

· 短篇及病例报道 ·

结肠癌合并急性梗阻行 I 期切除吻合术 64 例诊治体会

杨永健

(四川省营山县人民医院普外科 637700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.23.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)23-2391-01

结肠癌伴急性肠梗阻是结肠癌较常见的并发症,占全部结肠癌病例的 8%~21%,手术解除其梗阻非常重要。由于老年患者多,并发症多,给手术增加了很大的风险和难度。回顾分析 2007 年 1 月至 2008 年 12 月本院收治结肠癌并急性肠梗阻实施 I 期切除吻合术 64 例,疗效满意。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2008 年 12 月本院收治结肠癌并急性肠梗阻实施 I 期切除吻合术 64 例,男 35 例,女 29 例,年龄 35~82 岁,其中升结肠癌 4 例,横结肠癌 17 例,降结肠癌 19 例,乙状结肠癌 24 例。

1.2 治疗方法 入院后即按肠梗阻的保守治疗方法给予胃肠减压、输液抗炎等常规治疗。本组 64 例均行 CT 检查提示肠壁增厚、肠腔狭窄、上段肠腔扩张明显、肠壁异常强化等表现,其中 24 例行肠镜检查示肠腔完全梗阻,均于入院 72 h 内急诊手术治疗。均行急诊 I 期肠切除吻合术 64 例。

2 结果

本组均术后病理证实均痊愈出院。术后发生切口感染 6 例,肺部感染 4 例,急性左心衰 2 例,左下肢急性深静脉血栓形成 1 例,均保守治疗治愈,无吻合口瘘发生。

3 讨论

结肠癌的早期诊断是治疗的关键。本组病例通过临床表现、CT 以及纤维结肠镜检查术前均明确诊断。手术时机的选择:结肠癌引起的急性肠梗阻,易导致肠壁血供障碍,引起肠坏死、穿孔,产生粪性腹膜炎,因此应尽早手术,但必要的术前准备仍然是必须的。手术方式的选择:解除梗阻,争取对癌肿进行根治性切除^[1-4]。分期手术的优点是吻合口瘘的发生概率大大减少,但却使部分患者失去了肿瘤切除的机会,增加了患者多次手术的痛苦和经济负担^[5-7]。近年来随着外科技术的不断提高、抗生素的更新、围手术期处理的改善,左半结肠癌并急性肠梗阻 I 期切除吻合术成为当今治疗的趋势^[8-10]。本组病例均行 I 期切除吻合术,预后良好。左半结肠梗阻后由于肠腔内粪便堆积,细菌大量繁殖,如果不予清除将对结肠吻合口造成

严重威胁,本组常规行阑尾切除术,于回盲部置入弗列氏尿管,结肠断端接直径约粗熟料管引出手术台外,予以充分冲洗,冲洗液清亮后,再以甲硝唑冲洗。术后予以有效的抗生素应用,本组常规使用第 3 代头孢菌素加甲硝唑;同时运用清蛋白及全肠外营养支持改善患者的营养状况;同时积极处理患者基础疾病及并发症。最终 64 例均取得满意的效果,无吻合口瘘发生,均痊愈出院。

参考文献:

- [1] 方国恩,薛绪潮. 结肠癌术后并发症的处理[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(11):658-660.
- [2] 王吉甫. 进一步提高肠梗阻的诊治水平[J]. 临床外科杂志,2000,8(2):69-70.
- [3] 邱成志,周志平. 大肠癌并急性肠梗阻治疗体会[J]. 实用医学杂志,1996,12(10):680.
- [4] 洪延仕. 小肠肿物并慢性肠套叠的声像诊断[J]. 中国超声医学杂志,1998,14(10):69-70.
- [5] 马博,谢慧群. 老年结肠癌伴肠梗阻 51 例诊治分析[J]. 浙江医学,2001,23(6):359-360.
- [6] 郁宝铭. 左半结肠急性梗阻的术式选择[J]. 临床外科杂志,2000,8(2):73-74.
- [7] 徐惠绵,王飙,王巍,等. 结肠癌致梗阻 308 例外科处理综合报告[J]. 中国实用外科杂志,1995,15(7):412-414.
- [8] Barkill GJ, Bell JR, Healy JC. The utility of computed tomography in acute small bowel obstruction [J]. Clin Radial,2001,56(5):350-360.
- [9] 郁宝铭. 老年大肠癌的外科处理[J]. 腹部外科杂志,1997,10(1):6-7.
- [10] 马祖华,兰强. I 期手术方案治疗外科急症现状[J]. 普外临床,1995,4(10):207-210.

(收稿日期:2011-01-10 修回日期:2011-03-18)

· 短篇与病例报告 ·

手术室护理临床教学中的风险管理

熊利芳,陈艳

(重庆市中医院暨重庆市第一人民医院手术室 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.23.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)23-2391-02

风险管理作为一种先进的管理方式已被广泛应用于卫生管理领域,是指对现有的和潜在的医疗风险的识别、评价与处

理,以减少医疗风险事件的发生及风险事件对患者和医院的危害及经济损失^[1]。手术室是医院的重要部门,也是护理专业学

生实习的重点科室,是实施手术治疗和抢救危重患者的重要场所,同时也是易存在安全隐患的高危科室^[2]。手术室护理临床教学风险管理是一项长期的、持续的工作,需不断培养带教老师和护理专业学生防范护理风险意识和能力,不断健全护理教学管理机制,有效地推进科学化、系统化、制度化的手术室护理教学工作,真正为护理专业学生提供更加安全、有序、优质的教学服务。

1 加强法律观念,提高风险防范能力

通过学习《护士管理办法》、《医疗事故法》、《护生管理条例》等相关法律法规,增强带教老师和护理专业学生的法律意识,充分认识到法律法规与临床护理工作息息相关。明确护理专业学生的法定职业范围,未经带教老师批准擅自独立操作造成患者的损害,同样要承担法律责任和经济赔偿。一切护理活动都应在护理文书中认真规范地记录并亲笔签有带教老师和护理专业学生全名。定期组织法律知识讲座,学习风险防范相关知识,结合临床收集现有的、潜在的风险信息,分析原因,吸取教训,将法律观念、风险防范贯穿于整个临床教学中,强化安全及自我保护意识,提高抗风险能力。

2 合理调配人力资源,优化师资力量

培养手术室专科护士需要系统、全面、长期的专业培训,应有计划地培养和合理地调配人力资源,有效解决人力不足问题。适当减少带教老师的工作量及夜班次数,以便有更多的时间和精力开展临床教学活动。全面优化师资的自身综合素质,定期举办带教老师培训班,学习现代教育理论、交流带教经验、转变教学观念、运用科学的教学模式,如以问题为基础的学习(problem base-learning, PBL)、计划-执行-检查-纠正(plan-do-check-act, PTCA)、软件部分-硬件部分-环境-当事人及他人(soft-hard-environment-litigant, SHEL)模式等,使教学与临床紧密结合^[3],注意培养带教老师的预见性思维,规范护理专业学生的操作,及早预见问题,防范护理纠纷、差错的发生。

3 健全教学体制,提高教学质量

健全的教学体制是保证临床教学质量的基础,是预防风险事件、实施风险管理的核心。运用科学的教学模式,根据护理专业学生对知识的接受能力及实践能力适时调整。目前一般采用集中与分散相结合的教学方法,有利于降低临床教学活动中的风险系数,也有利于协调带教与手术配合的矛盾。在临

(上接第 2390 页)

均能有效地减弱气管插管的应激反应,但瑞芬太尼更能保持血流动力学的稳定。同时, A 组在术毕苏醒时的一系列指标均比 B 组的时间短($P < 0.05$),这也体现了瑞芬太尼半衰期短、代谢迅速的特点。停药后药效很快终止,不需考虑苏醒延迟,而芬太尼由于作用时间较长,体内清除慢而延长了苏醒时间^[5]。

综上所述,瑞芬太尼合并丙泊酚用于短时腹腔镜胆囊手术麻醉时的血流动力学更平稳,且麻醉恢复时间更快,是一种安全有效的适合短时腹腔镜胆囊手术的麻醉方案,值得推广。

参考文献:

[1] 马民玉,刘春兰. 麻醉临床药理学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2003:82-83.

床教学中循序渐进地开展教与学,教会学习方法,充分调动护理专业学生的积极性。不断完善教学管理机制,成立教学质控小组,加强教育理论及风险防范相关知识的培训,定期检查,分析风险因素,实行师生双向考核,实现教与学的相互促进。

4 减轻护理专业学生的心理压力,加强手术室专业知识的培训

尽快使护理专业学生适应手术室的工作环境,带教组长应以友好、真诚的态度,热情接待护理专业学生,逐步介绍手术室环境、布局、规章制度、工作职责等,减轻护理专业学生入科时的陌生感和紧张感。针对护理专业学生对手术室专科知识的缺乏,在实习前期集中理论授课和操作培训,强调无菌观念。中后期主要进行分散培训,在带教老师指导下亲自操作,了解常规手术的基本步骤。通过集中与分散培训,合理安排学习内容,有利于缓解护理专业学生的学习压力,调动学习主动性;还有利于手术室专业理论和基本操作技术的巩固,增强护理专业学生的自信心,消除思想上的隐患。

5 加强沟通技巧培养,树立良好护理专业学生形象

培养护理专业学生良好的沟通能力,鼓励护理专业学生主动交流提出疑问,特别是一些不确定或紧急情况,一定要问清楚,在带教老师的指导下方可实施,避免差错事故。帮助护理专业学生运用自己学到的知识,做好术前访视,缓解患者的紧张情绪,树立良好的形象。术后进行随访,应给予患者关心、体贴,了解术后情况。在带教老师的指导下解答患者及家属的疑问,避免因沟通不当或言语不慎,引发护理纠纷。

参考文献:

[1] 赵红雪,程丽君. 风险管理在急诊护理管理中的运用[J]. 中国急救医学,2005,25(2):130-131.
[2] 陈超平. 香港医院的医疗风险管理[J]. 解放军医院管理杂志,2000,7(4):313-315.
[3] 秦松,杜黎明. 护理临床教学中安全隐患分析及防范对策[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(21):102-103.

(收稿日期:2011-01-10 修回日期:2011-03-18)

[2] 李晓松,路红梅,刘雅. 静吸复合麻醉用于腹腔镜胆囊切除术时瑞芬太尼与芬太尼比较[J]. 临床麻醉学杂志,2005,21(3):201-202.
[3] 李艳,王保国. 丙泊酚复合麻醉时神经外科手术患者瑞芬太尼的量效关系[J]. 临床麻醉学杂志,2009,25(3):218-220.
[4] 牟林,邓燕宏. 瑞芬太尼-丙泊酚全凭静脉麻醉在老年全麻患者手术中的临床观察[J]. 重庆医学,2010,39(20):2770-2771.
[5] 贺菲,申黎光. 瑞芬太尼与丙泊酚靶控输注用于 20 例外科腹腔镜手术的麻醉[J]. 重庆医学,2010,39(3):380-381.

(收稿日期:2011-01-10 修回日期:2011-03-18)