



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

护 理 学 基 础

Z H O N G Y I H U L I J I N E N G



主编：XXX
主讲：XXX





护理学基础



第十三章

排泄护理

第十三章 排泄护理

目录

01

排尿护理

02

排便护理

学习目标

知识目标

(1) 能陈述多尿、少尿、无尿、导尿术、便秘、腹泻以及灌肠法的概念。

(2) 能说出影响排尿、排便的原因。

(3) 能陈述尿液、粪便观察的主要内容。

(4) 能判断异常排尿、排便的情况。

能力目标

具有为病人进行规范导尿、留置导尿及大量不保留灌肠的操作技术能力。

素质目标

在实施排便、排尿护理过程中，能体现人文关怀，操作中尊重病人人格、保护患者隐私、确保患者安全舒适。

学习重点

1. 学习多尿、少尿、无尿、导尿术、便秘、腹泻以及灌肠法的概念
2. 学习影响排尿、排便的原因以及学习判断异常排尿、排便的情况。
3. 常用导尿术以及灌肠法的目的及注意事项

学习难点

导尿术以及灌肠法的操作流程

概述

排泄是人体的基本生理需要，也是维持生命活动的必要条件，是将机体新陈代谢所产生的终产物排出体外的生理过程。

> 第一节 排尿护理

排尿是人体的基本生理需要，是通过将泌尿系统产生的人体代谢的最终产物、过剩的盐类、有毒物质和药物排除体外，同时调节水电解质以及酸碱平衡，维持人体内环境的相对稳定。

人体泌尿系统是由肾脏、输尿管、膀胱及尿道组成，其功能对维持人体健康尤为重要。

第一节 排尿护理

一、病人排尿状况的评估

（一）正常排尿的评估

1. 排尿次数

一般成人白天排尿3~5次，夜间0~1次。

2. 尿量

尿量是反映肾脏功能的重要指标。正常情况下每次尿量约为200~400ml，24小时的尿量约1000~2000ml，平均在1500ml左右。

3. 尿液颜色、透明度

正常新鲜尿液呈淡黄色或深黄色，是由于尿胆原和尿色素所致。尿液澄清、透明。

第一节 排尿护理

一、病人排尿状况的评估

（一）正常排尿的评估

4. 比重与酸碱度

尿比重的高低主要取决于肾脏的浓缩功能。成人在正常情况下，尿比重波动于1.015~1.025之间。尿液的PH正常值范围约为4.8~7.4,正常人尿液多呈弱酸性。

5. 气味

正常尿液气味来自尿内的挥发性酸。尿液久置后，因尿素分解产生氨，故有氨臭味。

一、病人排尿状况的评估

(二) 异常排尿的评估

1. 尿量与次数

- (1) 多尿(polyuria): 指24小时尿量超过2500ml。
- (2) 少尿(oliguria): 指24小时尿量少于400ml或每小时尿量少于17ml。
- (3) 无尿(anuria)或尿闭(urodialysis): 指24小时尿量少于100ml或12小时内无尿液产生。

一、病人排尿状况的评估

(二) 异常排尿的评估

1. 尿量与次数

(4) 膀胱刺激征：主要表现为尿频、尿急、尿痛，三者同时出现，称为膀胱刺激征。

1) 尿频(frequent micturition)：单位时间内排尿次数增多，由膀胱炎症或机械性刺激引起，严重时几分钟排尿一次，每次尿量仅几毫升。

2) 尿急(urgent micturition)：病人突然有强烈尿意，不能控制需立即排尿，由于膀胱三角或后尿道的刺激，造成排尿反射活动异常强烈而引起。每次尿量很少，常与尿频同时存在。

3) 尿痛(dysuria)：排尿时感到尿道疼痛，可以发生在排尿初、中、末或排尿后。疼痛呈烧灼感，与膀胱、尿道或前列腺感染有关。

一、病人排尿状况的评估

(二) 异常排尿的评估

2. 透明度 当泌尿系统感染时，尿液中含有大量的脓细胞、红细胞、上皮细胞、细菌或炎性渗出物，排出的新鲜尿液即呈白色絮状混浊，此尿液在加热、加酸或加碱后，其混浊度不变。蛋白尿不影响尿液的透明度，但振荡后可产生较多且不易消失的泡沫。

一、病人排尿状况的评估

(二) 异常排尿的评估

3. 颜色 在病理情况下，尿的颜色可有以下变化:

(1) 血尿:一般认为尿液中红细胞增多。血尿颜色的深浅与尿液中所含红细胞量的多少有关，血尿轻者尿色正常，仅显微镜下红细胞增多，称为镜下血尿;出血量多者尿色常呈洗肉水色或红色，称为肉眼血尿。

(2) 血红蛋白尿:尿液中含有血红蛋白。主要是由于各种原因导致大量红细胞在血管内被破坏，血红蛋白经肾脏排出形成血红蛋白尿，一般尿液呈浓茶色、酱油样色。

一、病人排尿状况的评估

（二）异常排尿的评估

3. 颜色 在病理情况下，尿的颜色可有以下变化:

（3）胆红素尿:尿液中含有胆红素。一般尿液呈深黄色或黄褐色，振荡尿液后泡沫也呈黄色。

（4）乳糜尿:尿液中含有淋巴液，排出的尿液呈乳白色。

一、病人排尿状况的评估

（二）异常排尿的评估

4. 尿比重 若尿比重经常固定于1.010左右，提示肾功能严重障碍。

5. 气味 当泌尿道有感染时新鲜尿液也有氨臭味。糖尿病酮症酸中毒时，因尿液中含有丙酮，所以尿液中有烂苹果气味。

一、病人排尿状况的评估

（三）影响排尿因素的评估

1. 疾病、治疗及检查的因素
2. 液体和饮食摄入
3. 环境与气候因素
 - （1）环境影响
 - （2）季节影响
4. 心理与个人习惯
 - （1）心理因素影响
 - （2）习惯影响
5. 其他因素

二、常见排尿异常的护理

(一) 尿潴留病人的护理

1. 概念 尿潴留(retention of urine)是指尿液大量存留在膀胱内而不能自主排出。尿潴留时，膀胱容积可增至3000~4000ml，膀胱高度膨胀，可至脐部。病人主诉下腹胀痛，排尿困难。体检可见耻骨上膨隆，扪及囊样包块，叩诊呈实音，有压痛。

第一节 排尿护理

二、常见排尿异常的护理

（一）尿潴留病人的护理

2. 分类及原因

（1）机械性梗阻：指参与排尿的神经及肌肉功能正常，但在膀胱颈部至尿道外口的某一部位存在梗阻性病变。

（2）动力性梗阻：病人尿路不存在机械性梗阻，排尿困难是由于各种原因造成控制排尿的中枢或周围神经受损害，导致膀胱逼尿肌无力或尿道括约肌痉挛。

二、常见排尿异常的护理

（一）尿潴留病人的护理

3. 护理措施

- （1）提供隐蔽的排尿环境
- （2）调整体位和姿势
- （3）诱导排尿
- （4）热敷、按摩
- （5）心理护理
- （6）健康教育
- （7）必要时根据医嘱实施导尿术。

二、常见排尿异常的护理

（二）尿失禁病人的护理

1. 概念 尿失禁(incontinence of urine)是指排尿失去意识控制或不受意识控制，尿液不自主地流出。

第一节 排尿护理

二、常见排尿异常的护理

(二) 尿失禁病人的护理

2. 分类 根据临床表现，尿失禁一般分为四种类型

类型↵	特点↵	常见原因↵
持续性尿失禁↵	又称真性尿失禁，即膀胱内有 <u>存尿</u> 则会不由自主地流出，使膀胱处于空虚状态。↵	• 外伤、手术或先天性疾病引起的膀胱颈和尿道括约肌的损伤、膀胱阴道痿。↵
充溢性尿失禁↵	又称假性尿失禁，即膀胱内有大量的尿液，当充盈达到一定压力时，即可不自主溢出少量尿液。↵	• 神经系统病变：脊髓损伤导致膀胱瘫痪。↵ • 下尿路梗阻：如前列腺增生、膀胱颈梗阻及尿道狭窄等。↵

二、常见排尿异常的护理

（二）尿失禁病人的护理

2. 分类 根据临床表现，尿失禁一般分为四种类型

急迫性尿失禁⇐ 病人反复的低容量不由自主排尿，常伴有尿频和尿急。⇐

- 膀胱局部炎症或激惹至膀胱功能失调：如下尿路感染、前列腺增生症、子宫脱垂等。⇐
- 中枢神经系统疾病：如脑血管意外、脑瘤及帕金森病等。⇐

压力性尿失禁⇐ 即当咳嗽、打喷嚏、大笑或运动时腹肌收缩，腹内压升高，使尿液不由自主地少量流出。⇐

- 常见于多次分娩或绝经后的妇女，因为阴道前壁和盆地支持组织张力减弱或缺失所致。也常见于根治性前列腺切除术。⇐

二、常见排尿异常的护理

（二）尿失禁病人的护理

3. 护理措施

- （1）皮肤护理
- （2）外部引流
- （3）重建正常的排尿功能
- （4）留置导尿术
- （5）心理护理

三、导尿技术

(一) 导尿技术

导尿技术(catheterization)是指严格按无菌操作要求，用导尿管经尿道插入膀胱引流尿液的技术。

> 第一节 排尿护理

三、导尿技术

（一）导尿技术

【目的】

1. 减轻痛苦 为尿潴留病人引流出尿液，以减轻痛苦。
2. 协助诊断 如留取未受污染的尿标本作细菌培养；测量膀胱容量、压力及检查残余尿液；进行尿道或膀胱造影等。
3. 协助治疗 如为膀胱肿瘤病人进行膀胱内化疗。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(一) 导尿技术

1. 病人评估与准备

(1) 病人评估:病人的年龄、病情、临床诊断、导尿的目的、意识状态、生命体征、合作程度、心理状况、生活自理能力、膀胱充盈度、会阴部皮肤黏膜情况及清洁度。

(2) 病人准备:需向病人及家属解释有关导尿术的目的、方法、注意事项和配合要点。根据病人的自理能力,嘱其清洁外阴。病人和家属了解导尿的目的、意义、过程、注意事项及配合操作的要点。能自理者自行清洁外阴。不能自理者应协助其进行外阴清洁。

三、导尿技术

（一）导尿技术

2. 环境评估与准备 酌情关闭门窗，围帘或屏风遮挡病人。保持合适的室温。光线充足或有足够的照明。

3. 护士评估与准备 着装整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：一次性导尿包【生产厂商提供的灭菌导尿用物包，包括初步消毒用物（弯盘2个、血管钳或镊子各1、棉球数个、左手手套1只）；再次消毒用物（镊子1个、碘伏棉球4个、弯盘2个）和导尿用物（孔巾1个、导尿管1根、液体蜡棉球或纱布、接尿盘1个弯盘1个、血管钳或镊子1个，标本瓶1个、10ml 0.9%的氯化钠注射液1、10ml 支注射器1副）】、手消毒液、弯盘，一次性垫巾，浴巾。

根据病人情况选择合适大小的导尿管。

（2）治疗车下层：生活垃圾桶、医疗垃圾桶、便盆和便盆巾。

（3）其他：根据环境情况酌情准备屏风。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

1. 核对解释

- (1) 携用物至床旁，认真核对病人床号、姓名、腕带；
- (2) 自行清洗会阴，不能自理者家属协助。

2. 准备环境

- (1) 关闭门窗，围帘或屏风遮挡，请无关人员回避。
- (2) 移床旁椅至操作同侧的床尾，将便盆放床尾床旁椅上，打开便盆巾。

三、导尿技术 （一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

3. 准备病人

(1) 松开床尾盖被，帮助病人脱去对侧裤腿，盖在近侧腿部，并盖上浴巾，对侧腿用盖被遮盖。

略外展，暴露外阴。

4. 垫巾开包

将一次性垫巾垫于病人臀下，放弯盘，弯盘置于近会阴处。洗手，检查并打开一次性导尿包，取出初次消毒用物，护士左手戴上手套，将消毒棉球倒入小方盘。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据女病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（1）初次消毒

- 1) 护士右手持镊子夹取消毒棉球进行初步消毒，消毒顺序依次为：阴阜—大阴唇—小阴唇（左手用纱布分开大阴唇）—尿道口。
- 2) 污棉球放置与弯盘内。
- 3) 消毒完毕后，脱手套，置于弯盘内，将弯盘以及小方盘放置治疗车下层。
- 4) 掀开便盆巾。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据女病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（2）开导尿包

1) 消毒双手

2) 将导尿包放于病人两腿之间，按照无菌技术的操作原则打开无菌巾。

（3）戴手套、铺巾

1) 取出无菌手套，按照无菌技术操作原则带好无菌手套。

2) 取出孔巾，铺于病人的外阴处，暴露会阴部，使孔巾与无菌巾形成一个无菌区域。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据女病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（4）整理、润滑

- 1) 按照操作顺序整理用物。
- 2) 取出导尿管，润滑尿管前段。
- 3) 根据需要将导尿管和引流袋连接。
- 4) 取消毒棉球放于大方盘。

三、导尿技术 （一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据女病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

(5) 再次消毒

- 1) 小方盘放置于外阴处。
- 2) 左手拿纱布分开大阴唇固定小阴唇。
- 3) 右手拿尖头镊子夹取消毒棉球消毒，消毒顺序一次为：尿道口—两侧小阴唇—尿道口。
- 4) 消毒后污棉球、小方盘、镊子放于床尾。

三、导尿技术 （一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据女病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（6）插导尿管

左手继续固定小阴唇，右手将大方盘置于孔巾口旁，嘱病人张口呼吸，用圆头镊子夹导尿管对准尿道口轻轻插入尿道4~6cm(图13-1)，见尿液流出再插入1cm左右。

（7）引流尿液

松开固定小阴唇的手下移固定导尿管，将尿液引入集尿袋或大方盘内，如做尿培养用无菌标本瓶留取中断尿5ml。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】女病人导尿技术

6. 拔管整理

1) 导尿毕，轻拔导尿管，撤下孔巾，擦净外阴，收拾导尿用物弃于医用垃圾桶内，撤出病人臀下的小橡胶单和治疗巾放治疗车下层。

2) 脱去手套，用手消毒液消毒双手。

3) 协助病人穿好裤子。整理床单位。

7. 送检、记录

1) 测量尿量，尿标本贴标，及时送检。

2) 洗手记，记录。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

1. 核对解释

- (1) 携用物至床旁，认真核对病人床号、姓名、腕带。
- (2) 向病人解释导尿的目的、方法和注意事项。

2. 准备环境

- (1) 关闭门窗，围帘或屏风遮挡，请无关人员回避。
- (2) 移床旁椅至操作同侧的床尾，将便盆放床尾床旁椅上，打开便盆巾。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

3. 准备病人

(1) 松开床尾盖被，帮助病人脱去对侧裤腿，盖在近侧腿部，并盖上浴巾，对侧腿用盖被遮盖。

(2) 协助病人取屈膝仰卧位，两腿略外展，暴露外阴。

4. 垫巾开包

将一次性垫巾垫于病人臀下，放弯盘，弯盘置于近会阴处。洗手，检查并打开一次性导尿包，取出初次消毒用物，护士左手戴上手套，将消毒棉球倒入小方盘。

三、导尿技术 （一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据男病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（1）初次消毒

1) 护士右手持镊子夹取消毒棉球进行初步消毒，消毒顺序依次为：阴阜—阴茎—阴囊。左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。

2) 污棉球放置与弯盘内。

3) 消毒完毕后，脱手套，置于弯盘内，将弯盘以及小方盘放置治疗车下层。

4) 掀开便盆巾。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据男病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（2）开导尿包

1) 消毒双手

2) 将导尿包放于病人两腿之间，按照无菌技术的操作原则打开无菌巾。

（3）戴手套、铺巾

1) 取出无菌手套，按照无菌技术操作原则带好无菌手套。

2) 取出孔巾，铺于病人的外阴处，暴露会阴部，使孔巾与无菌巾形成一个无菌区域。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据男病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（4）整理、润滑

- 1) 按照操作顺序整理用物。
- 2) 取出导尿管，润滑尿管前段。
- 3) 根据需要将导尿管和引流袋连接。
- 4) 取消毒棉球放于大方盘。

三、导尿技术 （一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据男病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（5）再次消毒

- 1) 小方盘放置于外阴处。
- 2) 左手用纱布包住阴茎将包皮向后推，暴露尿道口。
- 3) 右手拿尖头镊子夹取消毒棉球消毒消毒棉球再次消毒尿道口、龟头及冠状沟。
- 4) 消毒后污棉球、小方盘、镊子放于床尾。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

5. 消毒导尿 根据男病人尿道的解剖特点进行消毒、导尿。

（6）插导尿管

左手继续无菌纱布固定阴茎并提起，使之与腹壁成 60° 角，右手将大方盘置于孔巾口旁，嘱病人张口呼吸，用圆头镊子夹导尿管对准尿道口轻轻插入尿道 $20 \sim 22\text{cm}$ ，见尿液流出再插入 1cm 左右。

（7）引流尿液

松开固定小阴唇的手下移固定导尿管，将尿液引入集尿袋或大方盘内，如做尿培养用无菌标本瓶留取中断尿 5ml 。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【实施】男病人导尿技术

6. 拔管整理

- 1) 导尿毕，轻拔导尿管，撤下孔巾，擦净外阴，收拾导尿用物弃于医用垃圾桶内，撤出病人臀下的小橡胶单和治疗巾放治疗车下层。
- 2) 脱去手套，用手消毒液消毒双手。
- 3) 协助病人穿好裤子。整理床单位。

7. 送检、记录

- 1) 测量尿量，尿标本贴标，及时送检。
- 2) 洗手记，记录。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【注意事项】

1. 严格执行查对制度和无菌技术操作原则。
2. 在操作过程中注意保护病人的隐私，并采取适当的保暖措施，防止病人着凉。
3. 对膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人，第一次放尿不得超过1000ml。大量放尿可使腹腔内压急剧下降，血液大量滞留在腹腔内，导致血压下降而虚脱;另外膀胱内压突然降低，还可导致膀胱黏膜急剧充血，发生血尿。

三、导尿技术

（一）导尿技术

【注意事项】

4. 老年女性尿道口回缩，插管时应仔细观察、辨认，避免误入阴道。
5. 为女病人插尿管时，如导尿管误入阴道，应更换无菌导尿管，然后重新插管。
6. 为避免损伤和导致泌尿系统的感染，必须掌握男性和女性尿道的解剖特点。

三、导尿技术

(二) 留置导尿术

留置导尿管术(retention catheterization)是在导尿后，将导尿管保留在膀胱内，引流尿液的方法。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（二）留置导尿术

【目的】

1. 抢救危重、休克病人时正确记录每小时尿量、测量尿比重，以密切观察病人的病情变化。
2. 为盆腔手术排空膀胱，使膀胱持续保持空虚状态，避免术中误伤。
3. 某些泌尿系统疾病手术后留置导尿管，便于引流和冲洗，减轻手术切口的张力，促进切口的愈合。
4. 为尿失禁或会阴部有伤口的病人引流尿液，保持会阴部的清洁干燥。
5. 为尿失禁病人行膀胱功能训练。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（二）留置导尿术

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）病人评估：病人的年龄、病情、临床诊断、导尿的目的、意识状态、生命体征、合作程度、心理状况、生活自理能力、膀胱充盈度及会阴部皮肤黏膜情况。

（2）病人准备：病人及家属了解留置导尿的目的、过程和注意事项，学会在活动时防止导尿管脱落的方法等，如病人不能配合时，请他人协助维持适当的姿势。病人需清洁外阴，做好导尿的准备。

三、导尿技术

（二）留置导尿术

【评估与准备】

3. 环境评估与准备 同导尿术。
4. 护士评估与准备 整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。
5. 用物评估与准备 同导尿术。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(二) 留置导尿术

【实施】留置导尿术

1. 核对解释 同导尿术（女）。
2. 消毒插管 同导尿术（女）。
3. 固定尿管

见尿液后再插入7~10cm。夹住导尿管尾端或连接集尿袋，连接注射器根据注入等量的无菌溶液，轻拉导尿管有阻力感，即证实导尿管固定于膀胱内(图13-3)。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(二) 留置导尿术

【实施】留置导尿术

4. 固定引流

确认尿管固定后，夹闭引流管，撤去孔巾。用安全别针将集尿袋固定于床沿下，开放导管。

5. 整理告知

(1) 整理导尿用物弃于医用垃圾桶内，撤出病人臀下的治疗巾放治疗车下层，脱去手套。

(2) 协助病人穿好裤子，取舒适卧位，整理床单位。

(3) 洗手，贴尿管标识，记录。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(二) 留置导尿术

【注意事项】

1. 同导尿术1~6。
2. 气囊导尿管固定时不能过度牵拉尿管，以防膨胀的气囊卡在尿道内口，压迫膀胱壁或尿道，导致粘膜组织的损伤。
3. 使用无菌技术插入导尿管。注意引流管通畅，避免导尿管受压、扭曲、堵塞导致泌尿系统的感染。
4. 在离床活动时，应将导尿管远端固定在大腿上，以防导尿管脱出。集尿袋不得超过膀胱高度并避免挤压，防止尿液反流，导致感染的发生。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(二) 留置导尿术

【留置导尿管病人的护理】

1. 防止泌尿系统逆行感染的措施

(1) 保持尿道口清洁:女病人用消毒棉球擦拭尿道口及外阴,男病人擦拭尿道口、龟头及包皮,每天1~2次。排便后及时清洗肛门及会阴部皮肤。

(2) 集尿袋的更换:注意观察并及时排空集尿袋内尿液,并记录尿量。通常每周更换集尿袋1~2次,若有尿液性状、颜色改变,需及时更换。

(3) 尿管的更换:定期更换导尿管,尿管的更换频率通常根据导尿管的材质决定,一般为1~4周更换1次。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(二) 留置导尿术

【留置导尿管病人的护理】

2. 留置尿管期间，若病情允许应鼓励病人每日摄入2000ml以上水分(包括口服和静脉输液等)，达到冲洗尿道的目的。

3. 训练膀胱反射功能，可采用间歇性夹管方式。夹闭导尿管，每3~4小时开放1次，使膀胱定时充盈和排空，促进膀胱功能的恢复。

4. 注意病人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，每周检查尿常规1次。

三、导尿技术

(三) 膀胱冲洗

膀胱冲洗(bladder irrigation)是利用三通的导尿管，将无菌溶液灌入到膀胱内，再用虹吸原理将灌入的液体引流出来的方法。

【目的】

1. 对留置导尿的病人，保持尿液引流通畅。
2. 清洁膀胱清除膀胱内的血凝块、黏液及细菌等，预防感染。
3. 治疗某些膀胱疾病，如膀胱炎，膀胱肿瘤。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

1. 病人评估与准备

（1）病人评估:病人的年龄、病情、临床诊断、膀胱冲洗的目的、意识状态、生命体征、合作程度和心理状况。

（2）病人准备:病人及家属了解膀胱冲洗的目的、过程和注意事项，学会在操作时如何配合。

2. 环境评估与准备 酌情屏风遮挡。

3. 护士评估与准备 着装整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

(三) 膀胱冲洗

4. 用物评估与准备(以密闭式膀胱冲洗术为例)。

(1) 治疗车上层:按导尿术准备的导尿用物,遵医嘱准备的冲洗液,无菌膀胱冲洗器1套,消毒液,无菌棉签,医嘱执行本,手消毒液。

(2) 治疗车下层:便盆及便盆巾,生活垃圾桶、医用垃圾桶。

(3) 其他:根据医嘱准备的药液,常用冲洗溶液有生理盐水、0.02%呋喃西林溶液等。灌入溶液的温度约为38~40℃。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

【实施】密闭式膀胱冲洗术

1. 核对解释

- (1) 携用物至床旁，核对患者床号、姓名、手腕带。
- (2) 向病人解释膀胱冲洗的目的、方法和注意事项。
- (3) 关闭门窗，拉床帘或屏风遮挡。

2. 导尿、固定 按照留置导尿术安置并固定导尿管。

3. 排空膀胱 连接引流管、排空膀胱。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

【实施】密闭式膀胱冲洗术

4. 连接管道

(1) 连接冲洗液与膀胱冲洗器，将冲洗液倒挂于输液架上，排气，关闭导管。

(2) 分开导尿管与集尿袋引流管连接处，消毒导尿管尾端开口和引流管接头，将导尿管和引流管分别与“Y”形管的两个分管相连接，“Y”形管的主管连接冲洗导管。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

【实施】密闭式膀胱冲洗术

5. 冲洗膀胱

(1) 关闭引流管，开放冲洗管，使溶液滴入膀胱，调节滴速。待病人有尿意或滴入溶液200～300ml后，关闭冲洗管，放开引流管，将冲洗液全部引流出来后，再关闭引流管。

(2) 按需反复冲洗。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

【实施】密闭式膀胱冲洗术

6. 消毒清洗

- (1) 冲洗完毕，取下冲洗管，消毒导尿管口和引流接头并连接。
- (2) 清洁外阴部，固定好导尿管。

7. 整理记录

- (1) 协助病人取舒适卧位，整理床单位，清理用物。
- (2) 洗手，记录。

第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

【注意事项】

1. 严格执行无菌技术操作。
2. 避免用力回抽造成黏膜损伤。若引流的液体少于灌入的液体量，应考虑是否有血块或脓液阻塞，可增加冲洗次数或更换导尿管。
3. 冲洗时嘱病人深呼吸，尽量放松，以减少疼痛。若病人出现腹痛、腹胀、膀胱剧烈收缩等情形，应暂停冲洗。

> 第一节 排尿护理

三、导尿技术

（三）膀胱冲洗

【注意事项】

4. 冲洗后如出血较多或血压下降，应立即报告医生给予处理，并注意准确记录冲洗液量及性状。
5. 向病人说明摄取足够水分的重要性，每天饮水量应维持在2000ml左右，以产生足够的尿量冲洗尿路，达到预防感染发生的目的。

排便是人体的基本生理需要。排便活动受大脑皮层的控制，意识可以促进或抑制排便。

第二节 排便护理

一、病人排便状况的评估

（一）正常排便评估

1. 排便次数与排便量

（1）排便次数:排便次数因人而异。一般成人每天排便1~3次，婴幼儿每天排便3~5次。

（2）排便量:每日排便量与膳食的种类、数量、摄入的液体量、大便次数及消化器官的功能有关。正常成人每天排便量约100~300g。进食低纤维、高蛋白质等精细食物者粪便量少而细腻。进食大量蔬菜、水果等粗粮者粪便量较多

一、病人排便状况的评估

（一）正常排便评估

2. 排便颜色与气味

（1）排便颜色:常成人的粪便颜色呈黄褐色或棕黄色。婴儿的粪便呈黄色或金黄色。因摄入食物或药物种类的不同，粪便颜色会发生变化，如食用大量绿叶蔬菜，粪便可呈暗绿色；摄入动物血或铁制剂，粪便可呈无光样黑色。如果粪便颜色改变与上述情况无关，表示消化系统有病理变化存在。

（2）排便气味:正常时粪便气味因膳食种类而异，强度由腐败菌的活动性及动物蛋白质的量而定。肉食者味重，素食者味轻。

第二节 排便护理

一、病人排便状况的评估

（一）正常排便评估

3. 排便性状与混合物

（1）排便性状:正常人的粪便为成形软便不粘连。

（2）混合物:粪便内容物主要为食物残渣、脱落的大量肠上皮细胞、细菌以及机体代谢后的废物，如胆色素衍生物和钙、镁、汞等盐类。粪便中混入少量黏液，肉眼不易查见。

第二节 排便护理

一、病人排便状况的评估

（二）异常排便评估

1. 排便次数与量

（1）排便次数：每天排便超过3次(成人)或每周少于3次，应视为排便异常，比如腹泻、便秘。

（2）排便量：当消化器官功能紊乱时，也会出现排便量的改变如肠道梗阻、腹泻等。

一、病人排便状况的评估

（二）异常排便评估

2. 大便的颜色与气味

（1）大便颜色：如柏油样便提示上消化道出血；白陶土色便提示胆道梗阻；暗红色血便提示下消化道出血；果酱样便见于肠套叠、阿米巴痢疾；粪便表面粘有鲜红色血液见于痔疮或肛裂。

（2）大便气味：严重腹泻病人因未消化的蛋白质与腐败菌作用，粪便呈碱性反应，气味极恶臭；下消化道溃疡、恶性肿瘤病人粪便呈腐败臭；上消化道出血的柏油样粪便呈腥臭味；消化不良、乳儿因糖类未充分消化或吸收脂肪酸产生气体，粪便呈酸性反应，气味为酸败臭。

一、病人排便状况的评估

（二）异常排便评估

3. 大便性状与混合物

（1）大便性状：便秘时粪便坚硬，呈栗子样；消化不良或急性肠炎时可为稀便或水样便；肠道部分梗阻或直肠狭窄，粪便常呈扁条形或带状。

（2）大便混合物：当消化道有感染或出血时粪便中可混有血液、脓液或肉眼可见的黏液。肠道寄生虫感染病人的粪便中可检出蛔虫、蛲虫、绦虫节片等。

一、病人排便状况的评估

（三）影响排便因素的评估

1. 生理因素

（1）年龄 （2）个人排泄习惯:

2. 心理因素

3. 社会文化

4. 饮食与活动

（1）食物与液体摄入 （2）活动

5. 与疾病有关的因素

（1）疾病 （2）药物 （3）治疗和检查

二、病人排便异常的评估

（一）腹泻病人的护理

1. 腹泻 腹泻(diarrhea)指正常排便形态改变, 频繁排出松散稀薄的粪便甚至水样便。持续严重的腹泻, 可使机体内的大量水分和胃肠液丧失, 导致水、电解质和酸碱平衡紊乱。长期腹泻者还会因机体无法吸收营养物质而导致营养不良。

2. 原因 饮食不当或使用泻剂不当; 情绪紧张焦虑; 消化系统发育不成熟; 胃肠道疾患; 某些内分泌疾病如甲亢等均可导致肠蠕动增加, 发生腹泻。

二、病人排便异常的评估

（一）腹泻病人的护理

3. 症状和体征

腹痛、肠痉挛、疲乏、恶心、呕吐、肠鸣、有急于排便的需要和难以控制的感觉。粪便松散或呈液体样。

第二节 排便护理

二、病人排便异常的评估

（一）腹泻病人的护理

4. 护理措施

（1）去除原因，如肠道感染者，应遵医嘱给予抗生素治疗。

（2）卧床休息，减少肠蠕动，注意腹部保暖。对不能自理的病人应及时给予便盆，消除焦虑不安的情绪，使之达到身心充分休息的目的。

（3）膳食调理鼓励病人饮水，少量多次，可酌情给予淡盐水，饮食以清淡的流质或半流质食物为宜，避免油腻、辛辣、高纤维食物。严重腹泻时可暂禁食。

第二节 排便护理

二、病人排便异常的评估

（一）腹泻病人的护理

4. 护理措施

（4）防治水和电解质紊乱按医嘱给予止泻剂、口服补盐液或静脉输液。

（5）维持皮肤完整性特别是婴幼儿、老年人、身体衰弱者，每次便后用软纸轻擦肛门，温水清洗，并在肛门周围涂油膏以保护局部皮肤。

（6）密切观察病情，记录排便的性质、次数、量等，注意有无脱水指征，必要时留取标本送检。病情危重者，注意生命体征变化。如疑为传染病则按肠道隔离原则护理。

二、病人排便异常的评估

（一）腹泻病人的护理

4. 护理措施

（7）心理支持因粪便异味及沾污的衣裤、床单、被套、便盆均会给病人带来不适，因此要协助病人更换衣裤、床单、被套和清洗沐浴，使病人感到舒适。便盆清洗干净后，置于易取处，以方便病人取用。

二、病人排便异常的评估

（二）排便失禁病人的护理

1. 排便失禁 排便失禁(fecal incontinence)指肛门括约肌不受意识的控制而不自主地排便。
2. 原因 神经肌肉系统的病变或损伤如瘫痪;胃肠道疾患;精神障碍、情绪失调等。
3. 症状和体征 病人不自主地排出粪便。

第二节 排便护理

二、病人排便异常的评估

(二) 排便失禁病人的护理

4. 护理措施

(1) 心理护理：排便失禁的病人心情紧张而窘迫，常感到自卑和忧郁，期望得到理解和帮助。护士应尊重和理解病人，给予心理安慰与支持。帮助其树立信心，配合治疗和护理。

(2) 保护皮肤：床上铺橡胶(或塑料)单和中单或一次性尿布，每次便后用温水洗净肛门周围及臀部皮肤，保持皮肤清洁干燥。必要时，肛门周围涂搽软膏以保护皮肤，避免破损感染。注意观察骶尾部皮肤变化，定时按摩受压部位，预防压疮的发生。

二、病人排便异常的评估

（二）排便失禁病人的护理

4. 护理措施

（3）帮助病人重建控制排便的能力：了解病人排便时间，掌握排便规律，定时给予便盆，促使病人按时自己排便;与医生协调定时应用导泻栓剂或灌肠，以刺激定时排便;教会病人进行肛门括约肌及盆底部肌肉收缩锻炼。指导病人取立、坐或卧位，试做排便动作，先慢慢收缩肌肉，然后再慢慢放松，每次10秒左右，连续10次，每次锻炼20~30分钟，每日数次。以病人感觉疲乏为宜。

二、病人排便异常的评估

（二）排便失禁病人的护理

4. 护理措施

（4）如无禁忌，保证病人每天摄入足量的液体。

（5）保持床褥、衣服清洁，室内空气清新，及时更换污湿的衣裤被单，定时开窗通风，除去异味。

第二节 排便护理

二、病人排便异常的评估

（三）便秘病人的护理

1. 便秘 便秘(constipation)指正常的排便形态改变，排便次数减少，排出过于过硬的粪便，且排便不畅、困难或常有排便不尽感。

2. 原因 某些器质性病变；排便习惯不良；中枢神经系统功能障碍；排便时间或活动受限制；强烈的情绪反应；各类直肠肛门手术；某些药物的不合理使用；饮食结构不合理，饮水量不足；滥用缓泻剂、栓剂、灌肠；长期卧床或活动减少等，以上原因均可抑制肠道功能而导致便秘的发生。

3. 症状和体征 腹胀、腹痛、食欲不佳、消化不良、乏力、舌苔变厚、头痛等。另外，便秘者粪便干硬，触诊腹部较硬实且紧张，有时可触及包块，肛诊可触及粪块。

第二节 排便护理

二、病人排便异常的评估

（三）便秘病人的护理

4. 护理措施

（1）提供适当的排便环境：为病人提供单独隐蔽的环境及充裕的排便时间。如拉上围帘或用屏风遮挡，避开查房、治疗护理和进餐时间，以消除紧张情绪，保持心情舒畅，利于排便。

（2）选取适宜的排便姿势：床上使用便盆时，除非有特别禁忌，最好采取坐姿或抬高床头，利用重力作用增加腹内压促进排便。病情允许时让病人下床上厕所排便。对手术病人，在手术前应有计划地训练其在床上使用便盆。

二、病人排便异常的评估

（三）便秘病人的护理

4. 护理措施

（3）腹部环形按摩：排便时用手沿结肠解剖位置自右向左环行按摩，可促使降结肠的内容物向下移动，并可增加腹内压，促进排便。指端轻压肛门后端也可促进排便。

（4）遵医嘱给予口服缓泻药物：缓泻剂可使粪便中的水分含量增加，加快肠蠕动，加速肠内容物的运行，而起到导泻的作用。但使用缓泻剂时应根据病人的特点及病情选用。对于老年人、儿童应选择作用缓和的泻剂，慢性便秘的病人可选用蓖麻油、番泻叶。

二、病人排便异常的评估

（三）便秘病人的护理

4. 护理措施

（5）使用简易通便剂：常用的有开塞露、甘油栓等。其作用机制是软化粪便，润滑肠壁，刺激肠蠕动促进排便。

（6）灌肠：以上方法均无效时，遵医嘱给予灌肠。

（7）健康教育：帮助病人及家属正确认识维持正常排便习惯的意义和获得有关排便的知识。

1) 帮助病人重建正常的排便习惯；

2) 合理安排膳食； 3) 鼓励患者适当运动。

二、病人排便异常的评估

（四）粪便嵌塞病人的护理

1. 粪便嵌塞 粪便嵌塞(fecal impaction)指粪便持久滞留堆积在直肠内，坚硬不能排出。常发生于慢性便秘的病人。
2. 原因 便秘未能及时解除，粪便滞留在直肠内，水分被持续吸收而乙状结肠排下的粪便又不断加入，最终使粪块变得又大又硬不能排出，发生粪便嵌塞。
3. 症状和体征 病人有排便冲动，腹部胀痛，直肠肛门疼痛，肛门处有少量液化的粪便渗出，但不能排出粪便。

第二节 排便护理

二、病人排便异常的评估

（四）粪便嵌塞病人的护理

4. 护理措施

（1）润肠早期可使用栓剂、口服缓泻剂来润肠通便。

（2）灌肠必要时先行油类保留灌肠，2~3小时后再做清洁灌肠。

（3）人工取便通常在清洁灌肠无效后按医嘱执行。具体方法为：术者戴上手套，将涂润滑剂的示指慢慢插入病人直肠内，触到硬物时注意大小、硬度，然后机械地破碎粪块，一块一块地取出。操作时应注意动作轻柔，避免损伤直肠黏膜。用人工取便易刺激迷走神经，故心脏病、脊椎受损者须慎重使用。操作中如病人出现心悸、头昏时须立刻停止。

（4）健康教育向病人及家属讲解有关排便的知识，建立合理的膳食结构。协助病人建立并维持正常的排便习惯，防止便秘的发生。

三、排便异常的护理技术

灌肠法(enema)是将一定量的液体由肛门经直肠灌入结肠，以帮助病人清洁肠道、排便、排气或由肠道供给药物或营养，达到确定诊断和治疗目的的方法。

根据灌肠的目的可分为保留灌肠和不保留灌肠。根据灌入的液体量又可将不保留灌肠分为大量不保留灌肠和小量不保留灌肠。如为了达到清洁肠道的目的，而反复使用大量不保留灌肠，则为清洁灌肠。

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【目的】

1. 解除便秘、肠胀气。
2. 清洁肠道，为肠道手术、检查或分娩做准备。
3. 减轻中毒，稀释并清除肠道内的有害物质，减轻中毒。
4. 降低温度，灌入低温液体，为高热病人降温。

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【操作前准备】

1. 病人评估与准备

（1）病人评估：病人的年龄、病情、临床诊断、意识状态、心理状况、排便情况、理解配合能力。

（2）病人准备：病人需要了解灌肠的目的、方法和注意事项，并配合操作，病人需自行排空膀胱。

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【操作前准备】

2. 环境评估与准备 酌情关闭门窗，屏风遮挡病人。保持合适的室温。光线充足或有足够的照明。
3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(一) 大量不保留灌肠术

【操作前准备】

4. 用物评估与准备

(1) 治疗车上层：一次性灌肠器包(包内有灌肠筒、引流管、肛管一套，孔巾，垫巾、肥皂冻1包，纸巾数张，手套)，医嘱执行本，弯盘，水温计，手消毒液。根据医嘱准备的灌肠液。

(2) 治疗车下层：便盆，便盆巾，生活垃圾桶，医用垃圾桶。

(3) 灌肠溶液：常用0.1%~0.2%的肥皂液，生理盐水。成人每次用量为500~1000ml，小儿200~500ml。溶液温度一般为39~41℃，降温时用28~32℃，中暑用4℃。

(4) 其他：输液架。

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【实施】大量不保留灌肠

1. 核对解释

- (1) 携用物至病人床旁，认真核对病人再次解释取得合作。
- (2) 关闭门窗，拉窗帘或用屏风遮挡病人。

2. 安置体位

协助患者取左侧卧位，双膝屈曲，褪裤至膝，臀部靠床沿。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(一) 大量不保留灌肠术

【实施】大量不保留灌肠

3. 垫巾挂筒

(1) 检查一次性灌肠袋并打开，取垫巾垫于臀部下，弯盘置于患者臀边。

(2) 盖被，暴露臀部。

(3) 取出灌肠筒，关闭引流管上的开关，将灌肠液倒入灌肠筒内，测量温度，灌肠筒挂于输液架上，筒内液面高于肛门约40~60cm。

4. 戴手套 润滑肛管前端，排尽灌肠管内空气，关闭开关。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(一) 大量不保留灌肠术

【实施】大量不保留灌肠

5. 润管排气

(1) 一手垫卫生纸分开臀部，暴露肛门口，嘱病人深呼吸，一手将肛管轻轻插入直肠7~10cm。固定肛管。

(2) 打开开关，使液体缓缓流入。

6. 插管灌液

灌入液体过程中，密切观察筒内液面下降速度和病人的情况。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(一) 大量不保留灌肠术

【实施】大量不保留灌肠

7. 观察处理

(1) 如液面下降过慢或停止，多由于肛管前端孔道被阻塞，可移动肛管或挤捏肛管。

(2) 如病人感觉腹胀或有便意，可嘱病人张口深呼吸，放松腹部肌肉，并降低灌肠筒的高度以减慢流速或暂停片刻，以便转移病人的注意力，减轻腹压，同时减少灌入溶液的压力。

(3) 如病人出现脉速、面色苍白、大汗、剧烈腹痛、心慌气促，此时可能发生肠道剧烈痉挛或出血，应立即停止灌肠，与医生联系，给予及时处理。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【实施】大量不保留灌肠

8. 拔出肛管

待灌肠液即将流尽时夹管，用卫生纸包裹肛管轻轻拔出，弃于医用垃圾桶内。擦净肛门，脱下手套，消毒双手。

9. 安置病人

- （1）协助病人取舒适的卧位，嘱其尽量保留5～10分钟后再排便。
- （2）对不能下床的病人，给予便盆，将卫生纸、呼叫器放于易取处。扶助能下床的病人上厕所排便。
- （3）排便后，取出便盆和垫巾。

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【实施】大量不保留灌肠

10. 整理观察

(1) 排便后及时取出便盆，擦净肛门，协助病人穿裤，整理床单位，开窗通风。

(2) 采集标本：观察大便性状，必要时留取标本送检。

(3) 按相关要求处理用物。

11. 洗手记录

洗手，在体温单内记录结果。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(一) 大量不保留灌肠术

【注意事项】

1. 妊娠、急腹症、严重心血管疾病等病人禁忌灌肠。
2. 伤寒病人灌肠时溶液不得超过500ml，压力要低(液面不得超过肛门30cm)。
3. 肝性脑病病人灌肠，禁用肥皂水，以减少氨的产生和吸收;充血性心力衰竭和水钠潴留病人禁用0.9%氯化钠溶液灌肠。

三、排便异常的护理技术

（一）大量不保留灌肠术

【注意事项】

4. 准确掌握灌肠溶液的温度、浓度、流速、压力和溶液的量。
5. 灌肠时病人如有腹胀或便意时，应嘱病人做深呼吸，以减轻不适。
6. 灌肠过程中应随时注意观察病人的病情变化，如发现脉速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌气急时，应立即停止灌肠并及时与医生联系，采取急救措施。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

用于腹部或盆腔手术后的病人、危重病人、年老体弱病人、小儿及孕妇等。

【目的】

1. 软化粪便，解除便秘。
2. 排除肠道内的气体，减轻腹胀。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

【操作前准备】

1. 病人评估与准备

(1) 病人评估：病人的年龄、病情、临床诊断、意识状态、心理状况、排便情况、理解配合能力。

(2) 病人准备：同大量不保留灌肠。

2. 环境评估与准备 同大量不保留灌肠。

3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

【操作前准备】

4. 用物评估与准备

(1) 治疗车上层：一次性灌肠包(或注洗器，量杯，肛管，温开水5~10ml，止血钳，一次性垫巾或橡胶单和治疗巾，手套，润滑剂，卫生纸)、遵医嘱准备灌肠液、水温计、棉签、弯盘、手消毒液。

(2) 治疗车下层：便盆和便盆巾，生活垃圾桶、医用垃圾桶。

(3) 常用灌肠液：“1、2、3”溶液(50%硫酸镁30ml、甘油60ml、温开水90ml)；甘油50ml加等量温开水；各种植物油120~180ml。溶液温度为38℃。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

【实施】小量不保留灌肠

1. 核对解释

- (1) 携用物至床旁，认真核对病人并做好解释。
- (2) 关门窗，屏风遮挡。

2. 安置体位

协助病人取左侧卧位，双腿屈膝，褪裤至膝部，臀部移至床沿。臀下垫橡胶单与治疗巾。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

【实施】小量不保留灌肠

3. 连接、润管

测量灌肠液温度，将弯盘置于臀边，戴手套，用注洗器抽吸灌肠液，连接肛管，润滑肛管前段，排气，夹管。

4. 插入肛管

左手垫卫生纸分开臀部，暴露肛门，嘱病人深呼吸，右手将肛管从肛门轻轻插入7~10cm。

5. 缓慢注入

固定肛管，松开血管钳，缓缓注入溶液，注毕夹管，取下注洗器再吸取溶液，松夹后再行灌注。如此反复直至灌肠溶液全部注入完毕(图13-6)。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

【实施】小量不保留灌肠

6. 拔出肛管

(1) 血管钳夹闭肛管尾端或反折肛管尾端，用卫生纸包住肛管轻轻拔出，放入弯盘内。

(2) 对不能下床的病人，给予便盆，将卫生纸、呼叫器放于易取处。扶助能下床的病人上厕所排便。

8. 整理记录

(1) 整理床单位，清理用物。

(2) 洗手，记录，记录灌肠时间，灌肠液的种类、量，病人的反应。

三、排便异常的护理技术

(二) 小量不保留灌肠术

【注意事项】

1. 灌肠时插管深度为7~10cm，压力宜低，灌肠液注入的速度不得过快。
2. 每次抽吸灌肠液时应反折肛管尾段，防止空气进入肠道，引起腹胀。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

（三）保留灌肠

将药液灌入到直肠或结肠内，通过肠黏膜吸收达到治疗疾病的目的。

【目的】

1. 镇静、催眠。
2. 治疗肠道感染。

三、排便异常的护理技术

（三）保留灌肠

1. 病人评估与准备

（1）病人评估:病人的年龄、病情、临床诊断、意识状态、心理状况、排便情况、理解配合能力。

（2）病人准备:病人需了解保留灌肠的目的、过程和注意事项，排尽大小便，配合操作。

2. 环境评估与准备 同大量不保留灌肠。

3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩

三、排便异常的护理技术

(三) 保留灌肠

4. 用物评估与准备

(1) 治疗车上层:注洗器, 治疗碗(内盛遵医嘱备的灌肠液)、肛管(20号以下)、温开水、5~10ml、止血钳、润滑剂、棉签、手套、弯盘、卫生纸、橡皮一次性中单、治疗巾、小垫枕、手消毒液。

(2) 治疗车下层:便盆和便盆巾, 生活垃圾桶、医用垃圾桶。

(3) 常用溶液:药物及剂量遵医嘱准备, 灌肠溶液量不超过200ml。溶液温度38℃。

①镇静、催眠用10%水合氯醛, 剂量按医嘱准备;

②抗肠道感染用2%小檗碱, 0.5%~1%新霉素或其他抗生素溶液。

三、排便异常的护理技术

（三）保留灌肠

【实施】保留灌肠

1. 核对解释

- (1) 携用物至床旁，核对病人床号、姓名、腕带。
- (2) 向病人解释灌肠的目的、方法和注意事项。
- (3) 关门窗，屏风遮挡。
- (4) 嘱病人自行排尿、排便。

三、排便异常的护理技术

（三）保留灌肠

【实施】保留灌肠

2. 安置体位

(1) 根据病情选择不同的卧位。

- 慢性细菌性痢疾，取左侧卧位。
- 阿米巴痢疾取右侧卧位

(2) 抬高臀部，将小垫枕、橡胶单和治疗巾垫于臀下，使臀部抬高约10cm。

3. 插管注药

插管戴手套，润滑肛管前段，排气后轻轻插入肛门15～20cm，缓慢注入药液。

三、排便异常的护理技术

（三）保留灌肠

【实施】保留灌肠

4. 拔管嘱咐

药液注入完毕，再注入温开水5～10ml，抬高肛管尾端，使管内溶液全部注完，拔出肛管，擦净肛门，嘱病人尽量保留药液在1小时以上。

5. 整理记录

- (1) 脱手套，消毒双手。
- (2) 整理床单位，清理用物。
- (3) 洗手，记录。

三、排便异常的护理技术

（三）保留灌肠

【注意事项】

1. 保留灌肠前嘱病人排便，肠道排空有利于药液吸收。了解灌肠目的和病变部位，以确定病人的卧位和插入肛管的深度。
2. 保留灌肠时，应选择稍细的肛管并且插入要深，液量不宜过多，压力要低，灌入速度宜慢，以减少刺激，使灌入的药液能保留较长时间，利于肠黏膜吸收。
3. 肛门、直肠、结肠手术的病人及大便失禁的病人，不宜做保留灌肠。

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

是指将肛管从肛门插入直肠，以排出肠腔内积气的方法。

【目的】

帮助病人解除肠腔积气，减轻腹胀。

第二节 排便护理

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

【操作前准备】

1. 病人评估与准备

（1）病人评估:病人的年龄、病情、临床诊断、意识状态、心理状况、理解配合能力。

（2）病人准备: 了解肛管排气的目的、过程和注意事项，配合操作。

2. 环境评估与准备 同大量不保留灌肠。

3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

【操作前准备】

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层:肛管、玻璃接头、橡胶管、玻璃瓶(内盛水 3/4满, 瓶口系带)、润滑油、棉签、胶布(1cmx15cm)、清洁手套、卫生纸适量、手消毒液。

（2）治疗车下层:生活垃圾桶、医用垃圾桶。

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

【实施】肛管排气

1. 核对解释

携用物至病人床旁，核对病人床号、姓名、腕带。

2. 准备体位

协助病人取左侧卧位，暴露肛门，注意及时遮盖，保护患者隐私。

3. 连接装置

将玻璃瓶系于床边，橡胶管一端插入玻璃瓶液面下，另一端与肛管相连。

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

【实施】肛管排气

4. 润滑插管

戴手套，润滑肛管，嘱病人张口呼吸，将肛管轻轻插入直肠15～18cm，用胶布将肛管固定于臀部，橡胶管留出足够长度用别针固定在床单上。

5. 观察排气

观察排气情况，如排气不畅，帮助病人更换体位或按摩腹部。

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

【实施】肛管排气

6. 拔出肛管

保留肛管不超过 20分钟，拔出肛管，擦净肛门，脱下手套。

7. 整理记录

- (1) 协助病人取舒适卧位，并询问患者腹胀有无减轻。
- (2) 整理床单位，清理用物。
- (3) 洗手，记录。

三、排便异常的护理技术

（四）肛管排气

【注意事项】

1. 插管时连接肛管的橡胶管末端应置于玻璃瓶内的液面以下,防止外空气进入直肠而加重腹胀。
2. 排气肛管保留时间一般不超过因为长时间留置肛管,会降低肛门括约肌的反应,甚至20min。导致肛门括约肌永久性松弛。如腹胀大减轻时可间隔2~3h,再重复插管排气。

课堂小结



课堂小结



课堂小结



作业

案 例:

胡奶奶, 76岁, 2天前因“慢性支气管炎急性发作”入院, 主诉: 腹痛、腹胀、乏力, 3天未排便, 触诊腹部较硬实且紧张。胡奶奶平时喜食鱼、肉类食物, 每天饮水500ml左右, 因活动后气急, 故活动量明显减少。老人性子急躁, 遇事易着急上火。

思 考:

1. 该病人发生什么问题?主要原因有哪些?
2. 应该为该病人采取哪些护理措施?
3. 如果为该病人施行灌肠法, 应注意哪些事项?



谢谢观看

