维普资讯 http://www.cqvip.com

使用，以免稀便侧漏给生活带来不便甚至皮肤损伤。

5.2 结肠灌洗器

利用结肠造口灌洗器行结肠造口灌洗，以排除肠内容物，达到自我控制，可以不佩戴造口袋，避免外出或工作期间大便排泄需要清理、更换造口袋带来的不便。但它需要一定的灌肠技术和单独的卫生间、固定的时间（定时、每次约耗1 h），且存在一定的禁忌症（冠心病、炎性肠病、放疗后、高龄等），而未被广泛采用[2]。

5.3 结肠造口栓

它只适用于单腔结肠造口，最适合灌洗后或游泳时使用。能节制排便、无臭味、隐蔽，但因价格昂贵目前国内尚未推广使用。

6 饮食控制

保持大便规律成型，不仅可以给患者减少护理工作量，提高生活质量，还可以减少造口器材的消耗，故饮食的控制也是护理的关键。术后近期内饮食应清淡、易消化，逐步过渡到正常饮食，尤其应注意饮食卫生，防止腹泻的发生，以免造口处不断排稀便而难以护理。避免生冷、辛辣等刺激性食物，少吃引起腹泻的食物如绿豆、啤酒、菠菜、高度香料的食物（花椒、八角、蒜头等）咖哩、未熟的水果等。少吃产气的食物如洋葱、豆类、啤酒、鸡蛋、椰菜等。少吃产生恶臭味的食物如芝士、鸡蛋、鱼、豆、洋葱、椰菜等，酸梅汁、脱脂奶、酸奶等可以减少臭味。以上都不是绝对的，可以根据自身情况自己掌握可以吃什么或避免吃什么，在日常生活中尽量均衡与定时、细嚼慢咽，养成规律性排便习惯。

7 常见并发症的预防和处理

术后仔细观察造口的颜色、形状，有无水肿，周围皮肤有无红肿糜烂，有无狭窄，大便的性状、数量等，可以预防或早期发现，以及时处理并发症。常见的近期并发症主要有：①造口周围炎：是最易发生的并发症，表现为皮肤红肿、糜烂、甚至溃疡。主要由于大便稀，次数增多，造口周围皮肤受刺激引起。因此要保持造口周围皮肤清洁干燥，调节饮食和肠道功能，使大便成型。其次，可因皮肤对造口袋过敏所致。对此，应选用合适的造口袋并正确使用，降低造口周围炎的发生率。处理方法：外用氧化锌软膏、皮炎平软膏、溃疡粉、溃疡贴等，真菌感染者外用酮康唑软膏等抗真菌药物。如造口感染已形成皮下或腹膜外脓肿的，应切开引流，加用抗感染药物。② 造口出血：常为造口肠管粘膜擦伤或炎症糜烂引起。用1:1 000肾上腺素纱布压迫止血效果良好。如为肠系膜小动脉出血或腹壁静脉曲张出血者需二次手术结扎止血。③造口狭窄：常因切口过小、造口部感染及肉芽组织增生，形成瘢痕挛缩所致。我科2例患者出现轻度造口狭窄，为切口稍小造成，及时指导患者扩肛后得到缓解。术后二周开始用食指（戴上手套并涂石蜡油或食用油）扩肛，每日或隔日一次，将食指第二指节插入即可，每次5～10 min，持续3个月，使造口内径保持2.5 cm为宜。对狭窄严重，小指不能通过的，应楔形切开或环形切除造口部瘢痕组织，将肠管全层与皮缘间断缝合。④造口坏死：为早期的严重并发症。多由于肠管张力大，系膜血管牵拉过紧或扭曲、损伤所致。术后48～72 h内必须严密观察造口部位血液循环，若外置肠管失去光泽、暗紫、变黑，分泌物恶臭，说明血运障碍，有肠管坏死可能。早期可用湿敷、理疗，晚期需手术治疗[3-4]。⑤其他并发症 出现造口旁疝、造口回缩、造口脱垂等需及时报告医师处理。

随着新型材料的应用和临床重视程度的提高，结肠造口术后患者的生活质量较前得到了较大的改善。其中做好患者的心理护理、选择合适的造口位置和造口器具及调节饮食是结肠造口术后护理的关键。

[参考文献]

[1] 徐洪莲，喻德洪，卢梅芳，等. 肠造口术前定位的护理[J]. 中华护理杂志，2001，36(10)：741－742.
[2] 阎如好. 结肠造口患者的康复治疗和护理[J]. 中国康复，2001，16(3)：183－184.
[3] 沈珍珠. 结肠造口并发症的预防和护理[J]. 浙江临床医学杂志，2001，3(6)：454.
[4] 刘泽敏. 结肠造口手术并发症的防治和护理[J]. 护士进修杂志. 1998，13(3)：33－34.

（编辑：兰阳军）

疝环充填式无张力疝修补术的护理

宋 爽[1]，石 彦[2]，陈显春[1]，赵媛莉[2]，蔡志民[2]
（第三军医大学附属西南医院：1. 乳腺中心；2. 普通外科，重庆 400038）

[关键词] 腹股沟疝；无张力疝修补术；护理
[中图分类号] R656.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)01－0069－02

疝环充填式无张力疝修补术（flug mesh herinia repair，PMHR）是近年来治疗腹股沟疝的一种新术式。1993年开始在欧美、日本等国家广泛开展，被称为腹外疝手术的新概念和腹外疝治疗新的里程碑[1]。我国1997年引进此术式。我科自2000年1月至2003年5月对129例腹股沟疝患者施行了疝环充填式无张力疝修补术，现将护理体会总结如下。

[收稿日期] 2003－09－10 [修回日期] 2003－10－12

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组129例，男71例，女58例。年龄45～85岁，60岁以上61例。腹股沟斜疝68例，直疝51例，复发疝10例。合并有高血压37例，慢支炎肺气肿15例，前列腺肥大9例，慢性顽固性便秘7例，心功能不全6例，肝硬化腹水3例。

1.2 材料

材料采用1993年美国Bard公司定型专利产品Bard Mesh Per-fix Plug。它包括一个聚丙烯单丝编织而成的锥形疝环充填物和一个成型的加强腹股沟后壁的补片。疝环充填物分内外两层8个花瓣样结构，呈开放状态的花瓣样结构可以承受来自腹腔内的压力，并由于其具有伸缩性可以适应大小不同的疝环缺损，成形补片一端圆形适合精索通过[1]。这种材料不可吸收，与组织有良好的相容性，另外还具有可伸缩性、感染不亲和性等优点[2]。

2 护理

2.1 心理护理

以幻灯及书面材料向患者介绍新方法的优点，新材料的特性，国内外目前应用情况及疗效。邀请同类疾病恢复期的患者与之交谈，现身说教减轻或消除他们的怀疑和恐惧心理，以良好的心境接受手术治疗。

2.2 术前准备

良好完善的术前准备是手术成功的关键，也是减少术后并发症的最重要措施之一。吸烟者术前戒烟2周；高血压患者应控制其血压在正常或稍偏高水平；有严重慢支炎、肺部感染者应给予雾化吸入或抗生素运用控制感染、通畅呼吸道；前列腺肥大者请泌尿科会诊必要时术前留置导尿；慢性顽固性便秘者术前予以清洁灌肠；心功能不全者先予以纠正；肝硬化腹水患者术前改善肝功能纠正低蛋白血症，利尿，放腹水。术前1 d常规做好各种皮试并做好皮肤护理，严格的皮肤护理是防止切口感染，避免疝复发的重要措施。术前1 d淋浴，按规定的范围严格备皮，对会阴部、阴囊部位、腹股沟区的皮肤准备更要仔细，既要剃尽阴毛又要防止划破皮肤。剃毛后用肥皂水洗净，并更换衣裤。

2.3 术后护理

术后密切观察生命体征变化，根据麻醉方式决定平卧时间，早期限制患侧肢体运动，切口处用小沙袋(1 kg左右)压迫2～4 h，以利止血及补片与组织贴合，注意伤口愈合情况，观察阴囊有无积液，有无血肿、水肿，如有应立即报告医生进行相应处理。由于手术创伤小，伤口渗出少或无渗出，不需要每日换药，切口行皮内缝合无须拆线。局麻患者术后2～3 h可下床恢复正常活动。如：轻微运动、行走、下床排便等。较重的体力活动如需氧运动、打网球、提举超过10 kg以上的重物等。该手术术后6～8 h即可饮水，术后第一天即可进流质饮食，以后逐渐改为普食。相比之下张力疝修补术后至少卧床休息3 d甚至更长时间，术后要禁食，待肛门排气、肠功能恢复后方可进食，因张力缝合，组织牵拉，术后病人常有压迫感、明显疼痛，而且术后发生阴囊水肿、皮下积液者较多。

3 结果

129例患者切口全部Ⅰ/甲级愈合。其中有12例术后疼痛使用止痛剂(度冷丁50 mg肌注)1次，其余病人均无明显疼痛，未使用任何止痛药。术后6～24 h进流食，平均12 h；术后3～48 h下床活动，平均为24 h；术后2～8 d出院，平均4 d。本组病例中无切口感染、切口异物反应、切口皮下硬结、网塞移位、尿潴留、缺血性睾丸炎等并发症发生。仅有一例术后切口周围稍红，予以75%酒精湿敷后切口甲级愈合。

4 讨论

从Bassini介绍疝修补术至今已有100余年的历史，约有80余种有张力修补术式，尽管各种术式均有其优缺点及适应症，但国外报道传统的有张力疝修补术复发率仍维持在10%～15%左右[3]，特别是老年人术后复发率更高。而且各种传统的手术方式多数存在张力缝合及不同组织间的缝合问题。术后患者愈合缓慢，局部疼痛明显(甚至是长期顽固性疼痛)，恢复时间及卧床时间长，不能从事稍重体力活动，尿潴留、切口皮下血肿、阴囊水肿等并发症多见。而应用聚丙烯疝环充填网塞及补片行疝环充填式无张力疝修补术不扰乱正常的解剖，没有缝合张力，完全在无张力状态下自然修补，代替了传统的张力缝合，采用硬膜外麻醉或局麻即可，手术切口小(仅4～6 cm)，不做广泛的腹股沟解剖，损伤小。术后患者无组织紧缩感，明显减轻术后伤口疼痛，患者能够较早下床活动，极大地减少了病人由于长时间卧床引起的并发症，如：尿潴留、血栓性静脉炎、便秘、肺部感染等。Rutkow等[4]报告疝环充填式无张力疝修补术无明显不适，复发率低(原发疝为0.1%，复发疝为0.2%)。这项疝修补术具有里程碑意义，方法简单、快速、有效、安全，许多老年患者合并有心脑血管病或其它内科疾病，如心律不齐、高血压、中风后偏瘫、肺心病、慢支炎肺气肿、肝硬化等病，无法接受传统手术方法，均可采用这种方法治疗腹股沟疝。但应注意该术式不适用于儿童腹股沟疝。

[参考文献]

[1] Robbins, AW, Rutkow, IM. Mesh plug repair and groin hernia surgery[J]. Surg Clin North Am, 1998, 78(6): 1007－1023.

[2] Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. Selecting synthetic mash for the repair of groin henia[J]. Postgraduate General Surgery, 1992, 4(3):150－155.

[3] Rutkow IM, Robbins AW. "Tension-free" inguinai herniorrhaphy: apreliminary report on the "mesh plug" technique[J]. Surgery, 1993, 114(1):3－8.

[4] Rutkow IM, Robbins AW. mesh plug hernia repair: A follow－up report[J]. Surgery, 1995, 117(5):597－598.

(编辑：兰阳军)