维普资讯 http://www.cqvip.com

手术室；保洁监控；医院内感染；预防 749410

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 3 期总第 15 期

贲门癌，近端胃大部切除后残胃较小者，吻合时感到更为方便。

通过对本组 254 例病员食管胃对端吻合术的临床观察，认为该术式具有操作简便、适应症广、术后并发症少等优点，但由于临床观察病例尚少，对于术后发生之并发症及手术技巧有待进一步观察和提高。

参考文献

1. 顾恺时主编．胸心外科手术学，第 1 版，北京：人民卫生出版社 1992：599～605.
2. 黄孝迈主编．现代胸外科学，第 1 版．北京：人民军医出版社 1991：236～246.
3. 李凤琴，等．胃腔内食管胃吻合术 60 例（摘要），中华胸心血管外科杂志 1990；6（3）：179.
4. 尹家兴，等．食管贲门癌术后吻合口狭窄的外科治疗，实用外科杂志 1986；6：193.

（收稿：1995—02—28）

R18,12

手术室保洁监控措施及其在预防医院内感染的意义

陕西师范大学医院手术室　高巧梅

外　科　王甲申

（陕西西安，邮政编码 710062）

R612, R181.34

医院内感染目前日益受到重视。国外报道医院内感染发生率为 3～17%，我国的医院内感染率为 6～9%。而外科病室及妇产科病室内病人发生医院内感染则多于其他科室。

手术病人非常易感，因为正常的防御屏障受到破坏。麻醉时，由于咳嗽反射受到抑制，同时咽和气管分泌增加并淤滞，促进了病人对空气所播散感染的易感性。由于手术创伤造成病人全身紧张，也相对地降低了病人的低抗力，术后的器械，敷料以及吸引出的积血积液等。处理不当也将成为感染源。由此可见，手术室的保洁监控工作对预防及降低术后病人感染有着极其重要的作用。

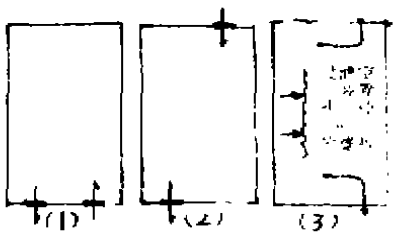
作者认为手术室的保洁监控应采取下述措施为宜。

一、手术室分区：将手术室分成限制区、半限制区和非限制区，有利于控制人员走动，而控制污染程度。

二、接送病人：接送病人的推车要内外有别，在手术室入口处更换清洁车与外出推车，且病人的衣物等不允许进入手术室。

三、对工作人员的要求：在手术室内工作的所有人员，应穿只在手术室内用的清洁洗手衣裤，入室后不准再外出。术前勿淋浴，因为淋浴后 2 小时内皮屑脱落增加，应在术前 1 日淋浴为宜。衣服袖口、裤脚口应有松紧带。男同志要求不留长发和胡须。口罩、帽子应使用一次性的，手术时尽量少讲话，以减少飞沫传播。手术室正门勿打开，无关人员不准入内，并限制参观人数，术中避免反复进出，必要时可从侧门出入。

四、手术室通气系统：可有三种方式，如图所示：



五、空气培养，培养皿∅9cm，应每小时＜10cFu（菌落），应在手术过程中取样，并报告菌种。

六、手术前洗手消毒，洗手是手术前手术人员对手和臂消毒的常规措施，是外科无菌技术的重要环节，对预防手术切口的医源性感染有着重要的意义。

水笼头应配备感应装置或脚踏开关装置。使用的水必须是优质自来水或消毒水，不可使用预先加热到37℃的水。

（下转第12页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

门癌的浸润型其边缘不清，与周围无明显界限并呈弥漫浸润性生长，病期越晚，浸润范围越大、越易发生切端癌细胞残留。

贲门癌术后上下切端均可出现癌细胞残留，但上切端癌细胞残留的发生率明显高于下切端且上切端与下切端病理检查其主要的浸润方式略有不同，上切端癌细胞残留以粘膜下浸润为主，下切端癌细胞残留以直接浸润为主。

二、结合本组切端癌细胞残留的体会：作者认为术前胃肠钡餐透视、胃镜检查基本能确定贲门癌的区检类型、生长方式及分化程度，对于贲门癌肿瘤的下界及浸润范围胃肠钡餐对比检查优于胃镜。但对于贲门癌的肿瘤上界和较早期的肿瘤，及瘤体的组织学类型，胃镜检查优于胃肠钡餐透视，二者应结合应用，同时参照术中探查所见，基本上能够为切除范围提供依据。

虽然术前的胃镜检查对手术有较大的指导意义，但若要防止切端癌细胞残留，术中必须准确确定肿瘤边界，结合本组治疗情况，作者通常在胃与食道切下后，不急于进行手术操作，立刻将标本剪开，在自然光线下仔细观察癌瘤与周围粘膜的界限，观察癌缘与上下切缘的关系，对于较明显的癌残留病例，观察切断面时，有的可见胃壁，食道壁增厚，粘膜下硬韧灰白，无弹性，血运不良，缝合进针时有韧感，通过对所切标本的肉眼观察，对于防止切端癌残留有重要作用，但在采用上述手段仍不能确定切除范围时，可在术中行上下切缘快速冷冻切除检查，若切缘不净，可增加切除范围。

三、贲门癌的切除范围：历来主张不一，主要原因是贲门癌的组织学类型以腺癌为主，腺癌的恶性程度较鳞癌高，尤其低分化型和粘液腺癌浸润更远。本组 65 例贲门癌的残留端有癌残留的病例中，上切端不净 41 例、占 63%，下切端不净 16 例，占 24.6%，双切端不净 8 例，占 12.3%，通常为防止下切端癌细胞残留，较为积极者主张全胃切除甚至加上脾胰尾整块切除[1]，为防止上切端癌细胞残留，亦有人主张食管大部切除弓上或胸顶吻合，甚至颈部吻合。作者结合本组治疗情况认为对于全胃切除应持慎重态度，由于全胃切除手术复杂，创伤大，并发症多，故应严格掌握适应症，(1) 贲门癌向下侵犯超过胃体积 2/3 者；(2) 胃体癌上侵贲门者；(3) 贲门癌切除残胃较小，食管胃吻合张力较大者。作者认为在保证下切缘干净的前提下，尽可能地保留残胃，以便提高术后患者的生活质量。对于贲门癌上切端食管大部切除弓上吻合或胸顶吻合应视病人的术前胃镜活检情况及术中的标本检查情况而定。对于分化程度较高的腺癌，标本切缘检查无异常发现，应按常规切缘距瘤体 5cm 即可，但对于低分化腺癌及粘液腺癌，应严格掌握切缘情况，防止食道切除过程而致癌残留。

参考文献

1. 顾宪时主编，胸心外科手术学，北京：人民卫生出版社 1985；596.
2. Papachriten DN, Agnati N, D Agostinoti, et al. Histologically positive esophageal margin in the Surgical treatment of gastric cancer. Am J Surg. 1980；139：711.
3. 李泽坚，许乐天等，晚期贲门癌的手术治疗 胸心血管外科杂志 1986；2：231.
4. 杨杰，张太平等全胃切除在贲门癌治疗中的地位，胸心血管外科杂志 1993；3：229.

(收稿：1995—02—28)

(上接第 18 页)因为温水易受到绿浓杆菌的污染。

目前国内大多采用传统的肥皂刷手法，此法在欧美、日本已经不用，其缺点是操作时间长，对皮肤刺激性大。国内部分医院已采用灭菌刷手法，用于刷手的灭菌剂有两类，一类为表面活性剂，一类为碘剂。表面活性灭菌剂有新洁而灭和洗必太，皆为阳离子清洁剂，能吸附细菌膜，改变其通透性，使细菌体内重要成分外逸而杀菌。洗必太(双氧苯双胍已烷) 比新洁而灭杀菌作用快而强，抗菌谱广，用于手术洗手较好。文献报道，4%洗必太制剂是最有效的刷手配方，我们用无菌毛刷或无菌擦洗巾取 4%洗必太常规刷手 3 分钟，流水冲洗干净，用无菌巾擦干后，再取浸此液纱布涂擦手臂，手术 4 小时后抽样细菌培养均为阴性。PVP—碘 (聚乙烯吡咯烷酮—碘)，它能克服碘酊的强烈刺激，文献报道有效浓度为 0.1～0.5%。我们先用肥皂常规刷手 3 分钟，流水清洗干净，用无菌巾擦干后，取浸透 0.5%的 PVP—碘纱布涂擦手臂，手术 4 小时后抽样检查手的细菌均为阴性。此上述两种方法均可取得 (下转第 16 页)