

技术·思维

# 肥胖患者腹盆部手术操作特点与注意事项

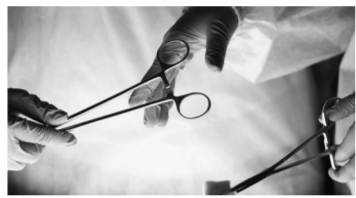
□赵玉洲

就肥胖患者而言,手术操作总是在无形之中增加几分难度,如果没有合理的手术流程设计和风险控制,有时会

让主刀医生感觉非常“懊恼”。如何做好肥胖患者的外科手术是一个值得医务人员关注的问题。

针对肥胖患者,无论是开放手术还是腹腔镜手术,医务人员都值得遵循以下原则:重视显露,步步为营,层次优先,把握全局。

## 开放手术



(资料图片)

一、暴露是关键,选择合理的手术切口以利于暴露。针对胃肠道肿瘤,有效暴露是根治性手术的基本保障,选择合理的手术切口会极大方便手术操作。比如,累及食管下段的贲门肿瘤,选择腹腹联合入路,会比勉强经腹入路安全得多。

二、预估手术难度,判断切除范围。通过术前评估和术中探查,可评估手术的具体范围及手术的难度,在开始实施肿瘤切除前做到心中有数。比如,针对近端胃肿瘤,是采取全胃切除还是近端胃切除?这一方面要看病变范围,另一方面也要参考能不能进行空肠代胃吻合术,尤其是合并部分食管下段切除吻合位置较高,而患者空肠游离度有限时。

三、重视优化操作步骤。

对肥胖患者进行手术时,因为操作空间有限,所以要重视优化操作步骤:以解剖求空间、以离断求空间、以入路求空间,创造空间,利用空间。例如,针对胃联合右半结肠切除,采用十二指肠球部入路,可以迅速打开层次,比采用回盲部入路更加简便有效;针对右半结肠联合胰十二指肠切除,可以采用胃、结肠、胰腺等直接离断的中线入路方式。

四、步步为营,时刻警惕风险。由于肥胖会导致血管等重要组织解剖无法或难以明视,有时需要借助邻近器官解剖学位置来判断靶器官的解剖学位置。但是,这种判断会有一些的误差,需要不断判断、不断验证,在需要采取离断等不可逆性操作时更要及时验证及复验。

五、提前做好消化道重建的预判。肥胖患者胃肠道游离度有限,且易受周围组织脏器影响,提前设计好切除后的重建位置及重建方式也很重要。

六、重视切口高负压引流,可有效消除术后切口脂肪液化等常见并发症。

## 腹腔镜手术

一、充分利用体位,创造解剖空间。相对于体重正常或偏瘦的患者,针对肥胖患者进行手术时,选择合适的体位非常重要,有利于解剖空间的展开。

二、找准入路。在多数情况下,肥胖患者的血管、输尿管等重要组织无法明示,必须把握准确的层次才能最大限度避免误伤。因此,手术一开始就要进入正确的解剖学层次并进行有效保持。这一点非常重要。

三、平稳推进。相对于偏瘦的患者,对肥胖患者进行手术操作时,可能会慢一点,因为术中要保持正确的解剖平面,相比偏瘦的患者,需要切割更多的组织。但是,正因为要切割更多的组织,医务人员操作时更应该不急不躁、稳步推进,才能保持解剖层面的准确。选择解剖开始和结束的位置也非常重要。

四、强化层次。为了便于显露和识别解剖学层次,每一个解剖区域的操作都要准确、充分。必要时,可在前

一个解剖平面内置入纱布,以利于后续操作时快速识别出上一步的解剖层面。

五、重视排烟。对肥胖患者进行手术时,需要解剖分离的组织量比较大,尤其是在使用超声刀等器械时,水雾、油雾、飞溅的组织会让手术视野迅速模糊,这时,持续高流量排烟很重要。

六、注意能量守恒。肥胖患者的肠系膜往往肥厚,而肠管则偏细。正因为肠管偏细,供应的血管也往往纤细。虽然纤细的血管更容易被能量器械闭合,但是,因为手术过程中不易辨识,容易误伤,导致意外出血。

七、注意保护正常组织。针对正常组织的保护,一是牵拉时要注意用力适当,以免损伤;二是可以利用体位、纱布等,予以分离保护。

八、肥胖患者的食道和肠道很可能会比正常患者偏细,在进行结直肠吻合时,使用26毫米、25毫米、24毫米口径的吻合器是明智之选,尤其是在腹膜返折以上吻合时。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

## 临床笔记

近期,我们科室收治了这样一位患者:张某,男,43岁,因“纳差、恶心、呕吐、乏力20余天”入院,既往无高血压等特殊病史。

初步查体:体温、脉搏、呼吸、血压均在正常范围,贫血貌,心肺听诊无明显异常;上腹部轻度压痛,无反跳痛。

实验室检查结果显示:重度小细胞低色素性贫血;肾功能减退;轻度高钾血症;肝功、血脂、空腹血糖等未见异常。

其他检查结果显示:慢性浅表性胃炎;有核细胞增生活跃,红系增生稍差。

我们初步推断为:肾功能衰竭导致贫血,贫血引起纳差、恶心、呕吐等消化道症状。但是,令人疑惑的是,该患者为年轻男性,既往无糖尿病、高血压病、慢性肾炎等病史,发病前体健。那么,是什么原因导致他出现了肾功能不全?

第二天,我们对其再次进行查体。这时,患者牙龈上一条较明显的黑线引起了我的注意。我赶忙问:“你在哪里工作?”“冶炼铅厂。”患者回答。我立即让患者做了尿铅检查,结果显示患者的尿铅明显升高,达0.31毫克/升(正常人尿铅浓度不超过0.07毫克/升),这下总算找到了疾病的“真凶”——铅中毒。

经过2个疗程的排铅治疗,患者痊愈。

铅中毒患者,临床表现轻者可出现神经衰弱综合征(头痛、头晕、肢体酸痛、疲倦乏力),消化不良,部分患者牙龈缘黏膜内可见硫化铅点状颗粒沉积形成的“铅线”;严重者可出现腹绞痛、贫血、周围神经麻痹,甚至瘫痪、脑病、惊厥、昏迷等。想一下,如果这个患者没有及时明确病因、接受排铅治疗,再耽搁下去,可能就会造成肾功能永久性损伤。

(作者供职于济源市济钢医院)

牙龈上有黑线 肾功能异常 竟是铅中毒所致

岳继鹏

## 征稿

本版设置的主要栏目有《技术·思维》《技术在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

联系人:杨小沛  
投稿邮箱:343200130@qq.com

既然选择了儿科,就要干好

# 一名儿科医生的执着与坚守

## ——访新郑市人民医院人民路院区儿科主任郭楠

本报记者 丁玲 通讯员 谢奕潇 文/图

上午10点,新郑市人民医院人民路院区儿科候诊区,已坐满了患儿和家长。满脸焦躁的家长紧盯着诊室的门,等待着叫号。

“这种情况可以继续在家观察,有问题随时联系我……”我和郭楠的交谈在一间停用的诊室中进行。郭楠当天不坐诊,但是在采访中,患儿家长的电话不断打来,因前天门诊量大,有点儿感冒的郭楠用略显沙哑的声音不断回复着家长咨询。

“孩子病情稍有反复,家长会比较着急,和我们沟通一下,他们会安心一些。”放下电话,郭楠习惯性地用手推了推眼镜,抱歉地向我们解释。

今年是郭楠在新郑市人民医院工作的第11个年头。回想起自己刚刚来到医院的时候,郭楠说:“当时,我刚从学校毕业,没什么临床经验。工作对我而言既是机遇也是挑战。如何快速适应临床工作,是我面对的第一道难题。”

学习是摆脱困境的最佳途径。理论结合实践,郭楠熟练掌握了儿内科的常见病、多发病(如小儿支气管炎、肺炎、疱疹性咽峡炎、手足口病、哮喘等)的诊治知识,在工作中不断学习最新医学理论、了解最新动态,并结合实际应用到临床实践中。

郭楠坦言:“给儿童看病和给成人看病,差别挺大的。虽然有压力,但任何工作总要有干,既然选择了做一名儿科医生,就一定要踏踏实实把工作干好。”

行内人都说:“宁看十个大人,不看一个孩子。”儿科医生的辛苦和压力可想而知。然而,在我们身边,就有这样一个医生群体,他们常年坚守在儿科临床一线,守护着孩子们的健康。

新郑市人民医院人民路院区儿科主任郭楠就是这个群体中的一员。从医11年来,她凭着“热心”“耐心”和“爱心”,用行动诠释了一名儿科医生的执着与坚守,深受患儿和家长喜爱。



郭楠



带领团队成员查房

## 和医院共同成长,收获很多

熟悉医疗行业的人都知道,“忙”几乎是所有医生工作的常态。郭楠也不例外。

每天7点半,郭楠准时来到病房,完成晨交班后,便带着医护人员一起查房。

“小宝今天怎么样,退烧了

吧?”“22床妞妞的情况有点儿复杂,一会儿我们讨论一下后续的治疗方案。”“小李,你觉得露露这个情况,下一步该怎么处理?”查房期间,在询问患儿情况的过程中,郭楠会时不时地“考验”一下低年资医生。如果回答正确,郭楠就会对

其进行口头表扬;回答错误,郭楠就会把标准答案叙述一遍。久而久之,枯燥的医疗知识被大家强化记忆在脑海里。

由于综合能力突出,2016年,郭楠被领导委以重任,成为新郑市人民医院人民路院区儿科主任。

坐门诊、带教一线医生、组织科室开展学习活动……此后,郭楠更忙了。

因为喜欢孩子而选择成为儿科医生的郭楠直言,每当看到患儿康复、家长认可时,她就有满满的成就感,觉得再苦再累都值得。

“从一个懵懂的学生走到现在的管理岗位,在和医院共同成长这个过程中,我收获了很多。现在,我们团队成员相处非常融洽,能成为这个大家庭中的一员让我非常自豪。”性格干练、果断的郭楠正带领团队稳扎稳打,阔步向前。

## 处理急症患儿冷静耐心



为患儿查体

要果断,第二要有耐心,第三要站在患儿家长的角度去考虑问题。”这是郭楠时刻提醒自己的3条原则,并以此要求科室其他人员。

儿童病情变化快又无法直接沟通,接诊医师就要付出更多的时间和精力,密切关注患儿的病情变化。

3岁2个月的患儿乐乐(化名)因“发热伴咳嗽10天”入院,之前在

当地一家诊所治疗了5天,在一家妇幼保健院住院治疗了5天,但反复高热不退,最后来到新郑市人民医院人民路院区儿科。入院时,乐乐的体温为39.5摄氏度。

入院时,乐乐家长焦虑不安,与医生沟通时显得比较急躁。接诊后,郭楠安慰乐乐家长:“不要着急,先明确诊断,医务人员一定会全力帮助孩子。”

由于长时间反复高热,乐乐精神、饮食等一般情况明显受到影响,郭楠特意为孩子安置了单间病房,以减少打扰;及时完善胸部CT等相关辅助检查,明确诊断为左肺大叶性肺炎,急性胸膜炎。

依据感染指标,医疗团队积极调整治疗方案,辅助退热等支持对症治疗后,患儿体温下降,一般状况

得到明显改善。但是,考虑患儿肺炎实变面积大,大家又积极进行多学科会诊,并为乐乐进行了肺泡灌洗治疗。第二天,乐乐的体温便完全稳定了下来。

在肺泡灌洗治疗过程中,医务人员发现患儿的气道中存在大量脓性黏液,通过及时清洗处理,抗感染治疗效果更加有效;5天后复查胸部CT,左肺实变面积明显缩小;9天后,患儿好转出院;出院4天后复诊,患儿体温无反复,咳嗽症状完全消失。

关注病,更关注人。针对儿童的年龄特点,郭楠带领团队开展了一系列的特色技术。如小儿静脉留置针及无痛穿刺技术,家长认可度高,大大减轻了患儿对静脉输液的疼痛及恐惧感,使小儿输液不再是

## 治病救人不能有丝毫懈怠

“川崎病临床并不常见,有时一年也遇不到一例,但一旦遇到这种患者,我们一定要严谨,不能漏诊误诊,不断总结临床经验,做好患者的长期随访管理,服务好患者,也不断提升完善自我!”这是采访结束,郭楠给记者发来的补充资料中一段话,字里行间透露出其严谨的临床态度。

虽然在临床工作中,川崎病、肠套叠等儿科的危急病症并不常见,但郭楠带领团队不放弃每一次学习的机会,时刻提醒大家精确诊断,以免延误患儿病情。

3岁10个月的女童小花(化名),因“发热伴咳嗽1周”入院,之前在一家医院输液治疗5天,但发热反复,咳嗽无缓解。

入院,小花的病情就引起了新郑市人民医院人民路院区儿科门诊和住院医生的关注。通过详细询问病史,认真查体,查看院前辅助检查和用药清单,大家初步诊断为:1.支气管炎;2.川崎病?

小花入院后,医务人员积极完善相关检查,严密观察临床病情,发现患儿血沉明显增长,皮肤也出现皮疹伴肛周发红脱皮,结合院前发热、球结膜充血病史,明确诊断为川崎病;与家长沟通病情后,完善心脏彩超检查,及时给予丙种球蛋白和阿司匹林,患儿体温很快降至正常,病情趋于稳定。家长的脸上出现了久违的笑容。

郭楠介绍,川崎病又称皮肤黏膜淋巴结综合征,合并冠状动脉瘤风险高,但并不是不治之症,只要及时诊断、及时治疗,做好随访,患儿会很快恢复健康。但是,一旦延误,合并冠状动脉瘤风险增高,随着病情进展,可能危及患儿的生命。