维普资讯 http://www.cqvip.com

压药，一条快速补充血容量，维持有效循环，并做好输血准备，必要时输给全血，使血压迅速回升，纠正休克。意识状态是脑损伤的程度和反映病情发展状况的重要标志。因此，护士必须严密观察病人意识的变化。昏迷是意识障碍最严重的表现，昏迷加深常提示颅内病变的加重；昏迷稳定且意识逐渐恢复，常为病情好转的表现。病人的意识状态往往会经历烦躁不安、嗜睡、朦胧状态、浅昏迷、深昏迷五个阶段的演变，可预示病情的变化。如果不仔细观察意识状态，做出正确分析判断，常会延误病情，造成不良后果。

（编辑：黄春霞）

直肠造瘘术后两种不同灌肠方法的效果分析

袁 虹

（重庆医科大学附属第一医院妇科，重庆 400016）

［关键词］直肠造瘘术；灌肠法

［中图分类号］R452 ［文献标识码］B ［文章编号］1672－5042(2004)02－0138－01

在日常护理工作中，经常要为直肠造瘘术后患者灌肠。由于造瘘口无括约肌，采用常规的肛管灌肠法，液体会从造瘘口溢出或喷溅，有时还会从原肛门处溢出，从而使灌入肠内的灌肠液量减少而影响灌肠效果，并给护理工作带来很大的难度和不便。我科通过对20例卵巢癌直肠转移行直肠造瘘术后肠梗阻的患者采用新方法灌肠后，其效果明显优于常规的灌肠方法，现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 分组

将20例患者随机分为实验组10例、对照组10例。

1.2 实验组

备好直径为7 mm的硅胶尿管及塑料肛管各一根，纱布两张，一次性指套一只。协助患者取平卧位或侧卧位，原则是造瘘口方向朝上，下肢稍屈曲，腹部放松，嘱患者采用胸式呼吸以降低腹压。将尿管接上灌肠连接管，润滑后轻插入造瘘口10～15 cm，同时，辅助者将肛管端裹上纱布8～10层，外套指套，润滑后插入原肛门以避免液体外溢（纱布厚薄以能插入肛门为准）。将灌肠容器降至30～40 cm高度，打开液体开关使灌肠液缓慢流入。因为造瘘口无括约肌，患者无法控制液体的反流，因此，待液体全部灌完后关闭开关，尿管保留在体内，并用纱布堵住造瘘口，嘱患者适当调整体位，以延长液体在体内的滞留时间，更好地达到润肠稀释的目的。患者感觉到液体回流时，取侧卧位，用便盆接于造瘘口下方，避免污染患者身体，同时用纱布遮住造瘘口以免液体外溅，灌入的液体一般不会一次排完，待第一次排完后，拔出尿管，用纱布堵住造瘘口，嘱患者适当调整体位并采用腹式呼吸或收腹，以增加腹压，有助于液体及粪质的排出。

1.3 对照组

备肛管一根，肛管材质同实验组，采用常规的从造瘘口用肛管灌肠法，操作中灌肠容器的高度、液体流速控制同实验组，原肛门不予堵塞。

1.4 效果观察标准

显效：灌肠一次成功；有效：灌肠两次成功；无效：灌肠三次以上成功或不成功。

2 结果

实验组中显效9例，有效1例，没有无效病例，对照组中显效1例，有效2例，无效7例（见表1）。

表1 肛管灌肠与肛管配合尿管灌肠效果比较

	显效	有效	无效	合计
实验组	9	1	0	10
对照组	1	2	7	10

3 讨论

直肠造瘘术后造瘘口无括约肌，单用肛管灌肠时，由于肛管较硬，插入深度不够，灌入液量不多，且易从原肛门及造瘘口溢出或喷溅，使有效灌肠液量减少，灌肠的成功率较低，需要多次灌肠才能解除肠梗阻，从而增加了患者的痛苦和护理人员的工作量。采用肛管配合尿管灌肠的方法，尿管质软而纤细，容易插入，用肛管堵塞原肛门又可防止液体溢出，避免了有效灌入液量的减少，克服了对造瘘术后患者单纯肛管灌肠的诸多缺点，使灌肠效果得到显著提高。

（编辑：雷 艳）

［收稿日期］2004－01－19 ［修回日期］2004－02－22