

# 舒适护理在单孔腹腔镜胆囊切除术中的应用

李丽梅 刘承利 陈江敏 甄玉英 张 蓓

(解放军空军总医院肝胆外科, 北京 100142)

中图分类号: R473.6

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2014)01-0092-03

经脐单孔腹腔镜胆囊切除术是经自然腔道内镜手术术式之一, 与传统腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)相比, 经脐单孔 LC 实现了微创与美容的完美结合<sup>[1]</sup>。舒适护理是台湾萧丰富 1998 年提出, 又称“萧氏 C 护理模式”, 强调护理人员应注意患者的舒适度和满意度<sup>[2]</sup>。我们将舒适护理这一新的护理模式应用于单孔 LC 中, 使病人在生理、心理上感受到关怀、温暖, 增加患者的安全感、信任感和舒适度, 改善护患关系, 调动患者在整个围手术期的主观能动性, 增强患者战胜疾病的信心, 减轻对手术治疗的恐惧和焦虑, 积极应对术后的不良反应, 从而提高病人的满意度。2011 年 3 月~2013 年 3 月我科对 82 例单孔 LC 实施舒适护理, 消除或减轻不适因素对患者的影响, 取得满意效果, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 82 例, 女 53 例, 男 29 例。年龄 22~76 岁, (41.9±12.0) 岁。胆囊结石 52 例; 39 例主要表现为间歇性右上腹部疼痛不适, 其中 21 例伴恶心呕吐; 13 例无症状, 体检时发现胆囊结石; 结石单发 22 例, 多发 30 例; 1 例右上腹痛反复发作 1 个月, B 超报告胆囊壁厚 0.7 cm, 充满结石, 其余 51 例 1 个月内无急性发作史; 1 例 20 年前行胃大部切除术, 1 例 10 年前行脐疝手术, 3 例有阑尾切除史。胆囊息肉样病变 19 例, 无明显不适症状, 单发 13 例, 多发 6 例, B 超示息肉最大直径 1.0~1.4 cm。结石合并息肉样病变 11 例, 息肉最大直径 0.6~1.2 cm。本组病人均无黄疸史, 无其他严重合并症。

病例选择标准: 患者一般情况良好, 胆囊良性病变, 尽量选择无近期急性发作, 无上腹部手术史者。

### 1.2 方法

1.2.1 心理舒适护理 患者入院后, 护士主动进行自我介绍, 详细介绍病区环境及探视规定, 帮助患者尽快适应新环境, 避免因环境陌生产生焦虑、恐惧等不良情绪; 向患者介绍单孔腹腔镜手术的特点、手术步骤及成功的病例, 使患者客观、全面地认识单孔腹

腔镜手术, 增加患者的安全感, 消除悲观、焦虑等负面情绪, 以最佳的心理状态接受手术。

#### 1.2.2 术前舒适护理

1.2.2.1 胃肠道准备 及时对患者进行健康宣教, 指导其术前禁食高胆固醇及产气食物。术前 10~12 h 禁食, 4~6 h 禁水, 以防止术中、术后呕吐导致误吸。

1.2.2.2 皮肤准备 脐孔为手术唯一路径, 术前 1 d 脐部使用肥皂水清洁, 术中用碘酒酒精消毒。

1.2.3 术中舒适护理 术日晨由责任护士陪同患者及携带其病历一起前往手术室, 做好交接, 并介绍手术医生、麻醉师、巡回护士及参与手术人员, 提前调好手术室温度。主动与患者交流, 了解患者心理状态, 消除紧张恐惧心理, 使患者以良好的心态配合手术。术后患者麻醉复苏后, 由责任护士与手术室护士一同将患者接回病房, 做好交接。

#### 1.2.4 术后舒适护理

1.2.4.1 一般护理 ①环境: 保持病房环境整洁, 空气新鲜, 温湿度适宜, 床单洁净。②体位: 术后病人未完全清醒时, 取去枕平卧位, 头偏向一侧, 保持呼吸道通畅, 防止误吸、坠床, 适当保护, 注意保暖。病人完全清醒、生命体征平稳后改半卧位, 逐步抬高床头, 以病人感觉舒适为度, 这样既降低切口张力, 减轻疼痛, 又有利于改善呼吸, 增加病人的舒适感。③生命体征的观察: 每小时测量 1 次脉搏、呼吸、血压, 平稳后改 4 h 测量 1 次。④吸氧: 术后常规给予低流量吸氧 4~6 h, 以提高血氧饱和度。⑤手术切口护理: 单孔 LC 在腹部只有 1 个切口, 术后注意观察, 如果切口出现红肿热痛、渗血、渗液等情况, 应及时报告医生处理。

1.2.4.2 疼痛的舒适护理 我们采用数字式疼痛评定法, 将一条直线等分为 10 段, 一端“0”代表无痛, 另一端“10”代表极度疼痛, 患者可选择其中一个数字来表示疼痛的程度, 每 1~2 h 评估 1 次, 并详细记录。当疼痛评估分值 > 4 分时, 应立即通知医生, 向患者解释疼痛产生的原因, 指导患者学会面对疼痛, 掌握减轻或解除疼痛的技巧, 给患者听轻音乐, 有节奏地按摩, 教患者进行深呼吸, 回忆和想象

美好的事物来分散患者的注意力。腹痛严重时应鉴别疼痛性质,在排除腹腔内出血、胆漏等并发症后,遵医嘱给予止痛药物,氯诺昔康 8 mg 或布桂嗪 50 ~ 100 mg 肌肉注射,30 min 后再次对患者进行疼痛评估,符号用红色“○”表示,并将结果与用药前评估结果画在同一纵格栏内,用红色虚线连接。

1.2.4.3 呕吐的舒适护理 病人出现恶心呕吐时,指导进行深呼吸、做吞咽动作,巧妙运用转移法,如看喜欢的书籍和电视节目,倾听温馨舒缓的音乐。呕吐时护士陪伴在患者身边,俯身,一手轻拍其背部,一手握着患者的手,呕吐后立即用温开水漱口,再用纸巾替其擦净口角,并及时清除呕吐物,更换污染的衣被,满足患者清洁的需要,必要时根据医嘱给予胃复安、托烷司琼等止吐剂。

1.2.4.4 术后并发症的预防 ①肩背部酸痛:告知患者术后肩背部多为牵涉痛,可能与术后胆囊床渗出或胆道压力增加有关,嘱其经常更换卧位,用热毛巾热敷肩背部,增加舒适感,一般短期内自行缓解。②术后出血:术后应严密监测脉搏、呼吸、体温、血压,观察患者面色及末梢循环情况;有腹腔引流者,注意观察引流液的颜色、性质和量;耐心倾听病人的主诉,发现问题及时报告医生。③胆漏:若患者术后出现持续性腹痛,并伴局部腹膜刺激症状及体温升高、白细胞计数增高等毒性症状,应考虑胆漏的可能,护理时应注意观察上述症状体征,必要时行 B 超引导下腹腔诊断性穿刺。

1.2.4.5 饮食护理 术后 6 h 病人自我感觉无腹痛、腹胀、恶心呕吐等不适,可饮少量水,肠功能恢复后开始进流质饮食,逐步过渡到半流质饮食、普食。进食当日应避免牛奶、豆浆等产气食物摄入,防止术后肠胀气,也可适当给予促排气药物,如四磨汤口服液、厚朴排气合剂等。

1.2.4.6 满意度调查 满意度评价采用纽卡斯尔患者对护理服务满意度量表<sup>[3]</sup>。量表共包括 19 个条目,测量指标主要是护士对患者的关注、服务态度、护理质量保证性、护士亲和性、专业能力和具备的知识,提供的信息,以及患者接受的个人护理等内容。满意度量表的内部一致性信度为 0.96,条目间的相关性为 0.53,量表采用 Likert 5 级评分法:非常不满意为 0 分,不满意为 1 分,一般为 2 分,满意为 3 分,非常满意为 4 分。百分制转换公式:有效应答条目得分之和/有效应答条目数/4 × 100。100 分为完全满意,得分越高则满意度越高。

1.2.4.7 出院指导 术后 1 ~ 4 d 出院,4 周内饮食宜清淡易消化,少量多餐,避免高脂油腻食物,以防引起腹胀、腹泻,甚至诱发胆管炎、胰腺炎等影响术后康复;嘱患者切口处保持清洁干燥,7 ~ 10 d 后方可沐浴,注意保持脐部清洁、干燥,门诊随访检查切口愈合及缝线吸收情况。

## 2 结果

82 例均顺利完成经脐单孔 LC,术后未发生出血、胆漏等并发症。术后 6 h 下地,第 2 天正常饮食,术后 1 ~ 4 d 出院。术后 1 个月复查,脐部无明显手术瘢痕。

通过实施舒适护理,患者能以积极的态度迎接手术,术后不适症状经干预后能有效缓解,术后疼痛评分 > 4 分发生率为 28.0% (23/82);出现恶心,伴或不伴呕吐病人经护理干预后,症状均缓解,35.4% (29/82) 的病人使用了止吐药物;肩背部酸痛发生率 31.7% (26/82),经护理干预后症状缓解消失。满意度调查:100 分 58 例,95 ~ 99 分 24 例,平均 96 分。

## 3 讨论

随着腹腔镜外科的发展,LC 已成为治疗胆囊良性疾病的金标准,手术方法由最初的四孔法发展到三孔法、两孔法甚至单孔法<sup>[4]</sup>。经脐入路单孔腹腔镜手术因美容效果突出,可行性及安全性高,是目前国内开展较多的无瘢痕手术技术<sup>[4,5]</sup>。

舒适护理是主动的服务过程,贯穿于护理工作始终,渗透于每一项具体行为中<sup>[6]</sup>。本研究通过将患者融入舒适护理的整体护理中,根据患者的具体情况,给予个性化的舒适护理,科学健康地指导,使患者在治疗期间产生安全感及满足感。通过全面的护理干预,使患者无论生理还是心理均能感受到舒适,增加患者对医护人员的信任感,充分满足患者的合理需求,提高对护理工作的满意度,促进护理服务水平不断提升。同时,也可以对护士起到激励的作用,让护士能够不断地提高自身的理论知识和业务技能水平,从而有效地提高科室的护理服务质量。

21 世纪是微创时代,LC 相当成熟的今天,经脐单孔腹腔镜技术展示了微创与美观的完美结合。我们将舒适护理应用在单孔腹腔镜手术护理工作中,体会如下。①由于单孔腹腔镜为近年来开展的新技术,患者对手术不够了解,对术中存在的未知风险及手术期望值存在担忧;术后恶心、呕吐、疼痛等一系列不适症状,会使病人产生恐惧、无助等心理反应;康复期间因怕影响切口愈合而产生害怕进食的顾虑。对患者进行积极的心理舒适护理,关心、体贴患者,待患者热情、和蔼,尊重患者的人格,耐心听取患者的主诉,理解患者对疼痛的反应<sup>[7]</sup>,并给予安慰、鼓励,使其保持良好的心态,积极主动配合治疗。②环境舒适,病人的感官享受变好,人文温暖感增强,心情变好;一旦病人对自己的卧位姿势感到舒适,可辅助减轻身体的其他不适。③此手术一般 30 ~ 60 min 完成,因此,术前常规不灌肠,不留置胃管、尿管,大大降低患者的痛苦,减少身体的暴露,增加患者的舒适度。④由于手术唯一路径为脐孔,并且切

口较常规腹腔镜切口稍大,脐部皱褶较多,易留污垢,感染几率也相应增加<sup>[8]</sup>。本组术前 1 天脐部应用肥皂水清洁,术中用碘酒酒精消毒,术后未出现切口感染。术前皮肤准备简单,患者心理负担轻,护士工作量减少。⑤疼痛是舒适护理需求最迫切的问题,一直被认为是术后影响舒适的主要原因<sup>[9]</sup>。腹腔镜手术后疼痛可发生在上腹、下腹、背部、肩部<sup>[10]</sup>,护理人员应重视人性化护理,正确评价疼痛的程度,并制定相应的预防和减缓患者疼痛具体措施,尽可能减少术后患者的疼痛。⑥恶心呕吐常使患者感到痛苦,产生恐惧感,不配合治疗,其诱因可能是麻醉致胃肠功能受到抑制以及全麻过程中面罩加压给氧,使病人吞入大量的气体使胃肠积气增多,导致术后发生恶心呕吐增高,CO<sub>2</sub> 扩张脑血管引起的脑内压升高也可致恶心呕吐<sup>[11]</sup>,术后某些输液用药也可能引起胃肠道反应。当出现症状时,我们给予护理干预措施,通过指导其放松、帮助保持个人卫生、改善病室环境等方法减轻患者的不适,使其以积极的心理状态配合治疗。⑦认真观察术后并发症的发生,注意观察患者的生命指征,耐心倾听患者的主诉,发生术后出血或胆漏时应及时报告医生,并给予相应的处理。肩背部酸痛多发生在术后 1~2 d,此症状是由于 CO<sub>2</sub> 积聚在膈下所致,嘱患者经常更换卧位,增加舒适感,一般短期内自行缓解。⑧本组对舒适护理的满意度评分平均 96 分,其中“护士对患者的关注、提供的信息以及患者接受的个人护理”这几个方面评分稍低,分析原因主要是由于轮休或上夜班的原因,责任护士不是同一名护士;夜班护理力量相对薄弱;患者住院时间短,短时间内接受大量

的信息有一定的难度。针对这些问题,我们将护理人员分为白班组和夜班组,并定期轮换,延长责任护士工作的连续性;增加早晚班工作人员,加强夜班护理力量;并将手术简介、健康教育的内容制作成小册子发放给病人,解决短时间内接受大量信息的弊端。

## 参考文献

- 1 刘承利,张洪义,张 辉,等.孔腹腔镜胆囊切除术 56 例回顾性分析.中国微创外科杂志,2012,12(9):790-792.
- 2 刘俏俊,朱元琴.自发性蛛网膜下隙出血的舒适护理.护士进修杂志,2010,25(1):85-86.
- 3 胡星兰.舒适护理在腹腔镜直结肠根治术中的应用.中国实用护理学杂志,2011,27(8):30-31.
- 4 Cuesta MA, Berends F, Veenhof AA. The “invisible cholecystectomy”. A transumbilical operation without a scar. Surg Endosc,2008,22(5):1211-1213.
- 5 Navarra G, Pozza E, Occhionorelli S, et al. One-wound laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg,1997,84(5):695.
- 6 沈 媛.舒适护理在胸腔镜辅助下漏斗胸矫形手术中的应用.护理实践与研究,2012,9(23):80-81.
- 7 卢起飞.腹部手术患者术后疼痛的护理干预效果.当代医学,2010,16(3):115-116.
- 8 王秀清,宋志宇.腹腔镜下胆囊切除术的手术配合及护理.中国实用神经疾病杂志,2009,12(18):207-208.
- 9 毕 娜,姚梅芳,黄津芳,等.瓣膜置换术后疼痛及不适原因分析及护理对策.中华护理杂志,2000,35(3):139.
- 10 袁美芬,郭红梅,李 云.腹腔镜胆囊切除术后并发症的观察和护理体会.中国实用医药杂志,2009,4(2):207-208.
- 11 王燕萍,洪惠芸.腹腔镜胆囊切除术的护理体会.局解手术学杂志,2005,14(6):431-432.

(收稿日期:2013-06-21)

(修回日期:2013-10-28)

(责任编辑:李贺琼)