

58例内镜下高位复杂性肛瘘负压封闭引流术的手术配合及护理

朱芸倩

(广西中医药大学第一附属医院 手术室, 广西南宁, 530023)

摘要:目的 探讨内镜下高位复杂性肛瘘负压封闭引流术(VSD)的手术配合和护理方法。方法 58例患者均行内镜下高位复杂性肛瘘VSD术,护理人员术前完善患者和手术用物准备,术中细化体位管理,积极配合医师。结果 本组手术时间35~65 min,均顺利完成手术,住院时间13~35 d,有3例患者术后5~10 d引流管周围皮肤出现红肿,并伴有体温升高,经过对症处理后症状减轻。本组患者全部治愈,治愈后肛门形态完整,功能正常。结论 完善的术前准备、合理的体位安置、熟练的内镜手术配合技术以及和医生的良好沟通是手术配合的关键。

关键词: 内镜; 高位复杂性肛瘘; 负压封闭引流; 手术护理

中图分类号: R473.6 文献标志码: A 文章编号: 2096-0867(2016)04-091-03 DOI: 10.11997/j.nitcwm.201604032

Nursing management on 58 patients with complex high anal fistula undergoing endoscopic vacuum sealing drainage

ZHU Yunqian

(Department of Operation, The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi, 530023)

ABSTRACT: Objective To investigate the nursing management on patients with complex high anal fistula undergoing endoscopic vacuum sealing drainage (VSD). **Methods** A total of 58 patients with complex high anal fistula were treated with endoscopic VSD. Nursing measures included preparation of patients and surgical equipments before operation, as well as surgical position management and operation coordination during operation. **Results** The duration of operation ranged from 35 minutes to 65 minutes and length of stay ranged from 13 days to 35 days. Three patients were observed with redness and rise in temperature 5 to 10 days after operation. All patients were cured with normal anal morphology and function. **Conclusion** Improved preoperative preparation, proper position management, cooperation in endoscopic surgery and communication between surgeon and nurses are key points in endoscopic VSD for patients with complex high anal fistula.

KEY WORDS: endoscopy; complex high anal fistula; vacuum sealing drainage; operative nursing

高位复杂性肛瘘是指主瘘道的高度跨过肛门外括约肌深部以上,有2个以上瘘道呈复杂分布。肛瘘发病率高,在肛肠科仅次于痔,占肛肠疾病的15%左右,多见于青年男女,男女发病比例为5:1^[1]。高位复杂性肛瘘的临床特点是反复发作的肛周感染、破溃流脓、经久不愈、病情复杂,治疗难度高,后遗症多。传统手术治疗方法多采用“肛周脓肿切开挂线”术,术后创面较大,需多次清创换药,且挂线橡皮筋的持续收紧切割作用常

使患者痛苦不堪。近年来,随着新的手术方式的应用、微创外科观念的深入,治疗肛瘘的低侵袭微创术式被越来越多的医生倡导和重视^[2-3],通过微小途径入路,完成对人体内病变灶的外科手术操作,减小患者的创伤,已成为未来外科发展的主流方向。本研究2014年10月—2015年10月对58例高位复杂性肛瘘的患者行内镜下负压封闭引流术(VSD),手术效果良好,现将护理配合报告如下。

1 临床资料

本组 58 例患者,男 32 例,女 26 例;年龄 23 ~ 51 岁,中位年龄 32 岁;病程 2 ~ 8 年。主要临床表现为:肛周潮湿瘙痒、局部肿胀疼痛、反复流脓等。58 例患者均行内镜下高位复杂性肛瘘 VSD 术。手术医生在内镜下观察瘘管内部情况,探查寻找到内口后用刮匙进行搔刮或用电刀切除内口的硬化组织,用双氧水、等渗冲洗液反复冲洗、清除脓液及坏死组织后,根据创面的深度、大小和形态,修剪 VSD 装置中的泡沫敷料,将多侧孔的引流管一端穿入泡沫敷料中,再一同填入创口内,创面分层缝合,创面覆盖生物贴膜,粘贴固定好后接中心负压持续吸引,检查引流是否通畅,术毕返回病房,接床头中心负压进行持续吸引。本组手术时间 35 ~ 65 min,均顺利完成手术,术后按医嘱给予消肿抗炎等治疗,根据分泌物的引流情况及时更换 VSD 装置,住院时间 13 ~ 35 d,平均住院时间(22.0 ± 3.5) d;有 3 例患者术后 5 ~ 10 d 引流管周围皮肤出现红肿,并伴有体温升高,经过对症处理后症状减轻。本组患者全部治愈,治愈后肛门形态完整,功能正常。

2 护理配合

2.1 术前护理

2.1.1 患者准备:术前 1 d 巡回护士术前访视,查看病历,了解患者的各项术前检查结果及既往病史,详细介绍术前准备要点、注意事项以及进入手术室后的配合要点等。由于高位肛瘘患者大多病情延绵日久,久治不愈,对于将要实施的新术式既期待又怀疑,因此在进行常规访视的同时,巡回护士可用简单易懂的语言给患者讲解内镜及 VSD 术的优势,以减轻患者的忧虑,增强患者治愈疾病的信心。术晨用 500 ~ 1 000 mL 的温盐水清洁灌肠。

2.2.2 用物准备:术前 1 d 检查内镜系统、器械是否在位。本院使用德国 STORZ 的直径 2.2 mm 小儿输尿管镜或直径 4.0 mm 关节镜作为镜下肛瘘手术的内镜镜头,术中根据患者瘘管的深度及开口大小选用。术日,巡回护士需提前备齐各种手术物品:等渗冲洗液、冲洗管、吸引器连接管、VSD 材料、3% 过氧化氢、0.5% 碘伏、亚甲蓝、盐酸肾上腺素、注射器、探针刮匙、45.0 cm × 30.0 cm 3L 脑科粘贴手术巾、3-0 可吸收缝线

等,检查电刀、中心负压吸引器、腔镜摄像系统的完好性,备齐截石位脚架、棉圈、软枕、透明手术粘贴巾等体位安置用物。

2.2 术中配合

2.2.1 体位管理:根据瘘管所处的位置选用俯卧折刀位或膀胱截石位。①膀胱截石位:本组病例的麻醉方式均采用持续硬膜外麻醉,由于麻醉后患者下半身会出现厚重无力感,不能自行配合摆体位,而此时手术间内往往只有麻醉医生和巡回护士两人,如遇体重较重的患者则安置体位较为困难。故在麻醉实施前请患者挪动身体,臀部尽量靠近手术床的腿板处,麻醉完成后翻身平卧即可直接摆放截石位,减少护士的体力负担。安置脚架时注意各个关节必须拧紧,防止术中突然松脱引起髌关节脱位甚至骨折等不良事件的发生。为了获得较为宽阔的手术空间,医生可能会要求将患者双腿尽量高举外展,此时巡回护士必须坚持原则,在保证良好的手术视野的同时,注意保持患者的功能位置,两腿间外展的角度不能超过 90°,防止由于摆放截石位时两腿之间角度过大,小腿呈下垂位,导致腓总神经损伤^[4]。在易受压的腓肠肌处垫中空棉圈,可防止腓总神经受压。②俯卧折刀位:患者在平车上完成麻醉后,由麻醉医生、巡回护士、手术医生共同应用轴线翻身法将患者翻身俯卧至手术床上,耻骨联合处放一长形软枕,患者胸前抱一大软枕,保证胸腹部悬空避免压迫影响呼吸,男性生殖器官避免受压。将两侧腿板放低外展,调节手术床至头低脚高位,臀部两侧用事先裁剪好的长条形手术粘贴巾粘贴后往外牵拉以充分暴露肛门部位,并将另一侧粘贴巾粘贴固定在手术床边。

2.2.2 手术配合:①常规消毒铺巾后,协助手术医生连接内镜系统、电刀、吸引器装置。由于体位的原因不宜安置器械台,故应将镜头、手术器械妥善放置,防止术中跌落。②为了保持内镜视野的清晰,术中会进行持续的冲洗,而大量的冲洗液容易造成手术单的潮湿而污染,湿冷的手术单也会引起患者体温不升。因此,手术中在肛门部位粘贴一块 45 cm × 30 cm 的 3L 脑科粘贴手术巾,用剪刀轻轻剪开手术区域的粘贴膜,将漏斗型集液袋放入污物桶中,既保持了手术野的干燥也避免了患者因皮肤受潮而导致体温不升,同时防止了压疮的发生。③及时提供手术台上所需的 3% 过氧化氢、0.5% 碘伏溶液、3 升袋的等渗冲洗液,并

保持冲洗液的温度在 37℃,避免术中大量冲洗导致患者体温不升^[5]。④彻底清除、冲净脓液及坏死组织后,应立即更换手术器械,手术医生更换手套,避免污染手术区域。⑤协助医生根据创面的大小、深度修剪 VSD 材料,填入创面并妥善放置引流管,递 3-0 的可吸收缝线从基底部逐层缝合。⑥分别用盐水纱布、酒精纱球、干纱布擦净创面周围皮肤后方可粘贴生物透性膜,范围应大于创面 3~4 cm。将 VSD 引流管连接吸引器,进行持续吸引检测。手术结束,出室前连接负压引流瓶,患者回病房后再连接中心负压装置行持续吸引。⑦术中密切观察患者情况,定时查看受压部位皮肤情况;手术结束后,巡回护士及时清点内镜器械、镜头,并检查其完好性,妥善包装后送供应室进行清洗、灭菌^[6]。

3 讨论

传统的高位复杂肛瘘手术治疗方法术后创面较大,需多次清创换药,常使患者痛苦不堪。随着微创外科的快速发展,以及快速康复理念的深入和倡导,使通过微小途径入路,完成肛瘘外科手术操作,尽可能减小患者的创伤已成为未来肛肠外科的发展方向。本研究中患者采用了内镜下 VSD 引流的手术方式,并运用腔镜技术能使手术视野清晰、开阔的特点,将视觉与触觉效果有机的结合起来,使切除的部位及范围更精确、更合理;采用的 VSD 技术可以增加局部血流,消除局部水肿,同时可以减少创面渗液积聚,抑制细菌生长,并促进创面细胞增生和肉芽组织生长^[8]。在对

该组患者的手术配合中体会到完善的术前准备,合理的体位安置,熟练的内镜手术配合技术以及和医生的良好沟通是手术配合的关键。由于该手术使用的内镜镜头、内镜器械价格昂贵、精细,故手术护士应熟练掌握内镜系统、器械的使用及保养方法,术中时刻关注器械的使用情况,检查其完好性,以保证手术的顺利进行。术中严格执行无菌技术操作,加强对手术人员的监督,清理完脓腔的手术器械、手套都应立即更换,避免二次污染。

参考文献

- [1] 赵义瑞,李亚妹.高位肛瘘术后复发原因探讨[J].临床普外科电子杂志,2014,2(4):32-34.
- [2] Roig J V, Jordan J, Garcia-Armengol J, et al. Changes in anorectal morphologic and functional parameters after fistula-in-ano surgery[J]. Dis Colon Rectum, 2009, 52(8): 1462-1469.
- [3] 蔡丽霞,王业皇.肛瘘的微创治疗研究[J].长春中医药大学学报,2013,29(1):105-107.
- [4] 吕忠容,安敏捷,熊木兰,等.手术体位致腓总神经损伤的病例分析及对策[J].贵州医药,2009,33(2):121.
- [5] 陈宁,陈庆宁.内镜下潜行切除闭锁式引流术治疗高位肛瘘的护理配合[J].护理学杂志,2014,29(6):44-51.
- [6] 王慧敏,王业皇,郑雪平.内镜下潜行切除闭锁式引流术治疗高位复杂性肛瘘临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(9):54-56.
- [7] 张科,徐君毅,王伟.VSD负压引流术治疗肛周脓肿的临床研究[J].结直肠肛门外科,2014,20(1):65-66.
- [8] 苑爱玲,王兔生,郑璇.肛瘘的护理体会[J].临床普外科电子杂志,2014,2(4):58-60.
- [9] Doetzel CM, Rankin JA, Then KL. Nurse Practitioners in the Emergency Department: Barriers and Facilitators for Role Implementation[J]. Adv Emerg Nurs J, 2016, 38(1): 43-55.
- [10] Beogo I, Liu CY, Dlamini CP, et al. Registered Nurse to Bachelor of Science in Nursing: nesting a fast-track to traditional generic program, teachings from nursing education in Burkina Faso[J]. BMC Nurs, 2015, 14: 66.
- [11] Sayer L, Barriball K L, Bliss J, et al. An innovative strategy to increase a professional workforce: the fast track initiative for health visitors in England[J]. J Health Serv Res Policy, 2015, 21(2): 83-90.
- [5] Farquhar M C, Prevost A T, McCrone P, et al. The clinical and cost effectiveness of a Breathlessness Intervention Service for patients with advanced non-malignant disease and their informal carers: mixed findings of a mixed method randomised controlled trial[J]. Trials, 2016, 17(1).
- [6] Hobson DB, Saletnik L, Wick EC. Get on the fast track to patient recovery[J]. Nurs Manage, 2016, 47(3): 15-17.
- [7] Frontera D, Arena L, Corsale I, et al. Fast track in colorectal surgery. Preliminary experience in a rural hospital[J]. G Chir, 2014, 35(11-12): 293-301.
- [8] Larsson G, Holgers KM. Fast-track care for patients with suspected hip fracture[J]. Injury, 2011, 42(11): 1257-1261.

(上接第90面)