



第八章

排泄护理



主讲人：陈亚静

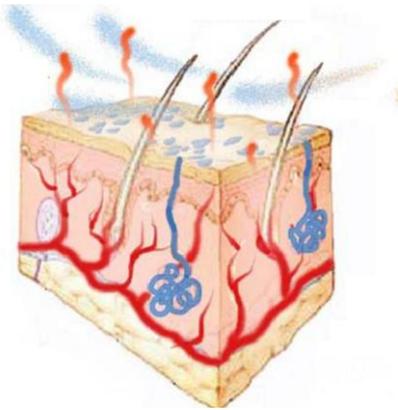


单位：郑州澍青医学高等专科学校

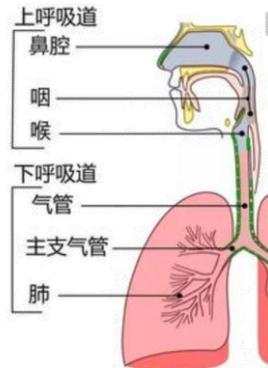
什么是**排泄**？

将新陈代谢所产生的终产物排出体外的生理过程。

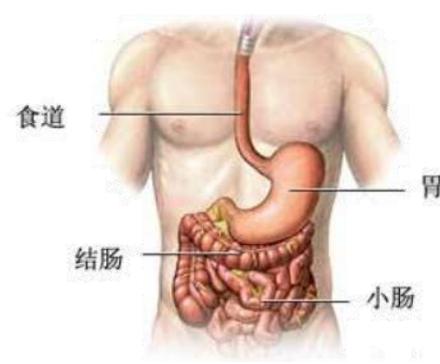
👉 皮肤



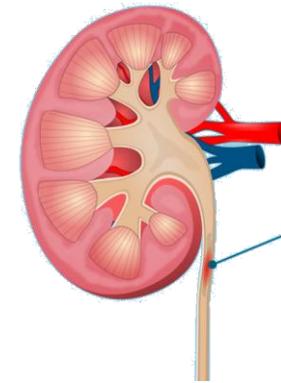
👉 呼吸道

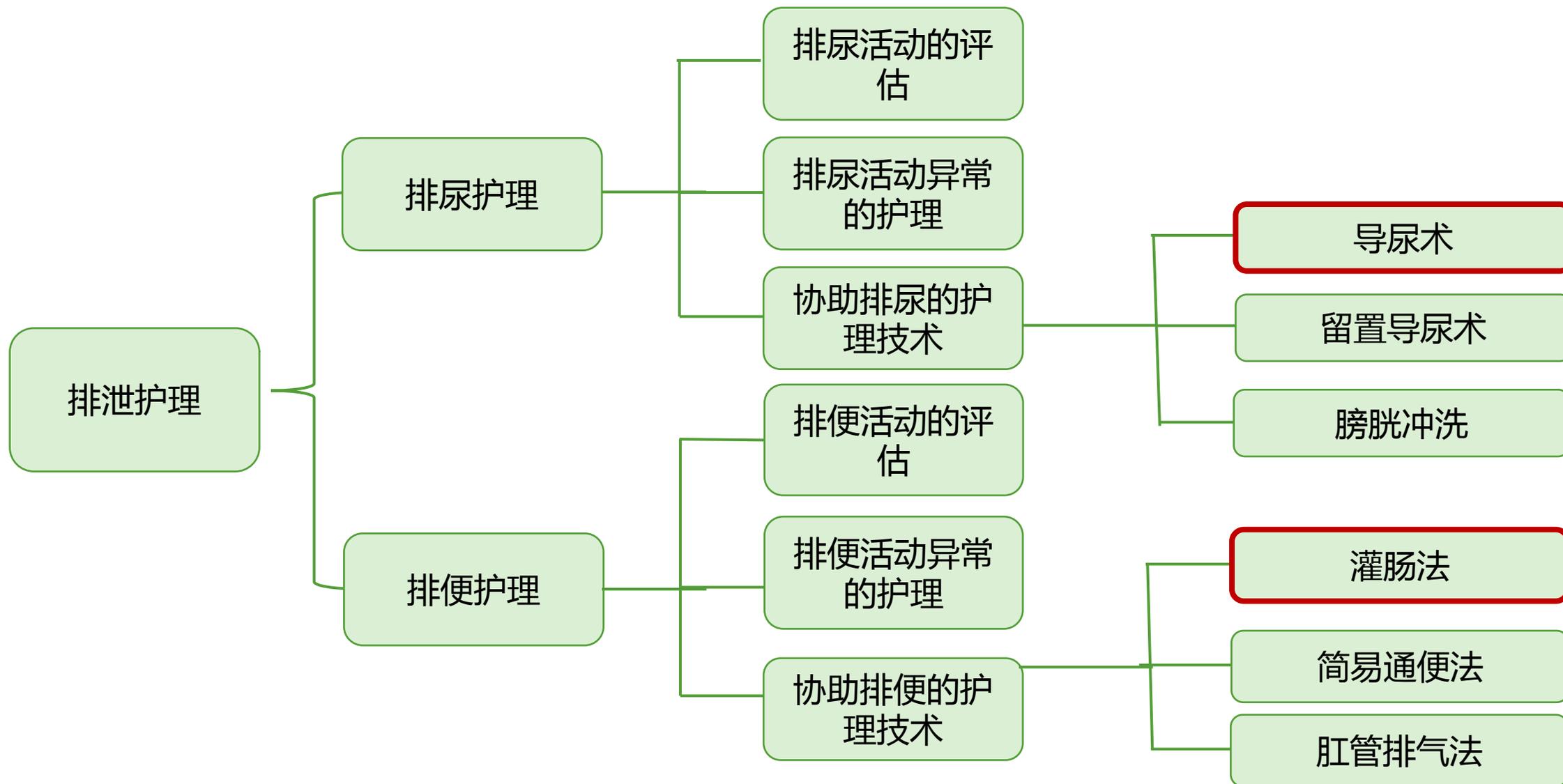


👉 消化道



👉 泌尿道







第一节

排尿护理





排尿是人的基本生理需要之一。

通过排尿活动将机体代谢的终产物、过剩盐类、有毒物质和药物排出体外，同时调节水、电解质、酸碱平衡，维持体内环境相对稳定。



学习使我清醒

知乎@冷静小男孩

- 1.了解：**泌尿系统的结构、功能；男女性尿道的区别
- 2.熟悉：**排尿活动的评估、导尿及留置导尿的目的
- 3.掌握：**
 - 1) 导尿目的、操作步骤和注意事项**
 - 2) 留置导尿术病人的护理要点**
 - 3) 排尿异常的护理措施**

◆ 排尿活动的评估

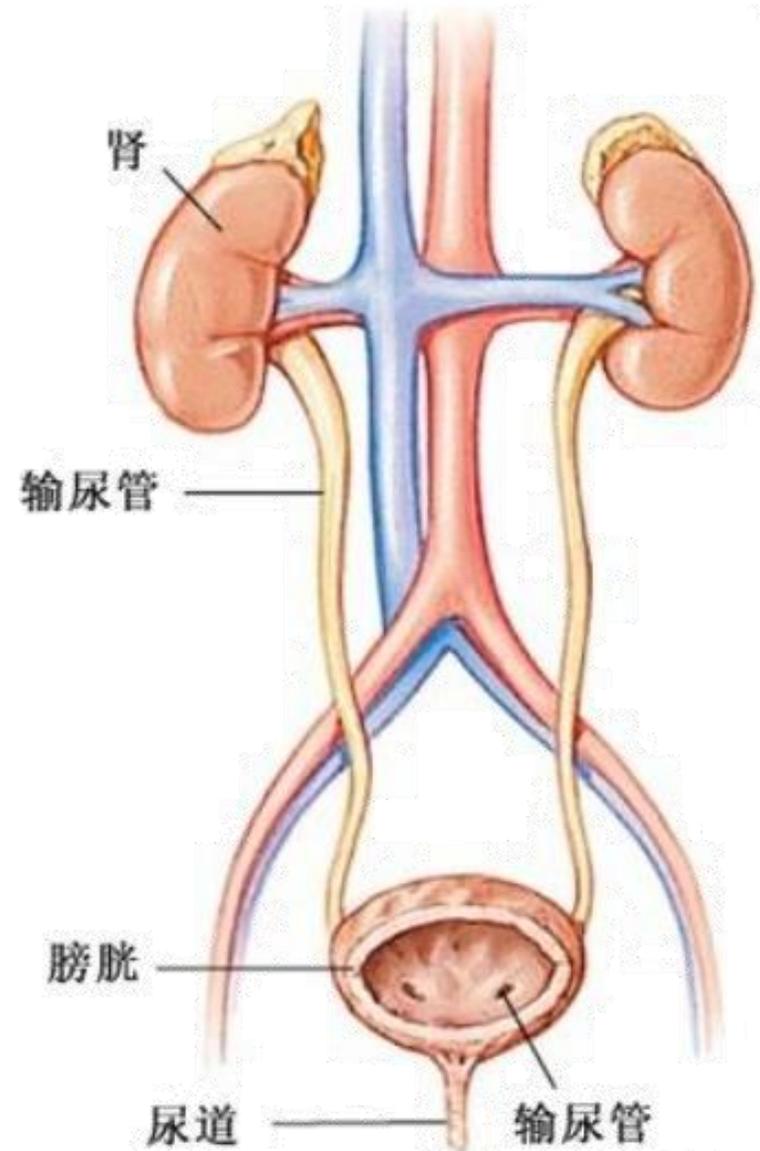
- 影响排尿因素的评估
- 尿液状态的评估
- 排尿异常的评估

◆ 排尿活动异常病人的护理

- 尿潴留病人的护理
- 尿失禁病人的护理

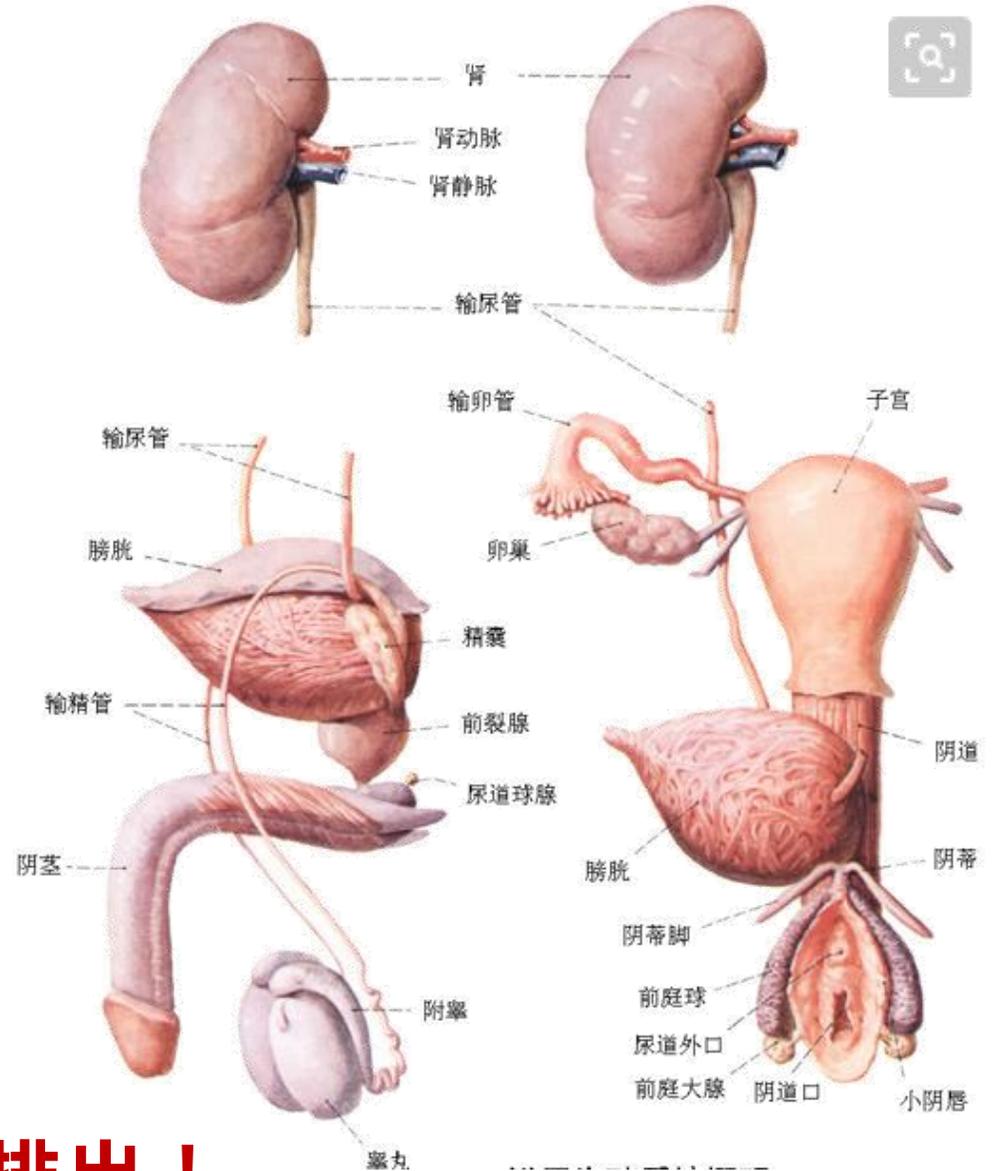
◆ 协助排尿的护理技术

- 导尿术
- 留置导尿术
- 膀胱冲洗法



泌尿系统有哪些部分组成？

- ◆ 肾脏——产生
- ◆ 输尿管——运送
- ◆ 膀胱——储存
- ◆ 尿道——排出通道



尿液随时都在产生，但是不能随时排出！



400—500ml

膀胱内尿量↑ → 内压骤然↑

(二) 排尿反射

膀胱壁牵张感受器兴奋

盆N

骶髓初级排尿中枢

脑桥、中脑和皮层

盆N

膀胱逼尿肌收缩

正反馈

盆N

膀胱颈和内括约肌松弛

尿液进入尿道

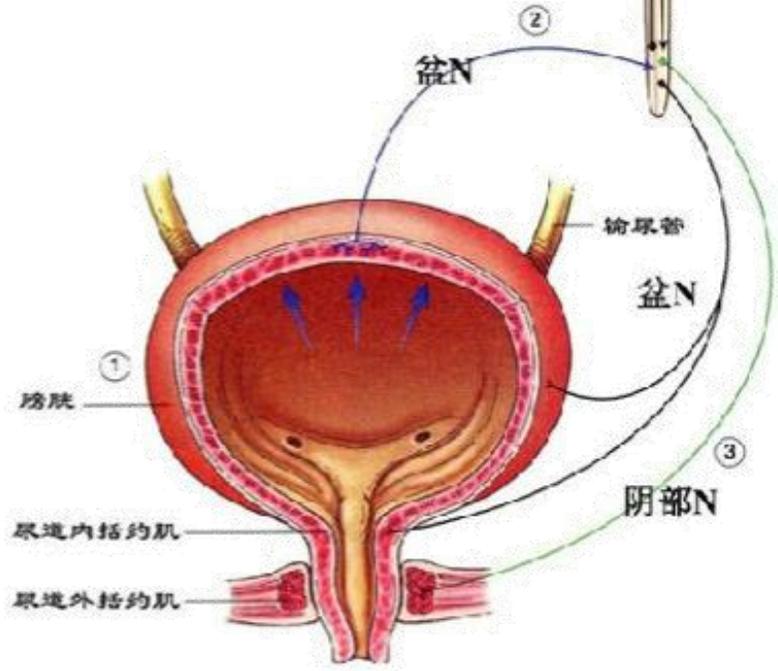
盆N

骶髓初级排尿中枢

阴部N传出冲动↓

尿道外括约肌松弛

尿液排出体外





一、排尿活动的评估——影响排尿因素



正常排尿受意识控制，无痛苦，无障碍，可自主随意进行。





一、排尿活动的评估——影响排尿因素



生理因素——年龄



N系统发育不完善
排尿不受意识控制



肾脏浓缩功能下降
盆底肌松弛、膀胱括约肌萎缩



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



生理因素——气候变化



高温出汗—水分丢失—晶体渗透压升高—抗利尿激素分泌 \uparrow —尿液浓缩—尿量减少



冬季寒冷—血管收缩—循环血量增加—体内水分相对增多—抗利尿激素分泌 \downarrow —尿量增多



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



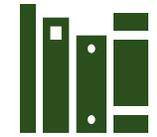
心理因素



压力影响会阴部肌肉和膀胱括约肌的放松或者收缩



听觉、视觉或其他身体感觉均可刺激排尿反射增强或抑制



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



社会文化因素——社会规范、个人习惯



排尿习惯受到（姿势、时间、环境）改变而改变。



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



液体与饮食摄入



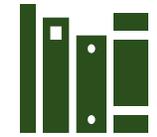
液体摄入的**量**和**种类**可直接影响尿量和频率。

饮水量多，则尿量多。

咖啡、茶、酒类饮料可利尿。

含水多的食物比如西瓜等可增加液体摄入。

含盐较高的饮料食物导致钠水潴留，尿量减少。



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



疾病、治疗与检查因素



神经损伤——尿失禁

肾脏病变——少尿、无尿

肿瘤、结石——排尿障碍

前列腺增生——排尿困难



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



疾病、治疗与检查因素



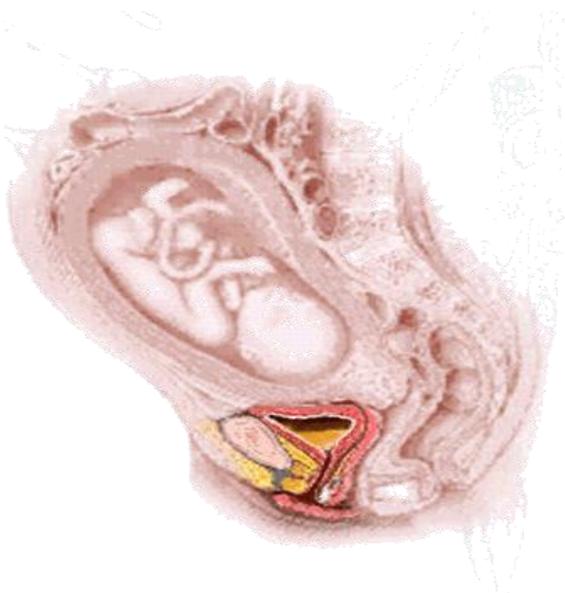
利尿剂增加排尿；影响神经传导的麻醉剂等干扰排尿。



一、排尿活动的评估——影响排尿因素



其他因素



妇女在妊娠时（8-12w），可因子宫增大压迫膀胱致使排尿增多

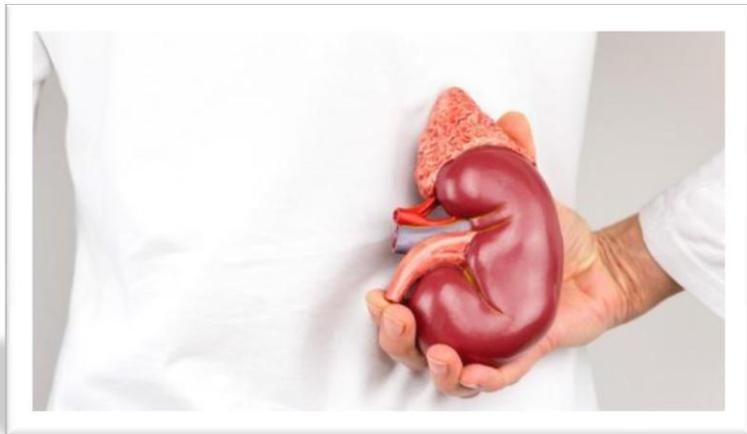
。



一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



尿量和次数



- ◆ 一般成人白天排尿**3~5**次，夜间**0~1**次。
- ◆ 每次尿量**200~400ml**。
- ◆ 24小时尿量**1000~2000ml**，平均在**1500ml**。

少尿、无尿

尿潴留

尿频



一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



正常颜色



淡黄色或深黄色。

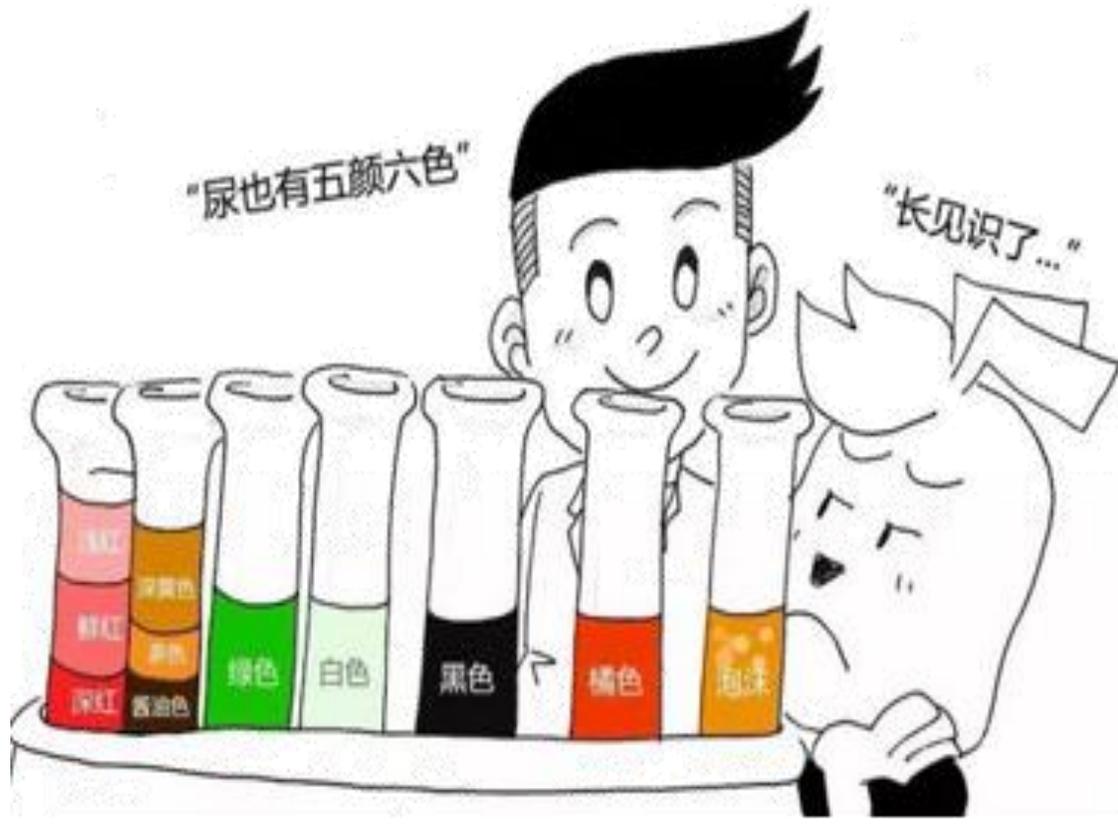




一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



异常颜色





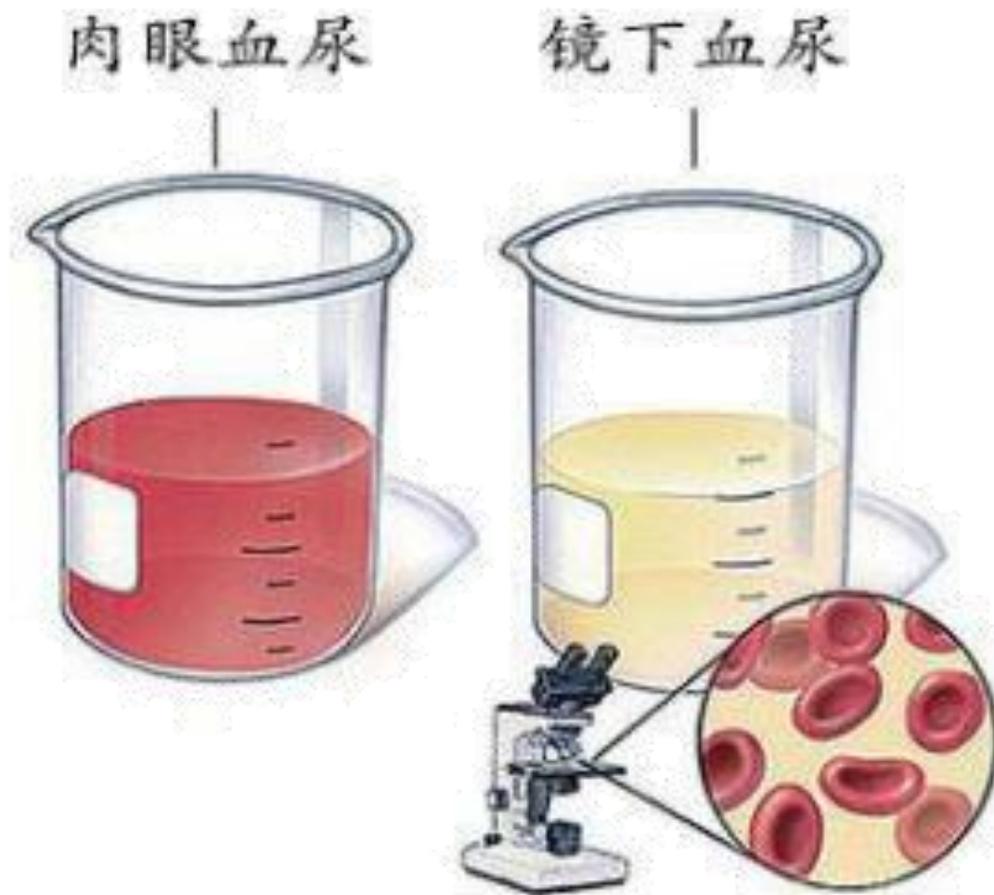
一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



血尿

颜色深浅与所含红细胞的量有关

常见于：**急性肾小球肾炎**
输尿管结石
泌尿系肿瘤、结核及感染





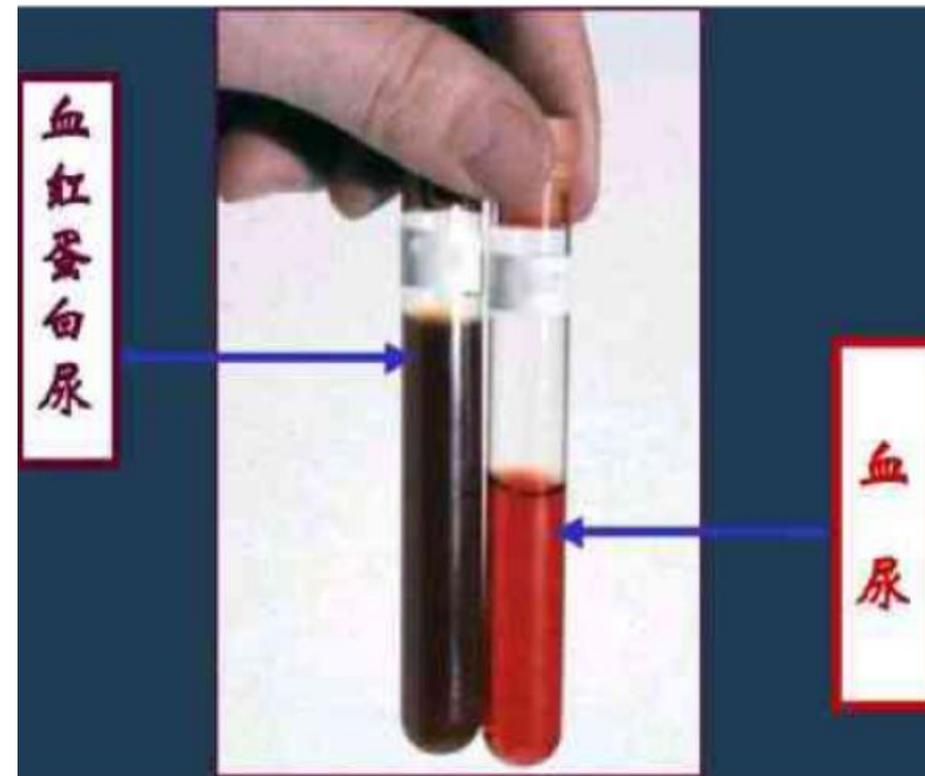
一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



血红蛋白尿

大量红细胞在血管内被破坏，
血红蛋白经肾脏排出。

常见于：**血型不合所致溶血**
恶性疟疾
阵发性睡眠性血红蛋白尿





一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



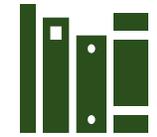
胆红素尿

尿液含有胆红素，呈深黄色或黄褐色，振荡后泡沫也呈黄色。

常见于：**阻塞性黄疸**
肝细胞性黄疸

!?





一、排尿活动的评估——尿液状态的评估

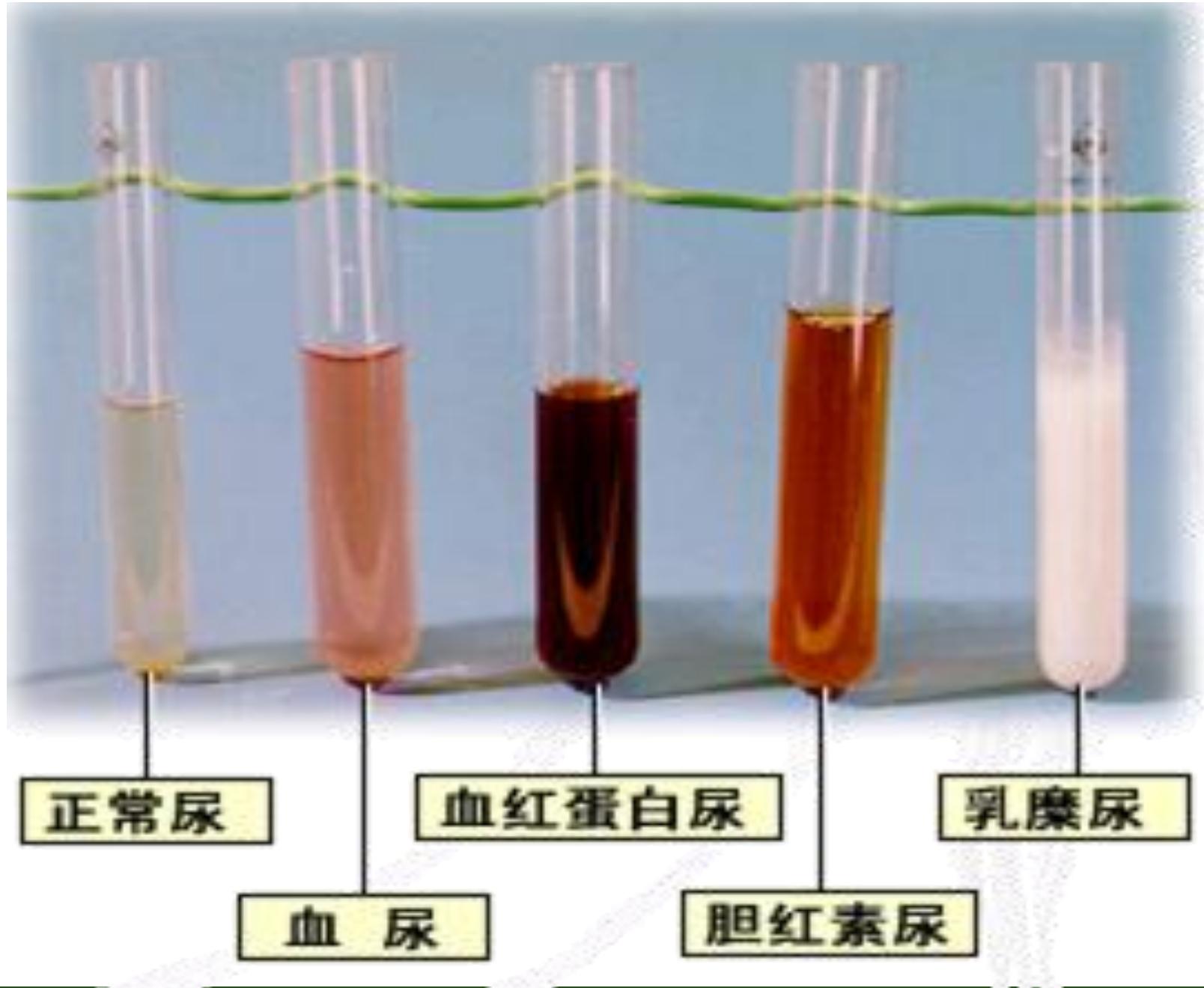


乳糜尿

尿液含有淋巴液，呈乳白色。

常见于：**丝虫病**
泌尿系化脓性炎症







一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



透明度

正常情况：清澈透明，放置后有微量絮状沉淀（尿盐），加热、加酸或加碱后可溶解，变澄清。

异常情况：排出的新鲜尿液即呈白色絮状混浊，见于泌尿系统感染。尿中含有大量脓细胞、红细胞、上皮细胞、细菌或炎性渗出物时，加热、酸、碱后浑浊度也不改变。





一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



气味

正常气味来自于尿内挥发性酸，**久置**尿素分解产生氨—氨臭味。

异常气味：
泌尿系感染—新鲜尿液氨臭味
糖尿病酮症酸中毒—烂苹果味
膀胱直肠瘘—粪臭味





一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



酸碱度

正常尿液呈弱酸性，pH为4.5~7.5，平均为6，可受饮食影响。

异常情况：酸中毒或使用氯化铵等酸性药物——酸性
严重呕吐、使用碱性药物——碱性





一、排尿活动的评估——尿液状态的评估



尿比重

同体积的尿液和同体积的纯水之间的重量之比,反映尿液的浓缩程度。

尿比重正常值是在**1.015-1.025**之间,与尿量呈反比。

尿比重 < 1.015 ; 尿崩症、慢性肾小球肾炎、肾盂肾炎

尿比重 > 1.025 ; 急性肾小球肾炎、高热、脱水

尿比重 ≈ 1.010 ; 提示肾功能严重障碍



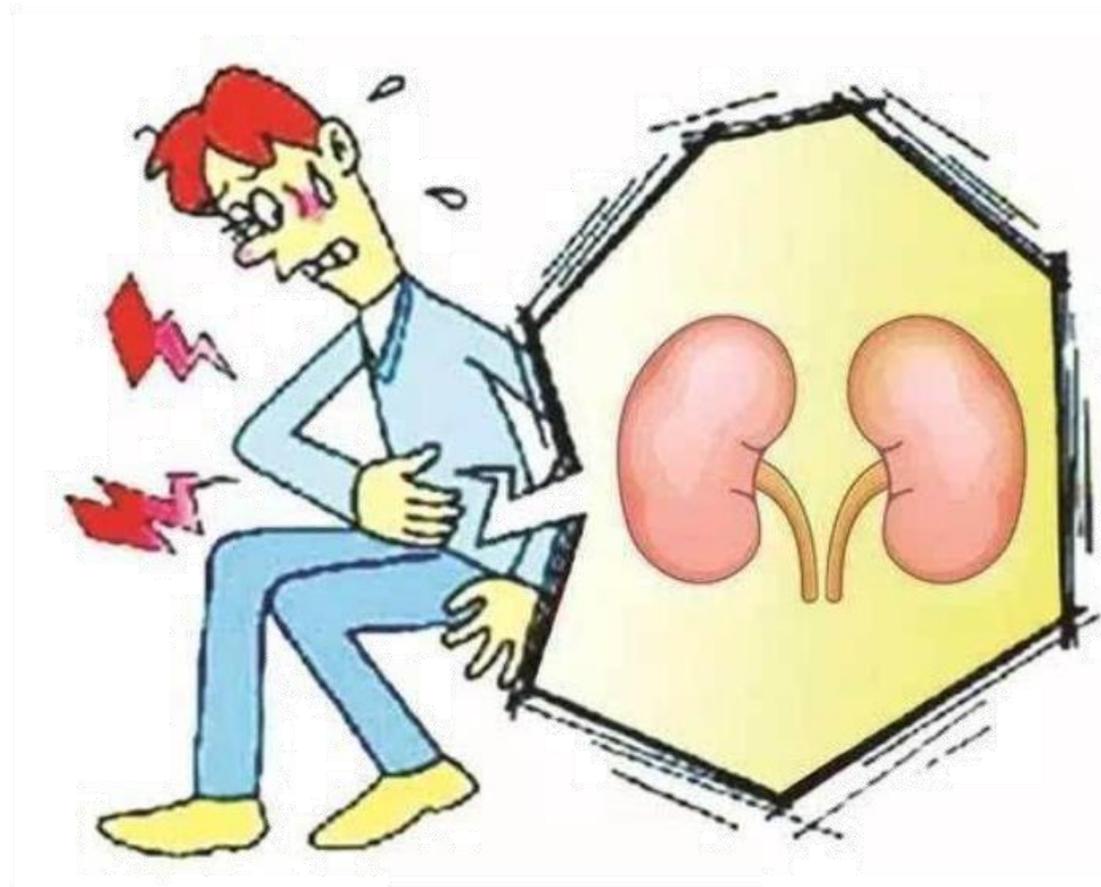


一、排尿活动的评估——排尿异常的评估 ★



- ◆ 多尿
- ◆ 少尿
- ◆ 无尿
- ◆ 膀胱刺激征
- ◆ 尿潴留
- ◆ 尿失禁

尿量异常





尿量异常对比

	尿量	诱因	常见病
多尿	$>2500\text{ml}/24\text{H}$	内分泌代谢障碍或肾小管浓缩功能不全引起	糖尿病、尿崩症、急性肾功能衰竭的多尿期
少尿	$<400\text{ml}/24\text{H}$ $<17\text{ml}/\text{H}$	发热、液体摄入过少、休克等致血液循环减少	心脏、肾脏、肝脏功能衰竭
无尿	$<100\text{ml}/24\text{H}$ $<0\text{ml}/12\text{H}$	严重血液循环不足，肾小球滤过率明显降低	严重休克、肾衰竭、药物中毒



排尿异常——膀胱刺激征 ★



因为膀胱及尿道感染或机械性刺激，导致病人出现**尿频、尿急、尿痛**，时常伴有血尿。



尿频:单位时间内排尿次数增多。（**总量不变**）

尿急:突然有尿意，不能控制需立即排尿，排尿反射特别强烈。

尿痛:排尿时膀胱区及尿道病损处受刺激产生疼痛。



尿液大量存留在膀胱内而不能自主排出。

主诉：下腹胀痛，排尿困难。

体检：耻骨上膨隆，扪及囊样包块，叩诊呈实音，有压痛。



- ◆ 机械性梗阻：膀胱颈至尿道外口的某一部位有梗阻性病变。
- ◆ 动力性梗阻：控制排尿的中枢或周围神经受损。
- ◆ 其他原因：心理因素或习惯改变



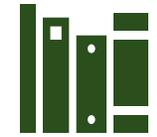
二、排尿活动异常病人的护理



尿潴留病人的护理：

- ◆ 心理护理：多安慰
- ◆ 提供隐蔽的排尿环境
- ◆ 调整体位和姿势
- ◆ 针灸法
- ◆ 诱导排尿：听水声、冲会阴
- ◆ 热敷、按摩
- ◆ 药物治疗：注射卡巴胆碱
- ◆ **导尿术**





排尿失去意识控制或不受意识控制，尿液不自主地流出。

- ◆ 持续性尿失禁（真性尿失禁）
- ◆ 假性尿失禁（充溢性尿失禁）
- ◆ 压力性尿失禁（不完全性尿失禁）
- ◆ 急迫性尿失禁



	真性尿失禁	假性尿失禁	压力性尿失禁	急迫性尿失禁
膀胱	空虚（完全不能储存尿液）	胀满（不能完全排出）	腹内压增高	低容量不自主排尿，常伴尿频、尿急
原因	排尿反射失去大脑皮质的控制；膀胱括约肌损伤或支配括约肌的神经损伤	脊髓初级排尿活动受抑制；膀胱以下尿路梗阻	膀胱括约肌张力降低、盆底肌肉及韧带松弛；膀胱内压力 > 尿道阻力	膀胱受炎症、出口梗阻刺激；大脑皮质对脊髓排尿中枢的抑制减弱
常见于	昏迷、截瘫、手术或分娩、膀胱阴道瘘	前列腺增生、膀胱颈梗阻、下尿路梗阻或狭窄	<u>中老年女性</u> ；前列腺切除术后的病人	膀胱功能失调，收缩不受控制



二、排尿活动异常病人的护理



尿失禁病人的护理：

- ◆ **心理护理：**理解、帮助和尊重病人，给予安慰、开导和鼓励，树立信心，配合治疗和护理。
- ◆ **皮肤护理：**加铺橡胶单、中单，勤洗、勤换保持干燥，减小异味，防止压疮。
- ◆ **外部引流：**可用男、女不同的接尿装置引流尿液，每天清洗。





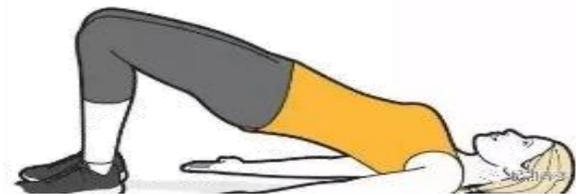
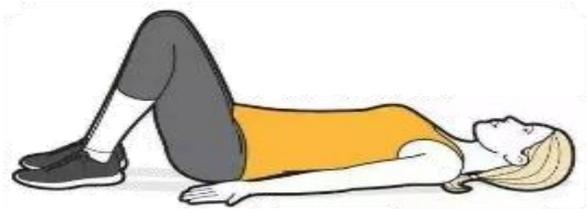
二、排尿活动异常病人的护理



尿失禁病人的护理：

➤ 重建正常的排尿功能

- 1) 摄入适当的液体：多饮水增加对膀胱的刺激反射，还可预防泌尿系感染，晚上限量。
- 2) 持续的膀胱训练：定时使用便器，按压膀胱协助排尿。
- 3) **骨盆底部肌肉力量的锻炼**：进行骨盆底部肌肉锻炼，增强控制排尿的能力。



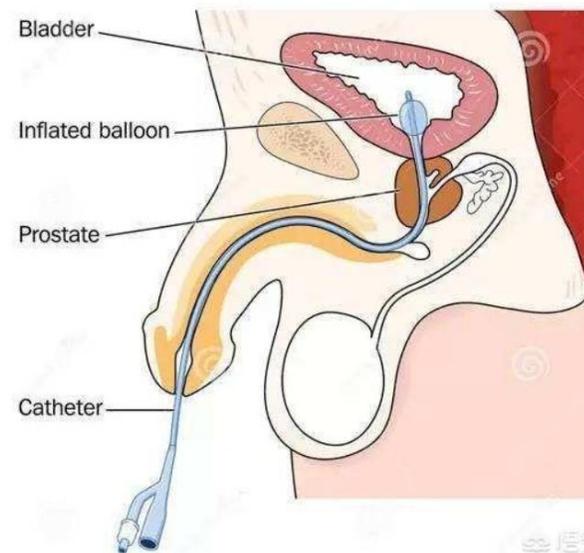


二、排尿活动异常病人的护理



尿失禁病人的护理：

- **留置导尿术：**对于长期尿失禁的病人，可留置尿管。同时定时夹放引流管，锻炼膀胱肌肉张力。





三、协助排尿的护理技术



导尿术

留置导尿管术

膀胱冲洗法





三、协助排尿的护理技术——导尿术



导尿术

在严格无菌操作下，用无菌导尿管经尿道插入膀胱引出尿液的方法。





女性尿道长约3~5cm，短、直、粗。富于扩张性，尿道外口位于阴蒂下方，与阴道口、肛门相邻，比男性更容易发生尿道的感染。



男性尿道长约18~20cm
三个狭窄：尿道内口、膜部和尿道外口；
两个弯曲：耻骨下弯和耻骨前弯



三、协助排尿的护理技术——导尿术



目的

- 1、为尿潴留病人引流尿液，减轻其痛苦。
- 2、协助临床诊断。如：作细菌培养、造影等。
- 3、为膀胱肿瘤病人进行化疗。

操作

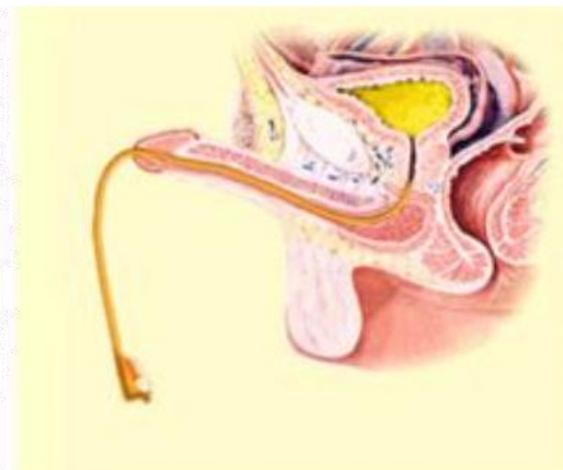
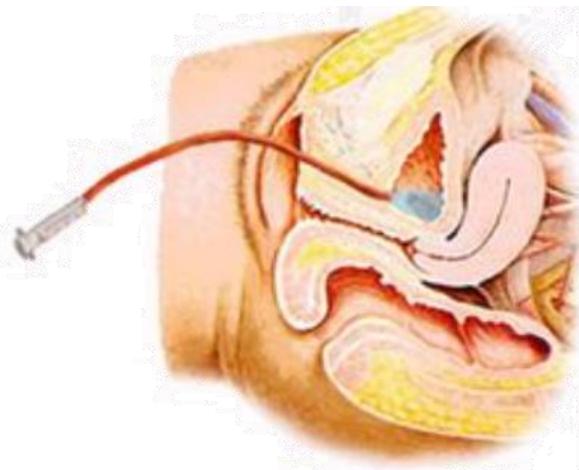
用物准备

实施步骤

注意事项

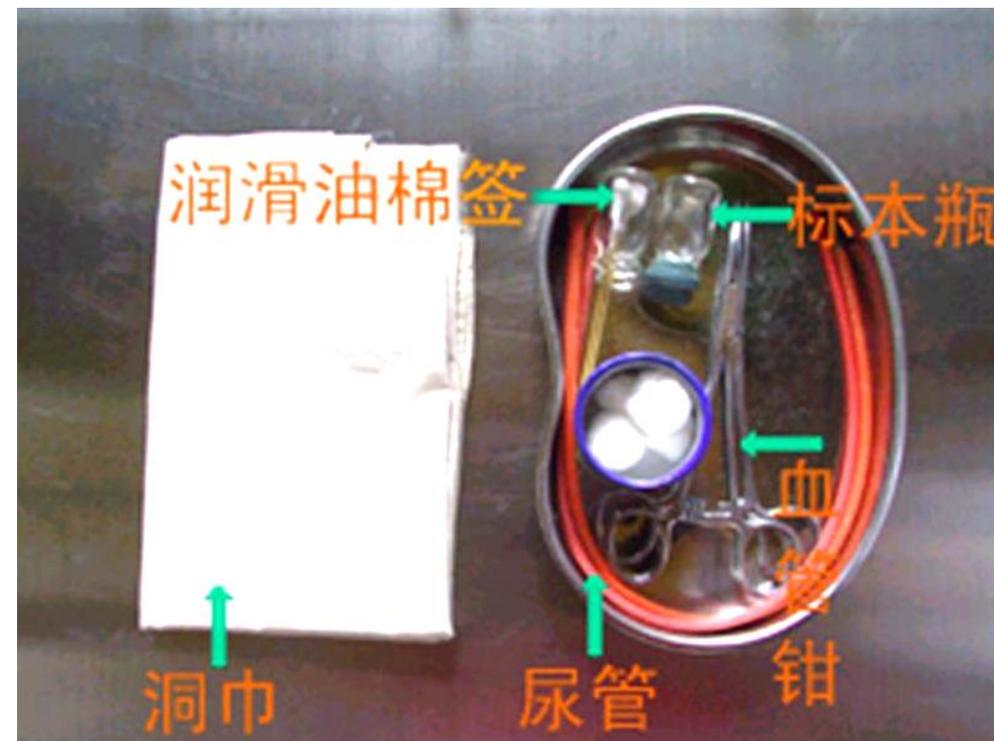
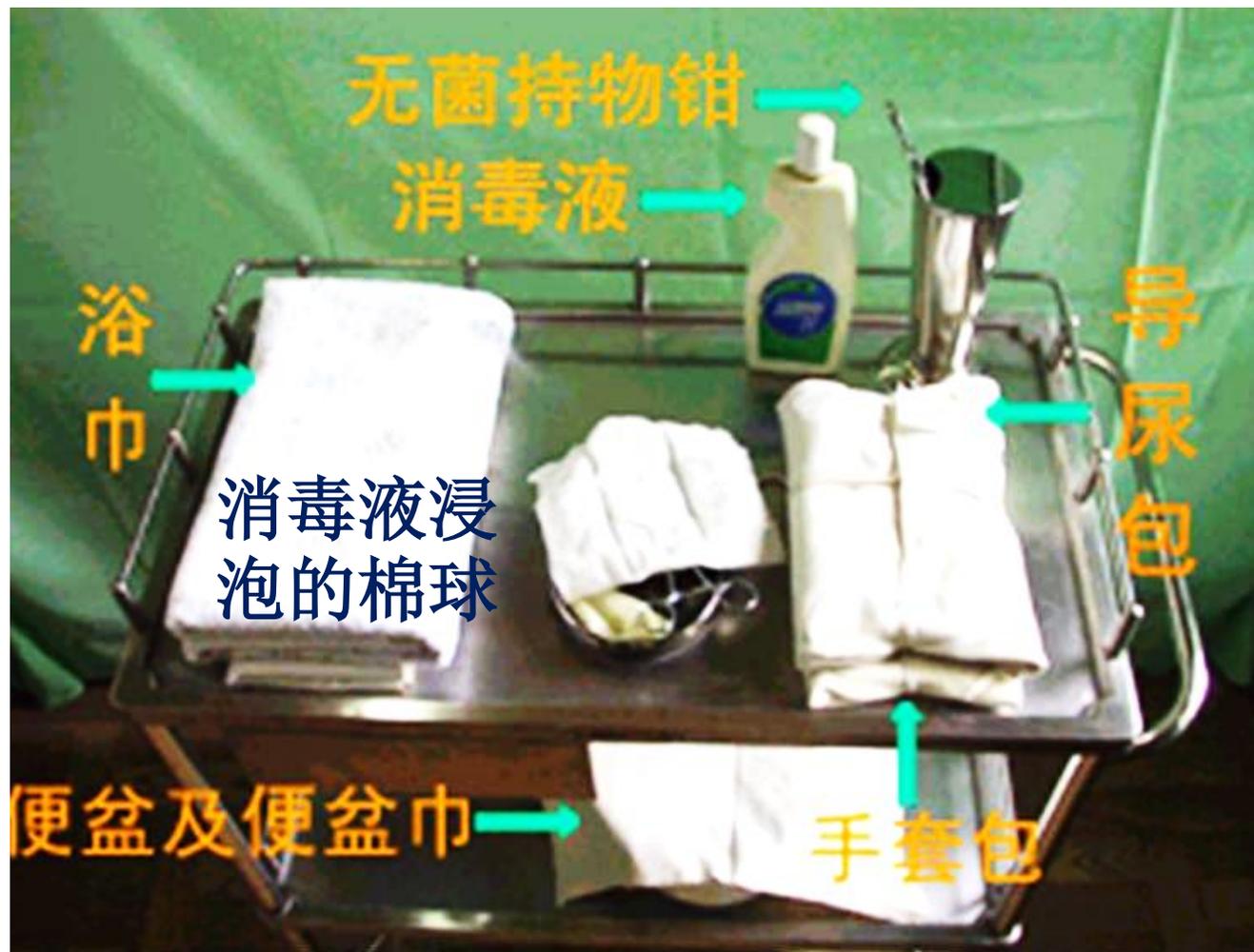
◆ 女病人导尿

◆ 男病人导尿





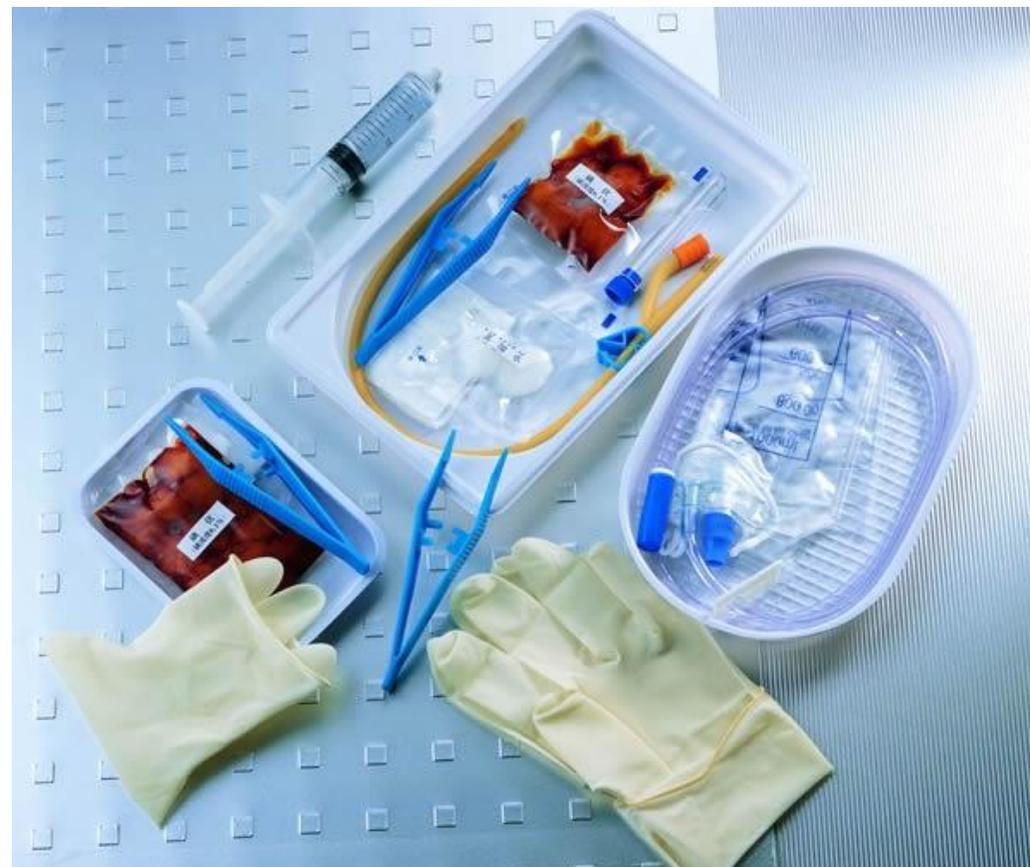
三、协助排尿的护理技术——导尿术



导尿包内物品



三、协助排尿的护理技术——导尿术



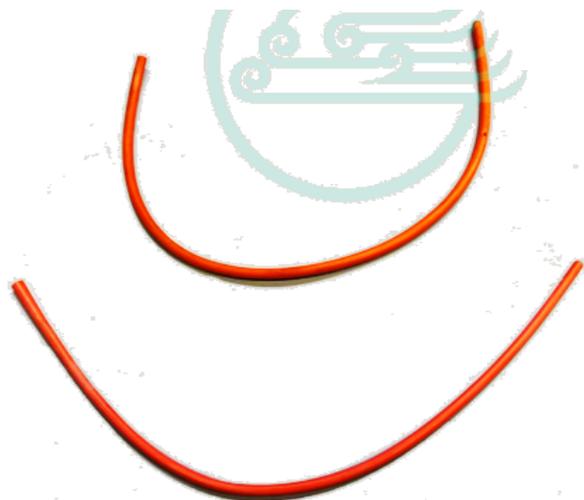
临床使用的一次性导尿包



三、协助排尿的护理技术——导尿术

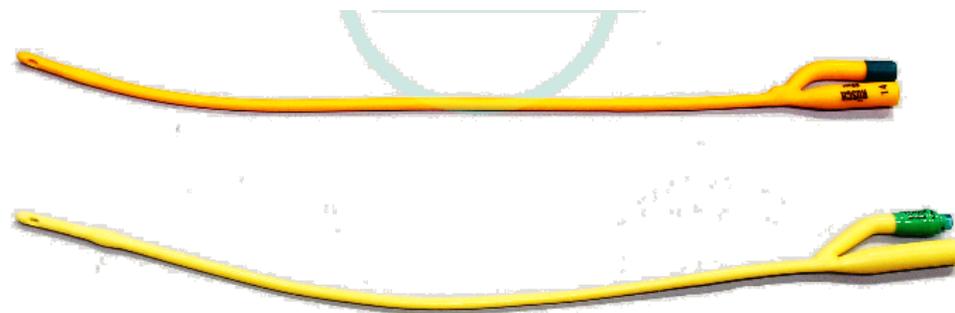


一次性导尿



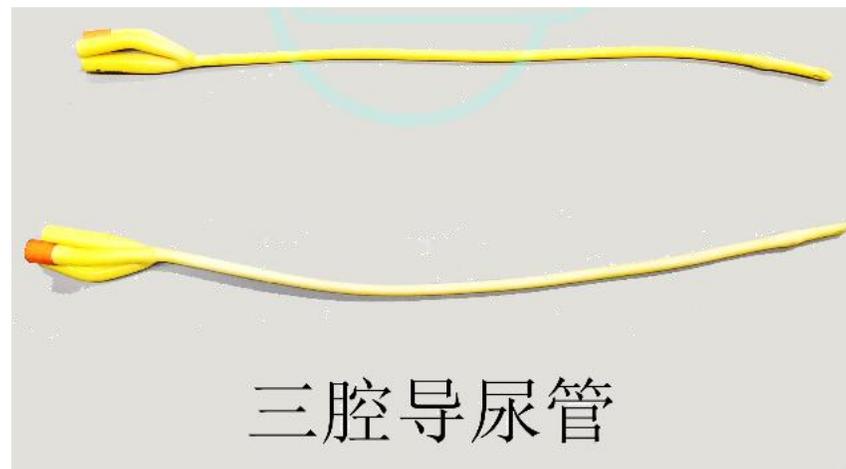
单腔导尿管

留置导尿



双腔气囊导尿管

膀胱冲洗
或给药



三腔导尿管



三、协助排尿的护理技术——导尿术



操作步骤

1

核对解释

2

遮挡病人

3

清洗外阴

4

安置体位

仰卧，屈膝
仰卧，两腿外展

5

垫巾开包

6

消毒导尿

女性

男性

7

拔管整理

8

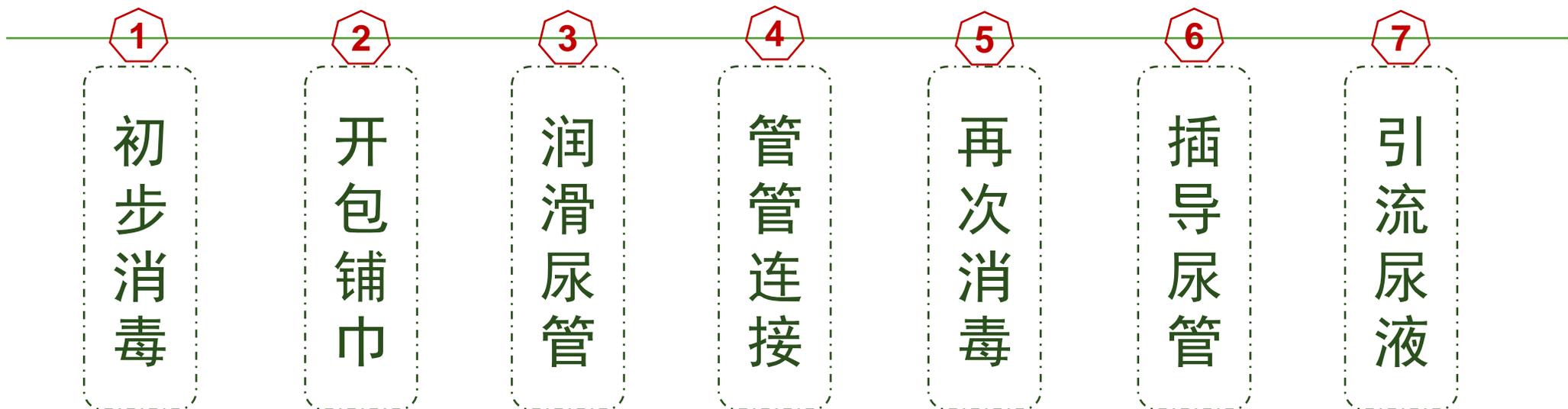
准确记录



三、协助排尿的护理技术——导尿术



女性消毒导尿



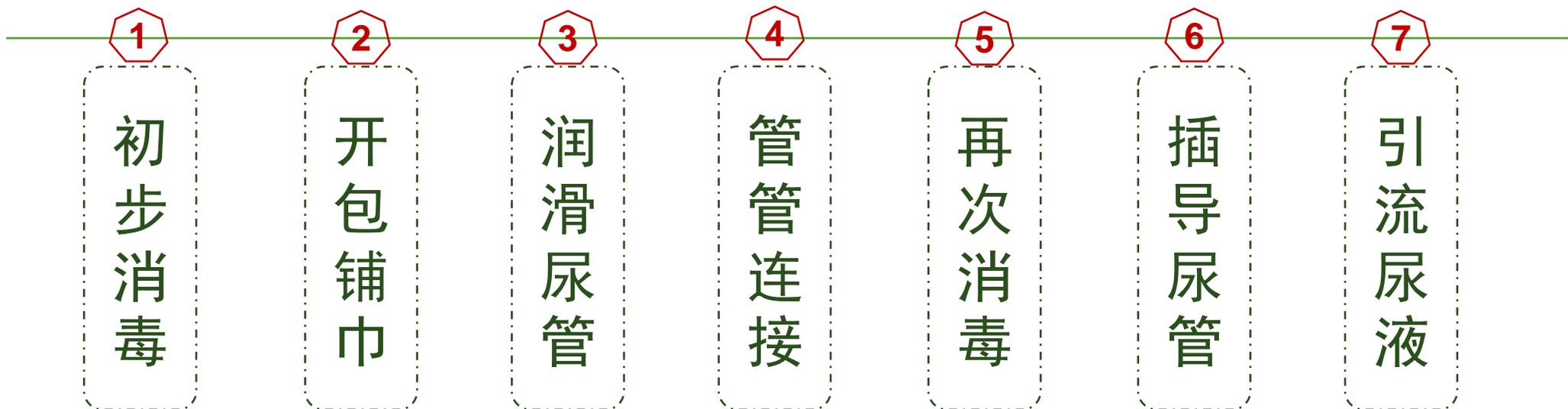
- 一手戴手套，一手持镊子夹消毒棉球进行消毒。
- 顺序：阴阜→对侧大阴唇→近侧大阴唇→戴手套的手分开大阴唇→对侧小阴唇→近侧小阴唇→尿道口
- 外→内，上→下，每个棉球用一次。



三、协助排尿的护理技术——导尿术



女性消毒导尿



- 一手拇指与食指分开固定小阴唇，一手持镊子夹消毒棉球进行消毒。
- 顺序：尿道口→对侧小阴唇→近侧小阴唇→尿道口
- 内→外→内，消毒尿道口稍停留片刻。



三、协助排尿的护理技术——导尿术



女性消毒导尿

1

初步消毒

2

开包铺巾

3

润滑尿管

4

管管连接

5

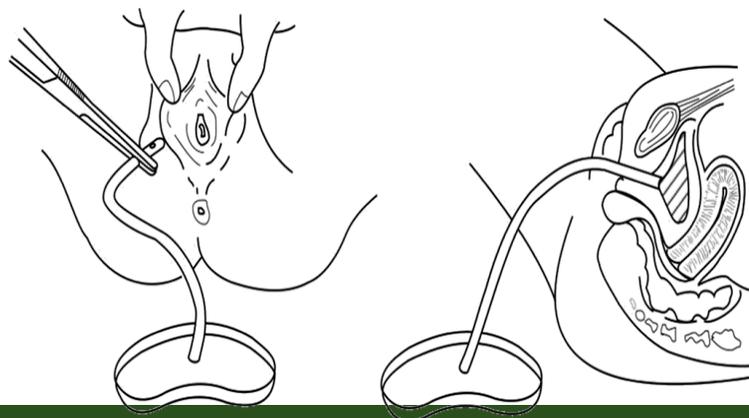
再次消毒

6

插导尿管

7

引流尿液



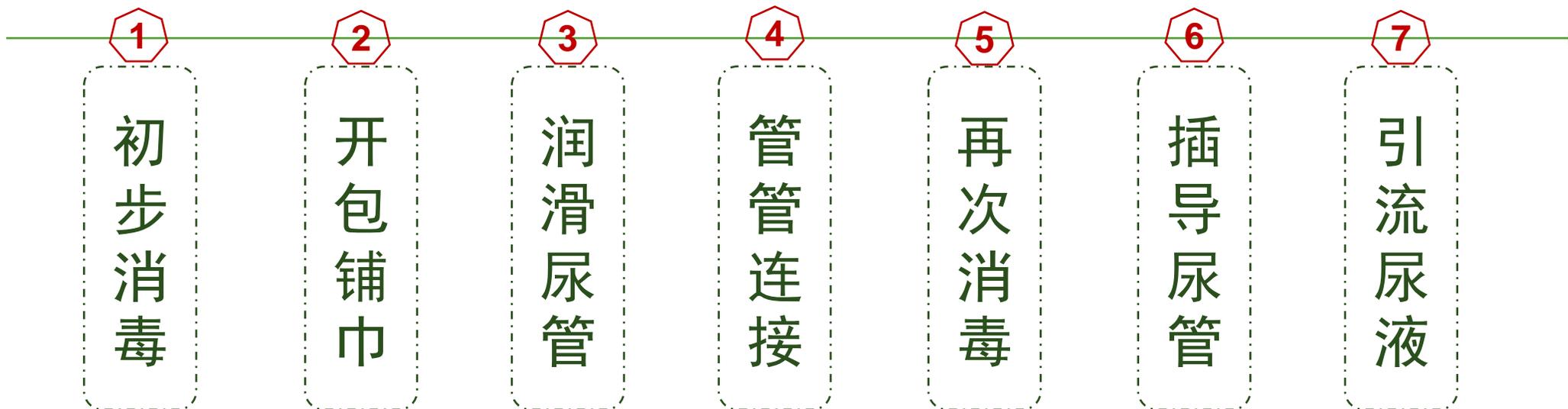
一手拇指与食指**仍然**固定小阴唇（**再次消毒时的状态**），一手持镊子夹导尿管对准尿道口插入4~6cm，见尿流出再插入1~2cm。



三、协助排尿的护理技术——导尿术



男性消毒导尿



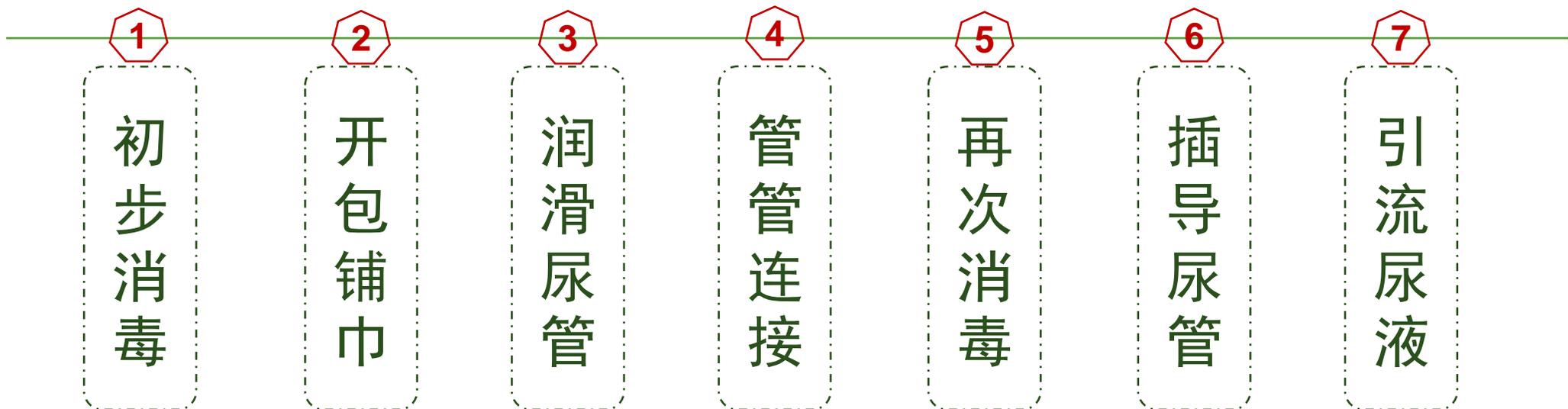
- 一手戴手套，一手持镊子夹消毒棉球进行消毒。
- 顺序：阴阜→阴茎背侧→阴茎腹侧→阴囊→暴露尿道外口
- 每个棉球用一次。



三、协助排尿的护理技术——导尿术



男性消毒导尿



- 暴露尿道外口。
- 再次消毒尿道口、龟头及冠状沟数次。
- 内→外，消毒尿道口稍停留片刻。



三、协助排尿的护理技术——导尿术



男性消毒导尿

1

初步消毒

2

开包铺巾

3

润滑尿管

4

管管连接

5

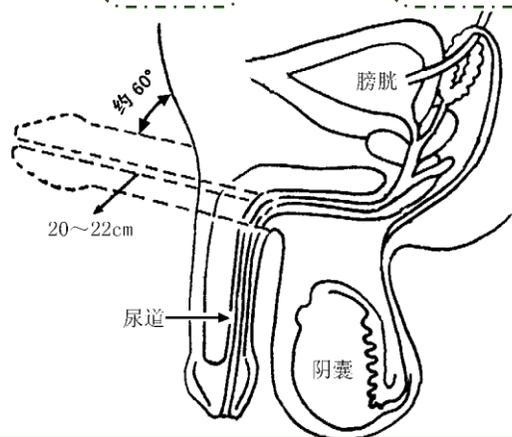
再次消毒

6

插导尿管

7

引流尿液



一手用无菌纱布固定阴茎并提起使之与腹壁成 60° ，用另一血管钳夹导尿管，对准尿道口轻轻插入20-22cm，见尿流出后再插入1-2cm。



三、协助排尿的护理技术——导尿术



操作步骤

1

核对解释

2

遮挡病人

3

清洗外阴

4

安置体位

5

垫巾开包

6

消毒导尿

7

拔管整理

8

准确记录

注意 事项

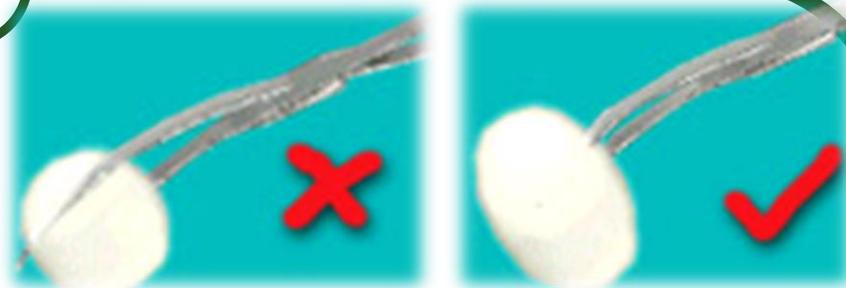
1. 严格无菌技术原则，预防医源性感染。

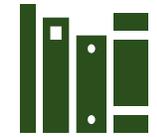
2. 保护患者隐私，注意保暖。

3. 动作轻柔，误入阴道（老年女性慎辨认），**更换尿管重新插入。**

4. 夹取棉球时，应使棉球裹住镊尖，避免在消毒时损伤组织。

5. 对于膀胱高度充盈且极度虚弱的病人，**首次放尿不超过1000ml**，以免引起患者虚脱或血尿。





三、协助排尿的护理技术——留置导尿管术

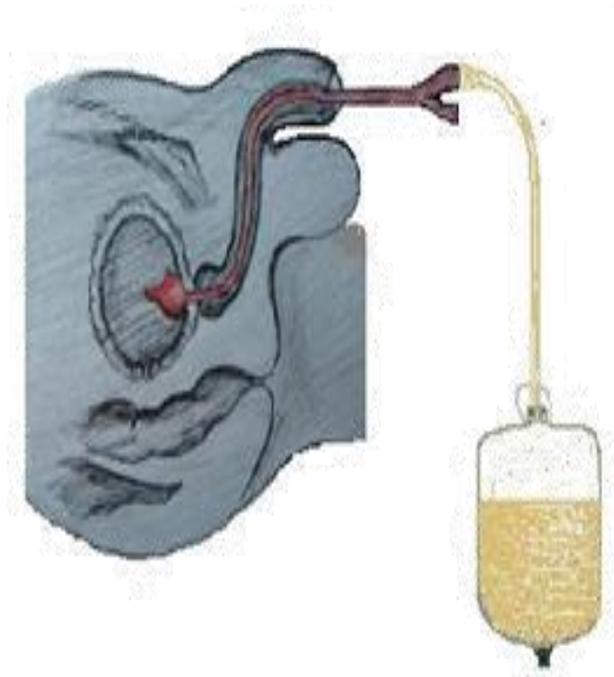


留置导尿管术

在导尿后，将导尿管保留在膀胱内引流尿液的方法。

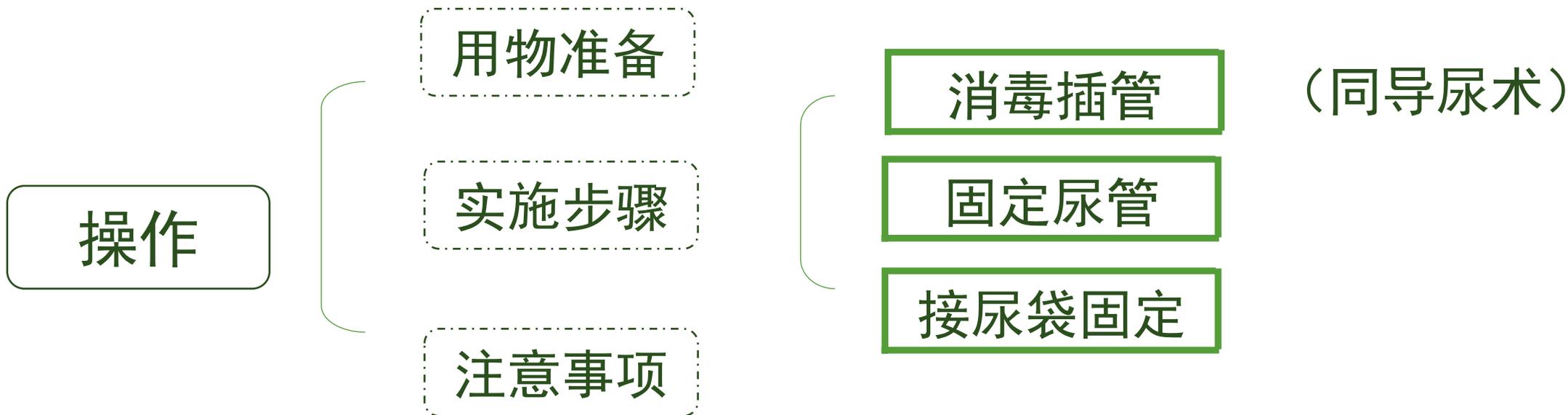
目的

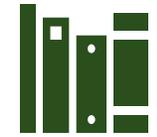
- 1、监测尿量，观察病情变化。
- 2、术前引流，避免术中误伤。
- 3、泌尿系统疾病术后引流尿液，减张力促愈合。
- 4、为不宜或不能自主排尿的患者保持会阴部清洁。
- 5、为尿失禁病人进行膀胱功能训练。





三、协助排尿的护理技术——留置导尿管术





三、协助排尿的护理技术——留置导尿管术



双腔气囊导尿管固定法

将导尿管插入膀胱见尿后再插入7-10cm，根据导尿管上标明的气囊容积向气囊内注入等量无菌生理盐水，轻拉导管有阻力感即证实导管已固定。

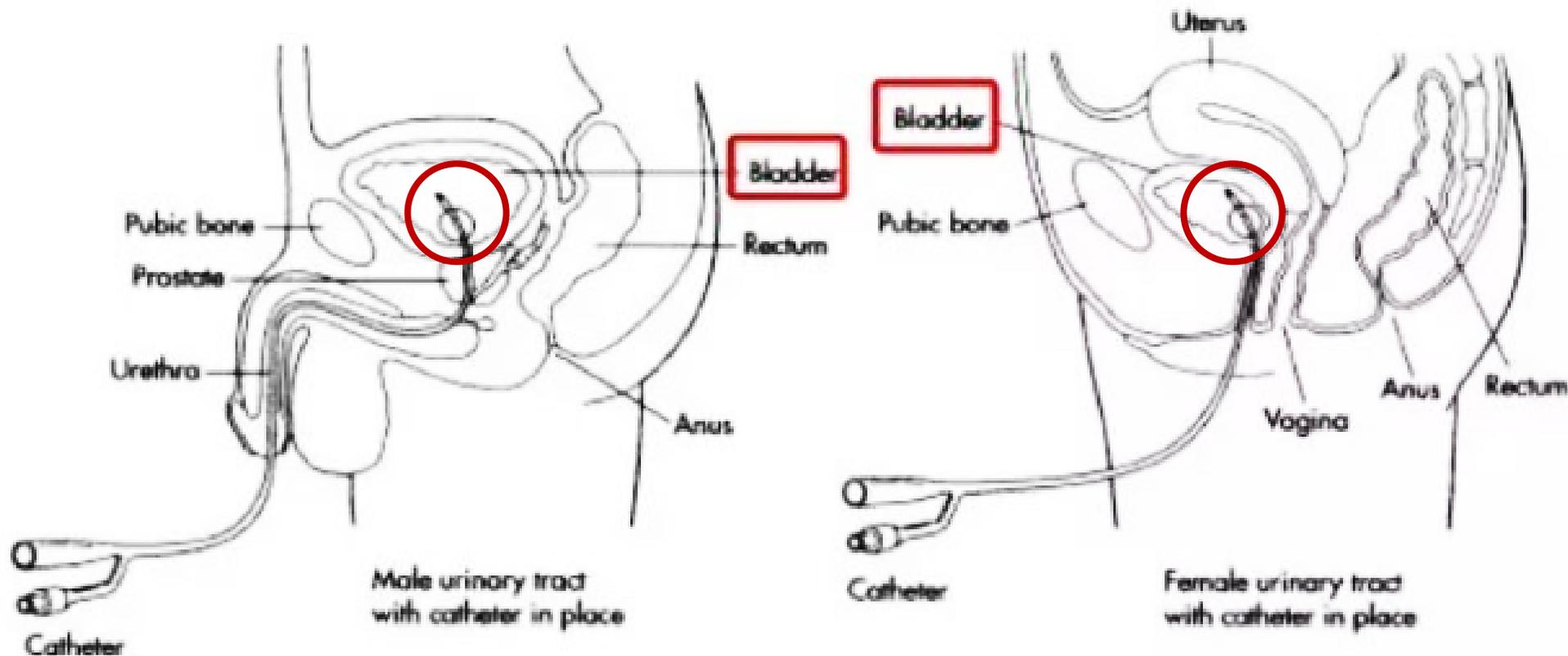


型号	最合适注液量
6Fr	1毫升
8Fr	3毫升
10Fr	4毫升
12Fr	6毫升
14Fr	8毫升
16Fr	10毫升
18Fr	12毫升





三、协助排尿的护理技术——留置导尿管术





三、协助排尿的护理技术——留置导尿管术



将尿管末端与集尿袋相连



固定集尿袋位置应**低于膀胱高度**，以避免尿液逆流引起逆行感染。

注意事项

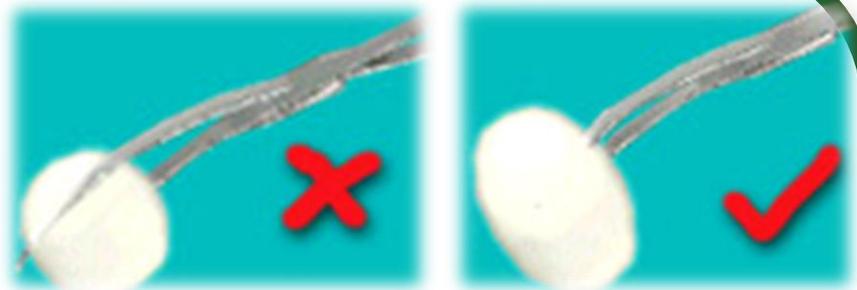
1. 严格无菌技术原则，预防医源性感染。

2. 保护患者隐私，注意保暖。

3. 动作轻柔，误入阴道，应更换尿管重新插入。

4. 夹取棉球时，应使棉球裹住镊尖，避免在消毒时损伤组织。

5. 对于膀胱高度充盈且极度虚弱的病人，首次放尿不超过1000ml，以免引起患者虚脱或血尿。





6. **保持引流通畅**，避免受压、扭曲等导致逆行感染。
7. 气囊导尿管固定时不能过度牵拉，以防损伤黏膜组织。
8. 离床活动时应妥善固定，**防止尿管脱出**，**集尿袋不得高于膀胱**高度并避免挤压，防止尿液反流，引发感染。

留置尿管病人的护理



(1) 防止泌尿系感染

保持尿道口清洁：每日进行尿道口护理1~2次。

排空及更换集尿袋

定期更换导尿管

离床活动时妥善固定，防止尿液返流。

(2) 鼓励病人多饮水

每日饮水量在2000ml以上，自然冲洗尿道，防尿路感染和结石。

(3) 膀胱功能训练

间歇性夹闭尿管，每3~4小时开放一次，定时充盈和排出，促进膀胱恢复功能。

(4) 每周一次尿常规，定期膀胱冲洗。

(5) 健康宣教



三、协助排尿的护理技术——膀胱冲洗术

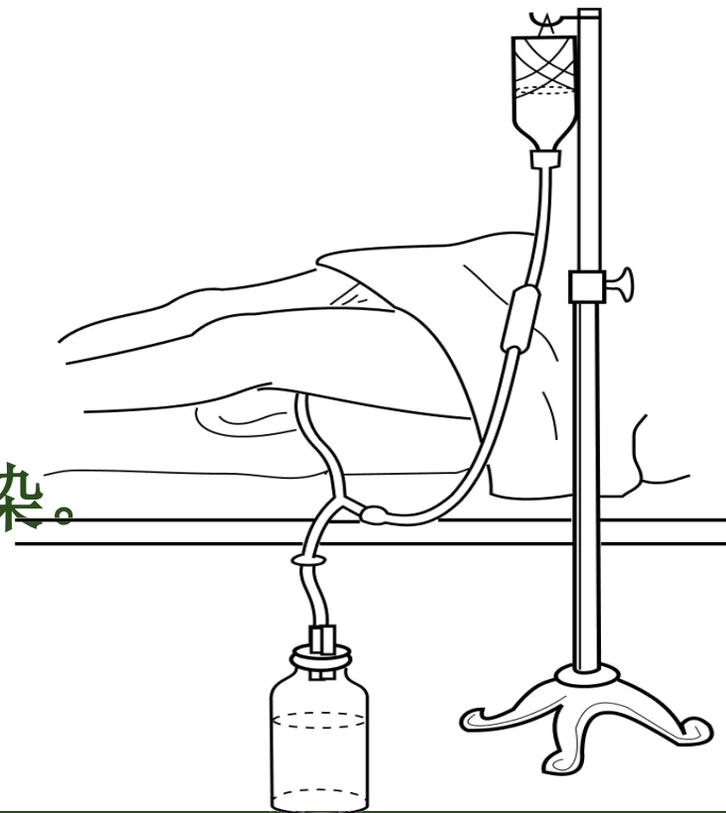


膀胱冲洗术

利用三通导尿管，将溶液灌入到膀胱内，再应用虹吸原理将灌注的液体引流出来的方法。

目的

- 1、对留置导尿管病人，保持其尿液引流通畅。
- 2、清除膀胱内的黏液、细菌等异物，预防感染。
- 3、治疗某些疾病，如：膀胱炎、膀胱肿瘤等。
- 4、泌尿外科术前准备和术后护理。





三、协助排尿的护理技术——膀胱冲洗术

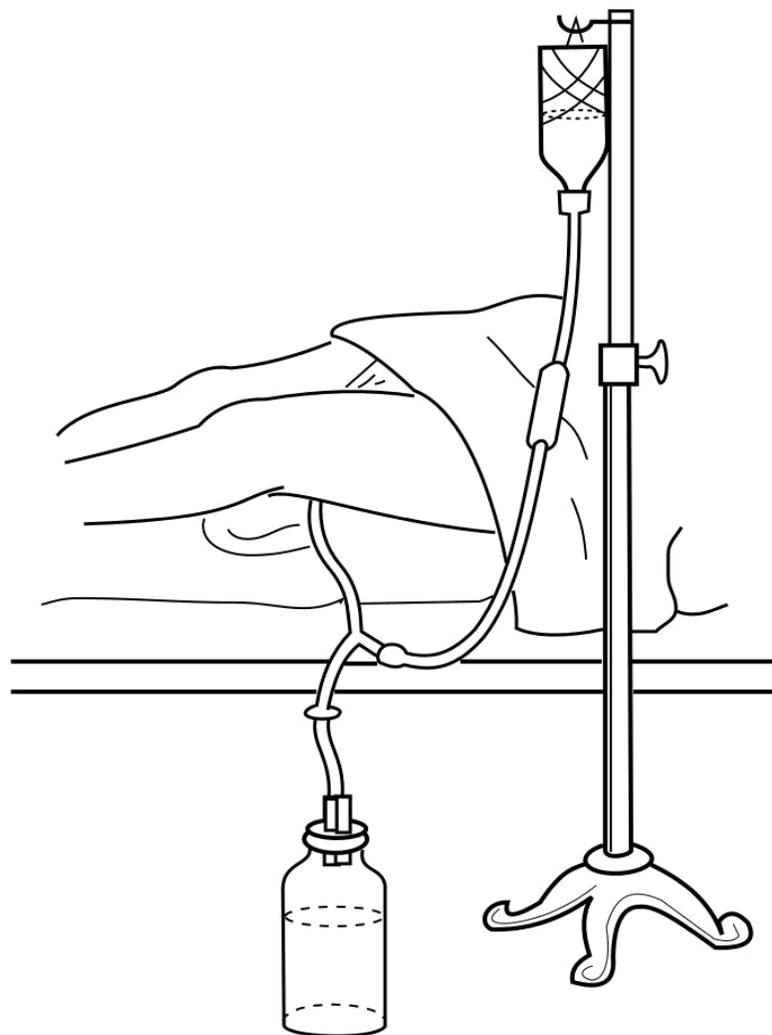


冲洗溶液

- ◆ 生理盐水、0.02%呋喃西林溶液、3%硼酸溶液、氯己定溶液、0.1%新霉素溶液。
- ◆ 溶液温度为38~40℃
- ◆ 前列腺增生摘除术后病人，使用4℃左右的生理盐水冲洗。



三、协助排尿的护理技术——膀胱冲洗术



- ◆高度：离床面约60cm
- ◆滴数：60~80滴/min
- ◆每次滴入：200~300ml
- ◆药物滴注：膀胱内保留30min



1.严格无菌操作。

2.避免用力回抽造成粘膜损伤。速度不可过快，压力不宜过大。

3.冲洗时，嘱病人深呼吸、放松，减少疼痛。如：出现腹痛、腹胀、膀胱剧烈收缩等情况，应暂停冲洗并报告医生。

4.如出血或血压下降，停止冲洗，报告医生处理，做好记录。

5.严密观察病情并注意记录冲洗量及形状。

6.药物必须在膀胱停留30分钟后再引流。





第二节

排便护理





学习使我清醒

知乎 @冷静小男孩

1.了解： 大肠的结构、功能

2.熟悉： 影响正常排便的因素

**3.掌握： 1) 排便的评估
2) 排便异常的护理措施
3) 协助排便的护理技术**

◆ 排便活动的评估

- 影响排便因素的评估
- 排便状态的评估
- 排便活动异常的评估

◆ 排便活动异常病人的护理

- 便秘病人的护理
- 粪便嵌塞病人的护理
- 腹泻病人的护理
- 排便失禁病人的护理
- 肠胀气病人的护理

◆ 协助排尿的护理技术

- 灌肠法
(大量不保留灌肠、小量不保留灌肠、清洁灌肠、保留灌肠)
- 简易通便法
- 肛管排气法

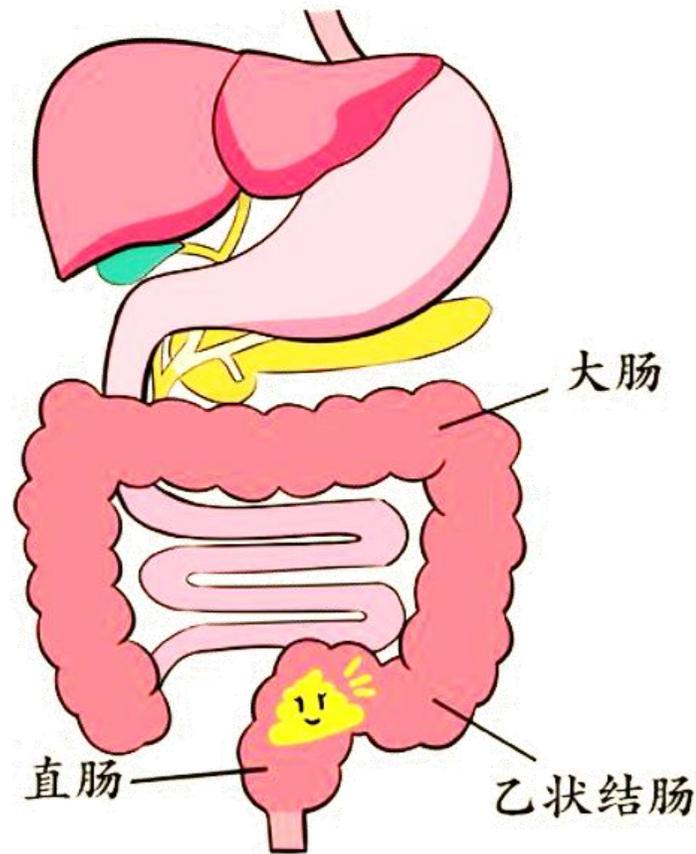
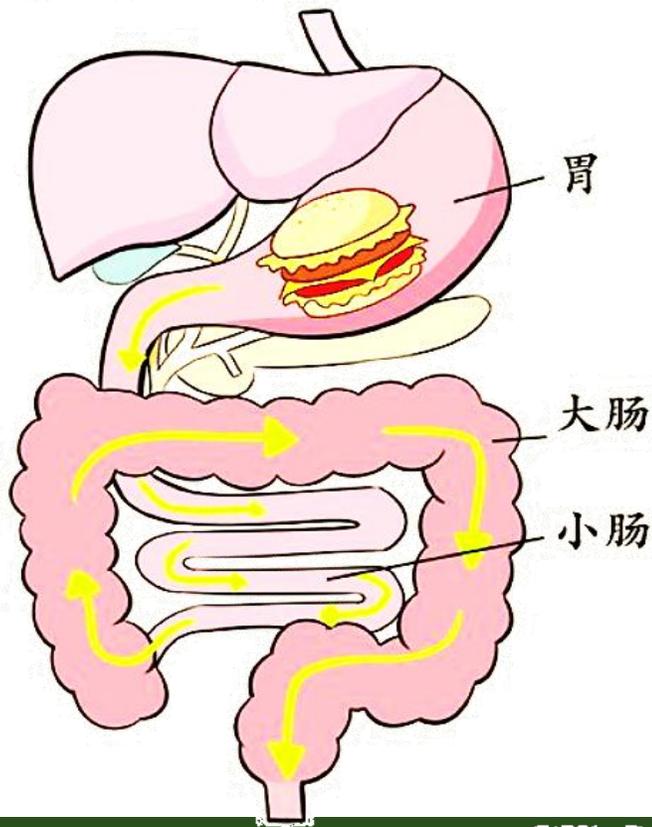
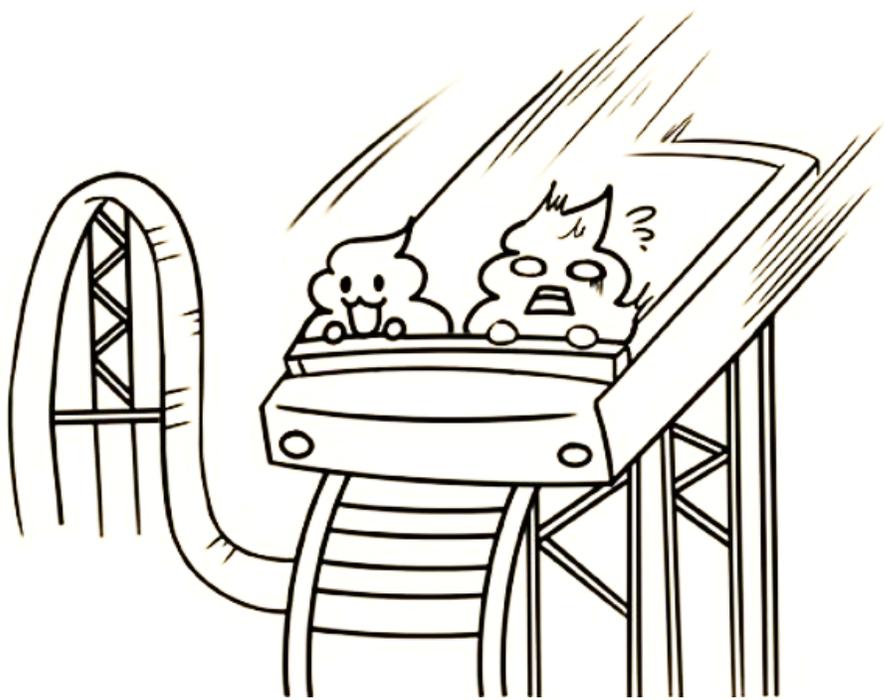


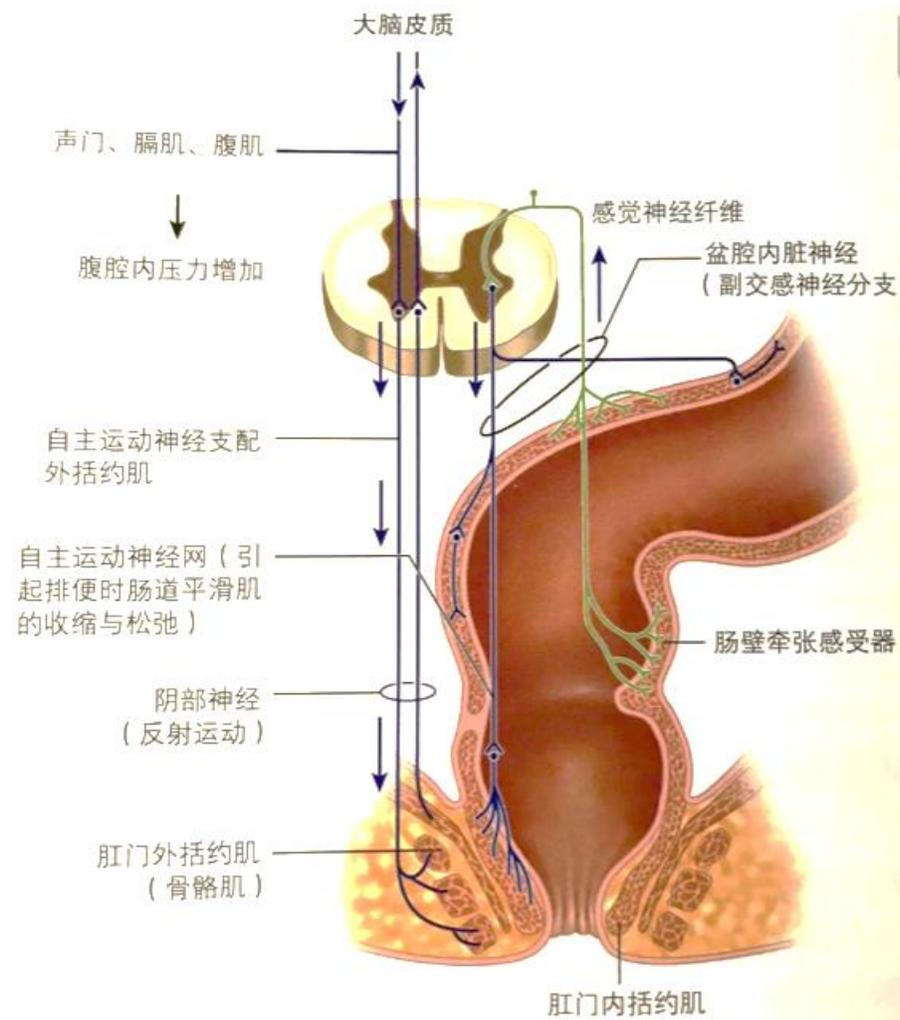
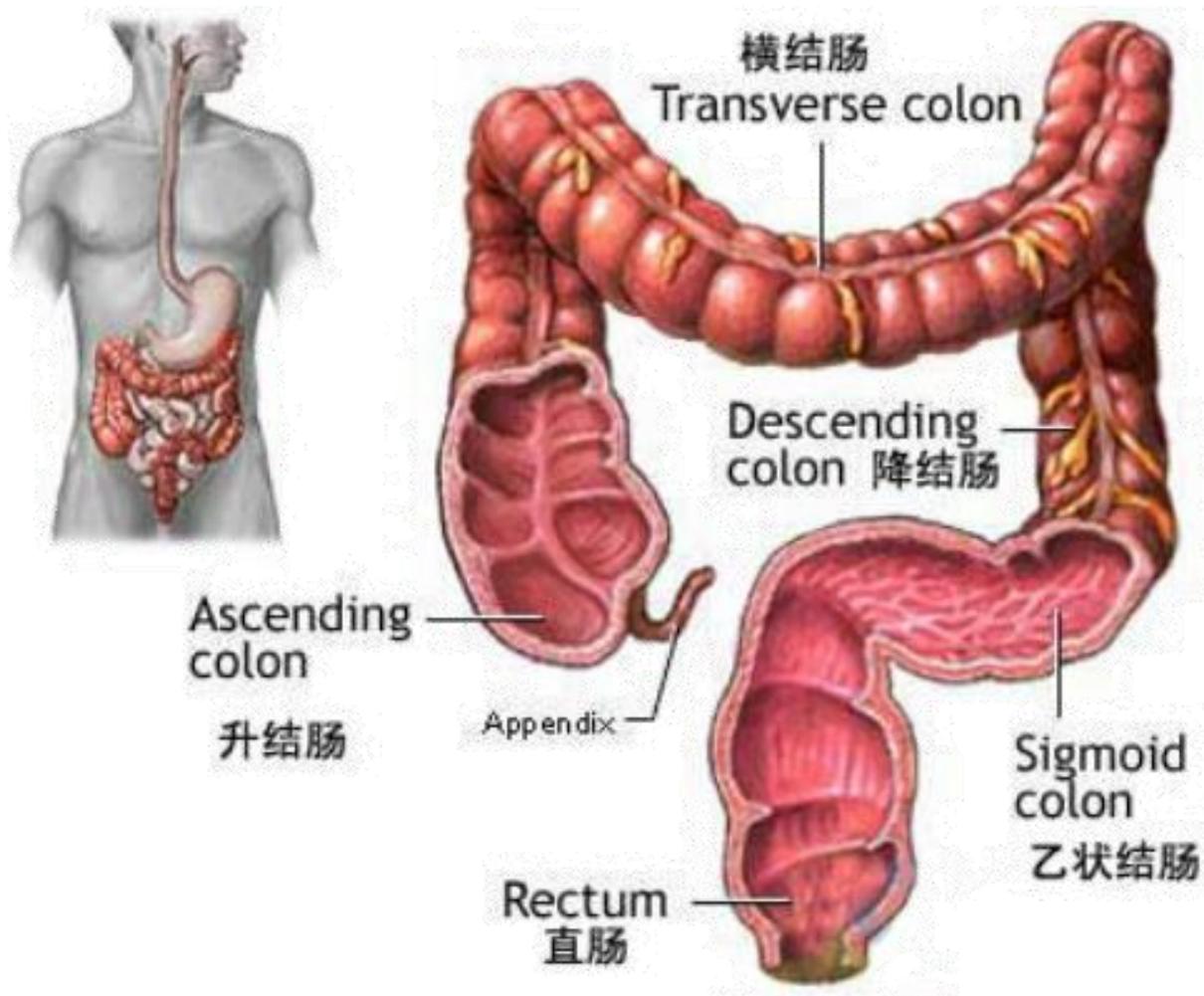
大便是怎么形成的？

大便的形成是一个复杂的过程，食物经过消化系统，犹如坐过山车，首先经过胃的初步消化后进入小肠。

小肠是食物消化吸收的主要场所，蛋白质、脂肪、糖类营养物质都是在小肠中被消化和吸收。

之后，剩下的食物残渣和大量的水分进入大肠中。大肠吸收了水分后，剩余不能被消化的残渣就会慢慢变成大便储存在乙状结肠和直肠。





排便活动受大脑控制，意识可以促进或抑制排便！



一、排便活动的评估——影响排便因素



正常排便受意识控制，自然，无痛苦，无障碍的一个过程。





一、排便活动的评估——影响排便因素



生理因素——年龄



**N系统发育不完善
排便不受意识控制**



**腹壁肌肉张力下降
胃肠蠕动减慢、肛门括约肌松弛**



一、排便活动的评估——影响排便因素



生理因素——一个人排便习惯



固定的时间



固定的便器



固定的某些活动



一、排便活动的评估——影响排便因素



心理因素



精神抑郁、肠蠕动减少导致便秘哦！



负面情绪



引起神经功能紊乱

情绪紧张、焦虑导致迷走神经兴奋，肠蠕动增加，腹泻哦！



一、排便活动的评估——影响排便因素



排便小常識

如廁時

- 1 蹲板舒適，忌彎腰曲背將注意力集中在肛門施力，費使「硬骨」出來
- 2 使用坐墊較好
- 3 可用小腳撐，弄髒腳趾腳杆高，應運用腹肌和下盆底肌肉控制大腸蠕動和排便
- 4 放鬆肛門

生活習慣

- 多吃蔬果和做運動
- 不要依賴瀉藥排便
- 放鬆心情

資料來源：
港大醫學院內科學系



社会文化因素——
社会规范、个人习惯

排便习惯受到（姿势、时间、环境）
改变而改变。





一、排便活动的评估——影响排便因素



饮食与活动



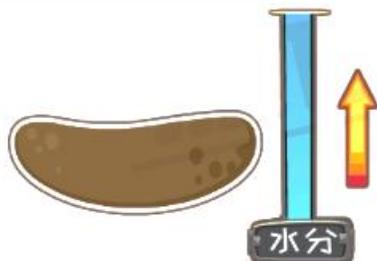
多吃蔬菜水果



让便便体积达标



每天八杯水



保持大便湿润

富含粗食纤维
足量水分摄入

锻炼身体活动肠子

轻柔按摩腹部



活动维持肌张力
，刺激肠蠕动。



一、排便活动的评估——影响排便因素



与疾病有关的因素

◆ 脊髓损伤、脑卒中、结肠炎、大肠癌

◆ 药物：

长期服用抗生素，抑制正常菌群生长而导致腹泻；麻醉药或止痛药，使肠蠕动减弱而导致便秘。

◆ 治疗和检查：

腹部、肛门手术后疼痛；肠壁肌肉麻痹；灌肠、服用钡餐



一、排便活动的评估——粪便状态的评估



次数和量



时间太短



便便太稀



拉稀



时间太长



便便干硬



排便困难

成人正常的排便**1~3次/日**

婴儿次数较多**3~5次/日**

正常成人每天的排便量**100~300g。**

成人排便超过**3次/天**——**腹泻**

每周少于**3次**——**便秘**



形状与软硬度

布里斯托大便分类法

布里斯托大便分类法			便秘
1. 坚果状便便		硬邦邦的小块状，像兔子的便便	 正常
2. 干硬状便便		质地较硬，多个小块黏着在一起，呈香肠状	
3. 有褶皱的便便		表面布满裂痕，呈香肠状	
4. 香蕉状便便		质地较软，表面光滑，呈香肠状	
5. 软便便		质地柔软的半固体，小块的边缘呈不平滑状	
6. 略有形状的便便		无固定外形的粥状	
7. 水状的便便		水状，完全是不含固态物的液体	

🔍 正常颜色



我是绿粑粑~



我是黑粑粑~



黄褐色或棕黄色

摄入大量绿叶蔬菜

摄入动物血或含铁制剂

暗绿色

无光样黑色

异常颜色



上消化道出血



果酱样大便

肠套叠、阿米巴痢疾



Bright red stool

痔疮、肛裂



霍乱
副霍乱

我是陶土粑粑~



胆道梗阻



一、排便活动的评估——粪便状态的评估



气味

与食物种类有关，腐败细菌作用有关，肉食重、素食轻。

腹泻 —— 恶臭（蛋白质）

下消化道溃疡、肿瘤 —— 腐败臭

柏油便 —— 腥臭

消化不良 —— 酸败臭（糖、脂肪）



内容物

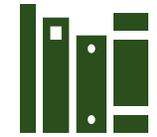
食物残渣、细菌及机体代谢物、脱落的上皮细胞等。

当有感染或出血时可见血液、脓液；有寄生虫时可见成虫。



【定义】

正常的排便形态改变，
排便次数减少，排出过干过
硬的粪便，且排便困难。



◆ 器质性

肠管器质性病变，直肠、肛门病变，内分泌或代谢性疾病，系统性疾病；神经系统疾病，肠管平滑肌或神经源性病变，结肠神经肌肉病变，神经心理障碍，药物性因素等。





排便异常——便秘的原因



◆ 功能性

- 进食量少或食物缺乏纤维素或水分不足，对结肠运动的刺激减少；
- 工作紧张、生活节奏过快、工作性质和时间变化、精神因素等干扰了正常的排便习惯；
- 腹肌及盆腔肌张力不足，动力不足，难于将粪便排出体外；
- 滥用泻药，形成药物依赖；
- 老年体弱、活动过少、肠痉挛或结肠冗长等。

盘点引起便秘的原因

1. 喝水少
2. 纤维素摄入不足
3. 缺少运动
4. 睡眠不足
5. 身体过分疲劳
6. 每天工作紧张繁忙





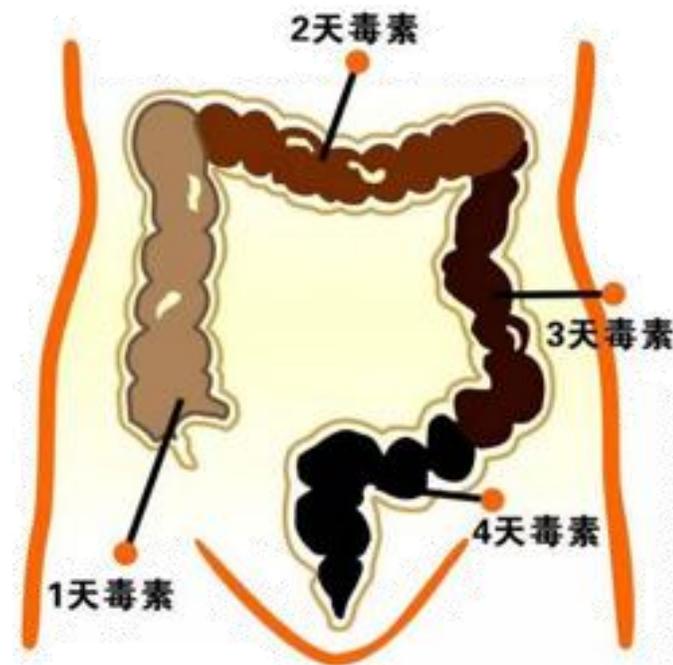
排便异常——便秘的症状和体征

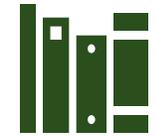


【症状】腹胀、腹痛、食欲缺乏、消化不良、乏力等。



【体征】腹部较硬实且紧张，有时可触及包块，肛诊可触及粪块。

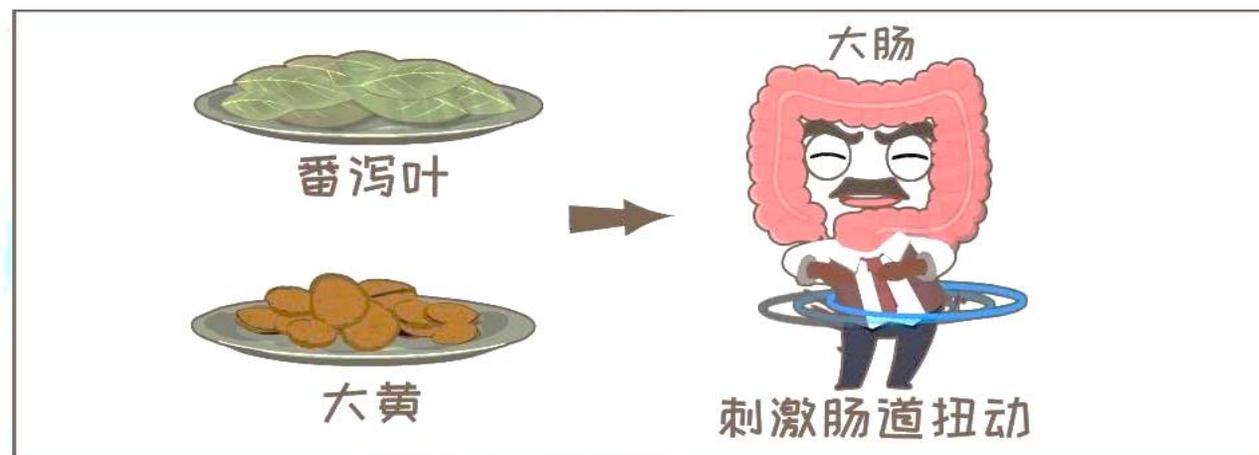




排便异常——便秘病人的护理



1. 心理护理
2. 提供适当排便环境
3. 选择适宜排便姿势
4. 腹部环形按摩
5. 使用缓泻药物
6. 使用简易通便剂





7. 健康教育

- 1) 合理安排膳食
- 2) 运动
- 3) 重建正常的排便习惯

8. 灌肠术





【定义】粪便持久滞留堆积在直肠内，坚硬不能排出。

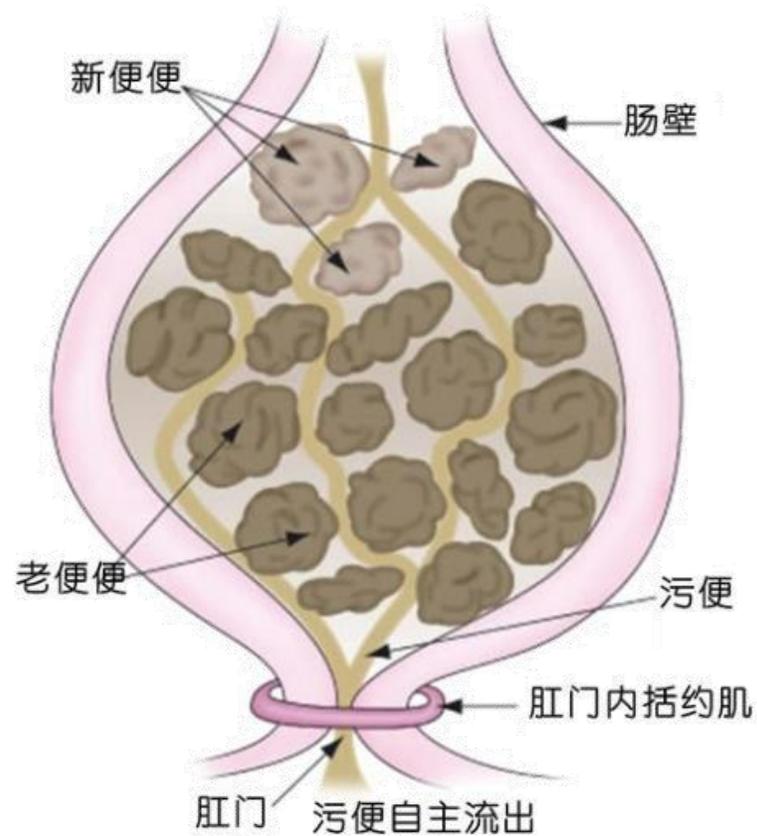
【原因】便秘未能及时解除，粪便长时间留在直肠，水分被持续吸收，乙状结肠又不断推进粪便，最终导致粪块排不出。





【症状和体征】

有排便冲动，但排不出。腹部胀痛，直肠肛门疼痛，肛门处有少量液化粪便渗出。

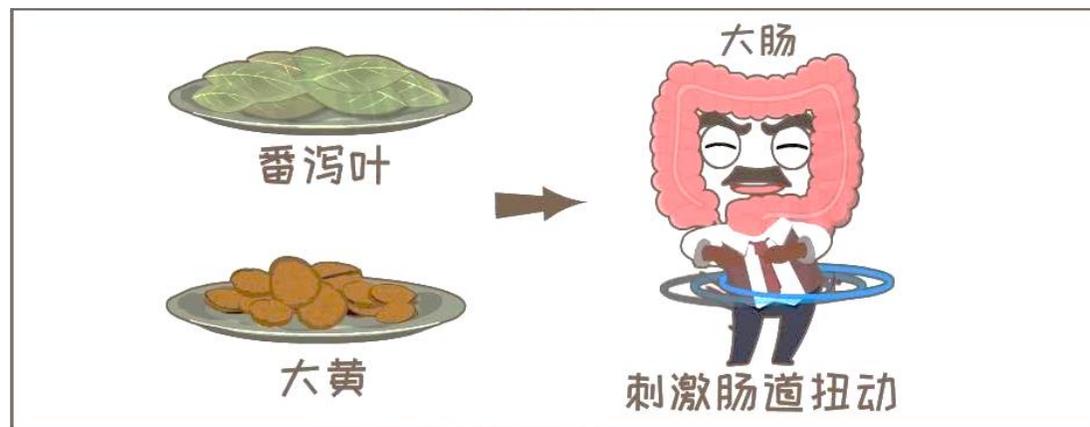




排便异常——粪便嵌塞的护理



1. 润肠
2. 灌肠
3. 人工取便
4. 健康教育



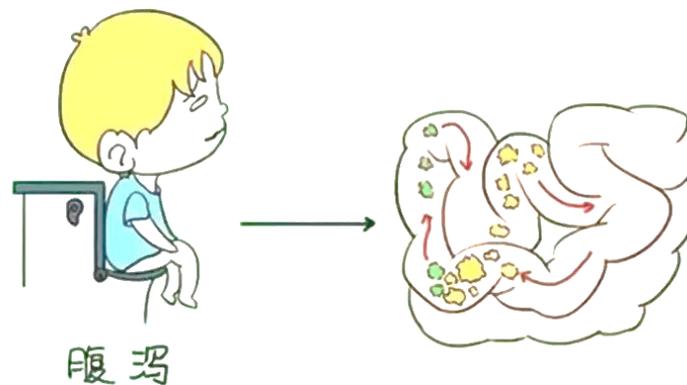


【定义】 正常排便形态改变，频繁排出松散稀薄的粪便甚至水样便。

【原因】 饮食不当或使用泻药不当；胃肠道疾病；甲亢等导致肠蠕动亢进。

【症状和体征】

乏力、肠痉挛、腹痛、恶心、呕吐、有基于排便的需要又难以控制的感觉。



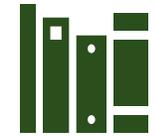


排便异常——腹泻病人的护理



1. 去除原因
2. 卧床休息
3. 饮食护理
4. 防治水和电解质的紊乱
5. 肛周皮肤的护理
6. 密切观察病情病记录
7. 心里护理





排便异常——排便失禁



【定义】 肛门括约肌失去意识的控制而不自主地排便。

【原因】 神经肌肉受损； 胃肠道疾病； 精神障碍等。

【症状和体征】 不自主排便。





1. 皮肤护理

2. 排便功能训练

- ◆ 帮助建立排便反射
- ◆ 定时刺激排便
- ◆ 指导病人肛门括约肌及盆底部肌肉收缩锻炼

3. 健康教育

4. 心里护理





【定义】 胃肠道内有过量的气体聚集，不能排出。

【原因】 摄入产气食物过多；吞入大量空气；肠蠕动减少；肠道梗阻及手术等。

【症状和体征】

腹部膨隆、叩诊呈鼓音、腹胀、痉挛性疼痛、呃逆、肛门排气过多。



1. 去除病因
2. 适当运动
3. 处理方法
 - ◆ 热敷或按摩腹部
 - ◆ 药物治疗
 - ◆ 肛管排气
4. 健康教育





三、协助排便的护理技术——灌肠法



灌肠法

将一定量的液体由肛门经直肠灌入结肠，以帮助病人清洁肠道、排便、排气或由肠道供给药物，达到缓解症状、协助诊断和治疗疾病的方法。

保留灌肠

不保留灌肠

大量

小量

清洁





三、协助排便的护理技术——大量不保留灌肠



目的

- 1.软化和清除粪便、解除肠胀气和便秘。
- 2.清洁肠道，为肠道手术、检查或分娩做准备。
- 3.稀释并清除肠道内的有害物质，减轻中毒。
- 4.灌入低温液体，为高热病人降温。

操作

评估计划

用物准备

实施步骤

注意事项





三、协助排便的护理技术——大量不保留灌肠



灌肠溶液

性质： 0.1%~0.2%的肥皂液、0.9%氯化钠溶液

用量： 成人： 500~1000ml/次； 儿童： 200~500ml/次

温度： 一般温度为39~41℃； 降温时为28~32℃；
中暑4℃ 0.9%氯化钠溶液



三、协助排便的护理技术——大量不保留灌肠



临床使用的一次性灌肠包



三、协助排便的护理技术——大量不保留灌肠



操作步骤

1

核对解释

2

安置体位

3

垫巾挂筒

4

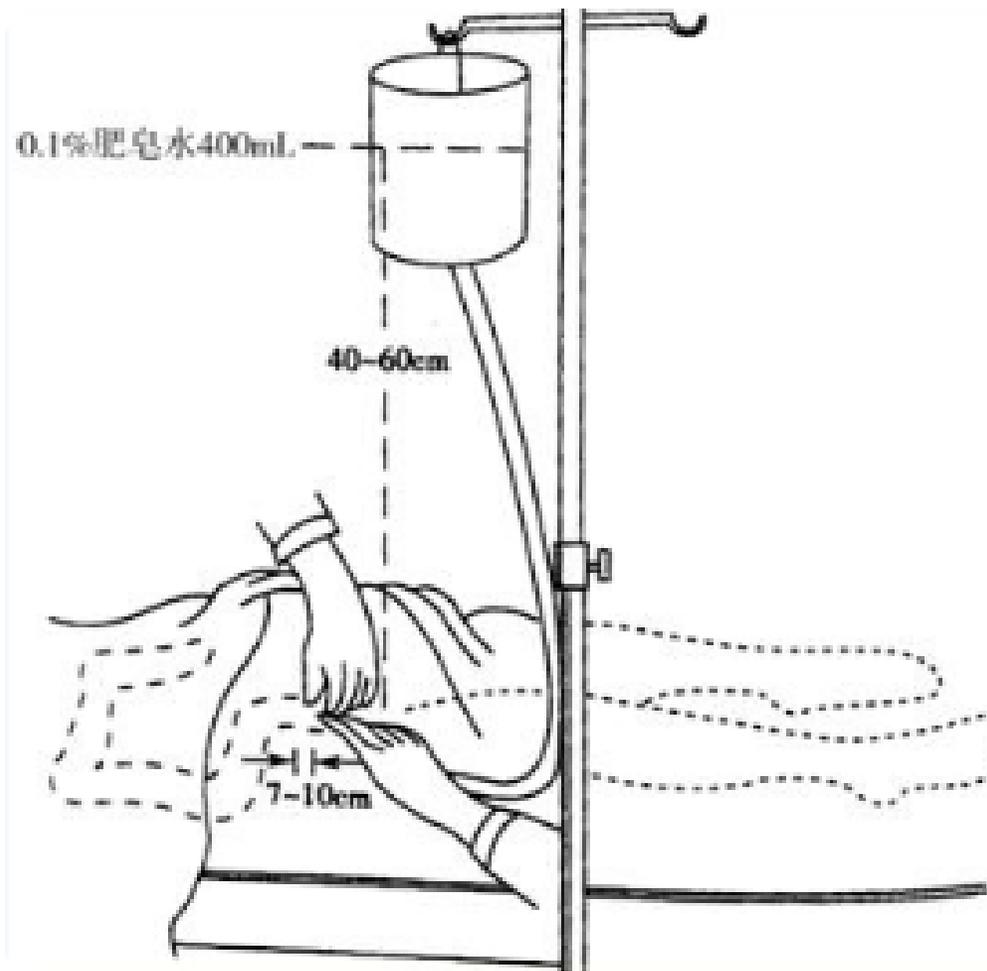
润管排气

5

插管灌液

左侧卧位，双腿屈曲，臀部移至床沿。





- ◆ 卧位：左侧
- ◆ 距离：40~60cm
- ◆ 插入深度：7~10cm/4~7cm
- ◆ 保留时间：5~10min

高热降温的病人，
液体保留**30min**后排便，之后再测量体温。



三、协助排便的护理技术——大量不保留灌肠



操作步骤

6

观察处理

7

拔出肛管

8

安置病人

9

整理观察

10

洗手记录



灌肠后解大便一次为1/E
灌肠后无大便记为0/E

如何面对灌肠过程中的**意外**？



◆液面下降过慢或停止

肛管阻塞可移动肛管或挤捏肛管

◆腹胀或便意强烈

嘱患者做深呼吸，适当降低灌肠筒高度，减慢流速或暂停片刻。

◆出现面色苍白、脉速，出冷汗、剧烈腹痛、心慌、气急等

疑有肠痉挛或出血，立即停止灌肠并及时通知医生，采取急救措施。



- 1.妊娠、急腹症、严重心血管疾病等病人禁止灌肠。
- 2.伤寒病人灌肠时溶液不得超过**500ml**,压力要低。
- 3.肝性脑病病人**禁用肥皂水**,减少氨的产生和吸收;充血性心力衰竭和钠水潴留病人**禁用生理盐水灌肠**。
- 4.准确掌握灌肠液的温度、浓度、流速等。



三、协助排便的护理技术——小量不保留灌肠



目的

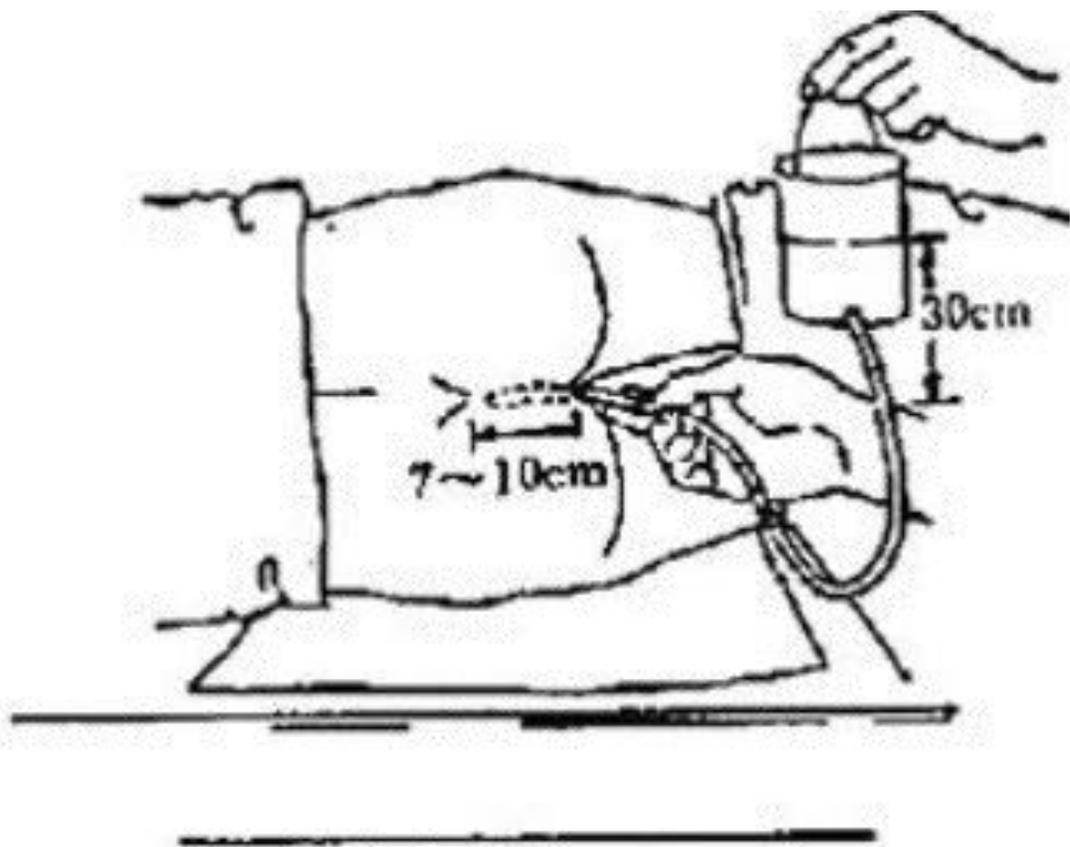
- 1.软化粪便，解除便秘。
- 2.排出肠道内的气体，减轻腹胀。

灌肠溶液

性质和量：

- “1、2、3”溶液（50%硫酸镁30ml、甘油60ml、温开水90ml）
- 甘油50ml加等量温开水
- 各种植物油120~180ml

溶液温度：38℃



- ◆卧位：左侧
- ◆距离： $<30\text{cm}$
- ◆插入深度： $7\sim 10\text{cm}$
- ◆保留时间： $10\sim 20\text{min}$



三、协助排便的护理技术——保留灌肠



目的

- 1.镇静、催眠。
- 2.治疗肠道感染。

灌肠溶液

性质和量：

- 镇静、催眠使用10%水合氯醛，剂量遵医嘱。
- 肠道抗感染用2%小檗碱、0.5%~1%新霉素或其他抗生素溶液
- 用量均不超过200ml

溶液温度：38℃



◆根据病情选择卧位：

左侧：直肠、乙状结肠

右侧：回盲部

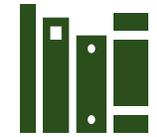
臀部抬高10cm，防止药液溢出

◆液面与肛门距离： $< 30\text{cm}$

◆插入深度： $15\sim 20\text{cm}$

◆保留时间： 1H 以上

药液全部注入后，再注入 $5\sim 10\text{ml}$ 温开水。



三、协助排便的护理技术——简易通便法



目的

协助便秘病人排便，适用于体弱老人和久病卧床便秘者。

分类

开塞露通便法
甘油栓通便法
肥皂栓通便法



保留5-10min后再排便



三、协助排便的护理技术——肛管排气法



将肛管从肛门插入直肠，帮助病人解除肠腔积气，减轻腹胀。



- ◆卧位：左侧
 - ◆插入深度：15~18cm
 - ◆保留时间：<20min
- 可间隔2~3h重复操作

The background features a complex, abstract design in various shades of green. It consists of overlapping, low-poly geometric shapes that resemble stylized leaves or facets. A fine grid of small dots is visible in the background, particularly in the upper and lower sections. The overall aesthetic is modern and digital.

谢谢观看