

连续性空肠间置术护理体会

张莹

(浙江省中医院 杭州 310006)

摘要:目的:探讨胃次全切除后残胃-十二指肠-连续性空肠间置术的护理经验。方法:对 35 例胃次全切除后残胃-十二指肠-连续性空肠间置术病人,通过术前术后心理护理、术后当天心电监护、呼吸道护理,尽早帮助病人恢复胃肠道功能。结果:35 例病人胃肠道功能恢复顺利,伤口 I 期愈合。结论:胃次全切除后残胃-十二指肠-连续性空肠间置术提高了病人的生活质量,做好围手术期的护理是保证手术成功的重要条件之一。

关键词:连续性空肠间置术;护理;胃切除

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0073-02

2003 年开始至今,我们病区开展了胃次全切除后残胃-十二指肠-连续性空肠间置术。作为一种全新的手术方式,从一开始我们就积极准备,做好手术前和手术后的护理工作,有效地促进了病人的早日康复,并对反流性食管炎作了较好的护理。现将我们的护理体会汇报如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 手术病人共计 35 人,为本院自 2003 年 8 月~2006 年 8 月的住院病人。其中男性 19 人,女性 16 人;年龄 34~78 岁,平均 58.7 岁。

1.2 手术方法 所有患者在全麻下开腹行远端胃次全切除后残胃-十二指肠-连续性空肠间置术。术中行 D₂-D₃ 淋巴结清扫,残胃小弯侧缝闭。大弯侧胃残端与距屈氏韧带 25cm 空肠行端侧吻合,距该吻合口 30cm 的远端空肠与十二指肠残端行端侧吻合,距屈氏韧带 15cm 的空肠与空肠-十二指肠吻合口远端 10cm 的空肠行侧侧吻合;部分患者从拟作空肠-空肠侧侧吻合处分别切开近、远端空肠插入吻合器,行胃-空肠和十二指肠-空肠端侧吻合,再作空肠-空肠侧侧吻合,在胃空肠吻合口近侧空肠和十二指肠空肠吻合口远侧空肠用粗丝线结扎肠管,术毕^[1]。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 任何手术病人都会有不同程度的心理紧张和焦虑^[2]。我们用通俗易懂的语言向病人讲解手术方式、过程、术后效果,让病人感到放心和安慰,使其解除顾虑,增强战胜疾病的信心,以最佳状态接受手术,并主动配合治疗和护理。

2.1.2 健康教育 预先告知病人手术后的注意事项,并指导病人进行有效地咳嗽、排痰练习及呼吸功能锻炼,术前 1d 指导病人床上排便练习。如果病人有烟酒史,则需要戒烟 2 周及戒酒。

2.1.3 家属护理 手术不单只是病人的手术,也是家属的一次“手术”。以上心理护理和健康教育同样也要作用于家属,因为家属的情绪会感染给病人。同时,部分的护理工作是由家属来完成的,所以家属的心理护理和健康教育同样重要。

2.1.4 胃肠道准备 首先告知患者术前胃肠道准备的必要性。术前 1d 早、中餐进无渣半流质饮食,晚餐为流质,手术前 8h,禁止任何进食,术前晚上、术日早上各清洁灌肠一次。

2.2 术后护理

2.2.1 心理护理 手术结束后,对家属必须及时安慰,其他

护理基本同术前。手术后一般 15min 巡查一次,直到病人完全苏醒。这样对于家属和病人都是一种安慰,并且可以第一时间知道病人的情况。关键是告知病人那些症状是正常的,此外的任何不适都要及时地向我们反映,以便及时和主治医师联系处理。

2.2.2 持续心电监护 由于手术创伤大,麻醉及手术时间较长,严密监测生命体征尤为重要。一般手术后 3d 内我们采取一级护理,严密观察病人的临床表现。对原先有基础疾病者,更应注意观察,及时处理可能引发或加重基础疾病的相关因素,如预防心律失常,及时应用强心利尿剂等,以改善心功能。

2.2.3 呼吸道护理 手术后病人往往呼吸道分泌物多,此时应保持呼吸道通畅。术后第一天开始雾化和肺叩打治疗,鼓励其进行有效咳嗽及深呼吸。本组病人中无 1 例肺部感染等呼吸道并发症的发生。

2.2.4 胃肠道护理 及早告知患者及家属术后早期活动,争取尽早恢复肠蠕动。术后如肠蠕动在 3d 内还未恢复,可服用复方大承气汤^[3]和针刺足三里,以促使肠蠕动尽早恢复。

2.2.5 切口护理 在护理中特别强调无菌操作,防止感染。由于本手术的切口普遍较长,为 15~23cm,平均 17.3cm,所以止痛和防止切口疝尤为重要。所有病人手术后采用曲马多常规止痛,腹带加压包扎,既有利于止痛,又可以协助咳嗽。

2.2.6 引流管和减压管护理 本手术后病人一般都使用胃肠减压管、导尿管、腹腔化疗管和腹腔引流管,我们按照常规进行护理。定时挤压引流管并妥善固定,观察和记录引流液的性质、量,重点观察腹腔引流液的色和量。一般于术后第 2 天拔除导尿管,3~5d 拔除胃肠减压管,随后拔除腹腔引流管。

2.2.7 饮食护理 患者饮食宜少量多餐,减轻反流症状,少食或者不食酸性食物如咖啡、蕃茄等^[4]。保持饮食清淡,食富有营养和易消化的食物,同时餐后不可立即睡下,最好坐或者站立 1h 以后再平躺,以减轻症状,必要时给制酸剂、黏膜保护剂及胃肠动力药。

3 小结

胃次全切除术后,不论行何种吻合方式,对患者和家属的心理压力都是很大的,所以我们在护理病人的时候要有全局观念,心理护理要贯穿始终,同时也要泛及家属。胃次全切除后残胃-十二指肠-连续性空肠间置术是一个具有诸多优点的术式^[5],更加有必要向患者和家属讲明优点,树立其战胜病魔的勇气。术前、术后的护理都必须到位,尤其是术后当天,持续心电监护、呼吸道护理,防止呼吸功能障碍,帮助病

肛肠手术患者的心理行为干预

邵红霞 姜海波 仲蓉
(浙江省杭州市第二人民医院 杭州 310015)

摘要:目的:观察心理行为干预对肛肠手术患者术后疼痛、尿潴留的影响,为临床护理提供参考依据。方法:2 组患者均采取一般健康宣教、对症治疗及护理,干预组在此基础上进一步实施心理行为干预。结果:干预组患者术后疼痛程度低于对照组,术后尿潴留明显少于对照组。结论:实施心理行为干预能有效地缓解心理压力,提高疼痛阈值,降低术后疼痛和尿潴留的发生率。

关键词:肛肠手术;并发症;疼痛;尿潴留;心理行为干预;护理

中图分类号:R 473

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0074-01

疼痛和尿潴留是肛肠手术的常见并发症,手术作为一种应激源,常可导致手术患者不同程度的生理与心理应激反应,出现紧张恐惧的心理,从而影响手术效果和术后康复^[1]。2005 年 8 月~2006 年 3 月,我们结合医学心理学知识对肛肠病手术患者给予心理行为干预,在临床应用中效果显著。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 干预组为随机选择我院 2005 年 8 月~2006 年 3 月肛肠手术患者 60 例,平均年龄 47.8 岁,男 40 例,女 20 例;其中痔 37 例,肛瘘 12 例,肛裂 4 例,肛周脓肿 5 例,直肠脱垂 2 例。对照组为 2004 年 8 月~2005 年 5 月在我院接受肛肠手术患者 60 例,年龄 18~72 岁,平均年龄 47.5 岁,男 38 例,女 22 例;其中痔患者 33 例,肛瘘 13 例,肛裂 5 例,肛周脓肿 6 例,直肠脱垂 3 例。2 组患者年龄、性别、病情、职业等情况比较差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 2 组患者均予以一般健康宣教,常规护理,对症治疗。干预组在此基础上进行入院评估,以了解其心理状况及对疾病的认识和相关知识的掌握情况,然后实施下述心理行为干预。其步骤为:(1)术前护士主动接近患者,了解患者病情及焦虑程度,建立良好的护患关系,利用心理学知识针对不同的患者给予充分的解释、疏导、安慰,以增加对疼痛的耐受性和术后自行排尿的信心;(2)向患者介绍手术麻醉方法、大约时间、疼痛程度、可能出现的不良反应及处理方法、术后进水进食时间、怎样防止术后尿潴留、术后疼痛以及处理方法;(3)指导患者进行床上排尿训练 1~3 次,术前嘱患者尽量排空膀胱;(4)术后 6h 内控制补液量,从而延长膀胱充盈时间;(5)嘱患者术后出现尿意立即排尿,防止膀胱过度充盈,要求术后 6~8h 内完成第 1 次排尿。

1.3 观察指标 (1)根据数字评估方法评定疼痛等级^[2]:0 级为无痛;1~4 级为轻度疼痛,可以忍受;5~6 级为中度疼痛;7~9 级为严重疼痛;10 级为剧烈疼痛。中度以上疼痛难以忍受,需干预,选择合适的镇痛方式。(2)术后排尿情况分 3 级^[3]:正常排尿;轻度尿潴留:术后 8h 以上排出,并出现腹胀难受,排尿困难,仅作一般对症处理即自行排尿;重度尿潴留:膀胱充盈平脐,不能自行排尿,必须通过导尿才能排出。

人尽早恢复胃肠道功能。

参考文献

[1]张勤,叶再元,余建法,等.胃次全切除后残胃 - 十二指肠 - 连续性空肠间置术的临床研究[J].中华医学杂志,2005,85(30):2 117~2 118
[2]付卓华.手术病人的心理护理[J].中华护理月刊,2006,9(3):39~40

2 结果

2 组结果比较见表 1。疼痛程度 χ^2 值 =20, $P<0.01$, 差异有显著性意义,经过临床观察可知,经干预后疼痛发生例数虽无明显减少,但是其发生程度明显降低。术后排尿情况经检验 χ^2 值 =40.68, $P<0.01$, 差异有显著性意义,说明通过心理干预能明显改善患者术后排尿情况。

表 1 2 组患者术后疼痛程度、排尿情况比较 例

组别	n	疼痛程度			排尿情况		
		无痛	轻度	中度	正常排尿	轻度尿潴留	重度尿潴留
干预组	60	0	36	24	26	28	6
对照组	60	0	12	48	14	33	13

3 讨论

术前恐惧和焦虑反应往往能降低病人的痛阈及耐痛阈,结果在手术中和手术后产生一系列的心理、生理反应,从而影响手术预后。而采用一定的心理行为干预方法,包括心理指导和行为训练等,可以调节病人的焦虑情绪,增强心理应对能力,使之尽快地在心理和行为上适应手术,并促进术后躯体和心理的康复^[4]。通过对肛肠手术患者的心理行为干预,使患者术后避免焦急、紧张,保持平稳情绪配合手术,可明显减轻病人的心理负担,稳定情绪,消除紧张,提高疼痛阈值,明显减少肛肠病术后疼痛、尿潴留等并发症的发生。

尿潴留是肛肠手术后最常见的的并发症,其发生率高达 20%~100%,发生原因有麻醉、手术刺激和疼痛。然而排尿反射是一个多因素参与的活动,术后由于过度紧张恐惧、不习惯床上大小便、肛门疼痛等都可以引起膀胱及后尿道痉挛而引起排尿困难^[5]。干预组实施心理行为干预,反复指导患者床上大小便,术后控制补液量,督促及时排尿,明显减少了尿潴留的发生。

参考文献

[1]梁宝勇,刘畅,杜桂芝,等.择期性腹内手术病人的应激反应与心理研究[J].中华国临床心理学杂志,1994,2(2):77
[2]王梨江.癌症疼痛的评估及护理对策[J].中华护理杂志,2000,35(8):489
[3]戚国玉,倪晓风.痔切除术后尿潴留的相关因素分析与护理[J].大肠肛门病外科杂志,2002,8(4):256
[4]姜乾金.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,1999.221~222
[5]胡伯虎.大肠肛门门病治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2001.465~466

(收稿日期:2006-09-21)

[3]庞春宏,罗芹,刘长河.复方大承气汤在腹部术后的应用[J].中国中西医结合外科杂志,2005,11(6):520~521
[4]高丽君,朱音,叶绿芝.空肠间置术预防贲门癌术后返流性食管炎的护理[J].护士进修杂志,2004,19(8):722~723

(收稿日期:2006-09-25)