

胃镜联合腹腔镜行胃切除术的护理体会

滕宏景

江苏省人民医院浦口分院（南京市浦口区中心医院）

【摘要】目的 探讨术中胃镜辅助定位下腹腔镜胃切除手术的围手术期护理方法。**方法** 对2014年1月至2018年1月85例腹腔镜胃切除患者，其中12例行胃镜定位下腹腔镜胃切除术，采用术前详细医护沟通及器械准备、术中默契配合、术后加速康复护理模式进行，总结围手术期护理要点。**结果** 无中转开腹病例，手术时间 182.5 ± 25.6 min，术中出血量 65.3 ± 15.5 ml，术后住院时间为 5.1 ± 3.8 d，术后生活质量评分 89.3 ± 4.1 分，患者满意度评分 93.5 ± 3.7 分。术后随访1-7月，未出现吻合口狭窄远期并发症。**结论** 胃镜辅助定位下腹腔镜胃切除术具有微创、手术疗效确切等特点。优化围手术期护理策略可更好发挥该手术的优势，加快患者康复。

【关键词】 胃肿瘤；腹腔镜；胃镜；围手术期护理

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 09-198-02

腹腔镜胃切除术因创伤小、恢复快、住院时间短等优势已经广泛用于术前分期较早的胃癌和胃间质细胞瘤患者^[1]。但对于病灶小的患者，无法用手触摸病灶，术中定位较困难^[2]。术中胃镜可观察胃内病灶，结合腹腔镜可准确确定病灶部位并拟定手术方式，减少切缘阳性率及避免了不必要的开腹手术，充分发挥了内镜手术微创的优势^[3]。2013年1月至2016年1月，本院147例行腹腔镜胃切除患者，其中15例采用胃镜辅助定位下腹腔镜胃切除术，对上述患者的临床资料 and 护理工作总结如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组患者12例，男性9例，女性3例，年龄40-73岁，平均 52.5 ± 6.4 岁。临床症状主要表现为：餐后上腹部不适7例，持续隐痛间断加重3例，大便颜色异常1例，检查发现1例。术前胃镜提示：（1）溃疡型病灶8例，溃疡大小 $0.4-1.2$ cm，病灶位于贲门部1例，胃体2例，胃窦部5例；术前病理明确胃癌6例，高级别上皮内瘤变伴癌变2例；（2）粘膜下病变4例，肿瘤大小 $0.8-1.5$ cm，病灶位于贲门部2例，胃底部1例，胃体部1例，术前病理提示粘膜慢性炎症，结合影像学等资料考虑胃间质瘤。所有患者术前均已完善心电图、胸部X片、腹部CT及内镜检查，上述患者无上腹部手术史，排除手术禁忌症及肝脏等脏器的远隔部位转移。

1.2 手术方法

所有患者均在全身麻醉下进行。（1）腹腔镜探查：采用常规5孔法，腹腔压力 $12-14$ mmHg，探查发现11例溃疡型病灶及2例粘膜下病变患者术中无法确定病变位置，2例粘膜下病变患者因贲门和肿块距离无法明确。（2）术中胃镜检查：对于溃疡型病灶沿肿瘤周围注射美兰明确肿瘤位置，对于粘膜下病变采用活检钳顶起肿块下粘膜，腹腔镜下观察肿块大小及部位，用电钩沿肿块周围预切除胃壁浆膜进行标记。（3）腹腔镜手术：胃镜辅助定位后，根据术前病理及肿块部位行相应手术，本组确诊胃癌患者中，完全腹腔镜下根治性远端胃切除、三角吻合术9例，腹腔镜辅助下全胃切除、食管空肠 roux-en-y 吻合术2例。胃间质瘤患者中，2例行线型切割闭合器胃楔形切除术，2例行贲门下肿瘤剔除术，采用纵向切开胃壁，横向连续缝合法，缝合后胃镜观察有无贲门狭窄及粘膜下出血。术后常规放腹腔引流管。

1.3 术后观察恢复指标

观察手术时间、术中出血量、术后住院时间、患者术后生活质量及满意度评分，并随访术后吻合口狭窄的发生率。

其中术后生存质量问卷包括手术的生活自理及活动能力、切口疼痛程度和心理状况类指标，共25项调查问卷项目，每项0~4分，满分100分^[4]。患者满意度评分包括术前教育、术后指导、服务态度 and 护理技术等内容，每项内容0-20分，满分100分^[5]。

2 结果

12例患者无中转开腹病例，术后病理：早期胃癌5例，进展期胃癌3例，胃间质瘤4例，无切缘阳性病例发生。手术时间 182.5 ± 25.6 min，术中出血量 65.3 ± 15.5 ml，术后住院时间为 5.1 ± 3.8 d，术后生活质量评分 89.3 ± 4.1 分，患者满意度评分 93.5 ± 3.7 分。术后随访1-7月，未出现吻合口狭窄远期并发症。

3 围手术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 常规护理：术前完善相关辅助检查以排除手术禁忌。入院后即开始口服肠内营养制剂，术前一天向患者介绍手术日流程及术前准备事项，手术区域备皮选择在术前一天下午予以温盐水清洁灌肠，术晨留置胃管和尿管，术前半小时内预防性使用抗生素^[6]。

3.1.2 心理护理：术前协同外科医师、麻醉医师一起向病人及家属充分解释手术流程，说明该手术具有微创、恢复快、并发症少等优势，帮助患者树立信心，缓解其紧张焦虑^[7]。同时就家属关心的治疗费用、手术风险等进行充分讲解。对负面情绪较大的患者进行针对性心理护理。

3.1.3 术前详细医护沟通与患者访视制度：包括向术者了解病变大小及部位、预定方式、手术持续时间及手术难点，对术中难点的配合做好充分准备，准备好专科手术器械如胃镜、腹腔镜及不同型号的一次性胃肠吻合闭合器等。同时对于高龄及术中输血患者，提前预备保温毯、输液泵等器械。

3.2 术中护理

（1）巡回护士的护理配合。因手术时间较长，根据患者的年龄调节室内温度为 $22^{\circ}\text{C}-25^{\circ}\text{C}$ ，对于高龄及手术时间较长的患者使用保温毯进行保温，合并心肺功能不全及糖尿病患者准备好输液泵^[8]。对于不同身高和手术习惯的术者合理摆放胃镜、腹腔镜的显示屏高度，理顺各条导线走向以免影响操作。术前对所需腔镜器械做好调试，合理布置器械摆放位置，确保可以正常使用。术后需要腹腔冲洗，需提前备好 37° 温盐水。并常规备好中转开腹需要的器械。（2）器械护士的护理配合。术中固定整理好各种导线，避免术中扭曲和

相互干扰,影响术者情绪。结合手术前医护沟通的信息,对不同术式的手术步骤做到心中有数,在胃镜和腹腔镜的使用上,根据术者的习惯准备好不同型号的活检钳、吻合器、腔镜器械、小方纱、止血材料及生物胶等用物,避免光纤的扭曲,以保持最佳影像效果。密切关注手术步骤,适时提供所需器械。对于腹腔镜辅助下手术,进行开腹操作前,提前准备好切口保护套、开腹器械。因台上使用器械较多,手术结束后,器械护士及巡回护士要共同清点手术器械及零部件,确保器械无误,避免器械遗留腹腔。

3.3 术后护理

3.3.1 常规护理:术后常规予以心电监护及持续低流量吸氧,监测生命体征。术后加强呼吸道护理,比如翻身拍背,吹气球等,减少肺不张,肺炎等并发症,必要时可予以雾化吸入^[9]。指导积极下床活动,咀嚼口香糖,促进胃肠功能恢复。术后常规给予镇痛药物,并配合音乐疗法分散患者注意力^[10],待病人排气后可视胃肠道恢复情况逐渐由流质饮食过渡到半流质到正常饮食,同时尽量避免摄入过多过冷刺激性的及产气食物。

3.3.2 引流管的护理胃癌根治手术患者术前常规放置胃管及导尿管,视术中具体情况决定是否留置腹腔引流管。术后需要密切观察引流液性状,确切固定避免脱落,定时检查引流管有无打折或扭曲影响引流效果。根据引流管引流液性状及量汇报医生决定拔管时间。

3.3.3 术后并发症的观察和预防:早期常见并发症为腹腔及吻合口出血,常发生于术后24小时内,临床症状主要为血压下降,腹腔引流管内可见大量鲜红血性液体,术后需重点观察胃管和腹腔引流管的量和色,如术后早期每小时引流量大于200ml鲜红血性液体需要警惕活动性出血的发生。晚期并发症常见吻合口瘘,吻合口瘘较少发生,一旦延误诊治病死率高。临床主要表现为腹腔引流管内胆汁样液体及食物残渣。发生吻合口瘘需要禁食、持续胃肠减压、持续腹腔引流,配合使用生长抑素等治疗,必要时可再次进腹探查修补瘘口。本组病例均无发生此并发症。

3.3.4 出院前指导护理:详细告知术后复诊及化疗时间,告知出院后饮食以清淡易消化为主,少量多餐,细嚼慢咽。根据自身体质适度锻炼,增强抵抗力。保持心情舒畅,以积极乐观的心态面对生活。

4 结论

传统开腹胃癌根治创伤大,腹腔镜手术具有微创、恢复快等优势。对于病灶较小的患者,因失去了开腹手术触摸的方法,预定切除范围难以确定。联合胃镜定位更有效的解决了术中肿瘤部位的识别。本组病例证实两镜联合手术需要外科医生、内镜医生及护士的有效配合,可加快手术时间、提高术中工作效率,本组患者无中转开腹、大出血及术后肿瘤

残留发生,说明两镜联合可准确定位病灶,选择有效手术方案,疗效确切可靠。手术医生、巡回及器械护士是一个整体,娴熟的手术配合是顺利完成手术的前提和必要条件,流程的手术配合可以增强术者的信心、缩短手术时间、加快患者的康复。在麻醉开始前所有手术设备均应完成摆放和调试,对于心肺功能不全、高龄患者提前准备好相关用品。器械护士要熟练掌握各种手术设备的操作和维护,对于图像不清、光源不稳及气腹压过低等故障能及时排除。对手术每一个步骤做到心中有数,以缩短手术时间。术后24小时内定时监测患者各项生命体征,术后早期鼓励患者下床活动,按时使用镇痛药物,并给予音乐辅助镇痛治疗。对于活动较少的患者,活动时佩戴手环,记录每次活动的步数,量化活动指标,逐步增加活动量以利于胃肠功能的及早恢复。腹腔镜胃切除术后留有各种管道,对于胃管和腹腔引流管用自制蝶形胶布妥善固定,防止滑脱,细致观察引流量和色,发现腹痛腹胀等不适症状立即向医生汇报。出院时做好饮食及用药指导,嘱咐患者多进食低脂易消化饮食。

参考文献

- [1] 刘萍,王崇高.腹腔镜联合胃镜治疗胃间质瘤的护理体会[J].广西医学,2015,37(6):879-880
- [2] 周丽华,丁杏,黄燕华.腹腔镜辅助下胃癌根治术的护理体会[J].局解手术学杂志,2014,23(5):555-556
- [3] 唐红娜,胡军红.老年胃癌根治术围手术期护理[J].护士进修杂志,2014,(23):2193-2194
- [4] 曹媛媛,杨洋,刘伟娇,等.加速康复外科护理对胃癌术后早期离床活动的影响[J].东南国防医药,2015,17(4):432-433,438.
- [5] 李益萍,谢浩森,费惠,等.应用加速康复外科护理对腹腔镜胃癌根治术病人术后康复的影响[J].肠外与肠内营养,2015,22(3):190-192.
- [6] 彭月秀,彭惠,吕长兴.258例腹腔镜下胃癌根治术的手术配合体会[J].医学信息,2014,27(4):410-411.
- [7] 姜宇朋,崔小兵,姚敏泉.早期胃癌患者腹腔镜根治术中胃镜应用的价值探讨[J].健康研究,2014,34(3):314-315.
- [8] 蒋志龙,周斌,徐建峰,等.腹腔镜、胃镜联合治疗早期胃癌的临床体会[J].腹腔镜外科杂志,2011,16(12):916-918.
- [9] 孙华朋,张娜,廖晓峰.早期胃癌腹腔镜手术中联合内镜检查的应用价值[J].海南医学,2013,24(7):1046-1047.
- [10] 王丹,柳燕喆,孙跃明,等.完全腹腔镜下胃癌根治术的围手术期护理[J].腹腔镜外科杂志,2015,14(6):479-480.

(上接第197页)

肛门堵塞、大便燥结以及排便疼痛等症状有效缓解,促进患者及时排便,缓解术后便秘症状,促进患者术后早日康复,提升临床护理满意度,术后病情早日康复。

参考文献

- [1] 张聪.综合护理干预对肛裂术后便秘的影响[J].北方药学,2012,09(5):128.
- [2] 徐燕.综合护理干预对肛裂术后便秘的影响[J].中外

医学研究,2014,(14):96-97.

- [3] 李玲,王艳波.综合护理干预对肛裂术后病人便秘的影响[J].护理研究,2011,25(25):2317-2318.
- [4] 田春梅.综合护理干预对肛裂术后便秘的影响观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,(83):235-235,234.
- [5] 张敏.肛裂手术患者术后便秘的预防和护理分析[J].医药前沿,2015,(22):252-253.