

## 双固定对腹部手术后引流管的影响

方瑞君<sup>1</sup>, 朱燕华<sup>2</sup>, 蔡潮农<sup>2</sup>

(1. 中山大学附属第五医院校区门诊, 广东 珠海 519000 E-mail: 1026601488@qq.com;

2. 中山大学附属第五医院普外三区, 广东 珠海 519000)

**摘要:** **目的** 对比分析双固定对腹部引流管的影响, 探讨其必要性。 **方法** 将 150 例腹部手术后放置腹腔引流管病人随机分成双固定组 ( $n=70$ ) 和非双固定组 ( $n=80$ ), 分别观察引流管留置时间, 拔除前是否脱落及其原因、腔外管道是否堵塞、局部皮肤不良反应, 盲法调查患者、医生对双固定的接受性及原因。 **结果** 两组病人在性别、手术类别、置管时间、术后 2 周引流管脱落发生率上差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 在腹腔外堵管、局部皮肤不良反应及医生和患者接受性上, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。 **结论** 双固定无法对引流管的牢靠固定起到理想的作用, 反而会诱发患者皮肤不良反应、影响管道通畅性, 无法得到患者、医生的接受, 不建议常规使用。

**关键词:** 双固定; 腹部引流管; 手术

**中图分类号:** R656 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2016)04-0393-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.04.015

近两年, 我院要求对患者各种引流管行双重固定, 以防脱落。所谓的双固定, 顾名思义, 就是利用各式胶布或者缝扎将管道双重固定于患者体表, 我院采用胶布固定方式。经临床实践, 在诸如胃管等管道, 确实能有防止脱落的效果, 但是该法在普外科腹部手术后引流管的应用上, 效果反应不一, 不少医护人员认为无作用, 多此一举, 本文通过对比分析双固定对腹部引流管的影响, 探讨其必要性。

### 1 资料及方法

1.1 一般资料 2011 年 8 月~2013 年 7 月底, 对我科行腹部手术的 150 名患者进行分组研究, 男性 95 例, 女性 55 例, 年龄 22~82 岁, 中位年龄 52.41 岁。其中肝部分切除 42 例, Whipple 手术 20 例, 胃癌根治手术 33 例, 大肠癌根治手术 33 例, 胆总管探查 T 管引流 22 例。将患者随机分成双固定组 (70 例) 及非双固定组 (80 例), 两组病人在性别、手术类别、留置引流管的时间等参数比较,  $P$  值均大于 0.05, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有一定可比性, 见表 1。

1.2 固定方法及观察指标 非双固定组, 只需按常规管道护理原则, 顺着管道走势将其悬挂于病床侧专用挂钩; 而双固定组则将体外引流管, 顺其走势, 于距腹壁引流管口约 10~20 cm 处, 用 3M health care 胶布固定于体表皮肤 (见图 1、图 2)。分别观察引流管留置时间, 拔除前是否脱落及其原因、腔外管道是否堵塞、局部皮肤不良反应。盲法调查患者对双固定的接受性及原因, 同时调查医生对该方法在每例患者的接受性及原因。

1.3 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计软件对数据进行分析, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。



图 1 双固定后引流管滑脱



图 2 双固定后引流管呈“U”型

### 2 结果

多数患者引流管于术后 1 周内拔出 (69.33%)。而引流管脱落发生在手术 2 周后的, 双固定组为 7.14%, 非双固定组为 8.75%, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。但是在腹腔外堵管、患者局部皮肤不良反应以及患者和医生对该项措施的接受性上, 两组比较差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 1。以上结果提示该项措施实施与否, 对防止引流管脱落没有正面作用, 反而对引流通畅性、局部皮肤不良反应等方面有负面作用, 从而使医生、患者对其不愿接受。

### 3 讨论

放置引流管的目的可分为治疗性和预防性<sup>[1]</sup>。治疗性引流管: 感染性疾病如肝脓肿、阑尾周围脓肿及腹腔、盆腔脓肿, 放置单腔或双腔的引流管, 可使脓液得到充分引流, 使感染迅速得到控制。预防性引流管: 腹部大手术如肝切除术、胰十二指肠切除术、胃癌及结直肠癌根治术后放置膈下、腹腔或盆腔引流。其目的是防止腹腔积液, 减少腹腔感染的发生, 同时可早期发现术后并发症如活动性出血、胆漏、肠漏、腹腔感染等<sup>[2-3]</sup>, 便于早期处理。本文病例引流管均为预防性目的。

表 1 双固定组与非双固定组病人  
临床参数的比较 (n, %)

| 临床参数                      | 双固定组<br>(n=70) | 非双固定组<br>(n=80) | $\chi^2$ | P       |
|---------------------------|----------------|-----------------|----------|---------|
| 性别                        |                |                 | 0.051    | 0.821   |
| 男                         | 45(64.29)      | 50(62.50)       |          |         |
| 女                         | 25(35.71)      | 30(37.50)       |          |         |
| 手术类别                      |                |                 | 0.157    | 0.997   |
| 肝癌切除                      | 20(28.57)      | 22(27.50)       |          |         |
| Whipple                   | 10(14.29)      | 10(12.50)       |          |         |
| 胃癌根治                      | 15(21.43)      | 18(22.50)       |          |         |
| 大肠癌根治                     | 15(21.43)      | 18(22.50)       |          |         |
| 胆总管探查 T 管                 | 10(14.29)      | 12(15.00)       |          |         |
| 置管时间(周)                   |                |                 | 0.443    | 0.801   |
| <1                        | 50(71.43)      | 54(67.50)       |          |         |
| 1~2                       | 8(11.43)       | 12(15.00)       |          |         |
| >2                        | 12(17.14)      | 14(17.50)       |          |         |
| 引流管脱落(均>2 周)              | 5(7.14)        | 7(8.75)         | 0.131    | 0.717   |
| 腹腔外堵管                     | 9(12.86)       | 3(3.75)         | 4.207    | 0.040   |
| 局部皮肤不良反应<br>(水泡、瘙痒、皮炎、溃烂) | 56(80.00)      | 0(0)            | 102.13   | <0.0001 |
| 患者接受性                     |                |                 | 34.25    | <0.0001 |
| 接受                        | 25(35.71)      | 66(82.50)       |          |         |
| 不接受                       | 45(64.29)      | 14(17.50)       |          |         |
| 医生接受性                     |                |                 | 16.07    | <0.001  |
| 接受                        | 30(42.86)      | 60(75.00)       |          |         |
| 不接受                       | 40(57.14)      | 20(25.00)       |          |         |

引流管的管理,包括牢靠固定防脱落、通畅性、引流液的性状及数量、拔管时机等等,其中首要的当然是其牢靠固定<sup>[4]</sup>。外科医生常以粗丝线缝扎后固定于表皮,对于需放置时间长、重要的管道,如 T 管,常常缝合两针以上来固定,这些措施已经能有效地固定好引流管。我们观察的两组患者脱落共 12 例,均发生在术后 2 周后,主要发生在 Whipple 术后胆漏、胰漏及胆总管探查后留置 T 管时间延长的患者,主要原因是由管周渗漏的胆汁、胰液反复刺激皮肤,加上缝线长时间切割皮肤,使其逐渐松脱后管道脱出,即使有双固定也会滑脱,只不过管道脱出后靠着双固定粘于体表无脱落而已(见图 1)。那么预防这种脱落最好的方法还是摒弃侥幸心理,对置管较长时间的管道,勤换药、多护理,

发现缝线有松脱现象,及时重新缝线固定。腔外管道的堵塞,双固定组发生率较非双固定组高,主要发生在胰漏、胆漏及并发有腹腔感染的病例,因引流物较黏稠、坏死组织多,且病人卧床时间长,加上实施双固定的护士经验不足,固定后的管道呈“U”型(见图 2),多见于引流管口靠近腋前线的病例。“U”型底部常滞留黏稠的引流液,易沉淀、凝固,故堵塞管道。

双固定材料为 3M 胶布,黏性好,大多数患者(80%)皮肤对其有不同程度不良反应,大多数表现为瘙痒、局部红斑,少数表现为起水泡甚至溃烂<sup>[5]</sup>,而非双固定当然没有此问题。从调查结果来看,医生对双固定不愿接受的原因主要是影响引流通畅(原因如前述)、患者皮肤的不良反应、短期内自信缝线能良好地固定引流管,且对重要管道,已经多缝线固定了,故而觉得多此一举。

引流管的首要目的是顺畅引流,而固定的目的是防止脱落,双固定的作用是在第一固定的基础上进一步防止脱落,从上述结果分析,无法对引流管的牢靠固定起到理想的作用,反而会诱发患者皮肤不良反应,影响管道通畅性,无法得到医生和患者的接受,不建议常规使用。

参考文献:

[1] 陈积圣,霍景山. 腹部手术后引流管的管理策略[J]. 临床外科杂志,2006,14(9):550—551.  
[2] De Castro SM, Kuhlmann KF, Busch OR, et al. Incidence and management of biliary leakage after hepaticojejunostomy[J]. J Gastrointest Surg, 2005, 9(8):1163—1171.  
[3] 邓慧珍. 持续负压引流治疗腹部切口脂肪液化的临床护理[J]. 右江民族医学院学报, 2012, 34(3):446—447.  
[4] 韦瑞丽,董雪云,马辉. 造口袋在肠痿患者引流中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(11):966—968.  
[5] 石小兰. 急性坏死性胰腺炎的围手术期综合护理研究[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(3):520—521.

收稿日期:2016—05—26;修回日期:2016—07—20