

作用,积极的术后呼吸锻炼行为干预能有效抑制 dkk-1 的表达,从而促进患者康复,缓解疼痛,从而提高患者术后生活质量。

参考文献

[1] 郑莹,王杰军,邹建军,等.上海市社区癌症患者生活质量及其影响因素[J].癌症,2007,26(6):613-619.  
 [2] Bradley S,Rose S,Lutgendorf S,et al. Quality of Life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors [J]. Gynecol Oncol,2006,100(3):479-486.  
 [3] 张伟,张加强,孟凡民.右美托咪定联合持续气道正压通气对食管癌根治术老年病人单肺通气时肺组织氧化应激反应及炎性反应的影响[J].中华麻醉学杂志,2014,34(1):5-8.  
 [4] 高立平,刘俊峰,曹富民,等.食管癌切除术后呼吸功能衰竭的危险因素研究[J].中国全科医学,2014,17(9):1005-1008.  
 [5] Roth MJ, Abnet CC, Hu N, et al. p16, MGMT, RARbeta2, CLDN3, CRBP and MT1G gene methylation in esophageal squamous cell carcinoma and its precursor lesions[J]. Oncol Rep,2006,15(6):1591-1597.  
 [6] 刘俊,田月强,靳海荣.电话回访式饮食干预在预防食管

癌术后吻合口狭窄中的作用分析[J].中国医药导报,2014,11(4):116-118.  
 [7] 姜红仙,姜午娟,杨康.食管癌患者开胸术后拔管期的护理方法研究与效果观察[J].中国医药导报,2013,10(32):135-137.  
 [8] 杨光煜,何苡,胡为才,等.53例食管癌贲门癌术后吻合口瘘及相关并发症的处理[J].中华胸心血管外科杂志,2014,30(1):11-13.  
 [9] 范敏莉.经颈、胸、腹三切口食管癌根治术患者的护理[J].护理实践与研究,2014,11(3):60-61.  
 [10] 林榕,陈赛云,张丹.26例食管癌合并糖尿病病人的围术期护理[J].全科护理,2014,12(2):159-161.  
 [11] 童雅萍,汪和美,姚英燕,等.预见性护理干预在预防高龄食管癌患者术后谵妄中的应用[J].护士进修杂志,2014,29(2):153-155.  
 [12] 王丹,喻春钊.β-catenin 和 Wnt-1 在食管癌组织中的表达及其临床意义的研究[J].中国医药导报,2013,10(36):89-93.  
 [13] 高跌,张舒羽,沈卫东,等.Pax2 在食管鳞癌中的表达及临床意义[J].中华消化内镜杂志,2014,31(1):44-46.  
 (收稿日期:2014-07-05 修回日期:2014-09-12)

# 护理配合对胸腔镜联合腹腔镜行食管癌根治术患者疗效观察\*

郭聪颖,盖玉杰,林丽(哈尔滨医科大学附属第二医院胸外一科,哈尔滨 150086)

**【摘要】目的** 探讨胸腔镜联合腹腔镜行食管癌根治术的效果及临床护理要点。**方法** 收集 2010 年 1 月至 2014 年 1 月哈尔滨医科大学附属第二医院收治的食管癌患者 58 例,根据手术方式分为观察组(胸、腹腔镜联合食管癌根治术,30 例)与对照组(传统食管癌根治术,28 例),比较两组的手术效果,并总结临床护理经验。**结果** 观察组术后排气时间与对照组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),手术时间、术中出血量、术后胸腔引流量及住院时间均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组并发症发生率为 6.7%,显著低于对照组的 25.0%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 胸腔镜联合腹腔镜行食管癌根治术疗效显著、创伤小,配合严密护理观察有利于提高手术成功率,降低并发症发生率。

**【关键词】** 腹腔镜; 胸腔镜; 食管癌根治术; 护理配合

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.03.049 文章标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)03-0405-03

食管癌是临床常见的消化道肿瘤,患病后主要表现为呕吐、疼痛、进食困难等,具有较高的发病率及致死率,及早发现、诊断并予以有效治疗是改善食管癌临床预后的关键<sup>[1-2]</sup>。目前,临床治疗食管癌的主要方法有免疫治疗、中医治疗、化疗、放疗、手术及内镜治疗。近年来,随着腔镜技术的不断发展与完善,腔镜下食管癌根治术在临床中获得了广泛应用<sup>[3]</sup>。本院在严密护理观察下实施胸腔镜联合腹腔镜食管癌根治术,获得了显著疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2010 年 1 月至 2014 年 1 月本院收治的食管癌患者 58 例,均经胃镜检查及病理检查确诊,术前均经胸部增强 CT 检查明确肿瘤大小及外侵程度,均具备手术切除条件,除外既往胸、腹部手术史。其中男 39 例,女 19 例,年龄 40~75 岁,平均(60.4±5.2)岁;22 例为食管中段癌,9 例为食

管中下段癌,27 例为食管下段癌。根据手术方式将患者分为两组,行传统食管癌根治术的 28 例患者作为对照组,行胸、腹腔镜联合食管癌根治术的 30 例患者作为观察组,两组的年龄、性别、食管癌部位等差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 手术方法** 对照组行传统食管癌根治术,即开胸食管切除术、腹腔镜游离胃联合胃食管右胸顶或者左颈吻合术。观察组行胸、腹腔镜联合食管癌根治术,具体方法:(1)胸腔镜下胸段食管游离及纵隔淋巴结清扫术,以腋前线第 7 肋间作为探查孔,于腋前线第 4 肋间、腋后线与肩胛下岬线间第 5 肋间及腋后线第 7 或 8 肋间作为操作孔。消毒铺巾后留置套管针,采用超声刀将纵隔胸膜切开,使食管暴露,并沿着食管自下而上进行游离直至胸顶,将静脉弓离断。对胸上部、中部、下旁、隆突下及左右喉返神经旁淋巴结进行清扫。(2)腹腔镜下胃游离

\* 基金项目:黑龙江省卫生厅科研课题(2013058)。

术:经脐下方行切口,经此切口置入气腹针,常规建立人工气腹。然后在腹腔镜直视下在左右侧弓下锁骨中线及腋前线部位取4个操作孔,操作孔呈“V”字形分布。以超声刀进行胃部游离,将胃左动脉及静脉夹闭,保留胃网膜右侧血管。将食管腹段游离,并使其与右胸腔相通畅。将部分左侧膈肌脚切断,并将食管裂孔扩大。(3)胃代食管左颈吻合术:在左锁乳突肌前缘行一大大小为5 cm的切口,将食管颈段离断,并在剑突下腹部的正中行大小为3~5 cm左右的切口,自切口将胃及食管牵出,以切割缝合器将贲门及胃小弯侧离断,制作管状胃,然后将管状胃牵拉到左侧颈部,实施食管及胃吻合术。术中充分止血,术毕常规冲洗胸腔,留置胸腔引流管,逐层关胸,标本送病理检查。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理 (1)心理护理:向患者介绍手术室环境、医疗设备、大概手术时间、术中体位安置及配合要点,讲解手术的安全性,消除患者的紧张、焦虑等情绪,树立战胜疾病的信心,保持最佳心态接受手术。充分了解患者及其家属对疾病与手术的认识,积极做好沟通交流工作,获得其理解与配合。(2)术前准备:术前1 d加强访视,了解患者的病情及各项检查结果,完善术前准备。对于水电解质失衡及营养不良者,应积极予以营养支持,提供富含维生素、高热量及高蛋白饮食,提高其机体耐受能力。术前插管时,确保胃管滑润,以免造成不必要的损伤。维持手术室温、湿度适宜,湿度维持在40%~60%,温度维持在22~25℃,准备好腔镜系统、超声刀、高频电刀、常规开胸手术器械、胸腔和腹腔镜器械、吻合器、钛夹等,并检查各设备及器械的性能。

1.3.2 术中配合 术中加强体位管理,根据手术需求及时、正确更换体位,维持床单元与体位垫平整、清洁、干燥,以免发生压疮。妥善固定患者的体位,避免与金属接触,注意保暖和保护患者的隐私。术中充分配合手术医生操作,及时清点仪器设

备及相关物品。术中操作必须严格执行无菌技术原则,避免发生感染、异物遗留及肿瘤种植转移等。

1.3.3 术后护理 (1)生命体征监护:患者返回病房后,应密切观察其生命体征变化,予以持续吸氧直至病情基本稳定。在全身麻醉药效尚未退去前应予以平卧位,使头部偏向一侧避免误吸呕吐物造成气管堵塞。(2)呼吸道管理:观察患者的呼吸节律、频率及状态,术后次日予以叩背,每1~2 h一次。(3)饮食护理:因食管癌术后产生胸腔胃,导致食管平卧进食能力暂时丧失,极易发生食物反流,故应合理控制进食量,以免进食过多造成心肺受压而发生气喘、心肌或者胃食物反流等而诱发吸入性肺炎。(4)引流管护理:加强引流管巡视与管理,充分固定好各引流管,避免其扭曲、折叠、堵塞或者脱落。在胸腔下60 cm处留置水封瓶,严禁胸腔出口高于水平面,避免液体逆流而导致胸腔感染。(5)加强基础护理:完善各项日常护理措施,例如口腔护理、纠正水电解质平衡及酸中毒等,术后早期遵医嘱予以全肠外营养支持等。合理调整输液顺序及输液速度,调整营养液温度至20℃左右,并密切观察患者的反应,预防恶心、呕吐、腹泻、腹胀等并发症。

1.4 观察指标 统计两组的手术时间、术中出血量、术后胸腔引流量、术后排气时间及住院时间等,观察两组的手术并发症发生情况。

1.5 统计学处理 数据以统计学软件SPSS18.0进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术观察指标比较 见表1。观察组手术时间、住院时间较对照组显著缩短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );术中出血量及术后胸腔引流量较对照组显著降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组术后排气时间差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表1 两组手术观察指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 手术时间(h) | 术中出血量(mL)  | 胸腔引流量(mL)  | 排气时间(d) | 住院时间(d)  |
|-----|---------|------------|------------|---------|----------|
| 观察组 | 4.3±1.4 | 248.4±30.8 | 200.2±28.4 | 3.3±1.2 | 9.1±3.4  |
| 对照组 | 6.5±1.7 | 305.4±75.5 | 300.1±40.1 | 3.5±1.4 | 13.3±3.2 |

2.2 两组并发症比较 见表2。观察组并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 两组并发症比较[n(%)]

| 组别  | n  | 切口感染    | 肺部感染   | 吻合口瘘   | 心律失常   | 合计      |
|-----|----|---------|--------|--------|--------|---------|
| 观察组 | 30 | 2(6.7)  | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 2(6.7)  |
| 对照组 | 28 | 3(10.7) | 1(3.6) | 1(3.6) | 2(7.1) | 7(25.0) |

3 讨论

胸、腹腔镜联合食管癌根治术是一种新型食管癌治疗术式,具有切口小、手术创伤小、术后恢复快等优点,为越来越多的患者所接受<sup>[4-5]</sup>。不同于传统食管癌根治术,胸、腹腔镜联合食管癌根治术是在全腹腔镜下的微创术式,以小切口辅助胸腔镜手术,能够充分显露纵隔,并减少手术创伤<sup>[6]</sup>。同时,在镜像技术下操作,能够有效清扫双侧喉返神经走行处淋巴结,故能够同时实现食管切除与淋巴结清扫双重目的,从而根治肿瘤<sup>[7]</sup>。由于胸、腹腔镜联合微创术式无需开放腹部切口,创伤较小,对

呼吸时患者的腹肌运动无明显影响,也无需将背部神经及肌肉切断,从而显著减轻术后疼痛,有利于术后患者的有效咳痰和咳嗽,促进呼吸功能康复,降低肺部感染或者肺不张等的发生率。由此可见,胸、腹腔镜联合食管癌根治术能够降低肺部并发症,提高手术安全性与有效性。本研究结果显示,观察组的手术时间较对照组明显缩短,且术中出血量较对照组显著减少。

传统胸外科手术需要在胸壁行大小为30 cm左右的切口,纵劈胸骨或者将胸壁两层肌肉切开,有时还需要将一根肋骨切除或者切断。应用胸腔镜手术仅需行2个大小为1.5 cm的切口和1个0.5 cm的切口,无需切断肋骨与肌肉,对患者的创伤小,可避免吻合口张力过大,并可维持血供良好,有利于降低术后吻合口瘘及吻合口狭窄等并发症的发生率,有效提高吻合质量,从而改善手术效果。同时,由于手术创伤更小,对胸、腹腔脏器的干扰小,患者术后恢复更快。本研究中,观察组术后住院时间较对照组显著缩短。在围术期,加强观察护理是确保手术安全性、提高手术成功率、降低手术并发症的关键。术前心

理护理及充分的准备,有利于确保手术顺利进行,改善患者的心理状态,提高手术护理配合度;术中加强护理配合,熟悉手术步骤、根据手术需求合理更换体位,严格执行无菌操作,有利于降低手术并发症,预防肿瘤细胞扩散;术后加强病情观察、加强各种管道管理对于促进康复具有重要意义。本研究结果显示,观察组仅 2 例患者发生切口感染,无吻合口瘘、肺部感染等并发症,并发症发生率仅为 6.7%,显著低于对照组的 25.0%。

综上所述,胸腔镜联合腹腔镜食管癌根治术创伤小、术后恢复快、疗效显著,配合严密护理观察可提高手术安全性、有效性,降低手术并发症,改善患者的术后生活质量,值得推广应用。

### 参考文献

[1] 陈效颖,黄美星,鄢敏英,等.胸腹腔镜联合行食管癌根治术的手术配合[J].中华护理杂志,2011,46(8):783-784.  
 [2] Lu J, Tao H, Song D, et al. Recurrence risk model for esophageal cancer after radical surgery[J]. Chinese J Cancer Res, 2013, 25(5): 549-555.

[3] 李海鹏,苏凯.腔镜下食管癌根治术在食管癌治疗中的应用[J].现代仪器与医疗,2013,19(3):50-52.  
 [4] 王素贞,牛枫.食管癌患者的围手术期护理体会[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(21):83-84.  
 [5] Okamoto N, Ozawa S, Kitagawa Y, et al. Metachronous gastric carcinoma from a gastric tube after radical surgery for esophageal carcinoma[J]. Ann Thorac Surg, 2004, 77(4): 1189-1192.  
 [6] 郑向文,李文省.胸腔镜、腹腔镜联合食管癌根治术 11 例体会[J].中国内镜杂志,2012,18(8):883-884.  
 [7] 王俏丽.全胸腔镜联合腹腔镜食管癌根治术的手术护理配合[J].江苏医药,2014,40(2):244-245.

(收稿日期:2014-09-17 修回日期:2014-12-15)

## 手术室优质护理实施效果探讨\*

万利,刘明秀(重庆市璧山县人民医院 402760)

**【摘要】** 目的 探讨手术室开展优质护理的效果。方法 将 2012 年 4 月的 589 例手术患者作为对照组,2012 年 5 月的 604 例手术患者作为实验组,对照组按常规护理,实验组在常规护理的基础上实施优质护理,包括优化工作流程,转变手术室护理理念,加强手术室护士的业务学习,完善护理质量监控体系,加强医、护、患沟通,建立激励机制,重视手术患者的评估和术后回访等。通过实施优质护理前、后患者和医生对护士满意度评价优质护理的实施效果。结果 实施优质护理后,患者对护士的满意度由实施前的 83.4% 上升到 95.3%,医生对护士的满意度由实施前的 91.2% 上升到 98.5%。与常规手术组比较,优质护理组患者的心理学焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分、患者治疗心态及患者手术后的疼痛程度都得到了较为良好的改善。结论 手术室开展优质护理能够为患者提供高品质的护理,为手术医生提供专科化、个性化的配合,最终达到患者满意、医生满意、护士满意,从而提升了手术室护理质量。

**【关键词】** 优质护理; 手术室; 护理质量; 满意度

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 03. 050 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)03-0407-03

优质护理是把护理程序人性化、规范化地运用到临床护理中,为患者实施生理、心理、社会性的一种动态、完整、连续的综合护理过程<sup>[1]</sup>。随着医疗水平和护理意识的发展,优质护理已经成为临床护理的趋势。手术室是工作实践性强、连续性强、风险程度高的科室<sup>[2]</sup>。为患者提供安全、优质、满意的护理服务更有必要,而手术室的优质护理不仅体现在服务患者方面,还体现在服务手术医生、麻醉医生及患者家属多方面。本科室 2012 年 5 月对 604 例手术患者实施优质护理,取得了一定效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2012 年 4 月的 589 例手术患者作为对照组,2012 年 5 月的 604 例手术患者作为实验组,两组患者在性别、年龄、病情等方面比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。对照组实施常规护理,实验组在常规护理的基础上实施优质护理。

### 1.2 优质护理方法

**1.2.1 完善各项规章制度,优化工作流程** 健全的规章制度是手术室规范化管理的基础,根据科室情况建立系统、完整、切实可行的规章制度及操作流程,并不断完善,如手术室安全用

药流程、手术配合流程、安全接送患者流程、急诊急救流程、技术操作流程、新仪器操作流程,以及手术室护理岗位职责、术中物品清点制度、手术安全核查制度等。

**1.2.2 加强手术室护士优质护理服务内涵的认识,转变护理理念** 优质护理服务是现阶段护理模式改革的核心,体现的是以患者为中心,手术室服务对象则从患者延伸到手术医生、麻醉医生及患者家属。充分理解优质护理的内涵,转变护理理念,对手术患者、手术医生和麻醉医生实行人文关怀。对手术患者的人文关怀有:(1)术中保暖。护士提前调节手术间适宜的温、湿度,准备保暖腿套、护肩垫、保温被,输入液体及冲洗液在恒温箱加热到 37℃,以防术中低体温。(2)适时给予心理支持,缓解术中紧张情绪。护士要善于从患者的言行和表情中获取所需要的信息,真诚为患者进行心理疏导,建立良好的护患关系。(3)尊重患者,保护患者隐私。(4)安放舒适体位,防治压疮。(5)保持手术间安静,禁止在手术间打电话,术中不交谈与手术无关的话题,不议论患者病情,以免伤及患者的自尊心,避免患者产生不被重视及不安全的感受。对医生的人文关怀有:掌握每个医生的手术习惯,制成小卡片,手术医生使用手术器械、电外科设备、术中用药习惯、手套型号的大小及术中习

\* 基金项目:重庆市卫生局科研资助项目(2012-2-316)。