

腹腔镜前列腺癌根治术的手术配合体会

赵瑞如, 丁 宁

(江苏省苏北人民医院 手术室, 江苏 扬州, 225001)

摘 要: **目的** 总结探讨经腹膜外途径腹腔镜下前列腺癌根治术的手术护理配合及体会。**方法** 通过回顾性分析本院 16 例患者临床护理资料, 总结和优化患者术前访视、各项物品的准备、同时加强术中巡回护士及时提供手术用品, 掌握手术配合要点, 熟悉手术仪器的性能和使用方法。**结果** 16 例患者手术顺利, 术后恢复好, 无并发症发生。**结论** 术前精心准备、术中密切配合, 手术护士做好各个环节的密切配合, 是手术顺利开展的必要条件。

关键词: 腹腔镜; 前列腺癌根治术; 护理配合

中图分类号: R 472.3 文献标志码: A 文章编号: 2096-0867(2016)01-071-02 DOI: 10.11997/nitcwm.201601026

Nursing cooperation of laparoscopic radical prostatectomy

ZHAO Ruiru, DING Ning

(Operating Room, Subei People's Hospital, Yangzhou, Jiangsu, 225001)

ABSTRACT: Objective To summarize the nursing cooperation and experience of laparoscopic radical resection of prostate cancer. **Methods** Through retrospective analysis of clinical nursing materials of 16 patients, the preoperative visits, preparation of all the items, the intra-operative circuit, surgical supplies, the key points of operation cooperation and the performance and use method of surgical instrument were summarize and optimized. **Results** Sixteen patients had smooth operation, and all the patients recovered well and no complications were observed. **Conclusion** Meticulous preoperative preparation, close cooperation during operation and close cooperation of each link are the necessary conditions for smooth operation.

KEY WORDS: laparoscopy; radical resection of prostate cancer; nursing cooperation

前列腺癌是男性生殖系统常见恶性肿瘤, 其发病率呈逐年上升趋势^[1]。根治性前列腺癌切除术是治疗前列腺癌的经典方法。随着腹腔镜技术的不断发展, 腹腔镜前列腺癌根治术已成为公认的早期局限性前列腺癌微创手术治疗方法之一^[2], 具有创伤小、手术视野清晰、解剖影像良好等优点, 可以更好保护重要解剖结构及器官, 术中出血少、术后恢复快, 减少并发症发生。腹腔镜前列腺癌根治术包括经腹腔和经腹膜外两种途径。本院 2014 年 9 月—2015 年 5 月开展腹膜外腹腔镜前列腺癌根治手术 16 例, 均获成功, 无中途改开放手术, 术后恢复好, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

选取 2014 年 9 月—2015 年 5 月本院行腹膜外腹腔镜前列腺癌根治术 16 例, 年龄 60 ~ 75 岁,

平均年龄 67.5 岁, 因体检发现前列腺特异性抗原 (PSA) 升高入院, 血清 PSA 为 18 ~ 22.5 ng/mL, 平均 19.8 ng/mL。直肠指检前列腺均增大, 经直肠 B 超引导下前列腺穿刺, 病理检查证实为前列腺癌, TNM 分期 T1b ~ T2c, Gleason 评分 ≤ 7 分, 盆腔磁共振 (MR)、全身骨扫描等检查均未见肿瘤转移。16 例患者均在全麻气管插管下行腹膜外腹腔镜下前列腺癌根治手术。手术顺利, 术后恢复良好, 无尿失禁、勃起功能障碍等并发症。

2 术前护理

2.1 心理护理

术前常规访视患者, 为患者介绍手术的目的、方法, 以及采取腹腔镜手术的优点和安全性。患者大多数缺乏对前列腺癌的了解, 畏惧手术带来的不适和危险, 进而产生不同程度的焦虑和恐惧

心理。护士鼓励患者说出心中疑虑,介绍相关成功病例,增加患者手术信心,安然接受手术。

2.2 手术间环境准备

层流腔镜手术间,保持温度 24 ~ 26 ℃,湿度 50% ~ 60%,注意保暖。术前器械及物品的准备和术中配合均要求严格遵守无菌操作规程,控制参观人数,减少不必要的人员走动,防止切口感染。

2.3 器械及物品的准备

手术室护士应准备好手术所需的各类物品及药品,常用设备有高清晰腹腔镜电视成像系统,双极电凝器,气腹机,超声刀,5、10、12 mm Trocar,30°腹腔镜镜头,吸引管道,有齿卵圆钳,电凝钩,腔镜器械及针持,2/0 薇乔线,3/0 单乔线,20#三腔 Foleys 尿管。检查腹腔镜仪器、器械、超声刀,以免术中出现故障而耽误手术时间或影响手术操作。灭菌根据器材性质采用低温等离子或高压蒸汽灭菌,另备已灭菌开腹包 1 个。

2.4 人员的准备

因腹腔镜前列腺癌根治手术是近年来发展起来的新技术,又是泌尿外科较复杂、难度较高的手术,对手术配合要求非常高。手术室专门安排了泌尿外科的专科护士给予配合手术,熟悉手术步骤和手术方式,对可能出现的意外情况均备好应急预案,以保证手术顺利完成。

3 手术配合

3.1 巡回护士配合

患者入手术间前 30 min 将室温调节至 24 ~ 26 ℃、相对湿度 50% ~ 60%;检查各仪器是否处于完好备用状态,二氧化碳气源是否充足。和麻醉医生及手术医生共同做好患者的核对工作(三方核对)。核对姓名、床号、住院号、手术名称、手术部位、手术方式等;用 18 号套管针在左侧手臂建立 1 条外周静脉通道,并协助麻醉师开放动脉,建立中心静脉通道。根据医嘱于术前 30 分钟滴注抗生素。协助麻醉师进行全身麻醉,麻醉插管成功后,安置患者仰卧位,双上肢用中单包裹固定于身体两侧,免去搁手架,双侧肩部用肩托固定,腰下垫一约 10 cm 厚的软枕,双下肢分开 20 ~ 30°,负极板放于大腿肌肉丰厚处并妥善固定。头低脚高位 20 ~ 30°。将腹腔镜监视仪器置于床尾稍偏右侧,正确连接摄像系统、电凝线、气腹管、超声刀,启动气腹机,调节二氧化碳压力为 12 ~

15 mmHg,备好 70 ~ 80 ℃ 无菌水用于预热镜面,或用碘伏棉球擦镜面,加强巡视,与麻醉师共同严密观察患者的生命体征、氧饱和度、气道压力、呼气末二氧化碳分压,保持静脉通路通畅,注意保暖^[3]。根据手术步骤按需添加用品;监督手术人员的无菌操作,严格控制非手术人员参观、流动,减少感染机会。

3.2 器械护士配合

器械护士应提前 30 min 洗手上台,因手术器械种类较多,铺 2 个无菌台,将常规器械与特殊器械分类放置;协助医生消毒、铺巾;与巡回护士配合将各类导管、电凝线与仪器连接;检查摄像镜头清晰度、器械各关节、螺钉,安装超声刀。首先递 11 号刀片在脐下做一小切口,依次切开皮肤及皮下,并向下分离至腹直肌后鞘,在腹直肌下与腹直肌后鞘的间隙放入水囊扩张器,注入水或气 300 ~ 400 mL,保留 3 ~ 5 min,放气拔出水囊扩张器后递 12 mm Trocar 置入并固定。递腹腔镜镜头置入,直视下分别递 12、12、5、5 mm Trocar 置于合适位置并固定。递无损伤钳及超声刀分离前列腺腹侧和两侧。当超声刀切断前列腺悬韧带后,递 2/0 薇乔线缝合阴茎背深静脉复合体,线长保留 15 cm。横断尿道后留置 20#三腔 Foleys 尿管于气囊内注入 30 mL 盐水,适当牵引,递单乔全层缝合膀胱颈与尿道内口。将标本袋递给术者,将游离的前列腺置入袋内并收紧袋口,扩大脐下穿刺切口取出标本。彻底止血后放置引流管,缝合腹壁切口并无菌包扎。

4 讨 论

前列腺癌手术患者多为老年患者,在体位摆放时要注意动作轻柔,肩托用软垫垫好。由于手术时间较长,骨突处如足跟部及骶尾部用压创贴保护好。两手置于身体两侧避免外露碰到手术床边缘。由于患者全麻后不能主动紧闭双眼来保护眼睛,长时间刺激导致双眼抵抗力下降和修复能力降低^[4],故眼睛涂金霉素眼膏用 3 M 透明输液贴封贴;前列腺癌手术中并发直肠瘘的概率为 0.21%,因此在与医生反复讨论后,借鉴同行经验,将此手术的体位改为低坡 20°截石位,按照直肠手术消毒范围进行消毒铺单,既不影响手术视野和操作,也避免重新消毒铺单、更换器械等,节省了人力物力。术中在处理前列腺尖部阴茎背部

(下转第 75 面)

物残渣有效率、清除毒物有效率及洗胃总时间差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组与对照 1 组清除食物残渣有效率、清除毒物有效率均显著高于对照 2 组($P<0.05$)；研究组与对照 1 组洗胃总时间均显著短于对照 2 组($P<0.05$)。说明采用电动吸引装置洗胃能够获得与洗胃机相当的洗胃效果,并缩短洗胃时间。本研究结果还显示,研究组洗胃过程中均无并发症及不良反应发生,提示电动吸引装置洗胃能够显著降低并发症发生率,提高患者的洗胃舒适度^[9]。

电动吸引装置洗胃法的引入,不仅能够解决洗胃机出现故障或大批患者同时需要进行洗胃时采用注射器洗胃而导致的洗胃效果不佳的问题,在取得良好洗胃效果的同时,避免了人力资源的浪费。部分基层医疗机构由于医疗仪器落后,在紧急处理中毒患者时仍然使用传统的注射器洗胃法,电动吸引装置洗胃法所使用的仪器和灌肠装置都是基层医疗机构必备,取材容易,能够为基层医疗机构的临床提供一种更便捷、更有效的洗胃方法,值得临床推广。

(上接第 72 面)

静脉复合体时容易大出血,由于盆底结构复杂,血管丛丰富,静脉复合体和阴茎背深静脉处理不当是引起大出血的常见原因^[5]。一旦发生出血,立即用吸引管行负压吸引,迅速吸净血块,使术野保持清晰,另备止血纱布压迫止血。一旦遇到腹腔镜下不能控制的出血时,器械护士和巡回护士必须迅速配合手术医生行紧急开腹止血,使手术能继续完成。动作要迅速,以免延误止血和手术进程。术中并发直肠瘘的风险较大,因此在常规手术器械的基础上增加了腔镜用持针器,普通长针持,长弯,细长组织剪,肛门镜,宫颈扩张器,阴道拉钩,在手术用物品方面,准备了棉球,美兰,袋装冲洗液,冲洗管路,3/0 八针薇乔线,4/0 八针薇乔线,修补直肠所用器械物品为污染器械,在使用时注意无菌原则,污染的器械物品与无菌的器械物品分开放置,术中发现污染及时更换,修补好后手术人员全部更换手套,必要时更换手术衣团队合作在此例病例中较为重要,术中要保证动静脉畅通,配合麻醉医生密切观察患者的血压、心率等生命体征,保持患者循环稳定,在遇到特殊紧急情况时应与其他人员积极配合,保证手术顺利及时完成。术中所用的仪器设备较多,术前要注意合理摆放。成像系统放于床尾,超声刀、电刀、吸引器放于手术床左侧,右侧摆放器械台。以保证术中

参考文献

[1] Albertson T E, Owen K P, Sutter M E, et al. Gastrointestinal decontamination in the acutely poisoned patient [J]. Int J Emerg Med, 2011, 4(1): 65-69.

[2] 梁永娟, 胡秀华. 电动洗胃机在胃癌合并幽门梗阻患者术前洗胃中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(20): 122-123.

[3] 章亚平, 许来娣, 陈慧敏, 等. 改良后小儿洗胃器的临床应用研究[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(8): 724-725.

[4] 金丽萍. 电动洗胃机洗胃法的改良与评价[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(5): 18-19.

[5] 李颖, 赵丽丽, 周艳, 等. 小儿洗胃插管深度的研究[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(10): 134-135.

[6] 沈国美, 李剑平. 急性口服中毒洗胃并发症的预防新进展[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(7): 658-660.

[7] Eddleston M, Buckley N A, Eyer P, et al. Management of acute organophosphorus pesticide poisoning [J]. The Lancet, 2008, 371(9612): 597-607.

[8] 戴素萍, 黄丽丽, 金丽君. 动态改变胃管位置对洗胃效率影响的对比分析[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(14): 1304-1305.

[9] 孔雪莲, 王林文, 李水莉. 有机磷农药中毒经鼻洗胃管插入深度的探讨[J]. 临床护理杂志, 2006, 5(3): 5-6.

中取用方便。腹腔镜手术的器材精细昂贵,构造较为复杂,因此细致的清洗保养是一个重要环节。术后严格按照内镜清洗消毒技术的操作规范,对内镜器械进行清洗、包装、灭菌。

此类手术是微创高风险手术。手术配合重点是做好术前准备,备齐器械及用物,尤为特殊器械;术中巡回护士熟悉各种仪器的使用方法和性能,按操作规程操作,密切观察患者生命体征,监视和调节二氧化碳压力,掌握仪器参数的调节及故障排除,器械护士熟悉手术步骤,快捷、正确有效地传递器械,确保手术顺利进行;术后妥善护理患者,正确清洗器械,注意器械的维护和保养,以延长器械的使用时间。从各个方面保障患者安全渡过手术期,顺利完成手术,真正的造福患者。

参考文献

[1] 高新, 周福祥主编. 微创泌尿外科手术与图谱[M]. 广东: 广东科技出版社, 2007: 388-400.

[2] 于德新, 方卫华, 江山, 等. 经腹膜外腹腔镜前列腺癌根治术[J]. 临床泌尿外科杂志, 2010, 25(8): 605.

[3] 刘卫, 郝冬梅, 赵迎春. 腹腔镜下前列腺癌根治术的护理[J]. 中国医药指南, 2012, 10(17): 315-316.

[4] 张敏. 全麻手术患者术中眼保护防暴露性角膜炎[J]. 实用医技杂志, 2003, 6(3): 68.

[5] Djavanb, Agalliu, Laza J, et al. Blood loss during radical prostatectomy: impact on clinical, oncological and functional outcomes and complication rates [J]. BJU Int, 2012, 110(1): 69-75.