

## 腹腔镜下脾部分切除术的护理配合

蒋红媛, 韩小云, 秦薇, 吴 烨

(江苏省常州市第一人民医院 手术室, 江苏 常州, 213003)

**摘要:**目的 总结腹腔镜下脾部分切除术的护理配合。方法 选取10例行腹腔镜脾部分切除术患者,均给予术前访视、心理护理和术中配合等围术期护理干预措施。结果 10例患者顺利完成腹腔镜脾部分切除手术,术后恢复良好,未见切口感染、皮下气肿等并发症。结论 对于腹腔镜下脾部分切除术患者,围手术期护理配合对降低并发症发生风险、促进患者康复具有积极意义。

**关键词:**脾部分切除术;腹腔镜;护理配合

中图分类号: R 473.5 文献标志码: A 文章编号: 2096-0867(2016)08-116-02 DOI: 10.11997/nitcwm.201608045

## Nursing cooperation in laparoscopic partial splenectomy

JIANG Hongyuan, HAN Xiaoyun, QIN Wei, WU Ye

(Operation Room, The First People's Hospital of Changzhou, Changzhou, Jiangsu, 213003)

**ABSTRACT: Objective** To summarize the nursing cooperation measures for the laparoscopic partial splenectomy. **Methods** This study included 10 patients who received the laparoscopic partial splenectomy. All patients received nursing cooperation measures including preoperative preparation, psychosocial nursing, intra-operative cooperation, and so on. **Results** All 10 patients successfully underwent the surgery, without incision infection and subcutaneous emphysema. **Conclusion** High quality perioperative nursing cooperation is helpful to reduce the risk of complications and promote the rehabilitation of patients undergoing laparoscopic partial splenectomy.

**KEY WORDS:** partial splenectomy; laparoscopy; nursing cooperation

全脾切除术后,机体的免疫应答和免疫效应物质水平会降低,体内细胞因子调节失去平衡,增加了感染风险,且感染发生后机体无法有效清除病菌,易发展成凶险性感染<sup>[1]</sup>。随着脾脏基础研究的不断深入,脾脏免疫功能逐渐被认识,保留脾脏占原体积的25%以上,即可维持正常免疫功能<sup>[2]</sup>。此外,腹腔镜技术在脾脏外科中应用日趋广泛,但腹腔镜部分脾切除术由于技术难度大、术中易大量出血,易导致中转开腹手术,在国内报道相对较少<sup>[3-4]</sup>。本研究回顾性分析了常州市第一人民医院10例腹腔镜脾部分切除术手术的临床资料,现将手术护理配合总结如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本组10例行腹腔镜脾部分切除术患者,排除

合并感染性疾病、心血管疾病、全身免疫性疾病者;近3个月内创伤或者手术患者。10例患者中男6例,女4例,年龄11~74岁,平均(39.8±4.13)岁;疾病类型:脾囊肿5例,脾错构瘤1例,脾血管瘤3例,创伤性脾破裂1例。

#### 1.2 方法

1.2.1 治疗方法:患者全身麻醉,取平卧位,头高脚低右侧倾斜。建立人工气腹后,气腹压力恒定维持在12 mmHg,分别置入5枚穿刺器。常规探查腹腔,游离胃结肠韧带暴露胰腺及脾门并探查肿物,明确肿物在上极或下极,超声刀配合电凝钩逐步分离出脾脏上极或下极血管,然后使用锁扣夹夹闭血管并离断,在缺血线内将部分脾脏及肿物一并切除,创面使用电凝电喷止血。标本使用一次性标本袋完整取出,腹腔冲洗检查无活动出血,脾窝处放置引流固定。

1.2.2 术前准备:①手术用物准备:准备高清腹腔镜系统、超声刀、高频电刀设备、腔镜器械包、腹腔镜操作器械和手术所需一次性用物,并检查仪器设备性能,保证完好状态。同时准备一套中转开腹的器械;②术前访视:由巡回护士告知患者行腹腔镜下脾部分切除术治疗的目的、意义、注意事项、治疗过程中可能出现的问题和解决措施,指导患者合理饮食。③心理护理:术前评估患者心理状况,解除患者的疑虑,认真解答患者提出的问题,建立良好的护患信任感,帮助其克服手术恐惧感,以最佳的心理状况接受手术<sup>[5]</sup>。

1.2.2 手术配合:(1)巡回护士配合:①患者平卧,左上肢置于搁手架上,外展小于 $90^\circ$ ,以避免损伤臂丛神经。右上肢放于身侧并用布单包裹固定,双下肢约束带固定,并注意松紧适宜。术中手术床调整为头高脚低向右侧倾斜,根据手术暴露的需求调整手术床的倾斜度,调整前及时做好有效沟通,避免因手术床的调整影响手术的精微操作。②腹腔镜系统显示器放置于患者头端左侧,高频电刀和超声刀放置在患者右侧,两者间隔1 m,防止相互干扰。手术者站于患者右侧,器械车放在患者左侧,器械护士站于手术床左侧,主刀医生对面,便于传递器械。③正确连接管路和导线,根据手术需要和仪器性能,调整各参数。④手术中密切观察患者生命体征、引流量、尿量和呼气末二氧化碳的变化。协助麻醉医生做好液体通路的管理,保证输液通畅。(2)洗手护士配合:①术前提前20 min洗手整理器械,认真检查器械的性能和完整性,与巡回护士共同完成手术器械、纱布和缝针的清点。②协助建立人工气腹,将气腹压力恒定维持在12 mmHg,旋转插入10 mm穿刺椎,放入腹腔镜。在电视监测下于正中剑突下偏左、上腹正中脐上6 cm、左锁骨中线、右腋前线平脐水平分别置入5 mm、12 mm、5 mm、5 mm腹腔镜 Trocar。③由于脾脏血供丰富,质地较脆,术中易出血。在离断脾脏实质前,要准备好结扎用的锁扣夹,切割中要及时剔除超声刀头和双极电凝钳端的焦痂,并在操作间隙,及时将超声刀头置入冷的生理盐水中激发,以保证超声刀、双极电凝满意的切割、止血功能。④标本装袋后自脐部延长的切口取出。标本取出后及时检查标本袋的完整性,以免遗留入腹腔。⑤冲洗检查无活动性出血,脾窝处放置硅胶管引流固定。清点器械、纱布、缝针数量正确,缝合切口。

## 2 结果

10例患者顺利完成腹腔镜脾部分切除手术,手术时间143~198 min,平均 $(176 \pm 13.4)$  min;术中出血量108~164 mL,平均 $(135 \pm 21.7)$  mL。患者术后恢复良好,未见切口感染、皮下气肿等并发症发生。所有患者均对护理过程满意。

## 3 讨论

腹腔镜脾部分切除术具有创伤小、恢复快等优势,并且可以保留脾脏的免疫功能。但在手术中为了保留健存脾脏血供,要求在脾门处分离明确供应脾脏上极、下极分支血管的位置,由于此处血管分支多且细,稍不注意就有可能引起出血,所以对手术室护士的配合提出了更高的要求,要高度集中注意力,关注手术进程,要有预判手术状况的能力,预置手术用物,应对手术突发情况。器械护士要熟练掌握所有腔镜器械的性能及使用方法,手术过程中准确及时传递器械。丁卫娟等<sup>[6]</sup>研究报道,碘伏可有效清除超声刀头的焦痂,预防结痂的形成,术中可减少去痂次数和缩短去痂时间。在离断脾实质时,为了确保超声刀功能的正常使用,使用前先用0.5%碘伏溶液润滑超声刀头,术中有结痂时用碘伏纱布擦拭去痂,手术间隙将超声刀头置于冷的生理盐水中降温,保证其较好的切割止血功能。由于术中可能随时发生大出血需要中转开腹,因此器械护士应常规备开腹器械,以备需要时能在最短的时间内满足外科医生的需要,保证手术的安全性。

## 参考文献

- [1] 潘思波, 车斯尧, 黎福良, 等. 脾切除后暴发性感染2例[J]. 中国现代普通外科进展, 2014, 17(10): 783-783.
- [2] 史炼钢, 贾友鹏, 肖在鹏, 等. 保留脾脏的胰体尾肿瘤切除术的应用探讨[J]. 中华普通外科学文献(电子版), 2012, 6(3): 210-213.
- [3] 汪蔓萍, 金小英. 腹腔镜下脾切除术的围术期护理体会[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(17): 9.
- [4] 冯缘. 手术室全期细节护理对手术室患者护理质量及满意度的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(16): 85-88.
- [5] 关柏秋, 曹晓艳, 董淑琴, 等. 手术室细节护理在确保手术室护理安全中的应用效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(12): 57-60.
- [6] 丁卫娟, 胡林婕. 碘伏用于超声刀头去痂处理的效果探讨[J]. 护理学杂志, 2014, 29(2): 53-54.