

- [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, 冯向先, 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、腔镜分离钳和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<sup>[1]</sup>。

### 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、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腔镜系统以及电刀、超声刀等。在主刀位置的右手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时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 号刀片于脐下 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 号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, 在腔镜引导下, 递 11 号刀片和 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。递给主刀腔镜无损伤抓钳和超声刀, 递给第一助手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: 术中使用腔镜分离钳夹带腔镜小纱布以及部分管径较粗的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

刺器移位造成后期多次调整浪费手术时间,提高了手术效率。6) 注意无瘤技术操作:器械护士手术全过程均应执行无瘤技术操作,按照“无瘤区”和“有瘤区”整理存放器械。需要时被肿瘤污染的一次性物品和器械应及时更换,若器械无条件更换应浸泡于无菌蒸馏水中 5 min 以上再使用<sup>[2]</sup>。取大标本时应使用标本袋,取淋巴结时可使用指套(取一无菌手套,斜剪下手指部分内外翻转,洗净滑石粉即可)装取,方便又经济。术毕要用 43℃ 无菌蒸馏水冲洗以杀死可能残留的肿瘤细胞。手术结束撤销气腹时要注意先关气腹、排尽腹腔内 CO<sub>2</sub> 后再拔除穿刺器,以防“烟囱效应”造成戳孔癌种植<sup>[3]</sup>。

2.2.2 巡回护士配合要点:1) 体位摆放:采用改良截石位,在患者左上肢建立静脉通路,肩托固定主要防止患者往头侧和右侧下滑,为利于扶镜手术中操作,应将头架位置尽量调低,以头架横杠垂直距离患者下颌 5 cm 为宜。2) 做好保暖:室温控制在 25℃ 左右,湿度控制在 50% 左右。所有外露的肢体(包括双下肢和输液侧肢体)均用中单包裹,松紧度以紧密贴合不易脱落为宜,双下肢包裹至膝盖上 2~3 cm,输液侧肢体要注意预留位置方便术中观察输液处情况。术前消毒和术后准备运送患者时,室温调高到 27℃。术中冲洗液温度控制于 43℃,输入液体的温度控制于 37℃。3) 术中气腹压力的维持:由于单孔穿刺器的密封性不足以及手术中吸引器持续低压吸引容易导致术中气腹压力不足,为了更快更好地恢复气腹压力,气腹机的进气流量设定为 30 mm Hg 左右,额定气腹压力设定为 13 mm Hg。4) 预防术

中感染:术前 0.5~2 h 预防性使用抗生素,手术时间超过 3 h 的按照医嘱再次使用抗生素。乙状结肠、直肠采取经肛门进行吻合的术式,在吻合前需要经肛门冲洗肠道。需准备 43℃ 稀释 10 倍的碘伏溶液 500 mL,和器械护士配合连接冲洗器和吸引管后由手术医生负责冲洗。术毕需再准备 43℃ 稀释 10 倍的碘伏溶液冲洗腹腔盆腔。

2.3 术后做好回访工作,持续改进护理质量。

### 3 体会

单孔加一孔腹腔镜技术由于术后恢复快、美容效果佳、手术难度适宜,已逐渐被医学界认可和推广。但由于目前该技术仍处于初期发展阶段,还有许多未知的问题需要进行研究解决,为此我们的护理团队针对该手术方式成立了专门的护理小组,配合手术医师手术方式的改善,研究总结相应的护理配合细节,使之持续改进。从而做到熟练掌握手术步骤,默契配合手术各环节,以保证手术的顺利进行。

### 参考文献

- [1] 滕文浩,魏丞,肖军,等.单孔加一孔联合 ERAS 在高位直肠及乙状结肠癌中的应用[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2019,6(1):53-57.
- [2] 徐李娟,陈肖敏,吕柄建,等.水和生理盐水浸泡术中污染器械灭活肿瘤细胞的实验研究[J].中华护理杂志,2005,40(11):810-811.
- [3] 余江,张策,王亚楠,等.腹腔镜直肠癌全直肠系膜切除术中无瘤技术的探讨[J].腹腔镜外科杂志,2010,15(6):413-416.

## 预见性护理对预防老年髋关节置换术后下肢深静脉血栓的效果分析

福建省宁德市医院骨科(宁德 352100) 吴翔燕 陈小雁 程淋娜

髋关节置换术是治疗股骨颈骨折、股骨头坏死等的重要术式,相较于内固定手术、保守治疗而言,髋关节置换术能够矫正畸形,有效改善髋关节功能,减少卧床静养时间,术后康复较快,且能够在一定程度上避免骨折不愈合或难愈合、股骨头缺血等并发症<sup>[1]</sup>。然而,下肢深静脉血栓(DVT)仍然是髋关节置换术的主要并发症,发病率高达 70%,可能导致静脉血管阻塞,影响静脉回流,重则导致肺栓塞,威胁患者生命,在预防 DVT 方面,国外主要以循环压力治疗、健康教育、药物等预防 DVT 发生,国内预防方式主要有心理护理、优质护理、路径护理等方面,但护理效果欠佳,仍然需要寻找最佳的护理模式以达到人力、物力、财力等的平衡<sup>[2]</sup>。本文对老年髋关节置换术采用预见性护理,以分析预见性护理对老年髋关节置换术后发生下肢深静脉血栓的影响。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2017 年 7 月至 2018 年 12 月收治的股骨颈骨折及股骨头坏死患者 70 例。入选标准:于本院进行髋关节置换术治疗;年龄 65~80 岁;住院时间≥7 d;均知

情同意。排除标准:严重的心脑肝肾功能或凝血障碍;陈旧性骨折;精神疾病;药物滥用患者;无法配合者。将患者随机分为观察组和对照组各 35 例。观察组男 20 例,女 15 例;年龄 65~80 (69.35±5.70) 岁,股骨头坏死 18 例,股骨颈骨折 17 例;股骨头坏死 Ficat 分期中Ⅲ期 4 例,Ⅳ期 14 例;骨折类型中经颈型骨折 2 例,头下型骨折 15 例;手术类型中全髋关节置换术 18 例;半髋关节置换术 17 例。对照组男 22 例,女 13 例,年龄 65~79 (69.35±6.01) 岁;股骨头坏死 15 例,股骨颈骨折 20 例;股骨头坏死 Ficat 分期中Ⅲ期 3 例,Ⅳ期 12 例;骨折类型中经颈型骨折 3 例,头下型骨折 17 例;手术类型中全髋关节置换术 16 例,半髋关节置换术 19 例。两组性别、年龄等一般资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性。

### 1.2 方法:

1.2.1 护理方法:对照组接受围术期常规护理及治疗。观察组接受全程预见性护理干预,具体为:1) 术前:全面评估患者身体素质、病情等,对糖尿病、心脑血管疾病、静脉曲张等 DVT 危险因素患者予以重点关注,积极治疗合并疾