

12 例外阴广泛切除联合腹腔镜下双侧腹股沟及盆腔淋巴结清扫术的手术护理

Intraoperative nursing of 12 patients undergoing extensive vulvectomy combined with bilateral groin and pelvic lymph node dissection

章宏荣 王春娥

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属同济医院手术室

通信作者:王春娥,E-mail:Wangdq1111@sina.com

【摘要】 总结 12 例外阴广泛切除联合腹腔镜下双侧腹股沟及盆腔淋巴结清扫术的手术护理方法。术前参加手术方案讨论,做好患者的术前访视及心理护理,充分准备器械物品及仪器设备;术中密切关注手术进展,根据手术进程调节手术体位、管理好输液通道及患者体温,精准配合手术医生。12 例患者手术过程顺利,术后康复良好。

【关键词】 外阴癌;腹腔镜;腹股沟淋巴结;手术护理

doi:10.3969/j.issn.1674-3768.2019.01.018

外阴癌是女性少见的恶性肿瘤,占女性生殖器官恶性肿瘤的 3%~5%,主要是由于感染及外阴营养不良所导致^[1];约 2/3 的外阴癌发生在大阴唇,约 1/3 的外阴癌发生在小阴唇、阴蒂、会阴、阴道等部位^[2]。外阴癌一旦确诊,一般选择手术治疗。传统手术方式是外阴广泛性切除及双侧腹股沟及盆腔淋巴结清扫术,此手术方式手术范围大、时间长、出血多,术后易发生手术区域感染及坏死等术后并发症,严重影响患者的术后恢复。而腹腔镜手术具有创伤小、出血少、术后恢复快等优点,能有效避免传统手术引起的切口感染和坏死等术后并发症;腹腔镜下腹股沟及盆腔淋巴结清扫术,外阴癌微创手术已在临床开展^[3]。2016 年 1 月—2018 年 2 月,我院妇科肿瘤科完成 12 例外阴广泛切除联合腹腔镜下双侧腹股沟及盆腔淋巴结清扫术,手术护理取得满意结果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2016 年 1 月—2018 年 2 月共实施外阴广泛切除联合腹腔镜下双侧腹股沟及盆腔淋巴结清扫术 12 例,患者年龄 38~66 岁,其中高血压患者 2 例,术前做血常规、凝血、交叉配血、肝功能测定、B

超、心电图、胸透等检查,该组 12 例患者均无手术和麻醉禁忌。12 例患者手术经过顺利,手术时间 160~230 min,平均 184 min;患者术中出血量 100~210 mL,平均 120 mL;所有患者术后恢复良好,无严重术后并发症发生,术后 8~10 d 出院。

1.2 手术方法

①患者取改良截石位,全身麻醉下气管插管;采用三孔法置入穿刺 trocar,建立气腔。分离右腹壁下脂肪至股三角下端,清除皮下脂肪淋巴组织,暴露出腹外斜肌筋膜,清除腹股沟浅淋巴结,分离暴露大隐静脉、缝匠肌、长收肌、股动脉及股静脉,依次清除其表面淋巴结;分别取出淋巴结,置 1 根负压引流管。②同法清扫左侧腹股沟淋巴结。③其中 3 例腹股沟淋巴结术中快速冰冻病理切片,结果阳性者联合行同侧腹腔镜盆腔淋巴结清扫术;三孔法置入穿刺 Trocar,显露腰大肌及其表面生殖股神经,依次清扫髂外血管、髂内动脉血管周围脂肪,游离显现出闭孔神经,彻底清扫闭孔窝淋巴组织,分别取出标本,放置负压引流管 1 根。④外阴肿瘤切除:自阴蒂、双侧大阴唇外侧沟至会阴后联合处,作外椭圆切口广泛切除外阴组织,依次切开皮肤、皮下组织深至筋膜层,逐层关闭。

2 手术配合

2.1 术前准备

2.1.1 患者准备

①术前访视。由于疾病处于个人隐私部位,患者顾虑他人对自己的议论和看法,同时还担心术后外阴功能和形态影响性生活及夫妻感情,使患者精神和身体上遭受着双重痛苦。巡回护士术前 1 d 到病房查阅病例,据患者年龄及心理特点,有针对性地心理护理,减轻患者的心理负担,使其正确面对现实,树立生活信心^[4]。让患者了解麻醉手术方式、腔镜手术的优点;讲解手术改良截石体位需其配合的要点,鼓励患者进入手术室前穿戴弹力袜(防静脉曲张袜),预防静脉曲张以及下肢深静脉血栓^[5]。②外阴及肠道准备。指导患者术前 3 d 用 1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴,温度为 38~40℃,20 min/次,2 次/d;温水冲洗外阴及阴道,清除肿瘤表面破溃处及阴道的分泌物,保持外阴干净。嘱患者术前 1 d 进半流质无渣饮食,术前 8 h 禁食,术前 6 h 禁水,防止术中和术后呕吐引起误吸,导致窒息或吸入性肺炎,以及术后过早排便引起的切口感染。③手术区域备皮。按手术区域规范备皮,谨防刀片刮伤皮肤,指导、协助患者用液体石蜡油软化脐孔污垢后彻底清洁脐孔,预防术后感染的发生^[6]。

2.1.2 用物准备

准备腹腔镜设备、吸引器、冲吸泵、阴式全宫器械包、妇科手术腔镜器械、敷料、刀片、丝线、缝针、可吸收缝线、改良截石位的体位用物。确保用物齐全,设备处于备用状态。

2.2 术中护理配合

2.2.1 巡回护士配合

2.2.1.1 术中体位管理

在麻醉前清醒状态下,采用改良截石位。协助患者移动臀部,使尾骨至手术床背板下约 10 cm。将截石位腿架固定于手术床背板两侧下端,调节腿架的长度,使双腿的重量由双小腿腓肠肌承担;调节腿架的高度,使双大腿与腹部在同一水平线上,双小腿放置于有腿垫的腿架上固定,调节腿托,使腿间距大于 120°,膝关节自然屈曲,双上肢用横单固定于身体两侧。需盆腔淋巴结清扫时,在一次体位基础上调节手术床,取头低脚高位,抬高胸板,使患者头部呈水平位,根据手术医生的高度调节手术床的高度,此为二次体位。淋巴结清扫完毕缝合腹部伤口时,再次调节

手术床,使患者头部、躯干部呈水平位,此为三次体位。术中提醒手术医生及器械护士勿压迫患者的膝关节,避免压迫患者的腓总神经导致腓总神经损伤。

2.2.1.2 维持患者正常体温

①调节室温 22~24℃,相对湿度 40%~60%,执行各项护理操作时为患者保暖,在截石位腿架上放置定制的丝绵保暖毯遮盖、包裹小腿。②术中冲洗、输液等所需的液体均放置于 37℃ 恒温箱内加热保温,随用随取。③麻醉后将体温探头经鼻腔插至会厌部,持续监测患者体温,术中根据咽温结果调整患者的保温措施,维持患者体温在 36~37℃;T<36℃ 时使用温毯仪加温,温毯仪热风出口不可与患者皮肤直接接触以免烫伤^[7]。该组手术患者中 4 例出现 T<36℃,经使用温毯仪后患者体温恢复至 36~37℃。患者体温不可过高,警惕恶性高热发生。

2.2.1.3 术中加强病情观察

协助麻醉师气管插管后行桡动脉穿刺置管,术中监测血压及血气分析;行中心静脉穿刺,术中监测中心静脉压。密切观察心电图、有创动脉血压、呼吸、血氧饱和度、咽温等各项指标,术中出现异常,立即向主刀医生及麻醉师汇报,并配合处理,保障手术安全。及时观察并记录患者的尿量、出血量、输血量、冲洗量等,根据患者病情及时控制或补充溶液。保持患者液体通道通畅,手术时间超过 4 h 按医嘱追加抗生素。

2.2.1.4 仪器设备使用及管理

术中仪器设备合理放置,腹腔镜显示器、主机成像系统、光源机、超声刀、电刀置于专用仪器架上,仪器架置于手术床尾;负压吸引装置、冲吸泵放置于患者右侧。将各种管道、光缆、导线连接于相应的主机,妥善固定。调整冷光源亮度,准确设定好各种参数;调整显示器屏幕位置与角度,确保主刀医生直视下操作。术后做好仪器设备的使用登记及维护保养,并归回原位。

2.2.2 器械护士配合

2.2.2.1 整理器械

器械护士术前 15 min 洗手上台,整理基本器械,正确组装腹腔镜器械,检查各个螺丝、螺帽是否完整并拧紧。与巡回护士共同清点台上所有纱布、缝针、器械等数量,检查其完整性。协助医生消毒、铺巾,连接好各种管道、接头,光纤勿扭曲打折,检测超声刀使其处于备用状态。将 70℃ 0.9% 氯化钠溶液置于保温杯内,若术中镜头模糊即刻将镜头前端置于热水中预热处理,并用干纱布擦干,使视野清晰。

2.2.2.2 精准配合

手术医生、麻醉师、巡回护士共同执行术前三方核对。器械护士术中密切关注手术进展,做到主动配合医生。①腹腔镜下右侧腹股沟淋巴结清扫术。递 11 号尖刀片于脐下缘做 1 cm 长的横切口,置入长 15 cm 的 10 mm Trocar 作腹腔镜观察孔,带穿刺内芯的 10 mm Trocar 钝性游离皮下脂肪扩大术野,注入 CO₂ 充气建造气腔,腔隙内压力设为 8 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。下腹正中脐耻间、右髂前上棘内上 3 cm 分别置入长 12 cm 的 5 mm Trocar 作为操作孔,递入超声刀、腹腔镜分离钳游离皮下脂肪组织,暴露出腹股沟韧带,将剥离的淋巴脂肪组织置于韧带下方,超声刀切开股部阔筋膜,沿韧带向外将皮下淋巴脂肪组织自缝匠肌内侧缘向内剥离至股三角下端;沿韧带向内将皮下淋巴脂肪组织沿耻骨联合结节外侧及股薄肌向外剥离。递超声刀打开内侧阔筋膜及筛孔筋膜,分离暴露出大隐静脉及其各分支,清除大隐静脉周围淋巴结组织。递超声刀及腹腔镜分离钳打开股动脉表面的动脉鞘膜,分离显露出股静脉、股动脉及骨神经,清除股静脉周围淋巴结组织,于股静脉内侧暴露股管,清除股管处淋巴结组织。术者频繁使用超声刀时,器械护士打开超声刀置入的 Trocar 排气孔放气,以确保术野清晰, Trocar 排气孔连接负压吸引器装置,吸引器负压设为 10 mmHg,既可有效吸净烟雾,又不影响气腹压力^[8]。器械护士术中及时清理超声刀附着的焦痂,并给刀头降温避免损伤血管。将清除的淋巴分别置入标本袋中取出体外,腹股沟下方放置负压引流管 1 根。②腹腔镜下左侧腹股沟淋巴结清扫术。保留镜头观察孔及下腹正中脐耻间的操作孔,于左髂前上棘内上 3 cm 置入长 12 cm 的 5 mm trocar 为操作孔,同法清除左侧腹股沟淋巴结及放引流管。③3 例腹股沟淋巴结术中快速冰冻病理切片结果为阳性者联合行同侧腹腔镜盆腔淋巴结清扫术。脐下缘横切口进穿刺针建立气腹,置入 10 mm trocar 为腹腔镜观察孔,压力设为 10~12 mmHg,原脐耻间、原髂前上棘内上 3 cm 穿刺口置入长 12 cm 的 5 mm Trocar,分别递入超声刀、腹腔镜分离钳,分离显露出腰大肌及其表面生殖股神经,依次向上清扫髂外血管、髂内动脉血管周围脂肪组织,游离闭孔神经,清扫闭孔窝淋巴结,将标本分别置入标本袋中取出体外,髂前上棘内上穿刺孔处放负压引流管 1 根。④外阴广泛切除。递 22 号刀片从阴蒂上方向两侧延伸,左右边缘为双侧大阴唇外侧沟,下缘到会阴后联合处,作

外椭圆切口,内侧自尿道口上方沿其两侧经处女膜缘内侧 0.5 cm 处作内侧缘切口,广泛切除外阴组织,遇出血点递 4 号线结扎止血。递 3-0 微乔线间断缝合外阴皮下筋膜及脂肪,递 1-0 微乔线缝合阴道黏膜与外阴皮肤,再造外阴。器械护士分类放置手术标本,标识清楚,术毕巡回护士与手术医生共同送检。手术过程中须将腹部器械和会阴器械分开放置^[9]。

3 体会

广泛外阴切除联合腹腔镜下双侧腹股沟及盆腔淋巴结清扫术的手术范围大,时间长,所用仪器设备多。巡回护士术前做好仪器设备和患者准备;术中根据手术进展进行手术体位调整,采取保暖措施预防低体温等并发症的发生,合理摆放各种仪器设备,确保手术环境的安全、舒适。清楚标识手术标本,及时送检。器械护士术前参加手术病案讨论,了解手术方案及步骤,术中精准配合,严格执行无菌操作及无瘤技术。本组 12 例,术中放引流管,术后加压包扎 1~2 d,均未发生腹股沟切口坏死等并发症,外阴切口恢复良好,有效缩短患者的康复时间,提高患者的生活质量。

参 考 文 献

- [1] 王菊. 外阴癌患者的围术期护理[J]. 中国初级卫生保健, 2007, 21(4):73.
- [2] 郑修霞. 妇产科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:337.
- [3] 谢桂珍,甘晓琴. 腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术的手术配合[J]. 局部手术学杂志, 2013, 22(6):667-668.
- [4] 姚妙星,胡旻,邵柳娟,等. 外阴癌根治术联合腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫的护理[J]. 中国微创外科杂志, 2014, 14(10):964-966.
- [5] 彭琴. 7 例机器人辅助下外阴癌根治术患者的护理[J]. 当代护士, 2017(3):57-58.
- [6] 卫冰,张建国,郑燕芳. 采用达芬奇机器人行腹部手术患者的围术期护理[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(1B):40-42.
- [7] 旷婉,盛芳,赵体玉. 10 例家庭性腺瘤性息肉病患者行腹腔镜全结肠切除并回肠贮袋肛管吻合术的护理配合[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(1):35-38.
- [8] 陈效颖,黄美星,鄢敏英,等. 胸腹腔镜联合行食管癌根治术的手术配合[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(8):783-784.
- [9] 胡杨,程莉. 外阴癌重建手术的护理配合[J]. 实用临床医学, 2007, 8(5):116-117. (收稿日期:2018-05-03)