

腹腔镜与开腹手术治疗消化道穿孔的护理效果研究

田时莉

贵州省兴义市人民医院, 贵州 兴义 562400

摘要:目的 探讨消化道穿孔腹腔镜与开腹手术治疗的护理方法及效果。方法 选择我院收治的消化道穿孔患者 78 例进行研究, 随机数字表法分为两组, 每组 39 例。对照组用开腹手术, 观察组用腹腔镜手术, 均接受围术期护理干预。比较两组术后下床活动时间、胃肠功能恢复时间、住院时间及并发症情况。结果: 观察组术后下床活动时间、胃肠功能恢复时间、住院时间明显短于对照组, 而并发症率明显低于对照组, 两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 消化道穿孔应用腹腔镜手术治疗, 与开腹手术治疗比较, 均做好护理干预, 前者可明显缩短术后恢复时间, 减少并发症发生, 值得应用。

关键词: 消化道穿孔; 腹腔镜; 开腹; 护理干预; 并发症

消化道穿孔是常见疾病, 本病患者发病前常有溃疡病史, 当溃疡侵犯浆膜层, 便导致穿孔发生。本病常有上腹部持续刀割样或烧灼样剧痛, 触摸有反跳痛, 伴有四肢冰凉、急性痛苦面容等, 穿孔后进展快速, 需及时救治。传统开腹手术治疗历史悠久, 但其创伤较大, 不利于患者恢复^[1]。腹腔镜手术不断发展, 有着微创、疗效好、并发症少等优势, 受到了医患认可。为了进一步探究腹腔镜与开腹手术治疗消化道穿孔的护理方法及效果, 我院就收治的 78 例患者实施了研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院收治的消化道穿孔患者 78 例进行研究, 随机数字表法分为两组, 每组 39 例, 入组时间 2018 年 1 月~2020 年 6 月。纳入对象有完整临床资料, 确诊满足消化道穿孔诊断标准^[2], 自愿配合研究, 同时排除依从性差, 妊娠期或哺乳期, 严重心肝肾病变, 精神疾病等患者。对照组: 男 10 例、女 29 例; 年龄 25~60 岁, 均值 (40.5±2.6) 岁。观察组: 男 8 例、女 31 例; 年龄 27~60 岁, 均值 (40.9±2.3) 岁。两组患者性别、年龄对比无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

本组选择开腹手术治疗, 取仰卧位, 硬膜外麻醉或全麻, 建立静脉通路, 从腹部正中作切口, 找出穿孔位置, 夹取溃疡边缘少许组织进行活检, 顺着纵轴用可吸收缝线缝合, 再用大网膜覆盖穿孔位置, 术后冲洗腹腔, 留置引流管。

1.2.2 观察组

本组选择腹腔镜手术治疗, 气管插管复合静脉麻醉, 从脐下取 10mm 切口, 建立二氧化碳气腹, 控制腹压 11~13mmHg, 置入腹腔镜; 于左右锁骨中线肋缘下 3cm 各放两枚 Trocar, 作为主副操作孔。协助患者取头高脚低位, 身体左倾 20~30 度, 借助腹腔镜探查腹腔内病灶情况, 取出组织后活检, 避免漏诊, 从纵轴缝合 2~3 针, 穿孔边缘 1cm 全层缝合, 穿孔处用大网膜覆盖, 并固定缝线。腹腔镜直视下吸净腹腔食物残渣与渗液, 并放置引流管。

1.2.3 护理方法

(1) 术前准备: 协助患者完善相关检查, 了解检查结果, 掌握有无禁忌症。(2) 心理疏导: 主动和患者沟通交流, 及时发现患者的负面情绪, 提高他们战胜疾病的信心, 更好地配合完成手术治疗与护理干预。(3) 生命体征监测: 术后严密监测患者的生命体征, 包括血压、心率、呼吸等, 发现任何异常则及时处理。术后观察有无气急、呼吸困难、发绀等症状, 因腹腔镜应用 CO₂ 气腹高压, 可能导致血管扩张, 加上 CO₂ 气体弥散快, 吸收快, 容易诱发酸中毒或高碳酸血症。

(4) 疼痛干预: 术后疼痛是手术后无法避免的问题, 术后 24h 内最为剧烈, 2~3d 可逐渐缓解。术后观察疼痛情况, 分析程度、性质、原因, 有异常及时通知医师, 并遵医嘱予以药物止痛。(5) 饮食干预: 消化道穿孔患者术后为了避免吻合口瘘, 会推迟进食时间, 为此要做好饮食指导, 先从流食

开始, 逐渐过渡到半流食、软食、普食, 少食多餐, 以高营养、高维生素, 以及易于消化的食物为主, 同时禁忌生冷、辛辣、刺激性食物。(6) 并发症干预: 术后密切观察切口敷料、切口出血、感染等情况, 保持引流管畅通。了解引流液颜色、性质、量, 有任何异常及时处理。术后感染、出血是常见并发症, 积极预防, 减少并发症发生, 可促进患者更快康复。

1.3 观察指标

比较两组术后下床活动时间、胃肠功能恢复时间、住院时间及并发症情况。

1.4 统计学分析

研究数据包括计数资料 (%表示、 χ^2 检验)、计量资料 ($\bar{x} \pm s$ 表示、 t 检验), 利用 SPSS22.0 分析, $P < 0.05$ 差异显著。

2 结果

2.1 两组术后下床活动时间、胃肠功能恢复时间、住院时间比较

观察组术后下床活动时间、胃肠功能恢复时间、住院时间明显短于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组术后下床活动时间、胃肠功能恢复时间、住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术后下床活动时间 (h)	胃肠功能恢复时间 (h)	住院时间 (d)
观察组 (39)	7.29±2.57	9.88±2.44	2.11±0.23
对照组 (39)	13.10±3.47	15.48±3.75	4.29±0.62
t	8.403	7.817	20.587
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症比较

观察组并发症率明显低于对照组, 两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组并发症对比 [n(%)]

组别	切口感染	切口出血	恶心呕吐	肠梗阻	合计
观察组 (39)	0	1	0	0	1 (2.56)
对照组 (39)	2	2	4	1	9 (23.07)
χ^2					5.621
P					<0.05

3 讨论

消化道穿孔是常见、多发性外科疾病, 在急腹症中本病发病率持续升高, 而且在基层医院中高居各类急腹症之首, 发病率可达到 1/1000^[3]。本病治疗方案以手术为主, 包括开腹手术与腹腔镜手术, 其中传统开腹手术是治疗本病的重要方式, 而腹腔镜技术不断成熟发展, 在消化道穿孔治疗中也广泛开展起来, 在基层医院中也有所涉及。

本次就收治的 78 例消化道穿孔患者分组研究, 对照组用开腹手术治疗, 观察组用腹腔镜手术治疗, 同时均做好围术期护理干预, 结果显示观察组术后下床活动时间、胃肠功能

恢复时间、住院时间明显短于对照组，而并发症率明显低于对照组，两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。腹腔镜手术与开腹手术比较，有着创伤小，愈合快，以及并发症少等优势，同时配合有效的护理干预，可更好地避免并发症发生，从而提高术后恢复效果。腹腔镜手术对诊断不明的腹膜炎患者，因视野广阔、镜头清晰，可探查腹腔脏器情况，从而避免开腹手术带来的创伤^[4]。同时，并非所有消化道穿孔患者均适用于腹腔镜手术，为此术前必须完善相关检查，明确有无腹腔镜手术指征，满足后方可接受腹腔镜手术治疗^[5]。在手术期间，兼顾患者的心理、饮食、并发症、生命体征等方面的护理干预，通过全方位的护理干预，进一步提高临床疗效。

综上所述，消化道穿孔应用腹腔镜手术治疗，腹腔镜后最主要的一个护理要点就是让患者早期下床活动，同时，在

有效的护理干预作用下，可减少并发症发生，加快患者的恢复，同时也提升了护理满意度，值得应用。

参考文献

- [1] 倪明珠, 戴俊. 腹腔镜与开腹手术治疗消化道穿孔的观察与护理[J]. 淮海医药, 2014, 17(4): 400-401.
- [2] 韩蕊艳. 腹腔镜上消化道穿孔修补术后护理体会[J]. 饮食保健, 2016, 3(12): 186.
- [3] 韩蕊艳. 腹腔镜消化道穿孔修补术后护理体会[J]. 饮食保健, 2017, 4(18): 267.
- [4] 康旭萍, 袁俊慧, 刘霞, 等. 腹腔镜上消化道穿孔修补术 58 例护理体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(75): 91-92.
- [5] 莫惠芬, 何志威, 卢效荣. 手术室舒适护理在经脐单孔腹腔镜上消化道溃疡穿孔修补术中应用[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(3): 300-301.