男患者导尿术真人版教学视频：操作要点与临床实操解析

在临床护理工作中，男患者导尿术是一项基础但关键的操作，尤其在急诊、术后或长期卧床患者中频繁应用。许多医护人员，尤其是新手护士或实习医学生，在实际操作中常因缺乏直观示范而手足无措。为此，一套真实、清晰、流程完整的“男患者导尿术（真人版）教学视频”成为提升技能的有力工具。该视频以真实患者为对象，全程记录从准备到完成的每一个细节，避免了模型模拟带来的认知偏差，真正还原临床场景。

操作前准备：不可忽视的细节

导尿前的准备工作直接影响操作成功率和患者舒适度。首先需确认医嘱、评估患者状况，包括是否有尿道狭窄、前列腺增生或近期手术史。器械准备方面，除常规导尿包外，还需备好无菌手套、润滑剂、消毒液（如碘伏）、弯盘、托盘及一次性引流袋。特别注意的是，男性尿道较长且有三个生理弯曲（耻骨前弯、耻骨后弯、尿道球部），因此导尿管插入深度通常需达18-20厘米，过浅易导致漏尿，过深则可能损伤膀胱黏膜。

视频中明确展示了如何正确打开导尿包，避免污染，并强调“非接触技术”的重要性——即所有器械仅通过包装边缘或专用夹持工具取用，确保无菌环境。此外，视频还提醒操作者应提前与患者沟通，解释步骤，缓解其紧张情绪，这对减少肌肉痉挛、提高配合度至关重要。

插管过程中的关键技巧

插管阶段是整个操作的核心难点。视频以慢速回放方式呈现了导尿管进入尿道口后的推进过程。重点在于：当导尿管前端触及尿道口时，应轻柔推进，同时观察患者反应。若遇阻力，切忌强行插入，应暂停片刻，让患者放松，必要时可轻压会阴部帮助尿道括约肌松弛。

男性尿道存在两个弯曲点，其中耻骨前弯位于耻骨联合下方，可通过轻轻提起阴茎使其变直，从而减少阻力。视频中演示了“提起阴茎至45度角”的标准姿势，这一动作能有效拉直尿道，降低失败率。一旦导尿管顺利通过尿道球部，即可继续推进至膀胱，见尿液流出后，再深入3-5厘米以确保固定。

常见误区与应对策略

不少初学者误以为“只要见到尿液就代表成功”，其实此时导尿管尚未完全到位。若过早停止推进，可能导致导尿管滑脱或引流不畅。视频中特别指出，应在确认尿液持续流出后，再推进一段距离，确保导尿管末端位于膀胱底部。

另一个常见错误是忽视润滑剂的使用。部分操作者认为“导尿管本身已带润滑”，便省略额外涂抹。但实际中，导尿管表面的润滑层在穿刺过程中容易被摩擦损耗，必须在插入前再次涂抹适量水溶性润滑剂，尤其是在尿道口附近。

此外，视频还揭示了一个容易被忽略的细节：导尿管连接引流袋时，应保持管道自然下垂，避免折叠或受压，否则会影响尿液排出，甚至引发反流感染。

术后处理与患者管理

导尿完成后，需妥善固定导尿管，防止牵拉或移位。通常采用胶布将导尿管贴于大腿内侧，避免压迫

尿道。同时，应定期检查引流情况，观察尿量、颜色、透明度，发现浑浊、血尿或异味应及时报告。

视频中也提到，长时间留置导尿管的患者需警惕尿路感染风险，建议每日清洁尿道口，保持局部干燥。若患者意识清醒，可鼓励其多饮水，促进尿液冲洗作用。

| 操作环节 | 正确做法 | 常见错误 |

|----------|----------|----------|

| 尿道口消毒 | 由内向外螺旋式擦拭 | 逆向擦拭或遗漏区域 |

| 导尿管插入 | 推进至见尿后再深入3-5厘米 | 见尿即止，未充分置入 |

| 固定方式 | 胶布贴于大腿内侧，避免压迫 | 直接缠绕阴茎或固定过紧 |

面对特殊情况的灵活调整

并非所有男性患者都具备标准解剖结构。对于老年患者，前列腺增生可能导致尿道狭窄；肥胖者可能因腹壁脂肪厚而难以准确判断尿道方向。视频中展示了针对这些情况的微调策略：如使用更细型号导尿管、借助超声引导辅助定位，或请经验丰富的医师协助。

FAQ

Q：导尿后尿液不流出怎么办？

A：先检查导尿管是否打折、堵塞或位置不当，必要时重新调整。

Q：患者疼痛剧烈是否要立即拔管？

A：应暂停操作，安抚患者，待放松后再尝试，若持续剧痛需排查尿道损伤。

Q：导尿管留置多久合适？

A：根据病情决定，一般短期留置不超过7天，长期需定期更换并评估感染风险。