

精细化护理在乳腺手术的应用效果

福建省莆田学院附属医院手术室 (莆田 351100) 郑爱芳

乳腺主要由乳腺腺体、脂肪、纤维组织组成,乳腺疾病是女性群体中最为常见的一类疾病^[1]。针对乳腺疾病采用手术治疗具有效果稳定、疗效确切的优势。但是,乳腺手术后感染问题亦随着手术量的不断增加而愈发不容忽视^[2]。相关研究指出,手术室护理能够有效减少外科手术患者切口感染率^[3]。精细化护理即通过各种手段及方法将每一个护理环节做到数据化、精细化,从而全面提高护理工作质量^[4]。笔者所在科室自 2017 年 8 月始对乳腺手术患者实施手术室精细化护理,取得了较为满意的成果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:收集 2017 年 8 月至 2018 年 9 月我院行乳腺手术的患者 82 例作为观察组,采用历史对照法,收集 2015 年 8 月至 2016 年 9 月行乳腺手术的患者 75 例作为对照组,所有患者均为女性,纳入标准:1)通过彩色多普勒超声、触诊检查及病理检查明确为乳腺疾病;2)未合并凝血功能障碍、神经系统障碍以及免疫系统障碍;3)符合手术指征;4)具备良好的理解能力,依从度高。排除标准:1)存在心肺功能不全,肾脏、肝脏等重要脏器功能异常;2)存在恶性传染性疾病者。观察组患者年龄 29~61 岁,平均年龄 (48.35±3.27) 岁;受教育程度:初中 16 例,高中 31 例,大专及以上 35 例;乳腺手术分类:乳腺病损切除手术 38 例,乳腺肿瘤切除术 19 例,单侧乳房根治术 13 例,单侧乳房单纯切除术 9 例,副乳腺切除术 3 例。对照组患者年龄 31~64 岁,平均年龄 (48.81±3.62) 岁;受教育程度:初中 13 例,高中 29 例,大专及以上 33 例;乳腺手术分类:乳腺病损切除手术 32 例,乳腺肿瘤切除术 20 例,单侧乳房根治术 11 例,单侧乳房单纯切除术 7 例,副乳腺切除术 5 例。两组患者的年龄、受教育程度程度、手术类型差异无统计学意义 ($P>0.05$),两组一般资料具有均衡性。

1.2 方法:对照组给予常规手术室护理,包括手术准备、饮食护理、各项体征监测等工作,主要围绕患者生理因素展开。观察组在其基础上采用手术室精细化护理。1)术前精细化护理。①精细化健康宣教:护理人员于术前 3 天开始对患者进行健康教育,首先通过细致交流了解患者检查结果、过敏史、手术史、疾病感受、生活习惯、家庭经济状况等基本情况,针对性地开展健康教育,主要解释乳腺疾病有关知识、手术治疗具备的优势及意义、手术流程、手术医生、围术期注意事项、术后常见并发症等。对于受教育程度较低、理解能力较差的患者,应用简单易懂的语言反复多次进行教育,帮助其更好地掌握自身疾病相关知识,以提高其治疗护理配合度。对于敏感脆弱患者,应采用委婉、安抚性话语解释乳腺疾病并非不可战胜,经过专业的治疗,患者完全能够像正常人一样回归生活、工作,促使其树立治疗康复的信心及决心。②精细化心理干预:主动与患者沟通,向其介绍手

术相关知识,并耐心解答患者疑虑。由于乳房是女性最重要的第二性征,多数患者均对乳腺手术持畏惧、忧虑态度,护理人员应及时纠正其错误的疾病认知,疏导不良情绪,如介绍本院乳腺手术成功案例,为患者树立康复信念。直到麻醉前,护理人员应耐心倾听患者对自身情况的表达,并以温和的言语开导患者,缓解其对手术的畏惧情绪。③精细化清洁护理:术前 1 d 告知患者洗澡换衣,重点清洗腋窝及手术部位并刮掉腋窝处毛发,刮毛过程需小心谨慎,防止造成皮肤破损增加感染风险。2)术中精细化护理。①精细化无菌干预:患者进入手术室前 30 min,全面给予室内空气消毒,调节空调温度至 22~25℃,湿度 50%~60%,确保手术器械灭菌合格。医护人员秉持无菌操作理念,遵循洗手液擦手法,严格按照规范洗手程序清洁手部、前臂。②精细化保暖护理:准备好厚度、大小适宜的小棉被或毯子,便于术中覆盖患者胸部以下位置,并在手术台上加铺一层棉褥,防止术中发生体温过低情况。③确立主台护士责任制:主台护士负责监督管理手术室人员操作规范性并进行质量把关,对术中任何违背无菌操作理念的行为给予纠正,确保术野清洁无菌。3)术后精细化护理。①基础护理:用温水擦拭清理患者身上污渍及血渍并穿戴好衣物,护送至病房后,严密监测并记录其各项体征,包括脉搏、血压、呼吸等,查看患者切口有无红肿、出血,及时清理、更换敷贴。②精细化生活干预:术后患者的许多日常生活习惯及饮食习惯均需要进行纠正,以更好地促进切口愈合,应告知并督促其戒烟戒酒,勿食辛辣、刺激、油炸类食品,多进食高维生素、高蛋白、易吸收类食物如鲜鱼、瘦肉、牛奶、蔬菜等,多休息、勿熬夜。③外界支持:主动告知患者及家属手术情况,并对患者的高度配合予以表扬及肯定,告知家属多关心患者,加强对其脉搏、血压、呼吸、面色等的自主监测,发现异常及时联系护理人员。

1.3 观察指标:1)观察及统计两组患者切口感染、切口肿胀、手臂水肿、皮下积液、切口出血等手术并发症发生率;2)采用自制《住院患者满意度调查问卷》评价患者对护理工作的满意程度,评分 ≥ 90 分为非常满意,80分 \leq 评分 ≤ 89 分为满意,70分 \leq 评分 ≤ 79 分为一般,评分 ≤ 69 分为不满意;3)统计两组患者住院时间、心理状况评分,其中采用抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评估患者心理状况,得分越高则患者抑郁、焦虑情况越严重。

1.4 统计学分析:患者各项临床数据经 SPSS 19.0 进行统计学分析,计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两样本 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率比较:观察组患者切口感染、

切口肿胀发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 而两组手臂水肿、皮下积液、切口出血差异无统计

表 1 两组患者并发症发生率 [例 (%)]

组别	例数	切口感染	切口肿胀	手臂水肿	皮下积液	切口出血
对照组	75	12 (16.00)	11 (14.67)	7 (9.33)	5 (6.67)	6 (8.00)
观察组	82	4 (4.88)	3 (3.66)	1 (1.22)	1 (1.22)	2 (2.44)
χ^2 值		4.149	4.568	3.787	1.854	1.487
P 值		0.042	0.033	0.052	0.173	0.223

2.2 两组满意度比较: 观察组患者总满意度较对照组有所提高, 两组满意度差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 5.845, P = 0.016$), 见表 2。

表 2 两组患者满意度情况比较 [例 (%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	一般	不满意	总满意度
对照组	75	23 (30.67)	18 (24.00)	19 (25.33)	15 (20.00)	41 (54.67)
观察组	82	33 (40.24)	27 (32.93)	18 (21.95)	4 (4.88)	60 (73.17)

2.3 两组住院时间及心理状况比较: 观察组患者住院时间较对照组明显缩短 ($P < 0.05$), 观察组 SDS、SAS 评分较对照组明显降低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者住院时间与心理状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间/d	SDS/分	SAS/分
参照组	75	19.28 ± 3.22	40.83 ± 5.36	39.65 ± 5.72
观察组	82	16.71 ± 2.84	37.55 ± 4.32	32.48 ± 5.52
t 值		5.313	4.075	7.990
P 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

随着生活方式的改变及各种压力的纷至沓来, 乳腺疾病逐渐成为现代社会危害女性生理及心理健康的重要疾病之一^[5], 主要临床表现为乳房胀痛、出现肿块、乳头渗液、腺体增厚等, 其发病与不健康生活习惯、婚育情况、电离辐射、遗传因素等均有一定联系^[6]。当前医学针对乳腺疾病多采用手术治疗, 但由于手术会对乳房造成不同程度的损害加剧了患者身心痛苦, 因此, 为了确保手术的有效性及其预后恢复期的安全度过, 给予患者科学细致的手术室管理变得必不可少。何秀莲等^[7]将精细化流程干预应用于手术室感染控制过程中, 有效提高了手术室采样结果合格率, 降低了手术室感染安全隐患事件发生率。

在此基础上, 考虑到目前乳腺疾病手术中感染事件多发的临床背景, 本研究在我院乳腺手术患者中开展手术室精细化护理, 并通过历史对照法, 将开展手术室精细化护理之前的乳腺手术患者作为对照组, 经分析比较发现, 观察组患者切口感染、切口肿胀发生率明显低于对照组。沈黎黎等^[8]采用手术室细节护理以期降低切口感染率, 获得了较为满意的结果, 本文与之具有类似性, 分析原因可能是精细化护理在手术前即对患者基本情况进行了详细评估, 根据其实际开展了针对性的健康宣教, 不同性格特点的患者采取了个性化的

教育方式, 及时纠正了患者的不良疾病认知, 为后续手术治疗打下良好的基础; 同时, 手术室精细化护理加入了常规护理模式经常忽略的人文因素, 直至患者麻醉前均与之进行充分的沟通交流, 解答其疑虑, 最大限度消除患者的心理问题, 让其以最佳状态迎接手术^[9]; 术中、术后则严守无菌操作规范, 时常主动询问、关心患者, 纠正其不良生活习惯, 促进其尽快康复。另外, 正是由于护理人员围术期的精心、细致护理, 患者的满意度获得了显著提升。同时, 观察组患者住院时间较对照组明显缩短, 这可能是由于手术室精细化护理减少了手术切口感染, 而切口感染可能会造成患者全身性感染, 延长恢复时间、危及患者健康安全, 患者经过精细化护理, 切口快速愈合, 提高了手术效果, 从而缩短了住院时间^[10]。值得注意的是, 观察组患者的焦虑、抑郁评分也较对照组明显降低, 说明良好的护理干预不仅促进患者躯体的康复, 对其心理状态的改善同样具有积极作用。

总之, 针对乳腺疾病患者实施手术室精细化护理, 对于减少手术切口感染, 提高护理满意度, 缩短手术时间, 并缓解其负性情绪均有明显效果。

参考文献

- [1] 陈春燕, 师艳萍, 要雪晴, 等. 年轻女性乳腺疾病患病率及致病因素分析 [J]. 护理研究, 2018, 32 (14): 2277-2279.
- [2] 康骅, 侯丁丁. 乳腺疾病外科治疗的发展方向及关注焦点 [J]. 国际科学杂志, 2017, 44 (3): 145-148.
- [3] 刘茜. 精细化护理模式应用于骨科手术患者的有效性分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22 (16): 71-75.
- [4] 陈宇, 冯俊, 乔丽娟, 等. 精细化护理在特需病房中的应用 [J]. 西部医学, 2017, 29 (12): 1774-1776.
- [5] 苏静, 吴蓓雯, 谢小皎, 等. 乳腺疾病患者营养状况的现状调查 [J]. 解放军护理杂志, 2014, 31 (23): 1-5.
- [6] 刘新华, 周立芝, 李建君, 等. 持续性护理健康教育对乳腺科手术患者认知水平及满意度的影响 [J]. 中国医药导报, 2017, 14 (32): 141-144.

- [7] 何秀莲, 冯惠琼, 沈利华, 等. 精细化流程干预在手术室感染控制中的应用 [J]. 中国医药导报, 2016, 13 (35): 154-157.
- [8] 沈黎黎. 手术室细节护理管理预防腹部手术切口感染的效果分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 8 (12): 85-87.
- [9] 何春红, 李晓玲, 姜红. 不同护理干预对疑似乳腺癌病人等待病理报告期间焦虑的影响 [J]. 护理研究, 2014, 28 (2): 203-205.
- [10] 朱瑞凯, 冯向前, 杨辉, 等. 886 例乳腺癌病人住院费用影响因素分析 [J]. 中华疾病控制杂志, 2014, 18 (3): 247-251.

45 例单孔加一孔腹腔镜结直肠癌根治术的手术配合

福建医科大学附属肿瘤医院 福建省肿瘤医院手术室 (福州 350014) 叶素芳 吴晓丹 郑休嘉

腹腔镜结直肠癌根治术已经是目前公认的结直肠癌最佳手术治疗, 但随着科技的不断发展以及人们对美的追求, 术后恢复更快、美容效果更佳的单孔腹腔镜技术应运而生。但由于该技术缺乏“操作三角”导致手术难度大幅上升影响了手术的推广, 为此, 我院手术团队开展单孔加一孔 (single incision plus one port laparoscopic surgery, SILS+1 孔) 腹腔镜手术模式。现将我院 2017 年 11 月至 2018 年 12 月共完成的 45 例单孔加一孔腹腔镜结直肠癌根治术的护理配合体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组 45 例中, 男 30 例, 女 15 例; 平均年龄 (55.3±9.4) 岁。术前均经彩超、CT、肠镜等检查诊断为乙状结肠或直肠癌 (肿瘤距肛缘 10~30 cm), 评估肿瘤最大径 < 5 cm, 术中探查排除腹腔转移、远处脏器转移及联合脏器切除者, 均采用单孔加一孔腹腔镜结直肠癌根治术。45 例手术均顺利完成, 无一例中转开腹手术。手术时间为 (116.2±33.4) min, 术中出血量为 (53.2±56.7) mL, 住院时间为 (7.0±1.5) d。术后均无并发症, 预后良好。

1.2 手术步骤简介: 患者麻醉方式均采用气管插管静脉和吸入复合全身麻醉。改良截石位, 于脐周自然皱褶处取 3~4 cm 切口, 置入国产康基 XV 型套管穿刺器, 建立气腹并维持压力为 13 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 分别置入腹腔镜、腹腔镜分离钳和腹腔镜无损伤抓钳等器械, 在右下腹置一辅助 12 mm 穿刺器作为主操作孔, 置入超声刀。根据肿瘤部位完成游离后在距肿瘤下缘 5 cm 处用线型切割缝合器切断并闭合肠管, 关闭气腹, 从单孔穿刺器处取出近端肠管, 游离完毕在距肿瘤上缘 10 cm 处置一荷包并切断肠管, 移走标本, 近端置入圆形吻合器底座后放入腹腔, 重新建立气腹, 在腹腔镜下完成直肠-结肠端端吻合, 最后于主操作孔的穿刺器孔处放置一根引流管引流吻合口周边液体^[1]。

2 护理配合

2.1 术前准备: 术前做好患者的访视工作和心理护理, 并备好手术所需要的器械物品, 包括腹腔镜系统、气腹机、电刀、超声刀、冲洗吸引装置、腹部手术器械、常规腹腔镜器械、Hemolock 钳、腹腔镜钛夹钳、保温杯、12 mm 穿刺器、国产康基 XV 型套管穿刺器、直线切割吻合器、一次性圆形吻合器、显影小方纱、腹腔镜小纱条、Hemolock 夹、钛夹、荷包针、11 号刀片、吸引管及针线。

2.2 术中配合:

2.2.1 器械护士配合要点: 1) 合理收纳摆放手术器械用物: 器械护士提前洗手上台整理检查器械物品并与巡回护士清点器械、纱布、零件的数量。协助医生铺巾完毕与巡回护士配合连接好腹腔镜系统以及电刀、超声刀等。在主刀位置的右边用无菌中单制作一置物袋用来存放超声刀、电刀、吸引器等并整理好各导线, 以方便医生术中使用时又不容易缠绕为宜, 在方便扶镜手术中烫洗镜头的位置粘一无菌置物袋, 再将自制带有挂钩的保温杯用布巾钳固定于置物袋内, 既方便医生术中使用又可防止术中热水倒洒烫伤患者。2) 手术步骤配合: 首先递两把布巾钳和 11# 刀片于脐下 3 cm 置入 12 mm 的穿刺器; 成功建立气腹后, 给予肠钳和无损伤抓钳探查腹腔盆腔, 探查完毕再递 22# 刀片和电刀给主刀医生将脐部切口延长至 3 cm, 安装完毕单孔穿刺器底座再递一块显影小纱布围捆穿刺器底部以防术中漏气, 递单孔穿刺器主体部分, 安装完毕, 将气腹管接入单孔穿刺器上的气腹接口, 置入 30°腹腔镜, 在腹腔镜引导下, 递 11# 刀片和 12 mm 穿刺器置另一辅助切口作为主操作孔, 穿刺器上接入吸引管连接负压用于排烟, 调节开关常规处于半开放位置, 术中根据烟量大小和气腹维持情况适时调节。递给主刀腹腔镜无损伤抓钳和超声刀, 递给第一助手腹腔镜肠钳或无损伤抓钳。术中要提前上好 Hemolock 夹、钛夹, 及时递给主刀使用。完成根治性肠切除且吻合完毕后, 递引流管给主刀于辅助穿刺器孔处放置引流管, 先关闭气腹, 再从吸引管处排完腹腔内残余气体, 备好针线协助医生关腹、固定引流管。3) 合理配合使用圆形吻合器和腹腔镜线型切割缝合器: 术中需要使用圆形吻合器时, 应注意底座和圆管面都要上石蜡油, 吻合完毕应检查吻合器上的两个切端是否完整, 出现切端断裂或破损情况要及时报告医生。使用腹腔镜线型切割缝合器时, 应注意先检查线型切割缝合器是否可以正常使用, 装上切割钉后要在钉头端涂抹石蜡油方便医生术中操作, 卸下使用完的钉仓后要将钉槽上遗留的残钉清理干净。4) 预防术中感染, 注意术中无菌环境的保持: 术中严格无菌技术操作, 根据需求和巡回护士一起协助医生完成吻合前肠道冲洗, 术毕再次用 43℃ 稀释 10 倍的碘伏溶液进行腹腔冲洗以预防感染。5) 术中适时协助固定穿刺器、托扶器械: 术中使用腹腔镜分离钳夹带腹腔镜小纱布以及部分管径较粗的腹腔镜器械通过穿刺器时, 穿刺器经常被带离原位, 此时需要我们协助医生一手托扶器械, 另一手固定穿刺器以方便器械进出穿刺器以免穿