

· 护理园地 ·

杂交手术室中胸腔镜下切除肺部微小病灶的手术护理

朱学敏¹, 张伟², 仲继红¹

【摘要】 目的 总结杂交手术室中胸腔镜下切除肺部微小病灶的手术护理经验。方法 在杂交手术室中 16 例胸腔镜下行肺部微小病灶切除的手术护理,重点包括术前准备、术中巡回护士、器械护士、腔镜护士的无缝隙配合及术后访视。结果 16 例均手术顺利,术后回访无并发症发生。结论 精心的护理配合及腔镜护士的专职负责是保证手术成功的关键之一。

【关键词】 杂交手术室;胸腔镜手术;护理

【中图分类号】 R472.3 【文献标志码】 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.04.033

随着胸腔镜技术的飞速发展,对于肺部周围型微小病灶,越来越多的医生和患者都倾向于选择早期微创手术切除,但是依靠术前的影像学检查很难在术中快速查找和精确定位病灶。2011 年 3 月 - 2012 年 2 月,我科利用胸部 CT 引导下经皮穿刺金属弹簧圈定位,在杂交手术室实时影像引导下,对肺部微小病灶施行胸腔镜手术,实现快速定位,准确切除,取得良好效果,现将护理体会报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本组 16 例,男 10 例,女 6 例,年龄 39 ~ 78 (59.3 ± 23.3) 岁,共有肺内小结节 19 枚,12 枚病灶直径 < 1 cm,7 枚病灶 1 ~ 2 cm。病例选择标准:无严重心肺功能及凝血功能障碍,能耐受手术,术前初步诊断恶性病变无远处转移证据。

1.2 方法 术前当日在 CT 引导下经皮穿刺置入 Cook 栓塞微弹簧圈标记定位,病灶定位后将患者接入杂交手术室^[1]。双腔气管插管,全身麻醉。数字减影血管造影(DSA)透视确认 CT 引导下放置的弹簧圈标记位置,经切口保护套置入胸腔镜及操作器械,根据弹簧圈金属标记物与胸腔镜操作器械的相对位置,在电视屏幕上胸腔内实时影像指导下确定手术部位及范围,切除组织取出后即送快速病理检查。恶性结果,则行相应肺叶切除及淋巴结清扫;良性结果,则置引流管后完成手术。

2 结果

手术时间(从切皮安置胸腔镜装置到病灶切除

并取出体外)15 ~ 42 (27.5 ± 12.3) min。术中快速病理诊断:良性病变 9 枚,恶性病变 10 枚。术后恢复良好,未发生严重并发症。术后住院时间 3 ~ 6 (4.4 ± 1.7) d。

3 护 理

3.1 术前准备 ①术前访视:患者手术当日在影像科完成金属弹簧圈定位,定位后直接到手术室,全程有医务人员陪同,患者及其家属可能对此术式和过程不甚了解,心存疑惑或恐惧。对手术的恐惧作为一种心理刺激,可导致手术患者产生不同程度的生理应激反应,如这些反应过分强烈,将对神经、内分泌及循环系统产生不利影响,干扰手术和麻醉的顺利实施,影响治疗效果^[2-3]。因此,要向患者及家属讲解此术式的方法和优点,介绍手术室的环境,手术大致时间,术前 12 h 禁食禁水以及去除金属饰品的目的和意义。术前访视有助于降低手术患者术前焦虑,提高其心理承受能力^[4]。②物品和器械准备:专科胸腔镜器械包、腔镜下切割缝合器、无菌 C 型臂机保护套、医用无菌腔镜保护套、电刀、电凝、吸引器、胸外科体位垫等。

3.2 术中配合 ①巡回护士配合:提前 30 min 开启手术室净化系统,调节温湿度,使环境温度舒适,调节好无影灯,检查多功能手术床、负压吸引装置、电刀装置,确认性能良好。将患者接至手术间,核对患者信息,留置导尿管,全麻后安置健侧卧位,髋部受压处贴减压敷料,将电极板粘贴于大腿外侧或臀部等肌肉丰富和毛发稀疏处,以免灼伤患者,将患者身体与手术床及托架接触部位用软布垫好,保证其手术安全、舒适。协助手术医生穿戴好铅衣、铅帽。与麻醉医生共同严密观察患者生命体征变化,认真填写手术护理记录单和手术安全核查表,根据手术

基金项目:国家自然科学基金(81172032)

作者单位:210002 江苏南京,南京军区南京总医院,1. 心胸外科,2. 手术麻醉科

通讯作者:仲继红, E-mail:13913997978@163.com

需要及时供应各种物品。手术结束后,整理手术间,妥善放置好铅衣、铅帽,做好清洁、消毒工作;②器械护士配合:提前 15 min 洗手上台,铺置无菌台面,与巡回护士共同清点手术用物。严格执行无菌操作原则,协助医生消毒皮肤,铺无菌手术单,妥善固定电刀、吸引器。将 C 型臂机上方套上无菌保护套,在腔镜护士的协助下将与镜头相连接的数据传输导线和光源线套上医用无菌保护套并妥善固定。胸腔镜器械柄杆较长,传递时握紧柄杆中段并防止器械尖端触及其他物品造成胸腔镜器械的污染,所有胸腔镜器械要轻拿轻放,严禁碰撞。标本取出后用 50 mL 空针抽取温生理盐水冲洗胸腔,术毕清点核对物品器械;③腔镜护士配合:腔镜护士于术前 15 min 将胸腔镜摄像显示系统推至杂交手术室,将胸腔镜电视屏幕与杂交手术室的影像显示屏幕并排放置,它们的相互配合为外科医生提供了良好的手术视野,为手术提供了术中实时引导,使操作变得简单、迅速、准确^[5]。与器械护士配合连接好数据传输导线和光源线后打开胸腔镜系统的电源,根据需要调节镜头光源大小。术中观察手术进程,确保胸腔镜系统处于完好的工作状态。术毕及时关闭电源,撤去胸腔镜器械,清点无误后,先将器械分拆至最小零件后用水枪反复冲洗器械上的血迹,再放入含酶清洁剂中浸泡 30 min,然后再用流动水冲洗干净,高压气枪吹干水分,镜头端用无纺布包裹,避免与其他胸腔镜器械发生摩擦碰撞而损坏镜头,最后将专科胸腔镜器械包密封低温等离子消毒。数据传输导线和光源线盘绕专柜放置,直径大于 15 cm 以上,将胸腔镜摄像显示系统套上防尘罩,置于专放区^[6]。

3.3 术后回访 术后 2~3 d 回访手术患者,了解其精神状态,有无疼痛、伤口愈合情况,询问患者对护理工作的意见和要求,促进护理质量的改进。

4 体会

4.1 全方位的配合是手术成功的关键 在杂交手术室中利用 X 线实时影像技术行胸腔镜手术,具有安全、方便、易于操作的优点,是未来心胸外科发展的一个重要方向。日趋发展的医疗技术需要手术护理配合不断完善与提高,对腔镜手术相关的专业护士的整体素质要求亦不断提高,其中最重要的一个

素质要求即核心能力^[7]。护士必须经过专科培训,充分了解手术方式及仪器的使用原理、操作方法,重视术前与患者的沟通,为患者提供有效的心理护理,帮助患者安全顺利地度过手术期。手术期间巡回护士要关注手术进程,及时提供所需的器械,做好保障工作,器械护士集中注意力,及时、准确、稳妥地传递手术器械,腔镜护士做好胸腔镜专用器械的清洗、消毒、保养,增加使用器械时的安全性,延长器械的使用寿命。

4.2 有效利用资源是提高护理质量的保证 腔镜设备与器械精密、贵重、种类多,我院普通外科、心胸外科、泌尿外科及妇产科腔镜手术量较多的科室均设置专科腔镜护士负责腔镜管理工作,具体工作包括:①掌握腔镜设备和器械的数量、性能、使用、清洗消毒和保养维护;②对使用中的设备器械出现问题时,由腔镜护士联系设备工程师,及时送检和修回;③第 2 天腔镜手术较多时,腔镜护士及时与手术医生及消毒室沟通,合理安排台次,做好无缝隙连接,同时避免了与洗手护士、清洗护士的反复清点交接,节约了时间,使手术资源得到有效利用,提高了手术护理质量^[8]。

【参考文献】

- [1] 熊磊,许健,易俊,等. CT 引导弹簧圈定位在胸腔镜切除孤立肺结节的应用[J]. 东南国防医药, 2013, 15(4): 329-331.
- [2] 赵俊. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1985: 4.
- [3] Dempsey PA, Dempsey AD. Nursing research with basic statistical application[M]. Boston: Jones and Bartlett Company, 1992: 145.
- [4] 卢美龄. 手术室护士术前访视研究现状与展望[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(35): 4335-4337.
- [5] 董国华,景华,李德闽,等. Hybrid 手术室内胸腔镜下切除肺部微小病灶[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(9): 777-779.
- [6] 韩华兰. 电视胸腔镜下左肺上叶切除术 12 例[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(8): 93-94.
- [7] 豆欣蔓,伏旭. 腔镜手术相关护士核心能力的研究与调查[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(7): 645-647.
- [8] 尹恩静,龚荣花,吴函,等. 手术室腔镜设备器械精细化管理体会[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(16): 1513-1514.

(收稿日期: 2014-02-11; 修回日期: 2014-05-19)

(本文编辑: 黄攸生)