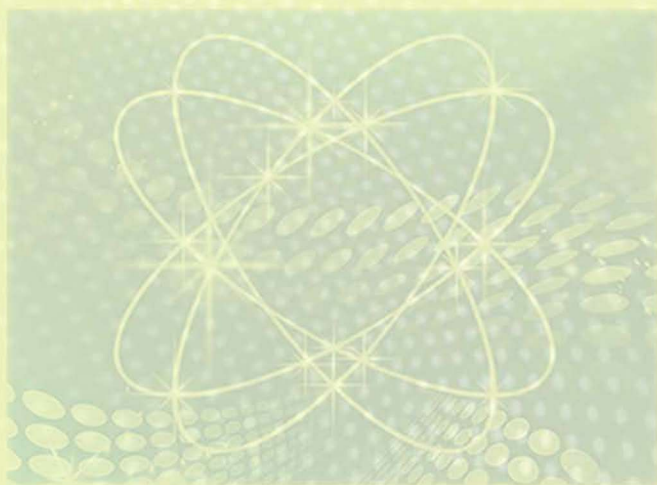


健康评估

第 2 版

主编 王昆蓉



第四军医大学出版社

全国中等卫生职业教育护理专业“双证书”人才培养创新示范教材
供护理、助产、中医护理等专业用

健康评估

第2版

主 编 王昆蓉
副主编 桑艳军 尤学平
编 者 (以姓氏笔画为序)
王昆蓉(成都大学医护学院)
尤学平(镇江高等专科学校)
刘亚莉(辽宁卫生职业技术学院)
苍 薇(黑龙江省林业卫生学校)
吴 庆(新疆巴州卫生学校)
张 荣(贵州省毕节市卫生学校)
周兴威(武威职业学院)
徐检生(河源市卫生学校)
桑艳军(阜阳职业技术学院)
崔 燕(成都大学中职部)
曾琛琛(阜阳职业技术学院)

第四军医大学出版社·西安

健康评估/王昆蓉主编. —2 版. —西安: 第四军医大学出版社, 2014. 6

全国中等卫生职业教育护理专业“双证书”人才培养创新示范教材

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0534 - 6

I. ①健… II. ①王… III. ①健康 - 评估 - 中等专业学校 - 教材 IV. ①R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 141490 号

jiankang pinggu

健康评估

出版人: 富 明 责任编辑: 张永利 黄 璐

出版发行: 第四军医大学出版社

地址: 西安市长乐西路 17 号 邮编: 710032

电话: 029 - 84776765 传真: 029 - 84776764

网址: <http://press.fmmu.edu.cn>

制版: 绝色设计

印刷: 西安力顺彩印有限责任公司

版次: 2010 年 11 月第 1 版 2014 年 6 月第 2 版第 6 次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 12.5 彩插 1 页 字数: 280 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0534 - 6/R · 1384

定价: 26.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

彩 图



彩图 5-1 巩膜黄疸



彩图 5-2 斑丘疹



彩图 5-3 荨麻疹



彩图 5-4 瘀斑



彩图 5-5 蜘蛛痣



彩图 5-6 肝掌



彩图 5-7 鹅口疮



彩图 5-8 颈静脉怒张



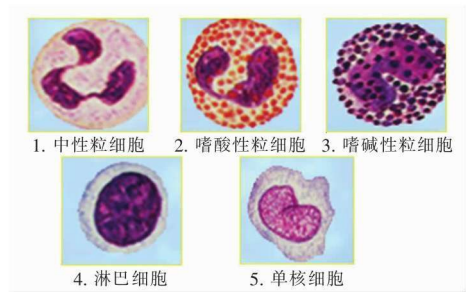
彩图 5-9 腹水及腹壁静脉曲张



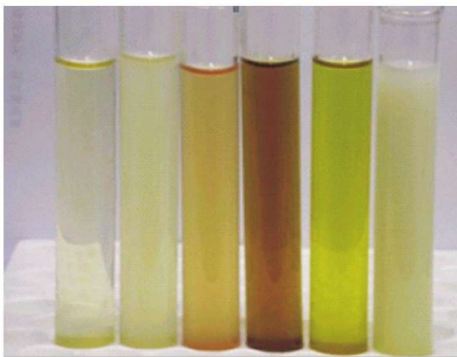
彩图 5-10 匙状甲



彩图 5-11 梭状畸形



彩图 6-1 白细胞分类



彩图 6-2 各种尿液



彩图 6-3 各种浆膜腔积液

前 言

《健康评估》（第2版）教材系全国中等卫生职业教育护理专业“双证书”人才培养创新示范教材，供护理专业、助产、中医护理等专业学生使用。在修订编写过程中，结合国家护士执业资格考试新大纲的变化思路，收集汇总部分学校专家和教师们的建设性意见，对各章节内容进行了更新和完善。体现“双证书”教材的特点，紧紧围绕护理工作岗位所需基本职业技能和国家护士执业资格考试两个核心目标。全书依次由正文、实训、模拟测试卷、参考答案、参考文献、中英文对照和彩图七部分内容组成。

本次修订保留原有注重理论与实践一体化教学的特色，即“传授、示教、实训”三者融为一体；保留实训操作部分和实训作业，强调实践能力培养，人际沟通、关爱患者素质的培养；保留“课堂互动”“案例分析”“考点链接”“知识链接”等师生互动环节，旨在帮助学生加深对知识的理解，利于教师及时反馈并了解学生学习情况。各类“案例分析”贴近临床护理工作场景，培养学生解决实际问题的能力。每章节后有“重点提示”和综合测试，书后附护士执业资格考试模拟测试卷，帮助学生掌握课程核心知识和护士执业资格考试的重点。参照护士执业资格考试最新大纲和考题内容变化对试题、插图、“学习目标”进行了修订，实验室检查部分数据参照人民卫生出版社第8版《诊断学》进行了修订。

教材在修订过程中得到了第四军医大学出版社、阜阳职业技术学院、镇江高等专科学校、贵州省毕节市卫生学校、成都大学中职部、辽宁卫生职业技术学院、新疆巴州卫生学校和成都大学医护学院的大力支持和帮助，在此表示诚挚的谢意。衷心感谢关心和参与本教材修订工作的专家及各位编者。

参与本次修订的各位编者虽付出了艰辛的劳动，但限于水平及学识，书中难免遗留疏漏及不妥之处，恳请广大师生、读者能提出宝贵意见和建议。

王昆蓉

2014年5月

目 录

第一章 绪言	(1)
第二章 健康史评估	(4)
第一节 概述	(4)
第二节 交谈	(5)
第三节 健康史评估的内容	(8)
第三章 心理评估	(13)
第一节 概述	(13)
第二节 自我概念评估	(15)
第三节 认知评估	(17)
第四节 情绪与情感评估	(18)
第五节 个性评估	(22)
第六节 压力与压力应对评估	(23)
第四章 社会评估	(27)
第一节 概述	(27)
第二节 角色评估	(28)
第三节 人际关系评估	(29)
第四节 文化评估	(30)
第五节 家庭评估	(33)
第六节 环境评估	(35)
第五章 身体评估	(37)
第一节 身体评估的基本方法	(37)
第二节 一般状况评估	(40)
第三节 皮肤、黏膜与浅表淋巴结评估	(45)
第四节 头部及颈部评估	(49)
第五节 胸部评估	(55)
第六节 腹部评估	(70)
第七节 脊柱与四肢的评估	(77)
第八节 神经反射评估	(79)

第六章 常用实验室检查	(87)
第一节 血液检查	(88)
第二节 尿液检查	(94)
第三节 粪便检查	(98)
第四节 常用肾功能检查	(100)
第五节 常用肝功能检查	(102)
第六节 脑脊液、浆膜腔穿刺液检查	(104)
第七节 常用血生化检查	(106)
第七章 心电图检查	(116)
第一节 心电图的基本知识	(116)
第二节 正常心电图	(121)
第三节 异常心电图	(127)
第八章 常用影像学检查	(138)
第一节 X 线检查	(138)
第二节 CT 检查	(147)
第三节 磁共振成像检查	(148)
第四节 超声检查	(150)
第九章 护理诊断与护理病历的书写	(153)
第一节 护理诊断	(153)
第二节 护理病历书写	(156)
实训	(165)
实训一 健康史采集	(165)
实训二 心理评估与社会评估	(167)
实训三 全身状态及头颈部评估	(169)
实训四 胸廓及肺部、心脏评估	(171)
实训五 腹部、脊柱、四肢和神经系统评估	(172)
实训六 心电图检查	(174)
实训七 实验室检查和影像学检查	(175)
实训八 护理病历的书写	(175)

模拟测试卷	(178)
参考答案	(185)
参考文献	(187)
中英文对照	(188)

第一章 绪 言

学习目标

1. 理解健康评估的概念，知晓健康评估的主要内容。
2. 说出健康评估学习的意义、目的和要求。

健康评估 (health assessment) 是研究从护理的角度收集个体、家庭或社区人群的健康资料，评估其出现的健康问题和相应的生理、心理和社会适应等方面的反应，确定其护理需求并作出护理诊断的过程。

一、学习健康评估的重要性

健康评估是护理专业临床课程体系中的桥梁课，是护士从事临床各科实践工作岗位必备的知识和基本技能。学好本课程将为下一步学习临床护理各专业课程打下坚实的基础。

健康评估是护理课程体系中的重要部分，是整体护理程序得以正确运行的重要环节。护士运用健康评估的知识、技能对患者进行评估获得的资料，是提出护理问题（护理诊断）的依据。根据护理问题，护士能够实施合理的、针对性的护理措施，达到减轻患者病痛，促进早日康复，提高生命质量的目的。

二、健康评估的课程内容

1. 健康史评估 通过问诊获得资料，问诊是护士通过与评估对象或知情人交谈获取病史资料，经过综合分析作出临床判断的过程。症状是个体患病后对机体功能异常的主观感觉或自身体验，如头晕、乏力、心悸等。症状是健康史的重要组成部分。常见症状的评估见《内科护理》教材相关内容。

2. 心理评估和社会评估 收集评估对象的心理、社会背景的成长和发展史。人们意识到心理、社会等因素对患者的身体健康造成影响，患者对心理护理的需求增加。本章学习难度较大，需要学生有一定的心理学、社会学等人文学科背景知识。这部分知识宜采用更多的实例讲述。评估资料多数为主观资料，收集有一定难度，进行分析和判断一般不用“正常”和“异常”来划分，不宜随意下结论。评估时要注意灵活性和特殊性。

3. 身体评估 又称体格检查。指评估者对评估对象进行系统检查，发现正常或

异常征象以了解患者健康状况的重要方法，是获取护理诊断依据的重要手段。通过身体评估所发现的异常征象称为**体征**（signs），如肺部啰音、肝大等。本章是临床各科护士必须具备的基本技能，既是学习的重点也是难点，并且需要进行实践操作，通过反复练习，达到动作娴熟、规范，才能作出准确评估。

4. 实验室检查 介绍各种标本收集方法及注意事项，简介检查的目的、正常参考值、临床意义等。实验室检查是对健康史及身体评估的进一步验证与补充。

5. 心电图检查 介绍心电图的操作方法，正常心电图特点及常见异常心电图的识别，对心律失常及某些心血管疾病的判断有重要意义。心电监护是危重症患者的重要监护手段，是护士必备的技能。

6. 影像学检查 主要简介基本原理知识，临床应用范围，患者检查前的准备及护理工作。了解胸片常见的基本病变特点。

7. 护理诊断与护理病历书写 介绍护理诊断与护理病历书写的内容和要求。护理诊断的形成经过五个步骤：收集资料、整理资料、分析资料、提出护理问题、动态观察和验证护理问题。临床上护理病历填写格式和内容不断更新，有简化趋势，目的是让护士把时间、精力更多地投入护理工作中。本文护理病历范例主要是帮助在校学生学习领会全面的病历采集内容和记录方法。

三、健康评估的学习目标、方法与要求

健康评估课程的学习目标有：

1. 理解健康评估的基本概念。
2. 初步学会收集、整理问诊资料。
3. 理解身体评估的基本方法、评估内容和临床意义，初步达到操作正确、动作规范。
4. 初步学会进行实验室检查标本采集，知晓重要实验检查项目及临床意义。
5. 初步学会心电图机操作，知晓正常心电图及常见异常心电图特点。
6. 初步学会各种常用影像学检查前的准备。
7. 初步学会提出护理问题，能书写规范的护理病历。
8. 培养善于与他人沟通、团结协作的职业素质。
9. 训练临床辨证思维模式，培养解决问题的能力。

健康评估是一门理论与实践并重的课程，应注重培养学生将课堂学习理论知识转化为临床护理的实践技能。故在理论学习中应设法加强实训操作和临床见习。无论是在技能实训室，还是在医院病房中，均要注意培养学生对评估对象的充分尊重和关爱，注重沟通和交流的方法与技巧，提高护士的综合素质。



健康评估的内容、学习目的和要求。



综合测试

[A1 型题]

1. 下列哪项不是健康评估学习的内容

- A. 评估患者个性、价值观和信仰
- B. 评估和记录患者的病情
- C. 学习心电图机的操作
- D. 了解患者的家庭背景、职业性质
- E. 对患者实施护理

2. 需要在人体上充分操作练习的知识部分是

- A. 身体评估
- B. 常用实验室检查

C. 常用心电图检查

D. 护理问题

E. 常用影像学检查

3. 下列哪项不属于护士学习的重点

- A. 书写护理病历
- B. 会观看及识别各种影像学检查图片
- C. 各种检查标本的采集
- D. 评估患者全身各个部位，判断其是否正常
- E. 会进行心电图机操作

(王昆蓉)

第二章 健康史评估

学习目标

1. 说出健康史采集的方法、注意事项及健康史采集的基本内容。
2. 能够初步运用交谈的技巧进行健康史采集。
3. 在交谈中尊重和爱护评估对象并与之建立融洽关系。

第一节 概 述

健康史（即护理病史）采集是护士必须掌握的基本技能，通过与患者交谈，了解疾病的发生、发展及变化过程和由此产生的躯体不适感、功能障碍以及心理反应，结合以往的健康情况、生活习惯、家庭背景、工作性质等资料，判断患者目前存在哪些健康问题和需要观察、预防的潜在性健康问题。这些问题通过护理的手段可以解决。因此，一个完整的健康史充分体现了以患者为中心的整体护理观。健康史采集并不是重复医生所收集的医疗病史。护士是从护理的角度收集资料的，如“患病后身体有哪些生理上的反应和不适？自身及亲人存在哪些心理困扰？哪些基本需要未得到满足？日常生活能力受到限制没有？”等。

健康史资料收集的目的是：①对健康状况做出评估；②为提出护理问题提供必需的信息资料；③为制订护理计划、实施护理措施及评估效果提供客观依据。

本章主要介绍健康史的采集方法、健康史的内容、交谈技巧以及注意事项等。

一、健康资料的来源

健康资料的来源包括主要来源和次要来源两大类。

（一）主要来源

评估对象本人（清醒者）是收集资料的主要来源，评估对象本人能清楚、准确地表达对疾病的身心感受和对医疗护理的需求，故资料最可靠。

（二）次要来源

1. 评估对象 家庭成员或关系密切者 包括父母、子女、朋友、同事、邻居等。他们比较了解其健康状态、生活习惯以及工作和生活的环境。

2. 其他人员 包括接触过评估对象的各级医护人员、健康保健人员、营养师、

心理咨询师等。

3. 事件目击者 指现场目睹评估对象发病或受伤过程的人员。

二、健康资料的类型

健康资料的类型根据来源不同分为主观资料和客观资料，根据时间不同分为目前资料和既往资料。主观资料主要是通过交谈获得的资料。根据评估对象的描述来记录，如“头痛像电击一样”“活动时出现心悸”等，属于患者自身的体验和感受。主观资料常需进一步验证。客观资料是医护人员对评估对象进行身体评估和辅助检查时，发现其组织器官形态和功能异常改变的相关资料，如：“面色苍白”“体温 39℃”“浅表淋巴结肿大”等体征。体征是提出护理问题的主要依据之一。

第二节 交 谈

一、交谈的方法与技巧

交谈是护理人员有目的、有计划地系统询问评估对象，获得健康史资料的过程。

(一) 方法

1. 准备阶段

(1) 环境 一般在评估对象入院安排就绪后进行，根据评估对象的病情选择床旁或办公室进行。环境应安静、舒适，避免打扰。

(2) 时间 时间以一般 20~30 分钟内为宜。

(3) 确定交谈目的、内容和方法 参阅必要的资料，了解患者门诊、急诊或院外资料，概括了解患者情况，整理交谈思路。

2. 开始阶段 创造融洽的气氛，有礼貌地称呼对方并作自我介绍，使患者感到亲切，避免使患者有被审问的感觉，融洽的气氛有利于交谈的顺利进行。随后介绍医院的情况，如对环境是否习惯？是否安静？简单的聊天，可使患者和护士互相适应，但不要谈得过多或离题太远。

3. 探讨阶段 在护士和患者相互比较熟悉、双方感觉良好的情况下，护士可向患者说明交谈的目的及所需的大概时间，征求对方的同意，如“为了使您在住院期



讨论：护士与患者开始接触时的情景演示（请两位同学扮演）。如果你是张大爷，你对这个护士的感觉如何？

护士：“张大爷，你好！我是您的主管护士小李，想了解您的病情，大概需 20 多分钟，您现在方便吗？”

间得到更好的护理，我想了解一下您的病情和生活习惯，你看可以吗？”随后按入院评估内容顺序逐步进行交流。询问病情时应按症状或体征出现的先后次序询问，应问清症状开始的确切时间直至目前的演变过程。

4. 结束阶段 准备结束谈话时，最好向患者简单复述一下谈话的重要内容，及时纠正错误，并对患者提出的疑虑作出必要的指导，如对治疗的顾虑、饮食的担心等。在结束谈话前，宜再问一下“您有什么要求随时与我交流、沟通。”告知患者今天暂谈到这里，可以结束交谈。



角色扮演

请两位同学分别演示某护士向患者询问病情的场景讨论：这样的交谈有什么不妥？有没有更好的交谈方式？请其他同学演示。

护士问：“现在腹部还痛不痛？”患者回答：“不痛。”

问：“昨天睡得好吗？”回答：“还好。”

问：“每天都是下午发热吗？”回答：“是的。”

(二) 交谈技巧

1. 注意语言性沟通技巧 应用合适的提问方式。

(1) 开放式提问 这种提问方式范围比较广，能引导患者说出自己的感觉、认识和态度。一般常用于交谈开始，让患者像讲故事一样叙述他的病情，如：“你这次住院是什么原因？”或“请谈谈你原来的健康状况。”

(2) 封闭式提问 这种提问方式比较具体，只需要用简单的一两句话就能够说明具体的问题。用于询问病情时可能会限制和诱导评估对象的思路，使得收集的信息资料不够全面、准确，如：“你何时开始腹痛的呢？”“你头痛有多久了？”

(3) 直接选择式提问 这种提问方式要求患者回答“是”或“不是”。开始提问时应避免直接提问，患病的人最易受到暗示，应避免提示性诱问，如“每天都是下午发热吗？”“腹痛前是否进食过不洁食物？”带有暗示和诱导意味的提问，有的患者可能回答“好像是”，如果换一句问“你感觉什么时候发热？”“你认为腹痛是什么原因引起的？”可能回答就完全不同了。患者在不理解的情况下顺口称是，影响健康史的真实性。只有在采集一些特定的有关细节时，才用直接提问，但不能使用连续提问，如：“你家族中有谁患过癌症、糖尿病、心脏病或高血压吗？”这类问题应逐一问清，让患者有思考的时间。

2. 使用过渡语言 向患者说明即将讨论的新话题及其理由。

3. 掌控交谈速度和内容 一般应多听少问，让患者按自己的方式和顺序把情况说出来，不要轻易打断，让他有足够的时间回答问题。如果偏离交谈目的，可客气地插些与评估内容相关的问题，使话题转回，例如：“你讲的那些情况我已经知道，现在请再谈谈你腹痛的细节。”



情景扮演：开放式到封闭式提问的例子。

护士：“请您谈谈这次是为什么住院的？”（开放式提问）

患者：“近2周，我的头一直在痛，就在这儿。”（指痛的地方）

护士：“疼痛像什么样？”（开放式提问）

患者：“胀痛，头像要爆开一样。”

护士：“整个头都痛还是某一部分痛？”（封闭式提问）

患者：“是左边半个头痛。”

护士：“疼痛伴恶心、呕吐吗？”（封闭式直接选择提问）

患者：“没有。”

4. 注意非语言性沟通技巧 在交谈中，不仅要掌握语言技巧，还要善于运用非语言性沟通技巧，如：面向评估对象，保持双目平视注视对方，面带微笑，合适的体态语言，适时点头示意，适当的触摸，适时的沉默等。

5. 核实资料 为了确保所获得资料的准确性，在交谈的过程中要及时核实、修正和补充信息，保证资料的准确性，常用的方法有：澄清（对不清楚的地方向对方提出疑问及求证）、复述（重复对方的话，进一步确认）、反问（以提问语气重复对方的话，可获得更多信息）、质疑（对资料存在不一致或矛盾时，提出疑问并修正）、解析（对患者提供的资料，提出分析和推论，患者可据此提出确认、否定或另外的解释）。

二、注意事项

1. 除危重患者必须立即抢救外，对一般患者，问诊应于入院后2小时内完成，“入院评估”记录应在24小时内完成。

2. 应尽量询问评估对象本人，对儿童、重症、意识不清者，可选择亲属、知情人或目击者。

3. 注意环境和文化背景差异，评估者应尊重和理解不同的文化信仰、价值观，注意文化差异。尽量摒弃偏见，坦诚接受患者所有信息，并按原话记录。

4. 尊重患者的隐私权，回避患者不愿提及的问题，对不愿讲的内容、与疾病无关的内容，不要追问。

5. 充分接纳对方，有异味、污物时不可表现嫌弃、厌恶神态，如掩鼻皱眉。不可因对方不妥的言行表现出讥讽、嘲笑、轻蔑或粗暴态度。对外观异常者不显露惊奇，对难以相处的护理对象不厌恶，对其错误的观点不要直接批评。

6. 语言要通俗易懂，避免使用医学术语，如“黄疸”“端坐呼吸”。如果使用术语必须作适当的解释，如：“您是否有尿频，即有没有排尿的次数增多的情况？”

7. 评估特殊人群的注意事项：①对老年人要有耐心，交谈中减慢语速、适当提

高音量、语言简单、适当重复和近距离交谈等。②不良情绪的评估对象应充分的理解对方，根据具体情况注意用安抚、宽慰的语言，使其平静下来，避免触及伤心之处；对情绪不稳者，评估者言语应谨慎，用克制、宽容、平和的态度，避免刺激引起其情绪失控。

调查收集资料的关键在于得到患者的信任，当患者充分感受到护士对他的尊重、理解和关爱时，才会坦诚相告，提供全面真实的信息。



考点链接

(1~3 题共用备选答案)

- | | |
|------------------|----------------|
| A. 疼痛时是否放射到其他部位? | B. 您这一段时间睡眠如何? |
| C. 您最近心情好不好? | D. 你常有偏头痛发作吗? |
| E. 您认为这次发病与什么有关? | |

1. 属于开放式提问的是
2. 属于封闭式提问的是
3. 属于诱导式提问的是

解析：封闭式提问常用“是”或“否”回答。开放式提问答复多样化，可获得客观真实信息。诱导式提问常先入为主，受干扰和诱导的影响，回答可能与真实情况不符。故答案为：1. B、E；2. A、C、D；3. A、D。

第三节 健康史评估的内容

一、一般资料

一般资料包括姓名、性别、年龄、民族、职业、婚姻、文化程度、宗教信仰、家庭住址、联系电话、收集资料时间、资料来源及可靠性、入院时间、入院方式、入院诊断、医疗费支付形式等。评估对象的职业、籍贯和婚姻状况可以提供与疾病相关的信息；不同的民族有不同的饮食、生活习惯和宗教信仰，有助于评估者与评估对象更好的沟通；文化程度及职业可帮助评估者决定健康教育的方式。

二、主 诉

主诉是评估对象本次就诊最主要的症状和（或）体征及持续时间，是本次就诊最主要的原因。记录时应简明扼要，一般不宜超过 20 字，如“胸痛 3 天”。记录主诉时应使用医学术语，而不是诊断用语。一般在护理病史采集结束后护士通过分析得出。