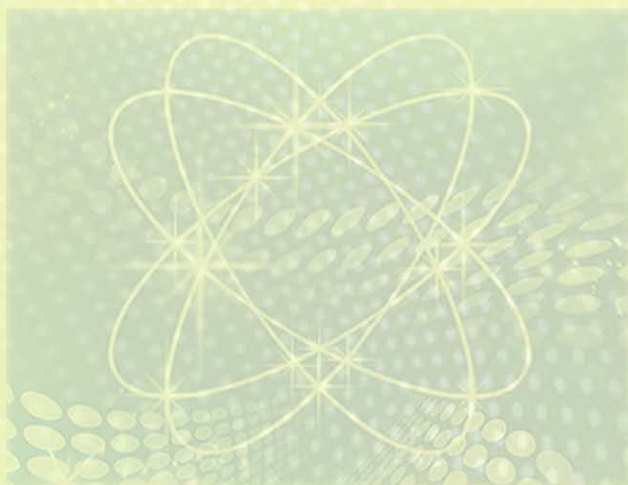


健康评估

主编 史劳绩 陈德毅



第四军医大学出版社

海南版中等卫生职业教育护理专业创新示范教材
供护理、助产、中医护理等专业用

健康评估

主 编 史劳绩 陈德毅

副 主 编 王守娥 李 东

编 者 （按姓氏笔画排序）

卫 萌（海南省卫生学校）

王文珊（海南省农垦卫生学校）

王守娥（海南省农垦卫生学校）

史劳绩（海南省卫生学校）

李 东（海南省第二卫生学校）

陈元金（海南省第三卫生学校）

陈德毅（海南省第三卫生学校）

季秋霞（海南省第三卫生学校）

宾皓宇（海南省农垦卫生学校）

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

健康评估/史劳绩, 陈德毅主编. —西安: 第四军医大学出版社, 2015. 8

海南版中等卫生职业教育护理专业创新示范教材

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0792 - 0

I. ①健… II. ①史…②陈… 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 (2015) 第 171717 号

jiankang pinggu

健康评估

出版人: 富 明 责任编辑: 王 雯 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: 陕西天意印务有限责任公司

版次: 2015 年 8 月第 1 版 2015 年 8 月第 1 次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 11.75 彩插 2 页 字数: 260 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0792 - 0/R · 1597

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

海南版中等卫生职业教育护理专业 创新示范教材编审委员会

(按姓氏笔画排序)

王建树 (海南省卫生学校)
朱 洪 (海南省卫生学校)
江卫国 (海南省农垦卫生学校)
何 健 (儋州市中等卫生职业技术学校)
张学夫 (儋州市中等卫生职业技术学校)
陈 军 (海南省卫生学校)
陈锦尧 (海南省第三卫生学校)
陈德毅 (海南省第三卫生学校)
林宏军 (海南省第二卫生学校)
周经钲 (海口市中医药学校)
段 洁 (海南省第二卫生学校)
党鸿毅 (海南省农垦卫生学校)
徐玉兰 (海南省农垦卫生学校)
徐家正 (海口市中医药学校)
黄国斌 (儋州市中等卫生职业技术学校)
符致明 (海南省第三卫生学校)
韩宙欣 (海南省第二卫生学校)

彩图



彩图 5-1 巩膜黄疽



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



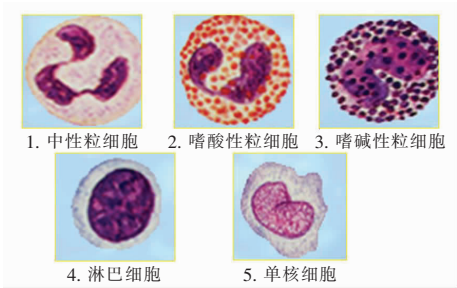
彩图 5-9 腹水及腹壁静脉曲张



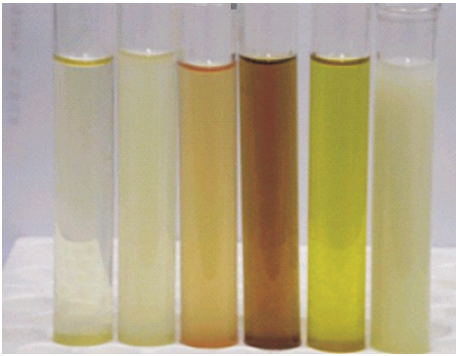
彩图 5-10 匙状甲



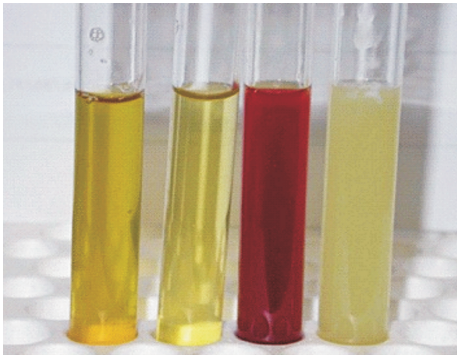
彩图 5-11 梭状畸形



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

为了适应国家护士执业资格考试新大纲的变化思路，同时针对海南省特殊的地域性和本省学生的学习特点，我们组织海南省各卫生学校具有丰富教学经验的教师编写了本教材。本书紧密对接临床，更加能满足本省护理职业教育和岗位的需要。

“健康评估”是连接基础学科和临床学科的桥梁课程，是护理专业一门非常重要的课程。本教材按照 54 学时来编写，每章设置“学习目标”，对不同知识点提出不同层次的要求；教学内容中插入“知识链接”“课堂互动”“考点链接”“案例分析”，增强课堂中的师生互动，提高学生的积极性；同时在章末设置“综合测试”，强化学生对知识点的记忆与理解。

本教材在编写过程中得到了第四军医大学出版社、海南省卫生学校、海南省第二卫生学校、海南省第三卫生学校、海南省农垦卫生学校的各位领导和老师们的大力支持。在此，由衷地向各位表示感谢。

各位编者在此次教材编写的过程中付出了辛勤的劳动，但是，限于水平与学识，书中难免出现一些不足之处。恳请广大师生、读者提出宝贵意见，以便再版时完善。

史劳绩

2015 年 6 月

目 录

第一章 绪论	(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	(14)
第三节 认知评估	(16)
第四节 情绪与情感评估	(17)
第五节 个性评估	(19)
第六节 压力与压力应对评估	(20)
第四章 社会评估	(25)
第一节 概述	(25)
第二节 角色评估	(26)
第三节 人际关系评估	(27)
第四节 文化评估	(28)
第五节 家庭评估	(31)
第六节 环境评估	(32)
第五章 身体评估	(35)
第一节 身体评估的基本方法	(35)
第二节 一般状况评估	(39)
第三节 皮肤、黏膜与浅表淋巴结评估	(43)
第四节 头部及颈部评估	(48)
第五节 胸部评估	(54)
第六节 腹部评估	(72)
第七节 脊柱与四肢的评估	(80)
第八节 神经反射评估	(83)

第六章 常用实验室检查	(92)
第一节 血液检查	(93)
第二节 尿液检查	(99)
第三节 粪便检查	(105)
第四节 常用肾功能检查	(107)
第五节 常用肝功能检查	(109)
第六节 脑脊液、浆膜腔穿刺液检查	(111)
第七节 常用血生化检查	(113)
第七章 心电图检查	(127)
第一节 心电图的基本知识	(127)
第二节 正常心电图	(132)
第三节 异常心电图	(136)
第八章 常用影像学检查	(149)
第一节 X线检查	(149)
第二节 CT检查	(158)
第三节 磁共振成像检查	(160)
第四节 超声检查	(161)
第九章 护理诊断与护理病历的书写	(165)
第一节 护理诊断	(165)
第二节 护理病历书写	(168)
参考答案	(178)
参考文献	(179)

第一章 绪 论

学习目标

知识目标

1. 理解健康评估的概念，掌握健康评估的主要内容。
2. 说出为什么要学习健康评估，学习健康评估的意义、目的和要求是什么。

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、学习健康评估史的重要性

健康评估是护理专业从基础过渡到临床的桥梁课，护理专业学生必须学会系统地、连续地收集护理对象健康资料并对资料进行分析判断的过程，是进行护理的首要环节。护士运用所学的知识、技能对患者进行评估，获得的资料就是护理问题的依据。根据护理问题，护士能做出合理并有针对性的护理措施，使患者减轻病痛，达到早日康复、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。病史内容一般包括一般资料、主诉、现病史、既往健康史、用药史、生长发育史以及家族健康史。

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。

要求护士对患者进行客观量化的评价来了解被评估对象的心理健康水平。需要有一定的心理学、社会学等人文学科背景知识。而心理评估在制订临床计划、提出心理障碍的护理措施以及对疾病的诊断辅助上均具有重要的作用。

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。通过身体评估发现的异常征象称为体征。在评估中发现的机体异常表现，是形成护理诊断的重要依据。身体评估是其他评估都不能替代的一种简单实用的健康评估手

段，是护士必须熟练掌握的基础技能之一。

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。对协助诊断、观察病情与疗效、制定防护措施以及判断预后都具有重要的临床意义。护士应熟悉常用的实验室检查的方法，并学会正确的标本采集方法，而且了解检查结果的意义。

5. 心电图检查 将被评估者的心电活动用心电图仪器描记下来的曲线图称为心电图。护士应学会心电图检查的操作技能，熟悉正常心电图以及异常心电图的图像以及其临床意义，为学习临床以及心电监护打下坚实的基础。

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。重点是常用X线检查以及超声检查前的准备工作，检查中需要注意的配合以及注意事项、X线胸片的基本病变特点。

7. 护理诊断与护理病历书写 病历是护理人员对患者的健康资料经过整理、分析，按照规范化格式书写的护理文件，是对患者就医的系统记录，是医院与患者重要的档案资料，也是整个护理过程的法律文件，是处理以后可能会出现各种纠纷的法律依据。本文护理病历填写格式和内容不断更新，并朝着简化发展，目的是让医护人员能把更多的精力和时间投入照顾患者之中，本章主要介绍护理诊断与护理病历书写的内容和要求。

三、健康评估的知识目标、方法和要求

健康评估的知识目标有：

1. 理解基本概念。
2. 学会采集、整理问诊资料。
3. 对身体评估的基本方法了解，能正确地收集各项健康资料。达到操作正确、动作规范。
4. 学会实验室标本采集，熟悉重要检查项目的参考值以及临床意义。
5. 学会心电图机操作步骤，能识别正常心电图与常见异常心电图的特点。
6. 学会各种常用影像学检查前的准备。
7. 学会提出护理问题，规范地书写护理病历。
8. 具有良好的职业道德修养与职业素质，善于与他人沟通。
9. 学会临床辩证思维模式，培养能独立思考问题、解决问题的能力。

健康评估是一门实践与课堂并重的课程，学

习不仅仅是在课堂，更多的应该设法参与各式各样的实践活动，加强实践操作和临床见习。在过程中应培养学生对评估对象的细心和关爱。注重沟通技巧，提高医护人员的综合素质。

重点提示

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. 了解患者的家庭背景、职业性质
 - B. 评估和记录患者的病情
 - C. 对患者实施护理
 - D. 评估患者个性、价值观和信仰
 - E. 学习心电图机的操作
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. 护理问题
 - C. 常用影像学检查
 - D. 常用实验室检查
 - E. 常用心电图检查
3. 下列哪项不属于护士学习的重点
 - A. 会观看及识别各种影像学检查图片
 - B. 书写护理病历
 - C. 各种检查标本的采集
 - D. 会进行心电图机操作
 - E. 评估患者全身各个部位，判断其是否正常

(史劳绩)

第二章 健康史评估

学习目标

知识目标

1. 掌握健康史的采集方法、注意事项以及基本内容。
2. 能运用交谈的技巧采集健康史资料。
3. 能与评估对象建立起融洽的关系，对评估对象要尊重和爱护。

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。这些问题哪些通过护理的手段可以解决。

一、健康资料的来源

（一）主要来源

在评估对象清醒情况下获得的资料是健康史资料的主要来源，评估对象本人能清楚地表达对病痛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

在评估对象不清醒或不配合的情况下从外人获得的资料是健康史资料的次要来源，主要有：

1. 评估对象的家庭成员或关系密切者 其中包括父母、子女、朋友、同事、邻居等。他们比较了解评估对象的健康状态、生活习惯以及工作和生活的环境。
2. 其他人员 接触过评估对象的人员，包括各级医护人员、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各种人员。

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，如“头痛得想撞墙”“剧烈活动会出现心慌”。客观资料是医护人员对被观察者通过进行身体评估和辅助检查发现其组织器官形态和功能异常改变的资料，如“面色苍白”“凝血功能不好”“唇色暗淡”等。体征也是提出护理问题的重要依据之一。

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）交谈的方法

1. 准备阶段

（1）明确目的以及内容 根据被观察者的健康史资料，了解被观察者的基本情况后，整理交谈思路，明确与被观察者的谈话目的以及内容。

（2）安排合适的交谈时间 一般选择被评估者入院安顿就绪以后进行，同时应考虑被评估者的情绪状态，以免影响交谈效果。时间不宜过长，以 20 ~ 30 分钟为宜。

（3）安排良好的环境 选用合适的交谈场合，避免被干扰。环境应选择安静、舒适的地点，光线与温度要适宜，如病房或办公室。必须注意到旁观者的存在，避免谈话内容泄露。

2. 交谈阶段 合理地选用提问技巧，并讲明自身的职责，说明交谈的目的与时间，最后根据健康史评估内容开始逐步深入地进行交谈。护理人员应有礼貌地与被观察者交谈，以平等的心态与被观察者沟通。让被观察者从心理上接受护理人员，以获得最真实可靠的护理资料，并避免未来在护理工作中产生医患纠纷的隐患。

3. 探讨阶段 在护理人员与被观察者达到关系比较良好的前提下，护理人员可说明交谈目的并获取所需要的护理资料，包括一般资料、主诉、现病史、既往史、用药史、生长发育史、女性患者的月经史、家族史。以做出对被观察者进一步的判断。

4. 结束阶段 当获得必须资料达到交谈目的以后，可向被评估者简单复述，感谢患者的配合并结束交谈。

（二）交谈技巧

1. 注意语言性沟通技巧 选择合适的提问方式。

（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：“你哪

里不舒服？”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来说明具体的问题。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：“你昨天开始腹痛吗？”“你头痛有多久了？”

(3) 直接选择式提问 直接选择式提问要求患者回答“是”或“不是”。提问时应避免直接提问，可能使患者受到暗示，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、糖尿病或高血压吗？”这类问题应逐一问清，让患者有足够的思考时间。

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。如果过于偏离交谈目的，可客气地插些与评估内容相关的问题，使话题转回来，例如：“你讲的那些情况我已经知道了，现在请再谈谈你腹痛的情况。”

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，合适的体态语言，如：面向评估对象，保持双目平视注视对方，面带微笑，适时点头示意，适时地沉默倾听等。

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）、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）。

→ 课堂互动

角色扮演

请两位同学分别扮演护士向患者询问病情的场景。

要求：扮演某护士的要有询问提纲，扮演患者的要回想起以前某次发病的过程。

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

患者：“我现在有时间，请问吧。”

护士：“您好，请问您哪里不舒服？”

患者：“我头痛！”

护士：“头痛多长时间了？”

患者：“3天。”

护士：“现在头还痛不痛？”

患者：“痛。”

大约20分钟完成整个健康史的问诊。

讨论：这样的交谈有什么不妥？有没有什么更好的交谈方式？请其他同学演示。

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。”

二、注意事项

1. 对一些特殊状态的患者，如腹痛剧烈患者、危重症患者，问诊需简短、简洁，几句话切入要点，避免引起患者反感。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. 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。

4. 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。

5. 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地理解对方，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。

(1~3 题共用备选答案)

- A. 您常有偏头痛发作吗？ B. 您最近心情好不好？
C. 您认为这次发病与什么有关？ D. 您这一段时间睡眠如何？
E. 疼痛时是否放射到其他部位？
1. 属于开放式提问的是
2. 属于诱导式提问的是
3. 属于封闭式提问的是

答案与解析：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. D、C；2. E、A；3. E、B、A。

第三节 健康史评估的内容

一、一般资料

一般资料包括患者的姓名、性别、年龄、民族、职业、婚姻、籍贯、文化程度、宗教信仰、家庭住址以及联系电话、入院时间、记录时间、入院诊断、资料的来源以及可靠性等。这有助于评估者与评估对象更好地沟通。家庭住址以及联系电话必须准确详细，以便今后的随访。

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。要求简明扼要，主要症状不要超过 3 个，不超过 20 个字，如“腹痛 2 天”。记录时应采用医学用语而不是诊断用语。主诉不是患者陈述的第一句话，而是在护理病史采集结束后由护士通过分析得出的。

下列主诉中最恰当的是

- A. 半年前开始咳痰、咳嗽
B. 右上腹阵发性绞痛 2 周，加重伴黄疸 3 天
C. 左肾疼痛半天
D. 患肝炎 1 年
E. 心窝憋闷 5 小时

答案与解析：一般情况下不能用病名，不能用口头用语，时间不能放在前面。故答案为 B。