

霞等^[9]探讨治疗性抚触结合心理护理对甲状腺切除患者应激反应的影响,结果显示,实施治疗性抚触结合心理护理可改善甲状腺切除术患者心理及生理应激反应,减轻术后疼痛,有利于患者术后康复。由此可见,有效的护理是确保甲状腺肿瘤切除术后康复的基础。

全面的护理干预是在护理的全过程中,由护士通过各种方法和途径积极地影响患者的身心状况,以达到其自身的最佳状态,包括人文护理、心理护理、音乐干预、情志干预等。全面的护理干预主要围绕患者的生物、生理、心理、社会等方面给予全方位的干预,有针对性地为患者提供心理支持,帮助患者克服困难,使患者能够积极主动地配合治疗,提高手术治疗效果^[10]。本研究结果显示,采用全面的护理干预后,观察组患者麻醉前 SBP 及 HR 比对照组降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),术中仅在切皮及肿物剥离时出现 SBP 及 HR 增高,但均低于对照组水平,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 2 h 对照组 SBP 仍高于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$),由此表明全面护理干预可达到平稳患者 HR、血压的效果。术后 2 h 及 6 h 后,两组患者的手术应激反应逐渐消失。观察组患者 SAS、SDS 评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),由此表明全面护理干预可有效改善患者的焦虑、抑郁水平,与以往研究结果一致^[11]。表 4 结果显示,术后 6 h 及 24 h 观察组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,全面护理干预可有效改善患者的负性情绪,使患者积极应对手术,降低手术生理应激反应,减轻患者疼痛,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 曾志军,欧迪鹏,杨连粤.全甲状腺切除术手术指征、要点及并发症防治[J].中国实用外科杂志,2010,30(10):867-868.

• 临床探讨 •

- [2] Kim SJ, Myong JP, Jee HG, et al. Combined effect of Hashimoto's thyroiditis and BRAF(V600E) mutation status on aggressiveness in papillary thyroid cancer [J]. Head Neck, 2014, 12(10): 238-239.
- [3] 王秀梅. 护理干预对甲状腺切除手术患者的影响[J]. 中华全科医学, 2010, 8(2): 249-250.
- [4] 周萍. 心理护理在甲状腺围手术期的临床应用价值[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(8): 1783-1784.
- [5] 陆世翠, 杨丽, 黄秀菊, 等. 经腋窝入路单孔腹腔镜甲状腺肿瘤切除手术护理[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(z2): 93.
- [6] 吴墅, 傅银敏, 黄香茗, 等. 甲状腺肿瘤患者术前焦虑的护理干预研究[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(11): 34-35.
- [7] 姜和霞, 张艳, 刘丽, 等. 综合性护理干预在甲状腺手术患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(12): 1439-1440.
- [8] 姜和霞, 张艳, 刘丽, 等. 综合性护理干预在甲状腺手术患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(12): 1439-1440.
- [9] 梁慧霞, 林程程, 江曼. 治疗性抚触结合心理护理对甲状腺切除患者应激反应的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(16): 1924-1926.
- [10] 孙艳, 徐元杰, 黄宁, 等. 临床路径管理在结节性甲状腺肿治疗中的效果评价[J]. 军医进修学院学报, 2012, 33(9): 983-985.
- [11] 金文兰. 微小型甲状腺癌围手术期护理[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(25): 3024-3025.

(收稿日期: 2017-01-18 修回日期: 2017-03-26)

双重固定方法在经皮经肝胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸中的应用效果

王 芳

(湖北省潜江市江汉油田总医院 ICU 433124)

摘要:目的 探讨双重固定方法在经皮经肝胆道引流术(PTCD)治疗恶性梗阻性黄疸中的应用效果。方法 选取 2014 年 1 月至 2015 年 12 月该院收治的 58 例恶性梗阻性黄疸患者,根据入院时间不同分成两组,对照组 29 例,在治疗中采用传统固定方法,研究组 29 例,在治疗中采用两件式造口袋与引流管固定器相结合的双重固定 PTCD,并对两组患者的管道固定、引流效果及满意情况进行分析。结果 研究组患者 PTCD 管部分脱出、PTCD 管打折/受压、造口袋漏液、造口处周围刺激性皮炎发生率均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);研究组在院治疗期间满意度评分高于对照组,全部评 5 分者所占比例也高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 PTCD 治疗恶性梗阻性黄疸效果显著,可有效避免并发症发生,提高患者满意度,可在恶性梗阻性黄疸 PTCD 治疗中推广和应用。

关键词:恶性梗阻性黄疸; 经皮经肝胆道引流术; 双重固定方法

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.047 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)16-2454-03

恶性梗阻性黄疸(OJ)是由于恶性肿瘤直接侵入/压迫肝外胆道致胆道梗阻而引发的皮肤黏膜黄染^[1]。经皮经肝胆道引流术(PTCD)是治疗 OJ 有效的方法,能够快速改善患者临床症状,提高生活质量。PTCD 治疗中避免导管渗漏、压迫,有效保证 PTCD 管的固定是治疗成功的关键,但传统固定方法多易导致 PTCD 管周围渗漏,反复浸湿敷料,大大影响治疗效果^[2]。本研究采用双重固定方法,即采用造口袋联合引流管固定器的方法对 2014 年 1 月至 2015 年 12 月收治的 58 例 OJ 患

者进行治疗,取得满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2015 年 12 月本院收治的 58 例 OJ 患者,以 2014 年收治的 29 例患者作为对照组,男 19 例,女 10 例;平均年龄(50.03 ± 4.89)岁;平均体质量(66.10 ± 12.36)kg;小学文化程度 8 例,初中及高中 14 例,大专及以上 7 例;农村医保 13 例,城市医保 16 例。以 2015 年收治的 29 例患者作为研究组,男 17 例,女 12 例;平均年龄

(49.15±5.04)岁;平均体质量(64.27±12.33)kg;小学文化程度 9 例,初中及高中 15 例,大专及以上 5 例;农村医保 15 例,城市医保 14 例。两组患者一般资料一致,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 年龄 18~75 岁;经影像学及相关检查诊断符合 OJ^[3];出现管口渗漏者;生命体征平稳,无严重出血倾向及感染者;对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 确诊为良性的胆道梗阻;合并有严重心、肝肾功能损伤者;意识不清或精神障碍者;造影剂过敏者。

1.3 方法 对照组患者应用传统固定方法,研究组患者应用双重固定方法。

1.3.1 造口袋的固定 患者取右侧半卧位,用 0.9%氯化钠注射液擦拭 PTCD 管周围皮肤后,均匀撒上适量的造口护肤粉,并涂抹 3M 创口皮肤保护膜;随后根据 PTCD 管径裁剪两件式造口袋底盘,将底盘与皮肤紧密贴合,同时将造口袋扣上底盘^[4],并在靠上部位剪一小孔,与 PTCD 管紧密捆牢,以避免造口袋由于收集渗漏液过多导致 PTCD 管脱出。

1.3.2 引流管固定器的固定 选取一次性使用的引流管固定器,将 PTCD 引流管的中上段按照固定贴-简易锁扣-透明固定盘-无菌棉垫的顺序分别穿过,全部完成后合理调整固定器所处的位置,去除固定贴上的保护膜,贴在 PTCD 引流管口的正下方腹壁处,使患者在直立时能够始终维持 PTCD 管道重力引流顺畅。

1.3.3 采用双重固定法的注意事项 (1)密切观察造口袋内的渗漏液量,及时倾倒,避免感染及 PTCD 管脱出。(2)PTCD 引流管应在造口袋的上方开口穿出,如若开口位置太低,易造成造口袋失去收集漏液的作用。(3)在 PTCD 引流管穿出处,用线将 PTCD 管与造口袋进行固定,以防止患者在更换体位或下床时造口袋渗漏而引发感染。(4)引流管固定器贴在 PTCD 管口直线向下约 10 cm 腹壁处,粘贴前适度拽动一下管路,为 PTCD 管预留适宜的空间,以防止患者在活动时管道被牵拉或打折而阻碍引流。

1.4 效果评价

1.4.1 并发症观察 统计两组患者 PTCD 管部分脱出(导管移位小于或等于 1 cm)、PTCD 管扭曲/受压、造口袋漏液、造口处附近刺激性皮炎等。

1.4.2 满意度评价 出院前 1 d 对两组患者进行在院期间护理满意度调查,满意度调查分 5 个等级,很不满意、不满意、一般、满意、很满意,并用 1~5 分计分。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者并发症比较 见表 1。研究组患者 PTCD 管部分脱出(导管移位小于或等于 1 cm)、PTCD 管打折/受压、造口袋漏液、造口处周围刺激性皮炎发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者并发症比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	PTCD 管 部分脱出	PTCD 管 打折/受压	造口袋漏液	造口处周围 刺激性皮炎
研究组	29	1(3.45)	3(10.34)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	29	4(13.79)	8(27.59)	5(17.24)	4(13.79)
χ^2		3.762	5.395	4.209	4.012
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者满意度比较 见表 2。研究组在院治疗期间满意度评分高于对照组,全部评 5 分者所占比率也高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者满意度比较

组别	<i>n</i>	满意度($\bar{x}\pm s$,分)	全部评 5 分者[n(%)]
研究组	29	4.83±0.45	28(96.55)
对照组	29	3.92±0.62	17(58.62)
χ^2/t		4.037	7.054
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨 论

OJ 是临床棘手的病症之一,主要由胆道癌、胆囊癌、胰腺癌及其他转移性恶性肿瘤引起肝内外胆管不同部位的狭窄或闭塞,患者可表现出皮肤巩膜黄染、大小便颜色异常等。由于 OJ 发病后易阻塞近端的胆管扩张及伴有胆管感染症状,所以临床治疗效果往往不容乐观^[5]。最有效的根治 OJ 的方法是外科手术治疗,但 OJ 的诊断缺乏特异性,且病情复杂,临床上易被忽视和误诊,多数患者在明确诊断时已进入中晚期,无法采取根治手术治疗。有调查显示,仅 7% 的患者能够通过外科根治术治疗,且其术后病死率仍然较高^[6]。近几年,随着内镜及超声诊疗技术的进步,目前 PTCD 以其微创、重复性好、不受梗阻部位影响等优点成为临床上治疗 OJ 的首选疗法。有研究显示,PTCD 穿刺成功率可达 100%,而 PTCD 技术的临床治疗有效率也高达 80% 以上^[7-8]。由于中晚期 OJ 患者常伴有严重肝功能障碍,加之在进行 PTCD 手术前后应采用保肝、支持及抗感染等措施辅助治疗,从而致输入患者体内的液体量过大,致患者有效循环血容量增加,引发腹水,从而增加了 PTCD 管渗漏的风险,影响 PTCD 管的固定及治疗效果^[9-10]。因此,创新 PTCD 治疗过程中的固定方法对于提高治疗效果,改善患者预后有重要意义。

本研究在传统固定方法基础上,创新采用造口袋与引流管固定器相结合的双重固定方法,结果发现,研究组患者 PTCD 管部分脱出、PTCD 管打折/受压、造口袋漏液、造口处周围刺激性皮炎发生率均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);这主要是由于应用两件式造口袋覆盖 PTCD 管周,一方面防止了患者不知不觉拽拉管路,同时也使管周渗漏液迅速得到收集,避免了传统固定方法中敷料易被反复浸湿、胶布卷边脱落等问题。除此之外,加强了 PTCD 引流管管中段的稳定,有效防止了因造口袋收集漏液量过多、重力过大导致 PTCD 管滑落。表 2 结果显示,研究组患者在院治疗期间满意度评分高于对照组,全部评 5 分者所占比率也高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),可能原因是由于采用双重固定方法的患者,在下床活动或床上更换体位时,无需过多担心引流管滑落,患者活动相对不受限制,活动更加灵活。同时防止了导管牵拉引起的疼痛,保证了患者的睡眠质量,提高了留置 PTCD 引流管的舒适度,从而提高了患者的满意度。

综上所述,双重固定方法在 PTCD 治疗 OJ 中效果确切,可有效避免并发症发生,提高患者满意度,可在 OJ 的 PTCD 治疗中推广应用。

参考文献

[1] 黄万里,梁宏伟,王书长,等.介入治疗恶性梗阻性黄疸的临床疗效研究[J].医学综述,2011,9(15):78-81.
[2] 吴赛芬,赵翠兰.胆管癌患者 PTCD 改良引流法的应用效

- 果[J]. 河北医学, 2011, 17(4): 494-496.
- [3] 郝玉芝, 邢冬娟, 袁少娟, 等. PTCO 胆道支架治疗恶性梗阻性黄疸临床观察[J]. 肝胆外科杂志, 2013, 21(6): 447-450.
- [4] 祝海香, 叶志弘, 沈丽华. 造口袋和改良固定方法在腹腔引流管管口渗液管理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(6): 747-748.
- [5] 贾志贤. 经皮经肝胆管穿刺引流术与胆管支架置入术治疗恶性梗阻性黄疸的疗效评价[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(3): 374-377.
- [6] 杨慧, 杨承莲, 吴艳丽. 恶性梗阻性黄疸患者经皮经肝胆管引流管的双重固定方法[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(6): 765-766.
- [7] 何国林, 徐小平, 周陈杰, 等. 一种恶性梗阻性黄疸介入治疗的新方法——经皮肝穿刺胆道内射频消融内支架置入术[J]. 南方医科大学学报, 2011, 31(4): 721-723.
- [8] 马凯, 任金平, 申翔宇, 等. 影响恶性梗阻性黄疸介入治疗效果的原因分析[J]. 中国当代医药, 2011, 10(6): 105-111.
- [9] 石力, 汤礼军, 汪涛, 等. 不同途径胆管支架置入术治疗恶性梗阻性黄疸[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2011, 4(9): 246.
- [10] 单丽珠, 李国华, 李忠廉, 等. 晚期恶性梗阻性黄疸介入治疗后并发症的临床分析[J]. 武警医学院学报, 2011, 14(6): 301-315.

(收稿日期: 2017-01-25 修回日期: 2017-03-25)

• 临床探讨 •

基于循证理论的临床护理路径对白内障合并青光眼术后患者的影响

陈 兴¹, 孙培森^{2△}

(1. 陕西省安康市中心医院眼科 725000; 2. 山东省青岛市市立医院健康管理中心 266000)

摘要:目的 探讨基于循证理论的临床护理路径对白内障合并青光眼术后患者的影响。方法 选取该院眼科 2014 年 9 月至 2016 年 1 月收治的行手术治疗的白内障合并青光眼患者 156 例(180 只眼), 将其随机分为对照组 78 例(91 只眼)和路径组 78 例(89 只眼)。对照组给予常规护理, 路径组在对照组基础上给予基于循证理论的临床护理路径护理。比较两组护理前后眼压、前房深度、视力等眼部指标, 术前 2 h 心率、收缩压、舒张压及不良反应发生率, 术后及随访期并发症发生率和复发率, 以及护理满意度。结果 护理前两组眼压、前房深度、视力等眼部指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 两组治疗后相关眼部指标均改善, 且路径组改善效果优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 路径组术前 2 h 心率、收缩压、舒张压测定结果明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 路径组术前 2 h 不良反应发生率(3.37%)低于对照组(16.48%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后及随访期路径组并发症发生率为 4.49%, 远远低于对照组的 16.48%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 复发率为 1.12%, 远远低于对照组的 10.99%, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 路径组护理满意度为 97.75%, 高于对照组的 85.71%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 基于循证理论的临床护理路径对白内障合并青光眼术后患者的预后效果明显, 明显改善患者眼部相关指标, 提高预后效果, 安全性好, 护理满意度高, 值得临床应用。

关键词: 白内障; 青光眼; 循证理论; 临床护理路径; 复发率

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.048 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)16-2456-03

白内障合并青光眼术在临床上又称青白联合术, 一次手术即可实现白内障摘除、青光眼小梁切除、晶状体植入等手术操作^[1]。与单纯白内障或青光眼手术相比, 青白联合术具有创伤小、痛苦少等特点, 正逐步应用于白内障合并青光眼的临床治疗, 但联合手术的操作过程较复杂, 术后很容易出现角膜水肿、前房积血、前房渗出、高眼压、人工晶状体偏位等并发症, 严重影响患者预后, 提示临床上青白联合术中采用合理有效的护理方案尤为重要^[2-3]。为探讨基于循证理论的临床护理路径对白内障合并青光眼术后患者的影响, 本研究选取本院眼科收治的 156 例(180 只眼)白内障合并青光眼患者, 采用两种方案进行护理并探讨其效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院眼科 2014 年 9 月至 2016 年 1 月收治的白内障合并青光眼患者 156 例(180 只眼), 所有入选患者均在本院接受白内障合并青光眼手术。采用随机数字表法将其分为对照组 78 例(91 只眼), 其中男 42 例(51 只眼), 女 36 例(40 只眼); 年龄 32~67 岁, 平均(52.89±7.63)岁; 视力下降性周期 1~5 年, 平均(2.81±0.76)年; 眼压 34~50 mm Hg,

平均(42.13±3.62)mm Hg。路径组 78 例(89 只眼), 男 40 例(50 只眼), 女 38 例(39 只眼); 年龄 31~69 岁, 平均(53.06±7.51)岁; 视力下降性周期 1~6 年, 平均(2.96±0.69)年; 眼压 32~48 mm Hg, 平均(41.83±3.75)mm Hg。两组患者在性别、眼数、年龄、视力下降周期、眼压等临床资料方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照葛坚^[4]主编在《眼科学》中青光眼和白内障诊断标准。青光眼: (1)临床症状, 包括眼痛、头痛、视力下降、恶心呕吐等; (2)临床体征, 包括眼压高、前房低、角膜水肿、结膜充血、色素 KP、青光眼斑、虹膜节段萎缩、前房角关闭或狭窄等。白内障: (1)渐进性视力下降至 0.1 及以下; (2)晶状体浑浊度达(++)+(+++); (3)在光定位准确下, 眼底窥不进或窥进模糊。

1.3 护理方法 对照组患者白内障合并青光眼术后给予常规护理, 具体包括入院相关介绍, 术前常规检查及准备, 术中心理护理, 术后眼部护理及用药指导, 并告知患者术后注意事项、并发症及复查时间, 若患者出现眼部不适症状, 应及时到医院就诊。路径组在对照组基础上采用基于循证理论的临床护理路径护理, 循证理论遵循确立问题、寻找依据、评价依据和循证护