腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗直肠癌的临床效果分析

Clinical effects of laparoscopic assisted rectal eversion pull-through operation for rectal cancer

黄 喆[1],郭克建[2],何三光[2],刘 放[1] (1. 辽宁省肿瘤医院大肠科,辽宁 沈阳 110042;2. 中国医科大学附属一院普外科,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 腹腔镜;直肠癌;外翻拖出式手术;直肠前切除直肠癌根治术
[中图分类号] R735.37 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0309-02

我国直肠癌发病率居世界前几位,随着双吻合器的应用,在直肠癌手术中保肛率已经有了明显提升[1]。虽然腹腔镜手术创伤小、恢复快,但对于超低位的直肠癌,使用内镜手术切割时,操作十分困难,并且容易残留肿瘤[2]。我科对 2011 年 6 月至 2012 年 6 月收治的 40 例患者采用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗,效果明显,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析我院 2010 年 12 月至 2012 年 6 月收治的 40 位直肠癌患者病例资料,其中男 25 例,女 15 例,年龄(51 ± 13)岁。并在资料库中同时抽取同期接收腹腔镜辅助下直肠前切除直肠癌根治术的 40 例患者作为对照,其中男 27 例,女 13 例,年龄(49 ± 11)岁,2 组患者基本资料无显著差异($P > 0.05$)。所有患者确认可以实施腹腔镜直肠癌根治手术。

1.2 手术方式

2 组患者共同采用的手术方式步骤:①气管插管,静吸复合全身麻醉;②根据术前判断结合术中了解情况,辅助腹腔镜确诊肿瘤方位,使用超声刀解剖肠系膜下动静脉,并在根部结扎切掉膜下动静脉。

实验组:①直肠及其系膜要完全游离,离断直肠的骶骨筋膜和肛尾韧带;②在至少距肿瘤 10 cm 处切断乙状结肠;③扩张肛门,将乙状结肠、含肿瘤直肠拖拉外翻至肛外;④露出肿瘤及齿状线,在肿瘤远端 2 cm 处切断,缝合关闭远端直肠,并切除乙状结肠、直肠及其肿瘤,并使用稀释的碘伏清洗外露的直肠远端;⑤取下腹部居中的小切口,置入吻合器抵钉座,完成超低位吻合手术。

对照组:在直肠及其系膜完全游离后,在距肿瘤 3 cm 处闭合切断直肠,取下腹部居中的小切口,将直肠拖至腹外,在至少距肿瘤 10 cm 处切断乙状结肠,置入吻合器抵钉座,完成超低位吻合手术,其他操作同实验组。

1.3 数据统计方法

使用 SPSS 16.0 软件进行统计分析,计量采用 t 检验,计数采用卡方检验,$P < 0.05$ 表示具有统计学差异。

2 结果

2 组患者术后均有 1 例出现吻合口瘘,对照组有 1 例吻合口出血,无手术死亡情况,2 组近期吻合并发症无统计学差异。随访 6 个月至 2 年,实验组有 1 例复发,复发率 2.5%,对照组有 2 例,复发率 5%;2 组肛门均保存了控制排便功能,实验组在恢复进食的 2 周内每天排便次数为(9.456 ± 2.013)次/日,多于对照组的(5.213 ± 1.004)次/日,$P = 0.025$,具有统计学差异,术后 6 个月内每日排便次数统计无差异($P > 0.05$)。

3 结论

随着微创技术的发展进步及其优点的展现,对直肠肿瘤患者采用腹腔镜手术的案例越来越多。大量的实验证明,腹腔镜结直肠癌手术符合肿瘤根治的原则[4-7]。传统的开腹手术在腹腔镜下使用内镜闭合器切断远端直肠,会由于患者盆腔狭窄及超低位切除时,存在操作困难的问题。而采用腹腔镜下肠膜游离,经肛外翻拖出式手术,更轻松完成了直肠切除闭合及超低位吻合手术。克服了因盆腔狭窄导致的手术操作难的问题,并且在可直视的情况下操作,又保证了肿瘤切缘的情况下切断直肠而切缘无肿瘤,提高了肿瘤切除的效率。

随机对患者术后临床调查中,患者的生活质量,包括肛括约肌控制排便功能、排便习惯、术后并发症以及局部肿瘤复发等长期生活情况的跟踪,结果表明腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗直肠癌切缘呈阳性的情况均未发生,并且吻合口出血和瘘的发生率没有增加,虽然患者在进食后的 2 周内日均大便次数增加,但在术后半年的时间内,患者大便状况已基本恢复至直肠癌发生之前,相差无几。通过短期的跟踪调查和回访,患者局部肿瘤的复发率也没有增加。本研究的患者采用此手术,将微创手术的效果和开腹超低位吻合手术相结合,在保证手术达到根治的前提下,简化了操作步骤,提高了手术的安全性、患者的保肛率,进而提高了患者的生存质量。

[参考文献]

[1] 陶凯雄. 腹腔镜胃癌手术常见并发症及其防治对策[J]. 第三军医大学学报, 2013,35(18):1900 - 1902.
[2] 赵立志,孙民昌,燕归如,等. 无辅助切口完全腹腔镜下直肠外翻拖出式直肠癌根治的临床研究[J]. 现代肿瘤医学,2012,20(1):119 - 122.

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403037
[收稿日期] 2014-02-21 [修回日期] 2014-03-18

[3] 蒋宏进. 腹腔镜辅助直肠癌根治术 28 例临床分析[J]. 浙江医学, 2010,(6):917 - 918.
[4] Wakatsuki K, Yoshioka S, Shiobara M, et al. A case of rectal endocrine cell carcinoma treated by laparoscopic assisted intersphincteric resection after neoadjuvant chemotherapy[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2013, 40(12):2026 - 2028.
[5] Park SY, Choi GS, Park JS, et al. Urinary and erectile function in men after total mesorectal excision by laparoscopic or robot-assisted methods for the treatment of rectal cancer: a case-matched comparison[J]. World J Surg, 2013.
[6] Hu JJ, Liang JW, Wang Z, et al. Short-term outcomes of laparoscopically assisted surgery for rectal cancer following neoadjuvant chemoradiotherapy: a single-center experience[J]. J Surg Res, 2014, 187(2):438 - 444.
[7] 甄四虎, 侯会池, 王少文, 等. 腹腔镜辅助下 48 例低位直肠癌的保肛手术治疗[J]. 局解手术学杂志, 2012, 21(1):84 - 85.

(编辑:杨 颖)

护理角色分工在手术室急救绿色通道中的应用

Application of nursing roles division in operating room for emergency

邓 静, 杜黎娟, 聂智容 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所手术室, 重庆 400042)

[关键词] 角色分工; 手术室护理; 绿色通道
[中图分类号] R472.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0310-01

急救绿色通道是指医院为危急重患者及 5 无患者(无姓名、无单位、无住址、无家属、无经费)提供快捷、高效、畅通的生命抢救通道[1]。手术室急救通道手术,不同于择期手术,它病情紧急、抢救时间紧迫,易使护理工作慌乱无序。我科于 2012 年在急救绿色通道手术中实行程序化的护理角色分工,取得了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2012 年 1 月至 2013 年 6 月我科急救绿色通道接收患者 59 例,其中男 38 例,女 21 例;年龄 5 ~ 66 岁,平均 36.79 岁。多发伤 25 例,刀刺伤 5 例,车祸伤 4 例,高处坠落伤 5 例,颅内出血 13 例,宫外孕大出血 7 例,大部分患者处于休克状态。

1.2 护理分工方法

据参加救护人员的工作性能组成抢救小组,实行定人定任务的分配责任制,以缩短临床反应时间[2]。值班组长主要负责抢救治疗及麻醉配合,在最短时间准备好气管切开包、除颤仪等抢救设备。迅速建立 2 条以上有效的静脉通道,尽快补充液体。协助医生进行麻醉诱导及插管、中心深静脉穿刺、动脉穿刺;密切观察生命体征、血氧饱和度及尿量变化,根据情况调整输液速度和剂量,做好随时进行输血的准备。班副组长担任器械护士,主动向医生了解手术方案,准备好术中可能需要的器械、敷料,对手术中可能出现的情况有充分的考虑。准确迅速地传递器械和缝针,对台上器械的数量、种类及敷料的增减情况做到心中有数,密切配合医生顺利完成手术。值班组第 3 名护士负责提供手术所需的各种应急物品,及时与保障中心、输血科、ICU 等辅助科室联系并做好协调工作,确保急需物资时能及时供应与补充。参与救护的护理人员做到分工明确,又相互协作,保持科学严谨的态度,严格执行无菌操作和查对制度,争分夺秒,快速、及时地保障手术顺利进行。

2 结果

本组 59 例患者均经手术抢救,其中 1 例死于多器官衰竭,1 例因休克未纠正而死亡。其余 57 例均得到及时救治,手术成功率为 96.6%,获得了满意的疗效。

3 讨论

急救绿色通道手术以"紧急、危重"为特点,要求医务人员以"快、准、稳"的状态,以最密切的配合程序,达到最有效的救治效果。规范灵活的护理配合是提高抢救效率和质量的保证[3],通过护理人员和护理任务的分工合作,减少了急救工作的盲目性和随意性,提高了护理配合质量。此外,我科还建立了绿色通道紧急预案,制定了各种急救伤型的急救流程,开通了绿色通道专线电话,通过上述措施的完善,护理角色分工方法简明扼要,易于掌握,使急救工作急而有序,行之有效,能缩短临床反应时间,为手术的顺利开展提供了最及时的时机,有效地提高了抢救成功率。

[参考文献]

[1] 李振荣, 何春红, 赵文娟. 影响手术室绿色通道通畅的原因分析与对策[J]. 右江医学, 2010, 38(6):774 - 775.
[2] 卢永明. 批量伤员的急救护理管理[J]. 右江民族医学院学报, 2009, 31(5):928 - 929.
[3] 龙李莉. 严重多发伤急救护理探讨[J]. 局解手术学杂志, 2009, 18(5):347.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403038
[收稿日期] 2014-01-09 [修回日期] 2014-01-16