



胸腔镜下行肺大疱切除围手术期的手术配合研究

周 芳

岳阳市一人民医院大手术室 414000

【摘要】目的 研究胸腔镜下行肺大疱切除围手术期手术配合的效果。**方法** 本次研究选取的研究对象为2013年3月~2016年3月期间在我院进行肺大疱切除术的患者,将100例患者计算机随机分为2组,50例/组。其中,一组患者实施常规护理(对照组),另一组采用围手术期手术配合(观察组)。对比两组行肺大疱切除术患者的SAS评分、SDS评分、舒适度优良率、疼痛评分以及住院时间。**结果** 观察组行肺大疱切除术患者的上述指标均优于对照组患者($P < 0.05$)。**结论** 在胸腔镜下行肺大疱切除术围手术期实施合理有效的手术配合能够使临床疗效提高,预后效果好,具有较高的临床应用价值。

【关键词】 胸腔镜;肺大疱切除术;手术配合

【中图分类号】 R472.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2016) 09-008-02

肺大疱是一种含气囊腔^[1],在胸外科较为常见。手术是治疗肺大疱的主要方法,在手术过程中,积极有效的手术配合相当重要。我院将行肺大疱切除术患者100例作为此次的研究对象,以下是详细报告:

1 行肺大疱切除术患者资料和护理方法

1.1 基线资料

选取我院收治的100例行肺大疱切除术患者(属于2013年3月~2016年3月期间)作为研究对象,计算机随机分为两组,一组有50例患者。对照组:男性患者30例,女性患者20例,年龄范围15~61(37.25 ± 2.41)岁。病变部位:40例单侧肺大疱,10例双侧肺大疱。观察组:男性患者32例,女性患者18例,年龄范围16~60(37.28 ± 2.42)岁。病变部位:41例单侧肺大疱,9例双侧肺大疱。对照组和观察组行肺大疱切除术患者在基线资料方面比较差异不明显, P 值大于0.05。

1.2 护理方法

为行肺大疱切除术患者采用常规护理(对照组),做好常规术前准备,术中积极主动配合医生进行手术操作,术后做好日常生活护理,预防和处理并发症。

对行肺大疱切除术患者采用围手术期手术配合(观察组),具体操作如下:

术前配合:①术前心理护理:术前通过与患者交流来了解患者的心理状态,将疾病知识、治疗情况和注意事项详细告知患者,向患者介绍治疗成功的病例,缓解患者的不良情绪,使患者能够积极配合手术治疗及护理。②术前指导:术前对患者进行指导,内容为咳嗽训练和呼吸训练。③术前准备:在手术前一天安抚患者的情绪,进行备血、备皮、抗生素试敏等手术相关操作,术前1d晚上做好胃肠道准备。护理人员将手术中所需的开胸手术包、冲洗吸引器、氩气电刀、30°胸腔镜、内腔缝合切割器等物品器械准备齐全并进行检查消毒。

术中配合:在患者进入手术室后,将温度控制在22℃~24℃,调节湿度至50%~60%。进行三查七对,在确认无误后,配合麻醉师为患者进行麻醉和迅速开放静脉通道。将患者的手术体位更换为健侧90°,在将胸腔面镜和搁手架放置好后,将患者使用弹力绷带固定,将软垫放置在患者的健侧肋下。将各仪器管道进行连接并将仪器参数进行调节,对患者的生命体征进行密切监测。在无菌操作的前提下将手术器械正确无误的传递给手术医生,配合医生在胸腔镜下切除肺大疱。手术完毕后对手术纱布和器械进行检查核对。

术后配合:术后对器械进行冲洗和消毒,并将其放回原位。术后动态监测患者的生命体征,观察各种管道是否保持通畅,再将患者安全移送至病房后与病房护理人员进行交接,在术后对患者进行访视。

1.3 观察指标及判定标准

1.3.1 观察指标

观察两组行肺大疱切除术患者的SAS评分、SDS评分、舒适度优良率、疼痛评分以及住院时间。

1.3.2 判定标准

行肺大疱切除术患者的心理状态使用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评估,分数越高则表示患者的心理状态越差。

舒适度评价标准:患者无痛苦、心情愉悦、配合度高——优;患者有轻微疼痛,配合度较好——良;患者出现躁动、呻吟、肢体挪动幅度大,配合度差——差。

疼痛评分:总分为10分,0分表示无疼痛,10分表示难以忍受的剧烈疼痛。

1.4 统计学处理

将本文数据录入到SPSS20.0软件进行统计处理,用%表示舒适度优良率,以(n)%形式表现,使用卡方进行数据检验,采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示SAS评分、SDS评分、疼痛评分以及住院时间,用 t 进行检验。当 P 小于0.05时,表示两组行肺大疱切除术患者的各项资料数据对比有明显的差异,统计学具有意义。

2 实验结果

在经过护理后,观察组行肺大疱切除术患者的心理状态、疼痛状况和住院时间比对照组更优,统计学具有意义。见表1所示:

表1 对比两组行肺大疱切除术患者的心理状态、疼痛状况和住院时间

组别	例数 (例)	SAS 评分 (分)	SDS 评分 (分)	疼痛评分 (分)	住院时间 (天)
观察组	50	34.15±2.03	32.62±2.87	1.21±1.12	9.54±2.01
对照组	50	53.43±2.24	54.37±2.35	3.41±2.34	13.43±2.28

观察组行肺大疱切除术患者的舒适度优良率高于对照组($P < 0.05$)。如表2所示:

表2 比较两组行肺大疱切除术患者的舒适度优良率(n, %)

组别	例数	优	良	差	优良率
观察组	50	35	13	2	96.00
对照组	50	23	17	10	80.00

3 讨论

肺大疱一般继发于小支气管的炎性病变^[2],如肺气肿、肺炎等。肺大疱的增大会造成肺功能障碍^[3],使患者出现胸闷、气短、咳嗽、发热^[4]等临床症状。临床上通过手术切除肺大疱能够起到复张受压肺组织、增加呼吸面积和提高动脉血氧^[5]的作用,还能减低气道阻力,增加通气量,改善患者胸闷、呼吸困难等症状。

胸腔镜下行肺大疱切除术能够安全有效的将肺大疱切除,
(下转第10页)



所示:

表1 对比两组面部慢性湿疹患者的临床症状评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(n)	治疗前	治疗1周	治疗2周
观察组	45	13.48±2.62	5.06±1.12	2.41±0.31
对照组	45	13.51±2.15	6.14±0.63	2.48±0.55

注:与对照组治疗1周后相比较($P < 0.05$)。

表2 比较两组面部慢性湿疹患者的临床总有效率(n, %)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	33	8	3	1	97.78
对照组	45	23	7	3	12	73.33

注:与对照组相比较($P < 0.05$)。

2.3 不良反应发生率

观察组面部慢性湿疹患者中出现1例呕吐,1例嗜睡,不良反应发生率为4.44%。对照组中出现头晕1例,轻微口干2例,嗜睡1例,不良反应发生率为8.89%。两组患者均未进行治疗,在一定时间内自行痊愈,对比不良反应发生率无统计学意义。

2.4 复发率

在治疗2周后进行随访得知,观察组面部慢性湿疹患者的复发率为4.44%(2/45),对照组的复发率为17.78%(8/45)。两组患者的复发率相比较差异明显($P < 0.05$)。

3 讨论

湿疹具有对称性、渗出性、瘙痒性以及复发性^[4],常受内在因素(神经功能障碍、胃肠功能紊乱、内分泌失调、精神紧张等)和外在因素(天气、环境、化学物质等)影响引发慢性湿疹^[5],面部慢性湿疹起病缓、发病率高,相比于急性湿疹的治疗难度更大。临床上常规治疗慢性湿疹一般使用抗组胺药物,取得了令人满意的效果。

盐酸非索非那定作为第二代H1受体拮抗剂^[6],能对H1受体进行选择性的阻断,具有一定的抗炎效果,抗组胺作用良好,但不具备抗胆碱、抗-5羟色胺和抗肾上腺素作用,其经肾脏充分排泄,会对肾功能造成损伤。

抗组胺药物能够对外周H1受体进行竞争性抑制^[7],抑制肥大细胞的白三烯和组胺释放能力,使患者的临床症状得到减轻。氯雷他定属于哌啶类抗组胺药^[8],可选择性对外周组胺H1受体进行阻断,其抗组胺作用见效快、药效强且持久。氯雷他定可在减少炎症介质的同时稳定肥大的细胞膜,对黏附因子的表达进行抑制,降低体内的IL-6和IL-8的释放^[9],进而减轻患者的临床症状和过敏情况。氯雷他定能够在短时间内使患者的湿疹面积消退,能够满足患者对面部美观的追求。

在分别使用盐酸非索非那定与氯雷他定治疗面部慢性湿

疹患者的同时采用他克莫司软膏治疗,能够使患者局部免疫调节提高,具有显著的抗炎和止痒的效果,能够避免患者长期使用糖皮质激素,进一步增加治疗效果,有利于临床用药安全性的提高。

我院将收治的90例面部慢性湿疹患者,简单随机分为对照组和观察组。在使用他克莫司软膏治疗的基础上,对照组采用盐酸非索非那定治疗,观察组采用氯雷他定治疗。观察组面部慢性湿疹患者的临床总有效率、治疗1周后的临床症状评分以及复发率与对照组相比更具优势($P < 0.05$),两组患者的不良反应轻微,相比较差异较小。杨锐^[10]在《氯雷他定配伍普特彼治疗面部慢性湿疹46例》中治疗组的临床总有效率为91.30%,与本文观察组的临床总有效率(97.78%)相近,表明本文数据具有真实可靠性。

总而言之,氯雷他定治疗面部慢性湿疹具有较高的安全性和有效性,不良反应发生率和复发率均较低,可提高患者的生活质量,具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 孙昌洁. 氯雷他定配伍普特彼治疗面部慢性湿疹疗效分析[J]. 按摩与康复医学, 2015, 6(12):67-68.
- [2] 雷雅丽. 氯雷他定治疗面部慢性湿疹临床疗效及安全性分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2016, 15(2):106-108.
- [3] 吴实, 邓列华, 胡云峰等. 氯雷他定联合冰黄肤乐软膏治疗亚急性及慢性手部湿疹的临床观察[J]. 暨南大学学报(自然科学与医学版), 2012, 33(6):608-611.
- [4] 魏婷, 孟凡征, 李平. 针药并用治疗慢性面部湿疹32例[J]. 广西中医药, 2016, 39(1):57-58.
- [5] 宋生杰. 钙泊三醇倍他米松软膏治疗慢性湿疹疗效分析[J]. 河南医学高等专科学校学报, 2015, 27(2):169-170.
- [6] Rademaker M. Face-masks for facial atopic eczema: Consider a hydrocolloid dressing[J]. The Australasian journal of dermatology, 2013, 54(3):222-224.
- [7] 王洁. 糠酸莫米松乳膏联合卡泊三醇软膏治疗慢性湿疹或神经性皮炎的疗效[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(E01):194-195.
- [8] 谭思雄. 自制祛湿止痒汤+曲安奈德益康唑乳膏治疗慢性湿疹的新疗法[J]. 中外医疗, 2013, 32(21):111-111.
- [9] 王宝娟, 马国安, 丁红炜. 慢性湿疹方联合蓝润医用愈肤生物膜膏剂活性敷料治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(11):68-69.
- [10] 杨锐. 氯雷他定配伍普特彼治疗面部慢性湿疹46例[J]. 陕西医学杂志, 2013, 42(5):608-609.

(上接第8页)

切口小、出血量少,有利于患者早日恢复。在围手术期实施常规护理不能改善患者的心理状态,患者的舒适度较差,且容易出现并发症,影响预后效果。

围手术期手术配合能够使胸腔镜下行肺大疱切除术的成功率提高,通过术前配合能够加深患者对疾病和手术的认识,增强患者战胜疾病的信心,改善患者的不良心理状态,提高患者的积极主动性。做好术前指导和准备有利于手术的进行;术中配合能够提高患者在术中的舒适度^[6],预防并发症的发生,协助医生顺利完成手术;术后配合有利于预后。通过围手术期手术配合有利于患者住院时间的缩短,改善护患关系。

我院将收治的100例行肺大疱切除术患者计算机随机分为对照组和观察组。对照组采用常规护理,观察组采用围手术期手术配合。观察组行肺大疱切除术患者的心理状态、舒适度优良率、疼痛评分以及住院时间与对照组相比更具优势($P < 0.05$)。

综上所述,胸腔镜下行肺大疱切除术围手术期的手术配合对疗效的提高和患者预后具有重要意义。

参考文献:

- [1] 付冰. 探讨胸腔镜下行肺大疱切除术围手术期的手术配合[J]. 北方药学, 2013, 10(7):127-127.
- [2] 吕艳清. VATS下肺大疱切除术手术配合及护理体会[J]. 当代医学, 2016, 22(15):104-105.
- [3] 刘惠萍. 双侧肺大疱同期电视胸腔镜手术21例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(2):92-94.
- [4] 董虹. VATS下肺大疱切除术手术配合及护理体会[J]. 求医问药:下半月刊, 2012, 10(1):109-110.
- [5] 程浪, 吴勤, 安虹等. 单操作孔胸腔镜下肺大疱切除术的配合体会[J]. 中国实用护理杂志:下旬版, 2012, 28(7):40-41.
- [6] 涂莉莉. 电视胸腔镜下肺大疱切除术患者的手术配合管理[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(10):134-135.