

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.02.039

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20191204.1701.020.html>(2019-12-06)

限位备皮装置在肿瘤介入术皮肤剪毛中的效果研究*

刘晓瑜¹, 李智^{2△}

(1. 重庆市北碚区中医院介入中心 400711; 2. 重庆医科大学附属第二医院介入中心 400010)

[摘要] 目的 观察带限位梳的备皮装置在肿瘤患者行介入手术前皮肤准备中的实施及效果分析。

方法 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月重庆市北碚区中医院行介入治疗(经股动脉穿刺)的 502 例肿瘤患者, 其中肝胆外科 227 例患者作为对照组, 肿瘤科 275 例患者作为观察组。两组均在术前 2 h 清洁穿刺部位, 对照组采用无菌剪刀剪短毛发, 观察组采用带限位梳备皮装置剪短毛发, 备皮结束后使用有机硅季铵盐局部消毒, 并用纱布覆盖穿刺部位。观察两组患者备皮时间、穿刺部位毛发长度及手术部位消毒前皮肤菌落数。**结果** 与对照组比较, 观察组备皮时间更短 $[(1.41 \pm 0.35) \text{ min vs. } (3.49 \pm 0.71) \text{ min}]$, 遗留在穿刺部位的毛发更短 $[(1.01 \pm 0.02) \text{ mm vs. } (3.44 \pm 0.68) \text{ mm}]$, 术前穿刺部位菌落数更少 $[(0.020 \pm 0.038) \text{ cfu}/15 \text{ min vs. } (0.030 \pm 0.042) \text{ cfu}/15 \text{ min}]$, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 带限位梳的备皮装置更有利于肿瘤介入患者的皮肤准备。

[关键词] 外科手术; 皮肤; 毛发去除; 工具使用行为

[中图法分类号] R473.73 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2020)02-0332-04

备皮是手术前的必要准备与步骤, 其关系到伤口感染和组织愈合, 并影响着手术效果, 甚至危及患者生命。已有研究发现使用剃刀剃毛会造成皮肤细微损伤, 有利于细菌定植, 增加了感染的发生^[1]。对于头部、腋窝、会阴等部位影响手术操作的毛发, 文献资料推荐使用推平或剪的方式^[2-7]。肿瘤介入治疗通过股动脉穿刺, 运用导丝、导管进行局部药物灌注及栓塞, 阻断肿瘤血供使癌体严重缺血坏死^[8], 因其定位准确、治疗效果好、身体恢复快而受到越来越多临床医师和患者的青睐^[9]。但由于肿瘤患者免疫力、抵抗力下降, 介入治疗所用生物材料及患者体内腔道表面容易黏附病原菌引起感染^[10]。同时, 肿瘤介入常用的穿刺部位在腹股沟处, 会阴部的毛发清洁度低, 手术时导管导丝可能将穿刺部位皮肤或毛发上的病菌带入患者体内引起菌血症、败血症。此外, 介入术后穿刺部位需压迫止血 6~8 h, 过长的毛发缠绕止血器造成患者额外的疼痛与不适, 因此有必要在腹股沟穿刺部位完成高质量的皮肤准备。临床上有使用普通理发推剪、电动剃须刀等为患者进行皮肤准备的报道, 但这些工具存在交叉使用现象, 很难做到彻底消

毒^[7], 故一些学者提出使用无菌剪剪除毛发, 该操作理论可行但实际使用率低, 因此国内 75% 的医院仍采用剃毛备皮^[11]。针对这一现象, 重庆市北碚区中医院自制了一种带限位梳的备皮装置, 该装置价格低廉、使用方便, 可保证备皮时不伤皮肤并剪短毛发, 又可防止备皮工具的交叉感染, 现已成功申请专利, 临床实践运用也取得一定效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月在重庆市北碚区中医院进行以肝脏肿瘤为主的腹腔脏器肿瘤介入治疗的 502 例患者作为研究对象, 其中来源于肝胆外科的 227 例患者为对照组, 来源于肿瘤科的 275 例患者为观察组。纳入标准: (1) 神志清楚, 能自主表达; (2) 经股动脉路径手术治疗。排除标准: (1) 腹股沟原有皮肤破损或感染; (2) 会阴部皮肤损伤或感染。对照组中男 153 例, 女 74 例, 年龄 36~73 岁, 平均 (49.2 ± 11.3) 岁。观察组中男 187 例, 女 88 例, 年龄

* 基金项目: 重庆市北碚区科学委员会面上项目(2016-31)。

作者简介: 刘晓瑜(1978-), 主管护师, 本科, 主要从事介入护理研究。

△ 通信作者, E-mail: 282378843@qq.com。

38~76 岁,平均(48.6±10.6)岁。两组患者性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 制作带限位梳的备皮装置

借鉴儿童理发剪(图 1)头部的形状样式,根据腹股沟凹凸不平、会阴部皮肤薄、皱褶多、毛发方向不一致、毛发有倒伏等特点,改良理发剪的刀头为双层保护,包括固定刀刃和可动刀刃(图 2)。限位梳(图 3)为覆盖在备皮器刀刃部的梳状构件,其在刀刃和皮肤之间形成 1 mm 的定长间隔。备皮处的毛发通过限位梳被固定,紧贴限位梳内部的两刀刃左右相互移动即可剪短毛发。可动刀刃摆动成 45°角时对毛发进行快速强力切割,厚度小于 1 mm 的限位梳齿,可以保证将毛发剪至需要的长度。



图 1 儿童理发剪示意图



图 2 改良理发剪刀头示意图

1.2.2 操作方法

两组患者均于备皮前淋浴或皂液清洁穿刺部位,观察组中操作者洗手、戴口罩与手套,安装刀头,覆盖限位梳在刀刃部,确定备皮装置处于工作状态后,将安装好的备皮装置放在会阴毛发处,打开开关,上下移动便可将毛发剪短。如遇皱褶皮肤,用手将皮肤绷直,备皮装置置于绷直的皮肤上轻轻移动。如遇毛发倒伏,可用手捻起毛发剪除,也可从倒伏方向逆行剪除。对照组则采用无菌剪刀剪短毛发,剪刀(或限位梳)平贴于皮肤,移动剪刀(或限位梳)将穿刺点为中心向外 15 cm 的毛发剪完后结束。剪短毛发后再次用清水清洁备皮处的皮肤,清洁后用有机硅季铵盐消毒,并用无菌纱布覆盖。



图 3 改良理发剪限位梳示意图

1.2.3 观察指标

(1)备皮时间:操作者戴好无菌手套,取出消毒好的无菌剪或(为安装好刀头和限位梳)后以电子计时器开始计时,至剪完结束停止计时,并做好相应记录。(2)毛发长度:皮肤准备结束后,将直尺成直角放于皮肤上,测量备皮后毛发最长点与皮肤之间的长度,用放大镜观测毛发长度,取肉眼所见最长值、最短值和普遍长度值的平均数,做好相应记录。(3)穿刺部位菌落数:手术消毒前揭开腹股沟无菌纱布,用 55 mm 规格的灭菌板放在被检皮肤上,用浸有无菌洗脱液的棉拭子 1 支,在规格板内横竖往返水平涂擦 5 次,并随之转动棉拭子,用无菌剪刀剪去手接触的部分,将棉拭子头部投入含有 10 mL 相应中和剂的无菌洗脱液试管内,盖好无菌试管盖立即送细菌室培养并观察菌落数。

1.3 统计学处理

采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以频数或百分率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

与对照组比较,观察组备皮时间更短、穿刺部位毛发长度更短、皮肤菌落数更少,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组皮肤效果比较($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组 ($n=227$)	观察组 ($n=275$)	t	P
备皮时间(min)	3.49±0.71	1.41±0.35	36.479	0.00
毛发长度(mm)	3.44±0.68	1.01±0.02	59.200	0.00
菌落数 (CFU/15 min)	0.030±0.042	0.020±0.038	2.970	0.01

3 讨论

术前剃毛可去除毛发污垢中携带的细菌,方便消毒和手术操作,但其对皮肤组织的微小损伤和不完整的器械消毒反而增加了感染的可能^[12]。对于妨碍手术操作的毛发,不少学者提出剪毛备皮或脱毛备皮,但脱毛剂含化学物质,会破坏毛发生长过程甚至引发炎症^[13]。使用剪刀剪毛备皮虽能达到消毒灭菌,但仍存在损伤皮肤和毛发剪不完全的现象,同时对异性患者剪毛时间太长易引起患者心理不适^[6]。而其他剪毛工具无法达到既不损伤皮肤又能剪短毛发,还能防止交叉感染的目的。英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)在 2008 年发布的指南中建议:在手术当日使用(一次性头)电动剪剪毛,不要使用剃刀剃毛^[14]。本研究使用带限位梳的备皮装置申请了专利,该装置符合指南的备皮要求,既缩短了备皮时间、又有效地剪短了毛发,还防止了交叉感染。

带限位梳的备皮装置是多根毛发一起剪短,由于有限位装置,能一次性剪短达到固定长度,弧形设计的刀头能保护皮肤不受损伤。本研究发现观察组的毛发一次成功剪短,而对照组由于使用无菌剪,使用时操作者手持无菌剪无法保持直角,容易与皮肤形成一定夹角,剪毛时又无法太贴近皮肤以防损伤,对过长的毛发需要重复修剪,因而备皮后毛发长度更长。股动脉因粗大、不易痉挛、体表投影清楚成为介入治疗时首选的穿刺部位^[15],其穿刺后最常见的并发症是穿刺点出血。带限位梳的备皮装置缩短了备皮时间,减轻了护士工作负担,节约了医疗资源,减轻了患者的心理压力,减少了隐私部位的暴露时间,解除了穿刺点压迫止血器使用时毛发牵拉引起的疼痛,因此增加了患者的舒适度。

正常皮肤可分泌富含氨基酸、油脂、尿酸、乳酸等多种分泌物,定植于皮肤表面的金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌等多具有致病性等^[16]。王东巍^[4]提出术后创口感染率是由沾染创口细菌数量、细菌毒力和患者抵抗力共同造成的。对抵抗力低下的肿瘤患者,穿刺部位有致病菌菌落,经股动脉穿刺后一旦发生感染,细菌将直接进入血液导致菌血症、败血症^[17-18]。ELWARD 等^[19]发现肥皂液流水清洗 30 s 以上,可以使金黄色葡萄球菌和铜绿假单胞菌明显减少,因此建议尽量选择肥皂水或其他消毒水清洁。本研究两组都采用了剪毛备皮,其中带限位梳的备皮装置由于修剪较短,且长度基本一致,方便清洁和清除细菌,因此穿刺部位皮肤细菌菌落数更少。

综上所述,正确的手术部位皮肤准备是每个护理人员应具备的操作。带限位梳的备皮装置不仅有效避免皮肤损伤,还能高效快捷去除毛发,提高了穿刺部位清洁度,同时方便术后压迫止血器的使用,提高了患者的舒适度,同时该装置的一次性限位梳价格低廉,还防止了交叉感染,值得推广。

参考文献

- [1] 秦立鹏,康婧. 术前不剃毛备皮方法研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(47):349.
- [2] 程艳秋. 介入手术前剪毛备皮和不剃毛备皮的临床效果分析[J]. 中国实用医药,2018,13(25):68-69.
- [3] 王舒玲. 脑血管疾病介入术前会阴部剃毛的必要性分析[J]. 中西医结合护理(中英文),2017,3(11):160-161.
- [4] 王东巍. 术前备皮方法的研究体会[J/CD]. 临床医药文献电子杂志,2015,2(11):2237-2238.
- [5] 周海英. 冠状动脉造影及介入性治疗术前不同备皮方法的效果[J]. 中西医结合护理(中英文),2017,3(1):77-79.
- [6] 李海燕,胡敏,胡雁,等. 血管腔内手术患者术前皮肤准备的循证实践[J]. 护理学杂志,2018,33(2):56-58.
- [7] 赵淑盼,李海燕,钱火红,等. 外科手术前皮肤准备的研究进展[J]. 护理研究,2017,31(11):1281-1284.
- [8] 黄力建,苏群善,丁可,等. 精确放疗联合肝动脉介入栓塞化疗(TACE)治疗晚期原发性肝癌(PLC)临床效果[J/CD]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(40):36.

- [9] 刘一强,杜丽娟,等. 肿瘤介入治疗患者发生医院感染的临床研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2016,26(12):2724-2726.
- [10] 许珺文,张芹,胡明,等. 恶性肿瘤患者感染调查及相关因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016,26(11):2526-2528.
- [11] 王菊吾,申屠敏姣,张晓霞. 改进术前备皮法的效果分析[J]. 中华护理杂志, 2007(11):1039-1040.
- [12] 王霞,陈茂君. 不同备皮方式对开颅手术患者术后恢复情况的影响[J]. 安徽医药, 2017,21(9):1734-1736.
- [13] 贺曦. 脱毛剂在神经内科介入术前备皮的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2017,13(10):47-48.
- [14] LEAPER D, BURMAN-ROY S, PALANCA A, et al. Prevention and treatment of surgical site infection; summary of NICE guidance[J]. BMJ, 2008, 337:a1924.
- [15] 杨楠,王伟,杨素红. 手工压迫止血与动脉压迫止血器在脑血管介入术后止血效果的比较[J]. 广东医学, 2015,36(12):1952-1953.
- [16] 刘德秀,王正芸,李家瑜. 不同皮肤准备方法术后切口感染的研究及预防[J]. 中国感染与化疗杂志, 2014,14(2):121-126.
- [17] 张晓,张建超,李伟华. 急诊肿瘤晚期感染患者的病原菌分布及炎性指标变化的意义分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2017,27(23):5348-5351.
- [18] 陈珂,胡鸿涛,冯雯雯,等. 肝脏肿瘤患者介入术后医院感染影响因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2019,29(7):1064-1068.
- [19] ELWARD A M, MCANDREWS J M, YOUNG V L. Methicillin-sensitive and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: preventing surgical site infections following plastic surgery [J]. Aesthet Surg J, 2009,29(3):232-244.

(收稿日期:2019-06-22 修回日期:2019-09-14)

• 临床护理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.02.040

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20191204.1701.018.html>(2019-12-06)

循经刮痧对肝阳上亢型偏头痛的疗效观察

王芬芬¹,殷虹²,籍曾洋^{1△}

(1. 浙江省长兴县中医院 313000; 2. 浙江省湖州市第一人民医院 313000)

【摘要】 目的 探讨循经刮痧对肝阳上亢型偏头痛的干预效果及其机制。方法 80 例研究对象按就诊顺序分为治疗组和对照组,每组 40 例,治疗组采用循经刮痧疗法干预,对照组采用盐酸氟桂利嗪治疗,两组疗程均为 8 周,疗程结束后观察两组治疗前后头痛中医证候分、视觉模拟评分(VAS)、头痛影响测定-6(HIT-6)得分,并进行疗效评定。结果 治疗后两组头痛中医证候分、VAS 和 HIT-6 得分较治疗前均降低($P < 0.05$)。与对照组比较,治疗组得分降低更明显($P < 0.05$)。治疗组总有效率优于对照组(87.5% vs. 72.5%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 循经刮痧能缓解肝阳上亢型偏头痛患者的临床症状并改善生活质量。

【关键词】 循经刮痧;肝阳上亢;偏头痛

【中图法分类号】 R248.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2020)02-0335-04

偏头痛是临床多发、常见的原发性头痛,其多表现为发作性、偏侧中重度的搏动样头痛^[1]。随着社会越来越快,人们的生活节奏也不断加快,工作、学习带来了较大压力,生活习惯变得不规律,饮食、体质、环境因素导致偏头痛的发病率越来越高^[2]。有研

究表明偏头痛发病率有增高趋势,且反复发作造成焦虑、抑郁、失眠的发病率高达 18.8%~42.0%^[3-5]。同时,反复发作的偏头痛又会造成治疗效果减退,导致药物过度使用及耐药性的出现。笔者结合临床经验并查阅相关文献发现,循经刮痧在治疗原发性头痛中