两种不同清洁灌肠法的效果比较

黄坚,陈明珍,林杰
(潮州市中心医院内科门诊部,广东潮州,521000)

[摘要] **目的** 探讨传统清洁灌肠法和改良清洁灌肠法的效果。**方法** 采用单盲法将180例需行清洁灌肠的患者分为实验组和对照组,每组各90例。对照组采用传统清洁灌肠方法,实验组采用改良清洁灌肠方法。比较两组患者灌肠效果,灌肠总次数及不良反应发生的差异。**结果** 实验组患者灌肠效果优于对照组,清洁灌肠次数和不良反应发生率低于对照组,两组比较,均 $P<0.05$,差异具有统计学意义。**结论** 改良清洁灌肠法能有效地提高清洁灌肠质量,使患者更安全、舒适。

[关键词] 清洁灌肠;腹部平片;护理
[中图分类号] R472.9+1 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2013)04-0052-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.04.17

Comparisons of clinical effects of two cleaning enemas

Huang Jian, Chen Mingzhen, Lin Jie // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(4):52.

[**Abstract**] **Objective** To study the clinical effects of the traditional cleaning enema and the improved enema. **Methods** One hundred and eighty patients undergoing cleaning enema were randomly divided into the control group and the experiment group in equal number. The two groups were compared in terms of the effects, time of cleaning enema and adverse reactions. **Results** The experiment group was better than the control group concerning enema effects ($P<0.05$). The times of cleaning enema and the incidence of adverse reaction in the experiment group were fewer than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The improved cleaning enema could efficiently raise the cleaning enema effect so that the patient feel safer and more comfortable.

[**Key words**] cleaning enema; plain abdominal radiograph; nursing

清洁灌肠是影像科进行腹部和结肠检查前的常规准备工作,肠腔清洁效果的好坏直接影响着X线的显影清晰度与诊断。在平时工作中我们发现,传统清洁灌肠法由于采用的体位、肛管插入的长度、灌肠的压力等原因影响了清洁灌肠效果及效率。为了提高清洁灌肠质量,确保患者安全、舒适。笔者自2009年3月~2012年8月对传统清洁灌肠法进行了改良,经过实践,取得较好效果。现将方法和结果报道如下。

[收稿日期] 2012-12-16
[作者简介] 黄坚(1966-),女,广东潮州人,副主任护师,大专,主要从事临床护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2009年3月~2012年8月在本院门诊就诊,疑为泌尿系结石需行腹部平片或静脉肾盂造影前需清洁灌肠患者180例,排除肛门、直肠、乙状结肠器质性疾病患者。采用单盲法将180例患者随机分为实验组和对照组,每组各90例。实验组男48例,女42例,年龄18~71岁,中位数35.5岁;对照组男46例,女44例,年龄16~74岁,中位数35.0岁。两组患者一般资料比较,$P>0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

[7] 金锡,宋波.临床尿动力学[M].北京:人民卫生出版社,2002:268.
[8] 方建伟,刘玉君.盆底生物反馈联合电刺激治疗男性TURP术后尿失禁的临床观察[J].中国男科学杂志,2009,23(12):56-57.
[9] 冯仕娜.综合护理对脑卒中尿失禁患者康复的影响[J].现代临床护理,2012,11(1):22-23.
[10] 徐梅玉,吕雄胜,马平都.对脑卒中后尿失禁患者实施综合护理干预的效果观察[J].护理研究,2005,19(5A):789-799.

[本文编辑:郑志惠]

1.2 方法

两组患者均采用一次性冲洗袋,灌肠液为39~41℃生理盐水500~1500 mL。

1.2.1 对照组 采用传统清洁灌肠方法,即患者取左侧屈膝卧位,灌肠器距肛门40~60 cm,肛管插入深度为7~10 cm(到达直肠骶曲处),松开调节器,使灌肠液匀速流入肠腔,若液体流入受阻,可移动肛管并挤压莫菲氏管,排除粪块堵塞肛管。灌注完毕,撤出肛管。嘱患者用手掌轻压腹部并自左边沿结肠解剖位置向右环行按摩,尽量保留5~10 min后再排便[1]。排便时,嘱患者观察大便的排出情况,一般清洁肠道彻底时,患者多自述最后1次排便时无粪渣排出,仅排出水液;清洁肠道不彻底患者自述最后1次排便时仍可见排出稀粪渣,这时应重复灌肠1次,直至排出水液为止。在灌肠过程中注意观察患者情况,发现异常立即停止操作。

1.2.2 实验组 采用改良清洁灌肠法,患者取右侧屈膝卧位,臀部抬高30°。将温生理盐水装入冲洗袋,放置距肛门60~100 cm高度处固定,充分暴露臀部,石蜡油充分润滑肛管及肛门,排出管内气后经肛门缓慢插入直肠。肛管插入长度在原有的基础(7~10 cm)上增加13~15 cm,即插入的长度为20~25 cm:操作者把肛管顶端从肛门朝肚脐方向徐徐推进肛内约4 cm,有松落感(通过肛肠环),然后肛管再向前移动约68°,使肛管纵轴朝向骶骨轴向,再缓缓地插入3~5 cm,即到达直肠骶曲处,再继续缓慢插入13~15 cm,若到达乙状结肠处插入时遇到阻力,可先灌入少量液体,然后轻轻拔出肛管少许,转动一下,再行插入,松开调节器,使灌肠液(500~1500 mL)匀速流入肠腔。其他措施与对照组相同。

1.3 观察指标

1.3.1 灌肠效果 肠道清洁度用X线对肾脏及腰大肌显影清晰度来判定。Ⅰ级(好):肾影及腰大肌轮廓清晰;Ⅱ级(较好):肾影及腰大肌可见,局部细小病变较难观察,较大的病变仍能显示;Ⅲ级(差):肾影及腰大肌不分明而必须重新摄片[2]。

1.3.2 灌肠次数 观察记录患者清洁肠道彻底所灌肠的次数。

1.3.3 不良反应 观察患者心慌气短、肛门坠胀感、灌肠液外溢、肛直肠黏膜损伤或出血发生情况。

1.4 统计学方法

数据均采用SPSS 11.5统计软件进行统计学分析。两组患者灌肠效果和灌肠次数比较采用秩和检验,两组患者不良反应比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者灌肠效果比较

两组患者灌肠效果比较见表1。从表1可见,实验组患者灌肠效果优于对照组,两组比较,$P<0.05$,差异具有统计学意义。

表1 两组患者灌肠效果比较 n(%)

组别	n	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
实验组	90	61(67.8)	24(26.7)	5(5.6)
对照组	90	38(42.2)	34(37.8)	18(20.0)
Z			3.73	
P			< 0.05	

2.2 两组患者灌肠次数比较

两组患者灌肠次数比较见表2。从表2可见,实验组患者灌肠次数少于对照组,两组比较,$P<0.01$,差异具有统计学意义。

表2 两组患者灌肠次数比较 n(%)

组别	n	≤3	4~5	≥6
实验组	90	48(53.3)	32(35.6)	10(11.1)
对照组	90	30(33.3)	41(45.6)	19(21.1)
Z			2.82	
P			< 0.01	

2.3 两组患者不良反应比较

两组患者不良反应比较见表3。从表3可见,实验组患者不良反应发生率低于对照组,两组比较,均$P<0.05$,差异具有统计学意义。

3 讨论

3.1 肛管、直肠、结肠的生理解剖特点

肛管长约3 cm,肛门静息时肛道长轴方向指向肚脐,且内有一个由外括约肌深部、耻骨直肠肌、内括约肌和直肠纵肌纤维组成的环肌,为肛直肠环。另外,人体在屈髋位时肛道长轴与直肠纵轴形成的平均夹角(肛直肠角)为112°,则肛直肠偏角为180°-112°=68°[3]。直肠上端平第3骶椎处接乙状结肠,下端至盆膈处续肛管,长约12~15 cm,有两个弯曲:上段与骶骨前面的曲

表 3 两组患者不良反应比较 n（%）

组别	n	心慌气短	肛门坠胀感	灌肠液外溢	肛直肠黏膜损伤（出血）
实验组	90	13（14.4）	7（7.8）	7（7.8）	0（0.0）
对照组	90	24（26.7）	16（17.8）	22（24.4）	9（10.0）
χ^2		4.12	4.04	9.25	7.49
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

度一致，形成一凸向后的弯曲，为骶曲，最凸点距肛门 7 ~ 9 cm；下段绕过尾骨尖前面转向后下方，形成一凸向前的弯曲，为会阴曲，最凸点距肛门 3 ~ 5 cm[3]。结肠介于盲肠与直肠之间，分为升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠。结肠的主要机能是吸收水分和储存粪便。通常直肠内没有粪便，仅在排便前或排便时，才有粪便充盈，后者将粪便向远端推送。清洁灌肠是由直肠注入液体，通过乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠，达到软化粪便、刺激肠蠕动，从而达到清洁肠道的目的。根据结肠的生理解剖特点，灌肠时液体的流动需要克服如下阻力：①肠管自身的曲折和肠道内容物的堵塞形成的阻力；②液体沿肠道自低处往高处流动产生的重力；③直肠因受刺激产生节段收缩出现的集团蠕动力；④肠管功能性或病理性痉挛产生的紧张力等[4]。

3.2 改良清洁灌肠法提高了清洁灌肠的质量

传统的清洁灌肠法由于采用的体位、肛管插入的长度和技巧、灌肠的压力等原因影响了清洁灌肠效果及效率，致 X 线显影清晰度欠佳，灌肠液外溢，灌肠时间延长，灌肠次数增多，患者发生心慌气短、肛门坠胀感、肛直肠黏膜损伤（出血）等不良反应。针对传统清洁灌肠法存在的不足，笔者改变灌肠的体位、增加压力、延长肛管插入的长度，插管操作的角度顺应人体所固有的解剖角度进行清洁灌肠，与传统清洁灌肠法比较，实验组患者灌肠效果优于对照组，灌肠次数和不良反应发生率低于对照组（均 $P < 0.05$）。原因分析如下，实验组患者采用右侧屈膝卧位，抬高臀部 30°，采用此种体位时，由于肛门直肠位置较高，升结肠处于低位，与直肠间产生压力差。利用地心引力和静水压原理，通过升高灌肠的压力（灌肠液距肛门 60 ~ 100 cm），液体可通过肛管顺利进入乙状结肠和降结肠，过结肠脾曲后又能凭自身的重力及加速度流动，进入横结肠和升结肠，且同时患者用手掌轻压腹部并沿结肠解剖位置从左向右环行按摩，更有利于粪便充分软化及灌肠液对肠壁造成均衡刺激，使肠道清洁更彻底，提高了灌肠效果，另外，肛管插入 20 ~ 25 cm，此长度可使肛管到达乙状结肠，减少对直肠的直接刺激而产生的便意，使排便时间延迟，进一步软化大便，提高了清洁灌肠的质量。

3.3 改良清洁灌肠法降低了清洁灌肠并发症的发生

直肠内括约肌松弛反射不仅呈“容量依赖性”，即在一定范围内，直肠扩张量越大，肛压下降越多，持续时间越长，而且还显示了“速度依赖性”，即直肠扩张越快，肛压下降越快，幅度越大[5]。当灌肠液量多、进入直肠速度较快时，内括约肌即迅速、充分松弛，肠道内的液体对肠壁产生压力，使患者有便意感。为了达到灌肠效果，较长时间保留灌肠液，患者需耐受肠蠕动收缩波，所以大多数患者会有不同程度腹部胀痛的感觉，但多可耐受。传统灌肠方法，肛管插入不深，肛管前端仅能到达直肠处，灌肠液直接进入直肠，一方面，直肠受肛管及灌肠液的刺激，便意提早产生；另一方面，灌肠液常常达不到结肠上段，造成大量灌肠液不能通过结肠脾曲而积存在直肠和乙状结肠中，这样，容易使灌肠液外溢，结肠内粪便未能充分软化，不易排出，而较强烈的便意又使患者排便时过度用力屏气，加重心脏负荷，加上多次灌肠使患者体力不支，故会感到心慌、气短。采用改进后的清洁灌肠方法，肛管插入 20 ~ 25 cm，此长度可使肛管到达乙状结肠，减少对直肠的直接刺激而产生的便意，使排便时间延迟，粪块易于软化，排便顺利。传统灌肠法由于灌肠次数较多，多次插入肛管，刺激齿状线以下的脊神经即肛门神经，由于该神经对疼痛反应敏感[6]，可使患者疼痛不适，肛门坠胀感强烈。改进后的清洁灌肠由于灌肠次数减少，肛管插入肛道的角度顺应人体所固有的肛直肠角的变化而改变，减少肛管对肠管的刺激，肛门坠胀感、肠黏膜损伤明显减轻。