

后腹腔镜下肾上腺手术 80 例的手术配合

陶海微 应小妮

(浙江省温岭市第一人民医院手术室, 温岭 317500)

中图分类号: R472.3

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2012)05-0477-02

腹腔镜肾上腺手术已成为绝大多数肾上腺肿瘤治疗的金标准^[1], 与传统手术相比, 后腹腔镜下肾上腺切除的优势明显, 腹腔镜手术在手术时间、出血量、术后恢复时间、并发症发生方面明显优于开放手术^[2]。我院 2007 年 10 月~2011 年 3 月在后腹腔镜下行肾上腺手术 80 例, 取得满意疗效, 现将手术护理配合体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 80 例, 男 35 例, 女 45 例。年龄 33~74 岁, 平均 43.2 岁。术前经 B 超、CT、MRI 等影像学 and 实验室、内分泌检查诊断: 肾上腺嗜铬细胞瘤 12 例, 肾上腺髓质增生症 5 例, 肾上腺腺瘤 40 例, 肾上腺皮质增生 15 例, 肾上腺囊肿 8 例。瘤体直径 1.2~6.5 cm, 平均 3.0 cm。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用经后腹膜途径。健侧卧位, 全身麻醉。于患侧第 12 肋尖下缘 4 cm 腋后线做切口, 置入 12 mm trocar, 并分别于腋前线和腋后线与肋弓交点穿刺置入 1 个 10 mm trocar 和 1 个 5 mm trocar, 向腹膜后腔注入 CO₂, 置入 30° 腹腔镜, 用超声刀、吸引器边吸边钝性分离。于肾上腺极暴露肾上腺肿瘤, 完全游离切除后, 彻底止血, 取出标本, 放出余气, 放置引流管, 缝合伤口。

1.2.2 护理方法

1.2.2.1 术前护理 ①患者准备: 巡回护士于手术前一天到病房探视患者, 向病人介绍该手术优点及手术室环境, 手术体位, 耐心倾听患者的疑问并解答, 做好术前的思想准备工作, 消除患者紧张心理, 增强其手术信心。②器械物品准备: 术前一天检查

调试各仪器, 保持功能完好。腹腔镜显像系统一套, 超声刀或等离子刀、腹腔镜专用器械一套 (trocar、气腹针、30° 或 0° 镜头、分离钳、剪刀、钛夹、吸引器、Hem-o-lok 施夹器等)、自制后腹膜充气气囊、碘伏纱布 (我们用的是 5% 浓度, 用于术中保持镜头的清晰度)。

1.2.2.2 术中护理配合

1.2.2.2.1 洗手护士配合要点 ①洗手护士提前 20 min 上台, 整理手术物品, 将经环氧乙烷 (EO) 灭菌的腹腔镜手术器械进行装配及功能检查; 做好后腹膜间隙扩张球囊, 可用 16 号橡胶导尿管插入灭菌手套内用 7 号线扎紧, 便于撑开周围组织, 扩大后腹膜间隙; 与巡回护士清点器械、敷料; 将所有线路、管道妥善固定于无菌单上并检查是否适用。调整镜头焦距, 机器对白平衡备用。②建立气腹, 维持后腹腔 CO₂ 压力 11~13 mm Hg。充气开始时可将流速设定 15~16 L/min, 达到压力后, 将 CO₂ 流速减慢到 5~6 L/min。通过注气, 腹膜后脂肪结缔组织撑开, 腹膜、肠管与后腹壁分离, 为手术操作提供了空间。③递分离钳、电凝钩、剪刀、超声刀分开肾周筋膜和脂肪囊, 于肾上腺极脂肪囊内显露肾上腺。如行一侧肾上腺全切除, 递钛夹钳, 分别夹上、中、下动脉, 电凝剪刀剪断、超声刀横断肾上腺体。分离肾上腺静脉, 递钛夹或 Hem-o-lok 夹闭后切断。然后超声刀电凝止血, 必要时可用可吸收止血材料止血。将标本用自制的标本袋取出。注意术中手术视野模糊时应随时协助医生将镜头用碘伏纱布擦拭, 防止因腹内外温差造成的镜面起雾, 并在烟雾多时适当放气, 以保证手术野的清晰。在手术使用的间隙及时清理擦拭超声刀及电凝钩上的焦痂并放入生理盐水清洗, 手术结束时检查器械是否完好, 保证每件器械良

好的使用状态。

1.2.2.2.2 巡回护士配合要点 ①检查仪器设备功能正常,处于备用状态。核对患者无误后接入手术室,进行心理安慰;开放一条静脉通路,尽量选择上肢或头颈部,因为气腹会使下腔静脉压力增高,静脉回流受阻,选择上肢便于抢救,留置导尿并记录尿量。②配合麻醉医生做好动脉穿刺、深静脉穿刺及全麻准备工作:如气管插管、心电监护、CO₂ 监测等,然后根据手术方式合理安置体位,一般选健侧卧位,患侧朝上,腰部稍微顶高,使腰背筋膜稍具张力^[3],还应注意体位对呼吸的影响,腋下垫软枕,防止臂丛神经牵拉受压,腰部稍抬高,双上肢固定于托手架上;健侧下肢弯曲,患侧下肢伸直,两膝间垫软枕。③仪器设备的摆放和应用:巡回护士在手术开始前将显示屏放于正确位置(一般放在手术同侧),电刀负极板贴于患者下肢肌肉丰厚处,正确连接超声刀及电刀,调节功率,放好脚踏开关,连接冷光源、气腹管、吸引器管,腔镜器械进入体内后,关闭手术无影灯。手术结束后所有仪器设备都整理好并归位。④术中要保证输液通畅,通过电视成像系统观察手术进展情况,并遵医嘱合理用药,配合麻醉师观察生命体征,记录出血量。⑤做好紧急中转开腹的准备,中转开腹是保证腹腔镜安全的步骤之一,备好开放手术的器械、物品也是保证病人安全的重要措施之一。

2 结果

77 例均在后腹腔镜下完成手术,3 例因出血中转开放手术。手术时间 45 ~ 200 min,平均 115 min;术中出血量 80 ~ 1000 ml,平均 150 ml。5 例因出血较多术中输入红细胞悬液 2 ~ 4 U。术后住院时间 4 ~ 15 d,平均 6.2 d。随访 3 个月,未出现并发症。

3 讨论

肾上腺肿瘤病人若是嗜铬细胞瘤,术中如果肿瘤被挤压,导致血中儿茶酚胺增多,血压升高,肿瘤切除后,又因儿茶酚胺下降引起血压下降;术前情绪紧张,过度疲劳,剧烈运动,又会使血压急剧升高^[5]。因此,术前需要有针对性地做好心理安慰,相关知识讲解,充分的术前准备;麻醉前建立两路有效的静脉通道,以确保术中随时用药,保证最短时间

内控制血压变化;巡回护士配合麻醉师,严密观察生命体征,及时调整输液速度及用药,确保手术安全。

后腹膜操作空间有限,特别是肾上腺肿瘤手术仅限于肾脏上极区域,器械护士应高度集中思想,密切观察手术即时情况,并提前做好好钛夹,以便及时有效止血。肾上腺肿瘤通常血供丰富,用超声刀切割分离并止血,既方便又可靠,减少了钛夹的使用,但超声刀头不能触及金属物,器械护士应准确掌握超声刀的使用、保养和维护方法,所有器械安排专人保管,妥善保管以延长使用寿命。

腹腔镜肾上腺手术已被越来越多的病人和医生所接受,经腹膜后途径具有解剖清晰,视野良好,操作空间较大等优点,特别是体积较大的肿瘤容易定位^[2],手术顺利与否与护士的配合密切相关。手术室护士良好的配合尤为重要,参与手术的护士必须具备扎实的专业理论知识和操作技能,特别是泌尿外科的专业知识和专科技能尤其要掌握,术中上台台下默契配合及患者的监护是手术顺利的重要保证。因此,护士要熟悉每一件器械、设备的性能及使用,确保器械快速、准确传递,设备正常运转。手术护士应相对固定,熟悉手术各个步骤和相关解剖^[4],最好、最快地配合手术医生完成手术。充分的术前准备,熟练的术中配合,配合麻醉师做好术中血压稳定的维持,良好的仪器及器械是手术成功的基本保障。

参考文献

- 1 Cestari A, Naspro R, Rigatti P, et al. Laparoscopic adrenalectomy and adrenal-preserving surgery. *Curr Opin Urol*, 2005, 15 (2) : 69 - 74.
- 2 张 旭,叶章群,宋晓东,等.腹腔镜和后腹腔镜肾上腺手术与开放肾上腺手术疗效比较(附 93 例报告). *中华泌尿外科杂志*, 2002, 23 (6) : 332 - 334.
- 3 邹有声,主编.实用腔镜外科学.北京:人民卫生出版社,2002. 623 - 625.
- 4 沈新映,罗 敏,林 岩.腹腔镜下膀胱前列腺全切除原位回肠新膀胱术的护理配合 15 例. *中国实用护理杂志*, 2005, 21 (1) : 22.
- 5 掌孝荣,吉 奇,张 妍,等.腹腔镜下经后腹膜肾上腺肿瘤切除术的手术配合. *中国微创外科杂志*, 2011, 11 (12) : 1151 - 1152.

(收稿日期:2011 - 12 - 19)

(修回日期:2012 - 02 - 21)

(责任编辑:李贺琼)