

护理程序在临床护理中应用案例分析

内容简介

护理程序在护理工作中的应用价值

护理程序的基本步骤

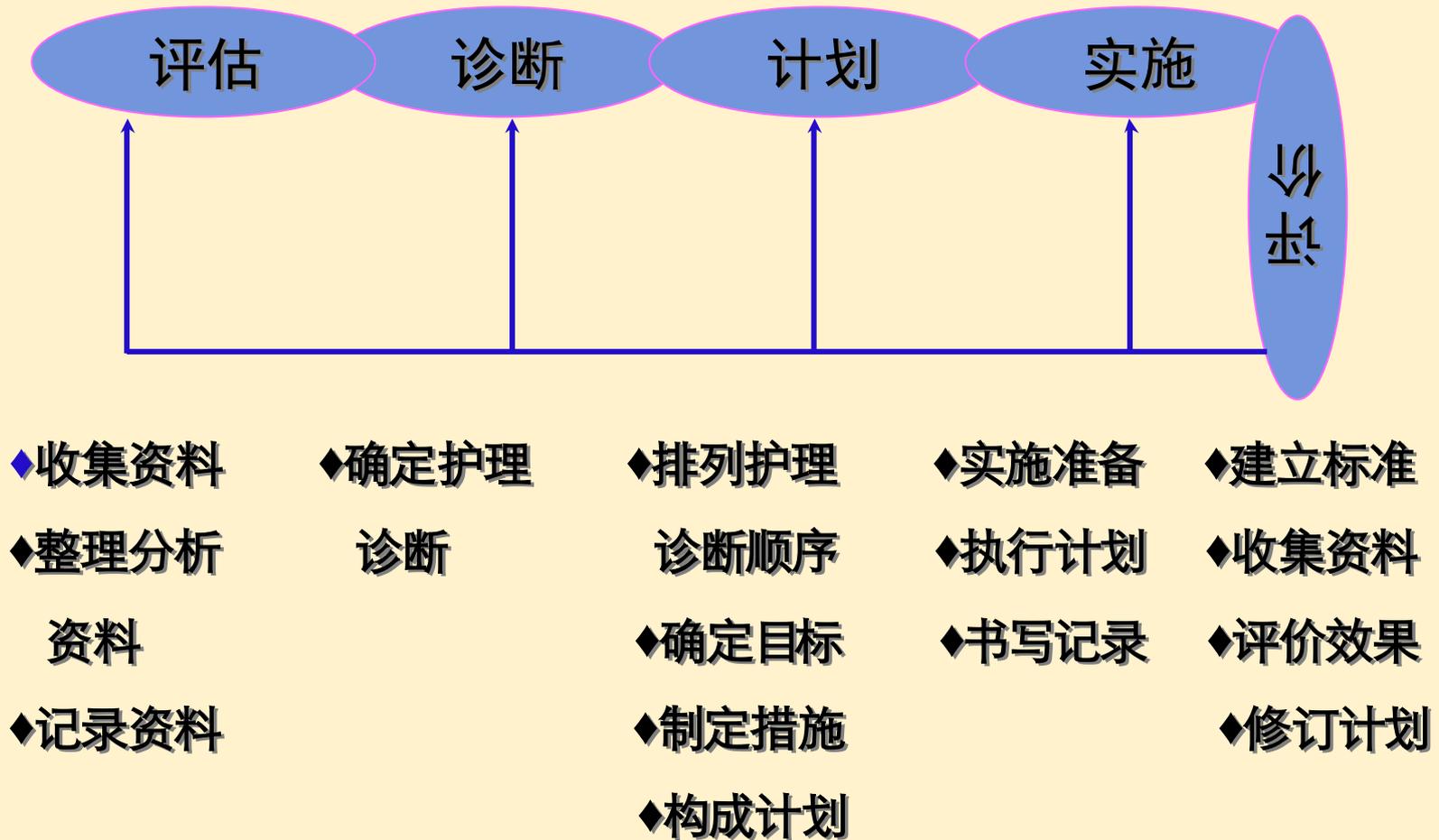
护理程序在临床护理中的应用



一、护理程序在护理工作中的应用价值

- 使护理人员摆脱了过去多年来形成的医嘱加常规的被动工作局面
- 帮助护士有效地利用时间和资源
- 能促进医务人员之间的协作，从而创造出一种和谐的工作氛围
- 有利于护士明确自己的职责范围和标准

二、护理程序基本步骤



三、护理程序在临床护理中的应用

(一) 评估

- 是护理程序非常关键的一步，直接影响到护理计划的制定、措施的实施及护理效果
- 包括：收集资料、整理资料、分析资料

护理程序在临床护理中的应用

(一) 护理评估

1、护理评估应把握两个方向

- 医疗诊断
- 患者医嘱

护理评估应把握两个方向

- 医疗诊断：从疾病相关的症状、体征去观察，为诊疗提供依据
- 腹痛查因——疼痛的部位、性质、程度、节律、诱因
 - 诊断：消化性溃疡？心绞痛？胰腺炎？.....
 - 评估：与进食、情绪的关系
 - 诊断：肝脾破裂？
 - 评估：血压、心率、尿量
 - 诊断：肠穿孔？
 - 评估：腹膜刺激征、板状腹

护理评估应把握两个方向

- 患者医嘱：关注诊疗方案、观察药物的疗效、副作用等方面进行相应观察、指导，及时为医生诊疗方案提供反馈信息，为医生提供调整药量的依据。

案例1

- 9个月男孩11：10入院
 - 主电脑护士嘱实习护生测体重，记录为13kg
 - 医生按13kg开出了用药医嘱：10%葡萄糖+普鲁卡因80mg ivgtt
 - 护士执行了医嘱
 - 病人哭吵不安
 - 医嘱：10%水合氯醛6.5ml+NS6.5ml保留灌肠
 - 责任护士发现水合氯醛的剂量与年龄不符，重测体重为8kg

护理评估

- 评估既要有重点，也不可忽视一般资料的收集，才有可能制定适合患者的个性化护理计划。
- 肝硬化失代偿期患者
 - 消瘦、卧床：压疮—加厚床垫
 - 视力障碍：防跌倒—陪伴、呼叫器

2、护理估计中应注意的问题

- 建立良好的护患关系
- 收集资料时分清主次顺序一般应首先估计病人的主要健康问题以及与这些问题有关的多方面情况，然后再收集病人的一般健康状况
- 资料的来源可以是多方面，病人常常是主要的资料来源，但是也不要忽视其它资料来源
- 在收集资料时应选择合适的方法 要根据病人的年龄、健康状况和所运用的资料来源而决定选择何种方法最为适宜
- 资料必须客观
- 收集资料的工作是持续不间断的

案例2：血糖高患者的处理

- 夜班晨会报告+10床空腹血糖16.9mmol/l，护士长带领夜班追查原因，询问患者。
- 问：你今早空腹血糖高，知道是什么原因吗？
- 答：没打胰岛素。
- 问：为何没打胰岛素？
- 答：早上没劲，懒得喊护士打。
- 问：为何没劲？
- 答：晚上没睡好。
- 问：为何没睡好？
- 答：腹痛厉害。
- 问：告诉护士了吗？
- 答：没有。
- 问：为什么没告诉护士呢？
- 答：.....

处理方法

- 与医生沟通：夜间增注盐酸布桂嗪75mg
- 嘱护士：关注患者睡眠，指导镇痛剂的使用
- 结果：次日患者诉睡眠较好，精神状态较前好，血糖6.9mmol/l
- 启示：评估不可就事论事，只看事物的表面

充分评估执行医嘱不盲目

- 案例3：护士王某在执行医嘱“1床 王× 10%葡萄糖注射液 500ml 静脉滴入”时突然想到：“他要输10%GS吗？我记得他血糖挺高，他不该输糖水，前两天他好像一直用的是生理盐水。我该不会记错吧？我还是去看看病历……是挺高的呀……会不会医生有别的考虑？我该怎么办？……不管怎么样，我得去问问。”

案例4：双上肢血压不一致

- 一位70多岁的男性患者，一位老师带了一个学生去给患者测血压，当时正好有一个病人需要处理，老师就没有跟过去了，学生测了以后，老师就问学生，患者血压有多高，学生回答160/90mmHg，这个老师非常认真负责，因为她当时不在，所以她就给病人重新测了一个血压，血压是110/70mmHg，她想，我跟学生测的为什么会相差这么大呢？她问学生刚才测的是哪一侧，于是她重测了学生测的那一侧，这个时候，老师与学生所测的血压是一样的，说明是患者两侧血压相差较大。正常情况下，左右侧会稍稍有些差距，但不会相差这么大，于是老师立即把这个信息告诉了医师，因为曾经听别的科讲过一个锁骨下动脉栓塞，于是提议做血管造影，最后证实了患者的血管栓塞。

(二) 护理诊断

1、目的

- 确定患者现存的或潜在的对健康问题的反应
- 确定引起上述反应的原因
- 明确护理的职责范围
- 制定护理计划

2、护理诊断与医疗诊断的区别与联系

- 侧重点
 - 病因诊断/病理生理诊断/病理解剖诊断（疾病）
 - 反应（护理服务对象）
- 稳定性
 - 相对稳定
 - 不稳定，随病情发展或病程而发生变化
- 数目：少/多

3、如何作出护理诊断

分析资料

- 将所收集的资料与正常值相比较，找出具有临床意义的线索
- 把线索分类，形成推论
- 找出被遗漏和自相矛盾的资料

分析问题

- 首先让病人确认其自身的健康问题
- 哪些问题需要解决
- 问题是属于护理诊断的范畴还是需协同处理的问题
- 确定问题的原因所在

形成对问题的描述

- 三部分陈述法 ——PES公式
 - P：护理诊断的名称(Problem)
 - E：相关因素(Etiology)
 - S：临床表现(Symptom)
- 多用于现存的护理诊断
 - 体温过高：T 39°C
 - 面色潮红，皮肤发热：与肺部感染有关

分析相关因素时注意

- 相关因素应该是客观存在的，不能是理论上的，更不能把责任强拿到了护士身上。
- 案例5：窒息与导管移位和脱出有关
 - 相关因素：
 - 气管导管固定不稳妥；
 - 固定导管胶布受患者口鼻分泌物浸湿后未及时更换；
 - 患者烦躁不安；
 - 缺乏对患者的有效约束。

形成对问题的描述

- 二部分陈述法——PE公式
 - 有受伤的危险：与头晕有关
- 用于“潜在的”的护理诊断

4、作出护理诊断时的注意事项

- 护理诊断要避免价值判断：进行护理诊断是为了帮助病人，而不是批评病人。
 - 如卫生不良：与懒惰有关。
- 一个护理诊断只针对一个具体问题
- 避免使用易引起法律纠纷的词句
 - 如皮肤完整性受损：与护士未定时给病人翻身有关

4、作出护理诊断时的注意事项

- 勿将护理措施当做问题
 - 如补液：与发热有关
- 护理诊断必须是根据所收集到的资料经过整理后得出的，不同的病人患有同样的病，不一定具有相同的护理诊断，要看病人的资料情况，要有足够的证据做出诊断。
- 护理诊断应该为护理措施提供方向，所以对原因或有关因素的陈述必须详细、具体、容易理解。

(三) 计划

- 护理计划 (Nursing care Plan) 是一个系统地拟定护理方法的过程。
- 目的：确定病人的护理重点和目标以及护士将要实施的护理措施。设计如何满足护理对象的需要，维持和促进护理对象的功能和促进病人康复的动态决策过程。

排列护理诊断的优先顺序

- **首优问题**：威胁病人生命、需要立即去解决的问题。可有几个首优问题同时存在。
- **中优问题**：不直接威胁病人生命，但可导致病人生理、情绪上的变化。
- **次优问题**：非此次发病的反映的问题。

哪些是首优问题？

- 病人最感到痛苦的问题：疼痛、危及生命的问题
- 医师关注的问题：特殊检查、特殊治疗
- 影响治疗康复效果的关键因素：如安装起搏器后患者的体位
- 并发症的预防

提出首优问题,把有限的资源用于刀刃上

(四) 实施

- 是护士为帮助病人达到预定目标所需采取的具体方法。

1、选择护理措施之原则

- 应以去除护理诊断的相关因素为导向
- 降低减少鉴定性特征为导向
- 增加护理对象舒适为导向
- 预防可能产生的合并症

案例6

- 晚间值班的赵护士发现某患者熄灯3小时后仍在床上翻来覆去睡不着，如何提出解决问题的具体方案？

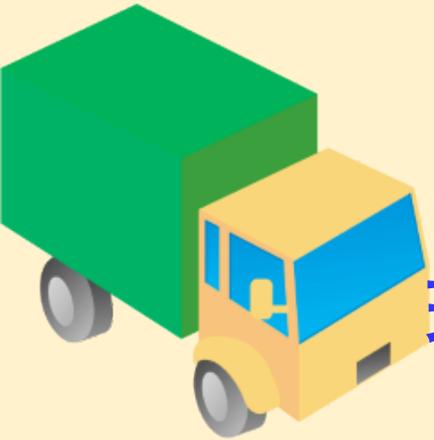


找出相关因素



疼痛?

思想负担过重?



环境?

睡眠的影响因素：生理、心理、环境、药物

寻找导致睡眠困难的原因

■ 患者在服用利尿剂

- 一天两次，第一次是在12：00(上午输液不断上厕所)
- 第二次改在晚8点

制定实施方案

■ 调整利尿剂服用时间：

- 第一次由中午12：00调到早上7：00
- 第二次由晚8点调到下午4点

评价和反馈

- 夜间入厕次数减少
- 晨起患者精神状态较好

2、措施的类型

- 依赖性的：来自于医嘱的措施
- 相互依赖性的：与其他健康保健人员相互合作
- 独立性的：护士独立提出和采取的

独立的护理措施

- 帮助病人完成日常生活活动
- 委任性的护理措施
- 危险问题的预防
- 病情和心理社会反应的观察
- 健康教育和咨询
- 心理支持

3、实施前准备

■ 护理实施前要思考以下问题：

- 做什么 (what)
- 谁去做 (who) 护士本人？其他医务人员？病人或者家属？
- 何时做 (when)
- 怎么做 (How) 将采取哪些技术和技巧

案例7：专业护士的表现

- 有一位冠心病病人已经有鼻出血了，医生还在给病人用活血的药物，责任护士告诉医生后，医生说没事，不管他，该护士认为医生的处理不妥，把情况反应给了主任，主任查看病人后立即停止使用活血药。
- 只有自己学专了，才能有安全的保证！

(五) 评价

- 评价的基础是评估：只有评估获得真实全面的资料，才能开始有效的评价
- 比较资料与目标并做出判断
- 修订护理计划：停止、修订、删除、增加

案例8：雾化吸入窒息和思考

- 患者男性，84岁，因咳嗽无力、痰液粘稠医嘱予氧气雾化吸入，某天护士在为其行雾化吸入过程中，患者血氧饱和度骤降至78%，口唇、面色紫绀、大汗淋漓，护士立即停吸，迅速取床头备用中心吸痰器吸痰，吸出黄色粘稠痰液约20ml，患者紫绀消退，待患者症状缓解后，护士予翻身拍背，再次咳出粘稠痰液50ml。
- 评估：高龄（84岁）、咳嗽无力、痰液粘稠
- 诊断：清理呼吸道无效、有窒息的危险
- 计划：排出痰液，不发生窒息或发生窒息时处理及时
- 措施：备吸痰器、雾化吸入时护士陪伴
- 评价：排痰有效，发生窒息时第一时间处理，患者安全

小结

- 护理程序为护理行为提供了正确的解决问题的方法。
- 护理程序不应只局限于护理工作的某个环节，应在对病人护理的全过程都运用护理程序来规范我们的护理行为，为患者提供全面、优质、安全的护理服务，这是现代医学模式向护理服务提出的更高要求，也是服务对象对我们的期望。
- 因此，我们应该加强对护理程序的学习，提高运用护理程序的能力，更好的为病人服务。