

多功能胃管固定器用于食管癌手术患者的效果观察

殷静静, 张 静

(山东大学附属省立医院 山东 济南 250021)

摘 要 目的:探讨应用多功能胃管固定器护理食管癌手术患者的效果。方法:将 360 例食管癌手术患者随机分为研究组和对照组各 180 例,对照组采用传统胃管固定法进行护理,研究组应用多功能胃管固定器进行护理,比较两组患者的护理效果。结果:研究组插管脱出率、胃管反流率、皮肤损伤率和舒适度与对照组比较均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:多功能胃管固定器美观实用,定位准确、牢固,能够提高食管癌手术患者舒适度,并减少耳、鼻、面颊、枕部头皮损伤。

关键词 多功能胃管固定器;食管癌;舒适护理

中图分类号:R473.71 **文献标识码:**A **文章编号:**1006-7256(2010)02-0046-02

为了改善食管癌手术患者的术后营养,促进胃肠功能恢复,防止吻合口瘘,保障手术成功率,患者术后需要留置胃管和空肠营养管。临床上传统护理方法是用细绳或胶带一并固定或分别固定各插入管,不仅操作麻烦、美观效果差,而且存在固定不牢导致插管脱出或胃管反流以及细绳固定造成耳、鼻、面颊、枕部头皮损伤等不足。因此,我们设计加工了多功能胃管固定器(国家专利号:2008200219305),并于 2008 年 1 月~2009 年 3 月应用于 180 例食管癌手术患者的护理工作中,取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组食管癌手术患者 360 例,男 241 例,女 119 例;年龄(55.7±9.5)岁。I 级护理天数(3.2±1.7)d,住院天数(16.7±3.7)d。随机分为研究组和对照组各 180 例。两组患者在性别、年龄、病情、住院天数等一般情况比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用临床传统胃管固定法,即用细绳一并固定或分别固定胃管和营养管。研究组应用多功能胃管固定器进行胃管和营养管固定,多功能胃管固定器的结构包括:系带 1、胃管限位环 2、限位扎带 3 及尼龙搭扣 4,见图 1,系带 1 为塑料管状系带,可以相互粘接的尼龙搭扣 4 分别固定在系带 1 的两端,胃管限位环 2 固定在系带 1 的中部,限位环 2 的内径略小于胃管外径,限位扎带 3 为自锁式尼龙扎带,其中部与系带 1 中部固定连接。具体护理方法是:首先利用系带 1 和尼龙搭扣 4 将胃管限位环 2 及限位扎带 3 固定在患者鼻下部,然后将胃管穿过胃管限位环 2 进行定位,并用限位扎带 3 固定经鼻腔插入的营养管。

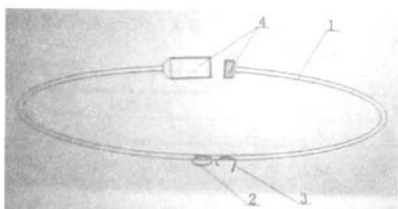


图 1 多功能胃管固定器

1.3 判定标准 观察记录两组出现插管脱出、胃管反流和皮

肤损伤患者的例数,评估患者的舒适度。舒适度评定采用 0~10 级线性视觉模拟评分法^[1],在标尺的两端标有 0~10 的数字,轻微不适 1~4,中度不适 5~7,重度不适(无法忍受)8~10。

1.4 统计学方法 所收集的资料应用 SPSS13.0 软件进行统计分析,应用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者插管脱出、胃管反流、皮肤损伤发生率比较 见表 1。

表 1 两组患者插管脱出、胃管反流、皮肤损伤发生率比较

组别	n	插管脱出		胃管反流		皮肤损伤	
		n	%	n	%	n	%
研究组	180	8	4.4	6	3.3	17	9.4
对照组	180	26	14.4	23	12.8	119	66.1
χ^2 值		10.523		10.839		122.946	
P 值		< 0.05		< 0.05		< 0.05	

2.2 两组患者舒适度比较 见表 2。

表 2 两组患者舒适度比较

组别	n	轻微不适		中度不适		重度不适	
		n	%	n	%	n	%
研究组	180	138	76.7	42	23.3	0	0.0
对照组	180	37	20.6	94	52.2	49	27.2
χ^2 值		113.432		31.954		56.72	
P 值		< 0.05		< 0.05		< 0.05	

3 讨论

食管癌术后为了促进胃肠功能恢复、防止吻合口瘘并保障手术成功率,需要留置胃管,同时为了改善患者营养需留置空肠营养管(此营养管达空肠)。目前,临床上多是用细绳或胶带一并固定或分别固定胃管和空肠营养管。此法操作麻烦,美观性差,不仅存在细绳或胶带易造成患者鼻、面颊、耳和枕部头皮损伤的不足,从而影响患者的舒适度,而且固定欠牢靠,若胃管脱出再次插管风险性大,易造成吻合口瘘,影响手术成功率;食管癌患者术前常伴有营养不良、水电解质紊乱,术后由于禁食、持续胃肠减压,更易引起电解质的丢失及营养缺乏,发生并发症,特别是吻合口瘘,处理起来非常棘手。早期空肠内管饲,符合正常生理需要,能促进胃肠功能早日恢复,降低并发症的发生,提高治愈率^[2]。若十二指肠管脱出则

增加患者的花费,且影响患者恢复。若胃管固定不牢,随胃肠蠕动导致胃管过深则易出现经空肠营养管鼻饲时营养液自胃管反流的现象,从而导致患者焦虑、营养不良^[3]。

针对传统护理技术的不足,我们设计了多功能胃管固定器,其结构包括系带、胃管限位环及限位扎带,其特征是胃管限位环固定在系带中部,限位扎带的中部与系带中部固定连接,在系带的两端固定有可相互粘接的尼龙搭扣,可以适应不同患者的使用要求,限位扎带为自锁式尼龙扎带。经过临床应用的对比研究,多功能胃管固定器和传统护理技术相比,具有以下突出的效果:一是结构简单、易于加工;二是能同时固定胃管和经鼻插入的其他插管,还便于分别对这些插管进行分离操作,使用灵活方便,美观效果好;三是定位牢固,减少了

插管脱出和营养液自胃管反流的现象;四是材质柔软,减少了对患者皮肤的损伤;五是患者可以根据情况自行调节松紧度,使用更为舒适。因而多功能胃管固定器是一种有利患者治疗康复、适合临床应用的实用新型护理技术方案。

参考文献:

- [1] 佟术艳. 疼痛的护理评估[J]. 中华护理杂志, 1995, 30(2): 123-124.
- [2] 蒋朱明, 吴蔚然. 肠内营养[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 221-230.
- [3] 李金华. 改良式胃管固定法在持续胃肠减压中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(6): 542.

本文编辑: 王文萍 2009-10-09 收稿

· 专科护理 ·

颈椎病前路手术 52 例围术期护理

刘凤云

(邵阳市中心医院 湖南 邵阳 422000)

2005 年 1 月以来, 我们共施行颈椎病前路手术 52 例, 并给予精心护理, 效果满意。现将围术期护理体会报告如下。

1 临床资料

本组颈椎病患者 52 例, 男 22 例, 女 30 例; 年龄 56~83 岁, 平均 65 岁。其中颈椎间盘突出 41 例, 颈椎结核 11 例。均行前路手术。

2 围术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者入院后护理人员应做到态度和蔼、友好、热情。向患者讲明麻醉手术的方法、过程、可能出现的问题及采取的安全措施, 将治愈患者请回科室, 现身说法, 增加患者对治疗成功的信心。

2.1.2 术前训练 ①手术体位训练: 术前指导患者做头颈过伸练习, 坚持时间需要在 3 h 以上, 以便手术时不觉过度劳累。②床上排便训练: 从进院起, 训练患者床上大小便, 至少 3 d。③呼吸功能锻炼: 目的是增加肺活量, 促进痰液排出, 减少术后并发症, 戒烟, 锻炼深呼吸、有效咳嗽及练习吹气球。④气管、食管推移牵拉训练: 患者从入院后即开始训练。方法: 先保持患者颈部制动, 由患者或家属用 2~4 指在皮下插入拟行切口一侧的内脏鞘和血管神经鞘间隙处, 持续地向非手术侧推动或牵拉, 使气管牵过中线, 动作应轻柔, 幅度由小到大, 开始时, 每次持续时间 10~20 min, 6~8 次/d, 以后推移时间逐渐延长至每次 30~60 min, 3~5 次/d, 直到能够耐受手术。

2.2 术后护理

2.2.1 切口护理 密切观察切口处敷料的渗血情况及颈部有无肿胀, 床边常规备气管切开包。24 h 不戴颈托。

2.2.2 体位护理 术后患者平卧于硬板床上, 头、颈部两侧用沙袋固定, 24 h 内应尽可能减少颈部的活动次数及幅度, 局部制动可减少出血, 还可防止植骨块的滑脱, 术后第 2 天开始肢体放松及伸屈活动锻炼, 2~3 d 可行半坐卧位。

2.2.3 呼吸道护理 密切观察呼吸情况, 保持呼吸道通畅, 颈部手术造成术后呼吸困难的原因有: ①术中牵拉气管、食管引起咽部水肿; ②颈部术区血肿压迫气管; ③咽痛颈部制动影响呼吸道分泌物的排出; ④手术刺激脊髓可使脊髓水肿或脊神经根水肿, 造成呼吸肌麻痹, 引起中枢性呼吸困难。因此, 术后要严密观察呼吸频率、节律及面色的变化, 必要时定时吸引。根据医嘱行雾化吸入。

2.2.4 压疮护理 颈椎病前路手术需严格制动, 皮肤护理尤为重要, 既要求勤翻身, 又讲究翻身方法, 具体措施是: 患者回病房后无平卧以后, 酌情每 2~4 h 轴线翻身 1 次; 翻身时保持头部、颈部、躯干一致, 避免推、拉、拖等动作。

2.2.5 预防尿路感染 会阴护理 2 次/d, 保持导尿管通畅, 定时开放导尿管, 训练膀胱功能。

2.2.6 健康教育 ①3 个月内佩戴颈托保护颈部, 避免颈部屈伸和旋转活动。②若颈部出现剧烈疼痛或吞咽困难, 有梗塞感, 可能为植骨块移位或脱落, 应立即回院复查。③术后 3 个月经拍 X 线片显示植骨椎间隙已完全融合后, 可进行颈部功能锻炼, 开始时做颈部屈伸, 旋左、旋右活动, 然后再做颈部旋转活动。功能锻炼要循序渐进。

3 小结

经 6~12 个月的随访, 32 例患者术后切口均 I 期愈合, 获稳定骨性融合, 无一例手术和护理并发症发生, 严密的术后病情观察, 正确的指导功能锻炼, 对可能发生的问题进行有效的评估和充分的准备, 都是为保证手术顺利进行, 减少术后并发症, 促进患者早日康复创造条件^[1]。

参考文献:

- [1] 贾连顺, 李家顺. 颈椎外科手术学[M]. 上海: 上海远东出版社, 2001: 9.

本文编辑: 姜立会 2009-09-28 收稿