维普资讯 http://www.cqvip.com



局解手术学杂志 2003年第12卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.4

# 全膀胱切除胃代膀胱手术的护理配合

张云美[1]，何 琴[2]
（1.重庆医科大学中医药学院，重庆 400050；2.重庆医科大学附属第一医院手术室）

［摘要］ **目的** 总结全膀胱切除胃代膀胱术治疗膀胱癌患者的手术配合与护理经验。**方法** 通过术前访视和宣教，熟悉手术步骤，制定周密的手术护理计划，术中强调无菌技术及主动配合，对27例多发和复发性膀胱癌患者施行全膀胱切除、原位楔形胃代膀胱术。**结果** 所有患者手术经过顺利，术中病情平稳，术后恢复良好。**结论** 高质量的手术配合是顺利完成这一新的大型复杂手术的一个重要保证，不仅可以缩短手术时间，同时能减少术中、术后并发症。

［关键词］膀胱癌；胃；全膀胱切除；护理
［中图分类号］R473.6；R694 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2003)04－0270－03

**Nursing care of the stomach for bladder replacement following total cystectomy**

ZHANG Yun-mei, HE Qin
(Chinese Medicine School, Chongqing University of Medical Sciences, Chongqing 400050, Chnia)

**Abstract: Objective** To analyze the operative cooperation and nursing care experience of bladder cancer patients treated with the stomach for bladder replacement following total cystectomy. **Methods** By giving care and teaching patients , studying operation procedures, designing a proper plan of nursing care, and emphasizing the sterile skills and active operation cooperation during operation, 27 patients with multiple or relapsed bladder cancer were treated with the orthotopic segment of stomach for bladder replacement following total cystectomy. **Results** All patients with bladder cancer were smooth and safe during operation and recovered rapidly after the operations. **Conclusion** High quality nursing care plays a important role to complete this new and complicated operation successfully, not only shortens operation time, but also decreases complications during and after the operations.

**Keywords**: bladder cancer; stomach; total cystectomy; nursing care

由于膀胱癌患者行全膀胱切除术后利用肠道替代膀胱，带来了一系列众所周知的问题。Sinako首先于1956年利用部分胃壁做膀胱成形术的动物实验并应用于临床证实，胃代膀胱的优点是胃能主动分泌氯、减少粘液分泌、具有良好的纤维弹性组织和肌肉收缩能力[1]。对膀胱癌患者施行胃代膀胱术较其他手术方法可提高患者生活质量，无逆行感染，有利于保护肾功能；无高氯性酸中毒等[2]。但临床上全膀胱切除胃代膀胱的患者，常是多发性或复发性膀胱癌，病人年龄偏大，病情较重，而胃代膀胱术手术时间较长、程序复杂，难度较大，对手术室护理工作提出更高要求，我科通过不断总结，熟悉手术方式与步骤，对27例胃代膀胱术的手术护理配合，效果满意，现将手术护理体会报告如下。

## 1 资料与方法

本组27例膀胱癌患者，男性15例，女性12例，年龄52－78岁（平均65.5岁），其中多发癌14例，复发癌13例。

［收稿日期］2003－07－06 ［修回日期］2003－08－24

### 1.1 手术方式

病人均采用静脉复合麻醉，腹正中绕脐切口，常规单纯或根治性全膀胱切除术，男性于前列腺尖部切断尿道，保留1～2 cm前列腺被膜，女性保留膀胱颈部1～1.5 cm，以备吻合。切取带胃网膜右血管蒂的楔形胃并缝合成一囊状作代膀胱，近侧胃断端留置形成直径约1～2 cm的口，便于吻合，保留胃小弯的完整性，残段胃对口吻合。进一步游离胃网膜右血管，仅保留远端3～4条分支，以便将楔形胃下移到盆腔。沿胰头和十二指肠水平段前方，结肠中血管右侧腹膜后钝性分离形成直达盆腔的隧道，并将代膀胱经此通道拖入盆腔，近侧胃断端与后尿道或前列腺被膜吻合。左侧输尿管经髂血管分叉水平的腹膜后隧道右移和右侧输尿管分别以隧道法与游离胃前壁吻合。F18双腔Foley气囊尿管保留导尿，多孔橡皮管做耻骨后引流，缝合腹膜，将胃代膀胱及所有吻合口置腹膜外，分层关闭切口。

### 1.2 术前准备

1.2.1 术前访视与心理护理 患者及家属对疾病本身与将要采取的手术常常有不同程度的恐惧、焦虑和紧张情绪，因而在术前访视时，除进行常规的病情资料收集及有关禁食、皮肤清洁、手术配合事项等的健康宣教外，必须更加耐心、细致地向患者及家属进行心理疏导，讲解手术的目的、要求及必要性，使他（她）们对该手术有初步的认识，减轻乃至消除其紧张情绪。

1.2.2 手术器械、物品的准备 采用常规剖腹手术器械，胃

维普资讯 http://www.cqvip.com



切除手术器械，另外准备全膀胱手术特殊器械；多孔橡皮引流管、F5输尿管导管、F18双腔Foley气囊尿管；消毒液体石蜡油。术中所需要的2/0、4/0可吸收线。

## 2 观察项目与结果

### 2.1 巡回护士配合

安置手术体位，协助麻醉医生进行静脉复合麻醉，麻醉状态下安置胃管，以减轻病人不适；安置患者于仰卧位、骶部垫软枕并妥善固定。

### 2.2 病情观察

注意病人保暖，由于手术时间较长，病人腹腔脏器暴露，可致体温下降，术前于手术床上铺电热毯，并注意调节室温22－24 ℃，观察病人肢端循环及皮肤温度。注意病人生命体征、血氧饱和度及体温等监测；估计出血量，记录出入液量，保证静脉输液通畅。

### 2.3 严格执行无菌操作

用5%碘伏进行手术区域的皮肤消毒，消毒范围要广，尤其注意会阴部、外生殖器的消毒，避免术中细菌污染、导致手术后感染、影响手术效果及康复。保证术中器械、物品的供应。观察手术进展，随时与手术、麻醉医生及洗手护士联系，为手术顺利进行创造良好的条件。

### 2.4 洗手护士配合

协助医生消毒铺巾，连接电凝器、吸引器等设备，检查性能，保证正常运转使用。将吸引导管、电切、电凝刀片及导线安置妥当，并固定。经尿道置入F18双腔Foley气囊尿管，将尿液收集到无菌集尿袋内，以避免含有肿瘤细胞的尿液污染手术区域。

2.4.1 处理膀胱侧韧带　准备大弯血管钳和有齿血管钳，钳夹止血，并用4# 丝线缝扎止血以减少出血。在切断输尿管后，准备F5输尿管导管以液体石蜡油润滑，进行输尿管插管，引流肾盂内尿液，保持手术视野干净、清晰，以便手术操作。在拟切断膀胱颈时，准备4# 丝线以缝扎静脉丛。

2.4.2 预防癌细胞种植和转移　手术过程减少对癌组织的挤压，膀胱切除后，准备大量无菌蒸馏水冲洗手术野并保留15 min以上，同时用无菌蒸馏水冲洗手术医师的双手或要求手术医师更换新的手套，避免癌细胞残留在手术区域和手套上引起局部种植。

2.4.3 胃楔形切除的处理　在做胃楔形切除时，准备文氏钳以处理大网膜，胃钳以作胃楔形切除。在作胃残端吻合时，准备4# 丝线，缝合代膀胱时，准备带针的2/0可吸收线。在拟将代膀胱经腹膜后隧道脱入盆腔时，准备环钳。

2.4.4 代膀胱的处理　在做代膀胱与后尿道吻合时，准备带针的2/0可吸收线，在做输尿管与代膀胱再植时，准备带针的4/0可吸收线。在关闭切口时，准备多孔橡皮引流管。

## 3 讨论

手术区皮肤的准备与消毒，泌尿外科手术一般不进入腹腔，常常在腹腔外进行。但是该手术区域包括会阴部、盆腔和腹腔，极易被细菌污染导致伤口感染，影响手术效果，甚至使手术失败而危及患者生命安全。因此，该手术对无菌要求很高。美国医院感染控制实践咨询委员会在“1999年外科伤口感染预防的指导”中指出，术前备皮距离手术时间越近越好，提倡在手术室内进行皮肤准备。我科采用在患者麻醉后，剃尽手术区域毛发，并用无菌洗手刷或海绵蘸少许含4%洛本清的洗手液刷洗手术部位，以无菌毛巾擦干，随后再进行常规消毒，这样可以有效降低伤口感染率。

预防癌细胞种植和转移，对于根治膀胱癌具有重要意义。膀胱癌的转移主要向膀胱壁深层浸润，其次，通过淋巴和血液系统进行远处播散，在膀胱癌的手术过程中，由于手术中保护手术区域和清除残留癌细胞不当，可以发生伤口的种植转移，包括腹部伤口、损伤的尿路上皮、切除的前列腺窝内等[3]。因此，在手术开始前，经尿道留置导尿管，引流尿液，防止在切除膀胱时，含有膀胱癌细胞的尿液污染伤口。在切除膀胱后，用低渗的无菌蒸馏水清洗手术医师的手套或要求他们更换新的手套，避免癌细胞残留在手套上，同时用低渗的无菌蒸馏水反复冲洗伤口并保留15 min以上，低渗的无菌蒸馏水可以最大限度地使残留在伤口中的癌细胞发生肿胀而死亡，从而避免膀胱癌细胞发生伤口种植转移。经过以上措施，本组病例无膀胱癌的伤口种植转移。

生命体征尤其是出血量的观察甚为重要。该手术创伤大，出血和渗液较多，不及时处理，就会发生失血性休克，危及患者生命，影响手术进行。在手术中，密切观察、记录患者失血量，及时、准确向医师报告，及时补充血容量，使患者生命体征保持在平稳状态，保证手术顺利进行。手术中注意减少出血的机会，该手术有3个环节容易导致大量出血：切断膀胱侧韧带、耻骨后静脉丛、楔形胃切除和对端吻合残留胃。在处理膀胱侧韧带时，由于含有血管，先准备大弯血管钳和有齿血管钳钳夹并切断后，即用4# 丝线缝扎，防止血管滑脱导致大出血。在切断膀胱颈前，先用4# 丝线缝扎耻骨后静脉丛血管，以预防切断膀胱颈后周围静脉丛大出血。由于胃壁血供十分丰富，为避免大量失血，在楔形胃切除时，一般边切除边以4# 丝线结扎血管，同时以2/0可吸收线行对端内翻逢合，在松开胃钳时，迅速准备大量鼠齿钳夹闭有活动性出血的血管，然后对端吻合残留胃。由于手术中我们熟悉手术程序及医生的操

维普资讯 http://www.cqvip.com



作规律，既缩短手术时间又减少出血量。作者认为，做好胃代膀胱手术配合的关键是熟悉该手术方案及手术步骤，了解医生的操作规律，术前准备要充分，心理护理要耐心、细致，术中配合要及时、准确，讲究技巧。密切的手术配合不仅保证该手术顺利进行，而且可以大大缩短手术时间，减少患者术中失血。

[参考文献]

[1] Sinaiko ES. Artifical bladder from segment of stomach and study of effect of urine on gastric secreation[J]. Surg Gynecol Obstet, 1956, 102: 433-436.

[2] 洪声涛，张爱利，高兴茂，等. 胃代膀胱术24例报告[J]. 中华泌尿外科杂志，1995, 16(10): 624-626.

[3] 杨 威，延凤梅，弥金霞，等. 前臂同种异体移植病人的心理护理[J]. 局解手术学杂志，2003, 12(2): 153-154.

[4] 李晓芳. 股前外侧皮瓣移植修复组织缺损的疗效与护理[J]. 局解手术学杂志，2003, 12(3): 246.

(编辑：郭光金)

(上接269页)

## 1 术前护理

### 1.1 心理护理

因颅底解剖结构复杂，手术难度大，术后并发症多等特点，致使手术危险性较大，故绝大多数病人对手术感到害怕，严重影响饮食和休息，护理人员应有针对性地做好这部分病人的心理护理，消除顾虑，为手术取得成功奠定基础。

### 1.2 术前特殊准备

除神经外科手术常规术前准备以外，对手术需经过的开放腔隙，如口腔、鼻腔、鼻旁窦、眼等，术前1周用抗生素溶液漱口、喷雾或滴鼻、滴眼，术前3 d应用广谱抗生素，以保证入路尽可能清洁。

## 2 术后护理

### 2.1 手术后监护

包括生命体征监护(六联观察)，颅内压监护，血管监护和脑电监护。因颅底手术时间长，手术创伤大，故手术后监护非常重要，发现病情变化及时向医生报告。血气监护和脑电监护并非所有病人都需要，只有病情危重，发生癫痫的可能性较大，或怀疑脑死亡的病人才需此类监护。

### 2.2 术后常规护理

2.2.1 体位　为了降低颅内压，全麻清醒后采用斜坡卧位(头高15~30°)；后颅窝手术的病人，清醒后最好取侧卧位，有利于口腔分泌物的引流，防止误吸、窒息；翻身时应防止头部扭曲；肿瘤切除后残腔较大的病人，术后24~48 h内禁止患侧卧位。

2.2.2 保持呼吸道通畅　由于颅底肿瘤可累及多组颅神经，易导致吞咽、呼吸困难。通过鼻腔入路的病人可出现手术侧鼻咽组织粘膜损伤、肿胀、渗出，加上需鼻咽填塞等因素，呼吸道分泌物不易排除，极易导致通气不畅；部分病人也可由于喉头水肿，深度昏迷导致舌根后坠，消化道分泌物误吸或返流均能导致通气不畅；遇到此类问题需尽早做气管切开以维护呼吸道通畅。

2.2.3 口腔、鼻咽腔及眼部护理　因颅底肿瘤手术入路需经口腔、鼻咽腔和眼部，故术后对这几个部位的护理非常重要。

## 3 手术并发症的观察及预防

### 3.1 颅内血肿

术中止血不彻底是形成颅内血肿的主要原因。另外，颅内压降低过快，也可导致颅内出血。因此，在术后48 h以内应严密观察，如在此期间出现瞳孔不等大、偏瘫或颅内压增高者应及时进行CT检查。

### 3.2 脑水肿

脑水肿一般在术后48 h达高峰，持续5-7 d后逐渐消退。只要充分给氧，定时脱水利尿并辅以激素治疗，降低体温，多数病人可度过脑水肿期；若脑水肿严重，药物治疗无法控制，可手术切开减压等。

### 3.3 脑脊液漏的观察

脑脊液多在手术当天从鼻腔或耳部流出，一般3~5 d停止，主要是因切口缝合不严密，或切口愈合不良所致；其次为手术伤及硬脑膜等组织或修补组织坏死所致。脑脊液漏在短期内不易愈合，极易并发颅内感染。所以，应认真观察脑脊液漏出的部位、数量及时间，一旦发生，应严禁擤鼻、堵鼻，并局部滴药及用力咳嗽，长期不愈合者需进行修补术。

### 3.4 神经损伤

神经损伤是颅底手术最常见的并发症之一，如为手术所致的神经损伤，数月内可恢复；如因恶性肿瘤而作神经切除者，则可能发生永久性神经损害，术后应及时与参加手术的医生沟通，了解手术情况，以便掌握神经损伤情况。

### 3.5 其它并发症的预防

颅底手术常发生的并发症有癫痫、尿崩症、消化道出血、顽固性呃逆、少尿或无尿、肺水肿、高热、电解质紊乱及酸碱平衡失调等，其预防和处理按一般神经外科常规进行。

### 3.6 多器官功能衰竭(MOF)的预防

颅底手术常影响其它器官系统的功能，其根本原因尚不清楚。多数学者认为是由于机体免疫力下降，引起系统器官的靶细胞出现低反应能力所致。心血管系统是最早和最易受到损害的部位，肺次之，故应予重视。

(编辑：文　灿)