

广东省护理学会团体标准

T/GDNAS 068—2025

常用留置导管居家护理技术规范

Technical specifications for home care of common indwelling catheters

2025-09-10 发布

2025-12-01 实施

广东省护理学会 发布

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 基本评估 2

6 技术实施 2

6.1 胃管 2

6.2 尿管 3

6.3 经外周置入中心静脉导管 5

6.4 气管切开套管 6

7 护理记录 8

附录 A（资料性） 留置胃管居家护理技术流程 9

附录 B（资料性） 导尿管分类 10

附录 C（资料性） 留置尿管居家护理技术流程 11

附录 D（资料性） 经外周置入中心静脉导管居家护理技术流程 12

附录 E（资料性） 气管内套管消毒方法 13

附录 F（资料性） 气管切开居家护理技术流程 14

参考文献 15

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。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本文件起草单位：广东省护理学会“互联网+护理服务”平台建设与质量监控专业委员会、广东省第二人民医院、珠海市人民医院、广州市第一人民医院、中山大学附属第一医院、南方医科大学南方医院、广州医科大学附属第二医院、北京大学深圳医院。

本文件主要起草人：汤莉、童赞、张晓琴、叶俏、陈翠萍、李雨梦、冯月蓓、阮伟清、纪翠红、李粉玲。

常用留置导管居家护理技术规范

1 范围

本文件规定了常用留置导管居家护理技术的基本要求、基本评估、技术实施及护理记录。
本文件适用于各级各类医疗卫生机构从事居家护理的护理人员。

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。

WS/T 313 医务人员手卫生规范

WS/T 433—2023 静脉治疗护理技术操作标准

T/CNAS 03—2019 气管切开非机械通气患者气道护理

T/GDNAS 061—2025 成人居家鼻饲喂养护理规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

留置导管 indwelling catheter, IC

一种通过外科手术或侵入性操作植入患者体内并保持一段时间的管道，以便进行持续治疗或监测。

3.2

居家护理 home care, HC

以家庭为中心的护理。是为了促进家庭系统及家庭成员达到最佳健康状态而进行的，在居家环境中提供的护理服务活动。

4 基本要求

4.1 应根据服务项目、患者病情及需求准备用物。

4.2 导管拔除及置入应由执业护士操作。

4.3 护理前应告知患者及照顾者操作目的、风险、注意事项及配合要点，签署知情同意书。

4.4 操作前应评估居家环境的安全情况，如遇不可现场解决的隐患时，宜谨慎处理或立即终止服务。

- 4.5 服务过程中应严格遵守标准预防及无菌技术原则。
- 4.6 操作中产生的医疗废物应放置于指定投放点。
- 4.7 护士或服务平台应向患者及照顾者提供紧急联系电话。
- 4.8 应实施隐私保护策略，服务过程中采集的个人信息、护理记录、音视频记录等文件按信息安全管理制度的保存和管理。

5 基本评估

- 5.1 应确认患者身份、基本信息及服务项目，选择适宜的导管。
- 5.2 应评估患者病情、既往病史、用药史、过敏史、就诊史及心理精神状态。
- 5.3 应评估患者及照顾者的知识水平及配合程度。
- 5.4 应评估居家环境，包括亮度、清洁度，排除感染风险及影响操作执行的因素。
- 5.5 评估发现患者生命体征及情绪不稳定、居家护理操作风险较高或突发病情变化时，应终止居家护理，指导就近就医或就地救治。
- 5.6 操作结束后应评估患者及照顾者护理感受、护理效果、健康教育掌握程度。

6 技术实施

6.1 胃管

6.1.1 专科评估

- 6.1.1.1 参照T/GDNAS 061—2025中5.1.1的规定，应评估患者意识状态、口腔情况、活动性义齿、消化道手术史、胃肠功能、吞咽功能、进食时间、误吸风险等。
- 6.1.1.2 参照T/GDNAS 061—2025中5.1.2的规定，应评估患者置管禁忌证，包括口鼻腔及食道肿物、上消化道狭窄或阻塞、食管静脉曲张、脑脊液漏等。

6.1.2 拔除胃管

- 6.1.2.1 应夹闭胃管，嘱患者吸气后屏气，轻柔拔管，至咽喉处时迅速拔出，查看管道完整性。
- 6.1.2.2 应观察患者有无呛咳、恶心等不适及异常情况。

6.1.3 胃管置入

- 6.1.3.1 参照T/GDNAS 061—2025中5.2的规定选择导管。
- 6.1.3.2 宜协助患者取坐位或半坐卧位，无法坐起者可取右侧卧位，昏迷者取去枕平卧位。
- 6.1.3.3 应测量管道置入长度。
- 6.1.3.4 应润滑胃管后缓慢插入，置入胃管约10cm~15cm时，嘱清醒患者做吞咽动作直至插入预定长度；对昏迷者，将头托起，使下颌靠近胸骨柄插管；遇阻力时不可强行置管，舌后坠者宜采用侧卧拉舌法置管。
- 6.1.3.5 宜采用抽吸胃液测pH值、观察气泡法或气过水声两种方式确定胃管位置，未服用胃酸抑制剂者可将pH值≤4作为判断胃管在胃内的标准，服用胃酸抑制剂者可将pH值≤6作为标准。宜由护士与患者或照护者共同确认。

6.1.3.6 妥善固定胃管，应标示置管时间、置入长度或外留长度。

6.1.4 健康教育

6.1.4.1 应指导照顾者保持患者面部及口腔清洁。

6.1.4.2 指导照顾者安全有效固定，宜使用有延展性的黏性胶布固定胃管在鼻部，并采用高举平台法固定于面颊部，避免管道受压、折叠、意外脱出等预防要点。

6.1.4.3 告知照顾者确定胃管在胃内的方法，每次鼻饲前应查看鼻尖处胃管刻度与置管时一致，查看口腔无管道盘旋，回抽胃液测量pH值呈酸性，将胃管末端浸入水面下，观察无气泡溢出。

6.1.4.4 指导患者及照顾者鼻饲液配制方法，固态食物应研磨去渣，保持食物温度为38℃~40℃，配制好的鼻饲液需冷藏，24小时内未用完应丢弃。

6.1.4.5 指导照顾者鼻饲护理注意事项，包括以下几点：

- a) 应取半卧位或坐位，鼻饲前确定胃管在胃内。
- b) 应在鼻饲前用≥50ml注射器回抽胃残留量，如胃残留量>200ml且有恶心、呕吐、腹胀时，暂停2小时鼻饲或者减少鼻饲量。
- c) 应在注食前后注入20ml~30ml温开水脉冲式冲管。
- d) 每次鼻饲量250ml~400ml，两餐间隔>2小时，每日≤6餐。
- e) 鼻饲推注速度应每分钟小于30ml。
- f) 注食后至少30分钟内避免改变体位。

6.1.4.6 应告知患者或照顾者留置胃管有效期及下次更换时间。

6.1.4.7 指导患者或照顾者异常情况处理措施，包括以下几点：

- a) 胃管明显移位时应先固定，判断其在胃内则继续使用，无法判断或完全脱出应联系专业人员。
- b) 胃管堵塞时，先回抽胃液或食物药物残渣，再用温水轻轻推注，恢复通畅则可用，不通畅时联系专业人员或就医处理。
- c) 突发呛咳、声音嘶哑、呼吸困难等疑似误吸症状时，暂停鼻饲，立即清除口鼻腔分泌物，指导咳嗽排痰，症状未缓解应联系专业人员或就医处理。

6.1.5 紧急情况处理

6.1.5.1 置管过程中患者出现呛咳、呼吸困难、发绀等，应立即拔出；出现呕吐时，应暂停操作，清除呕吐物，保持呼吸道通畅。

6.1.5.2 置管后如抽出血性胃液，应先观察血性胃液的量、患者腹部体征、生命体征及主诉，判断是否为活动性出血。

6.1.5.3 发现活动性出血、居家无法救护情形或无法判断的异常情况，应协助患者尽快就医。

6.1.6 留置胃管居家护理技术流程见附录A。

6.2 尿管

6.2.1 专科评估

6.2.1.1 应评估导尿管与尿道黏膜有无粘连、尿液颜色及性状、患者膀胱充盈度、会阴部皮肤黏膜情况及清洁程度。

6.2.1.2 应评估操作禁忌证，如急性尿路感染、急性前列腺炎、尿道损伤、血尿等。

6.2.1.3 男性患者应评估有无前列腺增生症、尿道狭窄等尿路梗阻相关疾病。

6.2.1.4 应根据综合评估结果选择合适的导尿管（导尿管分类见附录B）。

6.2.2 拔除尿管

6.2.2.1 应抽空导尿管气囊内液体，指导患者深呼吸，呼气放松时轻柔拔除导尿管。

6.2.2.2 拔管后应检查导管的完整性。

6.2.2.3 观察患者尿道口有无分泌物、渗血、疼痛等异常情况。

6.2.2.4 对不再置入导尿管者，应确认患者可自主、正常排尿，并评估排尿量、性状、频次及伴随症状。

6.2.3 尿管置入

6.2.3.1 应检查导尿管气囊的完整性及是否居中；检查引流腔通畅性，将导尿管末端与集尿袋相连。

6.2.3.2 应按照临床护理技术规范进行患者会阴部消毒及置管。

6.2.3.3 插管时应动作轻柔，防损伤患者尿道黏膜，若误入阴道应换管重新置管。

6.2.3.4 应确认导尿管气囊在膀胱内方可往气囊注水，轻拉导尿管有阻力感以证实导尿管已内固定。

6.2.3.5 男性患者置管后应将包皮回纳。

6.2.3.6 导尿管末端可固定于患者大腿内侧或下腹部，以不影响活动为宜，宜高举平台法固定，左右交替更换固定位置。

6.2.3.7 应在导尿管末端、集尿袋上贴标签，分别标示日期。

6.2.3.8 存在尿潴留者，第一次引流尿液应<1000ml。

6.2.4 健康教育

6.2.4.1 指导患者及照顾者妥善固定导尿管，以便于穿衣、活动及自理，保持引流通畅，避免引流装置受压、折叠、扭曲、牵拉。

6.2.4.2 指导患者及照顾者每日用清水清洁会阴部和导尿管表面，避免盆浴，不宜使用抗菌溶液、乳霜或软膏清洁尿道口、会阴区和导管表面。

6.2.4.3 指导患者及照顾者使用清洁专用容器及时倾倒尿液，避免超过集尿袋容积的3/4。

6.2.4.4 应指导患者及照顾者保持集尿袋始终低于膀胱水平面，避免接触地面或放在地上；宜使用抗反流集尿袋。

6.2.4.5 告知患者及照顾者须根据产品说明书的使用时间更换集尿袋及导尿管，告知本次留置导尿管有效期及下次更换时间。

6.2.4.6 指导患者及照顾者观察尿液颜色、性质及量，必要时指导记录尿量；病情允许时宜每日饮水>2000ml以维持尿量1500ml~2000ml。

6.2.4.7 搬动及转移患者时，应夹闭管道，转运结束后及时开放。

6.2.4.8 指导患者及照顾者异常情况处置，包括以下几点：

- a) 尿管引流不畅时，应检查管道是否扭曲、打折，夹子是否打开，无法排查时应联系专业人员或就医处理。

- b) 尿管意外脱出时，先检查尿管是否完整，再观察排尿情况，必要时联系专业人员或就医处理。
- c) 留置导尿管后或拔除导尿管48小时内患者出现发热、急性血尿、下腹触痛、肾区叩痛，无明显病因的乏力、嗜睡等异常情形的，应协助及时就医处理。

6.2.5 紧急情况处理

6.2.5.1 拔除导尿管无法抽出气囊内液体时，可向气囊端缓慢注入2ml无菌注射用水或空气后缓慢抽吸；仍无法抽出时，可切断导尿管注水阀端，使气囊内液体排尽后再拔管；如切断注水阀不能排空气囊，应电话或线上咨询上级专业技术人员，仍无法解决时应协助及时就医。

6.2.5.2 拔管困难时，可在拔管前将注射器插入气囊端，使气囊内液体靠自身压力缓慢倒回注射器，直至注射器活塞停止后退，或抽出气囊内液体后再往气囊中注入0.3ml~0.8ml液体，使皱褶平整；可从尿道口注入无菌液状石蜡，并轻轻转动导尿管，再缓慢拔管。

6.2.5.3 插管困难时，应充分润滑导尿管前端；可适当应用含利多卡因或利诺卡因的水溶性润滑剂，前列腺增生者可选用弯曲尖端导尿管，仍无法处理时可电话或线上咨询上级专业技术人员或协助就医。

6.2.5.4 置管后出现血尿，尿色淡红色时可根据病情增加饮水量，观察跟踪血尿进展情况；若尿色呈鲜红色/暗红色，伴尿道、膀胱区疼痛时，应协助尽快就医。

6.2.6 留置尿管居家护理技术流程见附录C。

6.3 经外周置入中心静脉导管

6.3.1 专科评估

6.3.1.1 应评估患者有无皮肤黏膜出血、皮下瘀斑等凝血功能障碍的表现，有无发热等全身感染表现。

6.3.1.2 应评估患者穿刺点及局部皮肤有无瘙痒、皮疹、渗血、渗液及红、肿、热、痛等局部感染表现，敷料有无卷边、松脱，了解以往导管维护情况，宜查看具体记录。

6.3.1.3 评估患者置管侧肢体、肩部、颈部及胸部有无肿胀、疼痛、麻木等不适感，测量其双侧臂围。

6.3.1.4 查看导管外露长度，管腔内有无血液残留，导管是否移位、打折、破损、断裂。

6.3.2 更换敷料

6.3.2.1 宜采用0°或180°手法顺着毛发生长方向，从远心端向近心端缓慢撕除敷料，避免垂直拉动造成皮肤损伤。

6.3.2.2 宜选用符合国家要求的皮肤消毒剂，消毒时应以穿刺点为中心擦拭，至少消毒两遍或遵循消毒剂使用说明书。消毒范围直径应>15cm（至少大于敷料面积）。

6.3.2.3 应皮肤待干后使用无菌透明敷料覆盖穿刺点；对粘胶过敏者可选用无菌纱布敷料或水胶体等治疗性敷料，或管状纱网固定导管。

6.3.2.4 应以穿刺点为中心，无张力粘贴的方法固定，且不影响活动和穿刺点的观察，不造成血液循环障碍、压力性损伤及神经压迫。

6.3.3 更换输液接头

6.3.3.1 宜采用消毒棉片多方位用力擦拭导管连接口5秒~15秒并待干，或参照消毒产品说明书使用。

6.3.3.2 宜选择结构简单、外观透明的输液接头，按无菌操作要求将导管与接头紧密连接。

6.3.3.3 输液接头应每7天更换1次或参照产品说明书，接头内有血液残留或残留物、完整性受损或取下时，应立即更换。

6.3.4 冲管及封管

6.3.4.1 冲管前应通过回抽血液确定导管在静脉管腔内。

6.3.4.2 应使用 $\geq 10\text{ml}$ 注射器冲管和封管，宜使用10ml管径的一次性专用冲洗装置。

6.3.4.3 应先用生理盐水（大于导管加延长管容积2倍量）脉冲式冲管（禁止使用灭菌注射用水），再用生理盐水或肝素盐水（浓度为10u/ml，大于导管加延长管容积1.2倍量）正压封管。

6.3.4.4 双腔及多腔导管宜单手同时冲封管。

6.3.5 健康教育

6.3.5.1 指导患者及照顾者保持穿刺点及周围皮肤干燥、清洁，观察穿刺点有无出血、分泌物，周围皮肤及置管侧肢体有无红、肿、热、痛等表现。

6.3.5.2 告知患者及照顾者置管侧手臂可进行进食、刷牙、洗脸等一般性日常活动，宜使用海绵球进行握力锻炼。

6.3.5.3 告知患者及照顾者置管侧肢体禁止肩关节做大幅度甩手或向上伸展运动、提举超过5公斤的重物、盆浴、游泳、测血压及长期压迫。

6.3.5.4 告知患者及照顾者定期预约居家维护或到医院维护，无菌透明敷料及输液接头应至少每7天更换一次；纱布敷料至少每2天更换1次；穿刺部位发生渗液、渗血或敷料出现卷边、潮湿、污染、完整性受损时应立即更换。

6.3.5.5 指导患者或照顾者异常情况处置，包括以下几点：

- a) 导管部分脱出时，不得将脱出导管重新插回，应使用胶布固定导管，并联系专业人员。
- b) 导管完全脱出时，应使用无菌或清洁物品立即按压穿刺口，携带导管至具备相应资质的医疗机构处理。
- b) 出现置管侧肢体明显肿大伴有疼痛时，应抬高患肢并制动，避免热敷、按摩、压迫，及时联系专业人员或就医处理。

6.3.6 紧急情况处理

6.3.6.1 维护过程中发现导管推注有阻力或不畅，可改变患者体位或指导咳嗽、深呼吸调整导管位置，不应强行冲洗静脉导管。宜咨询上级医护人员，仍无法处理时应协助就医。

6.3.6.2 发现患者皮肤损伤，可使用纱布或不含特异性过敏原的敷料覆盖，不得在穿刺部位涂抹外用药物。

6.3.6.3 发现可疑导管相关性静脉血栓形成时，应协助患者尽快就医处理。

6.3.7 经外周置入中心静脉导管居家护理技术流程见附录D。

6.4 气管切开套管

6.4.1 专科评估

6.4.1.1 应评估患者气管切口情况、导管类型、呼吸状态，咳嗽情况、呛咳反应程度及松紧带固定情况，痰液颜色、性质、量及黏稠度等。

6.4.1.2 应评估操作禁忌证，如气管切口出血和/或严重感染、呼吸困难等。

6.4.2 消毒

6.4.2.1 消毒频率应每日 ≥ 2 次。

6.4.2.2 气管切开口可用生理盐水清洗后，再用75%乙醇或碘伏消毒周围皮肤和套管翼。消毒面积为气管切口周围 15cm^2 。清洁伤口应自内向外，感染性伤口自外向内消毒。

6.4.2.3 气管套管垫应选择无菌纱布或医用气切泡沫敷料。

6.4.2.4 煮沸消毒法适用于金属气管套管，浸泡消毒法适用于各种材质气管套管。常用气管内套管消毒方法见附录E。

6.4.3 更换内套管

6.4.3.1 应先固定外套管底板取出内套管，再将已消毒好的内套管放入外套管内。

6.4.3.2 用绑带固定套管，松紧度以能容纳一指为宜。

6.4.4 健康教育

6.4.4.1 指导患者及照顾者宜在室内放置温湿度计，保持室温 $20^{\circ}\text{C}\sim 26^{\circ}\text{C}$ 、湿度 $60\%\sim 70\%$ ；宜每日开窗通风4次 ~ 6 次，每次30分钟；保持居家环境清洁卫生，湿性打扫，不养宠物；有条件者可选灭菌型静电空气净化器。

6.4.4.2 天气干燥季节或出现痰液干结，可使用 0.45% 或 0.9% 氯化钠溶液经雾化器进行患者气道湿化。涉及用药的应咨询执业医师。

6.4.4.3 告知患者及照顾者不得进行游泳、冲浪等运动，沐浴时防止水进入气管套管内。

6.4.4.4 告知患者及照顾者外出时使用专用防护罩遮盖套管口，防止异物、灰尘吸入。

6.4.4.5 告知患者及照顾者绑带被血液、痰液污染或潮湿时，应尽早更换。

6.4.4.6 指导患者及照顾者异常情况处置，包括以下几点：

- a) 气管套管阻塞致患者呼吸不畅或困难时，取备用内套管更换或取出内套管洗净、消毒并用生理盐水冲洗后再插入。
- b) 患者气管套管脱出时宜先将管芯放入外套管，再顺气管窦道重新置入气管套管。自行置管困难时，应立即就医。
- c) 发现患者脓痰增多、切口渗出液增加时，应及早就医。
- d) 气管套管内如有食物咳出或吸痰时吸出食物时，应暂禁食并就医。
- e) 患者痰液中带少量血丝或切口周围少许渗血时应细致观察渗血量及速度，出现鲜红色痰液、切口敷料渗湿、持续渗血或不能自行判断时应及时就医处理。

6.4.5 紧急情况处理

6.4.5.1 操作过程中患者突发呼吸不畅或困难，先判断原因，内套管堵塞者即取出内套管；外套管或下呼吸道堵塞时滴入湿化液并进行深部吸引；外套管脱出者应立即协助就医。

6.4.5.2 患者出现活动性出血、居家无法救护情形或无法判断的异常情况，应立即协助就医。

6.4.6 气管切开套管居家护理技术流程见附录F。

7 护理记录

- 7.1 应记录患者信息、评估结果、导管基本信息、护理简要过程，宜在操作结束后6小时内完成。
- 7.2 应做好特殊情况记录，包括患者病情变化、意外处理、纠纷争执及处理情况等。
- 7.3 对有需要的患者，宜做好必要的随访跟踪记录。
- 7.4 宜采用结构化的电子版记录，长期保存并形成患者档案。

附录 A

(资料性)

留置胃管居家护理技术流程

留置胃管居家护理程序按图 A.1 的步骤及要求进行。

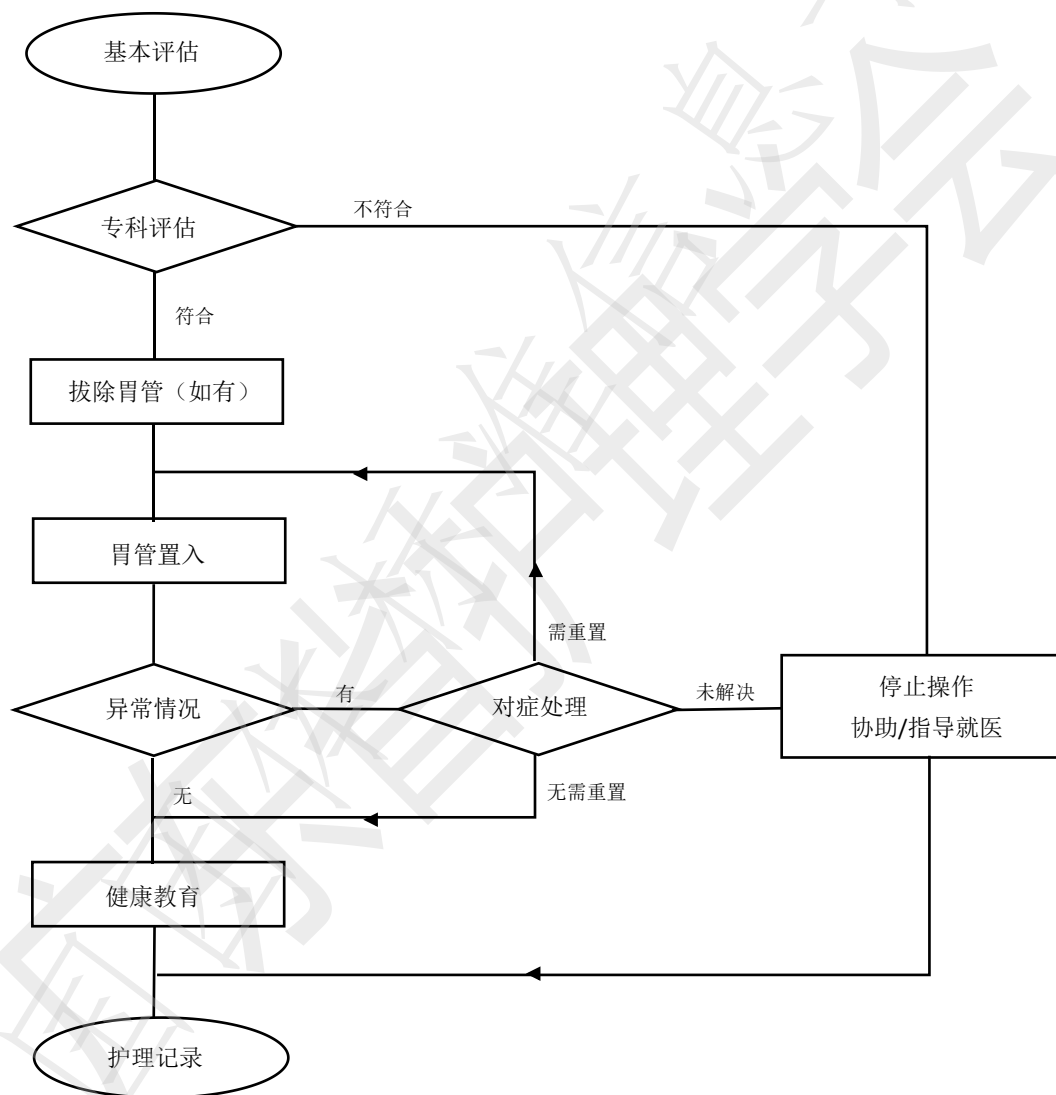


图 A.1 留置胃管居家护理技术流程

附录 B
(资料性)
导尿管分类

导尿管分类见表 B.1。

表 B.1 导尿管分类

类别依据	导管名称及适用范围
管腔	1. 单腔导尿管：一般用于间歇性导尿、膀胱尿标本留取、膀胱内药物灌注等。 2. 双腔导尿管：用于引流尿液，气囊腔注水固定，引流腔引流尿液。 3. 三腔导尿管：常用于膀胱冲洗，气囊腔注水固定，引流腔引流尿液，冲洗腔连接膀胱冲洗器。
材质	1. 聚氯乙烯（PVC）材料导尿管：多用于间歇性导尿。 2. 乳胶导尿管：局限于短期留置导尿<2周的患者。 3. 硅胶导尿管：适合长期使用，可应用于预期留置导尿管>2周的患者。 4. 抗菌涂层导尿管：不推荐常规使用，导管相关性尿路感染可考虑使用，但仅适用于短期导尿的患者。 5. 亲水涂层导尿管：具有良好的亲水性，含有邻苯二甲酸酯，孕妇患者限制使用。
型号	1. 儿童尿管：使用 F6~F10 导尿管，长度≤25cm。 2. 成人尿管：一般使用>F10 导尿管，长度 35cm~40cm。
尖端形态	1. 直头导尿管：用于常规留置导尿。 2. 弯曲尖端导尿管：用于前列腺增生症者。

附录 C

(资料性)

留置尿管居家护理技术流程

留置尿管居家护理程序按图 C.1 的步骤及要求进行。

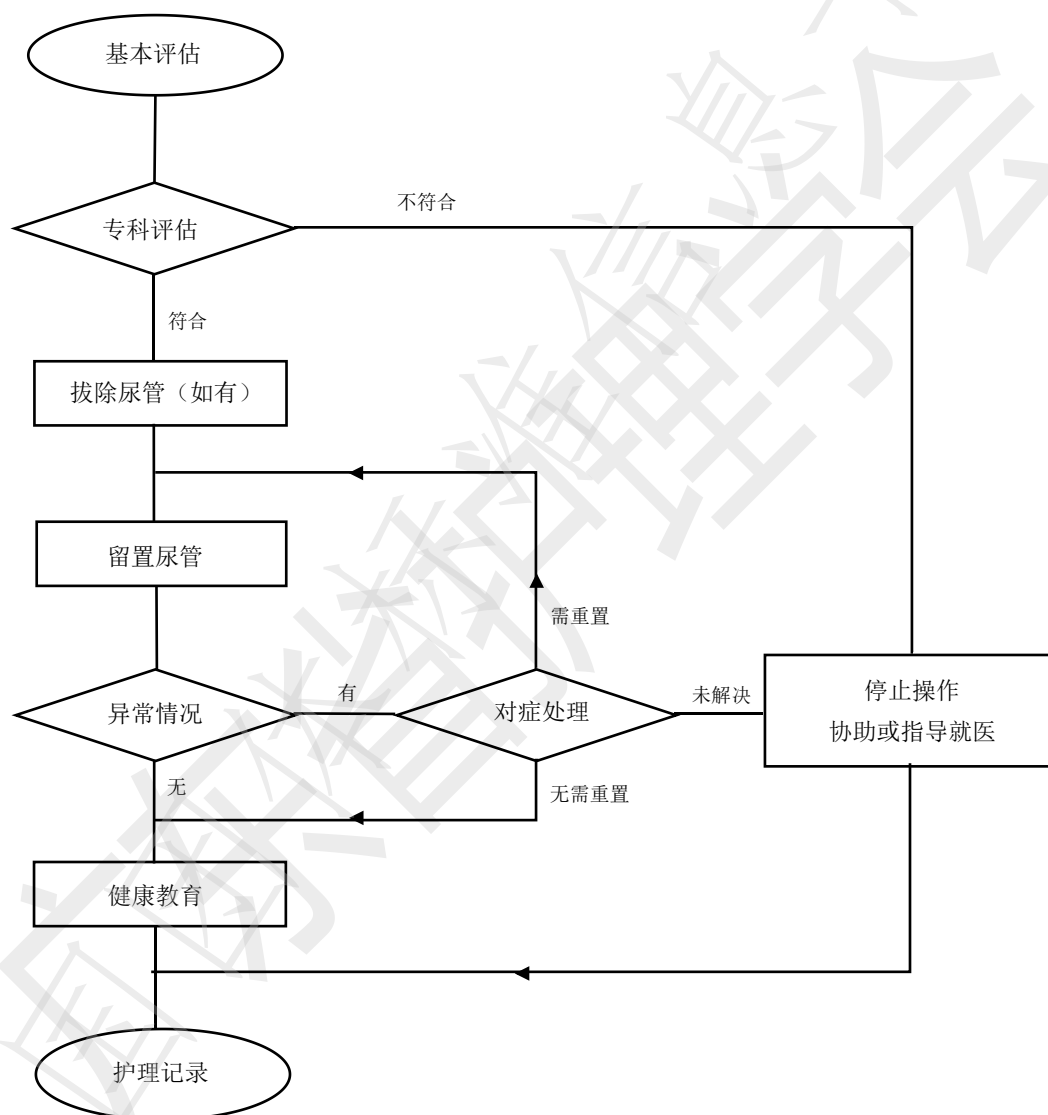


图 C.1 留置尿管居家护理技术流程

附录 D

(资料性)

经外周置入中心静脉导管居家护理技术流程

经外周置入中心静脉导管护理程序按图 D.1 的步骤及要求进行的。

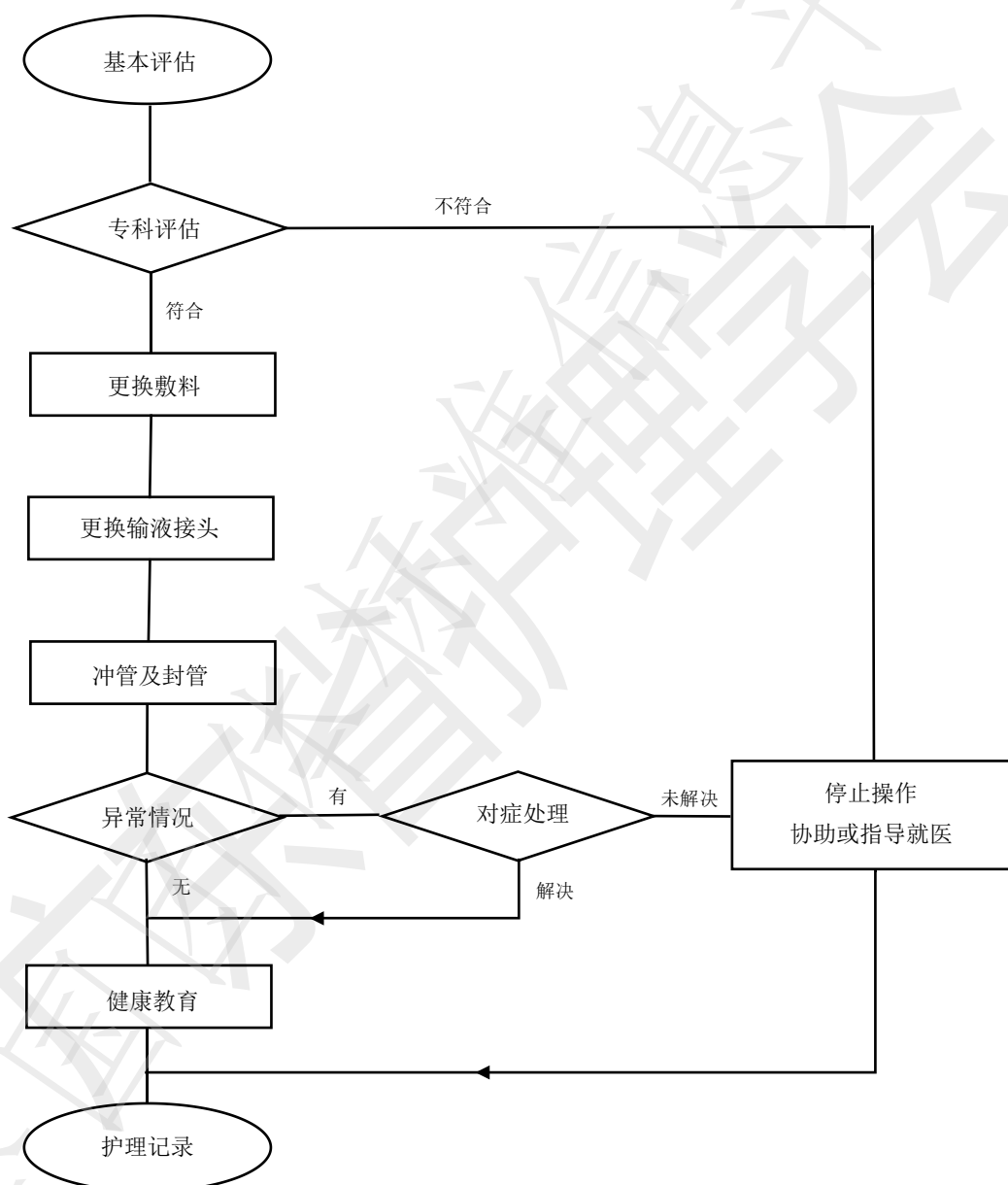


图 D.1 留置尿管居家护理技术流程

附录 E
(资料性)
气管内套管消毒方法

气管内套管消毒方法见表 E. 1。

表 E. 1 气管内套管消毒方法

套管类型	消毒方式	操作流程
耐湿、耐热 套管（如金 属套管等）	煮沸 消毒法	1. 戴一次性清洁手套，双手操作取出内套管； 2. 放入专用耐高温容器内，干净水煮沸 3 分钟~5 分钟，便于刷洗痰痂； 3. 用专用刷子在流动水下清洗内套管内外壁，对光检查内套管清洁无痰痂附着； 4. 内套管再次放入干净水中，煮沸时间≥ 15 分钟，确保煮沸后再计时，海拔高的地区需要延长煮沸时间； 5. 内套管干燥、冷却后立即放回外套管内。
其他材质 套管	浸泡 消毒法	1. 戴一次性清洁手套，双手操作取出内套管； 2. 用多酶稀释液浸泡 3 分钟~5 分钟，使内套管便于刷洗； 3. 用专用刷子在流动水下清洗内套管内外壁，对光检查内套管清洁无痰痂附着； 4. 内套管完全浸没于装有消毒液的容器中，加盖浸泡至规定时间； 5. 消毒后用生理盐水、无菌水、蒸馏水或冷开水彻底冲洗干净，干燥后立即放回外套管内。

附录 F

(资料性)

气管切开居家护理技术流程

气管切开居家护理程序按图 F.1 的步骤及要求进行。

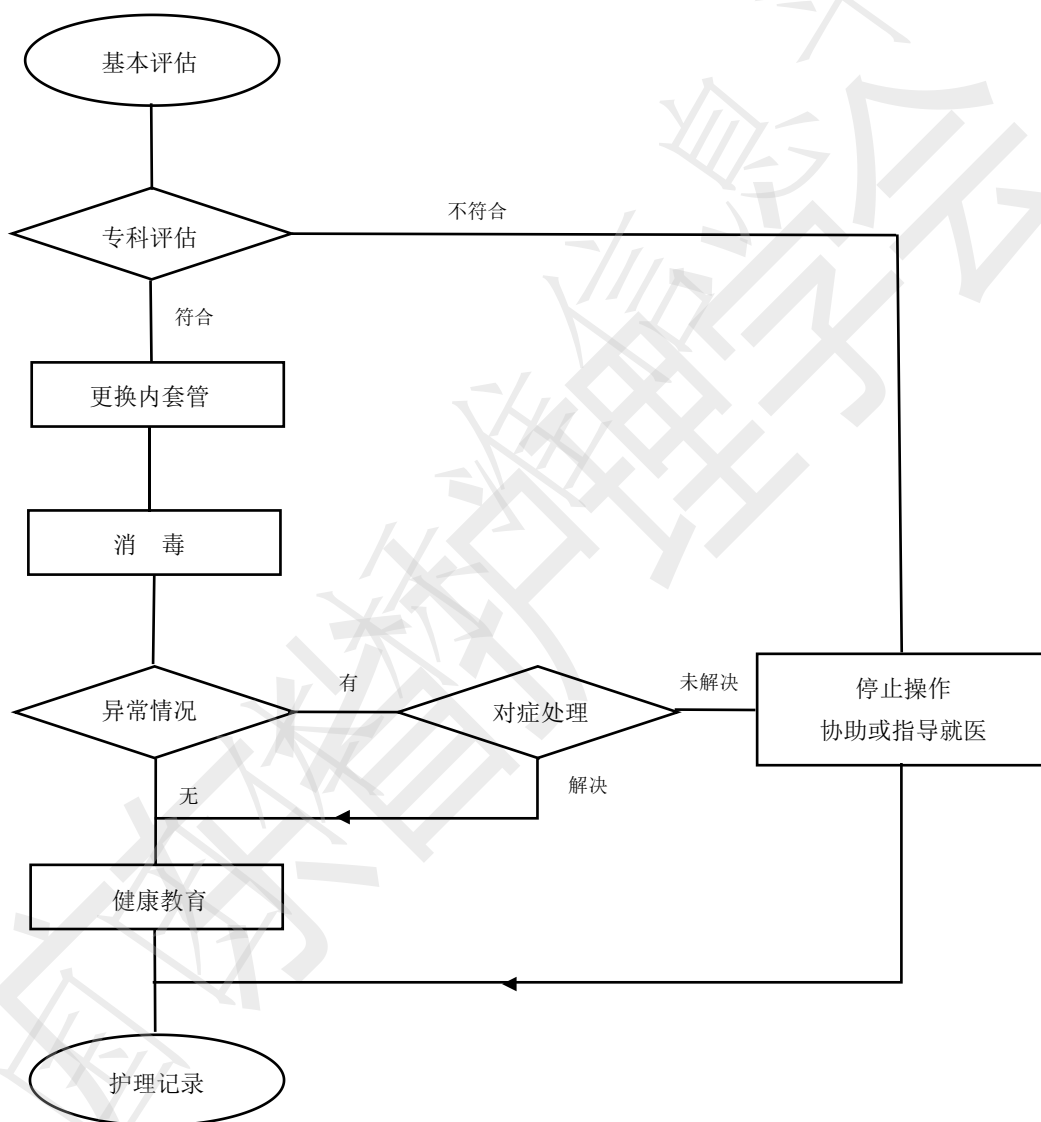


图 F.1 气管切开居家护理技术流程

参 考 文 献

- [1] 粤卫函〔2019〕495号：广东省卫生健康委员会 广东省市场监督管理局 广东省医疗保障局 广东省中医药局关于印发《广东省开展“互联网+护理服务”试点工作实施方案》的通知。
https://wsjkw.gd.gov.cn/gkmlpt/content/2/2268/mmpost_2268434.html#2532
- [2] 曹梅娟,王克芳.新编护理学基础第4版[M].北京：人民卫生出版社,2022:398-402.
- [3] 李小寒,尚少梅.基础护理学第7版[M].北京：人民卫生出版社,2022:284-289.
- [4] 秦月兰,石泽亚,石小毛.互联网+护理服务实践指南[M].湖南：科学技术出版社,2022:332-338.
- [5] 王亚运,文雪柯,冯静洁,杨庆庆,蔡久梅,姚青芳,杨光会.脑卒中病人留置鼻胃管护理最佳证据总结[J].循证护理,2024,10(1):26-34.
- [6] Reid S, Brocksom J, Hamid R, et al. British Association of Urological Surgeons (BAUS) and Nurses (BAUN) consensus document: management of the complications of long-term indwelling catheters. BJU Int. 2021;128(6):667-677.
- [7] 蓝丽、黄小萍.泌尿外科专科护士规范化培训教程[M].广州：中山大学出版社,2023:197-201.
- [8] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.WS/T 433-2023 静脉治疗护理技术操作标准[S].2023. <http://www.nhc.gov.cn/fzs/s7852d/202309/5a9febf13a91445a9b>.
- [9] 中华护理学会静脉输液治疗专业委员会.静脉导管常见并发症临床护理实践指南[J].中华现代护理杂志,2022,28(18):2381-2395.
- [10] Gao P, Zhao M, Cao J, Bai J. The impact of internet multidisciplinary continuity care on the living quality of home-based patients with malignant tumors undergoing PICC catheterization. Am J Transl Res. 2024;16(8):4001-4010. Published 2024 Aug 15.
- [11] Sharp R, Xu Q, Pumpa R, et al. Supportive care needs of adults living with a peripherally inserted central catheter (PICC) at home: a qualitative content analysis. BMC Nurs. 2024;23(1):4.
- [12] 席淑新,赵佛容.眼耳鼻咽喉口腔科护理学第4版[M].北京：人民卫生出版社,2021:468-474.
- [13] Tracheostomy care at Home.National Tracheostomy SafetyProject. Accessed August 28,2024,from http://www.tracheostomy.org.uk/Home_Care_for_Adults_with_Tracheostomies-American_Thoracic_Society.