

健康评估(health assessment)是运用医学及相关学科的知识,对护理对象现存或潜在的健康问题进行分析研究,以确定其护理需求的基本理论、基本技能及临床护理思维方法的一门学科,是护理专业学生在学完基础医学的各门课程和护理学导论之后,过渡到学习临床护理各学科而设立的一门必修课。健康评估的主要内容包括常见症状的发病机制及临床表现,护理评估的要点、健康史采集、身体评估的基本方法和技能、人体功能性健康形态的评估、心电图检查、影像学检查、实验室检查等。通过健康史采集、身体评估、心理社会状况的评估和必要的辅助检查来发现现存或潜在的健康问题,从而作出护理诊断。

一、健康评估的内容

1. 健康史的采集 健康史采集的目的是在开始身体评估前获得完整的健康史的基本资料,为进一步身体评估提供线索,并获取有助于确立护理诊断的重要依据。其主要内容包括一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史、日常生活史、心理社会史和系统回顾 8 个方面。

2. 常见症状评估 症状是病人健康状况的主观资料,是健康史的重要组成部分。研究症状的发生、发展和演变以及由此而发生的病人身心的反应,对形成护理诊断,指导临床护理起着重要的作用。本章在详述常见症状的病因、发病机制、临床表现和对病人身心影响的基础上,提出健康评估要点和常用的护理诊断,培养学生养成良好的临床护理思维习惯。

3. 身体评估 是指评估者通过自己的感官或借助听诊器、血压计、体温计等辅助工具对病人进行细致地观察与系统地检查,发现机体正常或异常征象的评估方法,是获得护理诊断依据的重要手段。熟练掌握和运用这些方法,才能使收集的资料更准确、更完整。

4. 心理、社会评估 介绍如何从自我概念、认知水平、情感和情绪、个性、压力与应对、角色与角色适应、文化以及家庭和环境等方面对病人进行全面评估,以正确地获得病人的心理及社会资料。

5. 心电图 用心电图机将心脏的生物电变化在体表记录下来所获得的曲线称心电图。观察心电图曲线的变化规律,判断其与疾病间的关系有重要的临床意义。此部分内容介绍了心电图的基本知识、心电图机的操作方法、正常心电图和常见异常心电图的图形特点及意义。

6. 影像检查 包括放射检查、超声检查两个部分。了解和熟悉影像检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义,对做好病人的健康评估有很大的帮助。



7. 实验室检查 实验室检查与临床护理有着密切的关系,其结果作为客观资料的重要组成部分之一,可协助护士观察、判断病情,做出护理诊断。护士应熟悉常用实验室检查的目的、标本采集要求及结果的临床意义。

8. 护理诊断 护理诊断是护理评估的最终目的,是本门课程的重要组成部分之一。护理诊断是将收集的健康史资料、身体评估及其他评估的结果经过分析、归纳、推理形成,为正确地护理病人提供依据。此部分内容阐述了护理诊断的发展、定义与组成、护理诊断的分类、陈述方式、合作性问题及护理诊断的确立过程。

9. 护理病历书写 护理病历是护理人员对病人护理过程的全面记录,是对病人提供护理的重要依据。此部分内容详细叙述了护理病历的书写要求,列举了在格式上和内容上与临床一致的护理病历以供参考,使学生能初步掌握护理病历的书写方法。

二、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有很大的不同,需要动手操作的内容较多,除理论教学和学校内的实践教学外,还要在医院中直接面对病人进行,因此在学习过程中有其特殊要求:

(1) 学习过程中始终贯穿整体护理的理念,以病人为中心,关心、爱护和体贴病人,建立良好的护患关系。

(2) 基本概念要清楚,基本知识要牢固,基本技能要熟练。

(3) 能独立进行健康史的采集,并能分析、提炼出健康问题。

(4) 能正确熟练地进行身体评估,并理解身体评估阳性结果的意义。

(5) 掌握心电图操作,熟悉影像检查前的病人准备、检查结果的临床意义。

(6) 掌握实验室检查的标本采集要求、检验结果的正常值及其临床意义。

(7) 能根据所收集的资料作出初步的护理诊断,写出完整的护理病历。

(尹志勤)

第一节 概 述

健康评估是一个有计划地、系统地收集病人健康资料,并对健康资料进行分析、判断的过程。健康资料包括主观资料和客观资料。主观资料的收集主要靠健康史(护理病史)的采集完成,客观资料的收集主要靠身体评估、实验室或器械检查等完成。健康史的采集是健康评估过程的第一步,是对有关病人目前或过去健康状况及生活方式资料的收集,主要由病人的主诉、家属的代诉或护士提问所获得的主观资料构成。健康史资料不仅包括病人的躯体健康状况,还包括其心理、社会健康状况,它不仅是评估和进一步形成护理诊断的基础,还为制定和实施护理计划提供依据。为使所收集的资料准确、全面和客观,护士必须掌握有关健康史采集的方法和技巧,明确护理病史所提供的信息哪些有助于明确病人的需要,从而对病人提供护理。

一、健康资料的来源

健康资料的主要来源是病人本人。病人本人所提供的资料大多很难从其他人员那里得到,如患病后的感受、对健康的认识及需求、对治疗及护理的期望等,这些问题只有病人本人最清楚、最能准确地表述,因此也最为可靠。

除病人本人外,护士还可从其他人员或病人健康记录中获得所需资料。通过这些资料可进一步证实或充实从病人本人那里直接得来的资料。

1. 病人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、保姆等,他们与病人一起生活或工作,对其既往的生活习惯、健康状况、生活或工作的环境以及对疾病或健康的态度等有较全面的了解,这些信息对获得全面的健康资料、确定护理诊断及制定护理措施等有重要的参考价值。

2. 目击者 指目睹病人发病或受伤过程的人员,他们可提供有关的病因、病人当时的状况及病情的进展等资料。

3. 其他卫生保健人员 包括与病人有关的医护人员、营养师、理疗师等。可向他们了解其有关的诊疗措施、从医行为等。

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、健康体检记录或病历记录等。



二、健康资料的类型

健康评估所收集的资料可以是病人或有关人员的描述,也可以是身体评估、实验室或其他检查的结果等。临床上根据收集资料的方法不同,将其分为主观资料和客观资料。

1. 主观资料 是通过与病人及其有关人员交谈获得的病人身心健康状况和社会关系状况的资料。其中病人主观异常的不适或感觉称为症状(symptom),如头晕、乏力、恶心、疼痛等。主观资料不能被医护人员直接观察或检查。

2. 客观资料 是指经视、触、叩、听、嗅、实验室或其他检查等所获得的病人健康状况的资料。其中通过身体评估所获得的阳性资料,称为体征,如黄疸、颈项强直、心脏杂音等。多数情况下,主观资料与客观资料是相互支持的。主观资料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、全面的健康评估资料来说,主观资料和客观资料同样重要,因为两者都是形成护理诊断的重要依据。

第二节 健康史的内容及采集方法

一、健康史的内容

健康史是关于病人目前、过去健康状况及其影响因素的主观资料。与医疗病史不同的是:医生关注的是病人的症状、体征及疾病的进展情况等,而护士更关注病人对其健康状况以及因之而带来的生活方式等改变所做出的反应,即健康史的重点集中在疾病症状或病理改变对病人日常生活的影响以及心理社会反应方面。健康史的内容包括病人的一般资料、主诉、现病史、既往史、日常生活形态、家族史、心理社会史和系统回顾八个方面。

(一) 一般资料

一般资料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、医疗费度的支付形式、住址、电话号码、资料的可靠性及收集资料的时间。这些资料可为某些健康状况提供有用的信息,有助于了解病人对健康的态度及价值观,为进一步收集资料提供依据。如许多问题的发生与年龄、性别、婚姻状况、职业等有关;不同的民族有不同的饮食习惯、宗教信仰等;病人的文化程度可帮助我们选择健康教育方式;医疗费度的支付形式有助于我们了解病人的经济承受能力,选择治疗和护理措施。

(二) 主诉

主诉(chief complaints)是病人感觉最主要、最明显的症状或体征及其持续时间,是病人就诊的主要原因。主诉的语句应简短扼要,有高度概括性。如“发热、胸痛 3 天”、“咳嗽、咳痰 2 天,喘息 1 天”。记录主诉时应使用病人自己的语言,不要使用诊断用语,如“甲状腺功能亢进半年”应记为“多食、消瘦、多汗半年”。

（三）现病史

现病史是病人患病以来疾病的发生、发展、诊断、治疗、护理的全过程,是健康史的主体部分,记录时围绕主诉详细描述。其内容包括:起病的时间、地点及环境;起病的缓急;主要症状的部位、性质及持续时间;发病的原因和诱因;疾病的发展和演变;伴随症状;诊断、治疗和护理经过;疾病对病人工作和生活的影响等。

（四）既往史

既往史是有关病人过去的健康状况及患病的经历,其内容包括:

- (1) 曾患过的疾病,既往的住院病史;
- (2) 手术及外伤史;
- (3) 预防接种史,包括预防接种的时间、接种的疫苗种类;
- (4) 过敏史,包括食物、药物、环境中接触物质的过敏情况;
- (5) 是否到过疫区,有无性病接触史及曾患过性病。

（五）家族史

询问病人的双亲、兄弟、姐妹及子女的健康及患病情况,有无与其相同的疾病,家族中有无遗传病。

（六）日常生活形态

包括病人的饮食、排泄、活动与休息状况及个人的嗜好等。

（七）心理社会史

包括病人的自我概念、认知、情绪、情感、角色适应、压力适应等。

（八）系统回顾

是通过询问,系统地了解病人各系统有无健康问题及健康问题特点,全面地评估病人以往的健康问题及其与本次疾病之间的关系。通过系统回顾可避免遗漏重要的信息。护士可根据需要按身体各系统或戈登(Gordon)的功能性健康形态系统进行询问,从而对病人的健康问题作出判断。

1. 身体各系统的系统回顾

- (1) 一般状态:有无不适、疲乏无力、发热、盗汗,有无体重增加或减轻,睡眠情况如何等。
- (2) 皮肤:有无皮肤颜色、温度、湿度的改变,有无水肿、皮疹、皮肤破溃、感染,毛发的分布与色泽,指甲的颜色及光泽。
- (3) 眼:有无畏光、流泪、结膜充血、分泌物增多,有无白内障、青光眼疾患,是否佩戴眼镜等。



(4) 耳：有无耳鸣、眩晕、听力减退或耳聋，有无耳痛、耳内流脓等，是否使用助听器。

(5) 鼻：有无鼻塞、流涕、出血或过敏，有无嗅觉的改变。

(6) 口腔：有无口腔黏膜溃疡、颜色改变、牙龈肿胀、溢脓或出血，有无龋齿、义齿，有无味觉的改变。

(7) 乳房：有无疼痛、异常分泌物、肿块及病人的自我检查情况。

(8) 呼吸系统：有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛或呼吸困难等。咳嗽发生的时间、频率、性质、程度，与气候变化及体位的关系；痰的颜色、性状、量和气味；咯血的颜色及量；胸痛的部位、性质，与咳嗽及体位的关系；呼吸困难发生的时间、性质和程度；既往有无呼吸系统疾病。

(9) 循环系统：有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难、晕厥、水肿。心悸发生的时间与诱因，心前区疼痛的部位、性质、程度、持续时间、缓解方式；呼吸困难的程度，有无阵发性呼吸困难，是否伴有咳嗽、咯血或咳粉红色泡沫样痰；晕厥发生前是否伴有心悸，既往有无心血管疾病的病史；水肿的部位，水肿与尿量的关系。

(10) 消化系统：有无恶心、呕吐、吞咽困难、腹泻、腹胀、腹痛、便秘、呕血、黑便和黄疸，上述症状发生的缓急，与进食的关系等。呕吐的时间、性质，呕吐物的量、性质、颜色和气味；腹泻、呕血、黑便的量、颜色、性状、次数，腹泻有无里急后重，有无脱水的表现；腹痛的部位、性质、程度，有无疼痛的规律性及转移性疼痛。

(11) 泌尿系统：有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难、尿潴留、尿失禁、腹痛或水肿。注意尿的颜色、量、性质的变化，过去有无高血压、糖尿病、过敏性紫癜等疾病的病史，有无长期使用肾毒性药物史。

(12) 血液系统：有无头晕、眼花、耳鸣、乏力、记忆力下降、皮肤淤点、淤斑、黄疸及肝、脾、淋巴结肿大，有无输血或输血反应史。

(13) 内分泌及免疫系统：有无怕热、多汗、乏力、口渴多饮、多食、肥胖或消瘦，有无性格的改变及智力、体格、性器官发育的异常，有无甲状腺肿大等。既往有无精神创伤、肿瘤、自身免疫性疾病的病史。

(14) 神经系统及精神状态：有无头痛、头晕、记忆力减退，有无抽搐、瘫痪，有无睡眠障碍，有无感觉或运动障碍及意识障碍，有无紧张、焦虑、抑郁等精神状态的改变。

(15) 骨骼及肌肉系统：有无肌肉痉挛、萎缩、疼痛、瘫痪，有无关节脱位、肿胀、畸形、运动障碍，有无骨折、外伤等。

2. 戈登功能性健康形态系统回顾

(1) 健康感知与健康形态：自觉健康状况如何；常采取哪些措施保持健康，这些措施对健康有何影响；有无烟、酒及其他嗜好，吸烟及饮酒的量，有无药物成瘾或药物依赖，成瘾药物使用的剂量及持续时间；是否经常进行乳房的自检；能否服从医护人员健康指导；是否知道所患疾病的原因、出现症状时采取的措施及其结果。

(2) 营养与代谢形态：食欲如何，日常食物和水分摄入种类、性质、量，有无饮食限制；有无咀嚼或吞咽困难及其程度、原因和进展情况；近期体重变化及其原因；有无皮肤、黏膜损害；牙齿是否正常。

(3) 排泄形态: 每日排便与排尿的次数、量、颜色、性状、气味, 有无异常改变, 是否应用药物; 出汗的量、气味。

(4) 活动与运动形态: 进食、穿衣、洗漱、洗澡、入厕等日常活动能否自理及自理水平; 日常活动的方式、量、能力及耐力, 有无医疗或疾病的限制, 是否借助轮椅或义肢等辅助用具。

(5) 睡眠与休息形态: 日常睡眠状况, 有无入睡困难、多梦、早醒、失眠, 是否借助药物或其他方式辅助入睡。

(6) 认知与感知形态: 有无视觉、听觉、嗅觉、味觉、记忆及思维过程改变, 视觉、听觉是否借助辅助工具; 有无感觉异常, 有无疼痛, 疼痛的部位、性质、程度、持续时间等。

(7) 自我感知与自我概念形态: 如何看待自己, 多数情况下自我感觉良好或是不良; 有无导致愤怒、烦恼、恐惧、焦虑、抑郁、绝望等情绪的因素。

(8) 角色与关系形态: 就业情况、工作情况、社会交往情况; 角色适应情况; 独居或与家人同住; 家庭结构与功能; 经济收入能否满足个人生活所需。

(9) 性与生殖形态: 性生活满意程度, 有无改变或障碍; 女性月经量、经期、周期, 有无月经紊乱, 是否怀孕等。

(10) 应对与应激耐受形态: 是否经常感到紧张, 用什么方法解决; 近期生活中有无重大改变或危机, 是否存在压力及其性质和程度, 对压力的反应如何。

(11) 价值与信念形态: 有无宗教信仰等。

二、健康史的采集方法

健康史的主要采集方法就是交谈, 采集过程就是护士与病人及提供健康史资料的有关人员之间复杂的、正式的和有序的交谈过程。采集健康史的目的在于开始身体评估前获得完整的健康史的基本资料, 为进一步身体评估提供线索, 为确立护理诊断提供重要的依据。交谈是采集健康史的最重要手段, 是确保健康史完整性与准确性的关键。为使交谈有效地进行, 获得真实可靠的健康资料及达到预期的目的, 必须注意以下问题:

1. 交谈环境 保证交谈环境安静、舒适和私密性, 光线、温度应适宜。

2. 建立与病人的良好关系 护士在交谈开始前应先向病人做自我介绍, 说明交谈的目的, 并向病人做出病史内容保密的承诺。整个交谈中, 护士应对病人的回答表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。交谈过程中注意非语言沟通的作用, 如注意使用必要的手势和良好的体态语言, 始终保持与病人的目光接触等。

3. 交谈技巧 交谈一般从主诉开始, 有目的、有序地进行。

(1) 提问应先选择一般性、易于回答的开放性问题, 如“您什么原因来看病?”或“您感到哪儿不舒服?”“病了多长时间了?”然后耐心听病人的叙述。开放性问题的优点是易于回答, 容易获得有价值的信息。其缺点是病人的回答可能与评估目的无关, 占用较多的时间, 急症情况下不宜使用。

(2) 为了证实或确认病人叙述, 可用直接提问。如“请告诉我, 您头痛时伴有呕吐吗?”直接提问中应避免套问或诱导, 如“您呕吐是喷射样的吗?”“您是不是在下午发热?”而应用“您呕



吐时是怎样吐的?”“您一般在什么时候发热?”以免病人随声附和使材料失真。

(3) 提问中避免使用有特殊含义的医学术语,如“血尿”、“里急后重”等,以免病人顺口称是,影响健康史的真实性。

(4) 当病人不能很好表述时,可提供有多项备选答案,如“您的疼痛是钝痛、锐痛、烧灼痛或别的什么?”以使病人从中选择一个恰当的词语。交谈中也可根据需要提出闭合性的问题,如“您是否吸烟?”等。

(5) 为确保所获资料的准确性,在交谈中必须对含糊不清、存有疑问或矛盾的内容进行核实。核实时常用澄清、复述、反问等方法,如“您说您感到心情不好,请具体说一下是怎样的情况”(澄清)、“您说您上腹部痛是在饥饿时出现,是这样吗?”(复述)、“您说您夜里睡眠不好?”(反问)。经核实后,对病人所提供的信息进行分析 and 推论,并与其交流。

(6) 当病人回答不确切时,要耐心启发,如“请再想一想还有什么,能不能再说得准确些”等,注意给病人充分的时间回答。

4. 影响交谈的其他因素

(1) 文化因素:不同文化背景的人在交流的方式及对疾病的反应方面不同,护士必须理解其他文化的信仰和价值观,熟悉自己与其他文化间的差异,采取恰当的交谈方式,以保证交谈的有效进行。

(2) 年龄因素:不同年龄的病人,交谈的能力不同。成年人有很好的交谈能力,而儿童或婴幼儿则交谈能力较差,护士可通过观察或与家长交谈获取信息,同时注意让已具备交谈能力的儿童本人参与交谈。老年人可能存在听力、视力、记忆力等功能的减退,交谈时应注意减慢语速、提高音量,采取面对面交流的方式,说话清楚、简单,问题应限于确实需要的方面。

(3) 病情轻重:病情许可时,应尽可能以病人为直接交谈的对象,在病人入院后尽早地采集健康史。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。

(尹志勤)

第一节 发 热

正常人在体温调节中枢的调控下,体内产热和散热呈动态平衡,体温保持相对恒定。当机体在致热源的作用下,或各种原因引起体温调节中枢功能紊乱,使产热增加,散热减少,体温升高超过正常范围,称为发热。

一、正常体温

人体的正常体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,因测定部位不同而异。一般口腔温度(舌下)在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间,腋窝温度比口腔温度低 0.5°C ,直肠温度比口腔温度高 0.5°C 。正常体温存在个体差异,且受昼夜、年龄、性别、运动及环境等内外因素的影响。

二、发生机制

1. 致热源性发热 致热源分为外源性和内源性致热源两种。外源性致热源多为大分子物质,不能通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞及单核-吞噬细胞系统,使之产生并释放内源性致热源。内源性致热源分子量较小,可通过血-脑脊液屏障并直接作用于体温调节中枢,使体温调节中枢发出调节冲动,使散热减少,产热增多,产热大于散热,从而体温升高引起发热。

2. 非致热源性发热 常见于体温调节中枢直接受损或存在引起产热过多或散热减少的疾病,产热大于散热而导致发热。

三、病因

(一) 感染性发热

在发热病因中,感染性因素占 $50\%\sim 60\%$ 。引起发热的各种病原体如病毒、细菌、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等引起的感染,不论是急性或慢性感染、局部或全身感染,均可引起发热。



（二）非感染性发热

非感染性发热是指非病原体感染引起的发热,主要有以下几方面原因:

1. 无菌性坏死物质吸收 是由于组织细胞破坏及坏死物质吸收引起发热,又称为吸收热。常见于大面积烧伤、内出血及大手术等所致组织损伤;因血管栓塞或血栓形成所引起的心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死;因恶性肿瘤、溶血反应等所引起的组织坏死及破坏。
2. 风湿性疾病 常见于风湿热、血清病、药物热及结缔组织病等。
3. 内分泌与代谢疾病 常见于甲状腺功能亢进及重度脱水等。
4. 皮肤散热障碍 常见于广泛性皮炎、慢性心力衰竭等所引起的发热,多为低热。
5. 体温调节中枢功能失常 因体温调节中枢直接受损所引起的发热,又称为中枢性发热。常见于中暑、安眠药中毒、脑出血及颅脑外伤等。
6. 自主神经功能紊乱 属于功能性发热范畴,多为低热。常见于原发性低热、夏季低热、生理性低热、感染后低热等。

四、临床表现

（一）发热的分度

以口腔温度为标准,发热按高低分为:①低热:37.3~38℃;②中等度热:38.1~39℃;③高热:39.1~41℃;④超高热:41℃以上。

（二）发热的临床过程及特点

发热的临床过程一般经过三个阶段:

1. 体温上升期 该期特点为产热大于散热,体温升高。临床表现为皮肤苍白、无汗、畏寒或寒战等,继而体温上升。体温上升有两种方式:①骤升型:体温在几小时内达39~40℃或以上,见于疟疾、大叶性肺炎、败血症等;②缓升型:体温逐渐上升在数日内达到高峰,见于伤寒、结核病等。
2. 高热期 该期特点为产热和散热在较高水平保持相对平衡,体温维持在较高状态。临床表现为颜面潮红、皮肤灼热、呼吸深快,开始出汗并逐渐增多。此期持续数小时、数天或数周,因病因不同而异。
3. 体温下降期 该期特点为散热大于产热,体温降至正常。临床表现为多汗、皮肤潮湿。体温下降有两种方式:①骤降:体温于数小时内迅速降至正常,见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎等;②渐降:体温在数天内逐渐降至正常,见于伤寒、风湿热等。

（三）热型及临床意义

热型是按发热时绘制在体温单上的体温曲线波动的特点所分的类型。临床常见的热型有以下几种: