



临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

LINCHUANG JIBING ZHENLIAO JIANYAN YU HULI CHENGXU CONGSHU

实用临床护理程序

SHIYONG LINCHUANG HULI CHENGXU

总主编 马 智

主 编 郭忠林 贾凤平 冯柳芳



军事医学科学出版社

★临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

实用临床护理程序

总主编 马 智

主 编 郭忠林 贾凤平 冯柳芳

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

实用临床护理程序/郭忠林,贾风平,冯柳芳主编.
-北京:军事医学科学出版社,2007.8
(临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书/马智总主编)
ISBN 978-7-80121-991-6

I. 实… II. ①郭… ②贾… ③冯… III. 护理学
IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 110221 号

出 版: 军事医学科学出版社
地 址: 北京市海淀区太平路 27 号
邮 编: 100850
联系电话: 发行部: (010)63801284
63800294
编辑部: (010)66884418, 86702315, 86702759
86703183, 86702802
传 真: (010)63801284
网 址: <http://www.mmsp.cn>
印 装: 三河佳星印装有限公司
发 行: 新华书店

开 本: 850mm × 1168mm 1/32
印 张: 12.25
字 数: 301 千字
版 次: 2007 年 8 月第 1 版
印 次: 2007 年 8 月第 1 次
全套定价: 168.00 元 每册定价: 24.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书内容包括基础护理学的基本知识及基本操作技术,本书采用以护理程序为框架的编写模式,以评估、计划、实施和评价为主线,介绍各项护理操作的基本内容,从而为实施以服务对象为中心、以护理程序为框架的整体护理打下坚实的知识、技术和能力基础,以适应临床护理工作模式的需要。全书内容涵盖面广,既注重基础,又突出重点,力求反映护理临床和护理研究的最新成果。

《实用临床护理程序》编委会

总主编 马 智

主 编 郭忠林 贾凤平 冯柳芳

副主编 (按汉语拼音排序)

崔兰芹 高志英 师景顺

汪秀英 王 冉 王文阁

王文英 王新芬 王玉明

卫俊英 张志娟 周永志

编 委 (按汉语拼音排序)

丁方云 侯桂芳 侯玉英

乔香翠 王素霞 张凤梅

赵素香

前 言

近年来,特别是改革开放以后,我国护理技术迅速发展,护理人员整体素质有了较大的提高。随着医学科技进步和医学模式转变的需要,在护理实践中,体现以人为本的精神,人们对护理技术的要求愈来愈高,护理工作愈来愈重要。

护理学的研究对象是整体的人,是具有生物和社会双重属性的人。人的健康不仅是指生理方面,还包括心理和社会等方面。护理人员要同时具备相应的社会科学知识,才能满足护理对象的这种需要,同时要关注社会环境对人类健康的影响。

护理学具有较强的实践性。护理人员在临床实践中必须坚持护理理论与临床实践相结合,要求具备一定的理论知识,还要熟练掌握各项操作技能,具有一定的实践操作能力。如在抢救心脏骤停患者时,胸外按压的部位、深度、频率等都直接关系到复苏的成败;抢救危重患者时,护士熟练准确的操作是抢救患者的关键。为提高广大护理人员护理技术水平,有力地配合临床诊疗工作,特组织编著《实用临床护理程序》。

全书共分十九章,内容包括基础护理学的基本知识及基本操作技术。本书采用以护理程序为框架的编写模式,以评估、计划、实施和评价为主线,介绍各项护理操作的基本内容,从而为实施以服务对象为中心、以护理程序为框架的整体护理打下坚实的知识、技术和能力基础,以适应临床护理工作模式的需要。全书内容涵盖面广,既注重基础,又突出重点,力求反映护理临床和护理研究的最新成果。

编者

2007年5月

目 录

第一章 护理程序	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 护理程序的步骤	(2)
第三节 护理病历	(20)
第二章 入院和出院的护理	(22)
第一节 入院的护理	(22)
第二节 出院的护理	(24)
第三章 卧位与安全的护理	(27)
第一节 各种卧位	(27)
第二节 患者的搬运与护送	(33)
第三节 防护具的应用	(39)
第四章 舒适与休息的护理	(43)
第一节 舒适	(43)
第二节 疼痛的护理	(44)
第三节 休息与睡眠	(52)
第五章 医院感染的预防与控制	(64)
第一节 医院感染	(65)
第二节 清洁、消毒和灭菌	(68)
第三节 无菌技术	(80)
第四节 隔离技术	(88)
第六章 清洁卫生的护理	(97)
第一节 口腔护理	(97)
第二节 头发护理	(102)

第三节	皮肤护理	(107)
第四节	会阴部护理	(111)
第五节	床单位的清洁整理法	(113)
第六节	晨晚间护理	(117)
第七节	压疮的预防及护理	(118)
第七章	生命体征的观察与护理	(129)
第一节	体温的评估与护理	(129)
第二节	脉搏的评估与护理	(140)
第三节	呼吸的评估与护理	(144)
第四节	血压的评估与护理	(151)
第五节	体温单的使用	(158)
第八章	营养与饮食的护理	(160)
第一节	饮食营养与健康	(160)
第二节	医院饮食	(162)
第三节	饮食护理	(167)
第四节	特殊饮食的护理	(170)
第五节	静脉高营养	(175)
第六节	出入液量记录	(179)
第九章	排尿的护理	(180)
第一节	泌尿系统的解剖及生理	(180)
第二节	排尿活动的评估及异常时的护理	(182)
第三节	排尿异常的护理技术	(188)
第十章	胃肠的护理	(198)
第一节	胃活动的观察及异常时的护理	(198)
第二节	大肠的解剖及生理	(209)
第三节	排便活动的评估及异常时的护理	(210)
第四节	排便异常的护理技术	(217)
第十一章	冷热疗法的应用	(226)

第一节	热疗法	(226)
第二节	冷疗法	(233)
第十二章	给药的护理	(240)
第一节	给药的基本知识	(240)
第二节	口服给药法	(246)
第三节	吸入给药法	(249)
第四节	各种注射法	(254)
第十三章	药物过敏试验法	(277)
第一节	青霉素过敏试验与过敏反应的处理	(278)
第二节	链霉素过敏试验	(283)
第三节	头孢菌素(先锋霉素)过敏试验	(285)
第四节	破伤风抗毒素过敏试验及脱敏注射法	(286)
第五节	其他药物过敏试验	(289)
第十四章	输液和输血的护理	(291)
第一节	静脉输液	(291)
第二节	静脉输血	(310)
第十五章	标本采集法	(322)
第一节	标本采集的原则	(322)
第二节	各种标本采集法	(323)
第十六章	病情观察、抢救和护理	(334)
第一节	病情观察	(334)
第二节	危重患者的抢救	(338)
第三节	危重患者的护理	(348)
第十七章	临终的护理	(350)
第一节	概述	(350)
第二节	对临终患者和家属的护理	(353)
第三节	患者死亡后护理	(357)
第十八章	医疗和护理文件的应用与保管	(360)

第一节	医疗与护理文件的记录与保管	(360)
第二节	医疗与护理文件的书写	(362)
第十九章	病区护理管理	(372)
第一节	病区护理管理的特点与内容	(372)
第二节	病区的组织行政管理	(373)
第三节	病区的业务技术管理	(375)

第一章 护理程序

第一节 概 述

护理程序是以护理理论为指导,以科学的工作方法为手段的护理实践;以满足护理对象身心需要、恢复或增进健康为目标;是综合的、动态的、具有决策和反馈功能的、有计划、有系统的实施护理的过程。

护理程序是一个开放的系统,由5个次系统组成,即评估、诊断、计划、实施和评价。构成系统的要素包括了医护人员、患者、其他医务人员、医疗设备、药品及资料等。这些要素既具有自己独特的功能,又通过相互间的作用及与环境的作用,构成系统的特定功能,以达到为护理对象提供系统的、适合个人的和恰当的整体护理,促进其恢复或增进健康。

护理程序的系统运行过程是由输入、输出和反馈三部分完成的。输入的是与护理对象健康有关的资料,通过系统、科学的评估与决策,制定最佳的护理措施。即经过独立的、创造性的发现问题、解决问题的过程,产生有效的护理,使护理对象的身心状态得到改善,以恢复和促进健康,并对护理对象接受护理后的反应及健康状态进行评价,最后将评价结果进行输出,反馈回系统,以帮助对护理对象的再评估。

第二节 护理程序的步骤

护理程序由评估、诊断、计划、实施和评价 5 个步骤组成,这 5 个步骤并不是孤立的,而是相互联系、相互影响、重叠循环往复、有序地存在的。

一、护理评估

护理评估是整个护理程序中的基础,是系统地、连续地收集、组织、核实和记录与护理对象有关健康资料的过程。通过对患者健康状况资料的收集、评估,护理人员随时发现护理问题,修改和补充护理计划。护理评估贯穿于护理工作的始终,贯穿于护理程序的全过程。

(一) 收集资料的目的

1. 明确护理对象的健康需要。
2. 为正确提出护理诊断提供可靠依据。
3. 指导护理计划的制定。
4. 为判断护理效果提供依据。
5. 可以为其他健康保健人员提供有益信息。

(二) 资料的分类

1. 主观资料 指人的感受,是只能由本人描述出来的个人感受。即护理对象的主诉,包括其对所经历、所感觉、所思考、所担心内容的诉说,如“我的腿很麻”、“我今天感觉头很晕”,这些对自己身体感受的描述都属于主观资料。

2. 客观资料 指他人通过观察、体格检查或借助医疗仪器和实验室检查而获得的资料,是可以通过客观数据描述的客观存在的症状或体征,如“心率 100 次/min”、“血尿”等。

(三) 资料的来源

1. 护理对象本人 是资料的第一来源,只要患者是意识清醒、精神正常的成人,通过患者的主诉和对患者的观察、体检均可以获得真实、准确的资料。

2. 与护理对象关系密切的有关人员 是资料的第二来源,包括与护理对象关系密切的家庭成员、朋友、同事、邻居等。他们所提供的资料往往能补充或证实护理对象提供的直接资料,尤其当护理对象是婴幼儿、精神异常、昏迷以及病情危重的患者时。

3. 护理对象的个人医疗文件 包括护理对象目前、既往的病史,病案记录,实验室检验报告等健康状况的资料。

4. 其他医务人员 包括与护理对象接触过的各类医务人员,如医师、营养师、其他护理人员,以及转科、转院时的陪同人员等,均可以为护理评估提供重要资料。

5. 文献资料 通过检索各类医疗和护理文献资料,可以弥补知识的局限性,获得重要的数据,为基础资料提供参考信息。

(四) 资料的收集方法

1. 观察 指护士在临床实践中,运用感官或知觉获取资料的方法。通过观察,护士可以获得护理对象生理、心理、精神、社会、文化等各方面的资料,发现一些不明显的、潜在的护理问题。观察能力的高低与护士的理论知识、临床经验密切相关,这两方面的不足往往使护士在观察时不够全面,容易出现遗漏,或者即使观察到了某些资料,却因知识有限或经验不足而忽视了资料蕴涵的真正价值和意义。观察作为一种技能,需要护士在临床实践中不断培养和锻炼,才能得到真正的发展和提高。

2. 交谈 通过与护理对象及家属交谈了解患者的情况。有计划、有目的沟通交流,不仅有助于建立良好的护患关系,帮助护士有效地收集与护理对象相关的资料和信息,还可以使护理对象获得与病情、检查、治疗、康复等有关的信息。

交谈的方式有正式交谈和非正式交谈两种方式。正式交谈是指事先通知护理对象准备,护士有计划地与其进行交谈,例如收集新入院护理对象的健康状况资料;非正式交谈是指护士在日常工作中与护理对象进行的随意而自然的交谈,这种交谈可以使护理对象感觉亲切、轻松,从而愿意说出内心的真实想法和感受,有利于了解与护理对象病情相关的一些隐私性资料。

在与护理对象交谈前应做好充分准备,并注意以下几方面:①选择安静、舒适,不受干扰的环境,注意不涉及护理对象的隐私,使其保持放松的状态;②灵活运用沟通技巧,注意语言清晰、语义明确,语速适当,使用通俗易懂的词汇,避免使用难以理解的专业词汇;③谈话过程中,控制好谈话的内容,引导谈话的方向,避免偏离主题,但不要打断其谈话;④交谈过程中,调整与护理对象间的距离,注意倾听,保持与护理对象的目光交流,适当地使用非语言性沟通技巧,克服影响沟通的不良行为;⑤保持护理对象体位舒适,根据护理对象的身体状况决定交谈时间的长短。

3. 护理体格检查 护士系统地运用视、触、叩、听、嗅等体格检查手段或借助一些辅助器具对护理对象的生命体征及各个系统进行检查,有目的地收集资料的方法。

通过体格检查,可以获得与确定护理诊断、制定护理计划等相关的护理对象身体状况方面的资料。因此,护理体检与医疗体格检查相比更细致、全面,注重整体的身心两方面。在临床工作中,护士要学会根据护理对象的病情重点检查受累系统的状况。例如,通过观察可以了解护理对象的精神状态、皮肤的颜色、营养状态;通过手的触摸感觉皮肤的温度、湿度,脏器的大小和形状;通过听诊可以了解呼吸系统和循环系统情况。甚至护理对象散发出的特殊气味也会为判断病情提供资料,如糖尿病酮症酸中毒患者的呼吸有烂苹果味。

4. 查阅 包括查阅护理对象的病历,各种医疗、护理记录,有

关书籍和资料等。

(五) 记录、整理资料

1. 资料的内容 运用护理程序对护理对象进行身心整体护理,要求所收集的资料不仅包括护理对象的身体状况,还要包括心理、社会、文化、经济等方面的情况。

(1)一般资料:包括护理对象的姓名、性别、年龄、民族、职业、婚姻状况、受教育水平、家庭住址、联系人等。

(2)现在健康情况:包括此次患病的情况,主述,当前的饮食、营养、排泄、睡眠、自理和活动等情况。

(3)既往健康状况:包括既往患病史、创伤史、手术史、过敏史、烟酒嗜好,女性的婚育史和月经史。

(4)家族史:包括家庭遗传病史、是否有家庭成员曾患与护理对象相似的疾病。

(5)护理体检:根据护理对象的具体情况,有侧重地检查其身体状况。

(6)最新的实验室检查及其他检查报告:通过查看检查报告,可以了解护理对象的病情变化。

(7)心理状态:包括护理对象对疾病的认识和态度,康复的信心,患病后精神、情绪及行为的改变。

(8)社会文化状况:包括护理对象的职业、经济状况、卫生保健待遇,以及家庭、社会的支持系统状况等。

2. 资料的组织、整理 收集到的资料涉及各个方面,为便于护理人员迅速、清楚地从大量资料中发现问题,需要对资料进行整理。

(1)按马斯洛(Maslow)的需要层次论分类:

——生理需要:生命体征、饮食、营养、排泄、睡眠、活动等。

——安全需要:对医院陌生环境的恐惧、无助感;对手术的恐惧、紧张等。

——爱与归属的需要:对家属的思念等。

——尊敬与被尊敬的需要:患病后自信受疾病因素影响,出现自卑感,应尊重护理对象的个人习惯、价值观、宗教信仰等。

——自我实现的需要:担心因住院影响学习或工作,对理想的实现产生影响。

(2)按人类反应形态分类:北美护理诊断协会(NANDA)将所有的护理诊断分为九大类,即交换、沟通、关系、赋予价值、选择、转移、感知、认识、感觉(情感)。将收集到的资料按此分类,可以迅速找到问题所在,即直接找出相应的护理诊断。

(3)按戈顿(Majority Gordon)的11个功能性健康型态分类:此种方法与临床联系紧密,通俗易懂,护士容易掌握,使用方便。

——健康感知—健康管理型态:如健康知识、健康行为等。

——营养代谢型态:如饮食、营养状态等。

——排泄型态:如排便、排尿、排汗的情况。

——活动—运动型态:如日常活动能力、活动量和活动方式等。

——睡眠休息型态:如每日睡眠、休息情况。

——认知—感受型态:如个人的情感反应、对自己的认识等。

——自我感受—自我概念型态:如个人的情感反应、对自己的认识。

——角色—关系型态:如家庭关系、邻里关系、同事、同学间关系的状态。

——应对—应激耐受型态:对一些变故如生病、丧亲等的反应状态。

——性—生殖型态:如月经、生育方面的情况。

——价值—信念型态:如宗教信仰、个人理想、目标等。

3. 资料的核实 为了保证所收集资料的准确性与真实性,需要对资料进行核实。对一些护理对象提供的与医务人员在认识上

有差异的主观资料,需要用客观资料进行核实。如患者主述发热,应使用体温计测量进行核实。对于一些不够明确的资料,应重新调查、确认、补充新资料。

4. 资料的分析 分析资料的目的是发现健康问题,做出护理诊断。将资料与正常值进行比较,与健康状态对比,可以发现危险因素。这些危险因素可以是生理的、心理的和社会的,都有助于护理人员预测护理对象潜在的或今后可能发生的问题。

5. 资料的记录 目前,资料的记录格式并不统一,各医院及各病区可以根据专科特点自行设计。但在记录过程中应注意以下问题。

(1) 记录必须反映事实,应客观地记录护理对象的主述或临床所见,不要带有主观判断和结论,主观资料应尽量使用患者自己的语言,并加引号。

(2) 客观资料的描述要使用专业术语。

(3) 应将所收集的资料全部记录,并注意记录时要清晰、简洁,避免不规范简化字和英文缩写。

(4) 记录格式要简洁清楚,能全面、及时、准确地反映出护理对象的情况。

二、护理诊断

护理诊断是1990年由北美护理诊断协会提出的。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或生命过程反应的一种临床判断。护理诊断是提供护士选择护理措施的基础,以达到护理职责范围内应达到的预期目标。

(一) 护理诊断的分类

1986年北美护理诊断协会按人类反应型态将护理诊断分为九大类,每一型态又包括若干护理诊断。

1. 交换 包括物质的交换、机体的代谢、正常的生理功能、结