

胸腔镜下二尖瓣置换术的护理配合

李秋红 曾秋芸

(厦门大学附属心血管病医院,福建省厦门市 361006)

【摘要】 目的 总结胸腔镜下二尖瓣置换术的术中护理配合要点。方法 对行胸腔镜二尖瓣置换术的60例心脏疾病患者进行全程护理,术前充分准备和术中密切配合,确保手术的顺利施行。结果 患者手术时间为(3.05±0.88)h,升主动脉阻断时间为(23.80±7.10)min,术后辅助呼吸时间为(5.60±1.20)h,重症监护室停留时间为(22.10±7.22)h,术后住院时间为(8.06±2.20)d。有6例患者出现并发症,其中2例腹胀、2例术后疼痛、1例切口出血、1例切口感染,并发症发生率为10.0%。结论 胸腔镜下二尖瓣置换术对术中护理配合要求较高,手术护士应对手术流程、器械性能及使用方法、医生工作习惯熟稔于心,才能实现良好的配合。

【关键词】 胸腔镜;二尖瓣置换术;护理配合

【中图分类号】 R 473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2021)01-0143-02

DOI:10.11864/j.issn.1673.2021.01.40

二尖瓣置换术是一种以人工瓣膜替换原有病变或者异常心脏瓣膜的胸心血管外科手术,其适应证是二尖瓣狭窄或二尖瓣脱垂及反流患者^[1]。近年来该病多以胸腔镜下体外循环二尖瓣置换治疗。相比于传统的开胸体外循环下二尖瓣置换,胸腔镜下二尖瓣置换术具有手术切口小、术中出血量少、术后伤口愈合优、恢复快、不损伤胸骨、术后并发症发生率低等优点^[2-3],提高了患者的生命质量,有效地改善了患者的预后,患者对其接受程度高。但是大多数患者对胸腔镜下二尖瓣置换术缺乏正确的认识,术前存在焦虑、紧张、害怕等消极心理^[4],术中容易发生应激反应而影响手术治疗效果^[5]。而手术室护士与手术医生的精准配合是手术顺利进行的前提,且腔镜手术难度大、器械繁多,若某个环节出现问题都会影响手术进程,在一定程度上影响患者预后^[6-7]。因此,胸腔镜下二尖瓣置换术的术中护理配合对患者的治疗尤为重要。本文分析我院行胸腔镜下二尖瓣置换术的60例患者的术中护理配合要点,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年1月至2019年12月在我院行胸腔镜下二尖瓣置换术的60例心脏病患者为研究对象,其中男38例、女22例,年龄39~69(56.26±7.87)岁,体重48~73(62.57±5.61)kg。60例患者中术前心功能Ⅱ级21例,Ⅲ级39例;风湿性二尖瓣病变51例,二尖瓣退行性病变5例,不明原因二尖瓣病变2例,合并三尖瓣中、重度关闭不全2例。患者无其他慢性病,无胸腔粘连,无严重的肾、

肝、肺等重要脏器功能障碍。所有患者均予全身麻醉后于胸腔镜下行二尖瓣置换术。

1.2 术中护理配合

1.2.1 巡回护士 进入手术室前核对患者相关信息。为缓解患者紧张情绪,在转送患者进入手术室途中与患者进行沟通。提前调控好手术室温度(22~24℃)和湿度(50%~60%)。患者过床后先贴好体外除颤贴,于右上肢开通静脉通道,针栓与输液器接头连接紧密,确保固定以防掉落。患者左上肢外展于托手板上,一次性封堵支气管插管后于颈深静脉进行穿刺。患者仰卧,骶尾部垫凝胶,防水渍及血渍浸润骶尾部,避免压疮。建立健侧静脉输血、输液两条通路,配合麻醉师进行左侧桡动脉穿刺,右侧颈内静脉置中心静脉测压管。手术医生、麻醉师、巡回护士再次核查患者体位摆放及双腔气管插管情况,使用软枕将患者右肩抬高至30°~45°,右臂外伸、固定。吸引器、电刀等工具连接线及时归位,协同器械护士对胸腔镜影像系统和显示器等进行调整。手术过程中不定时梳理留置导管,防止脱落、弯折。密切观察导尿管情况,关注尿色、尿量的变化,遵医嘱进行用药、冲洗及输血等操作,期间有必要核对手术医生的医嘱,避免失误。

1.2.2 器械护士 术前30min净手后再次核对器械,然后协同巡回护士正确连接体外循环管路。于右侧腹股沟股动脉做约3cm切口,使用撑开器撑开乳突,分离并暴露股动、静脉,穿引Prolene线作荷包,进行股动、静脉穿刺插管,静脉插管前将交换导丝(长约26mm)置入静脉荷包,作为牵引线插管。配合手术

医生固定远端导丝,至预计深度后撤除导丝,将双接头管、单接头管分别固定于股动、静脉插管接口,将10 mm的穿刺器置入右侧腋中线第5肋间的开口(约为10 mm)。使用扩张固定器和微创开胸器牵开右侧腋前线第4肋间的开口(约为5 cm)作为操作口,长电刀头戴胶套后置入胸腔,纵向切开心包,悬吊切开组织,将心包悬吊线从同侧锁骨中线第3肋间的开口(约为10 mm)牵引而出,于升主动脉右侧壁荷包处插入心脏停搏液管,右上肺静脉荷包处插入左心引流管,右心耳处荷包插入单级软头上腔静脉插管。转机后,使用长阻断钳阻断升主动脉,停搏液管上缘为入口,右侧腋中线第3肋间切口为出口,停搏液排气,并从底部灌注停搏液,使用冰泥敷贴心脏表面,以保护心肌。此外,器械护士需配合手术医生置换瓣膜。左房切开,配合手术医生插入二尖瓣拉钩,开启气腹,使用相应器械探查病灶,使用冲洗球多次冲洗二尖瓣,明确对合情况,剪除病变二尖瓣,并明确瓣环规格,准备瓣膜,测试瓣膜启闭功能后缝合左房切口。配合麻醉师吸痰、鼓肺,巡回护士切断气腹机后,将管路逐个拔除,停用器械,止血,把负压球和胸管置入右胸,协同巡回护士清点器械、纱布,确保无误后逐个关闭切口。

1.3 观察指标 观察并记录手术时间、升主动脉阻断时间、术后辅助呼吸时间、重症监护室停留时间和术后住院时间,密切观察术后并发症包括腹胀、切口出血、切口感染及术后疼痛等。

2 结果

患者手术时间为(3.05 ± 0.88)h,升主动脉阻断时间为(23.80 ± 7.10)min,术后辅助呼吸时间为(5.60 ± 1.20)h,重症监护室停留时间为(22.10 ± 7.22)h,术后住院时间为(8.06 ± 2.20)d。有6例患者出现并发症,其中2例腹胀、2例术后疼痛、1例切口出血、1例切口感染,并发症发生率为10.0%。

3 讨论

二尖瓣置换术在临床广泛应用于心脏二尖瓣狭窄、反流、脱垂等病变,通过人工瓣膜置换来维持患者心脏的正常生理功能。现阶段全胸腔镜下二尖瓣置换术在国内开展并不多,主要原因:一是该手术较为复杂,器械精密,有一定技术要求,对相关人员的配合度要求较高;二是腔镜术野小,腔镜器械操作灵活性欠缺,血管分离时易发生出血情况^[8]。因此,该术式对手术参与者的技术水平及协作能力有一定要求,其中手术护理人员的重要性不可忽视。尤其术中护理配合是胸腔镜下二尖瓣置换术成功的重要因素,不仅

要求手术护理人员对手术流程、手术器械及相应的护理足够熟悉,还要对手术医生的手术习惯、肢体语言等有一定的了解,人员配置上要求心脏手术和腔镜手术护理经验丰富的护理人员,这是手术过程中配合默契和手术顺利进行的重要保障^[9]。

此外,术中还需注意以下细节:为降低插管阻力和术野受限等风险,术中使用软头单极腔静脉插管代替腔房二极管;为避免右肺塌陷影响手术进展,术中应选取双腔气管插管导管;巡回护士应对指征有足够的了解,避免因胸腔充气不足造成术中排气困难;二尖瓣狭窄伴左房病变者需开房间沟,而三尖瓣病变者不宜开房间沟^[10]。

综上所述,胸腔镜下二尖瓣置换术对术中护理配合要求较高,术中护理配合不仅仅是器械传递和简单的护理,也是对手术过程的管理,需要手术护士熟悉手术流程、腔镜器械性能和使用方法及医生的习惯,才能实现良好的配合。

参 考 文 献

- [1] 马海超,朱耀强,李阳,等. 胸腔镜结合右胸前外侧微创切口在二尖瓣置换术中的应用价值分析[J]. 新疆医科大学学报,2019,42(3):318-320.
- [2] 万丽丽,曾祥军. 全胸腔镜下二尖瓣置换术的安全性研究[J]. 中华实验外科杂志,2019,36(8):1479-1481.
- [3] 王炜,王玮璠,王石雄,等. 全胸腔镜下二尖瓣手术97例经验总结[J]. 临床心血管病杂志,2019,35(4):306-309.
- [4] 施燕燕,施敏,徐颖颖. 胸腔镜下胸外科手术的术中护理配合[J]. 影像研究与医学应用,2018,2(3):211-212.
- [5] 王琨. 微创胸腔镜辅助二尖瓣置换术围术期的护理效果研究[J]. 实用医技杂志,2019,26(10):1346-1347.
- [6] 阮思美,连绮文,梁爱群,等. 电视胸腔镜下心脏外科手术的护理配合[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2016,37(15):2000-2002.
- [7] 章亿文,厉宝华,项海燕,等. 经导管主动脉瓣植入术后行右胸腔镜辅助低温体外循环升主动脉不阻断二尖瓣生物瓣置换1例的手术护理配合[J]. 护理与康复,2019,18(9):84-86.
- [8] 王珊,江凤英,许友. 胸腔镜微创二尖瓣成形术的手术配合体会[J]. 皖南医学院学报,2018,37(1):97-99.
- [9] 黄晶,谢庆,卢嫦青,等. 516例胸腔镜下二尖瓣成形术的护理配合[J]. 护理学杂志,2017,32(20):52-54.
- [10] 陈延东. 完全胸腔镜下二尖瓣置换术的临床研究[J]. 微创医学,2020,15(3):298-300,317.

(收稿日期:2020-09-27 修回日期:2020-12-03)