

食醋保留灌肠治疗肝性脑病的护理研究进展

罗冬

钦州市第一人民医院消化内科一区, 广西 钦州 535000

【摘要】肝性脑病是一种严重的神经精神异常综合征, 其核心发病机制为氨中毒。食醋保留灌肠作为治疗肝性脑病的有效手段, 通过刺激肠蠕动、降低肠道 pH, 促进血氨排出, 具有显著疗效。在灌肠护理方面, 多种体位和方法被探索和应用, 旨在提高灌肠效果和患者舒适度。体位选择对灌肠效果至关重要, 左侧卧位配合臀部抬高和右侧卧位可延长药物保留时间, 而半坐卧位适用于烦躁患者。灌肠方法上, 加温密闭式保留灌肠法具有温度恒定、药物吸收好的优点, 直肠滴入法操作简便, 气囊尿管防外溢保留灌肠法则能有效防止药液外溢。近年来, 多种创新灌肠方法, 如气囊导尿管法、动态调节肛管插入深度法、间歇式保留灌肠法和马蹄形防喷溅保留灌肠法被提出, 旨在提高药液在肠道的保留时间, 从而更有效地治疗疾病, 具有较大的应用潜力。本文就肝性脑病食醋保留灌肠的常用方法及保留灌肠护理新进展进行综述, 旨在为临床工作提供参考。

【关键词】肝性脑病; 保留灌肠; 食醋; 护理

【中图分类号】R473.5 **【文献标识码】**A

肝性脑病 (hepatic encephalopathy, HE) 是由急、慢性肝功能严重障碍或各种门静脉-体循环分流 (以下简称门-体分流) 异常所致的, 以代谢紊乱为基础, 轻重程度不同的神经精神异常综合征^[1]。截至目前, 关于 HE 发病机制, 最核心的仍然是氨中毒学说^[2]。因此, 目前 HE 的药物治疗方案采用的是降氨为主, 辅以神经系统改善的策略^[3]。药物保留灌肠是临床常用的治疗方法, 可清除肠内积食、积血及其他含氮物质^[4]。近年来保留灌肠的药物有多种, 灌肠法用药可使药物直接到达结肠, 有效提高结肠内药物浓度, 抑制细菌生长, 缩短粪便在肠内停留的时间, 避免氨和有毒物质的产生和吸收。目前临床上使用最广泛的是食醋保留灌肠。食醋含有醋酸、乳酸和有机酸, 一方面可以刺激肠蠕动, 清除肠内含氮物质; 另一方面可以使肠道 pH 保持在 6 以下, 有利于血氨逸出肠腔, 随粪便排出, 从而降低血氨^[5]。除保留灌肠药液的质和量外, 器具的选择、体位的改变和插入深度、保留灌肠液的温度等都是影响 HE 保留灌肠效果的重要因素。为了更好地协助临床工作, 现将有关食醋保留灌肠的护理进展综述如下。

1 灌肠器具的使用

传统的灌肠筒灌注速度不宜控制、肛管粗短、插入浅、对肠黏膜刺激大, 患者不耐受。陈玲等^[6]用输液瓶取代灌肠筒, 一次性输液器取代肛管, 操作简便易行, 能够控制灌肠速度, 减轻护士工作量。周美芳^[7]、易梅^[8]等使用输液器连接一次性导尿管或一次性吸痰管, 代替肛管进行保留灌肠。一次性物品使用安全, 可以避免交叉感染, 且质地较软, 可减少患者不适感, 减轻局部刺激, 延长药液保留时间。

2 体位的选择

相关研究报道指出^[9], 食醋保留灌肠对肝性脑病的临床治疗效果具有一定的促进作用, 但是治疗期间体位不同所获得的疗效也存在一定差异。传统的保留灌肠以左侧卧位为主。谈利利^[10]提出, 肝性脑病患者灌肠时先采用左侧卧位, 灌肠液灌入后抬高患者臀部, 使灌肠液进抵至结肠脾曲, 然后变为右侧卧位, 使灌肠药物保留时间相应延长, 治疗效果明显。李冠琼^[11]等提出不同体位食醋保留灌肠对肝性脑病的效果有影响, 即半坐卧位能让烦躁的肝性脑病患者易于配合接受, 并利于护士执行

灌肠操作。且半坐卧位可使患者腹部肌肉放松,降低腹压,减少灌肠液进入肠腔阻力,促使灌肠液更有效、充分地流入肠内,并延长药液在肠道的停留时间,从而有效减少肠道氨的吸收,缩短定时定向力、计算能力、双手扑翼样震颤的改善时间,降低血氨浓度。

3 保留灌肠的方法

3.1 加温密闭式保留灌肠法

赵天群^[12]等提出加温密闭式保留灌肠法,即将输液管上端与密闭液体瓶(内有食醋)连接,下端与尿管连接,将茂菲氏滴管下端输液管盘成环状置于热水袋(水温 50~55℃)下保温,润滑尿管前端,经肛门插入 25~30cm,调整为 80 滴/min,33min 滴完。其优点是灌肠速度缓慢均匀、易控制,温热灌肠液可以减少对肠黏膜的刺激,使肠壁血管扩张促进药物吸收。

缺点:用热水袋加温相对不安全,不能维持较恒定的温度。

3.2 直肠滴入法

陈玲^[6]等提出大黄水加食醋直肠滴入治疗肝性脑病。将配好的药液加入输液瓶内,连接一次性输液器,挂于输液架上,药液平面距肛门 40~60cm,输液管末端剪平,常规排气。关调节器,涂上石蜡油,并润滑肛门周围,协助患者侧卧位,抬高臀部 10~15cm,双腿弯曲,插入输液管 25~30cm,打开调节器,控制滴速 40~60 滴/min。药液滴完后拔管。用卫生纸轻压肛门。用输液瓶取代灌肠筒,一次性输液器取代肛管,操作简便易行,可避免交叉感染,控制滴数,减轻灌肠液进入肠腔时对肠黏膜的容量刺激,保证了灌肠液有效保留时间。

缺点:灌肠时间长,患者不易耐受,灌肠的过程中灌肠液不能维持较恒定的温度,剪平的输液管末端易损伤肠黏膜。

3.3 气囊尿管防外溢保留灌肠法

徐晖葵^[13]等提出了气囊尿管在肝性脑病患者保留灌肠中的应用研究。即先检查气囊尿管的气囊有无漏气,并将尿管侧面修剪,患者取臀右右侧卧位,食醋打入输液袋,连接输液器,再通过玻璃接头连接气囊导尿管,用液状石蜡润滑后轻轻插入肛门 35~40cm,打开止血钳,使药液缓慢流入直肠,操作完毕后向气囊内注入生理盐水 20~25ml,将气

囊尿管轻轻推到肛门口,回拉有阻力后以阻塞肛门,防止药液及导尿管脱出,止血钳夹闭导尿管,1h 后导尿管末端连接低负压吸引器吸净残留在肠道内的液体,吸净后放松气囊,拔除尿管。此法能有效防止灌肠液外溢,延长药液在肠道的保留时间。

缺点:球囊卡在患者肛门括约肌的上方,易引起患者不适,使其过早产生便意。

3.4 动态调节肛管插入深度保留灌肠法

吴怀巧^[14]等提出动态调节肛管插入深度的食醋灌肠治疗肝性脑病。灌肠液采用冰醋酸 3ml + 生理盐水(NS) 500ml,灌肠时患者取左侧卧位,双膝屈曲,退裤至膝部,臀部移至床沿,灌肠液面距肛门 40~60cm,肛管充分润滑后经肛门轻轻插入直肠,深度 7~10cm,打开调节器,缓慢灌入灌肠液,继续插入肠道深度至 20cm 左右,同时嘱患者放松并深呼吸,待灌肠液灌入完毕后,缓慢拔出肛管,嘱患者尽可能保留 10min 以上,然后起身排便,观察、记录大便。

缺点:此法药液量大,药液保留时间短。

3.5 间歇式保留灌肠法

陈玲玲^[15]等研究了间歇式保留灌肠在老年肝性脑病前驱期患者中的应用效果。即将肛管插入肛门 15~20cm,灌肠液(米醋 30ml + 生理盐水 150ml)距离肛门的高度为 40~60cm。用无菌注射器抽取灌肠液 60ml 注入灌肠袋,打开开关进行灌肠,60ml 灌肠液在 40~60s 内灌肠完毕,每隔 3min 灌入 1 次,共 180ml,保留 1h 以上。此法延长了患者药液保留时间。

缺点:灌肠次数多,增加护士工作量。

3.6 马蹄形防喷溅保留灌肠法

许晓红^[16]等研究了马蹄形防喷溅灌肠器的设计及其在肝性脑病患者中的应用。马蹄形防喷溅灌肠器的使用方法:操作前将患者置于左侧卧位,双膝屈曲,露出臀部并抬高 10cm,垫治疗巾及橡胶单于臀下,盖好被子,只暴露臀部。①将肛管插入灌肠器的单向活瓣式肛管接口,并调整肛管使用长度;②润滑肛管前端,将肛管缓慢插入患者肛门,直至插入直肠深度为 7~10cm;③将马蹄形防喷溅灌肠器的防喷溅灌肠口撑起,紧贴肛门口;④将防喷溅灌肠口反折区内侧面的医用聚氨酯手术薄膜拉开,并将其粘贴在患者肛门周围皮肤上,以此达到固定效果;⑤松开夹子,使灌肠液缓慢进

入；⑥通过透明贮液锥形软包装袋观察液体灌入情况、溢出和喷溅液体容量；⑦灌肠结束后将肛管拔出，如有溢液可以将马蹄形防喷溅灌肠器保留在患者肛门部，若没有溢液可以将医用聚氨酯手术薄膜剥离，并顺势用马蹄形口上侧未污染的清洁区域的医用棉垫擦拭患者肛门口的残留液。最后，协助患者取右侧卧位，以延长灌肠液在肠道内的保留时间。本方法在灌肠过程中可以有效避免由于气液喷溅而导致床单位污染及在拔除肛管后由于溢液造成患者不舒适等问题，能够一定程度上减轻临床护理负担，同时提高患者满意度。

缺点：操作步骤多，取材不方便。

4 心理护理

患者经常会出现烦躁不安、行为异常、昏迷等问题，加上对食醋灌肠治疗认识不足，患者及家属更易产生焦虑、紧张、恐惧不安等不良情绪，护理人员要积极与患者家属沟通，耐心向患者及家属解释食醋灌肠治疗肝性脑病的原理和注意事项，取得家属的配合，消除患者的恐惧心理。

5 操作护理

灌肠前，针对可以配合的患者，排空大小便，清除肠道内粪便和积血，可提高灌肠效果。对于便秘或不能配合的患者，可使用开塞露缓解或清洁灌肠1次，再行食醋保留灌肠^[17]。灌肠中严格按照正规操作步骤，操作时动作轻柔。灌肠时用屏风遮挡，采取保护性操作，开始灌注时，指导患者深呼吸放松；灌肠过程中，密切观察患者面色、呼吸；灌肠后应观察患者大便次数、颜色及排出时间。

6 健康宣教

操作前加强护患沟通及健康教育，对患者实施心理干预。由于保留灌肠是一种侵入性操作，家属及患者均有恐惧心理和不配合现象，护理人员应关心体贴患者，做好耐心细致的宣教指导，详细讲解保留灌肠的目的、方法、步骤及操作中应注意的问题，消除患者及其家属的疑虑。

7 皮肤护理

护理人员应做好患者肛周的护理，保持患者皮肤的舒适、清洁。

8 小结

食醋在治疗肝性脑病方面有较好疗效，食醋保留灌肠给药方便快捷，收效迅速，用药较安全，但在临床应用中存在不同的应用方法。对肝性脑病患者进行食醋保留灌肠中时选择合适有效的灌肠方法能提高药物的生物利用度，并能改善肝性脑病患者保留灌肠的疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会肝病学会. 肝硬化肝性脑病诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2018, 34(10): 2076-2089.
- [2] Ryu AJ, Rahimi RS, Leise MD. The current hepatic encephalopathy pipeline [J]. J Clin Exp Hepatol, 2020, 10(4): 377-385.
- [3] 褚玉莹, 王雪, 戴红良. 肝性脑病药物治疗进展[J]. 世界华人消化杂志, 2021, 29(2): 58-64.
- [4] 沈志香. 肝性脑病的病因及护理对策[J]. 医学信息, 2010, 23(12): 267.
- [5] 彭芳, 谭枚莲. 大黄液加食醋灌肠治疗肝性脑病的观察与护理[J]. 当代医学, 2010, 16(22): 124-125.
- [6] 陈玲, 李爱武. 大黄水加食醋直肠滴入治疗肝性脑病的观察及护理[J]. 医学信息, 2011, 24(6): 2697.
- [7] 周美芳. 肝性脑病患者杜秘克灌肠方法探讨[J]. 护理研究, 2009, 23(8): 690.
- [8] 易梅, 刘健, 付桂芬. 两种保留灌肠法治疗肝性脑病的效果观察[J]. 四川医学, 2005, 26(11): 1282-1283.
- [9] 陈丽萍, 邓彩梅, 丽燕, 等. 对肝性脑病患者食醋保留灌肠液最佳浓度及配制方法的临床研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(3): 347-349.
- [10] 谈利利. 肝性脑病保留灌肠的药物选择和护理进展[J]. 当代护士, 2014(3): 3-5.
- [11] 李冠琼, 陆清华. 不同体位食醋保留灌肠对肝性脑病的效果影响[J]. 现代医药卫生, 2019, 35(5): 671-673.
- [12] 赵天群, 李淑惠, 陈泳茹. 改进保留灌肠法治疗肝性脑病的临床观察与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2004, 10(5): 327-328.
- [13] 徐晖葵, 吴英, 杨莎. 气囊尿管在肝性脑病患者保留灌肠中的应用研究[J]. 医学信息, 2014(1): 137-138.
- [14] 吴怀巧, 潘水霞. 动态调节肛管插入深度对食醋灌肠治疗肝性脑病疗效影响[J]. 大家健康, 2017, 11(4): 114.

- [15] 陈玲玲, 陈艳艳, 蒋凯. 间歇式保留灌肠在老年肝性脑病前驱期患者中的应用 [J]. 中国乡村医药, 2020, 27 (1): 5-6.
- [16] 许晓红, 梅瑰, 唐浪娟. 马蹄形防喷溅灌肠器在肝性脑病患者保留灌肠中的应用 [J]. 全科护理, 2021, 19 (25): 3523-3526.
- [17] 段家李. 基层医院食醋保留灌肠治疗肝性脑病的护理体会 [J]. 中国保健营养, 2016, 26 (14): 334-335.

(接第 40 页)

参 考 文 献

- [1] 马金凤, 张秀花, 李瑞. 早期康复护理联合延续护理对老年脑梗死患者神经功能和生活质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (17): 80-83.
- [2] 谢永权, 郭书玲, 谢桂芬. 早期康复训练对脑梗死偏瘫患者神经功能及 PI3K/AKT 信号通路的影响 [J]. 分子诊断与治疗杂志, 2023, 15 (3): 454-458.
- [3] 徐生刚, 李成芳, 曹玉青. 早期康复护理对脑梗死患者预后影响的 Meta 分析 [J]. 河西学院学报, 2023, 39 (2): 46-51.
- [4] 席非非. 早期康复护理对老年脑梗死患者的影响 [J]. 辽宁医学杂志, 2021, 35 (2): 80-82.
- [5] 张维, 张蕊, 李翠玲. 优质护理联合早期康复对脑梗死患者负性情绪、肢体运动功能、生活质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (11): 74-76.
- [6] 王丽, 朱明芳, 贡静, 等. 早期康复护理对老年脑梗死保守治疗患者认知功能的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (10): 1763-1765.
- [7] 于青华. 早期康复护理在脑梗死患者护理中的效果观察 [J]. 继续医学教育, 2021, 35 (1): 127-128.
- [8] 方宏莲, 刁姝, 施萍萍, 等. 早期康复护理对老年脑梗死患者康复效果及生活质量的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (20): 3790-3793.
- [9] 郭志娟, 叶秋桢, 冯丽娟, 等. 超早期康复护理对脑梗死患者心理、认知和生活质量的影响 [J]. 河北医药, 2020, 42 (15): 2377-2380.