

腹腔镜下无钉合完全腹膜外补片植入术治疗腹股沟疝的手术配合

梁海霞 颜咏梅 陈鸽子

(浙江省温岭市第一人民医院 温州医学院附属温岭医院手术室, 温岭 317500)

中图分类号: R472.3

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2011)05-0474-02

腹腔镜下完全腹膜外补片植入术(TEP)治疗腹股沟疝是在无张力疝修补的基础上,运用腹腔镜从腹膜前间隙用补片修补耻骨肌孔,具有伤口小,创伤小,手术后疼痛较轻,复发率低,并发症少,恢复快,伤口感染机会少,治疗费用与开放式人造网片植入术相差无几等优点,已经越来越被有经验的腹腔镜专业人员所选择,并且成为当今最普遍采用的腹腔镜疝修补术式^[1,2]。我院 2006 年 6 月~2010 年 6 月共完成 106 例 TEP,现将手术配合报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 106 例,男 86 例,女 20 例。年龄 45~73 岁,平均 56 岁。疝分型:Ⅰ型 5 例,Ⅱ型 28 例,Ⅲ型 53 例,Ⅳ型 20 例[按中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组,成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案(修改稿)标准分型]^[3]。其中双侧疝 15 例,复发疝 12 例(均为 Bassini 术后)。

1.2 手术方法

仰卧位,全麻气管插管,根据术中需要灵活调整体位。在脐下 0.5~1.0 cm 处弧形切口,至皮下后转为纵行切开腹白线达腹膜前脂肪组织,用示指钝性分离一个锥管状间隙,在示指引导下于切口下约 3 cm 处正中或偏健侧置入 5 mm trocar,第一切口置入 10 mm trocar 并用 7 号丝线缝合固定,接气腹机,注入 CO₂ 气体,压力 12~14 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。置入 30°腹腔镜,直视下向下分离达耻骨结节平面,于耻骨上约 5 cm 置入第 2 个 5 mm trocar,用圆头钳钝性分离出疝囊,并将腹膜游离达盆壁化(腹膜与侧腹壁充分分离)。分离显露出髂耻束、直疝或斜疝三角、股环、生殖血管、精索(子宫圆韧带)、Cooper 韧带、耻骨结节、腹壁下血管。根据患者体型及术中所见腹股沟解剖情况放置补片,将经过裁剪的补片绕钳卷曲,从 10 mm trocar 内送入,展开充分覆盖腹股沟肌耻骨孔(外界近髂前上棘平面,内界近耻骨联合,上界达疝环上界 3 cm 以

上,下界达股环最下点约 2 cm 以上,补片充分嵌入腹膜与腹壁间),补片四周不加以钉合。直视下排出 CO₂ 气体,结束手术。

1.3 手术配合

1.3.1 术前准备 准备摄像显示系统,包括 30°腹腔镜、高清晰度微型摄像头、数模转换器、显示器;光源系统,包括冷光源、光导纤维;气腹系统,包括全自动高流量气腹机、二氧化碳气体钢瓶;吸引装置;高频电刀。仔细检查各种设备是否运行正常。弹簧安全气腹针,气腹导管,冲洗吸引器,吸引导管,带保护装置的穿刺套管(trocar 5 mm、10 mm),腔内操作器械(无损伤抓钳、持针钳、分离钳、直线剪刀、电凝钩)均严格灭菌。准备 15 cm×15 cm 的聚丙烯补片、可吸收缝线等。备开腹相关器械。

1.3.2 术中护理配合

(1)巡回护士配合:患者取平卧位,手术开始后置 15°~30°头低脚高向健侧倾斜位。在上肢建立静脉通道,并接延长管,将双手包裹在身体两侧,防止术中过度外展损伤神经。协助麻醉医师气管插管,麻醉后头部置麻醉幕帘架。显像系统置于患侧脚部,由于术者站在患侧对面,置高频电刀、吸引装置于患侧,高频电刀脚控递于术者位置,电极板粘贴在患者肌肉丰满处,洗手护士应与手术医生站在同一侧。核对并确认 CO₂ 气腹压力,及时观察气体余量、流量,保证手术顺利进行。正确连接各种电源线及导管,调节白平衡。准备各种品牌规格的补片供选择,补片待使用时拆开,注意保证无菌操作。认真做好护理记录及植入物的登记。术后立即沙袋压迫 6~48 h,必要时使用腹带加压。

(2)洗手护士配合:熟练连接仪器的各个衔接部位,并妥善固定;检查腹腔镜特殊器械的完好性;递 11 号尖刀片切开皮肤、皮下组织、腹直肌前鞘,递甲状腺拉钩拉开腹直肌,显露后鞘,待示指分离出间隙后递 5 mm trocar,再递 10 mm trocar,连接气腹机注气,递 30°腹腔镜从 10 mm trocar 置入,直视下置第 2 个 5 mm trocar,递分离钳、无损伤抓钳分离间

隙及处理疝囊,递电凝钩电凝止血,较大血管递钛夹夹闭。术者更换无菌手套后配合其裁剪补片,绕钳卷曲补片,从 10 mm 的 trocar 推入腹膜前间隙,递剪刀剪开丝线,分离钳夹出,无损伤抓钳展开、平铺补片。释放 CO₂ 气体,拔除腹腔镜和 trocar,递强生腔镜专用线逐层缝合。

(3) 术后器械清洗和保养:腹腔镜手术器械为精密仪器,每次使用后将器械拆到最小的配件在多酶清洗液浸泡 10 min,再用多酶液超声震荡,再用软毛刷洗、高压水枪冲洗^[4],洗净后高压气枪吹干,上油后放入专用器械柜内保存备用。腹腔镜、电凝线、摄像头、光纤等用清水擦洗干净,注意不能受压、弯曲、扭拧。能耐高温高压的器械采用高压蒸汽灭菌,镜头、光纤等不耐高温者用低温等离子或环氧乙烷灭菌。

2 结果

全部手术过程顺利,无中转其他术式,手术时间 (60.2 ± 35.5) min,术中出血 (12 ± 7) ml,术后血清肿 1.9% (2/106),术区疼痛轻微,均未使用镇痛剂。106 例术后随访 2 ~ 36 个月,平均 20 个月,均未见复发。异物感 2.8% (3/106),无伤口感染、切口疝、神经痛。

3 讨论

由于腹腔镜手术越来越向专业化和多元化的方向发展,作为密切相关的手术室护理人员,怎样才能配合好所开展的新项目和新技术呢? 首先,科

室组织人员通过系统地学习有关腹腔镜的基本知识,熟悉基本仪器的组成、名称、功能、使用、保养,熟悉腹股沟区的解剖特点和每个手术步骤等,遇到疑难问题或新业务时与有经验的同事或术者多沟通交流,解决现有的技术、设备难题,做到真正的有备无患。

设备及器械是保证腹腔镜手术成功的必备条件,各仪器建立使用登记本,专人保管;设专科护士保养和维修各种腹腔镜器械;使用时避免碰撞、受压;根据性能选择适当的灭菌方法,导光束弯曲度不能小于 90°,要认真清洗并且保养每件器械。

要善于总结经验教训。分析每一例手术的新问题,特别是配合不到位的原因,做好心得笔记、总结经验,不但可以大大提高工作效率,也可以创造一个良好的工作环境和合作的氛围。

参考文献

- 1 Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient surgery including a new concept, introducing tension-free repair. *Int Surg*. 1987, 71 (1): 1.
- 2 中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组. 成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案 (修改稿). *外科理论与实践*, 2004, 9 (1): 84.
- 3 Mirils P, Colborn GL, McClusky DA, et al. The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space. *Arch Surg*, 2005, 140 (1): 90 - 94.
- 4 朱 慧, 朱永洁. 内镜的清洗和消毒. *国外医学·护理学分册*, 2000, 2 (1): 343.

(收稿日期: 2010-09-27)

(修回日期: 2011-01-17)

(责任编辑: 王惠群)