

胸腹腔镜联合行食管癌根治术的围术期护理

周颜, 刘艳玲, 陈丽结

(中山大学附属肿瘤医院手术室, 广东广州, 510600)

[摘要] 目的 探讨胸腹腔镜联合行食管癌根治术的围术期护理经验。方法 对 18 例食管癌患者, 术前做好患者心理护理、手术间及各种特殊器械的准备工作; 术中根据手术需要变换体位, 密切配合手术医师, 并注意严格无菌操作及无瘤技术操作; 术后做好各种管道护理工作。结果 18 例手术顺利完成。术中出血量约 100~300 mL, 平均 (225.00 ± 24.30) mL; 术后肺部感染 2 例, 颈部吻合口漏 1 例。15 例随访出现声音嘶哑 2 例, 1 例因肝脏广泛转移死亡。结论 胸、腹腔镜联合下食管癌根治术技术上是可行的, 并且是安全的。做好围术期护理对提高手术的成功率具有重要意义。

[关键词] 食管肿瘤; 胸腔镜; 腹腔镜; 围术期; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2013)02-0057-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.02.018

Perioperative care of patients with radical resection of esophageal carcinoma under combination of thoracoscopy and laparoscopy

Zhou Yan, Liu Yanling, Chen Lijie // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(2):57.

[Abstract] **Objective** To summarize the strategies for perioperative nursing of the patients with radical resection of esophageal carcinoma under combination of thoracoscopy and laparoscopy. **Method** Eighteen patients with radical resection of esophageal carcinoma were treated with a combination of thoracoscopy and laparoscopy and their histories were retrospectively reviewed. **Results** Before the operation, nursing care focused on psychological nursing and preparations of operating room and various operating instruments. During the operation, the key nursing points included position care, proper cooperation with doctors, strict aseptic procedures and non-tumor techniques to reduce postoperative infections and dissemination of tumor cells. All the patients lived through the successful operations, their recovery satisfactory. The blood loss ranged from 100 mL to 300 mL, averaged (225.00 ± 24.30) mL. **Conclusions** Radical resection of esophageal carcinoma under the combination of thoracoscopy and laparoscopy is technically feasible and safe. The perioperative nursing care is important for the improvement of operative success.

[Key words] esophageal carcinoma; thoracoscopy; laparoscopy; intraoperative care

随着腔镜技术的进步及手术技巧的完善, 腔镜下手术的广度和深度得到了前所未有的发展。胸、腹腔镜联合食管癌根治术具有出血少、创伤小、疼痛轻, 有效保护胸部生理完整性及术后恢复快等特点^[1]。本院胸外科 2011 年 8~11 月对 18 例食管癌患者行胸、腹腔镜联合食管癌根治术。现将围术期护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 8~11 月本院收治的 18 例食管癌患者, 其中男 13 例, 女 5 例, 年龄 39~75 岁, 平均 (62.5 ± 7.1) 岁。所有患者均经胃镜检查并经病

理证实, 术前常规行胸部增强 CT, 以了解肿瘤大小与外侵程度, 从而判断手术切除的可能性^[2]。

1.2 手术方法

1.2.1 胸腔镜下胸段食管游离及纵隔淋巴结清扫术 选腋前线第 7 肋间为探查孔, 腋前线第 4 肋间、腋后线第 7 或 8 肋间、腋后线与肩胛下岬线之间第 5 肋间为操作孔, 常规消毒铺单, 置套管针, 用超声刀切开纵隔胸膜, 暴露食管, 沿食管从下往上游离至胸顶, 断奇静脉弓。清扫食管胸上、中、下旁、隆突下、左右喉返神经旁淋巴结。

1.2.2 腹腔镜下胃游离术 取脐下方切口, 置入气腹针, 建立人工气腹。在腹腔镜直视下分别于左、右肋弓下锁骨中线和腋前线分别取 4 个操作孔 (“V” 字形分布)。用超声刀游离胃, 夹闭胃左动、静脉, 保留胃网膜右血管。游离食管腹段, 与右胸腔相通。切断部分左侧膈肌脚, 扩大食管裂孔。

[收稿日期] 2012-03-15

[作者简介] 周颜 (1974-), 女, 安徽淮北人, 护理师, 本科, 主要从事临床护理工作。

1.2.3 胃代食道左颈吻合术 经左侧胸锁乳突肌前缘做 5 cm 切口,离断食管颈段,剑突下腹部正中切口约 3~5 cm,将胃及食管从切口拉出,使用切割缝合器离断贲门及胃小弯侧,使胃呈管状,将管状胃牵引至左颈部,行食管、胃吻合术。

2 结果

18 例手术顺利完成。术中无大出血,出血量约 100~300 mL,平均 (225.00 ± 24.30) mL。术后并发症:肺部感染 2 例,加强抗感染后好转;颈部吻合口漏 1 例(术后第 8 d),经营养支持 1 周痊愈。15 例随访 1~11 个月,平均 (7.7 ± 0.8) 个月,2 例声音嘶哑,6 个月后声音明显好转;1 例因术后 10 个月肝脏广泛转移死亡。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 患者准备 手术前 1 d 访视患者,了解病情,各项检查结果及术前准备情况。将手术室的环境、设备、手术时将被安置的体位、大约手术时间告诉患者。针对心理问题做好心理护理和解释工作,消除患者顾虑,树立治疗信心,以最佳的心态接受手术。术前插胃管时,胃管要充分润滑,避免损伤。导尿宜在麻醉诱导期,这样既不易损伤尿道,又不易造成患者术后因尿管刺激而致的烦躁。协助麻醉医师行双腔气管插管,并密切观察患者生命体征的变化。

3.1.2 手术间及用物准备 手术在层流洁净手术间进行,控制参观人员及工作人员的出入。室温保持在 22~25℃,湿度 40%~60%,播放轻音乐,帮助患者放松心情。备好腔镜系统、高频电刀、超声刀、食管手术胸腔镜器械、常规开胸手术器械、胃手术腹腔镜器械等,以及镜下切割缝合器及钉、各型号 Hemolok 夹、钛夹、吻合器等。以上所有仪器设备及器械术前均要检查其性能处于正常工作状态。

3.2 术中配合

3.2.1 巡回护士配合

3.2.1.1 体位管理 该手术时间较长,床单和体位垫的包布均需保持平整、干燥,避免压疮。患者固定稳妥,身体避免接触金属,注意保暖。先行胸腔

镜手术,患者置于左侧 110° 侧俯卧位,利于术中纵隔的暴露,患者背侧靠近手术床缘,以利手术医师的操作,胶垫位置距腋窝 5~10 cm,保持腋下无张力,避免臂丛神经损伤^[3]。患者取平卧位,肩背部垫一软垫,左颈充分暴露,行腹腔镜胃游离及胃代食道左颈吻合术^[4]。患者从左侧卧位改为平卧位时,及时检查原先受压部位皮肤情况。

3.2.1.2 仪器使用 术中使用仪器较多,注意合理放置,整理好各种连接线。主腔镜系统置于患者左侧(腹侧)头端,另一显示屏置于患者右侧(背侧)头端,使手术医师和助手均能获得最佳术野。高频电刀、超声刀主机置于患者左侧。两套吸引装置均置于患者右侧,利于吸痰、吸胃液和手术医师操作。由于颈部切口常与腹部切口同时进行,需用两条电刀笔,故选用有双输出孔的 Force II 高频电刀主机,避免电刀负极板回流电压不确定而导致患者烧伤。电刀负极片贴于患者下肢及臀部等肌肉丰富处,并与身体的纵轴垂直。及时准确调整电切、电凝输出功率,清扫纵隔淋巴结时,调节电切功率为 40 W/s、电凝功率为 60 W/s,颈部使用电切功率调为 30 W/s。同时备好常规开胸和开腹器械。

3.2.1.3 胸腔冲洗及管道引流 胸段食管分离完毕后用 42℃ 无菌注射用水冲洗胸腔,置胸腔引流管,与器械护士共同清点用物后关闭胸部切口,连接胸腔引流瓶,引流瓶位置低于腋后线。通过胃管吸净胃内容物,减少胃腔张力,有利于手术操作。数次调整胃管深度,均操作轻柔,及时妥善固定胃管。

3.2.1.4 终末处理 由于有胸、腹、颈 3 个切口,胸腔、腹腔器械和用物数目核对分别进行记录并签名。

3.2.2 器械护士配合

3.2.2.1 胸腔手术配合 胸腔镜下用带子牵引食管时,器械护士先将带子用水湿润,以免损伤食管。根据奇静脉粗细选用 Hemolok 或腔镜切割缝合器夹闭。另备好血管缝合针线,以备缝扎加固奇静脉断端。胸腔手术完成后,配合医生检查有无气管、支气管或纵隔胸膜损伤,置胸腔引流管手术。

3.2.2.2 颈部—腹腔手术配合 备好切割缝合器,配合医生离断贲门及胃小弯侧,使胃呈管状,将管

状胃牵引至左颈部,行食管胃吻合术。置空肠造瘘管,颈部留置负压瓶引流,依次缝合腹部和颈部切口。

3.2.2.3 术中腹腔镜设备的使用配合 腹腔镜下使用超声刀时,提醒摄像助手注意避让,退出少许镜头防止损坏,并及时清洁电钩头、超声刀头。为保证手术野清晰,将吸引管连接在 Trocar 上,吸引器负压为 10 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。为避免腹腔镜镜头由于温差出现起雾现象,备无菌保温杯,装 70℃ 以上 0.9% 生理盐水,预热镜头,使镜头保持清晰,保温杯内放置 1 块纱布,保护镜头。吻合器、闭合器、切割器等价格昂贵,须在手术医生确认后才能打开,避免重复消毒。

3.2.2.4 术中无菌无瘤技术的配合 胸、腹腔镜器械要分开使用,尤其是食管断端用过的器械应分开放置,食管和胃切端必须用体积百分比为 0.3% 的消毒液消毒,胸腔切口使用保护套,取出食管肿瘤时器械护士备好无菌标本袋,防止肿瘤种植转移和切口感染,腔镜下使用的纱布制作应结实、美观,避免纱布线头脱落于胸腹腔,造成异物遗留。

3.3 术后管理

术后颈、胸、腹均有引流管,还有胃管、空肠造瘘管、尿管等,巡回护士及时做好各种引流管道的标识,并与恢复室护士做好床边交接班。

4 小结

通过对 18 例食管癌患者行胸、腹腔镜联合食管癌根治术围术期的护理,体会到术前做好患者心理护理,手术间及各种特殊器械的准备工作;术中根据手术需要变换体位,熟悉手术相关步骤,密切配合手术医师,并注意严格无菌操作及无瘤技术操作,以降低术后感染及肿瘤细胞扩散;术后做好各种管道护理工作,对提高手术的成功率具有重要意义。总之,胸、腹腔镜联合食管癌根治术是一项很有发展潜力的技术。由于本组病例少,随访工作正在开展之中,远期疗效需要进一步观察去验证。

参考文献:

- [1] Smithers BM, Gotley DC, Martin I, et al. Comparison of the outcomes between open and minimally invasive esophagectomy [J]. Ann Surg, 2007, 245 (2): 232-240.
- [2] 陈保富, 朱成楚, 马德华, 等. 胸、腹腔镜联合手术治疗食管癌 [J]. 中国微创外科杂志, 2009, 15 (8): 707-708.
- [3] 王雅琴, 牟月燕. 腹腔镜治疗胸科疾病的手术配合 [J]. 实用医学杂志, 2007, 23 (3): 432-433.
- [4] Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, et al. Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients [J]. Ann Surg, 2003, 238 (4): 486-495.

[本文编辑: 郑志惠]

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!