

腹腔镜胃大弯折叠减重术的手术配合

王滨, 李东玲, 谢自宇

(广州医科大学第一附属医院麻醉手术科, 广东广州, 510120)

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜胃大弯折叠减重手术配合护理经验, 提高手术配合效率。**方法** 回顾性分析 9 例腹腔镜胃大弯折叠减重手术护理配合情况。**结果** 9 例患者手术均顺利完成, 术后康复良好, 未发现并发症和后遗症。**结论** 充分的术前准备, 巡回护士和器械护士熟练的术中配合, 是腹腔镜胃大弯折叠减重手术成功的关键。

[关键词] 外科手术; 腹腔镜; 胃减容术; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)10-0036-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.10.011

Operative cooperation of laparoscopic adjustable gastric banding placcation to reduce weight

Wang Bin, Li Dongling, Xie Ziyu//Modern Clinical Nursing//Modern Clinical Nursing, -2014, 13(10):36.

[Abstract] **Objective** To summarize the intraoperative nursing of patients undergoing aparoscopic adjustable gastric banding placcation to reduce weight and improve the efficiency of operative cooperation. **Method** The clinical data on the intraoperative nursing of 9 patients undergoing laparoscopic adjustable gastric banding placcation were retrospectively reviewed and analyzed. **Result** All patients lived through the successful operations and the postoperative rehabilitation were in good condition without postoperative complications and sequelae. **Conclusion** Full preoperative operation, familiarity with the operative procedures, close cooperation with surgeons are key to smooth performance of the operation and assurance of patient's safety.

[Key words] surgery; laparoscope; gastropasty; nursing

体重超重已经成为一种全球范围的流行病, 而手术治疗是使重度肥胖患者获得长期而且稳定减重效果的重要手段^[1]。腹腔镜可调节胃绑带术(laparoscopic adjustable gastric banding, LAGB)是一种通过限制摄入以达到减重目的的手术方式, 是目前所有减重手术中创伤最小、最安全、最简单的减重术式^[2]。腹腔镜胃大弯折叠减重手术(laparoscopic greater curvature placcation, LGCP)基于腹腔镜胃袖状切除术(laparoscopic sleeve gastrectomy, LSG)而派生出的一种更新减重术式, 主要是减少胃容量来限制食物摄入而减重^[3], 更适合 BMI 较高但不愿接受创伤较大手术, 以及接受了 LAGB 但体重下降不理想的患者, 本院于 2012 年 4 月~2013 年 5 月实施腹腔镜胃大弯折叠减重手术 9 例, 效果满意, 现将手术护理配合报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院于 2012 年 4 月~2013 年 5 月行腹

腔镜胃大弯折叠减重手术患者 9 例, 男 5 例, 女 4 例, 年龄 16~41 岁, 中位数 27.00 岁。身体质量指数(body mass index, BMI)为 31.60~48.55 kg/m², 中位数 39.52 kg/m²。合并症:原发性高血压 2 例, 糖尿病 5 例, 睡眠障碍综合征 3 例。

1.2 手术适应证

①排除内分泌失调的单纯性肥胖症; ②BMI ≥ 33 kg/m² 或 BMI < 33 kg/m², 但同时存在退行性关节病、原发性高血压、高血脂、胰岛素抵抗性糖尿病、睡眠呼吸暂停综合征、下肢静脉淋巴阻塞、肥胖相关性肺型高血压等合并症中的 2 个合并症者; ③经过正规内科治疗失败者; ④年龄已能耐受手术为准, 且在 60 岁以下。有明确家族史的 20 岁以下年轻肥胖患者, 虽尚未出现合并症, 也可作为手术的初选者^[4]。

1.3 手术方法

手术均采用气管内插管全身麻醉, 患者“十”字形平卧位。常规消毒铺单, 连接腹腔镜设备仪器, 建立气腹和穿刺孔, 将胃大弯部分纵向内翻折叠缝合缩小、形成内径约 4 cm 的管状胃^[3], 再于贲门下建立“胃后隧道”, 将可调胃绑带通过“胃后隧

[收稿日期] 2014-04-15

[作者简介] 王滨(1986-), 男, 广东汕头人, 本科, 护士, 主要从事临床护理工作。

道”在胃壁处环绕1周捆扎。连接绑带导管与注水泵,注水泵固定于腹直肌前鞘,手术完成^[5]。

2 结果

本组9例患者手术均成功完成,手术时间70~90 min,中位数84.00 min,出血量30~40 mL,中位数35.00 mL,术后住院4~6 d,中位数4.00 d。无1例发生出血、胃肠穿孔、感染等术后并发症。术后根据需要调节绑带,控制减重速度。术后随访5个月,患者体重减少15.30~20.50 kg,中位数17.90 kg。患者血脂、糖代谢均得到改善,睡眠呼吸暂停综合症状减轻。

3 护理

3.1 术前准备

3.1.1 患者准备 术前1 d,巡回护士访视患者,评估患者身高、体重、身体活动度、了解患者心脏有无起搏器,是否有金属植入物、上消化道造影或胃镜检查情况,嘱患者术前2 h禁食禁水。介绍手术室环境和入室后的操作流程及手术过程,缓解患者紧张情绪,做好患者心理护理,并取得家属的理解和配合。术日热情接待患者,认真核查完无误后,建立上肢静脉通道,以避免术中体位和气腹对下肢静脉回流的影响^[6]。做好困难插管的准备,麻醉前准备好负压吸引器、纤维支气管镜,协助麻醉师做好插管工作。术前插胃管和尿管。

3.1.2 物品准备 根据患者体重提前1 d检查手术床的承重程度,并与设备科及时跟进。检查各类仪器和设备的性能状况,包括气腹机、腔镜系统、超声刀、高频电刀、加长型腹腔镜器械和普通器械、“金手指”(golden finger)、加长型超声刀、15 mm Trocar、5 mm Trocar、12 mm 加长型 Trocar。可调节胃绑带、术中定位胃管、2~0 Prolene 缝线、2~0 Exthibon 缝线、灭菌注射盐水等。

3.2 术中配合

3.2.1 巡回护士的配合

3.2.1.1 体位管理 患者取“十”字平卧位,头高脚低30~50°。上肢外展<90°,避免压伤臂丛神经。由于患者肥胖更容易往下坠,使用两条约束带和双肩托固定病人,两条约束带一条经胸部固定于双侧腋下,另外一条约束带妥善固定于双侧大腿下1/3处。双肩托放置于患者脚底,方形啫喱垫置于患者

双脚与肩托之间。术中采用双肩托的方法,缓解患者由于重力作用而产生对皮肤的压力和剪切力。在患者骨突处使用安普贴,可以有效降低术中压疮的发生率^[7];术中使用两条约束带,则使患者更加稳妥地得到固定。9例患者中无1例发生坠床或压疮,术后回访恢复良好。

3.2.1.2 仪器使用 巡回护士术前应检查仪器性能,合理放置并连接好设备,整理好连接线。主腔镜系统应置于患者的左侧头端,另一显示器置于患者右侧,使手术医生和助手都能获得最佳的视野。超声刀、电刀主机置于患者右侧。脚控开关用大标本袋套好,放置术者同侧,便于术者操作。安全气腹压通常为12~15 mmHg,由于患者腹腔较大,所以气腹机额定压力最大值调至15 mmHg,额定流量为30 L/min,以便术中有足够的气腹空间进行手术操作。冷光源开关在镜头连接后再打开,防止连接好的光纤线长时间置于手术布单上使布单燃烧,造成患者和手术人员灼伤,导致仪器损坏。巡回护士在手术结束后将镜头、摄像头线、光纤逐一无角度盘绕放入专用保存盒中,低温消毒备用^[8]。9例手术均无发生镜头跌落和摄像头线、光纤损坏。

3.2.1.3 患者安全 病态性肥胖患者麻醉后腹内压增加,CO₂气体造成血流动力学升高,使心率、外周血管阻力和中心静脉压增高,而心输出量降低,巡回护士在手术中严密观察生命体征、血气分析的变化。术中定位胃管在气管插管后,巡回护士在麻醉师的帮助下经口将胃管插入胃中,以免进行单独操作失误。防止电刀漏电和灼伤,由于患者体表面积大,术前摆放患者体位时,巡回护士常规检查患者有无接触导电物体,如手术床、体位架的金属部分,患者与手术床之间有绝缘床垫、手术床上套床罩,患者肢体有布单包裹^[9],多数肥胖患者肚皮下或者腹股沟皱褶大,消毒时消毒皱褶处再消毒其他部分,同时提醒医生消毒纱块不能过湿,以防皱褶处皮肤因蓄积消毒液使电刀回流受阻而被灼伤。9例患者中均无发生气管脱管和电灼伤的事故。

3.2.2 器械护士的配合 ①器械准备,器械护士术前1 d与主刀医生确定减重手术的术式,认真熟悉手术的流程。术前提前20 min洗手上台,整理器械台,安装好内镜器械,与巡回护士进行核对工作后协助医

生消毒铺巾。②气腹及穿刺孔的建立,器械护士检查 Trocar 的完整性,并协助医生建立气腹通道。在脐旁开 3~4 cm 处使用 12 mm 加长型 Trocar 进行穿刺建立观察孔:建立气腹后在肚脐处使用 15 mm Trocar 穿刺建立主操作孔:在左腋前线肋缘下 3 cm、右锁骨中线肋缘下 5 cm 处和剑突下 5 cm 处使用加长型 5 mm Trocar 进行穿刺,建立辅助孔。由于 Trocar 价格比较高,所以器械护士在递给医生前再次确定 Trocar 的型号,以免造成不必要的浪费。在建立气腹前器械护士提醒医生将气腹管中的空气排净再连接穿刺套,以免空气进入腹腔中造成空气栓塞。准备好 70℃ 热生理盐水或者Ⅲ型安尔碘,用于浸泡或擦拭镜头端,防止镜头进入腹腔后起雾,造成视野模糊^[10]。③游离胃和建立胃后隧道,术者使用电凝钩和超声刀分离胃大弯大网膜,游离胃。器械护士及时清理电凝钩和超声刀上的结痂,保证其可以正常工作,电凝钩在不使用的时候与电凝线分离,以免医生误踩开关灼伤病人。术者将“金手指”自胃小弯后壁导入,向贲门、胃底方向轻柔推进,从 His 角浆膜松解处穿出,建立胃后隧道^[11],器械护士术前检查“金手指”的完整性,在递术者前将“金手指”前端可弯曲部分完全调至水平状态,以利于术者经 Trocar 放入。④行胃折叠手术,术者用超声刀沿胃大弯侧分离切断胃结肠韧带和脾胃韧带,腔胃大弯侧游离范围,即距胃小弯 3 cm 处,向下至距幽门约 4 cm 处,向上直至贲门左侧 His 角将胃体大弯折叠向胃腔。然后用电凝钩在术中定位胃管的帮助下于胃纵轴面点出折叠标志,胃大弯部分纵向内翻折叠缝合缩小,形成内径约 4 cm、容量约 100~150 mL 的管状胃^[3]。递给医生的缝线不可过长,一般为 30 cm,以免影响医生在腹腔里面的操作。器械护士应将剪好 2~0 Exthibon 递于术者进行间断缝合,再将剪好 2~0 Prolene 递于术者进行连续缝合,加固胃折叠缝合处。器械护士术前提前测量自己手指长度,确定好 30 mm 的地方,以便术中可以快速将剪好的缝线递术者进行缝合。⑤胃束带的固定,术者经 15 mm 操作孔将胃束带导入腹腔,在“金手指”的引导下通过胃后隧道将绑带在贲门下胃壁外环绕 1 周捆扎,收紧绑带环扣,硅胶内囊面朝向胃壁,胃束带固定好后,经 15 mm 主操作孔将导管拖出腹外^[12],器械护士提前将胃束带的内囊放入盛灭菌注射盐水的盆子中,抽取 10 mL 空气进行试漏实验,检查内囊密闭性,递术者时把内囊

空气抽干,否则会影响胃束带的收紧。⑥注水泵的固定,术者将 15 mm 主操作孔切口扩大至 3~4 cm,连接导管与注水泵,器械护士用 10 mL 注射器抽取灭菌注射盐水递给术者打水压,然后将 2~0 proline 递给术者固定注水泵于腹直肌前鞘。⑦整理器械,器械护士提醒医生拔出腹腔镜器械,排尽余气,清点纱布器械后,协助巡回护士将镜头、摄像头线和光纤线回收,递给医生 3~0 可吸收线缝合切口,手术结束。9 例手术均顺利完成。

3.2.3 病情观察 术中可能出现皮下气肿和腹腔脏器损伤等。①皮下气肿,人工气腹的 CO₂ 残留于疏松组织可引发皮下气肿,多发生于胸腹部、阴囊,局部有捻发音,而残留 CO₂ 可引起背痛、肩痛和胸腹胀痛,多由术中 CO₂ 气体额定压力过高、手术时间长及手术结束未及时将 CO₂ 气体排净所致,少量气肿可自行吸收,大量时可以在腹壁小切口驱除气体。研究表明^[13],可通过低流量吸氧、安慰患者、协助床上翻身及取舒适体位等措施,一般于术后 4~5 d 可完全缓解,无需特殊处理。本组患者均无发生皮下气肿。②腹腔脏器损伤,器械护士在术者使用内镜器械通过 Trocar 进入腹腔和超声刀和电凝钩时,要提醒术者别误伤周围脏器,以免造成肠穿孔和出血。本组患者均无发生脏器损伤的情况。

4 小结

通过对 9 例行腹腔镜胃大弯折叠减重手术的手术配合护理,体会到术中做好患者和物品准备是手术成功的基础;术中做好患者体位和安全管理及娴熟的手术配合,密切观察病情变化是手术成功的保证。

参考文献:

- [1] Treadwell JR, Sun F, Schoelles K. Systematic review and meta-analysis of bariatric surgery for pediatric obesity [J]. Ann Surg, 2008, 248 (5): 763-776.
- [2] 郑成竹. 临床肥胖病外科治疗手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 4-8.
- [3] 王跃东, 叶再元, 竺杨文, 等. 腹腔镜胃大弯折叠减重术 [J]. 浙江医学, 2011, 3 (2): 358-359.
- [4] 郑成竹, 柯重伟, 印慨, 等. 腹腔镜垂直捆绑胃成形术治疗病态肥胖 (附 25 例报告) [J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22 (10): 593.