

上海普通高校“九五”重点教材
高等医药院校教材(供护理专业用)

健康评估

JIANKANG PINGGU

主 编 刘咸璋

副主编 吕探云

王蓓玲



上海医科大学出版社

健 康 评 估

主 编 刘咸璋

副 主 编 吕探云

王蓓玲

秘 书 胡 雁

上海市教育委员会组编

上海医科大学出版社

责任编辑 贺 琦
封面设计 鲁 兵
责任校对 马敏芝

健 康 评 估

Jiānkāng Pínggū

主编 刘咸璋

上海市教育委员会组编

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

常熟市印刷八厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 26 字数 632 000

1998 年 10 月第 1 版 1998 年 10 月第 1 次印刷

印数 1 - 5 000

ISBN 7 - 5627 - 0429 - 5/R·405

定价: 35.00 元

如遇印、装质量问题,请直接与印刷厂联系
(地址:常熟市梅李镇通江路 21 号 邮编:215511)

编委 (以姓氏笔画为序)

王君俏	上海医科大学护理学院
王蓓玲	上海医科大学护理学院
刘咸璋	上海医科大学护理学院
吕探云	上海医科大学护理学院
张楚贞	上海第二医科大学新华医院
胡 雁	上海医科大学护理学院
徐建鸣	上海医科大学中山医院
蔡则骥	上海医科大学中山医院

前言

现代护理学的迅速发展,尤其是护理程序这一护理理论的出现和应用,对护理教育产生了深远的影响。随着护理程序的发展和应用,健康评估技巧在护理实践中的重要性日益受到重视,健康评估课程应运而生。

《健康评估》为护理本科及护理专科的专业主干课程,同时也可供临床各级护理人员使用。该书以建立符合护理专业需要的,与护理专业培养目标一致的合适教材为目的,现代护理理论为指导,身体、心理、社会等整体评估为框架,在广泛征求建设性意见,并收集、参考国内外有关资料的基础上,经反复讨论、修改定稿。

全书共分 10 章,主要内容包括健康史的采集、常见症状的评估、身体评估、心电图、特殊人群评估、心理社会的评估、家庭文化和环境的评估、护理诊断、护理病史的书写等,使学习者掌握有关询问护理病史,进行护理体格检查及其他检查的基本原理和方法。

该书作为国家教育委员会高等教育教材改革建设及上海市重点高等院校教材项目,将取代我国高等护理专业课程设置中长期以来全盘沿用临床医学专业课程《诊断学》,成为我国第 1 本从护理角度撰写的,内容丰富,具有一定深度和广度的健康评估教材。

编写过程中得到护理专家林菊英,美国 Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice 一书作者 Lynda Juall Carpenito 教授的热情关心和帮助,上海市高等教育委员会的资助和支持,谨在此表示诚挚的感谢。

由于编写时间仓促,部分内容如有不尽妥当之处,恳请使用本教材的师生和广大读者指正,以求在教学实践中不断修正和提高。

编 者

1998年6月

序

健康评估是现代护理学中的一门重要课程。要实施以病人为中心的整体护理,护士必须熟练地掌握护理程序,而要正确地运用护理程序,又必须全面而完整地做好病人的健康评估。本书是以对人的身、心、社会的健康评估为中心编写的护理学教科书。

本书应用国外护理程序、护理诊断的先进概念与方法,结合中国传统的辨证施护思想,使之成为具有中国特色的健康评估学。

本书的第一、二章介绍如何采集健康史,其中包括常用的基本资料如病人主诉、病史等,特别着重指出护士应关心的不同病人的生活习惯、心理状态与社会、家庭背景,以便指导护理应结合病人个体的特点。第三章即为常见症状的评估,其中有病人对疾病的主观感受与各种疾病的症状表现,分析这些资料有助于护士对疾病的病因、发生与发展有系统的认识。第四章为身体评估。这是护士通过交谈、观察、体格检查与分析各种主、客观资料对病人进行的具有科学性、技术性结论的评估。第五章为心电图的基本知识,介绍心电发生的原理和心电向量的概念,正常和异常心电图及心电图诊断的步骤,指导护士正确使用和了解心电图的表现,为临床实践打下坚实基础。从第六章到第八章为对特殊人群如儿童、老人等的评估,以及心理、社会、家庭、文化与环境的评估。第九章为护理诊断,详细阐述护理诊断的理论框架及基本概念。第十章护理病史书写,通过学习能正确掌握护理病史的正确书写。我国过

去的护理学以疾病为中心,现逐步以病人的整体为中心。护士无论对不同年龄阶段的人的心理、生理特点,还是社会学、心理学基础,以往均认识不足,本书就这两方面的基本原则与技巧予以重点介绍,使我们对人的整体有更清晰的认识。

本书虽是高等护理教材,但对广大护士在护理实践中也有很大的帮助,因而又是继续教育与自学的辅导书。它对目前在全国各级医院正在开展的整体护理将起到一定的指导与促进作用。

中华护理学会名誉会长

Handwritten signature of Lin Jueying in black ink.

1998年6月15日

目 录

第一章 绪论·····	1
第二章 健康史的采集 ·····	3
第一节 会谈·····	3
第二节 健康史的内容·····	4
第三章 常见症状的评估 ·····	8
第一节 发热·····	8
第二节 疼痛 ·····	11
一、头痛 ·····	12
二、胸痛 ·····	14
三、腹痛 ·····	15
第三节 水肿 ·····	16
第四节 皮肤粘膜出血 ·····	19
第五节 呼吸困难 ·····	20
第六节 咳嗽与咳痰 ·····	22
第七节 咯血 ·····	24
第八节 发绀 ·····	26
第九节 心悸 ·····	28
第十节 恶心与呕吐 ·····	30
第十一节 呕血与黑粪 ·····	31
第十二节 便血 ·····	33
第十三节 腹泻 ·····	34

第十四节 便秘	36
第十五节 黄疸	37
第十六节 惊厥	41
第十七节 意识障碍	42
第四章 身体评估	45
第一节 身体评估的方法	45
第二节 一般状态的评估	50
第三节 营养状态的评估	53
第四节 皮肤、淋巴结的评估	54
一、皮肤的评估	54
二、淋巴结的评估	59
第五节 头部、面部和颈部的评估	62
一、头部和面部的评估	62
二、颈部的评估	76
第六节 乳房的评估	79
第七节 呼吸系统的评估	83
第八节 循环系统的评估	98
第九节 消化系统的评估	138
第十节 骨骼、肌肉系统的评估	162
第十一节 泌尿、生殖系统的评估	168
第十二节 神经系统的评估	176
第五章 心电图的基本知识	189
第一节 心电发生的原理和心电向量的概念	189
第二节 心电图的导联体系	194
第三节 正常心电图	197
第四节 异常心电图	203
第五节 心电图诊断的步骤	227
第六章 特殊人群的身体评估	229
第一节 孕妇的评估	229
第二节 新生儿和婴儿的评估	234
第三节 儿童和青少年的评估	240
第四节 老年人的评估	246

第七章 心理社会评估	252
第一节 心理社会评估概述	252
一、心理社会评估的目的、任务和作用	252
二、心理社会评估的手段	253
三、心理社会评估的注意点	255
第二节 自我观念的评估	256
一、自我观念的概念、组成和发展	256
二、自我观念的评估	258
第三节 认知的评估	261
一、认知的概念	261
二、认知的评估	262
第四节 情绪和情感的评估	266
一、情绪和情感的概念	266
二、对情绪和情感的评估	268
第五节 角色和角色的适应	272
一、角色的概念及角色理论	272
二、常见的角色适应不良反应	273
三、病人角色的特点和适应问题	274
四、角色功能的评估	275
第六节 压力与压力应对	275
一、压力的概念	275
二、对压力的反应	277
三、压力应对	278
四、防御机制	281
五、评估压力和压力应对的方法	283
第八章 家庭、文化、环境的评估	285
第一节 家庭的评估	285
第二节 文化的评估	288
第三节 环境的评估	295
第九章 护理诊断	301
第一节 护理诊断的概念	301
一、护理诊断的发展	301
二、护理诊断的分类	301

三、护理诊断的定义与构成	302
四、护理诊断的类型和陈述方式	303
第二节 NANDA 护理诊断系统	303
第十章 护理病史书写	382
第一节 书写护理病史的基本要求	382
第二节 护理病史的构成	382
第三节 护理病史记录	382
英文词汇	392

第一章 绪 论

健康评估(health assessment)是研究诊断个体或家庭对护理现存或潜在健康问题反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科。它既论述疾病的临床表现,心理、社会因素与疾病间的相互作用和相互影响,又阐述各种显示健康问题的基本体格检查方法和技能,及其如何运用科学的临床思维去识别健康问题,为作出正确的护理诊断或护理问题,从而制定相应的护理措施提供依据。健康评估是护理学专业的基本课程,其任务是通过教学使学生掌握健康评估的原理和方法,学会收集、综合、分析资料,概括诊断依据,提出护理诊断,为进一步学习临床护理专业课程奠定基础。

健康评估作为护理程序的首要环节,无论对病人或护士都是十分重要的。完整、全面、正确的评估是保证高质量护理的先决条件,初学者一定要认识到这一点。从一名护生到一名在临床上能提出初步护理诊断的护士,要经过许多临床实践才能达到。学习健康评估只是一个初涉临床护理的开端,并不是一经学习就可以立即掌握的。健康评估仅仅是各临床护理教学的起点或桥梁,需经过反复实践才能为临床各科学习打下坚实基础。对此,学习者和教授者均应理解并付诸实践。

《健康评估》一书将改变目前我国高等护理教育中全盘沿用临床医学教学体系的现状,建立符合我国护理专业需要的、与护理专业培养目标相一致的合适教材。该教材编写过程中十分重视以现代护理理论为指导,在一定的教学和广泛收集、参考国内外有关专著和资料的基础上,经反复讨论修改定稿。本书是我国第1本适合护理专业特色,内容丰富,具有一定深度和广度的健康评估教材。

【健康评估的内容】

(一) 健康史的采集

为通过护患间的交谈进行的评估方法,其内容除基本资料、主诉、现病史、既往史、家族史、系统回顾外,还包括日常生活史和心理社会史。

(二) 常见症状评估

症状(symptom)是病人患病后对机体生理功能异常的自我体验和感受,如恶心、头晕等。症状是病史中的重要组成部分,研究症状的发生、发展和演变在护理评估中起着主导作用。

(三) 身体评估(physical assessment)

是指护士通过自己的感官或借助听诊器、血压计、体温表等辅助工具对患者进行细致观察与系统检查,找出机体正常或异常征象的评估方法。身体评估以解剖生理学和病理学知识为基础,且具有很强的技术性。正确、娴熟的操作可获得明确的评估结果,反之,则难以达到评估的目的。

(四) 特殊人群的评估

针对新生儿、儿童、孕妇、老年人等特殊对象进行评估,为本书特色之一。

(五) 心理、社会、家庭文化、环境的评估

从自我观念、认知、情感和情绪、角色与角色适应、压力与压力适应,以及社会、家庭文化、环境等方面对患者进行全面评估,为本书重要特色。

(六) 护理诊断

健康评估的最终结果是形成护理诊断,为健康评估的重要组成部分之一。本书全面阐述了护理诊断的理论框架、基本概念及 NANDA 的 128 个护理诊断。

(七) 护理病史书写

本书最后详述了护理病史书写的要求,有一份在格式和内容上与临床一致的护理病史,以期通过学习及教学实践,使学生能初步掌握护理病史的正确书写。

【健康评估的学习方法与要求】

健康评估的教学方法与基础课程有很大的不同,除课堂教学、观看录像、示教室操练外,还要在医院中进行。其基本要求如下:

1. 基本概念要清楚。
2. 基本技能要熟练。
3. 基本知识要牢固。
4. 能独立进行问诊和体格检查,并能综合问诊和体格检查的结果作出初步的护理诊断,写出完整的护理病史。

(刘咸璋)

第二章 健康史的采集

病史是关于病人目前、过去健康状况及生活方式的主观资料。健康史采集是健康评估过程的第一阶段,它是经由病人主诉、家属代诉或护士提问所获得的关于健康状况的一种主观感觉。护理病史提供的信息有助于护士确认那些不能满足病人个人需要而有待护理介入帮助解决的健康问题。

第一节 会 谈

会谈是采集健康史的最重要手段。成功的会谈是确保健康史完整性和准确性的关键。健康史采集者与病人的良好关系,宽松、和谐的环境,病人的疾病状况及会谈的技巧是影响有效会谈的主要因素。关于会谈的方法和技巧,参见《护理学导论》。本节重点阐述与健康史采集密切相关的内容。

1. 病情许可时,应以病人为直接会谈对象。病情危重者,在作扼要的询问和重点检查后,应立即实施抢救,详细的病史采集稍后补充。

2. 会谈开始前,护士应先向病人作自我介绍,说明会谈的目的是采集有关病人健康的信息以便提供全面的护理,解释除收集有关病人身体、心理的健康资料外,还需要获得有关病人个人和社会背景资料,以使病人的护理计划个体化。应向病人作出病史内容保密的承诺。这些举措对顺利进行会谈是十分重要的。

3. 会谈一般从主诉开始,有目的、有序地进行,提问应先选择一般性易于回答的开放性问题,如“您感到哪里不舒服?病了多长时间了?”然后耐心听病人叙述。提问中避免使用有特殊含义的医学术语如“里急后重”等,以免病人顺口称是,影响病史的真实性。

4. 对获取有关健康信息的特殊项目用直接提问比较合适,直接提问的原则是从一般到特殊,如“请告诉我,您胸痛是在右侧或不固定……”直接提问中应避免套问或提示性诱问,如“您的粪便发黑吗?”“您是不是下午发热?”而应用“您的粪便是什么颜色?”“您一般在什么时候发热?”以免病人随声附合使资料失真。对病人回答中定义性描述部分应进一步询问,如病人主诉紧张时,可进一步问:“紧张时您有哪些感觉?”有时可发现紧张的原因其实是心律不齐。部分病人不能很好表达时,可提供有多项备选答案的问题,如“您的疼痛是钝痛、锐痛、烧灼痛或别的什么?”会谈中也可根据需要使用闭合性问题如“您是否吸烟?”等。

5. 整个会谈过程中,护士应对病人的回答显示出感兴趣和关心的态度,对病人的陈述应表示理解、认可和同情。当病人回答不确切时,要耐心启发,如“请再想一想,能不能再确切些等”,注意给病人充分的时间回答问题。

6. 会谈中护士应注意非语言的沟通,如始终保持与病人眼睛的接触,必要的手势及良

好的体态语言,否则会使病人感到会谈者对其回答不感兴趣,漫不经心,从而影响交流。

第二节 健康史的内容

完整护理病史的内容顺序为基本资料、主诉、现病史、既往健康史、日常生活形态、家族健康史、心理社会史和系统回顾。与医疗病史不同的是,护理病史的重点应集中在疾病症状或病理改变对病人日常活动的影响,以及心理社会反应方面。

(一) 基本资料

基本资料(biographical data)的内容包括病人的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、家庭地址及电话号码、资料来源的可靠性及收集资料的时间。性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况等可为某些疾病提供有用的信息,职业、文化程度、宗教信仰等有助于了解病人对健康的态度及价值观,这些资料均可作为进一步收集资料的依据。

(二) 主诉

主诉(chief complain)为病人感觉最主要、最明显的症状或体征及其性质和持续时间,或病人此次求医的主要原因。主诉应高度概括如“低热、咳嗽3年,咯血3天”,记录主诉时应尽可能使用病人自己的语言,而不是诊断用语如患“糖尿病”1年应记述为“多食、多饮、多尿”1年。

(三) 现病史

现病史(history of present illness)围绕主诉详细描述病人自患病以来疾病的发生、发展和诊疗、护理的全过程,是病史的主体部分。其内容如下:

1. 发病情况 包括发病的时间、起病缓急、有无前驱症状或诱因。
2. 主要症状 主要症状的询问要点为症状出现的部位(location)、性质(quality)、起病情况、持续时间和发作频率(onset, curation, frequency)、严重程度(severity)及有无使其加重或减轻的因素(aggravating or alleviating)等。
3. 伴随症状 指与主要症状同时或随后出现的其他症状,应问清其与主要症状之间的关系及其后来的演变。
4. 诊疗和护理经过 包括发病后曾于何时,在何处接受过哪些检查,或药物、饮食、精神、心理等治疗、护理及其结果。
5. 疾病对病人生活的影响 疾病尤其是慢性病病人,可通过询问病人如下问题获取这方面的资料:“您所说的不适是否影响了您目前的工作?哪些事您过去能做而现在不能做了?您的家庭生活怎样?您的社会活动情况如何?作为家长、丈夫或妻子,您的角色有何改变?”等。

(四) 既往健康史

既往健康史(past health history)是有关病人过去健康及患病的经历,其目的是了解病人过去主要的健康问题、求治经验及对自身健康的态度。

1. 与现病史有关的儿童或成人期所患疾病。
2. 预防接种史,包括预防接种类型及接种时间。
3. 有无外伤、手术史。
4. 有无过敏史,包括食物、药物、环境因素中已知过敏物质,机体特殊反应及脱敏方法。
5. 居住或生活地区的主要传染病或地方病病史。

6. 冶游史 详细询问病人有无性病接触史及曾否患过性病。

7. 既往住院病史 包括住院原因、住院时间、治疗及护理情况等。

(五) 日常生活形态

包括病人的饮食习惯、排泄形态、活动与休息状况及个人嗜好等,具体内容详见本节“附 Marjory Gordon 的健康性功能形态系统回顾”有关部分。

(六) 家族健康史

家族健康史(family health history)通过询问了解病人双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,是否有与病人同样的疾病,以及有无血友病、遗传性球形红细胞增多症、糖尿病、高血压、心脏病、肿瘤、精神病、哮喘等具有遗传倾向的疾病史。

(七) 心理社会史

参见“第七章心理社会评估”。

(八) 系统回顾

系统回顾(review of systems)是通过询问,系统地收集有关病人过去和现在与身体常见疾病有关的健康状态,以了解病人以往已发生的健康问题及其与本次疾病之间有无因果关系。检查者可根据需要,按身体各系统或按戈登(Marjory Gordon)的功能性健康形态系统进行询问,以确定各系统或各功能形态有否发生改变或存在改变的危险,这些改变与本次疾病之间的关系等,从而对病人的健康问题作出判断。按身体系统回顾的询问项目及具体内容如下:

1. 一般健康状态 有无不适、疲乏无力、盗汗或发热,体重有无增加或减轻,睡眠情况如何等。

2. 皮肤 有无皮肤颜色、温度或湿度的改变,有无皮疹、皮肤破溃、感染、水肿,指甲与毛发的分布、色泽情况等。

3. 眼睛 有无眼结膜充血、发红,有无眼睛畏光、流泪、分泌物增多、疼痛或痒,有无白内障、青光眼,是否配带眼镜等。

4. 耳 有无眩晕、耳痛、耳内流脓、耳鸣、听力减退或耳聋,是否使用助听器。

5. 鼻 有无嗅觉改变,有无鼻塞、流涕、出血或鼻过敏。

6. 口腔 有无口腔粘膜干燥、溃疡、牙龈肿胀、溢脓或出血,有无龋齿、义齿,有无味觉改变等。

7. 乳房 乳房及乳头外形,有无疼痛、异常分泌物、肿块及病人自我检查的情况。

8. 呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血、喘息、胸痛或呼吸困难。注意咳嗽发生的时间、频率、性质、程度及其与气候变化或体位的关系;痰液的颜色、性状、量和气味;咯血的颜色和量;胸痛的部位、性质及与呼吸、咳嗽和体位的关系;呼吸困难发生的时间、性质和程度;有无可能引起喘鸣的因素,包括食物、药物等过敏原。既往有无呼吸系统疾病等。

9. 循环系统 有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难、昏厥及水肿。注意心悸发生的时间与诱因;心前区疼痛的部位、性质、程度、放射部位、持续时间、发作的诱因和缓解方式;呼吸困难的程度、有无夜间阵发性呼吸困难、与体力活动、体位的关系,是否伴有咳嗽、咯血或咯粉红色泡沫痰;水肿的部位,与尿量的关系,有无腹胀、肝痛,利尿剂使用的情况;昏厥发生前是否伴有心悸。既往有无高血压、风湿热等心血管疾病病史。

10. 消化系统 有无恶心、呕吐、吞咽困难、腹痛、腹胀、腹泻、便秘、黄疸,注意上述症状发生的缓急及其演变,与食物种类、性质的关系及有无精神因素的影响。注意呕吐的方式、