

1 例全麻下胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术护理体会

司 维 罗 瀛

(成都市第七人民医院 四川 成都 610001)

【摘要】目的：分析 1 例因食管癌行全麻下胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术以治疗疾病，延长生病。方法：手术室护士针对其高血压 2 级、食管癌早期等情况，对其进行全面护理，同时器械护士备齐手术所需所有物品以便配合完成手术。手术室护士配合手术医生顺利完成此手术。结果：全麻下胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术后，该患者安全送回病房。患者术后恢复良好，于 12 天后顺利出院。结论：手术室护士充分做好术前准备，术中完善体位管理，整台手术的默契配合，无菌操作的慎独精神，面对各种突发状况的敏捷反应，有助于手术的顺利完成。

【关键词】全麻；食管癌；胸腹联合腹腔镜；护理

Nursing experience of one case undergoing radical esophagectomy under general anesthesia with thoracoabdominal combined with laparoscopy

wei Si Ying Luo

(Chengdu 7th People's Hospital, Sichuan, Chengdu, 610001)

[Abstract] objective: to analyze a case of esophageal carcinoma treated by combined thoracoabdominal and Laparoscopic three-incision radical operation under general anesthesia. Methods: according to the condition of hypertension grade 2 and early stage of esophageal cancer, the nurses in operating room gave them comprehensive nursing care. The operation room nurse cooperates the operation doctor to complete this operation smoothly. Results: The patient was safely returned to the ward after radical esophagectomy under general anesthesia. The patient recovered well and was discharged after 12 days. Conclusion: The full preoperative preparation, perfect posture management, the tacit cooperation of the whole operation, the careful spirit of aseptic operation and the quick reaction in the face of all kinds of emergency conditions are helpful to the successful completion of the operation.

[key words] General Anesthesia; Esophageal Cancer; Thoracoabdominal Laparoscopy; Nursing

1 病例简介

1.1 基本情况

患者男，62 岁，因“吞咽困难 2 周余”于 2022 年 04 月 26 日 09:12 入我院，患者 2 周前出现进食后吞咽困难，伴恶心、呕吐，无腹痛、腹胀、发热、胸闷胸痛等不适。胸全腹部增强 CT：1、食管中下段交界区管壁略增厚。2、纵隔内淋巴结增多，部分稍增大。3、双肺上叶及右肺下叶数枚实性微结节。4、左肺下叶少许条索影，左肺斜裂区及右肺下叶少许钙化灶。5、右肺尖胸膜下少许小泡性气肿影。6、心包少量积液，主动脉及左冠状动脉壁少许钙化。我院病理会诊：“食管”鳞状细胞癌。患者一般情况可，结合抽血及影像学检查，食管鳞癌诊断明确，有手术指征，无手术禁忌。拟于 2021 年 5 月 4 日在全麻下胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术。

1.2 全麻下胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术

(1) . 患者取左侧半俯卧位，常规消毒铺巾；(2) . 于腋后线第 6 肋间做腹腔镜孔，胸腔镜指引下分别于肩胛下角线肩胛下角处、第 9 肋间及腋后线第 3 肋间做操作孔，分别置入戳卡，建立人工气胸，压力约 8mmHg，探查如上述；(3) . 游离膈肌裂孔至胸顶处食管，并清扫膈上、食管旁、隆突下及左右喉返神经旁淋巴结，生物合成夹双重结扎奇静脉后切断；(4) . 胸腔仔细止血及冲洗，试水见肺及支气管无漏气，清点纱布器械无误后关胸，放置胸引管 1 根及纵膈引流管 1 根；(5) . 患者改为平卧头高脚低位，头偏向右侧，腹部及颈部消毒铺巾；(6) . 于脐下打孔置入戳卡，建立气腹，压力约 13mmHg，腹腔镜指引下分别于双侧肋弓下打孔，于双侧肋弓下切口与镜孔处连线中点打孔，分别置入戳卡，探查如上述；(7) . 以超声刀游离胃小弯，左右膈肌脚、腹段食管及胃大弯，并清扫第 16 组淋巴结；(8) . 向上挑起胃，显露并游离胃左血管区域，显露胃左血管、脾动脉及肝总动脉，并清扫第 17 组淋巴结，以合成夹分别处理冠状

静脉及胃左动脉后切断，完成胃的游离；(9) . 左侧胸锁乳突肌前缘做长约 8cm 手术切口，游离颈段食管及食管旁淋巴结，下断端连接食管带；(10) . 脐上正中辅助小切口，长约 8cm，拖出食管及胃，以切割缝合器切除胃小弯及淋巴结制成管胃，切缘间断包埋，并连接食管带；(11) . 管胃经食管床拖至颈部，行三叶钳辅助下的手工分层吻合术；(12) . 妥善安置胃管，再次清点纱布及器械无误后，腹部安置 1 根引流管，分别关闭颈部及腹部切口，术毕，手术顺利，术后患者返胸外病房。整个手术流程耗时较长，手术复杂程度较高，因而在治疗过程中需要医护人员按照正确的操作步骤来实施具体化的操作，同时也需要注意到患者在实施手术过程中生命体征的变化情况，要依据患者生命体征的变化情况，来强调护理配合工作，维持患者在手术过程中生命体征的稳定，并保障手术治疗工作的顺利实施。

2 护理体会

要想保障手术过程的顺利推进，就需要依据患者的临床资料，依据患者的手术类型、身体、心理状况来展开积极的调查与巡视工作，与患者交流，并做好术前、术中、术后的各项护理工作。

2.1 术前护理

2.1.1 术前访视工作

术前访视工作对于保障此例患者胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术的顺利实施有着积极作用，术前方式工作的重点在于术前 1d 主治医师以及护理人员需要查询患者的病历资料，了解患者的基本信息，如患者年龄、性别、住院科室、手术类型、病程发展情况等，也就是要了解患者当前的身体健康状况，了解患者当前是否具备着实施手术治疗的身体条件与心理条件。同时在术前的访视中不仅仅要了解患者的基本资料，了解患者的身体状况，还需要了解患者家属的情况，护理人员需要与患者多交流、多沟通，并通过为患者家属提供指导性意见，促使患者家属了解患者手术与疾病方面的知

识, 并为患者提供积极的指导建议^[2]。

2.1.2 心理护理

术前1天翻阅电子病历, 查看病员基本情况, 手术室护理人员到病房与患者及家属沟通, 了解患者的一般情况同时讲解有关手术的基本流程和注意事项, 使得患者能够充分了解该类手术操作的重要意义, 减轻患者对于手术治疗的心理负担和压力, 使其处于良好的心理状态下接受手术治疗。术前的心理护理对于患者是否能够调节好心态, 对于患者是否能够积极做好后续治疗的配合工作, 提升手术治疗成效有着直接的联系, 同时与患者后续的康复护理也有着一定的联系。患者拥有一个积极的心理状态, 可帮助患者积极的面对手术, 在一定程度上也提升了患者手术治疗的成功率。针对此例患者所实施的心理护理干预方式, 需要护理人员在手术前一天对患者展开积极交流, 为患者说明接下来的手术中需要注意哪些方面的问题, 患者需要从哪些方面来做好与护理人员的配合工作, 保障护理操作的正确实施, 保障护理操作的有效性^[3]。护理人员可针对患者对手术存在的疑问进行解答, 回答患者胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术是一种怎样的手术, 这一手术操作的优势体现在哪里, 手术对患者是否会造成一定的伤害等, 让患者更多的了解手术相关的知识, 这也将一定程度上提升患者应对手术的信心, 为后续治疗与各项护理工作地开展提供基础条件。

2.1.3 术前准备

洗手准备好术中需使用的手术器械、敷料、一次性用物等手术所需物品, 巡回护士准备好需用各项仪器设备及体位摆放用物, 确保各项用物及设备处于备用状态。术前准备工作主要是为了主治医生展开积极的治疗所提供各项手术器械以及药品, 并保障护理人员在手术实施过程中及时、准确、快速的传递手术中的各项器械, 保障手术顺利推进。而手术术前准备主要有着两方面的内容, 一个是术前器械与医护人员方面的准备工作, 在此例患者的手术治疗中, 就需要护理人员在重视准备好超声刀、高频电刀等医疗器械, 同时还需要调节好各类仪器的参数, 对手术室内的温度、湿度等因素进行调节, 确保患者在进入手术室实施手术治疗工作时不会发生因为室内温度过低而受凉的情况。另一方面则是患者与家属的术前准备工作, 患者在术前需要调节好自己的心态, 同时要调整自身的身体素质, 要以最佳的状态面对手术^[4]。除此之外, 还必须要依照手术要求实施禁食、禁饮等操作。而家属则需要鼓励患者, 与患者在手术前多沟通、多交流, 帮助护理人员一同调节好患者手术前的心理状态、身体状态。

2.2 术中护理

手术实施过程中的护理直接与手术实施的最终效果相挂钩, 与手术实施之后所取得的最终成果相挂钩, 在一定程度上, 若患者手术期间, 护理人员做好了护理配合, 及时为主治医生传递各类手术治疗器械, 帮助主治医生及时传递了手术仪器以及做好了配合工作, 在手术实施期间密切监护好了患者的生命体征, 及时应对突发情况, 可在一定程度上提升最终的手术治疗效果。具体而言, 在与患者、患者家属交代好了手术治疗的相关事宜后, 与病房护士做好交接后将患者安全转运至手术间。注意保暖及隐私保护, 根据手术体位需求, 提前在手术床上铺好凝胶垫, 在骨隆突处贴好泡沫敷贴以预防压疮的发生。建立两组静脉通道, 以保证手术麻醉及输液、输血需求。三方核查后, 遵医嘱安置尿管, 进行手术开始前物品清点, 配合医生安置体位。手术时间相对较长, 且术中需变换体位, 故巡回护士需做好体位管理, 预防压疮的发生同时保证病员的安全。因术中使用的设备较多, 巡回护士需提前规划好各项仪器的摆放位置, 并根据手术部位

调整相应仪器的功能大小, 以保证术中使用时处于最佳状态。同时洗手护士在术前了解患者病情, 熟悉手术步骤, 掌握手术医生习惯; 物品准备齐全, 对各类物品的使用做到心中有数。因术中使用的器械敷料较多, 每一次的清点都需按照要求认真完成, 保证物品种类、数量及完整性与术前相同, 避免异物留于体腔内。要与麻醉师进行有效的沟通, 与麻醉师共同参与患者的手术治疗中去, 要注意麻醉药剂用量。本次手术治疗工作的实施主要是在全麻的状态下实施胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术, 而麻醉师需要在掌握了患者的基本资料、有无药物过敏史, 有无麻醉反应后才可实施麻醉工作, 保障手术在全麻的状态下实施。

而在食管手术中, 不可避免的会出现术中出血的这一问题, 手术实施过程中发生了出血问题之后, 也将导致手术无法顺利实施, 影响到患者的治疗进展。一方面手术中出血, 将会导致患者生命体征持续变弱, 术中血液的大量流失将会使得患者的身体机能下降, 而手术中的各种创伤性操作本身又会对患者的身体健康造成一定的影响, 对患者手术进程的推进造成阻碍, 且对于患者后期的康复治疗、护理等也将造成影响。另一方面, 在手术实施过程中发生了大量出血, HIA将影响到主治医生的视野, 导致术中操作受限。此时, 为保障手术的顺利进行。为保障患者后期康复治疗进程的顺利推进, 就需要及时进行止血操作, 要在出血后的第一时间采取积极的止血操作, 稳定患者的生命体征, 并保障主治医生的视野。

2.3 术后与病房交接

手术完成后, 三方共同将患者送回病房, 与病房护士交接患者的所带物品。包括病历、影像等资料、皮肤情况各种引流管路, 并在交接单上双签字。在手术结束之后, 护理人员还必须要对患者的生命体征变化情况进行观察, 要重视手术后监测患者的生命体征变化情况, 并围绕患者生命体征的变化情况来做好护理调节工作。

3 结语

充分的术前准备, 确保了手术各类用物及仪器设备的完备性。巡回护士对以上物品做到心中有数, 熟练使用, 保证了手术的顺利进行。术中严谨周到的护理, 体位的变换, 长时间的手术, 手术操作复杂, 技术要求很高, 娴熟的手术配合让护士能够做到快速的反应, 精细的操作, 准确的执行术中所需的各项要求, 整个手术过程能够按照计划, 有条不紊的进行。细致的术后交接, 保证了病员返回病房后能够得到更好的术后护理。胸腹联合腹腔镜三切口食管癌根治术随着腹腔镜技术的日趋成熟, 逐渐得到临床的肯定。面对这样的新开展的复杂手术, 对手术室护士提出了更高的要求, 作为专业的手术护士应加强学习以其专业的配合, 无菌操作的慎独精神, 面对各种突发状况的敏捷反应, 以保证手术的顺利完成。

参考文献:

- [1] 柏艳芳, 李明天, 詹舟茹, 等. 上下联合保温对全腹腔镜三切口食管癌根治术患者体温及复苏影响的研究实践 [J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(33):7
- [2] 赵鸿杰, 陈振岗. 胸腔镜联合腹腔镜对比开胸三切口食管癌根治术治疗食管癌的临床效果 [J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(4):2
- [3] 杏福宝, 张雷, 唐震, 等. 胸腹腔镜联合食管癌切除术对食管癌患者临床预后的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(31):3
- [4] 付宝军, 姜静静, 黄玉琼, 等. 联合麻醉下行胸腹腔镜微创手术治疗食管癌的效果 [J]. 国际医药卫生导报, 2020, 26(12):4