

2010年基础护理学辅导：大量不保留灌肠术护士资格考试

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4](https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_9F_BA_c21_472.htm)

[_E5_9F_BA_c21_472.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_9F_BA_c21_472.htm) 【用品】 治疗盘：灌肠筒、橡胶管、玻璃接管、肛管、止血钳、液状石蜡、弯盘、手纸、水温计、橡皮布和治疗巾。灌肠液：常用生理盐水、0.1%~0.2%肥皂水，成人液量每次用500~1000ml，小儿每次100~500ml，液体温度39~41℃，降温用28~32℃，中暑用4℃等渗盐水。另备便盆、围屏、输液架。来源：考试大【方法】 1.按医嘱准备灌肠液，调节水温。将用物备妥后携至床旁，向患者作解释，取得合作，并嘱排尿。大病房应以围屏遮蔽患者。 2.协助患者左侧卧位，双膝屈曲，露出臀部，将橡皮布及治疗巾垫于臀下。如肛门括约肌失去控制能力者，可取仰卧位，臀下置放便盆。 3.润滑肛管前端，放出少量液体以驱出管内气体，并以腕部试温是否适当，随即夹闭肛管。来源：www.examda.com 4.操作者左手分开患者两臀，露出肛门，嘱患者张口呼吸，右手将肛管轻轻旋转插入肛门约7~10cm。如插入时有抵抗感，可将肛管稍退出，再行前进。插妥后一手固定肛管，另一手抬高灌肠筒或将筒挂于输液架上，液面距床缘40~60cm，松开止血钳，使液体徐徐灌入肠内。 5.观察筒内液体灌入情况，如灌入受阻，可稍摇动肛管，同时检查有无粪块堵塞。如患者感觉腹胀或有便意时，应将灌肠筒适当放低并嘱张口深呼吸，以减轻腹压。 6.液体将流完时，夹紧橡胶管，用手纸裹住肛管轻轻拔出放入弯盘中，让患者平卧，嘱保留5~10min后排便。不能下床者应给予便盆、手纸。 7.便毕，取走便盆，整理床铺，开窗通风，帮助患者洗

手。观察大便情况，必要时留取标本送验。记录结果于当天体温单的大便栏内。8.洗净灌肠用物，并消毒备用。【注意点】1.插肛管时动作要轻柔，对有肛门疾病患者更应小心，以免造成损伤。百考试题论坛 2.对某些颅脑疾病。心脏病患者及老年人、小儿、妊娠初期、末期的孕妇，灌肠时应慎重，压力要低，速度要慢，并注意病情变化，以免发生意外。3.肝昏迷患者禁用肥皂水灌肠，伤寒患者灌肠液面不得高于肛门30cm，液量不得超过500ml，并选用等渗盐水。急腹症，消化道出血患者不宜灌肠。更多信息请访问：百考试题护士网校 护士论坛 护士在线题库 百考试题执业护士加入收藏 相关推荐：2010年基础护理学辅导：插管洗胃术 2010年基础护理学辅导：无菌导尿术 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com