

前 言

护理是一门实践性、应用性很强的学科。随着医学科学的飞速发展，护理内涵不断拓展，临床护理实践也发生了深刻的变化。为了适应我国护理专业日新月异的发展，满足临床对高素质技能型护理人才的教育需求，我们集合了多家三甲医院的护理专家以及全国多所优秀职业院校教师共同编写了《护理实训教材·外科护理分册》，供护理专业教学及临床专科护士培训使用。

全书分为十章，包括外科通用和专科护理技术，涵盖了外科护理中的基本技能、营养支持技术、普通外科常用护理技术、心胸外科常用护理技术、神经外科常用护理技术、骨科常用护理技术、泌尿外科常用护理技术、烧伤外科常用护理技术及手术室常用护理技术。每章在理论知识和图片演示的基础上，配备了大量的强化自测题，同时还附有自测题答案，以便对学习效果进行自测，达到强化知识、自我引导学习、促进应用和提高能力的效果。

本书编写本着提高护士临床技能、帮助护生直观学习的宗旨，依据中职教学大纲，结合临床专科护理特点，根据教与学的需求，体现临床与课堂的密切结合，涵盖外科护理专业学科进展，内容丰富、文字简洁，配有大量插图和图解，具有图文并茂、针对性强、知识和技能结合性强、实用性强、运用价值高等特点，为护理专业中等职业教育教学及临床护士提供较为丰富的外科临床技能支持资料，为促进教学提供有益的、可借鉴和可推广的专业性实训教材。

本书在编写过程中，得到多位领导及专家的大力支持和帮助，在此谨表谢意！同时，感谢所有参与本套丛书编写工作的护理专家及老师！本书涉及专业范围较广，不足之处敬请广大读者及时向我们反馈，以便再版时修正。让我们共同促进我国护理教育事业的发展，为提高我国护理工作水平做出新的贡献！

编 者
2017年8月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 外科临床护理的特点	1
第二节 外科诊疗技术的新进展	2
第三节 如何学好外科护理技术	4
第二章 外科基本护理技术	6
第一节 术前准备护理	6
第二节 手术患者搬运	13
第三章 外科营养支持技术	17
第一节 肠内营养护理	17
第二节 肠外营养支持技术	22
第四章 普通外科常用护理技术	27
第一节 引流管的护理	27
第二节 功能康复护理	31
第五章 心胸外科常用护理技术	36
第一节 引流管的护理	36
第二节 呼吸功能促进护理	40
第六章 神经外科常用护理技术	44
第一节 病情观察	44
第二节 伤口护理	48
第七章 骨科常用护理技术	52
第一节 牵引	52
第二节 患者体位移动护理	57
第三节 骨科常用固定	68
第四节 骨科常用器具使用	78
第八章 泌尿外科常用护理技术	86
第一节 膀胱冲、灌洗护理	86
第二节 管路护理	90
第九章 烧伤外科常用护理技术	93
第一节 烧伤评估	93
第二节 烧伤常用护理	98
第十章 手术室常用护理技术	104
第一节 手术准备常用护理	104
第二节 手术配合护理	115
强化自测题	125
强化自测题答案	161
参考文献	170

第一节 外科临床护理的特点

外科学是研究外科疾病发生、发展规律及其临床表现、诊断、预防和治疗的科学，是以手术切除、修补为主要治疗手段的专业学科。临床外科学根据治疗目的不同有着明确的分工，可分为普通外科、骨科、肝胆外科、心胸外科、泌尿外科、矫形外科、神经外科、烧伤科、整形科、显微外科等。外科护理学是以医学基础理论、外科学基础理论及护理学基础理论与技术为主的一门应用学科，包括如何与医师共同完成对患者的诊治；如何根据患者的身心、社会和精神文化等需要，以健康为中心，以护理程序为框架，提供个体化的整体护理。近年来随着外科治疗手段的飞速发展，对外科护理工作提出了更高的要求，只有熟悉外科临床护理的特点，掌握各项外科护理技术，才能跟上外科医学发展的步伐，全面促进患者早日康复。

一、外科护理的工作内容

外科临床护理的主要内容包括运用外科常见疾病的基本护理理论、护理知识、护理技能，做好各种疾病的围术期护理。外科疾病复杂，疑难杂症多，危重症多，并发症多，如大手术后或创伤往往伴有失血、休克、感染或其他急性应激状态，还可伴有全身炎症反应综合征（SIRS），严重者发生多器官功能障碍综合征（MODS），甚至多器官功能衰竭（MOF）。疾病的突发性或病情演变的急、危、重等特点，常使护理工作面临较大的压力。护士在常规疾病护理的基础上，还要掌握各种急危重症护理技术，如呼吸机的使用、气管内插管的护理、心肺复苏术等。这就要求护士要有敏锐的洞察力，能及时发现问题，当机立断，有高度的责任心，及时有效地挽救患者的生命。

患者围术期心理压力大，术后康复需求多，护理工作任务重，护士工作中担任多重角色。患者围术期心理有如下特点：患者术前焦虑紧张，担心自己在术中出现意外，担心手术对今后有什么影响等；手术中患者需要单独面对，丧失自主权，任人支配，对于自己手术的医护人员任何言语、举动较为敏感；术后患者想知道自己的真实情况和手术效果。由于伤口疼痛，身体不能自主，活动受限，多会产生焦虑不安的心理，盼望早日康复的心情非常迫切。所以，外科护士要学会对患者察言观色，了解其心理状态和产生心理压力的原因，找出他们的心理需求，利用一切接触患者的机会，结合病情给予相应的心理护理，引导患者正视现实，树立战胜疾病的信心，从而更好地配合治疗护理，早日康复。

外科手术影响了患者日常生活，有些手术影响了肢体功能，更需要专业人员的指导，合理有效的围术期功能锻炼计划对患者恢复和降低术后并发症都是十分重要的。外科护士不仅要帮助患者尽早摆脱疾病的困扰，而且还要在患者的术前、术后提供健康咨询和健康康复教

育指导,从而增强患者的应对和适应能力,使之达到早日康复的目的。

二、外科护理的工作范畴

外科治疗方法日新月异,护理工作范畴不断扩展,内涵不断提升。随着当今医学科学技术的迅速发展及相关边缘学科向医学领域的渗透,临床医学概念、理论、内容和方法上都发生了很大变化,外科技术的发展及外科疾病的日益复杂化,如器官移植术、射频消融技术、超声刀技术、纳米刀技术等的应用,带动了外科护理技术的发展,并对临床护理人员知识提出了新的要求。而医学科学技术的发展和诊疗方法的不断改进,使外科与其他学科相互渗透、彼此交叉重叠,进而丰富了外科学与外科护理学的内涵。手术虽然是外科工作的重要组成部分,但不是全部,外科护理学的内容还包括了许多内科疾病的外科治疗和护理,对护理人员的知识结构和自身素质提出了更高的要求。护士在工作中的作用日渐多元化、人性化。更新观念、注重多元化护理、培养健康的职业情感、加强护士沟通技巧和能力,是现代化社会赋予护理工作的更多内容。外科护士除了要重视基本知识、基础理论和基本技能外,还必须不断扩充、更新知识,才能适应外科学发展的步伐,满足现代护理学发展的需求。由于住院周期缩短,住院患者的危重和复杂程度大大增加,而科学技术的飞速发展,又使护理技术日趋先进,这些都对护理工作提出了更高的要求,21世纪的外科护理工作范畴发生了巨大的变化,并将得到更进一步的拓展。

为适应快速康复外科的需要,多学科协作增强,护理的整体性与协同性要求提高。近年来,国外学者提出了快速康复外科(fast-track surgery, FTS)理念,快速康复是指在术前、术中及术后应用各种已证实有效的方法以减少手术应激及并发症,加速患者术后的康复。快速康复外科有三个重要特征,即快速康复、多学科合作和循证。快速康复是一系列有效措施的组合而产生的协同结果,许多措施已在临床应用,如围术期营养支持、重视供氧、不常规应用鼻胃管减压、早期进食、应用生长激素、微创手术等。快速康复外科一般包括以下几个重要内容:①术前患者教育;②更好的麻醉、镇痛及外科技术以减少手术应激反应、疼痛及不适反应;③强化术后康复治疗,包括早期下床活动及早期肠内营养。此外,FTS的评价指标不只是院内的,还应延续到院外,包括患者出院后自我照顾能力、生活质量、疼痛评分、是否有延续的康复指导、对健康知识的知晓率与掌握情况等。

多学科合作 FTS 最重要的就是打破学科之间的壁垒,注重 FTS 的整体性与协同性。不仅包括外科医师、麻醉师、康复治疗师、护士,也包括患者及其家属的积极参与。因此,护士应全面正确地理解快速康复的含义,对患者提供全程、系统、延续的整体护理,在整体护理的实施过程中将快速康复理念贯穿其中,根据患者的个体差异进行认真评估,制订详细的院内、院外护理计划,为患者生理、心理、社会各方面提供更全面、细致、合理的护理。另外,护士必须与医师共同协作。由于护士在临床工作中承担着教育者、协调者及患者的代言人等角色,其角色本身具有多重性,在快速康复外科中可以负责学科间的日常协调与联系工作。

第二节 外科诊疗技术的新进展

随着新的外科领域如心血管外科、显微外科技术及器官移植术的蓬勃发展,同时重要外科仪器如体外循环机、人工肾、心脏起搏器、纤维光束内镜、人工血管、人工心脏瓣膜、人工关节及微血管器械等应用,推动着外科医疗技术水平不断提高。外科护理工作进入了一个

新的时期，要求外科护理人员不仅做好围术期患者细致的护理，同时应具有高超的外科护理技术和操作能力。

一、微创外科的新进展

近年来，微创手术因其创伤小、恢复快而取得了快速发展，以往需外科开放手术治疗的许多疾病已被腔镜手术治疗技术所替代。目前，腔镜治疗不仅成为外科系统疾病的主要治疗方法，而且还逐步扩展到其他系统疾病的诊断和治疗，避免了开放外科手术的创伤和麻醉带来的危险，同时也给无开放手术适应证的患者带来更多的诊断和治疗机会。例如，主动脉夹层是严重威胁人类健康的疾病，且非手术治疗和手术治疗病死率都极高，随着微创技术在腔内手术中发展，主动脉夹层腔内隔绝术和主动脉夹层置入技术解决了这一难题。微创外科手术的广泛应用，为现代外科学的发展提供了丰富的内容，目前广泛应用于普通外科、神经外科、泌尿外科、妇产科、心血管外科、骨科、肿瘤等多学科的手术中，减少了术中损伤，使患者得到了微创的、最佳的治疗，大大减少了患者并发症的发生。介入超声与微创外科的有机结合，进一步促进多学科融合，也使护理工作逐渐专业化、程序化。有效的术前心理护理和充分的术前准备有助于提高患者手术的安全性，术后密切观察并发症情况和细致全面的护理，是确保手术安全快速康复的有效措施。

二、远程医疗技术的新进展

随着医疗和网络信息技术的迅速发展，远程医疗已广泛应用于医疗卫生领域中。远程医疗是指通过计算机技术、通讯技术、医疗技术与设备，对数据、文字、语音和图像资料进行远距离传送，实现专家与患者、专家与医务人员之间异地“面对面”的医疗活动。狭义上，通常把 telemedicine 称为远程医疗；广义上，把 telemedicine 称为远程医学。远程医疗技术内容包括以检查诊断为目的远程医疗诊断系统、以咨询会诊为目的远程医疗会诊系统、以教学培训为目的远程医疗教育系统和以家庭病床为目的远程病床。监护系统，其最终目的是实现医疗资源的优化配置，为医疗资源欠缺地区提供高质量的医疗服务。远程医疗最大优点是资源共享的高效性、对紧急情况能紧急处理的时效性、节省医院和患者开支的经济性，因此远程医疗越来越为医学界所重视。远程医疗技术已经从最初的电视监护、电话远程诊断发展到利用高速网络进行数字、图像、语音的综合传输，并且实现了实时语音和高清晰图像交流，为现代医学应用提供了更广阔的发展空间。国外在这一领域发展已有多年历史，机器人技术、无线通讯技术等进步，为远程医疗多样化发展开拓空间，如远程家庭监护、远程会诊车、远程微创手术工作站、电子病历、个人健康档案等多种形式的服务，远程医疗应用范围正逐渐扩大。

我国从 20 世纪 80 年代才开始远程医疗探索，已经开展远程、异地、实时、动态电视直播会诊，成功进行大型国际会议全程转播、组织国内外专题讲座、学术交流和手术观摩，极大促进了我国远程医疗事业发展，标志着我国医疗卫生信息化事业跨入世界先进水平。伴随着通讯技术飞速发展，使得人们能在移动终端设备上快速、稳定的网页浏览，影视在线观看和下载、定位、电话会议、电子商务、环境监测、远程医疗、金融服务等活动。远程医疗业务更应朝着移动互联方向不断深入发展和应用，才能最大限度地发挥其本质作用。

三、生物医学材料技术的新进展

生物医用材料（biomedical materials），又称生物材料，是用于诊断、治疗、修复或替换人体组织、器官或增进其功能的一类高技术新材料，它不是药物，其作用不必通过药理学、免疫学或代谢手段实现。从材料学角度按照材料组成和性质来分，生物医用材料可分为生物医用高分子材料、生物医用金属材料、生物医用陶瓷材料、生物医用复合材料及生物衍生材料。

生物医用高分子材料是生物医用材料中发展最早、应用最广泛、用量最大的材料。按照材料的来源分为生物医用天然高分子材料和生物医用合成高分子材料。目前已使用到临床上的生物医用高分子材料有人工血管、人工关节及人工皮肤等。生物医用金属材料主要包括医用金属和合金，是一类生物惰性材料，具有很高的机械强度和抗疲劳性能，是临床上应用最为广泛的承力植入材料，主要用于骨和牙等硬组织的修复和替换、心血管和软组织的修复及人工器官制造中的结构元件。生物医用陶瓷材料主要指的是陶瓷、玻璃和碳素等无机非金属医用材料，其主要成分是氧化铝、生物碳、生物玻璃、羟基磷灰石、磷酸钙陶瓷等。生物陶瓷材料主要用于骨和牙、承重关节等硬组织的修复和替换及药物释放载体，生物碳还可以用作血液接触材料，如人工心脏瓣膜等。生物医用复合材料是采用多种不同特性的材料，通过相应的工艺方法复合而成，可用于对生命体进行诊断医疗、修复或替换生命体病变的器官组织及改善器官组织的高新材料。生物衍生材料主要是指由经过特殊处理的天然生物组织形成的生物医用材料，主要成分是活性生物组织。生物组织可以取自同种或者异种动物的体组织，其结构与人体组织极为相似，生物相容性好，主要用于人工瓣膜、皮肤、血管修复体、骨修复体等。

目前，研究热点是纳米生物材料，取得实质性进展的是纳米控释技术和纳米颗粒基因转移技术。这种技术是以纳米颗粒作为药物和基因转移载体，将药物、DNA 和 RNA 等基因治疗分子包裹在纳米颗粒之中或吸附在其表面，同时也在颗粒表面耦联特异性的靶向分子，如特异性配体、单克隆抗体等，通过靶向分子与细胞表面特异性受体结合，在细胞摄取作用下进入细胞内，实现安全有效的靶向性药物和基因治疗。

3D 打印技术的出现，使得生物医学材料在组织再生工程、口腔种植领域、药物输送系统及医学诊断等方面有了全新的应用。目前 3D 打印技术被广泛应用到生物医学领域，不仅包括骨、牙、人造肝、人造血管、药品制造等实体制造，而且在国际上也开始将此技术用于器官模型的制造与手术分析策划、个性化组织工程支架材料和假体植入物的制造，以及细胞或组织打印等方面的应用中。未来，可以利用 3D 打印技术打印出具有生物活性的人体器官，实现人造器官的临床应用。此外，3D 打印技术可以用于个性化治疗，降低治疗成本。将来开发更多的生物相容性和生物降解材料，与 3D 打印技术相结合可以减轻因材料的不足而对人体产生的伤害。3D 打印技术必将引领医疗领域的革命潮流。

第三节 如何学好外科护理技术

针对外科工作的需要，结合临床专科护理特点，进行护理技术操作时必须形成规范的护理行为。通过运用护理程序，即每项操作顺序按照目的、评估、操作过程、评价、健康教育、注意事项，使每一步骤相互关联，相互依存，体现护理操作的完整性。在操作过程中强调将健康教育贯穿于始终，减轻患者的恐惧感，得到患者理解和配合，体现出对患者的尊重，提

高患者对治疗的依从性,展现护理专业的人文性。不仅要熟练掌握和运用外科护理操作技术,根据专科特点还应掌握和熟悉诊疗技术的护士配合内容,体现护理工作的专科性。通过自测试题和答案,学会检测对各项护理操作的理解和掌握情况。根据以上几方面的特点,建议在学习时注意以下几点。

1. 树立整体观念 本书着重于外科常见技术及医护配合操作知识,学习时应注意将各学科知识相互联系、融会贯通,全面掌握外科护理学的内涵。同时树立整体护理观,在护理操作过程中,不仅要关注患者的疾病,更要关注患者的心理变化等方面,提供全方位的整体护理

2. 抓住学习重点 每种常见护理技术操作内容包括六个共同方面,即目的、评估、操作过程、评价、健康教育和注意事项。学生应该在学习外科疾病诊疗护理知识的同时采取情境模式、角色扮演、专题讨论等教学活动,更好地把握各系统诊疗过程中相关的操作技术。

3. 理论联系实际 本书从临床出发,贴近临床,在学习中注意将理论知识和操作技能综合运用到临床实践中,解决实际问题,通过反复实践,不断总结经验,从而进一步提高自己发现问题、分析问题、解决问题的能力。

通过本课程的学习,要求学生达到如下目标:①树立以患者为中心的服务理念,培养关心、爱护、尊重患者的行为意识;②掌握外科常见护理操作技能,具有对患者进行护理评估、应用护理程序和实施常用护理技术的操作能力;③了解外科护理技术的新进展。

第二章

外科基本护理技术

第一节 术前准备护理

术前准备护理主要包括备皮和外科灌肠，本节介绍这两种术前准备的护理。

一、备 皮

备皮是指在手术相应部位剃除毛发并进行体表清洁的手术准备，是对拟行外科手术患者在术前进行手术区域清洁工作，不仅仅是清除体毛，还包括皮肤清洗，有时术前还要做皮肤碘伏擦洗等。

【目的】

1. 去除毛发和污垢。
2. 在不损伤皮肤完整性前提下减少皮肤细菌数量。

【评估】

1. 患者手术切口部位，备皮范围内有无皮肤破损、感染、皮肤疾病等。
2. 患者有无乙醇、汽油、脱毛剂等过敏史。
3. 评估患者自理能力及配合程度。

【操作过程】

1. **护士准备** 着装得体整洁，洗手，戴口罩（图 2-1）。
2. **物品准备** 治疗盘内放一次性备皮刀、弯盘、纱布、治疗巾与一次性医用看护垫，毛巾、汽油、棉签、手电筒、软毛刷，治疗碗内盛放肥皂液，温水（图 2-2）。骨科手术另备手刷、75% 乙醇（酌情准备碘伏、苯扎溴铵、医用汽油、洗甲液等）、治疗巾、绷带，并检查一次性备皮刀、棉签及消毒制剂完好性及使用有效期（图 2-3）。



图 2-1 护士准备



图 2-2 物品准备



图 2-3 检查有效期

3. **环境准备** 保持环境清洁、安静，关闭门窗，请无关人员回避，拉好床帘遮挡。

4. 核对医嘱，携用物至患者床旁（图 2-4）。
5. 查对患者，向患者及家属解释，包括备皮目的、过程及可能发生的情况（图 2-5）。
6. 向患者解释备皮目的、范围，注意保暖及照明，操作前洗手。
7. 协助患者取舒适卧位，备皮区域下垫一次性医用看护垫以保持清洁（图 2-6），按外科手术学备皮范围要求充分暴露手术备皮区域（图 2-7）。



图 2-4 核对医嘱

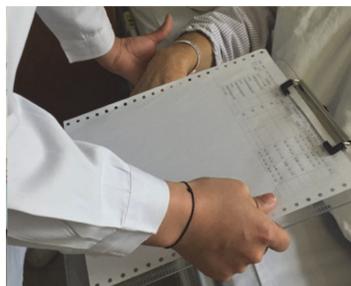


图 2-5 查对患者



图 2-6 垫一次性医用看护垫

8. 戴手套，用肥皂水擦拭皮肤（图 2-8）。
9. 护士左手持纱布绷紧皮肤，右手持备皮刀，使备皮刀与皮肤成 45° 夹角，顺着毛发走向，从上到下依次分区剃净毛发（图 2-9 至图 2-11）。



图 2-7 暴露备皮区域

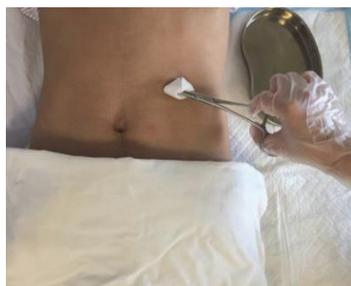


图 2-8 用肥皂水擦拭皮肤

图 2-9 备皮刀与皮肤成 45° 夹角

10. 用手电筒照射，仔细检查毛发是否剃尽及有无刮破皮肤。
11. 用毛巾浸温水擦净局部皮肤（图 2-12）。



图 2-10 顺毛发走向备皮



图 2-11 分区备皮



图 2-12 清洁皮肤

12. 腹部手术应用棉签蘸汽油清洁脐窝部污垢，然后用 75% 乙醇消毒。
13. 协助患者穿衣，予舒适体位，注意保暖。
14. 整理用物，洗手，记录备皮时间。

【评价】

1. 备皮过程顺利, 备皮区域正确, 符合手术要求。
2. 备皮区域无体毛残留、无皮肤破损及过敏等情况发生。

【健康教育】

1. 告知患者术前一晚洗澡、清洁皮肤的目的。
2. 告知患者备皮后可以洗澡或局部清洗擦拭, 必要时给予协助。
3. 提醒患者洗澡、清洁皮肤期间注意安全, 防止跌倒, 预防感冒。

【注意事项】

1. 备皮时须顺着毛发生长方向, 以免损伤毛囊, 备皮刀与皮肤表面成 45° 夹角, 切忌刮破皮肤。

2. 备皮时间不宜距手术时间太久, 一般在手术前 1d 或当日进行。

3. 特殊部位的备皮方法

(1) 手或足手术: 入院后指导患者每日用温水泡洗手、脚 20min, 剪去指(趾)甲, 已浸软的胼胝应设法剪除, 但应避免损伤皮肤, 足部手术者备皮后禁止下地。

(2) 骨、关节、肌腱手术: 手术前 3d 开始准备皮肤, 第一、二日先用肥皂水刷洗备皮区域, 并用 5% 碘伏消毒, 再用无菌巾包裹。手术前 1d 备皮, 并用 75% 乙醇消毒, 再用无菌巾包扎。手术日晨重新消毒后用无菌巾包裹。

(3) 颅脑手术: 术前 3d 剪短头发, 并每天洗头一次(急症例外), 术前 2h 洗净, 并戴清洁帽子。

(4) 阴囊、阴茎手术: 患者入院后每日用温水浸泡, 用肥皂洗净, 术前 1d 备皮, 范围同阴部手术。

(5) 口腔手术: 入院后经常保持口腔清洁卫生, 进手术室前用复方硼酸液漱口。

二、外科灌肠

灌肠法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, 达到诊断和治疗的目的。灌肠法包括不保留灌肠和保留灌肠。外科治疗以不保留灌肠为主。不保留灌肠又分为大量不保留灌肠、清洁灌肠和小量不保留灌肠, 小量不保留灌肠还包括甘油栓灌肠剂、开塞露等灌肠。

(一) 大量不保留灌肠

【目的】

1. 刺激肠蠕动, 软化和清除粪便, 排除肠内积气, 减轻腹胀, 解除便秘。
2. 清洁肠道, 为手术、检查做准备, 以减少污染。
3. 稀释和清除肠道内有害物质, 减轻中毒。
4. 为高热患者降温。

【评估】

1. 患者病情、心理状态、自理情况、排便情况、合作及耐受程度。
2. 患者肛门周围皮肤黏膜状况。

【操作过程】

1. 患者准备

- (1) 向患者解释灌肠目的、操作方法、注意事项和配合要点,以取得患者同意。
- (2) 嘱患者排尿。

2. 护士准备 衣帽整洁,洗手,戴口罩。

3. 物品准备 (图 2-13)

- (1) 治疗车上层:灌肠装置 1 套、灌肠量杯、肛管、血管钳、润滑剂(凡士林、液状石蜡等)、棉签、卫生纸、一次性洁净手套、一次性医用看护垫、弯盘、水温计。
- (2) 治疗车下层:便器。
- (3) 输液架。
- (4) 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℃ 的溶液(图 2-14)。
- (5) 检查所有一次性物品完好性及有效期。

4. 环境准备 保持环境整洁、安静,温度适宜,光线充足,酌情关闭门窗,屏风遮挡患者以保护其隐私。

5. 核对

- (1) 核对医嘱,携用物至患者床旁(图 2-15)。



图 2-13 用物准备



图 2-14 测量溶液温度

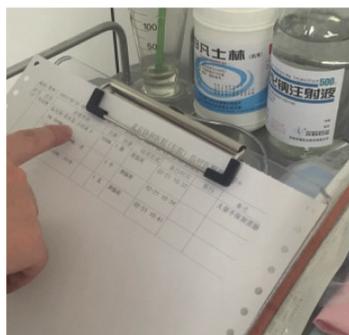


图 2-15 核对医嘱

- (2) 核对患者,核对患者床号姓名及灌肠溶液(图 2-16)。

6. 准备体位 协助患者取左侧卧位,双膝屈曲,褪裤至膝部,臀部移至床沿。

7. 垫巾 垫一次性医用看护垫于臀下(图 2-17)。

8. 盖好被子,只暴露臀部。

9. 准备灌肠袋、戴手套,将灌肠袋挂于输液架上,袋内液面高于肛门 40~60cm(图 2-18)。

10. 连接润滑肛管、排气 连接肛管,以凡士林润滑肛管前端(图 2-19),排尽管内气体,夹管。

11. 插入肛管 左手垫卫生纸分开肛门,暴露肛门口,嘱患者深呼吸,右手将肛管轻轻插入肛门 7~10cm,固定肛管(图 2-20)。

12. 灌液 开放管夹,使液体缓缓流入,观察液体流入及患者耐受情况。根据患者耐受程度,适当调整灌肠袋高度(图 2-21 至图 2-23)。

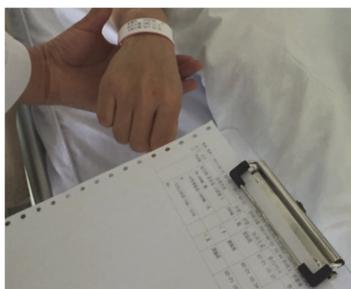


图 2-16 核对患者



图 2-17 垫一次性医用看护垫



图 2-18 准备灌肠袋



图 2-19 润滑肛管



图 2-20 插入肛管



图 2-21 开放管夹, 调节流速

13. 拔管 待灌肠液即将流尽时夹管,用卫生纸包裹肛管轻轻拔出,放入弯盘内,擦净肛门,注意肛管前端反折(图 2-24)。



图 2-22 调节高度

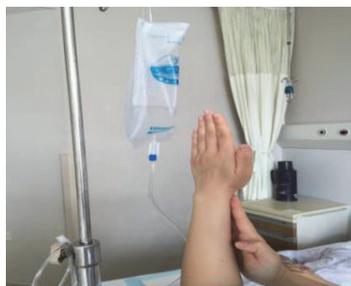


图 2-23 观察液面高度



图 2-24 拔出肛管

14. 保留灌肠液 协助患者取舒适的卧位,嘱其尽量保留 5~10min 后再排便。

15. 排便 对不能下床的患者,给予便器,将卫生纸、呼叫器放于易取处。扶能下床的患者如厕排便。

16. 操作后处理

(1) 整理用物: 排便后及时取出便器,擦净肛门,协助患者穿裤,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。

(4) 洗手,在体温单大便栏目处记录灌肠结果。