

机器人（精锋机器人）辅助下经脐单孔腹腔镜骶骨固定患者 围手术期护理体会

徐成凤，谢剑平，张静珍，谷 静

扬州大学医学院附属淮安市妇幼保健院 江苏淮安

【摘要】目的 总结在机器人辅助下经脐单孔腹腔镜下骶骨固定术的患者围术期护理经验。**方法** 通过对精锋机器人辅助下经脐单孔腹腔镜下骶骨固定+宫颈截断+阴道前壁修补术患者进行围术期护理,术前做好患者各项手术准备及心理护理,术中密切观察患者生命体征,术后按照术后护理常规做好患者切口、管道、活动与饮食等方面护理。**结果** 在患者及患者家属的积极配合下,医护共同努力下,患者病情平稳,顺利出院。

【关键词】 精锋机器人; 腹腔镜; 围手术期; 护理

【收稿日期】 2024年6月25日

【出刊日期】 2024年7月25日

【DOI】 10.12208/j.ijnr.20240151

Perioperative nursing experience of patients with single hole laparoscopic sacral fixation assisted by robots (Jingfeng robots)

Chengfeng Xu, Jianping Xie, Jingzhen Zhang, Jing Gu

Huai'an Maternal and Child Health Hospital Affiliated to Yangzhou University School of Medicine, Huai'an, Jiangsu

【Abstract】 Objective To summarize the perioperative nursing experience of patients with single-umbilical laparoscopic sacral fixation. **Methods** through the jingfeng robot assisted by umbilical single hole laparoscopic sacral fixation + cervical truncation + vaginal wall repair perioperative care patients, preoperative patients ready for surgery and psychological care, intraoperative close observation of vital signs, postoperative in accordance with the postoperative care routine patients with incision, pipeline, activity and diet, etc. **Results** With the active cooperation of the patient and his family members and the joint efforts of the medical care, the patient's condition was stable and he was discharged smoothly.

【Keywords】 Jingfeng robot; Laparoscopy; Perioperative period; nurse

进入21世纪,机器人辅助手术作为一种新兴的微创手术方式在医院迅速普及,其在妇科手术中的应用已成倍增长^[1]。精锋®SP1000单孔技术三大优势:美观、灵活、广域。如今,机器人辅助妇科手术多应用于附件手术、子宫切除、子宫肌瘤切除、阴道骶骨固定,同时在部分妇科恶性肿瘤手术中开展。2024年1月-7日我科收治一名诊断为:①子宫脱垂Ⅲ度②阴道前壁膨出Ⅱ度③阴道后壁膨出Ⅰ度④宫颈延长的患者,在机器人辅助下手术效果良好,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者朱某某,女,42岁,因“发现阴道肿物脱出6年,加重2年”于2024年01月07日08:15入院。腹压增加后宫颈与宫体全部脱出于阴道口外。POP-Q:

Aa: -1cm Ba: -1cm, C: +4.5cm, D: 0cm, Ap: -2cm, Bp: -2cm, gh: 4.5cm, pb: 3cm, TVL: 7.0cm。

患者既往体健,无食物、药物过敏史,于2023-12-09在我院行“右侧前庭大腺脓肿切开引流+造口术”;平素月经规律,初潮15岁,5天/23天,LMP:2023-12-28,孕产史:1-0-2-1,该患者母亲患有子宫脱垂。尿垫试验,尿流率示:最大尿流率34.3ml/s,平均尿流率17.1ml/s,排尿时间:47.2s,尿流时间:37.8s,达峰时间:11.9s,尿流量:649.2ml,2秒时的尿流率5.0ml/s,残余尿:0ml。

2 治疗过程

2024-01-07入院后遵医嘱予患者做尿垫试验,尿垫试验结果为0ml,予患者行阴道冲洗,协助患者正确记录24小时排尿日记,予自理能力评估、压疮风险评估、

血栓风险评估,教会患者有效咳嗽。营养科进行营养状况的评估,了解患者的机体功能状态。01-08 遵医嘱指导患者进食半流质饮食,低分子肝素钙注射液皮下注射,甲硝唑+庆大霉素口服,复方聚乙二醇电解质散口服,予补液治疗。01-09 确认无手术禁忌,积极完善术前准备,于 01-10 在精锋机器人辅助下经脐单孔腹腔镜下骶骨固定+宫颈截断+阴道前壁修补术,手术顺利,患者术后生命体征平稳,恢复良好于 01-16 顺利出院。

3 围手术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理

详细向患者介绍手术优势、操作流程、手术时间等,告诉患者手术的主导者还是我们的主刀医生,消除患者关于机器人手术的心理困扰。

3.1.2 皮肤准备

确认无手术禁忌后,遵医嘱予患者备皮。脐部清洁:先蘸取液状石蜡浸泡脐部,再用碘伏棉球消毒脐部,然后用棉签擦干,操作过程中注意保暖,主动关心爱护患者,与患者多交流,及时了解患者不适主诉。

3.1.3 阴道准备

术前三天给予患者阴道冲洗,目的是减少术后感染。

3.1.4 胃肠道准备

术前三天指导患者进食无渣饮食,术前两日给予患者口服导泻药(复方聚乙二醇电解质散),术前一日指导患者进食流质饮食,依据快速康复理念术前不需要禁食 12 小时,禁饮 8 小时,手术前 10h 指导患者饮用 12.5%的碳水化合物饮品 800ml,术前 2h 饮用 ≤ 400 ml。

3.1.5 活动指导

术前通过视频宣教模式指导患者做踝泵运动,教会患者正确使用弹力袜,预防术后下肢静脉血栓。

3.1.6 其他

指导患者术前取下首饰、沐浴,修剪指甲,教会患者术后如何正确咳嗽,观察患者生命体征。

3.2 术中护理

3.2.1 术中体位

术中采用采用新型体位垫改良“人”字形体位^[3],该体位垫单纯支托小腿,腾空腘窝,改善小腿静脉血液回流,避免了因直接压迫腘窝动静脉造成腓肠肌静脉丛血流淤滞导致的双下肢肿胀、下肢静脉血栓等术后并发症的发生,保障患者的手术安全。

3.2.2 术中患者眼部的护理

腹腔镜手术取头低足高位,维持适度的 CO₂ 气压,术中气腹压力维持在 1.60~2.00kPa(12~15mmHg)^[4],

高浓度的 CO₂ 气压易导致高碳酸血症和呼吸性碱中毒,易引起颅内压和脑脊液压升高、静脉回流受阻、心功能异常等。因此,在机器人辅助腹腔镜手术过程中,护理人员应密切监测气腹压力,维持腹腔内 CO₂ 的正常压力。头低位及胸膜腔内压升高均可导致眼静脉压升高,使静脉扩张及房水回流受阻,引起 IOP 升高,在患者全身麻醉后予妥布霉素眼膏涂抹双眼,辅助透明敷贴粘住眼部,术后抬高头部,减轻眼部压力,预防结膜水肿。

3.2.3 术中保温的护理

麻醉时间 ≥ 150 min。全身麻醉状态下,随着麻醉时间的延长,机体热量散失增多,因此引发术中低体温^[5-6]。护理措施:

①手术过程中利用空调、加湿器将手术间温度控制在 24°C~25°C 之间。②术前详细了解患者身体情况,根据患者自身情况制定个性手术方案。③麻醉师在满足手术要求的前提下,结合患者情况尽量减少麻醉药物使用量,缩短麻醉苏醒时间,减少术中低体温的发生。④做好术中保温措施,密切监测术中体温,在不影响手术的前提下,使用充气式体表加温毯对患者进行体温保护。⑤腹腔冲洗液和静脉输入液体均加温至 36°C 使用。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理

患者手术全程 4 小时 30 分,患者全麻苏醒后,安全送入病房,病房护士与手术室详细交接了解患者术中情况。术后遵医嘱予心电监护,密切监测患者生命体征,观察脐部切口渗血渗液情况、保留导尿管量、色、性质及有无阴道流血情况,向患者及家属交代术后注意事项,认真做好护理记录。

3.3.2 疼痛护理

术后回室予患者自由体位,护士进行疼痛评分,患者疼痛评分为 1 分;鼓励爱人陪护,给予爱的关怀,加强巡视工作,做好患者心理护理及安抚工作,遵医嘱给予止痛药物应用,缓解患者的疼痛。

3.3.3 呼吸道管理

因全身麻醉原因,术后密切观察患者喉部及排痰情况,术后保持患者呼吸道通畅,给予患者低流量氧气吸入辅助呼吸。由于术中采用二氧化碳气体形成气腹,患者体内吸收大量二氧化碳可能会造成高碳酸血症^[7],术后患者生命体征平稳后,指导患者做深呼吸动作,同时密切监测患者的呼吸频率和深度;并督促患者进行有效咳嗽,遵医嘱给予患者氧泵雾化吸入每日两次,指导患者有效咳嗽,促进排痰,减少喉部不适感,预防肺部感染。

3.3.4 饮食与活动护理

术后予洼田饮水试验评定量表进行评估, 评估结果为一级, 指导患者少量多次饮水, 观察饮水后反应。术后 2 小时患者无恶心、呕吐, 无胃部不适, 指导患者进食流质饮食。由于机器人手术创伤小、伤口小, 疼痛感轻, 术后 4h 协助患者下床活动, 促进肠蠕动和下肢血液循环, 避免下肢深静脉血栓的形成。术后嘱予乳果糖口服、开塞露备用。该患者术后 14 小时肛门排气, 21 小时患者自解软便一次。患者排气、排便后, 指导患者少量多餐进食高蛋白低脂、易消化饮食, 避免食用豆浆、牛奶、甜食等容易产气的食物。

3.3.5 管道的护理

患者自手术室携导尿管一根回病房, 护士妥善放置尿管, 做好尿管护理, 予会阴护理, 鼓励患者多饮水, 每日 1500-2000ml, 避免尿管扭曲、受压、堵塞、脱落, 准确记录保留导尿管量、色及性质, 下床活动时指导患者尿袋低于膀胱位置, 避免尿路感染。该患者于术后第五天拔除尿管, 患者拔管后 50 分钟第一次排尿 210ml, 自解小便 3 次后测残余尿 55ml。

3.3.6 手术相关并发症的预防

①下肢静脉血栓的预防: 术毕立即抬高下肢, 予气压泵按摩双下肢, 督促患者做踝泵运动, 穿防血栓弹力袜, 遵医嘱予以低分子肝素及补液治疗, 密切观察患者下肢有无疼痛、肿胀、增粗以及皮温情况。②人工气腹所致的并发症预防: 观察腹部可扪及捻发音, 予氧气吸入; 指导患者做腹腔镜康复操, 早期下床活动, 避免食用豆浆、牛奶、甜食等容易产气的食物; 遵医嘱口服大承气汤⁸, 予雷火灸、耳穴埋籽⁹应用。③便秘的预防: 术后指导患者早期下床活动, 给予大承气汤、乳果糖口服, 予开塞露备用, 指导患者进食含膳食纤维营养丰富、高蛋白, 易消化的食物, 同时观察患者大便性状。

3.3.7 出院指导

患者术后第六天予出院, 指导患者出院后①继续记录 24 小时排尿日记, 每日做凯格尔运动, 每天 3 次, 每次 50 个。②指导患者术后避免用力大便, 保持大便通畅, 减少腹压动作, 必要时可使用乳果糖或开塞露。③鼓励患者进食含膳食纤维营养丰富、高蛋白、清淡、易消化的食物④禁盆浴、性生活 3 个月, 适当活动, 避免负重、便秘、慢性咳嗽、久站。⑤一月后复诊, 异常情况及时随诊。⑥出院一个星期后需保持电话畅通, 将进行电话随访, 了解患者术后恢复情况。

4 护理体会

经查阅相关文献, 未查询到有关机器人辅助腹腔

镜下骶骨固定相关文献, 通过对该例机器人辅助腹腔镜下骶骨固定+宫颈截断+阴道前壁修补术患者进行围手术期护理, 发现该手术方式精准、微创的特点对需要进行盆底障碍性疾病患者治疗有积极意义, 值得临床推广。患者术后 4h 可下床活动, 14 小时排气, 21 小时自解软便, 术后第五天拔除尿管, 患者拔管后 50 分钟排尿第一次 210ml (排尿时采取增加腹内压的姿势, 坐姿时应身体前屈 45 度, 用手按压腹部在完全放松的状态下排尿), 自解小便 3 次后测残余尿 55ml。结合该手术方式的特点和患者实际情况运用护理程序进行护理能够减少并发症的发生, 加快患者术后恢复, 符合快速康复的理念, 为患者做好详细出院宣教及术后随访, 有利于降低术后复发率, 提高患者的生活质量。但由于例数不够, 样本量不足, 可能对机器人辅助腹腔镜下骶骨固定患者围手术期护理及措施落实不够全面, 我科将在以后临床工作中继续探索。

参考文献

- [1] 张琦玲, 张智, 杨蕾, 等. 达芬奇机器人辅助下单孔与多孔腹腔镜手术治疗早期子宫内膜癌的疗效对比[J]. 机器人外科学杂志(中英文), 2024, 5(03): 319-326.
- [2] 李晓玲, 唐娟妮, 朱燕梅, 等. 改良“人”字形体位在妇科腹腔镜手术的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(07): 39-41.
- [3] 丁晓萍, 侯庆香, 刘蕊, 等. 机器人手术系统辅助妇科手术 60 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, (10): 70-72.
- [4] 孙亮, 高倩, 王广, 等. 麻醉后恢复室期间全身麻醉患者发生低体温的影响因素[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(1): 52-56.
- [5] 齐菲, 张艳秋, 李琳琳, 等. 腹腔镜结直肠癌手术中低体温相关危险因素分析[J]. 中国实验诊断学, 2019, 23(3): 432-434.
- [6] 赵伟华, 张成林, 殷愉珺, 等. 达芬奇机器人辅助腹腔镜肾部分切除术病人的护理与心理干预[J]. 全科护理, 2017, 15(24): 2945-2947.
- [7] 臧娅. 复方大承气汤保留灌肠对妇科腹部手术患者术后康复的影响观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(16): 186.
- [8] 杨丹, 刘千秋, 宁婧, 等. 耳穴疗法对食管反流病人酸反流的影响[J]. 护理研究, 2021, 35(10): 1794-1798.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS