



胸腔镜下小切口肺大泡切除术围手术期护理体会

付 慧

六安市人民医院心胸外科病区 安徽六安 237000

【摘要】目的 研究并分析对胸腔镜下小切口肺大泡切除术患者使用围术期优质护理效果。**方法** 收集胸腔镜下小切口肺大泡切除术患者共74例,根据随机分配方案将其分为对照组(37例)和观察组(37例),对照组接受常规护理,观察组联合围术期优质护理,将两组患者平均手术时间、切口疼痛程度评分进行观察和对比。**结果** 观察组平均手术时间与对照组相比,差异显著;就切口疼痛程度评分而言,观察组显著低于对照组, P 均 <0.05 。**结论** 在胸腔镜下小切口肺大泡切除术患者的护理过程中,围术期优质护理能够大幅度缩短手术操作时间,并减轻患者的术后疼痛,值得推广应用。

【关键词】 胸腔镜;小切口肺大泡切除术;围术期优质护理;护理效果

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2017)01-160-02

肺大泡指的是由各种原因导致的肺泡腔压力升高,致使肺泡壁破裂并相互融合,在患者的肺组织当中形成含气囊腔^[1]。该疾病在肺气肿、慢性支气管炎患者当中十分常见,患者会出现胸闷气短、咳嗽咳痰、发热、寒战等症状,严重者还会出现胸痛、咯血等症状。就目前而言,胸腔镜下小切口肺大泡切除术是该疾病的主要治疗手段,且优势明显,而为了保证手术的顺利进行,相关的护理配合就十分关键^[2]。在本次研究中,对接收胸腔镜下小切口肺大泡切除术治疗的患者采用了围术期优质护理,现报道如下:

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取2014年3月至2016年12月,在我院接受治疗的肺大泡患者共74例,根据随机分配方案将其分为对照组(37例)和观察组(37例),其中,对照组男20例,女17例;年龄在43岁~70岁之间,平均年龄为 (49.2 ± 3.6) 岁。观察组男21例,女16例;年龄在43岁~71岁之间,平均年龄为 (49.5 ± 3.4) 岁。纳入标准:患者简易智能状态量表评分均高于27分;意识清楚;生命体征平稳。排除标准:药物过敏者;伴恶性心律失常者;合并恶性肿瘤患者;存在急慢性感染者;心肝肾等重要脏器存在功能障碍者。两组基线资料无统计学差异($P>0.05$),有可比性。所遵循的程序均符合相关伦理学标准,并通过我院伦理委员会审核,患者及其家属均知情同意。

1.2 方法

患者均接受胸腔镜下小切口肺大泡切除术:患者行静脉复合全麻,双腔气管插管。麻醉起效后将胸腔闭式引流管去除,并取健侧卧位。在患者患侧的腋中线第7或第8肋间行1.5cm小孔,开放患侧气管。对其胸腔行初步探查,掌握肺大泡的大小及位置。在腋中线第4肋间行4cm~6cm切口,进入胸腔后使用小型的撑开器将肋间隙撑开,在胸腔镜的帮助下使用卵圆钳将肺大泡的基底肺组织钳夹住,轻轻拉起并切除。注入适量的生理盐水后改双肺通气,并注意观察是否出现出血、漏气等症状。在肺部逐渐加压膨胀后将胸腔镜取出。

对照组接受常规护理,观察组联合围术期优质护理:

1.2.1 术前护理。将该疾病的治疗方式、治疗优势、相关检查、护理指南、注意事项等编辑成健康手册,发放给每一个患者,提高他们对疾病及手术治疗的认知程度,使患者能够做好术前生理准备和心理准备。对患者的心肺功能情况、健康状态、心理状态、耐受力进行评估,若患者合并肺部感染,应给予有效抗菌药物,经超声雾化吸入治疗以使其炎症得到控制。指导患者进行深呼吸练习,掌握有效咳嗽排痰的方式以及腹式呼吸法,训练患者进行床上大小便,并在术前12小时开始禁食水。

1.2.2 术中护理。护理人员协助麻醉师对患者行双腔气管插管,对手术器械、敷料进行整理和清点,并对患者行常规铺巾和皮肤消毒。保证电刀线和各路导管的正确连接,并在手术进行中根据患者需要对各项参数和仪器功率进行及时

调整。手术完毕后对器械和辅料进行再次清点和整理,经医师检查确认患者无漏气、出血症状发生后,留置胸腔引流管,并协助医师对切口进行缝合。

1.2.3 术后护理。由于患者在术中连续使用单侧肺通气,因此容易导致低氧血症的出现。在手术后应对其生命体征进行严密监测,并密切注意是否出现缺氧症状。定时监测患者的血压、呼吸、脉搏,给予24小时心电监护,血氧饱和度持续监测。查看患者切口敷料是否出现渗液、渗血等现象,并保证引流管的通畅。听取患者主诉,并遵医嘱给予患者镇静或止痛药物,同时配合缓节律呼吸法、轻音乐疗法、放松疗法等,缓解患者的痛苦。

1.3 评价指标

将平均手术时间、切口疼痛程度评分作为本次研究的评价指标,对两组相关数据进行统计和对比。切口疼痛程度使用视觉模拟评分法(VAS)进行评估,标准为:无痛,0分;轻度疼痛,1分~3分;中度疼痛,4分~6分,且疼痛对患者休息造成一定影响;重度疼痛,7分~10分,患者饮食和睡眠均受影响,且无法耐受^[3]。

1.4 统计学分析

SPSS22.0处理数据,过程中计量资料由 t 检验,计数资料由卡方检验,若 $P<0.05$,则提示数据对比存在统计学意义。

2 结果

观察组平均手术时间与对照组相比,差异显著;就切口疼痛程度评分而言,观察组显著低于对照组, P 均 <0.05 。见表1。

表1 两组患者平均手术时间、切口疼痛程度评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均手术时间(min)	切口疼痛程度评分(分)
对照组	37	96.7 $\pm$ 5.4	3.6 $\pm$ 0.5
观察组	37	71.4 $\pm$ 5.9	2.0 $\pm$ 0.6
T 值		19.241	12.461
P		0.001	0.001

3 讨论

肺大泡的出现会对肺部组织造成压迫,并导致患者出现胸闷、呼吸困难等症状,对其生活质量产生严重影响。目前胸腔镜在该疾病的治疗中得到了广泛应用,该术式的痛苦少,而且几乎不会对患者的胸壁呼吸机造成损伤^[4]。而为了提高手术的安全性及效果,有效的护理配合十分关键。

在本次研究中,对观察组37例接受胸腔镜下小切口肺大泡切除术的患者采用了围术期优质护理,经对比分析可知,观察组的平均手术时间、切口疼痛程度评分均显著优于对照组。优质护理将整体护理作为实施基础,始终坚持了“以人为本”的护理理念,坚持了“以质量为核心”,从而适应了社会发展以及卫生改革的需要。另一方面,在护理实施过程中要求护理人员能够通过换位思考来进行工作,对每一位患

(下转第164页)



组别	例数	血钠 (mmol/L)	CVP(cmH ₂ O)	血渗透压 (mmol/L)	尿钠 (mmol/L/24h)	尿量 (ml/24h)	血 ANP (ng/ml)
研究组	40	141.9±4.8*	7.58±1.25*	294.1±9.2*	263.4±15.8*	2658±361*	0.86±0.24*
对照组	40	122.3±5.9	4.14±1.12	261.5±4.8	354.7±21.	4549±546	2.76±0.91

注:与对照组比较,*P<0.05

表3 两组患者的不良反应发生情况比较(例/%)

组别	例数	低钠血症	颅内迟发性血肿	腹胀	呕吐	其他	总发生
研究组	40	2 (5.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	2 (5.0)	0 (0)	6 (15.0) *
对照组	40	4 (10.0)	2 (5.0)	2 (5.0)	3 (7.5)	2 (5.0)	13 (32.5)

注:与对照组比较,*P<0.05

3 讨论

1950年,脑性盐耗综合征被Peters首次提出,其综合体现了高尿钠症和低钠血症。Peters认为,脑性盐耗综合征的发病原因为肾小管对钠的重吸收受到了脑内一些特定神经元分泌的特定位置或促肾上腺皮质激素具有较少的分泌的直接而深刻的影响^[3]。近年来,临床又发现,在脑性盐耗综合征的发生过程中,心房利尿肽(ANP)发挥着极为重要的作用。ANP属于一种强力利尿因子,能够对肾小管上的血管升压素受体进行竞争抑制,导致尿中大量的钠盐流失。脑性盐耗综合征会降低患者的血浆渗透压及血清钠水平,对患者的生命安全造成严重威胁^[4]。颅脑损伤患者具有较多的合并症和较高的病死率,因此临床在治疗过程中一方面应该给予其呼吸道感染、中枢性高热等护理以充分的重视,另一方面还应该给予低钠血症以充分的重视,及时有效地纠正低钠,从而为有效治疗患者提供良好的前提条件。如果颅脑损伤患者鞍区及丘脑下部受到损害,临床护理人员就应该对患者的意识变化进行动态观察,低血钠症状早期诊断,对其病情及发展进行

及时掌握,对钠盐进行准确及时的补充,及时有效纠正水电解质紊乱,从而促进颅脑损伤患者治愈率及生存质量的显著提升。

本研究结果表明,研究组患者的治愈率显著高于对照组(P<0.05),死亡率显著低于对照组(P<0.05),血钠、CVP、血渗透压水平显著高于对照组(P<0.05),尿钠、尿量、血ANP水平均显著低于对照组(P<0.05),不良反应发生率显著低于对照组(P<0.05),充分说明了颅脑外伤后脑性盐耗综合征的综合治疗和护理效果显著,值得在临床推广。

参考文献:

- [1]肖碧玲,林小清,邓华波.垂体瘤术后并发尿崩症及脑性盐耗综合征的护理[J].现代医院,2009,9(4):105.
- [2]詹怀义,叶建平,李鸣.脑性盐耗综合征27例临床分析[J].中国当代医药,2009,16(5):117.
- [3]闵国美,陈美琴.鞍区肿瘤术后脑性盐耗综合征的观察和护理[J].浙江医学教育,2014,22(05):37-39.
- [4]李诚,陈晓,乔苏迟,等.颈髓损伤后低钠血症的临床分析[J].上海医学,2015,10(01):889-892.

(上接第160页)

者都表示出细致地关心和体贴的服务,重视每一项护理工作,并保证护理措施的全面性、系统性以及无缝隙^[5]。通过研究发现,围术期优质护理能够提高手术操作的效率,并在围术期中有效缓解患者的不良心理状态,因此减少应激,使患者术后的疼痛感得到显著降低,从而有助于促进患者的术后康复,使其更加受益。

综上所述,在胸腔镜下小切口肺大泡切除术患者的护理过程中,围术期优质护理能够大幅度缩短手术操作时间,并减轻患者的术后疼痛,值得推广应用。

参考文献:

- [1]墨勉勉.胸腔镜下肺大泡切除术围手术期护理[J].中国实用医药,2012,07(09):178-179.
- [2]周晓凤,肖琳.围术期优质护理在胸腔镜肺大泡切除术患者中的应用[J].现代医药卫生,2015,55(14):2197-2199.
- [3]张琴.胸腔镜下肺大泡切除术的围手术期护理对策探讨[J].延安大学学报(医学科学版),2016,14(03):68-69.
- [4]罗丹,高虹.单孔胸腔镜下肺大泡切除术的围手术期护理[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2014,15(27):342-342.
- [5]宋雅莉,周红,张瑛,等.电视胸腔镜下肺叶切除手术的围手术期护理[J].中国医药指南,2014,27(21):319-320.

(上接第161页)

参考文献:

- [1]李涛,刘要伟.ICU护士对危重患者疼痛护理相关知识与实践现状的分析[J].中华护理杂志,2014,03(12):322-324.
- [2]许勤,王婷,宋燕波.以科室为单位强化ICU护士呼吸机相关性肺炎循证护理培训[J].中华护理杂志,2010,04(19):317-320.
- [3]熊杰,黄素芳,刘伟权,等.ICU护理评分系统在

- 护理人力资源配置中的应用及效果评价[J].中华护理杂志,2010,07(15):581-584.
- [4]熊杰,黄素芳,刘伟权,等.重症监护护理评分系统在ICU护理人力资源配置中的应用[J].解放军护理杂志,2011,02(14):21-23.
- [5]余燕梅,刘利华,蒋玉芳,等.ICU护理风险管理对急性呼吸窘迫综合征患者呼吸机相关性肺炎的影响研究[J].中华医院感染学杂志,2016,03(26):695-697.

(上接第162页)

生情况,减少患者的住院时间,降低患者的住院费用,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]郑贞,严继承,黄鑫.集束化护理对降低ICU中心静脉导管相关性血流感染率的效果分析[J].中华医院感染学杂志,2014(18):4483-4485.
- [2]龙检,程青虹,王海霞.集束化护理预防ICU患者中心静脉导管相关性血流感染的效果[J].护理实践与研究,

2016,13(4):128-129.

- [3]王翠云,徐凤玲,朱瑞.集束化管理在预防ICU中心静脉导管相关性血流感染的临床研究[J].安徽医药,2015(12):2432-2435.
- [4]马春娇,赵玲莉.集束化管理在预防ICU中心静脉导管相关性感染及并发症中的应用[J].医学理论与实践,2014(22):3063-3065.
- [5]史蓉蓉.集束化干预预防ICU中心静脉导管相关性感染的临床体会[J].内蒙古中医药,2014(36):81-82.