

灌肠在消化内科疾病治疗中的应用

曹 萌

成都市双流区第一人民医院消化内科 610200

〔摘要〕 目的 探讨灌肠在消化内科疾病治疗中的应用。方法 观察 2019 年 5 月至 2020 年 10 月期间接收的 108 例消化内科疾病患者，随机分为对照组与观察组，每组各 54 例，对照组运用常规治疗，观察组在对照组基础上运用灌肠治疗，分析不同处理后患者治疗疗效与满意度情况。结果 在治疗恢复率上，观察组 92.59%，对照组 61.11%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者治疗满意率上，观察组 98.15%，对照组 87.04%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 消化内科疾病中采用灌肠治疗，可以有效地提升疾病恢复效果，提高患者治疗满意度，整体状况更为理想。

〔关键词〕 灌肠；消化内科疾病；应用

〔中图分类号〕 R57 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2021) 04-028-02

灌肠属于常见的消化内科治疗干预手段，主要是通过导管辅助，从肛门到直肠置入导管，将液体更好的输入到直肠中产生刺激反射效果，让其更好的通便排气^[1]。也可以通过导管置入将药物直达肠道中，让肠黏膜更好地吸收药物，由此来规避口服用药的效果不佳与不良反应等问题^[2]。本文采集 108 例消化内科疾病患者，分析运用灌肠干预后患者治疗效果与治疗满意度情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察 2019 年 5 月至 2020 年 10 月期间接收的 108 例消化内科疾病患者，随机分为对照组与观察组，每组各 54 例。对照组中，男 28 例，女 26 例；年龄从 24 岁至 76 岁，平均 (43.28 ± 5.16) 岁；观察组中，男 25 例，女 29 例；年龄从 22 岁至 78 岁，平均 (44.76 ± 3.36) 岁；两组患者的基本年龄、性别等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规治疗，观察组在对照组基础上运用灌肠治疗，内容如下：依据具体病情状况采用差异性的灌肠处理。如果不保留灌肠，可以运用在肠道检查与肠道准备、肠梗阻辅助治疗中。其作用在于清洁肠道，改善疼痛感，促使废物有效排出^[3]。不保留灌肠则运用生理盐水处理，如果属于少量不保留观察，运用植物油或者专用灌肠液处理。通过其灌肠来促使直肠刺激，让机体更好地吸收药物，一般饮用在急性胰腺炎、溃疡性结肠炎、慢性肝病等情况下^[4]。可以快速地提升药效，让肠黏膜得到修复与止血功效。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者治疗疗效与满意度情况。治疗效果主要观察患者恢复率情况，治疗满意度分为很满意、基本满意与不满意，护理总满意率为很满意与基本满意率的比例之和。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验， $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗恢复率情况

见表 1 所示，在治疗恢复率上，观察组 92.59%，对照组 61.11%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；

表 1 患者治疗恢复率评估结果 [n(%)]

分组	n	恢复人数	恢复率
观察组	54	50	92.59%
对照组	54	33	61.11%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 患者治疗满意度情况

见表 2 所示，在患者治疗满意率上，观察组 98.15%，对照组 87.04%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2 患者治疗满意度评估结果 [n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	治疗总满意率
观察组	54	35 (64.81)	18 (33.33)	1 (1.85)	98.15%
对照组	54	19 (35.19)	28 (51.85)	7 (12.96)	87.04%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

在灌肠处理中需要掌握操作手法，严格地控制灌肠液保留时间，进而对治疗效果做控制管理。一般需要在患者临睡前做灌肠，嘱咐其做好大小便排空。也可以在保留灌肠之前做一次灌肠清洁，让肠道在更为清洁的状态下来更好的保留药物与吸收药物。肠管需要更好的润滑，灌肠液需要比肛门低 30cm 位置，肛管置入所需要的角度要匹配解剖角度，由此来减少灌肠对患者身体构成的刺激。一般情况下，角度保持肛直肠偏角的 68°。传统肛管置入需要保持 10 至 15cm 的深度，这个状态下做药液的灌入可以更好的在直肠中集聚，不会对乙状结肠及其以上部分做药物作用，由此带来更好的刺激肠道达到排便反射，有助于保留灌肠时间的缩减。当前，一般多认为需要肛管置入 20cm 至 30cm，由此更好的到达乙状结肠中部区域。灌肠一般保持左侧卧位，将臀部做抬升处理，同时也可以运用膝卧位，保持缓慢匀速的输入。灌肠操作之后可以停几分钟再拔管，由此来防控对肠壁构成刺激而导致的便秘。一般多需要灌肠后保持胸膝卧位、右侧卧位、平卧姿势的依次转换，同时配合腹部适宜的按摩，由此带来更好的帮助药物在肠道内扩散。操作时需要依据病变具体部位与肠道解剖结构而采用合理体位的选择。

灌肠可以促使肠道蠕动能力提升，达到粪便软化与清除的作用，同时可以对肠内毒物做稀释，降低肠道对有毒物的吸收，降低机体有毒物质对身体的伤害。对于低温溶液还可 (下转第 30 页)

见表 1 所示:

2.2 两组预后其他临床指标结果

实验组和对照组在红细胞沉降率 (ESR) (魏氏法 mm/h)、美国脊髓损伤协会 (ASIA) 分级 (S4- S5)、Cobb 角、C 反应蛋白上, 数值对比分别为 (13.16±2.34) 和 (25.38±1.75)、(1.95±0.17) 和 (4.83±1.39)、(38.42±0.56) 和 (19.12±0.73)、(2.28±0.35) 和 (10.92±0.17), 有

统计学意义 (P<0.05)。见表 2 所示:

表 1 两组治疗后病灶清除率水平比较 (n/%)

组别	例数	有效	显效	无效	病灶清除率水平
对照组	20	6(30.00)	9(45.00)	5(25.00)	15(75.00)
实验组	20	9(45.00)	10(50.00)	1(5.00)	19(95.00)
χ^2	/	0.960	0.100	1.764	15.686
P	/	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

表 2 两组预后其他临床指标结果比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	红细胞沉降率 (ESR) (魏氏法 mm/h)	美国脊髓损伤协会 (ASIA) 分级 (S4- S5)	Cobb 角 (°)	C 反应蛋白 (mg/L)
实验组	20	13.16±2.34	1.95±0.17	19.12±0.73	2.28±0.35
对照组	20	25.38±1.75	4.83±1.39	38.42±0.56	10.92±0.17
t	/	18.702	9.197	93.812	99.303
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

单节段胸椎结核为胸椎结核中较为常见的一种, 且手术治疗为本疾病的主要治疗方法。经胸腔前路术式的主要治疗原则为病灶清除、脓肿清除及其植骨固定; 后路处置主要针对脓肿浸润到椎管内, 对脊髓造成压迫的时候, 可以经后路手术切除减压, 同时可以切除部分肋间神经或者肋椎小关节, 达到前方进行椎体之间病灶的处理, 同时做植骨融合, 术后可以得到理想的稳定性, 以便于患者得到及时的康复。

对于胸椎结核病变活动型合并截瘫患者, 实施病清除脊髓减压内固定手术, 可以获得良好的神经功能恢复、脊柱稳定性重建和结核治愈的效果^[6]。严格掌握手术适应证, 20 例胸椎结核患者采用有限减压及椎板重建经胸手术病灶清除、植骨融合、内固定治疗^[7], 清除胸椎结核病灶彻底, 椎管减压可靠, 矫形效果显著, 行自体或同种异体骨植骨钉棒系统内固定可有效重建胸段脊柱的稳定性^[8]。后路椎弓根固定联合前路开胸病灶清除治疗胸椎结核能够一期完成病灶清除, 脊髓减压彻底, 提供肋骨植骨, 重建脊柱稳定性, 有效矫正后凸畸形, 预防远期后凸畸形加重^[10]。

综合来讲, 有限减压及椎板重建后, 通过积极进行术前抗结核治疗, 充分进行术前准备, 且在全麻下进行手术治疗。合理手术入路选择及其脓肿清理, 还针对存在有骨质破坏, 需对骨质破坏进行修复重建脊椎结核引起椎骨破坏, 导致脊髓受压, 一般需手术治疗; 冲洗切口, 关闭切口, 留置橡皮管引流, 术后积极进行继续抗结核治疗, 以达到完善的治疗效果。

综上所述, 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用价值突出, 尤其表现在提升病灶清除率, 改善患

者预后上, 值得在该类患者的临床治疗实践中大力普及实施。

[参考文献]

[1] 谭亮, 徐皓, 叶永平, 等. 后路一期病灶清除椎弓根钉内固定术治疗胸椎结核 [J]. 临床军医杂志, 2011, 39(2):295-297.

[2] 罗一, 邓展生, 陈静, 等. 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2012, 26(12):1409-1414.

[3] 庄宏达. 经肋骨横突入路病灶清除、侧前方减压、钛网植入、内固定术治疗老年胸椎结核合并截瘫的疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(30):124.

[4] 杨海青, 段洪, 闵捷, 等. 钛网植骨结合椎弓根钉棒内固定修复胸椎结核: 重建脊柱生理曲度及稳定性 [J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(53):8590-8595.

[5] 牛辉, 张本立, 李林军, 等. 一期后方入路病灶清除并钛网植骨融合治疗胸椎结核 [J]. 当代医学, 2016, 22(19):28-29.

[6] 严广璇, 秦世炳, 董伟杰, 等. 胸椎结核病变活动型合并截瘫患者手术疗效分析 [J]. 中国防痨杂志, 2015, 37(3):223-229.

[7] 林斌, 黎秋生, 张毕, 等. 肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核 [J]. 临床骨科杂志, 2015, 18(6):645-648.

[8] 蓝旭, 许建中, 罗飞, 等. I 期手术经后路病灶清除内固定治疗儿童胸椎结核 [J]. 中国骨伤, 2013, 26(4):320-323.

[9] 王清, 葛宝丰. 一期手术经后路病灶清除植骨融合内固定治疗胸椎结核 [J]. 临床骨科杂志, 2013, 16(4):374-376.

[10] 兰汀隆, 秦世炳, 董伟杰, 等. 一期开胸病灶清除加椎弓根固定治疗儿童胸椎结核 35 例分析 [J]. 中国防痨杂志, 2013, 35(5):314-316.

(上接第 28 页)

以帮助发热患者做降温处理。可以达到肠蠕动刺激, 来改善便秘与肠胀气。

要合理地掌握灌肠的温度、流速、压力、灌肠液量与浓度, 避免对患者构成伤害。一般灌肠所用溶液要低于 500ml, 同时要保持低压。灌肠过程中还需要留意患者的反馈情况, 如果有颜面色苍白、出汗、腹部剧痛、心慌、气急与脉速等情况, 需要及时停止灌肠, 及时干预处理。同时如果患者有急腹症、消化道出血、妊娠、心血管严重性疾病, 也不适宜展开灌肠干预。要尽可能地做好私密管理, 避免过多的暴露, 同时要避免受凉, 做好室温的管理。要做好必要的教育指导, 提升患者的配合度。细节处理上, 要考虑人性化诉求的满足,

多沟通了解, 保证处理应对的匹配性。

总而言之, 消化内科疾病中采用灌肠治疗, 可以有效地提升疾病恢复效果, 提高患者治疗满意度, 整体状况更为理想。

[参考文献]

[1] 毛爱枝, 张英. 灌肠在消化内科疾病治疗中的应用 [J]. 特别健康, 2019(17):234.

[2] 马军. 白头翁汤内服联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的经验 [J]. 光明中医, 2021, 36(1):127-129.

[3] 王淑云. 慢性结肠炎消化内科治疗临床分析 [J]. 健康大视野, 2020(18):3.

[4] 周皖. 美沙拉嗪口服联合灌肠治疗高龄活动期溃疡性左半结肠炎的疗效 [J]. 北方药学, 2020, 17(10):63-64.