



## 第7章

# 护理程序

护理程序是护士有逻辑地、科学地确定问题和解决问题的工作方法，是护士根据患者的需要进行的一系列有计划、有步骤的活动。护理程序是护理专业独立性和科学性的体现，它不仅为护理工作提供了科学的方法，而且为护理学科系统化、科学化的发展奠定了理论基础。



### 学习目标

- ◎ 掌握护理程序的概念及步骤。
- ◎ 掌握护理诊断的概念、组成和陈述方式。
- ◎ 掌握制定预期目标和护理措施的要求。
- ◎ 熟悉护理评估的步骤，收集资料的方法及资料的分类。
- ◎ 熟悉护理诊断的类型。
- ◎ 熟悉护理诊断的优先顺序及排序原则。
- ◎ 熟悉护理实施的步骤。
- ◎ 熟悉护理评价的步骤及护理评价与护理程序其他步骤之间的关系。
- ◎ 了解护理程序的理论基础及其特征。
- ◎ 了解资料的整理和分类。
- ◎ 了解护理诊断、医疗诊断与合作性问题的区别。
- ◎ 了解护理计划的种类。
- ◎ 了解护理实施的方法。

## 7.1 护理程序概述

### 7.1.1 护理程序的概念

护理程序(nursing process)是以促进和恢复患者的健康为目标所进行的一系列有目的、有计划的护理活动,是一个综合的、动态的、具有决策和反馈功能的过程。综合是指要用多学科的知识来处理患者疾病与健康问题;动态是指护理措施应随着病情发展过程中的不同问题而进行变动;决策是指针对护理问题做出采取哪些护理措施的决定;反馈是指采取措施后的结果又可反过来影响和决定下一步的决策措施。

### 7.1.2 护理程序的发展

1955年美国学者赫尔(Hall)首先提出护理程序。1961年奥兰多(Orlando)撰写了《护士与患者的关系》一书,第一次使用了“护理程序”。1967年尤拉(Yura)和沃尔什(Walsh)完成了第一本权威性的《护理程序》教科书,确定护理程序有4个步骤:评估、计划、实施和评价。1975年罗伊(Roy)等护理专家提出护理诊断的概念,从而将护理程序发展为5个步骤:评估、诊断、计划、实施和评价。20世纪80年代,美籍华人李式鸾博士将护理程序引入中国。1994年美籍华人袁剑云博士开始在中国推广以护理程序为核心的系统化整体护理。2001年袁剑云博士又将护理程序为基本框架的临床路径介绍到国内,促进了护理程序在我国临床护理工作中的应用。

### 7.1.3 护理程序的理论基础

护理程序是以系统论、人类基本需要层次论、解决问题论和信息交流论为理论基础。系统论组成了护理程序的框架;人类基本需要层次论为评估患者健康状况、预见患者的需要,提供了理论依据;解决问题论为确认患者的健康问题,寻求解决问题的最佳方案及评价效果,奠定了方法论的基础;信息交流论赋予护患交流能力和技巧等方面的知识。

### 7.1.4 护理程序的步骤

护理程序是由评估、诊断、计划、实施和评价5个相互联系、相互影响的步骤组成。护理程序是一个持续循环的过程,各步骤相互关联,又具有交叉运用的特性(见图7-1)。

#### 1. 护理评估

护理评估(nursing assessment)是护理程序的第一步,是有目的、有计划、系统地收集并整理患者的资料,为确定护理问题及相关因素提供依据。

#### 2. 护理诊断

护理诊断(nursing diagnosis)是在评估的基础上确定患者的健康问题及反应,从护理的角度进行描述和说明。

#### 3. 护理计划

护理计划(nursing planning)是指根据护理诊断制定出相应的护理目标和措施,形成护理方案。

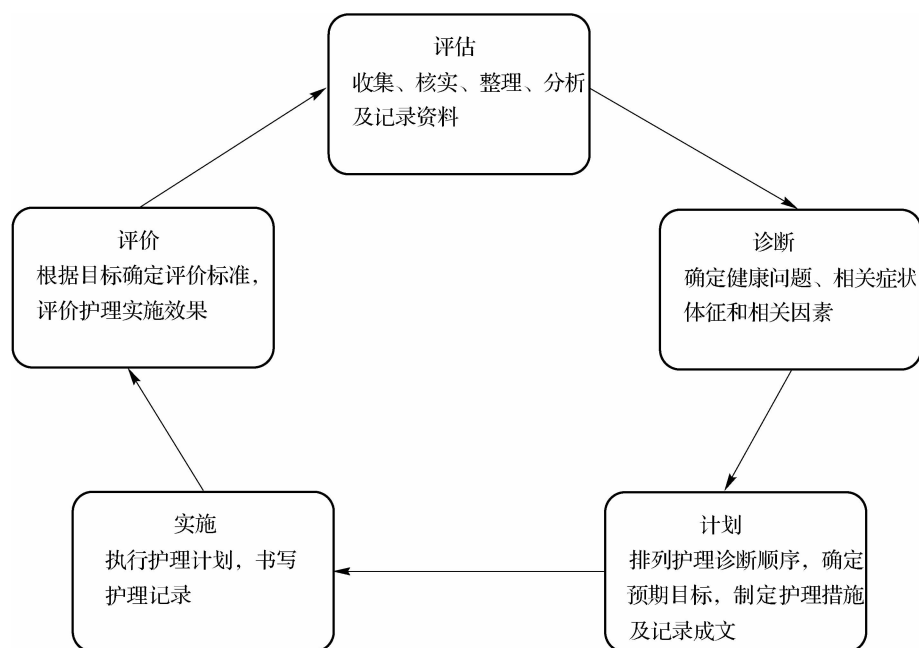


图 7-1 护理程序示意图

#### 4. 护理实施

护理实施(nursing implementation)是护士及患者将护理计划付诸实践。

#### 5. 护理评价

护理评价(nursing evaluation)是将实施后的护理效果与护理目标进行比较,以评价目标的完成情况。

### 7.1.5 护理程序的特征

#### 1. 科学性

护理程序是以多学科的理论作为理论基础。

#### 2. 目标性

护理程序是以解决患者的健康问题及对健康问题的反应为特定目标,制定相应的护理措施,满足患者各方面的需求。

#### 3. 个体性

护理程序根据患者的具体情况和需要,设计和制定满足个体的特殊需求。

#### 4. 系统性

护理程序是以系统论为理论框架,指导护理工作的各个步骤有序地进行,以保证护理工作有条不紊地进行。

#### 5. 动态性

患者的健康状况和需求始终处于一个动态的变化中。因此,护理程序随着患者健康问

题及反应的不同而不断发生变化。

### 6. 互动性

在护理程序的运用中,需要护士与患者、同事、医生及其他人员密切合作,以全面满足患者的需求。

### 7. 普遍性

护理程序适合于任何场所、任何患者。

## 7.2 护理评估

### 7.2.1 护理评估概述

护理评估(nursing assessment)是指系统地、连续地、有组织地收集资料,并对资料进行整理和分析的过程,其目的是明确患者所要解决的健康问题。护理程序是一个连续的过程,贯穿于护理工作的始终及护理程序的全过程。护理评估是护理程序的第一步,也是最关键的一步,直接影响护理计划的准确性。

### 7.2.2 护理评估的步骤及内容

护理评估分为收集、核实、整理、分析和记录资料 5 个步骤。

#### 1. 收集资料

##### 1) 收集资料的目的

- (1) 为做出正确的护理诊断提供依据。
- (2) 为制订护理计划提供依据。
- (3) 为评价护理效果提供依据。
- (4) 为护理科研积累资料。

##### 2) 资料的分类

(1) 按照资料的来源划分,可分为主观资料和客观资料。主观资料是指患者对自己健康状况的认知,大部分是患者的主观感觉,如“疼痛”“麻木”“胸闷”“我有点害怕”等。客观资料是指护士通过观察、体检、仪器检查或实验室检查获得的资料,如皮肤黏膜充血、血压下降、体温升高等。

(2) 按照资料的发生时间划分,可分为既往资料和现在资料。既往资料是指与患者过去健康状况有关的资料,包括既往史、治疗史、过敏史等,如手术经历、花粉过敏、过去的血压情况等。现在资料是指与患者现在健康状况有关的资料,如现在的血糖、体温、呼吸、饮食情况等。

##### 3) 收集资料的方法

(1) 交谈。通过与患者及其家属的交谈,了解患者的健康状态。目的是收集患者的健康资料,建立良好的护患关系,向其收集或反馈有关疾病、治疗和护理的信息,获取信任,同时为其提供心理支持。

交谈可分为正式交谈和非正式交谈:正式交谈为有目的、有计划的交谈,交谈前要通知患者;非正式交谈为护士在日常查房或在进行护理中与患者随便而自然的交谈。交谈时护士应注意沟通技巧的运用。

(2)观察。运用感官获得信息资料,并对信息资料的价值做出判断的过程。主要观察患者、患者家属、患者所处环境等信息内容。观察能力的高低与护士的素质、理论知识和临床经验等密切相关。如有些妇产科患者不愿意透露自己的隐私,护士就很难通过交谈法获得相关信息,要求护士观察患者的表情、动作等细节,以获得相关信息资料。

(3)体格检查。护士运用视诊、触诊、叩诊、听诊等方法,按照身体各系统顺序对患者进行全面的体格检查而收集资料的方法。护理体检与医疗体检的方法及步骤基本相同,但目的和内容不同,医疗体检旨在发现病理生理学改变、诊断疾病;护理体检目的侧重于了解患者的健康状况,及时发现需要由护士解决的健康问题,旨在诊断与处理患者对健康问题的反应。

(4)阅读资料。查阅门诊或住院病历、护理记录、实验室及其他检查结果等。

#### 4)资料的来源

(1)患者。患者提供的资料是其他途径无法得到的。只要患者的意识清楚,非婴幼儿,就应通过交谈、观察、身体评估等方法获取资料,包括患者的主诉、既往史和现病史、肢体语言等。病情处于急性期的患者虽然意识清楚,但往往不能提供很准确的信息,需要结合其他资料进一步核实。

(2)家庭成员或重要关系人。其主要包括父母、配偶、兄弟姐妹、其他亲戚、朋友、同事等。当患者意识不清、语言沟通障碍时,其家庭成员或重要关系人是获取资料的重要来源。家庭成员或重要关系人除了能够提供额外的资料,还可以从他们提供的资料中核实患者提供的资料是否正确,如患者是否按时服药等。

(3)其他医务人员。其主要包括其他护士、医师、营养师、药剂师等,他们都可提供重要的资料。

(4)医疗文件。其包括患者目前的或既往的病历,如症状体征、病程和治疗等,还包括辅助检查的客观资料,如CT、实验室报告等。

(5)医疗护理文献。通过查阅有关护理学和其他相关学科的文献资料,可获得各种数据资料,为患者的诊断、治疗、护理提供理论依据。

收集资料是护士系统、连续地收集患者健康状况资料的过程,可根据入院患者护理评估单(见附录一)进行。

#### 5)资料的内容

在进行护理评估时,护士不仅要收集有关患者身体状况的资料,还要评估其心理、社会、经济、文化等方面的情况。

(1)一般资料。其包括患者的姓名、性别、年龄、职业、文化程度、住址、宗教信仰、婚姻状况等;本次住院的主要原因、入院方式、医疗诊断及对健康的期望。

(2)既往及现在的健康状况。其包括既往病史、传染病史、住院史、手术史、过敏史、家族史等,女性患者还要了解月经史和婚育史;现在的健康状况包括主诉、此次的发病情况、目前的主要不适、目前的饮食、营养、排泄等日常生活形态。

(3)生活状况及自理程度。

①饮食状况。患者饮食种类、摄入状况、食欲情况等。  
②睡眠休息状况。患者是否有失眠情况、休息后体力恢复情况等。  
③健康感知与健康管理的状况。患者保持与追求健康的行为、生活方式、保健知识及遵医嘱的情况等。

④活动与运动状况。患者的活动能力和耐力、有无活动障碍等。

(4)健康体检。其包括身高、体重、生命体征、各系统的生理功能,主要包括以下内容:

①呼吸系统。呼吸频率、节律、有无咳嗽、有无呼吸困难等。

②循环系统。心率、心律、有无杂音、有无末梢循环不良等。

③消化系统。有无恶心、呕吐、有无肌紧张、压痛、反跳痛等。

④神经系统。有无意识障碍、语言障碍等。

⑤肌肉骨骼系统。骨骼的发育情况、有无畸形、步态等。

⑥性生殖系统。月经周期及月经量有无异常,外阴、乳房有无异常等。

⑦皮肤黏膜。皮肤的颜色、温度、湿度、完整性等。

⑧认知感受方面。嗅觉、触觉及听觉有无异常,记忆力有无障碍等。

(5)辅助检查。其包括血象、生化检查、CT、X线、B超等,是患者病情变化的第一手资料。

(6)心理社会状况。其包括以下内容。

①自我感知与自我概念形态。其主要表现为患者有无焦虑、沮丧等情绪反应;有无无用感、孤独无助感等心理感受。

②角色关系形态。其反映了患者的社会支持系统,如就业状态、角色问题(父母、子女、配偶)、社交状况等。

③应对与压力耐受形态。其主要表现为患者近期有无重大生活事件、适应能力、适应结果及家庭对患者的健康需要等。

④价值信念形态。其包括患者的人生观、价值观、宗教信仰等。



### 不同年龄患者的评估方式

#### 1. 儿童及青少年

患者的年龄、语言表达能力及注意力决定其参与评估的程度。幼儿因注意力持续时间相对较短,难以参与长时间会谈;学龄期儿童对游戏的认可程度较高;青少年在无家长陪伴的情况下往往可提供更多信息。因此,在评估时应注意:确定患者的年龄大小;与患者建立良好的关系;注意患者与家属之间的相互作用。

#### 2. 老年人

老年人的病史资料包括生理、认知、情感、社会等各方面,可能涉及多个人物或事件。为了收集到更加完整的资料,护士应采用适当的技巧促进交谈,包括与患者建立良好的关系,对老年人的尊重;判断老年人是否存在听觉、视觉的障碍;给予老年人充分的反应时间;允许老年人回忆过去。



## 2. 核实资料

### 1) 核实主观资料

主观资料常来源于患者的主观感受,不可避免地会出现一些偏差,如患者自觉发热,但测试体温却在正常范围内。核实主观资料是用客观的方法验证主观资料的过程。

### 2) 澄清含糊资料

如果在收集整理资料的过程中,发现资料的内容不够全面或不准确,应对患者进一步询问、观察,对资料进行补充,以保证资料的完整性和准确性。如患者主诉“大便正常”,这项资料不够明确,护士需要继续询问患者排便的具体情况,如次数、性状、排便是否费力等。

## 3. 整理资料

整理资料是将收集的资料进行归纳、分类,明确患者的不同护理需求,确定护理问题。整理资料的方法很多,下面介绍几种常用的方法。

### 1) 按马斯洛需要层次理论进行整理分类

- (1) 生理的需要,如体温升高、心动过速、睡眠紊乱、尿潴留等。
- (2) 安全的需要,如对医院环境陌生,手术前精神紧张等。
- (3) 爱与归属的需要,如害怕孤独、希望家属及朋友来探望等。
- (4) 尊重的需要,如患者由于疾病而感到自卑,希望医护人员能重视自己,听取自己的意见。
- (5) 自我实现的需要,如患者担心住院影响工作、学习,无法实现自己的理想。

### 2) 按 NANDA 人类反应形态整理分类

按照人类反应形态分类,可将资料分为 13 类:促进健康(health promotion)、营养(Nutrition)、排泄(elimination)、活动/休息(activity/rest)、感知/认知(perception/cognition)、自我感知(self-perception)、角色关系(role relationship)、性(sexuality)、应对/应激耐受性(coping/stress toleration)、生活准则(life principles)、安全/防御(safety/protection)、舒适(comfort)、成长/发展(growth/development)。此分类方法的优点是 NANDA 将护理诊断也按此 13 种形态进行了分类,所以可以从异常的资料中直接得出护理诊断,但此分类形态较为抽象,在临床上应用时需要护士深刻理解。

### 3) 按戈登(Gordon)的 11 种功能性健康形态整理分类

- (1) 健康感知-健康管理形态。指患者对自己健康状态的感知,以及维持健康的方法,如疾病的治疗情况、既往入院情况等。
- (2) 营养-代谢形态,与代谢需要有关的食物、液体消耗的状况,以及局部营养供给的情况,如营养、液体的摄入等。
- (3) 排泄形态,包括排便、排尿以及皮肤的排泄情况。
- (4) 活动-运动形态,指患者活动、休闲情况,如日常活动情况、有无疲劳等。
- (5) 睡眠-休息形态,指患者睡眠、休息状况。
- (6) 认知-感知形态,指患者对疾病的认知、感知能力及感官功能,如有无听觉、视觉、触觉障碍。
- (7) 角色-关系形态,指患者承担的不同角色和人际关系情况,如婚姻状况、邻里关系、同

事关系、同学关系及有无父母等。

(8)自我认知-自我概念形态,指患者的情感反应、对自我价值的认识等。

(9)性-生殖形态,指患者生殖器官的功能及性态度,如月经、生育方面的情况。

(10)应对-压力耐受形态,指患者应对、调节压力的情况,如对生病、丧亲的反应。

(11)价值-信念形态,指患者的人生观、价值观、宗教信仰、个人理想等。

#### 4. 分析资料

分析资料是对整理的资料进行核实、比较,发现患者存在的健康问题。分析资料时,应注意以下几点。

##### 1)检查有无遗漏

将资料进行整理分类后,应仔细检查有无遗漏,及时补充,以保证资料的完整性和准确性。

##### 2)与正常值比较

收集资料的目的在于发现健康问题,所以护士应将收集到的资料与正常值进行比较,进行综合分析,以发现异常。

##### 3)找出相关因素和危险因素

对于异常资料,应找出相关因素;对于正常范围内的资料也要分析是否存在潜在的危险因素,以便做到及时预防。

#### 5. 记录资料

记录资料是护理评估的最后一步,记录时要遵循全面、客观、准确、及时的原则,并遵循护理文件的书写要求。记录的资料要原始,不带有护士的主观判断和结论,如饮食正常可写成牛奶 100 mL、鸡蛋 1 个、面包 1 片;记录主观资料应尽量用服务对象的原话(加引号);记录客观资料应使用医学术语,书写清楚;避免使用无法衡量的词,如睡眠欠佳、饮食尚可等。

护理评估通过收集患者的资料,对资料进行核实、整理、分析和记录,确认患者现存的或潜在的健康问题,为做出护理诊断和进一步制订护理计划奠定了基础。

## 7.3 护理诊断

### 7.3.1 护理诊断概述

1990年,北美护理诊断协会(North American Nursing Diagnosis Association, NANDA)提出并通过了护理诊断的定义,即护理诊断(nursing diagnosis)是关于个人、家庭、社区对现存或潜在的健康问题及生命过程反应的一种临床判断,是护士为达到预期的结果选择护理措施的基础,这些预期结果应能通过护理职能达到。护理诊断是护理程序的第二步,是具有护理专业特色的一步,是护士执行其独立性功能的表现。护士收集了患者的资料,经过整理分析后,应根据患者的健康问题做出护理诊断(见附录二)。





### 护理诊断的发展历史

1950年,美国的麦克迈纳斯(Mchmanus)首先提出了护理诊断的概念。1953年,弗吉尼亚·弗莱(Virginia Fry)认识到护理计划中应包含护理诊断这一步骤,并强调护士应充分发挥护士的独立性。1973年,美国护士会出版的《护理实践标准》一书将护理诊断纳入了护理程序,并授权在护理实践中使用。同年召开的美国全国护理诊断会议上,提出了护理诊断的基本框架,并成立了“全国护理诊断分类小组”。1982年召开的会议将分类小组改名为“北美护理诊断协会”。2003年,NANDA为体现护理诊断在全球的广泛应用,更名为NANDA International(NANDA-I)。NANDA每两年召开一次,修订和增补护理诊断。

### 7.3.2 护理诊断的组成

NANDA提出的护理诊断中,每一个护理诊断基本上由4部分构成,即诊断的名称、定义、诊断依据和相关因素。

#### 1. 名称

名称是对患者健康状况的概括性描述。为临床使用方便,常加修饰词,一般用改变、减少、缺乏、缺陷、不足、过多、增加、功能障碍、损伤、无效等特定的用语来描述健康问题,但不能说明健康问题变化的程度,如“知识缺乏”“体液不足”“语言沟通障碍”等。使用NANDA提倡的护理诊断有利于护士之间的交流和护理教学。

#### 2. 定义

定义是对护理诊断名称的一种清晰、准确的描述和解释,每一个护理诊断都有其特定的定义,并以此与其他护理诊断相鉴别。虽然有些护理诊断的名称很相似,但从定义中可以发现各自的差异。如充盈性尿失禁的定义是当膀胱内的尿液充盈达到一定压力时,即可不自主地溢出少量尿液,压力性尿失禁的定义是腹压增加时(如咳嗽、打喷嚏、运动时)即有少量尿液自尿道排出。两者都是尿失禁,但原因不同,前者的原因可能是脊髓初级排尿中枢活动受抑制,后者的原因可能是膀胱括约肌张力减低、骨盆底部肌肉及韧带松弛。

#### 3. 诊断依据

明确诊断依据是正确做出护理诊断的前提。诊断依据是指做出护理诊断的临床判断依据,即做出临床诊断时,患者必须具备的症状、体征以及有关病史,也可以是危险因素,分为主要依据和次要依据。主要依据是指形成某一特定诊断所应具有的一组症状和体征及有关病史,是诊断成立的必要条件。次要依据是指在形成诊断时,多数情况下会出现的症状、体征及病史,对诊断的形成起支持作用,是诊断成立的辅助条件。如“体温过高”的主要依据是体温高于正常范围,次要依据是皮肤发红、触之有热感、呼吸加快、心动过速等。

#### 4. 相关因素

相关因素是指影响患者健康状况,导致健康问题的直接因素、危险因素。常见的因素包括病理生理方面的因素、治疗方面的因素、心理方面的因素、情境方面的因素和年龄方面的

因素。

### 1) 病理生理因素

病理生理因素是指与生理病理改变有关的因素,如“体温过高”的相关因素可能是出汗能力减低或丧失。

### 2) 治疗因素

治疗因素是指与治疗措施有关的因素,如“便秘”可能是腹部手术引起,“皮肤完整性受损”可能是接受放射治疗引起。

### 3) 心理因素

心理因素是指与患者心理状况有关的因素,如“便秘”可能与害怕痔疮出血造成的紧张心理有关。

### 4) 情境因素

情境因素是指与环境、情境等有关因素,如“活动无耐力”可能是工作生活负荷过重引起的,“体温过高”可能与暴露在热的环境中有关。

### 5) 年龄因素

年龄因素是指在生长发育或成熟过程中与年龄有关的因素,如“有受伤的危险”对于老年人则可能是感觉障碍,对于儿童则可能是安全意识不够。



#### 护理诊断的组成举例

名称:清理呼吸道无效

定义:个体处于不能清理呼吸道中的分泌物和阻塞物以维持呼吸道通畅的状态。

诊断依据:

(1) 主要依据:咳嗽无效或不咳嗽;无力排出呼吸道分泌物。

(2) 次要依据:肺部有啰音或痰鸣音;呼吸频率、深度异常;发绀。

相关因素:

(1) 病理生理方面:呼吸道感染,分泌物多而黏稠;支气管阻塞,如平滑肌痉挛、误吸异物、肿瘤;神经系统疾病致咳嗽反射减弱。

(2) 治疗因素:药物(镇静剂、麻醉剂)影响抑制咳嗽反射中枢;手术导致无力咳嗽或疼痛惧怕咳嗽。

(3) 情境因素:温度、湿度等环境因素。

(4) 年龄因素:新生儿咳嗽反射低下;老年人活动少、反射迟钝、咳嗽无力等。

### 7.3.3 护理诊断的类型

护理诊断分为现存的、高危的、健康的、可能的、综合的护理诊断。

#### 1. 现存的护理诊断

现存的护理诊断是对患者目前存在的健康问题或反应的描述,如“皮肤完整性受损与局

部组织长期受压有关”“体温过高与呼吸道感染有关”。

## 2. 高危的护理诊断

高危的护理诊断是指患者目前没有某些特定的症状或体征,但有危险因素存在,若不采取预防措施,就有可能出现的健康问题。高危的护理诊断要求护士具有预见性,能够识别目前的危险因素,预测可能出现的健康问题,如术后患者存在“有感染的危险”,“有皮肤完整性受损的危险与长期卧床,不能自主更换卧位有关”。

## 3. 健康的护理诊断

健康的护理诊断是个体、家庭或社区患者从特定的健康水平向更高健康水平发展的护理诊断。健康是生理、心理、社会、文化、精神各方面的完好状态,护理任务之一是健康促进、健康教育,如“母乳喂养有效”。

## 4. 可能的护理诊断

可能的护理诊断是指有可疑因素存在,但尚无足够的依据确认的问题,常需进一步收集资料予以证实,对现存的或潜在的护理诊断予以排除或确认。如老年丧偶女性住院患者无人探望,且愿意与护士交谈,在没有收集到更多的资料之前,护士可提出“有社交孤独的可能”“有营养失调低于机体需要量的可能”,这表明需要进一步了解其身高、体重及营养摄入情况等资料后再给予肯定或排除是否存在营养失调的问题。

## 5. 综合的护理诊断

综合的护理诊断是指由一组某种特定的情境或事件所引起的现存的或潜在的护理诊断。如“强暴创伤综合征”是指受害者遭受违背意愿的、强迫的、粗暴的性侵犯后所表现的长时间的适应不良反应,包括生理反应、情感反应、生活方式改变、饮食失调等。

### 7.3.4 护理诊断的陈述

护理诊断的陈述包括三要素:健康问题(problem,P),指护理诊断的名称;症状与体征(signs and symptoms,S),指与健康问题有关的症状或体征,还包括实验室、仪器检查结果;相关因素(etiology,E),指与患者健康问题相关的直接因素或危险因素。

护理诊断的陈述方式主要有以下3种。

#### 1. 三部分陈述

三部分陈述即PSE公式,常用于现存的护理诊断。例如:

体液过多(P):水肿(S)与肝功能减退、门静脉高压引起的钠水潴留有关(E)。

营养失调(P):消瘦(S)与进食过少有关(E)。

#### 2. 两部分陈述

两部分陈述即PE公式,常用于高危的护理诊断的描述或三部分护理诊断陈述的简化。例如:

有体液不足的危险(P):与呕吐、禁食、出血有关(E)。

便秘(P):与生活方式改变有关(E)。

#### 3. 一部分陈述

一部分陈述即P方式,常用于健康的护理诊断的陈述。例如:

执行治疗方案有效(P)。

### 7.3.5 护理诊断、医疗诊断及合作性问题的关系

#### 1. 护理诊断和医疗诊断的区别

护理诊断和医疗诊断虽都是诊断,但功能却大不相同。医疗诊断是医生基于患者疾病的健康史、症状、体征、实验室检查以及病程所确立的疾病的名称,是治疗疾病的依据。护理诊断是描述患者对其现存或潜在健康问题的反应,护士根据护理诊断制订出符合患者需求的护理计划,帮助其适应和改善所面临的健康问题。两者的区别见表 7-1。

表 7-1 护理诊断与医疗诊断的区别

项 目	护理诊断	医疗诊断
判断对象	对个体、家庭及社区的健康问题或生命过程反应的临床判断	对个体病理生理变化的临床判断
描述内容	个体对健康问题的反应	一种疾病
问题状态	现存或潜在的	多是现存的
决策者	护士	医疗人员
职责范围	护士职责范围	医疗职责范围
适用范围	个体、家庭、社区的健康问题	个体疾病
数量	可同时有多个	通常只有一个
稳定性	随健康状况变化而变化	一旦确诊不会改变

#### 2. 合作性问题

临床护理实践是一个复杂的、不断变化的过程,护士在工作过程中常遇到一些情况和问题没有包含在 NANDA 制定的护理诊断中,但这些问题确实需要护理提供干预。因此,1983 年 Lynda Juall Carpenito 提出了合作性问题(collaborative problem)的概念,认为护士需要解决的问题可分为两大类:一类是通过护士采取干预措施就可以解决的健康问题,属于护理诊断;另一类是需要护士和其他医疗保健人员合作才能解决的问题,护士在解决问题中主要承担监测职责,属于合作性问题(见附录三)。

合作性问题的陈述方式是“潜在并发症:××××”,如“潜在并发症:心律失常”。

合作性问题需要护士进行监测,及时发现并发症的发生和病情的变化,需要护士运用医生的医嘱和护理措施共同处理以减少并发症的发生。但并非所有的并发症都是合作性问题,有些是能够运用护理措施预防和处理的,属于护理诊断,如长期卧床的患者因局部皮肤受压存在“有皮肤完整性受损的危险”,可通过护士采取护理措施来预防或处理,是护理诊断;而肺癌晚期呕血的患者,有潜在并发症“出血性休克”,仅仅通过护理措施无法预防和处理,则是合作性问题。

### 7.3.6 护理诊断书写的注意事项

(1)应使用统一的护理诊断名称。所列名称应准确、规范,以利于护士之间交流、探讨和

规范教学,不要随意篡改、编造护理诊断。

(2)护理诊断应贯彻整体护理理念。整体护理理念应包括生理、心理、社会、精神、文化等各方面。一个患者可有多个护理诊断,并随病情的变化而变化。

(3)明确护理诊断相关因素。

①相关因素的陈述要准确、具体,以指明护理活动的方向,有利于制订护理计划。

②相关因素的陈述用“与……有关”。

③避免价值判断,如“知识缺乏:与智商太低有关”“社交障碍:与人缘不好,缺乏道德有关”“卫生不良:与懒惰有关”。

④不能有引起法律纠纷的陈述,如“皮肤完成性受损:与护士未及时翻身有关”。

⑤避免与临床症状相混淆,如“睡眠形态紊乱:与易醒和多梦有关”。

(4)一个护理诊断只针对一个健康问题。

(5)护理诊断陈述的健康问题必须是护理措施能够解决的。

(6)有关“知识缺乏”诊断的陈述,如“知识缺乏:缺乏……知识”,而不使用“与……有关”。

护理诊断对患者的健康情况进行了准确、具体的描述,确定了护理工作的范畴,指出了护理工作的方向,为制订护理计划提供了依据。

## 7.4 护理计划

### 7.4.1 护理计划概述

护理计划(nursing planning)是护理程序的第三步,是根据确定的护理诊断制定护理措施的过程,是针对患者的健康问题实施个体化护理措施的指南,通过护理计划,可以使护理活动有步骤、有系统地进行,以满足患者的具体需求,其目的是实现预期目标,利于护理评价。

### 7.4.2 护理计划的分类

从护士初次接触患者开始,至患者离开医疗卫生机构终止护患关系为止,护理计划可分为入院护理计划、住院护理计划和出院护理计划。

#### 1. 入院护理计划

入院护理计划是指护士对患者进行入院评估后制订的护理计划。由于住院时间有逐渐缩短的趋势,因此入院护理计划应在入院评估后尽早实施,并根据患者的健康情况及时修改。

#### 2. 住院护理计划

住院护理计划是指护士依据新的评估资料和患者对护理的反应情况,制订更为具体和个体化的住院护理计划。住院护理计划也可在护士接班后制订,主要是明确本班次为患者所提供的护理活动,其目的表现在以下几个方面。

(1)明确患者的健康状况是否发生变化。

(2)为本班次护理活动排列优先顺序。

- (3)判断本班次要解决的核心护理问题。
- (4)协调护理活动,尽量以一次护理活动解决患者的多个问题。

### 3. 出院护理计划

出院护理计划是总体护理计划的重要组成部分。护士应根据患者的需要以及患者在住院期间和出院时的评估资料,从初次与患者接触开始,就要推测如何满足患者出院后的需要并制订护理计划。

## 7.4.3 护理计划的过程

护理计划包含排列护理诊断的优先顺序、确定预期目标、制定护理措施和护理计划成文4个方面的内容。

### 1. 排列护理诊断的优先顺序

#### 1) 护理诊断或问题的排序

当患者同时出现多个护理诊断或问题时,需要对这些护理诊断或问题进行排序,以便根据护理诊断或问题的轻、重、缓、急来安排护理工作,以保证护理工作有条不紊地进行。护理问题的先后顺序不是固定不变的,而是随着病情的变化而变化。

(1)首优问题,即直接威胁患者生命,需要立即解决的问题,如窒息、清理呼吸道无效、严重的体液不足、心输出量减少等。在紧急情况下,患者可能会同时出现几个首优问题。

(2)中优问题,即虽然不直接威胁患者的生命,但给其精神或躯体上带来极大痛苦,严重影响健康的问题,如体温过高、有感染的危险、焦虑等。

(3)次优问题,即人们在应对发展和生活变化时所产生的问题,这些问题与特定疾病并不直接相关,如社交孤立、疲乏等。但这些问题并非不重要,同样需要护士的帮助,使问题得以解决,使患者达到最佳的健康状态,如疾病急性期的患者可能伴有“营养失调:高于机体需要量”等问题。

#### 2) 排列护理诊断优先顺序的原则

(1)根据马斯洛需要层次理论。马斯洛的人类基本需要层次理论认为,人只有生理需要得到满足,才会考虑更高层次的需要。所以,护士应优先解决最低层次的需要,即生理需要,只有满足了最基本的生理需要,才会进一步考虑高水平的需要。

(2)要考虑患者的主观需求。患者认为最急需解决的问题,在与治疗、护理原则不冲突的情况下,给予优先解决和人性化护理。

(3)护理诊断的顺序不是固定不变的。随着病情的不断变化,威胁生命的问题得以解决,生理需要得到一定程度的满足后,中优或次优问题可以上升为首优问题。

(4)关于潜在的护理诊断和合作性问题。大多数情况下应先处理现存的问题,再根据潜在性问题和合作性问题的性质,安排优先次序,但有时潜在的护理诊断和合作性问题比现存问题更重要,需要列为首优问题。对护理诊断排序,并不是说只有前一个护理诊断解决之后,才开始解决下一个护理诊断。临床上,护士可以同时解决几个问题,但护理重点应放在首优问题上。

### 2. 确定预期目标

预期目标是患者在接受治疗和护理之后,期望能够达到的健康状态。预期目标是针对



护理诊断而提出的,是选择护理措施的依据,也是评价护理措施是否落实的标准。

### 1)目标的种类

根据目标所需时间长短可分为短期(近期)目标和长期(远期)目标。

(1)短期目标。是指在较短的时间内(几天或几小时)能够达到的目标,一般不超过7天,如“用药3小时后患者停止呕吐”“4天后患者能将右臂举至肩水平”。

(2)长期目标。是指需要较长的时间(数周、数月)才能实现的目标,如“卧床期间皮肤完整无破损”。有些长期目标可以通过一系列短期目标来实现,如“半年内体重减轻12 kg”的短期目标可以定为“每周体重减轻0.5 kg”。

### 2)目标的陈述方式

预期目标的陈述包含5个要素:主语、谓语、行为标准、条件状语和时间状语。

(1)主语,指患者,也可以是患者的生理功能或机体的一部分,如患者的体温、皮肤、尿量等。有时患者做主语,可以被省略。

(2)谓语,指主语要达到的并且可测量的行为,如“能够做到”“说明”等。

(3)行为标准,指主语要完成该行为所达到的程度,如距离、速度、次数等。

(4)条件状语,指主语完成该行为所具备的条件,有时目标陈述不包含此项。

(5)时间状语,指主语在何时达到目标中陈述的结果。

结合例子对目标中的5要素进行分析。

出院前	患者	每隔一日	排出	柔软成形的大便
时间状语	主语	条件状语	谓语	行为标准
三日后	患者	自主	行走	50米
时间状语	主语	条件状语	谓语	行为标准

### 3)确定预期目标的原则

(1)预期目标的主语一定是患者或患者生理功能或机体的一部分。预期目标描述的是患者接受护理后发生的变化,即患者的行为,而不是描述护理活动,也不是护士的行为或护理措施。如“住院期间教会患者使用胰岛素笔”应改为“出院前患者能够演示正确使用胰岛素笔的方法”。

(2)预期目标要有针对性。一个预期目标只能针对一个护理诊断,一个护理诊断可以有多个预期目标。所以,一个预期目标只能有一个行为动词,如果出现多个行为动词,会造成护士无法判断预期目标是否实现。如“术后3天乳腺切除患者能够做前臂运动和手腕运动”这样的例子,护士可以多设几个预期目标,以保证每一个预期目标只有一个行为动词。

(3)预期目标应切实可行。制定预期目标时,不仅要考虑患者的生理、心理、认知、文化、既往经历、社会支持系统等,还要考虑医疗卫生机构的条件和人员配备等情况,以便更好地实现预期目标。如急性心肌梗死的患者“在24小时内下地行走”是绝对不可行的。护士应鼓励患者参与预期目标的制定。

(4)预期目标中尽量避免使用含糊的词语。预期目标中的行为标准应是可观察或可测量的,应做到尽量具体。如“2周内患者的吸烟量减少”应改为“2周内患者的吸烟量减少到5支”,对于目标中的“减少”,不同的护士有不同的评价标准,应尽量避免使用。

(5)预期目标应有时间限制。预期目标应注明具体时间,如“2天后”“3小时内”“出院

时”等,为确定评价时间提供依据。

(6)关于合作性问题的目标。潜在并发症,即合作性问题,仅仅通过护理往往无法阻止其发生,护士只能监测并发症的发生和发展。如“潜在并发症:休克”的预期目标不能是“住院期间不发生休克”,因为仅有护理措施并不能阻止休克的发生。所以,潜在并发症的预期目标可以这样写:“并发症被及时发现并得到医护人员的及时处理。”

### 3. 制定护理措施

护理措施是护士帮助患者达到预期目标的方法。护理措施的制定一定要针对护理诊断,结合患者的具体情况,同时运用护理基本知识和临床经验做出决策。

#### 1) 护理措施的分类

(1)独立性护理措施。指护士不依赖医生的医嘱,能够运用所学知识和技能独立制定和完成的护理措施。包括帮助患者进食、如厕、皮肤护理等日常生活护理;预防感染等危险问题的护理活动;提供健康教育和咨询;提供心理支持;制订出院计划。

(2)合作性护理措施。指护士与其他医务人员相互合作的护理活动,如与运动学家一起制订符合糖尿病患者的运动计划;与营养师一起制订符合患者病情的饮食计划。

(3)依赖性护理措施。指护士遵医嘱执行的护理活动,如遵医嘱给药、更换切口敷料。对于医嘱,护士并非机械地执行,需要护士具备一定的专业知识和技能,如遵医嘱输注降压药时,护士不仅要掌握相应的操作技能,还要监测药物的疗效及副作用,定期测量血压,教育患者不要擅自调节滴速。

#### 2) 制定护理措施的注意事项

(1)护理措施要保证患者的安全。护士在为患者提供护理的过程中,要把患者的安全放在第一位。如骨折患者术后康复锻炼时,下地行走要循序渐进,避免活动时间过长,造成患者不耐受而发生意外。

(2)护理措施应切实可行,要考虑以下问题。

①患者的情况。护理措施应符合患者的年龄、病情、认知情况以及患者的愿望等。如在为高血压患者做健康宣教时,对于有阅读能力的患者,可以发放文字材料进行自学,必要时解释;对于阅读有困难的患者,要进行面对面的讲述。

②护士的构成情况。护士的数量、知识技能水平等也需要考虑。如为高血压患者做健康宣教时,如果护士数量足够,则进行面对面健康教育;如果护士数量相对较少,则把患者集中到一起进行健康教育。

③医院的设施、设备情况。如果想通过多媒体技术让高血压患者了解有关高血压的预防知识,要具备多媒体设备等。

(3)护理措施要有针对性。制定护理措施的目的是解决患者的健康问题,达到预期目标,所以护理措施要针对预期目标。如支气管扩张患者“清理呼吸道无效”的问题,目标是患者能够顺利咳出痰液,但如果护理措施是教给患者如何预防支气管扩张,就显得文不对题了。

(4)护理措施应与其他医疗措施相一致。制定护理措施时应将医嘱和病历记录作为参照,意见不一致的地方要与其他医疗保健人员共同协商解决问题,否则会造成患者的不信任。

(5)护理措施应详细、具体。护理措施要明确时间和内容,以便为护理评价提供依据。如护理措施为连续监测体温,应该注明每隔多长时间观察一次,不能只概括为“定期测量体温”。

(6)护理措施应有科学依据。护理措施的科学依据来源广泛,包含很多学科,如自然科学、行为科学以及人文科学等。护士应根据科学的依据制定合理的护理措施,严禁将不科学的护理措施应用于患者。

#### 4. 护理计划成文

书写护理计划是对患者的病情变化及相应的护理诊断、处理情况的记录,是病历中重要的组成部分。护理计划有利于护士之间、护士与其他医务人员之间的交流,资源的合理分配,护理效果的提高。目前,大部分护理计划都包含护理诊断、预期目标、护理措施和评价4个项目。

标准护理计划是根据临床经验,推测、概括出在某一特定护理诊断下,患者的共性问题,由此而形成标准化的护理计划单。护士只需要根据患者的疾病勾画出相应的护理诊断和护理措施即可。优点是节约了护士的时间,提高了护理效率和质量,缺点是缺乏个性化的护理诊断、预期目标、护理计划,以及护士独立的思考过程,容易使护士形成依赖。在临床护理工作中,护士在制订护理计划时最好先不看标准的护理计划单,而要经过独立思考后再和标准护理计划单进行比较,在护理计划单(见附录四)上补充自己没有想到的条目,这样既利用了标准护理计划单的优点,又可以为患者提供个体化的护理。

随着计算机在医疗护理行业的普及,标准护理计划被输入计算机。护士能随时查看护理计划,以适时地进行补充或删减,为患者提供个体化的护理提供依据。

护理计划明确了护理工作的重点,确定了护理工作的目标,制定了护理措施,为护士解决患者的健康问题,满足其需求提供了行动指南。

## 7.5 护理实施

### 7.5.1 护理实施概述

护理实施(nursing implementation)是护理程序的第四步,是将护理计划进行实践的过程。实施的过程是解决问题的过程,同时实施的结果为护理评价奠定基础。实施过程中,要求护士不仅具备丰富的专业知识、熟练的操作技能,还要有良好的人际沟通能力,以确保实施过程顺利进行,使患者得到高质量的护理。

### 7.5.2 护理实施的方法

#### 1. 操作

操作就是护士运用相应的护理操作技术实施护理计划,如静脉输液、吸痰、洗胃、导尿等。

#### 2. 管理

护士将护理计划按照优先顺序排序,必要时同其他护士一起执行护理措施,确保护理活动有效进行,使患者最大限度地受益。此外,有些护理活动并不是直接针对患者,如医院环境的控制、仪器的维护、物资供应等。

### 3. 教育与指导

护士需评估患者对信息的需求及影响其接受信息能力的相关因素,如文化因素、社会因素等,对患者及其家属进行疾病的预防、治疗、护理等方面的教育,指导患者及其家属进行自我护理或协助患者的护理。

### 4. 咨询与沟通

护士在为患者提供健康咨询服务时,不仅要帮助其解决相应的健康问题,还要运用沟通技巧为其提供心理支持,帮助其认识和管理现存的压力,以促进健康。如一位年轻的女性家属在照顾年迈患病的母亲时,不仅需要知识和技术的指导,更需要心理支持。

### 5. 记录与报告

护士要具体地记录患者的病情变化情况和护理计划的落实情况,及时向医生反映患者的疾病进展情况、身心反应等。

## 7.5.3 护理实施的步骤

### 1. 实施前回顾

护士要回顾以下几个方面。

#### 1)做什么(what)

评估患者目前的身体状况,回顾制订好的护理计划,确保护理计划的内容和患者目前的状况相符合,并且是安全、可行、科学的。护理计划中要对护理诊断进行排序,所以针对护理诊断的护理措施也有先后顺序。因此,护士在实施前,要将护理措施系统地组织起来,以确保正确有序的执行。

#### 2)谁去做(who)

护理措施执行前,要分析这些措施是需要护士做,还是护士同其他医务人员共同完成。护理措施的执行人可以是护士本人、其他护士、医生、营养师、患者以及家属等。

#### 3)怎么做(how)

护理措施实施时将使用哪些护理操作技术和技巧,对技术操作、仪器使用方法进行回忆。如果在沟通中遇到问题,使用哪些沟通技巧去解决问题。

#### 4)何时做(when)

要根据医疗上的需要,结合患者的具体情况,选择执行护理措施的时间。如有关骨折患者术后康复锻炼的健康教育应在家属在场的情况下进行。

#### 5)何地做(where)

确定实施护理措施的场所也很重要,尤其是涉及患者隐私的操作和谈话,要选择隐蔽的场所。

### 2. 实施前准备

#### 1)再次评估

随着患者的健康状况不断发生变化,评估贯穿于护理程序的全过程。护士与患者的每次接触,都有可能收集到有临床价值的资料,进而影响护理措施的制定。

## 2) 审查和修改护理计划

执行护理措施之前,应该查看目前的护理计划是否和患者的健康情况相符合,是否需要修改。如护士来到病房为患者进行术前健康教育时,发现患者有点疲乏,主诉其腿部有些不舒服,护士决定修改护理计划,将术前健康教育推迟 40 分钟。

## 3) 回顾所需知识和技能

护士对熟悉的知识和技能进行回顾,对欠缺的知识和技能及时补充,查阅相关资料或请教他人,弥补不足。

## 4) 并发症的预防

护士要充分运用自己的实践经验和基本知识,预测可能出现的意外情况,并采取预防措施,把风险降到最低。

## 5) 充分利用资源

护理措施实施之前,护士要根据护理计划,准备人力资源和环境资源。如在给高血压患者进行健康教育时,应让其家属在场旁听;某些操作涉及患者隐私时,要用屏风遮挡。

## 3. 实施

实施的过程就是护士运用多种护理技能和实施方法落实护理措施的过程。实施是一个动态的过程,护士在实施护理措施的过程中,要对实施的效果进行及时评价,并为制定新的护理措施收集资料。所以,实施伴随着评估和评价。护理计划的实施不仅使护理问题得到解决,还有利于提高护士的护理技能,增加临床实践经验,提高护理质量。

## 4. 实施后记录

护理实施后记录是实施过程的重要组成部分,能够为以后的护理工作提供宝贵的经验和文字资料。实施的动态记录有利于医护人员之间的交流,有利于护理质量的评价,同时为下一步的治疗和护理提供依据。

### 1) 实施后记录的方式

记录的方式有多种,西方国家常用的有 SOAPIE 格式[主观资料(S)、客观资料(O)、评估(A)、计划(P)、干预(I)、评价(E)]、DAR 表格[资料(D)、措施(A)、反应(R)]或 APIE 表格[评估(A)、问题(P)、干预(I)、评价(E)]。中国多用的是 PIO 格式,P(problem)代表问题,I(intervention)代表措施,O(outcome)代表结果。具体应用如表 7-2 所示。

表 7-2 护理记录单

姓名:王××	性别:男	年龄:45岁	科室:骨一科	病室:01	床号:11	住院号:102
日期	时间	护理记录(PIO)			签名	
2014-06-06	8:00	P:焦虑:与担心手术有关			×××	
	8:00	I:1. 给患者讲解手术的大致情况 2. 介绍为其手术的医疗团队情况 3. 列举手术成功病历 4. 让家人多陪伴				
	15:00	O:患者自述焦虑感降低				



## 2) 实施后记录的要求

实施后记录要求护士准确客观地记录护理实施的真实情况,不能掺杂自己的主观想法;要尽量使用专业术语,以便于同行之间交流;记录要全面、简洁,既要说明实施的具体情况,又不重复、啰唆。

## 3) 实施的注意事项

(1) 护士要有“以人为本”的观念。护理实施时,要把患者看成一个整体的人,全面考虑患者的情况,如经济状况、文化背景、价值观、宗教信仰、社会支持情况等,尽可能地满足其需要。比如在饮食方面进行健康教育时,要考虑患者有无特殊的饮食习惯或宗教信仰等。

(2) 要保证安全。实施护理措施时一定要注意安全。如口腔护理时,一定要夹紧棉球,以防棉球掉入气管,造成患者窒息。

(3) 注重灵活性和科学性。护理措施实施的过程也是动态评估和评价的过程,护士不能机械地实施护理计划,应合理组织护理活动,对患者的健康状况及时做出判断,灵活护理。

(4) 不盲目实施不确定的医嘱。护士在执行医嘱时,要对有疑问的医嘱及时澄清,然后再执行。

(5) 注重互动。护患的合作有助于提高护理活动的效率,所以,护士在实施护理措施的过程中应注意与患者的沟通,鼓励患者参与护理活动。

# 7.6 护理评价

## 7.6.1 护理评价概述

护理评价是护理程序的最后一步,是有目的地收集、整理、分析患者的资料,并做出判断的过程。护理评价是参照预期目标中所列的时间,将患者的健康状况与护理计划的预期目标进行比较,并做出评价和修改。

护理评价虽然是护理程序的最后一步,但这并不说明只有到了最后阶段才能进行护理评价,评价贯穿于护理程序的每一步。通过评价,可以发现新的护理问题,找出新的护理诊断,适时更改护理计划,从而使护理程序循环地进行下去。

## 7.6.2 护理评价的过程

### 1. 明确评价标准

护理计划阶段的预期目标是护理评价的直接标准。预期目标可指导护士确定评价阶段所需收集资料的类型。如预期目标是“患者术后5天能下床行走60米”,根据预期目标,护士能够判断所要收集资料的类型。

### 2. 收集资料

为评价预期目标是否达到,护士可通过访谈、检查、查阅病历等方式收集资料,其目的是将资料与预期目标做比较,以确定患者的健康问题是否得到改善。需要注意的是,在护理评



估阶段,收集资料的目的是发现患者的健康问题,与护理评价阶段收集资料的目的不同。

### 3. 评价预期目标是否实现

评价预期目标是否实现,也就是评价护理实施之后,患者的反应是否达到预期目标。根据预期目标的实现程度,可将其分为3类。

- (1)预期目标完全实现。
- (2)预期目标部分实现。
- (3)预期目标未实现。

### 4. 分析原因

评价之后,发现预期目标部分实现或未实现,要对其原因进行分析,找出问题。可询问的问题包括以下内容。

- (1)所收集的主、客观资料是否全面、准确?
- (2)护理诊断是否正确?
- (3)预期目标是否恰当?
- (4)护理措施是否有目的性? 是否得到有效落实?
- (5)患者及其家属是否积极配合?
- (6)患者的健康状况是否得到改善? 是否有新问题发生? 原来的护理措施是否仍然有效?

### 5. 重审护理计划

通过重新收集资料,并与预期目标进行比较之后,针对患者现在的健康问题对护理计划及时做出调整。一般有以下5种调整方式。

#### 1)停止

预期目标完全实现的护理诊断,即问题已经解决,相应的护理措施可以停止。

#### 2)继续

患者的健康问题得到一定改善,但依然存在,预期目标和护理措施恰当,护理计划继续进行。

#### 3)取消

对于潜在的护理问题,经过分析,发现没有发生,给予删除。

#### 4)修订

预期目标部分实现或未实现,分析原因,对护理诊断、目标、措施不恰当的地方进行修改。

#### 5)添加

若在评价过程中,发现患者出现了新的护理问题,要添加相对应的护理诊断和护理计划并执行。

护理程序是护士运用科学的工作方法,全面收集患者的资料,确定患者的健康状态,明确患者的健康问题及反应,并以此为依据,制订适合患者的护理计划,采取适当的护理措施,



以解决确认的健康问题。护理程序分为评估、诊断、计划、实施和评价 5 个步骤,运用护理程序不仅能促进患者健康的恢复,而且能培养护士的逻辑思维,增强其发现问题和解决问题的能力,提高护士整体的业务水平,增进其专业能力,提高其工作成就感,同时完整的记录将为护理科研及护理专业的发展奠定基础。护理程序对临床护理实践、护理教育、护理管理和护理科研等方面均产生了积极的作用。



### 复习与思考

1. 患者,男,62岁,慢性支气管炎23年,主诉发热、咳嗽、咳黄色黏液痰5天,自觉咳嗽无力,痰液黏稠不易咳出,稍微活动就会感到呼吸困难。吸烟30年,每2天1包,难以戒除。体检:T为38.2℃,精神萎靡,皮肤干燥,口唇发绀,肺部听诊可闻及干、湿啰音。

- (1)请分别列出材料中的主、客观资料。
- (2)写出可能的护理诊断并排序。
- (3)制订护理计划。

2. 患者,女,50岁,既往有溃疡病史,近期有胃痛,午餐后突发右上腹剧烈疼痛,并迅速蔓延至全腹,发病后呕吐3次,为胃内容物。体检:T为38.2℃,P为112次/分,R为28次/分,BP为85/60 mmHg。急性面容,平卧屈膝被动体位,心肺正常,腹平,腹式呼吸消失,腹肌紧张,有明显压痛及反跳痛,移动性浊音(+),肝浊音界缩小,X线检查膈下可见游离气体。写出相关的护理诊断,并找出相关因素。

3. 患者,女,70岁,因脑卒中导致下肢瘫痪卧床,同时伴有大小便失禁。因发现骶尾部出现一直径5.0 cm、深度1 cm的压疮收入院。护士做出“皮肤完整性受损”的护理诊断。请列出该护理诊断的诊断依据及相关因素,并结合所学知识制订相应的护理计划。

4. 患者,女,73岁,主因突发性胸骨后疼痛,伴呕吐、冷汗和濒死感1小时,急诊入院。急查ECG示:下壁心肌梗死,收住院。

查体:神志清楚,T为37.8℃,P为90次/分,R为24次/分,BP为170/100 mmHg,大汗淋漓,面色苍白,口唇轻度发绀,痛苦表情。

通过与家属沟通:患者身高159 cm,体重70 kg,农民,文盲,早年丧偶,有一女儿,跟女儿住在城里,主要依靠女儿经济支持。平时爱发脾气,喜食甜食、咸食,不喜运动,人际关系紧张,争强好胜,经常与其女儿发生矛盾。本次发病是晚饭后因家庭琐事与其女儿发生争执,随即出现心前区疼痛,既往有高血压病史,经常自服降压片,夜间睡眠欠佳。

问题:

- (1)作为当班护士,结合所学知识,你的工作程序是什么?处理中应注意什么?
- (2)你认为患者可能存在哪些护理问题?还应收集哪些方面的资料?如何收集?
- (3)请根据患者的情况制订相应的护理计划。