·经验交流·

300例腹腔镜下胃癌根治术的手术配合

Intraoperative care of 300 cases of laparoscopy-assusted raducak gastrectom

冉宏蕾,曾 俊,谢维英 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 腹腔镜;胃癌;手术配合
[中图分类号] R735.2;R656.61 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0325-01

腹腔镜胃癌手术具有术中出血少、术后疼痛轻、住院时间短、腹壁疤痕小以及对机体免疫功能影响小等优点,因而在国内外逐步开展[1]。我院自2004年3月以来,行腹腔镜下胃癌根治术300例,现将手术配合报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例300例,其中男185例,女115例,年龄30~72岁。行根治性全胃切除术55例,近端胃大部切除术43例,近端胃联合脾脏切除术6例,远端胃大部切除术196例。

1.2 手术方法

以根治性远端胃大部切除B-II氏为例,于脐下方刺入气腹针,置入Trocar,探查腹腔。进腹后游离大网膜。暴露结肠动、静脉,铲除横结肠系膜前叶,分离裸化胃网膜右动静脉,铲除胰腺被膜,直至胰腺上缘,打开肝十二指肠韧带被膜,裸化肝固有动脉、胃十二指肠动脉及肝总动脉,于胃右动脉根部上钛夹后切断,将胃向左上方牵拉,显露腹腔动脉干、脾动脉近端及胃左动静脉,沿肝下方清扫小网膜至贲门右侧,向下裸化食道下段及胃小弯侧,充分游离十二指肠至胃十二指肠动脉水平。距幽门3 cm处用直线切割器切断十二指肠。取上腹正中长约4~5 cm切口,腹腔外切除肿瘤,用圆形吻合器或直线切割器行常规胃空肠吻合。

2 手术配合

2.1 巡回护士配合

建立静脉通道,将吸引装置放于病人头侧,协助麻醉医生实施麻醉,为病人留置导尿,安置手术体位,打开各种仪器,连接好各种导线并调至正常使用状态,确保各种仪器正常使用。清点用物,将各种腹腔镜系统的摄像头、光源线、超声刀导线、单极电凝线、气腹管经消毒套保护套后传递到手术台上。备80~90 ℃灭菌纯化水500 mL,用于术中浸泡镜头,以保证镜头清晰;根据手术需要及时调节手术体位,完整正确的填写手术护理记录单。手术结束后待病人麻醉清醒,病情平稳后护送病人回病房,与病房护士做好交接班。

2.2 洗手护士配合

手术前一日准备好术中所需常用器械和用物,手术当日提前20 min洗手上台,检查腔镜器械的完整性,将各种用物按使用先后顺序摆放好。熟悉手术步骤,灵活主动地传递所需手术器械,观察孔准备并传递直径10 mm Trocar,主操作孔准备并传递10 mm Trocar,牵引孔准备并传递5 mm Trocar,右侧相对应置入10 mm Trocar,右腋前线肋缘下置入5 mm Trocar。连接好单极电凝钩或超声刀,裸化血管,递钛夹钳。准备血管吊带悬吊肝固有动脉、肝总动脉、脾动脉近端。行B-II式吻合,上腹正中切口,递切口保护器。准备圆形胃肠吻合器或直线切割器行胃空肠吻合。关闭上腹部正中切口,重建气腹,递冲洗器冲洗腹腔,放置腹腔引流管。关闭体腔前同巡回护士共同清点用物,防止物品遗留体腔。

3 讨论

由于胃的解剖层面复杂,胃周血管丰富,难度大,操作精细,要求护士有高度的责任心和娴熟的腹腔镜手术配合技能。因此洗手护士必需熟悉各种器械的性能和作用,并能熟练的拆卸和安装。由于腹腔镜手术器械配件多,应随时检查器械的完整性。充分了解手术步骤,做到心中有数,主动灵活的传递所需的手术用物,提高配合质量。严格掌握各种仪器设备的操作规程,确保手术仪器的正确使用。术中止血大量使用小纱条,随时注意清点,防止遗留体腔。做好无瘤技术,由于切口小标本大的特点,洗手护士要及时将切口保护器递给医生,防止切口种植。手术结束前,冲洗腹腔应将水温控制在37 ℃,防止病人烫伤。正确清点及妥善保管标本,防止标本遗失。淋巴结分组细,清扫范围比较广[2],防止淋巴结组数混淆,导致医生无法辨别转移到何种程度。手术结束后,应注意各种导线的缠绕法,防止打折而致导线损坏。

[参考文献]

[1] 余佩武.腹腔镜胃癌手术的现状与进展[J].中国微创外科杂志,2005,5(7):512-514.
[2] Shiraishi N, Yasuda K, Kitano S, Laparoscopic gastrectomy with lymph node dissection for gastric cancer[J]. Gastric Cancer, 2006, 9(3): 167-176.

[收稿日期] 2008-05-26 [修回日期] 2008-06-27

(编辑:张天飞)