

- [5] 张兰,王培军. B超、CT和MRCP对原发性胆囊癌的诊断价值[J]. 同济大学学报(医学版), 2010, 31(6): 59-63.
- [6] 黄穗乔. 原发性胆囊癌影像学特征与评估[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(3): 204-207.
- [7] 丁明. 腹腔镜胆囊切除术严重并发症的危险因素及预防措施分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(2): 128-131.
- [8] 汤朝晖,杨勇,刘颖斌,等. 第7版胆囊癌TNM分期(AJCC)解读与思考[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(5): 366-371.
- [9] 中华医学会外科学分会胆道外科学组. 胆囊癌诊断和治疗指南(2015版)[S]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(11): 881-890.
- [10] 王健东,全志伟. 胆囊癌手术方式的选择与技术要点[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(9): 1022-1024.
- [11] 王威涛,陈丽江,白根维. 腹腔镜胆囊切除术意外胆囊癌18例临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(10): 771-774.

(收稿日期:2018-01-03)

文章编号:1009-6612(2018)06-0476-02

DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2018.06.476

· 护 理 ·

腹腔镜经腹腹膜前腹股沟疝修补术 治疗复发疝的围手术期护理

王晓瑛,田莲莲,王俊萍

(青岛市胶州中心医院,山东 青岛,266300)

【关键词】 疝,腹股沟;复发;疝修补术;经腹腹膜前;腹腔镜检查;围手术期护理

中图分类号:R656.2⁺1 文献标识码:B

腹股沟疝是临床常见病,多发病,容易反复发作,腹壁强度降低、腹内压力增高是腹外疝发病的两个重要原因。治疗方式多以手术为主,但腹股沟疝术后复发一直是外科医生感到棘手的问题^[1]。究其原因既是以往手术技术上的不足,也有术前、术后并发症未能彻底处理及术后休息不当等患者自身原因。腹腔镜经腹腹膜前疝修补术(transabdominal preperitoneal, TAPP)具有切口小、疼痛轻、康复快、复发率低等优点,可避开前入路瘢痕组织经后入路置入补片,覆盖肌耻骨孔或疝缺损完成修补,是目前治疗前入路腹股沟疝修补术后复发的最佳选择^[2]。但手术仍较为复杂,密切手术配合,加强围手术期的观察与护理对提高手术成功率、减少术后并发症、预防再复发具有重要意义^[3]。2015年1月至2018年1月我院为24例复发疝患者行TAPP,现将手术配合及围手术期护理特点、体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组24例患者中男23例,女1例;52~84岁,其中斜疝13例,直疝9例,股疝2例;14例为传统开放腹股沟疝修补术后复发,9例为开放无张力疝修补术后复发,1例为腹腔镜全腹膜外疝修补术后复发。

1.2 手术方法 患者全麻后留置导尿管,患者取仰卧头低

脚高并偏健侧卧位15~30度,消毒铺巾,连接各管线,脐上缘做1cm切口,穿刺气腹针建立气腹,压力维持在13~15mmHg。穿刺10mm Trocar,置入腹腔镜,分别于双下腹腹直肌外侧穿刺5mm Trocar。探查腹腔,确认复发疝的位置,观察有无隐匿性疝。内环口上方脐内侧韧带至髂前上棘用电凝钩切开腹膜,沿腹膜翻开,用无损伤钳小心剥离直疝或斜疝疝囊,完全剥离疝囊,大的或粘连的斜疝疝囊可横断,尽可能多地剥离原手术中置入的修补材料。股疝疝囊位于股环内,术中充分暴露髂耻束、耻骨梳韧带、陷窝韧带,以避免遗漏。分离腹膜前间隙,内至耻骨联合,外至腰大肌、耻骨联合,上至腹壁下动脉,下至髂耻束、精索或圆韧带,使其腹壁化^[4]。置入补片,平铺展平,完全覆盖内环口,用疝钉枪将补片固定于耻骨结节、Cooper韧带等组织上。用倒刺线缝合腹膜,再次检查有无活动性出血。缝合关腹。

1.3 结果 24例均成功完成腹腔镜手术,手术时间70~150min,平均(95±16.24)min。术后患者均痊愈出院,无严重并发症发生。术后住院2~6d,随访1~3年,无疝复发、补片感染等严重并发症发生。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 了解患者一般情况,做出针对性的护理方案,复发疝患者往往对再次手术感到恐惧,担心疼痛及预后等情况,医务人员需做好患者的心理护理,详细讲解腹股沟疝手术的相关知识,分析复发原因,消除其恐惧心理。分析引起腹压增高的因素,宣传禁烟、保持大便通畅的重要性。心理护理对复发疝患者非常重要,能明显减轻患者术中紧张、焦虑的情绪,主动配合医护人员术前准备及术后康复工作,使其树立信心,积极接受治疗。

2.1.2 完善术前准备 做好各项术前检查,吸烟者应于术前两周戒烟,注意保暖,防止感冒,多吃蔬菜等粗纤维食物,防止便秘。积极治疗基础疾病如高血压、糖尿病等,控制在正常水平。术前10 h禁饮食,备皮,尤应注意脐部清洁,标示手术部位。

2.2 术后护理

2.2.1 术后一般护理 全麻,患者取平卧位,头偏向一侧,及时清理分泌物,防止误吸引起呛咳。遵医嘱吸氧,监测血压、血氧饱和度,患侧腹股沟区压沙袋,以有效减轻手术部位出血、积液。膝下垫软枕,以减轻腹部不适感。术后6 h,患者可取半坐卧位,次日即可下床活动。术日禁食,第2天先进半流质饮食,排气后逐渐过渡至普食,需注意多吃易消化、富含纤维的食物,少吃豆类等产气食物。注意保暖,防止受凉引起咳嗽。

2.2.2 术后并发症的观察与护理

2.2.2.1 出血、积液 TAPP 治疗复发疝,由于原手术导致腹膜前间隙瘢痕化,术中腹膜分离较普通 TAPP 困难,剥离疝囊时损伤精索及提睾肌小血管,更容易造成出血或积液^[1],护理人员应密切观察病情,如发现纱布渗透,应及时清

洁消毒更换敷料,男性患者观察有无阴囊水肿、水肿或积液等情况,根据需要用T字托带托起阴囊,发现情况及时通知医生并进行相应处理。告知患者尽量避免用力大便、打喷嚏等动作;大便困难的患者,可予以通便药物,以免因腹压骤升导致出血或切口裂开。

2.2.2.2 尿潴留 复发疝术后,尿潴留是比较常见的并发症,术后患者因麻醉刺激及手术药物,排尿功能容易受到影响,从而导致尿潴留,尤其合并前列腺增生的患者^[5]。术后出现尿潴留时,首先应向患者解释原因,减轻其紧张、焦虑的心理,同时采用轻揉下腹部、听流水声、温水清洗会阴等方法促进排尿,必要时导尿。

2.2.2.3 神经感觉异常 神经感觉异常与补片的固定有关,重新放置补片容易刺激生殖股神经股支、股外侧皮神经引起神经痛。如术后出现神经感觉异常,首先应进行心理护理,切口愈合后配合热敷、理疗、针灸,注射B族维生素等治疗,一般4~6周即可缓解。

2.2.3 出院指导 为患者讲解防止腹股沟疝再复发的注意事项,如避免腹内压增高;指导患者注意休息,6个月内不宜参加重体力劳动,避免持久站立及负重。多喝水,不吸烟,预防感冒引起咳嗽,多进食粗纤维食物,预防便秘。嘱患者出院后1、3、6个月回院复查,如有需要随时复诊。

TAPP 是治疗复发性腹股沟疝的有效术式,尤其开放疝修补术后复发患者,优势更为明显。复发性腹股沟疝患者病情复杂,多合并基础疾病,手术风险大、难度高,更需要护理人员密切观察、悉心照顾,积极做好护理工作,预防并发症的发生,使患者安全度过围手术期。

参考文献:

- [1] 罗东明,蔡小勇,欧阳思旗. 腹腔镜疝修补术治疗复发性腹股沟疝34例[J]. 广西医学杂志,2010,32(12):1506-1508.
- [2] 黄映光,张剑,李临海,等. 经腹腹膜前腹腔镜腹股沟疝修补术治疗腹股沟复发疝[J]. 中国普通外科杂志,2013,22(3):392-394.
- [3] 刘静,王婷婷,王晓瑛. 后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术围手术期护理体会[J]. 腹腔镜外科杂志,2013,18(7):508-509.
- [4] 朱军丽. TAPP及TEP术式腹腔镜腹股沟疝修补的临床分析及围手术期护理特点[J]. 中国医药指南,2015,13(30):238-239.
- [5] 邹希贞. 老年腹股沟无张力疝修补护理体会[J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2015,9(4):358-359.

(收稿日期:2018-03-12)