维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2



# 腹腔镜技术应用及护理配合

张 娟* 韩惠琴* 张自力*

随着科学技术的发展，医院设备不断更新，我院自1999年11月至2000年5月开展腹腔镜手术以来，已成功为50例病人行腹腔镜手术，获得满意效果，现将手术配合体会介绍如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组50例，男19例，女31例，年龄30～70岁，平均年龄54岁，胆囊结石32例，胆囊息肉13例，卵巢囊肿2例，改良式阑尾切除术1例，胆囊结石伴急性胆囊炎发作2例。

2.手术配合：(1)设备及器械：德国"蛇牌"腹腔镜手术设备，监视器，摄像头，信号转换器，冷光源，二氧化碳气腹机，单双极多功能高频电刀，冲洗吸引装置，手术器械和常规腹腔镜开腹器械。(2)术前病人准备：术前常规及生化检查，影象学检查，全部病例经B型超声检查，以确定胆囊位置及结石、息肉和卵巢病变、阑尾炎性情况。护士参与病例讨论，了解病情及手术实施计划。向病人介绍腹腔镜手术损伤小，出血少，不做传统切口，术后反应轻，痛苦少，恢复快等优点，并在国内外开展获得良好效果情况，让病人了解手术目的，步骤安全性，消除病人不安心理，从而取得最佳配合。(3)物品准备：电视摄像镜头，术中用无菌袋包裹，导光纤维光源线，电刀线，冲洗泵手控开关，气腹机连接线，均在前一日经甲醛熏蒸消毒，进入腹腔的器械均采用2%戊二醛浸泡30min消毒，使用时须用无菌蒸馏水充分冲洗。(4)麻醉准备：50例均采用插管全麻。病人入室后核对病历，姓名，住院号，自动监护仪监测病人血压、心电图和血氧饱和度，观察生命体征。开放2组静脉通道，面罩充分给氧去氮，经诱导后，协助麻醉师进行气管插管。(5)术中配合：麻醉后，患者取仰卧位，头高脚低位约20°。消毒，铺巾，连接光源线，摄像系统，电视监视器，打开各仪器开关。一般选用脐上缘用Vetess气腹针穿刺，向腹腔内低压低流量缓缓建立气腹，腹腔内压力不宜超过2kPa，一般控制在1.35～1.6kPa。①切除胆囊：自脐下切口放入腹腔镜常规探视腹腔，然后在腹腔镜监视下穿刺其它三处：剑突下，锁骨中线肋缘下，腋前线肋缘下。术者经剑突下管鞘进行剥离，分离胆囊管，用钛夹夹胆囊管及胆囊动脉，切除胆囊。②改良阑尾切除术：自脐下切口放入腹腔镜常规探视腹腔，然后在腹腔监视下穿刺右下腹阑尾根部处，经此处管鞘进入剥离钳，钳夹阑尾经管鞘将阑尾拉出体外，结扎阑尾系膜，切除阑尾，荷包缝合残端，送入腹腔。③卵巢囊肿切除：自脐下切口放入腹腔镜常规旋转360°探视腹腔，在腹腔镜监视下穿刺耻骨上方区域，左右两侧，插入套管鞘。经正中穿刺口放置分离钳，探查患侧卵巢。从阔韧带上分离粘连的卵巢，从正中切口送入手术缝针线，缝扎患侧卵巢蒂，拉紧子宫卵巢韧带及卵巢系膜(不宜抓住卵巢)，为了安全起见，须加固结扎组织蒂部，用爪钳拉紧组织蒂，插入剪刀并呈直角切断蒂部。

再次探查腹腔有无出血，止血，冲洗取出切除组织。吸净腹腔积液，若腹腔污染严重，或胆囊管残端处理不完善、或胆囊床部粘膜残留或出血卵巢蒂残端处理不完善，应行腹腔引流。在腹腔镜下探查其他穿刺口。若无活动出血，拔出管鞘、结束手术。缝合穿刺口，用0.75%布比卡因注射穿刺口周围，用于术后止疼。

二、讨论

1.施行手术要求所有必要器械、设备均集中安放在一辆内窥镜专用手推车上，所有电子设备均安放其上，这种可移动式组合装备是实行腹腔镜手术的基本条件。

2.完善管理制度。使用仪器前后均应检查仪器是否完好，各部位接线是否正确，机器是否运转良好，脚踏开关和手控开关灵活性。

3.光源线内部是光导纤维，忌折断，折叠，应行无角度浸泡或熏蒸消毒，消毒后必须用无菌蒸馏水冲洗，但动作要轻。光学器械使用后须用清水清洗，凉干保存，以防腐蚀和化学反应。

4.术前器械准备要充分，不遗漏，以免耽误手术时间。

5.参加手术护士必须经内窥镜手术专门训练，并熟悉腹腔镜手术所使用仪器性能，电切电灼的正常值使用范围，调节和操纵二氧化碳注气装置，手术中及时调节仪器输出功率、光导纤维照明亮度，色彩平衡，镜头清洁。保证手术台上图像清晰。电凝系统，吸引系统运转正常，保证各种仪器处于最佳状态，及时供给所须物品，保证手术成功。

6.冷光源镜头被血液污染时，将腹腔镜用消毒镜头纸轻拭，切忌用纱布磨擦，影响其清晰度。

7.手术室护士要熟悉手术程序，对手术器械和仪器都应有基本了解和掌握。按步骤配合，由于术者不能直接看到手术野，他们是通过腹腔镜摄像，显示在监视器荧光屏上的平面图像远距离操作，这样就存在深度难以估计，手眼不宜配合的问题，这就要求护士集中注意力，观察手术进行情况，准确传递各种器械，默契配合手术。

8.一般腹腔镜手术不放置引流管，但手术经过不顺利，术后可能发生渗漏、出血、感染者必须在腹腔内放置引流管。

9.协助麻醉师观察病人，发现异常及时向术者报告，并迅速采取相应措施。

10.术毕按顺序关闭仪器，每次使用后集中定位，放置。

11.做好术后器械消毒灭菌，预防院内感染。

总之，腹腔镜下腹腔手术，行小切口，术后病人自觉病状

* 作者单位：450041 郑州市中国长城铝业公司职工总医院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com



中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2

轻、对病人损伤小、痛苦小，手术时间短，恢复快，疤痕小，住院时间短、术后最多一周，病人即能重返工作岗位，充分显示了微创手术的优越性，更重要的是，术后粘连、梗阻等并发症明显减少，大部分病人仅诉说腹部有轻微疼痛，一般可以忍受。这一高新技术的发展，给手术配合提出了新的标准和要求。相关仪器的管理、使用和保养，术中器械准备，病人体位安置，光学仪器消毒与清洗，电切系统的正常使用，二氧化碳气腹机的操作，冲洗吸引装置的顺利使用，和术中保持内窥镜视野的清晰，每一手术步骤的熟悉及术后仪器的清点消毒工作，均要求护士不断学习，更新知识，才能更好的完成手术配合工作。

（收稿：2000-12-21）

# 剖宫产术后应用镇痛泵的效果观察及护理

袁 军* 赖珍霞*

剖宫产术后疼痛严重影响病人康复和生活质量，直接影响母乳喂养。艾克孚镇痛泵技术目前已广泛用于各种手术后镇痛和肿瘤慢性疼痛，镇痛泵有匀速自控的功能，提供更安全的选择，确保流速精确，疗效确切，用药合理，注重镇痛的个体变化而使术后疼痛的治疗达到一个新的境界。现将本科2000年1月至12月对部分剖宫产应用镇痛泵的护理总结如下。

一、资料与方法

1.一般资料：采取随机方法，将180例剖宫产为观察组，另180例剖宫产为对照组，年龄都在22～32岁，体重54～69kg，孕周均无明显差异，均采用连续硬膜外阻滞麻醉。

2.方法：观察组手术使用持续硬膜外麻醉于手术结束前硬膜外管接上艾克孚镇痛泵，采用0.75%布比卡因30ml＋吗啡10mg＋氟哌啶5mg＋生理盐水100ml混合液，启动剂量5ml，它以每小时2ml的速度给药，使用时间视病情而定，整个操作过程包括药物调配、镇痛泵安置，护送产妇回产休室和拔针均由麻醉师执行。对照组术后6h出现疼痛，肌注杜冷丁100mg或曲吗哆100mg止痛。

3.观察指标：观察两组术后疼痛程度、时间、呼吸抑制、尿潴留、恶心、呕吐及泌乳情况。

4.镇痛效果评价：应用镇痛泵和常规肌注止痛药后分别在2、4、6、12、24、48、72h根据患者平静咳嗽及翻身时疼痛感，按RVS进行评价。0级：咳嗽、呼吸和翻身时切口不痛；Ⅰ级：平静时不痛，咳嗽及翻身时轻微痛；Ⅱ级：平静时不痛，翻身时明显痛；Ⅲ级：为严重疼痛，不能坚持而需肌注或静注止痛，0～Ⅱ级镇痛有效。

二、结果

1.两组镇痛效果比较见表1、2。

**表1 两组镇痛效果比较**

| 组别 | n | 0级 | Ⅰ级 | Ⅱ级 | Ⅲ级 | 有效率 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 180 | 178 | 1 | 1 | 0 | 100% |
| 对照组 | 180 | 0 | 40 | 77 | 63 | 65% |

**表2 两组用药后各时段镇痛效果的比较**

| 组别 | n | 2h | 4h | 6h | 12h | 24h | 48h | 72h |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 180 | 180 | 180 | 180 | 179 | 179 | 179 | 179 |
| 对照组 | 180 | 120 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

表1和表2中两组镇痛程度经秩和检验，$u = 10.08$，$P < 0.001$。镇痛时间，镇痛泵可维持时间长达三天，而杜冷丁镇痛时间为4h，观察组完全镇痛效果优于对照组。

2.两组临床症状比较见表3。

**表3 两组临床症状比较**

| 组别 | n | 成功泌乳 | 呼吸抑制 | 恶心呕吐 | 嗜睡 | 尿潴留 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 180 | 178 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| 对照组 | 180 | 100 | 0 | 10 | 80 | 1 |

表3中两组成功泌乳比较经 $\chi^2$ 检验 $P < 0.01$，有显著差异。两组均未见呼吸抑制，观察组有恶心呕吐2例，嗜睡1例，无尿潴留，经 $\chi^2$ 检验 $P < 0.02$，与对照组有显著差异。

3.护理要点：(1)心理护理：艾克孚镇痛泵是我院新开展的项目，因病人对此镇痛了解不够，病人均存有焦虑、恐惧心理，担心术后切口疼痛，子宫收缩疼痛，又担心奶少，子宫收缩差。针对这些心理，我们耐心对产妇及家属作健康指导，详细解释麻醉方法、镇痛优点和手术效果，加强产妇的心理护理，解答病人提出的疑问，帮助产妇解除术前紧张焦虑情绪，使病人接受并配合麻醉师进行镇痛泵治疗。(2)术后护理：①疼痛观察及护理：使用镇痛泵的产妇手术后回产休室，护士接病人后观察血压、脉搏，术后2h开始评估疼痛到72h，如病人仍感到疼痛，则应通知麻醉医生调整镇痛泵止痛药的剂量，观察组均有镇痛效果，对照组术后6h出现疼痛，肌注杜冷丁后2h开始评估，也有镇痛效果。只能维持4h止痛，夜间影响睡眠时再次使用杜冷丁。②观察组穿刺部位护理：观察穿刺部位有无液体渗出、有无红肿及分泌物，用夹子把镇痛泵夹在产妇服上，活动时不要牵拉镇痛泵的管道或打折，保持管道通畅、防止脱出局部，每

* 作者单位：533000 广西百色地区医院妇产科