**附件2**

**长期护理保险服务标准与规范**

　　一、服务项目

　　1.基本生活照料包括：头面部清洁和梳理、洗发、指/趾甲护理、手、足部清洁、温水擦浴、沐浴、协助进食/水、口腔清洁、协助更衣、整理床单位、排泄护理、失禁护理、床上使用便器、人工取便术、晨间护理、晚间护理、会阴护理、药物管理、协助翻身叩背排痰、协助床上移动、借助器具移动、皮肤外用药涂擦、安全护理、生活自理能力训练、压疮预防护理、留置尿管护理、人工肛门便袋护理。

　　2.常用临床护理包括：开塞露/直肠栓剂给药、鼻饲、药物喂服、物理降温、生命体征监测、吸氧、灌肠、导尿(女性)、血糖监测、压疮伤口换药、静脉血标本采集、肌肉注射、皮下注射、造口护理、经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)维护。

　　二、服务标准与规范

　　1.头面部清洁、梳理

　　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。

　　梳头

　　(1)宜选择圆钝的梳子;

　　(2)由发根到发梢梳理，动作轻柔;

　　(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。

　　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。

　　2.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。

　　3.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，需要具备一定专业的人员进行处理。

　　4.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，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。

　　5.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。

　　6.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)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;沐浴时间应适度;

　　(3)室温控制在(24±2)℃，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℃~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;

　　(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;浴后适当饮水。

　　7.协助进食/水

　　(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。

　　8.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。

　　9.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：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。

　　10.整理床单位

　　(1)床单位每日进行清扫擦拭;

　　(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。

　　11.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。

　　12.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。

　　13.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)便后观察排泄物性状及尾骶部位的皮肤;

　　(6)保持床单位清洁、干燥。

　　14.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。

　　15.晨间护理

　　(1)协助护理对象排便、漱口(口腔护理)、洗脸、洗手、梳头;

　　(2)检查皮肤受压情况;

　　(3)按需为护理对象更换衣、被、大单等;

　　(4)观察护理对象情况;

　　(5)整理床单位，适时开窗通风;

　　(6)操作时室温、水温适宜，服务对象舒适、安全，穿着适时。

　　16.晚间护理

　　(1)协助护理对象漱口(口腔护理)、洗脸、洗手、擦洗背部、清洗会阴、洗脚;

　　(2)酌情关闭门窗，放下窗帘，开地灯，关大灯，减少噪音，强光等不良刺激，协助护理对象处于舒适卧位，使其易于入睡;

　　(3)经常巡视居室，了解护理对象睡眠情况，发现异常及时告知医务人员、联系家属。

　　17.会阴护理

　　(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。

　　18.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。

　　19.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。

　　20.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。

　　21.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。

　　22.皮肤外用药涂擦

　　(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。

　　23.安全护理

　　(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运状况。

　　(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。

　　24.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。

　　25.压疮预防护理

　　(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。

　　26.留置尿管的护理

　　(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;

　　②更换集尿袋1次/天，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。

　　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.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。

　　30.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。

　　31.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。

　　32.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。

　　33.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。

　　34.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。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;

　　(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;

　　(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。

　　35.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。

　　36.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。

　　37.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;

　　(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。

　　38.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，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。

　　39.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)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。

　　40.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，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。

　　41.造口护理

　　(1)评估患者的心理情况，做好有效沟通及心理护理;

　　(2)评估患者的造口及周围皮肤情况，准备用物;

　　(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。嘱患者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。

　　42.经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)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+附加装置容积;

　　(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、置管深度和操作者姓名;

　　(8)记录穿刺部位情况及更换敷料的日期、时间。