

完全腹腔镜下胃大部切除术手术配合体会

韦飞景 叶素萍 雷练昌

(广西南宁市邕宁区人民医院手术室,南宁市 530200)

【关键词】 完全腹腔镜;胃大部切除;手术配合

【中图分类号】 R 656.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2013)06-0774-02

腹腔镜胃大部切除术是近年来国内开展的一项新技术,具有手术视野清晰、创伤小^[1]、术后疼痛轻、胃肠功能恢复快、住院时间短、腹壁瘢痕小以及对机体免疫功能影响小、并发症较低等优点,深受广大患者的欢迎。我院2012年8月至2013年8月共完成了6例完全腹腔镜下胃大部切除术,取得良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者6例,男5例,女1例,年龄37~80岁,平均年龄46.5岁。临床症状包括上腹部疼痛不适、恶心、呕吐,常合并上消化道出血。所有患者术前均经胃镜检查及病理活检证实不支持恶性肿瘤,可以排除胃癌,术前诊断为单纯性胃十二指肠溃疡,其中胃溃疡2例,十二指肠球部溃疡4例,经内科治疗病情未好转反而加重,采用手术治疗。6例患者均在完全腹腔镜下完成胃大部切除术。

1.2 手术方法 采用气管插管全身麻醉,于脐下刺入气腹针,置入trocar,探查腹腔,确定溃疡位置,决定手术方式(实施Billroth II)。进腹后显露胃区及横结肠,于无血管区处操作钳稍向上提拉,暴露出网膜前叶,用Ligasure分离切割,分离胃结肠韧带,上至胃短动脉第二分支,下至幽门下部,游离大弯完毕后,再将胃体向上提拉,显露后壁,分离后叶系膜,直至暴露胰头部,并于期间疏松组织稍微分离,注意避开胰十二指肠上动脉。将胃放置原位,并向下稍提拉,显露小弯系膜,用Ligasure再继续分离小弯系膜及肝胃韧带系膜,上至胃左动脉边,下至十二指肠球部上缘,至此将需切除胃组织部位包含十二指肠球部溃疡组织完全游离。于球部溃疡位置远端约1 cm位置用内镜直线切割吻合器切断并闭合十二指肠断端;再将距屈氏韧带30~40 cm位置空肠与胃体前壁用0/3可吸收线间断缝合浆肌层4针,然后用电凝钩分别切开胃前壁及空肠壁约1.5 cm,置入内镜直线切割吻合器并激发,完成胃空肠吻合,吻合口约5 cm宽,再用0/3可吸收线连续关闭胃空肠吻合口前壁,检查吻合口是否通畅,最后于吻合口后外1~2 cm位置将残胃用1把(或者2把)内镜直线切割吻合器离断并关闭残胃,完成远端胃大部切除术(术中用内镜直

线切割吻合器3~4把)。检查各创面无明显渗血,标本装袋后于脐下方穿刺孔扩大绕脐半周切口后取出。为了确定吻合口有无渗漏,可经胃管注入美兰稀释液作检验。用生理盐水冲洗腹腔干净,经左下腹原trocar切口留置引流管,拔除trocar 0/4可吸收线缝合各戳口。

2 手术护理配合

2.1 术前准备

2.1.1 心理护理 绝大多数病人对手术存在恐惧、情绪紧张,而病人的心理状态是决定手术成败的重要因素之一,所以心理护理尤为重要^[2]。为此术前访视患者,向患者介绍有关手术知识、注意事项、麻醉方式,有针对性地讲解腹腔镜下胃大部切除术的优缺点,减轻患者的心理负担,使其以良好的心态配合手术。

2.1.2 仪器设备 包括腹腔镜、电视摄像系统、冷光源、冲洗吸引设备、二氧化碳气腹机、高频电刀、Force Triad电外科能量平台。术前检查各仪器性能,确保系统顺利运行。

2.1.3 腹腔镜专用器械 包括10 mm trocar 2个、5 mm trocar 2个、30°光学视管镜、气腹针、剪刀、分离钳、无损伤抓钳、6 cm内镜直线切割吻合器及一次性钉匣、10 mm Ligasure、多功能持针器、可吸收线、标本袋等。

2.1.4 器械灭菌 可耐受高温灭菌的器械采用高压蒸汽灭菌,不耐高温的器械采用过氧化氢低温等离子灭菌,摄像头、冷光源则用腔镜保护套保护。

2.2 巡回护士配合

2.2.1 麻醉与体位 病人进入手术间后,先行左上肢静脉留置针穿刺,协助麻醉师完成气管插管全身麻醉,麻醉后给予无菌导尿管并留置尿管。病人取仰卧分腿头高脚低位,双腿分开各外展15°,骶尾部、髌部用柔软垫垫好,以保护皮肤减少摩擦,左手补液用托手架固定好,右手放到床边,约束带固定,并于右肋下胃区位置垫约10~15 cm长方形软枕,妥善固定尿管及胃管。

2.2.2 放置和连接仪器设备 主监视器置于靠近患者右肩的位置,另一个副监视器置于靠近患者左侧头部上方。主刀者立于病人两腿之间,第一助手立于左侧,第二助手立于病人右侧。协助手术医师接好摄像头、冷光

源、气腹管、电凝线,并调节好参数。根据手术需要设定控制气腹压力 12~15 mmHg,如气腹压力过低则影响术野,过高则对患者的通气及血流动力学产生一定影响,心肺功能不全的患者易发生高碳酸血症及心律失常^[3]。当术者把镜体放入 10 mm trocar 后,关闭无影灯,调整手术床头高脚低向左倾斜 30°,床头抬高 25°,这样能使整个胃暴露出来,便于操作。与洗手护士清点小纱布、缝针,做好护理记录。

2.2.3 术中密切观察 术中严密观察患者的生命体征,定时查看尿管、胃管通畅情况,发现问题及时处理。胃肠重建时将胃管调至所需位置,重建后再次调整胃管至所需位置并固定,防止拖出、移位。

2.3 洗手护士配合 提前 20 min 洗手上台,检查手术器械,清点小纱布、缝针、器械,协助医生消毒铺布。与巡回护士将各种管道、导线连接在仪器上,并检查调试腹腔镜清晰度。递给术者 11 号尖刀分别打 4 个孔:一个位于脐孔下缘,为光镜观察孔;另外两个分别于左右侧腹各一孔,右侧为主操作口,左侧为辅助操作口;再一个位于脐上约 5 cm 正中,亦为辅助操作口。根据手术需求传递器械,术中一旦出现术野模糊,使用碘伏擦拭腹腔镜镜头,能够使局部形成防雾膜,使手术视野迅速变清晰^[4]。及时清理 Ligasure 刀头,防止刀头结焦痂过多影响切割功能。使用内镜直线切割吻合器时正确安装钉匣,避免因安装错误而浪费钉匣或损坏吻合器。术中传递缝针缝合、小纱布擦拭时要随时提醒术者拿出以免遗漏,关闭腹腔前与巡回护士认真清点纱布、缝针、器械。

3 结果

6 例患者在完全腹腔镜下成功完成手术,无中转开腹,所有病例残端送病理检查,结果为单纯性溃疡,无恶性肿瘤,病人均顺利恢复。手术时间 2.5~3.5 h,术中出血量 150~250 mL。术后患者第 1 次排气时间 3~5 d,下床活动时间 2~4 d,术后效果良好,患者恢复快。术后 1 个月分别对 6 例患者进行随访,无 1 例患者出现并发症。

4 讨论

完全腹腔镜下胃大部切除术是一种较新手术方式,打破了以往辅助腹腔镜下胃大部切除术另开小切口在腹壁外行胃空肠吻合的常规,使用内镜直线切割吻合器完成切割吻合,再辅助内镜下缝合,是对手术医生的挑战,同时也对护理人员提出了更高的要求,娴熟的手术配合是手术顺利进行的重要保障。

由于腹腔镜手术器械较多,洗手护士应熟练掌握各器械的性能、构成、拆卸及正确连接方法,每台手术均检

查腹腔镜器械的完整性及数目^[5]。熟练掌握器械名称、用途,术中传递器械做到快、准、稳,保证手术高质高效完成。除了掌握腹腔镜器械外,手术护士还应掌握切割吻合器及一次性钉匣的型号、安装、用途等,以保证手术顺利进行。应用一次性内镜直线切割吻合器时,因价格昂贵,所以应认真阅读其说明,掌握其原理、使用方法,选择适宜的切割吻合器及符合型号的缝钉钉匣。因手术中需要多次使用切割吻合器,护士要掌握卸载已使用过的钉匣,更换新的钉匣,器械内的保险装置不要试图强行按下,以免导致器械损坏。内镜直线切割闭合器的使用可使手术过程更简易、安全、出血少、不易污染、病人术后恢复快。

由于腹腔镜有一定的放大效应,结合 Ligasure 与 Force Triad 电外科能量平台使用可以提升止血效果及降低周围组织损伤,完全实现血管根部结扎,替代传统手术中对动、静脉血管的结扎、缝扎,简化并缩短手术时间,减少术中出血,是简单、安全、有效的腹腔镜技术。

通过对 6 例患者手术的观察,我们体会到腹腔镜手术比传统开腹手术有一定的优越性,腹腔镜手术切口小、创伤轻微,因此对腹腔内脏干扰少,术后疼痛轻。腹腔镜不用开腹,腹腔脏器不暴露于空气中,无人套、纱布刺激,对胃肠干扰少,术后胃肠功能恢复快。本组 6 例患者术后随访无 1 例发生粘连性肠梗阻。腹腔镜避免了大切口缝合,术后发生切口感染几率为零,无切口裂开及粘连性肠梗阻的发生,这些优势促进了腹腔镜胃大部切除术的开展。其不足之处在于腹腔镜下没有手的触感,分离相对困难,手术时间长,使用材料较多而且价格较贵,因此术前要与患者及家属进行良好沟通。尽管完全腹腔镜下胃大部切除术手术难度大,相对传统开腹及腹腔镜辅助手术有许多特殊性,但是只要手术医生具有熟练的腹腔镜操作技能,手术室护士具有高度的责任心和娴熟的腹腔镜手术配合技能,就能提高手术质量,保证手术的顺利完成。

参 考 文 献

- [1] 许敏,邓志红.腹腔镜辅助远端胃癌根治术的手术配合[J].护士进修杂志,2010,25(20):1920-1923.
- [2] 封丹.手术病人心理护理[J].菏泽医学专科学校报,2003,15(1):39.
- [3] 杨淑玉.腹腔镜手术的护理配合[J].腹腔镜外科杂志,2000,4(5):62.
- [4] 江明性.新编实用药理学[M].第2版.北京:科学出版社,2005:725-726.
- [5] 黄书丽.腹腔镜器械的使用和保养[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(6):518-519.

(收稿日期:2013-09-02 修回日期:2013-10-27)