的量和色、经期症状、末次月经日期、闭经日期、绝经年龄等;婚姻史包括婚姻状况、结婚年龄、对方健康状况、性生活情况、夫妻关系等;生育史包括妊娠与生育次数和年龄,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、产褥热及计划生育状况,有无患过影响生育的疾病等。



[练习]

1. 名词解释

健康史 既往健康史

2. 问答题

护士在收集健康史时应收集哪些内容?