

3.2 改进措施 (1)针对护士长排班:责任护士应相对固定所管床位,尽量避免由于经常更换责任护士,导致患者记不住责任护士的名字。(2)在晨交接班前:在晨交接班前,责任护士应巡视自己所管床位的患者,并对其告知今天是该患者的责任护士,避免患者错过交班时间,导致责任护士未对其进行介绍,之后责任护士忙于其他护理工作,无暇顾及自己床位上的患者。(3)意识不清患者:对于意识不清的患者(如手术后或病情原因),以告知家属或陪伴为主。认真落实责任制整体护理^[10],以人文关怀为主,以达到告知效果。(4)患者转床后,再次宣教:对于转病床患者,在患者更换病房以后,对应的责任护士应及时告知患者或家属已更换责任护士,并更改床头卡上责任护士姓名。(5)下班前再次巡视病房:下班前再次巡视病房,告知患者自己已下班,有事可以找值班护士,同时可以以反问的形式,询问患者是否清楚责任护士姓名,如果患者未记住,可再次宣教。(6)不断提高操作技能,提高患者记忆:护理人员做各种治疗护理前后应加强与患者沟通、加强护理技术操作培训、规范熟练,给患者留下深刻印象,以便与患者记住责任护士。(7)专科措施:各病区根据科室的特点拟定对应措施并实施。如神经外科:大多数是昏迷不醒的患者,陪伴家属不固定,责任护士应时常巡视病房,重点对其家属、陪护进行告知;耳鼻喉眼科:该病区的患者住院时间多数为 3~5 d,并且老年患者居多,行动缓慢,听力降低,责任护士要更加关心、耐心、贴心。(8)其他:由于责任护士名字不好记,可以采取简单记忆的方式,只用记住姓氏,如责任护士姓张,则可以称“小张”;名字里面有个“红”,可以称为“小红”,或者是叠音“红红”等等。

总之,本研究为提高住院者对责任护士知晓率,责任护士分层级使用、管床责任包干、引导护士自我介绍有利于增强护士责任性和积极性,增进护患沟通,给患者提供更优质服务。

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.046

达芬奇机器人辅助残胃癌切除术的围术期护理*

饶芸, 骆群, 李雪玲, 徐萍, 刘媛

(第三军医大学西南医院全军普通外科中心微创胃肠外科中心, 重庆 400038)

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0848-03

残胃癌包含了胃良性疾病行胃大部切除术后在残胃发生的腺癌,以及残胃再发癌、残胃复发癌等概念^[1],这类患者只要无广泛转移,应尽可能再次行根治性残胃全切除术。实践表明,达芬奇机器人胃癌根治术是安全可行的,手术路径、方法已经逐渐成熟^[2-4],而残胃癌手术难度高、创伤大、切除率低,近年本中心探索并规范了腹腔镜残胃癌手术的路径^[5-7],对开展机器人残胃全切除术奠定了基础。本中心从 2012 年 11 月至 2014 年 7 月,成功实施了 11 例达芬奇机器人辅助残胃癌切除术,取得了一些围术期护理经验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 11 月至 2014 年 7 月行达芬奇机器人辅助残胃癌切除术的 11 例患者,其中,男 6 例,女 5 例,年龄 43~90 岁,平均 60.00 岁;平均 BMI 19.63(16.12~22.04),其中 5 例 BMI<18.50 kg/m²;采用营养风险筛查

参考文献

- [1] 金梅,张建凤,于卫华,等. 护理文化建设在护理管理中的应用[J]. 现代护理,2001,7(1):48-49.
- [2] 徐萍,朱文韬,李立,等. 利用“品管圈”提高门诊患者对药房满意度的探讨[J]. 中国医院,2010,14(7):63-65.
- [3] 韩晓燕. 品管圈活动配合健康教育在提高泌尿系统结石体外冲击波碎石成功率中的作用[J]. 天津护理,2013,21(4):355-356.
- [4] 吴晶,张淑青. 品管圈活动配合康复训练在提高阿尔茨海默病患者认知功能和生存质量中的作用[J]. 临床护理,2013,51(22):78-80.
- [5] 伍慧. 品管圈在提高住院患者满意度中的应用[J]. 当代医学,2014,20(5):17-18.
- [6] 潘爱芬. 应用头脑风暴法改进护理管理模式对护理质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2014,49(3):340-341.
- [7] 袁爱枝. 住院患者护理需求及满意度相关因素分析[J]. 基层医学论坛,2008,12(24):673-675.
- [8] 蒋晓梅,刘翀. 如何利用“品管圈”提高门诊药房服务质量[J]. 海峡药学,2013,25(6):297-298.
- [9] 毕春霞,李红玉,辛程,等. 甘特图在护理质量控制管理中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(30):65-68.
- [10] 陈晋,蔡德芳,闫若玉,等. 基于责任制整体护理的优质护理探索[J]. 中国卫生质量管理,2012,19(5):55-57.

(收稿日期:2015-07-29 修回日期:2015-11-15)

NRS-2002 评估表进行评估,总分大于或等于 3 分者有 10 例。11 例患者均因良性(4 例)或恶性(7 例)的病变行过胃大部切除术,前次胃切除术与发生残胃癌间隔 2~37 年(平均 15 年),且残胃肿块在组织学检查证实癌变。患者术前行钡餐、CT 及胃镜检查协助诊断和评估病情,11 例患者术前均签署手术知情同意书,术后常规使用奥沙利铂和卡培他滨等进行静脉化疗,随访 3~24 个月。本研究经中国人民解放军第三军医大学伦理委员会审核批准。

1.2 方法 全麻下气管插管,患者仰卧位,双腿分开,首先行诊断性腹腔镜探查以评估整个腹腔内的状况并判断患者是否适合行机器人手术。如可行,则立即组装机器人操作系统,上腹部 Trocar 采用五孔法布局。机器人摄像系统镜头置于探查时腹腔镜镜头 Trocar 处,其余 4 个机械臂在视频监控下放置:左腋前线肋缘下放置一 8 mm Trocar 以放置第一机械臂,左锁

骨中线平脐下放置一 12 mm Trocar 作为辅助操作孔,右腋前线肋缘下放置一 8 mm Trocar 以放置第三机械臂,右锁骨中线平脐下 1 cm 放置一 8 mm Trocar 以放置第二机械臂(图 1、2)。机器人手术系统完成粘连分离、肿瘤定位、淋巴结清扫,上腹正中取 5 cm 辅助切口,并将残胃和空肠拉出体外,用线形吻合器将空肠于输入襻 5 cm 处和输出襻 10 cm 处横断,然后取走残胃和吻合口两端部分空肠,在腹腔镜下行食管空肠吻合及 Roux-en-Y 重建术。最后缝合戳孔和切口,完成手术^[8]。

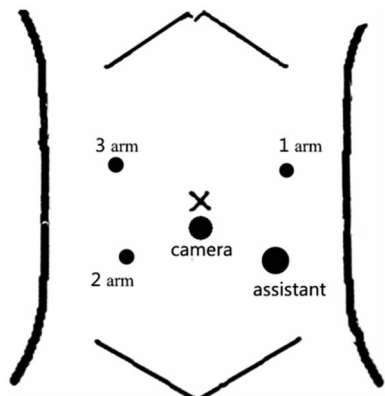


图 1 腹壁 Trocar 布局示意图

术时间为(241.23 ± 50.62) min,平均出血量为(150.05 ± 63.24)mL,平均淋巴结清扫数目为(18.20 ± 5.60)枚,平均术后口服流质饮食时间为(1.70 ± 0.84)d,平均肠道功能恢复时间为(2.43 ± 0.53)d,平均住院时间为(9.52 ± 4.63)d。术中 3 例患者骶尾部出现一期压红,术后并发症 2 例,1 例于术后 10 d 腹腔内出血,1 例于术后第 5 天出现腹腔内感染。11 例患者中除 2 例男性因前列腺肥大的原因,均于术后第 2 天拔除尿管,第 1 次均成功排尿,无尿急、尿痛及再次插尿管等情况。随访时间为 3~24 个月,1 例因肿瘤转移死亡,1 例死亡原因不明,其余 9 例仍存活,见表 1。

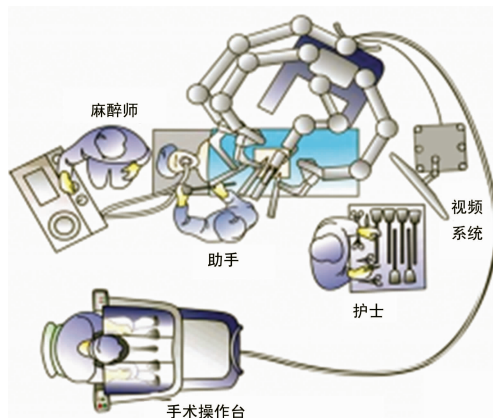


图 2 达芬奇机器人手术系统摆放示意图

2 结果

所有手术均由技术娴熟的医师实施,无术中死亡发生,9 例行根治性切除,2 例行姑息性切除,2 例中转开腹。平均手

表 1 11 例机器人残胃癌切除术短期疗效

序号	首次进流食时间(d)	首次排气时间(d)	术后住院日(d)	术后并发症	随访时间(月)	复发或转移	死亡
1	1	2	9	无	24	无	无
2	3	2	21	腹腔出血	17	无	无
3	1	3	7	无	14	无	无
4	2	2	7	无	14	不确定	是
5	2	3	16	腹腔感染	13	无	无
6	3	2	8	无	12	无	无
7	1	2	7	无	12	无	无
8	2	3	8	无	3	是	是
9	1	2	7	无	5	无	无
10	2	2	7	无	4	无	无
11	1	3	8	无	3	无	无

3 讨论

3.1 术前护理

3.1.1 心理指导 本组患者前次手术病理结果证实 7 例恶性,4 例良性,本次诊断均为癌,心理负担重,对疾病的转归有不同程度的悲观、焦虑情绪,加之机器人手术是新的微创尖端技术,患者对其安全性、有效性和高额费用存在较大的顾虑。因此,从患者一住院,医护人员以热情服务、耐心解释、精湛技术,让患者充分感受被尊重和理,对医护团队产生信任感,从而建立良好的医护患关系。加强沟通,根据患者的不同病期、不同特点行针对性的护理和疏导,能较大程度地缓解和消除患者的焦虑。手术方案确定后,医护人员共同向患者及家属详细讲解手术的相关知识、手术过程,并告知本中心已具有全球最大宗机器人胃肠道肿瘤手术的成功实施,所有医师经验丰富,能使该手术的微创优势充分发挥,进一步缩短住院时间、减少部分因使用机器人手术系统高出的医疗费用,消除患者的疑虑,积极配合医护人员,以最佳状态接受手术治疗。

3.1.2 营养支持 本组患者前次均接受了胃大部切除术,因胃容纳减少,消化吸收能力降低,本组患者均有不同程度的营

养不良。而严重的营养不良,会导致术后恢复缓慢、延长住院时间^[9]。作者在术前采用营养风险筛查 NRS-2002 评估表进行营养评估,总分大于或等于 3 分者有 10 例,均需进行营养支持。术前改善患者的营养状况,鼓励患者进食高蛋白、高热量、高维生素少渣软食、半流食或流食;对于 5 例 BMI < 18.50 kg/m² 的患者,在肠内营养支持的同时,入院后给予颈内静脉置管,予 3~5 d 肠外营养治疗,使患者的营养状况明显改善,血清清蛋白大于 35 g/L 即安排手术。

3.1.3 其他 控制影响手术的有关疾患,如高血压、冠心病、糖尿病、呼吸功能障碍、肝肾疾病等。进行深呼吸和咳嗽、咳痰训练,避免感冒,保证足够的睡眠,增加手术耐受性及抗应激能力。该手术需在脐部或脐周穿刺,对脐部的清洁要求高,可以先予石蜡油棉球浸泡待污垢软化后再用松节油棉棒清洁,聚维酮碘棉棒消毒,注意手法轻柔,避免损伤脐部的皮肤。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 按全麻及胃癌根治术后护理常规。予心电监护、持续低流量吸氧,循环压力治疗系统预防下肢深静脉血栓,补液、抗感染、肠外营养支持治疗。术后 24 h 内重点关注

和维持循环系统的稳定,护士根据血压、心率、中心静脉压、尿量等指标合理安排输液顺序、调整输液速度。密切观察生命体征和腹部切口,特别注意有无出血征象。

3.2.2 皮肤的管理 本组患者存在不同程度的营养不良,消瘦、骨突出明显,由于安装操作系统和机械臂等原因,机器人手术时间较开腹和腹腔镜手术长,加之 3 个机械臂的重力原因,前 3 例患者骶尾部出现了一期压红,术后通过软枕减压等措施,压红很快消退。之后与手术室积极协作,经评估有压疮风险的患者,均在骶尾部使用泡沫敷料,术中采取减压措施,术后严格交接皮肤,采用全身、局部的减压措施,并在耐受的情况下早期活动,后 8 例患者均未出现压红。由于机器人手术中 1 臂和 3 臂对两侧季肋部可能造成压迫,会导致软组织不同程度的淤血、水肿,术后也要加强对两侧季肋部皮肤的观察,并做好解释工作。

3.2.3 管道的护理 快速康复外科的理念在本中心广泛应用,在安全的前提下尽早拔除各种管道,尽量减少患者的术后不适。胃管用 3M“工”字形胶布妥善固定于鼻部和颊部,全胃切除术后胃管留置于空肠内,引流出的消化液远远小于分泌总量,术后 24 h 内即拔除胃管,患者无腹胀、腹痛等不适;11 例患者中除 2 例男性患者因前列腺肥大的原因,均于术后第 2 天拔除尿管,第 1 次均成功排尿,无尿急、尿痛及再次插尿管等情况。

3.2.4 康复护理 作者成立了机器人残胃癌手术合作小组,与外科医师、麻醉师、患者及家属建立良好的协作关系,共同制定了详尽的术后诊疗计划。患者采用自控硬膜外镇痛泵,在无痛状态下,逐渐进行活动。手术当日行被动四肢关节活动,术后第 1 天行床上自主运动、深呼吸、有效咳嗽咳痰;术后第 2 天患者床边活动,术后第 3 天逐渐延长床旁站立时间,并从扶着床栏行走逐步过渡到自行活动。在饮食方面,作者在拔出胃管后,让患者少量进清水,每小时从 1 小汤勺开始,遵循清水、全清流、流食、半流食、软食的顺序,清淡易消化的原则,鼓励患者只要无腹痛、腹胀等不适,可逐渐增加饮食的量和品种,本组患者在出院时可进食半流质。

3.2.5 并发症的护理 本组 11 例患者有 2 例出现了并发症,1 例为腹腔内出血,1 例为腹腔感染。前者于术后 10 d 出现面色苍白、头晕、乏力,后证实为腹腔出血,急诊二次手术行剖腹探查、脾动脉缝扎术,术后康复出院。后者在术后第 5 天发现腹腔引流液浑浊,考虑吻合口瘘后腹腔感染,经充分腹腔引流、抗感染、生长抑素、营养支持等保守治疗,患者于术后 16 d 康复出院。在这 2 例患者的护理过程中,细致的病情观察至关重要,除生命体征的监测,患者的主述、面色等变化都可以提供依据,在第 1 例出血患者出现面色变化时,正处于交接班时间,虽

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.047

然血压正常,但立即给患者建立了 2 个静脉通道,为后继病情变化及抢救赢得了时间。

机器人手术系统是微创外科向大型疑难手术拓展的一次飞跃^[10],机器人残胃癌根治术在中国刚起步,围术期护理经验需不断完善和总结。作者认为良好的医护患关系,多学科合作模式,术前有效的心理干预、充分的营养支持,术后重视病情观察、合理补液、关注皮肤管理、特别是在安全的前提下尽早拔除各种管道、减少不良应激,有利于患者早期活动,顺利度过围术期,快速康复。

参考文献

- [1] 程应东,杨桦,罗云生. 残胃癌的临床病理特点和诊治[J]. 重庆医学,2009,38(5):526-528.
- [2] 余佩武,钱锋,曾冬竹,等. 应用达芬奇机器人手术系统治疗胃癌[J]. 中华消化外科杂志,2010,9(2):114-115.
- [3] Song J, Oh SJ, Kang WH, et al. Robot-assisted gastrectomy with lymph node dissection for gastric cancer: lessons learned from an initial 100 consecutive procedures [J]. Ann Surg, 2009, 249(6): 927-932.
- [4] Patriti A, Ceccarelli G, Bellochi R, et al. Robot-assisted laparoscopic total and partial gastric resection with D2 lymph node dissection for adenocarcinoma [J]. Surg Endosc, 2008, 22(12): 2753-2760.
- [5] 钱锋,唐波,余佩武,等. 腹腔镜胃癌手术的路径[J]. 中华消化外科杂志,2010,9(4):299-302.
- [6] Qian F, Yu PW, Hao YX, et al. Laparoscopy-assisted resection for gastric stump cancer and gastric stump recurrent cancer: a report of 15 cases [J]. Surg Endosc, 2010, 24(12): 3205-3209.
- [7] 钱锋,余佩武,孙刚,等. 腹腔镜残胃癌切除术 14 例报道[J]. 中国实用外科杂志,2009,29(10):833-835.
- [8] 钱锋,余佩武,石彦,等. 达芬奇机器人手术系统施行残胃癌切除术[J]. 中华消化外科杂志,2013,12(12):944-947.
- [9] Karlsson S, Andersson L, Berglund B. Early assessment of nutritional status in patients scheduled for colorectal cancer surgery [J]. Gastroenterol Nurs, 2009, 32(4): 265-270.
- [10] 周宁新. 达芬奇机器人手术系统带给我们的挑战与启迪[J]. 中华消化外科杂志,2010,9(2):90-92.

(收稿日期:2015-08-26 修回日期:2015-11-20)

高校护理专职教师核心能力的现状调查与分析

孔 静,白建英[△],刘彩霞,张 燕,纪敬敏,张艳青
(河北中医学院护理学院,河北石家庄 050200)

[中图分类号] R473.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0850-04

高校护理专职教师是承担高等护理教育的主体力量^[1],其

核心能力水平是影响高等护理教育教学质量及其发展的决定