

长期护理保险护理服务供给规范

Specification for care service supply in long-term care insurance

2022 - 01 - 29 发布

2022 - 03 - 01 实施

目 次

前 言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 基本要求	1
5 定点护理机构	2
5.1 通用要求	2
5.2 养老机构、残疾人托养服务机构	2
5.3 长期护理服务专区	2
5.4 其他企业或社会组织	3
6 服务要求	3
6.1 护理服务提供	3
6.2 护理费用结算	5
7 检查和改进	6
附录 A（规范性） 生活照料护理服务要求	7
附录 B（规范性） 医疗护理服务要求	15

前 言

本标准依据GB/T 1.1—2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本标准由浙江省医疗保障局提出、归口并组织实施。

本标准起草单位：嘉兴市医疗保障局、浙江省医疗保障局、浙江省医疗保障事业管理服务中心、上海市浦东-复旦社会发展研究会、浙江省方大标准信息有限公司、宁波市医疗保障局、温州市医疗保障局、义乌市医疗保障中心、桐庐县医疗保障局。。

本标准主要起草人：王保国、邵伟彪、刘文英、金天国、闵建华、姚春晓、梁燕、朱盛霞、余能超、陈俊林、曹玮、严晶、叶卫星、黄健民。

长期护理保险护理服务供给规范

1 范围

本标准规定了长期护理保险护理服务供给的术语和定义、基本要求、定点护理机构、服务要求、检查和改进等内容。

本标准适用于长期护理保险定点护理机构（以下简称“定点护理机构”）提供的长期24小时连续护理和定期上门居家护理服务。

2 规范性引用文件

本标准没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

定点护理机构 designated care institutions

依法成立具有法人资质的，能开展长期护理服务的，且经评估后与当地医疗保障经办机构签订长期护理保险定点服务协议（以下简称“定点护理协议”），为长期失能人员提供基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务的养老机构、医疗机构、残疾人托养服务机构。

3.2

长期失能人员 people with disability in a long-term

因年老、疾病、伤残等原因，导致人体的某些功能部分或全部丧失，持续一段时间内正常的活动能力仍受到限制或缺失的人员。

4 基本要求

4.1 长期护理保险实行定点护理机构协议管理制度，具有服务能力的养老机构、医疗机构和残疾人托养服务机构可申请成为长期护理保险定点护理机构，其他符合长期护理服务条件的企业或社会组织也可申请并签订协议提供长期护理保险护理服务。

4.2 参保人员提出失能等级评定，经评定符合条件的，可选择定点护理机构提供24小时连续护理或定期上门居家护理服务，选择协议管理的其他企业或社会组织的仅可选择定期上门居家护理服务。

4.3 长期护理服务费用实行限额控制，按相应医疗保险统筹区公布的支付限额执行。

5 定点护理机构

5.1 通用要求

- 5.1.1 应具有提供长期护理服务的能力，并取得下列资质条件之一：
- a) 取得《医疗机构执业许可证》并且依法登记的医疗机构；
 - b) 取得《养老机构设立许可证》或已在主管部门备案并且依法登记的养老机构；
 - c) 取得《民办非企业单位登记证书》或工商登记的社区居家养老服务机构；
 - d) 在主管部门备案的残疾人托养服务机构；
 - e) 符合条件的其他企业或社会组织。
- 5.1.2 应在相对独立区域设立长期护理服务专区，并有明显标志。
- 5.1.3 配备不少于 1 名长期护理专职管理人员；服务能力在 100 人以上的应成立专门管理科室。
- 5.1.4 定点护理机构专职提供长期护理服务的人员，应符合下列条件之一：
- a) 执业护士；
 - b) 参加专业护理职业培训并考核合格的人员；
 - c) 经过护理实践培训后的长期失能人员近亲属（仅为近亲属提供护理服务）；
 - d) 经过护理实践培训后的照顾者。
- 5.1.5 为定点护理机构兼职提供长期护理服务的人员，定点护理机构应：
- a) 与护理服务人员签订服务协议并支付服务报酬，服务协议内容应包括：
 - 1) 定点护理机构名称、地址和法定代表人（或主要负责人）；
 - 2) 护理服务人员姓名、住址、居民身份证（或其他有效身份证明）和其他基本信息；
 - 3) 购买服务期限、服务报酬支付方式及其支付期限；
 - 4) 护理服务地点和服务内容；
 - 5) 定点护理机构提供的护理培训计划和培训方式；
 - 6) 应纳入购买协议的其他事项。
 - b) 对护理服务人员提供必要的培训和指导；
 - c) 指导护理服务人员掌握长期失能人员的动态需求，以及时调整长期护理计划。
- 5.1.6 财务管理、信息系统建设应符合长期护理保险结算管理需求，配备相应的专业技术人员。

5.2 养老机构、残疾人托养服务机构

- 5.2.1 配备与长期护理服务相适应的医护人员，或与医疗卫生机构开展与长期护理保险护理服务相适应的协议合作。
- 5.2.2 长期护理服务专区应按与重度失能人员配比不低于 1:3、与中度失能人员配比不低于 1:6、与轻度失能及能力完好人员配比不低于 1:15 的要求，配备专业护理职业资质的人员或其他符合长期护理要求的人员。

5.3 长期护理服务专区

- 5.3.1 配备与长期护理病区、病房相适应的医护人员、设备设施，总床位数不足 60 张的，可在相对独立区域设置长期护理病房，并设立明显标志。
- 5.3.2 长期护理专区、专区内部设备设施按现行护理院病区标准设置，长期护理服务人员与护理床位配比不低于 1:3.5。

5.4 其他企业或社会组织

5.4.1 配备长期护理上门服务的固定管理用房和服务技能培训场所。

5.4.2 长期护理服务人员数量、承办能力应与其申请提供的服务相匹配，配备的护理服务人员应不少于10人。

5.4.3 提供上门护理服务的，应自主聘用或与医疗卫生机构开展协议合作，建立相应的医护力量，医生和护士应各不少于1名；其中医生专业类别应为全科、内科、中医科或康复科，能提供医疗指导服务。宜设有专业的健康管理人員。

6 服务要求

6.1 护理服务提供

6.1.1 定点护理机构提供每天24小时连续护理服务的，应在长期护理服务专区提供24小时不间断服务；提供定期上门居家护理服务的，每次实际上门服务时间不应少于60分钟（医疗护理每次实际上门服务时间不应少于30分钟），每周上门服务次数不应少于2次。

6.1.2 定点护理机构应根据长期失能人员需求，制定护理计划，提供必要的、适宜适度的护理服务。护理计划分为长期护理计划和临时护理计划：

- a) 长期护理计划应根据失能等级评定和医疗护理需求评估结果确定，交经办机构审核确认后实施；
- b) 长期失能人员身体状况发生重大变化时，可制定临时护理计划，可先行实施，实施后2个工作日内报经办机构审核备案。

6.1.3 护理服务人员开展长期护理服务时应满足下列要求：

- a) 应遵守长期护理服务职业道德，保护隐私；
- b) 提供服务时应注意个人卫生、服饰整洁；
- c) 提供服务时应语言文明、态度热情、细致周到、操作规范；
- d) 提供的服务项目应与自身资质要求相匹配。

6.1.4 护理服务人员应按相应项目护理服务要求提供护理服务，长期护理的生活照料护理服务项目见表1，护理服务要求见附录A；长期护理的医疗护理服务项目见表2，护理服务要求见附录B。

表1 长期护理的生活照料护理服务项目

项目编号	护理服务项目	
S010101	整理床单位	
S010201	为卧床护理对象更换被单	
S010301	头面部清洁、梳理	面部清洁
S010302		梳头
S010303		理发/剪发
S010304		剃须
S010401	口腔清洁/护理	
S010501	洗发	
S010601	指/趾甲护理	
S010701	手足清洁/护理	
S010801	耳部护理	

表1 (续)

项目编号	护理服务项目	
S010901	清洁卫生类	沐浴（盆浴、淋浴）
S011001		温水擦浴（床上擦浴）
S011101		使用洗澡机沐浴
S011201		协助更衣（更换上衣/裤子）
S011301		会阴清洁/护理
S020101	营养摄取类	协助进食/水
S030101		床上进食
S030201		鼻饲
S040101	排泄护理类	协助如厕
S040201		尿垫、纸尿裤更换
S040301		失禁护理
S040401		床上使用便器
S040501		开塞露通便
S040601		人工取便
S040701		集尿袋更换
S040801		人工肛门便袋护理
S050101	移动舒适和安全护理类	翻身叩背排痰
S050201		协助床上移动
S050301		借助器具移动（含协助轮椅移动）
S050401		协助床椅转移
S050501		冰袋使用
S050601		冷湿敷
S050701		温水乙醇擦浴
S050801		压力性损伤的预防护理
S050901		关节活动练习
S051001		生活自理能力训练
S051101	安全保护带使用	
S060101	生命体征观察与护理类	生命体征监测（T、P、R、Bp）
S060201		吸氧
S070101	用药指导类	药物管理
S070201		口服给药

表2 长期护理的医疗护理服务项目

项目编号	护理服务项目
Y010101	鼻饲置管
Y010201	灌肠
Y010301	导尿（女性）

表 2（续）

项目编号	护理服务项目
Y010401	膀胱冲洗
Y010501	造口护理
Y010601	留置尿管护理
Y010701	糖尿病足护理
Y010801	吸痰
Y010901	心电监护
Y011001	雾化吸入
Y011101	皮肤外用涂擦
Y011201	压力性损伤换药
Y011301	大换药
Y011401	中换药
Y011501	小换药
Y011601	大清创（不缝合）
Y011701	中清创（不缝合）
Y011801	小清创（不缝合）
Y011901	普通针刺（体针）（≤20个穴位）
Y012001	普通针刺（体针）（>20个穴位）
Y012101	头皮针
Y012201	皮内注射
Y012301	肌内注射
Y012401	皮下注射
Y012501	静脉注射
Y012601	静脉留置针
Y012701	静脉输液
Y012801	输液泵/微量注射泵使用
Y012901	静脉血标本采集
Y013001	痰标本采集
Y013101	咽拭子标本采集
Y013201	血糖监测
Y013301	经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）维护

6.1.5 长期失能人员在定点护理机构接受长期护理服务，申请建立家庭病床的，由本人、近亲属或法定监护人提出申请，定点医疗机构初审、经办机构复审同意后实施。

6.2 护理费用结算

- 6.2.1 长期失能人员在定点护理机构接受长期护理服务，发生符合规定的护理服务费、护理设备使用费、护理耗材费等护理费用，纳入长期护理保险支付。
- 6.2.2 长期失能人员在定点护理机构结算费用时，属于长期护理保险、基本医疗保险基金支付范围的，由定点护理机构记账并按期与医保经办机构结算，其余费用由长期失能人员自行支付结算。
- 6.2.3 出现下列情形时，长期失能人员本人、近亲属或法定监护人应及时与定点护理机构结算费用：
- a) 停止接受定点护理机构的长期护理服务的；
 - b) 因中断或终止参保，被停止享受长期护理保险待遇的；
 - c) 接受每天 24 小时连续护理服务满 3 个月或定期上门居家服务满 1 个月的；
 - d) 逢结算年度的。

7 检查和改进

- 7.1 长期护理保险经办机构可按照协议要求对定点护理机构开展检查或委托第三方机构进行检查。
- 7.2 经办机构发现定点护理机构存在违规行为或费用项目有问题时，根据严重程度可采取下列措施：
- a) 要求自查整改，整改期间，暂停利用长期护理保险基金结算；
 - b) 要求定点护理机构在规定时间内以书面形式反馈；
 - c) 前往定点护理机构实地开展核查工作。
- 7.3 经办机构根据核查结果，按服务协议处理结算资金，对不符合定点服务要求的机构解除服务协议。

附 录 A
(规范性)
生活照料护理服务要求

A.1 清洁卫生类

清洁卫生类生活照料的护理服务要求见表A.1。

表A.1 清洁卫生类护理要求

服务项目		基本服务要求	注意事项
整理床单位/为卧床护理对象更换被单		<ul style="list-style-type: none"> ——每日进行床单位清扫擦拭； ——每周定期更换床单、被套； ——对大小便失禁的护理对象应随时更换污染的床单被套等用品； ——保持床铺的清洁、干燥、平整、柔软，使护理对象舒适。 	被褥应经常太阳下暴晒，保持清洁、松软。
头面部清洁、梳理	面部清洁	<ul style="list-style-type: none"> ——眼角、耳道及耳廓等褶皱较多部位重点擦拭； ——颜面部干净，口角、耳后、颈部无污垢，鼻、眼部无分泌物； ——必要时涂抹润肤霜，防止干燥。 	水温适宜，擦洗动作轻柔；尊重护理对象的个人习惯。
	梳头	<ul style="list-style-type: none"> ——由发根到发梢梳理，动作轻柔； ——鼓励护理对象每天多梳头，起到改善头部血液循环等作用。 	宜选择圆钝的梳子。
	理发/剪发	<ul style="list-style-type: none"> ——协助护理对象选择合适的体位，帮助其修剪头发； ——理剪工具做到一人一消毒； ——保持操作周边整洁，防止发屑粘连护理对象皮肤、衣物等； ——发型符合服务对象病情要求。 	理剪用具保持清洁；动作轻柔，防止伤到皮肤。
	剃须	<ul style="list-style-type: none"> ——涂剃须膏或用温热毛巾敷脸，软化胡须； ——剃完后用温水擦拭干净，适当涂抹润肤霜； ——定期消毒、更换剃须刀片，避免细菌滋生； ——保持颜面部长无长须。 	剃须用具保持清洁；动作轻柔，防止刮伤皮肤。
口腔清洁/护理		<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象的生活自理能力，鼓励并协助有自理能力或上肢功能良好的半自理护理对象采用漱口、自行刷牙的方法清洁口腔；对不能自理护理对象采用棉棒或棉球擦拭法； ——协助护理对象取舒适体位，若有不适马上告知； ——指导护理对象正确的漱口方法，避免呛咳或者误吸，必要时协助； ——遵医嘱选择合适的口腔护理溶液湿润棉球；操作时擦拭手法正确，擦拭用具切忌伤及口腔黏膜及牙龈；对昏迷护理对象应当注意棉球干湿度，禁止漱口。对昏迷、不合作、牙关紧闭的护理对象，使用开口器、舌钳、压舌板。使用开口器时，应从臼齿处放入； ——擦拭时应夹紧棉球（或纱布），一次一个，棉球（或纱布）不应过湿，以不能挤出液体为宜，防止引起呛咳。 	操作前、后应清点核对棉球（或纱布）数量。
洗发		<ul style="list-style-type: none"> ——控制水温在（40~45）℃，操作者前臂内侧试温后，用手掬少许热水于护理对象头部湿润，洗发时防止水流入眼睛及耳朵； 	力量适中，避免抓伤头皮；衰弱护理对象不宜。

表 A.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
	<ul style="list-style-type: none"> ——使用洗发液(膏),由发际向头顶部用指腹揉搓头皮及头发; ——注意观察护理对象面色、脉搏、呼吸,操作中适时询问护理对象,有异常时停止操作; ——洗净后吹干头发,防止受凉。 	
指/趾甲护理	<ul style="list-style-type: none"> ——根据护理对象的病情、生活自理能力以及个人生活习惯等,适时进行护理,保持无长指(趾)甲; ——选择合适的指甲刀; ——修剪过程中,应注意指/趾甲的长度,切不可过短,过短容易造成嵌甲;同时,避免损伤甲床及周围皮肤。修剪后指(趾)甲边缘用锉刀轻磨。 	动作轻柔,防止皮肤破损;如有灰指甲等,需要具备一定的专业的人员进行处理。
手足清洁/护理	<ul style="list-style-type: none"> ——洗手、洗脚用具应分开专用,即时清洗; ——将手、脚放入调节好水温的脸盆或水桶中充分浸泡; ——用适量肥皂或洗手液等细致擦洗,去除手脚部污垢和死皮,动作轻柔; ——注意指/趾缝的清洗。 	尊重护理对象的个人习惯,必要时涂抹润肤霜,防止干燥。
耳部护理	<ul style="list-style-type: none"> ——嘱护理对象维持外耳道的干燥和清洁; ——忌频繁掏耳。 	
温水擦浴(床上擦浴)	<ul style="list-style-type: none"> ——房间温度控制在(24±2)℃,尽量较少暴露; ——保持水温在(40~45)℃为宜,并根据护理对象耐受性及季节调温,擦浴的方法和顺序正确; ——擦浴过程中,适时换水,毛巾脸盆等用具应分开专用,即时清洗。 	注意保暖和保护隐私;擦浴时注意保护伤口和各种管路;擦浴后检查和妥善固定各种管路。
沐浴(淋浴、盆浴)/使用洗澡机沐浴	<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象一般情况,选择合适的沐浴方式(淋浴或盆浴); ——沐浴前有安全提示:避免空腹或饱餐时沐浴,忌突然蹲下或站立; ——室温控制在(24±2)℃; ——沐浴前先调节水温,水温一般控制在(40~45)℃,可根据护理对象耐受性及季节因素合理调温,调节顺序为先开冷水,再开热水,沐浴过程中注意水温变化,如需再次调节水温应离开老人身体; ——沐浴时取舒适、稳固的座位,肢体处于功能位,擦洗顺序为先面部后躯体,沐浴过程中注意观察护理对象身体情况,发现异常及时处理,应防止烫伤、跌倒、着凉等不良事件的发生; ——沐浴后身上无异味、无污垢,皮肤清洁。 	当身体不适或衰弱时不宜沐浴;注意浴室内的通风,防止对流风;沐浴时间应适度;浴后适当饮水。
协助更衣(更换上衣/裤子)	<ul style="list-style-type: none"> ——注意穿脱衣的顺序(脱衣顺序:无肢体活动障碍时,先近侧,后远侧;一侧肢体活动障碍时,先健侧,后患侧。穿衣顺序:无肢体活动障碍时,先远侧,后近侧;一侧肢体活动障碍时,先患侧,后健侧); ——保持肢体在功能位范围内活动,防止牵拉受损,防跌倒、坠地; ——根据护理对象意愿及时更换衣物,必要时随时更换; 	了解护理对象的肢体功能,保护护理对象隐私。
会阴清洁/护理	<ul style="list-style-type: none"> ——操作时水的温度要适宜,避免烫伤; ——女性应从前向后,由耻骨向肛门擦拭阴部。 	操作时动作要轻柔;注意保暖,保护隐私。

A.2 营养摄取类

营养摄取类生活照料的护理服务要求见表A.2。

表A.2 营养摄取类护理要求

服务项目	基本服务要求	注意事项
协助进食/水、 床上进食	<p>——对有咀嚼和吞咽功能障碍的护理对象，要将食物切碎、搅拌并提供对应的食物；</p> <p>——用餐时关注和纠正护理对象的进食姿势：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 坐位：身体微倾； • 卧位：宜抬高床头（20~30）°，斜侧卧位或头偏向一侧； <p>——保持正确的喂食姿势，并注意喂食时的速度、总进食量及食物的温度；</p> <p>——协助进食/水时照护者位于护理对象侧面，由下方将食物/水送入口中；</p> <p>——每次进食前应先协助护理对象进汤或水；</p> <p>——协助进食时让护理对象有充分时间咀嚼吞服，防止呛噎；</p> <p>进食完毕后给予护理对象漱口并维持原卧位（20~30）分钟。</p>	用餐前护理对象和照护者须洗手。
鼻饲	<p>——鼻饲前做好核对解释工作，以取得护理对象的合作；</p> <p>——鼻饲前检查胃管是否在胃内，确认在胃内后再进行鼻饲。检查的方法有三种：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用注射器抽吸，有胃液抽出； • 用注射器从胃管注入 10 毫升空气，用听诊器听胃部，听到气过水声； • 将胃管末端放于盛水碗中，无气体溢出。 <p>——每次鼻饲前后检查鼻饲饮食的种类，保证食品新鲜无污染；</p> <p>——每次鼻饲前后先注入少量温开水，冲洗管道，避免食物积存在管腔中变质，防止管道堵塞；</p> <p>——每次鼻饲量不超过 200 毫升，间隔时间不少于 2 小时，鼻饲饮食温度为（38~40）℃；</p> <p>——鼻饲前应将床头抬高（30~50）°，每次鼻饲后应维持原卧位（20~30）分钟，以防呕吐。</p>	所有用物每日消毒一次；长期鼻饲的护理对象，应做好口腔护理（2次/日）；注明置管时间，按期提醒医生或家属需更换导管。

A.3 排泄护理类

排泄护理类生活照料的护理服务要求见表A.3。

表A.3 排泄护理类护理要求

服务项目	基本服务要求	注意事项
排泄基本护理（协助如厕/尿垫、纸尿裤更换/失禁护理）	<p>——对有能力和控制便意的护理对象适时提醒如厕，对行动不便的护理对象协助如厕及协助使用便器；</p> <p>——对失禁的护理对象及时更换尿布，保持皮肤清洁干燥，无污迹。</p>	排泄后适当通风，但要避免对流风；保护护理对象隐私。

表 A.3 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
	<p>对失禁的护理对象及时更换尿布，保持皮肤清洁干燥，无污迹；</p> <p>——对排泄异常护理对象观察二便的性状、颜色、排量及频次，作记录；</p> <p>——便器使用后即时倾倒，定期消毒，污染尿片即时置于污物桶内，防止污染环境；</p> <p>——排泄后按需及时做好护理对象会阴部或肛周清洁。</p>	
床上使用便器	<p>——根据护理对象的生活自理能力及活动情况，帮助或协助其使用便器，满足其要求；</p> <p>——准备并检查便器，便器表面无破损裂痕等，注意保暖，保护护理对象隐私；</p> <p>——排便时采取合适体位，置入便器时动作要轻柔，避免硬塞硬拽；</p> <p>——便后观察排泄物性状及尾骶部位的皮肤；</p> <p>——保持床单位清洁、干燥。</p>	便器使用后即时倾倒，定期消毒。
开塞露通便	<p>——双手洗净并擦干，无长指甲或指环；</p> <p>——对护理对象进行核对解释并说明用法和采取的姿势；</p> <p>——自理困难的老年人排便后帮助擦净肛门处，必要时给予清洗；</p> <p>——对经常便秘的老年人应指导其多喝水，多吃含粗纤维的食物以预防便秘。</p>	注意保暖，保护隐私。
人工取便	<p>——评估护理对象的便秘严重程度和通便药物的使用后情况及用药反应；</p> <p>——右手带手套，右手食指涂肥皂液润滑；</p> <p>——操作时由浅入深，手法轻柔，注意保护隐私，操作过程中注意观察护理对象的神志、面色；</p> <p>——操作后及时做好护理对象肛周清洁。</p>	操作后适当通风，但要避免对流风。
集尿袋更换	<p>——评估护理对象，解释说明和用物准备；</p> <p>——集尿袋和引流管的位置不可高于耻骨联合，防止尿液反流；</p> <p>——注意观察护理对象的尿液，如发现异常（尿液混浊、有异味、含血或有颜色改变等）及时报告医护人员；</p> <p>——嘱咐护理对象多喝水，勤翻身，活动时防止导尿管的脱出，避免导管受压、扭曲或导尿管与引流管的分离；</p> <p>——为训练膀胱功能，一般情况应采用间歇性引流夹管的方式，使膀胱能定时充盈排空，促进膀胱功能的恢复。</p>	按无菌操作规程进行操作。
人工肛门便袋护理	<p>——评估护理对象造口大小及周围皮肤情况，向护理对象做好解释，以取得合作；</p> <p>——协助护理对象取平卧位、半坐卧位或坐位，揭去原有的便袋，撕离时要一只手按着皮肤，另一只手由上往下撕，以免扯伤皮肤；</p> <p>——更换便袋前先用温水清洁造口及周围皮肤，用软纸轻轻擦干，确保皮肤干燥；</p> <p>——粘贴便袋时，先除去胶片外面的粘纸贴于造口位置，轻压便袋胶片环及其周围，使其与皮肤充分接触紧贴，防止渗漏；</p> <p>——更换便袋后将便袋两旁的扣洞用腰带扣上，固定于护理对象腰间。</p>	当便袋有渗漏或便袋内容物超过三分之一时，应将便袋取下清洗，替换另一便袋；不使用酒精等刺激性强的外用药擦洗。

A.4 移动舒适和安全护理类

移动舒适和安全护理类生活照料的护理服务要求见表A.4。

表A.4 移动舒适和安全护理类护理要求

服务项目	基本服务要求	注意事项
翻身叩背排痰	<ul style="list-style-type: none"> ——根据护理对象不同的身体状况及护理要求,确定翻身的频次、体位、方式,选择合适的皮肤减压用具; ——翻身时,给予护理对象叩背,护理服务人员的手指并拢弯曲,拇指紧靠食指,手呈握杯状,以手腕力量有节律地叩击,每次叩10分钟左右,促进排痰; ——拍背原则:从下至上、从外至内,背部从第十肋间隙、胸部从第六肋间隙开始向上叩击至肩部,注意避开乳房及心前区,力度适宜密切观察护理对象,及时清除口腔分泌物; ——有活动性内出血、咯血、气胸、肋骨骨折、肺水肿、低气压、严重骨质疏松等,禁止背部叩击。 	在移动的过程中,避免拖拉拽,妥善处理各种管路。
协助床上移动	<ul style="list-style-type: none"> ——根据护理对象病情,肢体活动能力等,协助其在床上适度移动; ——在移动的过程中,妥善处理各种管路。 	做好安全保护措施,避免拖拉拽,保护局部皮肤。
借助器具移动(含协助床椅移动)/协助轮椅转移(完全卧床)	<ul style="list-style-type: none"> ——根据护理对象照护等级的需求提供借助器具的坐立、行走、上下楼梯的服务; ——评估护理对象肢体活动能力; ——护理人员应掌握助行器、轮椅及其它辅助器具的正确使用方法; ——告知借助器具移动的注意事项,取得护理对象的理解和配合; ——助行过程中注意观察护理对象器具使用适应情况,发现异常情况及时处理; ——助行过程中注意保护护理对象安全; ——助行器具性能保持良好,如轮椅刹闸稳固;有安全保护带。 	告知家属提供适宜的手杖、助行器、轮椅、平车或其它辅助器具。
冰袋使用	<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象,并解释说明操作的目的; ——备冰装袋:备冰:冰块装入帆布袋,木槌敲碎成小块,放入盆内用水冲去棱角。装袋:将小冰块装袋1/2~2/3满。驱气:排出冰袋内空气并夹紧袋口。检查:毛巾擦干、倒提、检查(有无漏水,是否夹紧)。加套:将冰袋装入布套; ——随时观察、检查冰袋有无漏水,是否夹紧。冰块融化后应及时更换,保持布袋干燥; ——如用于降温,冰袋使用30分钟后应测体温,并将体温记录在体温单上; ——可选用化学致冷袋代替冰袋,具有方便、易用的特点。 	观察用冷部位局部情况,皮肤色泽,防止冻伤。倾听护理对象主诉,有异常立即停止用冷。
冷湿敷	<ul style="list-style-type: none"> ——核对、解释说明; ——暴露患处,受敷部位下垫橡胶单和治疗单;受敷部位涂凡士林,上盖一层纱布/凡士林纱布; ——准备敷布:敷布浸入冰水,长钳夹起拧至半干,抖开;行冷湿敷; 	

表 A.4 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
冷湿敷	<p>敷布折叠后敷于患处；每 3~5 分钟更换一次敷布；湿敷时间：(15~20) 分钟；</p> <p>——观察记录：观察护理对象局部皮肤状况；记录冷敷部位、时间、效果、反应；</p> <p>——操作后安置护理对象，物品处理。</p>	
温水乙醇擦浴	<p>——向护理对象解释说明；</p> <p>——放置冰袋：冰袋置头部；放热水袋：热水袋置足底；</p> <p>——拭浴方法：大毛巾垫于擦拭部位下方，小毛巾浸入温水或乙醇中，拧至半干，缠于手上呈手套状，以离心方向擦浴，擦浴毕，用大毛巾擦干皮肤；</p> <p>——拭浴顺序：两上肢：①颈外侧→肩→上臂外侧→前臂外侧→手背；②侧胸→腋窝→上臂内侧→前臂内侧→手心。背腰部：背部→腰部→臀部；协助穿衣、脱裤。两下肢：①髌骨→下肢外侧→足背；②腹股沟→下肢内侧→内踝；③臀下→大腿后侧→月国窝→足跟。协助穿裤；</p> <p>——拭浴时间：每侧（四肢、背腰部）3 分钟，全过程 20 分钟内；</p> <p>——观察记录：观察有无寒战、面色苍白、脉搏、呼吸异常；记录时间、效果、反应。</p>	
压力性损伤的预防护理	<p>——采取预防措施：如定时翻身、气垫减压等；对需协助翻身的护理对象每 2 小时翻身 1 次，特殊情况根据需要可适当增加翻身频次，掌握不同的翻身姿势（如一般翻身侧卧姿势及偏瘫者翻身侧卧姿势）；</p> <p>——保持护理对象皮肤清洁干燥，床单位整洁；</p> <p>——与护理对象及家属沟通，提供心理支持及压力性损伤预防护理的健康指导。</p>	评估和确定护理对象发生压力性损伤的危险程度。
关节活动练习	<p>——熟知病情，评估肌力水平、关节活动度，被动活动之前，对护理对象做好解释工作，以得到护理对象的合作；</p> <p>——护理对象体位应舒适，被固定的部位要稳定、牢固等；</p> <p>——缓慢、轻柔的关节活动：在病情允许下尽早进行关节被动活动，训练时，疼痛度为可耐受程度，范围尽可能接近正常，各活动轴位均需活动；</p> <p>——固定关节的近端，被动活动远端，速度缓慢，动作轻柔，被动活动建议每日两次，每次针对一个关节每活动轴位（3~5）遍；</p> <p>——对于跨越两个关节的肌群，应在完成逐个关节活动后，再对该肌群进行牵张；</p> <p>——实施局部按摩：按摩应从远端向近端逐渐进行；</p> <p>——主动或助力运动：练习时力求每个动作均达到最大关节活动幅度，再稍作维持。以引起紧张或轻度疼痛为度，通常每一动作重复至少（20~30）次。在进行主动助力运动时应注意必须向护理对象讲解动作要领及方向，助力的方向要与被训练肌肉的收缩方向一致，避免出现代偿动作等。</p>	因伤病而暂时不能活动的关节，要尽早在不起病情、疼痛加重的情况下进行关节的被动活动；固定的位置应尽量接近关节的中心部位；对于活动受限或长期处于内收、屈曲位的关节，应多做被动牵拉运动（如跟腱牵拉）；禁忌暴力，关节活动度练习和肌力练习同步进行；应做好宣教工作。

表 A.4 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
生活自理能力训练	<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象的日常生活自理能力； ——合理布置环境，将床、椅放在适当的位置，所有生活用品也要放在适当的位置； ——在康复医生指导下，协助护理对象完成进食、个人卫生、穿脱衣裤鞋袜、翻身、如厕等日常生活自理能力训练，提高生活质量； ——训练时让护理对象处于舒适的位置，护理人员处于可以清楚地观察护理对象活动全过程的位置。 	训练时发布指令需缓慢、耐心，逐步讲解过程，强调要点，及时纠正错误动作。活动量应逐渐增加，掌握时间，不宜过度疲劳。
安全保护带使用	<ul style="list-style-type: none"> ——使用保护性制动措施，只宜短期使用。连续约束的时间不宜过长，用时需注意老年人的体位是否舒适，并经常更换体位，注意肢体处于功能位置； ——选择物品时注意安全保护带的宽度、棉垫大小要合适； ——安全保护带固定的松紧要合适，并定时放松，一般应 2 小时左右放松一次，并进行局部按摩。在约束中注意局部的血液循环和皮肤的观察，发现异常及时处理； ——使用后的安全保护带，应注意清洁，必要时进行消毒处理。 	使用安全保护带之前，要和其家属进行沟通，签订协议书，以便其理解保护的目的，能配合操作。在可用可不用的情况下，尽量不用。

A.5 生命体征观察与护理类

生命体征观察与护理类生活照料的护理服务要求见表A.5。

表A.5 生命体征观察与护理类

服务项目	基本服务要求		注意事项
生命体征监测	体温 T	对老年痴呆、精神异常、意识不清、烦躁和不合作者，应采取恰当的测量方法或在床旁协助测量体温。体温计消毒方法符合要求。测腋温、口温、肛温时，应选择合适的体温计，并注意将体温计放置在正确的位置。	
	脉搏 P	一般护理对象可以测量 30 秒，脉搏异常的护理对象，测量 1 分钟，避免在偏瘫侧、形成动静脉瘘侧肢体、术肢等部位测量脉搏 3002	
	呼吸 R	测量呼吸时护理对象取自然体位，观察护理对象胸部或腹部起伏，测量 30 秒。观察护理对象呼吸频率、节律、幅度和类型等情况。	
	血压 Bp	测量血压时，协助护理对象采取坐位或者卧位，保持血压计零点、肱动脉与心脏同一水平。选择宽度适宜的袖带，驱尽袖带内空气，平整地缠于护理对象上臂中部，松紧以能放入一指为宜，下缘距肘窝（2~3）厘米。正确判断收缩压与舒张压。如血压听不清或有异常时，应间隔（1~2）分钟后重新测量。长期观察血压的护理对象，做到四定：定时间、定部位、定体位、定血压计。	

表 A.5 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
吸氧	<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象病情、呼吸状态、缺氧程度、鼻腔情况； ——遵医嘱，选择合适的氧疗方法，调节合适的氧流量。密切观察护理对象氧气治疗的效果； ——使用氧气时，应先调节氧流量后应用。停用氧气时，应先拔出导管或面罩，再关闭氧气开关。 	强调不能自行调节氧流量；使用氧气时，应注意环境安全。

A.6 用药指导类

用药指导类生活照料的护理服务要求见表A.6。

表A.6 用药指导类

服务项目	基本服务要求	注意事项
药物管理	<ul style="list-style-type: none"> ——根据护理对象的自理能力代为保管药品； ——设置专用药柜或者放置药物的专用容器，药品按规定储存区分且均在有效期内；药品有外包装，包装上标明护理对象的姓名、床号等；养老机构接收自带药品时应有接收登记，并由接收者及家属双方签名，精神类、镇静类等药品应专柜上锁保管，班班交接； ——按医嘱分发药品，特殊药物发放时送药到口或看服。 	药柜或者放置药物的专用容器放置处环境整洁、通风、干燥且专人保管。
口服给药	<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象的病情、过敏史、用药史、不良反应史；了解护理对象所服药物的作用、不良反应以及某些药物服用的特殊要求，如有疑问应核对无误后方可给药； ——遵医嘱协助护理对象服药； ——服药时尽量让服务对象取坐位或半坐卧位，以利药物进入胃内； ——一般服药用水量以（50~100）毫升温水为宜；服药时不可与茶水一起服用，服药时速度适宜，必要时碾碎喂服； ——为鼻饲护理对象给药时，应当将药物研碎溶解后由胃管注入； ——观察护理对象的服药效果及不良反应。 	喂服前严格遵循查对制度，仔细核对姓名、药物名称、剂量、有效期、服用方法等。

附 录 B
(规范性)
医疗护理服务要求

医疗护理的护理服务要求见表B.1。

表B.1 医疗护理服务要求

服务项目	基本服务要求	注意事项
鼻饲置管	<p>——插入胃管会给护理对象带来很大的心理压力，护患之间必须进行有效的沟通，让护理对象及家属理解该操作的目的及安全性；</p> <p>——插管时动作应轻稳，镊子的尖端不可碰及护理对象鼻黏膜，以免造成疼痛和损伤。插管过程避免损伤食管黏膜，尤其是通过食管三个狭窄部位（环状软骨水平处，平气管分叉处，食管通过膈肌处）时；</p> <p>——插入胃管至（10~15）厘米（咽喉部）时，若为清醒护理对象，嘱其做吞咽动作；若为昏迷护理对象，则用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管；</p> <p>——插管过程中注意观察护理对象反应，若出现呛咳、呼吸困难、发绀等，表明胃管误入气管，应立即拔出胃管；</p> <p>——每次鼻饲前应证实胃管在胃内且通畅，并用少量温水冲管后再进行喂食，鼻饲完毕后再次注入少量温开水，防止鼻饲液凝结；</p> <p>——鼻饲液温度应保持在（38~40）℃左右，避免过冷或过热；新鲜果汁与奶液应分别注入，防止产生凝块；药片应研碎溶解后注入。每次鼻饲量不超过 200 毫升，间隔时间>2 小时；</p> <p>——长期鼻饲者应每天进行两次口腔护理，并定期更换胃管，普通胃管每周更换一次；</p> <p>——硅胶胃管每月更换一次。更换胃管时应于当晚最后一次灌食后拔出，翌日清晨从另一侧鼻孔插入胃管。</p>	食管静脉曲张、食管梗阻的护理对象禁忌使用鼻饲法。
灌肠	<p>——评估护理对象的年龄、意识、情绪及配合程度，有无灌肠禁忌症。告知护理对象及家属灌肠的目的及注意事项，指导护理对象配合；</p> <p>——核对医嘱，做好准备，保证灌肠溶液的浓度、剂量、温度适宜。协助护理对象取仰卧位或左侧卧位，注意保暖，保护护理对象隐私；</p> <p>——按照要求置入肛管，置入合适长度后固定肛管，使灌肠溶液缓慢流入并观察护理对象反应。灌肠过程中，护理对象有便意，指导护理对象做深呼吸，同时适当调低灌肠筒的高度，减慢流速；护理对象如有心慌、气促等不适症状，立即平卧，避免发生意外；</p> <p>——灌肠完毕，嘱护理对象平卧，根据灌肠目的保持适当时间再排便，并观察大便性状。操作结束后，做好肛周清洁。</p>	
导尿（女性）	<p>——告知护理对象或家属留置尿管的目的、注意事项，取得护理对象的配合；</p> <p>——选择合适的导尿管；</p>	导尿过程中严格遵循无菌技术操作原则，避免污染，保护护理对象隐

表 B.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
	<p>——插入气囊导尿管后向气囊内注入（10~15）毫升无菌生理盐水，轻拉尿管以证实尿管固定稳妥；</p> <p>——尿潴留护理对象一次导出尿量不超过 1 000 毫升，以防出现虚脱和血尿；</p> <p>——指导护理对象在留置尿管期间防止尿管打折、弯曲、受压、脱出等情况发生，保持通畅。保持尿袋高度低于耻骨联合水平，防止逆行感染。尿管与尿袋连接紧密，引流通畅，固定稳妥；</p> <p>——指导长期留置尿管的护理对象进行膀胱功能训练及骨盆底肌的锻炼，以增强控制排尿的能力。</p>	<p>私。护理对象留置尿管期间，尿管要定时夹闭。</p>
膀胱冲洗	<p>——严格执行无菌操作，掌握熟练的膀胱冲洗技巧；</p> <p>——选择合适的尿管，定期更换集尿袋；</p> <p>——膀胱冲洗频次视具体情况而定；</p> <p>——把握冲洗速度，以每分钟（100~140）滴较为适宜；注意保持冲洗液滴速一致；</p> <p>——冲洗液温度控制在（20~30）℃为宜；</p> <p>——加强健康宣教和心理护理。</p>	
造口护理	<p>——评估护理对象的心理情况，做好有效沟通及心理护理；</p> <p>——评估护理对象的造口及周围皮肤情况，准备用物；</p> <p>——用生理盐水或温水清洗造口及周围皮肤后，用纸巾或纱布擦干；</p> <p>——根据造口直径大小修剪造口底盘（大于造口实际尺寸 1 毫米~2 毫米）；</p> <p>——喷洒少许造口粉在造口周围，均匀涂抹，将多余造口粉末去除。必要时使用液体保护膜及防漏膏或条；</p> <p>——黏贴底盘并安装造口袋。嘱护理对象手心成空心状按压造口底盘处（5~10）分钟，使底盘黏贴牢固；</p> <p>——有造口并发症的护理对象，按实际情况进行处理（如：使用凸面底板、安装造口腰带等）。</p>	<p>房间温度适宜，尽量减少暴露，注意保暖和保护隐私；更换造口袋尽量选择空腹或进食后 3 小时。</p>
留置尿管护理	<p>——评估护理对象尿管留置时间、尿液颜色、性状、量，膀胱功能，有无尿频、尿急、腹痛等症状；</p> <p>——鼓励护理对象每日摄入足够的液体，以减少尿路感染和结石的发生；</p> <p>——防止泌尿系统逆行感染：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保持尿道口清洁，女性护理对象用安尔碘等消毒棉球擦拭外阴及尿道口，男护理对象用安尔碘等消毒棉球擦拭尿道口、龟头及包皮，（1~2）次/天； ● 更换集尿袋 1 次/天，定时排空尿袋，必要时记录尿量； <p>——留置尿管期间，保持引流通畅，避免导尿管受压、扭曲、堵塞；</p> <p>——采用间歇性夹管方式，协助长期留置尿管的护理对象进行膀胱功能训练。夹闭导尿管，每 4 小时开放 1 次，使膀胱定时充盈和排空，促进膀胱功能的恢复；</p> <p>——拔管后根据病情，鼓励护理对象多饮水，观察护理对象自主排尿及</p>	<p>妥善固定尿管及尿袋，尿袋的高度不能高于膀胱。</p>

表 B.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
	<p>尿液情况，有排尿困难及时处理；</p> <p>——拔管后根据病情，鼓励护理对象多饮水，观察护理对象自主排尿及尿液情况，有排尿困难及时处理。</p>	
糖尿病足护理	<p>——认知干预：尊重护理对象个体差异，向护理对象讲解糖尿病足危险因素、治疗及护理要点等健康知识；</p> <p>——心理干预：强化沟通，安抚护理对象情绪；发挥家属作用，嘱咐家属鼓励、支持护理对象；</p> <p>——足部护理：遵医嘱用药外，指导护理对象其他足部护理方法，例如温水泡脚、正确修剪趾甲、正确选择鞋袜、观察足部等。</p>	
吸痰	<p>——操作前评估护理对象状况，进行核对解释；</p> <p>——安置体位；检查口鼻，取下活动义齿；连接吸痰管，在（口鼻腔吸痰用）有盖罐中试吸检查导管通畅；插管抽吸：一手反折吸痰管末端，另一手用无菌血管钳（镊）持吸痰管前端，插入口咽部（10~15）厘米，然后放松导管末左右旋转，向上提出吸出分泌物。一次吸痰时间不超过 15 秒；</p> <p>——冲洗痰管：吸痰管退出后，在（冲洗用）有盖罐中抽吸冲洗痰管；需再次吸痰应更换吸痰管；</p> <p>——观察记录：观察气道通畅程度；护理对象的反应，如面色、呼吸、心率、血压等；吸出液的色、质、量。记录病情况、痰量及性质；</p> <p>——痰液黏稠时，可配合叩击，蒸汽吸入、雾化吸入，提高吸痰效果；</p> <p>——贮液瓶内吸出液应及时倾倒，不得超过 2/3。</p>	吸痰动作轻柔，防止呼吸道黏膜损伤；每次吸痰时间 15 秒，以免造成缺氧。
心电监护	<p>——告知目的并取得配合；</p> <p>——安置体位；检测仪器；连接导联：电极片位置：RA—右锁骨中线，紧贴锁骨下缘；LA—左锁骨中线，紧贴锁骨下缘；V—左锁骨中线第 4、5 肋间，稍向内侧移，RL—右锁骨中线第 6、7 肋间；LL—左锁骨中线第 6、7 肋间；避开伤口，必要时避开除颤部位；连血压计：扎袖带，一指松紧适宜。氧饱和度：安置氧饱和度探头；</p> <p>——设置报警：选择心电导联，设置心率报警界限；调整心电图幅幅；设置血压计报警界限，按医嘱定时测量血压；设置氧饱和度报警界限；开启报警音量，回主页；</p> <p>——操作正确并记录。</p>	
雾化吸入	<p>——严格执行给药原则；</p> <p>——水槽和雾化罐中切忌加温水或热水。水槽内无水，不可开机；水温超过 50℃或水量不足，应关机更换或加入冷蒸馏水；</p> <p>——水槽底部的晶体换能器和雾化罐底部的透声膜质脆、易碎，应防止受损；</p> <p>——连续使用雾化器时，中间间隔 30 分钟；</p> <p>——口含嘴、面罩、雾化罐、螺纹管使用后应消毒。</p>	
皮肤外用涂擦	<p>——根据涂药部位，取合理体位，暴露涂药部位，注意保暖；</p> <p>——清洁皮肤，将配制的药物用棉签均匀涂于患处。面积较大时，可用镊子夹棉球蘸药物涂抹，蘸药干湿度适宜；</p>	必要时纱布覆盖，胶布固定。

表 B.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
换药术(压力性损伤换药、大/小/中换药)	<p>——严格执行无菌操作, 评估伤口情况, 告知目的并取得配合;</p> <p>——去除敷料: 先用手取下伤口外层绷带及敷料, 若遇胶布粘着毛发时, 可剪去毛发或用汽油、乙醚、松节油等浸润后揭去; 伤口内层敷料及引流物, 应用无菌镊取下, 若内层敷料与创面干结成痂, 则可将未干结成痂的敷料剪去, 留下已干结成痂的敷料使其愈合; 若创面内层敷料被脓液浸透, 可用双氧水或生理盐水浸湿, 待敷料与创面分离后再轻轻揭去, 在换药过程中两把换药镊要保持其中一把始终处于相对的无菌状态; 取下的污秽敷料均放在弯盘内, 不得随意丢弃, 以防污染环境或交叉感染;</p> <p>——创周皮肤处理: 去除敷料后, 1%活力碘或用 70%酒精棉球在窗口周围由内向外消毒, 注意勿使消毒液流入伤口内。若创周皮肤粘有较多脚步痕迹及污垢, 则用松节油或汽油棉棒擦去, 以减少对皮肤的刺激;</p> <p>——创面处理: 用等渗盐水棉球自内向外轻柔地拭去创面分泌物。在拭去创面分泌物时切忌反复用力擦拭, 以免损伤创面肉芽或上皮组织, 擦拭创面所用棉球不应太湿, 否则不但不易清除分泌物, 反而使脓液外流污染皮肤和被褥, 可用换药镊将棉球中过多的药液挤掉; 脓腔深大者, 棉球擦洗时应防止脱落在创口内; 创面拭净后, 应彻底移除伤口内线头、死骨、腐肉等异物; 最后用酒精棉球消毒创周皮肤。根据伤口情况选择凡士林纱布、药物或盐水纱布覆盖, 或放入引流管、纱布引流条等;</p> <p>——包扎固定: 创面处理完毕, 覆盖无菌干纱布, 胶布粘贴固定。创面大, 渗液多的创口, 可加用棉垫, 若胶布不易固定时须用绷带包扎;</p> <p>——换药后注意: 换药毕, 整理好护理对象床单, 并将污秽敷料倒入污物桶内。换药用过的盘和器械放入洗涤池中洗净, 消毒后备用。</p>	
清创术(大/中/小清创)	<p>——严格执行无菌操作, 评估创口情况, 告知目的并取得配合;</p> <p>——创面清洗消毒: 选用无菌敷料掩盖创面, 清洗创面周围皮肤, 毛发应予剃除, 油垢可用汽油清除, 再用肥皂水清洗, 最后用蒸馏水清洗。周围皮肤清洗完后清洗创面。先用生理盐水简单冲洗, 再用 1%双氧水冲洗, 然后用生理盐水大量反复冲洗。创面冲洗后进行皮肤消毒, 目前常用碘仿(碘伏)消毒液, 对皮肤刺激性小, 可用于创面内冲洗。消毒后按常规铺无菌单;</p> <p>——扩创: 清创应在充分暴露后进行, 必要时将创口扩大, 四肢创口可沿肢体长轴切开, 关节处创口可做 S 形、Z 形或弧形切开;</p> <p>——失活组织和异物清除: 创面内坏死失活的组织应予切除, 操作要按照组织的解剖层次由浅及深逐层进行。坏死组织清除后创面应彻底止血, 以免形成新的血肿。创面内的异物应尽量取出, 有些小的金属异物远离伤道且不影响功能者可不予清除;</p> <p>——引流: 较深的创口应放置引流, 引流物可选用橡皮片、橡皮管等, 片状引流物可将创腔内液体(血液、渗出液)引出至敷料上, 管状引</p>	

表 B.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
	<p>流物外接引流袋，有时加用负压或冲洗以使引流更充分；</p> <p>——缝合：清创后立即缝合创口称一期缝合，适用于污染程度轻、血供丰富的创伤，如头面部伤。胸腹腔、关节腔也应一期缝合关闭。神经、肌肉和血管组织应以皮肤被盖。污染重的伤口、已发生感染的伤口、火器伤口一般不予一期缝合，而应待感染控制后做二期缝合。</p>	
普通针刺、头皮针	<p>——评估：主要临床表现，既往史，取穴部位的皮肤情况，对疼痛的耐受程度，心理状况等；</p> <p>——洗手，戴口罩。用物准备：治疗盘，一次性毫针，皮肤消毒剂、棉棒等；护理对象准备：核对姓名，诊断，做好解释工作，松开衣着，按压腧穴选择合理体位，暴露针刺部位，注意保暖；</p> <p>——根据病情定穴位，消毒局部皮肤；</p> <p>——选取毫针：根据按腧穴深浅和护理对象体质选取毫针，检查针柄有无松动，针尖有无弯曲带钩等情况；</p> <p>——进针：根据针刺部位选择进针方法，正确进针；行针：将针刺入腧穴后，通过提插捻转毫针以调节针感；留针：观察护理对象有无不适感；</p> <p>——起针：一手捻动针柄，另一手用棉棒按压针孔周围皮肤，将针退至皮下，迅速出用粮核轻压针孔片刻，防出血；检查针数。</p>	
肌肉注射	<p>——遵循查对制度，符合无菌技术、标准预防、安全给药原则；</p> <p>——评估护理对象病情、过敏史、用药史，以及注射部位皮肤情况。告知护理对象药物名称及注意事项，取得护理对象配合；</p> <p>——选择合适的注射器及注射部位，需长期注射者，有计划地更换注射部位；</p> <p>——协助护理对象采取适当体位，告知护理对象注射时勿紧张，肌肉放松；</p> <p>——注射中、注射后观察护理对象反应、用药效果及不良反应。根据药物的性质，掌握推注药物速度。</p>	需要两种药物同时注射时，应注意配伍禁忌。
皮下注射	<p>——相关操作要求参见肌肉注射；</p> <p>——皮下注射胰岛素时，嘱护理对象注射后 15 分钟开始进食，避免不必要的活动，注意安全。</p>	
静脉注射/静脉留置针	<p>——严格执行注射原则；</p> <p>——静脉注射时应选择粗、直、弹性好、不滑动、避开关节和静脉瓣的静脉进行注射；</p> <p>——根据护理对象年龄、病情、药物性质，掌握推药的速度，并随时倾听护理对象的主诉、观察局部和全身反应；</p> <p>——静脉注射有强烈刺激性药物时，应防止因药物外渗而发生组织坏死；</p> <p>——股静脉注射时如抽出血液为鲜红色，提示针头进入股动脉，应立即拔针，用无菌纱布加压穿刺处（5~10）分钟，直至无出血为止。</p>	

表 B.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
静脉输液	<p>——严格执行无菌操作原则及查对制度；</p> <p>——合理安排输液顺序，并根据治疗原则，按急、缓及药物半衰期等情况合理分配药物；</p> <p>——对需要长期输液的护理对象，要注意保护和合理使用静脉，一般从远端小静脉开始穿刺（抢救时可例外）；</p> <p>——注意药物的配伍禁忌，对于刺激性或特殊药物，应在确认针头已刺入静脉内时再输入；</p> <p>——严格掌握输液的速度。对有心、肺、肾疾病的护理对象，老年护理对象以及输注高渗、含钾或升压药物的护理对象，要适当减慢输液速度；对严重脱水，心肺功能良好者可适当加快输液速度；</p> <p>——输液过程中要加强巡视，密切观察下列情况并及时处理、做好记录：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 护理对象有无输液反应：发热发冷、循环负荷过重、静脉炎、空气栓塞； • 注射局部有无肿胀或疼痛； • 输液是否通畅、顺利：针头或输液管有无漏液、针头有无脱出、阻塞或移位，输液管有无扭曲、受压，液面有无自行下降等。 	<p>输液前要排尽输液管及针头内的空气，药液滴尽前要及时更换输液瓶或拔针，严防造成空气栓塞。</p>
输液泵/微量注射泵使用	<p>——严格执行无菌操作原则及查对制度；</p> <p>——了解输液泵/注射泵的工作原理，熟练掌握其使用方法；</p> <p>——根据医嘱正确设定参数，输液管路 24 小时更换一次；</p> <p>——使用过程中加强巡视，密切观察注射部位有无外渗或接头脱落；</p> <p>——如出现报警，应查找可能的原因，及时处理；</p> <p>——定期检查及保养，确保输液泵/注射泵的性能。</p>	
静脉血标本采集	<p>——评估护理对象的病情、静脉情况，准备用物；</p> <p>——告知护理对象或家属采血的目的及采血前后的注意事项，并协助护理对象，取舒适体位；</p> <p>——采血时，应正确选用真空试管，并按正确的顺序和要求血量采集血标本。采血后指导护理对象压穿刺点（5~10）分钟，勿揉，凝血机制差的护理对象适当延长按压时间；</p> <p>——按要求正确处理血标本，尽快送检。</p>	<p>若护理对象正在进行静脉输液、输血，不宜在同侧手臂采血。</p>
痰标本采集	<p>——告知护理对象痰标本采集的目的和意义；</p> <p>——指导痰标本收集的方法及注意事项；</p> <p>——查对制度严格；应用节力原则，动作轻巧、准确、稳重、安全；</p> <p>——如查癌细胞，应用 10%甲醛溶液或 95%乙醇溶液固定痰液后立即送验；</p> <p>——不可将唾液、漱口水、鼻涕等混入痰液中；</p> <p>——收集痰液时间宜选择在清晨，因此时痰量较多，痰内细菌也较多，以提高阳性率。</p>	<p>收集痰培养标本时应严格无菌操作，避免污染标本；留取 24 小时痰标本时，应注明起止时间。</p>

表 B.1 (续)

服务项目	基本服务要求	注意事项
咽拭子标本采集	<ul style="list-style-type: none"> ——告知护理对象咽拭子标本采集的目的和意义； ——指导护理对象配合采集咽拭子标本的方法及注意事项； ——查对制度严格；应用节力原则，动作轻巧、准确、稳重、安全； ——作真菌培养时，须在口腔溃疡面采集分泌物； ——注意棉签不要触及其他部位，防止污染标本，影响检验结果； ——最好在使用抗菌药物前采集标本，如已使用抗菌药物，写明用药名称、剂量、时间。 	避免在进食后 2 小时内留取标本，动作应轻柔敏捷，以防呕吐。
血糖监测	<ul style="list-style-type: none"> ——告知护理对象监测血糖的目的，评估护理对象穿刺部位皮肤状况； ——确认血糖仪的型号与试纸型号一致，正确安装采血针，确认监测血糖的时间（如空腹、餐后 2 小时等）； ——确认护理对象手指酒精消毒干透后实施采血，采血量充足，应使试纸试区完全变成红色； ——将结果告知护理对象/家属，做好记录； ——对需要长期监测血糖的护理对象，穿刺部位应轮换，并指导护理对象血糖监测的方法。 	
经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）维护	<ul style="list-style-type: none"> ——评估护理对象导管是否通畅； ——评估穿刺点局部情况； ——记录导管刻度、贴膜更换时间、置管时间，测量双侧上臂臂围，并与置管前对照； ——输液接头每周更换 1 次，如输注胃肠外营养液，需 24 小时更换 1 次； ——冲、封管遵循 SASH 原则：S-生理盐水；A-药物注射；S-生理盐水；H-肝素盐水（若禁用肝素者，则实施 SAS 原则），根据药液选择适当的溶液脉冲式冲洗导管，每 8 小时冲管 1 次；输注黏稠液体后，用生理盐水（10~20）毫升脉冲正压冲管后，再输入其他液体；封管时使用（10~100）U/ml 肝素盐水脉冲式正压封管，封管液量应 2 倍于导管+附加装置容积； ——更换敷料时，由导管远心端向近心端除去无菌透明敷料，戴无菌手套，以穿刺点为中心消毒，先用乙醇清洁，待干后，再用碘伏消毒 3 遍，或选择取得国务院卫生行政部门卫生许可批件的消毒剂进行消毒，消毒面积应大于敷料面积； ——用无菌透明敷料无张力粘贴固定；注明贴无菌敷料的日期、时间、置管深度和操作者姓名； ——记录穿刺部位情况及更换敷料的日期、时间。 	