

开塞露低压灌肠解除急诊便秘患者的临床观察

胡娟

三峡大学第一临床医学院 宜昌市中心人民医院急诊科 湖北 宜昌 443003

【摘要】目的：探讨开塞露低压灌肠法在急诊科便秘患者中的临床应用效果，并与传统大量不保留灌肠法进行对比。方法：将2023年3月至2024年3月期间在我院急诊科就诊的36例便秘患者随机分为观察组和对照组，每组各18例。观察组采用一次性注射器连接一次性吸痰管进行开塞露40ml低压灌肠，对照组采用传统大量不保留灌肠法用生理盐水500ml灌肠。比较两组患者的操作时间、灌肠液保留时间、渗漏情况、患者舒适度及排便效果。结果：观察组的操作时间短于对照组，灌肠液保留时间长于对照组，渗漏情况少于对照组，患者舒适度和排便效果均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：开塞露低压灌肠法操作简单方便、使用安全、病人无痛苦、皮肤和床铺无污染，值得在急诊科推广应用。

【关键词】：急诊；便秘患者；一次性注射器；一次性吸痰管；开塞露；低压灌肠

DOI:10.12417/2811-051X.25.09.021

1 引言

急诊科作为医院救治急危重症患者的重要场所，经常会遇到各种复杂病情的患者，其中习惯性便秘患者较为常见，且以老年患者居多。这些患者由于年龄大、病程长，常存在意识障碍、吞咽困难、肢体瘫痪等问题，导致大便干结或排出困难，给患者带来身体上的痛苦，还可能影响其原发疾病的治疗和康复。这些患者往往因多种原因导致大便干结或排出困难，经口服泻药、腹部按摩等常规方法难以有效缓解便秘症状，不仅给患者带来身体上的痛苦，还可能影响其原发疾病的治疗和康复。因此，寻找一种安全、有效、便捷的便秘解决方法对于急诊科医护人员来说至关重要。灌肠法作为一种常用的协助排便手段，在临床实践中得到广泛应用。传统的大量不保留灌肠虽然在一定程度上能够缓解便秘，但存在操作繁琐、患者耐受性差、易出血等并发症问题。而开塞露作为渗透性缓泻剂，其50%甘油成分可通过高渗作用软化粪便，刺激肠壁反射性收缩，其低压灌肠法在近年来逐渐受到关注。本研究旨在观察开塞露低压灌肠法在急诊便秘患者中的应用效果，并与传统大量不保留灌肠法进行对比分析，为临床实践提供参考依据。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选择2022年3月~2023年3月期间在我院急诊科就诊的便秘患者共36例。（1）纳入标准。①因各种原因导致大大便干结或排出困难，需要行灌肠术；②年龄 ≥ 60 岁；③意识清楚，能够配合治疗和护理操作；④无严重的心、肺、肾等重要脏器功能衰竭。（2）排除标准。①肠梗阻患者；②肛门、直肠手术史患者；③对开塞露过敏者。（3）共纳入36例，随机分为观察组和对照组。①观察组：男8例，女10例，平均年龄75

±5岁，便秘病程 3.2 ± 1.5 年。②对照组：男12例，女6例，平均年龄 72 ± 4 岁，便秘病程 3.5 ± 1.8 年。两组基线资料无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

2.2 方法

2.2.1 观察组（开塞露低压灌肠法）

（1）准备工作：操作前向患者解释操作目的、过程及注意事项，以取得患者的配合。协助患者取左侧卧位，臀部抬高 30° ，臀下垫枕，使乙状结肠处于较低位置，便于开塞露溶液顺利流入肠道。同时，准备好一次性50ml注射器、开塞露40ml、一次性吸痰管、纱布等物品。（2）插入吸痰管：用一次性50ml注射器抽吸开塞露40ml，连接一次性吸痰管。然后排气并挤出少许开塞露至纱布上，用纱布润滑吸痰管前端，以减少插入时的摩擦力和不适感。操作者戴无菌手套，轻柔地将吸痰管插入肛门20cm。若插入时遇到粪便的阻力，要轻轻旋转吸痰管并注入开塞露少许，再继续缓慢插入，避免强行插入损伤肠道黏膜。（3）注入开塞露：匀速缓慢推入开塞露，推注过程中注意观察患者的反应，如有无腹痛、腹胀等不适。完毕后再吸20ml盐水冲管，以确保开塞露完全注入肠道内。最后轻柔拔出吸痰管，用纱布擦净肛门周围。（4）保留与排便：嘱患者保留开塞露溶液20分钟，以充分软化粪便、刺激肠蠕动。保留过程中可适当活动身体，促进肠道蠕动，但避免剧烈运动导致腹压升高。20分钟后协助患者排便，观察排便情况，包括大便的性状、量以及患者的主观感受等。

2.2.2 对照组（大量不保留灌肠）

（1）准备工作：同样先向患者做好解释工作，协助患者取左侧卧位。准备好生理盐水500ml—1000ml、24号肛管、灌肠筒等物品。（2）插入肛管：将生理盐水倒入灌肠筒内，排

尽管内空气后关闭开关。润滑肛管前端，轻轻插入肛门 7-10cm，并用胶布固定肛管于臀部。（3）灌肠操作：打开灌肠筒开关，使生理盐水缓慢流入肠道。当灌肠液流入一定量（约 150 - 200ml）时，直肠内压力升高，会引起压力感受器兴奋，通过神经传导，使肛门内外括约肌舒张，导致灌肠液排出体外。此时应减慢灌肠速度或暂停片刻，待患者有便意后再继续灌肠。反复进行直至灌肠液全部注入。（4）拔管与排便：灌肠结束后，拔出肛管，嘱患者平卧，尽量保留灌肠液 5-10 分钟后排便。观察排便情况并进行记录。

3 观察指标

3.1 操作时间

从开始准备操作到灌肠结束所花费的时间。精确记录每个患者的操作时间，以评估两种灌肠方法在操作效率方面的差异。

3.2 保留时间

指开塞露灌肠后，要求患者保留开塞露溶液在肠道内的时间。观察并记录两组患者实际保留灌肠液的时间，分析不同灌肠方法对灌肠液保留时间的影响。

3.3 渗漏情况

观察患者在灌肠过程中是否有开塞露溶液从肛门溢出的情况。详细记录发生渗漏的患者例数及渗漏的程度，比较两种灌肠方法在防止渗漏方面的效果。

3.4 舒适度

采用自制的 10 分量表评估患者对灌肠过程的主观感受。0 分表示非常疼痛、极度不适，10 分表示无疼痛、感觉舒适。在灌肠过程中及灌肠结束后一定时间内，询问患者的感受并进行评分，比较两组患者的舒适度差异。

（1）排便效果。观察患者灌肠后的首次排便时间、排便次数、排便量以及粪便的性状等指标。根据相关标准判断排便效果，如显效：灌肠后 1 小时内排便，且粪便呈软便或稀糊状；有效：灌肠后 1-2 小时内排便，粪便性状有所改善；无效：灌肠后 2 小时仍未排便，或粪便性状无明显改变。计算两组患者总有效率（显效+有效），比较两种灌肠方法的排便效果。

4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以频数和百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

5 结果

5.1 两组患者操作时间比较

观察组的操作时间为 (16.82±3.42) min，参照组的操作时间为 (28.54±4.21) min。观察组的操作时间明显短于对照组，

差异具有统计学意义 ($t = -9.682, P < 0.01$)。见表 1。

组别	例数	操作时间(min)
观察组	18	16.82±3.42
对照组	18	28.54±4.21
t 值	-	-
P 值	-	-

5.2 两组患者灌肠液保留时间比较

观察组的保留时间为 (22.51±2.45) min，对照组的保留时间为 (7.83±2.6)

min。观察组的保留时间显著长于对照组，差异具有统计学意义 ($t = 11.245, P < 0.01$)。见表 2。

组别	例数	保留时间(min)
观察组	18	22.51±2.45
对照组	18	7.83±2.6
t 值	-	-
P 值	-	-

5.3 两组患者渗漏情况比较

观察组发生渗漏 1 例 (5.56%)，对照组发生渗漏 6 例 (33.33%)。观察组的渗漏情况明显少于对照组，差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.286, P < 0.05$)。见表 3。

组别	例数	渗漏例数
观察组	18	1
对照组	18	6
t 值	-	-
P 值	-	-

5.4 两组患者舒适度比较

观察组患者的舒适度评分为 (3.21±1.10) 分，对照组患者的舒适度评分为 (6.85±1.45) 分。观察组患者的舒适度明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($t = -10.245, P < 0.01$)。见表 4。

组别	例数	舒适度评分
观察组	18	3.21±1.10
对照组	18	6.85±1.45
t 值	-	-
P 值	-	-

5.5 两组患者排便效果比较

观察组显效 12 例 (66.67%)，有效 5 例 (27.78%)，无效 1 例 (5.56%)，总有效率为 94.44%；参照组显效 8 例 (44.44%)，有效 8 例 (44.44%)，无效 2 例 (11.11%)，总

有效率为 77.78%。观察组的排便效果优于参照组，差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.026, P < 0.05$)。见表 5。

组别	例数	显效
观察组	18	12 (66.67)
对照组	18	8 (44.44)

6 讨论

6.1 提高患者舒适度的优势分析

(1) 操作简便性与舒适度的关系。观察组采用一次性注射器连接一次性吸痰管进行开塞露低压灌肠法，操作相对简单，不需要复杂的插管步骤和大量的液体准备，减少了操作过程中对患者的刺激。而传统的灌肠方法由于涉及较粗的肛管插入和大量灌肠液的使用，容易导致患者肛门括约肌紧张和肠道不适。这种简便的操作方式有助于减轻患者的紧张情绪，提高舒适度。(2) 开塞露剂量与舒适度的关联。观察组使用的开塞露剂量仅为 40ml，相较于传统的 500ml 灌肠液量大幅减少。较小的剂量可以降低肠道内的压力，减少对肠道黏膜的扩张刺激，从而减轻患者的腹胀、腹痛等不适感。此外，开塞露本身具有一定的润滑作用，其甘油成分能够减少吸痰管插入和拔出时对肛门及肠道的摩擦损伤，进一步提高了患者的舒适度。(3) 插入深度与舒适度的影响。观察组插入吸痰管的深度为 20cm 且插入较深，能使开塞露更接近肠道病变部位或粪便积聚处，有利于药物更好地发挥作用。同时，合适的插入深度可以减少吸痰管在肠道内的移动和对肠道壁的碰撞，降低患者的不适感。与传统灌肠方法相比，这种精准的插入深度控制有助于提高患者的舒适度。

6.2 增强排便效果的原因探讨

(1) 药物直接作用于肠道黏膜。开塞露的主要成分是甘油，其具有刺激肠道蠕动和润滑肠道的作用。通过一次性注射器连接一次性吸痰管进行低压灌肠，开塞露能够更均匀地分布在肠道黏膜表面，直接刺激肠道感受器，从而更有效地触发肠

道蠕动反射，促进排便。这种直接作用方式提高了药物的生物利用度，增强了排便效果。(2) 保留时间延长利于药物吸收。观察组的保留时间为 (22.51 ± 2.45) min，明显长于对照组的 (7.83 ± 2.6) min。较长的保留时间使得开塞露在肠道内有足够的时间被肠道吸收，充分发挥其刺激肠道蠕动和润滑粪便的作用。药物在肠道内停留时间的延长有助于软化粪便，使其更容易排出体外，从而提高了排便效果。(3) 减少渗漏保证药物剂量。观察组的渗漏情况明显少于对照组，仅有 1 例发生渗漏 (5.56%)。较少的渗漏保证了开塞露能够有效地作用于肠道，维持足够的药物浓度和剂量。避免了因药物外泄导致的有效剂量不足，从而保证了药物对肠道的刺激作用，提高了排便效果。

6.3 护理实践价值

(1) 减少并发症：对照组 6 例出现渗漏，增加皮肤浸渍和跌倒风险，而观察组仅 1 例轻微渗漏，因吸痰管前端侧孔分散药液冲击力。(2) 提升效率：急诊科平均滞留时间缩短 23 分钟 (观察组全程约 25 分钟 vs. 对照组 48 分钟)，符合急诊“黄金 1 小时”救治原则。(3) 成本效益：单次操作耗材费用观察组 3.2 元 (开塞露 0.59 元 \times 2 支 = 1.18 元 + 吸痰管 0.6 元 + 50ml 注射器 1.42 元)，对照组 12.74 元 (肛管 5 元 + 盐水 3.87 元 \times 2 瓶 = 7.74 元)，年节省成本约 1908 元 (按 200 例/年计算)

7 结论

开塞露低压灌肠法在急诊便秘患者中的应用具有显著优势。与常规大量不保留灌肠法相比，该方法操作时间更短、灌肠液保留时间更长、渗漏情况更少、患者舒适度更高，且排便效果更好。其原因主要在于该灌肠法操作简便、使用小剂量开塞露溶液、插入深度适宜且能有效减少渗漏等。开塞露低压灌肠法通过“精准定位、缓释给药、体委协同”三联动机制，实现急诊便秘处理的“四化”目标：操作标准化、疗效可视化、风险最小化、成本集约化，建议在急诊科临床实践中，推广使用开塞露低压灌肠法，有助于提高便秘患者的治疗效果和舒适度，值得进一步应用和推广。

参考文献:

[1] 童卫东,姚宏伟,张忠涛.《中国成人慢性便秘评估与外科处理临床实践指南(2022版)》解读——一些值得关注的问题[J].结直肠肛门外科,2022,28(02):115-118.

[2] 成彩云,廖光辉.开塞露灌肠缓解便秘的效果观察.护理学杂志,2006,21(11):66.

[3] 成彩云,廖光辉.开塞露灌肠缓解便秘的效果观察.护理学杂志,2006,21(11):66.

[4] 马绣红,李丹,张金兰,等.老年便秘患者两种灌肠方法的疗效评价.中国老年学杂志,2008,28:1530.

[5] 蔡金绣,吴云霞.肛肠科术后便秘者开塞露灌肠法的探讨.中国实用医药,2008,23(3):98-99.

[6] 黎艳鲜.改良开塞露肛注法治疗住院精神病人便秘效果观察.广西医学,2005,27(4):583.

[7] 宫淑芝,李秀芳,吕军娥.开塞露生理盐水灌肠法治疗急性心肌梗死患者便秘疗效观察.现代中西医结合杂志,2006,15(15):2054-2055.