

胸腹腔镜下食管癌根治术中无瘤技术的护理配合

徐 丽

泗洪县第一人民医院手术室 江苏宿迁 223900

〔摘 要〕目的 分析胸腹腔镜下食管癌根治术中无瘤技术的护理配合效果。方法 选择 2021 年 6 月~2022 年年 6 月期间在本院接受胸腹腔镜食管癌根治术治疗的 30 例患者, 基于随机抽样的分组方式, 将各 15 例患者分入对照组与研究组。对照组给予常规护理, 研究组加行无瘤护理配合。对比两组的一年内肿瘤复发率、并发症发生率。结果 研究组的一年内肿瘤复发率(0%) 低于对照组(26.67%), 并发症发生率(1(6.67)%) 低于对照组(40%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在胸腹腔镜下食管癌根治术中做好无瘤技术的护理配合可以显著降低患者的肿瘤复发风险和并发症发生风险。

〔关键词〕食管癌根治术; 胸腹腔镜; 护理配合; 无瘤技术

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 07-154-02

受不良饮食习惯的影响, 我国食管癌发病率极高, 在全世界范围内我国的食管癌占比超过 50%^[1]。胸腹腔镜根治术因为其创伤小、术后恢复快而成为食管癌最常用的外科手术方法之一, 但术中操作不当可能导致肿瘤细胞发生医源性种植转移或手术失败, 对此临床可通过无瘤技术来避免中细胞在术中沿着淋巴管、血管等管道扩散或在创面发生种植残留, 进而预防肿瘤细胞的复发转移^[2]。但是无瘤技术涉及的环节和因素较多, 故在应用过程中应做好配合性护理。文选择 2021 年 6 月~2022 年 6 月期间在本院接受胸腹腔镜食管癌根治术治疗的 30 例患者, 试分析无瘤技术的护理配合效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 6 月~2022 年年 6 月期间在本院接受胸腹腔镜食管癌根治术治疗的 30 例患者, 基于随机抽样的分组方式, 将各 15 例患者分入对照组与研究组。对照组: 男 9 例, 女 6 例; 年龄 29 岁~73 岁, 均值为(51.57±7.83) 岁; 位置: 食管上段 3 例, 食管中段 8 例, 食管下段 4 例。研究组: 男 11 例, 女 4 例; 年龄 31 岁~71 岁, 均值为(51.54±7.88) 岁; 位置: 食管上段 2 例, 食管中段 9 例, 食管下段 4 例。以上数据经对比均为 $P > 0.05$, 统计学对比可在两组间进行。

1.2 方法

对照组采取常规护理: 术前为患者做好访视工作, 通过健康宣教使其了解手术过程, 提高其依从性; 术中做好巡回护理配合, 为患者做好低体温护理、生命体征监测等工作; 术后为患者做好创口清洁, 根据患者恢复程度提供流食或半流食, 营造舒适干净的病室环境, 继续进行生命体征监测。

研究组加行无瘤技术的护理配合: ①组建专业护理小组, 由护士长或主任医师对专科护士进行医源性肿瘤种植预防知

识及技能的培训, 使专科护士学会如何为患者记录护理效果、建立无瘤区和非无瘤区。培训完毕, 通过医学检测评估专科护士学习效果, 达标后允许上岗。②建立无瘤穿刺通道, 穿刺成功后, 使用呈弧形螺旋状的一次性穿刺戳卡来避免穿刺卡滑落。同时, 穿刺期间确保套管和切口之间的密封性, 关闭切口前应以碘伏消毒。③分类手术器械为无瘤区器械和非无瘤区器械两大类, 术中不得将非无瘤区器械在正常组织中使用, 术后也需将二者分开放置; 手术装置及器械也是如此进行术后处理。术中使用的非一次性用品需要回收并开展灭菌处理, 一次性用品则需进行专门的无害化处理, 不得重复使用。采集完标本后, 需要对术野位置加盖手术铺巾, 并观察铺巾沾染肿瘤组织的情况, 以免发生癌灶种植转移。④如果二氧化碳气腹压力在 30mmHg 以上、气腹时间在 1 小时以上、流量超过 5L/min, 那么癌灶发生异地转移的风险也会随之提高, 因此术中应调节气腹压力使其不得超过 15mmHg、流量不得超过 5L/min, 术后尽量排空二氧化碳, 将体内积液吸净, 使用生理盐水冲洗腹腔。

1.3 评估指标

对比两组的一年内肿瘤复发率、并发症发生率。

1.4 统计学分析

将数据输入到 SPSS 软件中进行统计学分析, 在 25.0 版本的软件中, 为计数(n, %) 类信息检验 χ^2 值。若得出 P 值 < 0.05 , 则两组间有明确的差异性。

2 研究结果

见表 1, 研究组的一年内肿瘤复发率(0%) 低于对照组(26.67%), 并发症发生率(1(6.67)%) 低于对照组(40%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 一年内肿瘤复发率、并发症发生率的对比(n, %)

分组	一年内复发率	感染	吻合口瘘	出血	总发生率
研究组(n=15)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(6.67)	1(6.67)
对照组(n=15)	4(26.67)	3(20.00)	1(6.67)	2(13.33)	6(40.00)
χ^2 值	4.515	—	—	—	4.558
P 值	0.032	—	—	—	0.031

3 讨论

胸腹腔镜根治术是当前临床治疗早期食管癌最有效的方法, 其疗效和安全性均较为显著, 但是, 如果操作不当或护

理不当, 肿瘤细胞可能发种植或转移, 进而导致不良预后。好在无瘤技术的应用使得肿瘤通过血管或淋巴管转移的几率

(下转第 155 页)

常生活活动能力更高,日常活动能力的改善又进一步增加了患者接受康复训练和药物治疗的信心,由此形成了一个良性循环。综上所述,心理干预能消除患者各种负面情绪,从而提高患者康复训练依从性和日常生活活动能力。

[参考文献]

[1] 张子铭.老年心脑血管疾病患者自我管理现状及社区

干预效果[J].中国卫生产业,2021,18(12):52-55.

[2] 米磊,孟莉,李盼盼.心理干预联合康复护理在脑中风后遗症患者中的应用[J].心理月刊,2021,16(21):158-160.

[3] 刘晓倩.康复训练护理干预对脑梗死后遗症患者神经功能恢复和生活质量的影响[J].中医外治杂志,2022,31(2):2-5.

表 2 两组患者 MMSE 量表评分比较

组别	n	定向力	延时记忆力	语言能力	计算力	即时记忆力	MMSE 总分
观察组	39	8.2±1.9	3.7±0.5	5.5±0.7	4.4±0.5	3.8±0.4	25.9±1.7
对照组	34	5.4±1.4	2.5±0.4	4.8±0.5	2.9±0.3	2.3±0.5	20.2±1.4
t	/	4.979	5.125	4.902	4.873	5.229	5.094
p	/	0.042	0.037	0.043	0.045	0.035	0.040

表 3 两组干预后 BI 指数优良率比较 (n, %)

组别	n	优秀		良好		可		差	
		例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比
观察组	39	21	53.8	13	33.3	2	5.1	2	5.1
对照组	34	13	38.2	7	20.5	9	26.5	5	14.7
χ^2	/	5.208		5.129		5.002		5.865	
p	/	0.035		0.039		0.018		0.029	

(上接第 153 页)

对于急诊科护理人员应该树立,时间就是生命的急救观念,做好抢救意识的准备,掌握过硬的急救技术。能够在较短时间内娴熟配合医生开展抢救操作,完成抢救任务,优化急诊针对创伤性失血性休克患者护理干预程序,对于患者实施相应的护理,要求对于患者进行早期病情判断,并将患者的生命体征变化情况和创伤原因联系在一起,确保为患者实施治疗的针对性,确保为患者开展护理措施的有效性。

创伤性失血性休克患者救治成功率和救治时间比较,实验组救治成功率高于对照组、实验组救治时间均比对照组短, $P < 0.05$; 两组患者急诊救治期间并发症发生率比较,实验组低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,急诊护理干预措施在创伤性失血性休克患者临床诊疗期间应用,可以及时挽救患者生命,规范化急诊就诊流程。

[参考文献]

[1] 李长红,白涔涔.观察优质急诊护理干预对严重创伤失血性休克患者康复进程以及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(06):1117-1119.

[2] 刘红菊,杨素真.预见性护理在急诊严重创伤性失血性休克患者中的效果及并发症发生率评价[J].中外医疗,2022,41(09):118-121+126.

[3] 于雪.预见性护理干预在急诊严重创伤性失血性休克患者中的应用效果[J].中国医药指南,2020,18(36):184-185.

[4] 陈少娥.优质急诊护理对严重创伤失血性休克患者的康复和睡眠质量的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(09):1631-1632.

[5] 满文浩.一体化创伤救治在多发伤伴创伤性失血性休克患者急诊抢救中的应用效果[J].中华灾害救援医学,2020,8(05):294-295+298.

(上接第 154 页)

显著降低。值得注意的是,能否在无瘤技术中做好护理配合,对手术治疗效果及患者预后有着非常重要的影响。本文中对对照组仅采取常规护理,虽然也应用了无瘤技术,却没有特别进行相应的护理;而研究组则是基于无瘤技术更进一步开展了护理配合,从结果可以发现,研究组的一年内肿瘤复发率(0%)低于对照组(25.5%),并发症发生率(1(5.5%))低于对照组(40%),可见做好无瘤技术的护理配合,可以降低肿瘤复发风险,减少并发症的发生。其原因是:护理人员接受了更加专业化的无瘤技术知识和技能培训,使得其专业能力和责任意识得到了显著提高;对无瘤区器械和非无瘤区器械术中中和术后的分类管理,可以避免交叉感染和肿瘤细胞的医源性转移;同时,对气腹的严格管理,也可以降低肿瘤细胞转移的风险,因此患者并发症发生风险和肿瘤复发风险

都会显著下降^[3]。

综上,临床应为胸腹腔镜下食管癌根治术患者积极开展无瘤技术的护理配合,以降低肿瘤复发风险,减少并发症发生。

[参考文献]

[1] 史柳园,林雪红,史君,等.预见性术中护理在胸腹腔镜联合食管癌根治术患者中的应用[J].现代实用医学,2022,34(06):795-797.

[2] 曹群,江赞.胸腹腔镜联合手术专科护理小组在食管癌患者手术中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(14):1916-1919.

[3] 胡莎莎,李静.胸腹腔镜联合食管癌根治术患者中应用快速康复外科的围手术期护理效果观察[J].贵州医药,2020,44(9):1468-1469.