

# 代谢综合征肥胖患者腹腔镜下袖状胃切除术后护理体会

王靖兰

华中科技大学同济医学院附属协和医院胃肠外科

【摘要】报告 10 例代谢综合征肥胖患者在腹腔镜下行袖状胃切除术后护理经验总结。提出术前向患者及家属介绍腹腔镜下袖状胃切除术,充分的术前准备,术后严密观察病情、饮食指导、早期活动是其护理要点。

【关键词】肥胖患者;代谢综合征;腹腔镜下袖状胃切除术;护理体会

病态肥胖患者通常是指超过理想体重 45kg 及以上或者体重指数大于或等于 35 且伴有一些肥胖相关疾病,大多数肥胖患者都有代谢综合征,目前尚无药物、饮食及生活方式有效控制病态肥胖,腹腔镜下袖状胃切除术(LSG)是代谢综合征患者首选手术方式。有研究显示,做好 LSG 围手术期护理可以减少患者住院时间,降低并发症发生及达到远期减重效果[1] 2019-1 至 2019-8 本科室胃肠外科对 10 例代谢综合征的肥胖患者进行了腹腔镜下袖状胃切除术,术后顺利恢复出院,现将护理体会报告如下。

## 1、临床资料

1.1 一般资料 本组 10 例代谢综合征的肥胖患者,男 7 例,女 3 例,年龄 15-30 岁,平均 25 岁,身高 1.63-1.87 米,平均省 1.75 米,体重 100-180kg,平均体重 120.5kg,其中高血压的患者 2 例,高血脂的患者 3 例,糖尿病患者 1 例,睡眠呼吸暂停症患者 2 例,以上病例全套内分泌激素水平检测显示非病理性肥胖。

1.2 手术方式 1、全麻后常规消毒铺巾 2、在脐上及左上腹建立气腹,置入腹腔镜镜头 3、分离胃周粘连,超声刀切开胃大弯处网膜组织,充分游离胃大弯,分离胃与脾之间的粘连。4、经口置入支持胃管,用电动切缝器沿胃大弯切除 80%胃组织。5、拔出支持胃管,用可吸收线缝合胃切缘浆膜层包埋切缘。6、充分止血,腹腔内放置防粘连材料,左上腹放置引流管一根。7、清点器械无误后关闭切口。

1.3 结果 手术顺利,患者均在术后 2-3 天肛门排气,2-3 日后下床活动,术后未出现各种并发症,5-7 日后出院。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 针对肥胖患者特殊安排 体重秤足够称重,不可出现爆表的情况,以免加大的患者的自卑感;制作特大号病员服,保证患者住院期间能得到和别的患者一样的待遇;加固病床,术前认真检查床基是否牢固,保证床基稳固,避免给患者造成不必要的伤害。

2.1.2 心理护理 肥胖患者在生活中焦虑、自卑、恐惧,术前应该充分解释手术的方式及风险及术后并发症,缓解患者心理压力,增加其对未来的信心。刘洪丽等<sup>[2]</sup>也指出同伴教育可以有效改善患者的心理状态,通过与患者适当的单独谈话,交流减肥经验,帮助其树立正确的手术减肥认识,同时借鉴胃减容术的成功案例,增加患者战胜肥胖的信心<sup>[3]</sup>。

### 2.2 术后护理

2.1.1 活动 术后早期鼓励患者床上活动,勤翻身、进行足部的踝泵运动;肥胖患者活动比较艰难,术后需要协助翻身,家属或者陪护需要两名以上协助;护士协助翻身至少需要两名甚至以上。患者如需下床,需要 2-3 名及以上家属陪伴,以防跌倒造成不必要的二次损伤。

2.1.2 饮食 术后肛门排气后,可少量饮水,患者未诉腹胀、腹痛、恶心、呕吐等不适症状后 1-2 天即可进食流质饮食即汤、牛奶、米汤;术后第 2-3 天便可改为半流质饮食即稀饭、面条;患者如未感不适,未有腹胀可逐渐过渡至软食、普食,少量多餐,不可暴饮暴食。蒋朱明等<sup>[4]</sup>研究指出:遵循少食多餐、循序渐进的原则,宜食优质蛋白、辅以适量糖类。本组患者在医护人员的指导下均能按时完成,严格控制。

2.1.3 皮肤护理 肥胖患者的颈部、腋窝、腹股沟、腘窝等皮肤

褶皱处容易出汗,潮湿环境容易造成真菌感染,术后患者需要使用气垫床预防压疮,充分清洁皮肤褶皱处,需要将皮肤拉开了后清洗,然后涂抹爽身粉保持干燥;肥胖患者怕热更是容易出汗,所以保持 20-24 室温。有条件者可以住单间,以促进舒适。同时可以避免同房间其他患者及家属的嘲笑,促进患者身心舒适及健康恢复。

2.1.4 体位及气道管理 全麻术后去枕平卧位,术后 6h 予以半卧位,床头摇高 30-60 度。术后肥胖患者易出现舌根后坠影响呼吸,麻醉未清醒者不让人入睡,同时根据血氧饱和度调节氧气流量,必要时面罩给氧或者上口咽通气管。

2.1.5 引流管护理 患者术后常规留置腹腔引流管及尿管各一根,术后告知妥善固定管道的重要性。每天更换引流袋及记录引流液的颜色、性状及量。

2.1.6 术后并发症的护理:术后切口出血及吻合口瘘是此类手术主要的并发症。术后严密观察生命体征的变化及引流管的颜色、性状、量,早期发现,早期处理。本案例组患者术后未出现并发症。

2、出院护理 ①饮食指导:告知病人进食原则,制定食谱,如果进食后出现呕吐、腹胀或腹痛时立即停止进食,并退回到上一阶段,如果症状持续或加重,应立刻就医。②运动管理:术后第 2 个月开始建议分次进行有氧运动,如走路、健美操、游泳、骑自行车等,每周至少 150min。③术后心理调整:寻找医生的帮助,多学习减重手术的相关知识,定时召开减重手术病友会,指导病人,让病人从成功的病友案例上得到鼓励,对减重充满信心。④术后随访与监测:术后 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月各随访 1 次,此后每年 1 次;监测体重、营养状况、精神状况等;通过电话、微信、病友会、健步走活动、义诊活动、门诊进行随访。专业化、规范化的团队重视减重手术后的饮食指导和随访,对减重手术后的营养问题、减少并发症、提高病人生活质量起到关键性的作用。

3、护理体会 肥胖其实不是一种病,但是当肥胖成了一种病态或者因为肥胖引发各种病态,此时不得不重视肥胖了;减重手术可以让患者这种病态得到缓解,但是任何手术都存在其风险,减重手术的患者大部分为青少年,一般身体状况良好,术前的饮食宣教及手术方式及风险介绍、心理指导等至关重要,术前准备的充分及术后并发症的观察及预防对于减少并发症及改善患者生活质量尤为重要。所以对于减肥来说,手术是基础,术后的恢复才是关键,因此术后患者必须严格按照医护人员制定的饮食及运动原则来遵循,循序渐进,为最后的减肥成功而努力,并且对自己充满信心。

## 参考文献

- [1] 郑成竹,于丹. 肥胖症及代谢性疾病的外科手术治疗[J]. 实用外科杂志, 2010, 30(3):173 ~ 175.
- [2] 刘洪丽,吴英凤,马洪俊,等. 同伴教育对伴有情绪障碍的 2 型糖尿病患者影响[J]. 海南医学, 2013, 24(12):1726 ~ 1728.
- [3] 罗婷. 腹腔镜袖套式胃减容术的围术期个体化护理[J]. 中国美容医学, 2012, 21(6):1025 ~ 1026.
- [4] 蒋朱明,于康,朱赛楠,等. 我国东、中、西部中小医院住院患者营养不良(不足)、营养风险、超重和肥胖发生率及营养支持应用状况调查[J]. 中国临床营养杂志, 2008, 12(6):338 ~ 340.