



“十二五”职业教育国家规划教材
经全国职业教育教材审定委员会审定

护理学基础

护理学基础 HULIXUE JICHU

总主编 黄惟清

主 编 段良芳

总主编 黄惟清
主 编 段良芳

北京出版集团公司
北京出版社

北京出版集团公司
北 京 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理学基础 / 段良芳主编. — 北京: 北京出版社,
2015.3 (2021 重印)

“十二五” 职业教育国家规划教材

ISBN 978-7-200-11379-2

I. ①护… II. ①段… III. ①护理学—中等专业学校
—教材 IV. ① R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 117804 号

护理学基础

HULIXUE JICHU

主 编: 段良芳

出 版: 北京出版集团公司

北 京 出 版 社

地 址: 北京北三环中路 6 号

邮 编: 100120

网 址: www.bph.com.cn

总发行: 北京出版集团公司

经 销: 新华书店

印 刷: 定州市新华印刷有限公司

版 次: 2015 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月修订 2021 年 1 月第 5 次印刷

开 本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16

印 张: 28

字 数: 564 千字

书 号: ISBN 978-7-200-11379-2

定 价: 62.00 元

质量监督电话: 010-82685218 010-58572162 010-58572393

目 录

第一章 绪论	1
第一节 护理学的形成与发展	1
第二节 护理学的基本概念、任务与目标	8
第三节 护理学的研究范畴	11
自我检测	12
第二章 护理程序	14
第一节 概述	14
第二节 护理程序的基本步骤	17
自我检测	27
附：155 项护理诊断一览表	29
第三章 医院和住院环境	35
第一节 医院	35
第二节 门诊部	38
第三节 病区	42
自我检测	53
第四章 入院和出院患者的护理	56
第一节 入院患者的护理	56
附：入院告知书（示例）	61
第二节 出院护理	62
第三节 患者运送法	64
自我检测	73
第五章 卧位与安全	76
第一节 卧位	76
第二节 保护具的应用	88
自我检测	92

第六章 医院内感染的预防与控制	95
第一节 医院内感染	95
第二节 清洁、消毒、灭菌	98
第三节 无菌技术	102
第四节 隔离技术	112
第五节 供应室	120
自我检测	121
第七章 药物治疗和过敏试验法	124
第一节 给药的基本知识	124
第二节 口服给药法	130
第三节 雾化吸入法	134
第四节 注射法	139
附 1: 提高静脉穿刺成功率的方法	158
附 2: 动脉注射法	159
第五节 药物过敏试验法及过敏反应的处理	159
自我检测	168
第八章 静脉输液和输血法	172
第一节 静脉输液法	172
第二节 静脉输血法	182
自我检测	190
第九章 生命体征的评估及护理	192
第一节 体温的评估及护理	192
第二节 脉搏的评估及护理	202
第三节 呼吸的评估及护理	207
第四节 血压的评估及护理	213
自我检测	218
第十章 患者的清洁护理	221
第一节 口腔护理	221
第二节 头发护理	227
第三节 皮肤护理	235

第四节 压疮的预防及护理	241
第五节 卧有患者床整理法及更换床单法	246
第六节 晨晚间护理	250
自我检测	253
第十一章 营养与饮食	257
第一节 营养与健康	257
第二节 医院饮食	258
第三节 一般饮食护理	260
第四节 特殊饮食护理	264
第五节 出入液量记录	269
自我检测	271
第十二章 排泄护理	273
第一节 排尿护理	273
第二节 排便护理	286
第三节 排气护理	299
自我检测	301
第十三章 标本采集	304
第一节 标本采集的意义与原则	304
第二节 各种标本采集法	306
自我检测	318
第十四章 冷热疗法	320
第一节 冷疗法	320
第二节 热疗法	331
自我检测	341
第十五章 病情观察和危重患者的抢救	344
第一节 病情观察和危重患者的支持性护理	344
第二节 抢救室的管理和抢救设备	348
第三节 危重患者的抢救技术	350
自我检测	367

第十六章 临终患者的护理	369
第一节 临终患者的身心护理	369
第二节 临终关怀	373
第三节 死亡后的护理	375
自我检测	379
第十七章 医疗和护理文件书写	382
第一节 医疗和护理文件的书写与管理	382
第二节 护理相关文件的书写	385
自我检测	392
附表	394
附表 1 体温单	394
附表 2 长期医嘱单	395
附表 3 临时医嘱单	396
附表 4 护理记录单	397
附表 5 病室交班报告	398
附表 6 护理计划单（范例）	399
附表 7 PIO 护理记录单	400
附表 8 出院护理评估单	401
实训指导	402
参考答案	432
参考文献	434



第二章 护理程序

学习目标

1. 记住护理程序的概念及步骤，说出护理诊断的定义及分类。
2. 理解护理诊断的陈述、预期目标的制定。
3. 能够说出护理程序的特点。
4. 描述收集资料的内容、来源、类型及方法。

由于人们的健康问题极为复杂，需要一套科学的方法解决问题并综合运用多学科的知识与技能处理患者的疾病和健康问题。因此，护理界提出了护理程序的工作方法，以此提高护理工作质量，并推动护理学科的发展。

第一节 概述

一、护理程序的概念及发展历史

（一）护理程序的概念

护理程序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。以便于对护理对象进行主动、全面的整体护理，从而使其达到最佳健康状态。是护士在为护理服务对象提供护理照顾时所应用的工作程序，同时也是一种系统地解决问题的方法。

（二）护理程序的发展历史

护理程序又称护理过程，是 20 世纪 50 年代由美国学者提出并逐渐形成的一种新型的、科学的护理工作方式，半个世纪以来已被世界各地的护理工作所接受，20 世纪 80 年代初护理程序传入我国。

1955 年其概念由美国护理学者莉迪亚·海尔（Lydia Hall）首先提出，她认为护理工作是“按程序进行的工作”。1960 年前后，Johnson、Orlando 等专家提出“护理程序是由一系列步骤组成的”，那时的护理程序只包括评估、计划、评价三个步骤。1967 年，护理程序得到进一步发展而成为四个步骤，即在“计划”之后增加了“实施”。当时护

理诊断一直是护理程序的第一步“评估”中的一部分，直到 1973 年北美护理诊断协会第一次会议之后，许多专家提出应将护理诊断作为护理程序中一个独立的步骤。自此，护理程序才由以往的四步成为目前的五步，即评估、诊断、计划、实施、评价。

重点提示

1. 掌握护理程序的概念。
2. 熟悉护理程序的五个步骤。

二、护理程序的特点

（一）动态、重叠、循环性

护理程序有一定的步骤，从总体上讲是按评估、诊断、计划、实施和评价这一顺序进行。但它不是单一的，因为患者的病情是变化的，需动态地评估患者的健康状况，并随时修改护理计划和采取相应的护理措施，所以护理程序的五个步骤往往是相互重叠，循环反复地进行。

（二）组织、计划性

护理人员首先依据收集的资料，综合评估患者现存的和潜在的健康问题，并根据问题的主次制订相应的护理计划。

（三）互动性和协作性

护理程序的执行是需要护士和其他医务工作者、患者及患者家属共同参与的；护士需要具有良好的人际沟通和合作能力。

（四）创造性

使用护理程序可以发挥护士的创造性，针对患者的具体需要提供个性化护理。

（五）以人为中心

在护理实践中使用护理程序的目的是保证护士能为患者提供高质量的，以患者为中心的整体护理。

（六）有理论依据

护理程序运用过程中以很多理论为基础，如一般系统论、基本需要层次论、沟通理论、应激与适应理论等。

（七）普遍性、适用性

无论护理对象是个人、家庭还是社区，无论护理工作的场所是医院、诊所还是老人院，护士都可以运用护理程序为护理对象提供护理服务。

三、护理程序的指导意义

护理程序作为一种科学的工作方法和指导框架，对临床护理实践、护理管理、护理教育、护理科研、护理理论等方面都产生了积极作用，护理程序本身也是护理作为一门

专业的标志之一。

（一）从护理专业角度看护理程序的意义

1. 临床护理实践

护理程序的提出明确了护理工作的范畴和护士角色，使护士在临床工作中不再仅仅是执行医生的医嘱，还可以而且也必须充分发挥其独立性功能，以护理程序为框架，为患者提供全面、系统、高质量的护理。这也正是目前在中国护理界大力开展“以患者为中心的整体护理”工作的中心内容之所在。

2. 临床护理管理

护理程序在临床的应用上也对护理管理提出了要求，尤其在临床护理质量评价方面，不应再像以前的评价总是集中在操作技能方面，而是着重评价护士是否运用护理程序护理患者，患者是否真正受益。

3. 护理教学

护理院校担负着为临床培养合格护理人才的重任。为使护理专业毕业生能胜任和运用护理程序为患者提供整体护理，要求护理专业教师必须以护理程序为主线组织课程内容，将多年来中国护理教育中“医学龙头+护理尾巴”的模式转变为以护理为主线，适用于临床护理的现代护理模式。

4. 护理科研

护理专业的发展需要科研的推动，完成好护理程序的各个步骤之后均做好记录，这些记录为护理科研提供了大量的资料。护理程序也有助于引导科研的方向，使护士更侧重于将患者作为一个整体的人来考虑研究重点和研究方向。

（二）从患者的角度看护理程序的意义

护理程序的运用要求护士把患者当作整体的人看待，一切护理活动都是为了满足、促进患者健康的需求，患者是护理程序的受益者。

护士在运用护理程序的过程中，增加了与患者的接触交往，有利于护患关系的建立，为患者的康复提供了良好的人际环境；另外，护理计划制订时强调患者及其家属的参与，这样也使患者逐步认识到自己对健康所负的责任。按护理程序护理患者时，护士的一项重要工作是健康教育，它对患者健康的恢复、维持和促进都起到了很大的作用。

（三）从护士角度看护理程序的意义

护理程序在临床的应用促使护士与医生的关系从医生的助手转变成为合作伙伴；护士能够运用自己的知识技能独立解决问题；不同水平的护士在临床过程中也得以分层使用；此外，高质量的护理和良好的护患关系使护士逐渐赢得患者及其家属的尊重，这些方面都使护士的工作满意度大大增加。

运用护理程序提供护理服务，要求护士不断扩展自己的知识范畴，从而培养了护士们的学习能力；遇到问题需要做出判断，并做出决策；每日与不同的患者、家属及其他医务工作者接触，增加了护士的人际交往能力，护理程序的运用过程也是护士日益成长的过程。

知识卡片

系统化整体护理

系统化整体护理是一种新兴的护理模式，护士除了加强对患者自身的关注外，还需要把注意力放到患者所处的环境、心理状态、物理因素等对疾病康复的影响因素上。

系统化整体护理是以现代护理观为指导，以护理程序为核心，将临床护理和护理管理的各个环节系统化的工作模式。

系统化整体护理是以人为中心，以现代护理观为指导，以护理程序为基础框架，并且把护理程序系统化地运用到临床护理和护理管理中去的指导思想，整体护理的目标是根据人的生理、心理、社会、文化、精神等多方面的需要，提供适合人的最佳护理。

第二节 护理程序的基本步骤

护理程序包括五个步骤：评估、诊断、计划、实施和评价。

一、评估

评估是护理程序的第一步，是指有组织地、有系统地收集资料。评估贯穿于护理工作的始终，贯穿于护理程序的全过程。

护士与患者第一次见面时评估就已开始，直到患者出院或护理照顾结束才停止。患者入院时护士需对其进行全面、完整的综合评估；每一次与患者接触的过程都是在进行评估，随时收集患者动态的反应和病情变化的资料，以便及时调整、修改护理计划。评估包括资料收集、组织和记录几个方面。

（一）资料的收集

资料收集是否完整和正确直接影响到做出护理诊断、制订护理计划的准确性，因而是评估中非常重要的一步。

1. 资料的内容

从整体护理思想出发，所收集的资料不仅涉及患者身体状况，还应包括其心理、社会、文化、经济等诸多方面。

（1）一般资料：包括姓名、性别、年龄、民族、职业、婚姻状况、入院方式、医疗诊断、文化程度、住址、宗教信仰、联系人等。

（2）现在健康状况及自理程度：了解目前的主诉及饮食、营养、排泄、睡眠、自理能力、活动等方面的情况。

（3）既往健康状况：包括既往患病史、创伤史、住院史、手术史、药物过敏史，烟酒嗜好。

（4）家庭史：有无与患者类似的疾病及家庭遗传病史。

(5) 护理体检的检查结果：主要包括身高、体重、生命体征、意识、瞳孔、皮肤、口腔黏膜等。

(6) 实验室及其他检查的结果。

(7) 心理、社会状况：患者的情绪，对疾病的认识与态度，对治疗、康复的信心，希望达到的健康状态；社会支持度包括职业及工作情况、目前享受的医疗保健待遇、经济状况、家庭成员对患者的态度和对疾病的了解等。

2. 资料的类型

(1) 主观资料：即患者的主诉，是患者对自身经历、所看、所听、所想、所担心内容的诉说。尤其是对身体异常的主观觉察，如疼痛、麻木、酸胀、灼热、瘙痒等。

(2) 客观资料：是指通过他人的观察，体格检查或借助医疗仪器和实验室检查获得的资料。如用血压计测得的血压值升高；听诊器听到的心脏杂音；实验室检验测得的血小板降低；超声波查出胆囊结石等。

(二) 资料的来源

患者是资料的主要来源，此外，资料的其他来源也应重视。

1. 直接来源

患者是直接资料的来源，通过对患者的主诉和对患者的观察及相关检查所获得的主观与客观资料。

2. 间接来源

(1) 与患者接触密切的人员：如家庭成员、同事、朋友、邻居、保姆等。

(2) 与患者健康有关的健康保健人员：如医生、护士、理疗师、营养师及其陪护人员。

(3) 病案记录资料：患者目前和既往的医疗病历、健康检查记录等。

(三) 收集资料的方法

1. 观察

观察是指护士在临床实践中运用感官获得有关患者、患者家属、患者所处环境的信息，并对信息的价值做出判断。狭义的观察常常是指“看”，但护士收集资料时用到的观察则是广义的，包括运用多种感觉器官如视、听、嗅、触等。观察能力的高低与护士的理论和临床经验密切相关，这两方面的缺乏往往使护士在观察时不够全面，出现遗漏，或者即使观察到了某项资料，却因知识有限或经验不足而将其认为是无意义的资料忽视了。观察作为一种技能，需要护士在实践中不断培养和锻炼。

2. 护理体检

护士对入院患者收集的客观资料，包括测量身高、体重、生命体征、意识、瞳孔；评估皮肤、口腔黏膜、四肢活动度、营养状况等。

3. 交谈

交谈是人与人之间的语言交流过程，包括交换信息、意见、感受、感情等。护士与患者及其家属的交谈是一种有目的的活动，其目的在于：通过交谈使护士获得患者的有关资料和信息；交谈有助于建立良好的护患关系；通过交谈也可以使患者获得有关病情、检查、治疗、康复的信息，以及心理支持。

(1) 正式和非正式交谈：正式交谈是指事先通知患者的有计划交谈。例如入院后的

采集病史。非正式交谈是指护士在日常工作中与患者进行的随意而自然的交谈，此时患者可能感到是一种闲谈，但对于护士则是有目的的，通常可以从这样的谈话中了解到患者的真实想法和感受。

(2) 交谈的环境：为保证交谈的效果，环境需要舒适、安全、安静、不受干扰；患者在放松无压力的情况下才有意愿表达。

(3) 交谈的注意事项：

① 护士应保护患者的隐私。

② 根据患者的身体状况决定交谈时间的长短。

③ 谈话开始前，应将谈话的目的告诉患者。

④ 护士讲话要语句清晰、语速适当、意思明确，不要使用患者难以理解的医学词汇。

⑤ 护士是谈话过程的控制者，要引导谈话方向，防止偏离主题。

⑥ 护士交谈时要注意倾听，避免生硬打断患者的叙述而忽略患者提出的问题；讲究与患者保持目光交流，适当使用非语言性沟通技巧。

4. 查阅

包括查阅患者的医疗病历、实验室及其他检查结果等。

(四) 资料的组织和记录

1. 资料记录前，善于组织内容，主次分明，条理清晰。

2. 记录资料的表格根据各医院、甚至同一医院中各病区的特点由护士自行设计。

3. 记录资料要及时：护士通过观察、体格检查、交谈等途径获得的资料要及时记录，以掌握患者的动态变化情况。

4. 记录的资料真实：不要带有自己的主观判断和结论，应客观地记录患者的诉说和临床所见。

5. 客观资料记录：要运用统一记录格式和单位，清晰、准确、简洁，用医学术语。

二、诊断

(一) 护理诊断的概念

1. 定义

根据收集到的资料确定护理诊断是护理程序的第二步。护理诊断是关于个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题及生命过程的反应的一种临床判断，是护士为达到预期目标选择护理措施的基础，这些预期目标是由护士负责制定的。

2. 护理诊断与医疗诊断的区别

从明确护理诊断与医疗诊断之间的关系到如何区分护理和医疗这两个专业，关系到如何确定各自的工作范畴和应负的法律責任。

医疗诊断是医生使用的名词，是对一个疾病、一组症状体征的叙述，是用一个名称来说明疾病的原因、病理生理的改变，以便指导治疗措施。护理诊断是护士使用的名词，用于判断个体和人群对健康状态、健康问题中现存的、潜在的、健康的、综合的反应；是制订护理措施的依据。医疗诊断的侧重点在于对患者的健康状态与疾病的本质做出判断，特别是要对疾病做出病因诊断、病理解剖诊断和病理生理诊断；而护理诊断则侧重

于对患者现存的或潜在的健康问题或疾病的反应做出判断。同一种疾病可有不同的护理诊断，不同的疾病也可以有相似的护理诊断。

护理诊断与医疗诊断既有区别又有联系。护理诊断不同于医疗诊断，不能用医疗诊断代替护理诊断；但医疗诊断可以作为护理诊断的参考资料和线索，有时可以作为护理诊断的相关因素。

重点提示

1. 背记护理诊断的定义。
2. 知道护理诊断的分类。
3. 陈述护理诊断三个要素即 PES 公式。

（二）统一护理诊断名称

护理诊断在临床护理、临床教学过程中，易出现护理诊断名称不统一。随意自定护理诊断现象，易造成概念模糊，同行之间交流困难。因此，统一护理诊断名称的重要性在于：

1. 利于不同地区不同医院间的护士交流

护理诊断名称的统一，方便护士间的沟通，可以就共同感兴趣的护理诊断进行交流和探讨。统一名称为目前正在开展的责任制护理提供了便利条件，护士可以参考共同标准，提出规范的护理诊断及其护理计划。随着网络信息在临床护理中的使用越来越普遍，护理诊断要有统一名称显得更为重要。

2. 利于护理教学

护理程序对护理教育提出了要求，要求护理教师将护理程序贯穿于教学中。教给学生如何运用护理程序为不同的患者提供护理。这时，编写的教科书需要使用统一、规范的护理诊断名称，以保证学生毕业后不会因所学知识与临床不符而影响其工作。

3. 利于护理科研

护理科研所需的大量资料和信息通过电脑储存，也可通过网络浏览、查找。护理诊断的统一命名是保证这些工作迅速、正确进行的重要条件。

4. 利于体现护理专业性

护理诊断是护理专业这一知识体系中具有代表性的一部分，统一命名可以使护士更加明确护理实践的范围和责任。护理诊断名称的混乱和随意创造，会使人们对护理的专业性产生怀疑而阻碍护理的发展。

（三）护理诊断的组成部分

护理诊断基本是由名称、定义、诊断依据、相关因素四部分组成。

1. 名称

名称是针对患者的健康状态或疾病的反应所进行的概括性描述。从对护理诊断名称的判断上可以将护理诊断分为三类：

（1）现存的：是对个人、家庭或社区目前现存的健康状况或生命过程的反应的描述。如“焦虑”“压疮：与皮肤长期受压有关”。

（2）危险的：是对一些易感的个人、家庭或社区对健康状况或生命过程将可能出现

的反应的描述。这类护理诊断目前虽然没有发生问题，但如果不采取护理措施则极有可能出现问题。因此“有……危险”的护理诊断要求护士具有预见性，当患者有导致易感性增加的危险因素存在时，要能够预测到可能会出现哪些问题。如长期卧床患者，存在“有皮肤完整性受损的危险”，留置保留尿管的患者，存在“有感染的危险”。

(3) 健康的：是对个体、家庭或社区具有加强更高健康水平潜能的护理诊断。健康是生理、心理、社会各方面的完好状态。健康的护理诊断是护士在为健康人群提供护理时可以用到的护理诊断。如“潜在的精神健康增强”“潜在婴儿行为调节增强”“执行治疗方案有效”等。

2. 定义

定义是对护理诊断的一种清晰、精确的描述，并以此与其他护理诊断相区别。每一个护理诊断都有自己特征性的定义，即使有些护理诊断从名称上看很相似，但仍可从它们各自的定义上发现彼此的差别。如“便秘”的定义是指个体处于一种正常排便习惯发生改变的状态，其特征为排便次数减少或排出干、硬便。再如“感知性便秘”的定义是指个体自我诊断为便秘，并通过滥用缓泻剂、灌肠和栓剂以保证每天排便一次。

3. 诊断依据

诊断依据是做出该诊断的临床判断标准。诊断依据常常是患者所应具有的一组症状和体征以及有关病史，也可以是危险因素。护士在做出某个护理诊断时，不可凭空臆断，而一定要参照诊断依据。诊断依据有三种，第一种称“必要依据”，即做出某一护理诊断时必须具备的依据；第二种称“主要依据”，即做出某一诊断时通常需要存在的依据；第三种称“次要依据”，即对做出某一诊断有支持作用，但不一定每次做出该诊断时都存在的依据。

4. 相关因素

相关因素是指影响服务对象健康状况的直接因素、促发因素或危险因素，如疾病、心理、情境、年龄或与治疗有关的因素。

知识卡片

护理诊断的发展历史

护理诊断一词首次出现于 20 世纪 50 年代，1953 年 Virginia Fry 在其论著中提出，欲使护理专业得到发展，首要的工作是制定护理诊断，制订个体化的护理计划。但这些思想在当时并未受到重视。直到 1973 年，美国护士协会才正式将护理诊断纳入护理程序，授权在护理实践中使用，在护理诊断的发展历史中，北美护理诊断协会（North American Nursing Diagnosis Association, NANDA）起到了非常重要的作用，从 1973 年第一次会议开始，NANDA 一直致力于护理诊断的确定、修订、发展和分类工作。我国目前使用的就是 NANDA 认可的护理诊断。

(四) 护理诊断的陈述

1. 护理诊断陈述包括三部分，即 PES 公式

P——健康问题，包括护理对象现存或潜在的健康问题。

E——原因，即引起护理问题的直接因素、促发因素或危险因素。

S——症状或体征，也包括实验室及相关仪器检查结果。

例如：(P) 气体交换受损；(S) 紫绀、呼吸困难、 PaO_2 为 5.3 kPa；(E) 与阻塞性肺气肿有关。

例如：(P) 焦虑；(S) 自诉感到担心、不能入睡、注意力不集中、食欲下降；(E) 与身体健康受到威胁有关。

以上三部分陈述多见于现存的护理诊断，危险的护理诊断一般采用两部分陈述方式（即 PE 方式），健康的护理诊断一般采用一部分陈述方式（即 P 方式）。

2. 相关因素的陈述

应使用“与……有关”的方式。

为每一个护理诊断找出明确的相关因素非常重要，因为在护理计划中制定的护理措施很多是针对相关因素的，相关因素应是导致此护理诊断出现的最直接原因。如“清理呼吸道无效：与体弱、咳嗽无力有关。”就比“清理呼吸道无效：与肺气肿伴感染有关。”更为直接，更具针对性。另外，同一护理诊断可因相关因素的不同而具有不同的护理措施。例如“清理呼吸道无效：与术后伤口疼痛有关。”和“清理呼吸道无效：与痰液黏稠有关。”这两个护理诊断虽然均是“清理呼吸道无效”的问题，但前者的护理措施是如何帮助患者在保护伤口、不加重疼痛的前提下将痰咳出，后者是如何使痰液稀释而易于咳出。由此可见，只有相关因素正确，才能选择有效的护理措施。

3. 知识缺乏的陈述

知识缺乏陈述方式是“知识缺乏：缺乏……方面的知识”。如，知识缺乏：缺乏骨折后功能锻炼的知识；知识缺乏：缺乏胰岛素自我注射方面的知识；知识缺乏：缺乏哺乳新生儿的知识等。

4. 护理诊断举例

(1) 护理诊断：体温过低。

【定义】个体体温低于正常范围的状态。

【诊断依据】

主要依据：①体温低于正常范围；②怕冷、面色苍白、皮肤冰冷。

次要依据：①末梢循环充盈缓慢，甲床紫绀；②汗毛竖立、脉搏增快、血压升高。

【相关因素】

① 病理生理因素：下丘脑病变、休克等。

② 治疗因素：药物引起血管扩张，酒精擦浴散热过多。

③ 环境因素：在低温环境暴露时间过长；衣着过少；摄入热量不足；不活动。

④ 年龄因素：新生儿皮下脂肪少、体表散热面积大加之体温调节中枢发育不完善；老年人代谢率低、皮下脂肪少。

(2) 护理诊断：营养失调，低于机体需要量。

【定义】个体营养素的摄入量不能满足其代谢需要量的状态。

【诊断依据】

主要依据：①低于理想体重的 20% 以上；②营养素的摄入量低于膳食推荐量；③三头肌皮褶厚度、上臂中围均低于正常值。

次要依据：①有摄入不足的因素存在；②典型营养不良表现有皮肤干燥、弹性差，毛发枯落，肌肉无力，血管脆性增加，情绪不稳定等。

【相关因素】

①病理生理因素：代谢率增加性疾病、肿瘤、感染、甲状腺功能亢进、外伤等；消化吸收障碍性疾病；吞咽、咀嚼困难，如口腔疾病、脑血管疾病等。②治疗因素：口腔手术及药物或射线治疗的胃肠道副反应等。③情境因素：营养知识缺乏，情绪高度紧张或抑郁引起神经性厌食和呕吐等；因经济困难、运输障碍或意外事件导致食物缺乏；民俗文化的饮食形态使摄入量过少。④年龄因素：婴儿及儿童生长发育迅速，需要量增加；青年人有神经性厌食、节食过度；老年人缺齿、味觉迟钝或缺乏食物等。

（五）医护合作性问题

1. 医护合作性问题

护理问题分为两大类，一类是经护士提供的护嘱就可以解决的，属于护理诊断；另一类是要与其他健康保健人员尤其是医生共同合作解决的，护士主要提供监测，观察患者的病情变化，以及并发症的发生情况，并与医师合作给予治疗，属于合作性问题。因此，医护合作性问题是指医生和护士共同合作才能解决的问题，但也是护理的一部分，应该制定相应的护理措施。

2. 合作性问题的陈述

合作性问题有其固定的陈述方式，即“潜在并发症：XXXX”，如：脑外伤后长期卧床患者“潜在并发症，静脉栓塞”。

一旦诊断潜在并发症，就提醒护士这位患者有发生这种并发症的危险或是患者可能正在出现这种并发症，护士应该注意病情监测，及时发现并发症的发生，及早与医生配合处理。对潜在的问题与合作性问题的确定，应尽量限制在最主要的范围内，分清轻重缓急。在书写合作性问题时，护士应该注意不要漏掉“潜在并发症”，否则就无法与医疗诊断相区别。

三、计划

计划是针对护理诊断制定的具体护理措施，是护理行动的指南。制订计划是护理程序的第三步，护理计划的制订需要围绕第二步提出的护理诊断进行。护理计划作为一种框架，为临床实践提供了科学的基础，在其指导下才能保证护理工作有组织的进行。

（一）排列优先顺序

当患者同时存在多个护理诊断时，需要对这些护理诊断进行排序，确定解决问题的优先顺序，以便根据问题的轻、重、缓、急安排护理工作。排序时，要考虑到护理诊断的紧迫性和重要性，把对患者生命和健康威胁最大的问题放在首位，其他的依次排列。

1. **首优问题** 是指会威胁患者生命，需要立即采取行动去解决的问题。如危重患者常存在清理呼吸道无效或不能维持自主呼吸等。

2. **中优问题** 是指虽不直接威胁患者的生命，但会引起身体上或情绪上变化的问题。如“有皮肤完整性受损的危险”，使用呼吸机的患者的“语言沟通障碍”等。

3. **次优问题** 是指与此次发病关系联系不大或不相关，不属于此次发病所反应的问题，可在安排护理工作时给予考虑。

4. 设定优先顺序遵循的原则及注意点

(1) 按马斯洛的人类基本需要层次论排序：优先解决生理需要。在需要的五个层次中，生理需要虽然处于最低位，但却是最重要的。人只有在生理需要得到一定满足后，才会考虑其他层次的需要。

(2) 排序时考虑患者的需求：患者对自己的需求，特别是较高层次的需求是否得到满足，是否体现了以患者为中心。在护理方案不冲突的情况下，尽可能将患者认为的最重要问题纳入到排序过程中，并考虑优先解决。

(3) 护理诊断的先后顺序不是固定不变的：护理诊断的顺序会随着疾病的进展，病情及患者反应的变化而发生改变。

(4) 预计有可能发生的问题：包括“有……危险”的护理诊断和潜在并发症，虽然目前没有发生，但并不意味着不重要，护士要根据性质决定其顺序。

(二) 制定目标

1. 定义

目标是护理计划中很重要的一部分，每一个护理诊断都要有相应的目标。目标是期望护理对象在接受护理照顾后的功能、认知、行为及情感（或感觉）得以改变。设定预期目标，使患者在接受护理后，期望其能达到的健康效果，即最理想的护理效果。

2. 目标的陈述方式

目标的陈述常包括以下几个成分：主语、谓语、行为标准、条件状语及评价时间。

(1) 主语：主要是患者，还有健康人如孕妇、产妇、患者家属等。目标主语也可以是患者的生理功能或机体的一部分。有时在目标陈述中主语可能会被省略但句子的逻辑主语一定是患者。

(2) 谓语：即行为动词，指患者将要完成的动作或行为。

(3) 行为标准：即护理对象完成该行为所要达到的程度。

(4) 条件状语：是指主语在完成某行为时所处的或所具备的条件。条件状语不一定在每个目标中都出现。

(5) 评价时间：是指患者应在何时达到目标中陈述的结果。这一成分的重要性在于限定了评价时间，可以督促护士尽心尽力地帮助患者尽快达到目标。

3. 目标的分类

(1) 短期目标：也是近期目标，指在相对较短的时间内，一般小于 7 天要达到的目标。如 3 天内产妇学会给新生儿洗澡。

(2) 长期目标：也是远期目标，是指需要相对较长时间才能实现的目标。如患者住院期间皮肤完好无损，无压疮发生。

将长期目标划分为一系列渐进的小目标，不仅可以使护士分清各阶段的工作任务，也可以因短期目标的逐步实现而增加患者达到长期目标的信心。长期目标和短期目标在时间上没有明显的分界，有些诊断可能只有短期目标或长期目标，有些则可能同时具有长、短期目标。

4. 制定目标注意事项

(1) 目标的主语一定是患者，而不能是护士。

(2) 一个目标中只能出现一个行为动词, 当有多个目标时, 保证每个目标中只有一个行为动词。

(3) 目标应是可观察、可测量、可评价、有时间性, 其中的行为标准应尽量具体。

(4) 目标应是护理范畴内的, 可以通过护理措施达到的。

(5) 目标应具有现实性、可行性, 要在患者能力可及的范围内, 要考虑其身体、心理状况、智力水平、经济条件。

(6) 让患者参与目标的制定, 使患者认识到维护健康不仅是医护人员的责任, 也是自己的责任, 护患双方应共同努力以保证目标的实现。

(7) 关于潜在并发症的目标: 潜在并发症是合作性问题, 护理措施往往无法阻止其发生, 护士的主要任务在于监测并发症的发生或发展。

(三) 制定护理措施

护理措施是护士为帮助患者达到预定目标或协助患者采取的行动方法。

1. 护理措施的类型

(1) 依赖性护理措施: 即护理措施来自于医嘱, 需要护士遵照医嘱采取的措施, 如监测餐后血糖, 遵医嘱“腹部切口烤灯”等。

(2) 协作性护理措施: 指护士与其他健康保健人员相互合作采取的行动。

(3) 独立性护理措施: 指不依赖于医生的医嘱, 护士能够独立提出和采取的措施。如对晚期癌症患者长期卧床导致“皮肤完整性受损”, 护士定期为患者翻身、按摩皮肤、在发生压疮的部位避免受压、创面换药、烤灯等措施都是独立性的护理措施。

2. 常见的护理措施内容

(1) 帮助患者完成日常生活活动, 如协助进食、洗漱、如厕、活动等。

(2) 治疗性的护理措施, 如皮肤护理、雾化吸入、吸痰、引流管道的护理等。

(3) 危险问题的预防, 如保护患者安全的措施、预防感染的措施等。

(4) 对患者病情和心理社会反应进行监测和观察。

(5) 为患者和家属提供健康教育和咨询。

(6) 为患者提供心理支持。

(7) 制订出院计划。

(四) 护理计划成文

护理计划成文是指将护理诊断、目标、护理措施和措施依据以一定格式写出来。这不仅为护理程序的下一步实施提供了指导, 也有利于护士之间以及护士与其他医务人员之间的沟通交流, 保证了护理工作的连续性。医院倡导表格化医疗文书书写, 表格式书写可以节省护士的书写时间。事先将本病区患者的常见病、多发病的护理计划中常见的带有共性的护理措施列出, 并进行编排、制表印刷, 方便护士根据患者情况以打钩选择或填写内容的方式完善, 此表的表格下方留有空白, 护士在空白处对患者个性化护理措施进行补充与调整, 这样, 一例针对不同患者的个性化护理计划就会在短时间内全面具体地完成。

重点提示

1. 了解护理目标重要性。
2. 知道目标的分期。
3. 明确设定目标的注意事项。

四、实施

实施是执行护理计划的过程。是将计划中各项措施变为实践，所有的护理诊断都要通过实施各种护理措施得以解决。实施这一步不仅要求护士具备丰富的专业知识，还要具备熟练的操作技能和良好的人际沟通能力，如此才能保证患者得到高质量的护理。

（一）实施前的准备

1. 护士将准备给患者实施的措施进行组织

虽然在护理计划中措施对应着各自的护理诊断，但是在实施时每一次接触患者都可能要执行多个措施，这些措施可能对应着不同的护理诊断，因此在实施前应将它们集中组织起来，做好安排及分工，才能保证所有护理措施有序执行，减少忙乱或遗漏。

2. 明确护理措施的实施者

确定某些护理措施是由护工做还是护士做。如果是护士，由哪一层次或级别的护士做，是一个护士做还是多个护士做。

3. 实施者自身的准备

实施时将使用什么技术或技巧，如需用到基础护理操作或仪器操作，则应将操作步骤回顾一下；如需用到沟通技巧，则应考虑在沟通中可能会出现哪些问题，如何应对。

4. 确定实施护理措施的时机

如手术前患者的健康指导，可在患者进行皮肤准备时进行。有关患者饮食指导的教育可安排在家属探视时进行。

（二）实施与记录

1. 实施过程

（1）实施过程是护士运用操作技术、沟通技巧、观察能力、合作能力和应变能力去执行护理措施的过程，使护理诊断能得以解决。

（2）实施过程中培养了护士的能力，增长了其工作经验。

（3）有利于护士和患者之间建立良好的护患关系。

（4）评估和评价：执行护理措施的同时，护士及时对患者的病情及患者对疾病的反应进行评估，并对护理照顾的效果进行评价，因此，实施阶段也是评估和评价的过程。

2. 实施后记录

护士对其所执行的护理措施及执行过程中观察到的问题进行记录是一项很重要的工作。记录要求及时、准确、真实、重点突出，可采用文字描述或填表、在相应项目上打“√”选择或填写的方式。记录的意义在于：

- （1）记录患者接受护理照顾期间的全部经过。
- （2）有利于其他医护人员了解该患者的情况。

- (3) 可作为护理质量评价的内容之一。
- (4) 为以后的护理工作提供资料和经验。
- (5) 是护士辛勤工作的最好证明。

知识卡片

护士职能与角色的扩大

随着社会发展的进程,我国老龄人口增多,社区各类老人机构及家庭所需的护理照顾增加,护理工作在人们生活中变得比以往任何时候都重要。以往主要是医院需要护士承担患者的护理工作,现在的护士职能将由医院向社会扩展,由照顾患者扩展到与其他人员合作,共同维护人类健康。因此,护士的角色也不再是单纯的照顾患者,现代护士的专业角色将是多方位的。可包括:决策者、管理者、协调者、沟通者、教师和顾问、代言人和保护者、促进康复者、研究者和作者等。因此,现代护理工作应具备适应多方位专业角色的基本素质,集多方位角色于一体,才能担当起维护人类健康的重任。

五、评价

评价是将患者现有的健康状况与护理计划中预定的目标相比较并做出判断的过程。从这一过程中,可以了解患者是否达到预期的护理目标,患者的需求是否得到满足。

评价是护理程序的第五步,但实际上它却贯穿于护理程序的整个过程。包括:评估阶段,需评价收集资料的方法是否正确,资料来源的准确性,完整性和必要性;诊断阶段,需评价是否以收集到的资料为依据,诊断是否在护理范畴内,陈述是否清楚,诊断是否准确、有无遗漏;计划阶段,需评价护理诊断的顺序是否合适,目标是否能达到和可衡量,措施是否科学、得当;实施阶段,需评价措施是否得到准确执行、执行效果如何等等。评价是对以上步骤全面的检查,并对上述情况进行分析,按目标的实现程度分目标完全实现、目标部分实现、目标未实现。评价虽然位于程序的最后一步,但并不意味着护理程序的结束,相反,通过评价发现新问题、再次做出新诊断及相应的计划,或对以往的方案进行修改,从而使护理程序循环往复地进行下去。

患者情况的变化,包括健康状况、行为和观念认识等,是护理评价的重点,它们直接反映护理的效果。在评价中也需要考虑多种因素的影响,要看患者的变化是否因护理行为而引起,要将患者目前的状况与开始的护理诊断相比较,并与护理目标相比较,以做出综合评价。

⊕ 自我检测

【A1型题】

1. 组成护理程序最基本的框架结构理论是
 - A. 方法论
 - B. 一般系统论
 - C. 信息交流论
 - D. 解决问题论
 - E. 人的基本需要论

2. 护士对患者进行评估时, 不属于资料来源的选项是
- A. 患者 B. 病历 C. 患者家属
- D. 护士的主观判断 E. 其他医务人员
3. “有……危险”的护理诊断的陈述方式是
- A. PES 公式 B. PE 公式 C. ES 公式
- D. PS 公式 E. P 公式

【A2 型题】

4. 李某, 男性, 昏迷。评估确认患者存在以下护理问题, 你认为应优先解决的问题是
- A. 便秘 B. 语言沟通障碍
- C. 清理呼吸道无效 D. 皮肤完整性受损
- E. 营养失调: 低于机体需要量
5. 王某, 女性, 14 岁。因急性心肌炎入院, 护士收集资料进行评估, 其中属于主观资料的是
- A. 心动过速、发热 B. 感觉心慌、发热、疲乏
- C. 心悸、疲乏、周身不适 D. 气促、心动过速、发热
- E. 气促、感觉心慌、心率快
6. 患者, 女性, 75 岁。护士在巡视病房时发现其呼出的气体有烂苹果味。护士收集资料的方法属于
- A. 视觉观察法 B. 触觉观察法 C. 听觉观察法
- D. 嗅觉观察法 E. 味觉观察法
7. 患者, 女性, 31 岁。测体温 39℃, 医嘱即刻注射复方氨基比林 2 ml。护士执行此项医嘱属于
- A. 非护理措施 B. 独立性的护理措施
- C. 协作性的护理措施 D. 依赖性的护理措施
- E. 预防性的护理措施
8. 李某, 男性, 70 岁。现术后 8 小时, 仍未排尿, 主诉下腹胀痛。查体见下腹膀胱区隆起, 耻骨联合上叩诊呈实音。目前其主要护理问题是
- A. 下腹疼痛 B. 潜在呼吸道感染
- C. 体液过多 D. 有皮肤完整性受损的危险
- E. 尿潴留

【A3 型题】

(9~10 题共用题干)

患者, 男性, 56 岁。因转移性右下腹疼痛 20 小时伴发热、恶心、呕吐, 以“急性阑尾炎”住院。入院时患者呈急性面容, 扶入病房, 查体: 体温 38.9℃, 右下腹压痛、反跳痛。

9. 属于主观资料的是
- A. 右下腹疼痛 B. 恶心、呕吐
- C. 体温 38.9℃ D. 右下腹压痛、反跳痛
- E. 急性面容

10. 对于该患者, 陈述正确的护理问题是
- 急性阑尾炎
 - 疼痛, 炎症引起
 - 恶心、呕吐, 疼痛导致
 - 组织灌注量不足, 因为呕吐
 - 体温过高: 体温 38.9℃: 与炎症有关

(11~13 题共用题干)

患者, 男性, 76 岁。慢性支气管炎 24 年, 主诉发热、咳嗽、咳黄色黏痰 5 天, 自觉咳嗽无力, 痰液黏稠不易咳出。吸烟 40 年, 20 支/天, 难以戒除。体检: 精神萎靡, 皮肤干燥, 体温 38.8℃, 肺部听诊可闻及干、湿性啰音。

11. 属于主观资料的是
- 皮肤干燥
 - 痰液黏稠
 - 体温 38.8℃
 - 咳嗽无力
 - 肺部干、湿性啰音
12. 陈述正确的护理诊断是
- 清理呼吸道无效: 与呼吸道炎症痰液黏稠咳嗽无力有关
 - 体温过高, 体温 38.8℃呼吸道炎症导致
 - 活动无耐力, 因呼吸道炎症, 氧供量减少引起
 - 知识缺乏
 - 组织灌注量不足, 与发热、皮肤干燥有关
13. 针对你制定的护理诊断, 预期目标是
- 患者 3 天内体温下降
 - 患者 3 天内炎症控制, 自行咳出痰液
 - 指导患者叙述有关呼吸道疾病的预防保健知识
 - 患病期间得到良好休息, 体力得以恢复
 - 遵医嘱静脉输液, 增加患者组织灌注

附: 155 项护理诊断一览表

NANDA 确定的 155 项护理诊断一览表。

一、促进健康

1. 执行治疗方案有效
2. 执行治疗方案无效
3. 家庭执行治疗方案无效
4. 社区执行治疗方案无效
5. 寻求健康行为 (具体说明)
6. 保持健康无效

7. 持家能力障碍

二、营养

- 8. 无效性婴儿喂养型态
- 9. 吞咽障碍
- 10. 营养失调：低于机体需要量
- 11. 营养失调：高于机体需要量
- 12. 有营养失调的危险：高于机体需要量
- 13. 体液不足
- 14. 有体液不足的危险
- 15. 体液过多
- 16. 有体液失衡的危险

三、排泄

- 17. 排尿障碍
- 18. 尿潴留
- 19. 完全性尿失禁
- 20. 功能性尿失禁
- 21. 压力性尿失禁
- 22. 急迫性尿失禁
- 23. 反射性尿失禁
- 24. 有急迫性尿失禁的危险
- 25. 排便失禁
- 26. 腹泻
- 27. 便秘
- 28. 有便秘的危险
- 29. 感知性便秘
- 30. 气体交换受损

四、活动 / 休息

- 31. 睡眠型态紊乱
- 32. 睡眠剥夺
- 33. 有废用综合征的危险
- 34. 躯体活动障碍
- 35. 床上活动障碍
- 36. 借助轮椅活动障碍
- 37. 转移能力障碍

- 38. 行走障碍
- 39. 缺乏娱乐活动
- 40. 漫游状态
- 41. 穿着/修饰自理缺陷
- 42. 沐浴/卫生自理缺陷
- 43. 进食自理缺陷
- 44. 如厕自理缺陷
- 45. 术后康复延缓
- 46. 能量场紊乱
- 47. 缺乏
- 48. 心输出量减少
- 49. 自主呼吸受损
- 50. 低效性呼吸型态
- 51. 活动无耐力
- 52. 有活动无耐力的危险
- 53. 功能障碍性撤离呼吸机反应
- 54. 组织灌注无效（具体说明类型：肾脏、大脑、心、肺、胃肠道、外周）

五、感知 / 认识

- 55. 单侧性忽视
- 56. 认识环境障碍综合征
- 57. 感知紊乱（具体说明：听觉、运动觉、味觉、触觉、嗅觉）
- 58. 知识缺乏
- 59. 急性意识障碍
- 60. 慢性意识障碍
- 61. 记忆受损
- 62. 思维过程紊乱
- 63. 语言沟通障碍

六、自我感知

- 64. 自我认可紊乱
- 65. 无能为力感
- 66. 有无能为力的危险
- 67. 无望感
- 68. 有孤独的危险
- 69. 长期自尊低下
- 70. 情境性自尊低下
- 71. 有情境性自尊低下的危险

- 72. 身体意象紊乱

七、角色关系

- 73. 照顾者角色紧张
- 74. 有照顾者角色紧张的危险
- 75. 父母不称职
- 76. 有父母不称职的危险
- 77. 家庭运动中断
- 78. 家庭运动功能不全（酗酒）
- 79. 有赤子依恋受损的危险
- 80. 母乳喂养有效
- 81. 母乳喂养无效
- 82. 母乳喂养中断
- 83. 无效性角色行为
- 84. 父母角色冲突
- 85. 社交障碍

八、性

- 86. 性功能障碍
- 87. 无效性性生活型态

九、应对 / 应激耐受性

- 88. 迁居应激综合征
- 89. 有迁居应激综合征的危险
- 90. 强暴—创伤综合征
- 91. 强暴—创伤综合征隐匿性反应
- 92. 强暴—创伤综合征复合性反应
- 93. 创伤后综合征
- 94. 有创伤后综合征的危险
- 95. 恐惧
- 96. 焦虑
- 97. 对死亡的焦虑
- 98. 长期悲伤
- 99. 无效性否认
- 100. 预感性悲哀
- 101. 功能障碍性悲哀
- 102. 调节障碍

- 103. 应对无效
- 104. 无能性家庭应对
- 105. 妥协性家庭应对
- 106. 防卫性应对
- 107. 社区应对无效
- 108. 有增强家庭应对趋势
- 109. 有增强社区应对趋势
- 110. 自主性反射失调
- 111. 有自主性反射失调的危险
- 112. 婴儿行为紊乱
- 113. 有婴儿行为紊乱的危险
- 114. 有增强调节婴儿行为的趋势
- 115. 颅内适应能力下降

十、生活准则

- 116. 有增强精神健康的趋势
- 117. 精神困扰
- 118. 有精神宽饶的危险
- 119. 抉择冲突
- 120. 不依从行为

十一、安全 / 防御

- 121. 有感染的危险
- 122. 口腔黏膜受损
- 123. 有受伤的危险
- 124. 有围手术期体位损伤的危险
- 125. 有摔倒的危险
- 126. 有外伤的危险
- 127. 皮肤完整性受损
- 128. 有皮肤完整性受损的危险
- 129. 组织完整性受损
- 130. 牙齿受损
- 131. 有窒息的危险
- 132. 有误吸的危险
- 133. 清理呼吸道无效
- 134. 有外周神经血管功能障碍的危险
- 135. 防护无效
- 136. 自伤

- 137. 有自伤的危险
- 138. 有对他人施行暴力的危险
- 139. 有对自己施行暴力的危险
- 140. 有自杀的危险
- 141. 有中毒的危险
- 142. 乳胶过敏反应
- 143. 有乳胶过敏反应的危险
- 144. 有体温失调的危险
- 145. 体温失调无效
- 146. 体温过低
- 147. 体温过高

十二、舒适

- 148. 急性疼痛
- 149. 慢性疼痛
- 150. 恶心
- 151. 社交孤立

十三、成长 / 发展

- 152. 成长发展延缓
- 153. 成长身心衰竭
- 154. 有发展迟滞的危险
- 155. 有不成比例生长的危险