

手术室整体护理在乳腺癌根治术中运用进展

贾文娟 梁 苑

云南省肿瘤医院手术麻醉科 云南昆明 650118

〔摘 要〕综述了整体护理在乳腺癌根治术中的应用进展。主要包括术前访视护理、术中护理、精神心理护理、术后随访护理。认为在乳腺癌根治术的护理过程中,运用整体护的方法,全面了解患者的身心状况,予以有针对性全面的护理,能有效缓解乳腺癌患者的焦虑症状,促进乳腺癌患者的积极配合,提高手术的成功率,同时有助于护理质量的提升。

〔关键词〕乳癌根治;整体护理

〔中图分类号〕R473.73

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2021) 04-182-02

乳腺癌是一种严重影响妇女身心健康甚至危及生命的疾病。近年来发病率逐年上升并趋于年青化,成为导致女性死亡的最常见恶性肿瘤之一,外科手术是治疗乳腺癌的重要医疗手段。乳腺癌根治术的手术方式有:乳腺癌根治术、乳腺癌扩大根治术和改良乳腺癌根治术。乳腺癌根治术是将患癌乳房、胸大小肌和腋窝淋巴结在内的组织整块切除。乳腺癌扩大根治术将范围扩大到胸廓内动静脉及周围淋巴结甚至锁骨上淋巴结,纵隔淋巴结。改良乳腺癌根治术是保留胸大肌、胸小肌的乳腺癌根治术。在治疗中需结合患者个体差异,针对性在采取不同的手术方式。但无论是哪种手术方式都严重损伤患者身体和心理,临床实践证明,通过实施整体护理予以个性化、全面的护理对乳腺癌患者治疗有明显促进作用。

1 术前访视护理

1.1 术前患者情绪的护理

手术前患者因对疾病缺乏了解,处于一种心理恐惧状态,担心手术会对以后的生活造成严重的影响,担心乳房的缺失及术后乳房切除会影响自我形象与婚姻质量等问题。因此,术前心理护理显得尤为重要,我们通过与患者主动交谈、听取患者的倾诉,适当地给予安慰,帮助解释和开导,讲解术后有办法弥补乳腺缺失,如佩戴义乳、假乳、乳房重建等。同时与家属做好工作,给予患者足够的关心,能够使患者以更加稳定的情绪来接受手术,对患者提出的问题作好解释工作,告知必要的术前准备,避免因负面情绪导致焦虑及激动,术前哭泣、血压升高等,保证患者手术前安全。

1.2 患者对疼的担心

向病人介绍麻醉的方式,根据病人的认知、文化程度有针对性的告知麻醉方式。对文化程度较低患者可用通俗易懂的语言进行沟通。对文化程度较高,对病情认知较全面的患者可较专业的向患者告知麻醉方式,并介绍一些镇痛方式,缓减病人对疼痛的恐惧。

1.3 术前准备

告知患者为防止麻醉时或麻醉未清醒时呕吐而引起肺炎甚至窒息,术前 12 小时要禁食,4-6 小时禁水。术区皮肤准备,剃除手术区域的毛发,包括术侧腋毛。术晨进入手术室要排空膀胱。手术前一天可以洗澡但注意保暖避免发热感冒。月经期间不宜做手术,洗手和巡回护士了解患者的一般情况,年龄、文化程度、生命体征、过敏史、手术史等。

2 术中护理

患者入室后巡回护士主动介绍自己并安慰患者,各项操

作主动向患者解释说明。保持手术室安静、温度适宜做好手术室的各项消毒灭菌工作,根据患者情况调节输液速度,在手术过程中密切观察患者安全使用各种电外科设备,不得随意离开手术间,洗手护士充分准备手术所需各项用物,术中严格无菌操作,保持手术的绝对无菌,配合医生手术时积极主动、认真。

3 术后护理

3.1 体位护理

全麻未醒者去枕平卧、手术侧垫软枕,使手高于肘的水平,有利于血液循环、减轻手部肿胀、生命体征平稳后改半卧位。

3.2 观察患侧肢体

严密观察患者的患侧手臂远端的血液循环运行情况,注意绷带加压包扎的松紧度。如发现脉搏不清、皮温低、皮肤颜色暗红等,应考虑可能是腋部血管受压、立即调整绷带松紧度。如发现有绷带松脱应重新包扎并保持患者舒适的功能位置。

3.3 观察生命体征

给予心电监护,严密监测血压、脉搏、呼吸、体温并做好记录。

3.4 妥善固定引流管

负压引流管注意引流管内有无血块堵塞,引流管有无扭曲、滑脱,出现异常情况应及时排除,避免引流不畅。观察负压引流管伤口敷料,看有无出血。每日更换引流瓶时准确记录引流量,并用止血钳夹住无菌引流管,防止压力差造成引流液及气体的逆流而影响康复。

3.5 术后访视

在手术后巡回护士到病房随访患者,了解患者的术后情况,访视可在术后第一天进行第一次,术后第三天再进行第二次访视,访视时告知患者手术的情况,安慰患者,并了解患者及家属对手术室的满意度,对有疑议的患者及时做好解释沟通工作。

4 小结

随着整体护理日益广泛地开展,整体护理工作要求手术室的护理工作不仅局限于手术室内,而应包括从患者入院,接受手术以及麻醉苏醒期直至出院的全过程,根据患者身心需要提供最佳护理,形成一种以患者为中心的护理模式,通过对患者实施术前、术中、术后的整体护理,确保了护理的连续性、完整性和系统性。另一方面,即对患者的护理是系

(下转第 184 页)

七. 对淋巴结转移的评估

淋巴结是决定胃癌预后的主要原因, 在很多研究中将淋巴结的直径下限确定为 8 ~ 15mm, 同时随着淋巴结的增大, 转移瘤随之上升。但是仅凭借淋巴结的大小来决定是否转移并不全面, 很多资料显示 CT 对胃癌淋巴结的特异度高, 敏感度低的原因在于 CT 在小淋巴结的检出率较低。然而多层螺旋 CT 三期增强扫描中, 提升了小淋巴结的检出率, 以此提升了淋巴结转移的灵敏度。

八. 多层螺旋 CT 在胃癌侵袭邻近器官、远处转移的评估

在胃镜或消化道钡餐无法对胃腔外的清晰和远处是否存在转移进行观察, 然而 CT 在胃癌 M 分期中发挥了理想效果。当食管壁增厚 > 5mm 或十二指肠厚度 > 1mm, 则确定肿瘤存在侵犯情况。胃癌和胰腺中的脂肪层存在与否则决定了胰腺是否受到侵袭。需要明确的是, 胃癌存在的胃壁外缘有较小的不规则索条影从胃壁突向脂肪间隙可造成胰腺侵袭的假象。同时胰腺作为血供器官, 在增强 CT 时胃癌肿块的强化程度和胰腺类似, 所以在是否受到侵袭的判断中, 存在一定难度。

多层螺旋 CT 在肝脏转移的诊断中, 敏感度和准确性较高, 反之对胃周或腹膜的转移诊断较低, 胃癌远处转移主要依靠有腹腔内种植转移和血行转移。腹水以及网膜低度上升、邻近脂肪界限模糊都是腹腔转移的主要征象, 但是腹腔小转移结节无腹水时, 将会发生漏诊的情况。

九. 结语

总体来说, 螺旋 CT 的使用在诊断和术前分期中发挥了关键效果, 随着 CT 扫描以及处理技术的进步, 将来的螺旋 CT 在胃癌的诊断将会更为精准, 在化疗措施以及手术方案的制定中, 展现了不可替代的地位。

[参考文献]

- [1] 何玉鹏、高知玲、贾晶、王玉娟、孙文杰、邱海静、高雨佳、陈勇. 多层螺旋 CT 曲面重组技术在早期胃癌术前病灶显示及临床 TN 分期中应用价值 [J]. 临床放射学杂志, 2020, v.39;No.359(06):173-178.
- [2] SHE Nlei, ZHANG Qian, ZHANG Yu, 等. 多层螺旋 CT 在进展性胃癌及胃淋巴瘤中的鉴别诊断价值 [J]. 实用放射学杂志, 2019, 035(004):572-575, 597.
- [3] 付英杰, 顾程, 李欣, 等. 多层螺旋 CT 扫描多平面重组技术在胃癌术前 T, N 分期中的应用 [J]. 山东医药, 2020, 060(015):92-94.
- [4] 刘振华. 多层螺旋 CT 增强扫描在评估胃癌术前 TNM 分期中的价值 [J]. 中国当代医药, 2020, v.27;No.566(07):167-169.
- [5] 杨志忠. 多层螺旋 CT 联合多平面重建技术在胃癌术后复发诊断中的价值 [J]. 中国社区医师, 2019, 035(009):113-114.

(上接第 181 页)

问题为导向, 运用 PDCA 循环管理办法进行病历质量控制, 反馈追踪, 对于未按时整改的实行绩效考核, 继续督查整改, 杜绝丙级病历, 坚持病历质控常态化全程化, 持续改进并优化管理模式, 运用大数据实行精细化管理。

1. 2. 4 电子病历系统的优点与不足

电子病历系统依托计算机网络技术, 加快了医院的工作效率, 缩短医生书写病历的时间, 加强临床医师的对病历质量书写的责任心, 电子病历质量管理控制系统借助信息化手段转换管理思路, 改变检查及反馈方法, 提高了病案质控工作人员的效率, 有效提高了病历的时效性及内涵质量。但在运行的过程中仍存在问题。电子病历系统是结构化系统, 在制作病历模板需要设置大量元素与宏条件, 临床医师非计算机专业, 对数据组的定义可能存在偏差, 造就制作模板需要花费时间, 加大工作量, 同时电子病历系统带来的拷贝、模板现象, 需要临床医师加大对病历书写的责任心。电子病历系统在运行过程中容易泄露患者的隐私, 对网络安全有一定的严格要求, 做好网络故障时候的应急方案。医院在应用

电子病历系统管理的同时, 还应注意医疗管理流程的合理性, 使电子病历系统质控过程合理化, 更好地为临床服务。电子病历系统的优化过程需要不断探索, 在实际运行过程中, 必须要加强管理监控, 规范医师医疗行为; 电子病历系统实时监控功能需要持续完善结构, 优化电子病历的应用, 实现医院医疗质量完整、实时、安全、有效的医疗质量监控与管理。

[参考文献]

- [1] 陈晖. 运行病历质控促进医疗核心制度落实的成效分析 [J]. 当代医学, 2020, 26(01):96-99.
- [2] 秦虎, 时艳博, 王帅同. 基于结构化电子病历的医疗质量管理体系应用研究 [J]. 中国数字医学, 2020, 15(02):13-14+17.
- [3] 郝晶晶. 重点环节管理在电子病历质量控制中的应用 [J]. 现代医院管理, 2019, 17(06):76-78.
- [4] 邹明明. 电子病历在病历质量管理中的应用 [J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2018, 17(05):4-5.
- [5] 穆榕榕, 全宇, 高兴, 郭启勇. 基于电子病历系统的病历质量管控实践 [J]. 中国医院, 2017, 21(11):46-48.

(上接第 182 页)

统的、连续的, 保证患者从手术室至回到病房的这段时间内的护理不间断, 从而使对患者的护理积极主动, 有计划地进行。手术室整体护理的开展有利于患者能以最佳的身体和心理状态接受手术治疗, 促进术后康复, 提高患者对护理工作的满意度, 提升护士综合素质。

[参考文献]

- [1] 林秀华, 施美蓉. 手术室护士术前访视存在的问题及对策 [J]. 当代护士 (下旬刊) 2012.6.17-18

[2] 倪月明. 整体护理在择期手术病人中的应用效果 [J]. 2019, 10(20):4861-4862

[3] 赵淑华. 整体护理在择期手术患者中的应用效果研究 [J]. 2012, 18(8):56-57

[4] 葛建平. 围手术期护理在手术室的应用 [J]. 2019, 19(3):543

[5] 李丽萍. 整体护理在择期手术患者中的临床应用 [J]. 2016, 07(28):480-481, 483

[6] 刘杏花. 围手术期中整体护理在手术室的应用 [J]. 2026, 38(04):756-757