

老年患者腹腔镜食道裂孔疝修补术的围手术期护理

陈天使,符敏

(安徽医科大学第一附属医院腔镜外科,安徽合肥,230000)

[摘要] 目的 探讨腹腔镜治疗老年食道裂孔疝修补术患者的围手术期护理。方法 总结 20 例食道裂孔疝行腹腔镜修补术的老年患者护理要点。结果 20 例患者中术后出现吞咽困难症状 3 例,胃肠蠕动弱 5 例,肺部感染 6 例,腹胀呼吸困难 3 例,下肢深静脉血栓 1 例,对症处理后均顺利出院。随访 3 个月临床症状均消失,钡餐造影未见疝复发。结论 术前做好评估和心理护理,认真细致的术后护理以及积极处理并发症,有利于术后恢复,减少术后并发症的发生。

[关键词] 腹腔镜;老年患者;食道裂孔疝;护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)02-0033-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.02.009

Perioperative nursing of elderly patients undergoing esophageal hiatal hernia with laparoscope

Chen Tianshi, Fu Min//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(02):33.

[Abstract] **Objective** To explore the perioperative nursing of elderly patients undergoing esophageal hiatal hernia repair with laparoscope. **Method** Twenty elderly patients undergoing esophageal hiatal hernia repair with laparoscope were managed with holistic nursing and the key nursing points were summarized. **Results** After operations, 3 of them contracted with dysphagia, 5 with weakened gastrointestinal motility, 6 with pulmonary infections, 3 with dyspnea and 1 with thrombus in the deep veins of lower extremities. All the 20 patients got recovered successfully after pertinent treatments. 3 months follow-ups showed the clinical symptoms disappeared and barium meal showed no relapse of hernias. **Conclusion** Strengthened perioperative nursing of operations on esophageal hiatal hernia is beneficial for postoperative recovery and reduction of postoperative complications.

[Key words] laparoscope; elderly patients; esophageal hiatal hernia; nursing

食道裂孔疝是指腹腔内脏器(主要是胃)通过膈食管裂孔进入胸腔所致的疾病,多见于 40 岁以上患者。老龄患者常伴有食管韧带松弛,括约肌功能减弱,胃食管返流症状较重^[1]。传统经腹或经胸开放性手术创伤大,老年患者耐受差,术后并发症多,如肺部感染、胸腔积液、呼吸功能不全、心脏功能不全等。随着微创技术的发展,腹腔镜下食道裂孔疝修补术逐渐普及,其并发症发生率低、恢复快,已成为食管裂孔的首选治疗方案^[2]。2013 年 6 月~2014 年 6 月本院为 20 例老年患者实施经腹腔镜食道裂孔疝修补术,效果满意,现将围手术期护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 6 月~2014 年 6 月在本院行腹腔镜下食道裂孔疝修补术的老年患者 20 例,其中男 12 例,女 8 例,年龄 60~82 岁,平均 (69.2 ± 2.3) 岁,经消化道钡餐显示:食道裂孔增宽 4~8 cm,平均 (5.2 ± 1.4) cm。临床症状:食道返流 18 例,胸骨后疼痛 11 例,反复恶心呕吐吞咽困难 10 例,合并有高血压、糖尿病、冠心病 12 例。排除症状较轻或基础疾病较多不能耐受手术治疗而选择抑酸、促进胃肠蠕动等药物保守治疗的患者。

1.2 手术方法

所有患者均行腹腔镜下食道裂孔疝修补术,5 例仅行裂孔修补术,15 例同时行胃底折叠术,其中 9 例行 Nissen 胃底折叠术,6 例行 Toupet 胃底折

[收稿日期] 2014-12-08

[作者简介] 陈天使(1983-),女,安徽合肥人,护师,本科,主要从事腹腔镜手术护理工作。

叠术。①应用超声刀解剖出腹段食管,显露左右膈肌脚。②以布条包绕腹段食管并向前方提起,在食管后方缝合左右膈肌脚,修复扩大的食管裂孔至正常(食管与最上第一针缝线间应有 1 cm 的间隙,保证食管通畅);对合并巨大食管裂孔疝直接缝合双侧膈肌脚困难者,应用美国巴德公司 CruraSoft “V”型人工补片进行修补。③根据患者情况实施胃底折叠术,包括 Nissen 折叠术(胃底自食管后方向前 360°反折,将胃底-食管-胃底固定 3~4 针,形成食管下端长约 2 cm 抗反流活瓣)、Toupet 折叠术(胃底自食管后方向前反折,将食管左、右侧胃底与食管左、右前侧壁分别缝合 3~4 针,形成 270°胃底包绕)^[3]。

2 结果

所有患者手术顺利,术后未出现出血、肠痿等严重的并发症。患者术后出现吞咽困难 3 例,胃肠蠕动弱 5 例,肺部感染 6 例,深静脉置管感染 3 例,腹胀呼吸困难 3 例,下肢深静脉血栓 1 例,对症处理后均顺利出院。随访 3 个月临床症状均消失,钡餐造影未见疝复发。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 研究表明^[4],负性心理可造成生理、精神、免疫三大系统紊乱。大多数老年食道裂孔患者行内科保守治疗效果差,长期忍受疾病所带来的痛苦,心理耐受差,既希望通过外科治疗彻底治愈,又害怕不能耐受手术,担心术后出现各种并发症,给家庭带来负担。术后一旦恢复不顺利则更加重焦虑心态,甚至不配合治疗,术前常出现焦虑心态,针对老年患者的心理特点进行心理疏导。介绍病情,告知术前后的配合对于保证手术成功至关重要;告知术后可能出现的并发症及相应的防护措施;介绍同类疾病老年患者手术成功病例,增强患者信心。为腹腔镜食道裂孔疝手术患者实施全程心理干预,有针对性地给予心理疏导和支持、认知干预、行为暗示、放松疗法等,如派发临床宣传手册,介绍病情及治疗经过和成功病例,可使患者获得心理上的满足感和生理上的安全感,从而顺利配

合完成手术^[5]。本组 20 例患者 14 例术前明显焦虑、紧张,经积极沟通,均积极配合治疗,平稳度过围手术期。

3.1.2 术前评估 全面评估患者的身体状态,手术耐受程度。本组均为老年患者,基础疾病较多,着重了解患者既往疾病史及目前健康状况,有无高血压、糖尿病、心脏病、肺功能障碍、有无吸烟史等。合并糖尿病患者术晨以口服降糖药适当维持血糖,避免术中低血糖。心肺功能不全患者术前加强心肺功能锻炼,训练咳嗽排痰、戒烟,防止术后排痰困难致肺部感染。

3.2 术后护理

3.2.1 常规护理 ①引流管护理。标示各引流管,保持各管道引流通畅,妥善固定,防止牵拉、挤压、折叠引流管。同时准确记录引流液量及性质,颜色变化,做好引流管护理防止管道感染(特别是深静脉置管及导尿管),遵医嘱及时拔除引流管。

②疼痛护理。老年患者对疼痛耐受能力较差,防止过多使用镇痛药物妨碍肠道蠕动以及对镇痛药物的依赖等,常限制镇痛药物的使用,而本组由患者根据自身疼痛情况来调节镇痛药物泵入,并不刻意限制镇痛药物的使用。后期随访,患者均表示术后疼痛减轻。③饮食护理。饮食指导可预防和适当改善腹胀、胃肠功能恢复缓慢等症状。患者胃肠功能部分恢复后可进行清淡流质饮食,术后 1 周进半流质食物,术后 1 个月进普食。少吃多餐,以低渣、温和易消化饮食为主,避免过甜、过咸、生硬饮食^[6]。

3.2.2 吞咽困难 吞咽困难在食道裂孔疝术后十分常见,主要与胃食管连接部水肿或血肿、长期的胃液返流刺激食道黏膜增生引起食管狭窄有关^[7]。实施胃底折叠术,可降低术后吞咽困难的发生率^[8]。本组 3 例患者术后出现吞咽困难,年龄均 > 75 岁、长期营养不良、低蛋白血症、合并高血压、糖尿病等其他基础疾病,经胃肠减压、禁食及补液营养支持对症治疗,术后随访未见异常。其他 15 例未见吞咽困难症状。

3.2.3 并发症护理

3.2.3.1 感染 老年患者身体抵抗力较弱,术后易出现细菌感染,常见有肺部感染,尿路感染,深静脉置管感染等。术后每日定期监测体温,患者连续

发热及时与医生沟通,排除有无感染的存在。①切口感染。观察各个引流管口、切口有无皮肤红肿,有无炎性渗出,及时发现感染病灶并予以处理。②肺部感染。术后仔细观察患者有无咳嗽,肺部有无湿啰音。对有吸烟史的老年患者,术前做好宣教说明戒烟重要性,指导患者正确的方式咳嗽排痰^[9],以防患者术后因害怕切口疼痛不敢咳嗽,必要时可先予以雾化数日。本组9例患者术前予氨溴索、 α -糜蛋白酶雾化吸入3~5 d并指导正确咳嗽排痰,术后积极帮助患者翻身,拍背排痰。其中6例出现肺部感染,经积极抗感染等治疗均痊愈出院。③尿路感染。12例老年患者合并前列腺增生、术后害怕排便困难不愿意拔除导尿管,极易引起尿路感染。耐心做好患者思想工作,术后第1天可夹闭尿管定时开放,锻炼膀胱功能,每天更换尿袋清洁尿道口,并尽早拔除尿管。④深静脉置管感染。本组3例患者术后颈部深静脉导管感染,其中2例感染金黄色葡萄球菌,1例感染草绿色链球菌,及时拔除深静脉导管并每日消毒穿刺口,更换颈部置管贴膜,操作中严格遵守无菌操作原则,3例患者经抗感染治疗后感染症状均得到控制。

3.2.3.2 胃肠道蠕动功能障碍 功能性胃肠排空障碍是术后出现以胃肠流出道非机械梗阻和胃排空迟缓为主要表现的胃肠动力紊乱综合征^[10]。与术前长期胃肠蠕动功能差、迷走神经损伤、手术刺激、饮食、高血糖、精神因素等有关。特别是老年患者肠道蠕动功能弱甚至长期便秘,术后肠壁水肿肠道功能恢复慢,容易并发肠梗阻,出现功能性胃肠排空障碍,腹内压增加,易继发呼吸功能不全、肺部感染、严重营养障碍等并发症。同时腹腔镜手术中气腹是术后胃肠道功能障碍的一个重要原因。本组5例患者发生PGS术后肠道功能恢复较慢,反复出现腹胀,排便排气少,伴恶心呕吐。经过胃肠减压,促进胃肠道蠕动(蓖麻油、生大黄泡水胃管注入,灌肠),营养支持(补液、氨基酸、脂肪乳、人血白蛋白)治疗,胃肠功能逐渐恢复。

3.2.3.3 下肢深静脉血栓 下肢静脉血栓腹腔镜手术的术后常见并发症。由于患者在手术过程中长时间保持平卧位、气腹致腹腔内压力增高,影响下肢静脉回流、术后活动较少、部分老年患者合并高

血脂、下肢血管硬化均会引起血流缓慢,增加下肢静脉血栓的风险。术前给予抬高下肢30~40 cm,并在小腿处垫海绵避免压迫下肢静脉;术后辅助患者在床上作足背屈曲、下肢按压等,鼓励患者早期下床活动、穿弹力袜,避免深静脉血栓形成。高危患者如高血脂、肥胖、下肢血管狭窄、术后需长期卧床的患者可予术前术后口服阿司匹林预防深静脉血栓形成^[11]。注意保护血管,提高静脉穿刺技能,减少和避免下肢静脉的穿刺,避免在同一静脉进行反复输注对血管有刺激的药物^[12]。本组1例患者下肢深静脉血栓,该例患者合并长期高血压、冠心病、下肢动脉硬化、高脂血症,经抗凝溶栓等治疗下肢肿胀、疼痛等症状逐渐缓解。

4 小结

老年患者食道裂孔疝行腹腔镜修补与传统的手术相比有明显的优势,创伤小、恢复快。术前做好心理护理,术后做好护理和积极应对并发症,可有效缓解患者心理负担,减少术后并发症发生及减轻患者术后痛苦,缩短患者住院时间,促进患者康复。

参考文献:

- [1] 帕丽,王英. 老年食道裂孔疝与幽门螺杆菌感染的相关研究[J]. 实用老年医学,2011,25(5):437-438.
- [2] 蔡秀军,郑雪咏. 腹腔镜食管裂孔疝修补、胃底折叠术的综合评价[J]. 中华外科杂志,2006,44(1):7.
- [3] 克力木,张成,牛伟亚,等. 腹腔镜食管裂孔疝修补术并发症的预防[J]. 中华疝和腹壁外科杂志,2011,5(2):149-152.
- [4] Reich H,Mc Glynn F,De Caprio J,et al.Laparoscopic excision of benign liver lesions[J].Obstet Gynecol,1991,78(11):956-958.
- [5] 刘辉,李韶玲,张丽. 全程心理干预对腹腔镜食道裂孔疝手术患者的影响[J]. 中华疝与腹壁外科杂志,2014,8(5):478-479.
- [6] 王素娟,赵鹏,高晓增,等. 经腹腔镜食管裂孔疝修补术的围手术期护理体会[J]. 护士进修杂志,2012,27(23):2205-2206.
- [7] 马冰,田文,陈凇,等. 腹腔镜下食管裂孔疝修补术[J]. 临床外科杂志,2010,18(3):162-164.
- [8] 张成,克力木. 腹腔镜手术治疗食管裂孔疝现状与争议[J]. 中华疝与腹壁外科杂志,2011,5(2):208-211.
- [9] 郭洪霞,杨多,张静,等. 腹腔镜治疗食道裂孔疝的护