

宜采取平卧和侧卧交替卧位,身体下面最好垫置透气的棉布、大毛巾。本组病例无皮肤受损情况。

**2.2.5 饮食护理** 鼓励多饮水,增加尿量,起到冲洗尿道的作用。避免碳酸饮料的摄入,防止尿酸盐结晶引起引流管堵塞或感染;避免食用含激素的食物,平时多食用含丰富纤维素的食物,保持大便通畅,以免用力排便加重阴茎龟头疼痛、出血。

### 3 讨论

随着生活水平的提高,导致隐匿阴茎发病率呈上升趋势,小儿阴茎短小畸形正逐渐受到家长的重视,以及人们对隐匿阴茎认识的提高,临床上有手术需求的病例逐年增多,而围术期的护理直接影响手术后的康复过程。术前应根据疾病特点,采取个性化的心理护理和健康教育,消除或减轻家长和患儿的紧张情绪和思想顾虑,以良好的心态配合治疗;术后加强止痛,注意饮食、引流管、伤口及皮肤等的护理,减少了并发症。

### 参考文献

[1] 梁朝朝,王克效,陈家应,等. 合肥地区 5 120 名男性青少年外生殖器疾病的流行病学调查[J]. 中华医学杂志, 1997,77(1):15-17.

[2] Wollin M, Duffy PG, Malong PS, et al. Buried penis. A novel approach[J]. Br J Urol, 1990,65(1):97-100.

[3] 卫长福,朱选文,袁利荣,等. 隐匿阴茎的诊断与外科治疗(附 40 例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2006,20(2):53-54.

[4] 木冬妹. 2 例男性假两性畸形病人围手术期的护理[J]. 护理与康复, 2003,10(5):306.

(收稿日期:2010-06-19)

## 58 例悬吊式腹腔镜下胆囊切除术的围术期护理

易言群,郭洪萍<sup>△</sup>,谷钿山(四川省泸州市人民医院肝胆外科 646000)

**【摘要】 目的** 探讨悬吊式腹腔镜下胆囊切除术的术前、术后护理方法。**方法** 对 58 例悬吊式腹腔镜下胆囊切除术患者的心理护理、术前指导、术后并发症和术后常规护理进行分析总结。**结果** 58 例患者在相应的术前与术后护理配合下,术后恢复快且无膈下疼痛、肩背疼痛等并发症,术后 4~5 d 均痊愈出院。**结论** 悬吊式腹腔镜手术前、术后采取相应的护理措施能提高手术的成功率,减少并发症的发生,是确保患者手术顺利进行及术后早日康复的关键。

**【关键词】** 胆囊切除术; 悬吊式腹腔镜; 护理

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.060

中图分类号:R473.6;R657.4

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)16-1760-02

21 世纪的医学是微创医学的时代。随着微创理念和微创技术的发展,腹腔镜手术已广泛应用于外科临床。由于 CO<sub>2</sub> 气腹的使用存在一些并发症,如高碳酸血症、皮下气肿等,尤其合并心肺功能不全不能耐受手术的患者,其应用受到一定限制,因此非气腹腹腔镜技术应运而生。与气腹腹腔镜手术相比,因为没有持续的 CO<sub>2</sub> 压力对机体的影响,更显示了其微创性,尤其是操作简单、出血量少、术后患者的恢复与气腹法腹腔镜手术相当,又避免了气腹对机体的影响<sup>[1]</sup>。与气腹法腹腔镜手术相比,该法有切口疝发生的可能,是其不足之处。但通过一系列的护理对策,能给予相应的预防。本院于 2007 年 11 月至 2009 年 10 月进行悬吊式腹腔镜下胆囊切除术 58 例,效果较好。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 58 例,男 23 例,女 35 例,年龄 25~61 岁,平均 44 岁。胆囊结石 39 例,胆囊息肉 11 例,胆囊炎 8 例。经 B 超检查均确诊为胆囊结石或胆囊炎。合并有高血压 12 例,肺气肿 7 例,冠心病 2 例,糖尿病 4 例。

**1.2 方法** 全部患者在全麻气管插管下行免注气腹壁悬吊腹腔镜手术。

### 2 结果

58 例患者均手术成功,无中转开腹。术后患者血中氧气

和 CO<sub>2</sub> 浓度均正常,术后第 1 日均能下地活动。21 例合并不同程度心肺功能不良者均安全耐受手术。7 例术后出现穿刺孔渗血,给予 1 kg 沙袋压迫止血,5 d 后穿刺孔愈合;余 51 例术后住院 4~5 d,恢复顺利,无膈下疼痛、肩背疼痛、皮下气肿及心肺功能不良加重等并发症发生,均痊愈出院。术后随访 3 个月,无 1 例发生并发症,恢复良好。

### 3 护 理

#### 3.1 术前护理

**3.1.1 心理护理** 患者及其家属可能对此新术式不甚了解,心存疑虑或恐惧。因此,要向患者讲明此术式的优点和可靠性,介绍麻醉方法、手术过程及大致时间,使其有充分的心理准备。

**3.1.2 术前准备** 完善术前的常规检查以明确诊断并了解患者有无手术禁忌证。同气腹法腹腔镜手术一样,需要在脐部或脐周穿刺,应特别注意脐部清洁,术前 1 d 用松节油棉签去除脐孔内污垢,再用 0.5% 碘伏棉球消毒。术晨再次用 0.5% 碘伏棉球消毒脐部。手法要轻柔,切忌擦破皮肤,防止术后创口感染。如发现脐部感染,应及时报告医生处理,必要时推迟手术。

**3.2 术后观察和护理** 术时均采用全身麻醉,故术后严格按

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail:877438166@qq.com.

照全麻护理常规进行护理:(1)保持呼吸道通畅。让患者去枕平卧,头偏向一侧,术后 6 h 改半卧位,并鼓励患者早期适度活动,以利于减轻术后腹胀等不良反应。(2)吸氧。持续低流量给氧(2 L/min)6 h,维持血氧饱和度 95% 以上;对因气管内插管引起的喉头分泌物增多以及疼痛不适,也应给予正确疏导,雾化。本组患者均在术后 24~48 h 恢复肛门排气,术后引流管通畅。与气腹法相比,悬吊式腹腔镜术后无 CO<sub>2</sub> 造成的膈下疼痛、皮下气肿等并发症,但由于其腹壁受机械悬吊形成的缺陷,容易并发切口疝。故悬吊式腹腔镜下胆囊切除术的患者,术后应采取一系列护理措施,如及时补钾,减轻腹胀,保持大便通畅,预防咳嗽,以避免腹压增加,严防术后切口疝等并发症的发生。悬吊式腹腔镜手术术后不会出现肩背部疼痛。术后咽喉部疼痛与术中插管有关,6 h 后可开始雾化吸入,起到消炎解痉、改善呼吸通气功能的作用<sup>[2]</sup>。

**3.3 生命体征的监护** 术后须严密观察 24 h,包括生命体征及腹部症状和体征。术后监测血压、脉搏、呼吸,每小时 1 次,连续 6 h。如有异常,报告医生查找原因并及时处理,直至各项生命体征平稳。

**3.4 腹壁穿刺孔的观察与护理** 穿刺孔出血多发生于术后 24 h 内,多为穿刺鞘拔出后压迫作用消失而致的穿刺孔渗血和腹壁下血肿。患者术后回病房,要及时观察穿刺孔敷料有无血液外渗,皮肤有无淤血、肿块等。如有渗血、渗液,及时更换敷料并查找原因。本组有 7 例伤口敷料有较多渗血应给予及时更换敷料并给予沙袋压迫止血后渗血停止。

**3.5 并发症的预防与护理** 免气腹法由于手术适应证的扩大,术后并发症的预防与护理与气腹法相比要求更加全面细致。对于合并有心功能不良的患者,注意调整液体量、输液速度,监测患者循环状况,适当应用心血管药物治疗原发病,保持循环稳定。对于术前合并呼吸功能不良的患者,施行雾化吸入、祛痰镇咳等,保持呼吸道通畅,必要时予机械辅助呼吸。术后密切观察患者生命体征及腹部体征变化。密切观察患者有无腹痛、黄疸、腹胀发生,密切观察引流液体的量及性质,以早

期发现可能出现的腹腔内出血、胆漏及腹腔感染等并发症,术后注意及时补钾,减轻腹胀,保持大便通畅,预防咳嗽等<sup>[3]</sup>。

#### 4 讨 论

健康指导是护理的主要内容,需要与患者沟通的是悬吊式腹腔镜手术最大的优点是操作简便,与气腹法腹腔镜比较,可明显缩短手术时间,减少术中出血,并能避免因 CO<sub>2</sub> 注入引起的各种并发症,如呼吸受限、高碳酸血症、气体栓塞、皮下气肿、刺激性腹膜炎等;减少对循环呼吸系统的影 响,增加麻醉安全性;还可减少或避免术后血栓的形成及术后肩背酸痛等的发生。故对部分有心肺功能不良、无法耐受气腹法腹腔镜手术的患者,可采用悬吊式腹腔镜给予手术,增加了手术适应证范围<sup>[4]</sup>。因此,该手术创伤小,痛苦少,康复快,并发症发生率显著降低,提高了患者的生存质量。而脐部清洁是预防切口感染的重要环节,因穿刺套管针需在脐孔部位作穿刺点,所以脐孔的污垢要彻底清洁干净并防止皮肤损伤。术后雾化及避免腹压增加的一系列措施可以防止切口疝的发生。总之,术前充分准备,术后严密观察及采取有效的护理措施,是悬吊式腹腔镜下胆囊切除术的重要保证。

#### 参考文献

- [1] 伍冀湘. 腹壁悬吊腹腔镜胆囊切除术[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(1): 3-4.
- [2] 许守芳. 中药雾化吸入治疗肺癌继发肺炎疗效观察[J]. 护理学杂志, 2004, 19(1): 48-49.
- [3] 龚月香, 杨亚萍, 甘雪英. 84 例悬吊式腹腔镜下子宫肌瘤切除术的护理体会[J]. 实用临床医学, 2006, 7(12): 1722.
- [4] 李银凤, 刘建华, 井坂惠一. 妇科悬吊式腹腔镜手术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 148-154.

(收稿日期: 2010-04-10)

## 男性患者留置气囊导尿管拔管困难的原因及护理管理对策

彭 兵(重庆市第一人民医院医保科 400011)

**【摘要】 目的** 探讨男性患者留置尿管拔管困难的原因及预防的护理管理对策。**方法** 回顾性分析 234 例男性患者气囊尿管留置导尿的临床资料。**结果** 男性患者留置尿管发生拔管困难原因有尿道损伤、尿管牵拉变形、尿管结石、尿管质量及患者因素。**结论** 加强留置尿管护理环节管理可较好地避免或减少留置尿管拔管困难的发生, 减少对患者的损伤, 提高护理质量, 保证患者治疗的顺利进行。

**【关键词】** 气囊导尿管; 拔管困难; 护理; 男性

DIO: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.061

中图分类号: R473.6

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)16-1761-02

男性气囊尿管留置导尿是一项常见的临床基本护理操作技术, 属侵入性操作。留置气囊导尿管因其操作简便, 刺激性小, 内固定方便, 不易脱落, 患者既可自由活动又无胶布外固定的不适等优点, 提高了患者生活质量, 增加了患者的满意度。但在临床工作中, 往往由于护理操作及管理不当而致拔管困

难, 增加了患者痛苦, 严重影响了患者的治疗与康复。现将本科室 2007~2009 年男性患者使用一次性气囊导尿管出现的拔管困难及护理管理预防对策总结如下。

#### 1 临床资料

本组患者共 234 例, 均为男性, 年龄 18~93 岁, 平均 74.5