

腹腔镜辅助下经肛门先天巨结肠根治术的护理

王风华

(哈尔滨医科大学附属第一医院小儿外科 150001)

摘要: 介绍腹腔镜巨结肠术后的基本护理方法及术后护理经验;探讨并发症的防治。

关键词: 腹腔镜;巨结肠;术后护理;并发症

中图分类号: 473.6 **文献标识码:** D

先天性巨结肠是一种较常见的消化道畸形。目前,先天性巨结肠发病率为 1/2000 至 1/5000, 男性较为多见, 平均男女比例为 3:4, 本病基本病理变化为肠道神经节细胞缺如所引起:胎粪便秘、呕吐、排便困难, 主要症状小肠结肠炎, 全身恶液质状态。主要通过手术治疗。

我科自 2003 年开始在省内首家购进了小儿腹腔镜, 并成功为 36 例小儿完成了先天性巨结肠根治手术, 先将护理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组应用此术式共 36 例, 27 例为男孩, 9 例为女孩, 手术年龄 9 天至 5 岁, 平均 6.5 岁。对于诊断不明确, 术中先于齿状线上取一块肠壁做冰冻检查, 结果全组病例无中转开腹手术者, 术前洗肠 10 天, 5 天应用抗生素。

1.2 手术方法

麻醉平稳后, 取截石位, 置尿管, 排净尿液, 稍加扩肛, 右食指经肛门抵及耻骨联合上方, 左食指于腹壁外耻骨联合上方与右食指相对应, 次出即相当于小儿盆底腹膜返折部位。左食指于耻骨上方不动, 右手持阑尾钳或卵圆钳由肛门伸入, 在相当于左食指相对应处钳住直肠前壁缓慢下拉, 牵至肛门缘, 造成一种直肠乙状下端的套叠状态, 此时于钳子两侧牵引线;继于此钳两侧在钳夹肠壁下牵, 缝牵引一周, 一般缝 8-10 针, 将牵引线向外牵拉, 于此圈牵引线张端相距 0.5Gm 在缝牵引线一周, 两周线平行, 将两圈线均牵引展开, 于两圈线间用电刀将直肠壁全层切断, 即入腹腔, 注意勿损伤周围组织。将近段肠管下牵, 边下牵边紧贴肠壁游离结扎系膜血管, 直到正常肠壁止(术中做冰冻切片证实有神经节细胞)。切除病变肠管长度 12-35Cm。远端肠管外翻从肛门拉出, 紧贴肠壁游离避免副损伤, 远端直肠后壁于正中切开并游离至齿状线上方 0.5-1.0Gm, 前壁肠管游离至齿状线上方 2.5-3.5Cm, 切除多余肠壁, 形成前高后低的斜面, 然后近端肠管与远端直肠成斜面双层吻合。吻合后将肠管向上还回腹腔, 恢复长腔连续性。放置肛管, 术终。

2 术后护理

2.1 生命体征的监测

由于腹腔镜手术是在 CO₂ 气镜完成的术中大量吸收 CO₂, 有并发高碳酸血症的危险, 因此必须进行生命体征的监测^[1]。术后当日注意是否有绞痛, 腹腔并注意是否有腹部渗血及尿道损伤及时观察尿的颜色。

2.1.1 呼吸监测: 患儿回病室后平卧位, 头偏向一侧, 注意呼吸的频率和深度。患儿需通过呼吸加深加快等自身调节功能排出积聚的 CO₂, 因此应持吸氧 1.5 升/分, 必要时拍背吸痰等, 严密监测呼吸, 由于麻醉为气管插管, 易损伤, 气管黏膜至呼吸道感染, 嘱患者多翻身, 协助拍背, 痰多给予雾化吸入, 保持呼吸道通畅。

2.1.2 心率及血压监测: 人工全腹可造成患儿血液动力学的改变, 而影响患儿的新功能。特别是新生儿的代偿能力差, 术后应严密监测血压及心率, 使用智能微量泵控制输液的速度, 注意尿量变化, 防止出现心力衰竭。

2.1.3 体温监测: 针对新生儿反应能力低下, 体温调节中枢不完善, 术后应注意体温变化, 测量前擦干腋下, 将体温表水银端放在患儿腋窝深处, 上臂贴紧身体夹 5-10 分后取出, 测试结果可疑时应重新测试, 本组有 5 例体温高于 38℃, 均采用物理降温法, 将冰袋用小毛巾包裹置于患儿头部, 将体温控制在 CO₂ 以下。

2.1.4 肛门的护理: 术后患儿 24-48 小时肠蠕动恢复, 即可进流质饮食, 为避免排泄物污染及刺激局部皮肤, 从而影响吻合口的愈合, 术后必须加强肛周护理, 排便后用生理盐水棉球清洁肛门, 给予红外线或多功能微波治疗, 促进吻合口水肿的消除达到 I 期愈合的目的。

2.2 维持水电平衡

手术当日禁饮食, 静脉补充葡萄糖及维生素、电解质等。术后第一天即可饮水, 第 1 次试喂水 30-50 毫升, 如无呕吐腹胀, 第 2 次可试喂等量配方奶, 然后根据患儿食欲及医嘱, 适当加量, 保证足够摄入量, 情况允许时尽量母乳喂养, 喂奶后抬高床头, 头偏向一侧, 防止呕吐时误吸或窒息。

2.3 心理护理和健康宣传^[2]

由于腹腔镜手术是新技术, 护士应该详细向家长介绍手术的微创、安全、有效等优点, 以及术后可能出现的并发症原因及处理原则。出院前首先让患儿家长基本掌握喂养要点, 向家长说明婴儿胃管排空时间变化范围大, 对食物需要可发生在一天内不同的时间, 应根据患儿具体情况估计, 少量多餐。向家长介绍有关疾病护理要点, 让其了解基本病情良好, 但短期内可有排便次数多, 日后入厕训练可能延后, 应耐心培

(下转第 75 页)

作者简介: 王风华, (1967-), 女, 主管护师, 护士长

(收稿日期: 2006-03-12 接受日期: 2006-05-23)

3.1 完善患者的社会支持系统

不良的社会因素往往影响不育患者的应对方式,使其产生不良的情绪反应。要破除旧观念,使社会对不育患者多一些宽容和关怀,患者的丈夫、父母、朋友和同事等要从物质上、精神上给予支持和帮助。特别是患者的丈夫或妻子更应从生活上、生理上、心理上多安慰、体贴患者,减轻其心理压力,不断培养和增强患者对这些社会支持的主观感受性,提高对社会支持的利用度。而作为医护人员在接诊和诊疗过程中,对这类患者在辅以药物治疗的同时,要给予更多的心理疏导,从而减轻患者的心理负担,帮助他们树立战胜疾病的信心^[2]。

3.2 帮助患者建立正确的认知

个体的情绪和行为是由其认知过程所决定的。挖掘个体不良的认知,并加以分析、辩论,代之以理性的、现实的认知模式,消除痛苦,适应现实环境。不孕不育患者往往对生育、妊娠等存在一些不良认知,产生较大的心理压力,这些不良因素又反过来影响了疗效,形成恶性循环。因此,对这类患者要让其认识到自己认知的局限性,并解释歪曲的认知与消极情绪反应的关系,帮助她们建立良好健康的认知模式,缓解其心理压力,减轻情绪反应^[3]。

3.3 对患者进行应对指导

生殖中心作为治疗不孕不育症的专门机构,医护人员应该从医学伦理、医学心理、社会学的角度出发,了解患者的心理状态、经济情况、家庭问题,主动提供医疗、心理、社会信息的支持,以解除顾虑,消除心理压力。同时配合一定的药物或辅助疗法以及性生活方式的指导,以帮助患者受孕。对有明显心理改变的不育患者,在给予医学治疗的同时要积极辅之以心理干预。针对患者的负面心理状况,因人施治,选择不同的咨询和治疗方法,如:支持疗法、行为、认知、婚姻及家庭治疗等,帮助他们拓宽心胸,增强信心,分散注意力,保持一

种自然轻松的心情。另外也要让患者明确一点,目前的医学水平不可能满足所有不孕不育患者的愿望和要求,仍有很多人不能成功怀孕和生育,因此在这类患者的心理干预过程中,需注意一些特殊问题的处理,在保护患者隐私的同时,逐步引导患者结束治疗,从而减少他们的心理期望值和不必要的家庭经济负担^[4]。

3.4 改变患者的不良个性特征

许多研究发现一些疾病的发生与个性特征有关。因此,培养健康良好的人格十分重要。研究表明,不孕不育患者的抑郁、焦虑水平与情绪不稳定和精神质呈负相关。心理因素在不明原因性不育中起着重要作用,尤其是影响男性患者的人格特征和社会行为。临床上对该类患者要采取针对性的心理干预措施,改变患者不良的个性特征,保障心理健康。

综上所述,心理因素与不孕不育的关系日益受到人们的重视。注重心理因素对不孕不育的影响,通过各种支持与干预措施来辅助临床治疗,以减轻患者的心理痛苦,提高受孕率和改善生活质量。

参考文献

- [1] 江光荣. 心理咨询与治疗[M]. 合肥:安徽人民出版社, 1995:386-387
- [2] Nikolov B, Ristic P, Nikolv M, et al. Stress, galactorrhoea and infertility[J]. Fertil Steril, 1998, 70(2s):478
- [3] King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample[J]. Soc Sci Med, 2003, 56(4): 739- 751
- [4] 王晶, 廉玉兰. 临床护患沟通的原则和技巧[J]. 生物磁学, 2005, 5(3): 78- 79
- [5] 肖水源. 社会支持对身心健康的影响[J]. 中国心理卫生杂志, 1987, 1(4):184- 187
- [6] 汪玉宝. 上海市闸北区不育夫妇现状研究[J]. 中国计划生育杂志, 2002, (7): 410- 412

(上接第 72 页)

养其正常排便习惯。护士应将出院指导写成卡片将内容传授给家长, 最好建立联系, 定期随访, 以指导患儿生活护理。其次让家长掌握扩肛的要点及重要性, 保持大便通畅教会家长扩肛, 术后 2- 3 天先用手指扩肛一次, 告知家长术后 10 天开始扩肛一日一次, 出院后按时由小到大号秒年升微 3- 6 月每个型号使用一次, 出院一个月来复查检查扩肛效果。

3 术后并发症的防治

腹腔镜是二维成像, 缺乏触觉感, 控制出血不易, 操作器械的数量和方向受限, 缝合困难, 加上手术者操作技术水平的高低, 因此手术后可能会产生一些并发症。

3.1 术后小肠结肠炎:

术后肠炎为本病首要并发症, 临床上分为轻、中、重三型。表现为: 腹胀, 每日拉水样便 10 多次, 粪味腥且奇臭, 严重者出现发热, 呕吐。开腹巨结肠根治术后并发小肠结肠炎发生率国内有人报告为 25%^[3], 同时认为吻合口狭窄或痿或肠梗阻是术后发生小肠结肠炎的高危因素。腹腔镜巨结肠根治术也存在相似问题, 但发生率明显减少。本组有 3 例, 发生率

为 13%。目前一致认为术后远端狭窄是小肠结肠炎的基础。吻合口狭窄使肠内容物堆积, 滞留, 降低肠道黏膜功能, 从而诱发感染。解除狭窄的有效措施是持续扩张吻合口, 使患儿排便通畅, 可以有效防止小肠结肠炎的发生^[4]。

3.2 肛门吻合口感染:

直肠肌鞘内感染和拖出的直肠回缩, 是 Soave's 术后的一种严重并发症, 本病发生 2 例。常见于手术剥离直肠黏膜不完整, 止血不彻底, 或者直肠黏膜感染, 拖出结肠游离不充分, 张力较大, 如遇感染会发生回缩, 并且术后患儿排便次数较多, 肛门护理非常困难, 微波理疗肛周, 有利于吻合口的愈合。

参考文献

- [1] 叶明, 周汉新主编. 小儿腹腔镜外科学基础[M]. 湖北科学技术出版社, 2005: 119
- [2] 王加荣, 盖秀芹. 手术病人的心理护理[J]. 现代生物医学进展, 2006, 6(3): 88- 89
- [3] 金汉珍主编. 实用新生儿学[M]. 人民卫生出版社, 2004: 402
- [4] 姜安丽, 石琴. 新编护理学基础[M]. 北京: 高等教育出版社, 1999: 322