

腹腔镜粘连松解术治疗术后粘连性肠梗阻的护理体会

杨金霞

(北京世纪坛医院外科, 北京 100038)

中图分类号: R472.3; R574.2

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2010)06-0575-02

术后肠粘连是腹部手术的一个常见并发症, 是引起粘连性肠梗阻及术后慢性腹痛的主要原因。在腹腔镜技术开展之前, 粘连性肠梗阻若保守治疗无效, 只能选择开腹手术, 但手术创伤大, 效果不理想, 术后复发率达 28%^[1]。腹腔镜粘连松解术再发梗阻率为 0~15%, 显著低于开腹手术, 是治疗粘连性肠梗阻的首选方法。我科 2005 年 1 月~2008 年 2 月对 37 例术后粘连性肠梗阻实施了腹腔镜粘连松解术, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 37 例, 男 24 例, 女 13 例。年龄 21~78 岁, 平均 45 岁。腹部手术史 0.5~10 年, 平均 3 年。37 例均有反复发作腹痛腹胀, 恶心呕吐伴肛门停止排气排便的临床表现; 术后肠粘连肠梗阻反复发作病史半年或以上。既往手术种类: 阑尾切除术 7 例, 胆囊切除术 4 例, 腹外伤行开腹探查术 3 例, 结肠癌根治术 8 例, 胃大部切除术 2 例, 小肠良性疾病行肠切除术 3 例, 脾切除术 2 例, 腹膜后肿物切除术 3 例, 宫外孕行开腹探查术 2 例, 子宫和卵巢切除术 3 例。均经非手术治疗临床症状有缓解, 但很快又出现症状。

病例选择标准: 有明确的腹部手术史, 粘连性肠梗阻诊断明确, 症状反复发作。

1.2 方法

1.2.1 术前护理 术前护理包括心理、胃肠减压及术前静脉营养支持的护理; 生命体征及腹部体征的观察。

我们用通俗易懂的语言向患者及家属讲述手术的优缺点、国内外开展情况, 与医生共同和患者、家属沟通, 使患者了解手术过程、麻醉方法等, 以消除其顾虑和紧张情绪, 增强对手术的信心, 并主动配合治疗^[2]。

一旦发现患者在观察期心率加快, 脉压差缩小, 腹胀加重, 腹痛加重或持续不缓解, 及时通知医生以明确是否有肠绞窄, 行急诊手术。对肠梗阻症状开

始缓解, 腹胀明显减轻者, 及时向医生汇报以便医生确定手术最佳时间。

观察胃肠减压引流液的色泽、性质和量, 并准确记录。密切观察患者腹胀有无好转。置管期间应保持胃肠减压的通畅和减压装置有效的负压; 每日 2 次用生理盐水低压冲洗胃管, 以防止堵塞。妥善固定胃管, 留有一定长度, 以免翻身或活动时胃管脱出。每日 2 次口腔护理, 每日给予蒸气吸入和插管鼻腔滴石蜡油, 以帮助痰液咳出和减少胃管对鼻黏膜的刺激。

对于长期不能正常进食的术后粘连性肠梗阻患者, 如合并有营养不良和水、电解质紊乱, 给予静脉营养支持。如估计营养支持时间需要 1 周或以上, 在征得病人同意后经外周静脉置入中心静脉导管术 (PICC)。用 0.5% 碘伏液对中心静脉置管术后的皮肤消毒, 穿刺处皮肤覆盖透气性透明敷贴, 视局部伤口情况更换敷贴。每次治疗完毕用 0.9% 生理盐水正压封管。每日肝素帽连接处碘伏消毒, 并定时更换敷贴。如有导管引起的全身感染, 医生指示拔除导管时, 在及时拔除导管的同时行导管头端的细菌培养以利于指导抗生素的应用。

由于腹腔镜手术时需要建立气腹, 肠粘连引起的腹胀会影响气腹的建立, 也会影响手术的探查操作。及时发现病情变化, 在腹胀减轻时及时手术, 可保证手术的安全, 因此, 密切观察病情变化, 并及时通知医生也是术前护理的重点。

1.2.2 术后护理 术后护理重点为生命体征的观察、胃肠减压护理、术后腹部及切口的观察、体位与活动以及出院指导。

术后心电监测, 密切观察生命体征及血氧饱和度变化, 直至病情稳定。观察患者面色及精神状况, 以早期发现有无内出血^[3]。术后密切观察呼吸的频率、深度、节律及呼吸音有否改变, 发现异常, 及时报告医生处理。术后吸氧 2~3 L/min, 持续 3~6 h。

麻醉术后患者未清醒时, 采取平卧位, 头偏向一侧; 清醒后, 血压平稳者给予半卧位, 鼓励患者术后

早期活动。

腹腔镜手术时,虽然手术切口小,如果腹腔内粘连广泛,手术分离创面较大,肠功能恢复相对较慢,进食时间、饮食种类及进食量是健康宣教的重要部分。应随时观察患者有无恶心、呕吐及肠鸣音的变化。未拔出胃肠减压时,应保持胃肠减压通畅,准确记录胃液的颜色及量,观察患者的排气情况。拔出胃肠减压后,具体指导患者的术后饮食。

观察腹部伤口有无红肿、渗血、皮下气肿、肩颈疼痛等情况,有异常情况立即报告医生。同时应观察有无再次梗阻、出血、腹腔内感染、肠漏等并发症的发生。

患者出院时,嘱患者出院后多食易消化食物,不宜暴饮暴食;避免腹部受凉或饭后剧烈活动,要做到劳逸结合,避免过重的体力劳动。如果出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、停止排便排气应立即就诊。

2 结果

33 例腹腔镜下完成手术,4 例中转开腹手术。33 例腹腔镜手术术后当天或第 1 天下床活动,分别在术后第 1~2 天恢复胃肠功能,并开始进食。4 例开腹术后患者第 2 天下床。肛门排气后拔除胃肠减压,开始进食。14 例行 PICC,无发生代谢及感染并发症。本组患者均无肠漏、切口感染、切口疝、肺部感染等手术并发症发生。术后平均住院 4 d(3~7 d)。37 例随访 6~24 个月,平均 13 个月,无症状复发;2 例因进食速度快、未食易消化食物而出现腹胀、腹部不适,经指导后纠正。

3 讨论

随着腹腔镜技术的熟练掌握及腹腔镜器械的更新,有腹部手术史已从腹腔镜手术的禁忌证逐渐成为适应证。完善的护理工作,是保证腹腔镜肠粘连松解术治疗术后粘连性肠梗阻手术效果的一个组成部分。我们认为病情观察与手术成功有直接的关系。因为最佳手术时机是在非急性发作期,此时手术腹腔的空间较大,有利于手术操作,既能充分探查,又能避免或减少手术副损伤,利于患者的康复。术前、术后密切观察病情变化,可为医生提供可靠依据,及时手术、及时治疗,避免术后并发症的发生,保证患者的安全。

对于长期不能正常进食的患者,常合并营养不良和水、电解质紊乱,须给予静脉营养支持。通过中心静脉输注液体,能使能量均匀地输入,并能减少静脉炎的发生。对实施静脉营养的患者随时监控输液的速度,及时发现静脉营养可能引起的代谢并发症,如血糖、血钾、血钠异常,酸碱失衡等表现,是围手术

期护理的重要部分。对放置 PICC 的患者须观察是否有感染表现。文献报道预防导管源性医院感染远比及时诊断,及时治疗导管源性医院感染重要的多^[4,5]。

由于患者饱受病痛的折磨,加上再次手术的打击,身体与心理都承受巨大的压力。腹腔镜术后患者的腹部切口虽小,但腹腔内分离创面可能较大,术后腹痛较明显。因此,要充分理解患者的主诉,采用转移注意力的方法,避免过多使用镇痛剂。本组患者均在术后 24 h 后下床活动。早期下床活动可促进机体和胃肠道的功能恢复,防止再次粘连,但早期下床活动的时间不仅与手术方式有关,还受患者传统习惯及心理因素的影响。护士对患者的心理干预是十分关键的。应对患者讲清早期活动的意义,协助患者完成活动计划。本组出院后有 2 例因进食速度快、未食易消化食物而出现腹胀、腹部不适,更能证明术后饮食护理的重要意义。

做好胃肠减压的护理可促进消化道功能的恢复。胃肠减压管可吸出胃肠道内的气体和液体,减轻腹胀,降低肠腔内压力,减少肠腔内的细菌和毒素,改善肠壁血循环,有利于改善局部病变和全身情况^[6]。术前留置胃管,可减少肠胀气,增加手术的安全性;术后可吸出胃肠内气体和胃内容物,降低压力,减轻腹胀,减少缝线张力和切口疼痛,利于切口愈合;改善胃肠壁血液循环,促进消化道功能的恢复。

CO₂ 气腹可使膈肌上移,CO₂ 吸收造成二氧化碳分压升高和 pH 下降引起酸碱平衡紊乱,导致呼吸循环功能紊乱。及早吸氧以促进 CO₂ 的排出,纠正 CO₂ 气腹引起的高碳酸血症、呼吸性酸中毒,尽快恢复血气平衡,这也是术后重要的护理环节。

参考文献

- 1 Fevang BT, Fevang J, Lie SA, et al. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction. *Ann Surg*, 2004, 240: 193-201.
- 2 王胜国. 先天性肛门直肠畸形围手术期的护理. *齐鲁护理杂志*, 2002, 8(3): 178.
- 3 周红, 陈永卫. 腹腔镜行先天性巨结肠根治术患儿的护理. *中华护理杂志*, 2001, 36(8): 596.
- 4 张诗海, 曾邦雄. 85 例中心静脉导管相关感染分析. *中华医院感染学杂志*, 2002, 12: 89-90.
- 5 陈宝勤, 李美圆. 中心静脉置管后败血症的临床分析和防治. *中华医院感染学杂志*, 2003, 13: 222-223.
- 6 马玉华, 邓丽红, 高丽莲. 腹腔镜肠粘连松解术 54 例围手术期护理. *实用医学杂志*, 2008, 24(10): 1828.

(收稿日期: 2010-01-14)

(修回日期: 2010-04-28)

(责任编辑: 李贺琼)