

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%。护理人员的自我管理意识和主动参与意识得到了提高，各种专业培训增强了护理人员的信心，更重要的是通过各种激励机制，提高了手术室护理人员的工作积极性，由被动服务转变成主动服务，主动为患者提供安全、全面、全程、专业化、个性化、人性化的围手术期护理，使患者感受到尊重和关爱，可避免因医患沟通不良产生的医疗纠纷，提高了患者对护士的满意度。同时通过为医生提供专业化、个性化的手术配合，使医护关系更加和谐，极大提高了医生对护士的满意度。

**3.2 优质护理优化了手术室护理质量** 护理质量是护理管理的工作核心，护理质量的高低取决于护理质量管理方法的有效程度，也依赖于护理群体的质量意识和质量监控参与<sup>[9]</sup>。建立健全各项规章制度、规范、流程及标准，使护理人员做到有章可循，有据可依。流程图的制订提高了护士的工作效率及工作质量。通过对安全核查制度、风险管理制度等的学习和实施，最大限度地保证了患者的安全，从而有效保证了医护人员的安全。定期和系统分层次培训，提高了工作人员的专业理论知识和技术水平，使理论和实践相结合，培养手术室护士发现问题、分析问题、解决问题的能力，提升了手术室护理质量。

**3.3 优质护理改善了患者的心理状态** 实验组患者和对照组患者的心理学 SAS 和 SDS 评分及患者治疗心态进行对比分析结果以及两组患者术后 72 h 镇痛效果比较均显示，实验组能有效改善患者的心理状态，缓解病患手术带来的身体上的疼痛和心理上的阴影，充分体现了“以人为本、以患者为中心”的新型医疗模式，有效缩短了护患、医护间的距离，有利于医患关系和谐发展<sup>[10-11]</sup>。优质护理理念渗入手术室各项护理工作环节，围绕患者身、心、社、灵 4 个方面的需求而展开工作<sup>[12]</sup>。加强医、护、患沟通，在护理中把患者的需要放在首位，尊重关心患者，缓解患者对手术的紧张恐惧情绪，为患者提供安全、合适、满意的护理；为手术医生和麻醉医生提供专业化、个性化的服务和人性化的关怀，为手术的顺利进行取得了很好的铺垫作

用，减少了患者的病痛，提高了患者及家属、医生对护士的满意度和科室护理质量。

## 参考文献

- [1] 卢根娣, 杨亚娟. 优质护理服务示范工程的实践与体会[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(24): 1904-1905.
- [2] 陆春梅. 浅析提高手术室优质护理的措施与方法[J]. 中国卫生产业, 2011, 8(35): 154.
- [3] 王蓉. 开展优质护理服务应加强的三项基本要求[J]. 医药前沿, 2011, 1(22): 372-373.
- [4] 袁秋影, 吴秋霞, 陈芳, 等. 激励与护士工作积极性[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(12): 303-305.
- [5] 谢冰柯, 许乐. 疼痛控制影响因素的研究进展[J]. 国际护理学杂志, 2007, 26(7): 677-680.
- [6] 赵继军, 陆小英, 赵存凤, 等. 数字疼痛量表和描述疼痛量表的相关性研究和改进[J]. 现代护理, 2002, 8(9): 660-661.
- [7] 江皋轩, 崔梅, 李明秋, 等. 老年痴呆患者个性化护理及效果评价[J]. 当代医学, 2012, 18(12): 126-127.
- [8] 方纪乾, 赫元涛, 李彩霞. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度和效度[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(4): 203-205.
- [9] 王红霞, 吴玉玲, 何丽君. 人性化护理在综合科护理管理中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2012, 18(5): 718-720.
- [10] 邱芳. 急诊护患沟通技巧与优质服务的探讨[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(8): 243-244.
- [11] 段霞, 陈翠萍, 施雁. 优质护理服务创新方案的实施及效果分析[J]. 护理学杂志, 2013, 28(3): 58-60.
- [12] 谭洁贞, 周美英. 全人护理理念对手术室优质护理服务的影响[J]. 中国当代医药, 2012, 19(15): 130-131.

(收稿日期: 2014-06-10 修回日期: 2014-10-16)

# 广泛全子宫切除术联合盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌的护理观察\*

付鑫, 陈珊珊<sup>△</sup> (辽宁省肿瘤医院妇二科, 沈阳 110042)

**【摘要】** 目的 探讨广泛全子宫切除术结合盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌的临床护理效果。方法 选取辽宁省肿瘤医院妇产科 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的 40 例早期宫颈癌行腹腔镜下广泛全子宫切除术联合盆腔淋巴结清扫术(LPL+TLRH)治疗的患者作为研究组, 另选取同期 40 例经腹广泛子宫切除术和淋巴结清扫术的宫颈癌患者作为对照组。对照组进行常规护理, 观察组在对照组基础上针对性进行护理。对比两组并发症及术中情况。结果 (1) 与对照组相比, 研究组手术时间更短, 术中出血量更少, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(2) 两组切除淋巴结数目、术后并发症比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 护理配合 LPL+TLRH 治疗早期宫颈癌具有手术时间短、术中出血量少等优点。

**【关键词】** 宫颈癌; 广泛全子宫切除术; 盆腔淋巴结清扫术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.03.051 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)03-0409-03

经腹广泛子宫切除术和淋巴结清扫术(APL+ARH)是治疗早期宫颈癌的标准术式<sup>[1]</sup>。如今, 随着腹腔镜技术的不断发展和成熟, 它在临床的应用也越来越广泛。本文旨在对比分析

护理配合腹腔镜下广泛全子宫切除术联合盆腔淋巴结清扫术(LPL+TLRH)及 APL+ARH 对早期宫颈癌的疗效情况, 现报道如下。

\* 基金项目: 辽宁省沈阳市科学技术局支持项目(F11-262-9-15)。

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: chshsh\_chen@163.com。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的 80 例早期宫颈癌患者作为研究对象,80 例患者均经病理检查确诊。按患者手术方式将其分为观察组和对照组,每组 40 例。对照组年龄 29~66 岁,平均(44.2±4.6)岁;体质指数(22.7±2.5)kg/m<sup>2</sup>;鳞癌 37 例,腺癌 3 例;分期 I A 2 例, I B 34 例, II A 4 例。观察组年龄 28~67 岁,平均(44.8±4.7)岁;体质指数(22.9±2.7)kg/m<sup>2</sup>;鳞癌 38 例,腺癌 2 例;分期 I A 2 例, I B 35 例, II A 3 例。两组一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 手术方法** 观察组及对照组均行 LPL+TLRH。对照组 APL+ARH 按常规要求进行。观察组 LPL+TLRH 主要包括以下步骤:(1)建立人工气腹后穿刺置入腹腔镜,然后进行镜下探查。(2)切断患者子宫圆韧带,剪开子宫膀胱处的反折腹膜及子宫阔韧带前叶,分离宫颈间隙及膀胱,将患者膀胱向下推。(3)结扎患者骨盆漏斗韧带,并将其切断,保留子宫附件者需结扎卵巢固有韧带,并将其切断。(4)打开患者髂血管表面的鞘膜,找到闭孔神经后,将髂血管床游离,依次清扫髂总-髂外-腹股沟深-髂内-闭孔淋巴结;将左、右盆腔淋巴结放入标本袋内,置于同侧的结肠旁沟内。(5)分离直肠侧窝,膀胱侧窝,直肠阴道间隙,下推膀胱。(6)结扎子宫动脉后,将其切断,打开患者输尿管隧道,然后将膀胱前段输尿管及子宫颈段游离。(7)切断子宫底韧带及主韧带 3~4 cm,去除阴道上段及阴道旁组织 3~4 cm,经阴道取出切除子宫及清扫的淋巴结。(8)缝合患者阴道残端。

**1.3 观察组护理方法** 做好整个清宫过程中的护理是保证宫颈癌治疗顺利的关键。因为这时候的患者因治疗会出现恐惧、焦虑、紧张、怕疼痛。担心子宫破裂等一系列情绪,医护人员要给予人文关怀和心理疏导及耐心指导。要让患者在治疗前了解宫颈癌治疗有子宫破裂的可能性,但医护人员会严密观察,做好一切准备工作。协助执行“告知制度并签手术自愿书”。做好术前生命体征监测,阴道准备,协助生活护理,做好基础护

理,预防术前感冒等并发症,术前半小时必须排空膀胱。严格无菌操作,协助医生完成穿刺。用药后协助患者俯卧半小时后再左、右翻身,让药物分布均匀,利于手术进行。向患者详细介绍甲氨蝶呤及米非司酮的作用,取得患者配合,送水、送药到床旁协助患者服下。用药后定时测量生命体征,密切观察阴道流血等现象,子宫收缩出现的时间、宫缩持续时间、间隔时间、子宫轮廓、宫颈管消失情况及宫颈扩张情况,及时告知医生。

**1.4 观察指标** 对比两组术中情况(如切除淋巴结数目、手术时间、术中出血量等)及并发症情况(如淋巴囊肿、感染、术中脏器损伤等)<sup>[2]</sup>。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计学软件进行统计分析,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 两组术中情况对比** 见表 1。与对照组相比,观察组术中出血量更少,手术时间更短,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组切除淋巴结数目比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**2.2 两组术后并发症对比** 见表 2。观察组并发症发生率 10.00%,对照组 15.00%,两组并发症发生率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**2.3 术后随访** 结果显示,80 例患者为无瘤生存。因随访时间较短,未做生存时间统计。

表 1 两组术中情况对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	切除淋巴结数目 (个)	术中出血量 (mL)
观察组	40	216.5±36.8	21.2±6.8	126.5±49.5
对照组	40	261.4±49.7	22.0±7.0	289.8±82.7
<i>t</i>		2.145	1.740	2.821
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.01

表 2 两组术后并发症对比 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	膀胱损伤	尿潴留	淋巴囊肿	腹壁切口疝	伤口感染	并发症合计
观察组	40	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	4(10.00)
对照组	40	0(0.00)	3(7.50)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	6(15.00)
$\chi^2$		1.01	0.21	0.00	1.01	1.01	0.46

### 3 讨论

经腹行 LPL+TLRH 是早期宫颈癌治疗的标准术式<sup>[3-4]</sup>。近年来,随着微创技术不断发展、不断成熟,它在临床的应用也越来越广泛。微创技术因其创伤小、住院时间短、切口美观、恢复快等优点,受到越来越多患者及医生的青睐<sup>[5]</sup>。

与 APL+ARH 相比,LPL+TLRH 具有以下优点。(1)腹腔镜下患者组织被放大数倍,使手术视野更加清楚。腹腔镜下清扫闭孔窝淋巴脂肪,可减少闭孔窝动、静脉及闭孔神经损伤,有效减少术中出血量。(2)腹腔镜下游离血管更加充分。有助于分清解剖层次及血管层次,锐性分离时可避免撕拉血管,继而起到有效减少术中出血量的目的<sup>[5]</sup>。(3)腹腔镜下手术,可防止肠道及泌尿系统损伤。处理紧贴宫颈的宫颈韧带及膀胱时,需用超声刀进行锐切,以规避损伤膀胱的危险。(4)打开患者输尿管隧道过程中,应用低辐射超声刀,以规避热损伤

的危险<sup>[6-7]</sup>。

从上述研究得出,手术护理包括健康教育、用药指导、心理干预和康复训练、自我监控等综合护理干预<sup>[8]</sup>。(1)健康教育:根据患者的社会和家庭地位,有针对性地开展放射性皮肤损伤,如常识、生活方式和疾病,以及应急措施等之间的关系讲座<sup>[9]</sup>。(2)指南:向患者讲解药物知识,药物的药理作用,指导正确用药,以及用药注意事项和长期用药的重要性。(3)心理护理干预:及时减轻患者的心理压力,给予患者心理支持和安慰,使社会和家庭的作用充分利用,加强与患者的沟通,调整患者心态,营造文化环境<sup>[10]</sup>。(4)自我监测:一对一指导,教会患者监测发病时间、部位、性质、程度。

相关文献表明,应用 LPL+TLRH 治疗妇科肿瘤,可有效减少术中出血量及住院时间。本观察组应用 LPL+TLRH,对照组应用 APL+ARH,与对照组相比,观察组手术时间更短,

术中出血量更少,与相关文献报道一致<sup>[11-12]</sup>。由此可见,应用 LPL+TLRH 治疗早期宫颈癌具有手术时间短,术中出血量少等优点,适合临床推广应用。

参考文献

[1] 曹世姣,张广亮,夏伟兰,等.腹腔镜与开腹广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌的疗效比较[J].实用医学杂志,2012,28(7):1132-1134.  
 [2] 沈怡,王泽华.腹腔镜下和经腹广泛子宫切除及盆腔淋巴结清扫术治疗早期子宫恶性肿瘤的近期疗效分析[J].实用妇产科杂志,2010,26(1):48-51.  
 [3] 魏伟锋,吴成勇,杨海坤.腹腔镜广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌疗效观察[J].中国医学创新,2013,10(11):31-32.  
 [4] Shelbourne KD,Brueckmann FR. Rush-pin fixation of supracondylar and intercondylar fractures of the femur[J]. J Bone Joint Surg Am,1982,64(2):161-169.  
 [5] Wormald PJ. The agger nasi cell; the key to understanding the anatomy of the frontal recess[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2003,129(5):497-507.  
 [6] Khan MA,Combs CS,Brunt EM, et al. Positron emission tomography scanning in the evaluation of hepatocellular

carcinoma[J]. J Hepatol,2000,32(5):792-797.  
 [7] Tabit CE, Chung WB, Hamburg NM, et al. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications[J]. Rev Endocr Metab Disord, 2010,11(1):61-74.  
 [8] Endemann DH, Schiffrin EL. Endothelial dysfunction[J]. J Am Soc Nephrol,2004,15(8):1983-1992.  
 [9] Izzard AS, Rizzoni D, Agabiti-Rosei E, et al. Small artery structure and hypertension: adaptive changes and target organ damage[J]. Hypertens,2005,23(2):247-250.  
 [10] 傅才英,吴佩煜,翁霞云. 妇产科手术学[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社,2004:221-227.  
 [11] Nicolls MR, Haskins K, Flores SC. OXidant stress, immune dysregulation, and vascular function in type I diabetes[J]. Antioxid Redox Signal,2012,9(7):879-889.  
 [12] Gokce N, Vita JA, McDonnell M, et al. Effect of medical and surgical weight loss on endothelial vasomotor function in obese patients[J]. Am J Cardiol,2011,95(2):266-268.

(收稿日期:2014-06-17 修回日期:2014-11-29)

## 严重创伤急救绿色通道的护理管理

杨秀华,谢扬惠,余东,李银燕<sup>△</sup>(第三军医大学第三附属医院野战外科研究所急诊科,重庆 400042)

**【摘要】目的** 探讨严重创伤急救绿色通道实施中护理管理措施。**方法** 通过临床经验的不断总结,提出护理管理的具体内容。**结果** 通过科学的护理管理,护士综合素质明显提高;缩短了严重创伤患者在急诊医学科临时处置时间,提高救治成功率。**结论** 结合严重创伤急救实践,严格、科学、人性化的护理管理,不仅有利于提高急诊护士的综合素质,也是实施创伤急救绿色通道的前提和基础。

**【关键词】** 创伤急救; 护理管理; 实施效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.03.052 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)03-0411-02

随着社会的发展,“创伤”这一发达社会的疾病发生率越来越高,虽然从政府到各级地方都做了大量努力,但这些努力和措施并未能阻止创伤高病死率、高伤残率的发展趋势。如何使严重创伤救治达到一体化、整体化、系统化的要求,保证严重创伤患者在伤后黄金 1 h 内得到确定性治疗,是创伤急救医护人员面临的重要课题,也对医护人员提出了较高的要求<sup>[1]</sup>。本院急诊医学科从 2006 年 3 月建立并完善了创伤急救绿色通道,通过不断加强严重创伤急救绿色通道护理体系的建设及管理,护理工作创伤急救中发挥了至关重要的作用,有力地配合了各项抢救工作。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院急诊医学科 2012 年 1 月至 2013 年 12 月开通创伤急救绿色通道患者 92 例作为研究对象,男 60 例,女 32 例,年龄 14~72 岁,平均 38.2 岁。致伤原因:交通伤 57 例,高空坠落伤 32 例,打架斗殴致伤 3 例。受伤部位以颅脑损伤为主者 42 例,以胸部损伤为主者 13 例,以腹部损伤为主者 25 例,以多发性骨折为主者 12 例。

**1.2 方法** 为作好创伤急救绿色通道相关工作,保证严重创伤急救绿色通道有效实施,患者得到快速高效的救治,科室护理组在护理管理及人员素质培养方面总结出的一套自己的做法,具体实施如下。

**1.2.1 制度建设及规范流程** (1)加强制度建设。根据全面质量管理要求,严格执行各项规章制度,健全岗位责任制度,优化抢救流程,加强医护技术训练,抓好质量检查等,为急救绿色通道的开展打好坚实的基础。(2)规范流程,急事急办。危急重症患者到达急诊医学科后由分诊护士直接送入抢救室处置,抢救室医护人员评估患者病情后,立即上报二线医生或创伤中心医生,由二线或创伤中心医生启动绿色通道。科室将相关表格包括病情记录单、检查单、手术通知单、手术同意书、入院证等右上方均盖上“创伤救治急救绿色通道”印章,其他救治科室接到盖有印章的相关表单后,急事急办,一律执行“先处理后交费”的优先政策。在运行过程中,出急诊医学科后病情记录单由每个环节的医生进行填写和移交,要求护士填写好病情观察表。原始医疗资料应妥善保管,专人负责,详细记录好患者出

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail:2293529452@qq.com.