

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: R 445; R 472. 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。

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。

(收稿日期: 2003-05-23)