

清洁灌肠考核评分标准

组稿者：徐云 审稿者：王正梅 批准者：院护理质量与安全管理委员会 执行时间：2021.5

科室_____院号_____姓名_____得分_____评委_____日期_____

项目	操作内容	标准分	扣分原因	存在问题及扣分
评估 10分	1. 评估患者(姓名、年龄、诊断、病情、意识状态、合作程度、肛周皮肤情况、排便情况及有无灌肠禁忌症) 2. 评估患者周围环境 3. 告知患者：对清醒患者，要告知灌肠目的、方法及配合。	10	● 缺一项扣1分	
操作 准备 10分	1. 洗手，戴口罩 2. 准备用物：①治疗盘内放一次性肠道冲洗器一套、12号吸痰管、一次性中单(1张)、量筒、水温计、1ml注射器、石蜡油、无菌棉签、弯盘、手套、卫生纸。②便盆、输液架、屏风。③按医嘱备灌肠液体(常用溶液：0.1%-0.2%肥皂液或生理盐水500-1000ml，温度39-41℃。)	10	● 一项不符合扣1分 ● 物品少或多一项样扣1分，最多扣4分 ● 物品摆放乱扣1分	
操作 要点 60分	1. 携用物至患者床旁核对床号、姓名 2. 告知患者操作流程和配合，关闭门窗、遮挡患者 3. 根据病情及病变部位选择适当的体位(常用侧卧位)，将裤腿退至膝部，臀下垫橡胶中单和垫巾，弯盘置于臀边。盖好盖被。 4. 连接吸痰管。 5. 将配好溶液倒入一次性肠道冲洗袋中并挂于输液架上，灌肠袋内液面距肛门40-60cm。打开调节器放少量溶液，排尽管内气体，用血管钳夹紧管子关闭调节器，放于弯盘内。 6. 戴手套，抽取1ml液状石蜡，润滑注射器乳头，将注射器乳头插入肛门，推注1ml液状石蜡油。 7. 润滑肛管前端，左手分开病人臀部暴露肛门，右手将肛管自肛门插入7-10cm，左手固定肛管，右手打开调节器，使溶液缓缓流入。 8. 观察：①灌肠液下降情况及病人反应。②如溶液流入受阻，可移动或挤压肛管，检查有无粪块阻塞。③灌肠过程中如患者感觉腹胀或有便意，指导其做深呼吸，同时适当调低灌肠筒的高度，减慢流速或暂停片刻以减轻腹压。④如患者出现面色苍白、出冷汗，剧烈腹痛，心慌气急，应立即停止灌肠，并及时报告医生配合处理。 9. 药液注入完毕，夹闭肛管用卫生纸包住肛管，轻轻拔出置于弯盘内，擦净肛门，协助患者平卧，尽可能保留5-10min后再排便。不便下床者，给予便器。 10. 询问和观察患者反应，告知注意事项，协助患者取舒适体位，整理床单位和用物。	60	● 未核对扣5分，一处不符合要求扣1分 ● 一处不符合要求扣2分 ● 不用手固定肛管扣2分 ● 未观察扣2分 ● 一处不符合要求扣2分	
终末 处理 5分	1. 处理用物，垃圾分类放置 2. 洗手 3. 记录，在当天体温单的大便栏内正确记录灌肠结果。	5	● 缺一步扣1分 ● 不记录或记录不准确扣2分	
评价 10分	1. 操作熟练，动作一次到位 2. 语言通俗易懂，态度和蔼，沟通有效完成时间不超过 3. 全过程动作熟练、规范，符合操作原则	10	● 态度、语言不符合要求各扣1分 ● 沟通无效扣2分	
理论 提问 5分	1. 灌肠的注意事项 2. 灌肠的操作并发症	5	● 不知晓不得分 ● 不熟悉扣1-2分	