小腿线条柔和,外型优美,患者均满意。

3 讨论

该手术为美容外科手术范畴,手术本身不是针对疾病进行治疗,而是改善外型、锦上添花。求美者对医疗护理服务的要求和期望往往高于求医的患者,参与医疗活动过程的意识较强,因此要求我们在整个医疗服务过程中更注重与之进行交流和沟通,充分尊重其参与权和知情权,从术前影像资料的采集、手术同意书内容的一一告之、术中每一个步骤的进展都应耐心、详细的讲解,认真回答她们提出的每一个问题,在取得完全认同的基础上方可进行下一步工作,让其身心愉快地接受手术。术中对其舒适度及情绪的高度关注,对不适感进行有效地调整与干予,使手术得以顺利完成。

手术适应证的严格把握是手术效果满意的基础。目前,小腿缩容的方法主要有胫神经腓肠肌内侧头分支切断术、A 型肉毒毒素注射术、脂肪抽吸术、腓长肌切除术等[2]。依据小腿的外形特征可分为球状型、短梭型、长梭型及雍肿型[3],脂肪抽吸术可针对雍肿型进行治疗,腓长肌切除术、A 型肉毒毒素注射术及胫神经腓肠肌内侧头分支切断术均可针对肌性肥大的前 3 种分型进行治疗。但是,A 型肉毒毒素注射术因受药物用量限制且效果不持久,腓长肌切除术因手术创伤大,遗留瘢痕明显等影响美观,而胫神经腓肠肌内侧头分支切断术可弥补以上缺陷,达到改善外形、效果持久、创伤较小、瘢痕遗留不明显的良好治疗结果。该手术要求手术医生对局部神经解剖十分熟悉,进行手术配合的巡回护士相对固定并学习了解局部解剖,以便术中在神经切断时共同查对,防止错误的发生。

[参考文献]

[1] 李娟利,伍艳群,王笋娟,等. 选择性胫神经腓肠肌肌支切断小腿塑形术护理体会[J]. 中国美容医学,2010,19(8):1230 - 1231.

[2] 姚 恒,李世荣,王旭明,等. 两种不同方法小腿缩容术的临床应用比较[J]. 第三军医大学学报,2013,35(20):2231 - 2233.

[3] 李世荣. 现代美容整形外科学[M]. 人民军医出版社,2006:1312.

(编辑:杨 颖)

腹腔镜辅助下胃癌根治术的护理体会

Nursing experience on laparoscopic-assisted radical gastrectomy

周丽华,丁 杏,黄燕华 (琼海市人民医院肿瘤外科,海南 琼海 571400)

[关键词] 胃癌根治术;腹腔镜;护理

[中图分类号] R735.2; R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0555-02

随着微创技术的不断进展,腹腔镜胃癌根治术广泛应用于临床,并且与传统的开腹手术比较具有创伤小、术后恢复快、并发症少等优点[1]。合理的护理对保证手术成功及减少并发症的发生意义重大[2]。目前,有关腹腔镜辅助下胃癌根治术的护理经验不足,为了探讨腹腔镜下胃癌根治术的护理方法,我们对 2011 年以来我院普通外科 68 例行腹腔镜下胃癌根治术患者的护理体会总结汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2011 年 6 月至 2013 年 2 月我院行腹腔镜下胃癌根治术患者 68 例作为观察对象。其中男 48 例,女 20 例,年龄 42 ~ 79 岁,平均年龄(64.6 ± 16.4)岁。所有患者均在气管插管全麻下进行腹腔镜胃癌根治术,根据病灶部位不同采取不同的手术方式,其中根治性远端胃大部切除术 22 例、根治性全胃切除术 28 例、根治性近端胃大部切除术 18 例。

1.2 护理方法

对每例患者制定具体的护理计划,主要内容包括:①术前心理疏导,了解患者既往病史及药物过敏史,术前备皮、皮试、清理肠道;②术中密切观察生命体征,尤其是在麻醉成功后及建立气腹后观察患者血氧饱和度情况,血氧饱和度控制在 93% 以上。术中密切配合手术医师操作,器械准备及传递准确无误。③术后观察患者有无气道阻塞,及时清除气道分泌物,防止窒息。观察有无皮下气肿。观察切口有无出血及感染,敷料保持清洁干燥。术后引流管妥善固定,保持通畅,观察引流液的量和性质。④术后合理指导患者进行功能恢复性锻炼,一般在术后 24 ~ 48 h进行床上活动,48 ~ 72 h 鼓励患者自行翻身,适当床下活动。⑤术后进行饮食指导,术后禁食至肛门自然排气后 1 ~ 2 d,少量多餐,保持大便通畅,并观察有无黑便、血便。⑥术后严密观察有无并发症发生。

2 结果

本组 68 例患者手术均成功,平均手术时间(326 ± 98)min,术中出血量 20 ~ 500 mL,平均(220 ± 196)mL。术后胃肠功能恢复时间平均(3.2 ± 1.6)d,下床活动时间(3.0 ± 1.4)d,进流食时间(4.8 ± 1.6)d。术后并发症共计 4 例(5.88%),其中切口

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405043

[收稿日期] 2014-06-27 [修回日期] 2014-07-21

感染 1 例,经换药及抗感染治疗后痊愈;并发皮下气肿 2 例,均自行吸收;十二指肠残端瘘 1 例,经禁食水、胃肠减压、抗感染等保守治疗后瘘口愈合;未出现腹腔内出血、中转开腹手术病例。采用自制护理满意度调查表进行护理满意度调查,发现 68 例患者中满意 65 例,基本满意 2 例,不满意 1 例,满意率(97.7%)。

3 讨论

腹腔镜辅助下胃癌根治术需要实施全方位、个体化的护理模式,主要包括心理护理、术前准备、术中配合、术后并发症的观察及健康教育等多个方面[3]。首先,对入院患者进行适当的心理护理,缓解了患者的思想压力,增强了患者对手术的信心和战胜疾病的勇气[4]。术前各项准备应充分、到位。术中密切观察和配合对保障手术成功,减少意外的发生至关重要。熟练掌握该手术操作过程、了解所用器械和设备,做到器械准备充分,传递准确无误。

术后护理是患者安全度过围手术期的保障。术后应继续密切观察生命体征,注意呼吸道护理,患者应去枕平卧,保持呼吸道通畅,防止舌后坠阻塞气道,防止分泌物误吸引起吸入性肺炎。注意加强口腔护理,保持口腔清洁,无过多分泌物存留。护士需熟悉该手术的可能并发症及其表现,及早发现和预防并发症的发生。观察切口有无肿胀、溃烂、化脓、分泌物外渗等感染征象,伤口周围有无皮下肿胀及捻发音,防止皮下气肿的发生;观察术后有无腹痛、压痛、反跳痛等腹膜刺激征,明确有无腹腔内脏器损伤及腹内感染;术后常规留置胃管并胃肠减压,引流管保持通畅,防止折叠、受压、堵塞。观察并记录引流量、引流液颜色及性状,观察有无吻合口瘘和出血发生[5]。本组患者并发症发生率为 5.88%,并且无严重并发症发生。术后进行合理的健康教育,包括饮食指导和功能锻炼。腹腔镜胃癌根治术患者一般在肛门排气后 1 ~ 2 d 开始进食,并遵循少量多餐的原则,避免进食生、冷、硬、刺激性食物,防止发生倾倒综合征[6]。

[参考文献]

[1] 汪 勇,覃胜灵,洪 强,等. 腹腔镜与开腹远端胃癌根治术术后近期疗效比较[J]. 中华医学杂志,2011,91(26):1834 - 1836.

[2] 柯 杏. 28 例腹腔镜胃癌手术的护理配合体会[J]. 中国医药指南,2012,10(34):325 - 326.

[3] 杨飞英,林芳琴,周秋利,等. 临床护理路径在腹腔镜胃癌根治术后早期肠内营养中的应用及评价[J]. 中国现代医生,2012,50(25):104 - 105.

[4] 蒋美芬,田芳曦. 腹腔镜辅助胃癌根治术患者围手术期心理护理的效果分析[J]. 福建医药杂志,2011,33(1):155 - 156.

[5] 高 娴,肖 莉,黄海英. 胃癌手术患者留置胃管及胃肠减压的护理[J]. 局解手术学杂志,2011,20(2):168.

[6] 臧 潞,郑民华,薛 佩,等. 完全腹腔镜根治性全胃切除术后食管空肠三角吻合的近期疗效[J]. 中华消化外科杂志,2014,13(2):134 - 138.

(编辑:周小林)

护理干预在腹腔镜腹股沟疝修补术围手术期的应用

Apllication of nursing intervention during the perioperative period of laparoscopic inguinal herniorrhaphy

宋 娟,曾冬竹,周冬梅 (第三军医大学西南医院全军普通外科中心,重庆 400038)

[**关键词**] 腹腔镜;疝;腹股沟;护理干预
[**中图分类号**] R656.21;R248.2 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)05-0556-02

腹股沟疝是外科常见疾病,其手术方式经历了由开放手术到腹腔镜手术的过程。腹腔镜疝修补技术具有创伤小、恢复快、并发症少、复发率低等优点,逐渐成为治疗腹股沟疝安全有效的方法[1]。但也有可能发生并发症,良好的护理对患者术后恢复起着不可替代的作用。我院 2007 年 3 月至 2012 年 9 月 1 125 例患者实施了腹腔镜腹股沟疝修补术,我们采用术前充分准备和术后精心护理等干预措施,取得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 1 125 例,其中男 1 071 例,女 54 例;年龄 22 ~ 93 岁,平均 65.5 岁。单侧腹股沟疝 959 例,双侧腹股沟疝 166 例。按文献[2]将疝进行分型,其中Ⅰ型疝 337 侧、Ⅱ型疝 388 侧、Ⅲ型疝 466 侧、Ⅳ型疝 100 侧。将 1 125 例患者分为观察组和对照组,对照组组 503 例患者采用常规护理方法,观察组 622 例患者在常规护理的基础上采用术前充分准备和术后精心护理等护理干预。2 组患者在年龄、病症等各方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

所有患者采用全麻,Ⅰ、Ⅱ型疝患者一般选择腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术(total extraperitoneal inguinal hemioplasty, TEP),Ⅲ、Ⅳ型患者多选用经腹腔腹膜前疝修补术(transabdominal preperitoneal prosthetic, TAPP);双侧疝患者多选择 TAPP 术式。共完成 TAPP 手术 528 例(648 侧),TEP 手术 597 例(643 侧)。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405044
[**收稿日期**] 2013-05-11 [**修回日期**] 2014-05-23