

新型冠状病毒肺炎疫情下疑似病例急诊手术护理体会

傅传凯 梁政波 赖 萍 付 韵

德阳市人民医院手术室 四川德阳 618000

【摘要】2019年12月起,新型冠状病毒肺炎在湖北武汉爆发,并迅速蔓延,疫情严重,手术室一直是医院感染关注、防护的重要场所。探讨手术室护士在疑似/确诊病例行急诊手术的术前准备及术后处置。方法回顾性分析2020年2月12日行急诊手术抢救治疗的1例自发性脑出血合并疑似新型冠状病毒肺炎患者的手术过程。结果患者经积极抢救,手术效果满意,手术室内术前准备充分、术中严密配合,严格术后终末处置,经手术间空气、物表采样,结果显示处置合格。结论制定疑似/确诊新型冠状病毒肺炎患者急诊手术流程是杜绝院内感染的有效方法,建立术前标准化的准备清单有效确保了医务人员的个人防护,术后标准化处置有效的杜绝院内感染。

【关键词】新型冠状病毒肺炎;急诊手术;手术护理体会

【中图分类号】R473.5

【文献标识码】B

【文章编号】2096-0867(2020)05-099-02

2019年12月,湖北武汉爆发新型冠状病毒肺炎,迅速蔓延全国各地。此次武汉发现的新型冠状病毒(2019-nCoV)是一种以前尚未在人类中发现的新型冠状病毒。^[1]1月12日,世界卫生组织(WHO)正式将这一病毒命名为2019新型冠状病毒(2019-nCoV)^[2],与SARS和MERS相比较,新冠肺炎的致死率较低,但传染性更强。已经证实,这3种冠状病毒均可以在人际间传播^[3],主要传播途径是经呼吸道飞沫和接触传播,在密闭的环境中可通过气溶胶传播。武汉大学中南医院的一篇最新的回顾性临床研究指出,由医院相关性传播所导致的新型冠状病毒肺炎并不少见,占所报道病例的41.35%(57/138),其中医护人员感染40例(29%),住院患者感染17例(12.3%)^[4]。由此可见,医院感染是防护的重点,而在密闭的手术间大大增加了感染的风险,因此手术相关人员掌握新型冠状病毒的防护措施,对疑似/确诊病例科学、安全有效的实施急诊手术。截至2020年2月14日,我院实施疑似病例急诊手术1例,现报告如下:

1 病例介绍

患者,男,56岁,于2月10日患者突发口角歪斜,右侧肢体无力,呼之能应,但言语含糊不清,伴小便失禁,家属拨打120救护车介入我院。入院时,浅昏迷,体温39.5℃,脉搏80次/分,血压157/91mmHg, GCS评分5分,双瞳等大等圆,左/右瞳直径均约2mm,对光反射迟钝,肌力无法查及,右侧病理征阳性。患者久居本地,患者儿子1月13日到武汉旅游,1月16日由湖北武汉坐火车回德阳,回家后居家未出,途中及居家过程中未接触发热、咳嗽人员,未诉发热、咳嗽、胸闷气紧等不适,与患者密切接触。入院后实验室检查:白细胞升高,淋巴细胞正常, IgM弱阳性,咽拭子核酸检测结果未出。急诊CT提示:①左侧基底节区脑出血灶②双肺胸膜下改变,双肺散在斑片、结节及磨玻璃密度影,考虑炎症。术前诊断:①自发性脑出血②高血压病?③新型冠状病毒肺炎?

患者于2月12日病情发生变化,需立即行开颅血肿清除术,通知手术室,按照疑似/确诊病例实施急诊手术流程,所有人员均做好三级防护,于2月12日04:45显微镜下左侧基底节高血压脑出血血肿清除术+ICP探头植入术+脑室外引流术,术中生命体征平稳,于10:20术毕,术后安返ICU,术后按照特殊感染进行终末处置。术后咽拭子核酸检测结果为阴性,排除新型冠状病毒肺炎可能。

2 手术护理

2.1 术前准备

2.1.1 人力资源调配,成立手术小组:接到疑似/确诊病例急诊手术电话或手术通知单时,及时与主管医生沟通,询问流行病学史、相关辅助检查结果、术前准备情况,并立即通知护士长,调配人力资源,成立手术小组,医务人员有皮肤破损、感冒等症状不应参与。并按照接触隔离、飞沫隔离、空气隔离三种方式做好相应的准备,所有人员均按照三级防护执行。

2.1.2 手术间准备:患者安置于独立净化机组的感染手术间;同时在手术间门口悬挂接触隔离、飞沫隔离、空气隔离标识,将手术间内与本台手术无关的物品、仪器设备、药品、耗材等全部清空。尽量精简手术人员,设巡回护士2名,即手术间内巡回护士1名,负责台下巡回工作;手术间外巡回护士1名,负责供应传递手术过程中所需物品,并做好隔离宣教^[5];安排器械护士1名。手术医生尽量控制,原则上不超过4名。麻醉医生不得超过2名^[6]。要求手术人员进入手术间后不得随意出入,杜绝人员参观手术。

2.1.3 物品准备:准备防护用品(一次性帽、护镜、一次性隔离衣、鞋套、N95防护罩、屏防护,双层套罩住防护服衣袖、一次性防护服),一次性手术包、手术专科器械、耗材和药品、终末料理物品(84含氯消毒液、0.3%过氧乙酸,75%酒精等)。

2.1.4 人员准备:所有医护人员均做好三级防护,穿洗手衣,一次性隔离衣,一次性防护服、佩戴护目镜、穿长筒鞋套、佩戴N95口罩、面屏;患者至少应佩戴医用外科口罩。

2.1.5 分别在手术间门口、限制区门口、非限制区门口分别放置快速免洗手消毒液、医疗垃圾桶。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回护士配合:①协助麻醉。核对患者信息后,迅速建立1条18G的静脉通路并协助麻醉医生经行有创动脉监测穿刺,密切监测生命体征的变化。协助麻醉医师行气管插管时,头面部应加带面屏,防止气管插管时患者呛咳,喷出痰液导致污染。②体位摆放。摆放体位时需由麻醉医生、手术医生、巡回护士共同参加,搬动时动作轻柔,防止头部剧烈晃动,加速脑疝的形成。体位摆放完成后及时检查各管路,防止打折或脱落。采用保温毯、棉垫、聚酯泡沫敷料等,保护骨突处皮肤,防止压力性损伤,并及时用约束带保护防止坠床。

2.2.2 洗手护士配合：由于该类患者病情的特殊性，在尽量短的时间内手术开始。术中严格执行无菌操作并督促其他手术人员无菌操作，防止术后感染。洗手护士应注意力高度集中，动作敏捷，主动灵活传递手术所需用品，尽可能的缩短手术时间，从而减少医务人员暴露的风险。同时手术过程中，需要做好使用电外科设备（电刀、一次性双极电凝）过程中产生的气溶胶，手术中尽可能调节到可以接受的最小功率，并及时吸走烟雾，尽量减少气溶胶的扩散。

2.3 术后终末处置

2.3.1 医疗垃圾及锐器盒处置：锐器盒及一次性医疗垃圾（纱布、垃圾、废弃标本等）必须用双层黄色垃圾袋严密包装后送焚烧处理，扎带扎紧，贴好标识“2019-nCoV 疑似/确诊”，独立放置，从特殊感染通道送出。

2.3.2 布类处置：用双层橘红色垃圾袋严密包装后送焚烧处理，扎带扎紧，贴好标识“2019-nCoV 疑似/确诊”，独立放置，从特殊感染通道送出。

2.3.3 器械处置：使用后的器械血迹擦拭干净，双层黄色垃圾袋密封包装，包装外标注器械的种类和数量，贴好标识“2019-nCoV 疑似/确诊”。电话通知供应室人员及时处置器械。对于可重复性使用的器具，例如：护目镜、屏可用 1000-2000mg/L 含氯消毒浸泡，30 分钟后重复清水擦拭，待干备用。

2.3.4 手术间处置：所有墙壁、地面均使用 1000-2000mg/L 含氯消毒液擦拭和拖地，30 分钟后重复清水擦拭。所有物表、台面、仪器设备用 75% 酒精擦拭。推车送完病人后推回手术间，使用 1000-2000mg/L 含氯消毒液擦拭，30 分钟后重复清水擦拭。手术间用 0.3% 过氧乙酸熏蒸，按每立方米 7ml 来消毒（房间面积 * 高 * 7ml 过氧乙酸）或用过氧化氢喷雾消毒剂喷雾消毒，^[6]最后打开消毒机消毒手术间，至少密闭 2 小时。手术间及转运车终末处置由手术间内巡回护士主导完成，完成后在手术间门上醒目贴上清洁完成具体时间和执行者。

2.3.5 人员防护：（出手术区域流程）按流程在手术间内脱掉手术衣、外层手套，用快速免洗手消毒液行七步洗手法，更换外科手套；待患者转运后行终末处置后，在手术间门口用快速免洗手消毒液行七步洗手法后取下下面屏；再用快速免洗手消毒液行七步洗手法后取下鞋套；再用快速免洗手消毒液行七步洗手法后更换手套，脱下防护服；再用快速免洗手消毒液行七步洗手法后取下护目镜；在限制区门口（即半限制区）再次用快速免洗手消毒液行七步洗手法取下鞋套，再用快速免洗手消毒液行七步洗手法后脱下一次性隔离衣；在非限制区门口，用快速免洗手消毒液行七步洗手法后取下 N95 口罩，注意不要接触 N95 口罩外面，以免污染手部，进入非限制区，更换清洁拖鞋，沐浴后更换新的手术衣服。

2.4 安全转运

2.4.1 接送患者前，外巡回护士指导护工做好三级防护，嘱护工携带外科口罩 1 个，给患者使用；巡回护士检查护工防护服等穿戴情况后，再接送患者，并要求护工接触病人后尽量减少触碰公共设施。

2.4.2 接到病人后，不要在病区停留，患者入室后，协助护士、医生安全转运病人至手术床，将推车一次性床套取下后，将手术床放置于手术间外走廊，并用 1000-2000mg/L 含氯消毒液擦拭，30 分钟后重复清水擦拭，备送该患者使用。

2.4.3 患者术后带气管插管回 ICU，要求在气管导管与简易呼吸器之间安装人工鼻，以防痰液、飞沫等进入呼吸球囊内部，造成污染。

2.4.4 安全转运病人后，应及时对专用电梯消毒处置，地面用 1000-2000mg/L 含氯消毒液擦拭和拖地，30 分钟后重复清水擦拭；电梯轿厢侧面用 75% 酒精擦拭。

新型冠状病毒肺炎在我国已经持续了两个多月，疑似/确诊病例不断增多，从目前流行趋势来看，尚未完全控制，疑似/确诊病例急诊手术不断增多，这对于手术室护理管理、医院感染控制无疑是个巨大的挑战，只有通过不断的优化疑似/确诊病例急诊手术流程，严格做好三级防护，建立术前标准化准备流程清单确保了医务人员的个人防护安全有效，术后标准化处置有效的杜绝医护人员及住院患者感染新型冠状病毒肺炎。

参考文献：

- [1] 李新华、高福 《新型冠状病毒感染的肺炎公众防护指南》 人民卫生出版社，2020.1.28：5-5
- [2] World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: Interim Guidance[S]. Jan 11, 2020. [https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (accessed Jan 20, 2020).
- [3] 黄耿文. 新型冠状病毒肺炎疫情下实施普通外科手术的思考和建议. Chinese Journal of General Surgery, 2020, 29(2):127-130.
- [4] Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China[J]. JAMA, 2020, doi: 10.1001/jama.2020.1585. [Epub ahead of print]
- [5] 湘雅医院手术室. 《确诊或疑似新型冠状病毒感染患者手术防护要点》2020.1.30
- [6] 郭莉. 《2019 版手术室护理指南：术室环境物表清洁与消毒》. 人民卫生出版社

（上接第 98 页）

察组手术后心率、收缩压及肾上腺素水平显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。观察组护理满意度为 95.00%，显著高于对照组的 77.50%（ $P < 0.05$ ），证明对急诊清创缝合术患者实施优质护理，能够有效缓解患者机体应激反应，更容易被患者所接受。

总之，对急诊清创缝合术患者实施优质护理能够减轻缓解患者机体应激反应，保证手术顺利进行，值得临床应用推广。

参考文献：

- [1] 梁论好. 急诊清创缝合术患者施行优质护理效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(23):187-189.
- [2] 朱会群. 优质护理在急诊清创缝合术患者中的临床效果观察[J]. 中国农村卫生, 2017, 5(16):58.
- [3] 许锦云. 急诊清创缝合术中心理护理干预的应用分析[J]. 心血管病防治知识(学术版)[J]2017, 4(6):94-96.
- [4] 刘楠楠. 个性化心理护理在急诊清创缝合术患者中的应用效果评价[J]. 中国实用医药, 2019, 14(1):184-185.