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

1.3 护理方法

对照组患者采用常规护理,如生命体征的观察、保持病房舒适环境、勤加给患者清除分泌物等护理。观察组患者采用护理干预,主要有:①术前护理加强与患者和家属的沟通,消除顾虑、紧张和焦虑;指导练习床上排便;控制基础疾病;做好术前各项检查;术前做好皮肤清洁;术前排空膀胱,防止术中膀胱损伤。②术后 6 h 内去枕平卧,头偏向一侧,6 h 后取半卧位;给予持续低流量吸氧,严密观察生命体征并做好记录。患者清醒后取半卧位,协助患者翻身、拍背,指导患者深呼吸及咳嗽、咳痰,必要时给予雾化吸入;对轻微疼痛患者给予心理疏导,当疼痛指数(VSA)评分大于 5 分时,给予止痛药对症处理。密切观察敷料渗出情况,若切口敷料出现血液渗透,应及时换药,并给予止血药物,加强压迫止血;尿管于术后 24 ~ 48 h 拔出,并鼓励患者下床小便;观察腹股沟区原疝囊部位有无皮下积液、水肿。③避免劳累,可适当活动,合理饮食,宜进食易消化的高蛋白和粗纤维食品,避免大便干燥,定期随访复查。

1.4 疗效判定

疗效判定[3]:手术成功,身体机能恢复正常为显效;手术成功,但是仍需要再治疗一段时间为有效;患者手术失败,病情未好转甚至更加严重为无效。总有效率 = (显效数 + 有效数)/总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 12.0 软件进行统计学分析,计量资料主要是使用均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比 t 检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

528 例行 TAPP 修补术的患者平均手术时间 61.5 min,其中单侧平均 52.9 min、双侧平均 85.3 min;597 例患者行 TEP 手术时间平均 48.6 min。术后并发症有:血清肿 9.1%、暂时性神经感觉异常 3.9%、术后慢性疼痛 0.7%。术后 1125 例患者疼痛指数(VSA)评分平均为 2.83,其中 8 例行双侧修补术的患者 VSA 评分较高(6 分)、应用口服止痛药,其余患者均无需应用止痛药。术后平均随访时间 49.3 个月,复发率为 0.36%。对照组有 210 例显效、218 例有效、75 例无效,总有效率为 85.09%;观察组有 480 例显效,117 例有效,25 例无效,总有效率为 96.98%。2 组对比,$P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 讨论

随着腹腔镜疝手术技术的不断改进和疝手术器械的不断完善,尤其是近年来腹股沟区腹膜前解剖的深入研究[4],腹腔镜疝修补术逐渐成为腹股沟疝一种重要的治疗方式[5-6]。与传统的开放无张力疝修补术相比,腹腔镜手术在并发症发生率和术后复发率方面优势不明显,但在手术创伤、术后疼痛和恢复等方面有着较大优势,是疝外科发展的趋势。尽管患者出现并发症的几率低,但应引起重视,做好围手术期的护理是手术成功的关键。在术前做好患者的心理护理,详细解释手术治疗的必要性以及腹腔镜手术的优越性,消除顾虑、紧张和焦虑。术前指导练习床上排便,防止术后出现咳嗽、便秘和尿潴留等症状,影响手术效果;控制基础疾病,对有前列腺肥大的患者术前应用治疗前列腺增生的药物,对高血压、糖尿病患者,控制患者的血压、血糖在正常水平,肺功能不全患者给予积极治疗,防止术后呼吸道并发症;做好术前各项检查,包括血常规、肝肾功能、尿常规、心电图、胸部 X 线片;术前做好皮肤清洁,注意勿损伤皮肤,重点加强脐部的清洁,防止戳孔感染。术前排空膀胱,防止术中膀胱损伤。术后做好病情观察,患者感到不适,要采取相应的措施进行治疗,降低并发症的发生率。术后 6 h 后取半卧位,抬高阴囊,预防阴囊水肿。对高龄患者、合并基础疾病的患者应持续心电、氧饱和度监测,给予氧气吸入,减轻 CO_2 气腹所致的酸中毒。患者清醒后取半卧位,协助患者翻身、拍背,指导患者深呼吸及咳嗽、咳痰,必要时给予雾化吸入,防止术后肺不张和肺部感染;对轻微疼痛患者给予心理疏导,当疼痛指数(VSA)评分大于 5 分时,给予止痛药对症处理。患者下床活动时先协助取侧卧位,然后帮助由侧卧位到坐卧,再扶其下床活动可以减轻因变化体位引起伤口疼痛不适。术后最常见腹股沟区原疝囊部位皮下积液、水肿,应加强与患者及家属的沟通,告知这是常见的并发症,经穿刺抽吸后都可痊愈,消除其紧张情绪。避免劳累,可适当活动,但须避免重体力劳动。

本组 1 125 例患者实施了腹腔镜腹股沟疝修补术,我们体会是只要术前做好充分准备,是可以降低患者的焦虑情绪,使其配合手术;术后采用多项护理干预措施可以促进患者恢复,降低手术并发症,缩短住院时间,围手术期护理对保证手术成功和患者早日康复有着重要意义,

[参考文献]

[1] 高丽莲,马玉华. 腹腔镜腹股沟疝修补术的围手术期护理[J]. 广东医学,2007,28(1):170 - 172.

[2] Mahon D, Decadt B, Rhodes M. Prospective randomized trial of aparoscopic (transabdominal preperitoneal) vs open (mesh) repair for bilateral and recurrent inguinal hernia [J]. Surg Endosc,2003,17(9):1386 - 1390.

[3] 张 莎. 对腹腔镜下腹股沟疝修补术的护理措施进行分析[J]. 中国实用医药,2014,9(2):196 - 197.

[4] Mirilas P, Colborn GL, McClusky DA, et al. The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space[J]. Arch Surg,2005,140(1):90.

[5] Bringman S, Blomqvist P. Intestinal obstruction after inguinal and femoral hernia repair: a study of 33,275 operations during 1992 - 2000 in Sweden[J]. Henia,2005,9(2):178.

[6] 曾冬竹,石 彦,余佩武,等. 腹腔镜成人腹股沟疝修补术 512 例临床分析[J]. 中华普通外科杂志,2012,3(27):200 - 203.

(编辑:左艳芳)