

- 2016,45(8):1072-1074.
- [4] 陈镗如,梅立,谢兰,等. 外生型剖宫产瘢痕妊娠三种治疗方法的对比研究[J]. 实用妇产科杂志,2015,31(4):278-281.
- [5] 罗敏,曾丽文,程茂华. 腹部非胃肠道手术后患者肠道功能恢复判定方式的改进[J]. 护理学杂志,2015,30(4):9-11.
- [6] Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function[J]. JSMT, 2000, 26(2):191-208.
- [7] 郭欣欣,冯丽华,魏朦. 两种治疗方法对27例剖宫产瘢痕妊娠患者的临床效果比较[J]. 中国妇幼保健,2015,30(11):1657-1659.
- [8] Buresch AM, Chavez MR, Kinzler W, et al. Use and value of ultrasound in diagnosing cesarean scar pregnancy: a report of three cases[J]. JRM, 2014, 59(59):517-521.
- [9] 林安平,杨竹,蒋兴伟,等. 剖宫产瘢痕妊娠临床分型与腹腔镜手术方式的探讨[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(4):266-269.
- [10] 梁海霞,陈必良,李玉虹,等. 剖宫产瘢痕妊娠两种治疗方法分析[J]. 现代医学,2016,44(3):299-302.
- [11] 颜昭君,杨胜利. 子宫瘢痕处妊娠治疗新进展[J]. 湖北中医药大学学报,2014,16(6):114-115.
- [12] 戚燕妮,吴丹梅,杨帆,等. II型剖宫产瘢痕妊娠的腹腔镜处理[J]. 中国微创外科杂志,2015,15(1):30-32.
- [13] 邓丽,韦业平,邵世清,等. 两种术式治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床疗效比较[J]. 微创医学,2015,10(1):44-46.
- [14] 易莉莎,范雪梅,黄子健. 两种不同方法治疗II型剖宫产瘢痕妊娠的疗效分析[J]. 广州医科大学学报,2015,43(3):79-82.

(收稿日期:2016-07-25)

(英文编辑:杨庆芸)

文章编号:1009-6612(2017)03-0222-02

DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.03.222

· 护 理 ·

保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术的围手术期护理*

1

孟 芹,陈园园,李卫华

(山东大学齐鲁医院,山东 济南,250012)

【关键词】 胰体尾切除术;腹腔镜检查;保留脾脏;围手术期护理

中图分类号:R657.5 文献标识码:B

随着腹腔镜技术的不断成熟,腹腔镜胰腺外科手术取得了较大发展,其中腹腔镜胰腺远端切除手术开展最多,极大体现了腹腔镜手术的优势。随着近年人们对脾脏功能认识的不断加深与重视,对于胰体尾的良性肿瘤、低度恶性肿瘤,保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术在临床上逐渐被推广应用^[1]。手术方法的改进及技术的进步对护理工作提出了新的要求^[2],现结合本病区的护理经验,对保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术围手术期护理方法汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2015年3月至2016年2月我院F5D病区施行18例腹腔镜保留脾脏胰体尾切除术,其中男12例,女6例;38~62岁。1例患者因发现转移病灶中转开腹,其余患者均正常完成手术。

1.2 手术方法 麻醉成功后,患者取仰卧位,留置无菌导尿管,常规消毒铺巾,取脐下缘横行切口长约1cm,穿刺气腹针,建立CO₂气腹,压力维持在12mmHg。穿刺10mm Trocar,置入腹腔镜,在腹腔镜监视下分别于左、右锁骨中线平脐水平及左、右腋前线肋缘下4cm置入5mm、10mm Trocar及操作器械。探查腹腔后切开胃结肠韧带,显露胰腺,超声刀解剖胰腺上缘至脾门,距肿瘤右侧1cm游离胰体后方,仔细将脾动静脉自胰体游离,Hem-o-lok夹闭并切断数支分支血管,注意保护脾动静脉,于胰体后方建立隧道,置入切割闭合器,距肿瘤0.5cm处切断胰腺,然后顺逆结合游离胰体尾部,将脾动静脉完整自胰腺游离,穿支血管用Hem-o-lok夹闭后切断。处理创面渗血,生理盐水冲洗创面,于胰腺断端及脾门分别放置引流管1根,自腹壁引出并固(下转第226页)

* 基金项目:山东省医药卫生科技发展计划项目(编号:2016WSB20037)

通讯作者:李卫华, E-mail: rose05311@163.com

- [11] Cornelius AC, Onyegbule A, Onyema, et al. A five year review of ectopic pregnancy at Federal Medical Centre, Owerri, South East, Nigeria[J]. Niger J Med, 2014, 23(3):207-712.
- [12] Shobeiri F, Parsa P, Nazari M. Epidemiology of Ectopic Pregnancy in Hamadan Province[J]. Zahedan J Res Med Sci, 2012, 14(4):46-49.
- [13] Cohen A, Zakar L, Gil Y, et al. Methotrexate success rates in progressing ectopic pregnancies: a reappraisal[J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 211(2):128.
- [14] Dhar H, Hamdi I, Rathi B. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy: experience at nizwa hospital with literature review[J]. Oman Med J, 2011, 26(2):94-98.
- [15] 袁文勤, 任月芳. 腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床观察[J]. 中国计划生育学杂志, 2014, 22(9):614-616.

(收稿日期:2016-08-04)

(英文编辑:杨庆芸)

(上接第222页)定。将切除的标本置入标本袋内经切口取出。清点器械敷料无误后,关闭腹壁戳孔,结束手术。

2 术前护理

患者对新兴的微创手术了解不足,对手术方法、手术效果、术后恢复及存在的风险等有不同程度的焦虑与担心,护理人员应根据患者的实际情况、个体差异有针对性地进行术前宣教,首先向患者介绍腹腔镜手术的优势,如创伤小、疼痛轻、康复快等^[3],同时由高年资护师采用多媒体幻灯及床旁指导相结合的方式向患者及家属讲解围手术期的配合措施与注意事项、术后可能发生的并发症及其针对性的护理措施等。此外,注重患者的心理护理,及时解答治疗过程中患者提出的疑问,及时疏导其恐惧、焦虑等不良情绪,以减轻患者的生理及心理应激。

3 术后护理

3.1 生命体征监测 患者术毕返回病区监护室,应立即予以心电监护,持续低流量氧气吸入,氧饱和度监测,保持有效静脉通路,确保输液通畅。同时关注患者术后疼痛,根据医嘱进行有效镇痛。密切监测患者生命体征,发现异常及时报告主管医生。

3.2 一般护理 术后未完全清醒的患者应取去枕平卧位,6 h改为半卧位,以利腹部引流管的引流,减少膈下积液。切实固定腹腔引流管,保证引流通畅,同时注意查看敷料情况,记录引流液颜色、性质及引流量。进一步宣教术后深呼吸及有效咳嗽,以预防术后肺部并发症的发生。根据医嘱及患者身体恢复情况,鼓励患者尽早下床活动,以减轻腹胀、促进胃肠功能恢复及预防下肢血栓产生。

3.3 并发症的观察与护理

3.3.1 胰瘘 胰瘘是胰体尾切除术后较严重的并发症,患者多主诉腹痛、腹胀、发热,典型者可自切口流出清亮液体,腐蚀周围皮肤,引流液淀粉酶含量超出正常3倍以上。部分

患者通过腹腔冲洗、生长抑素、营养支持、抗生素等常规支持治疗可恢复。术后责任护士应密切注意患者症状、体征的变化,观察引流液的颜色、性状及引流量,如引流管引出乳白色液体或有明显的腹膜刺激征应立即通知医生。本组1例患者术后出现胰瘘,伴有腹痛、发热、恶心、呕吐等症状,予以腹腔冲洗、生长抑素、营养支持治疗4周后痊愈出院。

3.3.2 脾梗死 保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术的主要优势即保持脾脏的血运,保留脾脏的生理功能。如果患者术后出现持续发热、左上腹或左下胸反复疼痛,应警惕脾梗死的可能,及时向主管医生汇报,尽早行多普勒超声检查明确诊断。早期发现的局灶性脾梗死使用抗生素治疗多可保守治愈,严重时会导致脾脓肿,多需手术治疗。本组患者无术后脾梗死发生。

3.3.3 腹腔镜手术并发症 (1)皮下气肿。由于气腹压力过高导致CO₂气体向皮下软组织扩散引起,一般吸氧1~3 d后可自行消除。(2)肩部酸痛。由于CO₂气体残留于胸腹部疏松组织刺激膈肌引起。予以吸氧、协助患者胸膝卧位、使气体上升向盆腔聚集,以减少对膈肌的刺激,1~2 d后症状多可消失。(3)高碳酸血症。因CO₂弥散入血引起,表现为呼吸浅慢,PCO₂升高。(4)气栓:通常系充气过急引起,吸氧、采用头低足高左侧卧位即可缓解。

保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术不仅具有微创手术创伤小、疼痛轻、康复快、住院时间短等优势,更重要的在于保留患者的脾脏功能,因而具有极大的临床应用价值。同时,因胰腺位置较深,血供来源丰富,与脾动静脉解剖关系复杂,此类手术具有较高的难度及一定的风险。这对围手术期护理工作提出了更为严格的要求。护理人员应切实做好患者的心理护理、一般护理及术后并发症的护理,减轻患者痛苦,促进术后康复。

参考文献:

- [1] 戴梦华,石宁,刘尚龙,等.腹腔镜保留脾脏胰体尾切除术[J/CD].中华普外科手术学杂志(电子版),2013,7(3):183-185.
- [2] 张彩虹,付秀荣,高岭.2例完全腹腔镜胰体尾切除术的护理配合[J].护理研究,2013,27(1):67-68.
- [3] 牟一平,徐晓武,王观宇,等.腹腔镜胰体尾切除术的临床应用[J].中华医学杂志,2005,85(25):1786-1787.

(收稿日期:2017-02-01)