

腹腔镜下低位直肠癌保肛根治术围手术期的护理

张丽君, 韩满玲, 钟黎

作者单位: 535000 广西, 钦州市第一人民医院外科

作者简介: 张丽君(1969-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 外科临床护理。E-mail: zggxqzlj@126.com

[摘要] 目的 探讨腹腔镜低位直肠癌保肛根治术围手术期的护理方法。方法 通过术前做好心理护理、加强营养支持、充分的胃肠道准备, 术后重视管道护理、饮食指导、积极预防并发症等来加强围手术期的护理。结果 本组 52 例患者围手术期心理状况良好, 无严重并发症, 手术成功率 100%, 保肛率 100%。结论 围手术期周到细致的护理是手术成功的重要保证。

[关键词] 腹腔镜; 低位直肠癌; 根治术; 围手术期护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)09-0890-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.09.34

直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤之一, 其治疗的传统手术方法是改道造口, 因不能保肛, 故术后患者的生活质量大大降低。而腹腔镜下低位直肠癌保肛根治术可使保肛率明显提高而局部复发率下降, 使患者的生活质量得到明显改善, 所以, 被越来越多的患者所接受。我院从 2008-04 ~ 2010-10 成功完成腹腔镜下低位直肠癌保肛根治手术共 52 例。现将围手术期的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 52 例, 男 30 例, 女 22 例, 年龄 19 ~ 77 岁。所有患者术前肠镜病理检查均诊断为直肠腺癌, 肿瘤距肛缘 3 ~ 6 cm, 其中低分化腺癌 8 例, 中分化腺癌 15 例, 高分化腺癌 29 例; 按 Ducks 分期属 A 期 17 例, B 期 28 例, C 期 7 例。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理 (1) 心理护理: 由于该术式是新术式, 患者对手术了解甚少, 患者多担心手术的安全性、有效性及费用问题, 因而表现出焦虑、恐惧和不安的心理。①术前应将该术式的基本知识及与其他途径手术的区别、优点及术中、术后的注意事项向患者解释清楚。②关心体贴病人, 及时解答病人提出的问题, 介绍一些施行同类手术成功病例, 以消除其恐慌情绪, 增强治疗信心。(2) 营养支持: 术前应充分摄入高蛋白、高热量、富含维生素、易消化的营养丰富的少渣饮食。贫血和低蛋白血症者, 给予少量多次输血和血清蛋白等; 有脱水及急性肠梗阻者, 应及早纠正水、电解质及酸碱失衡, 以提高其对手术的

耐受性。(3) 胃肠道准备: 术前充分的肠道准备可有效减少或避免术中污染、术后感染, 有利于吻合口愈合, 提高手术的成功率^[1]。术前 3 d 进少渣半流质饮食, 口服灭滴灵、诺氟沙星, 术前 1 d 进流质饮食, 术前 1 d 下午 15:00 给予磷酸钠盐 45 ml 口服, 10 ~ 15 min 后再饮水 1 000 ml, 19:00 同上法再服 1 次磷酸钠盐, 观察排出大便情况, 必要时口服泻药或作清洁灌肠。术前留置胃管、尿管。(4) 皮肤准备: 严格术前皮肤消毒及备皮, 用松节油棉签软化脐孔污垢后用酒精清洁^[2]。女性患者术前 3 d 每晚行阴道冲洗。

1.2.2 术后护理 (1) 常规护理: 患者手术后给予持续心电监护、低流量吸氧、保持呼吸道通畅、观察生命体征、禁食、记录 24 h 出入量。患者生命体征平稳和病情稳定 24 h 后停心电监护及吸氧, 2 ~ 4 d 可下床活动。(2) 管道护理: 妥善固定各管道, 防止滑脱, 定时从引流管的近端向远端挤捏, 保持通畅。观察和记录引流液的量和性状。由于腹腔镜手术对内脏功能影响小, 术后恢复快, 各管道拔除时间均早于开腹手术。术后 1 ~ 2 d, 肠蠕动恢复及肛门排气后可拔除胃管; 术后 3 ~ 4 d 引流量 < 30 ml/d 时, 即可拔除腹腔引流管; 术后 3 ~ 4 d, 引流量 < 30 ml/d, 引流液无粪样, 无吻合口漏者可拔除骶前引流管; 术后 3 d 嘱患者锻炼膀胱排尿功能, 术后常规留置 5 ~ 7 d 后, 如无异常即可拔除尿管。(3) 饮食护理: 术后暂禁食, 术后 1 ~ 2 d 胃肠功能恢复后拔除胃管, 给予进少量全流质饮食。术后 1 周改为少渣半流质

饮食,2周后进普食,注意补充高热量、高蛋白、低脂、维生素丰富的食品,做到定时定量、少量多餐,避免辛辣坚硬刺激性食物,戒烟酒。(4)并发症护理:①术后出血。术后24~48h易发生术后出血,需密切观察有无面色苍白,有无脉速变化及血压下降等,有无切口渗血、渗液,注意观察腹腔引流液和骶前引流液的量和性状。②吻合口瘘。直肠吻合口瘘是直肠癌术后极为严重的并发症^[3]。常于术后第6~10天发生,应注意观察病人术后有无腹痛、腹膜炎、腹腔脓肿等表现,引流液的性状有无异常。术后7~10d内禁止灌肠,以避免刺激手术伤口和影响吻合口愈合。术后7d内避免取端坐位或长时间下蹲位,以免增加腹压和吻合口的张力。③肛门功能锻炼。术后6~7d开始指导患者做缩肛运动,促进肛门收缩功能和排便反射的恢复。餐后30min,无论有无便意都定时排放,促使大脑皮层尽快建立定时排便反射动作。

2 体会

腹腔镜下低位直肠癌保肛根治术能使保肛率明显提高而局部复发率下降,具有创伤小、出血少、术后疼痛轻、胃肠道和肛门括约肌功能恢复快的优点。患者生活质量得到明显改善,围手术期护理重点是做好术前心理护理、营养支持、肠道准备、术后并发症的预防和观察,加强饮食指导、管道护理、肛门功能锻炼等。本组52例由于护理到位,手术成功率为100%,无并发症发生。

参考文献

- 1 曹伟新,李乐之.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:274.
 - 2 李艳,饶芸,刘立业.保留自主神经的腹腔镜直肠癌D₃根治术的护理[J].护士进修杂志,2007,22(11):2054-2055.
 - 3 屠金金,程勇.直肠癌术后吻合口瘘原因分析及防治现状[J].中国普通外科杂志,2010,19(4):424.
- [收稿日期 2011-05-03][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

新进展综述

PPAR- γ 在呼吸系统慢性疾病中的研究进展

吴聪, 卢桦崧(综述)

作者单位: 530021 南宁,广西医科大学第一附属医院呼吸疾病研究所

作者简介: 吴聪(1964-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:呼吸系统疾病诊治。E-mail: wucong140@sina.com

[摘要] 过氧化物酶体增殖物激活受体亚型(PPAR- γ)是调目标基因表达的核内受体转录因子超家族成员,参与调节代谢、细胞的增殖、分化和凋亡,在免疫系统中发挥着重要作用,与多种代谢性疾病和免疫性疾病的发生发展密切相关。近年来,随着对PPAR- γ 研究的逐步深入,发现PPAR- γ 在呼吸系统慢性疾病,如哮喘、慢性阻塞性肺病(COPD)、肺癌和肺纤维化的发病过程中起着重要的作用,PPAR- γ 激动剂的应用有望成为治疗呼吸系统慢性疾病的一个新方法。

[关键词] PPAR- γ ; PPAR- γ 激动剂; 呼吸系统疾病

[中图分类号] R 56 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)09-0891-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.09.35

Study progress on PPAR- γ in chronic respiratory diseases WU Cong, LU Hua-song. Department No. 3 of Institute of Respiratory Disease, the First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, China

[Abstract] Peroxisome proliferator-activated receptor- γ (PPAR- γ), a member of the superfamily of intranuclear receptor transcription factor that regulating the gene expression, involves in the regulation of metabolism, cellular proliferation, differentiation and apoptosis. Its crucial role in immune system determines the close association with the occurring and development of metabolic diseases and immunological diseases. Recently, further studies have demonstrated that PPAR- γ is critical in the pathogenesis of chronic respiratory diseases such as asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lung cancer and pulmonary fibrosis et al. And PPAR- γ agonist might hopefully be a new