

腹腔镜下全膀胱切除并原位回肠重建新膀胱术围手术期护理进展[▲]

黄英凡 卢杏新 许献霞

(广西壮族自治区肿瘤医院泌尿外科, 南宁市 530021)

【关键词】 腹腔镜; 膀胱癌根治术; 原位回肠新膀胱术; 围手术期护理

【中图分类号】 R 737.14 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2013)04-0485-04

作为治疗浸润性膀胱癌的首选疗法,腹腔镜下施行全膀胱切除并在原位用回肠重建新膀胱术具有创伤小、出血少、肠管暴露时间短、尿道括约肌损伤少、术后肠功能恢复快、患者生活质量高等诸多优点^[1]。随着腹腔镜技术的发展,医生在腹腔镜下施行全膀胱切除并在原位用回肠重建新膀胱手术治疗膀胱癌患者的例数逐渐增多,一方面由于技术的不断成熟,另一方面随着围手术期护理技术的提高,患者手术并发症明显减少,取得满意效果,表明围手术期护理质量对治疗效果有至关重要的作用。本文对腹腔镜下行全膀胱切除原位回肠重建新膀胱术进行术前、术中、术后实施护理方面作一综述。

1 手术各期的护理

1.1 术前护理 ①首先要做好患者的心理护理。鉴于患者缺乏反复血尿的相关疾病知识,又担心全膀胱切除原位回肠重建新膀胱手术效果不好,术后可能有漏尿、尿失禁、肿瘤复发等并发症,心理焦虑,甚至担心手术不成功、排尿困难、生活习惯改变等^[2],以致患者情绪不好,睡眠不佳,影响疗效。多数膀胱癌患者希望获悉自己疾病的有关信息,护士及时提供相关信息可使患者全面了解和认识自身疾病的诊断、治疗及预后情况,从而更好的配合治疗,无形中增加了患者的自我护理能力^[3]。主管护士术前要巡视病人,了解病情,告知患者早期发现血尿要及时就诊、及时手术;要做好患者的思想疏导工作,根据病人的文化程度,通过方言和图片、资料等多种途径,把病因、腹腔镜手术优点、手术医生的水平、术中和术后情况及配合要求、预后效果等相关知识告诉患者,让患者知道该术式是微创手术,具有创伤小、术后恢复快的特点。最好有康复的患者为之现身说法,同时要保护好病人的隐私,避免伤害自尊,解除患者对手术恐惧和焦虑心理,使其对全膀胱切除膀胱重建手术的成功有信心,不会影响日常生活和工作,主动配合医护人员治疗与护理,以积极的心态对待手术,坚定治疗

信心。②术前做好准备工作。护士按医嘱协助患者做三大常规、肝肾功能、出凝血功能、全腹B超、盆腔CT、胸部平片、KUB+IVP等各项检查。术前3d开始给予无渣流质饮食和静脉营养支持及口服肠道抗生素;术前1d按外科手术给予常规备皮,清洁脐部,清除脐部或腹部污垢,避免腹腔感染;做普鲁卡因及青霉素皮试,术前1d给予辉灵或复方聚乙二醇电解质2盒,每盒加1000mL温开水冲服导泻;术前半小时内插胃管、留置尿管,术前配制血浆以备术中需要^[4]。

1.2 术中的护理配合

1.2.1 手术患者核查及管理 手术室护士要与主刀医生、麻醉医生及患者配合,做好安全核对相关资料工作。通过中心静脉置管开通静脉通路,接好延长连接管。正确摆放患者体位,固定好双腿及肩部,双上肢固定于身体两侧,垫高臀部,确保手术操作空间良好。术中要严密观察患者呼吸、循环情况等各项生命体征,监测好血压及CO₂分压指数,控制好液体输入量,使患者顺利度过手术期。

1.2.2 电外科工作站准备 注意检查电视监视器和光源亮度焦距及CO₂气腹机等各种仪器的安全使用调节,使所需器械能正常运行。选好腹腔镜手术界面和电凝、电切模式,调好超声刀档位。提前分放好普通器械与腹腔镜特殊器械,避免器械混淆碰撞,连好各连线和管道,调节固定好各操作系统,方便医生手术。接好腹腔镜镜头,保持视野清晰。

1.2.3 操作配合 配合医生正确安装超声刀,按其所需调好刀头的钝锐面,时刻保证双极电凝超声刀的良好性能,尽快清除腹腔镜器械上的烧焦组织,配合医生备好手术器械及消毒肠管用物,做好预防污染的准备。器械护士除了给医生快速准确传递医疗器械之外,还要不断提高观察能力和应变能力,熟悉掌握手术步骤,牢记所需用物,检查好患者腹腔内有无出血情况,确认无出血后可放置盆腔引流管,密切配合医生尽快做好新膀胱重建手术^[5]。手术结束之前,护士要核查好手术患者,清点好手术器械用物数目。术毕将患者从手术室送入

▲基金项目: 广西区卫生厅科研课题(合同号: Z2011215)

ICU 进行监护^[6]。

总之,参与手术的护士要有微创外科的配合技术、专业知识及实践操作技能,术前参与讨论手术方案,备齐器械和用物,掌握好手术步骤,默契配合手术医生开展手术^[7]。

1.3 术后的护理

1.3.1 常规护理 护士要按全麻手术后常规护理给予患者去枕平卧 6 h,头偏向一侧,确保呼吸道通畅,予以中流量持续吸氧,持续心电监护,密切监测生命体征和血氧饱和度的变化,直至生命体征完全平稳;定时监测电解质和肾功能,准确记录 24 h 尿量;观察伤口有无渗血及渗液,保持敷料干洁,由于引流管多,伤口疼痛,患者常平卧,不能自理,护士应加强基础护理,督促患者有效咳嗽。协助患者翻身,1 次/2 h,拍背,1 次/d,预防压疮及肺部感染;督促患者多活动双下肢,预防静脉血栓形成;询问患者肛门是否排便排气,是否腹痛腹胀;口腔护理 2 次/d;术后 24 h 摇起病床呈半坡位,便于病人肠蠕动,禁食期间给予静脉高营养,肠道功能恢复后进食易消化饮食,少量多餐,增强机体抵抗力。

1.3.2 留置尿管的护理 回肠代膀胱内肠黏液的分泌周期规律为上升-高峰-下降,却并不消失^[8]。术后以等渗盐水 3 次/d 间断冲洗新膀胱,注意无菌操作,抽吸出肠黏液,预防尿管堵塞,做好留置尿管期间的尿道口护理,消毒尿道口 2 次/d;恢复肠功能后,交代患者多饮水,保持一定尿量,预防肠黏液堵塞尿管,尿袋低挂于膀胱水平以下,防止挤压;各种引流管要保持无菌密闭引流,确记引流量,观察其颜色和性质,为治疗和拔管提供可靠的依据。每星期更换一次抗反流尿袋,3 周后拔除尿管,确保尿管无感染及堵塞发生。

1.3.3 输尿管支架管的护理 为了减少新膀胱压力,防止输尿管膀胱吻合口狭窄,有利于新膀胱修复愈合,术后在两侧输尿管各放置 D-J 管 1 根,主要引流双侧肾脏内的尿液,促进输尿管口和新膀胱吻合口的愈合,防止发生尿瘘并发症。因此要确保引流管通畅,记录 24 h 尿量,观察肾功能情况,术后 10~12 d 可拔除支架管^[9]。

1.3.4 胃肠减压及盆腔引流管的护理 对患者进行胃肠减压,维持负压状态,一般 3~5 d 肛门排气后无腹胀就拔管;标记好左右盆腔引流管名称,妥善固定,经常挤压,保持通畅,防止引流管扭曲造成逆行感染,及时观察记录引流液量、颜色、性质变化,观察无引流液排出情况,一侧盆腔引流管一般在术后 4~5 d 拔除,另一侧可根据引流液的颜色、量及性状决定,一般在术后 1 周左右拔除^[10]。

1.3.5 牵拉管的护理 为了减轻代膀胱与原尿道吻合之间的张力,促进吻合口愈合,医生往往在术后利用三腔气囊导尿管从尿道插入到代膀胱并向外做牵引,使代

膀胱尽量向盆腔和尿道靠近,这对于保证吻合口的生长显得非常重要。护理时注意牵拉力和牵拉时间要足够,以确保吻合口顺利生长,避免过度牵拉。倘若牵拉力过大或者时间过长,给吻合口的血供造成影响,会导致局部组织因缺血坏死难以愈合。因此,注意牵拉口要向上斜,只用 0.5 kg 牵引力,而且要每隔 6~8 h 放松 1 次,每次 30 min 左右^[11]。当班护士要有责任心,各班工作都要护理到位。

1.3.6 强化新膀胱功能锻炼 因回肠形成的新膀胱缺乏敏锐感,无收缩功能,无术前尿急感。因此,首先要对病人进行储尿和排尿训练。密切观察新膀胱的储尿量,锻炼新膀胱的反射功能。拔除导尿管后指导患者进行排尿训练,护士要教患者收缩腹肌,用力憋气(Valsalva 动作)以腹压排尿^[12],帮助患者逐渐建立接近生理状态的排尿习惯,使大脑内皮层建立新的储尿和排尿反射。待患者可自控排尿后拔除膀胱造瘘管,拔管后指导患者白天多喝水,定时排尿,尽量用蹲位排尿,用手压下腹部协助排尿,减少残余尿量。其次要对病人进行控尿功能训练,因全切除膀胱后,唯一控尿的就只有尿道外括约肌。因手术创伤,术后患者会出现暂时性部分或完全尿失禁^[13],因此要适宜指导患者进行盆底肌训练^[14],增强尿道外括约肌收缩功能,提高新膀胱控尿能力。

2 术后并发症的防护

导致患者术后生活质量差的常见并发症有肠痿、肠粘连及肠梗阻、电解质代谢失调等肠道并发症和尿漏、尿失禁等新膀胱并发症及感染等。护士除了密切监测病人的生命体征之外,还要注意病人的腹部体征、伤口敷料、引流管的情况,发现异常及时汇报医生处理^[15]。

2.1 肠道并发症的护理

2.1.1 腹胀 术后病人多出现吞咽空气、细菌肠内产气、胃肠液分泌致腹胀等症状。腹胀的产生与手术时间和血钾浓度有关,手术时间越长,血钾浓度越低,越早出现腹胀症状,持续时间也会更长^[16]。护理措施是:术前给患者留置胃管,缓解肠梗阻症状,消除胃肠胀气;术后第 1 天常规给予中流量氧气持续吸入,加速 CO₂ 代谢,100% 维持血氧饱和度;患者麻醉清醒后,要指导并要求患者做深呼吸运动,每天深呼吸 5 次左右;还要强调患者在进餐时咀嚼木糖醇,直到肛门排气可进食为止。通过咀嚼运动神经传导,可把假进食信息传到大脑,在通过神经反射刺激肠壁,促进肠蠕动;针对严重腹胀患者,要遵医嘱给予药物行肌肉注射,密切监测血钾情况,如有异常执行医嘱立即补钾^[17]。针对麻痹性肠梗阻引起的症状,可经胃管灌注食物油 100 mL 2 次/d 可缓解,必要时给予肌注胃肠动力药^[18]。

2.1.2 肠粘连及肠梗阻 在手术当中,因长时间暴露肠道,多次翻动,导致患者术后易发生肠粘连或腹腔内感染导致麻痹性肠梗阻。因此,患者卧床期间要按揉患者腹部,能进食后嘱患者做适量运动,促进肠蠕动的恢复。当发现患者无肛门排气、排便、腹胀、恶心等不适症状时,嘱患者禁食,持续胃肠减压,加强营养支持;同时用中药贴剂外贴脐周;给病人温水足浴2~3次/d,交待患者半卧位,指导床上活动。

2.1.3 肠瘘 患者一旦发生肠道吻合口瘘,就要尽快加强营养支持,同时进行连续低压冲洗瘘口。对于低位肠瘘,及时处理瘘口可促进愈合。故保持各引流管的通畅尤为重要,护士要确保病人的瘘口得到有效引流,并通过静脉输注高营养液供给营养,促进肠瘘自行愈合。

2.2 电解质代谢失调 肠黏膜吸收氯化物比钠离子多,低钾、低钠致电解质紊乱,造成术后电解质失调,因此交待患者不宜过多储尿,不宜过长间隔排尿,尿液存留时间短,酸性物质吸收减少^[19],从而纠正电解质紊乱。

2.3 新膀胱并发症

2.3.1 尿漏 尿漏包括输尿管新膀胱吻合口漏、新膀胱尿道吻合口漏、新膀胱自身漏。尿漏的起因与膀胱重建吻合术、尿液排不出、患者年龄、营养状况、医院性损伤及基础疾病等有关^[20]。病人发生尿漏后,要持续引流漏出的尿液,确保尿管及各引流管通畅,同时加强抗感染、营养支持治疗,保守治疗后,大多数患者都能愈合,少数患者保守治疗未见好转。

2.3.2 尿失禁 由于手术后早期膀胱的容量相对较小,患者不能完全适应新的排尿方式,新膀胱感觉功能差,这些均会导致尿失禁的发生。经过临床观察发现,夜间尿失禁的发生率比日间发生率高。尿失禁的治疗主要以功能训练为主。

3 其他并发症的护理

手术后除了针对本手术最容易出现的胃肠道及新膀胱相关并发症进行相关护理外,还要针对一般手术后经常出现的感染及相关并发症进行特殊护理。

3.1 盆腔感染 因盆腔积血、积液不能引出而容易继发感染,因此护士要注意保持盆腔引流管通畅,严格观察引流液的性质、颜色、量,掌握拔管时机,适时拔管。一旦发生盆腔感染,给予加强抗感染治疗,放置盆腔引流管进行有效引流后,可控制盆腔感染。

3.2 肺部感染 肺部感染往往发生于高龄或伴有慢性基础呼吸系统疾病的病人。另外,术后较长时间的卧床致排痰及呼吸道分泌物分泌不畅,也是诱发肺部感染的一个要素,因此护士要指导患者学习深呼吸、有效咳嗽、咳痰的方法,协助翻身、拍背,必要时给予雾化吸入,防

止肺部感染的发生。

3.3 切口感染 切口感染与患者身体状况、基础性疾病、医护人员的无菌操作有关,只要做好相关防护措施,是可以避免的。因此,加强患者营养摄入、医务人员的无菌操作观念及保持各引流管通畅等措施必须及时到位。护理人员要早期及时发现患者的并发症,并采取相应措施,强化对并发症的护理,才能提高患者的生活质量。

4 出院指导

患者痊愈出院时,护士应因人而异实施不同的合理饮食及休养指导,强调患者要做到休息4个月左右,不要劳累,预防感冒;饮食生活有规律,戒烟、禁酒,不吃刺激性食物,多吃高维生素和营养丰富的易消化食物,着力改善机体营养状况,增强抵抗力。白天多喝水以稀释尿液,膀胱充盈后收缩腹肌增加腹压促进排尿;夜间少喝水,可保障睡眠。适当增加活动量,如有不适随时来院就诊。

综上所述,腹腔镜下全膀胱切除并原位回肠重建新膀胱术有创伤小、出血少、肠管暴露时间短、尿道括约肌损伤少、术后肠功能恢复快、患者生活质量高等优点,做好围术期护理对确保手术成功开展意义重大。术前护理的关键是做好肠道准备以减少术后感染的发生,细致的心理护理可使患者积极配合治疗;术中配合的关键是微创外科配合技术和实践操作技能;实施术后各种引流管道的护理可促使患者顺利康复;强化患者的新膀胱功能训练可恢复控尿功能;实施术后并发症的防护,可有效地减少并发症的发生,提高患者治疗效果及生活质量。通过科学合理的护理技能和人性化服务,可以让更多的膀胱癌患者从中享受到优质的护理成果。

参 考 文 献

- [1] 黄建,黄海,姚友生,等.腹腔镜与开放性膀胱全切原位回肠代膀胱术的疗效比较[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(3):172-175.
- [2] 阮爱梅,邱金花,吴玉莲,等.全膀胱切除—原位回肠新膀胱术的护理[J].国际护理学杂志,2007,26(8):846-848.
- [3] 姜节卫,夏海英,韩晓洁.癌症放、化疗患者信息需求异同性现状调查研究[J].中国实用护理杂志,2010,26(4A):1-3.
- [4] 郑淑娟.腹腔镜下行膀胱癌根治术加原位回肠新膀胱术的围手术期护理[J].广东医学院学报,2011,29(5):569-570.

(下转第475页)

- [10] 韩雪玲,洪贝,张文香,等. 利用计算机网络技术提高抗菌药物监管成效[J]. 医学信息 2009, 1(9): 38-39.
- [11] 糜琛蓉,倪语星,孙木,等. 医院计算机网络在抗菌药物使用管理中的应用[J]. 中国医院管理 2011, 31(4): 61-62.
- [12] 张浩,刘俊,乔宇,等. 基于内存的智能决策技术在医院抗菌药物管理中的应用[J]. 中国数字医学, 2012, 7(5): 77-80.
- [13] 孟黎辉,姜雪,郑佳. 利用信息系统进行抗菌药物合理使用的管理模式探讨[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(11): 1422-1424.
- [14] 王文森,孙洁,俞学忠. 利用信息化平台指导临床合理用药[J]. 解放军医院管理杂志, 2009, 16(10): 965-966.
- [15] Sintchenko V, Coiera E, Iredell JR, et al. Comparative impact of guidelines, clinical data, and decision support on prescribing decisions: an interactive web experiment with simulated cases[J]. J Am Med Inform Assoc 2004, 11(1): 71-77.
- [16] Sintchenko V, Iredell JR, Gilbert GL, et al. Handheld computer-based decision support reduces patient length of stay and antibiotic prescribing in critical care[J]. J Am Med Inform Assoc 2005, 12(4): 398-402.
- [17] Hulgán T, Rosenbloom ST, Hargrove F, et al. Oral quinolones in hospitalized patients: an evaluation of a computerized decision support intervention[J]. J Intern Med, 2004, 256(4): 349-357.
- [18] Evans RS, Pestotnik SL, Classen DC, et al. A computer-assisted management program for antibiotics and other anti-infective agents[J]. New England Journal of Medicine, 1998, 338(4): 232-238.
- [19] 陈先波,金新政. 医院处方点评系统的构建[J]. 中华医院管理杂志 2012, 28(2): 132-135.
- [20] 孙喜琢. 信息化管理促进临床合理用药[J]. 中国执业药师 2011, 8(5): 27-29.
- [21] 孙喜琢,李野,杨秀梅,等. 创新信息化管理理念与手段实现临床合理用药实时监控[J]. 中国医院管理, 2010, 30(7): 44-45.
- [22] 李桂霞,李勇,陈砚冰. 信息化在合理应用抗菌药物管理工作中的应用效果初探[J]. 河北医药 2009, 31(3): 360-361.
- [23] 徐帆,朱恺,杨伶俐. PASS 系统监测医院用药情况的分析与评价[J]. 中国医院药学杂志 2004, 24(10): 644-645.
- [24] 袁克俭,杨婉花,索仲良,等. 信息化在医院抗菌药应用管理监控中的实践与成效[J]. 上海医药 2012, 33(6): 32-34.
- (收稿日期: 2013-03-27 修回日期: 2013-04-28)

(上接第 487 页)

- [5] 曾祥玉,杨开宗. 高效率手术团队的建设初探[J]. 中国实用医药 2011, 6(8): 258-259.
- [6] 曾祥玉,袁晓丽,梁鸿莲. 腹腔镜下膀胱全切原位回肠新膀胱的手术护理[J]. 现代医药卫生 2012, 28(3): 365-366.
- [7] 李霞,陈茹妹,蔡云英,等. 腹腔镜下膀胱全切除-原位回肠新膀胱术的护理配合[J]. 海南医学, 2012, 23(5): 151-152.
- [8] 周玉虹,张伟,韩远萌,等. 回肠代膀胱术后患者代膀胱肠黏液分泌规律的研究[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(8): 571-572.
- [9] 袁腊春. 改良原位回肠新膀胱术的围手术期护理[J]. 实用临床医药杂志(护理版) 2009, 5(9): 16-17.
- [10] 李美红,陈雪松,李梅女. 膀胱全切原位回肠代膀胱术 16 例术后各种导管的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(2): 415.
- [11] 张少容,温小娟. 腹腔镜下原位回肠新膀胱术的手术前后护理体会[J]. 职业与健康, 2008, 24(20): 2243-2244.
- [12] Parekh DJ, Gilbert WB, Smith JA Jr. Functional lower urinary tract voiding outcomes after cystectomy and orthotopic neobladder[J]. J Urol 2000, 163(1): 56-59.
- [13] 黄健,许可慰. 腹腔镜膀胱全切除一下尿路重建术[J]. 临床外科杂志 2005, 13(8): 481-486.
- [14] 苏秋菊,张欣红,杨静. 球形原位回肠膀胱术后新膀胱排尿功能训练的护理 23 例[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(9A): 27-28.
- [15] 陈香玉,刘丽,卜彩英,等. 整体护理路径应用于腹腔镜下膀胱全切回肠代膀胱术患者的效果评价[J]. 中国实用护理杂志 2012, 28(32): 30-31.
- [16] 刘静,刘凤兰,赵桂荣. 老年膀胱癌病人行根治性膀胱切除原位回肠新膀胱术的围术期护理[J]. 全科护理, 2012, 10(1): 57-58.
- [17] 刘春兰,孟鑫,高岚. 腹腔镜术后腹胀原因分析及护理对策[J]. 现代临床护理 2009, 8(9): 53-55.
- [18] 陈丽莉,黄碧萍,蔡雪影. 腹腔镜下膀胱全切原位回肠新膀胱术后并发症观察与护理[J]. 全科护理, 2010, 8(29): 2660-2661.
- [19] 孙芹. 膀胱全切原位回肠新膀胱术的护理[J]. 青岛医药卫生 2011, 43(2): 145-147.
- [20] 肖亚军,曾四平. 膀胱全切原位回肠代膀胱术后并发症及其防治[J]. 临床泌尿外科杂志 2008, 23(4): 245-248.
- (收稿日期: 2013-04-02 修回日期: 2013-05-29)