

# 腹腔镜腹股沟疝修补术围手术期的护理

孙巧玲 周玉洁 李美红 孙悦华

( 北京大学第三医院普外科 北京 100083 )

中图分类号 :R656.2<sup>+</sup>1 ;R473.6

文献标识 :B

文章编号 :1009 - 6604( 2006 )11 - 0901 - 02

腹股沟疝是普外科最常见的疾病之一。传统的开放式疝修补手术已有 100 余年的历史 ,由于修补手术有张力 ,术后存在 10% ~ 15% 的高复发率<sup>[1]</sup>。1995 年 Phillip 等<sup>[2]</sup>报道

腹腔镜疝修补术的复发率仅为 1.7% ,明显低于传统疝修补术 ,且具有手术创伤小、疼痛轻、恢复快、并发症少、较好的美容效果等优点 ,目前在临床得到广泛应用。腹腔镜腹股沟疝

修补术主要有 3 种方法:单纯内环关闭术、经腹膜前补片植入术(transabdominal preperitoneal repair, TAPP),完全经腹膜外补片植入术(total extraperitoneal repair, TEP)<sup>[3]</sup>。围手术期的护理对促进病人更好地配合手术和术后恢复,减少术后并发症的发生起着重要作用,现将我院 2004 年 4 月~2006 年 10 月 46 例 TEP 围术期的护理体会总结如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 46 例均为男性。年龄 18~81 岁,其中 >60 岁 27 例。45 例单侧腹股沟疝(其中 1 例为复发疝),1 例双侧腹股沟疝。术前合并前列腺增生 5 例,慢性支气管炎 2 例,高血压病 7 例,肾囊肿 2 例。

### 1.2 方法

1.2.1 手术方法 全麻,头低足高位。在脐下缘做 1.5 cm 长弧形切口,深达腹直肌鞘前层,切开腹直肌鞘前层,打开两侧腹直肌间的正中间隙,从腹直肌鞘后层与腹膜之间的平面向手指向下钝性分出一个小区隙,无损伤金属棒钝性分离出下腹部腹膜外间隙,放置 10 mm trocar 并适当缝合切口以防漏气。充入 CO<sub>2</sub> 气体,压力 11 mm Hg,形成一个“腹膜外的气腹状态”。在腹腔镜下于左、右下腹部各放置 5、10 mm trocar。在腹膜外分离出腹股沟前壁结构,疝囊底游离后,用 Roeder 结将疝囊颈结扎后切除疝囊,疝钉固定补片或不予固定。术毕拔除 trocar,放出 CO<sub>2</sub>,缝合腹壁穿刺孔。

### 1.2.2 术前护理

1.2.2.1 心理护理 由于腹腔镜疝修补术开展时间不长,患者对手术的安全性、有效性及费用等存在不确定的心理。术前向患者解释腹腔镜手术治疗腹股沟疝的手术过程及优点,与传统疝修补术的区别,术前后注意事项,消除患者的疑虑和不安,对手术做好充分的心理准备,以良好的心理状态配合手术。

1.2.2.2 术前准备 ①术前饮食准备:术前一日晚可进半流食,避免进食产气、腹胀的饮食如牛奶、豆浆等,术日晨禁食禁水。为避免术中损伤膀胱,增加术野空间,术前常规留置导尿管,排空膀胱。②皮肤准备:术前 1 d 剃除术区体毛,注意清洁手术部位皮肤,术日晨更换清洁衣服,清洁脐部,防止切口感染。③积极控制原发病,消除引起腹内压增加的因素。腹内压增加既是腹股沟疝产生的主要原因,也是手术后疝复发的重要因素,因此,术前应予以纠正再行手术。术前劝说病人戒烟、戒酒;对合并慢性支气管炎、肺气肿的病人,指导患者注意保暖,避免感冒,教会病人正确的排痰方法;合并肺部感染者抗生素口服,感染控制后再手术;对便秘的病人,指导多饮水、多吃水果蔬菜等粗纤维食物,保持大便通畅;对前列腺增生导致排尿困难的病人,应先治疗前列腺增生。

### 1.2.3 术后护理

1.2.3.1 监测生命体征 术后平卧 24 h,心电图、血压、血氧饱和度监测 6 h,持续低流量吸氧 6 h,注意观察患者神智、呼吸、血氧饱和度情况,防止心脑血管意外的发生。

1.2.3.2 尿管护理 术后 6 h 拔出尿管,鼓励患者自主排尿。观察患者有无尿频、尿急、尿痛及尿潴留症状。

1.2.3.3 饮食指导 传统疝修补术后由于活动受限,影响肠功能恢复,所以必须通过控制饮食,减少大便次数以避免腹内压增高。腹腔镜疝修补术对消化道基本无影响,术后 6~8 h 可恢复正常饮食。

1.2.3.4 活动指导 传统疝修补术一般术后 3 d 绝对卧

床,3 周后适当活动,3 个月开始参加重体力劳动。腹腔镜疝修补术可在术后 24 h 指导病人下床活动,2~3 d 逐渐恢复日常生活,1~2 周后可恢复正常工作。

1.2.3.5 术后并发症的观察及护理 指导患者翻身、轻咳,必要时协助拍背每 2~4 h 1 次,防止呼吸道感染。老年慢性支气管患者痰液黏稠可给予雾化吸入,稀释痰液,利于咳出,并鼓励早期下床活动。根据术中情况予以患侧压砂袋,注意观察患者有无出血、渗血,及时报告医生。腹腔镜手术有损伤生殖股神经生殖支和肌外侧皮神经的可能性<sup>[4]</sup>,应注意询问患者有无会阴、腹股沟区皮肤烧灼样或针刺样疼痛,如有异常及时报告医生处理。残余腹腔的 CO<sub>2</sub> 可刺激双侧膈神经,反射性引起双侧肩部酸痛,无须特殊处理,一般 3~5 d 后症状逐渐减轻直至消失。患者术后卧床时将阴囊抬高,防止阴囊积液形成,必要时可热敷或 33% 硫酸镁湿敷促进水肿或血肿的消退。

1.2.4 出院指导 指导患者出院后正确的切口护理方法,注意观察切口有无红、肿、痛、渗液及创可贴粘周围皮肤情况等。切口应防水,尽量减少出汗,预防感染。出院后如有任何不适或术前症状出现时,应及时回院就医或先电话咨询。有前列腺肥大者应积极治疗。患者出院后饮食无特殊要求,但应注意保持大便通畅,防止便秘,预防感冒,避免重体力劳动,防止腹压增高导致疝复发。

## 2 结果

1 例术后第 2 天出现切口上方皮下瘀血,口服灭滴灵抗炎后次日好转,术后第 6 天出院;1 例术后阴囊轻度水肿,抬高阴囊后症状逐渐消退,术后 6 d 出院。余 44 例无并发症发生。

## 3 讨论

腹腔镜疝修补术具有手术创伤小、术后恢复快、术后并发症少、复发率低等优点。但由于开展时间不长,在围手术期的护理过程中应注意以下事项:①术前对患者做好充分解释,消除患者对手术安全性、有效性等方面的顾虑;②术后做好饮食指导,术后 6~8 h 即可指导患者恢复正常饮食;③术后活动指导,术后早期即可指导病人下床活动,提高病人的舒适度;④腹腔镜术后 3 位并发症发生率依次为血肿 5.11%,暂时性神经感觉异常 4.74% 和尿潴留 2.92%<sup>[5]</sup>,本组仅 1 例切口上方皮下瘀血,无神经受损而出现的会阴腹股沟区感觉异常,无尿潴留发生。随着手术技术的不断成熟,术后严重的并发症的发生已经越来越少。

## 参考文献

- Schumpellck V, Trentner KN, Arlt G. Inguinal hernia repair in adults. Lancet, 1994, 344(6):357.
- Phillips EH, Rosenthal R, Falls M, et al. Reasons for early recurrence following laparoscopic hernioplasty. Surg Endosc, 1995, 9(2):140-144.
- 李宏为,郑明华,李健文,主编.微创外科临床新技术.北京:人民军医出版社,2003. 68-76.
- 李健文,郑民华.腹腔镜腹股沟疝修补术后的复发与并发症分析.外科理论与实践,2002,7(6):431.
- 李健文,郑民华,董峰,等.腹腔镜腹股沟疝修补术的经验总结(附 235 例报告).外科理论与实践,2005,10(2):126-128.

(收稿日期 2006-09-30)

(修回日期 2006-10-31)