

健康评估

龚金根 编著

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/龚金根编著. —南昌:江西科学技术出版社,2008.1

新编中等卫生学校护理专业教材

ISBN 978 - 7 - 5390 - 3242 - 9

I. 健… II. 龚… 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(2008)第 014583 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcb.com>

选题序号:KX2008023

图书代码:J08216 - 101

健康评估

龚金根编著

出版 江西出版集团·江西科学技术出版社
发行
社址 南昌市蓼洲街 2 号附 1 号
邮编:330009 电话:(0791)6623491 6639342(传真)
印刷 南昌市印刷五厂
经销 各地新华书店
开本 787mm×1092mm 1/16
字数 300 千字
印张 13
印数 4000 册
版次 2008 年 2 月第 1 版 2008 年 2 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5390 - 3242 - 9
定价 21.50 元

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

前　言

随着经济持续、快速发展,人们对健康的需求也相应发生改变,更多的人希望得到高质量的医疗保健服务,并呼唤出现更多能提供医护技术、人文关爱、心理支持等新内涵的技能型、服务型的卫生高素质人才,这使得医药卫生类中等职业教育愈来愈得到社会的重视和认同,卫生职业教育进入了快速发展时期。

为适应新时期的发展需要,在江西科学技术出版社的组织下,我们编写了这本教材。本教材的编写以新标准、高起点为基本要求,坚持以人为本,“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”的原则,根据学生成绩的具体情况和临床用人单位的实际需要,紧扣《全国执业护士资格考试大纲》的要求,简化理论叙述,适当增加“链接”等栏目,且在每章末配有小结和思考题,从而使得本教材体现了实用性、可读性和创新性的特点。

此外,本教材的编写还十分注重教材与专业培养目标的一致性,在内容上从身体、心理、社会等层面全面阐述了健康评估的原理、方法和技能,体现了现代护理实践以人为中心的要求。全书共九章,包括健康史评估、身体评估、心理和社会评估、常用实验室检查、影像检查、心电图检查、资料分析与护理诊断、护理病历书写等内容。

本教材主要供中等卫生职业教育三年制护理专业的学生使用,同时可供其他从事护理教学及临床护理工作者参考使用。

为使本教材具有代表性,我们邀请了全省部分院校中的七位具有丰富教学经验和专业实践经验的教师参与编写。在编写本教材过程中,得到了各参编者所在单位的领导和同事们的大力支持,对此表示衷心感谢!

由于编写时间仓促,书中可能有不妥或疏漏之处,殷切希望广大读者提出宝贵的意见以便改进,使教材质量不断提高。

编　者

2007年12月

目 录

第一章	绪 论	• 1
第二章	健康史评估	
	第一节 健康史采集方法与注意事项	• 4
	第二节 健康史内容	• 7
第三章	身体评估	
	第一节 概述	• 13
	第二节 一般状态评估	• 17
	第三节 皮肤评估	• 25
	第四节 淋巴结评估	• 28
	第五节 头部评估	• 29
	第六节 颈部评估	• 33
	第七节 胸部评估	• 34
	第八节 腹部评估	• 57
	第九节 生殖器、肛门和直肠评估	• 69
	第十节 脊柱和四肢评估	• 71
	第十一节 神经系统评估	• 74
第四章	心理和社会评估	
	第一节 心理评估	• 85
	第二节 社会评估	• 90

第五章 常用实验室检查	第一节 血液检查	• 96
	第二节 尿液检查	• 103
	第三节 粪便检查	• 109
	第四节 常用肾功能检查	• 111
	第五节 常用肝功能检查	• 113
	第六节 常用血生化检查	• 117
	第七节 浆膜腔穿刺液检查	• 119
第六章 影像检查	第一节 X线检查	• 124
	第二节 超声检查	• 132
	第三节 其他影像检查	• 135
第七章 心电图检查	第一节 心电图的基本知识	• 143
	第二节 正常心电图	• 147
	第三节 心电图检查和心电监护的应用及操作	• 151
	第四节 常见异常心电图	• 153
第八章 资料分析与护理 诊断	第一节 资料分析	• 165
	第二节 护理诊断	• 168
第九章 护理病历书写	第一节 书写护理病历的基本要求	• 175
	第二节 护理病历的格式与内容	• 175

附录	实践一 健康史采集	• 183
实践指导	实践二 一般状态、皮肤、淋巴结及头颈部评估	• 186
	实践三 胸廓和肺部评估	• 189
	实践四 心脏和血管评估	• 190
	实践五 腹部评估	• 192
	实践六 神经反射评估	• 193
	实践七 血液、尿液和粪便标本采集法	• 195
	实践八 心电图的描记、测量与分析	• 196
	实践九 护理病历书写	• 198

第一章 绪 论

【学习目标】

- 掌握健康评估的概念
- 熟悉健康评估的意义,认识健康评估在护理工作中的重要性
- 掌握健康评估的内容
- 了解健康评估的学习方法及目的要求

《健康评估》是护士运用护理基本理论、基本知识、基本技能对个体、家庭、社区现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应进行判断的一门学科;是顺应生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变,适应健康观念、现代护理模式转变而设置的一门课程;是护理专业的一门主干课程,是把基础学科的基本理论和知识具体地与临床实践相结合,具有很强实践性的一门课程。因此,必须反复练习和实践,才能为完成“促进和维持健康、预防疾病、协助康复、减轻痛苦”21世纪护理人员的根本任务和护理诊断奠定坚实的基础。

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护理,实现“以人为本”、以人的健康为中心、以护理程序为指导的系统化整体护理。护理程序始于健康评估,全面、正确地为护理对象进行健康评估是保证高质量护理的先决条件。护士通过对服务对象的身体、心理、社会进行全面系统的有组织、有系统地收集资料、整理资料,提出护理对象的健康问题及护理诊断,为确立护理目标,制定护理措施提供依据。从护士与服务对象的首次接触直至完全康复的整个护理过程中,都贯穿着评估,这个过程所需要的知识和技能必须通过《健康评估》课程来培养。

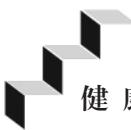
一、健康评估的内容

1. 健康史评估

收集患者的健康资料应包括患者的身体健康状况和心理、社会状况。健康史的采集是一个动态过程,要定期收集、动态观察、记录,以便分析、评判。要学会与患者交流、沟通,并获取评估资料的各种技巧。语言和非语言的交流技巧是护士成功地运用护理程序所必须具备的素质之一。

2. 身体评估

是指护士用自己的感觉器官或简单的工具对患者进行细致地观察和系统的评估,以认识正常人体应有的身体特征,并发现异常体征的评估方法。包括身体评估的内容、评估基本方法、异常体征的发生机制及临床意义等。通过身体评估,为护理诊断提



供依据,及时发现可能存在的健康问题。

3. 心理和社会评估

包括对患者的心理状况和社会经历的信息资料的收集。其中,重要的是自我概念、情绪、情感、压力与压力适应、社会角色、文化、家庭及环境等方面 的评估。

4. 常用实验室检查

实验室检查的结果是重要的客观资料,是作出护理诊断的重要依据,与护理工作密切相关。正确采集实验室各项检查的标本,指导、协助患者完成各项检查,是临床护理重要内容之一。

5. 影像检查

是借助于不同的成像手段,使人体内部器官和结构显出影像,从而了解人体解剖与生理功能状况以及病理变化,以达到诊断的目的的一种特殊的检查方法。包括 X 线检查、超声检查、电子计算机 X 线体层摄影、磁共振成像、数字减影血管造影、介入放射学和放射性核素检查等内容。

6. 心电图检查

是应用心电图机描记的心肌生物电流的动作图像。熟悉心电图的操作技能,掌握正常心电图和常见异心电图的图形及临床意义,重视临床一线可能遇到的急症情况,了解心电监护的基础知识和观察要点是每位护理工作者都应必备的知识和技能。

7. 资料分析与护理诊断

指将健康评估所收集到的资料进行分析、归纳和整理,并作出护理诊断。

8. 护理病历书写

按照卫生行政管理部门对护理专业临床工作的规定,对收集到的资料按照护理病历书写的要求和格式,以文件的形式记录下来,即为护理病历。

二、健康评估的学习方法和目的要求

1. 健康评估的学习方法

在本课程学习中,课堂理论学习要理论联系实际,积极采用电化教学、多媒体演示、示教、角色扮演、案例分析、情景教学、讨论、理论讲授等教学手段,以启发学生的思考能力,加深对教学内容的理解和掌握。同时,需强调实践学习。应结合模拟病房、社区服务站、医院临床等实训、见习、实习实践性学习,充分调动学生学习的主动性、积极性,训练学生的动手能力、人文关怀及人际沟通能力,经过系统地、反复地实践为临床各学科学习打下坚实的基础。

2. 健康评估的学习目的要求

(1)道德教育目标:培养学生热爱祖国,具有高尚的职业道德修养,正确的人生观、价值观,有自尊、自爱、自强、自立的思想品质。热爱护理专业,爱岗敬业,有为人民健康服务的意识,有乐于奉献的精神,有高度的责任心,有慎独严谨的品行,有很强的团队合作精神,有较高的人文、社会科学素养,有良好的护士仪表、举止、语言、态度和职业情感。

(2)知识教育目标:具有“以人为本”、以人的健康为中心的现代护理理念,具备扎实

实的为服务对象的身体、心理、社会等各方面资料进行健康评估的基本理论、基本知识及基本技能；能正确解释常用实验室检查结果的临床意义；掌握心电图的基本知识及正常心电图知识，并能独立描记心电图；熟悉常用影像检查的应用指征及检查前、后的护理；熟悉护理病历书写要求及格式，并能正确书写护理病历。

(3) 技能教育目标：培养学生具有高度的责任心、敏锐的观察力；掌握身体、心理、社会在内的健康评估方法，具有系统的整体护理能力；具有运用科学的临床思维去评估服务对象的健康问题的能力，以及分析和处理问题的能力；具有良好的沟通技巧和心理护理、健康教育能力；能将所学的基本理论尽快地转化为护理专业实践能力；能将掌握的专业技术转化为从事临床护理、社区护理的职业本领。

小结

《健康评估》是中等卫生职业教育护理专业的一门主干课程。健康评估的内容包括健康史评估、身体评估、心理和社会评估、常用实验室检查、影像检查、心电图检查、资料分析与护理诊断和护理病历书写等。学习本课程的主要任务是使学生系统地掌握健康评估的基本理论、基本知识及基本技能，并能灵活运用相关的基本知识和技能对患者身体、心理、社会等各方面的健康状况做出初步的判断，从而达到护理的要求和目标。

习题

一、名词解释

1. 健康评估
2. 身体评估

二、填空题

1. 护理程序始于_____，全面、正确地为护理对象进行_____是保证高质量护理的先决条件。
2. 健康评估是护士对服务对象的_____、_____和_____进行全面系统的有组织地、系统地收集资料、整理资料，提出护理对象的_____，为确立_____，制定_____提供依据。
3. 将健康评估收集到的资料进行_____、_____和_____，并以文件的形式记录下来，即为护理病历。

三、简答题

健康评估的内容有哪些？



第二章 健康史评估

【学习目标】

- 掌握健康史采集方法
- 熟悉健康史采集的注意事项
- 掌握健康史内容

健康史是关于患者目前、过去健康状况及其影响因素的主观资料。健康史采集是护士通过与患者或知情者进行有目的、有计划的系统询问以了解患者所患疾病发生、发展的变化过程和伴随的躯体不适、功能障碍、心理反应，并结合患者以往健康状况、生活习惯、家庭情况、工作条件等予以判断，患者目前存在的，需要由护士解决的健康问题或需要观察、预防的潜在健康问题。交谈是护士对患者进行评估的开始，是护士必须掌握的第一项基础技能。通过交谈可以使护士与患者建立起相互信任、共同合作的良好互动关系，这对确保护理活动顺利进行非常重要。

整体护理要求护士为患者提供包括身体、心理、社会等各方面的护理服务和教育。因此，护士进行护理健康史采集时，必须全面而准确地收集患者上述各方面的资料。

第一节 健康史采集方法与注意事项

一、健康史采集方法

(一) 交谈前的准备

1. 交谈环境

首先要保证交谈的环境要安静、光线要适宜。此外，保证交谈不受干扰，如要关上房门，拉好隔帘，请旁人暂时离开以保护隐私等。交谈通常在床边进行，护士应站在患者床头边，避免站在患者的对面，否则，会给患者一种居高临下或匆忙的感觉。

2. 交谈时间

一般在患者入院事项安排就绪后进行交谈。不宜在患者就餐或其他不便的时间内进行，以免引起患者烦躁不安。对危重患者，则需在病情稍稳定后进行。

3. 交谈资料的准备

护士应事先了解患者的基本情况、所患疾病的情况。如通过查阅患者的门诊、急诊病历，了解患者的姓名、年龄、入院诊断、病史以及有关本次疾病的诊疗情况；通过查

阅读参考书籍,了解所患疾病的临床表现及治疗和护理措施。按照入院资料评估确定的项目和内容进行交谈,便于了解患者的身体状况、对疾病的认识、心理状况、日常生活习惯、住院带来的不便、对医疗护理的需求,以及其他双方共同关心的问题等。

(二)交谈开始

1. 有礼貌地称呼患者

可根据患者的年龄、性别、职业、文化背景等,有礼貌地称呼患者,使患者感到亲切,以建立起融洽的气氛来减轻患者焦虑,这样有利于患者思想情感的自然表达。

2. 自我介绍

如介绍自己的姓名等。

3. 进行一般性交谈

先交代本次交谈的目的及大概时间,再询问患者的姓名、年龄、民族、职业等,以缓解患者的紧张情绪,使交谈在轻松、和谐的气氛中进行。但不要谈得太多,否则会使交谈离题太远。

(三)交谈过程

1. 循序渐进逐步深入

交谈从一般性内容开始,如“今天您感觉怎么样?”“您今天气色不错!”“您这样坐着(或躺着)感觉舒服吗?”等。然后,在和患者相互比较熟悉、比较自然的情况下,再按入院资料评估内容顺序逐步进行深入交谈,如了解患者本次患病的原因、症状的特点等。

2. 应用合适的提问方式

在交谈时,护士应该灵活地运用不同的提问方式与患者进行交谈。

(1)开放式提问:这种提问方式比较笼统,但能诱发患者说出自己的感觉、认识、态度。一般常用于交谈开始,让患者叙述病情。如“您今天来,有哪里不舒服?”或从某一项目起始,如“请告诉我您过去的健康状况如何?”

(2)封闭式提问(直接提问):这种提问方式比较具体,只需要用简单的一二句话就能够说明具体的问题。如“您何时开始腹痛的呢?”“您腹痛有多久了?”

提问时应做到:①一次只提一个问题;②把问题说的简单清楚;③尽量少提“为什么”的问题,以免患者回答不出;④尽量不问用“是”或“不是”回答的问题。在与患者交谈中,应注意患者最易受到暗示,因此,要避免套问、提示性诱问。如要了解患者睡眠情况时,不应问“您失眠吗?”而应该问“您睡眠习惯如何?”不应问“您上腹痛时向右肩部放射吗?”而应该问“您除腹痛外还有什么地方有痛?”不应问“您是不是夜间咳嗽厉害?”而应该问“您咳嗽有什么规律?”否则,患者在不清楚的情况下会随声附和,从而影响健康史的真实性,导致错误的结论。同时,还要避免使用具有特定涵义的医学术语,这样也容易造成误解或交谈的中断。

3. 采取接受和尊重的态度

倾听往往是最有效的沟通技巧,可以使患者感觉到自己的话受到重视而愿意继续交谈下去。倾时时应做到:①花时间倾听患者说话;②集中注意力,不要因患者讲话不



清或速度慢而分心;③不要随意打断患者谈话;④不要急于做出判断和评论,以便于全面地理解患者的本意和真实感情;⑤注意透过语言的字面含义听出患者的言外之意。

有效倾听的关键是护士应全身心地投入。其表现在倾时时使用一些非语言行为和简单的应答,来显示自己的全神贯注和对患者的关切,以使患者能畅所欲言。这就需要做到:①与患者保持合适的距离,一般保持0.5~1m的距离,面向患者;②保持眼神的交流;③保持放松、舒适的体位;④必要时身体稍前倾;⑤适时地微微点头或应答,如“嗯”、“是啊”、“哦”等,表示自己正在听。

4. 非语言交流技巧

以人体非言语行为作为载体,即通过人的表情、眼神、动作等来进行人与人之间的信息交流。在护患关系中,非语言交流具有非常重要的地位,是人际沟通的重要形式之一。

(1)面部表情:是表达思想情感的体态语言。从患者的面部表情了解到患者的情况,如患者担忧时可能会出现皱眉,恐惧时脸上可能会显得很焦虑、恐慌,疼痛时会出现较痛苦的面部表情等。

(2)眼神的交流:通常是希望交流的信号,表示尊重并愿意倾听对方的讲述。一般目光大体落在对方的嘴、头顶和脸颊的两侧这个范围为好,给对方一种很恰当地、很有礼貌地看着他面部的感觉,并且表情要轻松自然。

(3)身体姿势:是传递非语言信息的重要途径。点头、摇头、摆手、耸肩、握手、拍拍肩膀、竖大拇指、用小指拉勾、拥抱、倒一杯茶水等,都会不由自主地显示出内心的情绪状态和感受。

(4)触摸:是一种无声的语言,可缩短护患之间的距离,是一种很有效的沟通方式。触摸可以表达关心、体贴、理解、安慰和支持。如当患者焦虑害怕时,护士可以紧紧地握住患者的手,这样可以传递一种信息,即护士能够理解患者的处境和心理,并且希望去帮助他;再如当患者痛苦呻吟时,护士主动靠近患者站立,且微微欠身与其对话,适当抚摸其躯体或为其擦去泪水,会给患者以安慰的感觉。

(5)沉默:是一种非语言反应。沉默可以表达接受、关注和同情,也可以表达委婉的否定和拒绝。当患者有焦虑或有些问题不愿意回答时,可使用沉默的方法,让患者感到自己的愿望得到尊重和理解,也可以为护患双方提供调适的机会。

5. 及时核实交谈的信息

为确保所获得的资料的准确性,需要在交谈中对含糊不清或存在有疑问、有矛盾的内容进行核实。核实应保持客观性,核实后应将患者所述内容用简单的语句进行小结。常用的核实方法有:

(1)澄清:对于患者陈述中一些模糊的或不明确的语言提出疑问,以求取得更具体、更明确的信息。如:“请再说一遍”,“我还不太明白,请您再说清楚一点。”

(2)重复:将患者所说的话再复说一遍,待患者确认后再继续倾听和交谈。如“唔,您刚才说您半夜感到胸闷,是这样吗?”

(3)反问:以询问的口气重复患者所说的话,鼓励患者提供更多的信息。如“您说您夜里睡眠不好?”反问也可用于描述患者非语言行为并询问其原因。如“我注意到您

总爱向窗外看,有什么原因吗?”

(4)质疑:用于患者所说的与你所观察到的或前后所说的内容不一致时。如“您说您对自己的病没有任何顾虑,可您的眼睛却红红的,能告诉我这是为什么吗?”

(5)解析:对患者所提供的信息进行分析和推论,并与患者交流。患者可以对你的解析加以确认、否认或提供另外的解释等。

(四)交谈结束

在交谈即将结束时,护士应有所暗示或提示,不能突然结束话题。如可向患者简单复述一下谈话的重要内容,并对患者提出的疑虑做出必要的解释。在结束谈话离开前,要再询问患者,如“您还有什么事要说吗?”然后告诉患者,今天暂时谈到此,有事情随时可以联系,最后对患者的合作表示谢意,以结束本次交谈。

二、健康史采集的注意事项

1. 健康史采集的关键在于得到患者的信任。护士高雅的气质、和蔼的态度、良好的语言修养是取得患者信任的首要条件。当患者感到平等、受到尊敬时,才能坦诚相告。

2. 健康史应尽量询问患者本人,神志不清或其他原因而不能自述者则可由家属或知情人代诉。患者一旦清醒,应及时核实或补充。

3. 正确应用人际沟通与人际交往技巧与患者交谈,询问时语言要通俗易懂,避免采用医学术语,如“鼻衄”、“端坐呼吸”、“里急后重”等,同时,要避免套问和提示性诱问。

4. 对危重患者,在简要询问和重点的身体评估后,应立即进行抢救,待病情稳定后再做详细交谈补充,以免延误治疗。

5. 对一般患者,交谈应于入院后2小时内完成,入院评估记录应在24小时内完成。

6. 对外观异常者不要显露惊奇;对相处困难的护理对象要有耐心、不厌恶;对患者的错误观点不要直接批评,而应提出正确的观点供其参考。

7. 对心理、社会方面的评估资料,护士应摒弃偏见,坦诚接受患者的信息,并按原话记录。

8. 尊重患者的隐私权,回避患者不愿提及的问题,对患者不愿讲的内容,不要追问。

第二节 健康史内容

一、一般资料

(一)一般项目

一般项目包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻、职业、工作单位、家庭住址、通讯



地址、电话号码、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者是患者亲属或其他人，则应注明其与患者的关系。记录年龄时应填写实际年龄。

(二)主诉

主诉是患者感受最主要、最明显的症状或体征及其性质和持续时间，也是本次就诊最主要的原因。通过主诉可初步了解疾病所在系统及其性质，有助于判断主要诊断问题。主诉要简明扼要，用一、二句话加以概括，同时注明主诉自发生到就诊的时间，如“畏寒、发热、右胸痛3天”，“心悸、气短2年，加重伴下肢水肿2周”。避免用诊断术语或病名，如“患糖尿病1年”，而应记录“多饮、多食、多尿、消瘦1年”。

链接

何谓症状和体征？

症状是指患病时患者主观感觉到的异常感觉或是某些病态改变，如咳嗽、头痛、呕吐、吞咽困难等；体征是指患病时患者被护士察觉到的客观表现，如急性病容、皮疹、心脏杂音、肝脏肿大等。



(三)现病史

现病史是健康史的主体部分，包括疾病的發生、发展、演变和诊治的全过程。

1. 起病的情况

不同疾病起病方式不同，有的起病急骤，如脑栓塞、急性胃肠穿孔等；有的起病缓慢，如肺结核、肿瘤等。

2. 患病时间

是指起病到就诊或入院的时间。根据患者的情况可用年、月、日、时、分钟计算。

3. 主要症状特点

包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素等。如消化性溃疡，为上腹痛，其性质为灼痛（或胀痛、隐痛），可持续数日或数周，在数年中反复发作或缓解，秋末春初加重等特点。

4. 病因与诱因

沟通交流时应尽可能地了解本次发病有关的病因（如外伤、中毒、感染）或诱因（如气候变化、环境改变、情绪、饮食失调等），有助于对疾病的诊治和预防。

5. 病情发展与演变

指在患病过程中主要的症状加重、减轻或出现新的症状。例如，肺结核合并肺气肿的患者常会在活动后气促，突然出现胸痛和严重呼吸困难，应考虑有自发性气胸的可能。

6. 伴随症状

在主要症状的基础上又同时出现一系列其他症状,这些伴随症状常是鉴别诊断的依据。因为不同疾病可出现相同的症状,如急性上腹痛可有多种原因,若患者同时伴有恶心、呕吐、发热,特别是又出现黄疸和休克时,就应该考虑急性胆道感染的可能。

7. 诊治经过

患者在本次就诊前接受过其他医疗单位诊治时,应询问曾在何时何地就诊,做过何种检查及接受了哪些护理措施,以及用过的药物名称、剂量、途径、疗效等,可为本次护理措施提供参考。

(四)既往史

既往史指患者从出生起到这次发病为止的健康状况。包括既往健康状况和过去曾经患过的疾病,如外伤史、手术史以及住院经历等。因此,应记录既往患过疾病的时间、原因、手术名称、外伤诊疗经过及转归情况等,特别是与现病史有密切关系的疾病,如风湿性心脏病患者有无风湿热病史。此外,还需要记录预防接种史、生活地区的主要传染病和地方病史。以及有无对食物、药物或环境因素中已知物质的过敏史。例如若有过敏史,应记录过敏时间、过敏原和过敏反应等情况。

(五)个人史

个人史包括社会经历、职业及工作条件、习惯与嗜好、有无不洁性交及性病史。

(六)婚姻史

记述未婚或已婚、结婚年龄、配偶健康状况、夫妻关系等。

(七)月经史和生育史

包括月经初潮的年龄、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,末次月经日期,闭经日期,绝经年龄等;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、产褥感染及计划生育等情况。

(八)家族史

包括询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问亲属中是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病,如血友病、糖尿病、精神病等。此外,对死亡的直系亲属还要问明死因与年龄。

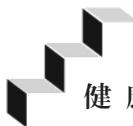
二、日常生活形态及自理能力

(一)健康认知与健康维护

健康行为,指患者保持健康的能力以及寻求健康的行为。如有无吸烟、饮酒习惯,有无药物依赖;是否参加过有害或危险活动;生活方式,有无受伤害危险因素;是否健康知识缺乏,有无主动寻求健康知识的意识,以及遵守医嘱的情况。

(二)营养与代谢

包括患者营养状况、饮食搭配及摄入情况;食欲、饮水以及吞咽情况;有无饮食限制;饮食种类(软食、半流质、流质等);近期体重有无改变等。



(三)休息与睡眠

包括患者的睡眠状况,是否需要安眠药等辅助睡眠措施,休息后体力是否容易恢复等。

(四)排泄

1. 大便

排便习惯、次数,有无排便异常,是否使用缓泻剂等通便措施。

2. 小便

排尿次数、尿量、性状,有无排尿异常等。

(五)活动与运动

包括日常生活自理能力(进食、洗漱、洗澡、穿衣、如厕等)及功能水平,活动能力、活动耐力情况,有无医疗或疾病限制,有无躯体活动障碍。通常能自理能力分为三个等级:完全自理、部分自理、完全不能自理。

三、心理和社会资料

(一)心理评估

指对患者自我概念、情绪、情感、压力与应对进行评估。例如,询问患者目前面临的身体外表方面的威胁有哪些,遇到不顺心的事会有什么样的反应等。当生活中遇到这些困难时,是如何处理的?是自己独立解决,还是和家属共同解决或求助朋友帮助解等。

(二)社会评估

指对患者角色、文化、家庭及环境进行评估。例如,询问患者患病住院后,角色发生了哪些改变?有哪些影响?作为患者,是否安于养病,并积极配合治疗、护理使自己尽快康复?家庭经济状况如何?受过何种专业教育?对自己的工作是否满意等。

小结

健康史采集是护士通过与患者或知情者进行有目的、有计划的系统交谈,从而达到收集患者的健康资料的目的,是护士对患者进行评估的开始。护士必须掌握有关健康史采集方法和技巧,并确保所收集资料的准确和完整。

本章重点介绍了交谈的方法与技巧、健康史采集时的注意事项和健康史的内容。通过交谈方式,全面了解患者所患疾病发生、发展的变化过程和伴随的躯体不适、功能障碍、心理反应等,为患者提供包括身体、心理、社会等各方面的护理服务和教育。

习题

一、名词解释

1. 健康史 2. 主诉 3. 既往史

二、填空题

1. _____ 是健康评估的第一步,是收集 _____ 最常用的方法。
2. 在交谈时,护士可运用 _____ 、 _____ 的提问方式与患者进行交谈。
3. 在会谈中必须对含糊不清、存有疑问或矛盾的内容进行核实,常用的核实方法有: _____ 、 _____ 、 _____ 、 _____ 、 _____ 。
4. 健康史内容包括 _____ 、 _____ 和 _____ 等三个方面。
5. 现病史是健康史的 _____ 部分,包括疾病的 _____ 、 _____ 、 _____ 、 _____ 演变和诊治的全过程。

三、单项选择题 (以下每一道题下面有 A、B、C、D、E 五个备选答案,请从中选择一个最佳答案)

1. 收集资料最重要的是()

A. 查阅记录	B. 身体评估
C. 观察	D. 交谈
E. 获得门诊资料	
2. 为保证交谈结果的有效性,交谈过程中,护士不应采取的方式是()

A. 复述患者的内容	B. 提出质疑
C. 澄清相关内容	D. 打断患者的叙述
E. 对患者相关问题进行解析	
3. 与患者交谈中最重要的作用是()

A. 护士的态度	B. 交谈技巧的应用
C. 患者的文化	D. 相关的环境
E. 患者的病情	
4. 交谈是收集患者健康资料的重要方法,护士应了解的内容下列哪项除外()

A. 家庭经济收入	B. 子女学习状况
C. 患者的文化程度	D. 父母的健康状况
E. 单位对其支持情况	
5. 有关主诉的描述,下列哪项不对()

A. 患者感受最主要的疾苦或最明显的症状或体征及其持续的时间	B. 可初步反映病情轻重与急缓
C. 本次就诊最主要的原因	
D. 病史的全过程	E. 记载应简明扼要