

导管滑脱风险评估在肝胆外科的临床应用

李代京, 张红宇, 靳桂芳, 闫芳然, 马剑萍 (首都医科大学附属北京地坛医院, 北京 100015)

摘要: 目的 总结导管滑脱风险评估在肝胆外科的临床应用经验。方法 对2014年11月至2015年3月在首都医科大学附属北京地坛医院行肝胆脾手术的患者导管滑脱风险评估的护理经验进行总结。结果 对149例患者共进行了245人次评估, 中重度危险的患者人次分别占26%和16%, 最常见的脱管风险因子是术后3天内、与手术有关的各种管路和沟通理解力一般。置管患者需要常规预防脱管, 中重度脱管风险患者还需针对其相关的危险因子, 实施个性化的防脱管护理措施, 本研究149例患者均未出现脱管现象。结论 导管滑脱风险评估表的应用, 有助于护士了解患者的脱管风险等级及危险因子, 以便采取针对性的有效措施防止脱管。

关键词: 肝胆外科手术; 导管滑脱; 风险评估; 导管护理

Application of catheter slippage risk assessment in hepatobiliary surgery

LI Dai-jing, ZHANG Hong-yu, JIN Gui-fang, YAN Fang-ran, MA Jian-ping (Department of Surgery, Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100015, China)

Abstract: **Objective** To summarize the experience of application of catheter slippage risk assessment in hepatobiliary surgery. **Methods** The classification and risk factors of catheter slippage patients with hepatobiliary and splenic operations in Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University from November 2014 to March 2015 were analyzed retrospectively. **Results** Total of 149 patients were evaluated for 245 times using catheter risk assessment scale. There were 26% person-time with moderate risk and 16% person-time with severe risk of catheter slippage. The usual risk factors were in 3 days after operation, all kinds of catheters related to the operation, common ability of communication and the understanding of the patients. General measures to prevent catheter out were provided for all patients and specific measures were provided for the patients with moderate and severe risks. In the study, there were no catheter slippage in the 149 patients. **Conclusion** Application of catheter slippage risk assessment could help to identify the risk level of catheter slippage of patients and the risk factors of catheter out so as to provide patients with effective measures to prevent catheter slippage.

Key words: Hepatobiliary surgery; Catheter slippage; Risk assessment; Pipeline care

肝胆外科患者术后常带有各种管路, 用于引流、治疗和病情观察, 以帮助患者康复。临床护理过程中, 做好对患者的导管护理, 防止出现管道滑脱便成为临床护理工作的重要内容之一^[1,2]。导管滑脱是护理不良事件之一, 一旦导管滑脱, 将影响患者疾病的治疗和术后的康复, 增加患者的痛苦^[3], 严重的甚至威胁患者的生命。为了防范于未然, 杜绝导管滑脱事件的发生, 本科室应用《住院患者导管滑脱风险评估表》对2014年11月至2015年3月住院的149例肝胆脾手术患者进行评估, 并在评估的基础上开展针对性的护理措施, 取得了较好的效

果, 现将经验介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在蔡晓博等^[4]设计的《住院患者导管滑脱风险评估表》的基础上, 结合本科室的具体情况, 请首都医科大学附属北京地坛医院的护理专家对《住院患者导管滑脱风险评估表》进行修改, 修改后量表的评估内容及分值见表1。应用《住院患者导管滑脱风险评估表》对2014年11月至2015年3月在本科室住院的肝胆脾外科手术患者149例进行评估, 共收集245人次的评分。

1.2 方法 组织全科护士学习评估表的使用方法, 详细讲解导管滑脱风险评估表的目的是、意义及使用方法, 实际工作中责任护士对所管患者进行评估, 责任组长对其进行指导, 护士长也对其进行监督与指

导^[5]。患者身上一旦开始带有管路,包括尿管、胃管、PICC管等,无论是术前还是术后,皆立即使用《住院患者导管滑脱风险评估表》进行导管滑脱风险评估。得分<8分为低度危险;8~12分为中度危险;>12分为高度危险。中度到重度危险者每周评估1~2次,班班交接;低度危险者则1周评估1次。患者导管滑脱风险评估项目发生改变时,则即时评估;出院或所有管路拔除则停止评分。交接内容包括导管的种类、置入时间、插入的深度、导管的固定、通畅情况、患者及家属防导管滑脱的健康教育知识掌握及执行情况^[6]。按评分等级的结果及相应的得分项进行针对性的护理。

2 结果

2.1 一般情况 本科室在2014年11月至2015年3月间,共诊治肝胆胰脾疾病患者共计252人次,行手术治疗患者141例,其中行腹腔镜胆囊切除术(LC)68台,部分肝脏切除术20台,脾脏切除术12台,单纯进行射频消融术或介入治疗14台,其他各类手术27台,共进行患者导管滑脱风险评估245人次。

2.2 《住院患者导管滑脱风险评估表》评估结果

2.2.1 评分等级 本研究149例患者245人次的评分结果分析如下:其中男性85例,女性64例。评分等级结果见图1,可以看出脱管低度危险者占58%,主要集中在腹腔镜胆囊切除手术的患者,此种患者往往带管数量少、时间短,只需要对患者进行常规的防脱管护理措施,而中重度危险者占42%,主要集中在行部分肝脏切除与脾脏切除术患者身上,带管

数量较多、时间较长,需要加强预防脱管的护理措施。

2.2.2 导管滑脱风险因子 对评分表的危险因子进行统计描述,见表2,最常见的原因是术后3天内、与手术治疗相关的各种置管以及患者的沟通理解能力一般、对疼痛的耐受力,本科室为肝胆外科,较少出现气管插管、胸腔引流管、脑室引流管,最常见的管道是术区引流管、胃管(三腔管)、尿管、中心静脉导管(含PICC)。意识(嗜睡或朦胧、躁动)、精神(焦虑、恐惧、烦躁)、活动(行动不稳或使用助行器)、疼痛(难以耐受)、年龄(婴幼儿0~3岁)这类得分较少,但这些情况一旦出现,则无论得分高低,都应充分引起重视。

3 护理措施

3.1 常规措施

3.1.1 明确标识 责任护士对置管、带管入院或转入患者的导管进行标识,不同的导管粘贴不同颜色的标识,并准确填写导管的名称、置入的长度、置管时间、患者姓名;床头插上“防导管滑脱”标识,重

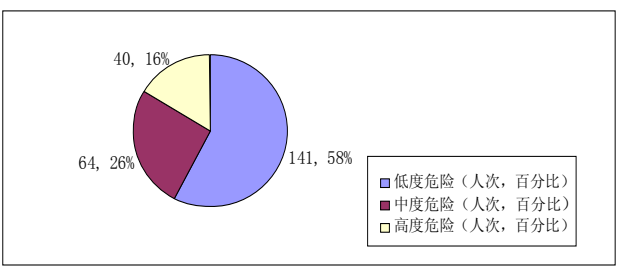


图1 149例245人次评分中患者脱管危险等级划分

表 1 住院患者导管滑脱风险评估表

评估项目	病情	风险(分值)
年龄	≥70岁或≤7岁	2
	婴幼儿(1~3岁)	3
意识	嗜睡或朦胧	2
	躁动	3
精神	焦虑	1
	恐惧	2
	烦躁	3
活动	术后3天内	3
	行动不稳或使用助行器	2
	不能自主活动	1
	气管插管	3
管道种类	胸腔引流管	3
	脑室引流管	3
	术区引流管	2
	中心静脉导管(含PICC)	2
	胃管(三腔管)	2
	尿管	1
导管数量	≥3根	2
留置时间	≥1周	2
疼痛	难以耐受	3
	可耐受	1
沟通	能理解,一般	1
	理解能力差,不配合	3

点标记中、高危患者。

3.1.2 妥善固定 导管应妥善固定，尽量采取U型固定法固定于床旁^[6]，实施各种护理措施若需要患者改变体位或翻转身体之前，先固定好导管。患者下床活动时，给予佩戴引流袋背包，避免管路牵拉脱出。

3.1.3 引流通畅 迎接新入或转入的带管患者以及接术后患者时，留置的导管都应检查是否通畅，妥善固定，防止出现牵拉、滑脱、扭曲、受压、反折或返流。如果引流液较多，应及时放出引流液或更换引流袋。如若连接负压吸引的导管，应特别注意连接是否紧密，是否存在漏气、负压压力不够等现象。

3.1.4 宣教 术前常规宣教患者将会置管的种类、作用、数量以及需要在体内滞留的时间、带来的问题、可能出现的不适以及需要其配合的要点^[7]，帮助患者做好充分的心理准备。术后再次与患者和家属强调留置导管的目的及重要性，指导患者和家属保护导管的方法以及导管滑脱后的应急措施。

3.1.5 巡视和观察 定时检查各管道是否妥善固定和引流是否通畅，观察并记录引流液的颜色、性状和量，重视患者的主诉，发现问题及时处理，严防脱出或误拔，协助患者翻身、排便、下床、进食等活动，及时主动帮患者妥善安置导管及引流袋，严防引流管的滑脱。

3.2 针对性措施 通过使用《住院患者导管滑脱风险评估表》对患者进行评估，评估出患者导管滑脱的风险因子，采取针对性的防脱管措施。

3.2.1 沟通障碍 超过70岁的老人或者由于疾病影响导致神志不清、意识模糊者，护士需要加强与家属的沟通，这一点与刘霞等^[8]的报道是一致的。本研究中1例患者于肝血管瘤切除术后出现烦躁和躁动，与患者沟通困难，除了加强对家属的口头宣教外，在家属签署知情同意后，还适当进行保护性约束。向家属示范管道防脱出的注意事项，并反复确认家属理解并能执行这些措施。在患者病情好转、神志转清时也会加强对患者的宣教。

本院的患者来自全国各地，口音各异，文化层

次、理解能力也不一，加之护士工作忙，沟通时间短^[9,10]，可能造成患者对留置导管的重要性缺乏足够的认识。护士应根据患者和家属的情况，加强对患者和家属进行宣教，并反复确认患者和家属能够理解并执行所宣教的内容。

3.2.2 术后3天 术后3天内为导管滑脱的高风险时期，尤其是肝脏部分切除手术的患者，术后容易出现出血、胆漏、肝功能受损、凝血功能障碍和低蛋白血症^[11,12]，身上常带有术区引流管、尿管、胃管、中心静脉置管、PICC管等，导管较多，带管时间也较长，容易出现导管滑脱，需要特别重视防止管路滑脱的护理。此时患者常需要制动来预防出血，这样有利于防止导管滑脱，但患者往往无活动能力、或意识不清、或活动能力减弱，无论评分多少，此阶段皆应加强巡视和交班，严密观察引流液的颜色、性状和量，注意查看患者的血常规、肝功能和凝血功能复查的结果，如有异常应立即报告医生及时处理。一旦患者病情允许，医生开具医嘱拔除导管，应及早执行医嘱，以减少患者的痛苦。

3.2.3 疼痛 护士应重视难以耐受疼痛的患者，多与患者和家属沟通交流，教会患者和家属应对疼痛和不适的方法，鼓励患者勇敢地面对疼痛。疼痛无法忍受者应报告医生，遵医嘱使用药物止痛。

3.2.4 行动不便 对于行动不稳或使用助行器的患者，如果需要下床活动，首先需要固定好引流袋，保持引流通畅。引流量较少时可将引流袋用别针固定于腰部或裤管，引流量较多时，可以配置引流袋背包。不能自主活动的患者，多注意巡视患者，帮助满足生活和治疗的各需求，多观察患者引流是否通畅，引流物的量、色、性状。

3.2.5 留置时间长 留置导管的时间超过1周者，应特别注意是否出现感染征象，如体温升高、白细胞增加以及伤口是否出现红肿热痛等。肝癌患者因需要长期输液以及化疗，术前就常规放置PICC管，带管时间常达2周至1年，置管后需妥善固定，做好标记，告知患者置管后的注意事项。因患者常有凝血障碍、抵抗力差等情况，需注意观察穿刺点出血情

表2 导管滑脱的危险因子排名表

排名	危险因子	百分比 (%)
1	术后三天内	17.28
2	沟通理解能力一般	14.73
3	疼痛可耐受	14.00
4	胃管（三腔管）	12.76
5	术区引流管	10.29
6	尿管	10.21
7	中心静脉导管（含PICC）	7.49
8	导管数量≥3根	5.51

况,及时更换敷料,严格按照要求冲管与封管,防止感染与堵塞^[13-15]。

3.2.6 带管数量多 导管数量超过3根者,应将每根导管捋清,分别固定,防止导管相互纠缠打结,阻塞导管。

3.3 应急预案 本研究的141例患者中虽未出现管路滑脱的现象,但为了完善管理,应对可能出现的情况,还是制定了导管滑脱的应急预案。①一旦发生导管脱落,立即报告医生,准备相应物品迅速采取重新插管或止血的措施,同时注意观察患者生命体征及病情变化。②立即向护士长说明脱管原因及经过,按规定填写患者管道滑脱登记表,24~48小时内报护理部。有意隐瞒不报,一经发现将严肃处理。③护士长要组织科室人员进行讨论分析,查找原因并记录,提高认识,不断改进护理工作,保证护理安全。

4 讨论

《住院患者导管滑脱风险评估表》的应用,可将带管患者的导管滑脱风险分级,并列出针对每个患者不同情况以及导管滑脱的风险因子所在,方便护士采取针对性的措施,对患者实施个案护理,更加行之有效地防止导管的滑脱。同时,明确了《住院患者导管滑脱风险评估表》应用的制度,完善了科室对于导管滑脱预防的管理,为护理措施的实施提供了依据,减少了工作中的漏洞。

该表每个项目的评分都是按1、2、3分给出等级,但在临床应用的实际当中发现,意识和精神障碍的患者、0~3岁婴幼儿、难以忍受疼痛的患者发生脱管的危险都很大,如谵妄患者,即使只带有一根导管,脱管的危险都是极大的,甚至需要进行保护性约束。所以在使用该表进行评估时,如果患者为0~3岁婴幼儿、或者精神意识有障碍,或者对疼痛的耐受性差,无论评分多少,都按脱管高度危险进行处理。建议该表的评分分值应该考虑这些特殊选项的因素,适当提高这些项目的得分。

《住院患者导管滑脱风险评估表》的应用,规范了导管护理,提高了护士的安全防范意识,既保证了患者的安全,又方便于护士操作和掌握,把护理不安全因素控制在最低限度,最大限度地降低了导管滑脱的发生率,有效地预防了导管滑脱的发生从而规范了护理流程,提高了护理质量。

参考文献

- [1] 尹红.重症监护室管道护理风险控制管理模式的探讨[J].中华现代护理杂志,2010,16:3568-3571.
- [2] 施华.风险管理在外科术后管道护理中的应用[J].中国医药指南,2013,11:529-530.
- [3] 李加平,刘瑞洁,沈芳,等.留置胃管非计划拔管78例原因分析与护理对策[J].山西医药杂志,2014,43:2706-2708.
- [4] 蔡晓博,赵玉英,白小芹,等.心胸外科住院患者导管滑脱危险度评估表的设计与应用[J].护理学报,2011,18:43-45.
- [5] 丁秀梅.重症监护室患者导管滑脱风险评估表的设计与应用[J].医药与保健,2014,22:156-157.
- [6] 聂桂娥,张小芳.住院患者导管滑脱风险评估表应用[J].世界最新医学信息文摘,2014,14:311-312.
- [7] Herter R, Kazer MW. Best Practices in Urinary Catheter Care[J]. Home Healthc Nurse,2010,28:342-351.
- [8] 刘霞,杨贵云,张泓,等.导管滑脱风险跟踪评估监控流程的设计及应用[J].护理学杂志,2014,29:5-7.
- [9] 梁静云,陈远华.综合医院门诊预检分诊中护患沟通障碍相关因素分析及改进方法探讨[J].中国临床护理,2015,7:79-81.
- [10] 徐蓉.护患沟通与患者满意度探讨[J].医院管理论坛,2015,32:19-20,29.
- [11] 刘连新,尹大龙.肝癌肝切除术后常见并发症与处理[J/CD].中华普外科手术学杂志(电子版),2014,8:23-25.
- [12] Chen YL, Lin HC, Lin KH, et al. Low hemoglobin level is associated with the development of delirium after hepatectomy for hepatocellular carcinoma patients[J]. PLoS One,2015,10:e0119199.
- [13] 昌吉梅.肿瘤化疗患者PICC置管后常见并发症分析及护理对策[J].中外医学研究,2015,3:87-89.
- [14] Qiu XX, Guo Y, Fan HB, et al. Incidence, risk factors and clinical outcomes of peripherally inserted central catheter spontaneous dislodgment in oncology patients: a prospective cohort study[J]. Int J Nurs Stud,2014,51:955-963.
- [15] 谢晓玲. PICC置管在肝癌患者中的临床应用及护理[J].中国疗养医学,2012,21:144-145.

收稿日期:2015-05-13