

128 个护理诊断和措施大全

目录

一、清理呼吸道低效	
二、体温升高.....	
三、意识障碍.....	
四、自理缺陷.....	
五、疼痛.....	
六、营养不足.....	
七、有外伤的危险	
八、吞咽障碍.....	
九、体液不足：与体液丢失过多有关	
十、体液过多：	
一、体液过多——由于肾功能衰竭引起的调节机制失调有关	
二、体液过多——与继发于各种心脏疾患的前负荷增加、收缩力下降和心搏出量减少有关	6
十一、气体交换受损：	
十二、活动无耐力	
十三、知识缺乏	
十四、潜在并发症有窒息的危险，与咯血有关	
十五、潜在并发症有加重出血的危险，与血小板减低有关.....	
十六、有误吸的危险	
十七、有皮肤完整性受损的危险	
十八、有感染的危险	

- 十九、焦虑/恐惧
- 二十、语言沟通障碍
- 二十一、躯体移动障碍
- 二十二、有废用综合征的危险
- 二十三、睡眠型态紊乱
- 二十四、腹泻.....
- 二十五、便秘.....
- 二十六、皮肤受损.....
- 二十七、口腔黏膜改变.....
- 二十八、有口腔黏膜改变的危险.....
- 二十九、潜在并发症：心律失常.....
- 三十、潜在并发症：消化道出血/再出血
- 三十一、潜在并发症：妊娠合并高血压综合征
- 三十二 潜在并发症：洋地黄中毒
- 三十三、营养失调：高于机体需要量
- 三十四、有体温改变的危险
- 三十五、体温调节无效.....
- 三十六、排尿型态异常.....
- 三十七、功能性尿失禁.....
- 三十八、反射性尿失禁.....
- 三十九、压迫性尿失禁.....
- 四十、急迫性尿失禁

四十一、尿潴留	.....
四十二、完全性尿失禁	.....
四十三、低效性呼吸型态	.....
四十四、个人应对无效（能力失调）	.....
四十五、预感悲哀	.....
四十六、潜在并发症——心脏骤停	.....
四十七、潜在并发症——心源性休克	.....
四十八、潜在并发症——心力衰竭	.....
四十九、心输出量减少	.....
五十、中枢性高热与丘脑下部脑干等损坏或病变	.....
五十一、引流低效能	.....

一、清理呼吸道低效

护理措施：

- 1.观察病人痰液的性质、量、是否易咳出，以及干、湿罗音和痰鸣音的变化情况。
- 2.注意病人是否有呼吸困难、紫绀加重、烦躁不安、意识障碍等呼吸道阻塞的情况发生。
- 3.嘱患者每 2~4 小时做几次深呼吸，同时护士可协助病人翻身或行胸、背部叩击。
- 4.教给病人有效咳嗽的方法，具体方法是让病人尽量取坐位或半坐位，先进行几次深呼吸，然后再深吸气后保持张口，用力进行两次短促的咳嗽，将痰从深部咳出。
- 5.保持病室清洁，维持室温在 18~22℃，湿度在 50~60% 。
- 6.对于咳嗽时疼痛的患者，护士可用双手或教给病人用枕头捂住疼痛部位，如腹部伤口。
- 7.大量浓痰的患者应做好体位引流，每日 1~3 次，每次 15 分钟。体位引流应在餐前。

二、体温升高

护理措施：

- 1.卧床休息。
- 2.定时测量并记录体温。
- 3.保持室内通风，室温在 18~22 ℃，湿度在 50~70% 。
- 4.给予清淡、易消化的高热量、高蛋白、丰富维生素流质或半流质饮食。
- 5.鼓励病人多饮水或饮料。
- 6.体温超过 38.5℃时根据病情选择不同的降温方法，如冰袋外敷，酒精擦浴、冰水灌肠，小儿用 75% 安乃静溶液滴鼻等。降温后半小时测量体温 1 次。
- 7.保持口腔清洁，口唇干燥时涂石蜡油或护唇油。
- 8.出汗后及时更换衣物，避免影响机体散热。
- 9.衣服和盖被要适中，避免影响机体散热。
- 10.遵医嘱给予补液、抗生素、退热剂，观察，记录降温效果。
- 11.高热患者给予吸氧。

三、意识障碍

护理措施：

- 1、建立并保持呼吸道通常，取侧卧位并头偏向一侧，及时清理呼吸道及口鼻腔分泌物，好吸痰用物，随时吸痰。
- 2、定时检测生命体征，按医嘱严密观察体温、呼吸、脉搏、血压、瞳孔大小及对光反射，动态检测与评估格拉斯意识障碍指数及反应程度，了解意识情况，发生变化立即通知医生，

按要求记好特别护理记录。

- 3、适当的肢体活动，定时给予肢体被动活动与按摩，保持肢体功能位。
- 4、维持水电解质的平衡，给予营养支持，计录出入量，不能经口进食患者必要时给予鼻饲
- 5、维持正常排泄，注意观察病人的尿量及排便情况，必要时遵医嘱给予药物治疗。保持会阴部清洁，每日会阴冲洗。
- 6、降低颅内压：无禁忌抬高床头，遵医嘱给予脱水剂
- 7、安全护理，躁动患者应加以床挡或约束带约束

四、自理缺陷

护理措施：

- 1、急性期卧床期间协助病人洗漱进食、大小便及个人卫生等生活护理。
- 2、将病人经常使用的物品放在易拿取的地方。
- 3、将呼叫器放在病人手边，听到铃响立即给予答复。
- 4、指导病人及家属制定并实施切实可行的康复计划，协助病人进行力所能及的自理活动。
- 5、做好患者心理护理，增强患者战胜疾病信心

五、疼痛

护理措施：

- 1.观察、记录疼痛的性质、程度、时间、发作规律、伴随症状及诱发因素。
- 2.遵医嘱给予镇痛药，观察并记录用药后的效果。
- 3.调整好舒适的体位。
- 4.局部炎症处理，如冷敷、针灸、换药等。

- 5.指导病人和家属正确使用镇痛药、保护疼痛部位、掌握减轻疼痛的方法。
- 6.精神安慰和心理疏导。
- 7.指导病人应用松弛疗法。

六、营养不足

护理措施：

1. 将病人的营养状况的评估结果告诉病人及家属。
2. 与病人及家属一起讨论导致病人发生营养不良的原因。
3. 了解病人以往的饮食习惯，包括喜好的食物、口味、进食时间等。
4. 尽量选择适合病人口味的食物。
5. 为病人提供洁净、清新的进餐环境，去除病室中的异味或病人床单上的血迹、排泄物、分泌物等。
6. 协助病人清洁双手，必要时清洁口腔。
7. 协助病人做起，身体虚弱者可抬高床头取半坐位
8. 进餐时不要催促病人，应允许病人慢慢进食，进食中可适当休息。
9. 进餐后不要立即平卧，应保持坐位或半坐位 15-30 分钟。
- 10.必要时鼓励病人少量多餐。
- 11.根据病人所需，设计合理的膳食结构，增加不足部分营养的摄入量。
- 12.对疼痛病人，可遵医嘱在进食前半小时给予止疼处理。
- 13.对因恶心而厌食的患者因为其准备偏凉的饮食，或遵医嘱进食前给予止吐剂。
- 14.注意监测病人体重、血红蛋白、白蛋白等指标的变化情况。
- 15.向病人及家属推荐食物营养成份表。

七、有外伤的危险

护理措施：

1. 向病人详细介绍医院、病房、病室及周围环境，以及如何使用呼叫系统。
2. 教给病人及家属有关避免外伤的防护知识。
3. 将病人的常用物品置于易拿取的地方。
4. 保持病室周围环境光线充足、宽敞、无障碍物。
5. 协助病人改变体位、起居、洗漱、饮食及排泄。
6. 病人离床活动、上厕所或外出时应有人陪伴，并给予搀扶。
7. 对长期卧床的病人，嘱其缓慢改变姿势，避免突然改变体位。
8. 为病人备好辅助用具如手杖、助听器等，并指导病人正确使用。
9. 给病人加床档、防止坠床。
10. 给病人运用保护性约束带。
11. 督促、协助病人按时服用镇痛药，并注意观察用药后效果。
12. 功能锻炼时，行走、站立练习时间为 次/日， 分/次。
13. 观察、记录任何类型癫痫的发作时间及持续时间。
14. 病人抽搐发作时，应及时使用牙垫，防止舌咬伤。
15. 病人抽搐发作时，切勿用力按压病人肢体。

八、吞咽障碍

护理措施：

- 1、观察病情变化，了解吞咽困难的原因，实施对症护理，告诉患者注意事项，并做好解释工作，配合医生做出正确判断

2、根据病情鼓励患者进流质或半流质，但应少食多餐，避免粗糙，过冷、过热和有刺激的食物，

3、根据医嘱静脉补充调价营养

4、心理护理，心理上给予安慰，耐心地向患者讲明疾病发生、发展规律及康复过程，帮助患者了解病情，正确指导进食的方法及应配合的体位，消除病人恐惧心理，使病人积极地进食，配合治疗，以期改善吞咽困难的症状。

5、加强基础护理：口腔护理

九、体液不足：与体液丢失过多有关

护理措施：

1、发热病人可通过温水擦浴或药物保持体温低于 38.4℃，保持较低的室温；如果体温极高，可在动脉处放置冰袋降温；

2、针对消化道引流的病人，用生理盐水冲洗胃管，保持电解质平衡，经常给予口腔护理；

3、健康教育：避免突然暴露或过多暴露在过热、阳光的环境中或过多运动；在炎热天气中增加液体摄入；

4、腹泻呕吐病人保证液体入量，制订补液计划，维持水电解质平衡。

十、体液过多：

一、体液过多——由于肾功能衰竭引起的调节机制失调有关

二、体液过多——与继发于各种心脏疾患的前负荷增加、收缩力下降和心搏出量减少有关

护理措施：

1、了解水肿原因，给予对症治疗；

- 2、水肿皮肤注意保护，勿使受伤和感染
- 3、补液时注意速度，防止肺水肿的发生；
- 4、使用利尿剂治疗水肿时，密切注意监测电解质，以免发生水、电解质失衡；
- 5、针对下垂性静脉淤血，鼓励病员水平位休息抬高下肢和直立活动交替进行（充血性心衰时禁忌）；
- 6、用枕头抬高浮肿肢体；禁止两腿交叉；定时变换体位；
- 7、避免在水肿肢体或部位进行注射或静脉输液；
- 8、进行健康教育，用药指导。

十一、气体交换受损：

护理措施：

- 1、对于排痰困难的病员教会病员合适的咳嗽方法，鼓励病员每日练习；
- 2、呼吸困难的病员指导病员端坐呼吸；
- 3、健康教育：向病员说明呼吸技术的知识，疾病相关知识以及常用药物例如吸入药物的使用。

十二、活动无耐力

护理措施：

- 1、教育病人改变活动方式以调整能量消耗并减少心脏负荷；如果发生活动后疲惫或出现呼吸困难，胸痛等应停止活动；
- 2、监测病人对活动的反应并交给病人自我监测的技术；

3、健康教育：向病人解释限制饮食的重要性；向病人讲解所服药物，如利尿剂、血管扩张剂的剂量、副作用、服药方法及保存方法。

十三、知识缺乏

护理措施：

- 1、病人入院时详细介绍医院及病区环境，主管的医护人员；
- 2、解释所采取的治疗方法，强调积极正面的效果；
- 3、在对病人的护理过程中，，允许其保留一些属于他自己的常规习惯；
- 4、必要时重新给予口头介绍；
- 5、针对病人疾病给予相关指导，使病员了解自身疾病的发病原理，主要症状，药物使用以及自我护理。

十四、潜在并发症有窒息的危险，与咯血有关

护理措施：

(1) 心理安慰

(2) 安静休息 宜卧床休息，保持安静。

(3) 药物应用

1 止血药物：咯血量较大者常用脑垂体后叶素 5~10U 加入 10% 葡萄糖液 40ml 缓慢静脉推注，或继续用脑垂体后叶素 10~20U 加入 10% 葡萄糖液 250ml 静脉滴注。该药有收缩血管和子宫平滑肌的作用，因此冠心病、高血压及妊娠者禁用。注意观察用药不良反应。

2 镇静剂：对烦躁不安者常用镇静剂，如地西洋 5~10mg 肌注。，禁用吗啡、派替定，以免抑制呼吸。

3 镇咳剂：大咯血伴剧烈咳嗽时用可待因口服或皮下注射，年老体弱、肺功能不全者慎用。

(4) 饮食 大咯血者暂禁食，小量咯血者宜进少量凉或温的流质饮食，避免饮用浓茶、咖啡、酒等刺激性饮料。多饮水及多食富含纤维素食物，以保持大便通畅。

(5) 窒息的预防及抢救配合 应向病人说明咯血时不要屏气，否则易诱发喉头痉挛，出血引流不畅形成血块，造成呼吸道阻塞。应尽量将血轻轻咯出，以防窒息。准备好抢救用品。密切观察病情变化，注意有无窒息先兆。一旦出现窒息，立即置病人于头低足高位，轻拍背部以利血块排出；或迅速用负压机械吸引，以清除呼吸道内积血，必要时立即行气管插管或气管镜直视下吸取血块。气道通畅后，若病人自主呼吸未恢复，应行人工呼吸，给高流量吸氧或按医嘱应用呼吸中枢兴奋剂。同时仍需密切观察病情变化，警惕再窒息的可能。

十五、潜在并发症有加重出血的危险，与血小板减低有关

护理措施：

(1) 病情观察：注意观察病人出血发生的部位、发展，及时发现新的出血、重症出血。结合相关辅助检查结果，做出正确判断，防止自发性出血（颅内），高热可增加病人出血的危险。

(2) 一般护理：

①减少活动。血小板 $< 20 \times 10^9/L$ ，须绝对卧床休息。

②协助做好各种生活护理，勤剪指甲等。

- ③各项护理操作轻柔。减少注射次数，避免用力拍打，止血带过紧和时间过长，拔针后适当延长按压时间。
- ④皮下注射及采血后局部按压时间要长，有硬结、淤血可用喜疗妥局部涂敷每日 2-3 次。
- ⑤防止鼻出血，室内空气湿润，避免用手捂鼻。少量出血时可用 1% 肾腺填塞，并局部冷敷。
- ⑥防止口腔、牙龈出血，忌剔牙，食煎炸、带刺质硬食物。
- ⑦颅内出血的预防：病人突然出现头痛、视力模糊、呼吸急促，提示有颅内出血，预防性输注血小板，一旦发生，及时与医生联系，并做好相关急救工作。
- ⑧给予患者流质或者半流质饮食，保持患者大便通畅，防止大便干结引起出血不止，必要时给予开塞露灌肠。

十六、有误吸的危险

护理措施：

- 1、 评估患者是否存在误吸的危险
- 2、 体位：无禁忌症抬高床头，昏迷患者取头偏向一侧
- 3、 尽量选用小管径鼻饲管，有胃管患者鼻饲前应评估胃管是否在位通畅，鼻饲时应控制鼻饲的量，缓慢输注
- 4、 减少胃内容物的潴留，促进胃排空，
- 5、 及时清理口腔及呼吸道分泌物

十七、有皮肤完整性受损的危险

护理措施：

- 1、评估病人皮肤状况。
- 2、维持足够的体液摄入以保持体内充分的水分。
- 3、制定翻身表，至少 2 小时翻身拍背。
- 4、病情允许，鼓励下床活动。
- 5、避免局部长期受压，翻身避免托、拉、拽等动作，防止皮肤擦伤。
- 6、避免局部刺激，保持床铺平整、清洁，干燥、无褶皱、无渣屑。
- 7、使用压力缓解工具：质量好的泡沫褥垫，水褥垫，气垫床等。

十八、有感染的危险

护理措施：

- 1、确定潜在感染的部位。
- 2、监测病人受感染的症状、体征。
- 3、监测病人化验结果。
- 4、指导病人/家属认识感染的症状、体征。
- 5、帮助病人/家属找出会增加感染危险的因素。
- 6、帮助病人/家属确定需要改变的生活方式和计划。
- 7、指导并监督搞好个人卫生；对病人进行保护性隔离的各项措施；加强各种管道护理，仔细观察各种引流管及敷料的消毒日期，保持管道通畅，观察引流液的性质。
- 8、各种操作严格执行无菌技术，避免交叉感染。
- 9、给病人供给足够的营养、水分和维生素。
- 10、根据病情指导病人做适当的活动，保持正确体位。

11、观察病人生命体征及有无感染的临床表现（如发烧、尿液混浊、脓性排泄物等）

十九、焦虑/恐惧

护理措施：

- 1、评估焦虑程度及原因。
- 2、帮助病人认识焦虑，学习或解决问题，做好心理护理。
- 3、转移患者注意力，减轻焦虑的措施（如：听音乐、放松训练、按摩）

二十、语言沟通障碍

护理措施：

- 1、和病人建立非语言的沟通信息。
 - (1) 利用纸和笔、字母、手势、眨眼、点头、铃声。
 - (2) 使用带图或文字的小卡片表达常用的短语。
 - (3) 鼓励病人利用姿势和手势指出想要的东西。
- 2、把信号灯放在病人手边。
- 3、鼓励病人说话，病人进行尝试和获得成功时给予表扬。
- 4、当病人有兴趣试沟通要耐心听。
- 5、每日进行非语言沟通训练。
- 6、与病人交流时，使用简洁语句，语速放慢，重复关键词。
- 7、训练语言表达能力，从简单的字开始，循序渐进。
- 8、提供病人认字、词卡片、纸板、铅笔和纸。
- 9、鼓励熟悉病人状况的家属陪伴，能够与医护人员有效的沟通。

- 10、用语言表达病人对不能沟通的失望感，并解释护士和病人双方都需要有耐心。
- 11、把一些沟通技巧教给其密友，以改善交流和沟通。
- 12、利用能促进听力和理解的因素，如面对面，减少背景噪音，利用接触或手势协助交流。

二十一、躯体移动障碍

护理措施：

- 1、指导病人对没受影响的肢体实施主动的全关节活动的锻炼。
 - (1) 对患肢实施被动的全关节活动的锻炼。
 - (2) 从主动的全关节活动的锻炼到功能性的活动要求逐渐进行。
- 2、讲解活动的重要性。
- 3、鼓励病人使用健侧手臂从事自我照顾的活动，并协助患侧被动活动。
- 4、卧床期间协助病人生活护理。
- 5、鼓励适当使用辅助器材。
- 6、勤翻身，保持皮肤完整，预防坠积性肺炎。
- 7、预防便秘

二十二、有废用综合征的危险

护理措施

- 1、帮助交换身体姿势，经常从一侧翻向另一侧。
- 2、鼓励做深呼吸和控制咳嗽的练习。
- 3、维持常规的排便型态。

- 4、预防压疮：
- 5、进行关节活动锻炼（次数依个体情况而定）。

二十三、睡眠型态紊乱

护理措施：

- 1、安排有助于睡眠/休息的环境，如：
 - (1) 保持周围环境安静，避免大声喧哗。
 - (2) 关闭门窗，拉上窗帘。
 - (3) 病室内温度、湿度适宜，被子厚度适宜。
 - (4) 关上灯，尽量不开床头灯，可以使用壁灯。
- 2、建立与以前相类似的比较规律的活动和休息时间表：
 - (1) 在病情允许的情况下，适当增加白天的身体活动量。
 - (2) 尽量减少白天的睡眠次数和时间。
- 3、减少对病人睡眠的干扰：
 - (1) 在病人休息时间减少不必要的护理活动。
 - (2) 如果小便干扰，让病人限制夜间液体摄入量，并在睡前排尿。
- 4、和病人制定白天活动时间表。
- 5、提供促进睡眠的措施，如：
 - (1) 减少睡前的活动量。
 - (2) 睡前喝一杯热牛奶，避免喝咖啡、浓茶和酒。
 - (3) 热水泡脚、洗热水澡，背部按摩。
 - (4) 缓解疼痛，给予舒适的体位。

(5) 听轻音乐，给予娱乐性的读物。

(6) 指导病人使用放松技术，如：缓慢的深呼吸、全身肌肉放松等。

(7) 起居有规律。

6、考虑病人晚间的必要活动，如：把便器放在病人床头。

7、遵医嘱给安定并评价效果。

8、对焦虑的病人：

(1) 增加病人与工作人员的相互信任。

(2) 陪伴病人，向其解释病情、治疗、检查方面的情况，使其放心。

(3) 避免与也处于焦虑状况的病人接触。

(4) 确定病人是否需要镇定催眠药。

二十四、腹泻

护理措施：

1、评估记录大便次数、量、性状及致病因素。

2、根据致病因素采取相应措施，减少腹泻。

3、观察并记录病人肛门皮肤情况，有无里急后重感。

4、评估病人脱水体征。

5、注意消毒隔离，防止交叉感染。

6、提供饮食指导，逐渐增加进食量，以维持正常尿比重，注意摄入钾、钠的饮食。

7、按医嘱给病人用有关药物。

8、按医嘱给病人补足液体和热量。

9、告诉病人有可能导致腹泻的药物。

10、指导病人良好卫生生活习惯。

二十五、便秘

护理措施：

- 1、多吃含纤维素丰富的食物及水果
- 2、鼓励每天至少喝 1500~2000ml 的液体（水、汤、饮料）。
- 3、鼓励病人适当的活动以刺激肠蠕动促进排便。
- 5、要强调避免排便时用力，以预防生命体征发生变化、头晕或出血。
- 6、病人排便期间，提供安全而隐蔽的环境，并避免干扰。
- 7、交待可能会引起便秘的药物。
- 8、指导病人进行腹部按摩辅助肠蠕动将促进最佳的排便型态。
- 9、向病人解释长期使用缓泻剂的后果。
- 10、记录大便的次数和颜色、形状。对儿童、孕妇、老年人，根据不同的原因制定相应的措施。

二十六、皮肤受损

护理措施：

1. 评估、处理并记录皮肤损伤情况（面积、深度、渗出、变化）。
2. 讲解皮损处护理要点：
 - (1)保证局部清洁、干燥、免持续受压、按时换药；
 - (2)出现渗液，疼痛时及时通知护士；
 - (3)关节处皮损需严格限制局部活动。

3. 预防发生皮损的护理措施：

(1) 定时按序协助病人更换体位，按摩各骨突出；

(2) 衣裤、褥垫保持柔软、平整、干燥、清洁无渣；

(3) 指导病人及家属正确使用便器和减压用品，如气圈、气垫、海绵垫；

(4) 指导病人床上活动技巧、制定床上活动计划；

(5) 老年水肿、皮肤感觉障碍、皮肤营养不良者：

① 内衣裤、鞋袜、选择宽松、纯棉制品、注意勤换洗；

② 增减衣被及时、适宜；

③ 使用中性肥皂，清洗时水温 40℃ 左右，避免用力擦、搓、洗后骨突受压部位使用爽身粉；

④ 严格掌握热水袋、冰袋使用要求。

(6) 皮肤瘙痒者，积极用药止痒，禁用手抓；

(7) 向病人及家属讲解皮肤自护方法及皮肤受损的危险因素。

二十七、口腔黏膜改变

护理措施：

1. 观察并记录病人牙齿、牙龈、口腔黏膜、唇、舌的情况及口腔唾液 PH 值的变化，必要时做咽拭子培养。

2. 给予口腔清洁护理，改善口腔卫生（根据病情指导病人采取刷牙、清洁、漱口、冲洗等不同方式）。

3. 黏膜破溃者，根据唾液不同 PH 值采用杀菌、抑菌、促进组织修复的漱口液含漱。

4. 进餐前给予局部涂麻醉消炎药止痛。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/376140152105011052>