

经肛门内镜显微手术治疗直肠肿瘤及手术配合体会

付 莉,姚 健[△],余利坚(四川省泸州市人民医院 646000)

【摘要】目的 探讨经肛门内镜显微手术(TEM)治疗及手术室护士的配合。**方法** 对 8 例早期瘤体较小的直肠肿瘤患者经肛门内镜实施局部切除术。**结果** 8 例手术均完整切除肿瘤,手术用时 55~240 min,平均 105 min。术中出血量 5~100 mL,平均 45 mL。患者苏醒良好,无一例因护理操作引起的机体损伤。病理诊断:直肠绒毛腺瘤(恶变 1 例)或绒毛管状腺瘤。**结论** TEM 是治疗早期直肠肿瘤的有效微创手术方式,手术室护士应做到器械准备充分,给予患者精心护理,同时配合医生顺利完成手术。

【关键词】 经肛门内镜显微手术; 手术配合; 直肠肿瘤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)09-1135-02

经肛门内镜显微手术(TEM)是通过特制的肛门内镜系统对直肠肿瘤进行局部切除的一种手术方式。该手术系统是德国的 Buess 教授于 1983 年研发并应用于临床^[1]。TEM 与传统的开腹手术相比,创伤小、出血少、手术时间短、康复快、并发症少。和传统的经肛门手术相比,TEM 的视觉空间更清晰,更易清楚观察肿瘤的性状;操作性更高,能精确地进行切割、止血、缝合;能处理直肠中上段的肿瘤^[2]。本院从 2009 年 1 月开展此项手术至今,共成功完成 8 例,手术过程顺利,效果良好。现将 TEM 治疗及手术配合体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2010 年 5 月本院共施行 TEM 8 例,其中男 6 例,女 2 例。年龄 48~83 岁,平均 65.5 岁。肿瘤距肛缘 4~20 cm,平均 11 cm;肿瘤直径 1~6 cm,平均 3.5 cm;肿瘤占据肠腔 10%~40%,平均 20%。

1.2 手术治疗方法 患者全身麻醉后,根据肿瘤部位选择合适的手术体位,床尾抬高约 15°,经肛门插入直肠镜,连接光源,先用球囊手动充气,通过直肠镜后盖的直视窗肉眼寻找肿瘤位置。找到肿瘤后,利用专用 U 型双球关节活动臂固定直肠镜于手术床上,更换直肠镜后盖带 4 个操作通道的面板,插入立体视镜和摄像镜,连接摄像头,连接充气冲水吸引管道。此时改手动充气为机器充气,充气最大速率为 6 L/min,直肠腔内的压力调节到 11~13 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),以防结肠过度扩张。于瘤体基底部注射 1:200 000 肾上腺素溶液以增大黏膜和肌层间的间隙,利于黏膜下切除且减少出血。用针状电极在要切除的肿瘤边缘做标记,距离肿瘤大约 0.5~1.0 cm(腺瘤 5 mm,腺癌 10 mm),再用高频电刀切开组织,组织抓钳协助将病变提起保持有一定的张力或轻轻牵拉要切除病灶的正常边缘。用高频电刀在要切除的层次里行锐切,如果有出血即用单极电凝止血。肿瘤切除后,用空针抽取稀碘伏经吸引头冲洗创面。然后在腔内进行缝合:从创面(切缘)一端开始,用组织抓钳、持针器进行腔内缝合,为单层连续不锁边缝合,直至创缘闭合。如创面较大或缝合困难,可用 2 根或多根缝线分次缝合。标本切下后,将标本平展并用多枚大头针固定周边于一小块聚乙烯泡沫板上,经 10% 甲醛溶液固定,以便病理医生明确肿瘤切缘和基底部是否阴性。特别是腺瘤恶变的病例,通过这种固定方式,为病理医生确定癌细胞的浸润深度,为进一步的治疗方案提供依据。

2 结果

8 例手术均完整切除肿瘤。手术用时 55~240 min,平均

105 min。术中出血量 5~100 mL,平均 45 mL。术后病理诊断:直肠绒毛腺瘤(恶变 1 例)或绒毛管状腺瘤。术后 2 d 开始进流质饮食,然后逐渐过渡到正常饮食。术后住院时间 1~6 d,平均 3 d。

3 讨论

3.1 术前准备

3.1.1 仪器准备 术前检查各仪器设备,打开电源待仪器自检,设定 CO₂ 充气压力为 11~13 mm Hg,速度为 4~6 L/min。强调事先开机是因为仪器自检需要几分钟的时间,如果自检未完成就连接管道,仪器不能正常工作。

3.1.2 患者准备 做好术前访视,了解患者身体状况有无并发症;了解肿瘤位置并设计好体位;做好心理护理,消除或减轻患者负面心理。术前与手术医生沟通,做好特殊用物的准备。患者接入手术室后配合麻醉医生打好麻醉,根据肿瘤不同的生长部位选择手术体位。原则是使肿瘤位于镜子视野的 6 点钟位,如肿瘤位于直肠后壁则采取截石位,臀下用软枕垫高,双腿尽量抬高,为医生操作留有足够的空间;肿瘤位于前壁则采用俯卧位,需要选择腿部能分开的手术床,双腿分开,曲髋约 45°,床头降低约 15°,形成折刀位;肿瘤位于直肠侧壁时,选择相应的侧卧位,双腿曲髋便于暴露肛门,稍屈膝使双腿处于功能位,既能有效避免体位损伤,又能给医生操作留有足够的空间。手术开始通过立体目镜寻找肿瘤时,需升高床的高度,而镜下操作时又需尽量降低床的高度,且如常规体位不能满足手术需要时,常常需要调整手术床的左右倾斜度,所以摆体位时,更应注意患者的安全,固定牢靠,特别是体质量较重的患者更应注意,防止坠床和体位变换给患者带来损伤。术中随时查看患者体位的安全性和舒适度,注意受压部位皮肤,避免倾斜体位带来的剪切力导致压伤。同时需注意保暖,接受 TEM 的患者大多为老年患者,机体抵抗力较差,常有其他并发症,要注意避免受凉给术后恢复带来困难。

3.2 术中配合 根据医嘱准备好 1:200 000 肾上腺素盐水,用以瘤体基底部注射,以增大黏膜和肌层间的间隙。由于术中常常频繁更换手术器械,术中应根据情况准确及时传递器械,根据手术进程准备好缝针缝线,常用 3-0 或 4-0 薇乔线。传递缝针时,线减短至约 6 cm,固定一颗银夹于线尾端。持针器夹住针的带线部分,缝针长轴与持针器保持一个方向,针尖向后,旋紧固定旋钮以固定持针器不弹开再递给医生。所有器械传递前用液体石蜡润滑器械杆,最大限度地减小器械杆与操作孔之间的摩擦,这是此类精细手术成功的保证。

[△] 通讯作者, E-mail: lzyaojiang@126.com.

由于本组病例是仪器刚开始使用,且医生和护士都处于磨合的磨合期,医生和护士都存在学习曲线问题,故有些病例手术时间较长。相信随着医生和护士熟练程度不断加深后,手术时间应该明显缩短。

3.3 特殊情况应对 术前除了准备 TEM 器械外,还应准备开腹器械及一些特殊用物。本文选的 8 例手术中其中 1 例因肿瘤位置原因致使用 TEM 器械操作有困难,医生根据悬吊式腹腔镜手术的原理,采用去掉操作面板,直视下用普通开腹器械进行缝合。由于肿瘤位于直肠镜深部,无法用手直接打结,所以除了准备较长的止血钳和针持剪刀之外,还需准备深部打结器。TEM 没有专用的打结器,本文借用了悬吊式腹腔镜的打结器,使用起来很方便。另外,操作面板取掉后,没有光线来源。近 20 cm 的直肠镜,加之手术医生头部的遮挡,无影灯或地灯很难照到操作部位。本文使用了一个约 20 cm 长中间有个 90 度弯曲的硬质冷光源头接于冷光源线,助手直接放于直肠镜内照明,完全能满足手术需要。其中一例切穿肠壁,医生及时发现及时修补,避免了气体进入腹腔内。如穿孔较大需要开腹时,要及时配合医生改变术式,准备开腹器械及改变体位。

3.4 器械清洗灭菌 手术器械 TEM 器械精密昂贵,洗手巡回工作需经过专门培训的对器械及手术较为熟悉的护士担任。器械清洗时特别注意操作面板与操作筒接口的凹槽内的密封圈,避免遗失。金属冲洗器需拆开清洗,防止内部盐水腐蚀生锈,清洗时注意里面的 3 根弹簧,避免遗失。视镜使用和清洗后,及时放回专用的不锈钢网状置镜箱内储存及灭菌,避免损坏。合理选择器械的灭菌方式,本文使用的是 storz 的器械,根据厂家提供的使用说明,编号以 8 开头的器械采用高温高压灭菌,其余不耐高温的配件及摄像镜可采用低温灭菌法灭菌。器械定期保养,特别是 U 型臂各关节部分。

TEM 与传统手术相比,创伤小,出血量少,术后恢复快,复

发率低,是相对较新的外科技术^[3]。通过 20 多年的临床运用证明,TEM 已经发展成熟并被大家认可,它治疗广基直肠绒毛状腺瘤和早期直肠癌有较大的优势,将成为治疗广基直肠绒毛状腺瘤和早期直肠癌的“金标准”手术^[4]。

医疗技术的日益更新和以患者为中心的护理模式对手术室护士提出了更高的要求,不再是简单传统的传递器械,更要求手术室护士掌握更多的仪器设备的使用操作,具有先进的外科微创新理念,关注医学前沿技术及对手术患者实行全期护理。首先,术前充分做好患者和仪器及手术器械的准备,合理设计患者体位,充分暴露手术部位,保证患者安全舒适;术中及时准确传递器械,密切观察患者情况,及时添加台上所需特殊器械;术后随访,做好器械设备的清洁保养。努力提高护理质量,更好地为患者服务。

参考文献

- [1] Buess G, Theiss R, Hutterer F, et al. Transanal endoscopic surgery of the rectum-testing a new method in animal experiments[J]. Leber Magen Darm, 1983, 13(2): 73-77.
- [2] Maslekar S, Beral DL, White TJ, et al. Transanal endoscopic microsurgery: where are we now [J]. Dig Surg, 2006, 23(1-2): 12-22.
- [3] 邱辉忠. 经肛门内镜显微手术在直肠肿瘤切除术中的应用[J]. 临床外科杂志, 2008, 16(10): 656-658.
- [4] 余利坚, 姚健, 钟开伦, 等. 经肛门内镜显微手术治疗直肠肿瘤(附 7 例报告)[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(10): 1025-1026.

(收稿日期: 2010-12-30)

腹腔镜甲状腺瘤切除术的护理

霍家贤(重庆市九龙坡区第一人民医院外二科 400050)

【摘要】目的 探讨腹腔镜甲状腺切除术的护理要点,以减少护理并发症。**方法** 通过对 25 例腹腔镜甲状腺切除患者的术前后护理资料进行分析,总结腹腔镜甲状腺切除的护理经验和教训。**结果** 1 例患者出现轻度皮下气肿,未予处理。25 例患者术后均恢复好。**结论** 腹腔镜甲状腺切除术的成功与否不仅依靠高超的手术技术,同时,准确的围手术期护理也至关重要。

【关键词】 腹腔镜; 甲状腺病; 切除术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)09-1136-02

颈部是体现人体美的重要部位,然而传统的甲状腺手术却留有明显的手术瘢痕,严重影响颈部美观,给许多患者造成了极大的心理压力。但随着腹腔镜外科的发展,腹腔镜技术被应用到颈部外科手术中。腹腔镜下甲状腺瘤切除术因美容效果好^[1],术后疼痛轻,恢复快而受到患者的欢迎。本院于 2008 年 5 月至 2010 年 8 月对 25 例患者行腹腔镜甲状腺瘤切除术,术后恢复好,疗效满意,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 25 例,其中男 1 例,女 24 例;年龄 19~61 岁,平均 36.2 岁;其中甲状腺囊肿 8 例,甲状腺腺瘤 15 例,甲状腺囊肿伴囊内出血 1 例,甲状腺癌 1 例。手术在全身麻醉下进行。术后 2~3 d 拔引流管,住院 5~7 d,平均术后住院 5 d。

1.2 护理措施

1.2.1 术前护理

1.2.1.1 心理护理 腹腔镜下甲状腺瘤切除术是本院新开展的手术项目,患者常顾虑手术的安全性存在紧张焦虑心理,护理人员应针对不同情况实施心理安慰^[2]:(1)介绍科室技术实力,手术者对腹腔镜操作的熟练程度,对甲状腺解剖的充分了解以及对手术的严谨作风,以缓解患者的紧张焦虑心理。(2)宣教有关疾病知识,讲解腹腔镜手术方式、优点,配合术前访视护士讲解手术操作的基本方法,缓解患者对手术的顾虑,更好地配合手术。

1.2.1.2 一般护理 (1)术前检查:配合做好术前检查,包括三大常规,心、肺、肝、肾功能的检查,甲状腺彩超,颈部拍 X 线片,甲状腺功能的检查,特别是凝血功能的检查。(2)呼吸道准备:吸烟者劝其戒烟,指导深呼吸,练习有效咳嗽。(3)术前常规准备:术前 1 d 去除手术区的毛发及污垢,备皮范围上至下