

脓腔置管冲洗加负压引流微创治疗肛周脓肿 30 例的护理体会

Nursing experience of treating 30 cases of perianal abscess by vomica catheter flushing plus suction drainage minimally invasive

刘 静 皮 超 虞 湘

(泸州市人民医院, 四川 泸州, 646000)

中图分类号: R657.1⁺5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 22-0118-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 探讨肛周脓肿脓腔置管冲洗加负压引流手术后的护理方法要点。方法: 对 30 例肛周脓肿行脓腔置管冲洗加负压引流的患者, 进行针对性的临床护理并总结疗效。结果: 30 例患者经有效护理后, 全部治愈, 平均住院时间 6d, 随访 3~6 个月, 均无复发。结论: 根据脓腔大小控制一定的冲洗流量、温度, 维持有效的负压引流, 是保证置管冲洗负压引流治疗肛周脓肿疗效的护理要点。同时, 规范的整体护理和灵活的人文关怀可提高患者的舒适度, 减少并发症。

【关键词】 肛周脓肿; 置管引流; 护理

【Abstract】 Objective: To investigate the postoperative care points of vomica catheter flushing plus suction drainage minimally invasive. Methods: 30 patients who were given vomica catheter flushing plus suction drainage minimally invasive treatment, given targeted clinical nursing and summarized efficacy. Results: 30 cases of patients through effective nursing, all patients were cured, average length of stay of 6 days, followed for 3 to 6 months, no recurrence. Conclusion: According to the abscess cavity size to control flushing flow, temperature, maintain effective suction drainage, was to ensure the efficacy of the care points. At the same time, regulate the overall nursing and flexible humane care can improve patient comfort and reduce complications.

【Keywords】 Perianal abscess; Catheters irrigation; Nursing

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.22.074

肛门直肠周围脓肿是肛肠科中较常见多发的疾病之一, 2011 年以来我科开展脓腔置管冲洗加负压引流微创治疗肛周脓肿, 取得满意疗效。笔者就本护理研究小组参与的 30 例患者护理体会总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 30 例, 男性患者 20 例, 女性患者 10 例, 年龄 18~60 岁, 平均年龄 43.5 岁。其中坐骨直肠间隙脓肿 18 例, 坐骨直肠间隙并肛门后间隙脓肿 12 例。脓培养为大肠杆菌、阴沟杆菌或肺炎克雷伯菌感染。体温 37.8℃~39.3℃者 18 例, 体温正常者 12 例。超声检查: 患者的脓肿大小平均为 5cm×5cm×4cm, 实验室检查: 30 例患者血常规检查 WBC 均明显增高 (12.76~18.32)×10⁹/L。

1.2 手术方法

腰俞穴麻醉或局麻。常规消毒肛周术野, 铺巾, 抽取脓液培养标本, 再次消毒, 确定置管部位, 本组病例均置 2 根管, 置管所选位置为脓肿相对应的脓腔壁内侧, 先以特制穿刺针戳孔进入脓腔, 手术刀尖刺开置管定位处的皮肤全层及皮下脂肪层, 蚊式钳进入脓腔并适当扩大所切戳孔, 戳孔大小约 0.3~0.5cm, 以自制破膈器插入脓腔, 分离脓腔内的纤维隔, 分别

从两个孔置入冲洗管和引流管 (14Fr 尿管), 在管周皮下作荷包缝合固定置管, 确保管壁与周围组织不留空隙, 无漏液漏气。用 20ml 注射器以甲硝唑液反复冲洗脓腔至引流管流出的液体清亮为止。冲洗管连接输液器持续冲洗, 引流管接负压引流器 (负压值≥1.6kpa) 持续负压引流。

1.3 护理要点

1.3.1 冲洗负压引流护理

1.3.1.1 保持冲洗液的持续与负压吸引的稳定有效^[1]

将静脉输液器排气后弃去头皮针段与冲洗管连接, 密闭负压吸引器与引流管连接, 检查连接是否牢固。遵医嘱予生理盐水连续冲洗, 滴速为 20~40gtt/min。24h 冲洗 1000~1500ml。每 6~8h 甲硝唑液 100ml 冲洗 1 次, 24h 甲硝唑 300~400ml。冲洗液量逐日减少, 滴速逐日放缓, 以利脓腔收缩。严密观察引流液的颜色、性质及量, 并做好记录, 保持入量与出量基本平衡。及时倾倒引流液或更换负压器以维持有效负压。

1.3.1.2 冲洗管及引流管的护理管理

患者应尽量保持患侧在上的体位以利引流。妥善固定引流管, 患者翻身活动时动作要轻柔, 注意保护引流管。护理人员应经常巡视观察引流管及负压吸引器各部分有无漏气、脱落。在置管期间观察管周缝合处是否有渗血、渗液, 用安尔碘消毒皮肤, 每日 2 次。及时倒掉引流液和定时更换一次性负压吸引

器,必要时可随时更换。

1.3.2 排尿排便护理

护士应告知患者术后 6h 内适当控制饮水量,24h 后可排便,并讲解及时排尿排便的重要性。若排尿困难,首先给予精神抚慰,消除患者顾虑及紧张情绪,同时可选择采取热敷膀胱区及会阴部、用流水声诱导、轻轻的按摩下腹部、还可用温水冲洗会阴、温水坐浴,亦可针刺关元、气海、三阴交等穴位亦可用^[2],新斯的明 1mg 足三里穴位注射等,必要时予以导尿。术后指导患者合理膳食,保持排便通畅,养成定时排便的习惯,适时作提肛运动,注意肛周卫生,未拔管前便可可行肛门冲洗清洁肛门,拔管后用中药荆黄汤熏洗。

2 结果

2.1 术后护理观察

①疼痛:全部病例术后疼痛均不同程度缓解。手术当天未诉疼痛者 20 例;轻度疼痛者 6 例,口服止痛药后缓解;中度疼痛者 4 例,肌肉注射曲马多 100mg 后疼痛缓解。术后第 1 日仅 1 例患者诉轻度疼痛,给予心理疏导后,疼痛缓解。术后第 2 日均未诉疼痛。②排便:术后第 1 日 23 例;第 2 日 6 例;第 3 日 1 例,其中 2 例经通便灌肠后排出大便。全部病例均无排便疼痛。③排尿:术后 3h 内 22 例排尿通畅;术后 6h 内 4 例经热敷小腹后自行排尿通畅,2 例经足三里穴位注射新斯的明后自行排尿通畅,2 例经保留导尿。

2.2 疗效观察

30 例全部治愈,平均住院时间 6d。其中 3d 拔管 10 例,4d 拔管 12 例,5d 拔管 8 例。术前体温增高的 18 例患者均在置管引流翌日恢复正常。术后 1d 血象恢复正常的 14 例,2d 后恢复正常的 16 例。30 例患者出院后随访 3~6 月,均无复发,亦未见肛痿形成。

3 讨论

置管连续冲洗持续负压引流治疗肛周脓肿充分体现了现代微创理念。我们认为该疗法具疗程短,痛苦小,治愈率高,肛痿发生率极低的特点。通过对本组 30 例置管引流病员的护理,总结以下体会如下。

3.1 通过责任制整体护理体现专科“专业”的护理

在脓腔置管引流护理中,保持连续有效的冲洗效果是专科护理的重点之一。①“以人为中心”^[3],实行责任护士首问负责制,从入院手术到出院,热情亲切的同患者沟通交流,耐心地向患者宣传肛周脓肿疾病的知识,让患者正确认识该病特点与手术方式,告知病人积极配合医护人员接受治疗护理。②取患侧在上的体位同时,还应保持病员的舒适度。③严格遵医嘱用 0.9% 的生理盐水 24h 不间断冲洗,并甲硝唑液 100ml 每天 3 次间隔冲洗,根据患脓腔大小控制冲洗液的滴速。术毕 6h 内,脓腔较大者,冲洗速度可以 30~40gtt/min;术毕 6h 后,脓腔较小者冲洗速度可以 20~30gtt/min。④根据患者冲洗管或引流管的通畅情况,每天用 20ml 空针甲硝唑 50ml 和生理盐水冲洗管道 1~2 次,防止管道堵塞,提高管道通畅性。⑤冲洗过程中控制好冲洗液的温度。术毕 6h 内,冲洗液的温度可以 0℃~10℃ 可以促使脓腔壁血管收缩,降低毛细血管通透性,减轻脓

腔局部出血或疼痛:术毕 6h 后,可以常温促使局部血管扩张,血液循环速度加快,促进炎症的消散。⑥严格交接班制度,每班加强病房巡视,观察管道异常情况,确保冲洗的连续性及其有效性。

3.2 负压引流的有效持续性是专科护理的重要关注点

我们采用的负压器为扬州华夏医疗器械有限公司生产的一次性负压引流器,最大负压值不小于 1.6kPa。每班护士巡视病房时,严格观察各管道有无漏气脱落及负压器内引流液量,当负压器鼓起超过总高度的 1/2,提示负压值减半即为 0.8 kPa,此时应即时倒掉引流液或更换负压器重新安置好,以此确保有效的持续负压。当倒掉引流液或更换负压器时,首先关掉冲洗液,再用止血钳夹住引流管末端,取下负压器。倒掉或更换完毕,用安尔碘消毒接口处重新安置好负压器,再取止血钳,调节好冲洗液滴速。术后 6h 内,引流液可呈浑浊或淡红色;6~48h,引流液的颜色渐减淡,质渐清,如果引流液仍淡红或 h,应即时报告医生;48~72h 以后,脓肿收缩,引流液清亮,此时体温血象恢复正常,经医生评估后即可遵医嘱拔管。

3.3 专科护理与人文护理相结合极大满足病员的心理需求

现代的护理内涵充分体现着“生物—心理—社会”医学模式的转变^[4]。在护理过程中,尊重、关爱、理解病人,充分保障患者的各项权益,最大限度的满足患者目前和潜在的需求。术后引流期间患者大多有因管道带来的不适感,此时医护人员应耐心解释置管的重要性,取得患者及家属的积极配合。①指导患者采取患侧在上的体位,也可翻身床上活动。②妥善固定冲洗管引流管及负压器。简易固定法:用 3M 弹力胶布蝶形固定,别针固定负压器。患者下床活动时,可将负压引流器用别针固定在衣服上就可离床活动;如不小心滑落,应及时报告医生协同处理。③交待患者翻身或活动时幅度不易过大,避免冲洗管引流管受压、折叠、扭曲滑脱、防牵拉等^[5],临厕需医护人员协助。④受传统治疗方法影响,患者担心手术部位切口创面大病程长、症状重、痛苦大、费用高、反复发作而担心治疗效果不理想,患者心理压力比较大。术后护士经常巡视病房,以热情,友善,和蔼,关切的主动与他们沟通交流,观察病员肛门疼痛情况,通过沟通交流分散患者注意力,缓解疼痛。协助患者术后及时排尿,指导术后饮食及术后第一天即时排便。在整个护理过程中运用整体责任制护理为病人实行全方位服务,将患者利益生活质量患者的需求满意度放首位,尽全力减轻病人痛苦,提升护理服务质量。在肛周脓肿置管微创护理中,充分体现了整体护理,专科护理与人文护理的有机结合。

参考文献:

- [1]岳中文,张建余.负压吸引在低位肛周脓肿根治术后引流效果的临床观察[J].结直肠肛门外科,2011,5:0318-02
- [2]韩玉霞.肛周脓肿的术后护理体会[J].西南军医,2009,6:1181-01
- [3]赵燃.提倡人文精神深化整体护理[J].中国疗养医学,2011,12:1087-03
- [4]秦容.谈整体护理与人文护理[J].保健医学研究与实践,2010,7:1-R47
- [5]倪红.一次性负压吸引器在恶性胸腔积液中的应用与护理[J].实用临床医药杂志:护理版,2009,4:0006-02

编辑:赵玉娟 编号:EC-120811126(修回:2012-11-21)