

2.2 2 组患者基本生命支持 5 min 内完成率及抢救成功率结果比较 观察组患者基本生命支持 5 min 内完成率明显高于对照组;同时抢救成功率也显著高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 2 组患者基本生命支持 5 min 内完成率及抢救成功率结果比较[n(%)]

组别	n	基本生命支持 5 min 内完成率	抢救成功率
观察组	86	74(86.0)	82(95.3)
对照组	90	51(56.7)	64(71.1)
χ^2		18.44	18.27
P		<0.01	<0.01

3 讨 论

急危重症患者的抢救过程,每一秒浪费都极有可能影响患者的生命安全及预后^[6-7]。目前受急救医护人员认识不足、流程不清、职责不明确等,急救室工作时常出现管理混乱状态,故如何有效优化急救流程对快速而有序地开展急救工作至关重要^[8-10]。该院主要从接诊流程、急救绿色流程及抢救流程 3 个方面进行重点优化,其中接诊流程的优化为急危重症患者快速抢救奠定了良好的时间基础;急救绿色流程的优化则能最大限度避免患者因不能及时挂号、缴费等而延误急救时机;抢救流程优化则有利于医护人员各就各位、职责分工明确地开展各项急救工作。

本研究结果表明,优化急救流程后对急危重症老年患者的平均接诊时间、抢救室护理干预时间及总急救时间均较优化前明显缩短,提示优化后的急救流程更利于快速接诊、快速确诊并实施急救;同时优化后对急危重症老年患者的基本生命支持 5 min 内完成率明显提高,对患者的抢救成功率也有显著提

高,说明优化后的急救流程可提高急危重症老年患者的抢救成功率,具有重要的临床意义。

参考文献

[1] 杨林,李靖,单立,等.老年急性心肌梗死患者院内心脏性猝死的临床特点及护理[J].中华护理杂志,2011,46(7):658-660.

[2] 程宝珍,张小红,牛娟.急诊全程优化护理在抢救急性心肌梗死患者中的应用[J].护理学杂志,2012,27(5):9-11.

[3] 樊云霞,闫虹霞.护理流程优化提高手术护理质量分析[J].中国伤残医学,2013,14(9):413-414.

[4] 魏峰,刘清和,马丹.急诊医学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2009:54-178.

[5] 林艳.优化急救护理流程在心肺复苏中的应用[J].全科护理,2012,10(9):2469-2470.

[6] 窦欢悦.临床护理路径在急性心肌梗死 PCI 患者健康教育中的应用研究[J].护士进修杂志,2014,28(3):234-236.

[7] 姜爱荣.ST 段抬高型心肌梗死患者急诊全程优化护理应用价值分析[J].国际护理学杂志,2014,22(4):807-809.

[8] 张巧利,贺中云,陈静,等.绿色通道临床护理路径在急性心肌梗死患者溶栓中的应用[J].齐鲁护理杂志,2012,18(10):58-60.

[9] 谭宝玲.38 例急性心肌梗死患者的急救与护理[J].徐州医学院学报,2011,31(11):773-774.

[10] 张美玲.急性心肌梗死患者的护理[J].中国实用护理杂志,2012,28(2):19-20.

(收稿日期:2014-12-16 修回日期:2015-02-12)

综合护理在肝胆外科手术腹部引流管的临床疗效探讨*

曾维清,邓方英(重庆市璧山区人民医院肝胆外科 402760)

【摘要】 目的 探讨肝胆外科患者术后腹部引流管的临床综合护理效果。**方法** 该院 2012 年 1 月至 2014 年 6 月 160 例肝胆外科手术后放置腹部引流管患者,随机分为对照组和观察组,各 80 例,分别给予常规护理和综合护理,比较 2 组患者的拔管时间和并发症发生率。**结果** 2 组患者均拔除腹腔引流管顺利出院,放置 T 型管者带管出院,按指定时间返院拔管。观察组患者腹腔引流管和 T 型管的拔除时间均明显小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者并发症发生率(6.25%)显著低于对照组(21.25%),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 综合护理可显著缩短拔管时间,减少术后并发症,是确保手术效果的重要手段。

【关键词】 肝胆外科; 引流管; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)11-1637-02

肝胆外科腹部手术后放置引流管可充分引流腹腔内的渗液,对预防术后感染、胆管梗阻或狭窄等并发症具有重要作用,也有助于临床医师通过引流液的情况判断患者腹腔内病情变化,对确保手术效果具有临床价值,而良好的护理是确保引流管发挥作用的前提^[1-2]。现对该院手术后放置腹部引流管的 160 例患者进行临床护理,取得良好的效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 2012 年 1 月至 2014 年 6 月肝胆外科手术后放置腹部引流管患者 160 例,年龄 27~78 岁,男 97 例,女 63 例,其中仅放置腹腔引流管者 56 例,同时放置腹腔引流管和 T 型引流管者 104 例。将患者随机分为观察组和对照组,各 80 例。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计

* 基金项目:重庆市卫生局项目资助(2013-2-265)。

学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组患者给予围手术期常规护理,观察组患者在此基础上给予综合护理。具体措施如下。

1.2.1 心理护理 由于患者对放置引流的目的不了解,同时引流管引起不适,会产生焦虑、恐惧等不良情绪。手术创伤等综合因素,导致患者免疫力下降,易感染,影响术后康复^[3]。因此,应在患者治疗全程使用心理护理,术后尤其更应进行心理护理,取得患者及家属的积极配合,确保预期治疗效果。在护理引流管或更换引流液体时,可向患者或家属介绍引流液体的具体情况及其所反映的病情变化等,通过了解,消除顾虑。对过度紧张患者,可遵医嘱进行药物镇静^[4]。

1.2.2 腹腔引流管的护理 严密观察引流液体,包括颜色、性状、气味、引流量等,且不同时期观察的重点不同,术后第 1 天引流出大量胆汁且患者出现黄疸,提示肝外胆管发生损伤;若引流物含大量食物残渣且引流量多,则提示消化道损伤且可能出现化脓性感染等^[5]。注意观察引流管是否通畅,防止引流堵塞,具体操作方法是先一手用力捏住引流管远端,使其闭塞,另一手从靠近腹壁处握住引流管,利用握力,由近及远依次挤压引流管,然后双手同时松开引流管,利用重力作用和压力差,将腹腔内液体排出^[6]。正确把握放置引流管时间,一般在无液体引出后 24 h 拔管;若为预防性引流,则术后放置 2~3 d;其他情况,要根据患者病情和医嘱情况,配合医师决定拔管时间及拔管具体要求。

1.2.3 T 型管的护理 与腹腔引流管护理相同,但由于其放置位置在胆总管下段,因此要防止引流袋过高出现胆汁反流而导致逆行感染,同时要避免引流袋过低而导致胆汁过度流失。每日更换引流袋,无菌操作并消毒接头处,观察引流管是否通畅,记录引流胆汁的颜色、性状、引流量、有无沉淀等。

1.2.4 常见并发症的护理 (1)出血:出血是术后早期最常见的并发症之一,患者主要表现为腹痛、便血、甚至失血性休克等,引流液体中可见大量血性液体。密切观察患者的血压、脉搏、腹部体征和微循环等指征,必要时可进行局部穿刺探查出血情况。若 T 型管引流出大量新鲜血液,提示引流管可能压迫胆总管管壁,致使血管破裂。给予止血药物,并使用含肾上腺素的冰生理盐水冲洗胆道,继续严密观察,若仍有出血,应报告医师决定下一步处理方案^[7]。(2)引流管堵塞:引流管可能因患者翻身等活动而较长时间受到扭曲压迫,加上可能因腹腔内的积液发生凝固或坏死组织脱落,导致引流管堵塞。注意引流是否通畅,若长时间堵塞,应进行冲洗,冲洗压力要适当,冲洗液不宜过多。(3)引流管脱出:术后要妥善固定引流管,可通过缝皮缝线结扎+胶布固定,嘱患者及其家属在翻身或其他活动时避免牵拉引流管,且活动时引流袋位置要低于引流管。皮肤松弛患者,更易出现引流管脱出,应随时调整固定胶带的松紧度。同时也要加强健康教育和心理护理,防止患者因引流管导致的不适而自行拔管^[8]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS for Windows 13.0 统计软件进行分析,计量资料使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,应用 t 检验进行组间比较;计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验进行组间比较。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者拔管时间结果比较 观察组患者的腹腔引流管和 T 型管拔除时间均明显小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者的拔管时间结果比较($\bar{x}\pm s, d$)

组别	腹腔引流管拔管时间	T 型管拔管时间
对照组	4.9±1.1	14.4±1.6
观察组	3.2±0.8*	12.3±1.4*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者并发症发生率结果比较 观察组患者 5 例发生并发症,发生率 6.25%(5/80),分别是腹腔引流管堵塞 2 例,腹腔引流管脱出 3 例。对照组患者 17 例发生并发症,发生率 21.25%(17/80),分别是感染 5 例,引流管堵塞 6 例,引流管脱出 6 例。2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

良好的护理是确保引流管有效发挥作用的前提,本组在做好基础护理的同时,治疗全程进行心理护理,提高患者的配合度,缓解患者的焦虑紧张情绪,对做好其他护理和提高临床治疗效果具有重要作用^[9]。本组结果表明,与常规护理相比,综合护理能有效缩短患者的拔管时间,减少并发症的发生。而在针对引流管的护理方面,需要重点观察引流液体的颜色、性状、引流量等,并做好记录,同时严密观察患者的病情变化,发现异常及时报告医师,防止各种并发症。本组所有患者均拔除腹腔引流管后顺利出院,放置了 T 型管者带管出院,按照指定时间返院拔管。总之,良好的护理是患者顺利康复的重要保证。

参考文献

[1] 刘秋洁,蔡琳.腹腔引流管的应用与护理[J].黑龙江医学,2005,29(6):165-166.

[2] 肖丽娜.胆道外引流患者的临床护理[J].中外健康文摘,2010,21(6):283-284.

[3] 鲁建平.肝胆外科手术 146 例引流管护理[J].齐鲁护理杂志,2012,18(23):108-109.

[4] 杨艳丽.肝胆外科手术术后腹部引流管的护理[J].内蒙古医学杂志,2012,44(10):1251-1252.

[5] 李志红,尹芳.肝胆外科手术术后腹部引流管护理及并发症的防治[J].内蒙古中医药,2013,21(4):178-179.

[6] 梁园园.肝胆外科引流管的护理及并发症的防治[J].中国医疗前沿,2013,8(22):100-101.

[7] 刘经纬,王芳,陈建荣,等.智能化引流管防堵装置的设计及应用[J].中华护理杂志,2013,48(4):360-361.

[8] 周春凌.肝胆外科引流管的护理以及并发症防治分析[J].中国医药指南,2013,11(28):547-548.

[9] 刘利.180 例胆道术后引流管护理体会[J].中国实用医药,2013,8(2):186-187.