淮安市第一人民医院护理部 2021年5月修订

**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 |  |