【课 题】排便的护理 【授课时数】3学时

【授课类型】理论+实践 【教学方法】多媒体（PPT、视频）+示教

【教 具】 治疗盘内备灌肠筒1套(橡胶管连接玻璃接管，全长约120cm,筒内盛满灌肠液)、肛管、血管钳(或液体调节开关)、润滑剂、棉签、弯盘、卫生纸、橡胶单、治疗巾、水温计、一次性手套。也可使用一次性灌肠包；便盆、便盆巾、输液架、屏风;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28---32℃，中暑者用4℃。

【教学目标】

（1）通过观察正常与异常大小便的颜色、气味、性状了解患者病情。

（2）掌握灌肠法、肛管排气法的操作方法

（3）掌握灌肠法的目的、注意事项等相关知识。

【教学重点】灌肠法、肛管排气具体操作步骤

【教学难点】灌肠法、肛管排气的注意事项

【教学过程】

**Ⅰ.**组织教学（2分钟）师生问好、班长报告出勤、检查着装

**Ⅱ.**复习提问（5分钟）

（1）膀胱刺激征、尿失禁的定义

（2）留置导尿患者的护理

（3）导尿术的注意事项

**Ⅲ.**讲授新课（60分钟）

**第14章 排泄护理**

**第一节 排便的护理**

【案例导入】

患者.男，51岁.右股骨骨折.卧床1个月,近1周來食欲较差，腹胀腹痛，夜间不能入睡，腹部膨隆，主诉已有4天未解大便

问题:

l.如何评估患者的排便异常?

1. 如何帮助患者解除排便异常的痛苦？
2. 与排便有关的护理技术有哪些？

一、粪便的评估

（1）正常粪便

A、次数与量，一般成年人每天排便1-3次，每次平均量为150g--300g;婴幼儿每天排便3-5次。

B、形状与软硬度，粪便形状可分为成形、不成形。软硬度可分为硬便、软便、稀便、水样便，正常成人的粪便是成形的软便。

C、颜色，正常成人粪便呈黄褐色或棕黄色;嬰幼儿粪便为黄色或金黄色。大便颜色与饮食有关

D、气味与内容物，气味是由食物残液与结肠中细菌发酵而产生，并与食物种类及肠道疾病有关。

（2）异常排便

A、次数 成人每天排便超过3次或每周少于3次均为排便异常.

B、形状 稀薄或水样便且排便次数增多，见于消化不良或急性肠炎；

C、颜色 如排除饮食的影响因素.大便颜色发生改变则表示消化系统存在病理

D、气味 严重腹泻，粪便呈现碱性，气味恶臭，下消化道溃疡、恶性肿瘤粪便呈现腐败臭。

E、内容物

二、影响排便的因素

1. 心理因素2.社会文化因素3.饮食因素4.排便习惯5.年龄6药物与疾病7、治疗与检查

三、排便异常及护理

（1）排便异常：便秘、腹泻、排便失禁、肠胀气

（2）便秘患者的护理

A、心理护理 针对患者紧张不安的情绪.给予解释、指导，减轻顾虑。

B、提供排便环境 创造一个安全舒适的隐蔽环境及充裕的排便时间，并适当调整查房和治疗时间。

C、选择适宜的排便姿势 病情允许时下床排便。手术患者，术前训练床上使用便盆，床上使用便盆时，如无特殊禁忌，最好采取蹲式或抬高床头，利用重力作用增加瞍内压，促进排便。

D、腹部按摩 用单手或双手的食指、中指和无名指重叠在左下腹乙状结肠部深深按下.由近心端向远心端做环状按摩，以刺激肠蠕动，帮助排便。指端轻压肛门后端也可促进排便

按医嘱给予人工缓泻剂 缓泻剂可刺激肠壁增加蠕动，增加粪便中的水分.而起到导泻的作用。如蓖麻油、植物油、液状石蜡、硫酸镁等。使用吋应根据患者的特点及病情选用对老人、儿童应选择作用缓和的泻剂，慢性便秘患者可选用番泻叶、蓖麻油、大黄、酚酞等作用缓和的泻剂，并告知患者长期使用易致习惯性便秘。

E、正确使用简易通便剂 通过软化粪便、润滑肠壁、刺激肠蠕动而促进排便，如开塞露、f、针刺穴位

健康教育

G、以上方法无效时使用灌肠术

四、灌肠法

1、定义：是将一定量的液体由肛门经直肠灌入结肠，以帮助患者清洁肠道，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。

**大量不保留灌肠**

1、目的：

1. 排便排气， 软化和清除粪便，驱除肠内积气
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。
4. 高热降温，灌入低温溶液，为高热患者降温。

2、评估

（1）患者病情、临床诊断、灌肠的目的、排便情况。

（2）患者的意识、心理状态、生命体征及合作程度。

（3）患者肛门周围皮肤、黏膜情况。

（4）病室环境是否适合患者做灌肠术。

3、计划

（1）护士准备，着装整洁，洗手、戴口罩。

（2）患者准备，了解大量不保留灌肠的目的、方法、注意事项及配合要点，学会深呼吸以配合术中操作，嘱患者排空膀胱。

（3）用物准备，治疗盘内备灌肠筒1套(橡胶管连接玻璃接管，全长约120cm,筒内盛满灌肠液)、肛管、血管钳(或液体调节开关)、润滑剂、棉签、弯盘、卫生纸、橡胶单、治疗巾、水温计、一次性手套。也可使用一次性灌肠包；便盆、便盆巾、输液架、屏风;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28---32℃，中暑者用4℃。

（4）环境准备，关门窗，调室温，必要时屏风遮挡，请无关人员回避。

4、操作步骤

（1）核对解释 携用物至床旁，核对患者并做好解释， 嘱患者排尿，请无关人员回避，关门窗，屏风遮挡，确认患者，取得合作。

（2）安置体位 取左侧卧位，双膝屈曲，脱裤至膝部，臀部移至床沿。不能自控排便的可取仰卧位，臀下垫便盆，该体位使乙状结肠和降结肠处于下方，利用敗力作用使灌肠液顺利流入。

（3）垫治疗巾 垫橡胶单和治疗巾于臀下，弯盘置于臀边。盖好被子，只暴露臀部。保暖，维护患者隐私，使其放松。

（4）挂灌肠筒 将灌肠筒或袋挂于输液架上，调节压力(筒内液面距肛门约40-60cm),戴一次性手套，压力过大，液体流入速度过快，不易保留，而且易造成肠道损伤。

（5）润管排气 连接肛管，润滑肛管前端，排尽管内气体，夹紧橡皮管，防止气体进入直肠，

（6）插管固定 一手分开臀裂显露肛门，,嘱患者深呼吸，另一手将肛管轻轻插入7-10cm,小儿插入深度约4-7cm。固定肛管，松开血管钳使溶液缓缓流入直肠，顺应肠道解剖，勿用力，以免损伤肠黏膜;如插入受阻，可退出少许，旋转后缓缓插入；溶液流入受阻，必要时检查有无粪块阻塞。

（7）灌液观察 观察筒内液面下降情况和患者反应，如液面下降过慢或停止，多由于肛管前端被阻塞，可移动肛管或挤捏，如患者感觉腹胀或有便意时嘱深呼吸以放松腹肌，并适当降低灌肠筒高度以减慢流速，转移患者的注意力，减轻腹压。降低灌肠筒，以减少灌入溶液的压力。如患者出现脉速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌气促，应立即停止灌肠，与医生联系，给予处理。患者可能发生肠道剧烈痉挛或出血，应立即停止灌肠。

（8）夹管拔管 溶液将流完时夹紧橡胶管，用卫生纸包裹肛管轻轻拔出放入弯盘内，擦净肛门，弯盘移至护理车下，脱手套，避免空气进入肠道及灌肠液、粪便随管拔出。协助患者取舒适卧位，嘱其尽量保留5-10分钟再排便。对不能下床的患者，给予便盆，协助患者排便。使粪便充分软化。

（9）安置患者 排便后，取出便盆、橡胶单、治疗巾。协助患者穿裤，整理床单位，开窗通风 ，保持病房的整齐，去除异味。

（10）观察大便性状、颜色、量，清理用物，洗手。在体温单大便栏内记录灌肠结果，必要时留取标本送检，用物按医用垃圾分类处理，灌肠后排便1次为1/E。

5、注意事项

（1）正确选用灌肠溶液:注意溶液的温度、浓度和量，肝性脑病患者禁用肥皂水灌肠，以减少氨的产生和吸收;充血性心力交竭或水钠潴留患者禁用生理盐水灌肠，以控制钠盐的摄入，减轻体液潴留;消化道出血、急腹症、妊娠、严重心血管疾病等患者禁忌灌肠。

（2）灌肠时宜取左侧卧位:使乙状结肠、降结肠处于低位，利用重力作用，使灌肠液顺利流入乙状结肠和降结肠.

（3）注意保护患者隐私和自尊:冬季注意保暖，防止着凉。

（4）压力应适宜:如灌肠筒过高，压力过大，液体流入速度过快，不易保留，且易造成肠道损伤，伤寒患者病变部位以回肠末端的淋巴组织为主，其主要并发症是肠出血、肠穿孔。所以，灌肠时灌肠筒内液面不得高于肛门30cm，液体量不得超过500ml。

（5）防止损伤肠黏膜:插管时，应嘱患者深呼吸、放松，以利插入肛管。如插管受阻，可退出少许，旋转后缓缓插入。切勿用力插管，以免损伤肠黏膜。

（6）进行降温灌肠时，灌肠后保留30分钟后再排便，排便后30分钟再测体温。

6、评价

（1）患者主动配合，操作顺利，无污染床单被褥等现象。

（2）患者感觉安全、舒适，临床症状减退或消失。

（3）护患沟通有效。

**小量不保留灌肠法**

1、目的

（1）软化粪便，解除便秘；排除肠道内的液体，减轻腹胀，适用于腹部或盆腔手术后的患者及危重患者、年老体弱及孕妇等。

2、评估

（1）患者的病情、临床诊断、意识状态、生命体征和排便状况。

（2）患者的心理状态、对小量不保留灌肠的理解及合作程度。

（3）患者肛周皮肤及黏膜状况。

（4）病室环境遮蔽，有无家属或陪护。

3、计划

（1）护士准备，着装整洁，洗手、戴口罩。

（2）患者准备，了解小量不保留灌肠的目的、方法、注意事项及配合要点。学会深呼吸和取合适体位，嘱患者排空膀胱。

（3）用物准备，治疗盘内备:注洗器(乳头的管径比注射器粗、长)、量杯或小容量灌肠筒、肛管、温开水5-10ml，血管钳、润滑剂、棉签、弯盘、卫生纸、橡胶单、治疗巾、水温计、一次性手套;便盆、便盆巾、屏风;常用灌肠液:"1、2、3"溶液(50%硫酸镁30ml、甘油60ml、温开水90ml):甘油或液状石蜡50ml加等量温开水;各种植物油(120-180ml),溶液温度为38℃。

（4）环境准备，关门窗，调室温，必要时屏风遮挡，请无关人员回避。

4、操作步骤

（1）核对解释，携用物至床旁，核对患者并做好解释，无关人员回避，关门窗，屏风遮挡患者排尿，确认患者，取得合作。

（2）取位垫巾，取左侧卧位，双膝屈曲，脱裤至膝部，臀部移至床沿。垫橡胶单和治疗巾于臀下，弯盘置于臀边，盖好被子，只暴露臀部，保暖，维护患者隐私，使其放松。

（3）吸药连管，注洗器吸溶液.戴一次性手套

（4）润管排气，连接肛管，润滑肛管前端，排尽管内气体，夹紧。

（5）分臀插管，一手分开臀裂显露肛门，嘱患者深呼吸，另一手将肛门轻轻插入7-10cm，使患者放松，便于插入肛管，如插入受阻，可退出少许，旋转后缓缓插入。

（6）固定注液，固定肛管，松开血管钳，缓缓注入溶液，注毕夹管，取下助洗器再吸溶液.松夹后再注入。如此反复直到溶液注完，如用小容量灌肠筒，液面距肛门低于30cm。

（7）注温开水，注入温开水5--10cm，抬高肛管尾端，使管内溶液全部流入

（8）夹管拔管，夾管或反折肛管尾端，用卫生纸包住肛管轻轻拔出置弯盘内，擦净肛门,方盘移至护理车下，脱手套。

（9）安置患者，协助患者取舒适卧位，嘱其尽量保留10-20分钟再排便。对不能下床的患者，给予便盆，协助患者排便，使粪便充分软化。

（10）整理记录，排便后，取出便盆、橡胶单、治疗巾。助患者穿裤，整理床单位，开窗通风清理用物。洗手，记录，保持病房的整齐，去除异味按医用垃圾分类处理。

5、注意事项

（1）正确选用灌肠溶液，掌握溶液的温度、浓度和量。

（2）注入速度不得过快过猛，以免刺激肠黏膜，引起排便反射。如小容量灌肠筒，液面距肛门低于30cm。

（3）取下注洗器再注溶液时，要夹紧肛管，防止空气进入肠道，引起腹胀。

6、评价

1. 患者主动配合，操作顺利，无污染床单被褥等现象。
2. 患者能排出肠道内粪便，临床症状减轻或消失。
3. 护患沟通有效。

**清洁灌肠**

1、目的

彻底清除肠道内粪便，为直肠结肠检查，手术做肠道准备。

2、方法

反复多次进行大量不保留灌肠，首次用肥皂水，以后用生理盐水，直到排出液无粪质为止，灌肠时应减低压力，液面距肛门高度不超过40cm，每次灌肠后让患者休息片刻。

**保留灌肠**

1、目的

将药液灌入直肠或结肠内，通过肠粘膜吸收达到治疗的目的，常用于镇静、催眠、和治疗肠道感染。

2、评估

（1）、患者病情、肠道病变部位及性质，治疗目的。

（2）患者意识、生命体征、心理状态及合作程度。

（3）患者肛周皮肤、黏膜情况。

（4）病室温度、有无床帘或屏风遮挡、有无家属或陪护。

3、计划

（1）护士准备，衣帽整洁，洗手、戴口罩。

（2）患者准备，了解保留灌肠的目的、方法、注意事项及配合要点。学会深呼吸和取合适体位，嘱患者解大小便。

（3）用物准备，治疗盘内备:肛管(8-10号),其余同小量不保留灌肠，常用溶液:药物及剂量遵医嘱准备;镇静催眠用10%水合氯醛:肠道炎症用2%小檗缄、0.5%-1%新霉素或其他抗生素溶液。灌肠溶液量不超过200ml,溶液温度39--41℃.

（4）环境准备，关门窗，调室温，必要时屏风遮挡，请无关人员回避。

4、操作步骤

（1）核对解释，携用物至床旁，核对患者并做好解释，请无关人员回避，关门窗，屏风遮挡，嘱患者排便排尿，

（2）安置体位，根据病情选择不同卧位，臀部抬高10cm，慢性细菌性痢疾病变部位多在直肠或乙状结肠，取左侧卧位;阿米巴痢疾病变部位多在回盲部，取右侧卧位以提高疗效。

（3）插管注药，用注洗器抽吸溶液，戴一次性手套。同小量不保留灌肠轻轻插入肛管10-15cm注入药液，为保留药液，减少刺激，要做到肛管细、插入深，注入药液速度慢、量少，液面距肛门不超过30cm。

（4）注温开水，灌注完毕，注入温开水5-10ml，抬高肛管尾端，使管内溶液全部注入。

（5）拔管按揉，反折肛管，用卫生纸包住肛管轻轻拔出，分离肛管置于弯盘内。轻轻按揉肛门，保留药液在1小时以上，使药液充分被吸收，达到治疗目的。

（6）整理记录，脱手套，整理床单位，清理用物、洗手。观察患者反应，记录，用物按医用垃圾分类处理。

5、注意事项

（1）操作前须了解灌肠目的和病变部位，以便对症施治。

（2）灌肠前一定嘱患者先排便。肛管要细，插管要深，压力要低，速度要慢，使药液保留时间越长越好，有利于肠粘膜的吸收。

（3）肛门、直肠、结肠等手术后的患者及排便失禁的患者均不宜保留灌肠。

6、评价

（1）.患者能主动配合，操作顺利。

（2）药液在肠道保留时间长，无漏出，吸收好。

（3）患者自觉临床症状减轻，身心愉快。

排气护理

定义：是将肛管从肛门插入直肠，以排除肠腔内积气的方法。

1. 目的:

（1）排出肠腔积气，减轻腹胀。

2评估

（1）患者的病情、生命体征及腹胀情况，临床诊断。

（2）患者的意识状态、心理状态。

（3）患者肛周的皮肤、黏膜情况。

（4）病室温度、病床有无床帘或屏风遮蔽，有无家属或陪护。

3、计划

（1）护士准备，著裝整洁，洗手、戴口罩

（2）患者准备，了解肛管排气的目的、方法、注意事项及配合要点。

（3）用物准备，治疗盘内备肛管、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、别针、卫生纸、弯盘、一次性手套;屏风。

（4）环境准备，安全隐蔽，必要时屏风遮挡。

4、操作步骤

（1）核对解释，携用物至床旁，认真核对患者并做好解释，请无关人员回避，关门窗，屏风遮挡

（2）安置体位，取左侧卧位或平卧位，注意遮盖患者，只暴露肛门。

（3）系瓶接管，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,戴手套

（4）润管插管，润滑肛管前端，嘱患者张口呼吸，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）观察处理，观察和记录排气情况，如排气不畅，帮助患者更换体位或按摩腹部

（6）拔出肛管，保留肛管不超过20分钟，拔出肛管，清洁肛门，脱手套

（7）整理记录，协助患者取舒适体位，询问患者腹胀是否减轻，整理床位，清理用物。洗手，记录。

5、注意事项

（1）插管时要防止外界空气进入直肠，以免加重腹胀。

（2）保留肛管时间不宜太长，20分钟左右拔出肛管。因为长时间留置肛管.会降低肛管括约肌的反应，甚至导致肛门括约肌永久性松弛.

6、评价

（1）患者理解肛管排气的目的，操作顺利

（2）腹胀症状减轻或消失。

**Ⅳ.巩固新课**（12分钟）

1．学生操作回示

2．小结回顾

**Ⅴ.布置作业**（1分钟）

1．练习灌肠法、肛管排气法

2．预习给药的基本知识