

一次性高压引流瓶在甲状腺癌术后的应用效果及护理措施*

刘大响,王令焕,徐梅,王秀珍,高超,高晓静
(河北医科大学第四医院耳鼻咽喉头颈外科,石家庄 050035)

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)02-0283-02

甲状腺癌是人体常见的恶性肿瘤,占全身恶性肿瘤的 1%^[1]。目前手术治疗是甲状腺癌的基本治疗方法,而创伤护理对于甲状腺癌患者术后的康复起着至关重要的作用^[2]。因为甲状腺癌手术创口较大、渗出液较多,为细菌滋生创造了良好环境,不利于伤口的愈合^[3]。因此高效的引流方式可以有效减少术后并发症发生率,缩短患者康复时间。为了探寻甲状腺癌术后更加高效的引流方式,本研究选取 100 例甲状腺癌手术患者,分为两组,分别采用常规的引流球引流和一次性闭合高压引流瓶引流,并进行观察比较。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月在本院行手术治疗的 100 例甲状腺癌患者,分为对照组和观察组,每组各 50 例。纳入标准:(1)甲状腺癌均经过术后病理证实;(2)年龄为 18~65 岁;(3)知情同意,自愿加入本研究。排除标准:(1)合并其他部位感染;(2)合并凝血功能异常;(3)因其他疾病导致住院时间延长;(4)因精神疾病等不能配合观察。本研究获得医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 引流方法 观察组采用一次性闭合高压引流瓶进行吸引;对照组采用传统负压引流球进行吸引。引流管一般留置 24~72 h,若 24 h 之内引流液总量小于 20 mL、颜色呈浅红或微黄、伤口无感染或积液,引流管即可拔除。拔出引流管时将引流管一端连接至一次性注射器,一边抽吸一边拔出。拔除引流管后观察创面渗血渗液以及患者呼吸脉搏情况,嘱患者切勿用力咳嗽或其他剧烈头颈部动作。术后 48 h 内最易发生出血感染等并发症,若引流瓶短时间内的引流液突然增多(>100 mL),且颜色较鲜红,则考虑为内出血,应及时进行处理;如果引流瓶在术后 6 h 内引流液小于 10 mL,则提示可能引流不畅,应及时检查引流装置是否折叠压迫或阻塞,做出相应处理。

1.2.2 护理方法 (1)患者术后待麻醉清醒稳定后取去枕平

卧位,床头抬高 30°~40°,处于半卧位,以减少头颈部张力,便于呼吸及术后引流。(2)观察记录术后体温、脉搏、呼吸及血压等基本生命体征;是否出现窒息、手足抽搐、声音嘶哑等并发症;术后伤口有无肿胀、渗血;确保引流瓶呈通畅、负压状态并记录引流液量及性状。(3)术后 6 h 进流质饮食,6~8 h 可进行头颈部活动,1~2 d 含漱口液漱口,加强口腔护理;术后 3 d 进行适量点头、摆头动作,逐渐增加活动量以防止疤痕收缩。

1.2.3 观察指标 观察并记录两组患者术后引流总量、体温变化、置管时间、并发症发生率、切口愈合时间、住院费用、住院时间及患者满意度等。(1)总引流量:记录拔管前每天引流量的累加值;(2)体温变化:术后 4 d 内平均体温及最高体温;(3)置管时间:术后引流管拔除的时间;(4)术后并发症记录:出血、皮下积液、感染;(5)切口愈合时间;(6)住院时间:术后至康复出院时间;(7)住院费用:术后至出院费用总计;(8)患者满意度:满意度分为非常不满意、不满意、一般、满意、非常满意,满意率=(非常满意+满意)例数/总例数×100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以频数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 两组患者性别、年龄、病理结果及手术方式比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

2.2 两组术后引流各项指标比较 观察组术后总引流量、平均体温、最高体温、置管时间、切口愈合时间、住院时间和治疗费用明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较 观察组术后出血、皮下积液及感染等并发症的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组一般资料比较

组别	n	性别(n)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病理结果(n)			手术方式(n)	
		男	女		滤泡状腺癌	乳头状腺癌	未分化癌	甲状腺次全切除术+双侧 功能性颈淋巴结清扫术	甲状腺次全切除术+ 单侧功能性颈淋巴结清扫术
观察组	50	27	23	40.5±12.9	13	31	6	15	35
对照组	50	25	25	40.9±13.3	13	30	7	14	36
χ^2/t		0.975	0.701		1.057			1.084	
P		0.463	0.152		0.401			0.394	

* 基金项目:河北省卫生厅医学科学研究基金资助项目(ZD20140393)。 作者简介:刘大响(1975—),主管护师,本科,主要从事耳鼻咽喉头颈外科护理研究。

表 2 两组术后引流各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	引流总量 (mL)	平均体温 (°C)	最高体温 (°C)	置管时间 (d)	切口愈合时间 (d)	平均住院 (d)	平均治疗费用 (元)
对照组	50	167.6±38.5	37.1±0.5	37.6±0.7	2.3±0.7	7.51±0.63	6.1±0.9	16 560.51±1 521.53
观察组	50	116.4±22.3	36.7±0.3	37.2±0.3	1.7±0.6	6.82±0.51	5.6±0.7	14 093.64±1 011.56
<i>t</i>		3.552	1.673	1.781	1.976	2.151	2.432	2.574
<i>P</i>		0.011	0.041	0.039	0.035	0.029	0.026	0.023

表 3 两组患者术后并发症发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	皮下积液	出血	感染	并发症发生率
对照组	50	3(6.0)	2(4.0)	3(6.0)	8(16.0)
观察组	50	1(2.0)	1(2.0)	2(4.0)	4(8.0)
χ^2		5.091	4.584	4.311	4.877
<i>P</i>		0.027	0.034	0.037	0.030

2.4 两组患者满意率比较 观察组患者满意率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.972, P=0.029$),见表 4。

表 4 两组患者满意率比较

组别	<i>n</i>	非常满意 (<i>n</i>)	满意 (<i>n</i>)	一般 (<i>n</i>)	不满意 (<i>n</i>)	非常不满意 (<i>n</i>)	满意率 [<i>n</i> (%)]
观察组	50	36	12	2	0	0	48(96.0)
对照组	50	26	15	7	2	0	41(82.0)

3 讨论

甲状腺癌术后创面放置常规引流装置是临床上最常用的术后处理手段,其功能是将切口内组织间或体腔内聚集的脓、血液沿引流装置引导至体外,避免其压迫刺激切口内组织,防止术后创面感染及促进伤口愈合^[4],同时能大大缩短患者的住院时间,减少医疗费用,从而达到最佳的治疗效果^[5]。另一方面,由于甲状腺紧贴附在气管上,一旦手术创口内产生积液或积血,或因止血不全而产生活动性出血,都可能对气管产生压迫,使患者产生呼吸困难,严重者可引起窒息^[6]。因此,保证引流装置通畅不仅有利于切口内减压,同时也可以观察引流液量和性状,有利于及早发现并发症并及时处理^[7]。

目前,临床使用的传统负压引流球所产生的负压在 10 kPa 以内,负压不够,引流效果一般,术后切口会产生较多的渗血、渗液并污染敷料,频繁更换敷料不仅增加工作量,提高住院成本,同时也会引起患者不适,降低满意度^[8]。应用一次性闭合高负压引流瓶,可以保证高效持续的负压吸引状态,从而保持敷料清洁,减少更换,大大降低了患者的不适。NECHAY 等^[9]研究发现,负压的高低和有无中断直接影响到引流效果,高负压引流瓶可提供负压一般维持在 70~90 KPa,远远高于普通负压吸引球产生的负压^[10]。而且高负压引流瓶产生的高负压能极大保障引流装置的通畅,其形成的组织内固定作用减少了术后切口内的组织反应,使得组织渗出减少^[11]。术后患者发热常源于机体反应热和吸收热。高负压持续引流能将组织分解产物快速引出,从而大大降低了反应热和吸收热的发生概率^[12]。同时高负压引流能有效预防切口感染,其真空设计可以防止引流物倒流,避免切口产生逆行性感染^[13]。SZYBI-AK 等^[14]研究表明,高负压引流使创面能紧密贴合,增加了创

面的血流量,改善创面微循环,提高了细胞增生能力,促进了肉芽组织生长,加速了创面愈合速度。

综上所述,高负压引流瓶明显优于传统引流球引流,能有效提高治疗效果,减少并发症发生。同时配合高质量、高效率的护理措施,大大提高了患者的伤口愈合速度,减少了患者痛苦和治疗费用,值得推广。

参考文献

- [1] 孙辉. 甲状腺癌规范化诊治理念更新及其意义[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(1): 72-75.
- [2] 盛玉华. 甲状腺良性肿瘤切除术后临床护理[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(23): 199-200.
- [3] 任船, 李情怀. 分化型甲状腺癌不同术式术后主要并发症的分析[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2013, 5(4): 221-222, 229.
- [4] 张海东, 龚单春, 张庆翔. 甲状腺手术后不置引流的技术探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(2): 194-196.
- [5] 李小平, 黄彧禾, 路广. 甲状腺术后引流方法的改进[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(5): 847.
- [6] HYUN S Y, OH H K, RYU J Y, et al. Closed suction drainage for deep neck infections[J]. J Cranio - Maxillofac Surg, 2014, 42(6): 751-756.
- [7] 陈治龙, 陈丽华. 三种内径引流管用于老年甲状腺次全切除术后引流的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 10(20): 5878-5879.
- [8] 蔡巧怡, 黄洪霞. 甲状腺手术放置引流的改进与护理探讨[J]. 中国医药指南, 2014, 12(19): 19-20.
- [9] NECHAY A P, SMOLYAR V A, VOYTENKO V V, et al. The wound drainage after operation on thyroid gland[J]. Klin Khir, 2015, 12(3): 49-51.
- [10] 胡世雄, 黄侃, 赵刚, 等. 甲状腺术后常规引流的前瞻性对照研究[J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(7): 589-590.
- [11] 段义治, 姚锡宇, 何敏芬, 等. 高负压引流瓶在甲状腺癌手术中的应用[J]. 现代肿瘤医学, 2017, 25(4): 550-552.
- [12] 刘以举, 慕玉莹. 不同引流方法在甲状腺次全切除术中的应用的比较[J]. 中国当代医药, 2013, 20(23): 64-65.
- [13] 刘忠亮, 方向, 陈玉祥, 等. 低位切口加负压引流在甲状腺癌术中的临床应用分析[J]. 中国医学创新, 2011, 28(28): 97-98.
- [14] SZYBIAK B, GOLUSIŃSKI W. Operative and postoperative management of patients after neck surgery[J]. Otolaryngol Pol, 2012, 66(3): 201-206.