

腹腔镜辅助阴式子宫切除术的手术配合

许莲芳

(温州医学院附属义乌医院麻醉手术科, 义乌 322000)

中图分类号: R473.71

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2012)05-0475-02

腹腔镜辅助阴式子宫切除术能提供更清晰、更直接的手术视野, 可避免阴式手术不了解盆腔情况带来的隐患, 其应用扩大了阴式子宫切除的适应证。我院于2010年6月~2011年8月对40例有子宫切除术适应证患者采用了这一术式, 效果满意。现将手术配合总结如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组40例, 年龄42~65岁, 平均49.5岁。子宫肌瘤12例, 子宫腺肌症13例, 子宫脱垂7例, 功能失调性子宫出血8例。子宫大小正常8例, 6~12

孕周 20 例, 12 ~ 18 孕周 12 例。

1.2 手术方法

气管插管全身麻醉。膀胱截石位, 经阴道放置举宫器。脐孔置 10 mm trocar, 脐耻连线中的两侧 7 ~ 8 cm 处做 2、3 穿刺点, 置入 5、10 mm trocar。腹腔镜探查后改为头低臀高 (30° ~ 45°)。用双极电凝切断双侧圆韧带近子宫角 1 ~ 2 cm 处, 打开阔韧带前叶及子宫膀胱反折腹膜, 下推膀胱, 用双极电凝切断输卵管峡部及卵巢固有韧带, 需切除附件时则切断骨盆漏斗韧带。用双极电凝切开阔韧带后叶, 分离宫旁组织, 暴露子宫动静脉并切断。切断部分主韧带及双侧骶韧带, 打开子宫直肠凹陷的腹膜, 打开阴道前后穹隆, 然后转阴道手术。用阴道拉钩暴露子宫颈, 围绕子宫颈做环形切口, 分离膀胱宫颈间隙及宫颈直肠间隙, 用普通电刀及组织剪切断双侧骶韧带、主韧带及子宫动静脉, 用 7 号丝线缝合结扎, 经阴道取出子宫, 阴道残端用可吸收线连续缝合。检查无活动性出血, 消毒阴道, 碘仿纱条填塞阴道。重新充气检查腹腔, 无活动性出血, 生理盐水冲洗, 腹腔内放置透明质酸, 放引流管。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 术前访视 巡回护士术前 1 天前往病房探视, 详细阅读病例, 了解患者的一般情况、心理状态, 到床旁向病人自我介绍, 介绍手术室环境, 有关微创手术优点, 详细解答患者提出的有关问题, 让病人解除思想顾虑。

1.3.1.2 用物准备 全套腹腔镜手术设备: 监视器、气腹机、电凝系统、冷光源、吸引器、录像设备等, 手术器械包、体位垫、约束带、0 号薇乔线。

1.3.2 术中配合

1.3.2.1 器械护士配合 ①器械护士提前 30 min 上台准备用物, 检查器械齐全, 关节灵活。配合医生消毒手术野并铺无菌手术巾, 递导管电凝线、组织钳固定。②递阴道拉钩、宫颈钳暴露宫颈。碘伏消毒, 置入举宫器。③递碘伏棉球及干纱布擦拭腹部皮肤, 递 2 把大巾钳提起腹壁, 11 号尖刀在脐轮下缘弧形 (或纵行) 切一小口, 递气腹针, 建立人工气腹, 在腹腔镜监视下做第 2、3 切口, 置入 trocar。递超声刀切断圆韧带、输卵管峡部和卵巢固有韧带、阔韧带, 双极电凝止血。打开膀胱腹膜反折, 下推膀胱, 处理宫颈旁子宫动静脉、骶韧带。停止充气, 暂停镜下操作。④经阴道处理宫颈旁及主韧带, 由阴道取出子宫, 递 1-0 可吸收线缝合阴道残端。⑤气腹充气, 术者更换手套, 用腹腔镜检查盆腔内有无脏器损伤或出血, 冲洗, 放置引流管, 4-0 可吸收线缝合切口。

1.3.2.2 巡回护士配合 ①常规核对患者, 与患者交谈消除其紧张感, 建立静脉通道。②全麻后改为

截石位, 腘窝处垫海绵垫, 臀部尽量露出床边。连接、检查、调节腹腔镜摄像系统、CO₂ 气腹冲洗系统及电刀切割系统等。粘贴电刀负极板, 于肌肉丰富平坦的部位放置电极板, 与皮肤充分接触, 放好脚踏开关。根据需要调整体位及各仪器, 保持图像清晰, 便于医生操作。术中密切观察病情变化, 及时更换输液瓶, 保证抽吸冲洗器通畅, 及时冲洗以便保持手术视野清晰^[1]。术毕依次关掉各电源, 整理仪器。避免快速放置下肢体位和急于搬动患者, 采用先后放置、恢复下肢体位的方法^[2]。

2 结果

40 例手术经过顺利, 无中转开腹。手术时间 80 ~ 130 min, 平均 110 min。术中出血 50 ~ 150 ml, 平均 130 ml。无直肠、膀胱、输尿管损伤及大出血等并发症。

3 讨论

腹腔镜辅助阴式子宫切除术结合了腹腔镜手术与阴式子宫切除术的优点, 在镜下分离粘连, 处理附件、圆韧带, 同开腹手术一样视野清晰, 避免了单纯阴式手术不能进行上述操作的弊端, 扩大了阴式子宫切除术的范围。开展此手术不但需要有熟练的腔镜操作技术, 而且要有阴式手术的基本技术, 还要手术室巡回、器械护士熟练配合, 熟悉手术的基本步骤, 熟悉器械的性能及使用方法。妇科腹腔镜术中切割止血工具为双极电凝、超声刀或 PK 刀, 器械护士应保持刀头的清洁, 经常用湿纱布擦拭, 避免焦痂影响凝切效果。

腹腔镜辅助阴式子宫切除术需膀胱截石位, 手术时间较长。全麻后患者感觉消失, 安置体位易致肌肉过度牵拉, 造成动脉、神经受压。巡回护士最好在病人清醒状态下先试放截石位, 病人感觉舒适后放平, 麻醉后再重新安置体位。术毕应避免快速放置下肢体位和急于搬动患者, 采用先后放置、恢复下肢体位的方法, 使心血管系统有一个代偿的过程, 避免双下肢同时放平引起的血液瞬间移向下肢, 有效循环血量锐减所引起的不良反应^[3]。

参考文献

- 1 杨平, 马永青. 腹腔镜手术护理配合研究进展. 齐鲁护理杂志, 2009, 15 (10): 56 - 57.
- 2 陈哲颖, 陈兆英. 直肠癌根治术中下肢体位放对患者循环呼吸的影响. 护理学杂志, 2005, 20 (24): 36.
- 3 陈文华, 王景阳. 全麻下截石体位改变对老年病人血压和心率的影响. 临床麻醉学杂志, 2000, 16 (9): 464.

(收稿日期: 2011 - 09 - 27)

(修回日期: 2012 - 04 - 01)

(责任编辑: 王惠群)