

- [32] Song JX, Tu XH, Wang B, et al. "Fast track" rehabilitation after gastric cancer resection: experience with 80 consecutive cases [J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14: 147.
- [33] Diaz KM, Krupka DJ, Chang MJ, et al. Fitbit®: An accurate and reliable device for wireless physical activity tracking [J]. Int J Cardiol, 2015, 185: 138-140.
- [34] Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations [J]. Br J Surg, 2014, 101(10): 1209-1229.

(收稿日期: 2017-11-14)

(英文编辑: 柳悄然)

文章编号: 1009-6612(2018)06-0421-02

DOI: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2018.06.421

· 护 理 ·

经肛全直肠系膜切除术的手术配合体会

1

周家琴, 吴 森

(宜宾市第二人民医院, 四川 宜宾, 644000)

【关键词】 全直肠系膜切除术; 经肛; 腹腔镜检查; 手术配合

中图分类号: R657.1 文献标识码: B

经肛全直肠系膜切除术(transanal total mesorectal excision, TaTME)是利用经肛内镜显微外科手术或经肛微创外科手术平台,采用“由下而上”的操作路径,并遵循腹腔镜全直肠系膜切除原则施行的经肛腔镜直肠切除术。根据有无腹腔镜辅助, TaTME可分为完全TaTME与腹腔镜辅助TaTME,后者又称为杂交TaTME^[1]。TaTME真正实现了经自然腔道内镜外科手术理念下的腹腔镜手术。因腹腔镜全直肠系膜切除术可有效降低复发率,而被公认为直肠癌手术的标准术式。但对于肥胖、骨盆狭窄的男性患者,由于空间狭小,肠系膜肥厚,使得腹腔镜下盆腔操作十分困难,并容易造成环周切缘阳性。TaTME的出现解决了此类患者操作困难的问题,保证了环周切缘的阴性,并实现了超低位保肛^[2]。2017年9月发布直肠癌经肛全直肠系膜切除专家共识及手术操作指南,为此手术的规范开展指明了方向。现总结分析我院开展的腹腔镜辅助TaTME的手术护理配合体会,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2017年1月至2018年1月我院行TaTME的12例患者,其中男7例,女5例,平均(62.4±11.3)岁, BMI平均(23.4±2.1);术前均行纤维结肠镜活检证实为直肠癌,7例患者肿瘤下缘距肛门<4~5 cm;增强CT显示无远处转移,患者均有强烈保肛要求。

1.2 手术方法 手术分经腹、经肛操作组,完成全直肠系膜切除后离断近端乙状结肠,扩肛,经肛拖出直肠癌手术标本,用圆形吻合器完成消化道重建,结束手术。

1.3 结果 12例手术均获成功。手术时间平均(272±15) min,出血量平均(54.1±5.1) ml。术后发生吻合口狭窄1例,无吻合口瘘、围手术期死亡及相关护理并发症发生。

2 护理配合

2.1 术前准备

2.1.1 巡回护士 于术前1 d查阅病历,了解、掌握患者病情及术前准备情况;与术者沟通,确认拟施术式及用物要求等;至病房访视患者,介绍手术室环境、麻醉方式、术前禁饮食的重要性,高血压患者术前降压药应按时服用;善用沟通技巧,建立良好的护患关系。

2.1.2 器械 常规腹部组:分离钳、肠钳、胃钳、剪刀、Hem-o-lok、钛夹钳、持针钳、吸引器、电凝钩、超声刀头及连接线、腹部穿刺器械(气腹针、10 mm Trocar 两套、5 mm Trocar 三套);肛组: SILS Port 通道、扩肛器1套、分离钳、Hem-o-lok、钛夹钳、持针钳、吸引器、电凝钩;普通器械:甲状腺拉钩、内脏钳、消毒钳、血管钳、精细组织剪;特殊耗材: Lone-Star 拉钩、Hem-o-lok 夹、止血材料、吻合器、钉砧等;其他:无菌气腹导管、无菌保护套各2套、缝线(3-0可吸收缝线或可吸收单向倒刺线)、7×17圆针、2-0丝线、多功能引流管、无菌3L袋、颅脑手术薄膜、常规布类、敷料等;另备开放手术器械1套。

2.2 手术配合

2.2.1 巡回护士配合 准备手术间,检查设备、气源、器械完备。严格执行手术室安全核查制度;左上肢选择静脉留置针建静脉通路,使用术前抗生素;协助麻醉(下转第443页)

1 通讯作者: 吴 森, E-mail: 2631349692@qq.com

- [4] 孙加玉,李军,赵磊,等.腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症7例报告[J].中国微创外科杂志,2017,17(5):475-477.
- [5] 唐才喜,陈迅.腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症34例体会[J].肝胆胰外科杂志,2015,27(6):512-514.
- [6] 刘新文.腹腔镜下巨脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门静脉高压30例[J].中国现代普通外科进展,2016,19(4):310-312.
- [7] 何成,刘作金.脾下极入路脾蒂控制法在全腹腔镜脾切除术中的应用[J].局解手术学杂志,2017,26(5):330-333.
- [8] 唐勇,王文静,张宇,等.腹腔镜脾切除加贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症的疗效评价[J].中华普通外科杂志,2016,31(2):93-96.
- [9] 施申超,唐勇,张宇,等.经脾蒂上缘间隙行腹腔镜脾切除术的临床疗效[J].中华消化外科杂志,2017,16(5):508-513.
- [10] 黎东伟,李君久,熊秋华,等.脾蒂优先处理法在腹腔镜门静脉高压症巨脾切除术中的应用[J].中华肝胆外科杂志,2017,23(7):485-487.
- [11] Cai Y, Liu Z, Liu X. Laparoscopic versus open splenectomy for portal hypertension: a systematic review of comparative studies [J]. Surg Innov, 2014, 21(4):442-447.

(收稿日期:2018-01-25)

(英文编辑:陈宁远)

(上接第421页)医生完成全身麻醉;留置尿管。患者取头低30度脚高截石位,双下肢抬高并外展以充分显露肛门。注意约束固定患者及压疮防护。准确连接各设备导线及脚踏开关,设定工作参数;各管道及连线勿扭曲打结受压;建立气腹,压力维持在8~10 mmHg,采用我院自创的气体恒压装置将普通气腹机与SILS Port通道连接充气,达到定速恒压要求;观察仪器运行情况,保证手术顺利进行。行经腹经肛手术的同时,由于手术间同时布置两台腹腔镜、两路气体通道,线路多,注意规范线路布局,防止术中人员走动意外踢动线路。与器械护士清点用物并记录。配合麻醉密切监测患者生命体征、呼气末CO₂、液体进出量、有无皮下气肿征象、肢端温度及末梢循环情况;注意观察手术进展,备用耗材充分,严格查对,随用随拆;术中游离直肠系膜容易损伤输尿管,及时观察尿液的颜色及量。术毕送患者至PACU监测;处理术间设备(清洁、整齐、规范、标准)。术后3d随访,了解手术切口愈合情况及患者满意度。

2.2.2 器械护士的配合 提前30 min洗手上台。因分组手术,整理器械分别记录分区或分器械台、用物;术中注意无菌操作,两组手术器械、纱布、缝针等物品不通用;与巡回护士清点用物,尤其腹腔镜手术器械小配件、纱布、Hem-o-lok、钛夹等;按使用顺序放好,防止器械互相碰撞,保证术中准确、及时传递。常规消毒铺巾、连接摄像头,预留足够的使用长度,妥善固定,将其余导线整理后交巡回护士连接主机。备擦拭镜头的碘伏纱布,调整镜头、对白。递11号刀片于脐孔下(上)缘做小切口,置入气腹针,连接气腹导管注入CO₂建立气腹。根据术中需要及时传递分离钳、剪刀、电凝钩、超声

刀、吸引装置、切割缝合器等器械;直肠后方,直肠、系膜与肛管形成较大角度,游离骶尾骨前方层面的视野及操作均相对困难,宜使用弯头的腹腔镜手术器械;游离系膜血管及分支血管时,注意力应高度集中,准备可吸收钛夹或Hem-o-lok,用以夹闭肠系膜血管;及时清理超声刀刀头、电钩表面的焦痂;出血较多时小纱布备用;必要时备止血纱、针线;确保吸引装置工作良好。标本拖出过程中,为保证直肠系膜的完整性、降低标本术中穿孔的风险,经肛置入保护套隔离标本再拖出;如果肿瘤过大或直肠系膜过于肥厚,经肛拖出困难,可经腹切口取出;查对并固定标本送检。

2.3 术后器械保养 拆卸连接线时尤应注意保护摄像头、光源导线,避免折曲、落地、碰撞;腔镜器械清的洗消毒由消毒供应中心专职人员处理。

TaTME作为一种全新的直肠癌外科治疗思维与术式,尝试在保证肿瘤根治切除的基础上进一步实现微创、美观效果的统一,甚至体现经自然腔道内镜手术的理念^[1],近年越来越地被结直肠外科医生采用,成为目前直肠癌外科治疗的热点之一^[3]。TaTME具有疼痛轻、创伤小、出血少、康复快等优势,更容易被外科医生、患者所接受,是目前低位直肠癌的重要治疗手段。外科手术成功的关键除术者选择适宜的手术方式、具备精湛的腹腔镜技术外,同时也要求良好的手术护理配合。专科组手术护士应积极学习,做好术前准备,保持良好的医护沟通,这是手术配合默契的保证。手术护士遵循预判、仔细、主动的配合原则,做到手术配合的精益求精,并及时总结手术配合经验。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学分会结直肠外科学组,中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组.直肠癌经肛全直肠系膜切除专家共识及手术操作指南[S].中国实用外科杂志,2017,37(9):978-984.
- [2] 蒙珍琪,王延磊,戴勇.经肛门全直肠系膜切除术的发展及现状[J].腹腔镜外科杂志,2017,22(3):230-231.
- [3] 康亮.如何规范开展经肛全直肠系膜切除术[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(8):862-864.