

全国医学高职高专“十一五”规范教材

(供临床医学类、护理类、药学类、医学技术类及卫生管理类的相关专业使用)

健康评估



JIAN KANG PING GU

主 编

杨秀珍 张清格

副主编

刘士生 崔郁玲

李玉明 陈云华

史 妍

上海科学技术出版社

全国医学高职高专“十一五”规范教材

(供临床医学类、护理类、药学类、医学技术类及卫生管理类的相关专业使用)

健康评估

主 编

杨秀珍 张清格

副主编

刘士生 崔郁玲

李玉明 陈云华 史 妍

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/杨秀珍,张清格主编. —上海:上海科学技术出版社,2006. 8

全国医学高职高专“十一五”规范教材

ISBN 7—5323—8432—2

I. 健... II. ①杨... ②张... III. 健康—评估—高等学校:技术学校—教材 IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 054878 号

上海世纪出版股份有限公司
上海科学技术出版社 出版、发行

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 16. 75

字数:410 千字

2006 年 8 月第 1 版

2006 年 8 月第 1 次印刷

定价:26. 00 元

如发生质量问题,读者可向工厂调换

前 言

为了适应《国务院关于大力发展职业教育的决定》和全国职业教育工作会议精神的要求,为了提高医学高职高专教材质量,更好地把握教学内容和课程体系的改革方向,为让全国医学高职高专院校有足够的、高质量的教材可供选用,以促进医学高职高专教育事业的发展,根据教育部“十一五”高职高专教材规划精神,全国医学高职高专“十一五”规范教材建设专家指导委员会、上海科学技术出版社组织编写了本套教材。本套教材将吸收现有各种同类教材的合理创新之处,以内容精练、质量上乘、定价合理为目标,突出科学性、先进性、启发性、适用性,教学内容体现新知识、新技术、新工艺、新方法,并加强学生科学思维方法与创新能力的培养,从而促进学生综合素质的提高。

【教材特点】

1. 教材编写原则紧扣教育部对高职高专教育的要求:“基础课教学要以必须、够用为度,以讲清概念、强化应用为教学重点,专业课教学要加强针对性和应用性。”
2. 教材结构由传统单一的理论知识改为由三部分组成,即各章理论知识内容之前,依据教学大纲列出“教学要求”,为教师的“教”和学生的“学”指明了方向;各基础学科还列出了护理专业和临床医学专业的课时安排,以供参考;在各章理论知识之后列出“实验指导”,以方便师生使用。
3. 本套教材的编写人员多是各学科的学科带头人,他们均来自基础教学和临床工作的第一线,使教材内容更加贴近实际,增强了适用性。
4. 注重基础理论知识和专业知识与临床实际的联系,减少了一些演示性、验证性实验,增加了一些临床应用性的实验。

【适用范围】

本套教材主要供以高中为起点的三年制和以初中为起点的五年制医学高职高专的临床医学类、护理类、药学类、医学技术类及卫生管理类的相关专业使用,也可供卫校、成教医专的相关专业使用。

【鸣谢】

在本套教材的建设推广过程中,得到全国 20 多个省市近 60 所院校的大力支持和帮助,在此深表谢意!殷切希望各学校师生和广大读者在使用过程中进行检验,提出宝贵意见,以使本套教材更臻完善。

全国医学高职高专“十一五”规范教材

专家指导委员会 编审委员会

2006 年 5 月

编写说明

随着健康观念和现代护理模式的转变,当今的护理工作必须运用护理程序对护理对象进行系统的整体护理,才能真正提高护理质量,体现现代护理实践以人为中心的要求。健康评估是护理程序的第一步。护士不仅要掌握护理对象现存的健康问题及可能发生的健康问题,还要评估其心理、社会、精神等方面的状况,经综合分析提出护理诊断,确立护理目标,从而制定相应的护理措施,并付诸实施,才能使护理对象达到最佳的健康状态。这个过程所需要的许多知识和技能必须由“健康评估”来解决。我国自20世纪80年代开设专科护理以来,一直沿用临床医学专业的“诊断学”,但“诊断学”的知识远远不能满足高质量护理工作的需要。用“健康评估”代替“诊断学”是近几年的事情。因此,“健康评估”是一门新兴学科,它是护理专业从基础医学过渡到临床各科护理的桥梁课。我们编写的这本《健康评估》主要是供高中起点的三年制和初中起点的五年制医学高职高专的护理专业使用,也可作为成人教育、医学高等专科学校的教材。为了使本教材既达到思想性、科学性、先进性和适用性的目的,又能受广大师生的欢迎,全体编者集中学习、讨论了教育部对高职高专教育人才培养的指示精神。首先明确编写方向,即坚持以培养高等技术应用型人才为根本任务,以适应社会需要为目标,以培养技术应用能力为主线来构筑课程结构。在此基础上,经反复研讨确立了编写提纲和教学内容,经全体编者积极努力最终定稿。本教材具有以下特点。

1. 内容全面,突出护理特色 全书内容包括健康评估方法、常见症状评估、身体评估、心理及社会评估、心电图检查、实验室检查、影像学检查及护理病历书写等。从人的身体、心理、社会等几个层面对健康评估的基本理论、基本知识和基本技能进行了阐述,突出了护理特色,适合护理专业使用。

2. 注重应用,理论适度 健康评估是一门技能性较强的课程。书中对评估方法进行了详细阐述。在课时安排方面,增加了实践教学时间,力求使学生在校期间练好基本功,以适应临床工作需要。

3. 图文并茂,通俗易懂 健康评估基本技能较多,只用文字叙述难以表述清楚,书中用169组(幅)插图和46张表格帮助理解 and 解释相关内容,这种图文并茂、形象直观、深入浅出、通俗易懂的形式,便于学生理解和记忆。

4. 结合临床,适当增加新内容 在心电图检查中,结合目前各级医院逐步建立起CCU病房,心电监护技术在临床已广泛应用,因而增加了心电监护知识。对心电监护的种类、常用心电监护仪器及操作方法、监护特点及图像分析程序等进行了较详细的阐述。在实验室检查中,目前各医

院对血、尿一般检查基本上使用分析仪检测。为了使¹学生掌握对检验结果的分析和判断,增加了目前临床最常用的血细胞直方图的应用和尿自动化分析仪检测项目及参考值等内容。此外,对获得性免疫缺陷综合征(AIDS,艾滋病)、严重急性呼吸综合征(SARS)和高致病性禽流感等的检验也进行了简单介绍。但是,科学技术迅猛发展,新的知识不断涌现,我们只能略述一二。

5. 拓宽知识,突出重点 健康评估知识面较广,内容多但学时有限。本教材密切结合临床,突出重点。为了鼓励学生自学,适当拓宽知识,部分内容列为小字体。这些小字体内容,第一种情况是对于护理专业来讲相对偏深,或有些技术虽在临床应用较多,但尚未普及,如神经系统评估中感觉障碍的分类、心电图中有关向量的内容、影像学中核医学检查等。第二种情况是根据目前临床应用情况而定,如X线检查中,以目前临床最常用的肺和骨骼两大系统疾病为重点,而心血管及泌尿系结石等疾病目前主要用超声波确诊;消化性溃疡、胃癌等多用内镜检查。第三种情况是相关基础学科内容,但与健康评估有密切联系,如第二章中常用的护理诊断等。这些小字体内容各校应根据具体情况,可讲授或留给学生自学。

6. 遵循常规,提倡合理突破 全书仍按传统模式书写,但也提出了新观点。例如腹部评估,习惯上按视诊、触诊、叩诊、听诊顺序检查,但临床发现触诊、叩诊对肠蠕动有影响,为了不影响听诊,也可按视诊、听诊、触诊、叩诊的顺序进行检查。

7. 以多包少,灵活掌握 考虑到学制的不同,各学校对本课程安排时数的差异,本教材按学时数较多的104学时来撰写。课时少的学校,可酌情删减授课内容。

本教材在编写过程中得到了全体编者及他们所在院校领导的大力支持;上海科学技术出版社的领导及相关编辑的精心策划、加工,对教材质量的提高起到了非常重要的作用,谨在此一并致谢!

“健康评估”好像一株刚刚破土而出的幼芽,加之编者学识水平有限,因此,书中难免有不妥之处,敬请广大师生和读者惠予指正。谢谢!

编 者

2006年5月

目 录

第一章 绪论

一、健康评估的内容 • 1

二、健康评估的学习方法和要求 • 3

第二章 健康评估方法

第一节 概述 • 4

一、健康资料的来源 • 4

二、健康资料的类型 • 5

第二节 收集健康资料的方法 • 5

一、交谈 • 5

二、身体评估 • 9

第三节 健康资料的分析与护理诊断 • 13

一、健康资料的收集及分类 • 13

二、健康资料的分析与归纳 • 14

三、护理诊断 • 14

实验 交谈(问诊) • 19

第三章 常见症状评估

第一节 发热 • 20

第二节 疼痛 • 23

第三节 水肿 • 26

第四节 呼吸困难 • 27

第五节 咳嗽与咳痰 • 30

第六节 咯血 • 31

第七节 发绀 • 33

第八节 黄疸 • 34

第九节 恶心与呕吐 • 36

第十节 呕血与黑便 • 38

第十一节 腹泻与便秘 • 39

一、腹泻 • 39

二、便秘 • 41

第十二节 心悸 • 42

第十三节 抽搐与惊厥 • 44

第十四节 意识障碍 • 45

第四章 身体评估

第一节 一般状态评估 • 48

一、年龄 • 48

二、性别 • 48

三、生命征 • 49

四、发育与体型 • 50

五、营养状态 • 51

六、意识状态 • 51

七、面容与表情 • 52

八、体位 • 53

九、步态 • 53

第二节 皮肤、浅表淋巴结评估 • 54

一、皮肤 • 54

二、浅表淋巴结 • 56

第三节 头部、面部与颈部评估 • 58

一、头部 • 58

二、面部 • 58

三、颈部 • 64

第四节 胸部评估 • 66

一、胸部的体表标志 • 66

二、胸壁、胸廓与乳房 • 69

三、肺和胸膜 • 71

四、心脏 • 77

五、血管 • 86

第五节 腹部评估 • 88

一、腹部的体表标志及分区 • 88

二、腹部评估内容 • 89

第六节 肛门、直肠、生殖器评估 • 100

一、肛门与直肠 • 100

二、生殖器 • 101

第七节 脊柱及四肢评估 • 102

- 一、脊柱 • 102
- 二、四肢与关节 • 102

第八节 神经系统评估 • 105

- 一、脑神经 • 105
- 二、感觉功能 • 106
- 三、运动功能 • 108
- 四、神经反射 • 110

实验一 一般及头颈部评估 • 115

实验二 肺和胸膜评估 • 116

实验三 心脏评估 • 118

实验四 腹部评估 • 120

实验五 神经反射检查 • 122

第五章 心理评估及社会评估

第一节 心理评估 • 124

- 一、心理评估的目的及方法 • 124
- 二、心理评估的内容 • 125

第二节 社会评估 • 129

- 一、社会评估的目的及方法 • 129
- 二、社会评估的内容 • 130

第六章 心电图检查

第一节 心电图基本知识 • 135

- 一、心电图产生的原理 • 135
- 二、心电图导联 • 137

第二节 正常心电图 • 140

- 一、正常心电图波形特点和正常值 • 140
- 二、心电图的测量 • 144

第三节 常见异常心电图 • 145

- 一、心房、心室肥大 • 145
- 二、心肌缺血 • 146
- 三、心肌梗死 • 148
- 四、常见心律失常 • 149
- 五、电解质紊乱、洋地黄中毒的心电图表现 • 155

第四节 心电图的分析方法和临床应用 • 157

第五节 心电监护 • 157

- 一、心电监护的方法 • 158
- 二、心电监护的临床应用 • 162

实验一 心电图的描述、测量与分析 • 163

实验二 异常心电图分析 • 164

第七章 实验室检查

第一节 血液一般检测 • 166

- 一、红细胞计数和血红蛋白测定 • 166
- 二、白细胞检测 • 167
- 三、网织红细胞(Ret)检测 • 170
- 四、血小板检测 • 170
- 五、红细胞沉降率(ESR)检测 • 171
- 六、血细胞比容测定和红细胞有关参数的应用 • 171
- 七、血细胞直方图的临床应用 • 172

第二节 出血、血栓与止血检测 • 173

- 一、出血时间测定(BT) • 173
- 二、凝血时间测定(CT) • 174
- 三、血浆凝血酶原时间测定(PT) • 174
- 四、血栓前体蛋白测定(TPP) • 174

第三节 血液流变学检测 • 174

- 一、全血黏度测定 • 175
- 二、血浆黏度测定 • 175
- 三、红细胞变形性测定 • 175

第四节 血液生物化学检测 • 175

- 一、血清电解质测定 • 175
- 二、血清脂质和脂蛋白测定 • 177
- 三、血糖及其代谢产物的测定 • 177
- 四、心肌酶测定 • 178
- 五、其他血清酶测定 • 180
- 六、甲状腺功能测定 • 180

第五节 血型鉴定与交叉配血实验 • 182

- 一、ABO血型系统 • 182
- 二、Rh血型系统 • 183
- 三、人类白细胞抗原系统 • 183

第六节 尿液检测 • 183

- 一、尿液标本采集 • 183
- 二、尿液一般检测 • 184
- 三、尿液特殊检测 • 188
- 四、尿液自动化分析仪检测 • 189

第七节 粪便检测 • 189

- 一、标本采集 • 189

二、粪便一般检测 • 190

三、粪便其他检测 • 191

第八节 肾功能检测 • 191

一、肾小球功能检测 • 191

二、肾小管功能检测 • 192

第九节 常用的肝功能检测 • 193

一、蛋白质代谢功能检测 • 193

二、胆红素代谢实验 • 194

三、血清酶学检测 • 195

四、病毒性肝炎标志物检测 • 196

五、肝癌标志物检测 • 199

第十节 其他实验室检测 • 200

一、脑脊液检测 • 200

二、浆膜腔穿刺液检测 • 202

三、痰液检测 • 204

四、性传播疾病检测 • 205

五、严重急性呼吸综合征病毒抗体
及 RNA 测定 • 207

六、人禽流行性感冒的实验室检测 • 207

七、肿瘤标志物检测 • 207

实验 血液、尿液、粪便常规标本采集
方法 • 209

第八章 影像学检查

第一节 放射学检查 • 210

一、概述 • 210

二、X 线检查临床应用 • 211

三、X 线检查前准备 • 229

第二节 超声检查 • 229

一、概述 • 229

二、超声检查临床应用 • 231

三、超声检查前准备 • 233

第三节 其他影像学检查 • 233

一、电子计算机体层摄影(CT) • 233

二、磁共振 • 235

三、核医学检查 • 236

实验一 普通 X 线、CR、CT 工作原理
及 X 线的防护 • 240

实验二 阅片 • 241

第九章 护理病历书写

第一节 书写护理病历的基本要求 • 242

一、书写内容的要求 • 242

二、语言及用词的要求 • 242

三、按规定格式及时书写 • 242

四、填写全面、字迹工整 • 243

第二节 护理病历格式与内容 • 243

一、护理病历首页 • 243

二、护理计划单 • 246

三、护理记录 • 247

四、健康教育计划 • 249

实验 护理病历书写 • 250

附表

附表 1 Rosenberg 的自尊量表 • 252

附表 2 Avillo 的情绪情感形容词量表 • 252

附表 3 Zung 的焦虑状态自评量
表(SAS) • 253

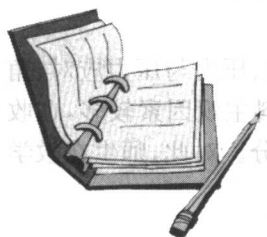
附表 4 Zung 的抑郁状态自评量
表(SDS) • 253

附表 5 Smilkstein 的家庭功能量表 • 254

附表 6 Procidano 和 Heller 的家庭支持
量表 • 254

第一章

绪论



教学要求

健康评估的基本概念及意义(应用);健康评估内容(熟悉);健康评估学习方法(了解)。
课时安排:理论课 1 学时。

健康评估是研究诊断个体、家庭或社区对健康问题反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的护理基础课程。它是护理专业在学完基础医学各学科课程之后,为过渡到临床护理各学科而开设的一门重要课程。它主要阐述护士如何与患者进行交谈,从而获取健康资料;如何通过视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊等基本方法和技能,对患者进行身体评估;如何运用科学的思维方法去识别健康状况,为作出正确的护理诊断,确立正确的护理目标,从而为制定相应的护理措施提供依据。因此,健康评估可以说是一座连接基础护理学与临床护理学的桥梁,也是打开临床护理学大门的一把钥匙。

健康评估是一门实践性很强的课程,它是各临床护理专业课教学的起点。完整、全面、正确的评估是确保高质量护理的首要条件,从一名学生到在临床能作出护理诊断,并能为护理对象提供高质量护理服务的一名护士,要经过许多临床实践才能达到。因此,初学者必须认真学习,尤其是基本技能的学习,要达到熟练应用的程度,只靠课堂及几次试验室练习是远远不够的,必须密切结合临床,勤学苦练,理论与实践相结合,才能为临床护理工作打下坚实的基础。

一、健康评估的内容

(一) 健康评估方法

交谈和身体评估是收集健康资料最基本和最常用的方法,其结果是形成护理诊断。护理诊断是健康评估的重要组成部分。深入理解护理诊断有助于护士从本专业的角度进行临床思维和判断,从而使健康评估的理论、技能和技巧更好地为护理服务。健康评估方法主要阐述健康资料的来源及分类、收集健康资料的方法、健康资料的分析、护理诊断的提出和临床常用的护理诊断。

(二) 常见症状评估

症状是指个体患病后对机体功能异常的主观感觉或自身体验,如头痛、呕吐、咯血等。症

状是评估对象健康状况的主观资料,研究其发生、发展和演变过程,以及由此而引起的患者身心两方面的反应,对形成护理诊断,指导临床护理工作起着主导作用。常见症状评估主要阐述常见症状的病因和发生机制、临床表现、从护理角度提出评估要点及相关护理诊断等。

(三) 身体评估

身体评估是指评估者运用自己的感官或借助听诊器、血压计、体温表等辅助工具,对评估对象进行细致的观察和系统检查。它是获取机体正常或异常征象的评估方法,也是提供护理诊断依据的重要手段。身体评估主要阐述检查者如何运用视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊的基本方法,对评估对象进行全面、有序、规范和系统的身体评估。这个过程既是基本技能的训练过程,也是护理经验的积累过程,更是与患者交流、沟通、建立良好护患关系的过程。学生必须熟悉相关理论知识,更要掌握操作技巧,力求获取护理对象准确的客观资料。

(四) 心理评估和社会评估

主要阐述了如何对评估者从自我概念、认知水平、情感和情绪、个性、压力与压力应对、角色与角色适应、文化及家庭、环境等方面进行评估。由于心理、社会资料主观因素较多,在收集、分析和判断资料时均较困难,其结果不可简单地用正常或异常来划分。对此,师生在教学或实践过程中应予以注意。

(五) 心电图检查

心电图是利用心电图机从体表记录心脏在每一心动周期所产生的电活动变化的曲线图形。它对各种心律失常、心传导障碍的诊断具有临床价值,迄今为止尚没有任何其他方法能替代心电图在这方面的作用。它也是诊断心肌梗死可靠而简单的方法。除了对循环系统疾病的诊断可提供有价值的资料以外,心电图还广泛应用于各种危重患者的抢救、用药观察、手术麻醉、登山运动员及航天运动员的心电监测等。心电图检查主要阐述心电图的基本知识、导联连接方法、正常心电图波形特点及测量方法、常见异常心电图的特点及临床意义。此外,根据临床需要,对心电监护的基础知识,如监护方法、图像分析及临床应用等进行了阐述。对于初学者来讲,心电图的学习较其他辅助检查如实验室检查、影像学检查的学习更难一些,因此更需要认真学习,刻苦钻研,因为它已广泛应用于临床,也是健康评估的客观资料之一。

(六) 实验室检查

实验室检查是利用某些仪器或设备对患者的血液、体液、分泌液及排泄物等进行化验检查,以获得病原、病理变化和脏器功能状态等资料。以往它主要为临床诊断所用,但随着医学模式由单纯疾病诊断逐渐向健康保健、预防与医学相结合的方向发展,它的应用价值也在不断扩展。它除为诊断疾病、分析病情、观察疗效及判断预后提供科学依据之外,还用于防病调查及社会普查等,也可为制定预防措施和卫生条例提供依据。实验室检查主要阐述常用实验室检验项目的标本采集方法、参考值及临床意义,并对近年来开展的新项目如严重急性呼吸综合征(SARS)、高致病性禽流感等检查进行了简单介绍。护士必须熟悉常用实验室检查目的,掌握标本采集方法,学会对检查结果的判断。

(七) 影像学检查

影像学检查包括X线检查、超声波检查、核医学检查三部分内容,也是健康评估客观资料之一。护士应该了解影像检查的基本理论、正常图像、常见异常图像的特征和其临床意义。熟悉影像检查前患者的准备及检查后的护理。

(八) 护理病历书写

护理病历是将健康评估收集到的所有资料经过分析、归纳和整理后形成的书面记录。它

既是护理活动的重要文件,也是护理对象病情的具有法律意义的文件,不得随意更改和粘贴,其格式和内容均有具体要求。学生应按规范要求认真学习和实践。

二、健康评估的学习方法和要求

健康评估是实践性很强的学科,教学方法与基础课程有很大不同,除课堂学习、多媒体教学、观看录像、示教室技能训练外,还要到医院,在病房、患者床旁进行临床实践。其基本要求如下。

(1) 爱岗敬业:护士应具有良好的职业道德和爱岗敬业精神,在实践中关心、爱护、体贴患者,建立良好的护患关系,体现以患者为中心,以护理程序为基础的整体护理理念。

(2) 熟悉基本理论,加强技能训练:学生在校学习期间,要牢记基础理论知识,要熟练掌握基本技能,在学习中尤其要注意努力提高各项护理技术的应用能力,以适应社会的需要。

(3) 独立收集健康资料:通过学习能独立与患者交谈,收集健康资料,了解患者的主诉和病史。

(4) 独立完成身体评估:学生应学会独立、正确、规范、熟练地进行身体评估,熟悉常见异常体征及其临床意义。

(5) 学会心电图机操作,熟悉影像学检查前准备:学习结束,学生应能独立进行心电图机操作,学会对其结果的分析判断;熟悉影像学检查前准备,分析检查结果的临床意义。

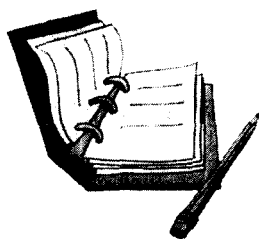
(6) 独立完成各项检验标本的采集:熟悉常用实验室检验结果的判断及其临床意义的分析,能熟练地采集各项检验标本。

(7) 学会书写护理病例首页:学习结束,学生应能根据交谈、身体评估及辅助检查等资料,进行临床分析、综合,作出初步护理诊断,并能书写完整的护理病历首页。

(杨秀珍)

第二章

健康评估方法



教学要求

健康资料的来源和分类(熟悉);交谈及身体评估的目的(了解);交谈及身体评估的注意事项、身体评估基本方法(熟悉);交谈过程(应用);交谈内容:一般资料(熟悉),主诉、现病史、既往健康史、成长发展史、家族健康史(应用),系统回顾(熟悉);健康资料的收集、整理、分析与归纳(熟悉);护理诊断的概念、分类、组成、合作性问题及护理诊断的提出(熟悉)。

课时安排:理论课3学时;实验课2学时。

第一节 概 述

健康评估是有计划地、系统地收集有关被评估者的健康资料,并对资料的价值进行分析、判断的过程。它是护理程序的第一步。健康资料的收集是评估和形成护理诊断的基础,也为制定、实施和评价护理计划提供依据。健康评估所要收集的资料不仅包括被评估者的身体健康状况,还包括其心理、社会状况;评估时不仅要获得有关被评估者健康状况的主观资料,还要获得相关的客观资料。为确保所收集的资料准确、全面和客观,评估者必须掌握健康评估的方法和技巧。

一、健康资料的来源

评估者收集到的健康资料,根据其来源可分为主要来源和次要来源两类。

(一) 主要来源

健康资料主要来源于被评估者本人。因其本人对自己患病的经过和感受、对治疗和护理的期望、对健康的认识及需求是最清楚的,表述也是最准确的,因此获得的资料也是最可靠的。

(二) 次要来源

除被评估者外,评估者还可从其他途径获得所需要的资料。

1. 被评估者的家庭成员或其他与之关系密切者 如父母、夫妻、兄弟姐妹、朋友、同事、邻居、老师、同学、保姆等,他们与被评估者接触密切,对其有较全面的了解,所提供的信息对确定护理诊断、制定护理计划等有重要的参考价值。

2. 事件目击者 是指目睹被评估者发病或受伤过程的人员,可提供被评估者当时发病或受伤过程的情况。

3. 其他卫生保健人员 与被评估者有过接触的医护人员、营养师、理疗师、心理咨询师等,可了解有关的诊疗措施、就医行为等相关资料。

4. 目前或以往的健康记录或病历 如出生记录、儿童预防接种记录、健康体检记录、门诊及以往住院病历等。

由次要来源所获得的资料可进一步证实或充实主要来源的资料。对于危重患者、意识不清的患者,不能从主要来源获得准确资料时,次要来源的资料就显得尤为重要。

二、健康资料的类型

健康评估所收集的资料范围广、内容多,为了更好地分析和充分地利用资料,可根据其不同特点加以分类。其中,最常用的是根据收集资料的方法不同,将其分为主观资料和客观资料;其次按收集资料的时间不同,还可分为目前资料和既往资料。

(一) 主观资料和客观资料

1. 主观资料 是通过与被评估者或相关人员系统交谈获得的资料。其中,被评估者患病后主观感觉到的痛苦和不适,如恶心、头痛等,被称为症状。症状是主观资料的重要组成部分。主观资料不能被评估者直接观察和检查,因此,书写时尽量记录被评估者的原话,不能带评估者的主观判断。

2. 客观资料 是指经身体评估、实验室及器械检查等所获得的有关被评估者健康状况的资料。其中,被评估者患病后机体的生理功能或解剖结构发生了可以察觉的改变,被称为体征,如黄疸、脾大、心脏杂音等。体征是形成护理诊断的重要依据。客观资料的记录可按医学术语书写,但应语言简洁,避免使用模糊不清、无法衡量的词句,如尚好、欠佳、尚可等。

在多数情况下,主观资料与客观资料是相互支持的。如一患者述说自己发热,评估者测量其体温是 39°C ,则主观资料得到了客观资料的证实。若主观资料与客观资料不一致,则需要进一步评估,以明确其原因及解决途径。

在健康评估过程中,主观资料的获得可指导客观资料的收集,而客观资料则可进一步证实或补充所获得的主观资料。对于一份完整、系统的健康评估来说,主观资料和客观资料同等重要,缺一不可。

(二) 目前资料和既往资料

1. 目前资料 是反映被评估者目前发生的有关健康问题的资料。

2. 既往资料 为此次患病之前发生的有关健康问题的资料。

在健康评估过程中,必须将各种不同类型的资料组合在一起,进行综合分析和判断,才能达到为确定护理诊断,制定和实施护理计划而提供完整、可靠和客观的健康资料的目的。

第二节 收集健康资料的方法

收集健康资料的方法很多,如交谈、身体评估、实验室及其他检查、查阅病历等,其中最常用、最基本的方法是交谈和身体评估。

一、交谈

交谈是评估者通过对被评估者或知情者进行有目的、有计划系统询问,从而获得被评估者健康史的过程。

(一) 交谈的目的

交谈是启动护理程序的第一步,是采集健康史的最重要手段。其目的是在身体评估之前

获得有关被评估者健康史的基本资料。评估者可从交谈中获得许多有助于确立护理诊断的重要依据,并可为身体评估的重点提供线索。如被评估者诉说心前区疼痛,身体评估的重点就应该是心血管的检查。此外,通过交谈可使评估者与被评估者建立起相互信任、共同合作的良好关系,这对保障护理活动的顺利进行是非常重要的。

(二) 交谈的方式

交谈的方式分为正式交谈和非正式交谈。

1. 正式交谈 是指事先通知被评估者,有目的、有计划的交谈,如入院时的评估。正式评估前,由于评估者对交谈内容作了充分的准备与构思,可使交谈围绕主题进行,能在短时间内获得较多的资料。

2. 非正式交谈 是指评估者与被评估者之间的随意交谈,评估者不干预谈话的主题及取向,如住院后的评估。护士在护理活动中,经常与患者进行语言交流,从中可获得患者的病情变化、心理反应等信息,事后筛选有价值的资料记录下来。

(三) 交谈过程

健康评估的交谈过程一般分为四个阶段,即准备阶段、开始阶段、深入阶段和结束阶段。

1. 准备阶段 评估者应首先阅读被评估者的门诊病历、急诊病历,查阅相关医学书籍,充分了解被评估者的基本情况,预测交谈中可能遇到的问题和需要采取的相应措施,确定本次交谈所要了解的资料及其顺序,选择适宜的交谈时间和良好的交谈环境,保护被评估者的隐私。

2. 开始阶段 评估者首先进行自我介绍,根据被评估者的年龄、性别、职业、文化背景等选择恰当的称呼,礼貌地称呼对方。然后向被评估者介绍本次交谈的目的和所需要的大概时间,承诺保护被评估者交谈中所涉及的个人隐私,并通过一般性交谈,缓解患者的紧张情绪,营造轻松、和谐的谈话气氛。

3. 深入阶段 交谈先由简单问题开始,循序渐进地逐步深入。采集现病史时应按症状或体征出现的先后顺序,从首发症状至目前的演变过程逐步询问,避免遗漏重要资料。在交谈过程中,应避免暗示性提问,避免使用医学术语,根据交谈的具体情况采取适当的提问方式。①开放式问题:指问题提出后,没有可供选择的答案,被评估者可自由地描述相关问题,如“在家发生心绞痛时,您是如何处理的”。开放式问题一般用于交谈的开始或一个问题的起始,但急症情况下不宜使用。②封闭式问题:用简单的一二个字,或“是”“否”就能回答的问题,如“您吸烟吗”“您腹痛多长时间了”等。除正常交谈时的应用,在被评估者情绪紧张或焦虑、语言受限或身体不适等情况下,封闭式问题容易获得所需的资料。开放式提问与封闭式提问的优、缺点见表 2-2-1。

开放式提问与封闭式提问各有利弊,评估者应根据具体情况选择使用。一般情况下,一个

表 2-2-1 开放式提问与封闭式提问优、缺点

提问方式	优 点	缺 点
开放式提问	被评估者可充分地表述相关问题 评估者可得到没有问到的信息 可准确反映被评估者对问题的感受程度	比较费时 评估者难以控制交谈主题
封闭式提问	评估者能够很好地控制交谈主题 被评估者不需要过多地思考答案 所需交谈时间短 容易记录	不利于被评估者充分表达自己的感受 获得的资料不够准确和全面 被评估者不能主动参与 具有一定的暗示性

问题的开始应选择开放式提问,使被评估者充分地表达,随后可使用闭合式提问,以确定需要的答案。

4. 结束阶段 当此次交谈内容即将完成时,评估者要为结束谈话做好铺垫,如看一下手表等,以暗示对方交谈即将结束。然后简明扼要地总结本次交谈的内容,告之今天谈话到此为止。如有必要,可约定下次交谈的时间、内容等。最后,对被评估者的配合表示感谢。

(四) 交谈的注意事项

在交谈过程中,为了使交谈达到预期目的,应注意以下事项。

1. 尊重对方,认真倾听 交谈是以被评估者为主体,评估者切不可喧宾夺主,言语过多。当被评估者表现出身体不适或情绪反应时,要及时调整交谈时间和方式。对不愿回答的问题,不要强迫回答。若为重要资料,则需做好解释,并承诺保密,以解除其顾虑。

2. 注意非语言沟通技巧的应用 交谈中与被评估者保持目光平视,适时地点头或微笑,鼓励被评估者继续交谈。与被评估者保持合适的距离,使之产生安全、舒适感,以便交谈的顺利进行。

3. 年龄的差异 对于成年人,交谈的对象是其本人;对于儿童或婴幼儿,资料的提供来自其父母或家庭其他成员;对于老年人,由于听力、视力、记忆力减退,交谈时评估者语速要慢,音量要提高,要面对面地交谈,使其能看清你的口型及表情,语言要简单,只提确实需要问的问题。

4. 注意健康状况 病情许可时,应尽可能以被评估者为直接交谈对象。病情危重时,在作扼要的询问和重点检查后,应立即实施抢救,详细健康史稍后补充或从其亲属处获得。

(五) 交谈内容

交谈的主要内容包括一般资料、主诉、现病史、既往健康史、目前用药史、成长发育史、家族健康史等。

1. 一般资料 包括姓名、性别、年龄、民族、出生地、职业、婚姻状况、文化程度、医疗费用负担形式等。不同的民族有不同的宗教信仰和生活、饮食习惯。文化程度及职业有助于评估者理解、预测被评估者对其健康状况的变化而产生的反应,并选择适宜的健康教育方式。不同的医疗费用负担形式使被评估者承受的经济负担不同,能够影响其对医疗、护理措施的选择。

此外,一般资料还应包括被评估者的通讯地址、电话、联系人及联系方式、入院日期、记录日期、陈述者及可靠程度、入院方式、入院医疗诊断等。

2. 主诉 是指被评估者感觉最主要、最明显的症状或体征及其持续时间,是本次就诊的主要原因。记述主诉时注意:①注明主诉自发生到就诊的时间,语句要简短扼要、高度概括,如“发热、咳嗽 2 天”、“腹痛、腹泻 10 小时”。②若主诉为几个症状或体征,应按发生的先后顺序排列。③不用医疗诊断用语,而用被评估者自己的语言,如“糖尿病 3 年”应记述为“多食、多饮、多尿、消瘦 3 年”。

3. 现病史 现病史应以主诉为中心,详细描述被评估者自患病以来健康问题的发生、发展及应对的全过程。主要内容如下。

(1) 患病时间和发病情况:包括发病的时间、发病急缓、病程长短及有无诱因等。现病史的时间应与主诉的时间保持一致。

(2) 主要症状及其特点:包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度、发作频率、加重或缓解因素等。

(3) 伴随症状:指与主要症状同时或随后出现的其他症状。伴随症状可为确定病因提供重要线索。

(4) 病情的发展与演变过程:包括症状有无变化,有无新症状出现等。

(5) 所采取的处理措施及其效果:健康问题发生后,被评估者是如何看待和处理的,曾在何处就诊,接受了哪些诊疗及护理,效果如何?治疗用药要问清从何处购买、药物名称、剂量与用法、疗效及不良反应。

4. 既往健康史 既往健康史包括以下内容:①既往健康状况。②既往患病史(含传染病史)。③住院史:住院的原因和时间。④手术史:手术的时间、原因及名称。⑤外伤史:外伤的时间、原因、诊疗与转归。⑥过敏史:有无对食物、药物或环境中某些物质的过敏经历。若有,应询问过敏时间、过敏原和过敏反应的情况。

5. 目前用药史 包括药物名称、用药时间、剂量和用法、疗效及不良反应等。了解用药史有助于对被评估者进行适当的指导,防止发生用药过量和预防毒性反应的发生。

6. 生长发育史 个体的生长发育状况是衡量其健康状况的重要指标之一。根据被评估者所处的不同成长阶段,确定其是否存在成长发展障碍。

(1) 生长发育史:对于儿童应详细了解其出生、喂养情况及其生长发育情况。

(2) 月经史:对于青春期后的女性应询问月经初潮年龄、月经周期和经期的天数、经血的量和颜色、经期症状、有无痛经等;对停经的妇女应询问末次月经日期;对已绝经妇女还应询问闭经日期、绝经年龄。

(3) 婚姻史:包括婚姻状况、结婚年龄、对方的健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

(4) 生育史:女性应询问妊娠、生育次数及年龄、人工及自然流产的次数、有无死产、剖宫产、围生期感染及计划生育情况。对男性应询问有无影响生育的疾病。

7. 家族健康史 了解直系亲属的健康状况、患病及死亡情况。直系亲属主要包括父母、兄弟姐妹和子女。特别应询问是否患有相同的疾病,以及与健康有关的疾病。

8. 系统回顾 是通过询问被评估者是否存在各系统或与各健康功能型态有关的症状,全面系统地询问被评估者以往发生的健康问题与本次健康问题的关系。通过系统回顾可避免遗漏重要的信息。系统回顾的组织与安排可根据需要采用不同的模式,常用的有戈登功能性健康型态模式和身体、心理、社会模式。

(1) 戈登功能性健康型态系统回顾:

1) 健康感知-健康管理型态:自觉健康状况如何;有无烟、酒、毒品嗜好,每日摄入量多少;有无药物成瘾或药物依赖、剂量及持续时间;平时能否服从医护人员的健康指导;是否知道所患疾病的原因;是否了解周围环境中对健康有影响的危险因素;为保持健康所做的最重要的事情有哪些及其对健康的影响如何。

2) 营养-代谢型态:询问食欲、日常进餐和水分摄入情况,有无食物限制;有无咀嚼或吞咽困难,其程度、原因和进展情况如何;近期体重有无变化及其变化的原因;有无皮肤、黏膜的损害;牙齿有无问题等。

3) 排泄型态:询问每日排便与排尿的次数、量、颜色、性状,有无异常改变及其类型、诱发或影响因素,是否应用药物,有无造瘘。

4) 活动-运动型态:询问日常生活自理能力和功能水平,如洗漱、行走、购物、备餐等情况;日常活动方式、活动量、活动能力及活动耐力,有无医疗或疾病限制,是否借助轮椅或义肢等辅助用具。

5) 睡眠-休息型态:询问日常睡眠状况,醒后精力是否充沛,有无睡眠异常及类型,是否借助药物或其他方式辅助入睡。