



高职高专“十一五”规划教材

健康评估

陈宽林 主编

沈维青 包国祥 副主编



JIANKANG PINGGU



化学工业出版社



高职高专“十一五”规划教材

健康评估

陈宽林 主编

沈维青 包国祥 副主编



化学工业出版社

· 北京 ·

定价：28.00元

ISBN 7-122-04111-1

本书是应护理诊断需要而诞生的一门学科,基本脱胎于护理学,根据护理专业特点,增加了心理、人文、社会评估等内容。全书共五篇 24 章,涵盖了护理专业在健康评估学科中必须掌握的内容。包括总论,症状评估,身体评估,辅助检查评估,护理诊断。除总论外,在其他篇章中分系统、分项目介绍了所评估项目的概念、表现、评估要求及具体内容。本书最后还附有几个实验,以便学生通过实践掌握重点评估的主要内容。

本书可供高职高专临床医学、护理及相关专业使用,也可作为从事临床医学、护理工作等有关人员的参考资料。

图书在版编目(CIP)数据

健康评估/陈宽林主编. —北京:化学工业出版社, 2009.11
高职高专“十一五”规划教材
ISBN 978-7-122-06822-4

I. 健… II. 陈… III. 健康-评估-高等学校: 技术学院-教材 IV. R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 183321 号

责任编辑: 旷英姿 郎红旗
责任校对: 陶燕华

文字编辑: 何 芳
装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装: 大厂聚鑫印刷有限责任公司

787mm×1092mm 1/16 印张 20 字数 519 千字 2010 年 1 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888(传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价: 34.00 元

版权所有 违者必究

高职高专“十一五”规划教材 《健康评估》编写人员

主 编 陈宽林

副主编 沈维青 包国祥

编 者 (按姓名笔画排列)

包国祥 (江苏建康职业学院)

刘文贵 (南京中医药大学附属医院)

孙国庆 (江苏建康职业学院)

沈维青 (淮阴卫生高等职业技术学校)

张玉颖 (江苏建康职业学院)

张丽莉 (江苏建康职业学院)

陈 凝 (江苏建康职业学院)

陈宽林 (江苏建康职业学院)

前 言

健康评估是应护理诊断需要而诞生的一门学科，相对护理专业其他学科而言十分年轻，但其作用却十分重要，是架构于基础医学与临床护理各学科之间的桥梁。通过这座桥梁，将基础知识综合起来为临床护理学习和实践服务。

我国有关健康评估的教材基本脱胎于临床医学专业的诊断学，适应护理专业特点，增加了心理、人文、社会评估等内容。编者在使用有关教材的教学实践中经常遇到以下一些问题：有些基本概念模糊不清甚至错误，同样内容前后阐述矛盾，相关理论与临床脱节，示图不够清晰准确，有些身体评估方法缺乏科学依据，相关内容阐述蜻蜓点水，话没说明白、理未讲清楚。

为此，我们在总结、吸收其他教材优点的基础上编写这本健康评估，力求对上述存在的问题加以修正，使基本概念表述准确、前后统一，相关理论与临床实践紧密结合，有关评估方法以解剖结构基础为准绳，身体评估重在对正常解剖、生理功能状态下的检查理论阐述，以实际检体图片演示有关身体评估方法。

全书共分为五篇 24 章，涵盖了护理专业在健康评估学科中必须掌握的有关内容。此书特点除上述所列之外还在于：①在内容排序上，更加贴近临床实际需要，将护理诊断有关内容置于篇末，更有利于学生在相关知识学习基础上运用所习知识综合分析资料，得出护理诊断；②在内容选择上，省略了各系统常见疾病症状和体征评估以及护理病历书写等内容，增加和进一步加强了临床常见症状评估以及临床已经广泛开展和应用的介入影像评估内容，增加了有关实验室评估、影像评估过程中护理人员必须做到和注意的内容及事项；③在内容阐述上，力求做到“把话说明白，把道理讲清楚、透彻”，避免蜻蜓点水式的描述。

坚持“三基”，追求“五性”（科学性、思想性、启发性、使用性、先进性），秉承“话说清、理讲明”的思想是我们编写此书的宗旨。

本书由陈宽林主编，沈维青、包国祥副主编，刘文贵、陈凝、张玉颖、张丽莉、孙国庆参编，陈宽林统稿。

本书可供高职高专临床医学、护理及相关专业使用，也可作为从事临床医学、护理工作等有关人员的参考资料。

感谢化学工业出版社！感谢参加编写学校有关领导和部门的大力支持！

由于编者学识、能力、修养等方面的不足，文中个别内容和章节编写不够完善，甚至有欠妥之处，恳请各位老师和同学在使用过程中发现问题，不吝提出批评意见！

编者
2009 年初夏

目 录

第一篇 总 论

第一章 绪论	1	一、概述	3
一、护理诊断发展演变与健康评估	1	二、健康资料的收集	3
二、健康评估的目的及任务	2	三、综合分析、得出评估	8
三、健康评估的学习方法及要求	2	四、验证、修正评估	9
第二章 健康评估程序与评估思维	3	第二节 评估思维	9
第一节 健康评估程序	3	一、评估思维基本原则	9
		二、计算机辅助评估	10

第二篇 症 状 评 估

第三章 一般症状评估	11	二、发病机制	28
第一节 体温异常	11	三、临床表现	28
第一部分 体温过高	11	四、评估要点	29
一、概述	11	五、相关护理诊断	29
二、体温的产生、散发及其影响因素	11	第二节 咯血	29
三、体温过高的定义、病因及发病机制	12	一、病因与发病机制	30
四、发热的临床表现及伴随症状	15	二、临床表现	30
五、护理评估要点	17	三、评估要点	31
六、护理诊断	17	四、相关护理诊断	31
第二部分 体温过低	18	第三节 呼吸困难	31
一、概述	18	一、病因	31
二、体温过低的病因与发病机制	18	二、发病机制与临床表现	32
三、临床表现	19	三、评估要点	33
四、护理评估要点	19	四、相关护理诊断	33
五、护理诊断	19	第四节 发绀	33
第二节 疼痛	19	一、发病机制	33
一、总论	20	二、病因与临床表现	34
二、腹痛	21	三、评估要点	34
第三节 水肿	23	四、相关护理诊断	34
一、概论	24	第五节 心悸	35
二、定义	24	一、发病机制	35
三、发病机制	25	二、病因与临床表现	35
四、病因及临床表现	25	三、评估要点	35
五、护理评估要点	26	四、相关护理诊断	35
六、护理诊断	27	第五章 消化系统常见症状评估	36
第四章 呼吸系统与循环系统症状评估	28	第一节 恶心与呕吐	36
第一节 咳嗽与咯痰	28	一、概述	36
一、病因	28	二、发病机制	36
		三、病因分类	36

四、评估要点	37	四、相关护理诊断	50
五、相关护理诊断	37	第三节 排尿异常	51
第二节 呕血与黑便	37	第一部分 尿频、尿急、尿痛	51
一、定义	38	一、病因、发病机制及临床表现	51
二、病因	38	二、评估要点	52
三、临床表现	39	三、相关护理诊断	52
四、伴随症状	39	第二部分 尿潴留	52
五、评估要点	39	一、病因、发病机制及临床表现	52
六、相关护理诊断	40	二、评估要点	52
第三节 腹泻与便秘	40	三、相关护理诊断	53
第一部分 腹泻	40	第三部分 尿失禁	53
一、定义	40	一、病因、发病机制及临床表现	53
二、分类	40	二、评估要点	53
三、伴随症状及体征	41	三、相关护理诊断	53
四、评估要点	41	第七章 神经系统症状评估	54
五、相关护理诊断	41	第一节 意识障碍	54
第二部分 便秘	42	一、概述	54
一、概念	42	二、病因	54
二、发病机制	42	三、发病机制	54
三、病因与分类	42	四、临床表现	55
四、评估要点	43	五、护理评估要点	56
五、相关护理诊断	43	六、护理诊断	57
第四节 黄疸	43	第二节 抽搐与惊厥	57
一、概论	44	一、概述	57
二、胆红素代谢	44	二、病因与发病机制	57
三、病因、发病机制及临床表现	45	三、临床表现	58
四、伴随症状	46	四、评估要点	59
五、评估要点	47	五、护理诊断	59
六、相关护理诊断	47	第三节 瘫痪	59
第六章 泌尿系统常见症状评估	48	一、概述	59
第一节 尿量异常	48	二、病因	60
第一部分 多尿	48	三、发病机制	60
一、病因与发病机制	48	四、评估要点	62
二、临床表现	48	五、护理诊断	63
三、评估要点	48	第八章 其他症状评估	64
四、相关护理诊断	48	第一节 体重异常	64
第二部分 少尿与无尿	49	第一部分 肥胖	64
一、病因与发病机制	49	一、病因及发病机制	64
二、临床表现	49	二、评估要点	65
三、评估要点	49	三、护理诊断	65
四、相关护理诊断	49	第二部分 消瘦	65
第二节 血尿与血红蛋白尿	49	一、病因及发病机制	66
一、病因与发病机制	49	二、评估要点	67
二、临床表现	50	三、护理诊断	68
三、评估要点	50		

第二节 鼻衄	68	三、临床表现	69
一、概论	68	四、评估要点	70
二、病因及发病机制	68	五、护理诊断	70
第三篇 身体评估			
第九章 一般检查评估	71	第十二章 肺和胸膜评估	93
第一节 全身状态评估	71	第一节 视诊	93
一、一般项目	71	一、呼吸运动	93
二、营养、发育与体型	72	二、呼吸频率	93
三、意识	73	三、呼吸节律	94
四、面容与表情	73	四、膈波影	95
五、体位、姿势及步态	74	第二节 触诊	95
第二节 皮肤、黏膜评估	75	一、胸廓扩张度	95
一、毛发	75	二、语音震颤	95
二、颜色、温度、湿度、弹性	76	三、胸膜摩擦感	96
三、皮下出血、色素变化	77	第三节 叩诊	96
四、蜘蛛痣、肝掌	77	一、正常叩诊音	96
五、溃疡、糜烂与压疮	77	二、肺的界限叩诊	96
第三节 浅表淋巴结评估	78	三、肺下界移动度	97
一、正常浅表淋巴结分布与引流	78	四、常见异常叩诊音	97
二、浅表淋巴结评估方法	79	第四节 听诊	97
三、浅表淋巴结肿大的病因、特点 及意义	79	一、正常呼吸音	97
第十章 头颈部评估	80	二、异常呼吸音	98
第一节 头颅评估	80	三、啰音	99
第二节 颜面器官评估	80	四、语音共振	100
一、眼	80	五、胸膜摩擦音	100
二、耳	82	第十三章 心血管评估	101
三、鼻	83	第一节 心脏评估	101
四、口	84	第一部分 视诊	101
第三节 颈部评估	86	一、心前区形态	101
一、颈部外形与分区	86	二、心尖搏动	101
二、颈部血管评估	87	三、心前区异常搏动	102
三、甲状腺评估	87	第二部分 触诊	102
四、气管评估	88	一、心尖搏动及心前区搏动	102
第十一章 胸壁、胸廓与乳房评估	89	二、震颤	102
第一节 胸部体表标志	89	三、心包摩擦感	103
一、骨性标志	89	第三部分 叩诊	103
二、线性标志	89	一、正常心脏浊音界的构成	103
三、自然陷窝与解剖区域	90	二、叩诊要领	103
第二节 胸壁、胸廓与乳房评估	90	三、心界表示	104
一、胸壁评估	90	四、心界异常	104
二、胸廓评估	91	第四部分 听诊	105
三、乳房评估	91	一、听诊顺序	105
		二、听诊内容	105
		第二节 血管评估	110

第一部分 视诊	110	二、视神经评估	139
第二部分 触诊	111	三、动眼神经、滑车神经和展神经评估	139
一、脉搏	111	四、三叉神经评估	140
二、动脉管壁情况	112	五、面神经评估	140
第三部分 听诊	112	六、位听神经评估	140
一、静脉杂音	112	七、舌咽神经和迷走神经评估	140
二、动脉杂音	112	八、副神经评估	140
第四部分 血压	112	九、舌下神经评估	140
一、影响血压的因素	112	第二节 感觉神经评估	141
二、测量血压时的注意事项	113	一、浅感觉	141
三、正常血压水平判断标准	113	二、深感觉	141
第十四章 腹部评估	115	三、复合感觉	141
第一节 腹部体表标志及分区	115	第三节 运动神经评估	142
一、体表标志	115	一、肌力	142
二、腹部体表分区法及分区	115	二、肌张力	142
第二节 腹部评估方法	116	三、不随意运动	142
一、视诊	116	四、共济运动	143
二、触诊	118	第四节 神经反射评估	143
三、叩诊	121	一、浅反射评估	143
四、听诊	122	二、深反射评估	144
第十五章 肛门、直肠、生殖器评估	124	三、自主神经反射评估	145
第一节 肛门、直肠评估	124	四、病理反射评估	146
一、评估体位	124	五、脑膜刺激征评估	146
二、评估方法	125	六、神经根刺激征	147
第二节 男性生殖器评估	127	第十八章 心理评估	148
一、阴茎评估	127	第一节 心理评估概述	148
二、阴囊评估	128	一、人类心理学研究对象	148
三、前列腺评估	128	二、心理评估内容	148
四、精囊评估	129	三、心理评估目的	148
第三节 女性生殖器评估	129	四、心理评估方法	148
一、外生殖器评估	129	五、心理评估中的注意事项	149
二、内生殖器评估	130	第二节 自我概念评估	149
第十六章 脊柱、四肢评估	132	一、自我的组成	149
第一节 脊柱评估	132	二、自我的分类	150
一、视诊	132	三、自我概念的组成	150
二、触诊	134	四、自我评估的对象	150
三、叩诊	134	五、自我评估的内容	150
第二节 四肢与关节评估	134	第三节 认知评估	150
一、形态异常	134	一、认知的内容	150
二、物理检查	136	二、认知评估的内容	151
第十七章 神经系统评估	139	第四节 情绪与情感评估	152
第一节 脑神经评估	139	一、概述	152
一、嗅神经评估	139	二、情绪与情感的作用	152
		三、情绪与情感的种类	153

四、常见情绪的类型	153	三、角色形成的过程	157
五、情绪与情感的评估	153	四、角色适应不良	157
六、常见情绪的评估	153	五、患者角色	158
第五节 个性评估	153	六、角色功能评估	158
一、概述	153	第三节 文化评估	158
二、个性的特性	153	一、文化的定义	158
三、个性的内容	154	二、文化的层次	159
四、常见个性的类型	155	三、文化的特性	159
五、个性评估的内容及方法	155	四、文化评估在健康评估中的重要性	159
第六节 压力及压力应对与评估	155	五、文化要素及其评估	160
一、压力	155	第四节 家庭评估	160
二、压力应对	156	一、家庭的定义	160
三、压力源与压力应对评估	156	二、家庭对健康的重要性	160
第十九章 社会评估	157	三、家庭评估	161
第一节 概述	157	第五节 环境评估	161
第二节 角色与角色适应评估	157	一、环境的定义	161
一、角色的定义	157	二、环境的重要性	161
二、角色的分类	157	三、环境评估	161

第四篇 辅助检查评估

第二十章 临床实验室检查	162	八、干化学尿液分析仪检查的注意点	206
第一节 血液一般检查	162	第五节 肾功能检查	207
一、血液检验基本技术	163	一、肾小球滤过功能测定	207
二、红细胞检查	168	二、肾小管功能试验——莫氏浓缩稀释试验	208
三、白细胞检查	171	第六节 肝病常用检查	209
四、血小板计数	177	一、胆红素代谢功能检查	209
五、血细胞分析仪检验	178	二、蛋白质代谢检查	210
六、血液其他检查	181	三、血清学检查	211
第二节 血栓与止血的基本检验	186	第七节 临床常用生物生化检测	213
一、概述	186	一、血清电解质测定	213
二、常用实验室检查	187	二、血清脂质和脂蛋白测定	215
第三节 骨髓细胞学检查	190	三、空腹血糖测定及糖耐量试验	216
一、血细胞形态演变的一般规律	190	四、血清酶类测定	217
二、临床应用和标本采集	190	第八节 心肌酶及其同工酶和心肌蛋白测定	218
三、骨髓细胞学检查的步骤、内容及临床意义	191	一、血肌酸激酶(CK)及同工酶测定	218
四、常用血细胞组织化学染色	193	二、血乳酸脱氢酶(LD)及同工酶测定	218
第四节 尿液检查	196	三、血心心肌钙蛋白测定	219
一、尿液标本的采集	197	第九节 临床常用免疫学检查	219
二、标本的接收	197	一、肿瘤标志物测定	219
三、尿液标本的保存与处理	197	二、病毒性肝炎血清标志物测定	220
四、尿液的一般性状检查	198		
五、尿液的化学检查	200		
六、尿沉渣检查	203		
七、尿液细胞及管型的计数	205		

三、艾滋病病毒（HIV）血清标志物测定	222
第十节 粪便检验	222
一、标本的采集、保存和检验后处理	222
二、一般性状检查	223
三、化学检查	224
四、显微镜检查	225
第二十一章 心电图评估	227
第一节 心电图基本知识	227
一、心肌电活动原理	227
二、临床心电图导联及正常心电图	228
第二节 临床常见异常心电图评估	231
一、心房、心室肥大心电图	231
二、心肌缺血心电图	233
三、心肌梗死心电图	233
四、心律失常心电图	234
第二十二章 医学影像评估	239
第一节 X线评估	239
一、X线的基本特征	239
二、X线评估的基本方法	239

三、X线评估的护理准备	240
四、常见疾病的X线评估	242
第二节 CT评估	264
一、CT评估的基本知识	264
二、CT评估的常见方法、临床应用	265
三、CT评估的护理准备	265
第三节 MRI评估	269
一、MRI评估的基本知识	269
二、MRI评估的常见方法、临床应用	270
三、MRI评估的护理准备	271
第四节 介入放射评估	271
一、介入放射评估的基本知识	271
二、介入放射评估的常见方法、临床应用	273
三、介入放射评估的护理准备	274
第五节 超声评估	284
一、超声评估的基本知识	284
二、超声回声描述和声像图分析	286
三、超声检查的临床应用	286

第五篇 护理诊断

第二十三章 健康评估资料类型、来源及内容	294
第一节 健康评估资料类型、来源	294
第二节 健康评估资料的内容	294
一、一般性资料	294
二、主诉	294
三、现病史	294
四、既往史	295
五、目前用药史	295
六、生长发育史	295
七、家族史	295
八、系统回顾	295

第二十四章 护理诊断	297
第一节 护理诊断的分类、组成、陈述方式	297
一、护理诊断的分类方法	297
二、护理诊断的构成	297
三、护理诊断的陈述方式	298
四、合作性问题	298
第二节 护理诊断的步骤	298
一、收集资料	298
二、整理资料	299
三、分析资料	299
四、得出护理诊断	299
第三节 临床常用护理诊断	299

实训内容及要求

实验一 一般检查、淋巴结检查、头颈部评估	305
实验二 心肺评估	305
实验三 腹部评估	306

实验四 神经系统评估	307
实验五 心电图评估	307
实验六 健康评估资料的采集、评估	308

参考文献

第一篇 总 论

第一章 绪 论

1989 年世界卫生组织关于健康的定义是：“健康乃是一种身体、精神上的完满状态，以及良好的适应能力，而不仅仅是没有疾病和衰弱的状态。”这就是人们所指的身心健康，也就是说，一个人在躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康四方面都必须健全，才算是完全健康的人。从护理角度而言，如何判断健康状况是护理人员首先必须解决的问题。健康评估（health assessment）就是因护理学对于健康评估的要求应运而生的一门学科，其目的在于运用已经学习的有关医学基础知识，通过科学的评估方法的学习，为临床护理学各学科打下基础，从而作出护理诊断，制定护理计划，实施护理方案，以及对护理效果作出评判。健康评估是一门关于个体、家庭、团体已有的、潜在的健康问题和生命过程的反应做出评判的基本理论、技能和思维方法的学科。这种评判与临床疾病诊断本身不同，后者强调的是形态和功能的改变，而前者强调疾病给个人、家庭、团体所带来的机体生理与心理反应状态，因此不仅涉及躯体本身，还涉及心理以及社会等层面，更多地体现了社会和人文内容。

一、护理诊断发展演变与健康评估

护理学的发展催生了健康评估这门学科的诞生，但与护理学本身发展而言，其作为独立的一门学科仍然很年轻。自 1860 年 Florence Nightingale 在伦敦圣·托马斯医院创办世界上第一所护士学校，开始护理学的学院教学以来，护理学已经走过近两个世纪的历程。但长期以来人们对护理的认识一直停留在配合临床医生治疗的观念上，并未将护理作为疾病治疗不可或缺的手段。其中的原因很多，但重要的是长期以来人们没有明确核心问题“护理是什么”、“护理应该做什么”。

1950 年，美国学者麦克曼纳斯（McManus）首先应用护理诊断（nursing diagnosis）一词，并指出“护理问题的确定或诊断及其相关联系方面的知识”是“解决问题并预定护理工作全过程”，并认为护理诊断应被列为护士职责。1953 年，美国护士 Virginia Fry 使用“护理诊断”这个名词描述制定护理计划的步骤，并提出护理诊断要由具有一定资格的人作出。1973 年，美国第一届全国护理诊断分类协议小组会议在路易斯安娜州立大学举行，其工作宗旨在于对护理诊断进行确认和分类。大会确立了护理诊断的定义，并宣布了暂行条文。同年，美国护理协会（ANA）出版了《护理实践标准》一书，此书所载标准的第二条明确指出：“护理应根据所收集的有关患者健康状况的资料，确定护理诊断”，从而在理论上和实践上为护士进行护理诊断提供了权利和责任。1976 年 Gordon 提出“护理诊断是专业护理人员对现存的或潜在的健康问题所作的描述”。1980 年初，美国护理协会正式提出护理定义：“护理是诊断和处理人类对现存的或潜在的健康问题的反应。”1984 年由美国护理协会和加拿大护理协会共同成立北美护理诊断协会（North American Nursing Diagnosis Association，

NANDA), 其后经过多年的探索, NANDA 在 1992 年明确“护理诊断是针对个人、家庭或社区, 对现存或潜在的健康问题、生命过程的反应所下的临床判断。”其后经过多次修订, 于 1998 年正式确立了 148 个护理诊断名称。

护理诊断在我国的研究和应用起步较晚。1980 年年初, 首先由李式鸾博士在第一期高护班讲学时将护理诊断引入国内。1982 年, 高护班学生进入临床实习时推行了责任制护理。1995 年 9 月, 国家卫生部护理中心召开了全国护理诊断交流研讨大会, 就护理程序、护理诊断在教学与临床实践中的应用等问题进行了研讨。1997 年夏, 国家卫生部护理中心召开了护理诊断研究协作组筹备会议, 就成立我国“护理问题/诊断研究小组”的组织、任务、章程等进行了认真的讨论。1998 年夏, 首届“护理问题/诊断研究小组”在北京成立, 研究了拟在我国首批推广的 20 个护理问题诊断名称、定义、相关因素、预期目标、护理措施等。

由此可见, 护理诊断的作出, 前提是必须首先对患者个人、家庭或团体的健康反应状态进行评估, 而科学的理论、严格的程序、规范的操作方法是其基础。《健康评估》这门学科诞生的意义即在于此。

二、健康评估的目的及任务

护理诊断的前提是进行评估。因此, 健康评估的目的就在于: 首先, 了解个体、家庭、社区的健康、生命过程; 其次, 分析和寻找有利于促进机体健康、增进机体功能的有利因素, 消除不利因素; 最后, 在上述基础上作出护理诊断, 确定护理措施, 实施护理方案, 并对护理过程和结果加以评判和修正。因此, 学习健康评估, 其任务在于运用医学知识、护理基本理论、护理程序, 为作出护理诊断、确定护理目标、制定和实施护理措施打下基础。

三、健康评估的学习方法及要求

和其他学科一样, 基本概念、基本理论、基本技能(所谓“三基”)的学习是健康评估学习的基本要求。但健康评估是一门理论与实践紧密结合的学科, 因此, 科学、系统、规范、全面的评估方法的学习是该学科的特殊之处。在学习过程中要求做到以下几个“原则”。

(1) 以人为本 树立以患者为中心的理念, 确立良好护患关系的思想。护理诊断首先需要进行评估, 需要评估的对象不是疾病本身, 而是疾病的载体——人, 因此评估时必须确立以人为本的原则。

(2) 坚持“三基” 掌握健康评估的基本概念、基本知识、基本技能是学习《健康评估》的基本要求, 是正确作出护理诊断的前提和基础。

(3) 理论结合实践 努力把握科学、正确、规范的评估方法, 并有效应用于临床护理评估过程。通过基本理论的学习, 结合实验训练, 使得理论与实践紧密结合, 为临床护理诊断打下理论和实践基础。

(4) 掌握要领、科学判断 掌握各种操作要领, 实验室及有关辅助检查方法, 并能对其结果作出正确评判。

(5) 综合运用、全方位思考 运用所学知识, 正确进行健康资料的收集、整理和归纳, 分析实验检查结果, 作出初步的护理诊断。

第二章 健康评估程序与评估思维

第一节 健康评估程序

一、概述

健康评估必须遵循一定的程序才能获得正确有用和可用的资料，由此得出科学的护理诊断。获取哪些资料？如何获取？要获取健康资料，首先必须知道健康资料有哪些种类，然后方可通过正确的途径获得。健康资料无论其获得的途径如何，就其性质、来源而言可以分为“主观资料”和“客观资料”两大类。

1. 主观资料

主要通过与被评估者、被评估者家属或对被评估者健康状况熟识人员的交谈，所获得的与被评估者健康问题的有关描述。如“主诉”、“现病史”、“一般情况”等。其中主要内容之一就是症状（symptom），即各种因素作用下，导致机体病理生理功能改变，被评估者主观感受到的不适、痛苦或其他异常的感觉，如头痛、发热、心悸等。这种资料具有强烈主观性、不确定性和可变性。当然交谈的方式可以是“开放式”的，即提出相对范围宽泛的问题，患者易于回答，如“你感觉哪里不舒服？”。但其缺点是针对性欠佳，患者回答可能过于松散，因此评估者必须适时给予正确和适当引导。而“闭合”式交谈，即就需要了解的问题直接提问，如对于结婚多年未孕者提出“你们夫妻性生活和谐吗？”。其优点是针对性强，被评估者回答直截了当；缺点是问题太过直接，被评估者有时难以接受，有时提问不当可能产生诱导作用。

2. 客观资料

通过评估者对被评估者进行体格检查、实验室检查以及器械检查等所获取的有关被评估者的健康资料。其中体格检查指评估者凭借自己的感觉器官，借助简单的工具观察（如听诊器、压舌板、血压计、体温计等）被评估者的体表或内部结构、机体功能改变的过程。如视诊见到的黄疸、听诊到的心脏杂音等，将这类改变称为体征。体征具有客观性、相对固定性和确定性。但这项工作与评估者的经验、医学知识、评估的认真程度和细致的工作作风有密切关系，也是临床工作中导致漏诊、误诊和误治的最重要根源。

二、健康资料的收集

无论何种健康资料，获取的方法通常包括：问诊或交谈、身体评估或体格检查以及实验室和器械等辅助检查。

（一）问诊评估

（1）问诊目的、意义 问诊即交谈或会谈，是获得健康资料的最重要手段，也是必不可少的方法，是病史采集的第一步。通过问诊获得的资料，对疾病的发生、发展、诊治经过，既往健康状况，曾患疾病情况以及现患疾病的诊断具有重要的、不可或缺的意义。在医疗和护理实践中，通过问诊，约70%的疾病可以作出诊断。

（2）问诊方法、技巧及注意事项 不同的健康评估者获得的健康资料可能存在很大差别，甚至获得截然相反的资料，究其原因主要在于评估者的交谈技巧、语言表达方法、引导

能力、问诊的有序性和针对性等。

如：“咳嗽”是临床常见症状之一，问诊过程中应当抓住“什么时候开始？”、“有无诱发因素？”、“是什么性质的咳嗽？”、“是逐渐改善还是加重了？”、“有无胸痛、咯痰？”、“有无发热？”、“经过什么样的治疗？”、“治疗效果如何？”等。在问诊过程中要求具体做到如下几点。

① 摆正关系。医患处于平等地位是建立互信的第一步，建立互信是获得真实资料的关键。通过真诚的问候、得体的自我介绍、适度的关爱，便可获得接近患者的机会。而过度同情或居高临下的态势会导致患者拒绝心理的产生及心生厌烦，因此真诚而适当的关爱是患者获得信任的基础，信任才是沟通的桥梁。

② 掌握技巧。问诊的技巧可以简单概括为“四性”。

a. 目的性。会谈的目的是获得有关健康的资料，因此，问诊中目的要明确，避免“跑题”，但并非直奔主题，迂回有时是很好的方法。比如对一对结婚多年、求子心切的夫妇而言，直截了当地询问其性生活状况可能让患者难以启齿，而简单地以“你们是通过什么方式认识？认识多久结婚的？”就能获得你想要的有关其婚姻关系的重要信息。

b. 有序性。从最突出的问题开始，展开交谈，同时注意相关问题的甄别性询问，避免“多头并发”。

c. 通俗性。问诊语言表述要求通俗易懂，交谈过程中切忌使用专业性术语，如“你心悸多久了？”，改问“你心慌或感觉心跳多久了？”以使患者容易理解而便于沟通。

d. 重复性。问诊中尽量避免重复，但对重要的、关键性问题有疑问，或评估者还不十分确定的问题必须重复询问，以便进一步核实。

③ 注重环境。心理学知识告诉我们，环境影响人的情绪，而不同情绪下的交谈效果不同，结果自然不一样。因此环境一定要安静、舒适、具有保密性，合适的温度和恰当的光线也是不可少的。

④ 尊重习俗。不同的文化背景、不同的文化习俗里成长的人，其交谈方式有所不同。就中国人的交谈习俗和文化背景而言，保持有效的距离、做“有限的旁观者”是恰当的。对于有特殊宗教信仰的人群，在问诊中必须注意和尊重其宗教习俗，以免产生误解甚至纠纷。

⑤ 长幼有别、因人而异。有效的健康资料如同法律上强调的证言证词的有效性一样。由于生理和心理等方面的因素，不同的年龄群直接获得的资料有时可能并不完全可靠。学龄前人群主要通过其家长或与其关系密切人员的叙述（当然对其可靠性应当甄别）；成年人而且是具有民事行为能力者主要通过与其直接交谈；而年长者由于听力、口齿等原因应当注意语速、音量等。此外，必要时必须与熟悉病情的家属进行交谈。

⑥ 量情而行。健康资料的采集当然是一次性完整完成更有利于病情的判断，但对病情严重、急诊重伤患者、慢性疾病体质羸弱者可先就主要问题加以询问，其后再加以补充完善，否则可能会贻误诊治。

（二）身体评估

身体评估即体格检查（physical examination），基本方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。体格检查是评估者通过感官、借助简单的检查工具，对被评估者的身体功能、结构改变进行检查，所获得的异常改变称体征（sign）。身体评估时应当注意以下几点。

（1）举止 尤其是护理人员的言谈、穿着打扮。要求做到仪态端庄、态度和蔼、言语得体、耐心而有责任。

（2）环境 安静的环境、适宜的室温、合适的光线有利于体格检查资料正确的获取。

（3）站位 评估者的站位要求正确、合理。通常评估者站在被评估者右侧，但特殊情况时的检查例外。

(4) 体位 不同部位、不同体征的检查要求一定的体位配合, 方利于发现问题。如肝脏触诊在屈膝卧位腹式呼吸时有利于检查。而心脏杂音听诊取前倾坐位更有利于听取。

(5) 顺序 按顺序进行体格检查, 可以避免遗漏和重复。但有些检查时必须“弃章”、“废序”, 如腹部触诊要求由左下腹开始, 但对“左下腹痛”就诊患者进行腹部触诊时应“避重就轻”, 由右侧开始。

掌握了上述基本要求和原则后, 一般可以获得有用的健康资料。

1. 视诊

视诊 (inspection) 是通过视觉器官观察被评估者的发育、营养、体型、体质、意识、表情、面容和皮肤、体位、姿势、步态等, 必要时可以借助简单工具如额镜、开鼻器、窥耳器、喉镜、窥阴器等辅助进行特殊部位检查。在视诊时要求注意以下几点。

(1) 位置关系 评估者通常在被评估者右侧位, 便于观察。

(2) 光线及方向 来自评估者对面的自然光线对于视诊最为合适——可以避免非自然光所产生的荧光效应而影响观察效果, 尤其是对皮肤黏膜颜色的观察。因此非自然光线下观察的结果最好用文字加以注明。

(3) 体位和暴露要求 对于任何部位视诊都必须要求暴露充分、取恰当体位。

2. 触诊

触诊 (palpation) 是评估者通过触觉器官 (主要是手) 判断被检者某一部位或某一脏器状况或特征的身体评估方法。触诊检查遍布全身, 如浅表淋巴结、心脏搏动、语颤、肝脏等触诊。

触诊部位不同、内容不同, 其手法也不一样。按触诊部位分, 通常将触诊分为浅部触诊和深部触诊两种。

(1) 浅部触诊 浅部触诊又称轻触诊 (light palpation), 单手进行, 利用掌指关节和腕关节的协调动作完成。通常采用滑行触摸, 必要时可以采用提捏触诊, 以便触诊内容大小、质地。浅部触诊部位常见于皮肤、浅表淋巴结、关节、乳房、阴囊以及腹部的触痛与肌紧张等 (图 2-1)。



图 2-1 单手滑行法触诊

(2) 深部触诊 深部触诊 (deep palpation) 主要用于腹腔脏器、包块等检查。深部触诊时局部体表组织的松弛、呼吸运动的配合十分重要。可以单手进行, 也可以双手配合操作。评估者一定要注意手的干净、温暖, 以免刺激引起肌紧张而影响检查效果。常用方法有以下几种。

① 单手深部滑行法。触诊时 2、3、4 指并拢, 利用指端紧贴检查部位滑动前行, 并在脏器或包块表面适度来回触摸。根据具体情况可以单手进行, 也可以双手配合完成。常用于腹部包块和胃肠病变的检查 (图 2-2)。

② 双手托压滑行法。一手置于被触诊脏器的后部, 推托被检查部位或脏器, 以起固定脏器作用, 同时使得被检查脏器更贴近体表而利于触诊。主要适用于肝、脾、肾、包块等实质性脏器触诊 (图 2-3)。

③ 深压法。主要用于脏器或局部压痛点检查。以拇指指端或并拢 2~3 指端逐渐深压, 以探测腹腔深部病变部位或压痛点, 可以单手进行, 也可以双手配合完成 (图 2-4)。

④ 冲击法。又称浮沉法。以并拢的 2、3、4 或 5 指的掌面与腹部呈 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 角做快速适力冲击, 以感觉有无肿大的脏器或其他包块。多用于大量腹水时肝、脾的检查。此法检查

必须注意力量使用适度，以免导致脏器或包块损伤、破裂（图 2-5）。

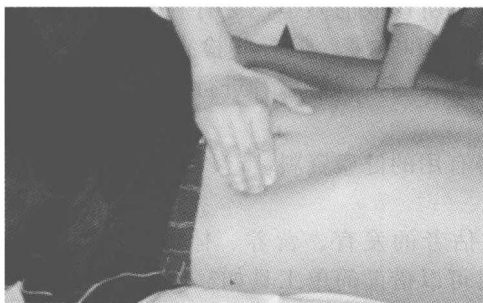


图 2-2 单手深部滑行触诊



图 2-3 双手托压滑行法触诊



图 2-4 深压法触诊

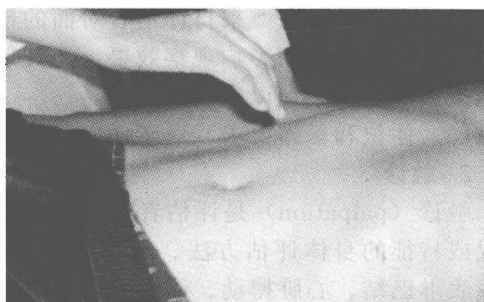


图 2-5 冲击法触诊

触诊是重要的体格检查方法，尤其对腹部检查。但对触诊的结果一定要客观分析，常因个人经验、态度、方法的运用、病变时机不同而异。

3. 叩诊

叩诊（percussion）是利用手对体表某部位的叩击产生的震动声响，传导至其下的脏器反射回的声响或震动，通过评估者的听觉或手的感觉，以及被评估者的感受，判断有无异常的一种方法。主要用于胸腹部检查，如心脏、肺部、肝、肾、腹水等检查。叩诊常用的方法有两种。

（1）直接叩诊法 以手指的掌面、手掌或指尖部直接叩诊所要检查的部位，通过声响的改变来判断病变与否。此法精确性差，主要用于病变比较广泛如广泛胸膜增厚，胸、腹大量积液时（图 2-6）。

（2）间接叩诊法 以左手中指做板指，右手自然屈曲的中指指端垂直叩击左手第一指节。叩诊时要求左手板指紧贴检查部位，使用右手手腕的力量，有弹性、有节奏、短促叩



图 2-6 直接叩诊法



图 2-7 间接叩诊法