

ICS 03.080
A 10

DB3502/T

福建省厦门市地方标准

DB XX/ XXXXX—XXXX

家政服务规范 家庭护理 第4部分：病人（居家）陪护

XXXX-XX-X 发布

XXXX-XX-XX 实施

厦门市市场监督管理局

发 布

目 录

前言	II
引言	III
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 服务流程	2
6 服务内容	3
6.1 病人的居家环境卫生	3
6.2 病人的居家生活照护	3
6.3 病人的居家服药照护	11
6.4 病人的居家病情观察	11
6.5 病人的居家安全照护	12
6.6 病人的居家心理照护	14
附录 A（资料性）表 A.1 服务验收单	16
附录 A（资料性）表 A.2 日常生活活动能力评定表	17
附录 B（规范性）表 B.1 协助病人床上洗头操作流程	18
附录 B（规范性）表 B.2 床上擦浴操作流程	19
附录 B（规范性）表 B.3 鼻饲饮食照护操作流程	20
附录 B（规范性）表 B.4 协助病人离床活动操作流程	21
附录 B（规范性）表 B.5 协助病人使用轮椅的操作流程	22
附录 C（资料性）表 C.1 海姆立克急救法操作流程	23
附录 C（资料性）表 C.2 心肺复苏操作流程	24

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。

本文件是 DB3502/T 063《家政服务规范 家庭护理》的第4部分。DB3502/T 063 已经发布了以下部分：

——第1部分：母婴（月子期）护理。

——第4部分：病人（居家）陪护。

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。

本文件由厦门市家庭服务业协会提出。

本文件由厦门市商务局归口。

本文件起草单位：厦门市家庭服务业协会、厦门市标准化研究院、厦门金圣元劳务派遣有限公司、厦门大学附属中山医院、厦门好邦妮家政技能培训学校有限公司。

本文件主要起草人：

引 言

家庭护理服务是家政服务的重要内容之一，是以家庭为服务对象，由专业家政服务人员提供护理的有偿服务。为了保证家庭护理服务的有效开展，规范、推广家庭护理服务的内容和要求，提升服务质量，对家庭护理服务确立规范成为了厦门市家政服务行业开展标准化工作亟需的需求。DB3502/T 063 旨在确立适用于厦门家政服务行业提供家庭护理服务的服务组织、服务人员、服务内容等方面的准则，拟由四个部分构成。

——第1部分：母婴（月子期）护理。目的在于确立适用于月子期间产妇、新生儿日常护理的服务组织、服务人员、服务内容等方面的准则。

——第2部分：婴幼儿、儿童护理。目的在于确立适用于没有自理能力的婴幼儿、有自理能力的儿童日常护理的服务组织、服务人员、服务内容等方面的准则。

——第3部分：老人护理。目的在于确立适用于能自理老人、半自理老人、不能自理老人日常护理的服务组织、服务人员、服务内容等方面的准则。

——第4部分：病人（居家）陪护。目的在于确立适用于疾病康复期的病人居家日常护理的服务组织、医疗护理员、服务内容等方面的准则。

家政服务规范 家庭护理
第4部分：病人（居家）陪护

1 范围

本文件规定了病人居家陪护服务的术语和定义、基本要求、服务内容。
本文件适用于家政服务组织与家政服务人员提供的居家病人陪护服务。

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。

DB3502/T 051—2019 家政服务规范 通用要求

3 术语和定义 下列术语和定义适用于本文件。

3.1 病人 Patient

生病的人。指患有某种疾病、忍受疾病痛苦，尤指等候接受内外科医生的治疗与照料的人。

3.2 日常生活活动能力 Activities of Daily Living, ADL

指一个人为了满足日常生活的需要每天所进行的必要活动的的能力。日常生活活动包括进食、梳妆、洗漱、洗澡、如厕、穿衣等，功能性移动包括翻身、从床上坐起、转移、行走、驱动轮椅、上下楼梯等。ADL 评定见附录 A，表 A.2。

生活不能自理：ADL 评分 ≤ 40 分为严重功能障碍，日常生活明显依赖他人。

生活部分自理：ADL 评分 45~60 分为中度功能缺陷，大部分生活需要他人照护。

生活基本自理：ADL 评分 65~95 分，为轻度功能缺陷，少部分需要他人照护。

生活完全自理：ADL 评分 100 分。

3.3 病人居家陪护服务 Patient home-care services

以出院后的病人为主要服务对象，为其提供居家的生活照护、日常饮食、辅助活动和功能康复等辅助护理服务，协助维护病人的卫生、仪容仪表，促进功能康复，保障居家安全，帮助病人提高居家生活质量。减轻病人的痛苦和家属的负担，为家属解决后顾之忧。

3.4 病人居家陪护护理员 Patient home-care worker

指为病人提供居家陪护服务的医疗护理员，须经医疗护理员培训合格后获得相关部门颁发的岗位证书。

4 基本要求

4.1 服务组织要求

4.1.1 应遵守 DB3502/T 051—2019 中 5.1 的规定。

4.1.2 应为病人居家陪护护理员投保意外伤害保险、家政责任保险，保障病人居家陪护护理员的基本权益，维护居家陪护护理员队伍的稳定。

4.1.3 宜为客户购买食品安全责任险及相关家政服务类保险，当出现食源性疾患或物品损坏

时，家政服务组织应积极为客户进行理赔申报。

4.1.4 每年为病人居家陪护护理员提供一次健康体检，建立健康档案。除健康证要求的常规体检项目外，还应为其提供可经飞沫、唾液或粪口途径传播的疾病（如幽门螺杆菌、乙肝、甲肝等）的检查项目，特殊时期还应根据相关政策要求为其提供相关项目的健康检查。

4.2 人员要求

4.2.1 应遵守 DB3502/T 051—2019 中 5.2 的规定。

4.2.2 必须在国家家政行业主管部门要求的家政服务业信用体系平台录入并实现人证合一。

4.2.3 持证上岗。必须有上门服务证，需经医疗护理员培训合格后获得相关部门颁发的岗位证书。掌握居家病人护理的基础知识，具备相关服务技能和基本的服务礼仪和行为规范等，具有良好职业道德和法律安全意识，掌握必要的消防安全知识。能够保证病人居家陪护的护理质量，减少生活护理安全隐患。

4.2.4 必须持有有效的健康证，在常规体检项目检查合格的同时，还应进行幽门螺杆菌、乙肝、新型冠状病毒等可经飞沫、唾液或粪口途径传播疾病的项目检查，检查结果应为无感染或无携带，必要时进行乙肝疫苗接种。

4.2.5 特殊时期应持有根据相关政策要求进行的相关项目健康检查合格证明。

4.2.6 尊重客户生活习俗和宗教信仰，保护客户病情和隐私，遵循保密原则。

4.3 服务方式

--住家服务；

--定制服务。

5 服务流程

5.1 服务前

5.1.1 家政服务组织应与客户确认服务方式、服务时间、服务地址、病人自理能力情况和病情、病人用药及食物过敏源（食物过敏源的信息见 DB3502/T 057.1--2020 中的附录 A）、收费标准，并签订服务协议（可与病人或家属进行纸签或通过手机 APP 签订）。

5.1.2 家政服务组织应按照与客户确定的情况安排病人居家陪护护理员。

5.2 服务中

5.2.1 病人居家陪护护理员应按照约定服务时间到达服务地点，主动向客户出示上岗证件、健康证、常规体检合格证明、无感染或无携带幽门螺杆菌、乙肝、新冠等可经飞沫、唾液或粪口途径传播的疾病或病毒的证明。

5.2.2 与客户确认病人诊断和自理能力情况，约定服务内容，服务所需用具（轮椅、床品、坐便器、清洁消毒器具、气垫床、氧疗机等）有无原始损坏，客户提供的食材、药品有无问题，并做好记录。

5.2.3 应按照服务协议与第 6 章的规定进行规范服务。

5.3 服务后

5.3.1 病人居家陪护护理员应在服务结束前，请客户填写服务验收单（服务验收单相关示例见附录 A，表 A.1）并提交给家政服务组织。

5.3.2 应在服务结束后整理好用物，做好医疗垃圾和生活垃圾分类并带走，主动向客户展示携带的物品，与客户礼貌告别。

5.3.3 家政服务组织应在服务完成后对客户进行满意度调查回访。

6 服务内容

6.1 病人的居家环境卫生

6.1.1 保持房间环境整洁舒适，每日清洁整理不少于 1 次。

6.1.2 每天至少开窗通风 2 次，每次 30 分钟，保持室内空气清新。通风时避免病人吹到对流风。

6.1.3 室内温度宜保持在 24-26℃，相对湿度维持在 55%-65%，并根据季节以及个人对温、湿度的敏感程度来调节。这个范围的温湿度体感舒适，使人精神愉快，保持良好精神状态，有利于增强体质。

6.1.4 保持床铺干净整洁，床上用品应每周更换 1 次，如有排泄物等污染到应及时更换。

6.1.5 做好手卫生，包括洗手和卫生手消毒。洗手是用肥皂和流动水洗手，去除手部皮肤污垢、碎屑和部分致病菌的过程。卫生手消毒是用速干手消毒剂揉搓双手，以减少暂居菌的过程。

遵循的原则：（1）在为病人做任何照护操作前均应先洗手。

（2）当手部有肉眼可见的污染时，应用肥皂和流动水洗手。

（3）手部没有肉眼可见污染时，可使用卫生手消毒代替洗手。

（4）在接触病人的血液、体液、分泌物前，必须先戴好一次性手套，接触后或处理病人的污物后，均应先洗手再进行卫生手消毒。

6.1.6 垃圾分类与管理

根据《厦门经济特区生活垃圾分类管理办法》做好客户家庭的垃圾分类与管理。

——可回收物：指废弃的纸张、塑料、金属、纺织物、电器电子产品、玻璃等可资源化利用的物质；

——厨余垃圾：指废弃的剩菜、剩饭、蛋壳、瓜果皮核、茶渣、骨头等在日常生活中产生的易腐性垃圾；

——有害垃圾：指废弃的充电电池、扣式电池、荧光灯管（日光灯管、节能灯等）、温度计、血压计、药品、杀虫剂、胶片及相纸等生活垃圾中对人体健康或者自然环境造成直接或者潜在危害的物质；

——其他垃圾：指除可回收物、厨余垃圾和有害垃圾之外的生活垃圾。

——低值可回收物：指可以回收但加工价值低的物品。根据市垃分办印发的《指导目录》低值可回收物共分为五大类分别是废玻璃、陶瓷类、废塑料、废纸、废纺织衣物等。

——医疗废物：属于有害垃圾，需要用专门的医疗废物袋单独收集和存放，等到量较大时统一投放到指定的垃圾收集点或医院的医疗垃圾处置中心。



6.2 病人的居家生活照护

根据病人自理能力情况和病情需求，给予病人基本的生活照顾，关心体贴病人，保证病人居家陪护的护理质量，减少病人居家生活中的安全隐患。

6.2.1 病人的清洁照护

病人居家陪护护理员应为病人提供安全、舒适的清洁照护服务，保证病人的清洁卫生。

6.2.1.1 口腔清洁

口腔清洁是护理员用棉棒或棉球蘸取清水或特殊溶液为无法自己进行口腔清洁和有口腔疾患的病人洁口腔的过程。目的是为保持病人清洁，去除口腔牙齿上的残留物，减少细菌

繁殖，预防口腔感染；防止病人口腔黏膜干燥、破裂，保持口腔湿润，清除口腔异味，增进病人食欲；有义齿者清洗义齿，增进义齿的使用寿命。

6.2.1.1.1 评估与沟通

——了解病人病情、意识状态、自理能力水平，是否有口腔疾患、呕吐、吞咽困难等因素。

——病人口腔清洁的认知、反应及配合程度。

——评估病人口唇色泽、温湿度，有无出血、干裂或疱疹；有无义齿；牙龈有无肿胀、萎缩或溃疡、出血等；舌面颜色及有无齿痕、溃疡，舌苔颜色厚薄；口腔黏膜有无溃疡、出血、疱疹等；口腔有无异味。

6.2.1.1.2 口腔及牙齿的清洗

——坐起或半卧于床头，面向护理员，上身稍前倾，头略低，下颌微微向前，必要时背后垫软枕。

——在颌下和胸前铺垫巾。

——湿润口唇后观察口腔情况。

——协助漱口后，依次使用软毛刷洗牙齿、颊黏膜、舌面部以及舌下。

——漱口后擦净口角水痕，必要时涂抹外用药。

——询问病人感受及有无其他需求，协助舒适体位休息。

——整理床单位，清理相关用物并归位。

——注意每次漱口水量不要太多，以免呛咳或误吸；每次张口擦拭时间不可过长，以 20~25 秒为限；刷洗动作轻柔敏捷，避免碰伤黏膜和牙龈；擦拭上颌及舌面时，位置不要太靠近咽部，以免引起恶心不适。

6.2.1.1.3 义齿的清洗

——上牙义齿轻轻向外下方拉动，下牙义齿轻轻向外上方拉动。

——上下均为义齿时，要先取上方再取下方。

——刷洗义齿并冲洗干净。

——义齿暂时不用的时候，应浸泡于清洁冷开水中，液面要浸没义齿，每日更换一次清水。

6.2.1.2 头发清洁

包括头发的梳理和清洗。梳理和清洗头发可清除脱落的头发、头屑、污垢，保持头发清洁，使病人感到舒适、美观；按摩头皮，促进血液循环，促进头发的代谢生长；预防头虱等；维护病人的自尊自信，建立良好照护关系。

护理员应每周至少为病人清洗 1~2 次头发，以头发清洁、不油腻、不干燥为宜。对部分自理或不能自理的病人，应予床上洗头，操作流程见附录 B，表 B.1。

洗头注意事项：

——洗头时间不宜过长，减少不适和疲劳。

——护理员要先在自己手腕内侧面试温，再用少量水在病人处试温，询问水温是否合适。

——洗头时避免水溅入眼睛、耳内或打湿被服。

——洗头时多与病人沟通，观察其有无不适，出现异常立即停止清洗。

——洗头站立时遵循节力原则，将两脚稍微分开，使身体重心降低，减少体力消耗。

——病人极度衰弱的情况下不宜洗头。

——及时更换或添加热水，及时擦干头发，以防着凉。

——吹干时注意控制电吹风的热度，避免烫伤皮肤。

——梳头发动作要轻缓稳，严禁强拉硬拽，以免造成疼痛不适。

6.2.1.3 皮肤清洁

6.2.1.3.1 面颈部清洁

- 为病人的面颈部进行清洁，每天至少早晚各一次；
- 清洁面部后，干性皮肤者适当涂抹面霜，避免干燥引起脱屑；
- 要先试水温，动作轻柔，根据水温和擦洗部位及时添加或更换热水；
- 眼部分泌物干结，应先用温湿毛巾覆盖，等软化后再擦，以免损伤皮肤引起疼痛不适；
- 清洗过程中要观察病人反应并询问感受，出现寒战、面色苍白等要立即停止擦洗，让其休息并注意保暖。

6.2.1.3.2 手、足清洁及修剪指（趾）甲

- 为不能自行清洁的病人清洗手、足，去除污垢，保持清洁，预防感染。
- 洗手每天至少早晚各一次，手上有明显污渍要随时清洗，在进餐前及排便后也应洗手或擦拭双手。每晚睡前足部清洁。
- 协助进行手部清洁时，应注意病人手掌、手指、指缝、指甲的清洁。
- 偏瘫的病人应在健侧试温，先洗健侧，再洗患侧。
- 修剪指（趾）甲要沿指（趾）甲弧度修剪，每周不超过1次，以免指（趾）甲向肉里生长。

6.2.1.3.3 沐浴

- 自理病人可自行沐浴，时间控制在20分钟以内，进餐1小时后才可沐浴。
- 护理员做好沐浴前准备工作，包括关闭门窗（勿反锁），调节室温（24~26℃），用物放于易取的地方，调节水温41~45℃等。
- 勿远离浴室，在浴室门外等候，注意询问病人情况，必要时随时准备进行协助，防止发生晕厥、滑倒、烫伤等意外。若发生晕倒，要迅速抬出浴室，平卧、保暖、呼救。

6.2.1.3.4 床上擦浴

- 适用于长期卧床、制动或活动受限及身体虚弱而无法自行洗浴的病人。
- 床上擦浴的操作流程见附录B，表B.2。
- 擦浴过程动作要轻柔敏捷，减少翻动次数，于15~30分钟内完成擦浴。
- 保持病人脊柱平直，避免躯干扭曲，防止坠床。
- 注意保暖，控制室温，根据水温和擦洗部位，及时添加或更换热水，更换面盆和毛巾。
- 注意保护隐私，减少身体不必要的暴露，维护自尊，防止受凉。
- 擦洗过程中与病人沟通，观察其反应，如出现寒战、面色苍白、脉速等异常情况，立即停止擦洗，并予适当处理。
- 擦洗会阴部和足部时要分别使用单独的盆、水、毛巾，避免交叉感染。
- 注意脐部的清洁，擦净腋窝、腹股沟等皮肤皱褶处。
- 注意遵循省力原则进行擦浴，减少体力消耗。

6.2.2 病人的一般饮食照护

病人饮食应多样化，营养充足，注意少量多餐，对于咀嚼能力下降的病人，饭菜应煮软烧烂，如软饭、粥、面线等，吞咽困难的病人可选择软食、半流质或糊状食物。

6.2.2.1 病人饮食加工基本方法

- 将食物切小切碎，或延长烹调时间。
- 肉类食物可切成肉丝，也可剁碎制作成肉丸食用。鱼虾类可做成鱼片、虾仁等。
- 坚果、杂粮等坚硬食物可碾碎食用，如芝麻粉、核桃粉、玉米粉等。
- 质地较硬的水果或蔬菜可榨汁食用。

6.2.2.2 进食前的照护

- 根据病人的一般情况、自理程度、饮食习惯和特殊饮食要求，为其提供合适的进食方式，协助其进水、进食，做好病人饭前、饭后的清洁卫生工作，保证水和食物的卫生。

- 准备清洁、整齐、空气新鲜的进餐环境
- 协助病人排空大小便，洗手和清洁口腔。
- 准备进餐用物，必要时将围裙、餐巾围于病人胸前，避免污染衣服、床单位，必要时准备带有吸管的水杯。

- 如餐前需要用药，需协助病人服药后再进食。

- 取舒适的进餐姿势。不便下床者可坐位或半坐位，放置跨床小桌；卧床者侧卧位或仰卧位头偏向一侧，头部垫高并予适当支托；偏瘫者协助取健侧在下的侧卧位，并垫软枕予身体支撑，从健侧喂食。因为如果患侧在下容易造成食物残留在口腔或漏出。

6.2.2.3 进食中的照护

- 食物温度适宜，避免过冷、过热，防止烫伤。

- 能自行进食者，将食物、餐具放在病人易于拿取的位置，鼓励其自行进餐，必要时给予帮助。

- 不能自行进食者应给予喂食。喂食量要合适，以汤匙的三分之一为宜。速度适中，等看到病人完全咽下后再喂食下一口，不要催促病人，以便于充分咀嚼和吞咽。进食顺序合理，主食、菜、汤应交替喂食，流质饮食可用吸管吸吮。对食欲不振或咀嚼吞咽功能减退的病人，减少一口进食量。避免筷子、汤匙碰到牙床和牙齿。

- 进食时告知病人细嚼慢咽，不要边进食边说话，以免呛咳，同时保持口腔周围的清洁。

- 注意观察并及时处理异常情况。（1）若进食过程中出现恶心，可鼓励其深呼吸并暂停进食。（2）若病人出现呕吐，应及时将病人头偏向一侧，防止误吸；提供装呕吐物的容器；尽快清除呕吐物并及时更换被污染的被服等；开窗通风，去除室内不良气味；协助病人漱口或给予口腔护理，去除口腔异味；询问病人是否要继续进食，不愿继续进食者，将食物妥善保存，等需要进食是加热后再予进食。（3）若发生呛咳，应立即停止喂食，并协助拍背。

6.2.2.4 进食后的照护

- 及时撤去餐具，清理食物残渣，整理好衣物及床单位。

- 协助病人饭后洗手、漱口，并用餐巾擦拭嘴角，保持清洁舒适。偏瘫者要查看口腔中是否有食物残留。

- 如餐后需要用药，需协助病人服药。

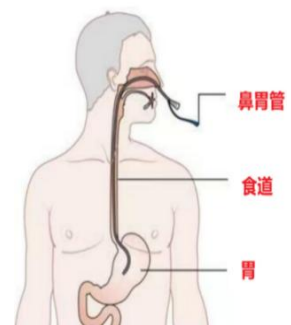
- 情况允许的话，餐后半小时尽量保持坐位或半卧位，防止食物反流导致误吸。

6.2.3 病人的鼻饲饮食照护

6.2.3.1 鼻饲（nasogastric gavage）

鼻饲指将鼻胃管经一侧鼻腔插入，经由咽部、通过食管到达胃肠道，从管内分次灌入鼻饲饮食、水和药物的进食方式。

适用于不能安全有效经口进食者，如昏迷、痴呆的病人，脑血管意外导致经口进食困难、进食后出现严重呛咳的病人，上消化道肿瘤引起吞咽困难病人，口腔手术后、口腔疾患或拒绝进食的病人等。目的是保证病人摄入足够的营养、水分和药物，以维持病人营养和治疗的需要。



6.2.3.2 鼻饲饮食种类

常用鼻饲饮食包括混合奶、匀浆膳、要素饮食三类。

- 混合奶**：牛奶、豆浆、藕粉、肉汤、新鲜果汁菜汁等。适用于身体虚弱、消化功能差的鼻饲病人。

- 匀浆膳**：将混合食物用电动搅拌机搅拌打碎成均匀的混合浆液。主要成分包括米饭、面条、粥、鱼、虾、肉末、蛋、蔬菜、油、盐等。适用于消化功能较好的鼻饲病人。

——**要素饮食**：是一种精制鼻饲液，含有人体必需的易于消化吸收的营养成分，无需经过消化过程即可直接被肠道吸收利用，为人体提供热量及营养。适用于消化不良、非感染性严重腹泻、慢性消耗性疾病等病人。

6.2.3.3 鼻饲饮食的配制

——鼻饲需要一个适应过程，开始时少而清淡，以后逐渐增多。昏迷或长时间未进食者，第1~2天以混合奶为主，每次50~100ml，4小时喂一次，如无不适应，从第3天起可进匀浆饮食。长期进食匀浆饮食的，每次灌注量包括水在内在200~400ml，每天3~4次。每日总量在1500~2000ml之间。

——食谱配制应结合病情选择不同配方，高热、呼吸道感染、昏迷、伤口愈合等，要增补优质蛋白及热量。

——鼻饲液要细软无渣，避免堵塞鼻饲管。严格注意操作卫生，所有用具必须洗净消毒，注意手部清洁，防止细菌感染。

——配制膳食的原料新鲜，配制好的饮食应在24h内食用。

6.2.3.4 判断胃管是否在胃内的方法

——**抽吸胃液法**：用灌注器连接胃管末端进行抽吸，看是否有胃液或胃内容物被抽出，若有则证明胃管在胃内。

——**气过水声法**：用灌注器连接胃管末端，向胃管内快速注入10~20毫升空气，同时用听诊器在胃区听是否有气过水声，若有则证明胃管在胃内。

——**观察气泡法**：用水杯装半杯清水，将胃管末端放入水杯浸没到水面下，观察有无气泡溢出。无气泡溢出表明胃管在胃内；如有大量气泡溢出表明误入气管。

6.2.3.5 鼻饲饮食照护技术

——**评估沟通**：评估病人病情、营养情况、合作程度，以及鼻饲饮食的种类、量、温度

——**鼻饲前准备**：环境整洁，无异味，温湿度适宜；护理员衣着整洁，洗手；取得病人配合，必要时协助排便。

——**物品准备**：小碗、垫巾、听诊器、灌注器、毛巾、纱布、胶布、装有100毫升温开水的水杯、鼻饲饮食（38~40℃）、记录本。

——**操作步骤**：见附录B，表B.3鼻饲饮食照护操作流程。

6.2.3.6 鼻饲饮食照护的注意事项

——每次鼻饲前护理员应确定胃管在胃内并且通畅，抽吸胃内容物时发现呈深棕色或其他异常时应及时就诊。

——抬高床头或垫高上半身，用少量温水冲管后再喂食。鼻饲完毕后再注入少量温开水冲管，防止鼻饲液凝结导致堵管。鼻饲后保持半卧位；能行走的患者，可适当慢走促进消化。

——鼻饲液温度38~40℃左右，避免过冷过热；每次鼻饲量不超过200ml，灌注时间15~20分钟，两次鼻饲间隔时间不少于2小时。

——新鲜果汁和奶液要分别注入，防止产生凝块；药片要研碎溶解后注入。

——鼻饲前后30分钟以内禁止拍背咳痰，以免引起胃液或食物返流误吸。

——每次抽吸鼻饲液后应反折胃管末端，以免注入空气导致腹胀。

——长期鼻饲者要每天早晚做好口腔清洁。

——看护好病人鼻饲管防止管道滑脱。观察病人鼻饲管固定处的皮肤，更换鼻贴时轮换位置，以免发生压力性损伤。

——鼻饲过程中密切观察，出现恶心、呕吐、呼吸困难、发绀、憋气、剧烈咳嗽等情况要立即停止鼻饲，及时就医。

鼻饲后观察事项

异常情况	可能原因	解决方案
恶心、呕吐、 呃逆打嗝	- 鼻饲速度过快或量过大 - 胃排空延迟	- 降低鼻饲速度，减少鼻饲量 - 促进胃肠蠕动 - 对于顽固性呃逆可遵医嘱使用解痉药物
腹泻	- 鼻饲营养制剂成分单一 - 鼻饲速度过快或量过大 - 营养制剂渗透压过高 - 药物影响（抗生素、含镁抑酸药） - 鼻饲饮食受到细菌污染	- 推荐使用含纤维素的鼻饲营养制剂 - 推荐使用含益生菌的鼻饲营养制剂 - 减慢鼻饲喂养速度 - 给予等渗营养配方 - 鼻饲食物时避免与其他药物同时服用 - 鼻饲时要注意手卫生，鼻饲容器与注射器要及时清洗干净，注射器每日更换
便秘	- 营养制剂水分不足 - 膳食纤维不足 - 胃肠道蠕动减弱	- 补充水分 - 选用含有膳食纤维的营养配方 - 喂后 30 分钟顺时针进行腹部按摩
胃潴留	- 喂养不耐受导致高胃残留量 - 胃动力减弱 - 鼻饲营养制剂量过大	- 若残留胃液超过 200ml，需延长灌注间隔 - 必要时服用胃肠动力药，促进胃排空 - 减少鼻饲量
反流、误吸	- 体位不当 - 剧烈咳嗽 - 鼻饲速度过快或过冷、过热 - 胃内潴留过多	- 鼻饲时及鼻饲后半小时内抬高床头，避免翻身、咳嗽 - 调整鼻饲量、温度、速度 - 采用合适鼻胃管、定期更换鼻胃管
鼻胃管堵管	- 食物或药物未充分碾碎 - 药物碾碎混合后因配伍禁忌产生凝块致堵管 - 高热量、高蛋白营养要素不易溶解而凝聚成颗粒状	- 鼻饲前后用 20ml 温开水冲洗鼻胃管 - 鼻饲液保证无渣，温度适宜 - 鼻饲蛋白饮食时注意间接加温，避免蛋白凝固堵塞鼻胃管 - 鼻饲多种食物或多种药物时，注意食物或药物之间的化学反应和配伍禁忌 - 每 4 小时用 20 毫升温水脉冲式冲管 1 次 - 堵管时用 20ml 注射器抽温开水或可乐反复冲管，冲管不成功需要更换胃管
鼻粘膜损伤	- 鼻胃管长期压迫、牵拉、摩擦刺激鼻粘膜 - 胶布长期固定，导致鼻粘膜或皮肤糜烂、压力性损伤	- 及时清除鼻腔分泌物 - 鼻胃管固定恰当，防止过度牵拉 - 定时更换胶布、更换鼻饲管位置 - 干燥时，可在鼻腔滴液体石蜡润滑 - 鼻胃管脱出时，不可私自回插
胃管移位、 脱出	- 频繁咳嗽、呕吐 - 翻身不慎脱落 - 病人烦躁不适自行拔除	- 适当用药减少咳嗽、呕吐 - 妥善固定鼻胃管 - 意识不清或配合不佳、存在自行拉扯胃管风险的病人，用约束带约束双手，注意松紧适度并且要定时放松。

6.2.4 病人的卧位照护 根据病人自理能力和病情需要进行卧位照护，使病人保持舒适、安全的卧位，预防卧床相关并发症的发生。

6.2.4.1 卧床姿势应符合人体力学要求，尽可能扩大支撑面，降低病人重心，使体重能够平均分布在身体的各个负重部位，同时要注意使各关节维持在正常的功能位。

6.2.4.2 经常变换体位，长期卧床的病人，要督促其经常变换体位，活动能力弱或不能自主活动的病人，要协助其定时翻身，必要时可使用翻身垫，避免局部皮肤长时间受压发生压力性损伤。改变卧位的时候要帮助活动关节，如有关节扭伤或骨折急性期不宜活动相应关节。

6.2.4.3 在卧床期间，身体各部位要适当活动，帮助按摩四肢和进行踝泵运动，促进血液循环，预防深静脉血栓的发生。

6.2.4.4 长期卧床的病人还应帮助病人拍背，促进呼吸道分泌物咳出，避免发生坠积性肺炎。

6.2.4.5 协助病人床上移动或翻身时，要先将病人身体抬离床面再进一步操作，严禁拖、拉、推、拽等，以免造成皮肤的擦伤。

6.2.5 病人的活动照护 协助病人离床活动或进行必要的室内外活动，促进血液循环和体力恢复。

6.2.5.1 陪伴自理病人在室内或室外活动、锻炼。

6.2.5.2 协助活动不便的半自理病人坐起、站立或离床活动。协助病人离床活动操作流程见附录 B，表 B.4。

6.2.5.3 对能够坐起的病人，如有需求可推轮椅进行室内或室外活动。轮椅使用的操作流程见附录 B，表 B.5。

6.2.6 病人的排痰照护

咳嗽：是人体防御反射。通过咳嗽可将呼吸道内分泌物和外界进入呼吸道的异物排出，保持呼吸道通畅，预防感染。

咳痰：指借助支气管黏膜上皮纤毛运动、支气管平滑肌收缩及咳嗽反射，将呼吸道分泌物从口腔排出体外的动作。

叩背：借助叩击所产生的振动和重力作用，使滞留在气道的分泌物松动，并移动到中心气道，最后通过咳嗽排出体外的方法。

6.2.6.1 协助叩背

——适用于久病体弱、长期卧床、排痰无力者。咯血、低血压、肺水肿等病人禁止叩背。

——应在饭前 30 分钟或饭后 2 小时实施，每天 3~4 次，每次 10~15 分钟。

——叩击时五指并拢固定呈背隆掌空状，放松腕、肘、肩部，有节奏地叩击胸部和背部。切忌手掌平展进行拍击，以免引起疼痛，影响排痰效果。



——叩背以 40~50 次/分的频率，自下而上，由外向内叩击。叩击的相邻部位应重叠三分之一，力量强弱一能使痰液顺利排出、病人能承受为宜。

——叩背后指导病人有效咳嗽排痰，询问病人的感受，观察痰液情况。

——叩背排痰过程中，病人如果出现气喘、心跳加快、面色青紫等情况，要立即停止。

6.2.6.2 协助有效咳嗽排痰

——经常变换体位有利于痰液咳出。

——选择饭前或饭后两小时实施。

——协助病人取坐位或侧卧位。

——先进行深而慢的腹式呼吸 5~6 次，然后深吸气至膈肌完全下降，屏气 3~5 秒，继而缩唇，缓慢经口将肺内气体呼出。

——再深吸一口气，屏气 3~5 秒，身体前倾，同时收缩腹肌或用手按压上腹部，从胸腔进

行 2~3 次短促有力的咳嗽，帮助痰液咳出。

——咳痰后协助漱口，以去除口腔痰液气味。

6.2.7 病人的排泄照护

6.2.7.1 协助使用尿壶/便盆

——协助卧床及生活不能自理的病人床上排泄。

——使用前先检查尿壶/便盆有无破损、裂痕，是否清洁干燥。

——尊重保护病人隐私，注意保暖，保持会阴部及肛周清洁，减少衣物污染。

——倾听病人主诉或观察其表情，掌握排泄规律，领会意图，提供帮助时态度和蔼。

6.2.7.2 协助使用坐便器 坐位排便时病人身体前倾，可增加腹压，促进排便，适用于体力较弱但能下床排便者。

操作流程：

操作步骤	操作方法
协助坐起	协助病人床上坐起，整理好衣物做好保暖。
	协助于床沿坐稳，穿好防滑鞋，防止跌倒。
协助站起	护理员站在病人前面稍下蹲，双手抱住其腰部，双膝顶住病人双膝；
	嘱病人双手放于护理员颈后交叉相握，慢慢站起。
转移并坐到坐便器上	协助转移到坐便器前站稳
	协助脱裤子
	缓慢坐到坐便器上，坐稳（双脚与肩同宽，重心后移，扶住护栏）
排便后处理	协助清洁，保持皮肤干燥，洗手
	将病人转移到床上，协助取舒适卧位，整理床单位。

注意事项：

——排便后要手扶身旁支撑物（护栏、椅子等）起身，或由护理员协助站起。起身速度要慢，避免摔倒。

——保护隐私，做好遮挡，消音、除臭。

——坐便器要选择有靠背和扶手的。

6.2.8 病人的睡眠照护

6.2.8.1 影响病人睡眠的环境因素

——适宜的温湿度：夏季室温保持在 24~26℃，冬季室温保持在 18~20℃，相对湿度在 50%~60%。温湿度过高或过低都会影响睡眠。

——空气清新：睡前进行卧室通风换气，清除室内异味，使病人感觉呼吸顺畅。

——环境安静：室内外保持安静，减少噪声对睡眠的干扰。

——光线柔和：选用遮光性好的窗帘。睡前关闭大灯，适当开启光线柔和的壁灯或地灯，便于起夜。

——床铺和被服舒适：床铺软硬度适中，被褥干燥松软，枕头高度适宜。

6.2.8.2 病人的睡眠照护方法

——为病人创造良好睡眠环境，根据病人身体状况，调整合适的睡眠时间。

——按要求协助病人按时服用睡前药物。

——睡前用热水泡脚，促进血液循环、缩短入睡时间。

——叮嘱病人睡前不要进食过饱，以免引起胃肠不适。不喝浓茶或含酒精饮料，以免引起兴奋造成入睡困难。

——协助病人睡前排便，少饮水，避免夜尿增多影响睡眠。

——发现病人有嗜睡或睡眠呼吸暂停等异常情况，要告知家属，尽快就医。

6.3 病人的居家服药照护

6.3.1 遵照医嘱协助病人安全、正确地服用药物，做到药品名称、剂量、浓度、时间、给药途径准确，避免弄错药品或服用剂量。

6.3.2 护理员要熟悉病人所用药物的保管要求，熟悉药物相关不良反应以及服用的注意事项，观察服药效果和不良反应。

6.3.3 常用药物服用注意事项

——缓释片、肠溶片、胶囊吞服时不可嚼碎。

——健胃药宜在饭前服；助消化及对胃黏膜有刺激性的要宜在饭后服；催眠药在睡前服；驱虫药在空腹或半空腹服用。

——抗生素和磺胺类药物应准时服药，以保证有效的血药浓度。

——服用止咳糖浆等对呼吸道黏膜有安抚作用的药物，服后不宜立即喝水。

6.3.4 常见服药后不良反应症状

——胃肠道反应，如恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘等。

——泌尿系统反应，如血尿、排尿困难、尿少等。

——神经系统反应，如发热、头痛、眩晕、失眠等。

——循环系统反应，如心慌、心律不齐、面色苍白等。

——呼吸系统反应，如咳嗽、胸闷、气促、气喘等。

——皮肤反应，如皮炎、荨麻疹等。

6.4 病人的居家病情观察 病人有主诉不适或者观察到病情有变化，护理员应及时通知家属，必要时协助及时就诊，以免延误病情，防止发生意外，做到安全有效地照护。

6.4.1 生命体征观察

——**体温**：腋下体温正常值为 36~37° C，超过这个范围就是发热。

——**呼吸**：正常成人在安静时呼吸 16~20 次/分钟，呼吸频率和深度均匀平稳。

——**脉搏**：正常成人在安静时脉率 60~100 次/分钟，正常脉搏节律为有规则、均匀的搏动。

——**血压**：正常成人上肢收缩压 90~140mmHg，舒张压 60~90mmHg，脉压差 30~40mmHg。

——**血糖**：空腹血糖正常参考值 3.9~6.1mmol/L，餐后 2 小时血糖 ≤7.8mmol/L。服用降糖药或注射胰岛素的病人，要注意观察有无低血糖反应。

6.4.2 排泄的观察

6.4.2.1 大便颜色、性状的观察

——正常大便柔软呈圆筒形，黄褐色，有粪臭味。

——年龄、饮食、摄入的水分量、活动、药物、疾病等均会影响正常排便。

——学会辨别异常排便及大便，必要时留取大便标本，并及时通知家属联系咨询医务人员或送检。

6.4.2.2 小便颜色、性状的观察

——正常新排出的尿液澄清、透明，呈淡黄色至深褐色，放置后可有微量絮状沉淀。

——排尿次数一般白天 4~6 次，夜间 0~2 次。

——正常成人一天尿量为 1000~2000ml，24h 尿量超过 2500ml 为多尿，24h 尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml 为少尿，24h 尿量少于 100ml 为无尿。

——学会辨别异常排尿及尿液，必要时留取尿液标本，并及时通知家属联系咨询医务人员或送检。

6.5 病人的居家安全照护

6.5.1 跌倒的预防与照护

6.5.1.1 跌倒的危害

可导致病人局部出血、骨折、软组织损伤，甚至发生颅内出血，危及生命安全。

6.5.1.2 跌倒的内在风险因素

- 曾有跌倒史以及年龄超过 65 岁的老年病人。
- 意识障碍、反应迟钝、综合感觉功能下降。
- 肢体功能障碍、身体平衡性降低、偏瘫、步态不稳、步幅变短、行走不连续等。
- 白内障、偏盲、黄斑变性等致视力下降、视物模糊者以及听力下降等。
- 服用镇静安眠药、抗抑郁药、降压药、降糖药、利尿剂等。
- 情绪不佳或害怕跌倒等心理因素。

6.5.1.3 跌倒的外在风险因素

- 室内光线不足、地面湿滑、地面凹凸不平、楼梯及卫生间没有扶栏等。
- 拐杖、轮椅、椅子等用品摆放位置不合理，增加活动障碍。
- 衣着不合适、裤腿过长、鞋子不防滑等。
- 室外台阶较高、人多拥挤、雨雪天地面湿滑等。
- 搀扶病人时安全意识不强、照护方式不当、经验不足等。

6.5.1.4 跌倒的防范措施

——增强跌倒防范意识：对病人进行跌倒风险的评估，对跌倒高危病人要倍加谨慎。熟知发生跌倒时的应急措施。

——创造安全的环境：病人活动或行走范围内设置扶手，光线明亮，夜间开小夜灯；避免在室内随意摆放过多物品，保持走道通畅；常用物品放在伸手可及的位置；保持地面整洁、干燥，卫生间地面无积水，门不能反锁。

——着装适宜：病人所穿鞋子、服装尺码合适，鞋底要防滑。

——活动安全保障：（1）卧床病人起床“三步曲”，即睡醒不要马上起床，平躺 30 秒再坐起，坐起 30 秒再站立，站立 30 秒再行走，避免突然改变体位；（2）病情允许的前提下才可洗澡，饥饿、饱餐时不宜洗澡，水温不宜过高，38~41℃，时间不宜过长；（3）指导协助病人正确使用床头灯、坐便器、助行器等设备；（4）上下楼梯要协助病人扶住扶手或牵着病人，看清地面再下脚，脚底完全踏在台阶上再起步。

——加强对病人防跌意识的宣教和指导：介绍防跌常识，嘱病人出现眩晕或有步行、改变体位、如厕、拿物品等需要时，要寻求护理员的帮助。

6.5.1.5 跌倒的应急照护

——病人跌倒后，护理员要保持冷静，了解病人状态，检查摔伤情况，并及时通知家属，必要时拨打急救电话联系就医。

——如意识清醒无明显外伤和不适，可协助扶其上床休息。

——扭伤者，要局部冰敷；出血者协助初步止血包扎；疑似骨折要进行初步固定。

——意识丧失者避免搬动，缓慢放平病人，头偏向一侧，并尽快联系急救。

6.5.2 噎食的预防与照护

6.5.2.1 噎食 进食过程中，因吞咽障碍或没有充分咀嚼就下咽，导致食物团块不能下咽而阻塞食道，压迫呼吸道或者误入气道，常会引起窒息。

6.5.2.2 噎食窒息的识别 病人在进食过程中突然严重呛咳、呼吸困难、无法说话，出现面色苍白或青紫等一系列表现。

6.5.2.3 噎食的预防

- 保持环境安静，喂食时稳定情绪，平静进食。
- 食物要松软、易咀嚼和吞咽、易消化，避免煮鸡蛋、粽子、年糕等食物。
- 牙齿缺失者进餐前安装义齿，方便嚼碎和吞咽。
- 尽量坐位进食；卧床者尽量半坐卧位，颈部略前倾。
- 进食细嚼慢咽，减少食量，放慢速度，适当饮水，促进唾液分泌。

6.5.2.4 噎食的应急照护

- 判断病人发生噎食窒息，要保持冷静，立即呼叫家属并尽快拨打 120 急救电话。
- 及时实施海姆立克急救法。海姆立克急救法见附录 C，表 C.1。
- 密切观察病人意识、面色变化。

6.5.3 误吸的预防与照护

6.5.3.1 误吸的预防

- 认识误吸危险因素，包括高龄、昏迷者、吞咽反射咳嗽反射降低者、肺部感染痰液阻塞者、胃潴留者等。
- 有误吸风险者，护理员要加强防护，早期识别误吸现象。
- 避免情绪紧张激动，喂食过程要耐心细致。
- 尽量取坐位或半卧位进食，进食后保持 30 分钟后再平卧；喂食时出现呛咳要立即停止喂食，行俯身或侧卧，轻叩胸背部将食物咯出。
- 偏瘫卧床病人喂食，取躯干仰卧位，头前屈，偏瘫侧肩部垫高，护理员在健侧喂食。
- 食物要适应病人吞咽状态，以糊状食物为主。
- 进食勿过急过快，吞下一口再吃一口；进食少而精，七八分饱即可。
- 肺部感染者睡觉时取头稍高的右侧卧位，避免痰液反流进入呼吸道引起误吸。

6.5.2.3 误吸的应急照护

- 病人在喂食时发生呼吸困难要立即停止喂食，通知家属并拨打急救电话。
- 有义齿者要取出，以免损伤口腔。
- 处于昏迷状态的病人可使其处于侧卧位，清理呼吸道。

6.5.4 火灾的预防和应急处理

6.5.3.1 火灾预防

- 加强消防知识学习与培训，掌握灭火器的使用方法。
- 注意居家用电、用火、用气的安全。
- 易燃易爆物品应放在阴凉、干燥、隔热处，避免阳光直射。
- 及时清理阳台、走廊、楼梯杂物，保证消防通道通畅。

6.5.3.2 火灾应急处理

- 发现小的火情立即用楼道的灭火器扑灭火焰，防止火情扩散，并查明起火原因。
- 电器着火：要立即切断电源，用二氧化碳、干粉灭火器或干沙土扑救，切勿向失火电器泼水，同时注意与电器和电线保持 2 米以上距离。
- 油锅起火：可将冷菜沿边倒入锅内，火可自动熄灭；也可用锅盖或大块湿布盖在起火的油锅上。
- 燃气泄漏：不要触动任何电器开关；不要用打火机、手电筒等照明；迅速关闭气源，打开窗门；如需报警要到远离现场的地方打电话。
- 发现较大火情通知家属邻居等，安抚病人情绪并帮助安全撤离，并立即拨打火警电话 119。

6.5.4 心脏骤停的应急处理 一旦发生心脏骤停，如得不到及时抢救，4至6分钟后会造成大脑和其他人体重要器官组织的不可逆的损害，因此心搏骤停后的心肺复苏术必须在现场立即进行，强调黄金4分钟。

6.5.4.2 心搏骤停的表现：

- 病人意识突然丧失或全身短暂性抽搐。
- 颈动脉搏动摸不到。
- 叹息样呼吸或呼吸停止。
- 皮肤苍白或紫绀。
- 双侧瞳孔散大。

6.5.4.3 心肺复苏 详细操作步骤见附录C，表C.2。



- 叫：呼叫病人，无反应，判断有无呼吸。
- 叫：高声呼叫家属或邻居前来帮忙救人，并尽快拨打急救电话120，详细说明地址、电话及患者的病情。
- C：胸部按压30次，频率至少为100次/分以上。按压时肩肘腕在一条线上并与病人躯干垂直，按压深度至少5厘米。
- A：开放气道。
- B：予人工呼吸2次，即胸部按压通气比值为30:2。吹气时不能漏气，连吹两次，中间要松开病人的鼻孔让其出气。
- 重复胸外按压和人工呼吸，直到医疗救护人员到达。

6.6 病人的心理照护

病人可能会因为生病产生情绪波动，甚至会有心理负担，护理员要耐心陪伴倾听病人，观察病人的情绪和行为变化，提供必要的心理疏导和照护。

6.6.1 病人常见的消极情绪

- 孤独：因疾病导致健康状况下降，人际关系逐渐缩小，导致人际交往、认知或交流能力发生迟缓，感觉无法逃避。
- 抑郁：表现为沮丧、失望、缺乏愉快感和自信心，对人和事物的兴趣下降。
- 焦虑：由于忧虑或恐惧引起情绪高度紧张的心理状态。罹患心脏病、糖尿病、高血压、脑卒中等慢性病的病人，焦虑水平更高。
- 怀疑：因患病而多疑，极度敏感，爱听恭维自己健康的话。
- 偏激：因疾病否定自我，常自责、自卑、自怜；或因生病而过高要求别人，希望得到他人照顾而不考虑他人的实际条件和能力。
- 失落：面临生病导致的社会经济地位、容貌、自理能力等变化，表现出若有所失而无所适从的感觉。

6.6.2 与病人的沟通交流

6.6.2.1 语言沟通

- 礼貌称呼病人，诚恳帮助病人解除戒备心理，建立尊重、信任的关系。
- 耐心倾听病人诉说，适当反馈，不带有偏见或表现出惊讶、厌恶等表情。
- 理解接纳病人的情绪和行为，适当提问，让病人感到护理员在认真听自己说话。
- 将病人表达不清晰的内容用自己理解后的语言表达出来，作为表达内容的解释说明。
- 适当中断病人重复的或表达不清的内容。

6.6.2.2 非语言沟通

- 保持良好的目光接触。
- 注意观察病人面部表情，捕捉沟通中传递的信息。
- 观察身体姿态，捕捉沟通中的情绪状态和行为信息。

6.6.2.3 沟通交流注意事项

- 了解病人的性格、职业、文化程度、生活习惯、喜好禁忌等相关信息，评估其理解能力、语言表达能力。
- 找出病人最关心、困扰的问题，确定沟通交流的目标。
- 根据病人喜好播放能够舒缓病人心情的音乐，减少导致沟通障碍的因素。
- 注意与病人的交流沟通方式及方法，对其进行必要的开导和劝慰，帮助病人舒缓情绪，鼓励积极面对和解决困难。
- 充分利用肢体语言，如握手、并肩而坐等，适当运用眼神交流。
- 避免强制性打断病人说话。
- 观察病人情绪和心理变化，倾听病人倾诉，发现异常及时与病人家属进行沟通交流。

6.6.3 与病人家属的沟通交流 与病人家属的有效沟通交流，可促进护理员与病人间的信任关系，提升照护效果。

- 日常通过微信、电话等方式向家属反馈病人身体状况、精神状态等，将病人真实的生活状态反映给家属，询问家属意见或建议。
- 病人健康情况出现变化时及时与家属沟通交流，发生紧急情况时家属可协助联系就医。
- 指导病人家属给予病人更多的陪伴、关心、爱护，帮助病人保持情绪稳定和心情舒畅。

厦门金圣元管理服务有限公司

附录 A (资料性)

服务验收单见表 A.1；日常生活活动能力评定见表 A.2。

表 A.1 服务验收单

客户姓名(病人)		现住址		
客户姓名(家属)		电话		
护理员姓名		电话		
服务时间		服务协议编号		
服务内容	评价			
	非常满意	满意	一般	不满意
仪容仪表				
服务态度				
卫生习惯				
病人护理				
改进建议:				
客户签名: 年 月 日				

表 A.2 日常生活活动能力评定

项目	评分标准	描述
1、进食	0分=需极大帮助或完全依赖他人	取食困难，需极大帮助或完全依赖护理员帮助；管饲饮食
	5分=需部分帮助（夹菜、盛饭等）	需要护理员协助取食或处理食物（如切碎、搅拌等）或只能使用汤匙进食
	10分=可独立进食	在合理时间内，独立使用餐具将食物送入口中、咀嚼、吞咽
2、洗澡	0分=依赖	需要在护理员帮助下才能完成
	5分=自理	能够独立完成洗浴、擦干等动作，会使用水龙头等设备
3、修饰	0分=需帮助	不能独立完成个人卫生活动
	5分=自理	独立完成洗脸、刷牙、梳头、剃须等个人卫生活动
4、穿衣	0分=依赖	不能或不会穿脱衣裤，需极大帮助或完全依赖护理员
	5分=需部分帮助	能自己穿脱，但需护理员帮忙整理，如系开纽扣，拉拉链、系鞋带等
	10分=自理	可独立完成
5、大便控制	0分=完全失禁	经常失禁，或完全依靠护理员帮助完成
	5分=偶尔失禁	失禁不频繁（每周<1次）
	10分=能控制大便	能控制大便
6、小便控制	0分=完全失禁	经常失禁，或完全依靠护理员帮助，导尿
	5分=偶尔失禁	失禁不频繁（每天<1次），或需护理员部分协助
	10分=能控制小便	能控制小便
7、如厕（包括便后清洁及整理衣服）	0分=需极大帮助或完全依赖他人	需要在护理员协助下才能入厕或使用便盆
	5分=需部分帮助	需护理员搀扶、帮忙冲水或整理衣裤等。知道如何使用便盆和保持个人卫生。
	10分=自理	可独立完成
8、床椅转移	0分=完全依赖	自己无法坐起或保持坐姿，只能以卧姿进行少量的活动
	5分=需极大帮助（2人），能坐	极大程度上依赖护理员帮助和搀扶才能坐起/起立/活动
	10分=需少量帮助	由1人少量搀扶或语言指导等，可自行完成床/椅面间的转移
	15分=自理	可独立完成
9、步行活动	0分=不能动	卧床不起，完全依赖护理员帮助才能移动
	5分=需极大帮助	行走时极大程度上依赖护理员搀扶，或坐轮椅自行在平地移动
	10分=需部分帮助	需护理员轻扶、口头指导或使用拐杖等轻微协助
	15分=独立步行	能独立或借助步行器等完成站立、床椅转移、在房间活动
10、上下楼梯	0分=不能上下楼梯	需极大帮助或完全依赖他人
	5分=需要帮助（体力或语言指导）	需要护理员搀扶、使用拐杖或扶楼梯等才能上下楼梯
	10分=自理	可独立上下楼梯
注： ADL 评定包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便、小便、如厕、转移、行走、上下楼梯共 10 项内容，总分为 100 分，得分越高，独立性越强，依赖性越小。≤40 分为严重功能障碍， 生活不能自理 ；45~60 分为中度功能缺陷， 生活部分自理 ，大部分生活需要他人照护；65~95 分为轻度功能缺陷， 生活基本自理 ，少部分需要他人照护；100 分为 生活完全自理 。		

附录 B

(规范性)

病人(居家)日常照护操作流程

协助病人床上洗头操作流程见表 B.1, 床上擦浴操作流程见表 B.2, 鼻饲饮食照护操作流程见表 B.3, 协助病人离床活动护理操作流程见表 B.4, 协助病人使用轮椅活动操作流程见表 B.5。

表 B.1 协助病人床上洗头操作流程

操作步骤	操作方法
评估沟通	了解病情、意识、自理能力水平及影响洗头的因素。
	沟通解释目的并取得病人的配合。
操作准备	关闭门窗, 调节室温为 24~26° C。
	按需协助排便, 移开床头柜。
安置体位	协助病人平躺于床上, 在枕头上铺防水巾;
	松开衣领并向内折, 用干毛巾围于颈部和肩部并固定好。
	取斜角仰卧、屈膝, 把盖有防水巾的枕头移到肩部下。
	扣杯法: 在病人头部的床单上铺防水巾, 床上放脸盆, 盆底放一条毛巾, 其上倒扣一个搪瓷杯, 杯上垫 1 块外裹隔水薄膜的四折毛巾, 将头部枕在杯上的毛巾。
清洗头发	放妥洗头用物, 用耳塞或干棉球塞住两耳。
	嘱病人闭眼, 用纱布等遮盖双眼。
	确定水温合适后, 将水缓慢倾倒在头发, 充分湿润, 涂抹洗发水。
	双手指腹揉搓头发和按摩头皮, 方向由发际向头顶部。
	梳去脱落的头发, 缠绕成团置于纸袋中。
	揉搓后用干净温水冲洗头发。
移去用物	拿掉遮眼纱布和耳朵内的耳塞或棉球。
	解下颈肩部的毛巾擦干脸部水痕并包住头发。
	一手托住头部, 一手撤去脸盆。
干发梳发	协助病人躺到床中央, 将盖有防水巾的枕头从肩下移到头部
	包头毛巾充分擦干头发, 必要时用电风吹干, 梳理整齐。
整理用物	协助休息, 整理床单位, 开窗通风
	清理用物并归位。

表 B.2 床上擦浴操作流程

操作步骤	操作方法
沟通与评估	向病人耐心解释沟通，解除思想顾虑，取得配合。评估当前状态、皮肤情况、自理能力和配合程度。
擦浴前准备	用物准备：水桶 2 个（1 个装 50~52° C 温水，1 个装污水），3 个水盆，2 条浴巾，3 条毛巾，清洁衣裤 1 套，防水单 1 块，头梳、指甲刀、垃圾桶。必要时备润肤液、爽身粉等。
	关好门窗，拉上窗帘，室温调节在 24° C 以上。按需协助排大小便。
	协助病人移近护理员，取舒适体位，保持身体平衡。松开盖被移到床尾，用浴巾遮盖身体。
	将水盆放在床旁桌上，倒入三分之二满的热水，测水温。
擦洗面、颈部	一条浴巾铺在枕头上，毛巾叠成手套状，包于手上，放入水盆浸湿。
	擦洗眼部：由内眦到外眦洗，洗完一侧再洗另一侧。
	按顺序洗净并擦干前额、面颊、鼻翼、耳后、下颌直到颈部。注意耳廓、耳后及皮肤皱褶处的清洗。
擦洗上肢	为病人脱去上衣，盖好浴毯。先脱近侧后脱远侧，有肢体活动障碍先脱健侧后脱患侧。
	移去近侧上肢浴毯，将浴巾纵向铺在上肢下面。
	由远心端向近心端擦洗上肢，直至腋窝，然后用大浴巾擦干。注意腋窝等皮肤皱褶处洗净。
	协助将手放入水盆，洗净并擦干。根据情况修剪指甲。
	同法擦洗另一侧上肢。
擦洗胸、腹部	按需换水，测试水温。
	浴巾盖在胸部，浴毯向下折叠至脐部。护理员一手掀起浴巾一边，另一包有毛巾的手擦洗病人胸部，再彻底擦干胸部皮肤。
	浴巾纵向盖于胸、腹部，浴毯向下折叠至会阴部。护理员一手掀起浴巾一边，另一包有毛巾的手擦洗病人腹部，再彻底擦干腹部皮肤。
擦洗背部	翻身侧卧，背向护理员，暴露背部和臀部。
	浴毯盖肩部和腿部保暖。
	依次擦洗后颈部、背部和臀部。
更衣平卧	协助穿上清洁上衣。先穿对侧后穿近侧，有肢体活动障碍者先穿患侧后穿健侧。
	将浴毯盖于胸、腹部。换水并调好水温。
擦洗下肢、足部以及会阴部	浴毯盖于远侧腿部，浴巾纵向铺于近侧腿部下面。
	依次擦洗脚踝、膝关节、大腿、小腿，洗净后彻底擦干。
	移水盆于足下，盆下垫浴巾。
	一手托起小腿将足部放于盆内，浸泡擦洗足部，擦干足部。
	护理员移到床对侧，同法擦洗近侧下肢。
	擦洗后盖好浴毯。换盆换水，测试水温。
	清洗并擦干会阴部，并协助穿好清洁裤子。
整理用物	酌情帮助病人修剪指（趾）甲，梳头发，询问病人感受和需求。
	整理床单位，按需更换床单。拉开窗帘，开窗通风。清理用物并归位。

表 B.3 鼻饲饮食照护操作流程

操作步骤	操作方法
评估解释	评估病情、营养情况、合作程度，以及鼻饲饮食的种类、量、温度
鼻饲前准备	环境、护理员、患者、鼻饲物品四方面准备
摆放体位	用软枕垫起病人上半身，使其呈半坐位或坐位。
	对于平卧的病人，护理员应协助垫高头部，垫巾围于病人胸前。
	在病人颌下垫毛巾，打开胃管末端包裹的纱布。
检查鼻饲管	检查鼻饲管位置，看鼻部胃管刻度标记有无移位，有无分泌物附着。如遇胃管滑脱应通知家属，联系医疗机构进行处理。
	检查鼻饲管是否在胃内：打开胃管末端盖帽，将灌注器与胃管末端紧密连接，一手按住连接处，一手拉开灌注器栓柄进行抽吸，有胃内容物被抽出表明胃管在胃内。推回胃内容物，盖好胃管末端的盖帽。
进行鼻饲	抽取 20ml 温开水，打开鼻饲管末端并注入，以确定鼻饲管通畅。
	抽取鼻饲液，每管 50ml，将少量鼻饲饮食滴于自己手腕内侧感受温度，以温热而不烫手为宜。在水杯中涮下外壁鼻饲残渣，打开鼻饲管盖帽与灌注器连接，以 10~13 毫升每分钟的速度缓慢推注。推注后立即盖好鼻饲管盖帽。
	将剩余鼻饲液重复抽吸、推注，直至全部推注完毕。推注过程中要观察询问病人有无不适感受。
	再次抽取 30ml 左右温开水缓慢推注，冲净鼻饲管内壁食物残渣，防止堵塞鼻饲管。盖好鼻饲管末端盖帽，用纱布包裹鼻饲管末端，用胶布缠绕固定，放于枕边或固定在病人衣领上。
	嘱病人鼻饲后保持体位 30 分钟，以防食物返流引起误吸。之后可协助病人恢复舒适体位休息。
整理记录	清洁病人面部，撤下垫巾、毛巾。
	整理床单位。
	清洗用物。灌注器在流动水下清洗干净，用开水浸泡消毒后放入碗内，上面盖纱布备用。灌注器更换频率为 1 次/周。
	洗手，在记录本上记录鼻饲的时间、种类、量，观察记录病人鼻饲后有无腹胀、腹泻等不适。

表 B.4 协助病人离床活动操作流程

操作流程	操作方法
离床活动前的准备	评估病人身体活动能力和配合程度，移开障碍物，保证活动环境宽敞、安全。
	准备好辅助器具（手杖、助行器等）并检查其性能。
	为病人准备防滑合脚的鞋子，酌情添加衣物。
头颈、手部及下肢活动	把病人上身垫高呈半卧位，保持 3-5 分钟，头颈部稍微转动，活动手部关节和踝关节的屈伸活动。
床上坐起	扶病人坐起，后背垫软枕倚靠床头，保持 3-5 分钟，活动肘关节和上肢。
床边坐	坐于床边，双脚着地，用双腿支撑身体重量，保持 3-5 分钟。
床边站立	护理员扶助病人床边站立，可原地踏步 3-5 分钟，防止摔倒，没有不适可尝试走动。
自行或搀扶慢走	病人自行或使用辅助器具缓慢行走 10 分钟左右，必要时护理员协助搀扶病人慢走，以不感觉疲劳为宜。
注 1：根据室内温度情况适当增加衣物，避免病人着凉。 注 2：离床活动过程中，护理员要时刻陪护在病人身边，必要时协助病人床边坐、站、行走，循序渐进，防止摔倒。 注 3：密切观察病情，如病人有不适要立即停止活动，协助坐于椅子上或卧床休息。	

表 B.5 协助病人使用轮椅活动操作流程

操作步骤	操作方法
使用前的准备	评估病人身体活动能力和配合程度。
	移开障碍物，保证活动环境宽敞、安全。
	根据季节温度等酌情准备毛毯，别针，必要时备软枕。
	检查轮椅的轮子、座位、扶手、脚踏板、制动系统等各部件性能良好。
安置轮椅	轮椅推至病人床边，使椅背和床尾平齐，椅面朝向床头，或者轮椅与床夹角呈 30-45°，制动轮椅，掀起脚踏板。
协助入轮椅	扶病人床上缓慢坐起，双腿垂于地面，协助穿衣；护理员面对病人双脚分开站立，把病人双手搭在护理员肩膀上，护理员双手环抱病人腰部，协助病人下床站立在床边；告知病人用近轮椅一侧的手扶住轮椅外侧把手；病人转身坐入轮椅中；翻下脚踏板，帮助病人双脚置于脚踏板上；叮嘱病人扶好轮椅把手，用毛毯遮盖躯体保暖；整理床单位。
推送病人	打开车闸，平稳、安全地推动轮椅，注意观察病人情况。
协助下轮椅	将轮椅推至床尾，制动车闸，翻起脚踏板；护理员立于病人前面，两脚前后分开，屈膝屈髋，双手放于病人腰部；病人双手放到护理员肩膀上，协助病人站立，缓慢坐回床边；协助患者脱鞋子、衣服，卧床。
整理	协助病人取舒适卧位，盖好被子，整理床单位；轮椅退回原处备用；询问病人感受。
注 1：根据室外温度情况适当增加衣物、盖被（或者毛毯），避免病人着凉。 注 2：协助坐入轮椅和下轮椅时，注意制动车闸，防止轮椅滑动和病人摔倒。 注 3：推轮椅时速度要慢，并随时观察病人表现和询问感受，如感觉疲乏或不适，要就近休息或尽快返回。 注 4：下坡时要减速，叮嘱病人头和背往后靠，并抓紧扶手；过门槛时翘起前轮避免过大震动。 注 5：遇到障碍物或拐弯时，护理员要提前告知，保证病人安全。	

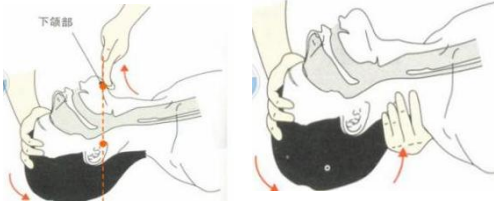
附录 C
(资料性)

海姆立克急救法操作流程见表 C.1，心肺复苏操作流程见表 C.2

表 C.1 海姆立克急救法操作流程

操作步骤	操作方法
确定急救方法	评估病人意识、身形情况，选择正确的海姆立克手法。
实施海姆立克急救法 	立位腹部冲击法： (1) 施救者站在病人身后，双臂从腋下向前伸环抱病人。 (2) 一手握拳，拳眼朝内，放置于腹部正中肚脐上两横指处，另一手包住拳头，双手向内、向上快速有力冲击，反复实施。 (3) 提醒病人低头张口，便于异物排出。
	卧位腹部冲击法： (1) 先使病人仰卧，头偏向一侧。 (2) 两腿分开骑跨在病人髋部两侧。 (3) 一手掌根置于病人肚脐上方两横指处，两手掌根重叠，十指相扣，用掌根向内、向上连续冲击。 (4) 检查口腔是否有异物被冲出，将其取出。
判断救护效果	观察异物排出情况和病人反应

表 C.2 心肺复苏术操作流程

操作步骤	操作方法
评估环境	环顾四周，解除不安全因素，确保环境安全，必要时做好自身防护。
评估意识	拍打病人双肩，对其双耳大声呼叫，观察有无反应。不要摇晃病人。
启动抢救程序	判断病人无意识，立即大声呼叫家属或呼喊邻居帮忙救人，并尽快拨打 120 急救电话，详细说明地址、电话及患者的病情。
评估呼吸	观察胸廓起伏情况来判断有无呼吸或有效呼吸，时间不超过 10 秒。
安置体位	使病人去枕、仰卧于地面或硬板床上。 病人身体无扭曲，双上肢放于身体两侧，解开衣领裤带，暴露胸壁。
胸外心脏按压	定位两乳头连线的中点。 双手掌根重叠置于按压部位。 手指抬离胸壁，两臂伸直，肩、肘、腕关节呈一条直线，利用上半身的重量垂直向下按压。避免按压间隙倚靠在病人胸壁。  按压频率 100~120 次/分，成人按压深度 5~6 厘米，进行 30 次按压。
开放气道	检查口鼻腔，清除分泌物，有假牙要取下。 仰面抬颌法：将一手小鱼际置于病人前额，使头部后仰，另一手食指和中指置于下颌骨骨性部分向上抬颌，使下颌尖、耳垂的连线与地面垂直。头部后仰法：施救者位于病人头部一侧，一只手将病人颈部托起，另一只手放于病人的额部并使头向后仰伸。注意不要仰伸过度引起伤害。 
人工呼吸	捏住病人鼻孔 正常吸一口气，将病人的口完全包住，吹气，时间大于 1 秒；吹气完口唇离开，并松开捏鼻的手，使气体呼出。吹气时余光看胸廓是否有起伏，不要大力吹以防过度通气。  再重复吹气一次。（胸外按压和人工呼吸比例是 30:2）
五个循环 CPR	进入下一个循环的胸外心脏按压 → 开放气道 → 人工呼吸
判断复苏效果	五个循环后判断呼吸、脉搏是否恢复，面色、口唇是否由苍白青紫变红润。未恢复再次进行五个循环的按压/通气，直到复苏成功或等到急救医护人员到达现场。