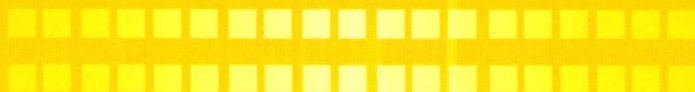


涵盖广泛，架构清晰，浅显易懂，侧重运用



临床内科护理 基础与实践

Linchuang Neike Huli
Jichu Yu Shijian

主编 石兰萍

 军事医学科学出版社

临床内科护理基础与实践

主 编 石兰萍(香港大学深圳医院)

副主编 开月梅(北京大学深圳医院)

廖玉梅(北京大学深圳医院)

余颖娟(北京大学深圳医院)

曹建芬(香港大学深圳医院)

徐 健(山西省晋中市第一人民医院)

韩 祺(深圳职业技术学院医护学院)

编 者 (以姓氏笔画为序)

王小花(北京大学深圳医院)

王 丽(北京大学深圳医院)

王 伟(北京大学深圳医院)

石 鑫(北京大学深圳医院)

伊 华(北京大学深圳医院)

周 芳(北京大学深圳医院)

侯 晶(北京大学深圳医院)

夏春梅(北京大学深圳医院)

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内 容 提 要

《临床内科护理基础与实践》主要解决临床内科护理实际工作需求,全书共分三部分,分别为总论、健康教育与健康促进、内科护理实践,共十四章,对帮助护士建立临床护理思维、解决临床具体问题具有一定的指导意义。

图书在版编目(CIP)数据

临床内科护理基础与实践/石兰萍主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2012.11

ISBN 978-7-5163-0087-9

I. ①临… II. ①石… III. ①内科学

- 护理学 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 272013 号

策划编辑:李 玫 责任编辑:李 玫

出 版 人:孙 宇

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)66931051,66931049,63827166

编辑部:(010)66931039,66931127

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:北京宏伟双华印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:30.5

字 数:838 千字

版 次:2013 年 6 月第 1 版

印 次:2013 年 6 月第 1 次

定 价:68.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

编写说明

本书从临床内科护理实际工作的需求出发,结合国内外内科护理学发展的新理论、新技术,从临床护理程序和护理评估入手,重点强调健康教育及健康促进的方法和手段,并将临床内科护理实践的内容分十四章进行详细阐述,由具有丰富临床经验的高级护理人员编写而成。本书编写突出了以下几点。

一是重点强调健康理念。在本书编写时将“健康教育及健康促进”章节重点突出和阐述,旨在使广大护理人员进行疾病护理的同时,要时刻关注病人的健康,以恢复和促进病人健康为最终目的,并将这一理念始终贯穿在后续内科护理实践的各个章节中。

二是内容与方法新颖。每章均有重点篇幅突出新的护理方法与护理的最新进展,并通过临床病例分析和护理查房帮助护理人员梳理相关知识内容,注重临床实际问题的评估、分析,以及解决实际问题的方法,在整体布局上突破了既往教科书的内容,为护理人员在实际学习和运用过程中提供了真实详尽的案例分析。

三是覆盖内容广。本书对体现系统化整体护理的健康教育内容进行了详细阐述,共分十个章节进行疾病护理介绍,并从各个系统常见疾病症状及问题的护理入手,介绍了常见诊疗技术和护理配合、疾病护理及健康教育、临床病例分析及护理查房、临床护理新进展等方面,内容覆盖了临床内科护理中常用的知识点,为临床内科护理提供全面丰富的知识背景。

四是知识易理解。本书本着浅显易懂、循序渐进的原则,从健康教育与健康促进入手,全面介绍内科疾病护理,重点阐述了内科常见疾病的相关知识、护理措施及发展动态、临床病例分析等,对帮助护理人员建立临床思维能力具有一定的指导意义。

总之,本书的编写力求全面、准确、通俗而实用,并综合了许多教学、辅导材料及大量临床案例资料。这是一部主要面向临床护理人员的实用型书籍,希望本书的出版能够对临床内科护理起到一定的指导作用。

前言

20 世纪后期,由于内科学的基础理论、基本技术、诊断方法、治疗手段的飞速发展,医学超声的应用、纤维内镜的发明、介入技术的兴起、放射医学的发展、新药的不断问世、分子生物学的开拓以及干细胞移植的出现等,为内科领域诊断治疗技术的提高提供了迅猛发展的机遇,同时对临床护理人员知识提出了新的需求。为了能够使广大护理人员适应现代医学及护理学的发展,我们本着实用、科学的原则,组织长期在临床一线工作的高级护理人员,从护理程序、护理评估、健康教育与健康促进、内科护理实践等方面,编写了这部《临床内科护理基础与实践》。

全书分为三部分十四章,第一部分“总论”中,从护理程序和护理评估两方面进行了介绍,同时重点强调了在内科疾病护理过程中护理程序和护理评估的重要性。第二部分“健康教育与健康促进”中,重点介绍了健康教育及健康促进的重要性、健康教育的方法、健康促进的策略等内容。第三部分“内科护理实践”中,分十个章节就各个系统常见疾病的症状及问题、护理及健康教育、临床护理新进展等方面分别进行了阐述,较为突出的特色是在每一个章节中增加了临床病例分析及护理查房的内容,为广大护理人员在学习和实际运用过程中提供了真实详尽的案例分析,对帮助护理人员建立临床护理思维能力,解决临床具体问题具有一定的指导意义。

限于编者的水平,本书难免有疏漏之处,敬请同仁不吝指正,并希望广大护理同仁在使用中不断提出宝贵意见,以便日后及时修订,使之日臻完善。

编者 石兰萍

目录

第一部分 总 论

第一章 护理程序	(1)	第二章 健康评估	(10)
第一节 概述	(1)	第一节 概述	(10)
第二节 护理评估	(2)	第二节 健康评估的方法	(11)
第三节 护理诊断	(3)	第三节 健康史的评估	(14)
第四节 护理计划	(6)	第四节 健康评估技术	(16)
第五节 实施与评价	(8)	第五节 心理评估	(40)

第二部分 健康教育与健康促进

第三章 健康教育	(46)	第四章 健康促进	(54)
第一节 健康和健康相关因素	(46)	第一节 健康促进的概念与原则	(54)
第二节 健康教育的概念与原则	(47)	第二节 健康促进的策略	(55)
第三节 护理程序在健康教育中的 应用	(49)		

第三部分 内科护理实践

第五章 心血管与循环系统疾病的护理	(58)	第五节 临床护理新进展	(159)
第一节 常见症状及问题的护理	(58)	第七章 神经系统疾病的护理	(168)
第二节 常见诊断技术及护理配合	(64)	第一节 常见症状及问题的护理	(168)
第三节 心血管病介入诊断及治疗的护理	(68)	第二节 常用诊断治疗技术及护理配合	(178)
第四节 常见疾病的护理及健康教育	(75)	第三节 常见疾病的护理及健康教育	(186)
第五节 临床病例分析及护理查房	(94)	第四节 临床病例分析及护理查房	(217)
第六节 临床护理新进展	(97)	第五节 神经内科病人运动功能康复护理新进展	(220)
第六章 呼吸系统疾病的护理	(103)	第八章 内分泌代谢性疾病的护理	(225)
第一节 常见症状及问题的护理	(103)	第一节 常见症状及问题的护理	(225)
第二节 常用诊断治疗技术及护理配合	(108)	第二节 常用功能检查及护理	(228)
第三节 常见疾病的护理及健康教育	(111)	第三节 常见疾病的护理及健康教育	(232)
第四节 临床病例分析及护理查房	(156)	第四节 临床病例分析及护理查房	(267)

第五节 临床护理新进展	(270)	第六节 临床护理新进展	(406)
第九章 消化系统疾病的护理	(272)	第十二章 风湿性疾病的护理	(410)
第一节 常见症状及问题的护理	(272)	第一节 常见症状及问题的护理	(410)
第二节 常用诊断治疗技术及护理 配合	(277)	第二节 常见疾病的实验室及其他 检查	(414)
第三节 常见疾病的护理及健康教育	(284)	第三节 常见疾病的护理及健康 教育	(415)
第四节 临床病例分析及护理查房	(303)	第四节 临床病例分析及护理查房	(424)
第五节 功能性消化不良的心理护 理干预进展	(306)	第十三章 老年护理	(428)
第十章 血液系统疾病的护理	(308)	第一节 概述	(428)
第一节 常见症状及问题的护理	(308)	第二节 常见症状及问题的护理	(433)
第二节 常见诊断治疗技术及护理 配合	(311)	第三节 常见疾病的护理及健康 教育	(439)
第三节 常见疾病的护理及健康 教育	(315)	第四节 临床病例分析及护理查房	(445)
第四节 临床病例分析及护理查房	(335)	第五节 临床护理新进展	(448)
第五节 临床护理新进展	(337)	第十四章 肿瘤内科疾病的护理	(450)
第十一章 泌尿系统疾病的护理	(342)	第一节 常见症状及问题的护理	(450)
第一节 常见症状及问题的护理	(342)	第二节 常用诊断治疗技术及护理 配合	(454)
第二节 常用诊断治疗技术及护理 配合	(350)	第三节 肿瘤病人心理护理	(463)
第三节 血液净化疗法的护理	(354)	第四节 常见疾病的护理及健康 教育	(467)
第四节 常见疾病的护理及健康教育	(388)	第五节 临床病例分析及护理查房	(472)
第五节 临床病例分析及护理查房	(404)	第六节 肿瘤化疗防护的护理新 进展	(477)
参考文献	(480)		

环模式贯穿于病人自入院至出院(或转院、转科或死亡)的整个过程。

三、护理程序的特点

护理程序作为护理人员用来照顾服务对象的独特工作方法,其特点为:有特定的目标,为服务对象解决健康问题为根本目的;有系统性和次序性;有个别性;有连续性;是互动的过程;以理论为基础,具有普遍性。

第二节 护理评估

护理评估是根据收集到的信息,对护理对象及相关的事物作大概的推断,为护理诊断以及护理计划的制订提供可靠的依据。为此,有计划地收集资料,评估病人健康状况是护理程序最关键的环节,无论对病人或护士都是十分重要的,准确完整地评估为实施高质量的个体化护理提供坚实的基础。

一、收集资料

收集资料的目的是为提出准确的护理诊断提供依据,它的准确与否直接影响护理计划的准确性,因此是十分重要的。收集资料通常在第一次接触病人时开始,但随着病情发展应及时积累、补充,以便修改计划,采取适当的护理措施,因而收集资料应贯穿于护理程序的全过程。

(一) 范围和内容

收集资料的范围包括病人身体、心理状况,社会交往,家庭状况及环境等多方面的资料,概括起来有下列三个方面的内容。

1. 一般性资料 包括病人的姓名、性别、年龄、出生地、民族、职业、文化程度、宗教信仰、家庭住址及入院时间。

2. 主观资料 即病人自我介绍的资料。

(1) 发病经过及入院原因。

(2) 目前的身体状况。

(3) 既往健康状况和过去曾经患过的疾病、外伤、手术或长期服用药物及过敏史。

(4) 家庭史(包括双亲、兄弟、姐妹或子女的健康与疾病情况),有无传染病,已死亡的直系亲属的死因及年龄。

(5) 个人日常生活状况(包括饮食、休息、睡眠、排便习惯等)以及有何嗜好。

(6) 心理、社会状况。

(7) 对疾病的认识和理解(如对疾病的发生、发展、预后及目前的治疗是否清楚)。

(8) 工作与家庭情况(如与同事的关系、经济收入、工作情况、在家庭中的“地位”及与家庭成员的关系)。

(9) 应对能力(如处理问题的能力)等。

3. 客观资料 护士可通过观察、检查获得的资料。

(1) 护理体检:对病人进行系统的全面的身体评估。包括生命体征及身体各系统的检查。

(2) 心理状态:包括精神状况、语言表达、思维过程、情绪状态、人格类型,以及与周围环境的关系及人际关系等。

(3) 辅助检查结果(包括实验室检查和器械检查等)。

(二) 资料的来源

1. 直接资料来源 服务对象本人(病人)是直接资料的来源,也是资料的主要来源。如患病后的感受、对健康的认识及需求、对治疗及护理的期望等,只有被评估者本人最清楚、最能准确地

加以表述,因此也最为可靠。

2. 间接资料来源 服务对象(病人)的主要关系人如其家庭成员、朋友、亲戚等病人之外的其他人即支持型群体是间接资料来源。当病人无法参与提供资料时(如语言障碍、意识不清、智力不全、精神障碍等因素),则需他人如家庭成员或与病人有关的主要人员,如朋友、同事、邻居等;其他保健人员,如护士、理疗师、营养师、心理护士或其他护理人员等;其他途径如既往的健康记录及诊断报告,各种实验室报告(如X线片、化验结果、病理报告等)来提供资料。

(三)资料类型

1. 按资料的来源划分 分为主观资料与客观资料。
2. 按资料的状态划分 分为静态资料与动态资料。
3. 按资料的特点划分 分为生理资料与心理社会资料。

(四)资料评估方法

详细见第二章。

二、资料的分析整理与记录

(一)资料分析和整理

对收集到的资料进行分析整理,是为确定护理诊断做好准备。为了避免重复和遗漏,一般将收集到的资料按以下三种方法进行归类:

1. 按 Maslow 的需要层次归类

- (1)生理需要:如体温 38℃,心率 100 次/min,呼吸困难,口唇发绀等。
- (2)安全需要:如对医院环境不熟悉,手术前紧张失眠等。
- (3)爱与归属的需要:如病人想家,希望有人来探视等。
- (4)尊敬与被尊敬的需要:如怕被人看不起、因外貌的改变不敢见人等。
- (5)自我实现的需要:如担心住院影响工作,有病不能实现自己的理想等。

2. 按 Majory Gordon 的健康型态分类 健康感知-健康管理型态;营养-代谢型态;排泄型态;活动-运动型态;睡眠-休息型态;认知-感受型态;自我认识-自我概念型态;角色关系型态;性-生殖型态;应对-应急耐受型态;价值信念型态。例如:活动-运动型态中,包括病人自理情况、活动的类型、活动耐力情况、是否有医源性限制、是否需要辅助工具等。

3. 按人类反应型态归类 将资料分为交换、沟通、关系、赋予价值、选择、移动、感知、认识、感觉/情感九种。这种型态较为抽象,使用不方便。

(二)资料记录

资料的记录格式可以根据资料的分类方法,各医院及各病区的特点自行设计,多采用表格记录方式。

1. 入院评估 记录病人入院时综合评估所得的资料。是与病人第一次见面时收集到的资料记录。要求详细、全面,是制定护理计划的依据,一般要求入院 24 h 内完成。

2. 住院评估 记录住院期间动态评估病人所得的资料。可根据病情,在数天、每天或每班甚至随时进行评估,反映病人的动态变化,用以指导护理计划的制定、实施、评价和修订。

第三节 护理诊断

根据收集到的资料确定护理诊断是护理程序的第二步。1973 年美国护理协会正式将护理诊断纳入护理程序,目前我国使用的是北美护理诊断协会(North American Diagnosis Association, NANDA)认可的护理诊断。

一、护理诊断的定义

护理诊断是关于个人、家庭或社会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;是护士为达到预期结果选择护理措施的基础,这些预期结果是由护士负责的。

二、护理诊断的组成

护理诊断是由名称、定义、诊断依据和相关因素四部分组成。

(一) 名称

名称是对护理对象健康状况的概括性描述,分为3类。

1. “现存的”问题 是对个人、家庭或社区现存的健康状况或生命过程的反应的描述,如“体温过高”、“恐惧”。

2. “有……危险”的问题 是对一些易感的个人、家庭或社区健康状况或生命过程中可能出现的反应的描述。这类护理诊断是目前没有发生的问题,但如果不采取护理措施则可能出现。如昏迷病人,存在“有皮肤完整性受损的危险”。因此,在有危险因素存在时,护士要能预测到可能出现的问题,以采取预防性措施。

3. “健康的”问题 是对个人、家庭或社区具有加强健康已达到更高水平潜能的描述。健康的护理诊断是护士在为健康人群提供护理时可以用到的护理诊断。如“潜在的精神健康增强”、“执行治疗方案有效”。

以上三种护理诊断中,“现存的”和“有……危险的”问题护理诊断最为常用,“健康的”问题护理诊断的应用,国内外护理界仍在探索中。

(二) 定义

定义是对名称的一种清晰、准确的表达,并以此与其他护理诊断相区别。每一个护理诊断都有自己特征性定义,如“便秘”是指个体处于一种正常排便习惯发生改变的状态,其特征为排便次数减少和(或)排出干硬便。“感应性便秘”是指个体自我诊断为便秘,并通过应用缓泻剂、灌肠和栓剂以保证每天排便一次。

(三) 诊断依据

诊断依据是做出诊断的临床判断标准,常常是病人所具有的症状、体征及有关病史,也可以是危险因素;来源于护理评估收集的资料。根据资料在诊断中所起的作用,诊断依据分为3种。第一种称“必要依据”,即做出某一诊断时必须具备的依据;第二种称“主要依据”,即做出某一诊断时通常需要存在的依据;第三种依据称“次要依据”,即对做出某一诊断有支持作用,但不一定是在每次做出该诊断时存在的依据。

(四) 相关因素

相关因素是指促成护理诊断成立的原因或情境,通常用“与……有关”来表示。相关因素可来自于以下几个方面。

1. 疾病方面 如“体液过多”的相关因素可能是右心衰竭。

2. 治疗方面 如气管插管上呼吸机的病人可能出现“语言沟通障碍”。

3. 心理方面 如“睡眠型态紊乱”可能是见到别人死亡而产生的恐惧所致。

4. 情境方面 即涉及环境、有关人员、生活经历、生活习惯、角色等方面的因素,如“营养失调:高于机体需要量”的相关因素可以是高脂肪饮食或饱餐后喜好静坐等生活习惯。

5. 年龄方面 如老年人的“便秘”常与老年人肠蠕动减弱有关。

护理诊断的相关因素往往不只是一个方面,如“睡眠型态紊乱”,可以是手术后疼痛引起,可以是焦虑引起,可以是连续输液引起,也可以是住院环境改变引起。总之,一个护理诊断可以有

多个相关因素,确定相关因素是为护理措施的制定提供依据。

三、护理诊断的陈述方式

护理诊断主要有以下 3 种陈述方式。

(一)三部分陈述

即 PES 公式,具有 P、E、S 三部分。

P—问题(problem),即护理诊断的名称。

E—病因(etiology),即相关因素。

S—症状或体征(symptom and signs),也包括实验室、器械检查结果。

例如:体温过高(P):腋温 39℃(S);与肺部感染有关(E)。

三部分陈述多见于现存的护理诊断。

(二)两部分陈述

即 PE 公式,只有护理诊断名称与相关因素,而没有临床表现。

例如:“有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床有关。”

两部分陈述多用于:“有……危险的”护理诊断,因问题尚未发生,故没有症状或体征。

(三)一部分陈述

只有 P 这种陈述方式,用于“健康的”护理诊断。

四、合作性问题——潜在并发症

合作性问题是需要护士进行监测以及时发现其发生和情况变化的一些并发症,是要护士运用医嘱和护理措施共同处理以减少并发症发生的问题。只有那些护士不能预防和独立处理的并发症才是合作性问题,如术后伤口出血的问题,主要与术中结扎缝合等有关,护理措施无法预防其发生,因此对这一问题应提出“潜在并发症:出血”,护士的主要作用是严密观察伤口是否有出血发生。

合作性问题有其固定的陈述方式,即“潜在并发症:×××”。

合作性问题的护理原则:

- 1. 遵医嘱执行治疗措施。
- 2. 根据病情制订相应的护理措施。
- 3. 加强监护,严密观察病情,为诊断、治疗提供依据。

因此,护理诊断与合作性问题存在着区别(表 1-1)。

表 1-1 护理诊断与合作性问题的区别

项目	护理诊断	合作性问题
决定治疗者	护理人员	护士与医生合作处理
护理措施的原则	减轻、消除、预防、排除、促进	监测,为诊断治疗提供依据
陈述方式(举例)	活动无耐力:与心肌病变有关	潜在并发症:心力衰竭
预期结果	需要为病人确定预期结果,作为评价护理效果的标准	不需要确定预期结果,因为不是护士职责范围内能达到的结果

五、护理诊断与医疗诊断

医疗诊断是医生使用的名词,用于确定一个具体疾病或病理状态。护理诊断是护士使用的

名词,用于判断个体或人群对健康状态、健康问题现存的、潜在的、健康的综合反应。医疗诊断的侧重点在于对病人的健康状态及疾病本质做出判断,特别是要对疾病做出病因诊断、病理解剖和病理生理等诊断,而护理诊断则侧重于对病人现存的或潜在的健康问题或疾病的反应做出判断。每个病人医疗诊断数目较少且在疾病发展过程中相对稳定,保持不变,护理诊断数目较多,并可随着病人反应的不同而发生变化。例如“乳腺癌”是医疗诊断,医生关心的是疾病的治疗,而护士关心的是病人患病后的反应,如病人可能出现“疼痛”、“恐惧”、“知识缺乏”、“预感性悲哀”、“自我形象紊乱”等护理诊断。

第四节 护理计划

护理计划是护士在对护理对象进行全面评估后,根据所确定的护理诊断,为预防、减轻或消除护理问题所需要采取护理活动的计划,是护士对病人进行护理活动的指南。

一、护理计划的目的

护理计划是一个决策过程,其目的包括确定护理对象需要解决的问题,需要实施的措施,需要观察的内容及需要宣教的内容;提供护理的评价标准;区分护士与其他医务人员的责任。

二、护理计划

包括护理诊断的陈述、护理对象将要达到的目标以及护理活动。可划分为3个阶段。

(一) 护理诊断的排序

当病人出现多个护理诊断时,需要对这些诊断(包括合作性问题)进行排序,确定解决问题的优先顺序,以便根据问题的轻、重、缓、急安排护理工作。排序时,须考虑到护理诊断的紧迫性和重要性,要把对病人生命和健康威胁较大的问题排在首位,其他依次排列。

1. 首位问题 是指会威胁病人生命,需立即行动去解决的问题。如清理呼吸道无效、有窒息的危险、组织灌注量改变等,这些都是危及生命的生理性需要受到威胁而产生的严重问题,是护理的重点,必须优先解决。

2. 中优问题 是指虽不直接威胁病人生命,但给其精神上 and 躯体上带来极大的痛苦,严重影响护理对象健康的问题,如皮肤完整性受损、排便失禁、有感染的危险、恐惧等。应采取积极的措施解决这些问题。

3. 次优问题 是指在患病期间或生活中某高层次的需要,如情感的需要、尊重的需要、自我实现的需要等未得到满足而产生的影响健康的问题,如社交障碍、家庭作用改变、自我形象紊乱等。次优问题并非不重要,它涉及病人心理、社会、人格等方面的健康,同样需要护理人员给予帮助,使问题得到解决。

确定护理诊断优先顺序最常用的是马斯洛需要层次论。在需要论的5个层次中,生理需要处于最低位,也是最重要的。人只有在生理需要得到满足后,才会考虑其他层次的需要。但有时某种需求对病人的意义可能与护士所认为的大相径庭,因此,排序时还需注意。首优、中优、次优的顺序在护理过程中不是固定不变的,是随病情变化而变化;当威胁生命的问题得以解决,中优或次优的问题可以上升为首优问题;当决定优先顺序时,必须尊重病人的意愿与选择,鼓励病人参与,这样才能调动病人的主动性和积极性,使其与护理人员密切配合,促进良好护患关系的形成。

(二) 制订护理目标

目标是对病人及家属提出的,能达到的、可测量的、能观察到的病人行为目标,能指引护理人员去指导、预防、消除病人的健康问题,也是评价的依据之一。

1. 目标陈述方式 时间状语 + 主语 + 条件状语 + 谓语 + 行为标准

(1) 时间状语: 护理对象(主语)在何时达到目标中陈述的结果。

(2) 主语: 是指护理对象。护理对象主要是病人, 还有健康人如孕妇、病人家属等。有时目标陈述中, 主语可以省略, 但句子的逻辑主语一定是病人。

(3) 谓语: 指护理对象能完成的行为。

(4) 行为标准: 指护理对象完成该行为要达到的程度。

(5) 条件状语: 指主语在完成某行为时所处的条件状况。条件状语不一定在每个目标中都出现。

例: 住院期间 病人皮肤 保持 完整、无压疮。

时间状语 主语 谓语 行为标准

2. 护理目标的种类

(1) 短期目标: 是指在相对较短的时间内能够达到的目标(通常指少于1周, 几天或几小时), 如“病人胸痛在2h之内明显减轻”。

(2) 长期目标: 是指在相对较长的时间内能够达到的目标。长期目标包括两种情况: 一种是住院期间长期存在的问题, 如“病人住院期间不发生压疮”; 另一种是需要一系列短期目标的实现, 才能保证达到长期目标, 如“病人半个月恢复生活自理能力”, 可分解为“5d内在护士/家属协助下能自己进食、穿衣、入厕”和“半个月恢复生活自理能力”。另外, 长期目标也可以包括一系列渐进性的短期目标。

如“7d后能够自我护理人工肛门”, 系列短期目标如下。

1d后在护士为病人护理人工肛门时, 病人不回避注视伤口。

3d后在护士为病人护理人工肛门时, 病人能给予帮助。

5d后病人在护士协助下完成人工肛门的护理。

7d后病人能够自己护理人工肛门。

短期目标不仅可以使护士分清各阶段的工作任务, 也可以因短期目标的逐步实现而增加病人达到长期目标的信心。

3. 制订目标时的注意事项

(1) 目标的主语一定是病人, 而不是护士。如“病人在住院期间不发生皮肤损伤”是正确的, 而“定期翻身, 不使病人发生皮肤损伤”是错误的; 因为后者是护士的行为。

(2) 一个目标中只能出现一个行为动词, 也就是说每个目标都要有明确的针对性, 一个护理诊断可有多个目标, 但一个目标针对一个护理诊断。

(3) 目标应切实可行, 要在病人的能力范围内, 在护理技术所能解决的范围内。

(三) 制订护理措施

护理措施是护士帮助病人达到预定目标所需采取的具体方法。

1. 护理措施的种类

(1) 依赖性护理措施: 由护理人员执行医嘱。

(2) 独立性护理措施: 是指不依赖医嘱, 护士独立提出和采取的措施。其包括: 帮助病人完成日常活动; 危险问题的预防; 病情的心理社会反应的监测和观察; 为病人及家属提供健康教育和咨询; 提供心理支持等。

(3) 相互依赖的护理措施: 它是护士与其他健康保健人员相互合作采取的行动。如病人出现“营养失调: 高于机体需要量”的问题, 护士为帮助病人恢复理想体重而咨询营养师和运动医学专家共同为病人制订的护理措施。

2. 制订护理措施注意事项

- (1) 护理措施要针对目标制订,一个目标可采取一项或多项措施。
- (2) 护理措施要切实可行,因人而异。
- (3) 护理措施要保证病人的安全。
- (4) 护理措施不应与其他医务人员的措施相矛盾。
- (5) 护理措施要为病人提供教与学的过程。

护理措施要有科学的理论依据。措施依据来源于自然科学、行为科学、人文科学的知识,禁止将没有科学依据的措施用于病人。

在临床工作中,为节约案头书写时间,一般不要求护士在制定护理计划时每项护理措施都写出措施依据,但对于初学护理程序的护士和在校护生,应按要求完成。

3. 护理计划成文 护士在收集资料后,进行综合分析、判断,书写出反映病人健康状况的护理诊断、目标、措施等,这就是护理计划。护理计划要随着病情的转变和转归而不断修订。

护理计划的书写格式与内容可根据各医院及病区的实际情况进行设计与调整。

第五节 实施与评价

一、实施

实施是执行护理计划的过程。所有护理诊断都要通过各种护理措施得以解决。这一步不仅要求护士具备丰富的专业知识,还要具有熟练的操作技能和良好的人际沟通能力,才能保证病人得到高质量的护理。

(一) 实施的内容

1. 对计划的护理措施组织实施。
2. 执行医嘱中的治疗性措施。
3. 落实教育计划。

(二) 实施的方法

1. 直接给护理对象提供护理。
2. 鼓励并协助护理对象进行自我护理。
3. 与其他医务人员合作。
4. 教育护理对象的亲属进行护理。
5. 监督指导护理对象或亲属进行护理。

(三) 实施后的记录

护士对其所执行的护理措施及执行过程中观察到的问题进行记录是不断地收集资料及评价护理效果的过程。记录的方法有多种,可采用文字描述或表格书写,如“护理记录单”、“住院评估表”、“PIO 护理记录单”、“出院记录单”等。PIO 护理记录单见表 1-2。

二、护理评价

护理评价是护士将病人的健康状态与护理计划中预定的目标进行比较并做出判断的过程。评价是护理程序的最后一步,但并不意味着护理程序的结束,相反,通过评价发现新问题、做出新的护理诊断和计划,或对以往的方案进行修改,而使护理程序循环往复地进行下去。

表 1-2 PIO 护理记录单

科室	病室	床号	姓名	医疗诊断	住院号
日期	时间	护理记录(PIO)			签名
8/3	2:00pm	P:便秘:与排便习惯和饮食形态改变有关,病人 4 天未排便,有便意即轻度腹胀。			× × ×
		I:(1)开塞露 20 ml 塞肛;			
		(2)指导病人在饮食中添加含纤维素丰富的蔬菜以及通便的水果。			
	3:00pm	O:排便一次,腹胀消失。			× × ×

护理评价的步骤

1. 评价目标是否实现 在目标陈述中所规定的期限到来后,将病人目前的健康状况与目标中预期的状况进行比较,以判断目标是否实现。衡量目标实现与否的程度有 3 种。

- (1)问题已经解决,目标完全实现。
- (2)问题部分解决,目标部分实现。
- (3)问题未解决或进一步恶化,目标未实现。

例如:预期目标为:“病人 1 周后能拄拐杖行走 50 m”,1 周后评价结果为:

- (1)病人拄拐杖能行走 50 m——目标完全实现。
- (2)病人拄拐杖能行走 30 m——目标部分实现。
- (3)病人拒绝下床行走或无力行走——目标未实现。

2. 分析原因 目标部分实现或未实现,一般原因有以下几种。

- (1)预期目标不切实际,期望值过高。
- (2)护理措施力度不够,达不到预期目标。
- (3)病情迅速变化,护理诊断、目标、措施已经不适宜了。
- (4)护患关系不协调,病人不合作。
- (5)医护协作不好。
- (6)护理资源不足。
- (7)护理评价不全面和欠准确。

3. 重审护理计划 对目前的健康问题进行重新评估,调整护理计划是评价后的一项工作。包括以下几个方面。

- (1)继续执行:病人的健康问题仍存在,护理措施适宜。
- (2)修改:病人的健康问题仍存在,预期结果不满意,措施已不适宜。
- (3)停止:对已解决的问题,即目标完全实现的护理诊断可以停止,其相应的护理措施也同时停止。
- (4)排除:原来认为存在的问题,若经过分析或实践验证不存在,则应予以取消。
- (5)增加:评价本身是一个再评估的过程,所得到的资料表明病人出现了新的护理诊断,应将这一诊断及目标和护理措施加入到护理计划中。
- (6)恢复:已解决的问题再度出现,相应的、合适的护理措施可恢复使用。

护理评价如上述周而复始地贯穿于整个护理过程中。通过护理评价,才能使护理工作日臻完善,确保护理对象得到优质高效的护理服务,促使其达到恢复健康和促进健康的目标。

(开月梅)

第二章 健康评估

第一节 概述

健康评估是一个有计划系统地收集有关被评估者的资料,并对资料的价值进行判断的过程。这一过程不仅是形成护理诊断的基础,也是制定、实施和评价护理计划的依据。它包括被评估者生理健康状况、心理健康状况和社会健康状况三个方面。

一、健康评估的原则

1. 任何护理技术操作及护理措施的实施都必须从评估开始。
2. 掌握评估时机:护理评估应贯穿于病人住院的全过程,贯穿于技术操作全过程。病人入院后应及时进行全面、整体的评估,评估记录可在 24 h 内完成。每项护理技术操作前、中、后必须进行评估。评估应反映病情的动态变化。
3. 评估的对象包括病人及家属、操作者、环境、设施、用物等。
4. 选择合适的评估方法和工具:常用的评估方法有交谈法、观察法、量表评定法、体格检查法及参考辅助检查结果等。常用的评估工具有体温计、血压计、听诊器、评估量表、疼痛评估尺及专科特殊评估工具等。
5. 评估环境应安静、安全、舒适,必要时应在私密的环境下进行。
6. 评估者重视病人的主观感觉。
7. 使用病人能理解的语言。注意与病人的非语言沟通。
8. 发现护理方法不能解决的问题,及时与相关人员沟通。
9. 保证评估资料的完整、客观、真实。
10. 及时准确记录评估结果。

二、健康评估对护士的基本要求

护士必须具备良好的职业素质、知识及技能,它将成为护理人员能否获得准确、完整的资料,能否展开高质量系统化整体护理的先决条件。

1. 职业素质 护士外表整洁、态度和蔼、语调温和,有助于发展与病人的和谐关系;谦虚礼貌能获得病人的信任,使之自愿谈出原想隐瞒的敏感问题。护士应善于赞扬与鼓励,富于同情心并能体察病人的痛苦,了解其需要,促使病人与自己合作并积极提供信息。

2. 知识 护士需要具有多学科广泛知识,包括人文科学、自然科学、社会科学及行为科学,具体应掌握解剖学、生理学、病理学、化学、营养学、微生物学、心理学、社会学、伦理学、预防医学、管理学、美学及专业课的基本理论。

3. 技能 护士需要具备多种技能,才能对病人进行有效的评估。如倾听技巧、交谈技巧、护理体检技巧等。因此,掌握对病人评估的原理与方法并在临床实践中不断学习,才能提高评估的水平。初学者在评估前必须认真考虑:病人可能会有哪些健康问题,我该用哪些技巧来进行评估。

三、健康评估的内容

健康评估的内容广泛,包括从如何与病人交流并建立良好的护患关系,到学习问诊的内容和

方法,体格检查的内容和方法,辅助检查的内容和意义,以及如何运用诊断性推理分析、综合资料,对资料进行分组,以发现其中的意义并得出合乎逻辑的结论。

1. 健康史的评估 主要内容有一般资料、主诉、目前的健康史、既往的健康史、目前的用药史、心理、社会背景、成长发展史及家族健康史等。其中心理评估及社会评估是健康史中不容忽视且相当重要的部分。

2. 症状评估 个体患病后对机体功能异常的主观感觉或自身体验称为症状。研究症状发生、发展和演变以及由此而发生的病人身心两方面的反应,对形成护理诊断、指导临床护理起着主导作用。本书关于常见症状的评估将在各系统中详述。

3. 身体评估 又称体格检查,是指评估者通过自己的感官或借助听诊器、血压计、体温表等辅助工具对被评估者进行细致观察与系统检查,找出机体正常或异常征象的评估方法,是获取护理诊断的重要手段。

4. 心理评估 包括自我概念的评估、认知的评估、情绪和情感的评估、压力与压力应对的评估。具体详见心理评估一节。

5. 社会评估 包括角色与角色适应的评估、文化的评估、家庭的评估、环境的评估。目的在于确定疾病发生发展过程中,社会因素对个体健康造成的积极或消极影响,以便于采取相应的护理干预,促进其社会适应能力的发展,最终达到维系健康的目的。

6. 辅助检查 包括心电图、影像检查和实验室检查。辅助检查的结果作为客观资料的重要组成部分,可指导护士观察、判断病情,做出护理诊断。本书中不做详细介绍。

四、健康评估结果的整理、分析与记录

即护理诊断的思维方法。评估的最后阶段是诊断性推理。诊断性推理牵涉到对评估过程、观察结果和临床判断的评判性思维能力。这种推理关系到做出准确和相关观察的能力,以及由此得出结论的能力。

第二节 健康评估的方法

收集资料的方法主要有四种,即交谈、观察、体格检查、阅读。

一、交谈

是护士与病人之间通过语言或非语言形式进行信息交流的过程。主要目的是收集有关病人以往健康状况,目前对疾病的反应及家庭社会情况的信息,取得确立护理诊断所需的各种资料,同时也是建立起良好护患关系的开始。交谈时应注意语速、语调,问题应提得简单、清楚,不要问得过急;态度和蔼,注重感情交流。交谈形式可分为正式交谈和非正式交谈。正式交谈指事先通知,且有目的、有计划的交谈。非正式交谈指护士在与病人接触中如日常护理查房、护理操作中与病人的交谈,护士从谈话中取得关于病情与心理反应等信息。

为了维持有效的交流,护士应注意以下原则与技巧:

1. 交流的隐私性 护士与病人交流时,要注意安排周围的环境,如关上房门或拉上帷幕,必要时请探视者暂时离开,确保谈话不会被第三者听到,同时减少不必要的社交性谈话,使时间得到有效的运用。

2. 交流的渐进性 会谈开始前护士应先向病人做自我介绍,说明交流的目的在于采集有关病人健康的信息,以便提供全面的护理。提问应选择一般性易于回答的开放性问题,如“您感到哪儿不舒服呢?什么时候开始的?”,待病人对环境适应和心情稳定后再问需要思考和回忆的问题。

3. 交流的通俗性 在交流的过程中,护士要使用病人易于理解的语言,避免使用有特定意义