

# 硫氮磺吡啶保留灌肠方法操作体会

任莲崔

(浙江省金华市中心医院 金华 321000)

关键词: 硫氮磺吡啶; 灌肠疗法; 外科护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0075-02

硫氮磺吡啶 (sulfasalazine, SASP), 因其价廉、疗效肯定是治疗轻中度溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 的常用药物<sup>[1]</sup>。临床上常用 SASP 每晚保留灌肠来达到治疗目的。过去实际操作中, 因 SASP 药物的特殊性 & 病人或操作者等因素造成一定的困难, 易产生堵管、漏液、病人不适感等问题。近 2 年来, 本人对 20 例 UC 病人进行 SASP 保留灌肠共 46 次, 病人均无不适感, 满意率 100%, 无堵管及漏液发生, 操作过程顺利。现将操作方法及体会报告如下:

## 1 操作前准备

1.1 病室环境准备 避免对流风, 尤其冬天注意保暖, 防受凉; 保证私密性。

1.2 护士准备 洗手, 戴口罩帽子; 了解病情, 根据肠镜检查结果, 明确 UC 病变部位; 核对医嘱, 确定执行保留灌肠医嘱无误。

1.3 用物准备 经石蜡油润滑的一次性 12# 吸痰管 1 条 (吸痰管连接部侧孔盖好), 一次性 PE 手套 1 副, 一次性压舌板 1 条, 消毒剪刀 1 把, 一次性 50mL 针筒 2 副, 加温容器 1 只 (内盛热水), 药物袋或筒 1 只。

1.4 药物准备 根据医嘱准备药品, 碾成粉的 SASP 1.0g, 塑料瓶装 NS 100mL, 用消毒剪刀剪去瓶塞与瓶颈大部分, 将 SASP 粉倒入 NS 中, 将其连瓶置于加温容器中, 取一次性压舌板当搅拌器, 边加温边搅拌直至 SASP 粉溶解呈金黄色。药液温度 37~38℃ 最佳 (用手腕感觉温暖不烫手), 用 2 副 50mL 针筒抽取加温好的药液, 置于铺好的治疗巾内。

1.5 病人准备 充分心理准备, 避免紧张情绪, 评估其有关灌肠配合知识掌握程度, 告知灌肠过程中配合方法及放松技巧, 如深呼吸、灌肠时及灌肠后应采取的体位、若有不适及时告知等。备卫生纸, 灌肠前排空二便。

## 2 操作方法

病人取左侧卧位, 暴露肛门, 臀下垫卫生纸。操作者戴一次性手套, 左手提起吸痰管连接部, 右手顺势捏住吸痰管松松缠绕一圈半于手上, 然后左手放开连接部。取装满 SASP 灌肠液的 50mL 针筒, 先水平摇晃针筒几次, 使沉淀药物重新混匀散开, 再迅速将针筒乳头对准吸痰管连接部旋紧, 右手松开缠绕的吸痰管并捏住头端部分, 左手推活塞将吸痰管内空气驱出, 嘱病人慢慢深呼吸, 右手采取抓笔式持吸痰管头部轻轻插入肛门, 此时病人肛门会有一张一弛动作反应, 应顺着病人插, 当有肛门括约肌收缩继而舒张动作时, 插管者右手能感觉到一股向外推动力, 此时暂停插管动作, 只须捏住吸痰管即可, 待向外推动力即将消失, 肛门括约肌收缩前, 立即将管向里推进, 如此反复直至达到所需插管深度。右

手继续持管不动, 左手握持针筒再轻轻水平摇晃几下后推动活塞, 脉冲式推注。每次推药前均摇晃几下 (看针筒内沉淀情况决定), 一管推完后, 取另一管同样动作注入。推药中询问病人有无不适感, 推药完毕, 再注入 3mL 空气, 将吸痰管内药液全部注入。取卫生纸包住吸痰管近肛门处, 并折返吸痰管慢慢拔出。拔出后顺势拉下手套包住吸痰管置污物袋内按规定处理。指导病人臀部抬高 10cm, 卧床休息至少 1h, 若为全结肠炎, 臀部抬高并左右交替侧卧, 每次 15min 各 2 次。

## 3 操作体会

采用上述方法行 SASP 保留灌肠, 病人无不适感, 操作时无堵管及漏液, 且保留灌肠时间<sup>[2]</sup>达 6h 以上, 病人满意, 操作者省心 (避免了重复插管动作)。虽然该操作简单, 但要做到百分之百满意, 尚需注意以下几点:

3.1 操作前各项准备必须充分 寒冷刺激及无私密性操作环境会造成紧张, 使肛门括约肌收缩时间延长, 产生进管时困难及插管时间延长。明确 UC 部位及肠段病变, 可事先设置合适的插管深度, 盲目插管太浅或太深会造成不适或达不到治疗效果, 一般直结肠炎插管深度取 15cm 左右, 乙状结肠炎取 30~35 cm<sup>[2-3]</sup>。药液温度要适宜, 正常健康成人直肠的平均温度是 37.5℃<sup>[4]</sup>, 故药液温度取 37~38℃, 太凉 (低于 34℃) 时肠蠕动减弱, 功能降低, 不利于药物充分吸收<sup>[5]</sup> 且不适感增加, 太热会损伤肠黏膜使溃疡加重, 也加重不适感<sup>[6]</sup>。药液容量不宜超过 150mL, 当药液在直肠内积聚 150~200mL, 直肠内压力大于 7.3kPa, 直肠壁感受器即产生强烈兴奋<sup>[7]</sup>, 引起排便反应, 不利于保留目的。灌肠用管子选择很重要, 太粗太短且侧孔多, 管壁较厚, 最小型号的管腔内径为 0.5cm, 长度只有 30.5cm, 易造成漏液、操作不灵活、病人不适感增加。而一次性吸痰管, 管子较长且型号多易选择, 本人认为选取 12# 一次性吸痰管最佳, 软硬适中, 其长度 40cm (包括连接部), 管腔内径为 0.2cm, 管壁相对较薄, 既不易堵管又不会漏液, 操作方便。

3.2 操作时应注意插管及注药 有外痔者, 管子进肛门口应避免外痔, 仔细看清肛门口, 避免向痔疮处插造成插管不进及病人不适。进入肛门口后一定要顺着病人插。实际上, 机体是敏感的, 当有管子或其他物体进入肛门口时会有反射性肛门括约肌收缩动作发生, 进管就会受阻, 停止不动就会松弛 (即感有向外推动力), 当向外推动力即将消失, 括约肌再次收缩前, 立即将管向里推进, 而进管时又会引起收缩动作, 故应顺着插, 把握一张一弛间歇时机, 直至达到插管深度。因 SASP 药物分子量 MW=398.4<sup>[8]</sup>, 相对较大, 颗粒粗, 溶解后易沉淀, 若不摇匀推活塞会导致沉淀物堵塞管子及针筒乳头现象。故

846-847

1998.511~518

[2]陈国伟, 郑宗镔. 现代心脏内科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社,

# 复合伤伴肾损伤 41 例诊治体会

李智尚

(浙江省缙云县人民医院 缙云 321400)

关键词: 肾损伤; 复合伤; 诊治体会

中图分类号: R 691

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0076-01

我院自 1998~2005 年共收治复合伤伴肾损伤患者 41 例,占同期复合伤的 19.7%,占同期肾损伤的 28.5%。现报告如下:

## 1 临床资料

本组男 32 例,女 9 例;年龄 16~65 岁,平均 43.2 岁;其中交通事故 25 例,坠落伤 9 例,塌方挤压伤 7 例。伴有休克 16 例,合并腹部实质脏器损伤 21 例,合并腹部空腔脏器损伤 7 例,合并多发性肋骨骨折、气胸 12 例,合并脑挫裂伤、颅内血肿 6 例,四肢、脊柱及骨盆骨折 10 例。肾损伤按美国创伤外科协会分类标准: I 类:肾挫伤包膜下血肿 9 例(22.0%); II 类:肾实质裂口 <1.0cm,无尿外渗 8 例(19.5%); III 类:肾实质裂伤延伸进入实质 ≥1.0cm,无尿外渗 11 例(26.8%); IV 类:实质裂口超过髓质进入集合系统 12 例(29.3%); V 类:肾破碎或肾带血管伤 1 例(2.4%)。

## 2 治疗方法

对于 I~II 类肾损伤 17 例及 III 类肾损伤中的 4 例(36.4%)行保守治疗,予绝对卧床休息、止血药、抗生素、利尿药等处理,严密观察病人生命体征、神志、尿液等变化。III~IV 类肾损伤中的 18 例(78.3%)行手术治疗,其中 13 例行肾切除术,术后 6 个月复查肾功能正常;5 例行肾修补术,术后 3 个月行 IVU 检查排泄功能正常。肾外复合伤予相应治疗,如腹腔脏器破裂修补术、胸腔闭式引流术、骨折固定、颅内血肿清除、引流术等,合并休克予积极抗休克。

## 3 结果

41 例患者中,3 例死亡,1 例因 V 类肾损伤死于失血性休克,2 例死于颅脑疾患。肾脏并发症 4 例,2 例肾周血肿感染,1 例肾性高血压,1 例肾萎缩。

## 4 讨论

4.1 诊断 在复合伤中由于肾脏位置较深加上常伴有其他致命伤,肾损伤往往得不到及时诊断,对肾损伤做出及时正确的诊断,对于挽救病员的生命和减少并发症具有重要意义

注药前先看看针筒内是否有沉淀很重要,若有,必须摇晃几下,但不管有否沉淀,最好先水平摇晃几下针筒再推活塞,会很畅通,且使药液浓度均匀分布在病变部位。使用脉冲式推注较宜,以免持续推进造成局部组织压力过大且药液分布不均匀。一次性 12# 吸痰管的容量约 3mL,拔管前推 3mL 空气,使药液都进入肠道内。拔管时注意折返管子再缓慢拉出,避免管子起引流作用而带出药液致床单污染及药量不足。

### 参考文献

[1]陈其奎,袁世珍,钟英强,等.硫氮磺吡啶治疗轻中型溃疡性结肠炎的临床评价[J].中国临床药理学与治疗学,2004,9(9): 1 007

[2]魏超容.保留灌肠肛管插入深度对药物保留时间的影响[J].护理学

杂志,1999,14(4): 328

[3]柏树令.系统解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2005.140~141

[4]崔焱.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2002.210

[5]陈少玲,蔡军红,彭海燕,等.慢性结肠炎患者保留灌肠方法的临床研究[J].齐鲁护理杂志,2004,10(12): 915

[6]胡梦娟,周双俊.人体解剖学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995.221

[7]李鸿勋.生理学[M].郑州:河南科学技术出版社,1992.173

[8]左萍萍,刘吉成,程锦轩,等.图表药理学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004.255

(收稿日期: 2006-09-04)

义。本组有 7 例肾区无阳性体征的患者拟为其他部位的损伤而收入其他科,最后方证实为肾挫裂伤,因此在合并有胸腹损伤,如第 9~12 肋骨骨折、气胸、腰椎骨折时应考虑到肾脏损伤可能。血尿是肾损伤的主要临床表现,本组 41 例伤后均有血尿,亦说明创伤后出现血尿是诊断肾损伤的重要依据。但血尿程度并不一定与损伤程度完全一致,在治疗过程中,血尿程度的增减可帮助判断损伤进展,从而确定治疗方式。B 超检查对腹腔实质性脏器损伤及肾脏损伤的诊断率都很高,主要表现为:肾被膜断裂,损伤处形成大小不等之液性暗区,但对其是血液或尿液不能分辨。由于不受患者伤情和体位限制,建议作为辅助检查的首选。静脉尿路造影是肾损伤诊断的重要手段,同时可了解对侧肾功能,对术中决定行伤肾切除提供依据。本组 41 例中 20 例采用大剂量静脉滴注造影,16 例获得诊断,阳性率为 80%,我们认为采用大剂量静脉滴注造影是诊断肾损伤有价值的方法。CT 检查对于肾脏损伤程度的判断及治疗方法的选择具有重要参考价值,本组行 CT 检查 32 例,30 例明确诊断,诊断率为 93.8%。

4.2 治疗 肾损伤合并其他脏器损伤首先应处理危及生命的损伤,合并休克积极抗休克。由于肾解剖位置隐蔽和肾包膜的强有力保护,多数肾损伤程度较轻。本组 I、II 类肾损伤全部采取保守治疗,取得良好效果。III、IV 类肾损伤由于损伤严重,出血较多,尿外渗范围大,肌体难以自我修复,常需尽早手术。手术指征:(1)严重休克者;(2)合并腹腔内脏器损伤需探查者;(3)血尿反复加重,血红蛋白、红细胞压积不断下降者;(4)腰部肿块增大或后期感染者。探查宜采用经腹入路,常规探查腹内脏器,在抢救生命第一的原则下尽量保肾。术中如需行伤肾切除,需明确对侧肾脏功能,如术前未行 IVU 检查,我们采用术中首先阻断伤侧输尿管,再静注靛胭脂 5mL,5min 后观察导尿管,如蓝色尿液排出,说明对侧肾功能良好,方可切除伤肾。

(收稿日期: 2006-09-04)

(收稿日期: 2006-04-10)