

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)

侧主刀医生旁依次摆放电动手术台,无菌器械车,电凝车,吸引器,麻醉自动注射泵,高压注射器,显示屏位于床尾并垂直于手术床(麻醉机、显微镜、主刀医生、电动手术台、无菌器械车与图 1 位置相反,电凝车、吸引器、麻醉自动注射泵、高压注射器位置摆放与图 1 相同)。介入医生操作时,将电动手术台、无菌器械车和显微镜移至手术床的左后方。

2.3 手术流程配合

2.3.1 建立静脉通路 建立两条静脉通路,使用输液延长管连接并妥善固定于手术床上,避免术中造影反复移动手术床造成管路脱落。协助麻醉医生气管插管全身麻醉,固定好螺纹管和监护导线,保证 C 型臂有足够的运行空间,避免术中调整管道。

2.3.2 摆放体位 根据手术需要协助医生摆放患者为仰卧体位,仰卧侧头垫肩或侧俯卧位。使用翻身垫时,用布单包裹,避免翻身垫直接接触患者的皮肤。

再次检查各种管路是否通畅并妥善固定。

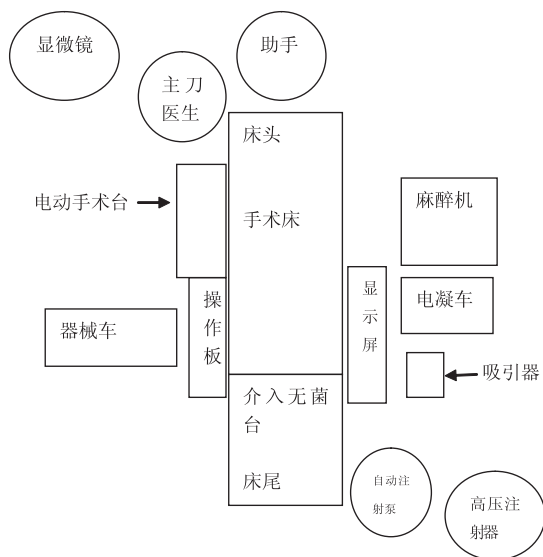


图 1 右侧入路手术间布局示意图

2.3.3 手术配合 ①先准备介入无菌台:将手术床的后 1/3 用作介入手术的无菌台。准备一次性介入包,穿刺针,导管鞘,导丝,导管。由介入医生消毒双侧腹股沟区域,铺手术单,抽吸造影剂,连接加压冲洗水,穿刺股动脉,放置导管鞘,接好冲洗水持续缓慢滴注(30~40 滴/分),以免血栓形成;②再准备外科无菌台:另备一无菌车摆放常规神经外科手术器械。协助外科医生消毒铺单(复合手术开颅大单为特殊订制,大单的头端较常规开颅单短 45 公分,中部同时留有介入手术所需洞孔)。铺开颅单时由手术医生,器械护士和两名巡回护士共同完成。开颅单的头端不得下垂于地

面,而是由两名巡回护士各拉一角向后反折使无菌单完全包紧头架和/或手术床头,并用消毒钳分别将其与手术床上的中单加紧固定。再由巡回护士协助洗手护士将电动手术台套以无菌罩,推至手术床旁,覆盖无菌桌布,连接电凝导线和吸引器管,开始神经外科手术。中途需要造影时伤口用无菌敷料遮盖,将电动手术台和无菌器械车移开,术间只留介入医生,其他人员撤至辅助间,造影确认病变处理满意后,清点手术物品,协助神经外科医生关颅缝合伤口。

3 体会

3.1 杂交手术均采用一次性敷料包,因为无纺布较棉布敷料轻薄体积小,能留有足够的空间便于 C 型臂 X 光机移动和旋转,同时也便于碳纤维头环的安放。

3.2 手术室内尽量减少人员走动和出入,术中严格无菌操作。在介入手术与开颅手术交替进行时,将手术野用无菌敷料遮盖好,移动无菌器械车、电动手术台和显微镜时注意保持无菌,避免污染。

3.3 术中造影时,C 型臂 X 光机两端要以无菌保护套包裹^[2],以免在调整管球和增强管角度时污染术区。旋转造影时,注意无影灯和麻醉机的位置,留有 C 型臂 X 光机转动的空间。

3.4 做好放射防护。造影时介入医生穿好防护服留在术间,其他人员撤至辅助间,确认铅门关严后再进行操作,避免其他医护人员接触放射线。

4 小结

杂交手术的特点是一次性完成介入治疗和外科手术的全部操作,避免了患者在影像科室与手术室的多次转运和多次麻醉带来的风险。我院复合手术的巡回护士其中一人是固定的,拥有丰富的开颅手术和介入手术配合经验,接到手术通知单后,及时与医生沟通,全面了解手术方案和手术步骤,和手术医生、麻醉医生共同协商手术间的布局,制定手术流程,备好手术所需特殊物品,使手术室的布局更为紧凑,手术流程更加合理,尽可能缩短手术时间。杂交手术作为一项新技术对医护人员提出了更高的要求,它不仅需要有高精尖的设备支持,还需要有一支医护技紧密协助,技术过硬的手术团队。

参考文献

- [1] 程华,郑静,徐莉,等.神经外科杂交手术的护理配合[J].华西医学,2013,28(4):585-588.
- [2] 康静.“C 型臂”引导下脊柱介入治疗腰椎间盘突出症的手术配合与护理[J].天津护理,2012,20(5):299-300.

(2018-02-06 收稿,2018-08-22 修回)