

ICS 03.080

A 16

# 团 体 标 准

T/HDYL 004-2019

---

## 护理服务规范

Specification for nursing services

2019-12-01 发布

2020-02-01 实施

---

北京市海淀区养老服务管理协会 发布

## 目 录

前 言	3
1 范围	4
2 规范性引用文件	4
3 基本要求	4
4 操作方法	4
5 质量控制	19
6 服务评价与改进	19
附录 A(规范性附录):护理服务记录表	21
附录 B(规范性附录):老人当日状况记录表	22
附录 C(规范性附录):服务满意度调查表	23
附录 D(规范性附录):护理缺陷登记及整改落实表	24

## 前 言

本标准按照 GB/T 1.1 给出的规则起草。

本标准由北京市海淀区养老服务管理协会提出并归口。

本标准起草单位：北京市海淀区民政局、北京市海淀区凤凰职业技能培训学校。

本标准主要起草人：李杰、赵迎春、翟志涛、李敬昂。

全国团体标准信息平台

# 护理服务规范

## 1 范围

本标准规定了养老机构护理服务的基本要求与操作方法。

本标准适用于北京市海淀区养老服务管理协会会员单位及相关养老机构。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件；凡是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。

DB11/T 148-2017 养老机构服务质量规范

## 3 基本要求

- 3.1 提供服务的人员可由医务工作者、居家养老护理员等服务人员组成，持有相关资格证书，并定期参加职业技能培训，具备护士执业资格的应每年完成继续教育学分。
- 3.2 服务前应充分了解老年人的身体状况及家庭状况，根据老年人的服务需求，制定恰当的服务计划，按照服务内容提供服务。
- 3.3 上门服务前应与老年人或其家属取得联系，征得同意后方可上门。
- 3.4 上门服务时要出示工作证等证件。
- 3.5 服务人员应仪表端庄，服装整洁，文明礼貌，必要时自备鞋套。
- 3.6 进入老年人家庭后应先洗手，再提供服务。
- 3.7 操作环境应安全、清洁。操作需暴露或部分暴露老年人身体时，室温不宜低于 24℃，操作前应关闭门窗，操作后开窗通风。
- 3.8 操作过程要严格按照标准流程，确保老年人的安全与舒适。
- 3.9 独立上门服务时要预判可能发生的意外情况并做好应对策略。
- 3.10 对于上门服务过程中所了解到的老年人家庭隐私要严格保密。
- 3.11 完成服务后做好相关服务记录（见附录 A、附录 B）。

## 4 操作方法

### 4.1 更换纸尿裤

- 4.1.1 选择适合老年人身体大小的纸尿裤。
- 4.1.2 护理员将水盆、毛巾放在床旁座椅上。
- 4.1.3 协助老年人取平卧位，解开纸尿裤粘扣，将前片从两腿间后撤。

4.1.4 双手分别扶住老年人的肩部、髋部翻转老年人的身体呈侧卧位，将污染纸尿裤内面对折于臀下。

4.1.5 观察老年人会阴部及臀部皮肤状况；在水盆中浸湿并拧干毛巾，湿热毛巾擦拭会阴部及臀部。

4.1.6 将清洁纸尿裤前后对折的两片（紧贴皮肤朝内）平铺于老年人臀下，向下展开上片。

4.1.7 协助老年人翻转身体至平卧位，从一侧撤下污染纸尿裤放入污物桶，并拉平身下清洁纸尿裤，从两腿间向上兜起纸尿裤前片，整理纸尿裤大腿内侧边缘至服帖，将前片两翼向两侧拉紧，后片粘扣粘贴于纸尿裤前片粘贴区。

## 4.2 更换床单

4.2.1 协助老年人翻身侧卧至床的左侧（背向护理员）盖好被子，必要时对侧安装床档，从床头至床尾，松开近侧床单，将床单向上卷起直至入老年人身下。

4.2.2 取刷套套在床刷上，靠近床中线清扫褥垫上的渣屑，从床头扫至床尾，每扫一刷要重叠上一刷的 1/3，避免遗漏。

4.2.3 取清洁床单，展开近侧床单平整铺于床褥上，剩下的一半，塞于老年人身下，分别将近侧床单的床头床尾部分反折于床褥下，绷紧床单，在将近侧下垂部分的床单平整塞于床褥下。

4.2.4 将枕头移至近侧，协助老年人翻转身体侧卧于清洁大单上（面向护理员），盖好盖被。

4.2.5 护理人员转至床对侧，从床头至床尾松开床单，将床单向上卷起，再将污床单从床头、床尾向中间卷起放入污衣袋内。

## 4.3 会阴部冲洗

### 4.3.1 为女性老年人冲洗会阴部

a) 护理人员准备好所需用物，护理人员为老年人掀开近侧盖被下端，在臀下放置便盆（按照仰卧位或侧卧位放置便盆方法），戴好橡胶手套，协助老年人取仰卧屈膝位，盖被盖严远侧下肢，浴巾遮盖近侧肢体；

b) 护理人员戴好橡胶手套，一手持冲洗壶，一手拿毛巾，边冲边擦洗会阴部，从阴阜向下至尿道口、阴道口、肛门，边擦洗边转动毛巾，投洗毛巾分别擦洗大腿两侧腹股沟部位；

c) 撤去便盆，用毛巾擦干会阴部并检查会阴部皮肤情况。更换一次性尿垫，摘下一次性橡胶手套，撤下浴巾，为老年人盖好盖被；

d) 整理床单位，倾倒便盆，刷洗消毒备用。

### 4.3.2 为男性老年人清洗会阴部

a) 擦洗顺序：擦洗由尿道外口、阴茎、阴囊、腹股沟和肛门。随时投洗毛巾，直至清洗无味；

b) 其他操作同女性老年人擦拭操作。

#### 4.4 协助如厕

##### 4.4.1 半自理老年人如厕

a) 护理人员使用轮椅推行或搀扶老年人进入卫生间，协助其转身面对护理员，双手扶住坐便器旁的扶手。护理人员一手搂抱老年人腋下（或腰部），另一手协助老年人（或老年人自己）脱下裤子；

b) 双手环抱老年人腋下，协助老年人缓慢坐于坐便器上，双手扶稳扶手进行排便。老年人便后自己擦净肛门或身体前倾由护理人员协助用手纸擦净肛门。老年人自己借助卫生间扶手支撑身体（或护理人员协助老年人）起身，老年人自己（或护理人员协助）穿好裤子。按压坐便器开关冲水；

c) 能采取坐位但行走不便的老年人，护理人员可协助其在床旁使用坐便椅排便，方法同 a)。

##### 4.4.2 完全不能自理老年人如厕

###### 4.4.2.1 仰卧位放置便盆法

a) 护理人员协助老年人取仰卧位，掀开下身盖被折向远侧，协助其脱下裤子至膝部。叮嘱老年人配合屈膝抬高臀部，同时一手托起老年人的臀部，另一手将一次性护理垫垫于老年人臀下。再次要求老年人配合屈膝抬高臀部，同时一手托起老年人的臀部，另一手将便盆放置于老年人的臀下（便盆窄口朝向足部）；

b) 为防止老年人排尿溅湿盖被，可在会阴上部覆盖一张一次性护理垫；

c) 老年人排便后，护理人员一手扶稳便盆一侧，另一手协助老年人侧卧，取出便盆放于地上。取卫生纸为老年人擦净肛门。必要时用温水清洗肛门及会阴部并擦干；

d) 协助老年人卧位舒适，穿好裤子，整理床铺，协助老年人洗手。

###### 4.4.2.2 仰卧位放置便盆法

a) 护理人员将老年人裤子脱至膝部，双手扶住老年人的肩部及髋部翻转身体，使老年人面向自己呈侧卧位，掀开下身盖被折向自己一侧，暴露臀部，将一次性护理垫垫于老年人腰及臀下，再将便盆扣于老年人臀部（便盆窄口朝向足部），协助老年人恢复平卧位；

b) 老年人排便后，护理人员一手扶稳便盆一侧，另一手协助老年人侧卧，取出便盆放于地上。取卫生纸为老年人擦净肛门。必要时用温水清洗肛门及会阴部并擦干；

c) 协助老年人卧位舒适，穿好裤子，整理床铺，协助老年人洗手。

#### 4.5 开塞露的使用

4.5.1 使用前向老年人解释清楚本操作的流程。

4.5.2 护理人员协助老年人将裤子脱至膝部取左侧卧位，臀部靠近床边，臀下垫一次性尿垫。

护理人员拧开开塞露的盖帽，左手分开老年人臀部，右手持开塞露塑料壳球部，挤出少量药液润滑开塞露前段及肛门口，再将开塞露细管部分沿直肠壁插入肛门内，叮嘱老年人深吸气，用力挤压开塞露塑料壳球部，将药液全部挤入肛门内。退出开塞露塑料壳，同时左手取用卫生纸按压肛门 5 分钟。叮嘱老年人保持体位 10 分钟后再行排便。老年人主诉有便意识时，指导其深呼吸，提肛（收紧肛门）。10 分钟后护理人员协助老年人排便。

4.5.3 整理，记录使用开塞露的量及排便情况。

#### 4.6 膀胱冲洗

4.6.1 询问、了解老年人病情，向患者解释，取得合作。

4.6.2 了解老年人尿液的性状、有无尿频、尿急、尿痛、膀胱憋尿感，是否排尽尿液及尿管通畅情况。

4.6.3 进行核对，做好准备。

4.6.4 洗手，戴口罩。

4.6.5 将膀胱冲洗液悬挂在输液架上，将冲洗管与冲洗液连接，Y 形管一头连接冲洗管、另外两头分别连接导尿管和尿袋。连接前对各个连接部进行消毒。

4.6.6 打开冲洗管，夹闭尿袋，根据医嘱调节冲洗速度。

4.6.7 夹闭冲洗管，打开尿袋，排出冲洗液。如此反复进行。

4.6.8 在持续冲洗过程中，观察患者的反应及冲洗液的量及颜色。评估冲洗液入量和出量，询问老年人膀胱有无憋胀感。

4.6.9 冲洗完毕，取下冲洗管，消毒导尿管口接尿袋，妥善固定，位置低于膀胱，以利引流尿液。

4.6.10 协助老年人取舒适卧位。

#### 4.7 结肠造瘘护理

4.7.1 观察造口有无异常，结肠造口一般于术后 2~3 天，待肠蠕动恢复开放，造口开放前应用凡士林或生理盐水纱布外敷结肠造口，敷料渗湿后应及时更换，防止感染。观察肠段有无回缩、出血、坏死等现象。

4.7.2 造口开放当日：用 0.9%生理盐水溶液清洗造口，保护腹壁切口；造口扩张：造口开放后，即开始扩张，戴上手套，用示指涂以石蜡油，缓慢插入造口至 2~3 指的关节处，在造口内停留 3~5 分钟，开始时每日 1 次，7~10 天后改为隔日 1 次。

4.7.3 造口周围皮肤护理 指导患者用纱布或棉球以温开水清洗造口周围皮肤，由内向外擦，再彻底擦干，清洁完后还可以在造口周围涂以氧化锌油加以保护，可有效地防止造口周围皮肤病的发生。

4.7.4 正确选择造口袋 根据患者的造口情况、个人喜好、经济状况来选择不同类型的造口

袋，并告知患者当造口袋慢 1/3 时及时倾倒。

#### 4.8 更换尿袋、记录出入量

##### 4.8.1 更换尿袋

4.8.2 护理人员应仔细观察尿液颜色、性状、尿量。

4.8.3 打开尿袋放尿端口排空尿袋内余尿，关闭放尿端口。夹闭尿袋引流管上的开关。

4.8.4 撕开备好的尿袋外包装，内面朝上平铺在留置导尿管连接处下面。

4.8.5 戴手套，用止血钳夹住留置导尿管开口上端 3—5 厘米处，分离导尿管与尿袋。

4.8.6 取下尿袋，将连接尿管口端置于尿袋上卷起放置一旁。

4.8.7 用碘伏消毒导尿管口及外周。检查并旋紧待更换尿袋的放尿端口。取下新尿袋引流管端口盖帽，将引流管端口插入导尿管内。

4.8.8 松开止血钳，观察尿液引流情况。引流通畅，夹闭尿袋引流管上的开关，每 2 小时放尿一次。用别针将尿袋固定下床旁。

4.8.9 将更换下来的一次性引流袋、棉签、手套，放入黄色医疗垃圾袋内。（脱手套时不要污染其他物品），洗手，整理床铺。

##### 4.8.10 记录出入量

4.8.11 护理人员视线与尿袋中尿液液面平齐，读取液面所对刻度即为尿量。

4.8.12 将尿量、尿液颜色登记于登记表上，若有异常，应及时报告相关人员，必要时及时就医。

表 1 留置尿管老年人尿液观察登记表

时间	尿量	颜色	有无絮状物	异味

#### 4.9 高血压护理

##### 4.9.1 预防措施

- a) 劳逸结合，适当锻炼；
- b) 饮食调节；
- c) 限制钠摄入、增加钾盐摄入、减少饮酒或戒酒、减轻体重、预防便秘。

##### 4.9.2 生活照护

a) 合理饮食：高血压患者应选择低脂肪、低胆固醇、低盐、高维生素、高钙、高钾饮食。多食用蔬菜和水果，补充适量的蛋白质，避免过饱，少食多餐，戒烟酒及刺激性饮料；

b) 适当运动：运动可以调节心血管适应调节能力，稳定血压水平。较好的运动方式是低或中等强度的有氧运动，可根据年龄及身体状况选择慢跑、游泳或步行，每周 3-5 次，

每次 30-0 分钟；

c) 保持大便通畅：避免大便干燥。因排使用力可使血压升高，所以高血压患者应培养良好的每日定时大便的习惯；

d) 患者冬季外出注意保暖，防止寒冷诱发血压升高，避免在嘈杂环境中久留；

e) 注意安全：患者活动范围内应无障碍物，地面保持干燥，厕所有扶手；洗澡时，水温不宜过高，以免血压升高，要注意浴室通风；意识不清的患者要加床档防止坠床，患者抽搐时用牙垫于上、下磨牙之间防止唇舌咬伤，同时加强皮肤和口腔护理，避免口腔溃疡和压疮的发生。

#### 4.10 冠心病

##### 4.10.1 精神护理

护理人员必须随时了解病人的心理状态、性格特征、喜恶嗜好等，让患者保持乐观、松弛的精神状态，避免紧张、焦虑，情绪激动或发怒。

##### 4.10.2 饮食护理

健康的饮食习惯包括：戒烟、少饮酒；不饮浓咖啡和浓茶，生活规律，保证充足睡眠，注意保暖，预防上呼吸道感染等。

##### 4.10.3 运动护理

冠心病人在急性期应绝对卧床休息。恢复期进行适当运动。在护理中应根据患者的不同情况，对其运动的方法和运动量加以指导。根据患者的体质、病情以不感过度疲劳为宜。

##### 4.10.4 服药护理

药物治疗是促使冠心病康复的重要手段，但是在用药过程中有许多因素会影响到药物的疗效。但在执行医嘱的同时，护理人员应努力观察和避免其他因素对用药过程的干扰。

##### 4.10.5 日常生活护理

生活护理的内容主要有生活环境、睡眠等方面。良好的环境使病人精神愉快，促进病体恢复。注意病人的睡眠护理，不要夜间工作，养成规律性睡眠。

#### 4.11 脑卒中

##### 4.11.1 日常护理

a) 建立良好的生活方式，戒烟戒酒；

b) 注意病室内温度的相对恒定，注意保暖、不要受凉；

c) 有活动性义齿应取下保养清洁、昏迷及吞咽困难的患者进行口腔护理，每日 2 次，及时清除口腔分泌物；

d) 经常给患者变换体位和拍背，每 2 小时 1 次，以促进痰液排出，或用吸引器吸出呼吸道分泌物，痰液黏稠不易吸出可给予雾化吸入；

e) 对尿失禁或尿潴留者,应在严格无菌操作下留置导尿,保持导尿管通畅,每日更换尿袋,每日消毒尿道和会阴部,观察尿色、量,并作好记录;

f) 对于昏迷不能翻身的患者最好给予气垫床,床铺保持清洁柔软、干燥,每 2~3 次翻身拍背 1 次,动作要轻柔,不要拖、拉、推,以防擦伤皮肤;常擦身洗澡、更衣;

g) 对于发热者要注意有无中枢性发热,并要用冰帽、冰枕、物理降温、50%酒精多次擦洗皮肤,同时要注意生命指征变化,对血压高于 180 / 100mmHg 的患者,配合医生给予降压治疗;加强基础护理,防止并发症的发生。

#### 4.11.2 饮食调理

饮食中应有适当的蛋白质,动物蛋白质如蛋清,瘦的猪、牛、羊肉,鱼,鸡肉等。植物蛋白质如豆腐、豆浆、豆芽等,各种豆制品可降低胆固醇。多吃粗纤维食物、蔬菜、水果,保证每日有足够的水量,至少每 3 天 1 次大便。少吃油炸、油煎或油酥的食物,及猪皮、鸡皮、鸭皮、鱼皮等。烹调时宜多采用清蒸、水煮、凉拌、烤、烧、炖、卤等方式。

#### 4.12 糖尿病

##### 4.12.1 预防措施

4.12.2 定期检查:由于糖尿病在老年人中常出现非典型症状,而有些症状又易与其他病症相混淆,所以,应加强老年人糖尿病知识的宣传,40 岁以上应定期检查。

4.12.3 坚持锻炼:老年人应保持健康、乐观情绪,每日坚持锻炼,如散步、慢跑、打拳等运动,可促进葡萄糖的利用,减少胰岛素需要量;

4.12.4 注意饮食:老年人适宜低糖饮食,食物含一定量的粗纤维,控制总热量及脂肪,限制高胆固醇类食物,调整理想体重防止肥胖,预防糖尿病的发生。

#### 4.13 肺部感染

4.13.1 方法:氧气雾化吸入,直至雾化液吸完。严重呼吸困难患者进行雾化治疗时,守护在身边,密切观察患者吸入情况,一旦痰液稀释,痰量增多而无力咳出,及时协助清除痰液,避免窒息的发生。

4.13.2 氧气的温化与湿化。长时间地吸入常规湿化的氧气,易出现气道干燥,痰液变稠,甚至形成痰栓阻塞气道。

4.13.3 补充水分,患者表现为呼吸加快,张口呼吸,使部分水分经呼吸道散失。患者多饮水(少量多次,每次约 30~50 ml,10~20 min 饮水 1 次),并给予静脉补液,以增加体内水分,防止气道干燥及痰液黏稠加重肺部感染,而收到较好的效果。

4.13.4 定时翻身(“翻”)在湿化痰液的同时,对患者采取了每 1~2 h 翻身一次,翻身时,宜缓慢进行,同时配合拍背,咳痰,将患者逐步翻至所需体位。

4.13.5 叩击背部(“拍”)通过叩击震动患者背部,间接地使附着在肺泡周围及支气管壁

的痰液松动脱落。拍背方法：将五指并拢，掌指关节屈曲呈 120°，指腹与大小鱼际着落，利用腕关节用力，由下至上，自边缘到中央，有节律的叩拍患者背部，同时嘱患者深呼吸。

4.13.6 有效排痰（“咳”） 经过上述三项措施，痰液大多已从肺泡周围进入气道，此时鼓励并指导患者进行有效的咳嗽排痰。嘱患者深呼吸，在呼气约 2/3 时咳嗽，重复数次，因深呼吸时可带出少量肺底分泌物，配合咳嗽可产生痰液运动及咳出效果。

4.13.7 饮食管理 嘱患者在痰多、黏稠时，一定要多食蔬菜、水果，少食鱼、肉，每天大便一次。教给患者家属做治疗膳食。

4.13.8 心理分析 抑郁、焦虑、紧张的心理不利于痰液的排出。对患者由于病程长，对治疗缺乏信心，对痰液引流存在恐惧心理。

4.13.9 环境舒适 安静、舒适的环境有利于疾病的恢复每天进行室内通风一次(15~20min)，保持在 20℃，湿度 60%。给患者创造一个舒适安静的环境，让患者感到温暖，增加战胜疾病的信心。

#### 4.14 肌肉萎缩

4.14.1 肌肉萎缩的护理首先是要做到保持乐观愉快的情绪。较强烈的长期或反复精神紧张、焦虑、烦躁、悲观等情绪变化，可使大脑皮质兴奋和抑制过程的平衡失调，使肌跳加重，使肌肉萎缩发展。

4.14.2 合理调配饮食结构也是属于肌肉萎缩的护理方式之一。肌肉萎缩患者需要高蛋白、高能量饮食补充，提供神经细胞和骨骼肌细胞重建所必需的物质，以增强肌肉萎缩患者的肌力、增长肌肉，早期采用高蛋白、富含维生素、磷脂和微量元素的食物，并积极配合药膳禁食辛辣食物，戒除烟、酒。这些都是肌肉萎缩的护理中需注意的事项。

4.14.3 肌肉萎缩患者需做到劳逸结合。肌萎缩患者需要高蛋白、高能量饮食补充，提供神经细胞和骨骼肌细胞重建所必需的物质，以增强肌力、增长肌肉，早期采用高蛋白、富含维生素、磷脂和微量元素的食物，并积极配合膳食，如莲子心、陈皮、太子参、百合等，禁食辛辣食物，戒除烟、酒。

4.14.4 胃肠炎可导致肠道菌种功能紊乱，尤其病毒性胃肠炎对脊髓前角细胞有不同程度的损害，从而使肌萎缩患者肌跳加重、肌力下降、病情反复或加重。特别是球麻痹患者易并发肺部感染，如不及时防治，预后不良，甚至危及患者生命。

4.14.5 肌萎缩患者维持消化功能正常，是康复的基础。

#### 4.15 压疮

##### 4.15.1 翻身预防压疮

4.15.2 护理员将手伸进盖被内轻握老年人近侧手臂放于近侧枕边，远侧手臂放于胸前，在盖被内将远侧下肢搭在近侧下肢上，护理员双手分别扶住老年人的肩和髋部向近侧翻转，使

老年人呈侧卧位，双手环抱住老年人的臀部移至床中线的位置。

4.15.3 在老年人胸前放置软枕，上侧手臂搭于软枕上，上侧小腿中部垫软枕，保持体位稳定舒适。

4.15.4 掀开老年人背部盖被，检查背臀部皮肤情况。

4.15.5 护理员用温热毛巾擦拭老年人的背臀，拉平上衣，用软枕支撑背部，盖好盖被，整理床铺。

4.15.6 身体受压部位有效减压：长期卧床的老年人，可使用交替式充气床垫（褥疮垫），使身体受压部位交替着力，从而延长翻身间隔时间，一般情况下每 4 小时翻身一次；坐轮椅的老年人，轮椅座位上需增加 4-5 厘米厚的海绵垫，并且每 15 分钟抬起身体一次，变换身体着力点。

#### 4.16 骨折

4.16.1 骨折临时固定

4.16.2 上肢骨折：肱骨骨折，前臂骨折。

4.16.3 髋部骨折：使老年人平躺，用绷带“8”字形包扎髋关节，将夹板放于老年人身体两侧，再用绷带将身体与夹板多处缠绕固定。

4.16.4 腿部骨折：用绷带包扎腿部骨折部位，用绷带将腿部与夹板多处缠腰固定，防止关节活动。

4.16.5 踝部骨折：用绷带“8”字包扎踝部隔着部位，后将腿部与夹板固定，防止关节活动。

4.16.6 固定操作要求：如有伤口，应先止血、包扎，然后再固定骨折部位；夹板不可与皮肤直接接触，其间应垫棉花或其他物品，尤其在夹板两端、骨突出部位和悬空部位应加厚衬垫，防止受压或固定不妥；在处理开放性骨折时，不可把刺出的骨端送回伤口，以免造成感染；肢体骨折固定时，一定要将指（趾）端露出，以便随时观察末梢血液循环情况，如发现指（趾）端苍白、发冷、麻木、疼痛、浮肿或青紫，说明血运不良，应松开重新固定。

#### 4.17 关节置换

4.17.1 术后严密观察生命征变化，注意有无心肺功能异常、休克、失血及髋关节脱位等症状，有异常时及时报告医师处理。

4.17.2 疼痛护理：人工髋关节置换术对机体的创伤较大，在麻醉作用消失后病人即感到切口疼痛，并可持续 72 小时甚至更长。有效解除病人疼痛，可保证睡眠和良好的心里状态。常使用镇静剂或止痛剂。

4.17.3 体位护理：术后患肢置于髋关节外展 10~30 度、屈曲 10~15 度中立位，术后患肢膝关节下垫一软枕防患肢过度屈曲和伸直；患肢穿“丁”字鞋或抗外旋石膏固定，防止患肢外旋；双腿间放一楔型软枕，防患肢内收。同时忌双腿交叉和盘腿的动作，以防人工假体

脱位。翻身时要保持髌部和膝部在同一水平线上，防止髌关节内收、内旋。

4.17.4 伤口负压引流管护理：伤口置负压引流管的目的是吸出人工关节周围残留积血，以减少伤口血肿形成，减少感染机会。护理时应注意：

- a) 保持引流管的负压状态和引流通畅；
- b) 观察引流液的颜色、性质和量，正常 50~250 ml/d，色淡红，若引流液 $\geq$ 300 ml/d，色鲜红，应及时处理；
- c) 引流管的位置应低于切口位置 30 cm，以防伤口逆行感染；
- d) 24h 引流液 $<$ 50ml 时，可拔出引流管。

#### 4.18 骨质疏松

4.18.1 饮食护理：患者必须建立合理的饮食结构，多食用含钙丰富的食物，主要有牛奶、奶制品、大豆、豆制品、虾皮，每日饮牛奶二杯。多食含维生素 D 的食物如蘑菇、鱼。多食用含维生素 C 的食物如新鲜水果、蔬菜以及黑木耳、松仁、板栗、香菇等。荤素结合，减少糖、盐摄入。荤素搭配，可保证营养成分的均衡。饮食护理是否恰当，对患者的康复影响重大。

4.18.2 功能锻炼：太极拳、散步等是老年骨质疏松患者的最佳运动锻炼方式。帮助患者增加户外活动，接受紫外线照射，有利于皮肤合成维生素 D，促进钙质在骨骼中沉积。平时可藉一些简单自我训练，加强肌肉功能。对骨质疏松患者的骨折更应注意早期功能锻炼。

4.18.3 药物止痛：疼痛明显或有骨折的病人应卧硬板床休息，给予消炎止痛药并对症处理结合中药热敷、理疗。平时增加钙片、维生素 D、雌激素的补充。

#### 4.19 帕金森

4.19.1 做好个人卫生，保持会阴部清洁，必要时保留导尿。

4.19.2 食物应以细软、容易消化的粥为主，严重进食困难者，给予鼻饲。饮食清淡、少盐，避免辛辣刺激。

4.19.3 功能训练，根据患者的病情，制定功能训练计划并实施。创造良好的环境，使患者获得最佳身心状态。

4.19.4 重视陪护，强调陪护职责，宣教注意事项；对伴有抑郁、幻觉的病人重点巡视，密切观察自杀的先兆征象，加强运动安全防护，防止摔伤、烫伤及其他损伤；床铺加用防护栏，防止坠床等意外。

#### 4.20 眼内给药

4.20.1 护理员洗净双手并向老年人解释本操作的目的和配合的方法。

4.20.2 协助老年人取仰卧位或坐位，先用棉签拭净眼部分泌物，嘱老年人头略后仰，眼往上看，拔开瓶塞，应将瓶塞侧面或瓶塞向上，最好将其置放于一张干净纸或器皿上。

4. 20. 3 护理人员左手（或用干净棉签）向下轻轻拉下老年人的眼睑并固定，将眼药膏瓶口垂直向下，并用手轻轻地挤出些许眼药膏，挤出的眼药膏呈一条细直线状。

4. 20. 4 从外眼角方向顺眼裂水平挤在下眼睑结膜与眼球结膜交界处。先使下睑恢复原位，再轻提上眼睑，使结膜囊内充盈眼药膏。滴药完毕，嘱老年人闭上眼睛，轻轻转动眼球，用消毒棉签为老年人拭去眼部外溢眼药膏，将用过的消毒棉签放入污物杯内。

#### 4. 21 鼻腔给药

4. 21. 1 护理员洗净双手并告知老年人操作目的及如何配合，滴药前，护理人员协助老年人将鼻涕等分泌物排除，并擦拭干净。

4. 21. 2 护理人员协助老年人平卧位，头尽量向后仰。

4. 21. 3 嘱咐老年人先吸气，然后滴入药液 2-3 滴，注意滴鼻剂瓶口不要碰到鼻粘膜。

4. 21. 4 滴药完毕，护理人员用手轻轻地揉按鼻翼两侧，使药液能均匀地渗到鼻粘膜上并询问观察老年人有无不适。

#### 4. 22 耳内给药

4. 22. 1 护理人员准备好用物，洗净双手，向老年人解释操作的目的以及如何配合，

4. 22. 2 护理人员协助老年人取坐位或半卧位，头偏向一侧，使患侧耳在上，健侧耳在下，用棉签将耳道内分泌物反复清洗至干净，用干棉签拭干。

4. 22. 3 护理人员用左手将老年人耳廓向后上方轻轻牵拉，使耳道变直，用右手持要药瓶，将掌跟轻置于耳旁。将药物沿耳道后壁滴入耳道内 5-10 滴（或遵医嘱）。

4. 22. 4 护理人员协助老年人轻轻压住耳屏，使得药液充分进入中耳，或用消毒棉球塞入外耳道，以免药液流出。随时询问、观察老年人有无不适。

4. 22. 5 协助老年人取舒适位，清理用物，处理污物，洗手，记录。

#### 4. 23 胰岛素皮下注射

4. 23. 1 先抽短效胰岛素，再抽中、长效胰岛素，原因在于中、长效胰岛素中含有鱼精蛋白锌，若先抽会污染瓶内的短效胰岛素。

4. 23. 2 使用前上下颠倒摆动注射笔至少 10 次，直至胰岛素呈均匀的白色混悬液；消毒瓶塞，安放笔用针头。

4. 23. 3 注射前请先尽量排气泡：调节所需的胰岛素剂量，注射胰岛素：注射完毕后，将针头取下，安全正确处理。

4. 23. 4 每次注射应更换针头，否则将出现以下危害：胰岛素漏出、气泡产生、改变胰岛素浓度、堵塞针尖、注射剂量不准。

#### 4. 23. 5 注射方法

正确选取注射器材，清洁双手，抽取胰岛素正确选取注射部位，并给予效毒（从内向外）

轻捏皮肤，以  $45^{\circ}$ — $90^{\circ}$  角刺入注射在 3—5 秒内完成目前主张的注射方法为针与皮肤呈  $90^{\circ}$  角刺入，较瘦患者或儿童患者可适量减少注射角度。刺入皮肤与拔针宜快，可减少疼痛。

#### 4.23.6 注射部位

短效：腹部 中、长效：大腿 预混：早晨：腹部 晚上：大腿 如您使用胰岛素笔，为操作方便，建议选择腹部及大腿外侧。

#### 4.24 血糖监测

4.24.1 用物放置床旁桌，核对血糖仪上的号码与试纸是否一致，打开血糖仪开关，将那个试纸的接触条朝上，插入测量口到底，正确调校血糖仪代码。

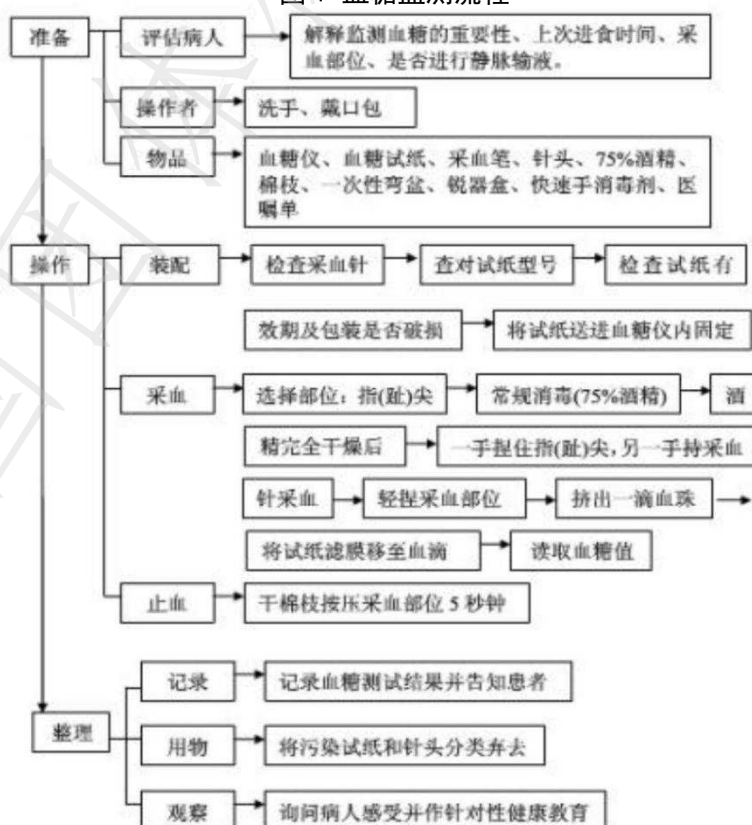
4.24.2 指导或协助老年人取合适体位，暴露并轻轻按摩指尖，消毒穿刺部位，然后插入采血针，卡紧采血笔后，将采血笔紧靠在手指一侧，按下按钮，获得圆形血滴。

4.24.3 接着将血滴轻触试纸顶部区域并滴入狭小通道内（采血笔不能接触到试纸的前部或后部并且要在地穴符号出现两分钟内滴血，否则血糖仪将自动关机必须取出试纸并插入血糖仪重新开始），5 秒种后读取测量结果并记录。

4.24.4 血糖异常时通知医生。指导老年人穿刺后按压 1-2 分钟，不能用力挤压穿刺部位。

4.24.5 协助老年人恢复舒适体位、整理床单元，并且正确处理使用后物品。将试纸条、采血针取出分别放入弯盘和利器盒内，关闭血糖仪，物归原处，洗手。

图 1 血糖监测流程



#### 4.25 胰岛素专用注射装置的使用

##### 4.25.1 准备

使用前须先仔细阅读诺和笔使用手册，掌握其操作要领。

##### 4.25.2 安装

首先要检查笔芯是否完整，诺和笔有无损坏，然后将笔芯按要求装入笔芯架，将机械装置与笔芯架拧紧，装上特制诺和针头，取下针帽待用。

##### 4.25.3 注射

注射部位选择与消毒同常规皮下注射；排气诺和笔芯可能含有气泡或使用期间也可能有少量空气存在，调拨剂量选择环在 2 单位位置，用手指轻弹笔芯架数次，推下注射推键，当有一滴胰岛素出现在针头时，即表示排气成功。如针头无胰岛素出现，则重复上述步骤，直至排气成功；剂量选择确定剂量选择环位置，选择所需注射的单位数；注射要点右手拇指压住注射推键，其余四指握住笔身，垂直进针，进针深度为诺和针头的 2/3，完全按下注射推键。注射后针头应留在皮下 6 秒钟以上，并继续按住推键，直至针头完全拔出，这样可以确保剂量准确，又可阻止体液流入针头或笔芯内。注射完毕，旋下诺和针，经戊二醛溶液浸泡消毒后丢弃。

#### 4.26 吞咽困难老年人服药

4.26.1 老年痴呆症患者由于认知能力、记忆力及自理能力减退，往往不能自行正确服药，需他人帮助，在给患者喂药时应注意以下几个问题。

4.26.2 防止患者发生呛咳、误吸、窒息：在给患者喂药时，应让患者处于站立位、坐位或是半坐位。在喂药过程中避免交谈或催促，喝水送服药片时嘱患者勿喝水过快过猛，对过大的或多角的药片应在不影响药物作用的情况下掰开药片分次服下。卧床、吞咽困难的患者，应该将药物磨成小粒或是溶解在水中，再让患者服下。夜间或睡眠中给药时，叫醒患者后再服药。吞服胶囊时用至少 60ml 温水送服，送服后嘱患者做 2 个空咽动作。

4.26.3 防止喂错药：把外观、颜色或名称相似的药物分开放置，内服、外用药物标注明显，分开放置，外用药禁止放在患者容易拿到的地方，要了解每种药物的用法、用量、注意事项及最简单的喂药方法。

4.26.4 避免烫伤患者：保持患者居室干净整齐，水杯应该放置在桌面中央或患者不能接触到的地方，热水瓶应该固定在不能被打翻的地方。喝水送服药片前应该先试水温，可以使用小勺子取水试，必要时可用温度计。

#### 4.27 煎煮中药

4.27.1 煎药容器以砂锅、搪瓷器皿为宜，严禁用铁器。

4.27.2 中药煎煮前应先用冷水浸泡 1 小时，用水浸过药面即可。

4.27.3 煎药时间应根据药性而定，一般药大火煮沸后，文火煨 30 分钟。解表药、清热药、芳香类药物不宜久煎，沸后煨 15 至 20 分钟。滋补药煮沸后，改用文火慢煎 40 至 60 分钟。煎药时最好搅拌药料 2 至 3 次。每剂中药一般煎煮二次，第二次煎煮时间可略短。

4.27.4 煎药量：每剂 100 毫升。

4.27.5 特殊药物的煎煮方法：

- a) 先煎药：煮沸 10 -15 分钟，再加入其他药同煎；
- b) 后下药：在一般药即将煎至预定量时，投入同煎 5 分钟即可；
- c) 溶化药：应在其他药煎至预定服药量，取药汁，微火煎煮，不断搅拌溶解即可；
- d) 冲服药：将冲服药调入煎好药汁或开水中冲服。

#### 4.28 叩背排痰

4.28.1 叩背前用听诊器听诊，了解患者肺部啰音的性质、部位，在啰音较强部位加长时间、加大力度叩背，对前后进行听诊比较。通过听诊了解到痰鸣音或湿啰音的部位与性质，增加相应局部叩背时的力度和时间，有的患者耐受时间较短，这样可以在患者能耐受的时间段内达到较好的效果。

4.28.2 应着重叩背部下方区域及下胸部等更易沉积液体的部位。如果已患肺炎，还应着重拍有病区域。

4.28.3 根据病情选择患者坐位或卧位，叩背时，应一手托患者胸部（或侧身躺在床上）头朝下趴在床上或抱起后置于操作者的双膝之间，根据体位引流原理，痰液栓子脱落后，比较容易进入大气道后顺利咳出。

4.28.4 两手手指并拢，手背隆起手指关节微屈，呈 120 度，指腹与大小鱼际着落，利用腕关节用力，由下至上，由两侧到中央，有节律地叩击患者背部持续 5~10 分钟。

4.28.5 手掌根部离开胸壁 3~5 厘米，手指尖部离开胸壁 10~15 厘米为宜。叩击时发出空而深的“啪、啪”声响，则表明手法正确。

4.28.6 可单手叩背，也可双手交替叩击。频率要快 100~200 次/分钟。一天应拍 3~5 次左右。

4.28.7 从物理学角度来看，频率越快，放在弹性表面的物体更容易跌落。如果频率太慢，对于排痰是没有效果的。

4.28.8 叩背力量应均匀。避开肩胛骨、脊柱，最好在雾化吸入后进行，对其排痰效果更好。雾化吸入将药液变成细微气雾，随着患者吸气而进入呼吸道，可以湿化呼吸道，稀释痰液，降低黏稠度，以利于排痰。

4.28.9 然后让患者进行有效咳嗽，咳嗽前嘱其深吸气后用力将痰液咳出。叩背同时要观察患者的反应，如果病人有耐受，可以适当增加叩背时间。

#### 4.29 氧气吸入

- 4.29.1 检查老年人鼻孔：用食指分别轻压老年人双侧鼻孔，检查是否柔软，有无硬结。（鼻中隔无弯曲，无硬结，无肿胀，鼻腔无损伤、无息肉）。
- 4.29.2 清洁老年人鼻孔：取一根棉签蘸蒸馏水或冷开水伸入一侧鼻孔约 2 厘米，紧贴鼻腔黏膜轻轻旋转，清洁鼻腔，同样方法清洁另一侧。
- 4.29.3 连接吸氧管，协助医护人员取氧气管与氧气流量表出口接头相连，将吸氧管单头插至流量表出口接头的底部。
- 4.29.4 检查氧气管路是否通畅，打开流量调节阀后，左手将吸氧管头贴近护理人员面部，感觉是否有气流吹出，将吸氧管头放入装有灭菌蒸馏水或冷水的杯中，观察是否有气泡冒出。
- 4.29.5 给氧固定。
- 4.29.6 遵医嘱旋转流量旋钮，调节氧流量，使流量表内浮球所指的刻度与医嘱规定的氧流量数字一致。
- 4.29.7 将双头插入老年人双侧鼻孔。
- 4.29.8 导管绕过老年人双耳下颌锁住，或至头顶锁住。
- 4.29.9 用别针将导管固定在床上。
- 4.29.10 观察老年人氧气吸入的效果，并记录时间、量等。

#### 4.30 家庭制氧机使用

- 4.30.1 将主机装轮作落地式或装挂架贴墙悬挂在室外，装上采气过滤器。
- 4.30.2 按需要在墙上或支撑物上钉上供氧器插扣板，然后挂上供氧器。
- 4.30.3 用输氧管连接供氧器出氧接口，把供氧器的 12V 电源线与主机的 12V 电源线连接，如多个供氧器串联，只需增用三通接头即可，把管线用线扣固定。
- 4.30.4 将主机的 220V 电源线插入墙上插座，供氧器红灯亮。
- 4.30.5 在湿化杯内加纯净水至指定位置。再把它装到供氧器出氧口上。
- 4.30.6 将输氧管套到湿化杯出氧口上。
- 4.30.7 按下供氧器启动按钮，绿色指示灯亮，制氧机开始进入工作状态。
- 4.30.8 按医生之医嘱，调节流量至所需位置。
- 4.30.9 按吸氧面罩或鼻吸管包装说明图解挂好鼻插管或戴好面罩吸氧。

#### 4.31 家庭雾化机的使用

##### 4.31.1 核对加药

护理人员对治疗单上的药品的用法，药品的量，给药的途径、给药时间、并检查药品质量。按医嘱抽药液，用蒸馏水稀释或溶解药物在 5 毫升以内，注入雾化器。

##### 4.31.2 连接氧源

- a) 连接雾化吸入器至氧源，注意各部位连接紧密，勿漏气；
- b) 调节氧流量为 6-8 升/分钟，注意氧气湿化瓶内不放水。

#### 4.31.3 实施雾化

护理人员协助老年人取坐位或半卧位。指导老年人自己手持雾化器，将吸气管放入口中，紧闭口唇，深呼吸，吸气后再屏气 1-2 秒，如此反复直到药液吸收完毕为止。

4.31.4 吸毕，取下雾化器，关闭氧源，嘱老年人漱口。

4.31.5 在氧气雾化吸入过程中，及时协助老年人翻身、扣背，随时注意观察老年人的呼吸情况，有无呼吸困难、能否耐受雾化吸入等，若发现异常应立即停止雾化吸入，并及时报告医护人员。

4.31.6 协助老年人躺卧舒适，清理用物，洗手，做记录。

### 5 质量控制

5.1 居家养老服务机构应按照 DB11/T 148-2017 的规定设立服务质量控制的责任部门，配备专职或兼职的服务质量控制人员，对服务提供的过程进行质量考核，并达到以下要求：

- a) 服务提供完成率应达到 100%；
- b) 服务满意率 $\geq$ 80%；
- c) 记录合格率 $\geq$ 90%；
- d) 技术操作合格率 $\geq$ 85%。

5.2 居家养老服务机构应制定服务质量控制方案、检查程序和要求，对服务现场或记录进行检查或抽查。

### 6 服务评价与改进

#### 6.1 服务评价

##### 6.1.1 评价方式

6.1.1.1 服务机构建立自我评价机制，对护理服务质量进行评价。

6.1.1.2 建立服务对象满意度评价机制，定期或不定期的通过电话回访、入户调查等形式进行服务满意度调查，收集用户反馈意见及建议。

##### 6.1.2 评价内容

对服务质量的评价包括但不限于（见附录 C）：

- a) 服务时间的准确率；
- b) 服务项目的完成情况；
- c) 服务人员的着装、服务态度、服务用语、行为规范；
- d) 服务对象及其监护人的满意度；

e) 投诉事项处理。

## 6.2 服务改进

6.2.1 居家养老服务机构应采取措施对出现不合格或不当服务进行纠正,消除或降低此类服务给老人造成的不良影响。

6.2.2 居家养老服务机构应分析产生不合格或不当服务的原因,修改或重新制定护理服务方案,根据方案进行整改,并跟踪评价整改措施的落实情况(见附录 D)。

全国团体标准信息平台





附录 C  
(规范性附录)  
服务满意度调查表

\_\_\_\_\_街道\_\_\_\_\_社区 调查时间：\_\_\_\_\_  
被调查者姓名：\_\_\_\_\_与服务对象关系：本人 监护人

您好，感谢您长久以来对我们工作的支持，为了解我们的服务状况，不断完善和提高我们的服务标准和服务质量，在今后的工作中，以更优质的服务，使您生活的更加愉快，请您配合我们做如下调查。请您在选择处打“√”。

序号	调查内容	非常满意	满意	基本满意	不满意
1	服务人员处理应急能力				
2	服务时间的及时性与准确率				
3	服务人员的卫生与仪容仪表				
4	服务人员的态度、语言与行为规范				
5	服务人员的技能				
6	服务机构提供的服务项目				
7	服务项目的完成情况				
8	服务机构的管理水平				
9	投诉事项处理				

您的支持是对我们工作的最大爱护和帮助，请您给我们提出一些合理化建议。

其他建议：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

附录 D  
(规范性附录)  
护理缺陷登记及整改落实表

街道:

社区:

投诉日期:

老人姓名		性别		年龄		投诉人		与老人关系	
护理缺陷类型									
调查汇总									
整改措施									
实施落实									