

腹腔镜手术治疗子宫恶性肿瘤 108 例的手术配合

雷小燕 张兰梅 李光仪

广东省佛山市第一人民医院手术室(佛山, 528000)

【内容提要】 本文总结 108 例子宫恶性肿瘤的腹腔镜手术配合, 认为充分的器械及物品准备、手术护士熟练掌握各种新仪器及器械的应用, 熟悉手术的每一步骤, 集中精力配合医生是手术配合成功的关键。

【关键词】 腹腔镜; 子宫恶性肿瘤; 手术配合

中图分类号: R737.33

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2003)04-0368-02

近年来, 随着腹腔镜技术的进步和设备的更新, 腹腔镜手术已应用于妇科恶性肿瘤的治疗, 其近期治疗效果满意。腹腔镜下治疗子宫恶性肿瘤的手术难度大, 技术要求高^[1], 对手术室护士的配合提出了更高的要求。我院 1998 年 8 月~2003 年 3 月, 共施行 108 例该类手术, 现将手术配合总结报道如下。

临床资料

本组 108 例。年龄 29 岁~68 岁, 平均 48 岁。其中子宫内膜癌 86 例, 宫颈癌 22 例。腹腔镜下广泛全子宫切除 38 例, 腹腔镜下广泛全子宫切除联合盆腔淋巴结清扫 70 例。

手术配合

一、术前准备

1. 仪器准备: 包括监视器、摄像机、冷光源、带有双极电凝输出的腹腔镜专用高频电刀、超声刀、气腹机、冲洗抽吸系统、电脑图文处理系统及适当的附件等, 并加以检查, 确保运转良好。

2. 器械准备: 腹腔镜器械是腹腔镜辅助阴式子宫切除所需器械^[2], 另加 10mm 直角钳、5mm 直角钳、带锁 5mm 有齿钳、钛夹钳、拉钩耙、针持、0°镜等。用高压蒸汽灭菌或用 2% 戊二醛浸泡消毒 10h, 超声刀刀头和手柄用环氧乙烷消毒或用甲醛加氧化剂熏蒸 12h, 其余普通器械高压灭菌。

3. 特殊物品准备: 7 号丝线剪成 15cm 长, 24 号 T 形引流管、无菌绷带、双极电源线、可吸收线、擦镜纸、去雾擦镜液或热盐水等。

4. 提前将病人的一般资料输入电脑图文处理系统, 以便术中采集图片及术后书写病历。

二、术中配合

1. 手术体位: 病人入室后, 用 18 号套管针在左上肢建立 1 条静脉通路, 连接三通接头。气管插管全麻, 膀胱截石位, 左手臂展放在托手板上, 右手用布单完全裹住并固定在体侧, 床缘装上肩托托住患者双肩, 以防建立气腹后取头低臀高位时身体下滑。此手术的特殊要求是病人臀部必须稍稍超出手术床下折口, 便于举宫时操纵子宫方向, 而病人两大腿需与腹部持平, 以免妨碍腹部手术医生的操作。

2. 配合步骤:

(1) 会阴部冲洗后, 常规消毒腹部和会阴, 铺巾后用 3L 无菌薄膜套将摄像头和光纤套好保证无菌, 正确连接各仪器导线及管道, 测试超声刀正常。

(2) 用碘伏重新消毒阴道, 上举宫器以便术中摆动子宫。用注射用水浸湿无菌绷带, 填塞阴道, 便于分离阴道膀胱间隙及阴道直肠间隙, 也能防止镜下切开阴道时 CO₂ 气体外泄, 置留气囊导尿管。

(3) 取脐孔下缘弧形切口 10mm, 常规气腹针穿刺进入腹腔后, 充 CO₂ 气体, 待腹腔内压力达到 13mmHg 后, 用 10mm 穿刺器穿刺腹腔进镜, 镜下于麦氏点的位置作第二穿刺孔 5mm, 探查腹腔, 此时器械护士要随时做好擦镜的准备, 巡回护士则要保证气腹机正常运行, 保证人工气腹顺利进行, 于左下腹相对应部位作 10mm 的第 3 穿刺孔, 于耻骨联合上一横指距下腹正中线左右 2cm~3cm 处, 分别作第 4、5 穿刺孔进 5mm 穿刺器^[3], 分别进无损伤操作钳, 镜下用 200ml 生理盐水冲洗盆腔后立即吸出送细胞学检查, 此时巡回护士应先准备好一个空的生理盐水瓶, 内加 25000 单位肝素, 用于盛装吸出的盆腔冲洗液。

(4) 器械护士准备好超声刀给术者进行凝切圆韧带, 分离前后阔韧带, 递 15cm 长的 7 号丝线或 1 号 Dexon 线或用钛夹, 双重结扎卵巢动静脉后用超声刀切断。剪开膀胱腹膜反折, 下推膀胱。

(5) 如需清扫盆腔淋巴结: 给第一助手换拉钩耙用于暴露总动脉, 术者用超声刀自上而下, 自外而内分别切除左右髂总、髂外、髂内、腹股沟深、闭孔、闭孔窝淋巴脂肪组织, 从 10mm 穿刺孔取出^[3]或装进无菌塑料袋内由阴道取出。

(6) 剪开子宫直肠腹膜反折, 分离阴道直肠间隙, 此时应准备好小纱布粒, 用带锁 5mm 有齿钳钳夹, 用于钝性分离阴道直肠间的疏松组织, 用超声刀凝切宫骶韧带。

(7) 打开输尿管隧道, 用 7 号丝线或 1 号 Dexon 线或用钛夹双重结扎子宫动脉后, 用超声刀切断子宫血管, 分离膀胱阴道间隙, 用直角钳打输尿管隧道, 推开输尿管, 超声刀切断主韧带及骶韧带, 切断双侧阴道旁组织, 用电钩或超声刀于阴道前壁横切一小口。

(8) 手术转向从阴道操作: 巡回护士将手术灯光对准会阴部, 器械护士则要准备好会阴部的手术器械和吸引器, 取出阴道纱布和举宫器后, 游离阴道约 4cm, 环形切断阴道, 用子宫钩取出子宫。残端用 1 号可吸收线连续锁扣式缝合, 同时放入 T 形引流管, 暂用血管钳钳住, 防止 CO₂ 气体外泄。

(9) 重回腹部操作, 腹腔重新充气, 镜下冲洗腹腔, 彻底止血后用 1 号可吸收线缝合后腹膜、盆底腹膜, 重建盆底。然后解除气腹, 缝合伤口。

(下转第 352)

结 果

本组 108 例腹腔镜手术全部成功,无中转开腹。手术时间 160min ~ 250min,平均 220 min;术中出血 150ml ~ 300ml,平均 200ml。

讨 论

腹腔镜下子宫恶性肿瘤的手术难度大,技术要求高,护士要做到手术配合成功就必须注意如下几项:

术前必须保证设备、器械、用品准备齐全并确保性能良好。在熟悉手术步骤和医生习惯的基础上集中精力主动配合。

监视器的放置应在主刀的对侧并与术者视线平行或略低,可减少视觉疲劳。

器械护士应熟悉所有器械的性能及其拆装方法,以及相互间的配套使用。超声刀是术中的主要设备,所以一定要熟练掌握其拆装及使用规程,做到快速准确传递器械,操作钳进出穿刺器(Trocar)时应主动帮助且扶持穿刺器(Trocar)。

巡回护士则要熟练掌握各仪器的性能、使用步骤、连接方式和注意事项,同时要掌握术中各种简单故障的排除方法。摆体位时应征求麻醉师同意,共同配合,以防气管插管脱出,保证病人安全。由于手术时间相对较长,所以应将脚撑支持在小腿上,这样可不使神经、血管受伤^[4]。术中还应注意勿使左手臂外展超过 90°,防止臂丛神经的损伤。当手术结束安装手术台脚节时,注意勿损伤右手手指。手术转向从阴道操作时,巡回护士可将冷光源调至备用(Standby)状态或将光亮度调至最暗,这样可减少电源开关次数而延长使用寿命。气腹机如持续报警,则关闭启动开关而不要关电源开

关,以免难以计算 CO₂ 的使用量。会阴部使用的器械物品不可再用于腹部的伤口,重回腹部操作时,需更换手套。

用 2% 戊二醛浸泡或用甲醛加氧化剂熏蒸消毒的器械一定要用无菌蒸馏水冲洗干净,高压蒸汽灭菌的窥镜则要保证足够的干燥时间,以防产生雾气。随着器械设备的不断更新,现在已有很多可高压消毒的器械,购买时正确选择,可减少工作中的许多不便。手术结束后,将手术器械拆开零部件后浸泡于多酶液中 5min ~ 10min 后清洗干净,多酶液可以分解器械上所有人体生物,达到理想的清洗效果。可高压部分小心包装于器械盒里送高压消毒,不能高压部分送环氧乙烷消毒。超声刀手柄、双极电凝线摄像头、光纤等用清水擦干净,注意不能受压、弯曲、扭拧,由于腹腔镜器械均为贵重器械,所以一定要注意保养。本组刚开始时曾经因为对超声刀的使用程序不熟悉,没有进行测试,导致术中无法使用。也曾因为护士没有及时扶持穿刺器,医生在拔出操作钳时将穿刺器一并拔出。另外,在手术结束回收光纤和摄像头时,一定要小心,防止光纤和摄像头摔落地面。

参 考 文 献

- 1 谭家驹,孙增勤,甄作均,等,主编.微创外科手术与麻醉.北京:科学文献出版社,2002.157-166.
- 2 蒋细英.电视腹腔镜协助阴式子宫切除的手术配合.护理学杂志 1998,13(3)封底.
- 3 李光仪,郑闻亭,黄浩,等.腹腔镜手术治疗子宫内腺癌 17 例报告.中国微创外科杂志 2001,1:96-98.
- 4 池金凤,郭爱武,李凤清,等.两种截石位摆放方法与术后并发症相关因素的比较.中华护理杂志 2001,36:165-167.

(收稿日期 2003-05-06)

(修回日期 2003-06-16)