

# 双镜联合下直肠癌根治术的手术护理配合

谭凤丽 黄海媚 黄巧萍 黄春媚 李向阳

(广西贵港市人民医院手术室, 贵港市 537100)

**【摘要】 目的** 探讨腹腔镜联合肠镜行直肠癌根治术的手术护理配合技术,以提高手术配合质量。**方法** 对 85 例双镜联合下直肠癌根治术手术护理工作进行经验分析、总结,强调巡回、机械护士的配合和无菌操作,并详细介绍联合肠镜使用要点。**结果** 双镜联合行直肠癌根治术具有定位准确、减少手术创伤、缩短手术时间、加快术后恢复的优点。**结论** 手术护士熟悉双镜联合直肠癌根治术手术配合要点,做好术前和术中准备,术中严格执行无菌技术操作,可保证手术顺利、成功。

**【关键词】** 双镜联合;直肠癌;手术配合;护理

**【中图分类号】** R 473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2016)01-0140-03

DOI:10.11864/j.issn.1673.2016.01.55

直肠癌是消化系统常见的恶性肿瘤,随着科学技术的发展,其治疗技术水平也不断突破。肠镜与腹腔镜联合手术治疗能很好地弥补单纯腹腔镜手术和肠镜手术的局限性,为肠道疾病的微创治疗提供了新的思路和治疗手段,拓展了手术范围,提高手术的安全质量。我院 2014 年 8 月至 2015 年 4 月成功为 85 例患者行双镜联合下直肠癌根治术手术,效果良好,现将手术护理配合介绍如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 85 例患者,男 58 例,女 27 例;年龄 40 ~ 70 岁,平均 62.3 岁。肿瘤下缘距肛缘 4 ~ 11 cm,平均 3.6 cm,肿瘤直径 1.5 ~ 5 cm,平均 3.4 cm,其中 12 例有肠系膜下淋巴结肿大,均诊断为直肠癌。本组均在腹腔镜联合肠镜下定位、游离肠段肿瘤,用闭合器切断肿瘤远端直肠,用吻合器行直肠断端与结肠断端吻合。手术时间为 3 ~ 4 h,术中出血量约 30 ~ 120 mL,术后 24 h 内下床活动,24 ~ 48 h 肛门排气,术后 7 ~ 15 d 出院。术中定位准确、术后无肠穿孔及肿瘤切除不全。

1.2 手术方法 在全麻下实施手术。于脐部皮肤取长约 12 mm 切口,建立气腹,待气腹达 12 mmHg 时,置入 10 mm trocar,探查腹腔;又分别于右侧腋中线脐水平上、下各 4 cm 处置入 5 mm trocar,于左侧腹部置入 5 mm trocar,置入无创抓钳探查腹腔。行肛门肠镜检查,发现肿瘤并在腹腔镜下用钛铗标志定位,行 Dixon 术。用超声刀显露肠系膜下血管根部,清除血管周围脂肪淋巴组

织,在左结肠动脉起始部平面下用血管夹结扎后分离肠系膜下血管。按中间入路法分离直肠。遵循 TME 原则分离直肠,在肠系膜后方进入腹膜后间隙,并向下沿直肠两侧切开后腹膜,注意保护腹下神经,在骶岬上进入骶前间隙,在盆筋膜脏层与壁层筋膜间锐性分离骶前间隙,保护直肠后盆筋膜完整无损。直肠前方沿腹膜返折上切开进入 Denonviller 筋膜。保留左侧结肠血管弓,分别结扎断离乙状结肠各分支血管,在下腹行约 5 cm 切口,用弧形切割闭合器闭合并离断直肠,把直肠、乙状结肠提出腹腔,在乙状结肠段切断并置入吻合器底座。肛门组医师冲洗直肠后放入吻合器钉座,对合后吻合。在右侧麦氏点处切开 2 cm,把回肠末段距回盲部 30 cm 处拉出腹腔,缝合腹壁与肠管,再切开回肠,行回肠造口。清点器械纱布无误,用关腹线缝合腹膜,再用腹腔镜探查腹腔,无活动性出血,封闭盆腔,放置腹腔引流管,拔除套管,缝合穿刺孔和伤口。

## 2 护理配合

### 2.1 术前准备

2.1.1 术前访视 巡回护士术前 1 d 到病房查看病历,了解患者病情及各项检查、化验结果,了解肠道准备情况,以及是否禁食、清洁灌肠及清洁灌肠的方法,如用甘露醇灌肠,术中则不能使用高频电凝,以防气体爆炸。介绍手术新进展、优势、手术成功率,告知手术配合要点,解除患者紧张焦虑情绪。

2.1.2 器械准备 准备开腹直肠切除和腹腔镜手术的基础器械、深部器械、荷包钳、一体化腹腔镜,消毒好的肠镜、电刀、超声刀,一次性穿刺套管,各种型号的闭合器、吻合器、荷包针、结扎锁、钛铗。

作者简介:谭凤丽(1985 ~),女,本科,护师,研究方向:护理。

## 2.2 巡回护士配合

2.2.1 患者准备 为消除患者对环境的不适应及术前紧张、害怕情绪,工作人员态度和蔼,与病人友好沟通交流。环境温度调节至 $22^{\circ}\text{C} \sim 26^{\circ}\text{C}$ ,湿度 $40\% \sim 60\%$ 。在其上肢建立静脉通道,并约束置于床的两侧。必要时配合麻醉医生行深静脉穿刺。麻醉后插尿管、胃管。使用暖风机保暖。配合医生连接各导线,并调节好参数,检查运行情况。

2.2.2 手术体位 截石位,臀部垫高,大腿弯曲以 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 为宜,双腿分开角度 $100^{\circ} \sim 110^{\circ}$ ,右侧脚架与床在同一水平,不宜过高,过高会影响术者在较低位置器械的操作<sup>[1]</sup>。腘窝处垫一软垫防止皮肤拖、拉、压伤,并用约束带固定。固定不可太紧,以防影响静脉血液回流。为了便于手术操作,将手术床调节成头低脚高位,倾斜度约 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ,肩部垫海绵,以肩托固定以防下滑<sup>[2]</sup>。

2.2.3 手术观察 术中注意观察患者生命体征变化,当 $\text{CO}_2$ 注入腹腔内后有无血压、心率的改变,有无皮下气肿;观察肩托固定、脚架固定情况,防止皮肤压伤;观察静脉输液情况,保持输液通畅,防滑脱及静脉空气栓塞;观察尿量、颜色,保持通畅。观察暖风机使用情况,防止烫伤病人。

2.2.4 仪器使用 术中使用的腹腔镜系统放于病人的左下脚,肠镜系统放于病人左侧,电刀、超声刀放于病人的右侧、主刀侧位置,超声刀用脚踏控制开关,放于主刀医生脚下。各仪器均提前调试好备用。连接一体化腹腔镜时,先将管道捋顺,再插入连接口,防止打折损坏光纤。连接肠镜冷光源时光纤上的白点要对准仪器上的黑点插入、卡紧,消毒好的水杯内装满 $1/2$ 的等渗液,放于仪器左侧的卡口上并连接于光纤的左侧。连接时先插入后右旋半圈再卡入,拆卸时则相反。吸引器连接于光纤的右侧。手术开始后按下采集图像屏幕上的 REC 键,停止采集按 STOP 键,术中抓拍图片按 capture,也可由手术医生脚踏抓拍。

## 2.3 器械护士配合

2.3.1 置入器械 建立气腹后,于脐部下缘插入 $10\text{ mm trocar}$ ,腹腔镜探查腹腔。又分别于右侧腋中线脐水平上、下各 $4\text{ cm}$ 处置入 $5\text{ mm trocar}$ ,于左侧腹部置入 $5\text{ mm trocar}$ 。递角针7号线缝扎固定各trocar,减少术中操作反复脱出或置入过深,影响手术效率。递超声刀、无创抓钳给术者,分别置入腹腔。超声刀安装后要先行调试,确保能正常使用。所要使用的超声刀、无创抓钳、分离钳、吸引器、镜身都要涂抹石蜡油,减少其与trocar之间的摩擦。镜头模糊要及时协助医生用碘伏纱

布擦净或用热水浸泡。

2.3.2 肛门肠镜探查 手术医生正确连接肠镜与吸引器。需另外连接一套吸引器与台上区别开。肠镜表面充分涂抹石蜡油以润滑,通过肛门进入肠管进行探查。上下配合,发现肿瘤后,在腹腔镜下通过“顶”、“拉”等动作确定肿瘤位置并用钛夹标志定位。定位结束,医生需更换无菌手术衣及无菌手套方可转移继续行腹腔镜下肿瘤切除术。病人双侧大腿加铺上中单,以保持无菌状态。肠镜与腹腔镜操作器械始终保持隔离状态。手术结束用湿盐水中擦拭肠镜前端软管,防止腐蚀,送供应室入 $2\%$ 戊二醛液中浸泡消毒。

2.3.3 游离肠系膜 分别递上无创抓钳、超声刀、分离钳等给术者,向上游离、清除血管周围脂肪、淋巴组织,游离出肠系膜下动静脉,分别上钛夹或结扎锁结扎,用超声刀在钛夹或结扎锁之间切断,向下游离直肠前后壁及直肠两侧壁,游离至肿瘤下方 $5\text{ mm}$ ,游离直肠系膜至盆底<sup>[3]</sup>。手术过程中如有少量渗血,可经穿刺口置入小纱块,以保持术野清晰,切忌在术野不清的情况下贸然动刀,以防引起更多的渗血,甚至是周围脏器的损伤<sup>[4]</sup>。为防止小纱布碎屑遗留腹腔,我们将小纱布打开,扯掉周边的碎屑,长条状递给医生,用腔镜抓钳夹住从穿刺套管置入。

2.3.4 肠段切除 在下腹行约 $5\text{ cm}$ 切口,必要时助手再用肠镜从肛门置入肠管,明确切除范围。提出肠段,将肿瘤与近端需切除的肠管拉出体外后置于无菌袋内并将袋口扎紧,避免肿瘤拖出时接触切口而种植<sup>[5]</sup>。递给术者一根鞋带,将距离肿瘤近端约 $10\text{ cm}$ 处的肠管结扎。用弧形切割闭合器在距离肿瘤上 $10 \sim 15\text{ cm}$ 、下约 $3\text{ cm}$ 处,闭合并离断直肠。

2.3.5 肠吻合 把直肠、乙状结肠提出腹腔,在乙状结肠段切断并置入吻合器底座。肛门组医师冲洗直肠后经肛门放入吻合器钉座,对合后吻合。根据情况,需要造口的患者在右侧麦氏点处切开 $2\text{ cm}$ ,把回肠末段距回盲部 $30\text{ cm}$ 处拉出腹腔,缝合腹壁与肠管,再切开回肠,行回肠造口。冲洗腹腔,清点器械纱布无误,用关腹线缝合腹膜,重建气腹,再用腹腔镜探查腹腔,无活动性出血,封闭盆腔,放置腹腔引流管,拔除套管,缝合穿刺孔和伤口。

## 3 体会

腹腔镜联合肠镜直肠癌根治术是科技进步的结果,手术护士要与时俱进,不断提高自己,熟悉双镜联合直肠癌根治术手术配合要点,掌握配合技巧,才能跟上时代的步伐,更好地配合医生手术。

(下转第146页)

由对比结果显示, 观察组患者疼痛时间为  $(4.52 \pm 1.26)$  d, 对照组为  $(6.71 \pm 1.48)$  d, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者术后 SAS 评分为  $(35.68 \pm 12.37)$  分, 对照组患者术后 SAS 评分为  $(46.88 \pm 10.48)$  分, 观察组明显优于对照组,  $P < 0.05$ , 具有统计学意义。结果显示, 观察组患者术后 VAS 评分优良率 (84.0%) 明显优于对照组患者 (40.0%),  $P < 0.05$ , 具有统计学意义, 观察组并发症发生率为 4.0%, 对照组为 16.0%, 两组并发症比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。对胆囊结石患者术后实施循证护理有助于改善病患焦虑情绪, 而且也有助于降低临床并发症发生率。然而, 本研究结果与结论还会受到入组样本容量与患者观察时间等因素的影响, 所以存在很大不准确性与片面性。因此, 该研究有一定不足与缺陷, 还需要在未来研究中深入探讨。

综上所述, 循证护理干预对胆囊结石患者有很好的护理效果, 能够有效降低患者手术后的疼痛程度, 缩短疼痛时间, 减少患者治疗时间, 提高患者身体素质和生

活质量, 值得临床推广。

### 参 考 文 献

[1] 黄 蓓. 胆囊结石腹腔镜术后疼痛护理中循证护理应用 [J]. 当代医学, 2011, 17(16): 24 - 25.

[2] 罗华敏. 循证护理对胆囊结石腹腔镜术后疼痛病人的影响 [J]. 护理实践与研究, 2012, 9(19): 48 - 49.

[3] 王 君. 循证护理在胆囊结石腹腔镜术后疼痛中的应用 [J]. 河南外科学杂志, 2012, 18(5): 119 - 120.

[4] 孙艳春. 探讨循证护理在胆囊结石腹腔镜术后疼痛中的应用效果 [J]. 家庭心理医生, 2015, (2): 455.

[5] 顾莉萍. 循证护理应用于胆囊结石患者腹腔镜治疗术后疼痛的效果观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(19): 2916 - 2917.

[6] 王烁瑶, 赵志文. 探讨循证护理对胆囊结石腹腔镜术后疼痛患者的临床护理效果 [J]. 中西医结合心血管病杂志 (电子版), 2014, 2(7): 163.

(收稿日期: 2015-10-16 修回日期: 2015-12-11)

(上接第 141 页)

双镜联合手术因术中使用仪器较多, 护士要熟悉手术护理常规, 掌握各仪器操作规程及参数调节, 确保准确无误地连接使用, 确保手术安全。术中既要严格执行无菌技术操作, 又要注意无瘤技术操作, 腹腔镜器械与肛门操作器械分开, 器械台相对划分为“有瘤区”和“无瘤区”; 认真清点台上所有的器械敷料, 特别是小物件, 防止遗留在病人体腔。腹腔镜设备昂贵、易碎, 使用时要轻拿轻放, 避免碰撞、落地; 手术过程中, 不要扭曲摄像头连线, 存放摄像头连线要盘成圆圈, 严禁折叠、扭曲。冷光源使用过程中不要经常性开关, 否则影响灯泡寿命, 术中不用时冷光源调到待机状态。肠镜属于消毒状态, 术中要注意无菌操作。肠镜镜头镜面需要小心保护, 不可大力撞击、摩擦, 用擦镜纸清洁。手术结束必须用湿盐水中擦拭镜子前端的软管, 防止腐蚀。此手术病人取截石位、头低脚高位, 手术时间长, 应确保病人双腿处于功能位, 垫防护垫, 以免压迫腓总神经及皮肤损伤,

严密观察生命体征变化, 有异常及时报告医生处理。

### 参 考 文 献

[1] 赵洁红. 腹腔镜下直肠癌根治术的手术配合体会 [J]. 右江医学, 2013, 41(1): 150 - 151.

[2] 孟继红. 腹腔镜下直肠癌根治术的手术配合 [J]. 吉林医学, 2012, 33(32): 7151 - 7152.

[3] 陈永霞. 31 例腹腔镜直肠癌根治术与手术配合 [J]. 铜仁职业技术学院学报 (自然科学版), 2010, 8(5): 25 - 26.

[4] 王宝太, 李宗芳, 王为忠, 等. 腹腔镜结直肠癌的切除技术及临床评价 [J]. 河北医药, 2010, 32(11): 1374 - 1375.

[5] 李 静. 无瘤技术护理配合在腹腔镜辅助直肠癌根治术中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(2): 93 - 94.

(收稿日期: 2015-10-21 修回日期: 2015-12-27)