

## 腹腔镜下活体供肾切除术的手术配合

缪蓉, 吴敏, 徐桂银

(中山大学附属第一医院手术室, 广东广州, 510080)

**[摘要]** **目的** 探讨腹腔镜下活体供肾切除术的手术配合经验。**方法** 回顾性分析 18 例腹腔镜下活体供肾切除手术的临床资料。**结果** 本组患者手术均顺利完成, 无因手术配合原因出现严重并发症。**结论** 细致的心理护理、完善的术前准备和熟练的术中配合, 以及相关的健康知识教育对保证腹腔镜下活体供肾切除术的成功具有积极意义。

**[关键词]** 活体供肾; 腹腔镜; 手术配合

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2013)10-0037-02 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.10.012

### Operative collaboration in laparoscopic live donor nephrectomy

Miao Rong, Wu Min, Xu Guiyin // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(10):12.

**[Abstract]** **Objective** To investigate the surgical collaboration in laparoscopic live donor nephrectomy. **Method** A retrospective analysis was made on the clinical data of 18 cases of laparoscopic live donor nephrectomy. **Result** All laparoscopic live donor nephrectomy were completed successfully, without severe complications caused by surgical collaboration. **Conclusion** The key points of successful operation are delicate mental care, sufficient preoperative preparation, good cooperation during the operation and related health education.

**[Key words]** live donor kidney; laparoscope; surgical collaboration

活体供肾移植具有众多的优越性, 包括提高术后移植肾存活率、减少供者手术创伤、较好的人类白细胞抗原匹配、缩短供肾冷缺血时间、减少移植受者的等待时间及减少供者术后的住院时间等<sup>[1-2]</sup>。然而, 迄今为止, 国内活体供肾移植仍开展较少, 其中原因之一是供肾摘除手术通常采用开放手术的方法, 对供者损伤大并造成术后一定程度的劳动力丧失<sup>[3]</sup>。腹腔镜下活体取肾切口小, 住院时间短、减少术后止痛药的使用, 使供者能够更早地康复<sup>[4]</sup>。2010 年 1 月~2012 年 9 月本院对 18 例患者实施腹腔镜下活体供肾切除术, 均顺利完成, 无因手术配合原因出现严重并发症, 现将手术护理配合报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组供者 18 例, 男 11 例, 女 7 例, 年龄 29~54 岁, 平均 $(41.5 \pm 5.2)$ 岁。供者身体健康, 无结核、恶性肿瘤及泌尿系疾病史。取左肾 8 例, 右

肾 10 例。父母子间供肾 13 例, 兄弟间供肾 5 例。受者 18 例, 男 10 例, 女 8 例, 年龄 16~43 岁, 平均 $(33.7 \pm 2.3)$ 岁。原发病均为慢性肾小球肾炎, 透析时间 0~15 个月, 平均 $(7.4 \pm 1.5)$ 个月。

### 1.2 手术方法

患者采用全身麻醉, 取健侧卧位, 抬高腰桥, 体位为头低、脚低呈折刀状。采用经后腹腔途径, 应用镜体直接分离建立后腹膜的 IUPU 法<sup>[5]</sup> (institute of urology peking university) 建立后腹膜腔气腹。于髂嵴上方 2 cm 与腋中线交界点切一约 1 cm 皮肤切口, 气腹针于腹膜后间隙充气后置入 10 mm 套管针, 以腹腔镜镜身于腹膜及腰肌之间做左右往复摆动, 扩展腹膜后间隙。在腹腔镜监视下于腋后线第十二肋下和腋前线肋缘下分别置入 10 mm 套管针、5 mm 套管针, 充入 CO<sub>2</sub> 使气腹压保持在 12~14 mmHg。进入腹膜后腔, 首先观察解剖结构, 确认腰大肌、肾周筋膜、侧腹膜及腹膜外脂肪等。根据位置、隆起、搏动等特征显露、游离肾动脉, 用带勾血管夹结扎肾动脉, 近侧端放置 2 枚, 远侧端放置 1 枚。剪断肾动脉后, 同法游离、处理肾静脉。游离输尿管和肾脏上下极, 用钛夹夹闭输尿管并离断。确认手术区及各穿刺孔无

**[收稿日期]** 2013-02-19

**[作者简介]** 缪蓉(1981-), 女, 广东广州人, 护师, 本科, 主要从事手术室护理工作。

活动性出血后,将标本经腰部扩大的切口取出,经腋中线穿刺孔留置引流管,手术结束。

## 2 结果

本组患者手术均顺利完成,无因手术配合原因出现严重并发症。

## 3 讨论

### 3.1 腹腔镜在活体供肾切除术的优势

经腹腔镜切取供肾系微创手术,对供体的生理扰乱较传统开放手术少,是目前较为先进的手术方式<sup>[6]</sup>。经腹腔镜切取供肾创伤小、痛苦少、住院时间短、恢复快,亲属活体供肾缩短受体等待时间,组织配型相对较好,可显著提高移植肾成活率,减少与组织排斥相关的并发症<sup>[7]</sup>。

### 3.2 护理

**3.2.1 心理护理** 患者及家属对手术的风险、手术对供肾者生活的影响等存在疑惑和焦虑<sup>[8]</sup>,这种负面的心理状态不利于手术的实施,因此术前向患者及家属说明健康人供肾对术后生活影响较小,而患者移植术后生活质量将明显改善;采用腹腔镜取肾具有创伤小,手术方式成熟,术后恢复快等优势,以打消患者及家属的顾虑,树立患者及家属对手术的信心,争取患者和家属的配合。本组患者经健康宣教及心理辅导等措施后,均以积极乐观心态接受手术,情绪稳定。

**3.2.2 术前准备** 检查术中影像系统是否连接准确,图像清晰,腔镜下分离钳、血管夹、套管针等物是否齐备,器械关节活动正常,配件无缺失,CO<sub>2</sub>压力是否能保持在12~14 mmHg的正常范围,同时备好开放手术器械以备急用。患者入手术室后,巡回护士在患者上肢建立静脉通路或置深静脉导管,气管插管或喉罩全麻成功后协助医生摆放手术体位,置患者于折刀位健侧卧位,肾区对准腰桥,上侧下肢伸直,下侧下肢屈曲,升高腰桥,使腰部平直舒展,充分显露手术野,大腿上1/3处用约束带妥善固定。摆放体位时使患者尽可能靠近术者一侧便于操作。

**3.2.3 术中配合** 巡回护士提前将各种仪器摆放在合适的位置,检查各项仪器设备,确定其性能良好,以保证手术顺利进行。术中密切观察患者静脉通道及尿量情况。CO<sub>2</sub>气腹时间过长会造成患者体温下降,故手术过程使用暖风机给患者保暖。器械护士检查物品是否准备齐全,按手术的顺序放置所需物品,连接好超声刀、双极电凝、显示系统、气腹机等。腹腔镜器械轻拿轻放避免损伤;及时清洁电勾和电凝头,保证凝血效果;室温与体内温差可使镜头进入体腔后产生雾气导致视野不清,故镜头在使用前放在60~80℃灭菌注射用水中浸泡。

## 4 小结

综上所述,细致的心理护理、完善的术前准备和熟练的术中配合,以及相关的健康知识教育对保证腹腔镜下活体供肾切除术成功具有积极意义。

### 参考文献:

- [1] 梁涛,蔡明,李州利,等.活体供肾与尸体供肾:1个器官移植中心2年65:169例肾移植效果比较[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(31):5717-5720.
- [2] 罗向东,高宏君,梁泰生,等.亲属活体供肾与同期尸体肾移植40例比较[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(31):5721-5724.
- [3] 聂海波,于立新,胡卫列,等.亲属活体供肾切取术式选择探讨[J].南方医科大学学报,2009,29(3):500-503.
- [4] 王行环,蒲小勇.后腹腔镜活体供肾切取术的应用进展[J].现代泌尿外科杂志,2009,14(1):1-4.
- [5] 高飞,刘清学,彭洪,等. IUPU法建立腹膜后腔72例分析[J].四川医学,2008,29(9):1174-1175.
- [6] Ye J, Huang Y, Hou X, et al. Retroperitoneal laparoscopic live donor nephrectomy: A cost-effective approach[J]. Urology, 2010, 75(1): 92-95.
- [7] 赵俊杰,高振利,王琳,等.68例腹腔镜活体供肾切取术的临床研究[J].腹腔镜外科杂志,2009,14(2):91-93.
- [8] 熊福花.活体亲属供肾肾移植96例围手术期护理[J].中国医药科学,2012,2(15):140-141.

[本文编辑:郑志惠]