

内 外 科 护 理 诊 断

主 编 姚蕴伍 副主编 沈蔚倩



5.5

杭州大学出版社

97
R473.5
14
内外科护理诊断

主 编 姚蕴伍
副主编 沈蔚倩

XA804/08



3 0109 1279 2

杭州大学出版社



C

371237

责任编辑 徐素君 吴清明 姚 懋

内外科护理诊断

主 编 姚蕴伍

副主编 沈蔚倩

*

杭州大学出版社出版发行

(杭州天目山路 34 号)

*

杭州新华外科技印刷厂印刷

787×1092 毫米 1/32 9.5 印张 206 千字

1996 年 8 月第 1 版 1996 年 8 月第 1 次印刷

印数:0001—3000

ISBN 7-81035-917-7/R·011

定 价: 12.80 元

编写人员

主 编	姚蕴伍		
副主编	沈蔚倩		
主 审	夏惕勤	李性定	
编 者	黄丽华	姚玉娟	姚蕴伍
	赖燕飞	蒋小英	沈蔚倩
	徐 红	邵荣雅	钟紫凤
	钟 芳	俞继英	

前 言

根据 Marjory Gordon 的健康功能型态分类法,特编制了内外科护理诊断。本书从疾病的定义、护理史、临床表现、治疗手段、护理诊断及潜在并发症等方面进行叙述。护理诊断的叙述较详尽,包括相关因素、主客观特征、预期结果及护理措施,显示了护理的特点。本书可供临床护理工作者、受护理高等教育的学员学习,也可供内外科护理教师作参考教材。承蒙夏惕勤、李性定教授对本书的审阅和支持,在此表示衷心的感谢。编写者水平有限,本书不当之处请同行们批评指正,深表感谢。

编 者

1995 年 10 月

目 录

绪 论 护理诊断的概况	1
第一章 神经系统	8
第一节 脑出血	8
第二节 蛛网膜下腔出血	20
第三节 脑血栓形成	22
第四节 脑栓塞	24
第五节 硬膜外血肿	26
第二章 心血管系统	35
第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	35
第二节 风湿性心瓣膜病	44
第三节 原发性高血压	56
第四节 缓慢型心律失常	60
第三章 呼吸系统	67
第一节 慢性阻塞性肺部疾病	67
第二节 支气管扩张	79
第三节 气胸	83
第四节 肺癌	86
第五节 成人呼吸窘迫症(ARDS)	96
第四章 消化系统	99
第一节 食管癌	99
第二节 消化性溃疡病	106
第三节 胆石症	119
第四节 原发性肝癌	126

第五节	门静脉高压症·····	132
第六节	重症急性胰腺炎·····	143
第七节	胰腺癌·····	156
第八节	直肠癌·····	167
第五章	泌尿系统·····	175
第一节	尿道损伤·····	175
第二节	肾损伤·····	183
第三节	前列腺增生·····	187
第四节	膀胱肿瘤·····	192
第五节	肾结石·····	205
第六节	急性肾小球肾炎·····	211
第七节	慢性肾小球肾炎·····	220
第六章	运动系统·····	230
第一节	脊髓损伤·····	230
第二节	断肢再植·····	236
第七章	血液系统·····	244
第一节	白血病·····	244
第二节	再生障碍性贫血·····	256
第三节	血友病·····	258
第八章	内分泌系统·····	262
第一节	甲状腺机能亢进·····	262
第二节	糖尿病·····	271
第三节	乳腺癌·····	281
附 录	·····	287
附录 1	按人类反应型态排列的 128 个护理诊断 ·····	287
附录 2	按健康功能型态排出的 128 个护理诊断 ·····	292

绪 论

护理诊断的概况

自 1973 年美国成立了护理诊断分类会议小组以后,迄今为止,已正式确定 128 个护理诊断,而且被临床广泛地应用。护理诊断是护理程序中的第二个步骤,是极其重要的一步,是关系到能否解决病人问题的关键一步,是护理程序的核心部分。护理诊断的产生,无疑是自南丁格尔开创护理理论以来的一个飞跃,成为本专业所独有的理论,为护理专业的独立理论体系开创了新路。

护理诊断也和其他诊断一样,运用科学的方法,在收集资料的基础上,经过分析、分类,找出诊断的依据和原因,以便为护理方案的制订提供可靠的依据,但它与其他临床诊断有区别,且与护理专业服务的对象、目的有密切的关系。医疗诊断是为了研究疾病的变化过程,病理生理的改变,为治疗方案提供依据。然而,护理诊断是着重解决病人对疾病所产生的生理反应和心理反应,解决病人因基本需要不能满足而产生的诸多问题。这些问题可以通过护理手段去解决,并为护理计划的制订提供依据。所以,必须经过资料收集、分析和综合推理而得出最后的结论。

一、护理诊断的定义

“是关于个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题/生命过程的反应的一种临床判断。护理诊断为护士达到有成

效的护理结果所选择的护理措施提供了依据”。这意味着护理诊断不仅是个人的问题,而且还包括家庭、社区的问题,护士为了解决这些问题,根据护理诊断的确认而提出预期结果和合适的护理措施。

二、护理诊断与护理问题

这两个词有着不同的含义,诊断是经过估计、分析、综合后确定病人的诊断,它包括了诊断名称、原因(或相关因素)以及与诊断有关的一群症状和体征;而只要与正常情况相比有差距就是问题,如气急、咳嗽、呼吸困难、紫绀,分别都可以成为问题。如果只提问题,就可提出数不清的问题,难以成章。而护理诊断是把一群症状归纳成一个诊断,像上述症状可以归纳为气体交换受损的护理诊断,同时护理诊断还要找出引起这一系列症状的原因。因为很多不同的原因可以引起气急、呼吸困难、紫绀等症状,如慢性阻塞性肺部疾病的病人,是因支气管、肺泡、肺血管的病理改变而导致通气功能障碍,弥散面积减少, V/Q 比例失调等而发生气急、呼吸困难等临床表现,而成人呼吸窘迫症是因肺的通透性增高,肺的间质水肿,肺的顺应性降低以及肺泡表面活性降低所致的一系列症状。两者虽然护理诊断相同,引起的症状大致相同,但病因却不同,采取的护理措施也就不同,慢阻肺需延长呼气时间,持续低流量给氧,而成人呼吸窘迫症需延长吸气时间,高流量给氧。由此可见,护理诊断和护理问题是两个不同的概念,应该予以严格的区别。

三、如何确定护理诊断

此问题在目前临床工作中还较棘手。护理诊断自美国正式公布到现在已有 128 个护理诊断,这些护理诊断有生理的、心理的、社会文化以及精神方面的内容。由于个体的差异,病情的变化,诊断不可能千篇一律,而诊断的过程,是一连串感受与认知的活动,必须由观察的结果来引导推论,并由推论来引导更多的观察。它还包含了决定收集什么资料,解析资料时需用到推理,推理出问题后,还将问题概念化,最后判断采用哪一个诊断名称。1986 年 NANDA (North America Nursing Diagnosis Association) 北美护理诊断委员会提出按人类反应型态进行分类,即①交换;②沟通;③关系;④价值;⑤选择;⑥移动;⑦感知;⑧认识;⑨感觉。1989 年 NANDA 接受了 Marfory Gordon 提出的健康功能型态分类,共 11 类,这 11 类是:

1. 健康认知与健康处理型态

评估护理对象对于自己的健康状态的认识,以及应做何种处理以维持其健康,引出对疾病的描述,所收集的护理资料是护理对象的认知、心意、反应以及实行情形。

2. 营养与代谢型态

评估与代谢需要有关的食物与液体,收集食物与液体消耗型态的资料,包括皮肤、毛发、口腔、牙齿、按年龄应有的身高与体重、体温。评检出营养或液体量不足,摄入量过多,以及皮肤变化或破损等型态。

护理对象每日饮食、液体及营养添加物的摄入,组织受损后的愈合情况,皮肤,粘膜,毛发以及指甲的完整性。

3. 排泄型态

有关排泄型态,肠、膀胱、皮肤以及废物,检验排泄标本,有无失禁或不规则的排泄型态,个人对其大小便与皮肤分泌型态的规律性、控制力以及其他特征的叙述。

4. 活动与运动型态

发现不佳的健康行为,预防重要功能丧失,帮助护理对象代偿其丧失的功能。对日常活动的检评,护理对象感觉到本身活动能力如何,自我照顾及处理家务的能力;评估运动的量、种类,护理对象的步态、姿势、肌力、身体残缺、关节活动度、手的握力、有无功能障碍或潜在性功能障碍。

5. 认知与感知型态

能否想、听、看、闻、尝以及触摸。了解语言、认知技能,以及感受是否恰当。认知的功能包括语言能力、记忆、解决问题以及做出决策等方面内容。

6. 睡眠与休息型态

睡眠是否有效,时间是否足够,睡觉以后能否应付一天的活动。

7. 自我感受与自我概念型态

每个人对自己本身的概念与感受,身体形象,社会的我及自我能力,自我概念型态,情绪状态,有无身体心象改变,自尊降低,无力感。

8. 角色关系型态

人际关系有许多层次,了解一个人家庭与社会角色之型态,失落、威胁均可造成角色关系型态的变化。

9. 性与生殖型态

性是性身份的行为表现,个人发育的型态以及其本身的满足或不满足。

10. 应付应激能力型态

了解发生某一特定事件对于一个人、家庭或社区的影响力,一个人平常对于威胁事件的反应方式,了解护理对象对应激的耐受与应付型态的有效程度,所感受的威胁有无超过个人的控制力等。

11. 价值与信念型态

不同年纪的人都有价值与信念型态。信念是指一个人以其信仰或信心作基础而被认为是正确的事情。价值观则描述了与目标、行动、人、物或其他与现象有关的价值或重要性的东西。

根据评估后所收集的资料,对照被划分的 11 类类型进行分析,找出护理诊断的名称。这 11 类类型基本包括生理、心理、社会文化及精神方面等问题,如胃十二指肠溃疡伴幽门梗阻病人,术前由于呕吐、进水少,术中水份大量丢失,术后胃管、腹腔引流管的引流、不能进水等等,往往可有口干、尿少、皮肤弹性差等症状,对照健康功能型态之分类,是属于第二类营养代谢型态,水的丢失过多,摄入的不足,可有液体量缺乏的护理诊断。将收集到的资料,经过分析、归类后,综合成营养代谢问题,并给予液体量缺乏的诊断名称。当病人心肌梗塞发作时,病人虽然四肢活动自如,但需限制行动以减轻心肌耗氧,以免心肌进行性缺血坏死,在健康功能型态中是第四类型态,即活动与休息型态。病人有气急、呼吸困难、胸闷等症状,活动后加重,心电图有 QRS 波改变和 T 波改变,原因是心肌供血不足,部分心肌缺血坏死,需要绝对卧床休息,暂时限制行动,给予活动无耐力诊断名称。

四、护理诊断的内容和叙述

(一) 护理诊断的组成

护理诊断包括四部分,即诊断名称、定义、诊断依据、诊断相关因素。诊断名称是经过分析推理后,对照分类后提出的,至于是否符合该诊断的定义(每一个诊断都有明确定义),要根据资料找出诊断依据,也就是找出一群主客观的症状和体征,再找出引起这群症状的原因及相关因素。

(二) 护理诊断的类型

1. 现存的(Actual) 是对个人、家庭或社区现有的健康问题/生命过程的反应的描述,一般应具有诊断的依据(即一群症状和体征),陈述的方式是按 P(Problem)问题+(Etiology)病因+S(sign, symptoms)症状和体征次序进行。

2. 危险因素(Risk factor) 是对一些易感的个人、家庭对健康问题/生命过程中可能出现的反应的描述,应具有危险因素,但无症状和体征,若不采取护理措施有可能成为现存的危险因素。陈述方式按 P,E 两个部分叙述。

3. 健康的(Wellness) 是个体、家庭或社区具有加强更高健康水平潜力的描述。健康的护理诊断没有原因,也没有症状和体征,叙述的方式按部分进行。

4. 潜在的(Potential) 指存在某些因素,但依据不足,需继续收集资料,以证实或排除是否存在护理诊断。

(三) 合作性问题

对于某些问题需要用医疗和护理手段共同解决,护理的作用点起到监测和实施的作用,解决的方案以医疗为主则可作为合作性问题,以潜在并发症的方式叙述(Potential com-

plication),如肠痿、脑疝、肺性脑病等。护理诊断为护理计划制订预期的结果以及为制定护理措施奠定了基础。根据诊断可以清楚的了解病人所需要解决的问题,并且提出解决的方法。因此,护理诊断是护理理论和实践的具体结合,是护理理论的精华,它充分体现了护理学科的独立性、科学性、艺术性,是其他学科所不能替代的,只有不断完善和提高护理诊断,才能进一步发展护理学科。

第一章 神经系统

第一节 脑出血

脑出血或脑溢血,系指脑内小动脉、毛细血管破裂等原因所引起的脑实质内出血。主要临床特征为突然发病、头痛、呕吐、偏瘫或不同程度的意识障碍,常伴有高血压。

一、护理史

(一)健康感知与健康管理型态

咳嗽、咳痰无力,排痰困难,尾骶部皮肤受损。

(二)营养代谢型态

口腔粘膜溃疡、头痛、头昏、恶心呕吐、呼吸暂停、吞咽困难、机体摄入量减少、肺部和泌尿系易并发感染,消耗增加,体重下降。

(三)排泄型态

意识障碍、大小便失禁、长期卧床引起便秘。

(四)活动与运动型态

一侧肢体瘫痪,不能进行日常锻炼,生活不能自理。

(五)睡眠与休息型态

睡眠紊乱,没有昼夜之分。

(六)认知与感受型态

昏迷、单侧肢体偏瘫、语言障碍、深浅感觉障碍,对疾病的性质、治疗、保健缺乏认识。

(七)自我感知与自我概念型态

害怕,缺乏勇气,有孤立与无价值的感觉,害怕暴露自我,坚持只听而拒绝参与的态度。自我期望值降低,肢体瘫痪,深浅感觉缺失。

(八)角色关系型态

角色改变,导致孤单、悲哀、甚至绝望,语言沟通障碍,表现为失语症。

(九)性与生殖型态

因意识障碍、偏瘫,导致性功能减退。

(十)应付应激能力型态

不能正确表达自己的情绪,生理活动受损,个人应付无效,家庭应付能力下降。

(十一)价值与信念型态

希望生活能自理,并提高生活的质量,减轻家庭成员的负担。

二、临床表现

(一)症状与体征

常见于 50~60 岁的高血压患者。一般在情绪激动或过份用力(如举重物,用力排便)等诱因下发生。临床表现取决于出血部位,出血量和脑水肿的范围。脑出血常无预感,突然发生,往往在数分钟到数十分钟内病情发展到高峰。急性期常见的主要表现有:头痛、头晕、呕吐、意识障碍、肢体瘫痪、失语、大

小便失禁等。多数病人脑膜刺激征阳性,常有双侧瞳孔大小不等。可见眼底动脉硬化、出血。

1. 内囊出血

出现三偏症,即偏瘫,偏身感觉障碍,同向偏盲。累及主侧半球可出现不同程度的失语。部分病例两眼向出血侧凝视,出血灶的对侧偏瘫,肌张力降低,针刺瘫痪侧时出现巴彬斯基征阳性。

2. 丘脑出血

主要表现为对侧半身的深浅感觉缺失。可出现对侧半身轻瘫、同向偏盲等。

3. 桥脑出血

占脑出血的 8%~10%。轻症者可发现单侧桥脑损害的体征,如出血侧的面神经和外展神经麻痹及对侧肢体弛缓性瘫痪,双眼向瘫痪侧凝视。重症桥脑出血多数很快波及对侧,患者迅速进入昏迷,四肢瘫痪,大多数呈弛缓性,少数为去大脑强直,双侧病理征阳性。双侧瞳孔极度缩小呈“针尖样”是其特征。持续中枢性高热,明显呼吸障碍,多数在 24~48 小时内死亡。

4. 小脑出血

占脑出血的 10%。多数表现为突起眩晕,频繁呕吐,枕部头痛,一侧肢体共济失调而无明显瘫痪,可有眼球震颤,一侧周围性面瘫。重症大量出血者进行性颅内压增高,很快进入昏迷状态,多在 48 小时内因急性枕大孔疝而死亡。

5. 脑室出血

极严重。往往在 1~2 小时内陷入深昏迷状态,出现脑膜刺激征,四肢弛缓性瘫痪,所有腱反射均引不出。常出现四肢