

爱 惜 康™
ETHICON®

• 手术室护理 •

免气腹单孔腹腔镜宫颈癌根治术护理配合

柏艳芳,周怡,廖珍,刘艳玲

Intraoperative care during single-port gasless laparoscopic radical hysterectomy of cervical cancer Bai Yanfang, Zhou Yi, Liao Zhen, Liu Yanling

摘要:目的 总结免气腹经脐单孔腹腔镜下宫颈癌根治术的手术配合经验,为手术护理提供参考。方法 对 32 例免气腹经脐单孔腹腔镜下宫颈癌根治术患者,巡回护士根据手术特点做好术前访视、体位、眼睛及皮肤护理,器械护士熟悉手术步骤,密切配合,严格无菌、无痛操作等。结果 32 例均顺利完成手术,麻醉复苏顺利,返回病房后住院 4~7 d 出院。结论 熟练掌握无气腹单孔腹腔镜手术特点和患者情况,严格操作规程,有利于术者操作及手术顺利完成。

关键词:宫颈癌; 单孔腹腔镜; 无气腹腹腔镜; 根治术; 手术护理

中图分类号:R472.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.12.041

腹腔镜微创手术具有创伤少、恢复快、并发症发生率低及住院时间短等优点,越来越多的肿瘤患者选择行腹腔镜下手术切除肿瘤^[1]。单孔腹腔镜也逐渐成为医护人员与患者精益求精的不懈追求^[2]。常规的二氧化碳气腹腹腔镜手术采用压力二氧化碳使腹壁抬起,形成操作空间,但同时会出现一系列二氧化碳相关的并发症,引起机体代谢变化、血流动力学改变等^[3]。但同时导致腹压升高,膈肌上移,使得胸腔的空间变小变窄,患者的气道压力升高,潮气量及功能残气量减少,肺通气/血流比例失调,儿茶酚胺等释放增加^[4]。10%~15%常规腹腔镜手术患者会出现心率增快、血压升高、心排量降低、气道压力增高、血氧分压降低、限制性通气障碍等^[5]。研究发现对于有血管硬化、心血管代偿功能降低的老年人,采用低至 10 mmHg 的腹内压,血流动力学仍会发生显著变化^[6]。国内首例无气腹腔镜手术为王秋生教授^[7]于 1994 采用免气腹装置进行腹腔镜胆囊切除术。由于术中无需二氧化碳,对患者的心肺功能影响较小,使得肺功能相对较差的气腹手术禁忌患者采用腔镜手术成为可能^[8]。同时该手术腹腔暴露相对较差,对体位要求高,需要特殊的仪器与器械,与传统腹腔镜下宫颈癌根治术不同的手术步骤等,护理配合亦需跟进。我院于 2017 年 10 月开始尝试使用肝勾悬吊腹壁无气腹状态下行单孔腹腔镜下宫颈癌根治术,至 2018 年 9 月已完成 32 例,效果良好,护理配合报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 32 例,年龄 35~72 (49.97±10.59) 岁;体重指数 19.34~23.58

(22.01±1.52)。均经病理切片确诊为宫颈癌,其中腺癌 19 例,鳞癌 8 例,腺鳞癌 5 例,国际妇产科协会(FIGO)病理分期:ⅠA2 期 15 例,ⅡA2 期 17 例。均在气管插管静吸复合全身麻醉下行悬吊式免气腹单孔腹腔镜下广泛全子宫切除+双侧盆腔淋巴结清扫术,其中伴单侧附件切除术 5 例、双侧附件切除术 22 例;患者均在术前签署手术知情同意书。

1.2 手术方法 ①消毒后置留导尿管,经阴道放置举宫杯。②在脐孔上缘作 3~4 cm 弧形切口,直视下进入腹腔,置入切口保护套,肝勾向下方呈半弧形固定在床缘,用 1# 薇乔线分别在脐的左侧、右侧、左内下方、右内下方缝吊腹壁,弯钳将线的两端钳夹固定在肝勾上牵拉腹壁。③头低脚高位后依次清扫盆腔淋巴结,包括髂总、髂总深、髂外上、髂外下、髂内、闭孔、闭孔深及柯氏淋巴结,装入标本袋放置于髂窝,同法清扫另一侧。④广泛全子宫切除术,分离子宫旁 2~3 cm 组织,注意避开输尿管,防止损伤,推开膀胱,切断连接子宫的韧带组织,在阴道穹隆部用电凝勾环形切除子宫,将标本由阴道取出,缝合阴道残端。⑤冲洗,止血,必要时经阴道放置 14# 尿管作引流管,利用气囊固定,缝合切口。

1.3 结果 手术均顺利完成,手术时间 120~205 min,术中出血量 30~50 mL;术后入麻醉复苏室 25~48 min,麻醉清醒后送回病房。术后住院 4~7 (5.00±2.36)d 临床治愈出院。

2 护理配合

2.1 术前访视及心理护理 术前访视。术前 1 d 巡回护士到病房对患者进行术前访视,了解患者病情,评估其心理状态。告知患者遵医嘱禁食禁饮;详细介绍该术式的特点和优势,向患者介绍成功病例,使患者放下思想包袱,增强患者的信心;告知术后可能出现大腿酸痛,眼睛胀痛,术后留置尿管等不适,并解释原因,告知术后尽早下床活动的必要性和重要性。

作者单位:中山大学附属肿瘤医院手术室(广东 广州,510060)

柏艳芳:女,硕士,主管护师

通信作者:刘艳玲, liuyyl@sysucc.org.cn

收稿:2019-01-09;修回:2019-02-25

2.2 物品准备 特殊物品包括 10 mm、30°Storz 镜头,直角镜头转换头,80/90 欣皮护切口保护套,肝勾,前端可调节弯曲度的吸引器、分离钳、抓钳,超声刀,Ligasure、erbe 双极。其他常规腔镜手术用物。

2.3 巡回护士配合 ①根据通知单核查患者信息,建立静脉通道后协助麻醉师行气管插管及深静脉置管。准备好仪器设备,包括超声刀和 Erbe 双极电凝止血仪,是本手术的必备装备。手术在狭窄的腔隙中进行,对止血的要求较高,超声刀提供精细分离操作,Erbe 双极止血效果较好,能及时控制出血,保证手术野的清晰。②体位要求与安置。体位要求低截石位,大腿尽量接近水平位。由于没有二氧化碳形成的空间,缝线悬吊的幅度有限,腹腔的空间有限,暴露的效果会稍差,故手术难度较气腹下腹腔镜手术加大了许多。常规截石位大腿抬高,会影响医生术中器械下压的操作,故要求截石位时大腿尽量接近水平位。安置方法:臀部出床沿 5~10 cm,臀下垫一软垫使臀部抬高 3~5 cm。大腿置于支腿架上,大腿与腹壁成角>145°,尽量趋于水平,避免大腿过高。小腿保持水平,使脚尖与髌棘、对侧肩胛部成一直线,注意避免损伤腓总神经^[9]。③体位与眼睛护理。为加大操作空间,术中医生会要求加大头低脚高位的角度,通过重力作用使盆腔内容物移向腹腔。然而头低脚高位一方面使胸腔空间变小,压力过大,影响患者呼吸循环,使血流动力学变化加大;另一方面,患者头低脚高位时,眼底动脉收缩,静脉回流障碍,致眼睛充血水肿,眼内压增高,严重时会导致失明^[10]。此时巡回护士控制头低不能超过 45°,同时适当抬高床背部,使头部尽量保持水平位,以减少眼内压增加的幅度。完成腔镜下操作后及时将床调回平卧位,减少头低脚高位的时间。术后如有眼皮肿胀,可用湿毛巾或用土豆片外敷眼部消除肿胀^[11]。④正确连接各管道及导线,尤其是镜头与光纤线,防止打折扭曲。调整显示器于方便术者观察处,仪器的脚踏置于主刀者左脚位。熟悉手术步骤,关注手术进程,及时提供腔镜下所需器械、缝线和止血材料等。⑤关注患者的生命体征及出入量。广泛全宫切除术容易损伤输尿管,巡回护士注意观察尿液颜色变化,如尿液颜色变红提示输尿管受损,需及时提醒医生关注;必要时放置输尿管支架。对于预计术中分离极困难的病例也可在术前预防性放置输尿管支架,一方面是因为术后放置输尿管支架难度较术前加大,另一方面放置输尿管支架后有利于术中输尿管分离,避免术中出现更大的创伤。本组术前预防性留置输尿管支架 2 例,术中出现血尿 7 例,请泌尿科医生会诊后,有 3 例于术后放置输尿管支架。患者均顺利出院,术后 2 个月无异常回本院或当地医院在输尿管镜下拔除输尿管支架。⑥体温护理。手术时间较长,双腿放于支架上无法遮盖致散热增多,故术中

要注意加温保暖^[12]。手术床预先铺好加温毯,患者躺上床后及时遮盖棉被保暖,并根据患者感受和需求开启加温毯。连接体温探头持续监测术中体温,防止术中低体温发生。如体温超过 37℃,可暂停加温仪的使用。冲洗液和静脉输液加温至 37℃后再使用。⑦皮肤护理。骶尾部放置软垫时注意抬高臀部后再放入,防止形成剪切力。塞入臀下的铺巾要保持平整,阴道内操作和冲洗时,及时吸走并擦干液体,避免臀部潮湿致压疮的发生。本组 13 例出现臀红,术后解除压力后均于 2 h 内消退。

2.4 器械护士配合 ①术前询问主刀医生,了解特殊物品要求并提前做好^[13]。本组患者通过悬吊腹壁提供暴露空间,需要固定牢靠的肝勾和缝线来完成腹壁悬吊,术前准备好肝勾及悬吊的缝线,悬吊时尽量将腹壁向上提起,尽量充分暴露腹腔。相对常规腹腔镜下,悬吊式单孔腹腔镜没有气腹压力,其操作空间较小,且只有 1 个小操作孔,镜头及器械通过常出现互相交叉、妨碍的情况。因此,应用一体化镜头或使用镜头转换器,使镜头握持部分尽可能“瘦身”,避免影响术者操作;使用前端可弯曲的分离钳、抓钳,保证操作角度的变换。②术前熟悉手术步骤,准确传递手术器械。提前 30 min 洗手整理器械台并点数;按程序安装好单孔器械,避免打折、扭拧、受压等。腔镜器械弯曲且较长,传递器械时调整好弯曲弧度,防止器械被污染。③正确连接好各导线,包括光纤线镜头线、超声刀、Ligasure、Erbe 双极电凝止血仪,准备好肝勾及缝线。选择合适型号的切口保护套,切口保护套除了有防止切口感染和肿瘤种植的作用外,其内外 2 层套圈还可较好将切口撑开,形成一个良好的操作通道。置入切口保护套后,协助术者将腹壁悬吊在肝勾上。④严格无菌无瘤操作,术中紧跟手术步骤,提前做好器械及缝针等,做到敏捷而不忙乱。管理好标本,腔镜手术的标本从阴道取出,故要另备部分器械用于会阴部操作,器械护士应注意区分腹腔内与会阴部的器械,严禁将会阴部使用过的器械用于腹部操作。术者完成会阴部操作后应更换手套和手术衣,再行腹部操作。盆腔内的淋巴结清扫完后注意左右侧淋巴结分别用不同标记的标本袋装好,并提醒巡回护士做好标记,防止混淆。⑤术后清点好所有器械与敷料,注意检查器械,尤其是较小的螺冒、胶塞等,防止数目不符、点数不清晰的情况发生。整理好腔镜器械,装入专用器械框内,并将框架锁扣锁紧,避免运输过程中器械散落、损坏,将其完整交至供应室。

3 小结

悬吊式无气腹单孔腹腔镜对患者心肺功能影响较少,切口小,对患者创伤少,但手术操作难度加大。本组 32 例患者手术均顺利完成,5 例放置输尿管支架,所有患者未发现其他术后并发症。手术室护士提前与术者沟通,备好仪器及器械,安置合适体位,紧跟