克,医护人员给患者建立了抗休克的静脉通道,采用静脉置管,保证液体输入、升压药物以及输血的畅通^[4]。(3)控制患者紧急性的出血,减少患者继续出血的现象,防止患者出血过多。(4)严密监护患者心电、血压、瞳孔等病情的变化,对于休克、呼吸困难者应及时采取相应的措施加以防治。(5)对于需要紧急手术的患者应做好充分准备,有效进行手术治疗,节省手术抢救的时间。第三,医护人员要严密观察患者的各种体征指标的变化。(1)患者的意识状态的变化。一旦发现患者意识状态出现变化就应该加强对患者的关注,及时采取相应的预防措施。(2)患者瞳孔的变化。一般颅内压增高下,患者的瞳孔会发生变化,比如患者的瞳孔对光反射不敏感或者消失,同时患者可能会伴有其他的症状,如意识不清逐渐加重,肢体出现侧面瘫痪等^[5]。应立即给予患者相应的治疗,20%的甘露醇加地塞米松,降低患者颅内压。(3)患者颅脑病变也可以通过观察患者的肢体活动,20%的甘露醇可以降低患者的颅内压。在临床上颅脑外伤和胸外伤在血压和呼吸方面的症状是完全相反的,医护人员必须要注意仔细观察患者血压和呼吸的变化,在使用脱水剂治疗时,首先要控制患者的血压^[6]。(4)如果患者出现脑休克,要及时采取措施抵抗脑休克,因为休克严重时也会加重患者的脑水肿。严密观察患者意识障碍的变化,瞳孔以及患者肢活动等体征的变化,并做好详细的记录,可以有效防治患者并发症的发生以及为以后的预见性护理总结经验^[7]。第四,各科室要密切协作。为能够使患者及早得到抢救,医护人员在患者抢救过程中要做好各个科室的协调工作,保证患者急救工作的顺利进行。具体可以根据当时的实际情况,合理安排医护人员,比如实习同学可以陪护患者的家属,B超、CT等尽可能安排在病床边上进行,这样可以大大节省时间^[8]。第五,医护人员做好术前准备。首先医护人员要联系手术室,并做好手术前的准备工作,如配血、皮试、插胃管等。为使患者能够更快接受手术治疗,可以开展医院急诊室手术,提高患者的生存率。

3 结 果

两组颅脑外伤合并颈髓损伤患者在入院进行急诊所耗费的抢救时间,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者在在康复情况上也有较大差异。

3.1 两组患者在就诊时间、有效抢救时间方面的比较 50例观察组患者就诊时间为(40.08±27.33)min,50例对照组患者

就诊时间为(50.73±27.48)min,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者有效抢救时间为(31.73±11.01)min,对照组患者有效抢救时间为(70.48±9.3)min,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.2 两组患者康复情况对比 非手术康复出院:观察组32例,对照组15例;骨科行颈椎手术治疗:观察组9例,对照组11例;行颈椎骨牵引:观察组8例,对照组17例;死亡:观察组1例,对照组7例。观察组在经过预见性护理之后,患者的死亡率大大降低,患者不需手术就可康复的患者占了64%(32/50);而对照组患者死亡率比较高,且患者骨科行颈椎手术治疗和行颈椎骨牵引比例较观察组要高($P < 0.05$),非手术康复出院的患者仅占30%。

综上所述,对颅脑外伤合并颈髓损伤患者实施预见性护理,减少了意外事件的发生,可大大减少并发症的发生,使患者获得最佳的治疗护理效果。

参考文献

- [1] 许巧珍,高冬梅,朱素尧.预见性护理在肝硬化合并上消化道出血治疗中的应用[J].医学理论与实践,2011,24(2):212-213.
- [2] 任彩萍.颅脑损伤的院前急救与护理[J].全科护理,2010,8(6):526-527.
- [3] 赵小纲.多发伤治疗进展[J].中华急症医学杂志,2003,12(9):642-643.
- [4] 何鹏.创伤临床分类及救治[M].北京:清华大学出版社,2005:157-158.
- [5] 王一镗.大力加强严重创伤的紧急救治[J].中华急诊医学杂志,2001,10(2):77.
- [6] 金珊珊,徐美勤,韦素芹.颅脑外伤合并复合伤的急救护理[J].山西医药杂志:下半月,2010,54(1):88-89.
- [7] 文亮,尹昌华,徐世伟,等.急救部开展创伤急救手术1673例[J].中华创伤杂志,2002,18(10):583-585.
- [8] 张立元,刘秋秋.重型颅脑外伤的手术配合[J].中国现代医学杂志,2004,14(15):109-110.

(收稿日期:2013-02-19 修回日期:2013-03-22)

双镜联合治疗早期高位直肠肿瘤的手术护理

刘 洁,赵 欣(陕西省汉中市中心医院手术室 723000)

【摘要】 目的 探讨直肠镜和腹腔镜双镜联合治疗早期高位直肠肿瘤的手术期护理效果。**方法** 分析20例双镜联合技术治疗高位直肠癌的手术期护理效果,总结手术配合的心得、方法及仪器设备的管理、体位放置等要点。**结果** 术前完美的准备,术中默契的配合,术后及时总结,是手术进展顺利不可或缺的因素。**结论** 双镜联合技术是一种安全性高、损伤小、效果好的手术方式。护理人员掌握术中配合要点,熟悉手术步骤,清楚主刀医生的手术习惯,能有效提高手术成功率。

【关键词】 直肠肿瘤; 直肠镜; 腹腔镜

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)15-2052-02

直肠肿瘤是我国常见的恶性肿瘤之一,且发病率有上升趋势。目前,结肠镜是诊断结肠肿瘤的最主要方法,而腹腔镜手术渐已成为直肠癌根治术的金标准,具有创伤小、出血少、恢复快、对肠道损伤小、根治性好等特点^[1]。然而,由于腹腔镜手术缺乏手术的精微触觉,对于肠腔内生长病灶较小、浆膜层

正常的直肠肿瘤患者定位判断有一定困难。直肠镜和用它镜双镜联合技术的运用能较好地发挥各自优势,做到互补,进一步拓展了微创技术的应用范围,目前正成为早期直肠肿瘤治疗的一种重要的手段^[2]。本院自2011年起使用双镜联合治疗直肠肿瘤患者20例,效果满意,现将术中手术护理及配合要点报

道如下,以供临床护理人员参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组接受双镜联合结直肠肿瘤根治性手术患者 20 例,年龄 45~70 岁,年龄中位数 62 岁,男 12 例,女 8 例,均为高位直肠肿瘤,超声内镜提示 T1~T2, N0。术前均行肠镜检查,取肿瘤活检为腺癌,术前完善各项检查,无远处转移,排除手术禁忌,在插管全身麻醉下行“双镜联合早期高位直肠根治术”。

1.2 方法

1.2.1 术前准备

1.2.1.1 术前访视 患者因对相关疾病知识的匮乏,此类患者术前均有不同程度的恐惧、焦虑,对疾病康复缺乏信心,担心手术费用过高心理障碍,易产生悲观忧郁心理。针对此种情况,手术室护士术前 1 天到病房查阅病历,翻看相关术前检查结果,针对患者存在的心理压力做好解释指导工作,耐心讲解有关双镜联合技术的优越性及手术大概过程^[3];回答患者提出的关于手术护理方面的相关问题,许可的情况下可以列举手术成功的例子,以增强患者治愈疾病的信心并主动配合手术^[4]。

1.2.1.2 物品准备 (1)普通器械:灭菌的普通器械一套,低温消毒的肿瘤外科专用腔镜器械一套。(2)特殊用物:史赛科腹腔镜系统 1 套,肠镜、超声刀、荷包钳、生物夹、60 mm 钉仓及合适的吻合器,3 L 的 150×14 L 无菌保护套 3 个,手术切口层保护器 1 个。

1.2.2 术中护理

1.2.2.1 巡回护士配合 (1)患者入室后认真核对患者,全面检查相关仪器及手术物品,确保设备仪器处于正常工作状态。(2)建立静脉通路,连接 30 cm 延长管及三通,以保证术中输液、输血及麻醉药的使用。(3)手术体位:患者取改良膀胱截石位,臀部离床沿 5~10 cm,双腿与支架接触处垫好棉垫,以免患者腿部神经受压,两腿分开不宜过大。取头低脚高位,双肩部垫软棉垫,用肩托固定,注意保护眼睛,用中单将双上肢包裹于身体两侧,并保证身体各部位不能与金属接触,防止意外电击伤。(4)全身麻醉成功后实施导尿,并妥善固定,避免挤压折叠;连接腹腔镜系统的光缆线、摄像、CO₂ 气腹线,并套上保护套袋;连接超声刀、电刀、吸引器并调至正常工作状态。(5)协同麻醉师做好患者生命体征管理,尤其是呼末 CO₂ 和血氧饱和度的观察,密切关注手术进程。(6)手术结束后,仔细检查患者的机体受压情况,将患者双下肢放平时,应缓慢平稳,注意观察血压变化,防止体位性低血压的发生。

1.2.2.2 洗手护士配合 洗手护士应提前整理好手术器械台,与巡回护士常规清点器械、敷料及缝针,并按腹腔镜器械使用的先后顺序排列好,使之处于备用状态;拿小块纱布用于镜头的对白,调节好监视器的清晰度,递碘伏棉球术野常规消毒铺单后递 11 手术刀片在患者脐上 0.8 cm 处切一小口;递气腹针建立气腹,保持腹压在 13~15 mm Hg;递带保护头的 10 mm 穿刺器插入腹腔;递 10 mm 的 30°腹腔镜镜头进入腹腔,在其引导下左右下腹戳操作孔 3~4 个,插入器械。经单纯腹腔镜探查难以定位的肿瘤需巡回护士准备结肠镜,并请肠镜操作医生辅助主刀医生,双镜联合;通过电视图像交替,调节冷光

源强度,改变光纤位置与镜头角度等,内外相互配合,准确定位肿瘤。递生物夹给术者于相应位置夹钛夹 1 枚,作为标记;撤除肠镜,递超声刀、分离钳、肠钳,分离肠系膜及淋巴组织,游离乙状结肠,直肠组织直至肛门括约肌上方 2~3 cm 处。在肠系膜血管下方用生物夹离断直肠下及乙状结肠动、静脉。距肿瘤下缘 3 cm 游离直肠预定离断处的直肠系膜;游离乙状结肠预定切除处的系膜,递 60 mm 线型切割缝合器离断乙状结肠;递碘伏棉球消毒残端,用 3 L 保护套套住远端肠管,递 80 mm 线型切割缝合器离断封闭直肠远端,移除标本。于乙状结肠近端缝合荷包,放入钉钻,在无张力不扭转的情况下一次顺利吻合;用大量蒸馏水冲洗盆腔,吻合口旁放置引流管;与巡回护士清点敷料器械无误,递针线缝合腹壁戳孔;用伤口敷料包扎伤口,整理器械,填写送单将器械下送供应室,按清洗流程对器械进行清洗保养、消毒灭菌。

2 结果

本组 20 例结直肠肿瘤根治性患者均顺利完成手术配合,效果满意。18 例行直肠癌前切除术,2 例原位癌患者行腔镜下局部切除。手术平均用时 170 min。术中出血量平均小于 50 mL。术后恢复顺利,无吻合口瘘、出血、狭窄等严重并发症。

3 讨论

双镜联合技术并不是单纯的内镜和腔镜联合,它从胃肠道管腔内外协同操作,扩大了微创手术的治疗范围,完美体现了外科的微创治疗理念^[5]。而双镜联合技术所需仪器设备多并需要多学科协作,本院现处于经验累积的过程,作为手术室的护理人员,应首先从思想上高度重视,查找相关资料,贮备相应的专业知识,配合医生进行新技术的开展。双镜联合技术因其对设备仪器的依赖性很大,因此巡回护士要掌握仪器操作规程及常规维护,确保仪器设备的使用完好率;洗手护士对各种器械必须熟练掌握功能及使用方法,注意事项,密切观察手术步骤,随时递上手术所需的器械及物品,确保配合准确、默契及时,有效缩短手术时间。术中严格无菌及无瘤技术,通力合作,才能保证手术配合质量。对于术中肠管扩张影响腹腔操作空间等问题,调整肠道压力,定位准确后及时吸引肠道气体,尽可能减低肠道压力。本文研究病例仅仅是初步的尝试,需扩大入组病例数,进一步研究和总结。

参考文献

- [1] 傅传刚. 双镜联合在结直肠肿瘤手术中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 14(5): 319-321.
- [2] 王烈, 张再重, 王瑜. 腹腔镜与内镜联合技术在胃肠外科中的应用[J]. 国际外科学杂志, 2009, 19(12): 804-806.
- [3] 焦健. 老年患者行腹腔镜直肠癌根治术的心理问题及询证护理[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010, 15(1): 68-72.
- [4] 郑莉兰. 腹腔镜辅助直肠癌经腹会阴联合根治性切除术后的护理[J]. 全科护理, 2011, 9(8): 2107-2108.
- [5] 徐琳, 王峰. 腹腔镜和内镜双镜联合技术在胃肠道病变中的应用现状[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 23(1): 55-57.

(收稿日期: 2013-01-28 修回日期: 2013-03-22)