【授课章节】留置导尿及大量不保留灌肠练习 【授课时数】3学时

【授课类型】示教+课堂练习 【教学方法】示教、视频播放、小组讨论、回示

【用物准备】1.治疗盘内备无菌导尿包(内有弯盘2个或1个弯盘、1个治疗碗，导尿管8号、10号各1根，血管钳2把，小药杯内置棉球数个，液状石蜡油棉球瓶，孔巾1块，有盖标本瓶或试管1个).无菌持物钳、无菌手套1副、消毒溶液(0.1%.苯扎溴铵酊或0.05%碘伏)、治疗碗(内盛消毒液棉球若干、血管钳1把)、一次性手套、弯盘1个、小橡胶单和治疗巾(或一次性尿垫)。男性患者应另增2块无菌纱布，无菌引流袋、橡皮圈、别针、宽胶布。为防止导尿管脱落，以选择无菌气囊导尿管，需另备5-10村无菌注射器、无菌生理盐水）气囊导尿管在体内保留时间以7天为宜。

2. 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、**素质目标：**树立关心爱护病人意识，动作熟练、轻稳。

2、**能力目标：**能熟练掌握留置导尿及大量不保留灌肠的操作。

3、**知识目标：**熟悉留置导尿及大量不保留灌肠操作中的注意事项。

【教学重点】 操作步骤

【教学难点】 留置导尿及大量不保留灌肠操作的注意事项

【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）导尿术的目的

（2）留置导尿的注意事项

（3）留置导尿患者的护理

**Ⅲ.**操作演示（20分钟）

1.留置导尿

（1）核对解释，确认患者，取得合作，屏风遮挡，保护患者自尊。

（2）清洗外阴，自行清洗，不能自理者协助清洗。床上清洗者不要打湿衣被

（3）安置卧位，协助患者脱对侧裤，盖于近侧，对策腿注意遮挡。保暖，避免过多暴露患者便于操作，一般取屈膝仰卧位。

（4）垫巾置盘，小橡胶单与治疗巾垫于臀下，弯盘置于会阴处，治疗碗放在弯盘后，防止污染床单

（5）初次消毒，左手戴手套，右手持血管钳夹棉球消毒阴阜、大阴唇，左手分开大阴唇，消毒小阴唇和尿道口。清洁外阴达尿道口，清洁阴道口至无分泌物，污棉球置弯盘内。清洁完毕，脱下手套至弯盘内，并将弯盘移至床尾

（6）开包倒液，取无菌导尿包置于患者两腿之间，按无菌要求打开导尿包，用无菌持物钳取小药杯，倒消毒液于小药杯内

（7）戴好手套，戴无菌手套，铺孔巾，使孔巾与内层包布形成一无菌区域

（8）查管润管，按操作顺序排列好用物，选择合适导尿管，检查导尿管是否通畅，润滑导尿管前端，将弯盘置于会阴处，成人一般10-12号;小儿一般8-10号。

（9）再次消毒，左手拇指与食指分开并固定小阴唇，右手持血管钳夹取消毒液棉球，依次消毒尿道口、两侧小阴唇，再尿道口。污染棉球、小药杯及消毒用的血管钳置包布内层右后侧。左手仍固定小阴唇，松开左手视为污染尿道口，防止污染床单每个棉球限用l次，消毒顺序由内向外，自上而下患者保持原有体位，以免污染无菌区扩大无菌区域，利于操作导尿管过粗损伤尿道黏膜。

（10）插导尿管，嘱患者缓慢呼吸，导尿管末端放于弯盘或治疗碗内，血管钳夹住导尿管轻轻插入4--6cm，见尿后再插入1--2cm，张口呼吸可减轻腹肌和尿道黏膜肌的紧张，便于插管，老年女性尿道口回缩，插管时应仔细观察、辨认

（11）接尿标本，左手松开小阴唇并固定导尿管，将尿液引流到弯盘或治疗碗内，如做尿液培养用无菌标本瓶接取中段尿液5ml， 防止尿管脱落，弯盘内尿液放满需及时倾倒。

（12）拔管处理，防止遗忘、丢失或污染，用物按医用垃圾分类处理标本及时送检。

（13）记录，标本及时送检。

2.（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，（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。

**Ⅳ.学生练习（**50分钟**）** 学生分组练习

**Ⅴ.答疑、讨论（**30分钟**）**

（1）教师巡视、指导，解答学生疑问

（2）回示学生操作，讨论操作中存在的共性问题

（3）总结回顾

4.每组组长整理、清点、归还操作物品

**Ⅵ.布置作业及预习**（13分钟）

1. 要求学生针对自己的操作练习情况，及时复习、补缺补差
2. 预习排便护理的内容