

腹腔镜肝左外叶切除术的护理配合

姜波, 陈丹, 贺田田, 徐淑娟

(中国人民解放军总医院麻醉手术中心, 北京, 100853)

[摘要] **目的** 探讨及总结腹腔镜肝左外叶切除术的术前准备及手术配合要点。**方法** 回顾性分析和总结 24 例腹腔镜肝左外叶切除术的术前准备及术中配合要点。**结果** 24 例手术均获得成功, 术中过程顺利, 平均手术时间 (72.0 ± 26.8) min, 无一例中转或被迫终止手术。**结论** 充分的术前准备, 熟练的手术护理配合是腹腔镜肝左外叶切除术顺利完成的保障。

[关键词] 腹腔镜; 肝左外叶切除术; 护理配合

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)09-0022-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.09.007

Nursing cooperation of laparoscopic left lateral segment liver resection

Jiang Bo, Chen Dan, He Tiantian, Xu Shujuan//Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (09):22.

[Abstract] **Objective** To summarize the key points in surgical cooperation of laparoscopic left lateral segment liver resection. **Methods** The clinical data of 24 patients undergoing laparoscopic left lateral segment liver resection from March to September of 2013 were analyzed retrospectively to summarize the key points in surgical cooperation of preoperative preparation and intraoperative coordination. **Result** All the operations were successful with the operation mean time of (72.0 ± 26.8) min, no intraoperative transfer or termination of the operations. **Conclusion** Sufficient preoperative preparation together skilled surgical nursing cooperation in laparoscopic left lateral segment liver resection is critical for the success of operation.

[Key words] laparoscopy; left lateral segment liver resection; nursing cooperation

腹腔镜肝切除手术难度较大, 随着近 20 年来腹腔镜肝切除术技术的不断提高, 经验的积累, 腹腔镜肝切除手术已经在各级医院得到开展^[1-2]。而肝左外叶独特的解剖结构使腹腔镜肝左外叶切除术成为开展较早, 应用较多的腹腔镜肝切除术术式^[3-4], 且相对传统开放术式安全有效, 具有创伤小、出血少、术后恢复快、微创美容效果^[5]。1996 年 Azagra 等^[6]对 1 例腺瘤患者施行了左外叶切除术, 为世界上首例规则性腹腔镜肝切除术。刘荣等^[7-8]提出, 腹腔镜肝左外叶切除有望成为治疗肝左外叶良恶性疾病的“金标准”。随着手术经验不断积累及手术器械的不断改善, 腹腔镜肝脏手术切除范围不断扩大, 做好手术的护理配合对手术顺利进行具有重要的意义。本院于 2013 年 3~9 月对 24 例患者行腹腔镜肝左外叶切除术, 现将手术配合要点报道如下。

[收稿日期] 2014-02-13

[作者简介] 姜波(1980-), 女, 山东烟台人, 护师, 本科, 主要从事外科手术护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 3 月~9 月在本院肿瘤外科行腹腔镜肝左外叶切除术的患者 24 例, 男 10 例, 女 14 例。年龄 24~68 岁, 平均 (41.0 ± 15.7) 岁。合并症: 患者均为肝左外叶单发性病变, 乙型病毒性肝炎 10 例, 丙型病毒性肝炎 4 例, 合并不同程度肝硬化 12 例, 合并胆囊结石或胆囊息肉 4 例。疾病类型: 原发性肝癌 14 例, 转移性肝癌 2 例, 肝血管瘤病 8 例。肿瘤直径: 3.8~10.6 cm, 平均 (4.2 ± 1.6) cm。既往手术史: 胃大部切除 1 例, 阑尾切除术 1 例, 结肠癌术后 2 例。

1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准: 肝功能在 Child 分级为 B 级以上(含 B 级)及凝血功能正常患者, 无近期上腹部手术病史及无明显心肺功能障碍者; 排除标准: 近期行上腹部手术或存在心肺功能障碍者, 肝功能较差、Child 分级在 B 级以下且有明显凝血功能障碍患者。

1.3 手术方法

患者取平卧位, 气管插管(或喉罩)静脉全身

麻醉,根据术中需要适时调整体位,断肝过程中常取头高脚低,右倾位。术者立于患者右侧,扶镜者立于术者一侧,助手立于患者左侧,显示屏置于患者头侧,偏左。腹腔镜左外叶切除术分“七步法”,步骤如下:①脐下建立气腹,置入 30° 腹腔镜,四孔法操作,其中一个主操作孔需要 12 mm 穿刺器,便于断肝过程中闭合器的通过;②超声刀依次离断肝圆韧带、镰状韧带、左侧冠状韧带、左三角韧带;③超声刀将Ⅱ/Ⅲ段血管蒂前方及上下肝组织适当离断,将Ⅱ/Ⅲ段血管蒂粗分离;④自右侧副操作孔放入直线切割闭合器,闭合Ⅱ/Ⅲ段血管蒂;⑤超声刀向深部离断肝组织,粗分离出肝左静脉,直线切割闭合器联合部分肝组织离断肝左静脉;⑥使用氩气刀喷凝肝创面,活动性出血点使用百克钳止血,胆瘘处需缝扎或夹闭;⑦术毕留置腹腔引流管,切除肿瘤置入内镜取物袋内,于左侧主、副操作孔间开腹取出,皮内缝合切口。

2 结果

24 例患者均手术过程顺利。手术时间 36~110 min,平均 (72.0 ± 26.8) min;术中出血量 20~260 mL,平均 (160.0 ± 40.0) mL。手术过程无一例因手术器械准备不足或术中护理配合欠流畅而导致手术时间延长或中转开腹。24 例患者术后恢复良好,其中 4 例患者出现术后轻微恶心、呕吐,经处理后好转,其余患者无其他不良反应和并发症。

3 护理

3.1 术前准备

3.1.1 术前访视 术前 1 d 巡回护士携手术室术前访视单到病房,阅读病历,访视患者,全面了解患者一般状况(性别、年龄、身高、体重等),重点了解患者病情。虽腹腔镜手术具有创伤小、并发症少、术后疼痛轻和恢复快等优点,但同样可引起患者不同程度的负性情绪反应,如焦虑、恐惧等。术前这些负性情绪常常明显加重,对疾病的康复产生不良影响^[9]。因此,术前与患者交谈,了解患者心理状态,向患者介绍手术、麻醉以及与手术有关的注意事项,使患者了解进入手术室后及麻醉前患者应配合的事项,减轻患者恐惧心理;同时向患者家属交待手术情况,消除不安,以取得患者家属

的理解和配合,并详细阅读访视单,进行签字。

3.1.2 手术台面准备 腹腔镜肝左外叶切除术多数情况下有主刀、助手及持镜者三人完成手术,在安排手术台面时,确保有足够操作空间。一般情况下,建议保留一个器械托盘置于手术床下方,适当向手术床脚侧或者不采用手术器械托盘,对于简单的腹腔镜胆囊切除可以采用此方法,但多数情况下仍建议采用单一手术托盘。手术器械操作台同常规手术一样,置于手术床右侧靠底部位置,在手术床右侧有主刀及持镜者同时站立,因此建议适当将手术器械操作台向下方移动,确保能同时站立主刀、持镜者及手术护士。同时备一开腹器械台,随时准备手术中转开腹的可能。

3.1.3 手术器械准备 常规 30° 腹腔镜镜头、12 mm 穿刺器 1~2 个(镜下切割闭合器,只有 12 mm 穿刺器可以通过);无创分离钳 2 把:肝脏组织相对脆性较大,手术过程中,无创分离钳在牵拉肝脏组织时,能够减少对肝组织的撕裂伤;超声刀 1 把:气腹建立后,为腹腔镜下肝脏组织游离过程,多数术者采用超声刀游离,部分术者可能习惯采用电凝钩、Ligasuer 等器械,可以不做超声刀的准备;闭合器 1 把:一般情况下采用闭合器方法处理肝左外叶肝蒂;钉仓 2 个:断肝左外叶肝蒂、回流肝静脉以及处理小血管;吸收夹或外科夹:夹闭较大血管^[10];百克钳或双极电凝:肝脏断面止血处理,据笔者经验,多数情况下采用百克钳效果最佳,不具备时,双极电凝有同样效果,流量调整至 2.5 L、功率 80 kw 的氩气刀对肝脏创面止血效果最为理想^[11];130 mm 内径取物袋:根据肿瘤不同或者标本较大,用于放置取出的标本;乳胶引流管 1 根、3~0 可吸收缝线 1 个。

3.2 手术配合

腹腔镜左外叶手术时间短,对手术护士配合连贯性要求较高。手术开始时,器械护士将穿刺器、气腹针等放入手术托盘内,供术者使用;采用治疗巾制作布兜,固定于术者对面,可以防止超声刀、吸引器等器械遗落在手术台面或术者与器械护士之间来回传递,延误手术时间;术中及时观察手术进程,根据手术进程给以传递手术器械及备用手术器械等。断肝完成前及时准备肝断面止血器械,进行肝脏断面止血工作。器械护士必须熟

悉手术过程,掌握手术过程中每件器械的名称、功能及正确的安装与使用方法,以保证手术器械的正确、及时传递,缩短手术时间。一旦遇到腹腔镜下出血难以控制时,器械护士和巡回护士必须迅速配合手术医生行紧急开腹止血,要求在 2 min 内完成,以免延误止血和抢救。本组 24 例患者,手术过程顺利,术中 1 例患者行切割闭合器离断肝左外叶肝蒂后,断面存在肝动脉出血,术前已经充分准备可吸收夹,术中及时采用可吸收夹夹闭,有效控制出血情况。

3.3 并发症及不良反应

出血及胆漏为腹腔镜肝脏外科手术常见并发症,本组 24 例患者无一例出现术后出血及胆漏情况。笔者发现,肝左外叶因其解剖上的特殊性,且离断肝脏实质是采用切割闭合器离断法,肝脏断面静脉出血,采用百克钳能够有效止血,渗血可以采用氩气刀止血,两者联合应用效果更佳。离断肝左外叶后,断面下缘往往存在动脉血管出血,要仔细检查并作出及时处理,必要时,采用可吸收夹夹闭;术后不适反应情况,多数源于 CO₂ 气腹或麻醉药物引起。本组 4 例患者术后出现轻微恶心、呕吐反应,给对症处理后好转。其余病例未见有并发症或不良反应。

4 小结

通过对 24 例腹腔镜肝左外叶切除术的手术护理配合,体会到充分的术前准备,熟练的手术护理配合是腹腔镜肝左外叶切除术顺利、快速、便捷完成的保障。

参考文献:

- [1] 刘荣,胡明根.腹腔镜肝段叶切除的难点与对策[J].中国普外基础与临床杂志,2007,14(5):510-511.
- [2] 蔡秀军,梁霄.腹腔镜技术在肝脏外科的应用现状[J].中国实用外科杂志,2003,23(1):15-16.
- [3] Bryant R, Laurent A, Tayar C, et al. Laparoscopic liver resection—understanding its role in current practice[J]. The Henri Mondor Hospital experience, 2009, 250(1): 103-111.
- [4] Sasaki A, Nitta H, Otsuka K, et al. Ten-year experience of totally laparoscopic liver resection in a single institution[J]. Br J Surg, 2009, 96(3): 274-279.
- [5] 李建平,胡浩,顾元龙.腹腔镜规则性肝左外叶切除和开腹手术治疗肝癌的疗效分析[J].中国内镜杂志,2012,18(12):1277-1279.
- [6] Azagra JS, Goergen M, Gilbert E, et al. Laparoscopic anatomical(hepatic) left lateral segmentectomy—technical aspects[J]. Surg Endosc, 1996, 10(7): 758.
- [7] 刘荣,赵国栋.肝左外叶切除“金标准”术式:腹腔镜肝左外叶切除术[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2010,3(6):474-478.
- [8] 赵国栋,胡明根,刘荣.模式化腹腔镜肝左外叶切除术:附71例临床应用报道[J].南方医科大学学报,2011,31(4):737-740.
- [9] 甘惠静.术前心理干预对外科腹腔镜手术患者心理状况的影响[J].现代临床护理,2006,5(5):12-13.
- [10] 王广义,王英超,孙晓东.腹腔镜肝切除术中出血的处理[J].中华普外基础与临床杂志,2013,4(20):371-373.
- [11] 刘荣,赵国栋,胡明根,等.一种理想的腹腔镜下肝实质离断方法:超声刀联合双极电凝[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2010,3(3):15-18.

[本文编辑:李彩惠]

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!