

第二章 健康评估的方法

本章导读

健康评估是一个有计划地、系统地收集评估对象的主、客观资料,并对资料的价值进行整理、分析和判断以确定其健康情况的过程,从而进一步提出护理诊断,为制订和实施护理计划及其评价提供依据。健康评估是护理程序的基础,既是护理过程的起点,又贯穿于护理过程的始终,是一个连续的、动态的过程。所以,健康评估所要收集的资料应全面、准确。既包括评估对象的身体健康,还包括其心理、社会健康;不仅要有评估对象健康状况的主观资料,还要有相关的客观资料。评估者必须明确健康评估的内容,掌握有关健康评估的方法和技巧,以收集和整理健康资料。

目标透视

1. 了解健康资料的来源、类型以及收集健康资料的方法。
2. 熟悉会谈的注意事项和方式。
3. 掌握:主观性资料、客观性资料、症状、体征的概念;收集健康资料的会谈技巧;健康史的内容;身体评估的基本方法。

第一节 健康资料的来源和类型

健康评估所要收集的资料包括主观资料和客观资料。为使所收集的资料准确、全面和客观,评估者必须明确资料的来源、资料的收集方法和技巧、资料的分类和价值。

一、健康资料的来源

评估者在收集健康资料的过程中,其资料可来源于以下几个方面:

1. 被评估者本人 被评估者本人是健康资料的主要来源。只要被评估者意识清楚、精神稳定,又非婴幼儿,就可以作为收集资料的来源。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,这些资料只有被评估者最清楚,表述也最准确,因此最为可靠。

2. 被评估者的亲属或与之关系密切者 如配偶、父母、子女、兄弟姐妹、亲朋好友、同事、老师、邻居及保姆等。他们对被评估者的生活或工作环境、既往的生活习惯、身心健康状况等有较好的了解,这些资料对确定护理诊断、制订护理计划等有重要的参考价值。

3. 目击者 指目睹被评估者发病或受伤过程的人员,可提供有关的病因、被评估者当时的状况及其进展等资料。

4. 其他卫生保健人员 与被评估者有关的主管医师、心理医师、营养师、理疗师及其他护理人员等,可了解其有关的诊疗措施、从医行为等。

5. 目前的、既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、病历记录等,可印证被评估者所提供资料的准确性。

6. 实验室及其他检查报告 指各种实验室检查结果、影像学检查、心电图检查报告等。

二、健康资料的类型

健康评估所收集的资料可以是被评估者或有关人员的主观描述,也可以是身体评估、器械检查或实验室等辅助检查的结果。为了更好地分析和利用资料,可根据其不同的特点加以分类,其中最常用的是根据收集资料方法的不同,将其分为主观资料和客观资料。

1. 主观资料 是指被评估者对于健康状态的主观感觉和情绪体验。通过与被评估者及其有关人员交谈获得的资料,包括被评估者的主诉、亲属的代诉及经提问而获得的有关被评估者健康状况的描述。主观资料不能被评估者直接观察或检查。如疼痛的程度及性质等。被评估者主观感知并表达不适或异常,称为症状(symptom),是主观资料的重要组成部分。

2. 客观资料 指经过观察、体检以及实验室或器械检查等所得到的有关被评估者健康状况的资料。被评估者患病后机体的体表或内部结构发生的可以客观检查到的病态表现称之为体征(sign),如肝脾大、面色苍白等。体征是形成护理诊断的主要依据。

健康评估的过程中,主观资料可以指导客观资料的收集,客观资料可以进一步证实或补充主观资料。主观资料和客观资料同等重要,两者都是护理诊断依据的重要来源。

此外,目前资料和既往资料也是常用到的健康资料。目前资料是指现在发生的有关疾病的状况;既往资料是指在此之前发生的有关疾病的状况。目前资料和既往资料对照比较,有助于问题的确定或排除。

第一节 健康资料的收集方法

收集资料的方法有很多,包括观察、与被评估者交谈、身体评估、有关辅助检查结果以及查阅既往资料等,其中最常用、最基本的是交谈和身体评估。

一、观察

观察是指利用感官获得资料,并对资料的价值作出判断的过程。这些资料包括有关被评估者、被评估者家属、被评估者所处环境等信息。观察在初次接触被评估者时即开始,贯穿于整个诊疗护理过程中。实际上,评估者在交谈和身体评估的过程中,可以同时运用观察的方法。

二、交谈

交谈是通过与患者或其他有关人员的语言交流来获得患者资料的方法,是采集病史的最重要手段,是获取主观资料的重要途径。交谈是一个双向性的交流过程,它的顺利进行能为整个评估打下良好的基础。

(一)交谈的目的

护理评估中的交谈是发生在评估者与被评估者之间的、目标明确地、正式和有序的交谈过程。其目的是了解被评估者的健康观念、功能状况、社会背景及其他与健康、治疗和疾病相关的因素等,以收集、诊断被评估者对健康状态、健康问题现存或潜在反应的病史资料。通过交谈所得到的有关被评估者的健康史是主观资料。



知识链接

护理交谈的侧重点:护理交谈和医疗问诊是不同的。护理交谈侧重点在于被评估者的健康观念、功能状况、社会背景以及与健康、治疗相关的因素等,以收集被评估者对健康状态、健康问题现存的或潜在反应的病史资料。

(二)交谈的方式

交谈的方式包括正式交谈和非正式交谈。

1. 正式交谈 指提前通知被评估者,有目的、有计划地交谈。这种交谈方式可以让评估者在短时间内有效的收集到所需的资料。正式交谈一般分四个阶段。①准备和计划阶段:制订交谈提纲,备齐所需物品,提供良好气氛,提高交谈效果;②开始面谈:收集资料的开始,首先介绍自己,并交代交谈的目的和所需的时间;③交谈中期:证实或核实资料,对于不清楚的问题可再次提问以核对清楚;④交谈末期:分析和整理资料,正式交谈结束。

2. 非正式交谈 指被评估者与评估者之间的随意交谈,评估者不指示或干扰谈话的主题及取向。被评估者自由表达,评估者可从中了解多种信息,交谈的效果取决于交谈双方的信任程度。



知识链接

正式交谈和非正式交谈各有利弊,临床上一般两者结合使用。通常情况下,在交谈之初,由于双方不太熟悉,不易自然交谈,常以正式交谈开始,随后交谈逐渐深入,相互间也加深了解,这时可以使用非正式交谈来获取更多有用的资料。

(三)影响交谈的主要因素与交谈的注意事项

评估者和被评估者之间的关系和文化差异、交谈技巧、交谈环境、被评估者的年龄和健康状况等,都是影响交谈的主要因素。为使交谈顺利进行以达到预期的结果,获得真实可靠的健康资料,必须注意以下问题:

1. 与被评估者保持融洽的关系 交谈开始前,评估者应向被评估者作自我介绍,说明交谈的目的是为了收集有关其躯体、心理、社会和家庭等方面的健康资料,便于提供全面、有针对性的护理服务,并向被评估者作出病史内容保密的承诺;交谈中,评估者应对被评估者保持关心的态度,注意非语言的沟通,如始终保持与被评估者合适的目光接触,必要的手势和良好的体态语言等。避免责怪性语言,以免令被评估者感到难以回答,产生防御心理。

2. 交谈的技巧 交谈一般从主诉开始,有目的、有序地进行。提问应先选择易于回答的开放性问题,如“您感到哪不舒服?”然后耐心地听取被评估者的叙述。开放性问题易于回答,可获得有关症状发生、发展、演变以及被评估者对其的反应,同时了解其对疾病的态度和信仰等方面的信息,使被评估者叙述的病史更客观、更全面。

为了证实或确认被评估者所述,可直接提问。直接提问中应避免套问或提示性诱问,如“你失眠吗?”“你是不是饭前上腹痛?”以免被评估者随声附和。同时也应避免使用医学术语,如“潮式呼吸”、“里急后重”等,以免被评估者不懂而随意回答,影响病史的真实性。

当被评估者不能很好的表达时,可提供有多项备选答案的问题。交谈中也可根据需要提出闭合性的问题,如“您结婚了吗?”闭合性问题适用于有关年龄、婚姻等资料。

为了确保所获资料的准确性,在交谈中必须对含糊不清、存在疑问或矛盾的内容进行核实。常用的核实方法包括五种。①澄清:要求被评估者对含糊不清或模棱两可的内容作出进一步的解释和说明;②复述:以不同的表达方式重复被评估者所说的内容;③反问:以询问的口气重复被评估者所说的话,但不可加入评估者的观点,鼓励被评估者提供更多的信息;④质疑:当被评估者所说的与你观察到的或其前后所叙述不一致时;⑤解析:对被评估者所提供的信息进行分析和推论,与其交流。

当被评估者回答不确切时,要耐心启发。要注意给予被评估者充分的时间思考和回答。

3. 环境 交谈环境必须安静、舒适和私密性,光线、温度应适宜。场所选择应以方便患者为主。轻微患者和其亲友可以到办公室进行;危重患者则在其床边进行,并减少周围环境



的影响。

4. 文化 不同文化背景的人在人际交流的方式及对疾病的反应方面存在着文化差异。评估者必须理解其他文化的信仰和价值观,熟悉自己和其他文化的差异,令自己在交谈过程中的语言和行为能充分表现出对其他文化的理解和尊重。

5. 年龄的差异 不同年龄段的被评估者,其生理和心理发展阶段的不同,参与交谈的能力也不同。成年人交谈的对象可以是本人;儿童或婴幼儿信息的主要提供者可能是其父母或其他家庭成员;老年人可能存在听力、视力、记忆力等功能减退,交谈时应说话清楚、简单,放慢语速,提高音量,并应面对面的交流以便令其能看清你的表情及口型。

6. 时限 对轻微患者、患者家属交谈,应全面了解病情,对时间可不作严格限制。对危重患者,在做扼要的询问和重点检查后,应立即实施抢救,详细病史稍后补充或从亲属处获得。

三、身体评估

身体评估是评估者运用眼、手、耳等感觉器官或借助简单的辅助工具(如叩诊锤、听诊器等)对被评估者进行细致的观察和检查,以了解其身体状况的一系列最基本的检查方法。

(一) 身体评估的目的

身体评估一般在采集健康史后进行。目的是进一步证实问诊中所获得的有临床意义的症状,发现被评估者存在的体征及对治疗和护理的反应,为确定护理诊断提供客观依据。

(二) 身体评估的注意事项

接触患者时,评估者应关心、体贴患者,衣着整洁、举止大方、态度和蔼,并向被评估者说明身体评估的目的,以取得被评估者的信任和配合。

1. 检查前要洗手,避免医源性交叉感染。

2. 检查环境需安静、舒适和具有私密性,室温适宜,最好以自然光线为照明。

3. 检查者应站在被评估者右侧,一般用右手进行检查。

4. 检查评估按一定的顺序规范进行。动作必须细致、轻柔,依次暴露被评估者部位,按顺序检查,以保证检查结果准确。

5. 检查结束后将检查结果向被评估者作必要的解释和说明。

6. 根据病情及其变化,随时复查以发现新的体征,不断地补充检查结果,调整和完善护理诊断和护理措施。

(三) 身体评估的基本方法

身体评估的基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。要熟练掌握和运用这些方法并使检查结果准确可靠,必须反复练习和实践,同时还需要有丰富的医学基础知识与护理专业知识的指导。

1. 视诊(inspection) 是评估者以视觉来观察患者全身或局部状态有无异常的检查方法。视诊可用于全身一般状态和全身或局部体征的检查。全身一般状态,如年龄、性别、发



育、营养、面容、表情、体位、步态等；局部视诊可了解身体各部分的改变，如皮肤、黏膜颜色，头颅、胸廓、腹部、骨骼、关节外形等。

视诊方法简单，适用范围广，可提供重要的诊断资料和线索；但必须有丰富的医学知识和临床经验，通过深入、细致的观察，才能发现有重要意义的临床征象。否则会出现“视而不见”的情况。

2. 触诊(palpation) 是评估者通过手与被评估者检查部位接触后的感觉，或观察患者的反应判断身体某部位有无异常的检查方法。手的不同部位对触觉的敏感度不同，其中指腹对触觉较为敏感，掌指关节的掌面对震动较为敏感，手背皮肤对温度较为敏感，故触诊时多用这些部位。触诊适用范围广，可用于身体各部位的检查，尤其是腹部的检查更为重要。

触诊时，因不同的目的所施力的轻重不同，可分为浅部触诊法和深部触诊法。

(1)浅部触诊法(light palpation):适用于体表浅在病变、关节、软组织，以及浅部的动脉、静脉、神经、阴囊和精索的检查和评估。触诊时，检查者将一手放在被检查部位，利用掌指关节和腕关节的协同动作以旋转或滑行方式进行轻压触摸，触及的深度为1~2cm(图2-2-1)。多用于检查腹部有无压痛、抵抗感、搏动、包块和某些肿大脏器。浅部触诊往往在深部触诊前进行，有利于患者做好接受深部触诊检查的心理准备。

(2)深部触诊法(deep palpation):主要适用于检查和评估腹腔病变和脏器情况。深部触诊法可触及的深度多在2cm以上，可达4~5cm(图2-2-2)。检查时可用单手或两手重叠，由浅入深，逐渐加压以达到深部触诊的目的。根据检查目的和手法的不同可分为以下几种：

1)深部滑行触诊法:检查时嘱患者张口平静呼吸，或与患者交谈以转移其注意力，尽量使腹肌松弛，护士以并拢的示、中、环三指平放在腹壁上，以指端逐渐触向腹腔的脏器或包块。此种触诊法常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

2)双手触诊法:将左手掌置于被检查脏器或包块的背部，并向右手方向托起，使被检查的脏器或包块位于双手之间，并更贴近体表，有助于右手触诊检查。此种触诊法常用于肝、脾、肾和腹腔肿物的检查。

3)深压触诊法:用一个或两至三个并拢的手指逐渐深压腹壁被检查部位，用于探测腹腔深在病变的部位或确定腹腔压痛点，如胆囊压痛点、阑尾压痛点、输尿管压痛点等。检查反跳痛时，在手指深压的基础上迅速将手抬起，并询问患者是否感觉疼痛加重或察看是否出现痛苦状态。

4)冲击触诊法:亦称浮沉触诊法。检查时，检查者右手并拢的示、中、环三个手指屈70°~90°角，置于腹壁相应检查部位，做数次急速而较有力的冲击动作，此时指端会有腹腔脏器或包块浮沉的感觉。此种触诊法一般只用于大量腹腔积液时肝、脾及腹腔包块难以触及者。冲击触诊会使患者感到不适，操作时应避免用力过猛。

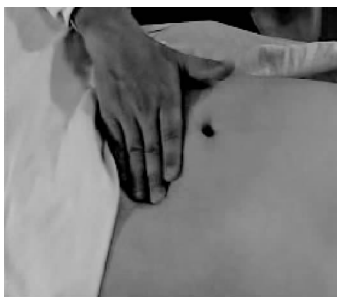


图 2-2-1 浅部触诊法



图 2-2-2 深部触诊法

触诊的注意事项:

(1)触诊前应向患者说明检查的目的和配合动作,检查时要注意保暖,手要温暖、干燥,以免引起患者精神和肌肉紧张。评估者应立于患者的右侧,面向患者,随时观察患者病情。

(2)触诊时应从健侧开始,渐及疑有病变处,动作由浅入深。

(3)患者需采取适宜的体位。如检查腹部时,患者取仰卧位,双腿稍屈,使腹肌放松;检查肝、脾、肾时可采取侧卧位。

(4)检查下腹部时,应嘱患者先排尿或排便,避免将充盈的膀胱或肠腔内粪便误认为腹内肿块。

3. 叩诊(percussion) 是指用手指叩击或手掌拍击身体表面的某一部位,使之震动而产生音响,根据震动和音响的特点来判断被检查部位的脏器有无异常的一种诊断方法。叩诊常用于确定肺尖宽度、肺下界定位、胸膜病变、胸膜腔积液的多少或有无气体、心界大小及形状、有无腹腔积液与多少,以及子宫、卵巢是否肿大、膀胱有无充盈等情况。另外用手或叩诊锤直接叩击被检查部位,诊察反射情况和有无疼痛反应也属叩诊范围,如用手直接叩击肝区、脾区、肾区,用叩诊锤叩击肌腱、脊椎棘突等。

(1)叩诊方法:根据检查目的与手法的不同,将叩诊分为间接叩诊法和直接叩诊法。

1)间接叩诊法(indirect percussion):将左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,其他手指稍微抬起,勿与体表接触;右手指自然弯曲,用中指指端叩击左手中指末端指关节处或第二节指骨远端;叩击方向应与叩诊部位的体表垂直;叩击动作要灵活、短促、富有弹性;叩击后右手中指应立即抬起;同一叩诊部位可连续叩击2~3下,若未获得明确印象,可再连续叩击2~3下(图2-2-3)。叩诊时要随时注意与对称部位的比较,要注意听叩诊所产生的音响,以便正确判断叩诊音的变化。

2)直接叩诊法(direct percussion):将右手中间三指并拢,用其掌面直接拍击被检查部位,借助于拍击的音响和指下的震动感来判断病变情况。其适用于胸部和腹部范围较广的病变,如胸膜粘连或增厚、大量胸水或腹水及气胸等。

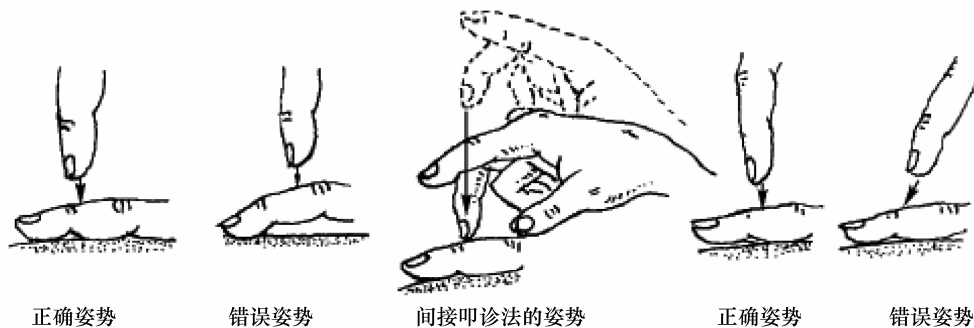


图 2-2-3 间接叩诊法正、误示意图



知识链接

间接叩诊方法

间接叩诊法应做到：“紧”、“翘”、“直”、“匀”、“速”。紧：检查者用左手中指第二指节紧贴叩诊部位。翘：其余手指稍抬起，勿与体表接触。直：以中指指端垂直叩击左手中指第二指节前端。匀：每次叩击力量要均匀一致。速：叩击后立即抬起。

(2)叩诊音(percussion sound):叩诊时被叩击部位产生的反响称为叩诊音。叩诊音的不同取决于被叩击部位组织或器官的致密度、弹性、含气量及与体表的间距。根据音响的频率(高音者调高,低音者调低)、振幅(大者音响小,小者音响弱)和乐音(音律和谐)的不同,将叩诊音分为清音、浊音、实音、鼓音、过清音五种(表 2-2-1)。

表 2-2-1 叩诊音及其特点

叩诊音	音响强度	音调	持续时间	正常可出现的部位
清音	强	低	长	正常肺
浊音	较弱	较高	较短	心脏、肝脏被肺缘覆盖的部分
实音	弱	高	短	实质脏器部分
鼓音	强	高	较长	胃泡区和腹部
过清音	更强	更低	更长	正常成人不出现,可见于肺气肿时

1)清音(resonance):是一种频率为 100~128 次/秒,振动持续时间较长,音响不甚一致

的非乐音。是正常肺部的叩诊音。提示肺组织的弹性、含气量、致密度正常。

2) 浊音(dullness):是一种音调较高,音响较弱,振动持续时间较短的非乐音。正常情况下,当叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时可产生浊音,如心脏或肝脏被肺段边缘所覆盖的部分,称之相对浊音区。在病理状态下,如肺炎,肺组织含气量减少时的叩诊音常为浊音。

3) 实音(flatness):是一种音调较浊音更高,音响更弱,振动持续时间更短的一种非乐音。正常情况下,见于叩击无肺组织覆盖区域的心脏和肝脏(称之绝对浊音区)等实质脏器时所产生的音响。病理状态下可见于大量胸腔积液或肺实变等。

4) 鼓音(tympani):如同击鼓音,音响比清音更强,振动持续时间也较长,是一种和谐的乐音。在叩击含有大量气体的空腔脏器时出现。正常情况下可见于胃泡区和腹部,病理状态下可见于肺内空洞、气胸、气腹等。

5) 过清音(hyper resonance):是介于鼓音和清音之间,属于鼓音范畴的一种变音,音调较清音低,音响较清音强,为一类乐音。正常儿童因胸壁薄可叩出相对过清音。病理状态下常见于肺组织含气量增多、弹性减弱时,如肺气肿。

(3) 叩诊注意事项

- 1) 保持环境安静,适宜的温度,以免噪音和肌肉收缩干扰检查。
- 2) 充分暴露被检查部位,肌肉松弛。
- 3) 叩诊部位不同,需选择适当的叩诊方法和体位,并注意对称部位的比较。
- 4) 除要注意叩诊音响的变化,还要注意不同病灶的震动感差异。
- 5) 操作应规范,叩击力量要均匀、适当。

4. 听诊(auscultation) 是直接用耳或借助听诊器听取发自身体各部位的声音而判断其正常与否的检查方法。听诊在心、肺检查中尤为重要。听诊可分为间接听诊和直接听诊两种方法。

(1) 间接听诊法:是用听诊器进行听诊的一种检查方法。此法方便,可在任何体位时应用,其应用范围广,除用于心、肺、腹的听诊外,还可听取身体其他部位的血管音、皮下气肿音、关节活动音、肌束颤动音等。

听诊器由耳件、体件和软管三部分组成(图 2-2-4)。体件类型有钟型和膜型两种。钟型体件对低频声音敏感,适用于听取低调声音,如二尖瓣狭窄的隆隆样舒张期杂音,使用时应轻触体表被检查部位;膜型体件对高频声音敏感,适用于听取高调声音,如主动脉瓣关闭不全的杂音及呼吸音、肠鸣音等,使用时应紧触体表被检查部位。



图 2-2-4 听诊器

(2)直接听诊法:是将耳郭直接贴附于被检查者的体表上进行听诊。此法所能听到的体内声音很弱。目前仅在某些特殊或紧急情况下才会采用。

听诊的注意事项:

- (1)环境应安静、温暖、避风,寒冷可引起肌束震颤而产生附加音。
- (2)听诊前应检查听诊器耳件方向是否正确及管腔是否通畅。
- (3)根据病情和听诊的需要,采取适当的体位。
- (4)听诊器的体件要紧贴被检查部位,避免太紧、太松或与皮肤摩擦而产生附加音。
- (5)听诊时注意力要集中,必要时应嘱患者控制呼吸配合听诊。

5. 嗅诊(olfactory examination) 是通过嗅觉来判断发自患者的异常气味与疾病之间关系的一种诊断方法。

来自患者皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道、呕吐物、排泄物、脓液和血液等的气味,根据疾病的不同,其特点和性质也不一样。通过嗅诊可为临床护理提供有价值的资料。常见的异常气味及其临床意义如下:

(1)汗液味:正常汗液无特殊强烈刺激气味。酸性汗液见于风湿热和长期服用水杨酸、阿司匹林等解热镇痛药物的患者;特殊的狐臭见于腋臭患者。

(2)痰液味:正常痰液无特殊气味。血腥味见于大量咯血者;恶臭的痰液多见于支气管扩张症或肺脓肿;恶臭的脓液多见于气性坏疽或提示厌氧菌感染。

(3)呼气味:浓烈的酒味见于酒后;刺激性蒜味见于有机磷中毒;烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒;氨味见于尿毒症;肝腥味见于肝性脑病患者。

(4)呕吐物:酸臭味提示食物在胃内滞留时间过长而发酵,见于幽门梗阻;粪便味见于长期剧烈呕吐或肠梗阻。

(5)尿液味:浓烈的氨味见于膀胱炎,是由于尿液在膀胱内被细菌发酵所致。



(6)粪便味:腐败性粪臭味见于消化不良或胰腺功能不良者;腥臭味多见于细菌性痢疾。

(7)有些疾病患者身上可能散发的某些特殊气味:新烤的面包味,见于伤寒;禽类羽毛味,见于麻风;蜂蜜味见于鼠疫;鼠臭味见于精神错乱者。

第三节 健康史内容

健康史是记录患者目前、过去健康状况及其影响因素的主观资料。健康史评估是在护理观念的指导下,以科学的方式收集患者的健康状态及其影响因素的主观资料,其主要内容包括患者目前及既往的健康状况、影响健康状况的有关因素以及患者对自己健康状况的认识与反应等。护理主要关注患者对其健康状况以及因之而带来的生活方式等改变所作出的反应。健康史主要包括以下内容:

一、一般项目

一般项目(general data)包括:姓名、性别、年龄、出生地、民族、婚姻、职业、工作单位、通信地址、电话号码、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度、入院诊断、主管医师、主管护士等。其中记录年龄时应填写实际年龄,不应以“儿童”、“成人”等代替。

二、主诉

主诉(chief complaint)为患者感受的最主要的痛苦或明显的症状和(或)体征,也就是促使他就诊的最主要的原因及其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应简明扼要并高度概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,避免用诊断术语或病名。如“咽痛、高热3天”,“活动后心慌、气短2年,加重伴双下肢水肿1周”。

三、现病史

现病史(history of present illness)是病史的主体部分,它记述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治过程。可按以下的内容和程序询问:

1. 起病情况与患病时间 每种疾病的起病或发作都有各自的特点,详细询问起病的情况对诊断疾病具有重要的鉴别作用,可为寻找病因提供重要线索。

2. 主要症状的特点 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,了解这些特点对判断疾病所在的系统或器官以及病变的部位、范围和性质很有帮助,同时也是确定护理诊断及制订相应措施的重要依据。

3. 病因与诱因 尽可能了解与本次发病有关的病因(如感染、外伤等)和诱因(如环境改变、气候变化、过劳等),有助于明确诊断与拟定治疗措施。当病期长或病因比较复杂时,评估者应进行分析和归纳,不能盲目记录。



4. 病情的发展与演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如肝硬化患者出现表情、情绪和行为异常等新症状,可能是早期肝性脑病的表现。

5. 伴随症状 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。常为确定病因提供重要的依据。

6. 诊治经过 患者于本次就诊前已经接受过其他医疗单位诊治时,则应询问已经接受过什么诊疗和护理;若已进行治疗则应问明使用过的药物名称、剂量、时间和药效,为本次诊治疾病提供参考。

7. 病程中一般情况的变化 在现病史中,最后应记录患者患病后的精神、体力状态、食欲及食量改变、睡眠与大小便情况等。

四、既往健康史

既往史(past history)包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病(包括各种传染病等)、外伤手术、预防接种史、过敏史、既往住院病史,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。通过对过去健康问题的了解,可以预测其对目前及将来健康问题的可能反应。因此,既往健康史的收集可以为制订和选择今后的治疗与护理方案提供重要依据。

五、目前用药史

包括药物名称、用药时间、用法、剂量以及效果与不良反应。这些情况有助于对评估对象进行适宜的指导,避免发生用药过量以及预防发生药物毒性反应;同时借此评估其自我照顾的能力。

六、个人史

个人史(personal history)包括:

1. 社会经历 包括出生地、居住地区和居留时间、受教育程度、经济情况和业余爱好等。
2. 职业及工作条件 包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间等。
3. 习惯与嗜好 起居与卫生习惯、饮食的规律与质量。烟酒嗜好时间与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等。
4. 性生活史 有无不洁性交,是否患过淋病性尿道炎、下疳、尖锐湿疣等。

七、月经史

月经史(menstrual history)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、闭经时间、绝经年龄。

月经记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(或绝经年龄)



如 13岁 $\frac{3\sim 5\text{天}}{28\text{天}}$ 2012年4月5日(48岁)

八、婚姻史

婚姻史(marital history)包括未婚或已婚、结婚年龄、配偶健康情况、性生活情况、夫妻关系等。

九、生育史

生育史(childbearing history)包括妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产,围生期感染及计划生育状况等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。

十、家族史

家族史(family history)应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、肿瘤、白化病、糖尿病等。

十一、系统回顾

系统回顾(review of system)是通过询问患者各系统或各健康功能型态有关症状的有无及其特点,全面系统地评估患者以往已发生的健康问题及其与本次健康问题的关系。通过系统回顾可避免遗漏的重要信息。系统回顾的组织与安排可根据需要采用不同的系统模式,如戈登(Gordon)的11种功能性健康型态模式或身体、心理、社会模式等。

1. 功能性健康评估模式 评估健康状况以11种功能性健康型态为构架,分别探询被评估者各项功能性健康型态,以了解健康行为,评估健康情形。这种评估模式是麦巧玲·戈登于1982年提出的,以收集被评估者资料、判断健康问题和确立护理诊断为构架。

(1)健康感知-健康管理型态:自认为一般健康状况如何;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;有无烟、酒、毒品嗜好;有无药物成瘾或药物依赖、其剂量及持续时间;是否经常作乳房自我检查;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;平日能否服从医护人员的指导。

(2)营养-代谢型态:食欲、日常食物及水分摄入种类、性质、量,包含营养、水平衡、组织完整性和体温调节四个方面。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;有无水肿或脱水征,每天的液体摄入量是否足够;有无皮肤、黏膜的损害;有无体温高于或低于正常范围,周围环境温度、湿度和空气流通情况对维持体温的影响;牙齿有无问题等。

(3)排泄型态: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;是否多汗,有无异味;在咳嗽、打喷嚏或大笑时,有无小便滴出等。

(4)活动-运动型态:进食、洗漱、洗澡、穿衣、如厕等日常生活的自理能力及其功能水平;



日常活动方式、活动量、活动能力及其活动耐力,有无医疗或疾病限制,是否借助轮椅或义肢等辅助用具。日常活动自理能力通常按被评估者能否独立完成的程度分为完全自理、部分自理、不能自理三个等级。

(5)睡眠-休息型态:日常睡眠状况,睡眠后精力是否充沛,有无睡眠异常,如入睡困难、多梦、早醒、失眠;睡觉后自觉精神是否饱满;是否借助药物或其他方式辅助入睡等。

(6)认知-感知型态:有无听觉、视觉、味觉、嗅觉、记忆力及思维过程改变,有无感觉异常,视、听觉是否借助辅助工具;有无疼痛,其部位、性质、程度、持续时间;以往对新鲜事物的学习速度如何,学习方式及学习中有何困难等。

(7)自我感知-自我概念型态:如何看待自己,自我感觉良好或不良;有无导致愤怒、烦恼、恐惧、抑郁、焦虑及绝望等情绪的因素;是否感到患病后自己与以前有什么不同;对自我的消极态度是否已成为长期问题等。

(8)角色-关系型态:就业情况、社会交往情况;角色适应及有无角色问题;独居或与家人同住;家庭结构与功能;是否参加社会团体;与朋友关系是否密切、有无孤独感;工作情况及经济收入情况。

(9)性-生殖型态:第一性征及第二性征的发育情况;性生活满意程度,有无性功能改变或障碍;女性月经情况;有无生儿育女,家庭生育计划;如何采取避孕措施等。

(10)压力-应对型态:是否常感到紧张及其解决办法(如药物、酗酒或其他);近期生活中有无重大改变或危机,如有怎样处理,能否成功,此时对其帮助最大者是谁;情绪及人格是否稳定,是否容易生气或沮丧等。

(11)价值-信念型态:生活中能否得到自己所要的;自觉生命中最重要的东西是什么;有无宗教信仰;对未来有无计划等。

2. 身体、心理、社会系统回顾

第一部分:身体

(1)一般健康状况:有无乏力、发热、多汗、睡眠障碍及体重改变等。

(2)头颅、五官:有无晕厥、视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛及声音嘶哑等。

(3)呼吸系统:有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气喘及呼吸困难等。

(4)循环系统:有无心悸、发绀、气促、心前区疼痛、端坐呼吸及血压增高等。

(5)消化系统:有无食欲减退、嗝气、反酸、腹痛、腹胀、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血及黄疸等。

(6)泌尿系统:有无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、尿潴留、尿失禁及尿量改变等。

(7)内分泌系统与代谢:有无畏寒、怕热、多汗、多饮、多食、多尿,有无性格、体重、毛发和第二性征改变,有无色素沉着及月经失调等。



(8)造血系统:有无乏力、头晕、皮肤或黏膜苍白、出血点、淤斑、淋巴结肿大及肝脾肿大等。

(9)肌肉与骨关节系统:有无肢体肌肉麻木、肌痛、肌肉萎缩、关节肿痛、畸形及运动障碍等。

(10)神经系统:有无头痛、眩晕、失眠、记忆力减退、语言障碍、视力障碍、意识障碍、抽搐及瘫痪等。

(11)精神状态:有无幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常等。

第二部分:心理

(1)情绪状态:有无情绪波动、易怒、焦虑、失望、沮丧及恐惧等。

(2)自我概念及自我满意程度:对自己充满信心、有价值感、自感满意,还是感觉自己无能为力、无助或毫无希望。

(3)对健康和疾病的理解与反应:可询问被评估者:“你认为健康的标准是什么?你认为自己目前的健康状况如何?”“发现自己生病了以后,你是怎样做的?”“你知道自己得的什么病?是怎样得的?”“这次住院希望达到什么目的、解决什么问题?”等,以了解被评估者对健康和所患疾病的理解与反应。

(4)压力反应及对应方式:了解被评估者在日常生活中遭遇压力时出现的行为反应及其采取的对应方法,如遇挫折或困难时的情绪反应,如何控制自己的情绪,如何面对挫折和困难以及如何处理等。

第三部分:社会

(1)受教育程度:曾接受过的基础教育、何种专业教育、培训所取得的学历、成绩、成果等。

(2)职业及工作环境:过去和现在从事的工种、工作强度有无影响正常的生活规律,工作环境的卫生状况、有无噪音或工业毒物接触等。

(3)生活与居住环境:住处、社区周边的卫生状况、居民素质,有无饮食、饮水、空气污染等影响健康的因素。

(4)家庭:家庭人口的构成、家庭关系是否融洽、被评估者的家庭地位、患病后对家庭的影响及家人对被评估者的态度,家庭经济状况如何。

(5)社交状况:在单位所任职务,社交层面及社交范围,平时是否与人交往,与朋友、同事、领导等的关系如何,喜欢参加何种社交活动。

(6)宗教信仰:有无宗教信仰、日常生活习性及禁忌。



本章小结

健康评估是一个有计划地、系统地收集评估对象的主、客观资料,并对资料的价值进行整理、分析和判断以确定其健康情况的过程,从而进一步提出护理诊断,为制订和实施护理计划及其评价提供依据。健康评估所收集的资料包括主观资料、客观资料、目前资料、既往资料,为使收集的资料准确、全面,必须明确资料的来源、资料的收集方法和技巧、资料的分类及步骤。收集资料最常用、最基本的方法是交谈和身体评估。完整的健康史包括一般项目、主诉、现病史、既往健康史、目前用药史、个人史、月经史、婚姻史、生育史、家族史、系统回顾等。

思考题

一、名词解释

1. 现病史
2. 主观资料

二、填空题

1. 收集健康资料的方法有_____、_____、_____、_____。
2. 健康成人常见的叩诊音有_____、_____、_____、_____。
3. 身体评估的基本方法有_____、_____、_____、_____、_____。

三、选择题

1. 收集主观资料最重要的是 ()

A. 查阅记录	B. 护理体检
C. 观察	D. 交谈
E. 获得门诊资料	
2. 主观资料是指 ()

A. 被评估者的诉说	B. 医生的判断
C. 护士的主观判断	D. 陪同者的诉说
E. 家人的诉说	
3. 最准确、最可靠的健康资料来源于 ()

A. 患者	B. 医生
C. 护士	D. 陪同者



- E. 病友
4. 下列健康资料属于客观资料的是 ()
- A. 腹痛
B. 心脏杂音
C. 咳嗽
D. 胸闷
E. 恶心
5. 患者,男,36岁,因急性阑尾炎入院。护士收集资料时,询问“您哪里不舒服?”这一提问属于 ()
- A. 间接问题
B. 主观问题
C. 开放式问题
D. 闭合性问题
E. 非指导性问題
6. 下列属于现病史的内容是 ()
- A. 青霉素过敏史
B. 病后检查及治疗情况
C. 过去手术、外伤情况
D. 婚姻、生育情况
E. 有皮肤完整性受损的情况
7. 对糖尿病酮症酸中毒患者嗅诊可收集到 ()
- A. 呼气味为烂苹果味
B. 呼气味为氨味
C. 呼气味为蒜味
D. 呼气味为酒味
E. 呼气味为肝臭味

四、问答题

1. 简述现病史所包括的内容。
2. 简述触诊的注意事项。
3. 简述临床上常见的异常气味及其临床意义。
4. 简述健康史包括哪些内容。