

经肛门内镜显微手术切除直肠肿瘤的围手术期护理

柏艳芳, 李凤姣, 周怡, 吴枚祥

(中山大学肿瘤防治中心, 广东广州, 510060)

[摘要] **目的** 探讨经肛门内镜显微手术(transanal endoscopic microsurgery, TEM)在直肠肿瘤切除术中的围手术期护理要点。**方法** 对135例TEM切除直肠肿瘤手术护理经验进行回顾性分析和总结。**结果** 患者手术顺利,手术效果满意,无复发病例,4例出现术后伤口感染,其中3例处理后好转,1例患者术后病理结果显示低分化腺癌,择期另行手术。**结论** 充分的术前准备、术中合理科学的体位安置、熟悉手术步骤及配合程序、熟练的仪器操作以及术后并发症护理是手术顺利完成的关键。

[关键词] 经肛门内镜显微手术;直肠肿瘤;围手术期;护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)08-0031-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.08.009

Perioperative nursing of patients undergoing resection of rectal neoplasms with transanal endoscopic microsurgery

Bai Yanfang, Li Fengjiao, Zhou Yi, Wu Meichan//Modern Clinical Nursing, -2014, 13(8):31.

[Abstract] **Objective** To introduce the application and the surgical cooperation of the transanal endoscopic microsurgery in resection of rectal neoplasms and summarize the nursing points. **Method** The clinical histories of 135 patients undergoing resection of rectal neoplasms with transanal endoscopic microsurgery were reviewed and analyzed. **Results** All the surgeries were successful. Four patients developed with wound infections, three of them getting better after treatment and one of them diagnosed with poorly differentiated adenocarcinoma and selected another operation. **Conclusion** Well-prepared pre-operation, skillful operation and instrument procedure and postoperative nursing are critical to the success of operations.

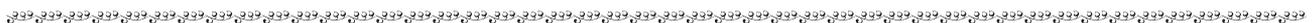
[Key words] transanal endoscopic microsurgery; rectal neoplasms; perioperation; nursing

经肛门内镜显微手术(transanal endoscopic microsurgery, TEM)是由德国学者 Buess 等^[1]于20世纪80年代首次发明并开始应用于临床,相较于传统的直肠肿瘤根治性手术大创伤、性功能障碍、低位肿瘤无法保肛的缺点,TEM具有不损伤括

约肌功能,患者无大便失禁及排便习惯改变,手术创伤小、术中微创操作失血少、术后疼痛轻,并发症少等优点^[2-3],同时又解决了传统局部手术牵引器或直肠镜暴露差的问题,手术视野清楚,是目前国际上较理想的安全、有效的治疗直肠肿瘤的方法^[4]。本院自2009年6月~2014年2月对135例直肠肿瘤患者实施TEM,取得较好的效果,现将护理配合体会报道如下。

[收稿日期] 2014-05-07

[作者简介] 柏艳芳(1981-),女,湖南永州人,主管护师,本科,主要从事手术室护理工作。



VEGF and its receptors Flt-1 and KDR in nasopharyngeal carcinoma [J]. Ai Zheng, 2006, 25: 229-234.

carcinomas and nasopharyngeal epithelium [J]. J Pathol, 2005, 207 (2):216-223.

[7] Li YH, Hu CF, Qiong Shao, et al. Elevated expressions of surviving and VEGF protein are strong independent predictors of survival in advanced nasopharyngeal carcinoma [J]. J Transl Med, 2008, 6(1):1-11.

[9] Wolter P, Stefan C, Decallonne B, et al. The clinical implications of sunitinib -induced hypothyroidism: A prospective evaluation [J]. British Journal of Cancer, 2008, 99: 448 -454 .

[8] Sheu LF, Lee WC, Lee HS, et al. Co-expression of ckit and stem cell factor in primary and metastatic nasopharyngeal

[本文编辑: 刘晓华]

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2009 年 6 月 ~ 2014 年 2 月本科室收治实施 TEM 的患者 135 例,男 76 例,女 59 例;年龄 25 ~ 76 岁,中位数 52.6 岁;肿瘤类型:直肠良性腺瘤 36 例,直肠绒毛状腺瘤 53 例, Tis 或 T₁ 早期直肠癌 22 例,早期直肠类癌 15 例,早期直肠间质瘤 9 例;肿瘤直径:1.5 ~ 3.5 cm,中位数 2.5 cm;肿瘤下缘距肛缘:5 ~ 19 cm,中位数 10.4 cm;肿瘤占据直肠周径:12% ~ 50%,中位数 18.0%。

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准:①直肠黏膜或黏膜下层良性或早期恶性肿瘤者,肿瘤距离肛缘在 4 ~ 15 cm、直径 < 3 cm、未侵犯肌层患者;②肿瘤发生位置距肛缘 < 25 cm、肿瘤直径小于肠周 3/4 的良性肿瘤、原位癌及 T₁ 期早期直肠癌患者。排除标准:① T₁ 期高发复发危险期或更后期(如 T₂ 期或以上)的直肠癌患者;②同时性多原发结直肠肿瘤、肛门括约肌功能不良的患者;③合并严重肺气肿、高血压、冠心病等能耐受麻醉但不能耐受传统的根治性手术患者。

1.3 手术方法

气管插管全身麻醉后根据手术部位采取适当体位,消毒铺巾,选择适当长度的大口径直肠套管经肛门置入,接上观察窗,连接光源,对直肠进行手动充气,观察肿瘤的位置。调整直肠套管,接好镜后橡胶面板,装上双目镜,连接注气、注水装置和显像系统,用 Martin 臂架固定直肠套管。向直肠内注入 CO₂ 气体,保持肠腔内气压控制在约 12 ~ 15 mmHg,先用针形电刀点灼出拟切除的边界线,如为良性病变其切缘可距病灶外约 0.5 cm,如为恶性病变则在 1 cm 以外,如病灶的性质尚不明确则按恶性处理,切口深度依据肿瘤性质及位置深度决定,最后留取基底和边界标本。缺损的直肠创口经甲硝唑冲洗止血后用 2 ~ 0 或 3 ~ 0 可吸收线缝合创面,手术结束。

2 结果

本组患者手术时间 60 ~ 300 min,中位数 165.0 min;术中出血量 50 ~ 150 mL,中位数

100.0 mL。术中均无并发症,术后 3 ~ 4 d 出院。术后第 2 天随访,共随访了 126 例,其余 9 例因随访时间不在而放弃。随访患者中无复发病例,有 4 例出现术后伤口感染,其中 3 例处理后好转,1 例患者术后病理结果显示低分化腺癌,择期另行手术。

3 护理

3.1 术前准备

3.1.1 术前访视 巡回护士术前 1 d 至病房了解患者的现病史、既往史、手术史。根据患者情况给予适当的解释,向患者说明手术的意义及介绍手术大致过程,减轻患者的焦虑,使患者以良好的状态配合手术。

3.1.2 物品准备 除常规手术术前准备外,常规直肠下部切除仪器及敷料,TEM 手术器械,液状石蜡油,光纤线,摄像线,无菌保护套,可吸收缝线 4 ~ 5 条,甲硝唑冲洗水 100 ~ 200 mL。

3.2 术中配合

3.2.1 合理安置体位 TEM 手术体位根据肿瘤的位置选择合适的体位,其原则是保证肿瘤位于直肠镜视野正下方以利于操作,如肿瘤位于膝胸卧位 3、6、9、12 点将分别采用右侧卧位、俯卧位、左侧卧位和膀胱截石位^[5]。摆体位前,使患者臀部超出床沿约 10 cm,医生行肛查以确定肿瘤位置;摆体位后,再次肛查以确认肿瘤在视野正下方。摆体位时严禁拖、拉、推患者,防止管道压迫;注意保持床单干燥、平整,保证肢体各关节处于功能位,固定稳妥,在暴露充分的同时防止损伤肌肉神经及压疮的发生。各种体位摆置注意点:①与常规的侧卧位不同,放置下侧下肢的腿板应调至往腹侧与床长轴成 20 ~ 30°,将另一腿板卸去,上侧下肢用支腿架抬高固定打开臀部使肛门充分暴露。侧卧位是手术体位中发生压疮机率最大的^[6],我们的做法是:在患者下侧肩关节、髋关节处贴上水胶体预防压疮发生,另在患者腋下垫腋垫防止腋神经损伤,眼睛贴眼贴保护;②俯卧位调至头低足低臀部位高,同时确保胸腹部悬空,以保持膈肌呼吸动作不受限制,保护好眼睛和气管导管,防止压迫眼球和气管导管压折致通气障碍,保证垫物不滑动变位;③截石位注意支腿架的高度及角度,两腿张开约 90 ~ 135°,小腿略高于大腿,防止腘窝神经受损。本组患者

中采用右侧卧位 38 例,俯卧位 9 例,左侧卧位 42 例,截石位 46 例,术中未发生神经肌肉损伤、压疮或其他损伤。

3.2.2 设备与耗材管理 TEM 是内镜手术,影像系统和设备的完好及操作是手术得以顺利进行的重要保证。操作中要注意以下几点:①选择 STORZ 的影像系统及 WOLF 的 TEM 主机;② TEM 主机包括冲水系统及注气系统,气腹机与冲水泵之间要联动才能工作,操作顺序应先开机过自检,然后正确连接好各管道,连好冲水泵后关闭小门,再开 TEM 开关;③气腹机的压力调至 12~15 mmHg;④冲洗水选择瓶装注射用水,防止结晶导致生锈或堵塞,针头要插入至水平面以下。

3.2.3 配合要点和注意事项 ① TEM 器械品种及数目多且精细,洗手护士要做到术前熟练掌握,术中管理清晰,术后交接清楚。在管理上做到将器械明细单随器械一同消毒,点数时对照明细单清点,以确保数目准确清晰。洗手护士提前 30 min 洗手整理器械,将细小物件放于专用小框内以防丢失,进入操作孔前所有器械均应涂抹石蜡油。②术后器械及时清洗并保持干燥,尤其是黏膜针需用纯净水冲洗防止杂质堵塞管腔。小配件多,管道多而长,均要注意清洗及保护,防止遗失。③缝线的长度在 15 cm 以内。④器械进出操作孔前涂抹石蜡油,缝针时应先让针持穿过密封帽后再夹持缝针,避免缝针进出密封帽而损伤密封帽以延长其使用寿命。本组黏膜针因用自来水冲洗造成堵塞,但及时发现后再通成功,无其它器械损坏或遗失发生。

3.3 并发症护理

由于 TEM 操作精确,创伤小,对患者的全身影响甚小,因此手术并发症的发生率较低,TEM 并发症发生率为 5%^[7-8],包括①一般并发症:一过性发热、腹泻、尿潴留、短暂性肛门出血(包括直肠创口渗血或扩肛引起的内痔出血)、暂时性排便失禁感,常能自行恢复。②直肠创口裂开,伤口愈合不良,多数可保守治疗可治愈。③严重的肠穿孔、肠痿、直肠阴道痿、直肠膀胱痿等并发症。并发症的发生与严格把握手术适应症及术者的操作技术密切相

关。术中有效止血,严密缝合是关键,可视情况放置碘纺纱。本组 4 例患者发生伤口感染,其中 3 例经清创,创口处放置碘纺纱,应用抗生素 3 d 后治愈,另 1 例患者术后病理结果显示低分化腺癌,需另行手术,术中将原创口处肠管切除,术后应用抗生素 5 d 后治愈;其余患者均无并发症发生。

4 小结

经肛门内镜显微手术在直肠肿瘤切除中的应用具有高效安全、并发症少等优势,值得广泛推广应用,配合医师做好手术期护理对减少并发症,提高患者生存质量和生存水平有重要意义^[9]。通过对 135 例直肠肿瘤患者经 TEM 围手术期护理的总结,笔者认为合理科学的手术体位,充分的物品准备,仪器的完好及熟练操作以及术后并发症的护理是保证手术顺利进行的关键,同时对减少 TEM 术后并发症的发生具有重要意义。

参考文献:

- [1] Buess GF, Raestrup H. Transanal endoscopic microsurgery [J]. Surg Oncol Clin N Am, 2001, 10(3): 709-731.
- [2] 刘宝华. 经肛门内窥镜微创手术在直肠肿瘤切除术中的应用 [J]. 消化外科, 2006, 5(5): 373-376.
- [3] 邱辉忠. 直肠癌经肛门括约肌手术的技巧 [J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2009, 3(2): 475-479.
- [4] 李鹏. 经肛门内镜下手术(TEM)在直肠肿瘤治疗中的应用 [J]. 军医进修学院学报, 2011, 32(2): 109-110.
- [5] 吴森. 经肛门内镜微创手术的手术体位护理 [J]. 护士进修杂志, 2011, 26(16): 1507-1508.
- [6] 杜惠梅, 余林欢. 手术患者术中发生压疮相关因素分析及预防 [J]. 国际医药导报, 2007, 13(12): 87-89.
- [7] Za charakis E, Freilich S, Rekhraj S, et al. Transanal endoscopic microsurgery for rectal tumors: the St. Mary's experience [J]. Am J Surg, 2007, 194(5): 694-698.
- [8] 冯家立, 陈小伍. 经肛门内镜下微创手术治疗中高位直肠恶性肿瘤的临床应用 [J]. 岭南现代临床外科, 2013, 13(4): 326-328.
- [9] 陈莉. 经肛门内镜显微手术切除直肠肿瘤的围手术期护理 [J]. 护理实践与研究, 2010, 7(11): 100.

[本文编辑: 郑志惠 李彩惠]