

GXAS

团 体 标 准

T/GXAS XXXX—XXXX

医疗护理员服务操作规范

Service operating specification of medical nursing assistants

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

广西标准化协会 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 服务操作流程 1

6 服务操作内容 1

 6.1 生活照护 1

 6.2 基本照护 19

 6.3 移动照护 28

 6.4 临床照护 33

 6.5 心理支持 48

 6.6 功能锻炼 53

7 服务评价与改进 65

附录 A（规范性） 服务操作流程图 66

参考文献 67

前 言

本文件参照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。

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。

本文件由南宁市市场监督管理局、中国(广西)自由贸易试验区南宁片区管理委员会指导。

本文件由广西护理学会提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西陪陪我健康科技有限公司、柬埔寨三提菲娅普国立医院、柬埔寨中柬第一医院、广西壮族自治区人民医院、中山大学附属第一医院广西医院、广西壮族自治区江滨医院、广西卫生职业技术学院、广西医科大学第二附属医院、广西中医药大学护理学院、右江民族医学院附属医院、柳州市中医医院、广西国际壮医医院、柬埔寨聚贤人力资源和教育管理有限公司、桂平市人民医院、河池市第一人民医院、来宾市人民医院、桂林市人民医院、广西朋宇组物业服务有限公司、广西南宁市食品药品检验所、广西医科大学附属武鸣医院、横州市人民医院。

本文件主要起草人：陆柳雪、蒙汝萍、邱小琴、梁榕、张琰、贺应军、黄丽萍、林琴、梁桂荣、杨起、廖婵娟、胡晓玥、王芳、刘国石、黄昊。

医疗护理员服务操作规范

1 范围

本文件规定了医疗护理员服务操作的基本要求、服务操作流程、服务操作内容、服务评价与改进的要求。

本文件适用于医疗护理员的服务操作。

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 431 护理分级标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

医疗护理员 medical nursing assistants

符合《医疗护理员国家职业标准》的准入要求，对照护对象和其他需要照护的人群提供生活照护，并在医护人员的指导下进行部分辅助工作的人员。

4 基本要求

4.1 应具有职业道德基本知识，包括：

- 遵纪守法，依规从业；
- 爱岗敬业，忠于职守；
- 团结协作，主动配合；
- 尊重照护对象，关爱生命；
- 严谨求实，遵守规程；
- 优质服务，人际和谐。

4.2 应熟悉照护基础知识、安全与急救知识、相关法律和法规知识。

5 服务操作流程

服务操作流程按附录A执行。

6 服务操作内容

6.1 生活照护

6.1.1 清洁照护

6.1.1.1 居室清洁

6.1.1.1.1 应保持居室环境干净整洁，物品放置有序，整理居室环境操作步骤如下：

- a) 物品分类归纳：将过期的、用不上的物品丢弃，再将需要的物品放回原位，先从桌面开始整理，再到地面的物品；

- b) 从上到下打扫：先打扫房屋靠上的位置，灰尘堆积的地方，如窗帘、衣柜顶部，再到桌面、床面、家电、家具，地面、地毯、垃圾桶；
- c) 勤开窗定期消毒：打扫过程中会有灰尘，勤开窗通风，对室内环境打扫完再应定期消毒。
- 6.1.1.1.2 调整病房温度/湿度，定期进行居室通风，采用自然通风或强制排风措施。
- 6.1.1.1.3 定期为卧床照护对象床单元整理及更换，操作步骤如下：
 - a) 观察照护对象的病情和状态，若照护对象正在输液，注意保护输液管道。
 - b) 准备清洁的床单、被套、枕套、床刷及床刷套等。
 - c) 移开床上用品将枕头移至床尾或其他合适的位置，然后将被子折叠并放在椅子或床边的推车上。
 - d) 清洁床垫：
 - 1) 清扫床垫表面，戴上清洁的床刷套，用床刷从床头向床尾、从床的一侧向另一侧依次清扫床垫表面，将灰尘、皮屑等杂物清扫干净；
 - 2) 如有污渍，应选择对床垫材质无损害的清洁剂，用干净的湿布蘸取少量清洁剂，轻轻擦拭污渍部位，然后用干布擦干。
 - e) 更换床单：
 - 1) 铺底层床单，取出干净的床单，将其正面向下，横、纵中线与床垫的横、纵中线对齐。先将床头部分的床单铺好，将床单的边缘塞进床垫下，然后拉紧床单，使床单平整地覆盖在床垫上。接着将床尾部分的床单塞进床垫下，最后将床两侧的床单塞进床垫下，边塞边整理；
 - 2) 铺中单应将中单的中线与床垫中线对齐，先铺床头，再铺床尾，最后将两侧塞进床垫下；
- 注：骨科照护对象或有引流管的照护对象应铺中单，中单应铺在照护对象易污染或需要保护的部位，如腰部以下或引流管周围。
- 3) 铺橡胶单应将橡胶单平铺在床垫上，边缘要平整，且不超过中单的范围。
- 注：有排泄物污染风险的照护对象（如大小便失禁照护对象）应在中单下铺橡胶单。
- f) 将脏被套从被子上取下，把被子放在干净的被套上。如被子有结团现象，先将其抖散、拉平，使被子均匀地分布在干净的被套内。将被子与被套的一角对齐，握住被子的一角，以“S”形将被子逐渐塞入被套中或将被套平铺在床上，开口朝向床尾。将被子平铺在被套上，使被子的四个角与被套的四个角对齐，边塞边整理。
- g) 更换枕套：
 - 1) 将枕头从枕套中取出，检查枕头芯是否有污渍、变形等情况。如有污渍，宜参照床垫污渍的处理方法进行清洁；如枕头芯变形，宜适当拍打使其恢复原状；
 - 2) 双手撑开枕套，将枕头芯对准枕套口，迅速将枕头芯塞入枕套中。将枕头的四个角与枕套的四个角对齐，然后整理好枕套。
- h) 整理床单元整体外观：
 - 1) 将整理好的枕头放在床头，根据照护对象的习惯和病情调整枕头的高度和位置。将被子平铺在床上，被头距床头 15 cm~20 cm，两侧和床尾的被子要自然下垂，且边缘整齐。如照护对象需要使用床栏，将床栏升起并固定好；
 - 2) 检查整理效果站在床尾，整体观察床单元的整理效果。检查床单、被套、枕套是否平整，有无褶皱；床上用品的位置是否合适；床栏等设施是否安全。如发现问题，及时进行调整。
- i) 整理完床单元后，协助照护对象回到床的中间位置，调整照护对象的体位，清理用物。
- 6.1.1.1.4 定期进行床单位准备，铺备用床、暂空床、麻醉床操作步骤如下：
 - a) 铺床之前先将大单、被套、棉胎正确折叠，移床旁椅于床尾正中，距床 15 cm。按照使用的顺序将物品叠放于床旁椅上，从下往上摆放顺序为枕芯、枕套、棉胎、被套、大单；
 - b) 搬动床旁桌，离床 20 cm；
 - c) 将大单横、纵中线对齐床面横纵中线放于床褥上，分别向床头、床尾散开，再将近侧大单向近侧下拉散开，将对侧大单向远侧散开。先铺近侧床头大单，一手将床头床垫托起，一手伸过床头中线，将大单边缘拉紧塞于床垫下，托床垫的手在距床头 30 cm 处提起大单边缘，使其同床沿垂直，呈三角形，以床沿为界将三角形分为两半，先将下半塞于床垫下，再将上半塞

于床垫下，铺好床角。铺近侧床尾大单，然后两手将大单中部边缘拉紧，塞于床垫下。转至对侧用同样方法铺好对侧大单；

- d) 于床中部或床尾部铺一橡胶单或中单，余下部分塞于床垫下；于床头铺另一橡胶单，将中单铺在橡胶单上，余下部分塞于床垫下；转至对侧，铺好大单、橡胶单和中单；
 - e) 将被套的横、纵中线对齐床面横、纵中线，放于大单上，向床头、床尾散开，并拉平，尾部开口端的上层上拉 1/3，放入“S”形折叠的棉胎，拉棉胎上缘至被套顶端，对好两上角展开棉胎，平铺于被套内，逐层拉平至尾部，并将整个盖被下拉使头端距床头 15 cm，系好开口处系带，护理员将盖被两侧内折与床沿平齐，成被筒状。再将盖被三折叠于背门一侧；
 - f) 取枕芯、枕套，将枕套反转内面朝外，一手伸进枕套内，抓住顶侧中间，再抓住枕芯一侧中间，另一手反转枕套并往下拉，套住枕芯，四角充实，拍松枕头，并将枕头横立于床头；
 - g) 移回床旁桌，椅子放在床尾，与盖被同侧。
- 6.1.1.1.5 定期为卧床照护对象进行仰卧更换床单位，操作步骤如下：
- a) 有脚轮的床，先固定，病情允许时放平床头、床尾支架，拉起对侧床栏，移开床旁桌、椅，以方便操作；
 - b) 松开床尾盖被，对于能够配合的照护对象，宜指导其稍微向对侧挪动身体，使身体处于更利于更换床单位的位置；对于无法配合的照护对象，则需保持其当前体位稳定。再次检查并妥善固定好照护对象身上的所有管路；
 - c) 松开近侧各层床单，将脏中单、脏大单向上卷起塞于照护对象身下，从床头至床尾扫净床褥；
 - d) 将清洁大单中线与床中线对齐展开，对侧半幅向下卷起塞于照护对象身下，铺好近侧大单。一次性中单中线对齐铺在大单上，对侧向下卷起塞于照护对象身下，近侧中单塞入床垫下；
 - e) 移枕头于近侧，协助照护对象挪向近侧，拉好床档。再次检查并妥善固定好照护对象身上的所有管路；
 - f) 松开近侧各层床单，将脏中单、脏大单向上卷起塞于照护对象身下，从床头至床尾扫净床褥；
 - g) 拉出大单并铺好，拉出中单，一并塞在床垫下；
 - h) 枕头移至中间，协助照护对象平卧。将清洁被套正面朝外平铺于原盖被上，尾部开口端的上层上拉 1/3，将棉胎从污被套内竖叠三折成“S”形，取出后马上放入清洁被套内，对好两上角，一手抓住盖被上端，一手下拉清洁被套，套好以后再撤出污被套，放入污衣袋内，将棉被两角压在照护对象肩下或者请照护对象双手抓住棉被两角拉平盖被，折成被筒，尾部内折与床尾齐平；
 - i) 取出枕头，更换枕套后拍松，开口背门放于照护对象头下；
 - j) 将照护对象轻轻安置回床上，确保身体各部位处于舒适位置。对于需要特殊体位的照护对象（如半卧位等），应按照医嘱进行调整。再次检查所有管路是否畅通无阻、固定良好。移回床旁桌椅，拉开床帘。

6.1.1.2 个人清洁照护

6.1.1.2.1 头部清洁

6.1.1.2.1.1 应每日帮进行头发梳理，协助照护对象抬头，将治疗巾铺于枕头上，将头偏向一侧，将头发从中间分为两股，左手握住一股头发，由发梢一段段梳到发根，如遇有头发打结时，应沿发稍至发根方向梳理，宜将头发绕在手指上，用 30 % 乙醇湿润后再小心梳顺，长发宜编成发辫或用橡皮圈扎成束。将脱落的头发缠紧包于纸中，取下治疗巾，安置照护对象，整理床单位，清理用物。

6.1.1.2.1.2 应定期帮照护对象洗头，应先准备好所需的洗头用具（洗发水、毛巾、梳子）、温水，调整病床到适宜高度，用温水浸湿头发，从头顶开始向下冲洗，取适量洗发液，在头皮和发丝上均匀按摩搓揉，直到起泡沫，用温水彻底冲洗掉所有泡沫后用干毛巾擦拭头发、用梳子轻柔梳理头发，最后用吹风机吹干头发。

6.1.1.2.2 面部清洁

应每日至少 2 次（早、晚）帮照护对象进行面部清洁，操作步骤如下：

- a) 评估照护对象的面部皮肤完整性及清洁度，有无伤口；

- b) 清洁自己的手部卫生,准备好清洁用品(洁面乳、毛巾、温水),嘱照护对象坐在椅子或躺在床上;
- c) 用温水将毛巾浸湿,轻轻拧干后,轻轻擦拭照护对象的面部,湿润皮肤,清洁顺序:眼睛、额头、鼻子及鼻翼两侧、唇周、脸颊、颈部、耳朵及耳后;
- d) 取适量洁面乳于手心,揉搓出泡沫,将泡沫均匀地涂抹在照护对象的面部,包括额头、脸颊、鼻子、下巴等部位,避开眼睛和嘴巴周围;
- e) 用温水将毛巾再次浸湿,拧干后擦拭面部,去除洁面乳和污垢。

注:如照护对象有自主活动能力,尽量鼓励其使用自己的力气完成清洁动作,护理员从旁协助。

6.1.1.2.3 应每日至少2次(早、晚)帮照护对象进行口腔清洁,操作步骤如下。

- a) 协助照护对象取侧卧或头偏向护理员一侧,将面巾纸或防湿围布围于颌下和前胸,将弯盘置于口角盘。
- b) 将海绵棒沾水,擦洗照护对象的嘴唇,协助用吸水管吸水漱口,吐至弯盘内。
- c) 一手用压舌板协助照护对象张口,另一持手电筒,观察口腔内有无溃疡、出血点等异常情况,观察有无活动性义齿,如有活动性义齿应取出。
- d) 用海绵棒蘸取漱口液,挤出多余的水分,依次擦洗牙齿外侧面、内侧面、咬合面、颊部、上腭、舌面、舌下。具体方法为:
 - 1) 指导照护对象咬合上下牙齿,用压舌板轻轻撑开左侧颊部,由内向外沿牙缝纵向擦洗牙齿左外侧面,擦洗到门齿,再擦洗右外侧面,叮嘱照护对象再次张口,由内向外沿牙缝纵向擦洗左上内侧面,颤动擦洗左上咬合面;
 - 2) 再擦左下内侧面、左下咬合面,弧形擦洗左侧颊部,同样方式擦洗右上内侧面、右上咬合面、右下内侧面、右下咬合面及右侧颊部;
 - 3) 最后逐步擦拭上腭、舌面、舌下,直至清洁无异味。
- e) 擦洗完毕,协助照护对象用吸水管吸水漱口,再次检查口腔,遵医嘱处理异常口腔膜。有口腔溃疡者局部酌情按医嘱涂药,口唇干裂者涂液状石蜡。最后取纸巾擦净照护对象口唇周边水迹。
- f) 安置照护对象舒适体位,整理床单位。

注:如照护对象有自主活动能力,使用牙刷漱口杯,尽量鼓励其使用自己的力气完成清洁动作,护理员从旁协助。

6.1.1.2.4 手足部清洁

6.1.1.2.4.1 应每日帮照护对象进行手足部清洁,先观察照护对象手足部有无伤口,准备温水,用温水将毛巾浸湿,干后擦拭照护对象的手足部。

6.1.1.2.4.2 应定期帮照护对象修剪指甲,先把指甲刀消毒,然后用热水把局部嵌甲部位浸泡到软化,再用指甲刀将嵌甲剪掉。

6.1.1.2.5 身体清洁

6.1.1.2.5.1 常用助浴助洁设备使用操作步骤如下:

- a) 沐浴椅:
 - 1) 检查沐浴椅的稳定性,四个脚平稳地放置在地面上,将沐浴椅放置在浴缸或淋浴区内合适的位置,宜靠近喷头但不应将水流直接冲击座椅的连接处;
 - 2) 协助照护对象缓慢地走到沐浴椅旁,让其一手扶着旁边的固定物(如墙壁扶手),另一只手扶着沐浴椅的扶手;
 - 3) 引导照护对象慢慢转身,背向沐浴椅,然后缓慢地坐下;
 - 4) 在沐浴过程中,提醒照护对象不随意起身,如需起身,医疗护理员应在旁协助;
 - 5) 沐浴结束后,先将沐浴区域的水关闭,用干毛巾帮助照护对象擦干身体的主要部位,然后协助其慢慢起身,离开沐浴椅。
- b) 手持淋浴喷头:
 - 1) 准备工作:检查淋浴喷头是否有堵塞现象,将淋浴喷头的软管连接牢固;
 - 2) 打开水源,调节水温至合适的温度(38℃~42℃),用手先感受一下水温;
 - 3) 握住淋浴喷头的手柄,将喷头对准照护对象的身体,从头部开始缓慢向下冲洗,避开眼睛、耳朵等敏感部位,除专门用于清洁这些部位的温和水流模式以外;

- 4) 根据照护对象的需求,如清洗头发、身体等不同部位,调整喷头的出水模式(如喷雾式、柱状水流式);
 - 5) 冲洗完毕后,先关闭水源,将喷头挂回原处。
 - c) 电动洗澡刷:
 - 1) 准备工作:电动洗澡刷的电池已充满电或者已正确连接电源,在洗澡刷上安装合适的刷头,如柔软的海绵刷头用于身体清洁,或者稍硬一点的刷头用于去除脚跟等部位的死皮;
 - 2) 将沐浴露等清洁用品涂抹在照护对象的身体上或者直接涂抹在刷头表面;
 - 3) 打开电动洗澡刷的开关,将刷头轻轻放置在照护对象的皮肤上,以缓慢、轻柔的圆周运动进行清洁;
 - 4) 从身体的上部开始,如颈部、肩部,逐渐向下清洁背部、手臂、胸部、腹部、腿部和脚部等部位;
 - 5) 清洁完毕后,关闭电动洗澡刷的开关,取下刷头,用清水将刷头和洗澡刷的机身冲洗干净,晾干备用。
- 6.1.1.2.5.2 应每日为失能照护对象进行床上擦浴,操作步骤如下:
- a) 告知失能照护对象操作目的及方法,取得其配合,关闭门窗,拉上床帘,保护其隐私。
 - b) 放平床头及床尾支架,放下床档,松开床尾盖被,在床上铺好橡胶单和浴巾,协助老人平卧于床上,盖好盖被,保持舒适体位。
 - c) 将面盆放于床旁桌上,倒入温水 2/3 满,测试水温,水温 40℃~45℃为宜。
 - d) 铺浴巾于枕头上,另一条浴巾盖于失能照护对象胸部。将微温小毛巾叠成手套状为照护对象洗脸及颈部:
 - 1) 擦洗眼部:采用毛巾不同部位由内眦洗向外眦擦,洗完一侧再洗另一侧。
 - 2) 擦洗脸、鼻、颈部:擦洗顺序为前额、颊部、鼻翼、耳后、下颌直至颈部。仔细擦洗皮肤皱褶处。同法擦另一侧;
 - e) 为失能照护对象脱下上衣,铺浴巾于一侧手臂下面,先脱近侧,后脱远侧;如有外伤,先脱健肢,后脱患肢。每擦一个部位都应在其下面垫浴巾:
 - 1) 先用涂沐浴液的小毛巾由远心端向近心端擦洗,擦腋下时,抬高或外展手臂,再用湿毛巾拭去浴液直至擦净为止,最后用大浴巾边按摩边擦干,同法擦另一侧;
 - 2) 脸盆放于床边,将失能照护对象两手浸泡于脸盆内,洗净并擦干;
 - f) 擦洗胸腹部:换水,将浴巾铺于胸腹部。护士一手掀起浴巾,一手擦洗胸部,再擦腹部。擦洗方法同四肢。腹部以脐为中心,顺结肠走向擦洗;
 - g) 擦洗背臀部:拉起对侧床档,协助翻身侧卧,依次擦后颈—背部—臀部。进行背部按摩;
 - h) 换上清洁上衣,先穿对侧,后穿近侧,如有外伤,先穿患肢,后穿健肢,协助失能照护对象平卧;
 - i) 擦洗下肢:换水、换盆、换毛巾并调好水温,脱下照护对象裤子并用毛巾覆盖。将浴巾铺于擦洗部位下面,露出近侧下肢,依次擦洗踝部、膝关节、大腿,注意擦净腹股沟,同法擦另一侧;
 - j) 浸泡双足:将盆移于照护对象足下,盆下先铺好浴巾。照护对象屈膝,将双脚同时或先后移入盆内清洗足部及趾部。取走足盆,两脚放于浴巾上,擦干,酌情擦拭润肤露或油;
 - k) 清洗会阴:换水、盆和毛巾,盖好上下肢,只暴露会阴部,协助照护对象清洗会阴部。对于女性照护对象,擦洗顺序为阴阜、尿道口、阴道口、肛门;男性照护对象则为阴茎、阴囊、腹股沟和肛门;
 - l) 穿裤梳发:换上清洁裤子,根据需要修剪指(趾)甲,协助失能照护对象取舒适卧位,梳理头发;
 - m) 整理失能照护对象床单位,必要时更换床单,清理用物,调整体位,确保其舒适。
- 6.1.1.2.5.3 协助照护对象进行淋浴,操作步骤如下:
- a) 评估照护对象的意识状态、肢体活动能力、平衡能力和耐力,是否有伤口、留置导管(如尿管、引流管)等情况,了解照护对象对淋浴的接受程度和可能存在的心理顾虑,提前进行沟通和安抚。
 - b) 提前打开浴室的暖气设备或浴霸等取暖设施,将浴室温度调节到 24℃~26℃。

- c) 浴室地面应干燥、防滑，宜在放置淋浴喷头下方和浴缸（如有）周围放防滑垫。
- d) 准备毛巾、浴巾、沐浴露、洗发水、梳子等沐浴用品和一把椅子（带有防滑脚），并将其放置在照护对象容易够到的位置。
- e) 检查淋浴喷头是否能正常出水，水温调节是否灵敏，调节水温至 40℃～45℃。
- f) 根据照护对象的身体状况，采用合适的方法协助照护对象进入浴室：
 - 1) 能自行行走的照护对象：站在照护对象旁边，让照护对象用手扶住自己的手臂或墙壁；
 - 2) 需要借助辅助器具行走的照护对象：帮助照护对象拿好助行器（如拐杖、助行架），并在旁边保护照护对象；
 - 3) 不能行走的照护对象：使用轮椅将照护对象推到浴室门口，然后将照护对象转移到淋浴椅上。
- g) 协助照护对象坐在淋浴椅上，先将照护对象的上衣脱下，然后再脱裤子（偏瘫照护对象先脱健侧再脱患侧，先穿患侧再穿健侧）。如照护对象有留置导管，应留意导管。
- h) 根据照护对象的喜好和身体状况调节水流大小。对于皮肤敏感或有伤口的照护对象，水流应尽量柔和。
- i) 将沐浴露倒在毛巾或海绵上，先从照护对象的脸部开始清洁，避开眼睛和嘴巴。然后依次清洁颈部、上肢、胸部、腹部、背部、臀部、下肢等部位。
- j) 清洗头发（如需要）：让照护对象将头向后仰，用手或毛巾遮住照护对象的眼睛和耳朵，防止洗发水进入。将洗发水倒在手上，揉搓出泡沫后涂抹在照护对象的头发上，轻轻按摩头皮，然后用温水冲洗干净。
- k) 清洁导管周围（如有）：使用无菌生理盐水（或按照医嘱）清洁导管周围的皮肤，然后用干净的毛巾轻轻擦干。
- l) 冲洗身体：用温水将照护对象身体上的沐浴露泡沫彻底冲洗干净，从头部开始，依次向下冲洗。在冲洗过程中，应注意调整淋浴喷头的位置和角度。对于身体的褶皱处（如腋窝、腹股沟）、皮肤污垢较多的部位，应仔细清洁。
- m) 擦干身体：关闭淋浴喷头，用干净的毛巾轻轻擦干照护对象的身体。从头部开始，依次擦干脸部、颈部、上肢、胸部、腹部、背部、臀部、下肢等部位。对于皮肤褶皱处和容易潮湿的部位（如腋窝、腹股沟、脚趾间），应注意擦干。如照护对象有伤口，应用无菌纱布或干净的毛巾轻轻吸干伤口周围的水分。
- n) 先帮助照护对象穿上干净的内裤，然后穿上裤子和上衣。如照护对象有留置导管，应将导管妥善固定在衣服上。
- o) 协助照护对象离开浴室：根据照护对象进入浴室的方式，协助照护对象离开浴室。
- p) 整理浴室和用品。

6.1.1.2.5.4 应每日帮照护对象清洁会阴：

- 换水、盆和毛巾，盖好上下肢，只暴露会阴部，协助照护对象清洗会阴部。对于女性照护对象，擦洗顺序为阴阜、尿道口、阴道口、肛门；男性照护对象则为阴茎、阴囊、腹股沟和肛门；
- 宜使用冲洗法：医疗护理员戴一次性手套，将便盆置于照护对象臀下，测水温，一手持装有温水的水杯，一手持毛巾，自上而下边冲水，边擦洗会阴部，冲洗后，取出便盆，将会阴部擦干。

6.1.1.2.6 义齿清洁

6.1.1.2.6.1 协助照护对象进行佩戴义齿，操作步骤如下：

- a) 准备工作：
 - 1) 洗净双手，准备好义齿（确保义齿清洁），检查义齿有无损坏、变形；
 - 2) 准备一杯清水，可用于湿润口腔和义齿。向照护对象解释佩戴义齿的过程，缓解其紧张情绪，取得配合。
- b) 佩戴上颌义齿：
 - 1) 指导照护对象用清水漱口，湿润口腔黏膜；
 - 2) 医疗护理员手持上颌义齿，使义齿的基托对准牙槽嵴；

- 3) 将义齿轻轻向上后方按压,使义齿基托与上颌牙槽嵴贴合,利用义齿的重力和吸附力自然就位。宜适当调整义齿位置,确保其准确就位,同时检查义齿与黏膜贴合情况。
 - c) 佩戴下颌义齿:
 - 1) 指导照护对象再次用清水漱口;
 - 2) 医疗护理员手持下颌义齿,使基托与下颌牙槽嵴对应;
 - 3) 将义齿轻轻向后上方按压,使其就位。就位过程中应注意使义齿与下颌牙槽嵴充分贴合;
 - 4) 宜适当调整义齿位置。
 - d) 检查调整:
 - 1) 询问照护对象佩戴后的感觉,检查义齿是否稳固、有无压痛感或异物感;
 - 2) 观察照护对象面部外形是否自然,咬合关系是否正常。若有不适,应及时调整义齿位置或检查义齿是否存在问题。
 - e) 后续工作:确认照护对象佩戴舒适后,清理操作现场,再次洗净双手。
- 6.1.1.2.6.2 协助照护对象进行摘取义齿,操作步骤如下:
- a) 准备工作:
 - 1) 洗净双手,准备好盛放义齿的清洁容器,在容器内盛有适量凉开水;
 - 2) 向照护对象解释摘取义齿的过程,取得配合。
 - b) 操作步骤:
 - 1) 指导照护对象头部稍向前倾,使上颌义齿自然松动。医疗护理员站在照护对象右侧(或方便操作的一侧),用右手食指或拇指从义齿的基托边缘一侧(一般从外侧)插入,轻轻按压,使义齿与黏膜分离。然后应将义齿慢慢向下拉脱位;
 - 2) 指导照护对象微微张口。医疗护理员同样站在合适位置,用食指或拇指从下颌义齿基托边缘的舌侧(内侧)插入,轻轻撬动,使义齿与黏膜分离。再将义齿从口内取出,放于准备好的清洁容器中;
 - 3) 检查义齿是否完整,有无损坏、变形或残留食物残渣。如有食物残渣,宜用清水冲洗或用软毛牙刷轻轻刷洗义齿,不应使用硬毛牙刷或强力刷洗。
 - c) 后续处理:将义齿浸泡在盛有凉开水的容器中,容器放置在安全、清洁的地方。
- 6.1.1.2.6.3 协助照护对象进行义齿清洁,使用牙刷进行清洗或放在盆子里面使用溶液进行浸泡。

6.1.1.2.7 灭虱、灭虬

操作步骤如下:

- a) 篦子梳理:使用细密的篦子,从头发或毛发根部开始向发梢梳理,篦子将虬子(虱卵)梳下,同时也能梳理出部分虱子,梳理过程中应注意力度适中,每次梳理后,要仔细清理篦子上的虱和虬,可将其浸泡在热水中或用酒精擦拭;
- b) 高温处理:将这些耐高温衣物、床上用品放入热水中浸泡,水温应在 50℃~60℃,浸泡时间 30 min,浸泡后,再使用洗涤剂进行清洗,然后在阳光下充分晾晒;

注:对于一些不能水洗的物品,如毛绒玩具等,将其放入烘干机中。

- c) 使用百部酊:取百部酊 30 g~50 g,浸泡在 75%酒精或 60°白酒 500 mL 中,浸泡 48 h 后使用。使用时,将百部酊均匀地涂抹在头发或有虱虬寄生的部位,用毛巾或保鲜膜包裹,保持 1 h~2 h),后用清水洗净;
- d) 使用除虫菊酯类药物:使用含有 0.5%~1%除虫菊酯的洗发水或乳液,将其涂抹在感染部位,按照产品说明书上的要求进行操作,后用清水冲洗干净。

注:使用过程中应注意避免药物进入眼睛等敏感部位。

6.1.1.3 更换衣物

6.1.1.3.1 在为照护对象穿衣服时,应注意不同衣服的穿着要点,穿着要点如下:

——开襟衣服:

- 评估照护对象情况:在协助照护对象穿衣服之前,先评估照护对象的意识状态、肢体活动能力、是否有伤口或疼痛部位等;
- 协助坐起(如需要):如照护对象是卧床状态,先将床头摇高,协助照护对象坐起,让照护对象背部靠在床头,保持舒适、稳定的姿势;

- 如有患侧，应将上衣的内面朝向照护对象，把衣服的袖口轻轻套在照护对象患侧上肢上，慢慢向上拉，帮助照护对象将手臂伸进袖子，直到肩部位置。如照护对象上肢无力，宜用手轻轻抬起照护对象的手臂，协助穿衣。另一侧上肢：将衣服拉过照护对象背部，让照护对象将另一侧上肢伸进袖子，同样向上拉至肩部；
- 整理衣服：帮助照护对象把衣服拉好，整理领口、袖口，确保衣服平整。如衣服有纽扣，从下往上依次为照护对象扣好纽扣；若是拉链式上衣，轻轻拉住拉链头，将拉链拉好。

——套头式上衣：

- 评估照护对象情况：在协助照护对象穿衣服之前，先评估照护对象意识状态、肢体活动能力、是否有伤口或疼痛部位等；
- 协助坐起（如需要）：如照护对象是卧床状态，先将床头摇高，协助照护对象坐起，让照护对象背部靠在床头，保持舒适、稳定的姿势；
- 将上衣卷成一圈，把领口拉宽，从照护对象头部套入，然后帮助照护对象将2只手臂分别伸进袖子里，先伸一侧，再伸另一侧。在伸手臂过程中，宜轻轻握住照护对象的手腕，引导手臂伸进袖子；
- 整理衣服：将上衣拉下来，整理好衣服的下摆、袖口。

——裤子：

- 卧位穿裤（如照护对象不能站立）：让照护对象仰卧，将裤子套在照护对象脚上，先穿1只脚，再穿另1只脚，然后握住裤腰，轻轻抬起照护对象的臀部，将裤子向上拉，拉到腰部合适位置。如照护对象有一定的活动能力，宜让照护对象配合自己抬腿、抬臀动作；
- 站立位穿裤（如照护对象能站立）：协助照护对象站在床边，先将裤子套在照护对象脚上，然后让照护对象依次将脚伸进裤腿，再将裤子拉到腰部，整理好裤子的位置。

6.1.1.3.2 在为照护对象脱衣服时，应注意不同衣服的脱衣要点，脱衣要点如下：

——开襟上衣：

- 评估照护对象情况：了解照护对象的身体状况；
- 解开纽扣或拉链：若是纽扣式上衣，从上往下依次解开纽扣；若是拉链式上衣，轻轻将拉链拉下来；
- 脱一侧上肢（如有患侧）：先脱照护对象健侧上肢，将衣服从照护对象肩部褪下，然后将袖子慢慢从手臂上脱下。这样可避免在脱患侧上肢时过度牵拉；脱另一侧上肢：将衣服从照护对象背部拉到另一侧，再将剩下的那只上肢的袖子脱下；
- 脱下衣服：将衣服从照护对象身上完全脱下，放在一边。

——套头式上衣：

- 评估照护对象情况：了解照护对象颈部和上肢的活动能力等身体状况；
- 脱袖子：让照护对象先将1只手臂从袖子里抽出，然后再抽出另一只手臂，宜协助照护对象轻轻拉扯袖子，帮助其将手臂抽出；
- 脱上衣头部部分：将上衣从照护对象头部向上脱，在脱的过程中，应避免衣服挂住照护对象的耳朵、鼻子等部位。

注：如照护对象颈部活动受限，宜将衣服卷起来，慢慢从头部脱下。

——裤子：

- 了解照护对象能否配合抬腿、抬臀动作以及裤子的类型（如是否有拉链、纽扣等）；
- 解开腰带或拉链（如有）：如裤子有腰带，先解开腰带；如有拉链，将拉链拉下来；
- 卧位脱裤（如照护对象不能站立）：让照护对象仰卧，先将裤子褪到臀部以下，然后抬起照护对象的臀部，将裤子从臀部脱到腿部。握住照护对象的脚踝，将裤子从腿上脱下，先脱一侧，再脱另一侧；
- 站立位脱裤（如照护对象能站立）：协助照护对象站在床边，先将裤子褪到臀部以下，协助照护对象慢慢坐下，将裤子从腿部脱下，先脱一侧，再脱另一侧。

6.1.1.4 选择防滑鞋

为照护对象挑选防滑鞋，要求如下：

- a) 评估照护对象的身体状况。

- b) 平衡能力和步态稳定性：对于平衡能力差、步态不稳的照护对象，如老年人、神经系统疾病照护对象（脑卒中、帕金森病等），应选择鞋底防滑性能佳的鞋子；
- c) 脚部疾病和畸形的照护对象要求如下：
 - 1) 对于脚部疾病的照护对象，如拇外翻、扁平足、糖尿病足等，应选择适应脚部形状和缓解脚部压力的防滑鞋；
 - 2) 对于拇外翻的照护对象，应选择鞋子的前端足够宽的防滑鞋；
 - 3) 对于扁平足的照护对象，应选择有足弓支撑的防滑鞋；
 - 4) 对于糖尿病足的照护对象，应选择材质柔软，内部无粗糙边缘的防滑鞋；
- d) 不同活动能力和需求的照护对象要求如下：
 - 1) 对于活动能力较强、经常需要走动的照护对象，应选择轻便的鞋底材料；
 - 2) 对于活动较少、室内活动的照护对象，应选择带有柔软鞋垫、包裹性好的防滑鞋。
- e) 关注鞋子的防滑性能、鞋底纹路设计、鞋子的舒适性和安全性。

6.1.2 饮食照护

6.1.2.1 围手术期、常见疾病照护

6.1.2.1.1 根据围手术期饮食特点，为照护对象准备饮食，操作步骤如下：

- a) 术前饮食：
 - 1) 一般手术（非肠道手术）：术前 12 h 禁食、术前 4 h~6 h 禁水；
 - 2) 肠道手术：术前 2 d~3 d 开始少渣半流质饮食、术前 1 d 流质饮食。
- b) 术后饮食：
 - 1) 非消化道手术：术后早期（麻醉清醒后 1 h~2 h）：宜少量饮水，若无恶心、呕吐等不适，可逐渐增加饮水量。术后 6 h~8 h 开始流食：如米汤、去油清汤等，若照护对象耐受良好，在术后 1 d~2 d，宜逐渐过渡到半流质饮食。术后 3 d~5 d 根据情况过渡到软食或普通饮食；
 - 2) 消化道手术：遵医嘱禁食 2 d~7 d。在此期间，通过胃肠减压和静脉营养支持来维持照护对象的营养状态和水、电解质平衡。开始进食时遵循从流食到半流质、再到软食和正常饮食的顺序；在围手术期饮食调整过程中，应考虑照护对象的年龄、营养状况、有无基础疾病等因素。

6.1.2.1.2 了解糖尿病饮食特点，为照护对象准备饮食，操作步骤如下：

- a) 选择复杂碳水化合物、控制简单碳水化合物摄入、控制主食量和进食时间宜少食多餐，将 1 日的主食分成 5~6 餐食用；
- b) 蛋白质选择瘦肉（如鸡肉、鱼肉、瘦牛肉）、豆类（如黄豆、黑豆）、蛋类、奶制品等作为蛋白质的主要来源。按照营养比例，适量摄入蛋白质；
- c) 减少饱和脂肪和反式脂肪的摄入、增加不饱和脂肪摄入；
- d) 宜多吃蔬菜，每天蔬菜摄入量不少于 500 g；
- e) 选择低糖水果，如苹果、梨、柚子等。在血糖控制良好的情况下（空腹血糖 $<7\text{ mmol/L}$ ，餐后 2 h 血糖 $<10\text{ mmol/L}$ ），每次食用量 100 g~150 g；
- f) 通过食用全谷物、蔬菜、豆类等食物增加膳食纤维的摄入；
- g) 定时定量进餐、细嚼慢咽。

6.1.2.1.3 了解肾病饮食特点，为照护对象准备饮食，操作步骤如下：

- a) 对于慢性肾脏病照护对象，尤其是肾功能不全者，应限制蛋白质总量，采用优质低蛋白饮食。优质蛋白质来源包括瘦肉（如鸡肉、鱼肉）、鸡蛋、牛奶等。非透析慢性肾脏病照护对象蛋白质摄入量，摄入量为 $0.6\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})\sim 0.8\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。
- b) 对于血液透析或腹膜透析照护对象，由于透析过程中会丢失部分蛋白质，需要适当增加蛋白质摄入量，摄入量为 $1.0\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})\sim 1.2\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。
- c) 根据病情调整：若照护对象有水肿、高血压或心力衰竭等情况，应严格限制钠盐摄入。一般轻度水肿照护对象钠盐摄入量应控制在 $2\text{ g/d}\sim 3\text{ g/d}$ ，中度水肿照护对象钠盐摄入量应控制在 $1\text{ g/d}\sim 2\text{ g/d}$ ，重度水肿照护对象钠盐摄入量应控制在 1 g/d 以下。

- d) 高钾血症防范：当照护对象出现少尿、无尿或高钾血症时，应限制钾的摄入。应避免食用香蕉、橙子、土豆、菠菜、香菇等高钾食物或进行适当处理。对于血钾正常的照护对象，宜适当摄入一些含钾食物。
- e) 高磷血症应对：应限制含磷高的食物，如动物内脏、坚果、全谷物、豆类等。同时，宜食用磷结合剂。
- f) 热量来源选择：应保证足够的热量摄入。宜选择热量高且蛋白质含量低的食物，如麦淀粉（去除了大部分蛋白质的小麦淀粉）、藕粉、粉丝等作为主食。
- g) 量出为入原则：对于有水肿、少尿的照护对象，应根据前 1 d 的尿量来控制当天的饮水量。饮水量（包括饮水、汤、水果等所有液体摄入）为前 1 d 尿量加 500 mL。

6.1.2.1.4 了解心脑血管疾病饮食特点，为照护对象准备饮食，要求如下：

- a) 根据照护对象的年龄、性别、身体活动水平和体重等因素来计算每日所需的热量；
- b) 限制饱和脂肪和反式脂肪、增加不饱和脂肪摄入每天摄入 10 g~15 g。
- c) 限制食用动物内脏（如猪肝、猪心）、蟹黄、鱼子等胆固醇含量高的食物；
- d) 增加复杂碳水化合物：优先选择全谷物（如全麦面包、糙米、燕麦片）、豆类、蔬菜和水果等富含膳食纤维的复杂碳水化合物；
- e) 控制简单碳水化合物：减少精制糖、糖果、甜饮料等简单碳水化合物的摄入；
- f) 选择优质蛋白质：以瘦肉（如鸡肉、鱼肉）、豆类、蛋类、低脂奶制品等作为蛋白质的主要来源；
- g) 食物来源多样：应食用蔬菜、水果、全谷物、豆类等食物增加膳食纤维的摄入；
- h) 严格限量：减少盐的使用，每天钠盐摄入量不应超过 5 g；
- i) 采用少食多餐、细嚼慢咽的方式。

6.1.2.2 协助喂食、水

协助照护对象进食、进水，应先将床头、床尾1/3的部位抬高，协助照护对象取舒适的体位，按需戴上义齿，评估口腔情况，用手臂试温，食物温度宜在40℃~60℃，每口食物用汤匙盛满1/3的食物，进食、进水结束后督促并协助照护对象漱口、洗手。

6.1.2.3 鼻胃管、鼻肠管、胃造瘘管饲照护

6.1.2.3.1 使用鼻胃管管饲操作方法如下：

- a) 准备工作：
 - 1) 物品准备：注射器（50 mL 或更大容量）、治疗巾、营养液（根据照护对象营养需求配置）、温水等。
 - 2) 照护对象准备：向照护对象或家属解释操作目的和过程，取得配合。让照护对象取半卧位或坐位（若病情不允许，抬高床头 30°~60°）。
- b) 灌注营养液前检查：确认鼻胃管位置正确，并用温水冲洗鼻胃管，检查通畅性。确认位置方法如下：
 - 1) 抽胃液法：用注射器连接鼻胃管末端，能抽出胃液，表明鼻胃管在胃内；
 - 2) 听诊法：用注射器向鼻胃管内注入少量空气（10 mL~20 mL），同时用听诊器在胃部听诊，能听到气过水声，表明鼻胃管在胃内；
 - 3) 观察气泡法：将鼻胃管末端置于盛水的碗中，观察有无气泡溢出。若无气泡溢出，提示鼻胃管在胃内；若有连续气泡溢出，鼻胃管误入气管，应立即拔出重新插入；
- c) 灌注方法：将营养液温度调节至 38℃~40℃，用注射器缓慢灌注营养液，每次灌注量不超过 200 mL，灌注速度不宜过快，控制在每分钟 20 mL~30 mL。灌注过程中要观察照护对象的反应，如有无呛咳、恶心、呕吐等。
- d) 灌注后处理：灌注完营养液后，再用适量温水冲洗鼻胃管，将鼻胃管末端封闭，妥善放置。

6.1.2.3.2 使用鼻肠管管饲操作方法如下：

- a) 准备工作、管饲操作按 6.1.2.3.1 执行；
- b) 确认位置：依靠 X 射线检查来确定鼻肠管的最终位置是否在肠道合适的部位；

6.1.2.3.3 使用胃造瘘管饲操作方法如下：

- a) 准备工作、管饲操作按 6.1.2.3.1 执行；
- b) 灌注营养液前检查管道通畅性，调节营养液温度，缓慢灌注，每次灌注量和速度根据照护对象情况调整，灌注后用生理盐水冲洗管道。

6.1.3 睡眠照护

6.1.3.1 布置睡眠环境

定期检查散热器、空调温度及清洁情况，调节室温。

6.1.3.2 温水泡脚

定期给照护对象泡脚，应准备适量温水，温度在 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，宜在水中加入适量的泡脚盐，协助照护对象坐起或放置双脚，用毛巾轻轻地搓洗、按摩脚部，泡完脚后，用毛巾擦干脚部。

6.1.3.3 调整睡眠体位

6.1.3.3.1 在照护对象睡眠时，应调整睡眠卧位，头偏向一侧，两臂放于身体两侧，两腿自然放平，枕头横立于床头。

6.1.3.3.2 抬高床头睡眠体位的安置方法，操作方法如下：

- a) 物品准备：需要准备可调节角度的病床（如病床没有此功能，宜使用楔形海绵垫或足够数量的枕头）。
- b) 使用可调节病床：通过病床的调节装置，将床头抬高 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ；
- c) 使用楔形海绵垫或枕头：如没有可调节病床，宜将楔形海绵垫（角度符合要求）放置在床垫和床头之间。如使用枕头，需要多个枕头叠放，将照护对象的上半身和头部抬高，使床头与床尾形成一定的倾斜角度，同样达到 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 。应注意照护对象的舒适度，宜在照护对象的颈部和腰部适当添加小枕头或毛巾卷来提供支撑。

6.1.3.3.3 侧卧位睡眠体位的安置方法，操作方法如下：

- a) 物品准备：枕头（至少 2 个）；
- b) 照护对象身体侧卧：协助照护对象缓慢翻身至侧卧位。一手放在照护对象的肩部，另一手放在照护对象的髋部，同时用力，将照护对象轻轻翻转至一侧。对于体重较重或不能配合的照护对象，需要多人协助；
- c) 放置枕头支撑：在照护对象的背部放置 1 个枕头，使其背部与床面保持垂直。在照护对象的两腿之间再放置 1 个枕头，使上方的腿自然弯曲，下方的腿伸直。

6.1.3.3.4 俯卧位睡眠体位的安置方法，操作方法如下：

- a) 物品准备：枕头（至少 3 个）、减压床垫（如有条件）；
- b) 照护对象俯卧：在照护对象清醒且能够配合的情况下，协助照护对象缓慢翻身至俯卧位。先将照护对象移至床的一侧，然后让照护对象双手抱头，同时协助照护对象将身体翻转至俯卧。对于不能配合的照护对象，需要多人协作，注意保护照护对象的头部、颈部和四肢。
- c) 放置枕头支撑：在照护对象的胸部放置 1 个枕头，使胸部稍微抬高。在照护对象的腹部也放置 1 个枕头，缓解腹部压力。在照护对象的脚踝处放置 1 个枕头，使双脚稍微抬高。如有减压床垫，将照护对象放置在床垫上。

6.1.3.4 观察异常情况

了解呼吸异常的观察方法如下：

- a) 直接观察法：在照护对象安静状态下，观察胸部或腹部的起伏。通过数 1 min 内胸部或腹部起伏的次数确定呼吸频率，使用带有秒针的手表或时钟辅助计时。

注：正常成人呼吸频率为 $12\sim 20$ 次/min。

- b) 仪器监测法：使用呼吸监测仪观察。

c) 呼吸深度的观察

- 1) 主观判断：通过观察胸部和腹部起伏的幅度来大致判断呼吸深度；
- 2) 客观评估（二氧化碳监测）：使用二氧化碳监测仪来评估呼吸深度。

6.1.3.5 睡眠障碍照护

6.1.3.5.1 失眠预防及照护措施如下。

- a) 预防措施：
 - 1) 创造良好的睡眠环境：保持卧室安静、黑暗和凉爽。使用窗帘、眼罩来遮挡光线，耳塞来减少噪音。室内温度保持在 18℃~22℃；
 - 2) 睡前避免刺激：睡前 1 h~2 h 避免使用电子设备，避免剧烈运动、饮用咖啡或浓茶等含有咖啡因的饮品，以及避免情绪激动的谈话或思考紧张的事情。
- b) 照护措施：指导照护对象进行放松如深呼吸、渐进性肌肉松弛法。深呼吸时，让照护对象慢慢地吸气，使腹部膨胀，然后慢慢地呼气，每次呼吸持续 5 s~7 s；宜建立睡前仪式，如泡个温水澡、喝温牛奶（对牛奶不过敏的情况下）或听舒缓的音乐；给予照护对象心理支持，鼓励其表达情绪，必要时宜寻求专业心理咨询。

6.1.3.5.2 睡眠呼吸暂停综合征预防及照护措施如下。

- a) 预防措施：
 - 1) 控制体重：通过合理饮食和适量运动，如减少高热量、高脂肪食物的摄入，增加有氧运动（如快走、游泳等）；
 - 2) 改变睡眠姿势：尽量避免仰卧位睡觉，采用侧卧位，在睡衣后背缝 1 个网球或使用特殊的侧卧辅助器具，提醒和帮助照护对象保持侧卧姿势；
 - 3) 戒烟戒酒。
- b) 照护措施：
 - 1) 帮助照护对象正确佩戴 CPAP 面罩，应根据照护对象的耐受情况调整压力参数，定期清洁和维护设备；
 - 2) 口腔矫治器：指导照护对象正确佩戴和使用，注意口腔卫生，定期清洗矫治器；
 - 3) 观察病情变化：照护过程中应密切观察照护对象的呼吸情况，如呼吸暂停的频率、持续时间、有无憋醒等。如照护对象症状加重或出现新的症状，如晨起头痛、白天嗜睡严重等，应及时告知医护人员。

6.1.3.5.3 不宁腿综合征预防及照护措施如下。

- a) 预防措施：规律作息和适度运动、避免诱发因素；
- b) 照护措施：
 - 1) 腿部按摩和伸展：当照护对象出现腿部不适时，进行腿部按摩和简单的伸展运动。按摩时从大腿到小腿，用适当的力度进行揉捏和推拿；
 - 2) 伸展运动包括伸展腿部肌肉：将脚向上勾、伸直腿部等动作，每次保持 10 s~15 s；
 - 3) 温水浴和热敷：睡前进行温水浴或用热水袋热敷腿部，温水浴温度控制在 38℃~40℃，浸泡时间为 15 min~20 min；
 - 4) 药物治疗配合：如照护对象正在使用药物治疗，医疗护理员要督促照护对象按时服药。

6.1.3.5.4 协助照护对象制定固定的就寝时间和起床时间，到就寝、起床时间应提醒照护对象休息、苏醒。

6.1.4 排泄照护

6.1.4.1 如厕照护

6.1.4.1.1 协助照护对象如厕，操作步骤如下：

- a) 卫生间地面应干燥无积水，关窗，开启抽风系统，检查坐便器是否稳固，高度是否合适，扶手设施是否完善，准备好纸巾；
- b) 搀扶或使用轮椅转移照护对象至卫生间，晚间宜使用床旁坐便椅；
- c) 协助照护对象背向坐便椅，嘱其双手扶住坐便椅扶手。
- d) 一手搂抱照护对象腋下或腰部，另一手协助照护对象脱下裤子；
- e) 协助照护对象坐下，双手扶稳扶手进行排便；
- f) 对于上肢功能良好的照护对象，鼓励其自己擦净肛门，对于无法自己完成该动作的照护对象，嘱其身体稍向前倾，由医疗护理员协助；
- g) 协助照护对象起身，穿好裤子，观察照护对象大便情况，冲水；
- h) 洗净双手，搀扶或轮椅转移照护对象回床；

- i) 卫生间开窗通风，关闭抽风系统。
- 6.1.4.1.2 在床上使用便器时，操作步骤如下：
- a) 物品准备：合适的便器（如便盆或尿壶）、卫生纸、一次性手套、清洁巾、屏风或床帘；
 - b) 照护对象沟通与准备：向照护对象解释操作目的和过程，取得照护对象的配合。如照护对象病情允许，宜协助照护对象将床头稍微抬高，抬高 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ ，应关好门窗，拉上屏风或床帘，保护照护对象隐私；
 - c) 协助姿势调整：帮助照护对象翻身，将照护对象臀部抬起，一般先将照护对象移向床的一侧，然后将便器放置在照护对象臀部下方。对于不能自行抬起臀部的照护对象，需要 2 名医疗护理人员分别站在床的两侧，同时抬起照护对象的臀部来放置便器。放置时要确保便器的开口正对照护对象的会阴部；
 - d) 冬季保暖措施：如是在冬季，宜将便器适当预热；
 - e) 姿势保持与协助：让照护对象保持舒适的姿势使用便器。如照护对象身体较虚弱或平衡能力差，医疗护理员宜在旁边扶持照护对象，确保照护对象的安全。同时，应注意观察照护对象的表情和反应，及时询问照护对象是否有不适；
 - f) 特殊情况处理：如照护对象是排便，应注意观察大便的性状、颜色和量。如照护对象出现排便困难，宜轻轻按摩照护对象的腹部，按摩时一般按照顺时针方向，从照护对象的右下腹开始，向上、向左、再向下循环按摩；
 - g) 使用后取出便器：照护对象使用完便器后，先协助照护对象擦净会阴部（从前往后擦拭，女性照护对象要特别注意，防止细菌感染尿道），然后将照护对象臀部抬起，取出便器。如便器内有排泄物，应及时清理；
 - h) 清洁与消毒：用清水冲洗便器，然后使用含有消毒剂（如含氯消毒剂）的溶液浸泡便器 15 min $\sim$ 30 min，再用清水冲洗干净，晾干备用。同时，应清理照护对象臀部下方的床单位，用清洁巾擦拭，保持床单位整洁。
- 6.1.4.1.3 在照护对象便后应协助其进行清洁，操作步骤如下：
- a) 大便后的清洁：
 - 1) 协助照护对象：如照护对象行动不便，应协助其慢慢起身，坐在马桶或便盆上保持稳定的姿势。对于卧床照护对象，应小心地将便盆从床下拉出；
 - 2) 初步清洁：让照护对象用卫生纸从前向后擦拭肛门，女性照护对象应注意避免将粪便污染到尿道和阴道。对于不能自行擦拭的照护对象，医疗护理员戴上手套，用卫生纸轻轻擦拭，先擦去大部分粪便；
 - 3) 冲洗清洁：对于在马桶上排便的照护对象，宜使用马桶的冲洗功能初步冲洗肛门周围。对于使用便盆的照护对象，应将便盆端到卫生间的水池旁，将粪便倒入马桶后用温水冲洗便盆，再用温水冲洗照护对象的肛门周围。冲洗时，水流不应太急。宜使用手持淋浴喷头或专门的冲洗器具进行冲洗；
 - 4) 细致清洁：用湿纸巾或柔软的毛巾蘸温水，轻轻擦拭肛门周围、臀部及会阴部等部位，清除残留的粪便和污渍。擦拭时应注意褶皱处，如臀沟等部位清洁。对于腹泻照护对象应注意清洁大腿内侧等会被污染的部位；
 - 5) 擦干：应从前往后用干净的毛巾轻轻擦干肛门周围、臀部及会阴部的皮肤。
 - b) 小便后的清洁：
 - 1) 协助照护对象：对于行动不便的照护对象，帮助其起身或调整姿势；
 - 2) 擦拭：让照护对象或医疗护理员（对于不能自行操作的照护对象）用卫生纸从前向后擦拭尿道口，清除残留的尿液。男性照护对象应注意擦拭阴茎和阴囊周围；
 - 3) 冲洗（选用）：若照护对象感觉尿道口不适或有特殊要求，如留置导尿后等情况，宜用温水冲洗尿道口周围后用毛巾擦干。
- 6.1.4.1.4 大便失禁照护措施包括：
- a) 皮肤护理：
 - 1) 用温水和柔软的毛巾或湿纸巾（无酒精成分）轻轻擦拭肛门和会阴部。擦拭干净后，用干毛巾吸干水分；

- 2) 在清洁后,宜适当涂抹皮肤保护剂,如凡士林、氧化锌软膏等。如照护对象皮肤已经出现发红或破损,宜使用造口护肤粉,先将护肤粉撒在受损皮肤上,再用纱布轻轻擦去多余的粉末,然后喷上皮肤保护膜。

b) 更换衣物和床单

- 1) 及时更换弄脏的衣物和床单。
- 2) 弄脏的衣物和床单应尽快清洗。对于污染严重的,宜先浸泡在含有消毒剂(如含氯消毒剂)的水中,然后再正常洗涤。床单在更换后,宜使用紫外线消毒灯进行消毒(如有条件)。

a) 排便训练(适用于部分照护对象)

- 1) 应尝试建立规律的排便时间;
- 2) 对于一些因盆底肌功能障碍导致便失禁的照护对象,宜进行盆底肌训练。指导照护对象收缩盆底肌肉,像憋尿一样,每次收缩持续 3 s~5 s,然后放松,重复进行,每天进行 3~4 组,每组 10~15 次。

6.1.4.1.5 便秘照护措施包括:

a) 饮食调整:

- 1) 鼓励照护对象多吃富含膳食纤维的食物,宜每天蔬菜摄入量不少于 500 g,水果 200 g~300 g;
- 2) 每天嘱照护对象饮水,饮水量不少于 1 500 mL~2 000 mL,宜分多次饮用。

b) 运动与活动:

- 1) 适度身体活动:根据照护对象的身体状况,鼓励其进行适量的运动。如能下床活动的照护对象,宜进行散步、太极拳等活动;卧床照护对象宜在床上进行简单的肢体运动,如翻身、抬腿、屈伸膝关节等,每次活动 10 min~15 min,每天 3~4 次;
- 2) 腹部按摩:对于便秘照护对象,让照护对象仰卧,双腿屈膝,医疗护理员或家属用手掌以照护对象肚脐为中心,顺时针方向按摩,每次按摩 10 min~15 min,每天 2~3 次。按摩力度适中,以照护对象能耐受为宜。

c) 排便辅助措施:使用通便剂(谨慎使用):如饮食和运动调整后便秘仍未改善,在医护人员的指导下使用通便剂。

6.1.4.1.6 肠胀气照护措施。

a) 饮食调整:

- 1) 减少食用易产气的食物,如豆类、洋葱、土豆、红薯、碳酸饮料等;
- 2) 采用少食多餐的方式。

b) 促进气体排出:

- 1) 腹部按摩和热敷:对照护对象进行腹部按摩,以肚脐为中心,顺时针方向按摩,每次 10 min~15 min,每天 3~4 次。同时,宜用热水袋或热毛巾热敷腹部,温度控制在 40℃~50℃,每次热敷 15 min~20 min;
- 2) 改变体位:协助照护对象采取合适的体位,如半卧位或俯卧位。对于能够下床活动的照护对象,鼓励其适当走动。

c) 肛管排气(必要时):如肠胀气严重,上述方法无法缓解,宜考虑肛管排气。将肛管插入直肠内,插入深度为 15 cm~8 cm,另一端连接引流瓶,肛管排气操作应严格遵循无菌原则,注意观察照护对象的反应。

6.1.4.2 通便剂使用

6.1.4.2.1 开塞露的使用方法及操作步骤如下:

a) 准备工作:

- 1) 物品准备:开塞露、卫生纸、一次性手套(可选);
- 2) 照护对象准备:向照护对象解释操作目的和过程,让照护对象取左侧卧位,双膝屈曲,暴露肛门。

b) 打开包装:取下开塞露顶端的盖帽,确保开口光滑,如顶端较硬,宜稍微旋转一下。

c) 润滑肛管:宜挤出少量开塞露液体,润滑开塞露的肛管部分。

- d) 插入肛管：戴上一次性手套（如有），将开塞露的肛管缓慢插入肛门，插入深度为3 cm~4 cm。插入时动作要轻柔，避免暴力插入，宜嘱照护对象深呼吸。
- e) 挤入药液：将开塞露的药液全部挤入直肠内，然后轻轻拔出肛管，用卫生纸按压肛门片刻，防止药液流出。让照护对象保持左侧卧位10 min~15 min。

6.1.4.2.2 甘油栓的使用方法及操作步骤如下：

- a) 准备工作：
 - 1) 物品准备：甘油栓、卫生纸、一次性手套（可选）；
 - 2) 照护对象准备：同样向照护对象解释操作目的和过程，照护对象取左侧卧位，双膝屈曲，暴露肛门。
- b) 润滑甘油栓：戴上一次性手套，将甘油栓的圆锥头部分蘸取少量温水或润滑剂进行润滑，有助于甘油栓顺利插入肛门。
- c) 插入甘油栓：轻轻将甘油栓的圆锥头部分插入肛门，插入深度为成人6 cm~7 cm，儿童3 cm~4 cm。插入过程中要注意照护对象的反应，动作要缓慢、轻柔。如遇到阻力，不要强行插入，宜稍等片刻，让照护对象放松后再继续插入。
- d) 等待排便：插入甘油栓后，让照护对象保持左侧卧位，等待一段时间。甘油栓在直肠内会逐渐融化，润滑肠道，刺激排便反射。等待15 min~30 min，照护对象就会产生便意。

注：在照护对象排便过程中，应注意保护照护对象隐私，提供舒适的排便环境。

6.1.4.3 更换肠造口袋、泌尿造口袋

6.1.4.3.1 肠造口袋使用方法及注意事项如下：

- a) 准备工作：
 - 1) 物品准备：合适型号的肠造口袋（包括一件式或两件式）、皮肤保护剂（如造口护肤粉、皮肤保护膜）、防漏膏、剪刀、测量尺、温水、毛巾等；
 - 2) 照护对象准备：让照护对象取舒适卧位（平卧位或半卧位），暴露造口部位。清洁造口及周围皮肤，用温水和毛巾轻轻擦拭。
- b) 测量和裁剪：
 - 1) 测量尺寸：测量造口的直径，对于不规则形状的造口，应测量最长和最宽处。保证造口袋开口大小能够紧密贴合造口；
 - 2) 裁剪造口袋：根据测量的尺寸，在肠造口袋的粘贴面上进行裁剪。裁剪时应注意开口略大于造口直径1 mm~2 mm。对于两件式造口袋，应确保底盘和袋子的开口大小一致。
- c) 粘贴造口袋：
 - 1) 使用皮肤保护剂：如照护对象皮肤较为敏感或有破损风险，宜先在造口周围皮肤上涂抹造口护肤粉，用纱布轻轻擦拭掉多余的粉末，然后再喷上皮肤保护膜；
 - 2) 涂抹防漏膏：在造口周围的皮肤上涂抹适量的防漏膏，形成一圈密封层，应均匀涂抹，厚度适中。
- d) 粘贴造口袋：将裁剪好的肠造口袋（对于两件式，先粘贴底盘）对准造口，从下往上粘贴，同时按压造口袋，使其与皮肤紧密贴合，应确保粘贴牢固。对于两件式造口袋，在粘贴好底盘后，将袋子与底盘连接好，听到“咔哒”声表示连接成功。

6.1.4.3.2 泌尿造口袋的使用方法如下：

- a) 准备工作与肠造口袋类似：包括物品准备和照护对象准备。应准备专门的尿路造口护理用品。
- b) 测量和裁剪：测量泌尿造口的大小，方法与肠造口相同。根据测量结果裁剪泌尿造口袋，开口大小同样要略大于造口直径。
- c) 粘贴造口袋：
 - 1) 皮肤保护：在泌尿造口周围皮肤涂抹皮肤保护剂；
 - 2) 防漏处理：涂抹防漏膏，注意涂抹均匀，尤其是造口底部和边缘部分。
 - 3) 粘贴造口袋：将泌尿造口袋对准造口，从下往上粘贴，边粘贴边按压，使其牢固贴合皮肤。对于有抗反流装置的泌尿造口袋，应确保装置安装正确。

6.1.4.3.3 肠造口袋和泌尿造口袋的注意事项如下：

- a) 观察皮肤状况：检查造口周围皮肤的情况，观察是否有发红、破损、皮疹等；

- b) 定期更换：肠造口袋和泌尿造口袋应定期更换。肠造口袋应 3 d~7 d 更换 1 次，泌尿造口袋 2 d~4 d 更换 1 次，具体更换时间根据排泄物的性质、造口袋的类型以及造口周围皮肤状况等因素决定；
- c) 排泄物的观察：注意观察排泄物的颜色、性状和量；
- d) 照护对象教育和心理支持：向照护对象及家属详细讲解造口袋的使用方法和注意事项，让他们能够正确护理造口。应给予照护对象足够的心理支持，帮助他们树立信心，适应身体的变化。

6.1.4.4 携带尿管对象照护

6.1.4.4.1 使用集尿袋的注意事项如下。

- a) 正确连接与固定：
 - 1) 连接方法：在连接集尿袋与导尿管时，应确保连接紧密，将导尿管末端插入集尿袋的接口，听到“咔哒”声或者感觉到连接牢固为止。操作过程中应注意无菌原则，使用消毒后的镊子或戴上无菌手套进行操作。
 - 2) 固定位置：集尿袋应妥善固定在低于膀胱的位置，固定在床沿或照护对象的腿部（照护对象活动时）。固定时应注意避免集尿袋的出口被压迫或扭曲。
- b) 保持通畅与清洁：
 - 1) 防止堵塞：定期观察集尿袋内尿液的流动情况，如发现尿液流动缓慢或停止，不应强行挤压管路。宜尝试轻轻转动导尿管或用少量无菌生理盐水冲洗（在医护人员指导下）。
 - 2) 清洁维护：集尿袋应定期更换，每周更换 1~2 次，具体频率根据照护对象的情况（如是否有感染迹象、尿量多少等）和医嘱确定。更换集尿袋时，应先关闭引流管，防止尿液流出，然后按照无菌操作程序进行更换。日常用湿布或消毒湿巾擦拭集尿袋的外表面，保持其清洁，不应让水进入集尿袋内部。
- c) 尿量观察：
 - 1) 记录尿量：每小时记录 1 次尿量，对于病情较重或特殊的照护对象，宜需要更频繁地记录。正常成人每小时尿量为 30 mL~50 mL，24 h 尿量在 1000 mL~2000 mL。如尿量出现异常变化，如尿量突然减少（每小时尿量少于 30 mL）或增多（每小时尿量多于 200 mL），应及时通知医护人员；
 - 2) 观察颜色和性状：同时还要观察尿液的颜色和性状。正常尿液呈淡黄色、透明。如尿液颜色变红（血尿）、变浑浊或者出现絮状物等异常情况，可能提示泌尿系统感染、出血或其他疾病，也需要及时报告。
- d) 判断集尿袋是否需要更换：
 - 1) 根据时间判断，常规更换周期：在没有特殊情况时，集尿袋每周更换 1~2 次；特殊情况考虑：如照护对象出现泌尿系统感染的症状，如发热、尿痛、尿急、尿液浑浊等，或者集尿袋出现破损、漏液等情况，应立即更换集尿袋，而不受常规更换周期的限制；
 - 2) 观察集尿袋的状况：容量限度：当集尿袋快满时，需要及时更换。当集尿袋内尿液达到容量的 2/3 时，应考虑更换；外观变化：检查集尿袋的外观是否有异常。如发现集尿袋有变色（如发黄、变黑等）、变硬、变脆或者出现裂缝、破损等情况需要更换；沉淀物和杂质：观察集尿袋内尿液是否有较多的沉淀物、絮状物或者其他杂质；
 - 3) 结合照护对象情况判断：尿液性质变化：如照护对象的尿液性质发生明显变化，如出现血尿、蛋白尿等情况需要更频繁地更换集尿袋；照护对象的身体反应：关注照护对象的身体反应。如照护对象出现下腹部疼痛、坠胀感或者不适感，并且怀疑与集尿袋有关（如可能是尿液反流引起），应检查集尿袋的情况，必要时更换。
- e) 集尿袋更换后的处理方法：
 - 1) 分类收集：更换下来的集尿袋应按照医疗废物管理规定进行分类收集。将集尿袋放入专门的黄色医疗废物袋中。如集尿袋中含有血液、尿液等体液，应注意防止泄漏，宜在放入医疗废物袋前先将集尿袋的出口扎紧；
 - 2) 标识与暂存：在医疗废物袋上贴上标签，注明产生日期、科室、废物类别（感染性废物）等信息；

- 3) 清洁范围：更换集尿袋后，应对照护对象周围的环境进行清洁消毒，包括病床、床边桌、照护对象的衣物等可能被尿液污染的区域。使用合适的消毒剂，如含氯消毒剂（有效氯浓度为 500 mg/L～1 000 mg/L），对这些区域进行擦拭。
- 4) 重点部位处理：对于集尿袋的固定部位，如床沿、照护对象腿部（如是固定在腿部）等，要重点清洁。

6.1.4.4.2 放尿的注意事项如下。

- a) 照护对象评估：
 - 1) 了解照护对象是否清醒、能够配合操作；
 - 2) 评估照护对象的整体病情。
- b) 物品准备：准备好无菌手套、碘伏棉球、无菌镊子、一次性尿袋（如需要更换）等。应确保物品在有效期内并经过消毒处理。
- c) 手部消毒：医疗护理员应洗净双手，然后戴上无菌手套。在整个放尿操作过程中，手套如有破损或污染，应立即更换。
- d) 尿管消毒：使用碘伏棉球，以尿道口为中心，由内向外环形消毒尿管接口周围，消毒范围至少要达到接口上下 5 cm，每次消毒使用 1 个新的碘伏棉球。
- e) 控制放尿速度和量：
 - 1) 速度控制：放尿速度不宜过快，宜先缓慢打开引流管夹，让尿液缓慢流出，观察照护对象的反应后再适当调整速度；
 - 2) 量的控制：对于膀胱过度充盈的照护对象，第 1 次放尿不超过 1 000 mL。如照护对象的膀胱仍然充盈，宜间隔一段时间后再次放尿。
- f) 操作后的观察与护理：
 - 1) 颜色和性状：仔细观察尿液的颜色、性状。正常尿液呈淡黄色、透明。如尿液颜色变红（血尿）、变浑浊或者出现絮状物等异常情况，提示泌尿系统感染、出血或其他疾病，应及时记录并报告医护人员；
 - 2) 尿量记录：准确记录放尿的时间、尿量等信息；
 - 3) 询问感受：放尿操作完成后，询问照护对象的感觉，如是否有疼痛、憋尿感、头晕等不适。如照护对象出现不适症状，应及时采取相应的措施，如让照护对象休息、调整体位等；
 - 4) 检查尿管固定情况：检查尿管是否固定牢固，位置是否正确，如发现尿管有问题，应及时处理，如调整尿管位置、更换尿管等（在医护人员的指导下或由医护人员操作）。

6.1.4.5 尿失禁功能锻炼

6.1.4.5.1 盆底肌锻炼（凯格尔运动）方法：收缩盆底肌，保持收缩状态 3 s～5 s，然后缓慢放松，休息 5 s～10 s。重复“收缩—放松”的过程，每次进行 10～15 组，每天进行 3～4 次。宜逐渐增加收缩时间和每组的次数。

6.1.4.5.2 膀胱训练方法如下：

- a) 制定排尿时间表：根据照护对象的尿失禁情况，为照护对象制定个性化的排尿时间表。例如，对于频繁尿失禁的照护对象，开始时宜设定每 2 h～3 h 排尿 1 次。
- b) 逐渐延长间隔时间：随着照护对象对排尿的控制能力提高，逐渐延长排尿间隔时间，每次延长 30 min～60 min；
- c) 抑制尿急技巧训练：当照护对象有尿急感觉时，教导照护对象使用抑制尿急的技巧，让照护对象尝试放松身体，先快速收缩盆底肌 5～10 次，然后深呼吸，将注意力转移到其他事情上。

6.1.4.6 保护垫、纸尿裤使用

6.1.4.6.1 保护垫的使用方法如下：

- a) 根据使用场景和目的选择合适的保护垫：
 - 1) 用于防止尿失禁污染床铺的护理垫，应选择吸水性强、尺寸合适的护理垫；
 - 2) 用于预防压疮的减压保护垫，应考虑其减压性能和舒适度。
- b) 床上放置：

- 1) 用于床铺,将保护垫平铺在床单之上,应确保保护垫覆盖容易被污染或受压的区域;
 - 2) 尿失禁照护对象,保护垫的中心位置应放置在照护对象臀部下方,并且向两侧和下方适当延伸;
 - 3) 预防压疮的保护垫,如使用气垫床,应将气垫床放置在床垫之上,确保气泵连接正确且能正常工作;如是使用泡沫减压垫,应根据照护对象身体需要减压的部位(如骶尾部、足跟等)准确放置。
- c) 轮椅或座椅上放置:
- 1) 保护垫应铺满座椅表面,并且边缘部分要平整;
 - 2) 放置在防止失禁污染的照护对象臀部接触区域。

6.1.4.6.2 保护垫的更换方法如下:

- a) 定期观察保护垫的使用情况,判断是否需要更换:
 - 1) 吸收性保护垫,当吸收液体接近饱和状态(如看到保护垫表面明显湿润、有液体渗出迹象)时应更换;
 - 2) 减压保护垫,如发现有破损、漏气(气垫床)等情况,应及时更换。
- b) 准备新保护垫:在更换之前,应先准备好新的保护垫,确保其干净、无破损,并且与要更换的保护垫类型和尺寸相同。
- c) 移除旧保护垫:
 - 1) 床上的保护垫,先将照护对象移开(对于不能自行移动的照护对象,宜需要他人协助),然后将旧保护垫从床上取出;
 - 2) 轮椅或座椅上的保护垫,将照护对象先转移到其他位置,再取出保护垫。在移除过程中,应注意避免保护垫上的污染物(如尿液、粪便等)污染周围环境。
- d) 清洁和整理(如需要):在更换保护垫的同时,检查床铺、轮椅或座椅是否被污染。如有污染,应及时进行清洁。
 - 1) 对于被尿液污染的床铺,应用湿布擦拭干净,然后通风晾干;
 - 2) 对于轮椅或座椅,应用湿布或专用清洁剂擦拭,去除污渍。
- e) 放置新保护垫:按照正确的放置方法将新保护垫放置好,然后再将照护对象转移回原来的位置。如是气垫床,放置好后要检查气泵是否正常工作。

6.1.4.6.3 定期能为失禁照护对象更换纸尿裤,操作步骤如下:

- a) 向照护对象解释更换纸尿裤的过程,告知其配合方法,协助照护对象平卧屈膝外展,将一次性垫单垫于臀下,裤子褪到膝关节下或脱下;
- b) 撕开纸尿裤胶贴并放平,观察排便情况及会阴部皮肤情况。备好热水,将毛巾浸湿,清洗会阴部;
- c) 协助照护对象背对医疗护理员侧卧,取下旧纸尿裤,丢弃到垃圾桶内。观察臀部皮肤情况,清洗臀部;
- d) 将新的纸尿裤展开,后部置于照护对象骶尾部,两侧贴于腰部,前部置于两腿之间。协助照护对象取平卧位,将纸尿裤前部在两腿之间向上折到下腹部,包住会阴部。将两侧的胶贴对准后片两侧腰围部分,分别粘牢。应注意粘贴不宜过紧,以放入一指为宜;
- e) 整理纸尿裤,撤掉一次性垫单。脱下手套,协助照护对象穿上裤子。协助照护对象取舒适体位,整理床单;
- f) 询问照护对象感受。

6.1.4.7 留置尿管防护

留置尿管照护措施包括:

- a) 妥善固定尿管:在使用胶布固定时,将尿管呈S型或螺旋型固定,留出一定的活动空间,防止照护对象活动时牵拉尿管。
- b) 经常检查尿管是否有扭曲、受压的情况:
 - 1) 在照护对象卧床时,应注意床单、被子等不要压在尿管上;
 - 2) 照护对象活动时,如翻身、坐起等,应提前调整好尿管的位置,确保尿管保持通畅。

- 3) 如发现尿管不通畅,不应强行冲洗,应先检查是否存在扭曲、受压或堵塞等情况,采取相应措施解决。
- c) 定期冲洗尿管(必要时):如发现尿液浑浊、有沉淀或血块堵塞尿管等情况,宜在医护人员的指导下进行冲洗。冲洗液选择无菌生理盐水,冲洗时应严格遵守无菌操作原则,使用注射器缓慢冲洗。
- d) 预防泌尿系统感染:
 - 1) 每日用温水和无刺激的清洁液(如0.05%碘伏溶液)清洁尿道口;
 - 2) 女性照护对象要从前向后擦拭,防止细菌污染尿道。清洁时动作应轻柔,避免损伤尿道口黏膜;
 - 3) 男性照护对象,要注意清洁阴茎头及冠状沟处;
 - 4) 每日清洁1~2次,如照护对象有分泌物增多等情况,宜适当增加清洁次数。

6.2 基本照护

6.2.1 观察与测量

6.2.2 了解常规检查的流程,开展检查过程照护工作,包括:

- a) 检查前陪伴照护对象等待准备医护人员开具检查单等。
- b) 检查过程:
 - 1) 血液检查:采血室排队等候—身份核对与采血准备—采血操作;
 - 2) 尿液检查:领取尿杯—留取尿液标本—送检;
 - 3) 粪便检查:领取便盒—留取粪便标本;
 - 4) 心电图检查、X光检查、超声检查:检查室等待—检查准备—检查操作;
- c) 检查后等待检查结果,领取检查结果并复诊。

6.2.2.1 观察并记录大、小便的颜色、性状,在发现照护对象尿、便出现异常时,应详细查看,并从尿、便的性质、次数、量、颜色、气味等方面进行详细记录,及时报告给医护人员,并根据医嘱留取标本。正常指标如下:

- 正常尿液呈淡黄色或浅黄色,气味较淡,不刺鼻;
- 正常大便呈黄色或黄褐色,气味带有微臭,条状软便不粘连。

6.2.2.2 测量照护对象身高,应先检查身高秤,指针是否归零,调平身高秤,嘱照护对象拖鞋,直立于升高身高秤上。背对标杆,双脚脚跟、臀部、头部紧贴标杆,卡尺由上向下滑动,待卡尺被头顶卡住,读出标杆读数并记录。

6.2.2.3 测量照护对象体重,应先检查体重秤,指针是否归零,调平体重秤。嘱照护对象脱鞋、脱去外衣、着轻便衣物,安静立于体重称上,待指针稳定后读出体重秤度数,读出体重秤度数并记录。

6.2.2.4 为居家照护对象测量体温并报告,操作方法如下:

- a) 应先进行评估,评估内容包括:
 - 1) 照护对象的身体状况、意识状态、心理状态、合作程度及有无其他影响测量的因素;
 - 2) 在30 min内有无剧烈运动、洗澡等影响测量体温准确性的因素存在;
 - 3) 待测量体温的皮肤情况,以及局部有无出汗,伤口、冷、热敷等情况;
- b) 测腋温时将体温计测温端放于照护对象腋窝深处并贴紧皮肤,其屈臂过胸并夹紧体温计,测量5 min~10 min后取出。
- c) 测量完毕记录数据,协助照护对象取舒适体位,询问感受。

注:电子体温计使用方法:按下开关,将探头放入腋下,等待3 min~5 min,取出体温计,等待哔声读取体温。

6.2.2.5 应为居家照护对象测量血压并报告,操作方法如下:

- a) 应先进行评估,评估内容包括:
 - 1) 照护对象的身体状况、意识状态、心理状态、合作程度及有无其他影响测量的因素;
 - 1) 在30 min内有无剧烈运动、吸烟、情绪激动等影响测量血压准确性的因素存在;
 - 2) 待测量血压的肢体活动情况;
- b) 放置血压计:检查血压计功能是否完好,开启开关。保持血压计零点与肱动脉、心脏在同一水平处。卧位时血压计零点与腋中线处在同一水平处,坐位时血压计零点与第四肋处在同一水平处。

- c) 协助照护对象卷袖并暴露 1/2 以上上臂，手掌向上，肘部伸直。
- d) 缠绑袖带：排尽袖带内空气，将袖带平整地缠于照护对象上臂中部，下缘距肘窝 2 cm～3 cm，袖带松紧以能插入一指为宜。
- e) 测量血压：
 - 1) 充气：将听诊器放在肱动脉搏动最强点，用一只手将其固定，另一只手握血压计加压气球，关气门，匀速向袖带内充气至肱动脉搏动消失后再升高 20 mmHg～30 mmHg；
 - 2) 放气：匀速缓慢放气，速度以水银柱或表式刻度每秒变化 4 mmHg 为宜；
 - 3) 判读数值：眼睛视线与水银柱保持在同一水平线，应注意水银柱刻度和肱动脉声音变化。
- f) 测量完毕协助照护对象取舒适体位，询问其感受。

6.2.2.6 为居家照护对象测量血氧饱和度并报告，操作方法如下：

- a) 应先进行评估，评估内容包括：
 - 1) 照护对象的身体状况、意识状态、给氧情况、合作程度及有无其他影响测量的因素；
 - 1) 局部皮肤及指(趾)甲情况；
 - 2) 周围光照条件、是否有电磁干扰，监护仪器的性能是否良好。
- b) 用棉签蘸酒精清洁照护对象局部皮肤及指(趾)甲。
- c) 将血氧仪正确安放于照护对象手指、足趾或耳廓处。
- d) 测量完毕协助照护对象取舒适体位，询问感受。

注：%SpO₂表示血氧，PRbpm表示脉搏。血氧正常值在95 %以上，脉搏正常值为60～100次/min。

6.2.2.7 为居家照护对象测量末梢血糖并报告，操作方法如下：

- a) 评估照护对象身体状况、饮食情况、穿刺部位皮肤状况，以及所有物品的有效期、血糖仪的性能等；
- b) 使用 75 %酒精棉签消毒预检测手指，待干；
- c) 采血针刺入指尖侧面，稍挤压形成一小滴血（避免过度挤压）；
- d) 将试纸轻插入血糖仪内，用虹吸法吸血，将血滴在试纸测试区中央，如血量不够，在 5 s 内及时追加第二滴血；
- e) 正确操作血糖仪，等待测量结果，采血毕用干棉签按压采血部位 1 min～2 min；
- f) 记录血糖值，包括测量时间、日期等关键信息；将结果告知照护对象或家属，如有异常及时报告医护人员。

6.2.2.8 为居家照护对象测量脉搏并报告，操作方法如下：

——应先进行评估，评估内容包括：

- 照护对象的身体状况、意识状态、心理状态、合作程度及有无其他影响测量的因素；
- 在30 min内有无剧烈运动、洗澡等影响测量脉搏准确性的因素存在；
- 待测量脉搏部位以及肢体活动等情况。

——将食指、中指、无名指三指指腹并齐接压在桡动脉处，按压力度以清楚触及脉搏为准。

——测量计数。测量 30 s，测得数值乘 2。脉搏异常者，测量 1 min，核实后报告医护人员。

短绌脉测量，应由两人同时测量 1 min，1 人听心率，另 1 人测脉搏，记录为心率/脉率。

——测量完毕协助照护对象取舒适体位，询问感受。

6.2.2.9 血糖仪的使用方法。

- a) 准备工作：
 - 1) 确保血糖仪电量充足；
 - 2) 准备配套的血糖试纸；
 - 3) 采血工具：准备好采血针和采血笔。采血针有不同的规格，应根据照护对象的皮肤厚度和采血习惯选择合适的型号；
 - 4) 清洁用品：准备酒精棉球或碘伏棉球用于消毒手指。

注：如使用碘伏消毒应等碘伏完全干燥后再采血。

- b) 手部清洁与消毒：让照护对象先用肥皂和温水洗手，将手彻底洗干净，然后用干净的毛巾擦干。接着用酒精棉球或碘伏棉球消毒手指，选择手指的侧面进行消毒，消毒后等待片刻。
- c) 安装试纸：取出 1 条血糖试纸，按照血糖仪的说明书正确安装试纸。
- d) 采血：将采血笔调整到合适的穿刺深度后，把采血笔对准消毒后的手指侧面，按下采血按钮进行采血。采血时应注意不要挤压手指。

- e) 检测血糖：将采血后的手指轻轻接触试纸的吸血区，血液接触试纸后，不应移动试纸或血糖仪，等待血糖仪显示测量结果。
- f) 测量后的注意事项：
 - 1) 记录结果：测量完成后，应及时记录血糖值。记录内容包括测量日期、时间、血糖值等信息，方便日后查看血糖变化趋势。
 - 2) 处理采血后的伤口：采血后，用干净的棉球按压手指采血部位，直到出血停止。按压时间为1 min~2 min，不应揉搓伤口。如照护对象正在服用抗凝血药物或者血小板减少，按压时间宜适当延长。
 - 3) 清洁与保养血糖仪和采血工具：将血糖仪和采血工具清洁干净。
- 6.2.2.10 应观察照护对象是否有呕吐情况，若有呕吐情况应了解其呕吐原因并汇报医护人员。
- 6.2.2.11 应观察手术后伤口敷料，包括：
 - a) 观察频率：根据手术类型和照护对象的情况确定观察频率。在术后早期，如术后24 h~48 h内，对于一些较大的手术或者有较高出血、感染风险的手术，应该每1 h~2 h观察1次伤口敷料。随着照护对象情况稳定，每天至少观察1~2次，直到伤口愈合良好。
 - b) 伤口敷料外观：
 - 1) 有无渗血渗液：术后要密切观察伤口敷料的干燥程度；
 - 2) 敷料完整性：检查敷料是否完整，有无破损、移位或脱落。
 - c) 伤口周围皮肤状况：
 - 1) 颜色变化：观察伤口周围皮肤的颜色是否正常；
 - 2) 如出现皮肤发红，且范围逐渐扩大，可能是局部炎症反应或者过敏反应；
 - 3) 是否在使用某种胶布固定敷料后，伤口周围皮肤出现红晕并伴有瘙痒；
 - 4) 是否皮肤颜色发紫或发黑；
 - 5) 温度和肿胀情况：用手轻轻触摸伤口周围皮肤，感觉其温度是否正常；
 - 6) 气味观察：在更换敷料或者靠近伤口时，注意是否有异常气味。
- 6.2.3 清洁消毒
 - 6.2.3.1 物体表面清洁的方法，操作步骤如下：
 - a) 清洁人员应穿戴好合适的个人防护装备，包括工作服、防水围裙、一次性医用口罩、橡胶手套等。
 - b) 准备好不同类型的清洁工具，如干净的抹布（棉质或无纺布）、扫帚、畚斗、拖把等。
 - c) 根据清洁对象和清洁目的选择合适的清洁剂和消毒剂。含氯消毒剂有效氯含量在500 mg/L~1 000 mg/L用于物体表面消毒，2 000 mg/L~5 000 mg/L用于被血液、体液污染的表面消毒。
 - 1) 病房清洁；
 - 2) 清理病床上的垃圾，如照护对象用过的纸巾、一次性用品等，放入医疗废物袋；
 - 3) 用干净的湿布擦拭床头、床尾、床栏等金属部分，宜使用普通清洁剂去除污渍。如有明显的血迹或体液污染，先使用含氯消毒剂（有效氯1 000 mg/L）擦拭消毒，作用30 min后再用清水擦拭干净；
 - 4) 对于床边的床头柜，先清理表面物品，然后用清洁剂擦拭桌面和抽屉表面，最后用消毒湿巾或含氯消毒剂溶液擦拭消毒。
 - d) 清洁完成后，所有使用过的清洁工具应进行清洗和消毒。将清洁过程中收集的医疗废物，如用过的一次性清洁用品、污染的纱布等，按照医疗废物管理规定进行分类、包装和转运。
 - 6.2.3.2 对照护对象餐具清洁、消毒，操作步骤如下：
 - a) 对于隔离病房的餐具，要单独收集，做好标识，将餐具中的剩余食物残渣倒入医疗废物垃圾袋中；
 - b) 浸泡：将餐具浸泡在含有洗洁精的水里面；
 - c) 清洗：使用软海绵或洗碗布仔细擦拭餐具的内外表面，包括餐盘的边缘、碗的内壁、餐具的把手等。
 - d) 消毒：

- 1) 煮沸消毒：将清洗干净的餐具完全浸没在水中，水应没过餐具至少 5 cm。加热至水沸腾后，持续煮沸 15 min~20 min。适用于陶瓷、金属等耐高温的餐具。消毒后，用消毒过的餐具夹取出餐具，放在干净、干燥、无菌的架子上晾干。
 - 2) 蒸汽消毒：使用蒸汽消毒柜，将餐具整齐放置在消毒柜内，关闭柜门。设置蒸汽温度在 100℃~120℃，消毒时间 10 min~15 min。消毒完成后，待温度降低、压力平衡后再打开柜门取出餐具。
 - 3) 化学消毒：使用合适的医用消毒剂，如二氧化氯消毒剂。将消毒剂按照说明书稀释至有效氯含量 200 mg/L~500 mg/L，把餐具浸泡在消毒剂溶液中 20 min~30 min。消毒后，用大量的流动清水反复冲洗餐具，至少 3~5 次。
 - e) 消毒后的餐具应存放在清洁、干燥、通风良好且有防尘设施的餐具储存柜内。储存柜应定期消毒，宜使用紫外线照射或含氯消毒剂擦拭等方法。
 - f) 根据病患的需求，将餐具分发到相应的病房。分发过程中应使用干净的餐具转运工具。
- 6.2.3.3 对照护对象洁具清洁、消毒，操作步骤如下：
- a) 病患使用后的洁具（如马桶、便盆、尿壶、洗脸盆等）由专门的护理人员或清洁人员收集并将不同类型的洁具分开。
 - b) 清洗：
 - 1) 便盆、尿壶清洗：将便盆、尿壶内的排泄物倒入专用的下水道或医疗废物处理容器中。然后用流动的温水冲洗，去除大部分残留的粪便和尿液。接着，使用含有医用消毒剂（如含氯消毒剂，有效氯 1 000 mg/L）和清洁剂的混合溶液浸泡 15 min~20 min。浸泡后，用软毛刷或海绵仔细刷洗内部和外部表面，重点清洗边缘、底部和内壁的褶皱处，最后用清水冲洗干净；
 - 2) 洗脸盆清洗：先倒掉盆内的水，用清水冲洗掉表面的污垢，如头发、肥皂沫等。然后用湿布蘸取适量的医用清洁剂擦拭洗脸盆的内外表面，包括盆底、盆壁和水龙头周围。对于有顽固污渍的地方，宜使用小苏打糊（小苏打和水混合成糊状）涂抹后擦拭。最后用清水冲洗干净。
 - c) 便盆、尿壶消毒：
 - 1) 化学消毒：使用含氯消毒剂（有效氯 2 000 mg/L）溶液浸泡便盆、尿壶 30 min~60 min。浸泡时洁具应完全浸没在消毒剂溶液中，消毒后用大量清水冲洗；
 - 2) 紫外线消毒：对于一些特殊材质或对化学消毒剂敏感的便盆、尿壶，宜采用紫外线消毒。将洁具放在紫外线消毒灯下，照射距离不超过 1 m，照射时间 30 min~60 min。
 - d) 洗脸盆消毒：
 - 1) 擦拭消毒：用含氯消毒剂（有效氯 500 mg/L~1 000 mg/L）的消毒湿巾或抹布擦拭洗脸盆的内外表面，包括水龙头等部件，消毒后用清水冲洗干净；
 - 2) 浸泡消毒：将洗脸盆浸泡在含氯消毒剂（有效氯 500 mg/L）溶液中 15 min~20 min，然后用清水冲洗。
 - e) 清洁消毒后的洁具应存放在专门的洁具存放区，保持干燥通风。存放区应定期进行清洁和消毒，宜使用紫外线照射或消毒剂喷洒等方法。不同类型的洁具应分开存放，并有明显的标识。建立洁具使用和消毒记录。
- 6.2.3.4 排泄物（粪便、尿液）的消毒方法如下：
- a) 含氯消毒剂消毒法：
 - 1) 粪便，先将其收集在专用的容器（如马桶、便盆）中。按照消毒剂的说明书，使用含有有效氯 1 000 mg/L~2 000 mg/L 的含氯消毒剂溶液。将消毒剂溶液与粪便以 1:2 的体积比混合，搅拌均匀后，放置 1 h~2 h 后再冲入下水道。
 - 2) 尿液使用含有效 500 mg/L~1 000 mg/L 的溶液，按照 1:1 的体积比混合，放置 0.5 h~1 h 后再处理。
 - b) 高温消毒法（适用于家庭等环境）：
 - 1) 如是在农村等有条件的地方，宜将粪便用于堆肥。通过堆肥过程中的高温（堆肥内部温度宜达到 50℃~70℃）。
 - 2) 对于尿液，如担心污染，宜将其倒入专门的容器中，在阳光下暴晒消毒。

6.2.3.5 呕吐物的消毒方法如下。

- a) 含氯消毒剂消毒法：
 - 1) 首先要使用一次性吸水材料（如纱布、抹布等）吸附呕吐物，尽量吸干液体部分；
 - 2) 然后将吸附有呕吐物的材料放入含有有效氯 5 000 mg/L~10 000 mg/L 的消毒剂溶液中浸泡 30 min 以上；
 - 3) 对于呕吐物残留的地面或物体表面，用有效氯 1 000 mg/L~2 000 mg/L 的消毒剂溶液进行擦拭消毒，消毒范围应包括呕吐物周围至少 1 m~2 m 的区域。擦拭后，让消毒剂在表面停留 30 min，然后用清水擦拭干净。
- b) 过氧乙酸消毒法（特殊情况下）：
 - 1) 适用情况：在有特殊传染病疫情且怀疑病毒对含氯消毒剂有抗性时，宜使用过氧乙酸。
 - 2) 操作步骤：使用 0.5 %~1 % 的过氧乙酸溶液，按照与含氯消毒剂类似的方法处理呕吐物。先吸附液体部分，然后用该溶液擦拭消毒表面，消毒时间为 15 min~30 min，之后用清水冲洗干净。

6.2.3.6 分泌物（痰液、脓液等）的消毒方法如下。

- a) 含氯消毒剂消毒法：
 - 1) 适用情况：适用于痰液和脓液中可能含有细菌、病毒等病原体。
 - 1) 痰液，宜将其收集在带有盖子的一次性容器中，如痰杯。向容器中加入有效氯 2 000 mg/L~5 000 mg/L 的消毒剂溶液，浸泡痰液至少 2 h 后再作为医疗废物处理。
 - 2) 脓液，宜先使用无菌纱布或棉球吸干脓液，然后将纱布或棉球放入有效氯 3 000 mg/L~5 000 mg/L 的消毒剂溶液中浸泡 1 h~2 h 后丢弃。
 - 3) 伤口周围的分泌物，在清洁伤口后，用有效氯 1 000 mg/L~2 000 mg/L 的消毒剂溶液对伤口周围皮肤进行擦拭消毒，每天 1~2 次。
- b) 环氧乙烷消毒法（特殊情况）：将被污染的器械放入专门的环氧乙烷消毒设备中，按照设备的操作规程和设定的参数（如温度、湿度、环氧乙烷浓度和消毒时间等）进行消毒。消毒时间为 6 h~12 h。

6.2.3.7 浸泡法的具体操作如下：

- a) 物品准备阶段：
 - 1) 选择合适的容器：根据应浸泡消毒的物品大小和数量选择 1 个合适的容器；
 - 2) 检查物品状态：在浸泡之前，应检查物品是否适合浸泡消毒；
- b) 浸泡操作阶段：
 - 1) 放入物品：将需要消毒的物品完全浸没在消毒液中，多个物品一起浸泡时应确保物品之间有足够间隙；
 - 2) 确保浸泡时间：根据物品的性质和污染程度以及消毒液的种类确定浸泡时间。
- c) 浸泡后处理阶段
 - 1) 取出物品：浸泡时间结束后，使用无菌镊子、夹子或戴上一次性手套等防护措施后取出物品。取出时应避免将消毒液溅到周围环境或自己身上；
 - 2) 清洗物品：取出的物品应用清水冲洗，冲洗的次数和方式应根据物品的用途和对残留消毒液的耐受程度来确定；
 - 3) 干燥和保存物品：清洗后的物品应进行干燥处理。通过自然晾干、使用干净的毛巾擦干（对于一些不怕磨损的物品）或者使用烘干设备（如对于医院的一些无菌物品）等方式进行干燥。干燥后的物品应存放在清洁、干燥、通风良好的地方。

6.2.3.8 熏蒸法的具体操作如下：

- a) 选择合适的熏蒸剂。
- b) 计算熏蒸剂用量：根据消毒空间的体积和熏蒸剂的使用浓度来计算所需熏蒸剂的量。不同熏蒸剂的用量计算方法不同。
 - 1) 甲醛为例：使用甲醛熏蒸时，每立方米空间需要甲醛溶液（37 %~40 %）10 mL~20 mL，同时需要等量的高锰酸钾作为催化剂。
 - 2) 过氧乙酸：使用 5 %~15 % 的过氧乙酸溶液，每立方米空间用量为 1 g~3 g，宜根据实际消毒要求和空间大小适当调整。

- c) 准备熏蒸容器和防护用品：
 - 1) 熏蒸容器：如是小空间消毒，如小型实验室的通风柜，宜使用陶瓷或玻璃容器放置熏蒸剂；对于较大空间，如病房、仓库等，宜使用专用的熏蒸消毒设备。
 - 2) 防护用品：准备好防护手套、口罩、护目镜等个人防护用品。对于甲醛和环氧乙烷等有毒熏蒸剂，应准备防毒面具。
 - 3) 清理消毒场所：将要熏蒸消毒的场所进行清理，移除或覆盖好怕腐蚀的物品，如精密仪器、电子设备等宜用塑料薄膜包裹，食品、药品等易受污染的物品要移出消毒场所。同时，关闭门窗、通风口等，应确保空间相对密闭。
- d) 放置熏蒸剂和催化剂（如有）：
 - 1) 甲醛熏蒸：在熏蒸容器中，先将高锰酸钾放入容器底部，然后缓慢倒入甲醛溶液；
 - 2) 过氧乙酸熏蒸：将计算好的过氧乙酸溶液放置在合适的容器中，根据设备说明进行加热或自然挥发；
 - 3) 环氧乙烷熏蒸：将环氧乙烷气体钢瓶连接到专用的熏蒸设备上，按照设备操作规程设定好熏蒸时间、温度、湿度和气体浓度等参数，然后释放环氧乙烷气体进行熏蒸。
- e) 开始熏蒸：熏蒸时间因熏蒸剂种类、浓度和消毒对象而异。
 - 1) 甲醛熏蒸：熏蒸 24 h~48 h；
 - 2) 过氧乙酸熏蒸：熏蒸 1 h~3 h，具体时间宜根据空间大小和污染程度调整。
 - 3) 环氧乙烷熏蒸：灭菌时间为 6 h~12 h。
- f) 熏蒸后处理
 - 1) 通风换气：熏蒸结束后，不应立即进入消毒场所。首先应进行充分的通风换气，打开门窗、通风口和排气扇等。通风时间根据熏蒸剂的性质和消毒空间大小而定，甲醛熏蒸后需要通风 2 d~3 d，过氧乙酸熏蒸后通风 1 h~2 h，环氧乙烷熏蒸后通风时间应更长，且应检测空气中环氧乙烷浓度达到安全标准后才能进入。
 - 2) 清洁消毒场所（如有必要）：在通风后，检查消毒场所内的物品表面是否有残留的熏蒸剂或其他污染物。

6.2.3.9 对床单终末消毒，具体操作如下：

- a) 人员防护准备：消毒人员应穿戴好个人防护装备，包括一次性帽子、口罩、隔离衣、手套等。防护装备应确保穿戴正确、紧密。
- b) 物品准备：
 - 1) 清洁消毒用品：含有效氯 500 mg/L~1 000 mg/L 的消毒剂、过氧乙酸消毒剂、清洁工具（如抹布、拖把）；
 - 2) 其他物品：垃圾袋、封条或标识。
- c) 照护对象物品处理：
 - 1) 织物处理：将床上的床单、被套、枕套等织物全部拆除。将污染的织物放入专用的感染性织物收集袋中，扎紧袋口，按照医院的感染性织物洗涤流程进行清洗消毒，一般是高温洗涤（90℃以上，持续 25 min~30 min）。
 - 2) 照护对象个人物品处理：照护对象留在床单元的个人物品，能耐高温的物品宜采用高温消毒（如煮沸消毒 15 min~20 min）；不耐高温的物品，如塑料制品，宜使用含氯消毒剂溶液浸泡消毒（浸泡 30 min，含氯消毒剂浓度根据物品污染程度调整），或者用紫外线照射消毒（照射时间不少于 30 min）。
- d) 床体清洁消毒：
 - 1) 表面清洁：先用湿布蘸取清洁剂（如普通的清洁剂或肥皂水）擦拭床体表面，包括床头、床尾、床栏等，去除表面的污垢和污渍。然后用清水擦拭，去除清洁剂残留。
 - 2) 消毒处理：使用含氯消毒剂溶液或其他合适的消毒剂，用干净的抹布蘸取消毒剂溶液，对床体表面进行擦拭消毒。擦拭时应确保每个部位被消毒剂覆盖，如床栏扶手、床边按钮等。消毒后让消毒剂在表面停留 30 min，然后用清水再次擦拭，去除消毒剂残留。
 - 1) 床垫消毒：如床垫可拆卸，宜将床垫套拆除进行清洗消毒。对于不可拆卸的床垫，应重点对床垫表面进行消毒。宜使用紫外线照射消毒（照射时间不少于 30 min），或者使用消毒喷雾（如过氧化氢喷雾）对床垫表面进行均匀喷雾消毒，喷雾后让其自然干燥。

- 2) 床旁桌椅及其他设备消毒：对床旁的桌椅、呼叫器、输液架等设备，同样先进行清洁，去除表面的灰尘和污渍，然后使用消毒剂进行擦拭消毒。对于一些带有缝隙和角落的设备，如床旁桌的抽屉边缘、输液架的关节部位等，应使用棉签或小刷子蘸取消毒剂进行仔细清洁消毒。
- e) 地面清洁消毒：用拖把蘸取含氯消毒剂溶液对床单元周围的地面进行拖地消毒。拖地时应从床尾向床头方向拖。消毒后的地面应保持湿润不少于 30 min，然后用清水拖干净。
- f) 消毒后处理
 - 1) 检查与记录：消毒完成后，检查床单元各个部分是否消毒彻底，清洁工具是否已经妥善处理。记录消毒的日期、时间、消毒方法、消毒剂使用量等信息；
 - 2) 封闭床单元：使用封条或标识标记床单元已完成终末消毒，在下次使用前保持床单元的清洁和封闭状态。

6.2.4 预防压力性损伤

6.2.4.1 观察压力性损伤情况

在照护对象出现压力性损伤、好发部位及受压部位皮肤异常表现时应及时报告医护人员。

6.2.4.2 保护水肿皮肤

水肿皮肤的护理要求操作步骤如下：

- a) 皮肤清洁方面：
 - 1) 控制清洁频率和水温：水肿皮肤的清洁频率不宜过高，每天 1~2 次。水温要适宜，避免过热或过冷的水刺激皮肤。水温控制在 37℃~40℃。
 - 2) 不应使用含有酒精、香料、强碱性等刺激性成分的清洁产品。在清洁时，动作应轻柔，避免用力搓擦皮肤，尤其是水肿严重的部位。
- b) 皮肤保湿方面：
 - 1) 选择合适的保湿产品并正确使用：应选择温和、无刺激、具有良好保湿效果的护肤品，如含有凡士林、甘油、神经酰胺等成分的乳液或霜剂。在使用保湿产品时，要确保皮肤处于清洁、干燥的状态。将保湿产品均匀地涂抹在水肿皮肤上，轻轻按摩至完全吸收，但要注意按摩力度不宜过大；
 - 2) 根据水肿程度调整保湿频率：对于轻度水肿的皮肤，每天涂抹保湿产品 2~3 次；对于中重度水肿的皮肤，每 3 h~4 h 涂抹 1 次。
- c) 衣物和环境选择方面：
 - 1) 穿着合适的衣物：为水肿照护对象选择宽松、柔软、透气性好的衣物，衣服的领口、袖口、裤脚等部位应宽松。
 - 2) 保持适宜的环境湿度和温度：室内环境的湿度保持在 50%~60%，宜使用加湿器来调节湿度。温度保持在 22℃~24℃。

6.2.4.3 更换体位

6.2.4.3.1 为照护对象摆放半卧位，操作方法如下：

- a) 固定好床脚轮，放平床头、床尾支架，拉起对侧床档，将各种管道及输液装置安置妥当，将照护对象双手交叉放于腹部；
- b) 照护对象仰卧，先摇起床头支架使上半身抬高，与床呈 30°~50°，再摇起膝下支架；
- c) 在床尾宜置 1 个垫枕，垫于照护对象足底；
- d) 再次妥善安置各种管道，整理床铺，保持整洁；
- e) 询问照护对象感受。

6.2.4.3.2 为照护对象摆放侧卧位，操作方法如下：

- a) 固定好床脚轮，放平床头、床尾支架，拉起对侧床档，将各种管道及输液装置安置妥当，将照护对象双手交叉放于腹部，屈曲双膝；
- b) 医疗护理员一手托照护对象颈肩部，另一手托腰部，将照护对象上半身抬起、移向近侧；然后一手托腰部，另一手托腘窝，将照护对象的下半身抬起、移向近侧；

- c) 一手扶照护对象肩部，另一手扶髋部，将照护对象轻轻翻身至对侧背向护理员；或者护理员转向对侧，将照护对象翻身面向自己，观察照护对象背部皮肤，整理衣服；
 - d) 在照护对象的背部、胸前各放一软枕，上侧腿略向前方屈曲，两膝之间垫以软枕；
 - e) 再次妥善安置各种管道，整理床铺，保持整洁；
 - f) 询问照护对象感受。
- 6.2.4.3.3 为照护对象摆放俯卧位，操作方法如下：
- a) 固定好床脚轮，放平床头、床尾支架，拉起对侧床档，将各种管道及输液装置安置妥当，去除侧卧的垫枕；
 - b) 医疗护理员站于照护对象胸前侧床旁，一手托照护对象颈肩部，另一手托腰部，将照护对象上半身抬起、移向近侧；然后一手托腰部，另一手托腘窝，将照护对象的下半身抬起、移向近侧；
 - c) 一手扶照护对象肩部，另一手扶髋部，将照护对象轻轻翻身至俯卧；或者护理员转向对侧，将照护对象翻身俯卧，观察照护对象侧卧面皮肤，整理衣服；
 - d) 照护对象俯卧，头下置一枕，头偏向一侧，两臂屈肘放于头两侧，两腿伸直；胸下、髋部及踝部各放一垫枕；
 - e) 再次妥善安置各种管道，整理床铺，保持整洁；
 - f) 询问照护对象感受。
- 6.2.4.3.4 为照护对象摆放去枕仰卧位，操作方法如下：
- a) 固定好床脚轮，将各种管道及输液装置安置妥当；
 - b) 医疗护理员协助搬运照护对象上床；
 - c) 去枕仰卧，头偏向一侧，两臂放于身体两侧，两腿伸直，自然放平；
 - d) 枕头横立于床头；
 - e) 再次妥善安置各种管道，整理床铺，保持整洁；
 - f) 询问照护对象感受。
- 6.2.4.3.5 协助照护对象从仰卧位变为侧卧位，操作方法如下：
- a) 移动照护对象上半身：医疗护理员站在照护对象要转向的一侧，将照护对象靠近自己一侧的上肢交叉放在胸前，另一只手放在照护对象的肩部和腰部。将照护对象的上半身向自己方向转动；
 - b) 移动照护对象下半身：医疗护理员另一只手放在照护对象的髋部和膝关节处，协助将照护对象的下半身同步向同侧转动，使照护对象侧卧；
 - c) 调整姿势和支撑：照护对象侧卧后，将软枕分别放在照护对象的胸前、背部和两膝之间。胸前的枕头可让照护对象的上肢有合适的支撑位置，背部枕头维持侧卧姿势，两膝之间的枕头可减轻髋部和膝关节的压力；
 - d) 检查和整理：检查照护对象的身体是否处于舒适、安全的位置，各管道（如尿管、输液管等）是否通畅，有无受压情况。整理好照护对象的衣物和床单，确保照护对象舒适。
- 6.2.4.3.6 协助照护对象从仰卧位变为半卧位，操作方法如下：
- a) 调整床头角度：如床有摇柄，将床头摇起，使床头与床尾成 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 。摇床过程中应注意观察照护对象的反应，询问照护对象是否有头晕、心慌等不适；
 - b) 使用枕头辅助（如需要）：如没有摇床功能，宜将 2~3 个枕头叠放在照护对象背后，让照护对象靠在枕头上，使上半身抬高。同时，宜在照护对象的膝关节下垫一个薄枕，使膝关节微屈；
 - c) 检查照护对象的身体位置是否舒适，各管道是否通畅，整理好照护对象的衣物和床单，让照护对象保持舒适状态。
- 6.2.4.3.7 协助照护对象从侧卧位变为仰卧位，操作方法如下：
- a) 移动照护对象上半身：医疗护理员站在照护对象的一侧，将放在照护对象胸前的上肢移开，一只手放在照护对象的肩部，另一只手放在照护对象的腰部，轻轻地将照护对象的上半身向仰卧方向转动；
 - b) 移动照护对象下半身：另一只手（或助手协助）放在照护对象的髋部和膝关节处，将照护对象的下半身同步向仰卧位转动；

- c) 调整姿势和整理：照护对象变为仰卧位后，将枕头放在照护对象的头下，整理好照护对象的衣物和床单。检查照护对象的身体是否舒适，各管道是否通畅。

6.2.4.4 采取减压措施

6.2.4.4.1 了解气垫床使用方法，使用方法如下：

- a) 检查气垫床的外观是否有破损，查看气泵的电源线是否完好，有无破损、漏电风险；
- b) 据使用者的需求，将气垫床放置在合适的床架或床垫上；
- c) 将气垫床的连接管与气泵的接口牢固连接，把气泵的电源线插头插入接地良好的电源插座；
- d) 打开气泵开关，根据使用者的体重、身体状况和舒适度要求，调节气垫的充气压力，对于长期卧床、身体较瘦弱的使用者，宜先选择较柔软的模式；
- e) 在充气完成的气垫床上铺上干净、平整的床单，使用固定夹或绳子将床单的边缘固定在气垫床的边缘；
- f) 对于行动不便的使用者，应采用正确的转移方法，如使用转移带或抬移的方式协助其上下床，让使用者调整到舒适的体位，头部、颈部和肢体要放置在合适的位置；
- g) 拆卸与收纳时，将气垫床的连接管从气泵上拆卸下来，将气垫床折叠或卷起。

6.2.4.4.2 了解水床使用方法，使用方法如下：

- a) 检查水床的外观，包括床体的防水层、内胆、注水口等部分，检查水床的支撑结构，如床架是否牢固、稳定；
- b) 新购买的水床或长时间未使用的水床，在使用前需要进行清洁和消毒。宜用清水冲洗水床内胆，然后使用适量的消毒液（如稀释后的含氯消毒剂）进行浸泡消毒。消毒后，用清水彻底冲洗干净；
- c) 准备合适的注水设备，如小型水泵或大容量的水桶、漏斗等，选择清洁、温度适宜的水源，宜使用温水，水温在 20℃～30℃；
- d) 将注水设备与水床的注水口连接好，开始注水，根据水床的大小和使用者的需求控制注水量，水床的注水高度宜在 15 cm～30 cm；
- e) 注水完成后拔出注水设备，关闭注水口；
- f) 在注满水的水床上铺上干净、舒适的床罩和床单；
- g) 协助使用者上床，对于行动不便的使用者应协助其上床，让使用者调整到舒适的体位，头部、颈部和肢体要放置在合适的位置；
- h) 排水与收纳：准备合适的排水工具，如排水泵或长水管，打开水床的排水口，启动排水工具，将水床内的水排出。

6.2.4.5 交接皮肤查看和记录

在床旁交接皮肤查看和记录要求，如下：

- a) 协助照护对象调整至合适体位全面查看皮肤；
- b) 从头部开始，依次向下至颈部、胸部、腹部、四肢、背部、臀部和会阴部；
- c) 重点检查长期受压部位，如骶尾部、足跟、肘部、内外踝等。查看这些部位有无压疮早期表现，如局部皮肤发红（用手指按压红斑，若褪色为暂时充血，若不褪色可能是压疮早期）、温度异常、疼痛等；
- d) 仔细查看手术切口的愈合情况，包括有无红肿、渗血、渗液、裂开等。对于其他伤口（如擦伤、烫伤等），要观察伤口大小、深度、有无感染迹象（如脓性分泌物、异味）以及周围皮肤的情况；
- e) 检查与医疗器械接触的皮肤，如气管切开处周围皮肤、导尿管尿道口周围皮肤、各种引流管周围皮肤等；
- f) 皮肤整体状况：
 - 1) 观察皮肤颜色是否正常，注意有无苍白、发绀、黄疸、红斑、紫癜等异常颜色；
 - 2) 用手背触摸照护对象皮肤，感受温度是否正常；
 - 3) 皮肤是干燥还是潮湿。
- g) 皮肤完整性和质地：

- 1) 检查皮肤有无破损、水疱、脓疱、结痂等情况；
- 2) 感受皮肤质地，如是否光滑、粗糙、增厚、变薄等。

6.2.4.6 糖尿病足照护

在照护对象出现糖尿病足症状时应及时报告医护人员，糖尿病足的护理要点如下：

- a) 足部观察：
 - 1) 日常检查频率和内容：照护对象或护理人员应每日检查足部，包括观察足部皮肤的颜色、温度、有无破损、水泡、鸡眼、胼胝等。正常的足部皮肤颜色红润，温度与身体其他部位相近。检查足部的感觉，宜使用棉棒轻触足部，看照护对象是否能正常感知。
 - 2) 特殊情况观察：如照护对象足部有伤口，要密切观察伤口的大小、深度、有无渗液、渗血，以及伤口周边皮肤的红肿情况。如伤口出现红肿范围扩大、渗液增多、异味等情况，提示伤口感染，应及时处理。
- b) 足部清洁：清洁方法和用品选择：用温水（水温 37℃～40℃）和温和、无刺激的肥皂清洗足部；清洗时，应仔细清洁脚趾间、足底等部位，去除污垢和分泌物。使用柔软的毛巾轻轻擦干足部，应注意擦干脚趾间。
- c) 足部保湿
 - 1) 清洁足部后，宜适当涂抹保湿霜，应避免涂抹在脚趾间；
 - 2) 选择无酒精、无香料的保湿产品，如含有凡士林、尿素等成分的保湿霜；
 - 3) 涂抹时，将保湿霜均匀地涂抹在足部皮肤上，轻轻按摩至吸收。
- d) 促进足部血液循环
 - 1) 适当运动：鼓励照护对象进行适当的足部运动，如每天进行简单的足部屈伸、旋转运动，每次 10 min～15 min，每天 2～3 次；
 - 2) 腿部按摩（谨慎操作）：如照护对象没有下肢血管严重病变，宜进行腿部按摩来促进血液循环。按摩时，从腿部远端向近端轻轻按摩，动作要轻柔。
- e) 伤口护理（如有伤口）
 - 1) 伤口清洁和消毒：如足部出现伤口，首先用生理盐水冲洗伤口，去除伤口表面的污垢和分泌物。然后用碘伏等温和的消毒剂消毒伤口周围的皮肤，但要避免消毒剂直接接触伤口内部，以免刺激伤口。消毒范围应包括伤口周围 1 cm～2 cm 的皮肤。
 - 2) 伤口包扎和换药：伤口清洁消毒后，根据伤口大小和深度选择合适的敷料进行包扎。较浅的伤口，宜无菌纱布或透明敷料；较深的伤口，宜使用具有吸收渗液功能的敷料。换药频率根据伤口情况而定，清洁伤口可 2 d～3 d 换药 1 次，感染伤口宜每天换药。换药过程中，应注意观察伤口的愈合情况。

6.3 移动照护

6.3.1 活动、转运时管路保护

6.3.1.1 管路固定的正确位置保护要点。

- a) 胃管：
 - 1) 成人：经鼻腔插入胃内，固定时，在鼻腔处用胶布妥善固定。胶布应剪成蝶形，宽端粘贴在鼻翼两侧，窄端环绕胃管后交叉粘贴在鼻翼上。胃管的体外部分应适当留出一定长度，用别针固定在照护对象的衣服上，位置在肩部或胸部附近；
 - 2) 儿童：固定方法类似成人，但由于儿童皮肤较嫩，胶布应选择刺激性小的。应注意固定的松紧度不应过紧。
- b) 尿管：
 - 1) 男性：尿管固定在大腿内侧，将尿管呈 S 型或螺旋型用胶布固定，留出一定的活动空间。固定位置一般在大腿中上段，距离会阴部有一定距离；
 - 2) 女性：尿管固定在大腿内侧，方法与男性相似。
- c) 胸腔闭式引流管：
 - 1) 位置：胸腔闭式引流管的位置根据引流目的不同有所差异。引流气体的引流管，通常放置在锁骨中线第二肋间；引流液体的引流管，放置在腋中线或腋后线第 7～8 肋间。

- 2) 固定时, 引流管在皮肤上要使用缝线固定, 然后用胶布再次加固, 固定点应靠近引流管的插入点, 在距离插入点 5 cm~10 cm。引流管的体外部分要妥善放置, 用别针固定在照护对象的衣服上, 低于胸腔水平。
 - d) 中心静脉导管:
 - 1) 颈内静脉和锁骨下静脉置管: 固定 CVC 导管时, 在穿刺点处用无菌透明敷料覆盖, 敷料大小应合适, 能够完全覆盖穿刺点和导管的固定翼。透明敷料应紧密贴合皮肤, 然后用胶布将导管的延长部分固定在皮肤上, 固定在锁骨上或颈部两侧, 注意不应压迫导管, 使导管保持通畅。
 - 2) 股静脉置管: 在穿刺点用同样的无菌透明敷料固定, 然后将导管固定在大腿内侧, 位置在穿刺点上方 5 cm~10 cm。
- 6.3.1.2 管路固定的搬运时管路的保护要点如下。
- a) 搬运前准备:
 - 1) 检查管路情况: 在搬运照护对象之前, 要仔细检查所有管路是否固定牢固, 有无扭曲、受压、脱出等情况。应确保管路的夹子处于正确的位置, 如引流管的夹子要保持关闭状态(除非有特殊要求)。
 - 2) 人员分工明确: 搬运团队应有明确的分工, 考虑是否指定专人负责保护管路。根据照护对象所带管路的数量和复杂程度, 合理安排人员站位。
 - b) 搬运过程要点:
 - 1) 动作协调轻柔: 搬运照护对象时, 动作应协调一致、轻柔缓慢;
 - 2) 保持管路通畅和固定: 在搬运过程中, 应始终保持管路通畅。对于带有引流管的照护对象, 要确保引流管的位置低于引流部位, 如胸腔闭式引流管在搬运时要保持低于胸腔。同时, 应时刻注意管路的固定情况, 如发现胶布松动或导管移位, 应立即停止搬运, 重新固定管路。
 - 3) 特殊管路保护(如中心静脉导管等): 对于中心静脉导管等重要管路, 在搬运过程中要特别小心。如是使用输液泵持续输液的中心静脉导管, 应确保输液泵正常工作, 输液管路连接紧密。
- 6.3.1.3 了解管路打折的表现如下:
- a) 液体流动异常(针对输液管、引流管等):
 - 1) 输液管: 如是输液管路打折, 发现液体滴速明显减慢甚至停止。观察输液管内的液体, 可能会看到液体在打折处出现停滞, 不再顺畅地流动。
 - 2) 引流管: 对于胸腔闭式引流管、腹腔引流管等, 若管路打折, 引流液的流出会受到阻碍。可观察到引流瓶(袋)内的液体量不再增加或者增加速度变得极为缓慢。同时, 在引流管打折处可能会有液体积聚, 使该部分的管路看起来膨胀。
 - b) 压力变化(针对带有压力监测的管路): 动脉置管或中心静脉置管: 在进行有创血压监测或中心静脉压监测的管路打折时, 监护仪上显示的压力数值会出现异常变化。如动脉置管打折, 会导致动脉波形消失或出现异常低平的波形, 压力数值可能会突然下降。因为管路打折影响了压力传导, 使监测系统无法准确获取血管内的真实压力。
 - c) 气体流动受阻(针对气管插管等气道管路): 气管插管或气管切开套管: 当这些气道管路打折时, 会出现通气困难的情况。可听到呼吸机发出的压力报警声, 因为气体无法顺利通过打折的管路进入或排出肺部。同时, 照护对象可能会出现呼吸急促、呼吸困难、发绀等表现, 这是由于氧气供应不足和二氧化碳潴留引起的。
- 6.3.1.4 了解管路牵拉的表现如下。
- a) 照护对象不适反应:
 - 1) 疼痛和烦躁不安: 照护对象会感到管路插入部位疼痛, 这是由于牵拉刺激了局部的神经和组织;
 - 2) 尿管牵拉时, 照护对象会感觉尿道或膀胱区域疼痛, 表现为烦躁、皱眉或者口头表述疼痛;
 - 3) 胃管牵拉会导致照护对象感到咽喉部或胃部不适, 可能会出现恶心、呕吐的症状。

- b) 局部组织变化：在管路插入点周围，由于牵拉可能会引起皮肤发红、肿胀。如牵拉持续存在，可能会导致局部组织损伤，如皮肤破损。以中心静脉导管为例，牵拉可能会使穿刺点周围的皮肤出现红肿，严重时可能会引起渗血或导管移位。
- c) 管路固定装置变化：
 - 1) 胶布松动或移位：用于固定管路的胶布可能会因为牵拉而松动，边缘翘起或者位置发生改变；
 - 2) 缝线松动（如有）：对于一些通过缝线固定的管路，如胸腔闭式引流管，牵拉可能会导致缝线松动，从皮肤上脱落或者使引流管在缝线固定处出现移位。

6.3.1.5 了解管路脱出的表现如下：

- a) 直接观察到管路脱出部分：会明显看到管路从插入部位部分或全部脱出。
- b) 功能丧失（针对发挥特定功能的管路）
 - 1) 输液管：如输液管脱出血管，会看到输液部位有血液回流，液体不再输入体内，同时局部可能会出现肿胀、疼痛；
 - 2) 引流管：当引流管脱出后，引流功能立即丧失，引流瓶（袋）内不再有液体或气体增加；
 - 3) 气道管路：气管插管或气管切开套管脱出是非常危险的情况。照护对象会立即出现严重的呼吸困难、发绀，甚至窒息。

6.3.1.6 管路固定的观察要点如下。

- a) 胶布及敷料状态：
 - 1) 粘性与贴合度：检查胶布或敷料是否粘贴牢固。胶布应紧密贴合皮肤，没有翘起、松动或卷边的情况；
 - 2) 固定胃管的蝶形胶布，其两端应稳稳地粘贴在鼻翼两侧，中间环绕胃管部分不应有缝隙；
 - 3) 对于覆盖在穿刺点周围的无菌敷料；
 - 4) 完整性与清洁度：观察胶布和敷料是否完整，有无破损。若发现胶布有撕裂或敷料有破损，应及时更换，应注意其清洁程度，看是否有污渍、渗血、渗液等。
- b) 缝线情况（如有）：
 - 1) 缝线松紧度：对于通过缝线固定的管路，如胸腔闭式引流管或部分深静脉置管，应检查缝线的松紧程度；
 - 2) 缝线是否脱落或断裂：观察缝线有无脱落的迹象，如线头松开、缝线从皮肤中脱出等情况。如发现缝线断裂，应立即评估管路的稳定性，并采取相应的措施重新固定管路。
- c) 管路位置的观察：
 - 1) 插入点位置确认：明确管路的插入点位置，如胃管从鼻腔插入后的位置、尿管插入尿道后的深度等。应定期检查管路是否仍保持在正确的插入位置，没有发生移位；
 - 2) 体外管路走向与长度：观察体外管路的走向是否正常，有无扭曲、弯折或受压。应确保管路沿着身体自然的曲线放置。同时，应留意管路的长度是否合适。
- d) 照护对象状况关联观察：
 - 1) 照护对象的舒适度：询问照护对象是否感到管路插入部位有疼痛、瘙痒、异物感等不适；
 - 2) 照护对象活动对管路的影响：观察照护对象在翻身、坐起、肢体活动等过程中，管路的固定情况。注意照护对象的活动是否会导致管路移位、牵拉或受到压迫。如照护对象在翻身时，应查看胸腔闭式引流管是否会被身体压住，或者胃管是否会因为头部位置的变化而受到牵拉。同时，应根据照护对象的活动情况，及时调整管路的固定方式或位置。

6.3.2 床头转移

6.3.2.1 协助照护对象移向床头，操作步骤如下：

- a) 固定好床脚轮，放平床头、床尾支架，拉起对侧床档，将各种管道及输液装置安置妥当；
- b) 协助照护对象仰卧，双手交叉放于腹部，屈曲双膝。将枕头竖起放置在床头；
- c) 嘱照护对象双手握住床头栏杆，或抓住床沿；护理人员双脚前后分开站稳，一手托住照护对象肩背部，另一手托住腰骶部；在托起照护对象的同时，嘱其两臂力，双脚蹬床，借力托抬照护对象移向床头；
- d) 放回枕头，协助照护对象取舒适体位，盖好衣被，整理床铺，保持整洁；

- e) 询问照护对象感受。
- 6.3.2.2 单人协助床头转移，操作步骤如下：
 - a) 评估照护对象的意识状态、肢体力量、活动能力和配合程度。确保照护对象理解操作目的并能够配合；
 - b) 调整病床高度至合适位置，使床的高度与腰部齐平；
 - c) 调整照护对象体位：医疗护理员站在照护对象床头一侧，协助照护对象将靠近医疗护理员一侧的上肢交叉放在胸前，对侧上肢放在身体一侧；
 - d) 转移动作：医疗护理员一手放在照护对象的肩部，另一手放在照护对象的臀部，让照护对象的双腿屈膝，双脚蹬床面。医疗护理员嘱咐照护对象在自己用力的同时，轻轻将照护对象向上、向床头方向移动。移动过程中要保持照护对象身体的平衡和稳定。
- 6.3.2.3 双人协助床头转移（适用于体重较重或活动能力较差的照护对象），操作步骤如下：
 - a) 评估内容同 6.2.2.2 a)；
 - b) 将病床高度调节合适，床轮锁定。2 名医疗护理员分工，1 名站在床头一侧，另一名站在床的另一侧中部；
 - c) 照护对象准备：床头侧医疗护理员将照护对象靠近床头侧的上肢交叉放在胸前，另一名医疗护理员帮助照护对象将对侧上肢放在身体一侧，同时让照护对象双腿屈膝，双脚蹬床面；
 - d) 转移动作：两名医疗护理员同时用力。床头侧医疗护理员一手托住照护对象的肩部，另一手托住照护对象的颈部；床另一侧的医疗护理员一手托住照护对象的臀部，另一手托住照护对象的腰部。两人同时协调地将照护对象向上、向床头方向移动，确保照护对象的身体平稳，移动过程中要与照护对象保持沟通，询问照护对象的感受。
- 6.3.2.4 使用辅助工具进行床头转移（如转移带），操作步骤如下：
 - a) 评估照护对象是否适合使用辅助工具进行转移，如照护对象的病情、意识状态、皮肤状况等；
 - b) 选择合适的转移带，检查转移带是否完好无损；
 - c) 固定转移带：将转移带的两端通过床头的栏杆或固定装置（如有）进行固定；
 - d) 转移操作：医疗护理员站在床头一侧，通过拉动转移带，缓慢而平稳地将照护对象向床头方向移动。在移动过程中，应密切观察照护对象的反应，如是否有不适、疼痛等表情，同时注意照护对象身体的位置，防止滑落或扭曲。如照护对象能够配合，宜让照护对象在移动过程中借助力臂和腿部的力量协助转移；
 - e) 在完成床头转移后，应检查照护对象的体位是否舒适，各种管道（如输液管、导尿管等）是否通畅，有无受压情况。同时，整理好照护对象的衣物和床铺，应确保照护对象处于安全、舒适的状态。
- 6.3.3 使用工具移动、运送照护对象
 - 6.3.3.1 过床易的使用方法如下。
 - a) 检查过床易状态：
 - 1) 检查过床易的完整性，查看表面是否有破损、裂缝，滑轮（如有）是否能够正常转动。
 - 2) 确保过床易的尺寸适合照护对象和床的大小，并且能够承受照护对象的体重。一般过床易有不同的规格，要根据实际情况选择合适的型号。
 - b) 调整床的高度和位置：将接收照护对象的床（目标床）和照护对象所在的床（源床）调整到相同的高度，并且尽量靠近；
 - c) 准备辅助物品和人员：准备好必要的辅助物品，如床单或中单（用于辅助照护对象移动），并确保有足够的医护人员在场协助转移。对于体重较大或病情较重的照护对象至少需要 2 名医护人员。
 - d) 放置过床易：
 - 1) 展开过床易：将过床易从收纳状态展开，平放在源床和目标床之间，使过床易的一部分位于源床上，另一部分位于目标床上。确保过床易的放置位置准确，其边缘与床的边缘对齐，避免出现缝隙导致照护对象在转移过程中受伤；
 - 2) 固定过床易（如有固定装置）：有些过床易带有固定装置，如夹子或绑带，宜将其固定在床栏上，在固定时，应确保固定牢固，应注意不要影响照护对象的转移和操作。

e) 转移照护对象

- 1) 照护对象姿势调整：帮助照护对象调整到合适的姿势，一般让照护对象仰卧，四肢伸直，头部保持中立位。如照护对象病情允许，宜让照护对象双手交叉放在胸前。对于意识不清或不能配合的照护对象，医疗护理员应小心地调整其姿势。
- 2) 利用床单或中单辅助转移：将床单或中单平铺在照护对象身体下方，床单的两端分别由源床和目标床一侧的医护人员握住。然后，医护人员同时缓慢、平稳地拉动床单或中单，将照护对象沿着过床易的表面从源床转移到目标床。在拉动过程中，要保持照护对象身体的水平移动，避免头部、颈部和腰部等部位扭曲；
- 3) 注意照护对象安全和舒适：在转移过程中，应密切关注照护对象的反应，询问照护对象的感受，及时调整操作方法。如照护对象感到疼痛或不适，要暂停转移，检查原因并采取相应的措施。同时，应注意保护照护对象的隐私，避免不必要的暴露。

f) 移除过床易：

- 1) 完成转移后的检查：照护对象转移到目标床后，首先要检查照护对象的身体位置是否合适，是否处于舒适、安全的状态。查看各种管路（如输液管、尿管、引流管等）是否通畅，有无牵拉、扭曲等情况。
- 2) 小心移除过床易：确认照护对象安置好后，小心地将过床易从两床之间抽出。在抽出过程中，要注意不要碰到照护对象或床上的设备。如过床易比较大或较重，可由两名医护人员分别从两端抬起过床易，然后慢慢抽出。抽出后，将过床易清洁、整理并妥善存放，以备下次使用。

6.3.3.2 当照护对象需要使用平车搬运时，操作步骤如下：

- a) 能在床上配合移动者采用挪动法：儿童或体重较轻平车的使用者宜采用1人搬运法；不能自行活动或体重较重者采用2~3人搬运法；病情危重或颈、胸、腰椎骨折者采用4人以上搬运法：
 - 1) 挪动法：移床边桌椅一准平车与床平行紧靠床边；固定好车辆的刹车；医疗护理员抵住平车（平转有制动装置时进行制动），并助照护对象将上身、臀部、下肢依次向平车挪动（从平车至床时，先移下肢，后移上身）；
 - 2) 二人搬运法：甲一手托住照护对象颈肩部，另一手托住照护对象腰部，乙一手托住照护对象臀部，另一手托住照护对象小腿。搬运时前后脚叉开，尽量降低重心，抱时尽量用双臂的力，身体尽量贴近照护对象，使照护对象身体偏向搬运人；
 - 3) 三人搬运法甲托住头颈，肩胛部，乙托住照护对象背臀部，丙托住被窝和小腿。搬运时前后脚，尽量降低重心，抱时尽量用双臂的力，身体尽量贴近照护对象，使照护对象身体偏向搬运人；
 - 4) 四人搬运法：甲站于床头托住照护对象的头及肩部，乙站于床尾托住照护对象的两腿，另外二人分别站于平车及病床的两侧，抓住中单或大单四角。
- b) 借助搬运器具进行搬运。
- c) 搬运时，应先将平车推至床尾，使平车头端与床钝角，固定平车，1人或以上人员将照护对象搬运至平车上，拉起护栏。
- d) 推车时小轮在前，车速适宜，拉起护栏，护士站于照护对象头侧，上下坡时应使照护对象头部在较高一端。

6.3.3.3 轮椅使用按 T/GXAS 872 执行。

6.3.4 协助使用助行器具行走

6.3.4.1 协助照护对象使用拐杖，操作步骤如下：

- a) 根据使用者的高度和身体状况选择合适长度的拐杖。拐杖顶部距离腋窝 2 cm~3 cm，拐杖底部在脚尖前方和外侧 15 cm~20 cm 处；
- b) 检查拐杖的结构是否牢固，有无松动的部件；
- c) 三点式步态（适用于一侧下肢轻度受损的情况）
 - 1) 站立姿势：双手握住拐杖手柄，将拐杖放在身体前方稍外侧，患侧下肢（受伤或力量较弱的一侧）略微后伸。

- 2) 移动顺序：先移动拐杖，向前迈出一小步（距离约与正常步长的一半相当），然后迈出患侧下肢，使患侧脚落在拐杖附近，最后迈出健侧下肢，恢复正常站立姿势。如此循环进行，保持稳定的节奏。（拐杖—患肢—健肢）
 - d) 四点式步态（适用于双下肢较弱但有一定活动能力的情况）
 - 1) 站立姿势：双手握住拐杖，拐杖放置位置同三点式步态。
 - 2) 移动顺序（以右侧肢体瘫痪为例）：先移动右拐杖，再迈出左脚；接着移动左拐杖，最后迈出右脚（右拐—左脚—左拐—右脚）。每次移动的步长相对较短，四个动作形成一个稳定的循环，如同一个“四角形”的移动模式，有助于保持平衡。
 - e) 摆至步（适用于双下肢严重受损，但上肢力量较好的情况）
 - 1) 站立姿势：双手握紧拐杖，身体微微前倾；
 - 2) 移动方式：将双拐杖同时向前摆动，摆动的距离根据个人能力而定，但一般要保证拐杖落地后能提供足够的支撑。然后利用上肢的力量，将身体向前拉起，使双脚离地并向前移动，落在拐杖附近。这种步态需要较好的上肢力量和平衡控制能力。
 - f) 上楼梯：靠近扶手一侧站立，双手握住拐杖，将拐杖放在上一级台阶上。先迈出健侧下肢，踏上上一级台阶，然后利用上肢力量和健侧下肢的支撑，将患侧下肢抬起，踏上同一级台阶。如此重复，一级一级地上楼。（拐杖—健肢—患肢）
 - g) 下楼梯：同样靠近扶手，双手握住拐杖，先将拐杖放在下一级台阶上。先迈出患侧下肢，轻轻放到下一级台阶上，然后利用拐杖和患侧下肢的支撑，将健侧下肢移到下一级台阶。注意下楼梯时动作要更缓慢、谨慎，因为下楼对关节和平衡的要求更高。（拐杖—患肢—健肢）
- 6.3.4.2 协助照护对象使用手杖，操作步骤如下：
- a) 选择合适的手杖，手腕横纹处与手杖手柄的高度一致；
 - b) 检查手杖的结构完整性，包括杖身是否有裂缝、手柄是否牢固以及底部的防滑垫是否完好。
 - c) 三点支撑步行（适用于一侧下肢轻度受损）：
 - 1) 站立姿势：将手杖握在患侧手中，手杖底部位于脚尖前方 15 cm 处；
 - 2) 移动顺序：先移动手杖，向前迈出一小步，然后迈出患侧下肢，使患侧脚落在手杖附近，最后迈出健侧下肢。这样，在行走过程中，手杖和患侧下肢、健侧下肢依次交替成为支撑点，形成稳定的三点支撑模式。（拐杖—患肢—健肢）；
 - d) 上楼梯：站在楼梯前，将手杖握在患侧手中。先将手杖放在上一级台阶上，然后迈出健侧下肢踏上台阶，接着利用手杖的支撑，将患侧下肢抬起来跟上健侧下肢（拐杖—健肢—患肢）；
 - e) 下楼梯：同样先将手杖放在下一级台阶上，然后迈出患侧下肢，轻轻放到下一级台阶上，再利用手杖和患侧下肢的支撑，将健侧下肢移到下一级台阶（拐杖—患肢—健肢）。
- 6.3.4.3 协助照护对象使用助行器，操作步骤如下：
- a) 选择合适的助行器并检查其质量；
 - b) 站立姿势：双手握住助行器的手柄，身体站直，使助行器位于身体前方稍外侧，双脚分开与肩同宽，将身体重量均匀分布在双脚和助行器上。
 - c) 行走方式：先将助行器向前推动一小步（距离根据个人情况调整），然后迈出一侧下肢，接着迈出另一侧下肢。在行走过程中，始终保持助行器在身体前方提供稳定的支撑（助行器—患肢—健肢）。
 - d) 转弯方式：如是固定型助行器，需要小步幅地转动身体和助行器来实现转弯。对于轮式助行器，可通过控制轮子的方向来转弯，但要注意保持平衡，转弯速度不宜过快。
 - e) 上楼梯：将助行器放在上一级台阶上，双手握住手柄，先迈出健侧下肢踏上台阶，然后利用助行器和健侧下肢的支撑，将患侧下肢抬起跟上（助行器—健肢—患肢）。
 - f) 下楼梯：先将助行器放在下一级台阶上，迈出患侧下肢放到台阶上，然后利用助行器和患侧下肢的支撑，将健侧下肢移到下一级台阶（助行器—患肢—健肢）。

6.4 临床照护

6.4.1 冷热应用

6.4.1.1 温水坐浴的操作方法如下。

- a) 准备工作：

- 1) 物品准备：坐浴盆（大小应合适并且盆的边缘光滑）、水温计、毛巾、适量的温水、药物（如高锰酸钾等）；
- 2) 环境准备：安静、温暖、私密的空间，确保室内温度适宜，宜提前打开浴霸或暖气等取暖设备；
- 3) 照护对象准备：在坐浴前，照护对象应排空膀胱和直肠、清洁坐浴部位，使用温水和温和的清洁剂清洗会阴部或肛门周围，然后用干净的毛巾轻轻擦干。
- b) 配置坐浴溶液（如需添加药物）：如需要使用药物坐浴，需要严格按照医嘱配置溶液。
- c) 调节水温使用水温计测量水温，将水温调节到合适的范围。温水坐浴的水温 40℃～45℃。如在坐浴过程中水温下降，宜适当添加热水，但应注意再次测量水温，确保水温仍在合适的范围内。
- d) 坐浴过程：照护对象缓慢地坐在坐浴盆中，让臀部和会阴部或肛门完全浸入水中。在坐浴过程中，照护对象宜适当放松身体，保持舒适的姿势。坐浴时间为 15 min～20 min，具体时间宜根据医嘱和照护对象的耐受程度而定。在坐浴过程中，应注意观察照护对象的反应，如是否有头晕、心慌、呼吸困难等不适症状。如出现这些症状，应立即停止坐浴，并采取相应的措施。
- e) 坐浴后护理：坐浴结束后，照护对象慢慢起身，用干净的毛巾轻轻擦干坐浴部位，注意应从前往后擦拭会阴部。擦干后，照护对象可穿上宽松、舒适的衣物，然后在温暖的地方休息。

6.4.1.2 局部软组织冷敷操作方法如下：

- a) 准备工作：
 - 1) 物品准备：冰袋或冷毛巾；
 - 2) 照护对象准备：让照护对象采取舒适的体位，充分暴露需要冷敷的部位。在冷敷前，应清洁局部皮肤，确保皮肤表面没有污垢或其他杂质。
- b) 冷敷过程：
 - 1) 用毛巾将冰袋包裹好，放在需要冷敷的部位。冷敷的位置要准确，确保冰袋覆盖在受伤或炎症区域。
 - 2) 冷敷时间每次 15 min～20 min，每隔 1 h～2 h 宜重复冷敷 1 次。在冷敷过程中，应观察照护对象的反应，询问照护对象是否有局部过度的冷感、麻木或疼痛加剧等不适症状，应立即停止冷敷。
- c) 冷敷后处理：冷敷结束后，将冰袋移开，用干净的毛巾擦干局部皮肤。

6.4.1.3 局部软组织热敷操作方法如下：

- a) 准备工作：
 - 1) 物品准备：宜使用热水袋或热毛巾进行热敷。如是热水袋，要检查热水袋是否有破损，确保其能够正常使用。往热水袋中装入热水，水温在 60℃～70℃，装水量为热水袋容量的 1/2～2/3。同时，准备 1 块干毛巾用于包裹热水袋。如使用热毛巾，应准备足够大的毛巾和热水。
 - 2) 照护对象准备：让照护对象采取舒适的体位，充分暴露热敷部位，清洁皮肤。
- b) 热敷过程：
 - 1) 使用热水袋，将装满热水的热水袋用干毛巾包裹好，放在需要热敷的部位；
 - 2) 使用热毛巾，将毛巾放入热水中浸湿，然后拧干，以不滴水为宜。将热毛巾折叠成合适的大小，放在热敷部位。热敷过程中，当毛巾温度下降时，要及时更换新的热毛巾，以保持热敷温度；
 - 3) 热敷时间每次 20 min～30 min，每天宜进行 3～4 次。在热敷过程中，应观察照护对象的反应，如是否有局部皮肤烧灼感、疼痛加剧等不适症状。如出现这些情况，应立即停止热敷。
- c) 热敷后处理：热敷结束后，移开热水袋或热毛巾，用干净的毛巾擦干局部皮肤。如皮肤出现轻微的发红，一般是正常的血液循环加快的表现，会逐渐恢复正常。但如出现烫伤，如皮肤出现水泡等情况，要按照烫伤的处理方法进行处理，如用冷水冲洗、涂抹烫伤膏等，并及时就医。

6.4.2 标本采集

- 6.4.2.1 协助照护对象进行尿常规检查，取尿应选择晨尿，若无晨尿时宜选择在膀胱里存留了4 h以上的尿液，在取尿前，协助照护对象先用温清水清洗外阴，接尿时先弃去小便最开始的尿液，然后用接尿杯接取中段尿，尿液留取量为5 mL~10 mL，尿液标本采集后，宜在1 h内尽快送检。
- 6.4.2.2 协助照护对象进行粪便采集检查，将存便纸平铺于马桶上方，将采便勺插入大便中搅动，采取粪便，蚕豆大小（若粪便出现脓血时，将脓血的部分采取），将取出的粪便装入留取标本的盒子内，粪便标本采集后，宜在2 h内尽快送检。
- 6.4.2.3 协助照护对象进行痰常规标本采集检查，应先将照护对象尿袋的尿液排空，待尿袋重新有尿液排出后打开尿袋下方引流孔处橡胶塞，用一次性尿杯接取尿液30 mL~50 mL于标本容器内，如测尿比重需留100 mL，尿标本收集完毕，再次核对照护对象的信息，协助照护对象擦净会阴部，穿好裤子，取舒适卧位，拉上床档，将尿常规标本（晨尿）放置指定地点。
- 6.4.2.4 协助留置尿管的照护对象留取尿常规标本（晨尿），取尿应选择晨尿，若无晨尿时宜选择在膀胱里存留了4 h以上的尿液，在取尿前，协助照护对象先用温清水清洗外阴，接尿时先弃去小便最开始的尿液，然后用接尿杯接取中段尿，尿液留取量为5 mL~10 mL，尿液标本采集后，宜在1 h内尽快送检。
- 6.4.2.5 协助照护对象进行粪便采集检查，将存便纸平铺于马桶上方，将采便勺插入大便中搅动，采取粪便，蚕豆大小（若粪便出现脓血时，将脓血的部分采取），将取出的粪便装入留取标本的盒子内，粪便标本采集后，宜在2 h内尽快送检。
- 6.4.2.6 对标本运送工具进行清洁，操作步骤如下：
- a) 一般清洁步骤（适用于非感染性标本运送工具）
 - 1) 清除标本残留：使用后，应立即清除标本运送工具（如标本盒、标本架、标本转运箱等）内的标本残留物。对于液体标本容器，如尿液、血液标本管的转运盒，要检查是否有液体泄漏，如有，用吸水材料（如纸巾、纱布）吸干。对于固体标本（如粪便标本盒），将标本残渣倒入医疗废物垃圾袋中；
 - 2) 拆卸可拆部件（如有）：如标本运送工具是组合式的，如带有可取下的盖子、隔板等，将这些部件拆卸下来，以便进行更彻底的清洁；
 - 3) 选择合适的清洁剂：根据运送工具的材质，选择温和的清洁剂。例如，对于塑料材质的标本盒，可使用含有表面活性剂的普通清洁剂；对于金属材质的标本架，可使用弱碱性清洁剂。避免使用可能损坏材质的强腐蚀性清洁剂；
 - 4) 浸泡或冲洗：将运送工具或其部件浸泡在含有清洁剂的温水（30℃~40℃）中。浸泡时间15 min~30 min。对于污染较轻的工具，直接用流动的温水冲洗，同时用软毛刷（如牙刷）轻轻刷洗内外表面，重点清洁角落、缝隙和容易残留标本的部位；
 - 5) 冲洗干净：用清水彻底冲洗运送工具和部件。冲洗后检查工具表面是否有清洁剂残留的泡沫，如有，继续冲洗。
 - a) 特殊清洁步骤（适用于可能被感染性标本污染的运送工具）
 - 1) 在初步清理标本残留后，使用含氯消毒剂（有效氯浓度1000 mg/L~2000 mg/L）对运送工具进行喷洒或浸泡消毒。浸泡时间为10 min~15 min。消毒后，用清水冲洗掉消毒剂。
 - 2) 对于一些难以冲洗干净的消毒剂残留，可使用无菌生理盐水进行最终冲洗，确保不会因消毒剂残留影响后续标本的质量或对使用者造成伤害。
 - 3) 对于耐高温的标本运送工具，如某些金属或玻璃材质的工具，可采用高温消毒清洁的方法。将工具放入高温消毒设备（如高压蒸汽灭菌器）中，在121℃~134℃的温度下，保持15 min~30 min。
- 6.4.2.7 对标本运送工具进行消毒，操作步骤如下：
- a) 化学消毒法：
 - 1) 含氯消毒剂消毒：配置有效氯浓度为1000 mg/L~2000 mg/L的含氯消毒剂溶液；将清洁后的标本运送工具浸泡在消毒剂溶液中，确保工具完全浸没。浸泡时间根据工具的污染程度和材质而定，为30 min~60 min。对于污染严重的工具，宜适当延长浸泡时间。消毒过程中，应确保消毒剂溶液能够接触到工具的所有表面，如有必要，宜定期搅拌溶液或翻动工具。消毒完成后，用大量的清水冲洗工具，去除残留的消毒剂。

- 2) 过氧乙酸消毒：配置浓度为 0.2 %~0.5 % 的过氧乙酸溶液；宜采用浸泡、擦拭或喷雾的方式进行消毒。如是浸泡消毒，浸泡时间为 15 min~30 min；擦拭消毒时，用浸有消毒剂溶液的抹布仔细擦拭工具的内外表面，重点擦拭容易污染的部位；喷雾消毒时，将消毒剂溶液均匀地喷洒在工具表面，使其自然干燥，但应注意通风良好。消毒完成后，用大量的清水冲洗工具，去除残留的消毒剂。
- 3) 环氧乙烷消毒（适用于不耐高温、对化学消毒剂敏感的工具）：将清洁后的标本运送工具放入专用的环氧乙烷消毒袋中，按照环氧乙烷消毒设备的操作说明书进行消毒，消毒完成后，将消毒袋放入通风良好的地方进行通风散气 1 d~2 d。

b) 物理消毒法：

- 1) 紫外线消毒：将清洁后的标本运送工具放在紫外线消毒箱或紫外线消毒室内。开启紫外线消毒设备，根据工具的污染程度和材质，设置消毒时间。紫外线照射强度为 $\geq 70 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ ，照射时间为 30 min~60 min。
- 2) 高温消毒（如干热消毒和湿热消毒）。
- 3) 干热消毒：适用于耐高温、不耐湿的标本运送工具，如某些金属材质的工具。将工具放入干热灭菌箱中，设置温度为 160 °C~180 °C，保持 2 h~4 h。消毒过程中要注意温度的均匀性，避免局部过热或温度不足。消毒完成后，待工具自然冷却后取出。
- 4) 湿热消毒（如高压蒸汽灭菌）：将清洁后的标本运送工具放入高压蒸汽灭菌器中，在 121 °C~134 °C 的温度和 103 kPa~206 kPa 的压力下，消毒 15 min~30 min。消毒完成后，等待压力自然下降，然后打开灭菌器取出工具。使用高压蒸汽灭菌时，应确保工具能够耐受高温高压，并且包装材料（如有）不会影响蒸汽的穿透和消毒效果。

6.4.2.8 在标本运送时，应注意温度控制、时间限制、稳定性维护。

6.4.2.9 当标本运送发生遗撒时，应立即停止前进，通知安保部门协助维持现场秩序，确保周围人员的安全。

6.4.2.10 协助照护对象领取其检验报告。

a) 准备工作：

- 1) 确认信息：提前与照护对象或其家属核对好领取检查报告所需的基本信息，比如检查者姓名、身份证号、就诊卡号（如有）、检查项目名称等，确保信息准确无误，以便能顺利领取到报告；
- 2) 了解领取地点和时间：搞清楚检查报告具体在哪个科室、窗口或自助机上领取，以及领取的时间范围；
- 3) 携带相关证件：需要携带照护对象的有效身份证件，如身份证、医保卡等。如是家属或照护人员代领，可能还需要带上自己的身份证件以及能证明与照护对象关系的材料（如户口本等）。

b) 前往领取：

- 1) 前往指定地点：按照了解到的领取地点，陪同照护对象前往医院相应科室附近的报告领取处，或者找到可领取报告的自助机所在位置。如照护对象行动不便，宜使用轮椅等辅助器具帮助其前往，途中注意安全；
- 2) 排队等候（如有需要）：若是在窗口人工领取报告，可能需要排队等候。在此期间，要安抚照护对象的情绪，让其耐心等待。如照护对象身体不适，询问附近工作人员是否有可临时休息的地方，让其先坐下休息。

c) 领取报告：

- 1) 自助机领取：找到对应的自助机后，首先根据屏幕提示选择“报告领取”或类似功能选项。按照要求依次输入照护对象的相关信息，如姓名、身份证号、就诊卡号等，输入过程要仔细，确保信息准确。信息输入完成后，等待自助机处理并打印报告。打印完成后，从出纸口取出报告，检查报告是否完整、清晰；
- 2) 窗口领取：轮到领取时，向工作人员说明是代照护对象领取报告的情况，并递上照护对象以及自己的相关证件。工作人员核实信息后，会将检查报告交给你。接过报告后，同样要检查一下报告是否完整、有无遗漏内容等情况。

d) 领取后事项：

- 1) 核对报告信息：仔细核对检查报告上的基本信息，如姓名、性别、年龄、检查项目等是否与照护对象相符；
- 2) 保管好报告：将检查报告妥善保管好，可放在一个专门的文件袋或文件夹里，避免报告被弄脏、弄皱或丢失。然后及时将报告交给照护对象本人或其家属，并告知已经顺利领取到报告了。

6.4.3 给药照护

6.4.3.1 常用药物使用

6.4.3.1.1 口服用药前物品准备包括：

- a) 核对医嘱和药品信息：
 - 1) 医嘱核对：仔细查看医护人员开具的医嘱，包括照护对象姓名、床号、药品名称、剂量、服用时间和频次等信息。确保医嘱清晰、准确，如有疑问应及时与医护人员沟通确认。
 - 2) 药品信息核对：根据医嘱，从药房或药品储存处获取相应的药品。在拿取药品时，认真核对药品的名称、剂型（如片剂、胶囊、口服液等）、规格（每片或每粒的剂量）、有效期等，防止拿错药品。对于外观相似的药品（如不同厂家生产的相似包装的药品），要特别注意区分。
- b) 检查药品质量：
 - 1) 片剂和胶囊：检查片剂是否有裂片、变色、受潮、发霉等情况；胶囊是否有破裂、漏粉现象。如发现药品质量问题，应及时更换药品。
 - 2) 口服液和糖浆剂：查看液体药品的性状，如颜色是否正常，有无沉淀、浑浊、异味等。对于有沉淀的口服液，应查看说明书或咨询药师以确认是否可正常服用。
- c) 计算剂量准确：根据医嘱和药品规格，准确计算出照护对象所需服用的药品数量。
- d) 辅助物品准备：温度适宜的水（40℃～60℃）、特殊情况的液体、量杯或量筒、滴管、药匙或镊子、服药记录单和笔。

6.4.3.1.2 常用口服药的保存方法如下：

- a) 一般环境要求：口服药应保存在干燥、阴凉的地方。保存温度在 15℃～30℃，避免阳光直射。
- b) 不同剂型的保存特点
 - 1) 片剂和胶囊剂存放在密封良好的药瓶中；
 - 2) 颗粒剂放在干燥的环境中，每次使用后应尽快将药袋或药瓶密封好；
 - 3) 糖浆剂放在冰箱冷藏室（温度在 2℃～8℃）中，并在规定的时间内使用完。
 - 4) 当照护对象需要对中药饮片加热时，宜采用以下方式进行加热：
 - 隔水加热：选择砂锅、玻璃容器等，加入适当温水加热 5 min～10 min；
 - 砂锅加热：将药液直接倒入砂锅内，放在电磁炉或燃气炉上对药液进行加热；
 - 微波炉加热：将药液倒入可加热的容器后放入微波炉中加热。

6.4.3.1.3 眼部药物的滴注、涂抹方法如下：

- a) 滴眼药
 - 1) 在滴眼药水之前，先洗净双手，检查眼药水的名称、有效期等信息，确保无误。
 - 2) 让照护对象采取舒适的坐姿或仰卧姿势，头部稍微向后仰。用手指轻轻拉下眼睑，形成一个小囊袋，不应碰到眼球；
 - 3) 将眼药水滴入下眼睑的囊袋内，滴入的药量为 1～2 滴。滴药后，轻轻闭上眼睛，并且用手指按压内眼角（泪囊区）2 min～3 min。
- b) 涂眼药膏
 - 1) 同样先洗手，核对药膏信息。照护对象姿势和滴眼药水相似，头部稍向后仰。
 - 2) 用手指轻轻拉下眼睑，将眼药膏挤出一小段（1 cm～1.5 cm），置于下眼睑的囊袋内。放开眼睑后，让照护对象轻轻闭上眼睛，并且转动眼球，使药膏在眼内均匀分布。

6.4.3.1.4 耳部药物使用方法的滴注如下：

- a) 清洁双手后，让照护对象侧卧，患耳朝上。如外耳道内有较多的耵聍（耳屎）或者分泌物，需要先用棉签轻轻清理。

- b) 将滴耳液握在手中，轻轻揉搓，使药液温度接近体温。因为过冷或过热的药液滴入耳朵会引起眩晕等不适症状。
- c) 轻轻拉起照护对象的耳廓，使外耳道变直（成人向后上方拉，儿童向后下方拉），然后将滴耳液滴入外耳道，滴入的药量为 3~5 滴。
- d) 滴入后，让照护对象保持侧卧姿势 5 min~10 min。

6.4.3.1.5 鼻腔药物使用方法如下：

- a) 滴鼻药
 - 1) 洗手后，让照护对象先轻轻擤出鼻腔内的分泌物。如鼻腔堵塞严重，可先用生理盐水滴鼻或喷鼻，使鼻腔通畅一些。
 - 2) 照护对象可采取仰卧位，头向后仰，或者头部向前倾的姿势。如是仰卧位，将滴鼻液滴入鼻腔，每侧鼻腔滴入 3~5 滴。滴入后，保持头部后仰姿势 1 min~2 min。如是头部前倾姿势，滴药时将滴鼻液滴入鼻腔下鼻甲前端，然后轻轻吸气。
- b) 喷鼻药：清洁鼻腔后，照护对象保持直立位。将喷鼻剂的喷头轻轻插入一侧鼻孔，注意不要插入过深。然后按压喷头，同时轻轻吸气。喷完一侧鼻孔后，换另一侧鼻孔进行同样的操作。喷药后，头部宜稍微向前倾。

6.4.3.1.6 口腔药物使用方法如下：

- a) 含漱药
 - 1) 使用前先清洁口腔，宜先用清水漱口，去除食物残渣等。然后，根据药物说明书，取适量的含漱液倒入口腔。含漱液的量为 10 mL~15 mL。
 - 2) 让药液在口腔内充分接触牙齿、牙龈和口腔黏膜，通过鼓动双颊和舌头运动，使药液在口腔内来回流动，持续时间为 0.5 min~1 min。
 - 3) 最后，将药液吐出，嘱照护对象不应咽下。
- b) 含片：清洁口腔后，将含片放在口腔的一侧颊部或舌下，让含片慢慢溶化。嘱照护对象不应咀嚼或吞咽含片。

6.4.3.1.7 皮肤外用药物涂抹方法如下：

- a) 准备工作
 - 1) 首先要清洁皮肤，使用温水和温和的清洁剂（如不含香料的肥皂）清洗患处，轻轻擦干，确保皮肤表面没有污垢、油脂和其他杂质。
 - 2) 核对药物名称、剂型、有效期等信息，确保使用正确的药物。同时，准备好干净的棉签或无菌纱布，用于涂抹药物。
- b) 涂抹过程
 - 1) 对于液体药剂（如药水），用棉签蘸取适量的药物，轻轻涂抹在患处。涂抹时要注意均匀覆盖病变区域，避免药物过多或过少。如是面积较大的皮肤问题，如大面积的皮疹，宜多次蘸取药物进行涂抹，确保全部患处都能接触到药物。
 - 2) 若是软膏、乳膏或凝胶类药物，可挤出适量（根据患处面积大小来估计，如对于小面积的伤口，挤出 0.5 cm~1 cm 长的软膏）于食指或中指指尖，然后轻轻涂抹在患处。涂抹时，用指腹以画小圈的方式将药物均匀地推开，使药物在皮肤上形成一层薄薄的均匀涂层。注意不应用力摩擦皮肤。
 - 3) 对于霜剂，操作方法与软膏相同。
 - 4) 在涂抹药物后，让皮肤自然风干，如需要覆盖患处，宜使用无菌纱布轻轻覆盖，但不应包扎过紧。

6.4.3.1.8 皮肤外用药物贴敷方法如下：

- a) 准备工作
 - 1) 应确保皮肤干燥、清洁。清洁方式和涂抹药物前的清洁相同，用温水和温和清洁剂清洗后轻轻擦干。
 - 2) 仔细阅读药物说明书，确认贴敷药物的使用方法、适用部位和注意事项。检查药物贴敷剂是否有破损、过期等情况。
- b) 贴敷过程

- 1) 撕开药物贴敷剂的包装，避免手指接触到药物贴的粘性部分，防止药物过早失去粘性或受到污染。如药物贴敷剂有保护膜，先揭开一部分保护膜，将露出的粘性部分对准患处
- 2) 用手轻轻按压药物贴敷剂的边缘，应确保贴敷牢固。按压时间为 10 s~15 s。对于一些关节部位等活动频繁的地方贴敷，宜使用额外的医用胶带进行加固。
- 3) 根据药物说明书规定的时间进行贴敷，不要超时贴敷。超时贴敷可能会引起皮肤过敏反应，如发红、瘙痒、起水泡等。当需要取下药贴时，要缓慢、轻轻地揭下。如药物贴粘得比较紧，宜先用温水浸湿后再揭下。

6.4.3.2 雾化吸入面罩

6.4.3.2.1 为照护对象佩戴、固定雾化吸入面罩，操作步骤如下：

- a) 检查医用面罩吸入器包装、生产日期、有效期，取出医用面罩，将药物倒入医用面罩吸入器的雾化杯内，将导管、雾化吸入面罩与雾化杯相连，将导管的另一端连接医用压缩式雾化器出雾口，插上电源；
- b) 协助照护对象取坐位或者半坐卧位，毛巾围于颌下，打开医用压缩式雾化器开关，待气雾喷出后，将面罩放至照护对象的口鼻处，用雾化杯上的松紧带套住照护对象头部双耳上方的头部，收紧松紧带，询问照护对象松紧度是否合适，指导其用口吸气，鼻出气，直至药液吸空为止。

6.4.3.2.2 应协助居家照护对象进行雾化吸入，操作操作步骤如下：

- a) 核对药名、剂量、有效期、有无变质及给药部位、给药方法、时间；
- b) 将药物倒入医用面罩吸入器的雾化杯内，将导管、雾化吸入面罩与雾化杯相连，将导管的另一端连接医用压缩式雾化器出雾口，插上电源；
- c) 协助照护对象取坐位或者半坐卧位，毛巾围于颌下，打开医用压缩式雾化器开关，待气雾喷出后，将面罩放至照护对象的口鼻处，用雾化杯上的松紧带套住照护对象头部双耳上方的头部，收紧松紧带，询问照护对象松紧度是否合适，指导其用口吸气，鼻出气，直至药液吸空为止。观察照护对象用药后的反应；
- d) 雾化吸入结束，取下医用面罩吸入器，用毛巾擦干照护对象面部，关闭医用压缩式雾化器开关，拔出电源，协助照护对象舒适体位；
- e) 询问照护对象感受，必要时行相关知识宣教。

6.4.3.2.3 为照护对象摘取雾化吸入面罩，应将松紧带从照护对象头部松开，取下雾化吸入面罩，用毛巾擦干照护对象面部，关闭医用压缩式雾化器开关，拔出电源，协助照护对象舒适体位。

6.4.3.2.4 进行雾化吸入后应进行雾化吸入面罩清洗，应先戴手套，将雾化吸入面罩及导管分离，雾化吸入面罩和导管用清洁毛巾浸湿清水和洗洁精混合液进行清洗，再用清水将每个部件冲洗干净，放置稳妥处，以备消毒用。

6.4.3.2.5 定期雾化吸入面罩消毒，应先戴手套，将小桶、清水、含氯消毒剂放入小桶中混合，配置为 500 mg/L 含氯消毒剂，将清洗后的雾化吸入面罩和导管，放入含 500 mg/L 含氯消毒剂的小桶中浸泡 30 min，取出雾化吸入面罩和导管用清水冲洗干净后晾干备用。

6.4.3.3 胰岛素使用

6.4.3.3.1 胰岛素的保存方法如下：

- a) 未开封胰岛素的保存：未开封的胰岛素应保存在冰箱冷藏室中，温度保持在 2℃~8℃；
- b) 已经开封正在使用的胰岛素可在室温下保存，温度不超过 30℃，宜保存 4~6 周；
- c) 胰岛素在特殊情况下的保存：当需要外出旅行或者长时间不在家时，宜使用专门的胰岛素冷藏盒。

6.4.3.3.2 为居家照护对象注射胰岛素，操作操作步骤如下：

- a) 评估照护对象的年龄、病情、意识、自理能力、合作程度，既往血糖、饮食情况、进餐时间。
- b) 核对药名、剂量、有效期、有无变质及给药部位、给药方法、时间。
- c) 配置药物：

- 1) 冰箱内的胰岛素要提前 30 min 取出, 在室温下回温;
 - 2) 检查: 胰岛素笔芯有无破损或漏液、剂量、药液性状及有效期等;
 - 3) 确保胰岛素笔中的预混胰岛素大于 12 U。若不足 12 U, 应及时更换新笔芯;
 - 4) 正确安装胰岛素笔芯: 75 % 酒精消毒瓶塞 2 次, 预混胰岛素摇匀: 中性鱼精蛋白胰岛素和预混胰岛素为云雾状混悬液, 在注射前须摇晃混匀, 在室温下 5 s 内双手水平滚动胰岛素笔芯 10 次, 然后 10 s 内上下翻转 10 次, 避免剧烈摇晃, 使之呈均匀雾状白色液体。
- d) 注射胰岛素:
- 1) 选择合适的注射部位: 腹部、上臂三角肌、臀大肌、大腿前侧, 依次轮换, 避免在有瘢痕或硬结的部位注射 (每次注射点与上次注射点至少相距 1 cm);
 - 2) 75 % 酒精棉片消毒两次待干, 范围大于 5 cm;
 - 3) 正确捏皮技术: 胰岛素专用注射器需捏起皮肤呈 45° 或 90° 进针; 8 mm 的胰岛素针头需捏起皮肤垂直进针; 4 mm、5 mm 和 6 mm 的胰岛素针头可垂直进针;
 - 4) 握笔姿势正确, 完全摁下拇指按钮后缓慢推注药液。
- e) 操作完毕:
- 1) 注射完毕, 保持原推注动作停留 10 s~15 s;
 - 2) 沿原方向快速拔出针头;
 - 3) 观察局部有无出血、胰岛素漏液、过敏、瘙痒等;
 - 4) 协助照护对象舒适体位。

6.4.3.4 使用吸入剂

6.4.3.4.1 压力定量气雾吸入剂的使用方法如下:

- a) 准备工作
 - 1) 使用前要充分摇匀吸入剂;
 - 2) 取下吸入器的盖子, 检查吸入器的喷口是否清洁、通畅。
- b) 吸入步骤
 - 1) 照护对象采取站立位或坐位, 身体稍向前倾, 将头稍微后仰;
 - 2) 口含住吸入器的喷口, 应确保嘴唇紧密围绕喷口, 形成密封状态;
 - 3) 在开始吸气的同时, 按下吸入器的顶部, 使药物喷出。吸气应该缓慢而深, 持续时间 3 s~5 s。
 - 4) 吸完药物后, 屏住呼吸 10 s, 然后缓慢呼气。如需要再次吸入, 等待 1 min~2 min 后, 按照上述步骤重复操作。

6.4.3.4.2 干粉吸入剂的使用方法如下:

- a) 检查装置是否完好, 剂量指示器是否显示正确的剩余剂量;
- b) 吸入步骤:
 - 1) 先将药物胶囊或药粉碟片装入装置中;
 - 2) 照护对象采取站立位或坐位, 保持身体直立, 手持吸入器, 使吸嘴朝上, 然后用力快速地深吸;
 - 3) 吸完后, 屏住呼吸 10 s, 然后缓慢呼气。如需要再次吸入下一剂量, 重复上述操作步骤。

6.4.3.4.3 软雾吸入剂的使用方法如下:

- a) 准备工作
 - 1) 首次使用时, 应进行装置的准备工作, 如激活装置;
 - 2) 检查吸入器的药瓶是否安装正确, 药瓶中的药物是否充足以及喷口是否干净。
- b) 吸入步骤
 - 1) 照护对象采取站立位或坐位, 开启吸入器, 握住吸入器把手, 将吸嘴放入口中, 嘴唇紧密包裹吸嘴;
 - 2) 轻轻启动吸入器, 使药物形成缓慢、持续的雾状喷出。此时, 照护对象要缓慢而深地吸气, 吸气时间 2 s~3 s;
 - 3) 吸入后, 屏住呼吸 10 s, 再缓慢呼气。如需要再次吸入, 等待 30 s 后, 按照相同步骤进行操作。

6.4.4 应急救护

6.4.4.1 床档、床刹的使用

6.4.4.1.1 床档的操作步骤如下：

- a) 安装床档（如需要）：先将床档的各个部件从存放处取出。通常床档由两侧的栏杆和连接部件组成。将栏杆的一端插入病床床沿的插槽中，确保插入牢固，然后将另一端也插入对应的插槽，使床档横跨在病床两侧；
- b) 调节床档高度（如可调节）：部分床档具有高度调节功能，以适应不同照护对象的需求。根据照护对象的体型和使用目的，如防止照护对象坠床或方便照护对象抓握借力，通过调节装置（一般是按钮、旋钮或插销）来升高或降低床档的高度。调节时，要确保床档的稳定性，在达到合适高度后，检查调节装置是否已固定好；
- c) 使用床档辅助照护对象活动（如需要）：当照护对象需要在床上翻身、坐起或移动时，宜提醒照护对象抓握床档借力。

6.4.4.1.2 床刹的操作步骤如下：

- a) 找到床刹装置：床刹通常位于病床的床脚处，一般有一个或多个刹车踏板或把手。有些病床的床刹装置比较明显，有较大的刹车踏板和清晰的标识；而有些病床的床刹可能比较隐蔽，需要仔细寻找。
- b) 锁定床刹：当需要固定病床位置时，如照护对象在床上休息、接受治疗或进行转移操作时，用脚踩下（对于踏板式床刹）或按下（对于把手式床刹）床刹装置。听到“咔哒”声或感觉到阻力增加，表示床刹已成功锁定。在锁定床刹后，可尝试轻轻推动病床，检查床是否已经固定牢固。
- c) 松开床刹：当需要移动病床时，如将病床推出病房进行检查或转运照护对象，再次操作床刹装置，将踏板或把手向上提起或向相反方向操作，使床刹松开。在松开床刹后，应确保床轮能够自由转动，没有被异物卡住或阻碍。

6.4.4.2 肢体损伤固定

6.4.4.2.1 上肢损伤初步固定方法如下：

- a) 骨折或疑似骨折情况：
 - 1) 材料选择：夹板、三角巾或绷带等材料；
 - 2) 固定步骤：让受伤者保持舒适的姿势，应尽量减少受伤肢体的移动。
- b) 手臂骨折：如肱骨骨折，将夹板放置在受伤手臂的外侧，长度应超过骨折部位上下两个关节。例如，对于肱骨中段骨折，夹板应从肩部一直延伸到肘部以下。用绷带或三角巾将夹板与手臂固定，固定时要注意松紧适度，不能过紧，以免影响血液循环，也不能过松，否则起不到固定作用。可将绷带或三角巾在夹板两端和中间位置进行固定，打结时要避免压迫皮肤和血管。
- c) 软组织损伤（如扭伤、拉伤）情况：
 - 1) 材料选择：弹性绷带；
 - 2) 固定步骤：以手腕扭伤为例，让受伤者坐下，手臂放松放在桌子上。从手指方向开始，用弹性绷带螺旋形地缠绕手腕，缠绕时要保持一定的压力，但不要过紧，使受伤者能够感受到适度的压迫感即可。一般缠绕到接近手肘的位置，然后用胶带或绷带的夹子固定好绷带的末端。

6.4.4.2.2 下肢损伤初步固定方法如下：

- a) 骨折或疑似骨折情况
 - 1) 材料选择：夹板，绷带、三角巾等辅助固定材料；
 - 2) 固定步骤：以腿部骨折为例，如胫骨骨折。先将受伤的腿伸直，把夹板放在腿的外侧和后侧，夹板长度要从大腿根部一直延伸到脚踝以下。用绷带或三角巾将夹板与腿部固定，固定顺序一般是先固定骨折部位的上下关节，即先固定膝关节和踝关节。在固定过程中，要观察受伤者的足部皮肤颜色、温度和感觉，确保血液循环没有被阻断。如是开放性骨折（骨折处皮肤破损），在固定前要先用干净的纱布或毛巾覆盖伤口。

b) 软组织损伤（如扭伤、拉伤）情况：

- 1) 材料选择：和上肢软组织损伤一样，常使用弹性绷带。对于下肢较粗的部位，可能还需要加厚的绷带；
- 2) 固定步骤：以脚踝扭伤为例，让受伤者坐下或躺下，抬高受伤脚。从脚趾方向开始，用弹性绷带以“8”字形缠绕脚踝，这种缠绕方式可更好地固定脚踝关节。缠绕时要注意压力适中，用胶带或夹子固定好绷带的末端。

6.4.4.3 伤口初步处理方法

6.4.4.3.1 包扎方法初步处理方法如下：

a) 绷带包扎

- 1) 环形包扎法：最基础的包扎方法，用于包扎粗细均匀的部位，如手腕、脚踝等。操作时，先将绷带斜放于受伤部位，然后环绕肢体一圈，将起始端的绷带角反折，再继续环绕肢体，每圈绷带要覆盖前一圈的 $1/3 \sim 1/2$ ，直到将受伤部位完全包扎。最后用胶布或安全别针固定绷带末端；
- 2) 螺旋包扎法：适用于肢体粗细变化不大的部位，如上臂、大腿等。先在受伤部位的稍下方环形包扎两圈，然后将绷带以螺旋状向上缠绕，每圈绷带要覆盖前一圈的 $1/3 \sim 1/2$ ，注意绷带的缠绕方向要与肢体的长轴一致；
- 3) “8”字包扎法：主要用于关节部位，如膝关节、肘关节等。以膝关节为例，先在关节的下方环形包扎两圈，然后将绷带从关节的一侧斜向上跨过关节，再斜向下绕到关节的另一侧，如此反复呈“8”字形缠绕，每圈绷带都要覆盖前一圈的 $1/3 \sim 1/2$ 。最后在关节的上方环形包扎两圈并固定。

b) 三角巾包扎

- 1) 头部包扎：将三角巾的底边折叠约两指宽，放在前额眉间上方，顶角向后拉，覆盖头顶，然后将两边的角在头后交叉，再绕到前额打结。顶角可向上翻折后用别针固定，保护头部伤口；
- 2) 上肢包扎：对于上肢受伤，如手臂骨折或伤口较大时，将三角巾平铺，把受伤的手臂放在三角巾中间，三角巾的顶角对着肘部。然后将三角巾的两边向上拉，在肩部交叉，再绕到手臂外侧打结，固定上肢；
- 3) 胸部包扎（单胸）：如是一侧胸部受伤，将三角巾的底边横放在胸部受伤一侧，顶角绕过伤侧肩部，在背部与底边的一端打结。然后将三角巾的另一个角绕到对侧腋下，与底边的另一端打结。

6.4.4.3.2 冲洗方法初步处理方法如下：

- a) 伤口冲洗目的：主要是去除伤口表面的污垢、细菌、异物等，降低感染的风险。冲洗应该尽早进行。
- b) 冲洗液选择：使用生理盐水作为冲洗液。如没有生理盐水，也宜用清洁的饮用水代替。
- c) 冲洗步骤：
 - 1) 伤者保持舒适的姿势，尽量使受伤部位低于心脏水平；
 - 2) 对于较小的伤口，用注射器（去掉针头）或冲洗瓶吸取生理盐水，轻轻地将冲洗液注入伤口，从伤口的中心向边缘冲洗，反复冲洗几次，直到伤口清洁；
 - 3) 对于较大的伤口，如大面积的擦伤或切割伤，可将受伤部位放在流动的生理盐水下冲洗，但要注意水流的压力不应过大；
 - 4) 在冲洗过程中，要注意观察伤口内是否有异物，如玻璃碎片、小石子等，如发现有异物，不应强行取出，应尽快就医。

6.4.4.3.3 固定方法初步处理方法如下：

a) 固定材料：夹板、石膏、绷带等。

b) 具体操作（以四肢骨折为例）

- 1) 上肢骨折：如肱骨骨折，找一块长度合适的夹板（长度应超过骨折部位上下两个关节），放在受伤手臂的外侧。用绷带或三角巾将夹板与手臂固定，先固定骨折部位的上下关节，即肩关节和肘关节，固定时应注意松紧适度。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/158041107044007014>