

# 大量不保留灌肠评分标准

班级 \_\_\_\_\_ 学号 \_\_\_\_\_ 姓名 \_\_\_\_\_ 考核日期 \_\_\_\_\_

项目	操作程序及要求		分值	扣分	备注
评估 3分	服装鞋帽整洁，头发着装符合要求，仪表大方，举止端庄		3		
操作前准备 17分	核对医嘱	● 核对医嘱和治疗单（双人）	3		
	评估病人	● 核对病人床号、姓名、腕带	2		
		● 解释目的、注意事项等，征得同意	2		
		● 评估病情、排便习惯、肛周皮肤黏膜等	3		
	环境准备	● 环境温度、光度适宜，能保护隐私	2		
护士准备	● 修剪指甲、洗手（七步）、戴口罩	2			
物品准备	● 物品准备齐全，摆放合理美观	3			
操作步骤 70分	核对解释	● 核对床号、姓名、腕带	2		
		● 解释目的的方法，取得配合	2		
	安置体位	● 取左侧卧位，双膝屈曲，脱裤至膝	4		
		● 移臀至床沿，臀下垫巾	4		
	挂灌肠袋	● 取灌肠袋，关开关，倒灌肠液，挂于输液架，液面距肛门 40-60cm	5		
	润管排气	● 戴手套，润滑前端，排净空气，关开关	8		
	插管灌液	● 垫纸巾分开臀部，暴露肛门，插入 7-10cm，固定，打开开关，液体缓流	10		
	观察处理	● 如液体流入受阻，可移动或挤捏肛管	3		
		● 如有便意，降低高度或嘱张口深呼吸	3		
		● 脉速、面色苍白、大汗、剧烈腹痛、心慌气促，立即停止灌肠，报告医生处理	4		
拔出肛管	● 夹管，纸巾包裹肛管拔出弃医疗垃圾桶 ● 擦肛门，脱手套，消毒双手	4 4			
整理交代	● 穿好裤子，取舒适卧位，保留 5-10min	4			
	● 询问需要，交代注意事项，致谢	3			
协助排便	● 协助病人下床或床上排便	4			
清理用物	● 规范分类，正确处理用物	3			
洗手记录	● 洗手（七步），体温单记录灌肠结果	3			
综合评价 10分	熟练程度	● 程序正确，动作规范，操作熟练	5		
	人文关怀	● 语言流畅，态度和蔼，沟通有效，解释到位，指导正确，关心病人	5		
总分					

附：完成时间 10 分钟，超时 1 分钟扣 2 分，并停止操作。

评分人：\_\_\_\_\_