

DB4403

深 圳 市 地 方 标 准

DB4403/T XXXX—2022

医疗机构安宁疗护护理技术规范

Specification of nursing techniques of hospice care in medical
institution

(送审稿)

XXXX-XX-XX 发布

XXXX-XX-XX 实施

深圳市市场监督管理局 发布

目 次

前言 III

引言 IV

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 服务对象 1

5 护理分类 1

6 舒适照护 2

6.1 胃肠减压护理 2

6.2 协助进食和饮水 4

6.3 排尿异常护理 5

6.4 排便异常护理 7

6.5 会阴护理 9

6.6 协助沐浴 10

6.7 床上擦浴 10

6.8 床上洗头 11

6.9 体位转换 12

6.10 卧位护理 13

6.11 轮椅与平车使用 14

6.12 口腔护理 15

6.13 氧气吸入 15

6.14 伤口换药 16

6.15 造口换药 16

6.16 淋巴水肿按摩 16

6.17 气管切开护理 16

6.18 压力性损伤预防 16

6.19 深静脉导管维护 16

6.20 芳香疗法 16

6.21 中医护理 16

7 症状控制 17

7.1 疼痛 17

7.2 呼吸困难 17

7.3 咳嗽、咳痰 18

7.4 咯血 19

7.5 恶心、呕吐 20

7.6 呕血、便血 20

7.7	腹胀.....	21
7.8	水肿.....	22
7.9	发热.....	23
7.10	厌食和恶病质.....	24
7.11	口干.....	25
7.12	睡眠与觉醒障碍.....	26
7.13	谵妄.....	26
8	心理护理和人文关怀.....	27
8.1	心理危机干预.....	27
8.2	哀伤辅导.....	28
8.3	患者濒死期的护理.....	28
8.4	尸体料理.....	28
8.5	居丧期服务.....	28
附录 A（资料性）	Braden 压疮危险因素评估表.....	30
附录 B（资料性）	Borg 呼吸困难量表.....	31
附录 C（资料性）	匹兹堡睡眠质量量表.....	32
附录 D（资料性）	焦虑自评量表.....	33
附录 E（资料性）	抑郁自评量表.....	34
参考文献.....		35

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由深圳市卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：深圳市第二人民医院、深圳市福田区第二人民医院、深圳市标准技术研究院、深圳市罗湖区人民医院。

本文件主要起草人：聂国辉、熊建义、谢小华、于从、黄晓莉、张清、朱雁、闫俊辉、徐智萍、李睿、奚萍、万丽斯、温国花、盖垚、彭小花、陈梦兰、曲艳玲、袁远、陈澄、李海林。

引 言

深圳作为安宁疗护的试点城市之一，始终贯彻党的卫生与健康工作方针和《中共中央国务院关于支持深圳建设中国特色社会主义先行示范区的意见》精神，全面落实《“健康中国2030”规划纲要》和《“十三五”健康老龄化规划》有关要求。坚持以“大健康”理念为指导，以“政府主导、部门协同、专业指引、社会参与、全员动员”为主线，以“统筹发展、创新机制、试点先行、以点带面”为原则，以“敬畏生命、感动照护、人文关怀”为服务宗旨，探索建立覆盖全市、资源共享、运行有效的安宁疗护服务体系，实现“病有良医、老有颐养”。

为了更好地推进试点工作的落地实施，深圳制定发布了《深圳市安宁疗护试点实施方案》（深卫健〔2019〕76号）和《市卫生健康委关于印发深圳市安宁疗护护理操作指引（试行）的通知》（深卫健老龄〔2021〕5号）。为进一步总结、固化深圳市医疗机构在安宁疗护护理实践领域的相关做法和经验，在遵循国家、行业及深圳市安宁疗护护理工作有关规定和指引的基础上，特制定本文件，以深圳市先行示范成果为其它地区相关工作的开展传授经验，打造“深圳样板”。

医疗机构安宁疗护护理技术规范

1 范围

本文件规定了医疗机构安宁疗护护理的服务对象以及舒适照护、症状控制、心理护理和人文关怀等护理类型中各具体护理项目的技术要求。

本文件适用于深圳市辖区内医疗机构开展安宁疗护护理服务。

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。

GB/T 21709.1—2008 针灸技术操作规范 第1部分：艾灸

GB/T 21709.5—2008 针灸技术操作规范 第5部分：拔罐

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

安宁疗护 hospice care

以临终患者和家属为中心，以多学科协作模式进行，通过控制痛苦和不适症状，提供身体、心理、精神及社会支持等方面的照护和人文关怀，以提高患者生命质量，帮助患者舒适、安详、有尊严离世的服务。

[来源：DB3201/T 1078—2022，3.1，有修改]

4 服务对象

安宁疗护护理服务的对象为处于疾病终末期、预期生存期小于6个月的患者及其家属。

5 护理分类

根据护理内容，安宁疗护护理类型分为以下几种：

a) 舒适照护：以促进患者舒适为目的提供照料和护理，主要包括以下项目：

- 1) 胃肠减压护理；
- 2) 协助进食和饮水；
- 3) 排尿异常护理；
- 4) 排便异常护理；
- 5) 会阴护理；
- 6) 协助沐浴；

- 7) 床上擦浴;
 - 8) 床上洗头;
 - 9) 体位转换;
 - 10) 卧位护理;
 - 11) 轮椅与平车使用;
 - 12) 口腔护理;
 - 13) 氧气吸入;
 - 14) 伤口换药;
 - 15) 造口换药;
 - 16) 淋巴水肿按摩;
 - 17) 气管切开护理;
 - 18) 压力性损伤预防;
 - 19) 深静脉导管维护;
 - 20) 芳香疗法;
 - 21) 中医护理。
- b) 症状控制：控制患者症状、缓解患者身体症状导致的痛苦，主要包括对以下症状的控制：
- 1) 疼痛;
 - 2) 呼吸困难;
 - 3) 咳嗽、咳痰;
 - 4) 咯血;
 - 5) 恶心、呕吐;
 - 6) 呕血、便血;
 - 7) 腹胀;
 - 8) 水肿;
 - 9) 发热;
 - 10) 厌食和恶病质;
 - 11) 口干;
 - 12) 睡眠或觉醒障碍;
 - 13) 谵妄。
- c) 心理护理和人文关怀：缓解患者及其家属心理和精神压力，并予以人文关怀和社会支持，主要包括以下项目：
- 1) 心理危机干预;
 - 2) 哀伤辅导;
 - 3) 患者濒死期的护理;
 - 4) 尸体料理;
 - 5) 居丧期服务。

6 舒适照护

6.1 胃肠减压护理

6.1.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者身体状况是否符合胃肠减压要求，包括患者病情、鼻腔情况、消化道及胃部情况等；
- 了解患者有无插管史；
- 评估患者的心理状况和配合程度。

6.1.2 准备

- 6.1.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.1.2.2 正确执行医嘱，与患者或其授权委托人签署知情同意书。
- 6.1.2.3 保持环境清洁、宽敞、明亮。
- 6.1.2.4 准备用物，包括但不限于治疗碗、胃管、纱布、液体石蜡棉、弯盘、胃肠减压装置、注射器、温开水、棉签、胶布、无菌手套、听诊器、治疗巾、标注插管类型的标识。

6.1.3 实施

6.1.3.1 胃肠减压的插管引流工作按以下步骤实施：

- a) 用物携至床旁，核对患者信息；
- b) 铺一次性医用检查垫，根据病情协助患者取适当体位，清醒患者取坐位或半卧位，昏迷患者取平卧位；
- c) 再次核对患者信息；
- d) 用湿棉签清洁鼻腔，再次检查患者口、鼻腔情况；
- e) 戴手套，检查胃管是否通畅，根据患者情况选择长度合适的胃管；
- f) 润滑胃管；
- g) 插入胃管：
 - 对于清醒患者：从鼻孔插入胃管至患者咽喉部（插入长度约10 cm～15 cm），嘱患者做吞咽动作，随后迅速将胃管往下插入，插入长度为前额发际至胸骨剑突处的距离；
 - 对于昏迷患者：先撤去枕头，头向后仰，当胃管插入15 cm时，检查胃管是否盘于口中，将患者头部托起，使下颌靠近胸骨柄以增大咽喉部通道的弧度，促使胃管顺利通过会厌部。
- h) 判断胃管是否在胃内，判断方法包括但不限于：
 - 能抽出胃液；
 - 注入少量空气，听诊胃部有气过水声；
 - 胃管末端置于水中无气泡逸出。
- i) 证实胃管在胃内后固定胃管，并做好标识；
- j) 调节胃肠减压装置，进行有效引流；
- k) 指导患者及家属胃肠减压期间的注意事项；
- l) 整理用物，进行终末处理，记录患者情况。

6.1.3.2 需拔出胃管时，按以下步骤实施：

- a) 置弯盘于患者颌下，紧夹胃管末端，轻轻揭去固定的胶布；
- b) 拔出胃管：
 - 对清醒患者：用纱布包裹近鼻孔处的胃管，嘱患者深呼吸，在患者呼气时拔管，边拔管边用纱布擦拭胃管，到咽喉处快速拔出；
 - 对昏迷患者：用纱布包裹胃管，在病人呼气时拔管，到咽喉处迅速拔出，边拔管边用纱布擦胃管。
- c) 将胃管放入弯盘，移出患者视线；
- d) 清洁患者口鼻、面部，擦去胶布痕迹，协助患者漱口，采取舒适卧位；

- e) 整理床单位，清理用物；
- f) 洗手，记录操作过程和患者情况。

6.1.4 注意事项

- 6.1.4.1 实施过程动作轻柔，适时对患者予以心理安慰和支持。
- 6.1.4.2 插管时患者若出现恶心应休息片刻；若出现呛咳、呼吸困难、发绀等情况，应立即拔出，休息后重新插入。
- 6.1.4.3 对长期实施胃肠减压者，应做到：
 - 每日做鼻导管护理，如口腔护理、清洁鼻孔、换胶布、用温开水冲洗管路；
 - 定期更换胃管，普通胃管每周更换一次，硅胶胃管每月更换一次，从另一侧鼻孔插入。
- 6.1.4.4 胃肠减压期间，患者应禁食、禁饮，并进行口腔护理。

6.2 协助进食和饮水

6.2.1 经口进食和饮水

6.2.1.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者身体状况是否符合进食和饮水要求，包括但不限于病情、配合程度、吞咽能力、口腔情况、营养状况、进食与饮水情况等；
- 了解患者有无餐前、餐中用药，有无特殊治疗或检查，确保进食不影响治疗；
- 评估食物是否遵医嘱。

6.2.1.2 准备

- 6.2.1.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.2.1.2.2 保持环境安静、舒适、清洁。
- 6.2.1.2.3 准备用物，包括但不限于碗、筷子或勺子、食物、垫巾、水杯、温开水等。

6.2.1.3 实施

具体操作按以下步骤实施：

- a) 协助患者取合适的体位，宜为半坐卧位或坐卧位；
- b) 协助进食和饮水，关注患者进餐量，喂流质或水时，由嘴角慢慢送入，避免呛咳；
- c) 进食后协助患者饮水、漱口，病情许可的，避免患者立刻平卧，防止食物倒流；
- d) 整理床单位，整理用物，进行终末处理，记录患者情况；
- e) 对患者及其家属进行健康教育。

6.2.1.4 注意事项

- 6.2.1.4.1 实施过程注意观察患者状态，询问患者的感受及需求，观察有无不适症状，如吞咽困难、呛咳、恶心、呕吐等，避免误吸、呛咳。
- 6.2.1.4.2 实施过程动作轻柔，适时对患者予以心理安慰和支持。
- 6.2.1.4.3 在遵医嘱的前提下，尊重患者对食物的选择及自主权，提供符合患者需求的进食方式。
- 6.2.1.4.4 对需记录出入量的患者，准确记录进食和饮水时间、种类、食物含水量和饮水量等。

6.2.2 鼻饲喂养

6.2.2.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者的病情、意识、鼻腔通畅性；
- 评估患者心理状态及配合程度。

6.2.2.2 准备

6.2.2.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。

6.2.2.2.2 正确执行医嘱，与患者或其授权委托人签署知情同意书。

6.2.2.2.3 保持环境清洁、宽敞、明亮。

6.2.2.2.4 准备用物，包括但不限于治疗碗、胃管、纱布、液体石蜡棉、弯盘、注射器、温开水、棉签、胶布、无菌手套、听诊器、治疗巾、标注插管类型的标识。

6.2.2.3 实施

具体操作按以下步骤实施：

- a) 进行鼻饲插管，按照本文件 6.1.3.1 的 a)～i) 实施；
- b) 灌注食物，主要步骤为：
 - 1) 将注射器连接于胃管末端，抽吸见有胃液抽出，再注入少量温开水；
 - 2) 缓慢注入鼻饲液；
 - 3) 注入鼻饲液后，再次注入少量温开水。
- c) 需拔管时，按照本文件 6.1.3.2 实施。

6.2.2.4 注意事项

6.2.2.4.1 每次灌注食物前应确保胃管在胃内及胃管是否通畅。

6.2.2.4.2 每次鼻饲量不超过 200ml，间隔时间大于 2 小时。

6.2.2.4.3 每次抽吸鼻饲液后应反折胃管末端避免灌入空气引起腹胀。

6.2.2.4.4 鼻饲插管后或拔管后，均应做好终末处理，保持床单位整洁。

6.2.2.4.5 长期鼻饲者应进行口腔护理。

6.3 排尿异常护理

6.3.1 尿潴留护理

6.3.1.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者身体状况是否符合留置尿管要求，包括但不限于评估患者的病情、会阴部皮肤状况；
- 评估患者的心理状况和配合程度。

6.3.1.2 准备

6.3.1.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。

6.3.1.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

6.3.1.2.3 根据所采取的护理措施准备用物。如需进行留置导尿护理，留置导尿护理的用物包括但不限于导尿管、无菌注射器、无菌生理盐水、弯盘、无菌润滑油、消毒棉球、洞巾、一次性医用检查垫、无菌手套。其中，选择导尿管应考虑留置时长、患者病情、留置导尿的目的等因素。

6.3.1.3 实施

6.3.1.3.1 根据患者实际情况选择护理措施，包括：

- a) 听流水声或用温水冲洗会阴诱导排尿；
- b) 根据医嘱按摩穴位刺激排尿；
- c) 热敷、按摩腹部，放松肌肉，促进排尿；
- d) 进行留置导尿护理。

6.3.1.3.2 采取留置导尿护理的，按以下步骤实施：

- a) 再次核对医嘱，携用物至床旁，核对患者信息，调节室温，向患者解释说明配合要求及注意事项；
- b) 协助患者取屈膝仰卧位，掀开盖被，脱去患者对侧裤腿盖在近侧大腿上，盖大浴巾于近侧大腿，注意保暖；
- c) 垫一次性医用检查垫于患者臀下，按无菌技术设置无菌区，导尿用物置于无菌区内；
- d) 实施初次消毒：
 - 对女性患者：戴手套，一手取消毒棉球依次消毒阴阜、左右大阴唇，另一手分开大阴唇，消毒左右小阴唇和尿道口。消毒完成后，将污物移至无菌区外；
 - 对男性患者：戴手套，一手取消毒棉球依次消毒阴阜、阴茎、阴囊；另一手取无菌纱布裹住阴茎将包皮向后推暴露尿道口，自尿道口向外向后旋转擦拭尿道口、龟头及冠状沟。
- e) 检查导尿管，润滑导尿管前端；
- f) 再次实施消毒：
 - 对女性患者：分开并固定小阴唇，再次消毒，顺序依次为：尿道口、左右小阴唇、尿道口；
 - 对男性患者：用纱布包住阴茎将包皮向后推，暴露尿道口，再次消毒尿道口龟头及冠状沟。
- g) 插导尿管，并嘱患者深呼吸：
 - 对女性患者：插入4 cm~6 cm，见尿液后，再插进1 cm~2 cm，注无菌生理盐水入气囊，轻拉，确认导尿管置于膀胱内；
 - 对男性患者：一手持无菌纱布固定阴茎并提起，使之与腹壁成60°角，将方盘置于洞巾口旁，嘱患者张口呼吸，另一手夹持导尿管对准尿道口轻轻插入尿道 20 cm~22 cm，见尿液流出再插进1 cm~2 cm，注无菌生理盐水入气囊，轻拉，确认导尿管置于膀胱内。
- h) 固定导尿管，进行排尿，患者首次排尿不超过 1000 ml；
- i) 脱手套，协助患者穿好裤子，整理床单位；
- j) 观察尿液的性质、颜色及量，询问患者的感受；
- k) 整理用物，进行终末处理，记录患者情况；

6.3.1.3.3 护理措施完成后，对患者及其家属进行健康教育，内容可包括尿潴留的基础知识、缓解尿潴留的方式方法、注意事项等。

6.3.1.4 注意事项

6.3.1.4.1 护理过程动作轻柔，适时对患者予以心理安慰和支持。

6.3.1.4.2 采取留置导尿护理措施的，应注意：

- a) 固定导尿管及尿袋时，尿袋的位置低于膀胱，导尿管应有标识并注明置管日期。
- b) 保持引流通畅，避免导管受压、扭曲、牵拉、堵塞等。
- c) 保持患者尿道口清洁。每日至少消毒一次，排便后应及时清洗肛门及会阴部皮肤。
- d) 注意患者的主诉并观察尿液情况，发现尿液混浊、沉淀、有结晶时，应及时处理。
- e) 定期更换引流装置、更换导尿管，避免频繁更换集尿袋，破坏尿袋密闭性。

f) 患者出现意识障碍时应选择持续开放尿管。

6.3.2 尿失禁护理

6.3.2.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者尿失禁的原因、类型、会阴部皮肤情况；
- 评估患者的配合程度、心理状况。

6.3.2.2 准备

6.3.2.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。

6.3.2.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

6.3.2.2.3 准备用物，包括但不限于手套、一次性医用检查垫、毛巾、脸盆、温水、便盆、皮肤保护剂、失禁护理产品、快速手消毒液等。

6.3.2.3 实施

尿失禁护理工作按以下步骤实施：

- a) 将被子叠至患者腹部，协助脱下裤子，臀下垫一次性医用检查垫，取舒适体位；
- b) 根据实际选择合适的处理方式，包括但不限于：
 - 接取尿液，可使用尿壶、集尿袋等接取；
 - 更换尿不湿；
 - 留置导尿管，护理方式见本文件 6.3.1.3.2。
- c) 协助患者穿裤，整理用物，进行终末消毒；
- d) 清洁护理后，对患者及其家属进行健康教育，内容包括但不限于：
 - 每日饮水量；
 - 评估尿失禁的方法；
 - 建立规律排尿习惯；
 - 膀胱功能及盆底肌训练。

6.3.2.4 注意事项

6.3.2.4.1 护理过程应动作轻柔、注意保暖，适时对患者予以心理安慰和支持。

6.3.2.4.2 及时做好患者会阴部及周边皮肤护理，保持患者皮肤干燥清洁，保持床单位干燥清洁。

6.3.2.4.3 除患者存在尿潴留或会阴部有伤口或皮炎外，不宜将留置导尿管作为常规处理方式。

6.3.2.4.4 护理过程注意观察病情，有异常情况及时报告医生进行正确处理。

6.4 排便异常护理

6.4.1 便秘护理

6.4.1.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者便秘的原因、症状和体征；
- 评估患者的配合程度和心理状况。

6.4.1.2 准备

6.4.1.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。

6.4.1.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

6.4.1.2.3 根据促排便措施准备用物，如腹部按摩油、热水袋、缓泻剂、通便剂、灌肠用品等。

6.4.1.3 实施

6.4.1.3.1 根据患者评估结果选择促进排便的措施，包括但不限于：

- a) 根据医嘱进行腹部按摩；
- b) 服用缓泻剂或使用通便剂；
- c) 灌肠护理，实施步骤包括：
 - 1) 评估患者病情、配合程度及有无灌肠禁忌症、肛周皮肤情况等，了解患者排便情况；
 - 2) 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项；
 - 3) 准备用物，包括但不限于一次性灌肠袋、灌肠溶液、润滑剂、水温计、量杯、手套、一次性医用检查垫，灌肠液根据患者病情选择；
 - 4) 用物携至床旁，核对患者信息；
 - 5) 铺一次性医用检查垫，根据病情协助患者取适当体位，再次核对患者信息；
 - 6) 根据患者情况选择合适的灌肠方法，如大量不保留灌肠、小量不保留灌肠、保留灌肠等。

6.4.1.3.2 患者排便后，应整理床单位，整理用物，进行终末处理。

6.4.1.3.3 便秘干预工作完成后，还应做到：

- 记录患者情况和干预效果；
- 对患者及其家属进行健康教育，内容包括但不限于评估便秘的方法、培养正常排便习惯的方法；
- 对患者开展动态便秘评估，及时了解便秘治疗效果及有无副作用。

6.4.1.4 注意事项

6.4.1.4.1 长期服用阿片类药物的患者，宜使用腹部按摩、缓泻剂、简易通便器等方法为患者通便；对于肠梗阻患者，不应强行进行腹部按摩。

6.4.1.4.2 对腹腔、肠腔有肿瘤的患者，不应进行腹部按摩，避免引起肿瘤破裂。

6.4.1.4.3 护理过程注意观察患者病情，适时对患者予以心理安慰和支持，有异常情况及时报告医生进行正确的处理。

6.4.1.4.4 为患者提供充裕的排便时间，避开查房、治疗护理和用餐时间。

6.4.1.4.5 实施灌肠护理的，应注意：

- a) 掌握溶液的温度、浓度、流速、压力和溶液量，以患者舒适为前提；
- b) 灌肠时患者有便意或腹胀时，嘱患者做深呼吸，以减轻不适；
- c) 灌肠过程中密切观察患者情况，若发现异常，如脉速、面色苍白、剧烈腹痛、心慌等，立即停止灌肠，与医生联系处理。

6.4.2 大便失禁护理

6.4.2.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者大便失禁的原因、症状及体征；
- 评估患者的配合程度和心理状况。

6.4.2.2 准备

- 6.4.2.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.4.2.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。
- 6.4.2.2.3 准备用物，包括但不限于纸巾、便盆、一次性尿布垫、桶、毛巾、温水、湿纸巾、干净衣物、皮肤保护剂。

6.4.2.3 实施

患者大便失禁护理工作按以下步骤实施：

- a) 清理脏衣物，协助患者对侧卧位，擦净皮肤；
- b) 用温水毛巾或湿纸巾再次擦拭肛周皮肤；
- c) 按卧床患者更换床单法更换床单，并垫一次医用检查垫；
- d) 对患者肛周皮肤涂抹皮肤保护剂；
- e) 帮助患者更换干净衣物；
- f) 整理床单位，整理用物，进行终末处理，记录患者情况；
- g) 对患者及其家属进行健康教育，内容包括但不限于建立规则排便习惯、括约肌及盆底肌训练；
- h) 监测患者大便排泄情况，指导患者掌握排便规律。

6.4.2.4 注意事项

- 6.4.2.4.1 护理过程动作轻柔，适时对患者予以心理安慰和支持。
- 6.4.2.4.2 护理过程观察患者病情，有异常情况及时报告医生进行正确的处理。
- 6.4.2.4.3 如无禁忌，保证患者每日摄入足够的液体。

6.5 会阴护理

6.5.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 了解患者有无失禁或留置导尿管；
- 了解患者会阴部清洁程度，皮肤黏膜情况；
- 评估患者的病情、心理状态、配合程度。

6.5.2 准备

- 6.5.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.5.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。
- 6.5.2.3 准备用物，包括但不限于处置及治疗盘、弯盘、无菌治疗碗、无菌手套、消毒棉球、一次性医用检查垫。

6.5.3 实施

患者会阴部护理工作按以下步骤实施：

- a) 协助患者取仰卧位，屈膝，两腿略外展；
- b) 臀下垫一次性医用检查垫；
- c) 清洁会阴部：
 - 对非留置导尿管者：用消毒棉球由外向内、自上而下外擦洗会阴，先清洁尿道口周围，后清洁肛门，每个棉球限用1次；
 - 对留置导尿管者，由尿道口处向远端依次用消毒棉球擦洗，每个棉球限用1次。

- d) 擦洗完后擦干皮肤，皮肤黏膜有红肿、破溃或分泌物异常时需及时给予特殊处理；
- e) 协助患者恢复舒适体位并穿好衣裤，整理床单位；
- f) 整理用物，进行终末处理，记录患者情况；
- g) 对患者及其家属进行健康教育，内容包括但不限于会阴部日常护理要点。

6.5.4 注意事项

- 6.5.4.1 操作过程中询问患者舒适度，动作轻柔。
- 6.5.4.2 实施过程注意为患者保暖，同时减少暴露和保护隐私。
- 6.5.4.3 对留置引流管或导尿管的患者，避免牵拉引流管、导尿管。
- 6.5.4.4 护理过程可适时对患者予以心理安慰和支持。

6.6 协助沐浴

6.6.1 评估

护理工作开展前，评估患者的病情、自理能力、皮肤状况、沐浴习惯及配合程度。

6.6.2 准备

- 6.6.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.6.2.2 确保浴室环境宽敞、光线充足、配备防跌倒设施，保护患者隐私。
- 6.6.2.3 调节室温和水温，室温宜不低于 22℃；水温宜保持 41℃~46℃或按患者习惯调节。
- 6.6.2.4 准备用物，包括但不限于干净衣物及洗漱用品。

6.6.3 实施

协助患者沐浴按以下步骤实施：

- a) 协助患者入浴室，为患者调节水温，指导患者使用浴室设施，浴室勿关门；
- b) 患者沐浴时，护士应在可呼唤到的地方，时刻与患者交流检查患者情况，注意观察患者在沐浴过程中的反应；如患者采用盆浴，应根据患者情况协助患者移出浴盆，帮助患者擦干皮肤；
- c) 患者沐浴完毕后，协助患者穿好清洁衣裤和拖鞋，回病室取舒适卧位；
- d) 患者安置后，清洁浴盆或浴室，将用物放回原处；
- e) 洗手并记录患者情况。

6.6.4 注意事项

- 6.6.4.1 必要时在患者旁守护并协助患者沐浴，防止患者发生意外。
- 6.6.4.2 观察并记录患者在沐浴中及沐浴后病情变化及沐浴时间。

6.7 床上擦浴

6.7.1 评估

护理工作开展前，评估患者的病情、自理能力、配合程度、皮肤情况。

6.7.2 准备

- 6.7.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.7.2.2 保持室内环境宽敞、光线充足、地面防滑。
- 6.7.2.3 调节室温和水温，室温宜不低于 22℃，水温以患者感觉舒适为准。

6.7.2.4 准备用物，包括但不限于毛巾、沐浴乳、身体乳液、温水。

6.7.3 实施

患者床上擦浴按以下步骤实施：

- a) 准备温水至患者床旁；
- b) 毛巾浸入温水，握毛巾两端拧干，将毛巾包裹在手中做成手套；
- c) 替患者擦澡，宜按以下方式实施：
 - 遵循“一遍沐浴乳、三遍清水”的原则：同一部位用沐浴乳擦洗1遍后，用清水清洁3遍；
 - 擦洗顺序为：先擦洗双上肢、前胸、腹部，再擦洗背部，最后擦洗双下肢；
 - 擦拭时稍加力度，促进血液循环，以患者感到舒适为宜，有开放性伤口、深静脉血栓或骨转移的患者除外。
- d) 擦澡后为患者涂上身体乳液，乳液涂抹宜在擦澡后 30 分钟内完成；
- e) 整理床单位，整理用物，进行终末处理，记录患者情况。

6.7.4 注意事项

- 6.7.4.1 擦浴过程注意患者的保暖，控制室温，随时调节水温。
- 6.7.4.2 擦浴操作时动作敏捷，轻柔，宜于 10 分钟内完成。
- 6.7.4.3 擦浴过程观察患者病情变化及皮肤情况，若发现异常，如出现寒战、面色苍白、脉速等征象，应立即停止擦浴，并给予适当处理。
- 6.7.4.4 擦浴时注意保护患者隐私，减少身体不必要的暴露。
- 6.7.4.5 擦浴毛巾宜选用可保暖又有按摩皮肤作用的材质。
- 6.7.4.6 擦浴过程中，注意保护伤口和引流管，避免伤口受压，引流打折或者扭曲。

6.8 床上洗头

6.8.1 评估

护理工作开展前，评估患者的病情、自理能力、配合程度、头发的卫生状况。

6.8.2 准备

- 6.8.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项，提醒患者提前排尿、排便。
- 6.8.2.2 保持浴室环境宽敞、光线充足、地面防滑，保护患者隐私。
- 6.8.2.3 调节室温，室温宜不低于 22℃或按患者习惯调节。
- 6.8.2.4 准备用物，包括但不限于毛巾、防水垫、洗头槽（洗头车）、水桶、洗发液或中性肥皂、吹风机、温水，其中水温宜略高于体温。

6.8.3 实施

患者床上洗头工作按以下步骤实施：

- a) 携用物至患者床旁，核对患者信息；
- b) 移除床头板，协助患者准备洗头姿势；
- c) 在患者颈后垫上毛巾，防止溅湿衣物与床单；
- d) 采取相关措施确保患者颈后得到支撑；
- e) 将洗头槽放置床上，将患者头部放在洗头槽内，调整至舒适状态；
- f) 洗头槽接废水桶；

- g) 为患者洗头，洗头过程应符合以下要求：
 - 患者头部如有伤口或放疗的，不可用含化学成分的洗发液，可用中性肥皂或清水；
 - 以指腹按摩头皮，严禁使用指甲用力抓挠头皮；
 - 病情许可的，宜同时进行头部穴位按摩，如百会穴、风池穴。
- h) 将头发洗净后，擦干头发；
- i) 擦干头发后，用吹风机吹干头发，操作过程注意避免烫伤患者；
- j) 整理床单位，整理用物，终末处理，洗手记录。

6.8.4 注意事项

- 6.8.4.1 病情危重和极度衰弱的患者不宜洗头。
- 6.8.4.2 洗头过程中，随时观察患者病情变化，若发现异常，如面色、脉搏及呼吸异常等，应立即停止操作。
- 6.8.4.3 洗发时间不宜过久，避免引起患者头部充血或者疲劳不适。
- 6.8.4.4 洗发过程随时调节室温和水温，避免打湿衣物和床铺，及时擦干头发，防止患者着凉。
- 6.8.4.5 洗发过程保持患者舒适体位，保护伤口及各类管路，防止水流入耳和眼。

6.9 体位转换

6.9.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者的病情、意识状况、自理能力，局部皮肤受压情况等；
- 评估患者有无伤口及留置于身体的医疗装置，如引流管、牵引、夹板固定等。

6.9.2 准备

- 6.9.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的注意事项。
- 6.9.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私。
- 6.9.2.3 准备软枕。

6.9.3 实施

患者体位转换工作按以下步骤实施：

- a) 检查确认病床处于固定状态，将各类医疗装置安置妥当；
- b) 协助患者摆放肢体至舒适位置；
- c) 如需协助患者移向床头，可采用以下方法：
 - 一人协助法：视病情放平床头支架或靠背架，将一软枕横立于床头，避免移动患者时撞伤；患者仰卧屈膝，双手握住床头栏杆，也可搭在护理工作人员肩部或抓住床沿。护理工作人员一手托在患者肩部，另一手托住臀部，同时让患者两臂用力，脚蹬床面，托住患者重心顺势向床头移动。移动至所需位置后，放回软枕；
 - 二人协助法：视病情放平床头支架或靠背架，将软枕垫在患者肩下，嘱咐下肢能活动的患者屈膝。两位护理工作人员分别站在床的两侧，分别在患者腋窝上下方抓住软枕，两人嘱咐患者蹬脚的同时将患者移向床头；对于下肢不能活动或者无力的患者，移动前可请患者家属共同协助将患者的下肢托起；移动至所需位置后，放回枕头。
- d) 如需协助翻身侧卧，可采用以下方法：

- 一人协助法：放下近侧床栏，拉起对侧床栏；患者取仰卧位，双手放于腹部，双腿屈曲；将患者肩部和臀部移至近侧床缘，护理人员一手托患者肩，一手托患者膝部，将患者轻轻推向对侧，背向护理人员；
 - 二人协助法：护理人员二人立于床的同一侧，一人托住患者肩部、腰部，一人托住患者臀部和腘窝，两人同时用力将患者移至近侧床缘，顺势将患者轻轻推向对侧，使其背向护理人员；
 - 三人协助法：护理人员一人立于床头，固定患者头颈部，沿纵轴向上略牵引，使头、颈、躯干一同缓慢移动；另外二人按本条d)项二人协助法将患者移至近侧床缘，翻转前一人发口令，三人同时用力将患者身体翻转至侧卧。
- e) 体位转换后，用软枕垫于患者背部和所有凹陷的关节，如颈部、腰部及腘窝；
- f) 拉起床栏，保持患者各肢体处于功能位，确认身体留置的医疗装置正常；
- g) 整理床单位，洗手，记录翻身时间和患者情况。

6.9.4 注意事项

- 6.9.4.1 协助脊柱损伤患者翻身侧卧时，应采用三人协助法。
- 6.9.4.2 协助患者床上移动时，应将患者身体稍抬起再行移动，切忌有拖、拉、拽等动作。
- 6.9.4.3 体位转换过程应避免患者坠床或患者留置的医疗装置脱落。
- 6.9.4.4 为患者翻身摆位时，应用手掌托住患者，避免用手指抓患者。
- 6.9.4.5 长期卧床患者从卧位转为坐位时，应循序渐进，先半坐卧位，再调整为坐位。
- 6.9.4.6 多人协助翻身时，动作应协调、轻稳。
- 6.9.4.7 移动过程中注意为患者保暖，注意观察病情与受压部位情况，有异常及时报告医生处理。

6.10 卧位护理

6.10.1 评估

- 6.10.1.1 患者病情、意识状态、生命体征、局部皮肤状况。
- 6.10.1.2 评估患者配合能力、保持自动体位的能力、能否自动翻身及是否需要协助。

6.10.2 准备

- 6.10.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程中的注意事项。
- 6.10.2.2 保持环境整洁、安静，温度适宜，光线充足。
- 6.10.2.3 准备用物，包括但不限于翻身枕、小软枕或毛巾等。

6.10.3 实施

- 6.10.3.1 备齐用物至床旁，查对床号、姓名、年龄。
- 6.10.3.2 根据患者需要，协助患者取舒适的卧位，包括：
- a) 取仰卧位，具体包括：
- 1) 去枕仰卧：去枕仰卧，头偏向一侧，双臂放于身体两侧，双腿伸直。
 - 2) 中凹仰卧位：用垫枕垫高头部或摇高床头，使头胸部抬高 10 度-20 度（有利于呼吸），抬高下肢 20° ~30° 。
 - 3) 屈膝仰卧位：采取自然仰卧，头下垫一枕头，两臂放在身体两侧，双腿屈曲，使腹肌放松。

- b) 取侧卧位：患者侧卧，两臂屈肘，一手放于胸前，一手放于枕旁，下腿稍伸直，上腿弯曲；必要时两膝之间、背后、胸腹前可放置一软枕。
- c) 取半坐卧位：患者卧于床上，以髋关节为轴心，摇床使上半身抬高，与床水平呈 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ，再摇起膝下支架，以翻身枕或软枕垫起悬空的背部和双上肢，使患者保持舒适。
- d) 取端坐卧位：在床上放一小桌，垫上小软枕，患者伏在小桌上或把患者双下肢放在床边使其下垂。

6.10.3.3 患者取卧位后，完成以下工作：

- a) 检查并安置患者肢体各关节处于功能位置，避免肢体和骨突处长时间受压；
- b) 妥善固定患者身上各种引流管；
- c) 为患者上床栏和进行保暖；
- d) 询问患者对卧位的感受；
- e) 洗手；
- f) 进行观察与记录，包括：
 - 1) 观察患者病情及变化；
 - 2) 记录更换卧位的时间及卧位方式；
 - 3) 观察患者受压皮肤有无潮红、破溃及肢体血液循环异常情况，有无引流管脱管、折叠、扭曲等现象。

6.10.4 注意事项

- 6.10.4.1 注意保护患者的隐私。
- 6.10.4.2 了解患者是否舒适，卧位是否安全，观察患者呼吸、脉搏、血压情况。
- 6.10.4.3 评估卧位是否达到医疗或护理的目的，注意观察患者病情变化有无改善。
- 6.10.4.4 评估患者保持所取卧位的能力，持续时间，能否自动翻身，必要时对患者进行体位变换和矫正。
- 6.10.4.5 观察不同体位承重处的皮肤情况，预防压力性损伤。对于需要长期半坐卧位或处于强迫端坐卧位的患者，宜使用气垫床或在受压部位垫水垫、软枕、泡沫敷料等减压用物。
- 6.10.4.6 实施过程护理工作应遵循人体力学原理及操作规范，避免受伤。
- 6.10.4.7 与患者充分沟通，消除患者恐慌。

6.11 轮椅与平车使用

6.11.1 评估

- 6.11.1.1 评估患者的体重、病情、意识及活动耐力。
- 6.11.1.2 评估患者持续性治疗和管路情况。

6.11.2 准备

- 6.11.2.1 取得患者或家属的理解与配合，告知操作过程的配合事项和注意事项。
- 6.11.2.2 条件允许的情况下，提前移开所行之处障碍物。
- 6.11.2.3 用物准备，包括但不限于轮椅、平车、毛毯、软枕等。

6.11.3 实施

6.11.3.1 轮椅使用

轮椅使用按以下步骤实施：

- a) 将轮椅推至患者床旁，核对患者信息；
- b) 放置轮椅，使椅背与床尾平齐，椅面朝向床头，扳闸制动，翻起脚踏板；
- c) 协助患者下床：
 - 1) 协助患者穿好衣裤袜，扶患者坐起，协助患者穿好鞋；
 - 2) 嘱患者将双手置于护理工作人员肩上，护理工作人员双手环抱患者腰部，协助患者下床。
- d) 协助患者上轮椅：
 - 1) 协助患者转身坐于轮椅中，翻下脚踏板，将患者双足置于脚踏板上，系好安全带；
 - 2) 观察患者确定无不适后，放松制动闸，推患者至目的地。
- e) 协助患者下轮椅：
 - 1) 将轮椅推至床尾，使椅背与床尾平齐，患者面向床头；
 - 2) 扳制动闸使轮椅制动，翻起脚踏板；
 - 3) 解除安全带，协助患者站起、转身、坐于床缘；
 - 4) 协助患者脱去鞋子及保暖外衣，取舒适卧位，盖好盖被，整理好床单位。
- f) 轮椅使用完毕后，将轮椅放回原处。

6.11.3.2 平车使用

平车使用按以下步骤实施：

- a) 推平车至床旁，核对患者信息并做好解释；
- b) 将平车升降至与床同一水平高度；
- c) 将移位板放在患者身体下方；
- d) 将患者双脚和肩膀移至移位板上；
- e) 两人配合完成：一人站在平车侧，将双手放在移位板上，准备滑动移位板；另一人站在床旁，一手用枕头保护患者的肩膀，另一手用枕头保护患者的髋部；两人同时进行推移，滑动患者至平车；
- f) 患者至平车上后，平车侧的一人侧搬患者面向自己，另一人出移位板；
- g) 整理患者衣服，根据患者病情予以舒适体位；
- h) 询问患者是否有不适，固定各导管，根据气温使用毛毯或棉被。

6.11.4 注意事项

- 6.11.4.1 轮椅、平车使用前应进行检查，保证完好无损。
- 6.11.4.2 应根据根据室外温度为患者增加衣服或加盖被子、毛毯。
- 6.11.4.3 如患者身上有管道，协助患者使用轮椅、平车过程中，应妥善固定、安置各种管道。
- 6.11.4.4 遵循节力原则，速度适宜。
- 6.11.4.5 轮椅运送过程中应全程系好安全带，过门槛时翘起前轮，避免过大震动；下坡时应减速，嘱患者抓紧扶手，尽量后靠，保证患者安全。
- 6.11.4.6 使用过程注意保护患者安全。

6.12 口腔护理

口腔护理操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十二章“口腔护理操作流程”。

6.13 氧气吸入

氧气吸入护理操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第一章“氧气吸入操作流程”。

6.14 伤口换药

伤口换药操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第七章“伤口换药操作流程”。

6.15 造口换药

造口换药操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第八章“造口换药操作流程”。

6.16 淋巴水肿按摩

淋巴水肿按摩操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十三章“淋巴水肿按摩操作流程”。

6.17 气管切开护理

气管切开护理操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十四章“气管切开护理操作流程”。

6.18 压力性损伤预防

压力性损伤预防操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十五章“压力性损伤预防操作流程”，其中操作前应根据附录A的《Braden压疮危险因素评估表》评估患者发生压疮的风险。

6.19 深静脉导管维护

深静脉导管维护操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十六章“深静脉导管维护操作流程”。

6.20 芳香疗法

芳香疗法的操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十章“芳香疗法按摩（头部及四肢）操作流程”。

6.21 中医护理

6.21.1 拔罐

拔罐操作应符合GB/T 21709.5—2008的要求。

6.21.2 经穴推拿

经穴推拿操作要求见国中医药医政医管便函〔2015〕89号中《护理人员中医技术使用手册》的第17章。

6.21.3 中药灌肠

中药灌肠的操作要求见国中医药医政医管便函〔2015〕89号中《护理人员中医技术使用手册》的第18章。

6.21.4 中药泡洗

中药泡洗的操作要求见国中医药医政医管便函〔2015〕89号中《护理人员中医技术使用手册》的第8章。

6.21.5 穴位敷贴

穴位敷贴的操作要求见国中医药医政医管便函〔2015〕89号中《护理人员中医技术使用手册》的第7章。

6.21.6 穴位注射

穴位注射的操作要求见国中医药医政医管便函〔2015〕89号中《护理人员中医技术使用手册》的第15章。

6.21.7 耳穴贴压

耳穴贴压的操作要求见国中医药医政医管便函〔2015〕89号中《护理人员中医技术使用手册》的第16章。

6.21.8 艾灸

艾灸操作应符合GB/T 21709.1—2008的要求。

7 症状控制

7.1 疼痛

7.1.1 评估

疼痛评估操作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第六章“疼痛综合评估操作流程”。

7.1.2 准备

7.1.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.1.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

7.1.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如疼痛评估尺。

7.1.3 实施

7.1.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.1.3.2 非用药的情形下，可使用按摩、冷热敷、经皮神经电刺激、放松训练、转移和分散注意力、冥想、催眠等方式辅助镇痛。

7.1.4 注意事项

7.1.4.1 用药情形下，首选口服给药，并指导患者按时规律服药。

7.1.4.2 护理过程适时对患者及家属给予心理安慰与支持。

7.2 呼吸困难

7.2.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

——评估患者病情、活动能力、配合程度、心理状况、用药情况；

——评估患者呼吸困难程度，可根据《Borg呼吸困难量表》（见附录B）进行评估；

——评估患者呼吸困难的症状与体征，如神志、面容与表情、口唇、指（趾）端皮肤颜色、呼吸的频率节律与深浅度、体位、外周血氧饱和度、血压、心率、心律等。

7.2.2 准备

7.2.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.2.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

7.2.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如氧疗装置、雾化装置、通风设备等。

7.2.3 实施

7.2.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.2.3.2 非用药的情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 协助患者转换至舒适体位；
- 进行有效给氧，开展合理无创伤氧疗；
- 予以雾化吸入；
- 采取通风措施促进空气流通；
- 采用催眠、压力管理、想象疗法等心理护理措施；
- 医嘱要求的其他措施。

7.2.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 对患者及其家属进行健康教育，可包括：
 - 指导患者进行呼吸功能训练和放松训练技巧；
 - 指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练；
 - 指导患者有计划地进行休息和活动。
- 适时对患者及其家属予以心理安慰和支持；
- 记录患者情况，动态评估患者呼吸困难程度和干预效果。

7.2.4 注意事项

7.2.4.1 如呼吸困难伴气道分泌物过多，应遵医嘱进行祛痰。

7.2.4.2 使用阿片类药物时，应明确告知患者及家属药物的呼吸抑制、镇静的作用机制。

7.2.4.3 给药方式不宜采用口服给药。

7.3 咳嗽、咳痰

7.3.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估咳嗽的发生时间、诱因；
- 评估咳痰的难易程度，观察痰液的颜色、性状、有无肉眼可见的异常物质等；
- 评估患者配合程度和心理状况。

7.3.2 准备

7.3.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.3.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，必要时保护患者隐私。

7.3.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如听诊器、雾化装置等。

7.3.3 实施

7.3.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.3.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 协助患者转换体位：根据病情垫高头部或取坐位、或半卧位，以患者自觉舒适为原则；
- 指导患者深呼吸和有效咳嗽；
- 为患者进行翻身叩背促进痰液咳出；
- 遵医嘱为患者进行雾化吸入；
- 医嘱要求的其他措施。

7.3.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 对患者及其家属进行健康教育，内容可包括呼吸功能训练、有效咳嗽排痰方法、饮水指导等；
- 记录痰液的颜色、性质、量，遵医嘱正确留取痰标本并送检；
- 动态评估患者咳嗽、咳痰情况及干预效果；
- 适时对患者及其家属予以心理安慰和支持，帮助患者保持平静。

7.3.4 注意事项

7.3.4.1 根据患者情况适时给予祛痰、镇咳，避免因剧咳引起体力过度消耗或引起并发症。

7.3.4.2 咯血、气胸、心脏病风险较高的患者应谨慎拍背、吸痰。

7.3.4.3 使用阿片类药物治疗的，应告知药物的副作用。

7.4 咯血

7.4.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者咯血的颜色、性状及量、伴随症状；
- 评估患者生命体征、意识状态、治疗情况、心理状况、配合程度；
- 了解血液检查相关结果及患者既往史。

7.4.2 准备

7.4.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.4.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私。

7.4.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如吸引装置。

7.4.3 实施

7.4.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.4.3.2 非用药情形下，可对根据患者情况采取以下护理措施：

- 调整患者体位：大咯血患者应卧床，取侧卧位；出血部位不明患者取平卧位，头偏向一侧，使患者处于舒适状态；
- 使用吸引器：主要适用于因咯血出现窒息的情形；
- 医嘱要求的其他措施。

7.4.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 观察、记录咯血量和性状；
- 严密观察病情，准确记录；
- 对患者及家属进行健康教育，内容可包括大咯血征象识别方法及应急措施；
- 动态评估患者咯血程度及干预效果。

7.4.4 注意事项

- 7.4.4.1 患者发生咯血时，及时清除患者口腔及气道的血块，保持呼吸道通畅，避免窒息。
- 7.4.4.2 咯血期间避免口服药物，避免用力拍背、频繁吸痰。
- 7.4.4.3 适时对患者及家属给予心理安慰与支持。

7.5 恶心、呕吐

7.5.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者恶心、呕吐发生的诱因、时间、呕吐的特点及呕吐物的颜色、性状；
- 评估患者有无水电解质紊乱、酸碱平衡失调、有无脱水表现、腹部体征及其他伴随症状；
- 评估患者生命体征、营养状况、心理状况、配合程度。

7.5.2 准备

- 7.5.2.1 取得患者或家属的理解与配合。
- 7.5.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私。
- 7.5.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物。

7.5.3 实施

- 7.5.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。
- 7.5.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：
 - 患者出现前驱症状时，协助患者取坐位或侧卧位，预防误吸、呕血；
 - 配合采用辅助措施，包括但不限于指导患者使用放松疗法、音乐疗法或根据医嘱按摩穴位；
 - 患者呕吐后做到：
 - 及时清理呕吐物，保持床单位和衣物整洁，促进空气流通；
 - 协助患者漱口，保持口腔清洁；
 - 记录患者情况，包括但不限于呕吐物的性质、颜色、量等。
 - 医嘱要求的其他措施。
- 7.5.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：
 - 对患者进行健康教育，内容可包括饮食、作息指导；
 - 动态评估患者恶心、呕吐程度，评估干预效果。

7.5.4 注意事项

- 7.5.4.1 密切关注患者情况，避免患者因呕吐无力导致误吸、窒息。
- 7.5.4.2 适时对患者及家属给予心理安抚与支持。

7.6 呕血、便血

7.6.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者呕血、便血的诱因，出血的颜色、量、性状、腹部体征及伴随症状；
- 评估患者生命体征、意识状态、周围循环状况、治疗情况；

- 了解患者血常规、凝血功能、便潜血等检查结果及既往史；
- 评估患者的心理状况和配合程度。

7.6.2 准备

- 7.6.2.1 取得患者或家属的理解与配合。
- 7.6.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。
- 7.6.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物。

7.6.3 实施

- 7.6.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。
- 7.6.3.2 非用药情形下，对患者采取以下护理措施：
 - 协助患者卧床休息，床头抬高或使患者头偏向一侧；
 - 对于小量出血患者，积极寻找出血部位和原因，进行控制出血量；
 - 对于大量出血患者，根据患者及家属意愿，遵医嘱补充血容量及遵医嘱用药；
 - 监测患者神志及生命体征变化，记录出入液量；
 - 医嘱要求的其他措施。
- 7.6.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：
 - 及时清洁与护理：
 - 对呕血者，及时清理呕吐物，做好口腔护理，保持床单位整洁；
 - 对便血者，保持肛周清洁、干燥，保持床单位整洁；
 - 判断患者有无再次出血的症状与体征；
 - 记录患者呕血、便血的量、颜色及其他相关情况；
 - 动态评估患者呕血、便血程度，评估干预效果；
 - 做好患者及家属的心理疏导；
 - 对患者及家属进行健康教育，内容可包括饮食指导、早期识别大量呕血、便血征象的方法及应急措施。

7.6.4 注意事项

- 7.6.4.1 患者呕血、便血期间禁止饮食。
- 7.6.4.2 注意向患者及家属解释症状及措施，及时予以安抚。
- 7.6.4.3 避免胃镜、血管造影等有创性检查。
- 7.6.4.4 对于处于生命末期且出血症状较严重的患者，宜以患者的舒适度和生命质量为原则采取护理措施。

7.7 腹胀

7.7.1 评估

- 护理工作开展前，对患者进行以下评估：
- 评估患者腹胀的程度、持续时间及伴随症状；
 - 评估患者腹胀的原因；
 - 评估患者心理状况、配合程度；
 - 了解患者的治疗情况、既往史。

7.7.2 准备

- 7.7.2.1 取得患者或家属的理解与配合。
- 7.7.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。
- 7.7.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物。

7.7.3 实施

- 7.7.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。
- 7.7.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：
 - 协助患者取舒适体位；
 - 减轻内容物：进行胃肠减压、肛管排气、通便或灌肠；
 - 促进肠道蠕动：进行腹部按摩、腹部热敷；
 - 进行腹水引流：穿刺放腹水；
 - 医嘱要求的其他措施。
- 7.7.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：
 - 记录患者情况及干预效果；
 - 对患者及家属进行健康教育，内容可包括腹胀相关知识、合理饮食相关知识；
 - 动态评估患者的腹胀程度。

7.7.4 注意事项

- 7.7.4.1 使用药物应避免影响患者休息或增加其跌倒、坠床等安全风险。
- 7.7.4.2 患者腹腔内有肿瘤者禁止按摩。
- 7.7.4.3 对有腹水的患者，应每日测量腹围和体重；使用利尿剂的患者，记录每日尿量并维持水电解质平衡。
- 7.7.4.4 腹水患者穿刺前应说明注意事项，排光膀胱以免误伤；穿刺中及术后监测生命体征，观察有无不良反应；术后用无菌敷料覆盖穿刺部位，如有渗液应及时更换敷料，保持局部的清洁、干燥。
- 7.7.4.5 对于严重腹胀者，宜采用肛管排气、适当吸氧等措施。
- 7.7.4.6 护理过程适时对患者及家属予以心理安慰和支持。

7.8 水肿

7.8.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估水肿的临床病史、性质、特征及伴随症状；
- 观察患者生命体征、体重、颈静脉充盈程度、营养状况、皮肤状况，有无胸腔积液征、腹腔积液征；
- 评估患者的心理状况、配合程度；
- 了解患者治疗情况、既往史；
- 了解患者相关检查结果。

7.8.2 准备

- 7.8.2.1 取得患者或家属的理解与配合。
- 7.8.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，保护患者隐私。

7.8.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如一次性医用检查垫、柔软被服、衣服等。

7.8.3 实施

7.8.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.8.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 体位护理：轻度水肿者适当活动，重度水肿者卧床休息；伴有胸腔积液或腹腔积液者宜采取半卧位；下肢明显水肿者，应抬高下肢；阴囊水肿者宜用吊带托起阴囊；
- 饮食护理：根据医嘱，控制液体摄入量，限制钠盐摄入量，补充热量、微量元素及维生素；
- 医嘱要求的其他措施。

7.8.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 定期测量水肿部位周径或体重，观察水肿消涨情况，记录出入液量，监测患者生命体征，观察有无胸腔积液、腹腔积液和心包积液；
- 对患者及家属进行健康教育，内容可包括水肿的原因、正确的饮食方式、每日体重及出入液量测量等；
- 动态评估患者水肿程度，评估干预效果。

7.8.4 注意事项

7.8.4.1 护理期间保持床褥清洁、柔软、平整、干燥，做好患者全身皮肤清洁及护理，预防压疮，定时协助患者转换体位，预防压力性皮肤损伤，水肿液外渗患者局部应防止继发感染。

7.8.4.2 护理期间加强患者心理护理，减轻患者的紧张与恐惧。

7.8.4.3 对高危患者，应密切观察病情变化，评估患者接受治疗后水肿进展及皮肤黏膜情况。

7.9 发热

7.9.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者发热的时间、程度及诱因、伴随症状；
- 评估患者意识状态、配合程度、生命体征的变化；
- 了解患者相关检查结果。

7.9.2 准备

7.9.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.9.2.2 保持环境安静、舒适、清洁、空气流通，注意保护患者隐私。

7.9.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如体温表、冰袋、灌肠用物、医用冰毯等。

7.9.3 实施

7.9.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.9.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 温水擦浴：使用温湿毛巾（32℃～34℃）擦拭颈部、腋下、后背、腹股沟处，通过擦浴使毛细血管扩张，达到降温效果；
- 酒精擦浴：使用25%～30%乙醇擦拭四肢及背部，通过擦浴使毛细血管扩张，达到降温效果；

- 冰袋降温：用毛巾包裹冰袋后放在额部、左右腋窝、左右腹股沟及左右颈动脉处，通过冰袋吸收机体热量，达到降温效果；
- 医用冰毯降温：使用医用冰毯全身降温仪降温，适用于患者体温升到 39℃ 以上且其他降温方法效果不明显的情形；
- 医嘱要求的其他措施。

7.9.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 降温处理 30 分钟后复测患者体温；
- 记录患者情况和干预效果；
- 做好患者的口腔、皮肤护理；
- 对患者及家属进行健康教育，内容可包括饮水、饮食的注意事项。

7.9.4 注意事项

- 7.9.4.1 物理降温与药物降温不宜同时进行，低热情况以擦浴等物理降温方式为主，中高热情况下适度使用退热药物，注意脱水及电解质紊乱的纠正。
- 7.9.4.2 年老体弱患者慎用乙醇擦浴，高热寒战或伴出汗的小儿不宜用乙醇擦浴。
- 7.9.4.3 降温过程中患者出汗，应及时擦干皮肤，随时更换衣物，保持患者皮肤和床单清洁、干燥；特别注意降温后患者的反应，避免虚脱。
- 7.9.4.4 谨慎使用退热药物，注意补充水分、热量及保持电解质平衡。

7.10 厌食和恶病质

7.10.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 了解患者病史，包括身体状况、精神状况、心理状况；
- 了解患者体格检查情况，包括但不限于体重变化、肌肉和皮下脂肪消耗情况、肌肉力量、四肢活动能力、外周组织消耗情况、口腔和牙齿的情况、消化及内分泌系统情况；
- 了解患者血液检查情况、营养风险筛查结果；
- 评估有无影响患者进食的药物及环境因素。

7.10.2 准备

- 7.10.2.1 取得患者或家属的理解与配合。
- 7.10.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私。
- 7.10.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如鼻饲或胃空肠造瘘管饲用物。

7.10.3 实施

- 7.10.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。
- 7.10.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：
 - 营养干预：
 - 肠内营养补给：包括但不限于鼻饲、胃空肠造瘘管饲；
 - 肠外营养补给：包括但不限于经口进食、静脉营养。
 - 运动干预：根据患者的体力状态和乏力状况给予抗阻训练和有氧锻炼相结合的运动，如散步、床上肢体活动；

——医嘱要求的其他措施。

7.10.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 观察并记录患者情况和干预效果；
- 对患者及家属进行健康教育，内容可包括饮食、运动的注意事项；

7.10.4 注意事项

7.10.4.1 护理期间照顾患者的情绪，适时予以心理安慰与支持，循序渐进。

7.10.4.2 进行肠内营养补给时，防止食物反流和胃管的脱落，同时避免营养液的温度过高或速度过快导致呕吐、恶心、腹胀等情况发生。

7.10.4.3 经口进食的，注重食物的搭配与口感。

7.10.4.4 采取运动干预的，避免进行剧烈运动。

7.11 口干

7.11.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者口腔黏膜完整性及润滑情况及伴随症状；
- 评估有无引起患者口干的药物及治疗因素；
- 评估患者的心理状况和配合程度。

7.11.2 准备

7.11.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.11.2.2 保持环境安静、清洁、空气流通、温湿度适宜，保护患者隐私。

7.11.2.3 根据患者情况和症状控制措施准备用物，如漱口水、手电筒等。

7.11.3 实施

7.11.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.11.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 指导患者清洁口腔，不能自行清洁口腔者，予以口腔护理；
- 指导患者进食刺激唾液的食物，如无糖口香糖、陈皮、话梅、果汁等；
- 指导患者少量多次经口补充水分，有吞咽障碍的患者可食冰块，对限水、不能进水的患者，协助患者润滑嘴唇和舌部；
- 使用人造唾液、唾液替代品和口腔润滑剂；
- 医嘱要求的其他措施。

7.11.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 定时查看患者嘴唇和口腔，做好记录，如有异常及时报告医生；
- 动态评估患者口干情况和干预效果；
- 对患者及家属进行健康教育，内容可包括口干症状的相关知识、维护口腔湿润清洁的方法、饮食饮水的注意事项等。

7.11.4 注意事项

7.11.4.1 执行口腔护理操作时动作应轻柔，避免损伤嘴唇及口腔黏膜。

7.11.4.2 若嘴唇或口腔黏膜发生破损，观察破损的范围及深度，遵医嘱用药。

7.12 睡眠与觉醒障碍

7.12.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者睡眠质量，宜根据《匹兹堡睡眠质量量表》（见附录 C）实施；
- 评估患者失眠发生的药物及环境因素。

7.12.2 准备

7.12.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.12.2.2 保持环境安静、舒适、清洁，注意保护患者隐私。

7.12.3 实施

7.12.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.12.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 尊重患者生活习惯，协助患者保持规律的作息时间，防止睡眠颠倒；
- 根据患者体力与病情安排适当的娱乐活动与运动锻炼；
- 合理安排治疗与护理操作，尽量避免在夜间进行；
- 为患者营造舒适的睡眠环境，增强患者对环境和人际的安全感；
- 积极控制患者躯体症状，关注患者的不适主诉，遵医嘱采取缓解措施；
- 患者睡前播放轻音乐、温水泡足或温水洗澡放松肌肉、进食少量点心和热饮；
- 医嘱要求的其他措施。

7.12.3.3 对患者采取症状控制措施后，应做好以下工作：

- 记录患者情况；
- 动态评估患者睡眠情况和干预效果；
- 对患者及家属进行健康教育，内容可包括睡眠或觉醒障碍的相关知识、促进睡眠的方法、服用药物的反应等。

7.12.4 注意事项

7.12.4.1 观察、评估和沟通贯穿整个护理过程，不宜强行纠正已有的睡眠规律。

7.12.4.2 警惕并及时发现患者意识障碍发生。

7.12.4.3 在使用处方类镇静催眠药物时应告知患者及家属并注意预防跌倒、低血压等副作用。

7.12.4.4 护理过程适时对患者及家属予以心理安慰和支持，缓解患者焦虑情绪。

7.13 谵妄

7.13.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者意识水平、注意力、思维、认知、记忆、精神行为、情感和觉醒规律的改变；
- 评估患者谵妄发生的药物及环境因素。

7.13.2 准备

7.13.2.1 取得患者或家属的理解与配合。

7.13.2.2 根据患者情况和症状控制措施准备用物。

7.13.3 实施

7.13.3.1 用药情形下，应根据医嘱正确用药，掌握用药时间、剂量、方法及不良反应，随时观察患者情况。

7.13.3.2 非用药情形下，可根据患者情况采取以下护理措施：

- 提供合适环境：保持环境安静、空气流通、温度适宜、床铺整洁，避免冲突及过度声光刺激；
- 促进患者舒适：让患者留在熟悉的环境，时常提醒正确的人、时、地信息，尽量保持日常的生活作息；
- 保障患者安全：移除危险物品，安排专人陪护，创造安全的环境；
- 积极进行睡眠管理：尽量促使患者白天活动夜间睡眠，避免睡眠过程受到外界惊扰，确保患者睡眠充足；
- 提供心理护理：通过沟通稳定患者情绪，缓解患者的紧张、迷茫和心理阻抗；
- 适当的躯体限制和活动限制：适用于其他方法不能有效控制患者行为且患者存在伤人和自伤的情形；
- 医嘱要求的其他措施。

7.13.4 注意事项

在诱因、病因无法去除的情况下，应与家属及照顾者沟通谵妄发作的反复性和持续性，争取理解、配合，保护患者避免外伤。

8 心理护理和人文关怀

8.1 心理危机干预

8.1.1 评估

护理工作开展前，对患者进行以下评估：

- 评估患者心理危机的严重程度，包括但不限于认知状态、情感状态、行为表现和躯体症状；
- 评估患者目前的情绪状态，焦虑情绪评估宜根据《焦虑自评量表》（见附录 D）实施，抑郁情绪评估宜根据《抑郁自评量表》（见附录 E）实施；
- 评估患者自杀风险，包括但不限于自杀的危险因素和自杀线索。

8.1.2 准备

选择恰当时间，保持环境安静且舒适。

8.1.3 实施

心理危机干预工作按以下步骤实施：

- a) 保证患者安全：帮助患者离开危机情境，检查室内环境及用物，消除不安全的器具和药品，安排人 24 小时陪伴；
- b) 确定问题：包括患者目前存在的主要问题、诱因、首要需解决事项、有无躯体损伤；
- c) 制订具体计划：拟定帮助患者走出当前危机的短期的行动计划和培养患者掌握更积极恰当的应对方式的长期行动计划；

- d) 按计划采取措施，给患者提供具体的、有针对性的心理支持，促使患者积极搜索可获得的环境支持、可以利用的应对方式；
- e) 动态评估患者的心理状态，及时发现问题并处理。

8.1.4 注意事项

- 8.1.4.1 应与患者建立信任沟通的关系，以尊重、无条件积极关注的方式接纳患者。
- 8.1.4.2 护理工作人员在保障患者安全的同时，应保证自身的安全。
- 8.1.4.3 心理危机干预活动一旦进行，应确保干预活动得到完整的开展，避免患者再次创伤。
- 8.1.4.4 心理危机干预活动宜与社会支持系统相结合。

8.2 哀伤辅导

哀伤辅导工作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十九章“哀伤辅导操作流程”。

8.3 患者濒死期的护理

患者濒死期的护理工作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十七章“患者濒死期的征兆及濒死期护理”。

8.4 尸体料理

尸体料理工作要求见深卫健老龄〔2021〕5号的第十八章“尸体料理操作流程”。

8.5 居丧期服务

8.5.1 评估

护理工作开展前，对患者的家属进行以下评估：

- 评估家属的健康状态；
- 了解家属现阶段的需求。

8.5.2 准备

- 8.5.2.1 选择恰当时机，保持环境安静、舒适。
- 8.5.2.2 取得家属的理解与配合。

8.5.3 实施

8.5.3.1 协助度过急性悲伤期

按以下要求帮助患者的家属顺利度过急性悲伤期：

- 陪伴与安慰家属。不对家属所表达的情感进行评判，尊重家属释放情绪的方式方法；
- 尊重家属的习俗和意愿进行患者遗体护理。

8.5.3.2 协助度过正常悲伤期

按以下要求帮助患者的家属顺利度过正常悲伤期：

- 识别家属正常的悲伤反应；
- 鼓励家属充分表达感情和感受；
- 应用非语言沟通技巧，陪伴、倾听家属，鼓励家属表达悲伤，以同理心回应家属的情绪反应，引导面对悲伤。

8.5.3.3 居丧期回访

对患者的家属进行居丧期回访，方法包括：

- 进行居丧期辅导，包括但不限于个体辅导、在线支持、家庭哀悼、团体哀悼等形式；
- 在特殊的日子提供主动随访，表达关心和支持；
- 鼓励家属参加社会活动。

8.5.3.4 丧葬信息支持

医疗机构宜根据实际向家属说明丧葬办理有关信息。

8.5.4 注意事项

8.5.4.1 密切留意悲伤期患者家属的情绪及身体状况，避免家属发生晕厥、心脑血管意外及其他意外。

8.5.4.2 注意居丧期个体反应差异，从逝者、丧亲者、人际关系、疾病与死亡等方面的特征评估患者家属发生居丧不良结局的风险。

附 录 A
(资料性)

Braden 压疮危险因素评估表

《Braden压疮危险因素评估表》见表A. 1。

表A. 1 Braden 压疮危险因素评估表

项目	1 分	2 分	3 分	4 分	得分
感觉	完全受限	非常受限	轻度受限	未受损	
潮湿度	持续潮湿	潮湿	有时潮湿	很少潮湿	
活动力	限制卧床	可以坐椅子	偶尔行走	经常行走	
移动力	完全无法移动	严重受损	轻度受限	未受限	
营养	非常差	可能不足够	足够	非常好	
摩擦力和剪切力	有问题	有潜在问题	无明显问题		
注1：评分标准：15～18 分为低级危险；13～14 分为中度危险；10～12分为高度危险；≤9分为非常危险。					
注2：≤18分的，提示患者有发生压疮的危险，给出预防措施建议。					

附 录 B
(资料性)
Borg 呼吸困难量表

《Borg呼吸困难量表》见表B. 1。

表B.1 Borg 呼吸困难量表

分级	呼吸困难严重程度	备注
0 分	完全没有	呼吸没有感到任何费力，没有肌肉疲劳，没有气喘吁吁
0.5 分	刚刚感觉到	刚刚有感觉、非常微弱的呼吸困难或疲劳
1 分	非常轻微	呼吸轻微费力、走路更愿意选择更近的路程
2 分	轻微	感到微弱的费力
3 分	中等	呼吸有些费力但不是非常困难，继续进行是尚可的
4 分	稍微严重	
5 分	严重	费力感强烈、非常劳累，但是呼吸继续进行不是非常困难
6 分	介于严重与非常严重之间	
7 分	非常严重	费力感非常强烈、呼吸能够继续进行但不得不强迫自己，非常劳累
8 分	介于非常严重与非常非常严重之间	
9 分	非常非常严重	困难程度几乎达到极限
10 分	最大值	费力感及其强烈、达到呼吸困难极限
注：评分范围为0~10 分。0 分：一点也感不到呼吸困难；0.5 分：非常非常轻微的呼吸困难，几乎难以察觉；1 分：非常轻微的呼吸困难；2 分：轻度的呼吸困难；3 分：中度的呼吸困难；4 分：较严重的呼吸困难；5 分：严重的呼吸困难；6~8 分：非常严重的呼吸困难；9 分：非常非常严重的呼吸困难；10 分：极重度的呼吸困难，达到极限。		

附录 C
(资料性)
匹兹堡睡眠质量量表

匹兹堡睡眠质量量表见图C.1。

1. 近 1 个月,晚上上床睡觉通常是_____点钟	
2. 近 1 个月,从上床到入睡通常需要_____分钟	
3. 近 1 个月,早上通常起床时间____、____点钟	
4. 近 1 个月,每夜通常实际睡眠时间_____小时(不等于卧床时间)	
5. 近 1 个月,您有没有因下列情况而影响睡眠,请从①②③④四项中选一项,在下面划“√”:	
a. 入睡困难(30 分钟内不能入睡)	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
b. 夜间易醒或早醒	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
c. 夜间去厕所	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
d. 呼吸不畅	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
e. 大声咳嗽或鼾声高	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
f. 感觉冷	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
g. 感觉热	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
h. 做噩梦	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
i. 疼痛不适	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
j. 其他影响睡眠的事情(请写明)_____	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
6. 近 1 个月您的睡眠质量	①很好 ②较好 ③较差 ④很差
7. 近 1 个月您是否经常使用催眠药物才能入睡	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
8. 近 1 个月您是否常感到困倦	①无 ②不足 1 次/周 ③1~2 次/周 ④3 次或以上/周
9. 近 1 个月您做事的是否精力不足	①没有 ②偶尔有 ③有时有 ④经常有

注:分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能障碍 7 个因子,采用 Likert4 级评分法。0 分、1 分、2 分、3 分分别表示无、<1 次/周、1~2 次/周、≥3 次/周。总分 0~21 分。≤7 分表示睡眠质量较好,>7 分表示存在睡眠障碍。得分越高,表示睡眠质量越差。

图C.1 匹兹堡睡眠质量量表

附 录 D
(资料性)
焦虑自评量表

焦虑自评量表见图D.1。

焦虑自评量表（SAS）

姓名：性别：年龄：病历号：

下面有 20 条文字，请仔细阅读每一条，把意思弄明白，然后根据您最一周的实际感觉，在分数栏 1~4 分下选择与你的情况相符的“√”。每道题不要花费太久思考，凭第一印象回答。目前主要的情绪和躯体症状的自评请根据自觉症状的程度选择。

（评定时间为过去一周内或现在）

评定项目	没有或很少	有时有	大部分时间有（经常有）	绝大多数时间有
1、我感到比往常更加神经过敏和焦虑	1	2	3	4
2、我无缘无故感到担心	1	2	3	4
3、我容易心烦意乱或感到恐慌	1	2	3	4
4、我感到我的身体好像被分成几块，支离破碎	1	2	3	4
*5、我感到事事都很顺利，不会有倒霉的事情发生	4	3	2	1
6、我的四肢抖动和震颤	1	2	3	4
7、我因头痛、颈痛、背痛而烦恼	1	2	3	4
8、我感到无力且容易疲劳	1	2	3	4
*9、我感到很平静，能安静坐下来	4	3	2	1
10、我感到我的心跳较快	1	2	3	4
11、我因阵阵的眩晕而不舒服	1	2	3	4
12、我有阵阵要昏倒的感觉	1	2	3	4
*13、我呼吸时进气和出气都不费力	4	3	2	1
14、我的手指和脚趾感到麻木和刺痛	1	2	3	4
15、我因胃痛和消化不良而苦恼	1	2	3	4
16、我必须时常排尿	1	2	3	4
*17、我的手总是很温暖而干燥	4	3	2	1
18、我觉得脸发烧发红	1	2	3	4
*19、我容易入睡，晚上休息很好	4	3	2	1
20、我做恶梦	1	2	3	4

图D.1 焦虑自评量表

附录 E
(资料性)
抑郁自评量表

抑郁自评量表见图E. 1。

抑郁自评量表					
(Self-Rating Depression Seale)					
	实 际 感 觉	偶有	少有	常用	持续
	1、我感到情绪沮丧	1	2	3	4
	2、我感到早晨心情最好	4	3	2	1
*	3、我要哭或想哭	1	2	3	4
	4、我夜间睡眠不好	1	2	3	4
*	5、我吃饭像平时一样我	4	3	2	1
*	6、我的性功能正常	4	3	2	1
	7、我感到体重减轻	1	2	3	4
	8、我为便秘感到烦恼	1	2	3	4
	9、我的心跳比平时快	1	2	3	4
	10、我无故感到疲劳	1	2	3	4
*	11、我的头脑像往常一样清楚	4	3	2	1
*	12、我做事情像平时一样不感到困难	4	3	2	1
	13、我坐卧不安，难以保持平衡	1	2	3	4
*	14、我对未来感到有希望	4	3	2	1
	15、我比平时更容易激怒	1	2	3	4
*	16、我觉得决定什么事很容易	4	3	2	1
*	17、我感到自己是有用的和不可缺少的人	4	3	2	1
*	18、我的生活很有意义	4	3	2	1
	19、假若我死了别人会过得更好	1	2	3	4
*	20、我仍旧喜爱自己平时喜爱的东西	1	2	3	4

[注]：前*为反序记分

抑郁严重度指数=各条目累计分/80

0.5 以下者为无抑郁；0.5~0.59 为轻微至轻度抑郁；0.6~0.69 为中至重度；0.7 以上为重度抑郁。

图E. 1 抑郁自评量表

参 考 文 献

- [1] 国家卫生计生委办公厅.国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南（试行）的通知：
国卫办医发〔2017〕5号
- [2] 谌永毅,李旭英.安宁疗护护理工作标准流程指引[M].北京：人民卫生出版社,2021
- [3] 吴欣娟,谌永毅,刘翔羽.安宁疗护专科护理[M].北京：人民卫生出版社,2020
- [4] 国家中医药管理局医政司.关于印发《护理人员中医技术使用手册》的通知：国中医药医政医
管便函〔2015〕89号
- [5] 深圳市卫生健康委员会.市卫生健康委关于印发深圳市安宁疗护护理操作指引（试行）的通知：
深卫健老龄〔2021〕5号
-