

• 临床经验 •

后腹腔镜手术配合改进

陈丽莉 周慧芬

[关键词] 后腹腔镜; 手术; 手术室护理操作

中图分类号: R445; R472.3 文献标识码: B 文章编号: 1006-9771(2003)06-0384-01

后腹腔镜直视下手术具有准确、微创、患者痛苦小、恢复快、心理负担轻的特点,易于被患者接受,在泌尿外科领域的应用日益广泛。目前,越来越多的复杂手术可以通过这一微创技术完成。2002 年 1 月—2003 年 3 月,我院泌尿外科完成后腹腔镜直视下手术 66 例,现就我们的一些改进总结如下:

1 临床资料

本组 66 例,其中男性 36 例,女性 30 例,年龄 16—77 岁,平均 52 岁;行腹腔镜下右侧囊肿去除术 24 例、隐睾切除术 1 例、肾上腺皮质肿瘤切除术 13 例、肾盂输尿管结石切开术 8 例、肾上腺嗜铬细胞瘤切除术 5 例、肾切除术 5 例、肾癌根治术 7 例、肾蒂淋巴管结扎术 2 例、肾盂输尿管成形术 1 例。

2 术中护理配合改进

2.1 自制气囊建立后腹腔 腹腔后间隙是解剖学上的概念,实际上并没有一个完整的空腔。建立一个有足够空间的后腹腔有利于手术顺利进行。我们用乳胶手套的手掌部分接 22 号硅胶引流管自制气囊(能注水或空气 2000ml 以上不破)建立的后腹腔效果比较满意。注意:自制气囊的管子要有一定的硬度和内径,以方便自制气囊放入后腹腔;注水和建立后腹腔后排空气囊时应保持管子通畅。

2.2 标本袋的制作 肾上腺肿瘤切除术和肾癌根治术后的标本处理有一定的困难。许多术者用方形标本袋或用塑料袋自制的标本袋装入标本后,再切开扩大穿刺点取出,或者切碎后取出。这样做不但辅助切口长,而且塑料袋自制的标本袋很容易破损发生肿瘤种植。我们采用薄质、表面光滑、强度高且无渗透性的布质材料制成三角形标本袋。由于标本袋为三角形,当标本袋口收紧从辅助切口取出后,用手辅助将肾脏竖立成下缘向上的纵位,可使标本取出方便、快捷,辅助切口减小,标本完整。同时,因标本袋无渗透性,肿瘤

组织与穿刺通道完全隔离,可减少肿瘤局部复发与种植性转移的机会。这种标本袋很受外科医生的欢迎。

2.3 双 J 管导丝的制作 肾盂输尿管结石切开取石术中常规留置双 J 管做内引流用。留置引流导管的方法有:①术前先用膀胱镜插入输尿管导管达到或超过结石部位,改变体位做腹腔镜下输尿管切开取石术,取石后将导管放入肾盂;②腹腔镜下输尿管切开取石后改变成截石体位,再用膀胱镜插入大 J 管,此时双 J 管容易从输尿管切口处穿出,需再改变体位在腹腔镜下将双 J 管放入肾盂做内引流用;③腹腔镜下完成输尿管切开取石术后,直接放入双 J 管。我们在 8 例肾盂输尿管结石切开术中的前 3 例中采用上述 3 种方法。但考虑到前两种方法较费时、烦琐,有逆行感染之可能,第 3 种方法在腹腔镜下放置双 J 管费时、困难,因而改用柔软但有一定钢性的钢丝自制成长 5—8cm 的导丝,从双 J 管的侧孔插入,使双 J 管的头端变直,在腹腔镜下插入输尿管 4.5—7.5cm,用一把分离钳固定双 J 管,另一把分离钳拔出导丝,这时双 J 管头端已变直,输尿管很容易插入。用此法,后 5 例患者插双 J 管非常顺利,手术医生感到很满意。

2.4 手术器械保养 手术进展是否顺利与设备、器械的功能状态有密切关系。术前应仔细检查各器械,发现问题及早请维修人员修理。因腹腔镜器械细长、结构精巧,有管腔,锐利易损坏,且价格昂贵,使用者须具备相关知识,做到术中正确使用,传递时保持器械尖端合拢,不得相互碰撞、挤压。术后清洗前一定要打开各关节和螺丝,将管腔内的血痂洗净,对难以清除的有机污物如血渍、蛋白凝块,须用含酶洗涤剂(如适酶)去除有机物。因腹腔镜器械管腔细长,很难用软布擦干,现改为使用压缩空气吹干,再用水溶性润滑剂润滑铰链及工作关节部位,以保持良好的备用状态。超声刀是昂贵的易损器械,在拆洗前应先将超声刀放在水中开机片刻,使部分血渍自动脱落,再仔细拆开清洗,妥善保管,以便延长器械使用寿命。

(收稿日期:2003-05-23)

作者单位:325000 浙江温州市,温州医学院附属第一医院手术室。

作者简介:陈丽莉(1965-),女,浙江瑞安县人,主管护师,长期从事手术室工作。