

索引号:	11220000MB19566296/2023-04001	分类:	待遇保障;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2023年09月27日
标题:	关于印发吉林省长期护理保险服务标准与规范(2023版)的通知		
发文字号:	吉医保发(2023)31号	发布日期:	2023年10月24日

关于印发吉林省长期护理保险服务 标准与规范(2023版)的通知

吉医保发〔2023〕31号

各长期护理保险试点城市医疗保障局:

为统一长期护理保险服务项目的标准与操作规范,提升护理机构服务能力和质量,根据《关于印发〈吉林省深入推进长期护理保险制度试点工作实施方案〉的通知》(吉医保联〔2021〕7号),制定了《吉林省长期护理保险服务标准与规范(2023版)》。现印发给你们,请结合实际指导长期护理保险定点服务机构抓好落实。我局将根据国家、省长期护理保险相关政策调整和护理服务要求变化,对标准规范予以动态调整。

吉林省医疗保障局

2023年9月27日

吉林省长期护理保险服务标准与规范 (2023版)

一、服务项目

(一) 基本生活照料护理包括:整理床单位、面部清洁和头部梳理、口腔护理、会阴护理、手/足部清洁、对非禁食患者协助进食/水、协助患者翻身及有效咳嗽、协助床上移动、借助器具移动、压疮预防及护理、失禁护理、床上

使用便器、人工取便术、留置尿管护理、协助翻身叩背排痰、灌肠、人工便袋护理、床上温水擦浴、协助患者进行生活自理能力训练、协助更衣、床上洗头、指/趾甲护理、患者安全管理。

(二) 常规临床护理包括：口服药物、外用药物、注射药物、生命体征监测、遵医嘱导尿、吸氧、血糖监测、血标本采集、物理降温、造口护理、PICC导管维护、吸痰、鼻饲。

二、服务标准与规范

(一) 整理床单位

1. 床单位每日进行清扫擦拭，保持床铺的清洁、干燥、平整。
2. 每周定期更换床单、被套、枕巾、枕套。
3. 对大小便失禁的护理对象应将床单被套等用品消毒后更换，保持护理对象舒适度。
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。

(二) 面部清洁和头部梳理

1. 头面部清洁。
 - (1) 水温适宜，擦洗动作轻柔；
 - (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。
2. 梳头。
 - (1) 宜选择圆钝的梳子；
 - (2) 由发根到发梢梳理，头发较长者，可一只手握住头发中段，分段梳理，再从发根梳至发梢，动作规范，使护理对象舒适；
 - (3) 鼓励护理对象每天多梳头，起到改善头部血液循环等作用；
 - (4) 如头发打结不易梳理时，要用温水湿润头发后再小心梳理。

3. 剃须。

- (1) 保持颜面部无长须；
- (2) 剃须用具保持清洁；
- (3) 涂剃须膏或用温热毛巾敷脸，软化胡须；
- (4) 动作轻柔，防止刮伤皮肤；
- (5) 剃完后用温水擦拭干净，适当涂抹润肤霜；
- (6) 定期消毒、更换剃须刀片，避免细菌滋生。

(三) 口腔护理

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；对不能自理的护理对象采用棉棒或棉球擦拭法清洁口腔。

2. 协助护理对象取舒适体位，若有不适，应立即告知护理服务人员。

3. 指导护理对象正确的漱口方法，避免呛咳或者误吸，必要时给予协助。

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；对昏迷的护理对象应当注意棉球干湿程度，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。

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。

(四) 会阴护理

1. 操作时水的温度要适宜，避免烫伤。

2. 女性应用流动水，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。

(五) 手/足部清洁

1. 洗手、洗脚用具应分开专用，即时清洗。
2. 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。
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。

(六) 对非禁食患者协助进食/水

1. 用餐前护理对象和护理者均须洗手。
2. 对有咀嚼和吞咽功能障碍的护理对象，宜选择软食或流食，必要时可将食物搅碎，根据护理对象的病情及生理需要选择合适的食物。
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/水时护理服务人员位于护理对象侧面，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咽，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。

(七) 鼻饲

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，无气体逸出。
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. 所有用物使用后立即清洗，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. 开始鼻饲时，每周监测 3 次体重，逐渐过渡到每月监测 1 次。

10. 注明置管时间，按期提醒医生或家属需更换导管。

（八）协助患者翻身及有效咳嗽

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。

（九）协助床上移动

1. 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。

（十）借助器具移动

1. 根据护理对象护理等级的需求，提供借助器具进行坐立、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、平车或其他辅助器具。
3. 护理服务人员应掌握助行器、轮椅及其他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的适应情况，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。

（十一）压疮预防及护理

1. 预防。

（1）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）；

（2）保持护理对象皮肤清洁干燥，床单位整洁；

（3）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。

2. 护理。

（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。

（十二）失禁护理

1. 大便失禁。

（1）记录或指导护理对象家属记录排便情况，包括大便失禁的次数、排便功能、大便性状等；

（2）每次排便后用肥皂及清水彻底清洗肛周皮肤并保持干燥；

- (3) 在肛周皮肤使用爽身粉或乳膏；
- (4) 保持床单位清洁、干燥，注意局部皮肤的护理；
- (5) 必要时铺放护理垫；
- (6) 必要时提供成人尿不湿。

2. 尿失禁。

- (1) 监测排尿情况，包括次数、性状、气味、量和颜色；
- (2) 排尿时关闭门窗或拉上挡帘，保护护理对象隐私；
- (3) 需要时提供保护性衣物，如护理垫；
- (4) 帮助护理对象选择便于穿脱的裤子，以方便如厕；
- (5) 定期清洁外阴部皮肤；
- (6) 睡前 2~3 小时限制液体摄入；
- (7) 指导护理对象每天至少饮水 1500 毫升；
- (8) 限制膀胱刺激物的摄入（如：可乐、咖啡、茶和巧克力等）。

（十三）床上使用便器

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. 便后观察排泄物形状及尾骶部位的皮肤。
6. 保持床单位清洁、干燥。

（十四）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。
2. 右手戴手套，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护理对象的神志、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。

（十五）留置尿管护理

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，女性护理对象用安尔碘等消毒棉球擦拭外阴及尿道口，男性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/日。

（2）更换集尿袋 1 次/日，定时排空尿袋，必要时记录尿量。

（3）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。

（4）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。

（5）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。

（十六）协助翻身叩背排痰

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。

（十七）灌肠

1. 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。

2. 核对医嘱，做好准备，保证灌肠溶液的浓度、剂量、温度适宜。

3. 协助护理对象取仰卧位或左侧卧位，注意保暖，保护隐私。

4. 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，应立即平卧，避免发生意外。

5. 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。

（十八）人工便袋护理

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。

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。

（十九）床上温水擦浴

1. 房间温度控制在（24±2）℃，尽量较少暴露，注意保暖和保护隐私。

2. 保持水温在 40—50℃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。

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。
5. 擦浴后检查和妥善固定各种管路。

（二十）口服药物

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，以利于药物进入胃内。

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，必要时研碎喂服。

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。

（二十一）外用药物

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药物的用法和注意事项。

3. 将药物均匀涂抹在皮肤上。

4. 观察护理对象用药反应。

5. 注意保暖，保护隐私。

（二十二）注射药物

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. 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。

（二十三）协助患者进行生活自理能力训练

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。

（二十四）生命体征监测

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卧位，保持血压计零点、肱动脉与心脏同一水平。选择宽窄度适宜的袖带，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。

（二十五）遵医导尿

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 10-15 毫升无菌生理盐水，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。

(二十六) 吸氧

1. 根据护理对象的病情和需求，遵医嘱给予护理对象吸入氧气。

2. 选择合适的给氧方式、氧流量。

3. 注意吸氧安全。

(二十七) 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。

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。

(二十八) 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，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。

4. 按要求正确处理血标本，尽快送检。

（二十九）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变化，告知家属，及时与医师沟通。

（三十）造口护理

1. 评估护理对象的心理情况，做好有效沟通及心理护理。

2. 评估护理对象的造口及周围皮肤情况，准备护理用物。

3. 房间温度适宜，尽量减少暴露，注意保暖和保护隐私。

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。

5. 根据造口直径大小修剪造口底盘（大于造口实际尺寸 1—2mm）。

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。

7. 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。

8. 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）。

9. 更换造口袋尽量选择在空腹或进食后 3 小时。

(三十一) PICC 导管维护

1. 评估患者导管是否通畅。

2. 评估穿刺点局部情况。

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。

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。

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 10—20ml 脉冲正压冲管后，再输入其他液体；封管时使用 10—100U/ml 肝素盐水脉冲式正压封管，封管液量应 2 倍于导管+附件装置容积。

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。

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、操作者姓名。

8. 记录穿刺部位情况及更换敷料的日期、时间。

(三十二) 吸痰

1. 有效核对护理对象床号、姓名、年龄、病情、意识等情况。

2. 评估护理对象呼吸、痰量、鼻腔情况（用手电观察）痰液粘稠度和部位（用听诊器听诊）。

3. 评估护理对象心理状态、合作程度。

4. 对清醒护理对象进行解释操作的目的、方法、注意事项，取得护理对象配合。

5. 打开吸痰管包装取出手套戴在右手；连接一次性吸痰管；打开墙壁吸引器，调节负压，成人 0.04—0.053Mpa，儿童 <0.04Mpa，试吸少量生理盐水，鼻咽吸引插入长度成人约为 16cm，儿童 8—12cm，婴幼儿 4—8 cm；鼻气管内吸引时，插入导管的长度成人约为 20cm，儿童 14—20cm，婴幼儿 8—14cm。

6. 要在无负压情况下插入吸痰管，用拇指和食指将导管轻而快地插入鼻腔，并在护理对象吸气时沿着鼻腔壁向深处插入。

7. 当到达所要吸痰的部位时，使吸痰管内形成负压；吸尽分泌物，逐渐退出的过程中提供负压。边吸边左右旋转并上提，充分吸净分泌物，动作要轻，每次抽吸时间<15秒，如痰液一次未吸尽，间隔3—5分钟再吸，并更换吸痰管。

8. 观察病人的反应、吸出痰液的色、质、量，气道的通畅情况等。

9. 吸痰过程中，鼓励并指导护理对象深呼吸，进行有效咳痰。

10. 吸毕（吸取一次），抽吸生理盐水冲洗管道，将吸痰管与连接管分离，弃去吸痰管，脱下手套，关闭墙壁吸引器、用输液贴包裹连接管头。

11. 吸痰结束后擦净护理对象面部的呼吸道分泌物，安置护理对象舒适体位，吸痰效果评价（用听诊器听诊）。

12. 整理用物、洗手（计时结束），记录痰液的色、质、量和吸痰效果。

（三十三）协助更衣

1. 了解护理对象的肢体功能，注意穿脱衣的顺序。（脱衣顺序：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. 操作轻柔快捷，避免护理对象受凉。

3. 协助护理对象取坐位时注意安全并保证护理对象安全。

4. 操作过程时刻考虑到护理对象感受。

（三十四）床上洗头

1. 控制水温40—45℃，操作者前臂内测试温后，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. 衰弱的护理对象不宜洗发。

(三十五) 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。

4. 如有灰指甲等，需要具有一定专业的人员进行处理。

(三十六) 患者安全管理

1. 根据护理对象的病情、意识、活动能力、生理机能、居住环境等，做好护理对象安全防护，同时对护理对象或其家属进行安全方面的指导。

2. 根据护理对象的病情、活动能力需要等，使用保护用具以保证其安全，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运情况。

5. 对护理对象进行安全教育，叮嘱护理对象注意自身安全，增强自我防范意识。

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。