

整体护理实践指导(一)

如何书写护理病历

北京医科大学第二临床医学院人民医院

曲维香 张海燕 主编



煤炭工业出版社

整体护理实践指导(一)

如何书写护理病历

北京医科大学第二临床医学院人民医院

曲维香 张海燕 主编

煤炭工业出版社

图书在版编目(CIP)数据

如何书写护理病历/《如何书写护理病历》编写组编.
北京:煤炭工业出版社,1999
ISBN 7-5020-1775-5

I.如… II.如… III.护理-病案-写作 IV.R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 20310 号

如何书写护理病历

曲维香 张海燕 主编

责任编辑:王国慧

*

煤炭工业出版社 出版发行

(北京朝阳区霞光里 8 号 100010)

北京大学印刷厂 印刷

*

开本 787×1092mm $\frac{1}{32}$ 印张 11 $\frac{1}{2}$

字数 288 千字 印数 1—8,000

1999 年 7 月第 1 版 1999 年 7 月第 1 次印刷

书号 4556 定价 22.00 元

版权所有 违者必究

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,本社负责调换

《如何书写护理病历》编委会

主编 曲维香 张海燕

编委 (以下以姓氏笔画为序)

马海英 王 雯 王 玲 王 泠 曲维香

刘均娥 张海燕 张 素 李银雪 李 嘉

郑晓蕾 逮 云

前 言

护理病历是护士运用护理程序为病人实际解决健康问题的过程及其结果的记录，它能及时反映病人的病情变化过程。护理病历是整个病人病历的一部分。随着护理专业技术的发展和人类对健康需求的不断增加，护理病历的价值及其用途已经越来越得到护理人员的重视。

在临床工作中，护士直接负责病人治疗措施的实施及护理，为促进病人的康复和减轻病人的痛苦做了大量有价值的工作，但由于有些护士对书写护理病历的价值认识不足，知识层次偏低等，致使护理病历的书写中存在许多问题并严重影响了护理病历的书写质量。书写质量不高则体现不出护理专业的价值，也得不到同行和其他专业的认可，还会影响临床护士书写护理病历的积极性，影响护理学科的专业化、法制化进程。因此，为了体现护理专业的价值，给病人提供有计划的、高质量的整体护理，我们应我院及全国兄弟医院护士同仁的要求，结合我院开展整体护理过程中对书写护理病历的摸索与更新，组织编写了这本《如何书写护理病历》一书。

本书由我院具有丰富理论知识与多年临床和教学经验的护理骨干集体编著。全书共分三个部分：总论部分介绍了护理病历的书写方法、护理病历的评价标准和如何做出护理诊断；第二章提供了内、外、妇科三个不同科室的4份标准护理病历的书写格式与内容；第三章是分析护理病历书写中存在的问题，从我院的整体护理模式病房中选择了20份带有普遍性问题的病历，详细分析了每份病历中存在的问题、原因及纠正方法；附录部分介绍了我们最新设计的病种病历的书写格式与内容。

护士在阅读本书时，既可从所选病历中学习各种病历的书写方法，还可以把所选病历作为临床教学或自学的个案，分析其中的问题，并把得出的见解与每份病历后面的“病历分析”进行对照比较，达到相互交流的目的。我们衷心希望本书能够为广大临床护士在护理病历书写方面提供參考，帮助广大护士同仁掌握标准的护理病历的书写方法。

由于时间仓促，经验不足，书中难免有疏漏之处，希望各位同仁给予批评、指正。

编 者

1999年6月

目 录

第一章 总论	1
第一节 护理病历的书写方法.....	1
第二节 护理病历的评价标准.....	7
第三节 如何做出护理诊断.....	8
第二章 标准护理病历	12
标准护理病历 1——肺炎	12
标准护理病历 2——子宫肌瘤	17
标准护理病历 3——结胞肿物	23
标准护理病历 4——急性心肌梗塞	30
第三章 护理病历分析	34
病历 1——肺炎	35
病历 2——慢性支气管炎	41
病历 3——支气管哮喘	47
病历 4——蛛网膜下腔出血	54
病历 5——急性心肌梗塞	61
病历 6——高血压病	67
病历 7——风心病, 二尖瓣狭窄	73
病历 8——异基因骨髓移植	81
病历 9——胃癌	89
病历 10——胆石症	97
病历 11——肝占位性病变	104
病历 12——结肠肿物	111
病历 13——甲状腺机能亢进	118
病历 14——右腹股沟疝	125
病历 15——右肾癌	131
病历 16——左股骨颈骨折	137
病历 17——卵巢癌	145
病历 18——子宫肌瘤	155
病历 19——宫外孕	162
病历 20——支气管肺炎(儿科)	169
结束语	175
附: 病种病历	176

第一章 总 论

第一节 护理病历的书写方法

一、护理病历的意义

护理病历是护士运用护理程序为病人解决实际问题的过程与其结果的具体体现及凭证,护理程序是护理人员为服务对象解决健康问题的工作方法与过程。护理记录反映了护理人员的文化素养、思维方法、知识范围和工作能力等。它不仅反映了护理工作的内涵,更显示了护理专业的价值。一份书写合格的护理病历可以起到如下作用:

(1) 反映病情的准确性及连续性。护理病历是护士针对病人的病情所实施的护理措施及其结果的真实记录。因此护理病历必须能够准确反映病人的病情及其变化,包括疾病的发生、发展及转归,这样才能进一步体现护理措施的准确性。

(2) 相互沟通。护理记录是所有参与同一病人护理与治疗的工作人员相互沟通的媒介。从记录当中,每个工作人员都可以了解他们已经为病人做了什么,还需要做什么,发挥传达病人信息的功能。

(3) 质量监控。由记录可得知病人所得到的护理及成效,并可指导临床护理。对记录进行定期的回顾、检查,是对一个医院、部门的服务质量进行评价的依据。护理管理人员通过对护理记录的检查,可评价护理管理控制标准,政策的可行性、实用性,临床护理质量及如何改进质量等。

(4) 临床教学。通过对护理记录的学习,学生可将课本知识付诸实践,获取经验;通过对学生护理记录的内容评价,教师可了解学生是否真正理解和掌握了学过的知识,是否学会应用理论知识于临床实践中,还可以发现教学内容、方法是否满足临床实践的要求,对课程设置、要求进行改革或调整。

(5) 护理科研。医学界各类的研究计划均可在病人的护理记录上收集到资料,尤其对回顾性研究及医学统计方面的帮助更大。护理记录还可以作为验证已有的护理理论或发展新的护理理论的重要参考资料。

(6) 法律依据。在法庭上,病历是最受认可的依据。护理记录内容应准确无误,记录者需对记录的内容负法律责任。

(7) 效益评估。护理记录的内容可以直接反映服务对象所接受的服务。优良的服务与服务对象获得康复的时间长短有直接关系。

二、护理病历书写的基本原则

(1) 简明扼要，严谨准确。记录语句简单明了，流畅准确，突出重点，使用专业术语，避免错别字，字迹工整。

(2) 客观详实。记录中只记录护士亲自观察到的和病人实际发生的事情，或病人实际得到的护理与治疗，不包含任何个人的猜测、臆造与偏见。没有做过的事情不要写，做过的事情也不能漏记，不能代别人记录或让别人代写。

(3) 记录及时无误。

(4) 条理清楚，完整有序，体现护理程序的贯彻，整份病历内容上保持严密。

(5) 护士应为所收集到的病人的资料保密。

(6) 配合医院的规则：使用规定的表格书写；按规定的格式书写；使用规定的、通用的缩写简写；改正错误时，应有签名，不能涂抹或用涂改液覆盖。

三、护理病历的书写方法

在开展整体护理过程中，护理病历的设计要符合以下要求：体现护理程序的贯彻，病历的设计保证能够收集到病人的全面资料，同时不忽略专科特点。在目前护士的知识层次偏低而且人员不足的情况下，护理病历的设计尽量书写简单，书写量小，这样才能保证整体护理的质量，达到整体护理的目的。

本册护理病历分析选取了9个专业的20份病历作为分析对象。9个专业的病历格式基本相同。本章在介绍病历书写方法时，以普外科病历为例，其他科病历若有特殊之处，将在相应部分做特殊介绍。

(一) 病人入院基本资料的书写方法

1. 一般资料

一般资料包括病人姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻、文化程度、地址、电话、公费还是自费等。此处的填写比较简单，只要做到准确完整即可。下面详述简要病史的书写方法：

(1) 入院原因：包括病人的主诉、简单现病史、入院诊断、入院日期、入院方式。病人主诉的书写方法为主要症状或体征+持续时间。简单现病史包括病人患病后的全过程，包括发生、发展情况，所做过的检查及所经过的治疗。入院诊断须记录完整。入院日期应包括年、月、日、时刻。入院方式如平车、步行、轮椅等。在书写时间时需要注意的是不能以“今日”、“昨天”、“去年”这一类的词来表示。下面举例说明入院原因的书写方法：主因“间断性右上腹疼痛十余年，无规律性疼痛加重三个月”，行胃镜示“胃底粘膜低分化腺癌”。患者十年前无明显诱因偶感饭前后右上腹胀痛，未予诊治，三月前疼痛加重且无规律性，门诊以“胃底癌”于1997.11.13.10am步行收入院。

(2) 既往史：包括病人既往的健康状况和过去曾经患过的疾病。这里须注意的是在收集病人资料时，要了解病人既往所患疾病的平时病情及其治疗保健情况，以全面了解病人的需要。如：如果病人既往有高血压病史，则须了解病人所接受的治疗，病人是否能够按时服药，病人平时的血压情况，包括平时血压是否稳定，最高收缩压和舒张压等。收集到这些资料以后，护士就可以根据病人的情况为病人制定有针对性的健康教育计划和护理计划。

(3) 家族史：主要记录与病人有血缘关系的家属的患病情况，如病人的父母、兄弟、姐

妹及子女有无同类疾病及与遗传有关的疾病，不包括病人配偶的患病情况。

(4) 过敏史：了解并记录病人有无对药物、食物及粉尘的过敏史。记录时要记录过敏原及过敏症状。

(5) 宗教信仰：记录病人所信仰的宗教名称，若病人没有宗教信仰，则记录为“否认”。

(6) 烟酒嗜好：记录病人每日吸烟或饮酒的量，以及持续的时间，如：吸烟史 20 年，20 支/日；饮酒史 20 年，每日 2 两。

(7) 月经婚育史：对于女病人，要记录其月经的初潮、月经周期及每次月经的持续时间，以及末次月经的时间。婚育史包括结婚年龄、怀孕及妊娠的次数、几个孩子、爱人及孩子的身体情况。对于男病人，则记录其结婚年龄、几个孩子、爱人及孩子的身体情况。下面的例子为一例对男病人婚育史的描述：23 岁结婚，二女一子，爱人及子女均体健。

2. 生活状况及自理程度

生活状况及自理程度包括对病人饮食、睡眠、排泄习惯及自理型态的描述。为了减少护士的书写量，此部分的设计采用表格的形式，对于每种型态改变的描述，须经过详细的问诊，如果确定病人在此方面无异常，则在其名称所在的格内划“√”；若病人在此方面有异常，则需在其相应的内容格内具体描述病人的情况。具体的实例可参考后面的普外科病历。

内科护理病历此部分资料采取选择填空的方式，书写原则同普外护理病历，对其中任何一项，若护士经过评估，判断病人在此方面无异常，则可选择“正常”。若护士选择了“异常”或“其他”，则必须具体说明“异常”或“其他”的具体表现。在自理部分，若选择“部分自理”，则必须说明病人哪部分能够自理，或哪部分不能自理。这样才能使病人的入院基本资料清楚、明确、具体，有参考价值。

3. 体格检查

(1) 首先记录病人入院当时的生命体征及患者的身高、体重。需要注意的是，记录时必须注明单位，如：Bp130/70mmHg，H：160cm 等。

(2) 对患者从神经系统、皮肤粘膜、呼吸系统、消化系统和循环系统方面进行评估，若患者其他方面有问题，则在其他栏内记录。记录的方法基本同“日常生活习惯改变”的记录方法。所不同的是，体格检查部分在每一系统相应的栏内左边加上了“正常”二字。以神经系统为例，护士如果经过对患者神经系统的全面评估，判断患者在神经系统方面无异常，则可在神经系统栏内的“正常”下面划“√”；若患者在神经系统方面存在问题，则在“正常”右面的栏内具体说明，如发现患者神志异常，可在神志后面的横线上具体记录患者的神志情况，如嗜睡、意识模糊等。这里需要特别注意的一点是，在记录患者的异常情况时，不能只记录为“异常”，应具体记录异常的具体表现，这样才能使病历参阅者对患者的身体情况有一明确的认识。

内科护理病历中，此部分采用选择填空的方式，若护士经过系统的身体评估，判断病人在某方面无异常，则在相应的部分选择“正常”；若选择“其他”、“有”或异常情况，则应具体描述其表现。

4. 对疾病的认识

主要记录病人术前的情绪状况和对疾病的了解。

(1) 情绪：记录病人入院当时的情绪状况，如情绪是否稳定，有无焦虑、抑郁或愤怒、悲观等，并了解病人能否适应医院环境，能否适应病人角色，病人对待疾病的态度等，以进一步了解导致病人目前情绪状况的原因，为制定有效的护理措施做准备。

(2) 知识：主要记录病人对疾病的了解情况，着重在于需要患者配合或注意的方面，目的是制定适合病人的健康教育计划，促进病人自理。例如对于一位高血压病人，病人应该了解与高血压有关的因素，如何在日常生活中避免这些因素，如何服药，如何测量血压，日常生活中如何注意安全等。再如对于面临手术的病人，护士需要了解病人是否知道术前术后的注意事项，手术后如何与医生和护士配合，以争取尽快恢复等。举例说明如：“患者缺乏与术前检查、保健、准备及术后饮食、活动等有关的知识”。

内科护理病历中，“对疾病的了解”一项，不管选择“有”或“无”，均应在其后进行具体说明，如病人不了解哪些知识，或病人希望了解哪些方面的知识。

5. 其他（包括阳性化验结果）

这里主要记录病人入院之前及入院当时对医疗和护理诊断有支持意义的检查及化验的名称及结果。为了与病人住院过程中的病情进展进行比较，还要记录检查或化验的日期。

以上为普外护理病历病人入院基本资料的记录方法。因为病人入院基本资料是对病人入院当时情况的全面记录，是护士进一步制定护理计划的基础。因此，护理病历中对病人入院基本资料的记录应做到客观如实，明确具体，对护理程序中的护理诊断、护理计划、实施和评价步骤有指导意义。

（二）护理诊断/问题

为了便于护士书写，病历里将普外科学术前术后常用护理诊断或合作性问题罗列出来，护士在使用时可根据病人的情况选择合适的诊断，需要时填写护理诊断/问题的相关因素。对于被选择的护理诊断/问题，在其前面的“起时”格内，注明该护理诊断/问题出现的日期及时刻，并按诊断/问题的轻重缓急和出现的时间先后对被选择的护理诊断/问题进行排序，将其序号写在相应的序号栏内。当经过护士的护理活动，某一护理诊断/问题得以解决，则在评价结果栏内注明问题解决的结果，在“停时”栏内记录该护理诊断/问题停止的日期及时刻，责任护士在签名栏内签全名。如果病人存在的护理诊断/问题没有在护理诊断/问题单中列出，护士可在该页的空格内补充。

填写护理诊断/问题单时，应注意如下事项：

(1) 相关因素应明确，对护理措施应有指导意义。如护理诊断“清理呼吸道低效”，若其相关因素填写为“与手术有关”，则护士在制定护理措施时，只能笼统地采取一些促进排痰的措施，护理措施的针对性差。如果相关因素为“与伤口疼痛，不敢咳嗽有关”，则护士就可以采取一些保护伤口，促进排痰的措施。如果相关因素为“与痰液粘稠，不易咳出有关”，则护理措施就可以从稀释和松动痰液入手。由此例可见，相关因素对护理措施的指导意义之大。

(2) 新增加的护理诊断/问题应按照 PSE 或 PE、SE 公式书写。P 为“问题”（Problem）的英文字头，S 为“症状或体征”（Symptom 或 Sign）的英文字头，E 为“病因”（Etiology）的英文字头。

(3) 整体护理病房的护士临床工作中可参考标准护理计划，因此，在病历中此页不要求护士书写护理计划。

（三）术后评估

手术填写表格时，首先需要在表格上面的空格内记录病人的手术日期、麻醉方式、手术名称、术后是否转往外科监护，以及转回本病房的时间。如“病入于 1998 年 11 月 29 日在全麻下行胃大部、胰体尾、脾切除术，术后转往外科监护病房，11 月 30 日 9am 转回十病

房”。

表格的填写方法如下：

(1) 在第一行空格内注明日期。

(2) 生命体征：记录生命体征时必须记录具体的数值及单位，不能只记录为“正常”或“不正常”。

(3) 神志：“神志”的记录应为具体的神志状态，不能只记录为“正常”或“不正常”。

(4) 皮肤粘膜：皮肤粘膜若无破损，则记录为“完整”；若有破损，则须记录破损的部位及破损的大小、程度等。

(5) 咳嗽/痰：若病人无咳嗽、咳痰，记录为“无”；若有，则需记录痰液性状，以及是否容易咳出。

(6) 呼吸音：应记录护士实际听诊到的呼吸音情况，不能只记录为“正常”或“不正常”；对于异常的呼吸音，除记录呼吸音的情况外，还应记录异常呼吸音所在的部位。

(7) 呼吸困难：病人若无呼吸困难，可记录为“无”；若有，应记录呼吸困难的表现及程度。

(8) 舒适：病人若有舒适方面的问题，如术后腹痛、腹胀，应记录腹痛腹胀的程度；若无，则可记录为“无”。

(9) 活动：病人“活动”的记录，主要记录病人术后的活动状态以及活动耐力，不可记录为“无”。术后常见的活动状态为“平卧”、“床上翻身”、“床上坐起”、“下床活动”等，同时记录病人有无活动时的不适，如心慌、气短等。

(10) 肠鸣音：术后病人的肠鸣音如果没有恢复，应记录为“未闻及”，不可记录为“无”；若肠鸣音恢复，则要记录护士实际听到的肠鸣音的次数，不可记录为“正常”。

(11) 饮食：病人术后的饮食记录应记录病人实际的饮食情况，如“禁食”、“半流食”等，病人若有进食后的不适，也要有相应的记录。

(12) 循环系统：病人在循环系统方面若无异常，可记录为“正常”；若有问题，则应记录异常的具体表现。

(13) 管道：胃管、腹引、T管、会阴引流、尿管的记录应包括引流液的性状及量，若没有某一引流管，则可在其相应的行内记录为“无”；“造瘘管”的记录应包括名称、瘘口周围皮肤情况及引流液的性状等。“中心静脉插管”部分应记录部位以及穿刺处有无红肿、渗液等。“气管插管”的记录包括是经口气管插管还是气管切开，若为经口气管插管，则应记录气管插管的深度；若为气管切开，应记录气管切开处皮肤的情况。

(14) “其他”一项，可记录以上内容没有包括、但又需要记录的病人实际发生的情况，如病人的伤口情况，病人的心理情况等。

(四) 护理记录单

护理记录主要是记录当日病人的护理问题，护士针对病人的护理问题所采取的护理措施以及护理结果。一般采用PIO的记录方式。

1. PIO记录方式

P (Problem) 即护理问题，可以以护理诊断的形式书写，也可以直接记录病人的问题。如病人体温为 39.2°C ，在记录时可以以护理诊断的形式书写——体温过高，亦可以直接记录病人的护理问题——T: 39.2°C 。但不管以哪种形式记录，所记录的护理问题必须明确，对护理措施有指导意义。当日记录的护理问题，应与从护理诊断/问题单中的起止时间反映

出的护理诊断/问题一致。

I (Intervention) 即护理措施, 记录护士为了解决病人的护理问题所实施的护理措施, 是真正已实施于病人身上的护理, 而不是护理计划。护理措施的采取应有助于护理问题的解决, 护士在记录时, 要记录为病人确实实施过的护理措施, 没有做过的事情不要记录, 做过的事情也不能漏记。

O (Outcome) 即护理结果, 记录病人的护理问题经过护理后的结果, 不管这个结果是否是护士所期望的, 均要如实记录, 结果的记录要有可衡量的动词, 尽量使用客观指标, 而且结果的记录要与护理问题在数目和顺序上保持一致和相对应。

2. 填写护理记录单时的注意事项

(1) 一级护理病人要每天记录, 二、三级护理病人每周至少记录一次, 如有病情变化随时记录。

(2) 护理记录要有连续性。即一个问题的出现、进展及解决均要在护理记录中有所体现, 其出现及停止的时间要与护理诊断/问题单中该问题的起止时间一致。

(3) 护理记录中护理问题的序号可以与护理诊断/问题单中的相应护理问题的序号一致, 也可以在当天存在的护理问题中根据首优、中优、次优的原则重新排序。本册病历分析中, 呼吸内科的护理病历采取前一种方法, 普外科的护理病历采取后一种方法。

(4) 原则上, 护理活动应该随做随记, 但由于临床工作比较繁忙, 目前还不能做到随做随记, 各单位可根据临床工作制定每天的记录时间。

(五) 出院指导

1. 根据以下方面制定有针对性的出院指导:

(1) 病人出院时的情况: 如果病人出院时仍存在未解决的护理问题, 应根据护理问题继续对病人进行指导。

(2) 根据病人所患疾病对病人进行出院后的健康指导, 如自我护理方面的一些注意事项、并发症的监测等。

(3) 如果病人既往史中患有其他疾病, 且病人对这些疾病的自我护理或监测存在问题, 应该对病人进行这些方面的指导。

(4) 针对病人的不良生活习惯进行指导, 如不利于健康的饮食习惯等。

(5) 制定出院指导时, 应具体、明确、可执行, 便于病人操作。

2. 下面介绍普外科护理病历中出院指导的书写方法:

(1) 营养: 根据病人的病情对病人进行营养指导, 包括饮食种类、进食方法, 有时还需要烹调方法指导等。告诉病人应该吃哪类食物, 应该避免哪类食物, 并对每类食物列举一些常见的且容易得到的食物。如对一位胃癌术后的病人, 出院时营养指导可为: 多进些高蛋白、高维生素、易消化食物, 如瘦肉、鱼、鸡肉、新鲜蔬菜水果等, 应少食多餐, 从每日 4~6 次, 1~2 两/日, 逐渐增加, 避免油炸、干硬、辛辣、酒、浓茶、咖啡等刺激性食物, 避免暴饮暴食。

(2) 活动与休息: 根据病人平时的活动爱好及病人病情的限制, 对病人进行活动与休息的指导。对于有呼吸系统疾病的病人和心血管系统疾病的病人, 还应该告诉病人如何监测活动是否适量的方法, 如出现心悸、气短或脉搏大于多少应该停止活动进行休息等。对于神经科和骨科还应该进行功能锻炼的指导。

(3) 特别指导: 根据病人所患疾病对病人进行并发症自我监测的指导。如针对上述胃癌

术后病人,该方面的指导可为:如出现下列症状,需要及时就医:伤口部位红、肿、热、痛;体温超过 38.5℃;恶心、呕吐、腹痛、腹胀、停止排气排便等不适症状。如果病人出院时仍存在护理问题,应对病人进行相应的指导,列出护理问题及其护理措施。

(4) 最后具体写出复诊时间、地点、主管护士签名及时间。

以上以普外科护理病历为例介绍了护理病历的书写方法,从中可见其基本书写原则为客观如实,明确具体。读者可参考后面病历分析中的病历及其分析,进一步理解护理病历的书写方法。护理病历在临床工作中具有十分重要的意义,但前提是只有护士掌握了护理病历的书写方法,才能使书写出的护理病历发挥其应有的作用。因此,各位护士应努力促进护理病历的完善,从而推动护理专业的发展。

在第二章有 4 份书写较规范的标准病历,供读者参考。

第二节 护理病历评价标准

项 目	内 容	好	较好	一般
病历书写要求 (20 分)	记录能反映病人的健康状态	5	4	3
	记录内容详细,反应病情变化	5	4	3
	文字叙述简要,运用医学术语	5	4	3
	本班内完成病历书写	5	4	3
入院基本 资料评估 (20 分)	项目记录完整	5	4	3
	主观资料收集正确完整	5	4	3
	客观资料收集正确完整	5	4	3
	心理社会方面描述正确	5	4	3
护理诊断/问题 (20 分)	诊断/问题正确全面、依据充分,陈述合理	4	3.2	2.4
	相关因素恰当	4	3.2	2.4
	诊断问题排列顺序合理	4	3.2	2.4
	按 PES 或 PE 公式书写	4	3.2	2.4
	及时定期评价	4	3.2	2.4
护理记录单 (20 分)	一级护理每日记录	4	3.2	2.4
	二、三级护理每周记录 1 次(有问题随时记录)	4	3.2	2.4
	“P”记录准确(当日病人的问题)	4	3.2	2.4
	“I”记录细致具体	4	3.2	2.4
	“O”记录与“P”对应,能反映护理结果	4	3.2	2.4

续表

项 目	内 容	好	较好	一般
健康教育 (10 分)	有健康教育表格	4	3.2	2.4
	教育形式多样化	3	2.4	1.8
	病人能复述/回示所接受的教育内容	3	2.4	1.8
病人出院指导 (10 分)	出院小结书写规范	2.5	2	1.5
	饮食指导合理	2.5	2	1.5
	活动与休息指导内容完善	2.5	2	1.5
	结合现存问题, 有特别指导	2.5	2	1.5

第三节 如何做出护理诊断

目前, 许多护士反映如何做出护理诊断是应用护理程序过程中的一个难点。我们认为, 做出护理诊断其实并不难, 关键是要具备扎实的护理诊断基础知识, 了解护理诊断的思维过程, 长期护理诊断经验的积累, 还要了解病人。

一、掌握护理诊断的基础知识

1. 护理诊断的定义、种类、组成部分和陈述方式

(1) 北美护理诊断协会 1990 年第 9 次护理诊断会议上修订的护理诊断的定义是“护理诊断是关于个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应的一种临床判断。护理诊断提供了选择护理措施的基础, 以达到护理职责范围内有责任达到的结果”。从这一定义中应该理解护理诊断的研究对象、范围、实质、目的和意义。

“人类(对健康问题或生命过程的)反应”是护理诊断的研究或应用范围, 它包括人的生理、心理反应和社会反应。如某一肺癌病人, 对所患肺癌这一健康问题有生理上的反应(胸痛、血性胸水、呼吸困难、消瘦、活动无耐力)、心理上的反应(恐惧、焦虑)和家属的反应(悲哀)。

护理诊断的实质是对这些反应的临床判断。即判断病人的这些反应分别属于与护理有关的哪一类健康问题(护理诊断问题)。如上述反应可以分别诊断为: 疼痛、气体交换受损、营养低于机体需要量、活动无耐力、恐惧、焦虑和(家属的)预感性悲哀等。

护理诊断是选择护理措施的基础。一个护理诊断对应着一组用于解决这一护理诊断问题的护理措施。因此, 只有正确做出护理诊断, 才有可能选择或确定出正确的护理措施。如果护理诊断不正确, 相应的护理措施也很难对病人奏效。

做护理诊断和选择护理措施是为了达到护理职责范围内有责任达到的结果, 即做护理诊断的目的是为了解决属于护理职责范围内的, 通过采取护理措施能够解决病人的健康问题, 或者通过护士执行医嘱以及护理观察、监测、病人教育、咨询等措施有助于问题解决的健

问题。

护理诊断的对象包括个人、家庭或社区。目前，在医院环境下，病人是护士做护理诊断的主要对象。

(2) 护理诊断分为现存的、有……危险的和健康的三种类型。在医院，现存的、有……危险的护理诊断最为常用。诊断依据是做出该诊断的临床判断标准，是病人所具有的一组症状和体征以及有关病史，也可以是危险因素。支持一个现存护理诊断存在的证据是症状和体征，而支持一个有……危险的护理诊断的证据是有危险因素存在。有……危险的护理诊断要求护士具有预见性，如高血压、头晕病人存在“有受伤的危险”；长期卧床病人存在“有皮肤完整性受损的危险”等。

(3) 护理诊断的分类及分类表的内在组成。如：排泄型态中包括排便和排尿两大类。排便包括便秘、腹泻和排便失禁；便秘又分为感知性便秘和结肠性便秘。排尿包括尿失禁和尿潴留；尿失禁又分为压迫性尿失禁、反射性尿失禁、急迫性尿失禁、功能性尿失禁和完全性尿失禁。这些诊断之间的相互关系是由护理诊断分类层次决定的。因此，护士学习使用护理诊断时，需要了解排泄型态下总共有这 12 个护理诊断，而且这些诊断之间彼此有内在联系。于是，当护士收集到病人排泄型态的资料有异常时，只需从排泄型态下所属的护理诊断中去分析和选择即可。如果护士不了解护理诊断分类之间的内在关系而从所有护理诊断中去筛选可能会感到比较困难。

2. 常用护理诊断的名称、定义、诊断依据、相关因素或危险因素

护理诊断虽然有 128 个之多，内容涉及内、外、妇产、儿、五官、精神科护理以及家庭护理和社区护理。但真正具体到某一个专科（如内科、外科、妇产科、儿科等），常用的护理诊断数目则没有那么多个。所以，长期固定在某一专科工作的护士可以先掌握和熟悉本专科常用的护理诊断，然后再逐渐掌握更多的护理诊断。

3. 相似护理诊断之间的鉴别诊断要点

掌握相似护理诊断之间的鉴别诊断要点，知道在什么情况下哪一个护理诊断更合适，以提高诊断的准确性。例如，呼吸内科常用的三个护理诊断是清理呼吸道无效、气体交换受损和低效性呼吸型态。这三个护理诊断的主要诊断依据都是呼吸困难的一些表现，但是，从护理诊断的定义中可以看出三个诊断各有特点。例如：清理呼吸道无效是呼吸道中有痰液堵塞，影响通气，即存在通气障碍；气体交换受损是在肺泡和微血管系统之间的氧气和二氧化碳交换较少，即存在换气障碍；而低效性呼吸型态是肺脏不能充分扩张或排空，即存在呼吸节律和深度障碍。一旦掌握了这一鉴别诊断要点，这三个护理诊断很容易区分。又如：活动无耐力、躯体移动障碍和自理缺陷也是一组容易混淆的护理诊断。我们可以这样分析：

(1) 活动无耐力的特点是病人能活动，但由于活动耐力下降而不能完成所期望的整个活动过程，如哮喘、心衰、心绞痛、心律失常、年老体弱的病人容易出现活动中疲乏、呼吸困难、循环功能异常（心率、血压甚至心电图改变），护理措施的原则是协助和指导病人活动，目的是使病人不出现超负荷的活动，同时需要逐渐提高活动耐力水平。

(2) 躯体移动障碍适用于：①病人不能独立移动躯体，如昏迷、意识障碍、偏瘫、石膏固定、牵引、大面积烧伤等病人，护理的目的是协助病人活动（如翻身），预防不活动的并发症；②病人能独立移动，但移动有困难，如偏瘫、骨折病人，护理的目的是协助和指导病人活动，预防意外受伤，预防不活动的并发症，同时促进肢体功能的康复锻炼。

(3) 自理缺陷适用于：①病人暂时或永久性地完全失去了自理能力，如昏迷、意识障

碍、瘫痪等病人；②病人由于活动能力或活动范围受限，如疾病或医疗限制性卧床、骨折、极度虚弱的病人，使病人的自理能力受到限制。护理措施的原则是代替、协助或指导病人自理，目的是满足病人的基本需要，同时逐步恢复和增强病人的自理能力。因此，如果护士一时不能肯定给病人下哪一个护理诊断更合适，她可以运用反向思维方法，先想一想护理的主要目的是：①让病人活动，但不要超负荷，则选活动无耐力；②协助或指导病人活动，预防不活动的并发症，或者预防受伤，则选躯体移动障碍；③满足病人的自理需要，则选自理缺陷更为合适。

上述分析只是临床护士经常遇到的两组典型例子，其他护理诊断也是一样，护士在学习和使用护理诊断过程中要善于总结每个护理诊断的特点，既方便记忆又使所下的护理诊断准确无误。

二、护理诊断的思维过程

为了有计划地系统地收集资料，许多医院都编制了病人入院基本资料评估表、住院病人评估表等。表格的设计一般应遵循某一理论，按照一定的顺序和内容来编排。这样以来，护士可以按照表格中提示的内容一边收集资料，一边完成对资料的分类和判断，然后很容易做出护理诊断。即：熟悉护理诊断的护士对资料的收集、分类整理和判断几乎是同步进行的。而对护理诊断还不熟悉的护士则需要按照下面的步骤一步一步地进行，直到熟悉了护理诊断名称及相应的诊断依据：

(1) 收集和整理资料：包括主观和客观资料，即病人的临床表现（症状、体征和病史）。为了避免遗漏资料，初学者最好按照事先设计好的评估内容或表格收集资料。如 Gordon 的功能性健康型态就是一种很好的评估资料（包括收集资料、资料整理和分类）的理论模型。

(2) 分析资料：通过分析临床表现与推理过程找出这些资料的临床特征，从而归纳出一个或几个相对独立的问题。例如，有一支气管哮喘病人表现为喘憋、胸闷、呼吸急促，护士分析这些临床表现是由于哮喘病人存在支气管痉挛，导致呼吸困难，机体出现代偿性地呼吸频率加快，深度变浅，肺脏不能充分扩张和排空。因此，护士的推论是病人存在“呼吸速率和型态的改变”，是属于呼吸型态的问题。

(3) 形成诊断假设：确认可能的护理诊断型态或问题。查对护理诊断项目，选择一个符合的护理诊断。如上述哮喘病人属于呼吸型态的问题，呼吸型态下有五个护理诊断（清理呼吸道无效、气体交换受损、低效性呼吸型态、不能维持自主呼吸、功能障碍性撤离呼吸机反应），这五个护理诊断就是备选的护理诊断（诊断假设/可能的护理诊断）。

值得注意的是，护士在最初建立的诊断假设中包括正确的护理诊断是非常重要的。因此，护士收集资料要全面，资料越充足，越有可能产生多个诊断假设，从而不至于在诊断假设中遗漏正确的护理诊断。对于刚开始学习和使用护理诊断的护士，建议在形成诊断假设时尽量多设想几个可能的护理诊断，然后采用排除法逐个筛选，这种诊断方法虽然慢，但是遗漏护理诊断的机会少一些。而对于熟悉护理诊断的护士，诊断假设的范围可以缩小，使诊断过程既快又准。

(4) 验证诊断依据：检查每一个可能的护理诊断的诊断依据是否存在。举几个非常简单的例子：如果你下了“体温过高”的护理诊断，你只需要验证病人体温是否高于正常范围；对于“便秘”的病人只需要验证病人是否排便次数减少，排便时费力，排便干、硬；对于“清理呼吸道无效”的病人，需要验证病人是否痰多、不能通过咳嗽有效地咳出痰液，从而

导致呼吸道不通畅。如果这些主要诊断依据存在，就可以肯定该诊断成立。有些临床护士尽管已经使用了很长一段时间的护理诊断，但她们反映不知道自己所下的护理诊断是否正确，总希望找个有经验的指导老师帮助判断正误，或者寄希望于护理查房时的护理病历分析来判断。原因正是这些护士没有掌握护理诊断过程中的“验证诊断依据”这一步。

(5) 确认或排除诊断：若诊断依据存在则确认该诊断，否则，排除该诊断。

(6) 确定与出现该护理诊断有关的因素

(7) 正确陈述该护理诊断。

可见，临床护士做出护理诊断的过程实际上是在收集资料的基础上，运用归纳推理形成诊断假设，然后再经过演绎推理验证假设，最后得出结论的逻辑过程。简单地说，从收集资料到做出护理诊断的过程是一个临床判断过程。护士是否选定某个护理诊断决定于该诊断的诊断依据是否足够，且完全符合该诊断的定义，否则，诊断无法成立。

三、积累护理诊断经验

护士在护理许多同种疾病病人的过程中会慢慢积累一些护理诊断经验，如哪种疾病病人一般会在哪些护理诊断，哪个护理诊断用于哪类病人更合适等，这些都是有一定规律的。积累这些经验会巩固和扩大护士的护理诊断应用知识。随着有意识的经验积累，护士应用护理诊断的熟练程度会迅速增加。

四、了解病人

了解病人的病情和病人对所患疾病的反应。了解病人与护士照顾该病人所花费的时间多少有关，而且与护士在护理同类疾病病人的实践中所花费的时间以及所积累的经验有关。了解病人可获得同类病人对疾病反应的一般性和特殊性方面的知识。因此，了解病人与做出护理诊断的能力有关，而且有助于护士选择有针对性的个体化的护理措施。例如，临床护理专家凭借丰富的临床经验以及对病人的了解，完全有可能通过制定和实施有效的个体化的护理计划改变病人的转归，促进病人早日康复。所以，了解病人的过程不是简单地等同于一次全面收集资料的过程，它与护士的临床经验和整个护理过程（评估、诊断、计划、实施和评价）都有关。

另外，大家知道选择合适的护理诊断是从主观和客观资料的评估中确定出来的，而护理诊断的结果是根据医学、药理学、营养学及心理卫生等知识而推论出属于护理职责范围内的活动。因此，学习使用护理诊断还需要不断充实医学基础知识。