

# 浣腸・摘便について

# 目的

日々の看護ケアの中、便秘の患者に対し、下剤で排便コントロールが困難なため、浣腸や摘便が必要な場面がある。

今後実践するにあたり、浣腸や摘便について学びを深めたいと思い勉強会とした。

# 便の性状に応じた誘導方法

## 《ブリストル便性状スケール》

スケール	一般的表現	形状
1	コロコロ便 硬くコロコロの便(ウサギの糞のような便)	
2	硬い便 短く固まった硬い便	
3	やや硬い便 水分が少なく、ひび割れている便	
4	普通便 適度な軟らかさの便	
5	やや軟らかい便 水分が多く、非常に軟らかい便	
6	泥状便 形のない泥のような便	
7	水様便 水のような便	

スケール1~2



摘便

スケール3~4



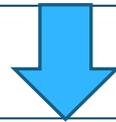
浣腸による排便促進

・ 摘便は患者にとって苦痛を伴う  
→ まず浣腸が第一選択となる。

・ 浣腸をして排便がない場合  
・ 肛門入口に便塊がある場合  
→ 摘便の選択となる。

# 浣腸とは

直腸に管を通し、腸の蠕動運動を  
活発にする液体を注入



腸壁を刺激



排便を促す

# 浣腸の禁忌

1. 腸管内出血、腹腔内炎症の患者。  
腸管に穿孔またはその恐れがある患者
2. 全身衰弱の強い患者
3. 下部消化管術後の患者
4. 悪心・嘔吐または激しい腹痛など、  
急性腹症が疑われる患者

# 浣腸の種類

種類	目的
排便浣腸	便の排出を促す
駆風浣腸	排ガスを促す
保留浣腸	水分を大腸壁から吸収させて補給させる
緩和浣腸	消炎鎮痛作用を目的に腸粘膜に薬物を注入する
鎮痛浣腸	鎮静を目的に麻酔薬や鎮静薬を注入する
造影剤浣腸	大腸のX線撮影時、バリウムを注入する

排便浣腸 → グリセリン浣腸  
高圧浣腸

- ・便秘時にはグリセリン浣腸が選択される。
- ・高圧浣腸は検査の前処置や術前処置に行われる

# グリセリン浣腸

## 作用機序

- グリセリン浣腸は浣腸の第一選択として多く用いられる。
- 浣腸液は50%グリセリン液を用いる
- 高浸透圧液として直腸粘膜の神経終末を直接刺激し、更に直腸へ容量刺激により蠕動運動を亢進させる

# グリセリン浣腸 写真



グリセリン浣腸・外装



グリセリン浣腸・本体

## 種類

- 種類は150ml、120ml、60ml、小児用30mlがある。
- 成人では60～120ml/回使用する。  
当院では、60mlのものを使用。

## 注意点

- 袋ごとお湯（50℃未満）に入れて体温程度に温めて使用する。
- 体温より低温で使用するとショック症状、体温より高温で使用するとやけどの恐れがあるので注意する。

## 必要物品

- ・ グリセリン浣腸液 60ml (温めたもの)
- ・ 防水シート 1枚
- ・ キシロカインゼリー 適量
- ・ 替えオムツ 1枚
- ・ 平オムツ 1枚
- ・ ビニール袋 (大) 1枚
- ・ おしりふき
- ・ バスタオル (患者持ち)
- ・ 手袋
- ・ ティッシュペーパー

# 手順 《環境整備》

1. 患者に説明し了承を得る
2. 処置をする部屋の室内温度を調節しておく。当院では2階のエコー室を使用する
3. 基本的に排泄はトイレで行うため、当院2階障害者トイレを確保しておく

#### 4. 必要物品は不足がないように準備し、2階にセットする

注) 不足物によりスタッフが途中退出すると患者への身体的負担（羞恥心）をかけることになる

\* グリセリン浣腸液は湯の張った保温用容器に入れ、**40°C前後**に温めておく

5. 患者を2階のエコー室へ案内する

6. ベッドを整える

- ・ ベッドに防水シートを敷き、その上にバスタオルを敷く

# 手順 《体位》

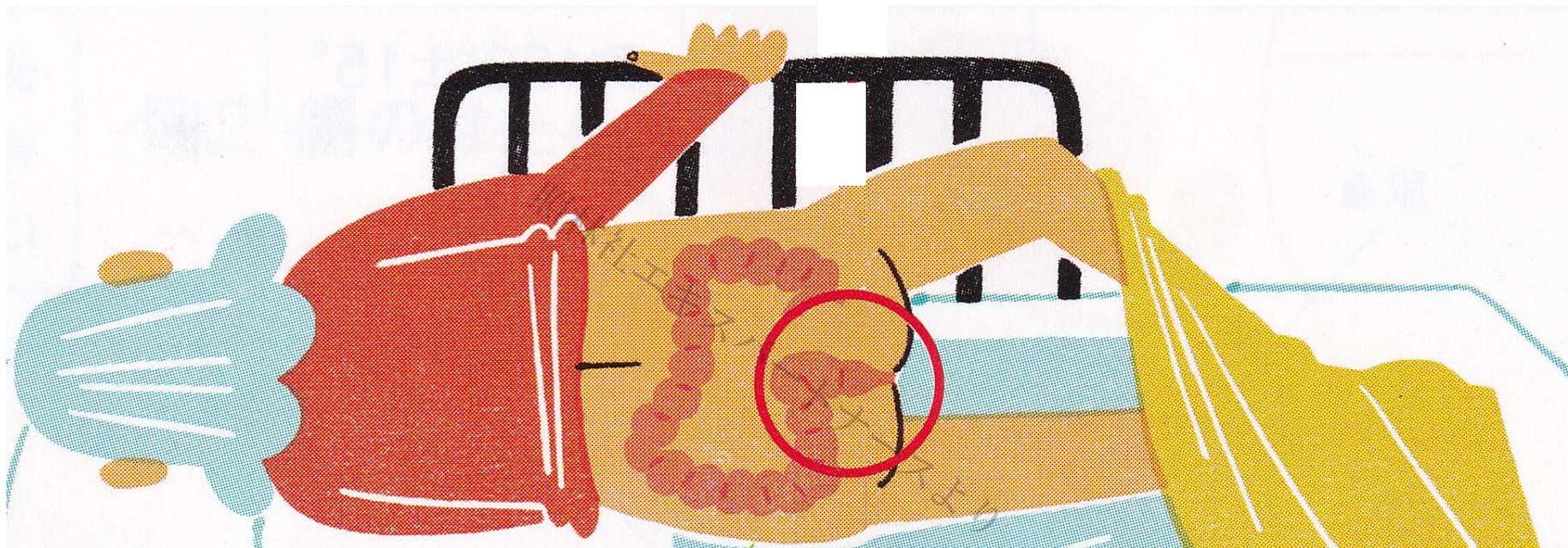
## 7. 患者の体位を整える

- ・ 患者にベッドへ左側臥位になってもらおう
- ・ 膝を軽くお腹の方に曲げ、やや前屈の姿勢をとる
- ・ 臀部が出るように衣類を処理して平オムツを敷く

## 注)

- ・ 直腸裂傷・穿孔、液漏れなどのリスクを防ぐため左側臥位で行う
- ・ 立位では直腸裂傷・穿孔のリスクが高いため行わない
- ・ オムツ使用患者はオムツを広げ、オムツを使用していない患者は必要時平オムツをあてておくと、浣腸後のトイレ誘導時に安心である

# < 左側臥位 >



# 手順《操作》

8. グリセリン浣腸を袋から出す

\* 直前に再度温度確認する (40°C前後)

1) ストッパーの先端を 4 ~ 6 cm に調節

- ・ 直腸穿孔のリスクを防ぐため、直腸膨大部に達する4~6cmの挿入が安全である

## 2) 開栓する

- ・ その際、グリセリン液が出ないようにチューブの根本を曲げるか、鉗子でクランプしながら行う
- ・ チューブを上向きにしてアダプターを左右どちらかに1回転して開栓する

## 3) キャップを回しながらはずす。

- ・ 回すことでキャップ内の潤滑剤を先端全体に塗布できる。
- ・ 潤滑剤が足りない場合、キシロカイン足す

## 4) 挿入する

- ・ お腹・肛門に力が入るとチューブが入らないため、挿入時から口呼吸を促す
- ・ ストッパーの先端を持って1～2cm挿入し、その後持ち手を後方へずらしながらゆっくり挿入する



## 注)

- ・挿入が浅過ぎると肛門括約筋を刺激し、便意を誘発するため浣腸液の注入が難しくなる
- ・無理に挿入したり、勢いをつけて挿入すると穿孔する危険があるため絶対にしない

## 5) 注入する

◆ 少しずつゆっくり浣腸液を注入する

- ・ 60mlを使用する場合、注入速度は15秒以上かける

(機械的刺激の排便反射の誘発を防ぐため)

◆ 注入中も口呼吸しお腹の力を抜いてリラックスしてもらおう

\* 「お口でゆっくり呼吸して、お腹の力を抜いて下さい」 「今から浣腸液入りますね」 など、声をかけながら行う

## 注)

- ・ 注入中に抵抗を感じたり、痛みを訴えるときは痔疾患、直腸狭窄などの場合もあるため、ただちに中止する
- ・ 排便を我慢してもらう時間の目安は 3～10分（少なくとも3分）
- ・ 患者には 5分と声をかける

- ・ 5分の目標でも短くなる可能性大  
とりあえずの目標として「5分」と声をかける
- ・ 高齢の患者は、肛門括約筋が低下しており我慢することが困難なため、まずは5分我慢してみましようなど時間を短くして伝えるなど考慮する。

注)

浣腸によって生じるショック症状に  
注意する

(腹痛や排便により血圧低下の恐れあり)

・ 施行中患者への声掛けが重要となる

\* 施行中は患者の顔が見えないため状況  
の把握が難しい

\* 患者の反応を見ながら注意深く観察し  
ていくことが大切

## 6) 抜管する

- ・ 基本的に注入後はゆっくり抜くが、注入後チューブを抜くと、その刺激で便意をもよおしてしまう事があるので、患者の状態に合わせ、チューブを抜く
- ・ ストッパーを確認しながらゆっくりチューブを引き抜く
- ・ チューブに出血付着していないか確認する

## 7) 排便

\* 移動できる患者はトイレに移動

- ・ トイレは鍵をかけない

- ・ 排便後は便の性状・量など効果を確認するため流さないように声をかける

- ・ 外で待つ場合、こまめに声かけをする  
見えない患者の状況を確認するために重要

- ・ 一人にしておけない患者は必ず付き添う

- ・ 多量の排便があった場合、迷走神経反射が起きやすいので注意する

\* 移動が難しい患者は臥床のまま排便

## 8) 患者と便の状態の確認

- ・ 便の性状、量などの確認
- ・ 腹満感・スッキリ感の有無
- ・ 気分不快出現の有無

### 注)

- ・ 浣腸後 1～2日は腹部症状出現に注意
- ・ 量が少ない場合やスッキリ感がない場合は、つづけて行うこともある
- ・ 浣腸施行後の次の透析日にその後の排便状況を確認

9. 患者の体位、衣類を整える
10. 後始末をして、記録する

注)

汚物は

- ・ 感染症患者は汚物室医療廃棄箱の中に捨てる
- ・ 感染症のない患者以外は1階の身体障害者トイレのバケツに捨てる

# 摘便

## 《適応》

- ・ 摘便とは、自然排便ができない患者さん、麻痺があるなど何らかの理由で腹圧がかけられない患者さん、脊損や直腸機能障害のある患者さんに対して、便を  
用手的に排出するケア

# 摘便

## 必要物品

- ・ 防水シート 1枚
- ・ キシロカインゼリー 適量
- ・ 替えオムツ 1枚 ・ 平オムツ 1枚
- ・ ビニール袋（大） 2枚
- ・ バスタオル（患者持ち）
- ・ 手袋 二重にして使用すると汚れたときに替えられる）＋予備
- ・ ティッシュペーパー・おしりふき

# 手順 《実施》

《環境準備》と《体位》はグリセリン  
浣腸の手順1～7に準ずる

(左側臥位で、膝を軽くお腹の方へ曲げ、やや前屈姿勢をとってもらう)

## 8. 肛門を観察する

- ・優しくタッピングし、腸の動きと肛門の緩みを確認する

## 9. ティッシュにキシロカインゼリーを出し、手技者の第2指に付ける

## 10. 挿入する

- ・ お腹・肛門に力が入ると指が入らないため、挿入時から口呼吸を促す

注)

「お口でゆっくり呼吸して、お腹の力を抜いて下さい」「今から指を入れますね」など、声をかけながらやさしく、ゆっくり行う

## 11. そっと第2指を入れたら直腸内の便の性状を確認する

- ・ 硬い便で大きな固まりとなっている場合は腸壁に触れないように気を付けながら崩す

## 12. 便をかき出す

- ・ 腸を傷つけるので指を極端に曲げたり、無理にかきだしたりせず、また腸壁に触れないよう気を付ける
- ・ 指についた便はティッシュペーパー又はオムツに拭いながら、繰り返し行う
- ・ 硬便の場合には、少しずつかき出す

## 注)

- ・ 摘便によって生じるショック症状に注意する
- ・ 左下腹部を S 字状結腸・肛門のほうに向けて押し、便を出しやすくする。
- ・ 処置中に抵抗を感じたり、痛みを訴えるときは痔疾患、直腸狭窄などの場合もあるため、ただちに中止する
- ・ 出血の時はガーゼで肛門部圧迫し、バイタル測定し医師へ報告する

## 13. 摘便後の排便について

- 1) 摘便のみで終了
- 2) ベッド上で排便を試みる場合
- 3) トイレに行って排便を試みる場合

\* 1) ~ 3) すべての場合、  
便(性状・量)・患者の状態を確認する

\* 後始末は浣腸に準ずる

# まとめ

今回、患者にとって浣腸・摘便は身体的にも精神的にも侵襲が大きい看護行為であり、行為自体も危険のリスクが高いことを、改めて学ぶことが出来ました。

今回学んだことを活かし、今後積極的に浣腸・摘便を実践していきたいと思えます。皆さんも、今回の勉強会を機に取り組んでみてください。

# 参考文献

- 1) 照林社エキスパートナース2012 11月号  
下痢に頼らない排便ケア
- 2) 照林社エキスパートナース2019 9月号  
排便ケアーのなぜ?&どうする?
- 3) 照林社エキスパートナース2022 8月号  
特集排便ケアーを見直そう
- 4) 照林社エキスパートナース2019 11月号  
夜間に使う薬こんな状況はここに注意
- 5) 看護の科学者改訂版実践的看護マニュアル共通技術編