

老年胃癌患者术后非计划拔管原因分析及干预对策

陈颖铭

华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科

【摘要】目的 为了降低老年胃癌患者手术后的拔管率,对其术后非计划拔管的原因进行分析,并总结相应干预和防护对策。方法 整理分析2020年1月至2021年12月胃肠外科收治的老年胃癌手术患者,研究其中12例的拔管患者的临床资料,分析为什么会发生非计划拔管。结果 咽部喉部干燥肿痛不适、固定导管的方式不妥当、高龄患者的依从性较差,相关知识缺乏以及健康教育不够和医护人员巡视不够等依次是导致老年胃癌术后鼻肠(胃)管的拔管的主要因素。结论 降低老年患者不适感,规范导管固定和维护的流程,提高高龄患者的依从性,科学评估,合理约束,加强健康教育,及时巡查等措施是降低鼻肠(胃)管置管的老年患者非计划拔管率的有效手段。

【关键词】鼻肠(胃)管;舒适;非计划拔管

非计划性拔管(unplanned extubation, UEX)是指患者未经医护人员同意拔出管道,或者其他原因(包括医护人员操作不当)造成的插管脱落,即非医护人员计划范畴内的拔管[1]。目前我胃肠外科收治的胃癌患者,术后需要较长时间经一侧鼻腔留置胃管和(或)鼻肠管,以达到胃肠减压、引流消化液及血液、减轻吻合口张力、促进胃肠功能恢复,以及术后给予肠内营养支持的目的[2]。而老年患者依从性差有关随着增龄,老年人的记忆力、视力、听力、能力、理解能力逐渐下降,加之心理因素如焦虑害怕悲观,自我主观意识固执导致沟通不畅,患者的依从性不高,更易导致非计划拔管。但是胃管移位会影响胃肠减压的效果,如果意外拔除,不能及时吸出胃肠内气体和液体,降低胃肠道压力,有效改善胃肠壁血液循环,不利于消化道功能的恢复及吻合口愈合[4]。同时因胃肠吻合口尚未愈合,重新置入胃管会增加吻合口瘘的风险[5]。而且由于鼻肠管移位或意外拔除,早期的肠内营养无法安全实施,严重影响患者治疗及预后[6]。为了保证患者安全,降低术后非计划拔管率,促进患者康复,现对12例老年留置鼻肠(胃)管患者发生非计划拔管的原因进行分析,并总结干预措施。具体如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2020年1月至2021年12月,本科收治了老年患者(女性年龄为大于60岁,男性为大于65岁)胃癌术后鼻胃(肠)留置患者248例。其中老年女性患者103例,老年男性患者145例。248例老年胃癌患者中,手术后留置胃管的有245例;鼻肠管有240例,老年痴呆患者有2例。患者平均的置管时间均约为(3.13±2.28)天。

1.2 结果报告

统计结果中,有12例鼻肠(胃)管非计划拔管事件。具体来说,鼻

肠管拔管的有5例,胃管拔管的有7例。其中,有11例患者在拔管后并无特殊状况,继续接受了静脉营养治疗。第六天进行碘水造影检查后,确认吻合口无问题后出院。其中有两位老年患者年龄达到或超过80岁,另外两位患者在术后出现了谵妄症状。值得注意的是,有1例胃手术后的患者发生了吻合口瘘。对于这12例患者,拔管后均未重新置管。

2 原因分析

2.1 与舒适度下降有关

导致非计划拔管的首要原因是患者舒适感的下降、疼痛感的改变,喉咽肿痛,鼻部干燥不适,焦虑烦躁,恶心依次是患者不良反应的主要类型。本组有2例老年患者因难以忍受咽喉部疼痛而自行拔管,还有2例患者是在夜间感觉异物感特别明显而自行拔管。可能的原因有:a.患者术后禁食水,口腔黏膜和鼻部黏膜都很干燥容易出现鼻黏膜的损伤,继而引发不适。b.患者手术中因为麻醉气管插管,咽喉部有红肿损伤,加之活动时胃管会有牵扯,患者会不由自主地吞咽胃管,导致胃管的上下移动,咽喉部的疼痛感就会加剧导致自行拔管,c.胃术后,胃管的留置可能会刺激胃酸和胃液的返流,刺激咽喉黏膜引起炎症反应。

2.2 与导管固定不妥有关

管道固定不妥亦是管道风险的主要因素之一^[6]。(1)鼻翼分泌的油脂会导致胶布的粘性减小,从而导致管道的滑脱(2)固定管道的方式,如若胃管固定太松,容易导致胃管滑脱,如若胃管固定太紧,对面颊造成压迫感会使老年患者难受而拔管。本组有3例患者因为鼻部分泌油脂太多致胶布失去粘性而导致管道滑脱。

2.3 与时间有关

有3例非计划拔管发生在夜间,夜间迷走神经兴奋,导致对疼痛不适的感觉愈加敏感,患者觉得难以忍受疼痛而自行拔管。加之夜间老年

患者的呼吸频率和心率的降低,肺泡的通气会有不足而导致二氧化碳的滞留,患者会出现头痛,烦躁甚至出现幻觉而拔管。

2.4 与评估不当有关

高龄亦是术后瞻望的高风险因素,而瞻望和老年痴呆属于高风险的患者,应当每班评估,注意管道动态。

2.5 与医护人员有关

由于绝大多数的拔管事件都发生在夜间,但是夜间属于医护人员比较少的时间点,护理人员难以定时巡视高风险患者,导致不容易发现拔管的苗头。

3 讨论

3.1 增强老年患者的舒适感并及时评估及时拔管。(1)置管前以亲切易懂的话语向患者做好健康宣教,告知其置管的目的并取得配合(2)置管期间采用不同方法减轻刺激。a.术后雾化一日2次,使用温盐水漱口或者含漱口药物,如麻黄素溶液、利多卡因溶液等,缓解咽喉肿痛。c.选择合适尺寸和材质的胃管,减少对咽喉黏膜的刺激。d.口腔护理,患者返回病房,即可用冰柠檬水装入小喷壶,朝口腔进行喷洒并含服西瓜霜含片,次日可少量饮水,并用牙刷刷牙。

3.2 鼻肠(胃)管固定和维护流程的规范化,从固定方法到固定材料。以往采用的导管固定材料是3M胶布及裤型粘贴法。现改良为水胶体敷料,因为水胶体敷料具有柔软,透气无刺激粘性好。具体步骤为1清洁:在固定胃管之前,应先清洁患者的皮肤,以确保固定区域干净无菌。2剪裁:根据胃管的尺寸,将水胶体敷料剪裁成适当的形状和大小。3固定:剪一6*3厘米亲水胶体敷料,裤型剪开,一半贴于鼻翼,一半包绕胃管,确保胃管牢固地固定在皮肤上。4检查:固定完成后,应仔细检查胃管的位置和固定情况,确保胃管没有移位或脱落的风险。有临床研究表明,水胶体敷料固定胃管的患者,胃管脱落,皮肤损伤和感染的发生率较低。

3.3 提高老年患者的依从性,提高老年人的依从性需要综合考虑他们的身体、认知和心理状况。通过教育、沟通、个体化护理计划、舒适安全的环境、定期评估和调整、家属支持和参与以及心理支持和关怀,来有效提高老年人的依从性。

3.4 科学评估:使用管道风险量表是一种用于评估患者预防非计划拔管风险的工具。管道风险量表可以帮助医护人员识别患者的风险因素,并采取相应的预防措施,从而降低非计划拔管的发生率。此外,管道风险量表还可以帮助医护人员制定个性化的护理计划,以满足患者的特殊需求。在使用管道风险量表时,医护人员还应结合临床经验和判断,以综合评估患者的风险,并给予相应措施。

3.5 合理约束:每班护士需要综合考虑老年患者的病情,意识状态,

生命体征等因素通过管道滑脱高风险来评估患者是否需要约束。约束期间应每隔2小时定期检查约束部位的血液循环和皮肤状况。期间护士密切观察患者的心理状态,增加与患者的交流。护士认真填写护理记录单,交接患者的身体约束情况。[8]-[9]

3.6 加强沟通和宣教。使用简单明了的语言和患者及家属告知管道滑脱的危险性,告知管道的重要性,定期举办患教会进行沟通和宣教。

总结:老年胃癌术后鼻肠(胃)管患者非计划性拔管的主要原因是:咽喉部肿痛不适、导管固定的不妥善、老年患者配合度低、评估方法不精确、约束措施不到位、沟通教育和知识普及的缺失,以及医务人员对高危患者的巡查不足。本胃肠外科在2020年1月到2021年12月,的非计划拔管率高达9.78%,取了相关改进措施后,通过降低患者的不适感、规范导管固定和维护流程、提升老年患者的配合度、实施适当的约束措施、强化健康教育,以及对高危患者的及时巡视后非计划拔管率降至3.4%。保障了患者的生命安全。同时,这些措施还有助于减少老年患者的医疗费用和住院天数,对于提升患者的治疗体验和满意度,以及减轻医院的经济负担都具有重要意义。

参考文献:

- [1]张秀平,张莉,苏敏谊,等.运用项目管理防范非计划拔管的效果评价[J].护理学报,2016,23(17):30-33.
- [2]史发蓝,贾爱群,朱刘红,等.集束化护理在预防胃癌术后患者高危时段非计划性拔管中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(5):121-122.
- [3]庄晓艳,许勤,朱姝芹,等.身体约束失效风险评估与管理对策的研究[J].中华护理杂志,2014,49(7):816-820.
- [4]卿利敏,湛永毅,汤新辉,等.持续质量改进在降低食管癌患者鼻胃管非计划性拔管率中的应用[J].护士进修杂志,2014,29(12):1082-1084.
- [5]王小燕,任晖.“3+x”健康教育模式对减少胃癌手术患者胃管非计划性拔管的效果评价[J].肿瘤研究与临床,2016,28(7):468-470.
- [6]倪加丽,施晓伟,张群.综合护理干预在预防胃管及鼻肠管非计划性拔管中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(22):139-140.
- [7]方华军,乒乓球拍是手套对降低食管癌胃肠减压夜间非计划拔管的价值分析.临床护理杂志,2021,20(4):76-78
- [8]张琳,许子霞,史雯嘉,等.小儿专用手腕部约束带的研究临床应用[J].护理研究,2017,31(8):1010-1011.
- [9]董玲.心胸外科危重患者多管道的护理体会.临床医药文献电子杂志,2017,4(84):16567-16568.