

DB1405

晋 城 市 地 方 标 准

DB 1405/T XXXXX—2022

长期护理保险护理服务规范

Specification for nursing service of long-term care insurance

(征求意见稿)

2022 - XX - XX 发布

2022 - XX - XX 实施

晋城市市场监督管理局

发布

目 次

前言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 服务要求	1
5 基本生活照料服务	2
5.1 清洁服务	2
5.2 照护服务	3
5.3 洗涤服务	4
5.4 排泄服务	4
5.5 压疮预防护理	5
5.6 物理降温	5
5.7 日常给药服务	6
5.8 协助饮食服务	6
5.9 安全护理	7
6 医疗照料护理	7
6.1 鼻饲置管	7
6.2 药物护理	8
6.3 导尿（女性）	8
6.4 留置尿管	8
6.5 造口护理	9
6.6 生命体征监测	9
6.7 灌肠	10
6.8 静脉血标本采集	10
6.9 经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）维护	10
7 预防康复护理	11
7.1 生活能力训练	11
7.2 认知能力训练	11
8 膳食营养干预服务	12
8.1 基本营养服务	12
8.2 摄入能量和蛋白质	12
8.3 摄入膳食纤维	12
8.4 摄入水	13
8.5 特殊人群膳食营养原则	13

9	情感陪护服务.....	13
9.1	精神支持服务.....	13
9.2	文化娱乐服务.....	14
9.3	安宁服务.....	14
10	服务监督、评价与改进.....	14
10.1	服务监督.....	14
10.2	服务评价.....	14
10.3	投诉处理.....	14
10.4	服务改进.....	14

前 言

本文件按照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。

本文件由晋城市医疗保障标准化技术委员会（JCS/TC 08）提出并归口。

本文件起草单位：晋城市医疗保障局、麦斯达夫标准化服务（山西）有限公司。

本文件主要起草人：赵军、王小岗、赵艺嵘、李青、程成、张曼、郑波。

长期护理保险护理服务规范

1 范围

本文件规定了长期护理保险中护理服务的服务要求、基本生活照料、医疗照料、预防康复、情感陪护、膳食营养五大类护理服务的内容及服务监督、评价与改进。

本文件适用于长期护理保险的护理服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

- GB/T 19038 顾客满意测评模型和方法指南
- GB/T 19039 顾客满意测评通则
- GB/T 35796 养老机构服务质量基本规范
- GB/T 37276 养老机构等级划分与评定
- MZ/T 186 养老机构膳食服务基本规范
- MZ/T 189 养老机构洗涤服务规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

长期护理保险

以互助共济方式筹集资金、为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的一项社会保险制度。

3.2

失能人员

因年老、疾病、伤残等导致失能，经过医疗机构或康复机构规范诊疗后，仍无生活自理能力的参保人员。

4 服务要求

- 4.1 机构中资质应符合 GB/T 37276 的要求。
- 4.2 机构护理服务管理应按 GB/T 35796 的规定执行。
- 4.3 应建立失能人员照护服务记录，确保及时准确、真实完整，可追溯。
- 4.4 以下从事长期护理保险服务的人员应具备相应要求或资质：
 - a) 医师应持有医师资格证书和医师执业证书；

- b) 护士应持有护士执业证书;
- c) 护理员应取得人力资源部门颁发的资格证书或应经岗前培训合格后上岗;
- d) 提供基本生活照料服务和医疗护理服务的人员应持有健康证明;
- e) 其他技术人员应持有与岗位相适应的专业资格证书或执业证书。

4.5 基本生活照料护理项目应由医师、护士、护理员进行操作。

4.6 医疗护理服务项目应由医师或护士进行操作，并遵医嘱执行，护理员不应进行医疗护理。

5 基本生活照料服务

5.1 清洁服务

5.1.1 面部

应控制水温为40℃~45℃，按额头、眼睛、面部、鼻、口角、耳后、颈部的顺序清洗至无污垢，无分泌物；眼角、耳道及耳廓等褶皱部位应重点擦拭。

5.1.2 男士剃须

应先涂抹剃须膏或用温热毛巾敷脸，软化胡须，剃至面部无长须为宜，动作轻柔；剃完后应用温水擦拭干净，适当涂抹润肤霜；定期消毒、更换剃须刀片。

5.1.3 口腔

应根据失能人员失能情况进行相应的口腔清洁：

- a) 应引导、协助轻度失能人员采用漱口、自行刷牙方式清洁口腔；
- b) 应对重度失能人员采用棉球擦拭法清洁口腔；清洁时取舒适体位；
- c) 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；
- d) 对昏迷患者应注意棉球干湿度，避免漱口；
- e) 对昏迷、不合作、牙关紧闭的患者，应使用开口器、舌钳、压舌板，开口器应从白齿处放入；
- f) 擦拭时应夹紧棉球（或纱布），一次一个，棉球（或纱布）不应过湿，以挤不出液体为宜，防止引起呛咳；
- g) 操作前、后应清点核对棉球（或纱布）数量。

5.1.4 梳头

宜使用圆钝梳由发根到发梢梳理，帮助失能人员多梳头，改善头部血液循环。

5.1.5 洗头

应控制水温40℃~45℃，护理员前臂内侧试温后，用手掬少许热水将失能人员头部湿润，避开眼睛、耳朵；取适量洗发液（膏），由发际向头顶部用指腹揉搓头皮及头发，洗净后吹干；与失能人员沟通舒适度，注意观察面色、脉搏、呼吸，有异常时暂停；衰弱失能人员不宜洗发。

5.1.6 理发

应定期理发，理发用具保持清洁，定期消毒、更换。

5.1.7 耳部

应协助失能人员选取合适体位，耳朵朝向自己，检查耳道有无损伤，了解耵聍阻塞或异物情况，并将弯盘置于耳垂下方，紧贴皮肤；用左手将耳廓向后上方牵拉，使耳道变直，右手持吸满生理盐水的橡皮球，从外耳道后上壁注入，借水的回流作用，冲出耵聍或异物。

5.1.8 手部

应使用专用洗脸盆、适宜水温充分浸泡手部，洗去污垢，擦干后根据情况涂抹润肤霜。

5.1.9 足部

应使用专用洗脚桶、适宜水温充分浸泡双脚，用适量肥皂清洗，去除脚部污垢和死皮，清理趾缝。

5.1.10 指（趾）甲

应根据失能人员的生活自理能力和个人生活习惯，选择合适的指（趾）甲刀定时修剪，注意指（趾）甲的长度，避免损伤甲床及周围皮肤，修剪后指（趾）甲边缘用锉刀轻磨。如有灰指甲等，应由专业人员处理。

5.1.11 擦浴

房间温度控制在 (24 ± 2) ℃，水温控制在 $40^{\circ}\text{C}\sim 50^{\circ}\text{C}$ ，根据失能人员耐受性及季节调温。擦浴过程中，方法和顺序应正确，适时换水，毛巾脸盆等用具应分开专用，及时清洗；注意保护伤口；擦浴后检查各种管路，并妥善固定，应注意保暖，保护隐私。

5.1.12 沐浴

沐浴时应做到：

- a) 室温控制在 (24 ± 2) ℃，注意浴室内的通风，防止对流风；
- b) 应选择合适的沐浴方式（淋浴或盆浴），当失能人员身体不适或衰弱时不宜沐浴；
- c) 沐浴前应提示不宜空腹或饱餐时沐浴，不宜猛蹲或站立；
- d) 沐浴前先调节水温，先开冷水，再开热水，水温控制至 $40^{\circ}\text{C}\sim 45^{\circ}\text{C}$ ，可根据失能人员耐受性及季节因素合理调温，沐浴过程中注意水温变化，调节水温应避免开身体；
- e) 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失能人员身体情况，发现异常及时处理；
- a) 沐浴后应检查是否有异味、污垢；浴后适当饮水。

5.2 照护服务

5.2.1 晨间护理

5.2.1.1 清扫居室，开窗通风，保持地面无灰尘、无污垢、无杂物，擦拭失能人员每日生活用具。

5.2.1.2 协助失能人员排便、漱口或口腔护理、洗脸、洗手、梳头，检查皮肤受压情况。

5.2.2 协助更衣

应根据失能人员意愿及时更换衣物，必要时随时更换，肢体在功能位范围内活动，脱穿衣要求如下：

- a) 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；
- b) 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。

5.2.3 整理床单

5.2.3.1 应每日清扫擦拭床单，定期更换床单、被套，定期晒被褥，床铺应清洁、干燥、平整。

5.2.3.2 对大小便失禁的失能人员应随时更换污染的床单被套等用品。

5.2.4 晚间护理

5.2.4.1 协助失能人员洗脸、洗手、口腔清洁，擦洗背部、清洗会阴、洗脚。

5.2.4.2 关闭门窗，协助失能人员处于舒适卧位，便于入睡。

5.2.4.3 定点巡视居室，掌握失能人员睡眠情况，发现异常及时告知医务人员、联系家属。

5.2.5 会阴护理

协助失能女性进行会阴护理，从前向后，由耻骨向肛门擦拭阴部，水温应适宜，避免烫伤，注意保暖，保护隐私，操作时动作要轻柔。

5.2.6 协助翻身

应根据失能人员身体状况及护理要求，采取合适体位、皮肤减压用具、方式定时翻身。

5.2.7 协助床上移动

根据失能人员病情和肢体活动能力，协助其进行适度移动，并妥善处理各种管路，做好安全保护措施，避免拖拉拽，保护局部皮肤。

5.2.8 借助器具行走

5.2.8.1 根据失能人员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。

5.2.8.2 根据失能人员肢体活动能力，应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及注意事项。

5.2.8.3 助行过程中注意观察失能人员器具使用适应情况，发现异常及时处理，保护失能人员安全。

5.3 洗涤服务

洗涤服务应按MZ/T 189的要求进行。床上用品、衣物及特殊污衣服应定期消毒、晾晒，防潮、防螨、防霉。

5.4 排泄服务

5.4.1 正常排便

5.4.1.1 应定时提醒有能力控制便意的失能人员适时如厕，协助行动不便的失能人员如厕，及时帮助失禁的失能人员更换尿布。

5.4.1.2 对排便异常的失能人员观察二便的形状、颜色、排量及频次，并记录。

5.4.1.3 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。

5.4.1.4 排便后应做好会阴部或肛周清洁，适当通风，避免对流风。

5.4.2 卧床排便

5.4.2.1 根据失能人员的生活自理能力及活动情况，帮助或协助其使用便器。

5.4.2.2 准备并检查便器，便器表面无破损裂痕等。

5.4.2.3 排便时采取合适体位，置入便器时动作应轻柔，避免硬塞硬拽。

5.4.2.4 便器使用后即时倾倒，定期消毒，便后观察排泄物性状及尾骶部位的皮肤，保持床单位清洁。

5.4.3 失禁排便

5.4.3.1 根据病情，女性患者宜采用尿垫等（留置导尿除外），男性宜采用尿套技术。

5.4.3.2 应引导并指导患者进行膀胱功能及盆底肌的训练。

5.4.3.3 应保持床单、床位清洁、干燥，注意局部皮肤的护理。

5.4.4 人工取便

5.4.4.1 应评估或掌握失能人员的便秘严重程度和通便药物使用后的情况及用药反应。

5.4.4.2 人工取便时应右手带手套，右手食指涂肥皂液润滑，由浅入深，及时做好肛周清洁，服务后宜通风。

5.4.5 集尿袋更换

应按无菌操作进行，集尿袋和引流管位置不应高于耻骨联合，防止尿液回流；注意观察尿液颜色是否正常，嘱咐失能人员多喝水、勤翻身，为锻炼膀胱功能，采用间歇性引流夹管的方式。

5.4.6 人工肛门便袋更换

5.4.6.1 评估失能人员造口大小及周围皮肤情况，向失能人员做好解释，以取得合作。

5.4.6.2 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。

5.4.6.3 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。

5.4.6.4 更换便袋前先用温水清洁造口及周围皮肤，用软纸擦干，确保皮肤干燥。

5.4.6.5 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。

5.4.6.6 更换便袋后将便袋两旁的扣洞用腰带扣上，固定于失能人员腰间。

5.4.7 叩背排痰

5.4.7.1 协助护理服务翻身，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背部，每次叩击10min左右，促进排痰。

5.4.7.2 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，应避开乳房及心前区，力度适宜密切观察失能人员，清除口腔分泌物。

5.4.7.3 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，不应背部叩击。

5.5 压疮预防护理

5.5.1 对受压部位皮肤针对性护理，促进受压部位皮肤的血液循环，预防压疮。

5.5.2 评估和确定失能人员发生压疮的危险程度，采取以下预防措施：

a) 定时翻身；

b) 气垫减压；

c) 协助翻身，如一般翻身侧卧姿势和偏瘫者翻身侧卧姿势。

5.5.3 应确保失能人员皮肤清洁干燥，床单位整洁，提供心理支持及压疮预防护理健康指导。

5.6 物理降温

5.6.1 前期工作

- 5.6.1.1 评估失能人员病情、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。
- 5.6.1.2 应根据医嘱选择合适的物理降温方法，告知失能人员在高热期间摄入足量的水分、物理降温的目的及注意事项。
- 5.6.1.3 物理降温时，应避免失能人员的枕后、耳廓、心前区、腹部、阴囊（男性）及足底部位。间隔半小时复测失能人员体温，并及时记录体温和病情的变化，告知家属，及时与医师沟通。

5.6.2 冰袋

- 5.6.2.1 将小冰块装袋 1/2~2/3 满，放入盆内用水冲去棱角，排出冰袋内空气并夹紧袋口，将冰袋装入布套，随时观察、检查冰袋有无漏水，是否夹紧。冰袋融化后及时更换，保持布袋干燥。
- 5.6.2.2 应观察局部血液循环和体温变化情况。重点观察失能人员皮肤状况，如失能人员发生皮肤苍白、青紫或者有麻木感时，应立即停止使用，防止冻伤发生。

5.7 日常给药服务

5.7.1 外用药涂抹

应根据医嘱选择合适的外用药，用药时应清洁双手，选择合适体位，用棉签蘸药膏均匀涂抹于患处，并告知失能人员尽量避免碰触患处，涂药后应注意观察局部反应和效果，及时向医护人员反馈。

5.7.2 药物喂服

- 5.7.2.1 应了解失能人员的病情、过敏史、用药史、不良反应史。
- 5.7.2.2 应了解所服药物的作用、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。
- 5.7.2.3 应根据医嘱协助失能人员服药，喂服前仔细核对姓名、药物名称、剂量、有效期、服用方法等。
- 5.7.2.4 服药时尽量让失能人员取坐位或半坐卧位，以利药物进入胃内。
- 5.7.2.5 一般服药以 50ml~100ml 温水为宜；服药时不应与茶水一起服用，必要时碾碎喂服。
- 5.7.2.6 为鼻饲失能人员给药时，应当将药物研碎溶解后由胃管注入。
- 5.7.2.7 应观察失能人员的服药效果及不良反应。

5.7.3 直肠给药

应保持双手干净，使用时应先挤出少许液体润滑开口处。取左侧卧位，嘱放松肛门括约肌。将开塞露的前端轻轻插入肛门后将药液全部挤入直肠内，保留5min~10min后排便，观察失能人员用药反应，注意保护隐私。

5.8 协助饮食服务

5.8.1 正常饮食

- 5.8.1.1 用餐前失能人员和护理员应洗手。加工烹饪服务要求应符合 MZ/T 186—2021 中 7.4 的要求。
- 5.8.1.2 对有咀嚼和吞咽功能障碍的失能人员，应将食物切碎、搅拌或提供流食。
- 5.8.1.3 用餐时关注和纠正失能人员的进食姿势，即坐位：身体微倾；卧位：宜抬高床头，斜侧卧位或头偏向一侧。
- 5.8.1.4 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。
- 5.8.1.5 协助进食、饮水时护理员应在失能人员侧面，由下方将食物、水送入口中。
- 5.8.1.6 每次进食前应先协助失能人员进汤或水。

5.8.1.7 协助进食时让失能人员有充分时间咀嚼吞服，防止呛噎。

5.8.1.8 进食后应协助失能人员漱口并维持原卧位 20min~30min。

5.8.2 鼻饲

5.8.2.1 鼻饲适用于重度失能人员，操作前做好核对解释工作，检查胃管是否在胃内，确认后再进行鼻饲。检查的方法有三种，具体内容如下：

- a) 用注射器抽吸，有胃液抽出；
- b) 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；
- c) 将胃管末端放于盛水碗中，无气体溢出。

5.8.2.2 每次鼻饲前后检查鼻饲饮食的种类，保证食品新鲜无污染。

5.8.2.3 每次鼻饲前后应先注入少量温开水，冲洗管道，避免食物积存在管腔中变质，防止管道堵塞。

5.8.2.4 每次鼻饲量不超过 200ml，间隔时间不少于 2h，鼻饲饮食温度为 38℃~40℃。

5.8.2.5 鼻饲前应将床头抬高，每次鼻饲后应维持原卧位 20min~30min，以防呕吐。

5.8.2.6 所有用物每日消毒一次。

5.8.2.7 长期鼻饲的失能人员，应做好口腔护理（2 次/日）。

注：标明置管时间，按期提醒护士更换导管。

5.9 安全护理

5.9.1 安全预防

根据失能人员的病情、活动能力、环境等，应做好以下安全防护：

- a) 坠床、跌倒、烫伤、误吸、误食、错服药物、出走、消极等意外；
- b) 需使用保护用具时，应告知家属并征得同意，确保用具松紧度适宜，失能人员肢体处于功能位，体位舒适；
- c) 保护期间定时放松，及时了解观察失能人员的肢体血运状况。

5.9.2 安全教育

应建立安全教育制度，定期对失能人员进行安全教育培训，叮嘱失能人员注意自身安全，提高自我防范意识，指导失能人员或家属消除不安全因素。

5.9.3 安全检查

应建立安全检查制度，定期或不定期开展护理安全检查，发现问题及时处理。

6 医疗照料护理

6.1 鼻饲置管

6.1.1 插入胃管前应与失能人员或家属有效沟通，让失能人员及家属理解该操作的目的及安全性。

6.1.2 插管时动作应轻稳，镊子尖端不应碰及失能人员鼻黏膜。食管通过三个狭窄部位（环状软骨水平处，平气管分叉处，食管通过膈肌处）时注意避免损伤食管黏膜。

6.1.3 插入胃管至 10cm~15cm（咽喉部）时，嘱咐配合做吞咽动作，若失能人员昏迷，用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管。

6.1.4 插管过程中注意观察失能人员反应，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。

6.1.5 长期鼻饲者应定期更换胃管，普通胃管每周更换1次。

6.2 药物护理

6.2.1 药物管理

6.2.1.1 应设置专用药柜或放置药物的专用容器，派专人保管，保持干净整洁卫生。

6.2.1.2 药品按规定储存区分且均在有效期内；药品的外包装上标明失能人员的姓名、床号等。

6.2.1.3 自带药品应有接收登记，并由接收护理员及家属双方签名，精神类、镇静类等药品应专柜上锁保管，班班交接。

6.2.1.4 按医嘱分发药品，特殊药物发放时应督促口服。

6.2.2 压疮伤口换药

6.2.2.1 根据失能人员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。

6.2.2.2 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。

6.2.2.3 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。

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

6.2.2.5 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。

6.2.2.6 换药过程中注意失能人员的病情变化，如有异常及时处理。

6.2.3 肌肉注射

6.2.3.1 遵循查对制度，符合无菌技术、标准预防、安全给药原则。

6.2.3.2 评估失能人员病情、过敏史、用药史，以及注射部位皮肤情况。告知失能人员药物名称及注意事项，取得失能人员配合。

6.2.3.3 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。

6.2.3.4 协助失能人员采取适当体位，告知失能人员注射时勿紧张，肌肉放松。

6.2.3.5 注射中、注射后观察失能人员反应、用药效果及不良反应。根据药物的性质，掌握推注药物速度。

6.2.3.6 需要两种药物同时注射时，应注意配伍禁忌。

6.2.4 皮下注射

6.2.4.1 相关操作要求参见肌肉注射。

6.2.4.2 皮下注射胰岛素时，嘱失能人员注射后15min开始进食，不宜活动。

6.3 导尿（女性）

6.3.1 应选择合适的导尿管，遵循无菌技术操作原则，避免污染，保护失能女性隐私。

6.3.2 插入气囊导尿管后向气囊内注入10ml~15ml无菌生理盐水，轻拉尿管以证实尿管固定稳妥。

6.3.3 尿潴留人员每次导出尿量不应超过400ml，以防出现虚脱和血尿。

6.3.4 指导失能人员在留置尿管期间保持尿管通畅，避免打折、弯曲、受压、脱出等情况发生，尿袋高度应低于耻骨联合水平，防止逆行感染。尿管与尿袋连接紧密，引流通畅，固定稳妥。

6.4 留置尿管

6.4.1 评估失能人员尿管留置时间、尿液颜色、性状、量，膀胱功能，有无尿频、尿急、腹痛等症状。

- 6.4.2 鼓励失能人员每日摄入足够的液体，以减少尿路感染和结石的发生。
- 6.4.3 应防止泌尿系统逆行感染，具体内容如下：
- 保持尿道口清洁，女性失能人员用安尔碘等消毒棉球擦拭外阴及尿道口，男性失能人员用安尔碘等消毒棉球擦拭尿道口、龟头及包皮，1次/天~2次/天；
 - 每周更换1次集尿袋（抗反流集尿袋），定时排空尿袋，必要时记录尿量。
- 6.4.4 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，尿袋的高度应低于耻骨联合水平。
- 6.4.5 拔管后根据病情，鼓励失能人员多饮水，观察失能人员自主排尿及尿液情况，有排尿困难及时处理。

6.5 造口护理

- 6.5.1 评估患者的心理情况，做好有效沟通及心理护理。
- 6.5.2 评估患者的造口及周围皮肤情况，准备用物。
- 6.5.3 房间温度适宜，尽量减少暴露，注意保暖和保护隐私。
- 6.5.4 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。
- 6.5.5 根据造口直径大小修剪造口底盘（大于造口实际尺寸1mm~2mm）。
- 6.5.6 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。
- 6.5.7 黏贴底盘并安装造口袋。嘱患者手心成空心状按压造口底盘处5min~10min，使底盘黏贴牢固。
- 6.5.8 有造口并发症的失能人员，按实际情况进行处理（如：使用凸面底板、安装造口腰带等）。
- 6.5.9 更换造口袋尽量选择在空腹或进食后3小时。

6.6 生命体征监测

6.6.1 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。体温计消毒方法应符合要求。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。

6.6.2 脉搏

一般患者应测量30s，脉搏异常的患者，测量1min，不宜在偏瘫侧、形成动静脉瘘侧肢体、术肢等部位测量脉搏。

6.6.3 呼吸

测量呼吸时失能人员取自然体位，观察失能人员胸部或腹部起伏，测量30s。观察失能人员呼吸频率、节律、幅度和类型等情况。

6.6.4 血压

测量血压时，应协助失能人员采取坐位或者卧位，将血压计零点、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，平整地缠于失能人员上臂中部，松紧以能放入一指为宜，下缘距肘窝2cm~3cm。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1min~2min后重新测量。长期观察血压的失能人员，做到四定：定时间、定部位、定体位、定血压计。

6.6.5 吸氧

6.6.5.1 评估失能人员病情、呼吸状态、缺氧程度、鼻腔情况。告知不应自行调节氧流量。

6.6.5.2 应根据医嘱选择合适的氧疗方法，调节合适的氧流量，密切观察失能人员氧气治疗的效果。使用氧气时，应先调节氧流量；停用氧气时，应先拔出导管或面罩再关闭氧气开关，注意安全。

6.6.6 血糖监测

6.6.6.1 应告知失能人员监测血糖的目的，评估失能人员穿刺部位皮肤状况，确认血糖仪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）。

6.6.6.2 确认失能人员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；将结果告知失能人员或家属，并记录。对需要长期监测血糖的失能人员，穿刺部位应轮换，并指导失能人员血糖监测的方法。

6.7 灌肠

6.7.1 评估失能人员的年龄、意识、情绪及配合程度，有无灌肠禁忌症。告知失能人员及家属灌肠的目的及注意事项，指导失能人员配合。

6.7.2 核对医嘱，做好准备，保证灌肠溶液的浓度、剂量、温度适宜。协助失能人员取仰卧位或左侧卧位，注意保暖，保护失能人员隐私。

6.7.3 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失能人员反应。灌肠过程中，失能人员有便意，指导失能人员做深呼吸，同时适当调低灌肠筒的高度，减慢流速；失能人员如有心慌、气促等不适症状，立即平卧，避免发生意外。

6.7.4 灌肠完毕，嘱失能人员平卧，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。

6.8 静脉血标本采集

6.8.1 评估失能人员的病情、静脉情况，准备用物。若失能人员正在进行静脉输液、输血，不宜在同侧手臂采血。

6.8.2 告知失能人员或家属采血的目的及采血前后的注意事项，并协助失能人员，取舒适体位。

6.8.3 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。采血后指导失能人员压穿刺点 5min~10min，勿揉，凝血机制差的失能人员适当延长按压时间。

6.8.4 按要求正确处理血标本，尽快送检。

6.9 经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）维护

6.9.1 评估患者导管是否通畅。

6.9.2 评估穿刺点局部情况。

6.9.3 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。

6.9.4 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。

6.9.5 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 10ml~20ml 脉冲正压冲管后，再输入其他液体；封管时使用 10U/ml~100U/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。

6.9.6 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。

6.9.7 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；

6.9.8 记录穿刺部位情况及更换敷料的日期、时间。

7 预防康复护理

7.1 生活能力训练

7.1.1 日常生活

7.1.1.1 评估失能人员的日常生活自理能力。

7.1.1.2 合理布置环境，将床、椅放在适当的位置，所有生活用品放于适当位置。

7.1.1.3 在康复医生指导下，协助失能人员完成进食、个人卫生、穿脱衣、翻身、如厕等日常生活自理能力训练。

7.1.1.4 训练时让失能人员处于舒适的位置，护理员处于可以清楚地观察失能人员活动全过程的位置。

7.1.1.5 训练时应及时纠正错误动作，活动量应逐渐增加，掌握时间，不宜过度疲劳。

7.1.2 关节训练

使用正确的手法方式对失能人员的关节进行缓慢被动运动，预防肌肉及关节的萎缩和退化。

7.1.3 床上移动

根据失能人员的情况，按照生活自理能力训练要求，恢复独立或者辅助从床的一侧转移到另一侧或从仰卧位转移到侧卧位能力的训练。

7.1.4 床椅转移

根据失能人员的情况，按照生活自理能力训练要求，恢复独立或者辅助由床上移动到轮椅或由轮椅移动到床能力的训练。

7.1.5 站立训练

根据失能人员的情况，按照生活自理能力训练要求，恢复独立或者辅助从坐位转移到站立位能力的训练。

7.1.6 行走训练

根据失能人员的情况，进行恢复独立或者辅助步行能力的训练：

- a) 行走训练时，护理员应陪同或扶持行走，护理员应与其保持适当的距离但在视线范围内，在必要时给予帮助，避免拉、拽；
- b) 应鼓励并指导失能人员使用辅助器具行走，应告知并控制行走速度，防止行走过快；
- c) 护理员应观察失能人员有无出汗、呼吸急促等异常情况，询问感受，感到疲劳应立刻休息。

7.2 认知能力训练

7.2.1 语言训练

根据失能人员的情况，按照生活自理能力训练要求，训练其语言能力，提高言语发音清晰度、流畅性，以更好的与他人沟通交流。

7.2.2 吞咽训练

根据失能人员的情况，按照生活自理能力训练要求，训练其吞咽能力。

7.2.3 记忆力训练

7.2.3.1 根据失能人员等级和医生制定的康复计划，选取以下训练方法：

- a) 复述法。通过数字、图片或图卡以看图说话等方式锻炼复述能力；通过抄写听写、看图写字等锻炼书写能力；
- b) 回忆法。通过展示多种日常用品或图片，引导回忆所出示的物品名称，引导患者记忆一段信息，按一定间隔复述信息，反复训练并逐渐延长间隔时间；
- c) 排序法。通过号码牌将数字进行大小顺序、颜色顺序排列，引导患者按出示顺序排列。

7.2.3.2 训练前，应根据训练内容通过临时张贴标识、摆放物品等方式加强照护区环境的导向，训练结束后及时予以撤除。

7.2.4 定向训练

应根据失能人员定向障碍情况，采取如下适宜引导与训练方式：

- a) 无法认清他人时，应在每次提供照护服务前做自我介绍；
- b) 地点定向障碍时，应引导失能人员反复辨认经常活动的地点及容易出现障碍的地点；
- c) 无法辨认亲属关系时，护理员可与家庭照护者共同制作家庭相册，引导老年人时常翻看；
- d) 时间定向障碍时，护理员应在房间设置钟表、万年历等帮助老年人辨认时间。

8 膳食营养干预服务

8.1 基本营养服务

8.1.1 应合理设定餐食次数，管饲或一次性进食量少的要采用少量多次提供，无法进食固体食物时，宜将食物制成食糜或糊状食品。

8.1.2 应选择新鲜食材，及时用流动水清洗，冰箱生熟分开储存。

8.1.3 食物制备生熟分开，熟食二次加热时间适宜。进餐前应督促洗手，提倡分餐和使用公筷、公勺。

8.1.4 食欲较差、进食不足者，可咨询专业营养师，补充营养强化食品、特殊医学用途配方食品或针对性的营养素补充剂。

8.2 摄入能量和蛋白质

8.2.1 根据体重和健康需要合理摄入能量和蛋白质，控制总能量摄入，保持健康体重，监测体重、腰围，以防体重快速增加。

8.2.2 宜避免肥肉、烟熏和腌制肉制品，烹调选用植物油并控制在每人每天 ≤ 25 克，烹调方式多采用蒸煮焖等少油的方式，避免油炸、油煎。

8.2.3 减少精制糖类摄入，如精白米、精白面、精白馒头及其制品；适当增加全谷物的比例，包括燕麦、荞麦、红薯、杂豆类（红豆、绿豆、芸豆、豌豆、扁豆等）食物。

8.2.4 适当增加优质蛋白质类食物的摄入，包括鱼、禽、蛋、瘦肉、奶、大豆及其制品。

8.3 摄入膳食纤维

8.3.1 每餐应有蔬菜，蔬菜每天300g~500g以上，多选深色蔬菜和十字花科蔬菜；每1天~2天应进食菇类、木耳、海带等菌藻类食物。

8.3.2 水果每天应摄入200g~350g，柑橘类、苹果、猕猴桃等最佳。

8.3.3 坚果宜每天 10g 左右，核桃、花生、腰果、巴旦木、瓜子等最佳。

8.4 摄入水

每天摄入 1500ml~1700ml 水，必要时可增加。饮用白开水或淡茶水，冷热适宜，温度不可太高，以免烫伤；不宜喝含糖饮料。

8.5 特殊人群膳食营养原则

8.5.1 正常老年人

老年人膳食营养原则如下：

- a) 宜少量多餐，每日 6 餐~7 餐，选择易于咀嚼和吞咽、消化的软食，必要时制成半流质状态、混合流质食物；
- b) 应补充足量优质蛋白质，必要时可辅助蛋白质粉剂，每日 1 次~2 次，每次 10g~15g；
- c) 进食时应安排专人照料，宜鼓励老人自己进食。

8.5.2 慢性病患者

8.5.2.1 根据失能人员基础病或慢性病情况，与营养师及时沟通，给予专业的饮食指导。

8.5.2.2 高血糖与糖尿病患者膳食营养原则如下：

- a) 控制总能量，保持健康体重，三大宏量营养素比例合适，多选择升糖指数低的全谷类食物，维生素、矿物质和膳食纤维充足；
- b) 注意规律进餐。

8.5.2.3 高血压、血脂异常与心血管病膳食营养原则如下：

- a) 控制总能量摄入，保持健康体重，烹调食盐每天小于 5g，避免含盐较高的调味品、加工食品等咸味食物；
- b) 限制饱和脂肪、反式脂肪摄入，增加单不饱和脂肪酸摄入；
- c) 适当多选择深海鱼、大豆制品和燕麦、红米、红薯、玉米、小米等；
- d) 戒烟酒。

8.5.2.4 高尿酸血症与痛风膳食营养原则如下：

- a) 低嘌呤饮食，严格控制肉、鱼进食量，多吃新鲜蔬菜和水果；
- b) 多饮水，每日 2000ml~3000ml；
- c) 戒酒。

9 情感陪护服务

9.1 精神支持服务

9.1.1 环境适应

护理员应帮助失能人员熟悉机构环境，融入集体生活。

9.1.2 情绪疏导

9.1.2.1 护理员应随时观察失能人员心理和精神状况，发现异常及时沟通交流，多安抚、关怀，加强鼓励。

9.1.2.2 宜邀请心理医生、社会工作者等专业技术人员提供情绪疏导、心理咨询、危机干预等服务。

9.1.3 心理支持

护理员通过电话、视频等方式帮助失能人员与家属每周至少联系1次，减少孤独感。

9.2 文化娱乐服务

9.2.1 兴趣培养

开展适宜的文化、体育、娱乐活动，根据患者的不同兴趣及特点组织比赛、展示或表演，增强人际交往能力。

9.2.2 外出实践

9.2.2.1 组织开展郊游、汇演、义卖、联谊等外出实践活动，指导失能人员在自然的社会环境中实践已习得的技能，帮助其丰富生活，增进友谊，陶冶性情。

9.2.2.2 组织开展适宜的志愿者活动，丰富失能人员精神文化生活。

9.3 安宁服务

9.3.1 失能人员在病情危重时，护理员应积极进行心理疏导。

9.3.2 尊重失能人员宗教信仰、民族习俗和个人意愿，做好临终关怀服务。

9.3.3 根据需要协助处理失能人员善后事宜。

10 服务监督、评价与改进

10.1 服务监督

应对服务质量进行监督，对发现的问题及时组织分析、整改，形成记录。

10.2 服务评价

10.2.1 应进行服务评价，采取日常考核与年终考核相结合、内部考核与失能人员或家属考核相结合、综合考核与专业考核相结合等方式，定期或不定期对护理员进行考核。

10.2.2 满意度测评应按照 GB/T 19038 和 GB/T 19039 的要求进行。

10.3 投诉处理

10.3.1 应公示投诉方式、投诉电话，及时受理失能人员或家属的服务投诉，并对服务投诉进行核实。

10.3.2 根据核实情况进行处理：

- a) 由失能人员方面造成的服务投诉，向失能人员解释沟通；
- b) 由养老机构内部原因造成的服务投诉，向失能人员解释道歉并进行服务改进。

10.4 服务改进

应分析服务投诉原因，制定相应的服务改进计划和改进措施，避免同类事情再次发生。