

腹腔镜手术器械清点的影响因素分析与对策

朱艳 翟安静

(江苏省苏北人民医院,江苏 扬州 225001)

摘要 通过对腹腔镜手术器械清点的影响因素分析,提出相应的防范对策加强腹腔镜器械培训、制定腹腔镜手术清点制度,制作腹腔镜器械图册,加强事件追踪分析。提高了手术室腹腔镜手术器械的清点工作质量。

关键词 腹腔镜手术;器械;清点;误差

中图分类号 R473.6 **文献标志码** B **DOI**:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.03.022 **文章编号** 1006-9143(2019)03-0320-03

随着外科技术的迅猛发展,腹腔镜手术具有切口小、恢复快、并发症少等优点,被广泛使用^[1-3]。腹腔镜器械是在体腔外对病变组织进行探查、电凝、止血、分离、切开、缝合等操作,因此腹腔镜器械不仅品种繁多,结构复杂,而且由于反复使用或者操作不当会使易松动零部件脱落,发生手术器械清点误差事件。2016年我院手术室发生了13例腹腔镜手术器械清点误差事件,虽经多方查找及借助X线技术,最终未发生异物遗留,但提示我们腹腔镜手术器械清点工作中仍有很多安全隐患。通过分析腹腔镜手术中影响器械清点的原因,制定防范措施,取得良好效果,现介绍如下。

1 临床资料

我院是一所三级甲等综合性医院,2010年我院手术室被评为首家江苏省手术室专科护士培训基地。2016年腹腔镜手术20 032例,发生手术器械清点误差13例,其中螺丝脱落1例,在宫腹腔镜手术后,洗手护士在清点器械时,发现宫腹腔镜剪刀上的螺丝缺如,在敷料中找到;螺帽脱落1例,腹腔镜肾癌根治术中,针持在使用时螺帽脱落;弹簧圈脱落2例,在腹腔镜甲状腺肿瘤切除术中,发现吸引器上的弹簧圈脱落导致吸力不足;垫片脱落5例,在腹腔镜脾切除术使用超声刀时,其前端白色垫片脱落于腹腔中,手术医生用血管钳取出;垫圈脱落4例,在腹腔镜全子宫切除术中,发现曲卡上的垫圈脱落,导致气腹漏气。

2 腹腔镜手术器械清点问题分析

2.1 器械清点与器械物品清点差异性认识不足 由于手术室护士普遍对器械清点与器械物品清点差异性认识不足,因而13例发生手术器械清点误差都与此有关。手术室护士对执行手术器械物品清点与器械清点的认知理解和态度有偏差,认为纱布、纱垫、棉片、缝针、刀片等容易遗留体内,因而更加重视其

数量的检查。相比一般器械物品清点而言,腹腔镜器械大而长,加之手术切口小,认为不易遗留体内,因而容易忽视腹腔镜器械清点的特殊性。其实,腹腔镜器械上小的零部件数量很多且易松动、脱落和损坏。因此,腹腔镜器械清点不同于一般器械物品的数量清点,而是一种在结构性检查基础上的清点,需要进行腹腔镜器械完整性、装配性、操作性、损坏情况等综合性检查清点。

2.2 腹腔镜器械结构不熟悉 13例手术器械清点误差中,对腹腔镜器械结构不熟悉占8例。腹腔镜手术器械结构复杂,关节、轴节、垫片、弹簧圈等零部件不仅数量多,而且品种繁杂。腹腔镜器械使用过程中螺丝、螺帽、弹簧圈、垫片、垫圈等难免产生松动脱落或损坏破裂,而造成清点误差。器械护士和巡回护士如果不熟悉器械的结构,不了解器械的易断裂和损坏的部位结构特点,在清点时就不能正确判断器械的结构是否完整和是否损坏。

2.3 腹腔镜器械组装不熟练 13例手术器械清点误差中,腹腔镜器械组装不熟练占4例。腹腔镜器械可拆卸部分必须拆开清洗^[4],原卫生部于2009年4月1日发布,2009年12月1日实施医院消毒供应中心第2部分:清洗消毒及灭菌技术操作规范WS 310.2-2009,规范中提出包装前应依据器械装配的技术规程或图示,核对器械的种类、规格和数量,拆卸的器械应进行组装。2016年12月27日国家卫计委发布的清洗消毒及灭菌技术操作规范310.2-2016(代替WS310.2-2009),于2017年6月1日实施,新规范中取消了包装前对拆卸的器械应进行组装的规定。这就意味着器械护士必须在手术台上组装已拆卸器械,如果器械护士对器械的组装不熟练,就会导致手术器械清点时间的紧迫,清点过于匆忙而容易出错误。

2.4 腹腔镜手术中转开腹 13例手术器械清点误差中,腹腔镜手术中转开腹占1例。腹腔镜手术有时需要中转

开腹,主要原因有肿瘤过大,妨碍视野;血管损伤,出血较多;脏器粘连,难以分离;术中设备故障;医生熟练度不够等等^[5]。由于腹腔镜手术术前没有进行器械物品及器械清点,中转开腹时没有足够时间检查器械完整性,造成器械零部件清点误差。

3 防范对策

3.1 腹腔镜器械的培训^[6]

3.1.1 培训内容 根据普外科、妇科、胸外科、泌尿科、骨科、五官科六个专科腹腔镜手术开展情况,选择了有代表性的20种腹腔镜手术的器械作为培训内容,对每个器械进行拆卸、安装、使用三个方面的培训,通过器械培训,要求人人熟悉器械的结构,器械的关节,器械的螺丝、螺帽、弹簧圈、垫片的位置,器械的完整性检查。

3.1.2 培训方法 幻灯片讲解:每个专科将腹腔镜器械拆卸到最小化,并标注最小化的名称,与未拆卸器械进行对比讲解;标注器械的螺丝、螺帽、弹簧圈、垫片位置,统计每个器械所拥有的这些配件数量,在手术记录单上标注。以上图片均拍照后塑封放于相应手术间、清洗间以备随时查阅。现场演示:每周一下午由专科护士对本专科腹腔镜器械从拆卸、安装、使用三个方面进行现场实物演示培训,科室所有护士(除有手术外)参加。分散练习:每个护士都利用工余或休息时间进行拆卸、安装练习。

3.1.3 抽签考核 考题为培训的20种腹腔镜手术的器械,考核内容为器械拆卸、安装、使用及完整性检查,护士抽取考题考核后由专科护士和护士长点评。

3.2 制定腹腔镜手术清点制度

3.2.1 清点内容 考虑到腹腔镜手术检查可能中转开腹,规定所有腹腔镜手术按照开放手术进行器械物品清点。

3.2.2 清点方法 器械护士与巡回护士共同逐项清点;清晰说出器械物品名称、数目及完整性^[7]。每清点一项即刻将器械物品名称和数目记在手术护理记录单上;第一次清点及追加器械物品时洗手护士与巡回护士需即刻清点后再用。

3.2.3 清点时机 器械护士提前30 min洗手上台整理、组装拆卸的腹腔镜器械,检查有轴节器械的性能,螺丝、螺帽是否松动或脱落,垫片是否完好。与巡回护士在手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后、缝合皮肤后共同清点器械物品,术前器械物品清点未完成不进行手术,术后器械物品清点无误后方可关闭体腔。

3.2.4 清点检查 检查器械完整性:手术前后检查腹腔镜器械完整性,如螺丝、螺帽、弹簧圈、垫片、垫圈等。

检查器械损坏情况:统计已往发生的破损器械零部件,查阅相关技术资料中注明的易破损器械零部件;标注易破损弹簧圈、垫片、垫圈等零部件位置;加强术后损坏器械交班。检查器械装配性能:统计需要装配的器械情况,标注可能松动或脱落的螺丝、螺帽位置;在手术记录单上标注螺丝等零部件数量,供清点时核对记录。检查器械使用性能:通过视觉检查器械无缺损,检查零部件无松动后,再检查器械的使用性能,通过使用性能检查验证器械完好性,确保手术中顺利使用。器械护士按照手术过程中使用器械的顺序逐一检查腹腔镜器械性能和可操作性,发现器械关节活动不正常,及时查明原因给予处理或者更换器械。

3.3 制作腹腔镜器械图册 建立腹腔镜器械最小化拆卸分解图图谱,在图上标注最小化零部件名称,如螺丝、螺帽、弹簧圈、垫片、垫圈等;图片拍照后装订成册放于相应手术间和腹腔镜清洗间,以备学习指导临床。

3.4 加强事件追踪分析 腹腔镜手术虽然切口小,但手术器械零部件多且易脱落,发生腹腔镜手术器械清点误差的事件时有发生。因此必须提高手术室护士对腹腔镜手术器械清点重要性的认识。对发生的每例腹腔镜手术器械清点误差事件,组织全科护士讨论,分析发生的原因、发生的环节,提出解决方案,由当事人写出腹腔镜手术器械清点的PDCA,不断持续改进。

4 改进效果

手术室护士认识到腹腔镜手术器械清点的重要性,所有腹腔镜手术按照开放手术进行器械物品清点,同时高度重视腹腔镜手术器械的清点,术前重视器械性能、完整性的检查,术后逐一核对器械的螺丝、螺帽、弹簧圈、垫片等,器械清点无误后方可关闭体腔。2017年腹腔镜手术21390例,发生3例垫片脱落,其中2例是由于对外请专家所带的器械不熟悉,1例为急诊手术急用的新器械培训不到位造成。

5 小结

手术器械物品清点工作的质量,直接关系到手术效果,甚至患者的生命安全,腹腔镜手术由于器械的复杂性、多样性,其完整性检查不到位是造成手术器械清点误差的主要原因。器械护士熟悉腹腔镜器械结构,知悉器械损坏情况是做好腹腔镜手术器械完整性检查的前提。制定腹腔镜手术器械清点制度,加强腹腔镜器械结构、性能、使用、完整性检查的培训是预防腹腔镜手术器械清点误差的主要措施。

参考文献

[1] 许柳琴,陈瑜,郭秋兰,等.快速康复外科护理与传统护理在腹

50例复杂脑血管病患者杂交手术的护理配合

汪静

(天津市环湖医院,天津 300350)

摘要 总结50例神经外科复合手术的护理配合。术前做好充分的人员和物品准备,合理安排手术间的布局,科学设计手术流程,术中介入手术与外科手术交替进行时,严格无菌操作避免术区污染,行脑血管造影时做好放射性防护,医护技紧密协作确保手术顺利完成。

关键词 脑血管病;杂交手术;护理

中图分类号 R473.76 R197.323 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.03.023 文章编号 1006-9143(2019)03-0322-02

杂交手术来源于英文 Hybrid,是多学科融合产生的新事物,是将需要分别在不同手术室,分期完成的重大手术合并在一个手术室内一次完成,是一项将介入与开颅手术相结合的新技术。我院自2016年4月至2017年12月完成50例神经外科杂交手术,都取得了满意效果,现将手术配合介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院神经外科于2016年4月至2017年12月共完成杂交手术50例,男27例,女23例,年龄18~79岁,颅内巨大动脉瘤20例,脑动静脉畸形(AVM)13例,颈动脉狭窄15例,硬脑膜瘘2例;其中左侧病变17例,右侧病变33例。所有患者均经CT血管成像(CTA)或数字减影全脑血管造影检查(DSA)明确诊断。50例患者均顺利完成手术,术后恢复良好。

1.2 手术方法 患者行气管插管全身麻醉后,常规消毒铺单,股动脉穿刺置管,行全脑血管造影,根据影像提示的病变情况设计手术体位,实施外科手术。本组患者均采取仰卧位,其中4例行高流量搭桥术,16例行颈内动脉缩窄术,13例行开颅AVM切除术,15例行颈动脉内膜剥脱术,2例行动静脉瘘供血动脉结扎+栓塞治疗。先将介入手术台用无菌单遮盖再准备外科手术台,行开颅手术或颈动脉内膜剥脱手术,待病灶处理后,进行脑血管造影,术中介入手术与外科手术交替进行,直至手术效果满意后,清点手术物品,关颅,缝合伤口。

2 手术配合

2.1 术前准备

2.1.1 人员配备 神经外科杂交手术是一项多学科协助共同完成的手术,因此涉及参与手术的人员较多,需要有神经外科医生,介入医生,麻醉医生,放射科技师,手术室器械护士,巡回护士和一名导管室护士。

2.1.2 物品准备 神经外科杂交手术通常都是复杂的脑血管病,除了准备常规开颅器械和敷料包外,还准备显微外科器械包括显微剪刀,显微吸引器头,血管吻合器械,动脉瘤夹,动脉瘤夹持器,内膜剥脱器械,显微外科缝合线,可移动电动手术台,可透X线的碳纤维头架、头环,特殊尺寸的开颅大单,一次性介入包,常规造影材料等。

2.2 手术间合理布局

2.2.1 右侧入路 各种仪器设备分区合理摆放,以便麻醉医生给药和观察病情,便于外科医生和介入医生的操作。患者行右侧入路手术时,患者的左侧由头向脚方向依次摆放麻醉机,电凝车,吸引器,麻醉自动注射泵,高压注射器,显示屏位于电凝和吸引器的前方平行于手术床,显微镜位于手术床的右前方,电动手术台位于右侧床旁操作板之前,无菌器械车垂直放于操作板旁(图1)。介入医生操作时将电动手术台和无菌器械车、显微镜移至手术床的右后侧。

2.2.2 左侧入路 患者行左侧入路手术时麻醉机摆放在手术床的右侧距手术床和床头各1米处,用加长波纹管连接气管插管和麻醉机,以便留出足够空间给介入医生^[1]。手术床的左前方摆放显微镜,患者左

作者简介:汪静,女,主管护师,本科

- 腔镜胆囊切除术围手术期的应用研究[J].护士进修杂志,2016,31(11):1008-1010.
- [2] 顾新玉.妇科腹腔镜术后下肢深静脉血栓的成因及护理对策[J].实用临床医药杂志,2016,20(12):186-187.
- [3] 王玉珍,陈蕊,朱庆茹,等.系统护理干预在单孔腹腔镜手术治疗肾囊肿术后疼痛护理中的应用[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(10):728,741.
- [4] 念金霞,钱小芳,叶培英,等.不同科室腔镜手术器械清洗效果比较[J].中国消毒学杂志,2014,31(6):589-591,594.
- [5] 王维师.腹腔镜胆囊切除术中转开腹的原因分析与时机选择[J].腹腔镜外科杂志,2012,17(9):689-690.
- [6] 陆云,刘霞,龚荣花.手术室护士专业技能专科化分级培训方法的探讨[J].临床护理杂志,2012,11(4):46-48.

(2018-04-09 收稿,2018-10-23 修回)