维普资讯 http://www.cqvip.com

肌力量恢复,增强脊椎稳定性,因为良好的肌肉功能不仅增强体质,而且可以代偿轻度的骨、韧带切除造成的不稳定倾向,缓解术后腰部酸胀、乏力等不适症状。

2.4 出院指导

腰椎滑脱症手术患者出院后应继续平卧硬板床休息1~2个月,定期复查摄片,椎间植骨骨性融合后,在腰围保护下适当下地行走,术后半年可从事轻体力活动,避免弯腰、扛物等重体力劳动,并坚持腰背肌功能锻炼。

(编辑:朱志立)

100例腹腔镜辅助下胃癌根治手术配合体会

陈志美,卓 宏,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 腹腔镜;胃癌根治术;手术配合
[中图分类号] R730.49 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0144-02

腹腔镜胃癌根治术是近年来国内开展的一项新技术,由于术后病人疼痛轻,腹壁切口小,并发症少等优点,深受广大病人的欢迎。我院从2004年4月至今,共完成腹腔镜辅助胃癌根治手术配合100例,效果良好,现报告如下。

1 临床资料

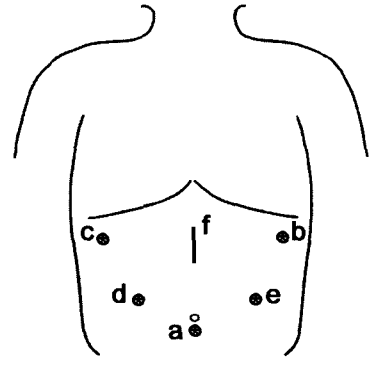
本组100例,男66例,女34例,年龄28~68岁,平均年龄40.7岁,其中根治性远端胃大部切除术68例,手术时间平均为216 min,术中失血量平均为105 ml;根治性近端胃大部切除术10例,手术时间平均为220 min,术中失血量平均为186 ml;根治性全胃22例,手术时间平均为325 min,术中失血量平均为455 ml。其中中转5例,术后肛门排气平均为3.7 d。

2 手术切口的建立与手术方式

手术切口的建立见图1。远端胃癌根治术分为毕I式即胃与十二指肠直接吻合,关闭胃残端;毕II式即腹腔镜下关闭十二指肠残端,胃与空肠吻合。近端胃癌根治术即食管与胃吻合,关闭胃残端。根治性全胃切除术是将整个胃切除,食管与空肠吻合,并在空肠处行侧吻合,以增加进入空肠代胃储留食物。

3 手术配合

麻醉采用全麻,气管内插管,术中用输液泵持续泵注瑞芬太尼维持,并进行呼末CO_2监测。病人入手术间后,在上肢建立静脉通道,协助麻醉。安置好尿管、电极板、电凝器脚踏、超声刀脚踏,超声刀的模式选择3档[1]。安装好各种仪器,使之处于工作状态,CO_2气腹压力维持在11~14 mmHg。协助手术者用导线无菌保护套将摄像头线、光源线、电凝钩连线套上,注意用无触摸技术。建立气腹,确认气腹针入腹腔后,连接CO_2气腹管,冲气量由低到高,然后选择自动注气。在肚脐下方1 cm处插入气腹针连接CO_2,建立气腹,放入30度斜面阴影镜探查腹腔,明确手术方式。手术结束后关闭切口,递12×20圆针7号丝线等逐层缝合切口,再次建立气腹,冲洗腹腔,检查出血,安置引流管,缝合皮肤。



a:脐下1 cm开孔放置摄像头;b:主要操作孔,左腋前线肋缘下2 cm,放置超声刀或放置腔内闭合器;c:辅助操作孔,右腋前线肋缘下2 cm,放置抓钳等;d:辅助操作孔,右锁骨中线平脐上2 cm放置抓钳等,也用于置入腔内切割闭合器;e:辅助操作孔,左锁骨中线平脐上2 cm,置入肝脏五叶拉钩或抓钳;f:上腹正中作5~7 cm切口

图1 手术切口建立示意图

4 体会

腹腔镜器械较多,护士应熟练掌握各器械的性能、构成、拆卸及正确连接。熟练掌握器械名称、用途,术中传递器械做到快、准、稳,保证手术高质高效完成。除了熟练掌握腹腔镜器械外,手术护士还应掌握吻合器、闭合器的型号、安装、用途等以保证手术顺利开展。手术过程中病人体位变换较多,巡回护士注意保护病人。巡回护士注意物品的摆放位置,做到心中有数。术中物品如:试血用的小纱条、血管吊带等物品应严格执行"两人四次"清点,防止异物遗留腹腔。超声刀手柄的灭菌方法优选环氧乙烷(EO),且连接主机端切忌浸水。缠绕光缆线时注意方法[2],防止打折而致光缆线损坏。术中注意保护超声刀头[3],随时清洗,清洗时超声刀头切忌碰容器壁。胃肠吻合时注意将胃管调至所需位置,吻合后关闭胃残端时再次调整胃管至所需位置并固定,然后关闭胃残端。

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-02-24

维普资讯 http://www.cqvip.com

[参考文献]
[1] 魏 革,刘苏君. 手术室护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2002. 102.
[2] 李永红,曾 俊. 腹腔镜等仪器导线的保护性缠绕法[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(9):24.
[3] 王 涛,宋 烽,银彩霞. 1例腹腔镜下胃大部切除的护理配合[J]. 中华护理杂志,2004,39(10):760-761.

(编辑:朱志立)

建立微创外科技术培训中心的必要性与意义探讨

王德林[1],潘永全[2] (重庆医科大学:1.附属第一医院泌尿外科;2.动物中心,重庆 400016)

[关键词] 外科学;手术学;培训;探讨
[中图分类号] R61;G40.021 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0145-01

21世纪外科学发展的主要方向之一是微创外科。如何适应形势,采取有效措施,迅速广泛开展微创外科技术,是外科学界面临的紧迫任务。

1 建立微创外科技术培训中心的紧迫性

随着技术的进步,外科手术方式开始从传统的大切口充分显露手术视野,向切口小、创伤轻的微创外科转变。自上世纪90年代开始,通过腔镜器械,利用微创技术代替许多传统开放手术,不仅可完成诸如胆囊切除、肾切除等常规易操作的手术,还能完成根治性前列腺切除术、根治性膀胱切除术等高难度手术[1]。近年来,外科新技术发展异常迅速,出现了机器人腹腔镜手术技术[2]。腹腔镜外科作为微创外科的代表,其发展是外科技术的一场革命,加强腹腔镜外科医师继续教育与手术技术培训是减少手术并发症,真正达到外科微创化的关键[3]。传统的外科医生培训方法显然难于适应培养微创外科人才的要求。因此,建立微创外科技术培训中心,开展微创外科技术培训,促进微创外科技术在我国的推广,是外科领域一项十分紧迫的任务。

2 建立微创外科技术培训中心的具体措施

建立独立的微创外科技术培训中心费用昂贵,也不现实。因此,为避免资源浪费,应选择在技术力量雄厚,影响力大的医学院校及其附属大型教学医院建立培训中心。在这些医疗单位中一般设有动物中心和动物外科教研室,以此为基础,建立微创外科技术培训中心,可以共享部分设施和技术人员,既节约经费,也有利于开展培训工作。具体建议如下:①微创外科技术培训中心的管理机构应参照动物外科教研室的设置,由专人负责日常工作,包括手术实验室及动物的准备,器械设备的维护等。②人员构成包括实验动物学专家、麻醉医师、相关专业的微创外科医师及相应的技术人员。这些人员可以从动物中心和临床相关科室抽调,作为兼职教师。③硬件设施需要相关手术室、腔镜系统及器械、模拟手术系统、手术包等。腔镜系统及器械价格比较昂贵,可以利用临床上使用多年后淘汰的,或者请器械供应商以赞助等方式提供部分器械。④建议设立模拟手术室、腔镜手术室,以及附有视像会议功能的研讨室。模拟手术室应配备相关的模拟手术系统,供初学者学习;腔镜手术室主要提供各种腔镜手术如腹腔镜、胸腔镜、宫腔镜、关节镜手术培训等。

3 微创外科技术培训中心的功能与具体应用

3.1 实验动物保护规范培训

对所有参加培训的医务人员进行保护实验动物的有关知识和道德规范的培训,考核合格发给合格证书,作为进一步参加微创外科技术培训的资格,不合格者不授予使用实验动物的资格。与国际上关于使用实验动物的管理制度和法律法规接轨,凡涉及实验动物的使用,所有参加者,必须通过严格培训合格后,才能使用实验动物,开展有关研究和实验。

3.2 开展微创外科手术培训

训练目的:①加强微创外科手术的基本技能训练;②提高微创外科手术技术水平。开展微创外科手术,不仅需要扎实的传统开放手术技术功底,还需要熟悉腔镜及其器械的使用。医生需要化费大量时间进行训练,达到人与器械合一,才能顺利完成微创外科手术。可以通过模拟手术系统,进行基本的腔镜手术技术及技巧的训练如组织剪切、持针、缝合、打结、剪线、双手配合等,再利用有关的实物模型进行训练,接下来在实验动物体内进行训练,最后才能对患者施行微创外科手术[3]。采用这种培训模式,可以培养年轻微创外科外科医生,也有利于加快腔镜手术的推广与应用。

利用微创外科技术培训中心,进行青年外科医生的微创外科技术培训,可以促进微创外科技术顺利、迅速的推广,并把开展的微创外科手术的风险因素降低到最低程度。

[参考文献]
[1] 余汇洋,郭光金. 微创外科-手术学教学的新领域[J]. 局解手术学杂志,2005,14(1):C002.
[2] Sim HG, Yip SKH, Lau WKO, et al. Early experience with robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy[J]. Asian J Surg, 2004,27(4):321-325.
[3] 李 靖,杨彤翰,梁 平,等. 腹腔镜外科医师技术培训方法探讨[J]. 医学与哲学,2006,6(14):312-315.

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-03-01

(编辑:朱志立)