

# 121 例小儿腹腔镜手术的护理体会

何凤莲 黄 岚 张连英

(江西省赣州市妇幼保健院麻醉科, 赣州 341000)

中图分类号: R473.72

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2010)10-0959-02

腹腔镜技术具有恢复快、痛苦轻、瘢痕小、术中出血少、术后疼痛轻、住院时间短、术后并发症少等优点,近年来广泛应用于小儿外科。我科以整体护理理论为体系,为患者提供精心护理,效果满意。现将护理体会报道如下。

## 1 临床资料

2007年1月~2010年5月,我院行小儿腹腔镜手术121例,男85例,女36例。年龄8个月~12岁,平均4.8岁,其中<2岁23例,2~6岁61例,6~12岁37例。腹腔镜下疝囊颈高位结扎59例,睾丸探查联合睾丸下降30例,回肠美克尔憩室切除4例,胆囊切除2例,先天性巨结肠根治术10例,卵巢囊肿切除1例,幽门环肌切开术2例,先天性肛门闭锁腹腔镜辅助下一期肛门成形13例。

## 2 护理方法

### 2.1 术前护理

2.1.1 术前访视 巡回护士手术前一天到病房仔细阅读病历,了解患儿病情及其相关资料后,到床边向患儿及家属介绍手术室环境、手术时间、手术体位、麻醉方法等,并介绍腹腔镜手术的优点和安全性、可能发生的并发症及预防措施,缓解患儿及家属的焦虑情绪,积极配合手术。

2.1.2 用物准备 ①一般物品准备,全麻所需物品、吸引器、体位垫、约束带等;②特殊用物准备,美国史赛克腹腔镜系统及小儿腹腔镜手术器械一套。如腹腔镜显示器、冷光源、气腹机、二氧化碳气体、电刀、3~5 mm trocar 3~4个、5 mm 30°内窥镜、分离钳、单极钩、双极电凝钳、超声刀等。

## 2.2 术中护理

2.2.1 器械护士 ①提前 15~30 分钟洗手,整理好器械台,检查所有器械完整性,将腹腔镜器械安装备用。②常规铺巾后,连接好摄像头、光源、电灼线、CO<sub>2</sub> 气体输出管等。③协助医生分别于脐窝、右上腹和左上腹置入 trocar,根据手术需要传递血管钳、分离钳、单极钩等。④手术过程中,主动、准确、及时配合医生。

2.2.2 巡回护士 ①认真核对患儿及其识别腕带,主动热情,采用触摸、安抚等接触性语言,使患儿在保持安静、愉快的状态下进入手术间。②建立静脉通道,连接三通管,调节适当液体滴速,不宜过快。③调节室内温度至 22~24℃,注意保暖。婴幼儿体温调节中枢未成熟,体表面积大,皮下脂肪少,患儿皮肤消毒以及气腹所用未加温的 CO<sub>2</sub>,或腹腔内过量 CO<sub>2</sub> 置换均可致体温下降,应严密观察体温变化。患儿术野以外部位,尽量盖以薄被保温。④气腹压力设定为 6~10 mm Hg,气体流速 1~2 L/min,因小儿腹腔容积小,而且腹膜吸收能力强,易出现高碳酸血症及酸中毒,术中应予以低流量、低浓度吸氧,以提高氧分压,促进 CO<sub>2</sub> 排除,术毕时应尽量放尽腹腔内 CO<sub>2</sub> 气体。⑤及时了解手术进程,术中根据手术需要调节体位。密切观察患儿生命体征及血氧饱和度,准备好急救药品,有异常时配合麻醉师及时处理。⑥手术结束后,关闭、整理所有仪器。⑦与麻醉师一同送患儿返回病房,护送途中给予氧气袋输氧。全麻患儿应去枕平卧,头偏向一侧,防止舌后坠或分泌物吸入气管引起吸入性肺炎。

## 2.3 术后回访

术后第 1 天,护士到病房与患儿及其家属交谈,了解患儿手术恢复情况,有无切口渗血及肩部酸痛等并发症,鼓励其尽早活动,预防并发症发生。

2.3.1 观察切口渗血及疼痛情况 ①腹腔镜手术切口小,腹壁仅留 3~4 个 0.5 cm 的切口,皮肤表层不需缝合,采用敷料贴粘贴,切口 3~5 天愈合,一般不会疼痛、感染和裂开,但应观察有无红、肿、热、压痛和硬结;②观察术后阴囊、肛周皮肤及黏膜是否有红、肿或分泌物渗出,如发现异常应立即报告医生,及时处理。

2.3.2 术后并发症的观察和护理 手术后护士应严密观察患儿生命体征变化以及腹部体征,如有无腹胀、腹痛、肛门排便排气,有无皮下气肿、肩部疼痛、酸中毒等并发症发生。睾丸探查联合睾丸下降、疝囊颈高位结扎术后还应观察有无阴囊血肿,回肠美克尔憩室切除、先天性巨结肠根治术应观察有无腹腔内出血或出现肠吻合口漏、吻合口狭窄及术后肠梗阻,胆囊切除术后应观察有无腹腔内出血以及胆管损伤、胆漏等,先天性肛门闭锁腹腔镜辅助下一期肛门成形术后应观察有无肛门狭窄,如合并直肠尿道瘘还应观察有无尿漏。一旦患儿出现上述情况,应立即报告医生,查明原因,及时处理,并做好家

属及患儿的安抚解释工作。

2.3.3 满意度调查 填写《手术患者术后回访单》,征询患儿及其家属对手术室护理的意见和建议,进行患者满意度调查。

## 3 结果

5 例因术中大出血或患儿不能耐受气腹中转开腹。术后住院 1~8 天,无严重并发症发生,切口愈合好。患者满意度为 100% (121/121)。

## 4 讨论

腹腔镜手术对病人损伤小,将传统的开放式手术转变为微创手术,对病人内环境平衡的影响、对全身免疫系统的干扰、对减轻术后脏器粘连的程度均优于传统开放式<sup>[1]</sup>。

为提高小儿腹腔镜手术的质量,确保患儿围手术期的护理安全,手术室护士在手术前应患儿及其家属进行良好的沟通,各类手术用物准备充分,术中与医生密切配合。因腹腔镜手术的特殊性,术后应重点加强对以下并发症的预防和观察:

(1)皮下气肿:这是比较常见的并发症,切口局部皮下组织有捻发音,原因可能有:①气腹针位置不当,建立气腹时气体注入腹膜外间隙;②腹腔内 CO<sub>2</sub> 经穿刺鞘周边进入皮下组织;③反复穿刺在腹膜造成侧孔;④使用扩张器后,皮下组织与套管间出现缝隙。小儿腹壁薄弱,穿刺鞘与腹壁组织之间易出现细小缝隙,如手术时间较长,气腹压较高,较易出现此并发症。轻度皮下气肿对患儿影响不大,一般术后 2~3 d 即可消失<sup>[2]</sup>。

(2)肩部疼痛:这是术后常见的轻微并发症之一,原因可能为 CO<sub>2</sub> 气腹后,腹腔 CO<sub>2</sub> 需要逐渐被吸收,在此过程中,残留于腹腔内的 CO<sub>2</sub> 刺激双侧膈神经,反射性地引起双侧肩部酸痛,但症状较轻且逐渐减轻,于术后 2~3 d 消失。

(3)酸中毒:由于手术时间较长,气腹压力过高,患儿易出现高碳酸血症,导致酸中毒<sup>[3]</sup>。

因此,手术护士术中应将 CO<sub>2</sub> 气腹压力设定在 10 mm Hg 以内,随时监测 CO<sub>2</sub> 浓度,予氧气输入,手术结束后及时放掉腹腔内 CO<sub>2</sub> 余气,均有利于减少皮下气肿等并发症的发生。

## 参考文献

- 1 梁焕叶,郭维光.腹腔镜小儿疝修补的护理.中国微创外科杂志,2005,5(9):723.
- 2 王淑琴,马惠芳,贺明惠.小儿腹腔镜手术护理体会.齐鲁护理杂志,2004,10(1):37-38.
- 3 王果,李振东.小儿腹腔镜手术.见:王果,主编.小儿外科学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,2010.867.

(收稿日期:2009-08-14)

(修回日期:2010-09-02)

(责任编辑:王惠群)