

意度。

参考文献

[1] 田丽华,邓力,田红梅. 急性心肌梗死患者的急救护理研究[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(15): 2046-2047.

[2] 邱芙蓉,徐莹,苏燕. 急救护理路径在急诊冠状动脉介入治疗绿色通道中的应用[J]. 临床护理杂志, 2012, 11(1): 31-32.

[3] 陈湘玉,沈红,曹巧兰,等. 护理路径在急诊冠状动脉介入治疗绿色通道中的效能初探[J]. 护理研究, 2010, 24(9): 790-792.

[4] 余名华,曾中博,叶自力. 37 例急诊绿色通道收治心肌梗死患者的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2013, 15(19): 579-579.

[5] Kullar P, Harris F, Lloyd SK, et al. The use of Lean Thinking techniques in implementing the Department of Health, UK, 18-week waiting time directive for cochlear implantation[J]. Cochlear Implants Int, 2010, 11(3): 133-

145.

[6] 张继红,朱爱红. 绿色通道在抢救急性心肌梗死急诊冠脉介入治疗中的作用及护理[J]. 河北医药, 2013, 35(5): 792-793.

[7] 杨建美,王晓田. 院内外一体化急救绿色通道在急性心肌梗死患者救治中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(31): 15-16.

[8] Alzahouri K, Velten M, Arveux P, et al. Management of SPN in France. pathways for definitive diagnosis of solitary pulmonary nodule; a multicentre study in 18 French districts[J]. BMC Cancer, 2008, 8(10): 93-100.

[9] 陈璐,陈湘玉. CCU 护理路径在急诊冠状动脉介入治疗患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(4): 18-19.

[10] 陈影霞,黄惠玲,卢秀芬. 临床路径在急诊冠状动脉介入治疗中的应用效果[J]. 广东医学, 2009, 30(1): 157-158.

(收稿日期:2014-02-22 修回日期:2014-04-18)

肝胆外科患者术后早期少量饮水对胃肠道功能恢复的效果观察

黄爱红, 别平, 何智 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科, 重庆 400038)

【摘要】 目的 探讨肝胆外科患者术后排气前饮水对胃肠功能恢复的影响,以促进术后患者肠道功能的恢复。
方法 选择第三军医大学附属西南医院肝胆外科 2011~2013 年手术患者共 280 例,随机分为试验组 140 例,对照组 140 例。对照组患者按常规术后排气前禁食水;试验组患者术后每 2 h 饮水 1 次,嘱其湿润口腔后咽下,手术当日及术后第 1、2、3 天每次饮水量分别为 5~10、10~20、20~30、40~60 mL,每天进行口腔护理 2 次。
结果 试验组患者肠鸣音恢复时间及排气时间分别为 28.2、32.8 h,明显早于对照组的 55.3、56.9 h,差异有统计学意义($P < 0.05$)。口唇干裂、口腔炎和早期呃逆的发生率分别为 32.8%、12.3%、11.8%,均明显低于对照组的 56.4%、32.8%、30.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。
结论 肝胆外科手术后少量饮水可促进肠道功能尽早恢复,并可减轻口咽部并发症的发生。

【关键词】 肝胆外科手术; 少量饮水; 胃肠道功能恢复

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.061 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)19-2777-03

肝胆疾病是我国普外科疾病中的高发病、常见病,手术患者因麻醉、手术创伤、术中牵拉、腹腔开放、热量散发等刺激,易导致胃肠功能紊乱,表现为肠蠕动减弱或消失,甚至出现术后肛门排气排便功能障碍,这是影响术后疗效的主要原因之一^[1-2]。尤其当前肝胆外科手术中,全身麻醉者所占比例极大,术后镇痛泵的使用率也呈现逐年上升的趋势,这些因素都为术后患者胃肠功能的恢复带来一定的不良影响。为此,本研究对 140 例肝胆外科患者术后排气前给予少量饮水,观察其肠道功能恢复情况,与 140 例术后禁食水的患者进行对比,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院肝胆外科 2011~2013 年手术患者 280 例为研究对象,其中胆囊切除-胆道探查-T 管引流术 104 例,肝切除术 82 例,胆肠胃肠吻合术 94 例。年龄 33~69 岁,平均 49.5 岁。排除标准:术后意识不清患者;脑血管疾病造成吞咽困难患者,饮水呛咳患者。将研究对象分为试验组和对照组各 140 例,每组行胆囊切除-胆道探查-T 管引流术、肝切除术、胆肠胃肠吻合术的患者各 52、41、47 例;两组患者性别、年龄、手术方式,身体状况及术中失血量比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者按常规术后排气前禁食水,每天进行口腔护理 2 次,并定时用棉签蘸水润湿嘴唇。

1.2.2 试验组患者术后在责任护士指导下每 2 h 饮水 1 次,嘱其湿润口腔后咽下。手术当日及术后第 1、2、3 天每次饮水量分别为 5~10、10~20、20~30、40~60 mL,每天进行口腔护理 2 次。

1.2.3 观察两组患者的排气时间,肠鸣音恢复时间以及口腔炎,口唇干裂、早期呃逆等并发症的发生率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件包对数据进行统计学处理,肠鸣恢复时间、排气时间的数据采用 t 表示,比较采用 t 检验;口唇干裂、口腔炎、早期呃逆发生率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后肠道功能恢复时间比较 与对照组比较,试验组患者肠鸣音恢复时间、排气时间明显减少,口唇干裂、口腔炎和早期呃逆发生率均明显降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 不同手术方式对两组患者术后各项指标影响比较 试验

组不同手术方式患者术后肠道功能恢复时间及口咽部并发症 发生率与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组术后肠道功能恢复时间及并发症发生率比较

组别	n	肠鸣音恢复时间(h)	排气时间(h)	口唇干裂发生率[n(%)]	口腔炎发生率[n(%)]	早期呃逆发生率[n(%)]
试验组	140	28.2 ^a	32.8 ^a	46(32.8) ^a	18(12.8) ^a	16(11.4) ^a
对照组	140	55.3	56.9	79(56.4)	46(32.8)	42(30.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

表 2 不同手术方式对两组患者术后各项指标影响比较

手术方式	n	试验组					对照组				
		肠鸣音恢复时间(h)	排气时间(h)	口唇干裂率[n(%)]	口腔炎[n(%)]	早期呃逆[n(%)]	肠鸣音恢复时间(h)	排气时间(h)	口唇干裂[n(%)]	口腔炎[n(%)]	早期呃逆[n(%)]
胆囊切除-胆道探查-T管引流术	52	28.3 ^a	33.0 ^a	16(30.8) ^a	7(13.5) ^a	6(11.5) ^a	56.4	57.4	26(50.0)	17(32.7)	15(28.8)
肝切除术	41	26.9 ^a	30.3 ^a	13(31.7) ^a	5(12.2) ^a	4(9.8) ^a	51.3	53.6	21(51.2)	14(34.1)	11(26.8)
胆肠胃肠吻合术	47	29.2 ^a	34.7 ^a	17(36.2) ^a	6(12.8) ^a	6(12.8) ^a	57.6	59.3	32(68.1)	15(31.9)	16(34.0)

注:与对照组相应手术方式比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

胃肠减压在腹部外科手术中应用广泛,其原理是利用负压吸引及虹吸,预防术后胃肠道内的积气积液,减轻胃肠内的压力,利于术后胃肠吻合口的愈合和胃肠功能的恢复^[3]。患者在术后胃肠减压期间饮水,可使胃肠蠕动增强,从而使胃内压升高,促进胃排空。胃排空会进一步引起十二指肠蠕动,同时,吞咽动作还能引起小肠蠕动。在禁饮食期间,静脉滴注氨基酸,葡萄糖和脂肪乳等营养物质,可以抑制胃肠动力,其机制可能与迷走神经兴奋剂胆囊收缩素的分泌受到抑制有关。饮水可以刺激胃肠道细胞分泌各种激素,这些激素可参与肠道的适应性变化,激活肠道的神经内分泌轴,调节消化道分泌,促进胃肠蠕动,促进胃肠蠕动功能恢复。少量饮水还能够促进口腔内的腺体分泌唾液,抑制口腔条件致病菌繁殖,从而减少呼吸道感染的发生,也减轻咽喉部刺激,消除口渴、口干等症状,缓解饥饿感,减轻患者痛苦^[4]。

由于肝胆外科患者术后胃肠减压,且常规禁饮水饮食,导致患者口腔腺体分泌减少,口部肌肉活动相应减少,从而使血流量减少,口腔黏膜的新陈代谢水平下降,表皮易角化,易发生口唇干裂。与此同时,胃管对咽部的摩擦刺激,还可能导致咽喉部发生炎症反应及溃疡。结果表明,试验组患者的咽喉感染和口腔炎的发生率均明显低于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明术后早期适量饮水可以润湿口唇,促进口腔腺体分泌和黏膜新陈代谢,增强口腔的病菌防御能力,辅以常规口腔护理,能够有效预防口唇干裂、口腔炎,咽部感染的发生。

表 2 结果表明,对行胆囊切除-胆道探查-T管引流术、肝切除术、胆肠胃肠吻合术等 3 种不同手术方式的患者而言,早期适量饮水均有助于患者的肠鸣音恢复时间和排气时间,降低口唇干裂、口腔炎及早期呃逆的发生率,说明早期适量饮水可以应用于上述 3 种手术患者的术后护理。尤其是行胆肠胃肠吻合术的患者术后给予适量饮水,可提高胃肠减压的效果。胃肠道手术中出血、术后渗血与胃内容物混合形成的碎块,易堵塞胃管,削弱胃肠减压的效果,导致胃张力升高,妨碍吻合口的愈合,还会增加发生感染的概率。而术后适量饮水可起到稀释胃内容物,防止胃管堵塞,提高胃肠道减压的效果,增加胃肠血流量,从而促进吻合口愈合^[5]。

早期适量饮水有助于保持肠道黏膜细胞的结构与功能完

整性,维持肠黏膜屏障,减少肠道细菌移位和肠源性感染,其机制可能为:(1)维持黏膜细胞结构、胞间连接和肠道绒毛的高度,可以保护黏膜的机械屏障;(2)维持肠道正常菌群的生长,保护黏膜的生物屏障;(3)维持肠道细胞正常分泌消化液,保护黏膜的免疫屏障;(4)刺激胃部分泌胃酸和胃蛋白酶,有利于保持黏膜的化学屏障;(5)刺激消化液和胃肠激素分泌,促进胆囊的收缩,从而减少肝、胆并发症^[6-7]。

患者的胃肠蠕动一般会在行腹部手术 2~3 d 后逐渐恢复,但胃肠蠕动功能的恢复情况与进食有关。饮水能给胃肠道带来最温和的刺激,术后早期适量饮水可通过神经反射刺激胃肠蠕动,促进胃排空,吞咽动作可以引起小肠蠕动^[8]。本研究也发现对肝胆外科患者在术后早期给予适量饮水,可以促进患者胃肠蠕动功能的恢复,与上述理论相符。

呃逆即打嗝,指气从胃中上逆,喉间频频作声,声音急而短促,是由横膈膜痉挛收缩引起的。肝胆外科手术后发生呃逆者并不少见,多为暂时性的,但有时可为顽固性。呃逆的原因主要与迷走神经和膈神经受到刺激有关,肝切除术后出现的顽固性呃逆,还有可能是由膈下积液或感染引起。肝胆外科手术后发生的呃逆,会影响患者的呼吸、饮食和睡眠,对患者术后恢复和切口愈合不利,可能会加重患者的精神压力,甚至使病情恶化^[9-11]。因此,一旦发现患者出现术后呃逆,应及早予以处理。但目前临床上通常只采用单一方法处理术后呃逆,即嘱咐患者深呼吸或憋气,压迫眶上神经,这种方法有时不易奏效。在留置胃管期间允许患者适量饮水,可减少术后呃逆的发生,本研究结果显示,对照组患者早期呃逆的发生率为 30.6%,明显高于试验组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。此外,笔者在临床实践中还发现,在发生早期呃逆时,指导患者饮水后做吞咽动作 5~10 次,便可缓解呃逆。

综上所述,患者在肝胆外科手术后早期适量地饮水,并循序渐进地增加饮水量,可使肠鸣音恢复时间和排气时间缩短,并可减轻口咽部并发症和早期呃逆的发生,有助于患者胃肠功能的恢复。

参考文献

[1] 武鸣,吴为.肝胆患者外科手术后胃肠功能恢复的临床研究[J].医学信息:中旬刊,2011,24(8):3886-3887.
 [2] 曲慧利,孙彩霞,张丽惠.早期肠内营养对肝胆疾病术后

病人胃肠功能恢复的影响[J]. 齐鲁医学杂志, 2008, 23(2):137-138.

[3] 尹秀芬. 胃肠减压在腹部手术中的应用研究进展[J]. 临床护理杂志, 2010, 9(3):56-57.

[4] 王祥芝, 张元云. 持续胃肠减压期间饮水和口腔护理改进的探讨[J]. 齐鲁护理杂志, 2001, 7(4):301-302.

[5] 王平, 王力. 胃肠减压的护理改进[J]. 山东医药, 2006, 46(31):56.

[6] 黎明, 王欣然, 韩斌如. 腹部手术后留置胃管期间少量饮水对患者的影响[J]. 护理学杂志, 2005, 20(8):29-30.

[7] 莫小眉. 胃肠道手术病人术后早期适量饮水的效果观察

[J]. 医学信息, 2009, 22(8):1539-1540.

[8] 黄玉海, 杨萍, 唐迎春. 早期少量饮水对结肠肿瘤术后肠道功能恢复的影响[J]. 江西医药, 2010, 45(6):544-545.

[9] 刘爱梅. 腹部手术后呃逆的护理体会[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(23):3455.

[10] 何成. 顽固性呃逆的治疗进展[J]. 中国综合临床, 2003, 19(1):11-12.

[11] 马平叶. 腹部手术后 15 例顽固性呃逆的护理[J]. 中国现代医药, 2005, 4(3):88-89.

(收稿日期:2014-01-08 修回日期:2014-06-15)

家庭自我护理理念在 PICC 置管的肺癌患者化疗间歇期的临床效果

刘 红, 刘喜萍, 丁载巧(第三军医大学大坪医院野战外科研究所肿瘤中心, 重庆 400042)

【摘要】 目的 探究经外周静脉穿刺中心静脉(PICC)置管的肺癌患者化疗间歇期引入家庭自我护理理念的临床效果, 为开展新型护理理念提供实践指导。方法 选取第三军医大学第三附属医院 2011 年 6 月至 2012 年 5 月收治的 36 例肺癌患者为对照组, 在化疗间歇期采用首诊医院护理方法及措施。选取第三军医大学第三附属医院 2012 年 6 月至 2013 年 5 月收治的 34 例肺癌患者为研究组, 在化疗间歇期引入家庭自我护理理念。对两组患者分别进行健康宣教及技能培训, 持续跟踪观察 6 个月, 比较两组患者 PICC 置管诱发的常见并发症发生率及留置时间。结果 两组患者常见并发症发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。患者出院后致电医院请教问题及护理人员致电询问患者的次数比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者 PICC 置管留置时间差异亦无统计学意义($P>0.05$)。结论 PICC 置管的肺癌患者在化疗间歇期可引入家庭自我护理理念。

【关键词】 经外周静脉穿刺中心静脉置管; 肺癌患者; 化疗; 家庭自我护理; 临床效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)19-2779-03

经外周静脉穿刺中心静脉(PICC)置管的运用减少了因反复浅静脉穿刺给患者带来的疼痛感及不适感, 并防止由化疗药物的外渗导致皮肤及皮下组织的损伤, 极大地改善了患者的生存质量。因此, 其广泛应用于肿瘤患者的临床治疗^[1-2]。然而, PICC 置管也存在如引发感染、静脉炎等并发症。肺癌患者存在治疗时间长、间歇期住院、住院化疗时间短、化疗间歇期出院休养时间长等特点^[3]。在患者住院期间, 责任护士负责 PICC 置管的换药、冲管及并发症的防治。但在家休养期间对 PICC 置管的维护将成为一个很大的问题^[4]。因此, PICC 置管患者出院后的维护成为医护人员及患者共同关注的问题。通过对患者有效的家庭自我护理培训, 能使 PICC 置管的肺癌患者在化疗间歇期取得良好的临床效果。故笔者设计本次研究, 旨在进一步探讨 PICC 置管的肺癌患者在化疗间歇期分别采取家庭自我护理理念及首诊医院护理的临床成效差异。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 6 月至 2012 年 5 月收治的 36 例肺癌患者为对照组, 其中男 26 例, 女 10 例, 年龄 28~72 岁, 平均年龄(45.7±3.52)岁。选取本院 2012 年 6 月至 2013 年 5 月收治的 34 例肺癌患者为研究组, 其中男 25 例, 女 9 例, 年龄 30~68 岁, 平均年龄(43.4±2.15)岁。所有患者均经胸部 CT、X 线片及组织病理学活检, 确诊为肺癌, 诊断参照人卫第 7 版《外科学》教材中关于该病诊断标准。两组患者在性别、年龄、穿刺静脉、文化层次及肿瘤转移等方面比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 纳入标准 患者不存在其他心、肝、肾等重要脏器疾患;

不存在原发性或继发性痴呆; 携带 PICC 置管出院; 出院时经检查无 PICC 并发症; 化疗间歇期一致; 对本研究有所了解并自愿签署同意书。

表 1 两组患者基线资料比较(n)

组别	n	文化层次		肿瘤转移	穿刺静脉		
		中学	大学		贵要静脉	头静脉	正中静脉
研究组	34	18	16	8	11	9	14
对照组	36	17	19	9	10	10	16
χ^2		1.413		1.768	1.862		
P		>0.05		>0.05	>0.05		

1.3 方法

1.3.1 PICC 置管的维护 由培训且熟练掌握置管技术的护士完成 PICC 置管工作, 穿刺成功后经放射线检查再次确认导管尖端的位置, 确保无误, 并详细记录患者置管情况, 内容包括患者基本状况、穿刺过程、置管长度、穿刺点四周皮肤状况、更换敷料及正压接头的时间安排等。之后责任护士通过口授、幻灯片播放、现场演示相结合的方法向患者及其家属讲解 PICC 置管的重要性、意义、要领、注意事项及常见并发症的防治措施与方法。

1.3.2 并发症诊断 由熟练掌握 PICC 技术的护士参照美国静脉输液护理学会(INS)制定的静脉输液护理实践标准量表进行并发症诊断。(1)静脉炎: 1 级为穿刺点疼痛, 表现出皮肤局部红、肿等表现症状; 2 级为穿刺点疼痛, 伴有局部红肿, 且