介入放射导管室的管理体会

廖　磊　吴纪瑞　杨永岩

介入放射学是影像学的一门分支。这项技术既是诊断，又是一种治疗手段，它不但对不少疾病具有临床科完全无法相比的治疗作用，而且又能协助临床科室进一步明确诊断。为保证这项新技术的顺利开展，必须制定一整套完整的规章制度。1990 年我院成立介入放射治疗室，开展这项新技术以来，共进行了 618 例次介入治疗，无一例发生差错及意外事故。我们的做法如下。

一、制定导管室专职护士工作职责

（一）在科主任的直接领导和医生的指导下，负责介入治疗前的准备，介入术中的配合和介入治疗后的导管室整理工作。

（二）认真执行各项规章制度和无菌技术操作常规，并督促检查术者的无菌操作按规范执行。

（三）做好导管及有关器械，药品，敷料的清领，保管、保养工作，药品放置应定点，定位有序，帐目要清楚。

（四）做好导管室的保洁监控工作，防止感染和交叉感染。

（五）做好各科介入治疗的登记统计和有关资料的整理工作。

（六）协助医生掌握手术适应证，术中配合要严格三查七对，密切观察病情变化，并及时报告医生。术后应随访病人，及时了解病人介入治疗的效果和病情变化情况。

（七）熟悉室内急救药品和器材的性能，放置位置，随时做好急救工作。

二、导管室保洁监控措施

（一）必须设专人负责管理，入室人员必须穿工作服，戴工作帽及口罩，术者术前需剪指甲，更衣，洗手。未经允许，谢绝参观。室内禁止吸烟及大声谈笑。

（二）导管室每天吸尘一次或用 1∶1000 的金星消毒液擦拭手术床，墙壁，地板及手能触到之处，每周大扫除一次。室内保持空气流通，保持一定的温度（25℃）和湿度（50%）并配有负离子发生器。

（三）无菌物品和未消毒物品应分别放在固定位置，不能混放。已消毒物品要求标明失效期。

（四）介入治疗的导管及器械需用福尔马林熏或环氧乙烷消毒或用 1∶500 新洁尔灭浸泡 1 小时后方可使用。心血管及脑血管其它一些特殊造影所用导管，导丝和肝介入治疗的导管，导丝要分开使用，分盆消毒，不可混盆混泡。

（五）凡进行介入治疗前，导管室内应紫外线照射消毒 1 小时。

（六）导管室应分清无菌操作和有菌操作，两个操作同时进行，应先行无菌操作，再行有菌操作。

（七）介入治疗后的所有器械，导管等物，需经 1∶1000 的过氧乙酸或 1∶1000 的 84 消毒液灌注管腔浸泡 1 小时后冲洗，晾干后备用。介入治疗后所用器械，打包前需进行整理，器械需擦拭上油以防生锈。

（八）消毒后的导管及穿刺针要不定期进行抽样，做细菌培养。每月下旬导管室内消毒前后需做空气培养，空气中细菌总数不得超过 500 个/m^3。发现不合要求时，应重新消毒再做培养。

（九）浸泡消毒用的盆、盘、缸每周消毒更换一次，并标明失效期。各种消毒液每周更换一次。凡规定一次性使用的物品不可回收再用，应按规定统一妥善处理。

作者单位：350000 南京军区福州总医院

© 1994-2011 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

三、导管室工作制度

(一)介入放射治疗由放射科主任具体实施安排进行,有关科室配合。凡介入治疗申请单,经估价后交科室主任统一安排。

(二)需介入治疗者,由临床科提出申请,提前两天通知导管室进行安排。凡急诊和特殊情况需行介入治疗者,要经两科协商后才可进行。

(三)会诊医生需携带介入治疗单到病房检查病人,查阅病历,根据病情确定治疗时间,并下达术前医嘱,填写手术协定书。

(四)外院来进行介入治疗时,必须经医务部批准后方可进行。同时要与对方医生及病人家属讲清危险性,在进行中,对方医生必须协助监护及抢救工作。

(五)导管室物品帐目必须清楚,未经医务部领导和科领导同意,不得随便外借或私自拿走。

(六)凡外单位来参观或学习者,须有医务部介绍信。参观人员在室内不可随意走动。

(七)在操作过程中坚持保护性医疗制度,避免因失言而加重病人负担。

(八)术毕,术者应详细向病人及家属交代术后注意事项,注意观察病人,及时处理并发症。

(上接34页)

这一事实告诉我们,在临床上对于有门静脉高压的患者进行肝动脉灌注化疗,并栓塞治疗肝癌的时候,碘化油的用量一定要适当的控制,否则可能介入性手术很成功,但因并发上消化道出血不止而死亡。

三、肝动脉灌注碘化油可能产生副作用,甚至死亡

大量碘化油栓塞肝动脉后,可使肝组织缺血缺氧,导致肝组织局灶性萎缩,继发性硬化性胆管炎,加重肝硬化的程度,使原来肝功能较差的患者可能出现肝功能衰竭。也可能由于大量碘化油经肝静脉回流进入体循环,在肺、脑等重要脏器发生栓塞而死亡[5]。本文动物实验证实了这一点,当灌注碘化油至8ml时狗的呼吸、心率发生改变,门静脉压力开始下降,最终死亡。本实验狗的死亡也可能因为手术中并发气胸而加速死亡。事实告诉我们在临床上对肝癌进行肝动脉灌注化疗并栓塞时,要注意是否存在动、静脉瘘或动、门脉短路,如果存在短路时,一定要先堵塞短路,以防产生严重并发症。

参考文献

1. 山本充辅,大元谦治,山本晋一郎,他,部分脾动脉塞栓术(PSE)并用肝动脉塞栓术(TAE)试,肝脏 1989;31:131。
2. 程永德,张正国,陶正龙,等。肝脾动脉双栓塞在治疗原发性肝癌中的应用。中华消化杂志 1995;15(2):121。
3. 郑金国,苏国权,杜瑞清,等。部分脾栓塞术对肝硬化门脉高压症患者肝、脾血流的影响。介入放射学杂志 1994;3:21。
4. Nakamura H, Hashimoto T, Oi H et al. Iodized Oil in the pertal vein after arterial embolization. Radiology 1988;167:415.
5. Yodono H, Tarusawa K, Kanehira J, et al. Chemoembolization therapy with cisplatin. Lipiodol (CDDP Lipiodol) in primary liver cancer--with spicial reference to hepatocellular carcinoma. Gan To Kagaku Ryoho 1986;13:3476.

© 1994-2011 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net