

肝切除术后腹腔引流管固定法改进对快速康复的影响*

任秋平,肖凤鸣[△]

(四川大学华西医院肝脏外科,成都 610041)

[中图法分类号] R473.6 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)24-3236-03

肝部分切除仍是目前肝癌治疗的最重要手段之一,然而肝切除患者手术切口大,手术时间长,手术后疼痛发生率较高,影响患者术后功能康复^[1-2]。快速康复外科(FTS)又称术后快速康复(ERAS),是指通过术前、术中及术后应用已有循证医学证据支持的一系列围术期优化处理措施,减少患者术后的生理、心理创伤应激,使患者获得快速康复,目前被广泛应用于各外科领域^[3]。本研究基于快速康复外科理念,采用 3M 加压固定胶带以“川”字型螺旋固定法对肝切除术后引流管固定方法进行优化改进,观察治疗效果,以期缩短患者术后恢复时间,加速患者康复,现将治疗效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 4—12 月本科择期行肝切除术住院患者 133 例(恶性 81 例,良性 52 例)为研究对象。患者分为改进组(66 例)和常规组(67 例)。改进组男 49 例,女 40 例,平均年龄(43.6±10.9)岁;常规组男 17 例,女 27 例,平均年龄(43.2±11.6)岁。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:年龄 18~65 岁;择期手术;ASA 分级 I~II 级;术前肝功能 Child 分级 A(5~6 分)。排除标准:年龄小于 18,或大于 65 岁;既往有腹部手术、创伤或皮肤过敏史;严重肺气肿、间质性肺炎或缺血性心脏病等不能耐受手术;1 个月内连续全身性类固醇治疗;术前评估极高危;术前临床症状或影像学检查提示肿瘤已有远处转移;不能配合研究,如有语言理解障碍,中枢神经系统疾病等。本研究设计方案为前瞻性随机对照试验,经四川大学华西医院临床试验与生物医学伦理专委会审批通过(审批号:2014-63)。

1.2 方法

1.2.1 固定方法 (1)改进组:①材料准备。取 3M 加压固定胶带 1 卷,剪下 1 条规格为 6 cm×12 cm 的胶带,再将胶带以长为边,将宽折成 3 份,沿折线剪开至长 6 cm,即剪成“川”字型(图 1)。②固定方法及步骤。将“川”字型胶带整块的前端黏在皮肤上,并将剪开的后端上、下两条分别固定于引流管下方的皮肤

上,将中间的一条环形螺旋式包绕引流管。胶带卷边或黏性降低时及时更换胶带,以保持引流管的有效固定。(2)常规组:将腹腔引流管用胶带固定于皮肤上,而后将腹腔引流管固定于床缘(图 1),胶带卷边或不黏时及时更换胶带,以保持引流管的有效固定。两组患者术后 48 h 内均使用自控式镇痛泵,嘱患者早期下床活动。必要时应用非甾体类止痛药物。当患者主诉疼痛且 VAS 评分大于或等于 4 分时,应用非甾体类止痛药(NSAIDs)加强镇痛。引流管固定示意图见图 2。



A:传统固定方法;B:胶布剪切;C:固定

图 1 常规组固定示意图



A:前端固定于皮肤;B:上下两条固定于皮肤;C:螺旋式包绕引流管

图 2 改进组固定示意图

1.2.2 评价指标及标准 患者复苏转至病房后,由专门的疼痛专科护士负责随访记录,采用视觉模拟评分法(VAS)^[4]和 Kolcaba 舒适度量表评价术后 8、24、48 h 疼痛程度和舒适度状况。观察并记录有无非计划性拔管,堵管率,首次排气和下床活动时间,术后住院时间,以及术后切口感染、腹腔感染、胆漏等并发症情况。

1.2.3 舒适度 采用 Kolcaba 舒适度量表^[5]进行舒适度评价,包括社会、心理、生理和环境 4 个维度,共 28 项。采用 Likert 4 级评分法,1 分表示非常不同

* 基金项目:四川大学华西医院院级基金资助(ZY2016204)。 作者简介:任秋平(1986—),主管护师,硕士,主要从事临床护理、灾害护理方面的研究。 [△] 通信作者,E-mail: xfm30@163.com。

意,4分表示非常同意。反向题1分表示非常同意,4分表示非常不同意。得分28~112分,得分越高表明越舒适。舒适度评价在患者术后1、3、5 d进行。问卷调查由两名主管护师负责发放、讲解填写方法并统一回收。患者完成问卷需要10~15 min,不能填写者由主管护师询问患者的具体情况并代为填写。共发放问卷133份,回收有效问卷133份,有效回收率为100%。

1.3 统计学处理 采用SPSS 20.0软件进行数据统计分析,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 不同时段 VAS 评分和舒适度比较 术后8和24 h,改进组VAS评分明显低于常规组,舒适度得分高于常规组($P<0.05$),术后48 h两组VAS评分和舒适度比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表 1 两者患者不同时点 VAS 疼痛评分比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	8 h	24 h	48 h
VAS 评分(分)				
改进组	66	3.53±1.29 ^a	3.53±1.63 ^a	3.59±1.95
常规组	67	5.18±1.76	5.15±2.27	4.76±1.81
舒适度(分)				
改进组	66	79.60±5.30 ^a	87.20±4.40 ^a	88.00±6.30
常规组	67	69.70±6.60	73.20±4.80	76.20±6.70

^a: $P<0.05$,与常规组比较

2.2 术后康复、非计划性拔管和并发症发生情况 改进组术后住院时间,首次排气时间和下床活动时间明显短于常规组($P<0.05$),常规组有4例患者出现非计划性拔管,与改进组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。改进组和常规组术后均无导管堵塞、腹腔感染和切口感染发生,仅常规组术后有1例(2%)胆漏发生,差异无统计学意义($P>0.05$)。所有入组患者均未出现严重的过敏反应,如皮肤过敏、皮肤损伤等。

表 2 两者患者术后康复情况的比较			
项目	改进组(<i>n</i> =66)	常规组(<i>n</i> =67)	<i>P</i>
术后住院时间($\bar{x}\pm s$,d)	5.24±1.22 ^a	6.99±2.12	0.004
术后排气时间($\bar{x}\pm s$,h)	52.00±14.30 ^a	88.80±18.20	0.029
首次下床时间($\bar{x}\pm s$,d)	1.21±0.41 ^a	2.18±0.74	0.014
非计划性拔管(<i>n</i>)	0 ^a	4	0.044
堵管(<i>n</i>)	0	0	

^a: $P<0.05$,与常规组比较

3 讨 论

术后常规放置引流管的目的主要为预防性作用,通过引流手术创面和腹腔积血或积液,早期诊断术后

胆漏及预防腹腔感染等方面中起着重要作用,因此腹腔引流仍为肝脏外科中最基本、最常用的技术之一^[6-10]。尤其肝脏部分切除,对肝实质损伤大,术中出血多,肝脏创面术后渗血、渗液多,术后放置腹腔引流管具有重要作用。但临床上患者在腹腔引流管留置期间,由于腹腔引流管的刺激、牵拉常感到不舒适或疼痛,限制其活动;或者因引流管固定不牢固,引流管容易发生移位、脱落,不仅增加患者的痛苦,同时延缓恢复速度。

FTS是一种新的外科理念,是利用现有手段将围术期各种常规治疗措施加以改良并重新优化、组合以加快术后恢复、降低病死率及缩短住院时间而采取的一系列综合措施^[11-13]。本研究采用的3M加压固定胶带与传统固定方法相比更有优势。(1)从材质上,3M加压固定胶带具有弹性好、顺应性强的优点,是一种低过敏、高黏附性的透气胶带,可有效减少患者活动及更换透明敷料所致的导管移位^[14],保证了引流的有效性,能有效对抗引流物的重力和牵拉,提高了患者舒适度。(2)从固定原理上讲,采用“川”字型螺旋固定方法增加了胶带与皮肤和引流管的黏合面积,固定更稳固;传统固定方法是直接用胶带将引流管和皮肤黏合在一起,随着患者体位变换很有可能导致引流管被折叠或者压迫,而改进组采用螺旋形固定法将引流管缠绕,既起到了固定作用又避免了引流管被折叠或者压迫导致引流不畅的风险。本研究结果显示采用3M加压固定胶带“川”字型螺旋固定的改进组术后引流量和常规组无明显差异,并未增加术后相关并发症,且术后8、24 h VAS评分明显低于常规组,舒适度高于常规组。常规组有4例患者出现非计划性拔管,明显高于改进组,这与既往研究结果一致^[15]。同时本研究结果还显示改进组首次下床活动时间明显早于常规组,肛门首次排气时间和术后住院时间明显短于常规组,且不增加术后并发症发生率。这可能是因为采用3M医用透气胶带“川”字型、螺旋型固定的方法,该方法简单,取材容易,价格低廉,黏附性强,对皮肤刺激性小,加强了引流管的固定,减轻了患者在翻身活动时牵拉疼痛与刺激,降低了意外拔管的发生,保证有效引流^[16-18],从而能促进早期下床活动,增加其活动度,促进患者快速康复。

综上所述,采用改良后3M胶带以“川”字型螺旋固定法应用于肝切除术后腹腔引流管固定可减轻引流管牵拉痛,预防非计划性拔管,促进早期活动,进而促进胃肠功能恢复,是一种具有创造性、有效性的护理措施,也是一种安全有效、简单易行的快速康复措施,值得临床推广应用。

参考文献

[1] ZHENG X,FENG X,CAI X J. Effectiveness and safety of

continuouswound infiltration for postoperative pain managementafter open gastrectomy[J]. World J Gastroenterol,2016,22 (5):1902-1910.

[2] SACCARDI C,GIZZO S,VITAGLIANO A,et al. Periincisional intraperitoneal ropivacaine administration; a new effective tool in control after surgery in laparoscopic pain gynecology;a randomized clinical trial[J]. Surg Endosc, 2016,30(12):5310-5318.

[3] KIM J W,KIM W S,CHEONG J H,et al. Safety and efficacy of fast-track surgery in laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer;a randomized clinical trial[J]. World J Surg,2012,36(12):2879-2887.

[4] 李立明,赵松. 快速康复外科在支气管袖状肺叶切除治疗中央型肺癌中的应用[J]. 中国实用医刊,2013,40(19): 4-6.

[5] APOSTOLO JL,KOLCABA K. The effects of guided imagery on comfort,de pression, anxiety,and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders [J]. Arch Psychiatr Nurs,2009,23(6):403-411.

[6] CHANDRAKANTAN A,GAN T J. Demonstrating value;a case study of enhanced recovery[J]. Anesthesiol Clin,2015,33(4):629-650.

[7] LEE A,ZHU F,UNDERWOOD M J,et al. Fast-track failure After cardiac mode validation and surgery;external implications To ICU utilization[J]. Crit Care Med bed,2013,41(5):1205-1213.

[8] CHESTOVICH P J,LIN A Y,YOO J. Fast-track in pathways colorectal Surgery[J]. Surg North Am, 2013, 93 (1):2132.

[9] REIF P,DROBNITSCH T,AIGMUELLER T,et al. The

decreasing length of hospital stay following vaginal hysterectomy;2011—2012 vs. 1996—1997 vs. 1995—1996 [J]. Geburtshilfe Frauenheilkd,2014,74(5):449-453.

[10] 姜庆斌. 在普外中腹腔引流中采用腹腔引流管的临床观察[J]. 中外医疗,2013,32(12):85-86.

[11] PADILLA ALARCON J,PENALVER CUESTA J C. Experience with lung resection in a fast-track surgery program[J]. Arch Bronconeumol,2013,49(3):89-93.

[12] Carter J. Fast-track surgery in gynaecology and gynaecologic oncology;a review of a rolling clinical audit[J]. ISRN Surgery,2012;368014.

[13] SALHIYYAH K,ELSOBKY S,RAJA S,et al. A clinical and economic evaluation of fast-track recovery after cardiac surgery[J]. Heart Surg Forum, 2011, 14 (6): E330-334.

[14] 钟梅,陈仕娟,谢间好,等. ICU 患者颈内静脉穿刺固定方法的改进[J]. 护理学报,2012,19(8A):55.

[15] 杨小云,邓建玉. 3M 加压固定胶带固定腹腔引流管对患者舒适度的效果评价[J]. 中国卫生标准管理,2016,7 (13):247-248.

[16] 曾柳芳,何海燕,梁凤. 3M 透明敷料在深静脉置管中的应用[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(24):5854.

[17] 钟弋云,吴赛芬,邓洁英. 留置腰大池引流管患者非计划性脱管原因分析及对策[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010,13(24):77-78.

[18] 张卫强,刘克强,裴迎新,等. 肺叶切除术后胸腔引流方法的改进对快速康复的影响[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版),2015,7(7):56-58.

(收稿日期:2018-02-18 修回日期:2018-05-10)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.24.031

契约式管理应用于孕产妇孕期管理的研究*

樊少磊,白桦[△],崔红霞,方惠
(郑州大学第三附属医院产房,郑州 450052)

[中图法分类号] R473.71 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)24-3238-04

随着二孩政策的全面实施,高危、高龄产妇的比例和病死率明显增加。孕期保健与妊娠结局密切相关,适宜的保健有助于促进自然分娩,保障母婴健康^[1]。因此,如何做好孕期保健工作成为近年医学界研究的热点。契约式管理是用相对固定的、清晰的契约,约定各层级和各方面的职能、责任。目前,契约式管理被运用到多种慢性病的防治,但其方案的制订和评价缺乏系统的阐述和理论依据^[2]。美国护理专家 KING 在一般系统论的基础上建立了互动达标理论,

提出护理的目标是帮助个体与群体维持健康^[3]。本研究以 KING 互动达标理论为依据,制订并实施孕期契约式管理,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选择 2016 年 1—12 月在本院产科门诊建卡、定期产检并计划在本院分娩的 112 例孕产妇。纳入标准:(1)初产妇,B 超确诊,单胎宫内孕,头位,妊娠 12~14 周;(2)具有基本的阅读和书写能力,能够正常沟通交流者;(3)知情同意参

* 基金项目:河南省教育厅资助项目(182102311196)。 作者简介:樊少磊(1986—),主管护师,硕士,主要从事助产学方面的研究。 △ 通信作者,E-mail:fybjbai@126.com。