

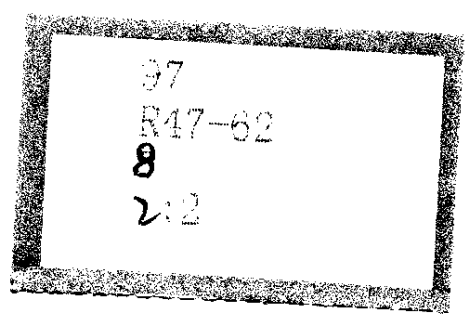
标准护理计划

N

妇产科、儿科分册

曲维香 主编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社



标准护理计划

(妇产科、儿科分册)

主 编 曲维香
总编纂 计 虹
主 审 灵爱真
顾 问 袁剑云 金 乔
编 委 计 虹 何瑞果 匡丹华
郑晓雷 钟艳宇

X490106

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社

(京) 新登字 147 号

图书在版编目 (CIP) 数据

标准护理计划：妇产科、儿科分册/曲维香主编. —北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社，1997.2

ISBN 7—81034—673—3

I. 标… II. 曲… III. ①护理—标准化—计划②妇产科—护理—计划③小儿疾病—护理—计划 IV. R47—65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 21713 号

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)

北京怀柔东晓印刷厂印刷 新华书店经销

* * *

开本：850×1168 1/32 印张 8.375 字数 218 千字

1997 年 2 月第 1 版 1997 年 2 月北京第 1 次印刷

印数：1—8000 册 定价：11.50 元

内 容 提 要

该《标准护理计划》系列丛书是目前我国开展“系统化整体护理”的必备工具书，是临床护士快速制定和实施护理计划的参考书。

本书是妇产科、儿科分册，分别介绍了妇产科、儿科最常用的护理诊断的综合性护理计划。各论篇分别对妇产科、儿科常见疾病列出了可能出现的护理诊断和详细的护理计划，可供临床护士、护理专业学生为病人制定个体化护理计划时参考。本书还可以作为医院护理管理者评价护理计划质量的参考依据。

前 言

随着健康观念和现代医学模式的转变, 如何为护理对象提供高质量的护理已成为护理专业面临的重要任务。为此, 护理专家提出了以护理对象为中心, 以护理程序为工作方法的系统化整体护理模式。这种新的护理模式要求护士对病人的生理、心理和社会需要做出全面、有效的护理计划。系统化整体护理由两个概念组成, 即整体护理与系统化管理。

整体护理: 是一种以服务对象作为开放性整体为问题思考框架的临床护理模式, 运用护理程序做以病人为中心的护理。

系统化管理: 指护理行政与制度, 护理管理与护理质量保证, 护理教育与科研及临床业务等各环节紧密相关, 环环相扣, 完成医院总目标。在院领导支持下, 护理部与行政、总务各部门密切协作, 全院一盘棋, 都以病人为中心形成一个整体。

我们北京医科大学人民医院护理部曾于 1992 年编写了《实用护理诊断与计划指导》一书, 介绍了 1988 年北美护理诊断协会 (NANDA) 通过的 98 个护理诊断, 并写出了详细的护理计划, 以帮助临床护士制定个案护理计划, 受到全国广大护士的欢迎。该书的出版在一定程度上也促进了护理程序和护理诊断在国内的推广应用。随着护理诊断的迅速发展, 护理诊断内容更加丰富实用。到 1994 年, 护理诊断类目已增加到 128 个。为了及时反映这些最新成果和方便护士应用, 也为了满足全国广大护士对标准护理计划的需求, 我们及时组织专业人员编写了这部《标准护理计划》。该书分为内科、外科、妇产科与儿科三个分册。

本书为《标准护理计划》的妇产科与儿科分册。总论篇, 介绍了 1994 年 NANDA 最新通过的护理诊断。各论篇分别编写了

妇产科、儿科临床上最常用的护理诊断的综合性护理计划。同时写出了常见疾病可能出现的护理诊断和详细的护理计划。作为个体化护理计划的参考标准，有利于为病人提供有效的高质量的护理。

《标准护理计划》可作为临床护士快速书写护理计划的参考工具，也可以作为广大临床护士、护理大专院校学生及教师和其他参与护理的人员为病人提供高质量护理的参考标准，还可以作为护理管理者评价护理计划质量的参考标准。

编著者

目 录

1. 妇产科常用护理诊断及护理计划	(1)
1.1 自理缺陷：进食/沐浴/穿着/修饰/入厕 部分自理缺陷	(2)
1.2 体温过高	(5)
1.3 睡眠型态改变	(7)
1.4 有皮肤完整性受损的危险	(10)
1.5 活动无耐力	(11)
1.6 口腔粘膜改变	(12)
1.7 便秘	(14)
1.8 腹泻	(16)
1.9 尿潴留	(18)
1.10 营养改变：低于机体需要量	(19)
1.11 营养改变：高于机体需要量	(24)
1.12 性生活型态改变	(26)
1.13 有感染的危险	(27)
1.14 焦虑	(30)
1.15 恐惧	(31)
1.16 缺乏娱乐活动	(32)
1.17 不合作	(33)
1.18 母乳喂养无效	(35)
2. 妇科疾病护理计划	(37)
2.1 子宫脱垂	(37)
2.2 妇科腹部手术（术前）	(42)
2.3 妇科腹部手术（术后）	(44)

2.4	前庭大腺脓肿·····	(50)
2.5	急性盆腔炎·····	(52)
2.6	功能失调性子宫出血·····	(56)
2.7	子宫内膜异位症·····	(60)
2.8	宫外孕·····	(62)
2.9	妊娠剧吐·····	(66)
2.10	经阴道子宫切除术(术后)·····	(68)
2.11	卵巢癌(化疗前)·····	(71)
2.12	妇科恶性肿瘤化疗·····	(75)
2.13	外阴癌会阴切除植皮术(术后)·····	(83)
3.	产科疾病护理计划 ·····	(89)
3.1	正常待产·····	(89)
3.2	侧切顺产产后·····	(93)
3.3	剖腹产术后·····	(99)
3.4	习惯性流产·····	(103)
3.5	妊娠高血压综合征·····	(106)
3.6	前置胎盘·····	(113)
3.7	羊水过多·····	(118)
3.8	妊娠合并心脏病·····	(121)
3.9	妊娠合并糖尿病·····	(128)
3.10	妊娠合并缺铁性贫血·····	(133)
3.11	妊娠合并急性肾盂肾炎·····	(137)
3.12	胎膜早破·····	(140)
3.13	产后出血·····	(142)
3.14	产褥感染·····	(145)
4.	儿科常用护理诊断及护理计划 ·····	(149)
4.1	自理缺陷:进食/沐浴/穿着/修饰/入厕(3岁以下)	
	部分自理缺陷(4岁以上)·····	(150)
4.2	体温过高·····	(152)

4.3	体温过低	(154)
4.4	有皮肤完整性受损的危险	(155)
4.5	清理呼吸道无效	(156)
4.6	活动无耐力	(157)
4.7	口腔粘膜改变	(159)
4.8	组织完整性受损	(160)
4.9	体液不足	(161)
4.10	体液过多	(162)
4.11	便秘	(164)
4.12	腹泻	(166)
4.13	营养失调：低于机体需要量	(168)
4.14	营养失调：高于机体需要量	(173)
4.15	有窒息的危险	(174)
4.16	有感染的危险	(175)
心理方面：		
4.17	焦虑（4 岁以上）	(177)
4.18	恐惧	(178)
社会方面：		
4.19	缺乏娱乐活动	(179)
4.20	语言沟通障碍	(180)
4.21	不合作	(182)
5.	儿科疾病护理计划	(186)
5.1	急性喉炎	(186)
5.2	小儿肺炎：支气管肺炎	(188)
5.3	婴幼儿腹泻	(193)
5.4	高热惊厥	(197)
5.5	急性肾小球肾炎	(199)
5.6	病毒性心肌炎	(203)
5.7	过敏性紫癜	(206)

5.8	结核性脑膜炎	(211)
5.9	流行性脑膜炎	(217)
5.10	中毒性细菌性痢疾	(221)
5.11	小儿白血病	(226)
5.12	皮肤粘膜淋巴结综合征 (川崎病)	(234)
5.13	动脉导管未闭 PDA	(238)
5.14	婴幼儿心脏术后的护理 (VSD ASD F4)	(242)

附录：NANDA 通过的护理诊断目录

1. 妇产科常用护理诊断及护理计划

妇产科经常遇到某些护理诊断出现在不同疾病中，它们应用频率相对多一些，现归纳如下：

- 1.1 自理缺陷：进食/沐浴/穿着/修饰/入厕
部分自理缺陷
- 1.2 体温过高
- 1.3 睡眠型态改变
- 1.4 有皮肤完整性受损的危险
- 1.5 活动无耐力
- 1.6 口腔粘膜改变
- 1.7 便秘
- 1.8 腹泻
- 1.9 尿潴留
- 1.10 营养改变：低于机体需要量
- 1.11 营养改变：高于机体需要量
- 1.12 性生活型态改变
- 1.13 有感染的危险
- 1.14 焦虑
- 1.15 恐惧
- 1.16 缺乏娱乐活动
- 1.17 不合作
- 1.18 母乳喂养无效

1.1 自理缺陷：进食/沐浴/穿着/修饰/入厕 部分自理缺陷

【相关因素】

1. 手术术后卧床。
2. 医源性限制：心脏病、先兆子痫、前置胎盘、宫外孕。
3. 认识障碍。
4. 体力不支。
5. 疼痛不适。

【预期目标】

1. 病人安全地进行（最大能力）自理活动。
2. 病人做到_____（最佳的自理水平程度）。
3. 病人卧床期间生活需要得到满足。
4. 病人恢复到原来的日常生活自理水平。

【评估】

1. 评估完成日常生活的能力（进食、穿衣、修饰、沐浴、入厕、移动和下床）。
2. 评估每一个缺陷的特殊原因（如虚弱、疾病限制、体力不支）。
3. 评估病人对辅助器材的需要。
4. 评估出院后家庭健康护理的需要。
5. 确定其偏好（食物、个人护理项目等）。

【措施】

1. 帮助病人接受必要的辅助。
2. 建立一套短期目标便于学习和减少失败。
3. 鼓励其独立性，但当病人不能完成时则辅助其完成。

进食：

1. 尽可能鼓励病人进食（如有可能，使用无感染的手）必要

时帮助。

2. 确定进食活动给心脏造成的负担，是否加重病情，并能保持大便通畅。

3. 保证食物成分适合病人的咀嚼和吞咽水平。

4. 提供病人适当的用具（吸管…）帮助就餐。

5. 病人在理想的体位就餐，可能的话坐在椅子上。

6. 考虑帮助病人进食时，采取的装置，恰当的体位，给进食带来帮助而没有妨碍。

7. 假如病人视力有问题，小心地安排放入盘子里的食物。

穿着/修饰：

1. 在穿着的时候提供隐蔽条件。

2. 当穿着的时候给予经常的鼓励和帮助。

3. 计划日常生活使病人在活动前能休息。

4. 经过护士和医生评估后提供适当的穿衣辅助器材。

5. 把病人放在轮椅或固定椅上。

6. 鼓励穿着大一尺码的衣服，确保易穿着和舒服。

7. 建议使用前开的胸罩。

8. 建议使用松紧鞋。

9. 提供化妆品和镜子，需要时给予帮助。

沐浴/卫生：

1. 可能的话，沐浴时保持隐私权。

2. 保证用具在病人易于取用的位置。

3. 指导病人选择沐浴时间尽量在休息好和不忙时。

4. 提供病人适当的辅助器材。

5. 鼓励病人梳头。

6. 鼓励病人进行力所能及的口腔—面部卫生，必要时帮助刷牙和洗脸。

7. 如需要帮助病人修剪手指甲和脚趾甲。

8. 经常鼓励病人自理。

9. 记录沐浴时独立性的提高。
10. 必要时提供床上擦澡和洗头。
11. 保持会阴清洁，可协助会阴冲洗 bid，并保持大小便后会阴卫生。

入厕：

1. 评价/记录以前和目前的入厕型态；制定一个入厕时间。
2. 病人入厕时提供隐蔽条件。
3. 把呼叫灯放在病人伸手可及处，并指导病人尽早叫人。
4. 帮助病人脱去/更换必要的衣服。
5. 尽可能鼓励使用便桶/厕所。
6. 提供病人便盆或白天推病人去厕所每 1~1.5h，夜间 3 次。
7. 手纸放在伸手可及处，密切监测病人是否失去平衡/跌倒。
8. 医源性限制病人，协助床上大小便，并及时倾倒排泄物。

移动/下床：

1. 当病人休息后，制订指导其移动/散步的时间表。
2. 帮助病人床上运动：
 - (1) 鼓励病人床上翻身，四肢肢体运动。
 - (2) 如无医源限制，鼓励病人早下床活动。
3. 当转运病人去厕所时，把椅子放在病人一边与床有一小角度。
4. 当需要轻度帮忙时，站在病人弱的一边，护士手放在其弱的胳膊上。
5. 需要中度帮助时，护士的胳膊放在病人的两腋窝下，手放在病人的背后。
6. 需要较大帮助时，护士把右膝顶着病人有力的一侧膝盖，双臂抱着其腰，拉她向前，鼓励病人把重心移到强壮的一侧。
7. 帮助下床：
 - (1) 站在病人无力的一侧。
 - (2) 如使用拐杖，把拐杖放在病人有力的一侧。

8. 评估活动是否加重病情，可活动前给予止疼剂。

公共的护理：

1. 提供病人有关疾病、治疗以及预后的确切信息，强调正面效果，以增进病人自我照顾的能力和信心。

2. 急性期嘱病人卧床休息，平时尽量坐在椅子上休息。

3. 卧床期间协助病人洗漱、进食、大小便、个人卫生等生活护理。

4. 将病人经常使用的物品放在易拿取的的地方，以减少病人寻找东西时的体力消耗。

5. 信号灯放在病人手边，听到铃响立即给予答复。

6. 在病人活动耐力范围内，鼓励病人从事部分生活自理活动和运动，以增加病人的自我价值感。

7. 提供病人选择的机会，并让她计划自己的护理，以减轻无用感。

8. 鼓励病人最大限度的独立进行自理。

9. 制定相关问题的护理计划：自我形象紊乱，活动无耐力，躯体移动障碍。

1.2 体温过高

【相关因素】

1. 炎症。

2. 药物。

3. 麻醉。

4. 代谢率增加。

【预期目标】

1. 病人体温被控制在 38.5℃。

2. 病人体温降至正常范围。

【评估】

1. 评估生命体征，尤其体温。
2. 观察热型及伴随症状，以协助诊断。
3. 评估促发因素。
4. 评估有无奶胀，恶露有无异常，有无腹疼。

【措施】

1. 遵医嘱给抗生素、退热剂，并观察记录降温效果。
2. 卧床休息，限制活动量。
3. 每4小时则量体温、脉搏和呼吸。体温突然升高或骤降时，要随时测量并记录。
4. 保持室内空气新鲜，每日通风2次，每次15~30min，并注意保暖。
5. 鼓励病人多饮水或选择喜欢的饮料，_____ ml/d。
6. 给予清淡易消化的高热量、高蛋白流食或半流食。
7. 出汗后要及时更换衣服，注意保暖。
8. 协助口腔护理，鼓励多漱口，口唇干燥时可涂护唇油。
9. 体温超过38.5℃给予物理降温。如：
 - (1) 在头部及大血管经过的浅表部位敷冰袋，0.5~1 h更换一次。
 - (2) 酒精擦浴、温水擦浴、冰水灌肠等，应根据病情选择，30min后测体温，密切观察，防止虚脱。
10. 给予输液并补充电解质，多饮水加快毒素排泄。
11. 在严重情况下给予吸氧。
12. 指导病人家属识别体温异常的早期表现，注意有无头痛、脉率加快、烦躁不安，报告以上症状，以免惊厥抽搐发生。
13. 及时解除奶胀，教会病人人工挤奶。

1.3 睡眠型态紊乱

【相关因素】

1. 疼痛/不舒适。
2. 环境改变。
3. 焦虑/恐惧。
4. 压抑。
5. 医疗。
6. 活动量少。
7. 尿频/尿失禁。

【预期目标】

1. 病人叙述出妨碍睡眠的原因。
2. 病人能够叙述促进休息睡眠的方法。
3. 病人主诉能够得到充足的休息，表现为休息后的外貌。

【评估】

1. 评估过去在正常环境里的睡眠型态：量，入睡的方式、深度、时间、体位、辅助品和干扰的因素。
2. 评估病人是否对睡眠困难原因了解和可能减轻的方法。
3. 记录睡眠的时间，记录干扰睡眠的生理性因素（如疼痛/不舒适、尿频）和/或心理因素（如恐惧、焦虑）。
4. 评价医疗对干扰睡眠的作用/时间。

【措施】

1. 让环境有助于睡眠/休息（如安静，舒适的治疗，通风换气，门关闭）。
2. 帮助病人观察以前入睡的方式。
3. 提供护理帮助，如：按摩，入睡护理，缓解疼痛，舒适体位，放松技术。