维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2003)06-0833-02

灌肠致肛直肠损伤的观察及护理

张 华,何代文,陈绪碧

(重庆医科大学临床学院普外科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R657.1+2;R473.6 【文献标识码】B 【收稿日期】2003-01-17

灌肠致肛直肠损伤是临床上较常见的并发症之一。肛直肠损伤主要是灌肠操作不当,用力过大;肛管材料质地较硬,插入端不光滑等引起的。作者从1996年2月~2001年10月对315例纤维结肠镜检查前曾行灌肠者观察发现,143例(45.39%)有不同程度的肛管皮肤或/和直肠粘膜损伤,其中直肠粘膜损伤121例(38.41%),肛管皮肤损伤22例(6.98%)。可见,临床上灌肠后造成直肠机械性损伤的发生率是较高的。现就其发生原因、急救护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组灌肠患者315例,男性142例,女性173例,315例中308例(97.8%)是因纤结镜检查前肠道准备差,未达到A、B级清洁度而采用清洁灌肠作为补救措施。1例(0.31%)因胆囊切除术前灌肠后便血约500ml而暂停手术,于第二天行纤结镜检查。

1.2 灌肠肛管

灌肠常用肛管有两种。315例中52例用橡胶肛管(肛管质地较软,头端开口不光滑,反复消毒后易变形)。269例用硅胶肛管(质地适中,头端开口光滑)。

1.3 肛直肠损伤情况(见表1)

142例男性患者中,肛直肠损伤45例(31.6%);179例女性患者中,肠直肠损伤98例(54.75%)。直肠粘膜损伤均发生在直肠前壁,距肛齿线2~5cm;粘膜损伤创面宽约0.3~0.6cm,创缘不齐,长度1~5cm不等,损伤长轴均为肛口方向。121例直肠粘膜损伤者中70例仅有1条伤痕,44例有两条并列伤,而7例可见3条伤口,并发现伤痕数与灌肠次数有关。肛管皮肤损伤仅表现为皮肤的裂伤。陈旧性裂伤指灌肠已在3天以上,伤口感染,创面已为黄色脓性分泌物覆盖者。

表1 肛直肠损伤情况

损伤部位	肛管类型		总例数(%)
	橡胶肛管例数(%)	硅胶肛管例数(%)	
直肠粘膜损伤	73(23.17)	1(3.17)	74(23.49)
直肠粘膜及粘膜下肌层损伤	15(4.76)		15(4.76)
直肠粘膜擦伤(粘膜未破损)	24(7.62)	2(9.52)	26(8.25)
陈旧性直肠粘膜损伤	6(1.90)		6(1.90)
肛管皮肤损伤	21(6.67)	1(3.17)	22(6.98)
损伤总例数	139(44.13)	4(12.69)	14(45.39)

1.4 临床症状

灌肠致肛直肠损伤的临床症状主要为肛门疼痛和便血。疼痛发生在损伤即刻,肛管皮肤损伤表现为插管时肛门部剧烈疼痛;直肠损伤表现为胀痛。肛直肠损伤便血量一般较少,不引起患者重视。仅在纤结镜检查时发现肛门皮肤血染,或直肠腔内可见血丝、血凝块、粘膜有伤口。损伤重,出血较多时,灌肠后第1次排便即呈洗肉水样(有大量灌肠液混合),甚至鲜血便。其中有9例患者便血量在300~500ml左右。纤结镜检查证实直肠裂伤深达粘膜下肌层。后期症状随着粘膜伤口感染,可出现坠胀,大便次数增多或伴粘液血便等。

2 急救护理

2.1 严密观察生命体征

密切观察面色、意识、腹痛、便血等情况,监测体

作者介绍:张 华(1971-),女,护师,
主要研究方向:基础护理

维普资讯 http://www.cqvip.com

温、呼吸、脉搏、血压、尿量等,保护好重要脏器,预防并发症发生。

2.2 禁食、输血、补液

患者出现肛直肠损伤并发症后(出血量较多>500ml),为患者进行输液、补充血容量。

2.3 快速止血

积极应用各种止血措施,在患者出现便血的初期,将 6 氨基乙酸 0.2~0.4g 加入 5%葡萄糖盐水 250ml 中静滴;出现暗红色便血时,每 6h 向患者肛管内灌入冰盐水 50ml,内加去甲肾上腺素 8mg 保留灌肠共 4 次,部分患者有效。对 24h 便血未停止者应行纤结镜检查。本组 4 例患者 24h 内便血稍多,局部填塞浸有 0.1%去甲肾上腺 12mg 纱条后出血停止;1 例因裂伤较大出血较多,而选用电凝止血使出血停止。

2.4 安全护理

对肛直肠损伤出血躁动患者,要使用约束带、床栏等保护架,防止其坠床。

3 讨 论

3.1 原因分析

3.1.1 灌肠液因素

灌肠液常用 0.1%~0.2%肥皂液、生理盐水,每次灌入量以 500ml~1000ml 为限,温度以 39℃~41℃为宜。如灌肠液过多过浓、温度过高,可引起过强刺激以致损伤结肠粘膜,应避免[1]。

3.1.2 灌肠肛管选择不适

灌肠前应检查肛管自身是否光滑,肛管头端开口边缘是否柔软、整齐。当肛管插入直肠抵在直肠粘膜上时,松软的粘膜往往突入肛管头端的开口内,如果肛管头端开口边缘过硬、不光滑,将以突入的粘膜为起始点造成直肠粘膜的撕裂伤。目前临床上常用两种灌肠肛管,橡胶肛管损伤率达 51.6%,硅胶肛管灌肠所致损伤率仅为 7.6%,故宜选用优质硅胶肛管或多孔喷淋硅胶肛管。多孔喷淋硅胶肛管与传统肛管相比,使肛管均匀受力,改变了过高压力冲击局部粘膜。

3.1.3 灌肠操作不当

位于肛直肠连合部的耻骨直肠肌的收缩,维持着直肠壶腹轴和肛管自身之间直角关系[2];又由于腹内压作用,直肠前壁紧贴于肛管上部,所以当灌肠肛管经肛门直接插入,其头端直抵直肠前壁,如果用力过大,必然造成前壁粘膜损伤。灌肠肛管的正常插入方法是:将肛管头端向后转 90 度角,使肛管与直肠壶腹轴一致后再慢慢插入 10~15cm。插入时如遇阻力,可先灌入少量液体,然后轻轻拔出少许肛管,转动一下再行插入[3]。如病人感觉腹胀或有便意,可适当降低灌肠筒高度以减慢灌速或暂停片刻,嘱病人张口深呼吸以放松腹肌,减轻腹压[1]。这样可减少因压力过高造成的损伤。

3.1.4 生理解剖的原因

会阴下垂综合征在女性中更为常见,这类患者由于增加了直肠前壁传送的腹内压而促进粘膜脱出进入上部肛管,这种前壁粘膜脱出(AMP)[4]或许是女性患者在肛管插入时直肠前壁更易受到机械性损伤的原因(54.75%)。

3.2 护理体会

3.2.1 护士操作应稳、准、轻、慢。灌肠是外科患者术前肠道准备的基本措施,操作虽不复杂,但致不同程度的肛直肠损伤时有发生,轻重不等。护士在为患者插管前应轻柔地作肛门指检,以使肛门括约肌适应,操作者并能体会肠腔的走向。

3.2.2 密切观察病情变化,密切观察面色、呼吸、脉搏、体温、末梢循环等,并详细地观察患者解便颜色、性状及有无腹痛等情况。对下消化道出血患者,频繁血便,经止血等处理 12h 后便血未见好转者,应首先考虑肛直肠粘膜损伤的可能,其准确诊断措施应为首选纤维结肠镜。既可明确诊断,又可进行救治。在灌肠过程中,如有腹痛、腹胀、流出液有较多鲜血或出现休克现象,应立即停止灌肠。

参 考 文 献

[1] 陈维英,丁言雯,朱湘云,等. 基础护理学[M]. 第 3 版,江苏:江苏科学技术出版社,1997:147-149.

[2] Lane RHS, Parks AG. Funcion of the sphinctes following caloanal anastomisis[J]. Brithish Journal of Surgery, 1987;64:596.

[3] 甘兰君,梅祖懿,林菊英,等. 护理学基础[M]. 第 1 版,北京:人民出版社,1987;64:596.

[4] Parks AG, porter NH, Hardcastle Jp. The syndrome of the descending perineum[J]. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1986;59:477.