维普资讯 http://www.cqvip.com

100例乳腺腔镜腋窝淋巴结清扫术的手术配合

吴 媚,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 乳腺疾病;腔镜;淋巴结清扫
[中图分类号] R655.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0281-01

随着医学发展,腹腔镜技术广泛应用于临床,其具有手术创伤小、切口容易愈合、术后换药及药物费用少,可缩短住院时间等优点。我院自2004年4月至2007年7月共开展乳腺腔镜腋窝淋巴结清扫术100例,效果良好,现将手术配合情况报告如下。

1 临床资料

本组行乳腺腔镜腋窝淋巴结清扫术100例,其中确诊浸润性乳腺癌患者99例,均为女性,年龄22~67岁,平均41.6岁。手术方式均为单纯乳房切除加腔镜下腋窝淋巴结清扫术。

2 手术配合

2.1 术前准备

乳腺腔镜腋窝淋巴结清扫术属近年来新开展的手术,患者由于缺乏对腔镜手术及麻醉知识的了解,存在紧张、忧虑与恐惧心理,术前1 d巡回护士应与患者进行沟通,向患者介绍手术室环境、麻醉方式及需要患者配合的方面,耐心倾听其诉求,并仔细解释手术相关问题,阐明腔镜手术的优势,有针对性地进行心理疏导,缓解其心理压力,以利于手术顺利进行。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回护士配合 患者入室后巡回护士应主动与患者交谈,避免其产生紧张、恐惧心理。患者平卧于手术台上,注意给患者保暖及保护患者隐私。配合麻醉医师气管插管,行双腔气囊尿管导尿,术中详细记录尿量。患侧上肢外展于支手架上,患侧肩背部垫一棉枕,使腋窝及腋后线部位显露,注意患者身体各部勿与手术床金属部件接触,防止电灼伤。正确连接各仪器导线及操作部件,调节好电刀输出功率及冷光源亮度、超声刀功率和屏幕光亮度。室内光线宜暗,以免影响屏幕图象清晰度,仪器视屏高度调至与主刀医师视线平行。备好80 ℃灭菌注射用水(术中预热腹腔镜头用)或0.5%碘伏棉签用来擦试镜头。

2.2.2 器械护士配合 提前20 min上台整理、检查和清点器械,配合医师消毒、铺无菌巾。在乳房肿块周围皮下、腺体及乳晕下注射美蓝2 mL。在患侧腋窝脂肪组织内分层注入溶脂液。30 min后在腋中线第5肋水平作手术切口长约0.8 cm,分别用6号、7号宫腔吸引头尽量抽吸腋窝脂肪,将电动吸引器压力调至0.8 kPa,并注意保持吸引通畅。于抽吸孔置入5 mm穿刺鞘,注入CO_2,将CO_2压力设定为0.53~0.80 kPa,4号丝线固定穿刺鞘,擦试并放入镜头,随时保持视野清晰。在胸大肌边缘作一长约0.8 cm切口置入穿刺鞘,放置分离钳。在背阔肌前缘第6肋水平作一长约0.8 cm切口,置入穿刺鞘,放置超声刀。腔镜下见腋窝内血管、神经、纤维结缔组织呈蜘蛛网状结构,用电凝分离、切断腋窝结缔组织,寻找蓝染淋巴结并送快速病理检查。用超声刀沿胸小肌外缘横行切开喙锁筋膜,显露腋静脉,沿腋静脉下缘凝切来自乳房的淋巴管及静脉属支,显露并保护胸背、胸长神经,分离切断胸小肌下方、后方及腋静脉下方的脂肪、淋巴组织。将腋窝淋巴结和少量纤维组织、脂肪组织分离后整块切除,扩大胸大肌外缘从穿刺鞘取出,检查手术野无活动性出血,出血时用超声刀止血,小纱条试血,清点纱布器械无误,缝合切口,挤去皮瓣下方积气积液,封闭引流管,无菌敷料包扎。

3 讨论

腋窝淋巴结清扫术(axillary lymph node dissection,ALND)是乳腺癌分期和预后评价的重要部分之一,腔镜腋窝淋巴结清扫术发生淋巴水肿、肩臂活动受限和感觉异常等并发症低于常规腋窝淋巴结清扫术。同时,腔镜可抵达狭窄的腋窝并放大局部视野,手术解剖清楚,并对肋间臂神经、腋神经、胸长神经以及腋窝淋巴脂肪组织的识别和保护更确切,有利于腋窝淋巴结的清扫。腔镜腋窝淋巴结清扫术手术安全可靠,具有良好的美容效果,被认为是近年乳腺微创外科的重要发展。

腔镜手术是新开展的手术,尚存在设备精密、昂贵、操作复杂、难度大等问题,故对内镜手术的配合有更高的要求。因此,要求护士熟练掌握各种仪器和器械的性能、工作原理、使用方法;术前检查仪器性能,使其始终处于良好的工作状态;各种导线切忌打折扭曲;清洗擦试过程中动作轻柔,平稳放置。

[参考文献]

[1] 骆成玉. 乳腔镜腋窝淋巴结清扫手术应注意的几个问题[J]. 中国普外基础与临床杂志,2005,12(3):210-211.
[2] 王学民,余姗姗. 3种麻醉方法在乳腺癌根治术的临床应用[J]. 局解手术学杂志,2007,16(1):41.
[3] 骆成玉,张 键,季晓昕,等. 局麻或加静脉强化麻醉下乳腺癌切除术[J]. 首都医科大学学报,2007,28(1):29-31.

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2008-02-01 [修回日期] 2008-03-20