

新 护 理

诊 断

手 册

EW

邹 恂 主 编 译

北 京 医 科 大 学
中 国 协 和 医 科 大 学 联 合 出 版 社

新护理诊断手册

New Manual of Nursing Diagnosis

主编译

邹 恂

编译者

张成葆 姚景鹏 陆权素

郑修霞 齐兵兵

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社

C0158801



19

新护理诊断手册
New Manual of Nursing Diagnosis

邹 恂 主 编 译

责任编辑：梁 康

• • •

北 京 医 科 大 学 联 合 出 版 社 出 版
中 国 协 和 医 科 大 学

(社址：北京医科大学院内)

新华书店总店科技发行所发行 各地新华书店经销
北京东晓印刷厂印刷

• • •

开本：787×1092 1/32 印张：9.0625 字数：203千字
1990年10月第一版 1990年10月第一次印刷 印数：1—15000册
ISBN 7-81034-033-6/R·34 定价：4.60元

C0158801



前 言

护理学作为一门以自然科学与社会科学为基础的独立学科已逐渐在我国得到认可,广大护理人员也认识到在临床护理实践中实行责任制护理和执行护理程序是提高护理工作质量、体现护理专业特点的重要途径。

护理程序中的第二步——做出护理诊断——是专业性较强、较具有护理特色的部分,但也是比较生疏、比较难以掌握的部分,为便于专业护理人员熟悉此内容,我系曾于1986年根据美国Marjory Gordon的Manual of Nursing Diagnosis(1982年版)和Lynda Juall Carpenito等著的Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice (1983年版)将北美护理诊断协会(North American Nursing Diagnosis Association NANDA)在1982年会议上所制订的50个护理诊断按各诊断的定义、原因和促成因素及诊断要点编译成《护理诊断手册》,作为试用教材发行,受到国内同行的欢迎,认为是执行和讲授护理程序的必备参考书。但现正处于科学迅速发展的时代,NANDA也每两年举行一次会议,根据各方意见对护理诊断进行增订和修改,并在1986年的会议上通过采用人类反应型态(Human Response Patterns)作为护理诊断分类的概念结构。为此我们又根据在1989年NANDA所公布的97个护理诊断,按9个人类分类型态分类列出,并参考Carpenito的Nursing Diagnosis 1987年第二版的内容重新编译成本手册。内容两部分

分，第一部分为各诊断的名称（后面括号内的数字为制订年份，R为修订年份），并列出其定义、诊断依据以及原因和促成因素（潜在的诊断为危险因素）；第二部分为常用的22个护理诊断的护理计划，包括主观和客观资料、护理目标、护理措施以及措施依据，对临床比较实用。

本手册为目前较新译本，所译诊断名称亦经反复推敲，力求既保持原意，又符合国情，并得到中华护理学会林菊英理事长的认同，与全国统一高等护理教材《护理学基础》中的护理程序有关部分基本一致，以冀在国内能达到统一译名之效。但肯定仍有不够恰当之处，欢迎大家提出宝贵意见。

编译者

1990年6月

于北京医科大学护理系

目 录

前言

第一章 护理诊断

一、护理诊断的概念和定义	1
二、护理诊断的历史	2
三、护理诊断命名的目的和意义	2
四、护理诊断的性质	3
五、护理诊断的组成部分	5
六、护理诊断的分类方法	7

第二章 护理诊断98项

一、交换 (Exchanging)	13
1.1.2.1 营养失调：高于机体需要量	13
1.1.2.2 营养失调：低于机体需要量	14
1.1.2.3 营养失调：潜在高于机体需要量	16
1.2.1.1 潜在的感染	17
1.2.2.1 潜在的体温改变	18
1.2.2.2 体温过低	18
1.2.2.3 体温过高	19
1.2.2.4 体温调节无效	20
1.2.3.1 反射失调 (脊髓损伤引起)	20
1.3.1.1 便秘	22
1.3.1.1.1 感知性便秘	23
1.3.1.1.2 结肠性便秘	24
1.3.1.2 腹泻	24

1.3.1.3	排便失禁	26
1.3.2	排尿异常	26
1.3.2.1.1	压迫性尿失禁	27
1.3.2.1.2	反射性尿失禁	28
1.3.2.1.3	急迫性尿失禁	28
1.3.2.1.4	功能性尿失禁	29
1.3.2.1.5	完全性尿失禁	30
1.3.2.2	尿潴留	30
1.4.1.1	组织灌注量改变(肾、脑、心肺、 胃肠、外周血管)	31
1.4.1.2.1	体液过多	33
1.4.1.2.2.1	体液不足:与丢失过多有关 体液不足:与调节机制失效有关	34
1.4.1.2.2.2	潜在体液不足	35
1.4.2.1	心输出量减少	36
1.5.1.1	气体交换受损	37
1.5.1.2	清理呼吸道无效	39
1.5.1.3	低效性呼吸型态	40
1.6.1	潜在的受伤	41
1.6.1.1	潜在的窒息	41
1.6.1.2	潜在的中毒	42
1.6.1.3	潜在的外伤	43
1.6.1.4	潜在的误吸	44
1.6.1.5	潜在的废用综合征	44
1.6.2.1	组织完整性受损	45
1.6.2.1.1	口腔粘膜改变	46
1.6.2.1.2.1	皮肤完整性受损	47

1.6/2.1.2.2 潜在的皮肤完整性受损	47
二、沟通 (Communicating)	48
2.1.1.1 语言沟通障碍	48
三、关系 (Relating)	49
3.1.1 社交障碍	49
3.1.2 社交孤立	50
3.2.1 角色紊乱	52
3.2.1.1.1 父母不称职	53
3.2.1.1.2 潜在的父母不称职	54
3.2.1.2.1 性功能障碍	55
3.2.2 家庭作用改变	56
3.2.3.1 父母角色冲突	58
3.3. 性生活型态改变	59
四、赋予价值 (Valuing)	60
4.1.1 精神困扰	60
五、选择 (Choosing)	61
5.1.1.1 个人应对无效	61
5.1.1.1.1 调节障碍	63
5.1.1.1.2 防卫性应对	64
5.1.1.1.3 无效性否认	65
5.1.2.1.1 家庭应对无效：失去能力	65
5.1.2.1.2 家庭应对无效：妥协性	66
5.1.2.2 家庭应对：潜能性	68
5.2.1.1 不合作 (特定的)	68
5.3.1.1 抉择冲突 (特定的)	69
5.4 寻求健康行为 (特定的)	70
六、移动 (Moving)	71

6.1.1.1	躯体移动障碍	71
6.1.1.2	活动无耐力	72
6.1.1.2.1	疲乏	73
6.1.1.3	潜在的活动无耐力	74
6.2.1	睡眠型态紊乱	75
6.3.1.1	娱乐能力缺陷	76
6.4.1.1	持家能力障碍	77
6.4.2	保持健康能力改变	78
6.5.1	进食自理缺陷	79
6.5.1.1	吞咽障碍	80
6.5.1.2	母乳喂养无效	80
6.5.2	沐浴/卫生自理缺陷	82
6.5.3	穿着/修饰自理缺陷	82
6.5.4	入厕自理缺陷	83
6.6	生长发育改变	83
七、感知 (Perceiving)		84
7.1.1	自我形象紊乱	84
7.1.2	自尊紊乱	86
7.1.2.1	长期自我贬低	86
7.1.2.2	情境性自我贬低	87
7.1.3	自我认同紊乱	87
7.2	感知改变 (特定的)	
	(视、听、运动、味、触、嗅)	88
7.2.1.1	单侧感觉丧失	89
7.3.1	绝望	90
7.3.2	无能为力	91
八、认识 (Knowing)		93

8.1.1 知识缺乏(特定的)	93
8.3 思维过程改变	94
九、感觉(Feeling)	95
9.1.1 疼痛	95
9.1.1.1 慢性疼痛	97
9.2.1.1 功能障碍性悲哀	97
9.2.1.2 预感性悲哀	99
9.2.2 潜在暴力行为:对自己或他人	99
9.2.3 创伤后反应	100
9.2.3.1 强奸性创伤综合征	101
9.2.3.1.1 强奸性创伤综合征:复合性反应	102
9.2.3.1.2 强奸性创伤综合征:沉默性反应	102
9.3.1 焦虑	103
9.3.2 恐惧	105
第三章 22项护理诊断的详细内容	107
一、营养失调:高于机体需要量	107
二、营养失调:低于机体需要量	112
三、潜在性感染	129
四、便秘	135
五、腹泻	144
六、组织灌注量改变	147
七、体液过多:水肿	156
八、体液不足	162
与呼吸功能异常有关的诊断	171
九、清理呼吸道无效	186
十、低效性呼吸型态	190
十一、气体交换受损	192

与自理能力缺陷有关的诊断.....	198
十二、进食自理缺陷.....	202
十三、沐浴自理缺陷.....	205
十四、穿着自理缺陷.....	209
十五、入厕自理缺陷.....	211
十六、知识缺乏.....	215
十七、疼痛.....	227
十八、慢性疼痛.....	240
十九、功能障碍性悲哀.....	251
二十、预感性悲哀.....	257
二十一、焦虑.....	260
二十二、恐惧.....	272

第一章 绪论

一、护理诊断的概念和定义

人们对护理学的概念,在不同时代、不同社会是有不同认识的,1973年国际护士会议(ICN)认为“护理学是帮助健康的人或患病的人保持或恢复健康,减少痛苦或平静地死去”。根据当前护理学理论的进展,美国护士协会(ANA)在1980年对护理下的定义是“每个人对自身存在的或潜在的健康问题,必有一定的表现和反应,对这种反应的诊断与治疗称为护理”,可见护理学是有别于医学的一门独立的学科。

为了使护士能够概括地、系统地指出护理对象的健康改变,并能描述出他的整体状态,因而有利于制定护理措施,于是就产生了护理诊断(nursing diagnosis)。其特点应是能够:

1. 说明个人当前健康状况所需的护理。
2. 与医疗诊断有所区别。
3. 根据不同的护理范围进行一定的分类。
4. 明确指出所需具备的护理知识。

因而护理诊断的定义是“对个人生命过程中的生理、心理、社会文化、发展及精神方面健康问题的说明,这些问题是属于护理职责范围以内,能用护理方法解决的”。随着护理范畴的日益扩展,护理对象已由个人扩大至家庭和集体,因

而护理诊断的定义也相应发展成为“有关个人或集体的人类反应（健康状况或存在的/潜在互动型态的改变）的说明；这些反应可由护士进行确认和处理，以维持健康或减轻、消除和预防改变的发生”。

二、护理诊断的历史

从1953年开始，V.Fry就认为在护理计划中应包括护理诊断这一步骤，但未引起充分注意，直到1973年美国的全国护理诊断分类组(National Group for the Classification of Nursing Diagnosis)举行第一次会议以来，每2年在美国St.Louis城召开一次会议，制定和修改护理诊断。1982年4月召开的第5次会议因有加拿大代表参加而改名为北美护理诊断协会(North American Nursing Diagnosis Association NANDA)，至1988年第8次会议上已修订了97个护理诊断。

由此可见，护理诊断是护理学发展到一定阶段的产物，但由于历史较短，命名不够全面和系统，应用还不够广泛，因而还存在不少问题，但随着形势的发展，必定会有不断的改进。

三、护理诊断命名的目的和意义

对护理问题进行统一的分类和命名的目的及理由有：

1. 便于临床实践和总结经验 护理诊断可为护理临床工作者提供一个结构框架，在实践护理计划中对护理问题的提出有统一的规格和要求，因而对总结经验和交流经验是有

利的。

2. 便于积累资料 现代科学的大量信息及资料都可借助于计算机进行储存与整理,对提取与分析信息带来很大的方便,没有统一命名就难以实现计算机化。

3. 有利于进行护理教育 护理诊断有利于教员有条理,系统地教授护理课程,把重点放在护理对象在健康问题的反应上,而不是疾病诊断、治疗方法等医疗问题上。

4. 有助于加强护理知识的整体性 由于护理诊断是按护理对象的整体需要制定的,不但包括生理的问题,还应包括心理、社会、发展、精神等方面的问题,对全面理解护理是有利的。

5. 有利于护理学的发展 护理学作为一个独立的体系,应有其独特的服务范畴、知识体系、科研内容、理论基础和专业性组织。护理诊断的制定加强了护理的自主性和责任性。

由于以往护士只习惯于医疗诊断和处理医嘱,因而在开始使用时一定会有不少困难,但采用护理诊断后将使护士在医疗问题以外,多考虑一些病人对已存在的或潜在的,或可能的健康问题的反应,而这些问题是能用护理方法来解决的。这不但能够提高护理的水平,并且能与医疗更好地配合,以使病人更快地恢复健康,从而使护理得到进一步的发展。

四、护理诊断的性质

1. 护理诊断是护理程序5个步骤中的第二步。在第一步评估的基础上,将所收集的资料进行整理和分类,就能发现

问题并订出护理诊断。

2. 护理诊断是一系列的诊断性名称或标题 制定这些名称的目的是为说明护理的范围的,常是一组体征和症状的概括性描述,如焦虑。

3. 护理诊断的陈述 可有2个或3个部分,Marjory Gordon主张护理诊断的陈述应包括3部分:(1)健康问题(problem);(2)病因(etiology);(3)症状或体征(signs or symptoms),又称PES公式,例如:

排便异常(P):便秘(S):由于生活方式改变引起(E)。

营养失调(P):肥胖(S):由于进食过多引起(E)。

但目前趋势是将诊断简化为2部分.即护理诊断=问题+原因,或症状+原因。如

焦虑:由于医疗诊断不明确引起。

脱水:由于腹泻引起。

睡眠型态紊乱(或失眠):由于环境改变引起。

4. 值得提醒的是要把护理诊断与医疗诊断区别开来,医疗诊断是用一个名称说明一个疾病或病理变化,以便指导治疗措施。而护理诊断则是叙述病人由于病理状态所引起的已存在的或潜在的行为反应,包括生理、心理、社会方面的反应。如冠心病为医疗诊断而不是护理诊断。护理冠心病患者时的护理诊断可有舒适的变化:胸疼:由冠心病引起,或胸疼:由心肌缺氧引起。

护理诊断也不是病理诊断或其他诊断;如脑组织缺氧为病理生理改变,可能会引起患者眩晕。则护理诊断可为眩晕:脑组织缺氧所致。

由此可见,护理诊断是对病人目前的或潜在问题的陈述,不是医疗诊断,但与医疗诊断有一定关系,有时医疗诊

断可作为护理诊断的原因。如腹痛：由消化道溃疡引起；进食不能自理：由脑血栓偏瘫所致。

五、护理诊断的组成部分

每个具有诊断意义的命题都应有4个内容（组成部分）：即名称、定义、诊断依据以及原因和促成因素。

1. 名称 (Title) 是对个人健康情况的概括性描述，这些情况可以是：

现有的 (actual) 或称存在的，是指此时此刻病人所感到的不适，或存在的反应。

潜在的 (Potential) 是指有危险因素存在，若不加预防处理就一定会发生的问题。

可能的 (Possible) 是指问题是否存在还不能肯定，需进一步收集资料予以证实或除外。

举例如下：

营养失调：低于机体需要量（或消瘦）：由于化疗厌食引起。这表明现在已经有营养失调方面的问题。

潜在的营养失调：低于机体需要量：由于缺乏孕期营养知识。知识缺乏是危险因素，若不进行营养教育，该孕妇是一定会消瘦和营养失调的。

可能的营养失调：低于机体需要量。表明是否存在营养失调的问题，需要进一步了解其身长、体重，营养摄入情况等资料予以肯定或排除。

此外，在护理诊断中，常用于描述健康状况的用语是：改变 (alterations)，受伤或损伤 (impaired)，缺陷 (deficit)，和无效或低效 (ineffective)。这些用语只能反映健

康状况的变化，不能说明变化的程度。

2. 定义 (Definitions) 是对名称的一种清晰的、正确的表达，并以此与其他诊断作鉴别。如排便失禁的定义为排便不能自主；焦虑的定义为一种模糊的不适感，其来源对个人来说通常是非特异的和不可知的，而恐惧的定义则为由于一种被认为是危险的明确来源所引起的惧怕感。

3. 诊断依据 (Defining Characteristics) 是有此诊断的病人所应具有的一组症状和体征和有关病史，是作出该诊断的根据。这些有关资料可以是主观的，也可以是客观的；并且各种根据对诊断的意义也不同。在1986年的NANDA会议上。按其重要性将各种依据分成两类：

主要依据 是证实一个特定诊断所必须存在的症状和体征。

次要依据 是指可能出现的症状和体征，但不一定在所有具有该诊断的病人中出现。

4. 原因、促成因素和危险因素 (Etiology, Contributing and Risk factors) 是指哪些引起问题发生和影响其发展的临床健康情况和个人的处境，这种原因可以是：

(1) 病理生理方面的 即躯体的或心理的因素，以及与治疗有关的因素。

(2) 情境 (situational) 方面的，指当时环境、有关人员和情景。

(3) 病人的发展成熟度 (maturational) 方面的 在本书中译为年龄因素。

为了保证护理诊断的准确性和实际性，在作出护理诊断时应做到：

1. 所列名称或问题明确，并简单易懂。