



•综合医学•

胸腹腔镜联合食道癌根治术手术配合

李 玲

(安徽医科大学第二附属医院 230601)

摘要：目的：分析胸腹腔镜联合食道癌根治术手术配合。方法：选择2016年12月到2017年12月我院收治的120例食道癌患者作为研究对象，结合治疗方式对手术配合效果分析。结果：所有患者均顺利出院，不存在明显的并发症，术后恢复明显。结论：对食道癌患者给予胸腹腔镜联合食道癌根治术手术治疗，整体效果明显，值得推广应用。

关键词：胸腔镜；食道癌；手术配合

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 08-278-01

食道癌是当前临床研究中常见的一种消化系统肿瘤，发生几率比较高，对患者自身有严重的影响，针对特殊性，在临床研究中需要做好资料分析工作，合理选择手术方式。开放手术形式存在创伤，直接影响整体效果，针对病症的特殊性，在临床研究中需要结合实际情况给予有效的治疗，避免恶化。为了分析胸腹腔镜联合食道癌根治术手术配合，选择我院收治的120例食道癌患者作为研究对象，给予胸腹腔镜联合食道癌根治术手术治疗，对手术方式和效果进行分析。报道如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择120例食道癌患者作为研究对象，给予胸腹腔镜联合食道癌根治术手术治疗，对手术方式和效果进行分析。男女比例为2:1，年龄区间在38-70岁，

1.2 方法

在本次本研究中甲组患者采用常规方式进行治疗，以小切口手术为主，进行全麻，开胸后单侧通气，患者选择左侧卧位姿势，选择第四肋间在长度大约为1.5cm的切口作为观察孔，进行后续操作按照术式要求进行，将所有食道游离后进行清除工作，最后放入护套内取出。

乙组则采用的是胸腹腔镜联合行食管癌根治术进行治疗[1]。

(1) 准备工作

在操作过程中巡回护士需要积极进行配合，左上肢建立静脉通路通道，协助医生进行血压测量和管理。此外麻醉后要要进行导尿，协助进行穿刺静脉，左上肢外展后，选择左侧卧位的方式，在右上肢固定操作，注意进行会阴保护。在操作中要协助医生进行消毒、此外在整个分析过程中要明确注意事项，了解类型，要连接光源和摄像，协助医生建立气腹。根据医生选择合适切割闭合器和管状吻合器，吸引管，切口敷料，电刀笔，负极板，超声刀刀头，STROZ摄像系统一套，超声刀主机，电刀主机；所有仪器均在术前进行检查，以防影响手术的进行。

(2) 术中护理配合

调节室温至24℃-26℃，手术间湿度维持在40%-70%，检查各种仪器的完整性和功能性，与器械护士共同清点手术用物；将患者接入手术间，严格执行三方核查制度，完善手术准备，建立静脉通路，协助麻醉师实施麻醉；留置尿管，插入胃管，固定好电刀、负极板，防止使患者电灼伤；将病人置于手术体位，将胸腔镜系统调至使用状态；准备人工气腹，术中严密监测病人生命体征，及时提供手术用品，根据需要调整仪器各指标及手术体位，严格执行清点制度。

(3) 器械护士配合

术前20-30分钟洗手，与巡回护士共同清点手术用物，并将其调至备用状态，协助医生消毒铺巾，连接好电刀线，超声刀线，单极线，摄像线，光纤，气腹管。

①胸腔镜下游离病灶：协助医生消毒铺巾，连接好电刀线，超声刀线，单极线，摄像线，光纤，气腹管。调试好超声刀和胸腔镜监视器的清晰度，准备好保温杯装热水以浸泡内镜，干纱布擦拭镜头，气腹机的压力调节为8，放置鞘卡，取右胸第7肋间后线为腔镜观察孔、右侧腋后线第3肋间作孔、右侧肩胛下角线第3肋间操作孔、右侧肩胛下角线第9肋间操作孔，左颈侧腋乳突肌前缘、上腹正中切口。切皮后用超声刀切开纵膈胸膜，暴露食管，沿食管从下往上游离至胸顶，备好纱条牵引食管，备好大Hamlock夹断奇静脉弓。检查无误后，放置胸腔闭式引流管、负压球，关闭戳卡孔。

②腹腔镜下游离贲门、胃：将患者翻身，取平卧位，胸部、颈部

垫高，颈部右侧暴露左侧颈部，协助医生常规消毒腹部、颈部手术切口后铺单连接好电刀线，超声刀线，单极线，摄像线，光纤，气腹管。在腹部置入鞘卡，连接二氧化碳、充气建立气腹；手术医生在腹腔镜下用超声刀游离胃，关闭胃左动、静脉，保留胃网膜右血管。游离食管贲门段，打开膈肌并切断部分左侧膈肌角，使腹腔与右胸腔相通，扩大食管裂孔。

③切除标本、胃代食道左颈吻合术：

采用右胸后外侧，左颈和上腹部正中三切口，结扎后切断静脉，进行游离操作。扩大胃食管裂孔，做管状送入到胸腔，胃和食管吻合，胸顶固定4针，封闭操作，最后进行引流，关闭胸腹切口。

1.3 效果评价

对两组患者的出血量、手术时间、住院时间等分析

1.4 统计学方法

本实验使用SPSS21.0软件包，对计量资料使用T值计算，计数资料使用x²计算，当P<0.05。视为存在统计学差异。

2. 结果

2.1 患者的出血量、手术时间、住院时间分析

患者的出血量、手术时间、住院时间分别是180.5±10.6ml、160.2±10.2min，20.2±0.1(个)12.2±0.96(d)，优势明显。

2.2 患者的的发病率分析

出现肺部感染、肺不张、心律失常的患者3例，病发率为5%，病发率少。

3. 讨论

食道癌的发生几率比较高，对患者自身有一定的不良影响。针对病症的特殊性，在临床研究中需要采取有效的方式进行治疗，避免病症恶化[2]。

近些年来腹腔镜手术形式辅助食道癌根治术的方式取得突出的作用，在治疗过程中能在小范围内进行，对患者自身无明显的影响。根据报道可知，联合治疗的方式并发症比较少，根据实际治疗情况和要求等可知，在病症资料分析过程中需要严格按照要求进行[3]。

整个操作过程中合理有效巡回配合后，能保证整体优势[4]。在操作过程中医护人员要掌握配合要点和注意事项等，要做好机械检查工作，保证完整性。和巡回护士共同清点纱布和机械等。此外连接电刀、冲洗吸引管等，结合手术步骤主动准确传递机械设备。操作后，提前半小时洗手，对各种机械设备进行检查[5]。

综上所述，胸腹腔镜联合行食管癌根治术在治疗食道癌中有重要的作用，患者比较满意。值得推广应用。

参考文献：

- [1]邓鹏,毛须平,张志宇,等.胸腹腔镜联合行食管癌根治术30例分析[J].江苏医药,2014,39(19):2331-2332.
- [2]侯子龙,郭伟,杨志健,等.3D与2D胸腹腔镜治疗食管癌的比较研究[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(9):889-892.
- [3]陈保富,朱成楚,马德华,等.胸腹腔镜联合手术治疗食管癌81例[J].中华胸心血管外科杂志,2015,27(4):218-220.
- [4]陈效颖,黄美星,鄢敏英,等.胸腹腔镜联合行食管癌根治术的手术配合[J].中华护理杂志,2015,46(8):783-784.
- [5]金嵩,于宽.胸腹腔镜下行食管癌切除术患者的护理配合[J].解放军护理杂志,2014,29(7B):37-38.