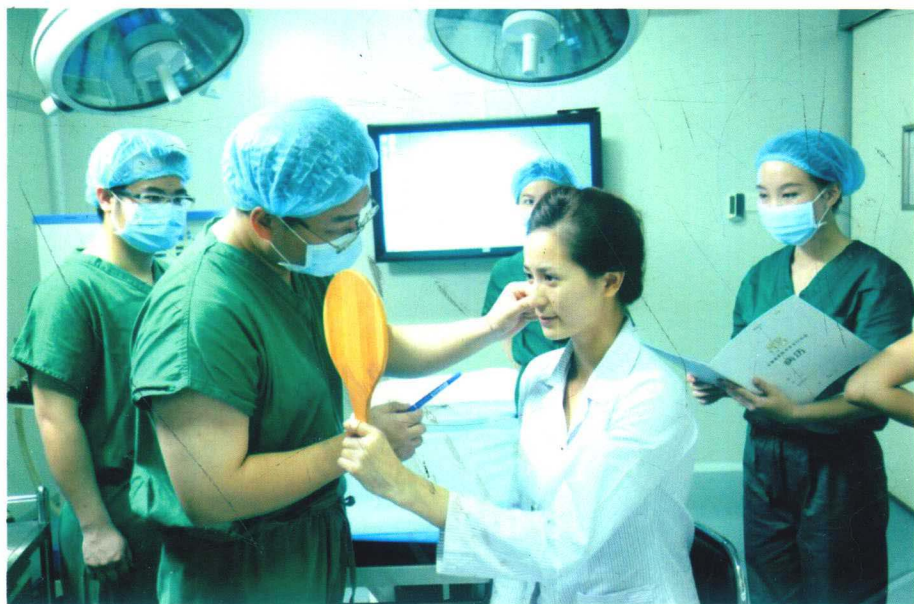


外科临床治疗与护理

韩成珺 马友龙 孙志德◎主编



长江出版传媒
湖北科学技术出版社

外科临床治疗与护理

韩成珺 马友龙 孙志德 主编

长江出版传媒
湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科临床治疗与护理 / 韩成珺, 马友龙, 孙志德主编. -- 武汉: 湖北科学技术出版社, 2017.6
ISBN 978-7-5352-9477-7

I. ①外… II. ①韩… ②马… ③孙… III. ①外科-疾病-诊疗②外科-疾病-护理 IV. ①R6②R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 152306 号

书 名: 外科临床治疗与护理

责任编辑: 刘 玲 赵 汶

封面设计: 王 梅 张晓雅

出版发行: 湖北科学技术出版社

电话: 027-87679468

地 址: 湖北武汉市楚雄大街 268 号

邮编: 430070

(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 郑州华之旗数码快印有限公司

邮编: 450000

开 本: 880 mm×1230 mm 1/32 印张: 5

字数: 160 千字

版 次: 2018 年 5 月第 1 版

印次: 2018 年 5 月第 1 次

定 价: 40.00 元

版权所有 翻印必究

目 录

第一章 绪 论	1
第一节 手术室护理学的发展	1
第二节 手术室护理工作及特点	7
第三节 手术室护理伦理	13
第二章 手术室建设与管理	27
第一节 洁净手术室	27
第二节 特殊手术室	42
第三节 手术室信息管理	49
第三章 手术室护理人员管理	57
第一节 手术室护理人力资源管理	57
第二节 手术室护理专业培训	72
第四章 腹外疝	80
第一节 概 论	80
第二节 腹股沟疝	82
第三节 股 疝	92
第四节 其他腹外病	94
第五章 腹部损伤	97
第一节 概 论	97
第二节 常见内脏损伤的特征和处理	105
第三节 损伤控制在腹部损伤中的应用	114
第六章 胃、十二指肠疾病	116
第一节 解剖生理概要	116
第二节 胃、十二指肠溃疡的外科治疗	120
第七章 肝疾病	139
第一节 解剖生理概要	139
第二节 肝脓肿	141
第三节 肝肿瘤	144
参考文献	153

第一章 绪 论

第一节 手术室护理学的发展

一、外科学的发展

(一) 外科学的定义

外科学是医学的分支之一,关注的是疾病及需要接受手术或手术操作过程的情况。“外科”代表的意义,一般指在以内科方式帮助患者失败后所采取的步骤,过程通常包括打开身体的某一部位以移除、修复或置换身体的某部分,所以它的功能是治疗性的,如修复损伤的组织、矫正先天性畸形与缺陷。

(二) 外科学的发展史

外科手术的历史可以追溯到遥远的新石器时代。最早的外科手术并不是为活人做的,而是为了尸体解剖。在 1830 年以前,外科手术多用于处理新鲜的伤口、骨折、脓肿或某些紧急情况,如绞窄性疝或气管阻塞。在 1864 年,Willard Parker 做了第一例阑尾切除术,甚至到了 19 世纪 80 年代,切除各种表皮脓肿的手术仍然被认为是大手术,脓肿引流、创伤外科、膀胱结石取出、头面部手术及腹腔的手术更是闻所未闻。随着解剖学的建立和发展以及外科技术的提高,外科医生萌生了开展更多手术的愿望,越来越多的手术也在实施,提高了医生的声望,但是由于缺少麻醉和好的止血方法,每一台手术都是一场可怕的表现。并且当时的外科手术是一种公开的活动,在没有麻醉、没有较好止血技术的时代,手术中身手敏捷的医生开始扬名,通过媒体吸引更多的观众,并在看台前传播他们的影响力。例如 1860 年,由著名的外科医生 Syme 做的股动脉瘤手术有 800 人观看,热烈的掌声伴随着手术,整个手术只持续了几

分钟。

随着医学的发展,医生们开始了解控制疼痛、出血、感染,因为除了最粗糙的手术方式外,外科不可能不控制疼痛、出血和感染,所以微生物学、解剖学与生理学也必须达到与外科学相同的阶段。事实上,我们今天所知道的外科学是 20 世纪的事情,由于技术的快速发展,外科技术将会有大的改变,尤其是要求提供给患者较好及较安全的手术,是大家努力的目标,所以在外科技术方面的改变是持续性的。

二、手术室的发展

手术室源于 16 世纪的意大利和法国,在这之前的医学史上很少提到手术室。最早建立的永久性手术室是 Fabricius 的圆形剧场,主要是为了建立一个更安静的工作环境,是为解剖尸体而用。18 世纪以前的手术并不是在固定的地方施行,而是在病房或患者家中,也可在医生的诊所内。直到 1846 年,美国麻省总医院(Massachusetts general hospital)牙科医生 William T.G.Morton 演示在乙醚麻醉下实施无痛拔牙,地点选在图书馆的阶梯教室里,由此便揭开了手术室发展史的序幕。

第一代手术室又称旧世纪简易型手术室,与现在的手术室相比,传统的手术室是外科教授的个人领域,是传授外科技术的地方,通常是在大的福利医院里。比如 Jefferson 医学院,虽然没有医院,但是有手术室。传统手术室的共同特点是一个玻璃聚光灯、木质的地板和墙壁,一个小小的手术空间,周围是观众席设施,其中包括阶梯看台。旁观者站着或人挤人地挨坐在看台上,或者坐在桌子上一边看外科医生做手术一边听其讲解。这一时期的手术室主要在于规模——它能够容纳观众的数量,外科医生们毫不关心手术的患者,在满是血的围裙下穿着平时上街穿的衣服并以保持袖口和领子的干净为荣,在手术后洗手,而不是在手术前洗手。缝线和外科用针就别在衣服的翻领上或放于口袋中,手术用的海绵洗后再用,在这些又霉又旧的手术室里,地板上满是被掀起的木屑。由于无法清洁这些旧的木质地板,所以地面上布满了塞着各种污垢的裂缝,当伤口大量出血的时候,地板上还淌着血液,学员的任务是拿着一瓶苯酚(石碳酸)绕着木质的手术台走来走去,以处理那些呛鼻的味道。那时的手术室在医院中是一个危险的地方——一个木质的、没有清洗

的、用来安排观众的地方。

在德国的 Kiel, 有一位名叫 Gustav Neuber 的医生, 他意识到了患者的危险, 1885 年, 他设计并建造了第一个消毒灭菌的手术室。他大胆地引进了一个新的概念——感染控制, 所以在手术室的发展史中无论如何都不能忽视德国医生 Neuber 的作用。Gustav Neuber 认为手术的区域也属于防止感染的范围, 1883 年, 他在医院的 3 个手术间轮流手术, 但都缺少适当的隔离来预防感染。1885 年, 他在德国的 Kiel 建立了一个小型私人医院, 其中包括他设计的 5 个房间的消毒手术室。每一个房间都有其专门的用途, 一个房间专门用来清洗, 另一个房间用来处理污物, 其他 3 个房间是手术间。观众只被允许进入最大的一个手术间, 这个手术间是用于教学的圆形剧场形式。

在 Neuber 的感染控制概念中, 包括了可清洗的、无渗透性的墙和地板, 尽量少的设施, 柜子和桌子都用金属和玻璃做成。在 3 个手术间中, 每一个房间都有一个热消毒器。Neuber 的建筑设计被写在 1886 年的书中, 1887 年, 他在柏林的国际外科大会上作了报告, 年轻的他谴责木质的手术室旧得都不可能清洗了, 他批评了装饰性的挂件和窗帘并认为墙角是积灰的地方, 也批评了不对手术器械进行消毒的行为。虽然 Neuber 树立了许多敌人, 但他的行为引起了美国医生的注意, 一些出差到德国的先进学者吸收了他的革命思想。

疼痛、出血和感染是限制手术发展的三个主要障碍。在 19 世纪后期, 这三个问题都因麻醉术和无菌技术的出现而解决, 进而使精细的手术和止血法可以实施。这标志着外科圆形剧场不再作为一个公共表演的地方。由于 Neuber 在 100 年前的努力, 木质的剧场式的手术室被弃用, 进而出现了第二代手术室(分散型手术室)、第三代手术室(集中型手术室)及第四代手术室(洁净手术室), 更安全的手术室套间经过一个世纪的演变沿用至今。

进入 20 世纪, 手术室建设取得了更加瞩目的进步。1991 年, 医学专家对集中消毒外科器材给予肯定, 许多医院成立了中央消毒供应部(CSSD), 一般器具用消毒包包起来存放在消毒间。为预防感染, 手术室的设计也有了很大的变化, 主要是将洁净的物流和污染的物流分开, 以防止交叉感染, 这个概念已被广泛接受。

随着腔镜外科和介入技术的发展,手术室的作用也有了改变。许多以前在手术室做的手术又改在其他地方做,如内镜手术在内镜室进行、血管支架置入术在放射科进行。

另外,随着科学技术的发展,手术室建设的着眼点已从专注手术室建筑设计倾向更加广阔的领域。目前一次性用品越来越多,空气净化系统方面的进步、手术室服装变革的研究正在进行,研究的最基本点是对医护人员以及患者实施最有效的保护。有人预测,未来手术的发展方向会让患者与医务人员完全隔离开,通过一些透明屏障物或使用更多的光纤设备来实现。总之,手术室要如何发展,目前仍难做结论,但是手术室的基本功能是为手术创造一个安全、干净的环境,这个宗旨不会改变。

三、手术室护理学的发展

(一) 国际手术室护理发展史

手术室护理专业具有悠久的历史。早期可以追溯到 1875 年,巴尔的摩的约翰霍普金斯大学开始向护士讲授“手术中外科器械的准备”;让护生参观手术室,了解手术中护士的职责。19 世纪后期出现对手术室护士特性的描述,如具备灵活的头脑和锐利的眼睛、拥有一颗不容易激动或混乱的心境、具备判断不寻常情况的能力、能够最大限度地提供帮助等。美国麻省总医院附属波士顿训练学校让护生参观手术室、教授刷手等无菌技术,为护生设立护理教程。由于受专科训练的护士很少,护士往往从病房就陪同患者到手术室,然后协助医师执行手术,手术结束后又陪患者返回病房。随着手术患者的增多,医生开始认识到手术中护士协助的重要性,护士不只是看手术,而且是在手术过程中能预知所有需求并提供所需要的用物,但是仍没有针对手术室护士这一角色的定义。

1894 年,在外科医生 Hunter Robb 的建议下,首次提出“手术团队”概念,其中确认团队中资质高的任洗手护士角色,年轻护士或学员担任巡回护士。1910 年,美国护士学会(American Nurses Association)提出巡回护士需要有经验的护士,洗手护士主要以技术为导向。临床护理专家是为担任临床专科护理质量适应专科护理学发展应运而生的,20 世纪

30—40年代,美国开始培养这类人才,60年代将其正式称为临床护理专家。

1985年,美国围手术注册护士学会(AORN)提出手术室全期护理的理念,它包括了手术前期、中期和后期。手术室全期护理是描述在手术全期中护理工作的目的和范围,也就是护理人员应用所学的知识与技能,针对患者存在的健康问题和需要,为患者在手术前期、中期和后期提供各项专业及持续性的护理活动。

(二) 国内手术室护理发展史

中华民族有着五千年悠久的历史,遗憾的是,当我们打开近代中国护理发展历史这部“教科书”时,作为医学科学重要组成部分的护理学,其历史发展的研究尚未得到我国护理界的足够重视。西方护理学传入我国已有一个多世纪,但护理界对其发生、传入并在我国发展的历史研究甚少。我们现在还没有一本规范的中国护理史教科书,护理教育甚至高等护理教育中尚未开设护理史课程,护理史的学术研究活动也处于空白。

1. 随着国内外科学发展的日新月异,促进了我国手术室护理的快速发展。

我国手术室护理模式的发展主要经历了以下几个阶段:

(1) 以疾病为中心的手术室护理模式:主要是以完成手术任务为中心,主要任务是熟悉手术医生手术方式和手术步骤,熟练配合手术。

(2) 以患者为中心的手术室护理模式:根据患者的需要,提供最佳的手术期护理,确保患者在手术期间得到最好的护理。

(3) 以人的健康为中心的手术室护理模式:实施手术室全期护理,包括手术前期的访视、手术中期的护理配合、手术后期的护理效果反馈。

2. 随着护理模式的发展,手术室护士的角色也发生了改变。

传统的手术室护士扮演着全科护士的职责,以完成手术任务为核心,实施功能制护理。巡回护士负责手术患者病情观察及手术中物品供应等工作,而洗手护士则负责手术台上手术器械物品传递等配合工作,不设手术护理专科,每日根据手术量安排手术室护士工作。

随着现代外科学的不断发展,外科手术领域和范围日趋扩大,新手

术新方法、新器械、新仪器设备不断推陈出新,对手术室护士的整体素质和专业水平要求越来越高,促使手术室护理人员向高度专业化和一专多能方向发展,手术室护士由随意全面参与型向专科定人参与型发展,手术室护理专业水平有了极大的提高,这就是手术室专科护士。专科护士是指在某一特殊或者专门的护理领域具有较高水平和专长的专家型临床护士。

四、手术室护理学的发展趋势

手术室护理经历了一个从无到有、从小到大、从简单到严谨的发展过程,在这个过程中逐步形成了一套独特的护理体系,旨在通过手术前期、中期、后期的各项专业性及持续性的护理活动,为患者提供安全优质的护理服务。由于手术室护理在外科治疗中的独特作用,有学者称其为护理的第一专业。

(一) 手术室护理向专科化方向发展

(1) 手术全期护理理念进一步升华。

(2) 实施专科化是手术室护理发展的必然趋势,因此,手术室专科护士应运而生。

(二) 麻醉护理越来越完善

国外的各类医院都设有麻醉准备室和麻醉后恢复室(post-anesthesia care unit, PACU),目的是在确保手术患者安全的情况下加快手术周转。麻醉准备室是设在手术间外的固定房间,将患者安置在可移动的手术床上,由麻醉护士负责麻醉前的准备和协助实施麻醉,然后将患者送到手术间手术,减少感染机会,加快手术台周转。PACU 旨在术后恢复早期,针对患者的不同情况给予必要监护和治疗的场所。这对减少术后意外和并发症,保证手术和麻醉安全具有重要意义。全麻术后患者在 PACU 统一监护管理可及早发现手术和麻醉相关的并发症,以便及时进行监护及抢救。目前我国大多数医院都设有 PACU,但并无专用麻醉准备室。麻醉准备室与 PACU 是目前各大医院不断完善的一个新课题,“两室”的建立有利于专科护理技术的发展,因此,在有条件的医院应设有这两室,并有专科护士做此项工作,随着国内与国际手术室护理

的不断交流,我国手术室护理会有更加广阔的发展天地。

(三)数字化手术室的发展

数字化手术室起源于20世纪90年代初,与传统的“封闭式”手术室相比,数字化手术室实现了信息的开放与流通。利用实时数据检测和远程医学影像技术的结合,医生可以实时、便捷地获取与患者有关的大量信息,并在精确导航系统的帮助下实施更为精准的手术,从而大大提高手术的效率和成功率。同时,实时的视频传输也为手术室内外的交流及手术观摩和远程教学提供了可靠的通道。除此之外,大量的术中资料也为科研及循证医学提供了宝贵的资源。

第二节 手术室护理工作及特点

随着手术室护理模式和手术室护理人员角色的转变,手术室护理人员的职责与工作范围也发生了改变。除了手术室全期护理贯穿整个手术,还包括手术室护理教学、科研和管理等工作等各方面。

一、手术室全期护理

手术室全期护理是指手术室接收到手术信息直至接患者进入手术室到患者回病房或ICU这段时期,在术前全面评估患者的身心状况,采取措施使患者具备耐受手术的良好身心条件,术中确保患者安全和手术顺利实施,术后帮助患者尽快恢复生理功能,防止出现各种并发症的护理过程。在这个过程中根据进程的不同又分为手术前期、手术中期和手术后期护理。

(一)手术室前期护理

从手术室接收到手术信息至将患者安置在手术台上为止。手术室护理在手术前期护理中主要实施的是术前访视评估工作和手术用物的准备。术前访视成为解决问题的措施之一,通过术前访视可消除患者术前的恐惧心理,减轻其心理负担,使其能平和、积极地配合麻醉及手术治疗。

(二) 手术室中期护理

从将患者安置在手术台准备手术到手术结束将患者转至恢复室。在此过程中,进一步评估手术患者生理、心理健康状态,提供手术患者所需要的仪器设备,安置舒适的手术体位,协助手术医生和麻醉医生顺利完成手术,提供患者手术所需的物品,正确执行口头医嘱,保障患者安全度过手术期。其中洗手护士和巡回护士分别担任着不同的角色。

(三) 手术室后期护理

从患者进入恢复室到转入病房或 ICU,至患者初步恢复,是手术室全期护理的最后阶段,其在深度上是对手术室护理的进一步拓展。这一过程中主要是协助患者麻醉苏醒与恢复,了解手术患者对手术室护理工作的满意度,从患者的角度对手术室护理工作提出建议,以改进手术室护理工作,提高护理质量。同时,了解手术后患者伤口恢复情况,对出现的 I 类切口感染进行统计分析等。

二、手术室护理主要工作

(一) 巡回护士工作

巡回护士负责在手术全过程关注并满足患者的需求;为手术提供所需用物;监督手术团队其他成员的无菌技术操作;保证手术安全、顺利地完成并将患者送回病房或 ICU 或 PACU。

1. 手术前一日

(1) 需访视患者,填写术前访视单,了解患者病情、身体、心理状况以及静脉充盈情况、手术部位标识和手术区备皮情况。查阅病历及各种化验单。向患者简要介绍术前准备、手术流程及体位、术中可能出现的不适,给予心理支持。并指导患者进行麻醉体位、手术体位的适应性训练。

(2) 熟悉所实施的手术,根据手术要求备好手术体位垫、手术仪器,并检查其性能,使其处于功能完好状态。

2. 手术当日

(1) 核对患者病房、姓名、床号、ID 号、手术体位、血型、过敏史、麻醉方法。核查术前医嘱是否执行,如有特殊情况,应报告医生及护士长妥

善处理。

(2)清点病房所带物品、药品等,如患者将贵重财物带进手术室,应交还其家属或为其妥善保管。

(3)为患者戴好手术隔离帽,关心患者,做好患者心理护理,安抚患者的紧张情绪,对小儿及意识不清的患者可给予约束或专人守望看护,防止坠床和其他意外发生,确保安全。注意患者术前、术中、术后的保暖工作,避免受凉。

(4)根据医嘱进行输液、用药,并保持静脉和各种管道的通畅。

(5)施行麻醉前及麻醉过程中帮助患者消除恐惧,诱导麻醉时,不离患者左右,以便协助麻醉医生工作,保障患者的安全与舒适。

(6)检查手术间照明灯、手术灯及各种设备、仪器性能是否良好,以便术中密切配合手术。

(7)调节室内温度、湿度,做好环境准备。

(8)协助手术医生及麻醉医生摆放患者的手术体位,手术患者置于安全舒适的位置是手术过程中的一个重要部分。患者手术体位摆放原则是既要保证患者处于良好的手术视野的暴露,又要避免患者肢体缺血、皮肤及神经受压等危险。

(9)手术期间巡回护士要控制手术间人员的出入,避免工作人员不必要的出入手术间。还应注意督查有无违反无菌原则的行为。

(10)巡回护士应在手术人员洗手后,打开无菌手术包,协助手术人员穿好手术衣,安排各类人员就位。

(11)手术开始前、关闭体腔前及手术完毕时与洗手护士认真清点器械、缝针、敷料及其他用品的数目及完整性,并准确记录,术中增减的器械和用物要及时清点、核对并记录。

(12)巡回护士要确保手术过程中手术人员能够得到安全的防护,提供有效的用具并提醒手术人员使用。

(13)将术中采集的病理组织与医生核对后准确装入写有标签的标本袋内。

(14)巡回护士应与麻醉医生共同记录患者在术中所用的血液制品及药品。输血前认真核对,并在输血记录单上签名,防止差错事故发生。

(15)保证吸引通畅,并注意观察吸引瓶内引流液性质和引流量。

(16)坚守岗位,密切观察病情,及时配合抢救。

(17)巡回护士认真书写手术护理文书,如手术器械清点单、手术护理记录单、手术患者术后交接单、手术患者信息核查表等。手术护理记录单对患者手术护理全程进行记录,包括所有参加手术人员的姓名、手术名称、所有相关时间(患者出入室时间、手术开始结束时间、止血带充气 and 放气时间)、手术体位、植入物、填塞物、引流管及其他特殊情况的记录。

(18)手术完毕协助包扎伤口。

(19)将患者带来的所有物品备齐,随患者带回 PACU、病房或 ICU,与病房或 ICU 护士交接好患者的病情及物品,途中注意观察病情及各种管道。

(20)整理手术间,补充物品。

(二)洗手护士工作

洗手护士需外科手消毒、穿戴无菌手术衣和手套,在手术台上协助手术医生进行手术。

1.手术前一日

(1)了解手术情况,预习手术配合要点,并根据手术要求做好准备,以便术中密切配合。

(2)按照手术通知单准备及核对次日手术器械包、敷料包及其他手术用品,注意认真查对有效期。

2.手术当日

(1)进入手术间,与巡回护士及麻醉医生一同按照核查制度核对患者。

(2)再次核对手术物品是否齐全和适用,发现遗漏及时补充。

(3)严格执行查对制度和无菌技术操作规程,认真核对无菌器械、敷料包的灭菌日期、灭菌效果、灭菌指示卡、指示胶带,确认无误后方可用于手术。

(4)洗手护士应提前外科手消毒,穿戴无菌手术衣、手套,整理器械车。

(5)与巡回护士共同清点、核对手术器械、敷料和其他用物。

(6) 根据需要协助医生铺巾,协助医生穿戴无菌手术衣、手套。

(7) 手术中添加或拾起掉落器械、敷料和其他用物,以及在手术前、关闭体腔前及手术完毕时及时与巡回护士清点核对记录,严防异物遗留 in 体腔内。如有疑问,护士有责任告知手术者认真检查体腔内是否遗留,必要时使用 X 线协助检查,并在记录单上签名备案。

(8) 手术中严格遵守无菌技术操作原则,并监督他人执行。随时保持器械桌、器械托盘的无菌和整洁。

(9) 手术过程中集中精力,密切观察手术进程及需要,主动、迅速、正确地传递所需要的器械物品,及时收回用过的器械,擦拭血迹,整理有序,使之时刻处于功能状态,以保证及时传递,随时保持手术台上吸引器通畅,术中妥善保管精细器械,提醒术者正确、安全使用。

(10) 术中切下的游离组织、自体骨等应妥善保管,避免污染。术毕按常规处理,不得遗失。术中需要作冷冻切片检查时,在等待结果出来前,应保持所有器械、敷料的无菌,不得污染。送冷冻病理组织时切忌使用清点过的纱布包裹组织。

(11) 术毕,负责手术器械的清点,并与供应室做好交接,以及常规送检病理组织。

(三) 恢复室护士工作

恢复室护士主要负责患者从进入恢复室到回到病房或 ICU 这段时间的护理。其主要工作包括:

(1) 检查吸引器、呼吸机、监护仪等仪器设备是否处于正常工作状态,准备吸痰用物、四肢约束带等。

(2) 接到各手术间入住通知后,根据患者是否脱机、拔管、清醒等,及时做好相应准备。

(3) 与巡回护士交接患者病情、各引流管道、伤口敷料情况等,以及病历、患者及患者财产、术中护理记录单、器械物品清点单等。

(4) 协助麻醉医生连接呼吸机,交接好生命体征及特殊情况。

(5) 查对患者、病历、腕式识别带,并挂好手术间标识牌及其他警示标识牌。

(6) 保证输液等管道通畅,根据医嘱严格查对给药,配合麻醉医生

工作直至患者复苏。

(7) 患者离开恢复室前检查并完善护理记录单, 总结出入量。

(8) 认真记录患者情况。

(9) 护送患者返回病房或 ICU。

(10) 保持恢复室整洁、工作有序。

三、手术室护理工作特点

手术室是通过外科手术进行疾病诊断、治疗的重要场所, 手术室为其提供人员、物资、环境等重要保证。手术室护士不仅要为患者服务, 而且还要与手术医生、麻醉医生默契协作, 共同高质量完成手术, 手术室护理工作具有以下几个方面的特点:

1. 被动性 手术室护理工作性质较被动、工作时间弹性较大。

2. 紧张性 急诊手术患者、危重患者、疑难患者多, 各种高危操作相对集中, 护理工作紧张且繁忙。

3. 风险性 手术室护理工作为高风险职业, 具体体现在医疗护理差错、事故高风险、职业暴露局风险。

4. 慎独性 慎独是道德修养的一种较高境界, 指人在独处时, 仍能坚持自己的道德信念, 自觉地遵循道德准则, 小心谨慎, 严格要求自己, 自己的言行符合医疗道德要求。手术室护理人员应具有高度的责任心和“慎独”精神。

5. 奉献性 手术室护士的别名为奉献, 它是一种爱, 是对手术患者不求回报的爱和全身心的付出。

6. 知识性 手术室护士不仅要具备本专业知识, 还必须具备广博的生理、心理、社会学、人文科学等方面的知识, “德、才、体、识、学”缺一不可。必须在工作岗位以饱满的工作热情、十足的干劲, 渊博的医学和专科护理知识等迎接每一台手术。

7. 技能性 外科手术的实施是手术团队人员共同完成的, 每个成员各自承担着一定的角色, 并执行不同技能的任务, 手术室护理操作技能专科性强, 内容广泛。

8. 创新性 手术新业务不断开展、新仪器不断出现, 要求手术室护士具有创新性的进取精神, 不断提高手术护理质量。

9. 无菌性 患者术后感染与否是手术成败的关键之一,手术室护士必须具备很强的无菌观念、无菌技术技能及相关医院感染知识等。

10. 协作性 手术专科分工越来越细致,需要一个团队的团结协作精神,手术室护理工作非常需要每位护士的协作意识。

第三节 手术室护理伦理

一、医学伦理

(一) 基本概念

伦理就是人与人以及人与自然的关系和处理这些关系的规则。如“天地君亲师”为五天伦;又如君臣、父子、兄弟、夫妻、朋友为五人伦。忠、孝、悌、忍、信为处理人伦的规则。从学术角度来看,人们往往把伦理看作是对道德标准的寻求。

医学伦理学是运用一般伦理学原则解决医疗卫生实践和医学发展过程中的医学道德问题和医学道德现象的学科,它是医学的一个重要组成部分,又是伦理学的一个分支。医学伦理学是运用伦理学的理论、方法研究医学领域中人与人、人与社会、人与自然关系的道德问题的一门学问。

(二) 起源

医学伦理学来源于医疗工作中医患关系的特殊性质。患者求医时一般要依赖医务人员的专业知识和技能,并常常不能判断医疗的质量;患者常要把自己的一些隐私告诉医务人员,这意味着患者要信任医务人员。这就给医务人员带来一种特殊的道德义务:把患者的利益放在首位,采取相应的行动使自己值得和保持住患者的信任。

所以,刻画医患关系基本性质的是信托模型:信托关系基于患者对医务人员的特殊信任,信任后者出于正义和良心会真诚地把前者利益放在首位。

公元前四世纪的《希波克拉底誓言》是医学伦理学的最早文献,其要旨是医生应根据自己的“能力和判断”采取有利于患者的措施,保守