

38 例经瘢痕辅助经脐双通道腹腔镜手术病人围术期护理



肖芳真, 李莉莉, 蒙美英, 刘兰英, 曾小英, 张国玺, 邹晓峰

摘要: [目的] 总结 38 例经瘢痕辅助经脐双通道腹腔镜术围术期的护理经验。 [方法] 实行医护一体化护理模式管理病人, 做好充分的术前准备, 如肠道准备、皮肤准备、脐部准备等。术后做好手术室与病房的交接工作, 密切观察病情, 注意各引流管护理, 防止下肢深静脉血栓、腹胀与咳嗽的发生, 保证病人顺利康复。 [结果] 38 例手术均成功, 术后均无并发症发生, 病人恢复良好, 痊愈出院。 [结论] 良好的围术期护理是保证病人手术成功的条件之一。

关键词: 经瘢痕辅助; 经脐双通道腹腔镜手术; 围术期; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2018.23.019 文章编号: 1674-4748(2018)23-2873-03

单孔腹腔镜技术(laparoscopic single site-surgery, LESS)尤其是经脐 LESS(umbilical-LESS, U-LESS)已逐步在泌尿外科手术中得到应用。但因受手术技术及器械等多种因素的影响, U-LESS 的发展仍受制约^[1]。本研究结合前期开展的耻骨上辅助经脐双通道腹腔镜技术(suprapubic-assisted LESS, SA-LESS)^[2], 对于既往有腹部手术史的病人, 成功施行 38 例经瘢痕辅助经脐双通道腹腔镜手术, 该手术具有创伤小、恢复快、术后疼痛轻微、美容效果良好的优势。经过精心的围术期护理配合, 38 例病人均痊愈出院。现将围术期护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 38 例病人, 男 11 例, 女 27 例; 年龄 21 岁~58 岁, 平均 39 岁; 左侧 21 例, 右侧 17 例; 肾积水致无功能或萎缩肾 16 例, 输尿管中上段结石 12 例, 肾上腺肿瘤、肾癌、肾囊肿、肾盂输尿管连接部梗阻、输尿管下段狭窄各 2 例。既往均有腹部开放手术史, 本次术前腹部均存在单处陈旧性瘢痕。瘢痕位于中下腹部 32 例, 上腹部 6 例; 瘢痕长度 1.5 cm~18.5 cm, 平均 10.7 cm; 瘢痕存在时间 3 个月至 22 年。

1.2 手术方法及效果 麻醉方式为全身麻醉。首先建立气腹: 经脐缘内侧插入气腹针, 压力维持在 12 mmHg~15 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。经此置入 5.0 mm 套管及 5.4 mm 0°远端可弯曲。腹腔镜(四方向镜)探查腹腔内有无脏器损伤以及腹部瘢痕对应腹壁粘连情况。沿瘢痕纵轴切开皮肤 5 mm 或 10 mm, 将同型号套管在腹腔镜监视下穿刺置入腹腔。

腹腔镜移至瘢痕套管置入, 于对侧脐缘内侧在腹腔镜监视下再置入 10 mm 或 5 mm 套管, 经脐部套管置入操作器械。具体手术方法同标准腹腔镜手术。标本装袋后取出, 较小标本直接经 10 mm 套管取出, 无法或不宜从 10 mm 套管取出的较大标本适当延长腹部瘢痕切口取出。最后切除瘢痕, 修整皮肤切口, 予 5-0 可吸收线缝合, 留置腹腔引流管^[3]。

2 护理

2.1 护理评估 术前评估病人的年龄、婚姻、生育、体型、吸烟史等, 并测算出病人的体重指数; 评估病人既往腹部手术史及瘢痕的长度、种类等; 术后评估肠蠕动恢复、引流管引流及术后疼痛的情况等, 分别于术后 1 个月、3 个月、12 个月返院复查。

2.2 术前护理

2.2.1 实行医护一体化护理模式管理 成立医护一体化工作管理小组: 由三线组长(主任医师)、二线医生(住院总医师)、一线医生(住院医师)、麻醉医生组成的医生工作组和二级责任组长、一级责任护士及手术室腹腔镜组护士组成的护士工作组共同构成一个“医护一体化”的医疗护理小组。制订相关的医护一体化合作制度、流程、规范^[4]。

2.2.2 肠道准备 在执行常规肠道准备时加入快速康复外科的理念^[5]。传统的禁食 12 h、禁饮 4 h~6 h, 由于长时间的禁食水会对病人产生诸多不利的影响, 如口渴、饥饿、烦躁不安、低血糖等。手术是一种创伤, 这种创伤协同上述不利影响, 导致机体消耗进一步增加, 造成热量、蛋白质、维生素摄入不足, 影响组织修复和伤口的愈合, 削弱了抗感染的能力。快速康复理念认为, 术前 2 h 进水或糖类有利于病人的康复; 缩短禁食时间可以增加病人的舒适, 减少低血糖等不良反应的发生, 减轻术后呕吐。由于经瘢痕辅助经脐双通道腹腔镜为经腹腔镜手术, 手术中有损伤肠管的风险。故术前充分的肠道准备显得尤为重要, 以便即刻行肠管修补术。在术前 3 d 始行肠道准备, 具体做法: 术前 3 d 遵医嘱给病人口服诺氟沙星胶囊 0.3 g, 每日 2 次; 甲

基金项目 江西省科技厅重大科技支撑计划项目, 编号: 20121BBGT0032。

作者简介 肖芳真, 主管护师, 本科, 单位: 341000, 赣南医学院第一附属医院; 李莉莉、蒙美英、刘兰英、曾小英、张国玺、邹晓峰(通讯作者)单位: 341000, 赣南医学院第一附属医院。

引用信息 肖芳真, 李莉莉, 蒙美英, 等. 38 例经瘢痕辅助经脐双通道腹腔镜手术病人围术期护理[J]. 全科护理, 2018, 16(23): 2873-2875.

硝唑片 0.4 g, 每日 2 次; 术前进流质饮食 1 d, 禁饮食 2 h。本组病人依从性良好, 均能配合^[6]。

2.2.3 皮肤及脐部准备 经瘢痕辅助经济双通道腹腔镜手术入路为腹壁组织结构薄弱处的脐部及腹部瘢痕处, 脐部皮肤娇嫩并凹陷于体表, 污垢较多, 日常不易清洗, 特别利于细菌的滋生。术前 3 d 嘱病人每天使用沐浴露清洗脐部 1 次, 热水毛巾热敷瘢痕处 30 min, 术前一晚使用液状石蜡清洗脐部, 后清水洗净, 0.5% 碘伏消毒。对于污垢较多较深脐孔, 延长液状石蜡浸泡时间。操作时注意动作轻柔, 防止因外力导致的皮肤损伤, 以保证脐孔及瘢痕术野皮肤的完整及清洁^[7]。并修剪指甲与胡须, 标记手术部位。

2.3 术后护理

2.3.1 病房交接 协助病人过床, 连接氧气、心电监护, 测量生命体征。与手术室护士详细交接, 如手术情况、术中输血输液情况、管道、皮肤等。

2.3.2 病情观察 严密观察病人意识、生命体征、血氧饱和度、尿量、切口渗血渗液和引流液的情况。术后每隔 30 min 测量 1 次生命体征, 如有病情变化立即通知医生, 做好抢救准备。术后指导病人深而慢呼吸, 并给予 3 L/min~4 L/min 氧气吸入, 以减少 CO₂ 蓄积对呼吸的影响^[8], 避免了高碳酸血症的发生。

2.3.3 引流管护理 经瘢痕辅助经济双通道腹腔镜手术中常规留置腹腔引流管并留置导尿。术后妥善固定引流管, 保持引流通畅, 准确记录引流液颜色、量和性状。使用清水擦洗会阴部, 给予洁悠神长效抗菌材料喷尿道口及尿道口往外 6 cm 处、导尿管与尿袋连接处、尿袋出口处 3 处, 每天 2 次, 每次 3 喷, 最大限度减少导尿管相关性菌尿的发生, 本组均于术后第 1 天~第 7 天拔除导尿管。腹腔引流管引流量术后第 1 天最多, 达 20 mL~100 mL, 之后逐日减少, 均于术后第 3 天少于 10 mL/d, 行 B 超探查腹腔、盆腔无积液后予以拔除。

2.3.4 术后活动管理, 预防下肢深静脉血栓与腹胀 经瘢痕辅助经济双通道腹腔镜由于术中对腹腔器官的干扰、胃肠道应激反应及麻醉的暂时抑制, 易诱发机械性与动力性并存的炎性肠梗阻, 同时术后腹腔内残留 CO₂ 气体, 以及全身麻醉术后肠蠕动恢复慢, 易导致术后病人腹胀。为此, 术后 6 h 协助病人取半坐卧位以减少腹腔内渗液对肠管的刺激, 术后 12 h 给予口腔嚼口香糖刺激肠蠕动恢复, 指导病人早期下床活动, 同时配合顺时针按摩腹部、开塞露塞肛等促进排气排便功能的恢复。本组病人均在术后第 1 天下床活动, 肛门排气后进流质饮食无腹胀不适, 术后 48 h~76 h 排黄色稀便, 有效预防了腹胀或肠梗阻的发生。并加强

下肢静脉血栓预防的健康知识宣教, 发放健康宣教手册。有研究显示: 病人术后绝对平卧 6 h, 存在下肢静脉血栓隐患^[9]。术后 6 h 内责任护士及家属给予床上被动活动, 抬高下肢 20°~30°, 6 h 后鼓励病人床上主动活动, 取半坐卧位, 指导病人行踝关节跖屈与背伸运动, 责任护士为术后病人制订适宜的床边逐步活动计划, 禁止在下肢静脉穿刺。术后 12 h 后给予空气肢体压力泵促进下肢静脉血流, 每天 2 次, 每次 30 min, 预防下肢深静脉血栓的发生。

2.3.5 全身麻醉术后咳嗽的预防及处理 全身麻醉插管时气管导管的刺激, 尤其是反复多次操作时会损伤咽峡、气管引起咽喉部充血、水肿, 出现咽部疼痛、咳嗽咳痰, 对术后伤口的愈合极其不利。术后 6 h 给予翻身、叩背, 指导有效咳嗽的方法。术后第 1 天开始常规给予地塞米松 5 mg、庆大霉素 8×10⁴ U 及糜蛋白酶 4 000 U 氧气驱动雾化吸入, 每天 2 次, 预防术后咳嗽、咳痰的发生。

2.3.6 安全及舒适护理 根据生活自理能力评估、跌倒/坠床评估给予相应的照护, 落实安全护理措施。做好预防跌倒/坠床知识宣教, 落实起床活动三部曲, 逐步逐渐下床活动。努力为病人营造安静、舒适、和谐的环境。注意观察病人术后疼痛的情况, 向病人讲解手术是经脐及瘢痕进行的, 与常规腹部手术不同, 术后疼痛较轻微, 一般不需要止痛治疗。术后 24 h 内常规采用视觉模拟评分法(VAS), 动态观察疼痛的性质、部位、严重程度, 本组病人在使用镇痛泵的情况下 VAS 评分 2 分~4 分。在治疗和护理操作中注意私密部位的遮盖, 尽量减少身体的暴露。本组均对手术效果及住院诊疗过程感到非常满意, 能积极配合术后治疗和护理。

2.4 出院宣教 术后出院病人宣教内容包括: ①关注伤口的愈合情况; ②肾切除术后对健侧肾脏的保护方法; ③术后半年内避免重体力劳动及导致腹压剧烈增加的活动, 术后定期(1 个月、3 个月及 1 年)返院复查, 如出现下腹疼痛、腹腔镜穿刺口处流血、流液及体温升高等情况, 及时就诊。

3 讨论

对有适应证的病人施行经瘢痕辅助经济双通道腹腔镜手术具有安全、可行、疼痛轻微、美容效果佳等优势。全面的围术期护理是病人康复的有力保证, 包括实行医护一体化护理模式管理病人, 做好充分的术前准备, 如肠道准备、皮肤准备、脐部准备等。术后做好手术室与病房的交接工作, 密切观察病情, 注意各引流管护理, 防止下肢深静脉血栓、腹胀与咳嗽的发生, 保证病人顺利康复。

参考文献:

- [1] 孙颖浩, 邢彦群. 单孔腹腔镜技术在泌尿外科发展中的难题和对策[J]. 中华泌尿外科杂志, 2011, 32(2): 77-78.
- [2] Zou XF, Zhang GX, Xue YJ, et al. Suprapubic-assisted laparoendoscopic single-site surgery in urology: our experience[J]. BJU Int, 2013, 112: 92-98.
- [3] 伍耿青, 张国玺, 邹晓峰, 等. 经腹部瘢痕辅助经济双通道腹腔镜手术 38 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2015, 36(7): 544-545.
- [4] 李莉莉, 蒙美英, 刘兰英, 等. 医护一体化护理模式在经阴道自然腔道内镜手术中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(3): 169-173.
- [5] 朱桂玲, 孙丽波, 王江滨, 等. 快速康复外科理念与围手术期护理[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(3): 264-265.
- [6] 李莉莉, 蒙美英, 刘兰英, 等. 10 例经阴道纯自然腔道内镜肾切除的围手术期护理[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(3): 205-207.
- [7] 李莉莉, 蒙美英, 刘兰英, 等. 耻骨上辅助经济单孔腹腔镜小儿重复肾切除术的围手术期护理[J]. 全科护理, 2016, 14(24): 2522-2523.
- [8] 阳贻梅, 蒙美英, 刘兰英, 等. 经阴道 NOTES 辅助腹腔镜肾切除术的护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(15): 1383-1384.
- [9] 李春霞, 谢春雷, 李爱文, 等. 早期活动对预防脑出血患者术后下肢深静脉血栓形成的作用[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1): 37-38.

(收稿日期: 2017-11-30)

(本文编辑 卫竹翠)

生命教育对脑卒中病人抑郁的影响

韩玲玉, 刘宇, 张旭, 朱冉君, 李瑞玲, 彭文亮



摘要: [目的] 探讨生命教育对卒中后病人抑郁的影响。[方法] 将 120 例神经内科住院的脑卒中合并抑郁病人按入院顺序分为观察组、对照组, 每组 60 例, 观察组病人采用生命教育相关内容实施健康教育, 对照组病人实施常规健康教育, 2 周后对两组病人使用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)进行评价。[结果] 干预后观察组病人 HAMD 得分为 9.12 分 ± 1.52 分, 明显低于对照组的 14.23 分 ± 1.41 分 ($P < 0.05$)。[结论] 对卒中后病人采用生命教育可缓解病人的抑郁情绪。

关键词: 脑卒中; 生命教育; 抑郁

The effect of life education on the depression in patients with stroke

Han Lingyu, Liu Yu, Zhang Xu, et al (School of Nursing and Health, Henan University, Henan 475004 China)

Abstract Objective: To investigate the effect of life education on the depression in patients with stroke. **Methods:** 120 in-patients with depression after stroke in the Department of Neurology were divided into observation group and control group according to the order of admission, 60 cases in each group. The patients were educated by life education in observation group, and conventional health education in control group. After 2 weeks, the Hamilton Depression Scale (HAMD) scores were evaluated in two groups. **Results:** After the intervention, the HAMD score was significantly lower in observation group than that in control group [(9.12 ± 1.52) vs (14.23 ± 1.41), $P < 0.05$]. **Conclusion:** Life education can alleviate the depression in patients with stroke.

Keywords stroke; life education; depression

中图分类号: R473.74 文献标识码: A doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2018.23.020 文章编号: 1674-4748(2018)23-2875-03

脑卒中是一种由急性病灶损伤血管引起的中枢神经系统疾病, 包括脑梗死、脑出血和蛛网膜下腔出血。全世界每年大约有 1 500 万人被诊断为脑卒中, 其中 500 万人死亡, 500 万人致残; 而我国目前幸存的脑卒中病人约有 750 万人, 并且以 250 万人/年的速度增长。脑卒中已经成为全球第二大死亡原因, 其发病率高、复发率高、并发症多, 其致残和致死性严重影响病人和家人的生活质量^[1], 卒中后幸存者多存在抑郁情

绪, 严重影响病人的康复和生活质量, 因此, 本次研究通过生命教育相关的健康教育以缓解卒中后病人的抑郁情绪, 使病人更好地配合治疗, 早日回归社会。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择在开封市某三级甲等医院神经内科住院的 120 例脑卒中病人为研究对象。纳入标准: ①年龄 ≥ 18 岁; ②参照 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的各类脑血管病的诊断标准, 并经颅脑 CT 或核磁共振成像 (MRI) 检查确诊的脑卒中病人; ③汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分在 8 分以上者; ④知情同意者。排除标准: ①合并有其他严重并发症者, 如心力衰竭、恶性肿瘤、呼吸衰竭等; ②痴呆、精神病及聋哑病人。入组病人均签署知情同意书, 并经过伦理委员会同意, 按入院顺序单双号分为观察组、对照组, 每组 60 例, 两组病人一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。详见表 1。

基金项目 2016 贵州省教育科学规划课题重点, 编号: 2016A062; 河南省医学科技攻关重点项目, 编号: 201504H013。

作者简介 韩玲玉, 护师, 硕士研究生在读, 单位: 475004, 河南大学护理与健康学院; 刘宇、张旭、朱冉君、李瑞玲 (通讯作者) 单位: 475004, 河南大学护理与健康学院; 彭文亮单位: 556000, 黔东南民族职业技术学院。

引用信息 韩玲玉, 刘宇, 张旭, 等. 生命教育对脑卒中病人抑郁的影响[J]. 全科护理, 2018, 16(23): 2875-2877.