

腹腔镜直肠癌根治术围术期护理

廖丽琳(重庆市垫江县人民医院普外科 408300)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜直肠癌根治术围术期的护理方法。**方法** 对 16 例腹腔镜下直肠切除患者做好术前心理护理、术前准备,术后患者回病房加强基础护理,做好疼痛、管道、结肠造口、CO₂ 气腹后的护理,易出现的并发症进行细致观察和护理,饮食及功能锻炼,健康指导等围术期护理。**结果** 通过周到细致的护理,本组 16 例直肠癌患者无 1 例护理并发症发生。**结论** 对腹腔镜下直肠癌患者进行有效的围术期护理,可预防并发症发生,减轻术后不适,促进患者康复。

【关键词】 腹腔镜; 直肠癌; 围术期; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0618-02

腹腔镜外科手术已是当今外科领域中发展最快的手术种类之一。腹腔镜下直肠切除术是在电视腹腔镜窥视下利用特殊器械,通过腹壁小戳口在腹腔内施行直肠切除的一种微创手术。许多回顾性及前瞻性的研究表明,腹腔镜下直肠手术的优点是利于术后早期恢复^[1],因不剖腹、出血少、创伤小、痛苦轻、恢复快、住院时间短和瘢痕小等为广大患者多接受。

1 临床资料

本组 16 例患者中,男 10 例,女 6 例,年龄 38~69 岁,平均年龄 53 岁。术前均行纤维结肠镜检查及病理证实为恶性肿瘤,其中低位直肠癌 7 例,高位直肠癌 9 例,术前经 CT、B 超、X 线等检查均无穿孔及腹膜炎,无梗阻,无肝脏转移,无盆腔浸润,一般情况能耐受全身麻醉及 CO₂ 气腹。

2 结果

本组 16 例均完成手术,其中行腹腔镜 Dixon 术 10 例,腹腔镜 Miles 术 6 例,手术时间 3~4.5 h,平均 3.8 h;出血量 50~150 mL,无术中输血病例。术后 1~3 d 恢复肠蠕动,进流质饮食,术后 2~3 d 下床活动,10~15 d 出院。16 例患者围术期均无肺部感染、切口感染、肠痿等并发症发生。

3 术前护理

3.1 心理护理 做好患者术前心理护理关系到减轻患者的术前心理压力,促进术后康复,提高患者的长期生活质量,意义重大而深远^[2]。了解患者的心理反应,护理人员应以真挚的情感对待患者,根据患者的实际情况做好心理疏导,及时解答患者提出的问题,尽量满足其提出的合理要求,通过各种途径让患者及家属了解疾病的发生、发展及治疗护理进展,介绍 Dixon、Miles 手术的各自的优点,并详细说明腹腔镜手术的可靠性、安全性和优越性,而手术费用并不明显高于开腹手术。同时告知手术的风险及其并发症。同时与家属交谈,使患者在术前有较好的心理状态,以便更地接受治疗。

3.2 术前准备

3.2.1 术前一般准备 高血压、冠心病患者应监测血压,坚持服用降压药物和心血管药物;糖尿病患者术前血糖控制在 7.8 mmol/L 以下,肝功能不全者应纠正肝功能,给予促凝药物应用,慢性支气管炎患者术前 1~2 周应停止吸烟,训练患者做深呼吸、有效咳嗽。

3.2.2 肠道准备 术前 3 日起应用肠道抗生素大霉素、甲硝唑片,以杀灭或抑制肠道内细菌,达到清洁肠道作用,并注意补充 K 族维生素。术前 1 d 给予泻剂(硫酸镁 20~30 g,2 000 mL 温开水送服),密切观察患者有无脱水、休克等。注意不能使用甘露醇,因其可增加肠管扩张。术前一晚 21:00 时用盐水行清洁灌肠,术晨 7:00 再行清洁灌肠。术前禁食 12 h、禁饮 4 h。

3.2.3 营养支持 术前指导患者摄入高蛋白、高热量、高维生素、易消化的营养丰富的少渣饮食。禁食易产气的食物,减少肠胀气,以免影响腹腔镜视野。必要时,根据医嘱支持治疗,纠正贫血和低蛋白血症,纠正体内水、电解质及酸碱失衡,提高手术的耐受性。

3.2.4 其他准备 术前备皮,包括会阴、肛门及肛周,术前置胃管、尿管。

4 术后护理

4.1 加强基础护理 腹腔镜手术均采用全身麻醉,气管插管容易损伤气管、喉头,患者床边应备急救的药物及器械。采用去枕平卧位,麻醉未清醒时头偏向一侧,防止呕吐物流入气管引起窒息。严格观察生命体征,患者回病房后立即给予心电监护、吸氧,每 30 min 监测血压、脉搏、呼吸 1 次,待稳定后改为每小时 1 次,病情稳定后改为 4 h 1 次,以便早期发现内出血、休克等病情变化。每 4 小时检测 1 次体温。协助患者翻身、叩背,利于排痰;按摩受压部位,防止褥疮发生。早期下床活动可增加肺活量、促进血液循环、促进肠蠕动恢复、促进切口愈合,对缩短手术恢复期有重要作用。因此,应鼓励患者早期下床活动,促进术后恢复,缩短住院时间。

4.2 疼痛护理 腹腔镜创伤小,术后疼痛程度较轻,对确实不能耐受疼痛者使用镇痛泵,观察患者对镇痛剂的不良反应,如低血压等。未用镇痛泵者,注意观察患者的表情并听取患者的主诉,疼痛时遵医嘱给予止痛针。指导患者运用正确的非药物方法减轻疼痛,如按摩、放松或听音乐等,配合心理疏导,分散患者注意力,减轻对疼痛的敏感性。

4.3 管道护理

4.3.1 胃管 术后 2~4 d 肠功能恢复,有排气或肠造口开放后拔出。

4.3.2 导尿管 一般留置 5~7 d,导尿管术后前 3 d 不宜夹管,应充分引流,以免充盈膀胱压迫手术区域影响血运,也可使手术中受牵拉的膀胱在术后得到充分的休息和调整,每天 2 次冲洗膀胱及尿道口护理,拔除尿管前 1~2 d 试行夹管,训练膀胱收缩功能,防止排尿功能障碍。拔除尿管时询问患者是否有尿意,待有尿意时及时拔除。

4.3.3 引流管的护理 术后要妥善固定各引流管,防止堵塞、受压,保持其通畅。观察纪录引流液的颜色、性质和量。对于低位直肠癌患者,为排尽渗液、残气,防止会阴部切口死腔形成,需进行骶骨前负压引流,妥善固定,防止脱落,保证引流畅通。避免被血凝块堵塞后造成引流液不多的假象^[3]。

4.4 结肠造口的护理 (1)造口的观察:注意观察造口黏膜的颜色是否红润,有无缺血、坏死、出血、内陷等情况。(2)造口周

围皮肤护理:术后人工肛门处用油纱敷盖,观察造口周围皮肤有无湿疹、充血、水泡、破溃等,48~72 h 左右患者肠功能恢复,可有气泡或液体流出,此时可接人工肛门袋,安装人工肛门袋时应洗净造口周围皮肤,安装时动作要轻,且人工肛门袋层板的大小应与造口相吻合,避免大便对皮肤的刺激。如出现皮炎,可局部清洗干净后涂氧化锌软膏治疗。造口的护理应培养患者的自理能力,教会患者及家属护理造口的能力,及时更换肛门袋,保持清洁^[3]。

4.5 术后并发症的护理 (1)CO₂ 气腹后护理:由于腹腔镜手术是在 CO₂ 气腹下完成,术中吸收大量 CO₂,造成高碳酸血症,导致缺氧,术后要密切观察呼吸、氧分压的变化及患者有无疲乏、烦躁、呼吸浅慢、肌肉颤抖、双手扑动等症状,常规给予面罩吸氧 4~5 L/min,以提高氧分压,加速 CO₂ 的排出,并可预防 CO₂ 积聚膈下引起反射性肩痛或不适及 CO₂ 麻痹性昏迷。当患者麻醉清醒后,指导做胸式快速深呼吸,给予低流量持续吸氧(2 L/min),并协助翻身、拍背,以促进痰液排出,保持呼吸道通畅,提高氧分压,促进体内积聚的 CO₂ 排出。由于人工气腹造成的腹内压升高,引起血流动力学改变,从而影响患者的心功能,因此术后监测血压、心率,注意输液速度,不可过快,同时观察尿量的变化,防止出现心衰;(2)切口感染:腹腔镜手术伤口也有发生各种并发症的可能,应注意观察体温变化及局部切口有无红、肿、热、痛,如发生感染,早期开放伤口,彻底及时换药。(3)吻合口瘘:肠道准备不充分、手术造成局部血供差、低蛋白血症等均可导致吻合口瘘。一般发生于术后 5~7 d,如引流管内有粪性液体流出,伴有剧烈上腹痛和腹膜刺激征考虑肠瘘,术后应密切观察患者体温的变化,观察引流液的形状及腹部特征的变化,及时给予全肠外营养(TPN)支持,纠正贫血、低蛋白血症。

5 饮食指导及功能锻炼

腹腔镜直肠癌根治术患者营养改善快,患者术后 30 h 即可恢复肠蠕动,因切口小,创伤小,疼痛轻,术后 2 d 即可下床

活动;术后 48 h 即可进食,饮食多从流质开始,1 周后进少量普食,患者营养状况很快改善,避免进食刺激性食物,如大蒜等。避免服用引起便秘的食物,食用高蛋白、高热量、丰富维生素、低渣、无刺激性食物,如新鲜蔬菜、水果、牛奶等,应少食多餐。进食后,要注意观察有无腹痛、腹胀情况的发生^[4]。

6 健康教育

(1)注意饮食卫生,饮食有规律,防止消化不良和腹泻,养成定时排便习惯。(2)避免过度增加腹内压的动作,如剧烈咳嗽、提重物等,防止人工肛门的黏膜脱出。(3)指导患者做好造口护理,每 1~2 周扩张造口 1 次,每次 5~10 min,持续 2~3 个月。(4)术后 3 个月忌肛门指检或肠镜检查,以免损伤吻合口。(5)遵医嘱正确应用抗癌药,定期到医院复查,如有发热、腹痛、腹胀、恶心呕吐、纳差等症状随时就诊。

做好术前心理护理、术前准备、术后患者回病房加强基础护理,做好疼痛、管道、结肠造口、CO₂ 气腹后的护理,易出现的并发症进行细致观察和护理,饮食及功能锻炼,健康指导是手术成功的重要保证,可帮助患者顺利完成手术治疗,康复出院。

参考文献

- [1] Leung KL, Kwok PY, Lau WY et al. Laparoscopic-assisted resection of rectosigmoid carcinoma[J]. Arch Surg, 1997, 132: 761-764.
- [2] 周瑞. 经腹-会阴直肠癌切除术的护理[J]. 医学信息内:外科版, 2009, 22(10): 957-958.
- [3] 黄志强. 现代腹腔镜外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994: 91-102.
- [4] 吴政鸿, 于美华, 谢玮娜. 循证护理在腹腔下直肠癌切除术的应用[J]. 全科护理, 2011, 9(15): 1327-1328.

(收稿日期: 2011-11-22)

(上接第 615 页)

血环境、医务人员的行为及语言也会对献血者造成一定影响,安静舒适的环境,消除再次自身原因如晕针晕血、高敏反应等也是避免发生献血反应的重要因素^[1-3]。

献血不良反应的预防在于创造安静、舒适的环境,做好献血前的宣教工作,营造一种“献血光荣”的氛围,消除献血者的焦虑紧张情绪和害怕心理^[4-5],采血人员用鼓励性语言,进行心理疏导,做好解释工作,给献血者以心理安慰,教会他们放松的技巧,或播放音乐电影等以分散其注意力;主动与献血者交流,根据献血者的不同接受能力,可以采取在大专院校普授献血常识,可以请志愿者、献血者和医务工作者现身说教,谈谈献血的重要性的和他的献血经历,献血者往往是其他献血者的有力召集者,亦可在外资企业、社区放置宣传海报,发放传单等方式,同时建立献血网站及时更新献血知识,消除“献血会感染艾滋病”的心理顾虑,让其了解有关红细胞、血浆、血小板等血液成分的基本知识,劝他们勿饥饿、劳累疲倦、剧烈运动后等机体处于应急状态下献血,可稍休息、进餐后献血。采血人员须熟练掌握无菌操作技术,穿刺准确、操作轻柔,同时尽量一针见血,减少因反复穿刺而造成或增加献血者的紧张害怕心理,减少刺激,采用无痛注射法,如进针时绷紧皮肤,快速刺入,进针后注意观

察,发现晕针及时处理。献血者献血时是否发生献血反应或者发生献血反应后恢复时间的长短直接影响到献血者是否愿意再次来献血,应该抓住每一个机会鼓励越来越多的献血者,使他们成为低危献血者,增加固定的无偿献血者人数,从而保障安全、足够的血液供应。

参考文献

- [1] 胡宇, 陈宝葵. 无偿献血不良反应发生的原因及分析[J]. 中国输血杂志, 2003, 16(6): 418.
- [2] 杨丽, 刘云鹏, 闫旭芳. 街头无偿献血不良反应的发生原因和预防[J]. 中国临床研究, 2011, 24(5): 444-445.
- [3] 王珍. 浅析献血不良反应的发生原因、预防和护理[J]. 当代医学, 2011, 17(13): 130.
- [4] 陈莉, 赵莉华, 王玉珍, 等. 心理学知识在无偿献血工作中的应用[J]. 中国输血杂志, 2003, 16(4): 138.
- [5] 严莉. 心理护理在献血不良反应中的应用[J]. 中国实用医药, 2011, 6(14): 275-276.

(收稿日期: 2011-10-15)