·技术与方法·

跨学科腹腔镜下尿道癌及转移灶根治术的术中配合

刘凤霞,李 珊,夏叶松,蒋 威 (华中科技大学同济医学院附属协和医院手术室,湖北 武汉 430030)

[关键词] 尿道癌;阴道转移癌;腹腔镜;根治性切除;术中护理
[中图分类号] R472 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)06-0690-02

女性原发性尿道癌十分少见,多见于 50 ~ 60 岁的中老年女性,发病率约为女性所有癌症的 0.02%[1],而由尿道癌侵犯阴道引起的继发性阴道癌则更为罕见。由于尿道癌的罕见性,目前临床治疗及手术护理经验均十分有限。近年来随着腹腔镜手术的完善和进步,并在外科领域的广泛应用,由泌尿外科联合妇科腹腔镜下治疗继发灶的阴道癌加开放术式根治尿道癌,目前国内外极少见报道。2012 年 1 月至 2015 年 1 月,我院泌尿外科 3 例尿道癌侵犯阴道患者采取联合妇科腹腔镜下广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫和根治性尿道全切除尿流改道术,我们进行了针对手术需求的护理配合及精诚协作,保证了手术顺利完成,效果良好,现将相关护理经验总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院泌尿外科 2012 年 1 月至 2015 年 1 月,收治尿道癌及有阴道转移的患者 3 例,均为女性,年龄 52 ~ 59 岁,平均 55 岁。患者临床表现均有不同程度的尿痛、血尿等症状,其中 1 例出现外阴流脓。体检:触诊阴道前壁尿道外口旁可扪及直径1.5 ~ 2.8 cm 大小包块,术前盆腔 MR 显示:尿道与阴道间软组织肿块,其中 2 例双侧盆腔内及腹股沟淋巴结有肿大,另 1 例单侧淋巴结有肿大。病检结果均显示:尿道外口旁鳞状细胞癌。

1.2 手术方法

3 例患者均在全麻气管插管下,两学科依次进行。①妇科组:患者截石位消毒铺巾后,腹部操作医生经脐孔建气腹,Trocar 穿刺进入腹腔内置镜体,阴道部操作医生配合好举宫器方位,协作下行腹腔镜下广泛全子宫和盆腔淋巴结清扫术。②泌尿组:再次消毒会阴部,缝皮肤巾,于阴蒂下方作倒“U”切口环尿道切口向小阴唇作切口全尿道及阴道前壁整块切除,腹壁行膀胱造瘘,留置永久性造瘘管。

1.3 手术配合

1.3.1 术前准备 根据手术的特点及手术仪器需求数量,选择面积适合腹腔镜操作的房间,由于本手术开展例数少,选择了大号手术间[2]。此类手术由两学科合作,手术配合经验有限,要求护理人员具备手术间人、物管理的能力[3],且精湛的专科护理技能。担当手术巡回的护士应有参加过妇科和泌尿科轮转且有 5 年以上工作经验的专科护士,同时具备良好的人员协调能力;器械护士要有熟练的腹腔镜配合技能和对交叉学科的手术步骤的分解应变能力,对腹腔镜器械的性能非常了解。根据预先计划的手术方案准备相应物品,包括腹腔镜仪器设备、各类器械包、截石位摆放用具等。了解患者的身心状况,进行手术室环境的介绍,手术基本过程的讲解,拉近护患间的距离,以减轻焦虑程度[4]。

1.3.2 术中配合 巡回护士配合:①术前体位方面,妇科组取改良膀胱截石位,腿架的高度以患者腘窝两腿的自然弯曲下垂为准,小腿尽量处水平位,两腿间的宽度为生理跨度 45°,腿架与腘窝间放置体位垫,避免压迫腓神经;泌尿组取高位膀胱截石位[5],根据手术要求,在妇科体位的基础上调节生理跨度和手术床高度,双腿张开角度勿超过 130°。②术中体位,妇科手术,气腹形成时,改头低脚高位 15° ~ 30°避开腹部脏器的干扰; 清扫右侧淋巴结时,左倾斜 20°;同法对侧淋巴结清扫时,向右倾斜 20°暴露充分;在腹腔冲洗后及关腹前,摇手术床至头高脚低,彻底吸净冲洗液;泌尿手术组,根据术者需求,调节手术床高度,达到术者眼、手、手术区域舒适的平面。③压疮防护:麻醉前于骶尾、肩甲、枕后等部位贴上防压贴,保持床单干净整洁。④仪器使用及摆放,术中仪器使用多,正确连接并调试各仪器,建立气腹时,应注意观察进气速率及气腹压值, 充气时应先以低流量(1 L/min)模式,然后改用中流量(3 ~ 5 L/min),缓慢充气至设定值;腹腔镜显示屏主屏幕正对主刀术者,屏距术者视野 60 cm,其中心略低于视线水平,床高略低腰部且使操作者手肘部运动角度在 90° ~ 120°。⑤术中监测:除常规监测生命体征、输液通道及麻醉管道外,密切注意尿液颜色改变、头低位时眼球结膜水肿状态。⑥手术人员管理:两学科手术者分组依次入室,第 1 组妇科、第 2 组泌尿科,其中 1 组术中出现交叉手术问题,巡回护士立即联系另一组协商。保持手术间安静整洁,合理安排参观人员学习,同时督促各级人员严格执行无菌操作。⑦器械清点:两科手术前器械分别清点记录于两张清单上,但手术敷料不分开清最后汇总清点,清点时采用分 - 合 - 分的办法,以保证数目准确无误。

器械护士术中配合:①妇科腹腔镜组的配合;提前 30 min 刷手,进行器械物品的完整性核查,正确安装,协助消毒铺巾,递气腹针建立 CO_2 人工气腹,递 10 mm Trocar 进入腹腔内置镜体,在成像系统监视下,备好扩宫条,石蜡油润滑头端,依此由小到大的型号摆好,从 3.5 号探条,间隔 0.5 个型号,直至大小合适递于阴道部操作的医生进行扩张宫颈,后递小头举宫器进行辅助举宫(因患者绝经,宫颈萎缩,切记备小头举宫器)。再

doi:10.11659/jjssx.04E015054
[收稿日期] 2015-04-27 [修回日期] 2015-05-16

取脐上两横指左右腹直肌旁,左右髂前上棘内侧 3 cm, 分别递 10 mm 、5 mm 、12 mm、10 mm Tracer,并备内镜器械,包括分离钳、双极电凝、超声刀等。严密关注手术过程,根据术者术中需求积极准确递置器械,并随时清理刀头血痂等,保证术者手术顺利进行。在处理输尿管隧道及子宫动脉等关键步骤时,同巡回护士共同关注尿液颜色,并向术者及时反馈信息。转阴道操作后,应严格区分阴道器械与腹腔器械,避免交叉感染。提前备好阴道残端 1/0 合成线及 0.5% 活力碘阴道纱条。术者切下子宫,取出淋巴结后,严格按左右和先后顺序妥善保管标本,严禁混淆。②泌尿组的手术配合:再次消毒会阴部,缝合肛门保护巾,递小圆针 4 号丝线将双侧小阴唇缝于外阴两侧,阴蒂下方作倒 U 切口于环尿道切口向小阴唇作切口,分离耻骨下间隙,将全尿道及阴道前壁整块切除,递 2/0 吸收线多个 8 字缝合直至阴道侧壁。缝合膀胱腹膜反折,封闭阴道侧壁与底壁缝合。碘仿砂条填塞阴道空隙,缝合双侧小阴唇,关闭阴道切口。放置盆腔引流管两根,会阴引流管 1 根,接负压吸引装置。手术结束后,器械护士整理用物并清点。

2 结果

本组 3 例手术顺利完成,术中各项监测指标正常,历时 245 ~ 275 min,出血量约 330 ~ 380 mL,处理子宫动脉时未损伤输尿管,观察尿液颜色正常。除 1 例患者因头低足高位出现眼睑水肿外,其他 2 例一切正常,无压疮和腓神经损伤情况,安全返病房,术后营养支持治疗,尿流膀胱造瘘管引流通畅、引流量 200 mL/d,平均术后第 4 天下床活动,术后 12 d 出院。

3 讨论

随着疾病谱的改变及微创技术的飞速发展,联合其他专科共同手术的概率越来越大,为多病种患者提供了最佳的外科手术治疗机会,同时对术中护理配合提出了更高的要求。护理人员应熟练掌握多学科联合手术的术中护理流程和配合要点,不断总结护理经验。尿道癌并阴道转移病例非常罕见,在护理配合经验不足的前提下,通过参与术前的病例讨论、了解手术步骤、查阅相关文献资料、结合平时手术配合经验,术前进行访视减轻患者心理压力,充分用物准备,合理摆放手术体位,术中密切观察手术进程,及时供应术中物品,动态调节体位,合理安置腔镜设备使术者达到最佳的视野范围,有序使得两学科人员顺利衔接等。全面有效的配合是缩短手术时间,提高手术质量的关键。

尽管尿道癌联合妇科协作与其他联合手术护理流程有相似处,但此类疾病患者年龄偏大、手术时间长、截石位不同摆放要求贯穿手术全过程,要求巡回护士全面进行管理。在妇科低位截石位安置中,要求将手术床的腿架调至最低使得患者腘窝两腿的自然弯曲下垂为准,小腿尽量处水平位,保持双腿外展,应使患者的一侧肩、对侧膝、足三点在一条直线上,双侧形成的两条直线的内角,是两腿可张开的最大角度[6-7];压疮防护方面:患者年龄和手术时间都是压疮发生的危险因素,研究[8]表明采用定期调节手术床状态的方法,可有效预防术中压疮发生,韦喜艳等[9]认为透明敷贴联合抗压凝胶垫在压疮高危手术患者预防中应用效果显著;仪器设备的距离调试:舒适的操作空间,可以省时省力,Xiao 等[10]的研究指出,在模拟腹腔镜操作测试中,操作者的颈部、肩部及手臂均有不同程度的不舒适,合理调节显示屏距术者视线距离和手术床高度,术者舒适度最高,可提高工作效率。

在手术配合中,器械护士要熟悉整个盆腹腔脏器,包括输尿管膀、子宫、直肠等比邻部位血管解剖,自然衔接两科手术的配合,集中精力,对手术步骤心中有数,及时传递手术需要的物品、器械及缝针,妥善保管手术标本,缩短手术时间,提高配合质量,减少术后并发症发生率。由于手术开展例数不多,术中配合经验还需不断总结。

[参考文献]

[1] Lin B, Gao ZX, Sun MW, et al. Laparoscopicradicalhysterectomy with vaginectomy and reconsruction of vagina in patientswith stage Ⅰ of primary vaginal carcinoma[J]. Gynecologic Oncology, 2008, 109(1): 92 - 96.

[2] 高兴莲,田 蒔. 手术室专科护士培训与考核[M]. 北京:人民军医出版社,2012:22 - 23.

[3] 李继平,李秋洁. 护理管理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:103 - 104.

[4] 喻其敏,罗小艳. 心理护理干预对骨科择期手术患者心理状况的作用[J]. 局解手术学杂志,2010,19(4):897.

[5] 彭莉芳,左 萍,刘晓芬,等. 全麻患者膀胱截石位摆放时机的选择与舒适度的研究[J]. 井冈山大学学报(自然科学版),2010,31(6):114 - 116.

[6] 邢春凤,周月辉,张龙秋,等. 腹腔镜类手术配合中常见问题的探讨[J]. 护士进修杂志,2006,21(2):176.

[7] 张兰梅,张秀平,吴贞华,等. 定期调节手术床的状态预防术中压疮的效果观察[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(23):40 - 41.

[8] 钱维明,许玲玲,杜丽丽. 1 例静脉内平滑肌瘤病伴有下腔静脉及右心房受累患者行Ⅰ期手术的术中护理[J]. 中华护理杂志,2014,49(4):436 - 438.

[9] 韦喜艳,杨西宁,周爱玉,等. 3M 透明敷贴联合抗压凝胶垫在压疮高危手术患者预防中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(24):77.

[10] Xiao DJ, Jakimowicz JJ, Albayrak A, et al. Ergonomic factors on task performance in laparoscopic surgery training[J]. Ap-plied Ergonomics, 2012,43(3):548 - 553.

(编辑:周小林)