



现代护理诊断手册



DIAGNOSIS
AND THERAPY
HANDBOOK

• 临床医师诊疗全书

现代护理
诊断手册

主编 邹 恂

北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学

R472.9

ZX

02 大

联合出版社

临床医师诊疗全书

现代护理诊断手册

主编：邹 恂

编委：按姓氏笔划

孙玉梅 刘均娥 齐兵兵
陈卫红 郑修霞 尚少梅
洪黛玲 姚景鹏

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社



2004/20
(京) 新登字 147 号

著作权合同登记 图字: 01-96-0170 号

图书在版编目 (CIP) 数据

现代护理诊断手册/邹恂主编. —北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1996. 8

(临床医师诊疗全书; 第三辑/才文彦, 朱学骏主编)
ISBN 7-81034-616-4

I. 现… II. 邹… III. 护理-诊断-手册 IV. R472.9-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 07885 号
Copyright © 1994 North American Nursing
Diagnosis Association

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electric, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without written permission. For information write NANDA, 1211 Locust Street, Philadelphia, PA19107.

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社出版发行

(100083 北京学院路 38 号 北京医科大学院内)

责任编辑 王述姮

泰山新华印刷厂莱芜厂印刷 新华书店经销

※ ※ ※

787×1092 开本 1/36 印张 10.625 字数 311 千字

1996 年 8 月第 1 版 1996 年 8 月山东第 1 次印刷 印数 1-6000 册

定价: 21.20 元 (精)

《临床医师诊疗全书》编委会

(第三辑)

主
编

编
委

才文彦 朱学骏
(按姓氏笔划)

才文彦
冯传汉
刘镜愉
朱学骏
曲绵域
沈绍基
张鸣和
陈鸿义
施曼珠
栾文民
黄公怡
朱世宁

王大玫
史志澄
许又新
吕厚山
邹 恂
汪丽惠
吴树燕
武淑兰
高 妍
郭应禄
谢 荣

王新德
刘新光
许广润
吕秋云
杨拔贤
张树基
李健宁
赵金垣
高云秋
钱荣立
蒋化龙

主编助理

序

近代科学技术的迅速发展，对医学产生了深刻的影响。新的诊断技术、新的药物和新的治疗措施不断涌现。临床医师必须不断学习，更新知识，交流医疗经验，才能跟上科技发展的步伐，掌握现代诊疗技术，更好地为病人服务。为了满足广大医务人员的需要，我校第一临床医学院的100余名专家教授经过近一年的努力，去年编写了这套全书的第一辑，共10种诊疗手册，包括内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻咽喉科、传染病学、神经病学、皮肤性病学和急诊医学等学科。内容丰富、新颖，既包括了各学科的近年进展，又有各位专家长期从事临床工作的经验。出版以来，深受各级医务人员的欢迎。为了满足临床各个科室医务人员的需要，更好地实现我校面向社会的继续教育任务，我们继续组织有关专家编写这套临床医师诊疗全书，今年出版第二辑，包括现代肿瘤学、口腔医学、精神病学、影像医学、临床检验学、核医学、心电图学、超声诊断学、临床病理学、临床药理学及康复医学等11种手册。参加编写的单位除了第一临床医学院外，增加了口腔医学院、第三临床医学院、精神病防治研究所和北京市肿瘤防治所，旨在发挥各方面专家之所长，力求各个分册更臻完美。明年将出版发行第三辑。

北京医科大学是一所具有80多年历史的医科大学，拥有一大批理论知识渊博、临床经验丰富的专家，由他们编写的这套全书，为在临床第一线紧张工作的广大医务人员提供了方便，俾能及时查阅，解难释疑。

本套丛书存在的不足之处，敬请同仁们不吝指教。

北京医科大学校长、内科学教授

王德炳

1995 年 3 月

再版前言

从1990年《新护理诊断手册》第一版出版以后，受到了广大护理人员和护理教育工作者的欢迎。1995年9月底由卫生部护理中心主办，在黄山召开了全国第一次护理诊断研讨会，与会代表在会上对护理诊断的意义、北美护理诊断协会(NANDA)所制定的护理诊断的应用以及我国如何与国际接轨等问题都进行了讨论，并取得了一定共识。大家认为中国临床护理改革势在必行，要在开展系统化整体护理的基础上强化护理程序的应用，只有这样才能保证病人得到高质量的护理，因而对护理诊断也必须予以普及和加强这方面的教育。

NANDA在1994年的第11次会议上已对原有的护理诊断进行了修改和补充；我国有些医院在过去几年应用过程中也取得了一些经验。为了及时更新知识，赶上时代的步伐，在与NANDA取得版权协议后，现将NANDA最新制订的128项护理诊断，按其原意译出，作为本书的第一章，以便读者对目前护理诊断的进展有个全面了解。

由于目前的护理诊断还不能包括临床上遇到的所有问题，而且有些问题是需要和其他医务人员共同处理的，有的学者将这类问题称之为合作性问题，我们感到这在临床上比较实用，因而在第二章中进行了阐述。

在第三、四章中介绍的是护理程序和护理诊断在临床上的具体应用。主要是叙述了如何按功能性健康型态分类法来进行评估和诊断，以及如何制定一个护理计划。

后面还介绍了一些近年来在制定护理计划方面的进展，如标准化护理计划的应用。

最后一章是常用护理诊断的有关详细内容，这些诊断在涉及生理、心理和社会内容方面有一定代表性，还选了一些最新制定的诊断。其中有关评估内容、措施依据、预期目标和护理措施的内容希望能有益于大家对每个护理诊断有较全面和深入的了解，并对临床实践有所帮助。

本书的再版，受到了广大护理同行的鼓励，还得到来自多方的支援。特别是美国 George Mason 大学护理学院的吴袁剑云教授，为本书的版权问题多次与 NANDA 联系才得到解决，并且还提供给我们最新版本的参考书。护理中心的林菊英名誉主任和金乔老师，还有人民医院护理部也给予了很多帮助。我系的各位老师都大力支持，陈卫红老师和褚俊卿老师还参与了校对工作，一并在此表示衷心的感谢。

又因本书已列入《临床医师诊疗全书》中，故改名为《现代护理诊断手册》。

邹 恂

1995 年 12 月于

北京医科大学护理系

目 录

第一章 NANDA 的护理诊断：定义与分类 1995~1996

全部译文	(1)
一、引言	(1)
二、有关护理诊断分类的介绍	(2)
三、与护理诊断有关内容的说明	(4)
四、128 项护理诊断的各项内容：有 * 者为 1995~1996 年版新增加的诊断	(6)
(一) 交换 (Exchanging)	
1.1.2.1 营养失调：高于机体需要量	(6)
1.1.2.2 营养失调：低于机体需要量	(7)
1.1.2.3 营养失调：潜在的高于机体需要量	(8)
1.2.1.1 有感染的危险 (1986)	(8)
1.2.2.1 有体温改变的危險 (1986)	(9)
1.2.2.2 体温过低 (1986、1988R)	(9)
1.2.2.3 体温过高 (1986)	(10)
1.2.2.4 体温调节无效 (1986)	(10)
1.2.3.1 反射失调 (1988)	(10)
1.3.1.1 便秘 (1975)	(11)
1.3.1.1.1 感知性便秘 (1988)	(11)
1.3.1.1.2 结肠性便秘 (1988)	(12)
1.3.1.2 腹泻 (1975)	(12)
1.3.1.3 排便失禁 (1975)	(13)
1.3.2 排尿异常 (1973)	(13)
1.3.2.1.1 压迫性尿失禁 (1986)	(13)
1.3.2.1.2 反射性尿失禁 (1986)	(14)
1.3.2.1.3 急迫性尿失禁 (1986)	(14)
1.3.2.1.4 功能性尿失禁 (1986)	(15)

1.3.2.1.5 完全性尿失禁 (1986)	(15)
1.3.2.2 尿潴留 (1986)	(16)
1.4.1.1 组织灌注量改变 (特定型) (肾、脑、心肺、 胃肠、外周血管) ⁴⁴ (1980)	(16)
1.4.1.2.1 体液过多 (1982)	(17)
1.4.1.2.2.1 体液不足 (1978)	(18)
1.4.1.2.2.2 有体液不足的危险 (1978)	(18)
1.4.2.1 心输出量减少 (1975)	(19)
1.5.1.1 气体交换受损 (1980)	(19)
1.5.1.2 清理呼吸道无效 (1980)	(20)
1.5.1.3 低效性呼吸型态 (1980)	(20)
*1.5.1.3.1 不能维持自主呼吸	(21)
*1.5.1.3.2 功能障碍性撤离呼吸机反应 (1992)	(21)
1.6.1 有受伤的危险 (1978)	(22)
1.6.1.1 有窒息的危险 (1980)	(23)
1.6.1.2 有中毒的危险 (1980)	(24)
1.6.1.3 有外伤的危险 (1980)	(24)
1.6.1.4 有误吸的危险 (1988)	(25)
1.6.1.5 有废用综合征的危险 (1988)	(26)
*1.6.2 保护能力改变 (1990)	(26)
1.6.2.1 组织完整性受损 (1986)	(27)
1.6.2.1.1 口腔粘膜改变 (1982)	(27)
1.6.2.1.2.1 皮肤完整性受损 (1975)	(28)
1.6.2.1.2.2 有皮肤完整性受损的危险 (1975)	(28)
*1.7.1 适应能力下降: 颅内的 (1994)	(29)
*1.8 能量场紊乱 (1994)	(29)
(二) 沟通 (Communicating)	
2.1.1.1 语言沟通障碍 (1973)	(30)
(三) 关系 (Relating)	
3.1.1 社交障碍 (1986)	(30)
3.1.2 社交孤立 (1982)	(31)

*3.1.3 有孤独的危险 (1994)	(31)
3.2.1 角色紊乱 (1978)	(32)
3.2.1.1.1 父母不称职 (1978)	(32)
3.2.1.1.2 有父母不称职的危险 (1978)	(33)
*3.2.1.1.2.1 有亲子依恋改变的危险 (1994)	(34)
3.2.1.2.1 性功能障碍 (1980)	(34)
3.2.2 家庭作用改变 (1982)	(35)
*3.2.2.1 照顾者角色困难 (1992)	(36)
*3.2.2.2 有照顾者角色困难的危险 (1992)	(37)
*3.2.2.3.1 家庭作用改变: 酗酒 (1994)	(38)
3.2.3.1 父母角色冲突 (1988)	(39)
3.3 性生活型态改变 (1986)	(40)
(四) 赋予价值 (Valuing)	
4.1.1 精神困扰 (1978)	(40)
*4.2 潜在的精神健康增强 (1994)	(41)
(五) 选择 (Choosing)	
5.1.1.1 个人应对无效 (1978)	(42)
5.1.1.1.1 调节障碍 (1986)	(42)
5.1.1.1.2 防卫性应对 (1988)	(43)
5.1.1.1.3 无效性否认 (1988)	(43)
5.1.2.1.1 家庭应对无效: 无能性 (1980)	(44)
5.1.2.1.2 家庭应对无效: 妥协性 (1980)	(44)
5.1.2.2 家庭应对: 潜能性 (1980)	(45)
*5.1.3.1 潜在的社区应对增强 (1994)	(46)
*5.1.3.2 社区应对无效 (1994)	(46)
*5.2.1 执行治疗方案无效 (个人) (1994)	(47)
5.2.1.1 不合作 (特定的) (1973)	(48)
*5.2.2 执行治疗方案无效: 家庭 (1994)	(48)
*5.2.3 执行治疗方案无效: 社区 (1994)	(49)
*5.2.4 执行治疗方案有效: 个人 (1994)	(49)
5.3.1.1 抉择冲突 (特定的) (1988)	(50)
5.4 寻求健康行为 (特定的) (1988)	(50)

(六) 移动 (Moving)

6.1.1.1 躯体移动障碍 (1973)	(51)
*6.1.1.1.1 有周围神经血管功能障碍的危险 (1992)	(51)
*6.1.1.1.2 有围术期受伤的危险 (1994)	(52)
6.1.1.2 活动无耐力 (1982)	(52)
6.1.1.2.1 疲乏 (1988)	(52)
6.1.1.3 有活动无耐力的危险 (1982)	(53)
6.2.1 睡眠型态紊乱 (1980)	(53)
6.3.1.1 缺乏娱乐活动 (1980)	(54)
6.4.1.1 持家能力障碍 (1980)	(54)
6.4.2 保持健康能力改变 (1982)	(55)
6.5.1 进食自理缺陷 (1980)	(55)
6.5.1.1 吞咽障碍 (1986)	(56)
6.5.1.2 母乳喂养无效 (1988)	(56)
*6.5.1.2.1 母乳喂养中断 (1992)	(57)
*6.5.1.3 母乳喂养有效 (1990)	(57)
*6.5.1.4 婴儿喂养困难 (1992)	(58)
6.5.2 沐浴或卫生自理缺陷 (1980)	(58)
6.5.3 穿着或修饰自理缺陷 (1980)	(59)
6.5.4 入厕自理缺陷 (1980)	(59)
6.6 成长发展改变 (1986)	(60)
*6.7 迁居应激综合征 (1992)	(60)
*6.8.1 有婴儿行为紊乱的危险 (1994)	(61)
*6.8.2 婴儿行为紊乱 (1994)	(61)
*6.8.3 潜在的婴儿行为调节增强 (1994)	(62)

(七) 感知 (Perceiving)

7.1.1 自我形象紊乱 (1973)	(62)
7.1.2 自尊紊乱 (1978、1988R)	(63)
7.1.2.1 长期自我贬低 (1988)	(64)
7.1.2.2 情境性自我贬低 (1988)	(64)
7.1.3 自我认同紊乱 (1978)	(65)

7.2 感知改变 (特定的) (视、听、运动、味、触、嗅觉) (1978、1980R)	(65)
7.2.1.1 单侧感觉丧失 (1986)	(66)
7.3.1 绝望 (1986)	(66)
7.3.2 无能为力 (1982)	(67)
(八) 认识 (Knowing)	
8.1.1 知识缺乏 (特定的) (1980)	(67)
* 8.2.1 认识环境受损综合征 (1994)	(68)
* 8.2.2 急性意识障碍 (1994)	(68)
* 8.2.3 慢性意识障碍 (1994)	(69)
8.3 思维过程改变 (1973)	(69)
* 8.3.1 记忆受损 (1994)	(70)
(九) 感觉/感情 (Feeling)	
9.1.1 疼痛 (1978)	(70)
9.1.1.1 慢性疼痛 (1986)	(71)
9.2.1.1 功能障碍性悲哀 (1980)	(71)
9.2.1.2 预感性悲哀 (1980)	(72)
9.2.2 有暴力行为的危险: 对自己或他人 (1980)	(72)
* 9.2.2.1 有自伤的危险 (1992)	(73)
9.2.3 创伤后反应 (1986)	(74)
9.2.3.1 强暴创伤综合征 (1980)	(74)
9.2.3.1.1 强暴创伤综合征: 复合反应 (1980)	(75)
9.2.3.1.2 强暴创伤综合征: 沉默反应 (1980)	(75)
9.3.1 焦虑 (1973、1982R)	(76)
9.3.2 恐惧 (1980)	(76)
第二章 合作性问题——潜在并发症	(77)
一、合作性问题的定义以及与护理诊断的区别	(78)
二、合作性问题的陈述方式	(79)
三、合作性问题和护理程序	(80)
四、各系统常见的合作性问题	(82)
五、举例说明	(84)

第三章 护理程序和护理诊断在临床上的具体运用	(86)
一、护理程序的 5 个步骤	(86)
二、如何具体制定一份护理计划	(98)
三、临床护士每日工作程序	(104)
四、近期护理计划的结构变化	(105)
附 1: 护理病历	
一、护理病历	(108)
二、护理诊断项目单	(114)
三、附加的护理计划单	(115)
四、护理记录单	(115)
附 2: 肺炎的标准护理计划	(116)
第四章 功能性健康型态的分类及其应用	(122)
一、健康感知——健康管理型态	(123)
二、营养——代谢型态	(126)
三、排泄型态	(131)
四、活动——运动型态	(134)
五、睡眠——休息型态	(137)
六、认知——感知型态	(138)
七、自我感知——自我概念型态	(140)
八、角色——关系型态	(142)
九、性——生殖型态	(144)
十、应对——应激耐受型态	(145)
十一、价值——信念型态	(147)
附: 病历分析	(148)
一、病例 I	(148)
二、病例 II	(151)
第五章 24 项常用护理诊断的详细内容	(153)
一、营养失调: 高于机体需要量	(153)
二、营养失调: 低于机体需要量	(158)
三、营养失调: 潜在的高于机体需要量	(171)
四、便秘	(172)
五、腹泻	(181)

六、体液过多	(184)
七、体液不足	(190)
八、清理呼吸道无效	(212)
九、低效性呼吸型态	(216)
十、气体交换受损	(218)
十一、照顾者角色困难	(221)
十二、个人应对无效	(226)
十三、活动无耐力	(238)
十四、睡眠型态紊乱	(246)
十五、进食自理缺陷	(258)
十六、沐浴或卫生自理缺陷	(261)
十七、穿着或修饰自理缺陷	(264)
十八、入厕自理缺陷	(266)
十九、自我形象紊乱	(270)
二十、知识缺乏(特定的)	(274)
二十一、疼痛	(285)
二十二、慢性疼痛	(299)
二十三、焦虑	(303)
二十四、恐惧	(314)

第一章 NANDA 的护理诊断： 定义与分类 1995~1996 的全部译文

本书保留所有版权。未得书面同意任何部分不能以任何方式加以储存或传播，包括计算机储存、影印、录音或其他途径。在中国境内，本出版社已与 NANDA 签订合同、购得版权，负责在我国的出版事宜，希望大家能自觉遵守有关规定，为尊重知识产权、遵纪守法做出贡献。

感 谢

在此书《北美护理诊断协会护理诊断：定义和分类 1995~1996 (NANDA Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 1995~1996)》中的内容反映了所有参与 NANDA 第 11 次会议的护士们的劳动成果；如护理理论家小组，分类和诊断复核委员会的成员，递交新护理诊断和复核原有护理诊断的成员。通过他们的努力，护理诊断分类系统才能得到继续进展。

一、引言

第 11 次护理诊断分类会议是在 1994 年于田纳西州的纳希维尔 (Nashville) 召开的。这次会议对诊断的复核程序方面进行了一些更改，包括对一些新的（或修改的）诊断在各不同阶段（满足不同标准）的回顾，以促使这些诊断今后的发展，这方面的变化将在本书中得到反映。在此会议中的第 2 个进展是开始使用一种对已包括在分类中的一些诊断进行复核和修改的程序；对一些选择出来的诊断，由有关专家参与的小组共同商讨与该诊断有关领域的研究、文献报告和改变，并在此基础上作出一些介绍，这些工作在本书中也有所体现。

在此会议上，还确定了 NANDA（北美护理诊断协会）、ANA（美国护士协会）和 ICN（国际护士会议）将进一步合作，以成立一个国际护理实践分类的组织（International Classification of

二、有关护理诊断分类的介绍

(引自 NANDA 护理诊断：定义和分类 1992—1993)

在 1973 年，有一些护士在密苏里州的圣路易市聚会并组织了有关护理诊断的第一次全国会议，他们正式开始为护理诊断的确认、发展和分类进行努力。从那时起，至 1992 年已召开了 10 次会议。

在第 1 次会议后，K. Gebbie (1974) 制订了建立分类系统所必需的 4 个步骤，这个程序至今仍在沿用。

第 1 步 是确定护士应对病人提出或诊断的所有问题。

第 2 步 是对将用于描述在第 1 步中提出的护理范畴的问题所使用的术语取得一致意见。

第 3 步 是将所定出的诊断分为不同的级和亚级，以体现各种型态和型态之间的关系。

此程序的最后一步是用数字或名词的缩写来替代专业术语，以此为各种诊断相关资料的手工或计算机操作做好准备。

第 1 次会议是邀请性的，与会者被分成各工作组，并要求提出一个特定功能系统的有关诊断，他们凭着回忆病人的情景来提出症状和体征，诊断是根据与会者的多数票来采纳的。在 1982 年，会议向较大的护理社团开放，产生和接纳诊断的过程要通过有临床护理专家合作的递交和复核等几个步骤。原来只需由会议参与者决定是否接纳，现在还需要得到 NANDA 成员的赞同票。在 1982 及 1984 的会议上，由于这个诊断性复核过程还处于被评价中，因而没有接纳新的护理诊断。不过从那时起，就制定了有关递交和审核新护理诊断的纲要。

第 1 次会议的参与者在经过讨论后，没有对所制定的护理诊断的分类方案取得一致意见，所以决定按字母顺序列出。这个字母系统分类法一直到 1986 年 NANDA 分类法 I 被认可时才更改。

分类法的结构基础是由以 Sister Callista Roy 为主席的，在第 3、4、5 次会议上的一个护理理论家小组制定的。她们利用归纳的方法，研究了按字母顺序排列的诊断，并提出了几个能将诊断分成