

· 临床监护 ·

探讨普外科腹部切口脂肪液化的护理效果

唐玲, 高洪霞

(四川省达州市中心医院, 四川 达州)

摘要: **目的** 探讨普外科腹部切口脂肪液化的护理效果, 为临床护理提供重要依据, 确保患者缩短病程, 从而早日出院。**方法** 在我院普外科收治的腹部切口脂肪液化患者 38 例, 对所有患者实施护理干预, 并观察护理效果。**结果** 所有患者 (38 例) 7~20d 痊愈, 其中有 16 例渗液较少的患者于 5~10d 愈合, 22 例换药 5~10d, 进行免缝合胶布拉拢切口, 7~10d 愈合。**结论** 对于普外科腹部切口脂肪液化的患者积极采取护理措施干预有利于降低患者痛苦, 缩短其住院的时间, 节约医疗成本。

关键词: 普外科; 腹部切口脂肪液化; 护理效果

中图分类号: R248.2

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.150

本文引用格式: 唐玲, 高洪霞. 探讨普外科腹部切口脂肪液化的护理效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(68): 286, 288.

0 引言

目前, 随着人们生活以及饮食等习惯的改变, 肥胖的人群不断增加, 由于在临床上使用高频电刀的频率较高, 因此导致切口脂肪液化的情况呈现上升趋势。同时, 根据相关研究表示, 导致患者发生切口脂肪液化的原因与患者自身肥胖具有重要关联, 数据可达到 52.6%^[1]。而一旦出现切口脂肪液化则会延长患者康复的时间, 增加其痛苦, 增加医疗成本等, 同时也降低了患者的生活质量。因此, 本次探讨普外科腹部切口脂肪液化的护理效果, 现在通过转换为文字的形式进行探讨, 详细如下。

1 资料与方

1.1 一般资料

选取于 2016 年 10 月至 2017 年 10 月在我院普外科收治的腹部切口脂肪液化患者 38 例, 男 22 例, 女 16 例, 年龄最小 20 岁, 最大 66 岁, 中位年龄 (38.78 ± 2.12) 岁。所有患者中有 17 例为阑尾手术者, 有 13 例为胆道手术者, 有 8 例为直肠手术者。患者在手术后 4d 左右均存在愈合不良以及切口伴有渗液增加的情况, 同时切口缝线皮肤出现张力增加, 医护人员在对其进行换药过程中发现伴有局部皮下空虚, 或隆起有波动感, 并且可见表面漂浮脂肪粒等。

1.2 方法

依照患者切口脂肪液化的具体病情情况给予具有针对性的处理: (1) 对于渗液情况比较少者, 一般不需要进行拆除缝合。早期时采取镊子对切口进行扩开, 并对周围皮肤进行消毒操作, 确保渗液的排净, 隔天进行换药直至愈合。(2) 对于渗液情况较多者, 在渗液多的位置拆开 1~3 针缝线, 妥善处理坏死组织, 并给予藻酸盐类敷料引流, 并依照患者渗液量对换药次数合理调节, 直至创面基底新鲜肉芽生长之后, 给予无菌免缝胶布对拉切口, 7d 后拆开。

1.3 护理

1.3.1 心理护理

大部分患者均对自身疾病发生的原因以及术后切口难愈合的原因不明, 加之换药时导致切口疼痛, 以及需要较长恢复期, 增加了患者不良的情绪。故医护人员首先应当积极对患者进行关于疾病方面的教育, 同时积极针对于患者焦虑的原因进行开导, 告知患者脂肪液化的原因, 护理的方法, 让其放轻松, 确保患者积极配合护理工作。

1.3.2 术中护理

手术过程中, 应当积极重视运用电刀时将其温度以及强度进行适当调节, 以降低和避免手术过程中对脂肪组织的破坏。

1.3.3 切口护理

(1) 患者完成手术后, 医护人员对其切口情况进行严密监测, 记录是否存在液体渗出, 渗出液体的颜色、量等, 通常

黄色的液体多考虑为切口脂肪液化的可能性, 同时针对于较为肥胖的患者加以重视, 并提前采取预防护理的措施, 以降低患者出现切口感染的情况。(2) 教授患者翻身、排便以及咳嗽, 在进行上述动作时避免用力, 并对切口进行保护, 通常给予腹带, 嘱咐患者卧床静养, 并指导其采用半卧位或半坐卧位, 从而有利于缓解腹部张力^[2]。(3) 在对患者进行换药过程中均伴有疼痛, 故积极对其疼痛的耐受能力进行评估, 必要情况下在对患者换药前半小时给予镇痛剂, 医护人员换药过程中注意动作轻柔, 当无法将敷料取下时可以运用 NaCl 溶液渗透再完成取下操作, 能够避免取敷料时牵拉到患者切口。(4) 嘱咐患者饮食以清淡、流质、低脂、营养丰富的食物为主, 以确保切口的愈合, 增强自身抵抗和免疫力^[3]。

1.4 评价标准

对所有患者愈合时间进行记录, 为了避免统计出现误差, 均由同一名医护人员进行统计和分析。

1.5 统计学方法

对本次研究中的实验组和对照组两组患者各项记录数据进行分类和汇总处理, 应用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析, 对上述汇总数据进行分析 and 处理, 计数资料采取率 (%) 表示, 对比以 P 小于或等于 0.05 为有显著性差异和统计学意义。

2 结果

所有患者 (38 例) 7~20d 痊愈, 其中有 16 例渗液较少的患者于 5~10d 愈合, 22 例换药 5~10d, 进行免缝合胶布拉拢切口, 7~10d 愈合。

3 讨论

发生切口脂肪液化通常与患者肥胖以及频繁运用高频电刀有关, 同时也与患者自身原因, 如身体免疫能力、抵抗能力, 合并糖尿病以及贫血等因素相关, 另外与手术的缝合技术等均存在着密切的关系^[4]。因此, 在对较为肥胖的患者实施手术过程中, 应当充分考虑到患者自身的因素, 遵循微创的原则, 并且降低运用电刀以及钳夹等的手术操作, 从而有利于降低脂肪组织受到损害^[5]。另外, 手术之后积极对患者实施心理方面的护理, 并实施相关的健康教育, 同时对患者的病情情况进行严密监测, 关注高危患者, 对于切口脂肪液化的情况进行及早的发现, 分析切口渗出液体的颜色、量, 并嘱咐患者饮食清淡, 遵循容易消化和健康的饮食习惯, 有利于切口的愈合及增强其身体的抵抗能力, 从而能够确保患者康复, 提高生活质量。通过本次研究结果数据发现, 所有患者 (38 例) 7~20d 痊愈, 其中有 16 例渗液较少的患者于 5~10d 愈合, 22 例换药 5~10d, 进行免缝合胶布拉拢切口, 7~10d 愈合。由此, 我们可以知道对于普外科腹部切口脂肪液化的患者积极采取护理措施干预有利于降低患者痛苦, 缩短其住院的时间, 节约医疗成本。

(下转第 288 页)

计学意义($P>0.05$),见表1。

2.2 两组直肠癌患者的临床指标比较

实验组直肠癌患者平均住院时间、平均肛门排气时

间、平均下床活动时间、平均术中出血量显著优于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 两组直肠癌患者的临床指标比较

组别	平均住院时间(d)	平均肛门排气时间(h)	平均下床活动时间(h)	平均术中出血量(mL)
实验组(n=20)	10.88±2.66	53.98±10.44	10.66±2.54	50.02±10.96
对照组(n=20)	15.15±3.36	72.65±16.20	17.64±3.11	77.01±17.74
χ^2	12.5861	15.8876	19.1547	22.3265
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组直肠癌患者的并发症发生率比较

实验组直肠癌患者术后并发症发生率为15.00%(3/20,1例排尿困难、1例切口感染、0例吻合口出血、1例性功能障碍、0例腹腔内粘连性梗阻),对照组术后并发症发生率为40.00%(8/20,2例排尿困难、2例切口感染、1例吻合口出血、2例性功能障碍、1例腹腔内粘连性梗阻),实验组直肠癌患者的排尿困难、切口感染、吻合口出血、性功能障碍以及腹腔内粘连性梗阻等术后并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

现阶段来看,治疗直肠癌患者的主要方法是:手术治疗^[4]。手术治疗直肠癌患者的最终目的是:其一,提高直肠癌患者的生存质量;其二,延长直肠癌患者的生命;其三,尽量保留肛门;其四,切除病灶肿瘤^[5]。传统开腹手术治疗直肠癌患者具有一定缺陷,会给患者带来较大创伤,术后并发症发生率比较高,因此在临床中被限制应用。直肠癌深入到盆腔后,选择传统开腹手术方式在解剖过程中具有相当大的困难,因此很难达到彻底清除的效果,术后并发症发生率和复发率均比较高。相比起传统开腹手术,腹腔镜下直肠癌前侧切除术具有一定优势,不存在结直肠穿孔关闭的技术难关,也不存在内脏穿孔漏而发生的腹腔感染问题,与此同时未对直肠癌患者的腹壁产生较大疤痕,最终能够被广泛应用在临床之中。根据相关资料研究结果显示,腹腔镜下直肠癌前侧切除术与传统开腹手术治疗直肠癌患者的近期治疗总有效率保持一致^[6]。本文研究结果显示实验组直肠癌患者近期治疗总有效率与对照组比较无统计学意义($P>0.05$),本文研究结果与多数学者的研究结果保持一致。腹腔镜下直肠癌前侧切除术是腹腔镜普及发展治疗的一种常用微创手术方法,在手术过程中能够深入探测腹腔,为术者提供清晰的视野(相比起传统开腹手术而言术腹腔镜下直肠癌前侧切除术的手术视野较为宽阔)。腹腔镜下直肠癌前侧切除术在治疗直肠癌患者过程中还能够缩短平均住院时间、平均肛门排气时间、平均下床活动时间,减少术中出血量,达到较高的病灶清除率,手术后具有较高安全性,并发症低以及能够有效规避传统手术的不足之处。本文研究结果显示实验组直肠癌患者平均住院时间、平均肛门排气时间、平均下床活动时间、平均术中出血量显著优于对照组($P<0.05$),实验组直肠癌患者

的排尿困难、切口感染、吻合口出血、性功能障碍以及腹腔内粘连性梗阻等术后并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$)。相关文献研究资料显示,通过对直肠癌(接受腹腔镜下直肠癌前侧切除术)为期24个月的随访不难发现,其生存率显著高于传统开腹手术患者^[7]。腹腔镜下直肠癌前侧切除术能够降低直肠癌患者的并发症发生率,因此能够延长直肠癌患者的生存时间,提高预后效果。在开展腹腔镜下直肠癌前侧切除术过程中,术者要尽量保持宽阔视野,保证适宜的切割长度,在吻合时尽量避免切割到肠壁组织,认真检查直肠癌患者有无出现肛门出血情况。手术之后常规放置引流管,加强相应护理措施,最终达到较为理想的治疗效果^[8-9]。

综上所述,腹腔镜下直肠癌前侧切除术(Dixon手术)治疗直肠癌的近期治疗效果颇为理想,具有并发症发生率低和术中出血量少以及住院时间短等优势。

参考文献

[1] 张逸,张建都,王泰岳,等.腹腔镜下直肠癌前侧切除术治疗直肠癌156例疗效观察[J].山东医药,2013,53(23):81-82.
[2] 赵运平,谭智明.腹腔镜下直肠癌前侧切除术治疗直肠癌的效果[J].中国医药导报,2015,15(11):101-104.
[3] 李连斌.观察腹腔镜下直肠癌前侧切除术治疗直肠癌的疗效[J].当代医学,2016,22(32):28-29.
[4] 沈晓.腹腔镜下直肠癌前侧切除术治疗的直肠癌临床效果分析[J].当代医学,2015,18(7):39-39,40.
[5] 钟邦华,李昱骥,孔凡民,等.直肠癌患者腹腔镜下全直肠系膜切除术疗效分析[J].中国医科大学学报,2017,46(8):739-741,745.
[6] 宋伟华,李晓勇,周百中,等.腹腔镜结直肠癌根治术治疗老年结直肠癌患者的疗效及对胃肠功能的影响[J].中国老年学杂志,2014,15(23):6624-6625,6626.
[7] 周海涛,周志祥,梁建伟,等.无切口腹腔镜下直肠外翻技术的直肠癌低位前切除术的近期疗效[J].中华肿瘤杂志,2015,37(1):63-66.
[8] 万相斌,韩广森,王刚成,等.腹腔镜下带血管蒂网膜填塞预防直肠癌前切除术后的直肠阴道瘘[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(4):460-462.
[9] Prabhakar,R.,Oates,R.,Jones,D. et al.A study on planning organ at risk volume for the rectum using cone beam computed tomography in the treatment of prostate cancer[J].Medical dosimetry: official journal of the American Association of Medical Dosimetrists,2014,39(1):38-43.

(上接第286页)

参考文献

[1] 罗青华.普外科腹部切口脂肪液化的护理观察[J].医学信息,2015,(21):368-368.
[2] 张丽.普外科腹部切口脂肪液化护理体会[J].吉林医学,2015,(3):555-556.
[3] 张伟.腹部切口脂肪液化临床护理干预[J].临床研究,2018,(1):141-142.

[4] 吴新华.腹部切口脂肪液化的护理体会[J].基层医学论坛,2016,(24):3448-3449.
[5] 庄欢,谢剑如.腹部手术切口脂肪液化的原因与防治[J].实用临床护理学电子杂志,2018,(3):86-87.