

肝胆胰恶性肿瘤患者术后延迟愈合切口的临床护理分析

彭芳琼

郴州市第一人民医院南院肝胆肿瘤外科 湖南郴州 423000

[摘要] 目的 探讨肝胆胰恶性肿瘤患者术后延迟愈合切口的临床护理措施以及其效果。**方法** 选取我院收治的 90 例肝胆胰恶性肿瘤患者作为本次研究对象, 时间截取至 2015 年 10 月至 2017 年 10 月。所有患者均行手术治疗, 且术后存在延迟愈合的现象。按照入院顺序, 将所有患者分为对照组和观察组, 每组 45 例。对照组患者术后给予传统的方案进行切口换药, 观察组患者根据湿性伤口愈合理论和方法进行切口换药。比较两组患者换药次数以及愈合状况。**结果** 观察组患者次数介于 6-10 之间, 换药 (7.39±1.28) 次后基本愈合; 对照组患者次数介于 9-17 之间, 换药 (13.47±3.48) 次后基本愈合。两组数据比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 对肝胆胰恶性肿瘤术后延迟愈合切口患者给予湿性伤口愈合理论进行换药干预, 能够有效地减少换药次数, 缩短愈合时间, 值得临床推广和运用。

[关键词] 肝胆胰恶性肿瘤; 术后延迟愈合切口; 护理干预; 效果

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 02-259-01

随着近年来社会环境的恶化, 各种恶性肿瘤的发病率相对提高。尤其是在人们生活作息不规律, 饮食结构不合理的背景下, 消化系统恶性肿瘤发生率较高^[1]。肝胆胰恶性肿瘤是临床常见的一种消化系统肿瘤, 症状典型性缺失, 多数患者就医时均存在发现晚、病程长等特点, 且伴随着黄疸和肝功能损伤等。对于这种疾病, 临床主张手术治疗。而在手术实施时, 会造成较大创伤, 多数患者均以肝叶或者肝大部分切除等为主^[2]。这就会使得患者术后身体状况较差, 切口愈合速度缓慢, 使得机体被感染的可能性增加, 提高了患者的医疗费用, 增加了其生理和心理的痛苦。对此, 必须要及时对患者进行切口干预, 促进切口的愈合, 以最大程度地保证患者术后的寿命, 提高其生存质量^[3]。但是, 常规切口护理的局限性较强, 在护理效果上自然也存在较大的瑕疵。我院在临床工作中发现, 针对这类患者根据湿性伤口愈合理论进行换药干预, 能够取得较好的效果。笔者选取我院 2015 年 10 月至 2017 年 10 月收治的 90 例患者作为研究对象, 具体报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取我院收治的 90 例肝胆胰恶性肿瘤患者作为本次研究对象, 时间截取至 2015 年 10 月至 2017 年 10 月。所有患者均行手术治疗, 且术后存在延迟愈合的现象。按照入院顺序, 将所有患者分为对照组和观察组, 每组 45 例。对照组中有男性 27 例, 女性 18 例, 年龄 41-82 岁, 平均年龄 (64.38±7.21) 岁。按照疾病种类划分: 胆管癌 23 例、肝癌 17 例、胰头癌或者壶腹周围癌 5 例; 观察组中有男性 24 例, 女性 21 例, 年龄 42-82 岁, 平均年龄 (64.82±7.87) 岁。按照疾病种类划分: 胆管癌 22 例、肝癌 15 例、胰头癌或者壶腹周围癌 8 例。所有患者在术后 2-5d, 切口出现发红、肿胀且流出淡红色液体等现象。将两组患者的一般资料进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

在发现患者存在切口延迟愈合的现象。需要及时对其进行切口检查, 并且拆除缝线。给予严格的消毒处理后, 将患者切口的不新鲜组织进行切除。对照组在该种基础上, 给予传统的方案进行切口换药, 用纱条对引流进行控制, 并且在外层敷料的运用上以传统纱布为主, 当渗液减少后, 不可再放置纱条。以切口大小合适的胶布或者创可贴拉拢切口, 使得切口对合, 直至愈合。换药规律为术后 3-6d: 1-3 次每日; 术后 6-9d, 1 次每日; 到患者切口有鲜肉芽长出, 每 2-3d 更换一次。观察组患者根据湿性伤口愈合理论和方法进行切口换药, 采用清创胶酸盐填充条+泡沫敷料来对其进行换药, 在坏死组织清除后, 方可停用清创胶。在渗液减少后, 停止使用填充条。换药规律为早期 (术后 2-3d), 每日一次; 3-7d 后: 隔日一次。直到有鲜肉芽长出, 3-4d 一次。在整个护理过程中, 需要注意并发症的发生。常见的并发症有出血、胆漏、感染等并发症。因此, 需要注意患者的体位以及日常行为, 同时, 还需要观察手术后的患者引流液的颜色, 适当的服用抗生素来加以预防。

1.3 评价指标

统计两组患者换药次数以及愈合时间。

1.4 统计学分析

数据以统计学软件 SPSS18.0 分析, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 经 t 检验; 以率 (%) 表示计数资料, 经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者次数介于 6-10 之间, 换药 (7.39±1.28) 次后基本愈合; 对照组患者次数介于 9-17 之间, 换药 (13.47±3.48) 次后基本愈合。两组数据比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1: 对照组与观察组患者创口平均更换次数以及愈合时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	平均更换次数	愈合时间
观察组 (n=45)	7.39±1.28	10.32±4.28
对照组 (n=45)	13.47±3.48	17.02±5.98

3 讨论

由于当前社会环境的复杂化, 个体发生疾病的可能性增加。不良的饮食习惯与作息规律会使得个体病变几率加大。肝胆胰恶性肿瘤是临床常见的一种消化系统恶性肿瘤^[4]。该种疾病的治疗以外科手术为主。在手术实施后会为患者造成严重的创伤, 创口恢复也可能会受到影响。而常规的切口换药方案, 缺乏对创口愈合的引导。这就使得我国多数肝胆胰恶性肿瘤患者术后都存在切口延迟愈合的现象。切口延迟愈合的诱发原因较多, 例如患者抵抗力较弱, 免疫力缺失; 腹水; 机体应激发反应等, 无论是哪一种, 都可能会使得患者住院时间延长, 被感染的可能性增加^[5]。因此, 必须要对这类患者的切口换药加以重视。本次研究中所提出的湿性伤口愈合理论, 其作用原理是维持创口的湿润, 清除坏死组织, 保持周边皮肤的清爽, 吸收多余的渗液, 从而达到止血止痛的效果。其在运用时, 能够有效地降低病菌侵入的可能。可以说, 患者运用该种换药方案, 创口愈合快, 被感染的可能小, 换药次数少。

综上所述, 对肝胆胰恶性肿瘤术后延迟愈合切口患者给予湿性伤口愈合理论进行换药干预, 能够有效地减少换药次数, 缩短愈合时间, 值得临床推广和运用。

[参考文献]

- [1] 张玲. 肾移植术后手术切口延迟愈合的护理 [J]. 中国临床护理, 2017, 9(01):42-44.
- [2] 张秋霞, 蒋亚茹. I 类手术切口延迟愈合 76 例相关因素分析与护理干预 [J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(34):8554.
- [3] 许瑞华, 曾翠芳. 肝胆胰恶性肿瘤患者术后延迟愈合切口的护理 [J]. 华西医学, 2010, 25(11):1986-1987.
- [4] 劳景茂, 何文海. 腹部手术切口裂开原因分析与防治 [J]. 临床和实验医学杂志, 2009, 8(02):25-26.
- [5] 杨淑芬, 周平. 产科腹部纵切口愈合延迟原因分析及预防护理 [J]. 中华医院感染学杂志, 2008(10):1381-1382.