

## 浅析腹腔镜胃切除的手术配合体会

王 唤

南京市浦口区中心医院手术室

**【摘要】目的** 探讨腹腔镜胃切除的手术配合。**方法** 本院手术室对 30 例患者行腹腔镜下全胃切除手术手术配合, 术前做好患者心理护理和手术间及各种特殊器械的准备工作。**结果** 术中巡回护士实施有效安全的体位管理、仪器摆放, 洗手护士严格无菌无瘤技术操作。熟悉手术步骤、密切配合医生, 患者平均手术时间 220min, 平均术中失血量 30ml ~ 100ml, 手术过程顺利。**结论** 良好的专科护士的配合, 尤其巡回护士熟悉手术步骤和细节能够使腹腔镜胃切除更顺利地顺利完成。

**【关键词】** 腹腔镜; 胃癌; 手术配合

**【中图分类号】** R473.6

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1674-9561 (2017) 02-326-01

腹腔镜手术是一门新发展起来的微创方法, 是未来手术方法发展的一个必然趋势。医生越来越娴熟的操作, 使得许多过去的开放性手术现在已被腔内手术取而代之, 大大增加了手术选择机会。随着微创外科的发展, 腔镜手术已经越来越广泛应用于临床, 腹腔镜下胃切除术是近年来国内开展的一项新技术, 具有手术视野清晰、创伤小、术后快速康复、疼痛轻、胃肠功能调整快, 住院时间短、对机体影响小, 并发症较低等优点, 深受广大患者的认同。这对手术室护理的配合提出了新的、更高的要求<sup>[1]</sup>, 现将手术配合报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 采用简易取样法, 选择 2014 年 7 月 ~ 2016 年 12 月在本院行腹腔镜下胃切除患者 30 例, 其中男 14 例, 女 16 例, 诊断: 均为胃癌; 手术方式: 均在腹腔镜下行胃切除术。

1.2 手术方式: 腹腔镜下行胃切除术。

1.3 结果: 30 例患者腹腔镜胃切除术手术过程顺利, 手术时间患者平均手术时间 220min, 平均术中失血量 30ml 到 100ml, 手术过程顺利。

### 2 护理

#### 手术中的护理配合

2.1 术前准备: ①术前访视术前 1d 手术巡回护士或器械, 护士携患者术前评估表到病房访视患者, 了解患者基本病情, 让患者了解手术前准备要点。克服不适感, 减轻心理负担, 以良好的心态接受手术。由于腹腔镜手术需在脐周穿刺, 对脐部皮肤的清洁要求较严格<sup>[2]</sup>, 所以嘱患者彻底清除脐部污垢, 并保证皮肤完好无损。向患者介绍术前注意事项、消化道准备方法和目的、介绍腹腔镜手术的麻醉和手术方式、手术的优点等<sup>[3]</sup>, 增强患者的安全感和治疗信心。本组患者均情绪稳定配合手术。术日热情接待患者, 仔细核对无误后让术前准备室建立静脉通道于右上肢。导尿管在麻醉诱导期, 备好吸引器协助麻醉师行气管插管, 并密切观察患者生命体征的变化。②手术间的准备。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 24℃, 湿度 40% ~ 60%, ③手术用物的准备。器械及物品准备术前 1d 与主刀医生沟通, 熟悉预施手术步骤, 准备腹腔镜专用器械一套、腹腔镜胃肠特殊一套, 30° 一体镜子, 超声刀头以及连线、腔镜下无损伤抓钳、鸭嘴钳等腔镜下直线切割吻合器及钉仓, 5mm 曲路卡和 12mm 一次性曲路卡, 各种钛夹钳及钛夹, 细纱条, 进口缝线, 各种止血材料, 以及一次性手术材料手套, 护套, 敷料等。与其他腔镜手术一样, 腹腔镜胃癌根治手术亦面临中转开腹问题, 故常规准备开腹器械包及用物。台下腔镜系统、高频电刀、超声刀机器, 吸引器, 体位架, 暖风机, 下肢加压泵等。

2.2 术中配合: ①巡回护士配合。根据手术需要, 将手术床调至头高脚底、右高左低位; 密切观察患者病情, 约束带固定稳妥, 包布包裹肢体, 避免接触金属, 注意保暖, 术中使用仪器较多, 手术医生要调换位置, 仪器。放置要合理, 整理各种连接线。主腹腔镜系统置于患者左侧, 两面液晶显示屏置于患者头端, 调好角度, 避免反光, 使主刀医生和助手医生均能获得最佳视野。按手术需要正确添加切割闭合器及钉仓; 填写术中护理记录单, 完整粘贴切割闭合器钉仓的标识在记录单上。将各种管道、导线连接在仪器上, 检查调试腹腔镜清晰度。②洗手护士配合准备好术中所需常用器械和用物, 提前 30min 洗手, 与巡回护士常规清点器械、敷料与缝针, 与巡回护士配合用无

菌保护套。隔离摄像头线、光源线。洗手护士要熟悉相关部位的解剖结构, 掌握各种腔镜器械的名称及用途, 检查腔镜器械的完整性, 器械按使用的先后顺序摆放并处于备用状态, 检查气腹针及吸引器头是否通畅, 调试超声刀, 超声刀使用时间过长会使刀头发热 (机器会自动报警), 应将刀头放入清水中震动冲洗, 清除焦化组织, 超声刀与电凝钩应交替使用, 以保证刀头良好的工作效率; 由于温差, 腔镜镜头易出现起雾现象, 备无菌保温杯装 70℃ 以上蒸馏水预热镜头, 保温杯内内置一纱布, 保护镜头。亦可用蘸碘伏溶液纱布擦拭镜头。备可显影细纱条数根, 以供术中压迫止血; 首先要配合手术医生置曲罗卡, 通常采用五孔法, 建立气腹后, 维持术中气腹压力 12 ~ 15mmHg, 密切观察手术步骤, 及时递上所需器械及物品, 如有出血, 用小纱条擦拭压迫出血处, 吸引器头压在小纱条上进行吸引, 可吸收血管夹和钛夹的型号要根据所需夹闭血管的大小选择, 通常保留端用可吸收血管夹, 切除端使用钛夹。然后根据血管的大小和手术医生的喜好, 选用合适的可吸收血管夹。使用内镜直线切割吻合器时正确安装钉匣, 避免因安装错误而浪费钉匣或损坏吻合器。术中传递缝针缝合、小纱布擦拭时小纱条放置位置要心中有数, 要随时提醒术者拿出以免遗漏, 在脐上方做一 3cm 小切口取出全胃标本, 冲洗腹腔, 放置引流管关闭腹腔。关闭腹腔前与巡回护士认真清点纱布、缝针、器械。妥善保管好切除的标本。术中无菌无瘤技术的配合。恶性肿瘤在进行根治手术过程中, 应强调无瘤原则, 腹腔镜手术也不例外<sup>[6]</sup> 切除肿瘤时使用的器械要与其他器械分开使用, 避免肿瘤细胞产生种植; 腹腔用温蒸馏水冲洗。手术结束后, 关闭小切口前与巡回护士认真清点台上所有用物, 台上所有医护人员更换手套, 用未接触过肿瘤的器械关闭伤口。术后终末处置整理手术台, 为下台手术提供整齐的环境, 清洗物品后再次清点物品, 可耐受高温灭菌的器械采用高压蒸汽灭菌, 不耐高温的器械采用过氧化氢低温等离子灭菌, 摄像头、冷光源则用腔镜保护套保护。手术结束后待患者麻醉清醒, 与麻醉恢复室护士交接, 送至术后恢复室观察。

### 3 结论

通过对 30 例患者手术的观察, 我们体会到腹腔镜下胃切除术比传统开腹手术有手术切口小、创伤轻微, 对腹腔内脏干扰少, 术后疼痛轻的优越性。总而言之虽然完全腹腔镜下胃切除术手术难度大, 相对传统开腹及腹腔镜辅助手术有许多特殊性, 但是先进的腹腔镜技术发展与手术室的发展并进, 需有优质的腔镜手术器械以及专科护士的配合, 手术室护士做好患者的术前访视, 关心患者的生理心理情况, 完善物品的准备、手术间准备及物品摆放; 尤其洗手护士必须熟悉手术步骤和细节, 这样才能顺利地顺利完成手术。预知主刀医生的需要, 熟练主动的手术配合, 及时的调整体位, 严格的无菌无瘤观念和技术。以及术后对器械的保养和维护, 这些都是取得手术成功的重要保证。

### 【参考文献】

- [1] 姚健, 桑晓梅, 罗黔. 3D 高清腹腔镜手术的临床应用探讨 [J]. 西部医学, 2013, 25 (4): 513-514.
- [2] 张立峰. 腹腔镜胃癌根治术的围手术期护理. 腹腔镜外科杂志 [J], 2010, 15 (12): 929.
- [3] 钟正明, 陈善英. 腹腔镜胃癌根治术的围手术期护理 [J]. 重庆医学, 2010, 39 (15): 2085-2086.