

电视胸腔镜下肺叶切除术的围手术期护理

关晓洁¹,戴长娟²

(1.吐鲁番市人民医院手术室,新疆 吐鲁番 838000;

2.新疆维吾尔自治区人民医院胸外科,新疆 乌鲁木齐 830000)

【关键词】 胸腔镜;肺叶切除术;护理

【中图分类号】 R473.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2015)22-3425-03

近年来,由于各种原因我国肺癌患者的发病率正不断上升,对我国居民健康和生命的威胁也越来越大,胸腔镜下肺叶切除术作为一种新型治疗肺部肿瘤的现代外科技术,目前正被广泛应用于周围性肺癌、局限于肺叶内不可逆病变疾病的治疗当中^[1-2]。但是由于胸腔镜手术操作难度大,且采用非直视操作等原因,术后经常会发生各种并发症,因此对围手术期护理工作提出了更高的要求^[3-4]。我院胸外科近年来行电视胸腔镜下肺叶切除术者 126 例,经过细致正确的围手术期护理,术后恢复良好,均顺利出院,现将护理体会总结报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 5 月在本院拟行胸腔镜肺叶切除术的 126 例患者,男性 65

例,女性 61 例;年龄 33~69 岁,平均(53.9±15.58)岁;体重 42~79 kg,平均(64.48±11.02) kg;所有患者均为周围性肺癌,且术前胸部 CT 结果显示病灶 1.81~5.42 cm,平均(3.49±1.09) cm;病变位于左侧 55 例,其中上叶 24 例、中叶 17 例、下叶 14 例,右侧 71 例,其中上叶 31 例、中叶 17 例、下叶 23 例。所有患者均在全麻、双腔气管插管下行肺叶切除术,并由患者本人或家属在同意书上签字。

1.2 纳入标准^[5] ①术前胸部 CT 均确诊为肺癌;② CT 结果显示为孤立的肺部结节,且局限于单一肺叶中;③心肺功能评估能耐受肺叶切除者;④没有参加其他影响性实验的患者。

1.3 脱落标准 ①中途死亡,转院的患者;②自行要求退出试验的患者。

通讯作者:关晓洁。E-mail:1437658918@qq.com

病的治疗态度,并做好指导增强其治疗信心。指导家属掌握以下知识:(1)胃造瘘管护理知识,包括胃造瘘管妥善固定,并发症的观察,胃造瘘管的维护,出院前由责任护士指导家属进行胃造瘘管喂养操作,家属能独立完成经胃造瘘管喂养操作。告知家属喂养后将患儿倒置的意义,每周测量体重、身高来评定喂养疗效;(2)持续负压吸引知识,患儿出院后仍需持续吸痰,家庭自备吸痰器,给予持续负压吸引,掌握吸痰负压调节方法,保持呼吸道通畅,出现呼吸困难,呕吐等应及时处理;(3)新生儿护理知识,注意保暖、合理喂养,饮食卫生,皮肤黏膜护理。出院时提供科室电话接受咨询服务,出院后由责任护士每周进行电话随访。

3 讨论

I 型食道闭锁延期的一期食管吻合一般在生后 12 周进行^[6],本例患儿系足月小样儿,出生时体重偏低,营养稍差,经胃造瘘管提供肠内营养,可尽快改善患儿营养状态,提高机体免疫力,为延期手术做好充分的准备,若一期手术完成,手术风险大,术后并发症

发生率相对提高。相比之下,家属对成功治愈的期望值较高,对选择保守的延期手术亦无异议,根据该患儿的条件,选择延期手术即为最佳治疗方案。在分期手术期间存在两个护理的问题,首先是避免痰液、唾液的返流引起窒息,其二是胃造瘘的营养管理,这都需要非常细致的护理及专业知识,长期胃肠外营养带来诸多不良并发症,费用增加,肠内营养不失为一种安全的营养补充法,通过胃造瘘管提供肠内营养,并发症相对较少,管饲方法家属容易掌握,方便护理,可长期留置。家庭内护理,家属应掌握的护理要点,保持呼吸道通畅,预防呼吸道感染,管饲的并发症观察等。

参考文献

- [1] 施诚仁. 新生儿外科学[M]. 上海:上海科学普及出版社, 2002: 344.
- [2] 陆明芬. 12 例先天性食道闭锁患儿围手术期呼吸管理[J]. 中国中医药咨讯, 2010, 2(34): 329-329.
- [3] 李艳华, 王新利. 早产儿胃肠外营养相关性胆汁淤积综合征的危险因素研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2013, 15(4): 254-258.
- [4] 郑 珊. 实用新生儿外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 371.

(收稿日期:2015-05-26)

2 护理措施

2.1 术前

2.1.1 心理疏导 由于电视胸腔镜肺叶切除手术是近几年在临床开展的一项新技术,患者及家属由于对手术缺乏足够的认识,因此术前对手术的效果、存在的风险及手术费用等多方面的顾虑,从而加重了患者紧张、焦虑、恐惧等各种不良情绪,因此在确定手术后,由责任护士对患者及患者家属进行术前宣教,主要向患者介绍手术目的、重要性、安全性等问题。鼓励患者提问,及时解除患者的疑惑。可以播放手术的相关多媒体 Flash 动画,让患者直观认识到手术过程,从而消除患者对手术的陌生感和由此产生的恐惧感,积极主动的配合治疗与护理;观察患者的情绪动态,对患者的心理承受能力作出评估,及时进行心理疏导,减轻患者心理压力,争取让患者能以一个最佳的心理状态面对手术^[6],以提高手术效果。

2.1.2 呼吸道准备 ①术前发现有呼吸道感染的患者,遵医嘱应用抗生素,对于有较长吸烟史的患者,向患者讲解戒烟的重要性,发现痰多而粘稠者需行雾化吸入,每天 2~3 次;②术前指导患者进行腹式呼吸,首先鼻子用力深吸一口气,吸气时注意保持胸部不动,主要使腹部向外隆起,后屏气 1~2 s,再将气体慢慢从口中呼出;同时训练腹式呼吸,保证术前每天训练 1 h;③指导患者行有效咳嗽排痰训练,患者取端坐位,四肢保持放松,一手握在患侧切口处,用鼻子深吸一口气后屏气 1~2 s,再用胸腹部的力量用力咳嗽,让痰液随气流冲出;④嘱患者早晚刷牙,保持口腔卫生。

2.1.3 健康教育 入院后吸烟患者认真耐心地解释吸烟对身体和手术的危害及影响,进一步讲解吸烟与咳嗽、痰量之间的关系,嘱咐患者及早戒烟,并主动和患者家属进行沟通,告诉患者家属戒烟的重要性,要求家属加强对患者戒烟的监督力度。

2.2 术后

2.2.1 体位护理 患者全身麻醉尚未完全清醒之前取平卧位,注意将患者头偏向一侧,以防舌根后坠及分泌物堆积引起的气道阻塞。待全麻清醒且血压稳定后,通常取半卧位,根据患者的舒适度适当抬高床头 30°以下,6 h 后即可取 45°或协助坐起咳嗽,也可以左右半卧位与坐位交替,有利于呼吸,减轻胸部切口疼痛,有利于胸腔闭式引流。注意不应长时间处于健侧卧位,使胸腔引流管处于高位,不便于胸腔闭式引流。

2.2.2 密切监测生命体征 术后 48 h 内常规采

用监护仪监测患者心率、血压、呼吸、血氧饱和度等变化,并做好相应记录,血氧饱和度注意应维持在 95% 以上。对于老年患者和术前有心脏病史的患者,术后应密切监测患者的血压及血氧饱和度变化,一旦发现异常,及时报告主治医师并及时做出处理^[7]。

2.2.3 胸腔闭式引流管护理 ①术后向患者家属强调妥善固定放置引流管,避免引流管扭曲、受压、打折、牵拉、滑脱,随时注意保持引流管通畅。病情平稳或血压稳定后可取半卧位,目的是方便引流;②定期挤压引流管(2 次/d),以防血凝块或纤维素条索沉淀阻塞管腔造成胸内积气或积液;③术后 6~10 h 是出血的高峰期,对于高血压、凝血功能障碍的患者,应密切观察患者的生命体征变化及引流液的量和色泽,一旦发现患者引流液每小时大于 200 ml 或连续 3 h 大 100 ml/h,则疑有活动性出血,立马报告主治医师采取处理;④术后每天更换引流液,必要时随时更换,且更换时必须严格无菌操作,以防发生感染;⑤在引流管位置较高的地方进行阻断,以防止气胸的发生;⑥术后复查胸部 X 线,若患者肺膨胀良好,胸腔内显示无积气或积液,各项生命体征处于平稳状态,且每日的引流量在 100 ml 以内,即可拔出胸腔闭式引流管。拔出前耐心向患者做好解释工作,在患者深呼吸后屏住呼吸的同时拔出引流管,然后立即用油纱堵住伤口,并用胶布固定。拔管后注意观察患者呼吸音的变化和伤口敷料情况,以及是否出现紫绀、气促、胸闷、皮下气肿等症状。

2.2.4 呼吸道护理 ①鼓励并协助患者咳嗽和排痰,嘱患者做腹式呼吸,轻柔的为患者翻身、拍背,促进痰液排出,保持呼吸道的通畅,降低或血压术后肺部并发症的发生率。术后咳嗽无力者指压胸骨切迹上方气管来刺激咳嗽,以促进痰液排出。密切观察患者的呼吸,如发现患者有呼吸衰竭先兆,尽早行切管切开。②根据患者术后咳嗽排痰情况制定雾化吸入计划,湿化气道,促进排痰,同时雾化中的微小颗粒,可直接到达细支气管及肺泡中,有一定的消炎解痛、稀释痰液的作用,促使深部痰液排出。③锻炼肺功能 鼓励患者恢复期间,尽可能进行深吸气训练或吹气球,从而进一步促使肺泡扩张,增加通气量^[8]。

2.2.5 疼痛护理 术后的 1~2 d 内,由于切口不适及引流管刺激的原因可引起剧烈疼痛,而患者由于疼痛剧烈而抵触术后咳嗽、咳痰及下地活动,从而增加肺炎、肺不张等并发症的发生率,因此术后可适当予以镇痛药进行镇痛。若疼痛剧烈,必要时可适当肌肉注射杜冷丁或吗啡。均有不同程度上的疼痛,再予

以药物镇痛时需全面掌握好药物的适应证及禁忌证。

2.2.6 术后恢复训练 术后根据患者恢复情况尽早开展早期锻炼。如鼓励患者每日做患侧肢体的抬举运动,以防发生患侧胸腔肌肉黏连和肩部下垂、强直和萎缩;鼓励患者尽早下床活动,促进肠蠕动以及呼吸功能的恢复,以防发生肺部并发症和下肢静脉栓塞。

3 结果

本组患者术后有5例患者发生不同程度的肺表面或残端漏气,临床表现为胸腔闭式引流管内有气体溢出,嘱患者避免剧烈咳嗽,协助患者咳嗽排痰的同时行负压吸引,并密切观察患者肺部呼吸音的变化,此5例患者经相应处理后复查胸部X线结果显示肺膨胀良好。本组126例行胸腔镜下肺叶切除手术患者均顺利出院,住院期间无任何护理并发症发生,患者对护理人员满意度高达98.4%(124/126),术后随访切口愈合良好。

4 讨论

胸腔镜手术是在电视胸腔镜下采用专用的器械以微小切口完成胸腔内的操作的一种现代外科技术,具有切口小、出血少、恢复快、安全可靠等一系列优点,目前已逐渐被患者及家属所接受。但是由于患者及家属对手术的认识和了解不够,加之手术是一项带有创伤性的治疗手段,因此患者术前均存在不同程度的焦虑、恐惧、低落等负面情绪,不仅影响了手术顺利进行,更反射性地刺激胸腔迷走神经从而进一步加重焦虑心理,形成一种恶性循环^[9]。术前的心理疏导提高了患者及家属对手术的认知和针对性的解决了患者的心理问题,促进了手术的顺利开展,更提高了患者对护理的满意度^[10]。术前呼吸道护理和健康教育可明显预防和减少肺部感染和肺不张等肺部并发症的发生,更能提高患者的手术耐受力,提高了手术成功率^[11]。

术后护理是围手术期护理工作的一个重点内容,正确有效的护理可起到一定的治疗效果。术后首先必须做好患者各项生命体征的监测,尤其是血压和血氧饱和度,保持胸腔闭式引流管的通畅,密切注意引流量的变化,可防止病情恶化和预防并发症,提高手

术疗效。术后患者均存在一定的疼痛,镇痛处理可促进有效呼吸和排痰。术后护理中最重要的护理问题是排痰,如果没有及时有效排痰,分泌物阻塞支气管从而引发肺不张、肺炎,极易导致呼吸衰竭从而危及生命。因此术后鼓励和协助患者咳嗽和排痰及尽早开展早期锻炼,可有效减少患者术后肺部感染等并发症的发生,促进患者恢复^[12]。

综上所述,在围术期对胸腔镜下行肺叶切除术的患者开展正确、细致和有针对性的护理措施,可促进手术的顺利开展,预防和减少术后并发症的发生,促进患者病情的快速恢复,提高了患者满意度,值得在临床上广泛使用并推广。

参考文献

- [1] Khraim FM. The wider scope of video-assisted thoracoscopic surgery [J]. Aorn Journal, 2007, 85(6): 1199-1212.
- [2] Fukuhara K, Akashi A, Nakane S, et al. Preoperative assessment of the pulmonary artery by three dimensional computed tomography before video-assisted thoracic surgery lobectomy [J]. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 2008, 34(4):875-877.
- [3] McKenna RJ, Houck W, Fuller CB. Video-assisted thoracic surgery lobectomy: experience with 1,100 cases [J]. Annals of Thoracic Surgery, 2006, 81(2): 421-425.
- [4] 李秀梅,张东,吕宾,等. 282例全电视胸腔镜下肺叶切除术的围术期护理体会[J/CD]. 中华腔镜外科杂志(电子版), 2012, 5(2): 150-152.
- [5] 邓攀,刘胜中,曾富春,等. 电视胸腔镜下肺叶切除术108例围术期护理体会[J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9(3): 136-137.
- [6] 王宏,罗建管,梁鹏,等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤危险因素分析[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 10(7): 591-593.
- [7] 刘艳,杨雪玲,王艳,等. 34例肺叶切除术的围手术期护理体会[J]. 中国实用医药, 2014, 32: 184-185.
- [8] 刘筱凌,徐海英. 电视胸腔镜下肺叶切除术68例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(2): 98-99.
- [9] 汪净,周晨. 单孔胸腔镜下肺大泡切除术的手术配合及护理[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(2): 164-165.
- [10] 秦智利. 电视胸腔镜下行肺叶切除术围手术期护理[J]. 医学理论与实践, 2011, 24(2): 215-216.
- [11] 吴莉,韦林,胡绢利,等. 肺叶切除术围术期护理[J]. 现代医药卫生, 2014, 30(7): 1059-1060.
- [12] 李萍,杨晓琼. 胸腔镜下肺叶切除术的围术期护理[J]. 医学信息, 2012, 25(1): 206.

(收稿日期:2015-10-10)