

开封市医疗保障局 开封市民政局 文件 开封市卫生健康委员会

汴医保〔2021〕81号

关于印发《开封市长期护理保险护理服务项目规范（试行）》的通知

各县（区）医保局、民政局、卫健委，各有关单位：

根据《开封市长期护理保险制度试行办法》（汴政〔2021〕24号）文件要求，市医保局会同市民政局、市卫健委、河南医药健康技师学院等部门和机构共同研究，结合《开封市长期护理保险护理服务项目清单》（汴医保〔2021〕4号）规定的43项护理服务项目，制定了相关服务项目规范。请有关单位遵照执行。



开封市医疗保障局



开封市民政局



开封市卫生健康委员会

2021年11月1日

开封市长期护理保险护理服务项目 规范（试行）

一、服务项目

1. 基本生活照料类项目：沐浴、擦浴；洗脸、洗手、洗足；洗发；口腔清洁；指/趾甲护理；整理床单元；测量生命体征；协助进食/水及指导；排泄护理及指导；预防压疮及指导；协助更衣及指导；理发；剃须（男性）；会阴清洁；人工取便术；皮肤照护；协助扣背排痰；生活自理能力训练；借助器具移动；关节被动活动及指导；良肢位摆放及指导；协助床上移动；健康指导、精神慰藉；安全防护指导；物理降温；皮肤外用药涂擦；人工肛门便袋护理；开塞露/直肠栓剂给药；药物喂服；药物管理；吸氧；鼻饲注入及指导。

2. 医疗护理类项目：吸痰护理；留置尿管护理及指导；灌肠；压疮伤口换药；导尿（女性）；血糖监测；静脉血标本采集；肌肉注射；皮下注射；气管切开术后气管导管的消毒护理。

3. 服务设施项目：护理床位。

二、服务项目规范

（一）基本生活照料类

1. 沐浴、擦浴

沐浴

（1）评估护理对象一般情况，选择合适的沐浴方式（淋浴或盆浴），当身体不适或衰弱时不宜沐浴；

(2) 关闭门窗，保持浴室温暖，放置防滑垫；

(3) 室温控制在 $(24 \pm 2)^\circ\text{C}$ ，注意浴室内的通风，防止对流风；

(4) 沐浴前先调节水温，水温一般控制在 40°C - 45°C ，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；

(5) 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；

(6) 沐浴后身上无异味、无污垢，皮肤清洁；用毛巾为护理对象擦干并吹干头发，转移护理对象至房间。整理用物，开窗通风，擦干地面，清洗毛巾、浴巾。

擦浴

(1) 房间温度控制在 $(24 \pm 2)^\circ\text{C}$ ，尽量较少暴露，注意保暖和保护隐私；

(2) 保持水温在 40°C - 50°C 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（面颈部→手臂→胸部→腹部→背臀→下肢→足部→会阴）；

(3) 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；

(4) 擦浴时注意保护伤口和各种管路，擦洗过程不易过长，过程中应观察照护对象身体状况，如有不适，应立即停止；

(5) 擦浴后检查和妥善固定各种管路。

2. 洗脸、洗手、洗足

洗脸

(1) 水温适宜 40℃-45℃，擦洗动作轻柔，根据护理对象情况选择合适体位；

(2) 颜面部干净，口角、耳后、颈部无污垢，鼻、眼部无分泌物；

(3) 眼角、耳道及耳廓等褶皱较多部位重点擦拭；

(4) 尊重护理对象的个人习惯，必要时涂抹润肤霜，防止干燥。

(5) 注意：洗脸动作轻柔，面部有皮疹及损伤情况，应注意避开。

洗手、洗足

(1) 洗手、洗脚用具应分开专用，即时清洗；

(2) 水温 40℃左右，将手、脚放入调节好水温的脸盆或水桶中充分浸泡；

(3) 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；

(4) 注意指/趾缝的清洗；

(5) 尊重护理对象的个人习惯，必要时涂抹润肤霜，防止干燥。

(6) 注意：操作动作应轻柔，擦拭毛巾、水盆专人专用。

3. 洗发

(1) 控制水温 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；

(2) 使用洗发液（膏），由发际向头顶部用指腹揉搓头皮及头发，力量适中，避免抓伤头皮；

(3) 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；

(4) 洗净后吹干头发，防止受凉；

(5) 衰弱护理对象不宜洗发。

4. 口腔清洁

(1) 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；

(2) 协助护理对象取舒适体位，若有不适马上告知。

(3) 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；

(4) 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；对昏迷患者应当注意棉球干湿度，禁止漱口。对昏迷、不合作、牙关紧闭的患者，使用开口器、舌钳、压舌板。使用开口器时，应从臼齿处放入。

(5) 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；

(6) 操作前、后必须清点核对棉球（或纱布）数量。

5. 指/趾甲护理

(1) 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；

(2) 选择合适的指甲刀；动作轻柔，防止皮肤破损；

(3) 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；清理用物，纸巾包裹指甲碎屑放入垃圾桶；

(4) 注意：护理对象指甲较硬时，宜用温热毛巾包裹手、足 5 分钟或在洗浴后进行修剪。如有灰指甲等，需要具备一定的专业的人员进行处理。

6. 整理床单元

(1) 床单元每日进行清扫擦拭；

(2) 每周定期更换床单、被套；

(3) 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；

(4) 被褥应经常太阳下暴晒，以保持清洁、松软；

(5) 保持床铺的清洁、干燥、平整、柔软，使护理对象舒适。

7. 测量生命体征

(1) 体温：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；

(2) 脉搏：一般患者可以测量 30 秒，脉搏异常的患者，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；

(3) 呼吸：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；

(4) 血压：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。

8. 协助进食/水及指导

(1) 用餐前护理对象和照护者须洗手；

(2) 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；

(3) 用餐时关注和纠正护理对象的进食姿势（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。）；

(4) 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；

(5) 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；

- (6) 每次进食前应先协助护理对象进汤或水;
- (7) 协助进食时让护理对象有充分时间咀嚼吞服, 防止呛噎;
- (8) 进食完毕后给予护理对象漱口并维持原卧位 20-30 分钟。

9. 排泄护理及指导

排泄护理

- (1) 对有能力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扶助如厕及协助使用便器;
- (2) 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;
- (3) 对排泄异常的护理对象观察二便的性状、颜色、排量及频次, 作记录;
- (4) 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;
- (5) 排泄后按需及时做好护理对象会阴部或肛周清洁;
- (6) 排泄后适当通风, 但要避免对流风;
- (7) 保护护理对象隐私。

失禁护理

- (1) 评估护理对象的失禁情况, 准备相应的物品;
- (2) 护理过程中, 与护理对象沟通, 清洁到位, 注意保暖, 保护患者隐私;
- (3) 根据病情, 采取相应的保护措施, 如女性患者可以采

用尿垫等（留置导尿除外），男性可采用尿套技术等；

（4）鼓励并指导患者进行膀胱功能及盆底肌的训练；

（5）保持床单位清洁、干燥，注意局部皮肤的护理。

床上便器使用

（1）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；

（2）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；

（3）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；

（4）便器使用后即时倾倒，定期消毒；

（5）便后观察排泄物性状及尾骶部位的皮肤；

（6）保持床单位清洁、干燥。

10. 预防压疮及指导

（1）评估和确定护理对象发生压疮的危险程度；

（2）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）；

（3）保持护理对象皮肤清洁干燥，床单位整洁；

（4）与护理对象及家属沟通，提供心理支持及压疮预防护理的健康指导。

11. 协助更衣及指导

(1) 了解护理对象的肢体功能，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）；

(2) 保持肢体在功能位范围内活动，防止牵拉受损，防跌倒、坠地；

(3) 根据护理对象意愿及时更换衣物，必要时随时更换；

(4) 保护护理对象隐私。

12. 理发

(1) 准备所需用物，视护理对象自身情况取合适体位；

(2) 与护理对象进行沟通，了解护理对象有无特殊要求；

(3) 围上围布，防止碎发掉落衣服上和脖颈上；

(4) 过程中观察并询问护理对象有无不适。

13. 剃须（男性）

(1) 涂剃须膏或用温热毛巾敷脸，软化胡须；

(2) 使用清洁剃须刀刮去长须，动作轻柔，防止刮伤皮肤；

(3) 剃完后用温水擦拭干净，适当涂抹润肤霜；

(4) 定期消毒、更换剃须刀片，避免细菌滋生；

(5) 若使用电动剃须刀，应按使用说明正确操作，按照从左至右、从上到下的顺序剃须，过程中观察护理对象有无不适，使用后清洁剃须刀，并及时充电，放置到妥善位置。

14. 会阴清洁

(1) 操作时水的温度要适宜，避免烫伤；

- (2) 女性应从前向后，由耻骨向肛门擦拭阴部；
- (3) 注意保暖，保护隐私；
- (4) 操作时动作要轻柔。

15. 人工取便术

- (1) 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，应充分了解护理对象日常大便情况；
- (2) 右手带手套，右手食指涂肥皂液润滑；
- (3) 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老人的神志、面色；
- (4) 操作后及时做好护理对象肛周清洁；
- (5) 操作后适当通风，但要避免对流风；
- (6) 注意：人工取便应动作轻柔。服务过程中观察护理对象有无面色苍白、呼吸急促、全身大汗等症状，发现异常应立即停止服务。

16. 皮肤照护

- (1) 评估皮肤瘙痒或水肿状况；
- (2) 选用温和的清洁剂或弱酸性的香皂清洁皮肤，避免使用碱性肥皂。应每日用温水擦一次，在擦洗时动作要轻柔。选择合适的护肤产品，涂抹时应顺着毛发的方向涂抹，以保持表皮细胞的水分。
- (3) 减少皮肤局部受压，协助护理对象每 2 小时翻身一次。尽量减少有压力性损伤风险，护理对象坐椅子或轮椅的时间，如果不得不坐，应每 15 分钟为护理对象变换一次体位。

(4) 护理对象衣物的选择。最好选用棉质品、没有拉链、纽扣等坚硬物体。

(5) 做好失禁的护理。及时、有效的处理大小便，清洁后，局部使用皮肤保护膜，以避免皮肤长时间受尿液及粪液的浸渍。

(6) 养成良好习惯。平衡膳食、适当喝水、适量运动、戒烟限酒、充足睡眠及保持心情愉快，有利于皮肤新陈代谢。

17. 协助叩背排痰

(1) 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；

(2) 翻身时，给予护理对象叩背，护理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，每次叩击 10 分钟左右，促进排痰；

(3) 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。在移动的过程中，避免拖拉拽，妥善处理各种管路；

(4) 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。

18. 生活自理能力训练

(1) 评估护理对象的日常生活自理能力；

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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；

(5) 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。

19. 借助器具移动

(1) 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；

(2) 评估护理对象肢体活动能力，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；

(3) 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；

(4) 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；

(5) 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；

(6) 助行过程中注意保护护理对象安全；

(7) 助行器具性能保持良好，如轮椅刹闸稳固；有安全保护带。

20. 关节被动活动及指导

(1) 护理对象取舒适放松体位；

- (2) 动作缓慢，每一组动作重复 10-30 次；
- (3) 操作在无痛或轻微痛范围内进行；
- (4) 按病情确定运动顺序，近端到远端，利于瘫痪肌的恢复，远端到近端，利于促进肢体血液和淋巴回流。
- (5) 被动运动关节运动范围：屈、伸、外展、内收、外旋、内旋。
- (6) 对关节肿胀、骨折、恶性肿瘤及严重骨质疏松护理对象禁止训练。

21. 良肢位摆放及指导

- (1) 根据护理对象病情与自理能力选择合适的体位；
- (2) 根据体位需求准备用物，如约束带、脚托板、海绵垫等；
- (3) 正确摆放体位，保护用具松紧度适宜，注意保持肢体处于功能位；
- (4) 保护用具定时放松，及时观察护理对象的肢体血运情况；
- (5) 增加舒适度，妥善利用枕头、靠垫等。

22. 协助床上移动

- (1) 了解护理对象身体状况及宜采用的体位转换方法，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；
- (2) 在移动的过程中，妥善处理各种管路；
- (3) 做好安全保护措施，避免拖拉拽，保护局部皮肤。

23. 健康指导、精神慰藉

健康指导

(1) 评估护理对象的病情、生活能力、文化程度等，确定相关指导种类与内容；

(2) 注意强调要点与耐心；对于文化程度较低者，指导时注意用语通俗，必要时现场示范；

(3) 健康指导的内容包括：疾病知识、安全知识、用药指导、饮食指导、康复训练方法与技巧等；

精神慰藉

(1) 应用聆听的技术，协助护理对象排解不良情绪；

(2) 应用慰藉性、鼓励性的语言帮助护理对象摆脱不良情绪。

24. 安全防护指导

(1) 根据护理对象的病情、活动能力、环境等，做好坠床、跌倒、烫伤、误吸、误食、错服药物、出走、消极等意外的防护；

(2) 根据护理对象的病情、活动能力需要使用保护用具保证其安全时，使用保护用具前应告知家属并征得同意；

(3) 使用的保护用具松紧度适宜，护理对象肢体处于功能位，体位舒适；

(4) 保护期间定时放松，及时了解观察护理对象的肢体血液循环状况。

(5) 对护理对象进行安全教育，叮嘱护理对象注意自身安全，提高自我防范意识；

(6) 指导护理对象或其家属根据安全要求，改造居家设施，

消除不安全因素。

25. 物理降温

(1) 评估护理对象病情、意识、局部组织灌注情况、皮肤情况、配合程度、有无酒精过敏史；

(2) 遵医嘱选择合适的物理降温方法（物理降温方法包括冰袋的使用、酒精擦浴、温水擦浴等）；

(3) 口头告知护理对象物理降温的目的及注意事项；

(4) 嘱护理对象在高热期间摄入足量的水分；实施物理降温时应观察局部血液循环和体温变化情况。重点观察护理对象皮肤状况，如护理对象发生皮肤苍白、青紫或者有麻木感时，应立即停止使用，防止冻伤发生；

(5) 物理降温时，应当避开护理对象的枕后、耳廓、心前区、腹部、阴囊（男性）及足底部位；

(6) 半小时后复测护理对象体温，并及时记录体温和病情的变化，告知家属，及时与医师沟通。

26. 皮肤外用药物涂擦

(1) 遵医嘱选择合适的外用药；

(2) 根据用药部位选择合适体位；注意保护护理对象隐私；

(3) 用药时清洁双手；

(4) 用棉签蘸药膏均匀涂抹于患处，并告知护理对象尽量避免碰触患处；

(5) 涂药后应注意观察局部反应，用药后效果，及时向医护人员反馈。

27. 人工肛门便袋护理

(1) 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；

(2) 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；

(3) 协助患者取平卧位、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；

(4) 更换便袋前先用温水清洁造口及周围皮肤，不要使用酒精等刺激性强的外用药擦洗；用软纸轻轻擦干，确保皮肤干燥；

(5) 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；

(6) 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。

28. 开塞露/直肠栓剂给药

(1) 双手洗净并擦干，无长指甲或指环；

(2) 对护理对象进行核对解释并说明栓剂的用法和采取的姿势；

(3) 操作时动作轻柔，观察护理对象用药反应；

(4) 注意保暖，保护隐私。

29. 药物喂服

(1) 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；

(2) 遵医嘱协助护理对象服药。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；

(3) 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；

(4) 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；

(5) 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；

(6) 观察护理对象的服药效果及不良反应。

30. 药物管理

(1) 根据护理对象的自理能力代为保管药品；

(2) 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；

(3) 按医嘱分发药品，特殊药物发放时送药到口或看服；

(4) 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。

31. 吸氧

(1) 评估护理对象病情、呼吸状态、缺氧程度、鼻腔情况。强调不能自行调节氧流量；

(2) 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；

(3) 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；

(4) 使用氧气时，应注意环境安全。

32. 鼻饲注入及指导

(1) 鼻饲前做好核对解释工作，以取得护理对象的合作；

(2) 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：

①用注射器抽吸，有胃液抽出；

②用注射器从胃管注入 10mL 空气，用听诊器听胃部，听到气过水声；

③将胃管末端放于盛水碗中，无气体溢出。

(3) 每次鼻饲前后检查鼻饲饮食的种类，保证食品新鲜无污染；

(4) 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；

(5) 每次鼻饲量不超过 200mL，间隔时间不少于 2 小时，鼻饲饮食温度为 38℃-40℃；

(6) 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；

(7) 所有用物每日消毒一次；

(8) 长期鼻饲的护理对象，应做好口腔护理（2 次/日）；

(9) 注明置管时间，按期提醒医生或家属需更换导管。

(二) 医疗护理类

33. 吸痰护理

(1) 备齐用物，取得护理对象配合，必要时清洁鼻腔；

(2) 吸痰前后，吸纯氧或提高氧流量 2 分钟；

(3) 连接负压装置，调节负压（负压为 0.04-0.05MPa，儿童<0.04MPa，最大不超过 0.08MPa）。

(4) 协助护理对象取合适卧位；

(5) 同时打开两根吸痰管，戴一次性手套，保持一手无菌，连接吸痰管，用无菌生理盐水试通畅及吸力后，先吸净口腔分泌物，然后更换吸痰管，阻断负压，经鼻腔插至深部至气管后，开放负压，边旋转边上提吸引，不要上下提拉，每次吸痰时间不能超过 15 秒，一根吸痰管只用一次，不得重复使用。为小儿吸痰要采用小儿吸痰管。

(6) 吸痰毕，继续给予患者高流量吸氧。吸生理盐水冲净导管，分离吸痰管，将吸引导管妥善放置；

(7) 听双肺呼吸音，观察呼吸频率、面色及口唇颜色，评估护理对象呼吸改善情况，调回氧流量；

(8) 协助护理对象取舒适卧位，关负压，整理用物；

(9) 洗手，记录痰液的性质、颜色、粘稠度及量。

34. 留置尿管护理及指导

(1) 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；

(2) 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；

(3) 防止泌尿系统逆行感染：

①保持尿道口清洁，女性护理对象用使用清水或者生理盐水清洁尿管表面擦拭外阴及尿道口，男护理对象用使用清水或者生理盐水清洁擦拭尿道口、龟头及包皮，1-2次/天；

②依据临床指征进行更换，例如发生感染、梗阻或者密闭的引流装置开放。定时排空尿袋，必要时记录尿量；

(4) 留置尿管期间，保持引流通畅，避免导尿管受压、扭曲、堵塞；妥善固定尿管及尿袋，尿袋的高度不能高于膀胱；

(5) 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；

(6) 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。

35. 灌肠

(1) 评估护理对象病情、意识、排便情况、肛门周围皮肤黏膜情况、自理情况及配合程度，评估有无灌肠禁忌症，如急腹症、消化道出血等。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；

(2) 核对医嘱，做好准备，灌肠液温度39℃-41℃。协助护理对象取仰卧位或左侧卧位，双膝屈曲，注意保暖，保护护理对象隐私；

(3) 按照要求置入肛管，肛管缓慢插入肛门 7-10cm，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，同时适当调低液面比肛门高 40-60cm，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；

(4) 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。

36. 压疮伤口换药

(1) 根据护理对象的病情及压疮伤口局部情况准备用物，并做好有效沟通及心理护理；

(2) 根据压疮伤口情况选择合适的伤口清洗液，并注意无菌操作；

(3) 必要时根据实际情况，进行伤口分泌物培养及药物敏感实验，根据结果合理使用敷料；

(4) 根据压疮创面床、渗液的颜色质量等情况选择合适的敷料（如自溶性清创、肉芽生长、上皮化、渗液管理等），并进行外敷料的妥善固定；

(5) 根据压疮伤口的情况及所选敷料的特性确定，伤口换药的间隔时间；

(6) 换药过程中注意护理对象的病情变化，如有异常及时处理。

37. 导尿（女性）

(1) 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。导尿过程中严格遵循无菌技术操作原则，避免污染，保护护理对象隐私；

(2) 选择合适的导尿管；

(3) 插入气囊导尿管后向气囊内注入根据导尿管标明的气囊容量向气囊内缓慢注入尿适量无菌生理盐水无菌生理盐水，轻拉尿管以证实尿管固定稳妥；

(4) 尿潴留护理对象第一次导出尿量不超过 1000 毫升，以防出现虚脱和血尿；

(5) 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；

(6) 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。护理对象留置尿管期间，尿管要定时夹闭。

38. 血糖监测

(1) 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；

(2) 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）；

(3) 确认护理对象手指，75%酒精消毒穿刺部位，待干。选择手指两侧任一部位（避开指腹神经末梢丰富部位，减轻疼痛），将采血笔紧紧压住采血部位，按下释放按钮采血，采血量充足，

应使试纸试区完全变成红色；

(4) 将结果告知护理对象/家属，做好记录；

(5) 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。

39. 静脉血标本采集

(1) 评估护理对象的病情、静脉情况，准备用物。若护理对象正在进行静脉输液、输血，不宜在同侧手臂采血；

(2) 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；

(3) 采血时，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，嘱患者握拳，针头斜面向上与皮肤呈 15-30° 角自静脉上方或侧方刺入皮下，再沿静脉走向滑行刺入，见回血后再进针少许。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；

(4) 按要求正确处理血标本，尽快送检。

40. 肌肉注射

(1) 遵循查对制度，符合无菌技术、标准预防、安全给药原则；

(2) 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；

(3) 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；

(4) 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；

(5) 一手拇指、食指绷紧局部皮肤，另一手以执笔式持注射器（以中指固定针栓），用手臂带动手腕力量，将针梗的 1/2 到 2/3 迅速垂直刺入皮肤。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；

(6) 需要两种药物同时注射时，应注意配伍禁忌。

41. 皮下注射

(1) 相关操作要求参见肌肉注射；

(2) 皮下注射胰岛素时，过度消瘦的护理对象需捏起皮肤，减小注射角度。使用胰岛素笔注射时，调节旋钮，调至所需注射剂量，垂直 90° 进针，推动按键，注射毕针头在皮下停留 10 秒以上。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。

42. 气管切开术后气管导管的消毒护理

(1) 气管切开套管内套管更换及清洗

① 评估患者生命体征、意识、心理状况及合作程度，观察呼吸道是否通畅。

② 评估患者气管切口，气管套管的种类、型号和气囊压力。

③ 评估气管切开套管内套管有无破损及异物。

④ 根据患者病情，取适宜卧位，头略后仰。

⑤ 操作前充分吸痰，观察气道是否通畅，检查气管切开套管位置是否居中，气囊是否充盈，固定带松紧度是否适宜。

⑥严格无菌操作，取出气管切开内套管时避免牵拉。用无菌镊子夹住已消毒的内套管，沿外管儿的弯曲度缓慢插入固定。

⑦更换完用 1-2 层无菌纱布覆盖气管切开套管口处，人工鼻直接安放在气管切开套管口处。

⑧操作后，检查气管切开套管位置是否居中，气囊是否充盈，固定带松紧度，必要时给予吸痰。

⑨做好记录，如伤口局部情况，痰液性质等，换下内套管高压灭菌备用。

(2) 金属气管套管清洗消毒方法

①气管套管的清洗方法

- 1) 清水流动清洗方法；
- 2) 开水浸泡清洗法；
- 3) 沸水清洗法；
- 4) 糜蛋白酶浸泡清洗法；
- 5) 3%过氧化氢浸泡清洗法；
- 6) “84” 消毒液浸泡清洗法；
- 7) 酶清洗法；
- 8) 碳酸氢钠浸泡清洗法；
- 9) 消毒供应中心统一回收清洗法。

②金属气管套管消毒方法

- 1) 煮沸消毒法；

气管内主要病原菌为细菌，主要为金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、不动杆菌等。这些细菌的

共同特点是耐高温，易被煮沸杀死。煮沸消毒是气管内管与无菌组织接触的首选方法。煮沸消毒是最传统、最简单、最有效的消毒方法。

I. 评估和观察要点

- a. 评估患者呼吸和血氧饱和度等情况。
- b. 观察患者痰液量、粘稠度等情况。
- c. 观察患者气管套管有无堵塞等情况。

II. 操作要点

- a. 操作者戴一次性清洁手套，双手操作取出内套管。方法：一手固定气管套管的外套管底板，另一手取出内套管。
- b. 放入专用耐高温容器内，煮沸 3-5 分钟，使痰液凝结便于刷洗。
- c. 用专用刷子在流动水下清洗内套管内外壁，并对光检查内套管清洁无痰液附着。
- d. 刷洗干净的内套管应再次放入干净水中，煮沸时间 ≥ 15 分钟。（煮沸时间应从水沸后开始计时；高海拔地区应适当延长煮沸时间）
- e. 消毒好的内套管干燥、冷却后立即放回外套管内。

III. 指导要点

- a. 煮沸消毒时需将套管全部没入水中，计时从水沸腾后开始。
- b. 单人单锅，消毒后立即更换用水；多重耐药菌感染者先使用 75%酒精浸泡 20 分钟，再煮沸消毒 10-15 分钟。
- c. 安置内套管前先用生理盐水冲洗，检查无误后，按无菌操

作放入。注意手卫生，避免交叉感染。

IV. 注意事项

- a. 煮沸消毒的水使用纯净水或开水。
- b. 气管内金属套管消毒时间为每 8 小时一次。
- c. 消毒后的内套管放置在无菌或清洁的换药碗内。

2) 3%过氧化氢浸泡法;

3) 2%戊二醛浸泡消毒法;

4) 高压蒸汽灭菌法;

5) “84” 消毒法。

(三) 服务设施类

43. 护理床位

(1) 护理型床位设置在单体建筑内或单独楼层，或设置在相对独立的功能区域。

(2) 各类用房及配置要求

①卧室：有自然通风和采光，不设在地下层；每间卧室床位布置不大于 8 张；应配置使用护理床；床位长边离采光外墙的墙面间距不应小于 0.60m；床与床的长边间距不小于 0.80m；靠通道的床位端部与墙面间距不小于 1.0m；床与床之间设有隐私隔断（帘或其他）设备；室内有保暖和降温设备。

②卫生间、沐浴间：与卧室邻近设置，宜设置卧室卫生间。室内地面无高差，平面布置便于轮椅进出，留有助厕空间；便器为坐式，便器旁设距地面高度为 0.70m 的安全扶手；应安装冲淋设备并应设高为 0.70m 的水平抓杆和高 1.40m 的垂直抓杆；公用

沐浴间就近设置(宜设在同一个层面)，平面布置便于轮椅进出，留有助浴空间；设高为 0.70m 的水平抓杆和高 1.40m 的垂直抓杆。配备老年人使用的专用助浴器具。

(3) 配套设备

①卧室、卫生间、沐浴间、公共活动用房安装呼叫装置且触摸方便，安装呼叫显示屏做到视线可及；

②二层及以上配备一部医用电梯；

③主要出入口及老年人公共活动区域配备监控设备；

④敷设线路，满足信息化管理以及视频传输的需求；

⑤标识设置应醒目且有一定的导向作用，符合相关标准。

